

三级医院评审标准（2022年版）

广东省专科医院实施细则

（心血管专科）

三级医院评审标准（2022年版）广东省专科医院实施细则（心血管专科）说明

根据《国家卫生健康委关于印发〈三级医院评审标准（2022年版）〉及其实施细则的通知》（国卫医政发〔2022〕31号）及我委《三级医院评审标准（2022年版）广东省综合医院实施细则》（以下简称《2022年版广东省综合医院实施细则》），制定《三级医院评审标准（2022年版）广东省专科医院实施细则（心血管专科）》。适用于三级心血管专科医院，二级心血管专科医院可参照使用。

一、第一部分为前置要求部分

评审周期为四年，医院在评审周期内发生一项及以上情形的，延期一年评审。延期期间原等次取消，按照“未定等”管理。旨在进一步发挥医院评审工作对于推动医院落实相关法律法规制度要求和改革政策的杠杆作用。

省卫生健康委在收到医院提交的评审申请材料后，向有关部门和社会公开征求参评医院是否有违反前置要求的情况，征询时间不少于7个工作日。

二、第二部分为医疗服务能力与质量安全监测数据部分

内容包括医院资源配置、质量、安全、服务、绩效等指标监测、DRG评价、单病种和重点医疗技术质控等日常监测数据。数据统计周期为申报前全评审周期（四年），本部分

在评审综合得分中的权重不低于 60%。指导各地深入推进以日常行为、客观指标、定量评价为主的评审工作模式。引导医院重视日常质量管理和绩效，减少突击迎检冲动。各医疗机构要保证客观数据的真实性。

单病种（术种）、限制类技术、器官移植技术等根据评审医院实际开展技术情况进行评审。开展限制类技术、人体捐献器官获取与移植技术的医院，必须提供“重点医疗技术临床应用”相关质控指标。提供国家医疗质量安全改进目标相关医疗服务的医院，必须提供国家医疗质量安全改进目标相关指标。

三、第三部分为现场检查部分

用于对三级医院实地评审以及医院自我管理和持续改进。

本标准中引用的疾病名称与 ICD-10 编码采用国家卫生健康委发布的《疾病分类与代码国家临床版 2.0》（国卫办医函〔2019〕371 号）。手术名称与 ICD-9-CM-3 编码采用国家卫生健康委发布的《手术操作分类代码国家临床版 2.0》（国卫办医函〔2019〕371 号）。

四、赋分与评分规则

（一）等级判定标准。第一部分前置要求实行一票否决，不占分数；第二部分在评审综合得分中的权重占 60%，总分为 600 分；第三部分在评审综合得分中的权重占 40%，

总分为 400 分。采取“总分和第三部分相结合”的方式，判定相应等次必须同时满足以下两个条件：甲等：总分不少于 900 分，第三部分不少于 360 分；乙等：总分不少于 800 分，第三部分不少于 320 分；丙等：总分不少于 700 分，第三部分不少于 280 分；总分低于 700 分，或第三部分不满足丙等以上条款要求的，判定为不合格，按未定等管理。

（二）第二部分赋分规则。

1. 规模类和配比类指标。执行“全或无”规则，比如“床护比”，达到标准予以“给分”（或“满分”），否则计“零分”。

2. 连续监测指标，按照“区间赋分兼顾持续改进”原则给分。

（三）第三部分计分规则。

采用指标符合率计算分数。

五、第二部分数据采集原则和方式

（一）指标数据采集为全评审周期（四年）。

（二）行业政策在评审周期内发布的，数据从政策发布的第二年完整取值，当年不计入统计。

（三）按日、月、季获取的数据，采用均值计算当年的年度数据。按年度获取的数据，直接采用。

（四）需要将同一指标不同年份的多个数据合并作为评审采信数据时，按照以下规则：

1. 规模类和配比类，中位数和最后一年的数据必须达

标。

2. 连续监测指标，数据趋势与管理目标方向一致的或呈波动型的，采用中位数或平均数；数据趋势呈与管理目标方向相反的，采用最差的数据。

六、数据采集方式

我委依托全民健康数据平台建立三级医院评审信息化平台。可通过信息化方式直接采集数据来源包括国家医疗质量管理与控制信息网（NCIS）、国家单病种质量监测平台、全国医院质量监测系统（HQMS）、国家公立医院绩效考核管理平台、中国人体器官分配与共享计算机系统（COTRS）、肝脏移植登记注册系统、肾脏移植登记注册系统、心脏移植登记注册系统、肺脏移植登记注册系统、医疗技术管理备案信息系统、广东省医政管理系统、广东省卫生健康统计信息网络直报系统等。暂不可通过信息化方式直接采集的由医疗机构在三级医院评审信息化平台进行填报。

七、数据核查原则

（一）现场核查时，对第二部分数据进行复核，复核比例不少于医院上报数据的 20%。

（二）医院应当根据现场评审专家组的要求，按照数据核查准备指引提供相关资料被查。

（三）医院提供值与核查真实值差距在 10%以上（含正负）、无法提供原始数据或被专家组认定为虚假数据的均视

为错误数据。

（四）所有错误数据，按核查后的数据结果再次计算，并根据错误数据占现场数据总数百分比，按下表进行惩罚性扣分（扣除第二部分最后评审分数的一定比例）。

错误数据比例	惩罚性扣分比例
1%（含）-2%	5%
2%（含）-5%	10%
5%（含）-10%	20%
10%（含）以上	不予通过

八、数据核查准备指引

（一）医院应当准备所有纳入本轮评审标准的“第二部分医疗服务能力与质量安全监测数据”和“第三部分现场评审”标准中涉及的数据目录清单。

（二）该清单中应当包含每个数据定义、数据源、采集方式、采集时间范畴、采集结果等要素，数据应当有负责部门，有条件的应当设置汇总部门。

（三）对于计算所得的数据，应当有可追溯的原始数据。

九、现场评审方法

评审员采用下列方法对细则内逐款进行符合程度判断：

文件查阅：查看医院和科室发布的文件类资料，如职责、制度、应急预案、规范、流程、计划、报告、总结等资

料。

记录查看：查看医院和科室的工作记录，不包括患者个人相关的资料，如会议记录、签到、培训记录，考试记录、各种讨论记录等资料。

员工访谈：指现场对员工进行访谈，提问和讨论，包括开会集体访谈等。

现场检查：评审现场通过实地查看医院和科室的设备设施、环境、标识标牌，员工行为和协作，对照评审标准和医院要求评判符合程度。

员工操作：评审现场要求员工完成特定操作的内容。

患者访谈：评审员对患者或家属开展访谈。

病历检查：评审现场对运行病历进行检查。

病案检查：评审员提前或现场对特定归档病案进行检查。

数据核查：同第七。

目 录

第一部分 前置条件	- 1 -
一、依法设置与执业.....	- 1 -
二、公益性责任和行风诚信.....	- 3 -
三、安全管理与重大事件.....	- 4 -
第二部分 医疗服务能力与质量安全监测数据	- 6 -
第一章 资源配置与运行数据指标.....	- 7 -
第二章 医疗服务能力与医院质量安全指标.....	- 12 -
第三章 重点专业质量控制指标.....	- 20 -
第四章 单病种（术种）质量控制指标.....	- 64 -
第五章 重点医疗技术临床应用质量控制指标.....	- 73 -
第三部分 现场检查	- 82 -
第一章 医院功能与任务.....	- 82 -
第二章 医疗服务质量与安全管理.....	- 86 -
第三章 医院管理.....	- 168 -
第四章 补充条款.....	- 193 -

第一部分 前置条件

- 依法设置与执业
- 公益性责任和行风诚信
- 安全管理与重大事件

医院在评审周期内发生一项及以上情形的，延期一年评审。延期期间原等次取消，按照“未定等”管理。

一、依法设置与执业

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

（二）未按照《医疗机构依法执业自查管理办法》建立依法执业自查管理组织并落实依法执业自查工作。

（三）违反《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》《医疗机构管理条例》，伪造、变造、买卖、出租、出借《医疗机构执业许可证》；医院命名不符合《医疗机构管理条例实施细则》等有关规定，未按时校验、拒不校验或有暂缓校验记录，擅自变更诊疗科目或有诊疗活动超出诊疗科目登记范围；政府举办的医疗卫生机构与其他组织投资设立非独立法人资格的医疗卫生机构；医疗卫生机构对外出租、承包医疗科室；非营利性医疗卫生机构向出资人、举办者分配或变相分配收益。

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

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

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

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

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

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

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

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

（十二）违反《医疗机构药事管理规定》《麻醉药品和精神药品管理条例》《易制毒化学品管理条例》《处方管理办法》，违规购买、储存、调剂、开具、登记、销毁麻醉药品和第一类精神药品，使用未取得处方权的人员或被取消处方权的医师开具处方，造成严重后果。

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

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

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

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

（十七）年度内医疗机构（不含个人）被行政处罚（不含警告，罚款 10000 元以上）≥3 次。

（十八）其他重大违法、违规事件，造成严重后果或情节严重。

二、公益性责任和行风诚信

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

(二十) 应当执行而未执行国家基本药物制度和分级诊疗政策。

(二十一) 医院领导班子发生 3 起以上严重职务犯罪或严重违纪事件，或医务人员发生 3 起以上违反《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》的群体性事件（≥3 人/起），造成重大社会影响。

(二十二) 发生重大价格或收费违法事件，以及恶意骗取医保基金。

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

三、安全管理与重大事件

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

(二十五) 发生重大医院感染事件，造成严重后果。

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

(二十七) 发生瞒报、漏报重大医疗过失事件的行为。

(二十八) 发生大规模医疗数据泄露或其他重大网络安全

事件，造成严重后果。

（二十九）未加强医院信息化建设，医疗服务全流程未应用电子健康码、未建成互联网医院、未接入省（市）级全民健康平台并按省平台要求的采集方式上报数据。

（三十）未开展电子病历信息化建设评价，未达到电子病历评级4级以上。

第二部分 医疗服务能力与质量安全监测数据

第一章 资源配置与运行数据指标

第二章 医疗服务能力与医院质量安全指标

第三章 重点专业质量控制指标

第四章 单病种（术种）质量控制指标

第五章 重点医疗技术临床应用质量控制指

第一章 资源配置与运行数据指标

数据来源:

- (1) 广东省卫生健康统计信息网络直报系统
- (2) 国家公立医院绩效管理平台
- (3) 国家医疗质量管理与控制信息网 (NCIS)
- (4) 医院填报

章节	指标	指标属性	计量单位	指标定义	计算方法	指标导向
一、床位配置	(一) 核定床位数	定量指标, 规模类指标, 必填指标。	张	即编制床位, 由卫生健康行政部门核定的床位数。	以《医疗机构执业许可证》副本登记的床位数为准。	监测达标
	(二) 实际开放床位数	定量指标, 规模类指标, 必填指标。	张	实有床位数, 指年底固定实有床位 (指标定义参考绩效考核)。	包括正规床、简易床、监护床、超过半年加床、正在消毒和修理的床位、因扩建或大修而停用的床位。不包括产科新生儿床、接产室待产床、库存床、观察床、临时加床和病人陪侍床。	监测达标
	(三) 床位使用率	定量指标, 规模类, 必填指标。	百分比 (%)	实际使用总床日数与同期实际开放的床日数的比率。	=实际使用的总床日数/同期实际开放的总床日数×100%	监测达标

章节	指标	指标属性	计量单位	指标定义	计算方法	指标导向	
二、卫生技术人员配备	(一) 卫生技术人员数与开放床位数比	定量指标, 配比类指标, 必填指标。	比值 (X:1)	医院卫生技术人员总数与同期全院实际开放床数之比。	=医院卫生技术人员数/同期全院实际开放床数	监测达标	
	(二) 医院感染管理专职人员数与开放床位数比	定量指标, 配比类指标, 必填指标。	比值 (1:X)	医院感染管理专职人员总数与同期全院实际开放床数之比。	=医院感染管理专职人员总数/同期全院实际开放床数	监测达标	
三、相关科室资源配置	(一) 急诊医学科	1. 固定急诊医师人数占急诊在岗医师人数的比例	定量指标, 配比类指标, 必填指标。	百分比 (%)	医院固定急诊医师数在同期急诊科在岗医师总数所占比例。	=医院注册的固定在急诊科的在岗医师数/同期医院急诊科在岗医师总数×100%	监测达标
		2. 固定急诊护士人数占急诊在岗护士人数的比例	定量指标, 配比类指标, 必填指标。	百分比 (%)	医院固定急诊护士数在同期急诊科在岗护士总数所占的比例。	=医院注册的固定在急诊科的在岗护士数/同期医院急诊科在岗护士总数×100%	监测达标
	(二) 重症医学科	1. 重症医学科开放床位数占医院开放床位数的比例	定量指标, 配比类指标, 必填指标。	百分比 (%)	重症医学科开放床位数在同期医院开放床位数总数所占的比例。	=医院重症医学科开放床位数/同期医院开放床位数总数×100%	监测达标
		2. 重症医学科医师人数与重症医学科开放床位数比	定量指标, 配比类指标, 必填指标。	比值 (X:1)	医院重症医学科医师总数与同期重症医学科实际开放床数之比。	=医院注册的重症医学科在岗医师数/同期重症医学科实际开放床数	监测达标
		3. 重症医学科护士人数与重症医学科开放床位数比	定量指标, 配比类指标, 必填指标。	比值 (X:1)	医院重症医学科护士总数与同期重症医学科实际开放床数之比。	=医院注册的重症医学科在岗护士总数/同期重症医学科实际开放床数	监测达标
	(三) 麻醉科	1. 麻醉科医师数与手术间数比	定量指标, 配比类指标, 必填指标。	比值 (X:1)	医院麻醉科医师总数与同期医院手术室间数之比。	=医院注册的麻醉科在岗医师数/同期医院手术室间数。	监测比较
		2. 麻醉科医师数与日均全麻手术台次比	定量指标, 配比类指标, 必填指标。	比值 (1:X)	医院麻醉科医师数与同期医院日均全麻手术台次之比。	=医院注册的麻醉科在岗医师数/同期医院日均全麻手术台次数。	监测比较

章节	指标		指标属性	计量单位	指标定义	计算方法	指标导向
		3.麻醉科医师数与手术科室医师比。	定量指标，配比类指标，必填指标。	比值 (1:X)	麻醉科固定在岗（本院）医师人数与手术科室固定在岗（本院）医师总数的比例。不包括实习学生、统招研究生、外院规培住院医师、进修医师。	=麻醉科固定在岗（本院）医师人数/手术科室固定在岗（本院）医师人数。	监测比较
	(四) 康复医学科	1.康复科开放床位数占医院开放床位数的比例	定量指标，配比类指标，必填指标。	百分比 (%)	康复科开放床位数在同期医院开放床位数总数所占的比例。	=康复科开放床位数/同期医院开放床位数总数×100%	满足医院运行需求
		2.康复科医师人数与康复科开放床位数比	定量指标，配比类指标，必填指标。	比值 (X:1)	医院康复科医师人数与同期康复科实际开放床数之比。	=医院注册的康复科在岗医师人数/同期康复科实际开放床数	满足医院运行需求
		3.康复科康复师人数与康复科开放床位数比	定量指标，配比类指标，必填指标。	比值 (X:1)	医院康复科康复师总数与同期康复科实际开放床数之比。	=医院康复科在岗的康复师人数/同期康复科实际开放床数	满足医院运行需求
		4.康复科护士人数与康复科开放床位数比	定量指标，配比类指标，必填指标。	比值 (X:1)	医院康复科在岗护士人数与同期康复科实际开放床数之比。	=在医院注册的康复科在岗护士人数/同期康复科实际开放床数。	满足医院运行需求
四、运行指标	(一) 相关手术科室年手术人次占其出院人次比例		定量指标，连续监测类指标，必填指标。	百分比 (%)	手术科室年手术人次占手术科室出院人次比例。	=手术科室手术人次数/同期手术科室出院人数×100%	监测比较
	(二) 收支结构情况	1.人员支出占业务支出的比重（人员经费占比）	定量指标，连续监测类指标，必填指标。	百分比 (%)	年度用于人员支出占医疗活动费用的比例。	=人员经费/同期医疗活动费用×100%	逐步提高
		2.医疗服务收入（不含药品、耗材、检查检验收入）	定量指标，连续监测类指标，必填指标。	百分比 (%)	年度医疗服务收入（不包含药品、耗材、检查检验收入）占医疗收入的比例。	=医疗服务收入/医疗收入×100%	逐步提高

章节	指标	指标属性	计量单位	指标定义	计算方法	指标导向	
	入)占医疗收入比例	标。					
	3.收支结余(医疗盈余率)	定量指标,连续监测类指标,必填指标。	百分比(%)	“收支结余”以“医疗盈余率”表述,即医院医疗盈余占医疗活动收入的比例。	=医疗盈余/医疗活动收入×100%	监测比较	
	4.资产负债率	定量指标,连续监测类指标,必填指标。	百分比(%)	年度医院负债合计与资产合计的比值。	=负债合计/资产合计×100%	监测比较	
	(三)费用控制情况	1.门诊次均费用增幅	定量指标,连续监测类指标,必填指标。	百分比(%)	年度门诊患者次均医药费用与上一年度次均医药费用之差与上一年度次均医药费用的比值。	=(本年度门诊患者次均医药费用-上一年度门诊患者次均医药费用)/上一年度门诊患者次均医药费用×100%	逐步降低
		2.门诊次均药品费用增幅	定量指标,连续监测类指标,必填指标。	百分比(%)	年度门诊患者次均药品费用与上一年度次均药品费用之差与上一年度次均药品费用的比值。	=(本年度门诊患者次均药品费用-上一年度门诊患者次均药品费用)/上一年度门诊患者次均药品费用×100%	逐步降低
		3.住院次均费用增幅	定量指标,连续监测类指标,必填指标。	百分比(%)	年度出院患者次均医药费用与上一年度出院患者次均医药费用之差与上一年度出院患者次均医药费用的比值。	=(本年度出院患者次均医药费用-上一年度出院患者次均医药费用)/上一年度出院患者次均医药费用×100%	逐步降低
		4.住院次均药品费用增幅	定量指标,连续监测类指标,必填指标。	百分比(%)	年度住院患者次均药品费用与上一年度次均药品费用之差与上一年度次均药品费用的比值。	=(本年度出院患者次均药品费用-上一年度出院患者次均药品费用)/上一年度出院患者次均药品费用×100%	逐步降低
五、科研指标	(一)新技术临床转化数量	1.每百名卫生技术人员科研项目经费	定量指标,连续监测类指标,必填指标。	元	年度每百名卫生技术人员立项的科研经费总金额。	=本年度科研项目立项经费总金额/同期医院卫生技术人员总数×100	逐步提高

章节	指标	指标属性	计量单位	指标定义	计算方法	指标导向
	2.每百名卫生技术人员科技成果转化金额	定量指标，连续监测类指标，必填指标。	元	年度每百名卫生技术人员科研成果转化的金额数。	=本年度科技成果转化总金额/同期医院卫生技术人员总数×100	逐步提高
	(二)取得临床相关国家专利数量 1.每百名卫生技术人员发明专利数量	定量指标，连续监测类指标，必填指标。	项	年度每百名卫生技术人员发明专利总项数	=本年度医院发明专利总项数/同期医院卫生技术人员总数×100	逐步提高
	2.每百名卫生技术人员实用新型专利数量	定量指标，连续监测类指标，必填指标。	项	年度每百名卫生技术人员实用新型专利总项数	=本年度医院实用新型专利总项数/同期医院卫生技术人员总数×100	逐步提高

第二章 医疗服务能力与医院质量安全指标

数据来源：

- (1) 国家医疗质量管理与控制信息网（NCIS）
- (2) 全国医院质量监测系统（HQMS）
- (3) 广东省卫生健康统计信息网络直报系统
- (4) 广东省三级医院评审信息化平台

章节	指标	指标属性	计量单位	指标定义	计算方法	指标导向
一、医疗服务能力	(一) 收治病种数量 (ICD-10 四位亚目数量)	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标。	个	医院收治病种 (ICD-10 四位亚目数量) 数量。	根据 ICD-10 四位亚目, 从病案首页中统计主要诊断数量以及不同主要诊断对应收治病例数量。	监测比较
	(二) 住院术种数量 (ICD-9-CM-3 四位亚目数量)	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	个	医院住院术种病种 (ICD-9-CM-3) 数量。	根据 ICD-9-CM-3, 从病案首页中统计主要手术以及不同主要手术断对应收治病例数量。	监测比较
	(三) DRG-DRGs 组数	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标。	组	运用 DRG 分组器测算产生的 DRG 分组, 主要考核年度医院疾病收治范围。	医院病例数经过 DRG 分组器的运算可以分入“n”个 DRG, 即是该医院的 DRG 组数量	监测比较

章节	指标	指标属性	计量单位	指标定义	计算方法	指标导向	
	(四) DRG-CMI	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	无	运用 DRG 分组器测算产生的 CMI 值 (病例组合指数), 主要考核年度医院疾病收治难度。	参照 DRG 评价标准计算方法。	逐步提高	
	(五) DRG 时间指数	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标。	无	运用 DRG 分组器测算产生的时间消耗指数, 主要考核年度医院治疗疾病所花费的时间。	参照 DRG 评价标准计算方法	逐步降低	
	(六) DRG 费用指数	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	无	运用 DRG 分组器测算产生的费用消耗指数, 主要考核年度医院治疗疾病所花费的费用。	参照 DRG 评价标准计算方法	逐步降低	
	(七) 出院患者微创手术占比	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标。	百分比 (%)	出院患者实施微创手术治疗台次数占同期出院患者手术台次数的比例。	$\text{=出院患者微创手术台次数/同期出院患者手术台次数} \times 100\%$	逐步提高	
	(八) 出院患者手术占比	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	出院患者施行手术治疗台次数占同期出院患者总人次数的比例	$\text{出院患者手术占比} = \text{出院患者手术台次数/同期出院患者总人次数} \times 100\%$	逐步提高	
	(九) 出院患者四级手术占比	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	出院患者施行四级手术台次数占同期出院患者手术台次数的比例。	$\text{出院患者四级手术占比} = \text{出院患者四级手术台次数/同期出院患者手术台次数} \times 100\%$	监测比较	
二、医院质量指标	(一) 年度国家医疗质量安全目标改进情况	1. 急性 ST 段抬高型心肌梗死再灌注治疗率 (NIT-2023-I)	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标。	百分比 (%)	发病 12 小时内的急性 STEMI 患者给予经皮冠状动脉介入治疗 (PCI) 或静脉溶栓治疗, 首选 PCI 治疗的患者数占发病 12 小时内的急性 STEMI 患者的比例。	$\text{=发病 12 小时内实施再灌注治疗 (PCI 或静脉溶栓) 的 STEMI 患者数/同期发病 12 小时内具有再灌注治疗指征的 STEMI 患者总数} \times 100\%$	逐步提高
		2. 住院患者围手术期死亡率 (NIT-2023-IV)	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标。	百分比 (%)	住院患者进行开放手术、介入治疗及内 (窺) 镜下治疗性操作在手术当日、术后 24 小时和 48 小时的死亡情况。	$\text{在手术当日、术后 24 小时和 48 小时的手术患者死亡人数/同期手术患者总数} \times 100\%$	逐步降低

章节	指标	指标属性	计量单位	指标定义	计算方法	指标导向
	3. 医疗质量安全不良事件报告率 (NIT-2023-V)	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标。	百分比 (%)	医疗质量安全不良事件指在医院内被工作人员主动发现的, 或患者在接受诊疗服务过程中出现的, 除了患者自身疾病自然过程之外的各种因素所致的安全隐患、状态或造成后果的负性事件。医疗质量安全不良事件报告率考核医院医疗质量安全不良事件的识别和报告情况。	=主动报告的医疗质量安全不良事件例数/同期医疗不良事件总数×100%	逐步提高
	4. 住院患者静脉输液规范使用率 (NIT-2023-VI)	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标。	百分比 (%)	住院患者规范使用静脉输液占同期出院人次数的比例。需要针对住院患者静脉输液使用情况探索质量改进长效机制, 从多个维度综合评价, 重点关注住院患者静脉输液使用率、每床日静脉输液使用频次、液体总量 (毫升) 和药品品种数量等指标, 采取综合措施予以干预, 以维护医疗安全和患者权益。	=住院患者规范使用静脉输液人数/同期出院入次数×100%	逐步提高
	5. 四级手术术前多学科讨论完成率 (NIT-2023-VII)	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标。	百分比 (%)	医疗机构四级手术开展前必须进行多学科讨论。四级手术术前进行多学科讨论有助于汇聚各专业的技术力量, 综合评估患者的风险/获益比, 制定全面的诊疗计划及手术风险防范处置最佳方案, 从而最大程度降低手术风险和并发症发生, 保障手术质量和医疗安全。	=对进行四级手术的住院患者开展多学科讨论的例数/同期开展四级手术的住院患者总数×100%	逐步提高
	6. 静脉血栓栓塞症规范预防率 (NIT-2023-IX)	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标。	百分比 (%)	静脉血栓栓塞症 (VTE) 包括深静脉血栓形成 (DVT) 和肺血栓栓塞症 (PTE), 是导致患者非预期死亡的重要原因之一, VTE 规范预防, 是指患者住院期间和出院后接受 VTE 风险与出血风险评估, 并根	=住院患者接受 VTE 规范预防数量/同期出院入次数×100%	逐步提高

章节	指标	指标属性	计量单位	指标定义	计算方法	指标导向
				据评估情况按照有关临床指南规范给予规范预防措施，包括基础预防、药物预防、机械预防等。		
	(二) 患者住院总死亡率	定量指标，连续监测类指标，必填指标。	百分比 (%)	住院总死亡患者人数占同期出院患者总人次的比例。	=住院总死亡患者人数/同期出院患者总人次×100%	逐步降低
	(三) 手术患者住院死亡率	定量指标，连续监测类指标，必填指标。	百分比 (%)	手术患者住院死亡人数占同期手术患者出院人次的比例。	=手术患者住院死亡人数/同期手术患者出院人次×100%	逐步降低
	(四) 住院患者出院后 0-31 天非预期再住院率	定量指标，连续监测类指标，必填指标。	百分比 (%)	医院出院患者出院后 0-31 天非预期再住院患者人次占同期出院患者总人次（除死亡患者外）的比例。	=出院后 0-31 天非预期再住院患者人次/同期出院患者总人次（除死亡患者外）×100%	逐步降低
	(五) 手术患者术后 48 小时内非预期重返手术室/31 天内非预期重返手术室再次手术率	定量指标，连续监测类指标，必填指标。	百分比 (%)	手术患者手术后 48 小时内因各种原因导致患者需进行的计划外再次手术占同期出院手术患者手术例数的比例。	=手术患者术后 48 小时内非预期重返手术室再次手术例数/同期手术患者手术例数×100%	逐步降低
	(二) 手术患者术后 31 天内非预期重返手术室再次手术率	定量指标，连续监测类指标，必填指标。	百分比 (%)	手术患者手术后 31 天内因各种原因导致患者需进行的计划外再次手术占同期出院手术患者的比例。	=手术患者术后 31 天内非预期重返手术室再次手术例数/同期手术患者手术例数×100%	逐步降低
	(六) ICD 低风险病种患者住院死亡率	定量指标，达标类指标，必填指标。	百分比 (%)	年度医院出院患者中低风险病种出现死亡数量占出院人次中低风险病种总人数的比例。115 个低风险病种 ICD-10（2019 v2.0）编码见《国家卫生健康委三级医院评审标准（2022 年版）》。	=ICD 低风险组病种住院患者死亡病例数/ICD 低风险组病种出院患者病例总数×100%	逐步降低
	(七) DRGs 低风险组患者住院死亡率	定量指标，达标类指标，必填指标。	百分比 (%)	年度运用 DRGs 分组器测算产生低风险组病例，其死亡率是指该组死亡的病例数占低风险组全部病例数量的比例。	=DRG 低风险组死亡例数/DRG 低风险组总病例数×100%	逐步降低

章节	指标	指标属性	计量单位	指标定义	计算方法	指标导向
三、医疗安全指标（年度获得性指标）	（一）手术患者手术后肺栓塞发生例数和发生率	定量指标，连续监测类指标，必填指标。	百分比（%）	ICD-10 编码：I26 的手术出院患者肺栓塞发生例数；以及手术患者手术后肺栓塞发生例数占同期手术患者出院人次的比例。	手术患者手术后肺栓塞发生率=手术患者手术后肺栓塞发生例数/同期手术患者出院人次×100%	监测比较
	（二）手术患者手术后深静脉血栓发生例数和发生率	定量指标，连续监测类指标，必填指标。	百分比（%）	ICD-10 编码：I80.2，I82.8 的手术出院患者手术后深静脉血栓发生例数；以及手术患者手术后深静脉血栓患者发生例数占同期手术患者出院人次的比例。	手术患者手术后深静脉血栓发生率=手术患者手术后深静脉血栓发生例数/同期手术患者出院人次×100%	监测比较
	（三）手术患者手术后脓毒症发生例数和发生率	定量指标，连续监测类指标，必填指标。	百分比（%）	ICD-10 编码：A40.0 至 A40.9，A41.0 至 A41.9，T81.411，B37.700，B49.x00x019 的手术出院患者手术后脓毒症发生例数；以及手术患者手术后脓毒症发生例数占同期手术患者出院人次的比例。	手术患者手术后脓毒症发生率=手术患者手术后脓毒症发生例数/同期手术患者出院人次×100%	监测比较
	（四）手术患者手术后出血或血肿发生例数和发生率	定量指标，连续监测类指标，必填指标。	百分比（%）	ICD-10 编码：T81.0 的手术出院患者手术后出血或血肿发生例数；以及手术患者手术后出血或血肿发生例数占同期手术患者出院人次的比例。	手术患者手术后出血或血肿发生率=手术患者手术后出血或血肿发生例数/同期手术患者出院人次×100%	监测比较
	（五）手术患者手术伤口裂开发生例数和发生率	定量指标，连续监测类指标，必填指标。	百分比（%）	ICD-10 编码：T81.3 的手术患者手术后伤口裂开发生例数；以及手术患者手术后伤口裂开发生例数占同期手术患者出院人次的比例。	手术患者手术后伤口裂开发生率=手术患者手术后伤口裂开发生例数/同期手术患者出院人次×100%	监测比较
	（六）手术患者手术后猝死发生例数和发生率	定量指标，连续监测类指标，必填指标。	百分比（%）	ICD-10 编码：R96.0,R96.1,I46.1 的手术患者手术后猝死发生例数；以及手术患者手术后猝死发生例数占同期手术出院人次的比例。	手术患者手术后猝死发生率=手术患者手术后猝死发生例数/同期手术患者出院人次×100%	监测比较

章节	指标	指标属性	计量单位	指标定义	计算方法	指标导向
	(七) 手术患者手术后呼吸衰竭发生例数和发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标。	百分比 (%)	ICD-10 编码: J95.800x004, J96.0, J96.1, J96.9 的手术患者手术后呼吸衰竭发生例数; 以及手术患者手术后呼吸衰竭发生例数占同期手术患者出院人次的比例。	手术患者手术后呼吸衰竭发生率=手术患者手术后呼吸衰竭发生例数/同期手术患者出院人次×100%	监测比较
	(八) 手术患者手术后生理/代谢紊乱发生例数和发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标。	百分比 (%)	ICD-10 编码: E89.0 至 E89.9 的手术出院患者手术后生理/代谢紊乱发生例数; 以及手术患者手术后生理/代谢紊乱发生例数占同期手术患者出院人次的比例。	手术患者手术后生理/代谢紊乱发生率=手术患者手术后生理/代谢紊乱发生例数/同期手术患者出院人次×100%	监测比较
	(九) 与手术/操作相关感染发生例数和发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标。	百分比 (%)	ICD-10 编码: T81.4 的手术出院患者手术后与手术/操作相关感染发生例数; 以及与手术/操作相关感染发生例数占同期手术/操作患者出院人次的比例。	与手术/操作相关感染发生率=手术患者与手术/操作相关感染发生例数/同期手术/操作患者出院人次×100%	监测比较
	(十) 手术过程中异物遗留发生例数和发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标。	百分比 (%)	ICD-10 编码: T81.5, T81.6 的手术患者手术过程中异物遗留发生例数; 以及手术患者手术过程中异物遗留发生例数占同期手术患者出院人次的比例。	手术过程中异物遗留发生率=手术过程中异物遗留发生例数/同期手术患者出院人次×100%	监测比较
	(十一) 手术患者麻醉并发症发生例数和发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标。	百分比 (%)	ICD-10 编码: T88.2 至 T88.5 的手术患者麻醉并发症发生例数; 以及手术患者麻醉并发症发生例数占同期手术患者出院人次的比例。	手术患者麻醉并发症发生率=手术患者麻醉并发症发生例数/同期手术患者出院人次×100%	监测比较
	(十二) 手术患者肺部感染与肺机能不全发生例数和发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标。	百分比 (%)	ICD-10 编码: J95.1 至 J95.4, J95.8, J95.9, J98.4, J15 至 J16, J18 的手术患者肺部感染与肺机能不全发生例数; 以及手术患者肺部感染与肺机能不全发生例数占同期手术患者出院人次的比例。	手术患者肺部感染与肺机能不全发生率=手术患者肺部感染与肺机能不全发生例数/同期手术患者出院人次×100%	监测比较
	(十三) 手术意外穿刺伤或撕裂伤发生例数和发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标。	百分比 (%)	ICD-10 编码: T81.2 的手术出院患者手术意外穿刺伤或撕裂伤发生例数; 以及手术意外穿刺伤或撕裂伤发生例数占同期手术	手术意外穿刺伤或撕裂伤发生率=手术意外穿刺伤或撕裂伤发生例数/同期手术患者出院人次×100%	监测比较

章节	指标	指标属性	计量单位	指标定义	计算方法	指标导向
				患者出院人次的比例。		
	(十四) 手术后急性肾衰竭发生例数和发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	ICD-10 编码: N17.0 至 N17.9, N99.0 的手术患者手术后急性肾衰竭发生例数; 以及手术后急性肾衰竭发生例数占同期手术患者出院人次的比例。	手术患者手术后急性肾衰竭发生率=手术患者手术后急性肾衰竭发生例数/同期手术患者出院人次×100%	监测比较
	(十五) 循环系统术后并发症发生例数和发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标。	百分比 (%)	ICD-10 编码: I97.0, I97.1, I97.8, I97.9 的手术出院患者手术后并发症发生例数; 以及上述并发症发生例数占同期手术患者出院人次的比例。	循环系统术后并发症发生率=循环系统相关疾病术后并发症发生例数/同期手术患者出院人次×100%	监测比较
	(十六) 植入物的并发症 (不包括脓毒症) 发生例数和发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标。	百分比 (%)	ICD-10 编码: T82.0 至 T82.9 手术出院患者植入物的并发症 (不包括脓毒症) 发生例数, 以及上述手术患者植入物的并发症 (不包括脓毒症) 发生例数占同期手术患者出院人次的比例。	植入物的并发症 (不包括脓毒症) 发生率=植入物的并发症 (不包括脓毒症) 发生例数/同期手术患者出院人次×100%	监测比较
	(十七) 移植的并发症发生例数和发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标。	百分比 (%)	ICD-10 编码: T86.0 至 T86.9 的手术出院患者移植的并发症发生例数; 以及移植并发症发生例数占同期移植手术患者出院人次的比例。	移植的并发症发生率=移植并发症发生例数/同期移植手术患者出院人次×100%	监测比较
	(十八) 介入操作与手术后患者其他并发症发生例数和发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标。	百分比 (%)	ICD-10 编码: T81.1, T81.7, T81.8, T81.9 的介入操作及手术患者其他并发症发生例数; 以及介入操作与手术患者其他并发症发生例数占同期介入操作与手术患者出院人次的比例。	介入操作与手术患者其他并发症发生率=介入操作与手术患者其他并发症发生例数/同期介入操作与手术患者出院人次×100%	监测比较
	(十九) 输注反应发生例数和发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标。	百分比 (%)	ICD-10 编码: T80.0, T80.1, T80.2, T80.8, T80.9 的出院患者输注反应发生例数; 以及出院患者输注反应发生例数占同期接受输注出院患者人次的比例。	输注反应发生率=发生输注反应的出院患者例数/同期接受输注的出院患者人次×100%	监测比较

章节	指标	指标属性	计量单位	指标定义	计算方法	指标导向
	(二十) 输血反应发生例数和发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标。	百分比 (%)	ICD-10 编码: T80.0 至 T80.9 的输血出院患者输血反应发生例次; 以及出院患者输血反应发生例次占同期输血患者出院人次的比例。	输血反应发生率=发生输血反应的出院患者例次/同期输血患者出院人次×100%	监测比较
	(二十一) 住院患者医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生例数和发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	ICD-10 编码: S32.1 至 S32.5, S32.7, S32.8, S71.8, S72.0 出院患者医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生例数; 以及出院患者医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生例数占同期出院患者人数。	住院患者医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生率=医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生例数/同期出院患者人次×100%	监测比较
	(二十二) 临床用药所致的有害效应(不良事件)发生例数和发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	住院患者中全身性抗菌药物(Y40.0 至 Y40.9 的出院患者)、降血糖药物(Y42.3 的出院患者)、抗肿瘤药物(Y43.1, Y43.3 的出院患者)、抗凝剂(Y44.2, Y44.3, Y44.4, Y44.5 的出院患者)、镇痛药和解热药(Y45.0 至 Y45.9 的出院患者)、心血管系统用药(Y52.0 至 Y52.9 的出院患者)、X线造影剂及其他诊断性制剂(Y57.5, Y57.6 的出院患者)的有害效应(不良事件)发生例数; 以及全身性抗菌药物、降血糖药物、抗肿瘤药物、抗凝剂、镇痛药和解热药、心血管系统用药、X线造影剂及其他诊断性制剂等有害效应发生例数占同期出院患者人次的比例。	临床用药所致的有害效应(不良事件)发生率=临床用药所致的有害效应(不良事件)发生例数/同期出院患者人次×100%	监测比较

第三章 重点专业质量控制指标

数据来源:

- (1) 国家医疗质量管理与控制信息网 (NCIS)
- (2) 全国医院质量监测系统 (HQMS)
- (3) 广东省卫生健康统计信息网络直报系统
- (4) 广东省三级医院评审信息化平台

章节	指标	指标属性	计量单位	计算方法	指标定义	指标导向
一、重症医学专业医疗质量控制指标	1.ICU 患者收治率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=ICU 收治患者总数/同期医院收治患者总数×100%;	ICU 患者收治率是指 ICU 收治患者总数占同期医院收治患者总数的比例。	监测比较
	2.ICU 患者收治床日率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=ICU 收治患者总床日数/同期医院收治患者总床日数×100%	ICU 患者收治床日率是指 ICU 收治患者总床日数占同期医院收治患者总床日数的比例。	监测比较
	3.急性生理与慢性健康评分(APACHE II 评分)≥15 分患者收治率(入 ICU24 小时内)	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=(APACHE II 评分≥15 分患者/同期 ICU 收治患者总数)×100%	入 ICU 24 小时内, APACHE II 评分≥15 分患者数占同期 ICU 收治患者总数的比例。	监测比较
	4.ICU 抗菌药物治疗前病原学送检率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=使用抗菌药物前病原学检验标本送检病例数/周期使用抗菌药物	以治疗为目的使用抗菌药物的 ICU 住院患者, 使用抗菌药物前病原学检验标本送检病	逐步提高

章节	指标	指标属性	计量单位	计算方法	指标定义	指标导向
		标		治疗病例总数×100%	例数占同期使用抗菌药物治疗病例总数的比例。	
	5.ICU 深静脉血栓(DVT)预防率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=进行深静脉血栓预防的 ICU 患者数/同期 ICU 收治患者总数×100%	进行深静脉血栓 (DVT) 预防的 ICU 患者数占同期 ICU 收治患者总数的比例。	逐步提高
	6.ICU 患者预计病死率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=ICU 收治患者预计病死率总和/同期 ICU 收治患者总数×100%	通过患者疾病危重程度 (APACHE II 评分) 来预测的可能病死率。ICU 患者预计病死率是指 ICU 收治患者预计病死率的总和与同期 ICU 收治患者总数的比值。	监测比较
	7.ICU 患者标化病死指数	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=ICU 患者实际病死率/同期 ICU 患者预计病死率×100%	通过患者疾病危重程度校准后的病死率, 为 ICU 患者实际病死率与同期 ICU 患者预计病死率的比值。	监测比较
	8.ICU 非计划气管插管拔管率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=非计划气管插管拔管例数/同期 ICU 患者气管插管拔管总数×100%	非计划气管插管拔管例数占同期 ICU 患者气管插管拔管总数的比例。	逐步降低
	9.ICU 气管插管拔管后 48h 内再插管率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=气管插管计划拔管后 48h 内再插管例数/同期 ICU 患者气管插管拔管总例数×100%	气管插管计划拔管后 48h 内再插管例数占同期 ICU 患者气管插管拔管总例数的比例。	逐步降低
	10.非计划转入 ICU 率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=非计划转入 ICU 患者数/同期转入 ICU 患者总数×100%	非计划转入 ICU 率是指非计划转入 ICU 患者数占同期转入 ICU 患者总数的比例。	逐步降低
	11.转出 ICU 后 48h 内重返率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=转出 ICU 后 48h 内重返 ICU 的患者数/同期转出 ICU 患者总数×100%	转出 ICU 后 48h 内重返 ICU 的患者数占同期转出 ICU 患者总数的比例。	逐步降低
	12.ICU 呼吸机相关性肺炎(VAP)发病率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	千分比 (‰)	=VAP 发生例数/同期 ICU 患者有创机械通气总天数)×1000‰	VAP 发生例数占同期 ICU 患者有创机械通气总天数的比例。	逐步降低

章节	指标	指标属性	计量单位	计算方法	指标定义	指标导向
	13.ICU 血管内导管相关血流感染(CRBSI)发病率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	千分比 (%)	$=\text{CRBSI 发生例数} / \text{同期 ICU 患者血管内导管留置总天数} \times 1000\%$	CRBSI 发生例数 (ICD-10 编码: T82.700x001 的使用血管导管 ICU 出院患者) 占同期 ICU 患者血管内导管留置总天数的比例。	逐步降低
	14.ICU 导尿管相关泌尿系统感染(CAUTI)发病率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	千分比 (%)	$=\text{CAUTI 发生例数} / \text{同期 ICU 患者导尿管留置总天数} \times 1000\%$	CAUTI 发生例数 (ICD-10 编码: T83.500x003 的使用尿管 ICU 出院患者) 占同期 ICU 患者导尿管留置总天数的比例。	逐步降低
二、急诊专业医疗质量控制指标	1.抢救室滞留时间中位数	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	小时	抢救室滞留时间中位数 $=X(n+1)/2, n$ 为奇数 抢救室滞留时间中位数 $= (X_{n/2} + X_{n/2+1}) / 2, n$ 为偶数。 注: n 为急诊抢救室患者数, X 为抢救室滞留时间。	抢救室滞留时间是指急诊抢救室患者从进入抢救室到离开抢救室 (不包括死亡患者) 的时间 (以小时为单位)。抢救室滞留时间中位数是指将急诊抢救室患者从进入抢救室到离开抢救室 (不包括死亡患者) 的时间由长到短排序后取其中位数。	逐步降低
	2.急性心肌梗死(STEMI)患者平均门药时间	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	分钟	$=\text{行溶栓药物治疗的急性心肌梗死 (STEMI) 患者的门药时间总和} / \text{同期行溶栓药物治疗的急性心肌梗死 (STEMI) 患者总数}$	急性心肌梗死 (STEMI) 患者平均门药时间是指行溶栓药物治疗的急性心肌梗死 (STEMI) 患者从进入急诊科到开始溶栓药物治疗的平均时间。	监测比较
	3.急性心肌梗死(STEMI)患者门药时间达标率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	$=\text{急性心肌梗死 (STEMI) 患者门药时间达标的患者数} / \text{同期就诊时在溶栓药物时间窗内应行溶栓药物治疗的急性心肌梗死 (STEMI) 患者总数} \times 100\%$	急性心肌梗死 (STEMI) 患者门药时间达标是指在溶栓药物时间窗 (发病 12 小时内), 就诊的急性心肌梗死 (STEMI) 患者门药时间在 30 分钟内。急性心肌梗死 (STEMI) 患者门药时间达标率是指急性心肌梗死 (STEMI) 患者门药时间达标的患者数占同期就诊时在溶栓药物时间窗内应行溶栓药物治疗的急性心肌梗死 (STEMI) 患者总数的	监测比较

章节	指标	指标属性	计量单位	计算方法	指标定义	指标导向
					比例。	
	4. 急性心肌梗死(STEMI)患者平均门球时间	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	分钟	$= \text{行急诊 PCI 的急性心肌梗死 (STEMI) 患者的门球时间总和} / \text{同期行急诊 PCI 的急性心肌梗死 (STEMI) 患者总数}$	急性心肌梗死(STEMI)患者平均门球时间是指行急诊 PCI 的急性心肌梗死(STEMI)患者, 从进入急诊科到开始 PCI 的平均时间。	监测比较
	5. 急性心肌梗死(STEMI)患者门球时间达标率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	$= \text{急性心肌梗死 (STEMI) 患者门球时间达标的患者数} / \text{同期就诊时在应行 PCI 时间窗内应行急诊 PCI 治疗的急性心肌梗死 (STEMI) 患者总数} \times 100\%$	急性心肌梗死(STEMI)患者门球时间达标是指在 PCI 时间窗(发病 12 小时)内, 就诊的急性心肌梗死(STEMI)患者门球时间在 90 分钟内。急性心肌梗死(STEMI)患者门球时间达标率是指急性心肌梗死(STEMI)患者门球时间达标的患者数占同期就诊时在 PCI 时间窗内应行 PCI 的急性心肌梗死(STEMI)患者总数的比例。	监测比较
	6. 急诊抢救室患者死亡率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	$= \text{急诊抢救室患者死亡总数} / \text{同期急诊抢救室抢救患者总数} \times 100\%$	急诊抢救室患者死亡是指患者从进入急诊抢救室开始 72 小时内死亡(包括因不可逆疾病而自动出院的患者)。急诊抢救室患者死亡率是指急诊抢救室患者死亡总数占同期急诊抢救室抢救患者总数的比例。	监测比较
	7. 急诊手术患者死亡率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	$= \text{急诊手术患者死亡总数} / \text{同期急诊手术患者总数} \times 100\%$	急诊手术患者死亡是指急诊患者接受急诊手术, 术后 1 周内死亡, 除外与手术无关的原发疾病引起的死亡。急诊手术患者死亡率是指急诊手术患者死亡总数占同期急诊手术患者总数的比例。	监测比较
	8. ROSC 成功率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	$= \text{ROSC 成功总例次数} / \text{同期急诊呼吸心脏骤停患者行心肺复苏术总例次数} \times 100\%$	ROSC(心肺复苏术后自主呼吸循环恢复)成功是指急诊呼吸心脏骤停患者, 心肺复苏术(CPR)后自主呼吸循环恢复超过 24 小时。ROSC 成功率是指 ROSC 成功总例次数占同期急诊呼吸心脏骤停患者行心肺复苏术总例次数的比例。同一患者 24 小时内行多次	逐步提高

章节	指标	指标属性	计量单位	计算方法	指标定义	指标导向
					心肺复苏术，记为“一例次”。	
	9.非计划重返抢救室率	定量指标，连续监测类指标，必填指标	百分比(%)	=72小时内非计划重返急诊抢救室患者总数/同期离开急诊抢救室患者总数×100%	因相同或相关疾病，72小时内非计划重返急诊抢救室患者总数占同期离开急诊抢救室(出院或转其他区域)患者总数的比例。	监测比较
三、临床检验专业医疗质量控制指标	1.标本类型错误率	定量指标，连续监测类指标，必填指标	百分比(%)	=类型不符合要求的标本数/同期标本总数×100%	类型不符合要求的标本数占同期标本总数的比例	逐步降低
	2.标本容器错误率	定量指标，连续监测类指标，必填指标	百分比(%)	=采集容器不符合要求的标本数/同期标本总数×100%	采集容器不符合要求的标本数占同期标本总数的比例	逐步降低
	3.标本采集量错误率	定量指标，连续监测类指标，必填指标	百分比(%)	=采集量不符合要求的标本数/同期标本总数×100%	采集量不符合要求的标本数占同期标本总数的比例	逐步降低
	4.血培养污染率	定量指标，连续监测类指标，必填指标	百分比(%)	=污染的血培养标本数/同期血培养标本总数×100%	污染的血培养标本数占同期血培养标本总数的比例	逐步降低
	5.抗凝标本凝集率	定量指标，连续监测类指标，必填指标	百分比(%)	=凝集的标本数/同期需抗凝的标本总数×100%	凝集的标本数占同期需抗凝的标本总数的比例	逐步降低
	6.检验前周转时间中位数	定量指标，连续监测类指标，必填指标	分钟	检验前周转时间中位数= $X(n+1)/2$,n为奇数 检验前周转时间中位数= $(X_{n/2}+X_{n/2+1})/2$,n为偶数。 注:n为检验标本数,X为检验前周转时间	检验前周转时间是指从标本采集到实验室接收标本的时间(以分钟为单位)。检验前周转时间中位数,是指将检验前周转时间由长到短排序后取其中位数。	逐步降低
	7.室内质控项目开展率	定量指标，连续监测类指标，必填指标	百分比(%)	=开展室内质控的检验项目数/同期检验项目总数×100%	开展室内质控的检验项目数占同期检验项目总数的比例	逐步提高

章节	指标	指标属性	计量单位	计算方法	指标定义	指标导向
	8.室内质控项目变异系数不合格率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=室内质控项目变异系数高于要求的检验项目数/同期对室内质控项目变异系数有要求的检验项目总数×100%	室内质控项目变异系数高于要求的检验项目数占同期对室内质控项目变异系数有要求的检验项目总数的比例	逐步降低
	9.室间质评项目参加率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=参加室间质评的检验项目数/同期特定机构已开展的室间质评项目总数×100%	参加室间质评的检验项目数占同期特定机构(国家、省级等)已开展的室间质评项目总数的比例	逐步提高
	10.室间质评项目不合格率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=室间质评不合格的检验项目数/同期参加室间质评检验项目总数×100%	室间质评不合格的检验项目数占同期参加室间质评检验项目总数的比例	逐步降低
	11.实验室间比对率(用于无室间质评计划检验项目)	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=执行实验室间比对的检验项目数/同期无室间质评计划检验项目总数×100%	执行实验室间比对的检验项目数占同期无室间质评计划检验项目总数的比例	逐步提高
	12.实验室内周转时间中位数	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	分钟	实验室内周转时间中位数= $X(n+1)/2$, n为奇数 实验室内周转时间中位数= $(Xn/2+Xn/2+1)/2$, n为偶数。 注: n为检验标本数, X为检验前周转时间	实验室内周转时间是指从实验室收到标本到发送报告的时间(以分钟为单位)。实验室内周转时间中位数,是指将实验室内周转时间由长到短排序后取其中位数。	逐步降低
	13.检验报告不正确率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=实验室发出的不正确检验报告数/同期检验报告总数×100%	检验报告不正确是指实验室已发出的报告,其内容与实际情况不相符,包括结果不正确、患者信息不正确、标本信息不正确等。检验报告不正确率是指实验室发出的不正确检验报告数占同期检验报告总数的比例。	逐步降低
	14.危急值通报率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指	百分比 (%)	=已通报的危急值检验项目数/同期需要通报的危急值检验项目总	危急值是指除外检查仪器或试剂等技术原因出现的表明患者可能正处于生命危险的边缘	逐步提高

章节	指标	指标属性	计量单位	计算方法	指标定义	指标导向
		标		数×100%	状态，必须立刻进行记录并第一时间报告给该患者主管医师的检验结果。危急值通报率是指已通报的危急值检验项目数占同期需要通报的危急值检验项目总数的比例	
	15.危急值通报及时率	定量指标，连续监测类指标，必填指标	百分比(%)	=危急值通报时间符合规定时间的检验项目数/同期需要危急值通报的检验项目总数×100%	危急值通报时间（从结果确认到与临床医生交流的时间）符合规定时间的检验项目数占同期需要危急值通报的检验项目总数的比例	逐步提高
四、病理专业 医疗质量控制 指标	1.标本规范化固定率	定量指标，连续监测类指标，必填指标	百分比(%)	=规范化固定的标本数/同期标本总数×100%	标本规范化固定是指病理标本及时按行业推荐方法切开，以足量10%中性缓冲福尔马林充分固定。有特殊要求者可使用行业规范许可的其它固定液。标本规范化固定率是指规范化固定的标本数占同期标本总数的比例。	逐步提高
	2.HE染色切片优良率	定量指标，连续监测类指标，必填指标	百分比(%)	=HE染色优良切片数/同期HE染色切片总数×100%	HE染色优良切片是指达到行业优良标准要求的HE染色切片。HE染色优良切片优良率，是指HE染色优良切片数占同期HE染色切片总数的比例。	逐步提高
	3.免疫组化染色切片优良率	定量指标，连续监测类指标，必填指标	百分比(%)	=免疫组化染色优良切片数/同期免疫组化染色切片总数×100%	免疫组化染色优良切片是指达到行业优良标准要求的免疫组化染色切片。免疫组化染色优良切片优良率，是指免疫组化染色优良切片数占同期免疫组化染色切片总数的比例。	逐步提高
	4.组织病理诊断及时率	定量指标，连续监测类指标，必填指标	百分比(%)	=规定时间内完成组织病理诊断报告的标本数/同期组织病理诊断标本总数×100%	在规定时间内，完成组织病理诊断报告的标本数占同期组织病理诊断标本总数的比例。规定时间是指穿刺、内窥镜钳取活检的小标本，自接收标本起，≤3个工作日发出病理报告；其他类型标本自接收标本起，≤5个工作日发出病理报告；需特殊处理、特殊染色、免疫	逐步提高

章节	指标	指标属性	计量单位	计算方法	指标定义	指标导向
					组化染色、分子检测的标本，按照有关行业标准增加相应的工作日。	
	5.细胞病理诊断及时率	定量指标，连续监测类指标，必填指标	百分比（%）	=在规定时间内完成细胞病理诊断报告的标本数/同期细胞病理诊断标本总数×100%	在规定时间内，完成细胞病理诊断报告的标本数占同期细胞病理诊断标本总数的比例。规定时间是指自接收标本起，≤2个工作日发出细胞病理诊断报告；需特殊处理、特殊染色、免疫组化染色、分子检测的标本，按照有关行业标准增加相应的工作日。	逐步提高
五、医院感染管理医疗质量控制指标	1.医院感染发病（例次）率	定量指标，连续监测类指标，必填指标	百分比（%）	=医院感染新发病例（例次）数/同期住院患者总数×100%	医院感染新发病例是指观察期间发生的医院感染病例，即观察开始时没有发生医院感染，观察开始后直至结束时发生的医院感染病例，包括观察开始时已发生医院感染，在观察期间又发生新的医院感染的病例。医院感染发病（例次）率是指住院患者中发生医院感染新发病例（例次）的比例。	逐步降低
	2.医院感染现患（例次）率	定量指标，连续监测类指标，必填指标	百分比（%）	=确定时段或时点住院患者中医院感染患者（例次）数/同期住院患者总数×100%	确定时段或时点住院患者中，医院感染患者（例次）数占同期住院患者总数的比例。	逐步降低
	3.医院感染病例漏报率	定量指标，连续监测类指标，必填指标	百分比（%）	=应当报告而未报告的医院感染病例数/同期应报告医院感染病例总数×100%	应当报告而未报告的医院感染病例数占同期应报告医院感染病例总数的比例。	逐步降低
	4.多重耐药菌感染发现率	定量指标，连续监测类指标，必填指标	百分比（%）	=多重耐药菌感染患者数（例次数）/同期住院患者总数×100%	多重耐药菌感染发现率是指多重耐药菌感染患者数（例次数）与同期住院患者总数的比例。	逐步降低
	5.多重耐药菌感染检出率	定量指标，连续监测类指标，必填指标	百分比（%）	=多重耐药菌检出菌株数/同期该病原体检出菌株总数×100%	多重耐药菌检出菌株数与同期该病原体检出菌株总数的比例。	监测比较
	6.医务人员手卫生依从率	定量指标，连续监测类指标，必填指标	百分比（%）	=受调查的医务人员实际实施手卫生次数/同期调查中应实施手卫	受调查的医务人员实际实施手卫生次数占同期调查中应实施手卫生次数的比例。	逐步提高

章节	指标	指标属性	计量单位	计算方法	指标定义	指标导向
		标		生次数×100%		
	7.住院患者抗菌药物使用率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=住院患者中使用抗菌药物(全身给药)患者数/同期住院患者总数×100%	住院患者中使用抗菌药物(全身给药)患者数占同期住院患者总数的比例。	监测达标
	8.抗菌药物治疗前病原学送检率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=使用抗菌药物前病原学检验标本送检病例数/同期使用抗菌药物治疗病例总数×100%	以治疗为目的使用抗菌药物的住院患者, 使用抗菌药物前病原学检验标本送检病例数占同期使用抗菌药物治疗病例总数的比例。病原学检验标本包括: 各种微生物培养、降钙素原、白介素-6等感染指标的血清学检验。	监测达标
	9.I类切口手术部位感染率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=I类切口手术部位感染入次数/同期I类切口手术台次数×100%	考核年度发生I类切口手术部位感染入次数占同期I类切口手术台次数的比例。	逐步降低
	10.I类切口手术抗菌药物预防使用率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=I类切口手术预防使用抗菌药物的患者数/同期I类切口手术患者总数×100%	I类切口手术预防使用抗菌药物的患者数占同期I类切口手术患者总数的比例。	监测达标
	11.血管内导管相关血流感染发病率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	例/千导管日 (‰)	=血管内导管相关血液感染发病率=血管内导管相关血液感染例数/同期患者使用血液内导管留置总天数×1000‰	使用血管内导管住院患者中新发血管内导管相关血流感染的发病频率。单位: 例/千导管日。	监测比较
	12.呼吸机相关肺炎发病率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	例/千机械通气日 (‰)	=呼吸机相关肺炎例次数/同期患者使用呼吸机总天数×1000‰	使用呼吸机住院患者中新发呼吸机相关肺炎的发病频率。	逐步降低
	13.导尿管相关泌尿系感染发病率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	例/千导尿管日 (‰)	=导尿管相关泌尿系感染例次数/同期患者使用导尿管总天数×1000‰	使用导尿管住院患者中新发导尿管相关泌尿系感染的发病频率。	逐步降低
六、临床用血质量控制指标	1.《临床输血申请单》合格率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=填写规范且符合用血条件的申请单数/同期输血科接收的申请单总数×100%	填写规范且符合用血条件的《临床输血申请单》数量占同期输血科接收的《临床输血申请单》总数的百分比。	逐步提高

