

附件

# 湖北省三级中医医院评审标准 (2023 版)

为持续做好医院评审工作，依照国家中医药管理局《三级中医医院评审标准(2017版)》《三级中医专科医院评审标准(2018版)》及国家卫健委《三级医院评审标准(2022版)》等文件，结合我省实际情况，制定本标准。本标准共三个部分，总分1200分，适用于三级中医医院(含中西医结合医院、民族医医院、中医专科医院)，二级医院另行制定。

## 第一部分 前置要求

前置条件共25条，不设置分值，为单项否决项，全部采用《三级医院评审标准(2022版)实施细则》(国卫医政发〔2022〕31号)，包括依法设置与执业、公益性责任和行风诚信、安全管理与重大事件等三部分。(见附件1)

一、三级中医医院复评周期为四年，医院在评审周期内违反评审标准前置条件一项及以上相关情形的，延期一年评审；延期期间，适当调低或撤销医院级别原等次。

二、已核定的三级中医医院建设周期为三年，建设周期内违反前置条件事项一项及以上情形的，整改期为3-6个月，整改仍

不合格，适当调低或撤销医院级别原等次。

三、医院在申请评审前，应向各市（州）卫生健康委提出前置条件符合情况审核的申请，由市（州）卫生健康委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，征询时间不少于 7 个工作日。部省属医疗机构向所在地卫生健康委申请审核。

四、申请评审的医院无前置条款界定的情形，方可向省卫生健康委提出评审的申请。

五、级别核定准入条款。三级中医医院级别核定除满足上述条件外还应同时满足 4 项基本条件：中医类别执业医师占比（含助理医师） $\geq 60\%$ 或评审周期内该比例增长 $\geq 3\%$ （中西医结合类参照中西医结合医院标准）、全国二级中医医院绩效考核全省排名前 10%、电子病历应用水平 $\geq 4$ 级、省级（县级）及以上重点专科数量 $\geq 3$ 个。

## 第二部分 湖北省三级中医医院评审标准细则

湖北省三级中医医院（含中西医结合医院、民族医医院、中医专科医院）评审标准共两部分，分为评审标准细则和附加条款，共四个模块（中医药服务功能、综合服务能力、党的建设、附加条款）、19 章 92 节，总分 1200 分，适用于三级中医医院（含中西医结合医院、民族医医院、中医专科医院）评审，三级中医医院级别核定参照执行。

## 一、评审指标分值

(一) 评审标准细则共三个部分，合计 1100 分。其中，中医药服务功能 600 分，综合服务能力 400 分，党的建设 100 分，具体分值分布参考《三级中医医院评审细则（2017 年版）》。

(二) 附加条款分值共两个部分，共 100 分。其中，中医药服务功能部分 60 分，综合服务功能部分 40 分，包括中医为主治疗的出院患者比例、医疗质量管理能力提升、电子病历应用功能水平分级、智慧服务分级评估水平等 20 个指标。

## 二、指标说明

(一) 核心条款考核内容延用《三级中医医院分等标准和评审核心指标（2017 版）》《三级中医医院评审标准实施细则（2017 版）》《三级中医专科医院评审标准（2018 版）》等文件标准，参照三级综合医院评审方式，对 15 项定性核心指标评分细则按照 PDCA 循环原理进行修订，8 项定量指标评分细则保持不变。

(二) 附加条款指标主要源于国家三级中医医院绩效考核、现行中医药管理政策中的影响中医药特色优势、中医临床疗效等且未纳入评审标准的相关核心指标，共 20 个指标，合计 100 分，总体得分具备否决作用，相关指标要求如下。

### 1. 中医药服务功能部分（60 分）

指标一：以中医为主治疗的出院患者比例（8 分）。指标和数据来源于全国三级中医医院绩效考核。

指标二：三、四级手术占比（3 分）。指标和数据来源于

TCMMS 病案首页系统。

指标三：手术患者并发症发生率（3分）。指标和数据来源于全国三级中医医院绩效考核。

指标四：门诊中医医疗服务项目收入占门诊医疗收入比例（8分）。指标和数据来源于全国三级中医医院绩效考核。

指标五：住院中医医疗服务项目收入占住院医疗收入比例中医医院绩效考核（8分）。指标和数据来源于全国三级中医医院绩效考核。

指标六：中药饮片收入占药品收入比例（6分）。指标和数据来源于全国三级中医医院绩效考核。

指标七：中医药适宜技术推广（8分）。指标依据来源于《湖北省“十四五”中医药发展规划》。

指标八：中医特色技术项目应用（8分）。指标依据来源于《湖北省“十四五”中医药发展规划》。

指标九：中医药文化传承（8分）。指标依据来源于《湖北省“十四五”中医药发展规划》。

## 2.综合服务功能部分（40分）

指标十：医疗质量管理能力提升（8分）。指标来源于《关于开展全面提升医疗质量行动（2023-2025年）》。

指标十一：电子病历应用功能水平分级（5分）。指标和数据来源于全国三级中医医院绩效考核。

指标十二：智慧服务分级评估水平（2分）。指标和数据来

源于《医院智慧管理分级评估标准体系（试行）》。

指标十三：医联体建设情况（2分）。数据和指标来源于《湖北省“十四五”中医药发展规划》。

指标十四：门诊次均费用增幅（3分）。指标和数据来源于全国三级中医医院绩效考核。

指标十五：住院次均费用增幅（3分）。指标和数据来源于全国三级中医医院绩效考核。

指标十六：人员支出占业务支出比重（4分）。指标和数据来源于全国三级中医医院绩效考核。

指标十七：收支结余（4分）。指标和数据来源于全国三级中医医院绩效考核。

指标十八：门诊患者满意度（3分）。指标和数据来源于全国三级中医医院绩效考核。

指标十九：住院患者满意度（3分）。指标和数据来源于全国三级中医医院绩效考核。

指标二十：医务人员满意度（3分）。指标和数据来源于全国三级中医医院绩效考核。

### **三、数据采集原则**

（一）数据统计周期为全评审周期，其中三级中医医院级别核定应提供近3年相关数据（除评审标准特别要求的时限外，应不含评审当年数据）。

（二）行业政策在评审周期内发布的，数据从政策发布的第

二年完整取值，当年不计入统计。

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

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

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。

#### 四、数据说明

（一）医院评审所需数据主要来源

- 1.卫生资源统计年报及相关报表；
- 2.中医药健康统一门户中医药综合监管信息系统(中医医院评审管理子系统、中医绩效考核管理子系统)；
- 3.全国医院质量监测系统（TCMMS）系统；
- 4.国家公立医院绩效考核管理平台；
- 5.国家医疗机构、医师、护士电子化注册系统；
- 6.湖北省相关信息系统（湖北省住院医疗服务绩效评价平台、湖北省医疗技术临床应用管理信息平台等）；
- 7.暂不能通过信息化方式直接采集的指标由医疗机构在医院评审平台上进行填报；
- 8.其他湖北省卫健委要求的管理应用系统。

## （二）疾病、手术名称与编码

标准中引用的疾病名称与 ICD-10 编码采用国家卫生健康委发布的《疾病分类与代码国家临床版 2.0》（国卫办医函〔2019〕371 号）、《中医病证分类与代码》（国中医药医政发〔2020〕3 号）。手术名称与 ICD-9-CM-3 编码采用国家卫生健康委发布的《手术操作分类代码国家临床版 3.0》（国卫办医函〔2020〕438 号）。

## 五、评分规则

（一）规模类和配比类指标。执行“全或无”规则，达到标准予以“满分”，否则计“零分”。

（二）本细则各指标评分只在指标分数范围内扣分，扣完为止，不倒扣分。

（三）《标准》细则中将最基本、最重要，若未达到要求势必影响特色优势、中医临床疗效、医疗质量与患者安全的指标，列为核心指标，具备否决作用，核心指标（★）按照 PDCA 评价方法进行评审。

## 六、数据核查原则

（一）现场检查时，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%。

（二）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。

（三）医院提供值与核查真实值差距 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。

（四）所有错误数据，应按核查后的数据结果再次计算，并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（X）	惩罚性扣分比例
$1\% < X \leq 2\%$	5%
$2\% < X \leq 5\%$	10%
$5\% < X \leq 10\%$	20%
$X > 10\%$	不予通过

## 七、数据核查准备

（一）医院应当准备所有纳入本轮评审标准的第二部分“中医医院评审细则”和第三部分“三级中医医院评审附加条款”标准中涉及的数据目录清单并提交给评审组。

（二）该清单应当包含每个数据定义、数据源、采集方式、采集时间范畴、采集结果等要求，各类数据应有负责部门，有条件的应设置汇总部门。

（三）对于计算所得的数据，应当有可追溯的原始数据。

## 八、现场评审方法

评审员可采用下列方法对实施细则内容逐款进行符合程度评判：

**【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、预案、计划、报告、总结等资料（含电子版）。

**【记录查看】** 查看医院和科室的工作记录，如会议记录、签到、培训记录，考试记录、各种讨论记录等资料（含电子版）。

**【现场检查】** 评审现场通过目视检查医院的设备设施、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。

**【员工访谈】** 评审现场对员工进行访谈，提问和讨论，包括集体访谈等。

**【员工操作】** 评审现场要求员工完成特定操作、演练的内容。

**【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、门急诊病历进行检查。

**【病案检查】** 评审员提前或现场对特定归档病案进行查阅。

**【数据核查】** 同第二部分

## 九、评审结果判定

三级中医医院评审结论分为：甲等、乙等、不合格。三级甲等中医医院、三级乙等中医医院、不合格中医医院划分标准如下：

（一）三级中医医院（含中西医结合、民族医医院）应满足以下条件

### 1. 三级甲等：

（1）第一部分和第二部分得分总分  $\geq 900$  分；

（2）第一部分每章的分值不低于该章总分的 85%；

- (3) 第二部分得分  $\geq 340$  分;
- (4) 第三部分得分  $\geq 90$  分;
- (5) 医院感染管理部分得分  $\geq 21$  分;
- (6) 核心指标全部符合要求;
- (7) 附加条款  $\geq 80$  分

## **2.三级乙等:**

- (1) 第一部分和第二部分得分总分  $\geq 750$  分;
- (2) 第二部分得分  $\geq 280$  分;
- (3) 第三部分得分  $\geq 90$  分;
- (4) 中医药服务功能部分核心指标符合要求数  $\geq 10$ ; 综合服务功能部分核心指标符合要求数  $\geq 8$  (中西医结合医院  $\geq 9$ );
- (5) 附加条款  $\geq 70$  分

## **3.有以下情形之一的, 评审结论即定为不合格:**

- (1) 第一部分和第二部分得分总分  $< 750$  分;
- (2) 第二部分得分  $< 280$  分;
- (3) 第三部分得分  $< 90$  分;
- (4) 中医药服务功能部分核心指标符合要求数  $< 10$  或综合服务功能部分核心指标符合要求数  $< 8$  (中西医结合医院  $< 9$ )
- (5) 附加条款  $< 70$  分

## **(二) 三级中医专科医院应满足以下条件**

### **1.三级甲等:**

- (1) 第一部分和第二部分得分总分  $\geq 900$  分;

- (2) 第一部分每章的分值不低于该章总分的 85%;
- (3) 第二部分得分  $\geq 300$  分;
- (4) 第三部分得分  $\geq 90$  分;
- (5) 医院感染管理部分得分  $\geq 30$  分;
- (6) 核心指标全部符合要求;
- (7) 附加条款  $\geq 80$  分

## **2.三级乙等:**

- (1) 第一部分和第二部分得分总分  $\geq 750$  分;
- (2) 第二部分得分  $\geq 245$  分;
- (3) 第三部分得分  $\geq 90$  分;
- (4) 中医药服务功能部分核心指标符合要求数  $\geq 10$ ; 综合服务功能部分核心指标符合要求数  $\geq 7$ ;
- (5) 附加条款  $\geq 70$  分

## **3.有以下情形之一的，评审结论即定为不合格:**

- (1) 第一部分和第二部分得分总分  $< 750$  分;
- (2) 第二部分得分  $< 245$  分;
- (3) 第三部分得分  $< 90$  分;
- (4) 中医药服务功能部分核心指标符合要求数  $< 10$  或综合服务功能部分核心指标符合要求数  $< 7$
- (5) 附加条款  $< 70$  分

## **(三) 三级中医医院级别核定应满足以下条件:**

### **1.三级中医医院(含中西医结合医院、民族医医院)**

- (1) 第一部分和第二部分得分总分  $\geq 700$  分;
- (2) 第二部分得分  $\geq 260$  分;
- (3) 第三部分得分  $\geq 90$  分;
- (4) 中医药服务功能部分核心指标符合要求数  $\geq 8$ ; 综合服务功能部分核心指标符合要求数  $\geq 7$ ;
- (5) 附加条款  $\geq 70$  分

## 2. 三级中医专科医院

- (1) 第一部分和第二部分得分总分  $\geq 700$  分;
- (2) 第二部分得分  $\geq 225$  分;
- (3) 第三部分得分  $\geq 90$  分;
- (4) 中医药服务功能部分核心指标符合要求数  $\geq 8$ ; 综合服务功能部分核心指标符合要求数  $\geq 6$ ;
- (5) 附加条款  $\geq 70$  分

- 附件:
- 1. 湖北省三级中医医院(含中西医结合医院、民族医医院、中医专科医院)评审前置条件
  - 2. 湖北省三级中医医院(含中西医结合医院、民族医医院、中医专科医院)评审标准细则附加条款
  - 3. 湖北省三级中医医院评审标准细则
  - 4. 湖北省三级中西医结合医院评审标准细则
  - 5. 湖北省三级中医专科医院评审标准细则

## 附件 1

# 湖北省三级中医医院（含中西医结合医院、民族医医院、中医专科医院） 评审前置条件

## 一、依法设置与执业

<p>（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。</p>	<p>1.1 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，包括但不限于床位、科室设置、人员、房屋、设备、注册资金等方面的要求。</p>
<p>（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，与社会资本合作举办营利性医疗卫生机构；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。</p>	<p>2.1 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》。</p> <p>2.2 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。</p> <p>2.3 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，与社会资本合作举办营利性医疗卫生机构。</p> <p>2.4 医疗卫生机构对外出租、承包医疗科室。</p> <p>2.5 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。</p> <p>2.6 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。</p>
<p>（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。</p>	<p>3.1 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。</p> <p>3.2 发生被主管部门通报或媒体曝光的严重违反依法执业行为。</p> <p>3.3 未按相关规定完成全院医师、护士的电子化证照注册。</p>

<p>(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。</p>	<p>4.1 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。</p>
	<p>4.2 未经许可配置使用需要准入审批的大型医用设备。</p>
<p>(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。</p>	<p>5.1 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。</p>
	<p>5.2 医疗机构在开展母婴保健技术服务过程中，被卫生行政主管部门公开处罚通报。</p>
<p>(六) 违反《人体器官移植条例》，买卖人体器官或者从事与买卖人体器官有关的活动，未经许可开展人体器官获取与移植技术。</p>	<p>6.1 开展人体器官获取与移植技术的医疗机构未获批器官移植诊疗科目；器官移植的医师不具备相应的资质。</p>
	<p>6.2 被卫生健康行政部门责令暂停器官移植的情形发生。</p>
	<p>6.3 参与非法买卖人体器官或者从事与买卖人体器官有关的活动。</p>
<p>(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。</p>	<p>7.1 违反《中华人民共和国献血法》，非法采集血液。</p>
	<p>7.2 违反《中华人民共和国献血法》，非法组织他人出卖血液。</p>
	<p>7.3 违反《中华人民共和国献血法》，出售无偿献血的血液。</p>
<p>(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；或其他重大违法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）。</p>	<p>8.1 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。</p>
	<p>8.2 发生其他重大违法违规事件，造成严重后果或情节严重。</p>
	<p>8.3 医疗机构或其工作人员瞒报、谎报、缓报、漏报，授意他人瞒报、谎报、缓报，或者阻碍他人报告传染病、动植物疫病或者不明原因的聚集性疾病，且受到卫生健康行政部门通报处罚的情况。</p>
	<p>8.4 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综合评价为重点监督单位情况（以两年来最近一次评价结果为准）。</p>

<p>(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。</p>	<p>9.1 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。</p>
<p>(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。</p>	<p>10.1 违反《医疗技术临床应用管理办法》，开展医疗新技术未通过技术评估与伦理审查</p> <p>10.2 医疗机构开展限制类技术未在医疗机构执业许可证副本登记备案。</p> <p>10.3 医疗机构开展禁止类医疗技术应用于临床，造成严重后果。</p>
<p>(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。</p>	<p>11.1 违规购买麻醉药品和第一类精神药品管理，造成严重后果。</p> <p>11.2 医疗机构在麻醉药品和第一类精神药品储存、调剂、开具、登记、销毁等环节管理不规范，导致麻醉药品和第一类精神药品滥用、被盗抢、丢失、骗取、冒领或者其他流入非法渠道等事件，造成严重后果。</p> <p>11.3 违反《易制毒化学品管理条例》规定，未经许可、备案，违规购买、运输易制毒化学品。</p>
<p>(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。</p>	<p>12.1 从事放射诊疗活动的医疗机构未取得《放射诊疗许可证》。</p> <p>12.2 医护人员未取得放射诊疗资质，从事放射诊疗工作造成严重后果。</p> <p>12.3 医疗机构未履行安全防护、质量保证和监督管理等法定职责，造成严重后果。</p>
<p>(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。</p>	<p>13.1 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。</p> <p>13.2 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。</p>
<p>(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。</p>	<p>14.1 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。</p>
<p>(十五) 其他重大违法、违规事件，造成严重后果或情节严重。</p>	<p>15.1 发生其他重大违法、违规事件，造成严重后果或情节严重。</p>

## 二、公益性责任和行风诚信

<p>(十六) 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。</p>	<p>16.1 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。</p>
<p>(十七) 应当执行而未执行国家基本药物制度和分级诊疗政策。</p>	<p>17.1 未执行国家基本药物制度。</p>
	<p>17.2 未执行分级诊疗政策。</p>
<p>(十八) 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。</p>	<p>18.1 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。</p>
<p>(十九) 发生重大价格或收费违法事件，以及恶意骗取医保基金。</p>	<p>19.1 医疗机构发生重大价格或收费违法事件。</p>
	<p>19.2 发生通过伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料，或者虚构医药服务项目等方式，恶意骗取医疗保障基金。</p>
<p>(二十) 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。</p>	<p>20.1 医疗机构违反《中华人民共和国统计法》《医疗质量管理办法》等规定，发生重大数据泄露或严重的数据上报错误，导致严重质量安全事件。</p>
	<p>20.2 医疗机构因科研诚信问题和学术不端现象，受到上级有关部门的通报。</p>
	<p>20.3 医疗机构提供、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。</p>

### 三、安全管理与重大事件

<p>(二十一) 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。</p>	<p>21.1 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。</p>
<p>(二十二) 发生重大医院感染事件，造成严重后果。</p>	<p>22.1 发生受到卫生健康行政部门通报或处理的重大医院感染事件。</p>
<p>(二十三) 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。</p>	<p>23.1 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。</p>
<p>(二十四) 发生瞒报、漏报重大医疗过失事件的行为。</p>	<p>24.1 发生瞒报、漏报重大医疗过失事件的行为。</p>
<p>(二十五) 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。</p>	<p>25.1 发生大规模医疗数据泄露或其他重大网络安全事件，被社交媒体曝光或上级主管部门通报处罚的情形。</p>

## 附件 2

# 湖北省三级中医医院（含中西医结合医院、民族医医院、中医专科医院） 评审标准细则附加条款

- 说明：1. 该评价内容适用于三级中医医院，目的在于评价和促进中医医院发挥中医药特色优势，提升中医要服务功能。  
2. 指标中无特殊说明的，统计口径按照《国家三级公立中医医院绩效考核操作手册（2023版）》执行。  
3. 评审标准可根据评审时间动态调整，即实际标准值设定参照上一年份全省中医医院绩效考核的平均值。其他类型医院以此类推。

指标名称		指标属性	指标来源	评审内容	分值
维度	指标				
中医药服务功能 (60分)	1. 以中医为主治疗的出院患者比例	定量	中医医院绩效考核	计算公式：出院患者的中医药治疗费用比例=中医药治疗费用/住院治疗费用×100%；以中医为主治疗的出院患者比例=以中医为主治疗的出院患者人次数/同期出院患者总人次数×100%。注：以中医为主治疗的患者是指该患者住院费用的中医药治疗费用占住院治疗费用的比例≥60%。 评审标准：中医医院≥23%；中西医结合≥14%。每低于标准1个百分点，扣1分。	8
	2. 三、四级手术占比	定量	病案首页	计算公式：出院手术患者三、四级手术占比=出院手术患者三、四级手术人数/同期出院患者手术人×100%。 评审标准：三、四级手术数/手术总数≥50%，每降低5%，扣1分。	3
	3. 手术患者并发症发生率	定量	中医医院绩效考核	计算公式：手术患者并发症发生率=手术患者并发症发生人数/同期出院患者手术人数×100%。 评审标准：中医医院≤0.2%；中西医结合医院≤全省中西医结合医院平均值。每高于标准0.1个百分点，扣1分。	3

4. 门诊中医医疗服务项目收入占门诊医疗收入比例	定量	中医医院绩效考核	<p>计算公式：门诊中医医疗服务项目收入占门诊医疗收入比例=门诊中医医疗服务项目收入/门诊医疗收入。</p> <p>评审标准：要求中医医院≥6%，中西医结合医院≥4%，每低0.5个百分点扣1分。</p>	8
5. 住院中医医疗服务项目收入占住院医疗收入比例	定量	中医医院绩效考核	<p>计算公式：住院中医医疗服务项目收入占住院医疗收入比例=住院中医医疗服务项目收入/住院医疗收入。</p> <p>评审标准：要求中医医院≥11%，中西医结合医院≥9%，每低0.5个百分点扣1分。</p>	8
6. 中药饮片收入占药品收入比例	定量	中医医院绩效考核	<p>计算公式：中药饮片收入占药品收入比例=中药饮片收入/药品收入×100%。</p> <p>评审标准：要求中医医院≥32.21%，中西医结合医院≥35.2%，每低0.5个百分点扣1分。</p>	6
7. 中医药适宜技术推广	定量	查阅相关资料实地考察	<p>中医适宜技术指安全有效、成本低廉、简便易学的中医药技术，又称"中医药适宜技术"。中医医院开展的适宜技术项目依据国家中医药管理局办公室关于印发《基层常见病多发病中医药适宜技术推广实施方案》中所涉及的类别。</p> <p>评审标准：（1）承担中医适宜技术培训推广任务，评审周期内向下级基地或机构培训推广中医药适宜技术不少于10类45项。未向下开展培训不得分，推广中医药适宜技术不少于每少1项，扣0.5分，共4分，扣完为止。（2）能规范开展10类50项中医药适宜技术，本机构能规范开展的中医药适宜技术每少1项，扣0.5分，共4分，扣完为止。</p>	8
8. 中医特色技术项目应用	定量	查阅相关资料实地考察	<p>中医特色技术项目指为突出中医药特色服务功能，由医院自主研发和开展的有别于中医药适宜技术的一些服务项目，在经过临床验证，对某些病症的诊疗，方法独特、技术安全、疗效明显，并得到患者的认可。</p> <p>评审标准：要求开展中医药特色技术应用项目4项及以上，并得到实际运用，年度服务人次不少于100人次/年。应用每少1项，扣1分，共4分；每项技术年度服务人次少于100人次/年，每少10人，扣1分，共4分，扣完为止。</p>	8

	9. 中医药文化传承	定性	查阅相关资料实地考察	评审标准：积极参加各类促进中医药文化传承活动（如中医药学术论坛，中医药技能大赛、中医药下基层等活动）。在评审周期内，要求医院至少参加与中医药文化传播密切相关的活动不少于20项，每少1项，扣0.5分，扣完为止。须提供相关材料、活动图片进行说明，无材料佐证不得分。	8
综合服务功能 (40分)	10. 医疗质量管理能力提升	定性	查阅相关资料实地考察	评审标准：医院领导与职能部门共同制定明确的年度医疗管理目标与行动方案，并对相关科室医疗质量管理执行情况进行定期检查，得2分；随机抽查临床科室和职能科室各1个，在检查过程中采用两种以上的医院管理工具进行检查、评估，得4分；对检查发现的医疗质量问题和医疗安全风险进行适当分析及干预，得6分；通过定期评估，医院管理目标实现，效果持续提升，得8分。须提供相关材料说明，无材料说明不得分。	8
	11. 电子病历应用功能水平分级	定量	中医医院绩效考核	评审标准：电子病历应用功能水平分级评价4级及以上，不扣分；3级及以下不得分。	5
	12. 智慧服务分级评估水平			评审标准：按照国家卫生健康委《医院智慧服务分级评估标准体系（试行）》（国卫办医函〔2021〕86号）要求，医院智慧服务分级评估水平达到2级及以上的，不扣分；2级要求的基本项目（共6项），每少一项扣0.5分；选择项目（共11项）中任选6项，每少1项扣0.5分。扣完为止。	2
	13. 医联体建设情况	定性	查阅相关资料实地考察	评审标准：要求开展医联体建设。至少建有1个医联体（包括三级医院、二级医院/基层医疗卫生机构各1家以上）。未建设，不得分。 1. 医联体内分级诊疗分工不够明确、协作不够紧密，扣1分。2. 三级医院发挥龙头核心、指导帮扶作用不够充分，未实现优质医疗资源下沉，扣1分。须提供相关材料说明，无材料说明不得分。	2
	14. 门诊次均费用增幅	定量	中医医院绩效考核	计算公式：门诊次均费用增幅=（本年度门诊患者次均医药费用-上一年度门诊患者次均医药费用）/上一年度门诊患者次均医药费用×100%。 评审标准：要求中医医院≤1.04%；中西医结合医院≤全省中西医结合医院平均值。每高于标准0.1个百分点，扣1分。	3

15. 住院次均费用增幅	定量	中医医院绩效考核	计算公式：住院次均费用增幅=（本年度住院患者次均医药费用-上一年度住院患者次均医药费用）/上一年度住院患者次均医药费用×100%。 评审标准：要求中医医院≤0.15%；中西医结合医院≤全省中西医结合医院平均值。每高于标准0.1个百分点，扣1分。	3
16. 人员支出占业务支出比重	定量	中医医院绩效考核	计算公式：人员支出占业务支出比重考核年度人员经费占医疗活动费用的比例，人员经费占比=人员经费/医疗活动经费×100%。 评审标准：要求中医医院≥36.64%；要求中西医结合医院≥36.1%。每低于标准0.1个百分点，扣1分。	4
17. 收支结余	定量	中医医院绩效考核	计算公式：医疗盈余率=医院医疗盈余/医疗活动收入×100%。 评审标准：要求中医医院≥1.53%；要求中西医结合医院≥4.33%。每低于标准0.1个百分点，扣1分。	4
18. 门诊患者满意度	定量	中医医院绩效考核	评审标准：要求中医医院≥83.53%；要求中西医结合医院≥85.88%。每低于标准0.1个百分点，扣1分。	3
19. 住院患者满意度			评审标准：要求中医医院≥88.47%；要求中西医结合医院≥90.30%。每低于标准0.1个百分点，扣1分。	3
20. 医务人员满意度			评审标准：要求中医医院≥75.76%；要求中西医结合医院≥73.48%。每低于标准0.1个百分点，扣1分。	3

### 附件 3

## 湖北省三级中医医院评审标准细则

总体说明:

- 一、本细则适用于三级公立中医医院,民族医医院、民营中医医院参照执行。
- 二、本细则中将最基本、最重要,若未达到要求势必影响特色优势、中医临床疗效、医疗质量与患者安全的指标,列为“核心指标”(以★标示),具备否决作用。
- 三、本细则各指标评分只在指标分数范围内扣分,扣完为止,不倒扣分。

### 第一部分 中医药服务功能(600分)

#### 第一章 发挥中医药特色优势的措施(30分)

评审指标		评审方法	评审细则	分值
1.1 医院坚持以中医为主的发展方向.明确医院发展战略,有医院中长期发展规划并落实。(5分)	1.1.1 医院坚持以中医为主的发展方向,依据医院功能与任务,确定医院发展战略。	查阅相关资料,实地考察。	医院未确定发展战略,不得分;医院发展战略不清晰或未体现以中医为主的发展方向,扣1分。	2
	1.1.2 医院有重在提高中医临床疗效的中长期发展规划,并落实到位。	查阅相关资料,并抽查2项具体措施的落实情况。	医院未制定中长期发展规划,或发展规划未体现以中医为主方向,不得分;发挥中医药特色优势的措施缺少可操作性,扣2分;规划未落实,每项扣1.5分;部分落实,酌情扣分(最少每项扣0.5分);未提供相应有效证据的原始资料,每项扣1分。	3

1.2 围绕医院中长期发展规划制定医院年度工作计划，有发挥中医药特色优势和提高中医临床疗效的具体措施，并按年度定期评价。（10分）	1.2.1 医院落实政府扶持中医药发展的保障政策；执行医保、物价对中医药的倾斜政策；中医财政经费专款专用，落实到位。	查阅评审周期相关资料,并实地考察。	未落实，每发现一处扣0.5分。	1
	1.2.2 医院建立新形势下符合中医学学术规律、有利于发挥中医特色优势、方便群众就医的中医诊疗模式，提高中医临床疗效和中医医院服务水平,更好地满足人民群众对中医药服务的需求。		不符合，不得分。	1
	1.2.3 医院年度工作计划能够体现医院发展战略和中长期发展规划的指导思想，有发挥中医药特色优势和提高中医临床疗效的具体措施。		医院未制定年度工作计划,或工作计划中无具体措施，不得分；工作计划未落实，扣1分；未提供工作记录、相关会议记录等有效证据实施过程的原始资料，扣1分。	2
	1.2.4 有发展中医重点专(学)科和加强中医药人才培养的具体措施和明确的资金投入。	查阅评审周期相关资料,抽查3项措施落实情况。	无具体措施,每项扣1分;无资金投入,每项扣1分;措施未落实,每项扣1分;部分落实,酌情扣分(最少每项扣0.2分)。	2
	1.2.5 医院对影响中医药特色优势发挥和提高中医临床疗效的关键问题有系统的调研分析(至少每年一次),并制订针对性措施。	查阅评审周期相关资料,并抽查2项具体措施的实施情况。	未定期开展调研分析,或无针对性措施,不得分;措施未落实,每项扣1.5分,部分落实,酌情扣分(最少每项扣0.5分)。	2
	1.2.6 医院对中医药特色指标(包括中医类别执业医师占执业医师总数比例、中药人员占药学人员比例、中药处方占处方总数的比例,中药饮片处方占处方总数的比例等)定期(至少每年一次)进行考核、分析。	查阅评审周期相关资料,访谈相关人员2名。	未定期进行考核、分析,不得分;分析不具体,扣1分;结果未应用,或无改进效果,扣0.5分;人员不知晓,每人扣0.2分。	2

1.3 医院管理体系中有引导发挥中医药特色优势和提高中医临床疗效的考核和奖惩激励机制, 科室综合考核目标中将发挥中医药特色优势和提高中医临床疗效作为重要指标。(8分)	1.3.1 医院有发挥中医药特色优势和提高中医临床疗效的鼓励和考核制度。	查阅评审周期相关资料, 并访谈有关人员 3 名。	未制定发挥中医药特色优势和提高中医临床疗效的鼓励和考核制度, 不得分; 制度不完善(如制度不系统, 分散在各种相关制度中), 扣 1 分; 已制定, 未实施, 扣 1 分; 部分实施, 扣 0.5 分; 人员不知晓, 每人扣 0.3 分。	2
	★1.3.2 科室综合考核目标中有发挥中医药特色优势和提高中医临床疗效的相关指标。	查阅评审周期相关资料, 随机抽查科室人员 3 名。	(C) (2分) 1. 有科室综合考核方案、细则与考核计划。 2. 考核方案指标中有涉及中医特色优势和提高中医临床疗效的指标, 指标是能够量化的, 具体的。 (B) 符合 C, 并 (3分) 1. 科室负责人和医务人员知晓考核方案与考核形式, 并定期进行科室考核。 2. 医院职能部门履行监管职责, 定期根据考核的结果进行分析通报, 及时反馈并提出改进措施。 (A) 符合 B, 并 (4分) 有能体现中医特色优势和提高中医临床疗效指标的科室综合考核方案, 并持续提升能反映中医特色优势和提高中医临床疗效指标结果。	4
	1.3.3 医院实行绩效工资管理, 将发挥中医药特色优势和提高中医临床疗效情况的考核结果体现在科室分配方案中。	查阅评审周期相关资料, 随机抽查 2 个科室 3 个月绩效分配明细, 并访谈相关人员 3 名。	未实行绩效工资管理, 不得分; 考核结果未体现在科室分配方案中, 每个科扣 1 分; 部分体现, 每个科室扣 0.5 分; 人员不知晓, 每人扣 0.2 分。	2

1.4 积极开展中医对口支援工作，并制定鼓励措施。（7分）	1.4.1 将对口支援县中医医院、乡镇卫生院或社区卫生服务机构的中医药工作纳入院长目标责任制和医院年度工作计划，并有相关鼓励措施。	查阅评审周期相关资料。	未纳入院长目标责任制，扣1分；未纳入医院年度工作计划，扣1分；无确定的对口支援单位，扣1分；无鼓励措施，扣0.5分；措施未落实，扣0.5分。	2
	1.4.2 承担政府培养县级中医医院和基层医疗卫生机构卫生技术人员的指令性任务，制订相关的制度、培训方案，并有具体措施予以保障。		未承担政府指令性任务，或无相关制度、培训方案，或无具体措施，不得分；方案不具体、保障措施未落实，每项扣0.5分；缺少有效证据的原始资料，扣0.5分。	2
	1.4.3 受援医院临床专科建设得到加强，至少新建2个中医重点专科，并取得成效。		未按标准要求建成重点专科，每少一科扣0.5分；缺少有效证据的原始资料，扣0.3分。	1
	1.4.4 受援医院中医医疗技术及现代医疗技术水平得到提升；门急诊人次和年出院人数较上一年度增加，平均住院日较上一年度下降。中医优势病种门诊人次和住院人次逐年增加。		受援医院医疗技术水平未提升，扣1分；门急诊人次、年出院人次未增加，每项扣0.5分；平均住院日未下降，扣0.5分；中医优势病种门诊人次或出院人次未逐年增加，每项扣0.5分；缺少有效证据的原始资料，扣0.3分。	2

## 第二章 队伍建设 (85 分)

	评价指标	评价方法	评分细则	分值
2.1.中医医院人员配备合理,符合国家有关规定。(45 分)	★2.1.1 中医类别执业医师(含执业助理医师)占执业医师总数的比例 ≥60%。	查阅评审周期人事档案及相关证明材料。	每低于标准 1 个百分点,扣 1 分。	7
	2.1.2 中医类别执业医师(含执业助理医师)占执业医师总数的比例 <60%,临床科室(口腔科、麻醉科除外)不得招聘非中医类别执业医师。	查阅评审周期人事档案及相关证明材料。	中医类别执业医师(含执业助理医师)占执业医师比例 <60%,但招聘非中医类别执业医师,不得分;不能提供招聘人员明细,扣 1 分。	3
	2.1.3 中药专业技术人员占药学专业技术人员总数的比例 ≥60%。	查阅评审周期人事档案及相关证明材料。	每低于标准 1 个百分点,扣 1 分。	5
	2.1.4 护理人员系统接受中医药知识和技能岗位培训(培训时间 ≥100 学时)的比例 ≥70%。		每低于标准 1 个百分点,扣 1 分。	5
	2.1.5 每个临床科室中(口腔科、麻醉科除外),中医类别执业医师占执业医师总数比例 ≥60%,同时应符合《临床科室建设与管理指南》的相关要求。		不符合要求,每个科室扣 1 分。	7
	2.1.6 院级领导中中医药专业技术人员的比例 ≥60%。		每低于标准 10 个百分点,扣 1 分。	2
	2.1.7 医院院领导和医务、护理、药剂、教学、科研部门的主要负责人经过省级以上中医药政策、中医药知识和管理知识的系统培训。院长应经过国家中医药管理局中医药政策和管理知识的系统培训。科主任经过中医药政策和管理知识的系统培训。	查阅评审周期人事档案及相关证明材料。	院长不符合要求,扣 2 分;其他人员不符合要求,每人扣 1 分。	4
	2.1.8 医院医务、护理、科研、教育等主要职能部门负责人(包括正、副职负责人)中,中医药专业技术人员的比例 ≥60%。	查阅上年度人事档案及相关证明材料。	每低于标准 5 个百分点,扣 1 分。	4

	2.1.9 临床科室负责人具有中医类别执业医师资格或系统接受中医药专业培训两年以上的比例 $\geq 60\%$ 。		每低于标准 1 个百分点，扣 1 分。	4
	2.1.10 临床科室负责人(口腔科、麻醉科除外)中应有具备高级中医专业技术职务任职资格、从事相关专业工作 10 年以上的中医类别执业医师或经过西学中培训的临床类别执业医师。临床科室科主任应符合《临床科室建设与管理指南》的相关要求。		临床科室负责人不符合要求，每个科室扣 1 分；科主任不符合《临床科室建设与管理指南》要求，每个科室扣 1 分。	4
2.2 有中医药人员队伍建设规划、计划和措施，并认真组织实施。（15 分）	2.2.1 制定中医药人员队伍建设规划或在医院中长期规划中有相关内容。	查阅相关资料，并抽查 1 项措施的落实情况。	无人员队伍建设规划或医院中长期规划中无相关内容，不得分；措施未落实，或效果不显著（如无国家级、省级名中医，专科带头人影响力不够，专（学）科带头人、中青年专（学）科骨干等各级人才队伍梯队结构不合理现象未得到改善等），扣 2 分；部分落实，酌情扣分（最少每项扣 1 分）。	3
	2.2.2 医院年度工作计划中有优化中医药人员结构、加强中医药人才队伍建设的具体措施，并落实。	查阅评审周期工作计划，并抽查 2 项措施的落实情况。	年度工作计划中无相关措施，不得分；措施未落实，每项扣 3 分；部分落实，酌情扣分（最少每项扣 1 分）；未提供相关会议记录、工作记录、总结等有效的原始资料，扣 2 分。	5
	2.2.3 医院有重点专（学）科带头人及继承人选拔与激励机制，并组织实施。	查阅相关资料，并访谈相关人员 2 名。	无选拔与激励机制，不得分；无项目管理、经费管理、日常管理管理等管理措施，扣 2 分；未提供相关会议记录、工作记录、总结等有效的原始资料，扣 2 分；专（学）科带头人在行业内影响力不够，每人扣 0.5 分。	3

	2.2.4 开展师承教育，有师承教育计划和具体措施。	查阅评审周期相关资料，并抽查 2 项具体措施的落实情况。	无具体措施，不得分；未开展师承管理，扣 3 分；计划或措施未落实，每项扣 2 分；缺少相关督导检查记录、总结等有效原始资料等，扣 2 分；部分落实，酌情扣分（最少每项扣 1 分）。	4
2.3 认真开展医师定期考核工作，积极开展中医药继续教育和师承教育与培训。（25 分）	2.3.1 根据《中医医院（含中西医结合医院、民族医医院）中医类别医师定期考核内容》要求，开展以中医药知识与技能为主的医师定期考核工作。	查阅评审周期相关资料，随机抽查 3 名医师考核资料。	未开展定期考核，不得分；无负责部门，扣 2 分；定期考核工作方案未落实，扣 2 分；职业道德考核、工作业绩考核中无中医药相关要求，每项扣 1 分；业务水平测评不以中医内容为主，扣 2 分；考核资料不符合，每人扣 1 分。	3
	2.3.2 开展中医住院医师规范化培训。	查阅评审周期相关资料；抽查 3 名医师的培训档案。	未进行培训，不得分；未按计划和要求培训，每人扣 2 分。	4
	2.3.3 开展中医药专业技术人员的中医基础理论、基本知识与基本技能培训，对本科常见病、多发病、疑难病和急危重症中西医诊断与鉴别诊断的准确性不断提高。	查阅评审周期相关资料，随机考核 3 名医师。	未开展培训，扣 3 分；未提供培训原始资料，扣 2 分；考核人员未掌握诊断或鉴别诊断、中医诊疗技术、方剂，每人每项扣 1 分。	4
	2.3.4 每年承担省级以上中医药继续教育项目 ≥ 5 项；中医药专业技术人员参加中医药继续教育并获得规定学分比例达到 100%。	查阅评审周期相关资料，随机抽查 2 个项目和 5 个科室人员继续教育达标情况。	每年承担省级以上中医药继续教育项目 < 5 项，每少一项扣 1 分；缺少项目实施的相关资料，每项扣 1 分；中医药专业技术人员参加中医药继续教育并获得规定学分比例每低于标准 5 个百分点，每个科室扣 0.5 分。	4
	2.3.5 开展非中医类别执业医师中医药基本知识与技能培训并考核，临床科室非中医类别执业医师中医药基本知识与技能培训考核比例达到 100%。	查阅评审周期相关资料，现场考核临床科室非中医类别执业医师 5 人。	未开展培训，不得分；未考核，扣 4 分；考核比例不达标，每低于 5 个百分点，扣 1 分；现场考核不符合要求，每人扣 1.5 分，部分符合，酌情扣分（每人每项最少扣 0.5 分）。	5
	2.3.6 建立中医药专业技术人员技术档案，考评记录完整。	抽查 3 名中医药专业技术人员的个人技术考评档案。	未建立个人技术考评档案或考评无中医药内容，每人扣 2 分。	5

### 第三章 临床科室建设（165分）

评价指标	评价方法	评分细则	分值	
3.1 按照国家中医药管理局有关规定，合理设置临床科室，医院和科室命名规范。（10分）	3.1.1 临床科室≥16个（至少设置内科、外科、妇（产）科、儿科、针灸科、骨伤科、肛肠科、皮肤科、眼科、推拿科、耳鼻喉科、感染性疾病科、急诊科、麻醉科、老年病科、康复科），医技科室≥7个（药学部、医学检验科、医学影像科、手术室、病理科、输血科、营养科和相应的临床功能检查室）。	查阅相关资料，并实地考察。	每少1个科室，不得分。	5
	★3.1.2 医院和临床科室命名符合国家中医药管理局《关于规范中医医院与临床科室名称的通知》（国中医药发〔2008〕12号）等有关规定，科室名称不得有中医、西医、中西医结合字样。治未病科原则上以“治未病科”（“治未病中心”）作为科室名称（由于历史沿革产生的“中医预防保健科”命名可保留；因整合健康管理资源产生的“健康管理中心（治未病）”等命名可采用），不得以“国医堂”、“名医工作室”、“保健中心”、“体检部”、“预防保健科”作为治未病科名称。	查阅相关资料，并实地考察。	医院或科室名称不规范，不得分；科室组织框架图、医疗信息报表与实际不符合，酌情扣分（每个科室至少扣1分）。	5
3.2.按照中医医院《临床科室建设与管理指南》的相关要求，加强科室建设与管理。（10分）	3.2.1 门诊、病房、急诊的设置、设施符合相关要求。	实地考察。	门诊、病房、急诊设置与设施不符合要求，每个区域扣1分；部分符合，酌情扣分（每个区域最少扣0.5分）。	2
	3.2.2 人员结构合理，科室负责人、护士长、学术带头人或学科带头人、学术继承人配备满足科室建设与管理需要。	查阅评审周期人事档案。	不符合要求，每人扣1分。	4

	3.2.3 按照相关要求开展中医特色服务项目。	查阅相关资料，并实地考察。	开展中医特色服务项目的数量未达到要求，每少1项，扣0.5分。	2
	3.2.4 三级医师的专科继续教育达到相关要求。	查阅相关资料，并现场访谈住院医师、主治医师、副主任以上医师各1人。	未按要求开展继续教育，每人扣0.5分。	2
3.3 中医类别执业医师门诊诊疗行为规范,体现中医理念和思维,得到患者认同。(20分)	3.3.1 中医类别执业医师门诊诊疗行为规范,门诊(急)诊病历书写符合《中医病历书写基本规范》，体现中医理念和思维。	实地查看5名中医类别执业医师诊疗活动(主治医师3名,高级职称2名),并随机抽查15份门诊病历(不少于5个临床科室)。	医师在诊疗活动中未采用中医四诊,每人扣5分;未使用中医药治疗方法,每人扣3分;病历中未体现四诊内容,每份病历扣3分;主病或主症未采用中医治疗方法,每份病历扣2分;理法方药不一致,每份病历扣1分;发现重复用药或不合理用药,每份病历扣0.5分。	8
	3.3.2 医师诊疗行为得到患者认同。	现场访谈患者5人(患者至少在该院就诊3次以上)。	医师诊疗行为未得到患者的认同,每人扣1分。	2
	3.3.3 临床科室门诊诊疗病人数前3位的病种至少包含1个中医优势病种。	查评审周期相关资料,并抽查核实。	前3位病种无中医优势病种,不得分。	2
	3.3.4 中药处方格式和书写符合要求。	查阅评审周期的相关资料,抽查中药饮片处方20张。	处方格式及书写不规范,每张处方扣0.2分;医院未开展定期检查,扣2分。	3
	3.3.5 中成药(含中药注射剂、医院中药制剂)应用符合《中成药临床应用指导原则》;处方书写规范,中成药辨证使用,用法用量正确;合理配伍,符合联合用药原则。	查阅评审周期相关资料,抽查中成药处方20张。	处方书写不规范(无中医疾病诊断、证候诊断等)、用药不合理(不合理配伍,不符合联合用药原则等),每张处方扣0.5分;剂量、用法错误,每张处方扣0.2分;医院未开展定期检查,扣3分。	5

3.4 住院诊疗行为规范,中医优势病种以中医治疗为主。 (55分)	<p>★3.4.1 在国家中医药管理局印发的中医诊疗方案基础上,结合本院实际制定科室优势病种诊疗方案并组织实施(每个科室至少选择3个),逐步提高中医优势病种诊疗方案的覆盖率。</p>	<p>查阅评审周期相关资料,并抽查2个科室6个临床诊疗方案。</p>	<p>(C)(2分)</p> <p>1.结合本院临床实际,至少有两个科室制定优势病种的诊疗方案,其中1个科室需要有3个临床诊疗方案。</p> <p>2.诊疗方案基本要素齐全,涉及的中西医病名、诊断、中西药综合治疗方法、疗效评价等内容详细。</p> <p>3.相关科室与人员均能知晓与遵循。</p> <p>(B)符合C,并(3分)</p> <p>医院职能部门履行监管职责,定期进行抽查,对存在的问题与缺陷有改进措施。</p> <p>(A)符合B,并(5分)</p> <p>开展优势病种诊疗方案制定的科室数量增加,且优势病种诊疗方案实施的覆盖率逐步提升。</p>	5
	3.4.2 医师掌握本专科诊疗方案。	<p>现场访谈3名中医类别执业医师(含科室负责人1名),每人访谈1个优势病种,共访谈3个病种。</p>	<p>科室负责人未掌握本科优势病种诊疗方案,扣1分;其他医师未掌握,每人扣0.5分;掌握不全面,酌情扣分(每人至少扣0.3分)。</p>	2
	3.4.3 中医诊疗方案在临床中得到应用。	<p>抽查3份运行或归档病历(原则上每个病种1份)。</p>	<p>未执行诊疗方案,即基本的诊断、治疗思路、方法和技术应用与诊疗方案不符,每份病历扣2分;部分执行,酌情扣分(至少扣1分)。</p>	5
	3.4.4 每年对诊疗方案实施情况及中医优势病种的临床疗效进行分析、总结及评估,优化诊疗方案。	<p>查阅评审周期相关资料。</p>	<p>未对中医优势病种的疗效与特色进行定期分析、总结和评估,每个病种扣1分;总结、分析、评估不到位,酌情扣分(每个病种最少扣0.5分);未对诊疗方案进行优化,每个病种扣1分;优化不符合要求,酌情扣分(每个病种最少扣0.5分)。</p>	3

	3.4.5 手术科室制定至少 3 个常见病种围手术期中医诊疗方案，手术病例能正确配合使用中医药治疗。	查阅相关资料，抽查 10 份手术病历（应包含 3 个常见病种）。	未制定围手术期中医诊疗方案，不得分；每少 1 个病种诊疗方案，扣 2 分；每少 1 个常见病种手术病历，扣 1 分；手术病例未正确配合使用中医药治疗，每份病历扣 0.5 分。	5
	3.4.6 执行《中医住院病案首页数据填写质量规范》，按照《中医住院病案首页数据质量管理与质控指标》和《中医住院病案首页质控考核细则》，建立医院内部病案首页质量控制指标并组织落实，不断提高中医病案首页书写质量。	查阅评审周期相关资料，并抽查 10 归档病历（至少涵盖 4 个临床科室及手术科室）。	未建立中医病案质量控制体系，不得分；未开展中医病案首页质控检查，扣 3 分；首页书写不规范，或与病程记录、医嘱、收费不符合，每份扣 1 分。	5
	3.4.7 病历书写符合《中医病历书写基本规范》。	抽查评审周期 10 份归档病历。	未执行，不得分；不符合，每份病历扣 0.5 分。	5
	3.4.8 入院记录四诊资料完整。		四诊资料不完整，每份病历扣 0.5 分。	5
	3.4.9 首次病程记录及病程记录体现理法方药一致性。		理法方药不一致，每份病历扣 1 分；有中药饮片处方，无医嘱或无费用发生，每份病历扣 1 分；病案首页或首次病程记录中有中医医疗技术应用，但病程中无具体记载（如）部位、穴位等），或无医嘱、或无费用发生，每份病历扣 0.5 分。	7
	3.4.10 上级医师正确指导下级医师开展中医诊疗活动。		查房记录中无上级医师辨证分析与治疗法则、处方，或有但对病情无指导作用，每份病历扣 0.5 分；无用药要点讲解记录，或讲解内容缺少指导，每份病历扣 0.5 分；对下级医师的诊疗缺陷未及时纠正，每份病历扣 0.5 分；无中医药内容，每份病历扣 0.5 分。	5

	3.4.11 临床诊疗行为规范,辨证使用中成药(含中药注射制剂、医院中药制剂),合理检查、合理诊治。	抽查评审周期 10 份归档病历。	未遵循诊疗规范,或用药不合理,或重复用药,或中医医疗技术重复使用,或技术不合理应用,或有医嘱但病程中无相应记载,每份病历扣 0.5 分。	5
	3.4.12 中医优势病种出院人数(前 3 位的优势病种出院人数总和)占入院收治人数比例逐年增加。	查阅评审周期相关资料,并抽查核实。	逐年下降,不得分;未增加,酌情扣分(至少扣 1 分)。	3
3.5 积极采用中医药方法,提高急危重症和疑难复杂疾病中医药诊疗能力。(10 分)	3.5.1 承担急危重症和疑难疾病的诊疗,不断提高应用现代医疗技术、中医医疗技术救治重大疾病、疑难危重症的救治能力。	医院提供评审周期出院患者疾病谱(顺位前 30 位)和承担区域内急危重症和疑难疾病转诊、会诊和救治等相关资料。	未建立卒中中心、胸痛中心,各扣 1 分(若建立创伤中心,则加 1 分);未提供出院患者疾病谱,不得分;疾病谱中急危重症和疑难疾病比例较低,酌情扣分(至少扣 2 分);未承担区域内急危重症和疑难疾病转诊,扣 3 分;未承担会诊和救治,酌情扣分(至少扣 1 分);未提供有效证据的原始资料,扣 0.5 分。(综合加分后此条款总分不得超过 5 分)。	5
	3.5.2 及时开展病例讨论,提高中医诊治急危重症、疑难病的水平。	查阅评审周期相关资料,并抽查 2 个临床科室 5 份讨论病例。现场考核。	科室未开展病例讨论,不得分;病例讨论中无中医内容,或中医内容无指导作用,每份病例扣 1 分。	5
3.6 加强中医康复能力建设,提供急性期康复诊疗、疑难重症康复训练、指导等服务。(10 分)	3.6.1 促进中医技术与康复医学融合,提供早期、专业的中医特色康复医疗服务,并建立与相关临床科室的有效联系,开展相关疾病床旁早期康复医疗。	查阅评审周期相关资料,实地考察,随机抽查 3 份运行或归档病历。	康复医疗服务未体现中医特色,或非急性期,或非重症及疑难疾病的康复,不得分;未建立院内相关科室的有效联系,扣 1 分;未开展床旁早期康复医疗,扣 1 分;缺少原始资料,扣 1 分;病历内容不符合,每份扣 0.5 分。	4

	3.6.2 制定并完善中医特色康复医疗的服务标准及规范。		未制定中医特色康复标准或规范，不得分；未开展标准及规范的推广应用，扣2分；缺少有效证据的支撑资料，扣1分。	3
	3.6.3 培训、指导基层医疗机构开展中医特色康复医疗；建立与基层医疗机构双向转诊机制，并取得成效。		未开展培训、训练指导，不得分；未与基层医疗机构建立双向转诊机制，不得分；有机制，但未实现转诊，扣1分；无成效（基层医院未开展相应康复医疗），扣1分；缺少有效证据支撑资料，酌情扣分（至少扣0.5分）。	3
3.7 开展临床路径管理工作，定期对临床路径实施情况进行分析，不断完善和改进。（15分）	3.7.1 医院有综合考虑医疗服务质量安全、基本医疗需求等因素制定的临床路径，开展常见病、多发病临床路径和中医优势病种中医临床路径管理工作，开设病房的科室，每科室实行中医临床路径管理的病种数不少于2个，或医院实行中医临床路径管理的病种数≥30种，逐步实现临床路径管理与电子病历系统相衔接。	查阅相关资料，并随机从医院提供的实行中医临床路径管理的科室清单中抽查2个科室的相关资料。	未开展中医临床路径管理，不得分；病种数不符合要求，扣3分；未制定中医临床路径实施方案，扣3分；方案未落实，扣2分；路径未与电子病历系统衔接，扣2分；未提供有效证据支撑资料，扣1分。	5
	3.7.2 开展医务人员临床路径方案的培训。医师掌握本专科常见病及中医优势病种临床路径。	查阅相关资料，现场访谈3名中医类别执业医师（含科室负责人1名）。	未开展培训，扣2分；科室负责人未掌握本科常见病及中医优势病种临床路径，扣2分；其他医师未掌握，每人扣1分；掌握不全面，酌情扣分（每人最少扣0.5分）。	3
	3.7.3 临床路径和诊疗方案在临床中得到应用。	抽查3份运行或归档病历。	未执行临床路径或诊疗方案，每份病历扣1分；无临床路径表单，每份病历扣2分。	3
	3.7.4 定期开展临床路径实施过程和效果评价，有关键环节质量控制保障，提出完善和改进路径标准的建议，不断扩大临床路径覆盖面。	查阅评审周期相关资料，随机抽查3个临床科室（至少含1个手术科室）。	未对临床路径的实施过程、效果评价，或无评价结果、质控记录、工作总结，不得分；缺少对实施临床路径管理中发生变异和退出临床路径管理病例的监控、分析记录，扣3分；监控不到位，或对发现问题无改进措施，扣2分；措施未落实，扣1分。	4

3.8 合理配置、应用中医诊疗设备。（5分）		查阅设备清单，并抽查3种设备使用情况（分属于3个科室，每个科室抽1种）。	中医诊疗设备配置未达12类，每少一类，扣2分；未达35种，每少一种，扣1分；设备未使用，每种扣1分；未提供有效证据使用原始资料，扣1分。	5
3.9 积极开展中医综合治疗，广泛、合理应用中医医疗技术。（15分）	3.9.1 按照《中医医疗技术手册（2013普及版）》（国中医药医政医管便函〔2013〕81号）的技术目录，开展中医医疗技术项目≥60种。	查阅评审周期中医医疗技术项目清单、医疗信息报表，并抽查核实。	每少1种，扣0.5分；未应用，酌情扣分（每种至少扣0.1分）；抽查结果与医院统计差异较大（相差±10%以上），扣1分。	5
	★3.9.2 采用非药物中医技术诊疗人次占医院门诊总人次的比例≥10%。	查阅评审周期相关资料，并抽查核实。	每低于标准1个百分点，扣0.5分；抽查结果与医院统计差异较大（相差±10%以上），扣2分。	5
	3.9.3 按照国家中医药管理局《关于中医医院加强中医综合治疗的通知》（国中医药医政发〔2013〕37号）要求建设中医综合治疗区(室)，设立中医综合治疗室的科室数不低于开设病房的临床科室总数的60%，门诊设立中医综合治疗区，并开展相应诊疗服务。	查阅评审周期内中医综合治疗室(区)的相关资料和年度医疗信息报表，并实地考察40%的科室。	设立中医综合治疗室的科室数低于开设病房的临床科室总数的60%，或门诊未设立中医综合治疗区，不得分；有中医综合治疗室，但未开展中医综合治疗工作，或无工作记录，每科扣1分；服务量逐年减少，扣0.5分；中医综合治疗区(室)建设不符合相关要求，扣0.5分。	5
3.10 研制和使用一定数量的医疗机构中药制剂；中药饮片和中成药使用达到要求。（15分）	3.10.1 常年应用的医疗机构中药制剂≥30种。	查阅评审周期内医疗机构中药制剂入出库单和医疗机构制剂注册许可证。	无医疗机构中药制剂，不得分；制剂每少1种，扣1分；有制剂但未生产，每种扣0.5分（最多扣3分）；临床未使用，每种扣0.5分。	4
	★3.10.2 门诊处方中，中药（饮片、中成药、医院制剂）处方比例≥60%；中药饮片处方占门诊处方总数的比例≥30%。	查阅评审周期的医疗信息报表，并抽查核实。	实地检查与医院统计结果差异较大（相差±10%以上），不得分；每低于标准1个百分点，每个指标扣1分。	4
	3.10.3 出院患者中应用中药饮片人次占出院患者人次的比例≥60%。	查阅评审周期相关资料，随机抽查20份归档病历、抽查核实。	实地抽查与医院统计结果差异较大（相差±10%以上），扣3分；每低于标准1个百分点，扣1分；病程记录与医嘱、费用不符合，每份病历扣0.2分。	4
	3.10.4 中药饮片处方数占门诊人次的比例≥50%。	查阅评审周期的医疗信息报表，并抽查核实。	实地检查与医院统计结果差异较大（相差±10%以上），不得分；每低于标准1个百分点，扣0.5分。	3

## 第四章 重点专科建设(110分)

评价指标		评价方法	评分细则	分值
4.1 省级以上中医重点专科达到一定数量，专科床位、设备、人员等达到规定要求。（15分）	4.1.1 省级以上中医重点专科≥3个，至少有1个国家级中医重点专科。	查阅相关资料，实地考察。	不达标，不得分。	3
	4.1.2 专科床位数（不含加床）≥30张。		专科床位数<30张，每低10%，扣1分。	3
	4.1.3 参照《中医医院医疗设备配置标准》要求配备中医诊疗设备，诊疗设备满足临床工作需要。		未配备中医诊疗设备，不得分；诊疗设备不能满足临床工作需要，扣2分。	3
	4.1.4 中医类别执业医师占执业医师的比例≥70%；专科学术带头人在省级以上学术团体任职。	查阅相关资料。	中医类别执业医师占执业医师的比例，每低于标准5个百分点，扣1分；学术带头人不符合要求，扣1分。	3
	4.1.5 重点专科建设监测数据及中医住院病案首页监测数据填报真实、完整、准确。	查阅相关资料,实地考察。	未按要求及时报送相关数据，不得分；数据填报不符合要求，酌情扣分（最少扣1分）。	3
4.2 制定并实施专科建设发展规划、工作计划和发挥中医药特色优势及提高中医临床疗效的具体措施。确定的优势病种应具有明显的中医药特色优势。（8分）	4.2.1 按照要求制定专科建设发展规划。	查阅相关资料。	未制定专科建设发展规划，不得分；专科建设发展规划内容不完整，酌情扣分（最少扣0.5分）；缺少制定过程的有效证据的原始资料，扣1分。	2
	4.2.2 制定年度重点专科工作计划。	查阅评审周期相关资料。	未制定年度工作计划，每少一年扣1分；工作计划内容不完整或与发展规划不相符，酌情扣分（最少扣0.5分）；工作计划未落实，酌情扣分（最少扣1分）。	2

	4.2.3 制定本专科发挥中医药特色优势和提高中医临床疗效的具体措施（可体现在年度工作计划中）。	查阅评审周期相关资料，并抽查 2 项措施的落实情况。	未制定具体措施，不得分；措施未落实，每项扣 1 分；部分落实，酌情扣分（最少扣 0.5 分）。	2
	4.2.4 确定的优势病种应具有明显的中医药特色优势，中医临床疗效突出。	查阅相关资料。	未确定优势病种，不得分；确定的优势病种达不到收治病种前列，每个病种扣 1 分；确定的病种中医药特色优势不明显，疗效不突出，酌情扣分（每个病种最少扣 0.5 分，最多扣 1 分）。	2
4.3 中医类别执业医师门诊诊疗行为规范，体现中医理念和思维，中医优势病种服务量逐年增加。（10 分）	4.3.1 中医类别执业医师门诊诊疗行为规范，体现中医理念和思路。	现场考查 3 名门诊医师诊治至少 5 名以上患者的过程。	专科当日门诊中医类别执业医师不得少于 3 人，每少 1 人，扣 2 分；每少 1 位患者，扣 1 分；医师在诊疗活动中未采用中医四诊，每个病人扣 1 分；未体现中医理念和思维，酌情扣分（每个病人最多扣 1 分）；四诊资料收集不完整，不足以支撑辨证分型，酌情扣分；辨证分析不正确，酌情扣分（每个病人最多扣 1 分）；主病或主症未采用中医治疗方法，每个病人扣 1 分；理法方药不一致，每个病人扣 1 分；使用中成药不辨证，每个病人扣 0.5 分；辨证不正确或使用不合理，酌情扣分；使用中医非药物疗法不合理，酌情扣分（每个病人最多扣 0.5 分）。	5
	4.3.2 医师诊疗行为得到患者认可。	现场访谈患者 5 人（患者至少在该院就诊 3 次以上）。	医师诊疗行为未得到患者的认可，每人扣 1 分。	2
	4.3.3 专科门诊服务量在相应级别中医同专业科室中领先，专科提供优势病种门诊（专病门诊）服务，门诊诊疗病种前 3 位至少包括 1 个中医优势病种，优势病种服务量逐年增加。	查阅评审周期相关资料，并抽查核实。	门诊诊疗病种前 3 位无中医优势病种，不得分；服务量未领先，扣 1 分；优势病种服务量未逐年增加，每年扣 1 分。	3

4.4 住院诊疗行为规范，中医优势病种以中医治疗为主。充分利用中医技术方法和现代科学技术，提高急危重症、疑难复杂疾病的诊疗能力。（44分）	★4.4.1 在国家中医药管理局印发的诊疗方案基础上，科室制定本专科优势病种和常见病种中医诊疗方案，并体现医院本科室临床实际，突出中医药诊疗方法的综合运用，诊疗方案基本要素齐全。	查阅3个病种诊疗方案及相关资料。	<p>(C) (2分)</p> <p>1.结合本院临床实际，至少有两个科室制定优势病种的诊疗方案，其中1个科室需要有3个临床诊疗方案。</p> <p>2.相关科室与人员均能知晓与遵循。</p> <p>(B)符合C，并(3分)</p> <p>主管部门履行监管职责，定期进行抽查，对存在的问题与缺陷有改进措施。</p> <p>(A)符合B，并(5分)</p> <p>诊疗方案基本要素齐全，涉及的中医病名、诊断、中医综合治疗方法、疗效评价等内容详细。</p>	5
	4.4.2 医师掌握本科诊疗方案。	现场访谈3名中医类别执业医师(含科室负责人1名)，每人访谈1个优势病种，共访谈3个病种。	科室负责人未掌握本科优势病种诊疗方案，扣1分；其他医师未掌握，每人扣0.5分；掌握不全面，每人扣0.3分。	2
	★4.4.3 诊疗方案在临床中得到应用。	抽查3份运行病历(原则上每个病种1份)。	<p>(C) (2分)</p> <p>1.医院有诊疗方案应用到临床实践的相关制度。</p> <p>2.有明确的诊疗方案临床应用考核方案。</p> <p>3.相关科室与人员均能知晓与遵循。</p> <p>(B)符合C，并(3分)</p> <p>医院职能部门履行监管职责，定期考察结果进行分析通报，对存在的问题与缺陷有改进措施。</p> <p>(A)符合B，并(5分)</p> <p>有在临床实践中体现诊疗方案，实际病例证型与方案相符，并且治疗方案在临床得到运用，中药或关键技术符合在60%以上。</p>	5

	4.4.4 定期（每年至少一次）对优势病种诊疗方案的实施情况和中医临床疗效进行分析、总结和评价，完善及修订本专科诊疗方案。	查阅评审周期相关资料。	未对诊疗方案实施情况和中医临床疗效进行评价，每个病种扣 2 分；未定期评价，每个病种扣 1 分；分析、总结、评价不到位，每个病种扣 0.5 分；评审周期内未进行方案的修订，扣 1 分；修订的依据不充分，每个病种扣 0.3 分；不切合临床实际，每个病种扣 0.3 分。	4
	4.4.5 医师诊疗行为规范，充分反映中医辨证思维理念；中医辨证论治正确率达到 100%。	抽查评审周期 10 份归档病历。	病历书写不符合基本规范，扣 5 分；四诊资料不足以支持辨证，每份病历扣 2 分；理法方药不一致，每份病历扣 2 分；中成药应用不合理，每份病历扣 2 分；辨证论治不正确，每份病历扣 1 分。	10
	4.4.6 上级医师正确指导下级医师诊疗行为。		上级医师查房记录中未能体现对下级医师的指导作用，每份病历扣 2 分；上级医师未能及时纠正下级医师的诊疗缺陷，每份病历扣 2 分；无中医药内容，每份病历扣 1 分。	5
	4.4.7 积极应用中医技术方法救治急危重症、疑难复杂疾病。	查阅评审周期相关资料，抽查 3 份疑难危重症病历。	未应用中医技术方法，每份病历扣 3 分；病案首页与病程记录或医嘱或费用不符合，酌情扣分（每份病历最少扣 1 分）。	5
	4.4.8 疑难危重症救治能力强，充分利用现代医疗技术，并与中医药治疗相结合。	查阅评审周期相关资料，抽查 3 份应用现代医疗技术的疑难危重症病历。	住院急危重症比例在评审周期内未提高，不得分；应用现代技术未与中医药治疗相结合，每份病历扣 2 分。	4
	4.4.9 中医治疗率 $\geq 60\%$ ，优势病种住院中医治疗率 $\geq 70\%$ ；中医优势病种（前 3 位优势病种）出院人数占出院人数比例 $\geq 60\%$ 。	查阅评审周期相关资料。	不符合要求，不得分。	2
	4.4.10 专科服务量在相应级别中医同专业科室中领先，出院人数逐年增加。	查阅相关资料。	专科服务量未领先，扣 1 分；出院人数未逐年增加，扣 1 分。	2

4.5 开展中医临床路径管理工作，定期对临床路径实施情况进行分析，不断完善和改进。（8分）	4.5.1 实施中医临床路径，有实施方案。年度出院病人临床路径管理比例 $\geq 50\%$ ，完成率 $\geq 70\%$ 。	查阅评审周期相关资料，随机抽查 1 个病种的相关资料。	未制定本科室中医临床路径实施方案，不得分；路径管理比例 $< 50\%$ ，或完成率 $< 70\%$ ，酌情扣分（最多扣 0.5 分）；未提供有效证据的原始资料，扣 0.5 分。	2
	4.5.2 医师掌握本专科常见病中医临床路径。	现场访谈 3 名中医类别执业医师（含科室负责人 1 名）。	科室负责人未掌握本科常见病中医临床路径，不得分；其他医师未掌握，每人扣 1 分；掌握不全面，每人扣 0.5 分。	2
	4.5.3 临床路径和诊疗方案在临床中得到应用。	抽查 3 份执行路径病历。	未执行临床路径和诊疗方案，每份病历扣 1 分；无临床路径表单，每份病历扣 0.5 分。	2
	4.5.4 每年对临床路径实施情况进行统计分析，不断完善和改进路径实施方案。	查阅评审周期相关资料。	未对临床路径的实施情况定期检查分析，不得分；未提出改进措施，扣 1 分；措施落实不到位，扣 0.5 分；缺少有效证据的原始资料，扣 0.5 分。	2
4.6 开展本专科临床经验整理与应用，加强名老中医学术经验继承工作，培养专科学术继承人。（10分）	4.6.1 有本专科学术经验继承工作计划和措施，有明确的名老中医学术继承人。	查阅评审周期相关资料，并现场考核学术继承人。	未开展名老中医学术经验继承工作，不得分；无工作计划和措施，扣 1 分；学术继承人不明确，扣 1 分；措施落实不到位，扣 0.5 分；缺少有效证据的原始资料，扣 0.5 分。	2
	4.6.2 专科学术继承人掌握名老中医学术经验。		学术继承人未掌握本专科名老中医学术经验，扣 1 分；掌握不全面，扣 0.5 分；未能提供原始跟师记录、论文等相关学术继承工作材料，扣 1 分。	2
	4.6.3 名老中医的学术思想及实践经验在专科临床中得到应用。	查阅相关资料，检查代表性病历 3 份。	不能提供应用本专业有代表性的名老中医的学术思想及实践经验应用证据，扣 2 分；未在病历中体现，每份扣 1 分。	3

	4.6.4 开展本专科领域文献记载的中医诊疗方法挖掘、整理与应用。	查阅相关资料，现场考查。	未开展挖掘、整理工作，不得分；未将其中有效的中医诊疗方法应用于临床，扣1分。	2		
	4.6.5 对民间具有价值的方药及特色疗法、诊疗经验和方法进行收集、整理。	查阅相关资料，现场考查。	未开展收集与整理工作，不得分。	1		
4.7 积极应用专科中医技术和现代医疗技术，研制和使用专科中药制剂。（10分）	4.7.1 至少有3项专科技术及特色疗法操作规范，并在临床应用。	查阅相关资料，现场访谈并考核2名医师。	专科学技术及特色疗法每少一项，扣1分；操作规范不具体，每项扣0.5分；未在临床应用，每项扣1分；缺少有效证据的原始资料，扣0.5分。	3		
	4.7.2 医师熟练掌握本专科技术及特色疗法。				考核不合格，每人扣1分。	2
	4.7.3 临床应用的专科中药制剂品种≥3种。	查阅相关资料。	每少一种，扣1分。	2		
	4.7.4 制定专科中药制剂研究计划并实施。				无计划，不得分；未实施，扣0.5分；缺少有效证据的原始资料，扣0.5分。	1
	4.7.5 积极应用现代医疗技术，现代医疗技术应用水平达到三级综合医院平均水平，并与中医药治疗相结合。	查阅相关资料，现场考查，并抽查评审周期2份归档病历。	未应用，不得分；未达到三级综合医院平均水平，扣1分；未与中医药治疗结合，每份病历扣1分；缺少有效证据的原始资料，扣1分。	2		
4.8 有重点专科研究室，开展提高中医临床疗效的专科研究工作，并能将成果转化应用于临床。（5分）	4.8.1 建立重点专科研究室，并有负责人与相应专兼职研究队伍。	查阅相关资料，并现场考查。	无研究室，不得分；负责人不明确，扣0.5分；无专兼职研究队伍，扣0.5分。	1		
	4.8.2 研究室有临床研究规划与年度计划，开展以解决优势病种难点问题和提高中医临床疗效为核心的文献整理与临床研究工作。				无规划与年度计划，不得分；缺少规划制定过程的相关会议及工作记录等原始资料，扣0.5分；工作计划不能体现规划的内容，或计划未落实，扣0.5分；未开展相关文献整理与临床研究工作，扣1分。	2
	4.8.3 有以解决优势病种难点问题和提高中医临床疗效为核心的2-3个稳定的研究方向，主要研究课题应为优势病种的中医疗效提供科学依据；研究成果转化应用于临床。				研究方向与难点问题和提高中医临床疗效结合不紧密，扣1分；研究方向不稳定，扣1分；无针对中医疗效的研究课题，扣0.5分；研究成果未应用于临床，扣0.5分。	2

## 第五章 中药药事管理（80分）

评价指标		评价方法	评分细则	分值
5.1 医院药事管理组织定期对临床使用中药进行监督、评价和指导，合理遴选医疗机构内使用的中药。（2分）		查阅评审周期相关资料，实地考察。	未对临床使用中药进行监督、评价和指导，不得分；每年少于2次，扣1分。	2
5.2 中药房设置达到《医院中药房基本标准》。（18分）	5.2.1 设有中药饮片库房、中药饮片调剂室、中成药库房、中成药调剂室、中药煎药室。	查阅相关资料，实地考察。	每少1个部门（组），扣0.5分。	3
	5.2.2 中药房应当远离各种污染源，中药饮片调剂室、中成药调剂室、中药煎药室应配备有效的通风、除尘、防积水以及消防等设施。		中药房距各种污染源较近，扣0.5分；缺少有效的通风、除尘、防积水、消防设施，每少一种扣0.5分。	2
	5.2.3 中药饮片调剂室面积≥100平方米；中成药调剂室面积≥60平方米。中成药调剂室、中药饮片调剂室面积应当与医院的规模和业务需求相适应。		中药饮片调剂室面积<100平方米，扣1分；中成药调剂室面积<60平方米，扣1分；中成药、中药饮片调剂室面积与医院的规模和业务需求不相适应，每项扣1分。	3
	5.2.4 中药房的设备（器具）应当与医院的规模和业务需求相适应。		设备（器具）与医院的规模和业务需求不相适应，酌情扣分。	2
	5.2.5 中药房人员配备与医院的规模和业务相适应。	查阅评审周期的人事档案及相关证明材料，并实地考察。	中药房人员配备与医院的规模和业务不相适应，酌情扣分。	1
	5.2.6 中药房主任或副主任中，应当有副主任中药师以上专业技术职务任职资格的人员。	查阅评审周期的人事档案及相关证明资料。	不符合要求，不得分。	2
	5.2.7 中药饮片质量验收负责人应为具有中级以上专业技术职务任职资格和中药饮片鉴别经验的人员或具有丰富中药饮片鉴别经验的老药工。中药饮片调剂复核人员应具有主管中药师以上专业技术职务任职资格（小包装饮片的复核人员应具有中药师以上专业技术职务任职资格）。煎药室负责人应具有中药师以上专业技术职务任职资格，煎药人员应为中药学专业或经培训取得相应资格的人员。	查阅评审周期的人事档案及相关证明资料。	不符合要求，每人扣1分。	3

	5.2.8 有以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。	查阅审查周期相关资料。	无培训制度和培训计划，不得分；有培训计划，未实施，扣 1 分；未提供原始资料，或计划落实不到位，扣 0.5 分。	2
5.3 医院中药饮片管理规范，采购、验收、储存、养护、调剂、煎煮符合要求。（32 分）	★5.3.1 建立中药饮片采购制度，采购程序符合相关规定，供应商资质齐全；供应中药饮片质量合格；医院定期对供应商进行评估。	查阅相关资料（如中药饮片采购制度、采购计划、供应商资质档案、评估记录等），实地考察。	（C）（1 分） 1.有药品采购供应管理制度与流程，有固定的供药渠道，由药学部门统一采购供应。 2.列入药品处方集和基本用药目录中的药品有适宜的储备，没有增减调整药品率≤5%。 （B）符合 C，并（2 分） 1.定期检查总结药品采购供应制度的执行情况，每年至少两次，无违规采购。 2.定期评估药品储备情况，有分析报告和提出改进措施。 （A）符合 B，并（3 分） 药品采购规范，储备适宜，无违规采购。	3
	5.3.2 中药饮片验收管理制度健全并落实到位，记录完整。	查阅中药饮片验收管理资料及评审周期的进货质量验收记录或入库清单。	无制度或无记录，不得分；制度不完善，扣 1 分；记录不完整，扣 1 分。	3
	5.3.3 中药饮片储存管理规范，有保证质量的管理制度和设施条件，做到定期养护。	查阅相关资料，并实地考察。	中药饮片有变质、霉变、生虫、串药等现象或无储存管理规范、制度，不得分；设施条件不完善，扣 1 分；养护记录不完整，扣 1 分。	3
	5.3.4 毒性中药饮片、按麻醉药品管理的中药饮片管理符合国家的相关法律法规。	查阅相关资料，实地考察，并抽查 10 张毒性中药饮片、按麻醉药品管理的中药饮片处方。	无毒性中药饮片，根据专家组对其毒性中药饮片管理能力进行评估，酌情给分；有含毒性中药饮片、按麻醉药品管理的中药饮片；未按规定实行双人双锁管理，扣 1 分；账物不符，扣 1 分；含毒性中药饮片、按麻醉药品管理的中药饮片处方调剂不符合规定，每张扣 0.2 分。	2

