附件1

重庆市三级精神专科医院评审标准
实施细则（2024年版）
（征求意见稿）

目录

实施细则说明.....	1
第一部分前置要求.....	6
一、依法设置与执业.....	6
二、公益性责任和行风诚信.....	7
三、安全管理与重大事件.....	7
四、综合管理.....	8
第二部分医疗服务能力与质量安全监测数据.....	9
第一章资源配置与运行数据指标.....	9
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.....	13
第四章单病种质量控制指标.....	17
第五章关键技术临床应用质量控制指标.....	18
第三部分现场检查.....	19
第一章医院功能与任务.....	19
第二章临床服务质量与安全管理.....	24
第三章医院管理.....	124
附录：医疗服务能力与质量安全监测数据指标说明.....	159

实施细则说明

为贯彻落实国家卫生健康委《三级医院评审标准（2022年版）》（以下简称《国家标准》），规范、科学、有序开展等级医院评审工作，持续指导医院加强日常管理与持续质量改进，重庆市卫生健康委员会根据《国家标准》《重庆市三级综合医院评审标准实施细则（2022年版）》，结合本地精神专科特点及当前医疗卫生工作重点，编制成《重庆市三级精神专科医院评审标准实施细则（2024年版）》，该细则共设3个部分68节374条标准，适用于重庆市三级精神专科医院，根据评审医院实际开展情况进行评审。

一、第一部分前置要求。共设4节27条，内容包括四部分：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、综合管理。

（一）评审周期为四年，医院在评审周期内发生一项及以上情形的，延期一年评审。延期期间原等次取消，按照“未定等”管理。

（二）重庆市卫生健康行政部门应当在收到医院提交的评审申请材料后，向有关部门和社会公开征询参评医院是否存在违反前置条件的情况，征询时间为7个工作日。

二、第二部分医疗服务能力与质量安全监测数据。共设5章40节177条232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、单病种和关键技术临床应用指标等日常监测数据，数据统计周期为全评审周期。第一章是资源配置与运行数据指标，共5节21条34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25条38个监测指标。第三章是重点专业质量控制

指标，共11节76条101个监测指标。第四章是单病种质量控制指标，共10节44条44个监测指标。第五章是关键技术临床应用指标，共11节11条15个监测指标，根据评审医院实际开展情况进行评审，均为可选项。

（一）数据采集原则

1. 指标数据采集为全评审周期。
2. 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。
3. 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。
4. 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，数据趋势呈与管理目标方向一致的或呈波动型的，采用中位数；数据趋势呈与管理目标方向相反的，采用最差的数据。

（二）数据核查原则

1. 现场检查时，应当对本部分数据进行复核，复核数据比例不少于医疗机构上报数据的20%。
2. 医疗机构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备查。
3. 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评审专家组认定为虚假数据的均视为错误数据。
4. 所有错误数据，应按核查后的数据结果再次计算。

5. 涉及第二部分医疗服务能力与质量安全监测的数据，根据错误数据占现场核查数据总数百分比，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

（三）数据核查程序指引

1. 应设置专门数据核查人员，负责对第二部分指标数据的真实性、准确性开展核查工作，并为其他评审员提供其评审条款相关的数据核查的技术支持。

2. 通过查阅资料、还原数据路径、多维度验证等方式，从数据生成、数据采集、数据治理、数据分析、数据报告等多个环节开展核查工作。数据路径原则上应从系统直接提取，医疗质量、医疗服务、医疗安全等业务类数据应来自系统统计，并可查询数据产生，加工，利用的过程。

3. 建立核查指标选择机制，聚焦数据真实性、准确性，坚持“可疑”数据优先原则，科学确定数据核查指标，要兼顾章节和评审周期内各年份均衡性。

4. 数据核查报告要包括数据核查指标清单、核查方法、核查结果、核查结论和改进建议。

（四）数据核查准备指引

1. 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。

2. 该清单应当包含每个数据定义、指标涉及的数据源、采集方式、采集时间范畴、采集结果等要素，所有指标数据应有负责部门，有条件的应设置汇总部门。

3. 对于计算所得的数据，应当有可追溯的原始数据。

4. 医院应当按照数据核查专家要求，提供核查指标的原始数据、采集方法等相关信息，配合完成数据核查工作。

三、第三部分现场检查。共设3章24节170条1857个评价条款，用于对三级精神专科医院实地评审，以及医院自我管理和持续改进。主要包括医院功能与任务、临床服务质量与安全管理、医院管理三部分内容。

评审员可采用下列方法对细则内容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、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】：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】：评审现场通过目视检查医院和科室的设备设施、环境、标识标牌，员工行为和合作，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】：同第二部分。

四、评审规则

采用基本项+可选项形式计算。第一部分前置要求实行一票否决，第二部分条款符合程度在整个评审结果认定中的权重占比为60%，第三部分现场评审条款符合程度在整个评审结果认定中的权重占比为40%。

第二部分医疗服务能力与质量安全监测数据遵循规模类和配比类指标采用“全或无”原则，连续性监测指标采用“区间赋分兼顾持续改进”原则计算。第三部分采用指标符合率计算。

五、结果评定

评审结果判定甲等：第二部分指标符合程度不低于90%，且第三部分条款符合程度不低于90%；

评审结果判定乙等：第二部分指标符合程度不低于80%，且第三部分条款符合程度不低于80%；

评审结果判定丙等：第二部分指标符合程度不低于70%，且第三部分条款符合程度不低于70%；

第二部分指标符合程度低于70%或第三部分条款符合程度低于70%，判定为不合格，按未定等管理。

六、数据采集方式

通过“直采+填报”方式获取数据。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、卫生统计直报系统等。暂不可通过信息化方式直接采集的数据由医疗机构进行填报。

第一部分前置要求

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）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；公立医院承包、出租药房，向营利性企业托管药房，以任何形式开设营利性药店；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。

（三）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。

（四）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。

（五）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。

（六）违反《人体器官捐献和移植条例》，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。

（七）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。

（八）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》，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）。

(九) 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) 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。

(十一) 违反《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。

(十二) 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或未履行其他法定职责，造成严重后果。

(十三) 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。

(十四) 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。

(十五) 违反《中华人民共和国精神卫生法》，违法开展诊断和治疗，造成严重后果。

(十六) 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

(一) 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) 应当执行而未执行国家基本药物制度和分级诊疗政策。

(三) 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。

(四) 发生重大价格或收费违法事件，以及恶意骗取医保基金。

(五) 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 and 科研成果，情节严重。

三、安全管理与重大事件

（一）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）发生重大医院感染事件，造成严重后果。

（三）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。

（四）发生瞒报、漏报重大医疗过失事件的行为。

（五）线上互联网医院或依托的实体医疗机构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。

四、综合管理

（一）依据《电子病历系统应用水平分级评价管理办法（试行）及评价标准》，电子病历系统应用水平分级评价未达到4级。

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

一、床位配置	1. 核定床位数
	2. 实际开放床位数
二、卫生技术人员配备	1. 卫生技术人员数与开放床位数比
	2. 全院护士人数与开放床位数比
	3. 医院感染管理专职人员数与开放床位数比
	4. 药学专业技术人员占比
	5. 病区护士人数与开放床位数比
	6. 心理与康复人员的床占比
三、相关科室资源配置	(一) 精神科
	1. 精神科医师人数与精神科开放床位数比
	2. 精神科高级职称医师人数与精神科病区数比
	3. 精神科高级职称护理人数与精神科开放床位数比
	(二) 急性（短期）住院管理
	1. 固定医师人数与急性（短期）住院床位数比
	2. 固定护士人数与急性（短期）住院床位数比
	3. 急性（短期）住院床位数占医院床位总数的比例
	(三) 儿童青少年精神科
	1. 儿童青少年精神科开放床位数占医院开放床位数的比例
	2. 儿童青少年精神科医师人数与儿童青少年精神科开放床位数比
	3. 儿童青少年精神科护士人数与儿童青少年精神科开放床位数比
	(四) 老年精神科
	1. 老年精神科开放床位数占医院开放床位数的比例
	2. 老年精神科医师人数与老年精神科开放床位数比
	3. 康复医学科技师人数与老年精神科开放床位数比
	4. 老年精神科护士人数与老年精神科开放床位数比
(五) 成瘾医学科	
1. 成瘾医学科开放床位数占医院开放床位数的比例	

	2. 成瘾医学科医师人数与成瘾医学科开放床位数比
	3. 成瘾医学科护士人数与成瘾医学科开放床位数比
	(六) 临床心理科
	1. 临床心理科开放床位数占医院开放床位数的比例
	2. 临床心理科医师人数与临床心理科开放床位数比
	3. 临床心理科护士人数与临床心理科开放床位数比
四、运行指标	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
	2. 开放床位使用率
	3. 人员支出占业务支出的比重
五、科研指标	1. 每百名卫生技术人员科研项目经费
	2. 主持或参加多中心研究项目个数
	3. 每百张开放床位SCI收录论文数
	4. 每百名卫生技术人员实用新型专利数量

第二章医疗服务能力与医院质量安全指标

一、医疗服务能力	1. 收治精神科病种数量（ICD-10F00-F99四位亚目数量）	
	2. 心理测量室心测人员数与测量室年检测患者人数比	
	3. 开展心理测量种类	
	4. 精神科病区心理测量终端拥有率	
	5. DRG-DRGs组数	
	6. DRG-CMI	
	7. DRG时间消耗指数	
	8. DRG费用消耗指数	
二、医院质量指标	1. 医疗质量安全不良事件报告率	床均医疗质量安全不良事件报告率
		每百名出院人次医疗质量安全不良事件报告率
	2. 住院患者静脉输液规范使用率	
	3. 静脉血栓栓塞症规范预防率	VTE风险评估率
		采取VTE恰当预防措施比率
	4. 患者住院总死亡率	
5. 住院患者出院后0-31天非预期再住院率		
6. DRGs低风险组患者住院死亡率		
三、医疗安全指标 (年度医院获得性指标)	1. 住院患者自伤发生例数和发生率	住院患者自伤发生例数
		住院患者自伤发生率
	2. 住院患者自杀发生例数和发生率	住院患者自杀发生例数
		住院患者自杀发生率
	3. 住院患者伤人毁物发生例数和发生率	住院患者伤人毁物发生例数
		住院患者伤人毁物发生率
	4. 住院患者擅自离院发生例数和发生率	住院患者擅自离院发生例数
		住院患者擅自离院发生率
	5. 住院患者烫伤发生例数和发生率	住院患者烫伤发生例数
		住院患者烫伤发生率
	6. 住院患者噎食窒息发生例数和发生率	住院患者噎食窒息发生例数
		住院患者噎食窒息发生率
	7. 2期及以上院内压力性损伤发生例数和发生率	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率

8. 输注反应发生例数和发生率	输注反应发生例数
	输注反应发生率
9. 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	住院患者医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生例数
	住院患者医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生率
10. 临床用药所致的有害效应（不良事件）发生例数和发生率	临床用药所致的有害效应（不良事件）发生例数
	临床用药所致的有害效应（不良事件）发生率
11. 住院患者用药错误发生例数和发生率	住院患者用药错误发生例数
	住院患者用药错误发生率

第三章重点专业质量控制指标

一、急诊专业 医疗质量控制 指标	1. 心脏骤停复苏成功率
	2. 抢救室滞留时间中位数
二、临床检验 专业医疗质量 控制指标	1. 标本类型错误率
	2. 标本容器错误率
	3. 标本采集量错误率
	4. 血培养污染率
	5. 抗凝标本凝集率
	6. 室内质控项目开展率
	7. 室内质控项目变异系数不合格率
	8. 室间质评项目参加率
	9. 室间质评项目不合格率
	10. 实验室间比对率（用于无室间质评计划检验项目）
	11. 检验报告不正确率
	12. 危急值通报率
	13. 危急值通报及时率
	14. 临床POCT项目室间质评参与率
	15. 临床POCT项目室间质评合格率
三、医院感染 管理医疗质量 控制指标	1. 千日医院感染例次发病率
	2. 医院感染现患（例次）率
	3. 医院感染病例漏报率
	4. 千日特定多重耐药菌医院感染例次发病率
	5. 医务人员手卫生依从率
	6. 住院患者抗菌药物治疗前病原学送检率
	7. 血管内导管相关血流感染发生率
	8. 导尿管相关泌尿系感染发病率
四、精神专业 医疗质量控制 指标	1. 入院风险评估率
	2. 住院期间实施约束措施比例
	3. 住院患者精神康复率

	4. 精神专科住院患者非精神专科会诊率		
	5. 精神科患者住院期间合并躯体疾病率		
	6. 出院前社会功能评估率		
	7. 出院后持续服务率		
8. 精神专科重点疾病	精神分裂症	精神分裂症患者住院期间MECT治疗率	
		出院精神分裂症患者3种及以上抗精神病药物联合使用率	
	双相情感障碍	双相情感障碍患者住院期间MECT治疗率	
		出院双相情感障碍患者3种及以上抗精神病药物或心境稳定剂联合使用率	
	抑郁障碍	抑郁障碍患者住院期间MECT治疗率	
		出院抑郁障碍患者3种及以上抗抑郁药物联合使用率	
	睡眠障碍	睡眠障碍患者多导睡眠监测率	
		睡眠障碍患者睡眠质量检查率	
		出院睡眠障碍患者3种及以上镇静催眠药联合使用率	
	9. 精神专科住院患者合并躯体疾病的治疗指标	慢阻肺急性加重患者住院期间行动脉血气分析比例	
慢阻肺急性加重患者住院期间胸部影像学检查比例			
心力衰竭患者住院期间利钠肽检测率			
心力衰竭患者住院期间心脏功能评估率			
高血压患者动态血压监测率			
五、护理专业 医疗质量控制 指标	1. 开放床位数与精神专科护士比		
	2. 不同级别护士配置占比	病区5年以下护士占比	
		病区20年及以上护士占比	
	3. 每住院患者24小时平均护理时数		
	4. 护理级别占比	特级护理占比	
		一级护理占比	
		二级护理占比	
三级护理占比			

	5. 住院患者身体约束率	住院患者身体约束率
		住院患者身体约束导致伤害发生例数
		住院患者身体约束导致伤害发生率
	6. 住院患者跌倒发生率	住院患者跌倒发生率
		住院患者跌倒伤害占比
	7. 置管患者非计划拔管率	CVC非计划拔管率
		PICC非计划拔管率
		经口、鼻胃肠导管非计划拔管率
导尿管非计划拔管率		
8. 护士离职率		
六、药事管理 专业医疗质量 控制指标	1. 每百张床临床药师人数	
	2. 门诊处方审核率	
	3. 住院用药医嘱审核率	
	4. 门诊处方点评率	
	5. 用药错误报告率	
	6. 住院患者抗菌药物使用情况	住院患者抗菌药物使用率
		住院患者抗菌药物使用强度
		住院患者特殊使用级抗菌药物使用量占比
	7. 住院患者中药注射剂静脉输液使用率	
	8. 基本药物采购品种数占比	年度医院基本药物配备使用品种数量占比
配备使用金额占比		
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	
	2. 入院记录24小时内完成率	
	3. 出院记录24小时内完成率	
	4. 病案首页24小时内完成率	
	5. CT/MRI检查记录符合率	
	6. 抗菌药物使用记录符合率	
	7. 医师查房记录完整率	
	8. 患者抢救记录及时完成率	
	9. 出院患者病历2日归档率	
	10. 出院患者病历归档完整率	

	11. 主要诊断填写正确率
	12. 病案首页主要诊断编码正确率
八、超声诊断 专业医疗质量 控制指标	1. 超声仪器质检率
	2. 住院超声检查48小时内完成率
	3. 超声危急值10分钟内通报完成率
	4. 超声报告书写合格率
	5. 门急诊超声报告阳性率
	6. 住院超声报告阳性率
九、临床营养 专业医疗质量 控制指标	(一) 住院患者营养风险筛查率
	(二) 营养治疗不良事件发生率
	1. 肠内营养治疗不良事件发生率
十、放射影像 专业医疗质量 控制指标	1. 急诊放射影像检查报告2小时完成率
	2. 放射影像报告书写规范率
	3. 放射影像危急值10分钟内通报完成率
十一、门诊管 理医疗质量控 制指标	1. 门诊电子病历使用率
	2. 门诊标准诊断使用率
	3. 门诊危急值30分钟内通报完成率

第四章 单病种质量控制指标

重点疾病	监测指标
1. 精神分裂症	(1) 病种例数 (2) 病例上报率 (3) 7日内再住院率 (4) 31日内再住院率
2. 双相情感障碍	(5) 平均住院日 (6) 次均费用 (7) 病死率
3. 使用酒精所致的精神和行为障碍	(1) 病种例数 (2) 7日内再住院率 (3) 31日内再住院率
4. 抑郁障碍	(4) 平均住院日 (5) 次均费用 (6) 病死率
5. 阿尔茨海默病性痴呆	(1) 平均住院日
6. 血管性痴呆	(2) 次均费用
7. 焦虑障碍	(3) 病死率
8. 强迫性障碍	
9. 严重应激反应及适应障碍	
10. 分离[转换]性障碍	

第五章关键技术临床应用指标

关键医疗技术开展情况	1. 关键医疗技术数量	
	2. 关键医疗技术占比	
	3. 改良电休克治疗（MECT）开展例数	
	4. 经颅磁刺激治疗例数	
	5. 经颅直流电刺激治疗例数	
	6. 经颅交流电刺激治疗例数	
	7. 多导睡眠脑电图监测完成例数	
	8. 住院患者治疗药物监测例数	患者抗精神病药物浓度监测例数
		患者抗抑郁药物浓度监测例数
		患者丙戊酸盐浓度监测例数
		患者血锂浓度监测例数
9. 门诊患者心理治疗人次数	门诊患者个体心理治疗例数	
	门诊患者家庭治疗开展例数	
10. 开展心理治疗师的督导例数		
11. 应急心理援助开展次数		

第三部分现场检查

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	医院功能任务与目标符合区域卫生规划。	1.1.1 医院的功能与任务符合区域卫生发展规划和医疗机构设置规划。
		1.1.2 发展规划和管理目标能体现医院宗旨与愿景。
		1.1.3 医院应用多种途径向全体员工、患者及社会宣传医院的宗旨、愿景、目标和功能任务。
		1.1.4 员工知晓医院的宗旨、愿景，对规划执行情况有分析，并制定适合的整改措施。
(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	根据医院的功能任务，制定医院中长期规划及年度计划。	2.1.1 医院制定中长期规划及年度计划。
		2.1.2 各部门、科室根据医院年度工作目标制定年度计划。
		2.1.3 中长期规划及年度计划征求职工意见，由各部门参与共同制定，并经职工代表大会讨论通过。
		2.1.4 各部门、科室执行年度计划并落实，各部门管理人员、各科室负责人知晓医院的规划目标以及本部门、本科室的计划任务。
		2.1.5 定期对年度计划落实情况进行督查、分析、总结。
(三) 医院有承担服务区域内精神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	有承担服务区域内精神科急危重症和疑难疾病诊疗的设施	3.1.1 医院具备本区域精神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。
		3.1.2 提供24小时精神科急危重症诊疗服务。
		3.1.3 门诊及住院部有疑难疾病诊治的制度并落实。

	设备、人才技术梯队与处置能力。	3.1.4职能部门对精神科急危重症和疑难疾病诊疗服务有监管、检查、分析、反馈，并督促整改落实。
		3.1.5有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
二、坚持公立医院公益性，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	坚持公立医院公益性，把社会效益放在首位，履行相应的社会责任和义务。	4.1.1医院章程对公益性有体现；有保障基本医疗服务的相关制度与规范，有“以患者为中心”，优化质量、改进服务、降低成本、控制费用的具体措施。医院住院和门诊患者平均医疗费用年均增幅低于本区域GDP年均增幅或低于CMI值增幅。
		4.1.2完成法定和政府指定的公共卫生服务、突发事件紧急医疗救援、援外、国防卫生动员、支农、支边和支援等任务。
		4.1.3有公益性服务的相关制度、方案，并落实；科室对基本医疗服务、政府指令性任务完成情况有自查。
		4.1.4职能部门定期督导、检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
(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《中华人民共和国传染病防治法》和《突发公共卫生事件应急条例》等相关法律法规，有健全的传染病防治组织架构，承	5.1.1有传染病及食源性疾病防治组织架构，有工作领导组织、重点传染病防治、食源性疾病和突发公共卫生事件救治专家组，有专门部门负责传染病管理工作。
		5.1.2有传染病上报诊断触发。根据传染病诊断标准，临床医生诊断后自动触发传染病报告填报模块完成传染病卡的填报。
		5.1.3按照传染病及食源性疾病防治有关规定及时报告疫情，有专门部门、指定人员负责传染病及食源性疾病疫情的监控、报告和预防工作。

	担传染病的发现、救治、报告、预防等任务。	5.1.4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。
		5.1.5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。
		5.1.6对本单位内被传染病病原体污染的场所、物品实施消毒和无害化处置。
		5.1.7职能部门定期监督检查、总结分析；传染病防治管理工作规范，无传染病漏报，无管理原因导致传染病播散事件。
		5.1.8有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
5.2	定期对全体医务人员进行传染病、食源性疾病预防知识和技能的培训与处置演练。	5.2.1医院与科室有传染病、食源性疾病预防知识和技能培训计划，并组织相关培训。
		5.2.2医务人员知晓传染病、食源性疾病预防相关知识。
		5.2.3根据传染病、食源性疾病疫情，适时开展处置演练。
		5.2.4职能部门对培训、演练有管理，对培训、演练效果有评价、分析。
		5.2.5有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
（六）按照《国家基本药物临床应用指南》和《中国国家处方集》及医院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	按照《国家基本药物临床应用指南》《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	6.1.1有贯彻落实《国家基本药物临床应用指南》《中国国家处方集》和优先使用基本药物的相关规定。
		6.1.2《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、使用量、库存量。
		6.1.3使用基本药物的品种、使用金额比例符合卫生健康行政部门的规定。
		6.1.4科室对医师使用基本药物情况有自查。
		6.1.5职能部门对基本药物使用情况有检查、分析、反馈，并落实整改。

	本药物。	6.1.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
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与相关服务流程，提升医联体内基层医疗机构服务能力。		
7.1	建立和实施医联体制度，实行分级诊疗，建立与实施双向转诊制度与相关服务流程。	7.1.1有医联体章程，有实施方案，明确主管领导，有具体目标、任务和措施。
		7.1.2落实分级诊疗制度，建立与实施双向转诊制度，明确服务流程。
		7.1.3有与基层医疗机构签订双向转诊协议，建立双向转诊“绿色通道”，规范开展双向转诊工作。
		7.1.4在落实号源管理的基础上，为经由家庭医生转诊的签约居民提供“优先预约、优先就诊、优先检查、优先住院”等便利措施。
		7.1.5职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
		7.1.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
(八) 医院承担援外医疗、对口支援、乡村振兴、慢病管理等相关任务的，有实施方案，并有具体措施保障。		
8.1	承担政府指令性援外医疗任务，制定具体的实施方案，明确目标、任务和措施。	8.1.1承担政府指令性援外医疗任务，制定具体的实施方案，明确目标、任务和措施。
		8.1.2有主管该项工作的领导和科室（部门），有具体管理的措施。
		8.1.3职能部门有管理措施的落实记录，台账资料完整，援助目标完成进度良好。
		8.1.4有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
8.2	完成对口支援工作纳入院长目标责任制与医院	8.2.1对口支援下级医院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，有专人管理。

	年度工作计划，有实施方案，由专人负责。	8.2.2将受援医院考核结果纳入绩效考核与医师定期考核，并与晋升、聘任、任用、评优等挂钩。
		8.2.3职能部门对计划、方案和协议的落实有检查、分析、反馈，实现对口支援责任目标。
		8.2.4有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
8.3	承担政府指令性乡村振兴任务，制定具体的实施方案，明确目标、任务和措施。	8.3.1承担政府指令性乡村振兴任务，制定具体的实施方案，明确目标、任务和措施。
		8.3.2有主管该项工作的领导和科室（部门），有具体管理的措施。
		8.3.3职能部门有管理措施的落实记录，台账资料完整，乡村振兴目标完成进度良好。
		8.3.4有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
8.4	将慢性病管理纳入医院目标管理及年度工作计划。	8.4.1将帮助社区开展慢性病管理纳入医院年度工作计划。
		8.4.2有帮助社区开展慢性病宣教及管理的具体实施方案。
		8.4.3对病区稳定的慢性病患者有下转基层的工作机制，为基层医疗机构上转病人预留一定比例专家号、住院床位。
		8.4.4对口社区实现全社区人口的慢性病网络管理。
		8.4.5有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
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		
（九）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“平急结合、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工作。		
9.1	遵守国家法律、法规，严格执行各级政府制定的应急预案，承担突发公共卫生事件和重大事	9.1.1根据各级政府制定的应急预案及医院在应对突发事件和重大事故灾害中的功能和承担的任务，制定本单位应急预案，有明确的响应机制和启动流程。
		9.1.2遵守国家法律、法规，严格执行各级政府制定的应急预案，承担突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治，绿色通道保持畅通。
		9.1.3根据卫生行政部门指令，承担突发公共卫生事件相关工作，应急物资储备合理、完备、可用。

	故灾害的紧急医疗救援与紧急救治。	9.1.4 相关人员知晓应急预案相关内容；定期组织应急预案培训与演练。
		9.1.5 职能部门对培训和演练有检查、分析、反馈。
		9.1.6 有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
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) 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。		
10.1	有质量与安全管理体系，实行院、科两级责任制。	10.1.1 建立完整的医疗质量管理体系，有医院质量管理组织架构图，能清楚反映医院质量管理组织结构，职责、分工明确。
		10.1.2 院科两级有医疗质量管理方案：包括年度工作计划、重点工作项目、考核目标、考核办法等相配套的工作制度。
		10.1.3 职能部门定期专题研究质量与安全工作，有分析总结，有改进措施，有记录。
		10.1.4 有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
(十一) 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。		
11.1	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。	11.1.1 设立医疗质量管理委员会，医疗质量管理委员会人员组成和职责符合《医疗质量管理办法》要求，有明确的工作制度，指定专门部门具体负责日常管理工作。
		11.1.2 建立医疗质量管理与监督工作流程和反馈机制。
		11.1.3 医疗质量管理委员会及各相关管理委员会能在质量与安全管理中发挥决策作用。
11.2	医疗质量管理委员会负责承接、配合各级质控	11.2.1 根据医院质量方针与目标，制定并实施相应的质量与安全管理工作计划与管理方案。
		11.2.2 履行指导、检查、监督、考核、评价和控制管理职能。有履行职责的工作记录。

	组织开展工作，并发挥统筹协调作用。	11.2.3运用管理工具统计分析质量与安全指标、风险数据、重大质量缺陷等资料，对质量与安全工作实施监控，并定期总结、分析、反馈、督查。 11.2.4有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
(十二) 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。		
12.1	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。	12.1.1各业务科室成立医疗质量管理小组，人员组成和职责明确，符合《医疗质量管理办法》要求，负责本科室质量与安全管理小组工作。 12.1.2制定科室质量与安全工作计划，召开管理小组会议，研究解决本科室存在的质量与安全管理问题，有记录。 12.1.3管理小组对科室质量与安全进行定期检查、能运用质量管理方法与工具对科室存在的问题和相关管理指标进行分析，对存在的问题有改进措施与落实执行，科室对质量与安全工作计划、问题改进落实到位。
(十三) 建立健全医疗质量管理培训考核制度和考核制度，充分发挥专业人员在医疗质量管理中的作用。		
13.1	建立健全医疗质量管理培训考核制度和考核制度，充分发挥专业人员在医疗质量管理中的作用。	13.1.1有医疗质量管理培训考核制度和考核制度。 13.1.2按方案开展质量管理培训考核，并有记录。 13.1.3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。 13.1.4职能部门有定期检查、总结分析与整改。
(十四) 遵循临床诊疗指南、医疗技术操作规范、医学伦理规范、行业标准和临床路径等有关要求开展诊疗工作。		
14.1	遵循临床诊疗指南、医疗技术操作	14.1.1临床诊疗工作遵循诊疗指南、规范、标准等，并及时更新。 14.1.2开展临床诊疗指南、规范、标准等的培训。

	规范、医学伦理规范、行业标准等有关要求开展诊疗工作。	14.1.3 相关人员掌握临床诊疗工作的指南、规范、标准等。科室医务人员能按照规范、指南、标准、临床路径等开展医疗活动，无违规执业事件发生。
		14.1.4 科室对执行情况有自查、总结分析与整改。
		14.1.5 职能部门有监管，对落实中存在的问题进行分析和反馈。
		14.1.6 有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
14.2	实施临床路径管理，规范临床诊疗行为。	14.2.1 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。
		14.2.2 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。
		14.2.3 “临床路径”监测指标包括：入组率、入组后完成率、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。
		14.2.4 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。
		14.2.5 实行信息化的临床路径管理。
		14.2.6 院、科两级定期检查、总结分析与整改。
		14.2.7 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职能部门要求。
<p>（十五）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。</p>		
15.1	患方对病情、诊断、医疗措施和医疗风险等具有知情选择的权利，医院有相关制度保证医	15.1.1 有保障患者合法权益的相关制度并落实。
		15.1.2 对患方病情、诊断、医疗措施、医疗风险和替代治疗方案进行告知。
		15.1.3 患方对医务人员的告知情况能理解并在病历中体现。
		15.1.4 职能部门对医务人员履行告知义务进行检查与监管，患者合法权益得到保障。

	务人员履行告知义务。	15.1.5有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
15.2	向患方说明病情、治疗方案、特殊治疗及处置，并获得其同意，说明的内容应有记录。	15.2.1对医务人员有知情同意和告知技能的培训。
		15.2.2医务人员能根据医患沟通的制度、流程，用患者易懂的方式、语言与患方进行沟通，取得明确同意、签署知情同意书。
		15.2.3医院在非公共场所录音录像拍照与使用前取得患者和/或家属的书面知情同意。
		15.2.4科室有自查，对存在问题有改进措施。
		15.2.5职能部门对患方知情同意工作的管理有检查、分析、反馈、督查。
		15.2.6患方知情同意权益得到维护，满意度较高。
15.3	保护患者的隐私权，尊重民族习惯和宗教信仰。	15.3.1有保护患者隐私权的相关制度和具体措施。
		15.3.2有尊重民族习惯和宗教信仰的相关制度和具体措施。
		15.3.3医务人员熟悉相关制度，了解不同民族、种族、国籍以及不同宗教患者的不同习惯。
		15.3.4医务人员自觉保护患者隐私，除法律规定外未经本人同意不得向他人泄露患者情况。
		15.3.5职能部门对患者隐私保护有检查与监管，有记录。
15.4	有保护患者隐私的设施和管理措施。	15.4.1有私密性的诊疗环境，有私密性的医患沟通及知情告知场所。
		15.4.2在患者进行暴露躯体检查时提供保护隐私的措施。
		15.4.3职能部门对保护患者隐私的设施和管理措施有检查与监管。
		15.4.4保护患者隐私的设施和管理措施健全。
		15.4.5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。
(十六) 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。		

16.1	医院制订有质量管理方案，包括：质量管理目标、质量指标、考核项目、考核标准、考核办法等，以及相关配套制度。	16.1.1 医院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，以及体现全员参与、覆盖诊疗活动全流程的配套制度，并及时更新。
		16.1.2 有院科两级医疗质量管理与监督工作流程。
		16.1.3 科室对质量指标考核项目自查，对存在问题有分析和改进措施，并有记录。
		16.1.4 职能部门对考核存在的问题有检查、分析、反馈，医疗质量实现目标管理。
		16.1.5 有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
16.2	定期进行全员医疗质量和安全教育，强化医疗质量和安全意识，提高全员医疗质量管理与改进的参与能力。	16.2.1 根据年度质量与安全管理目标，制定教育培训计划，员工能够主动参与质量与安全管理。
		16.2.2 定期开展形式多样的院、科两级质量与安全教育 and 培训，记录完整。
		16.2.3 职能部门对教育和培训效果有检查与监管。
		16.2.4 有数据或案例表明改进有成效。
(十七) 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，完善本院医疗质量管理相关指标体系，掌握本院医疗质量基础数据。		
17.1	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。	17.1.1 医院有全面质量管理、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。
		17.1.2 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1种以上医疗质量管理常用工具。
		17.1.3 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。
		17.1.4 科室有定期自查、总结分析与整改。

