

医院评价标准（征求意见稿）

为加强医院管理，科学、客观、准确地评价医院管理，指导医院强化内涵建设，坚持“以病人为中心”，提高管理水平，持续改进医疗质量，保障医疗安全，改善医疗服务，控制医疗费用，为人民群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务，根据《医疗机构管理条例》等卫生管理法律、法规、规章和国家其他有关规定，制定本标准。本标准以“安全、质量、服务、管理、绩效”为主题。医院据此加强自身管理和内涵建设，卫生行政部门据此对医院开展等级评审评价，并对医院保障质量、安全的条件和措施进行指导、评价、检查和监督。

第一部分 医院功能与任务

【概述】

医院功能与任务（Hospital functions and mission, HFM）是指根据不同历史时期的背景与特点，为保障人民健康和发展医疗卫生事业所确定的医院工作职责与内容。目前，我国医院的功能与任务，由政府主管部门依据《关于开展区域卫生规划工作的指导意见》与《医疗机构设置规划》确立。

明确医院的功能与任务，有助于医院管理者与执业人员贯彻落实党和国家的卫生工作方针政策，合理利用卫生资

源，充分发挥医疗体系的整体功能，建设与国民经济和社会发展水平相协调的现代化医院。

【评价标准】

一、三级医院功能与任务

【评价要点】

1. 省级或国家级医疗中心，应具有高水平的临床学科能力，在同类医院中临床学科优势明显，主要从事急危重症和疑难疾病的诊疗。

2. 承担高等医学教育和科研工作，不断提高医学科技水平，研究开发适宜技术。

3. 培养高层次卫生技术人员。

4. 指导和培训下级医院卫生技术人员开展诊疗活动。

二、二级医院功能与任务

【评价要点】

1. 服务范围主要覆盖多个社区或县区的医疗机构，应具有一定水平的临床学科优势，主要的功能与任务是提供以医疗服务为主，兼顾预防、保健和康复服务功能。

2. 并承担一定的医学院校教学、科研任务。

3. 指导和培训下级医院卫生技术人员开展诊疗活动。

三、一级医院功能与任务

【评价要点】

1. 社区性的医疗服务机构，主要为社区居民提供医疗、

预防、保健、康复、健康教育、计划生育技术服务为一体的全科医疗服务。

2. 开展预防、保健与健康教育。

四、完成政府指令性任务

【评价要点】

1. 三级医院与县医院建立长期稳定的对口支援和协作关系，认真完成国家和地方卫生行政部门安排的任务。

2. 参加突发公共卫生事件紧急医疗救援工作。

3. 建立院外“120”与院内急救“绿色通道”有效衔接工作流程。

4. 参加国家、省、市及本辖区医疗紧急救治网络。

五、开展社会公益活动，实施双向转诊

【评价要点】

1. 开展多种形式的健康咨询公益性社会活动。

2. 建立与实施双向转诊制度。

六、积极参加公立医院体制改革和参与建设小康社会

七、上周期医院评审、历次医院管理年活动中存在问题的整改结果

第二部分 患者安全目标

【概述】

患者安全目标（Patient Safety Goals, PSG）是针对医院为患者提供医疗服务的过程中存在安全隐患和问题的

领域所提出的改进要求及必须达到的成果。

患者安全目标强调要在循证和专家共识的基础上提出解决之道，其目的就是为了促进患者安全得到切实的改进。

患者安全目标选择了简单、易行，本应做到而在实际未能完全做到，具有普遍性的内容。

【评价标准】

八、严格执行查对制度，准确识别患者的身份

【评价要点】

1. 多部门共同合作制定准确确认患者身份的制度和程序。在各类诊疗活动中，必须严格执行查对制度，应至少同时使用姓名、性别、床号 3 种方法确认患者身份。

2. 实施任何介入或有创诊疗活动前，实施者应亲自与患者或其家属沟通，以确保对正确的患者实施正确的操作。

3. 完善关键流程（急诊、病房、手术室、ICU、产房之间流程）的患者识别措施。

4. 建立使用“腕带”作为识别标示的制度，作为实施操作、用药、输血等诊疗活动时辨识病人的有效手段（ICU、急诊抢救室、手术室、新生儿科/室）。

5. 职能部门（医务处、护理部、门诊部）落实督导职能，有记录。

九、严格执行在特殊情况下医务人员之间有效沟通的程序，做到正确执行医嘱

【评价要点】

1. 在通常诊疗活动中医师应以书面方式下达医嘱，不采用口头或电话通知的方式下达医嘱。

2. 只有在危重症患者实施紧急抢救情况下，方可以口头方式下达临时医嘱。对医师下达的口头临时医嘱，护士应向医师重述，在执行时实施双人核查。

3. 接获口头或电话通知的患者“危急值”或其他重要的实验检验结果时，接获者必须规范、完整、准确地记录检验结果和报告者的姓名与电话，进行复述确认无误后方可提供医师使用。

