

三级医院评审标准（2022年版）

广东省专科医院实施细则

（眼科专科）

三级医院评审标准（2022年版）广东省专科医院实施细则（眼科专科）说明

我委结合眼科专科实际，遵循“标准只升不降，周期全程追踪”的原则，根据国家卫生健康委《三级医院评审标准(2022年版)》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《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（眼科专科）》，共设3个部分49节535条标准和监测指标。适用于三级眼科医院，二级眼科医院可参照使用。

一、第一部分为前置要求

共3节30条，与《综合医院实施细则》完全一致。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。

二、第二部分为医疗服务能力与质量安全监测数据

共5章22节166条193个监测指标。内容包括医院资源配置、质量、安全、服务、绩效等指标监测、DRG评价、单病种和重点医疗技术质控等日常监测数据。第一章是资源配置与运行数据指标，共5节14条24个监测指标。第二章是医疗服务能力与医院质量安全指标，共3节37条39个监测指标。第三章是重点专业质量控制指标，共7节93条标准108个监测指标。第四章是单病种（术种）质量控制指标，

共 4 节 12 条 12 个监测指标。第五章是重点医疗技术临床应用质量控制指标，共 3 节 10 条 10 个监测指标。

此部分为通过对客观指标的采集定量评价为主，各医疗机构要保证客观数据的真实性，涉及到数据核查存在问题的，视情节严重程度，予以惩罚性扣分直至按照“第一部分前置要求”中第二节第五条采取“一票否决”处理。单病种（术种）、限制类技术等根据评审医院实际开展技术情况进行评审。

三、第三部分为现场检查

在《综合医院实施细则》的基础上，减少了精神、介入、血透、放疗、新生儿、中医、康复、高压氧专业、技术的相应条款和内容，调整了急诊、院感、护理、放射、药学、检验等专业相关条款。共设 24 节 168 条 313 款指标。用于对三级眼科医院实地评审以及医院自我管理和持续改进。

四、赋分与计分规则

一是等级判定标准。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；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。

二是第二部分赋分规则。第二部分计分规则遵循规模类和配比类指标采用“全或无”原则，连续监测指标采用“区间赋分兼顾持续改进”原则。

三是第三部分计分规则。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.....	- 11 -
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.....	- 53 -
第五章 重点医疗技术临床应用质量控制指标.....	- 57 -
第三部分 现场检查	- 61 -
第一章 医院功能与任务.....	- 61 -
第二章 临床服务质量与安全管理.....	- 64 -
第三章 医院管理.....	- 131 -
第四章 补充条款.....	- 153 -

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标

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	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) 平均住院日	定量指标	天	指一定时期内每一出院患者平均住院时间的长短。	=出院患者占用总床日数/同期出院人数	监测达标
	(三) 日间手术占比	定量指标	百分比 (%)	年度出院患者施行日间手术台次数占同期出院患者择期手术总台次数的比例。	=日间手术台次数/同期出院患者择期手术总台次数×100%	监测达标
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	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与开放床位数比	定量指标	比值(X:1)	医院感染管理专职人员数与同期全院实际开放床数之比	=医院感染管理专职人员数/同期全院实际开放床位数	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	
	(三)药学专业技术人员数与卫生专业技术人员数比	定量指标	比值(X:1)	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的比例	=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	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。	百分比(%)	医院相对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。	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)麻醉科	1.麻醉科医师数与手术间数比	定量指标。	比值(X:1)	医院麻醉科医师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。	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
		3.麻醉科医师与手术科室医师比。	定量指标。	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。	=麻醉科本院固定在岗医师人数/同期手术科室本院固定在岗医师人数。	监测比较
	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。	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)人员支出占业务支出的比重(人员经费占比)		定量指标。	百分比(%)	年度用于人员支出占医疗费的比例。	=人员经费/同期医疗活动费用×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	
	(三)人员收支结构情况	1.医疗服务收入(不含药品、耗材、检查检验收入)占医疗收入比例	定量指标。	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
		2.收支结余(医疗盈余率)	定量指标。	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
		3.资产负债率	定量指标。	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。	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。	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。	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。	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	1.每百名卫生技术人员科研项目经费	定量指标。	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	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
	数量 2.每百名卫生技术人员科技成果转化金额	定量指标。	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	监测比较
	(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	项	年度每百名卫生技术人员发明专利数	=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	项	年度每百名卫生技术人员实用新型专利数	=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) 国家公立医院绩效管理平台
- (4) 广东省卫生健康统计信息网络直报系统
- (5) 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、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	个	医院收治病种 (ICD-10 四位亚目数量) 数量。	根据 ICD-10 亚目, 从病案首页中统计主要诊断数量。	监测比较
	(二) 住院术种数量 (ICD-9-CM-3 亚目数量)	定量指标	个	医院住院术种病种 (ICD-9-CM-3) 数量。	从病案首页中统计主要手术 ICD-9-CM-3 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
	(三) DRG-DRGs 组数	定量指标	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“K”个 DRG，即是该医院的 DRG 组数量	监测比较
	(四) DRG-CMI	定量指标	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	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	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) 出院人次数	定量指标	人次	出院患者人次数	年度出院患者人次数	监测比较
	(八) 出院患者手术比例	定量指标	百分比 (%)	年度出院患者实施手术治疗台次数占同期出院患者总人次数的比例	$\text{=出院患者手术台次数/同期出院患者总人次数} \times 100\%$	逐步提高
	(九) 出院患者微创手术占比	定量指标	百分比 (%)	出院患者实施微创手术台次数占同期出院患者手术台次数的比例	$\text{=出院患者微创手术台次数/同期出院患者手术台次数} \times 100\%$	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
	(十) 出院患者四级手术占比		定量指标	百分比 (%)	年度出院患者实施四级手术台次数占同期出院患者手术台次数的比例。	=出院患者四级手术台次数/同期出院患者手术台次数×100%	逐步提高
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. 医疗质量安全不良事件报告率 (NIT-2023-V)	定量指标	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不安全隐患、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
		2. 住院患者静脉输液规范使用率	定量指标	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/同期出院人次×100%	逐步提高
	(二) 患者住院总死亡率		定量指标	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

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) 手术患者住院死亡率	定量指标	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	百分比 (%)	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)的比例×100%	逐步降低
	(五) 手术患者术后48小时内非预期重返手术室再次手术率	1. 手术患者术后48小时内非预期重返手术室再次手术率	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
		2. 手术患者术后31天内非预期重返手术室再次手术率	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	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。	=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	百分比 (%)	年度运用 DRGs 分组器测算产生风险组病例, 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	=DRGs 低风险组死亡的病例数/DRGs 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	百分比 (%)	ICD-10 编码: I26 的手术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例数/同期手术患者出院人次×100%	逐步降低
	(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	百分比 (%)	ICD-10 编码: I80.2, I82.8 的手术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例数/同期手术患者出院人次×100%	逐步降低
	(三) 手术患者手术后脓毒症发生例数和发生率	定量指标	百分比 (%)	ICD-10 编码: A40.0 至 A40.9, A41.0 至 A41.9 T81.411,B37.00, B49.x019 的手术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例数/同期手术患者出院人次×100%	逐步降低
	(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	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例数/同期手术患者出院人次×100%	逐步降低
	(五) 手术患者手术伤口裂开发生例数和发生率	定量指标	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。	=手术患者手术伤口裂开发生例数/同期手术患者出院人次×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
	(六) 手术患者手术后猝死发生例数和发生率	定量指标	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例数/同期手术患者出院人次×100%	逐步降低
	(七) 手术患者手术后呼吸衰竭发生例数和发生率	定量指标	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例数/同期手术患者出院人次×100%	逐步降低
	(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	百分比 (%)	ICD-10 编码: E89.0 至 E89.9 的手术患者手术后生理/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/代谢紊乱发生例数/同期手术患者出院人次×100%	逐步降低
	(九) 与手术/操作相关感染发生例数和发生率	定量指标	百分比 (%)	ICD-10 编码: T81.4 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。	=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%	逐步降低
	(十) 手术过程中异物遗留发生例数和发生率	定量指标	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例数/同期手术患者出院人次×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
	(十一) 手术患者麻醉并发症发生例数和发生率	定量指标	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例数/同期手术患者出院人次×100%	逐步降低
	(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	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例数/同期手术患者出院人次×100%	逐步降低
	(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	百分比 (%)	ICD-10 编码: T81.2 的手术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患者出院人次的比例。	=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%	逐步降低
	(十四) 手术后急性肾衰竭发生例数和发生率	定量指标	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例数/同期手术患者出院人次×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
	(十五) 手术患者术后并发症发生例数和发生率	定量指标	百分比 (%)	眼和附器 (H59.0, H95.8, H95.9 的手术出院患者) 术后并发症 (T80-T88) 发生例数占同期手术患者出院人次的比例。	=术后并发症发生例数/同期手术患者出院人次×100%	逐步降低
	(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	百分比 (%)	眼科 (T85.2/T85.3/T85.704/85.8/85.9/86.8 的手术出院患者) 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) 发生例数/同期手术患者出院人次×100%	逐步降低
	(十七) 2 期及以上院内压力性损伤发生例数及发生率	定量指标	百分比 (%)	ICD-10 编码: L89.1, L89.2, L89.3, L89.9 出院患者 2 期及以上院内压力性损伤发生例数; 2 期及以上院内压力性损伤发生例数以及占同期出院患者人次的比例。	=2 期及以上院内压力性损伤新发例数/同期住院患者总数	逐步降低
	(十八) 输注反应发生例数和发生率	定量指标	百分比 (%)	ICD-10 编码: T80.0, T80.1, T80.2, T80.8, T80.9 出院患者输注反应发生例次; 出院患者输注反应发生例次以及占同期接受输注出院患者人次的比例。	=发生输注反应的出院患者例次/同期接受输注的出院患者人次×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
	(十九) 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	百分比 (%)	ICD-10 编码: S32.1 至 S32.5, S32.7, S32.8, S71.8, S72.0 的住院患者医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生例数; 以及住院患者医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生例数占同期住院患者跌倒/坠床发生例数的比例。	=住院患者医院内跌倒坠床所致髌部骨折发生例数/同期住院患者跌倒坠床发生例数×100%	逐步降低
	(二十) 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	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)等有害效应发生例数; 以及住院患者中全身性抗菌药物、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。	=临床用药所致的有害反应(不良事件)发生例数/同期出院患者人次	逐步降低