章节	指标	指标属性	计量单位	计算方法	指标定义	指标导向
	2.受血者标本血型复查率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=受血者血液标本复查血型数量/同期接收受血者血液标本总数×100%	是指输血科对受血者血液标本复查血型的数量占同期接收受血者血液标本总数的百分比。	逐步提高
	3.输血相容性检测项目室内质控率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=开展室内质控的输血相容性检测项目数/医疗机构开展的输血相容性检测项目总数×100%	开展室内质控的输血相容性检测项目数占医疗机构开展的输血相容性检测项目总数的百分比。	逐步提高
	4.输血相容性检测室间质评项目参加率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=参加室间质评的输血相容性检测项目数/同期室间质评机构开展的输血相容性检测室间质评总数×100%	输血科参加室间质评的输血相容性检测项目数占所参加的同期室间质评机构开展的输血相容性检测室间质评 5 个项目总数的百分比。	逐步提高
	5.千输血人次输血不良反应上报例数	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	例	=输血不良反应上报例/单位时间内输血总人次/1000	单位时间内, 每千输血人次中输血不良反应上报例数。	监测比较
	6.三四级手术台均用水量	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	U	=三级和四级手术用血总单位数/同期三级和四级手术手术总台次	单位时间三级和四级手术台均用水量。此处仅统计异体红细胞成分及全血用量	逐步降低
	7.手术患者自体输血率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=手术患者自体输血总单位数/(同期手术患者异体输血单位数+自体输血单位数)×100%	单位时间手术患者住院期间自体输血量占手术患者异体输血量 and 自体输血量之和的百分比。此处仅统计红细胞成分及全血用量。	逐步提高
	8.出院患者人均用水量	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	U	=出院患者用血总单位数/同期出院患者人次	单位时间出院患者人均用水量。此处仅统计异体红细胞成分及全血用量。	监测比较
七、护理专业医疗质量控制指标	(一)床护比	1.医疗机构床护比	1: X	医疗机构床护比(1: X) = 1: 医疗机构执业护士人数/同期实际开放床位数	单位时间内, 医疗机构实际开放床位与医疗机构执业护士人数的比。	监测达标
		2.病区床护比	1: X	病区床护比(1: X) = 1: 医疗机构病区执业护士人数/同期实际开放	单位时间内, 医疗机构实际开放床位与医疗机构病区执业护士人数的比。	监测达标

章节	指标	指标属性	计量单位	计算方法	指标定义	指标导向
				床位数		
	3.儿科病区床护比	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	1: X	儿科病区床护比(1: X) = 1: 儿科病区执业护士人数/同期儿科病区实际开放床位数	单位时间内, 儿科病区实际开放床位与儿科病区所配备的执业护士人数的比。 注: 儿科病区指独立设置的收治儿童患者(小于等于18岁)的病区。包含: 儿童呼吸、消化、神经、泌尿、血液、内分泌等内外科疾病的儿童病区。排除: 新生儿病区、新生儿重症监护病区(NICU)、儿童重症监护病区(PICU)、儿科门诊、急诊等。	监测达标
	4.重症医学科床护比	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	1: X	重症医学科床护比(1: X) = 1: 重症医学科执业护士人数/同期重症医学科实际开放床位数	单位时间内, 重症医学科实际开放床位与所配备的执业护士人数的比。 包含: 综合重症监护病房(综合ICU)、独立的专科重症监护病房(如: 呼吸科重症监护病房(RICU)、新生儿重症监护病房(NICU)等)。	监测达标
(二) 每住院患者24小时平均护理时数	5.每住院患者24小时平均护理时数	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	小时/床日	=医疗机构病区执业护士实际上班小时数/同期住院患者实际占用床日数	单位时间内, 医疗机构病区执业护士实际上班小时数与住院患者实际占用床日数的比。 (1) 医疗机构病区执业护士实际上班小时数为单位时间内医疗机构病区所有执业护士实际上班小时数之和。 (2) 住院患者实际占用床日数即为单位时间内医疗机构各科室每天0点住院患者实际占用的床日数总和。	监测比较
(三) 不同级别护士配置占比	6.病区5年以下护士占比	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比(%)	=病区工作年限<5年的护士总数/同期病区执业护士总人数×100%	单位时间内, 在病区工作、工作年限<5年的护士在病区执业护士中所占的比例。	监测比较
	7.病区20年及以上护士占比	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比(%)	=病区工作年限≥20年的护士总数/同期病区执业护士总人数×100%	单位时间内, 在病区工作、工作年限≥20年的护士在病区执业护士中所占的比例。 (1) 工作年限: 指护士在医疗机构注册以后	监测比较

章节	指标	指标属性	计量单位	计算方法	指标定义	指标导向
					的工作时间。包括在其他医疗机构参加工作的时间、试用期。不包括实习期、待业期。 (2) 病区指医疗机构有实际住院床位的病区的总称(包含重症医学科)。 (3) 病区护士指取得护士执业资格、在本医疗机构注册并在病区护理岗位工作的护士。 包含: 病区临床护理岗位护士、病区护士长(副护士长)、病区护理岗位的休假(含病产假)的护士。	
(四)	8. 护士离职率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	$= \text{护士离职人数} / (\text{期初医疗机构执业护士总人数} + \text{期末医疗机构执业护士总人数}) / 2 \times 100\%$	单位时间内, 某医疗机构护士离职人数与执业护士总人数的比例。 离职: 指自愿离职。排除: 因退休、死亡或被辞退而离开医疗机构的护士; 在同一医疗机构岗位调整的护士。	逐步降低
(五)	9. 住院患者跌倒发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	千分比 (‰)	$= \text{住院患者跌倒例次数} / \text{同期住院患者实际占用床日数} \times 1000\%$	单位时间内, 住院患者发生跌倒例次数(包括造成或未造成伤害)与住院患者实际占用床日数的千分比。 统计住院患者在医疗机构任何场所发生的跌倒例次数。同一患者多次跌倒按实际发生例次计算。 包含: 坠床。 排除: 非医疗机构场所发生的跌倒、非住院患者(门诊、急诊留观室等)发生的跌倒、住院患儿生理性跌倒(小儿行走中无伤害跌倒)。	逐步降低
	10. 住院患者跌倒伤害占比	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	千分比 (‰)	$= \text{住院患者跌倒伤害总例次数} / \text{同期住院患者跌倒例次数} \times 100\%$	跌倒伤害指住院患者跌倒后造成不同程度的伤害甚至死亡。住院患者跌倒伤害占比指单位时间内住院患者跌倒伤害例次数占住院患者发生的跌倒例次数的比例。 说明: 跌倒伤害总例次数为轻度、中度、重	监测比较

章节	指标	指标属性	计量单位	计算方法	指标定义	指标导向
					<p>度例次数和跌倒死亡例数四项之和，应小于或等于跌倒发生总例次数。</p> <p>轻度（严重程度1级）指住院患者跌倒导致青肿、擦伤、疼痛，需要冰敷、包扎、伤口清洁、肢体抬高、局部用药等。</p> <p>中度（严重程度2级）指住院患者跌倒导致肌肉或关节损伤，需要缝合、使用皮肤胶、夹板固定等。</p> <p>重度（严重程度3级）指住院患者跌倒导致骨折、神经或内部损伤，需要手术、石膏、牵引等。</p> <p>死亡指住院患者因跌倒受伤而死亡，而不是由于引起跌倒的生理事件本身而致死。</p> <p>排除：无伤害的跌倒。</p>	
	<p>（六）住院患者2期及以上院内压力性损伤发生率</p>	<p>11.住院患者2期及以上院内压力性损伤发生率</p>	<p>定量指标，连续监测类指标，必填指标</p>	<p>百分比（%）</p> <p>= 住院患者2期及以上院内压力性损伤新发病例数/同期住院患者总数×100%</p>	<p>单位时间内，住院患者2期及以上院内压力性损伤新发病例数与住院患者总数的比例。</p> <p>（1）单位时间内患者入院24小时后新发的2期及以上压力性损伤例数。院外带入压力性损伤患者，若入院24小时后新发生的2期及以上压力性损伤计作1例。同一患者单位时间内发生1处或多处2期及以上压力性损伤（包括在不同科室发生的压力性损伤），均计作1例，期别按最高期别统计。压力性损伤分期依照《美国国家压疮咨询委员会：压力性损伤定义与分期（2016版）》界定。</p> <p>包含：2期及以上压力性损伤，深部组织损伤、不可分期、医疗器械相关性压力性损伤、粘膜压力性损伤。</p> <p>排除：因动脉阻塞、静脉功能不全、糖尿病相关神经病变或失禁性皮炎等造成的皮肤损伤；社区获得性压力性损伤。</p>	<p>逐步降低</p>

章节	指标	指标属性	计量单位	计算方法	指标定义	指标导向	
					(2) 住院患者总数为统计周期期初在院患者数与单位时间内新入院患者数之和。 包含：所有办理住院手续的患者。 排除：办理住院手续但实际未到达病区患者；母婴同室新生儿。		
	(七) 患者非计划拔管率	12. 气管导管 (气管插管、气管切开) 非计划拔管率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	千分比 (‰)	= 气管导管 (气管插管、气管切开) 非计划拔管例次数/同期气管导管 (气管插管、气管切开) 留置总日数×1000‰	非计划拔管又称意外拔管, 是指住院患者有意造成或任何意外所致的拔管, 即医护人员非诊疗计划范畴内的拔管。气管导管非计划拔管率指单位时间内住院患者发生气管导管非计划拔管的例次数与气管导管留置总日数的千分比	逐步降低
		13. 经口、经鼻胃肠导管非计划拔管率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	千分比 (‰)	= 经口、经鼻胃肠导管非计划拔管例次数/同期经口、经鼻胃肠导管留置总日数×1000‰	经口、经鼻胃肠导管非计划拔管率指单位时间内住院患者发生胃肠导管非计划拔管的例次数与气管导管留置总日数的千分比	逐步降低
		14. 导尿管非计划拔管率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	千分比 (‰)	= 导尿管非计划拔管例次数/同期导尿管留置总日数×1000‰	导尿管非计划拔管率指单位时间内住院患者发生导尿管非计划拔管的例次数与气管导管留置总日数的千分比	逐步降低
		15. 中心静脉导管 (CVC) 非计划拔管率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	千分比 (‰)	= CVC 非计划拔管例次数/同期 CVC 留置总日数×1000‰	中心静脉导管 (CVC) 非计划拔管率指单位时间内住院患者发生中心静脉导管非计划拔管的例次数与气管导管留置总日数的千分比	逐步降低
		16. 经外周置入中心静脉导管 (PICC) 非计划拔管率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	千分比 (‰)	= PICC 非计划拔管例次数/同期 PICC 留置总日数×1000‰	经外周置入中心静脉导管 (PICC) 非计划拔管率指单位时间内住院患者发生经外周置入中心静脉导管非计划拔管的例次数与气管导管留置总日数的千分比	逐步降低
八、药事管理专业医疗质量控制指标	1. 药学专业技术人员占比	定量指标, 达标类指标, 必填指标	百分比 (%)	= 药学专业技术人员数/同期医疗机构卫生专业技术人员总数×100%	药学专业技术人员数占同期医疗机构卫生专业技术人员总数的比例。	监测达标	

章节	指标	指标属性	计量单位	计算方法	指标定义	指标导向
	2.门诊处方审核率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=药品收费前药师审核门诊处方人次数/同期门诊处方总人次数×100%	药品收费前药师审核门诊处方人次数占同期门诊处方总人次数的比例。	逐步提高
	3.急诊处方审核率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=药品收费前药师审核急诊处方人次数/同期急诊处方总人次数×100%	药品收费前药师审核急诊处方人次数占同期急诊处方总人次数的比例。	逐步提高
	4.住院用药医嘱审核率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=药品调配前药师审核住院患者用药医嘱条目数/同期住院患者用药医嘱总条目数×100%	药品调配前药师审核住院患者用药医嘱条目数占同期住院患者用药医嘱总条目数的比例。	逐步提高
	5.门诊处方点评率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=点评的门诊处方数/同期门诊处方总人数×100%	医疗机构点评的门诊处方人次数占同期门诊处方总人次数的比例。	逐步提高
	6.门诊处方合格率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=合格的门诊处方人次数/同期点评门诊处方总人次数×100%	合格的门诊处方人次数占同期点评门诊处方总人次数的比例。	逐步提高
	7.住院患者药学监护率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=实施药学监护的住院患者数/同期住院患者总数×100%	实施药学监护的住院患者数占同期住院患者总数的比例。	逐步提高
	8.严重或新的药品不良反应上报率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=严重或新的药品不良反应上报人数/同期用药患者总数×100%	医疗机构单位时间内上报的严重或新的药品不良反应人数占同期用药患者总数的比例。	监测比较
	9.住院患者抗菌药物使用率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=住院患者使用抗菌药物人数/同期医疗机构住院患者总数×100%	住院患者使用抗菌药物人数占同期医疗机构住院患者总数的比例。	逐步降低
	10.住院患者抗菌药物使用强度	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	DDD	=住院患者抗菌药物消耗量(累计 DDD 数)/同期收治患者人天数×100	住院患者平均每日每百张床位所消耗抗菌药物的 DDD 数。	逐步降低
	11.住院患者特殊使用级抗菌药物使用量占比	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=住院患者特殊使用级抗菌药物使用量(累计 DDD 数)/同期住院患者抗菌药物使用量(累计 DDD 数)×100%	住院患者特殊使用级抗菌药物使用量占同期住院患者抗菌药物使用量的比例。	监测比较

章节	指标	指标属性	计量单位	计算方法	指标定义	指标导向
	12. I类切口手术抗菌药物预防使用率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	= I类切口手术预防使用抗菌药物的患者数/同期 I类切口手术患者总数×100%	I类切口手术预防使用抗菌药物的患者数占同期 I类切口手术患者总数的比例。	逐步降低
	13. 住院患者静脉输液使用率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	= 使用静脉输液的住院患者数/同期住院患者总数×100%	使用静脉输液的住院患者数占同期住院患者总数的比例。	逐步降低
	14. 住院患者中药注射剂静脉输液使用率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	= 使用中药注射剂静脉输液住院患者数/同期住院患者总数×100%	使用中药注射剂静脉输液的住院患者数占同期住院患者总数的比例。	监测比较
	15. 急诊患者糖皮质激素静脉输液使用率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	= 急诊患者静脉使用糖皮质激素人数/同期急诊患者总数×100%	急诊静脉使用糖皮质激素的患者数占同期急诊患者总数的比例。	逐步降低
	16. 住院患者质子泵抑制剂注射剂静脉使用率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	= 静脉使用质子泵抑制剂注射剂的住院患者数/同期住院患者总数×100%	静脉使用质子泵抑制剂注射剂的住院患者数占同期住院患者总数的比例。	逐步降低
九、病案管理 质量控制指标	1. 住院病案管理人员月均负担出院患者病历数	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	份/人月	= 出院患者病历总数/同期住院病案管理人员实际工作总月数	单位时间内, 每名住院病案管理人员每月平均负担的出院患者病历数。 说明: 1. 住院病案管理人员是指专职从事住院病历回收、整理、扫描、装订、归档、复印、借阅、编码、统计及质量控制等工作的人员。 2. 实际工作总月数等于每名工作人员实际工作月数的总和(下同)。	监测比较
	2. 病案编码人员月均负担出院患者病历数	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	份/人月	= 出院患者病历总数/同期病案编码人员实际工作总月数	单位时间内, 每名病案编码人员每月平均负担的出院患者病历数。 说明: 病案编码人员是指对出院病历病案首页各数	监测比较

章节	指标	指标属性	计量单位	计算方法	指标定义	指标导向
					据项进行信息录入, 包括对疾病、手术操作信息进行 ICD 编码及审核等工作的专业技术人员。	
	3.入院记录 24 小时内完成率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=入院记录在患者入院 24 小时内完成的住院患者病历数占同期住院患者病历总数×100%	单位时间内, 入院记录在患者入院 24 小时内完成的住院患者病历数占同期住院患者病历总数的比例。	逐步提高
	4.手术记录 24 小时内完成率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=手术记录在术后 24 小时内完成的住院患者病历数/同期住院手术患者病历总数×100%	单位时间内, 手术记录在术后 24 小时内完成的住院患者病历数占同期住院手术患者病历总数的比例。	逐步提高
	5.出院记录 24 小时内完成率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=出院记录在患者出院后 24 小时内完成的病历数/同期出院患者病历总数×100%	单位时间内, 出院记录在患者出院后 24 小时内完成的病历数占同期出院患者病历总数的比例。	逐步提高
	6.病案首页 24 小时内完成率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=病案首页在患者出院后 24 小时内完成的病历数/同期出院患者病历总数×100%	单位时间内, 病案首页在患者出院后 24 小时内完成的病历数占同期出院患者病历总数的比例。	逐步提高
	7.CT/MRI 检查记录符合率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=CT/MRI 检查医嘱、报告单、病程记录相对应的住院患者病历数/接受 CT/MRI 检查的住院患者病历总数×100%	单位时间内, CT/MRI 检查医嘱、报告单、病程记录相对应的住院患者病历数占接受 CT/MRI 检查的住院患者病历总数的比例。 说明: CT/MRI 检查医嘱、报告单、病程记录相对应是指在接受 CT/MRI 检查的住院患者病历中, CT/MRI 相关医嘱、报告单完整, 检查结果及分析在病程记录中有相应记录。	逐步提高
	8.病理检查记录符合率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=手术记录、病理检查报告单、病程记录相对应的住院患者病历数/同期开展病理检查的住院患者病历总数×100%	单位时间内, 手术记录、病理检查报告单、病程记录相对应的住院患者病历数占同期开展病理检查的住院患者病历总数的比例。 说明: 手术记录、病理检查报告单、病程记	逐步提高

章节	指标	指标属性	计量单位	计算方法	指标定义	指标导向
					录相对应是指在开展病理检查的住院患者病历中，病理检查报告单完整，取材情况和病理结果分别在手术记录、病程记录中有相应记录。	
	9.细菌培养检查记录符合率	定量指标，连续监测类指标，必填指标	百分比 (%)	=细菌培养检查的医嘱、报告单、病程记录相对应的住院患者病历数/同期开展细菌培养检查的住院患者病历总数×100%	单位时间内，细菌培养检查的医嘱、报告单、病程记录相对应的住院患者病历数占同期开展细菌培养检查的住院患者病历总数的比例。 说明：细菌培养检查的医嘱、报告单、病程记录相对应是指在开展细菌培养检查的住院患者病历中，细菌培养检查相关医嘱、报告单完整，培养结果及分析在病程记录中有相应记录。	逐步提高
	10.抗菌药物使用记录符合率	定量指标，连续监测类指标，必填指标	百分比 (%)	=抗菌药物使用医嘱、病程记录相对应的住院患者病历数占同期使用抗菌药物的住院患者病历总数×100%	单位时间内，抗菌药物使用医嘱、病程记录相对应的住院患者病历数占同期使用抗菌药物的住院患者病历总数的比例。 说明：1.抗菌药物使用医嘱、病程记录相对应是指在使用抗菌药物治疗的住院患者病历中，抗菌药物使用相关医嘱单完整，使用情况在病程记录中有相应记录。 2.抗菌药物的范围见《抗菌药物临床应用管理办法》。	逐步提高
	11.手术相关记录完整率	定量指标，连续监测类指标，必填指标	百分比 (%)	=手术相关记录完整的住院手术患者病历数/同期住院手术患者病历总数×100%	单位时间内，手术相关记录完整的住院手术患者病历数占同期住院手术患者病历总数的比例。 说明：手术相关记录完整是指在接受手术治	逐步提高

章节	指标	指标属性	计量单位	计算方法	指标定义	指标导向
					疗的住院患者病历中，手术医嘱、术前讨论结论、手术记录、手术安全核查表等手术相关内容符合《医疗质量安全核心制度要点》、《病历书写基本规范》等文件要求。	
	12.植入物相关记录符合率	定量指标，连续监测类指标，必填指标	百分比(%)	=植入物相关记录符合的住院患者病历数/同期使用植入物的住院患者病历总数×100%	单位时间内，植入物相关记录符合的住院患者病历数占同期使用植入物的住院患者病历总数的比例。 说明：植入物相关记录符合是指植入物条形码齐全，植入物种类和数量等情况在手术记录或病程记录中有相应记录。	逐步提高
	13.临床用血相关记录符合率	定量指标，连续监测类指标，必填指标	百分比(%)	=临床用血相关记录符合的住院患者病历数/同期存在临床用血的住院患者病历总数×100%	单位时间内，临床用血相关记录符合的住院患者病历数占同期存在临床用血的住院患者病历总数的比例。 说明：临床用血相关记录符合是指输血知情同意书、医嘱、输血记录单等相关内容符合《病历书写基本规范》、《医疗机构临床用血管理办法》等文件要求。	逐步提高
	14.医师查房记录完整	定量指标，连续监测类指标，必填指标	百分比(%)	=医师查房记录完整的住院患者病历数/同期住院患者病历总数×100%	单位时间内，医师查房记录完整的住院患者病历数占同期住院患者病历总数的比例。 说明：医师查房记录完整是指医师查房记录符合《医疗质量安全核心制度要点》、《病历书写基本规范》要求。	逐步提高
	15.患者抢救记录及时完成率	定量指标，连续监测类指标，必填指标	百分比(%)	=抢救记录及时完成的住院患者病历数/同期接受抢救的住院患者病历总数×100%	单位时间内，抢救记录及时完成的住院患者病历数占同期接受抢救的住院患者病历总数的比例。 说明：抢救记录及时完成是指抢救记录的书写时限和内容符合《医疗质量安全核心制度要点》、《病历书写基本规范》要求。	逐步提高

章节	指标	指标属性	计量单位	计算方法	指标定义	指标导向
	16. 患出院患者病历2日归档率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=2个工作日内完成归档的出院患者病历数/同期出院患者病历总数×100%	单位时间内, 2个工作日内完成归档的出院患者病历数占同期出院患者病历总数的比例。	逐步提高
	17. 出院患者病历归档完整率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=归档病历内容完整的出院患者病历数/同期出院患者病历总数×100%	单位时间内, 归档病历内容完整的出院患者病历数占同期出院患者病历总数的比例。 说明: 病历内容完整是指归档病历内容符合《病历书写基本规范》(卫医政发〔2010〕11号)要求。	逐步提高
	18. 主要诊断填写正确率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=病案首页中主要诊断填写正确的出院患者病历数/同期出院患者病历总数×100%	单位时间内, 病案首页中主要诊断填写正确的出院患者病历数占同期出院患者病历总数的比例。 说明: 主要诊断填写正确是指主要诊断填写符合《卫生部关于修订住院病案首页的通知》、《国家卫生计生委办公厅关于印发住院病案首页数据填写质量规范(暂行)》要求。	逐步提高
	19. 主要诊断编码正确率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=病案首页中主要诊断编码正确的出院患者病历数/同期出院患者病历总数×100%	单位时间内, 病案首页中主要诊断编码正确的出院患者病历数占同期出院患者病历总数的比例。 说明: 主要诊断编码正确是指主要诊断编码符合国家统一发布的最新的《疾病分类与代码国家临床版》要求。	逐步提高
	20. 主要手术填写正确率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=病案首页中主要手术填写正确的出院患者病历数/同期出院手术患者病历总数×100%	单位时间内, 病案首页中主要手术填写正确的出院患者病历数占同期出院手术患者病历总数的比例。 说明: 主要手术操作填写正确是指主要手术填写符合《卫生部关于修订住院病案首页的	逐步提高

章节	指标	指标属性	计量单位	计算方法	指标定义	指标导向
					通知》、《国家卫生计生委办公厅关于印发住院病案首页数据填写质量规范(暂行)》相关要求。	
	21.主要手术编码正确率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=病案首页中主要手术编码正确的出院患者病历数/同期出院手术患者病历总数×100%	单位时间内, 病案首页中主要手术编码正确的出院患者病历数占同期出院手术患者病历总数的比例。 说明: 主要手术编码正确是指主要手术编码符合国家统一发布的最新的《手术操作与分类代码国家临床版》有关要求。	逐步提高
	22.不合理复制病历发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=出现不合理复制病历内容的出院患者病历数/同期出院患者病历总数×100%	单位时间内, 出现不合理复制病历内容的出院患者病历数占同期出院患者病历总数的比例。 说明: 不合理复制病历内容是指首次病程记录病例特点与入院记录、现病史完全相同; 拟诊讨论部分重复病例特点; 2次以上病程记录完全相同; 同科同种疾病拟诊讨论内容完全相同。	逐步降低
	23.知情同意书规范签署率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=规范签署知情同意书的出院患者病历数/同期存在知情同意书签署的出院患者病历总数×100%	单位时间内, 规范签署知情同意书的出院患者病历数占同期存在知情同意书签署的出院患者病历总数的比例。 说明: 规范签署知情同意书是指病历中各类知情同意书签署符合《病历书写基本规范》、《医疗纠纷预防和处置条例》有关规定。	逐步提高
	24.甲级病历率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=甲级出院患者病历数/同期出院患者病历总数×100%	单位时间内, 甲级出院患者病历数占同期出院患者病历总数的比例。	逐步提高

章节	指标	指标属性	计量单位	计算方法	指标定义	指标导向
十、心血管系统疾病相关专控指标	1.急性 ST 段抬高型心肌梗死 (STEMI) 患者到院 10 分钟内完成 12 导联 (及以上) 心电图检查率 (CVD-STEMI-01)	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=到院 10 分钟内完成 12 导联 (及以上) 心电图检查的急性 STEMI 患者数/同期急性 STEMI 患者总数×100%	单位时间内, 到院 10 分钟内完成 12 导联 (及以上) 心电图检查的急性 STEMI 患者数, 占同期急性 STEMI 患者总数的比例。	逐步提高
	(一) 急性 ST 段抬高型心肌梗死 (STEMI)	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=到院 1 小时内给予阿司匹林治疗的急性 STEMI 患者数/同期急性 STEMI 患者总数×100%	单位时间内, 到院 1 小时内给予阿司匹林治疗的急性 STEMI 患者数, 占同期急性 STEMI 患者总数的比例。	逐步提高
	2. 急性 STEMI 患者到院 1 小时内阿司匹林治疗率 (CVD-STEMI-02)	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=到院 1 小时内给予 P2Y12 受体拮抗剂治疗的急性 STEMI 患者数 / 同期急性 STEMI 患者总数 ×100%	单位时间内, 到院 1 小时内给予 P2Y12 受体拮抗剂治疗的急性 STEMI 患者数, 占同期急性 STEMI 患者总数的比例。	逐步提高
	3. 急性 STEMI 患者到院 1 小时内 P2Y12 受体拮抗剂治疗率 (CVD-STEMI-03)	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=发病 24 小时内接受再灌注治疗的急性 STEMI 患者数/同期发病 24 小时内急性 STEMI 患者总数 ×100%	单位时间内, 发病 24 小时内接受再灌注治疗的急性 STEMI 患者数, 占同期发病 24 小时内急性 STEMI 患者总数的比例。	逐步提高
4.发病 24 小时内急性 STEMI 患者再灌注治疗率 (CVD-STEMI-04)	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)				

章节	指标	指标属性	计量单位	计算方法	指标定义	指标导向
	5.发病 24 小时内急性 STEMI 患者到院 90 分钟内进行直接经皮冠状动脉介入治疗 (PCI) 的比例 (CVD-STEMI-05)	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=发病 24 小时内急性 STEMI 患者中, 从到院至进行直接 PCI 治疗导丝通过靶血管 (Door to Device, DTD) 的时间小于等于 90 分钟的患者数/同期发病 24 小时内急性 STEMI 患者总数×100%	单位时间内, 发病 24 小时内急性 STEMI 患者中, 从到院至进行直接 PCI 治疗导丝通过靶血管 (Door to Device, DTD) 的时间小于等于 90 分钟的患者数, 占同期发病 24 小时内急性 STEMI 患者总数的比例。	逐步提高
	6.发病 24 小时内急性 STEMI 患者到院 30 分钟内给予静脉溶栓治疗的比例 (CVD-STEMI-06)	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=发病 24 小时内急性 STEMI 患者中, 从到院至给予静脉溶栓药物 (Door to Needle, DTN) 时间小于等于 30 分钟的患者数/同期发病 24 小时内接受静脉溶栓治疗的急性 STEMI 患者总数×100%	单位时间内, 发病 24 小时内急性 STEMI 患者中, 从到院至给予静脉溶栓药物 (Door to Needle, DTN) 时间小于等于 30 分钟的患者数, 占同期发病 24 小时内接受静脉溶栓治疗的急性 STEMI 患者总数的比例。	逐步提高
	7. 急性 STEMI 患者到院 24 小时内β受体阻滞剂治疗率 (CVD-STEMI-07)	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=到院 24 小时内给予β受体阻滞剂治疗的急性 STEMI 患者数/同期急性 STEMI 患者总数×100%	单位时间内, 到院 24 小时内给予β受体阻滞剂治疗的急性 STEMI 患者数, 占同期急性 STEMI 患者总数的比例。	逐步提高
	8. 急性 STEMI 患者住院期间用超声心动图 (UCG) 评价左心室	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=住院期间通过 UCG 评价 LVEF 的急性 STEMI 患者数/同期急性 STEMI 患者总数×100%	单位时间内, 住院期间通过 UCG 评价 LVEF 的急性 STEMI 患者数, 占同期急性 STEMI 患者总数的比例。	逐步提高

章节	指标	指标属性	计量单位	计算方法	指标定义	指标导向
	射血分数 (LVEF) 的比例 (CVD-STEMI-08)					
	9. 急性 STEMI 患者出院阿司匹林使用率 (CVD-STEMI-09)	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	= 出院使用阿司匹林的急性 STEMI 患者数 / 同期急性 STEMI 患者总数 × 100%	单位时间内, 出院使用阿司匹林的急性 STEMI 患者数, 占同期急性 STEMI 患者总数的比例。	逐步提高
	10. 急性 STEMI 患者出院 P2Y12 受体拮抗剂使用率 (CVD-STEMI-10)	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	= 出院使用 P2Y12 受体拮抗剂的急性 STEMI 患者数 / 同期急性 STEMI 患者总数 × 100%	单位时间内, 出院使用 P2Y12 受体拮抗剂的急性 STEMI 患者数, 占同期急性 STEMI 患者总数的比例。	逐步提高
	11. 急性 STEMI 患者出院 β 受体阻滞剂使用率 (CVD-STEMI-11)	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	= 出院使用 β 受体阻滞剂的急性 STEMI 患者数 / 同期急性 STEMI 患者总数 × 100%	单位时间内, 出院使用 β 受体阻滞剂的急性 STEMI 患者数, 占同期急性 STEMI 患者总数的比例。	逐步提高
	12. 急性 STEMI 患者出院血管紧张素转换酶抑制剂 (ACEI) 或血管紧张素 II 受体拮抗剂使用率 (CVD-STEMI-12)	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	= 出院使用 ACEI 或 ARB 的急性 STEMI 患者数 / 同期急性 STEMI 患者总数 × 100%	单位时间内, 出院使用 ACEI 或 ARB 的急性 STEMI 患者数, 占同期急性 STEMI 患者总数的比例。	逐步提高

章节	指标	指标属性	计量单位	计算方法	指标定义	指标导向
	剂 (ARB) 使用率					
	13. 急性 STEMI 患者 出院他汀类 药物使用率 (CVD- STEMI-13)	定量指标, 连续监 测类指标, 必填指 标	百分比 (%)	=出院使用他汀类药物的急性 STEMI 患者数/同期急性 STEMI 患者总数×100%	单位时间内, 出院使用他汀类药物的急性 STEMI 患者数, 占同期急性 STEMI 患者总 数的比例。	逐步提高
	14. 急性 STEMI 患者 住院死亡率 (CVD- STEMI-14)	定量指标, 连续监 测类指标, 必填指 标	百分比 (%)	=住院期间死亡的急性 STEMI 患 者数/同期急性 STEMI 患者总数 ×100%	单位时间内, 住院期间死亡的急性 STEMI 患 者数, 占同期急性 STEMI 患者总数的比 例。	逐步降低
	15. 急性 STEMI 患者 出院后 30 天 内非计划再 入院率 (CVD- STEMI-15)	定量指标, 连续监 测类指标, 必填指 标	百分比 (%)	=出院后 30 天内,原先无计划再入 院,而因任何原因再次入院的急性 STEMI 患者数/同期出院的急性 STEMI 患者总数×100%	单位时间内, 出院后 30 天内, 原先无计划再 入院, 而因任何原因再次入院的急性 STEMI 患者数, 占同期出院的急性 STEMI 患者总数 的比例。	逐步降低
	16. 急性 STEMI 患者 30 天死亡率 (CVD- STEMI-16)	定量指标, 连续监 测类指标, 必填指 标	百分比 (%)	=确诊急性 STEMI 后 30 天死亡的 急性 STEMI 患者数/单位时 间内, 确诊急性 STEMI 后 30 天死 亡的急性 STEMI 患者数×100%	单位时间内, 确诊急性 STEMI 后 30 天死亡 的急性 STEMI 患者数, 占同期急性 STEMI 患者总数的比例。	逐步降低
(二) 心房颤 动	1.非瓣膜性心 房颤动(房 颤)患者血 栓栓塞风险 评估率	定量指标, 连续监 测类指标, 必填指 标	百分比 (%)	=行血栓栓塞风险评估的非瓣膜 性房颤患者数/同期非瓣膜性房颤 患者总数×100%	单位时间内, 行血栓栓塞风险评估的非瓣膜 性房颤患者数, 占同期非瓣膜性房颤患者总 数的比例。血栓栓塞风险评估推荐采用 CHA2DS2-VASc 评分。	逐步提高

章节	指标	指标属性	计量单位	计算方法	指标定义	指标导向
	2.非瓣膜性房颤患者出院抗凝药物使用率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=出院使用抗凝药物的非瓣膜性房颤患者数/同期非瓣膜性房颤患者总数×100%	单位时间内, 出院使用抗凝药物的非瓣膜性房颤患者数, 占同期非瓣膜性房颤患者总数的比例。	逐步提高
	3.瓣膜性房颤患者出院华法林使用率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=出院使用华法林的瓣膜性房颤患者数/同期瓣膜性房颤患者总数×100%	单位时间内, 出院使用华法林的瓣膜性房颤患者数, 占同期瓣膜性房颤患者总数的比例。	逐步提高
	4.房颤患者出血风险评估率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=行出血风险评估的房颤患者数/同期房颤患者总数×100%	单位时间内, 行出血风险评估的房颤患者数, 占同期房颤患者总数的比例。	逐步提高
	5.房颤患者左心耳封堵术并发症发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=左心耳封堵术中及术后发生并发症的房颤患者数/同期行左心耳封堵的房颤患者总数×100%	单位时间内, 左心耳封堵术中及术后发生并发症的房颤患者数, 占同期行左心耳封堵的房颤患者总数的比例。	逐步降低
	(三) 心力衰竭	1.心力衰竭患者入院24小时内利钠肽检测率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=入院24小时内进行利钠肽检测的心力衰竭患者数/同期心力衰竭患者总数×100%	单位时间内, 入院24小时内进行利钠肽检测的心力衰竭患者数, 占同期心力衰竭患者总数的比例。
2.心力衰竭患者入院48小时内心脏功能评估率		定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=入院48小时内进行超声心动图检查的心力衰竭患者数/同期心力衰竭患者总数×100%	单位时间内, 入院48小时内进行超声心动图检查的心力衰竭患者数, 占同期心力衰竭患者总数的比例。	逐步提高
3.心力衰竭伴容量超负荷患者住院期间利尿剂治疗率		定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=住院期间接受利尿剂治疗的心力衰竭伴容量超负荷患者数/同期心力衰竭伴容量超负荷患者总数×100%	单位时间内, 住院期间接受利尿剂治疗的心力衰竭伴容量超负荷患者数, 占同期心力衰竭伴容量超负荷患者总数的比例。	逐步提高
4.心力衰竭患者出院血管紧张素转化酶抑制剂		定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=出院使用ACEI或ARB或ARNI的心力衰竭患者数/同期心力衰竭患者总数×100%	单位时间内, 出院使用ACEI或ARB或ARNI的心力衰竭患者数, 占同期心力衰竭患者总数的比例。	逐步提高

章节	指标	指标属性	计量单位	计算方法	指标定义	指标导向
	(ACEI)或血管紧张素受体阻断剂(ARB)或血管紧张素受体脑啡肽酶抑制剂(ARNI)使用率					
	5.心力衰竭患者出院β受体阻滞剂使用率	定量指标,连续监测类指标,必填指标	百分比(%)	=出院使用β受体阻滞剂的心力衰竭患者数/同期心力衰竭患者总数×100%	单位时间内,出院使用β受体阻滞剂的心力衰竭患者数,占同期心力衰竭患者总数的比例。	逐步提高
	6.心力衰竭患者出院醛固酮受体拮抗剂使用率	定量指标,连续监测类指标,必填指标	百分比(%)	=出院使用醛固酮受体拮抗剂的心力衰竭患者数/同期心力衰竭患者总数×100%	单位时间内,出院使用醛固酮受体拮抗剂的心力衰竭患者数,占同期心力衰竭患者总数的比例。	逐步提高
	7.心力衰竭患者住院期间心脏再同步化治疗(CRT)使用率	定量指标,连续监测类指标,必填指标	百分比(%)	=住院期间给予CRT治疗的心力衰竭患者数/同期心力衰竭患者总数×100%	单位时间内,住院期间给予CRT治疗的心力衰竭患者数,占同期心力衰竭患者总数的比例。	监测比较
	8.心力衰竭患者住院死亡率	定量指标,连续监测类指标,必填指标	百分比(%)	=住院期间死亡的心力衰竭患者数/同期心力衰竭患者总数×100%	单位时间内,住院期间死亡的心力衰竭患者数,占同期心力衰竭患者总数的比例。	逐步降低
	9.心力衰竭患者出院30天随访率	定量指标,连续监测类指标,必填指标	百分比(%)	=出院30天随访的心力衰竭患者数/同期出院心力衰竭患者总数×100%	单位时间内,出院30天随访的心力衰竭患者数,占同期出院心力衰竭患者总数的比例。	逐步提高
	10.心力衰竭患者出院后	定量指标,连续监测类指标,必填指	百分比(%)	=出院后30天内因心力衰竭再入院的心力衰竭患者数/同期出院的	单位时间内,出院后30天内因心力衰竭再入院的心力衰竭患者数,占同期出院的心力衰	逐步降低

章节	指标	指标属性	计量单位	计算方法	指标定义	指标导向
	30 天内心力衰竭再入院率	标		心力衰竭患者总数×100%	竭患者总数的比例。	
	11.心力衰竭患者出院后30天死亡率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=出院后 30 天内死亡的心力衰竭患者数/同期出院的心力衰竭患者总数×100%	单位时间内, 出院后 30 天内死亡的心力衰竭患者数, 占同期出院的心力衰竭患者总数的比例。	逐步降低
(四) 高血压	1.动态血压监测率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=住院期间接受动态血压监测的高血压患者数/同期高血压住院患者总数×100%	单位时间内, 住院期间接受动态血压监测的高血压患者数, 占同期高血压住院患者总数的比例。	逐步提高
	2.心血管风险评估率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=院期间接受心血管风险评估的高血压患者数/同期高血压住院患者总数×100%	单位时间内, 住院期间接受心血管风险评估的高血压患者数, 占同期高血压住院患者总数的比例。	监测比较
	3.原发性醛固酮增多症肾素醛固酮检测规范率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=住院期间接受规范检测肾素醛固酮的原发性醛固酮增多症患者数/同期原发性醛固酮增多症住院患者总数×100%	单位时间内, 住院期间接受规范检测肾素醛固酮的原发性醛固酮增多症患者数, 占同期原发性醛固酮增多症住院患者总数的比例。	逐步提高
	4.原发性醛固酮增多症确诊试验开展率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=住院期间接受确诊试验检查的原发性醛固酮增多症患者数/同期原发性醛固酮增多症住院患者总数×100%	单位时间内, 住院期间接受确诊试验检查的原发性醛固酮增多症患者数, 占同期原发性醛固酮增多症住院患者总数的比例。	逐步提高
(五) 冠状动脉旁路移植术专业指标	1.单纯冠状动脉旁路移植术住院死亡率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=行单纯冠状动脉旁路移植术住院期间死亡的患者数/同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数×100%	单位时间内, 行单纯冠状动脉旁路移植术住院期间死亡的患者数, 占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。	逐步降低
	2.单纯冠状动脉旁路移植术后机械通气时间大于等于 24 小时发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=行单纯冠状动脉旁路移植术后连续机械通气时间大于等于 24 小时的患者数/同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数×100%	单位时间内, 行单纯冠状动脉旁路移植术后连续机械通气时间大于等于 24 小时的患者数, 占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。	逐步降低

章节	指标	指标属性	计量单位	计算方法	指标定义	指标导向
	3.单纯冠状动脉旁路移植术后胸骨深部感染发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=行单纯冠状动脉旁路移植术后发生胸骨深部感染的患者数/同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数×100%	单位时间内, 行单纯冠状动脉旁路移植术后发生胸骨深部感染的患者数, 占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。	监测比较
	4.单纯冠状动脉旁路移植术后脑卒发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=行单纯冠状动脉旁路移植术后发生脑卒中的患者数/同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数×100%	单位时间内, 行单纯冠状动脉旁路移植术后发生脑卒中的患者数, 占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。	逐步降低
	5.单纯冠状动脉旁路移植术非计划二次手术率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=行单纯冠状动脉旁路移植术后非计划二次手术的患者数/同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数×100%	单位时间内, 行单纯冠状动脉旁路移植术后非计划二次手术的患者数, 占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。	逐步降低
	6.单纯冠状动脉旁路移植术后急性肾衰竭发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=行单纯冠状动脉旁路移植术后发生急性肾衰竭的患者数/同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数×100%	单位时间内, 行单纯冠状动脉旁路移植术后发生急性肾衰竭的患者数, 占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。	逐步降低
	7.单纯冠状动脉旁路移植术前24小时β受体阻滞剂使用率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=行单纯冠状动脉旁路移植术前24小时内使用β受体阻滞剂的患者数/同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数×100%	单位时间内, 行单纯冠状动脉旁路移植术前24小时内使用β受体阻滞剂的患者数, 占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。	逐步提高
	8.单纯冠状动脉旁路移植术围术期输血率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=行单纯冠状动脉旁路移植术围术期输血的患者数/同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数×100%	单位时间内, 行单纯冠状动脉旁路移植术围术期输血的患者数, 占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。	逐步降低
	9.单纯冠状动脉旁路移植术中乳内动脉血管桥使用率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=行单纯冠状动脉旁路移植术中使用乳内动脉血管桥的患者数/同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数×100%	单位时间内, 行单纯冠状动脉旁路移植术中使用乳内动脉血管桥的患者数, 占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。	逐步提高

章节	指标	指标属性	计量单位	计算方法	指标定义	指标导向
	用率					
	10. 单纯冠状动脉旁路移植术后24小时内阿司匹林使用率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=行单纯冠状动脉旁路移植术后24小时内使用阿司匹林的患者数/同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数×100%	单位时间内, 行单纯冠状动脉旁路移植术后24小时内使用阿司匹林的患者数, 占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。	逐步提高
	11. 单纯冠状动脉旁路移植术出院他汀类药物使用率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=行单纯冠状动脉旁路移植术出院使用他汀类药物的患者数/同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数×100%	单位时间内, 行单纯冠状动脉旁路移植术出院使用他汀类药物的患者数, 占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。	逐步提高
	12. 单纯冠状动脉旁路移植术出院阿司匹林使用率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=行单纯冠状动脉旁路移植术出院使用阿司匹林的患者数/同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数×100%	单位时间内, 行单纯冠状动脉旁路移植术出院使用阿司匹林的患者数, 占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。	逐步提高
	13. 单纯冠状动脉旁路移植术出院β受体阻滞剂使用率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=行单纯冠状动脉旁路移植术出院使用β受体阻滞剂的患者数/同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数×100%	单位时间内, 行单纯冠状动脉旁路移植术出院使用β受体阻滞剂的患者数, 占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。	逐步提高
(六) 二尖瓣手术专业指标	1. 二尖瓣手术住院死亡率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=行二尖瓣手术住院期间死亡的患者数/同期行二尖瓣手术的患者总数×100%	单位时间内, 行二尖瓣手术住院期间死亡的患者数, 占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例。	逐步降低
	2. 二尖瓣手术后机械通气时间大于等于24小时发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=行二尖瓣手术后连续机械通气时间大于等于24小时的患者数/同期行二尖瓣手术的患者总数×100%	单位时间内, 行二尖瓣手术后连续机械通气时间大于等于24小时的患者数, 占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例。	逐步降低

章节	指标	指标属性	计量单位	计算方法	指标定义	指标导向
	3.二尖瓣手术后胸骨深部感染发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=行二尖瓣手术后发生胸骨深部感染的患者数/同期行二尖瓣手术的患者总数×100%	单位时间内, 行二尖瓣手术后发生胸骨深部感染的患者数, 占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例。	监测比较
	4.二尖瓣手术后脑卒中发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=行二尖瓣手术后发生脑卒中的患者数/同期行二尖瓣手术的患者总数×100%	单位时间内, 行二尖瓣手术后发生脑卒中的患者数, 占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例。	逐步降低
	5.二尖瓣手术非计划二次手术率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=行二尖瓣手术后非计划二次手术的患者数/同期行二尖瓣手术的患者总数×100%	单位时间内, 行二尖瓣手术后非计划二次手术的患者数, 占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例。	逐步降低
	6.二尖瓣手术后急性肾衰竭发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=行二尖瓣手术后发生急性肾衰竭的患者数/同期行二尖瓣手术的患者总数×100%	单位时间内, 行二尖瓣手术后发生急性肾衰竭的患者数, 占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例。	逐步降低
	7.因退行性病变导致二尖瓣关闭不全的患者二尖瓣修复术治疗率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=因退行性病变导致二尖瓣关闭不全行二尖瓣修复术的患者数/同期因退行性病变导致二尖瓣关闭不全行二尖瓣手术的患者总数×100%	单位时间内, 因退行性病变导致二尖瓣关闭不全行二尖瓣修复术的患者数, 占同期因退行性病变导致二尖瓣关闭不全行二尖瓣手术的患者总数的比例。 【指标说明】排除接受过心脏或胸外科手术或前纵隔放射性治疗的患者。	逐步提高
	8.二尖瓣手术出院抗凝药物使用率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=行二尖瓣手术出院使用抗凝药物的患者数/同期行二尖瓣手术的患者总数×100%	单位时间内, 行二尖瓣手术出院使用抗凝药物的患者数, 占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例。	逐步提高
	9.二尖瓣手术术中经食道超声使用率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=二尖瓣手术术中经食道超声的患者数/同期行二尖瓣手术的患者总数×100%	单位时间内, 二尖瓣手术术中经食道超声的患者数, 占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例。	逐步提高
(七) 主动脉瓣手术专业指标	1.主动脉瓣手术住院死亡率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=行主动脉瓣手术住院期间死亡的患者数/同期行主动脉瓣手术的患者总数×100%	单位时间内, 行主动脉瓣手术住院期间死亡的患者数, 占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例。	逐步降低
	2.主动脉瓣手术后机械通气时间大于等于24小时	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=行主动脉瓣手术后连续机械通气时间大于等于24小时的患者数/同期行主动脉瓣手术的患者总数×100%	单位时间内, 行主动脉瓣手术后连续机械通气时间大于等于24小时的患者数, 占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例。	逐步降低

章节	指标	指标属性	计量单位	计算方法	指标定义	指标导向
	发生率					
	3.主动脉瓣手术后胸骨深部感染发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=行主动脉瓣手术后发生胸骨深部感染的患者数/同期行主动脉瓣手术的患者总数×100%	单位时间内, 行主动脉瓣手术后发生胸骨深部感染的患者数, 占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例。 【指标说明】胸骨深部感染包括肌肉、骨骼和纵膈的感染。	监测比较
	4.主动脉瓣手术后脑卒中发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=行主动脉瓣手术后发生脑卒中的患者数/同期行主动脉瓣手术的患者总数×100%	单位时间内, 行主动脉瓣手术后发生脑卒中的患者数, 占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例。	逐步降低
	5.主动脉瓣手术非计划二次手术率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=行主动脉瓣手术后非计划二次手术的患者数/同期行主动脉瓣手术的患者总数×100%	单位时间内, 行主动脉瓣手术后非计划二次手术的患者数, 占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例。	逐步降低
	6.主动脉瓣手术后急性肾衰竭发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=行主动脉瓣手术后发生急性肾衰竭的患者数/同期行主动脉瓣手术的患者总数×100%	单位时间内, 行主动脉瓣手术后发生急性肾衰竭的患者数, 占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例。	逐步降低
	7.主动脉瓣手术出院抗凝药物使用率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=行主动脉瓣手术出院使用抗凝药物的患者数/同期行主动脉瓣手术的患者总数×100%	单位时间内, 行主动脉瓣手术出院使用抗凝药物的患者数, 占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例。	逐步提高
	8.主动脉瓣手术术中经食道超声使用率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=主动脉瓣手术术中经食道超声的患者数/同期行主动脉瓣手术的患者总数×100%	单位时间内, 主动脉瓣手术术中经食道超声的患者数, 占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例。	逐步提高
	9.主动脉瓣置换术人工瓣膜面积指数大于0.85cm ² /m ² 发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=主动脉瓣置换术中人工主动脉瓣有效瓣膜面积指数大于0.85cm ² /m ² 的患者数/同期行主动脉瓣置换术的患者总数×100%	单位时间内, 主动脉瓣置换术中人工主动脉瓣有效瓣膜面积指数大于0.85cm ² /m ² 的患者数, 占同期行主动脉瓣置换术的患者总数的比例。 【指标说明】主动脉瓣有效瓣膜面积指数=人工瓣膜有效瓣口面积(cm ²)/患者体表面积(m ²)。	监测比较

章节	指标	指标属性	计量单位	计算方法	指标定义	指标导向
(八) 主动脉腔内修复术	1.主动脉腔内修复术住院死亡率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=行主动脉腔内修复术住院期间死亡的患者数/同期行主动脉腔内修复术的患者总数×100%	单位时间内, 行主动脉腔内修复术住院期间死亡的患者数, 占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。	逐步降低
	2.主动脉腔内修复术后机械通气时间大于等于24小时发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=行主动脉腔内修复术后连续机械通气时间大于等于24小时的患者数/同期行主动脉腔内修复术的患者总数×100%	单位时间内, 行主动脉腔内修复术后连续机械通气时间大于等于24小时的患者数, 占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。 【指标说明】拔管后再次机械通气时间不计算在内。	逐步降低
	3.主动脉腔内修复术非计划二次手术率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=行主动脉腔内修复术后非计划二次手术的患者数/同期行主动脉腔内修复术的患者总数×100%	单位时间内, 行主动脉腔内修复术后非计划二次手术的患者数, 占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。 【指标说明】非计划二次手术包括主动脉和入路血管的再次手术, 手术方式包括开放和腔内手术, 均为同一次住院期间或术后30天内发生。	逐步降低
	4.主动脉腔内修复术后内漏发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=行主动脉腔内修复术后住院期间检查发现内漏的患者数/同期行主动脉腔内修复术的患者总数×100%	单位时间内, 行主动脉腔内修复术后住院期间检查发现内漏的患者数, 占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。 【指标说明】内漏的评价以住院期间最后一次主动脉CTA/DSA检查为准。	逐步降低
	5.主动脉腔内修复术后脑卒中发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=行主动脉腔内修复术后发生脑卒中的患者数/同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例×100%	单位时间内, 行主动脉腔内修复术后发生脑卒中的患者数, 占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。	逐步降低
	6.主动脉腔内修复术后急性肾衰竭发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=行主动脉腔内修复术后发生急性肾衰竭的患者数/同期行主动脉腔内修复术的患者总数×100%	单位时间内, 行主动脉腔内修复术后发生急性肾衰竭的患者数, 占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。	逐步降低
	7.主动脉腔内修复术后脊髓损伤发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=行主动脉腔内修复术后发生脊髓损伤的患者数/同期行主动脉腔内修复术的患者总数×100%	单位时间内, 行主动脉腔内修复术后发生脊髓损伤的患者数, 占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。 【指标说明】脊髓损伤表现为下肢肌力为0-	逐步降低

章节	指标	指标属性	计量单位	计算方法	指标定义	指标导向
					4级，且较术前减低（1）0级，下肢无法运动；（2）1级，下肢可以运动，但不能对抗肢体的重力；（3）2级，下肢能够对抗肢体的重力进行运动；（4）3级，在协助下可以站立；（5）4级，在协助下可以行走；（6）正常下肢肌力。	
	8.主动脉腔内修复术后心肌梗死发生率	定量指标，连续监测类指标，必填指标	百分比（%）	=行主动脉腔内修复术后发生心肌梗死的患者数/同期行主动脉腔内修复术的患者总数×100%	单位时间内，行主动脉腔内修复术后发生心肌梗死的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。	逐步降低
	9.主动脉腔内修复术30天内CTA复查率	定量指标，连续监测类指标，必填指标	百分比（%）	=行主动脉腔内修复术30天内进行主动脉CTA复查的患者数/同期行主动脉腔内修复术的患者总数×100%	单位时间内，行主动脉腔内修复术30天内进行主动脉CTA复查的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。	逐步提高
	10.主动脉腔内修复术后30天随访率	定量指标，连续监测类指标，必填指标	百分比（%）	=行主动脉腔内修复术后30天进行随访的患者数/同期行主动脉腔内修复术的患者总数×100%	单位时间内，行主动脉腔内修复术后30天进行随访的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。 【指标说明】术后30天随访包括但不限于门诊随访、电话随访及CTA随访；随访时间窗为术后30±7天。	逐步提高
	11.主动脉腔内修复术前β受体阻滞剂使用率	定量指标，连续监测类指标，必填指标	百分比（%）	=行主动脉腔内修复术前使用β受体阻滞剂的患者数/同期行主动脉腔内修复术的患者总数×100%	单位时间内，行主动脉腔内修复术前使用β受体阻滞剂的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。	逐步提高
	12.主动脉腔内修复术前他汀类药物使用率	定量指标，连续监测类指标，必填指标	百分比（%）	=行主动脉腔内修复术前使用他汀类药物的患者数/同期行主动脉腔内修复术的患者总数×100%	单位时间内，行主动脉腔内修复术前使用他汀类药物的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。	逐步提高
(九) 先心病介入治疗	1.先心病介入治疗成功率	定量指标，连续监测类指标，必填指标	百分比（%）	=行先心病介入治疗成功的患者数/同期行先心病介入治疗的患者总数×100%	单位时间内，行先心病介入治疗成功的患者数，占同期行先心病介入治疗的患者总数的比例。	逐步提高

章节	指标	指标属性	计量单位	计算方法	指标定义	指标导向
疗技术 专业指 标	2.先心病介入治疗后严重房室传导阻滞发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=行 ASD/VSD 介入治疗术中或术后发生严重房室传导阻滞的患者数/同期行 ASD/VSD 介入治疗的患者总数×100%	单位时间内, 行 ASD/VSD 介入治疗术中或术后发生严重房室传导阻滞的患者数, 占同期行 ASD/VSD 介入治疗的患者总数的比例。 【指标说明】本指标适用于所有尝试行介入治疗的 ASD/VSD 患者。严重房室传导阻滞指二度 II 型、高度和三度房室传导阻滞	逐步降低
	3.先心病介入治疗封堵器移位或脱落发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=行先心病介入治疗发生封堵器移位或脱落的患者数/同期行先心病介入治疗的患者总数×100%	单位时间内, 行先心病介入治疗发生封堵器移位或脱落的患者数, 占同期行先心病介入治疗的患者总数的比例。	逐步降低
	4.先心病介入治疗溶血发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=行先心病介入治疗发生溶血的患者数/同期行先心病介入治疗的患者总数×100%	单位时间内, 行先心病介入治疗发生溶血的患者数, 占同期行先心病介入治疗的患者总数的比例。 【指标说明】1、本指标适用于所有尝试行介入治疗的 ASD、VSD 及 PDA 患者。溶血指血浆游离血红蛋白>40mg/L。	逐步降低
	5.先心病介入治疗心脏压塞发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=行先心病介入治疗发生心脏压塞的患者数/同期行先心病介入治疗的患者总数×100%	单位时间内, 行先心病介入治疗发生心脏压塞的患者数, 占同期行先心病介入治疗的患者总数的比例。	逐步降低
	6.先心病介入治疗输血率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=行先心病介入治疗后给予输血的患者数/行先心病介入治疗的患者总数×100%	单位时间内, 行先心病介入治疗后给予输血的患者数, 占行先心病介入治疗的患者总数的比例。	逐步降低
	7.先心病介入治疗非计划二次手术率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=行先心病介入治疗后非计划二次手术的患者数/同期行先心病介入治疗的患者总数×100%	单位时间内, 行先心病介入治疗后非计划二次手术的患者数, 占同期行先心病介入治疗的患者总数的比例。	逐步降低
	8.先心病介入治疗住院死亡率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=行先心病介入治疗住院期间死亡的患者数/同期行先心病介入治疗的患者总数×100%	单位时间内, 行先心病介入治疗住院期间死亡的患者数, 占同期行先心病介入治疗的患者总数的比例。	逐步降低

章节	指标	指标属性	计量单位	计算方法	指标定义	指标导向
(十) 冠心病 介入治 疗技术	1.冠脉介入治 疗术后即刻 冠状动脉造 影成功率	定量指标, 连续监 测类指标, 必填指 标	百分比 (%)	=冠脉介入治疗术后即刻冠状动 脉造影成功的例数/同期接受冠脉介 入治疗的总例数×100%	单位时间内, 冠脉介入治疗术后即刻冠状动 脉造影成功的例数, 占同期接受冠脉介入治 疗的总例数的比例。 【指标说明】冠状动脉造影成功是指支架术 后病变残余狭窄<20%或单纯经皮冠状动脉腔 内血管成形术(PTCA)后病变残余狭窄 <50%, 且冠状动脉血流心肌梗死溶栓 (TIMI)分级3级。	逐步提高
	2.冠脉介入治 疗临床成功 率	定量指标, 连续监 测类指标, 必填指 标	百分比 (%)	=冠脉介入治疗临床成功的例数/ 同期接受冠脉介入治疗的总例数 ×100%	单位时间内, 冠脉介入治疗临床成功的例 数, 占同期接受冠脉介入治疗的总例数的 比例。 【指标说明】冠脉介入治疗临床成功是指符 合术后即刻冠状动脉造影成功标准, 且24小 时内无死亡。	逐步提高
	3.冠脉介入治 疗住院死亡 率	定量指标, 连续监 测类指标, 必填指 标	百分比 (%)	=本次接受冠脉介入治疗住院期 间死亡的患者数/同期接受冠脉介 入治疗的患者总数×100%	单位时间内, 本次接受冠脉介入治疗住院期 间死亡的患者数, 占同期接受冠脉介入治 疗的患者总数的比例。	逐步降低
	4.择期冠脉介 入治疗住院 死亡率	定量指标, 连续监 测类指标, 必填指 标	百分比 (%)	=择期冠脉介入治疗本次住院期 间死亡的患者数/同期接受择期冠 脉介入治疗的患者总数×100%	单位时间内, 择期冠脉介入治疗本次住院期 间死亡的患者数, 占同期接受择期冠脉介 入治疗的患者总数的比例。 【指标说明】择期冠脉介入治疗是指除ST 段抬高型心肌梗死(STEMI)患者接受的直 接经皮冠状动脉介入治疗(PCI)以及非ST 段抬高型急性冠脉综合征(NSTEACS)患者 接受的急诊经皮冠状动脉介入治疗(PCI)以 外的介入治疗。	逐步降低

章节	指标	指标属性	计量单位	计算方法	指标定义	指标导向
	5.冠脉介入治疗严重并发症发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=接受冠脉介入治疗住院期间发生严重并发症的患者数/同期接受冠脉介入治疗的患者总数×100%	单位时间内, 接受冠脉介入治疗住院期间发生严重并发症的患者数, 占同期接受冠脉介入治疗的患者总数的比例。 【指标说明】严重并发症是指急性心肌梗死、急性或亚急性支架内血栓、心脏压塞、恶性心律失常、需要输血或危及生命的出血事件。	逐步降低
	6.STEMI 患者发病 12 小时内接受直接 PCI 率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=STEMI 患者发病 12 小时内接受直接 PCI 的患者数/同期发病 12 小时内到院的 STEMI 患者总数×100%	STEMI 患者发病 12 小时内接受直接 PCI 的患者数, 占同期发病 12 小时内到院的 STEMI 患者总数的比例。	逐步提高
	7.行直接 PCI 的 STEMI 患者到院至导丝通过靶血管 (DTD) 平均时间	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=STEMI 患者行直接 PCI 的 DTD 时间总和/STEMI 患者行直接 PCI 的总例数×100%	STEMI 患者行直接 PCI 的 DTD 时间总和与 STEMI 患者行直接 PCI 的总例数的比值。	逐步降低
	8.接受 PCI 治疗的非 ST 段抬高型急性冠脉综合征 (NSTEMACS) 患者进行危险分层的比率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=接受 PCI 治疗的 NSTEMACS 患者进行危险分层的患者数/同期接受 PCI 治疗的 NSTEMACS 患者总数×100%	接受 PCI 治疗的 NSTEMACS 患者进行危险分层的患者数, 占同期接受 PCI 治疗 NSTEMACS 患者总数的比例。	逐步提高
	9.例次平均支架数	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=植入冠状总支架数/同期接受冠状介入治疗的总病例数×100%	平均每例次手术中置入支架的个数。	监测比较
	10.冠脉介入治疗术前双重抗血小板	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=冠脉介入治疗术前使用双重抗血小板药物的患者数/同期接受冠脉介入治疗的患者总数×100%	单位时间内, 冠脉介入治疗术前使用双重抗血小板药物的患者数, 占同期接受冠脉介入治疗的患者总数的比例。	逐步提高