十、严格执行手术安全核查，防止手术患者、手术部位及术式发生错误

【评价要点】

1. 择期手术医嘱的下达，表明该手术的各项术前准备工作已经全部完成。

2. 多部门共同合作制定与执行“手术部位识别标志制度”与工作流程。

3. 多部门共同合作制定与执行“手术安全核查与手术风险评估制度”与工作流程。

十一、严格执行医院感染控制的基本要求，落实“手卫生”规范

【评价要点】

1. 贯彻并落实医护人员手部卫生管理制度和手部卫生实施规范，正确配置有效、便捷的手卫生设备和设施，为执行手部卫生提供必需的保障与有效的监管措施。

2. 医护人员在任何临床操作过程中都应严格遵循无菌操作规范，确保临床操作的安全性。

十二、提高用药安全

【评价要点】

1. 诊疗区的药品内有管理制度（包含高风险药品管理）。

2. 所有处方或用药医嘱在转抄和执行时都应有严格核对程序，并签字。

3. 在开具与执行注射剂的医嘱（或处方）时要注意药物配伍禁忌。

4. 建立安全输液操作规范及预防输液反应预案，提倡输液药品集中配制。

5. 建立药物不良反应的观察、应对制度和程序，医护人员知晓并能够正确、规范地执行上述制度和程序，及时报告并记录。

6. 临床药师为医护人员、患者提供合理用药的方法、药品信息及用药不良反应的咨询服务。

十三、建立临床“危急值”报告制度

【评价要点】

1. 建立“危急值”报告制度。
2. “危急值”报告应有可靠途径且检验人员能为临床提供咨询服务。
3. “危急值”报告重点对象是急诊科、手术室、各类重症监护病房等部门的急危重症患者。
4. “危急值”项目可根据医院实际情况认定，至少应包括有血钙、血钾、血糖、血气、白细胞计数、血小板计数、凝血酶原时间、活化部分凝血活酶时间及危及生命的检验指标等。
5. 对“危急值”项目实行严格的质量控制，尤其是分析前质量控制措施，如应有标本采集、储存、运送、交接、处理的规定，并认真落实。

十四、防范与减少患者跌倒、坠床事件发生

【评价要点】

1. 对来院就诊与治疗的患者，特别是儿童、老年人、孕妇、行动不便和残疾患者，提供帮助，如使用警示标识、语言提醒、搀扶或请人帮助等办法防止患者跌倒、坠床事件的发生。
2. 建立跌倒、坠床报告制度与措施，并有处理流程或预案。
3. 护理服务有适宜的人力资源保障，与服务对象的配置合理（实际病人数与配设护士数之比为 1: 0.4）。

十五、防范与减少患者压疮发生

【评价要点】

1. 建立压疮风险评估与报告制度，有压疮诊疗及护理规范。
2. 认真实施有效的预防压疮护理。

十六、主动报告医疗安全（不良）事件

【评价要点】

1. 建立医护人员主动报告医疗安全（不良）事件的制度与措施。
2. 鼓励医务人员积极参加《医疗安全（不良）事件报告系统》网上报告活动
3. 将安全信息与医院实际情况相结合，从医院管理体系、运行机制与规章制度上进行有针对性的持续改进。

十七、鼓励患者参与医疗安全

【评价要点】

1. 针对患者疾病诊疗，为患者及其家属提供相关的健康知识教育，协助患方对诊疗方案做出正确理解与选择。
2. 主动邀请患者参与医疗安全管理，尤其是患者在接受介入、手术等有创检查和治疗前及药物治疗时。
3. 告知患者在就诊时提供真实病情和有关信息对保障诊疗服务质量与安全的重要性。
4. 公开医院接待患者投诉的主管部门、投诉方式及途

径。

第三部分 患者服务

【概述】

患者服务（Patient Services, PS）是指医院为满足患者和特殊社会人群等服务对象的需要所提供的一种产品。

在医疗技术服务过程中体现“以人为本”的思想，落实到患者服务上，一个至关重要的要求即增进医院维护患者权利的责任。明确患者的权利，教育患者与医务人员知晓、行使与尊重这些权利是社会对患者服务的迫切要求。因此，尊重患者、关爱患者、方便患者、服务患者的人文精神，维护患者尊严、自主和隐私要贯穿到医疗护理的全过程中。

