

# 湖北省卫生厅办公室(通知)

鄂卫办通〔2011〕64号

---

## 省卫生厅办公室 关于印发“三好一满意” 及“医疗质量荆楚行”活动 2011年工作任务分解量化指标的通知

各市、州、县卫生局、神农架林区卫生局，部、省属医疗卫生单位：

[www.med126.com](http://www.med126.com)

为推动“三好一满意”及“医疗质量荆楚行”活动在我省顺利开展，进一步细化工作要求，确保取得实效，根据《卫生部办公厅关于印发“三好一满意”活动2011年工作任务分解量化指标的通知》（卫办医政发〔2011〕103号）及湖北省“医疗质量荆楚行”活动检查标准，我厅制定了《湖北省医疗卫生系统“三好一满意”及医疗质量荆楚行”活动2011年工作任务分解量化

指标》，现印发给你们，请遵照执行。



[www.med126.com](http://www.med126.com)

政务公开形式：主动公开

**主题词：医疗质量 管理 量化指标 通知**

---

湖北省卫生厅办公室

2011年9月22日印发

---

拟稿：李敬安

校对：冯晓艳

共印 30 份

## 2011年湖北省“三好一满意”活动及“医疗质量荆楚行”活动检查标准

重点要求	检 查 方 法 与 检 查 内 容		扣分依据	实得分
<b>(一) 认真落实各项医疗制度, 开展医疗质量管理与控制工作, 实施临床路径管理, 保证医疗质量和医疗服务的安全性和有效性。(120分)</b>				
1. 严格 落实医 疗质量 和医疗 安全的 核心制 度,做到 人人知 晓,落实 到位。 (100分)	1.1 核心制 度知晓情况 (10分)	抽查外科、内科系统各2个病房, 病房负责人、主治医师和住院医师各1人对医疗核心制度的掌握情况, 每人至少考核2项。核心制度1项不了解或基本不掌握, 每人每项扣2分, 掌握不全或有明显缺陷每人每项扣1分。		
	1.2 首诊负 责制(10分)	1.2.1 (3分) 抽查急诊内科、外科各1位医师对首诊科室、首诊医生负责制度的知晓情况。不了解或不掌握每人扣1.5分, 概念不清、掌握不全每人扣1分;		
		1.2.2 (3分) 抽查急诊外科2名医师对复合伤病人首诊处理流程的掌握情况。对处理流程有缺陷的每人扣1.5分;		
		1.2.3 (4分) 抽查外科、内科系统各2个病房各1位医师对转科、转院流程的掌握情况, 检查转科、转院过程中医师审核程序; 对转科、转院流程不掌握的或转科、转院无上级医师意见记录的, 每人(次)扣2分。		
1.3 查房制 度(10分)	抽查外科、内科系统各2个病房, 每个病房抽查2份运行病历(外科抽查术后病历、内科抽查住院10天左右病历), 检查查房制度落实情况: 入院48小时内无主治医师查房记录, 每份扣1分; 主任医师查房记录、主治医师查房记录与住院医师病程记录内容相同或基本相同, 每发现1次扣1分; 主治医师每周查房少于2次、主任医师每周查房少于1次的, 发现1次扣1分。			

