

**《医疗美容机构评价标准实施细则--医院标准》
(2021年版)**

一、医院管理

| 序号 | 评价内容 | 评价标准 | | 评价方法 |
|----|------------------------------|--------------------|--|--|
| | | CBA | 各条款 | |
| 1 | 1. 医院定位明确、规模适宜。 | 【C】 | 1. 医院正式执业二年以上。 2. 医院规模适当，定位明确； 3. 制定年度工作计划和中、长期发展规划并实施。 | 1. 查阅《医疗机构执业许可证》 2. 查阅医院发展规划，抽查评审时间以前的规划内容执行情况。 |
| | | 【B】 符合“C”，并 | 1. 住院床位总数不少于 20 张。 2. 美容治疗床不少于 12 张。 3. 美容牙椅不少于 4 台。 4. 卫生专业技术岗位≥医院岗位总量的 70%。 5. 每床（椅）配备相关专业技术人员≥1.03 名。 6. 每床（椅）配备护士≥ 0.4 名。 | 1. 核查医院床位数； 2. 医院床位扩增有行政部门批准文件； 3. 查阅医院岗位设置有关文件。 注：【A】 内容相同 1、《美容医疗机构、医疗美容科（室）基本标准（试行、2002）》（简称《2002 版》） 2、国家卫生计生委对《医疗机构基本标准（试行）》1994 版本“美容医院”基本标准继续沿用（简称《2017 修改版》）并于 2017 年 6 月下发。 |
| | | 【A】 符合“B”，并 | 1. 临床科室必须具有副高及以上职称。 2. 护士中具有大专及以上学历者>30%。 3. 主管护师职称 2 名以上。 | 1. 核查所有从业人员执业资格证书，核对人员学历、职称情况。 |
| 2 | 2. 组织机构的职责和责任写入机构章程、规章制度和程序。 | 【C】 | 1. 组织机构的设置及其岗位职责，机构及科室命名规范。 2. 有规章制度。 3. 机构必须设置相应专业管理委员会，保障医疗安全、医务人员和患者权益。 | 1. 查看医院组织机构（科室及职能部门等）设置相关文件。 2. 查看规章制度和科室设置的岗位职责。 3. 查看建立相应专业委员会文件和人员结构组成。 4. 现场抽查 10 名员工到岗情况。 |
| | | 【B】 符合“C”， | 1. 医院感染控制写成书面文件。 2. 医院质量管理写成书面文件。 | 1. 有《医院感染控制管理办法》； 2. 有《医院质量管理办法》。 |

| | | | | |
|---|---|------------|--|---|
| | | | 3. 绩效评价及相关标准写成书面文件。 | 3. 有医院绩效考核与评价的相关规定，查阅考核记录。 |
| | | 【A】符合“B”，并 | 1. 有全员定期（至少每年1次）开展医疗卫生法律法规、规章制度、质量管理、岗位职责培训计划并实施 2. 职工熟悉相关法律、法规、规章制度和岗位职责。 | 1. 查阅医院法规、管理制度、质量管理、岗位职责等培训计划、培训资料（书籍或影像资料）； 2. 抽查5名员工对医院法规、管理制度、质量管理、岗位职责的了解情况。 |
| 3 | 3. 实行院长负责制及院、科两级管理责任制。 | 【C】 | 1. 医院实行院长（董事长或总经理）负责制。 2. 科室实行科主任负责制，推进从业人员职业化。 | 1. 查阅医院组织机构文件、岗位职责、职能部门工作记录和抽查2个科室核实落实； 2. 查阅医疗质量安全检查、报告资料和记录。 |
| | | 【B】符合“C”，并 | 1. 医院、各科室领导了解和掌握现行的有关法律、法规和部门规章及有关卫生政策，指导医院管理工作。 | 1. 提问1名院级领导，2个职能部门负责人有关法律、法规及医院规章制度相关问题。 |
| | | 【A】符合“B”，并 | 1. 院级、主要职能科室领导至少每年接受1次卫生行政部门专门的管理专业知识培训。 2. 医院法人及主要负责人每年至少1次接受卫生行政部门及其委托部门开办的有关法律、法规培训。 | 1. 查阅院、科领导接受培训的有关资料（书籍及影像资料）。 2. 查阅法人及主要负责人的有关培训资料（书籍及影像资料） |
| 4 | 4. 建立医疗卫生专业技术人员的“三基”培训考核制度，落实执业人员岗前及在岗继续医学教育。 | 【C】 | 1. 根据科室人员结构的具体情况，制订“三基”、或美学、心理学、社会学、人文医学培训相适宜的培训目标、计划、措施，组织实施。 2. 有岗前培训制度和梯队建设有规划、有措施并落实，岗前培训、住院医师培训率（含在岗培训）达到100%。 | 1. 抽查2个科室人员组成，核查培训计划是否符合人员需求； 2. 查阅有关文件和培训记录，抽2个科室各1人，了解住院医师培训情况。 |
| | | 【B】符合“C”，并 | 1. 按国家，省卫生健康行政部门有关要求进行医学教育、规范培训，有相应证明文件。 | 1. 抽查5名专业人员继续医学教育证书。 |
| | | 【A】符合“B”，并 | 1. 制定继续教育规划，有经费预算并落实。 | 1. 查看财物报表，继续教育投入情况。 |
| 5 | 5. 严格执行国家财务制度及价格政策，医疗服 | 【C】 | 1. 按照《会计法》、《医院会计制度》和《医院财务制度》等及国家《企业所得税法（2017）》、《个人所得税法（2018）》有关规定，建立财务制度。 （细化：人员资质，财会制度，合理设岗，价格公示，所得税） | 1. 抽查医院财务制度3条款，是否符合《会计法》、《医院会计制度》、《医院财务制度》和《中华人民共和国企业所得税法（2017）》（修订版）、《中华人民共和国个人所得税法（2018）》（修订版）； |