		17.1.5职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		17.1.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
17.2	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，对非医嘱离院等特殊病例开展定期分析，改进相关工作，促进医疗安全。	17.2.1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，符合《三级精神专科医院评审标准实施细则（2024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。
		17.2.2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。
		17.2.3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。
		17.2.4科室定期分析质量安全监测指标（特别是非医嘱离院等特殊病例）变化趋势，针对负向趋势有原因分析、改进措施并落实。
		17.2.5职能部门定期分析质量安全监测指标（特别是非医嘱离院等特殊病例）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。
		17.2.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
（十八）加强临床专科服务能力建设，重视专科协同和中西医共同发展，制订专科建设发展规划并组织实施，推行“以患者为中心、以疾病为链条”的多学科诊疗模式。		
18.1	医院有制订专科建设发展规划并落实。	18.1.1医院有专科建设发展规划，包括：优势专科、培育专科、潜力专科的建设方案、配套支持政策、考核标准、考核办法等。
		18.1.2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。
		18.1.3科室对本专科规划开展情况有定期总结分析，各专科医务人员知晓本专科发展规划。
		18.1.4有数据或案例表明专科建设规划得到有效落实。
18.2	推行“以患者为中心、	18.2.1建立“以患者为中心，以疾病为链条”的多学科诊疗模式，有管理制度与绩效配套方案。

	以疾病为链条”的多学科联合诊疗。	18.2.2有相关制度与流程支持开展多学科活动，诊疗范围明确，各科职责清楚。
		18.2.3多学科诊疗活动有实施记录。
		18.2.4职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		18.2.5有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
(十九) 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。		
19.1	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。	19.1.1结合本院实际情况制定单病种管理制度和措施。
		19.1.2建立单病种数据库。
		19.1.3有专人按规定负责报送单病种质量管理相关数据信息。
		19.1.4科室对单病种管理中存在的问题有分析整改。
		19.1.5职能部门有监管，每季度对监测指标进行汇总与分析，问题及时反馈。
		19.1.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果，单病种实行信息化管理。
(二十) 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。		
20.1	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。	20.1.1医院建立社会满意度测评指标体系，有指定部门负责本项工作，职责明确。
		20.1.2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。
		20.1.3开展第三方社会调查与评价，并充分运用数据、信息分析、改进工作质量，有对保证社会调查结果客观公正的约束措施。
		20.1.4职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		20.1.5有数据或案例表明患者满意度提高，患者就医体验好。

20.2	建立员工满意度评价体系，改善员工执业感受。	20.2.1建立员工满意度评价体系及相关制度；有定期收集院内、外对医院服务意见和建议的相关制度与流程，且有多种渠道。
		20.2.2有指定部门负责本项工作，职责明确，定期收集员工对医院服务及管理意见和建议。
		20.2.3员工知晓医院员工满意度测评的方式、途径。员工参与度≥90%。
		20.2.4医院对存在问题及建议有分析、提出改进措施，并组织整改、落实。
		20.2.5有案例或数据表明员工执业感受不断改善，满意度高。
(二十一) 建立本院各科室医疗质量内部现场检查和公示制度。		
21.1	建立科室医疗质量内部自查制度。	21.1.1科室有医疗质量自查工作制度；定期开展医疗质量内部自查工作并有相关记录。
		21.1.2科室定期将自查结果在科内进行点评与反馈；有定期自查、总结分析与整改。
		21.1.3职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		21.1.4有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
21.2	建立医院医疗质量内部现场检查制度。	21.2.1医院有明确医疗质量内部现场检查的规范与要求。
		21.2.2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。
		21.2.3职能部门组织的现场检查中，至少有2个部门（科室）协作。
		21.2.4职能部门有定期自查、总结分析与整改。
		21.2.5有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
21.3	建立医院医疗质量公示制度。	21.3.1医院有医疗质量公示制度，明确公示内容与范围。
		21.3.2医院员工知晓医院公示的途径、主要内容与结果。
		21.3.3科室能够利用公示结果及时在科内开展质量改进。

		21.3.4职能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。
		21.3.5有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
(二十二) 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。		
22.1	医院信息平台建设以电子病历数据为基础，充分利用信息化手段开展医疗质量管理与控制。	22.1.1医院电子病历系统符合《电子病历系统功能规范》，具备病案质量控制功能，可实时对病历进行检查和审核。
		22.1.2医院信息平台能够提供医疗质量管理与控制工作所需的数据信息，满足医院医疗质量基本信息的采集。
		22.1.3有指定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。
		22.1.4职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况，记录完整。
		22.1.5有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
(二十三) 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库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。		
23.1	对医疗质量管理要求执行情况进行定期评估，建立医疗质量数据内部验证、分析与反馈工作。	23.1.1对医疗质量管理要求执行情况进行定期评估，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。
		23.1.2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。
		23.1.3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，定期自查、总结分析与整改。
		23.1.4职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		23.1.5有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
	有对医疗质量问题和医	23.2.1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。

23.2	疗安全风险进行预警、干预的制度，并执行。	23.2.2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。
		23.2.3职能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。
		23.2.4科室接收到预警提醒后，及时进行干预，并评估干预效果；采取有效措施降低类似事件再次发生；有定期自查、总结分析与整改。
		23.2.5职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		23.2.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
二、医疗质量安全核心制度		
(二十四) 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。		
24.1	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、发布本院医疗质量安全核心制度，并组织全员培训。	24.1.1医疗质量安全核心制度健全且符合《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》基本要求。
		24.1.2院科两级有医疗质量安全核心制度培训及考核计划，且有针对新员工的专项培训，并落实。
		24.1.3各类人员知晓本岗位相关医疗质量安全核心制度及措施。
		24.1.4科室对制度执行与落实情况有自查与整改。
		24.1.5职能部门对制度执行与落实情况有检查、分析、反馈并检查整改落实情况。
		24.1.6持续改进有成效，对核心制度要求内容落实到位。
(二十五) 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。		
25.1	建立首诊负责制度。明确在诊疗过	25.1.1制定首诊负责制度，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。
		25.1.2患者病情资料要有连续性，能够对患者的来源、去向以及诊疗全过程进行追溯。

	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。	25.1.3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。
		25.1.4科室有自查、分析、整改。
		25.1.5职能部门对首诊负责制执行情况有检查与监管。
		25.1.6持续改进有成效，首诊负责制得到有效落实，无相关不良事件。
(二十六) 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。		
26.1	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。	26.1.1有建立科主任领导下三个不同级别的医师查房制度。有明确的各级医师查房周期，工作日每天至少查房2次，非工作日每天至少查房1次；三级医师中最高级别的医师每周至少查房2次，中间级别的医师每周至少查房3次。有明确的医疗决策及实施权限，有员工相关权限的授权目录，有落实、有定期调整；有明确的医师查房行为规范。
		26.1.2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。
		26.1.3科室有定期自查、总结分析与整改。
		26.1.4职能部门定期督导检查、分析、反馈，并将监控结果纳入科室、医疗组工作质量评价。
		26.1.5持续改进有成效，三级查房制度得到落实，无相关不良事件。
(二十七) 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。		
27.1	有院内会诊管理制度与流程。	27.1.1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。
		27.1.2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。会诊请求人员应当陪同完成会诊。
		27.1.3会诊意见的处置情况应当在病程中记录。

		27.1.4有会诊制度的培训，相关人员知晓基本要求并落实。
		27.1.5科室有对会诊情况定期自查、总结分析，对存在问题有整改。
		27.1.6职能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。
		27.1.7有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
27.2	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。	27.2.1根据《医师外出会诊管理暂行规定》，制定本院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。
		27.2.2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。
		27.2.3相关人员知晓并执行。
		27.2.4科室有对医师外出会诊定期自查、总结分析与整改。
		27.2.5职能部门定期监管、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		27.2.6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。
<p>（二十八）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。</p>		
28.1	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。	28.1.1依据《综合医院分级护理指导原则（试行）》《护理分级》，制定符合医院与精神专科实际的护理分级制度。
		28.1.2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。根据患者病情与生活自理能力变化的情况，合理动态调整患者护理级别。护理级别应当实时在病历、患者一览表及床头卡有明确标识。
		28.1.3有培训及考核，相关制度及流程能落实。
		28.1.4科室有定期自查、总结分析、整改。

		28.1.5职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		28.1.6持续改进有成效，护理级别落实到位。
<p>(二十九) 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。</p>		
29.1	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。	29.1.1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。
		29.1.2各类值班人员有明确的岗位职责、资质和人数的要求。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。值班期间所有的诊疗活动及时记入病历。
		29.1.3医院及科室值班表提前全院公开，值班表涵盖与患者诊疗相关的所有岗位和时间。
		29.1.4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。
		29.1.5科室有定期自查、总结分析与整改。
		29.1.6职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		29.1.7有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
29.2	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。	29.2.1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。
		29.2.2医院总值班有应急管理的明确职责和流程。
		29.2.3总值班人员上岗前及每年接受培训并考核合格。
		29.2.4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，每个问题都有跟进落实、有结果、有完整记录。

		29.2.5职能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。
		29.2.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
(三十) 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。		
30.1	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。	30.1.1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。
		30.1.2急危重患者必须床旁交班并体现在交接班记录中。
		30.1.3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。
		30.1.4科室有定期自查、总结分析与整改。
		30.1.5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。
		30.1.6有案例或数据表明交接班记录的规范性得到有效提升。
(三十一) 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。		
31.1	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	31.1.1建立疑难病例讨论制度。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。
		31.1.2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。讨论原则上应当由科主任主持，全科人员参加。讨论成员中应当至少有2人具有主治医师及以上专业技术职务任职资格。
		31.1.3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。

	历。	31.1.4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。
		31.1.5科室有定期自查、总结分析与整改。
		31.1.6职能部门定期督导检查、分析、反馈，并将监控结果纳入科室、医疗组工作质量评价。
		31.1.7有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
<p>(三十二) 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。</p>		
32.1	建立急危重患者抢救制度，确定急危重患者的范围。	32.1.1医院有建立急危重症患者抢救制度（含绿色通道），明确进入绿色通道情形及绿色通道的运行机制，临床科室有明确本科室急危重患者的范围。
		32.1.2科室急危重患者抢救，由现场级别和年资最高的医师主持。
		32.1.3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。
		32.1.4医务人员熟悉并执行上述制度。
		32.1.5科室有自查、分析、整改。
		32.1.6职能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。
		32.1.7有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
32.2	建立抢救资源配置与紧急调配机制。	32.2.1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，抢救设备完好率100%，并组织落实。
		32.2.2有抢救资源紧急调配管理机制，包括人员调配、抢救用药保障、医疗设备紧急调配、应急床位统一调配和多科室紧急抢救协作机制，并定期进行演练。
		32.2.3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。
		32.2.4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。

		32.2.5职能部门对抢救资源配置、调配机制落实情况有检查与监管。
		32.2.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
<p>(三十三) 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。</p>		
33.1	<p>建立死亡病例讨论制度，要求明确并符合规范。定期汇总分析全院死亡病例，对存在问题提出改进措施。</p>	33.1.1建立死亡病例讨论制度，讨论内容包括死亡原因、死亡诊断、诊疗过程，同时明确讨论范围、参加人员、时限和记录要求等。
		33.1.2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。
		33.1.3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。
		33.1.4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。
		33.1.5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。
		33.1.6职能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会、总结、分析、反馈问题，并检查科室落实整改情况。
		33.1.7有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
<p>(三十四) 建立查对制度。医院查对制度应当涵盖患者身份识别、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。</p>		
34.1	<p>对就诊患者身份施行唯一标识（医保卡、新型农村合作医疗卡编号、</p>	34.1.1有门诊就诊患者及住院患者的身份标识制度，患者的身份查对不少于两种独立的核对方式，床号不得用于查对，全院诊疗区域统一执行，且身份标识与信息系統一致。
		34.1.2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。

	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。	34.1.3组织相关内容培训、考核。 34.1.4科室有定期自查、总结分析、整改。 34.1.5职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。 34.1.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
34.2	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。	34.2.1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）。 34.2.2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。 34.2.3相关人员熟悉上述制度和流程并执行。 34.2.4科室有定期自查、总结分析、整改。 34.2.5职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。 34.2.6持续改进有成效，无患者身份识别、诊疗措施等错误事件发生。
34.3	保障仪器、设备设施运行和医疗环境安全，医疗器械、设施、药品、标本等查对要求按照国家有关规定和要求执行。	34.3.1有保障常用仪器、设备和抢救物品使用的制度与流程，台账清晰，账物一致。 34.3.2有仪器、设备操作规程培训考核。 34.3.3护士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。 34.3.4科室对护士常用仪器和抢救设备操作能力有自查，对存在问题有整改。 34.3.5职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。 34.3.6持续改进有成效，无相关错误事件发生。
<p>(三十五) 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</p>		

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。		
35.1	有诊疗新技术和新项目准入与规范管理。	35.1.1建立本院医疗技术临床应用目录，涵盖所有常规开展的临床诊疗项目并定期更新。
		35.1.2有诊疗新技术和新项目准入管理制度，包括立项、论证、风险评估、审批、追踪、评价、转常规技术等管理程序，档案完整。
		35.1.3职能部门定期对新技术和新项目准入情况进行评估管理。
		35.1.4持续改进有成效，新技术和新项目管理符合相关要求。
35.2	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。	35.2.1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。
		35.2.2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。
		35.2.3医院有培训，相关人员知晓并落实。
		35.2.4职能部门有监管、总结、分析、反馈。
（三十六）明确开展新技术和新项目临床应用的专业人员范围、论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。		
36.1	明确开展新技术和新项目临床应用的专业人员范围、论证可能存在的安全隐患或技术风险并	36.1.1明确开展新技术和新项目临床应用的专业人员范围，所有新技术和新项目实施人均有授权。
		36.1.2有开展新技术和新项目风险处置与损害处置预案。
		36.1.3充分告知患者风险，有书面的知情同意书，履行签字手续。
		36.1.4开展的新技术、新项目临床应用通过伦理审查，有成套资料备查。

	制定相应预案。	36.1.5职能部门对预案起草和处置程序可行性有检查与监管。
		36.1.6持续改进有成效，风险防范与处置管理规范，监管资料完整。
36.2	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。	36.2.1建立新技术和新项目临床应用全程管理与动态评估制度。
		36.2.2职能部门定期对诊疗新技术和新项目实施情况进行动态的全程追踪评估与管理。
		36.2.3诊疗新技术和新项目阶段总结、定期评估与监管等资料完整。
		36.2.4有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
<p>(三十七) 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管理流程和记录规范，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。</p>		
37.1	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。	37.1.1有可能危及患者生命的危急值（含检验医学影像、电生理检查等）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。
		37.1.2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、医学影像、电生理检查、血药浓度监测、临床POCT项目等），并向全院公布。危急值清单能够定期调整。
		37.1.3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（精确到分钟）、内容等关键要素可追溯。
		37.1.4检查、检验系统、HIS系统有危急值提醒功能，以醒目标识（颜色），通过消息机制（包括短信、预警信息等）将危急值提醒医生、护士、检验检查科室人员，需医

		生、护士对消息回复后方可取消提醒。
		37.1.5科室有定期自查、总结分析与整改。
		37.1.6职能部门定期督导检查、分析、反馈，并将监控结果纳入科室、医疗组工作质量评价。
		37.1.7医院有数据或案例或新的制度流程体现改进效果。
37.2	科室严格执行“危急值”报告制度与流程。	37.2.1建立危急值处理措施知识库。以疾病为中心建立统一的危急值管理规则知识库，自动提供危急值对应处理措施供医生、护士参考。
		37.2.2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。
		37.2.3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。
		37.2.4科室有定期自查、总结分析与整改。
		37.2.5职能部门定期督导检查、分析、反馈，并将监控结果纳入科室、医疗组工作质量评价。
		37.2.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
<p>(三十八) 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。</p>		
38.1	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。	38.1.1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。
		38.1.2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。
		38.1.3有病案管理专业医疗质量控制指标监测。
		38.1.4病案科（室）有定期自查、总结分析与整改。
		38.1.5有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
		38.2.1对来院就诊患者（门诊、急诊、住院）建立基本信

38.2	按照《病历书写基本规范》，书写门诊、急诊、住院病历，病历书写符合规范。	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）。
		38.2.2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。
		38.2.3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。
		38.2.4科室有定期自查、总结分析与整改。
		38.2.5职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		38.2.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
38.3	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。	38.3.1有病历质量检查、评估与反馈机制，有病历质量控制指标。
		38.3.2有明确的门诊、急诊、住院的病历书写格式、内容和时限要求。
		38.3.3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。
		38.3.4科室有定期自查、总结分析与整改。
		38.3.5职能部门定期督导检查、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。
		38.3.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
38.4	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。	38.4.1采用病案示踪系统等方式，控制每份病案的去向。
		38.4.2有3年病案存放的发展空间，病历保存符合管理要求。
		38.4.3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。
		38.4.4患者出院后，住院病历3个工作日之内归档率达 $\geq 90\%$ 。
		38.4.5病案科（室）有定期自查、总结分析与整改。
		38.4.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。

38.5	加强安全管理，保护病案及信息的安全措施到位。	38.5.1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。
		38.5.2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。
		38.5.3工作人员知晓应急预案及处置流程。
		38.5.4病案科（室）有定期自查、总结分析与整改。
		38.5.5职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		38.5.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
38.6	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》分别对疾病和操作名称进行编码。	38.6.1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。
		38.6.2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。
		38.6.3有对临床医师开展疾病分类与操作分类编码规则的培训计划并落实。
		38.6.4编码人员定期对临床科室疾病与操作填写准确性开展检查、分析与反馈，不断提高临床医师首页填写质量。
		38.6.5病案科（室）定期对编码员编码质量开展检查、分析与反馈，不断提高编码员工作质量。
		38.6.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
38.7	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	38.7.1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。
		38.7.2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。
		38.7.3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。
		38.7.4病案科（室）有定期自查、总结分析与整改。

	°	38.7.5有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
38.8	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。	38.8.1有病案服务管理制度，有明确的服务规范与流程。
		38.8.2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。
		38.8.3有回避与保护患者隐私的规范与措施。
		38.8.4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。
		38.8.5病案科（室）有定期自查、总结分析与整改。
		38.8.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
（三十九）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。		
39.1	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。	39.1.1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、安全等级保护等有关管理制度。
		39.1.2电子病历系统具备病案质量控制功能，环节质控和终末质控结合，自动质控与人工质控结合的多级质控体系。
		39.1.3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。
		39.1.4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。
		39.1.5病历信息智能查询检索。支持病历信息的多角度、多维度检索、分析处理。
		39.1.6支持结构化录入及处理、图形图像标注、多媒体调用、医学专用符号及表达式等功能。医学矢量图，方便医学图像的查看、处理。

		39.1.7职能部门定期对相关制度的落实情况有检查、分析、反馈与改进。
		39.1.8有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
<p>(四十) 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。</p>		
40.1	<p>依据《抗菌药物临床应用管理办法》《抗菌药物临床应用指导原则》等要求，建立抗菌药物临床合理应用的组织，制定章程和管理制度，明确职责，确保抗菌药物临床应用管理得到有效行政支持。</p>	40.1.1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《抗菌药物临床应用管理办法》相关要求。
		40.1.2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。
		40.1.3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。
		40.1.4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。
		40.1.5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。
		40.1.6职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		40.1.7抗菌药物管理各项质控指标符合国家要求，有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
40.2	<p>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>	40.2.1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。
		40.2.2利用信息化管理手段落实抗菌药物分级管理目录，抗菌药物分为非限制使用级、限制使用级与特殊使用级三级。
		40.2.3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。

		40.2.4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通报机制，至少每半年一次。
		40.2.5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。
		40.2.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
40.3	加强抗菌药物购用管理。	40.3.1制定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。
		40.3.2目录外抗菌药物临时采购符合规定。
		40.3.3无外购抗菌药物的情况。
		40.3.4药学部对抗菌药物购用情况有定期自查、总结分析、整改。
		40.3.5职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		40.3.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
<p>（四十一）建立临床用血审核制度。应当严格落实国家关于医疗机构临床用血的有关规定，设立临床用血管理委员会或工作组，制定本院临床合理用血管理制度，完善管理机制和具体流程。保障急救用血治疗需要。</p>		
41.1	设立临床用血管理委员会，履行工作职能。	41.1.1设立临床用血管理委员会，主任委员由院长或分管医疗的副院长担任，成员组成包括医疗管理、临床、输血、麻醉、护理、检验等相关专业的负责人和专家。
		41.1.2临床用血管理委员会职责明确，有工作计划、工作记录，符合《医疗机构临床用血管理办法》并切合本院实际。
		41.1.3临床用血管理委员会履行职责，年度召开工作会议两次以上，内容充实，记录齐全，保证临床用血质量与安全。
		41.1.4医务、输血部门共同负责临床合理用血日常工作。

		41.1.5定期召开专题会议，对输血管理现状进行分析，对存在问题有反馈、整改。
		41.1.6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。
41.2	落实临床用血申请、申请审核制度，履行用血报批手续。	41.2.1有临床用血申请和申请审核制度，包括：申请备血量和医师权限、适应症判断、审核程序及紧急用血报批手续等，并执行。
		41.2.2用血的申请单格式规范，书写符合要求，信息记录完整。
		41.2.3对临床单例患者一天用全血或红细胞超过1600ml（8U）有职能部门审核并批准。
		41.2.4职能部门有检查、分析、反馈。
		41.2.5有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
（四十二）建立信息安全管理制。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保障体系。		
42.1	建立信息安全管理制，有患者诊疗信息全流程管理的制度和技保障体系。	42.1.1严格执行国家信息安全等级保护制度，有信息安全管理制度和防护体系建设，分级管理；系统运行稳定，有防灾备份系统，实行网络运行监控，并有效落实。
		42.1.2医疗信息安全管理组织架构清晰，从责任分工、安全管理范围、信息访问权限、应急处置方法等方面建立制度体系。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。
		42.1.3建立患者诊疗信息安全风险评估和应急工作机制，制订应急预案，并定期演练。
		42.1.4信息部门全体人员知晓各项制度并在日常工作中落实。
		42.1.5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。

		42.1.6职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
		42.1.7有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
<p>(四十三) 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。</p>		
43.1	<p>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。</p>	43.1.1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。
		43.1.2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。
		43.1.3建立患者诊疗信息系统安全事故责任管理、追溯机制。
		43.1.4信息部门全体员工知晓相关制度并落实。
		43.1.5科室对信息安全执行情况有定期自查、总结分析、整改。
		43.1.6职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
		43.1.7有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
<p>三、医疗技术临床应用管理</p>		
<p>(四十四) 医院开展医疗技术服务应当与其技术能力相适应。医疗技术临床应用应当遵循科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理的原则。</p>		
44.1	<p>依据法律法规开展医疗技术服务，与医院功能和任务相适应。</p>	44.1.1医疗技术服务项目符合医院执业许可证中诊疗科目范围要求并与医院功能和任务相适应，应当遵循科学、安全、规范、有效、经济原则，并在实际工作中予以体现。
		44.1.2有相关部门负责医疗技术管理工作，有统一的审批、管理流程。
		44.1.3管理人员和医务人员知晓医疗技术管理要求。

		44.1.4职能部门对医疗技术服务有监管。
		44.1.5持续改进有成效，医院技术管理资料完整，均在有效期内。
44.2	医学伦理委员会承担医疗技术伦理审核工作（药物临床试验按照相关伦理委员会要求进行伦理审核）。	44.2.1医学伦理管理委员会承担医疗技术伦理审核工作，医院开展医疗技术服务符合不伤害、有利、尊重和公平的伦理原则，重点是新技术、新项目的审核。
		44.2.2有医学伦理审核的回避程序。
		44.2.3职能部门和伦理委员会对医疗技术的实施全程监管，有问题能及时反馈。
		44.2.4持续改进有成效，医院开展的医疗技术经过医学伦理委员会讨论通过，无违规擅自开展医疗技术案例。
（四十五）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。		
45.1	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。	45.1.1医疗技术管理组织架构健全，成立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、政策变化等及时调整、更新。
		45.1.2有指定部门负责医疗技术临床应用管理工作，有统一的审核、管理流程。
		45.1.3职能部门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。
		45.1.4持续改进有成效，医疗技术管理流程合理，体现各级组织作用。
（四十六）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。		
46.1	开展医疗技术需符合诊疗科目要求，有质量控	46.1.1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。

	制体系，并遵守临床应用管理规范。	46.1.2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。
		46.1.3建立对本院医疗技术开展情况的质量控制体系，有重点医疗技术实施路径或操作规范，有重点医疗技术临床应用质量管理的指标。
		46.1.4医务人员熟悉医疗技术临床应用管理规定并落实执行。
		46.1.5职能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。
		46.1.6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。
		46.1.7持续改进有成效，无超诊疗科目开展医疗技术。
(四十七) 制定本机构医疗技术临床应用管理目录并及时调整。		
47.1	制定本机构医疗技术临床应用管理目录并及时调整，目录应当包括本院临床应用的所有医疗技术。	47.1.1建立医疗技术临床应用管理目录。
		47.1.2对医疗技术临床应用管理目录内的技术进行分级管理。
		47.1.3有医疗技术临床应用管理目录动态管理的资料。
		47.1.4持续改进有成效，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。
(四十八) 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。		
48.1	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	48.1.1医院依据《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。
		48.1.2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，内容包括但不限于准予医务人员开展医疗技术目录、医疗质量情况、医疗技术差错事故、医疗技术

	医疗技术临床应用管理档案，纳入个人专业技术档案管理。	培训考核情况等。
		48.1.3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。
		48.1.4职能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。
		48.1.5持续改进有成效，监管资料和个人技术档案资料完整。无超范围执业等情况。
<p>（四十九）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。</p>		
49.1	建立医疗技术临床应用论证制度。本院首次应用的医疗技术，按新技术开展规范进行论证，并伦理审查。	49.1.1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。
		49.1.2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。
		49.1.3医务人员熟知医疗技术临床应用论证制度，并认真落实。
		49.1.4职能部门定期督导检查，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。
		49.1.5持续改进有成效，监管资料完整，无违规擅自开展医疗技术案例。
<p>（五十）建立医疗技术临床应用评估制度，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。</p>		
50.1	建立医疗技术临床应用评估制度，根据评估结	50.1.1建立全院医疗技术临床应用评估制度，有评估指标量化，评估内容包括但不限于接受该项医疗技术的患者评估（适应症和禁忌症、临床应用效果和患者生存质量、不良反应、死亡、医疗事故）、环境评估和设备设施评估等。

	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。	50.1.2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。 50.1.3对禁止类技术、存在严重质量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。 50.1.4职能部门对医院开展的医疗技术临床应用情况有检查与监管。 50.1.5持续改进有成效，医疗技术临床应用做到动态全程追踪评估管理。
(五十一) 建立医疗技术临床应用质量控制制度，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。		
51.1	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。	51.1.1有全院医疗技术临床应用质量控制制度。 51.1.2制定本院医疗技术质量控制指标。 51.1.3有信息系统支持医疗技术质量控制指标数据分析。 51.1.4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。 51.1.5职能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。 51.1.6相关资料完整，有数据或案例显示改进成效。
(五十二) 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的建设和培养。		
52.1	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。	52.1.1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。 52.1.2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。 52.1.3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。 52.1.4职能部门履行监管职责，定期对培训工作进行监管，对存在问题有改进措施。

		52.1.5相关资料完整，有数据或案例显示改进成效。
(五十三) 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。		
53.1	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。	53.1.1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。
		53.1.2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。
		53.1.3职能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》的卫生健康行政部门报告。前款停用的医疗技术，属于限制类技术的，上报省级卫生健康行政部门，主动申请撤销备案，并向社会公示。
		53.1.4职能部门对相关情况有督导检查、对存在问题有总结分析及及时反馈、整改。
		53.1.5持续改进有成效，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。
四、医疗安全风险防范		
(五十四) 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。		
54.1	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。	54.1.1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。
		54.1.2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。
		54.1.3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。
		54.1.4科室有定期自查、总结分析与整改。

		54.1.5职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		54.1.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
54.2	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。	54.2.1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。
		54.2.2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。
		54.2.3职能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。
		54.2.4科室有定期自查、总结分析与整改。
		54.2.5职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		54.2.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
（五十五）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。		
55.1	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。	55.1.1医院有医疗风险管理的制度、流程。
		55.1.2有医疗风险管理方案，包括医疗风险识别、评估、分级、分析、处理和监控等内容。
		55.1.3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。
		55.1.4科室有定期自查、总结分析与整改。
		55.1.5职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		55.1.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
（五十六）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。		
56.1	落实《关于推进医院安全秩序管理	56.1.1建立医院安全秩序管理组织机构，明确工作职责，将医院安全秩序管理纳入医疗服务工作考核。

	<p>工作的指导意见》等有关规定要求，维护正常医疗秩序，保护医务人员人身安全。</p>	<p>56.1.2制定落实风险排查、安全防护、守护巡查、应急处置、教育培训、定期检查等安全保卫工作制度。</p>
<p>56.2</p>	<p>加强医院保卫队伍建设。</p>	<p>56.2.1完善医院专职保卫人员招录、职级晋升、职业培训等职业保障制度，岗位职责明确。</p> <p>56.2.2医院保安员数量应当遵循“就高不就低”原则，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。</p> <p>56.2.3定期对专职保卫人员和保安员加强相关法律知识和保卫业务、技能培训及应急演练，规范保安员考核评价。</p> <p>56.2.4定期开展督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p>
<p>56.3</p>	<p>加强医院物防设施建设。</p>	<p>56.3.1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。</p> <p>56.3.2医院供水、供电、供气、供热、供氧、易燃易爆物品存放库房等重点要害部位应当按照相关规定或者标准安装安全防护设施。</p> <p>56.3.3医院对重点区域设立实体防护设施，人员密集处要设置隔离疏导设施</p>
<p>56.4</p>	<p>加强医院技防系统建设。</p>	<p>56.4.1医院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，并实现系统间互联互通。</p> <p>56.4.2医院要设置安全监控中心，对技防系统的安全信息进行集中统一管理，实现医院内公共区域、重点区域视频监控全覆盖。</p> <p>56.4.3医院门卫室、各科室、重点要害部位要安装一键式报警装置，并与医院安全监控中心联网。</p>

		56.4.4定期开展督导演练、检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
56.5	强化医院警务室建设。	56.5.1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）。
		56.5.2建立警医联动处置机制，做好对各类涉医安全信息的收集掌握、分析研判。
		56.5.3定期开展督导演练、检查、分析、反馈。
56.6	有序开展安检工作。	56.6.1医院应当建立安全检查制度，制定并公布医院禁止限制携带物名录。
		56.6.2根据实际配备通过式金属探测门、微剂量X射线安全检查设备、手持式金属探测器等相应安检设备。
		56.6.3医院安检工作应当为急危重症患者设置安检绿色通道，不影响正常医疗秩序。
		56.6.4定期开展督导演练、检查、分析、反馈。
（五十七）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。		
57.1	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。	57.1.1有医患沟通、投诉管理制度及投诉协调处置机制。科室、职能部门处置投诉的职责明确。
		57.1.2有指定部门统一受理、处理投诉，落实“首诉负责制”，并向社会公开；投诉接待室配有录音录像设施。
		57.1.3定期分析相关投诉信息，以共性的投诉问题开展警示教育并制定防范措施，持续改进医疗质量安全。
		57.1.4科室有定期自查、总结分析与整改。
		57.1.5职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		57.1.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
（五十八）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。		
		58.1.1建立药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良

58.1	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。	事件监测报告制度，有报告流程并落实，有鼓励药品不良反应与药害事件报告的措施。
		58.1.2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。
		58.1.3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。
		58.1.4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。
		58.1.5职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		58.1.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
（五十九）有对深静脉血栓中高危患者评估、识别、预防、诊断和处置的制度 and 流程并开展全员培训。		
59.1	有深静脉血栓中高危患者评估、识别、预防、诊断和处置的制度 and 流程。	59.1.1有建立医院深静脉血栓管理组织，制定深静脉血栓防治管理制度或防治管理手册。
		59.1.2有深静脉血栓评估、识别、预防、诊断和处置流程，有使用住院患者血栓风险评估表并能落实评估。
		59.1.3有成立深静脉血栓快速反应团队或专家会诊团队。
		59.1.4有深静脉血栓防治管理制度培训，相关人员知晓并落实。
		59.1.5科室有定期自查、总结分析与整改。
		59.1.6职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		59.1.7有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
（六十）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。		

60.1	完善院内安全制度和应急抢救规范、流程，有各种应急预案，保障全院任何区域内均能及时提供紧急救治和生命支持服务。	60.1.1有保障院内安全的相关制度及各种应急预案；急救设施配置和布局覆盖全院；职责明确、流程清晰，有多部门协调机制。
		60.1.2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，有自查、总结、分析整改。
		60.1.3由相关科室分片负责及时提供紧急救治和高级生命支持服务，覆盖全院区域，有规划、有演练，资料完整。
		60.1.4主管部门有对院内高风险意外事件有监管，并完善预防和处置机制。
		60.1.5有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
五、诊疗质量保障与持续改进		
（六十一）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 workflows、突发应急事件处置预案并组织实施。		
61.1	门、急诊布局符合相关规定，满足临床工作。建立门、急诊管理制度和 workflows、突发应急事件处置预案并组织实施。	61.1.1门、急诊布局科学、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。
		61.1.2有门、急诊管理制度和 workflows；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。
		61.1.3有门、急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。定期开展各类突发事件应急演练，总结发现问题并整改。
		61.1.4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。
		61.1.5科室有定期自查、总结分析与整改。
		61.1.6职能部门定期督导检查、分析、反馈，协调处理应急事件，并检查科室整改落实情况。
		61.1.7有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。