重点要求	检查方法与检查内容	扣分依据	实得分
	1.4 疑难病例讨论制度 (10分) 抽查外科、内科系统各2个病房疑难病例讨论本，检查2010年4、5、6月疑难病例讨论制度执行情况：无疑难病例讨论本，每病房扣2.5分；参加疑难病例讨论的人员应有三级医师，每缺一医师参加每例扣1分；根据疑难病例情况，缺少相关科室人员参加的，每例扣1分；讨论记录不规范（未记录发言人具体意见、讨论无总结意见、字迹潦草不易辨认、无记录医师签名等），每例扣1分。		
1. 严格落实医疗质量和医疗安全的核心制度，做到人人知晓，落实到位。 (100分)	1.5 危重患者抢救制度 (10分) 抽查放射科、超声诊断科等辅助科室和门诊治疗室的危重症病人抢救预案和抢救设备、药品的齐备情况：无危重患者抢救预案的，每例扣2分；无抢救设备或抢救设备未处于应急状态的，每例扣2分；无抢救药品或抢救药品已过期的，每例扣2分；各抽查1名医务人员对危重患者抢救预案掌握情况，不掌握或掌握不全的，每例扣2分。		
	1.6 会诊制度 (10分) 抽查内、外、妇科急会诊是否在10分钟内到场。抽查外科、内科系统各2个病房，每病房各2份运行病历会诊制度执行情况：急会诊未在10分钟内到场的，每例扣2分；常规会诊未在48小时内完成的，每例扣2分；会诊医师为住院总医师以下资质的，每次扣1分；会诊记录不规范（会诊记录项目填写不全、病历摘要过于简单、会诊目的不明确、会诊意见过于简单、字迹潦草不易辨认、缺签名等）每项扣0.5分。		
	1.7 术前讨论制度 (10分) 抽查外科系统2个病房三级以上手术的术后运行病历各2份。无术前讨论的、术者未参加讨论的，每例扣2分；术前讨论记录不规范（无手术适应症或手术适应症描述笼统，无针对性；无手术风险评估或对风险估计不足；无手术意外或并发症、合并症处理预案；无医师签名等），每项扣0.5分。		
	1.8 死亡病例讨论制度 (10分) 1.8.1 (5分) 抽查2010年上半年死亡病例2份：未在患者死亡后一周内讨论的，每例扣2.5分； 1.8.2 (5分) 抽查内、外科系统各2个病房的死亡病例讨论本：病房无死亡病例讨论记录本的，每例扣3分；讨论记录不规范（未记录发言人具体意见、对死亡原因分析不足，无上级医师参加、讨论无总结意见、字迹潦草不易辨认、无记录医师签名等），		

重点要求	检查方法与检查内容	扣分依据	实得分
	每项扣 0.5 分。		
1.9 交接班制度 (10 分)	<p>参加 1 个病房的早交班：早交班无科主任（病房主任）参加的，扣 2 分；内容简单、重点不突出的，每例扣 1 分；医护交班内容不符的，每例扣 1 分；</p> <p>抽查内、外科系统各 1 个病房的交接班记录本和病历：无交接班本的，每例扣 3 分；夜班有处置，但病历中未体现的，每例扣 2 分；交接班记录不规范的（病人病情描述不清、处置记录不全或过于简单、字迹潦草不易辨认、无记录医师签名等），每例扣 1 分。</p>		
1.10 规范病历书写和手术安全核对工作(10 分)	<p>三级医院必须达到：1. 法定传染病报告率 100%；2. 医疗质量安全事件报告率 ≥ 90%；3. 药品和医疗器械临床试验、手术、麻醉、特殊检查、特殊治疗履行患者告知率 100%；4. 完成政府指令性任务比例 100%；5. 院内急会诊到位时间 ≤ 10 分钟；6. 急诊留观时间 ≤ 48 小时；7. 急救物品完好率 100%；8. 合格病历率 ≥ 90%；9. 平均住院日 ≤ 15 天；10. 择期手术患者术前平均住院日 ≤ 3 天；11. 病床使用率 85—93%；12. 病床周转次数 ≥ 19 次/年；13. 基础护理合格率 ≥ 90%；14. 危重患者护理合格率 ≥ 90%；15. 医疗器械消毒灭菌合格率 100%；16. 手术安全核查率 100%；17. 术前讨论、死亡病例讨论、疑难病例讨论率 100%；18. 普通门诊具有副主任医师以上专业技术职务任职资格的本院医师比例 ≥ 60%。未符合的，每项扣 0.5 分。</p>		
2. 开展医疗质量管理与控制	<p>2.1 开展医疗质量管理与控制工作 (5 分)</p> <p>医疗机构有专门的部门和人员负责医疗质量管理与控制工作；制定科学、合理、重点突出、操作性强的工作计划，定期发布质控报告并提出医疗质量持续改进建议。以上每项不合格，扣 2 分。</p>		