【评价标准】

十八、医疗服务的可及性与连贯性

【评价要点】

1. 从急诊、门诊到住院有合理的流程，患者可以获得连贯的服务。

2. 各项医疗活动均符合法律、法规、条例、部门规章和行业规范的要求。

3. 规范入院、出院、转院、转科制度与工作程序，相关专业人员均能够知晓及遵循。

4. 转院或转科应依据患者病情诊疗需求，选择适宜的转院时机，转至适宜医疗机构或专业科室。向患者告知不适

宜的强行转院、转科可能导致的后果。

5. 出院、转院、转科记录应按医院规定的格式，出具详细的病历摘要并说明转院、转科的原因。

十九、维护患者的合法权益

【评价要点】

1. 患者及其法定代理人对病情、诊疗（手术）方案、风险与益处、费用和临床试验等真实情况具有知情的权利，患者在知情的情况下有选择的权利。

2. 医院具有告知患者及其法定代理人真实病情及诊疗方案的义务，应列出需要对患者执行书面“知情同意”的目录。

3. 医院对医师进行相关培训，由主管医师使用患者易懂的方式和语言充分告知患者，履行签字同意手续。

4. 施行有创性、有特殊准入规定和临床实验性质的诊疗措施，必须遵循国家法律法规及卫生行政部门的规定执行。

5. 保护患者的隐私权，尊重民族习惯、宗教信仰。

二十、患者投诉与纠纷处理

【评价要点】

1. 医院设有专职部门或专员负责患者的投诉接待、调查、处理工作。

2. 公布投诉电话、信箱，建立方便患者的投诉处理流

程。

3. 对投诉问题的处理及整改意见，及时向科室反馈并追踪落实的情况。

4. 医院应对投诉事项进行定期分析，从医院管理的机制、制度、程序上提出整改措施，防止类似情况重复发生。

二十一、患者及其家属教育与沟通

【评价要点】

1. 教育职工理解尊重患者的价值观和信仰以及在维护患者和家属权利方面应尽的职责和义务。

2. 应告知患者和家属应有的权利和义务。

3. 应告知患者和家属反映意见的渠道和方式。

4. 向患者及其家属提供相关疾病防治知识教育和指导，支持其参与诊疗活动。

二十二、就诊环境管理

【评价要点】

1. 为患者提供就诊接待、引导、咨询服务。

2. 医院就诊、住院的环境清洁、舒适、安全。

3. 保护患者的隐私。

4. 医院门诊候诊区、诊室内、住院病区等建筑区域内禁止吸烟。

二十三、患者评估

【评价要点】

1. 由医院多个部门联合制定患者病情评估管理制度与流程，职能部门监管患者评估工作。

2. 对患者进行评估工作由注册的执业医师和护士，或是经医院授权的其他岗位卫生技术人员实施。

3. 由医院多个部门联合制定患者评估的重点范围、评估操作规范与程序。

4. 患者评估的结果记录在住院病历中，用于指导对患者的诊疗活动。

第四部分 医疗质量管理与持续改进

【概述】

质量管理与改进(Quality Management and Improvement, QMI)是指在质量方面指挥和控制组织的协调活动。

坚持质量为本是医院工作永恒的主题，加强质量管理与改进是为患者提供良好的医疗服务与就医环境的根本保障。质量管理与改进的主要内容包括：(1)设计管理程序；(2)监测管理过程；(3)分析相关资料；(4)持续质量改进。

质量管理与改进涉及到医院工作的方方面面，必须引起管理者与全体员工高度重视，强调持续的质量监测、分析与改进，需要医院各部门及员工的合作与协调，其管理过程必须统筹安排。

本标准着重阐述质量管理与改进的全过程活动，其作用与效果，体现在如下几个方面：(1)建立良好的医院质量管

理与改进体系；（2）确立清晰的质量管理与改进的优先原则与次序；（3）提升全体职工质量管理与改进的意识和能力；（4）保障较佳的质量管理与改进运行状态。

【评价标准】

二十四、医疗质量管理组织

【评价要点】

1. 建立医院、科室两级医疗质量管理组织，院长为医疗质量管理第一责任人，定期专题研究医疗质量和医疗安全工作，科主任全面负责科室医疗质量管理工作。

2. 医疗质量管理职能部门组织实施全面医疗质量管理，指导、监督、检查、考核和评价医疗质量管理工作，严格监管记录，定期分析，及时反馈，落实整改。建立多部门医疗质量管理协调机制。

3. 建立医疗质量管理组织，包括医疗质量管理委员会、伦理委员会、药事管理委员会、医院感染管理委员会、病案管理委员会、输血管理委员会和护理质量管理委员会等，定期研究医疗质量管理等相关问题，记录质量管理活动过程，为院长决策提供支持。

二十五、医疗质量与安全管理

【评价要点】

1. 建立切实可行的医疗质量管理和持续改进方案，并组织实施。

2. 建立医疗质量管理制度、操作规程、诊疗规范及指南，强化“基础理论、基本知识、基本技能”培训。

3. 建立医疗风险防范、控制和追溯机制，按规定报告医疗不良事件，不隐瞒和漏报。

4. 医院管理层能够应用全面质量管理的原理，通过适宜方法及质量管理技术工具开展持续质量改进活动。

5. 定期进行全员医疗质量和安全教育，牢固树立医疗质量和安全意识，提高全员医疗质量管理与改进的意识和参与能力。

6. 建立医疗质量控制、安全管理信息数据库。

二十六、医疗技术管理

【评价要点】

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、条例、部门规章和行业规范的要求，符合诊疗科目范围，符合医学伦理原则，技术应用保障安全、有效。

2. 医疗技术管理符合规定，建立健全医疗技术和人员资质准入、分级管理、监督评价和档案管理制度。

3. 建立医疗技术风险预警机制，制定和完善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、费用等情况进行全程追踪管理和评价，及时发现医疗技术风险，采取相应措施，降低风险。