<p>(六十二) 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。</p>		
62. 1	<p>加强门、急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。</p>	62. 1. 1门、急诊人员配置满足实际工作需要及行业规范。
		62. 1. 2门、急诊各岗位建立岗位职责，对门、急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。
		62. 1. 3制定根据门、急诊就诊患者流量、突发事件合理快速调配医疗资源的方案并落实。
		62. 1. 4有对相关医务人员开展技术和技能专业培训的计划并按计划进行。
		62. 1. 5门、急诊管理部门有定期自查、总结分析与整改。
		62. 1. 6职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		62. 1. 7有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
<p>(六十三) 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。</p>		
63. 1	<p>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。</p>	63. 1. 1制定预检分诊制度，完善预检分诊流程。对急诊患者进行分级管理，实施分类救治。
		63. 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。通过预检，有效分诊疑似传染病、发热等患者。
		63. 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。
		63. 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。
		63. 1. 5科室有自查，对存在问题有分析、整改。
		63. 1. 6职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。

		63.1.7有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
(六十四) 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。		
64.1	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。	64.1.1医院有建立门、急诊工作质量考核标准，把门、急诊工作质量纳入临床各科室质量管理范围，并在全院发布。
		64.1.2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。
		64.1.3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。
		64.1.4科室有定期自查、总结分析与整改。
		64.1.5职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		64.1.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
(六十五) 有精神科急危重症患者“绿色通道”。建立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。		
65.1	建立精神科急危重症患者“绿色通道”，保证院内救治的连贯医疗服务，并持续改进。	65.1.1建立针对精神科急危重症患者的院内急诊、住院（含处置）和转诊的绿色通道机制，提供院内急诊与住院或转诊的连贯性医疗服务。
		65.1.2有为急危重症患者住院备床的机制，定期调整备床数量，满足急危重症患者住院。
		65.1.3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。
		65.1.4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。
		65.1.5职能科室定期对“绿色通道”和医疗服务流程的连贯性、时效性进行汇总、分析，反馈。
		65.1.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
(六十六) 建立精神药物中毒、严重暴力攻击和自杀自伤等重点病种和紧急情况的急诊服务规范和流程。		

66.1	对精神药物中毒，严重暴力攻击和自杀自伤等重点病种和紧急情况建立服务规范和流程。	66.1.1根据医院特点，建立精神药物中毒、严重暴力攻击和自杀自伤等急危重症病种和重点人群的服务规范和流程。
		66.1.2医院和相关科室有对规范和流程进行培训，保证相关人员知晓并落实执行。
		66.1.3医院和相关科室有针对重点病种和重点人群定期开展服务演练，发现存在问题并整改。
		66.1.4科室质控小组有定期对执行情况自查，对存在问题及时分析整改。
		66.1.5职能部门有定期督导检查，并召集相关科室共同讨论分析、反馈，并检查科室落实整改情况。
		66.1.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
(六十七) 优化门、急诊服务，实施多种形式的预约诊疗服务，逐步提高患者预约就诊比例。及时公开出诊信息。开展多学科诊疗，方便患者就医。		
67.1	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。	67.1.1以多种方式向患者提供出诊信息，并及时更新。
		67.1.2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。
		67.1.3为患者提供咨询服务。
		67.1.4门诊管理部门有定期自查、总结分析与整改。
		67.1.5职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		67.1.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
67.2	开展多学科综合门诊，方便患者就医。	67.2.1有开展多学科综合门诊的相关制度与流程。
		67.2.2有专人负责相关工作的落实，有完整的管理资料。
		67.2.3职能部门定期对多学科综合门诊工作有检查、分析与反馈。
		67.2.4有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
67.3	有预约诊疗工作制度和	67.3.1有预约诊疗工作制度和流程，并安排专门部门和专职人员负责统一预约管理和协调工作。

	规范，实施多种形式的预约诊疗服务，采取有效手段逐步提高患者预约就诊比例。	67.3.2 医院至少提供两种形式预约诊疗服务，如电话、网络、现场、诊间预约等，并方便患者及时获取预约诊疗信息，对变动出诊时间提前公告。
		67.3.3 专家、专科、普通门诊均开展预约诊疗服务，并实行分时段预约，有提高患者预约就诊比例措施。预约诊疗人次占比达到50%以上。
		67.3.4 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。
		67.3.5 门诊管理部门有定期自查、总结分析与整改。
		67.3.6 职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		67.3.7 有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
		<p>（六十八）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。</p>
68.1	诊疗环境清洁、舒适、安全。	68.1.1 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 and 医院感染管理需要。
		68.1.2 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。
		68.1.3 安全防护设施规范。有卫生洗涤设施，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。
		68.1.4 科室有定期自查、总结分析、整改。
		68.1.5 职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		68.1.6 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。

68.2	提供就诊接待引导、咨询服务；标识清晰、规范、醒目、易懂。	68.2.1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。
		68.2.2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。
		68.2.3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。
		68.2.4科室对相关工作有自查、分析，对存在问题有整改。
		68.2.5职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		68.2.6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。
<p>(六十九) 完善患者入院、出院、转科、转院服务管理工作制度和标准，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。</p>		
69.1	完善患者入院、出院、转科、转院服务管理工作制度和标准，床位统筹管理，改进服务流程，方便患者。	69.1.1有患者入院、出院、转科、转院管理制度与流程，并落实。
		69.1.2能分时段或床边办理出院。能为特殊患者（如：残疾患者、无近亲属陪护、行动不便患者等）提供多种服务及便民措施。
		69.1.3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。
		69.1.4科室对相关工作有检查、分析及整改。
		69.1.5职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		69.1.6有数据或案例显示患者从入院到出院不断优化服务流程。
69.2	落实首诊负	69.2.1有首诊负责制度，医务人员知晓并执行。

	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。	69.2.2有急诊、危重患者优先及时办理入院的制度与程序并执行。
		69.2.3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。
		69.2.4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。
		69.2.5职能部门定期督导、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		69.2.6有数据或案例显示急危重症患者入（出）院服务改进效果。
69.3	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。	69.3.1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。
		69.3.2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。
		69.3.3科室对相关工作有检查、分析，对存在问题有整改。
		69.3.4职能部门定期督导、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		69.3.5有数据或案例显示转科（院）患者连续性医疗服务效果。
（七十）有为老年人就医提供方便，对老年人就医予以优先的举措。		
70.1	有为老年人就医提供方便，对老年人就医予以优先的举措。	70.1.1有构建适老化就医环境的举措，优化老年人进入医疗机构的预检流程。
		70.1.2提供多渠道预约挂号服务，提供方便老年人预约挂号的方式，优化线上线下服务流程。
		70.1.3职能部门定期督导、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		70.1.4有就诊服务优化案例体现改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措。
（七十一）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。		

71.1	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。	71.1.1有出院患者健康教育相关制度，并落实。
		71.1.2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。
		71.1.3患者或家属能知晓出院后医疗、护理和康复措施。
		71.1.4科室对相关工作有检查、分析及整改。
		71.1.5职能部门定期督导、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		71.1.6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。
71.2	出院患者有出院记录，主要内容记录完整，与住院病历记录内容保持一致；为出院患者提供规范的出院医嘱和康复指导意见。	71.2.1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。
		71.2.2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。
		71.2.3有向出院患者提供康复指导意见并有记录。
		71.2.4科室有自查、总结、分析，对存在问题有整改。
		71.2.5职能部门有定期督导、分析、反馈，并检查科室落实整改情况。
		71.2.6有数据或案例显示改进效果。
71.3	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。	71.3.1有延续性护理服务相关制度并执行。
		71.3.2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。
		71.3.3职能部门对出院指导及随访工作落实情况有检查、分析、反馈。有效出院随访率 $\geq 95\%$ 。
		71.3.4有数据或案例体现随访或延续性护理服务效果。
<p>（七十二）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。对疑难危重患者实施必要的多学科评估和综合诊疗。</p>		

72.1	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。	72.1.1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。
		72.1.2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，按规范进行病历书写。
		72.1.3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。
		72.1.4职能部门定期有督导检查、分析、反馈。
		72.1.5有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
72.2	建立疑难危重患者多学科评估和综合诊疗制度，并落实。	72.2.1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。
		72.2.2临床科室各级医生熟知多学科评估和综合诊疗制度并在日常医疗工作中落实执行。
		72.2.3科主任查房应把疑难危重患者作为重点，并掌握科室落实多学科评估和综合诊疗情况。
		72.2.4科室对多学科综合诊疗有自查，对存在问题有改进。
		72.2.5职能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。
		72.2.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
<p>(七十三) 对住院患者实施营养评估，为患者提供营养膳食指导，提供营养配餐和治疗饮食，满足患者治疗需要。对特殊、疑难、危重患者提供营养会诊，按需提供营养支持方案，并记入病历。</p>		
73.1	开展规范化临床营养诊疗工作和营养健康宣传教育服务，有临床营养工作管理制度和诊疗技	73.1.1有对住院患者开展营养评估的制度与流程，包括但不限于营养风险筛查、诊疗活动对机体营养状态的影响，机体营养状态对诊疗活动的耐受力等。
		73.1.2有营养膳食的指导方案，提供营养配餐和治疗饮食，满足患者治疗需要。
		73.1.3对特殊、疑难、危重患者有营养支持规范，提供营养会诊，按需制定营养支持方案，会诊意见、营养治疗方案和膳食方案按要求在病程记录中有体现。

	术规范，并落实。	73.1.4科室对相关工作有自查、分析，对存在问题有整改。
		73.1.5职能部门对相关工作有督导、分析、反馈，并检查科室落实整改情况。
		73.1.6有临床营养服务整改案例体现改进效果，或形成新制度、规范、流程、举措。
(七十四) 根据临床技术规范等相关要求开展改良电休克治疗。		
74.1	改良电休克治疗科(室)布局、流程合理，分区明确，标识清晰。工作人员配备合理，有各项规章制度、岗位职责及操作常规。	74.1.1有改良电休克治疗科(室)的，治疗室布局符合消防等相关规范，各功能分区明确、标识清晰；有医师和护理人员资质要求，根据工作量及需要配备护理人员，医生与护理人员之比 $\geq 1:2$ 。
		74.1.2有改良电休克治疗室各项制度、岗位职责和操作规程，有各类人员培训方案和计划，并在日常工作中按规范开展各项工作。
		74.1.3有急诊改良电休克治疗管理制度及绿色通道的保障措施和协调机制，保障急诊改良电休克治疗安全。
		74.1.4对患者治疗前有评估，有知情告知并签署同意书，知情告知符合法律相关要求，同意书随病历归档。
		74.1.5有治疗过程及治疗后病情观察与记录，病人返回病房与临床科室护士有病情交接及交接记录；定期征求临床科室意见，改进工作。
		74.1.6科室对执行制度及诊疗活动情况定期自查、总结分析与整改，有追踪病人治疗后效果评价并记录。
		74.1.7职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		74.1.8有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
74.2	有管理措施保障改良电休克治疗安全。	74.2.1有针对改良电休克治疗科(室)特点的医疗、护理质量评价考核标准。治疗前患者需完成各项术前检查、病情和风险评估以及知情同意，由高级职称医师核准后方可下达治疗医嘱。
		74.2.2有每次改良电休克治疗患者的核对、安全核查与

		治疗风险评估制度与流程，临床科室与改良电休克治疗科（室）人员交接患者有登记，治疗中各项内容记录正确和完整。
		74.2.3有患者安全保护措施（如床挡、约束带）。患者治疗后有专人负责观察，掌握观察重点，及时处理意外情况，有改良电休克治疗科（室）突发事件应急预案的培训和演练。
		74.2.4定期征求临床科室意见，改进工作，有记录。
		74.2.5科室定期对医疗、护理质量进行检查、考核、评价、分析，发现问题及时改进。
		74.2.6主管部门对落实情况有追踪和质量检查，有分析、反馈，提出整改意见。
		74.2.7有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
（七十五）神经调控诊疗区域布局合理，人员配置符合要求，建立工作制度、流程及突发事件处置预案以保障诊疗服务开展。		
75.1	开展神经调控诊疗，为患者提供满足临床诊疗需求的特殊诊疗服务项目。	75.1.1神经调控诊疗区域布局、流程合理，标识清楚。
		75.1.2建立神经调控诊疗相关制度、工作流程及技术规范，有知情告知及禁忌症核查。
		75.1.3开展多种治疗项目，包括重复经颅磁刺激、直流经颅电刺激、深部经颅磁刺激、生物反馈治疗等。
		75.1.4特殊治疗室人员配备符合有关要求，配备的医师、护士应经过特殊检查专业技能培训，实行授权管理。
		75.1.5科室有定期自查、总结分析与整改。
		75.1.6职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		75.1.7有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
（七十六）麻醉人员配置合理。实行患者麻醉前病评估制度。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。		

76.1	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。	76.1.1麻醉人员配置合理，满足临床需要。
		76.1.2麻醉医师经过严格的专业理论和技能培训，并经心肺复苏高级教程培训，考核合格。定期（至少每年）接受继续教育知识更新。
		76.1.3科室有定期自查、总结分析与整改。
		76.1.4职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		76.1.5有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
76.2	有麻醉相关管理制度。	76.2.1由具有资质及授权的麻醉医师在向患者实施麻醉前，执行患者访视和评估制度。
		76.2.2麻醉前麻醉医师向患者、近亲属或授权委托人说明拟施麻醉的相关情况、麻醉风险、可能发生的并发症及意外情况。
		76.2.3麻醉医师按规范记录麻醉单，麻醉全过程在病历/麻醉单上得到充分体现。
		76.2.4有麻醉相关制度的培训，相关人员知晓并落实。
		76.2.5科室有定期自查、总结分析与整改。
		76.2.6职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		76.2.7有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
76.3	有麻醉意外与并发症处理规范，有麻醉效果评价。	76.3.1有麻醉意外与并发症处理、麻醉效果评价的规范与流程。
		76.3.2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。
		76.3.3科室有定期自查、总结分析与整改。
		76.3.4职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		76.3.5有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
		76.4.1麻醉后复苏室合理配置，医护人员配备满足临床需

76.4	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。	要。
		76.4.2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。
		76.4.3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。
		76.4.4对患者麻醉恢复情况有评价，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。
		76.4.5科室有定期自查、总结分析与整改。
		76.4.6职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		76.4.7有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
（七十七）根据《传染病防治法》等相关法律、法规要求设置发热门诊、肠道门诊，其建筑规范、医疗设备和设施、人员符合规定。按计划对工作人员进行相关培训。		
77.1	根据相关法律、法规要求设置发热门诊、肠道门诊，其建筑规范，医疗设备和设施、人员应符合国家有关规定。	77.1.1发热门诊、肠道门诊建筑规范，布局合理，分区清楚，满足“三区两通道”设置，设备设施符合相关规范，便于患者就诊，能满足避免患者间的交叉感染风险。
		77.1.2有发热门诊、肠道门诊规章制度与流程、岗位职责，相关人员知晓并执行。
		77.1.3有发热门诊、肠道门诊患者就诊流程规定并公示，实行闭环管理。
		77.1.4科室有自查，对存在问题有分析、整改。
		77.1.5职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		77.1.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
77.2	对发热门诊、肠道门诊工作人员进行岗前及在	77.2.1对发热门诊、肠道门诊工作人员有专科岗前及在岗培训计划。考核合格后方可上岗，对不合格人员实行离岗再培训。
		77.2.2针对新颁布或修订的规章规范及新发传染病，能及

	岗培训。	时组织相关工作人员进行培训。
		77.2.3 工作人员严格按照传染病防治有关规定和诊疗规范，及时报告疫情，规范接诊和治疗传染病患者。
		77.2.4 科室对培训计划的落实情况有自查，对存在问题有分析、整改。
		77.2.5 职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		77.2.6 有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
<p>(七十八) 实施精神类疾病治疗的医院与医师需具备卫生健康行政部门规定的诊疗科目及医师资质；医院明确精神类治疗服务范围并为患者提供适当的医疗保护措施，向近亲属或授权委托人提供医疗保护措施的知情同意和教育。</p>		
78.1	实施精神类疾病治疗的医院与医师需具备卫生健康行政部门规定的诊疗科目及医师资质。有明确的精神类治疗服务范围。	78.1.1 医院具有精神专科执业资质，设有精神科，承担精神疾病防治任务，提供防治技术指导和专业管理。
		78.1.2 医师具备精神科执业资质，精神科护士、公共卫生医师、卫生管理专业人员相对固定。每临床科室至少具有高级职称精神科医师和护士各1名。
		78.1.3 有完善的规章制度、岗位职责、诊疗规范、操作常规并执行。
		78.1.4 职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
78.2	建立患者入院评估、住院说明、诊疗规范疗效评估以及病历书写等相关制度。	78.2.1 有精神病患者入院评估、住院说明、诊疗规范、疗效评估和病历书写等相关制度、工作规范和流程。
		78.2.2 有精神医学行为能力评估、住院说明、疗效评估等均记录在病历中。
		78.2.3 向患者的监护人或授权委托人充分说明并履行书面知情同意手续。
		78.2.4 科室有定期自查、总结分析与整改。
		78.2.5 职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。

		78.2.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
78.3	依据服务的范围，为患者提供适当的医疗保护措施，向监护人或授权委托人提供医疗保护措施的知情同意和教育。	78.3.1有患者住院医疗保护措施、使用物理约束及隔离的制度与流程。
		78.3.2有非自愿住院患者医疗措施的适用条件与住院流程，有入院后诊断复核程序并遵照执行。
		78.3.3有向患者监护人就实施医疗保护措施可能发生的意外情况告知的相关管理规定，并履行书面知情同意签字，患者监护人身份应符合法律规范。
		78.3.4有上述制度及流程的培训，相关人员知晓基本要求并落实。
		78.3.5科室有定期自查、总结分析与整改。
		78.3.6职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		78.3.7有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
(七十九) 实施精神类疾病治疗的医院为精神残障者的其他躯体疾患提供多学科联合诊疗服务，有常见并发症的预防规范与风险防范流程，有相关培训教育。		
79.1	为精神残障者的其他躯体疾患提供多学科联合诊疗服务。	79.1.1有为精神残障者的其他躯体疾患提供多学科联合诊疗服务的管理制度及流程，有培训，相关人员知晓基本要求并落实。
		79.1.2多学科联合诊疗服务实施情况在病历中记录。
		79.1.3科室有定期自查、总结分析与整改。
		79.1.4职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		79.1.5有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
79.2	有常见并发症的预防规范与风险防范流程，有相关培训教育。	79.2.1有常见并发症的诊疗规范、预防和处理措施、风险防范预案与流程等。
		79.2.2有上述规范、预案及流程的培训及演练，资料完整，相关人员知晓基本要求。
		79.2.3有数据、案例、制度或流程等体现改进效果，各项防范措施落实到位。

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

80.1	精神卫生和 社区防治服 务技术管理 和指导部门 设置合理， 岗位职责明 确；设备设 施和人员配 置符合《严 重精神障碍 管理治疗工 作规范》并 适应当地开 展公共精神 卫生服务工 作的要求。	80.1.1 建立健全社区精神卫生服务质量管理与改进组织体系，设立市级/区县级精神卫生防治技术管理和指导机构。
		80.1.2 建立精神卫生预防和康复服务工作质量控制组织，公共精神卫生服务质量管理制度齐全，有质量控制方案和计划；方案和计划有定期评估和修正。
		80.1.3 接受市级/区县级以上卫生行政主管部门委托开展公共精神卫生服务。
		80.1.4 协助社会参与对严重精神障碍患者管理，有收治、转诊、出院方案。
		80.1.5 职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		80.1.6 有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
80.2	组建有应急 医疗处置组 以及突发公 共卫生事件 或灾后心理 援助、心理 危机干预队 伍，设立有 应急医疗处 置专用电话 。有及工作 方案并定期 开展演练。	80.2.1 有灾后心理救援或危机干预方案。建立心理危机干预队伍，有成员名册，有制度，有流程，有记录。
		80.2.2 心理危机干预队伍能够担任上级主管部门委托的突发公共卫生事件、灾后心理援助及心理救援任务。
		80.2.3 定期开展演练，记录演练过程和演练中的问题，提出整改计划。对演练效果有质量控制方案。
		80.2.4 对危机干预效果有持续改进的事实记录。

<p>(八十一) 开展司法鉴定应当符合相关法律、法规及行业管理要求。有质量管理制度、档案管理制度，档案管理人员职责明确。</p>		
81.1	<p>开展司法鉴定应当符合相关法律、法规及行业管理要求。有质量管理制度、档案管理制度，档案管理人员职责明确。</p>	81.1.1 有开展司法精神医学鉴定的，需有国家认证的执业许可证书，并可从国家认可的合法渠道查询许可证书。
		81.1.2 按照中华医学会司法精神病鉴定学组和司法部司法鉴定管理局规定的有关技术标准和操作规范实施鉴定。
		81.1.3 鉴定人员资质符合国家相关法规，并定期参加相关法律法规和专业技能培训、考核，培训、考核记录完整。
		81.1.4 有符合法律规定的司法鉴定流程和质量安全标准，有统一规范的鉴定记录要求和各类档案格式，每一例鉴定记录完整、数据真实。
		81.1.5 科室对司法鉴定工作全流程开展情况有定期自查、总结分析与整改。
		81.1.6 职能部门有定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		81.1.7 有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
<p>(八十二) 根据医院功能与任务，设置儿童青少年、老年、心境障碍、睡眠障碍、成瘾医学科等亚专业科室，具备开展精神专科主要常见病、多发病和疑难危重疾病的诊断与治疗能力，并设置相应亚专业门诊。</p>		
82.1	<p>开展精神科亚专科和多学科综合门诊，有对各精神科亚专科门诊医师的资格、技术能力准入管理，方便患者就医。</p>	82.1.1 有开展精神科亚专科和多学科综合门诊的相关制度与流程。
		82.1.2 精神科亚专科门诊至少包括儿童青少年门诊、老年精神病门诊、成瘾医学门诊、睡眠门诊、心身疾病门诊等，有分诊制度。
		82.1.3 各精神科亚专科门诊至少有2名具有精神病学专业中级及以上专业技术职务任职资格的医师。
		82.1.4 有各精神科亚专科门诊医师实行资格和技术授权管理的制度并实施，有记录。
		82.1.5 有专人负责相关工作的落实，有完整的管理资料。
		82.1.6 职能部门定期对多学科综合门诊工作有检查、分析

		与反馈。
		82.1.7有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
82.2	创建符合儿童青少年精神科特点的诊疗环境，科室布局、设施、设备及人员配置满足精神专科临床诊疗需要，按照制度、程序与病情评估/诊断的结果为患者提供规范的同质化服务。	82.2.1病房应当设置在相对独立的区域，设施满足诊疗需要，设置儿童病房、活动室，符合儿童青少年患者生理和心理特点。
		82.2.2科室医务人员配置满足服务需要。科室负责人和护士长应有从事精神科医疗护理3年以上工作经历。
		82.2.3有认知治疗、家庭治疗、沙盘治疗、技能训练、团体心理辅导等心理治疗，有符合治疗条件的各类心理治疗室。
		82.2.4按照相关精神科临床诊疗规范、精神障碍防治指南、临床路径，指导精神障碍的诊疗活动。
		82.2.5有进行心理治疗及儿童青少年常见病培训的记录。每年有培训计划，每月有学习记录。
		82.2.6科室有自查、总结、分析，对存在问题有整改。
		82.2.7职能部门有定期督导检查、分析、反馈。
		82.2.8有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
82.3	创建符合老年精神病患者生理和心理特点的诊疗环境，科室布局、设施、设备及人员配置满足精神专科临床诊疗需要，按照制度、程序与病情评估/诊断的结果	82.3.1老年精神科病区设置合理，环境条件满足诊疗需要，有无障碍通道和卫生间等。有地面防滑，走廊、活动场所等相关区域安装扶手，确保患者安全。设置能满足老年患者日常活动的活动室。
		82.3.2科室医务人员配置满足服务需要。科室负责人和护士长应有从事精神科医疗护理3年以上工作经历。
		82.3.3对各级各类人员有明确的岗位职责与技能要求，医护人员具备独立抢救常见急危重症患者的能力。
		82.3.4对急重症、疑难和合并有躯体疾病的患者实施多学科联合会诊。
		82.3.5对医护人员进行相关医疗技术、制度与规范的培训，根据临床需要持续开展相关的继续医学教育培训。
		82.3.6科室有自查、总结、分析，对存在问题有整改。

	为患者提供规范的同质化服务。	82.3.7职能部门有定期督导检查、分析、反馈。
		82.3.8有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
82.4	创建符合临床心理科特点的诊疗环境，科室布局、设施、设备及人员配置满足精神专科临床诊疗需要，按照制度、程序与病情评估/诊断的结果为患者提供规范的同质化服务。	82.4.1布局 and 流程能满足工作需要，具备相应的工作区，建设规范的心理科病房、活动室、抢救室，合理配置设备设施。
		82.4.2科室医务人员配置满足服务需要。有临床心理科医师、心理治疗师、护理人员实行资格和技术授权管理的制度并实施，有记录。科室负责人和护士长应有从事精神科医疗护理3年以上工作经历。
		82.4.3有完善的开放病房管理和安全保障、知情同意、会诊转诊制度，严格掌握收治和转诊适应症。至少应建立以下制度：（1）开放病房管理制度。（2）患者及家属须知。（3）陪护制度。（4）探视及会客制度。（5）会诊转诊制度。
		82.4.4对医护人员进行相关医疗技术、制度与规范的培训，根据临床需要持续开展相关的继续医学教育培训，有培训记录。
		82.4.5科室有自查、总结、分析，对存在问题有整改。
		82.4.6职能部门有定期督导检查、分析、反馈。
		82.4.7有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
82.5	创建符合成瘾医学科特点的诊疗环境，科室布局、设施、设备及人员配置满足精神专科临床诊疗需要，按照制度、程序与病情	82.5.1布局 and 流程能满足工作需要，设置单独的治疗区域，并有一定的人身安全防护设施。至少设有接诊室、安全检查室、治疗室、抢救室、心理咨询室、探视室、活动室等。
		82.5.2科室医务人员配置满足服务需要。科室负责人和护士长应有从事精神科医疗护理3年以上工作经历。
		82.5.3开展团体心理治疗、网瘾戒断、个体心理指导、行为方式矫正、社会支持等心理康复工作。
		82.5.4有相关工作制度，操作规范与程序。科室定期对科室医务人员进行培训。有培训记录。

	评估/诊断的结果为患者提供规范的同质化服务。	82.5.5科室有自查、总结、分析，对存在问题有整改。
		82.5.6职能部门有定期督导检查、分析、反馈。
		82.5.7有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
82.6	创建符合睡眠医学科特点的诊疗环境，科室布局、设施、设备及人员配置满足精神专科临床诊疗需要，按照制度、程序与病情评估/诊断的结果为患者提供规范的同质化服务。	82.6.1睡眠医学科（室）布局合理，睡眠检查室不少于两间，配置睡眠治疗室、中心监控室、心理治疗室。设备配置齐全，具有整夜多导睡眠监测设备（PSG）、远程失眠认知行为治疗系统（CBTI）、便携式睡眠监测或睡眠初筛设备、活动记录仪、非药物治疗设备（包括经颅磁刺激治疗仪、脑电生物反馈治疗、经颅直流电治疗仪、可见光照治疗仪、失眠治疗仪）等。
		82.6.2科室医务人员配置满足服务需要。科室负责人和护士长应有从事精神科医疗护理3年以上工作经历。
		82.6.3开展团体心理治疗、认知行为治疗、行为方式矫正等康复工作。
		82.6.4有相关工作制度，操作规范与程序。科室定期对科室医务人员进行培训。有培训记录。
		82.6.5科室有自查、总结、分析，对存在问题有整改。
		82.6.6职能部门有定期督导检查、分析、反馈。
		82.6.7有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
（八十三）开展心理咨询与治疗应依照《精神卫生法》及相关行业规定，布局、设备设施、专业人员配置符合国家法律、法规及卫生健康行政部门规章标准的要求。有心理咨询与治疗的规范和质量控制制度，并严格执行。		
83.1	依照《精神卫生法》及相关行业规定，布局、设备设施、专业人员配置符合国家法律、法规	83.1.1依据《精神卫生法》及相关行业规定，设置符合治疗条件的各类心理治疗室，各治疗室应有独立空间，并设置明显标识。
		83.1.2配备具备开展心理治疗要求的基本设备，有设备清单，有专人负责相关设施设备的维护，并有记录。

	及卫生健康行政部门规章标准的要求。	83.1.3对心理咨询师、心理治疗师实行资格准入和技术授权管理的制度并实施，有记录。
83.2	心理咨询与治疗的开展应遵循相关技术规范，人员应接受专业培训及督导。	83.2.1心理咨询师、心理治疗师应遵循相关技术规范，提供心理咨询与治疗。
		83.2.2心理咨询师、心理治疗师开展治疗中需要接受相关专业培训，有对心理咨询师、心理治疗师的培训和督导制度。
		83.2.3有对相关人员进行制度与流程的培训，参训人员知晓相关制度。
		83.2.4科室对制度落实情况有自查，对存在问题有整改。
		83.2.5职能部门有定期督导检查、分析、反馈。
		83.2.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
83.3	加强对心理治疗前后突发事件的管理，有意外应急预案及处置措施。	83.3.1有心理咨询、心理治疗前后突发事件的应急预案、预防处置措施、规范与流程。
		83.3.2有对相关人员进行上述应急预案及处置措施的培训，相关人员知晓并掌握。应急预案有演练。
		83.3.3科室对培训效果及预案演练问题有自查，对存在问题有整改措施。
		83.3.4职能部门对科室管理有监管，对存在问题有整改意见。
		83.3.5持续改进有成效，对应急事件处置技能培训和演练管理有效落实，相关人员熟练掌握。
（八十四）医院开展心理测量、脑电图、肌电图等特殊诊疗技术，应当符合国家法律、法规及卫生健康行政部门规章标准的要求。		
84.1	开展脑电图、肌电图等特殊诊疗技术应符合医	84.1.1开展脑电图、肌电图等特殊诊疗技术，应与执业许可证诊疗科目一致，有独立场所，场所环境防护等符合国家法律、法规及卫生健康行政部门规章标准的要求，满足临床科室诊疗需求。

	<p>疗机构诊疗科目，有独立场所，人员资质符合要求，有管理制度和诊疗规范，保证临床诊疗需求。</p>	<p>84.1.2有特殊诊疗技术管理制度和诊疗规范，明确诊疗技术报告时限，有与临床沟通的机制。</p> <p>84.1.3所有人员均接受特殊检查专业技能培训，依法取得执业资格；出具“临床诊断报告”由经过授权、具备执业医师资质的人员签发。</p> <p>84.1.4有上述制度、规范的培训，相关人员知晓基本要求并落实，保证临床诊疗需求。</p> <p>84.1.5有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。</p>
84.2	<p>从事心理测量的工作人员资质符合专业技术职务任职资格。</p>	<p>84.2.1心理测量部门人员配置合理，满足工作需要。科主任具有中级精神病学专业技术职务任职资格。</p> <p>84.2.2出具心理测量报告的医师具有临床执业医师资格并具备初级以上精神病学专业技术职务任职资格，或经过心理测量知识培训、专科进修学习经验或有心理测量学及相关知识，熟练掌握相关的各种心理测量工具和日常心理测量数据的保密、储存和维护的心理学专业技术人员。</p> <p>84.2.3心理测量室（对外委托测量机构）由具备上述资质的测量人员完成相关心理测量工作，有质量要求与完成时限。</p> <p>84.2.4心理测量室有相关管理制度与程序，有完善的心理测量量表启用管理规范。</p> <p>84.2.5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。</p> <p>84.2.6心理测量室有定期自查、总结分析与整改。</p> <p>84.2.7职能部门定期督导检查心理测量部门（对外委托测量机构），发现问题及时反馈，并检查心理测量室（对外委托测量机构）整改落实情况。</p> <p>84.2.8有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。</p>
84.3	<p>有心理测量医师与临床医师沟通的</p>	<p>84.3.1心理测量室（对外委托测量机构）有心理测量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。</p>