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	指标定义	计算方法	指标导向
一、麻醉专业 医疗质量控制指标	(一)麻醉科与手术科室医师人数比	定量指标。	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、规培住院医师 (外院)、进修生。	=麻醉科固定在岗 (本院) 医师人数/手术科室固定在岗 (本院) 医师总数	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
	(二) 麻醉科医护比	定量指标。	比值 (1:X)	麻醉科固定在岗 (本院) 护士人数与麻醉科固定在岗 (本院) 医师人数之比。均不包括实习学生、研究生、规培住院医师 (外院)、进修生。	=麻醉科固定在岗 (本院) 护士人数/麻醉科固定在岗 (本院) 医师人数	监测比较
	(三) 各 ASA 分级麻醉患者比例	定量指标。	百分比 (%)	根据美国麻醉医师协会 (ASA) 分级标准, 对于接受麻醉患者的病情危重程度进行分级。各 ASA 分级 (I-VI 级) 麻醉患者比例是指该 ASA 分级麻醉患者占同期麻醉患者总数的比例。	=该 ASA 分级麻醉患者数/同期各 ASA 分级麻醉患者总数×100%	监测比较
	(四) 麻醉开始后手术取消率	定量指标。	千分比 (%)	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手术开始前手术取消的数占同期麻醉总数的比例。	=麻醉开始后手术开始前手术取消的数/同期麻醉总数×100%	逐步降低
	(五) 麻醉后监测治疗室 (PACU) 转出延迟率	定量指标。	千分比 (%)	指入 PACU 超过 2 小时的患者数占同期入 PACU 患者总数的比例。	=入 PACU 超过 2 小时的患者数/同期入 PACU 患者总数×100%	逐步降低
	(六) PACU 入室低体温率	定量指标。	百分比 (%)	指 PACU 入室低体温患者数占同期入 PACU 患者总数的比例。体温测量的方式推荐为红外耳温枪。	=PACU 入室低体温患者数/同期入 PACU 患者总数×100%	逐步降低
	(七) 非计划二次气管插管率	定量指标。	百分比 (%)	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。	=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%	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
	(八)麻醉开始后 24 小时内死亡率	定量指标。	百分比 (%)	麻醉开始后 24 小时内死亡患者数占同期麻醉患者总数的比例。患者死亡原因包括患者本身病情严重、手术、麻醉以及其他任何因素。	=麻醉开始后 24 小时内死亡患者数/同期麻醉患者总数×100%	逐步降低
	(九)麻醉期间严重过敏反应发生率	定量指标。	千分比 (%)	严重过敏反应是指发生循环衰竭和/或严重气道反应(痉挛、水肿),明显皮疹,需要使用肾上腺素治疗的过敏反应。麻醉期间严重过敏反应是指麻醉期间各种原因导致的严重过敏反应。麻醉期间严重过敏反应发生率,是指麻醉期间严重过敏反应发生例数占同期麻醉总例数的比例。	=麻醉期间严重过敏反应发生例数/同期麻醉总例数×100%	监测比较
	(十)术中心脏骤停率	定量指标。	千分比 (%)	单位时间内,术中心脏骤停患者数占同期麻醉患者总数的比例。	=术中心脏骤停患者数/同期麻醉患者总数×100%	逐步降低
	(十一)麻醉门诊评估占比	定量指标。	百分比 (%)	麻醉门诊接诊患者(不包括疼痛治疗患者)总数占同期总麻醉例次比例。	=年度麻醉门诊接诊患者(不包括疼痛治疗患者)/同期总麻醉例次×100%	逐步提高
	(十二)麻醉科术后镇痛率	定量指标。	百分比 (%)	接受麻醉科术后镇痛患者数占同期住院手术麻醉总数的比例。麻醉科术后镇痛是指由麻醉科为患者提供术后针对因手术引起的急性疼痛诊疗服务,包括各种类型 PCA、椎管内阿片类药物、术后连续或重复阻滞。	=接受麻醉科术后镇痛患者数/同期住院手术麻醉总数×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
二、临床检验专业医疗质量控制指标	(一) 标本类型错误率	定量指标。	百分比 (%)	类型不符合要求的标本数占同期标本总数的比例。	$=\text{类型不符合要求的标本数}/\text{同期标本总数} \times 100\%$	逐步降低
	(二) 标本容器错误率	定量指标。	百分比 (%)	采集容器不符合要求的标本数占同期标本总数的比例。	$=\text{采集容器不符合要求的标本数}/\text{同期标本总数} \times 100\%$	逐步降低
	(三) 标本采集量错误率	定量指标。	百分比 (%)	采集量不符合要求的标本数占同期标本总数的比例。	$=\text{采集量不符合要求的标本数}/\text{同期标本总数} \times 100\%$	逐步降低
	(四) 血培养污染率	定量指标。	百分比 (%)	污染的血培养标本数占同期血培养标本总数的比例。	$=\text{污染的血培养标本数}/\text{同期血培养标本总数} \times 100\%$	逐步降低
	(五) 抗凝标本凝集率	定量指标。	百分比 (%)	凝集的标本数占同期需抗凝的标本总数的比例。	$=\text{凝集的标本数}/\text{同期需抗凝的标本总数} \times 100\%$	逐步降低
	(六) 检验前周转时间中位数	定量指标。	分钟	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。	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 $=Xn/2+Xn/2+1/2$, n 为偶数 注:n 为检验标本数, X 为检验前周转时间	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
	(七) 室内质控展开率	定量指标。	百分比 (%)	展室内质控的检验项目数占同期检验项目总数的比例。	$\text{=展室内质控的检验项目数/同期检验项目总数} \times 100\%$	逐步提高
	(八) 室内质控项目变异系数不合格率	定量指标。	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。	$\text{=室内质控项目变异系数高于要求的检验项目数/同期对室内质控项目变异系数有要求的检验项目总数} \times 100\%$	逐步降低
	(九) 室间质评项目参加率	定量指标。	百分比 (%)	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。	$\text{=参加室间质评的检验项目数/同期特定机构已开展的室间质评项目总数} \times 100\%$	逐步提高
	(十) 室间质评项目不合格率	定量指标。	百分比 (%)	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。	$\text{=室间质评不合格的检验项目数/同期参加室间质评检验项目总数} \times 100\%$	逐步降低
	(十一) 实验室间比对率(用于无室间质评计划检验项目)	定量指标。	百分比 (%)	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。	$\text{=执行实验室间比对的检验项目数/同期无室间质评计划检验项目总数} \times 100\%$	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
	(十二) 实验室内周转时间中位数	定量指标。	分钟	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。	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 为检验表本数, X 为检验前周转时间	逐步降低
	(十三) 检验报告不正确率	定量指标。	百分比 (%)	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。	=实验室发出的不正确检验报告数/同期检验报告总数 $\times 100\%$	逐步降低
	(十四) 危急值通报率	定量指标。	百分比 (%)	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。	=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数 $\times 100\%$	逐步提高
	(十五) 危急值通报及时率	定量指标。	百分比 (%)	危急值通报时间(从结果确认到与临床医师交流的时间)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。	=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 $\times 100\%$	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
三、病理专业 医疗质量控制 指标	(一) 每百张病床病理医师数	定量指标。	人	平均每 100 张实际开放病床病理医师的数量。	=病理医师数/同期该医疗机构实际开放床位数×100%	监测比较
	(二) 每百张病床病理技术人员数	定量指标。	人	病理技术人员是指进行病理切片、染色、免疫组化及分子病理等工作的专业技术人员。每百张病床病理技术人员数，是指平均每 100 张实际开放病床病理技术人员的数量。	=病理技术人员数/本院实际开放病床数×100%	监测比较
	(三) 标本规范化固定率	定量指标。	百分比 (%)	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。	=规范化固定的标本数/同期标本总数×100%	逐步提高
	(四) HE 染色切片优良率	定量指标	百分比 (%)	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。	=HE 染色优良切片数/同期 HE 染色切片总数×100%	逐步提高
	(五) 免疫组化染色切片优良率	定量指标	百分比 (%)	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。	=免疫组化染色优良切片数/同期免疫组化染色切片总数×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
	(六) 组织病理诊断及及时率	定量指标	百分比 (%)	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。	$= \frac{\text{规定时间内完成组织病理诊断报告的标本数}}{\text{同期组织病理诊断标本总数}} \times 100\%$	逐步提高
	(七) 细胞病理诊断及及时率	定量指标	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。	$= \frac{\text{在规定时间内完成细胞病理诊断报告的标本数}}{\text{同期细胞病理诊断标本总数}} \times 100\%$	逐步提高
	(八) 免疫组化染色室间质评合格率	定量指标	百分比 (%)	免疫组化免疫组化染色室间质评合格，是指参加省级以上病理质控中心组织的免疫组化染色室间质评，并达到合格标准。免疫组化染色室间质评合格率，是指免疫组化染色室间质评合格次数占同期免疫组化染色室间质评总次数的比例。	$= \frac{\text{免疫组化染色室间质评合格次数}}{\text{同期免疫组化染色室间质评总次数}} \times 100\%$	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
	(九) 细胞学病理诊断质控符合率	定量指标	百分比 (%)	细胞学原病理诊断与抽查质控诊断符合的标本数占同期抽查质控标本总数的比例。抽查标本数应占总阴性标本数至少 5%。	$=\text{细胞学原病理诊断与抽查质控诊断符合的标本数} / \text{同期抽查质控标本总数} \times 100\%$	逐步提高
四、医院感染管理医疗质量控制指标	(一) 医院感染发病(例次)率	定量指标	百分比 (%)	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。	$=\text{医院感染新发病例(例次)数} / \text{同期住院患者总数} \times 100\%$	逐步降低
	(二) 医院感染现患(例次)率	定量指标	百分比 (%)	确定时段或时点住院患者中, 医院感染患者(例次)数占同期住院患者总数的比例。	$=\text{确定时段或时点住院患者中医院感染患者(例次)数} / \text{同期住院患者总数} \times 100\%$	逐步降低
	(三) 医院感染病例漏报率	定量指标	百分比 (%)	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。	$=\text{应当报告而未报告的医院感染病例数} / \text{同期应报告医院感染病例总数} \times 100\%$	逐步降低
	(四) 多重耐药菌感染发现率	定量指标	百分比 (%)	多重耐药菌主要包括: 碳青霉烯类肠杆菌科细菌(CRE)、耐甲氧西林金黄色葡萄球菌(MRSA)、耐万古霉素肠球菌(VRE)、耐碳青霉烯鲍曼不动杆菌(CRABA)、耐碳青霉烯铜绿假单胞菌(CRPAE)。多重	$=\text{多重耐药菌感染患者数(例次数)} / \text{同期住院患者总数} \times 100\%$	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
				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。		
	（五）多重耐药菌感染检出率	定量指标	百分比（%）	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。	=多重耐药菌检出菌株数/同期该病原体检出菌株总数×100%	监测比较
	（六）医务人员手卫生依从率	定量指标	百分比（%）	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。	=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生次数×100%	逐步提高
	（七）抗菌药物治疗前病原学送检率	定量指标	百分比（%）	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。	=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%	监测达标
	（八）I类切口手术部位感染率	定量指标	百分比（%）	I类切口手术部位感染是指发生I类（清洁）切口，即手术未进入炎症区，未进入呼吸、消化及泌尿生殖道，以及闭合性创伤手术符合上述条件的手术切口的感染，包括无植入物手术后30天内、有植入物手术后1年内发生的手术部位感染。I类切口手术部位感染率，是指发生I类切口手术部位感染病例数占同期I类切口手术患者总数的比例。	=I类切口手术部位感染人例数/同期I类切口手术患者总数×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) I类切口手术抗菌药物预防使用率	定量指标	百分比 (%)	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。	=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%	监测达标
	(十) 呼吸机相关肺炎发病率	定量指标	例/千机械通气日 (‰)	使用呼吸机住院患者中新发呼吸机相关肺炎的发病频率。	=呼吸机相关肺炎例次数/同期患者使用呼吸机总天数×1000‰	逐步降低
	(十一) 导尿管相关泌尿系感染发病率	定量指标	例/千导尿管日 (‰)	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。	=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‰	逐步降低
	(十二) 院感质控数据上报率	定量指标	百分比 (%)	医疗机构上报院感质控数据的累计月数占应上报累计月数的比例。	=医疗机构上报院感质控数据累计月数/医疗机构应上报累计月数×100%	逐步提高
	(十三) 住院患者抗菌药物使用率	定量指标	百分比 (%)	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。	=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%	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
五、护理专业 医疗质量控制 指标	(一) 床护比 1. 医疗机构 床护比	定量指标	1: X	<p>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。</p> <p>说明：（1）护士指取得护士执业资格、在本医疗机构注册并在护理岗位工作的护士。</p> <p>包含：临床护理岗位护士、护理管理岗位护士、其它护理岗位护士、护理岗位的返聘护士、护理岗位的休假（含产假）护士。</p> <p>排除：医疗机构职能部门、后勤部门、医保等非护理岗位护士，未取得护士执业资格人员，未在本院注册的护士。</p> <p>（2）实际开放床位数指医疗机构实际长期固定开放的床位数。</p> <p>包含：编制床位数；除编制床位外，经医疗机构确认有固定物理空间和标准床单位配置、可以常规收治患者的床位数；开放时间≥统计周期 1/2 的床位数。</p> <p>排除：急诊抢救床位、急诊观察床位、手术室床位、麻醉恢复室床位、血液透析室床位、接产室的待产床和接产床、母婴同室新生儿床、检查床、治疗床、临时加床。</p>	<p>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</p>	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
		2. 病区床护比	定量指标	1: X	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。 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）。	病区床护比(1: X) = 1: 医疗机构病区执业护士人数/同期实际开放床位数	监测达标
	(二) 每住院患者 24 小时平均护理时数		定量指标	小时/床日	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。	=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	监测比较
	(三) 不同级别护士配置占比	1. 病区 5 年以下护士占比	定量指标	百分比 (%)	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。	=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%	监测比较
		2. 病区 20 年及以上护士占比	定量指标	百分比 (%)	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。 说明：（1）工作年限：指护士在医疗机构注册以后的工作时间。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。	=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%	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) 护士离职率	定量指标	百分比 (%)	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。 说明: 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。	$=\text{护士离职人数}/(\text{期初医疗机构执业护士总人数}+\text{期末医疗机构执业护士总人数})/2\times 100\%$	逐步降低
	(五) 住院患者跌倒发生率 1. 住院患者跌倒发生率	定量指标	千分比 (‰)	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。 说明: 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)。	$=\text{住院患者跌倒例次数}/\text{同期住院患者实际占用床日数}\times 1000\%$	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
		2. 住院患者跌倒伤害占比	定量指标	千分比(‰)	<p>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。</p> <p>说明：跌倒伤害总例次数为轻度、中度、重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>	$= \frac{\text{住院患者跌倒伤害总例数}}{\text{同期住院患者跌倒例数}} \times 100\%$	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
	(六) 住院患者2期及以上院内压力性损伤发生率	定量指标	百分比 (%)	<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>说明：（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>（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。</p> <p>包含：所有办理住院手续的患者。</p> <p>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。</p>	$= \frac{\text{住院患者2期及以上院内压力性损伤新发病例数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$	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	
	(七) 置管患者非计划拔管率	1. 气管导管(气管插管、气管切开)非计划拔管率	定量指标	千分比(‰)	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	= 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‰	逐步降低
		2. 经口、经鼻胃肠导管非计划拔管率	定量指标	千分比(‰)	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	= 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‰	逐步降低
		3. 导尿管非计划拔管率	定量指标	千分比(‰)	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	= 导尿管非计划拔管例次数/同期导尿管留置总日数×1000‰	逐步降低
		4. 中心静脉导管(CVC)非计划拔管率	定量指标	千分比(‰)	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	= CVC非计划拔管例次数/同期CVC留置总日数×1000‰	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
	5. 经外周置入中心静脉导管 (PICC) 非计划拔管率	定量指标	千分比 (%)	<p>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</p> <p>说明: (1) 某导管非计划拔管例次数指单位时间内留置某类导管的住院患者发生该类导管非计划拔管的例次数。同一住院患者在单位时间内发生的导管非计划拔管例次数按实际发生频次计算。</p> <p>包含: 患者自行拔除的导管; 各种原因导致的导管滑脱; 因导管质量问题及导管堵塞等情况需要提前拔除的导管; 因导管相关感染需提前拔除的导管。</p> <p>排除: 医师根据患者病情转归程度, 达到拔除导管指征, 医嘱拔除导管; 导管留置时间达到上限, 应拔除或更换导管; 非住院患者拔管, 如门诊患者和急诊抢救患者。</p> <p>(2) 某导管留置总日数指单位时间内住院患者留置某类导管的日数之和。留置导管每跨越 0 点 1 次计作 1 日, 当天置入并拔除的不统计。带管入院患者以入院当日开始, 每跨越 0 点 1 次计作 1 日; 带管出院患者以出院日期为止。</p> <p>包含: 住院患者留置某类导管处于长期医嘱执行状态的日数。</p> <p>排除: 一次性插管患者插管日数、门诊急诊等非住院病区置管患者的留置日数。</p>	$= \frac{\text{PICC 非计划拔管例次数}}{\text{同期 PICC 留置总日数}} \times 1000\%$	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	
	(八) 尿管相关感染发生率	1. 尿管相关感染发生率	定量指标	千分比 (%)	<p>(1) 统计周期内, 住院患者留置尿管 48h 后至拔除尿管 48h 内发生的泌尿系统感染例次数。</p> <p>(2) 同一患者在统计周期内发生导管感染例次数以按实际发生频次计算。</p> <p>(3) CAUTI: 指患者留置尿管 48h 后至拔除尿管 48h 内发生泌尿系统感染。包含: 留置尿管 48h 后至拔除尿管 48h 内发生的尿管相关感染。</p> <p>(4) CVC/PICC 血流相关感染: 住院患者留置 CVC/PICC 48h 后至拔除 CVC、PICC 48 小时内发生的原发性血流感染例次数。</p> <p>(5) 某导管留置总日数指单位时间内住院患者留置某类导管的日数之和。留置导管每跨越 0 点 1 次计作 1 日, 当天置入并拔除的不统计。带管入院患者以入院当日开始, 每跨越 0 点 1 次计作 1 日; 带管出院患者以出院日期为止。</p> <p>包含: 住院患者留置某类导管处于长期医嘱执行状态的日数。</p> <p>排除: 一次性插管患者插管日数、门急诊等非住院病区置管患者的留置日数。</p>	$= \frac{\text{留置尿管患者中尿路感染例次数}}{\text{同期患者尿管留置床日数}} \times 1000\%$	逐步降低
		2. 中心静脉导管 (CVC) 相关血流感染发生率	定量指标	千分比 (%)	<p>(1) 统计周期内, 住院患者留置尿管 48h 后至拔除尿管 48h 内发生的泌尿系统感染例次数。</p> <p>(2) 同一患者在统计周期内发生导管感染例次数以按实际发生频次计算。</p> <p>(3) CAUTI: 指患者留置尿管 48h 后至拔</p>	$= \frac{\text{CVC 相关血流感染例次数}}{\text{同期患者 CVC 留置床位数}} \times 1000\%$	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. 经外周置入中心静脉导管 (PICC) 相关血流感染发生率	定量指标	千分比 (‰)	除导尿管 48h 内发生泌尿系统感染。包含: 留置导尿管 48h 后至拔除导尿管 48h 内发生的导尿管相关感染。 (4) CVC/PICC 血流相关感染: 住院患者留置 CVC/PICC 48h 后至拔除 CVC、PICC 48 小时内发生的原发性血流感染例次数。 (5) 某导管留置总日数指单位时间内住院患者留置某类导管的日数之和。留置导管每跨越 0 点 1 次计作 1 日, 当天置入并拔除的不统计。带管入院患者以入院当日开始, 每跨越 0 点 1 次计作 1 日; 带管出院患者以出院日期为止。 包含: 住院患者留置某类导管处于长期医嘱执行状态的日数。 排除: 一次性插管患者插管日数、门急诊等非住院病区置管患者的留置日数。	=PICC 相关血流感染例次数/同期患者 PICC 留置床日数 ×1000‰	逐步降低
六、药事管理 专业医疗质量控制指标	(一) 药学专业技术人员占比		定量指标	百分比 (%)	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。 药学专业技术人员是指按照有关规定取得药学专业任职资格的由医疗机构聘任的在职人员。卫生专业技术人员是指由医疗机构聘任的在职卫生专业技术人员, 不含后勤等辅助部门的人员。	=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%	监测达标
	(二) 处方审核率	1. 门诊处方审核率	定量指标	百分比 (%)	药品收费前药师审核门诊处方人次占同期门诊处方总人次数的比例。	=药品收费前药师审核门诊处方人次/同期门诊处方总人次 ×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.急诊处方审核率	定量指标	百分比 (%)	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。 说明：(1)处方审核是指药学专业技术人员运用专业知识与实践技能，根据相关法律法规、规章制度与技术规范等，对医师在诊疗活动中为患者开具的处方，进行合法性、规范性和适宜性审核，并作出是否同意调配发药决定的药学技术服务。 (2)急诊处方审核率仅统计急诊患者，急诊留观和抢救患者除外。	=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%	逐步提高
	(三) 住院用药医嘱审核率	定量指标	百分比 (%)	药品调配前药师审核住院患者用药医嘱条目数占同期住院患者用药医嘱总条目数的比例。 说明：为便于统计，住院患者用药医嘱(总)条目数均以出院患者用药医嘱(总)条目数计算。	=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%	逐步提高
	(四) 点评处方占处方总数的比例	定量指标	百分比 (%)	年度点评处方数占处方总数的比例，点评处方包括点评门诊急诊处方和点评出院患者住院医嘱两部分。	=出院患者住院医嘱点评数/同期出院人数×100%	逐步提高
	(五) 门诊处方合格率	定量指标	百分比 (%)	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。	=合格的门诊处方人次数/同期点评门诊处方总人次数×100%	逐步提高
	(六) 严重或新的药品不良反应上报率	定量指标	百分比 (%)	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。	=严重或新的药品不良反应上报人数/同期用药患者总数×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) 住院患者抗菌药物使用情况	1.住院患者抗菌药物使用率	定量指标	百分比 (%)	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。 说明：为便于统计，住院患者使用抗菌药物人数和住院患者总数均以出院患者的人数计算。	=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%	监测比较
	2.住院患者抗菌药物使用强度	定量指标	DDD	住院患者平均每日每百张床位所消耗抗菌药物的 DDD 数。	=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	监测比较
	3.住院患者特殊使用级抗菌药物使用量占比	定量指标	百分比 (%)	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。	=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%	监测比较
	4. I 类切口手术抗菌药物预防使用率	定量指标	百分比 (%)	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。	=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%	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
	(八) 住院患者静脉输液使用率	定量指标	百分比 (%)	使用静脉输液的住院患者数占同期住院患者总数的比例。 说明：(1) 静脉输液包括静脉滴注和静脉推注。疫苗、溶媒、局麻、封闭、结膜下、肌肉、皮下、球后注射药、皮试液等不列入静脉输液的统计范围。 (2) 同一患者使用多种静脉输注药物(含中药注射剂)，记为 1 例。 (3) 为便于统计，使用静脉输液的住院患者数和住院患者总数均以出院患者的人数计算。	$\frac{\text{使用静脉输液的住院患者数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$	监测比较
	(九) 住院患者中药注射剂静脉输液使用率	定量指标	百分比 (%)	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。 说明： (1) 中药注射剂指批准文号为国药准字“Z”开头的注射剂。 (2) 为便于统计，使用中药注射剂静脉输液住院患者数和住院患者总数均以出院患者数计算。	$\frac{\text{使用中药注射剂静脉输液住院患者数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$	监测比较
	(十) 急诊患者糖皮质激素静脉输液使用率	定量指标	百分比 (%)	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。 说明：对不能区分门急诊的基层医疗机构按门诊患者计算。	$\frac{\text{急诊患者静脉使用糖皮质激素人数}}{\text{同期急诊患者总数}} \times 100\%$	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
	(十一) 住院患者质子泵抑制剂注射剂静脉使用率	定量指标	百分比 (%)	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。 说明: 质子泵抑制剂包括奥美拉唑、艾司奥美拉唑、泮托拉唑、兰索拉唑、雷贝拉唑、艾普拉唑、埃索美拉唑。 为便于统计, 静脉使用质子泵抑制剂注射剂的住院患者数和住院患者总数均以出院患者的人数计算。	$\text{=静脉使用质子泵抑制剂注射剂的住院患者数/同期住院患者总数} \times 100\%$	监测比较
	(十二) 国家基本药物制度使率 1. 门诊患者基本药物处方占比	定量指标	百分比 (%)	门诊患者处方中使用基本药物人次数占同期门诊诊疗总人次数的比例。 说明: (1) 分子: 门诊使用基本药物人次数按人数统计, 同一门诊患者一次挂号就诊开具的处方中只要含有一种及以上基本药物, 按 1 人统计。所使用的基本药物不包括仅作为药物溶媒使用的葡萄糖、氯化钠等溶液 34。不包括急诊患者、健康体检者。 (2) 分母: 门诊诊疗总人次即门诊患者人次数, 仅以门诊挂号数统计, 不包括急诊患者、健康体检者及未开具药物处方患者。	$\text{=门诊患者处方中使用基本药物人次数/同期门诊诊疗总人次} \times 100\%$	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.住院患者基本药物使用率	定量指标	百分比 (%)	出院患者在住院期间医嘱中使用基本药物的总人次占同期出院总人次数的比例。 说明：（1）分子：出院患者使用基本药物总人次按人数统计，同一出院患者在一次住院期间的医嘱中只要含有一种及以上基本药物，按1人统计。住院期间医嘱（含出院带药）所使用的基本药物不包括仅作为药物溶媒使用的葡萄糖、氯化钠等溶液。（2）分母：同期出院总人次即出院人数，不包括出院患者在住院期间未使用药物者。	$\frac{\text{出院患者使用基本药物总人次}}{\text{同期出院总人次}} \times 100\%$	逐步提高
		3.基本药物采购品种占比	定量指标	百分比 (%)	医院采购国家基本药物品种数占医院同期采购药物品种总数的比例。	$\frac{\text{医院采购国家基本药物品种数}}{\text{医院同期采购药物品种总数}} \times 100\%$	逐步提高
七、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	份/人月	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）。	$\frac{\text{出院患者病历总数}}{\text{同期住院病案管理人员实际工作总月数}}$	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
	2.门诊病案管理人员月均负担门诊患者病历数	定量指标	份/人月	单位时间内，每名门诊病案管理人员每月平均负担的门诊患者病历数。 1.门诊病案管理人员是指专职从事门诊病案资料整理、装订、归档、复印、借阅、编码、统计及质量控制等工作人员。 2.门诊患者病历总数按同期门诊实际诊疗人次计算。	$\text{=门诊患者病历总数/同期门诊病案管理人员实际工作总月数}$	监测比较
	3.病案编码人员月均负担出院患者病历数	定量指标	份/人月	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。	$\text{=出院患者病历总数/同期病案编码人员实际工作总月数}$	监测比较
	4.入院记录 24 小时内完成率	定量指标	百分比 (%)	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。	$\text{=入院记录在患者入院 24 小时内完成的住院患者病历数/同期住院患者病历总数} \times 100\%$	逐步提高
	5.手术记录 24 小时内完成率	定量指标	百分比 (%)	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。	$\text{=手术记录在术后 24 小时内完成的住院患者病历数/同期住院手术患者病历总数} \times 100\%$	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
	6.出院记录24小时内完成率	定量指标	百分比 (%)	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。	=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%	逐步提高
	7.病案首页24小时内完成率	定量指标	百分比 (%)	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。	=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%	逐步提高
	8.病理检查记录符合率	定量指标	百分比 (%)	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。	=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%	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
	9.细菌培养检查记录符合率	定量指标	百分比 (%)	<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>=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%</p>	逐步提高
	10.抗菌药物使用记录符合率	定量指标	百分比 (%)	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>2.抗菌药物的范围见《抗菌药物临床应用管理办法》。</p>	<p>=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%</p>	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
	11.恶性肿瘤化学治疗记录符合率	定量指标	百分比 (%)	单位时间内，恶性肿瘤化学治疗医嘱、病程记录相对应的住院患者病历数占同期接受恶性肿瘤化学治疗的住院患者病历总数的比例。 说明：恶性肿瘤化学治疗医嘱、病程记录相对应是指在接受恶性肿瘤化学治疗的住院患者病历中，化学治疗医嘱完整，治疗情况在病程记录中有相应记录。	$= \frac{\text{恶性肿瘤化学治疗医嘱、病程记录相对应的住院患者病历数}}{\text{同期接受恶性肿瘤化学治疗的住院患者病历总数}} \times 100\%$	逐步提高
	12.手术相关记录完整率	定量指标	百分比 (%)	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。	$= \frac{\text{手术相关记录完整的住院手术患者病历数}}{\text{同期住院手术患者病历总数}} \times 100\%$	逐步提高
	13.植入物相关记录符合率	定量指标	百分比 (%)	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。	$= \frac{\text{植入物相关记录符合的住院患者病历数}}{\text{同期使用植入物的住院患者病历总数}} \times 100\%$	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
	14. 医师查房记录完整	定量指标	百分比 (%)	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。	$\text{= 医师查房记录完整的住院患者病历数} / \text{同期住院患者病历总数} \times 100\%$	逐步提高
	15. 患者抢救记录及时完成率	定量指标	百分比 (%)	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。	$\text{= 抢救记录及时完成的住院患者病历数} / \text{同期接受抢救的住院患者病历总数} \times 100\%$	逐步提高
	16. 患出院患者病历 2 日归档率	定量指标	百分比 (%)	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。	$\text{= 2 个工作日内完成归档的出院患者病历数} / \text{同期出院患者病历总数} \times 100\%$	逐步提高
	17 出院患者病历归档完整率	定量指标	百分比 (%)	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。	$\text{= 归档病历内容完整的出院患者病历数} / \text{同期出院患者病历总数} \times 100\%$	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
	18.主要诊断填写正确率	定量指标	百分比 (%)	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。	=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%	逐步提高
	19.主要手术填写正确率	定量指标	百分比 (%)	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。	=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%	逐步提高
	20.主要手术编码正确率	定量指标	百分比 (%)	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。	=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%	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
	21.不合理复制病历发生率	定量指标	百分比 (%)	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。	=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%	逐步降低
	22.知情同意书规范签署率	定量指标	百分比 (%)	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。	=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%	逐步提高
	23.甲级病历率	定量指标	百分比 (%)	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。	=甲级出院患者病历数/同期出院患者病历总数×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
	24.CT/MRI 检查记录符合率	定量指标	百分比 (%)	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。	$= \frac{\text{CT/MRI 检查医嘱、报告单、病程记录相对应的住院患者病历数}}{\text{接受 CT/MRI 检查的住院患者病历总数}} \times 100\%$	逐步提高