| | | | | |
|---|------------------------|------------|--|--|
| | 务收费和药品价格公开、透明。 | | | 2. 实地查看医院价格公示情况。 |
| | | 【B】符合“C”，并 | 1. 患者出院时，提供费用发票。 | 1. 抽查 3 名患者出院费用发票。 |
| | | 【A】符合“B”，并 | 1. 设立投诉管理部门，及时处理患者对违规收费的投诉，及时改进。 | 1. 实地查看投诉管理部门； 2. 查阅近 1 年物价投诉资料，核查改进情况。 |
| 6 | 6. 制定突发事件应急管理预案，并进行演练。 | 【C】 | 1. 在中长期发展规划中有应急预案，包括水灾，火灾，地震，突发性公共卫生事件，危、急、重病人抢救等。 预案内容应包括：组织领导、事件分级、应急响应流程、报程序、专业队伍等内容。 | 1. 查阅有关材料，重点查阅危、急、重病人抢救应急预案。（过敏性休克、急性大失血、窒息、麻醉意外、中毒反应、重要血管栓塞等）。 2. 抽查 5 名医务人员心肺复苏操作。抽查 1-2 名院内非医务人员心肺复苏操作 |
| | | 【B】符合“C”，并 | 1. 医务人员熟练掌握预案有关内容和处理程序。 | 1. 提问 2 名医务人员相关内容。 |
| | | 【A】符合“B”，并 | 1. 定期组织医务人员开展相关突发事件演练。 | 1. 查阅突发事件演练记录及相关资料。 |
| 7 | 7、后勤保障满足医院服务流程需要。 | 【C】 | 1. 后勤保障规章制度写入文件，管理组织健全，分工明确；人员熟悉相关制度和职责。 2. 水、电、气、物资供应等后勤保障满足医院运行需要。 3. 后勤能为临床提供卫生保洁和物流配送服务，有服务流程规范，满足医疗服务需要，各种标识清晰。 | 1. 查阅有关台账材料； 2. 查看记录，实地查看和随机抽查 4 种后勤物品供应； 3. 查阅后勤物资服务流程，实地考察后勤物资标示。 |
| | | 【B】符合“C”，并 | 1. 后勤相关技术人员持证上岗，按技术操作规程工作。 | 1. 抽查 2 名后勤技术人员从业资格证书。 |
| | | 【A】符合“B”，并 | 1. 医院职能部门应每季度至少监测 1 次，并记录备查。 | 1. 查阅记录。 |
| 8 | 8. 信息系统满足医院管理和临床工作需要。 | 【C】 | 1. 医院信息系统符合《医院信息系统基本功能规范（2002）》的规定，信息系统满足院内医护业务管理、客户管理、财务管理等需要。 | 1. 查阅信息系统运行情况记录。 |
| | | 【B】符合“C”，并 | 1. 与卫生健康行政部门等能够实现信息共享。 2. 建立以院长为核心的医院信息化建设领导小组； 3. 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。 4. 有与信息化建设配套的相关管理制度。 | 1. 查看信息共享系统 2. 查阅医院信息化管理文件。 |

| | | | | |
|---|---------------------------|------------|--|---|
| | | 【A】符合“B”，并 | 1. 医院信息系统能够连续、系统、准确地采集、存储、传递、处理相关的信息，为医院管理、临床医疗和服务提供包括决策支持在内的技术支持。 | 1. 抽查 2 名患者电子病历记录。 |
| 9 | 9. 开展业务业绩情况，建立特色专科及医师技术档案 | 【C】 | 1. 年门诊、住院人次档案资料（总人次）， 2. 年治疗人次： 其中： (1)手术人次数 其中：门诊手术人次数 住院手术人次数 (2)非手术（激光、注射、针灸等）人次数， 3. 建立特色专科或特色病种。 | 1. 查看近 2-3 年年度门诊日志、病案室病历统计资料。 2. 查看近 2-3 年年度手术、非手术登记簿（提供年度统计数）。 3. 查看设置特色专科文件及相关材料。 |
| | | 【B】符合“C”，并 | 1. 诊疗人次年增长： ① 门诊： 年门诊手术人次增长率， 年非手术人次年增长率， ② 住院： 年住院人次增长率， 年手术人次增长率， 或：③经济收入年增长率， 注：在评价第“1.”点的“①与②”时，可以不评价第“③”点；同样，在评价第“1.”中的“③”点时，可以不评价第“①与②”点；允许参评单位自由选择。 2. 特色专科或特色病种诊治年增长率。 3. 建立完整的病历档案资料。 | 1. 查看近 2-3 年年度门诊日志、病案室病历统计资料。 2. 查看近 2-3 年年度手术、非手术统计资料(提供登记簿备查)。 3. 查看近 2-3 年年度特色专科及特色病种诊治人次资料。 4. 随机抽查 2 份病历档案的完整性。 诊疗人次增长 ①年门诊就诊人次年增长率， 年门诊手术及非手术人次年增长率。 ②住院人次及其手术人次年增长率。 ③ 或： 经济收入年增长率。 |
| | | 【A】符合“B”，并 | 1. 三级或四级手术年度完成 ≥ 50 例， 2. 建立医疗美容主诊、整形（含设置整形、口腔外科二级科目等专科）执业医师个人开展病种病例、技术、手术分级管理档案资料。 注：三级手术：《医疗美容服务项目分级管理目录》美容外科三级手术项目；设置整形外科等二级手术科室的三、四级指《手术分级分类管理目录（2011）》三级以上手术项目。 | 1. 查看属地卫生健康行政部门批准的《许可证》临床及医技科室文件。 2. 查看术登记簿三级（或/和四级）手术登记簿及统计数量（提供年度统计数字）。 3. 查看执业医师个人资格证书资料，技术档案（含手术、激光病例治疗等）资料。 |

二 患者安全

| 序号 | 评价内容 | 评价标准 | | 评价方法 |
|--------------------|--|------------|--|--|
| | | CBA | 各条款 | |
| (一) 确立查对制度、识别患者身份。 | | | | |
| 10 | 1. 对就诊患者施行唯一标识（身份证号码、病历号等）管理。 | 【C】 | 1. 对门诊就诊和住院患者的身份标识有制度规定，且在全院范围内统一实施。 | 1. 查阅患者身份标示有关制度，并实地考察之行情况。 |
| | | 【B】符合“C”，并 | 1. 对就诊患者住院病历实行唯一标识管理，如使用身份证号码或病历号等。 | 1. 抽查 2 名患者。 |
| | | 【A】符合“B”，并 | 1. 对提高患者身份识别的正确性有改进方法，如在重点部门（手术室）使用条码管理。手术科室、重点手术室病区。 | 1. 抽查手术室条码使用情况。 |
| 11 | 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。 | 【C】 | 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的制度、方法和核对程序。 2. 核对时应让患者或其近亲属陈述患者姓名。 3. 至少同时使用两种患者身份识别方式，如姓名、年龄、出生年月、年龄、病历号、床号等（禁止仅以房间或床号作为识别的唯一依据）。 4. 相关人员熟悉上述制度和流程并履行相应职责。 | 1. 查阅有关文件和记录； 2. 提问 2 名医务人员相关问题。 |
| | | 【B】符合“C”，并 | 1. 各科室严格执行查对制度。 2. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。 | 1. 查阅“查对制度”； 2. 查阅职能部门工作记录。 |
| | | 【A】符合“B”，并 | 1. 查对方法正确，诊疗活动中查对制度落实。 | 1. 抽查 2 名工作人员执行情况。 |
| 12 | 3. 完善关键流程（手术室、病房）的患者识别措施，健全转科交接登记制度。 | 【C】 | 1. 患者转科交接时执行身份识别制度和流程，尤其病房、手术室之间的转接。 | 1. 查看转科交接登记制度和措施制定情况。 |
| | | 【B】符合“C”，并 | 1. 重点部门患者转接时的身份识别制度落实，持续改进有成效。 | 1. 查看手术室、手术（麻醉）与病房之间等流程中识别患者身份的措施、交接程序和记录。 |
| | | 【A】符合“B”，并 | 1. 相关职能部门对上述工作进行督导、检查情况，有改进措施。 | 1. 查阅各职能部门督导检查记录，并抽取其中 1 项，了解整改情况。 |
| 13 | 4. 使用“腕 | 【C】 | 1. 对需使用“腕带”作为识别身份标识的患者和科室有明确制度规 | 1. 查看“腕带”制度。 |

| | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|------------|---|--|
| | 带”作为识别患者身份的标识。 | | 定。 | |
| | | 【B】符合“C”，并 | 1. 至少在手术室使用“腕带”识别患者身份。 | 1. 抽查手术室执行情况。 |
| | | 【A】符合“B”，并 | 1. 正确使用“腕带”识别患者身份标识，持续改进有成效。 | 1. 查阅手术室督导检查记录，并抽取其中1份记录，了解整改情况。 |
| (二) 确立在特殊情况下医务人员之间有效沟通的程序、步骤。 | | | | |
| 14 | 1. 按规定开具完整的医嘱或处方。 | 【C】 | 1. 有开具医嘱相关制度与规范。 2. 对模糊不清、有疑问的医嘱，有明确的澄清流程。 | 1. 查阅有关文件。 |
| | | 【B】符合“C”，并 | 1. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。 | 1. 查阅记录，并抽取其中1份记录，了解整改情况。 |
| | | 【A】符合“B”，并 | 1. 医嘱、处方合格率达到100%。 | 1. 抽查10张不同给药途径（口服、肌注、静脉等）的处方和10份出（住）院医嘱。 |
| 15 | 2. 有紧急情况下下达口头医嘱的相关制度与流程。 | 【C】 | 1. 有紧急抢救情况下使用口头医嘱的相关制度与流程。 | 1. 查阅相关文件。 |
| | | 【B】符合“C”，并 | 1. 医师下达的口头医嘱，执行者需复述确认，双人核查后方可执行。 2. 下达口头医嘱应及时补记。 | 1. 抽查2份医嘱记录。 |
| | | 【A】符合“B”，并 | 1. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。 | 1. 查阅记录，并抽取其中1份记录，了解整改情况。 |
| (三) 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。 | | | | |
| 16 | 1. 有手术患者术前准备的相关管理制度。 | 【C】 | 1. 有手术患者术前准备的相关管理制度。 2. 择期手术患者在完成各项术前检查、病情和风险评估，以及履行知情同意手续后方可下达手术医嘱。 | 1. 查阅记录。 |
| | | 【B】符合“C”，并 | 1. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。 | 1. 查阅督导记录，抽取1份记录，了解整改情况。 |
| | | 【A】符合“B”，并 | 1. 术前准备制度落实，执行率100%。 | 1. 抽查5份有相关手术记录病历（查看医患沟通、病情知情同意书和手术同意书、术前检查、病情与风险评估等） |
| 17 | 2. 有手术部位识别标示相关制度与流程。 | 【C】 | 1. 有手术部位识别标示相关制度与流程。 2. 对涉及有双侧、多重结构（手指、脚趾、病灶部位）多平面部位的手术时，对手术侧或部位有规范统一的标记。 3. 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 | 1. 查阅记录，并现场查看。 2. 访问手术患者 |

| | | | | |
|--|-------------------------|------------|---|---|
| | | | 定。 4. 患者送达术前准备室或手术室前，已标记手术部位。 | |
| | | 【B】符合“C”，并 | 1. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。 | 1. 查阅记录，抽取 1 份记录，了解整改情况。 |
| | | 【A】符合“B”，并 | 1. 涉及双侧、多重结构、多平面手术者手术标记执行率 100%。 | 1. 抽查 3 份手术记录。 |
| 18 | 3. 有手术安全核查与手术风险评估制度与流程。 | 【C】 | <p>1. 有手术安全核查与手术风险评估制度与流程。</p> <p>2. 实施“三步安全核查”，并正确记录。</p> <p>第一步：麻醉实施前：三方按《手术安全核查表》依次核对患者身份（姓名、性别、年龄、病案号）、手术方式、知情同意情况、手术部位与标识、麻醉安全检查、皮肤是否完整、术野皮肤准备、静脉通道建立情况、患者过敏史、抗菌药物皮试结果、术前备血情况、假体、体内植入物、影像学资料等内容。</p> <p>第二步：手术开始前：三方共同核查患者身份（姓名、性别、年龄）、手术方式、手术部位与标识，并确认风险预警等内容。手术物品准备情况的核查由手术室护理人员执行并向手术医师和麻醉医师报告。</p> <p>第三步：患者离开手术室前：三方共同核查患者身份（姓名、性别、年龄）、实际手术方式，术中用药、输血的核查，清点手术用物，确认手术标本，检查皮肤完整性、动静脉通路、引流管，确认患者去向等内容。</p> <p>3. 准备切开皮肤前，手术医师、麻醉师、巡回护士共同遵照“手术风险评估”制度规定的流程，实施再次核对患者身份、手术部位、手术名称、麻醉分级等内容，并正确记录。</p> <p>4. 手术安全核查项目填写完整。</p> | <p>1. 查阅文件，抽查手术科室各 2 份病历，了解择期手术管理规范或制度落实情况。</p> <p>2. 询问相关手术医师、麻醉医师、护士等人员知晓情况。抽查病历，了解手术安全核查制度落实情况。</p> <p>3. 抽查《手术安全核查表》2 份</p> |
| | | 【B】符合“C”，并 | 1. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。 | 1. 查阅督导记录，抽取 1 份记录，了解整改情况。 |
| | | 【A】符合“B”，并 | 1. 手术核查、手术风险评估执行率 100%。 | 1. 抽查 5 份病历中手术安全核查与手术风险评估记录。 |
| (四) 执行手卫生规范，为执行手卫生提供必需的保障与有效的监管措施，落实医院感染控制的基本要求。 | | | | |

| | | | | |
|----------------|--|------------|--|--|
| 19 | 1、按照手卫生规范，正确配置有效、便捷的手卫生设备和设施（，为执行手卫生提供必需的保障与有效的监管措施-诊所沿用）。 2、医务人员在临床诊疗活动中应严格遵循手卫生相关要求（手清洁、手消毒、外科洗手操作规程等）。 | 【C】 | 1. 根据《医务人员手卫生规范》（卫通〔2009〕10号）有手部卫生管理相关制度和实施规范。 2. 手卫生设备和设施配置有效、齐全、使用便捷。 3. 有手卫生相关要求（手清洁、手消毒、外科洗手操作规程等）的宣教、图示、指引。 4. 对医务人员提供手卫生培训。 | 1. 查阅文件。 2. 现场查看手卫生设备、设施、标示、宣教、手卫生指引。 3. 现场查看手术室手卫生标示及外科洗手操作指引。 4. 现场查看培训资料。 5. 抽查4人医务人员现场洗手；（包含手术室护士、医生各一名外科刷手） |
| | | 【B】符合“C”，并 | 1. 职能部门有对手卫生设备和手卫生依从性进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。 2. 医务人员手卫生正确率达95%。 | 1. 手卫生检查督导活动记录，抽取1份记录， 2. 暗访4人手卫生执行情况。查看整改情况。 |
| | | 【A】符合“B”，并 | 1. 医务人员手卫生正确率达100%。 | 1. 抽查6名医务人员现场洗手。 |
| （五）医疗纠纷的预防与处理。 | | | | |
| 20 | 1. 贯彻落实《医疗机构投诉管理办法》卫健委令〔2019〕3号，实行“首诉负责制”。 | 【C】 | 1. 设置专门负责投诉的管理职能部门或指定专门部门负责，并明确职责（统一受理、处理投诉）。 2. 制定投诉管理制度及处理工作流程并落实。 | 1. 查看文件。 2. 查看管理制度及工作流程。 3. 查看投诉台账记录资料。 4. 抽查2名工作人员了解制度执行及投诉流程的知晓情况。 |
| | | 【B】符合“C”，并 | 1. 实行“首诉负责制”，职能部门、科室处置投诉的职责明确，有完善的投诉协调处置机制。 2. 有配置完善的录音录像设施的投诉接待室。 3. 职能部门对上述工作定期进行督导、检查、总结、反馈，有改进 | 1. 查看资料 2. 查看现场 |