	<p>相关制度，提供便捷、及时的信息服务。</p>	<p>84.3.2心理测量室（对外委托测量机构）每季度至少参与一次临床疑难病历讨论会。</p> <p>84.3.3心理测量室（对外委托测量机构）与临床科室有多种形式和途径的沟通，满足临床科室对心理测量结果的咨询，对新开展量表有宣传途径，解答临床对结果的疑问。</p> <p>84.3.4心理测量室有定期自查、总结分析与整改。</p> <p>84.3.5职能部门定期督导检查心理测量室（对外委托测量机构），发现问题及时反馈，并检查心理测量室（对外委托测量机构）整改落实情况。</p> <p>84.3.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。</p>
<p>（八十五）配置合理的设施、设备及人员，保障精神康复治疗的开展。</p>		
<p>85.1</p>	<p>配置合理的设施、设备及人员，保障精神康复治疗的开展。</p>	<p>85.1.1康复治疗区域布局合理，有多区域的康复活动室或多媒体康复活动室，提供娱乐、音乐、文体活动、工娱治疗，以及日常生活动作训练、职业康复等。康复训练设施、设备、器具实施开放或半开放管理。配备必备急救药品和设备，专人管理、定点放置、定期维护，设备处于备用状态。</p> <p>85.1.2有精神康复相关的制度和技术规范，严格按诊疗规范开展诊疗服务。</p> <p>85.1.3开展康复治疗训练的人员掌握精神障碍康复治疗训练相关的理论与技能。</p> <p>85.1.4有各类意外发生应急处置预案并定期开展演练。</p> <p>85.1.5科室对精神康复服务工作有定期自查、总结分析、整改。</p> <p>85.1.6职能部门有督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p> <p>85.1.7有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。</p>
<p>六、护理质量保障与持续改进</p>		

<p>(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，由医院人事、财务、医务、护理、后勤等相关部门主要负责人组成，主任委员由医疗机构主要负责人或者分管护理工作的负责人担任。依据法律法规、行业指南、标准，制定本单位护理工作发展规划、护理制度、常规和操作规程，实施护理管理、质量改进等工作。</p>		
86.1	<p>加强对护理工作的领导及组织管理，设立护理管理委员会和独立的护理管理部门，建立简捷高效的护理管理体系。</p>	<p>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。</p>
		<p>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。</p>
		<p>86.1.3 在本单位护理管理委员会的指导下，实行三级或二级管理层级，明确各级护理管理岗位任职条件。有护理工作发展规划、年度计划，符合医院总体规划和护理学科发展方向并有效执行，有总结评价。</p>
		<p>86.1.4 职能部门对规划、目标和计划落实情况有检查与监管。</p>
		<p>86.1.5 持续改进有成效，医院发展相适应的护理规划与计划有效落实。</p>
86.2	<p>有院一科一病区或院一病区护理质量与安全管理组织体系，职责明确，落实到位。</p>	<p>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。</p>
		<p>86.2.2 科或病区有护理质量与安全管理小组，负责落实护理质量与安全管理工作。</p>
		<p>86.2.3 科或病区护理质量与安全管理小组，每月对护理质量与安全管理有自查、分析、整改。</p>
		<p>86.2.4 职能部门对科或病区护理质量与安全管理工作有检查与监管。</p>
		<p>86.2.5 有数据或PDCA案例显示护理质量改进有成效。</p>
		<p>86.3.1 依据法律法规、行业指南、标准，制定护理制度、常规和操作规程等及时建立与修订护理制度、常规、操作</p>

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。	规程。
		86.3.2对护理制度、常规、操作规范有培训、考核。
		86.3.3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、分析、整改。
		86.3.5职能部门对护理制度落实情况有检查与监管。
		86.3.6各项制度、护理常规、操作规范落实到位。
		86.3.7有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
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，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职能部门对跌倒和坠床安全管理有定期督导检查、分析、反馈。
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对患者跌倒、坠床等意外事件报告相关制度、处置预案与流程，有培训，有落实。
		86.5.3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。
		86.5.4职能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。
	有压疮风险	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	评估与报告制度，有压疮诊疗及护理规范。	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>86.6.5职能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。</p>
86.7	落实预防压力性损伤及创面处理的措施。	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>86.7.5职能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。</p>
<p>（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。临床护理岗位护士数量占全院护士数量不低于95%。有紧急状态下调配护理人力资源的预案。</p>		
87.1	合理配置护理人力资源，护理单元护理人员按收住患者特点、护理等级比例、床位使用率配置，护士分管患者级别与护士能级一致。	<p>87.1.1按照医院的规模、功能、任务合理配置护士，护理人力配备达到国家相关规定。有护理人员资质准入及值班等相关制度并依法执行。</p> <p>87.1.2护士分管患者护理级别符合护士能级水平。</p> <p>87.1.3职能部门对科室护士配置落实有检查、分析、反馈。</p> <p>87.1.4有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。</p>

87.2	对护理人力资源实行动态调配，有护理人力资源动态调配的方案和措施。	87.2.1根据收住患者特点、护理级别比例、床位使用情况等，制定护理人力资源动态调配的方案和措施，实行护理人力资源动态调配。临床护理岗位护士数量占全院护士数量不低于95%。
		87.2.2职能部门对人力资源动态调配工作有检查与监管。
		87.2.3持续改进有成效，人力资源动态调配工作落实到位。
87.3	护理管理部门有紧急护理人力资源调配的方案，并执行。	87.3.1有紧急护理人力资源储备、调配的方案，并执行。
		87.3.2对护理储备人员有培训和考核，可供紧急状态或特殊情况下调配使用。
		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。
		87.3.4职能部门对人力资源调配方案实施演练，有检查与监管。
		87.3.5持续改进有成效，保证紧急状态下护士调配到位。
(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，对护理人员资质进行严格管理。	88.1.1有护理人员执业资质、特殊护理岗位资质要求、有审核规定与程序。
		88.1.2职能部门对护理人员资质有审核、监督、检查，对问题与缺陷有追踪分析。
		88.1.3护理人员均符合执业与岗位资质要求。
88.2	对护士实行分层级管理，同时落实专科护士的培养与使用。	88.2.1医院有护理岗位管理制度，明确医院护理岗位设置和岗位职责。
		88.2.2医院实施护士分层管理，明确护士层级能力要求和培养方案，制定本院专科护士培训计划，有统一的护士分级管理档案。
		88.2.3有各类别护士岗位培训，护士落实相关岗位职责和工作要求。合理使用专科护理人才。
		88.2.4护士分层管理规定得到落实，专科护士培训措施落

		实，专科护理人才得到合理充分使用。
		88.2.5职能部门对岗位职责、分层级管理有检查与监管。
		88.2.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
88.3	有护士在职继续教育计划、保障措施到位，并有实施记录。	88.3.1根据医院功能与任务，制定本院护士在职继续教育计划。
		88.3.2护士在职继续教育培训与考评制度，保障措施到位，并落实。
		88.3.3培训内容结合临床需求，体现不同岗位、不同专业、不同层次护士的特点。
		88.3.4职能部门对护士在职继续教育管理情况有检查与监管。
		88.3.5培训计划落实，护士技术能力和水平不断提升。
		88.3.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
<p>(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士实际工作能力为核心的绩效考核制度，考核结果与护士的评优、晋升、薪酬分配相结合，调动护理人员积极性。</p>		
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绩效考核方案，绩效考核结果与评优、晋升、薪酬挂钩，并落实。
		89.1.2绩效考核方案制定征求护士意见，护士知晓绩效考核方案。
		89.1.3职能部门对绩效考核方案落实情况有检查与监管。
		89.1.4体现优劳优得，多劳多得，调动护士积极性。
		89.1.5有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
<p>(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。</p>		

90.1	依据《护士条例》等相关法律法规和规定，规范护理工作，优质护理服务落实到位。	90.1.1有优质护理服务规划、目标、工作计划和实施方案，并落实。
		90.1.2有推进开展优质护理服务的保障制度、措施及激励机制，并与多部门有联动机制。
		90.1.3根据各专业特点，有细化、量化的优质护理服务目标和措施，并落实。
		90.1.4后勤部门和辅助科室全面保障临床一线护理工作，实行物品下收下送、药品单剂量摆放并下送、设备下修等，信息系统能够为临床服务提供支持。
		90.1.5职能部门对优质护理落实情况有检查与监管。
		90.1.6持续改进有成效，优质护理服务病房覆盖率达到100%。
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；根据患者生理、心理、社会等特点，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，为患者提供心理与健康指导服务和出院指导。
		90.2.2科室对落实情况进行定期自查、分析、整改。
		90.2.3职能部门对落实情况有检查，分析、反馈。
		90.2.4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。
		90.2.5有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
<p>（九十一）根据《综合医院分级护理指导原则》《护理分级》（WS/T431-2013）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。</p>		
91.1	依据《护理分级》（WS/T431-2013）制定分级护理制度，根据分级护	91.1.1依据《护理分级》（WS/T431-2013）原则和要求，实施护理分级制度；根据患者病情与自理能力确定护理级别，并落实到位。
		91.1.2根据患者护理分级安排具备相应能力的护士，根据患者的护理分级和主管医生制订的诊疗计划，为患者提供护理。

	理制度，实施护理措施。	91.1.3科室对护理分级制度落实情况进行定期自查对存在问题有改进措施。
		91.1.4职能部门对护理分级制度落实情况有检查与监管。
		91.1.5有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
91.2	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。
		91.2.2对护士进行危重患者护理理论知识和操作技能培训，考核合格，合格率达100%。
		91.2.3职能部门对培训工作进行检查与监管。
		91.2.4有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
91.3	有危重患者护理常规、技术规范、风险评估、应急预案和安全防范措施，并落实。	91.3.1有危重患者护理常规、技术规范、风险评估、应急预案和安全防范措施，护士知晓并落实。
		91.3.2科室有自查，对存在问题有改进措施。
		91.3.3职能部门对落实情况进行定期检查与监管。
		91.3.4有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
（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	按照《病历书写基本规范》书写护理文件，定期质量评价。	92.1.1有护理文件书写标准及质量考核标准。
		92.1.2护士落实《病历书写基本规范》，护理文件书写规范。
		92.1.3职能部门对运行的护理文件书写质量有检查与监管。
		92.1.4有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
92.2	建立护理查房、护理会诊、护理病例讨论制度	92.2.1有护理查房、病例讨论，对疑难护理问题进行护理会诊的工作制度，并落实。
		92.2.2职能部门对护理查房、会诊、疑难病例讨论落实情况有检查与监管。

	，并有效执行。	92.2.3有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
（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	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有针对操作常见并发症预防及处理的培训计划，并落实。
		93.1.3护士熟练掌握本专业常见技术操作，熟悉并发症预防措施及处理流程，知晓率达100%。
		93.1.4科室对护士培训计划落实和技术熟练程度有自查，对存在问题有改进措施。
		93.1.5职能部门有检查与监管。
		93.1.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
93.2	有重点环节应急管理制度，有紧急意外情况的护理应急预案及演练。	93.2.1制定紧急意外情况如患者突发昏迷、心脏骤停、职业暴露等的护理应急预案和处理流程，以及患者用药、输血、治疗、标本采集、深静脉置管等重点环节有紧急意外情况应急处置预案
		93.2.2对护理应急预案有培训及演练。相关岗位护士知晓紧急意外情况处置预案。
		93.2.3科室对上述工作有自查。
		93.2.4职能部门有检查与监管。
		93.2.5有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
（九十四）按照《医院消毒供应中心管理规范》，完善消毒供应中心（室）护理质量管理监测相关规定及措施，组织实施并持续改进。		
94.1	消毒供应室建筑布局合理，设施、设备完善，符合相关规范要求。实	94.1.1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。
		94.1.2采用外院提供消毒灭菌服务的医院，布局、流程符合要求，制定相关的管理制度，并按《医院消毒供应中心管理规范》，实施全过程的监管。

	施集中管理，合理配备工作人员，符合消毒供应中心管理规范要求。	94.1.3根据医院消毒供应的规模、任务、工作量及工作岗位，合理配备人员，配置清洗消毒设备及配套设施和个人防护用品。
		94.1.4工作人员知晓供应室的分区与履职要求，有关部门保障物资、水电气供应，设备运行正常；相关设备出现故障时，能够及时处理。
		94.1.5医疗器械回收、清洗、消毒、检查包装、灭菌、存储发放的管理规范、操作规范、监测标准符合《WS310-2016》等国家行业标准，全生命周期全闭环追溯流程并有完整记录，应具备信息化管理。
		94.1.6职能部门对环境管理、员工依从性有检查、分析、反馈。
		94.1.7有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
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门设置以及人员配备符合国家相关法律、法规及规章制度的要求；建立与完善医院药事管理组织，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。医院负责人任药事管理与药物治疗学委员会（组）主任委员，药学和医务部门负责人任药事管理与药物治疗学委员会（组）副主任委员。
		95.1.2药学部门负责药学专业技术服务与相关药事管理工作；药事管理工作有年度计划和总结。
		95.1.3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门有协调机制。
		95.1.4科室对药事管理工作制度、年度计划有自查，问题有分析和整改措施，并落实。
		95.1.5持续改进有成效，医院药事管理有数据及结果分析，整改建议得到有效落实。
		95.2.1有药事管理相应的工作制度、操作规程，并组织实施；有药品遴选制度和程序，动态管理医院“基本用药

95.2	有药事管理工作制度。	供应目录”。
		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。完成国家集中采购中选药品的指标任务。
		95.2.3开展药事管理法律、法规及相关制度的宣传、教育、培训工作。
		95.2.4医务人员熟悉药事管理法律法规及相关制度。
		95.2.5每季度评估用药金额排序前十位的药品，对变化有分析评价说明。
		95.2.6职能部门对药事管理工作制度执行情况有检查与监管。
		95.2.7持续改进有成效，药事管理工作规范、药品使用与医院功能任务相符合。
95.3	根据医院功能任务及规模，配备药学专业技术人员，岗位职责明确。	95.3.1各级药学专业技术人员职责明确，熟悉并履行本岗位职责。
		95.3.2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。
		95.3.3药学部门负责人应具有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%。
		95.3.5有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
（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	有药品采购供应管理制度与流程，	96.1.1有药品采购供应管理制度与流程，供药渠道合法；药学部门统一负责药品采购供应；药品采购规范，储备量与功能、任务和服务量相适应。
		96.1.2抗菌药物采购目录向卫生行政部门备案，有临床采

	有适宜的药品储备。	<p>购《基本用药供应目录》外抗菌药物的制度和程序，并落实执行。</p> <p>96.1.3根据药品用量金额评估药品储备情况，库存药品金额月周转1次以上。</p> <p>96.1.4职能部门对药品采购供应及药品储备有检查与监管。</p> <p>96.1.5定期评估药品储备情况，药品采购供应满足临床需要。</p> <p>96.1.6持续改进有成效，药品采购供应及药品储备管理规范。</p>
96.2	有药品贮存制度，贮存药品的场所、设施与设备符合有关规定。	<p>96.2.1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、账物相符。</p> <p>96.2.2药品贮存设施与设备满足药品质量要求。</p> <p>96.2.3设置冷藏库、阴凉库、常温库，化学药品、生物制品、中成药、中药饮片分类定位存放。按规定设置验收、退药、发药等功能区域。</p> <p>96.2.4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。</p> <p>96.2.5职能部门对药品贮存管理有检查与监管。</p> <p>96.2.6持续改进有成效，药品供应、质量和数量管理制度落实到位。</p>
96.3	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。	<p>96.3.1建立高警示药品管理规定并全院执行。</p> <p>96.3.2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”。</p> <p>96.3.3相关员工知晓警示标识含义和管理要求，能够识别和使用。</p> <p>96.3.4科室有定期自查、总结分析、整改。</p> <p>96.3.5职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p> <p>96.3.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。</p>

96.4	对全院的急救等备用药品进行有效管理，确保质量与安全。	96.4.1存放于急诊科、病房（区）急救室（车）及各诊疗科室的急救备用药品有管理和使用制度。
		96.4.2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；使用后及时补充，损坏或近效期药品及时报损或更换。
		96.4.3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。
		96.4.4药学部门每月对各科室备用药品的管理与使用情况进行检查。
		96.4.5职能部门对急救等备用药品管理情况有检查与监管。
		96.4.6持续改进有成效，医院急救备用药品管理规范。
96.5	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。	96.5.1制定药品调剂制度和操作规程。药品调剂，必须设置处方、医嘱审核环节。有发药差错报告制度、差错分析登记。
		96.5.2发出的药品标识有用法、用量和特殊注意事项；发药时对患者进行用药交代和用药指导，必要时为患者提供书面用药指导资料。调剂过程有第二人核对，独立值班时双签字核对。
		96.5.3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。
		96.5.4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，注射剂按日剂量发药。
		96.5.5职能部门对药品调剂质量管理有检查与监管。
		96.5.6调剂室年出门差错率 $\leq 0.01\%$ 。
		96.5.7持续改进有成效，药品调剂管理规范，制度得到落实，药品调剂质量得到保障。
96.6	有肠外营养液等静脉用	96.6.1参照《静脉用药集中调配质量管理规范》和《静脉用药集中调配操作规程》制定病房（区）分散调配一般静脉用药的管理制度，并执行。

	药的调配规定，并执行。	96.6.2有静脉用药调配人员岗位培训制度和培训计划，并执行。
	。	96.6.3有配制质量问题和严重不良反应报告相关规定，药学部对临床出现的输液质量问题和患者应用输液后的严重不良反应有分析报告。
		96.6.4肠外营养液由药学部集中调配。
		96.6.5职能部门对静脉用药调配管理有检查与监管。
		96.6.6持续改进有成效，静脉用药调配管理规范。
96.7	建立药品质量监控体系，有效控制药品质量。	96.7.1有药品质量管理组织，药品质量管理相关制度，职责明确。
		96.7.2有药品验收管理制度与程序，保证各环节符合质量要求。
		96.7.3对药品质量抽查结果及科室备用药品管理检查情况进行分析、总结，落实整改措施。
		96.7.4职能部门对药品质量管理工作有检查与监管，药品质量相关制度落实到位，保障临床用药安全。
		96.7.5有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
96.8	有药品召回管理制度。	96.8.1制定药品（含医院制剂）召回管理制度；召回药品，妥善保存，保留原始记录，药品召回管理规范。
		96.8.2有针对患者用药召回的处置预案与流程。
		96.8.3职能部门对药品召回管理工作有检查与监管。
		96.8.4有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
96.9	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	96.9.1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。
		96.9.2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可执行，知情同意书随病历归档。

	安全。	96.9.3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。
		96.9.4医务人员知晓规范并按规定执行。
		96.9.5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。
		96.9.6职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		96.9.7有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
96.10	建立完善的药品管理信息系统，与医院整体信息系统联网运行。	96.10.1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；有完善药品查询功能。
		96.10.2有药库和调剂室药品进、销、存、使用等的实时管理功能。
		96.10.3有适宜的合理用药监控软件系统，并定期升级、更新。
		96.10.4有抗菌药物、麻醉、精神药品等处方权限与用药时限管理的监控功能。
		96.10.5药品管理信息系统满足临床查询、监管和决策需求。
		96.10.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
（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	按《医疗机构药事管理规定》配备临床药师，开展以患者为中心、以	97.1.1建立临床药师制，临床药师配备符合国家相关规定，为临床合理用药提供药学专业技术服务。药学人员经过上岗、轮岗、培训、考核、授权后方可成为临床药师。
		97.1.2结合临床药物治疗实践，为患者提供药学监护。
		97.1.3职能部门对临床药师工作模式及成效有检查与监管。

	合理用药为核心的临床药学工作。	97.1.4持续改进有成效，临床合理用药服务的能力和水平不断提高。
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。	97.2.1临床药师按相关规定参与用药相关的临床工作。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。
		97.2.2开展药学查房，对重点患者实施药学监护和建立药历，工作记录完整。
		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临床药师审核患者用药医嘱，对不合理用药进行干预，有记录。
		97.2.5临床药师参与临床路径及单病种质量控制药学工作。
		97.2.6职能部门有检查与监管。
		97.2.7持续改进有成效，临床科室及患者对临床药师所提供的临床药物治疗服务满意度不断提升。
97.3	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。	97.3.1有临床药师专业知识和技能培训计划，并组织相关培训。
		97.3.2临床药师知晓药事相关知识，并能遵循。
		97.3.3职能部门对培训有管理，有效果评价分析。
		97.3.4持续改进有成效，临床药师业务技能不断提升。
(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、激素类药物、重点监控药物、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、医疗用毒性药品	98.1.1依法建立麻醉药品、精神药品、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、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、标识和贮存方法的相关规定。

	”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。	98.1.3对相关人员进行规范培训，并遵循管理要求。
		98.1.4职能部门定期对特殊管理药品的使用与管理有检查与监管。
		98.1.5持续改进有成效，特殊管理药品的管理与使用规范。
98.2	对“麻醉药品、第一类精神药品”等特殊管理药品实施全程管理。	98.2.1药库设置有“麻醉药品、第一类精神药品”专用库（柜），配有安全监控及自动报警设施；放射性药品按有关规定执行。
		98.2.2在门诊、急诊、住院等药房设置麻醉药品、第一类精神药品周转库（柜），库存不得超过本机构规定的数量。周转库（柜）应当每天结算。
		98.2.3对“麻醉药品、第一类精神药品”实行批号管理；开具的药品可溯源到患者。
		98.2.4有特殊管理药品的应急预案。
		98.2.5药学部门定期对特殊管理药品进行检查，至少每月1次。
		98.2.6职能部门对各相关科室特殊管理药品的制度执行情况有检查与监管。
		98.2.7持续改进有成效，特殊管理药品的管理规范、措施落实到位，原始记录完整。
98.3	对“第二类精神药品”实施全程管理。	98.3.1建立第二类精神药品管理制度。
		98.3.2第二类精神药品应当在药品库房中设立专库（专柜）储存，验收登记记录完整，实行专人管理。
		98.3.3按规定对相关人员进行培训和考核，考核合格后的医师方能取得第二类精神药品的处方权、药师取得第二类精神药品调剂资格，有考核记录。
		98.3.4第二类精神药品处方至少保存2年备查。
		98.3.5职能部门定期对特殊管理药品的使用与管理有检查与监管。

		98.3.6持续改进有成效，第二类精神药品的管理与使用规范。
98.4	有超说明书用药管理规范及审核流程，保障患者用药安全。	98.4.1医院有超说明书用药的管理规定与审批流程。
		98.4.2超说明书用药需经医院药事管理委员会审批，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。
		98.4.3凡超说明书用药的，病历中需记录患者用药的详细信息及使用后反应，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。
		98.4.4临床科室有定期自查、总结分析，对存在问题有整改。
		98.4.5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。
		98.4.6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。
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职能部门对药物使用和管理有检查与监管。
		98.5.6持续改进有成效，药品临床使用情况评价资料完整，使用规范。
98.6	对多种同类精神药物联	98.6.1有适用的多种同类精神药物使用指征及评估标准。
		98.6.2有对使用指征及评估标准的培训及记录。

	合使用的患者有适当指征和评估记录。	<p>98.6.3评估者由主治医师以上职称医师担任，评估结果记录在病历之中。</p> <p>98.6.4科室对多种同类精神药物联合使用评估有定期自查、总结分析、整改。</p> <p>98.6.5职能部门对药物使用和管理有检查与监管。</p> <p>98.6.6持续改进有成效，临床合理用药服务的能力和水平不断提高。</p>
<p>(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。</p>		
99.1	医师开具处方应按照《处方管理办法》的要求执行。	<p>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。</p> <p>99.1.2医师处方签名或签章式样，分别在职能部门、药学部门留样备案。医师在处方和用药医嘱中的签字或签章与留样一致。</p> <p>99.1.3对医务人员进行处方管理法规及相关管理制度培训。</p> <p>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。</p> <p>99.1.5职能部门定期对处方质量进行评价，评价结果作为考核依据。</p> <p>99.1.6不合理处方≤1%；处方药品通用名使用率达100%。</p> <p>99.1.7有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。</p>
99.2	药师应按照《处方管理办法》对方进行适宜性审核，对临床不合理用药进行有效干预。医院有可行的	<p>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。</p> <p>99.2.2门诊药房设有用药咨询窗口（台），有主管药师及以上人员提供合理用药咨询服务，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。</p> <p>99.2.3职能部门对方审核、不合理处方干预管理情况有检查与监管。</p>

	监督机制与措施。	99.2.4持续改进有成效，处方开具规范。
99.3	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每月定期对门、急诊处方和出院病历进行点评。
		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。
		99.3.4职能部门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持续改进有成效，运用信息化手段进行处方点评和数据分析，临床用药规范合理。
(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并反馈临床，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相互配合对患者用药情况进行监测，重点监测非预期（新发现）的、严重的药物不良反应，有原始记录。
		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；发生严重药品不良反应或药害事件，还需保存好相关药品、物品的留样，并对事件进行及时的调查、分析；发现药品质量问题时，药学部门应当立即进行药品追溯和质量评估，查清原因，必要时可立即暂停使用相关药品。
		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职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		100.1.7有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。

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 职能部门定期督导检查、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	有完善的突发事件药事管理应急预案，药学人员熟知并执行。	100.3.1 有药物严重不良反应应急预案及医疗救治药品目录。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 应急药品储备数量和质量能够满足救治需求。
		100.3.3 有药物不良反应应急预案培训，相关人员熟练掌握。
		100.3.4 职能部门对存在问题有检查与监管。
		100.3.5 持续改进有成效，药学人员不良反应事件应对能力不断提升。
八、检查检验质量保障与持续改进		
(一百零一) 临床检验和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、设备设施符合《医	101.1.1 全院临床实验室集中设置，统一管理，资源共享，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。

	<p>疗机构临床实验室管理办法》，服务项目满足临床诊疗需要，能提供24小时急诊检验服务。</p>	<p>101.1.3能提供24小时急诊检验服务。对急诊临检项目（报告时间≤30分钟）、急诊生化和免疫项目（报告时间≤2小时）所能提供具体项目有明确规定，并执行。</p> <p>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。</p> <p>101.1.5科室对开展项目质控有自查。</p> <p>101.1.6职能部门对急诊检验服务工作情况有检查与监管。</p> <p>101.1.7至少每半年一次向临床征求对项目设置合理化的意见，确保检验项目满足临床需要。</p> <p>101.1.8有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。</p>
101.2	<p>检验项目、设备、试剂管理符合现行法律法规及卫生行政部门标准的要求。</p>	<p>101.2.1检验项目符合准入范围，检验仪器、试剂符合国家有关标准和准入范围的相关资料。</p> <p>101.2.2对检验项目、设备和试剂管理所涉及现行法律法规及卫生行政部门标准的要求，有培训。</p> <p>101.2.3对各项技术参数，包括准确度、精密度、灵敏度、线性范围、干扰及参考范围有规定。</p> <p>101.2.4科室定期对开展项目和仪器、试剂管理有自查。</p> <p>101.2.5职能部门对检验项目、设备、试剂管理情况有检查与监管。</p> <p>101.2.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。</p>
101.3	<p>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</p>	<p>101.3.1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。</p> <p>101.3.2X线摄影、超声检查、CT提供24小时×7天的急诊（包括床边急诊）检查服务。</p> <p>101.3.3有明确的服务项目、报告时限规定，公示并能遵循执行。</p> <p>101.3.4科室对诊疗服务开展的项目和服务情况有自查。</p>

	急诊诊断服务。	101.3.5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。
		101.3.6持续改进有成效，服务项目合法合规，服务内容和质量满足临床服务需求。
(一百零二) 从事临床检验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。
		102.1.2有相应人员管理制度，包括：上岗、轮岗、培训、考核、授权，并落实。
		102.1.3分子生物学、特殊岗位（HIV）初筛实验等检验人员经培训考核后，持有卫生行政管理部门核发的上岗证方可独立工作。
		102.1.4科室负责人具备检验专业副高及以上技术职称。
		102.1.5职能部门对临床检验专业技术人员资质进行监管。
		102.1.6临床检验专业技术人员资质管理规范，无违规上岗情况。
		102.1.7有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
102.2	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。	102.2.1医师、技术人员和护士配备符合相关规范，满足工作需要。
		102.2.2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。
		102.2.3科主任具备副主任医师及以上专业技术任职资格。
		102.2.4职能部门对专业组设置与人员梯队结构和能力有检查与监管。
		102.2.5持续改进有成效，科室专业组设置与人员梯队结构合理，符合学科发展和临床服务需求。
(一百零三) 有临床检验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有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安装相关门禁识别装置。结核检测实验室至少应达到P2实验室标准。
		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、冲淋装置及其他急救设施等，并处于正常工作状态；实验室出口处设有手部消毒设施；对生物安全、易燃易爆危险化学品等有警示标识。
		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职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		103. 1. 8有数据、案例、制度或流程等体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
103. 2	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	103. 2. 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. 2. 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. 2. 3医学影像部门有发热机房应急管理制度，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。
		103. 2. 4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。

	力。	103.2.5科室有定期自查、总结分析与整改。
		103.2.6职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		103.2.7有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
(一百零四) 临床检验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。		
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。	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>104.1.4科室有自查，对存在问题有分析、整改。</p> <p>104.1.5职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。</p> <p>104.1.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。</p>
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。	<p>104.2.1有常规检测项目报告时限（TAT）要求，临检常规项目≤4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≤4个工作日。</p> <p>104.2.2有“特殊检验项目”清单，报告时限原则上不超过1周；特殊情况由医院结合实际作出规定；提供预约检测。</p> <p>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。</p>

		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职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		104.2.7有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
104.3	医学影像诊断报告及时、规范，严格执行审核制度。	104.3.1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。
		104.3.2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。
		104.3.3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。
		104.3.4有上述制度与流程的培训，相关人员知晓基本要求并落实。
		104.3.5科室有定期自查、总结分析与整改。
		104.3.6职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		104.3.7有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
(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	有完整的标本采集运输指南/交接规范，检验回报时间控	105.1.1实验室、护理部和医院感染控制部门共同制订标本采集运输指南，临床相关工作人员可以方便获取。
		105.1.2实验室有标本接收、拒收标准与流程，保留标本接收和拒收的记录。
		105.1.3对标本进行全程跟踪，检验结果回报时间（TAT）明确可查。

	制等相关制度。	<p>105.1.4标本处理和保存专人负责，标本废弃有记录，储存标本冰箱有温度24小时监控。</p> <p>105.1.5对标本运输过程的相关人员进行规范培训。</p> <p>105.1.6检验科对交接情况有自查。</p> <p>105.1.7主管部门对标本采集运输管理有检查与监管。</p> <p>105.1.8持续改进有成效，标本交接记录完整，标本保存符合规范。</p>
105.2	常规开展室内质控。	<p>105.2.1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。</p> <p>105.2.2每检测批次至少保证有1次室内质控结果，并有负责人签字。</p> <p>105.2.3重点室内质控流程，包括临床化学、免疫学、血液学和凝血试验；血涂片评价和分类计数；细菌、分枝杆菌和真菌检测；尿液分析和临床显微镜检查的质量控制流程。</p> <p>105.2.4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。</p> <p>105.2.5对于需要报告滴度的血清学检测，须同时进行已知滴度的血清阳性质控和阴性质控。</p> <p>105.2.6科室定期评估室内质控各项参数及失控率。</p> <p>105.2.7职能部门对室内质控工作有检查与监管。</p> <p>105.2.8持续改进有成效，室内质控文件齐全、记录完整。</p>
105.3	参加室间质评或能力验证计划。	<p>105.3.1有参加实验室室间质评或比对的管理制度，参加市级或市级以上室间质量评价计划或能力验证计划。</p> <p>105.3.2参加室间质评或能力验证项目应覆盖实验室内检测项目及不同标本类型。</p> <p>105.3.3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。</p>

		105.3.4职能部门对室间质评工作有检查与监管。
		105.3.5持续改进有成效，室间质评或能力验证计划得到有效落实。
105.4	保证检测系统的完整性和有效性。	105.4.1制定并严格执行临床检验项目标准操作规程和检验仪器的标准操作、维护规程。
		105.4.2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。
		105.4.3有专人负责仪器设备保养、维护与管理。
		105.4.4职能部门有定期校准、维修维护记录。
		105.4.5持续改进有成效，仪器设备维护规范。
105.5	所有POCT（现场快速检测）项目均应开展室内质控，并参加室间质评。	105.5.1医院制定有POCT项目统一管理制度并落实。
		105.5.2检验科定期对POCT项目进行质控管理。
		105.5.3对室内质控或比对结果有工作记录。
		105.5.4职能部门对POCT项目工作有检查与监管。
		105.5.5持续改进有成效，所有POCT项目均进行室内质控及室间质评。
105.6	实验室信息管理完善。	105.6.1建立实验室信息管理系统，与医院信息系统联网。基础数据一致，数据更新及时。
		105.6.2实验室信息管理系统贯穿于检验全程管理。
		105.6.3提供自助取化验报告单系统。
		105.6.4实验室数据至少保留2年以上在线查询资料。
		105.6.5职能部门对实验室信息管理工作有检查与监管。
		105.6.6持续改进有成效，实验室信息系统支持检验项目的全程管理和服
（一百零六）按照有关规定建立临床检验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	106.1.1按照国家法律法规和行业规范，建立临床检验部门相关制度、流程，保障环境安全、生物安全和消防安全。