4. 科研项目的医疗技术符合法律、法规和医学伦理原

则，按规定审批。在科研过程中，充分尊重患者的知情权和选择权，签署知情同意书，保护患者安全。

5. 不应用未经批准或已经废止和淘汰的技术。

二十七、住院诊疗管理与持续改进

【评价要点】

1. 由具备执业资质的医师、护士，按照制度、程序与病情评估结果为患者提供规范的服务。

2. 由上级医师负责评价与核准住院诊疗（药物、手术/介入、康复）计划/方案的适宜性，并记入病历。

3. 应用临床实践指南和临床路径指导临床诊疗工作；应用临床路径使诊疗流程标准化。

二十八、手术治疗管理与持续改进

【评价要点】

1. 实行手术医师资格分级授权管理制度与规范，责任到每一位医师，有定期能力评价与再授权的机制。

2. 实行患者病情评估与术前讨论制度，遵循诊疗规范制定诊疗手术方案，依据患者病情变化和再评估结果调整诊疗方案，均应记录在病历中。

3. 患者手术前的知情同意，包括手术目的和风险、以及其它可能的疗法选择等。

4. 完成患者的手术前评估与术前各项准备后，方可下达择期手术与介入医嘱（急诊抢救手术除外）。

5. 手术预防性抗菌药物的选择与使用时机符合规范。
6. 手术的全过程应及时、准确地记录在病历中。
7. 做好患者手术后治疗与护理计划工作,并记录在病历中。
8. 加强“二次手术”管理,建立“非计划再次手术”的监测、原因分析、反馈、整改和控制体系。

二十九、麻醉与镇痛治疗管理与持续改进

【评价要点】

1. 实行麻醉与镇痛医师资格分级授权管理制度与规范,责任到每一位医师,有定期能力评价与再授权的机制。
2. 实行患者麻醉与镇痛前病情评估制度,制定治疗计划/方案,风险评估结果记录在病历中。
3. 患者麻醉与镇痛前的知情同意,包括治疗风险、优点及其它可能的选择。
4. 实施麻醉与镇痛操作的全过程必须记录于病历/麻醉单中。
5. 麻醉后复苏管理措施到位,监测、记录麻醉后病人的恢复状态。
6. 建立术后镇痛管理的规范与程序,能有效地执行。
7. 麻醉管理团队用麻醉与镇痛工作质量和安全管理规章、岗位职责、各类麻醉技术操作规程、质量指标来确保患者麻醉安全。

8. 针对术中输血适应症，开展自体血回输、提高成分输血比例、节约用血；建立麻醉科与输血科的有效沟通，输血量与输血种类科学合理，确保输血安全。

三十、门诊管理与持续改进

【评价要点】

1. 门诊布局合理，符合医院感染控制要求，门诊良好服务环境和就诊的程序，以保障患者能够获得门诊范围内连贯的可及的服务。

2. 依据工作量及需求，合理配置专业技术人员，落实普通门诊、专科门诊、专家门诊职责，提高门诊确诊能力。

3. 制定门诊质量管理制度与质量控制指标，定期对门诊诊疗质量进行评估。

4. 对每一位就诊的门诊患者均应写好门诊的诊疗纪录，并书写符合规范、质量控制要求。

5. 制定突发事件预警机制和处理预案，提高快速反应能力。

6. 严格执行传染病预检分诊制度和报告制度。

三十一、重症医学管理与持续改进

【评价要点】

1. 医院重症医学科布局、设备设施、专业人员设置及医院感染控制符合卫生行政部门规章规范的要求。

2. 医院对重症监护病人入住、出科实行“危重程度评

分”，定期评价收住患者的适宜性及临床诊疗质量，并能以此评价改进措施的有效性。

3. 医师与护士实行资格、技术能力准入管理。

4. 各项质量管理与改进制度、措施落实情况，以及对紧急事件处理的反应性。

5. 医院感染监控管理对重点项目（如呼吸机相关性肺炎、血管内导管所致血行感染、留置导尿管所致感染、气管插管/切开置管操作后肺炎、血液灌流/透析相关感染）有预防与监控方案、有质量控制指标，并能得到切实执行。

三十二、急诊管理与持续改进

【评价要点】

1. 医院急诊科布局、设备设施、急诊专业人员设置及医院感染控制符合卫生行政部门规章规范的要求。

2. 急诊医务人员经过专业培训，能够胜任急诊工作，急诊抢救工作由主治医师以上（含主治医师）主持或指导。

3. 急救设备、药品处于备用状态，急诊医护人员能够熟练、正确使用各种抢救设备，熟练掌握心肺复苏急救技术。

4. 加强急诊质量全程监控与管理，落实核心制度，尤其是首诊负责制和会诊制度，急诊服务及时、安全、便捷、有效，提高急诊分诊能力，建立急诊紧急救治“绿色通道”，科间紧密协作。建立与医院功能任务相适应的重点病种（创伤、急性心肌梗死、心力衰竭、脑卒中等）急诊服务流