章节	指标	指标属性	计量单位	计算方法	指标定义	指标导向
	药物使用率					
	11.冠脉介入治疗住院期间他汀类药物使用率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=冠脉介入治疗住院期间使用他汀类药物的患者数/同期接受冠脉介入治疗的患者总数×100%	单位时间内, 冠脉介入治疗住院期间使用他汀类药物的患者数, 占同期接受冠脉介入治疗的患者总数的比例。	逐步提高
(十一) 心律失常介入治疗技术	1.心脏植入型电子器械(CIED)植入术住院死亡率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=行 CIED 植入术住院期间死亡的患者数/同期行 CIED 植入术的患者总数×100%	单位时间内, 行 CIED 植入术住院期间死亡的患者数, 占同期行 CIED 植入术的患者总数的比例。 【指标说明】CIED 包括心脏永久起搏器 (PM)、植入型心律转复除颤器 (ICD)、心脏再同步化治疗 (CRTP)、心脏再同步化治疗除颤器 (CRTD); CIED 植入术包括 CIED 新植入、CIED 更换以及 CIED 升级手术。	逐步降低
	2.CIED 植入术心脏压塞发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=行 CIED 植入术发生心脏压塞的患者数/同期行 CIED 植入术的患者总数×100%	单位时间内, 行 CIED 植入术发生心脏压塞的患者数, 占同期行 CIED 植入术的患者总数的比例。	逐步降低
	3.CIED 植入术导线脱位发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=行 CIED 植入术发生导线脱位的患者数/同期行 CIED 植入术的患者总数×100%	单位时间内, 行 CIED 植入术发生导线脱位的患者数, 占同期行 CIED 植入术的患者总数的比例。 【指标说明】导线脱位指 CIED 植入术后住院期间发生导线脱位并且需行电极导线调整术。导线脱位可以通过心电图, 胸片和起搏器程控检查等明确诊断。	逐步降低
	4.阵发性室上性心动过速 (PSVT) 导管消融治疗成功率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=行 PSVT 导管消融治疗成功的患者数/同期行 PSVT 导管消融治疗的患者总数×100%	单位时间内, 行 PSVT 导管消融治疗成功的患者数, 占同期行 PSVT 导管消融治疗的患者总数的比例。	逐步提高

章节	指标	指标属性	计量单位	计算方法	指标定义	指标导向
	5.导管消融治疗后严重房室传导阻滞发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=行导管消融治疗术中或术后发生严重房室传导阻滞的患者数/同期行导管消融治疗的患者总数×100%	单位时间内, 行导管消融治疗术中或术后发生严重房室传导阻滞的患者数, 占同期行导管消融治疗的患者总数的比例。 【指标说明】严重房室传导阻滞指二度 II 型、高度和三度房室传导阻滞。	逐步降低
	6.导管消融治疗心脏压塞发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=行导管消融治疗发生心脏压塞的患者数/同期行导管消融治疗的患者总数×100%	单位时间内, 行导管消融治疗发生心脏压塞的患者数, 占同期行导管消融治疗的患者总数的比例。	逐步降低
	7.导管消融治疗住院死亡率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=行导管消融治疗住院期间死亡的患者数/同期行导管消融治疗的患者总数×100%	单位时间内, 行导管消融治疗住院期间死亡的患者数, 占同期行导管消融治疗的患者总数的比例。	逐步降低
十一、超声诊断专业医疗质量控制指标	1.超声医师月均工作量	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	/	=超声科年总工作量/超声医师数×12个月	单位时间内, 每名超声医师每月平均承担的工作量。	监测达标
	2.超声仪器质检率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=单位时间内完成质检的超声仪器数/同期本机构在用超声仪器总数×100%	单位时间内, 完成质检的超声仪器数占同期本机构在用超声仪器总数的比例。	监测达标
	3.住院超声检查 48 小时内完成率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=单位时间内在临床开具住院超声检查申请 48h 内完成检查并出具超声检查报告的例数/同期临床开具住院超声检查申请单总数×100%	单位时间内, 在临床开具住院超声检查申请 48 小时内完成检查并出具超声检查报告的例数, 占同期临床开具住院超声检查申请单总数的比例。	逐步提高
	4.超声危急值 10 分钟内通报完成率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=单位时间内 10 分钟内完成通报的超声危急值例数/同期超声危急值总例数×100%	单位时间内, 10 分钟内完成通报的超声危急值例数占同期超声危急值总例数的比例。	逐步提高
	5.超声报告书写合格率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=单位时间内超声检查报告书写合格的数量/同期超声检查报告总	单位时间内, 超声检查报告书写合格的数量占同期超声检查报告总数的比例。	逐步提高

章节	指标	指标属性	计量单位	计算方法	指标定义	指标导向
		标		数×100%		
	6.门急诊超声报告阳性率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=单位时间内门急诊超声报告中有异常发现的报告数/同期门急诊超声报告总数×100%	单位时间内, 门急诊超声报告中有异常发现的报告数, 占同期门急诊超声报告总数的比例	监测比较
	7.住院超声报告阳性率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=单位时间内住院超声报告中有异常发现的报告数/同期住院超声报告总数×100%	单位时间内, 住院超声报告中有异常发现的报告数, 占同期住院超声报告总数的比例。	监测比较
	8.超声诊断符合率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=单位时间内超声诊断与病理或临床诊断符合例数/同期超声诊断有对应病理或临床诊断总例数×100%	单位时间内, 超声诊断与病理或临床诊断符合的例数, 占同期超声诊断有对应病理或临床诊断总例数的比例。	逐步提高
	9. 颈动脉狭窄(≥50%)超声诊断符合率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=单位时间内超声诊断为颈动脉狭窄≥50%与DSA或CTA等其他影像结果相符合的例数/同期超声诊断颈动脉狭窄≥50%并可获得DSA或CTA等其他影像结果的总例数×100%	单位时间内, 超声诊断为颈动脉狭窄(≥50%)与DSA或CTA等其他影像结果相符合的例数, 占同期超声诊断颈动脉狭窄(≥50%)并可获得DSA或CTA等其他影像结果总例数的比例。	监测比较
	10.超声介入相关主要并发症发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=单位时间内超声介入相关主要并发症发生的例数/同期超声介入总例数×100%	单位时间内, 超声介入相关主要并发症发生的例数, 占同期超声介入总例数的比例。	监测比较
十二、麻醉专业医疗质量控制指标	1.麻醉医师人均年麻醉例次	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	例次	=单位时间内麻醉科固定在岗医师平均完成的麻醉例次数	单位时间内, 麻醉科固定在岗医师平均完成的麻醉例次数。(说明: 麻醉科固定在岗医师总数是指在医疗机构内参与临床麻醉工作的本院麻醉科医师, 不包含外院规培住院医师、进修医师、支援医师及多点执业医师。)	监测比较
	2.手术室外麻醉占比	定量指标, 连续监测类指标, 必填指	百分比 (%)	=单位时间内手术室外实施的麻醉例次数/同期麻醉总例次数	单位时间内, 手术室(含日间手术室)外实施的麻醉例次数占同期麻醉总例次数的比	监测比较

章节	指标	指标属性	计量单位	计算方法	指标定义	指标导向
		标		×100%	例。	
	3.择期手术麻醉前访视率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=单位时间内择期手术患者在进入手术室(含麻醉操作单元)前完成麻醉前访视(不等于麻醉前签字)的例次数/同期麻醉科完成择期手术麻醉总例次数×100%	单位时间内, 择期手术患者在进入手术室(含麻醉操作单元)前完成麻醉前访视(不等于麻醉前签字)的例次数占同期麻醉科完成择期手术麻醉总例次数的比例。	逐步提高
	4.入室后手术麻醉取消率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	千分比 (‰)	=单位时间内患者入室后至麻醉开始前,手术麻醉取消的例次数/同期入室后拟手术麻醉总例次数×1000‰	单位时间内, 患者入室后至麻醉开始前, 手术麻醉取消的例次数占同期入室后拟手术麻醉总例次数的比例。	逐步降低
	5.麻醉开始后手术取消率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=麻醉开始后手术开始前手术取消的数量/同期麻醉总数×100%	麻醉开始是指麻醉医师开始给予患者麻醉药物。该指标是指麻醉开始后到手术开始前, 手术取消的数量占同期麻醉总数的比例。	逐步降低
	6.全身麻醉术中体温监测率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=单位时间内手术麻醉期间接受体温监测(连续监测或间断监测)的全身麻醉例次数占同期全麻总例次数×100%	单位时间内, 手术麻醉期间接受体温监测(连续监测或间断监测)的全身麻醉(以下简称全麻)例次数占同期全麻总例次数的比例。	逐步提高
	7.术中主动保温率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=单位时间内手术麻醉期间采取主动保温措施(全程连续主动保温或间断主动保温)全麻例次数/同期全麻总例次数×100%	单位时间内, 手术麻醉期间采取主动保温措施(全程连续主动保温或间断主动保温)全麻例次数占同期全麻总例次数的比例。	逐步提高
	8.术中自体血输注率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=麻醉中接受400ml及以上自体血(包括自体全血及自体血红细胞)输注患者数/同期麻醉中接受400ml及以上输血治疗的患者总数×100%	麻醉中, 接受400ml及以上自体血(包括自体全血及自体血红细胞)输注患者数占同期接受400ml及以上输血治疗的患者总数的比例	逐步提高
	9.手术麻醉期间低体温发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=单位时间内手术麻醉期间低体温患者数(医疗目的的控制性降	单位时间内, 手术麻醉期间低体温患者数(医疗目的的控制性降温除外)占同期接受	逐步降低

章节	指标	指标属性	计量单位	计算方法	指标定义	指标导向
		标		温除外)/同期接受体温监测的麻醉患者总数×100%	体温监测的麻醉患者总数的比例。[说明: 手术麻醉期间低体温是指患者进入手术间开始至患者自手术间或麻醉后监测治疗室(PACU)返回病房前核心体温低于36°C(连续监测低体温持续≥30分钟或间断监测连续两次低体温且间隔时间≥30分钟)]。	
	10.术中牙齿损伤发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	千分比(‰)	=单位时间内发生术中牙齿损伤的例次数占同期插管全身麻醉总例次数×1000‰	单位时间内, 发生术中牙齿损伤的例次数占同期插管全身麻醉总例次数的比例。[说明: 术中牙齿损伤是指患者从麻醉开始至麻醉结束过程中发生的牙齿损伤(包括牙齿脱落、松动等)。气管内导管全麻及喉罩全麻均属于插管全身麻醉。]	逐步降低
	11.麻醉期间严重反流误吸发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	万分比(10000‰)	=单位时间内麻醉期间严重反流误吸发生例次数/同期麻醉科完成麻醉总例次数×10000‰	单位时间内, 麻醉期间严重反流误吸发生例次数占同期麻醉科完成麻醉总例次数的比例。(说明: 麻醉期间严重反流误吸是指麻醉期间发生的且在患者离开手术室/恢复室时呼吸空气指氧饱和度无法维持≥90%的反流误吸。)	逐步降低
	12.计划外建立人工气道发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	千分比(‰)	=单位时间内计划外建立人工气道的麻醉科患者数/同期麻醉科患者总数×1000‰	单位时间内, 计划外建立人工气道的麻醉科患者数占同期麻醉科患者总数的比例。(说明: 计划外建立人工气道是指患者进入手术室后直至离开手术室前, 因呼吸骤停或严重呼吸抑制等而进行的人工气道的建立, 包括气管插管、喉罩置入和紧急气管造口术。)	逐步降低
	13.术中心脏骤停率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指	万分比(10000‰)	=术中心脏骤停患者数/同期麻醉科患者总数×10000‰	单位时间内, 术中心脏骤停患者数占同期麻醉科患者总数的比例	逐步降低

章节	指标	指标属性	计量单位	计算方法	指标定义	指标导向
		标)			
	14.麻醉期间严重过敏反应发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	万分比 (10000‰)	=单位时间内麻醉期间发生严重过敏反应的例次数/同期麻醉科完成麻醉总例次数×10000‰	单位时间内, 麻醉期间发生严重过敏反应的例次数占同期麻醉科完成麻醉总例次数的比例。(说明: 麻醉期间严重过敏反应是指各种原因导致的需要立即使用肾上腺素抢救的过敏反应。)	逐步降低
	15.全身麻醉术中知晓发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	千分比 (‰)	=单位时间内发生全身麻醉术中知晓例次数/同期全身麻醉总例次数×1000‰	单位时间内, 发生全身麻醉术中知晓例次数占同期全身麻醉总例次数的比例。(说明: 全身麻醉术中知晓是指在全身麻醉过程中发生意识的恢复, 病人对周围环境或声音存在着一定程度的感知与记忆, 全身麻醉后病人能回忆术中发生的事情, 并能告知有无疼痛等情况。)	逐步降低
	16.非计划二次气管插管率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=非计划二次气管插管患者数/同期术后气管插管拔除患者总数×100%	非计划二次气管插管指患者术后气管插管拔除后6小时内, 非计划再次行气管插管术。该指标是指非计划二次气管插管患者数占同期术后气管插管拔除患者总数的比例	逐步降低
	17.非计划转入ICU率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	千分比 (‰)	=非计划转入ICU患者数/同期麻醉总数×1000‰	非计划转入ICU是指在麻醉开始前并无转入ICU的计划, 而术中或术后决定转入ICU。该指标是指非计划转入ICU患者数占同期麻醉总数的比例	逐步降低
	18.术后镇痛满意率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	=单位时间内麻醉科术后镇痛随访视觉模拟评分(VAS)≤3分患者数/同期麻醉科术后镇痛患者总数×100%	单位时间内, 麻醉科术后镇痛随访视觉模拟评分(VAS)≤3分患者数占同期麻醉科术后镇痛患者总数的比例。	逐步提高

章节	指标	指标属性	计量单位	计算方法	指标定义	指标导向
	19.区域阻滞麻醉后严重神经并发症发生率	定量指标，连续监测类指标，必填指标	万百分比 (10000‰)	=单位时间内区域阻滞麻醉后严重神经并发症发生例数/同期区域阻滞麻醉总例数×10000‰	单位时间内，区域阻滞麻醉后严重神经并发症发生例数占同期区域阻滞麻醉总例数的比例。[说明：区域阻滞（包括椎管内麻醉和外周神经阻滞）麻醉后严重神经并发症，是指在区域阻滞麻醉后新发的重度头痛、局部感觉异常（麻木或异感）、运动异常（肌无力甚至瘫痪）等，持续超过72小时，并排除其他病因者。]	逐步降低
	20.全身麻醉气管插管拔管后声音嘶哑发生率	定量指标，连续监测类指标，必填指标	万百分比 (10000‰)	=单位时间内全身麻醉气管插管拔管后声音嘶哑发生例次数/同期全身麻醉气管插管总例次数×10000‰	单位时间内，全身麻醉气管插管拔管后声音嘶哑发生例次数占同期全身麻醉气管插管总例次数的比例。（说明：全身麻醉气管插管拔管后声音嘶哑，是指新发的、在拔管后72小时内没有恢复的声音嘶哑，排除咽喉、颈部以及胸部手术等原因。）	逐步降低
	21.麻醉后新发昏迷发生率	定量指标，连续监测类指标，必填指标	万百分比 (10000‰)	=单位时间内全身麻醉后新发昏迷发生例次数/同期非颅脑手术全身麻醉总例次数×10000‰	单位时间内，全身麻醉后新发昏迷发生例次数占同期非颅脑手术全身麻醉总例次数的比例。[说明：全身麻醉后新发昏迷是指麻醉前清醒患者（格拉斯哥昏迷评分为15分），接受全身麻醉下非颅脑手术后没有苏醒，持续昏迷（格拉斯哥昏迷评分≤8分）超过24小时。除外因医疗目的给予镇静催眠者。]	逐步降低
	22.麻醉后24小时内患者死亡率	定量指标，连续监测类指标，必填指标	万百分比 (10000‰)	=单位时间内麻醉后24小时内死亡患者数/同期麻醉患者总数×10000‰	单位时间内，麻醉后24小时内死亡患者数占同期麻醉患者总数的比例。	逐步降低

第四章 单病种（术种）质量控制指标

数据来源：

- (1) 国家医疗质量管理与控制信息网（NCIS）
- (2) 全国医院质量监测系统（HQMS）
- (3) 国家单病种质量监测平台
- (4) 广东省卫生健康统计信息网络直报系统

章节	指标	指标属性	计量单位	指标定义	计算方法	指标导向
一、急性心肌梗死（ST段抬高型，首次住院）。主要诊断 ICD-10 编码：I21.0 至 I21.3 的出院患者	(一) 病例上报率	定量指标，连续监测类指标，必填指标	百分比 (%)	年度内符合单病种纳入条件的该病种上报至国家单病种质量监测平台的病例数占同期符合单病种纳入条件的同病种病例数累加求和的比例。	=报至国家单病种质量监测平台的病例数/同期符合单病种纳入条件的该病种出院人数累加和×100%	逐步提高
	(二) 病种组合完成率	定量指标，连续监测类指标，必填指标	百分比 (%)	符合诊疗规范的条目数占纳入分析的总条目数的比例。	=符合诊疗规范的条目数/纳入分析的总条目数×100%	逐步提高
	(三) 平均住院日	定量指标，连续监测类指标，必填指标	百分比 (%)	年度内符合单病种纳入条件的该病种出院患者平均住院日	=该病种出院患者占用总床日数/同期该病种病例数×100%	逐步降低

章节	指标	指标属性	计量单位	指标定义	计算方法	指标导向
	(四) 次均费用	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	年度内符合单病种纳入条件的该病种出院患者平均住院费用。	=该病种总出院费用/同期该病种病例数×100%	逐步降低
	(五) 病死率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	年度内符合单病种纳入条件的该病种出院患者死亡人数占同期该病种出院人数的比例。	=该病种死亡人数/同期该病种病例数×100%	逐步降低
二、心力衰竭主要诊断 ICD-10 编码: I05 至 I09, 或 I11 至 I13, 或 I20 至 I21, 或 I40 至 I41, 或 I42 至 I43 伴第二诊断为 I50 的出院患者	(一) 病例上报率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	年度内符合单病种纳入条件的该病种上报至国家单病种质量监测平台的病例数占同期符合单病种纳入条件的同病种病例数累加求和的比例。	=报至国家单病种质量监测平台的病例数/同期符合单病种纳入条件的该病种出院人数累加求和×100%	逐步提高
	(二) 病种组合完成率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	符合诊疗规范的条目数占纳入分析的总条目数的比例。	=符合诊疗规范的条目数/纳入分析的总条目数×100%	逐步提高
	(三) 平均住院日	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	年度内符合单病种纳入条件的该病种出院患者平均住院日	=该病种出院患者占用总床日数/同期该病种病例数×100%	逐步降低
	(四) 次均费用	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	年度内符合单病种纳入条件的该病种出院患者平均住院费用。	=该病种总出院费用/同期该病种病例数×100%	逐步降低
	(五) 病死率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	年度内符合单病种纳入条件的该病种出院患者死亡人数占同期该病种出院人数的比例。	=该病种死亡人数/同期该病种病例数×100%	逐步降低
三、冠状动脉旁路移植术主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 36.1 的手术出院患者	(一) 病例上报率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	年度内符合单病种纳入条件的该病种上报至国家单病种质量监测平台的病例数占同期符合单病种纳入条件的同病种病例数累加求和的比例。	=报至国家单病种质量监测平台的病例数/同期符合单病种纳入条件的该病种出院人数累加求和×100%	逐步提高
	(二) 手术组合完成率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	符合诊疗规范的条目数占纳入分析的总条目数的比例。	=符合诊疗规范的条目数/纳入分析的总条目数×100%	逐步提高
	(三) 平均住院日	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	年度内符合单病种纳入条件的该病种出院患者平均住院日	=该病种出院患者占用总床日数/同期该病种病例数×100%	逐步降低

章节	指标	指标属性	计量单位	指标定义	计算方法	指标导向
		标, 必填指标				
	(四) 次均费用	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	年度内符合单病种纳入条件的该病种出院患者平均住院费用。	=该病种总出院费用/同期该病种病例数×100%	逐步降低
	(五) 病死率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	年度内符合单病种纳入条件的该病种出院患者死亡人数占同期该病种出院人数的比例。	=该病种死亡人数/同期该病种病例数×100%	逐步降低
	(六) 手术患者并发症发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	年度内符合单病种纳入条件的该病种手术患者发生并发症例数占同期该病种出院的手术患者人数的比例。手术并发症是指并发于手术或手术后的疾病或情况, 包括: 手术后出血或血肿、手术后伤口裂开、肺部感染、肺栓塞、深静脉血栓、败血症、猝死、手术中发生或由于手术造成的休克、手术后血管并发症、痿、呼吸衰竭、骨折、生理/代谢紊乱、人工气道意外脱出等。	=该病种手术患者并发症发生例数/同期该病种出院的手术患者人数×100%	逐步降低
四、房颤。主要诊断或第二诊断 ICD-10 编码: I48 的出院患者	(一) 病例上报率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	年度内符合单病种纳入条件的该病种上报至国家单病种质量监测平台的病例数占同期符合单病种纳入条件的同病种病例数累加求和的比例。	=报至国家单病种质量监测平台的病例数/同期符合单病种纳入条件的该病种出院人数累加求和×100%	逐步提高
	(二) 病种组合完成率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	符合诊疗规范的条目数占纳入分析的总条目数的比例。	=符合诊疗规范的条目数/纳入分析的总条目数×100%	逐步提高
	(三) 平均住院日	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	年度内符合单病种纳入条件的该病种出院患者平均住院日	=该病种出院患者占用总床日数/同期该病种病例数×100%	逐步降低
	(四) 次均费用	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	年度内符合单病种纳入条件的该病种出院患者平均住院费用。	=该病种总出院费用/同期该病种病例数×100%	逐步降低

章节	指标	指标属性	计量单位	指标定义	计算方法	指标导向
	(五) 病死率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	年度内符合单病种纳入条件的该病种出院患者死亡人数占同期该病种出院人数的比例。	=该病种死亡人数/同期该病种病例数×100%	逐步降低
五、主动脉瓣置换术。主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 35.0, 35.2 的手术出院患者	(一) 病例上报率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	年度内符合单病种纳入条件的该病种上报至国家单病种质量监测平台的病例数占同期符合单病种纳入条件的同病种病例数累加求和的比例。	=报至国家单病种质量监测平台的病例数/同期符合单病种纳入条件的该病种出院人数累加求和×100%	逐步提高
	(二) 手术组合完成率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	符合诊疗规范的条目数占纳入分析的总条目数的比例。	=符合诊疗规范的条目数/纳入分析的总条目数×100%	逐步提高
	(三) 平均住院日	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	年度内符合单病种纳入条件的该病种出院患者平均住院日	=该病种出院患者占用总床日数/同期该病种病例数×100%	逐步降低
	(四) 次均费用	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	年度内符合单病种纳入条件的该病种出院患者平均住院费用。	=该病种总出院费用/同期该病种病例数×100%	逐步降低
	(五) 病死率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	年度内符合单病种纳入条件的该病种出院患者死亡人数占同期该病种出院人数的比例。	=该病种死亡人数/同期该病种病例数×100%	逐步降低
	(六) 手术患者并发症发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	年度内符合单病种纳入条件的该病种手术患者发生并发症例数占同期该病种出院的手术患者人数的比例。手术并发症是指并发于手术或手术后的疾病或情况, 包括: 手术后出血或血肿、手术后伤口裂开、肺部感染、肺栓塞、深静脉血栓、败血症、猝死、手术中发生或由于手术造成的休克、手术后血管并发症、痿、呼吸衰竭、骨折、生理/代谢紊乱、人工气道意外脱出等。	=该病种手术患者并发症发生例数/同期该病种出院的手术患者人数×100%	逐步降低
六、二尖瓣置换术。主要手术 ICD-9-CM-3 编码:	(一) 病例上报率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	年度内符合单病种纳入条件的该病种上报至国家单病种质量监测平台的病例数占同	=报至国家单病种质量监测平台的病例数/同期符合单病种纳入条件的该	逐步提高

章节	指标	指标属性	计量单位	指标定义	计算方法	指标导向
35.02, 35.12, 35.23, 35.24		标, 必填指标		期符合单病种纳入条件的同病种病例数累加求和的比例。	病种出院人数累加求和×100%	
	(二) 手术组合完成率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	符合诊疗规范的条目数占纳入分析的总条目数的比例。	=符合诊疗规范的条目数/纳入分析的总条目数×100%	逐步提高
	(三) 平均住院日	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	年度内符合单病种纳入条件的该病种出院患者平均住院日	=该病种出院患者占用总床日数/同期该病种病例数×100%	逐步降低
	(四) 次均费用	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	年度内符合单病种纳入条件的该病种出院患者平均住院费用。	=该病种总出院费用/同期该病种病例数×100%	逐步降低
	(五) 病死率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	年度内符合单病种纳入条件的该病种出院患者死亡人数占同期该病种出院人数的比例。	=该病种死亡人数/同期该病种病例数×100%	逐步降低
	(六) 手术患者并发症发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	年度内符合单病种纳入条件的该病种手术患者发生并发症例数占同期该病种出院的手术患者人数的比例。手术并发症是指并发于手术或手术后的疾病或情况, 包括: 手术后出血或血肿、手术后伤口裂开、肺部感染、肺栓塞、深静脉血栓、败血症、猝死、手术中发生或由于手术造成的休克、手术后血管并发症、痿、呼吸衰竭、骨折、生理/代谢紊乱、人工气道意外脱出等。	=该病种手术患者并发症发生例数/同期该病种出院的手术患者人数×100%	逐步降低
七、房间隔缺损手术。主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 35.51, 35.52, 35.61, 35.71 的手术出院患者	(一) 病例上报率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	年度内符合单病种纳入条件的该病种上报至国家单病种质量监测平台的病例数占同期符合单病种纳入条件的同病种病例数累加求和的比例。	=报至国家单病种质量监测平台的病例数/同期符合单病种纳入条件的该病种出院人数累加求和×100%	逐步提高
	(二) 手术组合完成率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	符合诊疗规范的条目数占纳入分析的总条目数的比例。	=符合诊疗规范的条目数/纳入分析的总条目数×100%	逐步提高

章节	指标	指标属性	计量单位	指标定义	计算方法	指标导向
		标, 必填指标				
	(三) 平均住院日	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	年度内符合单病种纳入条件的该病种出院患者平均住院日	=该病种出院患者占用总床日数/同期该病种病例数×100%	逐步降低
	(四) 次均费用	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	年度内符合单病种纳入条件的该病种出院患者平均住院费用。	=该病种总出院费用/同期该病种病例数×100%	逐步降低
	(五) 病死率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	年度内符合单病种纳入条件的该病种出院患者死亡人数占同期该病种出院人数的比例。	=该病种死亡人数/同期该病种病例数×100%	逐步降低
	(六) 手术患者并发症发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	年度内符合单病种纳入条件的该病种手术患者发生并发症例数占同期该病种出院的手术患者人数的比例。手术并发症是指并发于手术或手术后的疾病或情况, 包括: 手术后出血或血肿、手术后伤口裂开、肺部感染、肺栓塞、深静脉血栓、败血症、猝死、手术中发生或由于手术造成的休克、手术后血管并发症、痿、呼吸衰竭、骨折、生理/代谢紊乱、人工气道意外脱出等。	=该病种手术患者并发症发生例数/同期该病种出院的手术患者人数×100%	逐步降低
	(七) 先心病介入治疗后严重房室传导阻滞发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	单位时间内, 行 ASD/VSD 介入治疗术中或术后发生严重房室传导阻滞的患者数, 占同期行 ASD/VSD 介入治疗的患者总数的比例。	=行 ASD/VSD 介入治疗术中或术后发生严重房室传导阻滞的患者数/同期行 ASD/VSD 介入治疗的患者总数×100%	逐步降低
	(八) 先心病介入治疗封堵器移位或脱落发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	单位时间内, 行先心病介入治疗发生封堵器移位或脱落的患者数, 占同期行先心病介入治疗的患者总数的比例。	=行先心病介入治疗发生封堵器移位或脱落的患者数/同期行先心病介入治疗的患者总数×100%	逐步降低

章节	指标	指标属性	计量单位	指标定义	计算方法	指标导向
	(九) 先心病介入治疗溶血发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	单位时间内, 行先心病介入治疗发生溶血的患者数, 占同期行先心病介入治疗的患者总数的比例。	=行先心病介入治疗发生溶血的患者数/同期行先心病介入治疗的患者总数×100%	逐步降低
	(十) 先心病介入治疗心脏压塞发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	单位时间内, 行先心病介入治疗发生心脏压塞的患者数, 占同期行先心病介入治疗的患者总数的比例。	=行先心病介入治疗发生心脏压塞的患者数/同期行先心病介入治疗的患者总数×100%	逐步降低
八、室间隔缺损手术。主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 35.53, 35.55, 35.62, 35.72 的手术出院患者	(一) 病例上报率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	年度内符合单病种纳入条件的该病种上报至国家单病种质量监测平台的病例数占同期符合单病种纳入条件的同病种病例数累加求和的比例。	=报至国家单病种质量监测平台的病例数/同期符合单病种纳入条件的该病种出院人数累加求和×100%	逐步提高
	(二) 手术组合完成率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	符合诊疗规范的条目数占纳入分析的总条目数的比例。	=符合诊疗规范的条目数/纳入分析的总条目数×100%	逐步提高
	(三) 平均住院日	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	年度内符合单病种纳入条件的该病种出院患者平均住院日	=该病种出院患者占用总床日数/同期该病种病例数×100%	逐步降低
	(四) 次均费用	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	年度内符合单病种纳入条件的该病种出院患者平均住院费用。	=该病种总出院费用/同期该病种病例数×100%	逐步降低
	(五) 病死率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	年度内符合单病种纳入条件的该病种出院患者死亡人数占同期该病种出院人数的比例。	=该病种死亡人数/同期该病种病例数×100%	逐步降低
	(六) 手术患者并发症发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	年度内符合单病种纳入条件的该病种手术患者发生并发症例数占同期该病种出院的手术患者人数的比例。手术并发症是指发生于手术或手术后的疾病或情况, 包括: 手术后出血或血肿、手术后伤口裂开、肺部感染、肺栓塞、深静脉血栓、败血症、猝死、手术中发生或由于手术造成的休克、手术后血管并发症、痿、呼吸衰竭、	=该病种手术患者并发症发生例数/同期该病种出院的手术患者人数×100%	逐步降低

章节	指标	指标属性	计量单位	指标定义	计算方法	指标导向
				骨折、生理/代谢紊乱、人工气道意外脱出等。		
	(七) 先心病介入治疗后严重房室传导阻滞发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	单位时间内, 行 ASD/VSD 介入治疗术中或术后发生严重房室传导阻滞的患者数, 占同期行 ASD/VSD 介入治疗的患者总数的比例。	=行 ASD/VSD 介入治疗术中或术后发生严重房室传导阻滞的患者数/同期行 ASD/VSD 介入治疗的患者总数×100%	逐步降低
	(八) 先心病介入治疗溶血发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	单位时间内, 行先心病介入治疗发生溶血的患者数, 占同期行先心病介入治疗的患者总数的比例。	=行先心病介入治疗发生溶血的患者数/同期行先心病介入治疗的患者总数×100%	逐步降低
	(九) 先心病介入治疗心脏压塞发生率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	单位时间内, 行先心病介入治疗发生心脏压塞的患者数, 占同期行先心病介入治疗的患者总数的比例。	=行先心病介入治疗发生心脏压塞的患者数/同期行先心病介入治疗的患者总数×100%	逐步降低
	(十) 先心病介入治疗输血率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	单位时间内, 行先心病介入治疗后给予输血的患者数, 占行先心病介入治疗的患者总数的比例。	=行先心病介入治疗后给予输血的患者数/行先心病介入治疗的患者总数×100%	逐步降低
九、围手术期预防深静脉血栓栓塞。主要手术 ICD-9-CM-3 编码如下的手术出院患者: 1. 闭合性心脏瓣膜切开术: 35.00 至 35.04 2. 心脏瓣膜切开和其他置换术: 35.20 至 35.28 3. 冠状动脉旁路移植术: 36.1 4. 脉内膜切除术: 38.1	(一) 病例上报率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	年度内符合单病种纳入条件的该病种上报至国家单病种质量监测平台的病例数占同期符合单病种纳入条件的同病种病例数累加求和的比例。	=报至国家单病种质量监测平台的病例数/同期符合单病种纳入条件的该病种出院人数累加求和×100%	逐步提高
	(二) 病种组合完成率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	符合诊疗规范的条目数占纳入分析的总条目数的比例。	=符合诊疗规范的条目数/纳入分析的总条目数×100%	逐步提高
	(三) 平均住院日	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	年度内符合单病种纳入条件的该病种出院患者平均住院日	=该病种出院患者占用总床日数/同期该病种病例数×100%	逐步降低
	(四) 次均费用	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	年度内符合单病种纳入条件的该病种出院患者平均住院费用。	=该病种总出院费用/同期该病种病例数×100%	逐步降低

章节	指标	指标属性	计量单位	指标定义	计算方法	指标导向
	(五) 病死率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	年度内符合单病种纳入条件的该病种出院患者死亡人数占同期该病种出院人数的比例。	=该病种死亡人数/同期该病种病例数×100%	逐步降低
	(六) 围手术期静脉血栓栓塞症(VTE)风险评估比例	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	围手术期间接受 VTE 风险评估的住院患者例数之和与同期住院手术患者例数之和的比值。静脉血栓栓塞症(VTE)包括深静脉血栓形成(DVT)和肺血栓栓塞症(PTE), 是同一疾病在不同阶段、不同部位的两种临床表现形式。	=围手术期间接受 VTE 风险评估的住院患者例数之和/同期住院手术患者例数之和×100%	逐步提高
十、中高危风险患者预防静脉血栓栓塞症。需要落实预防静脉血栓措施的重点患者: 1. 入住 ICU 的患者 2. 中高危风险患者	(一) 病例上报率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	年度内符合单病种纳入条件的该病种上报至国家单病种质量监测平台的病例数占同期符合单病种纳入条件的同病种病例数累加求和的比例。	=报至国家单病种质量监测平台的病例数/同期符合单病种纳入条件的该病种出院人数累加求和×100%	逐步提高
	(二) 病种组合完成率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	符合诊疗规范的条目数占纳入分析的总条目数的比例。	=符合诊疗规范的条目数/纳入分析的总条目数×100%	逐步提高
	(三) 平均住院日	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	年度内符合单病种纳入条件的该病种出院患者平均住院日	=该病种出院患者占用总床日数/同期该病种病例数×100%	逐步降低
	(四) 次均费用	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	年度内符合单病种纳入条件的该病种出院患者平均住院费用。	=该病种总出院费用/同期该病种病例数×100%	逐步降低
	(五) 病死率	定量指标, 连续监测类指标, 必填指标	百分比 (%)	年度内符合单病种纳入条件的该病种出院患者死亡人数占同期该病种出院人数的比例。	=该病种死亡人数/同期该病种病例数×100%	逐步降低

第五章 重点医疗技术临床应用质量控制指标

数据来源:

- (1) 国家医疗质量管理与控制信息网 (NCIS)
- (2) 全国医院质量监测系统 (HQMS)
- (3) 医疗技术临床应用管理信息系统
- (4) 医疗机构电子化注册信息系统
- (5) 中国人体器官分配与共享计算机系统 (COTRS)
- (6) 广东省卫生健康统计信息网络直报系统
- (7) 心脏移植登记注册系统
- (8) 医院填报

章节	指标	指标属性	计量单位	指标定义	计算方法	指标导向	
一、国家限制类医疗技术	G09 心室辅助技术临床应用质量控制指标	1.心室辅助技术应用适应证选择正确率	定量指标, 连续监测类指标, 选填指标	百分比 (%)	心室辅助技术应用适应证选择正确的例数占同期心室辅助装置应用总例数的比例。	= 心室辅助技术应用适应证选择正确的例数/同期心室辅助装置应用总例数×100%	
		2.心室辅助装置有效撤除率	定量指标, 连续监测类指标, 选填指标	百分比 (%)	心室辅助装置有效撤除, 是指心脏功能衰竭 D 期应用心室辅助装置的患者, 经积极治疗后心功能改善而撤除心室辅助装置。心室辅助装置有效撤除率, 是指有效撤除心室辅助装置例次数占同期心室辅助装置应用总例次数的比例。	= 有效撤除心室辅助装置例次数/同期心室辅助装置应用总例次数×100%	
		3.术后 30 天死亡率	定量指标, 连续监测类指标, 选填指标	百分比 (%)	心室辅助装置植(介)入术后 30 天内死亡患者数(不论何种原因)占同期心室辅助装置植(介)入患者总数的比例。	= 心室辅助装置植介入术后 30 天内全因死亡患者数/同期心室辅助装置植介入患者总数×100%	
		4.心室辅助桥接到心脏移植率	定量指标, 连续监测类指标, 选填指标	百分比 (%)	心室辅助桥接到心脏移植, 是指患者心脏功能衰竭 D 期应用心室辅助装置持续治疗期间, 桥接到心脏移植手术治疗。心室辅助桥接到心脏移植率, 是指心室辅助桥接到心脏移植例数占同期心室辅助装置应用总例数的比例。	= 心室辅助桥接到心脏移植例数/同期心室辅助装置应用总例数×100%	
		5.菌血症和败血症发生率	定量指标, 连续监测类指标, 选填指标	百分比 (%)	心室辅助装置植(介)入术中及术后 30 天内, 发生主要并发症的患者数占同期心室辅助装置植(介)入患者总数的比例。	= 发生菌血症和败血症感染患者数/同期心室辅助装置植介入患者总数×100%	
		6.纵隔感染发生率	定量指标, 连续监测类指标, 选填指标	百分比 (%)	心室辅助装置植(介)入术中及术后 30 天内, 发生主要并发症的患者数占同期心室辅助装置植(介)入患者总数的比例。	= 发生纵隔感染患者数/同期心室辅助装置植介入患者总数×100%	
		7.驱动线缆感染发生率	定量指标, 连续监测类指标, 选填指标	百分比 (%)	心室辅助装置植(介)入术中及术后 30 天内, 发生主要并发症的患者数占同期心室辅助装置植(介)入患者总数的比例。	= 发生驱动线缆感染患者数/同期心室辅助装置植介入患者总数×100%	

章节	指标	指标属性	计量单位	指标定义	计算方法	指标导向
	8.内脏出血发生率	定量指标, 连续监测类指标, 选填指标	百分比 (%)	心室辅助装置植(介)入术中及术后30天内, 发生主要并发症的患者数占同期心室辅助装置植(介)入患者总数的比例。	= 发生内脏出血患者数/同期心室辅助装置植介入患者总数×100%	
	9.非计划性手术发生率	定量指标, 连续监测类指标, 选填指标	百分比 (%)	心室辅助装置植(介)入术中及术后30天内, 发生主要并发症的患者数占同期心室辅助装置植(介)入患者总数的比例。	= 发生非计划性手术患者数/同期心室辅助装置植介入患者总数×100%	
	10.溶血发生率	定量指标, 连续监测类指标, 选填指标	百分比 (%)	心室辅助装置植(介)入术中及术后30天内, 发生主要并发症的患者数占同期心室辅助装置植(介)入患者总数的比例。	= 发生溶血并发症患者数/同期心室辅助装置植介入患者总数×100%	
	11.血栓栓塞发生率	定量指标, 连续监测类指标, 选填指标	百分比 (%)	心室辅助装置植(介)入术中及术后30天内, 发生主要并发症的患者数占同期心室辅助装置植(介)入患者总数的比例。	= 发生血栓栓塞并发症患者数/同期心室辅助装置植介入患者总数×100%	
	12.右心功能衰竭发生率	定量指标, 连续监测类指标, 选填指标	百分比 (%)	心室辅助装置植(介)入术中及术后30天内, 发生主要并发症的患者数占同期心室辅助装置植(介)入患者总数的比例。	= 发生右心功能衰竭患者数/同期心室辅助装置植介入患者总数×100%	
	13.神经系统并发症发生率	定量指标, 连续监测类指标, 选填指标	百分比 (%)	心室辅助装置植(介)入术中及术后30天内, 发生主要并发症的患者数占同期心室辅助装置植(介)入患者总数的比例。	= 发生神经系统并发症患者数/同期心室辅助装置植介入患者总数×100%	
	14.肾功能衰竭发生率	定量指标, 连续监测类指标, 选填指标	百分比 (%)	心室辅助装置植(介)入术中及术后30天内, 发生主要并发症的患者数占同期心室辅助装置植(介)入患者总数的比例。	= 发生肾功能衰竭患者数/同期心室辅助装置植介入患者总数×100%	
	15.术后随访率	定量指标, 连续监测类指标, 选填指标	百分比 (%)	心室辅助装置植(介)入后, 1、3、5年内完成随访的例次数占同期心室辅助装置植(介)入总例次数的比例。	= 心室辅助装置植介入后一定时间内完成随访的例次数/同期心室辅助装置植介入总例次数×100%	
	16.患者术后生存率	定量指标, 连续监测类指标, 选填指标	百分比 (%)	心室辅助装置植(介)入后, 1、3、5年内随访(失访者按未存活患者统计)尚存活的患者数占同期心室辅助装置植(介)入患者总数的比例。	= 心室辅助装置植介入后一定时间内随访尚存活的患者数/同期心室辅助装置植介入患者总数×100%	

章节	指标	指标属性	计量单位	指标定义	计算方法	指标导向
G11 体外膜肺氧合（ECMO）技术临床应用质量控制指标	1. ECMO 有效撤除率	定量指标，连续监测类指标，选填指标	百分比（%）	ECMO 有效撤除，是指应用 ECMO 的患者，经积极治疗后心/肺功能改善或器官移植而撤除 ECMO，撤除 ECMO 后 48 小时患者仍存活。ECMO 有效撤除率，是指有效撤除 ECMO 例次数占同期 ECMO 应用例次数的比例。	= 有效撤除 ECMO 例次数 / 同期 ECMO 应用总例次数 × 100%	
	2. 30 天全因死亡率	定量指标，连续监测类指标，选填指标	百分比（%）	ECMO 应用后 30 天内死亡患者数（不论何种原因）占同期 ECMO 应用患者总数的比例。	= ECMO 应用后 30 天内全因死亡患者数 / 同期 ECMO 应用患者总数 × 100%	
	3. 一年生存率	定量指标，连续监测类指标，选填指标	百分比（%）	ECMO 应用后 1 年随访（失访者按未存活患者统计）尚存活的患者数占同期 ECMO 应用患者总数的比例。	= ECMO 应用后 1 年随访尚存活的患者数 / 同期 ECMO 应用患者总数 × 100%	
	4. 氧合器故障发生率	定量指标，连续监测类指标，选填指标	百分比（%）	机械故障指标	= 氧合器故障例次数 / 同期 ECMO 应用氧合器例次数 × 100%	
	5. 循环管路进气发生率	定量指标，连续监测类指标，选填指标	百分比（%）	机械故障指标	= 循环管路进气患者例次数 / 同期 ECMO 应用患者例次数 × 100%	
	6. 泵头故障发生率	定量指标，连续监测类指标，选填指标	百分比（%）	机械故障指标	= 发生泵头故障患者例次数 / 同期 ECMO 应用泵头例次数 × 100%	
	7. 停泵故障发生率	定量指标，连续监测类指标，选填指标	百分比（%）	机械故障指标	= 发生停泵故障患者例次数 / 同期 ECMO 应用患者例次数 × 100%	
	8. 意外脱管发生率	定量指标，连续监测类指标，选填指标	百分比（%）	机械故障指标	= 发生管路脱落例次数 / 同期 ECMO 应用管路例次数 × 100%	

章节	指标	指标属性	计量单位	指标定义	计算方法	指标导向
		填指标				
	9.置管意外发生率	定量指标, 连续监测类指标, 选填指标	百分比 (%)	机械故障指标	= 发生置管意外例次数/同期 ECMO 应用患者例次数×100%	
	10.出血发生率	定量指标, 连续监测类指标, 选填指标	百分比 (%)	ECMO 术中及术后 30 天内, 发生主要并发症的患者数占同期 ECMO 应用例次数的比例。	= 发生出血并发症例次数 / 同期 ECMO 应用例次数×100%	
	11.溶血发生率	定量指标, 连续监测类指标, 选填指标	百分比 (%)	ECMO 术中及术后 31 天内, 发生主要并发症的患者数占同期 ECMO 应用例次数的比例。	= 发生溶血并发症例次数 / 同期 ECMO 应用例次数×100%	
	12.血栓栓塞发生率	定量指标, 连续监测类指标, 选填指标	百分比 (%)	ECMO 术中及术后 32 天内, 发生主要并发症的患者数占同期 ECMO 应用例次数的比例。	= 发生血栓栓塞并发症例次数/同期 ECMO 应用例次数×100%	
	13.下肢缺血坏死发生率	定量指标, 连续监测类指标, 选填指标	百分比 (%)	ECMO 术中及术后 33 天内, 发生主要并发症的患者数占同期 ECMO 应用例次数的比例。	= 发生下肢缺血坏死例次数 / 同期 ECMO 应用例次数×100%	
	14.神经系统并发症发生率	定量指标, 连续监测类指标, 选填指标	百分比 (%)	ECMO 术中及术后 34 天内, 发生主要并发症的患者数占同期 ECMO 应用例次数的比例。	= 发生神经系统并发症例次数/同期 ECMO 应用例次数×100%	
	15.血源性感染发生率	定量指标, 连续监测类指标, 选填指标	百分比 (%)	ECMO 术中及术后 35 天内, 发生主要并发症的患者数占同期 ECMO 应用例次数的比例。	= 发生血源性感染例次数 / 同期 ECMO 应用例次数×100%	
二、省限制类医疗技术	(一) 省限制类医疗技术 1.省限制类医疗技术备案完成	定量指标, 连续监测类指标, 选	百分比 (%)	医疗机构实际开展省限制类医疗技术的项目数与完成备案的项目数的比值 (按一级目录统	=医疗机构实际开展省限制类医疗技术的项目数/完成备案的省限制类医	逐步提高

章节	指标	指标属性	计量单位	指标定义	计算方法	指标导向
	案完成率	率	填指标	计)	疗技术项目数×100%	
(二) 心血管疾病介入诊疗技术有关的限制类医疗技术质量控制指标	1.住院患者出院后 0-31 天非预期再住院率	定量指标, 连续监测类指标, 选填指标	百分比 (%)	实施心血管疾病介入诊疗技术有关的限制类医疗技术的住院患者出院后 31 天内非预期再住院患者人数与同期实施心血管疾病介入诊疗技术有关的限制类医疗技术的出院患者人数的比例。	=实施心血管疾病介入诊疗技术有关的限制类医疗技术的住院患者出院后 31 天内非预期再住院患者人数/同期实施心血管疾病介入诊疗技术的出院患者人数×100%	逐步降低
	2.死亡率	定量指标, 连续监测类指标, 选填指标	百分比 (%)	实施心血管疾病介入诊疗技术有关的限制类医疗技术的患者死亡人数与实施心血管疾病介入诊疗技术有关的限制类医疗技术的患者出院人数的比例。	=实施心血管疾病介入诊疗技术有关的限制类医疗技术的患者死亡人数/实施心血管疾病介入诊疗技术有关的限制类医疗技术的患者出院人数×100%	逐步降低
	3.平均住院费用	定量指标, 连续监测类指标, 选填指标	元	实施心血管疾病介入诊疗技术有关的限制类医疗技术的患者出院时住院总费用与心血管疾病介入诊疗技术有关的限制类医疗技术治疗患者出院人数之比。	=实施心血管疾病介入诊疗技术有关的限制类医疗技术的患者出院时住院总费用/心血管疾病介入诊疗技术有关的限制类医疗技术治疗患者出院人数×100%	逐步降低
	4.平均住院日	定量指标, 连续监测类指标, 选填指标	百分比 (%)	实施心血管疾病介入诊疗技术有关的限制类医疗技术的患者出院时占用总床日数与同期实施心血管疾病介入诊疗技术有关的限制类医疗技术的患者出院人数的比例。	=实施心血管疾病介入诊疗技术有关的限制类医疗技术的患者出院时占用总床日数/同期实施心血管疾病介入诊疗技术有关的限制类医疗技术的患者出院人数×100%	逐步降低
(三) 外周血管介入诊疗技术有关的	1.住院患者出院后 0-31 天非预期再住院率	定量指标, 连续监测类指标, 选填指标	百分比 (%)	实施外周血管介入诊疗技术的住院患者出院后 31 天内非预期再住院患者人数与同期实施外周血管介入诊疗技术的出院患者人数的比例。	=实施外周血管介入诊疗技术的住院患者出院后 31 天内非预期再住院患者人数/同期实施外周血管介入诊疗技术的出院患者人数×100%	逐步降低

章节	指标	指标属性	计量单位	指标定义	计算方法	指标导向	
限制类医疗技术质量控制指标	2.死亡率	定量指标, 连续监测类指标, 选填指标	百分比 (%)	实施外周血管介入诊疗技术有关的限制类医疗技术的患者死亡人数与实施外周血管介入诊疗技术有关的限制类医疗技术的患者出院人数的比例。	=实施外周血管介入诊疗技术有关的限制类医疗技术的患者死亡人数/实施外周血管介入诊疗技术有关的限制类医疗技术的患者出院人数×100%	逐步降低	
	3.平均住院费用	定量指标, 连续监测类指标, 选填指标	元	实施外周血管介入诊疗技术有关的限制类医疗技术的患者出院时住院总费用与外周血管介入诊疗技术有关的限制类医疗技术治疗患者出院人数之比。	=实施外周血管介入诊疗技术有关的限制类医疗技术的患者出院时住院总费用/外周血管介入诊疗技术有关的限制类医疗技术治疗患者出院人数×100%	逐步降低	
	4.平均住院日	定量指标, 连续监测类指标, 选填指标	天	实施外周血管介入诊疗技术有关的限制类医疗技术的患者出院时占用总床日数与同期实施外周血管介入诊疗技术有关的限制类医疗技术的患者出院人数的比例。	=实施外周血管介入诊疗技术有关的限制类医疗技术的患者出院时占用总床日数/同期实施外周血管介入诊疗技术有关的限制类医疗技术的患者出院人数×100%	逐步降低	
	(四) 儿科技术 (儿科 ECMO)	1.住院患者出院后 0-31 天非预期再住院率	定量指标, 连续监测类指标, 选填指标	百分比 (%)	实施儿科 ECMO 医疗技术的住院患者出院后 31 天内非预期再住院患者人数与同期实施儿科 ECMO 医疗技术的出院患者人数的比例。	=实施儿科 ECMO 医疗技术的住院患者出院后 31 天内非预期再住院患者人数/同期实施儿科 ECMO 医疗技术的出院患者人数×100%	逐步降低
		2.死亡率	定量指标, 连续监测类指标, 选填指标	百分比 (%)	实施儿科 ECMO 医疗技术的患者死亡人数与实施儿科 ECMO 医疗技术的患者出院人数的比例。	=实施儿科 ECMO 医疗技术的患者死亡人数/实施儿科 ECMO 医疗技术的患者出院人数×100%	逐步降低
		3.平均住院费用	定量指标, 连续监测类指标, 选填指标	元	实施儿科 ECMO 医疗技术的患者出院时住院总费用与实施儿科 ECMO 医疗技术治疗患者出院人数之比。	=实施儿科 ECMO 医疗技术的患者出院时住院总费用/实施儿科 ECMO 医疗技术治疗患者出院人数×100%	逐步降低

章节	指标		指标属性	计量单位	指标定义	计算方法	指标导向
		4.平均住院日	定量指标, 连续监测类指标, 选填指标	天	实施儿科 ECMO 医疗技术的患者出院时占用总床日数与同期实施儿科 ECMO 医疗技术的患者出院人数的比例。	=实施儿科 ECMO 医疗技术的患者出院时占用总床日数/同期实施儿科 ECMO 医疗技术的患者出院人数×100%	逐步降低
三、人体器官捐献、获取与移植技术	(一) 向人体器官获取组织报送的潜在器官捐献者人数与院内死亡人数比		定量指标, 连续监测类指标, 选填指标	百分比 (%)	向人体器官获取组织报送的潜在器官捐献者人数与院内死亡人数比是指医疗机构向人体器官获取组织报送的潜在器官捐献人数与医疗机构同期院内死亡人数的比例。	=向人体器官获取组织报送的潜在器官捐献者人数与院内死亡人数比是指医疗机构向人体器官获取组织报送的潜在器官捐献人数与=医疗机构同期院内死亡人数×100%	逐步提高
	(二) 实现器官捐献的人数与院内死亡人数比		定量指标, 连续监测类指标, 选填指标	百分比 (%)	实现器官捐献的人数与院内死亡人数比是指医疗机构实现器官捐献的人数与医疗机构同期院内死亡人数的比例。	=实现器官捐献的人数与院内死亡人数比是指医疗机构实现器官捐献的人数/医疗机构同期院内死亡人数×100%	逐步提高
	(三) 人体器官获取组织质量控制指标	1.器官捐献转化率	定量指标, 连续监测类指标, 选填指标	百分比 (%)	在人体器官获取组织 (OPO) 服务区域内, 年度完成器官获取的器官捐献者数量占潜在捐献者总数的比例。	=年度完成器官获取的器官捐献者数量/潜在捐献者总数×100%	逐步提高
		2.平均器官产出率	定量指标, 连续监测类指标, 选填指标	百分比 (%)	在 OPO 服务区域内, 年度获取并完成移植的器官数量与器官捐献者总数的比例。	=年度获取并完成移植的器官数量/器官捐献者总数×100%	逐步提高
		3.器官捐献分类占比	定量指标, 连续监测类指标, 选填指标	百分比 (%)	脑死亡来源器官捐献者 (DBD)、心脏死亡来源器官捐献者 (DCD)、脑心双死亡来源器官捐献者 (DBCD) 数量分别占同期器官捐献者总数的比例。	=死亡来源器官捐献者 (DBD)、心脏死亡来源器官捐献者 (DCD)、脑心双死亡来源器官捐献者 (DBCD) 数量分别/同期器官捐献者总数×100%	DBD 占比逐步提高, DCD/DBCD 占比逐步降低
4.获取器官利用率		定量指标, 连续监测类指标, 选填指标	百分比 (%)	器官获取后用于移植的器官数量占同期获取器官总数的比例。	=器官获取后用于移植的器官数量/同期获取器官总数×100%	逐步提高	

章节	指标	指标属性	计量单位	指标定义	计算方法	指标导向
	5. 移植器官原发性无功能发生率 (PNF发生率)	定量指标, 连续监测类指标, 选填指标	百分比 (%)	同年度捐献器官移植术后 PNF 并发症发生比例, 包括总 PNF 发生率、DBD 来源器官 PNF 发生率、DCD 来源器官 PNF 发生率、DBCD 来源器官 PNF 发生率。	$\text{总 PNF 发生率} = \frac{\text{年度 PNF 病例数}}{\text{同期移植病例总数}} \times 100\%$ $(\text{DBD/DCD/DBCD}) \text{ PNF 发生率} = \frac{\text{年度 (DBD/DCD/DBCD) PNF 病例数}}{\text{同期 (DBD/DCD/DBCD) 移植病例总数}} \times 100\%$	逐步降低
	6. 移植器官术后功能延迟性恢复发生率 (DGF 发生率)	定量指标, 连续监测类指标, 选填指标	百分比 (%)	同年度捐献器官移植术后 DGF 并发症发生比例, 包括总 DGF 发生率、DBD 来源器官 DGF 发生率、DCD 来源器官 DGF 发生率、DBCD 来源器官 DGF 发生率。	$\text{总 DGF 发生率} = \frac{\text{年度 DGF 病例数}}{\text{同期移植病例总数}} \times 100\%$ $(\text{DBD/DCD/DBCD}) \text{ DGF 发生率} = \frac{\text{年度 (DBD/DCD/DBCD) DGF 病例数}}{\text{同期 (DBD/DCD/DBCD) 移植病例总数}} \times 100\%$	逐步降低
(四) 心脏移植技术医疗质量控制指标 (2020年版)	1. 供体心脏缺血时间小于等于 6 小时的比例	定量指标, 连续监测类指标, 选填指标	百分比 (%)	单位时间内, 医疗机构获取的供体心脏的缺血时间小于等于 6 小时的心脏移植例数占总例数的比例。	$\text{= 医疗机构获取的供体心脏的缺血时间小于等于 6 小时的心脏移植例数} / \text{总例数} \times 100\%$	逐步提高
	2. 术后机械通气时间小于等于 48 小时的比例	定量指标, 连续监测类指标, 选填指标	百分比 (%)	单位时间内, 心脏移植手术受者术后接受机械通气的时间小于等于 48 小时的人数占心脏移植总人数的比例。	$\text{= 受者术后接受机械通气的时间小于等于 48 小时的人数} / \text{心脏移植总人数} \times 100\%$	逐步提高
	3. 术后并发症发病率	定量指标, 连续监测类指标, 选填指标	百分比 (%)	单位时间内, 心脏移植手术受者术后 (自手术开始至出院) 发生的手术相关并发症人数占同期心脏移植总人数的比例。	$\text{= 受者术后 (自手术开始至出院) 发生的手术相关并发症人数} / \text{同期心脏移植总人数} \times 100\%$	逐步降低
	4. 术后院内死亡率	定量指标, 连续监测类指标, 选填指标	百分比 (%)	单位时间内, 心脏移植手术受者术后 (自手术开始至出院) 全因死亡人数占同期心脏移植总人数的比例。	$\text{= 心脏移植手术受者时候全因死亡人数} / \text{同期心脏移植手术总人数} \times 100\% \times 100\%$	逐步降低
	5. 中国心脏移植注册登记数据报送完整度	定量指标, 连续监测类指标, 选填指标	百分比 (%)	向中国心脏移植注册系统报送数据的完整度得分与同期心脏移植总人数的比例。	$\text{= 向中国心脏移植注册系统报送数据的完整度得分} / \text{同期心脏移植总人数} \times 100\%$	逐步提高

第三部分 现场检查

- 医院功能与任务
- 临床服务质量与安全管理
- 医院管理
- 补充条款

第一章 医院功能与任务		
一、依据医院的功能任务，确定医院的发展目标和中长期发展规划		
(一) 医院的功能与任务，符合本区域卫生发展规划。		
1.1 功能与任务，符合本区域卫生发展规划。	1.1.1	医院的功能与任务符合本区域卫生发展规划。
	1.1.2	制定能体现医院宗旨与愿景的发展规划和管理目标，能体现医院宗旨与愿景，并应用多途径向全体员工、患者及社会宣传。
	1.1.3	员工知晓医院的宗旨、愿景、目标和功能任务。
	1.1.4	职能部门定期自查、评估、分析、整改。
	1.1.5	有数据或案例体现改进效果。
(二) 制定医院中长期规划与年度计划，医院规模和发展目标与医院的功能任务一致。		
2.1 有院科两级中长期规划与年度计划，规模和发展目标与医院的功能任务一致。	2.1.1	建立并实行院科两级计划管理体系，制定中长期规划（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）和年度计划。
	2.1.2	中长期规划及年度计划征求员工意见，各部门共同讨论制定，并经职工代表大会讨论通过。
	2.1.3	各部门、科室执行年度计划并落实。
	2.1.4	主管部门对年度计划进行定期检查、分析、总结，提出改进措施。
	2.1.5	有数据或案例体现年度计划完成情况良好。
(三) 医院有承担服务区域内急危重症和疑难疾病诊疗的设施设备、技术梯队与处置能力。		
3.1 有承担服	3.1.1	按照国家建设标准设置符合规范的重症医学科和急诊医学科，并建立运行机制。