5.3.5 有中药饮片处方调剂制度和操作规范，严格处方的审核和调剂复核，调剂复核率 100%，每剂重量误差应在 ±5% 以内。	查阅相关资料，实地考察，并抽查 1 日中药饮片处方和调剂后的中药饮片处方 20 剂。	无饮片调剂制度和操作规范，不得分；未按规定审核或无复核签字，每张处方扣 0.5 分（最多扣 2 分）；重量误差不符合要求，每剂扣 0.5 分（最多扣 2 分）。	5
5.3.6 有缩短等候取药时间的措施，并落实到位。	查阅相关资料，实地考察，并追踪 3 名患者取药过程。	无措施，不得分；措施不到位，每发现一处扣 0.5 分。	2
5.3.7 有与本单位实际情况相适应的煎药室工作制度和相关设备的标准化操作程序，严格煎药全过程质量控制、监测工作。	查阅相关资料，并实地考察。	无工作制度和相关设备的标准化操作程序或未开展质量控制、监测工作，不得分；质量控制、监测工作不到位，酌情扣分（最少扣 1 分，最多扣 3 分）。	4
5.3.8 煎药室布局合理，配备完善的煎药设备设施和辅助用具，流程合理。		布局不合理，扣 0.5 分；流程不合理，扣 0.5 分；设施设备和辅助用具配备不完善，扣 0.5 分。	2
5.3.9 煎药室应当定期消毒。煎药设备设施、容器使用前应确保清洁，有清洁规程和每日清洁记录。	查阅评审周期相关资料，并实地考察。	未定期消毒、无清洁规程或无每日清洁记录，不得分；消毒记录和每日清洁记录不完整，每项扣 1 分。	3
5.3.10 煎药室面积与本单位的业务规模（煎药工作量）相适应。		煎药室面积与本单位的业务规模（煎药工作量）不相适应，酌情扣分。	1
5.3.11 煎药操作记录完整，操作方法符合要求。待煎药物先行浸泡时间不少于 30 分钟，每剂药一般煎煮 2 次，煎煮时间根据方剂的功能主治和药物的功效确定。凡注明有先煎、后下等特殊要求的，按照要求或医嘱操作。	查阅评审周期相关资料，实地考察，并抽查 10 剂中药煎药全过程。	无操作记录，不得分；记录不完整，扣 1 分；煎药操作方法不符合要求，每处扣 0.5 分。	3
5.3.12 能提供中药饮片急煎服务。	实地考察，并抽查非工作时间急煎中药情况。	不能提供急煎服务，或急煎不能在 2 小时内完成，不得分。	1

5.4 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。(12分)	5.4.1 中药饮片处方用名和调剂给付符合要求。	查阅评审周期相关资料,实地考察,并抽查 10 张中药饮片处方。	中药饮片调剂给付不符合规定, 每张每种扣 0.3 分。	2
	★5.4.2 有中药饮片处方点评工作制度, 开展中药饮片处方点评工作, 工作记录完整。	查阅评审周期相关资料, 并实地核查。	(C) (1分) 有按《医院处方点评管理规范(试行)》的要求制定医院处方点评制度, 组织健全, 责任明确。 (B) 符合 C, 并 (1.5分) 1.有处方点评实施细则和执行记录。 2.对不合理处方进行干预。 3.定期发布处方评价指标与评价结果, 纳入医院质量考核目标, 实现奖惩管理。定期进行通报和超常预警。 (A) 符合 B, 并 (2分) 1.每年开展三项以上专项药物临床应用评价, 每年每项评价不少于 4 次。 2. 根据点评结果。落实整改措施, 提高合理用药。	2
	5.4.3 门急诊处方点评的抽查率应不少于中药饮片总处方量的 0.5%, 每月点评处方绝对数不少于 100 张; 病房(区)的抽查率(按出院病历数计)不少于 5%, 每月点评出院病历绝对数应不少于 30 份。		门急诊中药饮片处方的抽查率<中药饮片总处方量的 0.5%, 或每月点评处方绝对数<100 张, 扣 1 分; 病房(区)中药饮片处方抽查率(按出院病历数计)<5%, 或每月点评出院病历绝对数<30 份, 扣 1 分; 核查结果不符合, 扣 0.5 分。	2
	5.4.4 医师开具的中药饮片处方(医嘱)内容规范完整, 药名书写正确, 脚注明确, “双签字”落实到位。	查阅评审周期相关资料, 随机抽查某日中药饮片处方 50 张、住院病历 10 份。	中药饮片处方(医嘱)内容不规范, 扣 0.5 分; 药名书写不正确, 每张扣 0.5 分; 脚注不明确或没有书写, 每张扣 0.5 分; 双签字要求落实不到位, 每张扣 0.5 分。	4

	5.4.5 定期总结中药饮片处方点评结果，将点评结果纳入绩效考核，实行奖惩管理，对不合理使用中药饮片的行为有干预措施，并落实到位。	查阅评审周期相关资料，随机抽查 3 个绩效及年内奖惩情况。	点评结果未公示，扣 1 分；未纳入绩效考核，扣 1 分；干预和改进措施不到位，扣 1 分。	2
5.5 加强医疗机构中药制剂管理。（3 分）	5.5.1 中药制剂配制管理规范，委托加工的制剂须经相应部门批准，按照相关的规定执行。	查阅相关资料，并实地考察。	无制剂配制记录或未经批准委托加工或委托加工批件不符合规定，不得分；配制记录不完善，扣 1 分。	2
	5.5.2 中药制剂在医疗机构之间的调剂使用符合相关规定。	查阅相关资料。	中药制剂在医疗机构之间的调剂使用不符合规定，不得分。	1
5.6 积极开展个性化特色中药服务，挖掘整理特色中药疗法和传统中药加工方法，并推广使用。（3 分）	5.6.1 开展 2 项及以上中药个性化用药加工服务（接受患者委托，按医师处方制作丸、散、膏、胶囊等剂型的服务）。	查阅相关资料，并实地考察。	设备不齐全，能力不具备，不得分；未提供加工服务，扣 1 分；服务人次未逐年增加，扣 0.5 分；缺少有效证据的原始资料，扣 0.3 分。	2
	5.6.2 积极挖掘整理特色中药疗法，并推广使用。		未挖掘整理特色中药疗法，不得分；未推广使用，酌情扣分；缺少有效证据的原始资料，扣 0.3 分。	1
5.7 临床药师参与中药药物治疗，促进安全与合理用药。（10 分）	5.7.1 医院配备 5 名以上临床药师或每 100 张病床与临床药师配比 $\geq 0.6$ 。提供中药临床药学服务，促进中药合理使用。	查阅相关资料，并实地考察。	临床药师数量配备不足，每少 1 人扣 1 分；药师未参加临床药物治疗工作，扣 0.5 分；未开展咨询工作，扣 0.5 分；缺少有效证据的原始资料，扣 0.3 分。	3
	5.7.2 定期开展中药处方点评工作，规范处方（用药医嘱）开具、审核、调配、核发、用药指导等行为。	查阅评审周期相关资料，随机抽取中成药（含中药注射剂）处方 50 份，住院病历 10 份。	未定期开展中药处方点评工作，不得分；点评问题无改进措施，或措施未落实（连续出现相同问题 3 次以上），扣 1 分；处方或医嘱不合格，或用药不合理，每份扣 0.5 分；缺少有效证据的原始资料，扣 0.3 分。	3
	5.7.3 有中药安全性监测管理制度和中药不良反应事件报告制度，按规定报告中药不良反应。	查阅评审周期内相关资料，随机抽查 3 份归档病历。	无制度，或无中药不良反应报告记录，不得分；未按照规定上报不良反应，每例扣 1 分。	2
	5.7.4 对患者开展中药及中药合理用药知识宣传与教育。	查看评审周期相关资料，实地访谈 3 名候药患者。	未开展宣传与教育，不得分；不知晓，每人扣 0.5 分；缺少有效证据的原始资料，扣 1 分。	2

## 第六章 中医护理（60分）

评价指标		评价方法	评分细则	分值
6.1 护理管理组织体系健全，中医护理管理职能及各层次护理管理岗位职责明确。（10分）	6.1.1 有在院长（或副院长）领导下的护理组织管理体系，实施目标管理。各层次护理管理岗位职责明确并实行考核。	查阅相关资料，访谈相关人员2名。	管理体系不健全，扣1分；未按照标准配置各层次护理管理岗位和人员，岗位职责不明确，扣1分；未对各层次护理管理者进行考核，扣0.5分；人员不知晓，每人扣0.3分。	2
	6.1.2 建立护理垂直管理体系，有相关工作方案。	查阅相关资料，实地考察。	未建立护理垂直管理体系或无工作方案，不得分。	2
	6.1.3 明确护理管理部门的中医护理管理职能和管理人员职责。	查阅相关资料，访谈相关人员3名。	护理管理部门的职能不明确，扣1分；主管院长、护理部主任、科护士长、护士长的职责不明确，每人扣0.5分；人员不知晓，每人扣0.3分。	2
	6.1.4 医院年度工作计划中有中医护理工作的计划与具体措施，并落实。	查阅评审周期相关资料，并抽查2项措施的落实情况。	无相关计划和措施，不得分；措施未落实，或落实不到位，每项扣1分；缺少有效证据的原始资料，扣0.5分。	2
	6.1.5 建立护理与医务、药剂、后勤等相关部门支持开展中医护理工作的协调机制，并定期（至少半年1次）召开会议。	查阅评审周期相关资料。	无会议记录，不得分；协调机制落实不到位，扣1分；缺少有效证据的原始资料，扣0.5分。	2
6.2 加强中医护理队伍建设，中医护理人员配置合理。（13分）	6.2.1 合理配置护士，病房护理人员总数与病区实际开放床位数的比例达到0.4:1的要求。特殊护理单元人员资质符合要求。	提供全院护士人员名册及护理单元人员信息，随机抽查2病区，并抽查近3个月护理人员排班表。抽查3个特殊护理单元专科护士资质的证明材料。	病房护理人员总数与病区实际开放床位数的比例不符合要求，扣3分；特殊护理单元专科护士资质不符合要求，每人扣1分。	5
	6.2.2 中医药院校毕业或中医护理专业毕业的护士比例不低于40%。	查阅全院中医药院校毕业或中医护理专业毕业护士名单等相关资料，并抽查5名中医药院校毕业或中医护理专业毕业护士的证明材料。	中医药院校毕业或中医护理专业毕业护士比例每低于标准1个百分点扣0.5分；护士证明材料不符合，不得分。	2

	6.2.3 全院大专及以上学历护士数占全院护士总数的比例不低于 80%。	查阅全院大专及以上学历护士名单,并抽查 5 名护士的证明材料。	每低于标准 1 个百分点,扣 0.2 分;学历资料不符合,每人扣 1 分。	2
	6.2.4 有护理人员中医药知识与技能的培训计划,体现不同层次人员的培训内容与学时要求,定期考核,措施到位。全院非中医专业毕业的护士中系统接受中医药知识与技能培训的护士数占全院非中医专业毕业护士总数的比例不低于 70%。	查阅评审周期相关资料,随机抽查高级、中级、初级护士技术档案各 3 份及 3 名护士的培训记录。	无培训计划,或未体现不同层次人员的培训内容,或无中医药内容,或护士培训记录不符合要求,不得分;计划未落实,或原始资料记录不全面,每份技术档案扣 0.5 分;培训内容与学时不符合要求,每份技术档案扣 0.5 分;系统培训比例<70%,每低于标准 1 个百分点扣 1 分。	4
6.3 积极开展辨证施护和中医特色护理,提供具有中医药特色的健康教育和康复指导。(18 分)	6.3.1 依据《中医护理常规 技术操作规程》、《52 个病种中医护理方案(试行)》制定符合本院实际的中医护理常规或中医护理方案,并组织实施。	查阅评审周期的相关资料,并现场抽查 2 个病区。	无符合本院实际的中医护理常规和中医护理方案,不得分;未组织实施、培训,每个病区扣 1 分。	3
	6.3.2 定期对中医护理方案的应用情况进行分析总结并优化。		未开展分析总结,不得分;未周期内进行优化,扣 1 分。	2
	6.3.3 护士掌握本科常见病的中医护理常规或中医护理方案,并应用于临床护理。	查阅评审周期的相关资料,随机抽查 2 个病区,现场访谈患者 2 名,考核 2 名护士(含 1 名护士长,原则上每个病区 1 人,共 2 个病区)。	护士长未掌握本科常见病种的中医护理措施,扣 3 分,护士未掌握,扣 1 分;临床中医护理措施不到位,每人扣 2 分。	6
	6.3.4 病区开展具有中医特色的健康教育和康复指导,包括:生活起居、饮食指导、用药指导、情志调理、康复指导等。	查阅评审周期相关健康教育资料,实地查看 2 个病区,并随机访谈入院近一周内的住院患者 1 名和准备出院的患者 1 名。	无健康教育相关资料,每个病区扣 1 分;健康教育资料内容不全面,每个病区扣 0.5 分;患者不知晓健康教育内容,每个病区扣 1 分。	4
	6.3.5 入院评估、护理记录等资料体现辨证施护内容。	抽查 3 份运行病历,并实地考察。	未体现辨证施护内容,每份病历扣 1 分;内容不全,每份病历扣 0.5 分。	3

6.4 积极运用中医护理技术，应用人次逐年上升。（12分）	6.4.1 全院开展中医护理技术不低于 10 项，且应用人次逐年上升。	查阅评审周期相关资料，医疗信息报表或医院统计报表、中医护理技术项目清单及应用科室，随机抽查 2 个科室运行病历各 1 份。	全院中医护理技术项目数<10 项，每少 1 项扣 1 分；中医护理技术未开展，每项扣 1 分；全院中医护理技术应用人次未逐年上升，每年扣 0.5 分；病历记载与提供资料不符合，每份病历扣 0.3 分。	3
	★6.4.2 科室开展中医护理技术项目不少于 4 项。	科室提供开展中医护理技术项目清单，实地检查 3 个科室，每个科室抽查 2 份运行病历。	未开展中医护理技术操作，不得分；科室开展中医护理技术项目<4 项，每科扣 2 分。	4
	6.4.3 组织培训《护理人员中医技术使用手册》及本院常用中医护理技术，并取得实效。	查阅培训考核资料。现场随机抽查 2 项中医护理技术实际操作情况（《护理人员中医技术使用手册》中的技术及本院自行开展的技术各一项）。	未开展培训、考核，扣 3 分；技术操作不规范，每项扣 2 分；缺少有效证据的原始资料，扣 1 分。	5
6.5 开展中医护理质量评价，并持续改进。（5分）	6.5.1 开展中医特色护理质量评价工作。	查阅评审周期相关资料。	未开展中医特色护理质量评价工作，不得分；评价不到位，或记录不完整，扣 1 分；针对问题无改进措施，扣 1 分；措施未落实，或不到位，扣 0.5 分。	2
	6.5.2 有突出中医特色的护理查房、护理会诊及护理病例讨论制度并落实。	查阅评审周期的相关资料，参加一个病区的护理查房或护理病例讨论。	无制度，不得分；护理查房、护理病例讨论未体现中医特色，扣 2 分；记录不完整，扣 1 分。	3
6.6 积极开展中医护理科研工作。（2分）	6.6.1 医院有鼓励开展中医护理科研的措施。	查阅评审周期的相关资料，查看 1 项措施落实的情况。	无鼓励措施，不得分；措施未落实，扣 0.5 分。	1
	6.6.2 医院开展中医护理技术创新和中医护理科研工作。	查阅评审周期的相关资料。	无创新和中医护理相关的科研工作，不得分。无院级以上课题立项，扣 0.5 分。	1

## 第七章 文化建设（30分）

评价指标	评价方法	评分细则	分值	
7.1 医院重视中医药文化建设。（4分）	7.1.1 贯彻执行《关于加强中医医院中医药文化建设的指导意见》及《中医医院中医药文化建设指南》等相关文件要求。	查阅相关资料。	无相关会议记录，不得分。	2
	7.1.2 有医院中医药文化建设方案并组织实施。	查阅相关资料，并抽查2项措施的落实情况。	未制定实施方案，不得分；措施未落实，每项扣1分。	2
7.2 医院价值观念体系体现中医药文化。（6分）	7.2.1 医院宗旨充分体现中医药文化的价值观念。	查阅相关资料，并实地考察。	无医院宗旨或未体现，不得分；正在征集或制定过程中，扣1分；体现不充分，扣0.5分。	2
	7.2.2 医院发展战略体现发展中医药事业、提供中医药服务的总体定位。		无发展战略或未体现，不得分；正在征集或制定过程中，扣1分；体现不充分，扣0.5分。	2
	7.2.3 院歌体现中医医院的宗旨。		无院歌或未体现，不得分；正在征集或制定过程中，扣0.5分；体现不充分，扣0.2分。	1
	7.2.4 院训体现中医医院的宗旨。		无院训或未体现，不得分；正在征集或制定过程中，扣0.5分；体现不充分，扣0.2分。	1
7.3 建立并不断完善行为规范体系，形成富含中医药文化特色的服务文化和管理文化。（8分）	7.3.1 医院员工言语仪表规范。	现场考核3名员工（窗口服务人员、医技人员，门诊服务台人员各1名）。	医院员工言语仪表不规范，每人扣1分；未提供培训资料，扣0.5分。	2
	7.3.2 具有体现中医药文化的特定礼仪。	查阅相关资料。	无特定礼仪，不得分；未提供有效证据的原始资料，扣1分。	2
	7.3.3 有体现中医医院特点的规章制度和《员工手册》，并开展培训。	查阅相关资料。	未制定相关规章制度和《员工手册》，不得分；未体现中医医院特点，扣1分；未开展培训，扣0.5分；未提供有效证据的原始资料，扣0.5分。	2

	7.3.4 有体现中国传统文化核心价值观念的读本，并开展培训。	查阅相关资料。	未编写《读本》，不得分；未开展培训，或缺少有效证据的原始资料，扣1分。	2
7.4 加强医患沟通，构建和谐医患关系。（6分）	7.4.1 健全医患沟通制度，完善医患沟通内容。	查阅评审周期的相关资料，实地查看，并随机抽查内科系统、外科系统各2份运行病历，随机访谈门诊、住院患者或其近亲属各2名。	无相关工作制度，不得分；医患沟通内容、形式和工作记录有缺陷，扣2分；病历中无沟通内容，或沟通内容不到位，每份病历扣1分；医务人员对病情介绍、宣教、解释不到位，每人扣0.5分。	4
	7.4.2 加强对医务人员医患沟通技巧的培训，提高医患沟通能力。	查阅评审周期的相关资料访谈2名医师。	未开展培训，不得分；培训原始资料不全，扣1分；医师未掌握沟通技巧，每人扣0.5分。	2
7.5 参照中医医院环境形象建设范例，开展中医医院环境形象体系建设。（6分）	7.5.1 庭院建设体现中医药文化。	实地考察。	庭院建设未体现中医药文化，不得分；体现不充分，扣1分。	2
	★7.5.2 门诊走廊、候诊区和住院部走廊宣传中医药知识，使用中医病名和中医术语，并与所在科室的中医药特色相结合，中药候药区宣传中医药相关知识。		不符合要求，不得分。	4

## 第八章 “治未病”服务（40分）

	评价指标	评价方法	评分细则	分值
8.1 医院为发展治未病服务提供支撑。（3分）	8.1.1 医院重视治未病工作,院级领导分管治未病工作,医院的中长期发展规划和年度工作计划中有发展治未病服务的内容,有明确的发展目标;医院逐步建立完善治未病工作激励机制。	查阅相关资料。	无院级领导分管治未病工作,不得分;医院的中长期发展规划和年度工作计划中无发展治未病服务的内容,不得分;发展目标不明确,扣1分;医院无支持治未病工作激励机制,扣1分。	1.5
	8.1.2 医院制定治未病专科建设年度工作计划及具体措施并落实;在科室目标考评中建立激励机制,保证人员的积极性与稳定性。	查阅相关资料。	未制定治未病专科建设年度工作计划及具体措施,不得分;部分计划措施未落实,扣1分;未建立激励机制,扣1分。	1.5
8.2 治未病科功能定位准确。（5分）	★8.2.1 科室功能定位准确,为医院的一级科室。	实地考察。	把针灸科、推拿科、康复科、理疗科等临床科室及国医堂、名医工作室等整合纳入“治未病”科,不得分;未作为医院一级科室,不得分。	3
	8.2.2 科室服务对象以体质偏颇人群、亚健康人群、病前状态人群、慢性疾病需实施健康管理的人群和其他关注健康的特殊人群为主。	查阅相关资料,实地考察,现场走访。	服务对象以患病人群为主,不得分。	2
8.3 治未病科基本条件满足业务需求。（12分）	8.3.1 科室区域布局合理,面积满足业务工作需要。应设置健康状态信息采集与辨识评估区域、健康咨询与指导区域、健康干预区域、健康宣教区等功能区域。	查阅相关资料,实地考察。	服务区域低于200平米,不得分;区域布局不合理,酌情扣分。	3
	8.3.2 人员配备满足治未病服务功能的需要,专职医护人员不少于6人,中医类医护人员比例不低于70%。其中应当有一名具备副主任以上专业技术职务任职资格的中医类别执业医师。	查阅本年度人事档案及相关证明材料。	专职医护人员(不包括体检中心人员)配备不足6人,或中医类医护人员<70%,不得分;无副主任以上专业技术职务任职资格的医师,扣1.5分。	3

	8.3.3 设备配置满足“治未病”服务需要。配置6类以上中医健康干预类设备,如针疗类、灸疗类、熏洗类、光疗类、电疗类、磁疗类等设备;配置3种以上中医健康状态辨识评估类设备,如体质辨识仪、四诊仪、经络检测仪、红外线热成像仪、五脏相音辨识仪等。	查阅科室设备清单和使用记录,并实地考察。	健康干预类配备设备不足6类的,每少一类扣1分;辨识评估类设备不足3种的,每少1种扣1分。	4
	8.3.4 建立有关工作制度、服务规范和技术操作规范。	查阅相关资料。	无工作制度,或服务规范,或技术操作规范,不得分;各类制度、规范不全,每项扣1分。	2
8.4 按照要求规范提供治未病服务。(16分)	8.4.1 为群众提供健康状态信息采集与辨识评估、健康咨询指导、健康干预、服务效果追踪等中医健康管理全程服务,服务流程合理,服务量达到一定规模(指开展了中医体检及健康干预等个性化服务的人次,三伏贴等群体性服务不列入服务量计算范围)。	查阅医院统计报表等相关资料。	未提供服务,不得分;服务流程不合理,酌情扣分;服务量低于3000人次/年,扣3分;服务量低于5000人次/年,扣2分。	4
	8.4.2 开展中医体检服务。	查阅相关资料,实地考察。	开展体质辨识、经络评估、脏腑功能检测、血气状态分析等中医体检项目,不足3项,每少一项扣1.5分。	3
	8.4.3 围绕科室重点主攻方向人群,制订治未病干预方案并实施。	查阅相关资料,现场访谈。	未制订或制定未实施治未病干预方案,不得分;干预方案应用人群数量少,酌情扣分。	3
	8.4.4 应用中医特色干预技术方法,如针刺、灸法、拔罐、推拿、穴位贴敷、埋线、药浴、熏洗(蒸)、刮痧、砭石、音疗,及热疗、电疗及其它理疗技术。	查阅科室信息报表等资料;实地考察。	特色治未病服务干预技术方法应用不足6项,每少1项扣0.5分。	2
	8.4.5 研发3种以上中医健康状态辨识评估器具设备或健康干预技术产品。	查阅相关资料,实地考察。	未研发,不得分;研发器具设备或技术产品少于3种(系列产品算1种,如养生调养茶饮),扣1分。	2

	8.4.6 开展治未病服务效果的总结、分析及评价工作。	查阅相关资料。	未开展服务效果评价工作，不得分。	1
	8.4.7 开展中医治未病服务信息化建设，为治未病服务发展提供数据支撑	查阅相关资料，实地考察。	未开展信息化建设，不得分；相关数据信息资料不全，扣 0.5 分。	1
8.5 积极开展中医健康宣教,为下级医院提供技术指导。（4分）	8.5.1 开展多种形式的健康教育活动，包括：现场咨询、健康讲座、发放养生保健知识手册等传统宣传方式和利用电视报刊等主流媒体，网络、微信平台等新媒体传播中医健康文化。	查阅相关资料，实地考察。	未开展健康教育活动，不得分；每月开展公众健康咨询活动或健康讲座少于 1 次，扣 1 分；未提供宣传资料，扣 1 分。	2
	8.5.2 深入基层，为下级医疗卫生机构提供业务指导。	查阅相关资料。	未建立指导协作关系，不得分；每月对基层指导少于 1 次，扣 1 分；工作记录不完整，扣 1 分。	2

## 第二部分 综合服务功能（400分）

### 第一章 基本要求和医院服务（40分）

#### 一、医院设置、功能和任务（5分）

评审指标		评审方法	评审细则	分值
1.1.1 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。（3分）	1.1.1.1 医院管理和服务坚持“以病人为中心”，服务宗旨、管理理念和管理措施体现医院公益性，把社会效益放在首位，履行相应的社会责任和义务。参加并完成各级卫生、中医药行政管理部门指定的社会公益项目。	查阅评审周期相关资料。	未体现公益性，或未履行社会责任和义务，或未参加并完成各级卫生、中医药行政管理部门指定的各类扶贫、防病、促进基层医疗卫生事业项目及边远地区医疗服务援助项目，或未开展或举办多种形式社会公益性活动（如义诊、健康咨询、募捐等）等，不得分；缺少有效证据的原始资料，扣0.5分。	1
	1.1.1.2 医院参与建立分级诊疗制度，初步实现三级中医医院优质资源下沉，通过组建医联体等形式与基层医疗卫生机构建立分工协作机制，形成科学合理就医秩序。		未与基层医疗卫生机构建立协作机制，不得分；缺少有效证据的原始资料，扣0.5分。	1
	1.1.1.3 承担政府分配的中医类别全科医师规范化培训等为下级医院卫生技术人员培养的指令性任务，制定相关的制度、培训方案，并有具体措施予以保障。		无制度，扣0.3分；项目培养资料（包括学员名单、授课课件、学时、考核和评价等）不完整，扣0.4分；无保障措施，扣0.3分；措施不到位，扣0.3分。	1

<p>★1.1.2.医院的功能、任务和定位明确，符合区域卫生规划和医疗机构设置规划要求，保持适度规模，医院编制及实有床位数均≥400张，科室设置、每床建筑面积、人员配备和设备、设施符合三级中医医院基本标准。（2分）</p>	<p>查阅相关资料，实地考察。</p>	<p>1.医院符合卫生行政部门规定三级医院设置标准，获得批准等级至少正式执业3年以上。 2.卫生技术人员与开放床位之比不低于1.2: 1。 3.病房护士与开放床位之比应不低于0.4: 1。 4.临床科室主任具有副高级职称及以上者≥90%。 5.医院编制及实有床位数均≥400张。满足上面5点才能得分。</p>	<p>2</p>
---	---------------------	--	----------

## 二、医院服务（15分）

	评审指标	评审方法	评审细则	分值
<p>1.2.1 医院有改善诊疗环境，提高工作绩效，优化医疗服务系统与流程，缩短平均住院日、缩短患者诊疗等候时间具体措施，支持医务人员从事晚间门诊和节假日门诊。（8分）</p>	<p>1.2.1.1 改善诊疗环境，就诊、住院的环境清洁、舒适、安全，有患者饮水、休息、如厕和方便残疾人的无障碍设施。急诊与门诊候诊区、医技部门、住院病区等均有清晰、规范、醒目、易懂的标识。有保护患者的隐私设施和管理措施。</p>	<p>查阅相关资料，并实地考察。</p>	<p>诊疗环境不符合要求，每项扣0.3分；无保护患者隐私的管理措施，扣0.5分；措施不到位，扣0.5分。</p>	<p>2</p>
	<p>1.2.1.2 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；支持医务人员从事晚间门诊和节假日门诊，建立与挂钩合作的基层医疗机构的双向转诊服务；完善患者入院、出院、转科服务管理制度和标准；改进服务流程；为急诊患者提供合理、便捷的入院相关制度与流程；急、危重患者应先抢救并及时办理入院手续。</p>	<p>查阅相关资料，实地考察，并体验预约挂号、就诊流程。</p>	<p>未开展预约诊疗服务，无支持医务人员从事晚间门诊和节假日门诊的措施，未建立预约转诊服务，每项扣0.5分；无患者入院、出院、转科服务管理制度和标准，扣2分；无急诊患者收入院制度与流程，扣1分；未及时抢救危重患者并办理入院手续，扣0.5分。</p>	<p>3</p>

	1.2.1.3 医院挂号、缴费、取药、候诊秩序良好。		秩序混乱,每处扣 0.5 分;流程欠合理,扣 1 分。	2
	1.2.1.4 评审周期内,医院平均住院日呈下降趋势。	查阅评审周期相关资料。	未呈下降趋势,不得分。	1
1.2.2 急诊绿色通道管理规范,急危重症患者得到及时救治。(3分)	★1.2.2.1 加强急诊检诊、分诊,落实首诊负责制,及时救治急危重症患者。	查阅相关资料,并实地考察。	(C)(0.3分) 1.有专人负责急诊检诊、分诊工作,有效分流非急危重症患者。 2.落实首诊负责制,急危重症患者实行先抢救、后付费。 3.落实急会诊制度,保障急危重症患者得到及时救治。 4.建立急危重症患者抢救协作协调机制,保障患者优先收住入院,制定急诊科与 120 急救中心、基层医疗急诊患者转接流程,保障患者得到连贯抢救治疗,保持绿色通道畅通。 (B)符合 C,并(0.5分) 急诊抢救登记完善,病历资料完整,入院、转诊、专科有病情交接。 (A)符合 B,并(1分) 有急诊信息网络支持系统,有急诊与院前急救、急诊与院内各相关科室、急诊与卫生行政部门的信息对接,急诊科能够在患者送达前获取急救中心转送或基层医疗机构转诊患者信息,院内相关各科室在患者收住入院前获取病历资料,提高效率。	1
	1.2.2.2 实施急诊分区救治、建立住院和手术的急危重症的“绿色通道”,建立重点病种的急诊服务流程与规范、急危重症优先诊治的相关规定。		未实施急诊分区救治,扣 0.5 分;未建立“绿色通道”,扣 0.5 分;未建立重点病种服务流程与规范,扣 0.5 分;无急危重症优先诊治的相关规定,扣 0.5 分;落实不到位,扣 0.5 分。	1

	1.2.2.3 有多部门、多科室的协调机制，保障多发伤、复合伤、疑难病例的抢救治疗，有妥善处理特殊人群、特殊病种、群体性事件患者的工作流程。	查阅相关资料。	未建立协调机制，扣 0.5 分；无妥善处理特殊人群、特殊病种、群体性事件患者的工作流程，扣 0.5 分；协调机制落实不到位，或流程不完善，扣 0.5 分。	1
1.2.3 维护患者合法权益，加强投诉管理。（2分）	1.2.3.1 公开医疗价格收费标准，公开基本医疗保障支付项目。	查阅相关资料，并实地考察。	未公开医疗价格收费标准，扣 0.2 分；未公开基本医疗保障支付项目，扣 0.3 分。	0.5
	1.2.3.2 建立相关制度，保障患方（患者或其近亲属、授权委托人）对病情、诊断、医疗措施和医疗风险等具有知情选择的权利和参保患者对医疗保障制度支付项目的知情同意权利。尊重患者的民族习惯及宗教信仰。	查阅相关资料，随机抽查内科系统、外科系统归档病历各 1 份。	无制度，不得分；制度不完善，扣 0.3 分；缺少相应的知情同意内容，每份病历扣 0.1 分。	0.5
	1.2.3.3 实行“首诉负责制”，设立或指定专门部门，公布投诉地点及方式，加强投诉管理，及时处理并答复投诉人。	查阅相关资料，实地考察，并查看某月医疗投诉情况。	未实行“首诉负责制”，扣 0.5 分；无专门部门，扣 0.5 分；未公布投诉地点及方式，扣 0.3 分；无患者投诉流程，扣 0.3 分；无处理患者投诉记录，扣 0.3 分。	1
1.2.4 为住院患者提供营养指导、配餐、煎药等相关服务。（1.5分）		查阅评审周期相关资料，实地考察，并随机抽查 2 个病区。	不能提供相关服务，每项扣 0.5 分；抽查情况不符合，每个病区扣 0.5 分。	1.5
1.2.5 执行《无烟医疗机构标准（试行）》及《关于 2011 年起全国医疗卫生系统全面禁烟的决定》。（0.5分）		查阅相关资料，并实地考察。	无相关计划和具体措施，或无禁止吸烟的醒目标识，不得分；室内有烟头，扣 0.2 分。	0.5

### 三、应急管理（8分）

评审指标	评审方法	评审细则	分值	
1.3.1 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》等相关法律法规承担传染病的发现、救治、报告、预防等任务，主管部门对传染病管理定期监督检查、总结分析，持续改进传染病管理，无传染病漏报，无管理原因导致传染病播散。（1分）	查阅相关资料，并实地考察。	无传染病管理职能部门，不得分；传染病漏报，扣0.5分；无定期监督检查、总结分析资料，扣0.3分；门诊日志、住院诊疗信息登记不完整，扣0.2分。	1	
1.3.2 遵守国家法律、法规，严格执行各级政府制定的应急预案，认真执行国家中医药管理局关于在卫生应急工作中充分发挥中医药作用的要求，承担突发公共事件的医疗救援和突发公共卫生事件防控工作。（2分）	1.3.2.1 医院明确在应对突发事件中应发挥的功能和承担的任务，能承担突发公共事件的医疗救援和防控工作。	查阅相关资料。	1	
	1.3.2.2 有主管职能部门负责应急管理工作，相关人员熟悉应急预案以及医院的执行流程。医院总值班有应急管理的明确职责和流程。有各部门、各科室负责人在应急工作中的具体职责与任务。相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。	查阅相关资料，并访谈3名员工（含主管职能部门负责人、科室负责人和总值班各1人）。	无主管职能部门负责应急管理工作，扣0.2分；医院总值班无明确职责和流程，扣0.3分；无各部门、各科室负责人具体职责与任务，扣0.2分；不知晓相关流程或职责，每人扣0.3分。	1
1.3.3 加强领导，成立医院应急工作领导小组，建立应急队伍，落实责任，建立并不断完善医院应急管理的机制。（2分）	1.3.3.1 成立医院应急工作领导小组，负责医院应急管理。院长是医院应急管理的第一责任人。	查阅相关资料。	无应急工作领导小组，不得分；院长不是第一责任人，扣0.3分。	0.5
	1.3.3.2 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。		无协调机制、部门和人员，每项扣0.2分。	0.5
	1.3.3.3 有应急队伍，人员构成合理，职责明确。建立以中医药专家为主的应急技术专家队伍。		无应急队伍，或未建立以中医药专家为主的应急技术专家队伍，不得分；人员构成不合理，职责不明确，扣0.5分。	1
1.3.4 明确医院需要应对的主要突发事件策略，建立医院的应急指挥系统，制定和完善各类应急预案，提高快速反应能力。（1分）	查阅相关资料。	无应急指挥系统或无应急预案，不得分；应急响应机制不完备，扣0.5分；未制订各种专项预案，扣0.5分；未明确应对不同突发公共事件的标准操作程序，扣0.5分。	1	

1.3.5 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。（2分）	1.3.5.1 医院有安全知识及应急技能培训及考核计划，定期对各级各类人员进行培训。相关人员掌握主要应急技能和防灾技能。	查阅相关资料，并访谈3名医务人员。	无培训及考核计划，或未开展培训，不得分；不掌握主要应急技能和防灾技能，每人扣0.3分。	1.5
	1.3.5.2 医院每年开展各类突发事件预案应急演练和突发大规模传染病爆发的综合演练。		未开展各类突发事件预案应急演练，不得分；未开展突发大规模传染病爆发的综合演练，扣0.3分。	0.5

#### 四、临床医学教育（6分）

评审指标	评审方法	评审细则	分值	
1.4.1 教学师资、设备设施符合中医药院校教育、毕业后教育和中医药继续教育、师承教育的要求。（2分）	查阅相关资料，并实地考察。	师资不符合要求，扣1分；设备设施不符合相关要求，扣1分。	2	
1.4.2 独立承担本科及以上医学生临床教学和实习任务。（1.5分）	查阅评审周期的相关资料。	未承担教学实习工作，扣1分；未承担研究生教育，扣1分；无支持教学规划，资金投入和保障制度，扣1分；无专门部门和专职人员负责教学管理工作，扣0.5分；管理部门未开展日常管理及督导工作，扣0.5分；无相应专业教研组或办公室，无专（兼）职教师，扣0.5分。	1.5	
1.4.3 承担医务人员规范化培训和基层中医临床骨干培训任务。制定相关的制度、培训实施方案，并有具体措施予以保障。（1.5分）	查阅评审周期的相关资料。	1.4.3.1 承担医务人员规范化培训和基层中医临床骨干培训任务。	未承担培训任务，或无培训实施方案，不得分；无专职人员负责培训工作，扣0.3分；管理部门未开展日常管理及督导工作，扣0.3分。	0.5
		1.4.3.2 制定相关的制度、培训实施方案，并有具体措施予以保障。	无制度、实施方案、资金支持，不得分。	0.5
		1.4.3.3 基地建设应符合国家相关基地建设要求。	基地不符合相关要求，不得分。	0.5
1.4.4 开展中医药继续教育和师承教育工作，有规划、实施方案，提供培训条件及资金支持。（1分）	查阅评审周期的相关资料，查看年度继续教育经费使用情况。	无继续教育规划、实施方案，不得分；未提供培训条件及资金支持，扣0.5分；无专门部门和专人负责，扣0.5分；缺少原始工作资料，扣0.5分。	1	

## 五、科研管理（6分）

评审指标		评审方法	评审细则	分值
1.5.1 有鼓励医务人员参与科研工作的制度和办法，并提供适当的经费、条件与设施。（2分）		查阅评审周期相关资料，并实地考察。	无鼓励医务人员参与科研工作的制度和办法，扣1分；无科研经费支持及相应的科研条件与设施，扣1分；无省级以上重点学科或省级重点实验室，扣1分。	2
1.5.2 承担各级各类以解决优势病种难点问题和提高中医临床疗效为核心的中医药科研项目，获得院内外研究经费。（2分）	1.5.2.1 承担各级各类中医药科研项目。有省级以上科研成果（专利数量、统计源期刊发表文章数量、省级或以上获奖励数量）及与医院开放床位比例（如每百张开放床位）、与在册医护研人员比例（如每百名医师、或护士、或药师、或技师、或专职科研人员等）的统计资料和统计分析。	查阅评审周期相关资料。	未承担各级各类中医药科研项目，不得分；未承担省级以上科研项目，扣0.5分；无省级以上科研成果，扣1分；无统计资料和统计分析，扣0.5分。（研制的省级地方标准项目等同于省级科研项目，研制的国家卫生健康标准项目等同于国家级科研项目）	1.5
	1.5.2.2 医院配套经费到位率 $\geq 90\%$ （以年终财务报表数据为准）。		配套经费到位率 $< 90\%$ ，不得分。	0.5
1.5.3 有将研究成果转化实践应用的激励政策，并在提高中医临床疗效上取得成效。（1分）		查阅评审周期相关资料。	无激励政策，不得分；医院未提供自主创新的适宜技术得到推广或院级研究成果转化实践应用或引进技术提高临床诊疗水平的案例，扣0.5分。	1
1.5.4 依法取得相关资质，并按药物临床管理规范要求开展临床试验。（0.5分）		查阅评审周期的相关资料，随机抽查1个项目。	未依法取得相关资质，不得分；未按药物临床管理规范要求开展临床试验，扣0.3分；无专门管理部门，扣0.2分；未开展日常管理、督查，扣0.2分；项目管理不到位，或资料不完善，扣0.2分。	0.5
1.5.5 医院临床研究工作符合相关伦理审查规程和要求。（0.5分）		查阅评审周期的相关资料，随机查看1个项目的伦理审批情况，访谈1名相关人员。	未按要求开展伦理审查，不得分；伦理人员组成不符合要求，扣0.3分；未设专职秘书，或伦理批件不规范，扣0.2分；会议记录不完整，或人员不掌握，扣0.1分。	0.5

## 第二章 患者安全（30分）

	评价指标	评价方法	评分细则	分值
2.1 确立查对制度，识别患者身份。（9分）	2.1.1 对就诊患者施行唯一标识（医保卡、新型农村合作医疗卡编号、身份证号码、病历号等）管理。	查阅相关资料，随机抽查评审周期内至少两个科室归档病历 5 份。	未制定患者身份标识制度，不得分；病历信息不准确，每份病历扣 0.6 分。	2
	★2.1.2 在诊疗活动中，严格执行“查对制度”，至少同时使用姓名、年龄两项核对患者身份，确保对正确的患者实施正确的操作。	查阅相关资料，实地考察或模拟两种诊疗行为（如医嘱开具与执行、发药、手术等）。	<p>（C）（1分）</p> <p>1.有标本采集、给药、输血或血制品、发放特殊饮食、诊疗活动时患者身份确认制度、方法和核对程序。核对时应该让患者或其亲近亲属陈述患者姓名。</p> <p>2.至少同时使用两种患者身份识别形式，如姓名、年龄、出生年月、性别或病历号。</p> <p>3.相关人员上述制度和流程清楚并履行相应职责。</p> <p>（B）符合 C，并（2分）</p> <p>1.各科室严格执行核查制度。</p> <p>2.职能部门对上述工作进行督导、核查、总结、反馈，有改进措施。</p> <p>（A）符合 B，并（3分）</p> <p>查对方法正确，诊疗活动中查对制度落实，持续改进有成效。</p>	3
	2.1.3 完善关键流程（急诊、病房、手术室、ICU、产房、新生儿科（室）之间流程）的患者识别措施，健全转科交接登记制度。	查阅相关资料，并抽查两组转科交接登记制度落实情况。	无转科交接登记制度，无交接程序和身份识别措施，或无交接记录，不得分；记录不完整，每项扣 1 分。	2
	2.1.4 使用“腕带”作为识别患者身份标示。	抽查 2 名患者（ICU、新生儿科（室），手术室、急诊室以及意识不清、语言交流障碍的患者等）。	未使用“腕带”，每人扣 1 分。	2

2.2 确立特殊情况下医务人员之间有效沟通的程序、步骤。 (2分)	2.2.1 在住院患者的常规诊疗活动中,以书面方式下达医嘱。	查阅相关资料,实地考察急诊科、ICU,查看运行病历各2份,访谈相关人员4名(每科医护各1人)。	诊疗活动(病程记录有记载)无医嘱,每份扣1分;人员访谈不符合要求,每人扣0.5分。	1
	2.2.2 在实施紧急抢救的情况下,必要时可口头下达临时医嘱;护理人员应对口头临时医嘱完整重述确认。在执行时双人核查,事后及时补记录。			1
2.3 确立手术安全核查制度,防止手术患者、手术部位及术式发生错误。(5分)	★2.3.1 建立手术安全核查管理制度与工作流程。	查阅相关资料,抽查5份三步安全核查记录,并现场考查。	(C)(1分) 1.有手术安全核查与手术风险评估制度与流程。 2.实施三步安全核查,并正确记录。 3.准备切开皮肤前,手术医师、麻醉师、巡回护士共体遵照手术风险评估制度规定的流程,再次核对患者身份、手术部位、手术名称、麻醉分级等内容,并记录正确。 4.手术安全核查项目填写完善。 (B)符合C,并(2分) 医院职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈,有改进措施。 (A)符合B,并(3分) 手术核查制度落实到位,评审周期内手术患者并发症发生率有所下降(或既往保持在低于全省平均水平的手术患者并发症发生率的医院能继续维持)。	3
	2.3.2 建立手术部位识别标示制度与可执行的工作流程,对涉及有双侧、多重结构(手指、脚趾、病灶部位)、多平面部位(脊柱)的手术时,对手术侧或部位有规范统一的标记制度,制度中对标记方法、标记颜色、标记实施者及患者参与有统一明确的规定。	查阅相关资料,访谈2名不同科室的手术医生。	未制定相关制度与工作流程,或无规范、统一的标记或无规定,不得分;医生不了解相关制度和流程,每人扣0.5分。	2

2.4 有临床“危急值”管理制度,妥善处理医疗安全(不良)事件。(6分)	2.4.1 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,相关人员熟悉并遵循上述制度和流程,医技部门相关人员知晓本部门“危急值”项目及内容,能够有效识别和确认“危急值”。	查阅相关资料,并访谈医师、护士、医技人员各1人。	无制度与工作流程,或无医院“危急值”项目表,不得分;未定期(每年至少一次)对“危急值”报告制度的有效性进行评估,扣1分;有效证据的原始资料不完整,扣0.5分;人员不熟悉相关制度和流程,或不知晓项目及内容,每人扣1分;掌握不全面,每人扣0.5分。	2
	2.4.2 严格执行“危急值”管理制度与工作流程,接获“危急值”报告的医护人员应记录患者识别信息、“危急值”内容和报告者的信息,复核确认无误后,及时向经治或值班医师报告,并做好记录,医师接获“危急值”报告后应及时追踪、处置并记录。信息系统能自动识别、提示“危急值”。	抽查5项“危急值”处理记录,并现场追踪考查。	“危急值”处理记录不符合要求,每项扣0.5分;信息系统不符合要求,扣1分。	2
	2.4.3 加强不良事件管理,有主动报告医疗安全(不良)事件的制度和流程。	查阅评审周期的相关资料,现场访谈2名医师。	无制度和流程,不得分;未开展全院安全警示教育,不得分;未开展重点环节管理,扣0.5分;无高风险事件或问题的监测,扣0.5分;对发生的不良事件未及时分析、整改、追踪,每项扣0.3分;人员不熟悉相关制度和流程,每人扣0.3分;掌握不全面,每人扣0.1分。	2
2.5 防范与减少患者跌倒、坠床等意外事件和压疮发生。(3分)	2.5.1 制定患者跌倒、坠床等意外事件报告制度、处理预案和工作流程。	查阅评审周期的相关资料,实地考察,并现场访谈2名医务人员。	无报告制度、处理预案及工作流程,不得分;缺少相关会议记录、工作记录等有效证据的原始资料,或床边缺少醒目标识,扣1分;人员不熟悉相关制度和流程,每人扣1分;掌握不全面,每人扣0.5分。	2
	2.5.2 有压疮风险评估与报告制度,有压疮诊疗及护理规范。	查阅相关资料,并随机抽查2个病区,现场访谈2名护士。	无风险评估与报告制度,不得分;人员不了解诊疗及护理规范,每人扣1分;掌握不全面,每人扣0.5分。	1

2.6 有医院感染风险防范机制，保障患者安全。（5分）	2.6.1 有医院感染综合性监测制度，年度医院感染发病率低于8%，并有总结分析。	查阅评审周期内相关资料，实地考察。	无医院感染综合性监测制度，年度院感发病率>8%，或无数据分析报告，不得分；无改进措施，扣1分；措施未落实，或缺少有效证据的原始资料，扣0.5分。	2
	2.6.2 临床科室院感活动小组应开展医院感染活动，有院感病例登记和讨论记录。	查阅评审周期内相关资料，现场访谈呼吸科、骨科或外科各2名医护人员。	科室无活动记录，或院感病例讨论记录，每科扣0.5分；医务人员对本科室住院患者院感率不知晓，每人扣0.5分。	1
	2.6.3 及时发现处置医院感染爆发或聚集性事件，建立鼓励报告医院感染不良事件的制度和运行机制。	查阅评审周期内相关资料。	发生医院感染爆发或聚集事件未按要求及时上报，不得分；无鼓励医院感染不良事件报告制度，扣1分；未提供落实制度的案例记录，扣1分；记录不完善，扣0.5分。	2

### 第三章 医疗质量（210分）

#### 一、医疗质量管理组织与制度（10分）

评价指标	评价方法	评分细则	分值
3.1.1 健全医疗质量管理与控制体系,落实医疗质量与医疗安全的核心制度,院长为医疗质量管理第一责任人,切实履行医疗质量管理与持续改进的领导与决策职能。(1分)	查阅评审周期的相关资料。	未建立医院质量管理责任体系,不得分;院长非医疗质量管理第一责任人,不得分;无院长行政查房,扣0.5分;核心制度未落实,每发现一起扣0.5分;未开展全员安全知识培训,扣0.3分。	1
3.1.2 合理设置医院质量管理组织,定期研究医疗质量管理等相关问题,记录质量管理活动过程,为院长决策提供支持。(2分)		医疗质量与安全管理委员会、伦理委员会、药事管理与药物治疗学委员会、医院感染管理委员会、病案管理委员会、输血管理委员会、护理质量管理委员会,每少1个扣0.2分;质量管理委员会未定期研究医疗质量管理等相关问题,每个扣0.2分;无原始会议记录,每个扣0.2分。	2
3.1.3 有医疗质量管理与持续改进方案;有医疗关键环节与重点部门管理标准与措施。医疗、护理等职能部门负责实施全面医疗质量与安全管理与持续改进方案,承担指导、检查、考核和评价医疗质量管理工作。(4分)		无医疗质量管理和持续改进实施方案,不得分;未建立考核标准、考核办法、质量指标等,每项扣1分;考核评价记录不详实,扣1分;改进方案未落实,扣0.5分。	4
3.1.4 建立与完善医疗质量管理制度、操作规范与临床诊疗指南;有医疗技术(包括限制临床应用的医疗技术、重点医疗技术和新技术、新项目)管理制度;设立专门的医疗质量管理部门,负责对全院医疗、护理、医技质量实行监管,并建立多部门医疗质量管理协调机制。(2分)	查阅评审周期的相关资料。	无专门医疗质量管理部门,不得分;未建立医疗技术管理制度,或制度未落实,或检查、评价、监督不到位,扣1分;未建立多部门医疗质量管理协调机制,扣1分;缺项或不及时修订,每项扣0.2分;未制定临床诊疗指南及技术操作规范,每科扣0.2分。	2

<p>3.1.5 科室负责人为科室医疗质量与安全第一责任人。科室医疗质量与安全小组成员接受医疗质量管理培训，具有相关医疗质量管理技能，开展医疗质量管理工作。（1分）</p>	<p>查阅评审周期的相关资料，随机抽查3个临床科室。</p>	<p>科室负责人不是科室质量管理第一人，每科扣0.3分；管理小组成员未接受全员培训，每科扣0.2分；未开展质量管理工作，每科扣0.5分；未提供有效证据的原始资料，扣0.3分。</p>	<p>1</p>
--	--------------------------------	---	----------

## 二、医疗技术管理（15分）

评价指标		评价方法	评分细则	分值
<p>3.2.1 医院提供与功能和任务相适应的医疗技术服务，符合法律、法规、部门规章和行业规范的要求，符合医学伦理原则，技术应用安全、有效。（4分）</p>	<p>3.2.1.1 依据法律法规开展医疗技术服务，有指定部门负责医疗技术管理工作，有完整的管理资料，有统一的审批、管理流程。</p>	<p>查阅评审周期的相关资料，实地考察，并抽查2项医疗技术审批及管理资料。</p>	<p>发现违法、违规开展医疗技术，不得分；无指定部门负责，扣1分；管理资料不完整，每项扣0.5分；无统一流程，每项扣0.5分。</p>	<p>2</p>
	<p>3.2.1.2 医学伦理委员会承担医疗技术伦理审核工作。重点是器官移植、限制临床应用的医疗技术、重点医疗技术及新技术、新项目的审核。医院开展的医疗技术经过伦理委员会讨论通过，无违规擅自开展医疗技术案例。</p>	<p>查阅评审周期的相关资料，抽查2项医疗技术伦理审批过程。</p>	<p>对器官移植、限制临床应用的医疗技术、重点医疗技术及新技术、新项目的审核未提供审批过程的相关论证资料、会议记录等原始资料，或无伦理批件，或有违规擅自开展医疗技术案例，不得分；伦理委员会组成不符合要求，扣1分；伦理批件不规范，或无相应会议记录等有效证据的原始资料，每项扣0.5分。</p>	<p>2</p>
<p>3.2.2 有医疗技术管理制度，医疗技术管理符合国家相关规定与管理办法。不应用未批准或已经废止和淘汰的技术。（2分）</p>		<p>查阅相关资料，实地考察。</p>	<p>无制度，或医疗技术（现代医疗技术和中医医疗技术）管理不符合国家相关规定与管理办法，不得分；发现应用未经批准或已经废止和淘汰的技术，不得分。</p>	<p>2</p>

3.2.3 制定医疗技术风险预警机制和医疗技术损害处置预案,并组织实施。对新开展医疗技术的安全、质量、疗效、经济性等情况进行全程追踪管理和评价,及时发现并采取相应措施降低医疗技术风险。(3分)	3.2.3.1 制定医疗技术风险预警机制和医疗技术损害处置预案,在新技术准入风险管理中,有保障患者安全措施和风险处置预案。	查阅评审周期内相关资料,随机抽查医疗技术、新技术项目各1项。	无预警机制和处置预案,不得分。	1
	3.2.3.2 制定新技术、新项目准入管理制度,包括立项、论证、审批等管理程序,对新技术、新项目进行全程追踪管理与随访评价。		无制度,或未开展新技术准入,不得分;制度不完善,或准入程序不规范,扣1分;未开展全程追踪管理,或未开展随访评价,扣0.5分;新技术档案资料不完整,扣0.5分。	2
3.2.4 建立医院医疗技术管理档案;实行医疗技术分类管理;建立并落实手术分级与准入管理制度。对实施手术、介入、麻醉等高风险技术操作的卫生专业技术人员实行“授权”管理,定期进行技术能力与质量绩效的评价。(6分)	3.2.4.1 建立医疗技术管理档案(包括本机构限制临床应用的医疗技术、重点医疗技术);实行医疗技术分类管理;建立并落实手术分级与准入管理制度。	查阅评审周期相关资料,抽查限制临床应用的医疗技术、重点医疗技术各1项技术档案。	未建立医疗技术档案,或医疗技术未实行分级管理,或未落实手术分级与准入管理,每项扣0.5分;资料不完整,每项扣0.3分。	1
	3.2.4.2 实施手术、麻醉、介入、腔镜诊疗等高风险技术操作的卫生技术人员实行授权的管理制度、审批程序,有本院需要授权许可的高风险诊疗技术项目的目录。	查阅评审周期相关资料,抽查2名卫生技术人员资料。	无管理制度、审批程序、本院项目目录,每项扣1分。	2
	3.2.4.3 对资格许可授权实施动态管理,有资格许可授权诊疗项目的考评与复评标准。	查阅评审周期相关资料,并抽查3份病历。	发现越级手术或未经授权擅自开展手术的案例,不得分;无资格许可授权诊疗项目的考评与复评标准,扣1分。	3

### 三、医技科室质量管理（55分）

#### （一）临床检验质量管理（20分）

	评价指标	评价方法	评分细则	分值
3.3.1.1 临床检验部门设置、布局、设备设施符合《医疗机构临床实验室管理办法》，服务项目满足临床诊疗需要，能提供24小时急诊检验服务。（4分）	3.3.1.1.1 符合《医疗机构临床实验室管理办法》的要求，全院临床实验室集中设置、统一管理、资源共享。	查阅相关资料并实地考察。抽查临检、微生物、免疫、生化等专业项目。	未集中设置、统一管理，不得分。	1
	3.3.1.1.2 临床检验项目满足临床需要，对本院临床诊疗临时需要，而不能提供的特殊检验项目，可委托其他三级甲等医院或具备资质的独立的检验机构提供服务或多院联合开展服务，但应签署医院之间的委托服务协议，有质量保证条款。	查阅相关资料，并实地考察。	临床检验项目不能满足临床需要，不得分；每年未为临床推出新项目（至少1项），扣0.5分；微生物室未定期为临床提供耐药菌的药物敏感性报告，扣0.5分；未定期（至少半年一次）公布常见分离细菌株及其药敏情况，扣0.5分；委托服务不符合要求，扣0.5分；微生物检验项目对院感控制及合理用药不能提供充分支持，扣0.5分。	1
	3.3.1.1.3 提供24小时急诊检验服务，明确急诊检验报告时间，临检项目≤30分钟出报告，生化、免疫项目≤2小时出报告。	实地考察，并抽查3个检验项目（临检、生化、免疫各1项）。	不能提供24小时急诊检验服务，不得分；检验报告时间不符合要求，每项扣0.5分。	1
	3.3.1.1.4 检验项目、设备、试剂及校准品管理符合现行法律法规及卫生行政部门标准的要求。	查阅相关资料，并实地考察。	检验项目不符合卫生行政部门准入范围，检验设备、试剂三证不齐全或不在有效期内，或校准品不符合法规规定的标准，或常规项目未进行恰当的方法学验证，不得分。	1
3.3.1.2 有实验室安全流程，制度及相应的标准操作流程，遵照实施并记录。（7分）	3.3.1.2.1 有实验室安全管理制度和流程。	查阅相关资料。	无制度和流程，或无安全记录，不得分。	1
	3.3.1.2.2 实验室进行生物安全分区并合理安排工作流程以避免交叉污染。	查阅相关资料，并实地考察。	工作流程不合理，不得分；分区不合理，扣1分；无明确的实验室生物安全等级标志，扣0.5分。	2

	3.3.1.2.3 实验室根据工作人员的不同性质，按照行业规范，进行充分的个人防护。实验室制订各种传染病职业暴露后的应急措施，并详细记录处理过程。	查阅相关资料，并实地考察。	实验室设施、个人防护、警示标识不符合要求或未制定应急预案，不得分；无职业暴露处置登记及随访记录，扣 0.5 分。	1
	3.3.1.2.4 实验室制定针对不同情况的消毒措施，并保留各种消毒记录。定期监控各种消毒用品的有效性。	查阅相关资料。	无消毒记录，不得分；未定期监控各种消毒用品的有效性，扣 0.5 分。	1
	3.3.1.2.5 实验室废弃物、废水的处置符合要求。	查阅相关资料，并实地考察。	无实验室废弃物、废水处理流程或登记记录，不得分；记录不完善，扣 0.5 分。	1
	3.3.1.2.6 实验室建立微生物菌种、毒株管理规定，并安排专人管理。	查阅相关资料。	无微生物菌种、毒株管理规定与流程，或无样品收集、取用过程记录，或无相应的应急预案，或无专人管理，每项扣 0.5 分。	1
3.3.1.3 由具备临床检验专业资质的人员进行检验质量控制活动，解释检查结果。（1分）		查阅相关资料，并实地考察。	资质不符合要求，每人扣 0.2 分；分子生物学实验室、HIV 初筛实验室检验人员无上岗证，不得分；无具有相关资质的专业人员负责结果解释工作，扣 0.5 分。	1
3.3.1.4 检验报告及时、准确、规范，严格审核制度。（6分）		查阅相关资料，实地考察，并抽查 10 份检验报告单。	未采用量值溯源、校准验证、能力验证、室内质控和室间质评进行质控，扣 2 分；定量项目检测项目未采用量值溯源，扣 2 分；未进行校准验证，扣 2 分；未参加能力验证，或未开展室内质控及室间质评，扣 2 分；未按照检验结果报告时间（临检常规项目 ≤ 30 分钟，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）出具报告，每份扣 0.5 分；报告格式不规范，每份扣 0.2 分；检验报告单未经审核并执行双签字（急诊除外），每份扣 0.5 分。	6

3.3.1.5 实验室与临床建立有效的沟通方式和途径，保证临床咨询及时受理与处理，为临床医师提供合理使用实验室信息的服务。（1分）	查阅相关资料，实地考察，并现场访谈1名相关人员。	无实验室与临床有效咨询、沟通记录，不得分；沟通方式和途径不通畅，扣0.5分。	1
3.3.1.6 开展室内质控、参加室间质评；对床旁检验项目按规定进行严格比对和质量控制。（1分）	查阅评审周期相关资料，实地考察。	无管理小组，不得分；未制定管理计划和质量控制指标，扣0.5分；无床旁检验项目的质量控制，或无室内质控和室间质评记录，每少一项扣0.3分；未对超出允许范围的项目及时进行校准和纠正，扣0.5分。	1

## （二）病理质量管理（15分）

评价指标		评价方法	评分细则	分值
3.3.2.1 病理科设置、布局、设备设施符合《病理科建设与管理指南（试行）》的要求，服务项目满足临床诊疗需要。（3分）	3.3.2.1.1 具有与其功能和任务相适应的服务项目。	查阅相关资料。	不能满足医院功能和任务需求，不得分；服务项目不能满足临床需要，扣0.5分。	1
	3.3.2.1.2 具有与其功能和任务相适应的工作场所及必需的专业技术设备。	查阅相关资料，并实地考察。	设备配置不完备，不得分；布局不合理、不符合生物安全要求，每项扣0.5分。	1
	3.3.2.1.3 不能特殊检验项目，可委托其他三级甲等医院或具备资质的独立的病理机构提供服务或多院联合开展服务，但应签署医院之间的委托服务协议，有明确的服务形式和质量保证条款。	查阅评审周期相关资料。	未签署委托服务协议，不得分；服务形式不明确，或无资质，或缺少质量保证条款，酌情扣分。	1
3.3.2.2 从事病理诊断工作和技术工作的人员资质符合《病理科建设与管理指南（试行）》要求，诊断与制片质量符合相关规定。（3分）	3.3.2.2.1 人员配备和岗位设置应满足工作需要，岗位职责明确，相关人员知晓并履行本岗位工作职责。	查阅评审周期人事档案，并访谈2名相关人员。	人员配备不能满足工作需要，扣1分；相关人员不知晓本岗位职责，每人扣0.5分。	2
	3.3.2.2.2 由具备病理学诊断所规定资质的医师从事术中快速病理、常规组织病理、细胞病理、免疫病理、超微病理及分子病理的诊断工作。诊断与制片质量符合相关规定。	查阅评审周期人事档案，并抽查评审周期病理诊断报告和快速病理报告各5份。	科室负责人不符合，扣0.5分；报告医师不符合要求，每人扣0.2分；其他人员未经培训，每人扣0.1分；诊断或制片质量不符合相关规定，酌情扣分。	1

<p>3.3.2.3 有医院感染控制与环境安全管理程序与措施，遵照实施并记录。环境保护及人员职业安全防护符合规定。（2分）</p>	<p>查阅相关资料，实地考察，并抽查2项措施（如甲醛及二甲苯检测、废弃物统一回收、易燃品、剧毒化学品管理等）的落实情况。</p>	<p>无管理程序和措施，不得分；措施未落实，每项扣1分；缺少人员体检报告，每人扣0.2分；无甲醛、二甲苯浓度检测报告、年度院外检测报告，扣0.5分；无对工作中产生的废弃有害液体统一回收的制度与流程，扣0.3分；落实不到位，酌情扣分；缺少完善的易燃品、剧毒化学品登记和管理规范，酌情扣分。</p>	<p>2</p>	
<p>3.3.2.4 及时提供规范的病理诊断报告，有严格审核制度，并落实。（4分）</p>	<p>3.3.2.4.1 病理诊断应执行相应的规范，有复查制度、科内会诊制度，并落实。</p>	<p>查阅相关资料，随机抽查手术及肿瘤归档病历共5份。</p>	<p>无规范病理诊断的相关制度与流程，或无复查、科内会诊制度，不得分；落实不到位，扣0.3分；无疑难病例会诊记录本，扣0.3分；疑难病例的病理报告无上级医师审核签字，每份扣0.3分。</p>	<p>1</p>
	<p>3.3.2.4.2 病理诊断报告应准时、规范、文字准确，字迹清楚。</p>		<p>对病理诊断报告内容与格式无明确规定，不得分；病理报告内容不符合规范和标准要求，每份扣0.5分；病理诊断报告（疑难病例和特殊标本除外）超过5个工作日发出，每份扣0.5分。</p>	<p>1</p>
	<p>3.3.2.4.3 有病理诊断报告补充或更改或迟发的管理制度与程序。</p>		<p>无病理报告补充或更改的制度和审核批准流程，不得分；制度未落实，或流程有缺陷，扣1分；发出报告的医师未经授权，扣0.5分；病理档案记录不完整，或真实性资料欠完整，酌情扣分。</p>	<p>2</p>
<p>3.3.2.5 落实全面质量管理与改进制度，按规定开展质量控制活动，并有记录。（1分）</p>	<p>查阅评审周期相关资料，随机抽查1项措施落实情况。</p>	<p>未确立病理质量指标，不得分；未开展质控活动，扣0.5分；无持续改进措施，扣0.5分；措施落实不到位，酌情扣分；常规病理制片不规范，扣0.3分；无相关有效完整资料，酌情扣分。</p>	<p>1</p>	
<p>3.3.2.6 有病理医师与临床医师随时沟通的相关制度与流程，解释病理检查结果，为临床诊断与外科手术方案提供支持服务。（2分）</p>	<p>查阅评审周期相关资料，访谈手术科室、肿瘤科室医师各2名。</p>	<p>随时沟通制度与流程未落实，扣0.5分；未定期（至少每季度一次）召开临床病理讨论会，扣0.5分；缺少完整资料证实制度得到有效执行，酌情扣分；临床医师的满意度&lt;85%，酌情扣分。</p>	<p>2</p>	

(三) 医学影像质量管理 (20分)

评价指标	评价方法	评分细则	分值
<p>3.3.3.1 医学影像 (放射、CT、MRI、超声、核素成像等) 部门设置、布局、设备设施符合《放射诊疗管理规定》，服务项目满足临床诊疗需要，提供24小时急诊影像服务。(6分)</p>	<p>3.3.3.1.1 医学影像科通过医疗机构执业诊疗科目许可登记，符合《放射诊疗管理规定》，取得《放射诊疗许可证》，服务满足临床需要，提供24小时急诊影像服务。</p>	<p>查阅相关资料，并实地考察。</p> <p>未取得《放射诊疗许可证》，或《许可证》诊疗项目与诊疗服务不符合，不得分；X线影像、超声检查、CT不能提供24小时急诊 (包括床边急诊) 检查服务，每项扣1分。</p>	3
	<p>3.3.3.1.2 根据医院规模和任务配备医疗技术人员，人员梯队结构合理。</p>	<p>查阅评审周期人事档案。</p> <p>医师、技术人员和护士配备与影像科室服务规模和任务不相符，每类扣1分；科室负责人不具备副主任医师以上专业技术任职资格，扣0.5分；其他人员资质不合格，每人扣0.2分。</p>	2
	<p>3.3.3.1.3 科室有必要的紧急意外抢救药品器材，相关人员具备紧急抢救能力，有与临床科室紧急呼救与支援的机制与流程。</p>	<p>查阅相关资料，并实地考察。</p> <p>科室无紧急意外抢救预案，不得分；缺少必要的紧急意外抢救药品器材，扣0.5分；无与临床科室紧急呼救与支援的机制与流程，扣0.5分。</p>	1
<p>3.3.3.2 建立规章制度，落实岗位职责，执行技术规范，提供规范服务，保护患者隐私；实行质量控制，定期进行图像质量评价。(6分)</p>	<p>3.3.3.2.1 建立健全各项规章制度和技术操作规范，落实岗位职责，开展质量控制。</p>	<p>查阅相关资料，并访谈1名员工。</p> <p>无规章制度和技术操作规范，不得分；制度或技术规范未落实，酌情扣分；员工不知晓本岗位职责，扣0.5分；未制定质控指标，扣0.3分；指标未落实，或无质量控制记录，扣0.3分；院内影像设备未实行统一质控，扣0.5分。</p>	1
	<p>3.3.3.2.2 定期校正放射诊疗设备及其相关设备的技术指标和安全、防护性能，并符合有关标准与要求。</p>	<p>查阅相关资料，并实地考察。</p> <p>未开展设备年度安全检查，或无定期校正和维护记录，扣0.5分；设备运行完好率&lt;95%，扣0.5分。</p>	1
	<p>3.3.3.2.3 采用多种形式，开展图像质量评价活动。</p>	<p>查阅评审周期相关资料，并实地考察。</p> <p>未开展质量控管理，或质量评价，不得分；无改进措施，扣0.5分；措施落实到位，扣0.3分。</p>	1

	3.3.3.2.4 大型影像设备检查阳性率符合要求，有统计与分析记录。	查阅评审周期相关资料。	大型 X 线设备检查阳性率 < 50%，CT、MRI 检查阳性率 < 60%，医学影像诊断与手术后符合率 < 90%，每项降低 5 个百分点，扣 1 分；无分析，扣 1 分；分析不到位，扣 0.5 分；无改进措施，扣 0.3 分；措施落实不到位，扣 0.2 分。	2
	3.3.3.2.5 提供规范服务，保护患者隐私。	查阅评审周期相关资料，并实地考查。	服务不规范，扣 0.5 分；不能提供患者隐私保护，扣 0.5 分。	1
3.3.3.3 提供规范的医学影像诊断报告，有审核制度，有疑难病例分析与读片制度和重点病例随访与反馈制度。（5 分）	3.3.3.3.1 医学影像诊断报告内容正确、及时、规范，报告质量符合要求，有审核制度与流程，每月有诊断报告质量的评价，整改措施落实到位。	抽查评审周期 X 线影像、超声检查、CT（MRI）、或核素成像各 5 份报告。	出具报告医师资质、报告时间、报告流程不符合要求，每发现一处扣 0.2 分；报告质量不符合要求，每份扣 0.3 分；未执行审核制度，每份扣 0.2 分；无质量评价，或未确立质量指标，扣 0.3 分；整改措施落实不到位，酌情扣分。	3
	3.3.3.3.2 有重点病例随访与反馈制度，定期召开疑难病例分析与读片会。	查阅评审周期相关记录，参加一次科室病例分析会或读片会。	未开展重点病例随访与反馈，扣 1 分；未定期召开疑难病例分析与读片会，扣 1 分；病例分析会与读片会参加人员覆盖率 < 医师 70%，扣 0.3 分；无可溯源查证资料，或资料完整性较差，扣 0.5 分。	2
3.3.3.4 制定医学影像设备定期检测制度、环境保护、受检者防护、工作人员职业健康防护等相关制度，遵照实施并记录。（3 分）	3.3.3.4.1 制定医学影像设备定期检测、放射安全管理等相关制度，医学影像科通过环境评估。	查阅相关资料，并实地考查。	无放射安全管理制度与落实措施，或未通过环境评估，不得分；医学影像设备、场所未定期检测，扣 0.5 分；无放射废物处理规定，扣 0.2 分；影像检查门口未设置电离辐射警告标志，扣 0.2 分。	1
	3.3.3.4.2 有受检者和工作人员防护措施。	查阅评审周期相关资料，实地考查，并随机抽查 5 名影像人员健康档案。	未对受检者敏感器官和组织进行屏蔽防护，扣 0.5 分；未给工作人员提供完整的放射防护器材与个人防护用品，扣 0.5 分；未为影像科人员佩戴个人放射剂量计，扣 0.3 分；影像人员未完成每年健康检查，酌情扣分。	1
	3.3.3.4.3 制定放射安全事件应急预案并组织演练。	查阅评审周期相关资料。	无应急预案，不得分；未开展演练，扣 0.5 分。	1

## 四、其他科室质量管理（100分）

### （一）手术治疗管理（15分）

评价指标		评价方法	评分细则	分值
3.4.1.1 实行手术医师资格准入制度和手术分级授权管理制度，建立定期手术医师资格和能力评价与再授权的机制。（2分）	3.4.1.1.1 制定手术医师资格分级授权管理制度与程序，实行手术医师资格准入制分级授权管理。手术医师对授权知晓率100%。	查阅评审周期相关资料，并抽查2名医师。	无分级授权制度，不得分；手术分级授权管理未落实到每一位手术医师，扣0.3分；手术医师的手术权限与其资格能力不相符，每人扣0.2分；手术医师不知晓其授权，每人扣0.2分。	1
	3.4.1.1.2 制定手术医师定期能力评价和再授权制度,并落实。	查阅评审周期相关资料。	无制度，不得分；无评价，或再授权记录，扣0.5分。	1
3.4.1.2 实行患者病情评估与术前讨论制度，遵循诊疗规范，制订诊疗和手术方案并记录在病历中。（2分）	3.4.1.2.1 制定患者病情评估和术前讨论制度。	查阅相关资料，抽查评审周期3份手术病历(不同科室)。	无制度，不得分；手术病历无相关记录，每份扣0.5分。	1
	3.4.1.2.2 根据临床诊断、病情评估的结果与术前讨论，遵循诊疗规范，制订手术治疗计划或方案。		无手术治疗计划，或无方案,不得分；术前诊断、拟施行的手术名称、可能出现的问题与对策等记录不全，每份扣0.5分。	1
3.4.1.3 患者手术前的知情同意包括术前诊断、手术目的和风险、高值耗材的使用与选择，以及其他可选择的诊疗方法等。（3分）	3.4.1.3.1 落实患者知情同意管理的相关制度与程序。	查阅相关资料。	无知情同意制度，不得分；制度（谈话对象、内容、方式、时限等）不完善，扣0.5分。	1
	3.4.1.3.2 手术前谈话由手术医师进行，知情同意结果记录于病历之中。	抽查评审周期3份手术病历（不同科室）。	应签署知情同意书而未签署，不得分；知情同意谈话未由手术医师进行，每份扣0.5分；谈话内容不完整，每份扣0.5分。	1
	3.4.1.3.3 肿瘤手术等需要根据术中冰冻病理诊断结果需要调整手术方式的，在手术前要向患者、近亲属、授权委托人充分说明，征得患方同意并签署知情同意书。		术中需要调整方式未签署知情同意书，每份扣0.5分。	1

3.4.1.4 医院有重大手术报告审批制度，有急诊手术管理措施，保障急诊手术及时安全。（2分）	3.4.1.4.1 有重大手术（包括急诊情况下）报告审批制度，制定需要报告审批的手术目录。	查阅相关资料，并抽查评审周期3份重大手术病历。	无报告审批制度及手术目录，不得分；应审批而未审批，每份扣0.3分。	1
	3.4.1.4.2 有急诊手术管理的相关制度与流程，建立急诊手术绿色通道，保障急诊手术及时安全。	查阅相关资料，并实地考察。	无相关制度与流程，不得分；未建立绿色通道，扣0.5分。	1
3.4.1.5 手术预防性抗菌药物应用的选择与使用时机符合规范。有手术抗菌药物应用管理制度，预防使用抗菌药物规范。（1分）		查阅相关资料，并抽查评审周期3份手术病历（不同科室）。	无相关制度，不得分；预防性抗菌药物使用不规范，每份扣0.5分。	1
3.4.1.6 手术的全过程和术后注意事项及时、准确地记录在病历中；手术的离体组织应做病理学检查，明确术后诊断。（2分）	3.4.1.6.1 术后首次病程记录于术后即时完成，手术主刀医师在术后24小时内完成手术记录（特殊情况下，由一助书写，主刀签名）。	抽查评审周期3份手术病历（不同科室）。	未按时完成，每份扣0.5分；未按要求签署，每份扣0.5分。	1
	3.4.1.6.2 手术后标本的病理学检查有明确的规定与流程；肿瘤手术离体组织病理学检查送检率100%，明确术后诊断，并记录。	查阅相关资料，并抽查评审周期3份手术病历。	无规定与流程，不得分；肿瘤手术离体组织未做病理学检查，每份扣0.5分。	1
3.4.1.7 有质量与安全小组，定期分析影响围手术期质量与安全管理因素，有“非计划再次手术”与“手术并发症”等医院管理评价指标，实施管理与评价，改进手术质量与安全。（3分）	3.4.1.7.1 成立科室质量管理小组，有明确的质量与安全指标，定期评价，有能够显示持续改进效果的记录。	查阅相关资料，抽查1个手术科室。	未成立管理小组，不得分；未制定质量安全指标，扣0.5分；未开展定期质量评价，扣0.5分；记录不完整，扣0.5分。	1
	3.4.1.7.2 有“非计划再次手术”的监测、原因分析、反馈、整改和控制体系。		无相关管理制度与流程，不得分；未纳入手术科室质量评价指标，扣0.5分；未将“非计划再次手术”指标作为对手术医师资格评价、再授权的重要依据，扣1分。	2

(二) 麻醉治疗管理 (15 分)

评价指标		评价方法	评分细则	分值
3.4.2.1 有麻醉医师资格分级授权管理制度与规范及定期能力评价与再授权的机制, 麻醉人员配备合理。(2分)	3.4.2.1.1 制定麻醉医师资格分级授权管理制度, 对麻醉医师有定期能力评价和再授权机制。	查阅相关资料。	无制度, 不得分; 未定期开展能力评价和再授权工作, 扣 0.5 分。	1
	3.4.2.1.2 手术麻醉人员配备合理, 麻醉科室负责人具有副高级及以上专业技术职务任职资格。		人员配备不能满足要求, 扣 0.5 分; 科室负责人不符合要求, 扣 0.5 分。	1
3.4.2.2 实行患者麻醉前病情评估制度, 制订治疗计划、方案, 风险评估结果记录在病历中。(2分)	3.4.2.2.1 有患者麻醉前病情评估和麻醉前讨论制度。	查阅相关资料, 并抽查评审周期 3 份手术病历(不同科室)。	无制度, 不得分; 手术病历无相关记录, 每份扣 0.3 分。	1
	3.4.2.2.2 由有资质和授权的麻醉医师进行麻醉风险评估, 制订麻醉计划。		医师资质不符合要求, 每份扣 0.3 分。	1
3.4.2.3 履行患者麻醉前的知情同意(包括治疗风险、优点及其他可能的选择)。(1分)		抽查评审周期 3 份手术病历(不同科室)。	麻醉前未向患方(者者近亲属或授权委托人)进行知情同意的相关制度, 不得分; 无麻醉知情同意书, 每份扣 0.3 分。	1
3.4.2.4 执行手术安全核查, 实施麻醉操作的全过程记录于病历、麻醉单中。(2.5分)	3.4.2.4.1 有麻醉过程中的意外与并发症处理规范。	查阅相关资料。	无相关规范, 不得分。	0.5
	3.4.2.4.2 执行手术安全核查, 麻醉的全过程在病历/麻醉单上得到充分体现。	抽查评审周期 3 份病历(不同科室)。	未执行手术安全核查, 不得分; 麻醉过程未记录, 每份扣 0.3 分。	1
	3.4.2.4.3 有麻醉效果评定规范与规程, 并按规定进行麻醉效果评定。	查阅相关资料, 并抽查评审周期 3 份病历(不同科室)。	无相关规范与规程, 不得分; 未进行评定, 每份扣 0.3 分。	1
3.4.2.5 有麻醉后复苏室, 管理措施到位, 实施规范的全程监测, 记录麻醉后患者的恢复状态, 麻醉并发症的防范措施到位。(4.5分)	3.4.2.5.1 设立麻醉后复苏室, 床位及人员配置(至少有一位能独立实施麻醉的麻醉医师)合理, 配备吸氧、无创血压和血氧饱和度监测、呼吸机等必需设备及抢救用药。	查阅相关资料、实地考察, 并抽查评审周期 3 份手术病历(不同科室)。	无麻醉后复苏室, 不得分; 床位设备配置不合理, 扣 1 分; 人员配备不合理, 扣 1 分。	2
	3.4.2.5.2 制定麻醉后复苏室患者转入、转出标准与流程, 并落实; 患者在复苏室内的监护结果和处理均有记录。		无标准与流程, 不得分; 未执行, 每份扣 0.5 分; 无记录, 每份扣 0.5 分。	2.5