| | | | | |
|---------------------|---|------------|---|---|
| | | | 措施。 | |
| | | 【A】符合“B”，并 | 1. 持续改进有成效。 | 1. 查看记录 |
| 21 | 2. 妥善处理医疗纠纷。 | 【C】 | 1. 制定本机构“医疗纠纷处置管理办法（规定）”。办法内容包括：医疗纠纷范围界定、分类（包括有效和无效，一般和重大，全责和部分责任、合议等），接待、调查、处理时限规定，经济赔偿额度，和有关科室和个人处罚规定，以及调解、司法诉讼等，及操作流程。 2. 聘请律师为法律顾问、提供法律支持。 3. 相关职能部门及专职人员熟悉流程并履行相应职责。 | 1. 查看资料。 2. 查看律师聘用协议及资质。 3. 提问 1 名医疗纠纷专职处理人员。 |
| | | 【B】符合“C”，并 | 1. 对医护人员每年度开展多种形式医疗安全教育。 2. 以实际发生的纠纷案例，重点分析产生医疗纠纷的负面影响。 | 1. 查看培训资料。 2. 查看实例教育资料。 |
| | | 【A】符合“B”，并 | 1. 职能部门对上述工作定期进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。 | 1. 查看职能部门台账记录资料。 2. 查看医疗纠纷个案档案。 |
| (六) 特殊药物的管理，提高用药安全。 | | | | |
| 22 | 1. 严格执行麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品及药品类易制毒化学品等特殊药品的特殊管理药品的使用与管理规章制度。 | 【C】 | 1. 严格执行麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品及药品类易制毒化学品等特殊药品的使用管理制度。 2. 有麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品及药品类易制毒化学品等特殊药品的存放区域、标识和贮存方法的相关规定。 3. 相关员工知晓管理要求，并遵循。 | 1. 查看资料，抽查 4 份使用药物的运行记录。 2. 抽查 2 名医务人员。 |
| | | 【B】符合“C”，并 | 1. 执行麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品及药品类易制毒化学品等特殊药品的存放区域、标识和贮存方法相关规定。 2. 符合率 100%。 | 1. 每类药物抽查 1 种。 |
| | | 【A】符合“B”，并 | 1. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。 | 1. 设立合理用药监测系统。 2. 有检查记录和查看整改情况。 |
| 23 | 2. 有高浓度电解质、听似、看似等易混淆的药 | 【C】 | 1. 对高浓度电解质、化疗药物等特殊药品及易混淆的药品有标识和贮存方法的规定。 2. 对包装相似、听似、看似药品、一品多规或多剂型药物的存放有明晰的“警示标识”。 | 1. 查看文件。 2. 现场考察。 3. 抽查 2 名员工。 |

| | | | | |
|------------------|--|------------|--|---|
| | 品贮存与识别要求。 | | 3. 相关员工知晓管理要求、具备识别技能。 | |
| | | 【B】符合“C”，并 | 1. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。 | 1. 查看记录和整改情况。 |
| | | 【A】符合“B”，并 | 1. 对包装相似、听似、看似药品、一品多规或多剂型药物做到全院统一“警示标识”，符合率 100%。 | 1. 抽查 2 种药品。 |
| 24 | 3. 处方用药与治疗医嘱，由院方聘用执业医师下达医嘱指令，执业护士认真执行、严格的核对并执行者签名程序。 | 【C】 | 1. 所有处方或用药与治疗医嘱，由院方聘用执业医师下达医嘱指令，护士严格核对并执行签名程序（医嘱不得涂改）。 2. 有药师审核处方或用药医嘱相关制度。对于住院患者，应由医师下达医嘱，药学技术人员统一摆药，护士按照规范实施发药，确保给药安全。 3. 开具与执行注射剂的医嘱（或处方）时要注意药物配伍禁忌（有药物配伍禁忌表），按药品说明书应用。 4. 有静脉用药调配与使用操作规范及输液反应、药物过敏等应急预案。 5. 正确执行核对程序 $\geq 90\%$ 。 | 1. 抽查相关制度、程序、规范、预案。 2. 抽查处方和出（住）院病历各 10 份查看处方和（临时、长期）医嘱的合格率。 |
| | | 【B】符合“C”，并 | 1. 建立药品安全性监测制度，发现严重、群发不良事件应及时报告并记录。 2. 临床药师为医护人员、患者提供合理用药的知识，做好药物信息及药物不良反应的咨询服务。 3. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。 | 1. 查看药品监测系统。 2. 抽查 2 名医护人员。 3. 查看记录和整改情况。 |
| | | 【A】符合“B”，并 | 1. 正确执行核对程序达到 100%。 | 1. 抽查处方、医嘱各 10 份。 |
| (七) 临床“危急值”报告制度。 | | | | |
| 25 | 1. 根据医院实际情况确定常用“危急值”项目，建立“危急值”管理制度。 | 【C】 | 1. 有临床常用危急值报告制度与工作流程。 2. 医技部门（含临床实验室、病理、医学影像部门、电生理检查、血药浓度监测等）有常用“危急值”项目表。 3. 相关人员熟悉并遵循上述制度和工作流程。 | 1. 查阅常用“危急值”报告制度。 2. 查院危急值项目。 3. 询问手术室 2 名医师对危急值掌握情况。 |
| | | 【B】符合“C”，并 | 1. 根据临床需要和实践总结，更新和完善危急值管理制度、工作流程及项目表。 | 1. 有关科室“危急值”报告记录，与病区患者“危急值”记录核对，了解“危急值”报告记 |