务区域内急危重症和疑难疾病诊疗的设施设备、人才技术梯队与处置能力。	3.1.2	具备承担本区域急危重症和疑难疾病诊疗的设施设备、技术梯队与处置能力。
	3.1.3	重症患者得到重症医学专业诊治，医院可提供24小时急危重症诊疗服务。
	3.1.4	门诊及住院部有疑难疾病诊治的制度并落实。
	3.1.5	科室对急危重症和疑难疾病诊疗有定期自查、总结分析、整改。
	3.1.6	主管部门定期对急危重症和疑难疾病诊疗服务开展督导、检查、分析、反馈，并督查科室整改落实情况。
	3.1.7	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
二、坚持医院的公益性，把社会效益放在首位，履行相应的社会责任和义务。		
（四）坚持医院的公益性，履行相应的社会责任和义务。		
4.1 坚持医院的公益性，“以患者为中心”，履行相应的社会责任和义务。	4.1.1	坚持医院的公益性，把社会效益放在首位，并在章程中体现；制定保障基本医疗服务的制度与规范，有“以患者为中心”，优化质量、保证安全、改进服务、降低成本的措施并执行。
	4.1.2	认真完成法定公共卫生服务、突发事件应急医疗救援、健康扶贫、援疆援藏援外、对口支援、支农、支边等任务。
	4.1.3	管理部门对公益性服务组织制定实施方案并落实。
	4.1.4	主管部门定期督导、检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	4.1.5	有数据或案例体现社会责任和义务履行情况良好。
（五）根据《中华人民共和国传染病防治法》、《中华人民共和国食品安全法》和《突发公共卫生事件应急条例》等相关法律法规承担传染病、食源性疾病的发现、救治、报告、预防等任务。定期对全体医务人员进行传染病、食源性疾病防治知识和技能培训与处置演练。		
5.1 根据相关法律法规要求，建立健全的传染病防治组织架构，承担传染病及食源性疾病的发现、救治、报告、预防等任务。	5.1.1	有传染病及食源性疾病防治组织架构，成立工作领导小组、重点传染病及食源性疾病防治和突发公共卫生事件救治专家组。
	5.1.2	按照传染病及食源性疾病防治有关规定及时报告疫情，有专门部门、指定人员负责传染病及食源性疾病疫情的监控、报告和预防工作。
	5.1.3	有传染病预检、分诊制度，对传染病患者、疑似传染病患者引导至相对隔离的分诊点进行初诊，门诊、住院诊疗信息登记完整。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。
	5.1.4	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	5.1.5	无传染病漏报。

5.2 定期对全体医务人员进行传染病、食源性疾病预防知识和技能培训与处置演练。	5.2.1	医院及科室有传染病及食源性疾病预防知识和技能培训计划，并组织相关培训。医务人员知晓传染病及食源性疾病预防相关知识，并能遵循。
	5.2.2	根据传染病及食源性疫情，适时开展传染病及食源性处置演练。
	5.2.3	科室有自查，对存在问题有分析、整改。
	5.2.4	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	5.2.5	有数据或案例体现改进效果。
（六）按照《国家基本药物临床应用指南》和《国家处方集》及医疗机构药品使用管理规定，规范医师处方行为，优先合理使用基本药物。		
6.1 执行国家基本药物制度，规范医师处方行为，优先合理使用基本药物。	6.1.1	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相关规定及措施。
	6.1.2	《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”，有相应的采购及使用量。
	6.1.3	有措施促进医师优先合理使用基本药物，规范处方行为，并定期对全院基本药物使用情况进行评价与反馈。
	6.1.4	主管部门定期对使用国家基本药物情况有检查、分析、反馈，并落实整改。
	6.1.5	有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
	6.1.6	全院基本药物品种及使用金额比例符合省级卫生行政部门的规定。
三、促进医疗资源下沉，完成政府指令性任务		
（七）加强医联体建设，实行分级诊疗，建立与实施双向转诊制度及相关服务流程，提升医联体内基层医院服务能力。		
7.1 加强医联体建设，实行分级诊疗，建立与实施双向转诊制度及相关服务流程，提升医联体内基层医疗机构服务能力。	7.1.1	制定医联体建设方案并组织实施。
	7.1.2	建立与实施双向转诊制度与服务流程，签订双向转诊协议，并落实。
	7.1.3	建立双向转诊信息平台，工作资料完整。
	7.1.4	近三年承担适宜技术项目并对口支援至下级医院和社区中心，制定相应实施方案并执行。
	7.1.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	7.1.6	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
（八）将对口支援下级医院和支援社区卫生服务工作、慢性病管理纳入院长目标责任制与医院年度工作计划，有实施方案，由专人负责。		
8.1 将对口支援下级医	8.1.1	将对口支援下级医院和支援社区卫生服务工作纳入院长目标责任制管理，根据受援医院的实际情况，双方制定具体的技术指导、人才培养及管理帮扶目标和实施方案，签订协议书。

院（以下简称受援医院）及社区卫生服务工作纳入院长目标责任制，有实施方案，有专人负责。	8.1.2	对口支援下级医院和支援社区卫生服务工作纳入医院年度工作计划，制定实施方案并执行，院内专科医生参与基层医疗卫生机构组建的全专融合型家庭医生团队。
	8.1.3	有专门部门和人员负责下级医院对口支援管理工作。
	8.1.4	主管部门定期督导、检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	8.1.5	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
	8.1.6	对口帮扶要明确帮扶职责、目标、任务、工作岗位、建立考核机制。
8.2 将慢性病管理纳入医院目标管理及年度工作计划。	8.2.1	将慢性病管理工作纳入院长目标责任制和医院年度工作计划。
	8.2.2	制定慢性病宣传及管理的具体实施方案并执行。对病情稳定的慢性病患者有下转基层的工作机制，为基层医疗卫生机构上转病人预留一定比例专家号、住院床位。
	8.2.3	有专门部门和人员负责慢性病管理工作。
	8.2.4	主管部门定期对慢性病管理督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	8.2.5	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
（九）承担援疆援藏、健康扶贫、为下级医院培养卫生技术人员等政府指令性任务，制订相关的制度、方案，并有具体措施予以保障。		
9.1 承担政府指令性援疆援藏及健康扶贫任务，实现对口支援责任目标。	9.1.1	承担政府指令性援疆援藏及健康扶贫任务，有相关的制度、方案及保障措施，并实施。
	9.1.2	针对受援医院的需求，制订重点扶持计划并组织实施，在技术指导、人才培养及管理等方面开展帮扶。
	9.1.3	有专门部门和人员负责援疆援藏及健康扶贫协调工作。
	9.1.4	主管部门定期督导、检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	9.1.5	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
9.2 承担政府为下级医院卫生技术人员培养的指令性任务及适宜技术项目推广任务，制订相关制度、培训方案，并有具体措	9.2.1	对政府指令的下级医院卫生技术人员开展培训，有相关制度、实施计划、培训方案和具体措施予以保障，并落实。
	9.2.2	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。
	9.2.3	有专门部门和人员负责落实下级医院技术人员培养计划。
	9.2.4	开展适宜技术项目推广任务，制定相关项目实施计划、培训方案和具体措施并落实。
	9.2.5	主管部门定期督导、检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	9.2.6	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。

施予以保障。		
四、承担突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治。		
(十) 遵守国家法律、法规，严格执行各级政府制定的应急预案，按照“平战结合、防治结合”的要求加强建设，承担突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治。		
10.1 遵守国家法律、法规，按各级政府要求制定各类应急预案；承担突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与救治任务。	10.1.1	执行各级政府制定的应急预案；根据医院年度脆弱性分析结果及排序，制定院内各类应急预案；有应对突发公共卫生事件与重大事故灾害的紧急医疗救援与救治响应机制和启动流程；紧急救援、救治重症患者物资储备合理、完备、可用。
	10.1.2	配备高水平重大事件救治专业技术队伍，承担区域内和政府指令性突发公共卫生事件、重大事故灾害和重大疫情的救治和紧急救援任务，绿色通道保持畅通。
	10.1.3	按国家“平战结合、防治结合”要求，有根据疫情、特殊事件或政府指令随时转换床位性质的应急预案和启动流程。
	10.1.4	医院对各级别应急预案、突发公共卫生事件、重大疫情和重大事故灾害的紧急医疗救援救治流程有持续强化培训，保证管理及对口专业队伍知晓并落实。
	10.1.5	科室对重大事故灾害的紧急医疗救援救治，有系统总结分析和内部评价，对存在问题有改进措施并得到落实。
	10.1.6	主管部门对培训和演练有检查与监管与反馈，定期组织突发公共卫生事件、重大事故灾害和重大疫情的紧急医疗救援救治培训与演练。
	10.1.7	有数据或案例显示紧急救援救治专业水平不断提升，并形成新制度、规范、流程、举措。
第二章 医疗服务质量与安全管理		
一、医疗质量管理体系和工作机制		
(十一) 有医疗质量管理体系，落实医疗质量管理主体责任，实行医疗质量管理院、科两级责任制。		
11.1 建立完整的医疗质量管理体系，落实院、科两级责任制，确保医疗质量与安全。	11.1.1	根据《医疗质量管理办法》建设覆盖全院、全程和全员的医疗质量管理体系，包括组织架构、制度规范、部门分工、运行机制等。有医疗质量管理组织架构图，能清楚的反映医疗质量管理组织架构。
	11.1.2	医疗质量管理组织机构健全、人员构成合理、职责明确。
	11.1.3	院、科两级履行医疗质量管理工作职责，根据医院质量方针与目标，制定并实施相应的医疗质量管理工作计划，有记录证明体系运行常态化。
	11.1.4	主管部门定期自查、总结分析与整改。
	11.1.5	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
11.2 有质量管理方案，包括：质量管理目标、质量指标、考核项目、考核标准、考核办法等，以及相配套制度。	11.2.1	有医疗质量管理方案，包括：质量管理目标、质量指标、考核项目、考核标准、考核办法等，以及相配套制度。
	11.2.2	设置独立的质量与安全管理部门，配置充足人力，并落实医疗质量管理方案。
	11.2.3	有院、科两级医疗质量管理与监督的工作流程。

核项目、考核标准、考核办法等，有相关配套的措施保证方案的落实。	11.2.4	主管部门定期自查、总结分析与整改。
	11.2.5	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
（十二）设立医疗质量管理委员会，人员组成和职责符合《医疗质量管理办法》要求。医疗质量管理委员会负责承接、配合各级质控组织开展工作，并发挥统筹协调作用。		
12.1 设立医疗质量管理委员会，人员组成和职责符合《医疗质量管理办法》要求，并承接、配合各级质控组织开展工作，发挥统筹协调作用	12.1.1	设立医疗质量管理委员会，医疗质量管理委员会人员组成和职责符合《医疗质量管理办法》要求，有工作制度。指定或者成立专门部门具体负责日常工作。
	12.1.2	医疗质量管理委员会能在质量与安全管理中发挥决策作用。职责清晰，负责组织制定本机构质量管理制度、质量持续改进计划及实施方案，并组织实施。
	12.1.3	医疗质量管理委员会负责承接、配合各级质控组织开展工作，并发挥统筹协调作用。
	12.1.4	医疗质量管理委员会定期对质量与安全工作进行督导、检查、分析、反馈，并督查整改落实情况。
	12.1.5	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
（十三）各业务科室成立本科室医疗质量管理工作小组，人员组成和职责符合《医疗质量管理办法》要求。		
13.1 各业务科室应成立本科室医疗质量管理工作小组，人员构成和职责符合国家要求，根据工作计划完成本科室质量管理活动。	13.1.1	有科室医疗质量管理工作小组，组长由科室主要负责人担任，有专人负责日常具体工作。成员构成及职责，符合《医疗质量管理办法》相关要求。
	13.1.2	贯彻执行医疗质量管理相关的法律、法规、规章制度、技术规范、标准、诊疗常规及指南，定期开展培训和宣传教育。
	13.1.3	完善本科室医疗质量管理制度，制订本科室年度质量安全工作计划与持续改进计划，并组织落实。
	13.1.4	小组成员每月开展科内自查、每季度分析评价科室质量安全监测指标，并及时在科内反馈。
	13.1.5	工作小组定期对科室医疗质量进行分析和评估，对医疗质量薄弱环节提出整改措施并组织实施。
	13.1.6	主管部门定期对科室医疗质量管理工作小组进行督导、检查、分析、反馈，并督查整改落实情况。
	13.1.7	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
（十四）建立健全医疗质量管理培训考核制度，充分发挥专业人员在医疗质量管理中的作用。		
14.1 建立健全医疗质量管理培训考核制度	14.1.1	医院建立健全医疗质量管理培训考核制度。
	14.1.2	医院领导、职能部门管理人员及科室质量管理小组人员接受全面质量管理培训与教育。

培训和考核制度，充分发挥专业人员在医疗质量管理中的作用。	14.1.3	专业人员能够运用质量管理方法与工具对存在问题和质量指标进行分析与评价，有改进措施并落实。
	14.1.4	主管部门有定期检查、总结分析与整改。
	14.1.5	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
（十五）遵循临床诊疗指南、医疗技术操作规范、行业标准和临床路径等有关要求开展诊疗工作。		
15.1 各级医务人员严格依照临床诊疗指南、医疗技术操作规范、行业标准要求开展临床诊疗工作。	15.1.1	各科室根据国家相关标准和行业标准制定本专科临床诊疗指南和技术操作规范，并及时更新。
	15.1.2	对医务人员开展临床诊疗指南和技术操作规范的培训，医务人员遵循指南、规范和行业标准等开展诊疗活动。
	15.1.3	依据国家相关法律法规，建立因特殊情况下超指南规范开展诊疗活动的管理制度和审批流程，并向指定的部门备案。
	15.1.4	科室有定期自查、总结分析与整改。
	15.1.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	15.1.6	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
15.2 实施临床路径管理，规范临床诊疗行为。	15.2.1	有临床路径管理实施方案，对临床路径管理的组织、实施及各级人员职责等有明确的管理要求。
	15.2.2	根据国家要求和目录，结合本院实际，选择进入临床路径病种目录和制定临床路径文本。
	15.2.3	“临床路径”监测指标包括：入组率、入组后完成率、死亡率、重返率、平均住院日、平均住院费用、出院患者经临床路径管理的占比等。
	15.2.4	对医务人员开展相关知识及管理制度的培训，相关人员知晓并落实。
	15.2.5	实行信息化的临床路径管理。
	15.2.6	院、科两级定期检查、总结分析与整改。
	15.2.7	有数据或案例体现改进效果，出院患者经临床路径管理的占比达到卫生行政主管部门要求。
（十六）开展诊疗活动应当遵循患者知情同意原则，履行告知义务，尊重患者的自主选择权和隐私权，尊重民族习惯和宗教信仰，并对患者的隐私保密。完善保护患者隐私的设施和管理措施。		
16.1 诊疗活动中充分履行告知义务，尊重患者选择权，保障患者合法权益。	16.1.1	有尊重患者选择权等保障患者合法权益的相关制度，并定期对全体医务人员进行医患沟通、知情同意等方面的培训。
	16.1.2	医务人员能够用患者易懂的方式、语言与患方沟通，告知充分，并取得明确同意、签署知情同意书；知情同意书随病历归档。
	16.1.3	对于语言、文化、宗教等有差异的患者，医院有专门人员或请专门人员进行协助。
	16.1.4	科室质量工作小组对知情告知执行情况进行自查，对存在问题有整改。

	16.1.5	主管部门对执行情况有监管，有总结、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	16.1.6	患者知情同意等合法权益得到有效保护。
16.2 尊重患者隐私权，尊重民族习惯和宗教信仰；完善保护患者隐私的管理措施和设施。	16.2.1	有保护患者隐私权和个人信息、尊重民族习惯和宗教信仰等相关制度，并对医院全体人员定期培训。
	16.2.2	医务人员具有保护患者隐私的意识，并在诊疗活动中提供保护隐私的措施。
	16.2.3	有私密性的诊疗场所和保护患者隐私的设施。
	16.2.4	科室质量工作小组对隐私保护执行情况进行自查，对存在问题有整改。
	16.2.5	主管部门对执行情况有监管、检查；能够以问题为导向进行多部门分析整改。
	16.2.6	无因泄露患者隐私或个人信息造成重大不良影响事件发生。
（十七）建立医院全员参与、覆盖临床诊疗服务全过程的医疗质量管理与控制工作制度。		
17.1 建立全员参与、覆盖临床诊疗服务全过程的医疗质量管理与控制工作制度，并组织落实。	17.1.1	根据卫生行政主管部门相关文件和规章制度要求，制定医院诊疗活动全流程、全员参与的质量管理工作制度（将所有人员、设施设备、环境纳入医疗质量管理和控制的范围），并定期更新。
	17.1.2	有医疗质量关键环节（如危急重患者管理、围手术期管理、输血与药物管理、有创诊疗操作等）管理制度与措施。
	17.1.3	有重点部门（急诊科、手术室、导管室、重症监护、消毒供应中心等）的管理制度与措施。
	17.1.4	主管部门定期自查、总结分析与并整改。
	17.1.5	医院有形成新制度、规范、流程、举措等。
（十八）熟练运用医疗质量管理工具开展医疗质量管理与自我评价，完善医疗质量管理相关指标体系，掌握本院医疗质量基础数据。		
18.1 院科两级熟练运用全面质量管理、PDCA循环、品管圈、DRGs质量评价、单病种管理与临床路径管理等医疗质量管理工具开展医疗质量管理	18.1.1	医院有全面质量管理、PDCA循环、品管圈、DRGs质量评价、单病种管理与临床路径管理等医疗质量管理工具的培训计划并落实。
	18.1.2	医院领导、职能部门管理人员及科室质量安全管理小组人员，掌握一种以上医疗质量管理常用工具。
	18.1.3	职能部门及科室能够运用质量管理工具规范临床诊疗行为、统计分析质量安全指标及风险数据、重大质量缺陷等。
	18.1.4	科室有定期自查、总结分析与整改。
	18.1.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。

理与自我评价。		
18.2 完善医疗质量管理相关指标体系，掌握本院医疗质量基础数据。	18.2.1	依据国家颁布的相关管理标准并结合本院实际，及时完善本院医疗质量管理指标体系。包括但不限于国家发布的医疗质量控制指标和“国家医疗质量安全改进目标”相关指标。
	18.2.2	医院对全院各临床及医技科室有明确的质量安全指标，定期衡量各科室医疗服务能力与质量水平。
	18.2.3	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。
	18.2.4	科室定期分析质量安全监测指标变化趋势，针对负向趋势有原因分析、改进措施并落实。
	18.2.5	职能部门定期分析质量安全监测指标变化趋势，为制订本部门质量管理与持续改进目标提供依据。
	18.2.6	有数据或案例体现医院持续改进效果。
（十九）加强临床专科服务能力建设，重视专科协同和中西医共同发展，制订专科建设发展规划并组织实施，推行“以患者为中心，以疾病为链条”的多学科诊疗模式。		
19.1 医院有制订专科建设发展规划并落实。	19.1.1	医院有专科建设发展规划，包括：优势专科、培育专科、潜力专科的发展方案、配套支持政策、考核标准、考核办法等。
	19.1.2	科室根据医院总体规划制定本科室专科建设发展规划，并落实。
	19.1.3	各专科医务人员知晓本专科发展规划。
	19.1.4	科室有按本专科规划开展工作，并定期总结分析。
	19.1.5	主管部门定期帮助科室总结分析规划开展落实情况。
	19.1.6	医院有数据或案例体现改进效果。
19.2 制订切合学科发展趋势的专科建设规划，推行“以患者为中心，以疾病为链条”的多学科诊疗模式。	19.2.1	加强临床专科服务能力建设，促进各临床专科协同和中西医共同发展，制订切合学科发展趋势、满足社会需求和符合医院实际情况的专科建设规划，并组织实施。
	19.2.2	建立“以患者为中心，以疾病为链条”的多学科诊疗模式，有管理制度与绩效配套方案，多学科诊疗活动范围明确，各科职责清楚。
	19.2.3	多学科诊疗活动按计划开展活动并有实施记录，住院患者开展的多学科诊疗活动讨论结论应记入病程记录。
	19.2.4	科室有定期自查、总结分析与整改。
	19.2.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	19.2.6	医院有数据或案例体现改进效果持续提升。
（二十）加强单病种质量管理与控制工作，建立本院单病种管理的指标和质量参考标准体系，促进医疗质量精细化管理。		
20.1 加强单病	20.1.1	将单病种质量管理与控制工作纳入医院医疗质量管理体系。依据国家颁布的相关管理要求，结合本院实际，制定医院单病种管理实施方

种质量管理与控制工作，建立本院单病种管理的指标和质量参考标准体系，促进医疗质量精细化管理。		案，单病种管理病种至少满足《三级医院评审标准（2022年版）》管理要求。
	20.1.2	建立本院单病种管理指标和质量参考标准体系。院科两级定期对单病种过程与结果质量指标进行汇总与分析。
	20.1.3	院科两级有专人负责上报单病种管理信息，有具体措施确保上报信息的及时、准确。
	20.1.4	科室有定期对单病种过程质量开展系统追踪和个案追踪、总结分析与整改。
	20.1.5	主管部门定期对单病种过程质量开展系统追踪和个案追踪、分析、反馈，并检查科室整改落实情况，将监控结果纳入科室工作质量评价。
	20.1.6	医院有数据或案例体现改进效果。
	20.1.7	医院单病种管理实现信息化。
（二十一）制订满意度监测指标并不断完善，定期开展患者和员工满意度监测，改善患者就医体验和员工执业感受。		
21.1 建立社会满意度测评体系、并不断完善，实施社会评价活动，改善患者就医体验。	21.1.1	医院建立社会满意度测评指标体系，有指定的主管部门负责本项工作，职责明确。
	21.1.2	有多种渠道、定期收集院内、外对医院服务意见和建议的相关制度与流程并执行。
	21.1.3	开展第三方社会调查与评价，并充分运用数据分析，评价和改进医院工作确保社会评价结果的客观公正。
	21.1.4	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	21.1.5	不断提高患者满意度，患者就医体验好。
21.2 建立员工满意度评价体系，改善员工执业感受。	21.2.1	建立员工满意度评价体系及相关制度。
	21.2.2	有指定的主管部门负责本项工作，职责明确，有定期收集员工对医院服务及管理意见和建议。
	21.2.3	员工知晓医院员工满意度测评的方式、途径。
	21.2.4	医院对存在问题及建议有分析、提出改进措施，并检查整改、落实情况。
	21.2.5	不断改善员工执业感受，满意度高。
	21.2.6	建立全员员工满意度评价体系，员工参与度≥95%。
（二十二）建立本院各科室医疗质量内部现场检查和公示制度。		
22.1 建立科室医疗质量内部自查	22.1.1	科室有医疗质量自查工作制度。
	22.1.2	科室定期开展医疗质量内部自查工作并有相关记录。

制度。	22.1.3	科室定期将自查结果在科内进行点评与反馈。
	22.1.4	科室有定期自查、总结分析与整改。
	22.1.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	22.1.6	医院有数据或案例体现改进效果。
22.2 建立医院 医疗质量 内部现场 检查制 度。	22.2.1	医院有明确医疗质量内部现场检查的规范与要求。
	22.2.2	有明确的医疗质量管理部门负责组织院内现场检查工作并有记录。
	22.2.3	主管部门组织的现场检查中，至少有2个部门（科室）协作。
	22.2.4	主管部门有定期自查、总结分析与整改。
	22.2.5	医院有数据或案例体现改进效果。
22.3 建立医院 医疗质量 公示制 度。	22.3.1	医院有医疗质量公示制度。
	22.3.2	有明确的医疗质量公示内容与范围。
	22.3.3	医院员工知晓医院公示的途径、主要内容与结果。
	22.3.4	科室能够利用公示结果及时在科内开展质量改进。
	22.3.5	主管部门能够利用公示结果对全院各科室开展质量分析、评价与考核。
	22.3.6	医院有数据或案例体现改进效果。
（二十三）强化基于电子病历的医院信息平台建设，满足医疗质量管理与控制工作需要。		
23.1 医院信息 平台建设 以电子病 历数据为 基础，充 分利用信 息化手段 开展医疗 质量管理 与控制。	23.1.1	有临床信息系统，建立基于电子病历的医院信息平台及医疗质量控制、安全管理信息数据库，有数据库管理制度，相关人员知晓并执行。
	23.1.2	数据库除一般常规数据外，还应包括下列有关数据:合理用药、围手术期管理/医疗技术管理/医保管理等医疗质量与安全管理系统。
	23.1.3	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。
	23.1.4	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	23.1.5	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
（二十四）对医疗质量管理要求执行情况进行定期评估，对医疗质量信息数据开展内部验证并及时分析和反馈，对医疗质量问题和医疗安全风险进行预警和干预，对存在的问题及时采取有效干预措施，评估干预效果，促进医疗质量持续改。		

24.1 建立医疗质量数据内部验证、分析与反馈工作。	24.1.1	有医疗质量信息数据库、内部验证等相应管理制度与工作流程。
	24.1.2	根据政策或行业规范等，对所采集的数据有明确的标准和准确的来源，能够做到及时更新与验证。
	24.1.3	科室有专人对医疗数据采集质量进行自查，利用医疗质量数据开展分析与评价。
	24.1.4	科室有定期自查、总结分析与整改。
	24.1.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	24.1.6	医院有数据或案例体现改进效果。
24.2 有对医疗质量问题和医疗安全风险进行预警、干预的制度。	24.2.1	医院有对医疗质量问题和医疗安全风险进行预警、干预的制度，并落实。
	24.2.2	院科两级有医疗质量安全的培训计划并落实，员工知晓相关内容。
	24.2.3	主管部门定期组织开展医疗质量问题和医疗安全风险分析、讨论，及时发布预警。
	24.2.4	科室接收到预警提醒后，及时进行干预，采取有效措施降低类似事件再次发生。
	24.2.5	科室有定期自查、总结分析与整改。
	24.2.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	24.2.7	医院有数据或案例体现改进效果。
二、医疗质量安全核心制度		
（二十五）医院应当落实《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》要求，制定发布本院医疗质量安全核心制度，并组织全员培训。		
25.1 根据《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》，结合医院实际，制订医疗质量安全核心制度，并组织全员培训。	25.1.1	有建立医疗质量安全核心制度且符合《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》基本要求。
	25.1.2	院科两级有医疗质量安全核心制度培训及考核计划，并落实。有针对新员工的专项培训，确保新员工尽快知晓其职责范围相关的医疗质量安全核心制度。
	25.1.3	各类人员知晓本岗位相关医疗质量安全核心制度及措施。
	25.1.4	科室有定期自查、总结分析与整改。
	25.1.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	25.1.6	医院有数据或案例体现改进效果。
（二十六）建立首诊负责制。明确在诊疗过程不同阶段的责任主体，保障患者诊疗服务连续性和医疗行为可追溯。		

26.1 建立首诊负责制，明确首诊医师职责及诊疗过程不同阶段的责任主体。	26.1.1	制定首诊负责制制度，明确首诊医师全程负责患者在一次就诊过程结束前或由其他医师接诊前的诊疗管理职责。
	26.1.2	明确患者在诊疗过程中不同阶段的首诊责任主体；各接诊医师按病历书写规范做好医疗记录，保障患者诊疗服务的连续性和医疗行为可追溯。
	26.1.3	急危重症需抢救的患者要转送的，应有医务人员全程陪同并积极抢救，必要时呼叫专科人员。
	26.1.4	非本医疗机构诊疗科目范围内的疾病，首诊医师需先评估患者病情状况，病情平稳者应告知患者或其法定代理人，建议患者前往相应医疗机构就诊，并在病历中有明确记载；急危重症需抢救的患者应按规范先予以救治。对于法定传染病，要按有关法律法规和规章制度要求及时报告转诊。
	26.1.5	医疗机构全体人员知晓首诊负责制并在日常工作中落实。
	26.1.6	科室有自查、分析、整改。
	26.1.7	主管部门对首诊负责制落实情况有监管、总结分析、反馈，并对科室落实整改情况进行检查。
	26.1.8	有数据显示首诊负责制得到有效落实，无相关不良事件。
(二十七) 建立三级查房制度。实行科主任领导下的三个不同级别的医师查房制度，严格明确查房周期。明确各级医师的医疗决策和实施权限。		
27.1 根据《医疗质量安全核心制度要点》，结合医院实际，制订三级查房制度，明确各级医师查房周期以及医疗决策、实施权限。	27.1.1	有建立科主任领导下三个不同级别的医师查房制度。
	27.1.2	有明确各级医师查房周期、医疗决策及实施权限。
	27.1.3	有明确的医师查房行为规范。
	27.1.4	有三级查房制度的培训，相关人员知晓基本要求并在病历中体现制度的落实。
	27.1.5	科室有定期自查、总结分析与整改。
	27.1.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并将监控结果纳入科室、医疗组工作质量评价。
	27.1.7	医院有数据或案例体现改进效果。
(二十八) 建立会诊制度。明确各类会诊的具体流程和时间要求，统一会诊单格式及填写规范。会诊请求人员应当陪同完成会诊，并按规定进行记录。		
28.1 有院内会诊管理制度与流程。	28.1.1	有院内会诊管理相关制度与流程，包括：会诊医师资质与责任、会诊时限、会诊记录书写要求等；有规范统一的会诊单格式，并落实。
	28.1.2	按病情紧急程度分急会诊和普通会诊，急会诊在会诊请求发出后10分钟内到位，普通会诊在会诊发出后24小时内完成。
	28.1.3	会诊请求人员应当陪同完成会诊，会诊意见的处置情况应当在病程中记录。
	28.1.4	有会诊制度的培训，相关人员知晓基本要求并落实。

	28.1.5	科室有对会诊情况定期自查、总结分析，对存在问题有整改。
	28.1.6	主管部门有对会诊情况定期追踪和评价，并将评价结果纳入科室、医疗组工作质量评价。
	28.1.7	有数据体现会诊改进效果持续提升。
28.2 有本院医师外出会诊及外院医师来院会诊的管理制度和档案。	28.2.1	根据《医师外出会诊管理暂行规定》，制定本医疗机构医师外出会诊及邀请其他医疗机构医师来院会诊的管理制度与邀请审批流程，包括：会诊医师资质与责任等。
	28.2.2	建立医师外出会诊和外院医师来院会诊管理档案，有违规外出会诊的处理措施。
	28.2.3	相关人员知晓并执行。
	28.2.4	科室有对医师外出会诊定期自查、总结分析与整改。
	28.2.5	主管部门定期监管、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	28.2.6	加强医院间沟通，有追踪外派医师会诊质量；有数据体现改进效果。
（二十九）建立分级护理制度。按照国家分级护理管理相关指导原则和护理服务工作标准，规范各级别护理的内容。合理动态调整护理级别，护理级别应当明确标识。		
29.1 依据《综合医院分级护理指导原则（试行）》《护理分级》（WS/T431-2013）制定分级护理制度和服务标准。	29.1.1	依据《综合医院分级护理指导原则（试行）》《护理分级》，制定符合医院实际的分级护理制度。
	29.1.2	制订符合医院实际的分级护理服务标准及评价标准，规范各级别护理的内容，统一护理级别标识。
	29.1.3	有培训及考核，相关制度及流程能落实。
	29.1.4	科室有定期自查、总结分析、整改。
	29.1.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	29.1.6	根据患者病情与自理能力确定护理级别，并落实到位。
（三十）建立值班与交接班制度。有全院性医疗值班体系，明确值班岗位职责、人员资质和人数并保证常态运行。实行医院总值班制度，总值班人员需接受培训并考核合格。医院及科室值班表应当全院公开，值班表应当涵盖与患者诊疗相关的所有岗位和时间。值班人员资质和值班记录应当符合规定。非本机构执业医务人员不得单独值班。值班期间所有的诊疗活动必须及时记入病历。		
30.1 建立全院性医疗值班体系，明确各类值班人员的岗位职责	30.1.1	医院有值班与交接班制度。有建立全院性医疗值班体系，包括临床、护理、行政、以及提供诊疗支持的后勤部门。
	30.1.2	各类值班人员有明确的岗位职责、资质和人数要求。当值人员不得擅自离岗、休息时应在医院指定地点、确保通讯畅通，非本机构执业医务人员不得单独值班。
	30.1.3	医院及科室值班表全院公开，值班表涵盖与患者诊疗相关的所有岗位和时间。

责、资质和人数，保证医院常态运行。	30.1.4	有值班及交接班制度的培训，相关人员知晓基本要求并落实。
	30.1.5	科室有定期自查、总结分析与整改。
	30.1.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	30.1.7	医院有数据或案例体现改进效果。
30.2 落实医院总值班制度，总值班人员每年接受培训并考核合格。	30.2.1	有医院总值班制度及岗位职责，并指定医院总值班负责部门。
	30.2.2	医院总值班有应急管理的明确职责和流程。
	30.2.3	总值班人员上岗前及每年接受培训并考核合格。
	30.2.4	医院总值班负责部门每天查看总值班交接记录，及时处理相关问题。
	30.2.5	主管部门定期总结总值班处理问题情况，分析、反馈，并检查处理问题落实情况。
	30.2.6	在医院总值班外，单独设置医疗总值班和护理总值班。
	30.2.7	总值处理的每个问题都有跟进落实、有结果、有完整记录；有数据或案例体现改进效果。
(三十一) 交接班内容应当专册记录，并由交班人员和接班人员共同签字确认。四级手术患者手术当日和急危重患者必须床旁交班。		
31.1 医院有统一规范的交接班记录本（专册记录），并由交班人员和接班人员共同签字确认。四级手术患者手术当日和急危重患者必须床旁交班并体现在交接班记录中。	31.1.1	医院交接班内容有规范统一的专册记录。交班医师与接班医师交接、管床医师与值班医师交接、床旁交接有明确的交接内容、时间及双方签字等要求。交接班记录项目完整、内容详实，符合交接班制度规范。
	31.1.2	有四级手术患者手术当日和急危重患者床旁交班记录。
	31.1.3	值班人员将值班期间对患者的重要处置及时记录于交接班记录及病历中。
	31.1.4	科室有定期自查、总结分析与整改。
	31.1.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并将监控结果纳入科室、医疗组工作质量评价。
	31.1.6	交接班记录的规范性得到有效提升。
(三十二) 建立疑难病例讨论制度。医院和科室应当确定疑难病例的范围，明确参与讨论人员范围、组成和流程要求。讨论内容专册记录，讨论结论记入病历。		
32.1 建立疑难	32.1.1	有疑难病例讨论制度。超出本科室或本医院诊疗范围或能力范围时，有邀请相关科室人员或机构外人员参加疑难病例讨论的制度与流程。

病例讨论制度。医院和科室有明确的疑难病例讨论范围、组成及流程。讨论内容有统一规范的专册记录本，讨论结论及时记入病历。	32.1.2	科室有结合专业学科特点和诊疗常规，进一步细化、明确本科室的疑难病例识别标准。疑难病例讨论人员及流程符合管理要求。
	32.1.3	疑难病例讨论内容有统一规范的专册记录本，讨论结论及时记入病历。
	32.1.4	有疑难病例讨论制度的培训，相关人员知晓基本要求并落实。
	32.1.5	科室有定期自查、总结分析与整改。
	32.1.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并将监控结果纳入科室、医疗组工作质量评价。
	32.1.7	医院有数据或案例体现改进效果。
（三十三）建立急危重患者抢救制度。医院和科室应当确定急危重患者的范围，医院建立抢救资源配置与紧急调配机制和绿色通道机制。抢救完成后6小时内应当将抢救记录记入病历。		
33.1 建立急危重患者抢救制度，确定急危重患者的范围。	33.1.1	医院有建立急危重症患者抢救制度（含绿色通道），临床科室有明确本科室急危重患者的范围，
	33.1.2	科室急危重患者抢救，由现场级别和年资最高的医师主持。
	33.1.3	抢救完成后6小时内将抢救记录记入病历，记录时间应具体到分钟，主持抢救的人员应当审核并签字。
	33.1.4	医务人员熟悉并执行上述制度。
	33.1.5	科室有自查、分析、整改。
	33.1.6	主管部门对急危重症患者抢救制度落实情况有检查、分析、反馈，并检查科室落实整改情况。
	33.1.7	有数据显示不断优化抢救流程。
33.2 建立抢救资源配置与紧急调配机制。	33.2.1	建立抢救资源相关配置制度，根据医疗机构及区域特点配备抢救资源，并组织落实。
	33.2.2	有抢救物资紧急调配管理机制，并定期进行演练。
	33.2.3	医院和科室对医务人员进行相关知识培训，医务人员熟悉并执行。
	33.2.4	科室对抢救资源的配置落实情况有自查，对发现问题及时整改。
	33.2.5	主管部门对抢救资源配置、调配机制落实情况有检查与监管。
（三十四）建立术前讨论制度。医院应当明确不同术前讨论形式的参加人员范围和流程。科室应当明确本科室开展的各级手术术前讨论的范围并经医疗管理部门审定。术前讨论的结论记入病历。		
34.1 建立术前讨论制	34.1.1	有术前讨论制度，明确住院手术病人术前讨论形式、范围及流程。将日间手术、介入诊疗手术、内镜下手术等高危有创操作或手术纳入术前讨论范围。

度。医院和科室有明确的术前讨论形式、范围及流程。讨论内容有统一规范的记录本（专册记录），讨论结论及时记入病历。	34.1.2	科室术前讨论人员及流程符合管理要求。讨论结论及时记入病历。手术医嘱在术前讨论完成后开具，并签署手术知情同意书。
	34.1.3	住院患者术前讨论结论应包括：临床诊断、手术指征、拟行术式及替代治疗方案、麻醉方式、术中术后可能出现的风险及应对措施、特殊的术前准备内容、术中术后应当充分注意的事项等。
	34.1.4	有术前讨论制度的培训，相关人员知晓基本要求并落实。
	34.1.5	科室有定期自查、总结分析与整改。
	34.1.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并将监控结果纳入科室、医疗组工作质量评价。
	34.1.7	医院有数据或案例体现改进效果。
（三十五）建立死亡病例讨论制度。医院应当监测全院死亡病例并及时进行汇总分析，提出持续改进意见。死亡病例讨论范围、参加人员、时限和记录应当符合规定。		
35.1 建立死亡病例讨论制度，要求明确并符合规范。定期汇总分析全院死亡病例，对存在问题提出改进措施。	35.1.1	建立死亡病例讨论制度，讨论内容包括死亡原因、死亡诊断、诊疗过程，同时明确讨论范围、参加人员、时限、和记录要求等。
	35.1.2	死亡病例讨论在患者死亡后1周内完成，尸检病例在尸检报告出具后1周内再次讨论；死亡讨论由科主任主持，在全科范围内进行。
	35.1.3	讨论详细情况专册记录，讨论结果记入病历，由主持人审核并签字。医院制定统一记录模板，并落实。
	35.1.4	医院和科室对医务人员进行相关知识培训，医务人员熟悉并执行上述制度。
	35.1.5	科室定期对死亡病例进行总结分析，对制度落实情况有自查、对存在问题有整改。
	35.1.6	主管部门定期对全院死亡病例进行汇总分析，每半年召集一次全院死亡病例讨论、总结、分析、反馈，并检查科室落实整改情况。
	35.1.7	死亡病例讨论制度得到有效落实。
（三十六）建立查对制度。医院查对制度应该涵盖患者身份识别、临床诊疗行为、设备设施运行和医疗环境安全等方面。医疗器械、设施、药品、标本等查对要求按照国家有关规定和标准执行。		
36.1 对就诊患者身份施行唯一标识（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。使用“腕带”作为识别患者身份的	36.1.1	有门诊就诊患者及住院患者的身份标识制度，全院诊疗区域统一执行。
	36.1.2	使用“腕带”作为识别患者身份的标识。对传染病、药物过敏等特殊患者有标识（腕带与床头卡），住院病历施行唯一标识管理。
	36.1.3	组织相关内容培训、考核。
	36.1.4	科室有定期自查、总结分析、整改。
	36.1.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	36.1.6	患者的身份标识制度落实到位。

标识。		
36.2 建立查对制度，在诊疗活动中，严格执行相关内容并督导、改进。	36.2.1	诊疗活动时有明确的查对制度、流程。（如：标本采集、给药、输血或血制品、发放特殊饮食、转交接、特殊情况身份识别等）。
	36.2.2	诊疗活动中查对符合管理规范，查对内容应涵盖患者身份、诊疗措施、环境、设备安全等方面，查对方式正确。
	36.2.3	相关人员熟悉上述制度和流程并执行。
	36.2.4	科室有定期自查、总结分析、整改。
	36.2.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	36.2.6	医院有数据体现改进效果。
36.3 保障仪器、设备设施运行和医疗环境安全，医疗器械、设施、药品、标本等查对要求按照国家有关规定和标准执行。	36.3.1	有保障常用仪器、设备和抢救物品使用的制度与流程。
	36.3.2	有仪器、设备操作规程培训考核。
	36.3.3	护理人员能熟练按流程使用输液泵、注射泵、监护仪、除颤仪、心电图机、吸引器等设备。
	36.3.4	科室对护理人员常用仪器和抢救设备操作能力有自查，对存在问题有整改。
	36.3.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	36.3.6	有数据或案例显示改进效果。
（三十七）建立手术安全核查制度。建立手术安全核查制度和标准化流程。手术安全核查过程和内容按国家有关规定执行。手术安全核查表纳入病历。		
37.1 依据国家相关规范，建立手术安全核查制度和标准化流程，并严格执行。	37.1.1	依据国家有关规定制定手术安全核查制度和标准化核查流程，有统一格式的手术安全核查表。
	37.1.2	医院对手术部位标识方法有统一明确规定，在患者送达手术室前已完成手术部位标识。
	37.1.3	手术医师、麻醉师、巡回护士按流程在麻醉实施前、手术开始前、患者离开手术室前实行手术安全核查并完成手术安全核查表填写。
	37.1.4	所有手术均需进行安全核查，手术安全核查表随病历归档。
	37.1.5	科室有定期自查、总结分析、整改。
	37.1.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	37.1.7	所有手术病人手术安全核查表填写完整，无原则性错误。
（三十八）建立手术分级管理制度。建立手术分级管理工作制度和手术分级管理目录。建立手术分级授权管理机制和手术医师技术档案。医院应当对手术医师能力进行定期评估，根据评估结果对手术权限进行动态调整。		

38.1 建立手术分级管理制度和手术分级管理目录； 建立手术医师技术档案，动态管理。	38.1.1	医院有手术分级管理制度和手术分级管理目录并及时更新，麻醉、介入、腔镜、体外循环等高风险操作技术纳入手术分级管理范畴，并组织实施。
	38.1.2	手术分级授权落实到每一位医生并实行动态管理（详见第五十四条）。
	38.1.3	对相关岗位人员进行培训，相关人员熟悉要求并落实。
	38.1.4	科室对制度的执行情况有自查，对存在问题有整改。
	38.1.5	主管部门对手术分级管理工作有监管，定期总结分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	38.1.6	有数据或案例显示改进效果，手术医师技术档案资料完整。
（三十九）建立新技术和新项目准入制度。建立本院医疗技术临床应用目录并定期更新。建立新技术和新项目审批流程，所有新技术和新项目必须通过本院医学伦理委员会和医疗技术临床应用管理委员会审核同意后开展临床应用。		
39.1建立新技术和新项目准入制度。	39.1.1	有临床新技术、新项目准入管理制度，包括立项、论证、风险评估、审批、不良事件报告、追踪、评价、转常规技术等管理程序。
	39.1.2	建立本院的新技术、新项目目录和管理档案并定期更新。
	39.1.3	科室有培训记录，人员知晓本科室开展的新技术、新项目要求，管理档案规范、资料齐全。
	39.1.4	科室对本专业开展的新技术和新项目有完整资料保管。
	39.1.5	主管部门监管全程监管，对存在的问题有反馈、整改。
39.2 建立新技术和新项目审批流程，所有新技术和新项目需经本院医学伦理委员会和医疗技术临床应用管理委员会审核。	39.2.1	有新技术和新项目审批流程，包括医学伦理审查和技术审查流程。
	39.2.2	医院所有新开展的技术和项目严格按照流程进行审核，医学伦理委员会和医疗技术临床应用管理委员会审核通过后才能开展，审查结果可供临床方便查询。
	39.2.3	医院和科室有培训，相关人员知晓并落实。
	39.2.4	科室对诊疗新技术有阶段总结、定期评估，资料完整。
	39.2.5	主管部门有监管、总结分析、反馈。
	39.2.6	实现全程信息化精准管理。
（四十）明确开展新技术和新项目临床应用的专业人员范围、认证可能存在的安全隐患或技术风险并制定相应预案。建立新技术和新项目临床应用动态评估制度，对新技术和新项目实施全程追踪管理、质量控制和动态评估。		
40.1 明确开展新技术和新项目临	40.1.1	明确规定开展新技术和新项目临床应用的专业人员范围和资质，医院医疗技术临床应用管理委员会对其技术能力进行评估，并有资质授权。
	40.1.2	科室核心技术小组根据本科室的具体情况，对新技术新项目可能存在的安全隐患和技术风险有预判。

床应用的专业人员范围、可能存在的风险，并制定相应预案。	40.1.3	针对安全隐患或技术风险有制定相应预案并落实。
	40.1.4	科室有自查、总结分析、整改。
	40.1.5	主管部门有监管，总结分析、反馈，并检查科室落实整改情况。
	40.1.6	无因为存在的安全隐患发生重大事件。
40.2 建立新技术和新项目开展的全程管理、质量控制及动态评估制度。	40.2.1	有对新技术和新项目申报、开展及开展后疗效观察的全过程管理、质量控制制度；监管内容包括诊疗病例数、适应证掌握情况、临床效果、并发症和不良反应情况等；有需要及时报告管理部门及中止开展的情形管理。
	40.2.2	有对新技术和新项目开展情况动态评估制度，主要评估质量安全情况和技术保证能力，并根据评估结果及时调整新技术和新项目的开展和监管，对存在严重质量安全问题或者不再符合有关技术管理要求的，应立即停止。
	40.2.3	首次评估应在新技术和新项目开始使用3个月内进行，根据新技术和新项目特点和开展例数等情况，每3个月至半年评估一次，转为常规技术前，至少要有两次以上评估。
	40.2.4	开展的新技术和新项目，实行科室主任负责制，科室全体医务人员知晓并落实。
	40.2.5	科室对新技术和新项目的开展情况有自查、分析，对存在问题有整改，并有完整记录。
	40.2.6	主管部门有监管，有总结分析、反馈，并检查科室落实整改情况。
（四十一）建立危急值报告制度。制定可能危及患者生命的各项检查、检验结果危急值清单并定期调整。分别建立住院和门急诊患者危急值报告具体流程和记录规范，确保危急值信息传递各环节无缝对接和关键要素可追溯。临床危急值信息专册登记。		
41.1 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。	41.1.1	有危急值报告制度与流程。外送标本或检查项目存在危急值项目的，医院与相关机构有建立危急值通知方式及可追溯的危急值报告流程，确保临床科室或患方能够及时接收危急值。
	41.1.2	有建立可能危及患者生命的危急值清单（含检验、临床实验室、病理、医学影像、电生理检查与内窥镜、血药浓度监测、临床POCT项目等），并向全院公布。危急值清单能够定期调整。
	41.1.3	医院有统一规范的危急值信息登记专册及模板，确保危急值信息报告全流程的人员、时间、内容等关键要素可追溯。
	41.1.4	有危急值报告制度与流程的培训，相关人员知晓基本要求并落实。
	41.1.5	科室有定期自查、总结分析与整改。
	41.1.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并将监控结果纳入科室、医疗组工作质量评价。
	41.1.7	医院有数据或案例或新的制度流程体现改进效果。
41.2 科室严格执行“危急值”报	41.2.1	检查、检验部门相关人员知晓危急值核对、复检与报告流程，及时向临床发出危急值信息，并完善登记。
	41.2.2	临床医护人员接获危急值信息时，核对患者基本信息、复读与确认危急值结果、完善危急值信息登记，并立即向经治或值班医师报告。

告制度与流程。	41.2.3	临床医师接获危急值报告后及时诊察患者、采取相应临床措施、书写病程记录并做好交接班。
	41.2.4	科室有定期自查、总结分析与整改。
	41.2.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并将监控结果纳入科室、医疗组工作质量评价。
	41.2.6	医院有数据或案例体现改进效果。
（四十二）建立病历管理制度。严格落实国家有关法律法规以及病历书写、分类编码、管理与应用相关规定，建立门急诊及住院病历规范书写、管理和质量控制制度。医院应当保障病历资料安全，病历内容记录与修改信息可追溯。		
42.1 按照法律、法规及相关规定制订病历管理制度，人员配备合理。	42.1.1	有病历书写、管理和应用管理制度，且符合国家有关法律法规及相关规定管理要求。
	42.1.2	设置病案管理部门，配备专(兼)职从事医疗或管理的高级职称，且从事病案管理五年以上的人员负责病案科（室）病历和病案管理工作，人员配置满足工作需要。
	42.1.3	有病案管理专业医疗质量控制指标监测。
	42.1.4	病案科（室）有定期自查、总结分析与整改。
	42.1.5	医院有数据或案例体现改进效果。
42.2 按照《病历书写基本规范》，书写门诊、急诊、住院病历，病历书写符合规范。	42.2.1	对来院就诊患者（门诊、急诊、住院）建立基本信息，书写和建立相关病历（包括急诊留观患者的急诊留观病历）。
	42.2.2	住院患者有姓名索引系统，内容至少包括：病案号、姓名、性别、出生日期（或年龄）、有效身份证件号。
	42.2.3	为同一患者病历建立唯一的标识号码，通过同一患者的病历编号可获得其所有以前的住院病历资料。
	42.2.4	科室有定期自查、总结分析与整改。
	42.2.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	42.2.6	医院有数据或案例体现改进效果。
42.3 建立病历质量检查、评估与反馈机制，确保病历书写客观、真实、准确、及时、完整、规范。	42.3.1	有病历质量检查、评估与反馈机制，有病历质量控制指标。
	42.3.2	有明确的门诊、急诊、住院的病历书写格式、内容和时限要求。
	42.3.3	有病历书写基本规范的培训，相关人员知晓基本要求并落实。
	42.3.4	科室有定期自查、总结分析与整改。
	42.3.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并将监控结果纳入科室、医疗组、医师工作质量评价。
	42.3.6	医院有数据或案例体现改进效果。

42.4 按《医疗机构病历管理规定》保存病历资料,以保证病历及时归档,保障病历安全。	42.4.1	采用病案示踪系统等方式,控制每份病案的去向。
	42.4.2	有保障病案存放的合理空间,病历保存符合管理要求。
	42.4.3	病案查阅、借阅和归档期限有明确的规定,未归的病案有催还记录。
	42.4.4	患者出院后,住院病历3个工作日之内归档率达≥90%。
	42.4.5	病案部门有定期自查、总结分析与整改。
	42.4.6	医院有数据或案例体现改进效果。
42.5 加强安全管理,保护病案及信息的安全措施到位。	42.5.1	有保护病案及信息安全的相关制度和应急预案,并组织开展培训与演练。
	42.5.2	有指定专人负责安全管理。病案库有防火、防盗、防尘、防湿、防蛀、防高温措施,并配置相应的消防器材,符合消防安全规范。
	42.5.3	工作人员知晓应急预案及处置流程。
	42.5.4	病案科(室)有定期自查、总结分析与整改。
	42.5.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈,并检查科室整改落实情况。
	42.5.6	医院有数据或案例体现改进效果。
42.6 采用国家卫生健康委发布的《疾病分类与代码国家临床版2.0》和《手术操作分类代码国家临床版3.0》分别对疾病和手术名称进行编码。	42.6.1	对出院病案进行疾病分类编码,编码符合《疾病分类与代码国家临床版2.0》和《手术操作分类代码国家临床版3.0》的管理规定。
	42.6.2	疾病分类编码人员有资质与技能要求,编码人员均要接受编码培训并获得培训证书。
	42.6.3	有对临床医师开展疾病分类与手术操作分类编码规则的培训计划并落实。
	42.6.4	编码人员定期对临床科室疾病与手术填写准确性开展检查、分析与反馈,不断提高临床医师首页填写质量。
	42.6.5	病案科(室)定期对编码员编码质量开展检查、分析与反馈,不断提高编码员工作质量。
	42.6.6	医院有数据或案例体现改进效果。
42.7 建立出院病案信息查询系统,加强对病案首页数据质	42.7.1	有出院病案信息查询系统,病案首页所有资料信息全部录入。
	42.7.2	根据病案首页内容的任意项目,可以单一或两个以上项目复合查询住院病案信息。
	42.7.3	有病案首页数据质量考评标准及具体措施保障病案首页内容填写完整、准确。

量监控， 确保数据 的真实、 准确、完 整。	42.7.4	病案科（室）有定期自查、总结分析与整改。
	42.7.5	医院有数据或案例体现改进效果。
42.8 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。	42.8.1	有病案服务管理制度，有明确的服务规范与流程。
	42.8.2	有依照法律、法规和规章为患者及其授权委托人、司法机关和人力资源社会保障、保险以及负责医疗事故技术鉴定的人员提供病案服务，履行查阅、借阅、复制申请核查与病案信息核查程序。
	42.8.3	有回避与保护患者隐私的规范与措施。
	42.8.4	有完整的病案服务登记信息，包括：查阅、借阅人、借阅与归还时间、借阅目的以及复制的内容，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。
	42.8.5	病案科（室）有定期自查、总结分析与整改。
	42.8.6	医院有数据或案例体现改进效果。
42.9 充分发挥 病案管理 委员会作 用，完善 相关管理 工作制度 与机制， 制订与实 施本机构 病案首页 规范化填 报技术指 南，不断 提高病案 首页主要 诊断编码 正确率。	42.9.1	有病案首页质量管理制度及考评标准，制订本机构病案首页规范化填报技术指南，有明确的主要诊断选择原则、ICD 编码原则等内容。
	42.9.2	有定期围绕病案首页规范化填报、质量监测等开展宣教培训，医师和病案管理人员知晓并落实。
	42.9.3	有建立制度化、常态化、多部门协作的监测及评价机制，定期开展监控、分析与评价。
	42.9.4	病案主管部门定期对编码员开展培训与考核，按照国家统一发布的疾病分类代码准确进行编码。
	42.9.5	科室定期对本科室住院病案首页中主要诊断准确选择和规范填写情况进行自查，运用质量管理工具分析原因、提出改进措施并落实。
	42.9.6	病案主管部门定期对各科室住院病案首页中主要诊断准确选择和规范填写的情况开展督查、分析与反馈，并将目标改进情况纳入科室绩效管理。
	42.9.7	有数据或案例体现病案首页主要诊断编码正确率的改进效果。
（四十三）实施电子病历的医院，应当建立电子病历的建立、记录、修改、使用、存储、传输、质控、安全等级保护等管理制度。		
43.1 完善电子 病历的建 立、记 录、修 改、使 用、存 储、传 输、质 控、安 全	43.1.1	有符合《电子病历应用管理规范（试行）》的电子病历系统，对电子病历的建立、记录、修改、使用、存储、传输、质控、安全等级保护等有管理制度。
	43.1.2	电子病历系统具备病案质量控制功能，满足医院病案基本信息采集、医疗质量指标数据统计与分析。
	43.1.3	落实信息安全管理。严格管理患者信息和诊疗数据，防控患者医疗信息泄露风险，做好医疗数据安全存储和容灾备份。
	43.1.4	实现电子病历信息化诊疗服务环节全覆盖，保障临床诊疗决策支持功能，电子病历应用水平分级评价达到4级，医院信息互联互通标准化成熟度测评4级水平。

等级保护等管理制度。	43.1.5	科室对电子病历系统嵌入临床路径、临床诊疗指南、技术规范 and 用药指南、发挥临床诊疗决策支持功能等有定期自查、总结分析。
	43.1.6	主管部门定期对相关制度的落实情况有检查、分析、反馈与改进。
（四十四）建立抗菌药物分级管理制度。严格按照《抗菌药物临床应用管理办法》等有关规定，建立本院抗菌药物遴选、采购、处方、调剂、临床应用和药物评价的管理制度和具体操作流程，确定抗菌药物分级管理目录、医师抗菌药物处方权限和医师会诊权限，并定期调整。		
44.1 依据《抗菌药物临床应用管理办法》、《抗菌药物临床应用指导原则》等要求，建立抗菌药物临床合理应用的组织，制定章程和管理制度，明确职责，确保抗菌药物临床应用管理得到有效行政支持。	44.1.1	医院药事管理组织设立抗菌药物管理工作和临床应用管理专业技术团队，人员构成、职责任务和管理工作符合《抗菌药物临床应用管理办法》相关要求。
	44.1.2	依据抗菌药物管理相关的法律法规及规章，制定抗菌药物管理制度并落实执行。参加全国、省或市抗菌药物临床应用监测网和细菌耐药监测网。
	44.1.3	医院对临床科室抗菌药物的使用制定合理的管理指标，实行责任制管理。
	44.1.4	医务、药学等部门共同负责日常管理工作，并定期对医务人员进行抗菌药物合理应用相关知识培训、考核。
	44.1.5	临床科室对责任状、管理指标的执行情况有定期自查、分析、整改。
	44.1.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	44.1.7	抗菌药物管理各项质控指标符合国家要求，有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
44.2 结合本院实际情况制定抗菌药物临床应用和管理实施细则，对抗菌药物使用实施分级管理。	44.2.1	有抗菌药物临床应用和管理实施细则及抗菌药物分级管理制度，有明确的医师抗菌药物处方权限和医师会诊权限，有明确的特殊使用级抗菌药物临床应用程序。
	44.2.2	利用信息化管理手段落实抗菌药物分级管理。
	44.2.3	有抗菌药物临床应用的监测与评价制度，有评价标准；对不合理使用有检查、干预和改进措施。
	44.2.4	有检验（临床微生物室）、院感、药学三方联合完成的细菌耐药情况分析 and 通报机制，至少每半年一次。
	44.2.5	相关部门对抗菌药物分级管理和使用情况进行全程联合监管，对存在问题有反馈，并检查科室整改落实情况，必要时予以干预。
	44.2.6	有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
44.3 严格执行国家有关围手术期预防性应用抗菌药物管理的	44.3.1	有围手术期预防性应用抗菌药物管理制度，重点关注 I 类切口手术的预防用药。
	44.3.2	预防性使用抗菌药物的品种选择符合规定。
	44.3.3	有措施落实预防性使用抗菌药物用药时机、疗程、术中追加的相关规定。