重点要求	检查方法与检查内容	扣分依据	实得分
工作,实施临床路径管理。(20分)	2.2 大力推进同级医疗机构检查、检验结果互认工作(5分)	2.2.1 (2.5分) 临床检验项目中,临床生化至少12项[总蛋白、白蛋白、球蛋白、谷丙转氨酶、谷草转氨酶、乳酸脱氢酶、碱性磷酸酶、r-谷氨酰转肽酶、总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇]、临床免疫至少5项[甲状腺功能测定、肿瘤标志物(AFP、CEA定量测定)、前列腺特异性抗原(PSA)、丙肝抗体(肝功能异常和术前除外)]、临床微生物[细菌分型]、临床血液、体液及各类涂片细胞学检查。互认检查结果需做到操作规范,涂片质量符合要求,诊断明确,临床无异议。每项不合格扣0.5分。	
		2.2.2 (2.5分) 医学影像检查项目中,普通放射线检查(普通平片、CR、DR)片质达到甲级;使用甲、乙类大型医用设备的检查项目(PET-CT、PET、SPECT、CT、MRI、DSA等),其中涉及的影像资料应做到检查过程规范、拍摄部位正确完整、影片图像清晰、质量可靠、达到诊断要求(具有时效性)。每项不合格扣0.5分。	
	2.3 组织实施临床路径相关工作(10分)	2.3.1 (2分) 建立医疗机构临床路径管理相关工作制度和临床路径实施工作方案,抽查3个科室临床路径的实施情况,科室未成立临床路径管理实施小组、未制定具体实施计划、未建立的,扣2分;	
		2.3.2 (5分) 制定本机构常见病种的临床路径。三级甲等医院至少开展10个病种的临床路径,二级甲等的至少开展5个病种;符合进入临床路径标准的患者入组率应不低于50%,入组后完成率不低于70%,不符合要求的,按实际数量占要求数量的比例扣分;	
		2.3.3 (3分) 对临床路径管理病种的各项要求指标:平均住院日较前缩短或持平;死亡率、医院感染发生率、手术部位感染率、再住院率、非计划重返手术室发生率、常	

重点要求	检查方法与检查内容	扣分依据	实得分
	见并发症发生率较前下降或持平；治愈率及好转率较前升高或持平；单病种总费用增幅较前下降或持平；门诊和住院均次医药费用增长≤9%，每发现一项不合格扣0.5分。		
<b>(二) 加强医疗机构管理、强化服务意识、优化服务流程、提高医疗服务水平，改善人民群众看病就医感受。（100分）</b>			
3.1 开展志愿者医院服务和医务人员志愿服务。（6分）	3.1.1 （2分）医疗机构有逐步推动志愿者医院服务工作开展的计划，有初步的管理制度和工作机制，成立志愿者服务工作领导小组，设置专门的部门开展志愿者服务管理工作，并已启动相关工作。未开展的扣2分；每发现一项不合格扣1分。		
	3.1.2 （2分）医疗机构有开展医务人员志愿服务的工作计划、管理制度和工作机制，并已组织开展相关工作。未开展的扣2分；每发现一项不合格扣1分。		
	3.1.3 （2分）建立培训体系，定期进行志愿服务知识与技能培训。建立志愿者服务双向机制，志愿活动有记录。未开展的扣2分，每发现一项不合格扣1分。		
3.2 预约门诊服务。（20分）	3.2.1 （3分）医疗机构建立预约门诊工作制度和管理规范，具有完善的工作机制，未建立的扣3分；		
	3.2.2 （9分）设立专职人员负责预约挂号服务；在医疗机构内部适当位置设置预约门诊服务台（窗口），向患者提供预约挂号服务；建立医疗机构预约挂号台账、记录，上述各项每发现1项不合格，扣3分；		
	3.2.3 （4分）能够向患者提供2种以上形式的门诊预约服务（例如：电话预约、现场预约、手机短信预约、网络预约等），少于2种，扣4分；		