| | | | | |
|-------------------------|---|------------|---|--|
| | 度与工作流程。 | | | 录是否完整。 |
| | | 【A】符合“B”，并 | 1. 职能部门定期（每年至少一次）对“危急值”报告制度的有效性进行评估。 | 1. 查危急值项目的质控记录。 |
| 26 | 2. 严格执行常用“危急值”报告制度与流程。 | 【C】 | 1. 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”。 2. 接获危急值报告的医护人员应完整、准确记录患者识别信息、危急值内容、和报告者的信息，按流程复核确认无误后，及时向经治或值班医师报告，并做好记录。 3. 医师接获危急值报告后应及时追踪、处置并记录。 | 1. 抽查2名医技人员“危急值”识别与处置能力。 2. 抽查2份“危急值”处置记录。 |
| | | 【B】符合“C”，并 | 1. 信息系统能自动识别、提示危急值，相关科室能够通过网络及时向临床科室发出危急值报告，并有语音或醒目的文字提示。 | 1. 现场查看“危急值”信息系统。 |
| | | 【A】符合“B”，并 | 1. 有网络监控功能，保障危急值报告、处置及时、有效。 | 1. 现场查看“危急值”网络监控功能。 |
| （八）防范与减少患者跌倒、坠床等意外事件发生。 | | | | |
| 27 | 1. 对患者进行风险评估，主动向高危患者告知跌倒、坠床风险，采取有效措施防止意外事件的发生。 2. 有患者跌倒、坠床等意外事件报告制度、处置预案与工作流程。 | 【C】 | 1. 有防范患者跌倒、坠床的相关制度，并体现多部门协作。 2. 对住院患者跌倒、坠床风险评估及根据病情、用药变化再评估，并在病历中记录。 3. 主动告知患者跌倒、坠床风险及防范措施并有记录。 4. 医院环境有防止跌倒安全措施，如走廊扶手、卫生间及地面防滑。 5. 相关人员知晓患者发生坠床或跌倒的处置及报告程序。 6. 有患者跌倒、坠床等意外事件报告相关制度、处置预案与工作流程。 | 1. 查阅有关材料。 2. 查看医疗区域易滑区域、危险区域标识情况等。 3. 提问2名医务人员对措施及报告知晓情况。 |
| | | 【B】符合“C”，并 | 1. 有坠床、跌倒的质量监控指标数据收集。 2. 有患者跌倒、坠床等意外事件的总结、分析，及完善的防范措施。 3. 员工对患者跌倒、坠床等意外事件报告、处置流程知晓率 \geq 95%。 | 1. 查看质量监控指标数据记录。 2. 查看意外事件总结、分析、整改防范措施等书面文字记录。 3. 提问10名医护人员，了解知晓率。 |
| | | 【A】符合“B”，并 | 1. 高危患者入院时跌倒、坠床的风险评估率合格率90%。 | 1. 抽查10份风险评估报告。 |
| （九）妥善处理医疗安全（不良）事件。 | | | | |

| | | | | |
|----|---|------------|--|--|
| 28 | 1. 有主动报告医疗安全（不良）事件的制度与工作流程。 注：没有建立信息网络系统的机构，专家根据实际情况参照传统的“报告制度”进行评价 | 【C】 | 1. 有医疗安全（不良）事件的报告制度与流程。 2. 有对员工进行不良事件报告制度的教育和培训。 3. 有途径便于医务人员报告医疗安全（不良）事件。 4. 医务人员对不良事件报告制度的知晓率 100%。 | 1. 查看资料和登记表。 2. 查看教育培训记录。 3. 查看是否建立不良事件应急通道。 4. 抽查 10 名医务人员 |
| | | 【B】符合“C”，并 | 1. 有指定部门统一收集、核查医疗安全（不良）事件，有指定部门向相关机构上报医疗安全（不良）事件。 2. 对医疗安全（不良）事件有分析，采取防范措施。 3. 全院员工对不良事件报告制度（知晓、执行）率 100%。 | 1. 现场查看负责部门，及上报流程。 2. 抽查 10 名医院职工。 |
| | | 【A】符合“B”，并 | 1. 建立院内网络医疗安全（不良）事件直报系统及数据库。 2. 持续改进安全（不良）事件报告系统的敏感性，有效降低漏报率。 | 1. 现场查看网络系统。 2. 查阅记录，查看整改情况。 |
| 29 | 2. 有激励措施鼓励医务人员参加《医疗安全（不良）事件报告系统》网上自愿报告活动。 注：此处强调“网上自愿报告” | 【C】 | 1. 建立有医务人员主动报告的激励机制。 2. 对不良事件呈报实行非惩罚制度。 3. 严格执行《重大医疗过失行为和医疗事故报告制度的规定》（卫医发〔2002〕206号）的规定。 | 1. 查看奖惩文件。 2. 在《重大医疗过失行为和医疗事故报告制度》中选取两条，考察医院情况。 注：“激励机制”没有纳入医院互联网络系统管理的医院，本款不评价不给分。 |
| | | 【B】符合“C”，并 | 1. 激励措施有效执行。 | 1. 抽查 3 名员工，核查奖惩制度落实情况。 |
| | | 【A】符合“B”，并 | 1. 医院医疗安全（不良）事件直报系统与卫生部《医疗安全（不良）事件报告系统》建立网络对接。 | 1. 现场查看网络系统。 |
| 30 | 3. 定期分析医疗安全信息，利用信息资源改进医疗安全管理。 | 【C】 | 1. 定期分析安全信息。 2. 对重大不安全事件进行根本原因分析。 | 1. 查看分析资料。 |
| | | 【B】符合“C”，并 | 1. 利用信息资源加强管理，实施具体有效的改进措施。 | 1. 查看整改记录。 |
| | | 【A】符合“B”， | 1. 对改进措施的执行情况进行评估。 | 1. 现场查看整改情况。 |

| | | | | |
|---------------|---|-------------|--|---|
| | | 并 | | |
| (十) 患者参与医疗安全。 | | | | |
| 31 | 1. 针对患者疾病诊疗, 为患者及亲属提供相关的健康教育, 协助患者对诊疗方案做出正确理解与选择。 | 【C】 | 1. 有医务人员履行患者参与医疗安全活动责任和义务的相关规定。 | 1. 查看有关规定文件; 2. 查看病区或医院组织患者参与医疗安全活动的记录资料。(根据患者参与的重要性给予计分或扣分) |
| | | 【B】符合“C”, 并 | 1. 针对患者病情, 向患者及其近亲属提供相应的健康教育, 提出供选择的诊疗方案。 2. 宣传并鼓励患者参与医疗安全活动, 如告知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。 | 1. 查看宣传资料。 2. 抽查 2 名患者了解情况。 |
| | | 【A】符合“B”, 并 | 1. 职能部门对患者参加医疗安全活动有监管, 有持续改进。 | 1. 查看记录及整改情况。 |
| 32 | 2. 主动邀请患者参与医疗安全活动。 | 【C】 | 1. 邀请患者主动参与医疗安全管理, 尤其是患者在接受有创诊疗前、或使用药物治疗前、或输液输血前, 有具体措施与流程。 2. 鼓励患者向药学人员提出安全用药咨询。 | 1. 抽查 2 名患者参与情况。 |
| | | 【B】符合“C”, 并 | 1. 职能部门对患者参加医疗安全活动有定期的检查、总结、反馈, 并提出整改措施。 | 1. 查看记录及整改情况。 |
| | | 【A】符合“B”, 并 | 1. 患者主动参与医疗安全活动持续改进医疗安全管理。 | 1. 现场考察。 |