程与规范，保障患者获得连贯医疗服务。

5. 加强急诊留观患者管理，提高需要住院治疗急诊患者的住院率，急诊留观时间平均不超过 72 小时。

6. 对每一位就诊的急诊患者均有完整的急诊诊疗/抢救纪录，书写符合规范、质量控制要求。

三十三、感染性疾病管理与持续改进

【评价要点】

1. 感染性疾病科建设符合卫生行政部门规定，严格执行门诊患者预检分诊制度。

2. 严格执行《传染病防治法》及相关法律、法规、规章和规范。建立健全规章制度并组织实施，有效预防和控制传染病的传播和医源性感染。

3. 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。

4. 定期对工作人员进行传染病防治知识和技能的培训。

三十四、康复治疗管理与持续改进

【评价要点】

1. 根据医嘱进行康复治疗的适应症评估。

2. 选择适宜的康复疗法。

3. 正确评估康复治疗效果。

三十五、护理管理与持续改进

【评价要点】

1. 有健全的护理管理组织体系。
2. 严格执行护理工作制度、各级护理人员岗位职责或工作标准、基础和专科护理常规、技术操作规程等。
3. 管理与监督临床护理质量。
4. 管理与监督特殊科室护理质量。

三十六、药事和药物使用管理与持续改进

【评价要点】

1. 医院的所有药事管理活动均符合现行的国家法律法规及卫生行政部门规章标准的要求；建立医院药物治疗组织。
2. 经合理遴选的处方和医嘱用药有贮备，并有效控制药品质量，随时可供临床使用。
3. 药剂科正确、安全的贮存药品；药品的调剂和制剂都要在安全、清洁的环境中进行。
4. 有规章制度和程序对开具处方、用药医嘱、审核和抄录进行指导。
5. 临床医师、护士遵照《抗菌药物临床应用指导原则》等药物治疗指南，合理使用药品。做到使用正确药品和剂量，通过正确的途径，给予正确的患者，并有可行的监督机制。
6. 观察用药过程，监测用药效果，将所有的不良反应记录在病历之中。
7. 临床药师能为临床合理用药提供信息支持与咨询服

务。

三十七、临床检验质量管理与持续改进

【评价要点】

1. 医院为患者提供满足临床诊疗需求的临床检验服务，且所有服务项目均符合现行的国家法律法规及卫生行政部门规章标准的要求。
2. 有实验室安全程序，遵照实施并记录。
3. 由具备临床检验专业资质的人员进行检验质量控制活动，解释检查结果。
4. 检验报告及时、准确、规范，严格审核制度。
5. 临床检验医师能解释临床检查验结果，为临床医师提供合理使用实验室信息的服务。
6. 落实全面质量管理与改进制度，按照规定开展室内质控、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。

三十八、病理质量管理与持续改进

【评价要点】

1. 医院为患者提供满足临床工作需求的病理诊断服务，且所有服务项目均符合现行的国家法律法规及卫生行政部门规章标准的要求。
2. 制定并遵守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。环境保护及人员防护符合规定。