	<p>业安全防护制度，遵照实施并准确记录。</p>	<p>106. 1. 2有实验室环境保护制度，提供符合国家标准的消毒与防护用品，配备完整、数量充足，并处于正常工作状态，便于工作人员获取和使用。</p> <p>106. 1. 3病原微生物实验室应当符合生物安全国家标准和要求。从事病原微生物实验活动，应当严格遵守有关国家标准和实验室技术规范、操作规程，采取安全防范措施。</p> <p>106. 1. 4从事病原微生物实验活动应当在相应等级的实验室进行。按照生物安全备案等级设置生物安全分区，有警示标识。</p> <p>106. 1. 5科室对相关安全防护有培训，有记录，安全设施有自查。</p> <p>106. 1. 6职能部门对实验室配置的安全防护设施有检查与监管。</p> <p>106. 1. 7持续改进有成效，实验室安全防护设施配备合理，员工安全有保障。</p>
106. 2	<p>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。</p>	<p>106. 2. 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。</p> <p>106. 2. 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。</p> <p>106. 2. 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。</p> <p>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。</p> <p>106. 2. 5科室有定期自查、总结分析与整改。</p> <p>106. 2. 6职能部门有监管，对存在问题与缺陷的提出改进措施。</p> <p>106. 2. 7持续改进有成效，无环境安全事件和职业损害事件发生。</p>
<p>(一百零七) 建立健全本机构内的检查检验结果互认工作管理制度，加强人员培训，规范工作流程，为医务人员开展互认工作提供必要的设备设施及保障措施。</p>		

107.1	建立健全本机构内的检查检验结果互认工作管理制度，加强人员培训，规范工作流程，为医务人员开展互认工作提供必要的设备设施及保障措施。	107.1.1按照国家法律法规和行业规范，建立检查检验结果互认工作管理制度。
		107.1.2组织员工进行培训，并有规范的工作流程及记录。
		107.1.3配置有与互认工作相匹配的，有效、便捷的设备和设施，并定期反馈使用情况。
		107.1.4职能部门有监管，对存在问题的提出改进措施，并检查整改落实情况。
		107.1.5有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
九、输血管理与持续改进		
（一百零八）落实《中华人民共和国献血法》《医疗机构临床用血管理办法》和《临床输血技术规范》等有关规定，医院应当具备为临床提供24小时输血服务的能力，满足临床工作需要。		
108.1	落实《中华人民共和国献血法》《医疗机构临床用血管理办法》和《临床输血技术规范》等有关规定。	108.1.1有临床用血管理委员会，制定本院临床输血管理相关制度和实施细则，内容覆盖本机构临床输血管理的全过程。
		108.1.2对医务人员进行临床输血相关法律、法规、规章制度培训，有考核。
		108.1.3临床科室针对输血管理制度落实开展自查。
		108.1.4主管部门对输血管理制度落实有检查、分析、反馈。
		108.1.5持续改进有成效，用血相关管理工作落实到位。
108.2	具备为临床提供24小时供血服务的能力，满足	108.2.1输血科或血库人员配置、布局和设备设施满足医院输血工作需要，有明确的岗位职责和资质要求；不具备条件设置输血科或血库的，应安排专（兼）职人员负责临床用血工作。制订临床用血储备计划，与指定供血单位签订供血协议。无非法渠道用血、自采/自供血液的行为。

	临床工作需要。	108.2.2有血液库存量的管理要求，能24小时为临床提供供血服务。有特殊用血（如稀有血型）应急协调机制，确保急诊抢救用血。
		108.2.3有应急用血的后勤（通信、人员、交通）保障能力。
		108.2.4输血科与血站建立血液库存预警机制，及时掌握预警信息，协调临床用血。
		108.2.5职能部门对供血和应急用血的后勤保障情况有检查、分析、反馈。
		108.2.6持续改进有成效，供血满足临床需要。
（一百零九）加强临床用血过程管理，严格掌握输血适应证和输血技术规范，促进临床安全、有效、科学用血。		
109.1	开展对临床医师输血知识的教育与培训，开展临床用血评价，促进临床合理用血。	109.1.1输血科或血库每年至少一次为临床用血医护人员提供输血知识的教育与培训。
		109.1.2临床医师合理用血的评价结果用于个人业绩考核与用血权限的认定有管理规定，并执行。
		109.1.3输血科或血库和各临床用血科室每季度对医师合理用血、用血权限情况有自查。
		109.1.4职能部门有检查、分析、反馈。
		109.1.5持续改进有成效，临床用血合理程度不断提升。
109.2	执行输血前相关检测规定，输血前向患者及其近亲属告知输血的目的和风险，并签署“输血治疗知情同意书”。	109.2.1具备为准备输血的患者进行血型及感染筛查（肝功能、乙肝五项、HCV、HIV、梅毒抗体）的相关检测能力，并开展相关检测。
		109.2.2输血前检测率100%。
		109.2.3有输血前医患双方共同签署的输血治疗知情同意书。
		109.2.4每一例输血患者均有输血治疗知情同意书；输血治疗知情同意书保存在病历中。
		109.2.5对抢救生命垂危的患者等特殊情况下的紧急输血有相关规定与批准流程。

		109.2.6职能部门知情同意执行情况有检查、分析、反馈。
109.3	有临床用血前评估和用血后效果评价制度，严格掌握输血适应证，做到安全、有效、科学用血。	109.3.1有临床用血前评估和用血后效果评价管理制度，内容应包括根据患者病情和实验室检测结果，进行输血指征综合评估的指标。
		109.3.2科室对临床用血执行情况（输血适应证、输血前评估指征、检测指标、输血后效果评价等记录）有自查。
		109.3.3职能部门对安全、有效、科学用血有检查、分析、反馈。
		109.3.4成分输血率100%达到相关要求。
		109.3.5输血前评估指征或检测指标100%符合规范要求。
		109.3.6持续改进有成效，用血前评估和用血后评价工作落实到位。
109.4	输血治疗病程记录完整详细。	109.4.1有临床用血医学文书管理制度，并执行。
		109.4.2输血治疗病程记录至少包括输血原因，不同输血方式的选择，输注成分、血型和数量，输注起止时间，输血过程观察情况，有无输血不良反应等内容。
		109.4.3输血治疗后病程记录有输注效果评价的描述。
		109.4.4职能部门对输血治疗病程记录情况有检查、分析、反馈。
		109.4.5持续改进有成效，输血治疗病程记录完整、规范。
（一百一十）建立与临床用血部门有效沟通，严格掌握输血适应证，合理、安全输血。		
110.1	建立与临床科室有效沟通，落实临床用血不良事件报告制度，有控制输血严重危害，包括输	110.1.1有控制包括输血传染疾病、严重不良反应等输血严重危害发生的预案，及一旦发生的处理方案；有其他输血相关应急事件的处理预案。
		110.1.2相关人员知晓临床用血不良事件报告制度及各类应急预案处置流程，并能执行。
		110.1.3对预案开展定期演练并有记录。

	血传染疾病、严重不良反应的方案与实施情况记录；有输血相关应急预案，并得到落实。	110.1.4科室有自查，对存在问题有分析、整改。
		110.1.5主管部门有监管，定期分析、反馈，提出整改意见并检查整改落实情况。
		110.1.6有数据体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。无输血严重危害事件发生。
<p>（一百一十一）开展血液质量管理监控，制订、实施控制输血严重危害（输血传染疾病、严重不良反应）的方案。落实输血相容性检测管理制度和实验质量管理要求，确保输血安全。</p>		
111.1	有血液贮存质量监测与信息反馈的制度。	111.1.1有血液贮存质量监测与信息反馈的管理制度，并执行。
		111.1.2输血科或血库有专人对血液贮存（存放方式、冰箱温度、标识、消毒、细菌监测等）有定期监测记录。
		111.1.3一次性输血耗材进行无害化处理，有记录。
		111.1.4科室对血液贮存质量监测与信息反馈的制度落实情况有自查、分析、整改。
		111.1.5职能部门对血液贮存质量监测与信息反馈的制度落实情况有检查与监管。
		111.1.6持续改进有成效，血液贮存质量与信息反馈制度落实到位。
111.2	有临床输血过程的质量管理监控及效果评价的制度与流程。	111.2.1根据相关法律法规和临床输血技术规范制定输血全过程质量管理监控的管理制度、评价指标和管理流程。
		111.2.2有输血科或血库对临床科室全过程管理的监控指标（包括：储血、发血、输血中、输血后、输血室内质控和室间质评等）和监测评价结果。
		111.2.3血液发出后，受血者和供血者标本于2℃~6℃保存至少7天。
		111.2.4从发血到输血各个交接环节要有记录，时间应精确到分钟。

		111.2.5所使用的输血器和辅助设备符合国家标准、操作规范与流程。
		111.2.6输血中实施全程监护，有输血反应处理预案报告与流程，输血不良反应发现和处理时间应精确到分钟记录在病历中。
		111.2.7输血科或血库与临床用血科室对上述制度的落实情况有自查、分析、整改。
		111.2.8职能部门对输血全过程制度的落实情况有检查、分析、反馈。
		111.2.9持续改进有成效，每一例患者输血全过程管理规范、监管措施落实到位。
111.3	医院有输血相关应急预案，并能得到落实。	111.3.1有输血相关应急预案：内容包括紧急用血的应对，控制输血严重危害（SHOT）、超常规用量、关键设备故障等。输血后献血员和受血者标本应依法至少保存7天，以便出现输血反应时重新进行测试。
		111.3.2有关键设备故障的应急措施，包括电话、负责人及替代方式。
		111.3.3相关人员知晓应急预案处置流程，并能执行。
		111.3.4职能部门对紧急用血的执行情况（重点夜间、节假日）和输血严重危害事件发生进行抽查或演练。职能部门会同输血科对输血不良反应评价结果的反馈率为100%。
		111.3.5持续改进有成效，应急管理相关措施落实到位，无输血严重危害事件发生。
十、医院感染管理与持续改进		
（一百一十二）按照《医院感染管理办法》《医疗机构感染预防与控制基本制度（试行）》，建立医院感染管理组织，建立院感多部门协调机制。完善医院感染管理与控制制度，有医院感染事件应急预案并组织实施，开展医院感染预防控制知识与技能的全员培训和教育。		
112.1	依据《医院感染管理办	112.1.1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。

	<p>法》建立医院感染管理组织，建立院感多部门协调机制。</p>	<p>112.1.2医院感染管理部门配备专（兼）职人员，负责人在院感工作五年以上专业技术人员；临床科室有兼职的医院感染管理质量控制人员。</p>
		<p>112.1.3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。</p>
		<p>112.1.4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。</p>
		<p>112.1.5有对院科两级医院感染管理组织工作及制度落实情况的监督检查，定期召开专题会议，对感染管理现状进行分析，对存在问题有反馈及改进。</p>
		<p>112.1.6持续改进有成效，院科两级医院感染组织机构健全，人员配置满足临床需求。</p>
<p>112.2</p>	<p>依据《医疗机构感染预防与控制基本制度（试行）》，制订相应的规章制度，将医院感染的预防与控制贯彻于所有医疗服务中。</p>	<p>112.2.1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。</p>
		<p>112.2.2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。</p>
		<p>112.2.3全体员工熟知本部门、本岗位有关医院感染管理相关制度及要求，并执行。</p>
		<p>112.2.4职能部门对科室医院感染管理工作有检查、分析、反馈。</p>
		<p>112.2.5持续改进有成效，医院感染管理工作落实到位。</p>
<p>112.3</p>	<p>医院有感染事件报告流程与处置预案。</p>	<p>112.3.1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。</p>
		<p>112.3.2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。</p>
		<p>112.3.3根据医院感染事件制定各类演练方案，并进行演</p>

		练。
		112.3.4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。
		112.3.5职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		112.3.6持续改进有成效，演练中问题得到整改，医院感染暴发事件上报流程及处置预案及时更新修订。
112.4	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。	112.4.1有针对各级各类人员制定的医院感染管理培训计划。
		112.4.2按计划开展相关培训并有考核。
		112.4.3相关人员掌握相关知识与技能。
		112.4.4职能部门对培训效果进行追踪与成效评价，提出改进措施。
		112.4.5持续改进有成效，培训后的医务人员医院感染预防与控制知识与技能达到岗位要求。
(一百一十三) 按照《医院感染监测标准》，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。		
113.1	实施重点环节、重点人群与高危因素的监测。对有创呼吸机、导尿管、血导管等高危因素有具体预防控制措施并实施。	113.1.1有针对重点环节、重点人群与高危因素管理与监测计划，并落实。
		113.1.2有对较高感染风险的科室与感染环节进行风险评估，并制定相应的控制措施。
		113.1.3有对使用有创呼吸机、导尿管、血导管等高危因素的防控制度和措施，并落实。
		113.1.4科室有自查，对存在的问题有总结、分析、报告机制，有改进措施。
		113.1.5职能部门利用医院信息系统进行监测和分析，对存在的问题，及时反馈，并提出整改建议。
		113.1.6持续改进有成效。

113.2	改良电休克治疗室诊疗工作符合医院感染管理相关法律法规要求。	113.2.1改良电休克治疗室布局、流程合理，分区明确，设有等待区、治疗区、醒复区。
		113.2.2改良电休克治疗室根据《医院感染管理办法》等法律法规要求制订医院感染管理制度及流程。
		113.2.3使用后的非一次性治疗辅助用品应清洁消毒。有独立的无菌物品贮存柜，无菌物品分类、固定放置。
		113.2.4科室有自查，对存在问题有改进措施。
		113.2.5职能部门对改良电休克治疗室的医院感染管理有检查、分析、反馈。
<p>（一百一十四）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。</p>		
114.1	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《医院感染监测标准》（WS/T 312—2023）开展目标性监测、全院综合性监测等监测工作并记录。	114.1.1医院感染管理专职人员和监测设施配备符合要求。
		114.1.2感控科有医院感染监测计划，按照医院感染监测标准要求开展监测工作，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。
		114.1.3临床科室能按制度、标准、流程要求，进行规范监测并有记录。
		114.1.4有监测信息收集与反馈渠道，保证信息质量，保存原始记录文件。
		114.1.5感控科有医院感染监测数据记录与分析报告，定期（至少每季度）对监测信息进行分析总结，并及时反馈临床，对医院感染风险高、医院感染变化趋势大的科室提出预警和改进措施等建议。
		114.1.6医院感染监测指标和医院信息系统能够提供对医院感染危险因素监测及分析，满足目标性监测和全院综合性监测等管理需求。

114.2	按照卫生行政部门的要求上报医院感染监测信息。	114.2.1按照卫生行政部门的要求上报医院感染监测信息。
		114.2.2有指定专人负责上报医院感染监测信息，信息经过审核，保障真实、准确。
		114.2.3职能部门针对本地区医院感染管理质量控制中心发布本地区的医院感染监测信息，分析比较，提出改进建议。
<p>(一百一十五) 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。</p>		
115.1	根据国家法规，结合医院的具体情况，制定全院和不同部门的消毒制度，并落实。	115.1.1有全院和重点部门的消毒工作制度，并执行。
		115.1.2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。
		115.1.3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。
		115.1.4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。无因消毒、灭菌不合格导致的感染发生。
		115.1.5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消毒灭菌相关监测等，并有记录。
		115.1.6相关人员知晓上述内容并落实。
		115.1.7有多部门与科室协作管理机制，相关科室对消毒工作存在问题与缺陷分析、总结，提出改进措施。
		115.1.8职能部门对全院消毒、灭菌工作进行监管，对存在的问题进行分析、总结、反馈，督促及时整改。
115.2	隔离管理符合要求，医务人员防护用品使用正确，针对不	115.2.1有针对免疫低下、感染性疾病等患者的隔离制度及操作流程。
		115.2.2医务人员掌握隔离的原则、标准、技术。
		115.2.3隔离设施及物品配备能满足临床需要。

	同传播途径疾病的隔离与预防措施得当。	115.2.4职能部门进行检查、分析、反馈，对存在的问题及时整改。
		115.2.5持续改进有成效，隔离工作持续改进有成效。
(一百一十六) 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。		
116.1	根据《医务人员手卫生规范》制定手卫生相关管理制度，正确配置有效、便捷的手卫生设备和设施，医务人员在临床诊疗活动中应严格遵循。	116.1.1根据手卫生规范要求制定手卫生管理相关制度。
		116.1.2正确配置有效、便捷、足量的手卫生设备和设施。有手卫生相关要求的宣教图示。
		116.1.3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。
		116.1.4重点科室医务人员手卫生依从率与正确率达国家要求。
		116.1.5科室对手卫生执行情况有自查。
		116.1.6职能部门对手卫生规范执行情况有督查，有检查、分析、反馈。
(一百一十七) 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。		
117.1	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	117.1.1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。
		117.1.2有多重耐药菌控制落实的有效措施，包括手卫生措施、隔离措施、无菌操作、合理使用抗菌药物、保洁与环境消毒的制度等。
		117.1.3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。

	染实施监管与改进。	<p>117.1.4各部门信息通报渠道畅通，有对存在问题定期分析、反馈，有持续改进措施。</p> <p>117.1.5职能部门对多重耐药菌医院感染情况有检查、问题分析及改进建议。</p> <p>117.1.6持续改进有成效，多部门合作机制建立，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。</p>
117.2	有细菌耐药监测及预警机制。	<p>117.2.1有细菌耐药监测及预警机制，并每半年进行反馈。</p> <p>117.2.2有临床治疗性使用抗菌药物的微生物送检率年度统计分析。</p> <p>117.2.3有临床治疗性使用抗菌药物种类与微生物检测种类年度统计分析。</p> <p>117.2.4有上述细菌耐药监测变化趋势图。</p> <p>117.2.5职能部门、药事管理组织联合对细菌耐药监测和预警，有干预措施，并得到有效落实。</p> <p>117.2.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。</p>
<p>(一百一十八) 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。</p>		
118.1	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	<p>118.1.1有侵入性诊疗器械及其他侵入性诊疗操作相关感染防控制度，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。</p> <p>118.1.2建立本机构诊疗活动中使用的侵入性诊疗器械及其他侵入性诊疗操作的名录。</p> <p>118.1.3实施临床使用侵入性诊疗器械相关感染病例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。</p> <p>118.1.4其他侵入性诊疗操作使用抗菌药物预防符合规范要求。</p>

	。	118.1.5职能部门进行检查、分析、反馈，对存在的问题及时整改。
		118.1.6持续改进有成效，感染防控工作持续改进有成效。
<p>(一百一十九) 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。</p>		
119.1	建立健全医疗废物、废液处理管理制度和相关人员岗位职责。	119.1.1有医疗废物、废液处理管理制度、组织架构、工作机制和相关人员岗位职责。
		119.1.2医疗废物、废液处理系统符合相关法律法规的要求。
		119.1.3有专人负责医疗废物、废液处理工作，上岗前经过相关知识培训。
		119.1.4医院各科室按要求进行医疗废物、废液处置并有记录。
		119.1.5职能部门定期对医疗废物、废液处置有检查、分析、反馈。
<p>十一、中医诊疗质量保障与持续改进</p>		
<p>(一百二十) 中医诊疗科室设置应当符合《综合医院中医临床科室基本标准》等文件的要求，所设置的中药房与中药煎药室应当符合相关法律法规的要求。</p>		
120.1	中医诊疗满足精神专科中医诊疗需求，符合行业主管部门法规基本要求。	120.1.1医院设立中医门诊。
		120.1.2中医门诊医师具有中医类别主治及以上职称，中医师具备中医类别任职资格。
		120.1.3中医学组对中医诊疗定期进行总结、分析，发现问题及时整改。
		120.1.4职能部门有督导检查、分析、反馈。
		120.1.5有数据、案例体现改进效果或形成新制度、规范、流程、举措等。
120.2	根据医院规模和临床需	120.2.1根据医院规模和临床需要，设置规范的中药房与中药煎药室。

	要，所设置的中药房与中药煎药室符合《医院中药房基本标准》《医疗机构中药煎药室管理规范》等要求。	120.2.2有中药质量管理的相关制度，对采购、验收、贮存、调剂、煎煮等环节实行质量控制。
		120.2.3煎药室的位置、环境、通风、消防、煎药设施设备、容器及环境维护等符合相关规定。
		120.2.4相关人员知晓本岗位的履职要求。有中药内容为主的在职教育培训制度和培训计划，并组织实施。
		120.2.5职能部门对中药房与中药煎药室工作有检查与监管。医院药事管理组织定期对临床中药进行监督、评价和指导。
		120.2.6持续改进有成效，加强中药饮片处方管理，建立中药饮片处方点评制度并落实。提供中药临床药学服务，促进中药合理使用。
（一百二十一）建立中医诊疗规范，开展中医特色护理，提供具有中医特色的康复和健康指导等服务。		
121.1	有中医诊疗的工作制度、岗位职责及体现中医特色的诊疗规范。	121.1.1有中医诊疗的工作制度、岗位职责及体现中医特色的诊疗规范，并落实。
		121.1.2根据中医特色，开展培训与教育活动。
		121.1.3相关人员知晓上述制度、本岗位职责及诊疗规范。
		121.1.4科室定期自查与整改。
		121.1.5职能部门对中医工作规范诊疗情况有检查与监管。
		121.1.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
121.2	充分发挥中医特色，建立并完善中医与西医临床科室的协作机制，为患者提供适宜的诊疗服务。	121.2.1有中医与西医临床科室的会诊制度，并落实。
		121.2.2通过科间会诊，进行患者病情评估，根据国家中医药相关指南及诊疗规范，制定适宜的诊疗方案。
		121.2.3发挥中医特色，参与多学科会诊、综合诊疗工作，把中医药服务拓展到西医临床科室。
		121.2.4职能部门对中西医开展联合诊治工作有检查与监管。
		121.2.5有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。

121.3	提供具有中医特色的精神康复服务。	121.3.1有中医精神康复服务，体现辨证施护和中医特色。
		121.3.2相关人员知晓本岗位的履职要求。
		121.3.3为患者提供具有中医特色的康复和健康指导、具有中医特色的精神康复服务。
		121.3.4有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
第三章医院管理		
一、管理职责与决策执行机制		
(一百二十二) 制定医院章程，建立医院内部决策执行机制。		
122.1	制定医院章程，建立医院内部决策执行机制。	122.1.1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。
		122.1.2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。
		122.1.3医院领导人员严格按照医院决策执行机制管理。
		122.1.4职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
		122.1.5有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
(一百二十三) 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。		
123.1	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	123.1.1医院把加强党的建设列入医院章程。
		123.1.2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。
		123.1.3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。

	院长负责制，健全医院党委与行政领导班子议事决策制度。	123.1.4职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
		123.1.5有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
<p>(一百二十四) 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。</p>		
124.1	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。各部门和科室命名规范。	124.1.1有组织架构图，职能划分明确，医院运行状况与组织架构相符。各部门和科室命名规范。
		124.1.2医院制度符合法律法规、规章规范及相关标准，且符合本院实际情况。其中各级各类员工的岗位职责中，有医德医风要求。
		124.1.3各项规章制度的制定、审核、批准、发布、修订、作废等有统一的管理规定和管理程序。
		124.1.4有全员岗位职责与行为规范的教育培训。
		124.1.5根据管理需要，及时调整组织架构、修订完善规则制度和岗位职责。
		124.1.6职能部门对制度建设有自查，有总结分析。
		124.1.7有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
124.2	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。	124.2.1各级人员知晓本岗位职责和履职要求，并执行。
		124.2.2建立沟通协调机制，召开跨部门工作会议（如职能部门-临床-护理-医技-后勤等），并有会议记录。
		124.2.3每次会议有明确议题和牵头部门，相关工作有落实。
		124.2.4牵头部门对相关工作任务执行情况有追踪检查、评价、反馈，科室（部门）对相关工作任务落实到位。

		124.2.5有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
(一百二十五) 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。		
125.1	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。	125.1.1建立全员学习机制和制度，开展全员培训教育，提高员工履职能力。
		125.1.2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。
		125.1.3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 $\geq 80\%$ 。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。
		125.1.4职能部门对培训过程有检查、对培训结果有评价分析，提出改进意见建议并追踪整改情况。
		125.1.5有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
(一百二十六) 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。		
126.1	医院有向社会及员工公开信息管理 部门、工作制度与程序。	126.1.1有“院务公开领导小组”，有指定部门负责院务公开工作，有明确的工作职责，“三重一大”事项依医院院务公开的要求予以公示。
		126.1.2有院务公开工作制度与流程，有公开内容、形式、程序和时限。
		126.1.3院务公开形式多样，方便社会与员工获取相关信息，及时更新有关信息。
		126.1.4有多种途径征求和收集员工对公开信息具体内容的意见与建议，体现尊重员工知情权，保障员工民主权利。
		126.1.5职能部门定期监管有记录，社会、患者和员工对公开方式与公开内容满意。
		126.1.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
(一百二十七) 对对外委托服务项目质量与安全实施监督管理。		

127.1	对对外委托服务项目质量与安全实施监督管理。	127.1.1有职能部门与专人负责对外委托服务项目管理，制订项目的遴选、管理等相关制度和办法，有项目评估和监督考核机制。
		127.1.2所有项目有合同规定双方的权利和义务，以及服务的内容和标准，委托项目按合同执行。违约情况按规处理。
		127.1.3对服务项目招投标符合规范。
		127.1.4有年度对外委托服务项目管理的质量安全评估报告。
		127.1.5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、整改落实。
		127.1.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
二、人力资源管理		
(一百二十八) 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。		
128.1	设置人力资源管理部门，人力资源管理制度健全。	128.1.1设置专职人力资源管理部门，职责明确。
		128.1.2有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。
		128.1.3多种渠道公布人力资源管理制度及规定，方便员工查询。
		128.1.4全员聘用制度和岗位管理制度与医院发展需求同步实施。
		128.1.5部门定期检查与监管，人力资源聘任和管理规范。
		128.1.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
128.2	医院有人力资源发展规划、人才梯队建设计划和人力资源配置方案，	128.2.1有人力资源发展规划、人才梯队建设计划和人力资源配置方案，并符合医院功能任务和整体发展规划要求。
		128.2.2医院各类卫生技术人员配置符合国家有关规定，并满足临床医疗工作需求。
		128.2.3有人力资源配置调整方案与调整程序并得到落实。

	各类人员配置及其结构适应医院任务需求。	128. 2. 4有落实人力资源发展规划、人才梯队建设计划的具体措施并得到落实。
		128. 2. 5部门有定期自查、分析、整改。人才梯队建设、人力资源配置符合相关要求，满足医院发展与医疗工作需求。
		113. 2. 6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
128. 3	专业技术人员具备相应岗位的任职资格。	128. 3. 1在院执业的卫生技术人员具备相应岗位的任职资格，医师如行多点执业需符合政府主管部门有关规定。
		128. 3. 2专业技术人员按照卫生行政部门的执业规定实施资格准入管理。
		128. 3. 3有专业技术人员任职资格审核程序及档案资料（经过审核认证的复印件）。
		128. 3. 4职能部门有检查与监管，无超范围执业现象。
		128. 3. 5有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
128. 4	有人员紧急替代机制，以保证诊疗活动的连贯性。	128. 4. 1有院科两级人员紧急替代制度、程序和方案。
		128. 4. 2有紧急替代人员的有效联络方式。
		128. 4. 3相关人员知晓相应的紧急替代程序。
		128. 4. 4紧急情况替代人员及时到位，保障医疗工作的正常运行。
		128. 4. 5有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
（一百二十九）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。		
129. 1	卫生专业技术人员资质的认定与聘	129. 1. 1有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；建立专业技术人员档案，包括：经审核的执业注册证、文凭、学位、教育和培训等资料复印件。

	用。	129.1.2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。
		129.1.3相关人员知晓上述规范和流程并落实。
		129.1.4职能部门对人员管理和资质认定有检查与监管。
		129.1.5持续改进有成效，技术人员评聘程序规范、制度落实到位、档案资料完整。
129.2	外来（国内外、境内外等）工作人员的技术资质管理。	129.2.1按照国家法律法规和卫生行政部门现行规定，有对外来技术人员资质管理的规定、规范与程序。
		129.2.2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。
		129.2.3职能部门对管辖范围内的外来技术人员的资质有检查与监管。
		129.2.4持续改进有成效，无外来工作人员违规执业。
（一百三十）贯彻落实《公立医院领导人员管理暂行办法》，加强和改进公立医院领导人员管理，推行公立医院行政领导人员职业化培训。		
130.1	贯彻落实《公立医院领导人员管理暂行办法》，加强和改进公立医院领导人员管理，推行公立医院行政领导人员职业化培训。	130.1.1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。
		130.1.2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。
		130.1.3领导人员在履行医院管理职责中表现突出、作出显著成绩和贡献的，按照有关规定给予表彰奖励。
		130.1.4有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
（一百三十一）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，推动员工的全面发展。		

131.1	开展卫生专业技术人员继续医学教育工作。	131.1.1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。
		131.1.2有专门部门管理，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。把员工能力建设作为人力资源管理的重要组成部分。落实“两个同等对待”要求，对经住院医师规范化培训合格的本科学历临床医师，在人员招聘、职称晋升、岗位聘用、薪酬待遇等方面，与临床医学、中医专业学位硕士研究生同等对待，面向社会招收的普通高校应届毕业生培训对象培训合格当年在医疗卫生机构就业的，在招聘、派遣、落户等方面，按当年应届毕业生同等对。
		131.1.3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。
		131.1.4全院卫生技术人员年度继续医学教育达标率 $\geq 95\%$ 。
		131.1.5职能部门定期检查、分析、反馈，并检查整改情况。
		131.1.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
131.2	加强学科建设和人才培养，有学科带头人选拔与激励机制。	131.2.1有重点学科（或专科）建设发展规划。有学科带头人选拔与激励机制。
		131.2.2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。
		131.2.3职能部门有检查、分析、反馈。
		131.2.4有国家级临床重点专科或市级临床重点专科 ≥ 2 个。
		131.2.5有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
131.3	按照规范开展住院医师和护士等规范化培训工作和承担县级医院骨干	131.3.1有住院医师和护士规范化培训基地资质，有专职人员负责培训工作。把卫生专业技术人员培训质量与数量作为师资绩效考核、职称晋升、评优评先的重要内容。
		131.3.2制定规范化培训和县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，并得到落实。

	医师培养任务。（可选）	131.3.3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。
		131.3.4有承担住院医师和护士等规范化培训档案（如学科、数量）管理等相关资料，培训档案完整、规范。
		131.3.5职能部门有检查、分析、反馈。
		131.3.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
<p>（一百三十二）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。</p>		
132.1	贯彻与执行《中华人民共和国劳动法》《中华人民共和国职业病防治法》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。	<p>132.1.1按照国家的法律法规和相关标准，依据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。</p> <p>132.1.2上岗前有职业安全防护的培训和考核；建立员工的个人健康档案。</p> <p>132.1.3有专职或兼职人员负责本单位的职业病防治工作；相关人员知晓职业暴露的应急预案、处置流程，并落实。</p> <p>132.1.4科室对职业暴露登记、处置、随访、案例或阶段分析等资料有自查。</p> <p>132.1.5职能部门对职业暴露和职业防护有检查、分析、反馈。</p> <p>132.1.6持续改进有成效，职业暴露处理规范，职业防护管理到位。</p>
<p>（一百三十三）关注员工身体和心理健康，保障员工合法健康权益。</p>		
133.1	关注员工身体和心理健康，保障员工合法健康	<p>133.1.1制定保障员工身体和心理健康的制度并落实。</p> <p>133.1.2建立和完善职工健康状况数据库，为不同健康状况的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。</p>

	权益。	133.1.3职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
		133.1.4有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
<p>(一百三十四) 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。</p>		
134.1	医院应当将科室医疗质量管理情况作为科室负责人综合目标考核以及聘任、晋升、评先评优的重要指标，将科室和医务人员医疗质量管理情况作为医师定期考核、晋升的重要依据。	134.1.1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。
		134.1.2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。
		134.1.3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。
		134.1.4职能部门对计划、方案和协议的落实定期有检查、分析、反馈、整改。
		134.1.5有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
<h3>三、财务和价格管理</h3>		
<p>(一百三十五) 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。</p>		
135.1	执行《中华人民共和国会计法》《政府会计制度》《医院财务制度》	135.1.1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。
		135.1.2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相关工作五年以上经历。