三 医疗质量管理与持续改进

| 序号 | 评价内容 | 评价标准 | | 评价方法 |
|---------------------|---|-------------|--|-----------------------------------|
| | | CBA | 各条款 | |
| (一) 实施全程医疗质量管理与持续改进 | | | | |
| 33 | 1. 依据《医疗质量安全核心制度(2018)》、《关于提升社会办医疗机构管理能力和医疗质量安全水平的通知(2019)》规定与要求, 制定医疗质量管理与持续改进方案并组织实施。 | 【C】 | 1. 有医疗质量管理与持续改进方案, 并组织实施。 | 1. 查看文件及落实情况。 |
| | | 【B】符合“C”, 并 | 1. 制度 1: 其中: ①执行查对制度。 ②病历书写基本规范与管理制度。 ③交接班制度。 ④临床用血审核制度等。 ⑤有效防范、控制医疗风险, 及时发现医疗质量和安全隐患。 2. 制度 2: 其中: ①疑难病例讨论制度。 ②会诊制度。 ③危重患者抢救制度。 ④手术分级制度。 ⑤术前讨论制度。 ⑥死亡病例讨论制度。 ⑦分级护理制度等。 ⑧执行告知制度。 ⑨医患沟通制度。 | 1. 查看以上制度。 2. 抽查 2 项制度及落实情况。 |
| | | 【A】符合“B”, 并 | 1. 开展全员医疗质量和安全教育, 每年至少 2 次。 | 1. 查看培训记录。 |
| (二) 医疗技术管理 | | | | |
| 34 | 1. 依据《医疗技术临床应用管理办法(2018)》规定, 建立医疗技术临床管理委员会及其临床 | 【C】 | 1. 有院级医疗技术临床管理委员会及其临床科室管理小组。 2. 有本院能够开展的医疗技术目录。 3. 有临床医疗技术及医师医疗技术准入的管理制度。 4. 医疗美容科及其二级科目依据《医疗美容项目分级管理目录》规定的项目开展诊疗活动。 5. 不应用国家卫生健康委已禁止的医疗技术。 | 1. 查阅文件、工作记录。 2. 抽查 2 种技术项目档案。 |
| | | 【B】符合“C”, 并 | 1. 根据国家、省级卫生健康行政部门发布的限制类技术目录, 结合本院医疗技术、设备、设施具体情况, 制定限制类技术目录。 | 1. 查阅文件。 2. 限制类(高风险)技术项目工作记录。 |

| | | | | |
|----|---|------------|--|---|
| | 科室管理小组，制定医疗技术管理制度，严格实行临床医疗技术准入管理，加强临床一般类技术、限制类技术的管理，严格禁止类技术应用的管理。 | | 2. 有医疗技术临床应用追踪管理，重点是限制类（高风险）技术项目。 3. 有完整的医疗技术管理档案资料。 | 3 抽查 2 份医疗技术管理档案。 |
| | | 【A】符合“B”，并 | 1. 职能部门有监管，根据监管结果的评价，对医疗技术的开展、准入、中止有动态管理，保障医疗安全。 | 1. 查看记录。 |
| 35 | 2. 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。 | 【C】 | 1. 有医疗技术风险处置与损害处置预案。 2. 有可能影响到医疗质量和安全的条件(如技术力量、设备和设施)变异时，有中止实施诊疗技术的相关规定。 | 1. 查阅文件和相关记录。 |
| | | 【B】符合“C”，并 | 1. 管理人员和医务人员知晓相关预案和处置流程。 2. 职能部门履行监管职责。 | 1. 查阅文件及抽查 1 项落实情况。 |
| | | 【A】符合“B”，并 | 1. 有医疗技术风险预警机制。 | 1. 查阅文件。 |
| 36 | 3. 有新技术准入与风险管理制度，并落实。 | 【C】 | 1. 有新技术、新项目准入管理制度，包括立项、论证、审批等管理程序。 2. 申请诊疗新技术准入，应有保障患者安全措施和风险处置预案。 | 1. 查看相关文件。 |
| | | 【B】符合“C”，并 | 1. 对新技术、新项目的安全、质量、疗效、经济性进行全程追踪管理与随访评价。 2. 职能部门有完整的新技术档案资料，包括项目阶段总结与监管资料。 | 1. 抽查新开展医疗技术病历和医院有关部门对开展的新技术评估记录。 2. 抽查 1 份新技术档案。 |
| | | 【A】符合“B”，并 | 1. 职能部门有监管，根据监管评价。实施动态管理，确定新技术中止或转入常规技术。 | 1. 查看记录 |
| 37 | 4. 科研项目的医疗技术符合法律、 | 【C】 | 1. 有临床科研项目中医疗技术的相关管理制度与审批程序。 2. 临床科研项目中医疗技术应有充分的可行性与安全性论证、保障患者安全的措施和风险处置预案。 | 1. 查阅近 1 年来医院科研项目资料、有关批件和抽查 10 份相关病历。 2. 提问项目组成员对技术安全、有效和适宜性 |

| | | | | |
|-----------------------|---|------------|--|---|
| | 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。 | | 3. 临床科研项目中使用医疗技术应有医学伦理审批。 4. 充分尊重患者的知情权和选择权，签署知情同意书。 | 的熟悉情况。 3. 查阅资料 |
| | | 【B】符合“C”，并 | 1. 医疗技术职能部门监管职责明确，履行监管职能。 2. 相关人员知晓本部门、本岗位开展的临床科研项目管理制度与审批程序的管理要求。 | 1. 查阅资料。 2. 现场提问 1-2 名工作人员。 |
| | | 【A】符合“B”，并 | 1. 有全程追踪、阶段总结和结题的效果评价，用以改进管理工作， 2. 有完整的档案资料。 | 1. 查看记录及整改情况 |
| (三) 主要专业部门医疗质量管理与持续改进 | | | | |
| 38 | 1. 主要诊疗部门医疗质量管理与持续改进。 | 【C】 | 1. 实行患者病情评估制度，遵循诊疗规范，制定诊疗计划，并进行定期评估，根据患者病情变化和评估结果调整诊疗方案。 2. 规范治疗，合理用药，严格执行《抗菌药物临床应用指导原则》及其他药物治疗指导原则、指南。 3. 加强运行病历的监控与管理，落实核心制度和规范要求，提高医疗质量，保障治疗安全、及时、有效、经济。 4. 有危重患者抢救流程，规范三级医师报告和职责，提高抢救成功率；严重并发症和医院感染事件报告制度，不瞒报和漏报。 | 1. 抽查 2 个科室有关资料并抽查不同护理级别运行病历各 2 份，了解病情评估管理制度与流程及评估情况、诊疗方案适宜性，遵循临床诊疗常规指南 |
| | | 【B】符合“C”，并 | 1. 落实三级医师负责制； 2. 加强护理管理。 | 1. 查看 5 份病历，评价病历运行中核心制度落实情况。 |
| | | 【A】符合“B”，并 | 1. 开展重点病种质量监控管理。 | 1. 抽查 5 份运行病历。 |
| 39 | 2. 门诊工作医疗质量管理与持续改进 | 【C】 | 1. 有门诊管理制度并落实， 2. 有导诊、分诊等指示图。 3. 规范门诊医疗文书， 4. 有书写质量监控措施。 5. 公开出诊信息，保障医务人员按时出诊。提供咨询服务，帮助患者有效就诊。 | 1. 查看文件，现场考察。 2. 抽查 10 份门诊病历。 3. 现场查看出诊信息及导医台。 |
| | | 【B】符合“C”，并 | 1. 专科医师负责评价与核准门诊诊疗（检查、药物治疗、手术治疗等）计划/方案的适宜性，并记入病历。 2. 有院内会诊管理制度与流程。 | 1. 抽查 1 份门诊病历及医师资格。 2. 查看记录。 |