重点要求	检查方法与检查内容	扣分依据	实得分
3.2 预约门诊服务。 (20分)	3.2.4 (2分) 医疗机构要制定预约门诊变更、暂停、取消等特殊情况的应急预案, 确保预约门诊服务质量, 没有预案, 扣2分;		
	3.2.5 (2分) 制定逐步提高预约门诊比例的计划并组织落实, 推动医疗机构预约门诊比例的提高, 没有计划或有计划未组织落实, 扣2分。(检查人员记录门诊预约挂号的比例、门诊复诊和出院病人复诊预约比例)。		
3.3 开展“先诊疗, 后结算”服务。(20分)	3.3.1 (6分) 制定推进“先诊疗, 后结算”服务的工作计划, 初步建立“先诊疗, 后结算”服务工作的管理制度和工作机制。无工作计划扣6分; 有工作计划但未建立有关管理制度和工作机制的, 扣3分;		
	3.3.2 (4分) 已实施“先诊疗, 后结算”服务, 运行良好并取得良好实际效果, 使用“先诊疗, 后结算”模式患者数应占就诊患者人数10%以上, 不符合要求的, 扣4分。(检查人员记录2011年度参加“先诊疗, 后结算”患者数, 结算次数)		
	3.3.3 (10分) 通过多种形式进行宣传推广, 门诊抽查5位复诊患者对医疗机构开展“先诊疗, 后结算”服务的知晓情况, 每发现1名患者不了解, 扣2分。		
3.4 优化门急诊服务。 (12分)	3.4.1 (6分) 医疗机构有优化患者门急诊就诊流程的具体措施, 有门急诊高峰时段合理分流患者的工作预案, 并已组织实施。无措施、预案的, 扣6分; 有措施、预案但未组织实施的, 扣3分; 是否开展全年365天无假日门诊, 延时门诊, 未开展扣2分;		
	3.4.2 (3分) 门急诊应设有完善、清晰易懂的医疗就诊标识, 能够合理规划患者流向, 挂号、划价、收费、取药等服务窗口等候时间≤10分钟, 不符合要求的, 扣3分;		



重点要求	检查方法与检查内容	扣分依据	实得分
	3.4.3 (3分) 医疗机构具有科学、合理的门急诊导诊措施(例如:门急诊设立导诊台、导诊人员等)引导患者就诊,不符合要求的,扣3分。		
3.5 优化入、出院服务。(12分)	3.5.1 (6分) 医院有统一的住院患者陪检系统,不符合要求的,扣3分;医疗机构能够做到患者入、出院时有专人送入、送出病房,不符合要求的,扣3分;		
	3.5.2 (4分) 患者的费用结算等财务事项,由财务部门派人员完成,医疗机构能够为患者提供预约出院结算服务,患者可以在节假日及时办理出院结算手续,以上要求1项不符合扣2分		
	3.5.3 (2分) 患者办理入、出院手续等候时间不超过10分钟,不符合要求扣2分。		
3.6 检查结果查询服务。(10分)	3.6.1 (6分) 医疗机构应当有缩短患者等待检查结果时间的措施并组织实施,没有具体措施或虽有措施但未组织实施,扣4分;血、尿、便常规检验、心电图、影像常规检查从开始检查到出具结果时间 $\leq 30$ 分钟,生化、凝血、免疫检验项目从开始检查到出具结果时间 $\leq 6$ 小时,细菌等检验项目从开始检查到出具结果时间 $\leq 4$ 天,超声检查从开始检查到出具结果时间 $\leq 30$ 分钟,大型设备检查项目自开具报告单到出具检查结果时间 $\leq 48$ 小时,术中冰冻病理自送检到出具结果时间 $\leq 30$ 分钟,一项未达标扣1分;		
	3.6.2 (4分) 医疗机构提供方便快捷的检查结果查询服务,除向患者提供纸质检查检验结果报告单外,还可以提供现场、电话、短信、网络查询中至少1项查询方式,未开展的,扣4分。		
3.7 开展优质护理服务。(20分)	3.7.1 (3分) 医疗机构已启动优质护理服务活动,已制定优质护理服务工作计划,有明确具体的进度安排、切实可行的工作措施。未启动该项工作扣3分;		