3.4.2.6 建立术后镇痛治疗管理的规范与流程，能有效地执行。（1分）	查阅相关资料。	无规范与流程，不得分；未执行，扣0.5分。	1
3.4.2.7 建立麻醉科与手术科室和输血科的有效沟通，积极开展自体输血，严格掌握术中输血适应症，合理、安全输血。（1分）	查阅相关资料，并抽查评审周期3份手术输血病历。	未实施有效沟通，或未开展自体输血，扣0.5分；手术病例输血不合理，每例扣0.5分。	1
3.4.2.8 定期分析麻醉管理评价指标，开展麻醉质量评价，确保患者麻醉安全。（1分）	查阅评审周期相关资料。	未成立管理小组，或未定期进行质量评价，不得分；无工作记录，扣0.5分。	1

### （三）重症医学科管理（20分）

评价指标		评价方法	评价细则	分值
3.4.3.1 重症医学科室布局、设备设施、专业人员资质与能力、设置及医院感染控制符合《中医医院重症医学科建设与管理指南》的基本要求。（7分）	3.4.3.1.1.每床使用面积≥15平方米，床间距≥1米，最少配备一个单间。	查阅相关资料，并实地考察。	每床使用面积不符合要求，扣0.2分，床间距不符合要求，扣0.2分，无单间，扣0.1分。	0.5
	3.4.3.1.2 有专人负责设备维护，设备设施处于备用完好状态；信息系统能够及时传递检验、影像等医技检查信息。		无专人负责，扣0.5分；设备设施不在备用状态，扣0.5分；信息系统不能达到要求，扣0.5分。	1
	3.4.3.1.3 重症医学床位占医院总床位≥1%，保持适宜的床位使用率，每天至少应保留一张空床以备应急使用。		低于1%，不得分；床位使用未达到要求，扣0.3分。	0.5
	3.4.3.1.4 医师人数与床位数之比不低于0.8：1，护理人员人数与床位数之比不低于2.5～3：1。	查阅评审周期人事档案及相关资料。	医师人数不达标，扣0.5分；护理人员不达标，扣0.5分。	1
	3.4.3.1.5 科室主任负责人具有副高级以上专业技术职务任职资格；护士长具有中级以上专业技术职务任职资格。		科主任任职资格不符合要求，扣0.5分；护士长任职资格不符合要求，扣0.5分。	1

	3.4.3.1.6 医护人员经过专业培训，掌握重症医学的基本技能要求，具备独立工作能力。	抽查医师及护士各 2 人。	医护人员未经过专业培训，不得分；不能熟练、正确操作设备，每人扣 1 分；心肺复苏不熟练，每人扣 1 分。	2
	3.4.3.1.7 重症医学科布局及设置符合医院感染控制的要求。	实地考察。	布局或设置不符合医院感染控制要求，不得分。	1
3.4.3.2 有科室工作制度、岗位职责和技术规范、操作规程。重症监护患者入住、出科符合指征，实行“危重程度评分”。（5分）	3.4.3.2.1 制定科室各项规章制度、岗位职责和相关技术规范、操作规程。有抗菌药物使用与管理的相关规定；有储备药品、一次性医用耗材管理和使用规范与流程。	查阅相关资料，并实地考察。	无规章制度，不得分；无岗位职责，扣 0.5 分；无相关技术规范、操作规程，扣 0.5 分；无抗菌药物使用与管理的相关规定，扣 0.3 分；无储备药品、一次性医用耗材管理和使用规范与流程，扣 0.3 分。	1
	3.4.3.2.2 有收住患者的范围、转入和转出标准及转出流程,转入转出患者与标准的符合率 ≥90%。	查阅相关资料,抽查评审周期 5 份归档病历。	无标准及流程，不得分；转入转出患者与标准不相符，每份扣 0.5 分。	2
	3.4.3.2.3 对入住患者实行疾病严重程度评估，疾病严重程度评估率 100%。	抽查 5 份运行病历或归档病历。	未实行疾病严重程度评估，每份扣 0.5 分。	2
3.4.3.3 对医师与护理人员实行资格、技术能力准入及授权管理；对重症疑难患者实施多学科联合查房制度；患者诊疗活动由主治医师及以上人员主持与负责。（3分）	3.4.3.3.1 制定医护人员资格、技术能力准入及授权管理的相关制度与程序;医护人员进行重症医学专业理论和技能培训，考核合格后方可独立上岗；护理员、保洁员经过相关知识培训考核后上岗。	查阅评审周期相关资料。	无相关制度与程序，不得分；医护人员未进行培训及考核，每人扣 0.3 分；未实行高风险技术操作授权、评估和再授权管理，扣 0.5 分；护理员、保洁员未经过培训及考核，扣 0.5 分。	1
	3.4.3.3.2 有多学科协作与支持机制。通过重症医学科与相关学科医师联合查房、病例讨论等形式，提供专科诊疗支持。	查阅评审周期相关资料。	无多学科协作与支持机制，不得分；无多学科联合查房、病例讨论等原始记录，扣 0.5 分。	1
	3.4.3.3.3 患者诊疗活动由主治医师及以上人员主持与负责。	抽查评审周期 3 份运行病历。	不符合要求，每份扣 0.5 分。	1

3.4.3.4 有医院感染管理相关规定，对呼吸机相关性肺炎、导管所致的血行性感染、留置导尿所致的泌尿系感染有预防监控方案、质量控制指标，并能切实执行。（3分）	3.4.3.4.1 医务人员及相关人员遵循手卫生规范，有相应的设备；有消毒剂管理的相关规定，有医疗废物管理相关规定及措施。	查阅相关资料，并抽查 2 名医护人员。	医护人员手卫生不符合要求，每人扣 0.5 分；无相应设备，扣 0.3 分；无消毒剂有效浓度范围、物品浸泡时间等消毒剂管理规定，扣 0.5 分；无医疗废物管理相关规定及措施，扣 0.5 分。	1
	3.4.3.4.2 制定预防呼吸机相关肺炎、导管相关性血行感染，留置导尿管相关性感染等相关制度及措施，并落实；定期分析、评价。	查阅相关资料。	无相关制度及措施，不得分；未进行分析、评价，扣 0.5 分；未落实，扣 0.3 分。	1
	3.4.3.4.3 落实抗菌药物临床使用相关规定。	抽查评审周期 5 份归档病历。	抗菌药物使用不符合相关规定，每份扣 0.5 分。	1
3.4.3.5 有质量与安全管理小组，定期评价质量，促进持续改进。（2分）	3.4.3.5.1 有质量与安全管理小组工作职责、工作计划和工作记录。	查阅评审周期相关资料。	无质量与安全管理小组，不得分；无工作职责、工作计划和工作记录，每项扣 0.5 分。	1
	3.4.3.5.2 制定明确的质量与安全指标（如：非预期的 24/48 小时重返重症医学科率、呼吸机相关性肺炎的发生率、中心静脉导管相关性血行性感染率、导尿管相关的泌尿系感染率、重症患者预期死亡率与实际死亡率、重症患者压疮发生率、各类导尿管管路滑脱与再插率等），定期检查、评估、分析、改进。		无明确的质量与安全指标，不得分；无定期检查、分析记录，扣 0.5 分；未体现持续改进，扣 0.5 分。	1

(四) 感染性疾病管理(10分)

评价指标		评价方法	评分细则	分值
3.4.4.1 执行《传染病防治法》及相关法律、法规、规章和规范，健全传染病防治与医院感染管理组织架构，完善管理制度并组织实施。（1分）		查阅相关资料。	无传染病及医院感染管理职能部门，不得分；无相关制度、流程、岗位职责，扣0.5分；未开展相关制度、规范培训，扣0.5分。	1
3.4.4.2 感染性疾病科或传染病分诊点设置符合卫生行政部门规定，有重点传染病防治专家组。（3分）	3.4.4.2.1 根据相关法规要求设置感染性疾病科，其建筑规范、医疗设备和设施。	查阅相关资料，并实地考察。	未独立设置感染性疾病科，或发热门诊，不得分；布局不合理、三区划分不符合要求，每项扣0.5分；无独立的挂号收费室、候诊区、诊室、治疗室、隔离观察室、检验室、放射检查室、药房（或药柜）、专用卫生间、处置室和抢救室，每项扣0.3分。	1
	3.4.4.2.2 人员配备应符合国家有关规定，并开展岗前培训及考核，成立重点传染病防治专家组。	查阅相关资料。	科负责人不具备副主任医师及以上专业技术职务任职资格，护士长不具备主管护师及以上专业技术职务任职资格，每人扣0.5分；未进行岗前培训，不得分；无考核记录，扣0.3分；无专家组，扣0.5分。	1.5
	3.4.4.2.3 落实预检分诊制度，实行首诊负责制，及时报告疫情。	查阅相关资料，实地考察门诊预检分诊处、急诊分诊处。	未落实门、急诊预检分诊制度，未执行“首诊负责制”，或报告疫情不及时，不得分；报告疫情不完整，扣0.3分。	0.5

3.4.4.3 根据标准预防的原则，采取标准防护措施,为医务人员提供符合国家标准的消毒与防护用品，并按照《医疗废物管理条例》处理废物。（3分）	3.4.4.3.1 为医务人员提供符合国家标准的消毒与防护用品，根据标准预防的原则，采取标准防护措施。	实地考察，并抽查2名医务人员。	消毒与防护用品不符合标准，不得分；人员未掌握标准防护概念及措施，每人扣0.5分；人员防护措施不适宜，每人扣0.5分。	1
	3.4.4.3.2 按照《医疗废物管理条例》要求，规范处理医疗废物。	查阅相关资料，并实地考察。	无医疗废物（包括污水处理）管理制度与处理规范，不得分；无污水系统监测记录，扣0.5分；未提供环保部定期出具的污水监测报告，扣0.5分；未签署医疗废弃物处理合同，或无医疗废弃物交接记录，扣0.5分；医疗废弃物暂存站不符合要求，扣0.5分。	2
3.4.4.4 开展对传染病的监测和报告工作。有专门部门或人员负责传染病疫情报告工作，并按照规定进行网络直报。（2分）		查阅评审周期相关资料，并实地考察。	无报告制度，不得分；无疫情报告部门和专职人员，不得分；未网络直报，不得分；不能登陆直报系统，扣0.5分；未落实传染病报告责任奖惩制度，扣1分；网报与门诊日志不符合，扣1分；传染病漏报、不及时、不完整，每项扣0.5分。	2
3.4.4.5 定期对工作人员进行传染病防治知识和技能培训；向公众开展传染病预防知识的教育、咨询。（1分）	3.4.4.5.1 定期对全体工作人员进行传染病防治知识和技能的培训与传染病处置演练。	查阅评审周期相关资料，并现场抽取2名医务人员进行考核。	未定期开展培训，扣0.3分；无演练记录，扣0.2分；人员培训考核不到位，扣0.3分。（最多扣0.5分）	0.5
	3.4.4.5.2 向公众开展传染病预防知识的教育、咨询。		未开展，不得分。	0.5

(五) 输血管理与持续改进 (15分)

评价指标		评价方法	评价细则	分值
3.4.5.1 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》等有关法律和规范,制定输血管理制度,并进行培训。(1分)	3.4.5.1.1 制定临床输血管理相关制度和实施细则,内容涵盖本机构输血管理的全过程。对医务人员进行临床输血相关法律、法规、规章制度培训。	查阅相关资料,并抽查1名医务人员。	无相关制度和实施细则,不得分;内容未涵盖全过程,扣0.2分;对医务人员未进行相关培训,不得分;医务人员对输血的相关制度不熟悉,扣0.3分。	0.5
	3.4.5.1.2 制定本医疗机构临床用血计划及临床用血申请分级管理制度;建立临床科室和医师临床用血评价和公示制度。	查阅评审周期相关资料。	无用血计划,扣0.2分;无分级管理制度,扣0.2分;未定期进行用血评价及公示,扣0.2分。	0.5
3.4.5.2 设立输血科,具备为临床提供24小时服务的能力,满足临床需要,无非法自采、自供血液行为。(2分)	3.4.5.2.1 设立独立建制的输血科,人员结构、房屋设施和仪器设备均符合相关规定要求。	查阅相关资料,并实地考察。	无独立建制的输血科,或输血科无专人负责,扣0.5分;人员结构、房屋设施和仪器设备不符合规定要求,每项扣0.5分。	1
	3.4.5.2.2 具备为临床提供24小时供血服务的能力,满足临床工作需要。	查阅相关资料,并实地考察。	无临床用血储备计划,扣0.2分;未与指定供血单位签订供血协议,扣0.2分;无血液库存量管理要求,扣0.2分;无应急用血的后勤(通信、人员、交通)保障,扣0.2分。	0.5
	3.4.5.2.3 无非法渠道用血和自采、自供血的行为。	抽查5份运行或归档输血病历。	有非法渠道用血或自采、自供血行为,不得分。	0.5
3.4.5.3 加强临床用血过程管理,严格掌握输血适应症,促进临床安全、合理、科学用血。(4分)	3.4.5.3.1 开展对临床医师输血知识的教育与培训(每年至少一次),开展临床用血评价。	查阅评审周期相关资料。	未定期进行培训,不得分;医院未将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,扣0.3分。	1

	3.4.5.3.2 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”。	抽查 5 份运行或归档的输血病历。	未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，每份扣 0.3 分；未签署“输血治疗知情同意书”，每份扣 0.3 分。	1
	3.4.5.3.3 制定临床用血前评估和用血后效果评价制度，严格掌握输血适应症，做到安全、有效、科学用血。	查阅相关资料，并抽查 1 名医务人员。	无输血适应症管理规定，不得分；无用血后效果评价管理要求及评价，不得分；医院无输血指征综合评估的指标，扣 0.5 分；医务人员输血适应症掌握不全面，扣 0.5 分。	1
	3.4.5.3.4 积极开展血液保护相关技术，建立自体输血、围手术期血液保护等输血技术管理制度，并落实。	查阅相关资料，并实地考察。	无自体输血、围手术期血液保护等输血技术管理制度，不得分；无相关设备，不得分；上年度未开展自体输血，扣 0.5 分。	1
3.4.5.4 开展血液质量管理监控，制订并实施控制输血严重危害（SHOT）（输血传染疾病、输血不良反应、输注无效）的方案，严格执行输血技术操作规范。（4 分）	3.4.5.4.1 制订血液贮存质量监测规范与信息反馈制度。	查阅相关资料，并实地考察。	无制度，不得分；使用血液存放环境不符合规定，不得分；无冰箱存放标识、无冰箱温度、定期消毒、细菌监测、血液保存期等监测记录，无血袋、一次性输血耗材无害化处理记录，每项扣 0.2 分。	1
	3.4.5.4.2 制定临床输血过程的质量管理监控及效果评价的制度与流程。	查阅相关资料，并现场考核 1 名医务人员，抽查 3 份运行或归档输血病历。	无制度与流程，不得分；制度与流程不完善，扣 0.5 分；医务人员不熟悉相关制度与流程，扣 0.5 分；输血全过程信息未记录于病历中，每份扣 0.5 分。	1
	3.4.5.4.3 制定紧急用血预案，并落实。	查阅相关资料，抽查 2 名相关人员。	无紧急用血的应对预案，不得分；无关键设备故障的应急措施，扣 0.5 分；相关人员不知晓本部门、本岗位的履职要求，扣 0.5 分。	1
	3.4.5.4.4 制定控制输血严重危害的方案与实施情况记录。	查阅相关资料，并抽查 3 份运行或归档输血病历。	无方案，不得分；相关部门未按规定流程调查输血不良反应并记录，扣 0.5 分；无识别输血不良反应标准和应急措施，扣 0.5 分。	1

3.4.5.5 开展血液全程管理，落实临床用血申请、审核制度，履行用血报批手续，执行输血前核对制度，做好血液入库、贮存和发放管理。（2分）	3.4.5.5.1 制定输血申请审核登记和用血报批等级制度，用血申请单格式、书写规范，信息记录完整；大量用血报批审核率 100%，临床单例患者用全血或红细胞超过 8 U 履行报批手续，紧急用血必须履行补办报批手续。	查阅评审周期相关资料，抽查 3 份归档输血病历。	无相关制度，不得分；临床用全血或红细胞超过 8 U 未履行报批手续，不得分；大量用血未报批审核，扣 0.2 分；用血申请单格式、书写不规范或信息不完整，扣 0.2 分；紧急用血，未补办相关手续，扣 0.2 分。	0.5
	3.4.5.5.2 建立输血管理信息系统，做好血液入库、贮存和发放管理。	查阅相关资料，并实地考察。	无输血管理信息系统或血液库存管理制度，不得分；血液的出入库记录完整率 < 100%，不得分；血液贮存、运输不符合国家有关冷链控制的标准和要求，不得分；血液有效期内使用率 < 100%，扣 0.3 分；用血的发血单、输血记录单格式和书写规范、信息记录不完整，扣 0.3 分。	1
	3.4.5.5.3 制定输血标本采集流程，执行输血前核对制度。	查阅相关资料，并访谈 2 名相关人员。	无制度及流程，不得分；不熟悉核对制度，每人扣 0.2 分。	0.5
3.4.5.6 落实输血相容性检测的管理制度，做好相容性检测实验质量管理，确保输血安全。（2分）	3.4.5.6.1 制定输血前检测和输血相容性检测管理制度。	查阅相关资料。	无检测管理制度，不得分；未规范开展输血前检验项目（ABO 正反定型、RhD、不规则抗体筛查、交叉配血、输血感染性疾病免疫标志物），每项扣 0.3 分。	1
	3.4.5.6.2 做好相容性检测质量管理，开展室内质量控制，参加输血相容性检测室间质评。	查阅评审周期相关资料。	未建立室内质量控制流程，不得分；未实施，扣 0.5 分；未参加国家级或省级室间质量评价机构组织的输血前相关血液检测室间质量评价，不得分；对于室内失控项目和室间质量评价不合格的项目，未采取纠正措施，每项扣 0.2 分。	1

(六) 医院感染管理(25分)

评价指标		评价方法	评分细则	分值
3.4.6.1 有医院感染管理组织，医院感染控制活动符合《医院感染管理办法》等规章要求，并与医院功能和任务及临床工作相匹配。（3.5分）	3.4.6.1.1 依据《医院感染管理办法》设立独立的医院感染管理组织，负责医院感染管理工作。	查阅相关资料。	未独立设置医院感染管理职能部门，或无独立设置的医院感染管理委员会，不得分；职责不明确，扣1分；感染管理部门负责人不具有副高级以上专业技术职务任职资格，扣0.5分；未定期召开工作会议，扣0.5分；未提供有效证据的原始资料，扣0.5分。	2
	3.4.6.1.2 制定相应的规章制度及工作流程，在医疗服务中落实医院感染的预防与控制措施。	查阅相关资料。	无相关规章制度，不得分；未按照制度和流程落实监督检查并记录，扣0.2分；无持续改进措施，扣0.2分；措施未落实，扣0.1分。	0.5
	3.4.6.1.3 制定医院感染暴发报告流程与处置预案。	查阅相关资料。	无流程与处置预案，不得分；未按要求上报医院感染暴发事件，扣0.5分。	1
3.4.6.2 开展医院感染防控知识的培训与教育。（0.5分）		查阅评审周期相关资料，并现场考核2名人员。	未开展全员培训，不得分；不知晓相关知识，每人扣0.3分；原始资料不完整，扣0.1分。	0.5
3.4.6.3 按照《医院感染监测规范》，加强监测重点部门、重点环节、重点人群与高危因素，采用监控指标管理，控制并降低医院感染风险。（5分）	3.4.6.3.1 医院感染专职人员应符合《医院感染监测规范》的要求，配备环境物表清洁卫生、消毒灭菌效果、手卫生等监测设备设施。	查阅评审周期相关资料，提供人员名单、设备清单，并实地考查。	专职人员数量不达标（每200-250张实际使用病床，配备一名院感专职人员），不得分；监测设备设施<5种（如高压蒸汽灭菌锅、低温等离子体灭菌器、生物安全柜、生物监测仪、ATP荧光检测仪、化学指示卡等），扣0.5分；设备完好率<100%，每种扣0.3分。	1

	<p>3.4.6.3.2 开展全院综合性监测，对呼吸机相关性肺炎（VAP）、血液透析相关感染下呼吸道感染、手术部位感染、导尿管相关尿路感染、血管导管相关血流感染、皮肤软组织感染等目标性监测。</p>	<p>抽查院感染管理部门，随机抽查2个临床科室（ICU、CCU、骨科、外科等手术科室），并访谈医护人员2名。</p>	<p>无全院综合性监测制度和工作记录，不得分；全院开展目标性监测&lt;4项，每少一项扣0.5分；临床科室无目标性监测记录，或监测资料不完整，每科室扣0.3分；人员不掌握，每人扣0.2分</p>	<p>1</p>
	<p>3.4.6.3.3 开展重点部门、重点环节、重点人群与高危因素的监测。重点部门（手术室、ICU、产房、消毒供应中心、内镜室、血透室、介入室、口腔科等）分区、布局符合院感要求。</p>	<p>查阅相关资料，并实地考察。</p>	<p>未实施对重点部门、重点环节、重点人群与高危因素的监测，不得分；重点部门分区、布局不符合院感要求，不得分；对感染较高风险的科室与感染控制情况未进行风险评估，或未制定针对性的控制措施，扣1分。</p>	<p>2</p>
	<p>3.4.6.3.4 中医诊疗器具应符合《中医技术相关性感染预防与控制指南（试行）》要求，制定中医诊疗器具，尤其是可重复使用的针具、拔罐器具、外用容器等清洗消毒灭菌制度、具体防控措施，并落实到位。</p>	<p>查阅评审周期相关资料，抽查2种中医诊疗器具。</p>	<p>未制定规范，不得分；不符合先清洗后消毒的原则，扣0.5分；规范落实到位，每发现一处扣0.2分。</p>	<p>1</p>
<p>3.4.6.4 执行《医务人员手卫生规范》，实施依从性、正确性监管与改进活动（2分）</p>		<p>查阅相关资料，实地考察，并抽查2名医务人员。</p>	<p>无手卫生知识与技能的培训记录，扣0.5分；手卫生设施种类、数量、安置的位置、手卫生用品等不符合要求，每项扣0.5分；洗手方法不正确，每人扣0.5分；院科两级未对手卫生规范执行情况监督检查，扣0.5分。</p>	<p>2</p>

3.4.6.5 有多重耐药菌（MDR）医院感染控制管理的规范与程序，有多部门共同参与的多重耐药菌管理合作机制，对多重耐药菌医院感染实施监管与改进。（3分）	★3.4.6.5.1 制定多重耐药菌（MDR）医院感染控制管理规范与程序，实施监管与改进。	查阅评审周期相关资料，实地考察，并访谈医务人员、保洁人员共3名。	<p>（C）（1分）</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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、保洁与环境消毒的制度等。</li> <li>3.根据细菌耐药性监测情况，加强抗菌药物临床应用管理，落实抗菌药物的合理使用。</li> <li>4.有落实多重耐药菌（MDR）的控制措施。</li> </ol> <p>（B）符合C，并（1.5分）</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.有对多重耐药菌感染患者或定植高危患者监测，细菌耐药性监测报告及时反馈到医务人员，并方便查询。</li> <li>2.有主管部门对多重耐药菌医院感染情况的监测检查，根据监测情况采取相应改进措施。</li> </ol> <p>（A）符合B，并（2分）</p> <p>多重耐药菌医院感染控制有效，评审周期内多重耐药菌医院感染发生报告例数有所下降（或低于全省多重耐药菌感染率的医院能继续保持）。</p>	2
	3.4.6.5.2 建立多部门共同参与的多重耐药菌管理合作机制。	查阅评审周期相关资料。	无多部门共同参与的对多种耐药菌管理定期联席会议制度，不得分；无牵头部门或分工不明确，扣0.3分。	0.5
	3.4.6.5.3 开展预防多重耐药感染措施培训。	查阅评审周期相关资料。	未开展培训，不得分；缺少有效证据的原始资料，扣0.3分。	0.5

3.4.6.6 应用感染管理信息与指标，指导临床合理使用抗菌药物。（2分）	3.4.6.6.1 建立抗菌药物合理使用的管理组织，制定管理制度，并实施。	查阅相关资料。	无管理组织与制度，不得分；未实施，扣 0.5 分。	1
	3.4.6.6.2 建立细菌耐药监测及预警机制，各重点部门了解其前五位的医院感染病原微生物名称及耐药率。	查阅相关资料，并抽查 1 名重点部门（ICU、急诊、呼吸科等）医师。	无监测及预警机制，或无干预措施，不得分；医师对科室前五位的感染病原微生物及耐药率不知晓，扣 0.5 分；无临床治疗性使用抗菌药物的微生物送检率年度统计分析，扣 0.5 分。	1
3.4.6.7 消毒供应中心符合《医院消毒技术规范》、《医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌技术操作规范》、《医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌效果监测标准》及《医院隔离技术规范》的要求。（6分）	3.4.6.7.1 消毒供应中心位置相对独立，周围环境清洁，无污染源，室内通风、采光良好；室内装修便于消毒清洗。消毒供应中心三区严格划分，标志明显，区域间有实际屏障相隔；人流、物流不得交叉、逆行。	查阅相关资料，并实地考察。	消毒供应中心设在地下室，扣 1 分；周围环境存在污染源，扣 1 分；室内通风不良，或采光不良，或室内不便于消毒清洗，扣 1 分；去污区、检查包装灭菌区及灭菌物品存放区设置不合理，扣 1 分；人流或物流有交叉或逆行，扣 1 分；区域之间无实际屏障相隔，扣 0.5 分。	2
	3.4.6.7.2 医院消毒供应中心集中处置全院手术器械、无菌物品的清洗、消毒、灭菌工作。应配备符合国家有关规定的机械清洗消毒、压力蒸气灭菌器等设备。	查阅评审周期相关资料，实地考察。	未实现手术器械集中处置，不得分；无压力蒸气灭菌器使用登记证，不得分；无机械清洗设备，或缺少分类台、手工清洗槽、压力气枪、压力水枪、烘干机、超声清洗装置等，每项扣 0.5 分。	2
	3.4.6.7.3 医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌符合规范与标准的要求，有清洗消毒及灭菌效果监测的原始记录与报告。	查阅评审周期相关资料，实地考察，并抽查 2 个手术器械包。	每月随机抽查器械包 < 3 个，或无检查清洗质量记录，扣 0.5 分；物理监测/每锅次灭菌、化学监测/每次包灭菌、生物监测/每周、植入物灭菌生物监测/每锅次等监测记录不规范，每项扣 0.5 分。	1

	3.4.6.7.4 医院感染管理部门按要求参与医院消毒设备、设施与消毒剂审证、招投标等前期工作，使之符合相关医院感染管理要求。	查阅相关资料，实地考察，并随机抽查医用耗材、消毒隔离相关产品与消毒剂各2项。	感染管理部门未参与前期工作，扣0.5分；设备、设施、医用耗材、消毒隔离相关产品与消毒剂不符合要求，每项扣0.5分。	1
3.4.6.8 医院感染管理组织监测医院感染危险因素、医院感染率及其变化趋势；根据医院感染风险、医院感染发病率和（或）患病率及其变化趋势改进诊疗流程；定期通报医院感染监测结果。（1分）	3.4.6.8.1 建立医院感染监测指标体系，按照《医院感染监测规范》（WS/T312-2009）开展监测工作并记录，医院感染管理组织定期（至少每季度）对监测信息进行分析讨论，对医院感染风险、医院感染率及其变化趋势提出预警和改进诊疗流程等建议。	查阅评审周期相关资料。	未开展监测工作，不得分；未定期（至少每季度）发布医院感染监测信息，扣0.3分；未提出改进建议，扣0.3分。	0.5
	3.4.6.8.2 按照要求上报医院感染监测信息。	查阅评审周期相关资料。	未按照要求上报医院感染监测信息，不得分。	0.5
3.4.6.9 医院感染信息化建设满足医院感染监控、灭菌产品质量管理需要。（2分）	3.4.6.9.1 建立消毒供应中心灭菌产品质量溯源制度，基于信息化系统，实现无菌物品追溯及召回机制。	查阅评审周期相关资料，实地考察，并随机抽查灭菌产品、植（入）医疗器械各2个。	无信息化灭菌产品追溯系统，不得分。	1
	3.4.6.9.2 建立医院感染监控系统，达到实时、动态、前瞻性监测，实现医院感染流行或爆发预警功能。	查阅相关资料，并实地考察。	无医院感染监控系统，不得分。	1

## 五、住院诊疗管理(15分)

评价指标		评价方法	评分细则	分值
3.5.1 由符合法定资质的医务人员按照制度、质量管理要求、诊疗指南与规范,对住院患者提供同质化医疗服务。(3分)	3.5.1.1 制定具有中医特色的患者评估管理制度、操作规范与程序,至少包括:患者病情评估的重点范围,评估人的资质、评估标准与内容、时限要求,记录文件格式。	查阅评审周期相关资料,访谈医师2名,并随机抽取归档内科系统、外科系统病历各2份。	未执行评估制度,不得分;无中医内容,不得分;未制定执行分专科的患者病情评估制度、操作规范与流程,不得分;未对医务人员开展患者病情评估培训,扣0.5分。	1
	3.5.1.2 实施评估人员具备法定资质;对医务人员进行患者评估相关培训,以评估结果作为诊疗方案的依据。		评估人员无资质,不得分;未培训,不得分;评估结果未能作为诊疗方案的依据,扣0.5分。	1
	3.5.1.3 主管部门履行对上述工作的监管职责;并持续改进评估质量,为患者提供同质化的服务。		无日常监管,不得分;持续改进工作存在不足,扣0.5分。	1
3.5.2 科室负责人全面负责本科室住院诊疗,各级医师职责明确并落实,加强入院检诊与患者病情评估,落实知情同意制度。(4分)	3.5.2.1 有合理的医疗小组,组长由副主任医师以上任职资格人员担任,各级医师职责明确并落实。	查阅评审周期相关资料,随机抽查运行及归档病历内科系统、外科系统各2份。	未建立分级诊疗体系,不得分;住院患者诊疗方案制定不规范,每例扣0.5分;上级医师对病历中的错误未纠正,每例扣0.5分。	1
	3.5.2.2 加强入院检诊,首次病程拟定的诊疗方案内容具体,可操作性;临床诊疗思路明确。		首次病程拟定的诊疗方案无具体内容,或缺乏操作性,扣0.5分;首次病程临床诊疗思路不清,每例扣0.5分。	1
	3.5.2.3 对住院30天以上重点病人进行管理与评价,并作为主任大查房的重点。		对长期住院病人无管理措施,无分析评价改进,扣0.5分;未作为大查房重点,扣0.5分。	1
	3.5.2.4 落实知情同意制度。		无制度,不得分;落实不到位,每份扣0.5分。	1

3.5.3 对危重疑难患者实施多学科综合诊疗,有适宜的院内外会诊制度与流程管理。(2分)	3.5.3.1 对疑难患者实行多学科诊疗。	查阅相关资料,随机抽查疑难病历3份(涵盖2个临床科室)。	疑难病例出院诊断为待查病例无多学科讨论,每份扣0.5分;疑难危重病例无上级医师查房指导诊疗,或无具体指导意见,每份扣0.5分。	1
	3.5.3.2 有完善的会诊管理制度、流程并落实。		无相关制度或流程,不得分;制度未落实,每份扣0.5分。	1
3.5.4 规范激素、肠道外营养、抗菌药物、化学治疗药物等重点治疗药物的使用。(4分)	3.5.4.1 抗菌药物使用指征明确,使用规范。	查阅评审周期相关资料,随机抽查使用抗菌药物、肠外营养、激素、化学治疗药物每类各2份病历。	相关文件不完善,不得分;使用不规范,每份扣0.5分	2
	3.5.4.2 有肠外营养疗法规范或指南,由药学部门按处方(医嘱)集中配制肠道外营养注射剂,并符合注射剂配制GMP规范要求;不具备药学部门集中配制条件,由药学部门培训与考核合格的注册护理人员配制。肠道外营养疗法使用合理。		无相关文件,或资料不完善,不得分;配制不规范,每发现一处扣0.3分;使用不合理,每份扣0.5分。	1
	3.5.4.3 有激素与化学治疗药物指南或规范、风险管控措施,使用合理。		无相关文件,或资料不完善,不得分;使用不规范,每份扣0.5分。	1
3.5.5 有规范的出院管理制度,向患者提供规范的出院小结、出院医嘱、出院后的治疗康复与随访方案。(2分)	3.5.5.1 有规范的出院管理制度并有相应的监管措施。	查阅评审周期相关资料,随机抽查内科系统、外科系统归档病历各2份。	未制定出院患者后续医疗指导质控要求,不得分;未落实,扣0.5分。	1
	3.5.5.2 为每个出院患者提供出院后治疗康复与随访方案。		出院小结不规范,或出院医嘱、出院后治疗康复与随访方案缺少,或内容不具体,每项扣0.5分。	1

## 六、病历（案）质量管理（15分）

评价指标		评价方法	评分细则	分值
3.6.1 按照《医疗机构病历管理规定》等有关法规、规范的要求，设置病案科（室），配备专（兼）职人员负责病案质量管理与持续改进工作，配备相应的设施、设备与人员梯队。（1分）		查阅评审周期人事档案及相关资料，并实地考察。	未设置病案科（室），不得分；无具备专门资质的人员负责病案质量管理与持续改进工作，不得分；未配备相应的设施、设备，扣0.5分。	1
3.6.2 按规定保存病历资料，保证可获得性。（2分）	3.6.2.1 对门、急诊患者至少保存包括患者姓名、就诊日期、科别等基本信息。为急诊留观患者建立病历。	实地考察。	未保存门、急诊患者基本信息，扣0.2分；急诊留观患者未建立病历，扣0.3分。	0.5
	3.6.2.2 每位住院患者有姓名索引系统，内容至少包括姓名、性别、出生日期（或年龄）、身份证号。每位患者有唯一识别病案资料的病案号。		无姓名索引系统，扣0.3分；系统不完善，扣0.3分；病案号不唯一，扣0.3分。	0.5
	3.6.2.3 患者出院后，住院病历3个工作日内归档率≥90%，有未归档病历追踪记录。	查阅评审周期相关资料。	3日病案归档率每低于标准5个百分点，扣0.5分；无未归档病历追踪记录，扣0.5分；无改进成效，扣0.3分。	1
3.6.3 有病历书写质量的评估机制，定期提供质量评估报告。（4分）	3.6.3.1 制定病历书写质控管理目标；新员工岗前病历书写培训覆盖100%，考核合格率100%；住院医师病历检查覆盖率100%；无丙级病历。	查阅评审周期相关资料。	有丙级病历，不得分；目标不明确，扣0.5分；住院医师病历检查覆盖率<100%，或新员工岗前培训率<100%，每个指标扣0.2分；未提供有效证据的原始资料，扣0.2分。	1
	3.6.3.2 有病历书写质控管理及记录。	查阅评审周期相关资料，随机抽取质控管理问题病历3份。	无制度，不得分；质控管理指标未建立，不得分；指标未落实，扣0.5分；无持续改进，扣0.5分；无检查原始记录，扣0.3分；问题仍存在，每份扣0.2分。	1

	3.6.3.3 有病历质量控制与评价组织，主管病案质控管理人员具备主治医师以上专业技术职务任职资格且有5年以上管理住院病人临床工作经历。	查阅评审周期人事档案及相关资料。	无病历质量控制与评价组织，不得分；管理人员资质不符合要求，扣0.5分。	1
	3.6.3.4 有病历书写质控管理持续改进措施。	查阅评审周期相关资料。	主管部门未定期督导检查，扣0.5分；未定期对病历质量总结、分析、评价，提出整改措施，扣0.5分；措施未落实，扣0.3分。	1
3.6.4 采用国际疾病分类与代码（ICD-10）、中医病证分类与代码（TCD）与手术操作分类（ICD-9-CM-3）对出院病案进行分类编码，建立科学的病案库管理体系，包括病案编号及示踪系统，出院病案信息的查询系统。（5分）	3.6.4.1 病案编码人员资质符合要求。	查阅评审周期人事档案及相关资料。	人员资质不符合要求，不得分。	1
	3.6.4.2 采用国际疾病分类与代码、中医病证分类与代码与手术操作分类对出院病案进行分类编码，提高编码质量。	查阅相关资料，实地考察，并考核1名编码人员编码准确情况。	无信息系统支持疾病分类，扣1分；未按标准进行分类编码，扣1分；编码不准确，扣1分。	3
	3.6.4.3 建立出院病案信息的查询系统。	实地考察，并抽查评审周期3份归档病历。	无出院病案信息查询系统，不得分；病案首页资料信息未全部在查询系统中体现，每少一项扣0.1分。	1
3.6.5 电子病历管理符合规定要求。电子病历个人信息有严格的安全保护措施。（3分）	实地考察，并抽查3份住院电子病历。	未实施中医电子病历，不得分；电子病历管理不符合要求，扣2分；病历个人信息无安全保护措施，扣1分；措施不到位，扣0.5分。	3	

## 第四章 药事管理 (30分)

	评价指标	评价方法	评分细则	分值
4.1 加强药品管理,有效控制药品质量,保证用药安全。(9分)	4.1.1 有药品采购供应管理制度与流程,有固定的供应商,供药渠道,由药学部门统一采购供应。列入“药品处方集”和“基本用药目录”中的药品有适宜的储备,每年增减调整药品率≤5%。	查阅相关资料(如供应商资质档案、药品入库清单等)。	无药品采购供应管理制度与流程,或供应商资质不全,不得分;无固定的供应商,或未由药学部门统一采购供应,扣0.5分;药品储备不符合要求,扣0.5分。	1
	4.1.2 有药品效期管理相关制度与处理流程;有高危药品目录,各环节贮存的高危药品设置有统一警示标志。药品名称、外观或外包装相似的药品分开放置,并作明确标示。	查阅相关资料,并实地考察。	无药品效期管理相关制度与处理流程,扣1分;记录不完整,扣0.5分;无高危药品目录,扣1分;无统一警示标志,扣0.5分;药品名称、外观或外包装相似的药品未分开放置,或未作明确标示,扣0.5分。	2
	4.1.3 执行“特殊管理药品”管理的有关规定,制定相应的麻醉药品、精神药品、放射性药品、医用毒性药品等“特殊管理药品”管理制度,安全设施到位。		无管理制度,不得分;“麻、精”药品未实行三级管理和“五专”管理,扣1分;制度不完善,每项扣0.2分;安全设施不到位,每处扣0.2分。	2
	4.1.4 有存放于急诊科、病房急救室(车)、手术室及各诊疗科室的急救等备用药品管理和使用的制度与领用、补充流程,并落实。	查阅相关资料,并抽查3个科室(含急诊科、手术室)。	无制度和流程,不得分;未落实,每科扣1分。	2
	4.1.5 有病房不需要使用的药品办理退药的相关规定,对退药进行有效管理,确保质量并有记录。	查阅上年度相关资料。	无退药相关规定,不得分;退药无记录,扣0.5分。	1
	4.1.6 建立完善的药品信息管理系统,有适宜的合理用药监控系统,与医院整体信息系统联网运行,能为处方审核提供技术支持。	实地考察。	无监控系统,不得分;未联网运行,扣0.5分;不能提供合理用药监控信息服务,扣0.5分。	1

4.2 按照《处方管理办法》，开展处方点评，促进合理用药。（7分）	4.2.1 医师处方签名或签章式样应留样备案，医师在处方和用药医嘱中的签字或签章与留样一致。	查阅相关资料，并抽查评审周期处方 10 张。	未分别在医疗管理、药学部门留样备案，不得分；医师在处方和用药医嘱中的签字或签章与留样不一致，每张扣 0.2 分。	1	
	4.2.2 医师按“医院基本用药供应目录”开具处方，药品品规与“医院基本用药供应目录”一致。处方书写规范完整，开具处方全部使用规定的药品通用名称、新活性化合物的专利药品名称和复方制剂药品名称。处方用量和麻醉、精神等特殊药品开具符合规定。	抽查评审周期 50 张西药处方（含麻、精药品处方 20 张），并抽查 3 份使用麻醉药的门诊病历。		不符合要求，每张处方扣 0.2 分，每份病历扣 0.2 分。	4
	4.2.3 按照《医院处方点评管理规范(试行)》的要求制定医院处方点评制度，组织健全，责任明确，有处方点评实施细则和执行记录。定期对西药处方和病历进行点评，发布结果，对不合理处方进行干预。	查阅评审周期的相关资料。		无制度，不得分；组织不健全、责任不明确，扣 0.5 分；无处方点评实施细则和执行记录，扣 0.5 分；未定期进行点评或未发布结果，扣 0.5 分；未对不合理处方进行干预，扣 0.5 分。	2
4.3 按照《抗菌药物临床应用指导原则》等要求，合理使用药品，并有监督机制。（11分）	★4.3.1 药事管理组织下设抗菌药物管理小组，人员结构合理、职责明确。对医务人员进行抗菌药物合理应用培训及考核。	查阅相关资料。	<p>(C) (1分)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.药事管理组织有抗菌药物管理小组，人员结构合理、职责明确。</li> <li>2.召开抗菌药物管理小组会议≥4次/年。</li> <li>3.有全院抗菌药物临床应用的管理、监测与评价制度。</li> <li>4.对医务人员进行抗菌药物合理的应用培训。</li> </ol> <p>(B) 符合 C，并 (2分)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.有医院抗菌药物临床应用的监测与评价分析报告。</li> <li>2.参加地区或全国抗菌药物临床应用监测网和细菌耐药监测网。</li> <li>3.医院将临床科室抗菌药物合理用药情况纳入医疗质量管理考核指标。</li> </ol> <p>(A) 符合 B，并 (3分)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.根据本院抗菌药物临床应用监测的结果，抗菌药物使用强度和抗菌药物使用率不超过卫健委抗菌药物临床应用监测网平均值。</li> </ol>	3	

			2.有干预前后分析报告，体现改进效果。评审周期内医院 DDS 水平达到绩效考核标准(DDS<40%)。	
	4.3.2 医院将临床科室抗菌药物合理用药情况纳入医疗质量管理考核指标。		未纳入考核指标，不得分；未落实，扣 0.5 分。	1
	4.3.3 医院制定抗菌药物临床应用和管理实施细则、抗菌药物分级管理制度，并检查落实情况，并落实到位。	查阅相关资料，并抽查 20 张抗菌药物处方。	无相关制度，不得分；制度不完善，扣 0.5 分；不符合要求，每张处方扣 0.2 分。	1
	4.3.4 门诊患者抗菌药物使用率 ≤ 20%，住院患者抗菌药物使用率 ≤ 60%，急诊患者抗菌药物处方比例 ≤ 40%；I 类切口手术患者预防性抗菌药物使用率 ≤ 30%；I 类切口手术患者预防使用抗菌药物的时间性 ≤ 24 小时；接受限制使用抗菌药物治疗住院患者微生物检验样本送检率 ≥ 50%；接受特殊使用抗菌药物治疗住院患者微生物检验样本送检率 ≥ 80%；抗菌药物使用强度 (R*100/S) ≤ 40。	查阅评审周期相关资料，随机抽取 I 类切口抗菌药物使用病历 5 份。	每超过 5 个百分点，每项指标扣 0.5 分；I 类切口手术患者预防使用抗菌药物的时间超过 24 小时，每份病历扣 0.2 分；接受限制使用抗菌药物治疗住院患者微生物检验样本送检率和接受特殊使用抗菌药物治疗住院患者微生物检验样本送检率每低于 5 个百分点，扣 0.5 分；抗菌药物使用强度每超过 5 个点，扣 0.5 分。	4
	4.3.5 医院抗菌药物采购目录向卫生、中医药管理部门备案，药学部门按照目录进行采购。有特殊感染患者治疗需使用本院采购目录以外抗菌药物，可以启动临时采购程序。	查阅相关资料。	无抗菌药物采购目录或目录未备案，或无目录外抗菌药物临时采购相关制度与程序，不得分；未按照目录进行采购，每种扣 0.5 分。	2
4.4 有药物安全性监测管理制度，按照规定报告药物不良反应。（3分）	4.4.1 制定药品不良反应与药害事件监测报告管理的制度与程序，按照规定报告药物不良反应和药害事件。建立有效的药害事件调查、处理程序。	查阅相关资料，并抽查 3 份病历。	无药品不良反应与药害事件监测报告管理的制度与程序，或无不良反应报告记录，不得分；未按照规定上报不良反应，每例扣 1 分；无药害事件调查、处理程序，扣 1 分。	2
	4.4.2 有突发事件药事管理应急预案、本院的突发事件医疗救治药品目录，有针对重大突发事件大规模调集应急药品的保障方案。	查阅相关资料。	无应急预案或救治药品目录或保障方案，不得分。	1

## 第五章 护理质量管理（40分）

评价指标		评价方法	评分细则	分值
5.1 加强护理质量管理，制定护理制度、常规和操作规程。（5分）	5.1.1 依据法律法规、行业指南、标准，制定护理工作制度、常规和操作规程，定期开展培训。	查阅相关资料。	未依据法律法规、行业指南、标准制定护理制度、常规和操作规程，不得分；未开展培训，扣2分；培训记录不全面，扣1分。	3
	5.1.2 有护理质量与安全管理委员会,实施护理质量管理工作。	查阅相关资料。	未建立委员会，不得分；相关记录未体现持续改进，扣1分。	2
5.2 护理人力资源配备与医院的功能和任务一致。（7分）	5.2.1 制定并落实分级护理岗位职责，实施护理人员分级管理，护理人员知晓本岗位的职责要求。	查阅相关资料，并现场考核2名护士。	未实施分级管理，或无岗位职责，不得分；护士不知晓本岗位职责，每人扣1分。	2
	5.2.2 有护理单元护理人员的配置依据和原则，依据护理人员能力、专业特点，合理配置护理人力资源，体现护理人员能力与病人危重程度相符的原则。	查阅相关资料，实地考察，并随机抽查内科系统、外科系统病区各2个，重症监护病房。	无配置原则，或每位护理人员平均负责病人数>8人，不得分；护理人员能力与病人危重程度不相符，扣1分。	2
	5.2.3 有各级护理管理部门紧急护理人力资源调配的规定，有执行方案。有实行弹性护理人力资源调配的人员储备，落实到位。	查阅评审周期相关资料。	无各级护理管理部门紧急护理人力资源调配的规定，无人员储备，或无执行方案，不得分；统一调配不到位，扣0.5分。	1
	5.2.4 有护理人员的绩效考核制度，有相关实施方案，体现业务能力、劳动纪律、工作态度、出勤率、团队协作能力、发生医疗差错、医疗事故、服务态度等要素。	查阅评审周期相关资料。	无绩效考核制度，或无实施方案，不得分；未体现护理工作量、质量、满意度、护理难度和技术要求，扣1分。	2

5.3 根据《分级护理》(WS/T431-2013)的原则和要求实施护理措施。(8分)	5.3.1 执行《护理分级》原则和要求,护理人员掌握分级护理的内容。	查阅相关资料,并考核2名护士。	无分级护理制度,不得分;不掌握分级护理内容,每人扣1分。	2
	5.3.2 科室对《分级护理》落实情况进行定期检查并有记录。	查阅评审周期相关资料,并实地考察。	未进行定期检查,或无记录,不得分;记录不全面,扣1分。	2
	5.3.3 主管部门对《分级护理》落实情况进行定期检查、评价、分析,对存在的问题及时反馈,并提出整改建议。		未定期检查、评价、分析记录,不得分;少于每月1次,扣0.5分;整改未落实,扣0.5分。	4
5.4 实施责任制整体护理,为患者提供全面、全程、专业、人性化护理服务,优质护理服务落实到位。(14分)	★5.4.1 医院有优质护理服务实施方案,有保障制度和措施及考评激励机制,并落实到位。	查阅相关资料,并抽查2项措施的落实情况。	(C) (1分) 1.有医院优质护理服务规划、目标及实施方案。 2.有推进开展优质护理服务的保障制度和措施及考评激励机制。 3.有优质护理服务目标和内涵,相关管理人员知晓率≥80%,护理人员知晓率100%。 (B)符合C,并(1.5分) 1.根据各专业特点,有细化、量化的优质护理服务目标和落实措施。 2.定期听取患者及医护人员等多方面意见和建议,持续改进优质护理服务。 3.激励机制体现优劳优酬、多劳多得,并与薪酬分配、晋升、评优等相结合。 (A)符合B,并(2分) 1.优质护理服务措施落实有效,效果明显,优质护理服务病房覆盖率逐步提升。 2.患者和医护人员满意度逐步提高。	2

	5.4.2 优质护理服务病房覆盖率 100%。	查阅相关材料，并实地考察。	未达到 100%，不得分。	2
	5.4.3 根据“以病人为中心”的整体护理工作模式，制定实施方案，体现护理人员工作中的责任制，护理人员掌握相关的知识，并结合患者实际情况实施护理，体现全面、全程、专业、人性化，并开展相关延续性护理服务。	查阅相关资料，并现场考核 3 名护士。	无实施方案，不得分；护理人员未掌握相关的知识，未结合患者实际情况实施护理，每人扣 1 分；未体现全面、全程、专业、人性化，每人扣 1 分。	6
	5.4.4 有危重患者护理常规，护理人员具有危重患者护理的相关理论知识与操作技能，护理措施到位，安全措施有效，记录规范。	查阅相关资料，并查看 1 名危重患者护理情况（ICU 或 CCU 患者）。	无常规，不得分；护理人员未掌握患者的病情，扣 1 分；护理措施不到位、记录不完整，扣 1 分。	2
	5.4.5 护理技术操作规范。	现场随机抽查 2 个病区护理技术实际操作情况。	不符合要求，每人扣 1 分。	2
	5.5 按照特殊护理单元的相关管理规范进行质量管理与监测。（6 分）	5.5.1 建立急诊室、ICU、手术室、消毒供应中心（室）、血液净化中心（室）各项规章制度、岗位职责及操作常规，有考核及记录。	查阅相关资料，并现场考查。	无各项规章制度、岗位职责及操作常规，不得分；未进行考核，扣 1 分；记录不完整，扣 1 分。
	5.5.2 护理部制定急诊室、ICU、手术室、消毒供应中心（室）、血液净化中心（室）护理质量标准，并监测改进效果。	查阅相关资料，并现场考查。	无质量标准，不得分；未监测改进效果，扣 1 分；记录不完整，扣 1 分。	2
	5.5.3.落实手术室患者 10 大安全目标。	查阅评审周期相关资料，实地考察，并随机考核护理人员 2 名。	未落实，每发现一处，扣 0.3 分；护理人员不知晓，每人扣 0.2 分。	1
	5.5.4 消毒供应中心（室）质量控制符合要求，体现持续改进。	查阅评审周期相关资料，并实地考察。	未建立质控指标，不得分；质量质控不符合要求，不得分；缺少相关记录，扣 0.5 分；未体现持续改进，扣 0.5 分。	1

## 第六章 医院管理（50分）

评价指标		评价方法	评分细则	分值
6.1 强化法律意识,依法开展执业活动。（10分）	6.1.1 依法取得《医疗机构执业许可证》，按照中医药管理部门核定的诊疗科目执业，按照规定申请医疗机构年度校验。	查阅相关资料，并实地考查。	未取得《医疗机构执业许可证》，或医院改变名称、场所、法人、诊疗科目、床位，未能及时完成变更登记，或实际提供服务的诊疗项目与登记的内容不一致，或未经年度校验，不得分。	2
	★6.1.2 在国家医疗卫生法律、法规、规章、诊疗护理规范的框架内开展诊疗活动。	查阅相关资料。	未根据《医疗机构执业许可证》登记范围开展诊疗活动，或开展的诊疗活动不符合国家相关法律法规及规范要求，或开展的医疗技术（限制临床应用、重点医疗技术）未备案及监督管理的相关制度，或评审周期发生群体性、组织性违规违纪事件或一级主责以上医疗事故，不得分。	3
	★6.1.3 由具备资质的卫生专业技术人员为患者提供诊疗服务，不超范围执业。	查阅评审周期人事档案及相关证明材料，抽查5名专业技术人员资料进行现场核准。	（C）（1分） 1.有卫生技术人员执业资格审核与执业准入相关规定。 2.各级各类卫生技术人员均取的执业资格，注册地点在本院或符合卫生行政部门相关规定（如多点执业、对口支援），及时完善电子注册，更新医师、护师执业信息。 3.具有执业资格的研究生、进修人员经过医院授权在上级医生（含护理、医技）指导下执业。	3

			(B)符合C,并(2分) 1. 卫生技术人员执业资格管理资料完善。 2. 实习生、研究生、进修生执业管理资料完善。 (A)符合B,并(3分) 无卫生技术人员违规执业、超范围执业及非卫生技术人员从事诊疗活动。	
	6.1.4 医院开展法律法规教育,有教育评价。	查阅评审周期相关资料。	未开展法律法规教育,不得分;未开展教育效果评价,或原始资料不完整,扣0.5分。	1
	6.1.5 对外委托服务项目,特别是医学检验、病理、中药服务等项目的质量与安全实施监督管理。	查阅评审周期相关资料,并逐一检查委托项目。	未实施监督管理,不得分;管理不到位,或缺少委托协议,或相关会议记录、工作方案、工作记录等有效证据的原始资料,扣0.5分。	1
6.2 建立健全医院管理制度,合理设置管理组织。(7分)	6.2.1 建立健全医院管理制度、岗位责任制度、技术操作规范,并开展培训,组织落实。	查阅评审周期相关资料,访谈3名管理人员。	制度不健全,或未及时更新,或无技术规范,或未开展职工培训,不得分;对各项规章制度、岗位责任制、诊疗规范人员不知晓率,每人扣1分。	3
	6.2.2 医院管理组织机构设置合理,部门职能划分明确,各级管理人员认真履行职责,医院运行状况与组织机构图相符。		医院管理组织机构设置不合理,不得分;未提供完整的组织机构图,或管理部门职责划分不明确,每项扣1分。	2
	6.2.3 按照国家有关规定,向员工开展院务公开工作。	查阅评审周期相关资料,实地考察,并访谈相关人员2名。	未开展院务公开工作,不得分;院务公开内容不符合要求,扣0.3分;无院务公开投诉信箱,扣0.2分;无职工参与院务公开,不得分;无院务公开的相关记录,扣0.3分;无职代会民主评议领导的资料,扣0.3分;相关人员不知晓,每人扣0.2分。	1

	6.2.4 按照《医疗卫生服务单位信息公开管理办法（试行）》规定，医院向社会及患者公开信息。	查阅评审周期相关资料，并实地考查。	未按要求向社会、患者公开信息，不得分；未采用信箱、展版或电子信息等方式，扣 0.5 分；内容不全面，扣 0.3 分。	1
6.3 加强医院信息化建设，满足医院管理、临床医疗和服务需要。 (10 分)	6.3.1 医院将信息化建设列入医院建设的总体目标，并制定长期规划和年度工作计划。	查阅评审周期相关资料，抽查计划中 2 项措施的落实情况。	未制定规划和年度工作计划，不得分；规划未在年度工作计划中体现，扣 0.5 分；措施未落实，每项扣 0.3 分；缺少有效证据的原始资料（如制定过程、相关会议记录、决议等），扣 0.5 分。	1
	6.3.2 有以院长为核心的医院信息化建设领导小组，有负责信息管理的专职机构，建立各部门间的组织协调机制，制订信息化发展规划，有与信息化建设配套的相关管理制度。	查阅相关资料，并实地考查。	无领导小组，扣 1 分；领导小组未定期召开信息化建设会议，扣 1 分；无信息管理专职机构或专人负责，扣 0.5 分；未制定相关管理制度，扣 0.5 分；未制定发展规划，扣 0.5 分；无配套的相关管理制度，扣 0.5 分。	2
	6.3.3 医院信息系统符合国家相关标准和规范，有医院管理信息系统、医院资源管理信息系统、临床信息系统、基于中医电子病历的医院信息平台。	查阅相关资料，并实地考查。	信息化建设不符合标准和规范，不得分；无医院管理信息系统，或未正常使用医院资源管理信息系统以及相关子系统（如智能监管和依法执业自查系统），或无临床信息系统（CIS），每项扣 1 分；未建立基于中医电子病历（EMR）的医院信息平台，扣 0.5 分。	2
	6.3.4 医院信息化系统能够系统、连续、准确地采集、存储、传递、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财务以及各项业务提供全面支撑，满足医院管理需求。按要求使用相关财务软件，实现会计电算化。	查阅相关资料，实地考查，并查看评审期间医疗信息报表。	不能为医院管理提供决策依据，不得分；不能提供医院内部的医疗信息报表，扣 1 分；未实现会计电算化，扣 0.5 分。	2

	6.3.5 建立医院运行基本统计指标数据库，保障信息准确、可溯源。按照要求及时、准确报送相关信息。	查阅相关资料，实地考察。	未按照要求及时、准确报送相关信息，或未建立基本统计数据库，不得分；数据不准确，扣1分；不能溯源，扣0.5分。	2
	6.3.6 实施国家信息安全等级保护制度，实行信息系统操作权限分级管理，保障网络信息安全，保护患者隐私。推动系统运行维护的规范化管理，落实突发事件响应机制，保证业务的连续性。	查阅相关资料，实地考察，并访谈相关人员2名。	未制定信息系统安全措施和应急处理预案，扣0.3分；未实行权限分级管理，扣0.3分；无安全监管记录，扣0.3分；国家信息安全等级保护制度措施未落实，扣0.3分；无信息系统运行维护相关记录，扣0.3分；人员未掌握，每人扣0.2分。	1
6.4 加强财务与价格管理，规范医院经济运行。（7分）	6.4.1 建立规范的经济活动决策机制和程序，实行重大经济事项集体决策制度和责任追究制度。	查阅相关资料。	未建立决策机制和程序，不得分；未制定集体决策制度和责任追究制度，扣1分；制度未落实，或落实不到位，扣0.5分。	2
	6.4.2 实行成本核算，降低运行成本。	查阅评审周期相关资料，查看评审周期科室年度成本核算情况。	未制定成本核算制度、实施方案和流程，不得分；未设置专职成本核算员，扣0.3分；未实行科室成本核算，扣0.3分；执行不到位，扣0.2分。	1
	6.4.3 全面落实价格公示制度，提高收费透明度，完善医药收费复核制度。确保医药价格管理系统信息准确。	查阅相关资料，并实地考察。	未建立价格公示制度，不得分；价格公示未及时更新，扣0.5分；未建立医院内部医药价格监管规范，扣0.5分；无价格监管自查记录，扣0.5分；无收费投诉记录，扣0.5分。	1
	6.4.4 执行《中华人民共和国政府采购法》、《中华人民共和国招标投标法》及政府采购相关规定，执行药品、高值耗材集中采购制度和相关价格政策。	查阅评审周期相关资料，抽查2项药品和高值耗材招标采购的审批资料。	未制定药品及高值耗材采购制度和流程，不得分；审批程序不规范，每种扣0.5分；无主管部门对招标采购进行全程管理，扣0.5分。	1

	6.4.5 按照《中华人民共和国预算法》和财政部门、主管部门关于预算管理的有关规定，科学合理编制预算，严格执行预算，加强预算管理、监督和绩效考评。	查阅评审周期相关资料。	无医院预算管理制度，不得分；无预算制度执行情况监管记录，扣 0.3 分；无预算执行情况分析报告，扣 0.3 分。	1
	6.4.6 医院制定财务人员培养计划，按照规定设立总会计师。	查阅相关资料。	无财务人员培养计划，不得分；计划未落实，扣 0.5 分；未按照规定设立总会计师，扣 0.5 分。	1
6.5 成立医学装备管理部门，建立并完善医学装备管理制度。（8分）	6.5.1 成立医学装备管理部门，制定人员岗位职责、工作制度和设备论证、采购、使用、保养、维修、资产处置制度与措施。	查阅相关资料，抽查 2 份评审周期内 50 万元以上大型设备购置计划、论证和审批程序的相关资料；抽查 2 个重点科室重点设备的保养维修记录。	未成立医学装备管理部门，扣 1 分；未制定相关工作制度与岗位职责，扣 0.5 分；无管理部门会议记录，扣 0.5 分；抽查设备相关资料不符合要求，每项扣 0.5 分。	2
	6.5.2 按照《大型医用设备配置与使用管理办法》，加强大型医用设备配置管理，优先配置功能适用、技术适宜的医疗设备；建立大型设备使用人员持证上岗制度。	查阅相关资料，抽查 2 种大型设备（CT、MRI、X 光机、超声诊断仪等）的设备档案、装备许可证和使用人员资质的相关资料。	未制定医学装备购置论证相关制度与决策程序，扣 0.5 分；未建立医学装备档案管理制度与完整的档案资料，扣 0.5 分；无大型设备单机成本核算资料，扣 0.5 分；使用人员资质不符合要求，扣 0.3 分。	1
	6.5.3 建立医院保障设备处于完好状态的制度与规范，建立全院应急调配机制。	查阅相关资料，访谈相关人员 1 名。	未制定保障设备的管理制度与规范，不得分；主管部门未对医学装备实行统一的保障管理，扣 0.5 分；未建立全院应急调配机制，扣 0.5 分；人员不知晓，扣 0.3 分。	1
	★6.5.4 急救、生命支持系统仪器设备始终保持在待用状态。	实地考察。	（C）（1分） 1.有急救类、生命支持类医学装备应急预案及设备调用机制，保障紧急救援工作需要。	2

			<p>2.各科室急救类、生命支持类装备时刻保持待用状态。</p> <p>(B)符合C,并(1.5分)</p> <p>主管部门对急救类、生命支持类装备完好情况和使用情况实时监管。</p> <p>(A)符合B,并(2分)</p> <p>急救类、生命支持类装备待用状态完好率100%。</p>	
	<p>6.5.5 加强医用高值耗材(包括植(介)入类耗材)和一次性使用无菌器械及低值耗材的采购记录、溯源管理、储存、档案管理、销毁记录、不良事件监测与报告的管理。</p>	<p>查阅评审周期相关资料,抽查2个植(介)入医疗器械溯源管理。</p>	<p>未制定管理制度与程序,扣0.5分;无采购记录、使用记录、监督检查记录,扣0.5分;未制定相关不良事件监测与报告制度与程序,扣0.5分;无监管情况与不良事件的分析报告,扣0.5分;植(介)入器械不能溯源,扣0.5分。</p>	2
<p>6.6 建立健全行风建设组织体系和工作机制,完善社会评价指标体系,并实施。(8分)</p>	<p>6.6.1 制定年度行风和法治建设目标和任务,医院主要负责人是行风建设第一责任人,领导班子其他成员对分管职责范围内的行风工作负责,确保行风建设和法治建设责任落到实处。</p>	<p>查阅评审周期内相关资料,访谈5人(其中院班子3人、中层干部2人)。</p>	<p>医院党政主要负责人未切实履行推进法治建设第一责任人职责,不得分;未落实领导干部学法用法,扣0.5分。未将法治建设工作纳入本单位总体发展规划和年度工作计划,扣0.5分;班子其他成员对本职责范围的行风建设责任未落实,扣1分;未将行风建设工作纳入干部的考核目标,扣1分;行风建设工作未落实,或相关工作记录不完善,或缺少有效支撑资料,扣0.5分;人员不掌握,每人扣0.5分。</p>	2

	<p>6.6.2 落实医疗卫生行风建设“九不准”和《医疗机构从业人员规范》，建立健全医德考评制度，考评结果得到运用。</p>	<p>查阅评审周期内相关资料，随机抽查2个科室人员考核资料，访谈人员2名。</p>	<p>未落实，或未建立制度，不得分；无细化工作指标，或考评标准，扣1分；未将日常监管、科室日常考核结果与医德考评工作相结合，扣1分；结果未得到运用，扣1分；人员不掌握，每人扣0.5分；缺少有效支撑资料，扣0.5分。</p>	<p>2</p>
	<p>6.6.3 加强从业人员教育，开展多种形式的主题教育、警示教育及新进人员、重点岗位、敏感岗位职业规范教育，并组织实施。</p>	<p>查阅评审周期内相关资料，访谈3人（其中新进人员、重点岗位、敏感岗位各1人）。</p>	<p>无年度教育计划，或未开展教育活动，不得分；未开展效果评价，扣1分；教育形式单一，未充分利用各种形式和载体开展法治宣传的，扣0.5分；未将卫生健康法律法规纳入新入职医疗卫生人员培训、继续教育以及日常业务培训中，扣0.5分；未涵盖新进、重点岗位、敏感岗位的人员，每项扣0.5分；人员不掌握，每人扣0.3分；缺少有效支撑资料，扣0.5分。</p>	<p>2</p>
	<p>6.6.4 按照患者就医服务流程，制定医院社会满意度测评指标体系，实施社会评价活动。</p>	<p>查阅评审周期相关资料。</p>	<p>未制定患者满意度期测评指标体系，或未开展患者满意度测评，不得分；未定期开展（至少每年一次），扣1分；未对社会评价活动结果进行分析和反馈，或无改进措施，扣1分；措施未落实，或无改进，扣0.5分。</p>	<p>2</p>

### 第三部分 党的建设（100分）

#### 第一章 加强党的领导（40分）

评价指标		评价方法	评分细则	分值
1.1 健全并完善党委工作制度，落实“一岗双责”要求。（8分）	1.1.1 合理设置党的工作机构，建立健全党委工作制度，规范党委、行政领导班子议事规则和工作规则，落实“一把手”末位发言制。	查阅评审周期的相关资料。	机构设置不合理，或制度不健全，或未体现议事规则、工作规则，不得分；未体现末位发言，扣3分；无会议记录，或纪要，扣2分；缺少有效证据的原始资料，扣1分。	4
	1.1.2 加强领导班子思想政治建设，坚持党委理论学习和中心组学习和定期务虚研究制度。	查阅评审周期相关资料。	领导班子思想政治建设不到位，或措施不得力，不得分；无学习计划及会议记录，扣3分；学习计划落实不到位，扣2分；党政会议没有研究法治建设工作，扣1分。资料不完整，扣1分。	4
1.2 建立重大事项管理制度，落实党务公开。（8分）	1.2.1 医院党委在重大决策和医院发展中发挥领导核心作用，建立健全重大事项管理制度，按有关权限和规定程序报批、执行，规范权力运行。	查阅评审周期相关资料，抽查评审周期任命干部2人、1项重大项目及大额资金使用审议情况。	未体现参与决策，或未体现领导核心作用，不得分；重大事项未经集体讨论或集体决策，扣3分；未按管理权限和规定报批与公示、报备，发现一处扣1分；抽查项目不符合要求，每项扣2分；资料不完整，扣1分。	4
	1.2.2 健全党内重，重大决策论证评估、依法决策、合法性审核和征求意见等制度，推进党务公开。	查阅评审周期相关资料，随机抽查1项党内重大工作。	未明确负责法治工作部门，扣0.5分；未建立依法决策制度、合法性审核制度、依法管理（依法执业）情况定期自查制度、案件评析制度，每项制度扣0.25分；未实行法律顾问制度扣0.5分；未建立固定渠道和方式实施党务公开，扣3分；公开内容不全面、不及时，扣2分。	4

1.3 坚持党管干部、党管人才的原则。 (8分)	1.3.1 落实领导干部选拔任用工作条例、问责制度,规范干部选拔任用。	查阅评审周期内相关资料,随机抽调2名近年内选拔干部的文书档案。	无制度,不得分;选拔程序不规范,扣3分;干部任用文书档案不完整,每人扣2分。	4
	1.3.2 制定各类人才发展的规划和实施办法,并实施。	查阅评审周期内相关资料,随机访谈管理人员2人(中层干部、职员各1人)。	无规划、计划,不得分;不全面,扣3分;未组织实施,扣2分;成效不显著,扣1分;人员不了解,每人扣1分;资料不完整,扣0.5分。	4
1.4 加强对统战群团工作的领导,推进精神文明与文化建设。(8分)	1.4.1 围绕党的中心工作,开展多种形式宣传、教育、培训等活动,推进思想政治工作、精神文明建设与文化建设。	查阅评审周期的相关资料,并实地考察。	未围绕中心工作,或未开展多种形式的宣传、教育、培训等活动,不得分;思想工作不到位,扣3分;未开展舆情监测,扣2分;未开展“志愿者”服务,扣1分;资料不完整,扣0.5分。	4
	1.4.2 党委把统战群团工作纳入重要议事日程,组织机构及制度健全,按时换届,经费使用合理;自我教育,民主管理,维护职工合法权益。	查阅评审周期相关资料。	未纳入,或组织机构不健全(至少建有工会委员会、经审委员会、团委委员会、妇女工作委员会),不得分;未定期召开两会或未按时换届,扣3分;涉及职工切身利益的重大决策未通过职工代表讨论通过,扣2分;职工合法权益的维护缺少保障措施,扣2分;经费使用不合理,扣2分;资料不完整,扣1分。	4
1.5 加强领导班子和干部队伍的作风建设。(8分)	1.5.1 建立作风建设长效机制,相关制度、规定健全。领导干部作风正派,经常深入基层,联系群众,落实中央八项规定精神。	查阅评审周期内相关资料。	作风建设长效机制不健全,不得分;作风问题突出,或干群关系不融洽,不得分;发现有违反八项规定精神的情况,每起扣1分;无主要领导接待日,扣3分;缺少相应记录和处理意见,扣2分;资料不完整,扣1分。	4
	1.5.2 定期召开民主生活会,认真开展批评和自我批评。党委书记、院长、班子成员定期相互谈心,定期与中层干部谈心。	查阅评审周期内相关资料,访谈3人(含党委书记或院长、班子成员、中层干部)。	未按规定召开民主生活会,或未能开展积极的、善意的、实事求是的批评和自我批评,不得分;党委书记、院长、班子成员未定期相互谈心,扣3分;未定期同中层干部谈心,扣1分。	4

## 第二章 加强基层党的建设（30分）

评价指标		评价方法	评分细则	分值
2.1 加强基层党支部建设，认真落实“三会一课”制度，完善工作机制。（10分）	2.1.1 健全党的基层组织体系，定期召开党员大会、支部委员会、党小组会，党的基层工作覆盖率 100%。	查阅评审周期相关资料，抽查 2 个基层党支部。	基层组织不健全，或党工作覆盖率未达到 100%，不得分；基层支部工作程序不规范，每发现一处扣 2 分；未定期召开党员大会，或支部委员会，或党小组会，每项扣 2 分；缺少会议记录、支部活动等原始记录，扣 1 分。	5
	2.1.2 健全完善各项党内政治生活制度，把增强党员党的意识作为首要目标，丰富细化“三会一课”、民主生活会、组织生活会、主题党日、民主评议党员、谈心谈话制度。	查阅评审周期相关资料，随机抽查 2 个基层支部。	制度不完善，或民主生活会、或双重组织生活制度未落实，不得分；未体现谈心谈话制度，扣 4 分；未开展“三会一课”、民主生活会、组织生活会、主题党日，每项扣 2 分；党委书记未定期（至少每年一次）讲党课，扣 1 分；缺少会议、工作记录，扣 1 分；缺少有效支撑资料，扣 0.5 分。	5
2.2 发挥党支部战斗堡垒作用和党员先锋模范作用。（10分）	2.2.1 党支部围绕医院中心工作有效地开展党的活动。	查阅评审周期相关资料，抽查 1 项医院中心工作、2 个支部会议记录。	党的活动未与医院中心工作结合，不得分；未体现支部战斗堡垒作用，扣 4 分；支部活动记录不全，扣 3 分；资料不完整，扣 2 分。	5
	2.2.2 加强基层党组织负责人的队伍建设，引导党员围绕中心工作充分发挥先锋模范作用。	查阅评审周期相关资料，抽查 2 个支部，访谈支部书记 1 人。	未建立党组织负责人的培训、教育及考核制度，扣 3 分；教育计划未落实，或未定期开展培训，扣 2 分；无考核，扣 1 分；发挥党员先锋模范作用机制不健全，扣 2 分；党员联系服务群众制度不健全，或工作组织不力，或措施不落实，每项扣 1 分；人员不了解，每人扣 0.5 分。	5

2.3 加强对党员的教育、管理、监督和服务功能，提高党员素质。（10分）	2.3.1 以坚定理想信念为重点，加强党员教育培训工作，组织党员认真学习党的理论知识、党章党规党纪，推进“两学一做”学习教育常态化制度化，建立健全党员教育监督管理的长效机制。	查阅评审周期相关资料，随机抽查1个支部、2名党员的学习笔记。	未建立党员教育监督管理的长效机制，不得分；学习培训不到位，扣2分；未开展党员培训（围绕党委工作部署），扣3分；“两学一做”学习教育开展不扎实，或常态化制度化推进力度不够，扣2分；无党内信息管理系统，扣2分；无学习笔记，每人扣1分；资料不完备，扣0.5分。	4
	2.3.2 规范发展党员程序，确保党员发展质量。	查阅评审周期内相关资料，随机抽查3名新党员入党材料，访谈党务工作者1人。	入党材料不符合要求，每人扣2分；访谈人员不了解，每人扣1分。	3
	2.3.3 规范党费收缴、使用和管理。	查阅评审周期内相关资料。	党费收缴、使用、管理无制度，或不规范，每项扣2分；缺少有效支撑资料，扣1分。	3

### 第三章 党风廉政建设（30分）

评价指标	评价方法	评分细则	分值	
3.1 建立健全党风廉政建设责任制度和体系。（10分）	3.1.1 建立健全党风廉政建设责任制，明确党委主体责任和纪委监督责任、领导干部“一岗双责”、党政同责。建立惩防体系建设领导小组，并将惩治和预防腐败体系建设纳入整体工作中。	查阅评审周期相关资料。	未建立责任制，不得分；无领导小组，扣3分；未纳入整体工作中，扣3分；未实现与业务工作同研究、同部署、同落实、同检查，扣3分；无具体工作计划和方案，扣2分；缺少有效支撑资料，扣1分。	4
	3.1.2 建立健全行业不正之风专项治理工作的制度和长效机制，并组织实施。	查阅评审周期内相关资料，抽查3份廉政建设责任书。	无制度，或未建立长效机制，不得分；未落实，扣2分；未签署党风廉政建设责任书的，每人扣1分；资料不完备，扣0.5分。	3
	3.1.3 健全纪检监察组织机构，人员配备与岗位要求、医院任务相匹配，具备开展工作的基本条件。	查阅评审周期相关材料，并实地考察。	未设立独立的纪检监察部门，不得分；配备人员不足，扣2分；缺少开展工作的基本条件，扣1分。	3
3.2 加强党风廉政、反腐倡廉的宣传教育，完善对权力的制约和监督，实行廉洁风险防控。（10分）	3.2.1 健全党委统一领导，纪检监察、党办、宣传、组织部门等共同参与的党风廉政宣教机制，强化纪律教育，定期开展主题报告、警示教育参观等形式的学习活动。	查阅评审周期内相关资料，抽查2个基层党支部。	未建立宣教机制，或未开展反腐倡廉教育，不得分；工作制度不健全，或不到位，扣3分；学习活动单一，扣2分；缺少有效支撑资料，扣1分。	5
	3.2.2 加强并落实对重点部门、关键岗位人员的监督，建立人事、财务、基建、设备、医用耗材、药剂、信息、采购等部门负责人定期轮岗交流的制度。对重点领域和关键环节权力运行的过程与结果实施有效监控。落实医药购销廉洁制度。	查阅评审周期相关材料，并实地考察。	未建立制度，或未开展监督管理，不得分；未落实轮岗制度，每发现一人扣2分；未建立信息管理，扣3分；未落实医药购销廉洁制度，扣3分；未与临床科室、药剂科、采购负责人等相关人员签订廉洁自律责任书，每人扣2分；资料不完备，扣1分。	5

3.3 加强对廉洁自律各项制度执行情况的监督。 (10分)	3.3.1 切实加强制度建设，以规范权力运行为重点，针对“权、钱、人、项目”等重点环节，制定一系列规定和实施细则，形成较为完备的制度体系，并认真执行。	查阅相关资料，访谈相关人员2名。	无相关规定，或实施细则，不得分；制度体系不完善，,3分；未执行，扣2分；人员不知晓，每人扣1分。	5
	3.3.2 严肃党的政治纪律、组织纪律、工作纪律等各项纪律要求，严格执行领导干部个人事项报告、述责述廉等党内监督制度。建立健全信访工作机制。	查阅评审周期的相关资料；抽查主要负责人某年度述职报告。	无具体工作计划和方案，扣4分；未组织实施，或会议记录、纪要等资料不清晰，或记录不全，难以查核，每发现一处扣1分；落实不到位，扣1分；述责报告未述廉，每人扣1分；。无信访举报受理制度或流程，扣2分；未按相关规定要求及时处理信访举报问题，每发现一起扣0.5分。	5

## 附件 4

# 湖北省三级中西医结合医院评审标准细则

总体说明:

一、本细则适用于三级公立中西医结合医院, 民营中西医结合医院参照执行。

二、本细则中将最基本、最重要, 若未达到要求势必影响特色优势、临床疗效、医疗质量与患者安全的指标, 列为“核心指标”(以★标示), 具备否决作用。

三、本细则各指标评分只在指标分数范围内扣分, 扣完为止, 不倒扣分。

## 第一部分 中西医结合服务功能 (600 分)

### 第一章 发挥中西医结合特色优势的措施 (30 分)

评审指标	评审方法	评审细则	分值	
1.1 医院坚持以中西医结合为主的发展方向.明确医院发展战略, 有医院中长期发展规划并落实。(5分)	1.1.1 医院坚持以中西医结合为主的发展方向,依据医院功能与任务,确定医院发展战略。	查阅相关资料, 实地考察。	医院未确定发展战略, 不得分; 医院发展战略不清晰或未体现以中西医结合为主的发展方向, 扣 1 分。	2
	1.1.2 医院有重在提高临床疗效的中长期发展规划, 并落实到位。	查阅相关资料,并抽查 2 项具体措施的落实情况。	医院未制定中长期发展规划,或发展规划未体现以中西医结合为主方向,不得分;发挥中西医结合特色优势的措施缺少可操作性,扣 2 分;规划未落实, 每项扣 1.5 分;部分落实, 酌情扣分(最少每项扣 0.5 分);未提供相应有效证据的原始资料, 每项扣 1 分。	3

1.2 围绕医院中长期发展规划制定医院年度工作计划，有发挥中西医结合特色和优势和提高临床疗效的具体措施，并按年度定期评价。（10分）	1.2.1 医院落实政府扶持中医药发展的保障政策；执行医保、物价对中医药的倾斜政策；中医财政经费专款专用，落实到位。	查阅评审周期相关资料,并实地考查。	未落实，每发现一处扣0.5分。	1
	1.2.2 医院建立新形势下符合中医学学术规律、有利于发挥中西医结合特色优势、方便群众就医的诊疗模式，提高临床疗效和医院服务水平,更好地满足人民群众对健康服务的需求。		不符合，不得分。	1
	1.2.3 医院年度工作计划能够体现中西医结合医院发展战略和中长期发展规划的指导思想，有发挥中西医结合特色和优势和提高临床疗效的具体措施。		医院未制定年度工作计划,或工作计划中无具体措施，不得分；工作计划未落实，扣1分；未提供工作记录、相关会议记录等有效证据实施过程的原始资料，扣1分。	2
	1.2.4 有发展中医、中西医结合重点专(学)科和加强中医药、中西医结合人才培养的具体措施和明确的资金投入。	查阅评审周期相关资料,抽查3项措施落实情况。	无具体措施,每项扣1分;无资金投入,每项扣1分;措施未落实,每项扣1分;部分落实,酌情扣分(最少每项扣0.2分)。	2
	1.2.5 医院对影响中西医结合特色优势发挥和提高临床疗效的关键问题有系统的调研分析(至少每年一次),并制订针对性措施。	查阅评审周期相关资料,并抽查2项具体措施的实施情况。	未定期开展调研分析,或无针对性措施,不得分;措施未落实,每项扣1.5分;部分落实,酌情扣分(最少每项扣0.5分)。	2
	1.2.6 医院对中医药、中西医结合特色指标(包括中医类别执业医师占执业医师总数比例、中药人员占药学人员比例、中药处方占处方总数的比例、中药饮片处方占处方总数的比例、非药物中医技术应用率、提高中西医结合临床疗效指标等)定期(至少每年一次)进行考核。	查阅评审周期相关资料,访谈相关人员2名。	未定期进行考核、分析,不得分;分析不具体,扣1分;结果未应用,或无改进效果,扣0.5分;人员不知晓,每人扣0.2分。	2

1.3 医院管理体系中有引导发挥中西医结合特色优势和提高临床疗效的考核和奖惩激励机制, 科室综合考核目标中将发挥中西医结合特色优势和提高临床疗效作为重要指标。(8分)	1.3.1 医院有发挥中西医结合特色优势和提高临床疗效的鼓励和考核制度。	查阅评审周期相关资料, 并访谈有关人员 3 名。	未制定发挥中西医结合特色优势和提高临床疗效的鼓励和考核制度, 不得分; 制度不完善(如制度不系统, 分散在各种相关制度中), 扣 1 分; 已制定, 未实施, 扣 1 分; 部分实施, 扣 0.5 分; 人员不知晓, 每人扣 0.3 分。	2
	★1.3.2 科室综合考核目标中有发挥中西医结合特色优势和提高临床疗效的相关指标。	查阅评审周期相关资料, 随机抽查科室人员 3 名。	(C) (2分) 1.有科室综合考核方案、细则与考核计划。 2.考核方案指标中有涉及中西医结合特色优势和提高中医临床疗效的指标, 指标是能够量化的, 具体的。 (B) 符合 C, 并 (3分) 1.科室负责人和医务人员知晓考核方案与考核形式, 并定期进行科室考核。 2.医院职能部门履行监管职责, 定期根据考核的结果进行分析通报, 及时反馈并提出改进措施。 (A) 符合 B, 并 (4分) 有能体现中西医特色优势和提高中医临床疗效指标的科室综合考核方案, 并持续提升能反映中西医特色优势和提高中医临床疗效指标结果。	4
	1.3.3 医院实行绩效工资管理, 将发挥中西医结合特色优势和提高临床疗效情况的考核结果体现在科室分配方案中。	查阅评审周期相关资料, 随机抽查 2 个科室 3 个月绩效分配明细, 并访谈相关人员 3 名。	未实行绩效工资管理, 不得分; 考核结果未体现在科室分配方案中, 每个科扣 1 分; 部分体现, 每个科室扣 0.5 分; 人员不知晓, 每人扣 0.2 分。	2

1.4 积极开展中医、中西医结合对口支援工作，并制定鼓励措施。（7分）	1.4.1 将对口支援县级中医类医院、乡镇卫生院或社区卫生服务机构的中医药、中西医结合工作纳入院长目标责任制和医院年度工作计划，并有相关鼓励措施。	查阅评审周期相关资料。	未纳入院长目标责任制，扣1分；未纳入医院年度工作计划，扣1分；无确定的对口支援单位，扣1分；无鼓励措施，扣0.5分；措施未落实，扣0.3分。	2
	1.4.2 承担政府培养县级中医类医院和基层医疗卫生机构卫生技术人员的指令性任务，制订相关的制度、培训方案，并有具体措施予以保障。		未承担政府指令性任务，或无相关制度、培训方案，或无具体措施，不得分；方案不具体、保障措施未落实，每项扣0.5分；缺少有效证据的原始资料，扣0.5分。	2
	1.4.3 受援医院临床专科建设得到加强，至少新建2个中医或中西医结合重点专科，并取得成效。		未按标准要求建成重点专科，每少一科扣0.5分；缺少有效证据的原始资料，扣0.3分。	1
	1.4.4 受援医院中医医疗技术及现代医疗技术水平得到提升；门急诊人次和年出院人数较上一年度增加，平均住院日较上一年度下降。中医、中西医结合优势病种门诊人次和住院人次逐年增加。		受援医院医疗技术水平未提升，扣1分；门急诊人次、年出院人次未增加，每项扣0.5分；平均住院日未下降，扣0.5分；中医优势病种门诊人次或出院人次未逐年增加，每项扣0.5分；缺少有效证据的原始资料，扣0.3分。	2

## 第二章 队伍建设 (85分)

	评价指标	评价方法	评分细则	分值
2.1 医院人员配备合理。(45分)	★2.1.1 中医类别执业医师(含执业助理医师)和经过2年以上中医药知识和技能系统培训的临床类别医师占执业医师总数的比例≥60%，其中中医类别执业医师≥30%。	查阅评审周期人事档案及相关证明材料。	每低于标准1个百分点，扣1分。	7
	2.1.2 中医类别执业医师(含执业助理医师)占执业医师总数的比例<30%，临床科室(口腔科、麻醉科除外)不得招聘非中医类别执业医师。	查阅评审周期人事档案及相关证明材料。	中医类别执业医师(含执业助理医师)占执业医师比例<30%，但招聘非中医类别执业医师，不得分；不能提供招聘人员明细,扣1分。	3
	2.1.3 中药专业技术人员占药学专业技术人员总数的比例≥50%。	查阅评审周期人事档案及相关证明材料。	每低于标准1个百分点，扣1分。	5
	2.1.4 护理人员系统接受中医药、中西医结合知识和技能岗位培训(培训时间≥100学时)的比例≥70%。		每低于标准1个百分点，扣1分。	5
	2.1.5 每个临床科室中(口腔科、麻醉科除外)，学科带头人应为中医类别执业医师或经过2年以上中医药知识和技能系统培训的临床类别医师。		不符合要求，每个科室扣1分。	7
	2.1.6 院级领导中中医药、中西医结合专业技术人员的比例≥60%。其中，分管临床的院领导为中医类别执业医师或经过2年以上中医药知识和技能系统培训的临床类别医师。		每低于标准10个百分点，扣1分。	2
	2.1.7 医院院领导和医务、护理、药剂、教学、科研部门的主要负责人经过省级以上中医药政策、中医药和中西医结合知识和管理知识的系统培训。院长应经过国家中医药管理局中医药政策和管理知识的系统培训。科主任经过中医药政策和管理知识的系统培训。	查阅评审周期人事档案及相关证明材料。	院长不符合要求，扣2分；其他人员不符合要求，每人扣1分。	4

	2.1.8 医院医务、护理、科研、教育等主要职能部门负责人（包括正、副职负责人）中，中医药、中西医结合专业技术人员的比例 ≥ 60%。	查阅上年度人事档案及相关证明材料。	每低于标准 5 个百分点，扣 1 分。	4
	2.1.9 临床科室负责人具有中医类别执业医师资格或经过 2 年以上系统中医药知识技能培训的临床类别医师的比例 ≥ 60%。		每低于标准 1 个百分点，扣 1 分。	4
	2.1.10 临床科室负责人(口腔科、麻醉科除外)中应有具备高级专业技术职务任职资格、从事相关专业工作 10 年以上的中医类别执业医师或经过 2 年以上中医药知识和技能系统培训的临床类别医师。		临床科室负责人不符合要求，每个科室扣 1 分。	4
2.2 有中医药、中西医结合人员队伍建设规划和计划，并认真组织实施。（15 分）	2.2.1 制定中医药、中西医结合人员队伍建设规划或在医院中长期规划中有相关内容。	查阅相关资料，并抽查 1 项措施的落实情况。	无人员队伍建设规划或医院中长期规划中无相关内容，不得分；措施未落实，或效果不显著（如无国家级、省级名中医，专科带头人影响力不够，专（学）科带头人、中青年专（学）科骨干等各级人才队伍梯队结构不合理现象未得到改善等），扣 2 分；部分落实，酌情扣分（最少每项扣 1 分）。	3
	2.2.2 医院年度工作计划中有优化中医药、中西医结合人员结构，加强中医药、中西医结合人才队伍建设的具体措施，并落实。	查阅评审周期工作计划，并抽查 2 项措施的落实情况。	年度工作计划中无相关措施，不得分；措施未落实，每项扣 2 分；部分落实，酌情扣分（最少每项扣 1 分）；未提供相关会议记录、工作记录、总结等有效的原始资料，扣 2 分。	4
	2.2.3 医院有重点专（学）科带头人、师承指导老师及继承人选拔与激励机制，并组织实施。	查阅相关资料，并访谈相关人员 2 名。	无选拔与激励机制，不得分；无项目管理、经费管理、日常管理管理等管理措施，扣 2 分；未提供相关会议记录、工作记录、总结等有效的原始资料，扣 2 分；专（学）科带头人在行业内影响力不够，每人扣 0.5 分。	3

	2.2.4 有师承教育计划和具体措施，开展中医药专家学术经验继承、传承工作室建设等师承教育工作。	查阅评审周期相关资料，并抽查2项具体措施的落实情况。	无具体措施，不得分；未开展师承工作，扣3分；计划或措施未落实，每项扣2分；缺少相关督导检查记录、总结等有效原始资料，扣2分；部分落实，酌情扣分（最少每项扣1分）。	4
2.3 认真开展医师定期考核工作，积极开展中医药继续教育与培训。（25分）	2.3.1 根据《中医医院（含中西医结合医院、民族医医院）中医类别医师定期考核内容》要求，开展以中医药知识与技能为主的医师定期考核工作。	查阅评审周期相关资料，随机抽查3名医师考核资料。	未开展定期考核，不得分；无负责部门，扣2分；定期考核工作方案未落实，扣2分；职业道德考核、工作业绩考核中无中医药相关要求，每项扣1分；业务水平测评不以中医内容为主，扣2分；考核资料不符合，每人扣1分。	3
	2.3.2 开展中医、中西医结合住院医师规范化培训。	查阅评审周期相关资料；抽查3名医师的培训档案。	未进行培训，不得分；未按计划和要求培训，每人扣2分。	4
	2.3.3 开展中医药、中西医结合专业技术人员的中医基础理论、基本知识与基本技能培训，对本科常见病、多发病、疑难病和急危重症中西医诊断与鉴别诊断的准确性不断提高。	查阅评审周期相关资料，随机考核3名医师。	未开展培训，扣3分；未提供培训原始资料，扣2分；考核人员未掌握诊断或鉴别诊断、中医或中西医结合诊疗技术、方剂，每人每项扣1分。	4
	2.3.4 每年承担省级以上中医药继续教育项目≥5项；中医药、中西医结合专业技术人员参加中医药继续教育并获得规定学分比例达到100%。	查阅评审周期相关资料，随机抽查2个项目和5个科室人员继续教育达标情况。	每年承担省级以上中医药继续教育项目<5项，每少一项扣1分；缺少项目实施的相关资料，每项扣1分；中医药、中西医结合专业技术人员参加中医药继续教育并获得规定学分比例每低于标准5个百分点，每个科室扣0.5分。	4
	2.3.5 开展非中医类别执业医师中医药基本知识与技能培训（培训时间≥30学时/年）并考核；临床科室非中医类别执业医师中医药基本知识与技能培训考核比例达到100%。	查阅评审周期相关资料，现场考核临床科室非中医类别执业医师5人。	未开展培训，不得分；未考核，扣5分；考核比例不达标，每低于5个百分点，扣1分；现场考核不符合要求，每人扣1.5分；部分符合，酌情扣分（每人每项最少扣0.5分）。	7
	2.3.6 建立中医药、中西医结合专业技术人员技术档案，考评记录完整。	抽查3名中医药专业技术人员的个人技术考评档案。	未建立个人技术考评档案，或考评无中医药内容，每人扣2分。	4

注：2年以上中医药知识和技能系统培训指经2年以上中医药院校教育，或经省级中医药管理部门认可批准的西医学习中医学习班学习培训（总学时数不少于850学时）。

### 第三章 临床科室建设（165分）

评价指标		评价方法	评分细则	分值
3.1 按照国家中医药管理局有关规定，合理设置临床科室，医院和科室命名规范。（8分）	3.1.1 临床科室≥16个（至少设置内科、外科、妇（产）科、儿科、针灸科、骨伤科、肛肠科、皮肤科、眼科、推拿科、耳鼻喉科、感染性疾病科、急诊科、麻醉科、老年病科、康复科），医技科室≥7个（药学部、医学检验科、医学影像科、手术室、病理科、输血科、营养科和相应的临床功能检查室）。	查阅相关资料，并实地考察。	每少1个科室，不得分。	4
	★3.1.2 医院和临床科室命名参照国家中医药管理局《关于规范中医医院与临床科室名称的通知》（国中医药发〔2008〕12号）等有关规定，科室名称不得有中医、西医、中西医结合字样。治未病科原则上以“治未病科”（“治未病中心”）作为科室名称（由于历史沿革产生的“中医预防保健科”命名可保留；因整合健康管理资源产生的“健康管理中心（治未病）”等命名可采用），不得以“国医堂”、“名医工作室”、“保健中心”、“体检部”、“预防保健科”作为治未病科名称。	查阅相关资料，并实地考察。	医院或科室名称不规范，不得分；科室组织框架图、医疗信息报表与实际不符合，酌情扣分（每个科室至少扣1分）。	4
3.2. 参照中医医院《临床科室建设与管理指南》的相关要求，加强科室建设与管理。（10分）	3.2.1 门诊、病房、急诊的设置、设施符合相关要求。	实地考察。	门诊、病房、急诊设置与设施不符合要求，每个区域扣1分；部分符合，酌情扣分（每个区域最少扣0.5分）。	2
	3.2.2 人员结构合理，科室负责人、护士长、学术带头人或学科带头人、学术继承人配备满足科室建设与管理需要。	查阅评审周期人事档案。	不符合要求，每人扣1分。	4

	3.2.3 按照相关要求开展中医特色服务项目。	查阅相关资料，并实地考察。	开展中医特色服务项目的数量未达到要求，每少 1 项扣 0.5 分。	2
	3.2.4 三级医师的专科继续教育达到相关要求。	查阅相关资料，并现场访谈住院医师、主治医师、副主任以上医师各 1 人。	未按要求开展继续教育，每人扣 0.5 分。	2
3.3 中医类别执业医师和经过 2 年以上中医药知识和技能系统培训的临床类别医师门诊诊疗行为规范,体现中医或中西医结合理念和思维,得到患者认同。(18 分)	3.3.1 中医类别执业医师和经过 2 年以上中医药知识和技能系统培训的临床类别医师门诊诊疗行为规范,门(急)诊病例书写符合《中医病历书写基本规范》,体现中医或中西医结合理念和思维。	实地查看 3 名中医类别执业医师诊疗活动和 2 名经过 2 年以上中医药知识和技能系统培训的临床类别医师(应涵盖中级和高级职称人员),并随机抽查 15 份门诊病历(不少于 5 个临床科室)。	医师在诊疗活动中未采用中医四诊或辨病与辨证,每人扣 3 分;未使用中医药或中西医结合治疗方法,每人扣 3 分;病历中未体现四诊或病证结合诊断内容,每份病历扣 3 分;主病或主症未采用中医或中西医结合治疗方法,每份病历扣 2 分;理法方药不一致,每份病历扣 1 分;发现重复用药或不合理用药,每份病历扣 0.5 分。	6
	3.3.2 医师诊疗行为得到患者认同。	现场访谈患者 5 人(患者至少在该院就诊 3 次以上)。	医师诊疗行为未得到患者的认同,每人扣 1 分。	2
	3.3.3 临床科室门诊诊疗病人数前 3 位的病种至少包含 1 个中医或中西医结合优势病种。	查评审周期相关资料,并抽查核实。	前 3 位病种无中医或中西医结合优势病种,不得分。	2
	3.3.4 中药处方格式和书写符合要求。	查阅评审周期的相关资料,抽查中药饮片处方 20 张。	处方格式及书写不规范,每张处方扣 0.2 分;医院未开展定期检查,扣 2 分。	3
	3.3.5 中成药(含中药注射剂、医院中药制剂)应用符合《中成药临床应用指导原则》;处方书写规范,中成药辨证使用,用法用量正确;合理配伍,符合联合用药原则。	查阅评审周期相关资料,抽查中成药处方 20 张。	处方书写不规范(无中医疾病诊断、证候诊断等)、用药不合理(不合理配伍,不符合联合用药原则等),每张处方扣 0.5 分;剂量、用法错误,每张处方扣 0.2 分;医院未开展定期检查,扣 3 分。	5

3.4 住院诊疗行为规范,优势病种以中西医结合治疗为主。(55分)	<p>★3.4.1 在国家中医药管理局印发的中医诊疗方案基础上,结合本院实际制定科室优势病种中医或中西医结合诊疗方案并组织实施(每个科室至少选择3个),逐步提高中医、中西医结合优势病种诊疗方案的覆盖率。</p>	<p>查阅评审周期相关资料,并抽查2个科室6个临床诊疗方案。</p>	<p>(C)(2分)</p> <p>1.结合本院临床实际,至少有两个科室制定优势病种的诊疗方案,其中1个科室需要有3个临床诊疗方案。</p> <p>2.诊疗方案基本要素齐全,涉及的中西医病名、诊断、中西药综合治疗方法、疗效评价等内容详细。</p> <p>3.相关科室与人员均能知晓与遵循。</p> <p>(B)符合C,并(3分)</p> <p>医院职能部门履行监管职责,定期进行抽查,对存在的问题与缺陷有改进措施。</p> <p>(A)符合B,并(5分)</p> <p>开展优势病种诊疗方案制定的科室数量增加,且优势病种诊疗方案实施的覆盖率逐步提升。</p>	5
	<p>3.4.2 医师掌握本专科诊疗方案。</p>	<p>现场访谈3名中医类别执业医师或经过2年以上中医药知识和技能系统培训的临床类别医师(含科室负责人1名,含经过2年以上中医药知识和技能系统培训的临床类别医师1-2名),每人访谈1个优势病种,共访谈3个病种。</p>	<p>科室负责人未掌握本科优势病种诊疗方案,扣1分;其他医师未掌握,每人扣0.5分;掌握不全面,酌情扣分(每人至少扣0.3分)。</p>	2
	<p>3.4.3 中医、中西医结合诊疗方案在临床中得到应用。</p>	<p>抽查3份运行或归档病历(原则上每个病种1份)。</p>	<p>未执行诊疗方案,即基本的诊断、治疗思路、方法和技术应用与诊疗方案不符,每份病历扣2分;部分执行,酌情扣分(至少扣1分)。</p>	5

	3.4.4 每年对中医、中西医结合诊疗方案实施情况及优势病种的临床疗效进行分析、总结及评估，优化诊疗方案。	查阅评审周期相关资料。	未对优势病种的疗效与特色进行定期分析、总结和评估，每个病种扣1分；总结、分析、评估不到位，酌情扣分（每个病种最少扣0.5分）；未对诊疗方案进行优化，每个病种扣1分；优化不符合要求，酌情扣分（每个病种最少扣0.5分）。	3
	3.4.5 手术科室制定至少3个常见病种围手术期中西医结合诊疗方案，手术病例能正确配合使用中医药治疗。	查阅相关资料，抽查10份手术病历（应包含3个常见病种）。	未制定围手术期中西医结合诊疗方案，不得分；每少1个病种诊疗方案，扣2分；每少1个常见病种手术病历，扣1分；手术病例未正确配合使用中医药治疗，每份病历扣0.5分。	5
	3.4.6 执行《中医住院病案首页数据填写质量规范》，按照《中医住院病案首页数据质量管理与质控指标》和《中医住院病案首页质控考核细则》，建立医院内部病案首页质量控制指标并组织落实，不断提高中医病案首页书写质量。	查阅评审周期相关资料，并抽查10归档病历（至少涵盖4个临床科室及手术科室）。	未建立中医病案质量控制体系，不得分；未开展中医病案首页质控检查，扣3分；首页书写不规范，或与病程记录、医嘱、收费不符合，每份扣1分。	5
	3.4.7 病历书写符合《中医病历书写基本规范》。	抽查评审周期10份归档病历。	未执行，不得分；不符合，每份病历扣0.5分。	5
	3.4.8 入院记录四诊资料完整。		四诊资料不完整，每份病历扣0.5分。	5
	3.4.9 首次病程记录及病程记录体现理法方药一致性。		理法方药不一致，每份病历扣1分；有中药饮片处方，无医嘱或无费用发生，每份病历扣1分；病案首页或首次病程记录中有中医医疗技术应用，但病程中无具体记载（如：部位、穴位等），或无医嘱、或无费用发生，每份病历扣0.5分。	7

	3.4.10 上级医师正确指导下级医师开展中医或中西医结合诊疗活动。		查房记录中无上级医师辨证分析与治疗法则、处方，或有但对病情无指导作用，每份病历扣 0.5 分；无用药要点讲解记录，或讲解内容缺少指导，每份病历扣 0.5 分；对下级医师的诊疗缺陷未及时纠正，每份病历扣 0.5 分；无中医药内容，每份病历扣 0.5 分。	5
	3.4.11 临床诊疗行为规范，辨证使用中成药（含中药注射制剂、医院中药制剂），合理检查、合理诊治。	抽查评审周期 10 份归档病历。	未遵循诊疗规范，或用药不合理，或重复用药，或中医医疗技术重复使用，或技术不合理应用，或有医嘱但病程中无相应记载，每份病历扣 0.5 分。	5
	3.4.12 中医、中西医结合优势病种出院人数（前 3 位的优势病种出院人数总和）占入院收治人数比例逐年增加。	查阅评审周期相关资料，并抽查核实。	逐年下降，不得分；未增加，酌情扣分（至少扣 1 分）。	3
3.5 积极采用中西医结合方法，提高急危重症和疑难复杂疾病诊疗能力。（10 分）	3.5.1 承担急危重症和疑难疾病的诊疗，不断提高应用现代医疗技术、中医医疗技术救治重大疾病、疑难危重症的救治能力。	医院提供评审周期出院患者疾病谱（顺位前 30 位）和承担区域内急危重症和疑难疾病转诊、会诊和救治等相关资料。	未建立卒中中心、胸痛中心，少一个扣 1 分（若建立创伤中心，则加 1 分）；未提供出院患者疾病谱，不得分；疾病谱中急危重症和疑难疾病比例较低，酌情扣分（至少扣 2 分）；未承担区域内急危重症和疑难疾病转诊，扣 3 分；未承担会诊和救治，酌情扣分（至少扣 1 分）；未提供有效证据的原始资料，扣 0.5 分。（综合加分后此条款总分不得超过 5 分）	5
	3.5.2 及时开展病例讨论，提高中西医结合诊治急危重症、疑难病的水平。	查阅评审周期相关资料，并抽查 2 个临床科室 5 份讨论病例。现场考核。	科室未开展病例讨论，不得分；病例讨论中无中医内容，或中医内容无指导作用，每份病例扣 1 分。	5

3.6 加强康复能力建设，提供急性期康复诊疗，疑难重症康复训练、指导等服务。（10分）	3.6.1 促进中医技术与康复医学融合，提供早期、专业的中西医结合特色康复医疗服务，并建立与相关临床科室的有效联系，开展相关疾病床旁早期康复医疗。	查阅评审周期相关资料，实地考察，随机抽查3份运行或归档病历。	康复医疗服务未体现中医特色，或非急性期，或非重症及疑难疾病的康复，不得分；未建立院内相关科室的有效联系，扣1分；未开展床旁早期康复医疗，扣1分；缺少原始资料，扣1分；病历内容不符合，每份扣0.5分。	4
	3.6.2 制定并完善中西医结合特色康复医疗的服务标准及规范。		未制定中西医结合特色康复标准或规范，不得分；未开展标准及规范的推广应用，扣2分；缺少有效证据的支撑资料，扣1分。	3
	3.6.3 培训、指导基层医疗机构开展中西医结合特色康复医疗；建立与基层医疗机构双向转诊机制，并取得成效。		未开展培训、训练指导，不得分；未与基层医疗机构建立双向转诊机制，不得分；有机制，但未实现转诊，扣1分；无成效（基层医院未开展相应康复医疗），扣1分；缺少有效证据支撑资料，酌情扣分(至少扣0.5分)。	3
3.7 开展临床路径管理工作，定期对临床路径实施情况进行分析，不断完善和改进。（15分）	3.7.1 医院有综合考虑医疗服务质量安全、基本医疗需求等因素制定的临床路径，开展常见病、多发病临床路径和优势病种中医或中西医结合临床路径管理工作；开设病房的科室，每科室实行中医或中西医结合临床路径管理的病种数不少于2个，或医院实行中医或中西医结合临床路径管理的病种数≥30种，逐步实现临床路径管理与电子病历系统相衔接。	查阅相关资料，并随机从医院提供的实行中医和中西医结合临床路径管理的科室清单中抽查2个科室的相关资料。	未开展中医或中西医结合临床路径管理，不得分；病种数不符合要求，扣3分；未制定中医或中西医结合临床路径实施方案，扣3分；方案未落实，扣2分；路径未与电子病历系统衔接，扣2分；未提供有效证据支撑资料，扣1分。	5

	3.7.2 开展医务人员临床路径方案的培训。医师掌握本专科常见病及优势病种中医或中西医结合临床路径。	查阅相关资料，现场访谈3名中医类别执业医师或经过2年以上中医药知识和技能系统培训的临床类别医师（含科室负责人1名，经过2年以上中医药知识和技能系统培训的临床类别医师1-2名）。	未开展培训,扣2分；科室负责人未掌握本科常见病及优势病种中医或中西医结合临床路径，扣2分；其他医师未掌握，每人扣1分；掌握不全面，酌情扣分（每人最少扣0.5分）。	3
	3.7.3 临床路径和诊疗方案在临床中得到应用。	抽查3份运行或归档病历。	未执行临床路径或诊疗方案，每份病历扣1分；无临床路径表单，每份病历扣2分。	3
	3.7.4 定期开展临床路径实施过程和效果评价，有关键环节质量控制保障，提出完善和改进路径标准的建议，不断扩大临床路径覆盖面。	查阅评审周期相关资料，随机抽查3个临床科室（至少含1个手术科室）。	未对临床路径的实施过程、效果评价，或无评价结果、质控记录、工作总结，不得分；缺少对实施临床路径管理中发生变异和退出临床路径管理病例的监控、分析记录，扣3分；监控不到位，或对发现问题无改进措施，扣2分；措施未落实，扣1分。	4
3.8 合理配置、应用中医诊疗设备。（5分）		查阅设备清单，并抽查3种设备使用情况（分属于3个科室，每个科室抽1种）。	中医诊疗设备配置未达12类，每少一类，扣2分；未达35种，每少一种，扣1分；设备未使用，每种扣1分；未提供有效证据使用原始资料，扣1分。	5
3.9 积极开展中医综合治疗，广泛、合理应用中医医疗技术。（19分）	3.9.1 按照《中医医疗技术手册（2013普及版）》（国中医药医政医管便函〔2013〕81号）的技术目录，开展中医医疗技术项目≥50种。	查阅评审周期中医医疗技术项目清单、医疗信息报表，并抽查核实。	每少1种，扣0.5分；未应用，酌情扣分（每种至少扣0.1分）；抽查结果与医院统计差异较大（相差±10%以上），扣1分。	5
	★3.9.2 采用非药物中医技术诊疗人次占医院门诊总人次的比例≥8%。	查阅评审周期相关资料，并抽查核实。	每低于标准1个百分点，扣0.5分；抽查结果与医院统计差异较大（相差±10%以上），扣2分。	5

	3.9.3 出院患者中应用非药物中医技术治疗人次占出院患者人次的比例 $\geq 60\%$	查阅评审周期相资料，随机抽查 20 份归档病历、抽查核实。	实地抽查与医院统计结果差异较大（相差 $\pm 10\%$ 以上），扣 3 分；每低于标准 1 个百分点，扣 0.5 分；病程记录与医嘱、费用不符合，每份病历扣 0.2 分。	5
	3.9.4 按照国家中医药管理局《关于中医医院加强中医综合治疗的通知》（国中医药医政发〔2013〕37 号）要求建设中医综合治疗区(室)，设立中医综合治疗室的科室数不低于开设病房的临床科室总数的 60%；门诊设立中医综合治疗区，并开展相应诊疗服务。	查阅评审周期内中医综合治疗室（区）的相关资料和年度医疗信息报表，并实地考察 40% 的科室。	设立中医综合治疗室的科室数低于开设病房的临床科室总数的 60%，或门诊未设立中医综合治疗区，不得分；有中医综合治疗室，但未开展中医综合治疗工作，或无工作记录，每科扣 1 分；服务量逐年减少，扣 0.5 分；中医综合治疗区（室）建设不符合相关要求，扣 0.5 分。	4
3.10 研制和使用一定数量的医疗机构中药制剂；中药饮片和中成药使用达到要求。（15 分）	3.10.1 常年应用的医疗机构中药制剂 $\geq 25$ 种。	查阅评审周期内医疗机构中药制剂入出库单和医疗机构制剂注册许可证。	无医疗机构中药制剂，不得分；制剂每少 1 种，扣 1 分；有制剂但未生产，每种扣 0.5 分（最多扣 3 分）；临床未使用，每种扣 0.5 分。	4
	★3.10.2 门诊处方中，中药（饮片、中成药、医院制剂）处方比例 $\geq 40\%$ ；中药饮片处方占门诊处方总数的比例 $\geq 20\%$ 。	查阅评审周期的医疗信息报表，并抽查核实。	实地检查与医院统计结果差异较大（相差 $\pm 10\%$ 以上），不得分；每低于标准 1 个百分点，每个指标扣 1 分。	4
	3.10.3 出院患者中应用中药饮片人次占出院患者人次的比例 $\geq 40\%$ 。	查阅评审周期相资料，随机抽查 20 份归档病历、抽查核实。	实地抽查与医院统计结果差异较大（相差 $\pm 10\%$ 以上），扣 3 分；每低于标准 1 个百分点，扣 1 分；病程记录与医嘱、费用不符合，每份病历扣 0.2 分。	4
	3.10.4 中药饮片处方数占门诊人次的比例 $\geq 30\%$ 。	查阅评审周期的医疗信息报表，并抽查核实。	实地检查与医院统计结果差异较大（相差 $\pm 10\%$ 以上），不得分；每低于标准 1 个百分点，扣 0.5 分。	3

## 第四章 重点专科建设(110分)

评价指标	评价方法	评分细则	分值		
4.1 省级以上中医、中西医结合重点专科达到一定数量，专科床位、设备、人员等达到规定要求。（15分）	4.1.1 省级以上中医、中西医结合重点专科≥3个，至少有1个国家级中医重点专科。	查阅相关资料，实地考察。	不达标，不得分。	3	
	4.1.2 专科床位数（不含加床）≥30张。		专科床位数不达标，每低10%，扣1分。	3	
	4.1.3 参照《中医医院医疗设备配置标准》要求配备中医诊疗设备，诊疗设备满足临床工作需要。		未配备中医诊疗设备，不得分；诊疗设备不能满足临床工作需要，扣2分。	3	
	4.1.4 中医类别执业医师和经过2年以上中医药知识和技能系统培训的临床类别医师占执业医师的比例≥70%；专科学术带头人在省级以上学术团体任职。		查阅相关资料。	中医类别执业医师和经过2年以上中医药知识和技能系统培训的临床类别医师占执业医师的比例，每低于标准5个百分点，扣1分；学术带头人不符合要求，扣1分。	3
	4.1.5 重点专科建设监测数据及中医住院病案首页监测数据填报真实、完整、准确。		查阅相关资料,实地考察。	未按要求及时报送相关数据，不得分；数据填报不符合要求，酌情扣分（最少扣1分）。	3
4.2 制定并实施专科建设发展规划、工作计划和发挥中医药或中西医结合特色优势及提高临床疗效的具体措施。确定的优势病种应具有明显的中医药或中西医结合特色优势。（8分）	4.2.1 按照要求制定专科建设发展规划。	查阅相关资料。	未制定专科建设发展规划，不得分；专科建设发展规划内容不完整，酌情扣分（最少扣0.5分）；缺少制定过程的有效证据的原始资料，扣1分。	2	
	4.2.2 制定年度重点专科工作计划。	查阅评审周期相关资料。	未制定年度工作计划，每少一年扣1分；工作计划内容不完整或与发展规划不相符，酌情扣分（最少扣0.5分）；工作计划未落实，酌情扣分（最少扣1分）。	2	
	4.2.3 制定本专科发挥中医药、中西医结合特色优势和提高临床疗效的具体措施（可体现在年度工作计划中）。	查阅评审周期相关资料，并抽查2项措施的落实情况。	未制定具体措施，不得分；措施未落实，每项扣1分；部分落实，酌情扣分（最少扣0.5分）。	2	

	4.2.4 确定的优势病种应具有明显的中医药或中西医结合特色优势，临床疗效突出。	查阅相关资料。	未确定优势病种，不得分；确定的优势病种达不到收治病种前列，每个病种扣1分；确定的病种中医药或中西医结合特色优势不明显，疗效不突出，酌情扣分（每个病种最少扣0.5分，最多扣1分）。	2
4.3 中医类别执业医师或经过2年以上中医药知识和技能系统培训的临床类别医师门诊诊疗行为规范，体现中医理念和思维，中医、中西医结合优势病种服务量逐年增加。（10分）	4.3.1 中医类别执业医师和经过2年以上中医药知识和技能系统培训的临床类别医师门诊诊疗行为规范,体现中医或中西医结合理念和思路。	现场考查3名门诊医师（至少包含1名经过2年以上中医药知识和技能系统培训的临床类别医师）诊治至少5名以上患者的过程。	专科当日门诊中医类别执业医师和经过2年以上中医药知识和技能系统培训的临床类别医师不得少于3人，每少1人，扣2分；每少1位患者，扣1分；医师在诊疗活动中未采用中医四诊或病证结合诊断方法，每个病人扣1分；未体现中医或中西医结合理念和思维，酌情扣分（每个病人最多扣1分）；四诊资料收集不完整，不足以支撑辨证分型，酌情扣分；辨证分析不正确，酌情扣分（每个病人最多扣1分）；主病或主症未采用中医或中西医结合治疗方法，每个病人扣1分；理法方药不一致，每个病人扣1分；使用中成药不辨证，每个病人扣0.5分；辨证不正确或使用不合理，酌情扣分；使用中医非药物疗法不合理，酌情扣分（每个病人最多扣0.5分）。	5
	4.3.2 医师诊疗行为得到患者认可。	现场访谈患者5人（患者至少在该院就诊3次以上）。	医师诊疗行为未得到患者的认可，每人扣1分。	2
	4.3.3 专科门诊服务量在相应级别中医类同专业科室中领先，专科提供优势病种门诊（专病门诊）服务，门诊诊疗病种前3位至少包括1个中医、中西医结合优势病种，优势病种服务量逐年增加。	查阅评审周期相关资料，并抽查核实。	门诊诊疗病种前3位无中医优势病种，不得分；服务量未领先，扣1份；优势病种服务量未逐年增加，每年扣1分。	3

4.4 住院诊疗行为规范，优势病种以中医或中西医结合治疗为主。充分利用中医技术方法和现代科学技术，提高急危重症、疑难复杂疾病的诊疗能力。（44分）	★4.4.1 在国家中医药管理局印发的诊疗方案基础上，科室制定本专科优势病种和常见病种中医或中西医结合诊疗方案，并体现医院本科室临床实际，突出中医药或中西医诊疗方法的综合运用，诊疗方案基本要素齐全。	查阅3个病种诊疗方案及相关资料。	<p>(C) (2分)</p> <p>1.结合本院临床实际，至少有两个科室制定优势病种的诊疗方案，其中1个科室需要有3个临床诊疗方案。</p> <p>2.相关科室与人员均能知晓与遵循。</p> <p>(B)符合C，并(3分)</p> <p>主管部门履行监管职责，定期进行抽查，对存在的问题与缺陷有改进措施。</p> <p>(A)符合B，并(5分)</p> <p>诊疗方案基本要素齐全，涉及的中西医病名、诊断、中西药综合治疗方法、疗效评价等内容详细。</p>	5
	4.4.2 医师掌握本科诊疗方案。	现场访谈3名中医类别执业医师或经过2年以上中医药知识和技能系统培训的临床类别医师（含科室负责人1名，至少1名经过2年以上中医药知识和技能系统培训的临床类别医师），每人访谈1个优势病种，共访谈3个病种。	科室负责人未掌握本科优势病种诊疗方案，扣1分；其他医师未掌握，每人扣0.5分；掌握不全面，每人扣0.3分。	2
	★4.4.3 诊疗方案在临床中得到应用。	抽查3份运行病历（原则上每个病种1份）。	<p>(C) (2分)</p> <p>1.医院有诊疗方案应用到临床实践的相关制度。</p> <p>2.有明确的诊疗方案临床应用考核方案。</p> <p>3.相关科室与人员均能知晓与遵循。</p> <p>(B)符合C，并(3分)</p> <p>医院职能部门履行监管职责，定期考察结果进行分析通报，对存在的问题与缺陷有改进措施。</p>	5

			(A)符合B,并(5分) 有在临床实践中体现诊疗方案,实际病例证型与方案相符,并且治疗方案在临床得到运用,中药或关键技术符合在60%以上。	
	4.4.4 定期(每年至少一次)对优势病种诊疗方案的实施情况和临床疗效进行分析、总结和评价,完善及修订本专科诊疗方案。	查阅评审周期相关资料。	未对诊疗方案实施情况和临床疗效进行评价,每个病种扣2分;未定期评价,每个病种扣1分;分析、总结、评价不到位,每个病种扣0.5分;评审周期内未进行方案的修订,扣1分;修订的依据不充分,每个病种扣0.3分;不切合临床实际,每个病种扣0.3分。	4
	4.4.5 医师诊疗行为规范,充分反映中医辨证思维理念;中医辨证论治正确率达到100%。	抽查评审周期10份归档病历。	病历书写不符合基本规范,扣5分;四诊资料不足以支持辨证,每份病历扣2分;理法方药不一致,每份病历扣2分;中成药应用不合理,每份病历扣2分;辨证论治不正确,每份病历扣1分。	10
	4.4.6 上级医师正确指导下级医师诊疗行为。			
	4.4.7 积极应用中医、中西医结合技术方法救治急危重症、疑难复杂疾病。	查阅评审周期相关资料,抽查3份疑难危重症病历。	未应用中医或中西医结合技术方法,每份病历扣3分;病案首页与病程记录或医嘱或费用不符合,酌情扣分(每份病历最少扣1分)。	5
	4.4.8 疑难危重症救治能力强,充分利用现代医疗技术,并与中医药治疗相结合。	查阅评审周期相关资料,抽查3份应用现代医疗技术的疑难危重症病历。	住院急危重症比例在评审周期内未提高,不得分;应用现代技术未与中医药治疗相结合,每份病历扣2分。	4

	4.4.9 中西医结合治疗率 $\geq 80\%$ ，优势病种住院中西医结合治疗率 $\geq 90\%$ ；中西医结合优势病种（前3位优势病种）出院人数占出院人数比例 $\geq 60\%$ 。	查阅评审周期相关资料。	不符合要求，不得分。	2
	4.4.10 专科服务量在相应级别中医类同专业科室中领先，出院人数逐年增加。	查阅相关资料。	专科服务量未领先，扣1份；出院人数未逐年增加，扣1分。	2
4.5 开展中医、中西医结合临床路径管理工作，定期对临床路径实施情况进行分析，不断完善和改进。（8分）	4.5.1 实施中医或中西医结合临床路径，有实施方案。年度出院病人临床路径管理比例 $\geq 50\%$ ，完成率 $\geq 70\%$ 。	查阅评审周期相关资料，随机抽查1个病种的相关资料。	未制定本科室中医或中西医结合临床路径实施方案，不得分；路径管理比例 $< 50\%$ ，或完成率 $< 70\%$ ，酌情扣分（最多扣0.5分）；未提供有效证据的原始资料，扣0.5分。	2
	4.5.2 医师掌握本专科常见病中医或中西医结合临床路径。	现场访谈3名中医类别执业医师或经过2年以上中医药知识和技能系统培训的临床类别医师（含科室负责人1名，至少1名经过2年以上中医药知识和技能系统培训的临床类别医师），每人访谈1个优势病种，共访谈3个病种。	科室负责人未掌握本科常见病中医或中西医结合临床路径，不得分；其他医师未掌握，每人扣1分；掌握不全面，每人扣0.5分。	2
	4.5.3 临床路径和诊疗方案在临床中得到应用。	抽查3份执行路径病历。	未执行临床路径和诊疗方案，每份病历扣1分；无临床路径表单，每份病历扣0.5分。	2
	4.5.4 每年对临床路径实施情况进行统计分析，不断完善和改进路径实施方案。	查阅评审周期相关资料。	未对临床路径的实施情况定期检查分析，不得分；未提出改进措施，扣1分；措施落实不到位，扣0.5分；缺少有效证据的原始资料，扣0.5分。	2

4.6 开展本专科临床经验整理与应用，加强名老中医、中西医结合专家学术经验继承工作，培养专科学术继承人。（9分）	4.6.1 有本专科学术经验继承工作计划和措施，有明确的名老中医、中西医结合专家学术继承人。	查阅评审周期相关资料，并现场考核学术继承人。	未开展名老中医、中西医结合专家学术经验继承工作，不得分；无工作计划和措施，扣1分；学术继承人不明确，扣1分；措施落实不到位，扣0.5分；缺少有效证据的原始资料，扣0.5分。	2
	4.6.2 专科学术继承人掌握名老中医、中西医结合专家学术经验。		学术继承人未掌握本专科名老中医、中西医结合专家学术经验，扣1分；掌握不全面，扣0.5分；未能提供原始跟师记录、论文等相关学术继承工作材料，扣1分。	2
	4.6.3 名老中医、中西医结合专家的学术思想及实践经验在专科临床中得到应用。	查阅相关资料，检查代表性病历3份。	不能提供应用本专业有代表性的名老中医、中西医结合专家的学术思想及实践经验应用证据，扣2分；未在病历中体现，每份扣1分。	2
	4.6.4 开展本专科领域文献记载的中医诊疗方法挖掘、整理与应用。	查阅相关资料，现场考查。	未开展挖掘、整理工作，不得分；未将其中有效的中医诊疗方法应用于临床，扣1分。	2
	4.6.5 对民间具有价值的方药及特色疗法、诊疗经验和方法进行收集、整理。	查阅相关资料，现场考查。	未开展收集与整理工作，不得分。	1
4.7 积极应用专科中医技术和现代医疗技术，研制和使用专科中药制剂。（10分）	4.7.1 至少有3项专科技术及特色疗法操作规范，并在临床应用。	查阅相关资料，现场访谈并考核2名医师。	专科技术及特色疗法每少一项，扣1分；操作规范不具体，每项扣0.5分；未在临床应用，每项扣1分；缺少有效证据的原始资料，扣0.5分。	3
	4.7.2 医师熟练掌握本专科技术及特色疗法。		考核不合格，每人扣1分。	2
	4.7.3 临床应用的专科中药制剂品种≥3种。	查阅相关资料。	每少一种，扣1分。	2
	4.7.4 制定专科中药制剂研究计划并实施。		无计划，不得分；未实施，扣0.5分；缺少有效证据的原始资料，扣0.5分。	1

	4.7.5 积极应用现代医疗技术,现代医疗技术应用水平达到三级综合医院平均水平,并与中医药治疗相结合。	查阅相关资料,现场考查,并抽查评审周期2份归档病历。	未应用,不得分;未达到三级综合医院平均水平,扣1分;未与中医药治疗结合,每份病历扣1分;缺少有效证据的原始资料,扣1分。	2
4.8 有重点专科研究室,开展提高临床疗效的专科中西医结合研究工作,并能将成果转化应用于临床。(6分)	4.8.1 建立重点专科研究室,并有负责人与相应专兼职研究队伍。	查阅相关资料,并现场考查。	无研究室,不得分;负责人不明确,扣0.5分;无专兼职研究队伍,扣0.5分。	1
	4.8.2 研究室有临床研究规划与年度计划,开展以解决优势病种难点问题和提高临床疗效为核心的文献整理与临床研究工作。		无规划与年度计划,不得分;缺少规划制定过程的相关会议及工作记录等原始资料,扣0.5分;工作计划不能体现规划的内容,或计划未落实,扣0.5分;未开展相关文献整理与临床研究工作,扣1分。	2
	4.8.3 有以解决优势病种难点问题和提高临床疗效为核心的2-3个稳定的研究方向,主要研究课题应为优势病种的疗效提供科学依据;研究成果转化应用于临床。		研究方向与难点问题和提高中医临床疗效结合不紧密,扣1分;研究方向不稳定,扣1分;无针对中医疗效的研究课题,扣0.5分;研究成果未应用于临床,扣0.5分。	2
	4.8.4 以提高临床疗效为核心,研发中西医结合诊疗技术。		未开展相关工作,不得分。	1

## 第五章 中药药事管理（80分）

评价指标	评价方法	评分细则	分值	
5.1 医院药事管理组织定期对临床使用中药进行监督、评价和指导，合理遴选医疗机构内使用的中药。（2分）	查阅评审周期相关资料，实地考察。	未对临床使用中药进行监督、评价和指导，不得分；每年少于2次，扣1分。	2	
5.2 中药房设置达到《医院中药房基本标准》。（18分）	查阅相关资料，实地考察。	5.2.1 设有中药饮片库房、中药饮片调剂室、中成药库房、中成药调剂室、中药煎药室。	每少1个部门（组），扣0.5分。	3
		5.2.2 中药房应当远离各种污染源，中药饮片调剂室、中成药调剂室、中药煎药室应配备有效的通风、除尘、防积水以及消防等设施。	中药房距各种污染源较近，扣0.5分；缺少有效的通风、除尘、防积水、消防设施，每少一种扣0.5分。	2
		5.2.3 中药饮片调剂室面积≥100平方米；中成药调剂室面积≥60平方米。中成药调剂室、中药饮片调剂室面积应当与医院的规模和业务需求相适应。	中药饮片调剂室面积<100平方米，扣1分；中成药调剂室面积<60平方米，扣1分；中成药、中药饮片调剂室面积与医院的规模和业务需求不相适应，每项扣1分。	3
		5.2.4 中药房的设备（器具）应当与医院的规模和业务需求相适应。	设备（器具）与医院的规模和业务需求不相适应，酌情扣分。	2
	5.2.5 中药房人员配备与医院的规模和业务相适应。	查阅评审周期的人事档案及相关证明材料，并实地考察。	中药房人员配备与医院的规模和业务不相适应，酌情扣分。	1
	5.2.6 中药房主任或副主任中，应当有副主任中药师以上专业技术职务任职资格的人员。	查阅评审周期的人事档案及相关证明资料。	不符合要求，不得分。	2
	5.2.7 中药饮片质量验收负责人应为具有中级以上专业技术职务任职资格和中药饮片鉴别经验的人员或具有丰富中药饮片鉴别经验的老药工。中药饮片调剂复核人员应具有主管中药师以上专业技术职务任职资格（小包装饮片的复核人员应具有中药师以上专业技术职务任职资格）。煎药室负责人应具有中药师以上专业技术职务任职资格，煎药人员应为中药学专业或经培训取得相应资格的人员。	查阅评审周期的人事档案及相关证明资料。	不符合要求，每人扣1分。	3

	5.2.8 有以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。	查阅审查周期相关资料。	无培训制度和培训计划，不得分；有培训计划，未实施，扣 1 分；未提供原始资料，或计划落实不到位，扣 0.5 分。	2
5.3 医院中药饮片管理规范，采购、验收、储存、养护、调剂、煎煮符合要求。（32分）	★5.3.1 建立中药饮片采购制度，采购程序符合相关规定，供应商资质齐全；供应中药饮片质量合格；医院定期对供应商进行评估。	查阅相关资料（如中药饮片采购制度、采购计划、供应商资质档案、评估记录等），实地考察。	（C）（1分） 1.有药品采购供应管理制度与流程，有固定的供药渠道，由药学部门统一采购供应。 2.列入药品处方集和基本用药目录中的药品有适宜的储备，没有增减调整药品率≤5%。 （B）符合C，并（2分） 1.定期检查总结药品采购供应制度的执行情况，每年至少两次，无违规采购。 2.定期评估药品储备情况，有分析报告和提出改进措施。 （A）符合B，并（3分） 药品采购规范，储备适宜，无违规采购。	3
	5.3.2 中药饮片验收管理制度健全并落实到位，记录完整。	查阅中药饮片验收管理资料及评审周期的进货质量验收记录或入库清单。	无制度或无记录，不得分；制度不完善，扣 1 分；记录不完整，扣 1 分。	3
	5.3.3 中药饮片储存管理规范，有保证质量的管理制度和设施条件，做到定期养护。	查阅相关资料，并实地考察。	中药饮片有变质、霉变、生虫、串药等现象或无储存管理规范、制度，不得分；设施条件不完善，扣 1 分；养护记录不完整，扣 1 分。	3
	5.3.4 毒性中药饮片、按麻醉药品管理的中药饮片管理符合国家的相关法律法规。	查阅相关资料，实地考察，并抽查 10 张毒性中药饮片、按麻醉药品管理的中药饮片处方。	无毒性中药饮片，根据专家组对其毒性中药饮片管理能力进行评估，酌情给分；有含毒性中药饮片、按麻醉药品管理的中药饮片；未按规定实行双人双锁管理，扣 1 分；账物不符，扣 1 分；含毒性中药饮片、按麻醉药品管理的中药饮片处方调剂不符合规定，每张扣 0.2 分。	2

	5.3.5 有中药饮片处方调剂制度和操作规范，严格处方的审核和调剂复核，调剂复核率 100%，每剂重量误差应在 ± 5% 以内。	查阅相关资料，实地考察，并抽查 1 日中药饮片处方和调剂后的中药饮片处方 20 剂。	无饮片调剂制度和操作规范，不得分；未按规定审核或无复核签字，每张处方扣 0.5 分（最多扣 2 分）；重量误差符合要求，每剂扣 0.5 分（最多扣 2 分）。	5
	5.3.6 有缩短等候取药时间的措施，并落实到位。	查阅相关资料，实地考察，并追踪 3 名患者取药过程。	无措施，不得分；措施不到位，每发现一处扣 0.5 分。	2
	5.3.7 有与本单位实际情况相适应的煎药室工作制度和相关设备的标准化操作程序，严格煎药全过程质量控制、监测工作。	查阅相关资料，并实地考察。	无工作制度和相关设备的标准化操作程序或未开展质量控制、监测工作，不得分；质量控制、监测工作不到位，酌情扣分（最少扣 1 分，最多扣 3 分）。	4
	5.3.8 煎药室布局合理，配备完善的煎药设备设施和辅助用具，流程合理。		布局不合理，扣 0.5 分；流程不合理，扣 0.5 分；设施设备和辅助用具配备不完善，扣 0.5 分。	2
	5.3.9 煎药室应当定期消毒。煎药设备设施、容器使用前应确保清洁，有清洁规程和每日清洁记录。	查阅评审周期相关资料，并实地考察。	未定期消毒、无清洁规程或无每日清洁记录，不得分；消毒记录和每日清洁记录不完整，每项扣 1 分。	3
	5.3.10 煎药室面积与本单位的业务规模（煎药工作量）相适应。		煎药室面积与本单位的业务规模（煎药工作量）不相适应，酌情扣分。	1
	5.3.11 煎药操作记录完整，操作方法符合要求。待煎药物先行浸泡时间不少于 30 分钟，每剂药一般煎煮 2 次，煎煮时间根据方剂的功能主治和药物的功效确定。凡注明有先煎、后下等特殊要求的，按照要求或医嘱操作。	查阅评审周期相关资料，实地考察，并抽查 10 剂中药煎药全过程。	无操作记录，不得分；记录不完整，扣 1 分；煎药操作方法不符合要求，每处扣 0.5 分。	3
	5.3.12 能提供中药饮片急煎服务。	实地考察，并抽查非工作时间急煎中药情况。	不能提供急煎服务，或急煎不能在 2 小时内完成，不得分。	1

5.4 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。(12分)	5.4.1 中药饮片处方用名和调剂给付符合要求。	查阅评审周期相关资料,实地考察,并抽查 10 张中药饮片处方。	中药饮片调剂给付不符合规定,每张每种扣 0.3 分。	2
	★5.4.2 有中药饮片处方点评工作制度,开展中药饮片处方点评工作,工作记录完整。	查阅评审周期相关资料,并实地核查。	(C) (1分) 有按《医院处方点评管理规范(试行)》的要求制定医院处方点评制度,组织健全,责任明确。 (B)符合C,并(1.5分) 1.有处方点评实施细则和执行记录。 2.对不合理处方进行干预。 3.定期发布处方评价指标与评价结果,纳入医院质量考核目标,实现奖惩管理。定期进行通报和超常预警。 (A)符合B,并(2分) 1.每年开展三项以上专项药物临床应用评价,每年每项评价不少于4次。 2.根据点评结果。落实整改措施,提高合理用药。	2
	5.4.3 门急诊处方点评的抽查率应不少于中药饮片总处方量的 0.5%,每月点评处方绝对数不少于 100 张;病房(区)的抽查率(按出院病历数计)不少于 5%,每月点评出院病历绝对数应不少于 30 份。		门急诊中药饮片处方的抽查率<中药饮片总处方量的 0.5%,或每月点评处方绝对数<100 张,扣 1 分;病房(区)中药饮片处方抽查率(按出院病历数计)<5%,或每月点评出院病历绝对数<30 份,扣 1 分;核查结果不符合,扣 0.5 分。	2
	5.4.4 医师开具的中药饮片处方(医嘱)内容规范完整,药名书写正确,脚注明确,“双签字”落实到位。	查阅评审周期相关资料,随机抽查某日中药饮片处方 50 张、住院病历 10 份。	中药饮片处方(医嘱)内容不规范,扣 0.5 分;药名书写不正确,每张扣 0.5 分;脚注不明确或没有书写,每张扣 0.5 分;双签字要求落实不到位,每张扣 0.5 分。	4
	5.4.5 定期总结中药饮片处方点评结果,将点评结果纳入绩效考核,实行奖惩管理,对不合理使用中药饮片的行为有干预措施,并落实到位。	查阅评审周期相关资料,随机抽查 3 个绩效及年内奖惩情况。	点评结果未公示,扣 1 分;未纳入绩效考核,扣 1 分;干预和改进措施不到位,扣 1 分。	2

5.5 加强医疗机构中药制剂管理。（3分）	5.5.1 中药制剂配制管理规范，委托加工的制剂须经相应部门批准，按照相关的规定执行。	查阅相关资料，并实地考察。	无制剂配制记录或未经批准委托加工或委托加工批件不符合规定，不得分；配制记录不完善，扣1分。	2
	5.5.2 中药制剂在医疗机构之间的调剂使用符合相关规定。	查阅相关资料。	中药制剂在医疗机构之间的调剂使用不符合规定，不得分。	1
5.6 积极开展个性化特色中药服务，挖掘整理特色中药疗法和传统中药加工方法，并推广使用。（3分）	5.6.1 开展2项及以上中药个性化用药加工服务（接受患者委托，按医师处方制作丸、散、膏、胶囊等剂型的服务）。	查阅相关资料，并实地考察。	设备不齐全，能力不具备，不得分；未提供加工服务，扣1分；服务人次未逐年增加，扣0.5分；缺少有效证据的原始资料，扣0.3分。	2
	5.6.2 积极挖掘整理特色中药疗法，并推广使用。		未挖掘整理特色中药疗法，不得分；未推广使用，酌情扣分；缺少有效证据的原始资料，扣0.3分。	1
5.7 临床药师参与中药药物治疗，促进安全与合理用药。（10分）	5.7.1 医院配备5名以上临床药师或每100张病床与临床药师配比 $\geq 0.6$ 。提供中药临床药学服务，促进中药合理使用。	查阅相关资料，并实地考察。	临床药师数量配备不足，每少1人扣1分；药师未参加临床药物治疗工作，扣0.5分；未开展咨询工作，扣0.5分；缺少有效证据的原始资料，扣0.3分。	3
	5.7.2 定期开展中药处方点评工作，规范处方（用药医嘱）开具、审核、调配、核发、用药指导等行为。	查阅评审周期相关资料，随机抽取中成药（含中药注射剂）处方50份，住院病历10份。	未定期开展中药处方点评工作，不得分；点评问题无改进措施，或措施未落实（连续出现相同问题3次以上），扣1分；处方或医嘱不合格，或用药不合理，每份扣0.5分；缺少有效证据的原始资料，扣0.3分。	3
	5.7.3 有中药安全性监测管理制度和中药不良反应事件报告制度，按规定报告中药不良反应。	查阅评审周期内相关资料，随机抽查3份归档病历。	无制度，或无中药不良反应报告记录，不得分；未按照规定上报不良反应，每例扣1分。	2
	5.7.4 对患者开展中药及中药合理用药知识宣传与教育。	查看评审周期相关资料，实地访谈3名候药患者。	未开展宣传与教育，不得分；不知晓，每人扣0.5分；缺少有效证据的原始资料，扣1分。	2

## 第六章 中医护理（60分）

评价指标	评价方法	评分细则	分值	
6.1 护理管理组织体系健全，中医护理管理职能及各层次护理管理岗位职责明确。（10分）	6.1.1 有在院长（或副院长）领导下的护理组织管理体系，实施目标管理。各层次护理管理岗位职责明确并实行考核。	查阅相关资料，访谈相关人员2名。	管理体系不健全，扣1分；未按照标准配置各层次护理管理岗位和人员，岗位职责不明确，扣1分；未对各层次护理管理者进行考核，扣0.5分；人员不知晓，每人扣0.3分。	2
	6.1.2 建立护理垂直管理体系，有相关工作方案。	查阅相关资料，实地考察。	未建立护理垂直管理体系或无工作方案，不得分。	2
	6.1.3 明确护理管理部门的中医护理管理职能和管理人员职责。	查阅相关资料，访谈相关人员3名。	护理管理部门的职能不明确，扣1分；主管院长、护理部主任、科护士长、护士长的职责不明确，每人扣0.5分；人员不知晓，每人扣0.3分。	2
	6.1.4 医院年度工作计划中有中医护理工作的计划与具体措施，并落实。	查阅评审周期相关资料，并抽查2项措施的落实情况。	无相关计划和措施，不得分；措施未落实，或落实不到位，每项扣1分；缺少有效证据的原始资料，扣0.5分。	2
	6.1.5 建立护理与医务、药剂、后勤等相关部门支持开展中医护理工作的协调机制，并定期（至少半年1次）召开会议。	查阅评审周期相关资料。	无会议记录，不得分；协调机制落实不到位，扣1分；缺少有效证据的原始资料，扣0.5分。	2
6.2 加强中医护理队伍建设，中医护理人员配置合理。（13分）	6.2.1 合理配置护士，病房护理人员总数与病区实际开放床位数的比例达到0.4:1的要求。特殊护理单元人员资质符合要求。	提供全院护士人员名册及护理单元人员信息，随机抽查2病区，并抽查近3个月护理人员排班表。抽查3个特殊护理单元专科护士资质的证明材料。	病房护理人员总数与病区实际开放床位数的比例不符合要求，扣3分；特殊护理单元专科护士资质不符合要求，每人扣1分。	5
	6.2.2 中医药院校毕业或中医护理专业毕业的护士比例不低于30%。	查阅全院中医药院校毕业或中医护理专业毕业护士名单等相关资料，并抽查5名中医药院校毕业或中医护理专业毕业护士的证明材料。	中医药院校毕业或中医护理专业毕业护士比例每低于标准1个百分点扣0.5分；护士证明材料不符合，不得分。	2

	6.2.3 全院大专及以上学历护士数占全院护士总数的比例不低于 80%。	查阅全院大专及以上学历护士名单,并抽查 5 名护士的证明材料。	每低于标准 1 个百分点,扣 0.2 分;学历资料不符合,每人扣 1 分。	2
	6.2.4 有护理人员中医药知识与技能的培训计划,体现不同层次人员的培训内容与学时要求,定期考核,措施到位。全院非中医专业毕业的护士中系统接受中医药知识与技能培训的护士数占全院非中医专业毕业护士总数的比例不低于 70%。	查阅评审周期相关资料,随机抽查高级、中级、初级护士技术档案各 3 份及 3 名护士的培训记录。	无培训计划,或未体现不同层次人员的培训内容,或无中医药内容,或护士培训记录不符合要求,不得分;计划未落实,或原始资料记录不全面,每份技术档案扣 0.5 分;培训内容与学时不符合要求,每份技术档案扣 0.5 分;系统培训比例<70%,每低于标准 1 个百分点扣 1 分。	4
6.3 积极开展辨证施护和中医特色护理,提供具有中医药特色的健康教育和康复指导。 (18 分)	6.3.1 依据《中医护理常规 技术操作规程》、《52 个病种中医护理方案(试行)》制定符合本院实际的中医护理常规或中医护理方案,并组织实施。	查阅评审周期的相关资料,并现场抽查 2 个病区。	无符合本院实际的中医护理常规和中医护理方案,不得分;未组织实施、培训,每个病区扣 1 分。	3
	6.3.2 定期对中医护理方案的应用情况进行分析总结并优化。		未开展分析总结,不得分;未周期内进行优化,扣 1 分。	2
	6.3.3 护士掌握本科常见病的中医护理常规或中医护理方案,并应用于临床护理。	查阅评审周期的相关资料,随机抽查 2 个病区,现场访谈患者 2 名,考核 2 名护士(含 1 名护士长,原则上每个病区 1 人,共 2 个病区)。	护士长未掌握本科常见病种的中医护理措施,扣 3 分,护士未掌握,扣 1 分;临床中医护理措施不到位,每人扣 2 分。	6
	6.3.4 病区开展具有中医特色的健康教育和康复指导,包括:生活起居、饮食指导、用药指导、情志调理、康复指导等。	查阅评审周期相关健康教育资料,实地查看 2 个病区,并随机访谈入院近一周内的住院患者 1 名和准备出院的患者 1 名。	无健康教育相关资料,每个病区扣 1 分;健康教育资料内容不全面,每个病区扣 0.5 分;患者不知晓健康教育内容,每个病区扣 1 分。	4
	6.3.5 入院评估、护理记录等资料体现辨证施护内容。	抽查 3 份运行病历,并实地考察。	未体现辨证施护内容,每份病历扣 1 分;内容不全,每份病历扣 0.5 分。	3

6.4 积极运用中医护理技术，应用人次逐年上升。（12分）	6.4.1 全院开展中医护理技术不低于10项，且应用人次逐年上升。	查阅评审周期相关资料，医疗信息报表或医院统计报表、中医护理技术项目清单及应用科室，随机抽查2个科室运行病历各1份，	全院中医护理技术项目数<10项，每少1项扣1分；中医护理技术未开展，每项扣1分；全院中医护理技术应用人次未逐年上升，每年扣0.5分；病历记载与提供资料不符合，每份病历扣0.3分。	3
	★6.4.2 科室开展中医护理技术项目不少于4项。	科室提供开展中医护理技术项目清单，实地检查3个科室，每个科室抽查2份运行病历。	未开展中医护理技术操作，不得分；科室开展中医护理技术项目<4项，每科扣2分。	4
	6.4.3 组织培训《护理人员中医技术使用手册》及本院常用中医护理技术，并取得实效。	查阅培训考核资料。现场随机抽查2项中医护理技术实际操作情况（《护理人员中医技术使用手册》中的技术及本院自行开展的技术各一项）。	未开展培训、考核，扣3分；技术操作不规范，每项扣2分；缺少有效证据的原始资料，扣1分。	5
6.5 开展中医护理质量评价，并持续改进。（5分）	6.5.1 开展中医特色护理质量评价工作。	查阅评审周期相关资料。	未开展中医特色护理质量评价工作，不得分；评价不到位，或记录不完整，扣1分；针对问题无改进措施，扣1分；措施未落实，或不到位，扣0.5分。	2
	6.5.2 有突出中医特色的护理查房、护理会诊及护理病例讨论制度并落实。	查阅评审周期的相关资料，参加一个病区的护理查房或护理病例讨论。	无制度，不得分；护理查房、护理病例讨论未体现中医特色，扣2分；记录不完整，扣1分。	3
6.6 积极开展中医护理科研工作。（2分）	6.6.1 医院有鼓励开展中医护理科研的措施。	查阅评审周期的相关资料，查看1项措施落实的情况。	无鼓励措施，不得分；措施未落实，扣0.5分。	1
	6.6.2 医院开展中医护理技术创新和中医护理科研工作。	查阅评审周期的相关资料。	无创新和中医护理相关的科研工作，不得分。无院级以上课题立项，扣0.5分。	1

## 第七章 文化建设（30分）

	评价指标	评价方法	评分细则	分值
7.1 医院重视中医药文化建设。（4分）	7.1.1 贯彻执行《关于加强中医医院中医药文化建设的指导意见》及《中医医院中医药文化建设指南》等相关文件要求。	查阅相关资料。	无相关会议记录，不得分。	2
	7.1.2 有医院中医药文化建设方案并组织实施。	查阅相关资料，并抽查2项措施的落实情况。	未制定实施方案，不得分；措施未落实，每项扣1分。	2
7.2 医院价值观念体系体现中医药文化。（6分）	7.2.1 医院宗旨充分体现中医药文化的价值观念。	查阅相关资料，并实地考察。	无医院宗旨或未体现，不得分；正在征集或制定过程中，扣1分；体现不充分，扣0.5分。	2
	7.2.2 医院发展战略体现发展中医药事业、提供中医药服务的总体定位。		无发展战略或未体现，不得分；正在征集或制定过程中，扣1分；体现不充分，扣0.5分。	2
	7.2.3 院歌体现医院的宗旨。		无院歌或未体现，不得分；正在征集或制定过程中，扣0.5分；体现不充分，扣0.2分。	1
	7.2.4 院训体现医院的宗旨。		无院训或未体现，不得分；正在征集或制定过程中，扣0.5分；体现不充分，扣0.2分。	1
7.3 建立并不断完善行为规范体系，形成富含中医药文化特色的服务文化和管理文化。（8分）	7.3.1 医院员工言语仪表规范。	现场考核3名员工（窗口服务人员、医技人员，门诊服务台人员各1名）。	医院员工言语仪表不规范，每人扣1分；未提供培训资料，扣0.5分。	2
	7.3.2 具有体现中医药文化的特定礼仪。	查阅相关资料。	无特定礼仪，不得分；未提供有效证据的原始资料，扣1分。	2
	7.3.3 有体现中西医结合医院特点的规章制度和《员工手册》，并开展培训。	查阅相关资料。	未制定相关规章制度和《员工手册》，不得分；未体现中西医结合医院特点，扣1分；未开展培训，扣0.5分；未提供有效证据的原始资料，扣0.5分。	2

	7.3.4 有体现中国传统文化核心价值观念的读本，并开展培训。	查阅相关资料。	未编写《读本》，不得分；未开展培训，或缺少有效证据的原始资料，扣1分。	2
7.4 加强医患沟通，构建和谐医患关系。（6分）	7.4.1 健全医患沟通制度，完善医患沟通内容。	查阅评审周期的相关资料，实地查看，并随机抽查内科系统、外科系统各2份运行病历，随机访谈门诊、住院患者或其近亲属各2名。	无相关工作制度，不得分；医患沟通内容、形式和工作记录有缺陷，扣2分；病历中无沟通内容，或沟通内容不到位，每份病历扣1分；医务人员对病情介绍、宣教、解释不到位，每人扣0.5分。	4
	7.4.2 加强对医务人员医患沟通技巧的培训，提高医患沟通能力。	查阅评审周期的相关资料访谈2名医师。	未开展培训，不得分；培训原始资料不全，扣1分；医师未掌握沟通技巧，每人扣0.5分。	2
7.5 参照中医医院环境形象建设范例，开展中西医结合医院环境形象体系建设。（6分）	7.5.1 庭院建设体现中医药文化。	实地考察。	庭院建设未体现中医药文化，不得分；体现不充分，扣1分。	2
	★7.5.2 门诊走廊、候诊区和住院部走廊宣传中医药或中西医结合知识，使用中医病名和中医术语，并与所在科室的中医药或中西医结合特色相结合，中药候药区宣传中药相关知识。		不符合要求，不得分。	4

## 第八章 “治未病” 服务（40分）

	评价指标	评价方法	评分细则	分值
8.1 医院为发展治未病服务提供支撑。（3分）	8.1.1 医院重视治未病工作,院级领导分管治未病工作,医院的中长期发展规划和年度工作计划中有发展治未病服务的内容,有明确的发展目标;医院逐步建立完善治未病工作激励机制。	查阅相关资料。	无院级领导分管治未病工作,不得分;医院的中长期发展规划和年度工作计划中无发展治未病服务的内容,不得分;发展目标不明确,扣1分;医院无支持治未病工作激励机制,扣1分。	1.5
	8.1.2 医院制定治未病专科建设年度工作计划及具体措施并落实;在科室目标考评中建立激励机制,保证人员的积极性与稳定性。	查阅相关资料。	未制定治未病专科建设年度工作计划及具体措施,不得分;部分计划措施未落实,扣1分;未建立激励机制,扣1分。	1.5
8.2 治未病科功能定位准确。（5分）	★8.2.1 科室功能定位准确,为医院的一级科室。	实地考察。	把针灸科、推拿科、康复科、理疗科等临床科室及国医堂、名医工作室等整合纳入“治未病”科,不得分;未作为医院一级科室,不得分。	3
	8.2.2 科室服务对象以体质偏颇人群、亚健康人群、病前状态人群、慢性疾病需实施健康管理的人群和其他关注健康的特殊人群为主。	查阅相关资料,实地考察,现场走访。	服务对象以患病人群为主,不得分。	2
8.3 治未病科基本条件满足业务需求。（12分）	8.3.1 科室区域布局合理,面积满足业务工作需要。应设置健康状态信息采集与辨识评估区域、健康咨询与指导区域、健康干预区域、健康宣教区等功能区域。	查阅相关资料,实地考察。	服务区域低于200平方米,不得分;区域布局不合,酌情扣分。	3
	8.3.2 人员配备满足治未病服务功能的需要,专职医护人员不少于6人,中医类医护人员比例不低于70%。其中应当有一名具备副主任以上专业技术职务任职资格的中医类别执业医师。	查阅本年度人事档案及相关证明材料。	专职医护人员(不包括体检中心人员)配备不足6人,或中医类医护人员<70%,不得分;无副主任以上专业技术职务任职资格的医师,扣1.5分。	3

	8.3.3 设备配置满足“治未病”服务需要。配置6类以上中医健康干预类设备,如针疗类、灸疗类、熏洗类、光疗类、电疗类、磁疗类等设备;配置3种以上中医健康状态辨识评估类设备,如体质辨识仪、四诊仪、经络检测仪、红外线热成像仪、五脏相音辨识仪等。	查阅科室设备清单和使用记录,并实地考察。	健康干预类配备设备不足6类的,每少一类扣1分;辨识评估类设备不足3种的,每少1种,扣1分。	4
	8.3.4 建立有关工作制度、服务规范和技术操作规范。	查阅相关资料。	无工作制度或服务规范或技术操作规范,不得分;各类制度、规范不全,每项扣1分。	2
8.4 按照要求规范提供治未病服务。(16分)	8.4.1 为群众提供健康状态信息采集与辨识评估、健康咨询指导、健康干预、服务效果追踪等中医健康管理全程服务,服务流程合理,服务量达到一定规模(指开展了中医体检及健康干预等个性化服务的人次,三伏贴等群体性服务不列入服务量计算范围)。	查阅医院统计报表等相关资料。	未提供服务,不得分;服务流程不合理,酌情扣分;服务量低于3000人次/年,扣3分;服务量低于5000人次/年,扣2分。	4
	8.4.2 开展中医体检服务。	查阅相关资料,实地考察。	开展体质辨识、经络评估、脏腑功能检测、血气状态分析等中医体检项目,不足3项,每少一项扣1.5分。	3
	8.4.3 围绕科室重点主攻方向人群,制订治未病干预方案并实施。	查阅相关资料,现场访谈。	未制订或制定未实施治未病干预方案,不得分;干预方案应用人群数量少,酌情扣分。	3
	8.4.4 应用中医特色干预技术方法,如针刺、灸法、拔罐、推拿、穴位贴敷、埋线、药浴、熏洗(蒸)、刮痧、砭石、音疗,及热疗、电疗及其它理疗技术。	查阅科室信息报表等资料;实地考察。	特色治未病服务干预技术方法应用不足6项,每少1项扣0.5分。	2
	8.4.5 研发3种以上中医健康状态辨识评估器具设备或健康干预技术产品。	查阅相关资料,实地考察。	未研发,不得分;研发器具设备或技术产品少于3种(系列产品算1种,如养生调养茶饮),扣1分。	2

	8.4.6 开展治未病服务效果的总结、分析及评价工作。	查阅相关资料。	未开展服务效果评价工作，不得分。	1
	8.4.7 开展中医治未病服务信息化建设，为治未病服务发展提供数据支撑。	查阅相关资料，实地考察。	未开展信息化建设，不得分；相关数据信息资料不全，扣 0.5 分	1
8.5 积极开展中医健康宣教,为下级医院提供技术指导。（4分）	8.5.1 开展多种形式的健康教育活动，包括：现场咨询、健康讲座、发放养生保健知识手册等传统宣传方式和利用电视报刊等主流媒体，网络、微信平台等新媒体传播中医健康文化。	查阅相关资料，实地考察。	未开展健康教育活动，不得分；每月开展公众健康咨询活动或健康讲座少于 1 次，扣 1 分；未提供宣传资料，扣 1 分。	2
	8.5.2 深入基层，为下级医疗卫生机构提供业务指导。	查阅相关资料。	未建立指导协作关系的，不得分；每月对基层指导少于 1 次，扣 1 分；工作记录不完整，扣 1 分。	2

## 第二部分 综合服务功能（400分）

### 第一章 基本要求和医院服务（40分）

#### 一、医院设置、功能和任务（5分）

评审指标		评审方法	评审细则	分值
1.1.1 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。（3分）	1.1.1.1 医院管理和服务坚持“以病人为中心”，服务宗旨、管理理念和管理措施体现医院公益性，把社会效益放在首位，履行相应的社会责任和义务。参加并完成各级卫生、中医药行政管理部门指定的社会公益项目。	查阅评审周期相关资料。	未体现公益性，或未履行社会责任和义务，或未参加并完成各级卫生、中医药行政管理部门指定的各类扶贫、防病、促进基层医疗卫生事业项目及边远地区医疗服务援助项目，或未开展或举办多种形式社会公益性活动（如义诊、健康咨询、募捐等）等，不得分；缺少有效证据的原始资料，扣0.5分。	1
	1.1.1.2 医院参与建立分级诊疗制度，初步实现三级中西医结合医院优质资源下沉，与基层医疗卫生机构建立分工协作机制，形成科学合理就医秩序。		未与基层医疗卫生机构建立协作机制，不得分；缺少有效证据的原始资料，扣0.5分。	1
	1.1.1.3 承担政府分配的中医类别全科医师规范化培训等为下级医院卫生技术人员培养的指令性任务，制定相关的制度、培训方案，并有具体措施予以保障。		无制度，扣0.3分；项目培养资料（包括学员名单、授课课件、学时、考核和评价等）不完整，扣0.4分；无保障措施，扣0.3分；措施不到位，扣0.3分。	1