	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。	135.1.3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。
		135.1.4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。
		135.1.5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。
135.2	医院实行总会计师制。	135.2.1实行总会计师制，并按规定履行总会计师的职责和权利。总会计师知晓本岗位的履职要求。
		135.2.2医院对总会计师履职有保障机制与评估。
		135.2.3持续改进有成效，总会计师对医院财务管理与监督发挥作用。
(一百三十六) 按照《中华人民共和国预算法》和相关预算管理规定的编制和执行预算，加强预算管理、监督和绩效考评。		
136.1	按照预算管理制度，编制医院年度预算。	136.1.1建立健全预算管理制度，包括预算编制、审批、执行、调整、决算、分析和考核等制度。
		136.1.2医院所有收支全部纳入预算管理；实行全面预算管理，除了财务预算，还要有业务预算、专门决策预算。
		136.1.3按规范程序进行预算编制、审批和调整。
		136.1.4职能部门定期对预算制度执行情况进行检查、分析、反馈。
		136.1.5持续改进有成效，预算管理水平和不断提高。
136.2	严格执行预算，加强预算决算管理和监督。	136.2.1执行批复的预算，无预算不支出；预算落实到责任科室和责任人。
		136.2.2定期进行预算执行结果的分析和考核，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之一。

		136.2.3按照规定及时编制年度决算报财政部门审核。
		136.2.4根据财政部门对决算批复意见及时调整有关数据。
		136.2.5职能部门定期检查、评估、分析、反馈。
		136.2.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
(一百三十七) 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。		
137.1	实现成本核算，降低运行成本。	137.1.1有成本核算系统，建立完善的成本核算操作规范，配置相应成本核算人员。
		137.1.2建立健全成本定额管理、费用审核等相关制度，采取有效措施，控制成本费用支出。
		137.1.3有专职成本核算人员负责成本核算工作，有岗位职责。
		137.1.4按时完成成本核算月报表，有季度、半年和年度成本分析报表。
		137.1.5建立科学精细的成本核算，开展医疗服务项目成本核算、病种成本核算。
		137.1.6职能部门根据成本分析报告，定期检查、分析、反馈、指导。
		137.1.7有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
137.2	控制医院债务规模，加强资产管理，提高医疗资源利用效率。	137.2.1有对外投资的管理制度和流程，对外投资经过充分论证并获上级有关部门批准。
		137.2.2有流动资产、固定资产和无形资产管理及负债管理等相关制度，非流动负债按规定审批。
		137.2.3职能部门定期进行专项监督管理，分析评价。
		137.2.4持续改进有成效，资产负债率、流动比率、速动比率等指标控制在合理范围内，国有资产保值增值。

<p>(一百三十八) 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。</p>		
138.1	<p>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。</p>	<p>138.1.1按照有关政策规定，设立价格管理委员会，合理配置价格管理部门和人员，职责明确；健全、完善医院内部价格管理机制和价格管理制度，有医疗服务价格公示制度，并落实。</p>
		<p>138.1.2有保障价格信息管理系统、价格信息真实、准确的措施，根据国家有关规定调整价格，准确维护价格数据库信息。</p>
		<p>138.1.3有医疗服务价格自查制度，做好自查抽检记录；有新增医疗服务价格项目内部审核流程和申报程序。</p>
		<p>138.1.4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。</p>
		<p>138.1.5职能部门有检查、分析、反馈。</p>
		<p>138.1.6持续改进有成效，无违规收费。</p>
<p>(一百三十九) 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。</p>		
139.1	<p>按照相关规定建立药品、耗材、设备、基建、货物、服务等采购制度和流程，有严格管理和</p>	<p>139.1.1执行《中华人民共和国政府采购法》《中华人民共和国招标投标法》及政府采购相关规定，建立医院招标采购制度，完善药品、材料、高值医用耗材、固定资产、基本建设等招标采购操作规范、流程并落实。</p>
		<p>139.1.2有主管部门、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。</p>
		<p>139.1.3按规范申报重大经济事项。</p>
		<p>139.1.4有完善的招标采购档案资料。</p>

	审批程序。	139.1.5主管部门和监管部门对上述工作的执行情况有检查、分析、反馈。
		139.1.6持续改进有成效，采购管理规范，无违规事件。
<p>(一百四十) 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。</p>		
140.1	医院实行绩效工资管理，明确规定个人收入不与业务收入直接挂钩。	140.1.1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。
		140.1.2综合绩效考核体现医德医风、技术能力、服务质量和数量等。
		140.1.3绩效考核与分配方案经过职工代表大会讨论通过，按规定向全院公开。
		140.1.4职能部门有检查、分析、反馈，持续改进有成效。
<p>四、信息管理</p>		
<p>(一百四十一) 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。</p>		
141.1	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。	141.1.1有信息化管理组织及负责信息管理的专职机构。
		141.1.2有保障信息系统建设、管理的规章制度。
		141.1.3定期召开信息化与业务部门的联动会议，收集整理意见和建议，建立信息使用与信息管理部门沟通协调机制。
		141.1.4有医院信息化建设中长期规划和年度工作计划，内容包括实施方法、实施步骤和信息化专项经费或单列预算资金等，每年的信息化建设预算要围绕年度计划进行配套，并落实。
		141.1.5针对年度计划执行情况，有追踪评价，有改进措施。
		141.1.6持续改进有成效，年度计划落实和调整符合中长期规划目标。

141.2	信息系统专职技术人员配置合理并有专业培训。	141.2.1岗位设置合理，岗位职责、技术等级明确。
		141.2.2有人员档案完整，建立教育培训、授权审批、岗位交接等考核制度，有年度学习培训计划并落实。
		141.2.3职能部门有检查、分析、反馈。
		141.2.4人员配置和专业技能满足医院发展需求。
		141.2.5有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
<p>(一百四十二) 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。</p>		
142.1	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。	142.1.1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。
		142.1.2有临床信息系统（CIS）、医院管理信息系统（HIS）、放射信息系统（RIS）、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）。
		142.1.3医院信息化建设较完善，有基于电子病历的医院集成平台、院感系统、互联网医院诊疗系统、CDSS系统、后勤管理系统等。
		142.1.4运用5G、云计算、人工智能、区块链等技术，开展智慧医疗、智慧服务、智慧管理探索。
		142.1.5有数据证明信息化推行后的前后效果对比，主管部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
142.2	根据国家相关规定，实现信息互联互通、交互共享。	142.2.1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。
		142.2.2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。

		142.2.3职能部门对具备与基本医疗保障系统、卫生行政部门等系统的信息交换有检查与监管。
		142.2.4持续改进有成效，区域医疗信息共享和交换（电子数据上报、医疗机构间的临床数据共享）能够实现。医院信息互联互通标准化成熟度测评4级及以上水平。
142.3	建立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据。	142.3.1有医疗质量与安全管理信息相关数据库，并有提取数据的管理制度。
		142.3.2信息部门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。
		142.3.3职能部门负责收集和处理相关信息，数据实行集中归口管理，管理部门能够调阅使用有关数据。
		142.3.4建立支持医院管理和运行的数据库，至少包括： （1）医院基本监测（资源配置、人力资源、科研成果、患者诊治费等）；（2）运行基本指标监测（工作负荷、工作效率、资产运营等）；（3）药品和耗材管理（抗菌药物、其他药品和耗材使用情况等）；（4）质量管理（病历质量、麻醉与操作、医院感染、临床路径等管理）；（5）医技科室（检验质量、医学影像质量等）；（6）医疗安全管理（医疗安全不良事件管理等）。
		142.3.5科室有利用信息数据库为质量与安全管理做科室决策。
		142.3.6职能部门与科室能够运用数据库开展质量管理活动。
		142.3.7能够根据质量管理相关需求自动生成统计报表，为质量与安全管理院级决策提供支持。
		142.3.8有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
<p>（一百四十三）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。</p>		

143.1	加强信息系统的安全保障和患者隐私保护。	143.1.1按照国家信息安全等级保护规定和国家标准，有信息安全保护制度。
		143.1.2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。
		143.1.3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（包括数据库和应用系统）、患者数据使用控制、保障网络信息安全和保护患者隐私。
		143.1.4职能部门有安全监管记录，定期分析，及时处理安全预警。
		143.1.5达到信息安全等保三级要求。
		143.1.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
143.2	加强信息系统运行维护，有突发事件应急响应制度并落实。	143.2.1有信息网络运行、设备管理和维护、技术文档管理记录。
		143.2.2有信息系统变更、发布、配置管理制度及相关记录。
		143.2.3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。
		143.2.4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。
		143.2.5信息系统保证全院工作运行并有效应对突发事件。
		143.2.6职能部门定期检查、分析、反馈。
		143.2.7有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
（一百四十四）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。		
144.1	根据国家统计法与卫生健康行政部门规定，完成医	144.1.1有向卫生行政部门报送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。
		144.1.2有保证信息真实、可靠、完整的具体核查措施。

	院基本运行状况、医疗技术、诊疗信息和临床应用药监测信息等相关数据报送工作，数据真实可靠。	144.1.3 相关人员熟悉信息数据报送规定及流程。
		144.1.4 所有报送信息真实、可靠、完整，无统计数据上报信息错误。
		144.1.5 职能部门对信息报告有监管，信息报送前有审核。
		144.1.6 有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
五、医学装备管理		
(一百四十五) 根据国家法律法规及相关规定，建立和完善医学装备管理组织架构，人员配置合理，制定常规与大型医学装备配置方案。		
145.1	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。	145.1.1 建立医学装备三级管理体系，成立院级领导、医学装备管理部门、相关部门人员和专家组成的医学装备委员会，负责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，有记录。
		145.1.2 医学装备管理部门根据医院功能和任务需求，配备专人管理和专业技术人员。
		145.1.3 遵循“统一领导、归口管理、分级负责、责权一致”原则，制定医院医学装备管理制度、工作流程和岗位职责，并执行。
		145.1.4 职能部门对医学装备委员会工作计划进展和人员管理有检查、分析、反馈。
		145.1.5 有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
145.2	根据国家法律、法规及卫生行政部门规章、管理办法、标准要求，制定常规与大型	145.2.1 根据国家法律、法规及卫生行政部门规章、管理办法、标准要求，制定常规与大型医学装备配置方案。
		145.2.2 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。
		145.2.3 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。

	型医学装备配置方案。	145.2.4职能部门有检查、分析、反馈。
		145.2.5有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
(一百四十六) 根据医院功能定位和发展规划，有大型医用设备使用、功能开发、社会效益、成本效益等分析评价。		
146.1	有大型医用设备使用、功能开发、社会效益、成本效益等分析评价。	146.1.1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。配置大型医用设备应当符合国务院卫生健康主管部门制定的大型医用设备配置规划，与功能定位、临床服务需求相适应，具有相应的技术条件、配套设施和具备相应资质、能力的专业技术人员，并经省级以上卫生健康主管部门批准，取得大型医用设备配置许可证。
		146.1.2有根据国家编码最新要求，建立医学装备分类、分户电子账目，实行信息化管理。
		146.1.3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。
		146.1.4有医学装备使用评价相关制度。有大型医用设备使用、功能开发、社会效益、成本效益等分析评价。
		146.1.5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。
		146.1.6职能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，及时报送医学装备委员会。
		146.1.7持续改进有成效，医学装备管理工作得到落实。
(一百四十七) 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。		
147.1	加强医学装备安全管理，对医疗器械临床使用安全控制与	147.1.1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，并落实。
		147.1.2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

	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。	求。对暂停或终止使用的高风险器械有记录。
		147.1.3有生命支持类、急救类、放射类、灭菌类和大型医用设备等医学装备临床使用安全监测与报告制度。
		147.1.4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。
		147.1.5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，有记录。
		147.1.6职能部门有监管、分析、反馈。
		147.1.7有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
147.2	放射医学装备相关机房环境安全符合要求。	147.2.1放射医学装备的机房设计、建设、防护装修和设施符合安全、环保等有关要求。
		147.2.2机房显著位置有规范的警示标识。
		147.2.3医学装备管理部门与机房的工作人员知晓防护有关要求和措施。
		147.2.4医学装备管理部门对机房环境有自查和监测，并有记录。
		147.2.5职能部门有检查与监管。
		147.2.6持续改进有成效，机房安全管理措施落实到位。
147.3	加强特种设备和特殊医学装备安全管理。	147.3.1高压容器等特种设备和放射装置等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。
		147.3.2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。
		147.3.3医学装备管理部门对特殊装备定期自查和监测，有记录。
		147.3.4职能部门有检查、分析、反馈。
		147.3.5持续改进有成效，特种设备和特殊医学装备安全措施得到有效落实。
	定期校正放	147.4.1有放射和诊断影像设备的管理制度，并落实。

147.4	射诊疗设备及其相关设备，技术指标、安全和防护性能符合有关标准与要求。	147.4.2 定期检查、维护、校准和监测，有记录。
		147.4.3 技术指标和安全、防护性能符合有关标准与要求。
		147.4.4 使用科室对放射诊疗设备使用情况有自查。
		147.4.5 职能部门对放射和诊断性影像等设备定期检查、维护和校准有监管。
		147.4.6 持续改进有成效，所有放射诊疗设备监测均符合要求。
147.5	加强计量设备监测管理。	147.5.1 有计量设备监测管理的相关制度，并落实。
		147.5.2 有计量设备清单、定期检测记录和维修记录等相关资料。
		147.5.3 经检测的计量器具有计量检测合格标志，标志显示检测时间与登记记录一致。
		147.5.4 相关人员知晓上述内容。
		147.5.5 使用科室对计量设备使用情况有自查，有记录。
		147.5.6 医学装备管理部门对计量设备定期自查和监测，有记录。
		147.5.7 有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
(一百四十八) 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。		
148.1	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。	148.1.1 有保障常用仪器、设备和抢救物品操作和使用培训的制度、培训计划及具体课程安排。
		148.1.2 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。
		148.1.3 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。
		148.1.4 有医疗设备操作手册并随设备存放，供方便查阅。
		148.1.5 对设备操作人员的培训情况有考核，并有记录。
		148.1.6 科室对培训情况和效果有自查。

		148. 1. 7职能部门有检查、分析、反馈。
		148. 1. 8有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
<p>(一百四十九) 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。</p>		
149. 1	建立保障医学装备的管理制度、规范。	149. 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。
		149. 1. 2医学装备管理部门对医学装备保养、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。
		149. 1. 3有使用部门和医学装备管理部门对医学装备保障情况的登记资料。
		149. 1. 4医学装备部门对医学装备故障维修情况有分析报告。
		149. 1. 5职能部门根据医学装备使用监管分析结果提出整改措施。
		149. 1. 6持续改进有成效，全院医学装备全程管理和使用规范，满足临床使用需求。
149. 2	用于急救、生命支持系统仪器装备要始终保持在待用状态。	149. 2. 1有急救类、生命支持类医学装备应急预案，保障紧急救援工作需要。
		149. 2. 2各科室急救类、生命支持类装备时刻保持待用状态。
		149. 2. 3职能部门对急救类、生命支持类装备完好情况和使用情况进行实时监管。
		149. 2. 4持续改进有成效，急救类、生命支持类装备完好率100%。
149. 3	建立全院保障医学装备应急调配机制。	149. 3. 1建立应急管理程序，装备故障时有紧急替代流程。
		149. 3. 2建立全院应急调配机制，优先保障急救类、生命支持类装备的应急调配。
		149. 3. 3医务人员知晓医疗装备应急管理与替代程序。
		149. 3. 4职能部门对医学装备应急调配有演练和监管。

		149.3.5持续改进有成效，全院医学装备应急调配有保障。
(一百五十) 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。		
150.1	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。	150.1.1依据国家相关规定制订高值医用耗材、一次性使用的无菌器械及其他医用耗材管理制度及实施细则。
		150.1.2对高值医用耗材、一次性使用的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。
		150.1.3有高值医用耗材使用程序与记录。
		150.1.4有医用耗材使用不良事件报告与监测管理流程，并执行，报告质量和数量符合相关规定。
		150.1.5科室对高值医用耗材使用情况有自查。
		150.1.6职能部门对高值医用耗材管理的全过程有检查、评估、分析、反馈。
		150.1.7持续改进有成效，医用耗材实施全程管理，并符合相关要求。
(一百五十一) 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。		
151.1	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。	151.1.1建立医学装备部门与使用部门共同管理医学装备的机制，医学装备部门建立质量安全小组，部门管理人员接受医学装备管理基本技能培训，有质量管理基本知识。
		151.1.2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，并有记录或总结报告。
		151.1.3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。
		151.1.4持续改进有成效，医学装备管理规范、使用科室满意度不断提高。

151.2	医学装备使用科室（或部门）将医疗器械设备管理和使用纳入科室管理。	151.2.1 医学装备使用科室（或部门）执行安装、验收、使用、存放、维修、保养、报废等相关管理制度，并设专职或兼职人员管理科室医学装备。
		151.2.2 有医学装备日常管理工作和意外应急管理等相关制度，并执行。
		151.2.3 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。
		151.2.4 科室对维护保养和管理情况有自查、有记录。
		151.2.5 职能部门对质量与安全情况有检查、分析、反馈。
		151.2.6 持续改进有成效，全院医学装备使用管理规范。
六、后勤保障管理		
（一百五十二）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。		
152.1	有后勤保障管理组织、规章制度与人员岗位职责。后勤保障服务能够坚持“以患者为中心”，满足医疗服务流程需要，注重员工合理需求。	152.1.1 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。
		152.1.2 后勤人员知晓岗位职责和相关制度，有定期教育培训活动。
		152.1.3 后勤保障部门有为患者、员工服务的具体措施并得到落实。
		152.1.4 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。
		152.1.5 职能部门有检查、监管与反馈。
		152.1.6 持续改进有成效，患者和员工对后勤服务的满意度不断提高。
（一百五十三）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。		
153.1	后勤专业人员及特种设	153.1.1 有后勤相关人员持证上岗管理制度、技术操作规程和岗位人员分布目录。

	备操作人员持证上岗，按技术操作规程工作。	153.1.2相关岗位操作人员有上岗证、操作证，非专业特殊工种，经相关级别的培训合格。
		153.1.3职能部门有检查与监管、反馈。
		153.1.4持续改进有成效，后勤所有岗位人员管理要求落实到位，无安全事故发生。
(一百五十四) 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。		
154.1	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。	154.1.1有水、电、气、电梯等人员岗位配置、岗位职责和操作规范。
		154.1.2水、电、气供应机房有标识，有24小时应急值班制。
		154.1.3机房有日常运行检查、定期维护保养记录，特种设备按规定定期检测并按相关要求张贴检测标签。
		154.1.4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。
		154.1.5有水、电、气等后勤保障应急预案，有演练。
		154.1.6有节能降耗的改造计划、方案、指标，有培训和落实。
		154.1.7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。
		154.1.8职能部门有检查、分析、反馈，持续改进有成效，后勤保障工作满足全院工作需要。
154.2	有完善的物流供应系统，物资供应满足医院需要。	154.2.1物流系统建设满足临床工作需求；有专职部门负责。
		154.2.2有物资申购、采购、验收、入库、保管、出库、供应、使用等相关制度与流程，实行采购业务的决策、实施、监督相分离，有记录。
		154.2.3依据使用部门业务需求和意见，制定物资采购计划，配送到所需科室（部门）。

		154.2.4职能部门有检查、分析、反馈。
		154.2.5持续改进有成效，临床科室和部门对物资供应满意度不断提高。
(一百五十五) 为员工提供膳食服务，保障饮食卫生安全。		
155.1	有专职部门或专人负责医院膳食服务，并建立健全各项食品卫生安全管理制度和岗位责任。	155.1.1根据医院规模，有专职部门和人员负责医院膳食服务，有工作人员岗位责任、职业道德、行为规范与考核制度；相关人员知晓食品安全相关法律法规和食品卫生知识并符合食品安全上岗健康要求。
		155.1.2有食品安全与卫生管理制度和膳食经营管理制度（财务管理、经营核算、设备维护等）。
		155.1.3医院需确认供应商生产、运输及院内分送场所的设施与卫生条件符合国家食品卫生法规要求。
		155.1.4有配送餐饮服务的措施并落实。
		155.1.5职能部门有检查与监管、反馈。
		155.1.6持续改进有成效，患者和员工对膳食服务满意度不断提高。
155.2	食品原料采购、仓储和食品加工规范，符合卫生管理要求。	155.2.1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。
		155.2.2有食品留样相关制度，并落实。
		155.2.3相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。
		155.2.4有措施保障食品卫生管理相关制度和规范的落实。
		155.2.5职能部门有检查与监管，持续改进有成效，所有食品管理符合食品卫生管理要求。
155.3	有突发食品安全事件应急预案。	155.3.1有食品安全事件应急预案，定期组织培训，相关人员知晓。
		155.3.2职能部门对应急演练有检查与监管、反馈。
		155.3.3持续改进有成效，无食品安全事件发生。
(一百五十六) 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。		

156.1	医疗废物、废液管理符合医院感染管理要求。	156.1.1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，符合国家、医院相关要求。
		156.1.2有医废管理系统，支持条码、二维码、RFID等方式实现医疗废弃物自动识别，具备医疗废弃物标识管理，生成医疗废弃物的条码标识。
		156.1.3医疗废物、废液处置暂存点建设规范、配置齐全，有运行日志，交接记录完整。
		156.1.4科室对医疗废物、废液管理有自查、分析，对存在问题有整改。
		156.1.5无环保安全事故，主管部门有检查和监管，并检查科室落实整改情况。
		156.1.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
156.2	医疗废物、废液管理和污水处理符合规定。	156.2.1医疗废物、废液、污水处置暂存点、设施设备运转正常，有运行日志，交接记录完整。
		156.2.2污水处理系统设施设备运转正常，有运行日志与监测的原始记录。
		156.2.3医疗废物处理符合要求，污水处理系统通过环保部门评价，无环保安全事故。
		156.2.4使用后的，未被病人血液、体液、排泄物污染的一次性塑料（玻璃）输液瓶（袋）集中回收处置，签署集中处置协议。能分类收集、转运、暂存，工作人员防护和交接符合要求并有记录。
		156.2.5职能部门定期检查、分析、反馈。
		156.2.6持续改进有成效，医疗废物处置和污水处理均达到要求。
（一百五十七）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。		
		157.1.1有消防安全管理部门，有消防安全管理措施和管理人员岗位职责，科室消防安全职责管理落实到人，每班人员有火灾时的应急分工。

157.1	消防安全管理符合国家相关法律法规和标准。	157.1.2有消防安全管理制度、培训制度和应急预案；开展年度、季节性、专项检查等，每年至少进行一次消防安全重点部门的消防演练，每月至少组织一次消防安全检查，有记录。
		157.1.3消防通道通畅，防火器材（灭火器、消防栓等）完好。重点部门、重要部位防范有监管，有记录。
		157.1.4新员工培训考核有消防安全教育内容，至少每年一次进行全院职工的消防安全教育，包括：报警、初起火灾处理程序和方法，灭火器材使用，自救、互救和逃生，按照预案疏散患者等相关知识。
		157.1.5科室、部门对消防通道、员工消防知识和技能、防火器材等有自查，且责任到人。
		157.1.6职能部门对全院消防安全管理有检查、分析、反馈。
		157.1.7持续改进有成效，所有部门及建筑、通道均符合消防安全要求；全体职工熟悉消防安全常识，掌握基本消防安全技能；演练中存在问题得到改进。
157.2	特种设备管理符合国家相关法律法规和标准。	157.2.1有特种设备管理的相关制度、操作规范和岗位职责。
		157.2.2有专人负责，相关人员持证上岗，有相关操作记录；有培训及三级安全教育卡。
		157.2.3有维护、维修、验收记录。
		157.2.4年检合格，并公示年检标签。
		157.2.5科室对所拥有的特种设备制度落实、维护等有自查。
		157.2.6职能部门对特种设备清单、科室自查和档案资料等管理有检查、分析、反馈。
		157.2.7持续改进有成效，特种设备管理规范，设备完好率100%，无违规使用现象。

157.3	危险品管理符合国家相关法律法规和标准。	157.3.1有危险品安全管理部门、制度和岗位职责，尤其对易燃、易爆、有毒有害物品和放射源等危险品和危险设施实施重点管理。
		157.3.2有完整的危险品采购、使用、消耗等登记资料，账物相符。
		157.3.3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。
		157.3.4作业人员熟悉岗位职责和管理要求，有培训，有资质。
		157.3.5有相应的危险品安全事件处置预案，相关人员熟悉预案及处置程序。
		157.3.6科室、部门对危险品的管理有自查。
		157.3.7职能部门定期进行检查、分析、反馈。
		157.3.8持续改进有成效，无危险品管理违规现象。
(一百五十八) 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。		
158.1	环境卫生符合爱国卫生运动相关要求，环境美化、绿化，道路硬化，做到优美、整洁、舒适。	158.1.1有爱国卫生运动委员会，有指定的部门和人员负责医院环境卫生工作，制订环境卫生工作计划并组织实施。
		158.1.2落实好医院病媒生物防治、健康宣传、厕所环境整治、无烟医院建设等各项重点任务，符合爱国卫生运动委员会要求。
		158.1.3美化、硬化、绿化达到医院环境标准要求。
		158.1.4有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
七、应急管理		
(一百五十九) 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。		
159.1	建立健全医院应急管理组织和应急	159.1.1成立医院应急工作领导小组，院长是医院应急管理的第一负责人，有各部门、各科室负责人在应急工作中的具体职责与任务。

	指挥系统，负责医院应急管理工作的。	159.1.2有医院应急指挥系统，有信息报告和信息发布相关制度。
		159.1.3医院总值班有应急管理的明确职责和流程。
		159.1.4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。
		159.1.5有相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。
		159.1.6职能部门对应急管理有检查与监管，对存在的问题有整改。
		159.1.7有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
(一百六十) 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。		
160.1	开展灾害脆弱性分析，明确医院需要应对的主要突发事件及应对策略。	160.1.1有灾害脆弱性分析报告，依据灾害脆弱性分析结果及排序，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。
		160.1.2明确医院需要应对的主要突发事件策略，主管部门定期进行灾害脆弱性分析、评估。
		160.1.3持续改进有成效，及时完善应急预案和调整应对策略。
(一百六十一) 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。		
161.1	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。	161.1.1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。
		161.1.2各科室（部门）每年至少组织一次系统的应急演练，员工知晓，提高各级、各类人员的应急素质和医院的整体应急能力。
		161.1.3开展各类突发事件的总体预案和专项预案应急演练。

		161.1.4培训考核内容涵盖了本地区、本院需要应对的主要公共突发事件。
		161.1.5相关人员掌握主要应急技能和防灾技能。
		161.1.6职能部门对应急培训和演练有检查与监督，对问题有部署有检查。
		161.1.7有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
161.2	医院有停电事件的应急对策。	161.2.1医院有停电的总体对策，职能部门及重点科室有应急预案，预案有可操作性，员工知晓停电时的对策程序。
		161.2.2明确应急供电范围、实施应急供电的演练，确保MECT室等主要场所应急用电。
		161.2.3供电部门24小时值班制，有完整的交接班记录。有停电及应急处理的完整记录，记录时间精确到分，有处理人员的签名。
		161.2.4对本院备置的应急发电装置与线路要定期进行检查维护和带负荷试验，并有记录。
		161.2.5定期检查接地系统，对MECT室、医技科室大型设备、计算机网络系统等重要部门的接地有常规维护记录。
		161.2.6职能部门定期检查与监管。
		161.2.7有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
(一百六十二) 合理进行应急物资和设备的储备。		
162.1	合理进行应急物资和设备的储备。	162.1.1合理进行应急物资和设备的储备。
		162.1.2有应急物资设备短缺的紧急供应渠道和物资储备目录。
		162.1.3有应急物资和设备的管理制度、审批程序。
		162.1.4对应急物资和设备储备有检查与监管，有使用登记，定期维护，确保有效，检查有记录。
		162.1.5持续改进有成效，应急物资和设备储备管理能够满足医院应急需求。
八、科研教学与图书管理		

<p>(一百六十三) 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。</p>		
163.1	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。	163.1.1 有鼓励全员参与科研工作的制度和办法，有激励科研成果转化的政策，并落实。
		163.1.2 提供适当的经费、条件、设施和人员支持科研工作，设立科研支持基金和鼓励性科研的经费相关资料。
		163.1.3 有专门部门和人员对医务人员参与科研工作进行管理。
		163.1.4 职能部门有检查、分析、反馈。
		163.1.5 持续改进有成效，科研项目数量和科研支持经费与医院发展同步增加。
<p>(一百六十四) 开展药物、医疗器械临床试验应当符合《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》；开展研究者发起的临床研究符合《医疗卫生机构开展临床研究项目管理办法》《医疗卫生机构开展研究者发起的临床研究管理办法（试行）》等相关规定。</p>		
164.1	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。	164.1.1 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》，有开展药物、医疗器械、体外诊断试剂临床试验需有的临床试验机构和专业组PI备案资质，有相关管理制度与流程，并执行。
		164.1.2 开展研究者发起的临床研究应符合《医疗卫生机构开展临床研究项目管理办法》《医疗卫生机构开展研究者发起的临床研究管理办法（试行）》等相关规定。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。
		164.1.3 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，管理规范。
		164.1.4 开展的临床试验及临床研究应按要求在国家医学研究登记备案信息系统及时进行备案。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。

		164.1.5职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
		164.1.6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
<p>(一百六十五) 开展涉及人的生物医学研究应经伦理委员会审查。伦理委员会的人员组成、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》规定。</p>		
165.1	开展涉及人的生物医学研究应经伦理委员会审查。伦理委员会的人员组成、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》规定。	165.1.1医学伦理委员会组织架构合理，有相应的规则制度，其人员组成、日常管理和审查工作符合《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》。
		165.1.2医学伦理委员会承担涉及人的生物医学研究伦理审查工作。
		165.1.3开展涉及人的生物医学研究，应当获得受试者自愿签署的知情同意。
		165.1.4职能部门和伦理委员会对医学研究实施全程监管。
		165.1.5持续改进有成效，无违规行为。
<p>(一百六十六) 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。</p>		
166.1	师资、设施设备符合医学院校教学要求，并取得相应资质认可。	166.1.1承担临床医学教育任务的医院师资、教学管理干部取得相应资质认可并符合有关教育教学标准要求，建立临床教学相关制度并落实。
		166.1.2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。有教育教学规划、资金投入和保障制度，并落实。
		166.1.3承担并完成本科临床教学与实习任务，设备、设施等资源配置、教学档案资料完整并符合要求。
		166.1.4职能部门有检查与监管记录、反馈。
		166.1.5有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。

<p>(一百六十七) 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。</p>		
167. 1	<p>图书馆基本设置和藏书数量能满足临床科研教学需求, 实施支持网上预约、催还、续借和馆际互借, 能提供网络版医学文献数据库检索服务。</p>	167. 1. 1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。
		167. 1. 2图书馆要由专人管理。基本设置和藏书数量能满足临床科研教学需求。
		167. 1. 3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, 可提供网络版医学文献数据库(中文、外文期刊库等)检索服务。
		167. 1. 4有网上图书预约、催还、续借和馆际互借。具有知识库查询检索功能。
		167. 1. 5开展定题检索、课题查新、信息编译和分析研究以及最新文献报道等信息服务工作, 满足临床、教学、科研、管理和员工的文献信息需求。
		167. 1. 6有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。
<p>九、行风与文化建设管理</p>		
<p>(一百六十八) 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。</p>		
168. 1	<p>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</p>	168. 1. 1有医务人员职业道德建设与教育制度, 并落实。
		168. 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。

	<p>，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。</p>	<p>168.1.3医院坚持“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。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。</p>
		<p>168.1.4职能部门有检查与监管。</p>
		<p>168.1.5持续改进有成效，无违法违规违纪案例。</p>
<p>（一百六十九）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。</p>		
<p>169.1</p>	<p>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。</p>	<p>169.1.1医院文化建设纳入医院建设发展规划，有建设方案。</p>
		<p>169.1.2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，有对员工医院价值取向的培训和教育，员工知晓率达到90%。</p>
		<p>169.1.3院内各部门、科室有开展多种形式的医院文化建设活动。</p>
		<p>169.1.4职能部门有检查与监管、反馈。</p>
		<p>169.1.5有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。</p>
<p>（一百七十）执行《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见（试行）》，落实《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》，建立行风建设与管理的组织和制度体系，完善工作机制。</p>		

170.1	医院有负责行风建设与管理的组织体系，有明确的职能主管部门负责行风监管与考核。建立相关制度、奖惩措施。	170.1.1贯彻执行《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见（试行）》，有行风建设与管理组织体系，有专（兼）职人员负责管理与考评，并有与其他职能部门的协调机制。
		170.1.2有行风建设、考评、奖惩和公示等制度，有行风考评方案和量化标准，并落实。
		170.1.3医德考评结果与医务人员的晋职晋级、岗位聘用、评先评优、绩效工资、定期考核等直接挂钩。
		170.1.4有规范的行风考评档案。有多部门共同参与的行风考评及结果共享机制。
		170.1.5职能部门有检查、分析、反馈。
		170.1.6持续改进有成效，改进措施落实到位。
170.2	有制度与相关措施监管和约束医院员工通过职务便利谋取不正当利益，落实《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》。	170.2.1有《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》相关工作规范和相关制度，并落实。
		170.2.2对全体员工，尤其重点部门、重点人员进行廉洁自律及警示教育，有廉洁自律工作的自查。
		170.2.3有重点岗位、重点人员轮岗机制，并落实。
		170.2.4职能部门定期督导检查、分析、反馈，并检查整改落实情况。
		170.2.5有数据、案例、制度或流程等体现改进效果。