相关规定，落实各类手术（特别是Ⅰ类清洁切口）预防性应用抗菌药物的有关规定。	44.3.4	临床科室对各类手术及围术期抗菌药物临床应用情况有定期自查、总结分析、整改。
	44.3.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	44.3.6	有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
44.4 加强抗菌药物购用管理。	44.4.1	制订合理的医院抗菌药物采购目录，品种、品规符合规定；凡采购目录发生变化时，需向发证的卫生行政部门备案。
	44.4.2	目录外抗菌药物临时采购符合规定。
	44.4.3	无外购抗菌药物的情况。
	44.4.4	药学部对抗菌药物购用情况有定期自查、总结分析、整改。
	44.4.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	44.4.6	有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
44.5 制定抗菌药物治疗性用药前病原学送检制度与监管评价机制，通过完善管理和培训，提高住院患者抗菌药物治疗前病原学送检率。	44.5.1	按照《抗菌药物临床应用管理办法》完善管理组织架构的基础上，成立由医务、药学、临床科室、检验、院感、护理等部门组成的专项工作小组，明确职责并开展相关工作。
	44.5.2	根据实际情况制订医院抗菌药物治疗性用药前病原学送检制度与监管程序，并在医院内部定期进行相关工作的培训与再教育，病原学检验项目包括：细菌培养、真菌培养；降钙素原检测、白介素-6检测、真菌1-3-β-D葡聚糖检测（G试验）等。
	44.5.3	各临床科室有明确的住院患者抗菌药物治疗前病原学送检率指标要求；有监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法与数据内部验证程序，按科室进行医院数据分析、反馈，并将目标改进情况纳入绩效管理，建立激励约束机制。
	44.5.4	科室定期对抗菌药物治疗性用药前病原学送检情况进行自查、总结分析及改进。
	44.5.5	主管部门运用质量管理工具，查找、分析影响医院实现目标完成的因素，提出改进措施并落实。
	44.5.6	全院住院患者抗菌药物治疗前病原学送检率达到预期目标，有数据或案例体现改进效果。
（四十五）建立临床用血审核制度。应当严格落实国家关于医疗机构临床用血的有关规定，设立临床用血管理委员会或工作组，制定本院临床合理用血管理制度，完善管理机制和具体流程。保障急救用血治疗需要。		
45.1 设立临床用血管理委员会，履行工作职能。	45.1.1	设立临床用血管理委员会，主任委员由院长或分管医疗的副院长担任，成员组成包括医疗管理、临床、输血、麻醉、护理、检验等相关专业的负责人和专家。
	45.1.2	临床用血管理委员会职责明确，符合《医疗机构临床用血管理办法》并切合本院实际。
	45.1.3	临床用血管理委员会履行职责，年度召开工作会议两次以上，内容充实，记录齐全，保证临床用血质量与安全。

	45.1.4	医务、输血部门共同负责临床合理用血日常管理工作。
	45.1.5	定期召开专题会议，对输血管理现状进行分析，对存在问题有反馈、整改。
	45.1.6	对卫生行政部门检查中发现的问题，及时整改，并调整完善工作计划和内容。
	45.1.7	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
45.2 落实临床用血申请、申请审核制度，履行用血报批手续。	45.2.1	有临床用血申请和申请审核制度，包括：申请备血量和医师权限、适应症判断、审核程序及紧急用血报批手续等，并执行。
	45.2.2	用血的申请单格式规范，书写符合要求，信息记录完整。
	45.2.3	对临床单例患者一天用全血或红细胞超过1600ml（8U）有主管部门审核并批准。
	45.2.4	主管部门有检查、分析、反馈。
	45.2.5	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
（四十六）建立信息安全管理制度。明确医院主要负责人是患者诊疗信息安全管理第一责任人，依法依规建立覆盖患者诊疗信息管理全流程的制度和保障体系。		
46.1 建立信息安全管理制度，有患者诊疗信息全流程管理的制度和保障体系。	46.1.1	严格执行国家信息安全等级保护制度，有信息安全管理制度和防护体系建设，分级管理；系统运行稳定，有防灾备份系统，实行网络运行监控，并有效落实。
	46.1.2	医疗信息安全管理组织架构清晰，医疗机构主要负责人是医疗机构患者诊疗信息安全管理第一责任人。信息系统安全保护等级不低于第三级。
	46.1.3	建立患者诊疗信息安全风险评估和应急工作机制，制定应急预案，并定期演练。
	46.1.4	信息部门全体人员知晓各项制度并在日常工作中落实。
	46.1.5	科室对日常使用信息系统及设备安全行为有定期自查、总结分析、整改。
	46.1.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	46.1.7	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
（四十七）确保实现本院患者诊疗信息管理全流程的安全性、真实性、连续性、完整性、稳定性、时效性、溯源性。对员工使用患者诊疗信息实行授权管理，明晰权责，为员工使用患者诊疗信息提供便利和安全保障。		
47.1 确保实现本机构患者诊疗信息管理全流程的安全性、真实性、连	47.1.1	有保障患者诊疗信息管理全流程安全性、真实性、连续性、完整性、稳定性、时效性、溯源性的相关制度和保障措施；对不同数据资料制定不同的保护路径。
	47.1.2	建立员工分级授权管理制度，明确员工的患者诊疗信息使用权限和相关责任；采用身份认证、权限控制（包括数据库和运用系统）、患者数据使用控制等方法保障网络信息安全和保护患者隐私。
	47.1.3	建立患者诊疗信息系统安全事故责任管理、追溯机制。

续性、完整性、稳定性、时效性、溯源性。	47.1.4	信息部门全体员工知晓相关制度并落实。
	47.1.5	科室对信息安全执行情况有定期自查、总结分析、整改。
	47.1.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	47.1.7	有数据体现改进效果，未发生重大信息安全事件。
三、医疗技术临床应用管理		
（四十八）医院开展医疗技术服务应当与其技术能力相适应。医疗技术临床应用应当遵循科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理的原则。		
48.1 各专科开展的医疗技术服务应与科室技术能力相适应，医疗技术临床应用应遵循科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理的原则。	48.1.1	医院有开展的医疗技术服务目录，各专科开展的医疗技术服务应与本科室技术能力相适应。
	48.1.2	医院开展的限制类技术，按规定报送卫生行政部门备案。
	48.1.3	开展的医疗技术临床应用应当遵循科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理的原则。
	48.1.4	科室对本专业医疗技术开展情况有分析总结，对存在问题有整改。
	48.1.5	主管部门对医院开展的医疗技术临床应用有全程监管。
	48.1.6	有数据或案例显示专科医疗技术服务能力及服务质量持续提升。
（四十九）医院在医疗质量管理委员会下设立医疗技术临床应用管理专门组织。人员组成和功能任务符合《医疗技术临床应用管理办法》要求。		
49.1 设立医疗技术临床应用管理委员会，人员组成和功能任务符合《医疗技术临床应用管理办法》要求。	49.1.1	有本机构医疗质量管理委员会下的医疗技术临床应用管理委员会，人员组成和职责功能任务符合《医疗技术临床应用管理办法》要求，并根据医院人事变动、政策变化等进行相应调整、更新。
	49.1.2	管理委员会每年至少召开二次管理会议，按功能职责讨论、审核、论证医院医疗技术临床应用各项工作开展情况并有相关决策，会议记录完整。
	49.1.3	医务部门负责医疗技术临床应用的日常管理工作，落实专门组织做出的各项决策。
	49.1.4	医务部门有对医疗技术临床应用的日常管理工作情况进行自查、总结，对存在问题进行分析、整改，并汇报医院领导。
	49.1.5	根据医疗技术临床应用管理委员会的决策形成新制度、规范、流程等。
（五十）医院开展医疗技术临床应用应当具有符合要求的诊疗科目、人员、设备、设施和质量控制体系，并遵守相关技术临床应用管理规范。		
50.1 开展医疗技术需符	50.1.1	医院开展医疗技术临床应用应当符合医院执业许可证中诊疗科目范围要求，人员配置符合医疗技术开展要求并有相应资质，设备、设施统一由医院采购并符合国家要求。

合诊疗科目要求，有质量控制体系，并遵守临床应用管理规范。	50.1.2	所有在院开展的医疗技术均应有诊疗规范和操作流程，并根据国家相关规范及时更新、标明出处。
	50.1.3	建立医疗技术临床应用质量控制体系，有医疗技术临床应用质量管理关键指标，并定期监测，分析。
	50.1.4	医务人员熟悉医疗技术临床应用管理规定，遵守相关技术临床应用管理规范。
	50.1.5	科室对本专业开展的医疗技术运行情况有自查，对人员资质和质控指标完成情况定期总结分析，对存在问题有整改。
	50.1.6	职能部门对医院开展的医疗技术是否符合诊疗科目、人员资质、质控管理指标完成等情况有督导检查，对发现问题及时反馈并跟进整改情况。
	50.1.7	根据医院实际情况更新质控指标；无超诊疗科目开展医疗技术。
（五十一）医院开展限制类医疗技术，应当按照《医疗技术临床应用管理办法》履行自我评估和备案程序。		
51.1 按照《医疗技术临床应用管理办法》，开展限制类医疗技术，需履行自我评估和备案程序。	51.1.1	按照《医疗技术临床应用管理办法》，医院有开展限制类医疗技术的专项管理规定，有国家及省的限制类技术目录、本院已开展的限制类技术目录，有本院限制类技术开展前的评估流程和开展后的监管办法等。
	51.1.2	医院开展限制类医疗技术的自我评估内容应包含且不限于基本要求、硬件条件、人员资质等是否符合要求、可能发生的风险、意外及处置预案等；评估流程应符合本院实际，科学、合理、可行、完整，且符合要求。
	51.1.3	符合条件开展的限制类医疗技术，应于开展首例临床应用之日起15个工作日内，向核发本院《执业许可证》的卫生行政部门备案；备案材料符合《医疗技术临床应用管理办法》要求。
	51.1.4	主管部门相关人员和临床医务人员了解相关的限制类技术目录及开展自我评估和备案的要求，并在日常工作中按要求执行。
	51.1.5	主管部门有对医院开展限制类技术的评估和备案情况进行自查、监管，对存在问题有总结、分析、反馈、整改。
	51.1.6	无未经评估和备案就开展的限制类技术。
（五十二）未经伦理委员会审查通过的医疗技术，特别是限制类医疗技术和存在重大伦理风险的医疗技术，不得应用于临床。		
52.1 严格管理医疗技术临床应用，未经伦理委员会审查通过的医疗技术，不得应用于临床。	52.1.1	医疗技术临床应用开展需经伦理委员会审查，审查内容包括医疗技术是否符合伦理要求、是否存在伦理问题、伦理风险等。
	52.1.2	新开展的医疗技术临床应用有医院审批批件，批件需包含伦理委员会审查通过意见。
	52.1.3	临床医务人员对医院医疗技术临床应用伦理审批制度和流程熟悉并执行。
	52.1.4	主管部门对全院医疗技术临床应用伦理审核情况有监管，对存在问题有处理、整改。
	52.1.5	无未经伦理委员会审批通过就开展的医疗技术。
（五十三）制定本机构医疗技术临床应用管理目录并及时调整，对目录内的手术进行分级管理。		
53.1 有本机构	53.1.1	有本医疗机构医疗技术临床应用管理目录，目录内的手术进行分级管理（手术分级管理详见第三十八条）。

医疗技术临床应用管理目录并及时调整。	53.1.2	医院有已开展和新开展的医疗技术目录，目录中，特别是新开展的医疗技术目录需有医疗技术首例开展日期；目录体现分级、分类管理并及时动态调整，限制类技术目录需单列。
	53.1.3	将本机构医疗技术临床应用管理目录及动态调整情况纳入“院务公开”范围发布。
	53.1.4	主管部门对医疗技术管理落实情况有监管、总结、反馈及整改。
	53.1.5	管理目录完整并及时调整更新，无目录外医疗技术临床应用。
（五十四）建立医师手术授权与动态管理制度，根据医师的专业能力、临床实践、手术质量和培训情况，授予或者取消相应的手术级别和具体手术项目权限。		
54.1 建立适合本机构的医师手术授权与动态管理制度。	54.1.1	有手术医师资质与授权管理制度，医师手术授权需明确到具体手术项目；有紧急状态下的越级手术审核制度，并建立周期性医师手术能力评价与再授权机制。
	54.1.2	根据医师的专业能力、临床工作开展情况、手术质量与安全指标、专业技能培训等情况，结合本人技术职称、临床工作年限等进行手术授权及再授权动态管理，再授权周期不超于2年一次。
	54.1.3	对不符合要求的手术医师，有下调直至取消手术级别的动态管理。
	54.1.4	各级医师知晓手术授权及再授权制度并落实执行。
	54.1.5	科室对医师手术授权进行有效管理，对存在问题有及时整改。
	54.1.6	主管部门对医师手术授权与动态管理工作有督导，对存在问题有分析、总结、反馈，提出整改意见并检查整改落实情况。
	54.1.7	医师手术授权与动态管理资料完整，无违规越级手术等情况。
（五十五）医院依法准予医务人员实施与其专业能力相适应的医疗技术，并为医务人员建立医疗技术临床应用管理档案，纳入个人专业技术档案管理。		
55.1 医院依法准予医务人员开展与其专业能力相适应的医疗技术，并建立医疗技术临床应用档案，纳入个人专业技术档案管理。	55.1.1	医院依《执业医师法》等相关法律法规，制定医务人员实施与其专业能力相适应的医疗技术管理制度、审批流程及考核机制。
	55.1.2	指定部门负责建立医务人员医疗技术临床应用管理档案，内容包括但不限于医师资格证、执业证、职称证、学历学位证、准予医务人员开展的医疗技术目录、进修和培训考核情况、医疗质量情况、年度考核结果、医疗技术差错事故情况等；医疗技术临床应用管理档案纳入个人专业技术档案管理。
	55.1.3	每年开展医务人员医疗专业技术评价，评价内容能体现受评人的专业技术能力，评价结果纳入医疗技术临床应用档案管理。
	55.1.4	科室定期对本科室医务人员医疗技术临床应用档案管理情况进行自查，对存在问题及时整改。
	55.1.5	主管部门定期检查科室执行制度情况和医务人员个人专业技术档案管理情况，对存在问题进行分析、反馈，并落实整改。
	55.1.6	个人技术档案资料完整，无超范围执业等情况。
（五十六）建立医疗技术临床应用论证制度。对已证明安全有效，但属本院首次应用的医疗技术，应当组织开展技术能力和安全保障能力论证并进行伦理审查。		

56.1 建立医疗技术临床应用论证制度。本院首次应用的医疗技术，按新技术开展规范进行论证，并伦理审查。	56.1.1	有建立医疗技术临床应用论证制度，明确准入、申报、审批、反馈、退出等流程，并针对可能存在的风险制定处置预案。
	56.1.2	对本院首次临床应用的医疗技术，包括外院已证明安全有效，但属本院首次应用的医疗技术，需经本机构医疗技术管理委员会对技术能力和安全保障能力进行论证，并经伦理审查，通过论证的方可在临床开展。
	56.1.3	医务人员熟知医疗技术临床应用论证制度，并认真落实。
	56.1.4	主管部门督导检查科室落实规范、制度的情况，对存在问题进行总结、分析、反馈，提出整改意见并检查整改落实情况。
	56.1.5	监管资料完整，无违规擅自开展医疗技术案例。
（五十七）建立医疗技术临床应用评估制度，对限制类技术的质量安全和技术保证能力进行重点评估，并根据评估结果及时调整本院医疗技术临床应用管理目录、医师相关技术临床应用权限和有关管理要求。		
57.1 建立医疗技术临床应用评估制度，根据评估结果及时动态调整医疗技术临床应用管理目录、医师相关技术临床应用权限等。	57.1.1	建立全院医疗技术临床应用评估制度，对限制类技术的质量安全和技术保证能力进行重点评估。
	57.1.2	根据评估结果动态调整本院医疗技术临床应用管理目录、医师相关技术临床应用权限。
	57.1.3	对禁止类技术、存在严重质量安全问题或者不再符合有关技术管理要求的，立即停止临床应用，并有相关记录。
	57.1.4	科室有定期开展自查自纠工作，
	57.1.5	主管部门履行监管职责，对医疗技术临床应用进行动态的全程追踪评估管理。
（五十八）建立医疗技术临床应用质量控制制度，以限制类技术为重点，制定本院医疗技术质量控制指标，加强信息收集、分析与反馈，持续改进技术临床应用质量。		
58.1 建立医疗技术临床应用质量控制制度，制定质量控制指标，持续改进技术临床应用质量。	58.1.1	建立医疗技术临床应用质量控制制度，覆盖医疗技术临床应用的全过程。
	58.1.2	以限制类技术为重点，制定符合国家和省级管理要求的本院医疗技术质量控制指标，内容包括但不限于日常数据监控、患者适应症和禁忌症判断、临床应用效果和患者生存质量、并发症发生情况、设备设施使用情况评估等。
	58.1.3	有信息系统支持医疗技术质量控制指标数据分析。
	58.1.4	科室关注医疗技术日常开展情况，对本专业医疗技术临床应用质控指标完成状况开展自查、分析、整改，并有记录。
	58.1.5	主管部门定期对医疗技术临床应用质量开展督导检查、总结、分析、反馈，提出整改意见并检查整改落实情况。根据评估结果及时调整本院医疗技术临床应用管理目录、医师相关技术临床应用权限、医疗技术临床应用管理要求。
（五十九）建立医疗技术临床应用规范化培训制度。重视医疗技术临床应用管理人才队伍建设和培养。		
59.1 建立医疗	59.1.1	有全院医疗技术临床应用规范化培训制度，尤其应加强首次在本医疗机构临床应用的医疗技术规范化培训。

技术临床应用规范化培训制度。加强医疗技术临床应用管理人才队伍的建设。	59.1.2	相关医务人员按照《医疗技术临床应用管理办法》要求接受培训与考核。
	59.1.3	有医疗技术临床应用管理人才队伍的建设方案和培养计划，并落实。
	59.1.4	主管部门履行监管职责，定期对培训工作进行监管，对存在问题有改进措施。
	59.1.5	医务人员全员接受医疗技术临床应用规范化培训，有完整的培训和考核资料。
（六十）医院开展的限制类技术目录、手术分级管理目录和限制类技术临床应用情况应当纳入医院院务公开范围，接受社会监督。		
60.1 将医院开展的限制类技术目录、手术分级管理目录和限制类技术临床应用情况纳入医院院务公开范围，接受社会监督。	60.1.1	限制类技术目录、手术分级管理目录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。
	60.1.2	医院开展的限制类技术临床应用按《医疗技术临床应用管理办法》严格管理。
	60.1.3	医院开展的限制类技术目录、手术分级管理目录和限制类技术临床应用情况纳入医院院务公开范围，有至少二种方式可方便查看医院开展的限制类技术目录、手术分级管理目录和限制类技术临床应用情况，接受社会监督。
	60.1.4	主管部门对医院开展的限制类技术目录、手术分级管理目录和限制类技术临床应用院务公开情况进行督导检查、评估、问题反馈并整改。
	60.1.5	相关资料完整，有数据或案例显示改进成效。
（六十一）医院按照规定停止出现相关情形的医疗技术临床应用，并按规定履行报告程序。		
61.1 医疗机构在医疗技术临床应用过程中出现《医疗技术临床应用管理办法》第二十五条规定情形的，应当立即停止该项医疗技术的临床应用，并按规定履行报告程序。	61.1.1	根据《医疗技术临床应用管理办法》，制定出现相关情形下停止使用医疗技术临床应用的制度，并对全体医务人员培训。
	61.1.2	临床科室在医疗技术临床应用过程中出现不良事件应按规定程序报告，属于规定中需立即停止情形的，应立即停止该项医疗技术的临床应用，并向医院主管部门报告。
	61.1.3	医院主管部门发现本机构出现规定中需立即停止情形的，应立即要求临床科室停止该项医疗技术的临床应用，并立即向核发其《执业许可证》的卫生行政部门报告。
	61.1.4	主管部门对相关情况有督导检查、对存在问题有总结分析并及时反馈、整改。
	61.1.5	无开展禁止类技术，无瞒报出现的重大医疗质量、医疗安全或伦理问题、或与技术相关的严重不良后果事件。
（六十二）医院按照要求，及时、准确、完整地向全国和省级医疗技术临床应用信息化管理平台逐例报送限制类技术开展情况数据信息。		
62.1 按及要求及	62.1.1	有向全国和省级医疗技术临床应用信息化管理平台报送限制类技术开展情况信息的制度与流程。

时、准确、完整地在全国和省级医疗技术临床应用信息化管理平台逐例报送限制类技术开展情况数据信息。	62.1.2	建立数据信息内部验证机制，确保数据真实，符合上报要求。
	62.1.3	医院完成限制类技术《医疗机构执业许可证》副本备注后7个工作日内，登录指定信息平台进行注册、登记，注册信息应在医疗技术目录中有体现。
	62.1.4	开展限制类技术的科室医务人员熟知上报制度与流程，按要求和时限完成国家级和省级限制类技术开展情况数据上报，上报信息应在医疗技术目录中有体现。
	62.1.5	科室对信息上报工作有自查，信息报送前有审核，对存在问题有总结、分析、整改。
	62.1.6	主管部门有督导检查科室上报信息情况，对存在问题有总结、分析、反馈，提出整改意见并检查整改落实情况。
	62.1.7	按要求逐例完整报送限制类技术开展情况数据信息。
（六十三）医院承担限制类技术临床应用规范化培训工作的，应当达到国家和省级卫生健康行政部门规定的条件，制定培训方案并向社会公开，同时履行备案程序。		
63.1 承担限制类技术临床应用规范化培训的，需按规范制定培训方案并向社会公开，同时履行备案程序。	63.1.1	医院承担限制类技术临床应用规范化培训工作的，应达到国家和省级卫生健康行政部门规定的条件；有专门部门负责限制类技术临床应用规范化培训工作，明确岗位职责和管理要求，建立健全规章制度及流程。
	63.1.2	制定培训方案并按要求向社会公开，培训内容包括但不限于相关技术的法律法规、规章制度、技术规范、操作技能、伦理道德教育、限制类技术质控指标、病历书写、患者随访等；首次发布招生公告之日起3个工作日内，向省级卫生行政部门备案，备案材料符合要求。
	63.1.3	参加规范化培训工作的管理人员和医务人员，需知晓限制类技术临床应用规范化培训管理要求、培训方案及流程，并规范执行。
	63.1.4	主管部门对医院承担限制类技术临床应用规范化培训工作全程监管，对发现的问题及时分析、反馈，落实整改情况。
	63.1.5	监管资料完整；及时履行备案程序，可追踪。
（六十四）医院承担限制类技术临床应用规范化培训工作的，应当建立培训规章制度及流程，明确岗位职责和管理要求，加强学员管理，建立学员培训档案，按照培训方案和计划开展培训工作，保障培训质量。		
64.1 建立限制类技术临床应用规范化培训规章制度及流程，明确岗位职责和管理要求；建立学员培训档案；按培训方案和计划开展培训工作，保障培训质	64.1.1	建立健全限制类技术临床应用规范化培训规章制度、培训方案及计划，专人负责并明确岗位职责和管理要求。
	64.1.2	加强对培训导师的管理，严格按统一的培训大纲和教材制定培训方案与计划开展培训工作，建立医师培训档案，制定保障培训质量的制度及具体措施，确保培训质量和效果。
	64.1.3	有参加培训的学员管理制度并建立个人培训档案。参加培训的医师应符合相关医疗技术临床应用管理规范要求，完成培训后应接受考核，考核包括过程考核和结业考核；考核应委托第三方组织实施。
	64.1.4	主管部门对培训制度、教学、效果及学员档案等有全程督导检查，对存在问题有总结、分析、反馈，并检查整改落实情况。

量。		
四、医疗安全风险防范		
(六十五) 以减少诊疗活动对患者的伤害为目标，建立医疗质量（安全）不良事件信息采集、记录和报告相关制度和激励机制。有对本院医疗质量（安全）不良事件及管理缺陷进行统计分析、信息共享和持续改进机制。		
65.1 建立健全 医疗质量 （安全） 不良事件 信息采 集、记录 和报告相 关制度和 激励机制 并落实。	65.1.1	有建立医疗质量（安全）不良事件信息采集、记录和报告相关制度和激励机制。
	65.1.2	有途径便于相关人员报告医疗质量（安全）不良事件；有部门统一收集、核查医疗质量（安全）不良事件，并按要求向相关机构上报。
	65.1.3	有不良事件报告制度及流程的培训，相关人员知晓基本要求并落实。
	65.1.4	每百张床位不良事件报告 ≥ 10 件。
	65.1.5	科室有定期自查、总结分析与整改。
	65.1.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	65.1.7	医院有数据或案例体现改进效果。
65.2 建立健全 医疗质量 （安全） 不良事件 及管理缺 陷的统计 分析、信 息共享和 持续改进 机制。	65.2.1	有建立医疗质量（安全）不良事件及管理缺陷定期统计分析、信息共享及持续改进的制度，相关人员知晓基本要求并落实。
	65.2.2	对医疗质量安全不良事件实施分级、分类管理，有开展医疗质量（安全）不良事件根本原因分析。
	65.2.3	主管部门结合全院共性及各科室特点，开展针对性的教育与培训。
	65.2.4	科室有定期自查、总结分析与整改。
	65.2.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	65.2.6	医院有数据或案例体现改进效果。
(六十六) 落实《医疗纠纷预防和处理条例》，加强医疗风险管理，完善医疗风险的识别、评估和防控措施并定期检查落实情况，及时消除隐患。		
66.1 落实《医 疗纠纷预 防和处理 条例》， 针对医疗 风险制定 相应制 度、流程 与医疗风 险管理方	66.1.1	医院有医疗风险管理的制度、流程。
	66.1.2	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。
	66.1.3	有医疗风险防范培训的计划，能够针对共性及各科室专业特点制定相关培训内容。相关人员知晓并落实。
	66.1.4	科室有定期自查、总结分析与整改。
	66.1.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。

案。	66.1.6	医院有数据或案例体现改进效果。
（六十七）落实《关于推进医院安全秩序管理工作的指导意见》，维护正常医疗秩序，保护医务人员人身安全，为医患双方营造良好诊疗环境。		
67.1 安全保卫组织健全，制度完善，安全保卫设备设施完好，重点环境、重点部位安装视频监控措施，监控室符合相关标准。	67.1.1	有安全保卫管理部门，人员配备结构合理，岗位职责明确。有全院安全保卫部署方案和管理制度，有医务人员人身安全保障制度和有效措施并组织演练。
	67.1.2	安全保卫设备设施完好，有视频监控系统，视频监控室建设符合国家相关标准。视频保存时间≥30天，系统时间误差≤30秒，监控系统出现故障时，维护能在1小时内现场响应，2小时内维修完成。有视频监控资源和使用、审批制度与流程。
	67.1.3	在重点环境、重点部位（如财务、仓库、档案室、计算机中心、新生儿室、麻醉药品库房、重要设备等）安装视频监控设施，有完善的防盗监控系统。
	67.1.4	相关人员对岗位职责和相关制度知晓，并执行。
	67.1.5	科室对相关工作有自查、分析，对存在问题有整改。
	67.1.6	主管部门有检查和监管，并检查科室落实整改情况。
67.2 安全保卫设备设施完好，重点环境、重点部位安装视频监控措施，监控室符合相关标准。	67.2.1	加强医院技防系统建设，建立完善入侵报警系统、视频监控系统、出入口控制系统和电子巡查系统，安全保卫设备设施完好。
	67.2.2	设置安全监控中心，有视频监控系统，视频监控室建设符合国家相关标准，视频保存时间≥30天，系统时间误差≤30秒，监控系统出现故障时，维护能在1小时内现场响应，2小时内维修完成；有视频监控资源和使用、审批制度与流程。
	67.2.3	医院财务、信访接待办公室、仓库、档案室、计算机中心、麻醉药品库房、供水、供电、易燃易爆物品存放区域、重要设备等重点要害部位安装安全防护全覆盖视频监控，有完善的防盗监控系统。
	67.2.4	科室对相关工作有自查、分析，对存在问题有整改。
	67.2.5	主管部门有检查和监管，并检查科室落实整改情况。
	67.2.6	有案例体现安全保卫改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措。
（六十八）建立健全医患沟通机制和投诉管理制度。实行“首诉负责制”。投诉相关信息用于医疗质量管理的持续改进。		
68.1 建立健全医患沟通机制和投诉管理制度。实行“首诉负责制”。投诉相关信息用于医疗质量	68.1.1	有医患沟通、投诉管理制度及投诉协调处置机制。落实“首诉负责制”，科室、职能部门处置投诉的职责明确。
	68.1.2	有专门部门统一受理、处理投诉。投诉接待室配有录音录像设施。
	68.1.3	主管部门及时分析、反馈投诉信息，并开展多种形式典型案例教育。
	68.1.4	科室及时讨论分析投诉信息，针对问题及时整改。
	68.1.5	科室有定期自查、总结分析与整改。

管理的持续改进。	68.1.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	68.1.7	医院有数据或案例体现改进效果。
(六十九) 建立药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件监测报告制度，定期评估相关事件并及时反馈临床，按照国家有关规定向相关部门报告。		
69.1 建立全院药品不良反应与药品损害事件监测体系、报告制度及药害事件调查处理程序。（医疗器械不良事件监测报告制度见150条）。	69.1.1	有药品不良反应与药害事件监测报告管理的制度与程序，有鼓励药品不良反应与药害事件报告的措施。
	69.1.2	建立药品不良事件报告信息平台，药学部为药品不良事件报告汇总部门，与医疗安全（不良）事件统一管理，每月对全院药物不良事件进行初步调查、分析、总结，并按国家有关规定向相关部门报告。
	69.1.3	有药物不良反应、药害事件上报流程培训，相关人员熟练掌握并落实执行。
	69.1.4	药学部有定期自查不良事件分析总结开展情况，对存在问题有整改。
	69.1.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	69.1.6	有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
(七十) 有对深静脉血栓中高危患者评估、识别、预防、诊断和处置的制度和流程并开展全员培训。		
70.1 有深静脉血栓中高危患者评估、识别、预防、诊断和处置的制度和流程。	70.1.1	有建立医院深静脉血栓管理组织，制定深静脉血栓防治管理制度或防治管理手册。
	70.1.2	有深静脉血栓评估、识别、预防、诊断和处置流程，有使用住院患者血栓风险评估表并能落实评估。
	70.1.3	有成立深静脉血栓快速反应团队或专家会诊团队。
	70.1.4	有深静脉血栓防治管理制度培训，相关人员知晓并落实。
	70.1.5	科室有定期自查、总结分析与整改。
	70.1.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	70.1.7	医院有数据或案例或新的管理制度、流程体现改进效果。
(七十一) 关注院内安全，有针对心跳骤停、昏迷、跌倒等高风险意外事件的应急措施和救护机制，保障全院任何区域内均能及时提供紧急救治和生命支持服务。		
71.1 完善院内安全制度和应急抢救规范、流程，有各种应急预案，保障全院任	71.1.1	有保障院内安全的相关制度及各种应急预案；急救设施配置和布局覆盖全院；职责明确、流程清晰，有多部门协调机制。
	71.1.2	有包括心跳骤停、昏迷、跌倒等高风险意外事件的应急措施和救治机制、处置预案与流程，全院人员知晓、培训并演练。
	71.1.3	由相关科室分片负责及时提供紧急救治和高级生命支持服务，覆盖全院区域，有规划、有演练，资料完整。
	71.1.4	全院各科室对心跳骤停、昏迷、跌倒等高风险意外事件的报告制度与处置预案等有演练、自查、总结分析整改。

何区域内均能及时提供紧急救治和生命支持服务。	71.1.5	主管部门对全院医护人员抢救技能和全院任何区域的急救设施进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。
五、诊疗质量保障与持续改进		
（七十二）门、急诊布局符合相关规定，能满足临床管理工作。建立门、急诊管理制度和工作流程、突发应急事件处置预案并组织实施。		
72.1 门诊布局符合相关规定，满足临床工作。建立门诊管理制度和工作流程、突发应急事件处置预案并组织实施。	72.1.1	门诊布局科学、合理，分区清楚，设备设施符合相关规范，流程有序、连贯、便捷，符合患者就诊流程要求和医院感染管理需要。
	72.1.2	有门诊管理制度和工作流程；有措施保障门诊重点区域和高峰时段诊疗秩序和连贯性，缩短患者等候时间；有便民措施。
	72.1.3	有门诊突发事件应急处置预案，包括：人员职责、处理程序、通讯方式、保障措施等；抢救设施设备、物（药）品处于备用状态。
	72.1.4	有信息系统支持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。
	72.1.5	科室有定期自查、总结分析与整改。
	72.1.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	72.1.7	医院有数据或案例体现改进效果。
72.2 急诊布局符合要求，有急诊管理制度和工作流程，有突发应急事件处置预案。	72.2.1	急诊科独立设置，功能、布局和设备配备符合要求，主要辅助检查、药房、收费等区域距离利于急诊抢救，满足急诊服务需求。
	72.2.2	有急诊管理制度和工作流程，对急诊留观时间超过71小时的患者有管理协调机制，及时妥善处置，相关人员知晓并执行。
	72.2.3	有急诊突发事件应急处置预案，包括：人员职责、处理流程、通讯方式、保障措施等。
	72.2.4	定期开展各类突发事件应急演练，总结发现问题并整改。
	72.2.5	科室对相关工作执行情况有定期自查，并能以问题为导向进行分析总结、整改。
	72.2.6	主管部门对急诊各项工作有督导检查，协调处理应急事件，总结、分析、反馈，并对整改落实情况有监管。
	72.2.7	能够形成科室内的新制度、流程、措施。
（七十三）加强门、急诊专业人员和技术力量配备，根据门、急诊就诊患者流量和突发事件调配医疗资源，做好资源调配。对门、急诊医务人员开展技术和技能专业培训。		
73.1 加强门诊专业人员和技术力量配备，根据门诊就诊患者	73.1.1	医院对门诊出诊医护人员专业技术能力有明确要求，能够熟练、正确使用各种设备，掌握各种抢救技能。
	73.1.2	制定根据门诊就诊患者流量、突发事件合理快速调配医疗资源的方案并落实。
	73.1.3	有对医务人员开展技术和技能专业培训的计划并按计划进行。

流量和突发事件调配医疗资源；对门诊医务人员开展技术和技能专业培训。	73.1.4	门诊管理部门有定期自查、总结分析与整改。
	73.1.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	73.1.6	医院有数据或案例体现改进效果。
73.2 急诊科专业人员和 技术力量 配备满足 急诊需 要，并能 根据急诊 患者流量 和突发事 件调配医 疗资源。	73.2.1	急诊科固定的急诊医师、护理人员分别不少于在岗相应人员的74%。
	73.2.2	急诊科负责人由副主任医师及以上专业技术职称的医师担任；护士长由主管护师及以上职称并有5年以上急诊临床护理工作经验的护理人员担任。
	73.2.3	急诊科病房、急诊监护室由专职医师与护士负责，单独排班、值班；有急诊手术室的，应配有专职手术护理人员、或由中心手术室统一管理。
	73.2.4	有制定根据急诊患者流量、突发事件合理快速调配医疗资源的方案并落实。
	73.2.5	主管部门对急诊医护人员配置、任职资格、人员合理调配情况有动态管理并提供依据。
	73.2.6	急诊科医护人员配置满足临床需求。
73.3 急诊科医 务人员专 业技术和 技能符合 要求、考 核合格。	73.3.1	有急诊科医务人员专业知识和技能培训考核制度、年度培训计划并组织落实；参加急诊的医护人员需经过急诊专业培训、考核达标方能上岗，并有考核记录；
	73.3.2	参加急诊排班的医师需具备独立抢救急危重症患者的能力，掌握心肺复苏、气管插管、深静脉穿刺、动脉穿刺、电复律和呼吸机使用等技能。
	73.3.3	参加急诊排班的护理人员除具备常用的护理技能外，还应具有配合医师完成上述操作的能力。
	73.3.4	急诊监护室固定医师与护理人员需经ICU专业培训，技能考核合格，医护人员具备高级生命支持基础理论、基本知识和操作技能。
	73.3.5	科室有定期自查，对存在问题有分析和改进措施，并整改、有记录。
	73.3.6	主管部门对急诊科医护人员急救知识和技能有检查与监管、总结分析及反馈，并检查整改落实情况。
	73.3.7	有数据显示急诊科医护人员技术能力不断提升，满足急诊需求。
（七十四）实行预检分诊制度，门、急诊规范设置预检分诊场所，完善预检分诊流程。		
74.1 实行预检 分诊制 度，门、 急诊规 范设置 预检分 诊场所， 完善预 检分诊 流程。	74.1.1	有预检分诊制度和流程，并执行。
	74.1.2	预检分诊点设立在门、急诊醒目位置，标识清楚，相对独立，通风良好，流程合理。备有发热患者用的口罩、体温表、手卫生设施、医疗废物桶、疑似患者基本情况登记表等。
	74.1.3	有专人负责24小时预检分诊，预检分诊人员个人防护符合要求。
	74.1.4	预检分诊人员接受岗前和在岗相关制度、流程的培训并考核，考核合格方可上岗。

	74.1.5	科室有自查，对存在问题有分析、整改。
	74.1.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	74.1.7	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
（七十五）把门、急诊工作质量纳入临床各科室质量管理范围，作为考核科室和医务人员的重要内容。		
75.1 结合医院实际，建立门、急诊工作质量考核体系，明确目标，提升质量。	75.1.1	医院有建立门、急诊工作质量考核标准，并在全院发布。
	75.1.2	医院有将门、急诊工作质量考核列入临床科室及医务人员年度考核内容。
	75.1.3	临床科室有门、急诊工作质量考核标准的培训，相关人员知晓并落实。
	75.1.4	科室有定期自查、总结分析与整改。
	75.1.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	75.1.6	医院有数据或案例体现改进效果。
（七十六）有急危重症患者“绿色通道”。建立院前急救、院内急诊与住院或转诊的连贯性医疗服务流程，并定期进行评价和持续改进。		
76.1 建立急危重症患者“绿色通道”，保证院前急救、院内救治的连贯医疗服务，并持续改进。	76.1.1	有急危重症患者“绿色通道”制度，明确“绿色通道”涉及部门、项目和流程，及进入“绿色通道”的急危重症范围；“绿色通道”患者可根据病情实行优先住院、先抢救后付费
	76.1.2	建立进入“绿色通道”患者的交接制度，根据首诊负责制责任主体要求，保证患者在院前急救、院内急诊、住院或转诊的医疗服务过程中有交接、连贯完整。
	76.1.3	各相关科室人员知晓“绿色通道”相关制度并在日常工作中落实执行。
	76.1.4	医院、科室定期组织院内多学科协同演练，保证“绿色通道”的真正顺畅落实。
	76.1.5	科室对“绿色通道”执行情况有定期自查，对存在问题及时分析整改。
	76.1.6	医院有信息系统支持“绿色通道”建设，主管部门有定期督导检查，并召集相关科室共同讨论分析、反馈整改。
（七十七）有急性心肌梗死、急性心力衰竭等急危重症病种和重点人群服务规范和流程；成立胸痛中心并获得中国胸痛中心认证。		
77.1 有创伤、急性心肌梗死、急性心力衰竭等急危重症病种	77.1.1	根据医院特点，建立包括急性心肌梗死、急性心力衰竭、主动脉夹层、急性肺栓塞、严重心律失常等重点病种和重点人群目录，制定重点病种、重点人群服务规范和流程。
	77.1.2	医院和相关科室有对规范和流程进行培训，保证相关人员知晓并落实执行。
	77.1.3	医院和相关科室有针对重点病种和重点人群定期开展服务演练，发现问题并整改。

和重点人群急救服务规范和流程，并定期开展服务演练。	77.1.4	科室质控小组有定期对执行情况自查，对存在问题及时分析整改。
	77.1.5	主管部门有定期督导检查，并召集相关科室共同讨论分析、反馈，并检查科室落实整改情况。
77.2 医院有胸痛中心组织建设体系，全院员工知晓，胸痛病人救治通畅。	77.2.1	有医院胸痛中心建设组织架构，有医务管理等职能处室参与，建立由急诊科、心内科、检验、护理、影像等相关部门组成的胸痛中心急救技术团队，指定牵头部门。
	77.2.2	在急诊科有显著的胸痛中心标志及救治指引。
	77.2.3	制订符合本机构实际的胸痛中心管理规章制度和急救流程。
	77.2.4	对相关科室医务人员进行胸痛中心疾病救治全流程规范化培训，对全院医务人员及急诊工勤人员进行相关知识、流程培训。
	77.2.5	科室每月自查胸痛患者救治情况，运用质量管理工具，对救治流程等进行总结分析，提出改进措施并落实。
	77.2.6	主管部门定期对本机构胸痛中心患者救治情况进行督导检查，及时反馈存在问题，对科室落实整改情况有跟进。
	77.2.7	有数据体现胸痛中心病人救治通畅。
77.3 有完整的胸痛中心数据监测系统，获得中国胸痛中心认证。	77.3.1	建立胸痛中心院内评价机制，明确相关质控指标，有明确的指标完成要求。
	77.3.2	相关科室医务人员知晓质控指标要求并落实执行。
	77.3.3	胸痛中心建设获得中国胸痛中心认证。
	77.3.4	按胸痛中心建设要求及时上传相关数据信息。
	77.3.5	科室每月自查胸痛中心各项数据指标完成情况，运用质量管理工具，总结分析，提出改进措施并落实。
	77.3.6	主管部门定期对本机构胸痛中心数据进行分析、反馈，督导检查科室落实整改情况。
	77.3.7	有数据体现胸痛中心病人救治率达到预期目标。
（七十八）优化门、急诊服务，实施多种形式的预约诊疗服务，逐步提高患者预约就诊比例。及时公开出诊信息。开展多学科诊疗，方便患者就医。		
78.1 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	78.1.1	以多种方式向患者提供出诊信息，并及时更新。
	78.1.2	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。
	78.1.3	为患者提供咨询服务。
	78.1.4	门诊管理部门有定期自查、总结分析与整改。

就诊。	78.1.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	78.1.6	医院有数据或案例体现改进效果。
78.2 开展多学科综合门诊，方便患者就医。	78.2.1	有开展多学科综合门诊的相关制度与流程。
	78.2.2	有专人负责相关工作的落实，有完整的管理资料。
	78.2.3	主管部门定期对多学科综合门诊工作有检查、分析与反馈。
	78.2.4	医院有数据或案例体现改进效果。
78.3 有预约诊疗工作制度和规范，实施多种形式的预约诊疗服务，采取有效手段逐步提高患者预约就诊比例。	78.3.1	有预约诊疗工作制度和流程，并安排专门部门和专职人员负责统一预约管理和协调工作。
	78.3.2	医院至少提供两种以上形式预约诊疗服务，如电话、网络、现场、诊间预约等，并方便患者及时获取预约诊疗信息，对变动出诊时间提前公告。
	78.3.3	专家、专科、普通门诊均开展预约诊疗服务，并实行分时段预约，有提高患者预约就诊比例措施。
	78.3.4	有信息化预约管理平台，实现预约号源统一管理 with 动态调配。
	78.3.5	门诊管理部门有定期自查、总结分析与整改。
	78.3.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	78.3.7	医院有数据或案例体现改进效果。
（七十九）优化就诊环境。就诊环境清洁、舒适、安全。为患者提供就诊接待、引导、咨询服务。急诊与门诊候诊区、医技部门等均有清晰、规范、醒目、易懂的标识。		
79.1 诊疗环境清洁、舒适、安全。	79.1.1	医院建筑布局符合患者就诊流程要求、符合医院安全规范要求和医院感染管理需要。
	79.1.2	门诊、病房满足患者就诊需要，有配备适宜座椅的等候休息区，有候诊排队提示系统。卫生间清洁、无味、防滑，包括专供残疾人使用的卫生设施。环境整洁、安静，卫生。
	79.1.3	安全防护设施规范。有卫生洗浴设施，有防止跌倒的安全设施。有安全的病房床单元设施和适宜危重患者使用的可移动病床。有人员培训（考核）知晓并落实。
	79.1.4	科室有定期自查、总结分析、整改。
	79.1.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	79.1.6	诊疗环境整改案例体现改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措。
79.2 提供就诊接待引	79.2.1	有就诊指南、建筑平面图、患者权益说明、价格公示等；有专人为患者提供咨询服务，佩戴标识规范，便于患者识别，相关人员熟知各项业务指引和服务流程。

导、咨询服务；标识清晰、规范、醒目、易懂。	79.2.2	有各种便民措施与服务，如为老年人、有困难的患者提供帮助，提供饮水、电话、健康教育宣传等；有适宜的供患者停放车辆的区域。
	79.2.3	有清晰、规范、醒目、易懂的标识，尤其与急救相关的科室与路径；标识与服务区域功能或路径相符；有预防意外事件的警示标识与措施；有各类人员培训并落实。
	79.2.4	科室对相关工作有自查、分析，对存在问题有整改。
	79.2.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	79.2.6	有就诊服务整改案例体现改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措。
（八十）完善患者入院、出院、转科、转院服务管理工作制度及标准，为急诊患者入院制定合理、便捷的相关制度与流程，加强转科、转院患者的交接管理。		
80.1 完善患者入院、出院、转科、转院服务管理工作制度和标准，床位统筹管理，改进服务流程，方便患者。	80.1.1	有患者入院、出院、转科、转院管理制度与流程，并落实。
	80.1.2	能分时段或床边办理出院，提供24小时服务。能为特殊患者（如：新生儿、残疾患者、无近亲属陪护、行动不便患者等）提供多种服务及便民措施。
	80.1.3	有部门或专人负责协调全院床位。体现“以患者为中心”，增加入院患者管理的透明度。
	80.1.4	科室对相关工作有检查、分析及整改。
	80.1.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	80.1.6	有数据或案例显示患者从入院到出院不断优化服务流程。
	80.1.7	采用信息化统筹管理全院床位。
80.2 落实首诊负责制，为急危重症患者提供便捷的办理入院、出院手续办法，有优先办理急诊、危重患者入院手续的规定。	80.2.1	有首诊负责制度，医务人员知晓并执行。
	80.2.2	有急诊、危重患者优先及时办理入院的制度与程序并执行。
	80.2.3	急诊患者、留观患者、抢救患者有急诊病历，记录急诊救治的全过程。
	80.2.4	相关科室有对办理入、出院手续情况定期自查、总结分析，对存在问题有整改。
	80.2.5	主管部门定期督导、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	80.2.6	有数据或案例显示急危重症患者入（出）院服务改进效果。
80.3 加强院内转科、转院患者的	80.3.1	有转科、转院流程，实施转交接前的患者评估，保障患者安全，履行知情同意。
	80.3.2	病情和病历等资料交接清晰、完整，并记录，医务人员熟悉并执行。

交接, 及时传递患者病历与相关信息, 为患者提供连续、优质、高效服务。	80.3.3	科室对相关工作有检查、分析, 对存在问题有整改。
	80.3.4	主管部门定期督导、分析、反馈, 并检查科室整改落实情况。
	80.3.5	有数据或案例显示转科(院)患者连续性医疗服务效果。
(八十一) 有为老年人就医提供方便, 对老年人就医予以优先的举措。		
81.1 有对老年人就医予以优先的举措, 方便老年人看病就医。	81.1.1	医院患者就医管理规定中有老年人优先服务的措施, 如: 优先挂号、收费、预检分诊或专窗服务等。
	81.1.2	有方便老年人进入医疗机构、构建适老化就医环境的举措, 如: 提供轮椅租借、等候座椅等。
	81.1.3	有线上和线下方便老年人预约挂号的方法和指引, 并不断优化流程。
	81.1.4	院内有开展老年人就医优先服务的宣传和培训, 医院管理人员和医务人员熟悉相关措施, 并能有效指引患者就医。
	81.1.5	门诊部管理人员对优先、方便老年人就医工作有开展日常巡查和定期自查, 发现问题及时处理并有记录及汇总总结分析。
	81.1.6	主管部门有定期督导检查, 对存在问题有反馈并跟进科室整改落实情况。
	81.1.7	有数据或案例说明方便老年就医措施效果持续改进。
(八十二) 加强出院患者健康教育, 为出院患者提供规范的出院医嘱和康复指导意见, 建立出院患者随访制度并组织实施。		
82.1 加强出院患者健康教育, 提高患者健康知识和出院后医疗、护理及康复措施的知晓度。	82.1.1	有出院患者健康教育相关制度, 并落实。
	82.1.2	有出院患者随访管理相关制度, 利用电话、电子邮件、互联网+护理服务等多种形式开展延续性护理服务。
	82.1.3	患者或家属能知晓出院后医疗、护理和康复措施。
	82.1.4	科室对相关工作有检查、分析及整改。
	82.1.5	主管部门定期督导、分析、反馈, 并检查科室整改落实情况。
	82.1.6	有数据或案例显示患者出院健康教育及知识水平持续提升, 促进康复。
82.2 出院患者有出院记录, 主要内容记录完整, 与住院病历记录内容保持一致	82.2.1	患者出院记录内容完整, 与住院病历记录内容一致, 并有签名。
	82.2.2	有规范的出院医嘱, 主管医护人员有对患者进行医嘱明确告知和解释。
	82.2.3	有向出院患者提供康复指导意见并有记录。
	82.2.4	科室有自查、总结、分析, 对存在问题有整改。

致；为出院患者提供规范的出院医嘱和康复指导意见。	82.2.5	主管部门有定期督导、分析、反馈，并检查科室落实整改情况。
	82.2.6	有数据或案例显示改进效果。
80.3 医院对特定患者（根据临床/科研需要）采用多种形式延续性护理服务。	82.3.1	有延续性护理服务相关制度并执行。
	82.3.2	对特定患者实施延续性护理服务，形式包括：书面随访、电话随访、家庭访视、互联网+护理服务等，并有记录。
	82.3.3	主管部门对出院指导及随访工作落实情况有检查、分析、反馈。
	82.3.4	有数据或案例体现随访或延续性护理服务效果，促进患者康复。
（八十三）建立各专科常见疾病的临床诊疗规范和技术操作流程，由具有法定资质的医务人员按照制度、程序、规范和流程对患者进行疾病诊断、评估并制定诊疗计划。对疑难危重患者、恶性肿瘤患者，实施必要的多学科评估和综合诊疗。		
83.1 各专科建立本专业疾病临床诊疗规范和技术操作流程，医务人员按照规范和流程开展诊疗活动。	83.1.1	业务科室根据国家相关指南建立本专业各疾病临床诊疗规范和技术操作流程，并定期培训、更新，
	83.1.2	由具有法定资质的医务人员按照制度、程序、规范和流程对患者进行疾病诊断、评估并制定诊疗计划，并按规范进行病历书写。
	83.1.3	科室对落实诊疗规范和技术操作流程有自查，存在问题有改进。
	83.1.4	主管部门定期有督导检查、分析、反馈。
83.2 建立疑难危重患者、恶性肿瘤患者多学科评估和综合诊疗制度，并落实。	83.2.1	明确疑难危重患者范围，根据本院实际情况制定包括疑难危重患者、恶性肿瘤患者的多学科评估和综合诊疗制度与流程。
	83.2.2	临床科室各级医生熟知多学科评估和综合诊疗制度并在日常医疗工作中落实执行。
	83.2.3	科主任查房应把疑难危重患者、恶性肿瘤患者作为重点，并掌握科室落实多学科评估和综合诊疗情况。
	83.2.4	科室对多学科综合诊疗有自查，对存在问题有改进。
	83.2.5	主管部门有定期督导检查、分析、反馈，必要时参与、组织多学科综合诊疗工作。
（八十四）对住院患者实施营养评估，为患者提供营养膳食指导，提供营养配餐和治疗饮食，满足患者治疗需要。对特殊、疑难、危重及大手术患者提供营养会诊，按需提供营养支持方案，并记入病历。		
84.1 设置营养科（室），并配备与其规模相	84.1.1	二级及以上医院应设置（临床）营养科，具有独立的工作场所和基本设施。
	84.1.2	营养科配置与医院规模相适应的医、护、技专业人员，医师和护士分别具有执业医师资格和执业护士资格、并经过临床营养专业教育；三级医院临床营养科负责人应具备卫生专业技术资格高级职称且从事临床营养工作两年以上；有各级各类人员岗位职责。

适应的医、护、技营养专业人员，开展临床营养工作。	84.1.3	营养门诊每周不少于5个单元，设有肠内营养配制室，肠内营养制剂的应用种类不少于10种。
	84.1.4	科室对相关工作有自查、分析，对存在问题有整改。
	84.1.5	主管部门对相关工作有督导、分析、反馈，并检查科室落实整改情况。
	84.1.6	有临床营养服务整改案例体现改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措。
84.2 有临床营养工作管理制度和诊疗技术规范，并落实。	84.2.1	临床营养科工作管理制度健全，有相关诊疗技术规范和操作规程，有对营养代谢病的患者通过营养检测和评价进行营养诊断和营养治疗的规范，相关人员掌握并执行。
	84.2.2	遵循住院患者各类膳食的适应证和膳食应用原则要求，有膳食医嘱执行路径；治疗膳食种类齐全，满足临床患者膳食治疗需要。
	84.2.3	有临床营养科诊疗质量与服务监管指标和要求，相关人员知晓并落实。
	84.2.4	科室对制度、规范执行情况有自查，对问题有分析及改进措施。
	84.2.5	主管部门对相关工作有督导、分析、反馈，对整改问题有检查落实情况。
	84.2.6	有数据体现营养诊疗质量与服务质量指标符合要求。
84.3 开展规范化临床营养诊疗工作和营养健康教育服务，对特殊、疑难、危重及大手术患者提供营养会诊，并按规范完成记录。	84.3.1	为患者提供营养咨询、膳食指导和营养宣教，定期听取并征求患者及家属的意见。
	84.3.2	营养师根据规范开展营养查房，对有需要的患者制定营养支持治疗计划、开具营养处方及随访、监测效果，并按规范书写查房记录。
	84.3.3	参与特殊、疑难、危重及大手术患者的临床病历讨论和营养会诊，会诊意见、营养治疗方案和膳食方案按要求在病程记录中有体现。
	84.3.4	科室对重点病人治疗膳食医嘱有效果评价，对相关工作有自查、分析，对存在问题有整改。
	84.3.5	主管部门有督导、分析、反馈，并检查科室落实整改情况。
	84.3.6	有数据或案例显示临床营养医疗文书书写规范、住院患者对临床营养指导工作满意度不断提升。
（八十五）实施手术患者评估制度，合理制订诊疗和手术方案。建立重大手术报告审批制度，有急诊手术管理措施，保障急诊手术安全。		
85.1 建立手术患者评估制度和重大手术报告审批制度。	85.1.1	建立手术患者评估制度，为每位手术患者制订手术治疗计划或方案。
	85.1.2	建立重大手术（包括急诊情况下）报告审批制度与流程及目录。
	85.1.3	对医务人员进行培训，医务人员熟悉并执行上述制度和流程。
	85.1.4	科室对上述工作有自查、分析、整改。

	85.1.5	主管部门对上述有检查与监管。
	85.1.6	手术患者评估制度、重大手术报告审批制度得到有效落实。
85.2 有管理措施保障急诊手术安全。	85.2.1	有急诊手术管理制度及急诊手术绿色通道的保障措施和协调机制。
	85.2.2	对医务人员进行培训，医务人员熟悉并执行上述制度和流程。
	85.2.3	科室对上述工作有自查、分析、整改。
	85.2.4	主管部门对上述有检查与监管。
	85.2.5	形成标准化急诊手术流程。
(八十六) 手术的全过程情况，术后注意事项，手术后治疗、观察与护理情况及时、准确地记入病历；手术的离体组织必须做病理学检查，明确术后诊断。		
86.1 手术病人的手术全过程、术后治疗、病情变化及护理情况及时、准确、完整地记入病历。	86.1.1	按病历书写规范，参加手术的医师在术后即时完成术后首次病程记录，并记录术后处理措施、术后观察注意事项等；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），内容包括反映手术的一般情况、手术经过、术中发现及处理情况等。
	86.1.2	有术后患者诊疗护理管理相关制度与流程。每位患者手术后的生命指标监测结果记录在病历中。
	86.1.3	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措施。
	86.1.4	科室对上述工作有自查、分析及整改。
	86.1.5	主管部门对上述工作有定期监管、分析反馈，并检查科室落实整改情况。
	86.1.6	有数据或案例显示整改效果。
86.2 手术离体组织送病理学检查，明确术后诊断。	86.2.1	有手术后离体组织送病理学检查的规定、流程，并执行。
	86.2.2	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。
	86.2.3	相关医务人员熟知规定并在日常工作中落实。
	86.2.4	科室对上述工作有自查、分析及整改。
	86.2.5	主管部门对上述工作有监管，并检查科室落实整改情况。
	86.2.6	有数据显示所有离体组织送病理学检查。
(八十七) 完善日间手术质量安全管理制度和评估工作机制。制定并向社会公开本院日间手术病种和技术目录，明确手术适应证范围、麻醉方式、主要风险。加强日间手术病历管理，重视日间手术患者宣教和随访。		

87.1 开展日间手术，提高医疗卫生资源的利用，缩短住院患者等待时间。	87.1.1	有日间手术质量安全管理、评估工作机制并落实。
	87.1.2	制定并向社会公开本院日间手术病种和技术目录，明确手术适应证范围、麻醉方式、主要风险。
	87.1.3	有日间手术病历有相关管理制度并落实。
	87.1.4	有日间手术宣教与随访制度并落实。
	87.1.5	科室有定期自查、总结分析与整改。
	87.1.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	87.1.7	医院有数据或案例体现改进效果。
（八十八）手术麻醉人员配置合理。实行患者麻醉前病情评估制度。有麻醉后复苏室，规范全程监测并记录麻醉后患者恢复状态，防范麻醉并发症的措施到位。制定术后镇痛治疗管理规范 and 流程并严格执行。		
88.1 手术麻醉人员配置合理。麻醉医师经过严格的专业理论和技能培训，完成继续教育。	88.1.1	麻醉科主任具有副高级及以上、护士长具有中级及以上专业技术职务任职资格。
	88.1.2	麻醉医师人数与手术台比例应不低于2：1。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。
	88.1.3	麻醉医师经过严格的专业理论和技能培训，考核合格。定期（至少每年）接受继续教育知识更新。
	88.1.4	科室有定期自查、总结分析与整改。
	88.1.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	88.1.6	医院有数据或案例体现改进效果。
88.2 有患者麻醉前访视、评估和麻醉前讨论制度。	88.2.1	有患者麻醉前访视和评估制度。由具有资质及授权的麻醉医师为每一位手术患者制定麻醉计划。
	88.2.2	有麻醉前讨论制度，对高风险择期手术、新开展手术等进行麻醉前讨论。
	88.2.3	有麻醉前访视和评估、麻醉前讨论制度的培训，相关人员知晓并落实。
	88.2.4	科室有定期自查、总结分析与整改。
	88.2.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	88.2.6	医院有数据或案例体现改进效果。
88.3 有麻醉意外与并发症处理规范	88.3.1	有麻醉意外与并发症处理、麻醉效果评价的规范与流程。
	88.3.2	变更麻醉方法有明确的适应证，获得上级医师同意，家属知情，并记录。

范，有麻醉效果评价。	88.3.3	有麻醉意外与并发症处理、麻醉效果评价制度的培训，相关人员知晓并落实。
	88.3.4	科室有定期自查、总结分析与整改。
	88.3.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	88.3.6	医院有数据或案例体现改进效果。
88.4 麻醉的全过程在病历/麻醉单上得到充分体现。	88.4.1	有麻醉全过程书写标准与规范。
	88.4.2	麻醉医师按规范记录麻醉单，麻醉全过程在病历/麻醉单上得到充分体现。
	88.4.3	科室有定期自查、总结分析与整改。
	88.4.4	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	88.4.5	医院有数据或案例体现改进效果。
88.5 麻醉后复苏室合理配置，管理措施到位。有麻醉复苏室患者转入、转出标准与流程。	88.5.1	麻醉复苏室床位与手术台比不低于1：3，医护人员配备满足临床需要，至少有一位能独立实施麻醉的麻醉医师。
	88.5.2	复苏室每床配备吸氧设备、无创血压和血氧饱和度等监护设备，配备呼吸机、抢救车等设备，定期维护设施设备，有维护记录。
	88.5.3	有麻醉复苏室患者转入、转出标准与管理流程。有患者进入、转出麻醉术后复苏室的记录。
	88.5.4	转出的患者有评价标准（Steward评分或Aldrete评分等），评价结果有记录。
	88.5.5	科室有定期自查、总结分析与整改。
	88.5.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	88.5.7	医院有数据或案例体现改进效果。
88.6 建立术后镇痛治疗管理的规范与流程，能有效地执行。	88.6.1	有术后疼痛患者的镇痛治疗规范。
	88.6.2	麻醉医师掌握术后镇痛治疗规范与流程，镇痛治疗效果有评价，有记录。
	88.6.3	麻醉前麻醉医师向患者、近亲属或授权委托人说明术后镇痛风险、益处和其他可供选择的方案。
	88.6.4	科室有定期自查、总结分析与整改。
	88.6.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	88.6.6	医院有数据或案例体现改进效果。