<p>★1.1.2.医院的功能、任务和定位明确，符合区域卫生规划和医疗机构设置规划要求，保持适度规模，医院编制及实有床位数均≥400张，科室设置、每床建筑面积、人员配备和设备、设施符合三级中西医结合医院基本标准。（2分）</p>	<p>查阅相关资料，实地考察。</p>	<p>1.医院符合卫生行政部门规定三级医院设置标准，获得批准等级至少正式执业3年以上。 2.卫生技术人员与开放床位之比不低于1.2: 1。 3.病房护士与开放床位之比应不低于0.4: 1。 4.临床科室主任具有副高级职称者≥90%。 5.医院编制及实有床位数均≥400张。 满足上面五点才能得分。</p>	<p>2</p>
--	---------------------	--	----------

## 二、医院服务（15分）

评审指标	评审方法	评审细则	分值	
<p>1.2.1 医院有改善诊疗环境，提高工作绩效，优化医疗服务系统与流程，缩短平均住院日、缩短患者诊疗等候时间具体措施，支持医务人员从事夜间门诊和节假日门诊。（6分）</p>	<p>1.2.1.1 改善诊疗环境，就诊、住院的环境清洁、舒适、安全，有患者饮水、休息、如厕和方便残疾人的无障碍设施。急诊与门诊候诊区、医技部门、住院病区等均有清晰、规范、醒目、易懂的标识。有保护患者的隐私设施和管理措施。</p>	<p>查阅相关资料，并实地考察。</p>	<p>诊疗环境不符合要求，每项扣0.3分；无保护患者隐私的管理措施，扣0.5分；措施不到位，扣0.5分。</p>	<p>2</p>
	<p>1.2.1.2 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；支持医务人员从事夜间门诊和节假日门诊，建立与挂钩合作的基层医疗机构的双向转诊服务；完善患者入院、出院、转科服务管理制度和标准；改进服务流程；为急诊患者提供合理、便捷的入院相关制度与流程；急、危重患者应先抢救并及时办理入院手续。</p>	<p>查阅相关资料，实地考察，并体验预约挂号、就诊流程。</p>	<p>未开展预约诊疗服务，无支持医务人员从事夜间门诊和节假日门诊的措施，未建立预约转诊服务，每项扣0.5分；无患者入院、出院、转科服务管理制度和标准，扣0.5分；无急诊患者收入院制度与流程，扣0.5分；未及时抢救危重患者并办理入院手续，扣0.5分。</p>	<p>2</p>

	1.2.1.3 医院挂号、缴费、取药、候诊秩序良好。		秩序混乱,每处扣 0.5 分;流程欠合理,扣 0.5 分。	1
	1.2.1.4 评审周期内,医院平均住院日呈下降趋势。	查阅评审周期相关资料。	未呈下降趋势,不得分。	1
1.2.2 急诊绿色通道管理规范,急危重症患者得到及时救治。(5分)	★1.2.2.1 加强急诊检诊、分诊,落实首诊负责制,及时救治急危重症患者。	查阅相关资料,并实地考察。	(C)(0.3分) 1.有专人负责急诊检诊、分诊工作,有效分流非急危重症患者。 2.落实首诊负责制,急危重症患者实行先抢救、后付费。 3.落实急会诊制度,保障急危重症患者得到及时救治。 4.建立急危重症患者抢救协作协调机制,保障患者优先收住入院,制定急诊科与 120 急救中心、基层医疗急诊患者转接流程,保障患者得到连贯抢救治疗,保持绿色通道畅通。 (B)符合 C,并(0.5分) 急诊抢救登记完善,病历资料完整,入院、转诊、专科有病情交接。 (A)符合 B,并(1分) 有急诊信息网络支持系统,有急诊与院前急救、急诊与院内各相关科室、急诊与卫生行政部门的信息对接,急诊科能够在患者送达前获取急救中心转送或基层医疗机构转诊患者信息,院内相关各科室在患者收住入院前获取病历资料,提高效率。	1
	1.2.2.2 实施急诊分区救治、建立住院和手术的急危重症的“绿色通道”,建立重点病种的急诊服务流程与规范、急危重症优先诊治的相关规定。		未实施急诊分区救治,扣 0.5 分;未建立“绿色通道”,扣 0.5 分;未建立重点病种服务流程与规范,扣 0.5 分;无急危重症优先诊治的相关规定,扣 0.5 分;落实不到位,扣 0.5 分。	1

	1.2.2.3 对急性心肌梗死、急性脑卒中、急性心力衰竭、急性呼吸衰竭、急性创伤、急性颅脑损伤等重点病种的急诊服务流程与服务时限有明文规定，能落实到位。	查阅评审周期内相关资料，实地考察，随机抽查病历 5 份（至少涵盖 4 个重点病种），考核科室医务人员 2 名、医院职能部门管理人员 1 名。	医院对重点病种的急诊服务流程与服务时限无明文规定，不得分；未建立关键质量指标与服务时限管理，扣 1 分；每缺少一种，每种扣 0.5 分；医院缺少技术、设施方面的支持，扣 1 分；重点病种尤其合并有多科疾病的患者未获得连贯、及时、有效的救治，每发现 1 例扣 0.5 分；培训与教育措施落实不到位，扣 0.5 分；人员未掌握，每人扣 0.3 分。	1.5
	1.2.2.4 有多部门、多科室的协调机制，保障多发伤、复合伤、疑难病例的抢救治疗，有妥善处理特殊人群、特殊病种、群体性事件患者的工作流程。	查阅相关资料，并实地考察。	未建立协调机制，扣 0.5 分；无妥善处理特殊人群、特殊病种、群体性事件患者的工作流程，扣 0.5 分；协调机制落实不到位，或流程不完善，扣 0.5 分；职能部门未履行监管责任，扣 0.5 分；对存在问题与缺陷无改进措施，或成效不明显，扣 0.5 分。	1.5
1.2.3 维护患者合法权益，加强投诉管理。（2分）	1.2.3.1 公开医疗价格收费标准，公开基本医疗保障支付项目。	查阅相关资料，并实地考察。	未公开医疗价格收费标准，扣 0.2 分；未公开基本医疗保障支付项目，扣 0.3 分。	0.5
	1.2.3.2 建立相关制度，保障患方（患者或其近亲属、授权委托人）对病情、诊断、医疗措施和医疗风险等具有知情选择的权利和参保患者对医疗保障制度支付项目的知情同意权利。尊重患者的民族习惯及宗教信仰。	查阅相关资料，随机抽查内科系统、外科系统归档病历各 1 份。	无制度，不得分；制度不完善，扣 0.3 分；缺少相应的知情同意内容，每份病历扣 0.1 分。	0.5
	1.2.3.3 实行“首诉负责制”，设立或指定专门部门，公布投诉地点及方式，加强投诉管理，及时处理并答复投诉人。	查阅相关资料，实地考察，并查看某月医疗投诉情况。	未实行“首诉负责制”，扣 0.5 分；无专门部门，扣 0.5 分；未公布投诉地点及方式，扣 0.3 分；无患者投诉流程，扣 0.3 分；无处理患者投诉记录，扣 0.3 分。	1
1.2.4 为住院患者提供营养指导、配餐、煎药等相关服务。（1.5分）	查阅评审周期相关资料，实地考察，并随机抽查 2 个病区。	不能提供相关服务，每项扣 0.5 分；抽查情况不符合，每个病区扣 0.5 分。	1.5	
1.2.5 执行《无烟医疗机构标准（试行）》及《关于 2011 年起全国医疗卫生系统全面禁烟的决定》。（0.5分）	查阅相关资料，并实地考察。	无相关计划和具体措施，或无禁止吸烟的醒目标识，不得分；室内有烟头，扣 0.2 分。	0.5	

### 三、应急管理（8分）

评审指标		评审方法	评审细则	分值
1.3.1 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》等相关法律法规承担传染病的发现、救治、报告、预防等任务，主管部门对传染病管理定期监督检查、总结分析，持续改进传染病管理，无传染病漏报，无管理原因导致传染病播散。（1分）		查阅相关资料，并实地考察。	无传染病管理职能部门，不得分；传染病漏报，扣0.5分；无定期监督检查、总结分析资料，扣0.3分；门诊日志、住院诊疗信息登记不完整，扣0.2分。	1
1.3.2 遵守国家法律、法规，严格执行各级政府制定的应急预案，认真执行国家中医药管理局关于在卫生应急工作中充分发挥中医药作用的要求，承担突发公共事件的医疗救援和突发公共卫生事件防控工作。（2分）	1.3.2.1 医院明确在应对突发事件中应发挥的功能和承担的任务，能承担突发公共事件的医疗救援和防控工作。	查阅相关资料。	应对突发事件中应发挥的功能和承担的任务不明确，扣0.5分；参与突发事件医疗救援和突发公共卫生事件防控工作的资料不完整，扣0.5分。	1
	1.3.2.2 有主管职能部门负责应急管理工作，相关人员熟悉应急预案以及医院的执行流程。医院总值班有应急管理的明确职责和流程。有各部门、各科室负责人在应急工作中的具体职责与任务。相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。	查阅相关资料，并访谈3名员工（含主管职能部门负责人、科室负责人和总值班各1人）。	无主管职能部门负责应急管理工作，扣0.2分；医院总值班无明确职责和流程，扣0.3分；无各部门、各科室负责人具体职责与任务，扣0.2分；不知晓相关流程或职责，每人扣0.3分。	1
1.3.3 有医院应急工作领导小组，建立应急队伍，落实责任，建立并不断完善医院应急管理的机制。（2分）	1.3.3.1 成立医院应急工作领导小组，负责医院应急管理。院长是医院应急管理的第一责任人。	查阅相关资料。	无应急工作领导小组，不得分；院长不是第一责任人，扣0.3分。	0.5
	1.3.3.2 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。		无协调机制、部门和人员，每项扣0.2分。	0.5
	1.3.3.3 有应急队伍，人员构成合理，职责明确。建立以中医药专家及系统学习中医的专家为主的应急技术专家队伍。		无应急队伍，或未建立以中医药专家为主的应急技术专家队伍，不得分；人员构成不合理，职责不明确，扣0.5分。	1

1.3.4 明确医院需要应对的主要突发事件策略，建立医院的应急指挥系统，制定和完善各类应急预案，提高快速反应能力。（1分）		查阅相关资料。	无应急指挥系统或无应急预案，不得分；应急响应机制不完备，扣0.5分；未制订各种专项预案，扣0.5分；未明确应对不同突发公共事件的标准操作程序，扣0.5分；无应急物资和设备储备计划，扣0.3分；无必备物资储备目录，或监管记录，扣0.2分。	1
1.3.5 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。（2分）	1.3.5.1 医院有安全知识及应急技能培训及考核计划，定期对各级各类人员进行培训。相关人员掌握主要应急技能和防灾技能	查阅相关资料，并访谈3名医务人员。	无培训及考核计划，或未开展培训，不得分；不掌握主要应急技能和防灾技能，每人扣0.3分。	1.5
	1.3.5.2 医院每年开展各类突发事件预案应急演练和突发大规模传染病爆发的综合演练。		未开展各类突发事件预案应急演练，不得分；未开展突发大规模传染病爆发的综合演练，扣0.3分。	0.5

#### 四、临床医学教育（6分）

评审指标	评审方法	评审细则	分值
1.4.1 教学师资、设备设施符合中医药院校教育、毕业后教育、师承教育和继续教育要求，有师资队伍建设发展规划、年度师资培训计划和带教师资奖惩激励机制。（1.5分）	查阅相关资料，并实地考察。	师资不符合要求，扣0.5分；无师资队伍建设发展规划、年度师资培训计划，扣0.5分；无带教师资奖惩激励机制，扣0.5分；设备设施不符合相关要求扣0.5分。	1.5
1.4.2 独立承担本科及以上医学生临床教学和实习任务。（1分）	查阅评审周期的相关资料。	未承担教学实习工作，不得分；未承担研究生教育，扣0.5分；无支持教学规划，资金投入和保障制度，扣0.5分；无专门部门和专职人员负责教学管理工作，扣0.5分；管理部门未开展日常管理及督导工作，扣0.5分；无相应专业教研组或办公室，无专（兼）职教师，扣0.5分。	1

1.4.3 承担医务人员规范化培训和基层中医临床骨干培训任务。制定相关的制度、培训实施方案，并有具体措施予以保障。（1.5分）	1.4.3.1 承担医务人员规范化培训和基层中医临床骨干培训任务。	查阅评审周期的相关资料。	未承担培训任务，或无培训实施方案，不得分；无专职人员负责培训工作，扣0.3分；管理部门未开展日常管理及督导工作，扣0.3分。	0.5
	1.4.3.2 制定相关的制度、培训实施方案，并有具体措施予以保障。		无制度、实施方案、资金支持，不得分。	0.5
	1.4.3.3 基地建设应符合国家相关基地建设要求。		基地不符合相关要求，不得分。	0.5
1.4.4 开展中医药继续教育和师承教育工作，有规划、实施方案，提供培训条件及资金支持。（1分）		查阅评审周期的相关资料，查看年度继续教育经费使用情况。	无继续教育、师承教育规划、实施方案，不得分；未提供培训条件及资金支持，扣0.5分；无专门部门和专人负责，扣0.5分；缺少原始工作资料，扣0.5分。	1
1.4.5 支持中医药重点学科建设，有学科建设方案，有学科带头人、学科骨干和学科建设团队，有支持保障措施。（1分）		查阅评审周期的相关资料。	无重点学科建设方案和保障措施，扣0.5分；无学科带头人、学科骨干和学科建设团队，扣0.5分。	1

## 五、科研管理（6分）

评审指标	评审方法	评审细则	分值
1.5.1 有鼓励医务人员参与科研工作的制度和办法，并提供适当的经费、条件与设施。（2分）	查阅评审周期相关资料，并实地考察。	无鼓励医务人员参与科研工作的制度和办法，扣1分；无科研经费支持及相应的科研条件与设施，扣1分；无省级以上重点学科或省级重点实验室，扣1分。	2

1.5.2 承担各级各类以解决优势病种难点问题和提高临床疗效为核心的中医药或中西医结合科研项目，获得院内外研究经费。（2分）	1.5.2.1 承担各级各类中医药或中西医结合科研项目。有省级以上科研成果（专利数量、统计源期刊发表文章数量、省级或以上获奖励数量）及与医院开放床位比例（如每百张开放床位）、与在册医护研人员比例（如每百名医师、或护士、或药师、或技师、或专职科研人员等）的统计资料和统计分析。	查阅评审周期相关资料。	未承担各级各类中医药科研项目，不得分；未承担省级以上科研项目，扣0.5分；无省级以上科研成果，扣1分；无统计资料和统计分析，扣0.5分。	1.5
	1.5.2.2 医院配套经费到位率 $\geq 90\%$ （以年终财务报表数据为准）。		配套经费到位率 $< 90\%$ ，不得分。	0.5
1.5.3 有将研究成果转化实践应用的激励政策，并在提高临床疗效上取得成效。（1分）	查阅评审周期相关资料。	无激励政策，不得分；医院未提供自主创新的适宜技术得到推广或院级研究成果转化实践应用或引进技术提高临床诊疗水平的案例，扣0.5分。	1	
1.5.4 依法取得相关资质，并按药物临床管理规范开展临床试验。（0.5分）	查阅评审周期的相关资料，随机抽查1个项目。	未依法取得相关资质，不得分；未按药物临床管理规范开展临床试验，扣0.3分；无专门管理部门，扣0.2分；未开展日常管理、督查，扣0.2分；项目管理不到位，或资料不完善，扣0.2分。	0.5	
1.5.5 医院临床研究工作符合相关伦理审查规程和要求。（0.5分）	查阅评审周期的相关资料，随机查看1个项目的伦理审批情况，访谈1名相关人员。	未按要求开展伦理审查，不得分；伦理人员组成不符合要求，扣0.3分；未设专职秘书，或伦理批件不规范，扣0.2分；会议记录不完整，或人员不掌握，扣0.1分。	0.5	

## 第二章 患者安全（30分）

评价指标	评价方法	评分细则	分值	
2.1 确立查对制度，识别患者身份。（9分）	2.1.1 对就诊患者施行唯一标识（医保卡、新型农村合作医疗卡编号、身份证号码、病历号等）管理。	查阅相关资料，随机抽查评审周期内至少两个科室归档病历 5 份。	未制定患者身份标识制度，不得分；病历信息不准确，每份病历扣 0.6 分。	2
	★2.1.2 在诊疗活动中，严格执行“查对制度”，至少同时使用姓名、年龄两项核对患者身份，确保对正确的患者实施正确的操作。	查阅相关资料，实地考察或模拟两种诊疗行为（如医嘱开具与执行、发药、手术等）。	<p>（C）（1分）</p> <p>1.有标本采集、给药、输血或血制品、发放特殊饮食、诊疗活动时患者身份确认制度、方法和核对程序。核对时应该让患者或其亲近亲属陈述患者姓名。</p> <p>2.至少同时使用两种患者身份识别形式，如姓名、年龄、出生年月、性别或病历号。</p> <p>3.相关人员上述制度和流程清楚并履行相应职责。</p> <p>（B）符合 C，并（2分）</p> <p>1.各科室严格执行核查制度。</p> <p>2.医院职能部门对上述工作进行督导、核查、总结、反馈，有改进措施。</p> <p>（A）符合 B，并（3分）</p> <p>查对方法正确，诊疗活动中查对制度落实，持续改进有成效。</p>	3
	2.1.3 完善关键流程（急诊、病房、手术室、ICU、产房、新生儿科（室）之间流程）的患者识别措施，健全转科交接登记制度。	查阅相关资料，并抽查两组转科交接登记制度落实情况。	无转科交接登记制度，无交接程序和身份识别措施，或无交接记录，不得分；记录不完整，每项扣 1 分。	2
	2.1.4 使用“腕带”作为识别患者身份标示。	抽查 2 名患者（ICU、新生儿科（室），手术室、急诊室以及意识不清、语言交流障碍的患者等）。	未使用“腕带”，每人扣 1 分。	2

2.2 确立特殊情况下医务人员之间有效沟通的程序、步骤。 (2分)	2.2.1 在住院患者的常规诊疗活动中,以书面方式下达医嘱。	查阅相关资料,实地考察急诊科、ICU,查看运行病历各2份,访谈相关人员4名(每科医护各1人)。	诊疗活动(病程记录有记载)无医嘱,每份扣1分;人员访谈不符合要求,每人扣0.5分。	1
	2.2.2 在实施紧急抢救的情况下,必要时可口头下达临时医嘱;护理人员应对口头临时医嘱完整重述确认。在执行时双人核查,事后及时补记录。			1
2.3 确立手术安全核查制度,防止手术患者、手术部位及术式发生错误。(5分)	★2.3.1 建立手术安全核查管理制度与工作流程。	查阅相关资料,抽查5份三步安全核查记录,并现场考查。	(C)(1分) 1.有手术安全核查与手术风险评估制度与流程。 2.实施三步安全核查,并正确记录。 3.准备切开皮肤前,手术医师、麻醉师、巡回护士共体遵照手术风险评估制度规定的流程,再次核对患者身份、手术部位、手术名称、麻醉分级等内容,并记录正确。 4.手术安全核查项目填写完善。 (B)符合C,并(2分) 医院职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈,有改进措施。 (A)符合B,并(3分) 手术核查制度落实到位,评审周期内手术患者并发症发生率有所下降(或既往保持在低于全省平均水平的手术患者并发症发生率的医院能继续维持)。	3
	2.3.2 建立手术部位识别标示制度与可执行的工作流程,对涉及有双侧、多重结构(手指、脚趾、病灶部位)、多平面部位(脊柱)的手术时,对手术侧或部位有规范统一的标记制度,制度中对标记方法、标记颜色、标记实施者及患者参与有统一明确的规定。	查阅相关资料,访谈2名不同科室的手术医生。	未制定相关制度与工作流程,或无规范、统一的标记或无规定,不得分;医生不了解相关制度和流程,每人扣0.5分。	2

2.4 有临床“危急值”管理制度,妥善处理医疗安全(不良)事件。(6分)	<p>★2.4.1 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,相关人员熟悉并遵循上述制度和流程,医技部门相关人员知晓本部门“危急值”项目及内容,能够有效识别和确认“危急值”。</p>	<p>查阅相关资料,实地考察,并访谈医师、护士、医技人员、主管部门人员各1人。</p>	<p>无制度与工作流程,或无医院“危急值”项目表,不得分;职能部门未定期(每年至少一次)对“危急值”报告制度的有效性进行评估,扣1分;有效证据的原始资料不完整,扣0.5分;人员不熟悉相关制度和流程,或不知晓项目及内容,每人扣1分;掌握不全面,每人扣0.5分;医技部门(含电生理检查与内窥镜、血药浓度监测等)无“危急值”项目表,每发现一处扣0.3分;未及时更新和完善危急值管理制度、工作流程及项目表,扣0.3分。</p>	2
	<p>2.4.2 严格执行“危急值”管理制度与流程,接获“危急值”报告的医护人员应记录患者识别信息、“危急值”内容和报告者的信息,复核确认无误后,及时向经治或值班医师报告,并做好记录,医师接获“危急值”报告后应及时追踪、处置并记录。信息系统能自动识别、提示“危急值”。</p>	<p>抽查5项“危急值”处理记录,并现场追踪考查。</p>	<p>“危急值”处理记录不符合要求,每项扣0.5分;信息系统不符合要求,扣1分。</p>	2
	<p>2.4.3 加强不良事件管理,有主动报告医疗安全(不良)事件的制度和流程。</p>	<p>查阅评审周期的相关资料,现场访谈2名医师。</p>	<p>无制度和流程,不得分;未开展全院安全警示教育,不得分;未开展重点环节管理,扣0.5分;无高风险事件或问题的检测,扣0.5分;对发生的不良事件未及时分析、整改、追踪,每项扣0.3分;人员不熟悉相关制度和流程,每人扣0.3分;掌握不全面,每人扣0.1分。</p>	2

2.5 防范与减少患者跌倒、坠床等意外事件和压疮发生。(3分)	2.5.1制定患者跌倒、坠床等意外事件报告制度、处理预案和工作流程。	查阅评审周期的相关资料，实地考察，并现场访谈2名医务人员。	无报告制度、处理预案及工作流程，不得分；缺少相关会议记录、工作记录等有效证据的原始资料，或床边缺少醒目标识，扣1分；人员不熟悉相关制度和 workflows，每人扣1分；掌握不全面，每人扣0.5分。	2
	2.5.2 有压疮风险评估与报告制度，有压疮诊疗及护理规范。	查阅相关资料，并随机抽查2个病区，现场访谈2名护士。	无风险评估与报告制度，不得分；人员不了解诊疗及护理规范，每人扣1分；掌握不全面，每人扣0.5分。	1
2.6 有医院感染风险防范机制，保障患者安全。(5分)	2.6.1 有医院感染综合性监测制度，年度医院感染发病率低于8%，并有总结分析。	查阅评审周期内相关资料，实地考察。	无医院感染综合性监测制度，年度院感发病率>8%，或无数据分析报告，不得分；无改进措施，扣1分；措施未落实，或缺少有效证据的原始资料，扣0.5分。	2
	2.6.2 临床科室院感活动小组应开展医院感染管理活动，有院感病例登记和讨论记录。	查阅评审周期内相关资料，现场访谈呼吸科、骨科或外科各2名医护人员。	科室无活动记录，或院感病例讨论记录，每科扣0.5分；医务人员对本科室住院患者院感率不知晓，每人扣0.5分。	1
	2.6.3 及时发现处置医院感染爆发或聚集性事件，建立鼓励报告医院感染不良事件的制度和运行机制。	查阅评审周期内相关资料。	发生医院感染爆发或聚集事件未按要求及时上报，不得分；无鼓励医院感染不良事件报告制度，扣1分；未提供落实制度的案例记录，扣1分；记录不完善，扣0.5分。	2

### 第三章 医疗质量（210分）

#### 一、医疗质量管理组织与制度（10分）

评价指标	评价方法	评分细则	分值
3.1.1 健全医疗质量管理与控制体系,落实医疗质量与医疗安全的核心制度,院长为医疗质量管理第一责任人,切实履行医疗质量管理与持续改进的领导与决策职能。(1分)	查阅评审周期的相关资料。	未建立医院质量管理责任体系,不得分;院长非医疗质量管理第一责任人,不得分;无院长行政查房,扣0.5分;核心制度未落实,每发现一起扣0.5分;未开展全院安全培训,扣0.3分。	1
3.1.2 合理设置医院质量管理组织,定期研究医疗质量管理等相关问题,记录质量管理活动过程,为院长决策提供支持。(2分)		医疗质量与安全管理委员会、伦理委员会、药事管理与药物治疗学委员会、医院感染管理委员会、病案管理委员会、输血管理委员会、护理质量管理委员会,每少1个,扣0.2分;质量管理委员会未定期研究医疗质量管理等相关问题,每个扣0.2分;无原始会议记录,每个扣0.2分。	2
3.1.3 有医疗质量管理与持续改进方案;有医疗关键环节与重点部门管理标准与措施。医疗、护理等职能部门负责实施全面医疗质量与安全管理与持续改进方案,承担指导、检查、考核和评价医疗质量管理工作。(4分)		无医疗质量管理与持续改进实施方案,不得分;未建立考核标准、考核办法、质量指标等,每项扣1分;考核评价记录不详实,扣1分;改进方案未落实,扣0.5分。	4
3.1.4 建立与完善医疗质量管理制度、操作规范与临床诊疗指南;有医疗技术(包括限制临床应用的医疗技术、重点医疗技术和新技术、新项目)管理制度;设立专门的医疗质量管理部门,负责对全院医疗、护理、医技质量实行监管,并建立多部门医疗质量管理协调机制。(2分)	查阅评审周期的相关资料。	无专门医疗质量管理部门,不得分;未建立医疗技术管理制度,或制度未落实,或检查、评价、监督不到位,扣1分;未建立多部门医疗质量管理协调机制,扣1分;缺项或不及时修订,每项扣0.2分;未制定临床诊疗指南及技术操作规范,每科扣0.2分;无信息化的医疗风险监控与预警系统,扣0.5分。	2

<p>3.1.5 科室负责人为科室质量与安全第一责任人。科室质量与安全小组 成员接受质量管理培训，具有相关质量管理技能，开展质量管理工作。（1 分）</p>	<p>查阅评审周期的相关资料， 随机抽查 3 个临床科室。</p>	<p>科室负责人不是科室质量管理第一 人，每科扣 0.3 分；管理小组成员未接 受全员培训，每科扣 0.2 分；未开展质 量管理工作，每科扣 0.5 分；未提供有 效证据的原始资料，扣 0.3 分。</p>	<p>1</p>
--	---------------------------------------	---	----------

## 二、医疗技术管理（15 分）

评价指标		评价方法	评分细则	分值
<p>3.2.1 医院提供与功能和任务 相适应的医疗技术服务，符合 法律、法规、部门规章和行业 规范的要求，符合医学伦理原 则，技术应用安全、有效。（4 分）</p>	<p>3.2.1.1 依据法律法规开展医疗技术服务，有 指定部门负责医疗技术管理工作，有完整的 管理资料，有统一的审批、管理流程。</p>	<p>查阅评审周期的相关资料， 实地考察，并抽查 3 项医疗 技术审批及管理资料。</p>	<p>发现违法、违规开展医疗技术，不得分； 无指定部门负责医疗技术管理工作，扣 1 分；无统一审批、管理流程，每项扣 0.5 分；职能部门未履行监管职责，扣 0.5 分；管理资料不完整，扣 0.3 分。</p>	<p>2</p>
	<p>3.2. 1.2 医学伦理委员会承担医疗技术伦理 审核工作。重点是器官移植、限制临床应 用的医疗技术、重点医疗技术及新技术、新 项目的审核。医院开展的医疗技术经过伦理 委员会讨论通过，无违规擅自开展医疗技术 案例。</p>	<p>查阅评审周期的相关资料， 抽查 2 项医疗技术伦理审 批过程。</p>	<p>对器官移植、限制临床应用的医疗技 术、重点医疗技术及新技术、新项目的 审核未提供审批过程的相关论证资 料、会议记录等原始资料，或无伦理 批件，或有违规擅自开展医疗技术案 例，不得分；开展医疗技术未经过伦 理委员会讨论，每发现一例扣 0.5 分； 伦理委员会组成不符合要求，扣 1 分； 伦理批件不规范，或无相应会议记录 等有效证据的原始资料，每项扣 0.5 分。</p>	<p>2</p>
<p>3.2.2 有医疗技术管理制度，医疗技术管理符合国家相关规定与管理办法。 不应用未批准或已经废止和淘汰的技术。（2 分）</p>		<p>查阅相关资料，实地考察。</p>	<p>无制度，或医疗技术（现代医疗技术和 中医医疗技术）管理不符合国家相 关规定与管理办法，不得分；发现应 用未经批准或已经废止和淘汰的技 术，不得分。</p>	<p>2</p>

3.2.3 有医疗技术风险预警机制和医疗技术损害处置预案，并组织实施。对新开展医疗技术的安全、质量、疗效、经济性等情况进行全程追踪管理和评价，及时发现并采取相应措施降低医疗技术风险。（3分）	3.2.3.1 制定医疗技术风险预警机制和医疗技术损害处置预案，在新技术准入风险管理中，有保障患者安全措施和风险处置预案。	查阅评审周期内相关资料，随机抽查医疗技术、新技术项目各1项。	无预警机制和处置预案，不得分。	1
	3.2.3.2 制定新技术、新项目准入管理制度，包括立项、论证、审批等管理程序，对新技术、新项目进行全程追踪管理与随访评价。		无制度，或未开展新技术准入，不得分；制度不完善，或准入程序不规范，扣1分；未开展全程追踪管理，或未开展随访评价，扣0.5分；新技术档案资料不完整，扣0.5分；职能部门未依据监管进行评价，或未实施动态管理，扣0.5分。	2
3.2.4 建立医院医疗技术管理档案；实行医疗技术分类管理；建立并落实手术分级与准入管理制度。对实施手术、介入、麻醉等高风险技术操作的卫生专业技术人员实行“授权”管理，定期进行技术能力与质量绩效的评价。（6分）	3.2.4.1 建立医疗技术管理档案（包括本机构限制临床应用的医疗技术、重点医疗技术）；实行医疗技术分类管理；建立并落实手术分级与准入管理制度。	查阅评审周期相关资料，抽查限制临床应用的医疗技术、重点医疗技术各1项技术档案。	未建立医疗技术分类目录，包括高风险诊疗目录，或未建立高风险医疗技术档案，或未实行分级管理，或未落实手术分级与准入管理，每项扣0.5分；资料不完整，每项扣0.3分；未开展高风险医疗技术临床应用的追踪管理，扣0.3分；职能部门缺少监管，或对医疗技术分级、准入、终止缺少动态管理，扣0.3分。	1
	3.2.4.2 实施手术、麻醉、介入、腔镜诊疗等高风险技术操作的卫生技术人员实行授权的管理制度、审批程序，有本院需要授权许可的高风险诊疗技术项目的目录。	查阅评审周期相关资料，抽查2名卫生技术人员资料。	无管理制度、审批程序、本院项目目录，每项扣1分。	2
	3.2.4.3 对资格许可授权实施动态管理，有资格许可授权诊疗项目的考评与复评标准。	查阅评审周期相关资料，并抽查3份病历。	发现越级手术或未经授权擅自开展手术的案例，不得分；无资格许可授权诊疗项目的考评与复评标准，扣1分。	3

### 三、医技科室质量管理（55分）

#### （一）临床检验质量管理（20分）

评价指标	评价方法	评分细则	分值	
3.3.1.1 临床检验部门设置、布局、设备设施符合《医疗机构临床实验室管理办法》，服务项目满足临床诊疗需要，能提供24小时急诊检验服务。（4分）	3.3.1.1.1 符合《医疗机构临床实验室管理办法》的要求，全院临床实验室集中设置、统一管理、资源共享。	查阅相关资料并实地考察。抽查临检、微生物、免疫、生化等专业项目。	未集中设置、统一管理，不得分。	1
	3.3.1.1.2 临床检验项目满足临床需要，对本院临床诊疗临时需要，而不能提供的特殊检验项目，可委托其他三级甲等医院或具备资质的独立的检验机构提供服务或多院联合开展服务，但应签署医院之间的委托服务协议，有质量保证条款。	查阅相关资料，并实地考察。	临床检验项目不能满足临床需要，不得分；每年未为临床推出新项目（至少1项），扣0.5分；微生物室未定期为临床提供耐药菌的药物敏感性报告，扣0.5分；未定期（至少半年一次）公布常见分离细菌株及其药敏情况，扣0.5分；委托服务不符合要求，扣0.5分；微生物检验项目对院感控制及合理用药不能提供充分支持，扣0.5分。	1
	3.3.1.1.3 提供24小时急诊检验服务，明确急诊检验报告时间，临检项目≤30分钟出报告，生化、免疫项目≤2小时出报告。	实地考察，并抽查3个检验项目（临检、生化、免疫各1项）。	不能提供24小时急诊检验服务，不得分；检验报告时间不符合要求，每项扣0.5分。	1
	3.3.1.1.4 检验项目、设备、试剂及校准品管理符合现行法律法规及卫生行政部门标准的要求。	查阅相关资料，并实地考察。	检验项目不符合卫生行政部门准入范围，检验设备、试剂三证不齐全或不在有效期内，或校准品不符合法规规定的标准，或常规项目未进行恰当的方法学验证，不得分。	1
3.3.1.2 有实验室安全流程，制度及相应的标准操作流程，遵照实施并记录。（7分）	3.3.1.2.1 有实验室安全管理制度和流程。	查阅相关资料。	无制度和流程，或无安全记录，不得分。	1
	3.3.1.2.2 实验室进行生物安全分区并合理安排工作流程以避免交叉污染。	查阅相关资料，并实地考察。	工作流程不合理，不得分；分区不合理，扣1分；无明确的实验室生物安全等级标志，扣0.5分。	2

	3.3.1.2.3 实验室根据工作人员的不同性质，按照行业规范，进行充分的个人防护。实验室制订各种传染病职业暴露后的应急措施，并详细记录处理过程。	查阅相关资料，并实地考察。	实验室设施、个人防护、警示标识不符合要求或未制定应急预案，不得分；无职业暴露处置登记及随访记录，扣 0.5 分。	1
	3.3.1.2.4 实验室制定针对不同情况的消毒措施，并保留各种消毒记录。定期监控各种消毒用品的有效性。	查阅相关资料。	无消毒记录，不得分；未定期监控各种消毒用品的有效性，扣 0.5 分。	1
	3.3.1.2.5 实验室废弃物、废水的处置符合要求。	查阅相关资料，并实地考察。	无实验室废弃物、废水处理流程或登记记录，不得分；记录不完善，扣 0.5 分。	1
	3.3.1.2.6 实验室建立微生物菌种、毒株管理规定，并安排专人管理。	查阅相关资料。	无微生物菌种、毒株管理规定与流程，或无样品收集、取用过程记录，或无相应的应急预案，或无专人管理，每项扣 0.5 分。	1
3.3.1.3	由具备临床检验专业资质的人员进行检验质量控制活动，解释检查结果。（1分）	查阅相关资料，并实地考察。	资质不符合要求，每人扣 0.2 分；分子生物学实验室、HIV 初筛实验室检验人员无上岗证，不得分；无具有相关资质的专业人员负责结果解释工作，扣 0.5 分。	1
3.3.1.4	检验报告及时、准确、规范，严格审核制度。（6分）	查阅相关资料，实地考察，并抽查 10 份检验报告单。	未采用量值溯源、校准验证、能力验证、室内质控和室间质评进行质控，扣 2 分；定量项目检测项目未采用量值溯源，扣 2 分；未进行校准验证，扣 2 分；未参加能力验证，或未开展室内质控及室间质评，扣 2 分；未按照检验结果报告时间（临检常规项目 ≤ 30 分钟，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）出具报告，每份扣 0.5 分；报告格式不规范，每份扣 0.2 分；检验报告单未经审核并执行双签字（急诊除外），每份扣 0.5 分。	6

3.3.1.5 实验室与临床建立有效的沟通方式和途径，保证临床咨询及时受理与处理，为临床医师提供合理使用实验室信息的服务。（1分）	查阅相关资料，实地考察，并现场访谈1名相关人员。	无实验室与临床有效咨询、沟通记录，不得分；沟通方式和途径不通畅，扣0.5分。	1
3.3.1.6 开展室内质控、参加室间质评；对床旁检验项目按规定进行严格比对和质量控制。（1分）	查阅评审周期相关资料，实地考察。	无管理小组，不得分；未制定管理计划和质量控制指标，扣0.5分；无床旁检验项目的质量控制，或无室内质控和室间质评记录，每少一项扣0.3分；未对超出允许范围的项目及时进行校准和纠正，扣0.5分。	1

## （二）病理质量管理（15分）

评价指标		评价方法	评分细则	分值
3.3.2.1 病理科设置、布局、设备设施符合《病理科建设与管理指南（试行）》的要求，服务项目满足临床诊疗需要。（3分）	3.3.2.1.1 具有与其功能和任务相适应的服务项目。	查阅相关资料。	不能满足医院功能和任务需求，不得分；服务项目不能满足临床需要，扣0.5分。	1
	3.3.2.1.2 具有与其功能和任务相适应的工作场所及必需的专业技术设备。	查阅相关资料，并实地考察。	设备配置不完备，不得分；布局不合理、不符合生物安全要求，每项扣0.5分。	1
	3.3.2.1.3 不能特殊检验项目，可委托其他三级甲等医院或具备资质的独立的病理机构提供服务或多院联合开展服务，但应签署医院之间的委托服务协议，有明确的服务形式和质量保证条款。	查阅评审周期相关资料。	未签署委托服务协议，不得分；服务形式不明确，或无资质，或缺少质量保证条款，酌情扣分。	1
3.3.2.2 从事病理诊断工作和技术工作的人员资质符合《病理科建设与管理指南（试行）》要求，诊断与制片质量符合相关规定。（3分）	3.3.2.2.1 人员配备和岗位设置应满足工作需要，岗位职责明确，相关人员知晓并履行本岗位工作职责。	查阅评审周期人事档案，并访谈2名相关人员。	人员配备不能满足工作需要，扣1分；相关人员不知晓本岗位职责，每人扣0.5分。	2
	3.3.2.2.2 由具备病理学诊断所规定资质的医师从事术中快速病理、常规组织病理、细胞病理、免疫病理、超微病理及分子病理的诊断工作。诊断与制片质量符合相关规定。	查阅评审周期人事档案，并抽查评审周期病理诊断报告和快速病理报告各5份。	科室负责人不符合，扣0.5分；报告医师不符合要求，每人扣0.2分；其他人员未经培训，每人扣0.1分；诊断或制片质量不符合相关规定，酌情扣分。	1

<p>3.3.2.3 有医院感染控制与环境安全管理程序与措施，遵照实施并记录。环境保护及人员职业安全防护符合规定。（2分）</p>	<p>查阅相关资料，实地考察，并抽查2项措施（如甲醛及二甲苯检测、废弃物统一回收、易燃品、剧毒化学品管理等）的落实情况。</p>	<p>无管理程序和措施，不得分；措施未落实，每项扣1分；缺少人员体检报告，每人扣0.2分；无甲醛、二甲苯浓度检测报告、年度院外检测报告，扣0.5分；无对工作中产生的废弃有害液体统一回收的制度与流程，扣0.3分；落实不到位，酌情扣分；缺少完善的易燃品、剧毒化学品登记和管理规范，酌情扣分。</p>	<p>2</p>	
<p>3.3.2.4 及时提供规范的病理诊断报告，有严格审核制度，并落实。（4分）</p>	<p>3.3.2.4.1 病理诊断应执行相应的规范，有复查制度、科内会诊制度，并落实。</p>	<p>查阅相关资料，随机抽查手术及肿瘤归档病历共5份。</p>	<p>无规范病理诊断的相关制度与流程，或无复查、科内会诊制度，不得分；落实不到位，扣0.3分；无疑难病例会诊记录本，扣0.3分；疑难病例的病理报告无上级医师审核签字，每份扣0.3分。</p>	<p>1</p>
	<p>3.3.2.4.2 病理诊断报告应准时、规范、文字准确，字迹清楚。</p>		<p>对病理诊断报告内容与格式无明确规定，不得分；病理报告内容不符合规范和标准要求，每份扣0.5分；病理诊断报告（疑难病例和特殊标本除外）超过5个工作日发出，每份扣0.5分。</p>	<p>1</p>
	<p>3.3.2.4.3 有病理诊断报告补充或更改或迟发的管理制度与程序。</p>		<p>无病理报告补充或更改的制度和审核批准流程，不得分；制度未落实，或流程有缺陷，扣1分；发出报告的医师未经授权，扣0.5分；病理档案记录不完整，或真实性资料欠完整，酌情扣分。</p>	<p>2</p>
<p>3.3.2.5 落实全面质量管理与改进制度，按规定开展质量控制活动，并有记录。（1分）</p>	<p>查阅评审周期相关资料，随机抽查1项措施落实情况。</p>	<p>未确立病理质量指标，不得分；未开展质控活动，扣0.5分；无持续改进措施，扣0.5分；措施落实不到位，酌情扣分；常规病理制片不规范，扣0.3分；无相关有效完整资料，酌情扣分。</p>	<p>1</p>	
<p>3.3.2.6 有病理医师与临床医师随时沟通的相关制度与流程，解释病理检查结果，为临床诊断与外科手术方案提供支持服务。（2分）</p>	<p>查阅评审周期相关资料，访谈手术科室、肿瘤科室医师各2名。</p>	<p>随时沟通制度与流程未落实，扣0.5分；未定期（至少每季度一次）召开临床病理讨论会，扣0.5分；缺少完整资料证实制度得到有效执行，酌情扣分；临床医师的满意度&lt;85%，酌情扣分。</p>	<p>2</p>	

### (三) 医学影像质量管理 (20分)

评价指标		评价方法	评分细则	分值
3.3.3.1 医学影像 (放射、CT、MRI、超声、核素成像等) 部门设置、布局、设备设施符合《放射诊疗管理规定》，服务项目满足临床诊疗需要，提供24小时急诊影像服务。(6分)	3.3.3.1.1 医学影像科通过医疗机构执业诊疗科目许可登记，符合《放射诊疗管理规定》，取得《放射诊疗许可证》，服务满足临床需要，提供24小时急诊影像服务。	查阅相关资料，并实地考察。	未取得《放射诊疗许可证》，或《许可证》诊疗项目与诊疗服务不符合，不得分；X线影像、超声检查、CT不能提供24小时急诊（包括床边急诊）检查服务，每项扣1分。	3
	3.3.3.1.2 根据医院规模和任务配备医疗技术人员，人员梯队结构合理。	查阅评审周期人事档案。	医师、技术人员和护士配备与影像科室服务规模和任务不相符，每类扣1分；科室负责人不具备副主任医师以上专业技术任职资格，扣0.5分；其他人员资质不合格，每人扣0.2分。	2
	3.3.3.1.3 科室有必要的紧急意外抢救药品器材，相关人员具备紧急抢救能力，有与临床科室紧急呼救与支援的机制与流程。	查阅相关资料，并实地考察。	科室无紧急意外抢救预案，不得分；缺少必要的紧急意外抢救药品器材，扣0.5分；无与临床科室紧急呼救与支援的机制与流程，扣0.5分。	1
3.3.3.2 建立规章制度，落实岗位职责，执行技术规范，提供规范服务，保护患者隐私；实行质量控制，定期进行图像质量评价。(6分)	3.3.3.2.1 建立健全各项规章制度和技术操作规范，落实岗位职责，开展质量控制。	查阅相关资料，并访谈1名员工。	无规章制度和技术操作规范，不得分；制度或技术规范未落实，酌情扣分；员工不知晓本岗位职责，扣0.5分；未制定质控指标，扣0.3分；指标未落实，或无质量控制记录，扣0.3分；院内影像设备未实行统一质控，扣0.5分。	1
	3.3.3.2.2 定期校正放射诊疗设备及其相关设备的技术指标和安全、防护性能，并符合有关标准与要求。	查阅相关资料，并实地考察。	未开展设备年度安全检查，或无定期校正和维护记录，扣0.5分；设备运行完好率<95%，扣0.5分。	1
	3.3.3.2.3 采用多种形式，开展图像质量评价活动。	查阅评审周期相关资料，并实地考察。	未开展质量控管理，或质量评价，不得分；无改进措施，扣0.5分；措施落实到位，扣0.3分。	1

	3.3.3.2.4 大型影像设备检查阳性率符合要求，有统计与分析记录。	查阅评审周期相关资料。	大型 X 线设备检查阳性率 < 50%，CT、MRI 检查阳性率 < 60%，医学影像诊断与手术后符合率 < 90%，每项降低 5 个百分点，扣 1 分；无分析，扣 1 分；分析不到位，扣 0.5 分；无改进措施，扣 0.3 分；措施落实不到位，扣 0.2 分。	2
	3.3.3.2.5 提供规范服务，保护患者隐私。	查阅评审周期相关资料，并实地考查。	服务不规范，扣 0.5 分；不能提供患者隐私保护，扣 0.5 分。	1
3.3.3.3 提供规范的医学影像诊断报告，有审核制度，有疑难病例分析与读片制度和重点病例随访与反馈制度。（5 分）	3.3.3.3.1 医学影像诊断报告内容正确、及时、规范，报告质量符合要求，有审核制度与流程，每月有诊断报告质量的评价，整改措施落实到位。	抽查评审周期 X 线影像、超声检查、CT（MRI）、或核素成像各 5 份报告。	出具报告医师资质、报告时间、报告流程不符合要求，每发现一处扣 0.2 分；报告质量不符合要求，每份扣 0.3 分；未执行审核制度，每份扣 0.2 分；无质量评价，或未确立质量指标，扣 0.3 分；整改措施落实不到位，酌情扣分。	3
	3.3.3.3.2 有重点病例随访与反馈制度，定期召开疑难病例分析与读片会。	查阅评审周期相关记录，参加一次科室病例分析会或读片会。	未开展重点病例随访与反馈，扣 1 分；未定期召开疑难病例分析与读片会，扣 1 分；病例分析会与读片会参加人员覆盖率 < 医师 70%，扣 0.3 分；无可溯源查证资料，或资料完整性较差，扣 0.5 分。	2
3.3.3.4 制定医学影像设备定期检测制度、环境保护、受检者防护、工作人员职业健康防护等相关制度，遵照实施并记录。（3 分）	3.3.3.4.1 制定医学影像设备定期检测、放射安全管理等相关制度，医学影像科通过环境评估。	查阅相关资料，并实地考查。	无放射安全管理制度与落实措施，或未通过环境评估，不得分；医学影像设备、场所未定期检测，扣 0.5 分；无放射废物处理规定，扣 0.2 分；影像检查门口未设置电离辐射警告标志，扣 0.2 分。	1
	3.3.3.4.2 有受检者和工作人员防护措施。	查阅评审周期相关资料，实地考查，并随机抽查 5 名影像人员健康档案。	未对受检者敏感器官和组织进行屏蔽防护，扣 0.5 分；未给工作人员提供完整的放射防护器材与个人防护用品，扣 0.5 分；未为影像科人员佩戴个人放射剂量计，扣 0.3 分；影像人员未完成每年健康检查，酌情扣分。	1
	3.3.3.4.3 制定放射安全事件应急预案并组织演练。	查阅评审周期相关资料。	无应急预案，不得分；未开展演练，扣 0.5 分。	1

## 四、其他科室质量管理（100分）

### （一）手术治疗管理（15分）

评价指标		评价方法	评分细则	分值
3.4.1.1 实行手术医师资格准入制度和手术分级授权管理制度，建立定期手术医师资格和能力评价与再授权的机制。（2分）	3.4.1.1.1 制定手术医师资格分级授权管理制度与程序，实行手术医师资格准入制分级授权管理。手术医师对授权知晓率100%。	查阅评审周期相关资料，并抽查2名医师。	无分级授权制度，不得分；手术分级授权管理未落实到每一位手术医师，扣0.3分；手术医师的手术权限与其资格能力不相符，每人扣0.2分；手术医师不知晓其授权，每人扣0.2分。	1
	3.4.1.1.2 制定手术医师定期能力评价和再授权制度,并落实。	查阅评审周期相关资料。	无制度，不得分；无评价，或再授权记录，扣0.5分。	1
3.4.1.2 实行患者病情评估与术前讨论制度，遵循诊疗规范，制订诊疗和手术方案并记录在病历中。（2分）	3.4.1.2.1 制定患者病情评估和术前讨论制度。	查阅相关资料，抽查评审周期3份手术病历(不同科室)。	无制度，不得分；手术病历无相关记录，每份扣0.5分；术前讨论不规范，或记录欠完整，每份扣0.2分；职能部门对制度落实情况未开展定时检查，扣0.5分；缺少检查后的分析、反馈和整改措施，扣0.3分。	1
	3.4.1.2.2 根据临床诊断、病情评估的结果与术前讨论，遵循诊疗规范，制订手术治疗计划或方案。		无手术治疗计划，或无方案,不得分；术前诊断、拟施行的手术名称、可能出现的问题与对策等记录不全，每份扣0.5分。	1
3.4.1.3 患者手术前的知情同意包括术前诊断、手术目的和风险、高值耗材的使用与选择，以及其他可选择的诊疗方法等。（3分）	3.4.1.3.1 落实患者知情同意管理的相关制度与程序。	查阅相关资料。	无知情同意制度，不得分；制度（谈话对象、内容、方式、时限等）不完善，扣0.5分。	1
	3.4.1.3.2 手术前谈话由手术医师进行，知情同意结果记录于病历之中。	抽查评审周期3份手术病历（不同科室）。	应签署知情同意书而未签署，不得分；知情同意谈话未由手术医师进行，每份扣0.5分；谈话内容不完整，每份扣0.5分。	1

	3.4.1.3.3 肿瘤手术等需要根据术中冰冻病理诊断结果需要调整手术方式的，在手术前要向患者、近亲属、授权委托人充分说明，征得患方同意并签署知情同意书。		术中需要调整方式未签署知情同意书，每份扣 0.5 分。	1
3.4.1.4 医院有重大手术报告审批制度，有急诊手术管理措施，保障急诊手术及时安全。（2分）	3.4.1.4.1 有重大手术（包括急诊情况下）报告审批制度，制定需要报告审批的手术目录。	查阅相关资料，抽查评审周期 3 份重大手术病历，并抽查 2 名医师（不同科室的医师）。	无报告审批制度与流程、手术目录，不得分；临床科室手术医师不掌握相关制度与流程，每 1 人扣 0.3 分；职能部门未履行监管职责，扣 0.5 分；应审批而未审批，每份扣 0.3 分；审批资料不完整，或有违规案例，发现一处扣 0.3 分。	1
	3.4.1.4.2 有急诊手术管理的相关制度与流程，建立急诊手术绿色通道，保障急诊手术及时安全。		无相关制度与流程，不得分；未建立绿色通道，扣 0.5 分；相关人员不掌握制度与流程，每 1 人扣 0.3 分；职能部门未履行监管职责，缺少分析、反馈和整改措施，扣 0.5 分；未建立多部门协调有效机制，扣 0.3 分。	1
3.4.1.5 手术预防性抗菌药物应用的选择与使用时机符合规范。有手术抗菌药物应用管理制度，预防使用抗菌药物规范。（1分）		查阅相关资料，抽查评审周期 3 份 I 类切口（手术时间 ≤2 小时）手术病历（不同科室），并随机考核 2 名医师。	未结合本院实际制定手术预防性抗菌药物临床应用管理相关制度、规范，不得分；医师未掌握相关内容，每人扣 0.2 分；I 类切口（手术时间 ≤2 小时）手术，预防性抗菌药物使用比例 ≥30%，扣 0.3 分；预防性抗菌药物使用不规范，每份扣 0.5 分。	1
3.4.1.6 手术的全过程和术后注意事项及时、准确地记录在病历中；手术的离体组织应做病理学检查，明确术后诊断；手术后并发症的风险评估和预防措施到位。（3分）	3.4.1.6.1 术后首次病程记录于术后即时完成，手术主刀医师在术后 24 小时内完成手术记录（特殊情况下，由一助书写，主刀签名）。	抽查评审周期 3 份手术病历（不同科室）。	未按时完成，每份扣 0.5 分；未按要求签署，每份扣 0.5 分；术后未按要求完成手术记录和病程记录，或欠完整，每项扣 0.2 分。	1
	3.4.1.6.2 手术后标本的病理学检查有明确的规定与流程；肿瘤手术离体组织病理学检查送检率 100%，明确术后诊断，并记录。	查阅相关资料，并抽查评审周期 3 份手术病历。	无规定与流程，不得分；肿瘤手术离体组织未做病理学检查，每份扣 0.5 分。	1

	3.4.1.6.3 围手术期并发症的风险评估和预防措施到位。	查阅相关资料，抽查评审周期 3 份手术病历，访谈医师 2 名。	医师不熟悉围手术期常见并发症，每人扣 0.5 分；手术后并发症的预防措施落实不到位，扣 0.5 分；无重大手术并发症的案例分析报告，扣 0.3 分。	1
3.4.1.7 有质量与安全管理小组，定期分析影响围手术期质量与安全管理因素，有“非计划再次手术”与“手术并发症”等医院管理评价指标，实施管理与评价，改进手术质量与安全。（2分）	3.4.1.7.1 成立科室质量管理小组，有明确的质量与安全指标，定期评价，有能够显示持续改进效果的记录。	查阅相关资料，抽查 1 个手术科室。	未成立管理小组，不得分；未制定质量安全指标，扣 0.5 分；未开展定期质量评价，扣 0.5 分；记录不完整，扣 0.5 分。	1
	3.4.1.7.2 有“非计划再次手术”的监测、原因分析、反馈、整改和控制体系。		无相关管理制度与流程，不得分；未纳入手术科室质量评价指标，扣 0.5 分；未将“非计划再次手术”指标作为对手术医师资格评价、再授权的重要依据，扣 0.5 分；职能部门未对“非计划再次手术”监测、原因分析、反馈、整改，扣 0.3 分。	1

## （二）麻醉治疗管理（15分）

评价指标		评价方法	评分细则	分值
3.4.2.1 有麻醉医师资格分级授权管理制度与规范及定期能力评价与再授权的机制，麻醉人员配备合理。（2分）	3.4.2.1.1 制定麻醉医师资格分级授权管理制度，对麻醉医师有定期能力评价和再授权机制。	查阅相关资料。	无制度，不得分；未定期开展能力评价和再授权工作，扣 0.5 分。	1
	3.4.2.1.2 手术麻醉人员配备合理，麻醉科室负责人具有副高级及以上专业技术职务任职资格。		人员配备不能满足要求，扣 0.5 分；科室负责人不符合要求，扣 0.5 分。	1

3.4.2.2 实行患者麻醉前病情评估制度，制订治疗计划、方案，风险评估结果记录在病历中。（2分）	3.4.2.2.1 有患者麻醉前病情评估和麻醉前讨论制度。	查阅相关资料，并抽查评审周期3份手术病历（不同科室）。	无制度，不得分；手术病历无相关记录，每份扣0.3分；评估与讨论的病历记录欠完整，每份扣0.2分。	1
	3.4.2.2.2 由有资质和授权的麻醉医师进行麻醉风险评估，制订麻醉计划。		医师资质不符合要求，每份扣0.3分；科室对变更麻醉方案的病例未进行定期回顾、总结、分析，扣0.5分；职能部门未履行监管职责，扣0.3分；未对改进措施落实情况进行追踪评价，扣0.2分。	1
3.4.2.3 履行患者麻醉前的知情同意（包括治疗风险、优点及其他可能的选择）。（1分）		抽查评审周期3份手术病历（不同科室）。	麻醉前未向患方（患者近亲属或授权委托人）进行知情同意的相关制度，不得分；无麻醉知情同意书，每份扣0.3分；知情同意书内容不完整，扣0.2分。	1
3.4.2.4 执行手术安全核查，实施麻醉操作的全过程记录于病历、麻醉单中。（2.5分）	3.4.2.4.1 有麻醉过程中的意外与并发症处理规范。	查阅相关资料，访谈麻醉医师2人。	无麻醉过程中的意外与并发症处理规范与流程，不得分；麻醉医师对规范和流程不掌握，每人扣0.2分；缺少麻醉意外和并发症专题讨论，扣0.3分。	0.5
	3.4.2.4.2 执行手术安全核查，麻醉的全过程在病历/麻醉单上得到充分体现。	抽查评审周期3份病历（不同科室）。	未执行手术安全核查，不得分；麻醉过程未记录，每份扣0.3分。	1
	3.4.2.4.3 有麻醉效果评定规范与规程，并按规定进行麻醉效果评定。	查阅评审周期相关资料。	无麻醉效果评定的规范与流程，不得分；未定期对麻醉效果资料进行分析、评定、总结，扣0.3分；缺少改进措施，扣0.2分。	1
3.4.2.5 有麻醉后复苏室，管理措施到位，实施规范的全程监测，记录麻醉后患者的恢复状态，防范麻醉并发症的措施到位。（4.5分）	3.4.2.5.1 设立麻醉后复苏室，床位及人员配置（至少有一位能独立实施麻醉的麻醉医师）合理，配备吸氧、无创血压和血氧饱和度监测、呼吸机等必需设备及抢救用药，并定期对医务人员进行培训与考核。	查阅相关资料、实地考察，并抽查评审周期3份手术病历（不同科室）。	无麻醉后复苏室，不得分；床位设备配置不合理，扣1分；人员配备不合理，扣1分；未对医护人员进行定期培训与考核，扣0.5分。	2

	3.4.2.5.2 制定麻醉后复苏室患者转入、转出标准与流程，并落实；患者在复苏室内的监护结果和处理均有记录。		无标准与流程，不得分；未执行，每份扣 0.5 分；无记录，每份扣 0.5 分；科室未定期自查、分析、整改，扣 1 分；患者监护和处理记录不规范，每份扣 0.5 分。	2.5
3.4.2.6 建立术后镇痛治疗管理的规范与流程，能有效地执行。（1分）		查阅相关资料。	无规范与流程，不得分；未执行，扣 0.5 分。	1
3.4.2.7 建立麻醉科与手术科室和输血科的有效沟通，积极开展自体输血，严格掌握术中输血适应症，合理、安全输血。（1分）		查阅相关资料，并抽查评审周期 3 份手术输血病历。	未实施有效沟通，或未开展自体输血，扣 0.5 分；手术病例输血不合理，每例扣 0.5 分。	1
3.4.2.8 定期分析麻醉管理评价指标，开展麻醉质量评价，确保患者麻醉安全。（1分）		查阅评审周期相关资料。	未成立管理小组，或未定期进行质量评价，不得分；无工作记录，扣 0.5 分。	1

### （三）重症医学科管理（20分）

评价指标		评价方法	评价细则	分值
3.4.3.1 重症医学科室布局、设备设施、专业人员资质与能力、设置及医院感染控制符合《中医医院重症医学科建设与管理指南》的基本要求。（7分）	3.4.3.1.1.每床使用面积 $\geq 15$ 平方米，床间距 $\geq 1$ 米，最少配备一个单间。	查阅相关资料，并实地考查。	每床使用面积不符合要求，扣 0.2 分，床间距不符合要求，扣 0.2 分，无单间，扣 0.1 分。	0.5
	3.4.3.1.2 有专人负责设备维护，设备设施处于备用完好状态；信息系统能够及时传递检验、影像等医技检查信息。		无专人负责，扣 0.5 分；设备设施不在备用状态，扣 0.5 分；信息系统不能达到要求，扣 0.5 分。	1
	3.4.3.1.3 重症医学床位占医院总床位 $\geq 1\%$ ，保持适宜的床位使用率，每天至少应保留一张空床以备应急使用。		低于 1%，不得分；床位使用未达到要求，扣 0.3 分。	0.5
	3.4.3.1.4 医师人数与床位数之比不低于 0.8 : 1，护理人员人数与床位数之比不低于 2.5 ~ 3 : 1。	查阅评审周期人事档案及相关资料。	医师人数不达标，扣 0.5 分；护理人员不达标，扣 0.5 分。	1

	3.4.3.1.5 科室主任负责人具有副高级以上专业技术职务任职资格；护士长具有中级以上专业技术职务任职资格。		科主任任职资格不符合要求，扣 0.5 分；护士长任职资格不符合要求，扣 0.5 分。	1
	3.4.3.1.6 医护人员经过专业培训，掌握重症医学的基本技能要求，具备独立工作能力。	抽查医师及护士各 2 人。	医护人员未经过专业培训，不得分；不能熟练、正确操作设备，每人扣 1 分；心肺复苏不熟练，每人扣 1 分。	2
	3.4.3.1.7 重症医学科布局及设置符合医院感染控制的要求。	实地考察。	布局或设置不符合医院感染控制要求，不得分。	1
3.4.3.2 有科室工作制度、岗位职责和技术规范、操作规程。重症监护患者入住、出科符合指征，实行“危重程度评分”。（5 分）	3.4.3.2.1 制定科室各项规章制度、岗位职责和相关技术规范、操作规程。有抗菌药物使用与管理的相关规定；有储备药品、一次性医用耗材管理和使用规范与流程。	查阅相关资料，并实地考察。	无规章制度，不得分；无岗位职责，扣 0.5 分；无相关技术规范、操作规程，扣 0.5 分；无抗菌药物使用与管理的相关规定，扣 0.3 分；无储备药品、一次性医用耗材管理和使用规范与流程，扣 0.3 分。	1
	3.4.3.2.2 有收住患者的范围、转入和转出标准及转出流程，转入转出患者与标准的符合率 $\geq 90\%$ 。	查阅相关资料，抽查评审周期 5 份归档病历。	无标准及流程，不得分；转入转出患者与标准不相符，每份扣 0.5 分。	1.5
	3.4.3.2.3 对入住患者实行疾病严重程度评估，疾病严重程度评估率 100%。	抽查 5 份运行病历或归档病历。	未实行疾病严重程度评估，每份扣 0.5 分。	1.5
	3.4.3.2.4 定期评价收住患者的适宜性及临床诊疗质量，并能以此评价改进措施的有效性。	查阅评审周期相关资料，抽查 5 份运行病历。	未开展定期评价，不得分；无改进措施，扣 0.5 分；措施未落实，或改进无成效，扣 0.3 分。	1
3.4.3.3 对医师与护理人员实行资格、技术能力准入及授权管理；对重症疑难患者实施多学科联合查房制度；患者诊疗活动由主治医师及以上人员主持与负责。（3 分）	3.4.3.3.1 制定医护人员资格、技术能力准入及授权管理的相关制度与程序；医护人员进行重症医学专业理论和技能培训，考核合格后方可独立上岗；护理员、保洁员经过相关知识培训考核后上岗。	查阅评审周期相关资料。	无相关制度与程序，不得分；医护人员未进行培训及考核，每人扣 0.3 分；未实行高风险技术操作授权、评估和再授权管理，扣 0.5 分；护理员、保洁员未经过培训及考核，扣 0.5 分。	1
	3.4.3.3.2 有多学科协作与支持机制。通过重症医学科与相关学科医师联合查房、病例讨论等形式，提供专科诊疗支持。	查阅评审周期相关资料。	无多学科协作与支持机制，不得分；无多学科联合查房、病例讨论等原始记录，扣 0.5 分。	1
	3.4.3.3.3 患者诊疗活动由主治医师及以上人员主持与负责。	抽查评审周期 3 份运行病历。	不符合要求，每份扣 0.5 分。	1

3.4.3.4 有医院感染管理相关规定，对呼吸机相关性肺炎、导管所致的血行性感染、留置导尿所致的泌尿系感染有预防监控方案、质量控制指标，并能切实执行。（3分）	3.4.3.4.1 医务人员及相关人员遵循手卫生规范，有相应的设备；有消毒剂管理的相关规定，有医疗废物管理相关规定及措施。	查阅相关资料，并抽查 2 名医护人员。	医护人员手卫生不符合要求，每人扣 0.5 分；无相应设备，扣 0.3 分；无消毒剂有效浓度范围、物品浸泡时间等消毒剂管理规定，扣 0.5 分；无医疗废物管理相关规定及措施，扣 0.5 分。	1
	3.4.3.4.2 制定预防呼吸机相关肺炎、导管相关性血行感染，留置导尿管相关性感染等相关制度及措施，并落实，定期分析、评价。	查阅相关资料。	无相关制度及措施，不得分；科室未定期分析，或缺少评价及整改措施，扣 0.5 分；措施未落实，扣 0.3 分。	1
	3.4.3.4.3 落实抗菌药物临床使用相关规定。	抽查评审周期 5 份归档病历。	抗菌药物使用不符合相关规定，每份扣 0.5 分；无抗菌药物使用情况定期分析、评价及整改措施，扣 0.5 分。	1
3.4.3.5 有质量与安全管理小组，定期评价质量，促进持续改进。（2分）	3.4.3.5.1 有质量与安全管理小组工作职责、工作计划和工作记录。	查阅评审周期相关资料。	无质量与安全管理小组，不得分；无工作职责、工作计划和工作记录，每项扣 0.5 分。	1
	3.4.3.5.2 制定明确的质量与安全指标（如：非预期的 24/48 小时重返重症医学科率、呼吸机相关性肺炎的发生率、中心静脉导管相关性血行性感染率、导尿管相关的泌尿系感染率、重症患者预期死亡率与实际死亡率、重症患者压疮发生率、各类导管路滑脱与再插率等），定期检查、评估、分析、改进。		无明确的质量与安全指标，不得分；无定期检查、分析记录，扣 0.5 分；未体现持续改进，扣 0.5 分。	1

**(四) 感染性疾病管理(10分)**

评价指标		评价方法	评分细则	分值
3.4.4.1 执行《传染病防治法》及相关法律、法规、规章和规范，健全传染病防治与医院感染管理组织架构，完善管理制度并组织实施。（1分）		查阅相关资料。	无传染病及医院感染管理职能部门，不得分；无相关制度、流程、岗位职责，扣0.5分；未开展相关制度、规范培训，扣0.5分。	1
3.4.4.2 感染性疾病科或传染病分诊点设置符合卫生行政部门规定，有重点传染病防治专家组。（3分）	3.4.4.2.1 根据相关法规要求设置感染性疾病科，其建筑规范、医疗设备和设施。	查阅相关资料，并实地考察。	未独立设置感染性疾病科，或发热门诊，不得分；布局不合理、三区划分不符合要求，每项扣0.5分；无独立的挂号收费室、候诊区、诊室、治疗室、隔离观察室、检验室、放射检查室、药房（或药柜）、专用卫生间、处置室和抢救室，每项扣0.3分。	1
	3.4.4.2.2 人员配备应符合国家有关规定，并开展岗前培训及考核，成立重点传染病防治专家组。	查阅相关资料。	科负责人不具备副主任医师及以上专业技术职务任职资格，护士长不具备主管护师及以上专业技术职务任职资格，每人扣0.5分；未进行岗前培训，不得分；无考核记录，扣0.3分；无专家组，扣0.5分。	1.5
	3.4.4.2.3 落实预检分诊制度，实行首诊负责制，及时报告疫情。	查阅相关资料，实地考察门诊预检分诊处、急诊分诊处。	未落实门、急诊预检分诊制度，未执行“首诊负责制”，或报告疫情不及时，不得分；报告疫情不完整，扣0.3分。	0.5

3.4.4.3 根据标准预防的原则，采取标准防护措施,为医务人员提供符合国家标准的消毒与防护用品，并按照《医疗废物管理条例》处理废物。（3分）	3.4.4.3.1 为医务人员提供符合国家标准的消毒与防护用品，根据标准预防的原则，采取标准防护措施。	实地考察，并抽查2名医务人员。	消毒与防护用品不符合标准，不得分；人员未掌握标准防护概念及措施，每人扣0.5分；人员防护措施不适宜，每人扣0.5分。	1
	3.4.4.3.2 按照《医疗废物管理条例》要求，规范处理医疗废物。	查阅相关资料，并实地考察。	无医疗废物（包括污水处理）管理制度与处理规范，不得分；无污水系统监测记录，扣0.5分；未提供环保部定期出具的污水监测报告，扣0.5分；未签署医疗废弃物处理合同，或无医疗废弃物交接记录，扣0.5分；医疗废弃物暂存站不符合要求，扣0.5分。	2
3.4.4.4 开展对传染病的监测和报告工作。有专门部门或人员负责传染病疫情报告工作，并按照规定进行网络直报。（2分）		查阅评审周期相关资料，并实地考察。	无报告制度，不得分；无疫情报告部门和专职人员，不得分；未网络直报，不得分；不能登陆直报系统，扣0.5分；未落实传染病报告责任奖惩制度，扣1分；网报与门诊日志不符合，扣1分；传染病漏报、不及时、不完整，每项扣0.5分。	2
3.4.4.5 定期对工作人员进行传染病防治知识和技能培训；向公众开展传染病预防知识的教育、咨询。（1分）	3.4.4.5.1 定期对全体工作人员进行传染病防治知识和技能的培训与传染病处置演练。	现场抽取人员进行考核。	未定期开展培训，扣0.3分；无演练记录，扣0.2分；人员培训考核不到位，扣0.3分。	0.5
	3.4.4.5.2 向公众开展传染病预防知识的教育、咨询。	查阅评审周期相关资料。	未开展，不得分。	0.5

### (五) 输血管理与持续改进 (15分)

评价指标		评价方法	评价细则	分值
3.4.5.1 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》等有关法律和规范，制定输血管理制度，并进行培训。(1分)	3.4.5.1.1 制定临床输血管理相关制度和实施细则，内容涵盖本机构输血管理的全过程。对医务人员进行临床输血相关法律、法规、规章制度培训。	查阅相关资料，并抽查1名医务人员。	无相关制度和实施细则，不得分；内容未涵盖全过程，扣0.2分；对医务人员未进行相关培训，不得分；医务人员对输血的相关制度不熟悉，扣0.3分。	0.5
	3.4.5.1.2 制定本医疗机构临床用血计划及临床用血申请分级管理制度；建立临床科室和医师临床用血评价和公示制度。	查阅评审周期相关资料。	无用血计划，扣0.2分；无分级管理制度，扣0.2分；未定期进行用血评价及公示，扣0.2分。	0.5
3.4.5.2 设立输血科，具备为临床提供24小时服务的能力，满足临床需要，无非法自采、自供血液行为。(2分)	3.4.5.2.1 设立独立建制的输血科，人员结构、房屋设施和仪器设备均符合相关规定要求。	查阅相关资料，并实地考察。	无独立建制的输血科，或输血科无专人负责，扣0.5分；人员结构、房屋设施和仪器设备不符合规定要求，每项扣0.5分。	1
	3.4.5.2.2 具备为临床提供24小时供血服务的能力，满足临床工作需要。	查阅相关资料，并实地考察。	无临床用血储备计划，扣0.2分；未与指定供血单位签订供血协议，扣0.2分；无血液库存量管理要求，扣0.2分；无应急用血的后勤（通信、人员、交通）保障，扣0.2分。	0.5
	3.4.5.2.3 无非法定渠道用血和自采、自供血的行为。	抽查5份运行或归档输血病历。	有非法定渠道用血或自采、自供血行为，不得分。	0.5
3.4.5.3 加强临床用血过程管理，严格掌握输血适应症，促进临床安全、合理、科学用血。(4分)	3.4.5.3.1 开展对临床医师输血知识的教育与培训（每年至少一次），开展临床用血评价。	查阅评审周期相关资料。	未定期进行培训，不得分；医院未将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，扣0.3分。	1
	3.4.5.3.2 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”。	抽查5份运行或归档的输血病历。	未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，每份扣0.3分；未签署“输血治疗知情同意书”，每份扣0.3分。	1

	3.4.5.3.3 制定临床用血前评估和用血后效果评价制度，严格掌握输血适应症，做到安全、有效、科学用血。	查阅相关资料，并抽查 1 名医务人员。	无输血适应症管理规定，不得分；无用血后效果评价管理要求及评价，不得分；医院无输血指征综合评估的指标，扣 0.5 分；医务人员输血适应症掌握不全面，扣 0.5 分。	1
	3.4.5.3.4 积极开展血液保护相关技术，建立自体输血、围手术期血液保护等输血技术管理制度，并落实。	查阅相关资料，并实地考查。	无自体输血、围手术期血液保护等输血技术管理制度，不得分；无相关设备，不得分；上年度未开展自体输血，扣 0.5 分。	1
3.4.5.4 开展血液质量管理监控，制订并实施控制输血严重危害（SHOT）（输血传染疾病、输血不良反应、输注无效）的方案，严格执行输血技术规范。（4分）	3.4.5.4.1 制订血液贮存质量监测规范与信息反馈制度。	查阅相关资料，并实地考查。	无制度，不得分；使用血液存放环境不符合规定，不得分；无冰箱存放标识、无冰箱温度、定期消毒、细菌监测、血液保存期等监测记录，无血袋、一次性输血耗材无害化处理记录，每项扣 0.2 分。	1
	3.4.5.4.2 制定临床输血过程的质量管理监控及效果评价的制度与流程。	查阅相关资料，并现场考核 1 名医务人员，抽查 3 份运行或归档输血病历。	无制度与流程，不得分；制度与流程不完善，扣 0.5 分；医务人员不熟悉相关制度与流程，扣 0.5 分；输血全过程信息未记录于病历中，每份扣 0.5 分。	1
	3.4.5.4.3 制定紧急用血预案，并落实。	查阅相关资料，抽查 2 名相关人员。	无紧急用血的应对预案，不得分；无关键设备故障的应急措施，扣 0.5 分；相关人员不知晓本部门、本岗位的履职要求，扣 0.5 分。	1
	3.4.5.4.4 制定控制输血严重危害的方案与实施情况记录。	查阅相关资料，并抽查 3 份运行或归档输血病历。	无方案，不得分；相关部门未按规定流程调查输血不良反应并记录，扣 0.5 分；无识别输血不良反应标准和应急措施，扣 0.5 分。	1

3.4.5.5 开展血液全程管理，落实临床用血申请、申请审核制度，履行用血报批手续，执行输血前核对制度，做好血液入库、贮存和发放管理。（2分）	3.4.5.5.1 制定输血申请审核登记和用血报批等级制度，用血申请单格式、书写规范，信息记录完整；大量用血报批审核率 100%，临床单例患者用全血或红细胞超过 8 U 履行报批手续，紧急用血必须履行补办报批手续。	查阅评审周期相关资料，抽查 3 份归档输血病历。	无相关制度，不得分；临床用全血或红细胞超过 8 U 未履行报批手续，不得分；大量用血未报批审核，扣 0.2 分；用血申请单格式、书写不规范或信息不完整，扣 0.2 分；紧急用血，未补办相关手续，扣 0.2 分。	0.5
	3.4.5.5.2 建立输血管理信息系统，做好血液入库、贮存和发放管理。	查阅相关资料，并实地考察。	无输血管理信息系统或血液库存管理制度，不得分；血液的出入库记录完整率 < 100%，不得分；血液贮存、运输不符合国家有关冷链控制的标准和要求，不得分；血液有效期内使用率 < 100%，扣 0.3 分；用血的发血单、输血记录单格式和书写规范、信息记录不完整，扣 0.3 分。	1
	3.4.5.5.3 制定输血标本采集流程，执行输血前核对制度。	查阅相关资料，并访谈 2 名相关人员。	无制度及流程，不得分；不熟悉核对制度，每人扣 0.2 分。	0.5
3.4.5.6 落实输血相容性检测的管理制度，做好相容性检测实验质量管理，确保输血安全。（2分）	3.4.5.6.1 制定输血前检测和输血相容性检测管理制度。	查阅相关资料	无检测管理制度，不得分；未规范开展输血前检验项目（ABO 正反定型、RhD、不规则抗体筛查、交叉配血、输血感染性疾病免疫标志物），每项扣 0.3 分。	1
	3.4.5.6.2 做好相容性检测质量管理，开展室内质量控制，参加输血相容性检测室间质评。	查阅评审周期相关资料。	未建立室内质量控制流程，不得分；未实施，扣 0.5 分；未参加国家级或省级室间质量评价机构组织的输血前相关血液检测室间质量评价，不得分；对于室内失控项目和室间质量评价不合格的项目，未采取纠正措施，每项扣 0.2 分。	1

(六) 医院感染管理(25分)