附录

医疗服务能力与质量安全监测数据指标说明

第一章 资源配置与运行数据指标

数据来源：

- (1) 重庆市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

一、床位配置

（一）核定床位数

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 张

【指标定义】

即编制床位，由卫生健康行政部门核定的床位数。

【计算公式】

以《医疗机构执业许可证》副本登记的床位数为准。

【指标导向】 监测达标

（二）实际开放床位数

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 张

【指标定义】

实有床位数，指年底固定实有床位数量。

【计算公式】

统计正规床、简易床、监护床、超过半年加床、正在消毒和修理的床位、因扩建或大修而停用的床位数。不包括产科新生儿床、接产室待产床、库存床、观

察床、临时加床和病人陪侍床。

【指标导向】 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

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 比值 (X:1)

【指标定义】

医院卫生技术人员数与同期全院实际开放床位数之比。

【计算公式】

卫生技术人员数与开放床位数比=（医院卫生技术人员/同期医院实际开放床位数）：1

【指标导向】 监测达标

（二）全院护士人数与开放床位数比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 1:X

【指标定义】

即医疗机构床护比，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。

【计算公式】

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）

【指标导向】 监测达标

【指标说明】

（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。包含：临床护理岗位护士、护理管理岗位护士、其他护理岗位护士、护理岗位的返聘护士、护理岗位的休假（含病产假）护士。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。

（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。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 $\geq$ 统计周期1/2的床位数。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。

（三）医院感染管理专职人员数与开放床位数比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 比值（X:1）

【指标定义】

医院感染管理专职人员数与同期全院实际开放床位数之比。

【计算公式】

医院感染管理专职人员数与开放床位数比=（医院感染管理专职人员数/同期医院实际开放床位数）：1

【指标导向】 监测比较

（四）药学专业技术人员占比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

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。

【计算公式】

药学专业技术人员占比=药学专业技术人员数/同期医疗机构卫生专业技术人员总数×100%

【指标导向】 监测比较

（五）病区护士人数与开放床位数比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 1:X

【指标定义】

即病区床护比，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。

【计算公式】

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）

【指标导向】 监测比较

【指标说明】

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）。

（六）心理与康复人员的床占比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 比值（X:1）

【指标定义】

单位时间内，心理与康复相关人员（专/兼职心理治疗师+心理咨询师+康复医师+康复医学治疗技师+社会工作师）数量与医院同期实际开放床位数之比

【计算公式】

心理与康复人员的床占比=（专/兼职心理治疗师+心理咨询师+康复医师+康复医学治疗技师+社会工作师）数量/同期实际开放床位数：1

【指标导向】 监测比较

【指标说明】

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）。

三、相关科室资源配置

（一）精神科

1. 精神科医师人数与精神科开放床位数比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 比值（X:1）

【指标定义】

精神科医师人数与同期精神科实际开放床位数之比。

【计算公式】

精神科医师人数与精神科开放床位数比=医院注册的固定在精神科在岗医师数/同期精神科实际开放床位数：1

【指标导向】 监测比较

2. 精神科高级职称医师人数与精神科病区数比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 比值（X:1）

【指标定义】

精神科高级职称医师人数与精神科病区数之比。

【计算公式】

精神科高级职称医师人数与精神科病区数比=医院注册的固定在精神科在岗高级职称医师数/同期医院设置的精神科病区数：1

【指标导向】 监测比较

3. 精神科高级职称护理人数与精神科开放床位数比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 比值 (X:1)

【指标定义】

精神科高级职称护理人数与精神科实际开放床位数之比。

【计算公式】

精神科高级职称护理人数与精神科开放床位数比=医院注册的精神科在岗高级职称护理人数/同期精神科实际开放床位数：1

【指标导向】 监测比较

(二) 急性（短期）住院管理

1. 固定医师人数与急性（短期）住院床位数比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 比值 (X:1)

【指标定义】

急性（短期）住院相关科室医师人数与同期急性（短期）住院相关科室实际开放床位数之比。

【计算公式】

固定医师人数占急性（短期）住院床位数=[医院注册的急性（短期）住院相关科室医师人数/同期急性（短期）住院相关科室实际开放床位数]：1

【指标导向】 监测比较

2. 固定护士人数与急性（短期）住院床位数比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 比值 (X:1)

【指标定义】

急性（短期）住院相关科室护士人数与同期急性（短期）住院相关科室实际开放床位数之比。

【计算公式】

固定护士人数占急性（短期）住院床位数比=[医院注册的急性（短期）住院相关科室护士人数/同期急性（短期）住院相关科室实际开放床位数]：1

【指标导向】 监测比较

3. 急性（短期）住院床位数占医院床位总数的比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

急性（短期）住院床位数占同期医院开放床位数的比例。

【计算公式】

急性（短期）住院床位数占医院开放床位数的比例=急性（短期）住院床位数/同期医院开放床位数×100%

【指标导向】 监测达标

（三）儿童青少年精神科

1. 儿童青少年精神科开放床位数占医院开放床位数的比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

儿童青少年精神科开放床位数占同期医院开放床位数的比例。

【计算公式】

儿童青少年精神科开放床位数占医院开放床位数的比例=儿童青少年精神科开放床位数/同期医院开放床位数×100%

【指标导向】 监测比较

2. 儿童青少年精神科医师人数与儿童青少年精神科开放床位数比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 比值（X:1）

【指标定义】

儿童青少年精神科医师人数与同期儿童青少年精神科实际开放床位数之比。

【计算公式】

儿童青少年精神科医师人数与儿童青少年精神科开放床位数比=（医院儿童青少年精神科在岗医师数/同期儿童青少年精神科实际开放床位数）：1

【指标导向】 监测比较

3. 儿童青少年精神科护士人数与儿童青少年精神科开放床位数比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 比值（X:1）

【指标定义】

儿童青少年精神科医师护士人数与同期儿童青少年精神科实际开放床位数之比。

【计算公式】

儿童青少年精神科护士人数与儿童青少年精神科开放床位数比=（医院儿童青少年精神科在岗护士人数/同期儿童青少年精神科实际开放床位数）：1

【指标导向】 监测比较

（四）老年精神科

1. 老年精神科开放床位数占医院开放床位数的比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

老年精神科开放床位数占同期医院开放床位数的比例。

【计算公式】

老年精神科开放床位数占医院开放床位数的比例=老年精神科开放床位数/同期医院开放床位数×100%

【指标导向】 监测比较

2. 老年精神科医师人数与老年精神科开放床位数比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 比值（X:1）

【指标定义】

老年精神科医师人数与同期老年精神科实际开放床位数之比。

【计算公式】

老年精神科医师人数与老年精神科开放床位数比=（医院注册的老年精神科的在岗医师数/同期老年精神科实际开放床位数）：1

【指标导向】 监测比较

3. 康复医学科技师人数与老年精神科开放床位数比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 比值（X:1）

【指标定义】

医院康复医学科技师医师人数与同期老年精神科实际开放床位数之比。

【计算公式】

康复医学科技师医师人数与同期医院开放床位数比=（医院康复医学科的在岗技师数/同期老年精神科实际开放床位数）：1

【指标导向】 监测比较

4. 老年精神科护士人数与老年精神科开放床位数比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 比值（X:1）

【指标定义】

医院老年精神科护士人数与同期老年精神科实际开放床位数之比。

【计算公式】

老年精神科护士人数与老年精神科开放床位数比=（医院老年精神科的在岗护士人数/同期老年精神科实际开放床位数）：1

【指标导向】 监测比较

（五）成瘾医学科

1. 成瘾医学科开放床位数占医院开放床位数的比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

成瘾医学科开放床位数占同期医院开放床位数的比例。

【计算公式】

成瘾医学科开放床位数占医院开放床位数的比例=成瘾医学科开放床位数/同期
医院开放床位数×100%

【指标导向】 监测比较

2. 成瘾医学科医师人数与成瘾医学科开放床位数比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 比值 (X:1)

【指标定义】

成瘾医学科医师人数与同期成瘾医学科实际开放床位数比。

【计算公式】

成瘾医学科医师人数与成瘾医学科开放床位数比=（成瘾医学科在岗医师数/同
期成瘾医学科实际开放床位数）：1

【指标导向】 监测比较

3. 成瘾医学科护士人数与成瘾医学科开放床位数比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 比值 (X:1)

【指标定义】

成瘾医学科护士人数与同期成瘾医学科实际开放床位数之比。

【计算公式】

成瘾医学科护士人数与成瘾医学科开放床位数比=（医院成瘾医学科在岗护士人
数/同期成瘾医学科实际开放床位数）：1

【指标导向】 监测比较

（六）临床心理科

1. 临床心理科开放床位数占医院开放床位数的比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

临床心理科开放床位数占同期医院开放床位数的比例。

【计算公式】

临床心理科开放床位数占医院开放床位数的比例=临床心理科开放床位数/同期
医院开放床位数×100%

【指标导向】监测比较

2. 临床心理科医师人数与临床心理科开放床位数比

【指标属性】定量指标

【计量单位】比值（X:1）

【指标定义】

临床心理科医师人数与同期临床心理科实际开放床位数比。

【计算公式】

临床心理科医师人数与临床心理科开放床位数比=（临床心理科在岗医师数/同
期临床心理科实际开放床位数）：1

【指标导向】监测比较

3. 临床心理科护士人数与临床心理科开放床位数比

【指标属性】定量指标

【计量单位】比值（X:1）

【指标定义】

临床心理科护士人数与同期临床心理科实际开放床位数之比。

【计算公式】

临床心理科护士人数与临床心理科开放床位数比=（医院临床心理科在岗护士人
数/同期临床心理科实际开放床位数）：1

【指标导向】监测比较

四、运行指标

（一）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

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

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。

【计算公式】

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%

【指标导向】 逐步提高

（二）开放床位使用率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

反映每天使用床位与实有床位的比率，即实际占用的总床日数与实际开放的总床日数之比。

【计算公式】

开放床位使用率=实际占用的总床日数/同期实际开放的总床日数×100%

【指标导向】 监测比较

（三）人员支出占业务支出的比重

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

年度人员经费占医疗活动费用的比例。

【计算公式】

人员支出占业务支出的比重=人员经费/同期医疗活动费用×100%

【指标导向】 逐步提高

五、科研指标

（一）每百名卫生技术人员科研项目经费

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 元

【指标定义】

年度每百名卫生技术人员立项的科研经费总金额。

【计算公式】

每百名卫生技术人员科研项目经费=（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

【指标导向】 逐步提高

(二) 主持或参加多中心研究项目个数

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 个

【指标定义】

单位时间内, 主持或参加多中心国家级研究项目个数。

【计算公式】

主持或参加多中心研究项目个数

【指标导向】 监测比较

(三) 每百张开放床位 SCI 收录论文数

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 篇

【指标定义】

年度每百张开放床位 SCI 收录论文数。

【计算公式】

每百张开放床位 SCI 收录论文数 = (SCI 收录论文数 / 开放床位) × 100

【指标导向】 逐步提高

(四) 每百名卫生技术人员实用新型专利数量

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 项

【指标定义】

年度每百名卫生技术人员实用新型专利数。

【计算公式】

每百名卫生技术人员实用新型专利数量 = (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

【指标导向】 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) 重庆市卫生健康统计信息网络直报系统
- (5) 医院填报

一、医疗服务能力

(一) 收治精神科病种数量 (ICD-10F00-F99 四位亚目数量)

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 个

【指标定义】

医院收治病种 (ICD-10F00-F99 四位亚目数量) 数量。

【计算公式】

根据 ICD-10F00-F99 四位亚目, 从病案首页中统计主要诊断数量。

【指标导向】 监测比较

(二) 心理测量室心测人员数与测量室年检测患者人数比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 万分比 (‰)

【指标定义】

心理测量室心测人员数与测量室年检测患者人数比

【计算公式】

心理测量室心测人员数与测量室年检测患者人数比=心理测量室固定在岗心测人员数/心理测量室年检测患者人数×10000‰

【指标导向】 监测比较

(三) 开展心理测量种类

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 个

【指标定义】

精神专科医疗机构开展心理测量种类（包括智力、情绪、人格、行为、家庭、婚姻、睡眠、应激等种类）

【计算公式】

心理测量种类（包括智力、情绪、人格、行为、家庭、婚姻、睡眠、应激等种类）

【指标导向】 监测比较

（四）精神科病区心理测量终端拥有率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

精神科病区拥有心理测量终端的比例。

【计算公式】

精神科病区心理测量终端拥有率=精神科病区心理测量终端数/精神科病区数×100%

【指标导向】 监测比较

（五）DRG-DRGs 组数

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 组

【指标定义】

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；与公立医院绩效考核一致。

【计算公式】

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。

【指标导向】 监测比较

（六）DRG-CMI

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 无

【指标定义】

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；与公立医院绩效考核一致。

【计算公式】

参照 DRG 评价标准计算公式。

【指标导向】 逐步提高

（七）DRG 时间消耗指数

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 无

【指标定义】

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。

【计算公式】

参照 DRG 评价标准计算公式。

【指标导向】 逐步降低

（八）DRG 费用消耗指数

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 无

【指标定义】

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；与公立医院绩效考核一致。

【计算公式】

参照 DRG 评价标准计算公式。

【指标导向】 逐步降低

二、医院质量指标

（一）医疗质量安全不良事件报告率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

医疗质量安全不良事件报告率包括床均医疗质量安全不良事件报告率和每百名

出院人次医疗质量安全不良事件报告率。

【计算公式】

(1) 床均医疗质量安全不良事件报告率=医疗质量安全不良事件报告例数/同期开放床位数×100%

(2) 每百名出院人次医疗质量安全不良事件报告率=医疗质量安全不良事件报告例数/(同期出院患者人次/100)×100%

【指标导向】 监测比价

(二) 住院患者静脉输液规范使用率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

住院患者规范使用静脉输液占同期出院人次数比例。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。

【计算公式】

住院患者静脉输液规范使用率=住院患者规范使用静脉输液人数/同期出院人次数×100%

【指标导向】 逐步提高

(三) 静脉血栓栓塞症规范预防率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

接受VTE风险评估的出院患者人次与同期出院患者人次的比例；实施VTE规范预防措施的出院患者人次与同期VTE风险评估为高危和(或)中危出院患者人次的比例。

【计算公式】

(1) VTE风险评估率=接受VTE风险评估的出院患者人次/同期出院患者人次×100%

(2) 采取VTE恰当预防措施比率=采取VTE恰当预防措施的出院患者总例数

/VTE 风险评估为高危和或中危的出院患者人次 $\times$ 100%

【指标导向】 逐步提高

(四) 患者住院总死亡率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

住院总死亡患者人数占同期出院患者总人次的比例。

【计算公式】

住院总死亡率=住院总死亡患者人数/同期出院患者人数 $\times$ 100%

【指标导向】 逐步降低

(五) 住院患者出院后 0-31 天非预期再住院率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

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。

【计算公式】

住院患者出院后 0-31 天非预期再住院率=住院患者出院后 0-31 天非预期再住院人数/同期出院患者总人次 (死亡患者除外) $\times$ 100%

【指标导向】 逐步降低

(六) DRGs 低风险组患者住院死亡率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

年度运用 DRGs 分组器测算产生低风险组病例, 其死亡率是指该组死亡的病例数占低风险组全部病例数的比例。

【计算公式】

DRGs 低风险组死亡率=DRG 低风险组死亡例数/DRG 低风险组总病例数 $\times$ 100%

【指标导向】 逐步降低

三、医疗安全指标（年度医院获得性指标）

（一）住院患者自伤发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

出院患者在住院期间自伤发生例数；以及出院患者在住院期间发生自伤人数占同期出院患者总人数的比例。

【计算公式】

住院患者自伤发生率=出院患者在住院期间发生自伤的患者人数/同期出院患者总人数×100%

【指标导向】逐步降低

（二）住院患者自杀发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

出院患者在住院期间自杀发生例数；出院患者在住院期间发生自杀人数占同期出院患者总人数的比例。

【计算公式】

住院患者自杀发生率=出院患者在住院期间发生自杀的患者人数/同期出院患者总人数×100%

【指标导向】逐步降低

（三）住院患者伤人、毁物发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

出院患者在住院期间伤人、毁物发生例数；出院患者在住院期间发生伤人、毁物人数占同期出院患者总人数的比例。

【计算公式】

住院患者伤人毁物发生率=出院患者在住院期间发生伤人毁物的患者人数/同期

出院患者总人数×100%

【指标导向】逐步降低

(四) 住院患者擅自离院发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】

出院患者在住院期间擅自离院发生例数；出院患者在住院期间发生擅自离开医院患者人数占同期出院患者总人数的比例。

【计算公式】

住院患者擅自离院率=出院患者在住院期间发生擅自离开医院患者人数/同期出院患者总人数×100%

【指标导向】逐步降低

(五) 住院患者烫伤发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】

出院患者在住院期间烫伤发生例数；出院患者在住院期间发生烫伤的患者人数占同期出院患者总人次数的比例。

【计算公式】

住院患者烫伤发生率=出院患者在住院期间发生烫伤的患者人数/同期出院患者总人次×100%

【指标导向】逐步降低

(六) 住院患者噎食发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】

出院患者在住院期间噎食发生例数；出院患者在住院期间发生噎食窒息的患者人数占同期出院患者总人次数的比例。

【计算公式】

住院患者噎食发生率=出院患者在住院期间发生噎食窒息的患者人数/同期出院患者总入次数×100%

【指标导向】逐步降低

(七) 2期及以上院内压力性损伤发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】

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。

【计算公式】

2 期及以上院内压力性损伤发生率=2 期及以上院内压力性损伤新发病例数/同期出院患者人次×100%

【指标导向】逐步降低

(八) 输注反应发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】

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的出院患者人次的比例。

【计算公式】

输注反应发生率=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%

【指标导向】逐步降低

(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

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】

ICD-10 编码: S32.1 至 S32.5, S32.7, S32.8, S71.8, S72.0 的出院患者医院

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。

【计算公式】

住院患者医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生率=（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/坠床发生人次×100%

【指标导向】逐步降低

（十）临床用药所致的有害效应（不良事件）发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

住院患者中抗肿瘤药物（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）、心血管系统用药（Y52.0 至 Y52.9 的出院患者）有害效应发生例数；以及住院患者中抗肿瘤药物、抗凝剂心血管系统用药有害效应发生例数占同期出院患者人次。

【计算公式】

临床用药所致的有害效应（不良事件）发生率=临床用药所致的有害效应（不良事件）发生例数/同期出院患者人次×100%

【指标导向】逐步降低

（十一）住院患者用药错误发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

出院患者在住院期间用药错误发生例数；出院患者在住院期间发生用药错误的患者人数占同期出院患者总人次数的比例。

【计算公式】

住院患者用药错误发生率=出院患者在住院期间发生用药错误的患者人数/同期出院患者总人次×100%

【指标导向】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) 国家公立医院绩效考核管理平台
- (3) 全国医院质量监测系统 (HQMS)
- (4) 重庆市卫生健康统计信息网络直报系统
- (5) 省级以上临床检验质控中心质控平台
- (6) 医院填报

一、急诊专业医疗质量控制指标

(一) 心脏骤停复苏成功率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

复苏成功的心脏骤停患者人数占同期行 CPR 的心脏骤停患者总人数的比例。

【计算公式】

心脏骤停复苏成功率=复苏成功的院内心脏骤停患者人数/同期行 CPR 的院前心脏骤停患者总人数×100%

【指标导向】 逐步提高

【指标说明】

1. 本指标中复苏成功指胸外按压停止后自主循环 (或 ECMO 支持下循环) 维持 20min 及以上。同一患者单次就诊期间行多次心肺复苏术, 有一次成功即视为成功。
2. 本指标中院内心脏骤停是指单次病程中心脏骤停事件首发于医院内, 心脏骤停首次发生于其他地点则视为院前心脏骤停。
3. 抢救过程中患者家属 (或委托人) 要求不再进行心肺复苏者, 不纳入统计。

(二) 抢救室滞留时间中位数

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 小时

【指标定义】

将患者从进入抢救室到离开抢救室（不包括死亡患者）的时间由长到短排序后取其中位数。

【计算公式】

(1) 抢救室滞留时间中位数= $X(n+1)/2$, n 为奇数

(2) 抢救室滞留时间中位数= $(X_{n/2}+X_{n/2+1})/2$, n 为偶数

注：n 为急诊抢救室患者数，X 为抢救室滞留时间。

【指标导向】逐步降低

二、临床检验专业医疗质量控制指标

(一) 标本类型错误率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

类型不符合要求的标本数占同期标本总数的比例。

【计算公式】

标本类型错误率=类型不符合要求的标本数/同期标本总数×100%

【指标导向】逐步降低

(二) 标本容器错误率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

采集容器不符合要求的标本数占同期标本总数的比例。

【计算公式】

标本容器错误率=采集容器不符合要求的标本数/同期标本总数×100%

【指标导向】逐步降低

(三) 标本采集量错误率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

采集量不符合要求的标本数占同期标本总数的比例。

【计算公式】

标本采集量错误率=采集量不符合要求的标本数/同期标本总数×100%

【指标导向】逐步降低

(四) 血培养污染率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】

污染的血培养标本数占同期血培养标本总数的比例。

【计算公式】

血培养污染率=污染的血培养标本数/同期血培养标本总数×100%

【指标导向】逐步降低

(五) 抗凝标本凝集率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】

凝集的标本数占同期需抗凝的标本总数的比例。

【计算公式】

抗凝标本凝集率=凝集的标本数/同期需抗凝的标本总数×100%

【指标导向】逐步降低

(六) 室内质控项目开展率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】

开展室内质控的检验项目数占同期检验项目总数的比例。

【计算公式】

室内质控项目开展率=开展室内质控的检验项目数/同期检验项目总数×100%

【指标导向】逐步提高

（七）室内质控项目变异系数不合格率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

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。

【计算公式】

室内质控项目变异系数不合格率=室内质控项目变异系数高于要求的检验项目数/同期对室内质控项目变异系数有要求的检验项目总数×100%

【指标导向】逐步降低

（八）室间质评项目参加率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

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。

【计算公式】

室间质评项目参加率=参加室间质评的检验项目数/同期特定机构已开展的室间质评项目总数×100%

【指标导向】逐步提高

（九）室间质评项目不合格率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

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。

【计算公式】

室间质评项目不合格率=室间质评不合格的检验项目数/同期参加室间质评检验项目总数×100%

【指标导向】逐步降低

(十) 实验室间比对率(用于无室间质评计划检验项目)

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比(%)

【指标定义】

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。

【计算公式】

实验室间比对率=执行实验室间比对的检验项目数/同期无室间质评计划检验项目总数×100%

【指标导向】 逐步提高

(十一) 检验报告不正确率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比(%)

【指标定义】

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。

【计算公式】

检验报告不正确率=实验室发出的不正确检验报告数/同期检验报告总数×100%

【指标导向】 逐步降低

(十二) 危急值通报率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比(%)

【指标定义】

危急值是指除外检查仪器或试剂等技术原因出现的表明患者可能正处于生命危险的边缘状态,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。

【计算公式】

危急值通报率=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×100%

【指标导向】 逐步提高

(十三) 危急值通报及时率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

危急值通报时间（从结果确认到与临床医生交流的时间）符合规定时间的检验项目数占同期需要危急值通报的检验项目总数的比例。

【计算公式】

危急值通报及时率=符合规定时间的检验项目数/同期需要危急值通报的检验项目总数×100%

【指标导向】 逐步提高

(十四) 临床 POCT 项目室间质评参与率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

临床科室参加室间质评的 POCT 检验项目数占同期特定机构（国家、省级等）已开展的 POCT 室间质评项目总数的比例。

【计算公式】

临床 POCT 项目室间质评参与率=临床科室参加室间质评的 POCT 检验项目数/同期特定机构已开展的 POCT 室间质评项目总数×100%

【指标导向】 监测达标

(十五) 临床 POCT 项目室间质评合格率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

临床科室 POCT 检验项目参加室间质评的合格项目数占同期参加 POCT 室间质评项目总数的比例。

【计算公式】

临床 POCT 项目室间质评合格率=参加室间质评合格的 POCT 检验项目数/同期参

加室间质评 POCT 检验项目总数×100%

【指标导向】监测达标

三、医院感染管理医疗质量控制指标

（一）千日医院感染例次发病率

【指标属性】定量指标

【计量单位】千分比（‰）

【指标定义】

每 1000 个患者住院日中新发生医院感染的频次。

【计算公式】

千日医院感染例次发病率=医院感染新发病例例次数/同期住院患者累计住院天数×1000‰

【指标导向】逐步降低

【指标说明】

1. 本指标中医院感染指住院患者在医院内获得的感染，包括在住院期间发生的感染和在医院内获得出院后发生的感染，不包括入院前已开始或者入院时已处于潜伏期的感染。
2. 本指标中新发病例是指统计周期内发生的医院感染病例。
3. 患者住院期间发生多次医院感染，计为多个例次。

（二）医院感染现患（例次）率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

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。

【计算公式】

医院感染现患（例次）率=确定时段或时点医院住院患者中医院感染患者（例次）数/同期住院患者总数×100%

【指标导向】逐步降低

（三）医院感染病例漏报率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

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。

【计算公式】

医院感染病例漏报率=应当报告而未报告的医院感染病例数/同期应报告医院感染病例总数×100%

【指标导向】 逐步降低

（四）千日特定多重耐药菌医院感染例次发病率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 千分比（‰）

【指标定义】

每 1000 个患者住院日中新发生特定多重耐药菌医院感染的频次。

【计算公式】

千日特定多重耐药菌医院感染例次发病率=特定多重耐药菌医院感染新发病例例次数/同期住院患者累计住院天数×1000‰

【指标导向】 监测比较

【指标说明】

1. 本指标中特定多重耐药菌是指耐甲氧西林金黄色葡萄球菌（MRSA）、耐万古霉素肠球菌（仅指屎肠球菌、粪肠球菌，VRE）、耐碳青霉烯类肺炎克雷伯菌（CRKP）、耐碳青霉烯类大肠埃希菌（CREC）、耐碳青霉烯类铜绿假单胞菌（CRPA）、耐碳青霉烯类鲍曼不动杆菌（CRAB）。可分别统计其千日医院感染例次发病率。
2. 患者同一次住院期间同一感染部位重复检出同一菌株，计为 1 个例次。

（五）医务人员手卫生依从率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

医务人员实际执行手卫生时机数占同期应执行手卫生时机数的比例。

【计算公式】

医务人员手卫生依从率=医务人员实施执行手卫生时机数/医务人员同期应执行手卫生时机数×100%

【指标导向】 逐步提高

【指标说明】

手卫生执行标准及依从性监测方法参照《医务人员手卫生规范》(WS/T313—2019)。

(六) 住院患者抗菌药物治疗前病原学送检率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

住院患者使用抗菌药物治疗前病原学送检病例数占同期使用抗菌药物治疗病例总数的比例。检验项目包括：细菌培养、真菌培养、降钙素原检测、白介素-6检测、真菌 1-3-β-D 葡聚糖检测 (G 试验) 等。

【计算公式】

住院患者抗菌药物治疗前病原学送检率=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%

【指标导向】 逐步提高

(七) 血管内导管相关血流感染发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 例/千导管日

【指标定义】

使用血管内导管住院患者中新发血管内导管相关血流感染的发病频率。

【计算公式】

血管内导管相关血流感染发生率=血管内导管相关血流感染发生例次数/同期患者使用血管内导管留置总天数×1000%

【指标导向】 逐步降低

(八) 导尿管相关泌尿系感染发病率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 例/千导尿管日

【指标定义】

每 1000 个导尿管使用天数中新发生相关尿路感染的频次。

【计算公式】

导尿管相关泌尿系感染发病率=相关尿路感染新发病病例次数/同期住院患者导尿管累计使用天数×1000%

【指标导向】逐步降低

【指标说明】本指标中相关尿路感染是指住院患者在留置导尿管期间或拔除导尿管 48 小时内发生的尿路感染。

四、精神专业医疗质量控制指标

(一) 入院风险评估率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比 (%)

【指标定义】

住院患者入院前各种风险（自伤、自杀、冲动；自愿入院、非自愿入院）评估人数占同期入院患者总人次数的比例。

【计算公式】

入院风险评估率=入院时完成相应评估的患者数/同期入院患者总入次数×100%

【指标导向】逐步提高

(二) 住院期间实施约束措施比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比 (%)

【指标定义】

出院患者在住院期间被保护性约束或隔离的人数占同期出院患者总人次数的比例。

【计算公式】

住院期间实施约束措施比例=出院患者在住院期间被保护性约束或隔离的人数/同期出院患者总入次数×100%

【指标导向】监测比较

(三) 住院患者精神康复率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

出院患者住院期间接受精神康复治疗的人次数占出院患者总人次数的比例。

【计算公式】

住院患者精神康复率=出院患者住院期间接受精神康复治疗人数/同期出院患者总人次数×100%

【指标导向】 逐步提高

（四）精神专科住院患者非精神专科会诊率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

精神专科住院患者非精神专科会诊人数占精神专科住院患者人数比例。

【计算公式】

精神专科住院患者非精神专科会诊率=精神专科住院患者非精神专科会诊人数/精神专科住院患者出院人数×100%

【指标导向】 监测比较

（五）精神科患者住院期间合并躯体疾病率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

精神科患者住院期间合并躯体疾病人数占精神科住院患者出院人数的比例。

【计算公式】

精神科患者住院期间合并躯体疾病率=精神科患者住院期间合并躯体疾病人数/精神科住院患者出院人数×100%

【指标导向】 监测比较

（六）出院前社会功能评估率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

出院前完成社会功能评估的人数占同期出院患者总人次数的比例。

【计算公式】

出院前社会功能评估率=出院前完成社会功能评估的人数/同期出院患者总人数×100%

【指标导向】 逐步提高

(七) 出院后持续服务率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

出院患者随访，制定服务计划并实施服务人数占同期出院患者总人次数的比例。

【计算公式】

出院后持续服务率=出院患者随访、制定服务计划并实施服务人数/同期出院患者总人数×100%

【指标导向】 逐步提高

(八) 精神专科重点疾病

1. 精神分裂症

(1) 精神分裂症患者住院期间 MECT 治疗率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

出院精神分裂症患者住院期间接受 MECT 治疗的人数占同期出院精神分裂症患者总人次数的比例。

【计算公式】

精神分裂症患者住院期间 MECT 治疗率=出院精神分裂症患者住院期间接受 MECT 治疗人数/同期出院精神分裂症患者总人数×100%

【指标导向】 监测比较

(2) 出院精神分裂症患者 3 种及以上抗精神病药物联合使用率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

出院精神分裂症患者联合使用 3 种及以上抗精神病药的患者数占同期出院精神分裂症患者总人次数的比例。

【计算公式】

出院精神分裂症患者 3 种及以上抗精神病药物联合使用率=出院精神分裂症患者联合使用 3 种及以上抗精神病的患者数/同期出院精神分裂症患者总人次次数×100%

【指标导向】 监测比较

2. 双相情感障碍

(1) 双相情感障碍患者住院期间 MECT 治疗率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

出院双相情感障碍患者住院期间接受 MECT 治疗的人数占同期出院双相情感障碍患者总人次数的比例。

【计算公式】

双相情感障碍患者住院期间 MECT 治疗率=出院双相情感障碍患者住院期间接受 MECT 治疗人数/同期出院双相情感障碍患者总人次次数×100%

【指标导向】 监测比较

(2) 出院双相情感障碍患者 3 种及以上抗精神病药物或心境稳定剂联合使用率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

出院双相情感障碍患者联合使用 3 种及以上抗精神病药物或心境稳定剂的患者数占同期出院双相情感障碍患者总人次数的比例。

【计算公式】

出院双相情感障碍患者 3 种及以上抗精神病药物或心境稳定剂联合使用率=出院双相情感障碍患者联合使用 3 种及以上抗精神病药物或心境稳定剂的患者数/同

期出院双相情感障碍患者总入次数×100%

【指标导向】监测比较

3. 抑郁障碍

(1) 抑郁障碍患者住院期间 MECT 治疗率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比 (%)

【指标定义】

出院抑郁障碍患者住院期间接受 MECT 治疗的人数占同期出院抑郁障碍患者总入次数的比例。

【计算公式】

抑郁障碍患者住院期间 MECT 治疗率=出院抑郁障碍患者住院期间接受 MECT 治疗人数/同期出院抑郁障碍患者总入次数×100%

【指标导向】监测比较

(2) 出院抑郁障碍患者 3 种及以上抗抑郁药物联合使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比 (%)