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、原发性急性闭角型青光眼（手术治疗） 主要诊断 ICD-10 编码: H26.2, H40.0, H40.2, H40.9 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 10.1, 10.49, 10.6, 10.91, 10.99,	(一) 病例上报率	定量指标	百分比 (%)	年度内符合单病种纳入条件的某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。	=年度内符合单病种纳入条件的某病种上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) 平均住院日	定量指标	天	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院日	=某病种出院患者占用总床日数/同期该病种病例数	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
12.11, 12.12, 12.64, 12.66, 12.67, 12.71 至 12.73, 12.79, 12.83, 12.85, 12.87, 12.91, 12.92, 12.99, 13.19, 13.3, 13.41, 13.59, 13.70, 13.71, 13.90, 14.73, 14.74, 14.79 的手术出院患者	(三) 次均费用	定量指标	元	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院费用。	=某病种总出院费用/同期该病种病例数	逐步降低
	(四) 病死率	定量指标	百分比(%)	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者死亡人数占同期同病种出院人数的比例。	=某病种死亡人数/同期某病种病例数×100%	逐步降低
	(五) 手术患者并发症发生率	定量指标	百分比(%)	年度内符合单病种纳入条件的某病种手术患者发生并发症例数占同期同病种出院的手术患者人数的比例。 说明: 手术患者并发症是指并发于手术或手术后的疾病或情况, 包括: 眼和附器(H59.0, H59.8, H59.9的手术出院患者) 术后并发症(T80-T88)等。	=某病种手术患者发生并发症例数/同期同病种出院的手术患者人数×100%	逐步降低
二、复杂性视网膜脱离(手术治疗) 主要诊断 ICD-10 编码: E10.3, E11.3, E14.3, H33.0 至 H33.5, H59.8, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 13.19, 13.3, 13.41, 13.42, 13.43,	(一) 病例上报率	定量指标	百分比(%)	年度内符合单病种纳入条件的某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。	=年度内符合单病种纳入条件的某病种上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) 平均住院日	定量指标	天	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院日	=某病种出院患者占用总床日数/同期该病种病例数	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
13.59, 13.64, 13.65, 13.69, 13.70, 13.71, 13.73, 13.8, 13.90, 14.29, 14.31, 14.49, 14.51, 14.52, 14.53, 14.54, 14.59, 14.71, 14.72, 14.73, 14.75, 14.9 的手术出院患者	(三) 次均费用	定量指标	元	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院费用。	$\text{=某病种总出院费用/同期该病种病例数}$	逐步降低
	(四) 病死率	定量指标	百分比(%)	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者死亡人数占同期同病种出院人数的比例。	$\text{=某病种死亡人数/同期某病种病例数}\times 100\%$	逐步降低
	(五) 手术患者并发症发生率	定量指标	百分比(%)	年度内符合单病种纳入条件的某病种手术患者发生并发症例数占同期同病种出院的手术患者人数的比例。 说明: 手术患者并发症是指并发于手术或手术后的疾病或情况, 包括: 眼和附器(H59.0, H59.8, H59.9的手术出院患者) 术后并发症(T80-T88)等。	$\text{=某病种手术患者发生并发症例数/同期同病种出院的手术患者人数}\times 100\%$	逐步降低
三、围手术期预防感染主要手术 ICD-9-CM-3 编码如下的手术出院患者: 晶状体相关手术: 13.0 至 13.9	(一) 病例上报率	定量指标	百分比(%)	年度内符合单病种纳入条件的某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。	$\text{=年度内符合单病种纳入条件的某病种上报至国家单病种质量监测平台的病例数/同期符合单病种纳入条件的该病种出院人数累加求和}\times 100\%$	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
四、病种上报覆盖率	(一) 病种上报覆盖率	定量指标	百分比(%)	按要求上报至国家单病种质量监测平台的病种数的比例。(符合国家卫生健康委《单病种质量管理与控制技术方案(2020年版)》51个病种纳入标准的都应按要求上报)	=病例上报率达到30%的病种数/应按要求上报至国家单病种质量监测平台的病种数×100%	逐步提高

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) 肝脏移植登记注册系统
- (8) 肾脏移植登记注册系统
- (9) 心脏移植登记注册系统
- (10) 肺脏移植登记注册系统
- (11) 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	(一) 备案完成率	定量指标	百分比 (%)	医疗机构已完成备案的国家限制类医疗技术项目数占实际开展国家限制类医疗技术项目数的比例。 说明：对某项限制类医疗技术，医疗机构内多个科室开展的均算 1 项，备案完成率需达 100%。	=医疗机构已完成备案的国家限制类医疗技术项目数/实际开展国家限制类医疗技术项目数×100%	监测达标
	(二) 系统填报率	定量指标	百分比 (%)	医疗机构在医疗技术临床应用管理信息系统上填报的所有国家限制类医疗技术病例总数占同期实际开展所有国家限制类医疗技术病例总数的比例。	=医疗机构在医疗技术临床应用管理信息系统上填报的所有国家限制类医疗技术病例总数/同期实际开展所有国家限制类医疗技术病例总数×100%	逐步提高
	(三) 死亡率	定量指标	百分比 (%)	实施国家限制类医疗技术的患者死亡总人数占同期实施国家限制类医疗技术的患者出院总人数的比例。	=实施国家限制类医疗技术的患者死亡总人数/同期实施国家限制类医疗技术的患者出院总人数×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
	(四) 并发症发生率	定量指标	百分比 (%)	实施国家限制类医疗技术的患者发生并发症总人数与同期实施国家限制类医疗技术的患者出院总人数的比例。 说明：限制类医疗技术并发症是指并发于实施限制类医疗技术或实施后的疾病或情况，包括：手术后出血或血肿、手术后伤口裂开、肺部感染、肺栓塞、深静脉栓塞、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	=实施国家限制类医疗技术的患者发生并发症总人数/同期实施国家限制类医疗技术的患者出院总人数×100%	逐步降低
二、省限制类医疗技术	(一) 备案完成率	定量指标	百分比 (%)	医疗机构已完成备案的省限制类医疗技术项目数（按二级目录）占实际开展省限制类医疗技术项目数（按二级目录）的比例。 说明：对某项限制类医疗技术（按二级目录），医疗机构内多个科室开展的均算1项，备案完成率需达100%。	=医疗机构已完成备案的省限制类医疗技术项目数/完实际开展省限制类医疗技术项目数×100%	监测达标
	(二) 住院患者出院后0-31天非预期再住院率	定量指标	百分比 (%)	实施某项限制类医疗技术（按一级目录）的住院患者出院后31天内非预期再住院患者人数占同期实施同项限制类医疗技术的出院患者人数的比例。	=实施某项限制类医疗技术（的住院患者出院后31天内非预期再住院患者人数/同期实施同项限制类医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
	(三) 死亡率	定量指标	百分比 (%)	实施某项限制类医疗技术（按一级目录）的住院患者死亡人数占实施同项限制类医疗技术的患者出院人数的比例。	=实施某项限制类医疗技术（的住院患者死亡人数/同期实施同项限制类医疗技术的患者出院人数×100%	逐步降低
	(四) 平均住院费用	定量指标	元	实施某项限制类医疗技术（按一级目录）的出院患者平均住院费用。	=实施某项限制类医疗技术的患者住院总费用/同期实施同项限制类医疗技术的患者出院人数	逐步降低
	(五) 平均住院日	定量指标	天	实施某项限制类医疗技术（按一级目录）的出院患者平均住院时间。	=实施某项限制类医疗技术的出院患者占用总床日数/同期实施同项限制类医疗技术的患者出院人数	逐步降低
三、人体器官获取与移植技术获取组织利用率	(一) 获取器官利用率	定量指标	百分比 (%)	器官或组织获取后用于移植的器官数量占同期获取器官或组织总数的比例。	=用于移植的器官或组织数量/同期获取器官或组织数量总数×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	有数据或案例体现改进效果。
(三) 医院有承担服务区域内眼科急危重症和疑难疾病诊疗的设施设备、技术梯队与处置能力。		
3.1 有承担服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。	3.1.1	参照国家建设标准设置符合眼科规范的眼科急诊室，并建立运行机制。
	3.1.2	具备承担本区域眼科急危重症和疑难疾病诊疗的设施设备、技术梯队与处置能力。
	3.1.3	眼科重症患者得到专业诊治，医院可提供24小时急危重症诊疗服务。
	3.1.4	门诊及住院部有眼科疑难疾病诊治的制度并落实。
	3.1.5	科室对院内发生的抢救患者及眼科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	主管部门定期对院内抢救的患者及眼科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	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
(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	有传染病防治组织架构，成立工作领导小组、重点传染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	科室有自查，对存在问题有分析、整改。
	5.1.5	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。
	5.1.6	无传染病漏报。
5.2 定期对全体医务人员进行传染病、食源性疾病防治知识与技能培训与处置演练。	5.2.1	医院及科室有传染病防治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防治相关知识，并能遵循。
	5.2.2	根据传染病疫情，适时开展传染病及食源性疾病处置演练。
	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有关规定，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	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。

理使用基本药物。	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疗机构服务能力，促进优质医疗资源扩容和下沉。		
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，促进优质医疗资源扩容和下沉。	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	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	7.1.5	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。
(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。	8.1.1	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。
	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，院内专科医师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。
(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援外及健康扶贫任务，实现对口支援责任	9.1.1	承担政府指令性援疆援藏援外及健康扶贫任务，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援外及健康扶贫协调工作。

目标。	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，并有具体措施予以保障。	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。
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	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。
	10.1.4	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。
	10.1.5	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。
	10.1.6	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 临床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	11.1.1	建立完整的医疗质量管理体系，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。

实院、科两级责任制，确保医疗质量与安全。	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。
	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，有相关配套的措施保证方案的落实。	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。
	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，指定或者成立专门部门具体负责日常管理工作。
	12.1.2	医疗质量管理委员会能在质量与安全工作中发挥决策作用。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人员培训和考核制度，充分发挥专业人员在医疗质量管理中的作用。		
14.1 建立健全医疗质量管理人员培训和考核制度，充分发挥专业人员在医疗质量管理中的作用。	14.1.1	医院建立健全医疗质量管理人员培训和考核制度。
	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。
	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	各科室根据本专业临床诊疗指南和行业标准制定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，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（室）、手术室、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	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。

管理与自我评价。	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。
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。至少符合《三级医院评审标准（2022年版）》第二部分医疗服务能力与质量安全监测数据的管理要求。
	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（MDT）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。
（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。	20.1.1	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 $\geq 80\%$ 。
(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制度。	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。
	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	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。

据为基础,充分利用信息化手段开展医疗质量管理与控制。	23.1.2	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进。		
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,	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》基本要求并符合医院实际情况。
	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。
	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。

并组织全员培训。	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)建立首诊负责制度。明确在诊疗过程不同阶段的责任主体，保障患者诊疗服务连续性和医疗行为可追溯。		
26.1 建立首诊负责制度，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度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度落实情况有监管、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。
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》，结合眼专科疾病的特点，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、资质和人数，保证医院常态运行。	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。
	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。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。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。
	31.1.2	有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。	32.1.1	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。
	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。	34.1.1	有术前讨论制度，明确住院手术患者术前讨论形式、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。
	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	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

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。		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(社保卡、身份证号码、病历号等)管理。使用“腕带”作为识别患者身份的标识。	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。
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	诊疗活动中查对应符合管理规范，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	无患者身份识别错误事件发生。
36.3 保障仪器、设备设施运行和医疗环	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。

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。	36.3.3	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由国家有关规定执行。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	所有手术患者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、腔镜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师并实行动态管理（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。	40.1.1	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。
	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、临床 POCT 项目、心电图等)，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”报告制度与流程。	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。
	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	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。

<p>历, 病历书写符合规范。</p>	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。
<p>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。</p>	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。
<p>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。</p>	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	有半年以上病案存放的发展空间, 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个工作日内归档率达 $\geq 90\%$ 。
	42.4.5	病案科(室)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, 住院病历3个工作日内归档率 $\geq 90\%$ 。
<p>42.5 加强安全管理, 保护病案及信息的安全措施到位。</p>	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。
<p>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。</p>	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	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。
	42.6.4	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量监控,确保数据的真实、准确、完整。	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。
	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。
(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、安全等级保护等管理制度。	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。
	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	44.1.1	医院药事管理组织设立抗菌药物管理工作组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

<p>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。</p>		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。
<p>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。</p>	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与通报机制，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。
<p>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。</p>	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。
	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。
<p>44.4 加强抗菌药物购</p>	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。