88.7 定期分析 麻醉管理 评价指 标，开展 麻醉质量 评价，确 保患者麻 醉安全。	88.7.1	有麻醉质量监测指标并符合相关管理要求。
	88.7.2	有专人负责相关数据的采集，有具体的管理措施保障数据资料的真实、完整。
	88.7.3	定期开展麻醉质量指标趋势分析与评价，对存在问题有整改。
	88.7.4	科室有定期自查、总结分析与整改。
	88.7.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	88.7.6	医院有数据或案例体现改进效果。
(八十九) 医院开展介入诊疗技术，专业设置、人员配备及其设备、设施符合《放射诊疗管理规定》和相关介入诊疗技术管理规范要求。按照技术适应证规范技术操作并开展质量控制。有介入诊疗器械登记制度，保证器械来源可追溯。		
89.1 医院开展 介入诊疗 技术，专 业设置、 人员配备 及其设 备、设施 符合《放 射诊疗管 理规定》 和相关介 入诊疗技 术管理规 范要求。	89.1.1	专业设置、人员配备及其设备、设施符合《放射诊疗管理规定》。根据卫生行政部门制定的介入诊疗技术管理规范，制定实施细则与流程，并执行。
	89.1.2	在实施介入诊疗前，必须经2名以上具有介入诊疗资格的医师决定（其中至少1名为副主任医师），并有记录。
	89.1.3	有与介入诊疗项目相关临床科室，能为介入诊疗的并发症与其他意外紧急情况处理提供技术支持。介入诊疗科室与相关科室共同制定介入诊疗应急预案与工作流程。
	89.1.4	有相关人员培训计划、培训方案并考核。相关人员熟练掌握本岗位技术操作规范；且相关科室和人员知晓协作职能和工作流程。
	89.1.5	科室有自查，对存在问题有分析、整改。
	89.1.6	主管部门对规范落实情况、培训效果和开展项目及质量有监管，定期分析、反馈，提出整改意见并检查整改落实情况。
	89.1.7	相关人员无违规操作事件发生。
89.2 有介入诊 疗工作制 度和技术 操作常 规，按照 技术适应 证规范技 术操作并 开展质量 控制。	89.2.1	有介入诊疗管理、术后随访和质量评价工作制度与规范、导管室管理制度、技术操作常规和介入诊疗各级各类人员岗位职责。各级各类人员知晓相关制度和岗位职责并遵循。
	89.2.2	各级医师掌握介入诊疗技术的适应证与禁忌证，并严格执行。介入诊疗前，手术医师手术前进行术前评估与访视。介入诊疗方案确定与实施按照授权规定执行。对术后患者进行随访。
	89.2.3	有多功能监护系统和心、肺、脑抢救复苏设施、急救药品等保障措施。
	89.2.4	科室有自查，定期对介入诊疗病例的适应证进行回顾总结，对存在问题有分析、整改。
	89.2.5	主管部门对介入诊疗全程管理和介入诊疗技术适应证有监管，定期分析、反馈，提出整改意见并检查整改落实情况。
	89.2.6	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
89.3 有介入诊	89.3.1	有介入诊疗器材购入、使用登记制度，保证器材来源可追溯。所有诊疗器材均有合格的相关证件。

疗器械登记制度，保证器械来源可追溯。	89.3.2	每例介入诊疗器材使用者的病历中均有器材使用的识别标志的记录。
	89.3.3	对一次性介入诊疗器材使用流程有明确规定，使用数量与出库数量相符。用后一次性器材按医疗废物管理。
	89.3.4	科室对器材管理和使用有自查，对存在问题有分析、整改。
	89.3.5	主管部门对器材管理制度落实情况有监管，定期分析、反馈，提出整改意见并检查整改落实情况。
	89.3.6	全院所有介入器材管理使用规范，可追溯，无违规采购、使用案例。
（九十）医院开展诊断核医学、脑电图、肌电图等特殊诊疗技术，应当符合国家法律、法规及卫生健康行政部门规章标准的要求。		
90.1 开展诊断核医学特殊诊疗技术应符合医疗机构诊疗科目，有独立场所，人员资质符合要求，有管理制度和诊疗规范，保证临床诊疗需求。	90.1.1	开展诊断核医学特殊诊疗技术，应与执业许可证诊疗科目一致，有独立场所，场所环境保护等符合国家要求。
	90.1.2	有特殊诊疗技术管理制度和诊疗规范，明确诊疗技术报告时限，有与临床沟通的机制。
	90.1.3	所有人员均接受特殊检查专业技能培训，依法取得执业资格；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；负责人由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人员担任。
	90.1.4	有上述制度、规范的培训，相关人员知晓基本要求并落实。
	90.1.5	科室对制度落实及培训情况有定期自查、总结分析与整改。
	90.1.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	90.1.7	医院有数据或案例体现改进效果。
90.2 开展诊断核医学活动应符合GBZ 120-2006《临床核医学卫生防护标准》要求，有制度流程保证设备实施性能与诊断质量，有事故应急预案，防护符合要求。	90.2.1	开展诊断核医学特殊诊疗项目符合临床核医学卫生防护国家标准要求，且经省级卫生行政部门核准。
	90.2.2	有放射性分析程序、书面质量控制流程、防护管理制度。
	90.2.3	有放射事故应急预案，责任分工明确，相关人员有培训及演练。
	90.2.4	有上述程序、制度及流程的培训，相关人员知晓基本要求并落实。
	90.2.5	科室有定期自查、总结分析与整改。
	90.2.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	90.2.7	医院有数据或案例体现改进效果。

90.3 开展脑电图、肌电图等特殊诊疗技术应符合医疗机构诊疗科目，有独立场所，人员资质符合要求，有管理制度和诊疗规范，保证临床诊疗需求。	90.3.1	开展脑电图、肌电图等特殊诊疗技术，应与执业许可证诊疗科目一致，有独立场所，场所环境防护等符合国家要求。
	90.3.2	有特殊诊疗技术诊疗规范和操作流程，有建立质控标准，明确诊疗技术报告时限，有与临床沟通的机制。
	90.3.3	所有人员均接受特殊检查专业技能培训，依法取得执业资格；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；负责人由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人员担任。
	90.3.4	有上述制度、规范的培训，相关人员知晓基本要求并落实。
	90.3.5	科室有定期自查、总结分析与整改。
	90.3.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	90.3.7	医院有数据或案例体现改进效果。
（九十一）特殊检查室设计及空间区域划分应符合特殊检查需求。能将有害光、射线、磁场限制在检查患者所需的范围，避免医务人员及其他人员接触有害物质。有突发意外事故管理规范与应急预案并严格执行。		
91.1 特殊检查室（放射、介入、放疗、核医学等）机房环境安全技术指标、安全和防护性能符合要求，空间区域划分符合规范要求，有效避免医务人员及其他人员接触有害物质。	91.1.1	放射、介入、放疗、核医学等机房设计、建设及设施符合安全、环保、职业病防护等规范要求并验收合格；空间区域严格划分患者、检查人员、其他人员区域；机房显著位置有规范的警示标识。实时监测环境剂量。
	91.1.2	所有设备、仪器、药品必须符合国家相关标准，定期检测，合格后方可使用；所有证书均在有效期内；放射诊疗许可证、辐射安全许可证与现有设备相符。
	91.1.3	有完整的设备、环境、人员、防护制度和应急预案；防护用具齐全、有效。
	91.1.4	所有工作人员具备国家要求的特殊诊疗技术资质，个人剂量检测符合要求；有工作人员放射防护知识和应急处置措施培训制度并落实。
	91.1.5	科室对相关工作有自查、分析，对存在问题有整改。
	91.1.6	主管部门对设备、环境、资质、防护、应急等有监管,并检查科室整改落实情况。
	91.1.7	无医务人员及其他人员接触有害物质的事件发生。
91.2 有突发意外事故管理制度及流程，有应急预案。	91.2.1	有突发意外事故管理制度及流程；放射性操作区有简明的应急救援流程，有指定该区域的防护负责人。
	91.2.2	工作区备有急救药品和急救设备，指定专人负责，定期检查急救药品和设备保持有效和正常状态并有检查记录。
	91.2.3	有应急预案，责任分工明确，相关人员有培训，并有演练。
	91.2.4	科室对相关工作有自查、分析，对存在问题有整改。

	91.2.5	主管部门对应急管理有督导、总结分析及反馈，并检查科室落实整改情况。
	91.2.6	有数据或案例显示效果。
六、护理质量保障与持续改进		
（九十二）建立扁平高效的护理管理体系，建立护理质量与安全管理委员会，由医院人事、财务、医务、护理、后勤等相关部门主要负责人组成，主任委员由医疗机构主要负责人或者分管护理工作的负责人担任。依据法律法规、行业指南、标准，制定护理制度、常规和操作规程，实施护理质量管理工作。		
92.1 加强对护理工作的领导及组织管理，设立护理管理委员会和独立的护理管理部门；建立院长（或副院长）领导下的护理垂直管理体系。	92.1.1	根据国家相关要求成立由院长或主管院领导任主任委员、有多部门人员组成的护理管理委员会，有相关职责，审核、制定护理工作发展规划，提出各项改进措施，解决存在问题。
	92.1.2	将护理工作发展纳入本单位整体发展规划，定期组织研究并解决护理工作工作中的困难问题。
	92.1.3	建立扁平化的护理管理架构，有措施保障落实护理工作中长期规划、年度计划，并有总结。
	92.1.4	主管部门对规划、目标和计划落实情况有检查与监管。
	92.1.5	医院发展相适应的护理规划与计划有效落实。
92.2 建立护理质量与安全管理委员会，有院-科-病区或院-病区护理质量与安全管理组织体系，职责明确，落实到位。	92.2.1	有护理质量与安全管理委员会，定期研究护理质量与安全工作，制定护理质量与安全管理工作计划及护理质量监测指标。
	92.2.2	有院-科-病区或院-病区护理质量与安全管理组织体系，科或病区有护理质量与安全管理小组，负责落实护理质量与安全管理工作。
	92.2.3	对护理质量做到基于数据的质量指标管理，并及时、准确上报监测护理质量指标并分析。
	92.2.4	科室或病区护理质量安全管理小组每月对护理质量与安全管理有自查、分析，对存在问题有整改。
	92.2.5	主管部门对有定期督导、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	92.2.6	有数据或PDCA案例显示护理质量改进有成效。
	92.2.7	应用信息化手段管理，保障护理质量数据完整、准确，并及时上报。
92.3 依据法律法规、行业指南、标准，制定护理制度、常规和操作规程等，并落实。	92.3.1	推进现代医院管理制度建设，有修订制度、常规、操作规程等相关文件的规定与程序；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。
	92.3.2	依据法律法规、行业指南、标准，制定护理制度、常规和操作规程等；有按照18项核心制度要求，细化护理相关制度。
	92.3.3	有培训并落实护理制度、护理常规及操作规范。
	92.3.4	科室对护理制度、护理常规、操作规范的落实情况有自查、对存在问题进行分析、整改。

	92.3.5	主管部门对护理制度落实情况有定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
92.4 对患者进行跌倒风险评估，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。	92.4.1	有防范患者跌倒、坠床的相关制度，并体现多部门协作。
	92.4.2	对住院患者进行跌倒、坠床风险评估，根据病情、用药变化再评估，并在病历中记录。
	92.4.3	主动告知患者跌倒、坠床风险及防范措施，对特殊患者，如儿童、老年人、孕妇、行动不便和残疾等患者，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，有记录。
	92.4.4	科室对跌倒和坠床安全管理的落实情况有自查、对存在问题进行分析、整改。
	92.4.5	主管部门对跌倒和坠床安全管理有定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
92.5 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。	92.5.1	有患者跌倒、坠床等意外事件报告相关制度、处置预案与流程。
	92.5.2	患者跌倒、坠床等意外事件报告相关制度、处置预案与流程，有培训，相关人员知晓。
	92.5.3	患者跌倒、坠床等意外事件报告相关制度、处置预案与流程落实。
	92.5.4	科室对患者跌倒、坠床等报告制度与处置预案等的落实情况有自查、对存在问题进行分析、整改。
	92.5.5	主管部门对患者跌倒和坠床等意外事件报告有定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
92.6 有压力性损伤风险评估与报告制度，有压疮诊疗及护理规范。	92.6.1	有压力性损伤风险评估、报告制度与诊疗措施。
	92.6.2	有压力性损伤诊断与创面处理的诊疗及护理规范。
	92.6.3	对患者进行压力性损伤风险评估并能按风险程度及病情变化作出动态评估。
	92.6.4	科室对压力性损伤风险管理的落实情况有自查、对存在问题进行分析、整改。
	92.6.5	主管部门对压力性损伤风险管理有定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
92.7 落实预防压力性损伤及创面处理的措施。	92.7.1	有适应的预防压力性损伤的设备、材料、辅料，护理人员能够正确使用。
	92.7.2	护理人员根据压力性损伤预防、创面处理规范，落实各项预防措施。
	92.7.3	护理人员根据患者压力性损伤的危险因素做针对性健康教育，鼓励家属积极参与减轻压力的干预措施。
	92.7.4	科室对预防压力性损伤管理的落实情况有自查、对存在问题进行分析、整改。
	92.7.5	主管部门对预防压力性损伤管理有定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
（九十三）护理人力资源配备与医院功能和任务相适应，有护理单元护理人员的配置原则，以临床护理工作量为基础，根据收住患者特点、护理级别比例、床位使用情况对护理人力资源实行弹性调配。有紧急状态下调配护理人力资源的预案。		

93.1 护理人员人力资源配备与医院功能和任务相适应，有护理单元护理人员配置原则，以临床护理工作量为基础，依法执业。	93.1.1	建立护士人力资源管理制度，保障临床护理需求。采取有效措施优先保障临床护士人力配置到位，原则上临床护理岗位护士数量占全院护士数量不低于95%。
	93.1.2	全院病区护士与实际开放床位比不低于0.6:1,普通病房日间每位护士平均负责患者数≤8人，根据床位数和工作量合理配置夜班护士人数。重症监护病房护士与实际开放床位比不低于2.5-3:1。
	93.1.3	有护理人员资质准入及值班等相关制度并依法执行。
	93.1.4	主管部门对护理人员配置情况、护理人员资质有监督、检查，对问题有追踪分析。
	93.1.5	护理人力配置合理，全院病区护士与实际开放床位比满足临床需求，人员均符合执业与特殊岗位资质要求。
93.2 根据收住患者特点、护理级别比例、床位使用情况对护理人员人力资源实行弹性调配，有护理人员人力资源动态调配方案和措施；有紧急状态下调配护理人员人力资源的预案。	93.3.1	有护理人员人力资源动态调配的方案。
	93.3.2	人力资源调配方案能根据收住患者特点、护理级别比例、床位使用情况等制定，并能实现护理人员人力资源动态调配。
	93.3.3	相关护理管理人员知晓紧急护理人员人力资源调配规定的主要内容与流程，并执行。
	93.3.4	科室对人力资源动态调配工作有检查、分析及整改。
	93.3.5	主管部门对人力资源动态调配工作有定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	93.3.6	人力资源动态调配工作落实到位。
（九十四）护理人员依法执业，实行分层级管理，有护理人员管理规定、实行岗位管理制度，明确岗位设置、岗位职责、岗位技术能力要求和工作标准。有护理人员在职继续医学教育计划，保障措施到位，并有实施记录。		
94.1 依法执业，有护理人员管理规定，实行分层级管理，各层级有明确的岗位职责和工作标准，有考评和监管。	94.1.1	有护理人员执业准入、特殊护理岗位资质、技术能力要求、有审核规定与程序。
	94.1.2	有护理人员夜班准入制度及管理，依法执行护理人员准入管理。
	94.1.3	有护士分层级管理制度、护理岗位管理实施方案，明确医院护理岗位设置、任职条件、岗位职责、岗位技术能力要求和工作标准，并有管理档案。
	94.1.4	科室对护士资质及分层级管理有检查、分析、整改。
	94.1.5	主管部门对护理人员资质有审核、监督、检查，对各层护理管理有检查与监管，对问题有追踪分析。
	94.1.6	护理人员均符合执业与特殊岗位资质要求，分层级岗位管理得到落实、逐步优化。

94.2 医院有护理岗位管理制度、护理岗位管理实施方案，明确岗位设置、岗位职责、岗位技术能力要求和工作标准。	94.2.1	有明确的护理岗位管理实施方案，并按要求完善护理岗位管理制度并落实，护理人员分管患者护理级别符合护理人员能级水平。
	94.2.2	有各类别护理人员岗位培训，护理人员知晓本部门、本岗位职责和工作要求，并按规定开展日常工作。
	94.2.3	科室对护理岗位管理相关内容落实有检查、分析及整改。
	94.2.4	职能部门定期对相关工作有定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。对护理人员岗位管理工作有追踪和评价。
	94.2.5	实现因需要设岗、科学管理，实现护士岗位管理从身份管理到岗位管理的转变。
94.3 建立护士岗位培训制度，建立以岗位需求为导向、以岗位胜任力为核心的护士培训制度。	94.3.1	建立护士岗位培训制度，建立以岗位需求为导向、以岗位胜任力为核心的护士培训制度，包括护士规范化培训、核心能力培训、护士继续教育。
	94.3.2	参照《新入职护士培训大纲》开展新入职护士规范化培训，有护理人员在职继续教育计划，并落实。
	94.3.3	制订在职继续教育计划，培训内容结合临床需求，体现不同岗位、不同专业、不同层次护理人员岗位特点，体现岗位需求，符合不同岗位、不同专业、不同层次护理人员的特点，并落实。
	94.3.4	科室对相关内容落实有检查、分析及整改。
	94.3.5	职能部门定期对相关工作有定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	94.3.6	培训计划落实，护理人员技术能力和水平不断提升。
94.4 积极开展专科护理培训，参照国家、广东省有关专科护理领域护士培训的有关要求，培养专科护理人才。	94.4.1	医疗机构根据功能定位和任务要求，结合医学技术发展及患者需求，加强专科护理能力建设。
	94.4.2	积极培养专科护理人才，注重临床护士在重症监护、急救护理、血液净化等专科护理能力的提升。
	94.4.3	有专科护理人才培养与管理制度，合理使用专科护理人才。
	94.4.4	有保障开展专科护理人员培训所需的师资、设备设施等资源，培训措施落实。
	94.4.5	科室对相关工作有检查、分析及整改。
	94.4.6	主管部门对专科护理人才培养和使用有监管，对问题有追踪分析及改进。
（九十五）建立基于护理工作量、质量、患者满意度并结合护理难度、技术要求等要素并以考核护理人员实际工作能力为核心的绩效考核制度，考核结果与护理人员的评优、晋升、薪酬分配相结合，调动护理人员积极性。		
95.1 建立基于护理工作量、质量、患者满意度、护理难度	95.1.1	有基于护理工作量、质量、患者满意度、护理难度及技术要求的绩效考核制度、有具体的绩效考核实施方案。
	95.1.2	绩效考核方案制定征求护理人员意见，护理人员知晓绩效考核方案。
	95.1.3	有按照相关文件，护理绩效考核向高劳动强度、高风险、高技术含量倾斜。

及技术要求的绩效考核办法,考核结果与评优、晋升、薪酬挂钩。	95.1.4	主管部门对绩效考核方案落实情况有检查与监管,对问题有追踪分析。
	95.1.5	实现优劳优得,多劳多得,调动护理人员积极性,并有绩效考核项目的更新。
(九十六) 依据《护士条例》等相关法律法规和规定,规范护理工作,落实优质护理服务。实施责任制整体护理,为患者提供全面、全程、专业、人性化的护理服务。		
96.1 依据《护士条例》等法律法规,规范护理工作,优质护理服务落实到位。	96.1.1	有推进开展优质护理服务的保障制度、措施及激励机制,有优质护理服务规划、目标、工作计划和实施方案,并落实。有多部门有联动机制,持续推进优质护理。
	96.1.2	优质护理服务要覆盖到门(急)诊、血液净化中心、手术室、导管室等非住院部门;对具有较高再入院率或医疗护理需求的出院患者提供延续护理服务。
	96.1.3	积极探索开展“以患者为中心”的医护一体化、多学科合作模式,增强患者获得感。
	96.1.4	主管部门后勤保障、信息支持情况有沟通、协调,对优质护理落实情况有检查与监管。
	96.1.5	优质护理服务措施落实到位。
96.2 实施责任制整体护理,为患者提供全面、全程、专业、人性化的护理服务。	96.2.1	实施责任制整体护理工作模式。为患者提供心理与健康指导服务和出院指导。根据患者身生理、心理、社会需求,全面评估患者病情与需求,实施个性化、专业化、连续性的护理措施。
	96.2.2	根据患者病情和自理能力情况,扎实做好基础及专科护理。按照护理实践指南和技术规范要求,实施护理技术操作,规范护理服务行为,确保护理质量和患者安全。
	96.2.3	增强主动服务和人文关怀意识,加强与患者的沟通交流,尊重和保护患者隐私,关注患者的不适和诉求,并及时提供帮助。
	96.2.4	科室有定期自查、总结分析、整改。
	96.2.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈,并检查科室整改落实情况。
	96.2.6	责任制整体护理落实到位,患者对护理工作满意度不断提升。
(九十七) 根据《综合医院分级护理指导原则》《护理分级》(WS/T 431-2013)的原则和要求,进行护理分级,并且按护理级别实施分级护理。有危重患者护理常规,护理措施落实到位。		
97.1 依据《综合医院分级护理指导原则(试行)》《护理分级》	97.1.1	依据《护理分级》(WS/T 431-2013)的原则和要求,制定符合医院与专科实际的护理分级制度。
	97.1.2	由医生或护士根据患者病情严重程度和(或)自理能力等级确定患者护理分级,护理级别与患者实际情况相符,动态调整并有明确标识。
	97.1.3	根据患者护理分级安排具备相应能力的护士,根据患者的护理分级和主管医生制订的诊疗计划,为患者提供护理。
	97.1.4	科室对护理分级制度落实情况定期进行自查,分析,改进。

(WS/T431-2013) 落实分级护理。	97.1.5	主管部门对分级护理制度落实情况有检查与监管。
	97.1.6	根据患者病情与自理能力确定护理级别，并落实到位。
97.2 结合医学技术发展和患者护理需求，加强护士专科护理能力建设，护士具有危重患者护理的相关理论知识与操作技能。	97.2.1	结合医学技术发展和患者护理需求，注重护士专科护理能力建设。注重临床护士的重症监护、急救护理等专科护理能力的提升。
	97.2.2	护士具有危重患者护理的理论知识与操作技能，如：生命支持设备操作、患者病情评估与处理、紧急处置能力等。
	97.2.3	责任护士能对分管的危重患者能进行系统评估，并根据评估结果制定符合患者需求的护理计划并落实。
	97.2.4	科室有定期自查、总结分析、整改。
	97.2.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	97.2.6	有护士为主导的工作,改善危重患者护理结局的案例。
97.3 有危重患者护理常规、技术规范、风险评估、应急预案和安全防范措施，并落实。	97.3.1	有危重患者护理常规、技术规范、风险评估、应急预案和安全防范制度及措施。
	97.3.2	有规范化培训、考核记录，护士掌握并落实上述内容。
	97.3.3	科室有自查，对存在问题有整改。
	97.3.4	主管部门对落实情况进行定期检查与监管。
	97.3.5	危重患者护理质量不断提升。
(九十八) 护理文书、护理查房、护理会诊和护理病例讨论制度参照《医疗质量安全核心制度要点》执行。		
98.1 根据《病历书写基本规范》制定护理记录书写规范及书写质量考核标准，定期质量评价。	98.1.1	有护理文书书写规范及书写质量考核标准。
	98.1.2	护理人员按照《病历书写基本规范》完成日常护理文书记录。
	98.1.3	科室对护理文书有自查、总结分析，发现问题及时整改。
	98.1.4	主管部门对运行的护理文件书写质量有检查与监管并检查科室整改落实情况。
	98.1.5	应用现代化信息手段，简化、规范、及时完成护理文件书写、保存，有数据显示护理文书书写质量不断提高。
98.2 根据护理管理制度并参照《医疗质量安全核心制度要	98.2.1	建立护理三级业务查房和三级教学查房制度，明确各科查房周期。
	98.2.2	护理部有明确的年度临床科室查房计划，有参与人员要求；科室护长有应用护理程序对本科患者进行护理查房，查房中形成促进患者康复的护理决策，并有记录。
	98.2.3	有三级护理业务查房和教学查房标准，并全员培训，相关人员按要求落实。

点》，建立三级护理查房制度，明确各科查房周期以及护理决策、有查房记录及效果可追溯。	98.2.4	科室对护理查房执行情况和质量有定期自查、总结分析与整改。
	98.2.5	主管部门定期督导、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	98.2.6	医院有数据体现改进效果，或案例体现医护一体化。
98.3 建立护理疑难病例讨论制度和会诊制度，通过开展护理会诊或MDT讨论解决护理问题、提高患者护理质量。	98.3.1	建立护理疑难病例讨论、会诊制度，有护理MDT团队协作机制和流程，有效解决本专科不能解决的护理问题。
	98.3.2	有明确的护理会诊申请流程及会诊人员资质要求，护理部组织、协调护理会诊工作。
	98.3.3	开展以护理为主导的MDT，为患者制定更科学的护理方案，解决疑难护理问题。
	98.3.4	主管部门定期督导检查、分析、整改。
	98.3.5	医院有数据或案例体现改进效果。
（九十九）有临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范。有紧急意外情况的护理应急预案和处理流程，有培训与演练。		
99.1 建立并执行临床护理技术操作常见并发症的预防及处理规范。	99.1.1	有临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范。
	99.1.2	有护理技术操作培训和考核计划并落实到位。
	99.1.3	护理人员熟悉掌握常见技术操作及并发症预防、处理流程。
	99.1.4	科室定期对护理人员培训、考核情况进行自查、分析、整改。
	99.1.5	主管部门对护理人员技术操作定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	99.1.6	护理人员技术操作规范。
99.2 有重点环节应急管理制度，及紧急意外情况的护理处置预案并演练。	99.2.1	有重点环节应急管理制度。
	99.2.2	对重点环节包括患者用药、输血、治疗、标本采集、治疗、围术期管理、安全管理（如坠床/跌倒、走失、自杀等）等有意外发生的应急处理预案。
	99.2.3	相关岗位护理人员知晓应急预案并演练。
	99.2.4	科室对护理应急预案及演练情况有自查、分析、整改。

	99.2.5	主管部门定期督导、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	99.2.6	有数据或案例显示护理人员对紧急意外情况的应急处理规范。
（一百）按照《医院手术部（室）管理规范（试行）》《医院消毒供应中心管理规范》，完善手术部（室）、消毒供应中心（室）等护理质量管理与监测相关规定及措施，组织实施并持续改进。		
100.1 按照《医院手术部（室）管理规范（试行）》，手术部（室）布局符合要求，标识清楚，建立手术室感染预防与控制管理制度及质量控制标准，并有培训、考核及监督。	100.1.1	手术室布局合理，分区明确，标识清楚，洁污区域分开，各工作区域功能与实际工作内容符合。
	100.1.2	有手术室感染预防与控制管理制度及质量控制标准，对相关人员有培训，有落实。
	100.1.3	定期对感染、空气质量、环境等进行监测，有记录。
	100.1.4	有医疗设备、手术器械及物品的清洁、消毒、灭菌及存放规定。
	100.1.5	手术室自行消毒的手术器械及物品有标识及有效日期，使用者知其含义。
	100.1.6	手术室工作区域、连台手术之间按规范清洁、消毒。
	100.1.7	科室对感染控制制度落实情况有自查、分析、整改。
	100.1.8	职能部门对感染控制制度落实情况有检查与监管并检查整改落实情况。
100.2 根据医院手术间数量和手术工作量，合理配置手术室护理人员，保证手术正常开展；有手术室管理制度、岗位职责和操作规范等。	100.2.1	根据手术量及工作需要配备护理人员、辅助工作人员和设备技术人员；各类人员资质及岗位技术能力符合要求；手术室护理人员与手术间之比不低于3：1；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。
	100.2.2	有手术室各项管理制度、工作职责、护理常规、专业技术规范和操作常规等。
	100.2.3	有手术室各类应急预案，并定期演练。
	100.2.4	护理人员知晓上述相关要求，有培训并按要求落实。
	100.2.5	科室对执行制度、规范、职责等情况有自查，对存在问题有整改。
	100.2.6	主管部门对科室管理工作有检查与监管并检查科室整改落实情况。
100.3 有手术室患者交接、安全核查、安全用药、手术物品	100.3.1	有手术室护理质量管理与监测相关制度；有患者交接、安全核查、安全用药、体位安全、手术物品清点、标本管理等安全制度并落实。
	100.3.2	有手术中安全用药、高危等特殊药品管理制度，遵医嘱为手术患者实施术前与术中用药（包含使用预防性抗菌药）和其它治疗服务，有完整用药记录。
	100.3.3	有手术室护理质量监测指标及要求，按规范持续监测指标完成情况并有记录。

清点、标本管理等制度和护理质量管理与监测规定及措施, 组织实施并持续改进。	100.3.4	有手术患者标本规范保存、登记、送检等流程, 有实施记录。
	100.3.5	科室对安全管理制度落实情况有自查、分析、整改。
	100.3.6	主管部门对手术室质量管理与监测情况有检查与监管并督导改进情况。
100.4 按照《医院消毒供应中心管理规范》, 消毒供应中心(室)布局符合要求, 分区明确, 标识清楚; 实施集中管理, 建立清洗、消毒、灭菌效果监测制度, 加强质量管理。清洗、消毒、灭菌符合消毒供应中心行业标准要求, 专人负责质量监测工作。	100.4.1	消毒供应室相对独立, 周围环境清洁, 无污染源; 内部环境整洁, 通风、采光良好, 分区明确; 整体布局合理, 洁污区分清晰, 不交叉, 不逆流。
	100.4.2	有清洗、消毒、灭菌效果监测制度; 有外来医疗器械管理制度及交接登记; 有监测记录并符合监测标准要求。有质量可追溯制度。
	100.4.3	采取集中管理方式, 建立与人员相适应的管理体制。对所有需重复使用的诊疗器械、器具和物品由消毒供应中心统一回收, 集中清洗、消毒、灭菌和供应, 质量控制符合追溯要求。
	100.4.4	专人负责质量监测工作。相关部门保障物资供应和设备运行正常, 设备出现故障时, 能够及时处理; 保证水、电、压缩空气及蒸汽的供给及质量。
	100.4.5	消毒供应中心有日常和定期监测自查、分析、整改。
	100.4.6	主管部门对科室监测工作落实及管理情况有检查、反馈, 并检查整改落实情况。
	100.4.7	无因灭菌失败导致的感染事件发生。
100.5 根据医院消毒供应工作量, 合理配置消毒供应中心护理人员, 保证医疗消毒用品正常供应;	100.5.1	根据医院规模、工作量及各岗位需求, 合理配置具有执业资格的护士、消毒员和其他工作人员; 配置有专科培训经历的专职护士长。
	100.5.2	有消毒供应中心各项管理制度、工作职责、护理常规、专业技术规范和操作常规等。
	100.5.3	有消毒供应中心各类应急预案, 并定期演练。
	100.5.4	护理人员知晓上述相关要求, 有培训并按要求落实。
	100.5.5	消毒供应中心有日常和定期监测自查、分析、整改。

有消毒供应中心管理制度、岗位职责和操作规范等。	100.5.6	主管部门对科室管理情况有监管、总结反馈，并检查科室整改落实情况。
	100.5.7	无灭菌失败事件发生。
100.6 采用外院提供消毒灭菌服务的医院，布局、流程符合要求，制定相关的管理制度，并按《医疗消毒供应中心管理规范（试行）》，实施全过程的监管。	100.6.1	有医院对外院提供消毒灭菌服务的管理制度，包括建立诊疗器械、器具和物品交接与质量检查、验收及追溯制度，并执行。应设专人负责。
	100.6.2	对提供服务的医院或消毒服务机构的资质（包括具有医疗机构执业许可证或工商营业执照，并符合环保等有关部门管理规定）进行审核。并有辖区卫计委组织的质量评价记录。
	100.6.3	对外院的CSSD分区、布局、设备设施、管理制度（含突发事件的应急预案）及诊疗器械回收、运输、清洗、消毒、灭菌操作流程等进行安全风险评估，签订协议，明确双方的职责。每次交接应有交接联单。
	100.6.4	医院设独立的污染器械收集暂存间，使用后器械及时进行预处理，并保湿密封保存。
	100.6.5	医院设独立的无菌物品发放间，温度低于24℃，湿度低于70%，物品存放应距地面20~25cm，距墙壁5~10cm，距天花板50cm。
	100.6.6	科室有定期自查，对存在问题有分析、整改，并及时向服务机构反馈质量验收、评价及使用过程存在的问题，并要求落实改进措施。
	100.6.7	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室及外院整改落实情况。
	100.6.8	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
七、药事管理与临床药学服务保障与持续改进		
（一百零一）医院药事管理工作和药学部设置以及人员配备符合国家相关法律、法规及规章制度的要求；建立与完善医院药事管理组织，完善药事管理与临床药学服务各项规章制度并组织实施。		
101.1 医院设立药事管理与药物治疗学组织，健全药事管理体系。	101.1.1	设立药事管理与药物治疗学相关组织，职责明确，有相应的工作制度，每季度召开会议落实相关工作，人员组成符合规定。
	101.1.2	药学部负责药学专业技术服务、药事管理以及临床药学工作。
	101.1.3	药事管理工作有年度计划和总结。
	101.1.4	医务部门指定专人负责药物治疗相关的管理工作；医务管理部门与药学部有协调机制。
	101.1.5	医院质控或监察等部门对药事管理相关工作有定期督查、分析、整改。
	101.1.6	有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
101.2 建立完善的药事管理工作制度。	101.2.1	有药事管理相应的工作制度、岗位职责及培训要求，医务人员熟悉掌握并执行。
	101.2.2	有优先使用国家集中采购中选药品的相关制度与措施。
	101.2.3	有临床用药具体评价方法，有改进措施和干预办法；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。

	101.2.4	药学部对药事管理工作定期自查、总结分析、整改。
	101.2.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	101.2.6	有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
	101.2.7	完成国家集中采购中选药品的指标任务。
101.3 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。	101.3.1	各级药学专业技术人员岗位职责明确，熟悉并履行本岗位职责。
	101.3.2	从事药学各岗位工作的人员资质符合要求；具有药学（临床药学）专业全日制本科及以上学历的人员占比不低于药学专业技术人员的30%。
	101.3.3	药学部负责人应具有药学（临床药学）专业本科及以上学历、本专业高级技术职务任职资格。
	101.3.4	有药学专业技术人员培养、考核和管理相关规定，并有效执行。
	101.3.5	主管部门对药学专业技术人员配备和任职情况有检查、监督、反馈。
	101.3.6	有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。药学专业技术人员不少于本机构卫生专业技术人员的8%。
（一百零二）加强药品管理，规范药品遴选、采购、储存、调剂，建立全流程监测系统，保障药品质量和供应。静脉药物调配中心和调配工作符合有关规定。		
102.1 有药品遴选制度，制定本医院“药品处方集”和“基本用药供应目录”。	102.1.1	建立规范的药品遴选制度与程序，并严格执行。
	102.1.2	动态管理医院“基本用药供应目录”，建立医院“药品处方集”。
	102.1.3	“基本用药供应目录”品规数原则上≤1500个品规；专用于罕见病药品、国家医保谈判品种等除外。单品种品规数符合《处方管理办法》等相关文件规定。遴选儿童用药可不受“一品两规”和药品总品种数限制。
	102.1.4	药学部对药品遴选及目录管理工作有自查、总结分析、整改。
	102.1.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	102.1.6	有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
102.2 建立严格的药品采购供应管理制度与流程，有适宜的药品储备。	102.2.1	有药品采购供应管理制度与流程，供药渠道合法；药学部负责全院药品采购供应；经医院药事管理与药物治疗学委员会（组）审核同意，核医学科可以购用、调剂本专业所需的放射性药品。
	102.2.2	药品采购规范，按省市要求在交易平台上网上采购药品，采购数量及金额占比、回款天数符合平台要求；线下采购需经医院审批，临时采购符合规范要求。
	102.2.3	药品储备量与功能、任务和服务量相适应；根据药品用量评估药品储备情况，库存药品月周转1次以上。
	102.2.4	药学部对药品采购供应，特别是线下和临时采购有定期自查、总结分析、整改。

	102.2.5	主管部门定期督导、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	102.2.6	有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
102.3 有药品贮存管理制度，贮存药品的场所、设施与设备符合有关规定。	102.3.1	有药品贮存管理制度，定期对库存药品进行养护和质量检查，定期盘点、账实相符。
	102.3.2	药品贮存场所、设施与设备满足药品质量要求；根据药品性质与特点，分库、分区、分类存放药品；按规定设置验收、退药、发药等功能区域。
	102.3.3	药库管理由药学专业人员负责，科室或病区备用药品指定专人管理。执行药品有效期管理相关制度与处理流程，有控制措施和记录。
	102.3.4	药学部对药品储存有定期自查、总结分析、整改。
	102.3.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	102.3.6	有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
102.4 建立高警示药品，听似、看似等易混淆药品的目录和管理制度，全院统一执行。	102.4.1	建立高警示药品管理规定并全院执行。
	102.4.2	对包装相似、听似、看似药品、一品多规格或多剂型药品的存放，全院有统一的“警示标识”。
	102.4.3	相关员工知晓警示标识含义和管理要求，能够识别和使用。
	102.4.4	科室有定期自查、总结分析、整改。
	102.4.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	102.4.6	有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
102.5 对全院的急救等备用药品进行有效管理，确保质量与安全。	102.5.1	建立各诊疗科室的急救、备用药品管理制度。
	102.5.2	各相关科室有急救备用药品目录及数量清单，实行基数管理，专人负责，每月检查；使用后及时补充，损坏或近效期药品及时报损或更换。
	102.5.3	各科室备用急救等药品统一储存位置、统一规范管理、统一清单格式，保障抢救时及时获取。
	102.5.4	临床科室对急救、备用药品有定期自查、总结分析、整改。
	102.5.5	药学部每月对各科室急救及备用药品的管理与使用情况进行检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	102.5.6	有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
102.6 落实药品调剂制度，遵守药品调剂操作规	102.6.1	制定门诊、住院（含互联网医院）药品调剂制度和操作规程。开展收费前（或流转前）处方/医嘱审核、干预，记录完整。有药品调配差错报告制度，有登记、分析及整改，记录完整。
	102.6.2	发出的药品标示有用法、用量和特殊注意事项；有口头用药交代或其它书面、视频用药指导资料。
	102.6.3	调配给患者的药品经第二人核对；急诊药房一人独立值班时有防止发药

程,保障药品调剂的准确性。		差错的核对措施,如双签字、调配时处方药品拍照事后核对、机器智能化核对等。
	102.6.4	药品如需分装调剂,应有操作规程和记录。分包装上有药品名称、规格、剂量、批号、有效期、分装日期等信息。对病房(区)口服药品实行单剂量配发,注射剂可按日剂量发药。
	102.6.5	药学部对药品调剂质量管理有定期自查、总结分析、整改。
	102.6.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈,并检查科室整改落实情况。
	102.6.7	有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
102.7 持《医院制剂许可证》配置医院制剂,生产、储存、院间调剂符合药监部门的管理规定。	102.7.1	医院配置制剂,应持有《医院制剂许可证》,取得制剂批准文号,有制剂质量标准。
	102.7.2	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。
	102.7.3	执行医疗机构制剂配制、使用规定。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。
	102.7.4	药学部对制剂配制和使用管理有定期自查、总结分析、整改。
	102.7.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈,并检查科室整改落实情况。
	102.7.6	有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
102.8 肠外营养液等静脉用药集中调配,保障医护人员和患者安全。	102.8.1	肠外营养液等静脉用药由药学部集中调配,并符合《静脉用药调配中心建设与管理指南(试行)》、《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》的规定。
	102.8.2	参照《静脉用药调配中心建设与管理指南(试行)》、《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》制定病房(区)分散调配一般静脉用药的管理制度,并执行。
	102.8.3	有静脉用药调配人员岗位培训制度和培训计划,并执行。有主管药师及以上人员审核静脉用药处方,对不合理用药进行有效干预。
	102.8.4	有配制质量问题和输液反应报告相关规定,药学部对临床出现的输液质量问题和患者应用输液后的输液反应有分析报告。
	102.8.5	药学部对静脉用药集中调配的日常管理有定期自查、总结分析、整改。
	102.8.6	主管部门对肠外营养液等静脉用药管理有定期督导检查、分析、反馈,并检查科室整改落实情况。
	102.8.7	有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
102.9 建立药品质量监控体系,有效控制药品质量。	102.9.1	有药品质量管理组织,药品质量管理相关制度及质量管理指标,职责明确。
	102.9.2	有药品质量监管信息平台,相关部门和人员可查询。
	102.9.3	有药品质量(外观质量、效期等)及科室备用药品管理制度,相关部门和人员有定期检查并有记录。
	102.9.4	对因病情变化、医嘱调整而产生的病房(区)退药进行有效管理。

	102.9.5	药学部对全院药品质量管理定期进行督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	102.9.6	有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
102.10 建立药品召回管理制度，保障患者安全。	102.10.1	制定药品（含医院制剂）召回管理制度，并落实执行。
	102.10.2	对存在质量问题的药品，应按规定及时报告有关部门并召回，妥善保存，保留原始记录；对调剂错误的药品，应及时追回。
	102.10.3	有针对患者用药召回的处置预案与流程。
	102.10.4	药学部有定期自查、总结分析、整改。
	102.10.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	102.10.6	有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
102.11 有住院患者处方外配、自备药品管理规范及审核流程，保障临床用药安全。	102.11.1	有明确的住院患者外购药品和自备药品管理制度。原则上不得自行外购药品及使用自备药品，确因特殊情况需使用外购或自备药品的，应有全院统一的管理规定和审批流程，对手续不完备的处方外购药品、患者自备药品不得执行医嘱。医保谈判“双通道药品”不属于外购。
	102.11.2	住院患者确需使用处方外购药品或自带药品的，医院应有统一规范的知情同意书，患者或授权家属签署同意后方得执行，知情同意书随病历归档。
	102.11.3	凡住院患者使用处方外购药品或自备药品的，病历中需记录患者的特殊情况、具体使用药物、使用疗效及安全性等内容。
	102.11.4	医务人员知晓规范并按规定执行。
	102.11.5	临床科室对外购药品和自备药品使用情况有定期自查、总结分析，对存在问题有整改。
	102.11.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	102.11.7	有数据或案例体现改进效果。
102.12 有超说明书用药管理规范及审核流程，保障患者用药安全。	102.12.1	医院有超说明书用药的管理规定与审批流程，明确临床用药原则上不得超药品说明书范围，确因病情需要超范围使用的，需按规定完成申请、审批手续，并对超说明书用药需要签署知情同意书的情形进行规定。
	102.12.2	超说明书用药需经医院药事管理与治疗学委员会审批，必要时需有伦理委员会审核意见，未经审核批准，临床不得超说明书用药；审批资料完整、可查询。经审批的超说明书用药纳入医院处方集。
	102.12.3	需要签署知情同意书的超说明书用药，医院有统一规范的知情同意书，患者或授权家属签署同意后方得执行，知情同意书随病历归档。
	102.12.4	凡超说明书用药的，病历中需记录患者用药的详细情况及使用后反应，有不良反应的需及时按医疗规范处理并按相关规定上报不良事件。
	102.12.5	临床科室及有定期自查、总结分析，对存在问题有整改。
	102.12.6	药学部对超说明书用药有全程监管措施，定期总结、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。

	102.12.7	有数据或案例体现改进效果；超说明书用药审核、使用情况资料完整。
102.13 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。	102.13.1	药品管理信息系统与医院信息系统联网运行，对药品价格及其调整、医保属性等信息实现综合管理。
	102.13.2	有药库和药房药品进、销、存、使用等的实时管理及药品查询功能。
	102.13.3	有适宜的合理用药监控软件系统。
	102.13.4	有抗菌药物、麻醉药品、精神药品等处方权限信息化管理功能。
	102.13.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	102.13.6	有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
（一百零三）实施临床药师制，积极参与临床药物治疗，促进合理用药，拓展药学服务范围。加强临床药师队伍建设和培训，提高临床药学服务能力和水平。		
103.1 建立临床药师制，按《医疗机构药事管理规定》配备临床药师，加强临床药师队伍建设和培训，提高临床药学服务能力和水平。	103.1.1	建立临床药师制，临床药师配备数量符合国家相关规定，并全职专科从事临床药物治疗工作，至少在2类药物的临床应用中设有临床药师，其工作至少覆盖4个以上临床专业科室。
	103.1.2	临床药师按有关规定参与临床药物治疗相关工作的时间≥84%。
	103.1.3	对临床药师有培养计划及规范的培训管理，并纳入医院医疗技术人员培养计划。
	103.1.4	建立临床药师绩效考核体系，促进临床药学工作发展。
	103.1.5	药学部对临床药师开展工作情况有定期自查、总结分析、整改。
	103.1.6	有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。具备临床药师培训资格，培训工作考核及格。
103.2 临床药师按其职责、任务和有关规定参与临床药物治疗、咨询和用药教育，促进合理用药。	103.2.1	临床药师开展药学查房、医嘱重整、审核处方和用药医嘱适宜性等工作，对不合理用药及时进行干预，工作记录完整。
	103.2.2	对重点患者实施药学监护和建立药历，记录完整，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。
	103.2.3	参加病例讨论，提出用药意见和个体化药物治疗建议；参加院内疑难重症会诊和危重患者的救治。
	103.2.4	临床药师参与临床路径及单病种质量控制等药学部分工作。
	103.2.5	为临床医师、护士提供合理用药培训和咨询，对患者进行用药教育，指导安全用药。
	103.2.6	药学部对临床药师参与临床药物治疗工作有定期检查、总结分析、整改。
	103.2.7	住院患者药学监护率不断提高，有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
（一百零四）按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和标准，加强抗菌药物、麻醉药品和精神药品、毒性药品、放射性药品、激素类药物、重点监控药品、基本药物、中药注射剂临		

床应用规范化管理。		
104.1 依据法律法规，建立和完善“麻醉药品、精神药品、放射性药品、医疗用毒性药品”等特殊管理药品及药品类易制毒化学品的使用与管理规章制度。	104.1.1	建立麻醉药品、精神药品、放射性药品、医疗用毒性药品等特殊管理药品及药品类易制毒化学品的使用管理制度。
	104.1.2	执行麻醉药品、精神药品、放射性药品、医疗用毒性药品等特殊管理药品及药品类易制毒化学品的存放区域、标识、贮存和购买的相关规定。
	104.1.3	定期对相关人员进行规范培训、考核，并遵循管理要求。
	104.1.4	临床科室对特殊管理药品及药品类易制毒化学品管理有定期自查、总结分析、整改。
	104.1.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	104.1.6	有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
104.2 对“麻醉药品、第一类精神药品”等特殊类药品实施“五专”和全程批号管理。	104.2.1	对麻醉和精神药品、其它易造成社会危害的管制药品（如七氟烷、复方地芬诺酯片、右美沙芬口服单方制剂、依托咪酯注射剂等）建立规范化管理制度，利用信息化及多种措施，全面落实麻精药品管理的各项要求，加强全流程环节管理，加强患者病历资料管理、历史处方的用药监测和点评，防止从医疗机构流入非法渠道。
	104.2.2	对“麻醉药品、第一类精神药品”等特殊类药品实行“五专”管理、全程批号管理，有每天清点结算制度。
	104.2.3	开具的“麻醉药品、第一类精神药品”等特殊类药品可溯源到患者；按规范要求回收、销毁空安瓿，数量、批号记录准确、完整。
	104.2.4	有特殊类药品发生意外情况的应急处理预案及上报要求，相关人员知晓并执行。
	104.2.5	药学部每月对特殊管理药品有自查、总结分析，对存在问题有整改。
	104.2.6	主管部门对特殊管理药品进行督导、总结、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	104.2.7	有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
104.3 根据《糖皮质激素类药物临床应用指导原则》，制定糖皮质激素类药物临床应用指南，规范临床应用。	104.3.1	建立糖皮质激素类药物的临床使用指南或规范；对临床相关人员进行药物使用相关知识和技能培训，相关人员知晓。
	104.3.2	建立糖皮质激素类药物临床应用分级管理制度并执行。
	104.3.3	按照指南和规范使用糖皮质激素类药物，临床用药依据充分，剂量疗程合理，监测不良反应。
	104.3.4	临床科室有定期自查、总结分析、整改。
	104.3.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	104.3.6	有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。

104.4 加强重点 监控药 物、中药 注射剂的 临床应用 管理，减 少不合理 用药。	104.4.1	有重点监控药物、中药注射剂的管理制度，建立重点监控药品目录。
	104.4.2	重点监控药物、中药注射剂使用合理，临床应用与药品说明书、“临床诊疗指南”及“临床路径”等相符。
	104.4.3	定期对重点监控药物、中药注射剂的处方进行点评，实施临床使用监测与预警。
	104.4.4	临床科室对重点监控药物、中药注射剂的使用和管理有定期自查、总结分析、整改。
	104.4.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	104.4.6	有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
（一百零五）依照《处方管理办法》等有关规定，规范开展处方审核和处方点评，并持续改进。		
105.1 落实《处 方管理办 法》，规 范医生处 方权、药 师调配权 管理。	105.1.1	制定医院处方管理制度，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。
	105.1.2	医师处方签名或签章式样，在医务部门备案、药学部存档；医师在处方和用药医嘱中的签字或签章与留样一致；实施电子签名的有相应管理措施。
	105.1.3	定期对医务人员进行处方管理法规及相关管理制度培训。
	105.1.4	处方开具规范、完整，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。
	105.1.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	105.1.6	有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
105.2 药师应按 照《处方 管理办 法》、 《医疗机 构处方审 核规范》 等法规或 规范，对 处方进行 适宜性审 核，对临 床不合理 用药进行 有效干 预。	105.2.1	依据《处方管理办法》的相关规定，药师及以上资质人员承担处方或医嘱的审核工作，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。
	105.2.2	门诊药房设有用药咨询窗口（台），或临床药师开展药学门诊，有主管药师及以上人员提供合理用药咨询服务，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。
	105.2.3	不合理处方≤5%。
	105.2.4	药学部对处方审核、不合理处方干预、咨询服务等管理情况定期自查、总结、分析，对存在问题进行整改。
	105.2.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	105.2.6	有数据体现改进效果。
105.3 依据《医 院处方点 评管理规	105.3.1	制定医院处方点评制度及实施细则，处方点评组织健全，责任明确，对不合理用药进行干预。
	105.3.2	定期对门、急诊处方和出院病历进行点评，点评处方（病历）数符合相关规定。

范（试行）》开展处方点评，建立药物使用评价体系。	105.3.3	有特定药物或特定疾病的药物使用情况专项点评，每年至少开展2项，每项评价不少于4次。
	105.3.4	药学部定期发布处方评价指标与评价结果，通报超常预警情况；点评结果纳入医院质量考核评价。
	105.3.5	药学部定期对处方点评情况进行自查、总结、分析，对存在问题进行整改。
	105.3.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	105.3.7	有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
（一百零六）建立药物监测和警戒制度，观察用药过程，监测用药效果，按规定报告药物不良反应，不良反应情况应记入病历。		
106.1 临床科室落实药物警戒和不良反应监测制度，及时发现、处置和报告不良反应。	106.1.1	有药物监测和警戒制度，医师、药师、护士及其他医务人员均需对患者用药过程、用药反应、用药效果、不良作用等问题进行监测；重点监测非预期（新发现）的、严重的药物不良反应。
	106.1.2	医院有明确的药物警戒范围和预警措施、发布流程、反馈临床机制。
	106.1.3	发生药品不良反应时，医务人员应按诊疗常规立即对患者进行处置，将全过程及处理结果如实记入病历中，并按规定上报；严重药品不良反应或特殊事件发生的，还需保存相关药品、物品留样等。
	106.1.4	全院医务人员知晓相关制度并在日常工作中执行。
	106.1.5	临床科室对药品不良反应监测情况有定期自查、总结分析、整改。
	106.1.6	主管部定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	106.1.7	有数据或案例体现改进效果。
106.2 建立安全用药监测体系，减少用药错误。	106.2.1	建立全院用药错误监控、预防、上报管理制度，管理部门明确。
	106.2.2	临床科室有观察用药过程、监测用药效果、及时发现用药错误的流程，并对相关人员进行培训。
	106.2.3	有用药错误应急管理预案，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。
	106.2.4	有用药错误上报平台，发生用药错误按规定上报，记录完整。
	106.2.5	药学部定期对用药监测结果进行总结分析，对存在问题进行反馈和报告。
	106.2.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	106.2.7	有数据或案例体现改进效果。
106.3 建立突发事件药事管理应急	106.3.1	有突发事件药事管理应急预案，组织结构和人员职责具体明确，对突发事件善后工作及应急能力有明确规定。
	106.3.2	有突发事件医疗救治药品目录，应急药品具有可及性和质量保证。有针对重大突发事件，大规模调集应急药品的保障方案。

预案, 药学人员熟知并执行。	106.3.3	有突发事件药事管理应急预案培训及演练, 相关人员熟练掌握。
	106.3.4	药学部有定期自查、总结分析与整改。
	106.3.5	主管部门对应急药品和药学应急演练有检查与监管, 对已发生突发事件中的药事管理工作有分析与反馈。
	106.3.6	有数据或案例体现改进效果。
八、检查检验质量保障与持续改进(检验、病理、影像)		
(一百零七) 临床检验部门、病理部门、医学影像部门设置布局、设备设施分别符合相应规范标准, 服务满足临床需要。临床检验和医学影像提供24小时急诊诊断服务。		
107.1 临床检验部门设置布局、设备设施分别符合相应规范标准, 临床检验项目满足临床需要, 提供24小时急诊检验服务。	107.1.1	全院临床实验室集中设置, 统一管理, 资源共享, 布局、设备设施分别符合相关规定。
	107.1.2	开展的检验项目满足临床基本需要; 根据临床各学科诊治病种需求, 及时增加新项目。具备新冠病毒、流感病毒、登革病毒、肠道病毒、轮状病毒等常见病原体的实验室检测能力。
	107.1.3	能提供24小时急诊检验服务, 具体检验项目有明确规定, 急诊临检项目报告时间≤30分钟、急诊生化和免疫项目报告时间≤2小时, 并执行。
	107.1.4	对委托其他机构开展的检验项目, 应签署委托服务协议, 并有质量保证条款。
	107.1.5	科室有自查, 对存在问题有分析、整改。
	107.1.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈, 并检查科室整改落实情况。
	107.1.7	至少每半年一次向临床征求对项目设置合理化的意见, 确保检验项目满足临床需要。
107.2 检验项目、设备、试剂与校准品管理符合现行法律法规及卫生行政部门标准的要求。	107.2.1	检验项目符合准入范围, 检验仪器、试剂及校准品符合国家标准和准入范围的相关资料, 并有批准文号, 有相关管理制度。
	107.2.2	对各项技术参数, 包括准确度、精密度、灵敏度、线性范围、干扰及参考范围有规定。
	107.2.3	检验设备、试剂医院统一采购, 渠道合法; 试剂与校准品有专人管理, 有岗位职责及使用登记。
	107.2.4	对相关法律法规、规章制度、岗位职责有培训并落实。
	107.2.5	科室对项目 and 仪器、试剂与校准品管理有自查, 对存在问题有分析、整改。
	107.2.6	主管部门对检验项目、设备、试剂及校准品管理使用情况有监管, 定期分析、反馈, 并检查科室整改落实情况。
	107.2.7	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
107.3 病理部门设置布局、设备	107.3.1	病理部门设置满足医院功能任务需要, 临床病理统一管理。
	107.3.2	病理部门布局合理, 符合生物安全的要求。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。

设施分别符合相应规范标准。	107.3.3	专业技术设备、设施符合管理要求，有定期维护、校准记录。
	107.3.4	所用试剂及耗材管理规范，符合国家有关规定。
	107.3.5	科室有定期自查、总结分析与整改。
	107.3.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	107.3.7	医院有数据或案例体现改进效果。
107.4 规范病理学诊断项目对外委托服务管理，保障病理质量，满足临床需要。	107.4.1	根据医院的资源情况，病理学诊断服务项目可与有资质的医疗机构或经省市卫生行政部门审批通过医学检测机构签订对外委托服务协议，并有明确的服务形式与质量保障条款。
	107.4.2	对外委托服务协议中，有对危急值报告以及各类报告的时限与诊断质量等有明确的管理要求。
	107.4.3	被委托的检测机构需通过信息化平台、远程会诊等形式，定期与医院病理医师、临床医师开展联合病例讨论，不断提升技术水平，保证病理诊断质量。
	107.4.4	医院有指定部门和专人负责标本收集、报告接收与发放、质量监管与评价等跟踪服务，发现问题及时向被委托的检测机构反馈。
	107.4.5	被委托检测机构有定期开展检测项目质量的自查、总结分析，对存在问题有整改。
	107.4.6	主管部门对对外委托服务项目工作有监管，有检查整改落实情况。
	107.4.7	有数据体现对外委托服务项目质量持续提高。
107.5 医学影像部门设置布局、设备设施分别符合相应规范标准，服务满足临床需要，提供24小时急诊诊断服务。	107.5.1	医学影像服务与医疗机构执业诊疗科目许可登记项目相符合，执业文件齐全并在有效期内。
	107.5.2	X线摄影、超声检查、CT提供24小时×7天的急诊（包括床边急诊）检查服务。
	107.5.3	有明确的服务项目、报告时限的规定并公示，相关人员知晓并遵循执行。
	107.5.4	科室有定期自查、总结分析与整改。
	107.5.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	107.5.6	医院有数据或案例体现改进效果。
（一百零八）从事临床检验、病理和医学影像诊断工作和技术工作的人员资质应该按照有关规定取得相应专业技术职务任职资格。		
108.1 有明确的临床检验专业技术人员资质要求。	108.1.1	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。科室负责人具备检验专业副高及以上技术职称。
	108.1.2	有相应人员管理制度并落实，包括：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。
	108.1.3	分子生物学、特殊岗位（如HIV初筛实验室等）检验人员经培训考核后持卫生行政管理部门核发的上岗证方可独立工作。