【指标定义】

出院抑郁障碍患者联合使用 3 种及以上抗抑郁药的患者数占同期出院抑郁障碍患者总入次数的比例。

【计算公式】

出院抑郁障碍患者 3 种及以上抗抑郁药物联合使用率=出院抑郁障碍患者联合使用 3 种及以上抗抑郁药的患者数/同期出院抑郁障碍患者总入次数×100%

【指标导向】监测比较

4. 睡眠障碍

(1) 睡眠障碍患者多导睡眠监测率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比 (%)

【指标定义】

单位时间内，睡眠障碍患者进行多导睡眠监测的人数占同期睡眠障碍患者总入

数的比例。

【计算公式】

睡眠障碍患者多导睡眠监测率=睡眠障碍患者进行多导睡眠监测的人数/同期睡眠障碍患者总入次数×100%

【指标导向】 监测比较

(2) 睡眠障碍患者睡眠质量检查率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比(%)

【指标定义】

单位时间内,睡眠障碍患者进行睡眠质量(阿森斯失眠量表或匹兹堡睡眠质量指数量表)检查人数占同期睡眠障碍患者总人数的比例。

【计算公式】

睡眠障碍患者进行睡眠质量(阿森斯失眠量表或匹兹堡睡眠质量指数量表)检查人数/同期睡眠障碍患者入次数×100%

【指标导向】 监测比较

(3) 出院睡眠障碍患者3种及以上镇静催眠药联合使用率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比(%)

【指标定义】

出院睡眠障碍患者使用3种及以上镇静催眠药的患者数占同期出院睡眠障碍患者总入次数的比例。

【计算公式】

出院睡眠障碍患者3种及以上镇静催眠药联合使用率=出院睡眠障碍患者联合使用3种及以上镇静催眠药的患者数/同期出院睡眠障碍患者总入次数×100%

【指标导向】 监测比较

(九) 精神专科住院患者合并躯体疾病的治疗指标

1. 慢阻肺急性加重患者住院期间行动脉血气分析比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比(%)

【指标定义】

单位时间内，住院期间至少进行一次动脉血气分析的慢阻肺急性加重患者数占同期住院慢阻肺急性加重患者总数的比例。

【计算公式】

慢阻肺急性加重患者住院期间行动脉血气分析比例=住院期间行动脉血气分析慢阻肺急性加重患者数/同期住院慢阻肺急性加重患者总数×100%

【指标导向】 逐步提高

2. 慢阻肺急性加重患者住院期间胸部影像学检查比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，住院期间行胸部影像学检查（X线/CT）的慢阻肺急性加重患者数占同期住院慢阻肺患者总数的比例。

【计算公式】

慢阻肺急性加重患者住院期间胸部影像学检查比例=住院期间行胸部影像学检查慢阻肺急性加重患者数/同期住院慢阻肺急性加重患者总数×100%

【指标导向】 逐步提高

3. 心力衰竭患者住院期间利钠肽检测率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，住院期间进行利钠肽检测的心力衰竭患者数，占同期心力衰竭患者总数的比例。

【计算公式】

心力衰竭患者住院期间内利钠肽检测率=进行利钠肽检测的心力衰竭患者数/同期心力衰竭患者总数×100%

【指标导向】 逐步提高

【指标说明】 利钠肽检测包括N末端B型利钠肽原（NT-proBNP）和B型利钠肽（BNP）。

4. 心力衰竭患者住院期间心脏功能评估率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】单位时间内，住院期间进行超声心动图检查的心力衰竭患者数，占同期心力衰竭患者总数的比例。

【计算公式】

心力衰竭患者住院期间心脏功能评估率=住院期间进行超声心动图检查的心力衰竭患者数/同期心力衰竭患者总数×100%

【指标导向】逐步提高

5. 高血压患者动态血压监测率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，住院期间接受动态血压监测的高血压患者数，占同期高血压住院患者总数的比例。

【计算公式】

动态血压监测率=住院期间接受动态血压监测的高血压患者数/同期高血压住院患者总数×100%

【指标导向】逐步提高

【指标说明】动态血压监测是指通过自动血压测量仪器监测血压水平。

五、护理专业医疗质量控制指标

（一）开放床位数与精神专科护士比

【指标属性】定量指标

【计量单位】1:X

【指标定义】

单位时间内，实际开放床位与精神专科护士人数的比。

【计算公式】

开放床位数与精神专科护士比=1:（精神专科护士人数/同期实际开放床位数）

【指标导向】监测比较

（二）不同级别护士配置占比

1. 病区5年以下护士占比

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

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。

【计算公式】

病区5年以下护士占比=病区工作年限<5年的护士总数/同期病区执业护士总人数×100%

【指标导向】 监测比较

【指标说明】

(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）护士。

2. 病区20年及以上护士占比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

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。

【计算公式】

病区20年以下护士占比=病区工作年限≥20年的护士总数/同期病区执业护士总人数×100%

【指标导向】 监测比较

【指标说明】

(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）护士。

（三）每住院患者 24 小时平均护理时数

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 小时/床日

【指标定义】

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。

【计算公式】

每住院患者 24 小时平均护理时数=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

【指标导向】 监测比较

（四）护理级别占比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，医疗机构某级别护理患者占用床日数与住院患者实际占用床日数的百分比。

【计算公式】

（1）特级护理占比=特级护理患者占用床日数/住院患者实际占用床日数×100%

（2）一级护理占比=一级护理患者占用床日数/住院患者实际占用床日数×100%

（3）二级护理占比=二级护理患者占用床日数/住院患者实际占用床日数×100%

（4）三级护理占比=三级护理患者占用床日数/住院患者实际占用床日数×100%

【指标导向】 监测比较

（五）住院患者身体约束率

1. 住院患者身体约束率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，住院患者身体约束日数与住院患者实际占用床日数的比例。

【计算公式】

住院患者身体约束率=住院患者身体约束日数/同期住院患者实际占用床日数

×100%

【指标导向】 监测比较

【指标说明】

(1) 身体约束是指通过使用相关器具或设备附加在或临近于患者的身体（该器具或设备不能被患者自行控制或轻易移除），限制其身体或身体某部位自由活动和（或）触及自己身体的某部位。

(2) 单位时间内每位住院患者每天不论约束1个或多个部位、不论约束时长，均计为1日。排除：术中因体位需要的约束；麻醉恢复室的约束；药物约束；床档约束（为预防患者坠床等原因使用护栏固定于床边两侧）；因疾病需要的空间约束；矫形器、模型固定器、牵引器等治疗设施的固定；儿童注射临时制动；新生儿日常包裹。

2. 住院患者身体约束导致伤害发生例数

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 例次

【指标定义】

患者住院期间身体约束导致伤害发生例次数。

【计算公式】

出院患者身体约束导致伤害发生例次数。

【指标导向】 监测比较

3. 住院患者身体约束导致伤害发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

患者住院期间身体约束导致伤害发生例次数及占同期身体约束患者例次数的比例。

【计算公式】

住院患者身体约束导致伤害发生率=出院患者身体约束导致伤害发生例次数/同期出院患者身体约束例次数×100%

【指标导向】 逐步降低

（六）住院患者跌倒发生率

1. 住院患者跌倒发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 千分比（‰）

【指标定义】

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。

【计算公式】

住院患者跌倒发生率=住院患者跌倒例次数/同期住院患者实际占用床日数×1000‰

【指标导向】 监测比较

【指标说明】

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）。

2. 住院患者跌倒伤害占比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

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。

【计算公式】

住院患者跌倒伤害占比=住院患者跌倒伤害总例次数/同期住院患者跌倒例次数×100%

【指标导向】 监测比较

【指标说明】

跌倒伤害总例次数为轻度、中度、重度例次数和跌倒死亡例次数四项之和，应小于或等于跌倒发生总例次数。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。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。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。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。排除：无伤害的跌倒。

（七）置管患者非计划拔管率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 千分比（‰）

【指标定义】

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。某类导管非计划拔管率指单位时间内住院患者发生某类导管非计划拔管的例次数与该类导管留置总日数的千分比。

【计算公式】

（1）CVC 非计划拔管率=CVC 非计划拔管例次数/同期 CVC 留置总日数×1000‰

（2）PICC 非计划拔管率=PICC 非计划拔管例次数/同期 PICC 留置总日数×1000‰

（3）经口、鼻胃肠导管非计划拔管率=经口、鼻胃肠导管非计划拔管率例数/同期经口、鼻胃肠导管留置总日数×1000‰

（4）导尿管非计划拔管率=导尿管非计划拔管例次数/同期导尿管留置总日数×1000‰

【指标导向】 监测比较

【指标说明】

（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。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。排除：医生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。

（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。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。

（八）护士离职率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

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。

【计算公式】

护士离职率=护士离职人数/[（期初医疗机构执业护士总人数+期末医疗机构执业护士总人数）/2]×100%

【指标导向】逐步降低

【指标说明】

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。

六、药事管理专业医疗质量控制指标

（一）每百张床临床药师人数

【指标属性】定量指标

【计量单位】人

【指标定义】

每 100 张实际开放床位临床药师人数。

【计算公式】

每百张床位临床药师人数=临床药师人数/同期实际开放床位数×100

【指标导向】监测比较

（二）门诊处方审核率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

药品收费前药师审核门诊处方人次数占同期门诊处方总人次数的比例。

【计算公式】

门诊处方审核率=药品收费前药师审核门诊处方人次数/同期门诊处方总人次数
×100%

【指标导向】 逐步提高

（三）住院用药医嘱审核率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

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。

【计算公式】

住院用药医嘱审核率=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%

【指标导向】 逐步提高

【指标说明】

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。

（四）门诊处方点评率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

医疗机构点评的门诊处方人次数占同期门诊处方总人次数比例。

【计算公式】

门诊处方点评率=点评的门诊处方人次数/同期门诊处方总人次数×100%

【指标导向】 逐步提高

（五）用药错误报告率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

医疗机构某一时间范围内报告给医疗机构管理部门的用药错误人次数占同期用

药患者总数的比例。

【计算公式】

用药错误报告率=报告给医疗机构管理部门的用药错误人次数/同期用药患者总数×100%

【指标导向】 监测比较

(六) 住院患者抗菌药物使用情况

1. 住院患者抗菌药物使用率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

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。

【计算公式】

住院患者抗菌药物使用率=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%

【指标导向】 监测比较

【指标说明】

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。

2. 住院患者抗菌药物使用强度

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 DDD

【指标定义】 住院患者平均每日每百张床位所消耗抗菌药物的 DDD 数。

【计算公式】

住院患者抗菌药物使用强度=[住院患者抗菌药物使用量(累计 DDD 数)/同期收治患者人天数]×100

【指标导向】 监测比较

【指标说明】

(1) 分子：本年度仅考核住院患者在院期间抗菌药物应用情况，不包括住院患者出院带药。

(2) 分母：同期收治患者人天数即出院者占用总床日数，指所有出院人数的住

院床日之和。包括正常分娩、未产出院、住院经检查无病出院、未治出院及健康人进行人工流产或绝育手术后正常出院患者的住院床日数。

3. 住院患者特殊使用级抗菌药物使用量占比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

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。

【计算公式】

住院患者特殊使用级抗菌药物使用量占比=住院患者特殊使用级抗菌药物使用量（累计 DDD 数）/同期住院患者抗菌药物使用量（累计 DDD 数）×100%

【指标导向】 监测比较

（七）住院患者中药注射剂静脉输液使用率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

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。

【计算公式】

住院患者中药注射剂静脉输液使用率=使用中药注射剂静脉输液住院患者数/同期住院患者总数×100%

【指标导向】 监测比较

【指标说明】

（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。

（八）基本药物采购品种数占比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

基本药物采购品种数占比是指考核年度医院基本药物配备使用品种数量占比及

配备使用金额占比。

【计算公式】

(1) 基本药物采购品种数占比=医院采购基本药物品种数/医院同期采购药物品种总数×100%

(2) 国家基本药物配备使用金额比例=医院配备使用基本药物金额/医院同期全部药品配备使用总金额×100%

【指标导向】 逐步提高

【指标说明】

(1) 分子 1: 本年度考核医院配备使用基本药物品种数量, 按照《国家基本药物目录(2018年版)》(国卫药政发〔2018〕31号)药品统计。

(2) 分母 1: 医院同期配备使用的所有为患者诊治服务的药品品种总数, 按照药品通用名进行统计。

(3) 分子 2: 本年度考核医院配备使用基本药物金额。按照《国家基本药物目录(2018年版)》(国卫药政发〔2018〕31号)药品统计。

(4) 分母 2: 医院同期所使用的所有为患者诊治服务的药品金额之和。

七、病案管理质量控制指标

(一) 住院病案管理人员月均负担出院患者病历数

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 份

【指标定义】 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。

【计算公式】

住院病案管理人员月均负担出院患者病历数=出院患者病历总数/同期住院病案管理人员实际工作总月数。

【指标导向】 监测比较

【指标定义】

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。

(二) 入院记录 24 小时内完成率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 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。

【计算公式】

入院记录 24 小时内完成率=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×100%

【指标导向】 逐步提高

（三）出院记录 24 小时内完成率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 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。

【计算公式】

出院记录 24 小时内完成率=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%

【指标导向】 逐步提高

（四）病案首页 24 小时内完成率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 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。

【计算公式】

病案首页 24 小时内完成率=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%

【指标导向】 逐步提高

（五）CT/MRI 检查记录符合率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

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。

【计算方法】

CT/MRI 检查记录符合率=CT/MRI 检查医嘱、报告单、病程记录相对应的住院病历数/同期接受 CT/MRI 检查的住院病历总数×100%

【指标导向】 逐步提高

【指标说明】

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。

(六) 抗菌药物使用记录符合率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 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。

【计算公式】

抗菌药物使用记录符合率=抗菌药物使用医嘱、病程记录相对应的住院患者病历数/同期使用抗菌药物的住院患者病历总数×100%

【指标导向】 逐步提高

【指标说明】

(1) 抗菌药物使用医嘱、病程记录相对应是指在使用抗菌药物治疗的住院患者病历中，抗菌药物使用相关医嘱单完整，使用情况在病程记录中有相应记录。

(2) 抗菌药物的范围见《抗菌药物临床应用管理办法》（卫生部令第 84 号）。

(七) 医师查房记录完整率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 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。

【计算公式】

医师查房记录完整率=医师查房记录完整的住院患者病历数/同期住院患者病历总数×100%

【指标导向】逐步提高

【指标说明】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》（国卫医发〔2018〕8号）《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11号）要求。

（八）患者抢救记录及时完成率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】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。

【计算公式】

患者抢救记录及时完成率=抢救记录及时完成的住院患者病历数/同期接受抢救的住院患者病历总数×100%

【指标导向】逐步提高

【指标说明】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》（国卫医发〔2018〕8号）《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11号）要求。

（九）出院患者病历2日归档率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】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。

【计算公式】

出院患者病历2日归档率=2个工作日内完成归档的出院患者病历数/同期出院患者病历总数×100%

【指标导向】逐步提高

（十）出院患者病历归档完整率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 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。

【计算公式】

出院患者病历归档完整率=归档病历内容完整的出院患者病历数/同期出院患者病历总数×100%

【指标导向】 逐步提高

【指标说明】 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。

（十一）主要诊断填写正确率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 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。

【计算公式】

主要诊断填写正确率=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%

【指标导向】 逐步提高

【指标说明】 主要诊断填写正确是指主要诊断填写符合《卫生部9关于修订住院病案首页的通知》（卫医政发〔2011〕84号）《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）》（国卫办医发〔2016〕24号）要求。

（十二）病案首页主要诊断编码正确率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，病案首页中主要诊断编码正确的出院患者病历数占同期出院患者病历总数的比例。

【计算公式】

病案首页主要诊断编码正确率=病案首页中主要诊断编码正确的出院患者病历数/同期出院患者病历总数×100%

【指标导向】 逐步提高

【指标说明】 主要诊断编码正确是指主要诊断编码符合国家统一发布的最新的《疾病分类与代码国家临床版》要求。

八、超声诊断专业医疗质量控制指标

(一) 超声仪器质检率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 单位时间内，完成质检的超声仪器数占同期本机构在用超声仪器总数的比例。

【计算公式】

超声仪器质检率=单位时间内完成质检的超声仪器数/同期本机构在用超声仪器总数×100%

【指标导向】 逐步提高

【指标说明】 超声仪器质检是指每年由国家认定的计量检测机构对超声仪器进行计量和成像质量质检。

(二) 住院超声检查 48 小时内完成率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 单位时间内，在临床开具住院超声检查申请 48 小时内完成检查并出具超声检查报告的例数，占同期临床开具住院超声检查申请单总数的比例。

【计算公式】

住院超声检查 48 小时内完成率=单位时间内在临床开具住院超声检查申请 48h 内完成检查并出具超声检查报告的例数/同期临床开具住院超声检查申请单总数×100%

【指标导向】 逐步提高

(三) 超声危急值 10 分钟内通报完成率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，10分钟内完成通报的超声危急值例数占同期超声危急值总例数的比例。

【计算公式】

超声危急值10分钟内通报完成率=单位时间内10分钟内完成通报的超声危急值例数/同期超声危急值总例数×100%

【指标导向】 逐步提高

【指标说明】

(1) 超声检查危急值是指超声检查影像提示以下超声诊断：疑似肝脏、脾脏、肾脏破裂出血；疑似宫外孕破裂并腹腔内出血；急性胆囊炎考虑胆囊化脓并急性穿孔；晚期妊娠出现羊水过少并胎儿心率过快（>160次/min）或过慢（<110次/min）；子宫破裂；胎盘早剥、前置胎盘并活动性出血；首次发现心功能减退（LVEF<35%）；心包积液合并心脏压塞；主动脉夹层；主动脉瘤破裂；心脏破裂；心脏游离血栓；急性上下肢动脉栓塞；瓣膜置换术后卡瓣。

(2) 超声检查结束并出具报告后，需将危急值检查结果10分钟内通报给临床医生。

（四）超声报告书写合格率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，超声检查报告书写合格的数量占同期超声检查报告总数的比例。

【计算公式】

超声报告书写合格率=单位时间内超声检查报告书写合格的数量/同期超声检查报告总数×100%

【指标导向】 逐步提高

【指标说明】

具有下列情况之一者视为不合格报告：

- (1) 报告单无具有资质医生签名的；
- (2) 未包含申请单开具项目检查的；
- (3) 报告单中的描述与结论不一致的；
- (4) 报告单存在明显错误的，包括：所查脏器缺如但报告为正常；报告描述检

查器官、部位、病变的方位（左右、上下、前后）、单位、数据错误；未删除与超声报告有歧义的模板文字；报告单患者姓名、性别、住院号（就诊号）与实际不符或缺失。

（五）门急诊超声报告阳性率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，门急诊超声报告中有异常发现的报告数，占同期门急诊超声报告总数的比例。

【计算公式】

门急诊超声报告阳性率=单位时间内门急诊超声报告中有异常发现的报告数/同期门急诊超声报告总数×100%

【指标导向】 监测比较

【指标说明】

（1）指标按照报告份数统计，如果一份报告中含有多个检查部位，有一项阳性或多项阳性结果，按 1 例阳性报告统计。

（2）该指标不包括健康体检相关超声报告。结果的准确性。

（六）住院超声报告阳性率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，住院超声报告中有异常发现的报告数，占同期住院超声报告总数的比例。

【计算公式】

住院超声报告阳性率=单位时间内住院超声报告中有异常发现的报告数/同期住院超声报告总数×100%

【指标导向】 监测比较

【指标说明】 指标按照报告份数统计，如果一份报告中含有多个检查部位，有一项阳性或多项阳性结果，按 1 例阳性报告统计。

九、临床营养专业医疗质量控制指标

（一）住院患者营养风险筛查率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 完成营养风险筛查住院患者数占同期住院患者总数的比例。

【计算公式】

住院患者营养风险筛查率=完成营养风险筛查住院患者数/同期住院患者总数×100%

【指标导向】 逐步提高

【指标说明】

（1）营养风险筛查指由受过相关培训的医师采用经验证的营养风险筛查工具，进行营养风险筛查。

（2）营养风险指现存或潜在的与营养因素相关的导致患者出现不利临床结局（如感染相关并发症发生率增高、住院时间延长、住院费用增加等）的风险，而非指发生营养不良的风险。

（3）营养风险与临床结局密切相关，并可监测患者营养治疗效果。

（二）营养治疗不良事件发生率

肠内营养治疗不良事件发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 实施肠内营养治疗过程中不良事件发生例数占同期实施肠内营养治疗总例数的比例。

【计算公式】

肠内营养治疗不良事件发生率=实施肠内营养治疗不良事件发生例数/同期实施肠内营养治疗总例数×100%

【指标导向】 监测比较

【指标说明】 肠内营养不良事件主要包括治疗过程不良事件，包括胃肠道并发症、代谢并发症、感染并发症和置管并发症等。其中胃肠道并发症最多见，主要包括腹胀、腹泻、恶心、呕吐、反流等，代谢并发症主要是脱水、高血糖、电解质紊乱等；感染并发症包括肠道菌群异位、吸入性肺炎等；置管并发症包括长期经鼻置管导致的鼻翼部糜烂、咽喉部溃疡、声音嘶哑、鼻窦炎、中耳炎等。配制过程不良事件，如营养液配制与医嘱单不符、食品质量及卫生问题、称重错误、无菌操作不规范等。运送过程不良事件，如漏发、错发、未注意适

当保存等。

十、放射影像专业医疗质量控制指标

1. 急诊放射影像检查报告 2 小时完成率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 2 小时内完成的急诊放射影像检查的报告份数占同期急诊放射影像检查报告总份数的比例。

【计算公式】

急诊放射影像检查报告 2 小时完成率=2 小时内完成的急诊放射影像检查报告份数/同期急诊放射影像检查报告总份数×100%

【指标导向】 监测比较

【指标说明】

1. 本指标中急诊放射影像检查是指急诊科开具的 X 线检查和 CT 检查。
2. 本指标中放射影像检查报告完成时间是指从患者开始接受 X 线或 CT 检查，到检查报告正式出具的时间。

2. 放射影像报告书写规范率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 书写规范的放射影像检查报告份数占同期放射影像检查报告总份数的比例。

【计算公式】

放射影像报告书写规范率=书写规范的放射影像检查报告例数/同期放射影像检查报告总例数×100%

【指标导向】 逐步提高

【指标说明】

本指标中书写规范的放射影像检查报告是指符合以下条件的报告：1. 有放射科医生签名；2. 结论（或印象）部分与影像描述部分内容相符；3. 无明显错误（包括：所查脏器缺如但报告为正常；报告描述检查器官、部位、方位、单位、数据错误；未删除与放射影像报告有歧义的模板文字；患者信息与实际不符或缺失）。

3. 放射影像危急值 10 分钟内通报完成率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】发现放射影像危急值后 10 分钟内完成通报的病例数占同期放射影像危急值总例数的比例。

【计算公式】

放射影像危急值 10 分钟内通报完成率=发现放射影像危急值后 10 分钟内完成通报的病例数/同期放射影像危急值总例数×100%

【指标导向】逐步提高

【指标说明】

1. 本指标中放射影像检查危急值包括以下诊断：急性肺栓塞；急性主动脉夹层（DeBakey I 型、II 型）；急性主动脉瘤破裂；心包填塞；大量液/血/气胸；气管/支气管异物；急性脑梗死；急性脑出血；急性硬膜外/硬膜下出血；急性蛛网膜下腔出血；脑疝；消化道穿孔；腹腔内脏器破裂出血；绞窄性肠梗阻。
2. 本指标中危急值通报完成是指，根据所在医疗机构认可的通报流程，放射科医师完成向临床相关部门或临床医师的危急值通报，且双方都有通报时间、通报内容及通报/接收危急值人员的署名记录。

十一、门诊管理医疗质量控制指标

1. 门诊电子病历使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】门诊电子病历份数与同期门诊总人次数的比例。

【计算公式】

门诊电子病历使用率=门诊电子病历份数/同期门诊总人次×100%

【指标导向】监测比较

2. 门诊标准诊断使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】使用标准诊断的门诊病历份数占同期门诊病历总份数的比例。

【计算公式】

门诊标准诊断使用率=使用标准诊断的门诊病历份数/同期门诊病历总份数×100%

【指标导向】监测比较

【指标说明】

本指标中标准诊断是指符合《疾病分类与代码国家临床版》中规范的诊断。

3. 门诊危急值 30 分钟内通报完成率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】30 分钟内完成通报的门诊危急值例数占同期门诊危急值总例数的比例。

【计算公式】

门诊危急值 30 分钟内通报完成率=30 分钟内完成通报的门诊危急值例数/同期全部门诊危急值例数×100%

【指标导向】逐步提高

【指标说明】

1. 本指标中门诊危急值是指门诊患者在各项检查、检验中发现的危急值。30 分钟内完成通报指发现危急值 30 分钟内通知到患者或家属。

第四章重点疾病质量控制指标

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) 重庆市卫生健康统计信息网络直报系统

一、重点疾病监测指标

(一) 精神分裂症

主要诊断：F20 的出院患者。

(二) 双相情感障碍

主要诊断：F31 的出院患者。

以上2个重点疾病，各监测7条一级指标，分别为病种例数、病例上报率、7日内再住院率、31日内再住院率、平均住院日、次均费用、病死率，共14条一级指标。指标解释具体为：

1. 病种例数

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 例

【指标定义】

年度内接诊某病种的患者例数。

【计算公式】

监测年度内接诊某病种的患者例数。

【指标导向】 监测比较

2. 病例上报率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

年度内符合重型精神疾病上报要求的某病种在重精平台上报例数占同期符合重型精神疾病上报要求总人数的比例。

【计算公式】

病例上报率=年度内符合重型精神疾病上报要求的某病种在重精平台上报例数/同期符合重型精神疾病上报要求总人数×100%

【指标导向】 逐步提高

【指标说明】 重型精神疾病上报要求参照《严重精神障碍管理治疗工作规范（2018年版）》

3. 7日内再住院率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

出院后7天再住院患者人数占同期出院患者总入次数（除死亡患者外）的比例。

【计算公式】

7日内再住院率=出院后7天再住院患者人数/同期出院患者总人次（死亡患者除外）×100%

【指标导向】 监测比较

4. 31日内再住院率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

出院后31天再住院患者人数占同期出院患者总人次（除死亡患者外）的比例。

【计算公式】

31日内再住院率=出院后31天再住院患者人数/同期出院患者总人次（死亡患者除外）×100%

【指标导向】 监测比较

5. 平均住院日

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 天

【指标定义】

年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间。

【计算公式】

平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数

【指标导向】 逐步降低

6. 次均费用

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 元

【指标定义】

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。

【计算公式】

次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数

【指标导向】 逐步降低

7. 病死率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

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。

【计算公式】

病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%

【指标导向】 逐步降低

（三）使用酒精所致的精神和行为障碍

主要诊断：F10 的出院患者。

（四）抑郁障碍

主要诊断：F32、F33 的出院患者。

以上 2 个重点疾病，各监测 6 条一级指标，分别为病种例数、7 日内再住院率、31 日内再住院率、平均住院日、次均费用、病死率，共 12 条一级指标。指标解释具体为：

1. 病种例数

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 例

【指标定义】

年度内接诊某病种的患者例数。

【计算公式】

监测年度内接诊某病种的患者例数。

【指标导向】 监测比较

2. 7 日内再住院率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

出院后 7 天再住院患者人数占同期出院患者总人次数（除死亡患者外）的比

例。

【计算公式】

7日内再住院率=出院后7天再住院患者人数/同期出院患者总人次（死亡患者除外）×100%

【指标导向】 监测比较

3. 31日内再住院率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

出院后31天再住院患者人数占同期出院患者总人次（除死亡患者外）的比例。

【计算公式】

31日内再住院率=出院后31天再住院患者人数/同期出院患者总人次（死亡患者除外）×100%

【指标导向】 监测比较

4. 平均住院日

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 天

【指标定义】

年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间。

【计算公式】

平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数

【指标导向】 逐步降低

5. 次均费用

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 元

【指标定义】

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。

【计算公式】

次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数

【指标导向】逐步降低

6. 病死率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】

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。

【计算公式】

病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%

【指标导向】逐步降低

(五) 阿尔茨海默病性痴呆

主要诊断: F00.0、F00.1、F00.2 的出院患者。

(六) 血管性痴呆

主要诊断: F01.000、F01.100、F01.100x001、F01.200、F01.300、F01.800、F01.800x001、F01.900、F01.901 的出院患者。

(七) 焦虑障碍

主要诊断: F40.800、F40.900、F40.900x001、F41.000、F41.000x001、F41.001、F41.100、F41.200、F41.300、F41.300x001、F41.800、F41.900 的出院患者。

(八) 强迫性障碍

主要诊断: F42 的出院患者。

(九) 严重应激反应及适应障碍

主要诊断: F43 的出院患者。

(十) 分离[转换]性障碍

主要诊断: F44 的出院患者。

以上 6 个重点疾病, 各监测 3 条一级指标, 分别为病例平均住院日、次均费用、病死率, 共 30 条一级指标。指标解释具体为:

1. 平均住院日

【指标属性】定量指标

【计量单位】 天

【指标定义】

年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间。

【计算公式】

平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数

【指标导向】 逐步降低

2. 次均费用

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 元

【指标定义】

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。

【计算公式】

次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数

【指标导向】 逐步降低

3. 病死率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

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。

【计算公式】

病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%

【指标导向】 逐步降低

第五章关键技术临床应用指标

数据来源：

医院填报

一、精神专科关键医疗技术

（一）关键医疗技术数量

【指标属性】定量指标

【计量单位】个

【指标定义】

精神专科医疗机构开展关键技术的数量。

【计算公式】

精神专科医疗机构开展关键技术的数量。

【指标导向】监测比较

【指标说明】

开展的关键技术以《国家精神区域医疗中心设置标准》附件2关键技术清单为准。

（二）关键医疗技术数量占比

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

医疗机构开展的关键医疗技术数量占关键技术清单技术总数的比例。

【计算公式】

关键医疗技术数量占比=医疗机构开展的关键医疗技术数量/关键技术清单技术总数×100%

【指标导向】监测比较

（三）改良电痉挛治疗（MECT）开展例数

【指标属性】定量指标

【计量单位】例

【指标定义】

医疗机构开展改良电痉挛治疗（MECT）例数

【计算公式】

医疗机构开展改良电痉挛治疗（MECT）例数

【指标导向】监测比较

（四）经颅磁刺激治疗例数

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 例

【指标定义】

医疗机构开展经颅磁刺激治疗例数

【计算公式】

医疗机构开展经颅磁刺激治疗例数

【指标导向】 监测比较

(五) 多导睡眠脑电图监测完成例数

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 例

【指标定义】

医疗机构开展多导睡眠脑电图监测例数

【计算公式】

医疗机构开展多导睡眠脑电图监测例数

【指标导向】 监测比较

(六) 住院患者治疗药物监测例数

1. 患者抗精神病药物浓度监测例数

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 例

【指标定义】

医疗机构开展抗精神病药物浓度检测例数

【计算公式】

医疗机构开展抗精神病药物浓度检测例数

【指标导向】 监测比较

2. 患者抗抑郁药物浓度监测例数

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 例

【指标定义】

医疗机构开展抗抑郁药物浓度检测例数

【计算公式】

医疗机构开展抗抑郁药物浓度检测例数

【指标导向】 监测比较

3. 患者丙戊酸盐浓度监测例数

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 例

【指标定义】

医疗机构开展丙戊酸盐浓度监测例数

【计算公式】

医疗机构开展丙戊酸盐浓度监测例数

【指标导向】 监测比较

4. 患者血锂浓度监测例数

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 例

【指标定义】

医疗机构开展血锂浓度监测例数

【计算公式】

医疗机构开展血锂浓度监测例数

【指标导向】 监测比较

(七) 门诊患者心理治疗人次数

1. 门诊患者个体心理治疗例数

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 人次

【指标定义】

医疗机构门诊患者开展个体心理治疗人次数

【计算公式】

门诊患者开展个体心理治疗人次数

【指标导向】 监测比较

2. 门诊患者家庭治疗开展例数

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 人次

【指标定义】

医疗机构门诊患者开展家庭治疗人次数

【计算公式】

门诊患者开展家庭治疗人次数

【指标导向】 监测比较

(八) 开展心理治疗师的督导例数

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 人次

【指标定义】

医疗机构开展心理治疗师的督导人次数

【计算公式】

医疗机构开展心理治疗师的督导人次数

【指标导向】 监测比较

(九) 应急心理援助开展次数

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 次

【指标定义】

医疗机构开展应急心理援助次数

【计算公式】

开展应急心理援助次数

【指标导向】 监测比较