用管理。	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。
(四十五)建立信息安全管理制度。明确医院主要负责人是患者诊疗信息安全管理第一责任人，依法依规建立覆盖患者诊疗信息管理全流程的制度和技術保障体系。		
45.1 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技術保障体系。	45.1.1	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。
	45.1.2	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。涉及核心业务信息系统安全保护等级不低于第三级。
	45.1.3	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。
	45.1.4	信息部门全体人员知晓各项制度并在日常工作中落实。
	45.1.5	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。
	45.1.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	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 建立互联网医院	45.2.1	完成互联网医院在省信息监管平台的备案，并按要求取得互联网医院医疗机构执业许可证
	45.2.2	医院建立互联网医院管理制度并严格落实
	45.2.3	互联网运行稳定，有成效。每年门诊量不低于1万人次，或年度业务增长率不低于10%。
	45.2.4	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	45.2.5	持续改进有成效，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) 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。		
46.1 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、连续性、完整性、稳定性、时效性、溯源性。	46.1.1	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。
	46.1.2	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。
	46.1.3	建立患者诊疗信息系统安全事故责任管理、追溯机制。
	46.1.4	信息部门全体员工知晓相关制度并落实。
	46.1.5	科室对信息安全执行情况有定期自查、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		
(四十七)医院开展医疗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。		
47.1 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。	47.1.1	医院根据服务能力和诊疗科目许可制定本院的医疗技术目录，各专科开展的医疗技术服务应与本科室技术能力相适应。
	47.1.2	医院开展的限制类技术，按规定报送卫生行政部门备案。
	47.1.3	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。
	47.1.4	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。
	47.1.5	主管部门对医院开展的医疗技术临床应用有全程监管。
	47.1.6	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。
(四十八)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。		
48.1 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。	48.1.1	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。
	48.1.2	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。
	48.1.3	医务部门负责医疗技术临床应用的日常管理工作，落实专门组织作出的各项决策。
	48.1.4	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。
	48.1.5	根据专门组织的决策形成新制度、规范、流程等。
(四十九)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。		
49.1 开展医疗技术需符合诊疗科目要求，有质量控制体系，并遵守临床应用管理规范。	49.1.1	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。
	49.1.2	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。
	49.1.3	医院管理部门有对本院医疗技术开展情况的质量控制体系并发放至各相关科室。
	49.1.4	医务人员熟悉医疗技术临床应用管理规定并落实执行。
	49.1.5	医务部门对医院开展的医疗技术是否符合诊疗科目、质控情况有督导检查，整改存在问题。

	49.1.6	医院开展的每项医疗技术均有对应的诊疗科目、人员资质要求和质控指标，并资料完整。
	49.1.7	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) 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。		
50.1 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。	50.1.1	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。
	50.1.2	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。
	50.1.3	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。
	50.1.4	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。
	50.1.5	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。
	50.1.6	无未经评估和备案就开展的限制类技术。
(五十一) 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。		
51.1 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。	51.1.1	医疗技术临床应用应符合伦理要求，医疗技术临床应用开展需经伦理委员会审查，审查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。
	51.1.2	医院有已开展和新开展的医疗技术目录，目录中需有近3年新开展医疗技术首例开展的日期；限制类技术目录需单列。
	51.1.3	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。
	51.1.4	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。
	51.1.5	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。
	51.1.6	无未经伦理委员会审批通过就开展的医疗技术。
(五十二) 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。		
52.1 有本机构医疗技术临床应用管理目录并及时调整。	52.1.1	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）。
	52.1.2	本机构医疗技术临床应用管理目录体现分级、分类管理，并及时动态调整。
	52.1.3	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。
	52.1.4	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。
	52.1.5	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。
(五十三) 建立医师手术授权与动态管理制度，根据医师的专业能力、临床实践、手术质量安全和培训情况，授予或者取消相应的手术级别和具体手术项目权限。		
53.1 建立适合本机构的医师手术授权与动态管理制度。	53.1.1	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。
	53.1.2	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。
	53.1.3	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。
	53.1.4	各级医师知晓手术授权及再授权制度并落实执行。
	53.1.5	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。
	53.1.6	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。
	53.1.7	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。
(五十四) 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。		
54.1 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。	54.1.1	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。
	54.1.2	有指定部门负责为医务人员建立医疗技术临床应用管理档案，需明确依法授予的执业范围，并纳入个人专业技术档案管理。
	54.1.3	个人专业技术档案包括：医师资格证、执业证、职称证、学历学位证、进修和培训证明、年度考核结果、执业范围等。
	54.1.4	科室对照医院相关制度每年进行一次医务人员实施与其专业能力相适应的医疗技术评估状况，及时动态调整。
	54.1.5	主管部门督导科室执行制度的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。
	54.1.6	监管资料和个人技术档案资料完整。无超范围执业等情况。
(五十五) 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。		
55.1 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	55.1.1	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。
	55.1.2	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。
	55.1.3	医务人员熟知医疗技术临床应用论证制度，并认真落实。

查。	55.1.4	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。
	55.1.5	监管资料完整，无违规擅自开展医疗技术案例。
(五十六) 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。		
56.1 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。	56.1.1	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。
	56.1.2	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。
	56.1.3	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。
	56.1.4	科室有定期开展自查自纠工作，
	56.1.5	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。
(五十七) 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。		
57.1 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。	57.1.1	有全院医疗技术临床应用质量控制制度。
	57.1.2	以限制类技术为重点，制定本院医疗技术质量控制指标。
	57.1.3	有信息系统支持医疗技术质量控制指标数据分析。
	57.1.4	科室对本专业医疗技术临床应用质量控制开展自查、分析、整改，并有记录。
	57.1.5	主管部门对医疗技术临床应用质量有督导检查、总结、分析、反馈，提出整改意见并检查整改落实情况。
(五十八) 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。		
58.1 建立医疗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。	58.1.1	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。
	58.1.2	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。
	58.1.3	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。
	58.1.4	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。
	58.1.5	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。
(五十九) 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。		
59.1 将医院开展的限	59.1.1	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。

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。	59.1.2	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。
	59.1.3	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。
	59.1.4	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。
	59.1.5	相关资料完整，有数据或案例显示改进成效。
(六十) 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。		
60.1 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。	60.1.1	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。
	60.1.2	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。
	60.1.3	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。
	60.1.4	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。
	60.1.5	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。
(六十一) 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。		
61.1 按要求及时、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。	61.1.1	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。
	61.1.2	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，登录指定信息平台注册、登记。
	61.1.3	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。
	61.1.4	开展限制类技术的科室医务人员熟知上报制度和要求，并执行。
	61.1.5	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。
	61.1.6	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
	61.1.7	按要求逐例完整报送限制类技术开展情况数据信息。
(六十二) 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。		

62.1 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。	62.1.1	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；建立健全规章制度及流程。
	62.1.2	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；制定培训方案并按要求向社会公开，并于首次发布招生公告之日起3个工作日内，向省级卫生健康行政部门备案，备案材料符合要求。
	62.1.3	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。
	62.1.4	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。
	62.1.5	监管资料完整；有备案，可追踪。
(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。		
63.1 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，保障培训质量。	63.1.1	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。
	63.1.2	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。
	63.1.3	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。
	63.1.4	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。
四、医疗安全风险防范		
(六十四) 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。		
64.1 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。	64.1.1	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。
	64.1.2	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。
	64.1.3	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。
	64.1.4	每百张床位不良事件报告 ≥ 10 件。
	64.1.5	科室有定期自查、总结分析与整改。
	64.1.6	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。

	64.1.7	医院有数据或案例体现改进效果。
64.2 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。	64.2.1	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。
	64.2.2	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。
	64.2.3	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。
	64.2.4	科室有定期自查、总结分析与整改。
	64.2.5	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。
	64.2.6	医院有数据或案例体现改进效果。
（六十五）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。		
65.1 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案。	65.1.1	医院有医疗风险管理的制度、流程。
	65.1.2	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。
	65.1.3	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。
	65.1.4	科室有定期自查、总结分析与整改。
	65.1.5	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。
	65.1.6	医院有数据或案例体现改进效果。
（六十六）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。		
66.1 落实《关于推进医院安全秩序管理工作的指导意见》等有关规定要求，安全保卫组织健全，制度完善，维护正常医疗秩序，保护医务人员人身安全。	66.1.1	有安全保卫管理部门，人员配备结构合理，岗位职责明确；根据人流量、地域面积等情况，配齐配强专职保卫人员，聘用足够的保安员。
	66.1.2	有全院安全保卫部署方案和管理制度，加强医院物防设施建设，为在岗保卫人员和保安员配备必要的通讯设施和防护器械；有序开展安检工作，建立安全检查制度，配备金属探测门、微量 X 射线安全检查设备、手持式金属探测器等安检设备。
	66.1.3	有医务人员人身安全保障制度、应急预案和多部门联动机制，保卫、门诊、业务科室和医务部门密切配合，定期组织医院安全管理培训及演练，演练有记录、总结、分析、改进措施。
	66.1.4	强化医院警务室建设，三级医院和有条件的二级医院设立警务室，配备必要警力；尚不具备条件的根据情况在周边设立治安岗亭（巡逻必到点）。
	66.1.5	管理部门有完善的监管机制，保证预案、设备设施、应急机制顺利实施。
	66.1.6	有案例说明持续改进有成效，无重大安全事件发生。
66.2 安全保卫设备设施	66.2.1	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。
	66.2.2	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。

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。	66.2.3	医院财务、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。
	66.2.4	科室对相关工作有自查、分析，对存在问题有整改。
	66.2.5	主管部门有检查和监管，并检查科室落实整改情况。
	66.2.6	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。
(六十七) 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。		
67.1 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管理的持续改进。	67.1.1	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。
	67.1.2	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。
	67.1.3	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。
	67.1.4	科室及时讨论分析投诉信息，针对问题及时整改。
	67.1.5	科室有定期自查、总结分析与整改。
	67.1.6	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。
	67.1.7	医院有数据或案例体现改进效果。
(六十八) 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。		
68.1 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159条)。	68.1.1	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。
	68.1.2	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。
	68.1.3	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。
	68.1.4	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。
	68.1.5	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。
	68.1.6	有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
(六十九) 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。		
69.1 完善院内安全制度和应急抢救规范、流程，有各种紧急预案，保障全	69.1.1	有保障院内安全的相关制度及各种紧急预案；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。
	69.1.2	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。
	69.1.3	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，

院任何区域内均能及时提供紧急救治和生命支持服务。		覆盖全院区域，有规划、有演练，资料完整。
	69.1.4	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。
	69.1.5	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) 门、急诊(含发热、肠道门诊，下同)布局符合相关规定，能满足临床管理工作。建立门、急诊管理制度和工作流程、突发应急事件处置预案并组织实施。		
70.1 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。	70.1.1	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。
	70.1.2	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。
	70.1.3	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。
	70.1.4	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。
	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	医院有数据或案例体现改进效果。
70.2 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。	70.2.1	急诊室独立设置，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。
	70.2.2	有急诊管理制度和工作流程，对急诊留观时间超过24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。
	70.2.3	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。
	70.2.4	定期开展各类突发事件应急演练，总结发现问题并整改。
	70.2.5	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。
	70.2.6	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。
	70.2.7	能够形成科室内的新制度、流程、措施。
(七十一) 加强门、急诊专业人员和技术力量配备，根据门、急诊就诊患者流量和突发事件调配医疗资源，做好资源调配。对门、急诊医务人员开展技术和技能专业培训。		
71.1 加强门诊专业人员和技术力量配备，根据门诊就诊患者流量和突发	71.1.1	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。
	71.1.2	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。
	71.1.3	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。

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。	71.1.4	门诊管理部门有定期自查、总结分析与整改。
	71.1.5	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。
	71.1.6	医院有数据或案例体现改进效果。
71.2 急诊室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。	71.2.1	急诊科（室）有固定的急诊医师、护理人员。
	71.2.2	急诊室负责人由副主任医师及以上专业技术职称的医师担任；护士长由主管护士及以上职称并有5年以上急诊临床护理工作经验的护理人员担任。
	71.2.3	急诊室病房、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。
	71.2.4	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。
	71.2.5	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。
	71.2.6	急诊科（室）医护人员配置满足临床需求。
71.3 急诊室医务人员专业技术和技能符合要求、考核合格。	71.3.1	有急诊科（室）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；
	71.3.2	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、电复律、呼吸机使用和创伤急救等技能。
	71.3.3	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。
	71.3.4	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。
	71.3.5	主管部门对急诊科（室）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。
	71.3.6	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。
（七十二）实行预检分诊制度，门、急诊规范设置预检分诊场所，完善预检分诊流程。		
72.1 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。	72.1.1	有预检分诊制度和流程，并执行。
	72.1.2	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。
	72.1.3	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。
	72.1.4	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。
	72.1.5	科室有自查，对存在问题有分析、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	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。
(七十三) 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。		
73.1 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。	73.1.1	医院有建立门、急诊工作质量考核标准，并在全院发布。
	73.1.2	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。
	73.1.3	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。
	73.1.4	科室有定期自查、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。
(七十四) 有急危重症患者“绿色通道”。建立院前急救、院内急诊与住院或转诊的连贯性医疗服务流程，并定期进行评价和持续改进。		
74.1 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。	74.1.1	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
	74.1.2	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。
	74.1.3	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。
	74.1.4	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。
	74.1.5	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。
	74.1.6	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。
(七十五) 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（MDT），方便患者就医。		
75.1 公开出诊信息，保障医务人员按时出诊。提供咨询服务，帮助患者有效就诊。	75.1.1	以多种方式向患者提供出诊信息，并及时更新。
	75.1.2	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。
	75.1.3	为患者提供咨询服务。
	75.1.4	门诊管理部门有定期自查、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。
75.2 有预约诊疗工作制度和规范，实施	75.2.1	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。
	75.2.2	医院至少提供两种以上形式预约诊疗服务，如电话、网络、现

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。		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。
	75.2.3	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。
	75.2.4	有信息化预约管理平台,实现预约号源统一管理与动态调配。
	75.2.5	门诊管理部门有定期自查、总结分析与整改。
	75.2.6	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。
	75.2.7	医院有数据或案例体现改进效果。
(七十六) 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。		
76.1 诊疗环境清洁、舒适、安全。	76.1.1	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。
	76.1.2	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。
	76.1.3	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。
	76.1.4	科室有定期自查、总结分析、整改。
	76.1.5	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。
	76.1.6	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。
76.2 提供就诊接待引导、咨询服务;标识清晰、规范、醒目、易懂。	76.2.1	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。
	76.2.2	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。
	76.2.3	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。
	76.2.4	科室对相关工作有自查、分析,对存在问题有整改。
	76.2.5	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。
	76.2.6	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。
(七十七) 完善患者入院、出院、转科、转院服务管理制度及标准,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。		
77.1 完善患者入院、出院、转科、转院服	77.1.1	有患者入院、出院、转科、转院管理制度与流程,并落实。
	77.1.2	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)

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。		提供多种服务及便民措施。
	77.1.3	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。
	77.1.4	科室对相关工作有检查、分析及整改。
	77.1.5	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。
	77.1.6	有数据或案例显示患者从入院到出院不断优化服务流程。
	77.1.7	采用信息化统筹管理全院床位。
	77.2 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。	77.2.1
77.2.2		有急诊、危重患者优先及时办理入院的制度与程序并执行。
77.2.3		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。
77.2.4		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。
77.2.5		主管部门定期督导、分析、反馈,并检查科室整改落实情况。
77.2.6		有数据或案例显示急危重症患者入(出)院服务改进效果。
77.3 加强院内转科、转院患者的交接,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。	77.3.1	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。
	77.3.2	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。
	77.3.3	科室对相关工作有检查、分析,对存在问题有整改。
	77.3.4	主管部门定期督导、分析、反馈,并检查科室整改落实情况。
	77.3.5	有数据或案例显示转科(院)患者连续性医疗服务效果。
(七十八)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。		
78.1 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。	78.1.1	有出院患者健康教育相关制度,并落实。
	78.1.2	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。
	78.1.3	患者或家属能知晓出院后医疗、护理和康复措施。
	78.1.4	科室对相关工作有检查、分析及整改。
	78.1.5	主管部门定期督导、分析、反馈,并检查科室整改落实情况。
	78.1.6	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。
78.2 出院患者有出院记录,主要内容记	78.2.1	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。
	78.2.2	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。

录完整,与住院病历记录内容保持一致;为出院患者提供规范的出院医嘱和康复指导建议。	78.2.3	有向出院患者提供康复指导建议并有记录。
	78.2.4	科室有自查、总结、分析,对存在问题有整改。
	78.2.5	主管部门有定期督导、分析、反馈,并检查科室落实整改情况。
	78.2.6	有数据或案例显示改进效果。
78.3 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。	78.3.1	有延续性护理服务相关制度并执行。
	78.3.2	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。
	78.3.3	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。
	78.3.4	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。
(七十九)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。		
79.1 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。	79.1.1	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,
	79.1.2	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。
	79.1.3	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。
	79.1.4	主管部门定期有督导检查、分析、反馈。
79.2 建立疑难危重患者多学科评估和综合诊疗制度,并落实。	79.2.1	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的多学科评估和综合诊疗制度与流程。
	79.2.2	临床科室各级医师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。
	79.2.3	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。
	79.2.4	科室对多学科综合诊疗有自查,对存在问题有改进。
	79.2.5	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)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。		
80.1 建立手术患者评估制度和重大手术报告审批制度。	80.1.1	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。
	80.1.2	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。
	80.1.3	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。
	80.1.4	科室对上述工作有自查、分析、整改。
	80.1.5	主管部门对上述有检查与监管。
	80.1.6	手术患者评估制度、重大手术报告审批制度得到有效落实。