重点要求		检查方法与检查内容	扣分依据	实得分
		3.7.2 (3分) 医院加大对优质护理服务的支持保障力度, 明确医院各有关部门职责, 并能够分工协作。未有支持保障措施扣3分;		
		3.7.3 (3分) 医院落实责任制整体护理。责任护士根据专科特点和患者需要提供优质护理服务, 病房每名责任护士平均负责患者数量不超过8个。简化护理文件书写, 减轻临床护士书写负担。护士每班书写时间不超过30分钟。未符合要求扣3分;		
		3.7.4 (2分) 医院开展优质护理服务活动, 在提升患者满意度、和谐医患关系、保障医疗安全等方面取得效果。未取得效果的扣2分;		
		3.7.5 (3分) 医院合理配备护士数量, 全院护士数量能够满足临床护理工作需要, 临床一线护士占全院护士比例不低于95%, 病房实际护床比 $\geq 0.4:1$ 。未符合要求扣3分;		
		3.7.6 (3分) 护士收入分配与绩效考核相结合。全院护士待遇公平公正, 体现劳动价值, 薪酬分配与工作的数量、质量、技术风险、患者满意度相结合, 体现多劳多得、优绩优酬。未符合要求扣3分;		
		3.7.7 (3分) 医院合理配备护士数量, 全院护士数量能够满足临床护理工作需要, 临床一线护士占全院护士比例不低于95%, 病房实际护床比 $\geq 0.4:1$ 。未符合要求扣3分。		
<b>(三) 落实患者安全目标, 实施院务公开, 规范医疗机构相关科室建设。(130分)</b>				
4. 落实患者安全目标。(50分)	4.1 制订重大医疗过失行为、医疗事故防范预案和处理程	4.1.1 (2分) 有重大医疗过失行为和医疗事故报告制度, 无报告制度的, 扣2分;		
		4.1.2 (3分) 医疗机构发生或发现重大医疗过失行为和医疗事故后能及时报告, 查看过去2年的报告记录, 无记录或记录不完全扣3分; 记录中所报告的重大医疗过失行为和医疗事故未按照有关规定及时上报, 每发现1例, 扣1分;		

重点要求	检查方法与检查内容	扣分依据	实得分	
	序,及时报告、分析、处理重大医疗过失行为和医疗事故。(10分)	4.1.3 (3分) 医院职能部门能够熟知与掌握“重大医疗过失行为、医疗事故防范预案和处理程序”,抽查医院2个职能部门的负责人、工作人员各1名,不了解或基本不掌握,每人扣1分,掌握不全或有明显缺陷每人扣0.5分;		
		4.1.4 (2分) 对全体员工进行“重大医疗过失行为、医疗事故防范预案和处理程序”培训与教育,未做培训,扣3分;每年培训次数少于2次,扣1分;检查医疗机构培训教材(资料、签到表,每缺少1项,扣1分;参加培训人员数低于全体员工数的50%,扣2分。		
4. 落实患者安全目标。(50分)	4.2 严格执行查对制度,提高医务人员对患	4.2.1 (2分) 建立健全各科室(部门)患者身份识别制度和程序(检查文件,是否多部门共同协作制定,要求明确,做到同一项目同一要求标准),未建立相应制度和程序的,扣2分		
		4.2.2 (3分) 能够使用2种或以上确认病人身份的方法,不符合要求的扣3分;		
	者身份识别的准确性。(10分)	4.2.3 (2分) 有创诊疗活动前实施者亲自与患者(或家属)沟通,随机抽查2位手术后在院患者,每发现1例实施者未亲自与患者(或家属)沟通,扣1分;		
		4.2.4 (3分) 完善关键流程(急诊、病房、手术室、ICU之间)的患者识别措施,每发现1处关键流程未建立识别措施或措施不完善,扣1分。		
	4.3 建立和完善特殊情况下医务人员之间的有效沟通,做到正确执行	4.3.1 医院有医嘱制度与执行的流程(检查文件); 4.3.2 建立有紧急情况下方可使用口头医嘱的制度与执行流程(检查文件); 4.3.3 建立有对口头(电话)通知患者“危急值”或其他重要检验(包括医技科室其他检查)结果的制度和程序(检查文件); 以上每项缺少扣3分。随机抽查医师和护士各2名,每1人不知晓上述制度和程序扣1分。		