| | | | | |
|----|-------------------|------------|---|---|
| | | 【A】符合“B”，并 | 1. 有完整的门诊质量管理资料体现持续改进成效； 2. 门诊病历规范率 90%。 | 1. 抽查 10 份门诊病历。 |
| 40 | 3. 临床实验质量管理与持续改进。 | 【C】 | 委托第三方检验机构开展活动或满足以下条件： 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（2006）》、《医学检验实验室基本标准（试行、2016年版）》。 2. 有实验室安全流程，制度及相应的标准操作流程，符合《医学检验实验室管理规范（试行、2016年版）》、《临床检验专业医疗质量控制指标（2015年版）》，遵照实施并记录。 | 1. 委托第三方检验协议、报告等文件。或现场查看设置、布局等。 2. 查看记录。 |
| | | 【B】符合“C”，并 | 1. 临床检验专业人员持证上岗。 2. 实验室安全防护到位，有实验室工作人员健康档案管理。 | 1. 查看人员资质文件。 2. 抽查 2 份健康档案。 |
| | | 【A】符合“B”，并 | 1. 培训及考核记录完整，有授权人员的定期评价，工作人员无超权限范围操作。 | 1. 查看培训记录、评价记录等。 |
| 41 | 4. 医学影像质量管理与持续改进。 | 【C】 | 1. 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。 2. 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（2015年版）》，取得《放射诊疗许可证》。 3. 提供医学影像服务项目与医院功能任务一致，能满足临床需要。 | 1. 查阅资料及记录。 2. 查看诊疗科目等证明文件，并查看是否符合医院设置要求。 |
| | | 【B】符合“C”，并 | 1. 提供规范的医学影像诊断报告，有审核制度。 2. 有医学影像设备定期检测制度、环境保护、受检者防护及工作人员职业健康防护等相关制度，遵照实施并记。 | 1. 抽查 5 份图像资料，了解影像质量是否符合标准。查阅普放登记本。 2. 查阅有关资料、质控、临床随访、疑难病例讨论会诊记录和实地查看。 |
| | | 【A】符合“B”，并 | 1. 有科室质量与安全管理小组，能够用质量管理工具，开展质量与安全管理，持续改进科室医疗质量。 | 1. 查阅文件、记录及整改情况。 |
| 42 | 5. 药事质量管理与持续改进。 | 【C】 | 1. 依据《医疗机构药事管理规定（2011年版）》有关规定、按照《关于加强药事管理转变药学服务模式的通知（2017年）》的相关要求，设立药事管理与药物治疗学委员会及若干相关的药事管理小组，职责明确，日常工作由药学部门负责并有相应工作制度。 2. 药学专业技术人员满足工作需要，按有关规定取得相应药学专业技术职务任职资格。 3. 执行“特殊药品管”管理的有关规定。 | 1. 查医院文件和具体措施及近一年资料。 2. 检查任职人员资格。 3. 抽查 1 种特殊管理药物。 |
| | | 【B】符合 | 1. 医师、药师、护理人员按照《抗菌药物临床应用指导原则（2004 | 1. 询问了解药品相关的技术事项管理部门。 |

| | | | | |
|----|------------------|------------|---|---|
| | | “C”，并 | 年)》等要求，合理使用药品，并有监督机制。 | 2. 查 10 份病历，了解抗菌药物分级管理规定落实情况 |
| | | 【A】符合“B”，并 | 1. 运用质量管理工具开展药事质量管理改进工作。 | 1. 现场查看质量管理工作运行流程。 |
| 43 | 6. 医院感染管理与持续改进。 | 【C】 | 1. 根据国家有关的法律、法规，依据《医院感染管理办法(2006)》、《医院感染管理制度(2011)》有关规定，制定并落实医院感染管理的各项规章制度。 2. 根据《医院感染管理办法》和医院功能任务，建立完善的医院感染管理组织体系。 3. 医院感染管理部门实行目标管理责任制，职责明确。 | 1. 查看文件，现场查看职能部门。 |
| | | 【B】符合“C”，并 | 1. 开展医院感染防控知识的培训与教育，每年至少 2 次。 | 1. 培训记录。 |
| | | 【A】符合“B”，并 | 1. 2 年内无重大院内感染暴发责任事件。 | 1. 查看卫生部门记录。 |
| 44 | 7. 病历(案)管理与持续改进。 | 【C】 | 1. 设置病案科(室)，从业人员有医学或统计学背景。 2. 有病案工作制度和人员岗位职责，工作人员知晓本岗位职责和任职要求，熟悉病案管理的相关法律、法规和规章。 3. 病案首页上，各级医师签字符合病案首页填写相关要求，体现三级医师负责制。病案首页疾病诊断、手术(操作技术)名称，根据《疾病分类与代码国家临床版》、《手术操作分类代码国家临床版》(见右侧栏目)填写，诊断填写完整，主要诊断的正确率达到 100%。 4. 有病历质量控制与评价组织，由具备主治医师以上资格且有 5 年以上管理住院病人临床工作经历的人员主持。 | 1. 查阅有关人员资料和培训记录，有关规定是否适宜，培训率是否达到 100%。 2. 抽查 5 份病案首页。 3. 核查负责人资质。 注：《疾病分类与代码国家临床版》：《国际疾病分类第十一次修订本(ICD-11)》(中文、2018 年版)或(ICD-10)版；《手术操作分类代码国家临床版》：《ICD-9-CM-3>手术(操作)分类代码(2017 年修订版)》(可以在国家卫健委网站查找)。参考：《常用临床医学名词(2019 年版)》国卫医函 301 号，《医学美学与美容医学名词》(科学出版社)2015 年出版；等国家公开发布的资料。 |
| | | 【B】符合“C”，并 | 1. 有人员培训的规划，有参加病案专业继续教育的记录。 2. 院科两级落实整改措施，持续改进病历质量。 | 1. 查看文件及培训记录。 |
| | | 【A】符合“B”，并 | 1. 医院至少每季度对病历质量进行总结、分析、评价，提出整改措施，改进病历质量。 | 1. 查看近 2 个季度病例质量评价记录，及整改情况。 |
| 45 | 8. 麻醉质量管理与持续 | 【C】 | 1. 建立和完善各项麻醉工作制度。 2. 临床麻醉工作程序规范，职责明确，术前麻醉准备充分。 | 1. 查阅科室设置有关文件、开展的服务项目，实地查看麻醉科设置、设备、设施及人员。查 |