3. 由具备病理专业资质的人员制作的冰冻、石蜡切片，其质量与时限符合相关规定。

4. 落实全面质量管理与改进制度，并按照规定开展活动有记录。

5. 根据医院规定，病理医师能够及时提供病理诊断报告，有严格审核制度。

6. 临床病理医师能解释临床病理检查结果，支持临床诊断提供支持服务。

三十九、医学影像质量管理与持续改进

【评价要点】

1. 医院提供的医学影像所有服务项目均符合现行的国家法律法规及卫生行政部门规章标准要求，满足临床诊疗需要，能提供 24 小时急诊检查服务。

2. 执行技术规范，实行质量控制，定期进行图像质量评价。

3. 根据医院规定及时提供放射和影像诊断报告，严格审核制度。

4. 落实全面质量管理与改进制度，由具备影像诊断专业资质的人员进行质量控制活动，解释检查结果。

5. 有放射安全管理程序，遵照实施并记录。

四十、输血质量管理与持续改进

【评价要点】

1. 落实《献血法》和《医疗机构临床用血管理办法（试行）》、《临床输血技术规范》等有关法律和规范。

2. 设立输血科，具备为临床提供 24 小时配血、供血服务的能力，满足临床需要，无非法自采供血。

3. 严格掌握输血适应症，开展自体血回输的临床应用，合理用血。

4. 建立输血质量全程监控，制定、实施控制输血感染的方案，严格执行输血技术操作规范。

5. 落实临床用血申请、登记制度，履行用血报批手续，执行输血前检验和核对制度。完善输血反应及输血感染疾病的登记、报告和调查处理制度。

四十一、医院感染管理与持续改进

【评价要点】

1. 建立医院感染管理组织，所开展医院感染控制活动与医院的功能任务与临床工作相匹配，且所有的控制活动均符合现行的国家法律法规及卫生行政部门规章的要求。

2. 对全院医务人员提供医院感染防控知识的培训与教育。

3. 应用《医院感染监测规范》的要求，监测重点环节、重点人群与高危险因素，并采用监控指标来管理、控制、降低医院感染风险和医院感染暴发。

4. 严格执行手卫生的规范与程序，有效地实施依从性

的监管与改进活动。

5. 有多重耐药菌（MDRO）医院感染控制管理的规范与程序，并有效地实施监管与改进活动。

6. 应用感染管理的信息与指标来指导临床合理使用抗菌药物。

7. 医院的消毒工作符合《医院消毒技术规范》的要求；隔离工作符合《医院隔离技术规范》的要求；医务人员在需要时能获得及正确使用消毒与防护用品。

8. 医院感染指标监测是全院质量改进和患者安全的组成部分；监测医院感染的危险因素、医院感染率及其变化趋势；根据医院感染风险、医院感染率及其变化趋势的信息改进诊疗流程；要将医院感染情况要与其它医疗机构进行比较；定期向医疗机构的领导和医护人员通报医院感染的监测结果；向卫生行政主管部门和公共卫生机构报告医院感染监测结果。

四十二、病案质量管理与持续改进

【评价要点】

1. 贯彻落实《医疗事故处理条例》、《病历书写基本规范（试行）》和《医疗机构病历管理规定》等有关法规、规范。

2. 为门诊、急诊、住院患者建立并保存就诊记录/住院病案；保持病案的可获得性。

3. 保护病案及信息的安全性，防止丢失、损毁、篡改、非法借阅及使用和患者隐私的泄露。

4. 应用病案书写质量的评估系统，定期提供质量评估报告。

5. 采用国际疾病分类 ICD-10 与手术操作分类 ICD-9-CM-3 对出院病案进行分类编码，建立科学的病案库房管理体系，包括病案编号及示踪系统，出院病案信息的查询系统。

6. 严格执行借阅、复印或复制病历资料制度。

四十三、介入诊疗质量管理与持续改进

【评价要点】

1. 严格执行《心血管疾病介入诊疗技术管理规范》，依法取得相应资质。

2. 专业设置、人员配备及其设备、设施符合医院功能任务要求，满足临床需要，能提供 24 小时诊疗服务。

3. 严格执行技术规范，实行科学的质量控制标准，开展临床随访，定期进行质量评价。

4. 因病施治，合理治疗，严格掌握介入诊疗技术的适应症。

5. 建立介入诊疗器材登记制度，保证器材来源可追溯。不违规重复使用一次性介入诊疗器材。

6. 环境保护与个人防护达到标准。

四十四、血液净化质量管理与持续改进

【评价要点】

1. 专业设置、人员配备及其设备、设施、布局合理符合医院功能任务要求，符合现行的国家法律法规及卫生行政部门规章标准的要。

2. 有质量管理体系落实措施保障安全。

3. 严格执行医院感染管理制度与程序，有完整的监测记录与应急管理预案。

4. 血液透析机与水处理设备符合要求。

5. 透析液的配制符合要求，透析用水化学污染物、透析液细菌及内毒素检测达标。

四十五、营养管理与持续改进

【评价要点】

1. 营养专业设置、人员配备及其设备、设施、布局合理符合医院功能任务要求，符合现行的国家法律法规及卫生行政部门规章标准的要求。

2. 由具备营养专业技术资格的人员，为治疗需要的患者提供营养评估与营养治疗方案，并记录在病历之中。

3. 提供符合要求的治疗饮食。

四十六、其它特殊诊疗管理与持续改进

【评价要点】

1. 医院为患者提供满足临床诊疗需求的其它特殊诊疗

服务项目均符合现行的国家法律法规及卫生行政部门规章标准的要求。

2. 由被授权的、具备法定资格的卫生技术人员实施其它特殊诊疗服务。

3. 建立质量管理与患者安全制度，由具备专业资质的人员进行质量控制活动，解释检查结果。

4. 符合环境保护、医院感染管理规范的要求。

第五部分 医院管理

【概述】

医院管理（Hospital management, HM）是指遵循医院工作的客观规律，运用有关理论和方法，指挥、控制医院内、外相关组织的协调活动。

医院管理是一项复杂的系统工程，在保障医院正常执业活动、确保医疗质量与安全、促进医院良性发展上发挥着日益显著的作用。业已证明，先进的技术设备弥补不了落后的管理，而先进的管理却能改变落后的技术。因此，努力建设适应现代社会发展要求的医院管理体制，建立起符合现代化医院建设要求的管理制度与科学方法，提高医院管理水平，必须将医院管理作为独立学科加以发展。