80.2 有管理措施保障 急诊手术安全。	80.2.1	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。
	80.2.2	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。
	80.2.3	科室对上述工作有自查、分析、整改。
	80.2.4	主管部门对上述有检查与监管。
	80.2.5	制定标准化急诊手术流程。
(八十一) 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。		
81.1 手术患者的手术 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。	81.1.1	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。
	81.1.2	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。
	81.1.3	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。
	81.1.4	科室对上述工作有自查、分析及整改。
	81.1.5	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。
	81.1.6	有数据或案例显示整改效果。
81.2 手术离体组织送 病理学检查，明确 术后诊断。	81.2.1	有手术后离体组织送病理学检查的规定、流程，并执行。
	81.2.2	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。
	81.2.3	相关医务人员熟知规定并在日常工作中落实。
	81.2.4	科室对上述工作有自查、分析及整改。
	81.2.5	主管部门对上述工作有监管，并检查科室落实整改情况。
	81.2.6	有数据显示所有离体组织送病理学检查。
81.3 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。	81.3.1	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。
	81.3.2	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。
	81.3.3	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。
	81.3.4	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。
	81.3.5	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。
	81.3.6	医院有数据体现非计划重返手术室再手术率的改进效果。
(八十二) 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。		

82.1 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。	82.1.1	有日间手术质量安全管理制度、评估工作机制并落实。
	82.1.2	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。
	82.1.3	有日间手术病历有相关管理制度并落实。
	82.1.4	有日间手术宣教与随访制度并落实。
	82.1.5	科室有定期自查、总结分析与整改。
	82.1.6	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。
	82.1.7	医院有数据或案例体现改进效果。
(八十三) 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。		
83.1 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。	83.1.1	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。
	83.1.2	麻醉医师人数与手术台比例应不低于 0.4 : 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。
	83.1.3	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。
	83.1.4	科室有定期自查、总结分析与整改。
	83.1.5	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。
	83.1.6	医院有数据或案例体现改进效果。
83.2 有患者麻醉前访视、评估和麻醉前讨论制度。	83.2.1	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。
	83.2.2	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。
	83.2.3	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。
	83.2.4	科室有定期自查、总结分析与整改。
	83.2.5	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。
	83.2.6	医院有数据或案例体现改进效果。
83.3 有麻醉意外与并发症处理规范，有麻醉效果评价。	83.3.1	有麻醉意外与并发症处理、麻醉效果评价的规范与流程。
	83.3.2	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。
	83.3.3	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。
	83.3.4	科室有定期自查、总结分析与整改。
	83.3.5	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。
	83.3.6	医院有数据或案例体现改进效果。
83.4 麻醉的全过程在	83.4.1	有麻醉全过程书写标准与规范。
	83.4.2	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

病历/麻醉单上得到充分体现。		到充分体现。
	83.4.3	科室有定期自查、总结分析与整改。
	83.4.4	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。
	83.4.5	医院有数据或案例体现改进效果。
83.5 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。	83.5.1	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。
	83.5.2	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。
	83.5.3	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。
	83.5.4	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。
	83.5.5	科室有定期自查、总结分析与整改。
	83.5.6	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。
	83.5.7	医院有数据或案例体现改进效果。
83.6 建立术后镇痛治疗管理的规范与流程，能有效地执行。	83.6.1	有术后疼痛患者的镇痛治疗规范。
	83.6.2	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。
	83.6.3	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。
	83.6.4	科室有定期自查、总结分析与整改。
	83.6.5	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。
	83.6.6	医院有数据或案例体现改进效果。
83.7 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。	83.7.1	有麻醉质量监测指标并符合相关管理要求。
	83.7.2	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。
	83.7.3	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。
	83.7.4	科室有定期自查、总结分析与整改。
	83.7.5	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。
	83.7.6	医院有数据或案例体现改进效果。
（八十四）特殊检查室设计及空间区域划分应符合特殊检查需求。能将有害光、射线、磁场限制在检查患者所需的范围，避免医务人员及其他人员接触有害物质。有突发意外事故管理规范与应急预案并严格执行。		
84.1 特殊检查室（放射、介入、放疗、核医学等）机房环	84.1.1	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。

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。	84.1.2	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。
	84.1.3	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。
	84.1.4	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。
	84.1.5	科室对相关工作有自查、分析，对存在问题有整改。
	84.1.6	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。
	84.1.7	无医务人员及其他人员接触有害物质的事件发生。
	84.2 有突发意外事故管理制度及流程，有应急预案。	84.2.1
84.2.2		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。
84.2.3		有应急预案，责任分工明确，相关人员有培训，并有演练。
84.2.4		科室对相关工作有自查、分析，对存在问题有整改。
84.2.5		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。
84.2.6		有数据或案例显示效果。
(八十五) 开展日间化疗服务应当明确规定日间化疗服务适用范围，集中配置化疗药物，有安全管理制度及质量保证措施。		
85.1 开展日间化疗服务应符合国家相关规定要求，有管理规范，保证医疗质量与安全。	85.1.1	开展日间化疗服务应符合国家相关规定要求，有明确的日间化疗纳入标准和服务适用范围，医务人员知晓并落实。
	85.1.2	建立日间化疗工作制度与管理流程，严格按诊疗规范开展诊疗服务，有各类意外发生应急处置预案并定期开展演练。
	85.1.3	按病历书写规范做好各项诊疗记录，患方需签署知情同意书并随病历归档保存。
	85.1.4	有日间化疗质量安全控制指标，日间化疗患者纳入慢病管理、建立档案，有定期随访评价。
	85.1.5	临床科室对日间化疗服务工作有定期自查、总结分析、整改。
	85.1.6	主管部门有督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	85.1.7	有数据体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
六、护理质量保障与持续改进		
(八十六) 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，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。		
86.1 加强对护理工作的领导及组织管	86.1.1	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。

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。	86.1.2	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中的困难问题。
	86.1.3	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。
	86.1.4	主管部门对规划、目标和计划落实情况有检查与监管。
	86.1.5	医院发展相适应的护理规划与计划有效落实。
86.2 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。	86.2.1	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。
	86.2.2	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相关工作。
	86.2.3	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。
	86.2.4	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。
	86.2.5	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。
	86.2.6	有数据或 PDCA 案例显示护理质量改进有成效。
	86.2.7	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。
86.3 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。	86.3.1	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。
	86.3.2	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。
	86.3.3	有培训并落实护理制度、护理常规及操作规范。
	86.3.4	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。
	86.3.5	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。
86.4 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。	86.4.1	有防范患者跌倒、坠床的相关制度, 并体现多部门协作。
	86.4.2	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。
	86.4.3	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。
	86.4.4	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。

	86.4.5	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。
86.5 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。	86.5.1	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。
	86.5.2	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。
	86.5.3	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。
	86.5.4	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。
	86.5.5	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。
86.6 有压疮风险评估与报告制度，有压疮诊疗及护理规范。	86.6.1	有压疮风险评估、报告制度与诊疗措施。
	86.6.2	有压疮诊断与压疮创面处理的诊疗及护理规范。
	86.6.3	对患者进行压疮风险评估并能按风险程度及病情变化作出动态评估。
	86.6.4	科室对压疮风险管理的落实情况有自查、对存在问题进行分析、整改。
	86.6.5	主管部门对压疮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。
86.7 落实预防压力性损伤及创面处理的措施。	86.7.1	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。
	86.7.2	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。
	86.7.3	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。
	86.7.4	科室对预防压疮管理的落实情况有自查、对存在问题进行分析、整改。
	86.7.5	主管部门对预防压疮管理有定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
(八十七) 护理人力资源配备与医院功能和任务相适应，有护理单元护理人员的配置原则，以临床护理工作量为基础，根据收住患者特点、护理级别比例、床位使用情况对护理人力资源实行弹性调配。有紧急状态下调配护理人力资源的预案。		
87.1 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，依法执业，对各级护理人员资质进行严格管	87.1.1	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%。
	87.1.2	全院病区护士与实际开放床位比不低于0.4:1，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。
	87.1.3	有护理人员资质准入及值班等相关制度并依法执行。
	87.1.4	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。

理。	87.1.5	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。
87.2 对护理人员实行分层级管理，各层级护士有明确的岗位职责和工作标准，有考评和监督。	87.2.1	医院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。
	87.2.2	实施护理人员分层管理，明确护士层级能力要求和培养方案，有统一的护理人员分级管理档案。
	87.2.3	有各类别护理人员岗位培训，护理人员知晓并落实相关岗位职责和工作要求。护理人员分管患者护理级别符合护理人员能级水平。
	87.2.4	主管部门对各层护理人员分层级管理有检查与监管。
	87.2.5	护理人员分层管理规定得到落实。
87.3 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，有护理人力资源动态调配的方案和措施；有紧急状态下调配护理人力资源的预案。	87.3.1	有护理人力资源动态调配的方案，
	87.3.2	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，并能实现护理人力资源动态调配。
	87.3.3	相关护理管理人员知晓紧急护理人力资源调配规定的主要内容与流程，并执行。
	87.3.4	科室对人力资源动态调配工作有检查、分析及整改。
	87.3.5	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。
	87.3.6	人力资源动态调配工作落实到位。
(八十八) 护理人员依法执业，实行分层级管理，有护理人员管理规定、实行岗位管理制度，明确岗位设置、岗位职责、岗位技术能力要求和工作标准。有护理人员在职继续医学教育计划，保障措施到位，并有实施记录。		
88.1 依法执业，有护理人员管理规定，对各级护理人员资质进行严格管理，实行分层级管理。	88.1.1	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。
	88.1.2	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。
	88.1.3	对各级护理人员进行分层级管理，护理人员知晓相关岗位职责及进阶要求并执行。
	88.1.4	科室对护士资质及分层级管理有检查、分析、整改。
	88.1.5	主管部门对护理人员资质有审核、监督、检查，对问题有追踪分析。
	88.1.6	护理人员均符合执业与特殊岗位资质要求，分层级岗位管理逐步优化。
88.2 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	88.2.1	按照要求完善护理岗位管理制度并落实。
	88.2.2	有明确的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。
	88.2.3	相关人员知晓本部门、本岗位职责要求，并按照规定执行。
	88.2.4	科室对护理岗位管理相关内容落实有检查、分析及整改。

位职责、岗位技术能力要求和工作标准。	88.2.5	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。
	88.2.6	对护理人员岗位管理工作有追踪和评价。
	88.2.7	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。
88.3 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。	88.3.1	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。
	88.3.2	参照《新入职护士培训大纲》开展新入职护士规范化培训，有护理人员在岗继续教育计划，并落实。
	88.3.3	制订在岗继续教育计划，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。
	88.3.4	科室对相关内容的落实有检查、分析及整改。
	88.3.5	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。
	88.3.6	培训计划落实，护理人员技术能力和水平不断提升。
88.4 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。	88.4.1	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。
	88.4.2	积极培养专科护理人才，注重临床护士在急救护理、传染病护理、肿瘤护理等专科护理能力的提升。
	88.4.3	有专科护理人才培养与管理制度，合理使用专科护理人才。
	88.4.4	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。
	88.4.5	科室对相关工作有检查、分析及整改。
	88.4.6	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。
(八十九) 建立基于护理工作量、质量、患者满意度并结合护理难度、技术要求等要素并以考核护理人员实际工作能力为核心的绩效考核制度，考核结果与护理人员的评优、晋升、薪酬分配相结合，调动护理人员积极性。		
89.1 建立基于护理工作量、质量、患者满意度、护理难度及技术要求的绩效考核办法，考核结果与评优、晋升、薪酬挂钩。	89.1.1	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。
	89.1.2	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。
	89.1.3	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。
	89.1.4	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。
	89.1.5	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) 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。		
90.1	90.1.1	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

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。		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。
	90.1.2	优质护理服务要覆盖到门(急)诊、手术室等非住院部门;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。
	90.1.3	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
	90.1.4	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。
	90.1.5	优质护理服务措施落实到位。
90.2 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。	90.2.1	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。
	90.2.2	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。
	90.2.3	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。
	90.2.4	科室有定期自查、总结分析、整改。
	90.2.5	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。
	90.2.6	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。
(九十一) 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。		
91.1 参考《综合医院分级护理指导原则(试行)》《护理分级》(WS/T431-2013)落实分级护理。	91.1.1	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。
	91.1.2	由医师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。
	91.1.3	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师制订的诊疗计划,为患者提供护理。
	91.1.4	科室对护理分级制度落实情况定期进行自查,分析,改进。
	91.1.5	主管部门对分级护理制度落实情况有检查与监管。
	91.1.6	根据患者病情与自理能力确定护理级别,并落实到位。
91.2 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。	91.2.1	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。
	91.2.2	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。
	91.2.3	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。
	91.2.4	科室有定期自查、总结分析、整改。
	91.2.5	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。
	91.2.6	有医护一体化团队共同制定医疗护理方案,改善危重患者疾病预后结局。
(九十二) 护理文书、护理查房、护理会诊和护理病例讨论制度参照《医疗质量安全核心制度要点》执行。		
92.1 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。	92.1.1	有护理文书书写规范及书写质量考核标准。
	92.1.2	护理人员按照《病历书写基本规范》完成日常护理文书记录。
	92.1.3	科室对护理文书有自查、总结分析,发现问题及时整改。
	92.1.4	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。
	92.1.5	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。
92.2 根据护理管理制度并参照《医疗质量安全核心制度要点》,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。	92.2.1	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。
	92.2.2	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。
	92.2.3	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。
	92.2.4	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。
	92.2.5	主管部门定期督导、分析、反馈,并检查科室整改落实情况。
	92.2.6	医院有数据体现改进效果,或案例体现医护一体化。
92.3 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。	92.3.1	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。
	92.3.2	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。
	92.3.3	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。
	92.3.4	主管部门定期督导检查、分析、整改。
	92.3.5	医院有数据或案例体现改进效果。
(九十三) 有临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范。有紧急意外情况的护理应急预案和处理流程,有培训与演练。		
93.1 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。	93.1.1	有临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范。
	93.1.2	有护理技术操作培训和考核计划并落实到位。
	93.1.3	护理人员熟练掌握常见技术操作及并发症预防、处理流程。
	93.1.4	科室定期对护理人员培训、考核情况进行自查、分析、整改。
	93.1.5	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。
	93.1.6	护理人员技术操作规范。
93.2	93.2.1	有重点环节应急管理制制度。

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。	93.2.2	对重点环节包括患者用 药、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。
	93.2.3	相关岗位护理人员知晓 应急预案并演练。
	93.2.4	科室对护理应急预案及 演练情况有自查、分析、 整改。
	93.2.5	主管部门定期督导、分 析、反馈，并检查科室整 改落实情况。
	93.2.6	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。
	（九十四）按照《医院手术部（室）管理规范（试行）》《医院消毒供应中心管理规范》《新生儿病室建设与管理指南（试行）》，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。	
94.1 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。	94.1.1	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。
	94.1.2	有手术室感染预防与控 制管理制度及质量控制 标准，对相关人员进行 培训，有落实。
	94.1.3	定期对感染、空气质 量、环境等进行监测， 有记录。
	94.1.4	有医疗设备、手术器 械及物品的清洁、消毒、 灭菌及存放规定。
	94.1.5	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。
	94.1.6	手术室工作区域、连 台手术之间按规范清洁、 消毒。
	94.1.7	科室对感染控制制度 落实情况有自查、分析、 整改。
	94.1.8	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。
94.2 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。	94.2.1	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2-3:1；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。
	94.2.2	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。
	94.2.3	有手术室各类应急预 案，并定期演练。
	94.2.4	护理人员知晓上述相 关要求，有培训并按要 求落实。
	94.2.5	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。
	94.2.6	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。
94.3 有手术室患者交接、安 全核查、安全用药、手 术物品清点、标本管理 等相关制度和护理	94.3.1	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。
	94.3.2	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。

<p>质量管理与监测规定及措施, 组织实施并持续改进。</p>	94.3.3	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。
	94.3.4	有手术患者标本规范保存、登记、送检等流程, 有实施记录。
	94.3.5	科室对安全管理制度落实情况有自查、分析、整改。
	94.3.6	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。
<p>94.4 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。</p>	94.4.1	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。
	94.4.2	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。
	94.4.3	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。
	94.4.4	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。
	94.4.5	消毒供应中心有日常和定期监测自查、分析、整改。
	94.4.6	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。
	94.4.7	无因灭菌失败导致的感染事件发生。
<p>94.5 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; 有消毒供应中心管理制度、岗位职责和操作规范等。</p>	94.5.1	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。
	94.5.2	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。
	94.5.3	有消毒供应中心各类应急预案, 并定期演练。
	94.5.4	护理人员知晓上述相关要求, 有培训并按要求落实。
	94.5.5	消毒供应中心有日常和定期监测自查、分析、整改。
	94.5.6	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。
	94.5.7	无灭菌失败物品发放事件发生。
<p>94.6 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</p>	94.6.1	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。
	94.6.2	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。

《医疗消毒供应中心管理规范(试行)》，实施全过程的监管。	94.6.3	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。
	94.6.4	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。
	94.6.5	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。
	94.6.6	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。
	94.6.7	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。
	94.6.8	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质量保障与持续改进		
(九十五) 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。		
95.1 医院设立药事管理与药物治疗学组织,健全药事管理体系。	95.1.1	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。
	95.1.2	药学部负责药专业技术服务、药事管理以及临床药学工作。
	95.1.3	药事管理工作有年度计划和总结。
	95.1.4	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。
	95.1.5	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。
	95.1.6	有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
95.2 建立完善的药事管理工作制度。	95.2.1	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。
	95.2.2	有优先使用国家集中采购中选药品的相关制度与措施。
	95.2.3	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。
	95.2.4	药学部对药事管理工作定期自查、总结分析、整改。
	95.2.5	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。
	95.2.6	有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
	95.2.7	完成国家集中采购中选药品的指标任务。
95.3 根据医院功能任	95.3.1	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。