| | | | | |
|----|-----------------|------------|--|---|
| | 改进。 | | <p>3. 麻醉恢复实施全程观察。</p> <p>4. 有防治和处理各类麻醉意外和并发症预案，处理及时、正确。</p> <p>5. 实行麻醉医师资格分级授权管理，并有明确的制度。</p> <p>6. 独立实施麻醉的医师须具备中级以上专业技术职务任职资格。</p> <p>7. 麻醉文书书写规范、及时、准确。</p> | <p>人员资质。</p> <p>2. 抽取 1 份麻醉文书。</p> |
| | | 【B】符合“C”，并 | <p>1. 独立实施全身麻醉的医师须具备高级专业技术职务任职(或中级四年以上)资格。</p> <p>2. 麻醉医师定期(至少每年)接受继续教育知识更新。</p> | <p>1. 查看麻醉师资质。</p> <p>2. 麻醉师培训记录。</p> |
| | | 【A】符合“B”，并 | <p>1. 职能部门进行检查、反馈，有改进意见和措施。</p> | <p>1. 查看记录及整改情况。</p> |
| 46 | 9. 护理质量管理与持续改进。 | 【C】 | <p>1. 依据《综合医院分级护理指导原则(2009)》，制定符合医院实际的分级护理制度。</p> <p>2. 依据《护士条例》、《临床护理实践指南(2011版)》、《住院患者基础护理服务项目(2009)》、《常用临床护理技术服务规范(2009)》、《专科护理领域护士培训大纲(2007)》等文件要求及“分级护理制度”，开展护理培训工作，规范护理行为。</p> <p>3. 遵照医嘱为围术期患者提供符合规范的术前和术后护理。</p> <p>4. 护理安全管理。</p> | <p>1. 查阅资料。</p> <p>2. 查看培训记录。</p> <p>3. 提问工作人员。</p> |
| | | 【B】符合“C”，并 | <p>1. 依据《医院实施优质护理服务工作标准(试行、2010)》要求，开展优质护理服务工作。</p> <p>2. 职工对优质护理服务的目标和内涵的知晓情况， 其中： ①相关管理人员知晓率≥80%， ②护士知晓率 100%。</p> | <p>1. 查看优质护理方案。</p> <p>2. 抽查管理人员和护理人员各 10 名</p> |
| | | 【A】符合“B”，并 | <p>1. 依据《常用临床护理技术服务规范(2009)》、《护理专业医疗质量控制指标(2020年版)》、《麻醉科护理工作职责及人员要求(试行、2017版)》有临床护理(含麻醉、专科护理)常规与单病种护理质量控制制度，按流程提供符合规范的护理服务。</p> | <p>1. 抽取 1 份护理服务记录，核查是否符合临床护理常规。</p> |
| 47 | 10. 手术室管理与持续改进。 | 【C】 | <p>依据《医院手术部(室)管理规范(试行、2009)》：</p> <p>1. 有手术室的工作制度，其中： ①手术室查对制度， ②消毒隔离制度，</p> | <p>1. 查看文件，实地查看落实情况。</p> <p>2. 抽查 2 名员工了解情况。</p> |

| | | | |
|--|------------|---|---|
| | | <p>③手术室管理制度， ④手术标本管理制度。</p> <p>2. 有各岗位工作人员职责、技术标准和工作流程。 3. 有手术配合操作常规和重要器械设备使用规范。 4. 制定意外事件（如停电、停水、停气等情况）应急预案，达到人人知晓，保证落实。 5. 按照限制区、半限制区、非限制区设计工作流程。 6. 区域内布局合理。 7. 环境整洁，各个区域有明显的标志，人流、物流合理。</p> | |
| | 【B】符合“C”，并 | 1. 定期组织质量检查、分析，对工作缺陷有改正措施，每年至少 1 次。 | 1. 查看检查记录。 |
| | 【A】符合“B”，并 | <p>1. 有与临床科室及相关部门举行协调会议或征求意见的制度，并有记录，有改进措施。</p> <p>2. 大、中型（住院、日间手术）手术术前有访视；</p> <p>3. 术后有回访。</p> <p>4. 复苏室或手术室工作人员与病房有交接程序和记录。</p> | <p>1. 查看记录和整改情况。</p> <p>2. 查看交接记录。</p> <p>3. 抽查 1 名患者。</p> <p>注：大、中型手术：</p> <p>①依据《医疗美容服务项目分级管理目录（2009）》中美容外科手术分级项目目录，根据自身服务能力将三级项目和部分技术含量相对较高的二级项目列入。</p> <p>②设置整形外科、口腔颌面外科等二级科目的医院应依据《手术分级分类管理目录（2011版）》手术项目分级，根据自身服务能力选择三、四级手术项目列入。</p> |

四、医院服务

| 序号 | 评价内容 | 评价标准 | | 评价方法 |
|----|-----------------|------------|--|---|
| | | CBA | 各条款 | |
| 48 | 1. 维护患者合法权益。 | 【C】 | 1. 维护与尊重患者权益制度。 2. 公开患者投诉渠道和流程。 3. 医护人员熟知并落实相关制度。 | 1. 查阅文件和投诉、处理、整改记录。 2. 现场抽查医护人员是否进行知情同意和告知方面培训。 |
| | | 【B】符合“C”，并 | 1. 建立并落实医患沟通制度，使用患者及其家属易于接受的方式和理解的语言。 | 1. 实地查看。 |
| | | 【A】符合“B”，并 | 1. 建立医学伦理委员会维护患者合法权益。 2. 患者投诉有反馈、有记录，持续改进。 | 1. 查看文件，抽取 1 份记录查看整改情况。 |
| 49 | 2. 医德医风制度建设。 | 【C】 | 1. 有医德医风管理组织体系，有职能部门负责管理与考评。 2. 将医德医风的要求纳入各级各类医务人员和窗口服务人员的岗位职责。 3. 医院文化建设纳入医院建设发展规划。 | 1. 查阅有关资料和实地查看临床科室及医务人员、窗口单位，了解医院是否有相关规定、制度、具体措施以及贯彻执行情况。 |
| | | 【B】符合“C”，并 | 1. 有完整规范的医德考评档案。 2. 有岗位职责与行为规范的教育培训。 | 1. 抽查医德考评档案。 2. 查看培训记录等材料。 |
| | | 【A】符合“B”，并 | 1. 落实奖惩，医德医风建设有成效，有优秀科室及个人的宣传、表彰、奖励措施并落实。 | 1. 查阅资料，抽查 1 个优秀科室和 1 名优秀员工，核实奖励措施落实情况。 |
| 50 | 3. 优化服务环境和服务流程。 | 【C】 | 1. 有预约诊疗工作制度和规范，有可操作流程，提高患者预约就诊比例。 2. 至少开展两种以上形式的预约诊疗服务，如电话、网络、现场等预约形式；门诊实行分时段预约诊疗服务。 3. 服务环境和设施清洁、舒适、温馨，服务标识规范、清楚、醒目。 | 1. 查阅文件，现场查看服务标示。 |
| | | 【B】符合“C”，并 | 1. 有信息化预约管理平台，有专人负责预约具体工作。 | 1. 现场考察预约流程。 |
| | | 【A】符合“B”，并 | 1. 有完善的就医者预约、诊疗服务管理制度，登记资料完整。 | 1. 查看预约、诊疗日志记录。 |
| 51 | 4. 开展医院文化建设。 | 【C】 | 1. 将文化建设纳入医院建设发展规划，有医院文化建设方案，有指定部门负责文化建设工作。 2. 加强医务人员职业道德教育，和谐医患关系，提高员工满意度。 | 1. 查阅有关文件及活动记录。 2. 抽查 5 名员工对医院满意度情况。 |

| | | | |
|--|------------|--|--------------------------|
| | 【B】符合“C”，并 | 1. 有对员工门诊部价值取向的培训和教育； 2. 员工知晓率达到 90%。 | 1. 查看资料，抽 10 人了解价值观知晓情况。 |
| | 【A】符合“B”，并 | 1. 医院文化建设受到政府或社会组织表彰。 | 1. 查阅有关证明文件。 |

中国整形美容协会医疗美容机构评价工作领导小组办公室
二〇二一年二月