评价指标		评价方法	评分细则	分值
3.4.6.1 有医院感染管理组织，医院感染控制活动符合《医院感染管理办法》等规章要求，并与医院功能和任务及临床工作相匹配。（3.5分）	3.4.6.1.1 依据《医院感染管理办法》设立独立的医院感染管理组织，负责医院感染管理工作。	查阅相关资料。	未独立设置医院感染管理职能部门，或无独立设置的医院感染管理委员会，不得分；职责不明确，扣1分；医院感染管理部门负责人不具有副高级以上专业技术职务任职资格，扣0.5分；未定期召开工作会议，扣0.5分；未提供有效证据的原始资料，扣0.5分。	2
	3.4.6.1.2 制定相应的规章制度及工作流程，在医疗服务中落实医院感染的预防与控制措施。	查阅相关资料。	无相关规章制度，不得分；未按照制度和流程落实监督检查并记录，扣0.2分；无持续改进措施，扣0.2分；措施未落实，扣0.1分。	0.5
	3.4.6.1.3 制定医院感染暴发报告流程与处置预案。	查阅相关资料。	无流程与处置预案，不得分；未按要求上报医院感染暴发事件，扣0.5分。	1
3.4.6.2 开展医院感染防控知识的培训与教育。（0.5分）		查阅评审周期相关资料，并现场考核2名人员。	未开展全员培训，不得分；不知晓相关知识，每人扣0.3分；原始资料不完整，扣0.1分。	0.5
3.4.6.3 按照《医院感染监测规范》，加强监测重点部门、重点环节、重点人群与高危因素，采用监控指标管理，控制并降低医院感染风险。（5分）	3.4.6.3.1 医院感染专职人员应符合《医院感染监测规范》的要求，配备环境物表清洁卫生、消毒灭菌效果、手卫生等监测设备设施。	查阅评审周期相关资料，提供人员名单、设备清单，并实地考查。	专职人员数量不达标（每200-250张实际使用病床，配备一名院感专职人员），不得分；监测设备设施<5种（如高压蒸汽灭菌锅、低温等离子体灭菌器、生物安全柜、生物监测仪、ATP荧光检测仪、化学指示卡等），扣0.5分；设备完好率<100%，每种扣0.3分。	1

	<p>3.4.6.3.2 开展全院综合性监测，对呼吸机相关性肺炎（VAP）、血液透析相关感染下呼吸道感染、手术部位感染、导尿管相关尿路感染、血管导管相关血流感染、皮肤软组织感染等目标性监测。</p>	<p>抽查院感染管理部门，随机抽查2个临床科室（ICU、CCU、骨科、外科等手术科室），并访谈医护人员2名。</p>	<p>无全院综合性监测制度和工作记录，不得分；全院开展目标性监测&lt;4项，每少一项扣0.5分；临床科室无目标性监测记录，或监测资料不完整，每科室扣0.3分；人员不掌握，每人扣0.2分。</p>	<p>1</p>
	<p>3.4.6.3.3 开展重点部门、重点环节、重点人群与高危因素的监测。重点部门（手术室、ICU、产房、消毒供应中心、内镜室、血透室、介入室、口腔科等）分区、布局符合院感要求。</p>	<p>查阅相关资料，并实地考察。</p>	<p>未实施对重点部门、重点环节、重点人群与高危因素的监测，不得分；重点部门分区、布局不符合院感要求，不得分；对感染较高风险的科室与感染控制情况未进行风险评估，或未制定针对性的控制措施，扣1分。</p>	<p>2</p>
	<p>3.4.6.3.4 中医诊疗器具应符合《医院消毒技术规范》、《医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌技术操作规范》、《医院隔离技术规范》，制定中医诊疗器具，尤其是可重复使用的针具、拔罐器具、外用容器等清洗消毒灭菌规范、具体防控措施，并落实到位。</p>	<p>查阅评审周期相关资料，抽查2种中医诊疗器具。</p>	<p>未制定规范，不得分；不符合先清洗后消毒的原则，扣0.5分；规范落实到位，每发现一处扣0.2分。</p>	<p>1</p>
<p>3.4.6.4 执行《医务人员手卫生规范》，实施依从性、正确性监管与改进活动。（2分）</p>		<p>查阅相关资料，实地考察，并抽查2名医务人员。</p>	<p>无手卫生知识与技能的培训记录，扣0.5分；手卫生设施种类、数量、安置的位置、手卫生用品等不符合要求，每项扣0.5分；洗手方法不正确，每人扣0.5分；院科两级未对手卫生规范执行情况监督检查，扣0.5分。</p>	<p>2</p>

3.4.6.5 有多重耐药菌（MDR）医院感染控制管理的规范与程序，有多部门共同参与的多重耐药菌管理合作机制，对多重耐药菌医院感染实施监管与改进。（3分）	★3.4.6.5.1 制定多重耐药菌（MDR）医院感染控制管理规范与程序，实施监管与改进。	查阅评审周期相关资料，实地考察，并访谈医务人员、保洁人员共3名。	<p>（C）（1分）</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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、保洁与环境消毒的制度等。</li> <li>3.根据细菌耐药性监测情况，加强抗菌药物临床应用管理，落实抗菌药物的合理使用。</li> <li>4.有落实多重耐药菌（MDR）的控制措施。</li> </ol> <p>（B）符合C，并（1.5分）</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.有对多重耐药菌感染患者或定植高危患者监测，细菌耐药性监测报告及时反馈到医务人员，并方便查询。</li> <li>2.有主管部门对多重耐药菌医院感染情况的监测检查，根据监测情况采取相应改进措施。</li> </ol> <p>（A）符合B，并（2分）</p> <p>多重耐药菌医院感染控制有效，评审周期内多重耐药菌医院感染发生报告例数有所下降（或低于全省多重耐药菌感染率的医院能继续保持）。</p>	2
	3.4.6.5.2 建立多部门共同参与的多重耐药菌管理合作机制。	查阅评审周期相关资料。	无多部门共同参与的对多种耐药菌管理定期联席会议制度，不得分；无牵头部门或分工不明确，扣0.3分。	0.5
	3.4.6.5.3 开展预防多重耐药感染措施培训。	查阅评审周期相关资料。	未开展培训，不得分；缺少有效证据的原始资料，扣0.3分。	0.5

3.4.6.6 应用感染管理信息与指标，指导临床合理使用抗菌药物。（2分）	3.4.6.6.1 建立抗菌药物合理使用的管理组织，制定管理制度，并实施。	查阅相关资料。	无管理组织与制度，不得分；未实施，扣0.5分。	1
	3.4.6.6.2 建立细菌耐药监测及预警机制，各重点部门了解其前五位的医院感染病原微生物名称及耐药率。	查阅相关资料，并抽查1名重点部门（ICU、急诊、呼吸科等）医师。	无监测及预警机制，或无干预措施，不得分；医师对科室前五位的感染病原微生物及耐药率不知晓，扣0.5分；无临床治疗性使用抗菌药物的微生物送检率年度统计分析，扣0.5分。	1
3.4.6.7 消毒供应中心符合《医院消毒技术规范》、《医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌技术操作规范》、《医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌效果监测标准》及《医院隔离技术规范》的要求。（6分）	3.4.6.7.1 消毒供应中心位置相对独立，周围环境清洁，无污染源，室内通风、采光良好；室内装修便于消毒清洗。消毒供应中心三区严格划分，标志明显，区域间有实际屏障相隔；人流、物流不得交叉、逆行。	查阅相关资料，并实地考察。	消毒供应中心设在地下室，扣1分；周围环境存在污染源，扣1分；室内通风不良，或采光不良，或室内不便于消毒清洗，扣1分；去污区、检查包装灭菌区及灭菌物品存放区设置不合理，扣1分；人流或物流有交叉或逆行，扣1分；区域之间无实际屏障相隔，扣0.5分。	2
	3.4.6.7.2 医院消毒供应中心集中处置全院手术器械、无菌物品的清洗、消毒、灭菌工作。应配备符合国家有关规定的机械清洗消毒、压力蒸气灭菌器等设备。	查阅评审周期相关资料，实地考察。	未实现手术器械集中处置，不得分；无压力蒸气灭菌器使用登记证，不得分；无机械清洗设备，或缺少分类台、手工清洗槽、压力气枪、压力水枪、烘干机、超声清洗装置等，每项扣0.5分。	2
	3.4.6.7.3 医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌符合规范与标准的要求，有清洗消毒及灭菌效果监测的原始记录与报告。	查阅评审周期相关资料，实地考察，并抽查2个手术器械包。	每月随机抽查器械包<3个，或无检查清洗质量记录，扣0.5分；物理监测/每锅次灭菌、化学监测/每次包灭菌、生物监测/每周、植入物灭菌生物监测/每锅次等监测记录不规范，每项扣0.5分。	1
	3.4.6.7.4 医院感染管理部门按要求参与医院消毒设备、设施与消毒剂审证、招投标等前期工作，使之符合相关医院感染管理要求。	查阅相关资料，实地考察，并随机抽查医用耗材、消毒隔离相关产品与消毒剂各2项。	感染管理部门未参与前期工作，扣0.5分；设备、设施、医用耗材、消毒隔离相关产品与消毒剂不符合要求，每项扣0.5分。	1

3.4.6.8 医院感染管理组织监测医院感染危险因素、医院感染率及其变化趋势；根据医院感染风险、医院感染发病率和（或）患病率及其变化趋势改进诊疗流程；定期通报医院感染监测结果。（1分）	3.4.6.8.1 建立医院感染监测指标体系，按照《医院感染监测规范》（WS/T312-2009）开展监测工作并记录，医院感染管理组织定期（至少每季度）对监测信息进行分析讨论，对医院感染风险、医院感染率及其变化趋势提出预警和改进诊疗流程等建议。	查阅评审周期相关资料。	未开展监测工作，不得分；未定期（至少每季度）发布医院感染监测信息，扣0.3分；未提出改进建议，扣0.3分。	0.5
	3.4.6.8.2 按照要求上报医院感染监测信息。	查阅评审周期相关资料。	未按照要求上报医院感染监测信息，不得分。	0.5
3.4.6.9 医院感染信息化建设满足医院感染监控、灭菌产品质量管理需要。（2分）	3.4.6.9.1 建立消毒供应中心灭菌产品质量溯源制度，基于信息化系统，实现无菌物品追溯及召回机制。	查阅评审周期相关资料，实地考察，并随机抽查灭菌产品、植（入）医疗器械各2个。	无信息化灭菌产品追溯系统，不得分。	1
	3.4.6.9.2 建立医院感染监控系统，达到实时、动态、前瞻性监测，实现医院感染流行或爆发预警功能。	查阅相关资料，并实地考察。	无医院感染监控系统，不得分。	1

## 五、住院诊疗管理(15分)

评价指标		评价方法	评分细则	分值
3.5.1 由符合法定资质的医务人员按照制度、质量管理要求、诊疗指南与规范,对住院患者提供同质化医疗服务。(3分)	3.5.1.1 制定具有中医特色的患者评估管理制度、操作规范与程序,至少包括:患者病情评估的重点范围,评估人的资质、评估标准与内容、时限要求,记录文件格式。	查阅评审周期相关资料,访谈医师2名,并随机抽取归档内科系统、外科系统病历各2份。	未执行评估制度,不得分;无中医内容,不得分;未制定执行分专科的患者病情评估制度、操作规范与流程,不得分;未对医务人员开展患者病情评估培训,扣0.5分。	1
	3.5.1.2 实施评估人员具备法定资质;对医务人员进行患者评估相关培训,以评估结果作为诊疗方案的依据。		评估人员无资质,不得分;未培训,不得分;评估结果未能作为诊疗方案的依据,扣0.5分。	1
	3.5.1.3 主管部门履行对上述工作的监管职责;并持续改进评估质量,为患者提供同质化的服务。		无日常监管,不得分;持续改进工作存在不足,扣0.5分。	1
3.5.2 科室负责人全面负责本科室住院诊疗,各级医师职责明确并落实,加强入院检诊与患者病情评估,落实知情同意制度。(4分)	3.5.2.1 有合理的医疗小组,组长由副主任医师以上任职资格人员担任,各级医师职责明确并落实。	查阅评审周期相关资料,随机抽查运行及归档病历内科系统、外科系统各2份。	未建立分级诊疗体系,不得分;住院患者诊疗方案制定不规范,每例扣0.5分;上级医师对病历中的错误未纠正,每例扣0.5分。	1
	3.5.2.2 加强入院检诊,首次病程拟定的诊疗方案内容具体,可操作性;临床诊疗思路明确。		首次病程拟定的诊疗方案无具体内容,或缺乏操作性,扣0.5分;首次病程临床诊疗思路不清,每例扣0.5分。	1
	3.5.2.3 对住院30天以上重点病人进行管理与评价,并作为主任大查房的重点。		对长期住院病人无管理措施,无分析评价改进,扣0.5分;未作为大查房重点,扣0.5分。	1
	3.5.2.4 落实知情同意制度。		无制度,不得分;落实不到位,每份扣0.5分。	1

3.5.3 对危重疑难患者实施多学科综合诊疗,有适宜的院内外会诊制度与流程管理。(2分)	3.5.3.1 对疑难患者实行多学科诊疗。	查阅相关资料,随机抽查疑难病历3份(涵盖2个临床科室)。	疑难病例出院诊断为待查病例无多学科讨论,每份扣0.5分;疑难危重病例无上级医师查房指导诊疗,或无具体指导意见,每份扣0.5分。	1
	3.5.3.2 有完善的会诊管理制度、流程并落实。		无相关制度或流程,不得分;制度未落实,每份扣0.5分。	1
3.5.4 规范激素、肠道外营养、抗菌药物、化学治疗药物等重点治疗药物的使用。(4分)	3.5.4.1 抗菌药物使用指征明确,使用规范。	查阅评审周期相关资料,随机抽查使用抗菌药物、肠外营养、激素、化学治疗药物每类各2份病历。	相关文件不完善,不得分;使用不规范,每份扣0.5分。	2
	3.5.4.2 有肠外营养疗法规范或指南,由药学部门按处方(医嘱)集中配制肠道外营养注射剂,并符合注射剂配制GMP规范要求;不具备药学部门集中配制条件,由药学部门培训与考核合格的注册护理人员配制。肠道外营养疗法使用合理。		无相关文件,或资料不完善,不得分;配制不规范,每发现一处扣0.3分;使用不合理,每份扣0.5分。	1
	3.5.4.3 有激素与化学治疗药物指南或规范、风险管控措施,使用合理。		无相关文件,或资料不完善,不得分;使用不规范,每份扣0.5分。	1
3.5.5 有规范的出院管理制度,向患者提供规范的出院小结、出院医嘱、出院后的治疗康复与随访方案。(2分)	3.5.5.1 有规范的出院管理制度并有相应的监管措施。	查阅评审周期相关资料,随机抽查内科系统、外科系统归档病历各2份。	未制定出院患者后续医疗指导质控要求,不得分;未落实,扣0.5分。	1
	3.5.5.2 为每个出院患者提供出院后治疗康复与随访方案。		出院小结不规范,或缺少出院医嘱、出院后治疗康复与随访方案,或内容不具体,每项扣0.5分。	1

## 六、病历（案）质量管理（15分）

评价指标	评价方法	评分细则	分值
3.6.1 按照《医疗机构病历管理规定》等有关法规、规范的要求，设置病案科（室），配备专（兼）职人员负责病案质量管理与持续改进工作，配备相应的设施、设备与人员梯队。（1分）	查阅评审周期人事档案及相关资料，并实地考察。	未设置病案科（室），不得分；无具备专门资质的人员负责病案质量管理与持续改进工作，不得分；未配备相应的设施、设备，扣0.5分。	1
3.6.2 按规定保存病历资料，保证可获得性。（2分）	实地考察。	3.6.2.1 对门、急诊患者至少保存包括患者姓名、就诊日期、科别等基本信息。为急诊留观患者建立病历。	0.5
		3.6.2.2 每位住院患者有姓名索引系统，内容至少包括姓名、性别、出生日期（或年龄）、身份证号。每位患者有唯一识别病案资料的病案号。	0.5
	3.6.2.3 患者出院后，住院病历3个工作日内归档率≥90%，有未归档病历追踪记录。	查阅评审周期相关资料。	3日病案归档率每低于标准5个百分点，扣0.5分；无未归档病历追踪记录，扣0.5分；无改进成效，扣0.3分。
3.6.3 有病历书写质量的评估机制，定期提供质量评估报告。（4分）	查阅评审周期相关资料。	有丙级病历，不得分；目标不明确，扣0.5分；住院医师病历检查覆盖率<100%，或新员工岗前培训率<100%，每个指标扣0.2分；未提供有效证据的原始资料，扣0.2分。	1
	3.6.3.2 有病历书写质控管理及记录。	查阅评审周期相关资料，随机抽取质控管理问题病历3份。	无制度，不得分；质控管理指标未建立，不得分；指标未落实，扣0.5分；无持续改进，扣0.5分；无检查原始记录，扣0.3分；问题仍存在，每份扣0.2分。

	3.6.3.3 有病历质量控制与评价组织，主管病案质控管理人员具备主治医师以上专业技术职务任职资格且有5年以上管理住院病人临床工作经历。	查阅评审周期人事档案及相关资料。	无病历质量控制与评价组织，不得分；管理人员资质不符合要求，扣0.5分。	1
	3.6.3.4 有病历书写质控管理持续改进措施。	查阅评审周期相关资料。	主管部门未定期督导检查，扣0.5分；未定期对病历质量总结、分析、评价，提出整改措施，扣0.5分；措施未落实，扣0.3分。	1
3.6.4 采用国际疾病分类与代码（ICD-10）、中医病证分类与代码（TCD）与手术操作分类（ICD-9-CM-3）对出院病案进行分类编码，建立科学的病案库管理体系，包括病案编号及示踪系统，出院病案信息的查询系统。（5分）	3.6.4.1 病案编码人员资质符合要求。	查阅评审周期人事档案及相关资料。	人员资质不符合要求，不得分。	1
	3.6.4.2 采用国际疾病分类与代码、中医病证分类与代码与手术操作分类对出院病案进行分类编码，提高编码质量。	查阅相关资料，实地考察，并考核1名编码人员编码准确情况。	无信息系统支持疾病分类，扣1分；未按标准进行分类编码，扣1分；编码不准确，扣1分。	3
	3.6.4.3 建立出院病案信息的查询系统。	实地考察，并抽查评审周期3份归档病历。	无出院病案信息查询系统，不得分；病案首页资料信息未全部在查询系统中体现，每少一项扣0.1分。	1
3.6.5 电子病历管理符合规定要求。电子病历个人信息有严格的安全保护措施。（3分）		实地考察，并抽查3份住院电子病历。	未实施中医电子病历，不得分；电子病历管理不符合要求，扣2分；病历个人信息无安全保护措施，扣1分；措施不到位，扣0.5分。	3

## 第四章 药事管理（30分）

	评价指标	评价方法	评分细则	分值
4.1 加强药品管理，有效控制药品质量，保证用药安全。（9分）	4.1.1 有药品采购供应管理制度与流程，有固定的供应商，供药渠道，由药学部门统一采购供应。列入“药品处方集”和“基本用药目录”中的药品有适宜的储备，每年增减调整药品率≤5%。	查阅相关资料（如供应商资质档案、药品入库清单等）。	无药品采购供应管理制度与流程，或供应商资质不全，不得分；无固定的供应商，或未由药学部门统一采购供应，扣0.5分；药品储备不符合要求，扣0.5分。	1
	4.1.2 有药品效期管理相关制度与处理流程；有高危药品目录，各环节贮存的高危药品设置有统一警示标志。药品名称、外观或外包装相似的药品分开放置，并作明确标示。	查阅相关资料，并实地考查。	无药品效期管理相关制度与处理流程，扣1分；记录不完整，扣0.5分；无高危药品目录，扣1分；无统一警示标志，扣0.5分；药品名称、外观或外包装相似的药品未分开放置，或未作明确标示，扣0.5分。	2
	4.1.3 执行“特殊管理药品”管理的有关规定，制定相应的麻醉药品、精神药品、放射性药品、医用毒性药品等“特殊管理药品”管理制度，安全设施到位。		无管理制度，不得分；制度不完善，每项扣0.2分；“麻、精”药品未实行三级管理和“五专”管理，扣1分；安全设施不到位，每处扣0.2分。	2
	4.1.4 有存放于急诊科、病房急救室（车）、手术室及各诊疗科室的急救等备用药品管理和使用的制度与领用、补充流程，并落实。	查阅相关资料，并抽查3个科室（含急诊科、手术室）。	无制度和流程，不得分；未落实，每科扣1分。	2
	4.1.5 有病房不需要使用的药品办理退药的相关规定，对退药进行有效管理，确保质量并有记录。	查阅上年度相关资料。	无退药相关规定，不得分；退药无记录，扣0.5分。	1
	4.1.6 建立完善的药品信息管理系统，有适宜的合理用药监控系统，与医院整体信息系统联网运行，能为处方审核提供技术支持。	实地考查。	无监控系统，不得分；未联网运行，扣0.5分；不能提供合理用药监控信息服务，扣0.5分。	1

4.2 按照《处方管理办法》，实行处方点评，促进合理用药。（7分）	4.2.1 医师处方签名或签章式样应留样备案，医师在处方和用药医嘱中的签字或签章与留样一致。	查阅相关资料，并抽查评审周期处方 10 张。	未分别在医疗管理、药学部门留样备案，不得分；医师在处方和用药医嘱中的签字或签章与留样不一致，每张扣 0.2 分。	1
	4.2.2 医师按“医院基本用药供应目录”开具处方，药品品规与“医院基本用药供应目录”一致。处方书写规范完整，开具处方全部使用规定的药品通用名称、新活性化合物的专利药品名称和复方制剂药品名称。处方用量和麻醉、精神等特殊药品开具符合规定。	抽查评审周期 50 张西药处方（含麻、精药品处方 20 张），并抽查 3 份使用麻醉药的门诊病历。	不符合要求，每张处方扣 0.2 分、每份病历扣 0.2 分。	4
	4.2.3 按照《医院处方点评管理规范(试行)》的要求制定医院处方点评制度，组织健全，责任明确，有处方点评实施细则和执行记录。定期对西药处方和病历进行点评，发布结果，对不合理处方进行干预。	查阅评审周期的相关资料。	无制度，不得分；组织不健全、责任不明确，扣 0.5 分；无处方点评实施细则和执行记录，扣 0.5 分；未定期进行点评或未发布结果，扣 0.5 分；未对不合理处方进行干预，扣 0.5 分。	2
4.3 按照《抗菌药物临床应用指导原则》等要求，合理使用药品，并有监督机制。（11分）	★4.3.1 药事管理组织下设抗菌药物管理小组，人员结构合理、职责明确。对医务人员抗菌药物合理应用培训及考核。	查阅相关资料。	<p>(C) (1分)</p> <p>1.药事管理组织有抗菌药物管理小组，人员结构合理、职责明确。</p> <p>2.召开抗菌药物管理小组会议≥4次/年。</p> <p>3.有全院抗菌药物临床应用的管理、监测与评价制度。</p> <p>4.对医务人员进行抗菌药物合理的应用培训。</p> <p>(B)符合C，并(2分)</p> <p>1.有医院抗菌药物临床应用的监测与评价分析报告。</p> <p>2.参加地区或全国抗菌药物临床应用监测网和细菌耐药监测网。</p>	3

		3.医院将临床科室抗菌药物合理用药情况纳入医疗质量管理考核指标。 (A)符合B,并(3分) 1.根据本院抗菌药物临床应用监测的结果,抗菌药物使用强度和抗菌药物使用率不超过卫健委抗菌药物临床应用监测网平均值。 2.有干预前后分析报告,体现改进效果。评审周期内医院DDS水平达到绩效考核标准(DDS<40%)。	
	4.3.2 医院将临床科室抗菌药物合理用药情况纳入医疗质量管理考核指标。		未纳入考核指标,不得分;未落实,扣0.5分。 1
	4.3.3 医院制定抗菌药物临床应用和管理实施细则、抗菌药物分级管理制度,并检查落实情况,并落实到位。	查阅相关资料,并抽查20张抗菌药物处方。	无相关制度,不得分;制度不完善,扣0.5分;不符合要求,每张处方扣0.2分。 1
	4.3.4 门诊患者抗菌药物使用率≤20%,住院患者抗菌药物使用率≤60%,急诊患者抗菌药物处方比例≤40%;I类切口手术患者预防性抗菌药物使用率≤30%;I类切口手术患者预防使用抗菌药物的时间性≤24小时;接受限制使用抗菌药物治疗住院患者微生物检验样本送检率≥50%;接受特殊使用抗菌药物治疗住院患者微生物检验样本送检率≥80%;抗菌药物使用强度(R*100/S)≤40。	查阅评审周期相关资料,随机抽取I类切口抗菌药物使用病历5份。	每超过5个百分点,每项指标扣0.5分;I类切口手术患者预防使用抗菌药物的时间超过24小时,每份病历扣0.2分;接受限制使用抗菌药物治疗住院患者微生物检验样本送检率和接受特殊使用抗菌药物治疗住院患者微生物检验样本送检率每低于5个百分点,扣0.5分;抗菌药物使用强度每超过5个点,扣0.5分。 4

	4.3.5 医院抗菌药物采购目录向卫生、中医药管理部门备案，药学部门按照目录进行采购。有特殊感染患者治疗需使用本院采购目录以外抗菌药物，可以启动临时采购程序。	查阅相关资料。	无抗菌药物采购目录或目录未备案，或无目录外抗菌药物临时采购相关制度与程序，不得分；未按照目录进行采购，每种扣 0.5 分。	2
4.4 有药物安全性监测管理制度，按照规定报告药物不良反应。（3分）	4.4.1 制定药品不良反应与药害事件监测报告管理的制度与程序，按照规定报告药物不良反应和药害事件。建立有效的药害事件调查、处理程序。	查阅相关资料，并抽查 3 份病历。	无药品不良反应与药害事件监测报告管理的制度与程序，或无不良反应报告记录，不得分；未按照规定上报不良反应，每例扣 1 分；无药害事件调查、处理程序，扣 1 分。	2
	4.4.2 有突发事件药事管理应急预案、本院的突发事件医疗救治药品目录，有针对重大突发事件大规模调集应急药品的保障方案。	查阅相关资料。	无应急预案或救治药品目录或保障方案，不得分。	1

## 第五章 护理质量管理（40分）

评价指标	评价方法	评分细则	分值	
5.1 加强护理质量管理，制定护理制度、常规和操作规程。（5分）	5.1.1 依据法律法规、行业指南、标准，制定护理工作制度、常规和操作规程，定期开展培训。	查阅相关资料。	未依据法律法规、行业指南、标准制定护理制度、常规和操作规程，不得分；未开展培训，扣2分；培训记录不全面，扣1分。	3
	5.1.2 有护理质量与安全管理委员会,实施护理质量管理工作。	查阅相关资料。	未建立委员会，不得分；相关记录未体现持续改进，扣1分。	2
5.2 护理人力资源配备与医院的功能和任务一致。（7分）	5.2.1 制定并落实分级护理岗位职责，实施护理人员分级管理，护理人员知晓本岗位的职责要求。	查阅相关资料，并现场考核2名护士。	未实施分级管理，或无岗位职责，不得分；护士不知晓本岗位职责，每人扣1分。	2
	5.2.2 有护理单元护理人员的配置依据和原则，依据护理人员能力、专业特点，合理配置护理人力资源，体现护理人员能力与病人危重程度相符的原则。	查阅相关资料，实地考察，并随机抽查内科系统、外科系统病区各2个，重症监护病房。	无配置原则，或每位护理人员平均负责病人数>8人，不得分；护理人员能力与病人危重程度不相符，扣1分。	2
	5.2.3 有各级护理管理部门紧急护理人力资源调配的规定，有执行方案。有实行弹性护理人力资源调配的人员储备，落实到位。	查阅评审周期相关资料。	无各级护理管理部门紧急护理人力资源调配的规定，无人员储备，或无执行方案，不得分；统一调配不到位，扣0.5分。	1
	5.2.4 有护理人员的绩效考核制度，有相关实施方案，体现业务能力、劳动纪律、工作态度、出勤率、团队协作能力、发生医疗差错、医疗事故、服务态度等要素。	查阅评审周期相关资料。	无绩效考核制度，或无实施方案，不得分；未体现护理工作量、质量、满意度、护理难度和技术要求，扣1分。	2

5.3 根据《分级护理》(WS/T431-2013)的原则和要求实施护理措施。(8分)	5.3.1 执行《护理分级》原则和要求,护理人员掌握分级护理的内容。	查阅相关资料,并考核2名护士。	无分级护理制度,不得分;不掌握分级护理内容,每人扣1分。	2
	5.3.2 科室对《分级护理》落实情况进行定期检查并有记录。	查阅评审周期相关资料,并实地考察。	未进行定期检查,或无记录,不得分;记录不全面,扣1分。	2
	5.3.3 主管部门对《分级护理》落实情况进行定期检查、评价、分析,对存在的问题及时反馈,并提出整改建议。		未定期检查、评价、分析记录,不得分;少于每月1次,扣0.5分;整改未落实,扣0.5分。	4
5.4 实施责任制整体护理,为患者提供全面、全程、专业、人性化护理服务,优质护理服务落实到位。(14分)	★5.4.1 医院有优质护理服务实施方案,有保障制度和措施及考评激励机制,并落实到位。	查阅相关资料,并抽查2项措施的落实情况。	(C) (1分) 1.有医院优质护理服务规划、目标及实施方案。 2.有推进开展优质护理服务的保障制度和措施及考评激励机制。 3.有优质护理服务目标和内涵,相关管理人员知晓率≥80%,护理人员知晓率100%。 (B)符合C,并(1.5分) 1.根据各专业特点,有细化、量化的优质护理服务目标和落实措施。 2.定期听取患者及医护人员等多方面意见和建议,持续改进优质护理服务。 3.激励机制体现优劳优酬、多劳多得,并与薪酬分配、晋升、评优等相结合。 (A)符合B,并(2分) 1.优质护理服务措施落实有效,效果明显,优质护理服务病房覆盖率逐步提升。 2.患者和医护人员满意度逐步提高。	2

	5.4.2 优质护理服务病房覆盖率 100%。	查阅相关材料，并实地考察。	未达到 100%，不得分。	2
	5.4.3 根据“以病人为中心”的整体护理工作模式，制定实施方案，体现护理人员工作中的责任制，护理人员掌握相关的知识，并结合患者实际情况实施护理，体现全面、全程、专业、人性化，并开展相关延续性护理服务。	查阅相关资料，并现场考核 3 名护士。	无实施方案，不得分；护理人员未掌握相关的知识，未结合患者实际情况实施护理，每人扣 1 分；未体现全面、全程、专业、人性化，每人扣 1 分。	6
	5.4.4 有危重患者护理常规，护理人员具有危重患者护理的相关理论知识与操作技能，护理措施到位，安全措施有效，记录规范。	查阅相关资料，并查看 1 名危重患者护理情况（ICU 或 CCU 患者）。	无常规，不得分；护理人员未掌握患者的病情，扣 1 分；护理措施不到位、记录不完整，扣 1 分。	2
	5.4.5 护理技术操作规范。	现场随机抽查 2 个病区护理技术实际操作情况。	不符合要求，每人扣 1 分。	2
5.5 按照特殊护理单元的相关管理规范进行质量管理与监测。（6 分）	5.5.1 建立急诊室、ICU、手术室、消毒供应中心（室）、血液净化中心（室）各项规章制度、岗位职责及操作常规，有考核及记录。	查阅相关资料，并现场考查。	无各项规章制度、岗位职责及操作常规，不得分；未进行考核，扣 1 分；记录不完整，扣 1 分。	2
	5.5.2 护理部制定急诊室、ICU、手术室、消毒供应中心（室）、血液净化中心（室）护理质量标准，并监测改进效果。	查阅相关资料，并现场考查。	无质量标准，不得分；未监测改进效果，扣 1 分；记录不完整，扣 1 分。	2
	5.5.3.落实手术室患者 10 大安全目标。	查阅评审周期相关资料，实地考察，并随机考核护理人员 2 名。	未落实，每发现一处，扣 0.3 分；护理人员不知晓，每人扣 0.2 分。	1
	5.5.3 消毒供应中心（室）质量控制符合要求，体现持续改进。	查阅评审周期相关资料，并实地考察。	未建立质控指标，不得分；质量质控不符合要求，不得分；缺少相关记录，扣 0.5 分；未体现持续改进，扣 0.5 分。	1

## 第六章 医院管理（50分）

评价指标		评价方法	评分细则	分值
6.1 强化法律法规意识，依法开展执业活动。（10分）	6.1.1 依法取得《医疗机构执业许可证》，按照中医药管理部门核定的诊疗科目执业，按照规定申请医疗机构年度校验。	查阅相关资料，并实地考察。	未取得《医疗机构执业许可证》，或医院改变名称、场所、法人、诊疗科目、床位，未能及时完成变更登记，或实际提供服务的诊疗项目与登记的内容不一致，或未经年度校验，不得分。	2
	★6.1.2 在国家医疗卫生法律、法规、规章、诊疗护理规范的框架内开展诊疗活动。	查阅相关资料。	未根据《医疗机构执业许可证》登记范围开展诊疗活动，或开展的诊疗活动不符合国家相关法律法规及规范要求，或开展的医疗技术（限制临床应用、重点医疗技术）未备案及监督管理的相关制度，或评审周期发生群体性、组织性违规违纪事件或一级主责以上医疗事故，不得分。	2
	★6.1.3 由具备资质的卫生专业技术人员为患者提供诊疗服务，不超范围执业。	查阅评审周期人事档案及相关证明材料，抽查5名专业技术人员资料进行现场核准。	（C）（1分） 1.有卫生技术人员执业资格审核与执业准入相关规定。 2.各级各类卫生技术人员均取的执业资格，注册地点在本院或符合卫生行政部门相关规定（如多点执业、对口支援），及时完善电子注册，更新医师、护师执业信息。 3.具有执业资格的研究生、进修人员经过医院授权在上级医生（含护理、医技）指导下执业。	2

			(B)符合C, 并(2分) 1.卫生技术人员执业资格管理资料完善。 2.实习生、研究生、进修生执业管理资料完善。 (A)符合B, 并(3分) 无卫生技术人员违规执业、超范围执业及非卫生技术人员从事诊疗活动。	
	6.1.4 医院开展法律法规教育, 有教育评价。	查阅评审周期相关资料。	未开展法律法规教育, 不得分; 未开展教育效果评价, 或原始资料不完整, 扣1分。	2
	6.1.5 对外委托服务项目, 特别是医学检验、病理、中药服务等项目的质量与安全实施监督管理。	查阅评审周期相关资料, 并逐一检查委托项目。	未实施监督管理, 不得分; 管理不到位, 或缺少委托协议, 或相关会议记录、工作方案、工作记录等有效证据的原始资料, 扣1分。	2
6.2 建立健全医院管理制度, 合理设置管理组织。(6分)	6.2.1 建立健全医院管理制度、岗位责任制度、技术操作规范, 并开展培训, 组织落实。	查阅评审周期相关资料, 访谈3名管理人员。	制度不健全, 或未及时更新, 或无技术操作规范, 或未开展职工培训, 不得分; 对各项规章制度、岗位责任制、诊疗规范人员不知晓率, 每人扣1分。	2
	6.2.2 医院管理组织机构设置合理, 部门职能划分明确, 各级管理人员认真履行职责, 医院运行状况与组织机构图相符。		医院管理组织机构设置不合理, 不得分; 未提供完整的组织机构图, 或管理部门职责划分不明确, 每项扣1分。	2
	6.2.3 按照国家有关规定, 向员工开展院务公开工作。	查阅评审周期相关资料, 实地考察, 并访谈相关人员2名。	未开展院务公开工作, 不得分; 院务公开内容不符合要求, 扣0.3分; 无院务公开投诉信箱, 扣0.2分; 无职工参与院务公开, 不得分; 无院务公开的相关记录, 扣0.3分; 无职代会民主评议领导的资料, 扣0.3分; 相关人员不知晓, 每人扣0.2分。	1

	6.2.4 按照《医疗卫生服务单位信息公开管理办法（试行）》规定，医院向社会及患者公开信息。	查阅评审周期相关资料，并实地考察。	未按要求向社会、患者公开信息，不得分；未采用信箱、展板或电子信息等方式，扣 0.5 分；内容不全面，扣 0.3 分。	1
6.3 加强医院信息化建设，满足医院管理、临床医疗和服务需要。（10分）	6.3.1 医院将信息化建设列入医院建设的总体目标，并制定长期规划和年度工作计划。	查阅评审周期相关资料，抽查计划中 2 项措施的落实情况。	未制定规划和年度工作计划，不得分；规划未在年度工作计划中体现，扣 0.5 分；措施未落实，每项扣 0.3 分；缺少有效证据的原始资料（如制定过程、相关会议记录、决议等），扣 0.5 分。	1
	6.3.2 有以院长为核心的医院信息化建设领导小组，有负责信息管理的专职机构，建立各部门间的组织协调机制，制订信息化发展规划，有与信息化建设配套的相关管理制度。	查阅相关资料，并实地考察。	无领导小组，扣 1 分；领导小组未定期召开信息化建设会议，扣 1 分；无信息管理专职机构或专人负责，扣 0.5 分；未制定相关管理制度，扣 0.5 分；未制定发展规划，扣 0.5 分；无配套的相关管理制度，扣 0.5 分。	2
	6.3.3 医院信息系统符合国家相关标准和规范，有医院管理信息系统、医院资源管理信息系统、临床信息系统、基于中医电子病历的医院信息平台。	查阅相关资料，并实地考察。	信息化建设不符合标准和规范，不得分；无医院管理信息系统，或未正常使用医院资源管理信息系统以及相关子系统（如智能监管和依法执业自查系统），或无临床信息系统（CIS），每项扣 1 分；未建立基于中医电子病历（EMR）的医院信息平台，扣 0.5 分。	2
	6.3.4 医院信息化系统能够系统、连续、准确地采集、存储、传递、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财务以及各项业务提供全面支撑，满足医院管理需求。按要求使用相关财务软件，实现会计电算化。	查阅相关资料，实地考察，并查看评审期间医疗信息报表。	不能为医院管理提供决策依据，不得分；不能提供医院内部的医疗信息报表，扣 1 分；未实现会计电算化，扣 0.5 分。	2

	6.3.5 建立医院运行基本统计指标数据库，保障信息准确、可溯源。按照要求及时、准确报送相关信息。	查阅相关资料，实地考察。	未按照要求及时、准确报送相关信息，或未建立基本统计数据库，不得分；数据不准确，扣 1 分；不能溯源，扣 0.5 分。	2
	6.3.6 实施国家信息安全等级保护制度，实行信息系统操作权限分级管理，保障网络信息安全，保护患者隐私。推动系统运行维护的规范化管理，落实突发事件响应机制，保证业务的连续性。	查阅相关资料，实地考察，并访谈相关人员 2 名。	未制定信息系统安全措施和应急处理预案，扣 0.3 分；未实行权限分级管理，扣 0.3 分；无安全监管记录，扣 0.3 分；国家信息安全等级保护制度措施未落实，扣 0.3 分；无信息系统运行维护相关记录，扣 0.3 分；人员未掌握，每人扣 0.2 分。	1
6.4 加强财务与价格管理，规范医院经济运行。（8 分）	6.4.1 建立规范的经济活动决策机制和程序，实行重大经济事项集体决策制度和责任追究制度。	查阅相关资料。	未建立决策机制和程序，不得分；未制定集体决策制度和责任追究制度，扣 1 分；制度未落实，或落实不到位，扣 0.5 分。	2
	6.4.2 实行成本核算，降低运行成本。	查阅评审周期相关资料，查看评审周期科室年度成本核算情况。	未制定成本核算制度、实施方案和流程，不得分；未设置专职成本核算员，扣 0.3 分；未实行科室成本核算，扣 0.3 分；执行不到位，扣 0.2 分。	1
	6.4.3 全面落实价格公示制度，提高收费透明度，完善医药收费复核制度。确保医药价格管理系统信息准确。	查阅相关资料，并实地考察。	未建立价格公示制度，不得分；价格公示未及时更新，扣 0.5 分；未建立医院内部医药价格监管规范，扣 0.5 分；无价格监管自查记录，扣 0.5 分；无收费投诉记录，扣 0.5 分。	2
	6.4.4 执行《中华人民共和国政府采购法》、《中华人民共和国招标投标法》及政府采购相关规定，执行药品、高值耗材集中采购制度和相关价格政策	查阅评审周期相关资料，抽查 2 项药品和高值耗材招标采购的审批资料。	未制定药品及高值耗材采购制度和流程，不得分；审批程序不规范，每种扣 0.5 分；无主管部门对招标采购进行全程管理，扣 0.5 分。	1

	6.4.5 按照《中华人民共和国预算法》和财政部门、主管部门关于预算管理的有关规定，科学合理编制预算，严格执行预算，加强预算管理、监督和绩效考评。	查阅评审周期相关资料。	无医院预算管理制度，不得分；无预算制度执行情况监管记录，扣 0.3 分；无预算执行情况分析报告，扣 0.3 分。	1
	6.4.6 医院制定财务人员培养计划，按照规定设立总会计师。	查阅相关资料。	无财务人员培养计划，不得分；计划未落实，扣 0.5 分；未按照规定设立总会计师，扣 0.5 分。	1
6.5 成立医学装备管理部门，建立并完善医学装备管理制度。(8 分)	6.5.1 成立医学装备管理部门，制定人员岗位职责、工作制度和设备论证、采购、使用、保养、维修、资产处置制度与措施。	查阅相关资料，抽查 2 份评审周期内 50 万元以上大型设备购置计划、论证和审批程序的相关资料；抽查 2 个重点科室重点设备的保养维修记录。	未成立医学装备管理部门，扣 1 分；未制定相关工作制度与岗位职责，扣 0.5 分；无管理部门会议记录，扣 0.5 分；抽查设备相关资料不符合要求，每项扣 0.5 分。	2
	6.5.2 按照《大型医用设备配置与使用管理办法》，加强大型医用设备配置管理，优先配置功能适用、技术适宜的医疗设备；建立大型设备使用人员持证上岗制度。	查阅相关资料，抽查 2 种大型设备（CT、MRI、X 光机、超声诊断仪等）的设备档案、装备许可证和使用人员资质的相关资料。	未制定医学装备购置论证相关制度与决策程序，扣 0.5 分；未建立医学装备档案管理制度与完整的档案资料，扣 0.5 分；无大型设备单机成本核算资料，扣 0.5 分；使用人员资质不符合要求，扣 0.3 分。	1
	6.5.3 建立医院保障设备处于完好状态的制度与规范，建立全院应急调配机制。	查阅相关资料，访谈相关人员 1 名。	未制定保障设备的管理制度与规范，不得分；主管部门未对医学装备实行统一的保障管理，扣 0.5 分；未建立全院应急调配机制，扣 0.5 分；人员不知晓，扣 0.3 分。	1
	★6.5.4 急救、生命支持系统仪器设备始终保持在待用状态。	实地考察，随机抽查内科系统、外科系统各 1 个病区。	(C) (1 分) 1.有急救类、生命支持类医学装备应急预案及设备调用机制，保障紧急救援工作需要。	3

			<p>2.各科室急救类、生命支持类装备时刻保持待用状态。</p> <p>(B)符合C, 并(1.5分)</p> <p>主管部门对急救类、生命支持类装备完好情况和使用情况实时监管。</p> <p>(A)符合B, 并(2分)</p> <p>急救类、生命支持类装备待用状态完好率100%。</p>	
	<p>6.5.5 加强医用高值耗材(包括植(介)入类耗材)和一次性使用无菌器械及低值耗材的采购记录、溯源管理、储存、档案管理、销毁记录、不良事件监测与报告的管理。</p>	<p>查阅评审周期相关资料, 抽查2个植(介)入医疗器械溯源管理。</p>	<p>未制定管理制度与程序, 扣0.5分; 无采购记录、使用记录、监督检查记录, 扣0.5分; 未制定相关不良事件监测与报告制度与程序, 扣0.5分; 无监管情况与不良事件的分析报告, 扣0.5分; 植(介)入器械不能溯源, 扣0.5分。</p>	1
<p>6.6 建立健全行风建设组织体系和工作机制, 完善社会评价指标体系, 并实施。(8分)</p>	<p>6.6.1 制定年度行风和法治建设目标和任务, 医院主要负责人是行风建设第一责任人, 领导班子其他成员对分管职责范围内的行风工作负责, 确保行风建设和法治建设责任落到实处。</p>	<p>查阅评审周期内相关资料, 访谈5人(其中院班子3人、中层干部2人)。</p>	<p>医院党政主要负责人未切实履行推进法治建设第一责任人职责, 不得分; 未落实领导干部学法用法, 扣0.5分。未将法治建设工作纳入本单位总体发展规划和年度工作计划, 扣0.5分; 班子其他成员对本职责范围内的行风建设责任未落实, 扣1分; 未将行风建设工作纳入干部的考核目标, 扣1分; 行风建设工作未落实, 或相关工作记录不完善, 或缺少有效支撑资料, 扣0.5分; 人员不掌握, 每人扣0.5分。</p>	2

	<p>6.6.2 落实医疗卫生行风建设“九不准”和《医疗机构从业人员规范》，建立健全医德考评制度，考评结果得到运用。</p>	<p>查阅评审周期内相关资料，随机抽查2个科室人员考核资料，访谈人员2名。</p>	<p>未落实，或未建立制度，不得分；无细化工作指标，或考评标准，扣1分；未将日常监管、科室日常考核结果与医德考评工作相结合，扣1分；结果未得到运用，扣1分；人员不掌握，每人扣0.5分；缺少有效支撑资料，扣0.5分。</p>	<p>2</p>
	<p>6.6.3 加强从业人员教育，开展多种形式的主题教育、警示教育及新进人员、重点岗位、敏感岗位职业规范教育，并组织实施。</p>	<p>查阅评审周期内相关资料，访谈3人（其中新进人员、重点岗位、敏感岗位各1人）。</p>	<p>无年度教育计划，或未开展教育活动，不得分；未开展效果评价，扣1分；教育形式单一，未充分利用各种形式和载体开展法治宣传的，扣0.5分；未将卫生健康法律法规纳入新入职医疗卫生人员培训、继续教育以及日常业务培训中，扣0.5分；未涵盖新进、重点岗位、敏感岗位的人员，每项扣0.5分；人员不掌握，每人扣0.3分；缺少有效支撑资料，扣0.5分。</p>	<p>2</p>
	<p>6.6.4 按照患者就医服务流程，制定医院社会满意度测评指标体系，实施社会评价活动。</p>	<p>查阅评审周期相关资料。</p>	<p>未制定患者满意度期测评指标体系，或未开展患者满意度测评，不得分；未定期开展（至少每年一次），扣1分；未对社会评价活动结果进行分析和反馈，或无改进措施，扣1分；措施未落实，或无改进，扣0.5分。</p>	<p>2</p>

### 第三部分 党的建设（100分）

#### 第一章 加强党的领导（40分）

评价指标		评价方法	评分细则	分值
1.1 健全并完善党委工作制度，落实“一岗双责”要求。（8分）	1.1.1 合理设置党的工作机构，建立健全党委工作制度，规范党委、行政领导班子议事规则和工作规则，落实“一把手”末位发言制。	查阅评审周期的相关资料。	机构设置不合理，或制度不健全，或未体现议事规则、工作规则，不得分；未体现末位发言，扣3分；无会议记录，或纪要，扣2分；缺少有效证据的原始资料，扣1分。	4
	1.1.2 加强领导班子思想政治建设，坚持党委理论中心组学习和定期务虚研究制度。	查阅评审周期相关资料。	领导班子思想政治建设不到位，或措施不得力，不得分；无学习计划及会议记录，扣3分；学习计划落实不到位，扣2分；党政会议没有研究法治建设工作，扣1分。资料不完整，扣1分。	4
1.2 建立重大事项管理制度，落实党务公开。（8分）	1.2.1 医院党委在重大决策和医院发展中发挥领导核心作用，建立健全重大事项管理制度，按有关权限和规定程序报批、执行，规范权力运行。	查阅评审周期相关资料，抽查评审周期任命干部2人、1项重大项目及大额资金使用审议情况。	未体现参与决策，或未体现领导核心作用，不得分；重大事项未经集体讨论或集体决策，扣3分；未按管理权限和规定报批与公示、报备，发现一处扣1分；抽查项目不符合要求，每项扣2分；资料不完整，扣1分。	4

	1.2.2 健全党内重，重大决策论证评估、依法决策、合法性审核和征求意见等制度，推进党务公开。	查阅评审周期相关资料，随机抽查 1 项党内重大工作。	未明确负责法治工作部门，扣 0.5 分；未建立依法决策制度、合法性审核制度、依法管理（依法执业）情况定期自查制度、案件评析制度，每项制度扣 0.25 分；未实行法律顾问制度扣 0.5 分；未建立固定渠道和方式实施党务公开，扣 3 分；公开内容不全面、不及时，扣 2 分。	4
1.3 坚持党管干部、党管人才的原则。（8分）	1.3.1 落实领导干部选拔任用工作条例、问责制度，规范干部选拔任用。	查阅评审周期内相关资料，随机抽调 2 名近年内选拔干部的文书档案。	无制度，不得分；选拔程序不规范，扣 3 分；干部任用文书档案不完整，每人扣 2 分。	4
	1.3.2 制定各类人才发展的规划和实施办法，并实施。	查阅评审周期内相关资料，随机访谈管理人员 2 人（中层干部、职员各 1 人）。	无规划、计划，不得分；不全面，扣 3 分；未组织实施，扣 2 分；成效不显著，扣 1 分；人员不了解，每人扣 1 分；资料不完整，扣 0.5 分。	4
1.4 加强对统战群团工作的领导，推进精神文明与文化建设。（8分）	1.4.1 围绕党的中心工作，开展多种形式宣传、教育、培训等活动，推进思想政治工作、精神文明建设与文化建设。	查阅评审周期的相关资料，并实地考察。	未围绕中心工作，或未开展多种形式的宣传、教育、培训等活动，不得分；思想工作不到位，扣 3 分；未开展舆情监测，扣 2 分；未开展“志愿者”服务，扣 1 分；资料不完整，扣 0.5 分。	4
	1.4.2 党委把统战群团工作纳入重要议事日程，组织机构及制度健全，按时换届，经费使用合理；自我教育，民主管理，维护职工合法权益。	查阅评审周期相关资料。	未纳入，或组织机构不健全（至少建有工会委员会、经审委员会、团委委员会、妇女工作委员会），不得分；未定期召开两会或未按时换届，扣 3 分；涉及职工切身利益的重大决策未通过职工代表讨论通过，扣 2 分；职工合法权益的维护缺少保障措施，扣 2 分；经费使用不合理，扣 2 分；资料不完整，扣 1 分。	4

1.5 加强领导班子和干部队伍的作风建设。（8分）	1.5.1 建立作风建设长效机制，相关制度、规定健全。领导干部作风正派，经常深入基层，联系群众，落实中央八项规定精神。	查阅评审周期内相关资料。	作风建设长效机制不健全，不得分；作风问题突出，或干群关系不融洽，不得分；发现有违反八项规定精神的情况，每起扣1分；无主要领导接待日，扣3分；缺少相应记录和处理意见，扣2分；资料不完整，扣1分。	4
	1.5.2 定期召开民主生活会，认真开展批评和自我批评。党委书记、院长、班子成员定期相互谈心，定期与中层干部谈心。	查阅评审周期内相关资料，访谈3人（含党委书记或院长、班子成员、中层干部）。	未按规定召开民主生活会，或未能开展积极的、善意的、实事求是的批评和自我批评，不得分；党委书记、院长、班子成员未定期相互谈心，扣3分；未定期同中层干部谈心，扣1分。	4

## 第二章 加强基层党的建设（30分）

评价指标		评价方法	评分细则	分值
2.1 加强基层党支部建设，认真落实“三会一课”制度，完善工作机制。（10分）	2.1.1 健全党的基层组织体系，定期召开党员大会、支部委员会、党小组会，党的基层工作覆盖率100%。	查阅评审周期相关资料，抽查2个基层党支部。	基层组织不健全，或党工作覆盖率未达到100%，不得分；基层支部工作程序不规范，每发现一处扣2分；未定期召开党员大会，或支部委员会，或党小组会，每项扣2分；缺少会议记录、支部活动等相关原始记录，扣1分。	5
	2.1.2 健全完善各项党内政治生活制度，把增强党员党的意识作为首要目标，丰富细化“三会一课”、民主生活会、组织生活会、主题党日、民主评议党员、谈心谈话制度。	查阅评审周期相关资料，随机抽查2个基层支部。	制度不完善，或民主生活会、或双重组织生活制度未落实，不得分；未体现谈心谈话制度，扣4分；未开展“三会一课”、民主生活会、组织生活会、主题党日，每项扣2分；党委书记未定期（至少每年一次）讲党课，扣1分；缺少会议、工作记录，扣1分；缺少有效支撑资料，扣0.5分。	5
2.2 发挥党支部战斗堡垒作用和党员先锋模范作用。（10分）	2.2.1 党支部围绕医院中心工作有效地开展党的活动。	查阅评审周期相关资料，抽查1项医院中心工作、2个支部会议记录。	党的活动未与医院中心工作结合，不得分；未体现支部战斗堡垒作用，扣4分；支部活动记录不全，扣3分；资料不完整，扣2分。	5
	2.2.2 加强基层党组织负责人的队伍建设，引导党员围绕中心工作充分发挥先锋模范作用。	查阅评审周期相关资料，抽查2个支部，访谈支部书记1人。	未建立党组织负责人的培训、教育及考核制度，扣3分；教育计划未落实，或未定期开展培训，扣2分；无考核，扣1分；发挥党员先锋模范作用机制不健全，扣2分；党员联系服务群众制度不健全，或工作组组织不力，或措施不落实，每项扣1分；人员不了解，每人扣0.5分。	5

2.3 加强对党员的教育、管理、监督和服务功能,提高党员素质。(10分)	2.3.1 以坚定理想信念为重点,加强党员教育培训工作,组织党员认真学习党的理论知识、党章党规党纪,推进“两学一做”学习教育常态化制度化,建立健全党员教育监督管理的长效机制。	查阅评审周期相关资料,随机抽查1个支部、2名党员的学习笔记。	未建立党员教育监督管理的长效机制,不得分;学习培训不到位,扣2分;未开展党员培训(围绕党委工作部署),扣3分;“两学一做”学习教育开展不扎实,或常态化制度化推进力度不够,扣2分;无党内信息管理系统,扣2分;无学习笔记,每人扣1分;资料不完备,扣0.5分。	4
	2.3.2 规范发展党员程序,确保党员发展质量。	查阅评审周期内相关资料,随机抽查3名新党员入党材料,访谈党务工作者1人。	入党材料不符合要求,每人扣2分;访谈人员不了解,每人扣1分。	3
	2.3.3 规范党费收缴、使用和管理。	查阅评审周期内相关资料。	党费收缴、使用、管理无制度,或不规范,每项扣2分;缺少有效支撑资料,扣1分。	3

### 第三章 党风廉政建设（30分）

	评价指标	评价方法	评分细则	分值
3.1 建立健全党风廉政建设责任制度和体系。（10分）	3.1.1 建立健全党风廉政建设责任制，明确党委主体责任和纪委监督责任、领导干部“一岗双责”、党政同责。建立惩防体系建设领导小组，并将惩治和预防腐败体系建设纳入整体工作之中。	查阅评审周期相关资料。	未建立责任制，不得分；无领导小组，扣3分；未纳入整体工作之中，扣3分；未实现与业务工作同研究、同部署、同落实、同检查，扣3分；无具体工作计划和方案，扣2分；缺少有效支撑资料，扣1分。	4
	3.1.2 建立健全行业不正之风专项治理工作的制度和长效机制，并组织实施。	查阅评审周期内相关资料，抽查3份廉政建设责任书。	无制度，或未建立长效机制，不得分；未落实，扣2分；未签署党风廉政建设责任书的，每人扣1分；资料不完备，扣0.5分。	3
	3.1.3 健全纪检监察组织机构，人员配备与岗位要求、医院任务相匹配，具备开展工作的基本条件。	查阅评审周期相关材料，并实地考察。	未设立独立的纪检监察部门，不得分；配备人员不足，扣2分；缺少开展工作的基本条件，扣1分。	3
3.2 加强党风廉政、反腐倡廉的宣传教育，完善对权力的制约和监督，实行廉洁风险防控。（10分）	3.2.1 健全党委统一领导，纪检监察、党办、宣传、组织部门等共同参与的党风廉政宣教机制，强化纪律教育，定期开展主题报告、警示教育参观等各种形式的学习活动。	查阅评审周期内相关资料，抽查2个基层党支部。	未建立宣教机制，或未开展反腐倡廉教育，不得分；工作制度不健全，或不到位，扣3分；学习活动单一，扣2分；缺少有效支撑资料，扣1分。	5
	3.2.2 加强并落实对重点部门、关键岗位人员的监督，建立人事、财务、基建、设备、医用耗材、药剂、信息、采购等部门负责人定期轮岗交流的制度。对重点领域和关键环节权力运行的过程与结果实施有效监控。落实医药购销廉洁制度。	查阅评审周期相关材料，并实地考察。	未建立制度，或未开展监督管理，不得分；未落实轮岗制度，每发现一人扣2分；未建立信息管理，扣3分；未落实医药购销廉洁制度，扣3分；未与临床科室、药剂科、采购负责人等相关人员签订廉洁自律责任书，每人扣2分；资料不完备，扣1分。	5

3.3 加强对廉洁自律各项制度执行情况的监督。（10分）	3.3.1 切实加强制度建设，以规范权力运行为重点，针对“权、钱、人、项目”等重点环节，制定一系列规定和实施细则，形成较为完备的制度体系，并认真执行。	查阅相关资料，访谈相关人员 2 名。	无相关规定，或实施细则，不得分；制度体系不完善，扣 3 分；未执行，扣 2 分；人员不知晓，每人扣 1 分。	5
	3.3.2 严肃党的政治纪律、组织纪律、工作纪律等各项纪律要求，严格执行领导干部个人事项报告、述责述廉等党内监督制度。建立健全信访工作机制。	查阅评审周期的相关资料；抽查主要负责人某年度述职报告。	无具体工作计划和方案，扣 4 分；未组织实施，或会议记录、纪要等资料不清晰，或记录不全，难以查核，每发现一处扣 1 分；落实不到位，扣 1 分；述责报告未述廉，每人扣 1 分；。无信访举报受理制度或流程，扣 2 分；未按相关规定要求及时处理信访举报问题，每发现一起扣 0.5 分。	5

## 附件 5

# 湖北省三级中医专科医院评审标准细则

总体说明:

一、本细则所有指标均为必查指标,适用于所有三级公立中医专科医院(不含中医骨伤医院、中医肛肠医院),民营中医专科医院参照执行。

二、本细则中将最基本、最重要,若未达到要求势必影响特色优势、中医临床疗效、医疗质量与患者安全的指标,列为“核心指标”(以★标示),具备否决作用。

三、本细则各指标评分只在指标分数范围内扣分,扣完为止,不倒扣分。

四、本细则中 2.1 部分关于人员配备的要求,三级中西医结合专科医院按照三级中西医结合医院的要求进行检查。

五、本细则所指的专科为医院名称中的专科所包含专业的临床科室,含专科的亚专科,检查评估专科时涉及抽取科室时,从该专科的亚专科中进行抽取。

六、本细则所指的临床科室是指专科之外的其他临床科室,检查评估涉及抽取临床科室时,从非医院名称中所含专科的临床科室中随机抽取两个科室。

## 第一部分 中医药服务功能(650分)

### 第一章 发挥中医药特色优势的措施(35分)

评审指标		评审方法	评审细则	分值
1.1 医院坚持以中医为主的发展方向,明确医院发展战略,有医院中长期发展规划并落实。(5分)	1.1.1 医院坚持以中医为主的发展方向,依据医院功能与任务,确定医院发展战略。	查阅相关资料,实地考察。	医院未确定发展战略,不得分;医院发展战略不清晰,或未体现以中医为主的发展方向,扣1分。	2

	1.1.2 医院有重在提高中医临床疗效的中长期发展规划，并落实到位。	查阅相关资料,并抽查 2 项具体措施的落实情况。	医院未制定中长期发展规划，或发展规划未体现以中医为主方向，不得分；发挥中医药特色优势的措施缺少可操作性,扣 2 分；规划未落实，每项扣 1.5 分；部分落实，酌情扣分（最少每项扣 0.5 分）；未提供相应有效证据的原始资料，每项扣 1 分。	3
1.2 围绕医院中长期发展规划制定医院年度工作计划，有发挥中医药特色优势和提高中医临床疗效的具体措施，并按年度定期评价。（11 分）	1.2.1 医院落实政府扶持中医药发展的保障政策；执行医保、物价对中医药的倾斜政策；中医财政经费专款专用，落实到位。	查阅评审周期相关资料,并实地考察。	未落实，每发现一处扣 0.5 分。	1
	1.2.2 医院建立新形势下符合中医学学术规律、有利于发挥中医特色优势、方便群众就医的中医诊疗模式，提高中医临床疗效和中医医院服务水平,更好地满足人民群众对中医药服务的需求。		不符合，不得分。	1
	1.2.3 医院年度工作计划能够体现医院发展战略和中长期发展规划的指导思想，有发挥中医药特色优势和提高中医临床疗效的具体措施。	查阅评审周期相关资料。	医院未制定年度工作计划,或工作计划中无具体措施，不得分；不能提供原始资料，扣 1 分。	2
	1.2.4 有发展中医重点专（学）科和加强中医药人才培养的具体措施和明确的资金投入。	查阅评审周期相关资料。	无具体措施，每项扣 1 分；无资金投入，每项扣 0.5 分；措施未落实，每项扣 2 分；部分落实，酌情扣分（最少每项扣 0.2 分）。	3
	1.2.5 医院对影响中医药特色优势发挥和提高中医临床疗效的关键问题有系统的调研分析（至少每年一次），并制订针对性措施。	查阅评审周期相关资料,并抽查 2 项具体措施的落实情况。	不定期开展调研分析，或无针对性措施，不得分；措施未落实，每项扣 1 分；部分落实，酌情扣分（最少每项扣 0.5 分）。	2

	1.2.6 医院对中医药特色指标(包括中医类别执业医师占执业医师总数比例、中药人员占药学人员比例、中药处方占处方总数的比例,中药饮片和医疗机构中药制剂处方占处方总数的比例、住院患者非手术治疗的的比例等)定期(至少每年一次)进行考核、分析。	查阅评审周期相关资料,访谈相关人员 2 名。	未定期进行考核、分析,不得分;分析不具体,扣 1 分;结果未应用,或无改进效果,扣 0.5 分;人员不知晓,每人扣 0.5 分。	2
1.3 医院管理体系中建立引导发挥中医药特色优势和提高中医临床疗效的考核和奖惩激励机制,科室综合考核目标中将发挥中医药特色优势和提高中医临床疗效作为重要指标。(12分)	1.3.1 医院制定发挥中医药特色优势和提高中医临床疗效的鼓励和考核制度。	查阅评审周期相关资料,并访谈有关人员 3 名。	未制定发挥中医药特色优势和提高中医临床疗效的鼓励和考核制度,不得分;制度不完善(如制度不系统,分散在各种相关制度中),扣 2 分;已制定,未实施,扣 1 分;部分实施,扣 0.5 分;人员不知晓,每人扣 0.3 分。	3
	★1.3.2 科室综合考核目标中有发挥中医药特色优势和提高中医临床疗效的相关指标。	查阅评审周期相关资料,随机抽查科室人员 3 名。	<p>(C) (2分)</p> <p>1.有科室综合考核方案、细则与考核计划。</p> <p>2.考核方案指标中有涉及中医特色优势和提高中医临床疗效的指标,指标是能够量化的,具体的。</p> <p>(B)符合 C,并(4分)</p> <p>1.科室负责人和医务人员知晓考核方案与考核形式,并定期进行科室考核。</p> <p>2.医院职能部门履行监管职责,定期根据考核的结果进行分析通报,及时反馈并提出改进措施。</p> <p>(A)符合 B,并(6分)</p> <p>有能体现中医特色优势和提高中医临床疗效指标的科室综合考核方案,并持续提升能反映中医特色优势和提高中医临床疗效指标结果。</p>	6

	1.3.3 医院实行绩效工资管理,将发挥中医药特色优势和提高中医临床疗效情况的考核结果体现在科室分配方案中。	查阅评审周期相关资料,随机抽查2个科室3个月绩效分配明细,并访谈相关人员3名。	未实行绩效工资管理,不得分;考核结果未体现在科室分配方案中,每个科扣2分;部分体现,每个科室扣1分;人员不知晓,每人扣0.5分。	3
1.4 积极开展中医对口支援工作,并制定鼓励措施。(7分)	1.4.1 将对口支援、帮扶、协作工作纳入院长目标责任制与医院年度工作计划,并有相关鼓励措施。	查阅评审周期相关资料。	未纳入院长目标责任制,扣3分;未纳入医院年度工作计划,扣2分;无确定的对口支援、帮扶、协作单位,扣2分;无鼓励措施,扣1分。	4
	1.4.2 开展中医适宜技术推广、人员交流等中医对口支援、帮扶、协作工作。	查阅评审周期相关资料,并访谈有关人员1人。	未开展中医对口支援、帮扶、协作工作,不得分;未开展中医适宜技术推广工作,扣2分;未开展人员交流工作,扣1分,工作不到位,酌情扣分(最少每项扣0.5分)。	3

## 第二章 队伍建设 (85 分)

评价指标	评价方法	评分细则	分值	
2.1.医院人员配备合理,符合国家有关规定。(45 分)	★2.1.1 中医类别执业医师(含执业助理医师)占执业医师比例≥60%。	查阅评审周期人事档案及相关证明材料。	每低于标准 1 个百分点,扣 1 分。	7
	2.1.2 中医类别执业医师(含执业助理医师)占执业医师比例<60%的临床科室(口腔科、麻醉科除外)不得招聘非中医类别执业医师。	查阅评审周期人事档案及相关证明材料。	中医类别执业医师(含执业助理医师)占执业医师比例<60%的科室但招聘非中医类别执业医师,不得分;不能提供招聘人员明细,扣 1 分。	3
	2.1.3 中药专业技术人员占药学专业技术人员的比例≥60%。	查阅评审周期人事档案及相关证明材料。	每低于标准 1 个百分点,扣 1 分。	5
	2.1.4 护理人员系统接受中医药知识和技能岗位培训(培训时间≥100 学时)的比例≥70%。		每低于标准 1 个百分点,扣 1 分。	5
	2.1.5 每个临床科室中(口腔科、麻醉科除外),中医类别执业医师占执业医师总人数比例≥60%。		临床科室不符合要求,每个科室扣 1 分。	7
	2.1.6 院级领导中中医药专业技术人员的比例≥60%。		每低于标准 10 个百分点,扣 1 分。	2
	2.1.7 医院院领导和医务、护理、药剂、教学、科研部门的主要负责人经过省级以上中医药政策、中医药知识和管理知识的系统培训。院长应经过国家级中医药政策和管理知识的系统培训。科室负责人经过中医药政策和管理知识的系统培训。	查阅查阅评审周期人事档案及相关证明材料。	院长不符合要求,扣 2 分;其他每人不符合要求,扣 1 分。	4
	2.1.8 医院医务、护理、科研、教育等主要职能部门负责人(包括正、副职负责人)中,中医药专业技术人员的比例≥60%。	查阅查阅评审周期人事档案及相关证明材料。	每低于标准 5 个百分点,扣 1 分。	4

	2.1.9 临床科室负责人具有中医类别执业医师资格和经过2年以上中医药知识和技能系统培训的临床类别医师的比例≥60%。		每低于标准1个百分点，扣1分。	4
	2.1.10 临床科室负责人（口腔科、麻醉科除外）中应有具备中医高级专业技术职务任职资格、从事相关专业工作10年以上的中医类别执业医师或和经过2年以上中医药知识和技能系统培训的临床类别执业医师。		不符合要求，每个科室扣1分。	4
2.2 有中医药人员队伍建设规划和计划，并认真组织实施。（15分）	2.2.1 制定中医药人员队伍建设规划或在医院中长期规划中有相关内容。	查阅相关资料，并抽查1项措施的落实情况。	无人员队伍建设规划，或医院中长期规划中无相关内容，不得分；措施未落实，或效果不显著（如无国家级、省级名中医，专科带头人影响力不够，专（学）科带头人、中青年专（学）科骨干等各级人才队伍梯队结构不合理现象未得到改善等），扣2分；部分落实，酌情扣分（最少每项扣1分）。	3
	2.2.2 医院年度工作计划中有优化中医药人员结构、加强中医药人才队伍建设的具体措施，并落实。	查阅评审周期工作计划，并抽查2项措施的落实情况。	年度工作计划中无相关措施，不得分；措施未落实，扣3分；部分落实，酌情扣分（最少每项扣1分）；未提供相关会议记录、工作记录、总结等有效的原始资料，扣2分。	5
	2.2.3 医院有重点专（学）科带头人及继承人选拔与激励机制，并组织实施。	查阅相关资料，并访谈相关人员2名。	无选拔与激励机制，不得分；无项目管理、经费管理、日常管理等措施，扣2分；未提供相关会议记录、工作记录、总结等有效的原始资料，扣2分；专（学）科带头人在行业内影响力不够，每人扣0.5分。	3

	2.2.4 开展师承教育，有师承教育计划和具体措施。	查阅评审周期相关资料，并抽查2项具体措施的落实情况。	无具体措施，不得分；未开展师承教育管理，扣3分；计划或措施未落实，每项扣2分；缺少相关督导检查记录、总结等有效原始资料等，扣2分；部分落实，酌情扣分（最少每项扣1分）。	4
2.3 认真开展医师定期考核工作，积极开展中医药继续教育与培训。（25分）	2.3.1 根据《中医医院（含中西医结合医院、民族医医院）中医类别医师定期考核内容》要求，开展以中医药知识与技能为主的医师定期考核工作。	查阅评审周期相关资料，随机抽查3名医师考核资料。	未开展定期考核，不得分；无具体负责部门，扣2分；定期考核工作方案未落实，扣2分；业务水平测评不以中医内容为主，扣2分；职业道德考核、工作业绩考核中无中医药相关要求，每项扣1分；考核资料不符合，每人扣1分。	3
	2.3.2 支持本单位符合条件人员参加中医住院医师规范化培训。	查阅评审周期相关资料，并抽查3名医师的培训档案。	无支持本单位人员参加中医住院医师规范化培训政策，不得分；有政策，执行不到位，每人扣2分。	4
	2.3.3 开展中医药专业技术人员的中医基础理论、基本知识与基本技能培训，对本科常见病、多发病、疑难病和急危重症中西医诊断与鉴别诊断的准确性不断提高。	查阅评审周期相关资料，随机考核3名医师。	未开展培训，扣3分；未提供培训原始资料，扣2分；考核人员未掌握诊断或鉴别诊断、中医诊疗技术、方剂，每人每项扣1分。	4
	2.3.4 每年承担省级以上中医药继续教育项目≥1项；中医药专业技术人员参加中医药继续教育并获得规定学分比例达到100%。	查阅评审周期相关资料，随机抽查2个项目和5个科室人员继续教育达标情况。	每年承担省级以上中医药继续教育项目<1项，扣1分；缺少项目实施的相关资料，每项扣1分；中医药专业技术人员参加中医药继续教育并获得规定学分比例不达标，每低于标准5个百分点，每个科室扣0.5分。	4
	2.3.5 开展非中医类别执业医师中医药基本知识与技能培训并考核，临床科室中具有中级职称以上的非中医类别执业医师中医药基本知识与技能培训考核比例达到100%。	查阅相关资料，现场考核临床科室非中医类别执业医师5人。	未开展培训，不得分；未考核，扣3分；考核比例不达标，每低于5个百分点，扣1分；现场考核不符合要求，每人扣1分，部分符合，酌情扣分（每人最少扣0.5分）。	5
	2.3.6 建立中医药专业技术人员技术档案，考评记录完整。	抽查3名中医药专业技术人员的个人技术考评档案。	未建立个人技术考评档案，或考评无中医药内容，每人扣2分。	5

### 第三章 专科建设(170分)

评价指标	评价方法	评分细则	分值	
3.1 专科建设成效显著，亚专科设置合理，专科床位、设备、人员等达到规定要求。(27分)	3.1.1 应为国家级中医重点专科。	查阅相关资料，实地考察。	不达标，不得分。	3
	3.1.2 至少独立设有5个亚专科，其中3个以上亚专科应设有病房。	查阅相关资料，实地考察。	不达标，不得分。	5
	3.1.3 专科床位总数不低于全院床位总数的70%。	查阅相关资料，实地考察。	专科床位总数<70%，每低3个百分点扣2分。	5
	3.1.4 参照《中医医院医疗设备配置标准》要求配备充足的中医诊疗设备，现代专科诊疗设备满足临床工作需要。	查阅相关资料，实地考察。	未配备中医诊疗设备，不得分；中医诊疗设备配置未达到要求，每少一种扣1分；诊疗设备不能满足临床工作需要，扣1分。	3
	3.1.5 中医类别执业医师占执业医师的比例≥70%。	查阅相关资料。	每低于标准5个百分点，扣2分。	5
	3.1.6 有5个以上明确的亚专科学术带头人，并在国家级学术团体任职。有明确的学术骨干人员，能够满足各专业方向可持续发展的需要。	查阅相关资料,实地考察。	学术带头人不符合要求，扣2分；学术带头人社会兼职与从事亚专科专业不符合，每人扣1分；学术骨干不能满足需要，扣1分。	3
	3.1.7 重点专科建设监测数据及中医住院病案首页监测数据填报真实、完整、准确。	查阅相关资料,实地考察。	未按要求及时报送相关数据，不得分；数据填报不符合要求，酌情扣分（最少扣1分）。	3
3.2 制定并实施专科建设发展规划、工作计划和发挥中医药特色优势及提高中医临床疗效的具体措施。确定的优势病种应具有明显的中医药特色优势。(10分)	3.2.1 按照要求制定专科建设发展规划，亚专科定位清晰，并应与医院发展规划相匹配。	查阅相关资料。	未制定专科建设发展规划，不得分；亚专科定位不清晰，酌情扣分（最少扣0.5分）；缺少制定过程的有效证据的原始资料，扣1分。	3
	3.2.2 制定年度重点专科工作计划。	查阅评审周期相关资料。	未制定年度工作计划，每少一年扣1分；工作计划内容不完整，或与发展规划不相符，酌情扣分（最少扣0.5分）；工作计划未落实，酌情扣分（最少扣1分）。	2

	3.2.3 制定本专科发挥中医药特色优势和 提高中医临床疗效的具体措施（可体现在 年度工作计划中）。	查阅评审周期相关资料，并 抽查 2 项措施的落实情况。	未制定具体措施，不得分；措施未落实， 每项扣 1 分；部分落实，酌情扣分（最 少扣 0.5 分）。	2
	3.2.4 确定的优势病种应具有鲜明的中医 药特色优势，中医临床疗效突出。	查阅相关资料。	未确定优势病种，不得分；确定的优势 病种达不到收治病种前列，每个病种扣 1 分；确定的病种中医药特色优势不明 显，疗效不突出，酌情扣分（每个病种 最少扣 0.5 分，最多扣 1 分）。	3
3.3 中医类别执业医师诊疗行为 规范，体现中医理念和思维， 专科医师应熟练掌握本专科常 用中医诊疗技术。（33 分）	3.3.1 中医类别执业医师门诊诊疗行为规 范，体现中医理念和思路。医师在诊疗过程 中充分应用中医专科诊疗方法及技术。	现场考查 3 名门诊医师诊治 至少 5 名以上患者的过程。	亚专科当日门诊中医类别执业医师不 得少于 3 人，每少 1 人扣 1 分、每少 1 位患者扣 1 分；医师在诊疗活动中未采 用中医四诊，每个病人扣 2 分；未体现 中医理念和思维，酌情扣分（每个病人 最多扣 2 分）；四诊资料收集不完整， 不足以支撑辨证分型，酌情扣分；辨证 分析不正确，酌情扣分（每个病人最多 扣 2 分）；主病或主证未采用中医治疗 方法，每个病人扣 1 分；理法方药不一 致，每个病人扣 1 分；使用中成药不辨 证，每个病人扣 1 分；辨证不正确或使 用不合理，酌情扣分；使用中医非药物 疗法不合理，酌情扣分（每个病人最多 扣 1 分）；医师在诊疗活动中未充分应 用中医专科诊疗方法及技术，每人次扣 2 分。	8
	3.3.3 中医类别执业医师应熟练掌握本专 科常用中医诊疗技术。	抽查中医类别执业医师 5 名 （三级医师每级各 1-2 名） 常用方剂和常用专科中医 诊疗技术掌握情况。	未掌握，每人扣 2 分。	10

	3.3.4 住院病历充分反映中医辨证思维理念；中医辨证论治正确率达到 100%。	抽查评审周期 10 份归档病历。	病历书写不符合基本规范，每份病历扣 2 分；四诊资料不足以支持辨证，每份病历扣 2 分；理法方药不一致，每份病历扣 2 分；中成药应用不合理，每份病历扣 2 分。	10
	3.3.5 上级医师正确指导下级医师诊疗行为。		上级医师查房记录中未能体现对下级医师的指导作用，每份病历扣 2 分；上级医师未能及时纠正下级医师的诊疗缺陷，每份病历扣 2 分；无中医药内容，每份病历扣 2 分。	5
3.4 专科中医特色突出，优势病种以中医治疗为主，充分利用中医技术方法，优势病种服务量逐年增加。（45 分）	★3.4.1 在国家中医药管理局印发的诊疗方案基础上，科室制定本专科优势病种和常见病种中医诊疗方案，并体现医院本科室临床实际，突出专科独特的中医药诊疗技术和方法，并在临床中应用。	查阅 5 个优势病种诊疗方案（每个亚专科 1 个）及相关资料；抽查 5 份运行病历（原则上每个病种 1 份）。	<p>（C）（4 分）</p> <p>1.结合科室临床实际，有制定科室至少 5 个专科优势病种和常见病种的诊疗方案。</p> <p>2.相关科室与人员均能知晓与遵循。</p> <p>（B）符合 C，并（6 分）</p> <p>医院职能部门履行监管职责，定期进行抽查，对存在的问题与缺陷有改进措施。</p> <p>（A）符合 B，并（10 分）</p> <p>诊疗方案基本要素齐全，涉及的中西医病名、诊断、中西药综合治疗方法、疗效评价等内容详细。</p>	10
	3.4.2 定期（每年至少一次）对优势病种诊疗方案的实施情况和中医临床疗效进行分析、总结和评价，完善及修订本专科诊疗方案。	查阅评审周期相关资料。	未对诊疗方案实施情况和中医临床疗效进行评价，每个病种扣 2 分；未定期评价，每个病种扣 1 分；分析、总结、评价不到位，每个病种扣 0.5 分；评审周期内未进行方案的修订，扣 1 分；修订的依据不充分，每个病种扣 0.3 分；不切合临床实际，每个病种扣 0.3 分。	3