重点要求		检查方法与检查内容	扣分依据	实得分
	医嘱。(10分)			
	4.4 手术室对严格防止手术患者、手术部位及术式发生错误的执行情况。(10分)	4.4.1 (3分) 医疗机构建立围手术期患者安全管理的相关规范和制度, 未建立的扣3分; 抽查医师和护士各2名, 每1人不知晓上述规范和制度扣1分;		
		4.4.2 (4分) 实施手术安全核查与手术风险评估。抽查当日2例手术的手术医师、麻醉医师、护士检查手术安全核查和手术风险评估执行情况, 1例不合格扣2分;		
		4.4.3 (3分) 抽查外科2个病房各2份术后运行病历, 检查《手术安全核查表》填写情况, 1例不合格扣1分。		
4. 落实患者安全目标。(50分)	4.5 病房与血透室对防范与减少患者坠床与跌倒事件发生的落实情况。(10分)	4.5.1 (5分) 医院建立患者坠床与跌倒报告与伤情认定制度和程序, 并有防范制度与措施, 检查文件, 缺少1项扣2分;		
		4.5.2 (3分) 检查床位使用率前3位的3个科室的上述制度和措施的落实情况, 1个科室不合格扣1分;		
		4.5.3 (2分) 检查2010年1月以来护理部的相关监管和记录情况, 监管及记录不合格扣2分。		
5. 全面推行医院院务公开制度, 面向社会、患者和内部职工公开相关信息, 接受群众监督; 结合医师定期考核, 建立医院及其医务		5.1 (2分) 应当建立完善的医院院务公开的领导体制, 成立由党委、纪委、行政、工会负责人组成的“院务公开领导小组”, 无“院务公开领导小组”, 扣2分;		
		5.2 (2分) 有健全的院务公开制度, 未建立健全相应制度的, 扣2分;		
		5.3 (2分) 具有至少2种以上的院务公开途径(例如: 宣传栏、网络、文件、职工代表大会等), 少于2种的, 扣2分;		

重点要求		检查方法与检查内容	扣分依据	实得分
人员违法违规行公示制度。(10分)		5.4(2分)院务公开的内容应当符合有关规定,不符合规定的,扣2分;		
		5.5(2分)应当建立院务公开工作的定期检查、考核制度,未建立相应制度的,扣2分。		
6.加强重点科室管理(55分)	6.1加强对急危重症患者的管理,提高急危重症患者抢救成功率。提高急诊科(室)能力,做到专业设置、人员配备合理,抢救设备设施齐备、完好;医务	6.1.1(7分)急诊科是否独立设置,配置、布局流程是否合理,能否满足急诊工作需要;人员是否相对固定(75%以上固定);是否有急诊突发事件应急预案和处理流程。每1项不合格扣3分;		
		6.1.2.(6分)随机抽查2010年以来3个月的急诊科医师排班表,核实急诊值班医师是否为本院医师,有无低年资医师独立值班或进修医师独立值班,每发现1人扣2分;		
6.加强重点科室管理。(55分)	人员相对固定,值班医师胜任急诊抢救工作;急诊会诊迅速到位;急诊科(室)、入院、手术“绿色通道”畅通。加强对重症医学科和重症监护病房(ICU)的管理,人员、设备、设施配备与其功能、任务相适应,科学、合理、规范救治。(35分)	6.1.3(5分)现场考核2名急诊医师心肺复苏的技能,呼吸机、除颤器、洗胃机的使用;抽查1名值班医师对危重症抢救处理原则掌握情况(心衰、休克、中毒等)。每1人不合格扣4分;		
		6.1.4(6分)急诊科必备的急救仪器设备处于备用状态;急救药品管理(有定期的检查、定点放置、符合规定数量)情况;每1人不合格扣2分;		
		6.1.5(6分)检验科、医学影像(放射、CT、超声)、血库和药房是否24小时为急诊提供及时服务(有专人值班)。每1个部门不符合要求扣2分;		
		6.1.6(5分)ICU有无完整的管理制度;ICU的人员、设备、设施配备情况;ICU患者是否符合收治标准,诊疗是否规范。发现1处不符合要求扣3分。		