	108.1.4	科室对临床检验专业技术人员资质管理有自查，对存在问题有分析、整改。
	108.1.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	108.1.6	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。
108.2 从事病理诊断和技术工作人员资质符合专业技术职务任职资格。	108.2.1	病理部门人员配置合理，满足工作需要。科主任具有副高级病理学专业技术职务任职资格。
	108.2.2	病理部门（对外委托检测机构）出具病理诊断报告的医师具有临床执业医师资格并具备初级以上病理学专业技术职务任职资格，经过病理诊断专业知识培训或专科进修学习1-3年。
	108.2.3	病理部门（对外委托检测机构）出具快速病理诊断报告的医师具有中级以上病理学专业技术职务任职资格，并有6年以上病理阅片诊断经历。
	108.2.4	病理部门（对外委托检测机构）由具备病理专业资质的技术人员制作各种病理切片和各种分子检测。
	108.2.5	主管部门定期督导检查病理部门（对外委托检测机构），发现问题及时反馈，并检查病理部门（对外委托检测机构）整改落实情况。
	108.2.6	医院有数据或案例体现改进效果。
108.3 从事医学影像诊断和技术工作人员资质符合相应专业技术职务任职资格。	108.3.1	医师、技术人员和护士配备符合相关规范，满足工作需要。
	108.3.2	各级各类人员具有相应资质及执业资格。科主任具备副主任医师及以上专业技术任职资格。
	108.3.3	根据医院功能任务与设备的种类设若干专业组，各专业组设置合理，人员梯队结构合理，符合学科发展和临床服务需求。
	108.3.4	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	108.3.5	医院有数据或案例体现改进效果。
（一百零九）有临床检验、病理实验室和医学影像诊疗场所管理制度、安全程序、标准操作流程和技术操作规范，遵照实施并准确记录。		
109.1 建立临床检验管理制度、安全程序、标准操作流程和技术操作规范，遵照实施并准确记录。	109.1.1	建立临床检验科各个场所、不同岗位的管理制度、安全程序、标准操作流程和技术操作规范，科主任为科室质量与安全第一责任人，各实验室设置安全员，定期培训全体人员，知晓各项制度、规范并落实。
	109.1.2	实验室生物安全分区合理、标识明确，合理安排工作流程以避免交叉污染。分子生物学实验室需安装相关门禁识别装置。
	109.1.3	微生物实验室有专人负责菌（毒）种管理。有微生物菌种、毒株检测样品收集、取用的过程记录。有相应的应急预案。
	109.1.4	实验室配置充足的安全防护设施，包括洗眼器、冲淋装置及其他急救设施等，并处于正常工作状态；实验室出口处设有手部消毒设施；对生物安全、易燃易爆危险化学品等有警示标识。
	109.1.5	有检验标本采集运输指南、标本交接规范与流程；标本处理和保存由专人负责，有标本接收、拒收和废弃的记录，对标本进行全程跟踪。
	109.1.6	科室有自查，对存在问题有分析、整改。

	109.1.7	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	109.1.8	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
109.2 有病理实验室诊疗场所管理制度、安全程序、标准操作流程和技术操作规范，遵照实施并准确记录。	109.2.1	病理部门（对外委托检测机构）有病理实验室相关管理制度、安全程序、标准操作流程、诊断和技术操作规范及质量管理标准；有仪器、试剂的质控管理制度和完整的记录。
	109.2.2	病理部门（对外委托检测机构）有病理标本采集、固定、送达及交接相关制度与程序，有保证特殊染色、免疫组织化学染色操作规范与准确的制度与程序。
	109.2.3	病理部门有完善的易燃品、剧毒化学品的登记和管理规范。
	109.2.4	有上述制度、规范、程序与流程的培训，相关人员知晓基本要求并落实。
	109.2.5	病理部门有定期自查、总结分析与整改。
	109.2.6	主管部门定期督导检查病理部门（对外委托检测机构），发现问题及时反馈，并检查病理部门（对外委托检测机构）整改落实情况。
	109.2.7	医院有数据或案例体现改进效果。
109.3 医学影像部门建立健全各项规章制度和技术操作规范，场所配备紧急抢救用的药品器械，相关人员具备紧急抢救能力。	109.3.1	有影像质量控制相关的规章制度、岗位职责、技术规范、操作常规。
	109.3.2	有放射安全管理相关制度及医学影像设备、场所定期检测制度。
	109.3.3	工作场所配备紧急抢救药品器材，相关人员经过急救培训，具备紧急抢救能力。
	109.3.4	科室有定期自查、总结分析与整改。
	109.3.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	109.3.6	医院有数据或案例体现改进效果。
	109.3.7	医学影像部门有发热患者专用机房管理机制，包括检查区域划分、发热患者专用检查路径、发热专用设备操作及消毒规范等。
（一百零九）临床检验、病理和医学影像报告及时、准确、规范，并严格执行审核制度。建立临床沟通机制，提供便捷、及时的检查检验信息服务。		
110.1 检验报告管理制度落实，格式规范、统一检验，并严格执行检验报告双签字制度，保证	110.1.1	有检验报告管理制度、标准与流程，实行检验报告双签名制度和复检制度，检验科全体人员熟知并落实。
	110.1.2	有检验报告书写规范，格式统一、符合要求，包含中文或中英文对照的检测项目名称、患者信息、标本类型、样本采集时间、结果报告时间等；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。
	110.1.3	有检验报告审核者资质、技术水平和业务能力标准并落实；审核检验报告时，识别并保留分析前不合格标本和复检标本的相关记录，重点识别标本分析前阶段由于标本不规范所带来的结果错误。
	110.1.4	科室有自查，对存在问题有分析、整改。

每一项检验结果的准确性。	110.1.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	110.1.6	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
110.2 检验结果报告时间满足临床诊疗需求，与临床建立有效的沟通方式。实验室信息管理完善。	110.2.1	有常规检测项目报告时限（TAT）要求，临检常规项目≤30分钟出报告；生化、免疫常规项目≤1个工作日出报告；微生物常规项目≤4个工作日。
	110.2.2	有“特殊检验项目”清单，报告时限原则上不超过1周；提供预约检测。
	110.2.3	实验室与临床科室有多种形式和途径的沟通，满足临床科室对检验项目的咨询，并对新开展项目有宣传途径，解答临床对结果的疑问。
	110.2.4	建立实验室信息管理系统，与医院信息系统联网；实验室信息管理系统贯穿于检验全程管理；提供自助取化验报告单系统。实验室数据至少保留2年以上在线查询资料。
	110.2.5	科室有自查，对存在问题有分析、整改。
	110.2.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	110.2.7	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
110.3 病理报告及时、准确、规范，并严格执行审核制度。	110.3.1	病理部门（对外委托检测机构）有规范病理诊断的管理制度、诊断报告审核流程及时限要求；有保证术中快速病理（含快速石蜡）诊断规范与准确的制度。
	110.3.2	病理部门（对外委托检测机构）有疑难病例讨论、上级医师会诊及院际会诊管理制度。有明确的疑难病例讨论范围。
	110.3.3	病理部门（对外委托检测机构）有病理诊断报告补充或更改或迟发的管理制度与程序。
	110.3.4	有上述制度与程序的培训，相关人员知晓基本要求并落实。
	110.3.5	科室有定期自查、总结分析与整改。
	110.3.6	主管部门定期督导检查病理部门（对外委托检测机构），发现问题及时反馈，并检查病理部门（对外委托检测机构）整改落实情况。
	110.3.7	医院有数据或案例体现改进效果。
110.4 有病理医师与临床医师沟通的相关制度，提供便捷、及时的检查检验信息服务。	110.4.1	病理部门（对外委托检测机构）有病理医师与临床医师沟通的相关制度。有重点病例随访与反馈相关制度。
	110.4.2	病理部门（对外委托检测机构）每季度至少召开一次临床病理联合病例讨论会。
	110.4.3	病理部门（对外委托检测机构）与临床科室有多种形式和途径的沟通，满足临床科室对病理项目的咨询，对新开展项目有宣传途径，解答临床对结果的疑问。
	110.4.4	病理部门有定期自查、总结分析与整改。
	110.4.5	主管部门定期督导检查病理部门（对外委托检测机构），发现问题及时反馈，并检查病理部门（对外委托检测机构）整改落实情况。

	110.4.6	医院有数据或案例体现改进效果。
110.5 医学影像 诊断报告 及时、规 范，严格 执行审核 制度。	110.5.1	有诊断报告书写规范、审核制度与流程，对报告医师资质、时限有明确的管理要求。
	110.5.2	有影像疑难病例讨论、随访与反馈制度。有明确的疑难病例讨论范围。
	110.5.3	有建立与临床病例讨论机制；定期召开由科主任或副主任医师以上人员主持的疑难病例讨论与读片会。
	110.5.4	有上述制度与流程的培训，相关人员知晓基本要求并落实。
	110.5.5	科室有定期自查、总结分析与整改。
	110.5.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	110.5.7	医院有数据或案例体现改进效果。
（一百一十一）落实全面质量管理与改进制度，开展室内质量控制和室间质量评价。相关检查 检验设备（含床旁检查检验设备）按照要求定期检测。		
111.1 常规开展 室内质 控，室间 质评或能 力验证计 划，保证 检测系统 的完整性 和有效性。	111.1.1	实验室全部检测项目及不同标本类型均有室内质控管理制度；每检测批次至少保证有1次室内质控结果，并有负责人签字。
	111.1.2	按要求参加省级或国家级室间质量评价，室间质评或能力验证应覆盖实验室内检测项目及不同标本类型；有无法参加评价计划项目的目录或清单，并有替代评估方案。
	111.1.3	有专人负责仪器设备保养、维护与管理。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。
	111.1.4	科室有自查，对存在问题有分析、整改。
	111.1.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	111.1.6	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
111.2 所有 POCT （现场快 速检测） 项目统一 管理，均 应开展室 内质控， 并参加室 间质评。	111.2.1	建立POCT项目统一管理制度，有指定部门负责POCT管理，有院内POCT项目清单。
	111.2.2	有床旁检测授权、再授权制度并落实。
	111.2.3	检验科按规定对POCT项目进行质控监管。
	111.2.4	所有POCT设备按要求进行室内质控，通过参加室间质评或进行仪器间比对或进行方法学比对方式确保检验结果的可接受性，结果有工作记录。
	111.2.5	科室有自查，对存在问题有分析、整改。
	111.2.6	主管部门有监管，定期分析、反馈，并检查整改落实情况。
	111.2.7	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。

111.3 病理部门 (对外委托检测机构)参加行业内组织的各种实验室质控活动。	111.3.1	病理部门(对外委托检测机构)有病理实验室室内质量控制和室内质量评价的管理制度。
	111.3.2	病理部门(对外委托检测机构)有参加行业内组织的各种实验室质控活动,有参加质控活动项目的目录/清单。
	111.3.3	病理部门(对外委托检测机构)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。
	111.3.4	有上述制度与流程的培训,相关人员知晓基本要求并落实。
	111.3.5	病理部门有定期自查、总结分析与整改。
	111.3.6	主管部门定期督导检查病理部门(对外委托检测机构),发现问题及时反馈,并检查病理部门(对外委托检测机构)整改落实情况。
	111.3.7	医院有数据或案例体现改进效果。
111.4 医学影像采用多种形式,开展图像质量评价活动。	111.4.1	采取多种形式,开展图像质量评价活动。
	111.4.2	有图像质量评价小组,定期对图像质量进行评价。
	111.4.3	将图像质量评价结果纳入相关技术人员能力评价与授权。
	111.4.4	科室检查检验设备(含床旁检查检验设备)按照要求定期检测。
	111.4.5	科室有定期自查、总结分析与整改。
	111.4.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈,并检查科室整改落实情况。
	111.4.7	医院有数据或案例体现改进效果。
(一百一十二) 按照有关规定建立临床检验、病理和医学影像环境保护及人员职业安全防护制度,遵照实施并准确记录。		
112.1 按照有关规定建立临床检验人员职业安全防护制度,遵照实施并准确记录。	112.1.1	按照行业规范制定人员职业安全防护管理制度与流程,相关人员知晓并执行,有记录。
	112.1.2	提供符合国家标准的消毒与防护用品,配备完整、数量充足,便于工作人员获取和使用。
	112.1.3	对相关人员进行培训,包括标准预防、不同传播途径所采取的防护措施、防护用品的正确使用、职业暴露后应急处理等。
	112.1.4	科室对人员职业安全防护执行情况有自查,对存在问题有分析、整改。
	112.1.5	主管部门对科室职业安全防护的执行情况有监管,定期分析、反馈,并检查整改落实情况。
	112.1.6	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
112.2 病理部门	112.2.1	有完善的危险化学品(易燃品和剧毒化学品等)管理制度,有定期对取材室、切片室等进行甲醛、二甲苯浓度的检测制度。

有环境安全管理程序与措施。环境保护及人员职业安全防护符合规定。	112.2.2	有废弃有害液体回收处理制度与程序；接触有害品的工作人员定期体检。
	112.2.3	有职业安全防护制度及职业暴露处置流程。有单独的洗手池和溅眼喷淋设备。
	112.2.4	有上述制度与流程的培训，相关人员知晓基本要求并落实。
	112.2.5	病理部门有定期自查、总结分析与整改。
	112.2.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	112.2.7	医院有数据或案例体现改进效果。
	112.3 有医学影像设备定期检测、放射安全管理等相关制度，有受检者和工作人员防护措施，制定放射安全事件应急预案并组织演练。	112.3.1
112.3.2		有放射防护器材、个人防护用品管理制度。放射人员有放射防护档案与健康档案。
112.3.3		有放射安全事件应急预案，有辐射损伤具体处置流程和规范，并组织相关人员培训、演练。
112.3.4		有上述制度与流程的培训，相关人员知晓基本要求并落实。
112.3.5		科室有定期自查、总结分析与整改。
112.3.6		主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
112.3.7		医院有数据或案例体现改进效果。
（一百一十三）建立健全本机构内的检查检验结果互认工作管理制度，加强人员培训，规范工作流程，为医务人员开展互认工作提供必要的设备设施及保障措施。		
113.1 按照国家法律法规和行业规范，建立机构内检查检验结果互认管理制度、工作流程并落实，为开展检查检验结果互认提供必要设备设施及保障措施。	113.1.1	按照国家法律法规和行业规范，建立本机构内检查检验结果互认管理制度与工作流程，明确检查检验结果互认范围和规范。
	113.1.2	医院信息系统能提供院内检查检验结果互认支持，保证医护人员在门诊和住院系统均可查询患者检查检验结果并做到互连互通。
	113.1.3	医院和科室定期对全体医务人员开展检查检验结果互认相关制度规范培训，病人检查检验结果互认情况应在病历中注明。
	113.1.4	临床科室定期对本部门检查检验结果互认实施情况有自查，对存在问题有分析、整改。
	113.1.5	主管部门定期对临床科室开展检查、抽查病历，对未按规范开展检查检验结果互认的科室、个人应及时反馈，督促整改。
	113.1.6	有数据或案例体现院内检查检验结果互认改进效果。
九、输血管理与持续改进		

(一百一十四) 落实《中华人民共和国献血法》《医疗机构临床用血管理办法》和《临床输血技术规范》等有关规定，医院应当具备为临床提供24小时输血服务的能力，满足临床工作需要。		
114.1 输血科或血库设置与医院功能和临床科室诊疗需求相适应，职责明确并执行到位；为临床提供24小时输血服务的能力，满足临床工作需要。	114.1.1	根据医院功能和临床科室诊疗需求设置输血科或血库，房屋设施和仪器设备符合国家相关要求，布局符合卫生学要求，污染区与非污染区分开，设置血液入库前的血液处置室、血液标本处理室、储血室、发血室、输血相容性检测实验室、值班室和资料保存室。
	114.1.2	输血科或血库人员配置合适，满足临床用血需要；负责人具有输血技术工作五年以上；不具备条件设置输血科或血库的，应安排专（兼）职人员负责临床用血工作。有输血科或血库工作制度、岗位职责、相关技术规范与操作规程，并对工作人员进行培训。
	114.1.3	与血站建立血液库存量管理要求与临床用血储备计划，有血液库存预警机制，及时掌握预警信息，协调临床用血，能24小时为临床提供供血服务。
	114.1.4	有应急用血的后勤（通信、人员、交通）保障能力，并建立特殊用血（如稀有血型）应急协调机制，确保急救抢救用血。
	114.1.5	输血科有自查，主动征求临床科室对输血管理工作的意见和建议，对存在问题有分析、整改。
	114.1.6	主管部门有监管，定期分析、反馈，并检查整改落实情况。
	114.1.7	无使用非法渠道采供血和自供血液行为。
114.2 依据《中华人民共和国献血法》《医疗机构临床用血管理办法》和《临床输血技术规范》制定医院临床用血、输血全过程管理制度，保障临床用血安全。	114.2.1	依据相关法律法规，制定并实施临床输血管理相关制度和实施细则（内容覆盖本机构临床输血管理的全过程）、临床用血管理制度（内容包括用血申请分级管理、临床科室和医师临床用血评价及公示等）与医院临床用血计划等。
	114.2.2	每年至少一次对全院医务人员进行临床输血相关法律、法规、规章制度、输血知识等培训，并有考核；用血科室有针对本专业特点进行相关输血知识培训。
	114.2.3	在院内开展临床用血评价及公示，有临床医师合理用血评价结果用于个人业绩考核与用血权限认定的管理规定。
	114.2.4	输血科有自查，对存在问题有分析、整改。
	114.2.5	主管部门有监管，定期分析、反馈，并检查整改落实情况。
	114.2.6	有数据体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
(一百一十五) 加强临床用血过程管理，严格掌握输血适应证和输血技术操作规范，促进临床安全、有效、科学用血。		
115.1 执行输血前相关检测规定，输血前向患者及其近亲属告知输血的目的和风	115.1.1	为准备输血的患者进行血型及感染筛查（肝功能、乙肝五项、H C V、H I V、梅毒抗体）的相关检测能力，并开展相关检测。
	115.1.2	有输血前医患双方共同签署的输血治疗知情同意书，同意书保存在病历中。
	115.1.3	用血申请单格式规范，书写符合要求，信息记录完整。
	115.1.4	科室有自查，对存在问题有整改。

险, 并签署“输血治疗知情同意书”。	115.1.5	主管部门有监管, 定期分析、反馈, 并检查整改落实情况。
	115.1.6	有数据体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
115.2 严格掌握输血适应症, 落实临床用血申请、审核制度; 促进临床合理用血。	115.2.1	有临床用血前评估和用血后效果评价管理制度, 内容应包括根据患者病情和实验室检测结果, 进行输血指征综合评估的指标;
	115.2.2	按照输血规范, 严格掌握输血适应症申请用血, 用血申请单应明确书写用血原因。
	115.2.3	无特殊原因, 输血患者应施行成分输血。
	115.2.4	医务人员熟知相关制度并严格执行。
	115.2.5	输血科参与疑难输血病例的诊断、会诊与治疗, 指导临床合理用血。
	115.2.6	科室对合理用血情况有自查、总结、分析、整改;
	115.2.7	主管部门对科室、个人合理用血有监管、评价并公示。
	115.2.8	有数据体现改进效果。
115.3 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。输血治疗病程记录完整详细。	115.3.1	各科室有临床输血技术规范并全员培训; 医院有制定输血全过程质量监控的管理制度、评价指标。
	115.3.2	从发血到输血各个交接环节符合规范并有完整记录, 时间应精确到分钟。
	115.3.3	所使用的输血器和辅助设备符合国家标准、操作规范与流程; 血液发出后, 受血者和供血者标本于2℃~6℃保存至少7天。
	115.3.4	按照《临床用血管理办法》和《病历书写规范》书写输血全过程治疗记录和输注后效果评价, 手术输血患者的手术记录、麻醉记录、护理记录和术后记录中输血量与发血量要一致。
	115.3.5	输血科与临床用血科室有自查, 对存在问题有整改。
	115.3.6	主管部门对输血全过程制度的落实情况有监管, 定期分析、反馈, 并检查科室整改落实情况。
	115.3.7	有数据体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
(一百一十六) 建立与麻醉科和手术科室有效沟通, 积极开展自体输血, 严格掌握术中输血适应症, 合理、安全输血。		
116.1 与麻醉科和手术科室保持有效沟通, 严格掌握术中输血适应症; 积极开展	116.1.1	有手术中用血的相关制度与流程, 参与手术人员知晓并严格掌握手术用血指征。
	116.1.2	有输血科与麻醉科沟通的流程并落实, 保障术中输血及时、合理、安全。
	116.1.3	建立自体输血管理制度和技术规范, 有开展血液保护相关技术的人员和设备条件, 并能开展自体输血工作。
	116.1.4	科室对自体输血和异体输血管理情况有自查, 并有与上年度用血量比较的数据信息, 对存在问题有改进措施。

自体输血。	116.1.5	主管部门有监管，定期分析、反馈，并检查整改落实情况。
	116.1.6	有数据体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
（一百一十七）开展血液质量管理监控，制订、实施控制输血严重危害（输血传染疾病、严重不良反应）的方案。落实输血相容性检测管理制度和实验质量管理要求，确保输血安全。		
117.1 有血液贮存质量监测与信息反馈的制度。	117.1.1	有血液贮存质量监测与信息反馈的管理制度，并执行。
	117.1.2	血液储存符合国家要求，有专人对血液贮存情况（存放方式、冰箱温度、标识、消毒、细菌监测等）定期监测并记录。
	117.1.3	一次性输血耗材进行无害化处理，有记录。
	117.1.4	科室对血液贮存质量监测与信息反馈的制度落实情况有自查，对存在问题有分析、整改。
	117.1.5	主管部门对血液贮存质量监测与信息反馈的制度落实情况有监管，定期分析、反馈，并检查整改落实情况。
	117.1.6	有数据体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
117.2 建立输血管理信息系统，做好血液入库、贮存和发放管理。	117.2.1	有输血管理信息系统，有制度对血液预订、接收、入库、储存、出库及库存预警等进行管理，保证血液储存、运送符合国家有关标准和要求。
	117.2.2	输血科工作人员严格按照要求接收血站发送的血液，核对血袋标签、血液入库，并做好登记；禁止将血袋标签不合格的血液入库。
	117.2.3	由医务人员负责血液的领取工作，血液发放时进行发、领双方同时核对，核对内容符合国家要求，核对记录可查询、追溯。
	117.2.4	输血科有自查，对存在问题有分析、整改。
	117.2.5	主管部门有监管，定期分析、反馈，并检查整改落实情况。
	117.2.6	信息系统完善，无发生血液质量问题。
117.3 落实临床用血不良事件报告制度，有控制输血严重危害，包括输血传染疾病、严重不良反应的方案与实施情况记录；有输血相关应急预案，并得到落实。	117.3.1	根据国家有关法律法规和规范建立临床用血不良事件监测报告制度。
	117.3.2	有控制包括输血传染疾病、严重不良反应等输血严重危害发生的预案，及一旦发生的处理方案；有其它输血相关应急事件的处理预案。
	117.3.3	相关人员知晓临床用血不良事件报告制度及各类应急预案处置流程，并能执行。
	117.3.4	根据输血严重危害事件，开展定期演练并有记录。
	117.3.5	科室有自查，对存在问题有分析、整改。
	117.3.6	主管部门有监管，定期分析、反馈，提出整改意见并检查整改落实情况。
	117.3.7	有数据体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。无输血严重危害事件发生。

117.4 落实输血相容性检测管理制度。	117.4.1	有输血相容性检测实验室管理制度，输血前检验项目包括：血型ABO反定型、RH(D)、交叉配血、输血感染性疾病免疫标志物及不规则抗体等。
	117.4.2	需要输血的患者、手术患者、待产孕妇和有创诊疗操作患者应进行输血相容性检测检查。
	117.4.3	交叉配血必须采用能检查不完全抗体的实验方法。
	117.4.4	用于输血相容性检测的试剂应符合相应标准。
	117.4.5	科室有自查，对存在问题有分析、整改。
	117.4.6	主管部门有监管，定期分析、反馈，并检查整改落实情况。
	117.4.7	有数据体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
117.5 开展实验室室内质控，室间质评，确保输血安全。	117.5.1	有室内质控管理规定，包括：质控品的技术规则定义，质控品常规使用前的确认，实施质控的频次，质控品检测数据分析方法，质控规则的选定等。
	117.5.2	有试验有效性判断和失控的判定标准。
	117.5.3	对失控的结果有调查分析、处理，并记录。
	117.5.4	参加省级或国家级室间质评时，应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，且成绩合格。
	117.5.5	科室有自查，对存在问题有分析、整改。
	117.5.6	主管部门有监管，定期分析、反馈，并检查整改落实情况。
	117.5.7	有数据体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
十、医院感染管理与持续改进		
(一百一十八) 按照《医院感染管理办法》《医疗机构感染预防与控制基本制度（试行）》，建立医院感染管理组织，建立院感多部门协调机制。完善医院感染管理与控制制度，有医院感染事件应急预案并组织实施，开展医院感染预防控制知识与技能的全员培训和教育。		
118.1 依据《医院感染管理办法》《医疗机构感染预防与控制基本制度（试行）》建立医院感染管理组织，建立	118.1.1	建立“医院感染管理委员会-医院感染管理部门-临床科室”三级医院感染监控体系，有制度及职责。医院感染管理委员会各组成成员符合《医院感染管理办法》要求，并履行在院感管理中的各部门职责。
	118.1.2	医院感染管理纳入医院总体工作规划和质量与安全管理目标。并依据上级部门与医院感染管理的有关要求，制定工作实施计划并落实。
	118.1.3	有医院感染管理部门的负责人，负责人应专职从事院感工作五年以上；临床科室有兼职的医院感染管理质量控制人员。有相关人员岗位职责，并履行。
	118.1.4	建立医院感染管理部门、临床科室、微生物实验室或检验部门、药学、护理等多部门协调机制，有具体落实方案并执行。
	118.1.5	对院科两级医院感染管理组织工作及制度落实情况有监督检查，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、整改。

院感多部门协调机制，负责医院感染管理工作。	118.1.6	对卫生行政部门检查中发现的问题，及时整改，并调整完善工作计划和内容。
	118.1.7	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
118.2 制订相应的规章制度，将医院感染的预防与控制贯彻于所有医疗服务中。	118.2.1	有根据相关法律法规不断修订和完善医院感染的预防与控制制度。
	118.2.2	有针对医院所有医疗活动和 workflows 而制定的具体措施，并落实。
	118.2.3	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。
	118.2.4	全体员工知晓本部门、本岗位有关医院感染管理相关制度及要求，并执行。
	118.2.5	科室对医院感染管理工作的落实情况有自查，对存在问题有分析、整改。
	118.2.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	118.2.7	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
118.3 医院有感染管理培训计划、培训大纲和培训教材，实施全员培训。	118.3.1	有针对各级各类人员制定的医院感染管理培训计划、培训大纲和培训内容。
	118.3.2	按计划开展相关培训并有考核。
	118.3.3	相关人员掌握相关知识与技能。
	118.3.4	科室对人员培训的落实情况有自查，对存在问题有分析、整改。
	118.3.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	118.3.6	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
118.4 医院有感染事件报告流程与处置预案。	118.4.1	有医院感染事件报告流程与处置预案。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。
	118.4.2	有医院感染事件的报告和处置预案控制的有效措施，按要求上报。
	118.4.3	相关人员知晓医院感染事件报告流程和处置预案。
	118.4.4	根据医院感染事件制定各类演练方案，并进行演练。
	118.4.5	建立健全本单位突发公共卫生事件报告和风险管理机制，做好传染病和突发公共卫生事件的发现、登记、报告。
	118.4.6	科室有自查，有医院感染事件处置演练效果评价报告，对存在问题有分析、整改，相关资料可查询。
	118.4.7	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。

	118.4.8	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
（一百一十九）按照《医院感染监测规范》，加强重点部门、重点环节、重点人群与高危因素监测，控制并降低医院感染风险。		
119.1 实施重点部门、重点环节、重点人群与高危因素的监测，有具体预防控制措施并实施。	119.1.1	根据相关规范要求并结合医院实际，确定本医疗机构的重点部门、重点环节、重点人群与高危因素，制定监测计划和管理措施，并落实。
	119.1.2	有对感染较高风险的科室（如重症医学科、手术室、导管室、内镜室、消毒供应中心等）感染控制情况进行风险评估，并制定针对性的控制措施，严格执行。
	119.1.3	有下呼吸道、手术部位、导尿管相关尿路、血管导管相关血流等主要部位感染的预防控制的相关制度与措施，并落实。
	119.1.4	科室有自查，对存在问题有分析、整改。
	119.1.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	119.1.6	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
	119.1.7	医院信息系统能够对重点环节、重点人群与高危因素监测及分析。
119.2 内镜诊疗工作符合医院感染管理相关法律法规和《软式内镜清洗消毒技术规范》的要求。	119.2.1	根据《医院感染管理办法》《软式内镜清洗消毒技术规范》等规章要求制订相关制度、流程，并执行。
	119.2.2	消毒隔离工作符合规范要求；医务人员能够获得并正确使用符合国家标准消毒与防护用品。
	119.2.3	内镜的清洁、消毒及灭菌符合要求，提供安全的诊疗操作。
	119.2.4	科室有自查，对存在问题有分析、整改。
	119.2.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	119.2.6	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
119.3 有血管内导管相关感染的制度、规范、联合监测及评价机制，并落实相关预防与控制措施，降低血管内导管相关血流感染发生率。	119.3.1	成立由医务、护理、院感、临床科室等相关部门组成血管内导管相关血流感染防控专项工作小组，并指定牵头部门。
	119.3.2	有预防血管内导管相关感染的规章制度，制定并落实预防与控制血管内导管相关感染的工作规范和操作规程，明确相关责任部门和人员职责，并定期开展培训。
	119.3.3	有医务人员评估患者发生血管内导管相关感染风险因素的机制，按规范实施预防和控制血管内导管相关感染措施。
	119.3.4	有监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法和数据内部验证程序，按科室进行数据分析、反馈，考评结果纳入绩效管理，建立激励和约束机制。
	119.3.5	科室有定期自查、总结分析与整改。
	119.3.6	医院运用质量管理工具，查找、分析影响医院降低血管内导管相关血流感染发生率的因素，根据分析结果明确关键原因，制定改进措施并组织实施。
	119.3.7	有数据或案例体现改进效果。

（一百二十）医院感染管理组织要监测医院感染危险因素、医院感染率及其变化趋势，定期开展风险评估并持续改进诊疗流程；定期通报医院感染监测结果并加强横向比较。		
120.1 医院感染专职人员和监测设施配备符合要求，有医院感染监测指标体系，按照《医院感染监测规范》开展监测工作，并加强横向比较、定期开展风险评估、持续改进诊疗流程。	120.1.1	医院感染管理专职人员和监测设施配备符合要求。
	120.1.2	医院按照相关规范要求建立医院感染监测制度、指标体系和流程，制定医院监测计划，组织开展目标性监测、全院综合性监测等监测工作，并定期通报医院感染监测结果。监控应覆盖高风险科室和环节，监测的目录/清单范围符合要求。
	120.1.3	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。
	120.1.4	有本院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。
	120.1.5	有医院感染监测记录与分析报告，并了解其他同类医院感染监测信息，进行横向比较分析，提出改进建议。
	120.1.6	定期开展感控风险评估并反馈，对医院感染风险、医院感染率及变化趋势提出预警和改进诊疗流程等建议，并检查科室整改落实情况。
	120.1.7	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
（一百二十一）消毒、灭菌和隔离工作符合相关标准和规范要求，工作人员能获得并正确使用符合国家标准的消毒与防护用品；重点部门、重点部位的管理符合要求。		
121.1 根据国家相关法律法规，结合医院实际情况，制定全院和各部门的消毒、灭菌工作制度及标准规范。	121.1.1	有全院和重点部门（如重症医学科、新生儿病房、产房、手术室、导管室、内镜室、感染性疾病科、口腔科、消毒供应中心等）的消毒工作制度，并执行。
	121.1.2	有满足消毒要求的消毒设备、设施与消毒剂，符合国家的有关要求，质量和来源可追溯。能根据医疗物品危险性选择正确的消毒、灭菌方法，确保消毒灭菌效果。
	121.1.3	定期针对消毒开展常规监测，包括消毒液的浓度监测、紫外线灯的强度监测以及必要的消毒后生物监测等，并有记录。
	121.1.4	有对医务人员进行相关知识、消毒技术的教育与培训，有培训考核记录。相关人员知晓上述内容并落实。
	121.1.5	科室对消毒工作制度与流程的落实情况有自查，对存在问题有分析、整改。
	121.1.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	121.1.7	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
121.2 制定符合要求的隔离管理制度，有不同传播途径疾病的隔离与防控措施；医务人员	121.2.1	有针对感染性疾病、免疫低下等患者的隔离制度及操作流程。
	121.2.2	针对诊疗过程中出现或者可能出现的感染传播风险，采取有效屏障和隔离措施，为隔离患者和相关医务人员提供符合国家标准的个人防护用品。隔离设施及物品配备能满足临床需要。
	121.2.3	医务人员掌握隔离的原则、标准、技术，并能正确使用防护用品。
	121.2.4	科室对隔离制度与操作流程的落实情况有自查，对存在问题有分析、整改。

正确使用消毒和防护用品。	121.2.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	121.2.6	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
（一百二十二）按照《医务人员手卫生规范》，建立医院手卫生管理制度。正确、充分配置有效、便捷的手卫生设备和设施，加强手卫生落实情况监管。		
122.1 按照手卫生规范，制定手卫生相关管理制度，医务人员在临床诊疗活动中应严格遵循。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。	122.1.1	根据手卫生规范要求制定手卫生管理相关制度。
	122.1.2	根据手卫生规范要求，感染高风险部门和治疗室、换药室、注射室应配置有效、齐全、便捷的手卫生设施。有手卫生相关要求（洗手方法、外科洗手操作规程等）的宣教图示。
	122.1.3	各相关部门为医务人员提供手卫生培训。医务人员能落实手卫生规范。
	122.1.4	科室对手卫生设施设备配置及手卫生规范执行情况有自查，对存在问题有分析、整改。
	122.1.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	122.1.6	有数据显示医务人员的手卫生依从性、正确性不断提高。
（一百二十三）有多重耐药菌医院感染控制管理规范与程序，有多部门共同参与的多重耐药菌管理合作机制。应用微生物室检测和医院感染管理数据信息指导临床合理使用抗菌药物。		
123.1 有多重耐药菌医院感染控制管理规范与程序，有多部门共同参与的多重耐药菌管理合作机制，对多重耐药菌医院感染实施监管与改进。	123.1.1	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。
	123.1.2	有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、合理使用抗菌药物、保洁与环境消毒的制度等。
	123.1.3	医院临床微生物实验室根据检测结果，开展抗菌药物敏感性分析，并指导临床工作。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。
	123.1.4	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。
	123.1.5	科室有自查，对存在问题有分析、整改。
	123.1.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	123.1.7	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
123.2 有细菌耐药监测及预警机	123.2.1	建立细菌耐药监测及预警机制，有细菌耐药监测变化趋势图，并每半年进行反馈。
	123.2.2	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。

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。	123.2.3	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。
	123.2.4	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。
	123.2.5	科室有自查，对存在问题有分析、整改。
	123.2.6	主管部门有监管，根据监测信息，主管部门、药事管理组织联合开展评估，制定干预措施，指导临床合理使用抗菌药物，并检查科室落实整改情况。
	123.2.7	有数据或案例体现改进效果。
（一百二十四）建立侵入性器械/操作相关感染防控制度。有医院侵入性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作名录，制订相关防控措施并实施数据监测。		
124.1 建立侵入性器械、手术及其他侵入性操作相关感染防控制度及名录，制订相关防控措施并实施数据监测。	124.1.1	有侵入性诊疗器械、手术及其他侵入性诊疗操作（包括介入诊疗操作、内镜诊疗操作、CT/超声等引导下穿刺诊疗等）相关感染防控制度，并制订相关防控措施以及防控措施执行依从性监测的规则和流程，相关人员知晓并实施。
	124.1.2	建立本机构诊疗活动中使用的侵入性诊疗器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作的名录。
	124.1.3	实施临床使用侵入性诊疗器械相关感染病例、手术及其他侵入性诊疗操作相关感染病例的目标性监测，并开展相关感染防控措施执行依从性监测。
	124.1.4	根据患者病情和拟施行手术及其他侵入性诊疗操作的种类进行感染风险评估，并依据评估结果采取针对性的感染防控措施。
	124.1.5	手术及其他侵入性诊疗操作使用抗菌药物预防符合规范要求。
	124.1.6	科室有自查，对存在问题有分析、整改。
	124.1.7	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	124.1.8	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
（一百二十五）按照有关法律法规，建立医院医疗废物、废液管理责任制，健全组织架构、管理制度和工作机制，落实岗位职责。医疗废物的分类、收集、运送、暂存、转移、登记造册和操作人员职业防护等符合规范。加强相关人员培训。		
125.1 建立健全医疗废物、废液管理组织架构、管理制度和相关人员岗位职责。	125.1.1	医院有医疗废物、废液领导小组及医疗废物、废液的监管部门，并明确职责；制订医疗废物、废液处理管理规章制度和相关人员岗位职责。
	125.1.2	医疗废物、废液处理系统符合相关法律法规的要求。
	125.1.3	有专人负责医疗废物、废液处理工作，上岗前与在岗期间持续接受相关知识培训，相关人员个人防护符合规范要求。
	125.1.4	相关科室按要求进行医疗废物、废液的分类、收集、运送、暂存、转移等处置并有记录。
	125.1.5	科室有自查，对存在问题有分析、整改。
	125.1.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。

	125.1.7	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
十一、中医诊疗质量保障与持续改进		
(一百二十六) 根据《医疗机构执业许可诊疗科目》要求，参照《综合医院中医临床科室基本标准》等文件设置中医诊疗科室，所设置的中药房与中药煎药室应符合相关法律法规的要求。		
126.1 根据本院《医疗机构执业许可诊疗科目》，设置能满足医院诊疗工作需求的中医科，设置标准参照《综合医院中医临床科室基本标准》。	126.1.1	中医科为医院的一级临床科室，开设中医门诊。
	126.1.2	根据本院《医疗机构执业许可诊疗科目》要求，设置中医科病区。
	126.1.3	科主任具有中医类别副高及以上职称人员担任；中医师具备中医类别任职资格。
	126.1.4	护士接受过中医药知识技能岗位培训。护士长具有主管护师及以上任职资格，能够指导护理人员开展辨证施护和运用中医护理技术。
	126.1.5	科室有完整的规章制度和岗位职责。
	126.1.6	主管部门对中医科设置、人员配置有规划、有改进。
126.2 根据医院规模和临床需要设置中药房，布局、人员等要求符合《医院中药房基本标准》，有质量管理制度并执行。	126.2.1	根据医院规模设置规范的中药房，中药房布局符合院感、消防等各项要求。
	126.2.2	有中药房各项管理规章制度及中药饮片配置操作规范和流程，有明确的中药房人员设置资质要求。
	126.2.3	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。
	126.2.4	相关人员知晓本岗位的履职要求。
	126.2.5	科室有定期自查、总结分析各项工作开展情况，对存在问题有整改。
	126.2.6	主管部门有定期监管和分析反馈，并检查科室整改落实情况。
	126.2.7	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
126.3 根据临床需要，设置的中药煎药室符合《医疗机构中药煎药室管理规范》等要求，有各项管	126.3.1	根据临床需要，设置规范的中药煎药室，归属中药房或中医科管理。中药饮片“代煎代送”的，需有医院法人签字或法人授权签字并盖有医院公章的合作协议，负责科室应存有协议复印件，建立明确的“代煎代送”质量管理措施，定期监督，记录完整。
	126.3.2	煎药室布局符合相关要求，环境通风、消防、煎药设施设备、容器等按要求布置。
	126.3.3	有煎药室各项管理规章制度、各岗位职责及煎药相关工作流程，工作人员知晓并落实。
	126.3.4	有各项意外应急处置预案及预防措施，并开展定期演练。

理制度并执行。	126.3.5	科室有定期自查、总结分析各项工作开展情况，对存在问题有整改。
	126.3.6	主管部门有定期监管和分析反馈，并检查科室整改落实情况。
	126.3.7	有数据或案例体现改进效果并形成新制度、规范、流程、举措等。
（一百二十七）建立中医诊疗规范，开展中医特色护理，提供具有中医特色的康复和健康指导等服务。		
127.1 根据国家中医药相关指南，建立体现中医特色的诊疗规范，为患者提供适宜的诊疗服务。	127.1.1	根据国家中医药相关指南，建立体现中医特色的诊疗规范，并及时更新。
	127.1.2	有依据患者病症采取中西医结合治疗的规范和措施。
	127.1.3	有对疑难重症患者病情评估、科间会诊、转诊的相关制度与流程。
	127.1.4	各级医务人员熟知相关制度、流程和诊疗规范，并依规范为患者制定适宜的诊疗方案。
	127.1.5	科室对规范落实情况有自查、分析和整改。
	127.1.6	主管部门有监管、分析反馈、并对科室落实整改情况有检查。
	127.1.7	有数据或案例体现改进效果并形成新制度、规范、流程、举措等。
127.2 开展辨证施护，提供具有中医特色的优质护理服务。	127.2.1	有中医护理常规、操作规程，体现辨证施护和中医特色。
	127.2.2	相关人员知晓本岗位的职责要求并履职，按相关技术规范执行护理工作。
	127.2.3	为患者提供具有中医特色的康复和健康指导，开展具有中医特色的优质护理服务。
	127.2.4	科室对患者提供的具有中医特色的康复和健康指导措施及效果有自查、总结、整改。
	127.2.5	主管部门有监管、分析反馈、并对科室落实整改情况有检查。
	127.2.6	有数据或案例显示患者对中医护理服务满意度持续提高。
第三章 医院管理		
一、管理职责与决策执行机制		
（一百二十八）制定医院章程，建立医院内部决策执行机制。		
128.1 制定医院章程，建立医院内	128.1.1	制定医院章程，规范内部管理结构和权力运行规则，提高医院运行效率。
	128.1.2	医院以章程为依据，明确医院议事规则和办事程序。医院内部治理体系结构清晰，职责明确。

部决策执行机制。	128.1.3	医院领导人员严格按照医院决策执行机制管理。
	128.1.4	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	128.1.5	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
（一百二十九）公立医院加强党的建设，明确党委职责，充分发挥医院党委的领导作用，实施党委领导下的院长负责制，健全医院党委与行政领导班子议事决策制度。		
129.1 公立医院加强党的建设，明确党委职责，充分发挥医院党委的领导作用，实施党委领导下的院长负责制，健全医院党委与行政领导班子议事决策制度。	129.1.1	医院把加强党的建设列入医院章程。
	129.1.2	医院党委发挥把方向、管大局、作决策、促改革、保落实的领导作用。主要职责在医院章程中表述清晰。
	129.1.3	建立党委与行政领导班子议事决策制度与程序，并严格落实。
	129.1.4	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	129.1.5	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
（一百三十）医院管理组织机构设置合理，根据法律法规、规章规范以及相关标准，结合本院实际，制定各项规章制度和岗位职责，并及时修订完善。各级管理人员按分工履行职责，建立部门、科室间沟通与协调机制。各部门和科室命名规范。		
130.1 组织机构设置合理，各部门和科室命名规范。各级管理人员按分工履行职责。	130.1.1	有组织架构图，部门职能划分明确，医院运行状况与组织架构相符。
	130.1.2	根据法律法规、规章规范以及相关标准，结合实际，制定各项规章制度和岗位职责，并及时修订完善。
	130.1.3	医院各部门及科室命名规范，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。
	130.1.4	各级管理人员知晓并履行本岗位职责。
	130.1.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	130.1.6	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
130.2 建立沟通协调机制，履行协调职能，提高工作效率	130.2.1	建立各部门之间、部门与临床科室之间的沟通协调机制，指定牵头协调部门。
	130.2.2	定期召开多部门工作协调会（如职能部门-临床-护理-医技-后勤等），并有会议记录。
	130.2.3	每次会议有明确议题和相关牵头部门，相关工作有落实。

率。	130.2.4	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	130.2.5	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
（一百三十一）医院建立全员学习机制，强化学习文化。定期对员工进行政策法规、管理能力、专业技能和质量安全培训与教育。		
131.1 医院建立全员学习机制，强化学习文化。定期对员工进行政策法规、管理能力、专业技能和质量安全培训与教育。	131.1.1	建立全员学习机制，开展全员培训教育，提高员工履职能力。
	131.1.2	医院定期对员工进行政策法规、管理能力、专业技能和质量安全培训与教育。
	131.1.3	每年至少开展2次法律法规全员培训。员工对岗位相关的常用法律法规知晓率≥79%。管理人员均接受管理相关培训，培训学时每人每年≥12学时。新员工经卫生法律法规培训，考核合格后方可上岗。
	131.1.4	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	131.1.5	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
（一百三十二）加强院务公开管理。按照国家有关规定向社会及员工公开信息。		
132.1 加强院务公开管理。按照国家有关规定向社会及员工公开信息。	132.1.1	制定院务公开工作制度与流程，有公开内容、形式、程序和时限，有“院务公开领导小组”，有指定部门负责，有明确的工作职责。“三重一大”事项依医院院务公开的要求予以公示。
	132.1.2	鼓励职工监督院务公开工作，职工有多种途径提供意见与建议，保障职工民主权利。
	132.1.3	院务公开形式多样，方便社会与员工获取相关公开信息。
	132.1.4	院务公开信息制度得到落实，员工知晓率高。
	132.1.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	132.1.6	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
（一百三十三）对对外委托服务项目质量与安全实施监督管理。		
133.1 对对外委托服务项目质量与安全实施监督管理	133.1.1	制订符合法规及内部风险控制的对外委托服务管理制度和管理办法，有项目遴选、管理、退出及项目评估和监督考核机制，委托项目按合同执行。
	133.1.2	有院领导、主管部门与专人负责各类对外委托服务项目管理，实行对对外委托服务单位资质、人员、设备、流程、质控、场地等按行业标准进行全过程监管，包括但不限于病理学诊断项目、消毒供应室、中药饮片、物业管理、消防维保、医疗设备维修等。
	133.1.3	全部对外委托服务项目招投标及各类合同符合国家规范。
	133.1.4	有被委托方提供年度质量安全评估报告；被委托方服务人员有持续专业培训记录，具有上岗资格，被委托方与院方联动有效及时。

	133.1.5	医院各个主管科室，对对外委托项目的质量与安全实施监督管理，定期自查、总结分析、整改。
	133.1.6	有对对外委托服务项目进行专项审计，并反馈主管部门，定期督导检查对外服务项目承接单位或公司的对应整改落实情况；对违约情况按规定实施处理。
	133.1.7	有监管外包业务质量有成效的典型案例,并形成新的监管优化流程和制度。
二、人力资源管理		
（一百三十四）建立健全以聘用制度和岗位管理制度为主要内容的人力资源管理制度。医院人力资源配备应当满足医院功能任务和质量安全管理工作需要。		
134.1 设置人力资源管理部门，人力资源管理制度健全。	134.1.1	设置专职人力资源管理部门，职责明确。
	134.1.2	制定人力资源管理制度与程序，并能够根据有关部门要求及时更新，与医院发展需求同步实施。
	134.1.3	人力资源管理制度及规定，有多种渠道公布，方便职工查询。
	134.1.4	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	134.1.5	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
134.2 医院有人力资源发展规划、人才梯队建设计划、人力资源配置方案和人员紧急替代机制，医院人力资源配备应当满足医院功能任务和质量安全管理工作需要。	134.2.1	制定人力资源发展规划、人才梯队建设计划、人力资源配置方案并得到落实。
	134.2.2	有院科两级人员紧急替代制度、程序和方案并得到落实。
	134.2.3	医院各类卫生技术人员配置符合国家有关规定，并满足医院功能任务和质量安全管理工作需要。
	134.2.4	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	134.2.5	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
（一百三十五）有公平透明的卫生专业技术人员资质的认定、聘用、考核、评价管理体系，建立专业技术人员档案。		
135.1 卫生专业技术人员资质的认定与聘用符合要求、公开	135.1.1	制定卫生技术人员资质认定、聘用、考核、评价管理的相关制度和流程；建立技术考评档案。
	135.1.2	根据岗位职责、技术能力等定期实施聘用、授权和再授权管理，尤其对高风险、特殊岗位实施人员授权和再授权管理。
	135.1.3	相关人员知晓上述规范和流程并落实。

透明。	135.1.4	科室有定期自查、总结分析、整改。
	135.1.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	135.1.6	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
135.2 建立外来（国内外、境内外等）专业技术人员技术档案、规范管理。	135.2.1	按照国家法律法规和卫生行政部门现行规定，制定外来技术人员资质管理的规定、规范与程序并落实。
	135.2.2	外来技术人员在本院实施的诊疗活动有记录并可追溯。
	135.2.3	外来技术人员直接从事患者临床各种有创诊疗时，事先取得患者书面知情同意。
	135.2.4	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	135.2.5	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
（一百三十六）贯彻落实《公立医院领导人员管理暂行办法》，加强和改进公立医院领导人员管理，推行公立医院行政领导人员职业化培训。		
136.1 贯彻落实《公立医院领导人员管理暂行办法》，加强和改进公立医院领导人员管理，推行公立医院行政领导人员职业化培训。	136.1.1	根据《公立医院领导人员管理暂行办法》制定公立医院领导人员职业化培训制度、交流制度、收入分配办法等，建立容错纠错机制并得到落实。
	136.1.2	领导人员主要精力和时间用于医院管理工作或专职从事医院管理。
	136.1.3	领导人员在履行医院管理职责中表现突出、作出显著成绩和贡献的，按照有关规定给予表彰奖励。
	136.1.4	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	136.1.5	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
（一百三十七）有卫生专业技术人员岗前培训、住院医师规范化培训、继续医学教育、梯队建设和政府指令性培训任务相关管理制度并组织实施。把员工能力建设作为人力资源管理的重要组成部分。		
137.1 有卫生专业技术人员岗前培训、继续医学教育相关管理制度并组织实施。	137.1.1	制定岗前培训、继续医学教育管理制度、规划及实施方案并落实，有培训条件及专项经费支持。
	137.1.2	有完善的管理档案，将继续医学教育与卫生技术人员聘任、晋升挂钩。
	137.1.3	卫生专业技术人员知晓并严格执行岗前培训、继续医学教育管理制度。
	137.1.4	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	137.1.5	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。

137.2 加强学科建设和人才培养，有学科带头人选拔与激励机制。	137.2.1	制定重点学科（或专科）建设发展规划及学科带头人选拔与激励机制。
	137.2.2	有人才培养计划，有重点学科（或专科）培育与支持措施，包括经费投入等，人才梯队合理。人才培养工作纳入院长年度和任期目标责任考核的重要目标。
	137.2.3	相关部门对学科建设和人才培养落实专项管理。
	137.2.4	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	137.2.5	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
137.3 按照规范开展住院医师规范化培训工作和承担下级医院骨干医师培养任务。	137.3.1	制定规范化培训和下级医院骨干医师培训相关管理制度措施，培训方案，课程设计、培训内容、考核等符合相关要求，并得到实施。
	137.3.2	有住院医师规范化培训基地资质，有专职人员负责培训工作。
	137.3.3	对规范化培训等项目提供所需的经费、师资、设备设施等资源保障。
	137.3.4	有承担住院医师等规范化培训档案（如学科、数量）管理等相关资料。
	137.3.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	137.3.6	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
（一百三十八）贯彻与执行《中华人民共和国劳动法》等国家法律、法规的要求，建立与完善职业安全防护相关措施、应急预案、处理与改进的制度，上岗前有职业安全防护教育。		
138.1 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相关措施、应急预案、处理与改进的制度，上岗前有职业安全防护教育。	138.1.1	制定职业安全防护相关措施、应急预案、处理与改进的制度。
	138.1.2	按照国家的法律法规和相关标准对危险性程度制定分级防护的规定，配备防护设施设备和用品。
	138.1.3	有职业安全防护的培训并建立员工的个人健康档案。
	138.1.4	相关人员知晓职业暴露的应急预案、处置流程，并落实。
	138.1.5	科室有定期自查、总结分析、整改
	138.1.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	138.1.7	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
（一百三十九）关注员工身体和心理健康，保障员工合法健康权益。		
139.1 关注员工	139.1.1	制定保障员工身体和心理健康的制度并落实。

身体和心理 健康， 保障员工 合法健康 权益。	139.1.2	建立和完善职工健康状况数据库，为不同健康状况职工提供个性化饮食和运动指导；提供心理健康咨询服务；落实公休假制度。
	139.1.3	医院配备相应舒缓员工压力的设施设备及场所。
	139.1.4	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	139.1.5	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
（一百四十）医院应当将科室医疗质量管理情况作为科室负责人综合目标考核以及聘任、晋升、评先评优的重要指标，将科室和医务人员医疗质量管理情况作为医师定期考核、晋升的重要依据。		
140.1 医院应当 将科室医 疗质量管 理情况作 为科室负 责人综合 目标考核 以及聘 任、晋 升、评先 评优的重 要指标， 将科室和 医务人员 医疗质量 管理情况 作为医师 定期考 核、晋升 的重要依 据。	140.1.1	制定将科室医疗质量管理情况作为科室负责人综合目标考核以及聘任、晋升、评先评优的重要指标的制度，并有实际案例。
	140.1.2	制定医务人员医疗质量管理情况作为医师定期考核、晋升以及绩效考核的制度，并有实际案例。
	140.1.3	科室负责人及医务人员知晓医疗质量管理情况作为相关考核指标。
	140.1.4	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	140.1.5	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
三、财务和价格管理		
（一百四十一）执行《中华人民共和国会计法》《政府会计制度》《医院财务制度》等相关法律法规，财务机构设置合理、财务管理制度健全，人员配置合理，岗位职责明确，会计核算规范，三级公立医院实行总会计师制度。		
141.1 执行《中 华人民共 和国会计 法》《政 府会计制 度》《医 院财务制 度》等相 关法律法 规，财务 机构设置 合理、财 务管理制	141.1.1	根据相关法律法规制订医院财务管理制度，并根据政策法规变动情况及时更新。
	141.1.2	财务人员配置合理，职责明确。财务部门负责人有高级会计师专业技术职务资格或者有会计师专业技术职务资格并从事财务管理工作五年以上经历。
	141.1.3	年度财务报告按规定由注册会计师审计，反馈管理部门。开展财务管理制度专业培训。
	141.1.4	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。
	141.1.5	有财务管理整改案例体现改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措。

度健全， 人员配置 合理，岗 位职责明 确，会计 核算规 范。		
141.2 医院实行 总会计师 制。	141.2.1	按照《关于加快推进三级公立医院建立总会计师制度的意见》（国卫财务发[2017]31号）设置总会计师。
	141.2.2	有总会计师制度及岗位资质要求，明确岗位职责和权限。
	141.2.3	总会计师知晓相关要求并严格履职。
	141.2.4	医院对总会计师履职有保障机制与评估。
	141.2.5	总会计师对医院财务管理与监督在医院重要经济事项分析决策中发挥专业优势，并形成新的优化流程和新的制度。
（一百四十二）按照《中华人民共和国预算法》和相关预算管理规定编制和执行预算，加强预算管理、监督和绩效考评。		
142.1 按照《中 华人民共 和国预算 法》和相 关预算管 理规定编 制和执行 预算，加 强预算管 理、监督 和绩效考 评。	142.1.1	预算组织体系和管理制度健全，有预算管理委员会、预算管理办公室、预算归口管理部门和预算科室组成的全面预算管理组织，医院所有部门和科室均纳入预算管理体系，预算责任落实到位。
	142.1.2	医院所有收支全部纳入预算管理，实行全面预算管理。每年对医院整体支出进行绩效评价，实行评价结果全公开。
	142.1.3	开展预算管理培训并保证有关人员知晓并执行。
	142.1.4	科室有定期自查、总结分析、整改。
	142.1.5	主管部门及预算管理委员会定期对年度预算执行情况进行检查、分析、反馈，将预算考核结果、成本控制目标纳入内部业务综合考核的依据，并检查科室整改落实情况。
	142.1.6	有全预算管理案例体现改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措。
（一百四十三）实行全成本核算管理，控制运行成本和医院债务规模，降低财务风险，优化投入产出比，提高医疗资源利用效率。		
143.1 实行全成 本核算管 理，控制 运行成本 和医院债 务规模， 降低财务 风险，优 化投入产 出比，提 高医疗资 源利用效 率。	143.1.1	建立成本核算管理体系和健全成本定额管理、费用审核等管理制度，成立成本核算工作领导小组和成本核算部门，工作职责明确。
	143.1.2	按时完成成本核算报表，开展成本核算结果分析并反馈对口部门。
	143.1.3	在全院推行全成本核算管理培训。
	143.1.4	开展科室成本核算、诊次成本核算、床日成本核算、医疗服务项目成本核算、按病种分值付费(DIP)或按疾病诊断相关分组(DRG)成本核算。
	143.1.5	主管部门根据成本分析报告，定期检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	143.1.6	成本费用得到控制，成本效益提升。有案例体现改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措。

(一百四十四) 落实《医疗机构内部价格行为管理规定》，全面落实医疗服务价格公示制度，提高收费透明度；完善医药收费复核制度；确保医药价格管理系统信息准确；规范新增医疗服务价格项目内部审核流程和申报程序。		
144.1 落实《医疗机构内部价格行为管理规定》，全面落实医疗服务价格公示制度，提高收费透明度；完善医药收费复核制度；确保医药价格管理系统信息准确；规范新增医疗服务价格项目内部审核流程和申报程序。	144.1.1	设置价格管理部门，成立医疗服务价格管理委员会；健全完善医院医药收费及收费复核等管理制度，收费员和财会人员熟悉并严格执行。
	144.1.2	有医药价格信息管理系统并落实国家有关规定调整价格、保障价格信息真实、准确。医疗服务价格公示制度得到落实。
	144.1.3	有新增医疗服务价格项目管理制度，有内部申请、审核、复核、申报流程，程序规范，相关人员知晓并落实。
	144.1.4	专职物价员及兼职物价员对国家物价政策及实施细则知晓度高有培训。
	144.1.5	科室有定期自查、总结分析，对存在问题有整改。
	144.1.6	价格管理主管部门定期督导、分析、反馈医疗服务价格公示、收费透明度、收费复核等状况，并检查科室整改落实情况。
	144.1.7	有价格管理案例体现改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措。无重大违规收费或恶意违规收费。
(一百四十五) 执行《中华人民共和国政府采购法》《中华人民共和国招标投标法》及政府采购相关规定，建立药品、耗材、设备、基建、货物、服务等采购制度和流程，加强集中采购管理。		
145.1 执行《中华人民共和国政府采购法》《中华人民共和国招标投标法》及政府采购相关规定，建立药品、耗材、设备、基建、货物、服务等采购制度和流程，加强集中采购管理。	145.1.1	有采购管理和监督部门，实行采购业务的决策、实施、监督相分离。
	145.1.2	按照规定建立药品、耗材、设备、基建、货物、服务等采购制度和流程并落实。
	145.1.3	无违规采购。
	145.1.4	科室有定期自查、总结分析、整改。
	145.1.5	主管部门和监管部门对招标工作的执行情况有检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	145.1.6	有采购工作案例体现改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措。

(一百四十六) 医院实行同工同酬、多劳多得、优绩优酬的分配制度。以综合绩效考核为依据，突出服务质量、数量，逐步扩大分配，提高员工待遇。个人分配不得与业务收入直接挂钩。		
146.1 医院实行同工同酬、多劳多得、优绩优酬的分配制度。以综合绩效考核为依据，突出服务质量、数量，逐步扩大分配，提高员工待遇。个人分配不得与业务收入直接挂钩。	146.1.1	有实行同工同酬、绩效工资管理的制度，个人收入不得与业务收入直接挂钩。
	146.1.2	综合绩效考核体现医德医风、技术能力、服务、质量和数量；
	146.1.3	绩效考核与分配方案报职工代表大会并经党委会讨论通过。按规定向全院公开。
	146.1.4	科室有定期自查、总结分析、整改。
	146.1.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	146.1.6	有综合绩效管理案例体现改进效果，或形成新方案、举措。
四、信息管理		
(一百四十七) 建立以院长为核心的医院信息化建设领导小组，有负责信息管理的专职机构，建立各部门间的组织协调机制，制订信息化发展规划，有与信息化建设配套的相关管理制度。		
147.1 建立医院信息化建设领导小组和专职管理机构，建立各部门间组织协调机制，制定信息化发展规划，有信息化建设相关管理制度。	147.1.1	有以院领导为主任的医院信息化建设领导小组和院级信息管理委员会，有负责信息管理的专职部门，有明确的职责；信息管理委员会每年至少召开多部门的信息化建设专题会议2次，并有相关记录。
	147.1.2	有医院信息化建设中长期规划和年度工作计划，包括实施方法、实施步骤、信息化建设及运行维护的年度预算并落实。
	147.1.3	有保障信息系统建设、管理的规章制度，建立信息使用与信息管理部门沟通协调机制。
	147.1.4	相关人员知晓并落实。
	147.1.5	各职能部门参与互联网与智慧医疗应用，有对网络运行情况、引入新技术产品、提高临床管理、服务效率，患者体验、就诊满意度等方面定期自查、分析、整改。
	147.1.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	147.1.7	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
147.2 信息系统专职技术人员配置	147.2.1	制定信息系统专职技术人员教育培训、授权审批、岗位交接等考核制度。
	147.2.2	岗位设置合理，岗位职责、技术等级明确，人员档案资料完整。每百张床位信息化专职人员配比≥1:1。