	3.4.3 中医治疗率 $\geq 60\%$ ，优势病种住院中医治疗率 $\geq 70\%$ ；中医优势病种（前3位优势病种）出院人数占总出院人数比例 $\geq 60\%$ 。	查阅评审周期相关资料，并现场核查。	不符合要求，或核查不属实，每项扣3分。	8
	3.4.4 专科服务量在相应级别中医同专业科室中领先，诊疗病种前3位至少包括2个中医优势病种，优势病种服务量逐年增加。	查阅评审周期相关资料，并抽查核实。	门诊及住院服务量明显较低或服务量较低，酌情扣分；诊疗病种前3位无中医优势病种，不得分；优势病种服务量未逐年增加，每年扣1分。	4
	3.4.5 专科门诊人次占全院门诊总人次比例 $\geq 70\%$ 。	查阅相关资料。	每降低5个百分点，扣1分。	4
	3.4.6 至少有5项以上专科技术及特色疗法操作规范，并在临床应用。	查阅相关资料及原始记录。	专科技术及特色疗法每少一项，扣3分；操作规范不具体，每项扣1分；未在临床应用，每项扣2分；缺少有效证据的原始资料，扣1分。	10
	3.4.7 临床应用的专科中药制剂品种 $\geq 3$ 种（针灸、推拿或按摩医院临床应用的专科中药制剂品种 $\geq 1$ 种）。	查阅评审周期内医疗机构中药制剂入出库单和医疗机构制剂注册许可证。	无医疗机构中药制剂，不得分；制剂每少1种，扣1分；有制剂但未生产，每种扣0.5分（最多扣3分）；临床未使用，每种扣0.5分。	5
	3.4.8 制定专科中药制剂研究计划，并实施。	查阅相关资料。	无计划，不得分；未实施，扣0.5分；缺少有效证据的原始资料，扣0.5分。	1
3.5 开展中医临床路径管理工作，定期对临床路径实施情况进行分析，不断完善和改进。 (15分)	3.5.1 实施中医临床路径，有实施方案。年度出院病人临床路径管理比例 $\geq 50\%$ ，完成率 $\geq 70\%$ 。	查阅评审周期相关资料，随机抽查1个病种的相关资料。	未制定本科室中医临床路径实施方案，不得分；路径管理比例 $< 50\%$ ，或完成率 $< 70\%$ ，酌情扣分（最多扣2分）；未提供有效证据的原始资料，扣1分。	5
	3.5.2 医师掌握本专科常见病中医临床路径。	现场访谈3名中医类别和系统接受中医药专业培训两年以上的临床类别执业医师（含科室负责人1名）。	科室负责人未掌握本科常见病中医临床路径，扣2分；其他医师未掌握，每人扣1分；掌握不全面，每人扣0.51分。	3

	3.5.3 临床路径和诊疗方案在临床中得到应用。	抽查 3 份执行路径病历。	未执行临床路径和诊疗方案，每份病历扣 2 分；无临床路径表单，每份病历扣 1 分。	4
	3.5.4 每年对临床路径实施情况进行统计分析，不断完善和改进路径实施方案。	查阅评审周期相关资料。	未对临床路径的实施情况定期检查分析，不得分；未提出改进措施，扣 2 分；措施落实不到位，扣 1 分；缺少有效证据的原始资料，扣 1 分。	3
3.6 专科综合救治能力较强，独立开展专科常见临床技术，具有专科急危重症的救治能力，现代诊疗技术应与中医诊疗技术相结合。（18 分）	3.6.1 提供专科病种的中医急诊服务，并建立相应的流程与规范，持续改进急诊服务，有成效。	查阅评审周期相关资料，并实地考察。	未建立，不得分；流程不合理，扣 3 分；无改进，扣 2 分；无改进成效，扣 1 分。	6
	3.6.2 具有专科急危重症救治能力，遵循诊疗方案，合理应用现代技术；诊疗过程合理应用中医药技术，诊疗效果较好。	查阅评审周期相关资料，实地考察，随机抽取 5 份应用现代医疗技术的疑难危重症归档病历。	不具有救治能力，不得分；未遵循诊疗方案，或现代技术应用不合理，或无中医药恰当参与，每份病历扣 2 分；缺少有效证据，酌情扣分。	6
	3.6.3 能独立开展三级专科医院常规诊疗技术项目，疾病诊断、诊疗技术达到国内先进水平。	查阅评审周期相关资料，实地考察。	不能独立开展常规专科诊疗项目，不得分；专科诊断、治疗技术未达到国内先进水平，酌情扣 1-3 分。	6
3.7 开展本专科临床经验整理与应用，加强名老中医学术经验继承工作，培养专科学术继承人。（13 分）	3.7.1 有本专科学术经验继承工作计划和措施，有明确的名老中医学术继承人。	查阅评审周期相关资料，并现场考核学术继承人。	未开展名老中医学术经验继承工作，不得分；无工作计划和措施，扣 1 分；学术继承人不明确，扣 1 分；措施落实不到位，扣 1 分；缺少有效证据的原始资料，扣 1 分。	3
	3.7.2 专科学术继承人掌握名老中医学术经验。	查阅评审周期相关资料，并现场考核学术继承人。	学术继承人未掌握本专科名老中医学术经验，不得分；掌握不全面，扣 0.5 分；未能提供原始跟师记录、论文等相关学术继承工作材料，扣 1 分。	3
	3.7.3 名老中医的学术思想及实践经验在专科临床中得到应用。	查阅相关资料，检查代表性 3 份病历。	不能提供应用本专业有代表性的名老中医的学术思想及实践经验应用证据，扣 2 分；未在病历中体现，每份扣 1 分。	3

	3.7.4 开展本专科领域文献记载的中医诊疗方法挖掘、整理与应用。	查阅相关资料。	未开展挖掘、整理工作，不得分；未将其中有效的中医诊疗方法应用于临床，扣 1 分。	2
	3.7.5 对民间具有价值的方药及特色疗法、诊疗经验和方法进行收集、整理。	查阅相关资料。	未开展收集与整理工作，不得分。	2
3.8 有专科研究室，开展提高中医临床疗效的专科研究工作，并能将成果转化应用于临床。 (9分)	3.8.1 建立专科研究室，并有负责人与相应专兼职研究队伍。	查阅相关资料，并现场考查。	无研究室，不得分；负责人不明确，扣 1 分；无专兼职研究队伍，扣 0.5 分。	2
	3.8.2 研究室有临床研究规划与年度计划，开展以解决优势病种难点问题和提高中医临床疗效为核心的文献整理与临床研究工作。	查阅相关资料，并现场考查。	无规划与年度计划，不得分；缺少规划制定过程的相关会议及工作记录等原始资料，扣 1 分；工作计划不能体现规划的内容，或计划未落实，扣 1 分；未开展相关文献整理与临床研究工作，扣 1 分。	3
	3.8.3 有以解决优势病种难点问题和提高中医临床疗效为核心的 2-3 个稳定的研究方向，主要研究课题应为优势病种的中医药疗效提供科学依据；研究成果转化应用于临床。	查阅相关资料，并现场考查。	研究方向与难点问题和提高中医临床疗效结合不紧密，扣 2 分；研究方向不稳定，扣 1 分；无针对中医疗效的研究课题，扣 1 分；研究成果未应用于临床，扣 2 分。	4

## 第四章 临床科室建设 (160分)

评价指标	评价方法	评分细则	分值	
<p>4.1 按照国家中医药管理局有关规定，合理设置临床科室，医院和科室命名规范。(10分)</p>	<p>4.1.1 除本专科以外，临床科室中应设有急诊科、针灸科（针灸医院除外）、康复科（康复医院除外）、老年病科（老年医院除外）、“治未病”科等≥6个科室；以内科系统疾病为主的专科医院，如脑病医院、针灸医院、肾病医院，还应设置内科（可到二级学科）、外科、重症医学科、麻醉科等；以外科系统疾病为主的专科医院，如关节病医院，还应设置内科、外科（可含本专科）、重症医学科、麻醉科等。医技科室≥5个（药学部、医学检验科、医学影像科、营养科和相应的临床功能检查室等；外科系统疾病为主的专科医院还应设置手术室、输血科或血库）。</p>	<p>查阅相关资料，并实地考察。</p>	<p>每少1个科室，不得分。</p>	5
<p>★4.1.2 医院和临床科室命名符合国家中医药管理局《关于规范中医医院与临床科室名称的通知》（国中医药发〔2008〕12号）等有关规定，科室名称不得有中医、西医、中西医结合字样。治未病科原则上以“治未病科”（“治未病中心”）作为科室名称（由于历史沿革产生的“中医预防保健科”命名可保留；因整合健康管理资源产生的“健康管理中心（治未病）”等命名可采用），不得以“国医堂”、“名医工作室”、“保健中心”、“体检部”、“预防保健科”作为治未病科名称。</p>	<p>查阅相关资料，并实地考察。</p>	<p>医院或科室名称不规范，不得分；科室组织框架图、医疗信息报表与实际不符合，酌情扣分（每个科室至少扣1分）。</p>	5	

4.2.按照中医医院《临床科室建设与管理指南》的相关要求,加强科室建设与管理。(15分)	4.2.1 门诊、病房、急诊的设置、设施符合相关要求。	实地考察。	门诊、病房、急诊设置与设施不符合要求,每个区域扣1分;部分符合,酌情扣分(每个区域最少扣0.5分)。	4
	4.2.2 人员结构合理,科室负责人、护士长、学术带头人或学科带头人、学术继承人配备满足科室建设与管理的需要。	查阅评审周期人事档案。	不符合要求,每人扣2分。	5
	4.2.3 按照相关要求开展中医特色服务项目。	查阅相关资料,并实地考察。	开展中医特色服务项目的数量未达到要求,每少1项扣1分。	4
	4.2.4 三级医师的专科继续教育达到相关要求。	查阅相关资料,并现场访谈住院医师、主治医师、副主任以上医师各1人。	未按要求开展继续教育,每人扣1分;不符合要求,每人扣0.5分。	2
4.3 中医类别执业医师门诊诊疗行为规范,体现中医理念和思维,得到患者认同。(10分)	4.3.1 中医类别执业医师门诊诊疗行为规范,体现中医理念和思维。	实地查看5名中医类别执业医师诊疗活动(主治医师3名,高级职称2名),并随机抽查15份门诊病历(不少于5个临床科室)。	医师在诊疗活动中未采用中医四诊,每人扣2分;未使用中医药治疗方法,每人扣2分;病历中未体现四诊内容,每份病历扣2分;主病或主症未采用中医治疗方法,每份病历扣2分;理法方药不一致,每份病历扣1分;发现重复用药,或不合理用药,每份病历扣0.5分。	5
	4.3.2 医师诊疗行为得到患者认同。	现场访谈患者5人(患者至少在该院就诊3次以上)。	医师诊疗行为未得到患者的认同,每人扣1分。	2
	4.3.3 中成药(含中药注射剂、医院中药制剂)应用符合《中成药临床应用指导原则》;处方书写规范,中成药辨证使用,用法用量正确;合理配伍,符合联合用药原则。	查阅评审周期的相关资料,抽查中药饮片处方、中成药处方各20张。	处方格式及书写不规范(无中医疾病诊断、证候诊断等),或用药不合理(不合理配伍,不符合联合用药原则等),每张处方扣0.5分;剂量、用法错误,每张处方扣0.5分;医院未开展定期检查,扣1分;无改进(问题连续3次出现,或检查中仍存在),扣0.5分。	3

4.4 住院诊疗行为规范,中医优势病种以中医治疗为主。(45分)	★4.4.1 在国家中医药管理局印发的中医诊疗方案基础上,结合本院实际制定科室优势病种诊疗方案并组织实施(每个科室至少选择3个),逐步提高中医优势病种诊疗方案的覆盖率。	查阅评审周期相关资料,并抽查2个科室6个临床诊疗方案。	<p>C)(5分)</p> <p>1.结合本院临床实际,至少有两个科室制定优势病种的诊疗方案,其中1个科室需要有3个临床诊疗方案。</p> <p>2.诊疗方案基本要素齐全,涉及的中西医病名、诊断、中西药综合治疗方法、疗效评价等内容详细。</p> <p>3.相关科室与人员均能知晓与遵循。</p> <p>(B)符合C,并(7分)</p> <p>医院职能部门履行监管职责,定期进行抽查,对存在的问题与缺陷有改进措施。</p> <p>(A)符合B,并(9分)</p> <p>开展优势病种诊疗方案制定的科室数量增加,且优势病种诊疗方案实施的覆盖率逐步提升。</p>	9
	4.4.2 医师掌握本专科诊疗方案。	现场访谈3名中医类别执业医师(含科室负责人1名),每人访谈1个优势病种,共访谈3个病种。	科室负责人未掌握本科优势病种诊疗方案,扣1分;其他医师未掌握,每人扣0.5分;掌握不全面,酌情扣分(每人至少扣0.5分)。	3
	4.4.3 中医诊疗方案在临床中得到应用。	抽查3份运行或归档病历(原则上每个病种1份)。	未执行诊疗方案,即基本的诊断、治疗思路、方法和技术应用与诊疗方案不符,每份病历扣1分;部分执行,酌情扣分(至少扣1分)。	3
	4.4.4 每年对诊疗方案实施情况及中医优势病种的临床疗效进行分析、总结及评估,优化诊疗方案。	查阅评审周期相关资料。	未对中医优势病种的疗效与特色进行定期分析、总结和评估,每个病种扣1分;总结、分析、评估不到位,酌情扣分(每个病种最少扣0.5分);未对诊疗方案进行优化,每个病种扣0.5分;优化不符合要求,酌情扣分(每个病种最少扣0.2分)。	5

	4.4.5 执行《中医住院病案首页数据填写质量规范》，按照《中医住院病案首页数据质量管理与质控指标》和《中医住院病案首页质控考核细则》，建立医院内部病案首页质量控制指标并组织落实，不断提高中医病案首页书写质量。	查阅评审周期相关资料，并抽查 10 归档病历（至少涵盖 4 个临床科室及手术科室）。	未建立中医病案质量控制体系，不得分；未开展中医病案首页质控检查，扣 3 分；首页书写不规范，或与病程记录、医嘱、收费不符合，每份扣 1 分。	5
	4.4.6 病历书写符合《中医病历书写基本规范》。入院记录四诊资料完整；首次病程记录及病程记录体现理法方药一致；辨证使用中成药（含中药注射制剂、医院中药制剂），合理检查，合理诊治。	抽查评审周期 10 份归档病历。	未执行,不得分；四诊资料不完整，每份病历扣 2 分；病程记录中理法方药不一致，每份病历扣 1 分；有中药饮片处方，无医嘱或无费用发生，每份病历扣 0.5 分；病案首页或首次病程记录中有中医医疗技术应用，但病程中无具体部位、穴位记载，或无医嘱、或无费用发生，每份病历扣 0.3 分；有病历复制、拷贝等现象，酌情扣分。	10
	4.4.7 上级医师正确指导下级医师开展中医诊疗活动。		查房记录中无上级医师辨证分析与治疗法则、处方，或有但对病情无指导作用,每份病历扣 1 分；无用药要点或传统手法讲解记录，或讲解内容缺少指导，每份病历扣 0.5 分；对下级医师的诊疗缺陷未及时纠正，每份病历扣 0.5 分；无中医药内容，每份病历扣 0.5 分。	5
	4.4.8 及时开展病例讨论，提高中医诊治急危重症、疑难病的水平。	查阅评审周期相关资料，并抽查 2 个临床科室 5 份讨论病例。	科室未开展病例讨论，不得分；病例讨论中无中医内容，或中医内容无指导作用，每份病例扣 2 分。	5
4.5 开展专科急危重症和疑难病例会诊、救治，体现对专科有效的技术支撑。（5 分）		查阅相关资料，随机抽查 5 份专科病历。	未开展专科急危重症及疑难病例会诊，或未参与急危重症的抢救，不得分；缺少有效证据的原始资料，扣 3 分。	5

4.6 加强中医康复治疗管理,积极开展专科疾病的康复。(15分)	4.6.1 促进中医技术与康复医学融合,提供早期、专业的中医特色康复服务,并建立与相关临床科室的有效联系,开展相关疾病床旁早期康复。	查阅评审周期相关资料,实地考察,随机抽查3份运行或归档病历。	专科疾病康复服务未体现中医特色,或非急性期,或非重症及疑难疾病的康复,不得分;未建立院内相关科室的有效联系,扣3分;未开展床旁早期专科疾病的康复,扣2分;病历内容不符合,每份扣1分;缺少原始资料,扣1分。	5
	4.6.2 制定并完善中医特色专科疾病康复医疗的服务标准及规范。	查阅评审周期相关资料,实地考察。	未制定中医特色专科疾病的康复标准或规范,不得分;未开展标准及规范的推广应用,扣3分;缺少有效证据的支撑资料,扣1分。	5
	4.6.3 培训、指导基层医疗机构开展中医特色专科疾病康复医疗;建立与基层医疗机构双向转诊机制,并取得成效。	查阅评审周期相关资料,实地考察。	未开展培训、训练指导,不得分;未与基层医疗机构建立双向转诊机制,不得分;有机制,但未实现转诊,扣3分;无成效(基层医院未开展相应康复医疗),扣1分;缺少有效证据支撑资料,酌情扣分(至少扣0.5分)。	5
4.7 开展临床路径管理工作,定期对临床路径实施情况进行统计分析,不断完善和改进。(15分)	4.7.1 医院有综合考虑医疗服务质量安全、基本医疗需求等因素制定的临床路径,开展临床路径管理工作,开设病房的科室,每科室实行中医临床路径管理的病种数不少于2个,或医院实行中医临床路径管理的病种数≥20种,逐步实现临床路径管理与电子病历系统相衔接。	查阅相关资料,随机从医院提供的实行中医临床路径管理的科室清单中抽查2个科室的相关资料。	未开展中医临床路径管理,不得分;病种数不符合要求,扣3分;未制定中医临床路径实施方案,扣2分;方案未落实,扣1分;路径未与电子病历系统衔接,扣2分;未提供有效证据支撑资料,扣0.5分。	5
	4.7.2 开展医务人员临床路径方案的培训。医师掌握本专科常见病及中医优势病种临床路径。	查阅相关资料,现场访谈3名中医类别执业医师(含科室负责人1名)。	未开展培训,扣2分;科室负责人未掌握本科常见病及中医优势病种临床路径,扣1分;其他医师未掌握,每人扣0.5分;掌握不全面,酌情扣分(每人最少扣0.3分)。	3
	4.7.3 临床路径和诊疗方案在临床中得到应用。	抽查3份运行或归档病历。	未执行临床路径或诊疗方案,每份病历扣1分;无临床路径表单,每份病历扣0.5分。	3

	4.7.4 定期开展临床路径实施过程和效果评价,有关关键环节质量控制保障,提出完善和改进路径标准的建议,不断扩大临床路径覆盖面。	查阅评审周期相关资料,随机抽查3个临床科室(至少含1个手术科室)。	未对临床路径的实施过程、效果评价,或无评价结果、质控记录、工作总结,不得分;缺少对实施临床路径管理中发生变异和退出临床路径管理病例的监控、分析记录,扣2分;监控不到位,或对发现问题无改进措施,扣1分;措施未落实,扣0.5分。	4
4.8 合理配置、应用中医诊疗设备。(5分)		查阅设备清单,并抽查3个设备使用情况(分属于3个科室,每个科室抽查1种)。	中医诊疗设备未达到8类,每少一类扣2分;未达到25种,每少一种扣1分;设备未使用,每种扣1分;未提供使用的有效证据原始资料,扣1分。	5
4.9 广泛、合理应用中医医疗技术,积极开展中医综合治疗。(20分)	4.9.1 按照《中医医疗技术手册(2013普及版)》(国中医药医政医管便函〔2013〕81号)的技术目录,开展中医医疗技术项目≥40种。	查阅评审周期的中医医疗技术项目清单、医疗信息报表,并抽查核实。	每少1项,扣2分;未应用,酌情扣分(每种至少扣0.1分);抽查结果与医院统计差异较大(相差±10%以上),扣3分。	5
	★4.9.2 采用非药物中医技术治疗人次占医院门诊总人次的比例≥10%(针灸、推拿或按摩、康复医院采用非药物中医技术治疗人次占医院门诊总人次的比例≥70%)。	查阅评审周期相关资料,并抽查核实。	抽查结果与医院统计差异较大(相差±10%以上),扣3分(针灸、推拿或按摩、康复医院扣5分);每低于标准1个百分点,扣1分(针灸、推拿或按摩、康复医院扣2分)。	5
	4.9.3 出院患者采用中医诊疗技术比例≥70%(针灸、推拿或按摩、康复医院≥90%)。		抽查结果与医院统计差异较大(相差10%以上),扣3分;每低于标准1个百分点,扣1分。	5
	4.9.4 按照国家中医药管理局《关于中医医院加强中医综合治疗的通知》(国中医药医政发〔2013〕37号)要求建设中医综合治疗区(室),设立中医综合治疗室的科室数不低于开设病房的临床科室总数的60%,门诊设立中医综合治疗区,并开展相应诊疗服务(针灸、推拿或按摩、康复医院不查此项,分值调至4.9.2)。	查阅评审周期内中医综合治疗室(区)的相关资料和年度医疗信息报表,并实地考察40%的科室。	设立中医综合治疗室的科室数低于开设病房的临床科室总数的60%,或门诊未设立中医综合治疗区,不得分;有中医综合治疗室,但未开展中医综合治疗工作,或无工作记录,每科扣2分;服务量逐年减少,扣0.5分;中医综合治疗区(室)建设不符合相关要求,扣2分。	5

4.10 使用一定数量的医疗机构中药制剂；中药饮片和中成药使用达到要求。（20分）	4.10.1 常年应用医疗机构中药制剂 ≥ 15 种（康复医院医疗机构中药制剂 ≥ 10 种；针灸、推拿或按摩医院医疗机构中药制剂 ≥ 5 种）。	查阅评审周期内医疗机构中药制剂入出库单和医疗机构制剂注册许可证。	无医疗机构中药制剂，不得分；制剂每少 1 种，扣 3 分；有制剂但未生产，每种扣 1 分（最多扣 2 分）。	5
	★4.10.2 门诊处方中，中药（饮片、中成药、医院制剂）处方比例 ≥ 60%；中药饮片和医疗机构中药制剂处方占门诊处方总数的比例 ≥ 40%（针灸、推拿或按摩、康复、眼科医院中药饮片处方占门诊处方总数 ≥ 20%）。	查阅评审周期的医疗信息报表，并抽查核实。	实地检查与医院统计结果差异较大（相差 ± 10% 以上），不得分；每低于标准 1 个百分点，每个指标扣 2 分。	5
	4.10.3 出院患者中应用中药饮片和医疗机构中药制剂人次占出院患者人次的比例 ≥ 60%。	查阅评审周期相资料，随机抽查 20 份归档病历。	实地抽查与医院统计结果差异较大（相差 ± 10% 以上），扣 5 分；每低于标准 1 个百分点，扣 2 分；病程记录与医嘱、费用不符合，每份病历扣 1 分。	6
	4.10.4 中药饮片和医疗机构中药制剂处方数占门诊人次的比例 ≥ 60%。	查阅评审周期的医疗信息报表，并抽查核实。	实地检查与医院统计结果差异较大（相差 ± 10%），不得分；每低于标准 1 个百分点，扣 1 分。	4

## 第五章 中药药事管理（80分）

评价指标	评价方法	评分细则	分值	
5.1 医院药事管理组织定期对临床使用中药进行监督、评价和指导，合理遴选医疗机构内使用的中药。（2分）	查阅评审周期相关资料，实地考察。	未对临床使用中药进行监督、评价和指导，不得分；每年少于2次，扣1分。	2	
5.2 中药房设置达到《医院中药房基本标准》。（18分）	查阅评审周期相关资料，实地考察。	5.2.1 设有中药饮片库房、中药饮片调剂室、中成药库房、中成药调剂室、中药煎药室。	3	
		5.2.2 中药房应当远离各种污染源，中药饮片调剂室、中成药调剂室、中药煎药室应配备有效的通风、除尘、防积水以及消防等设施。	2	
		5.2.3 中药饮片调剂室面积≥100平方米；中成药调剂室面积≥60平方米。中成药调剂室、中药饮片调剂室面积应当与医院的规模和业务需求相适应。	3	
		5.2.4 中药房的设备（器具）应当与医院的规模和业务需求相适应。	2	
	5.2.5 中药房人员配备与医院的规模和业务相适应。	查阅评审周期人事档案及相关证明材料，并实地考察。	中药房人员配备与医院的规模和业务不相适应，酌情扣分。	1
	5.2.6 中药房主任或副主任中，应当有副主任中药师以上专业技术职务任职资格的人员。	查阅评审周期人事档案及相关证明资料。	不符合要求，不得分。	2
	5.2.7 中药饮片质量验收负责人应为具有中级以上专业技术职务任职资格和中药饮片鉴别经验的人员或具有丰富中药饮片鉴别经验的老药工。中药饮片调剂复核人员应具有主管中药师以上专业技术职务任职资格（小包装饮片的复核人员应具有中药师以上专业技术职务任职资格）。煎药室负责人应具有中药师以上专业技术职务任职资格，煎药人员应为中药学专业或经培训取得相应资格的人员。	查阅评审周期人事档案及相关证明资料。	不符合要求，每人扣1分。	3

	5.2.8 有以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。	查阅评审周期相关资料。	无培训制度和培训计划，不得分；有培训计划，未实施，扣 1 分；未提供原始资料，或计划落实不到位，扣 0.5 分。	2
5.3 医院中药饮片管理规范，采购、验收、储存、养护、调剂、煎煮符合要求。（32 分）	★5.3.1 建立中药饮片采购制度，采购程序符合相关规定，供应商资质齐全并对其定期评估。	查阅相关资料（如中药饮片采购制度、采购计划、供应商资质档案、评估记录等），并实地考察。	（C）（1 分） 1.有药品采购供应管理制度与流程，有固定的供药渠道，由药学部门统一采购供应。 2.列入药品处方集和基本用药目录中的药品有适宜的储备，没有增减调整药品率≤5%。 （B）符合 C，并（2 分） 1.定期检查总结药品采购供应制度的执行情况，每年至少两次，无违规采购。 2.定期评估药品储备情况，有分析报告和提出改进措施。 （A）符合 B，并（3 分） 药品采购规范，储备适宜，无违规采购。	3
	5.3.2 中药饮片验收管理制度健全，落实到位，记录完整。	查阅评审周期相关资料及进货质量验收记录或入库清单。	无制度，或无记录，不得分；制度不完善，扣 1 分；记录不完整，扣 1 分。	3
	5.3.3 中药饮片储存管理规范，有保证质量的管理制度和设施条件，做到定期养护。	查阅相关资料，并实地考察。	中药饮片有变质、霉变、生虫、串药等现象，或无储存管理规范、制度，不得分；设施条件不完善，扣 1 分；养护记录不完整，扣 1 分。	3
	5.3.4 毒性中药饮片、按麻醉药品管理的中药饮片管理符合国家的相关法律法规。	查阅相关资料，实地考察，并抽查 10 张毒性中药饮片、按麻醉药品管理的中药饮片处方。	无毒性中药饮片，根据专家组对其毒性中药饮片管理能力进行评估，酌情给分；有含毒性中药饮片、按麻醉药品管理的中药饮片；未按规定实行双人双锁管理，扣 1 分；账物不符，扣 1 分；含毒性中药饮片、按麻醉药品管理的中药饮片处方调剂不符合规定，每张扣 0.2 分。	2

5.3.5 有中药饮片处方调剂制度和操作规范，严格处方的审核和调剂复核，调剂复核率 100%，每剂重量误差应在 ±5% 以内。	查阅相关资料，实地考察，并抽查 1 日中药饮片处方和调剂后的中药饮片处方 20 剂。	无饮片调剂制度和操作规范，不得分；未按规定审核，或无复核签字，每张处方扣 0.5 分（最多扣 2 分）；重量误差不符合要求，每剂扣 0.5 分（最多扣 2 分）。	5
5.3.6 有缩短等候取药时间的措施，并落实到位。	查阅相关资料，实地考察，并追踪 3 名患者取药过程。	无措施，不得分；措施不到位，每发现一处扣 0.5 分。	2
5.3.7 有与本单位实际情况相适应的煎药室工作制度和相关设备的标准化操作程序，严格煎药的质量控制、监测工作。	查阅相关资料。	无工作制度和相关设备的标准化操作程序，或未开展质量控制、监测工作，不得分；质量控制、监测工作不到位，酌情扣分（最少扣 1 分，最多扣 3 分）。	4
5.3.8 煎药室布局合理，配备完善的煎药设备设施和辅助用具，流程合理。		布局不合理，扣 0.5 分；流程不合理，扣 0.5 分；设备设施和辅助用具配备不完善，扣 0.5 分。	2
5.3.9 煎药室应当定期消毒。煎药设备设施、容器使用前应确保清洁，有清洁规程和每日清洁记录。	查阅评审周期相关资料，并实地考察。	未定期消毒、无清洁规程，或无每日清洁记录，不得分；消毒记录和每日清洁记录不完整，每项扣 1 分。	3
5.3.10 煎药室面积与本单位的业务规模（煎药工作量）相适应。		煎药室面积与本单位的业务规模（煎药工作量）不相适应，酌情扣分。	1
5.3.11 煎药操作记录完整，操作方法符合要求。待煎药物先行浸泡时间不少于 30 分钟，每剂药一般煎煮 2 次，煎煮时间根据方剂的功能主治和药物的功效确定。凡注明有先煎、后下等特殊要求的，按照要求或医嘱操作。	查阅评审周期相关资料，实地考察，并抽查 10 张中药饮片处方的煎煮过程。	无操作记录，不得分；记录不完整，扣 1 分；煎药操作方法不符合要求，每处扣 0.5 分。	3
5.3.12 提供中药急煎服务。	实地考察，并抽查非工作时间急煎中药情况。	不能提供急煎服务，或急煎不能在 2 小时内完成，不得分。	1

5.4 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。(12分)	5.4.1 中药饮片处方用名和调剂给付符合要求。	查阅评审周期相关资料,实地考察,并抽查 10 张中药饮片处方。	中药饮片调剂给付不符合规定,每张每种扣 0.3 分。	2
	★5.4.2 有中药饮片处方点评工作制度,开展中药饮片处方点评工作,工作记录完整。	查阅评审周期相关资料,并实地核查。	(C) (1分) 有按《医院处方点评管理规范(行)》的要求制定医院处方点评制度,组织健全,责任明确。 (B)符合C,并(1.5分) 1.有处方点评实施细则和执行记录。 2.对不合理处方进行干预。 3.定期发布处方评价指标与评价结果,纳入医院质量考核目标,实现奖惩管理。定期进行通报和超常预警。 (A)符合B,并(2分) 1.每年开展三项以上专项药物临床应用评价,每年每项评价不少于4次。 2.根据点评结果。落实整改措施,提高合理用药。	2
	5.4.3 门急诊处方点评的抽查率应不少于中药饮片总处方量的 0.5%,每月点评处方绝对数不少于 100 张;病房(区)的抽查率(按出院病历数计)不少于 5%,每月点评出院病历绝对数应不少于 30 份。	查阅评审周期相关资料,并实地核查。	门急诊中药饮片处方的抽查率<中药饮片总处方量的 0.5%,或每月点评处方绝对数<100 张,扣 1 分;病房(区)中药饮片处方抽查率(按出院病历数计)<5%,或每月点评出院病历绝对数<30 份,每项扣 1 分;核查结果不符合,扣 0.5 分。	2
	5.4.4 医师开具的中药饮片处方(医嘱)内容规范完整,药名书写正确,脚注明确,“双签字”落实到位。	查阅评审周期相关资料,随机抽查某日中药饮片处方 50 张、住院病历 10 份。	中药饮片处方(医嘱)内容不规范,扣 0.5 分;药名书写不正确,每张扣 0.5 分;脚注不明确,或没有标注,每张扣 0.5 分;双签字要求落实不到位,每张扣 0.5 分。	4

	5.4.5 定期总结中药饮片处方点评结果，将点评结果纳入绩效考核，实行奖惩管理，对不合理使用中药饮片的行为有干预措施，并落实到位。	查阅评审周期相关资料，随机抽查3个月绩效及年内奖惩情况。	点评结果未公示，扣1分；未纳入绩效考核，扣1分；干预和改进措施不到位，扣1分。	2
5.5 加强医疗机构中药制剂管理。（3分）	5.5.1 中药制剂的配制管理规范，委托加工的制剂符合相关的规定。	查阅相关资料，并实地考察。	无制剂配制记录，或委托加工制剂不符合规定，不得分；配制记录不完善，扣1分。	2
	5.5.2 中药制剂在医疗机构之间的调剂使用符合相关规定。	查阅相关资料。	中药制剂在医疗机构之间的调剂使用不符合规定，不得分。	1
5.6 积极开展个性化特色中药服务，挖掘整理特色中药疗法和传统中药加工方法，并推广使用。（3分）	5.6.1 开展2项及以上中药个性化用药加工服务（接受患者委托，按医师处方制作丸、散、膏、胶囊等剂型的服）。	查阅相关资料，并实地考察。	设备不齐全，能力不具备，不得分；未提供加工服务，扣1分；服务人次未逐年增加，扣0.5分；缺少有效证据的原始资料，扣0.3分。	2
	5.6.2 积极挖掘整理用于专科疾病治疗的特色中药疗法，并推广使用。	查阅相关资料。	未挖掘整理特色中药疗法，不得分；未推广使用，酌情扣分；缺少有效证据的原始资料，扣0.3分。	1
5.7 临床药师参与中药药物治疗，促进安全与合理用药。（10分）	5.7.1 医院配备5名以上临床药师或每100张病床与临床药师配比 $\geq 0.6$ 。提供中药咨询服务，促进中药合理使用。	查阅相关资料，并实地考察。	临床药师数量配备不足，每少1人扣1分；药师未参加临床药物治疗工作，扣0.5分；未开展咨询工作，扣0.5分；缺少有效证据的原始资料，扣0.3分。	3
	5.7.2 定期开展中药处方点评工作，规范处方（用药医嘱）开具、审核、调配、核发、用药指导等行为。	查阅评审周期相关资料，随机抽取中成药（含中药注射剂）处方50张、住院病历10份。	未定期开展中药处方点评工作，不得分；点评问题无改进措施，或措施未落实（连续出现相同问题3次以上），扣1分；处方（医嘱）不合格，或用药不合理，每份扣0.5分；缺少有效证据的原始资料，扣0.3分。	3
	5.7.3 有中药安全性监测管理制度和中药不良反应事件报告制度，按规定报告中药不良反应。	查阅评审周期相关资料，随机抽查3份病历。	无制度，或无中药不良反应报告记录，不得分；未按照规定上报不良反应，每例扣1分。	2
	5.7.4 对患者开展中药及中药合理用药知识宣传与教育。	查看评审周期相关资料，实地访谈3名候诊患者。	未开展宣传与教育，不得分；人员不知晓，每人扣0.5分；缺少有效证据的原始资料，扣1分。	2

## 第六章 中医护理（60分）

评价指标		评价方法	评分细则	分值
6.1 护理管理组织体系健全，中医护理管理职能及各层次护理管理岗位职责明确。（10分）	6.1.1 有在院长（或副院长）领导下的护理组织管理体系，实施目标管理。各层次护理管理岗位职责明确并实行考核。	查阅相关资料，访谈相关人员2名。	管理体系不健全，扣1分；未按照标准配置各层次护理管理岗位和人员，或岗位职责不明确，扣1分；未对各层次护理管理者进行考核，扣0.5分；人员不知晓，每人扣0.3分。	2
	6.1.2 建立护理垂直管理体系，有相关工作方案。	查阅相关资料，实地考察。	未建立护理垂直管理体系，或无工作方案，不得分。	2
	6.1.3 明确护理管理部门的中医护理管理职能和管理人员职责。	查阅相关资料，访谈相关人员3名。	护理管理部门的职能不明确，扣1分；主管院长、护理部主任、科护士长、护士长的职责不明确，每人扣0.5分；人员不知晓，每人扣0.3分。	2
	6.1.4 医院年度工作计划中有中医护理工作的计划与具体措施，并落实。	查阅评审周期相关资料，并抽查2项措施的落实情况。	无相关计划和措施，不得分；措施未落实，或落实不到位，每项扣1分；缺少有效证据的原始资料，扣0.5分。	2
	6.1.5 建立护理与医务、药剂、后勤等相关部门支持开展中医护理工作的协调机制，并定期（至少半年1次）召开会议。	查阅相关资料。	未建立协调机制，或无会议记录，不得分；协调机制落实不到位，扣1分；缺少有效证据的原始资料，扣0.5分。	2
6.2 加强中医护理队伍建设，中医护理人员配置合理。（12分）	6.2.1 合理配置护士，病房护理人员总数与病区实际开放床位数的比例达到0.4:1的要求。特殊护理单元人员资质符合要求。	提供全院护士人员名册及护理单元人员信息，随机抽查2病区、近3个月护理人员排班表；抽查3个特殊护理单元专科护士资质的证明材料。	病房护理人员总数与病区实际开放床位数的比例不符合要求，每个病区扣3分；特殊护理单元专科护士资质不符合要求，每人扣1分。	5
	6.2.2 中医药院校毕业或中医护理专业毕业的护士比例不低于30%。	查阅全院中医药院校毕业或中医护理专业毕业护士名单等相关资料，并抽查5名中医药院校毕业或中医护理专业毕业护士的证明材料。	中医药院校毕业或中医护理专业毕业护士比例不达标，每低于标准1个百分点扣0.5分；护士证明材料不符合，不得分。	2

	6.2.3 全院大专及以上学历护士数占全院护士总数的比例不低于 80%。	查阅全院大专及以上学历护士名单,并抽查 5 名护士的证明材料。	每低于标准 1 个百分点,扣 0.2 分;学历资料不符合,每人扣 1 分。	2
	6.2.4 有护理人员中医药知识与技能的培训计划,体现不同层次人员的培训内容与学时要求,定期考核,措施到位。	查阅评审周期相关资料,随机抽查高级、中级、初级护士技术档案各 3 份及 3 名护士的培训记录。	无培训计划,或未体现不同层次人员的培训内容,或无中医药内容,或护士培训记录不符合要求,不得分;计划未落实,或原始资料记录不全面,每份技术档案扣 0.5 分;培训内容与学时不符合要求,每份技术档案扣 0.5 分。	3
6.3 积极开展辨证施护和中医特色护理,提供具有中医药特色的健康教育和康复指导。(18 分)	6.3.1 参照《中医护理常规 技术操作规程》和中医护理方案制定符合本院实际的中医护理常规或中医护理方案,并组织实施。	查阅评审周期的相关资料,并现场抽查 2 个病区。	无符合本院实际的中医护理常规和中医护理方案,不得分;未组织实施、培训,每个病区扣 1 分。	3
	6.3.2 定期对中医护理方案的应用情况进行分析总结并优化。		未开展分析总结,不得分;周期内未进行优化,扣 1 分。	2
	6.3.3 护士掌握本科常见病的中医护理常规或中医护理方案,并应用于临床护理。	查阅评审周期的相关资料,随机抽查 2 个病区,现场访谈患者 2 名、考核 2 名护士(含 1 名护士长,原则上每个病区 1 人,共 2 个病区)。	护士长未掌握本科常见病种的中医护理措施,扣 3 分;护士未掌握,扣 1 分;临床中医护理措施不到位,每人扣 2 分;患者不了解,每个病区扣 1 分。	6
	6.3.4 病区开展具有中医特色的健康教育和康复指导,包括生活起居、饮食指导、用药指导、情志调理、康复指导。	查阅评审周期相关健康教育资料,实地查看 2 个病区,并随机访谈入院近一周内的住院患者 1 名和准备出院的患者 1 名。	无健康教育相关资料,每个病区扣 1 分;健康教育资料内容不全面,每个病区扣 0.5 分;患者不知晓健康教育内容,每个病区扣 1 分。	4
	6.3.5 入院评估等资料中,体现辨证施护内容。	抽查 3 份运行病历,并实地考察。	未体现辨证施护内容,每份病历扣 1 分;内容不全,每份病历扣 0.5 分。	3

6.4 积极运用中医护理技术，应用人次逐年上升。（12分）	6.4.1 全院开展中医护理技术不低于8项，且应用人次逐年上升。	查阅评审周期相关资料，医疗信息报表或医院统计报表、中医护理技术项目清单及应用科室，随机抽查2个科室运行病历各1份。	全院中医护理技术项目数<8项，每少1项扣1分；全院中医护理技术应用人次未逐年上升，每年扣0.5分；病历记载与提供资料不符合，每份病历扣0.3分。	3
	★6.4.2 科室开展中医护理技术项目不少于4项。	科室提供开展中医护理技术项目清单，实地检查3个科室，每个科室抽查2份运行病历。	未开展中医护理技术操作，不得分；科室开展中医护理技术项目<4项，每科扣2分。	4
	6.4.3 组织培训《护理人员中医技术使用手册》及本院常用中医护理技术，并取得实效。	查阅评审周期相关资料，现场随机抽查2项中医护理技术实际操作情况（《护理人员中医技术使用手册》中的技术及本院自行开展的技术各一项）。	未开展培训、考核，扣3分；技术操作不规范，每项扣2分；缺少有效证据的原始资料，扣1分。	5
6.5 开展中医护理质量评价，并持续改进。（6分）	6.5.1 开展中医特色护理质量评价工作。	查阅评审周期相关资料。	未开展中医特色护理质量评价工作，不得分；评价不到位，或记录不完整，扣1分；针对问题无改进措施，扣1分；措施未落实，或不到位，扣1分。	3
	6.5.2 有突出中医特色的护理查房、护理会诊及护理病例讨论制度，并落实。	查阅评审周期的相关资料，参加肛肠专科一个病区的护理查房或护理病例讨论。	无制度，不得分；护理查房、护理病例讨论未体现中医特色的康复指导，扣2分；记录不完整，扣1分。	3
6.6 积极开展中医护理科研工作。（2分）	6.6.1 医院有鼓励开展中医护理科研的措施。	查阅评审周期的相关资料，查看1项措施落实的情况。	无鼓励措施，不得分；措施未落实，扣0.5分。	1
	6.6.2 医院开展中医护理技术创新和中医护理科研工作。	查阅评审周期的相关资料。	无创新和中医护理相关的科研工作，不得分；无院级以上课题立项，扣0.5分。	1

## 第七章 文化建设（30分）

评价指标		评价方法	评分细则	分值
7.1 医院重视中医药文化建设。（4分）	7.1.1 贯彻执行《关于加强中医医院中医药文化建设的指导意见》及《中医医院中医药文化建设指南》等相关文件要求。	查阅相关资料。	无相关会议记录，不得分。	2
	7.1.2 有医院中医药文化建设方案并组织实施。	查阅相关资料，并抽查2项措施的落实情况。	未制定实施方案，不得分；措施未落实，每项扣1分。	2
7.2 医院价值观念体系体现中医药文化。（6分）	7.2.1 医院宗旨充分体现中医药文化的价值观念。	查阅相关资料，并实地考察。	无医院宗旨或未体现，不得分；正在征集或制定过程中，扣1分；体现不充分，扣0.5分。	2
	7.2.2 医院发展战略体现发展中医药事业、提供中医药服务的总体定位。		无发展战略，或未体现，不得分；正在征集或制定过程中，扣1分；体现不充分，扣0.5分。	2
	7.2.3 院歌体现中医医院的宗旨。		无院歌，或未体现，不得分；正在征集或制定过程中，扣0.5分；体现不充分，扣0.2分。	1
	7.2.4 院训体现中医医院的宗旨。		无院训，或未体现，不得分；正在征集或制定过程中，扣0.5分；体现不充分，扣0.2分。	1
7.3 建立并不断完善行为规范体系，形成富含中医药文化特色的服务文化和管理文化。（8分）	7.3.1 医院员工言语仪表规范。	现场考核3名员工（窗口服务人员、医技人员，门诊服务台人员各1名）。	医院员工言语仪表不规范，每人扣1分；未提供培训资料，扣0.5分。	2
	7.3.2 具有体现中医药文化的特定礼仪。	查阅相关资料。	无特定礼仪，不得分；未提供有效证据的原始资料，扣1分。	2
	7.3.3 制定体现中医医院特点的规章制度和《员工手册》，并开展培训。	查阅相关资料。	未制定相关规章制度和《员工手册》，不得分；未体现中医医院特点，扣1分；未开展培训，扣0.5分；未提供有效证据的原始资料，扣0.5分。	2
	7.3.4 编写体现中国传统文化核心价值观念的读本，并开展培训。	查阅相关资料。	未编写读本，不得分；未开展培训，或缺少有效举证的原始资料，扣1分。	2

7.4 加强医患沟通，构建和谐医患关系。（6分）	7.4.1 健全医患沟通制度，完善医患沟通内容。	查阅评审周期的相关资料，实地查看，随机抽查内科系统、外科系统各2份运行病历，随机访谈门诊、住院患者或其近亲属各2名。	无相关工作制度，不得分；医患沟通内容、形式和工作记录有缺陷，扣2分；病历中无沟通内容，或沟通内容不到位，每份病历扣1分；医务人员对病情介绍、宣教、解释不到位，每人扣0.5分。	4
	7.4.2 加强对医务人员医患沟通技巧的培训，提高医患沟通能力。	查阅评审周期的相关资料，访谈2名医师。	未开展培训，不得分；培训原始资料不全，扣1分；医师未掌握沟通技巧，每人扣0.5分。	2
7.5 参照中医医院环境形象建设范例，开展中医医院环境形象体系建设。（6分）	7.5.1 庭院建设体现中医药文化。	实地考察。	庭院建设未体现中医药文化，不得分；体现不充分，扣1分。	2
	★7.5.2 门诊走廊、候诊区和住院部走廊宣传中医药知识，使用中医病名和中医术语，并与所在科室的中医药特色相结合，中药候药区宣传中医药相关知识。		门诊走廊、候诊区和住院部走廊未宣传中医药知识，每个区域扣2分；未使用中医病名或中医术语，每个区域扣1分；未与科室特色相结合，每科扣1分；中药候药区未宣传中医药相关知识，扣1分；宣传不充分，扣0.5分。	4

## 第八章 治未病服务（30分）

评价指标		评价方法	评分细则	分值
8.1 为发展治未病服务提供支撑。（3分）	8.1.1 医院重视治未病工作,院级领导分管治未病工作,医院的中长期发展规划和年度工作计划中有发展“治未病”服务的内容,有明确的发展目标;医院逐步建立完善治未病工作激励机制。	查阅相关资料。	无院级领导分管治未病工作,不得分;医院的中长期发展规划和年度工作计划中无发展治未病服务的内容,不得分;发展目标不明确,扣1分;医院无支持治未病工作激励机制,扣1分。	1.5
	8.1.2 医院制定治未病专科建设年度工作计划及具体措施并落实;在科室目标考评中建立激励机制,保证人员的积极性与稳定性。	查阅相关资料。	未制定治未病专科建设年度工作计划及具体措施,不得分;部分计划措施未落实,扣1分;未建立激励机制,扣1分。	1.5
8.2 治未病科功能定位准确。（5分）	★8.2.1 科室功能定位准确,为医院的一级科室。	提供医院临床科室组织框架图、医院科室负责人任命,并实地考察。	把针灸科、推拿科、康复科、理疗科等临床科室及国医堂、名医工作室等整合纳入“治未病”科,不得分;未作为医院一级科室,不得分。	3
	8.2.2 科室服务对象以体质偏颇人群、亚健康人群、病前状态人群、慢性疾病需实施健康管理的人群和其他关注健康的特殊人群为主。	查阅相关资料,并实地考察。	服务对象不符合要求,不得分。	2
8.3 治未病科基本条件满足业务需求。（10分）	8.3.1 科室区域布局合理,面积满足业务工作需要。应设置健康状态信息采集与辨识评估区域、健康咨询与指导区域、健康干预区域、健康宣教区等功能区域。	查阅相关资料,并实地考察。	服务区域低于200平米,不得分;区域布局不合理,扣1分;不具备健康状态辨识、风险评估、健康咨询与指导、健康干预等功能,酌情扣分。	2
	8.3.2 人员配备满足未病服务功能的需要,专职医护人员不少于6人,中医类医护人员比例不低于70%,其中应当有一名具备副主任以上专业技术职务任职资格的中医类别执业医师。	查阅评审周期人事档案及相关证明材料。	专职医护人员(不包括体检中心人员)配备不足6人,或中医类医护人员比例<70%,不得分;无副主任专业技术职务任职资格的中医类别执业医师,扣2分。	3

	8.3.3 设备配置满足治未病服务需要。配置6类以上中医健康干预类设备,如针灸类、灸疗类、熏洗类、光疗类、电疗类、磁疗类等设备;配置3种以上中医健康状态辨识评估类设备,如体质辨识仪、四诊仪、经络检测仪、红外线热成像仪、五脏相音辨识仪等。	查阅科室设备清单和使用记录,并实地考察。	健康干预类配备设备<6类,每少一类扣1分;辨识评估类设备<3种,每少1种扣1分。	3
	8.3.4 建立有关工作制度、服务规范和技术操作规范。	查阅相关资料。	无工作制度,或服务规范,或技术规范,不得分;各类制度、规范不健全,每项扣1分。	2
8.4 按照要求规范提供治未病服务。(8分)	8.4.1 为群众提供健康状态信息采集与辨识评估、健康咨询指导、健康干预、服务效果追踪等中医健康管理全程服务,服务流程合理,服务量达到一定规模(指开展中医体检及健康干预等个性化服务的人次,三伏贴等群体性服务不列入服务量计算范围)。	查阅医院统计报表等相关资料。	未提供服务,不得分;服务流程不合理,酌情扣分;服务量低于3000人次/年,扣1分;服务量低于5000人次/年,扣0.5分。	2
	8.4.2 围绕科室重点主攻方向人群,制订治未病干预方案并实施。	查阅相关资料,现场访谈。	未制订,或制定未实施治未病干预方案,不得分;干预方案应用人群数量少,酌情扣分。	2
	8.4.3 应用中医特色干预技术方法,如针刺、灸法、拔罐、推拿、穴位贴敷、埋线、药浴、熏洗(蒸)、刮痧、砭石、音疗,及热疗、电疗及其它理疗技术。	查阅科室信息报表等资料,并实地考察。	特色治未病服务干预技术方法应用<6项,每少1项扣0.5分。	2
	8.4.4 开展治未病服务效果的总结、分析及评价工作。	查阅相关资料。	未开展服务效果评价工作,不得分。	1
	8.4.5 开展中医治未病服务信息化建设,为治未病服务发展提供数据支撑。	查阅相关资料,并实地考察。	未开展信息化建设,不得分;相关数据信息资料不全,扣0.5分	1

8.5 积极开展中医健康宣教， 为下级医院提供技术指导。 (4分)	8.5.1 开展多种形式的健康教育活动，包括：现场咨询、健康讲座、发放养生保健知识手册等传统宣传方式和利用电视报刊等主流媒体，网络、微信平台等新媒体传播中医健康文化。	查阅相关资料，实地考察。	未开展健康教育活动，不得分；每月开展公众健康咨询活动或健康讲座，每少1次扣1分；未提供宣传资料，扣1分。	2
	8.5.2 深入基层，为下级医疗卫生机构提供业务指导。	查阅相关资料。	未建立指导协作关系的，不得分；每月对基层指导少于1次，扣1分；工作记录不完整，扣1分。	2

## 第二部分 综合服务功能（350分）

### 第一章 基本要求和医院服务（40分）

#### 一、医院设置、功能和任务（5分）

评审指标		评审方法	评审细则	分值
1.1.1 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。(3分)	1.1.1.1 医院管理和服务坚持“以病人为中心”,服务宗旨、管理理念和管理措施体现医院公益性,把社会效益放在首位,履行相应的社会责任和义务。参加并完成各级卫生、中医药行政管理部门制定的社会公益项目。	查阅评审周期相关资料。	未体现公益性,或未履行社会责任和义务,或未参加并完成各级卫生、中医药行政管理部门指定的各类扶贫、防病、促进基层医疗卫生事业项目及边远地区医疗服务援助项目,或未开展或举办多种形式社会公益性活动(如义诊、健康咨询、募捐等)等,不得分;缺少有效证据的原始资料,扣1分。	2
	1.1.1.2 医院参与建立分级诊疗制度,初步实现三级专科医院优质资源下沉,与基层医疗卫生机构建立分工协作机制,形成科学合理就医秩序。		未与基层医疗卫生机构建立协作机制,不得分;缺少有效证据的原始资料,扣0.5分。	1

<p>★1.1.2.医院的功能、任务和定位明确，符合区域卫生规划和医疗机构设置规划要求，保持适度规模，医院编制及实有床位数均≥300张，科室设置、每床建筑面积、人员配备和设备、设施满足需要。（2分）</p>	<p>查阅相关资料。</p>	<p>1.医院符合卫生行政部门规定三级医院设置标准，获得批准等级至少正式执业3年以上。 2.卫生技术人员与开放床位之比不低于1.2: 1。 3.病房护士与开放床位之比应不低于0.4: 1。 4.临床科室主任具有副高级职称及以上者≥90%。 5.医院编制及实有床位数均≥300张。满足上面5点才能得分。</p>	<p>2</p>
---	----------------	--	----------

## 二、医院服务（15分）

评审指标	评审方法	评审细则	分值	
<p>1.2.1 医院有改善诊疗环境，提高工作绩效，优化医疗服务系统与流程，缩短平均住院日、缩短患者诊疗等候时间具体措施，支持医务人员从事晚间门诊和节假日门诊。（8分）</p>	<p>1.2.1.1 改善诊疗环境，就诊、住院的环境清洁、舒适、安全，有患者饮水、休息、如厕和方便残疾人的无障碍设施。急诊与门诊候诊区、医技部门、住院病区等均有清晰、规范、醒目、易懂的标识。有保护患者的隐私设施和管理措施。</p>	<p>查阅相关资料，并实地考察。</p>	<p>诊疗环境不符合要求，每项扣0.3分；缺少无障碍设施，扣1分；无保护患者隐私的管理措施，扣0.5分；措施不到位，扣0.5分。</p>	<p>2</p>
	<p>1.2.1.2 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；支持医务人员从事晚间门诊和节假日门诊，建立与挂钩合作的基层医疗机构的预约转诊服务；完善患者入院、出院、转科服务管理工作制度和标准；改善服务流程；为急诊患者提供合理、便捷的入院相关制度与流程；危重患者应先抢救并及时办理入院手续。</p>	<p>查阅相关资料，实地考察，并体验预约挂号、就诊流程。</p>	<p>未开展预约诊疗服务，或无支持医务人员从事晚间门诊和节假日门诊的措施，或未建立预约转诊服务，每项扣0.5分；无患者入院、出院、转科服务管理工作制度和标准，扣0.5分；无急诊患者收入院制度与流程，扣0.5分；危重患者未体现先抢救的原则，并未及时办理入院手续，扣0.5分。</p>	<p>3</p>

	1.2.1.3 医院挂号、缴费、取药、候诊秩序良好。	实地考察。	秩序混乱，每处扣 0.5 分；流程欠合理，扣 1 分。	2
	1.2.1.4 评审周期内，出院患者平均住院日呈下降趋势。	查阅评审周期相关资料。	未呈下降趋势，不得分。	1
1.2.2 急诊绿色通道管理规范，急危重症患者得到及时救治。（3分）	★1.2.2.1 加强急诊检诊、分诊，落实首诊负责制，及时救治急危重症患者。	查阅相关资料，并实地考察。	<p>(C) (0.3分)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.有专人负责急诊检诊、分诊工作，有效分流非急危重症患者。</li> <li>2.落实首诊负责制，急危重症患者实行先抢救、后付费。</li> <li>3.落实急会诊制度，保障急危重症患者得到及时救治。</li> <li>4.建立急危重症患者抢救协作协调机制，保障患者优先收住入院，制定急诊科与 120 急救中心、基层医疗急诊患者转接流程，保障患者得到连贯抢救治疗，保持绿色通道畅通。</li> </ol> <p>(B) 符合 C，并 (0.5分)</p> <p>急诊抢救登记完善，病历资料完整，入院、转诊、专科有病情交接。</p> <p>(A) 符合 B，并 (1分)</p> <p>有急诊信息网络支持系统，有急诊与院前急救、急诊与院内各相关科室、急诊与卫生行政部门的信息对接，急诊科能够在患者送达前获取急救中心转送或基层医疗机构转诊患者信息，院内相关各科室在患者收住入院前获取病历资料，提高效率。</p>	1

	1.2.2.2 实施急诊分区救治，建立专科病种的住院和手术的急危重症的“绿色通道”，建立重点病种的急诊服务流程与规范、急危重症优先诊治的相关规定。专科病种所需的人员、技术、设备设施配置达到《三级中医专科医院标准》。		未实施急诊分区救治，扣 0.5 分；未建立专科病种“绿色通道”，扣 0.5 分；未建立重点病种服务流程与规范，扣 0.5 分；无急危重症优先诊治的相关规定，扣 0.5 分；落实不到位，扣 0.5 分；人员、技术、设备设施不达标，每项扣 0.3 分。（评审方法与 1.2.2.1 保持一致，即查阅相关资料，并实地考察）	1
	1.2.2.3 有多部门、多科室的协调机制，保障急危重症、疑难病例的抢救治疗，有妥善处理特殊人群、特殊病种、群体性事件患者的工作流程。	查阅相关资料。	未建立协调机制，扣 0.5 分；无妥善处理特殊人群、特殊病种、群体性事件患者的工作流程，扣 0.5 分；协调机制落实不到位，或流程不完善，扣 0.5 分。	1
1.2.3 维护患者合法权益，加强投诉管理。（2分）	1.2.3.1 公开医疗价格收费标准，公开基本医疗保险支付项目。	查阅相关资料，并实地考察。	未公开医疗价格收费标准，扣 0.2 分；未公开基本医疗保险支付项目，扣 0.3 分。	0.5
	1.2.3.2 建立相关制度，保障患方（患者或其近亲属、授权委托人）对病情、诊断、医疗措施和医疗风险等具有知情选择的权利和参保患者对医疗保障制度支付项目的知情同意权利。尊重患者的民族习惯及宗教信仰。	查阅相关资料，随机抽查内科系统、外科系统归档病历各 1 份。	无制度，不得分；制度不完善，扣 0.3 分；缺少相应的知情同意内容，每份病历扣 0.1 分。	0.5
	1.2.3.3 实行“首诉负责制”，设立或指定专门部门，公布投诉地点及方式，加强投诉管理，及时处理并答复投诉人。	查阅相关资料，实地考察，并查看某月医疗投诉情况。	未实行“首诉负责制”，扣 0.5 分；无专门部门，扣 0.5 分；未公布投诉地点及方式，扣 0.3 分；无处理患者投诉记录，扣 0.3 分；无处理患者投诉记录，扣 0.3 分。	1
1.2.4 为住院患者提供营养指导、配餐、煎药等相关服务。（1.5分）		查阅评审周期相关资料，实地考察，并随机抽查 2 个病区。	不能提供相关服务，每项扣 0.5 分；抽查情况不符合，每个病区扣 0.5 分。	1.5
1.2.5 执行《无烟医疗机构标准（试行）》及《关于 2011 年起全国医疗卫生系统全面禁烟的决定》。（0.5分）		查阅相关资料，并实地考察。	无相关计划和具体措施，或无禁止吸烟的醒目标识，不得分；室内有烟头，每发现一处扣 0.2 分。	0.5

### 三、应急管理（8分）

评审指标	评审方法	评审细则	分值
1.3.1 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》等相关法律法规承担传染病的发现、救治、报告、预防等任务，主管部门对传染病管理定期监督检查、总结分析，持续改进传染病管理，无传染病漏报，无管理原因导致传染病播散。（1分）	查阅相关资料。	无传染病管理职能部门，不得分；传染病漏报，扣0.5分；无定期监督检查、总结分析资料，扣0.3分；门诊日志、住院诊疗信息登记不完整，扣0.2分。	1
1.3.2 遵守国家法律、法规，严格执行各级政府制定的应急预案，认真执行国家中医药管理局关于在卫生应急工作中充分发挥中医药作用的要求，承担突发公共事件的医疗救援和突发公共卫生事件防控工作。（2分）	1.3.2.1 医院明确在应对突发事件中应发挥的功能和承担的任务，能承担突发公共事件的医疗救援和防控工作。	应对突发事件中应发挥的功能和承担的任务不明确，扣0.5分；参与突发事件医疗救援和突发公共卫生事件防控工作的资料不完整，扣0.5分。	1
	1.3.2.2 有主管职能部门负责应急管理工作，医院总值班有应急管理的明确职责和流程。有各部门、各科室负责人在应急工作中的具体职责与任务。相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。	查阅相关资料，并访谈3名员工（含主管职能部门负责人、科室负责人和总值班各1人）。	无主管职能部门负责应急管理工作，扣0.2分；医院总值班无明确职责和流程，扣0.3分；无各部门、各科室负责人具体职责与任务，扣0.2分；人员不知晓相关流程或职责，每人扣0.3分。
1.3.3 加强领导，成立医院应急工作领导小组，建立应急队伍，落实责任，建立并不断完善医院应急管理的机制。（2分）	1.3.3.1 成立医院应急工作领导小组，负责医院应急管理。院长是医院应急管理的第一责任人。	无应急工作领导小组，不得分；院长不是第一责任人，扣0.3分。	0.5
	1.3.3.2 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。	无协调机制、部门和人员，每项扣0.2分。	0.5
	1.3.3.3 有应急队伍，人员构成合理，职责明确。建立以中医药专家为主的应急技术专家队伍。	无应急队伍，或未建立以中医药专家为主的应急技术专家队伍，不得分；人员构成不合理，职责不明确，扣0.5分。	1

1.3.4 明确医院需要应对的主要突发事件策略，建立医院的应急指挥系统，制定和完善各类应急预案，提高快速反应能力。（1分）		查阅相关资料。	无应急指挥系统或无应急预案，不得分；应急响应机制不完备，扣0.5分；未制订各种专项预案，扣0.5分；未明确应对不同突发公共事件的标准操作程序，扣0.5分。	1
1.3.5 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。（2分）	1.3.5.1 医院有安全知识及应急技能培训及考核计划，定期对各级各类人员进行培训。相关人员掌握主要应急技能和防灾技能。	查阅相关资料，并访谈3名医务人员。	无培训及考核计划，或未开展培训，不得分；人员不掌握主要应急技能和防灾技能，每人扣0.3分。	1.5
	1.3.5.2 医院每年开展院内各类突发事件预案应急演练和突发大规模传染病爆发的综合演练。		未开展各类突发事件预案应急演练，不得分；未开展突发大规模传染病爆发的综合演练，扣0.3分。	0.5

#### 四、临床医学教育（6分）

评审指标	评审方法	评审细则	分值
1.4.1 教学师资、设备设施符合中医药院校教育、毕业后教育和中医药继续教育、师承教育的要求。（2分）	查阅相关资料，并实地考察。	师资不符合要求，扣1分；设备设施不符合要求，扣1分。	2
1.4.2 承担本科及以上医学生临床教学和实习任务。（1.5分）	查阅评审周期相关资料。	未承担教学实习工作，扣1分；未承担硕士研究生教育，扣1分；无支持教学规划、资金投入和保障制度，扣1分；无专门部门和专职人员负责教学管理工作，扣0.5分；管理部门未开展日常管理及督导工作，扣0.5分；无相应专业教研组或办公室，或无专（兼）职教师，扣0.5分。	1.5

1.4.3 承担基层中医专科临床人员培训。制定相关的制度、培训和师承教育实施方案，并有具体措施予以保障。（1分）	查阅相关资料。	未承担培训任务，或无实施方案，不得分；无专职人员负责培训工作，扣0.5分；管理部门未开展日常管理及督导工作，扣0.5分。	1
1.4.4 开展继续教育和师承教育工作，有具体规划、实施方案，提供培训条件及资金支持。（1.5分）	查阅评审周期的相关资料，抽查年度继续教育经费使用情况。	无具体规划，或实施方案，不得分；未提供培训条件及资金支持，扣1分；无专门部门和专人负责，扣0.5分；缺少原始工作资料，扣0.5分。	1.5

## 五、科研管理（6分）

评审指标	评审方法	评审细则	分值
1.5.1 有鼓励医务人员参与科研工作的制度和办法，并提供适当的经费、条件与设施。（2分）	查阅评审周期相关资料，并实地考察。	无鼓励医务人员参与科研工作的制度和办法，扣1分；无科研经费支持及相应的科研条件与设施，扣1分；无省级以上重点学科，或省级重点实验室，扣1分。	2
1.5.2 承担各级各类以解决优势病种难点问题和提高中医临床疗效为核心的中医专科专业科研项目，获得院内外研究经费。（2分）	查阅评审周期相关资料。	未承担各级各类中医专科专业的科研项目，不得分；未承担省级以上科研项目，扣0.5分；无省级以上科研成果，扣1分；无统计资料和统计分析，扣0.5分。	1.5
		1.5.2.2 医院配套经费到位率 $\geq 90\%$ （以年终财务报表数据为准）。	配套经费到位率 $< 90\%$ ，不得分。

1.5.3 有将研究成果转化为实践应用的激励政策，并在提高中医临床疗效上取得成效。（1分）	查阅评审周期相关资料。	无激励政策，不得分；医院未提供自主创新的适宜技术得到推广，或院级研究成果转化实践应用，或引进技术提高临床诊疗水平的案例，扣0.5分。	1
1.5.4 依法取得相关资质，并按《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》的相关要求开展临床试验。（0.5分）	查阅评审周期相关资料，随机抽查1个项目。	未依法取得相关资质，不得分；未按质量管理规范的要求开展临床试验，扣0.3分；无专门管理部门，扣0.2分；未开展日常管理、督查，扣0.2分；项目管理不到位，或资料不完善，扣0.2分。	0.5
1.5.5 医院临床研究工作符合相关伦理审查规程和要求。（0.5分）	查阅评审周期相关资料，随机抽查1个项目的伦理审批情况，访谈相关人员1名。	未按要求开展伦理审查，不得分；伦理人员组成不符合要求，扣0.3分；未设专职秘书，或伦理批件不规范，扣0.2分；会议记录不完整，或人员不掌握，扣0.1分。	0.5

## 第二章 患者安全 (30分)

评价指标	评价方法	评分细则	分值	
2.1 确立查对制度，识别患者身份。(9分)	2.1.1 对就诊患者施行唯一标识(医保卡、新型农村合作医疗卡编号、身份证号码、病历号等)管理。	查阅相关资料，随机抽查评审周期至少两个科室归档病历5份。	未制定患者身份标识制度，不得分；病历信息不准确，每份病历扣0.6分。	2
	★2.1.2 在诊疗活动中，严格执行“查对制度”，至少同时使用姓名、年龄两项等项目核对患者身份，确保对正确的患者实施正确的操作。	查阅相关资料，实地考察或模拟两种以上诊疗行为(如医嘱开具与执行、发药、手术等)。	<p>(C) (1分)</p> <p>1.有标本采集、给药、输血或血制品、发放特殊饮食、诊疗活动时患者身份确认制度、方法和核对程序。核对时应该让患者或其亲近亲属陈述患者姓名。</p> <p>2.至少同时使用两种患者身份识别形式，如姓名、年龄、出生年月、性别或病历号。</p> <p>3.相关人员上述制度和流程清楚并履行相应职责。</p> <p>(B)符合C，并(2分)</p> <p>1.各科室严格执行核查制度。</p> <p>2.职能部门对上述工作进行督导、核查、总结、反馈，有改进措施。</p> <p>(A)符合B，并(3分)</p> <p>查对方法正确，诊疗活动中查对制度落实，持续改进有成效。</p>	3
	2.1.3 完善关键流程(急诊、病房、手术室、重症医学科之间流程)的患者识别措施，健全转科交接登记制度。	查阅相关资料，并抽查两组转科交接登记制度落实情况。	无转科交接登记制度，或无交接程序和身份识别措施，或无交接记录，不得分；记录不完整，每项扣1分。	2
	2.1.4 使用“腕带”作为识别患者身份标识。	抽查2名患者(重症医学科、手术室、急诊室以及意识不清、语言交流障碍的患者等)。	未使用“腕带”，每人扣1分。	2

2.2 确立特殊情况下医务人员之间有效沟通的程序、步骤。 (2分)	2.2.1 在住院患者的常规诊疗活动中,以书面方式下达医嘱。	查阅相关资料,实地考察急诊科,查看运行病历各2份,访谈相关人员4名(每科医护各1人)。	诊疗活动(病程记录有记载)无医嘱,每份扣1分;人员访谈不符合要求,每人扣0.5分。	1
	2.2.2 在实施紧急抢救的情况下,必要时可口头下达临时医嘱;护理人员应对口头临时医嘱完整重述确认。在执行时双人核查,事后及时补记录。			1
2.3 有手术安全核查管理制度,防止手术患者、手术部位及术式发生错误。(5分)	2.3.1 建立手术安全核查管理制度与工作流程。	查阅相关资料,抽查5份三步安全核查记录,并现场考查。	1.有手术安全核查与手术风险评估制度与流程。 2.实施三步安全核查,并正确记录。 3.准备切开皮肤前,手术医师、麻醉师、巡回护士共体遵照手术风险评估制度规定的流程,再次核对患者身份、手术部位、手术名称、麻醉分级等内容,并记录正确。 4.手术安全核查项目填写完善。 (B)符合C,并(2分) 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈,有改进措施。 (A)符合B,并(3分) 手术核查制度落实到位,评审周期内手术患者并发症发生率有所下降(或既往保持在低于全省平均水平的手术患者并发症发生率的医院能继续维持)。	3
	2.3.2 建立手术部位识别标示制度与可执行的工作流程,对涉及有双侧、多重结构(手指、脚趾、病灶部位)、多平面部位(脊柱)的手术时,对手术侧或部位有规范统一的标记制度,制度中对标记方法、标记颜色、标记实施者及患者参与有统一明确的规定。			查阅相关资料,访谈2名不同科室的手术医生。

2.4 有临床“危急值”管理制度,妥善处理医疗安全(不良)事件。(6分)	2.4.1 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,相关人员熟悉并遵循上述制度和流程,医技部门相关人员知晓本部门“危急值”项目及内容,能够有效识别和确认“危急值”。	查阅相关资料,并访谈医师、护士、医技人员各1人。	无制度与工作流程,或无医院“危急值”项目表,不得分;未定期(每年至少一次)对“危急值”报告制度的有效性进行评估,扣1分;有效证据的原始资料不完整,扣0.5分;人员不熟悉相关制度和流程,不知晓项目及内容,每人扣1分;掌握不全面,每人扣0.5分。	2
	2.4.2 严格执行“危急值”管理制度与流程,接获“危急值”报告的医护人员应记录患者识别信息、“危急值”内容和报告者的信息,复核确认无误后,及时向经治或值班医师报告,并做好记录;医师接获“危急值”报告后应及时追踪、处置并记录。信息系统能自动识别、提示“危急值”。	抽查5项“危急值”处理记录,并现场追踪考查。	“危急值”处理记录不符合要求,每项扣0.5分;信息系统不符合要求,扣1分。	2
	2.4.3 有主动报告医疗安全(不良)事件的制度和流程。	查阅评审周期相关资料,现场访谈2名医师。	无制度和流程,不得分;未开展全院安全教育,不得分;未开展重点环节管理,扣0.5分;无高风险事件或问题的监测,扣0.5分;对发生的不良事件未及时分析、整改、追踪,每项扣0.3分;人员不熟悉相关制度和流程,每人扣1分;掌握不全面,每人扣0.5分。	2
2.5 防范与减少患者跌倒、坠床等意外事件和压疮发生。(3分)	2.5.1 制定患者跌倒、坠床等意外事件报告制度、处理预案和流程。	查阅评审周期相关资料,实地考察,并现场访谈2名医务人员。	无报告制度、处理预案及流程,不得分;缺少相关会议记录、工作记录等有效证据的原始资料,或床边缺少醒目标识,扣1分;人员不熟悉相关制度和流程,每人扣1分;掌握不全面,每人扣0.5分。	2

	2.5.2 有压疮风险评估与报告制度,有压疮诊疗及护理规范。	查阅相关资料, 随机抽查 2 个病区, 现场访谈 2 名护士。	无风险评估与报告制度, 不得分; 人员不了解诊疗及护理规范, 每人扣 1 分; 掌握不全面, 每人扣 0.5 分。	1
2.6 有医院感染风险防范机制, 保障患者安全。(5 分)	2.6.1 有医院感染综合性监测制度, 年度医院感染发病率低于 8%, 并有总结分析。	查阅评审周期内相关资料, 并实地考察。	无医院感染综合性监测制度, 或年度院感发病率>8%, 或无数据分析报告, 不得分; 无改进措施, 扣 1 分; 措施未落实, 或缺少有效证据的原始资料, 扣 0.5 分。	2
	2.6.2 临床科室院感活动小组应开展医院感染活动, 有院感病例登记和讨论记录。	查阅评审周期内相关资料, 现场访谈内科、专科或外科各 2 名医护人员。	科室无活动记录, 或无院感病例讨论记录, 每科扣 0.5 分; 医务人员对本科室住院患者院感率不知晓, 每人扣 0.5 分。	1
	2.6.3 及时发现处置医院感染爆发或聚集性事件, 建立鼓励报告医院感染不良事件的制度和运行机制。	查阅评审周期内相关资料。	未提供医院感染爆发或聚集事件等资料, 不得分; 无鼓励院感不良事件报告制度, 扣 1 分; 未提供落实制度的案例记录, 扣 1 分; 记录不完善, 扣 0.5 分。	2

### 第三章 医疗质量（160分）

#### 一、医疗质量管理组织与制度（10分）

评价指标	评价方法	评分细则	分值
3.1.1 建立健全本机构医疗质量安全与风险管理体系，按照《医疗质量管理办法》等相关要求，细化并严格遵守18项医疗质量安全核心制度，院长为医疗质量管理第一责任人，切实履行医疗质量管理与持续改进的领导与决策职能。（2分）	查阅评审周期相关资料。	未建立本机构医院质量安全与风险管理体系，不得分；院长非医疗质量管理第一责任人，不得分；无院长行政查房，扣1分；核心制度未落实，每发现一起扣0.5分；未开展全员安全知识培训，扣0.5分。	2
3.1.2 合理设置医院质量管理组织，定期研究医疗质量管理等相关问题，记录质量管理活动过程，为院长决策提供支持。（2分）	查阅评审周期相关资料。	医疗质量与安全管理委员会、伦理委员会、药事管理与药物治疗学委员会、医院感染管理委员会、病案管理委员会、输血管理委员会、护理质量管理委员会，每少1个扣0.2分；质量管理委员会未定期研究医疗质量管理等相关问题，每个扣0.2分；无原始会议记录，每个扣0.2分。	2
3.1.3 有医疗质量管理与持续改进方案；有医疗关键环节与重点部门管理标准与措施。医疗、护理等职能部门负责实施全面医疗质量与安全管理与持续改进方案，承担指导、检查、考核和评价医疗质量管理工作。（2分）	查阅评审周期相关资料。	无医疗质量管理与持续改进实施方案，不得分；未建立考核标准、考核办法、质量指标等，每项扣1分；考核评价记录不详实，扣1分；改进方案未落实，扣0.5分。	2

<p>3.1.4 建立与完善医疗质量管理体系、操作规范与临床诊疗指南；有医疗技术（包括限制临床应用的医疗技术、重点医疗技术和新技术、新项目）管理制度；设立专门的医疗质量管理部门，负责对全院医疗、护理、医技质量实行监管，并建立多部门医疗质量管理协调机制。（2分）</p>	<p>查阅评审周期相关资料。</p>	<p>无专门的质量管理部门，不得分；未建立医疗技术管理制度，或制度未落实，或检查、评价、监督不到位，扣1分；未建立多部门质量管理协调机制，扣1分；缺项或不及时修订，每项扣0.2分；未制定临床诊疗指南及技术操作规范，扣0.2分。</p>	<p>2</p>
<p>3.1.5 科室负责人为科室质量与安全管理第一责任人。科室质量与安全管理小组成员接受质量管理培训，具有相关质量管理技能，开展质量管理工作。（2分）</p>	<p>查阅评审周期的相关资料，随机抽查3个临床科室。</p>	<p>科室负责人不是科室质量管理第一人，每科扣1分；管理小组成员未接受全员培训，每科扣0.5分；未开展质量管理工作，每科扣0.5分；未提供有效证据的原始资料，扣0.3分。</p>	<p>2</p>