务及规模，配备药学专业技术人员，岗位职责明确。	95.3.2	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%。
	95.3.3	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。
	95.3.4	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。
	95.3.5	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。
	95.3.6	有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
（九十六）加强药品管理，规范药品遴选、采购、储存、调剂，建立全流程监测系统，保障药品质量和供应。静脉药物调配中心和调配工作符合有关规定。		
96.1 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”。	96.1.1	建立规范的药品遴选制度与程序，并严格执行。
	96.1.2	动态管理医院“基本用药供应目录”，建立医院“药品处方集”。
	96.1.3	“基本用药供应目录”品规数符合规定：100-200床的医院，西药品规数≤500个，中成药品规数≤100个；200-500床的医院，西药品规数≤800个，中成药品规数≤150个；500-800床的医院，西药品规数≤1000个，中成药品规数≤200个；800床以上的医院，西药品规数≤1200个，中成药品规数≤300个。单品种品规数符合《处方管理办法》相关规定。
	96.1.4	药学部对药品遴选及目录管理工作有自查、总结分析、整改。
	96.1.5	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。
	96.1.6	有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
96.2 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。	96.2.1	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。
	96.2.2	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，线下采购经医院审批，临时采购规范。
	96.2.3	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。
	96.2.4	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。
	96.2.5	主管部门定期督导、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	96.2.6	有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
96.3 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。	96.3.1	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。
	96.3.2	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。
	96.3.3	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。
	96.3.4	药学部对药品储存有定期自查、总结分析、整改。
	96.3.5	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。
	96.3.6	有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
96.4 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。	96.4.1	建立高警示药品管理规定并全院执行。
	96.4.2	对听似、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”。
	96.4.3	相关员工知晓警示标识含义和管理要求，能够识别和使用。
	96.4.4	科室有定期自查、总结分析、整改。
	96.4.5	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。
	96.4.6	有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
96.5 对全院的急救等备用药品进行有效管理，确保质量与安全。	96.5.1	建立各诊疗科室的急救、备用药品管理制度。
	96.5.2	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。
	96.5.3	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。
	96.5.4	临床科室对急救、备用药品有定期自查、总结分析、整改。
	96.5.5	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。
	96.5.6	有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
96.6 落实药品调剂制度，遵守药品调剂操作规程，保障药品调剂的准确性。	96.6.1	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。
	96.6.2	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。
	96.6.3	发出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。
	96.6.4	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。
	96.6.5	药学部对药品调剂质量管理有定期自查、总结分析、整改。
	96.6.6	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。
	96.6.7	有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
96.7	96.7.1	医院配置制剂，应持有《医院制剂许可证》，取得制剂批准文

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。		号，有制剂质量标准。
	96.7.2	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。
	96.7.3	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。
	96.7.4	药学部对制剂配制和使用管理有定期自查、总结分析、整改。
	96.7.5	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。
	96.7.6	有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
96.8 建立药品质量监控体系，有效控制药品质量。	96.8.1	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。
	96.8.2	有药品质量监管信息平台，相关部门和人员可查询。
	96.8.3	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。
	96.8.4	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。
	96.8.5	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。
	96.8.6	有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
96.9 建立药品召回管理制度，保障患者安全。	96.9.1	制定药品（含医院制剂）召回管理制度，并落实执行。
	96.9.2	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。
	96.9.3	有针对患者用药召回的处置预案与流程。
	96.9.4	药学部有定期自查、总结分析、整改。
	96.9.5	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。
	96.9.6	有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
96.10 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。	96.10.1	明确住院患者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处方外配或自备药品的，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配药品、患者自备药品不得执行医嘱。
	96.10.2	住院患者确需使用处方外配药品或使用自备药品的，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。
	96.10.3	凡住院患者使用处方外配药品或自备药品的，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。
	96.10.4	医务人员知晓规范并按规定执行。
	96.10.5	临床科室对处方外配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。
	96.10.6	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。
	96.10.7	有数据或案例体现改进效果。
96.11 有超说明书用药管理规范及审核流程,保障患者用药安全。	96.11.1	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。
	96.11.2	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。
	96.11.3	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。
	96.11.4	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。
	96.11.5	临床科室应有定期自查、总结分析,对存在问题有整改。
	96.11.6	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。
	96.11.7	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。
96.12 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。	96.12.1	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。
	96.12.2	有药库和调剂室药品进、销、存、使用等的实时管理及药品查询功能。
	96.12.3	有适宜的合理用药监控软件系统。
	96.12.4	有抗菌药物、麻醉药品、精神药品等处方权限管理功能。
	96.12.5	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。
	96.12.6	有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
(九十七) 实施临床药师制,积极参与临床药物治疗,促进合理用药,拓展药学服务范围。加强临床药师队伍建设和培训,提高临床药学服务能力和水平。		
97.1 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。	97.1.1	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,在眼科药物的临床应用中设有临床药师,其工作覆盖眼科临床专业科室。
	97.1.2	临床药师按有关规定参与临床药物治疗相关工作的时间≥85%。
	97.1.3	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。
	97.1.4	建立临床药师绩效考核体系,促进临床药学工作发展。
	97.1.5	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。
	97.1.6	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。
97.2 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。	97.2.1	临床药师开展医嘱重整、审核处方和用药医嘱适宜性工作，对不合理用药及时进行干预，工作记录完整。
	97.2.2	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。
	97.2.3	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。
	97.2.4	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。
	97.2.5	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。
	97.2.6	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。
	97.2.7	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。
(九十八) 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、抗肿瘤药物、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。		
98.1 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。	98.1.1	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。
	98.1.2	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。
	98.1.3	定期对相关人员进行规范培训、考核，并遵循管理要求。
	98.1.4	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。
	98.1.5	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。
	98.1.6	有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
98.2 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。	98.2.1	对“麻醉药品、第一类精神药品”等特殊药品实行“五专”管理、全程批号管理，有基数每天清点结算制度。
	98.2.2	对可造成社会危害的非管制类药品（如七氟烷等）建立安全管理制度并落实。
	98.2.3	开具的“麻醉药品、第一类精神药品”等特殊管理药品可溯源到患者；按规范要求回收、销毁空安瓿，数量、批号记录准确、完整。
	98.2.4	有特殊管理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。
	98.2.5	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。
	98.2.6	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。

	98.2.7	有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
98.3 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，规范临床用药。	98.3.1	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。
	98.3.2	建立糖皮质激素类药物分级管理目录并执行。
	98.3.3	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。
	98.3.4	临床科室有定期自查、总结分析、整改。
	98.3.5	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。
	98.3.6	有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
98.4 根据相关临床诊疗指南和疾病诊疗规范，制定抗肿瘤药物临床应用指南，规范临床用药。	98.4.1	有抗肿瘤药物的使用指南或规范，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。
	98.4.2	建立抗肿瘤药物分级管理目录并执行。
	98.4.3	按照指南和规范使用抗肿瘤药物，临床用药依据充分。
	98.4.4	临床科室有定期自查、总结分析、整改。
	98.4.5	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。
	98.4.6	有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
98.5 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。	98.5.1	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。
	98.5.2	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。
	98.5.3	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。
	98.5.4	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。
	98.5.5	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。
	98.5.6	有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
(九十九) 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。		
99.1 落实《处方管理办法》，规范医师处方权、药师调配权管理。	99.1.1	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。
	99.1.2	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。
	99.1.3	定期对医务人员进行处方管理法规及相关管理制度培训。
	99.1.4	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。

	99.1.5	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。
	99.1.6	有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
99.2 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。	99.2.1	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，及时与医师沟通。
	99.2.2	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。
	99.2.3	不合理处方≤5%。
	99.2.4	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。
	99.2.5	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。
	99.2.6	有数据体现改进效果。
99.3 依据《医院处方点评管理规范（试行）》开展处方点评，建立药物使用评价体系。	99.3.1	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。
	99.3.2	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。
	99.3.3	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。
	99.3.4	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。
	99.3.5	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。
	99.3.6	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。
	99.3.7	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）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。		
100.1 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。	100.1.1	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。
	100.1.2	医院有明确的药物警戒范围和预警措施、发布流程。
	100.1.3	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。
	100.1.4	全院医务人员知晓相关制度并在日常工作中执行。
	100.1.5	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。
	100.1.6	主管部定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	100.1.7	有数据或案例体现改进效果。
100.2 建立安全用药监测体系，减少用药错误。	100.2.1	建立全院用药错误监控、预防、上报管理制度，管理部门明确。
	100.2.2	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。
	100.2.3	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。
	100.2.4	有用药错误上报平台，发生用药错误按规定上报，记录完整。
	100.2.5	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。
	100.2.6	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。
	100.2.7	有数据或案例体现改进效果。
100.3 建立突发事件药事管理应急预案，药学人员熟知并执行。	100.3.1	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。
	100.3.2	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。
	100.3.3	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。
	100.3.4	药学部有定期自查、总结分析与整改。
	100.3.5	主管部门对应急药品有检查与监管，对已发生突发事件中的药事管理工作有分析与反馈。
	100.3.6	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）		
（一百零一）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。		
101.1 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。	101.1.1	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。
	101.1.2	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。
	101.1.3	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。
	101.1.4	对委托其他机构所开展的检验项目，应签署委托服务协议，并有质量保证条款。
	101.1.5	科室有自查，对存在问题有分析、整改。
	101.1.6	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。
	101.1.7	至少每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。
101.2 检验项目、设备、	101.2.1	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。

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。	101.2.2	对各项技术参数,包括准确度、精密性、灵敏度、线性范围、干扰及参考范围有规定。
	101.2.3	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。
	101.2.4	对相关法律法规、规章制度、岗位职责有培训并落实。
	101.2.5	科室对项目和仪器、试剂与校准品管理有自查,对存在问题有分析、整改。
	101.2.6	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。
	101.2.7	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。
101.3 病理部门设置布局、设备设施分别符合相应规范标准。	101.3.1	病理部门设置满足医院功能任务需要,临床病理统一管理。
	101.3.2	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。
	101.3.3	专业技术设备、设施符合管理要求,有定期维护、校准记录。
	101.3.4	所用试剂及耗材管理规范,符合国家有关规定。
	101.3.5	科室有定期自查、总结分析与整改。
	101.3.6	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。
	101.3.7	医院有数据或案例体现改进效果。
101.4 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。	101.4.1	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。
	101.4.2	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。
	101.4.3	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。
	101.4.4	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。
	101.4.5	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。
	101.4.6	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。
	101.4.7	有数据体现对外委托服务项目质量持续提高。
101.5 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	101.5.1	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。
	101.5.2	X线摄影、超声检查提供24小时×7天的急诊(包括床边急诊)检查服务。
	101.5.3	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。
	101.5.4	科室有定期自查、总结分析与整改。

服务。	101.5.5	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。
	101.5.6	医院有数据或案例体现改进效果。
(一百零二)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。		
102.1 有明确的临床检验专业技术人员资质要求。	102.1.1	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或眼科学专业副高及以上技术职称。
	102.1.2	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。
	102.1.3	分子生物学、特殊岗位（HIV初筛实验室、新生儿疾病筛查等）检验人员经培训考核后持卫生行政部门核发的上岗证方可独立工作。
	102.1.4	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。
	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	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。
102.2 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。	102.2.1	病理部门人员配置合理，满足工作需要。科主任具有副高级专业技术职务任职资格。
	102.2.2	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。
	102.2.3	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任职资格，并有6年以上病理阅片诊断经历。
	102.2.4	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。
	102.2.5	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。
	102.2.6	医院有数据或案例体现改进效果。
102.3 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。	102.3.1	医师、技术人员和护士配备符合相关规范，满足工作需要。
	102.3.2	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。
	102.3.3	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。
	102.3.4	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。
	102.3.5	医院有数据或案例体现改进效果。
(一百零三)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。		

103.1 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。	103.1.1	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。
	103.1.2	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有工作状态标识。
	103.1.3	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。
	103.1.4	实验室配置充足的安全防护设施，包括洗眼器或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；对生物安全设施、易燃易爆危险化学品等有警示标识。
	103.1.5	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。
	103.1.6	科室有自查，对存在问题有分析、整改。
	103.1.7	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。
	103.1.8	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。
103.2 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。	103.2.1	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。
	103.2.2	病理部门（对外委托检测机构）有病理标本采集、国定、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。
	103.2.3	病理部门有完善的易燃品、剧毒化学品的登记和管理规范。
	103.2.4	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。
	103.2.5	病理部门有定期自查、总结分析与整改。
	103.2.6	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。
	103.2.7	医院有数据或案例体现改进效果。
103.3 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。	103.3.1	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。
	103.3.2	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。
	103.3.3	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。
	103.3.4	科室有定期自查、总结分析与整改。
	103.3.5	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。

	103.3.6	医院有数据或案例体现改进效果。
	103.3.7	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。
(一百零四) 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。		
104.1 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，保证每一项检验结果的准确性。	104.1.1	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。
	104.1.2	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。
	104.1.3	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。
	104.1.4	科室有自查，对存在问题有分析、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	有数据或案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
104.2 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。	104.2.1	有常规检测项目报告时限（TAT）要求，入院临检常规项目≤3小时出报告；生化、免疫常规项目≤1个工作日出报告；微生物常规项目培养7天。
	104.2.2	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。
	104.2.3	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。
	104.2.4	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。
	104.2.5	科室有自查，对存在问题有分析、整改。
	104.2.6	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。
	104.2.7	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。
104.3 病理报告及时、准确、规范，并严格执行审核制度。	104.3.1	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。
	104.3.2	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。
	104.3.3	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。
	104.3.4	有上述制度与程序的培训，相关人员知晓基本要求并落实。

	104.3.5	科室有定期自查、总结分析与整改。
	104.3.6	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。
	104.3.7	医院有数据或案例体现改进效果。
104.4 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。	104.4.1	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。
	104.4.2	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。
	104.4.3	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。
	104.4.4	病理部门有定期自查、总结分析与整改。
	104.4.5	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。
	104.4.6	医院有数据或案例体现改进效果。
104.5 医学影像诊断报告及时、规范，严格执行审核制度。	104.5.1	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。
	104.5.2	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。
	104.5.3	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。
	104.5.4	有上述制度与流程的培训，相关人员知晓基本要求并落实。
	104.5.5	科室有定期自查、总结分析与整改。
	104.5.6	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。
	104.5.7	医院有数据或案例体现改进效果。
（一百零五）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。		
105.1 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。	105.1.1	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。
	105.1.2	用质量控制鉴别病毒鉴定试验中的错误检验结果，病毒鉴定的实验室须保留相关记录。
	105.1.3	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。
	105.1.4	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。
	105.1.5	科室有自查，对存在问题有分析、整改。
	105.1.6	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。

	105.1.7	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。
105.2 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。	105.2.1	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间质量评价的管理制度。
	105.2.2	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。
	105.2.3	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。
	105.2.4	有上述制度与流程的培训,相关人员知晓基本要求并落实。
	105.2.5	病理部门有定期自查、总结分析与整改。
	105.2.6	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。
	105.2.7	医院有数据或案例体现改进效果。
105.3 医学影像采用多种形式,开展图像质量评价活动。	105.3.1	采取多种形式,开展图像质量评价活动。
	105.3.2	有图像质量评价小组,定期对图像质量进行评价。
	105.3.3	将图像质量评价结果纳入相关技术人员能力评价与授权。
	105.3.4	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。
	105.3.5	科室有定期自查、总结分析与整改。
	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	医院有数据或案例体现改进效果。
(一百零六)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。		
106.1 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。	106.1.1	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。
	106.1.2	提供符合国家标准消毒与防护用品,配备完整、数量充足,便于工作人员获取和使用。
	106.1.3	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。
	106.1.4	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。
	106.1.5	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。
	106.1.6	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。
106.2 病理部门(对外委托检测机构)有环境安全管理程序与措施。环境保护及人员职业安全	106.2.1	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。
	106.2.2	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。
	106.2.3	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。

防护符合规定。	106.2.4	有上述制度与流程的培训，相关人员知晓基本要求并落实。
	106.2.5	病理部门有定期自查、总结分析与整改。
	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	医院有数据或案例体现改进效果。
106.3 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。	106.3.1	有放射安全管理相关制度，有医学影像设备、场所定期检测和放射废物处理相关规定。
	106.3.2	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。
	106.3.3	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。
	106.3.4	有上述制度与流程的培训，相关人员知晓基本要求并落实。
	106.3.5	科室有定期自查、总结分析与整改。
	106.3.6	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。
	106.3.7	医院有数据或案例体现改进效果。
(一百零七)按照《医院感染管理办法》，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。		
107.1 依据《医院感染管理办法》建立医院感染管理组织，建立院感多部门协调机制，负责医院感染管理工作。	107.1.1	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。
	107.1.2	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。
	107.1.3	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。
	107.1.4	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。
	107.1.5	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。
	107.1.6	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。
	107.1.7	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。
107.2 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	107.2.1	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。
	107.2.2	有针对医院所有医疗活动和工作流程而制定的具体措施，并落实。
	107.2.3	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

务中。		院感特点。
	107.2.4	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。
	107.2.5	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。
	107.2.6	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。
	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 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。	107.3.1	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。
	107.3.2	按计划开展相关培训并有考核。
	107.3.3	相关人员掌握相关知识与技能。
	107.3.4	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。
	107.3.5	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。
	107.3.6	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。
107.4 医院有感染事件报告流程与处置预案。	107.4.1	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。
	107.4.2	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。
	107.4.3	相关人员知晓医院感染事件报告流程和处置预案。
	107.4.4	根据医院感染事件制定各类演练方案，并进行演练。
	107.4.5	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。
	107.4.6	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。
	107.4.7	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。
	107.4.8	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。
(一百零八) 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。		
108.1 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。	108.1.1	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。
	108.1.2	有对感染较高风险的科室（如手术室、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。
	108.1.3	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。
	108.1.4	科室有自查，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	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。
	108.1.7	医院信息系统能够对重点环节、重点人群与高危险因素监测及分析。
(一百零九) 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。		
109.1 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。	109.1.1	医院感染管理专职人员和监测设施配备符合要求。
	109.1.2	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。
	109.1.3	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。
	109.1.4	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。
	109.1.5	有医院感染监测记录与分析报告，并了解本地区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。
	109.1.6	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。
	109.1.7	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。
(一百一十) 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。		
110.1 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。	110.1.1	有全院和重点部门（如手术室、消毒供应中心等）的消毒工作制度，并执行。
	110.1.2	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。
	110.1.3	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。
	110.1.4	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。
	110.1.5	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。
	110.1.6	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。
	110.1.7	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。
110.2	110.2.1	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。