【评价标准】

四十七、依法执业

【评价要点】

1. 在国家的医疗卫生管理法律、法规、规章、诊疗护理规范的框架内开展诊疗活动。

2. 严格按照卫生行政部门核定的诊疗科目执业，医院及科室命名规范。

3. 各诊疗岗位上均由具备法定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。

4. 按照规定申请医疗机构校验及发布医疗广告。

四十八、明确医院与科室领导层的管理职责，协调医院各科室部门服务

【评价要点】

1. 医院管理组织机构设置合理，医院与科室领导层管理人员有明确的岗位职责和决策机制，认真履职，实行管理问责机制。

2. 医院各科室部门责任明确、不交叉，定期召开联席会与履行协调职能，定期进行评估。

3. 管理层领导了解和掌握现行的有关法律法规和部门规章，能够定期获得管理知识教育与技能的培训。

4. 建立院务公开的领导体制和工作机制，落实院务公开的领导和组织实施工作，公开内容符合规定，公开形式体现便利、快捷、有效的原则。

5. 职工能够行使民主权力，参与医院管理。

6. 有完整的医院管理的规章制度和岗位职责，并能及

时修订完善，职工熟悉本岗位职责及相关规章制度。

四十九、依据医院的功能任务，确定医院的发展目标和中长期发展规划

【评价要点】

1. 医院的功能与地位，符合本区域卫生发展规划。
2. 医院规模和发展、目标经营方针与策略，与医院的功能任务相称。
3. 制定有中长期发展规划，并组织实施，并进行定期评价。
4. 医院的近期执行计划能传达、落实到全体员工。

五十、人力资源管理

【评价要点】

1. 有适宜的人力资源配置方案，符合医院功能任务和管理的需要。
2. 建立卫生专业技术人员资质的认定、聘用、考核、评价管理体系，建立专业技术档案。
3. 建立卫生专业技术人员岗前培训、继续教育和梯队建设制度并组织实施。
4. 加强重点学科建设和人才培养，建立学科带头人选拔与激励机制。
5. 对承担手术、介入等高风险技术操作的卫生技术人员实施“授权”制，定期进行绩效的再评价。

五十一、建立公共危机的应急预案和紧急医疗救援体系

【评价要点】

1. 有突发公共危机应急预案和实施紧急医疗救援的组织体系，并组织演练。
2. 承担突发公共危机的事件紧急医疗救援任务。
3. 及时、妥善处理医院内突发事件。

五十二、信息系统

【评价要点】

1. 医院成立以院长为核心的医院信息化建设领导小组和信息安全管理委员，有切实可行的相关管理条例和制度，有信息化发展规划。符合卫生部相关准入规定。
2. 建立了医院管理、临床诊疗、医学影像、临床检验、手术麻醉、危重症监护、合理用药监测和医院网站等系统，系统之间实现无缝隙连接，并运行正常。
3. 信息系统可连续、系统、准确收集、整理、分析和反馈在医院管理、医疗质量和安全监测等方面所需要的信息；为患者临床诊疗与医院决策提供支持；能够与卫生行政部门及相关部门实现信息共享。
4. 严格执行保密制度，实行信息系统操作权限分级管理，保障网络安全，保护患者隐私。
5. 信息化专业人员具有的能力与梯队，与医院信息系统建设与运行任务相匹配。

五十三、财务与价格管理

【评价要点】

1. 贯彻落实《会计法》、《预算法》、《审计法》、《医院会计制度》和《医院财务制度》等相关规定，只设置一个财务管理部门，集中统一规范财务管理，加强预算管理和内部审计。