## 二、医疗技术管理（15分）

评价指标		评价方法	评分细则	分值
<p>3.2.1 医院提供与功能和任务相适应的医疗技术服务，符合法律、法规、部门规章和行业规范的要求，符合医学伦理原则，技术应用安全、有效。（4分）</p>	<p>3.2.1.1 依据法律法规开展医疗技术服务，有指定部门负责医疗技术管理工作，有完整的管理资料，有统一的审批、管理流程。</p>	<p>查阅评审周期相关资料，实地考察，并抽查2项医疗技术审批及管理资料。</p>	<p>发现违法、违规开展医疗技术，不得分；无指定部门负责，扣1分；管理资料不完整，扣0.5分；无统一流程，每项扣0.5分。</p>	<p>2</p>
	<p>3.2.1.2 医学伦理委员会承担医疗技术伦理审核工作。重点是限制临床应用的医疗技术、重点医疗技术及新技术、新项目的审核。医院开展的医疗技术须经过伦理委员会讨论通过，无违规擅自开展医疗技术案例。</p>		<p>限制临床应用的医疗技术、重点医疗技术及新技术、新项目未提供审批过程的相关论证资料、会议记录等原始资料，或无伦理批件，不得分；伦理委员会组成不符合要求，扣0.5分；伦理批件不规范，每项扣0.5分。</p>	<p>1</p>

	3.2.1.3 建立重点医疗技术如限制临床应用的医疗技术、重点医疗技术管理规范,完善植(介)入医疗器械实现溯源管理,技术应用安全有效。	查阅评审周期的相关资料,抽查2项体内植入物(器械)的审批、合理应用及溯源管理。	开展限制临床应用的医疗技术、重点医疗技术未按要求备案,不得分;器械不能溯源,不得分。	1
3.2.2 医疗技术管理符合国家相关规定与管理办法。不应用未批准或已经废止和淘汰的技术与器械。(2分)		查阅相关资料,并实地考察。	无制度,或医疗技术(现代医疗技术和中医医疗技术)管理不符合国家相关规定与管理办法,不得分;发现应用未经批准或已经废止和淘汰的技术或器械,不得分。	2
3.2.3 有医疗技术风险预警机制和医疗技术损害处置预案,并组织实施。对新开展医疗技术的安全、质量、疗效、经济性等情况进行全程追踪管理和评价,及时发现并采取相应措施,降低医疗技术风险。(3分)	3.2.3.1 制定医疗技术风险预警机制和医疗技术损害处置预案,在新技术准入风险管理中,有保障患者安全措施和风险处置预案。	查阅评审周期相关资料,随机抽查医疗技术、新技术项目各1项。	无预警机制和处置预案,不得分。	1
	3.2.3.2 制定新技术、新项目准入管理制度,包括立项、论证、审批等管理程序,对新技术、新项目进行全程追踪管理与随访评价。		无制度,或未开展新技术准入,不得分;制度不完善,或准入程序不规范,扣1分;未开展全程追踪管理,或未开展随访评价,扣0.5分;新技术档案资料不完整,扣0.5分。	2
3.2.4 建立医院医疗技术管理档案;实行医疗技术分类管理;建立并落实手术分级与准入管理制度。对实施手术、介入、麻醉等高风险技术操作的卫生专业技术人员实行“授权”管理,定期进行技术能力与质量绩效的评价。(6分)	3.2.4.1 建立医疗技术管理档案(包括本机构限制临床应用的医疗技术、重点医疗技术);实行医疗技术分类管理;建立并落实手术分级与准入管理制度。	查阅评审周期相关资料,抽查限制临床应用的医疗技术、重点医疗技术各1项技术档案。	未建立医疗技术档案,或医疗技术未实行分级管理,或未落实手术分级与准入管理,每项扣0.5分;资料不完整,每项扣0.3分。	1
	3.2.4.2 对实施手术、麻醉、介入、腔镜治疗等高风险技术操作的卫生技术人员实行授权管理,建立需要授权许可的高风险诊疗技术项目目录,制定完善相关制度和审批程序。	查阅评审周期相关资料,抽查2名卫生技术人员资料,并抽查3份病历。	未对实施手术、麻醉、介入、腔镜治疗等高风险技术操作的卫生技术人员实行授权管理,或发现越级手术和未经授权擅自开展手术的案例,不得分;无相关组织、制度、流程,或审批程序不规范,或无本院项目目录,实施人员与授权名单不一致,每项扣1分;人员资料不符合,每人扣1分。	3
	3.2.4.3 定期进行技术能力与质量绩效的评价,有资格许可授权诊疗项目的考评与复评标准。		科室对限制使用缺少自查,扣1分;主管部门对医疗技术实施权限未实施全程监管,扣1分;未开展技术能力与质量绩效评价,扣0.5分。	2

### 三、医技科室质量管理（60分）

#### （一）临床检验质量管理（30分）

	评价指标	评价方法	评分细则	分值
3.3.1.1 临床检验部门设置、布局、设备设施符合《医疗机构临床实验室管理办法》，服务项目满足临床诊疗需要，能提供24小时急诊检验服务。（6分）	3.3.1.1.1 符合《医疗机构临床实验室管理办法》的要求，全院临床实验室集中设置、统一管理、资源共享。	查阅相关资料并实地考察。抽查临检、微生物、免疫、生化等专业项目。	未集中设置、统一管理，不得分。	1
	3.3.1.1.2 临床检验项目满足临床需要，对本院临床诊疗临时需要，而不能提供的特殊检验项目，可委托其他三级甲等医院或具备资质的独立的检验机构提供服务或多院联合开展服务，但应签署医院之间的委托服务协议，有质量保证条款。	查阅相关资料，并实地考察。	临床检验项目不能满足临床需要，不得分；每年未为临床推出新项目（至少1项），扣0.5分；委托服务不符合要求，扣0.5分；微生物检验项目对院感控制及合理用药不能提供充分支持，扣0.5分。	2
	3.3.1.1.3 提供24小时急诊检验服务，明确急诊检验报告时间，临检项目≤30分钟出报告，生化、免疫项目≤2小时出报告。	实地考察，并抽查3个检验项目（临检、生化、免疫各1项）。	不能提供24小时急诊检验服务，不得分；检验报告时间不符合要求，每项扣1分。	2
	3.3.1.1.4 检验项目、设备、试剂及校准品管理符合现行法律法规及卫生行政部门标准的要求。	查阅相关资料，并实地考察。	检验项目不符合卫生行政部门准入范围，或检验设备、试剂三证不齐全或不在有效期内，或校准品不符合法规规定的标准，或常规项目未进行恰当的方法学验证，不得分。	1
3.3.1.2 有实验室安全流程、制度及相应的标准操作流程，遵照实施并记录。（12分）	3.3.1.2.1 有实验室安全管理制度和流程。	查阅相关资料。	无制度和流程，或无安全记录，不得分。	1
	3.3.1.2.2 实验室进行生物安全分区并合理安排工作流程，避免交叉污染。	查阅相关资料，并实地考察。	工作流程不合理，不得分；分区不合理，扣3分；无明确的实验室生物安全等级标志，扣2分。	4

	3.3.1.2.3 实验室根据工作人员的不同性质，按照行业规范，进行充分的个人防护。实验室制订各种传染病职业暴露后的应急措施，并详细记录处理过程。	查阅相关资料，并实地考察。	实验室设施、个人防护、警示标识不符合要求，或未制定应急预案，不得分；无职业暴露处置登记及随访记录，扣1分。	2
	3.3.1.2.4 实验室制定针对不同情况的消毒措施，并保留各种消毒记录。定期监控各种消毒用品的有效性。	查阅相关资料。	无消毒记录，不得分；未定期监控各种消毒用品的有效性，扣1分。	2
	3.3.1.2.5 实验室废弃物、废水的处置符合要求。	查阅相关资料，并实地考察。	无实验室废弃物、废水处理流程或登记记录，不得分；记录不完善，扣1分。	2
	3.3.1.2.6 实验室建立微生物菌种、毒株管理规定，并安排专人管理。	查阅相关资料。	无微生物菌种、毒株管理规定与流程，或无样品收集、取用过程记录，或无相应的应急预案，或无专人管理，每项扣0.5分。	1
3.3.1.3 由具备临床检验专业资质的人员进行检验质量控制活动，解释检查结果。（2分）		查阅相关资料，并实地考察。	资质不符合要求，每人扣0.5分；分子生物学实验室、HIV初筛实验室检验人员无上岗证，每人扣0.5分；无具有相关资质的专业人员负责结果解释工作，扣1分。	2
3.3.1.4 检验报告及时、准确、规范，严格审核制度。（7分）		查阅相关资料，实地考察并抽查10份检验报告单。	未采用量值溯源、校准验证、能力验证、室内质控和室间质评进行质控，扣2分；定量项目检测项目未采用量值溯源，扣2分；未进行校准验证，扣2分；未参加能力验证，或未开展室内质控及室间质评，扣2分；未按照检验结果报告时间（临检常规项目≤30分钟，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）出具报告，每份扣0.5分；报告格式不规范，每份扣0.2分；检验报告单未经审核并执行双签字（急诊除外），每份扣0.5分。	7

3.3.1.5 实验室与临床建立有效的沟通方式和途径，保证临床咨询及时受理与处理，为临床医师提供合理使用实验室信息的服务。（1分）	查阅相关资料，实地考察，并现场访谈1名相关人员。	无实验室与临床有效咨询、沟通记录，不得分；沟通方式和途径不通畅，扣0.5分。	1
3.3.1.6,开展室内质控，参加室间质评；对床旁检验项目按规定进行严格比对和质量控制。（2分）	查阅评审周期相关资料，实地考察。	未开展室内质控和室间质评，或无管理小组，不得分；未制定管理计划和质量控制指标，扣1分；无床旁检验项目的质量控制，或无室内质控和室间质评记录，每少一项扣0.5分；未对超出允许范围的项目及时进行校准和纠正，扣0.5分。	2

## （二）医学影像质量管理（30分）

	评价指标	评价方法	评分细则	分值
3.3.2.1 医学影像（放射、CT、MRI、超声等）部门设置、布局、设备设施符合《放射诊疗管理规定》，服务项目满足临床诊疗需要，提供24小时急诊影像服务。（9分）	3.3.2.1.1 医学影像科通过医疗机构执业诊疗科目许可登记，符合《放射诊疗管理规定》，取得《放射诊疗许可证》，开展常规检查，专科影像学检查项目完备，服务满足临床需要，提供24小时急诊影像服务。	查阅相关资料，并实地考察。	未取得《放射诊疗许可证》，或《许可证》诊疗项目与诊疗服务不符合，不得分；X线影像、超声检查、CT不能提供24小时急诊（包括床边急诊）检查服务，每项扣1分；影像学检查项目不能满足临床，扣1分。	4
	3.3.2.1.2 根据医院规模和任务配备医疗技术人员，人员梯队结构合理。	查阅评审周期人事档案。	医师、技术人员和护士配备与影像科室服务规模和任务不相符，每类扣1分；科室负责人不具备副主任医师以上专业技术任职资格，扣0.5分；其他人员资质不合格，每人扣0.2分。	3

	3.3.2.1.3 科室有必要的紧急意外抢救药品器材，相关人员具备紧急抢救能力，有与临床科室紧急呼救与支援的机制与流程。	查阅相关资料，并实地考察。	科室无紧急意外抢救预案，不得分；缺少必要的紧急意外抢救药品器材，扣 0.5 分；无与临床科室紧急呼救与支援的机制与流程，扣 0.5 分。	2
3.3.2.2 有规章制度，落实岗位职责，执行技术规范，提供规范服务，保护患者隐私；实行质量控制，定期进行图像质量评价。（9分）	3.3.2.2.1 建立健全各项规章制度和技术操作规范，落实岗位职责，开展质量控制。	查阅相关资料，并访谈 1 名员工。	无规章制度和技术操作规范，不得分；制度或技术操作规范未落实，酌情扣分；未制定质控指标，扣 12 分；无质量控制记录，扣 1 分；院内影像设备未实行统一质控，扣 0.5 分；员工不知晓本岗位职责，扣 0.5 分。	2
	3.3.2.2.2 定期校正放射诊疗设备及其相关设备的技术指标和安全、防护性能，并符合有关标准与要求。	查阅相关资料，并实地考察。	无影像设备、场所定期检测制度，不得分；无定期检测报告或无定期校正和维护记录，扣 1 分；设备运行完好率 < 95%，扣 1 分。	2
	3.3.2.2.3 采用多种形式，开展图像质量评价活动。	查阅评审周期相关资料，并实地考察。	未开展质量控管理，或质量评价，不得分；无改进措施，扣 1 分；措施落实不到位，扣 0.5 分；医院影像设备未实行室间质评，扣 1 分。	2
	3.3.2.2.4 大型影像设备检查阳性率符合要求，有统计与分析记录。	查阅评审周期相关资料。	大型 X 线设备检查阳性率 < 50%，CT、MRI 检查阳性率 < 60%，医学影像诊断与手术后符合率 < 90%，每项降低 5 个百分点，扣 1 分；无分析，扣 1 分；分析不到位，扣 0.5 分；无改进措施，扣 0.5 分；措施落实不到位，扣 0.5 分。	2
	3.3.2.2.5 提供规范服务，保护患者隐私。	查阅评审周期相关资料，并实地考察。	服务不规范，扣 0.5 分；不能提供患者隐私保护，扣 0.5 分。	1

3.3.2.3 提供规范的医学影像诊断报告，有审核制度，有疑难病例分析与读片制度和重点病例随访与反馈制度。（6分）	3.3.2.3.1 医学影像诊断报告内容正确、及时、规范，报告质量符合要求，有审核制度与流程，每月有诊断报告质量的评价，整改措施落实到位。	抽查评审周期 X 线影像、超声检查、CT（MRI）、或核素成像报告各 5 份。	出具报告医师资质、报告时间、报告流程不符合要求，每发现一处扣 0.2 分；报告质量不符合要求，每份扣 0.3 分；未执行审核制度，每份扣 0.2 分；无质量评价，或未确立质量指标，扣 0.3 分；整改措施落实不到位，酌情扣分。	3
	3.3.2.3.2 有重点病例随访与反馈制度，定期召开疑难病例分析与读片会。	查阅评审周期相关记录，参加一次科室病例分析会或读片会。	未定期召开疑难病例分析与读片会，不得分；未开展重点病例随访与反馈，扣 2 分；病例分析会与读片会参加人员覆盖率<医师 70%，扣 1 分；无可溯源查证资料，或资料完整性较差，扣 0.5 分。	3
3.3.2.4 制定医学影像设备定期检测制度、环境保护、受检者防护、工作人员职业健康防护等相关制度，遵照实施并记录。（6分）	3.3.2.4.1 制定医学影像设备定期检测、放射安全管理等相关制度，医学影像科通过环境评估。	查阅相关资料，并实地考察。	无放射安全管理制度与落实措施，或未通过环境评估，不得分；医学影像设备、场所未定期检测，扣 1 分；无放射废物处理规定，扣 1 分；影像检查门口未设置电离辐射警告标志，扣 0.5 分。	2
	3.3.2.4.2 有受检者和工作人员防护措施。	查阅评审周期相关资料，实地考察，并随机抽查 5 名影像人员健康档案。	未对受检者敏感器官和组织进行屏蔽防护，扣 1 分；未给工作人员提供完整的放射防护器材与个人防护用品，扣 1 分；影像科人员未佩戴个人放射剂量计，扣 0.5 分；影像人员未完成每年健康检查，酌情扣分。	2
	3.3.2.4.3 制定放射安全事件应急预案，并组织演练。	查阅评审周期相关资料。	无应急预案，不得分；未开展演练，扣 1 分。	2

## 四、其他科室质量管理（45分）

### （一）感染性疾病管理(10分)

评价指标		评价方法	评分细则	分值
3.4.1.1 执行《传染病防治法》及相关法律、法规、规章和规范，健全传染病防治与医院感染管理组织架构，完善管理制度并组织实施。（1分）		查阅相关资料。	无传染病及医院感染管理职能部门，不得分；无相关制度、流程、岗位职责，扣0.5分；未开展相关制度、规范培训，扣0.5分。	1
3.4.1.2 感染性疾病科或传染病分诊点设置符合卫生行政部门规定，有重点传染病防治专家组。（3分）	3.4.1.2.1 根据相关法规要求设置感染性疾病科或传染病分诊点，其建筑规范、医疗设备和设施符合相关要求。	查阅相关资料，并实地考察。	未独立设置感染性疾病科，或发热门诊，不得分；布局不合理、三区划分不符合要求，每项扣0.5分；无独立的挂号收费室、候诊区、诊室、治疗室、隔离观察室、检验室、放射检查室、药房（或药柜）、专用卫生间、处置室和抢救室，每项扣0.3分。	1
	3.4.1.2.2 人员配备应符合国家有关规定，开展岗前培训及考核，成立重点传染病防治专家组。	查阅相关资料。	科室负责人不具备副主任医师及以上专业技术职务任职资格，或护士长不具备主管护师及以上专业技术职务任职资格，每人扣0.5分；未进行岗前培训，不得分；无考核记录，扣0.3分；未成立专家组，扣0.5分。	1
	3.4.1.2.3 落实预检分诊制度，实行首诊负责制，及时报告疫情。	查阅相关资料，实地考察门诊预检分诊处、急诊分诊处。	未落实门、急诊预检分诊制度，或未执行“首诊负责制”，或报告疫情不及时，不得分；报告疫情不完整，扣0.5分。	1

3.4.1.3 根据标准预防的原则,采取标准防护措施,为医务人员提供符合国家标准消毒与防护用品,并按照《医疗废物管理条例》处理废物。(3分)	3.4.1.3.1 为医务人员提供符合国家标准消毒与防护用品,根据标准预防的原则,采取标准防护措施。	实地考察,并抽查医务人员2名。	消毒与防护用品不符合标准,不得分;人员未掌握标准防护概念及措施,每人扣0.5分;人员防护措施不适宜,每人扣0.5分。	1
	3.4.1.3.2 按照《医疗废物管理条例》要求,规范处理医疗废物。	查阅相关资料,并实地考察。	无医疗废物(包括污水处理)管理制度与处理规范,不得分;无污水系统监测记录,扣0.5分;未提供环保部定期出具的污水监测报告,扣0.5分;未签署医疗废弃物处理合同,或无医疗废弃物交接记录,扣0.5分;医疗废弃物暂存站不符合要求,扣0.5分。	2
3.4.1.4 开展对传染病的监测和报告工作。有专门部门或人员负责传染病疫情报告工作,并按照规定进行网络直报。(2分)		查阅评审周期相关资料,并实地考察。	无报告制度,不得分;无疫情报告部门和专职人员,不得分;未网络直报,不得分;不能登陆直报系统,扣0.5分;未落实传染病报告责任奖惩制度,扣1分;网报与门诊日志不符合,扣0.5分;传染病漏报、不及时、信息不完整,每项扣1分。	2
3.4.1.5 定期对工作人员进行传染病防治知识和技能培训;向公众开展传染病预防知识的教育、咨询。(1分)	3.4.1.5.1 定期对全体工作人员进行传染病防治知识和技能的培训,开展传染病处置演练。	查阅评审周期相关资料。	未定期开展培训,扣0.3分;无演练记录,扣0.2分;人员培训考核不到位,扣0.3分。	0.5
	3.4.1.5.2 向公众开展传染病预防知识的教育和咨询。		未开展,不得分。	0.5

## (二) 医院感染管理(35分)

评价指标		评价方法	评分细则	分值
3.4.2.1 有医院感染管理组织，医院感染控制活动符合《医院感染管理办法》等规章要求，并与医院功能和任务及临床工作相匹配。（5分）	3.4.2.1.1 依据《医院感染管理办法》设立医院感染管理组织，负责医院感染管理工作。	查阅相关资料。	未独立设置医院感染管理部门，或无独立设置的医院感染管理委员会，不得分；职责不明确，扣1分；感染管理部门负责人不具有高级专业技术职务任职资格，扣1分；未定期召开工作会议，扣1分；未提供有效证据的原始资料，扣0.5分。	2
	3.4.2.1.2 制定相应的规章制度及工作流程，在医疗服务中落实医院感染的预防与控制措施。	查阅相关资料。	无相关规章制度，不得分；未按照制度和流程落实监督检查并记录，扣1分；无持续改进措施，扣1分；措施未落实，扣0.5分。	2
	3.4.2.1.3 制定医院感染暴发报告流程与处置预案。	查阅相关资料。	无流程与处置预案，不得分；未按要求上报医院感染暴发事件，扣0.5分。	1
3.4.2.2 开展医院感染防控知识的培训与教育。（2分）		查阅评审周期相关资料，并现场考核2名人员。	未开展全员培训，不得分；不知晓相关知识，每人扣0.5分；原始资料不完整，扣0.5分。	2
3.4.2.3 按照《医院感染监测规范》，加强监测重点部门、重点环节、重点人群与高危因素，采用监控指标管理，控制并降低医院感染风险。（9分）	3.4.2.3.1 医院感染专职人员应符合《医院感染监测规范》的要求，配备环境物表清洁卫生、消毒灭菌效果、手卫生等检测设备设施。	查阅评审周期相关资料，提供人员名单、设备清单，并实地考察。	专职人员数量不达标（每200-250张实际使用病床，配备1名院感专职人员），不得分；监测设备设施<5种（如高压蒸汽灭菌锅、低温等离子体灭菌器、生物安全柜、生物监测仪、ATP荧光检测仪、化学指示卡等），扣0.5分；设备完好率<100%，每种扣0.3分。	2

	<p>3.4.2.3.2 开展全院综合性监测，对下呼吸道感染、手术部位感染、导尿管相关尿路感染、血管导管相关血流感染、皮肤软组织感染等目标性监测。</p>	<p>抽查院感染管理部门，随机抽查 2 个临床科室（ICU、专科、外科等手术科室），并访谈医护人员 2 名。</p>	<p>无全院综合性监测制度和工作记录，不得分；全院开展目标性监测&lt;4 项，每少一项扣 0.5 分；临床科室无目标性监测记录，或监测资料不完整，每科扣 0.3 分；人员不掌握，每人扣 0.2 分</p>	<p>2</p>
	<p>3.4.2.3.3 开展重点部门、重点环节、重点人群与高危因素的监测。重点部门、消毒供应中心、内镜室、介入室等）分区、布局符合院感要求。</p>	<p>查阅相关资料，并实地考察。</p>	<p>未实施对重点部门、重点环节、重点人群与高危因素的监测，不得分；重点部门分区、布局不符合院感要求，不得分；对感染较高风险的科室与感染控制情况未进行风险评估，或未制定针对性的控制措施，扣 1 分。</p>	<p>2</p>
	<p>3.4.2.3.4 中医诊疗器具应符合《中医技术相关性感染预防与控制指南（试行）》（国中医药办医政发〔2017〕22 号），制定中医诊疗器具，尤其是可重复使用的针具、拔罐器具、外用容器等清洗消毒灭菌规范、具体防控措施，并落实到位。</p>	<p>查阅评审周期相关资料，抽查 2 种中医诊疗器具。</p>	<p>未制定规范，不得分；不符合先清洗后消毒的原则，扣 2 分；规范落实到位，每发现一处扣 1 分。</p>	<p>3</p>
<p>3.4.2.4 执行《医务人员手卫生规范》，实施依从性、正确性监管与改进活动（2 分）（2 分）</p>	<p>查阅相关资料，实地考察，并抽查 2 名医务人员。</p>	<p>无手卫生知识与技能的培训记录，扣 1 分；手卫生设施种类、数量、安置的位置、手卫生用品等不符合要求，每项扣 0.5 分；洗手方法不正确，每人扣 0.5 分；院科两级未对手卫生规范执行情况监督检查，扣 1 分。</p>	<p>2</p>	

3.4.2.5 有多重耐药菌（MDR）医院感染控制管理的规范与程序，有多部门共同参与的多重耐药菌管理合作机制，对多重耐药菌医院感染实施监管与改进。（5分）	★3.4.2.5.1 制定多重耐药菌（MDR）医院感染控制管理规范与程序，实施监管与改进。	查阅评审周期相关资料，实地考察，并访谈医务人员、保洁人员共3人。	<p>（C）（1分）</p> <p>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。</p> <p>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、保洁与环境消毒的制度等。</p> <p>3.根据细菌耐药性监测情况，加强抗菌药物临床应用管理，落实抗菌药物的合理使用。</p> <p>4.有落实多重耐药菌（MDR）的控制措施。</p> <p>（B）符合C，并（1.5分）</p> <p>1.有对多重耐药菌感染患者或定植高危患者监测，细菌耐药性监测报告及时反馈到医务人员，并方便查询。</p> <p>2.有主管部门对多重耐药菌医院感染情况的监测检查，根据监测情况采取相应改进措施。</p> <p>（A）符合B，并（2分）</p> <p>多重耐药菌医院感染控制有效，评审周期内多重耐药菌医院感染发生报告例数有所下降（或低于全省多重耐药菌感染率的医院能继续保持）。</p>	3
	3.4.2.5.2 建立多部门共同参与的多重耐药菌管理合作机制。	查阅评审周期相关资料。	无多部门共同参与的对多种耐药菌管理定期联席会议制度，不得分；无牵头部门，或分工不明确，扣0.5分。	1
	3.4.2.5.3 开展预防多重耐药感染措施培训。	查阅评审周期相关资料。	未开展培训，不得分；缺少有效证据的原始资料，扣0.5分。	1

3.4.2.6 应用感染管理信息与指标，指导临床合理使用抗菌药物。（2分）	3.4.2.6.1 建立抗菌药物合理使用的管理组织，制定管理制度，并落实。	查阅相关资料。	无管理组织与制度，不得分；未落实，扣 0.5 分。	1
	3.4.2.6.2 建立细菌耐药监测及预警机制，各重点部门了解其前五位的医院感染病原微生物名称及耐药率。	查阅相关资料，并抽查 1 名重点部门（重症医学科、急诊、内科等）医师。	无监测及预警机制，或无干预措施，不得分；医师对科室前五位的感染病原微生物及耐药率不知晓，扣 0.5 分；无临床治疗性使用抗菌药物的微生物送检率年度统计分析，扣 0.5 分。	1
3.4.2.7 消毒工作符合《医院消毒技术规范》、《医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌技术操作规范》、《医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌效果监测标准》及《医院隔离技术规范》的要求。（6分）	3.4.2.7.1 消毒供应中心位置相对独立，周围环境清洁，无污染源，室内通风、采光良好；室内装修便于消毒清洗。消毒供应中心三区严格划分，标志明显，区域间有实际屏障相隔；人流、物流不得交叉、逆行。	查阅相关资料，并实地考察。	消毒供应中心设在地下室，扣 1 分；周围环境存在污染源，扣 1 分；室内通风不良，或采光不良，或室内不便于消毒清洗，扣 1 分；去污区、检查包装灭菌区及灭菌物品存放区设置不合理，扣 1 分；人流或物流有交叉或逆行，扣 1 分；区域之间无实际屏障相隔，扣 0.5 分。	2
	3.4.2.7.2 医院消毒供应中心集中处置全院手术器械、无菌物品的清洗、消毒、灭菌工作。应配备符合国家有关规定的机械清洗消毒、压力蒸气灭菌器等设备。	查阅评审周期相关资料，实地考察。	未实现手术器械集中处置，不得分；无压力蒸气灭菌器使用登记证，不得分；无机械清洗设备，或缺少分类台、手工清洗槽、压力气枪、压力水枪、烘干机、超声清洗装置等，每项扣 0.5 分。	2
	3.4.2.7.3 医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌符合规范与标准的要求，有清洗消毒及灭菌效果监测的原始记录与报告。	查阅评审周期相关资料，实地考察，并抽查 2 个手术器械包。	每月随机抽查器械包 < 3 个，或无检查清洗质量记录，扣 0.5 分；物理监测/每锅次灭菌、化学监测/每次包灭菌、生物监测/每周、植入物灭菌生物监测/每锅次等监测记录不规范，每项扣 0.5 分。	1

	3.4.2.7.4 医院感染管理部门按要求参与医院消毒设备设施与消毒剂审证、招投标等前期工作。	查阅相关资料，实地考察，并随机抽查医用耗材、消毒隔离相关产品与消毒剂各 2 项。	感染管理部门未参与前期工作，扣 0.5 分；设备设施、医用耗材、消毒隔离相关产品与消毒剂不符合要求，每项扣 0.5 分。	1
3.4.2.8 医院感染管理组织监测医院感染危险因素、医院感染率及其变化趋势；根据医院感染风险、医院感染发病率和（或）患病率及其变化趋势改进诊疗流程；定期通报医院感染监测结果。（2分）	3.4.2.8.1 建立医院感染监测指标体系，按照《医院感染监测规范》（WS/T312-2009）开展监测工作并记录，医院感染管理组织定期（至少每季度）对监测信息进行分析讨论，对医院感染风险、医院感染率及其变化趋势提出预警和改进诊疗流程等建议。	查阅评审周期相关资料。	未开展监测工作，不得分；未定期（至少每季度）发布医院感染监测信息，扣 0.3 分；未提出改进建议，扣 0.3 分。	1
	3.4.2.8.2 按照要求上报医院感染监测信息。	查阅评审周期相关资料。	未按照要求上报医院感染监测信息，不得分。	1
3.4.2.9 医院感染信息化建设满足医院感染监控、灭菌产品质量管理需要。（2分）	3.4.2.9.1 建立消毒供应中心灭菌产品质量溯源管理制度，基于信息化系统，实现无菌物品追溯及召回机制。	查阅评审周期相关资料，实地考察，并随机抽查灭菌产品、植（入）医疗器械各 2 个。	无制度，或未建立信息化灭菌产品追溯系统，不得分。	1
	3.4.2.9.2 建立医院感染监控系统，实现实时、动态、前瞻性监测，实现医院感染流行或爆发预警功能。	查阅相关资料，并实地考察。	无医院感染监控系统，不得分；未体现预警功能，扣 0.5 分。	1

## 五、住院诊疗管理(15分)

评价指标		评价方法	评分细则	分值
3.5.1 由符合法定资质的医务人员按照制度、质量管理要求、诊疗指南与规范,对住院患者提供同质化医疗服务。(3分)	3.5.1.1 制定具有中医特色的患者评估管理制度、操作规范与程序,至少包括:患者病情评估的重点范围,评估人的资质、评估标准与内容、时限要求,记录文件格式。	查阅评审周期相关资料,访谈医师2名,并随机抽取归档内科系统、外科系统病历各2份。	未制定患者病情评估制度、操作规范与流程,不得分;无中医内容,不得分;未对医务人员开展患者病情评估培训,扣0.5分。	1
	3.5.1.2 实施评估人员具备法定资质;对医务人员进行患者评估相关培训,以评估结果作为诊疗方案的依据。		评估人员无资质,不得分;未培训,不得分;评估结果未能作为诊疗方案的依据,扣0.5分。	1
	3.5.1.3 主管部门履行对上述工作的监管职责;并持续改进评估质量,为患者提供同质化的服务。		无日常监管,不得分;持续改进工作存在不足,扣0.5分。	1
3.5.2 科室负责人全面负责本科室住院诊疗,各级医师职责明确并落实,加强入院检诊与患者病情评估,落实知情同意制度。(4分)	3.5.2.1 有合理的医疗小组,组长由副主任医师以上任职资格人员担任,各级医师职责明确并落实。	查阅评审周期相关资料,随机抽查运行及归档病历专科5份及临床科室2份。	未建立分级诊疗体系,不得分;住院患者诊疗方案制定不规范,每例扣0.5分;上级医师对病历中的错误未纠正,每例扣0.5分。	1
	3.5.2.2 加强入院检诊,首次病程拟定的诊疗方案内容具体,可操作性;临床诊疗思路明确。		首次病程拟定的诊疗方案无具体内容,或缺乏操作性,扣0.5分;首次病程临床诊疗思路不清,每例扣0.5分。	1
	3.5.2.3 对住院30天以上重点病人进行管理,并作为主任大查房的重点。		长期住院病人缺少管理措施,无分析评价改进,扣0.5分;未作为大查房重点,扣0.5分。	1
	3.5.2.4 落实知情同意制度。		无制度,不得分;落实不到位,每份扣0.5分。	1

3.5.3 对高龄、患有多种基础疾病、危重疑难患者实施多学科综合诊疗，有适宜的院内外会诊制度与流程管理。（2分）	3.5.3.1 对高龄、患有多种基础疾病、疑难患者实行多学科诊疗。	查阅相关资料，随机抽查疑难病历3份（涵盖2个临床科室）。	疑难病例出院诊断为待查病例无多学科讨论，每份扣0.5分；高龄患者，或患有2种以上基础疾病的病例，或疑难危重病例无上级医师查房指导诊疗，或无具体指导意见，每份扣0.5分。	1
	3.5.3.2 有完善的会诊管理制度、流程并落实。		无相关制度，或流程，不得分；制度未落实，每份扣0.5分。	1
3.5.4 规范激素、肠道外营养、抗菌药物、化学治疗药物等重点治疗药物的使用。（4分）	3.5.4.1 抗菌药物使用指征明确，使用规范。	查阅评审周期相关资料，随机抽查使用抗菌药物、肠外营养、激素、化学治疗药物每类各2份病历。	相关文件不完善，不得分；使用不规范，每份扣0.5分。	2
	3.5.4.2 有肠外营养疗法规范或指南，集中配制，使用合理。		无相关文件，或资料不完善，不得分；使用不规范，每份扣0.5分。	1
	3.5.4.3 有激素与化学治疗药物指南或规范、风险管控措施，使用合理。		无相关文件，或资料不完善，不得分；使用不规范，每份扣0.5分。	1
3.5.5 有规范的出院管理制度，向患者提供规范的出院小结、出院医嘱、出院后的治疗康复与随访方案。（2分）	3.5.5.1 有规范的出院管理制度并有相应的监管措施。	查阅评审周期相关资料，随机抽查内科系统、专科科归档病历各2份。	无出院指导与随访工作管理相关制度，不得分；主管部门对出院指导及随访落实工作缺少检查、分析、反馈，扣0.5分。	1
	3.5.5.2 为每个出院患者提供出院后治疗康复与随访方案。		出院小结不规范，或缺少出院医嘱、出院后治疗康复与随访方案，或内容不具体，每项扣0.5分。	1

## 六、病历（案）质量管理（15分）

评价指标		评价方法	评分细则	分值
3.6.1 按照《医疗机构病历管理规定》等有关法规、规范的要求，设置病案科（室），配备专(兼)职人员负责病案质量管理与持续改进工作，配备相应的设备、设施与人员梯队。（1分）		查阅评审周期人事档案及相关资料，并实地考察。	未设置病案科（室），不得分；无具备专门资质的人员负责病案质量管理与持续改进工作，不得分；未配备相应的设备设施，扣0.5分。	1
3.6.2 按规定保存病历资料，保证可获得性。（2分）	3.6.2.1 对门、急诊患者至少保存包括患者姓名、就诊日期、科别等基本信息。为急诊留观患者建立病历。	实地考察。	未保存门、急诊患者基本信息，扣0.2分；急诊留观患者未建立病历，扣0.3分。	0.5
	3.6.2.2 每位住院患者有姓名索引系统，内容至少包括姓名、性别、出生日期（或年龄）、身份证号。每位患者有唯一识别病案资料的病案号。		无姓名索引系统，扣0.3分；系统不完善，扣0.3分；病案号不唯一，扣0.3分。	0.5
	3.6.2.3 患者出院后，住院病历3个工作日内归档率≥90%，有未归档病历追踪记录。	查阅评审周期相关资料。	3日病案归档率每低于标准5个百分点，扣0.5分；无未归档病历追踪记录，扣0.5分；无改进成效，扣0.3分。	1
3.6.3 有病历书写质量的评估机制，定期提供质量评估报告。（4分）	3.6.3.1 制定病历书写质控管理目标；新员工岗前病历书写培训覆盖100%，考核合格率100%；住院医师病历检查覆盖率100%；无丙级病历。	查阅评审周期相关资料。	有丙级病历，不得分；目标不明确，扣0.5分；住院医师病历检查覆盖率<100%，或新员工岗前培训率<100%，每个指标扣0.2分；未提供有效证据的原始资料，扣0.2分。	1
	3.6.3.2 有病历书写质控管理制度及记录的评价与持续改进。	查阅评审周期相关资料，随机抽取质控管理问题病历3份。	无制度，不得分；质控管理指标未建立，不得分；指标未落实，扣0.5分；无持续改进，扣0.5分；无检查原始记录，扣0.3分。	1

	3.6.3.3 有病历质量控制与评价组织，主管病案质控管理人员具备主治医师以上专业技术职务任职资格且有5年以上管理住院病人临床工作经历。	查阅评审周期人事档案及相关资料。	无病历质量控制与评价组织，不得分；管理人员资质不符合要求，扣0.5分。	1
	3.6.3.4 有病历书写质控管理持续改进措施。	查阅评审周期相关资料。	主管部门未定期督导检查，扣0.5分；未定期对病历质量总结、分析、评价，提出整改措施，扣0.5分；措施未落实，扣0.3分。	1
3.6.4 采用国际疾病分类与代码（ICD-10）、中医病证分类与代码（TCD）与手术操作分类（ICD-9-CM-3）对出院病案进行分类编码，建立科学的病案库管理体系，包括病案编号及示踪系统，出院病案信息的查询系统。（5分）	3.6.4.1 病案编码人员资质符合要求。	查阅评审周期人事档案及相关资料。	人员资质不符合要求，不得分。	1
	3.6.4.2 采用国际疾病分类与代码、中医病证分类与代码与手术操作分类对出院病案进行分类编码，提高编码质量。	查阅相关资料，实地考察，并考核1名编码人员编码准确情况。	无信息系统支持疾病分类，扣2分；未按标准进行分类编码，扣1分；编码不准确，扣1分。	3
	3.6.4.3 建立出院病案信息的查询系统。	实地考察，并抽查评审周期归档病历3份。	无出院病案信息查询系统，不得分；病案首页资料信息未全部录入查询系统，每少一项扣0.1分。	1
3.6.5 电子病历管理符合规定要求。电子病历个人信息有严格的安全保护措施。（3分）	实地考察，并抽查住院电子病历3份。	未实施中医电子病历，不得分；电子病历管理不符合要求，扣3分；病历个人信息无安全保护措施，扣1分；措施不到位，扣0.5分。	3	

## 第四章 药事管理 (30分)

评价指标	评价方法	评分细则	分值	
4.1 加强药品管理,有效控制药品质量,保证用药安全。(9分)	4.1.1 有药品采购供应管理制度与流程,有固定的供应商,供药渠道,由药学部门统一采购供应。列入“药品处方集”和“医院基本用药目录”中的药品有适宜的储备,每年增减调整药品率≤5%。	查阅相关资料(如供应商资质档案、药品入库清单等)。	无药品采购供应管理制度与流程,或供应商资质不全,不得分;无固定的供应商,或未由药学部门统一采购供应,扣0.5分;药品储备不符合要求,扣0.5分。	1
	4.1.2 有药品效期管理相关制度与处理流程;有高危药品目录,各环节贮存的高危药品设置有统一警示标志。药品名称、外观或外包装相似的药品分开放置,并作明确标示。	查阅相关资料,并实地考察。	无药品效期管理相关制度与处理流程,扣1分;记录不完整,扣0.5分;无高危药品目录,扣1分;无统一警示标志,扣0.5分;药品名称、外观或外包装相似的药品未分开放置,或未作明确标示,扣0.5分。	2
	4.1.3 执行“特殊管理药品”管理的有关规定,制定相应的麻醉药品、精神药品、放射性药品、医用毒性药品等“特殊管理药品”管理制度,安全设施到位。		无管理制度,不得分;“麻、精”药品未实行三级管理和“五专”管理,扣1分;制度不完善,每项扣0.2分;安全设施不到位,每处扣0.2分。	2
	4.1.4 有存放于急诊科、病房急救室(车)、手术室及各诊疗科室的急救等备用药品管理和使用的制度与领用、补充流程,并落实。	查阅相关资料,并抽查3个科室(含急诊科、手术室)。	无制度和流程,不得分;未落实,每科扣1分。	2
	4.1.5 有病房不需要使用的药品办理退药的相关规定,对退药进行有效管理,确保质量并有记录。	查阅评审周期相关资料。	无退药相关规定,不得分;退药无记录,扣0.5分。	1
	4.1.6 建立完善的药品信息管理系统,有适宜的合理用药监控系统,与医院整体信息系统联网运行,能为处方审核提供技术支持。	实地考察。	无监控系统,不得分;未联网运行,扣0.5分;不能提供合理用药监控信息服务,扣0.5分。	1

4.2 执行《处方管理办法》，开展处方点评，促进合理用药。（7分）	4.2.1 医师处方签名或签章式样应留样备案，医师在处方和用药医嘱中的签字或签章与留样一致。	查阅相关资料，并抽查评审周期处方 10 张。	未分别在医疗管理、药学部门留样备案，不得分；医师在处方和用药医嘱中的签字或签章与留样不一致，每张扣 0.2 分。	1
	4.2.2 医师按“医院基本用药供应目录”开具处方，药品品规与“医院基本用药供应目录”一致。处方书写规范完整，开具处方全部使用规定的药品通用名称、新活性化合物的专利药品名称和复方制剂药品名称。处方用量和麻醉、精神等特殊药品开具符合规定。	抽查评审周期 50 张西药处方（含麻、精药品处方 20 张），并抽查使用麻醉药的门诊病历 3 份。	不符合要求，每张处方扣 0.2 分、每份病历扣 0.2 分。	4
	4.2.3 按照《医院处方点评管理规范(试行)》的要求制定医院处方点评制度，组织健全，责任明确，有处方点评实施细则和执行记录。定期对西药处方和病历进行点评，发布结果，对不合理处方进行干预。	查阅评审周期相关资料。	无制度，不得分；组织不健全、责任不明确，扣 0.5 分；无处方点评实施细则和执行记录，扣 0.5 分；未定期进行点评或未发布结果，扣 0.5 分；未对不合理处方进行干预，扣 0.5 分。	2
4.3 按照《抗菌药物临床应用指导原则》等要求，合理使用药品，并有监督机制。（11分）	★4.3.1 药事管理组织下设抗菌药物管理小组，人员结构合理、职责明确。对医务人员进行抗菌药物合理应用培训及考核。	查阅相关资料。	<p>(C) (1分)</p> <p>1.药事管理组织有抗菌药物管理小组，人员结构合理、职责明确。</p> <p>2.召开抗菌药物管理小组会议≥4次/年。</p> <p>3.有全院抗菌药物临床应用的管理、监测与评价制度。</p> <p>4.对医务人员进行抗菌药物合理的应用培训。</p> <p>(B)符合C，并(2分)</p> <p>1.有医院抗菌药物临床应用的监测与评价分析报告。</p> <p>2.参加地区或全国抗菌药物临床应用监测网和细菌耐药监测网。</p>	3

			<p>3.医院将临床科室抗菌药物合理用药情况纳入医疗质量管理考核指标。</p> <p>(A)符合B,并(3分)</p> <p>1.根据本院抗菌药物临床应用监测的结果,抗菌药物使用强度和抗菌药物使用率不超过卫健委抗菌药物临床应用监测网平均值。</p> <p>2.有干预前后分析报告,体现改进效果。评审周内未达考核标准(DDS&lt;40%)的医院有所下降。</p>	
	4.3.2 医院将临床科室抗菌药物合理用药情况纳入医疗质量管理考核指标。		未纳入考核指标,不得分;未落实,扣0.5分。	1
	4.3.3 医院制定抗菌药物临床应用和管理实施细则、抗菌药物分级管理制度,并落实。	查阅相关资料,并抽查20张抗菌药物处方。	无相关制度,不得分;制度不完善,扣2分;不符合要求,每张处方扣0.5分。	3
	4.3.4 门诊患者抗菌药物使用率≤20%;住院患者抗菌药物使用率≤60%;I类切口手术患者预防性抗菌药物使用率≤30%;I类切口手术患者预防使用抗菌药物的时间性≤24小时;接受限制使用抗菌药物治疗住院患者微生物检验样本送检率≥50%;接受特殊使用抗菌药物治疗住院患者微生物检验样本送检率≥80%;抗菌药物使用强度(R*100/S)≤40DDD。	查阅评审周期相关资料,随机抽取I类切口抗菌药物使用病历5份。	每超过5个百分点,每项指标扣0.5分;I类切口手术患者预防使用抗菌药物的时间超过24小时,每份病历扣0.2分;接受限制使用抗菌药物治疗住院患者微生物检验样本送检率和接受特殊使用抗菌药物治疗住院患者微生物检验样本送检率每低于5个百分点,扣0.5分;抗菌药物使用强度每超过5个点,扣0.5分。	2
	4.3.5 医院抗菌药物采购目录向卫生、中医药管理部门备案,药学部门按照目录进行采购。有特殊感染患者治疗需使用本院采购目录以外抗菌药物,可以启动临时采购程序。	查阅相关资料。	无抗菌药物采购目录或目录未备案,或无目录外抗菌药物临时采购相关制度与程序,不得分;未按照目录进行采购,每种扣0.5分。	2

4.4 有药物安全性监测管理制度，按照规定报告药物不良反应。（3分）	4.4.1 制定药品不良反应与药害事件监测报告管理的制度与程序，按照规定报告药物不良反应和药害事件。建立有效的药害事件调查、处理程序。	查阅相关资料，并抽查病历3份。	无药品不良反应与药害事件监测报告管理制度与程序，或无不良反应报告记录，不得分；未按照规定上报不良反应，发现1例扣1分；无药害事件调查、处理程序，扣1分。	2
	4.4.2 有突发事件药事管理应急预案、本院的突发事件医疗救治药品目录，有针对重大突发事件大规模调集应急药品的保障方案。	查阅相关资料。	无应急预案或救治药品目录或保障方案，不得分。	1

## 第五章 护理质量管理（40分）

评价指标	评价方法	评分细则	分值	
5.1 加强护理质量管理，制定护理制度、常规和操作规程。（5分）	5.1.1 依据法律法规、行业指南、标准，制定护理工作制度、常规和操作规程，定期开展培训。	查阅相关资料。	未依据法律法规、行业指南、标准制定护理制度、常规和操作规程，不得分；未开展培训，扣2分；培训记录不全面，扣1分。	3
	5.1.2 有护理质量与安全管理委员会，实施护理质量管理工作。	查阅相关资料。	未建立委员会，不得分；相关记录未体现持续改进，扣1分。	2
5.2 护理人力资源配备与医院的功能和任务一致。（7分）	5.2.1 制定并落实分级护理岗位职责，实施护理人员分级管理，护理人员知晓本岗位的职责要求。	查阅相关资料，并现场考核2名护士。	未实施分级管理，或无岗位职责，不得分；护士不知晓本岗位职责，每人扣1分。	2
	5.2.2 有护理单元护理人员的配置方案，依据护理人员能力、专业特点，合理配置护理人力资源，体现护理人员能力与病人危重程度相符的原则。	查阅相关资料，实地考察，并随机抽查内科系统、外科系统病区各2个。	无配置方案，或每位护理人员平均负责病人数>8人，不得分；护理人员能力与病人危重程度不相符，扣1分。	2
	5.2.3 有各级护理管理部门紧急护理人力资源调配的规定，有执行方案。有实行弹性护理人力资源调配的人员储备，落实到位。	查阅评审周期相关资料。	无各级护理管理部门紧急护理人力资源调配的规定，或无人员储备，或无执行方案，不得分；统一调配不到位，扣0.5分。	1
	5.2.4 有护理人员的绩效考核制度，有相关实施方案，体现业务能力、劳动纪律、工作态度、出勤率、团队协作能力、发生医疗差错、医疗事故、服务态度等要素。	查阅评审周期相关资料。	无绩效考核制度，或无实施方案，不得分；未体现护理工作量、质量、满意度、护理难度和技术要求，扣1分。	2

5.3 根据《分级护理》(WS/T431-2013)的原则和要求实施护理措施。(8分)	5.3.1 执行《分级护理》的原则和要求,护理人员掌握分级护理的内容。	查阅相关资料,并考核2名护士。	无分级护理制度,不得分;不掌握分级护理内容,每人扣1分。	2
	5.3.2 科室对《分级护理》落实情况进行定期检查并有记录。	查阅评审周期相关资料,并实地考察。	未进行定期检查,或无记录,不得分;记录不全面,扣1分。	2
	5.3.3 主管部门对《分级护理》落实情况进行定期检查、评价、分析,对存在的问题及时反馈,并提出整改建议。		未定期检查、评价、分析记录,不得分;少于每月1次,扣3分;整改未落实,扣1分。	4
5.4 实施责任制整体护理,为患者提供全面、全程、专业、人性化护理服务,优质护理服务落实到位。(14分)	★5.4.1 医院有优质护理服务规划、目标及实施方案,有推进开展优质护理服务的保障制度和措施及考评激励机制。	查阅相关资料,并抽查2项措施的落实情况。	(C) (1分) 1.有医院优质护理服务规划、目标及实施方案。 2.有推进开展优质护理服务的保障制度和措施及考评激励机制。 3.有优质护理服务目标和内涵,相关管理人员知晓率≥80%,护理人员知晓率100%。 (B)符合C,并(1.5分) 1.根据各专业特点,有细化、量化的优质护理服务目标和落实措施。 2.定期听取患者及医护人员等多方面意见和建议,持续改进优质护理服务。 3.激励机制体现优劳优酬、多劳多得,并与薪酬分配、晋升、评优等相结合。 (A)符合B,并(2分) 1.优质护理服务措施落实有效,效果明显,优质护理服务病房覆盖率逐步提升。 2.患者和医护人员满意度逐步提高。	2

	5.4.2 优质护理服务病房覆盖率 100%。	查阅相关材料，并实地考察。	未到达 100%，不得分。	2
	5.4.3 根据“以病人为中心”的整体护理工作模式，制定实施方案，体现护理人员工作中的责任制，护理人员掌握相关的知识，并结合患者实际情况实施护理，体现全面、全程、专业、人性化。	查阅相关资料，并现场考核 3 名护士。	无实施方案，不得分；护理人员未掌握相关的知识，未结合患者实际情况实施护理，每人扣 1 分；未体现全面、全程、专业、人性化，每人扣 1 分。	4
	5.4.4 有危重患者护理常规，护理人员具有危重患者护理的相关理论知识与操作技能，护理措施到位，安全措施有效，记录规范。	查阅相关资料，并查看 1 名危重患者护理情况。	无常规，不得分；护理人员未掌握患者的病情，扣 1 分；护理措施不到位，扣 1 分；记录不完整，扣 0.5 分。	3
	5.4.5 护理技术操作规范。	现场随机抽查 3 个病区（其中专科病区 2 个）护理技术实际操作情况。	不符合要求，每人扣 1 分。	3
5.5 按照特殊护理单元的相关管理规范进行质量管理与监测。（6 分）	5.5.1 建立特殊护理单元（急诊室、ICU、手术室、消毒供应中心（室）、血液净化中心）各项规章制度、岗位职责及操作常规，有考核及记录。	查阅相关资料，并现场考查。	无各项规章制度、岗位职责及操作常规，不得分；未进行考核，扣 1 分；记录不完整，扣 0.5 分。	2
	5.5.2 护理部制定特殊护理单元（急诊室、ICU、手术室、消毒供应中心（室）、血液净化中心）护理质量标准，并监测改进效果。	查阅相关资料，并现场考查。	无质量标准，不得分；未监测改进效果，扣 1 分；记录不完整，扣 1 分。	2
	5.5.3 消毒供应中心（室）质量控制符合要求，体现持续改进。	查阅评审周期相关资料，并实地考察。	无质量标准，不得分；未体现持续改进，扣 0.5 分；缺少相关记录，扣 0.5 分。	2

## 第六章 医院管理（50分）

评价指标		评价方法	评分细则	分值
6.1 强化法律意识，依法开展执业活动。（8分）	6.1.1 依法取得《医疗机构执业许可证》，按照中医药管理部门核定的诊疗科目执业，按照规定申请医疗机构年度校验。	查阅相关资料，并实地考察。	未取得《医疗机构执业许可证》，或医院改变名称、场所、法人、诊疗科目、床位，未能及时完成变更登记，或实际提供服务的诊疗项目与登记的内容不一致，或未经年度校验，不得分。	2
	★6.1.2 在国家医疗卫生法律、法规、规章、诊疗护理规范的框架内开展诊疗活动。	查阅相关资料。	未根据《医疗机构执业许可证》登记范围开展诊疗活动，或开展的诊疗活动不符合国家相关法律法规及规范要求，或医疗技术（限制临床应用的医疗技术、重点医疗技术）未按相关要求备案，或无相关的监督管理制度，或评审周期发生群体性、组织性违规违纪事件或一级主责以上医疗事故，不得分。	2
	★6.1.3 由具备资质的卫生专业技术人员为患者提供诊疗服务，不超范围执业。	查阅评审周期人事档案及相关证明材料，抽查5名专业技术人员资料进行现场核准。	（C）（1分） 1.有卫生技术人员执业资格审核与执业准入相关规定。 2.各级各类卫生技术人员均取的执业资格，注册地点在本院或符合卫生行政部门相关规定（如多点执业、对口支援），及时完善电子注册，更新医师、护师执业信息。 3.具有执业资格的研究生、进修人员经过医院授权在上级医生（含护理、医技）指导下执业。	2

			(B)符合C,并(1.5分) 1. 卫生技术人员执业资格管理资料完善。 2. 实习生、研究生、进修生执业管理资料完善。 A)符合B,并(2分) 无卫生技术人员违规执业、超范围执业及非卫生技术人员从事诊疗活动。	
	6.1.4 医院开展法律法规教育,有教育评价。	查阅评审周期相关资料。	未开展法律法规教育,不得分;未开展教育效果评价,或原始资料不完整,扣0.5分。	1
	6.1.5 对外委托服务项目,特别是医学检验、病理、消毒供应中心、中药服务等项目的质量与安全实施监督管理。	查阅评审周期相关资料,并逐一检查委托项目。	未实施监督管理,不得分;管理不到位,或缺少委托协议,或缺少相关会议记录、工作方案、工作记录等有效证据的原始资料,扣0.5分。	1
6.2 建立健全医院管理制度,合理设置管理组织。(8分)	6.2.1 建立健全医院管理制度、岗位责任制度、技术规范,开展培训,并组织落实。	查阅评审周期相关资料,访谈管理人员3名。	制度不健全,或未及时更新,或无技术规范,或未开展职工培训,不得分;对各项规章制度、岗位责任制、诊疗规范人员不知晓率,每人扣1分。	2
	6.2.2 医院管理组织机构设置合理,部门职能划分明确,各级管理人员认真履行职责,医院运行状况与组织机构图相符。	查阅评审周期相关资料。	医院管理组织机构设置不合理,不得分;未提供完整的组织机构图,或管理部门职责划分不明确,每项扣1分。	2
	6.2.3 按照国家有关规定,向员工开展院务公开工作。	查阅评审周期相关资料,实地考察,并访谈相关人员2名。	未开展院务公开工作,不得分;无职工参与院务公开,不得分;院务公开内容不符合要求,扣1分;无院务公开投诉信箱,扣0.5分;无院务公开的相关记录,扣0.5分;无职代会民主评议领导的资料,扣0.5分;相关人员不知晓,每人扣0.3分。	2

	6.2.4 按照《医疗卫生服务单位信息公开管理办法（试行）》规定，医院向社会及患者公开信息。	查阅评审周期相关资料，并实地考察。	未按要求向社会、患者公开信息，不得分；未采用信箱、展版或电子信息等方式，扣1分；内容不全面，扣0.5分。	2
6.3 加强医院信息化建设，满足医院管理、临床医疗、科研和服务需要。（10分）	6.3.1 医院将信息化建设列入医院建设的总体目标，并制定长期规划和年度工作计划。	查阅评审周期相关资料，抽查计划中2项措施的落实情况。	未制定规划和年度工作计划，不得分；规划未在年度工作计划中体现，扣0.5分；措施未落实，每项扣0.3分；缺少有效证据的原始资料（如制定过程、相关会议记录、决议等），扣0.5分。	1
	6.3.2 有以院长为核心的医院信息化建设领导小组，有负责信息管理的专职机构，建立各部门间的组织协调机制，有与信息化建设配套的相关管理制度。	查阅相关资料。	未成立领导小组，扣1分；领导小组未定期召开信息化建设会议，扣1分；无信息管理专职机构或专人负责，扣0.5分；未制定相关管理制度，扣0.5分；未制定发展规划，扣0.3分；无配套的相关管理制度，扣0.3分。	2
	6.3.3 有针对医院信息化的经费投入和人才队伍保障。信息专业技术人员的能力和梯队，应与医院信息系统规划、建设、维护和管理的需要相匹配。	查阅相关资料。	信息化经费投入不符合《中医医院信息化建设基本规范》，扣0.5分；人员配置不符合规定，扣0.5分。	1
	6.3.4 信息化建设不符合标准和规范，不得分；无医院管理信息系统，或无医院资源管理信息系统以及相关子系统（如智能监管和依法执业自查系统），或无临床信息系统（CIS），每项扣1分；未建立基于中医电子病历（EMR）的医院信息平台，扣0.5分。（每个系统扣分是否都是0.5分），此项评分标准建议进一步细化。	查阅相关资料，并实地考察。	信息化建设不符合标准和规范，不得分；无医院管理信息系统，或未正常使用医院资源管理信息系统以及相关子系统（如智能监管和依法执业自查系统），或无临床信息系统（CIS），每项扣1分；未建立基于中医电子病历（EMR）的医院信息平台，扣0.5分。	2

	6.3.5 医院信息化系统能够系统、连续、准确地采集、存储、传递、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财务以及各项业务提供全面支撑，满足医院管理需求。按要求使用相关财务软件，实现会计电算化。	查阅相关资料，实地考察，并查看评审期间医疗信息报表。	不能为医院管理提供决策依据，不得分；不能提供医院内部的医疗信息报表，扣1分；未实现会计电算化，扣0.5分。	1
	6.3.6 建立医院运行基本统计指标数据库，保障信息准确、可溯源。按照要求及时、准确报送相关信息。	查阅相关资料，实地考察。	未按照要求及时、准确报送相关信息，或未建立基本统计数据库，不得分；数据不准确，扣1分；不能溯源，扣0.5分。	2
	6.3.7 实施国家信息安全等级保护制度，实行信息系统操作权限分级管理，保障网络信息安全，保护患者隐私。推动系统运行维护的规范化管理，落实突发事件响应机制，保证业务的连续性。	查阅相关资料，实地考察，并访谈相关人员2名。	未制定信息系统安全措施和应急处理预案，扣0.3分；未实行权限分级管理，扣0.3分；无安全监管记录，扣0.3分；国家信息安全等级保护制度措施未落实，扣0.3分；无信息系统运行维护相关记录，扣0.3分；人员未掌握，每人扣0.2分。	1
6.4 加强财务与价格管理,规范医院经济运行。(8分)	6.4.1 建立规范的经济活动决策机制和程序,实行重大经济事项集体决策制度和责任追究制度。	查阅相关资料,抽查1项重大经济事项。	未建立决策机制和程序,不得分;未制定集体决策制度和责任追究制度,扣1分;制度未落实,或落实不到位,扣0.5分。	2
	6.4.2 实行成本核算,降低运行成本。	查阅评审周期相关资料,查看评审周期科室年度成本核算情况。	未制定成本核算制度、实施方案和流程,不得分;未设置专职成本核算员,扣0.3分;未建立科室成本核算,扣0.3分。	1
	6.4.3 全面落实价格公示制度,提高收费透明度,完善医药收费复核制度。确保医药价格管理系统信息准确。	查阅相关资料,并实地考察。	未建立价格公示制度,不得分;价格公示未及时更新,扣0.5分;未建立医院内部医药价格监管规范,扣0.5分;无价格监管自查记录,扣0.5分;无收费投诉记录,扣0.5分。	1

	6.4.4 执行《中华人民共和国政府采购法》、《中华人民共和国招标投标法》及政府采购相关规定，执行药品、高值耗材集中采购制度和相关价格政策。	查阅评审周期相关资料，抽查药品和高值耗材招标采购的审批资料。	未制定药品及高值耗材采购制度和流程，不得分；审批程序不规范，每种扣 0.5 分；无主管部门对招标采购进行全程管理，扣 0.5 分。	2
	6.4.5 按照《中华人民共和国预算法》和财政部门、主管部门关于预算管理的有关规定，科学合理编制预算，严格执行预算，加强预算管理、监督和绩效考评。	查阅评审周期相关资料。	无医院预算管理制度，不得分；无预算制度执行情况监管记录，扣 0.3 分；无预算执行情况分析报告，扣 0.3 分。	1
	6.4.6 医院制定财务人员培养计划，按照规定设立总会计师。	查阅相关资料。	无财务人员培养计划，不得分；计划未落实，扣 0.5 分；未按照规定设立总会计师，扣 0.3 分。	1
6.5 成立医学装备管理部门，建立并完善医学装备管理制度。（8 分）	6.5.1 成立医学装备管理部门，制定人员岗位职责、工作制度和设备论证、采购、使用、保养、维修、资产处置制度与措施。	查阅相关资料，抽查 2 份评审周期内 50 万元以上大型设备购置计划、论证和审批程序的相关资料；抽查 2 个重点科室重点设备的保养维修记录。	未成立医学装备管理部门，扣 1 分；未制定相关工作制度与岗位职责，扣 0.5 分；无管理部门会议记录，扣 0.5 分；抽查设备相关资料不符合要求，每项扣 0.5 分。	2
	6.5.2 按照《大型医用设备配置与使用管理办法》，加强大型医用设备配置管理，优先配置功能适用、技术适宜的医疗设备；建立大型设备使用人员持证上岗制度。	查阅相关资料，抽查 2 种大型设备（CT、MRI、X 光机、超声诊断仪等）的设备档案、装备许可证和使用人员资质的相关资料。	未制定医学装备购置论证相关制度与决策程序，扣 0.5 分；未建立医学装备档案管理制度与完整的档案资料，扣 0.5 分；无大型设备单机成本核算资料，扣 0.5 分；使用人员资质不符合要求，扣 0.3 分。	1
	6.5.3 建立医院保障设备处于完好状态的制度与规范，建立全院应急调配机制。	查阅相关资料，访谈相关人员 1 名。	未制定保障设备的管理制度与规范，不得分；主管部门未对医学装备实行统一的保障管理，扣 0.5 分；未建立全院应急调配机制，扣 0.5 分；人员不知晓，扣 0.3 分。	1

	<p>★6.5.4 急救、生命支持系统仪器设备始终保持在待用状态。</p>	<p>实地考察。</p>	<p>(C) (1分) 1.有急救类、生命支持类医学装备应急预案及设备调用机制，保障紧急救援工作需要。 2.各科室急救类、生命支持类装备时刻保持待用状态。 (B) 符合 C，并 (1.5分) 主管部门对急救类、生命支持类装备完好情况和使用情况实时监控。 (A) 符合 B，并 (2分) 急救类、生命支持类装备待用状态完好率 100%。</p>	<p>2</p>
	<p>6.5.5 加强医用高值耗材（包括植（介）入类耗材）、一次性使用无菌器械和低值耗材的采购记录、溯源管理、储存、档案管理、销毁记录、不良事件监测与报告的管理。</p>	<p>查阅评审周期相关资料，抽查 2 个植（介）入医疗器械溯源管理。</p>	<p>未制定管理制度与程序，扣 0.5 分；无采购记录、使用记录、监督检查记录，扣 1 分；未制定相关不良事件监测与报告制度与程序，扣 0.5 分；无监管情况与不良事件的分析报告，扣 0.5 分；植（介）入器械不能溯源，扣 0.5 分。</p>	<p>2</p>
<p>6.6 建立健全行风建设组织体系和工作机制，完善社会评价指标体系并实施。（8分）</p>	<p>6.6.1 制定年度行风和法治建设目标和任务，医院主要负责人是行风建设第一责任人，领导班子其他成员对分管职责范围内的行风工作负责，确保行风建设和法治建设责任落到实处。</p>	<p>查阅评审周期内相关资料，访谈 5 人（其中院班子 3 人、中层干部 2 人）。</p>	<p>医院党政主要负责人未切实履行推进法治建设第一责任人职责，不得分；未落实领导干部学法用法，扣 0.5 分。未将法治建设工作纳入本单位总体发展规划和年度工作计划，扣 0.5 分；班子其他成员对本职责范围的行风建设责任未落实，扣 1 分；未将行风建设工作纳入干部的考核目标，扣 1 分；行风建设工作未落实，或相关工作记录不完善，或缺少有效支撑资料，扣 0.5 分；人员不掌握，每人扣 0.5 分。</p>	<p>2</p>

	<p>6.6.2落实医疗卫生行风建设“九不准”和《医疗机构从业人员规范》，建立健全医德考评制度，考评结果得到运用。</p>	<p>查阅评审周期内相关资料，随机抽查2个科室人员考核资料，访谈人员2名。</p>	<p>未落实，或未建立制度，不得分；无细化工作指标，或考评标准，扣1分；未将日常监管、科室日常考核结果与医德考评工作相结合，扣1分；结果未得到运用，扣1分；人员不掌握，每人扣0.5分；缺少有效支撑资料，扣0.5分。</p>	<p>2</p>
	<p>6.6.3加强从业人员教育，开展多种形式的主题教育、警示教育及新进人员、重点岗位、敏感岗位职业规范教育，并组织实施。</p>	<p>查阅评审周期内相关资料，访谈3人（其中新进人员、重点岗位、敏感岗位各1人）。</p>	<p>无年度教育计划，或未开展教育活动，不得分；未开展效果评价，扣1分；教育形式单一，未充分利用各种形式和载体开展法治宣传的，扣0.5分；未将卫生健康法律法规纳入新入职医疗卫生人员培训、继续教育以及日常业务培训中，扣0.5分；未涵盖新进、重点岗位、敏感岗位的人员，每项扣0.5分；人员不掌握，每人扣0.3分；缺少有效支撑资料，扣0.5分。</p>	<p>2</p>
	<p>6.6.4按照患者就医服务流程，制定医院社会满意度测评指标体系，实施社会评价活动。</p>	<p>查阅评审周期相关资料。</p>	<p>未制定患者满意度期测评指标体系，或未开展患者满意度测评，不得分；未定期开展（至少每年一次），扣1分；未对社会评价活动结果进行分析和反馈，或无改进措施，扣1分；措施未落实，或无改进，扣0.5分。</p>	<p>2</p>

### 第三部分 党的建设（100分）

#### 第一章 加强党的领导（40分）

评价指标		评价方法	评分细则	分值
1.1 健全并完善党委工作制度，落实“一岗双责”要求。（8分）	1.1.1 合理设置党的工作机构，建立健全党委工作制度，规范党委、行政领导班子议事规则和工作规则，落实“一把手”末位发言制。	查阅评审周期的相关资料。	机构设置不合理，或制度不健全，或未体现议事规则、工作规则，不得分；未体现末位发言，扣3分；无会议记录，或纪要，扣2分；缺少有效证据的原始资料，扣1分。	4
	1.1.2 加强领导班子思想政治建设，坚持党委理论中心组学习和定期务虚研究制度。	查阅评审周期相关资料。	领导班子思想政治建设不到位，或措施不得力，不得分；无学习计划及会议记录，扣3分；学习计划落实不到位，扣2分；资料不完整，扣1分。	4
1.2 建立重大事项管理制度，落实党务公开。（8分）	1.2.1 医院党委在重大决策和医院发展中发挥领导核心作用，建立健全重大事项管理制度，按有关权限和规定程序报批、执行，规范权力运行。	查阅评审周期相关资料，抽查评审周期任命干部2人、1项重大项目及大额资金使用审议情况。	未体现参与决策，或未体现领导核心作用，不得分；重大事项未经集体讨论或集体决策，扣3分；未按管理权限和规定报批与公示、报备，发现一处扣1分；抽查项目不符合要求，每项扣2分；资料不完整，扣1分。	4

	1.2.2 健全党内重，重大决策论证评估、依法决策、合法性审核和征求意见等制度，推进党务公开。	查阅评审周期相关资料，随机抽查 1 项党内重大工作。	未明确负责法治工作部门，扣 0.5 分；未建立依法决策制度、合法性审核制度、依法管理（依法执业）情况定期自查制度、案件评析制度，每项制度扣 0.25 分；未实行法律顾问制度扣 0.5 分；未建立固定渠道和方式实施党务公开，扣 3 分；公开内容不全面、不及时，扣 2 分。	4
1.3 坚持党管干部、党管人才的原则。（8 分）	1.3.1 落实领导干部选拔任用工作条例、问责制度，规范干部选拔任用。	查阅评审周期内相关资料，随机抽调 2 名近年内选拔干部的全程纪实档案。	无制度，不得分；选拔程序不规范，扣 3 分；干部任用全程纪实档案不完整，每人扣 2 分。	4
	1.3.2 制定各类人才发展的规划和实施办法，并实施。	查阅评审周期内相关资料，随机访谈管理人员 2 人（中层干部、职员各 1 人）。	无规划、计划，不得分；不全面，扣 3 分；未组织实施，扣 2 分；成效不显著，扣 1 分；人员不了解，每人扣 1 分；资料不完整，扣 0.5 分。	4
1.4 加强对统战群团工作的领导，推进精神文明与文化建设。（8 分）	1.4.1 围绕党的中心工作，开展多种形式宣传、教育、培训等活动，推进思想政治工作、精神文明建设与文化建	查阅评审周期的相关资料，并实地考察。	未围绕中心工作，或未开展多种形式的宣传、教育、培训等活动，不得分；思想工作不到位，扣 3 分；未开展舆情监测，扣 2 分；未开展“志愿者”服务，扣 1 分；资料不完整，扣 0.5 分。	4

	1.4.2 党委把统战群团工作纳入重要议事日程，组织机构及制度健全，按时换届，经费使用合理；自我教育，民主管理，维护职工合法权益。	查阅评审周期相关资料。	未纳入，或组织机构不健全（至少建有工会委员会、经审委员会、团委委员会、妇女工作委员会），不得分；未定期召开两会或未按时换届，扣3分；涉及职工切身利益的重大决策未通过职工代表讨论通过，扣2分；职工合法权益的维护缺少保障措施，扣2分；经费使用不合理，扣2分；资料不完整，扣1分。	4
1.5 加强领导班子和干部队伍的作风建设。（8分）	1.5.1 建立作风建设长效机制，相关制度、规定健全。领导干部作风正派，经常深入基层，联系群众，落实中央八项规定精神。	查阅评审周期内相关资料。	作风建设长效机制不健全，不得分；作风问题突出，或干群关系不融洽，不得分；发现有违反八项规定精神的情况，每起扣1分；无主要领导接待日，扣3分；缺少相应记录和处理意见，扣2分；资料不完整，扣1分。	4
	1.5.2 定期召开民主生活会，认真开展批评和自我批评。党委书记、院长、班子成员定期相互谈心，定期与中层干部谈心。	查阅评审周期内相关资料，访谈3人（含党委书记或院长、班子成员、中层干部）。	未按规定召开民主生活会，或未能开展积极的、善意的、实事求是的批评和自我批评，不得分；党委书记、院长、班子成员未定期相互谈心，扣3分；未定期同中层干部谈心，扣1分。	4

## 第二章 加强基层党的建设（30分）

评价指标		评价方法	评分细则	分值
2.1 加强基层党支部建设，认真落实“三会一课”制度，完善工作机制。（10分）	2.1.1 健全党的基层组织体系，定期召开党员大会、支部委员会、党小组会，党的基层工作覆盖率 100%。	查阅评审周期相关资料，抽查 2 个基层党支部。	基层组织不健全，或党工作覆盖率未达到 100%，不得分；基层支部工作程序不规范，每发现一处扣 2 分；未定期召开党员大会，或支部委员会，或党小组会，每项扣 2 分；缺少会议记录、支部活动等原始记录，扣 1 分。	5
	2.1.2 健全完善各项党内政治生活制度，把增强党员党的意识作为首要目标，丰富细化“三会一课”、民主生活会、组织生活会、主题党日、民主评议党员、谈心谈话制度。	查阅评审周期相关资料，随机抽查 2 个基层支部。	制度不完善，或民主生活会、或双重组织生活制度未落实，不得分；未体现谈心谈话制度，扣 4 分；未开展“三会一课”、民主生活会、组织生活会、主题党日，每项扣 2 分；党委书记未定期（至少每年一次）讲党课，扣 1 分；缺少会议、工作记录，扣 1 分；缺少有效支撑资料，扣 0.5 分。	5
2.2 发挥党支部战斗堡垒作用和党员先锋模范作用。（10分）	2.2.1 党支部围绕医院中心工作有效地开展党的活动。	查阅评审周期相关资料，抽查 1 项医院中心工作、2 个支部会议记录。	党的活动未与医院中心工作结合，不得分；未体现支部战斗堡垒作用，扣 4 分；支部活动记录不全，扣 3 分；资料不完整，扣 2 分。	5

	2.2.2 加强基层党组织负责人的队伍建设，引导党员围绕中心工作充分发挥先锋模范作用。	查阅评审周期相关资料，抽查 2 个支部，访谈支部书记 1 人。	未建立党组织负责人的培训、教育及考核制度，扣 3 分；教育计划未落实，或未定期开展培训，扣 2 分；无考核，扣 1 分；发挥党员先锋模范作用机制不健全，扣 2 分；党员联系服务群众制度不健全，或工作组织不力，或措施不落实，每项扣 1 分；人员不了解，每人扣 0.5 分。	5
2.3 加强对党员的教育、管理、监督和服务功能，提高党员素质。（10分）	2.3.1 以坚定理想信念为重点，加强党员教育培训工作，组织党员认真学习党的理论知识、党章党规党纪，推进“两学一做”学习教育常态化制度化，建立健全党员教育监督管理的长效机制。	查阅评审周期相关资料，随机抽查 1 个支部、2 名党员的学习笔记。	未建立党员教育监督管理的长效机制，不得分；学习培训不到位，扣 2 分；未开展党员培训（围绕党委工作部署），扣 3 分；“两学一做”学习教育开展不扎实，或常态化制度化推进力度不够，扣 2 分；无党内信息管理系统，扣 2 分；无学习笔记，每人扣 1 分；资料不完备，扣 0.5 分。	4
	2.3.2 规范发展党员程序，确保党员发展质量。	查阅评审周期内相关资料，随机抽查 3 名新党员入党材料，访谈党务工作者 1 人。	入党材料不符合要求，每人扣 2 分；访谈人员不了解，每人扣 1 分。	3
	2.3.3 规范党费收缴、使用和管理。	查阅评审周期内相关资料。	党费收缴、使用、管理无制度，或不规范，每项扣 2 分；缺少有效支撑资料，扣 1 分。	3

### 第三章 党风廉政建设（30分）

评价指标		评价方法	评分细则	分值
3.1 建立健全党风廉政建设责任制度和体系。（10分）	3.1.1 建立健全党风廉政建设责任制，明确党委主体责任和纪委监督责任、领导干部“一岗双责”、党政同责。建立惩防体系建设领导小组，并将惩治和预防腐败体系建设纳入整体工作之中。	查阅评审周期相关资料。	未建立责任制，不得分；无领导小组，扣3分；未纳入整体工作之中，扣3分；未实现与业务工作同研究、同部署、同落实、同检查，扣3分；无具体工作计划和方案，扣2分；缺少有效支撑资料，扣1分。	4
	3.1.2 建立健全行业不正之风专项治理工作的制度和长效机制，并组织实施。	查阅评审周期内相关资料，抽查3份廉政建设责任书。	无制度，或未建立长效机制，不得分；未落实，扣2分；未签署党风廉政建设责任书的，每人扣1分；资料不完备，扣0.5分。	3
	3.1.3 健全纪检监察组织机构，人员配备与岗位要求、医院任务相匹配，具备开展工作的基本条件。	查阅评审周期相关材料，并实地考察。	未设立独立的纪检监察部门，不得分；配备人员不足，扣2分；缺少开展工作的基本条件，扣1分。	3
3.2 加强党风廉政、反腐倡廉的宣传教育，完善对权力的制约和监督，实行廉洁风险防控。（10分）	3.2.1 健全党委统一领导，纪检监察、党办、宣传、组织部门等共同参与的党风廉政宣教机制，强化纪律教育，定期开展主题报告、警示教育参观等各种形式的学习活动。	查阅评审周期内相关资料，抽查2个基层党支部。	未建立宣教机制，或未开展反腐倡廉教育，不得分；工作制度不健全，或不到位，扣3分；学习活动单一，扣2分；缺少有效支撑资料，扣1分。	5
	3.2.2 加强并落实对重点部门、关键岗位人员的监督，建立人事、财务、基建、设备、医用耗材、药剂、信息、采购等部门负责人定期轮岗交流的制度。对重点领域和关键环节权力运行的过程与结果实施有效监控。落实医药购销廉洁制度。	查阅评审周期相关材料，并实地考察。	未建立制度，或未开展监督管理，不得分；未落实轮岗制度，每发现一人扣2分；未建立信息管理，扣3分；未落实医药购销廉洁制度，扣3分；未与临床科室、药剂科、采购负责人等相关人员签订廉洁自律责任书，每人扣2分；资料不完备，扣1分。	5

3.3 加强对廉洁自律各项制度执行情况的监督。（10分）	3.3.1 切实加强制度建设，以规范权力运行为重点，针对“权、钱、人、项目”等重点环节，制定一系列规定和实施细则，形成较为完备的制度体系，并认真执行。	查阅相关资料，访谈相关人员 2 名。	无相关规定，或实施细则，不得分；制度体系不完善，扣 3 分；未执行，扣 2 分；人员不知晓，每人扣 1 分。	5
	3.3.2 严肃党的政治纪律、组织纪律、工作纪律等各项纪律要求，严格执行领导干部个人事项报告、述职述廉等党内监督制度。建立健全信访工作机制。	查阅评审周期的相关资料；抽查主要负责人某年度述职报告。	无具体工作计划和方案，扣 4 分；未组织实施，或会议记录、纪要等资料不清晰，或记录不全，难以查核，每发现一处扣 1 分；落实不到位，扣 1 分；述职报告未述廉，每人扣 1 分；无信访举报受理制度或流程，扣 2 分；未按相关规定要求及时处理信访举报问题，每发现一起扣 0.5 分。	5