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；医务人员正确使用消毒和防护用品。	110.2.2	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个人防护用品。隔离设施及物品配备能满足临床需要。
	110.2.3	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。
	110.2.4	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。
	110.2.5	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。
	110.2.6	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。
(一百一十一) 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。		
111.1 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。	111.1.1	根据手卫生规范要求制定手卫生管理相关制度。
	111.1.2	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。
	111.1.3	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。
	111.1.4	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。
	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	有数据显示医务人员的手卫生依从性、正确性不断提高。
(一百一十二) 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。		
112.1 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。	112.1.1	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。
	112.1.2	有对多重耐药菌控制落实的有效措施，包括手卫生措施、隔离措施、无菌操作、合理使用抗菌药物、保洁与环境消毒的制度等。
	112.1.3	医院临床微生物实验室或相关部门根据检测结果，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。
	112.1.4	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。
	112.1.5	科室有自查，对存在问题有分析、整改。

	112.1.6	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。
	112.1.7	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。
112.2 有细菌耐药监测及预警机制，各重点部门应了解其前五位的医院感染病原微生物名称及耐药率。	112.2.1	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。
	112.2.2	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。
	112.2.3	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。
	112.2.4	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。
	112.2.5	科室有自查，对存在问题有分析、整改。
	112.2.6	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。
	112.2.7	有数据或案例体现改进效果。
(一百一十三) 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。		
113.1 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。	113.1.1	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。
	113.1.2	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。
	113.1.3	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。
	113.1.4	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。
	113.1.5	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。
	113.1.6	科室有自查，对存在问题有分析、整改。
	113.1.7	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。
	113.1.8	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。
(一百一十四) 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。		
114.1 建立健全医疗废物、废液管理组织架构、管理规章制度和相关人员岗	114.1.1	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。
	114.1.2	医疗废物、废液处理系统符合相关法律法规的要求。
	114.1.3	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

位职责。		接受相关知识培训，相关人员个人防护符合规范要求。
	114.1.4	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。
	114.1.5	科室有自查，对存在问题有分析、整改。
	114.1.6	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。
	114.1.7	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。
九、角膜屈光手术质量保障与持续改进		
(一百一十五) 专业设置、人员配备及其设备、设施合理，满足医院功能任务需求。建立手术工作管理规章制度、岗位职责、操作规程、质量与安全指标，并能有效地执行，定期评价质量，持续改进。		
115.1 专业设置和人员配备符合原卫生部《准分子激光角膜屈光手术质量控制》的要求。	115.1.1	手术医师应持有中华人民共和国医师资格证书、医师执业证书及相应设备的培训考核合格证，并具有眼科主治医师或以上职称。
	115.1.2	护士应持有护士执业证书。
	115.1.3	配有持有高级验光员资格证书的专业视光师。
	115.1.4	配有副高职称及以上的手术医师至少 1 人。
	115.1.5	在岗护士中具有大专学历者的比率大于 50%。
115.2 设备和设施适当，符合原卫生部《准分子激光角膜屈光手术质量控制》的要求。	115.2.1	所有设备均应通过国家食品药品监督管理局对医疗器械注册认证，并取得相关证件。
	115.2.2	应具备下列术前检查设备：裂隙灯活体显微镜、检眼镜、眼压计，电脑验光仪，综合验光仪，角膜地形图仪、角膜测厚仪。
	115.2.3	准分子激光机应能矫正近视眼、散光眼和远视眼。使用年限可根据产品厂家说明书调整。
	115.2.4	配备以下辅助检查设备：配备间接检眼镜或前置镜、波前像差仪、角膜后表面及前房分析的地形图仪。
	115.2.5	准分子激光机能够实现个体化矫正近视眼，配备飞秒激光机，能够实现飞秒激光辅助的角膜屈光手术。
	115.2.6	配备角膜内皮检查仪。
	115.2.7	职能部门及设备管理部门与科室针对设备使用限期均有监管记录。
115.3 具备准分子激光专用手术室，其设备、布局、消毒符合原卫生部《准分子激光角膜屈光手术质量控制》的要求。	115.3.1	设有准分子激光专用的手术室。
	115.3.2	准分子激光专用手术室的面积和尺寸应符合激光机要求的参数标准。
	115.3.3	手术室内空气应达到原卫生部《消毒技术规范》规定的 II 类环境空气消毒标准，温度应保持 18℃-25℃，相对湿度 20%-65%。
	115.3.4	配备应急供电系统（UPS 稳压电源）。
	115.3.5	职能部门有监管。
115.4 建立手术工作管理规章制度、岗位职责、操作规程、质量与安全指	115.4.1	有明确的手术操作规程并执行。
	115.4.2	激光机的使用有设备操作流程及使用记录手册。
	115.4.3	科室对实施过程有检查。
	115.4.4	职能部门有监管。

标,并能有效地执行,定期评价质量,持续改进。		
115.5 建立手术相关器材登记制度。落实不重复使用角膜屈光手术相关器材的制度。	115.5.1	建立角膜屈光手术相关器材的登记制度。
	115.5.2	手术相关器材证件齐全。
	115.5.3	遵守不重复使用角膜屈光手术相关器材的制度。
	115.5.4	定期核查角膜屈光手术相关器材,保证质量。
	115.5.5	定期检查角膜屈光手术相关器材的制度落实情况,并有相关记录。
	115.5.6	职能部门定期有监管、评价。
(一百一十六) 实行角膜屈光手术患者病情评估制度,制定治疗计划/方案。手术安全保障措施到位,实施规范的全程质量监测有记录,符合有关角膜屈光手术质量(术前、术中、术后)控制标准。建立健全角膜屈光手术术后随访制度,并按规定随访、记录。		
116.1 角膜屈光手术前患者病情评估制度。	116.1.1	建立接受角膜屈光手术前患者的病情评估制度和流程。
	116.1.2	角膜屈光手术前患者病历记录的规范,至少应包含有:病史、停戴隐形眼镜时间,术前各类检查结果,明确手术适应证,无手术禁忌证。
	116.1.3	相关医师均知晓,并能正确评估、正确记录。
	116.1.4	依据手术前病情评估的结果,经术前讨论制定角膜屈光手术计划和方案。
	116.1.5	经由具备相关资质的高级职称医师签字确认后,方可实施手术。
	116.1.6	职能部门有监管,对改进措施的成效有评价,持续改进有成效。
116.2 角膜屈光手术质量(术前、术中、术后)控制符合原卫生部《准分子激光角膜屈光手术质量控制》的标准。	116.2.1	有明确的手术原则,术前应核对输入电脑之手术参数,包括患者姓名、年龄、眼别、屈光度、切削量、切削区大小等。遮盖非手术眼。LASIK 术中发生影响正常激光切削的角膜瓣异常,应中止该眼手术。在未确定原因并加以解决之前,对侧眼手术亦应推迟。手术结束后须用裂隙灯显微镜检查术眼,确认无异常并戴防护眼罩后方可让患者离开。
	116.2.2	除微型角膜刀手柄(马达)可采用擦拭消毒外,其它非一次性手术器械不得采用擦拭或浸泡消毒。术前应检查并校准激光机、微型角膜刀及其他相关设备。
	116.2.3	手术须在无菌条件下进行。患者眼周皮肤、结膜囊的消毒应符合原卫生部颁布的《消毒技术规范》中相应规定。
	116.2.4	术前、术后滴广谱抗生素滴眼液预防感染,术后联合使用糖皮质激素和人工泪液。在滴糖皮质激素眼药水期间应密切监测眼压。
	116.2.5	术后眼压测量值高于术前眼压,或随访过程中眼压升高超过5mmHg,应做相应处理及记录。
	116.2.6	相关医师均知晓,并能正确履职、正确记录。
	116.2.7	科室定期对术前、术中、术后质量情况进行评价。
	116.2.8	职能部门定期对术前、术中、术后质量进行监管,对存在问题、缺陷的改进措施的成效有评价。

116.3 建立健全角膜屈光手术术后随访制度,并按规定随访、记录。完成每例次角膜屈光手术后,按住院病历规定保留患者诊疗相关信息资料。	116.3.1	基质切削手术(包括全飞秒、LASIK等)术后第一天必须复诊。随后的复诊时间安排为1周、1个月、3个月、6个月。
	116.3.2	表层切削手术后术后一周内至少复查一次,直至上皮完全愈合,随后半年内复诊次数不少于4次。
	116.3.3	相关医师均知晓,并能正确履职、正确记录。
	116.3.4	术后复查应包括视力、眼压、验光、裂隙灯显微镜等项目,并详细记录在病历资料中。
	116.3.5	按住院病历规定保留患者诊疗相关信息资料。
	116.3.6	职能部门定期有质量监管、评价。
第三章 医院管理		
一、管理职责与决策执行机制		
(一百一十七) 制定医院章程, 建立医院内部决策执行机制。加强和改进医院领导人员管理。		
117.1 制定医院章程, 建立医院内部决策执行机制。加强和改进医院领导人员管理。	117.1.1	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。
	117.1.2	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。
	117.1.3	医院领导人员严格按照医院决策执行机制管理。
	117.1.4	主管部门定期督导检查、分析、反馈, 并检查整改落实情况。
	117.1.5	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。
(一百一十八) 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。		
118.1 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。	118.1.1	医院把加强党的建设列入医院章程。
	118.1.2	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。
	118.1.3	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。
	118.1.4	主管部门定期督导检查、分析、反馈, 并检查整改落实情况。
	118.1.5	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。
(一百一十九) 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。		
119.1 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。	119.1.1	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。
	119.1.2	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。
	119.1.3	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。

	119.1.4	各级管理人员知晓并履行本岗位职责。
	119.1.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	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。
119.2 建立沟通协调机制，履行协调职能，提高工作效率。	119.2.1	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。
	119.2.2	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。
	119.2.3	每次会议有明确议题和相关牵头部门，相关工作有落实。
	119.2.4	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	119.2.5	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。
（一百二十）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。		
120.1 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。	120.1.1	建立全员学习机制，开展全员培训教育，提高员工履职能力。
	120.1.2	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。
	120.1.3	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≥80%。管理人员均接受管理相关培训，培训时数每人每年≥12个学时。新员工经卫生法律法规培训，考核合格后方可上岗。
	120.1.4	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	120.1.5	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。
（一百二十一）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。		
121.1 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。	121.1.1	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。
	121.1.2	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。
	121.1.3	院务公开形式多样，方便社会与员工获取相关公开信息。
	121.1.4	院务公开信息制度得到落实，员工知晓率高。
	121.1.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	121.1.6	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。
（一百二十二）对对外委托服务项目质量与安全实施监督管理。		
122.1 对对外委托服务项目质量与安全实施监督管理	122.1.1	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。
	122.1.2	有院领导、主管部门与专人负责各类对外委托服务项目质量与安全实施监督管理，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。
	122.1.3	全部对外委托服务项目招投标及各类合同符合国家规范。
	122.1.4	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。
	122.1.5	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。
	122.1.6	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；对违约情况按规实施处理。
	122.1.7	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		
(一百二十三) 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。		
123.1 设置人力资源管理部门，人力资源管理制度健全。	123.1.1	设置专职人力资源管理部门，职责明确。
	123.1.2	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。
	123.1.3	人力资源管理制度及规定，有多种渠道公布，方便职工查询。
	123.1.4	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	123.1.5	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。
123.2 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。	123.2.1	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。
	123.2.2	有院科两级人员紧急替代制度、程序和方案并得到落实。
	123.2.3	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。
	123.2.4	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	123.2.5	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。
(一百二十四) 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。		
124.1 卫生专业技术人员资质的认定与聘用符合要求、公开透明。	124.1.1	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。
	124.1.2	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。
	124.1.3	相关人员知晓上述规范和流程并落实。
	124.1.4	科室有定期自查、总结分析、整改。
	124.1.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	124.1.6	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。
124.2 建立外来（国内外、境内外等）专业人员技术档案、规范管理。	124.2.1	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。
	124.2.2	外来技术人员在本院实施的诊疗活动有记录并可追溯。
	124.2.3	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。
	124.2.4	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	124.2.5	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。
（一百二十五）贯彻落实《公立医院领导人员管理暂行办法》，加强公立医院行政领导人员职业化培训。		
125.1 贯彻落实《公立医院领导人员管理暂行办法》，加强公立医院行政领导人员职业化培训。	125.1.1	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。
	125.1.2	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。
	125.1.3	领导人员在履行医院管理职责，承担紧急医疗救援、对口支援或者援外等专项重要工作，应对重大安全事件、重大突发事件、重大自然灾害事件等方面表现突出、作出显著成绩和贡献的，按照有关规定给予表彰奖励。
	125.1.4	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	125.1.5	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。
（一百二十六）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。		
126.1 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。	126.1.1	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。
	126.1.2	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。
	126.1.3	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。
	126.1.4	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	126.1.5	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。
126.2 加强学科建设和人才培养，有学科带头人选拔与激励机制。	126.2.1	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。
	126.2.2	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。
	126.2.3	相关部门对学科建设和人才培养落实专项管理。
	126.2.4	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	126.2.5	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。
126.3 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。	126.3.1	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。
	126.3.2	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。
	126.3.3	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。
	126.3.4	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。
	126.3.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	126.3.6	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。
（一百二十七）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。		
127.1 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。	127.1.1	制定职业安全防护相关措施、应急预案、处理与改进的制度。
	127.1.2	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。
	127.1.3	有职业安全防护的培训并建立员工的个人健康档案。
	127.1.4	相关人员知晓职业暴露的应急预案、处置流程，并落实。
	127.1.5	科室有定期自查、总结分析、整改
	127.1.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	127.1.7	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。
（一百二十八）关注员工身体和心理健康，保障员工合法健康权益。		
128.1 关注员工身体和心理健康，保障员工合法健康权益。	128.1.1	制定保障员工身体和心理健康的制度并落实。
	128.1.2	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。
	128.1.3	医院配备相应舒缓员工压力的设施设备及场所。
	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）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。		
129.1 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	129.1.1	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。
	129.1.2	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。

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。	129.1.3	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。
	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。
三、财务和价格管理		
(一百三十) 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。		
130.1 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、财务管理制度健全，人员配置合理，岗位职责明确，会计核算规范。	130.1.1	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。
	130.1.2	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。
	130.1.3	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。
	130.1.4	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。
	130.1.5	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。
130.2 医院实行总会计师制。	130.2.1	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。
	130.2.2	有总会计师制度及岗位资质要求，明确岗位职责和权限。
	130.2.3	总会计师知晓相关要求并严格履职。
	130.2.4	医院对总会计师履职有保障机制与评估。
	130.2.5	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。
(一百三十一) 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。		
131.1 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。	131.1.1	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。
	131.1.2	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。
	131.1.3	开展预算管理培训并保证有关人员知晓并执行。
	131.1.4	科室有定期自查、总结分析、整改。
	131.1.5	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。
	131.1.6	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。
(一百三十二) 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。		
132.1 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。	132.1.1	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。
	132.1.2	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。
	132.1.3	在全院推行全成本核算管理培训。
	132.1.4	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。
	132.1.5	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。
	132.1.6	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。
(一百三十三) 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。		
133.1 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。	133.1.1	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。
	133.1.2	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。
	133.1.3	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。
	133.1.4	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。
	133.1.5	科室有定期自查、总结分析，对存在问题有整改。
	133.1.6	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。
	133.1.7	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。
(一百三十四) 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。		
134.1 执行《中华人民共	134.1.1	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。

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。	134.1.2	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。
	134.1.3	无违规采购。
	134.1.4	科室有定期自查、总结分析、整改。
	134.1.5	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。
	134.1.6	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。
(一百三十五) 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。		
135.1 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。	135.1.1	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。
	135.1.2	综合绩效考核体现医德医风、技术能力、服务、质量和数量；
	135.1.3	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。
	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，并检查科室整改落实情况。
	135.1.6	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		
(一百三十六) 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。		
136.1 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。	136.1.1	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。
	136.1.2	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。
	136.1.3	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。
	136.1.4	相关人员知晓并落实。
	136.1.5	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。
	136.1.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	136.1.7	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。
136.2	136.2.1	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

信息系统专职技术人员配置合理并有专业培训。		考核制度。
	136.2.2	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 $\geq 1:1$ 。
	136.2.3	科室相关人员知晓岗位职责并落实自查、分析、整改。
	136.2.4	主管部门定期督导检查、分析、反馈,并检查整改落实情况。
	136.2.5	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。
(一百三十七) 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。		
137.1 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。	137.1.1	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。
	137.1.2	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。
	137.1.3	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。
	137.1.4	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。
	137.1.5	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。
	137.1.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈,并检查整改落实情况。
	137.1.7	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。
137.2 根据国家相关规定,实现信息互联互通、交互共享。	137.2.1	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。
	137.2.2	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。
	137.2.3	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,医院信息互联互通标准化成熟度测评4级水平。
	137.2.4	强化公共卫生责任,围绕新发传染病预防控制、突发公共卫生事件应急处置等内容,按要求向属地卫生健康行政部门报告情况,与公共卫生专业机构共享相关数据。在医院开发或升级信息系统过程中,提供共享对接公共卫生相关信息的功能接口。
	137.2.5	科室对互联互通实际应用场景有定期自查、总结分析、整改。
	137.2.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈,并检查整改落实情况。
	137.2.7	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。
137.3 医疗质量与安全管理信息相关的数据库,为质量与安全管理决策和持续改进提供依	137.3.1	有医疗质量与安全管理信息相关数据库,并建立提取数据的管理制度。
	137.3.2	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。
	137.3.3	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,