合理并有专业培训。	147.2.3	科室相关人员知晓岗位职责并落实自查、分析、整改。
	147.2.4	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	147.2.5	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
（一百四十八）医院信息系统能够系统、连续、准确地采集、存储、传输、处理相关的信息，为医院管理、临床医疗和服务提供包括决策支持类的信息技术支撑，并根据国家相关规定，实现信息互联互通、交互共享。		
148.1 医院信息系统为医院管理、临床医疗和服务提供包括决策支持类的信息技术支撑。	148.1.1	建立医院管理信息系统（HIS）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），为患者提供便捷结算服务，为医院管理提供信息技术支撑。
	148.1.2	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。
	148.1.3	有临床信息系统（CIS），建立基于电子病历（EMR）的医院信息平台。实现全院信息共享，具备医疗决策支持功能。
	148.1.4	医院信息系统满足临床诊疗需求，如临床路径、单病种管理等。
	148.1.5	科室对利用“互联网+医疗健康”新模式提升医疗服务连续性有自查、分析、整改。
	148.1.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	148.1.7	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
148.2 根据国家相关规定，实现信息互联互通、交互共享。	148.2.1	按国家相关规定，有实现信息互联互通、交互共享的设备、技术力量和实施方案并贯彻执行。
	148.2.2	有信息互联互通、交互共享的管理制度，相关人员知晓并落实。
	148.2.3	医院信息系统具备信息集成与交互共享功能，实现业务系统与运营系统融合。
	148.2.4	强化公共卫生责任，围绕新发传染病预防控制、公共卫生突发事件应急处置等内容，按要求向属地卫生行政部门和公共卫生专业机构共享相关数据。
	148.2.5	科室对互联互通实际应用场景有定期自查、总结分析、整改。
	148.2.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	148.2.7	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
148.3 医疗质量与安全信息相关的数据库，为质量与安全	148.3.1	有医疗质量与安全信息相关数据库，并建立提取数据的管理制度。
	148.3.2	加强医院运营管理信息集成平台标准化建设，能为职能部门与临床科室提供质量与安全管理的有关数据，建立运营管理系统和数据中心，推进资源全流程管理。
	148.3.3	主管部门负责收集和处理相关信息，数据实行集中归口管理，管理部门能够调阅使用有关数据。

管理决策和持续改进提供依据。	148.3.4	建立支持医院管理和运行的数据库，包括：医院基本监测、运行基本指标监测、药品和耗材管理、血液和血制品管理、质量管理、医技科室、医疗安全管理等。
	148.3.5	科室有利用信息数据库为质量与安全管理做科室决策。
	148.3.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	148.3.7	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
（一百四十九）落实《中华人民共和国网络安全法》，实施国家信息安全等级保护制度，实行信息系统按等级保护分级管理，保障网络信息安全，保护患者隐私。推动系统运行维护的规范化管理，落实突发事件响应机制，保证业务的连续性。		
149.1 加强信息系统的安全保障和患者隐私保护。	149.1.1	按照国家信息安全等级保护规定和国家标准，建立信息安全保护制度并落实。
	149.1.2	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、应急处理预案。
	149.1.3	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）、患者数据使用控制、保障网络信息安全和保护患者隐私。
	149.1.4	临床和医技科室对执行信息安全和健康医疗数据保密规定，严格管理患者信息、诊疗数据、保护患者隐私、保障信息安全有定期自查、总结分析、整改。
	149.1.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	149.1.6	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
149.2 加强信息系统运行维护，有突发事件应急响应制度并落实。	149.2.1	建立信息网络运行、设备管理和维护、技术文档管理制度并落实。
	149.2.2	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。制定信息系统变更、发布、配置管理制度及相关记录。
	149.2.3	有信息系统运行事件（如系统瘫痪）应急预案并组织演练，保障运行。
	149.2.4	科室有定期自查、总结分析、整改。
	149.2.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	149.2.6	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
（一百五十）根据《中华人民共和国统计法》与卫生健康行政部门规定，完成医院基本运行状况、医疗质量安全、医疗技术、诊疗信息和临床用药监测信息等相关数据报送工作，确保数据真实可靠、可追溯。		
150.1 根据《中华人民共和国统计法》与卫生健康行政部门规	150.1.1	制定向卫生行政部门报送的数据与其他信息的制度与流程，按规定完成相关信息报送工作。
	150.1.2	有保证信息真实、可靠、完整的具体核查措施,实行信息报告问责制。
	150.1.3	相关人员熟悉信息数据报送规定及流程。无统计数据上报信息错误。

定,完成 医院基本 运行状 况、医疗 质量安 全、医疗 技术、诊 疗信息和 临床用药 监测信息 等相关数 据报送工 作,确保 数据真实 可靠、可 追溯。	150.1.4	科室有定期自查、总结分析、整改。
	150.1.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈,并检查整改落实情况。
	150.1.6	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
五、医学装备管理		
(一百五十一) 根据国家法律法规及相关规定,建立和完善医学装备管理组织架构,人员配置合理,制定常规与大型医学装备配置方案。		
151.1 建立和完 善医学装 备管理体 系、医学 装备管理 制度和岗 位职责。	151.1.1	建立医学装备管理体系,成立医疗器械临床使用管理委员会,对医院医学装备发展规划、年度装备计划、采购活动等重大事项进行评估、论证和咨询。
	151.1.2	医学装备管理部门根据医院功能和任务需求,配备相适应的医学工程及其他专业技术人员。
	151.1.3	制定医院医学装备管理制度、工作流程和岗位职责并进行培训、落实。
	151.1.4	科室有定期自查、总结分析、整改。
	151.1.5	主管部门对医疗器械使用工作计划进展和人员管理有检查、分析、反馈的监管和考核机制,并检查科室整改落实情况。
	151.1.6	有对医学装备制度管理案例体现改进效果,或形成新制度、规范、流程、举措。
151.2 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,制 定常规 与大型 医学装 备配置 方案。	151.2.1	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,制定常规与大型医学装备配置方案。
	151.2.2	有医学装备论证、决策、购置、验收、使用、保养、维修、应用分析和更新、处置等相关制度与工作流程,并执行。
	151.2.3	医学装备使用部门设专职或兼职管理人员。医学装备使用人员有培训和考核,合格后方可上岗操作。进行培训考核。
	151.2.4	科室有定期自查、总结分析、整改。
	151.2.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈,并检查科室整改落实情况。
	151.2.6	有对医学装备配置管理案例体现改进效果,或形成新制度、规范、流程、举措。
(一百五十二) 根据医院功能定位和发展规划,有大型医用设备使用、功能开发、社会效益、成本效益等分析评价。		

152.1 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。	152.1.1	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。纳入国家管理目录的设备需持有配置许可证。
	152.1.2	有根据全国卫生系统医疗器械仪器设备分类与代码，建立医学装备分类、分户电子账目，实行信息化管理。
	152.1.3	医学装备档案管理有制度与档案资料，落实档案、账目、账物相符、准确等管理规定。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。
	152.1.4	有医学装备使用评价相关制度。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。
	152.1.5	医学装备管理部门对制度建设、档案资料、账目、设备管理和使用情况等有自查、总结分析、整改。
	152.1.6	主管部门对医学装备配置、审计结果、分析报告有监管，提出改进建议，及时报送医疗器械使用管理委员会，并检查科室整改落实情况。
	152.1.7	评价分析报告能得到有对大型医学装备使用、功能开发、成本效益案例体现改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措。
（一百五十三）加强医学装备安全管理，有明确的医疗器械临床使用安全控制与风险管理工作制度与流程。建立医疗器械临床使用安全事件监测与报告机制。		
153.1 加强医学装备安全管理，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。	153.1.1	有医学装备安全管理、医疗器械临床使用安全控制与风险管理相关制度与流程。
	153.1.2	有医学装备质量保障要求，如：操作者自我检查，医学装备计（剂）量准确、安全防护、性能指标符合要求。对暂停或终止使用的高风险器械有记录。
	153.1.3	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。
	153.1.4	临床及医技科室使用部门与医学装备管理部门人员知晓上述要求。
	153.1.5	使用部门和医学装备管理部门对医学装备、医疗器械安全管理有自查，有风险程度分析和使用情况的分析。
	153.1.6	主管部门有监管、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	153.1.7	有医学装备安全管理案例体现改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措。
153.2 建立医疗器械临床使用安全事件监测与报告机制。	153.2.1	有医疗器械临床使用安全监测和安全事件报告相关制度与流程，有鼓励医疗器械临床使用不良事件报告的措施。
	153.2.2	有医疗器械使用不良事件报告信息平台，指定管理部门，定期汇总、分析；有根据医疗器械使用不良事件风险程度，发布风险预警，暂停或终止高风险器械使用的规定。
	153.2.3	根据国家要求及时向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。
	153.2.4	相关人员知晓不良事件报告制度和流程，并落实。
	153.2.5	科室对医疗器械使用不良事件报告情况有自查、总结、整改。
	153.2.6	主管部门有监管、分析、反馈。

	153.2.7	有数据对医疗器械临床使用不良事件报告进行追踪和分析。
（一百五十四）加强医疗仪器设备管理和使用人员的培训，为医疗器械临床合理使用提供技术支持与咨询服务。		
154.1 建立医疗仪器设备使用人员操作培训和考核制度，主管部门加强监管，提供咨询服务与技术指导。	154.1.1	有保障常用仪器、设备和抢救物品使用者培训的制度、培训计划及具体课程安排；培训内容涵盖使用中可能出现的意外情况处理预案及措施。
	154.1.2	对设备操作人员的培训情况有考核，并有记录。
	154.1.3	医疗装备部门为临床使用的医疗器械提供技术支持、业务指导、安全保障与咨询服务；医疗设备操作手册随设备存放，供方便查阅。
	154.1.4	科室对培训情况和效果有自查、分析，对存在问题有整改。
	154.1.5	主管部门有检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	154.1.6	有管理案例体现改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措。
（一百五十五）建立保障医学装备处于完好状态的制度与规范，对用于急救、生命支持系统仪器装备要始终保持在待用状态，建立全院应急调配机制。		
155.1 用于急救、生命支持系统仪器装备要始终保持在待用状态。	155.1.1	有保障医学装备管理相关制度和规范。有全院装备配置和使用情况清单有急救类、生命支持类医学装备应急预案，保障紧急救援工作需要。
	155.1.2	对医学装备保养、维修、校验等实施统一管理，并指导操作人员履行日常保养和维护，各科室急救类、生命支持类装备时刻保持待用状态。
	155.1.3	科室对相关工作有自查、分析，对存在问题有整改。
	155.1.4	主管部门对急救类、生命支持类装备完好情况和使用情况进行实时监控。根据医学装备使用监管分析结果提出整改措施并落实。
	155.1.5	急救类、生命支持类装备完好率100%。有管理案例体现改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措。
155.2 建立全院保障医学装备应急调配机制。	155.2.1	建立与规模、功能相匹配的生命支持医疗器械和相关重要医疗器械故障的应急管理预案，装备故障时有紧急替代流程。
	155.2.2	优先保障急救类、生命支持类装备的应急调配。
	155.2.3	医务人员知晓医疗装备应急管理与替代程序。
	155.2.4	科室对医学装备应急调配有演练和监管。对相关工作有自查、分析，对存在问题有整改。
	155.2.5	主管部门对医学装备应急调配有演练和监管,并检查科室整改落实情况。
	155.2.6	全院医学装备应急调配有保障。有管理案例体现改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措。
（一百五十六）依据国家相关规定，加强对医用耗材的溯源、不良事件监测与报告的管理。		
156.1 依据国家	156.1.1	依据国家相关规定制定高值医用耗材、一次性使用无菌器械及其他医用耗材的管理制度及实施细则。

相关规定，加强高值医用耗材、一次性使用的无菌器械和其他医用耗材的管理。	156.1.2	对高值医用耗材、一次性使用无菌器械和其他医用耗材的采购记录有管理，可追溯到每批产品的进货来源。有高值医用耗材使用程序与记录。
	156.1.3	有医用耗材使用不良事件报告与监测管理流程，并执行。
	156.1.4	科室对高值医用耗材采购与使用情况有重点监控、自查，对存在问题有整改。
	156.1.5	主管和监管部门对高值医用耗材管理的全过程有检查、评估、分析、反馈。有不良事件监测和分析报告并检查科室整改落实情况。
	156.1.6	有耗材管理案例体现改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措。
（一百五十七）医学装备部门与使用部门共同管理医学装备，医学装备部门建立质量安全小组，使用部门将医学装备纳入科室管理。		
157.1 医学装备部门建立由部门负责人和相关设备技术人员共同组成的质量安全小组，管理全院医疗设备使用和安全。	157.1.1	医学装备和使用部门管理人员应接受医学装备管理基本技能培训，有质量管理基本知识。
	157.1.2	定期分析全院医学装备发展规划、采购计划的完成、管理和使用情况；分析医学装备维修和报废等管理过程中存在问题。
	157.1.3	培训（考核）知晓并落实医疗设备使用和安全管理。
	157.1.4	医学装备使用部门有检查、分析、反馈，对存在问题有整改。
	157.1.5	医学装备部门定期到科室巡视检查医学装备，并有分析、评估和反馈记录，并检查科室整改落实情况。
	157.1.6	有医疗设备使用和安全案例体现改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措。
157.2 医学装备使用科室（或部门）将医疗仪器设备管理和使用纳入科室管理。	157.2.1	医学装备使用科室（或部门）有医学装备日常管理工作和意外应急管理等相关制度，并设专职或兼职人员管理科室医学装备。
	157.2.2	医学装备相关使用人员接受基本技能培训，合格后方可上岗。
	157.2.3	科室有对维护保养和管理情况有自查、有记录，对存在问题有整改。
	157.2.4	建立大型医用设备管理台账，实施大型医用设备预防性维护保养计划。主管部门对质量与安全情况有检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	157.2.5	全院医学装备使用管理规范。有案例体现改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措。
六、后勤保障管理		
（一百五十八）有后勤保障管理组织、规章制度与人员岗位职责。后勤保障服务能够坚持“以患者为中心”，满足医疗服务流程需要，注重员工合理需求。		
158.1 有后勤保障管理组织、规章制度与人员岗位职责；后勤	158.1.1	后勤保障管理组织机构健全，规章制度完善，岗位职责明确。
	158.1.2	后勤人员在日常工作中落实制度、职责。
	158.1.3	后勤人员知晓岗位职责和相关制度，有定期教育培训活动。

人员有培训并落实制度、职责。	158.1.4	科室有自查制度、职责落实情况，对存在问题有分析、整改。
	158.1.5	主管部门有检查和监管，并检查科室落实整改情况。
	158.1.6	有案例体现后勤管理改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措。
158.2 后勤保障服务坚持“以患者为中心”，注重员工、患者的合理需求。	158.2.1	后勤保障服务体现“以患者为中心”服务理念，各项服务措施满足医疗流程需要。
	158.2.2	后勤保障部门有为患者、员工服务的具体措施并得到落实。
	158.2.3	有患者和员工对后勤服务的满意度调查制度与流程并实施。
	158.2.4	科室对后勤服务有自查，对存在问题有分析、总结、整改。
	158.2.5	主管部门有检查和监管，并检查科室落实整改情况。
	158.2.6	满意度保持持续上升。有案例体现后勤服务改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措。
（一百五十九）后勤专业人员及特种设备操作人员持证上岗，按技术操作规程工作。		
159.1 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。	159.1.1	有后勤相关人员持证上岗管理制度和岗位人员分布目录。
	159.1.2	岗位操作人员有上岗证、操作证，非专业特殊工种，须经相关级别培训并合格。
	159.1.3	岗位操作人员熟悉并掌握相关岗位的技术操作规程，且安全无事故。
	159.1.4	科室对相关工作有自查、分析、总结，对存在问题有整改。
	159.1.5	主管部门有检查和监管，并检查科室落实整改情况。
	159.1.6	有案例体现后勤专业人员管理改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措。
（一百六十）控制与降低能源消耗，水、电、气、物资供应等后勤保障满足医院运行需要。		
160.1 水、电、气、物资供应等后勤保障满足医院运行需要。	160.2.1	有设备在日常、夜间、节假日运行检查及定期维修保养制度与流程，并有记录。
	160.2.2	有物资申请、采购、验收、入库、保管、出库、供应、使用、报废等相关制度与流程，并有记录。实行24小时值班，有交接班记录。
	160.2.3	有明确的故障报修、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；有发生故障时的应急预案和院科两级演练。
	160.2.4	科室和班组对各项工作开展情况有自查、总结、分析，对存在问题有整改。
	160.2.5	主管部门有检查和监管，并检查科室落实整改情况。

	160.2.6	有案例体现水、电、气、物资供应服务改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措。
160.2 有控制与降低能源消耗措施和指标。	160.3.1	有控制与节能降耗的计划和方案。
	160.3.2	有控制与节能降耗的具体措施和控制指标。
	160.3.3	相关人员知晓控制和节能计划并落实节能培训工作。
	160.3.4	科室对节能工作开展情况有自查、分析，对存在问题有整改。
	160.3.5	主管部门有检查和监管，并检查科室落实整改情况。
	160.3.6	节能效果有重点节能案例体现改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措。
(一百六十一) 为员工提供膳食服务，保障饮食卫生安全。		
161.1 为员工提供膳食服务。	161.1.1	有专职部门和人员负责膳食服务和指导工作，有配送餐饮服务、食品安全与卫生管理制度并落实。有食品安全事件应急预案，定期组织演练。
	161.1.2	医院确认供应商生产、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。有餐饮设备日常运行检查、定期维修保养制度与流程。
	161.1.3	有餐饮人员培训、健康检查制度并落实。
	161.1.4	科室对相关工作有自查、分析，对存在问题有整改。
	161.1.5	主管部门有检查和监管，并检查科室落实整改情况。
	161.1.6	有案例体现员工膳食服务改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措。
161.2 食品原料采购、仓储和食品加工规范，符合卫生管理要求，保障饮食卫生安全。	161.2.1	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。所有食品管理符合食品卫生管理要求。
	161.2.2	有保障食品卫生及安全管理的相关制度和规范；有食品留样相关制度，并落实。
	161.2.3	相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求并落实制度。
	161.2.4	科室对相关工作有自查、分析，对存在问题有整改。
	161.2.5	主管部门有检查和监管，并检查科室落实整改情况。
	161.2.6	有案例体现食品加工改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措。
(一百六十二) 医疗废物、废液管理符合医院感染管理要求。污水管理和处置符合规定。		
162.1 医疗废	162.1.1	有专人负责医疗废物、废液管理工作。有医疗废物、废液管理规章制度和有关人员岗位职责。

物、废液管理符合医院感染管理要求。	162.1.2	医疗废物、废液管理全流程符合相关法律法规的要求。
	162.1.3	医疗废物处置暂存点建设规范、配置齐全，有运行日志，交接记录完整。
	162.1.4	科室对医疗废物、废液管理有自查、分析，对存在问题有整改。
	162.1.5	无环保安全事故，主管部门有检查和监管，并检查科室落实整改情况。
	162.1.6	有案例体现医疗废物、废液管理改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措。
162.2 污水管理和处置符合规定。	162.2.1	有专人负责污水处理工作，相关人员有上岗证。有污水处理管理规章制度和相关人员岗位职责。
	162.2.2	污水处理符合相关法律法规的要求。并通过环保部门验收与评价。
	162.2.3	污水站设施设备运行正常，有运行日志与监测的原始记录，交接记录完整。落实人员培训。
	162.2.4	科室对污水管理和处置有自查、分析，对存在问题有整改。
	162.2.5	无环保安全事故，主管部门有检查和监管，并检查科室落实整改情况。
	162.2.6	有数据或案例体现污水管理改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措。
（一百六十三）安全保卫组织健全，制度完善。安全保卫设施设备完好，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。		
163.1 安全保卫组织健全，制度完善，安全保卫设施设备完好，重点环境、重点部位安装视频监控措施，监控室符合相关标准。	163.1.1	有安全保卫管理部门，人员配备结构合理，岗位职责明确。有全院安全保卫部署方案和管理制度，有医务人员人身安全保障制度和有效措施并组织演练。
	163.1.2	安全保卫设施设备完好，有视频监控系统，视频监控室建设符合国家相关标准。视频保存时间≥30天，系统时间误差≤30秒，监控系统出现故障时，维护能在1小时内现场响应，2小时内维修完成。有视频监控资源和使用、审批制度与流程。
	163.1.3	在重点环境、重点部位（如财务、仓库、档案室、计算机中心、新生儿室、麻醉药品库房、重要设备等）安装视频监控设施，有完善的防盗监控系统。
	163.1.4	相关人员对岗位职责和相关制度知晓，并执行。
	163.1.5	科室对相关工作有自查、分析，对存在问题有整改。
	163.1.6	主管部门有检查和监管，并检查科室落实整改情况。
	163.1.7	有案例体现安全保卫改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措。
（一百六十四）医院消防系统、特种设备、危险品管理符合国家相关法律法规和标准。		
164.1 医院消防	164.1.1	有消防安全管理部门，消防安全管理相关制度和岗位职责符合国家相关标准和要求。

系统管理符合国家相关法律法规和标准。	164.1.2	消防系统设备完好，有消防设备设施定期检查、维护、保养、维修、验收记录，有全员培训记录。
	164.1.3	建立消防设施设备管理档案。有院科两级消防应急预案并演练，消防职责落实到人。
	164.1.4	所有建筑工程消防完成的施工并验收，并达到国家建设工程消防设计审查验收标准。
	164.1.5	科室对消防工作有自查、分析，对存在问题有整改。
	164.1.6	主管部门有检查和监管，并检查科室落实整改情况。
	164.1.7	有案例体现消防安全改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措。
	164.1.8	所有建筑符合消防安全要求并获得当地消防验收许可证。
164.2 医院特种设备管理符合国家相关法律法规和标准。	164.2.1	有特种设备管理部门，相关人员持证上岗。有相关制度、操作规范和岗位职责，符合国家相关标准。
	164.2.2	有特种设备定期检查、维护、保养、维修、验收记录；年检合格，并在设备上展示年检标签。
	164.2.3	建立特种设备管理档案。有特种设备应急预案、培训并演练。
	164.2.4	特种设备完好，科室对相关工作有自查、分析，对存在问题有整改。
	164.2.5	主管部门有检查和监管，并检查科室落实整改情况。
	164.2.6	有案例体现特种设备管理改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措。
164.3 医院危险品管理符合国家相关法律法规和标准。	164.3.1	有危险品管理部门，相关管理制度、操作规范和岗位职责。作业人员熟悉岗位职责和管理要求，有培训，有资质。
	164.3.2	有全院的危险品种类与目录清单、统一的危险品标识，有危险品库或专用储存柜，危险品库建设符合国家相关标准。
	164.3.3	有危险品库定期巡查记录。出入库台账清晰、账物相符。有危险品应急预案并演练。
	164.3.4	科室对危险品管理有自查、分析，对存在问题有整改。
	164.3.5	主管部门有检查和监管，并检查科室落实整改情况。
	164.3.6	有案例体现危险品管理改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措。
（一百六十五）为患者提供清洁、温馨、舒适的医院环境，符合爱国卫生运动相关要求，美化、硬化、绿化达到医院环境标准要求。		
165.1 为患者提供清洁、温馨、舒	165.1.1	有爱国卫生运动委员会，指定部门和人员负责爱委会的工作，制定并落实年度工作计划。
	165.1.2	医院环境优美、整洁、舒适。

适的医院环境，符合爱国卫生运动相关要求，美化、硬化、绿化达到医院环境标准要求。	165.1.3	科室对相关工作有自查、分析，对存在问题有整改。
	165.1.4	主管部门有检查与监管。满意度调查达到80%。并检查科室落实整改情况。
	165.1.5	有案例体现环境管理改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措。满意度调查达到84%。
七、应急管理		
（一百六十六）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。		
166.1 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。	166.1.1	有医院应急指挥系统，院长是医院应急管理的第一责任人。
	166.1.2	医院总值班参与应急管理，各部门、各科室负责人在应急工作中有具体职责与任务。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。相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。
	166.1.3	有信息报告和信息发布相关制度。并落实培训制度。
	166.1.4	科室对相关工作有自查、分析，对存在问题有整改。
	166.1.5	主管部门对应急管理有检查与监管,并检查科室落实整改情况。
	166.1.6	有案例体现应急管理改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措。
（一百六十七）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。		
167.1 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。	167.1.1	有灾害脆弱性分析报告，制订医院应对各类突发事件的总体预案和部门预案，明确各个部门及相关人员职责以及应急反应行动的程序。
	167.1.2	有对相关部门、人员进行培训，各类人员掌握应急预案并能做出应急响应。
	167.1.3	医院有定期开展各类突发事件的应急演练，并有记录、总结、分析。
	167.1.4	建立健全本单位突发公共卫生事件报告和风险管理机制，做好传染病和突发公共卫生事件的发现、登记、报告。
	167.1.5	科室对应急快速反应工作有自查、分析，对存在问题有整改。
	167.1.6	主管部门定期进行灾害脆弱性分析、评估，有监管，并检查科室落实整改情况。
	167.1.7	有案例体现应对的主要突发事件改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措。
（一百六十八）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。		
168.1 开展应急培训和演	168.1.1	医院有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。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。

练, 提高各级、各类人员的应急素质和医院的整体应急能力。	168.1.2	重点核查医院停电管理的应急预案及管理流程。对本院备置的应急发电装置与线路等情况进行现场核验收。
	168.1.3	医院有开展各类突发事件的总体预案和专项预案的应急演练。各科室(部门)每年至少组织一次系统的应急演练。其中停电管理应有总体对策, 主管部门及重点科室应有应急预案。
	168.1.4	科室对提高应急素质工作有自查、分析, 对存在问题有整改。
	168.1.5	主管部门对应急培训和演练中存在的问题有检查与监管, 并检查科室落实整改情况。
	168.1.6	有案例体现应急素质和医院的整体应急能力改进效果, 或形成新制度、规范、流程、举措。
(一百六十九) 合理进行应急物资和设备的储备。		
169.1 合理进行应急物资和设备的储备。	169.1.1	有应急物资和设备的储备计划、管理制度、审批程序。
	169.1.2	有必备物资储备目录, 有应急物资和设备的使用登记。有定期维护, 确保效期, 自查有记录。
	169.1.3	开展对应急物资调配的培训。
	169.1.4	科室对提高应急物资和设备的调配工作有自查、分析, 对存在问题有整改。
	169.1.5	主管部门定期对应急物资和设备储备有检查与监管, 并检查科室落实整改情况。
	169.1.6	定期更新应急物资管理规范。有案例体现应急物资和设备储备改进效果, 或形成新制度、规范、流程、举措。
八、科研教学与图书管理		
(一百七十) 有鼓励全员参与科研工作的制度和办法, 促进科研成果向临床应用转化, 并提供适当的经费、条件、设施和人员支持。		
170.1 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。	170.1.1	制定科研工作管理制度以及鼓励医务人员参与科研工作的具体措施。
	170.1.2	有科研经费支持及相应的科研条件与设施。
	170.1.3	医院设立科研支持基金和鼓励性科研的经费相关资料。
	170.1.4	主管部门定期督导检查、分析、反馈, 并检查整改落实情况。
	170.1.5	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。有省级的重点学科或省级重点实验室。
170.2 有将研究成果转化实践应用的激励政策, 并取得成效。	170.2.1	制定将研究成果转化实践应用的激励政策并落实。
	170.2.2	有定期向全体医务人员培训、宣传。
	170.2.3	主管部门定期督导检查、分析、反馈, 并检查整改落实情况。

	170.2.4	五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。
	170.2.5	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
(一百七十一) 开展药物、医疗器械临床试验以及研究者发起的临床研究应当符合《药物临床试验质量管理规范》《医疗器械临床试验质量管理规范》等相关规定。		
171.1 药物、医疗器械、体外诊断试剂的临床试验及临床研究的开展符合规定。	171.1.1	开展药物、医疗器械、体外诊断试剂临床试验需有临床试验机构和专业组PI备案资质。有药物、医疗器械、体外诊断试剂临床试验和研究者发起的临床研究的管理制度与流程，并执行。
	171.1.2	对研究者、受试者相关制度执行有监督和保障措施，并有可查询的安全记录；保证受试者在试验期间出现不良事件时得到适当的治疗并及时上报严重不良事件。
	171.1.3	临床试验用药品、医疗器械、体外诊断试剂管理规范。试验用药品、医疗器械、体外诊断试剂的供给、使用、储藏及剩余实物的处理过程有记录。
	171.1.4	研究者将数据真实、准确、完整、及时、合法地载入病历和病例报告表。
	171.1.5	临床科室对相关单位与部门的监查、质控和检查所发现的问题有改进，有记录。
	171.1.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	171.1.7	药物、医疗器械、体外诊断试剂临床试验和研究者发起的临床研究管理规范，资料完整。
(一百七十二) 开展涉及人的生命科学和医学研究应经伦理（审查）委员会审查通过。伦理（审查）委员会的人员组成、日常管理和审查工作应符合《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》和《涉及人的生命科学和医学研究伦理审查办法》规定。		
172.1 开展涉及人的生命科学和医学研究应经伦理（审查）委员会审查通过。伦理（审查）委员会的人员组成、日常管理和审查工作应符合《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》和《涉及人的生命科学和医学研究伦理	172.1.1	按规定设立伦理（审查）委员会，并向本机构的执业登记机关备案。
	172.1.2	对本机构开展的涉及人的生命科学和医学研究进行伦理审查，包括初始审查和跟踪审查。
	172.1.3	定期对本机构从事涉及人的生命科学和医学研究的科研人员、学生、科研管理人员等相关人员进行生命伦理教育和培训。
	172.1.4	无违规擅自开展涉及人的生命科学和医学研究案例。
	172.1.5	对主管部门督导检查反馈的问题及时整改落实。
	172.1.6	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。

审查办法》规定。		
（一百七十三）承担临床医学教育任务的医院师资、教学管理干部、设备、设施等资源配置符合有关教育教学标准要求，并取得相应资质认可。		
173.1 承担临床医学教育任务的医院师资、教学管理干部、设备、设施等资源配置符合有关教育教学标准要求，并取得相应资质认可。	173.1.1	制定教学规划、资金投入和保障制度，并落实。
	173.1.2	医学院校教学师资、设施设备，符合教育部对教学医院的规定要求。
	173.1.3	有主管院领导，专门部门和专职人员、专业教研组、专（兼）职教师负责教学管理工作。
	173.1.4	完成本科临床教学与实习任务，开展继续医学教育工作，制订师资激励机制并予以落实，资料完整。
	173.1.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	173.1.6	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
（一百七十四）根据临床、教学、科研和管理的需要，有计划、有重点地收集国内外各种医学及相关学科的图书和文献，开展多层次多种方式的读者服务工作，提高信息资源的利用率。		
174.1 图书馆基本设置和藏书数量能满足临床、科研、教学需求，支持多种形式预约、查询、借阅、催还、续借和检索等服务。	174.1.1	制定医学图书馆工作制度和信息服务制度，能提供文献查询服务。可使用高校图书馆资源的高校附属医院，无需设置独立图书馆。
	174.1.2	图书馆有专职人员管理，基本设置和藏书数量能满足临床科研教学需求。
	174.1.3	有网上图书预约、催还、续借和馆际互借等功能；可提供网络版医学文献数据库(中文、外文期刊库等)全文文献检索服务。
	174.1.4	开展定题检索、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、管理和员工的文献信息需求。
	174.1.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	174.1.6	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
九、行风与文化建设管理		
（一百七十五）医院应当加强医务人员职业道德教育，弘扬社会主义核心价值观和新时代医疗卫生职业精神，坚持“以患者为中心”，尊重患者权利，履行防病治病、救死扶伤、保护人民健康的神圣职责。		
175.1 医院应当加强医务人员职业道德教育，弘扬社会主义	175.1.1	制定医务人员职业道德建设和教育的制度并落实。
	175.1.2	相关部门有开展弘扬社会主义核心价值观和新时代医疗卫生职业精神的实施方案，并对在践行过程中涌现的先进典型进行宣传。
	175.1.3	员工知晓职业道德规范要求、社会主义核心价值观及新时代医疗卫生职业精神内涵，知晓率高。

核心价值观和新时代医疗卫生职业精神，坚持“以患者为中心”，尊重患者权利，履行防病治病、救死扶伤、保护人民健康的神圣职责。	175.1.4	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	175.1.5	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
（一百七十六）重视医院文化建设，建立医院文化建设制度，把医院文化培育成核心竞争力，逐步建立以患者为中心、注重医疗质量安全根植于医院服务理念的特色价值取向和行为标准。		
176.1 重视医院文化建设，建立医院文化建设制度，把医院文化培育成核心竞争力，逐步建立以患者为中心、注重医疗质量安全根植于医院服务理念的特色价值取向和行为标准。	176.1.1	医院文化建设纳入医院建设发展规划，有建设制度和方案，能够体现以患者为中心导向、根植于本院服务理念。
	176.1.2	有对员工医院价值取向的培训和教育，员工知晓率达到88%。
	176.1.3	院内各部门、科室有开展多种形式的医院文化建设活动。
	176.1.4	有指定部门负责，开展医院文化调研活动。
	176.1.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	176.1.6	有数据体现医院文化建设获得大部分员工满意。
（一百七十七）执行《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见（试行）》，建立行风建设与管理的组织和制度体系，完善工作机制。		
177.1 建立责行风建设与管理的组织体系，有明确的职能主管部门负责行风监管与考核；制定相关	177.1.1	有行风建设与管理组织体系，有专（兼）职人员负责管理与考评，并与其他职能部门的协调机制。
	177.1.2	有行风建设、考评、奖惩和公示等制度，有行风考评方案和量化标准，并落实。
	177.1.3	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。
	177.1.4	有规范的行风考评档案。有多部门共同参与的行风考评及结果共享机制。
	177.1.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。

制度，有奖惩措施并确保落实。	177.1.6	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
177.2 有制度与相关措施监管和约束医院员工通过职务便利谋取不正当利益，落实“医疗机构工作人员廉洁从业九项准则”行为。	177.2.1	有廉洁自律的工作规范和相关制度，并落实。
	177.2.2	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，有廉洁自律工作的自查。
	177.2.3	有重点岗位、重点人员轮岗机制，并落实。
	177.2.4	有措施并落实“医疗机构工作人员廉洁从业九项准则”行为。
	177.2.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	177.2.6	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
第四章 补充条款		
一、重症医学管理及持续改进		
（一百七十八）重症医学学科布局、设备设施、专业人员配置、院感防控符合要求，从事重症医学的医师与护理人员实行资格、技术能力准入管理，各岗位职责明确。		
178.1 重症医学学科布局符合院感等相关要求，落实院感各项制度，防控指标达标。	178.1.1	医院有重症医学学科设置，重症医学病区布局符合国家相关建设要求及院感防控要求。
	178.1.2	根据《医院感染管理办法》和《重症监护病房医院感染预防与控制规范》等法律法规要求，制订科室感染防控管理、消毒隔离等制度及流程。
	178.1.3	根据医院相关制度，制定抗菌药物使用控制指标、导管、呼吸机、尿路等感染率控制指标。
	178.1.4	医务人员知晓管理制度和指标控制要求并在工作中自觉落实。
	178.1.5	科室有定期自查、总结分析、整改。
	178.1.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	178.1.7	有数据体现改进效果。
178.2 加强重症医学设备设施、专业人员和 技术力量 配备，重 症医学的	178.2.1	重症医学科人员、设备配置符合国家相关要求，满足重症救治需求；科主任具有副高级以上专业技术职称，护士长具有中级以上专业技术职称并有5年以上重症监护临床护理工作经验；各岗位职责明确。
	178.2.2	有重症医学技术和技能培训考核制度、年度培训计划并组织落实；从事重症医学的医护人员需经专业培训，掌握重症医学的基本知识和基本技能要求，具备独立工作能力，考核合格方能进入重症医学岗位。
	178.2.3	对高风险技术、床旁检测技术等实行授权、再授权制度，动态管理。

医师与护理人员实行资格、技术能力准入管理，各岗位职责明确。	178.2.4	有重症医学设备设施维护保养制度和实施细则，并有专人负责，各设备设施处于备用完好状态。
	178.2.5	科室有定期自查、总结分析、整改。
	178.2.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	178.2.7	培训、考核、授权资料完整，无人员未经授权开展高风险技术、床旁检测技术。
（一百七十九）有重症医学学科管理制度、专科技术诊疗规范和操作规程；注重入住、出科指征掌控，质量与安全指标监控；落实多学科协作诊疗（MDT）、重症患者评估、家属探视/病情告知等制度，保障患方合法权益。重症医学床位、急救设备统一协调。		
179.1 完善重症医学学科管理制度、专科技术诊疗规范和操作规程；严格掌握重症患者入住、转出指征，保障全院重症患者的收治。	179.1.1	有重症医学学科各项管理制度、专科技术诊疗规范和操作规程，并及时更新。
	179.1.2	严格按重症监护病区入住、转出指征收治重症患者，按要求对每位收治重症监护的病人进行重症评估。
	179.1.3	有收治危重患者床位不足、急救设备不足、突发事件、感染性疾病收治等应急协调机制和预案。
	179.1.4	有组织医务人员定期学习各项管理规章制度和专业技术规范，并按制度、规范开展临床工作。
	179.1.5	科室有定期自查、总结分析、整改。
	179.1.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	179.1.7	有数据显示科室收治重症患者符合入室指征率≥88%。
179.2 有明确的质量与安全监控指标，定期评价，保证医疗质量与安全。	179.2.1	有重症医学的质量与安全控制指标。
	179.2.2	科主任和质控员熟知指标要求并掌握科室指标完成情况并在科室通报。
	179.2.3	科室质量与安全小组每月对科室指标完成情况进行讨论分析，提出科室改进措施。
	179.2.4	有信息系统支持科室医疗工作数据采集，科室对各项指标完成情况有定期自查、总结分析、整改。
	179.2.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	179.2.6	有数据显示科室各项指标呈正向趋势。
179.3 建立多学科协作诊疗（MDT）机制，保障重症患者得到有效治	179.3.1	有多学科诊疗相关规定和流程，明确需多学科诊疗的范畴，通过与相关学科医师联合查房、病例讨论等形式，提供专科诊疗支持与协作。
	179.3.2	多学科诊疗的病例，患者所在科室应有副主任职称以上医师参加联合讨论。
	179.3.3	多学科诊疗的意见，应在病历中有记载，并落实讨论确定的诊疗意见。
	179.3.4	对超过科室平均住院天数的病人有重点讨论、分析。

疗。定期评价重症患者的临床诊疗质量。	179.3.5	科室有定期自查、总结分析、整改。
	179.3.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	179.3.7	有数据显示多学科协作诊疗带来的效果。
179.4 落实患者家属探视、病情告知、授权等制度。	179.4.1	有重症医学学科患者家属探视制度，家属探视应符合院感、疫情防控等要求，并根据国家相关政策及时更新。
	179.4.2	有重症医学学科患者家属病情告知、授权规范，包括告知时间、告知范围、告知内容等，规范应符合国家法律要求并结合实际工作制定。
	179.4.3	医务人员熟知患者家属探视、告知、授权等规范要求并在工作中落实，在病历中做好记录；需患方签名的应予落实。
	179.4.4	科室有定期自查、总结分析、整改。
	179.4.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	179.4.6	无因探视、告知、授权问题造成的重大事件。
二、体外循环质量管理及持续改进		
（一百八十）体外循环科独立设置，专业人员、设备设施配置能满足临床手术需要；从事体外循环的医师与技术人员实行资格、技术能力准入、授权管理，各岗位职责明确。		
180.1 有独立的体外循环科，专业技术人员配置满足临床手术需要。	180.1.1	设置独立的体外循环科，开展疑难、危重病例的体外循环并能实施体外膜肺氧合操作。
	180.1.2	对体外循环医师与技术人员资质与能力有明确要求，并实行体外循环操作分级与授权、再授权管理。
	180.1.3	人才队伍结构合理，手术台数与体外循环科医师比例符合国家相关要求，科主任为高级职称医师。
	180.1.4	具备中级及以上专业技术职务任职资格后才能独立实施体外循环。
	180.1.5	科室有定期自查、总结分析、整改。
	180.1.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	180.1.7	无越权开展体外循环案例。
180.2 手术间配备体外循环机、多参数监护仪等设备，能满足	180.2.1	每个手术间配备体外循环机，医院另有统一调配的备用体外循环机，且设备处于良好待用状态。
	180.2.2	手术间配置多参数监护仪、变温毯、除颤器、应急照明设施、急救药品等必须设备和物品。
	180.2.3	有主动脉球囊反搏、ECMO设备及耗材设备。
	180.2.4	有专人维护和保养体外循环设备，并有完整使用、保养、维修档案记录。

体外循环工作需要，并有专兼职人员维护和保养体外循环设备。	180.2.5	科室有定期自查、总结分析、整改。
	180.2.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
（一百八十一）有体外循环科管理制度、专科技术诊疗规范和操作规程，质量与安全指标监控，落实多学科协作诊疗（MDT）规范。		
181.1 健全科室规章制度、岗位职责、诊疗规范及操作常规，并及时更新。	181.1.1	有科室规章制度、岗位职责健全，并全员知晓。
	181.1.2	科室有本专业各疾病诊疗规范及操作常规并定期更新。
	181.1.3	科室有对全员有制度及专业技能培训要求、计划及培训考核记录。
	181.1.4	科室有定期对各项制度、规范执行情况进行自查、总结分析、整改。
	181.1.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
181.2 有体外循环前访视、讨论制度、流程，并在体外循环前签署知情同意文件，存放在病历中。	181.2.1	有患者体外循环前访视制度、流程，并有相应记录。
	181.2.2	体外循环前讨论内容包括患者全身情况是否适合体外循环、体外循环方式、用药和输液及监护项目、术前准备完成情况、体外循环过程中可能发生的风险及原因重点预防措施等，讨论记录记入患者病历。
	181.2.3	对高风险择期手术等特殊病例或新开展手术、体外循环方法，进行体外循环前需会诊或多学科讨论，讨论情况及结果在病历中有记录。
	181.2.4	有制度与流程规定对每位患者由医师向患者、近亲属或授权委托人进行充分说明与沟通，并在体外循环前完成签署知情同意文件，存放在病历中。
	181.2.5	科室有定期对各项制度、规范执行情况进行自查、总结分析、整改。
	181.2.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
181.3 建立体外循环与输血科的有效沟通，严格掌握术中输血适应	181.3.1	实施规范的全程血液保护的操作规范,明确自体血液回收的适应证和禁忌证。
	181.3.2	定期对全员开展血液保护和术中输血适应症、输血应急事件处理等培训、考核，体外循环师熟练掌握自体血液回收的适应证和禁忌证。
	181.3.3	与输血科有定期合理用血的开展病例讨论。
	181.3.4	开展自体血液回收的百分率不低于50%。
	181.3.5	科室有定期对各项制度、规范执行情况进行自查、总结分析、整改。

证,合理、安全输血。	181.3.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈,并检查科室整改落实情况。
181.4 按规范书写体外循环全过程记录,并存档于病历中;完善体外循环记录质量评价标准,落实术后随访制度。	181.4.1	按照《病历书写基本规范》书写体外循环全过程记录。
	181.4.2	有体外循环记录质量评价制度与标准并有全员培训。
	181.4.3	严格执行交接班制度,病人体外循环后回病房或重症监护室时需按要求完成交接班,并在病历中有纪录。
	181.4.4	有体外循环后病人随访制度和流程,术后次日随访每一例病人。
	181.4.5	科室定期对书写质量及各项制度、规范执行情况进行自查、总结分析、整改。
	181.4.6	职能部门履行监管职责,并有分析、反馈和整改措施。
	181.4.7	有数据显示体外循环书写记录质量不断提升。
181.5 建立体外循环质量数据库,有科室质量与安全监测指标,定期开展体外循环效果评定。	181.5.1	建立体外循环质量数据库,有科室质量安全监测指标及评价相关数据。
	181.5.2	有体外循环效果评定,将体外循环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。
	181.5.3	全员知晓质量与安全监测指标及评价方法。
	181.5.4	科室能运用数据表现体外循环质量变化趋势,不断提高体外循环质量。
	181.5.5	科室定期对体外循环质量有自查、总结分析,对存在问题有整改。
	181.5.6	职能部门履行监管职责,有分析、反馈并对科室整改情况有跟进。
	181.5.7	有数据显示体外循环并发症的发生率逐步下降。
三、心脏康复医学管理与持续改进		
(一百八十二) 按心脏康复诊疗指南/规范,为需要心脏康复治疗的患者明确诊断与功能评估,制订康复治疗计划,实施康复治疗训练,保证质量与安全;开展临床早期康复介入服务,促进持续改进。		
182.1 按规范设置心脏康复科,有各项管理制度与诊疗规范,医护人员资质专业	182.1.1	有心脏康复科设置及学科建设规划。
	182.1.2	有科室各项管理制度和诊疗技术规范、操作流程,医务人员知晓并规范执行。
	182.1.3	心脏康复医师有心血管专业医学背景,心脏康复医师、治疗师及护士均有相应对口康复专业资质,持证上岗,并有相应的培训或进修证明。
	182.1.4	科室配置能满足临床需要的心脏康复设备,设备采购和使用符合国家相关规定及规范,设备有专人维护和保养,并有完整使用、保养、维修档

对口, 康复设备使用规范。		案记录。
	182.1.5	科室有定期自查、总结分析、整改。
	182.1.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈, 并检查科室整改落实情况。
182.2 按规范开展康复治疗, 定期评价康复治疗效果, 全程有记录。	182.2.1	对每个康复患者有明确诊断与功能评估并制订康复治疗计划。
	182.2.2	康复医师、治疗师需向患者及其家属、授权委托人说明康复治疗计划/方案, 包括各种程序的内容与训练目的、方向性、期间、预后预测、禁忌等; 康复治疗计划由康复医师、治疗师、护士、患者及家属共同落实。
	182.2.3	每一例患者在治疗前、治疗中、治疗后有定期康复治疗与训练效果评定、无效中止康复训练的标准与程序, 相关人员知晓并落实。
	182.2.4	有康复相关医疗文书书写规范要求和质控标准, 康复治疗全过程病人状况在病历中有记录。
	182.2.5	科室有定期自查、总结分析、整改。
	182.2.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈, 并检查科室整改落实情况。
	182.2.7	有数据显示改进效果。
182.3 开展早期康复介入服务, 对出院康复患者有后续康复指导, 保障康复训练连续性。	182.3.1	开展临床早期康复介入服务, 选派康复医师和治疗师深入临床科室, 与科室建立协作的工作模式, 为有康复治疗需要的患者提供早期、专业的康复医疗服务。
	182.3.2	需要康复治疗的住院患者由康复医师会诊, 并与主管医生共同确定康复治疗计划或方案。
	182.3.3	为转入专业康复机构、社区及家庭的患者提供转诊后康复训练指导方案, 保障康复训练的连续性。
	182.3.4	有康复患者及家属满意度评价的制度与流程, 并组织实施。
	182.3.5	科室有定期自查、总结分析、整改。
	182.3.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈, 并检查科室整改落实情况。
	182.3.7	有数据显示改进效果, 满意度 $\geq 95\%$ 。
182.4 有康复医学质量与安全控制指标, 科室每月分析指标完成情况。	182.4.1	有康复医学质量与安全控制指标。
	182.4.2	科室每月对指标完成情况进行总结分析, 对负性指标有针对性的改进措施。
	182.4.3	全科人员知晓科室指标完成情况, 并按整改措施开展相关工作。
	182.4.4	主管部门定期督导检查、分析、反馈, 并检查科室整改落实情况。
	182.4.5	有数据显示改进效果。

182.5 有康复过程意外紧急处置预案, 相关人员知晓并定期演练。	182.5.1	有康复过程意外紧急处置预案与流程。
	182.5.2	有落实预防并发症、预防二次损害的具体措施。
	182.5.3	开展康复治疗训练人员相关理论知识、技能操作与意外紧急处理方法的培训, 并定期演练。
	182.5.4	科室有定期自查、总结分析、整改。
	182.5.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈, 并检查科室整改落实情况。
	182.5.6	有数据显示改进效果。
四、国家医疗质量安全改进目标		
(一百八十三) 提高急性ST段抬高型心肌梗死再灌注治疗率。		
183.1 建立急性STEMI患者再灌注治疗技术团队, 制订符合本机构实际的急性STEMI患者急救方案及标准化操作流程, 提高急性ST段抬高型心肌梗死再灌注治疗率。	183.1.1	建立由心内科、急诊科、检验、护理、影像等相关部门组成的急性STEMI患者再灌注治疗技术团队, 指定牵头部门, 定期开展急性STEMI患者再灌注治疗情况分析讨论活动。
	183.1.2	制订符合本机构实际的急性STEMI患者急救方案及标准化操作流程, 明确发病12小时内的急性STEMI患者给予经皮冠状动脉介入治疗(PCI)或静脉溶栓治疗, 首选PCI治疗; 有保障医务人员随时到位的措施, 药品、设备、设施处于可用状态。
	183.1.3	对相关科室医务人员进行院内急性STEMI患者再灌注治疗规范化培训, 对全院医务人员及急诊工勤人员进行相关知识、流程培训。
	183.1.4	建立急性STEMI患者再灌注治疗率的监测及评价机制, 明确相关质控指标数据采集方法, 对相关科室有明确的再灌注治疗率完成要求。
	183.1.5	科室每月自查急性ST段抬高型心肌梗死患者再灌注治疗开展情况, 运用质量管理工具, 总结分析, 提出改进措施并落实。
	183.1.6	主管部门定期对本机构急性ST段抬高型心肌梗死再灌注治疗数据进行分析、反馈, 督导检查科室落实整改情况。
	183.1.7	有数据或案例体现全院急性ST段抬高型心肌梗死再灌注治疗率达到预期目标。
(一百八十四) 降低住院患者围手术期死亡率。		
184.1 加强住院患者围手术期管理, 落实手术相关管理制度, 降低住院患者围手术期死亡率。	184.1.1	医院成立由医务、质控、护理、麻醉、临床科室、病案和信息等相关部门组成的专项工作小组, 并指定牵头部门, 明确职责, 制定改进目标。
	184.1.2	加强围手术期管理, 医院建立住院患者手术当日、术后24小时、术后48小时内死亡率的监测及评价机制, 明确相关质控指标数据采集方法和数据内部验证程序, 按月、分科室统计住院患者围手术期死亡率数据, 按季度开展数据分析, 将评价结果纳入绩效管理, 建立激励约束机制。
	184.1.3	医院及科室定期开展手术分级管理、医师授权管理、术前讨论制度、手术安全核查制度、患者随访制度、死亡病例讨论制度等相关管理制度培训, 有措施保障全体医师知晓并落实到位。
	184.1.4	医院专项工作小组定期召开质量分析会, 根据医院统计数据, 运用质量管理工具, 查找、分析影响医院实现目标的因素, 制定改进措施并形成质量分析报告, 有会议记录。

	184.1.5	科室根据医院指标要求制定本科室降低住院患者围手术期死亡率的具体实施措施，每月对医护人员执行情况进行自查，运用质量管理工具对存在问题开展原因分析、整改落实。
	184.1.6	医院主管部门根据分析数据及专项工作小组分析报告定期对临床科室开展督导、反馈，帮助科室不断降低住院患者围手术期死亡率。
	184.1.7	医院有数据体现住院患者围手术期死亡率持续下降。
（一百八十五）提高静脉血栓栓塞症规范预防率。		
185.1 成立VTE管理团队，完善VTE防治工作制度和机制，规范开展VTE风险评估和出血风险评估，提高VTE规范预防率。	185.1.1	医疗机构成立由医务、临床科室、护理等部门组成的VTE管理团队，有VTE防治工作制度和机制并落实。
	185.1.2	有住院患者VTE风险与出血风险评估制度及评估方法，有规范的VTE预防（包括药物预防、机械预防等）临床指南及实施措施，医务人员知晓并执行。
	185.1.3	建立急危重症患者VTE处理的应急预案，有VTE相关患者会诊与转诊机制。
	185.1.4	有VTE质量监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法，将目标完成情况纳入科室绩效管理。
	185.1.5	科室对VTE规范预防开展情况有定期自查，并运用质量管理工具，总结分析，提出改进措施并落实。
	185.1.6	主管部门定期查找、分析影响全院、相关科室实现目标的因素，提出改进措施并检查科室落实整改情况。
	185.1.7	住院患者（国家规定暂不开展VTE评估的除外）100%开展VTE风险与出血风险评估，有数据显示VTE规范预防率持续提高。
（一百八十六）提高四级手术术前多学科讨论完成率		
186.1 落实《医疗机构手术分级管理办法》，四级手术开展前需进行多学科讨论，制定全面的诊疗计划及手术风险防范处置方案，降低手术风险和并发症，保障手术质量和医疗安全。	186.1.1	医院按照《医疗机构手术分级管理办法》和《医疗质量安全核心制度要点》，制订符合本机构实际的四级手术术前多学科讨论制度，明确时限要求、发起方式、组织形式、协调管理等系列工作机制和流程，参与讨论的学科及人员应根据疾病及手术计划予以确定。
	186.1.2	建立四级手术术前多学科讨论完成的监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法与数据内部验证程序，按季度进行数据分析、反馈，建立激励约束机制。
	186.1.3	医院及临床科室定期开展术前讨论相关制度培训，强化四级手术术前多学科讨论的及时性、有效性、便捷性和可追溯性，医务人员掌握并落实、提高完成率。
	186.1.4	科室根据医院指标要求制定本科室提高四级手术术前多学科讨论完成率的具体实施措施，每月对医护人员执行情况进行自查，运用质量管理工具对存在问题开展原因分析、整改落实。
	186.1.5	医院主管部门运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，定期对临床科室开展督导、反馈，帮助科室不断提高四级手术术前多学科讨论完成率。
	186.1.6	有数据显示医院四级手术术前多学科讨论完成率不断提高。
（一百八十七）提高医疗质量安全不良事件报告率。		

187.1 成立医疗质量安全不良事件管理专项工作小组，完善不良事件管理的各项管理制度、报告制度和工作机制，引导和鼓励医务人员主动发现和上报不良事件，不断提高报告率。	187.1.1	成立由医务、护理、院感、各临床科室等部门组成的专项工作小组，完善医疗质量安全不良事件管理的相关制度、工作机制，有提高医疗质量安全不良事件报告率的方案及措施并落实。
	187.1.2	在全院范围开展医疗质量安全不良事件管理及报告培训工作，提高医务人员识别与防范医疗质量安全不良事件的意识和能力，引导和鼓励医务人员主动发现和上报医疗质量安全不良事件，构建非惩罚性文化氛围。
	187.1.3	医院对各科室有明确的医疗质量安全不良事件报告要求，定期通报各科室医疗质量安全不良事件报告情况。
	187.1.4	科室对医疗质量安全不良事件报告情况有定期自查、总结分析与整改。
	187.1.5	主管部门运用质量管理工具，查找、分析影响本机构提升医疗质量安全不良事件报告率的因素，提出改进措施并落实。
	187.1.6	有数据或案例体现医疗质量安全不良事件报告率的改进效果。
（一百八十八）提高住院患者静脉输液规范使用率。		
188.1 成立患者静脉输液管理专项工作小组，完善静脉输液治疗管理工作制度和机制，确定本机构无需静脉输液治疗的病种清单，提高住院患者静脉输液规范使用率。	188.1.1	成立由医务、临床科室、药事、护理、后勤等部门组成的患者静脉输液管理专项工作小组，职责分工明确，完善静脉输液治疗管理工作制度和机制。
	188.1.2	确定本机构无需静脉输液治疗的病种清单，优化药品供应机制，保障常用药物口服、外用等剂型的合理供应。
	188.1.3	定期进行相关培训与再教育，促进医务人员科学选择给药方式，建立优化给药途径的激励和约束机制。
	188.1.4	建立监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法与数据内部验证程序，重点关注住院患者静脉输液使用率等指标，采取综合措施予以干预。
	188.1.5	临床科室对本科室静脉输液使用情况有定期自查、总结分析、整改。
	188.1.6	主管部门运用质量管理工具，定期查找、分析影响本机构实现降低住院患者静脉输液规范使用情况的因素，提出改进措施并落实；有指定部门持续关注静脉输液治疗药物使用数量和强度等情况，并向专项工作小组及临床及时反馈预警信息。
	188.1.7	有数据或案例显示全院住院患者静脉输液规范使用率有所提升
（一百八十九）提高感染性休克集束化治疗完成率。		
189.1 有感染性休克集束化治疗的诊疗规范，有感	189.1.1	成立由医务、重症、急诊、感染性疾病、药学、检验等相关部门组成的专项工作小组，并指定牵头部门，明确职责，制定目标。
	189.1.2	医院有感染性休克集束化治疗的多部门联合监测制度和评价机制，明确相关质控指标数据采集方法和数据内部验证程序，有明确的感染性休克患者1小时和3小时规范集束化治疗完成率考核要求，将考核结果纳入绩效管理，建立激励约束机制。

染性休克集束化治疗完成率目标及监测评价机制,有规范实施集束化治疗和提高完成率的措施并落实。	189.1.3	医院有感染性休克集束化治疗的诊疗规范,每年定期开展相关培训和考核,有对考核不合格者再培训考核的明确要求和方法,确保医护人员熟练掌握诊疗规范、及时识别相关患者并给予规范治疗。
	189.1.4	医院专项工作小组定期召开质量分析会,根据医院统计数据,运用质量管理工具,查找、分析影响医院实现目标的因素,制定改进措施并形成质量分析报告,有会议记录。
	189.1.5	科室根据医院指标要求制定本科室具体实施方案,定期对感染性休克患者规范实施集束化治疗情况及完成率开展自查,对存在问题运用质量管理工具分析原因、制定改进措施并整改。
	189.1.6	医院按季度、分科室开展数据分析,主管部门根据分析数据及专项工作小组分析报告定期对临床科室感染性休克集束化治疗情况开展督导、反馈,帮助科室不断提高规范治疗完成率。
	189.1.7	医院有数据体现感染性休克患者1小时和3小时规范集束化治疗完成率的改进效果。
(一百九十) 降低非计划重返手术室再手术率。		
190.1 完善非计划重返手术监测指标管理,降低因术前评估不足、手术设计缺陷等不到位造成的非计划重返手术率。	190.1.1	成立由医务、临床科室、麻醉、护理等相关部门组成的专项工作小组,并指定牵头部门,明确职责,制定年度工作目标。
	190.1.2	医院建立非计划重返手术室再手术多部门联合监测制度及评价机制,有明确的医院及科室降低非计划重返手术室再手术率考核要求,将考核结果纳入绩效管理,建立激励约束机制。
	190.1.3	医院专项工作小组定期召开质量分析会,根据医院统计数据,运用质量管理工具,查找、分析影响医院实现目标的因素,制定改进措施并形成质量分析报告,有会议记录。
	190.1.4	科室根据医院指标要求制定本科室降低非计划重返手术室再手术率具体实施措施,每月对医护人员执行情况进行进行自查,运用质量管理工具对存在问题开展原因分析、整改落实。
	190.1.4	医院按月、分科室统计非计划重返手术室再手术数据,按季度开展数据分析;主管部门根据分析数据及专项工作小组分析报告定期对临床科室开展督导、反馈,帮助科室不断降低非计划重返手术室再手术率。
	190.1.6	医院有数据体现非计划重返手术室再手术率的改进效果。