2. 建立规范的经济活动决策机制和程序，实行重大经济事项领导负责制和责任追究制。

3. 实行医院成本核算，降低运行成本。控制医院资产负债率，保障国有资产安全。

4. 按照《价格法》等有关价格政策，严格执行医疗服务收费和药品价格。无国家规定之外收费项目，无分解项目、比照项目收费和重复收费。

5. 执行国家药品、高值耗材集中招标采购政策和价格政策规定。

6. 实行医疗服务价格公示制度，向社会公开收费项目和标准，采取价格查询、费用日清等措施，提高收费透明度。及时答复患者的费用查询，处理价格投诉。

7. 费用结算方式便捷。

五十四、后勤保障管理

【评价要点】

1. 有适宜的后勤保障管理组织、规章制度与人员岗位

职责。后勤保障服务能够坚持“以病人为中心”的服务理念，满足医疗服务流程需要。

2. 水、电、气、物资供应等后勤保障满足医院运行需要。

3. 为员工提供餐饮服务，为患者提供营养膳食指导，提供营养配餐和治疗饮食，满足患者治疗需要，保障饮食卫生安全。

4. 医疗废物和污水管理和处置符合规定。

5. 安全保卫组织健全，制度完善，人员、设备、设施满足要求。

五十五、医疗仪器设备管理

【评价要点】

1. 有适宜的医疗仪器设备管理保障组织、规章制度与人员岗位职责。

2. 建立健全设备、设施论证、招标、采购、保养、维修、更新和应用分析制度。

3. 按照《大型医用设备配置与使用管理办法》的规定，合理配置使用甲、乙类大型医疗设备。

4. 有保障设备处于完好状态的制度与规范，急救生命支持系统仪器设备保持待用状态，建立全院应急调配机制。

五十六、医院运行基本统计数据

项目	基本指标-A 类	基本指标-B 类
----	----------	----------

1. 资源配置	1.1 实际开放床位/ ICU 床位	1.1 急诊留观床位/应急扩展床位
	1.2 全院员工总数/卫生技术人员	1.2 护理单元数/护理人员数
	1.3 临床科室数/医师数	1.3 医技科室数/医技人数
2. 工作负荷	2.1 年门诊人次/健康体检人次	2.1 每床位日平均门诊人次
	2.2 年急诊人次/留观人次	2.2 开放床位/实际占用总床日
	2.3 年住院病人入院/出院例数	2.3 出院 31 天内因相同或相关疾病非计划再住院例数
	2.4 年住院手术例数	2.4 年门诊手术例数
3. 医护负荷	3.1. 年床位工作日/每名医生	3.1 年均门诊人次/每名医生
	3.2. 年床位工作日/每名护士	3.2 ICU 年床位工作日/每 ICU 护士
4. 治疗质量	4.1 手术冰冻/石蜡诊断符合例数	4.1 住院手术前、后诊断符合例数
	4.2 住院患者死亡例数	4.2 住院手术后死亡例数
	4.3 病房危重抢救例数/死亡例数	4.3 急诊危重抢救例数/死亡例数
5. 工作效率	5.1 住院病人医院感染现患率	5.1 “I”类切口手术感染例数
	5.2 出院患者平均住院日	5.2 平均每张床位工作日
	5.3 床位使用率%	5.3 床位周转次数
6. 患者负担	6.1 每门诊人次费用(元)	6.1 每门诊人次药费(元)
	6.2 每住院床日费用(元)	6.2 每住院床日药费(元)
7. 合理用药	7.1 抗生素处方数/百张门诊处方	7.1 注射剂处方数/每百张门诊处方
	7.2 药费收入占医疗总收入比重	7.2 抗菌药占西药出库总金额比重
8. 资产运营	8.1 流动比率%	8.1 百元固定资产/医疗收入
	8.2 速动比率%	8.2 百元业务收入/业务支出
9. 安全管理	9.1. 医疗不良事件报告数	9.1 患者对医院的投诉/结案数
10. 科研能力	10.1 近三年国内论文数 ISSN/ 论文被引用次数	10.1 近三年 SCI 与 MEDLINE 收录论文数

第六部分 医疗质量评价指标

【概述】

医疗质量评价指标 (Medical quality evaluation indicator, MQI) 反映医疗质量在一定时间和条件下的基础、结构、结果等的概念和数值。由指标名称和指标数值组成。

建立科学的医疗质量评价指标, 是实施医疗机构科学评价的基础; 实施持续的医疗质量评价监测, 则是实现医疗质量持续改进的重要手段。实践证明, 医疗质量持续改进的结果源于管理者对医疗质量改进的定义、测量、考核的要求与

努力。

【评价指标】

五十七、医疗质量重点监测指标

1. 医院感染重点监测指标（呼吸机相关肺炎、静脉导管致血行感染、留置导尿管致泌尿系感染、手术风险分级与切口感染等）。

2. 出院患者例数/死亡例数/二周与一月内因相同或相关疾病非计划再住院例数。

3. 急诊服务及时性（重点是创伤性脑血肿、开放性骨关节损伤等）。

4. 麻醉质量监测指标（麻醉意外死亡例数、麻醉中因误咽误吸引发呼吸道梗阻、麻醉分级(ASA 分级)病例分布、出麻醉复苏室时 Steward 评分 ≥ 4 分例数）。

5. 手术患者非计划重返手术室（再次手术）例数/术后住院期间死亡例数（按“手术风险分级标准 NNIS”分类）。

6. 手术后患者重点并发症（手术患者手术后肺栓塞、手术患者手术后深静脉血栓、手术患者手术后败血症发生率、择期手术患者肺部感染发生率等）。

7. 内镜诊疗质量监测指标（急诊内镜比率、腹腔镜诊疗再开腹发生率）。

8. 超声介入质量监测指标（肾脏疾病超声介入诊疗术后肉眼血尿 < 48 小时比率等）。

9. 血液透析质量监测指标（尿素下降率、并发症与死亡例数等）。

10. 分娩及相关质量监测指标（计划性剖宫产、住院新生儿死亡与产伤、会阴 3-4 度裂伤例数）。

五十八、重点病种与手术质量监测指标

1. 急性心肌梗死。
2. 心力衰竭。
3. 肺炎（住院）。
4. 冠状动脉旁路移植术。
5. 髋与膝关节置换术。
6. 脑梗死。
7. 围手术期预防性抗菌药物使用与预防深静脉栓塞。

注：指标具体内容与医院管理年活动方案中的重点工作相同。

五十九、重症监护（ICU）质量监测指标

1. 结构质量。
2. 服务质量（压疮、管路脱落发生率，24/48 小时重返 ICU 率）。
3. 感染监测与控制（呼吸机相关肺炎、导管致血行感染、留置导尿管致泌尿感染）。
4. 结果质量（高危患者比重与死亡率）。

六十、不良事件监测指标

1. 压疮发生率。
2. 跌倒发生率。
3. 管路脱落发生率（气管切开、气管插管、尿管、胃管、引流管、深静脉插管等）。
4. 意外伤害发生率（烫伤、坠床、自杀、走失等）。