据。		管理部门能够调阅使用有关数据。
	137.3.4	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、质量管理、医技科室、医疗安全管理等。
	137.3.5	科室有利用信息数据库为质量与安全管理做科室决策。
	137.3.6	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	137.3.7	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。
(一百三十八) 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。		
138.1 加强信息系统的安全保障和患者隐私保护。	138.1.1	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。
	138.1.2	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。
	138.1.3	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。
	138.1.4	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。
	138.1.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	138.1.6	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。
138.2 加强信息系统运行维护，有突发事件应急响应制度并落实。	138.2.1	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。
	138.2.2	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。
	138.2.3	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。
	138.2.4	科室有定期自查、总结分析、整改。
	138.2.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	138.2.6	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。
(一百三十九) 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。		
139.1 根据《中华人民共和国统计法》与卫生健康行政部门	139.1.1	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。
	139.1.2	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。

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。	139.1.3	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。
	139.1.4	科室有定期自查、总结分析、整改。
	139.1.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈,并检查整改落实情况。
	139.1.6	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		
(一百四十)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,制定常规与眼专科医学装备配置方案。		
140.1 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。	140.1.1	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。
	140.1.2	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。
	140.1.3	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。
	140.1.4	科室有定期自查、总结分析、整改。
	140.1.5	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。
	140.1.6	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。
140.2 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,制定常规与眼专科医学装备配置方案。	140.2.1	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,制定常规与眼专科医学装备配置方案。
	140.2.2	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。
	140.2.3	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。
	140.2.4	科室有定期自查、总结分析、整改。
	140.2.5	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。
	140.2.6	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。
(一百四十一)根据医院功能定位和发展规划,有眼专科医用设备使用、功能开发、社会效益、成本效益等分析评价。		
141.1 有眼专科医用设备使用、功能开发、社会效益、成本效益等分析评价。	141.1.1	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。
	141.1.2	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。
	141.1.3	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。
	141.1.4	有医学装备使用评价相关制度。有眼专科医用设备使用、功能开发、社会效益、成本效益等分析评价。
	141.1.5	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。
	141.1.6	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。
	141.1.7	评价分析报告能得到有对眼专科医学装备使用、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。
(一百四十二)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。		
142.1 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。建立医疗器械临床使用安全事件监测与报告机制。	142.1.1	有医学装备临床使用安全控制与风险管理、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。
	142.1.2	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。
	142.1.3	有生命支持类、急救类、植入类、辐射类、灭菌类和眼专科医用设备等医学装备临床使用安全监测与报告制度。
	142.1.4	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。
	142.1.5	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。
	142.1.6	主管部门有监管、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	142.1.7	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。
142.2 加强特种设备、计量设备和特殊医学装备安全管理。	142.2.1	有各类特殊设备管理制度，特殊医学装备具有生产、安装合格证明以及根据规定必备的许可证明。经检测的计量器具具有检测合格标志。
	142.2.2	特种设备和特殊医学装备操作人员经过培训，具有上岗资格。
	142.2.3	医学装备管理部门对特殊装备定期检查、维护、校准和监测，有记录。落实培训制度。
	142.2.4	使用部门和医学装备管理部门对特种设备、计量设备和特殊医学装备有自查，有风险程度分析和使用情况的分析。
	142.2.5	主管部门有检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	142.2.6	特种设备和特殊医学装备安全措施案例体现改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措。
142.3 建立医疗器械临床使用安全事件监测与报告机制。	142.3.1	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。
	142.3.2	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。
	142.3.3	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。
	142.3.4	相关人员知晓不良事件报告制度和流程，并落实。
	142.3.5	科室对医疗器械使用不良事件报告情况有自查、总结、整改。
	142.3.6	主管部门有监管、分析、反馈。
	142.3.7	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。
(一百四十三)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。		
143.1 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。	143.1.1	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。
	143.1.2	对设备操作人员的培训情况有考核，并有记录。
	143.1.3	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。
	143.1.4	科室对培训情况和效果有自查、分析，对存在问题有整改。
	143.1.5	主管部门有检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
	143.1.6	有管理案例体现改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措。
(一百四十四)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。		
144.1 用于急救、生命支持系统仪器装备要始终保持在待用状态。	144.1.1	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。
	144.1.2	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。
	144.1.3	科室对相关工作有自查、分析，对存在问题有整改。
	144.1.4	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管。根据医学装备使用监管分析结果提出整改措施并落实。
	144.1.5	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。
144.2 建立全院保障医学装备应急调配机制。	144.2.1	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。
	144.2.2	优先保障急救类、生命支持类装备的应急调配。
	144.2.3	医务人员知晓医学装备应急管理与替代程序。
	144.2.4	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。
	144.2.5	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。
	144.2.6	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。
(一百四十五)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。		

145.1 依据国家相关规定,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。	145.1.1	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。
	145.1.2	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。
	145.1.3	有医用耗材使用不良事件报告与监测管理流程,并执行。
	145.1.4	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。
	145.1.5	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。
	145.1.6	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。
(一百四十六)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。		
146.1 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管理。	146.1.1	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。
	146.1.2	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。
	146.1.3	培训(考核)知晓并落实医疗设备使用和安全使用管理。
	146.1.4	医学装备使用部门有检查、分析、反馈,对存在问题有整改。
	146.1.5	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。
	146.1.6	有医疗设备使用和安全使用管理案例体现改进效果,或形成新制度、规范、流程、举措。
146.2 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。	146.2.1	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。
	146.2.2	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。
	146.2.3	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。
	146.2.4	建立眼专科医用设备管理台账,实施眼专科医用设备预防性维护保养计划。主管部门对质量与安全使用管理情况有检查、分析、反馈,并检查科室整改落实情况。
	146.2.5	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		
(一百四十七)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。		
147.1 有后勤保障管理组织、规章制度与	147.1.1	后勤保障管理组织机构健全,规章制度完善,岗位职责明确。
	147.1.2	后勤人员在日常工作中落实制度、职责。
	147.1.3	后勤人员知晓岗位职责和相关制度,有定期教育培训活动。

人员岗位职责;后勤人员有培训并落实制度、职责。	147.1.4	科室有自查制度、职责落实情况,对存在问题有分析、整改。
	147.1.5	主管部门有检查和监管,并检查科室落实整改情况。
	147.1.6	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。
147.2 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。	147.2.1	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。
	147.2.2	后勤保障部门有为患者、员工服务的具体措施并得到落实。
	146.2.3	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。
	147.2.4	科室对后勤服务有自查,对存在问题有分析、总结、整改。
	147.2.5	主管部门有检查和监管,并检查科室落实整改情况。
	147.2.6	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。
(一百四十八) 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。		
148.1 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。	148.1.1	有后勤相关人员持证上岗管理制度和岗位人员分布目录。
	148.1.2	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。
	148.1.3	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。
	148.1.4	科室对相关工作有自查、分析、总结,对存在问题有整改。
	148.1.5	主管部门有检查和监管,并检查科室落实整改情况。
	148.1.6	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。
(一百四十九) 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。		
149.1 后勤保障管理组织机构健全,规章制度完善,人员岗位职责明确。后勤保障服务坚持“以患者为中心”,满足医疗服务流程需要。	149.1.1	后勤保障管理组织机构健全,规章制度完善,岗位职责明确,体现“以患者为中心”,满足医疗服务流程需要。
	149.1.2	后勤人员知晓岗位职责、相关制度和服务流程,有定期教育培训活动。
	149.1.3	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。
	149.1.4	主管部门有检查和监管,并检查科室落实整改情况。
	149.1.5	有案例体现后勤保障改进效果,或形成新制度、规范、流程、举措。
149.2 水、电、气、物资供应等后勤保障满足医院运行需要。	149.2.1	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。
	149.2.2	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。实行值班,有交接班记录。
	149.2.3	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。
	149.2.4	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。
	149.2.5	主管部门有检查和监管,并检查科室落实整改情况。

	149.2.6	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。
149.3 有控制与降低能源消耗措施和指标。	149.3.1	有控制与节能降耗的计划和方案。
	149.3.2	有控制与节能降耗的具体措施和控制指标。
	149.3.3	相关人员知晓控制和节能计划并落实节能培训工作。
	149.3.4	科室对节能工作开展情况有自查、分析，对存在问题有整改。
	149.3.5	主管部门有检查和监管，并检查科室落实整改情况。
	149.3.6	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。
(一百五十) 为员工提供膳食服务，保障饮食卫生安全。		
150.1 为员工提供膳食服务。	150.1.1	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。
	150.1.2	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。
	150.1.3	有餐饮人员培训、健康检查制度并落实。
	150.1.4	科室对相关工作有自查、分析，对存在问题有整改。
	150.1.5	主管部门有检查和监管，并检查科室落实整改情况。
	150.1.6	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。
150.2 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。	150.2.1	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。
	150.2.2	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。
	150.2.3	相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求并落实制度。
	150.2.4	科室对相关工作有自查、分析，对存在问题有整改。
	150.2.5	主管部门有检查和监管，并检查科室落实整改情况。
	150.2.6	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。
(一百五十一) 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。		
151.1 医疗废物、废液管理符合医院感染管理要求。	151.1.1	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相关人员岗位职责。
	151.1.2	医疗废物、废液管理全流程符合相关法律法规的要求。
	151.1.3	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。
	151.1.4	科室对医疗废物、废液管理有自查、分析，对存在问题有整改。
	151.1.5	无环环安全事故，主管部门有检查和监管，并检查科室落实整改情况。
	151.1.6	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。
151.2 污水管理和处置	151.2.1	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。

符合规定。	151.2.2	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。
	151.2.3	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。
	151.2.4	科室对污水管理和处置有自查、分析，对存在问题有整改。
	151.2.5	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。
	151.2.6	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。
(一百五十二) 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。		
152.1 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。	152.1.1	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。
	152.1.2	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。
	152.1.3	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。
	152.1.4	相关人员对岗位职责和相关制度知晓，并执行。
	152.1.5	科室对相关工作有自查、分析，对存在问题有整改。
	152.1.6	主管部门有检查和监管，并检查科室落实整改情况。
	152.1.7	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。
(一百五十三) 医院消防系统、特种设备、危险品管理符合国家相关法律法规和标准。		
153.1 医院消防系统管理符合国家相关法律法规和标准。	153.1.1	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。
	153.1.2	消防系统设备完好，有消防设施设备定期检查、维护、保养、维修、验收记录，有全员培训记录。
	153.1.3	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。
	153.1.4	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。
	153.1.5	科室对消防工作有自查、分析，对存在问题有整改。
	153.1.6	主管部门有检查和监管，并检查科室落实整改情况。
	153.1.7	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。
	153.1.8	所有建筑符合消防安全要求并获得当地消防验收许可证。
153.2 医院特种设备管理符合国家相关	153.2.1	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。
	153.2.2	有特种设备定期检查、维护、保养、维修、验收记录；年检合

法律法规和标准。		格，并在设备上展示年检标签。
	153.2.3	建立特种设备管理档案。有特种设备应急预案、培训并演练。
	153.2.4	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。
	153.2.5	主管部门有检查和监管，并检查科室落实整改情况。
	153.2.6	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。
153.3 医院危险品管理符合国家相关法律法规和标准。	153.3.1	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。
	153.3.2	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。
	153.3.3	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。
	153.3.4	科室对危险品管理有自查、分析，对存在问题有整改。
	153.3.5	主管部门有检查和监管，并检查科室落实整改情况。
	153.3.6	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。
(一百五十四) 为患者提供清洁、温馨、舒适的医院环境，符合爱国卫生运动相关要求，美化、硬化、绿化达到医院环境标准要求。		
154.1 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。	154.1.1	医院环境优美、整洁、舒适。
	154.1.2	科室对相关工作有自查、分析，对存在问题有整改。
	154.1.3	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。
	154.1.4	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。
七、应急管理		
(一百五十五) 成立医院应急工作领导小组，建立医院应急指挥系统，落实责任，建立并不断完善医院应急管理的机制。		
155.1 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。	155.1.1	有医院应急指挥系统，院长是医院应急管理的第一责任人。
	155.1.2	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。
	155.1.3	有信息报告和信息发布相关制度。并落实培训制度。
	155.1.4	科室对相关工作有自查、分析，对存在问题有整改。
	155.1.5	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。
	155.1.6	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。
(一百五十六) 明确医院需要应对的主要突发事件策略，制定和完善各类应急预案，提高快速反应能力。		

156.1 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。	156.1.1	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。
	156.1.2	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反应。
	156.1.3	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。
	156.1.4	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。
	156.1.5	科室对应急快速反应工作有自查、分析,对存在问题有整改。
	156.1.6	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。
	156.1.7	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。
(一百五十七开展应急培训和演练,提高各级、各类人员的应急素质和医院的整体应急能力。		
157.1 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。	157.1.1	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。
	157.1.2	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。
	157.1.3	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。
	157.1.4	科室对提高应急素质工作有自查、分析,对存在问题有整改。
	157.1.5	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。
	157.1.6	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。
(一百五十八)合理进行应急物资和设备的储备。		
158.1 合理进行应急物资和设备的储备。	158.1.1	有应急物资和设备的储备计划、管理制度、审批程序。
	158.1.2	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。
	158.1.3	开展对应急物资调配的培训。
	158.1.4	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。
	158.1.5	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。
	158.1.6	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		
(一百五十九)有鼓励全员参与科研工作的制度和办法,促进科研成果向临床应用转化,并提供适当的经费、条件、设施和人员支持。		

159.1 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。	159.1.1	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。
	159.1.2	有科研经费支持及相应的科研条件与设施。
	159.1.3	医院设立科研支持基金和鼓励性科研的经费相关资料。
	159.1.4	主管部门定期督导检查、分析、反馈,并检查整改落实情况。
	159.1.5	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、省级的临床重点专科或省级重点实验室。
159.2 有将研究成果转化实践应用的激励政策,并取得成效。	159.2.1	制定将研究成果转化实践应用的激励政策并落实。
	159.2.2	有定期向全体医务人员培训、宣传。
	159.2.3	主管部门定期督导检查、分析、反馈,并检查整改落实情况。
	159.2.4	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。
(一百六十)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。		
160.1 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。	160.1.1	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。
	160.1.2	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。
	160.1.3	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。
	160.1.4	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。
	160.1.5	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。
	160.1.6	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。
	160.1.7	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。
(一百六十一)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。		
161.1 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	161.1.1	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。
	161.1.2	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。
	161.1.3	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。
	161.1.4	无违规擅自开展涉及人的生命科学和医学研究案例。

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。	161.1.5	对主管部门督导检查反馈的问题及时整改落实。
	161.1.6	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。
(一百六十二) 承担临床医学教育任务的医院师资、教学管理干部、设备、设施等资源配置符合有关教育教学标准要求, 并取得相应资质认可。		
162.1 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。	162.1.1	制定教学规划、资金投入和保障制度, 并落实。
	162.1.2	医学院校教学师资、设施设备, 符合教育教学标准对教学医院的规定要求。
	162.1.3	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。
	162.1.4	完成本科临床教学与见习任务, 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。
	162.1.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈, 并检查整改落实情况。
	162.1.6	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。
(一百六十三) 根据临床、教学、科研和管理的需要, 有计划、有重点地收集国内外各种医学及相关学科的图书和文献, 开展多层次多种方式的读者服务工作, 提高信息资源的利用率。		
163.1 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。	163.1.1	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。
	163.1.2	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。
	163.1.3	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。
	163.1.4	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。
	163.1.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈, 并检查整改落实情况。
	163.1.6	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		
(一百六十四) 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。		

164.1 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、保护人民健康的的神圣职责。	164.1.1	制定医务人员职业道德建设和教育的制度并落实。
	164.1.2	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。
	164.1.3	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。
	164.1.4	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	164.1.5	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。
(一百六十五) 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。		
165.1 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。	165.1.1	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。
	165.1.2	有对员工医院价值取向的培训和教育，员工知晓率达到90%。
	165.1.3	院内各部门、科室有开展多种形式的医院文化建设活动。
	165.1.4	有指定部门负责，开展医院文化调研活动。
	165.1.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	165.1.6	有数据体现医院文化建设获得大部分员工满意。
(一百六十六) 执行《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见（试行）》，建立医德考评实施细则。建立医疗行风建设与管理的组织和制度体系，完善工作机制。		
166.1 建立医德考评的组织体系，有明确的职能主管部门负责组织落实医德考评。	166.1.1	建立医德考评领导小组和办公室。
	166.1.2	开展医德培训，有记录。
	166.1.3	医德考评流程严谨，有医院医德考评领导小组审议记录。
	166.1.4	有规范的医德考评档案记录。有多部门共同参与的医德考评及结果共享机制。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。
	166.1.5	医德考评办公室组织定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	166.1.6	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。
166.2 有医疗行风建设体系，有制度与相	166.2.1	有医疗行风建设与管理组织体系，有专（兼）职人员负责管理与考评，并有与其他职能部门的协调机制。
	166.2.2	有行风建设、考评、奖惩和公示等制度，有行风考评方案并落

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。		实。
	166.2.3	有措施并落实“医疗机构工作人员廉洁从业九项准则”行为。
	166.2.4	发现行风问题有处理制度和流程。
	166.2.5	主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
	166.2.6	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、国家医疗质量安全改进目标		
(一百六十七) 提高医疗质量安全不良事件报告率。		
167.1 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。	167.1.1	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。
	167.1.2	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。
	167.1.3	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。
	167.1.4	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。
	167.1.5	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。
	167.1.6	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。
(一百六十八) 提高住院患者静脉输液规范使用率。		
168.1 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相关工作制度和机制，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。	168.1.1	成立由医务、临床科室、药事、护理、信息等部门组成的专项工作小组，职责分工明确，完善静脉输液治疗管理相关工作制度和机制。
	168.1.2	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。
	168.1.3	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。
	168.1.4	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，对临床科室有明确的降低住院患者静脉输液使用率指标要求。
	168.1.5	临床科室对本科室静脉输液规范使用情况有定期自查、总结分析、整改。
	168.1.6	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提高住院患者静脉输液规范使用率的因素，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。

	168.1.7	有数据或案例显示全院住院患者静脉输液规范使用率达到预期目标。
--	---------	--------------------------------