重点要求	检查方法与检查内容	扣分依据	实得分
6.2 贯彻落实《献血法》、《临床输血技术规范》、《医疗机构临床用血管理办法》(试行)加强医疗机构输血科建设和临床用血管理,推进合理用血。(20分)	6.2.1 医疗机构用血是否来自卫生行政部门批准的血液中心、血站,是否存在非法采供血现象,若存在非法采供血,本医院此次质量万里行检查不合格,不再检查 6.2.2-6.2.8 项;		
	6.2.2 (2分) 成立临床输血管理委员会;工作制度健全;相关工作开展间断不超过3个月,不合格扣2分/项;		
	6.2.3 (2分) 医疗机构制定临床用血管理工作制度,重点查看输血核对核查制度,输血不良反应处理及回报制度,紧急用血制度等,无相应制度或制度不健全扣2分/项;		
	6.2.4 (8分) 抽查2010年3月1日-2010年7月31日期间有输血史的患者病历30份(需涵盖手术、非手术科室,包括单次用血或备血超过2000ml的患者病历3份),检查用血是否合理。具体检查项目:申请用血的医生具备规定的资质、输血适应症明确、进行输血前相关检查、输血申请单填写规范、输血记录完整、对有输血反应的病历填写输血反应回报单并返还输血科、一次用血、备血超过2000ml,履行报批手续、输血后进行评价等。不合格扣0.5分/项;		
6.加强重点科室管理。(55分)	6.2.5 (2分) 组织机构及工作人员:三级综合医院建立输血科,有足够的技术人员满足工作需要,不合格扣1分/项;		
	6.2.6 (2分) 制度建设:建立覆盖临床输血全过程的质量体系文件、建立实验室程序文件、执行24小时值班制度、输血全过程记录体系完整,不合格扣1分/项;		
	6.2.7 (2分) 设备及房屋:工作场所布局合理,符合国家相关标准、符合生物安全要求,具备与输血科功能和业务相适应的各项设备(包括离心机、储血冰箱、标本冰箱、融浆机、血小板震荡仪等),不合格扣1分/项;		



重点要求		检查方法与检查内容	扣分依据	实得分
	用血管理, 推进合理用血。 (20分)	6.2.8 (2分) 质量安全: 按照《医疗机构临床实验室管理办法》及《临床实验室安全准则 WSI\T251-2005》相关规定加强安全管理, 不合格扣2分。		
7. 落实《临床技术操作规范》、《临床诊疗指南》、《医疗机构药事管理规定》、《处方管理办法》、《抗菌药物临床应用指导原则》等规章、规范。(10分)		三级医院应达到: 入出院诊断符合率 $\geq 95\%$ ; 手术前后诊断符合率 $\geq 95\%$ ; 临床主要诊断、病理诊断符合率 $\geq 60\%$ ; CT检查阳性率 $\geq 70\%$ ; MRI检查阳性率 $\geq 70\%$ ; 大型X光机检查阳性率 $\geq 70\%$ ; 急危重症抢救成功率 $\geq 80\%$ ; 治愈好转率 $\geq 90\%$ ; 清洁手术切口甲级愈合率 $\geq 97\%$ ; 清洁手术切口感染率 $\leq 1.5\%$ ; 麻醉死亡率 $\leq 0.02\%$ ; 处方合格率 $\geq 95\%$ ; 医院感染现患率 $\leq 10\%$ ; 医院感染现患调查实查率 $\geq 96\%$ ; 临床化学室间质评全年平均及格(VIS $\leq 120$ ); 血液学室间质评全年平均及格(改良偏离指数DI $\leq 2$ ); 免疫室间质评全年平均成绩在全省平均水平以上; 细菌室间质评全年鉴定正确率 $\geq 80\%$ ; 药品收入占医疗总收入比例 $\leq 45\%$ ; 开展成分输血比例 $\geq 95\%$ ; 输血适应证合格率 $\geq 90\%$ 。 未符合要求项, 每项扣0.5分。		
<b>(四) 加强医疗技术临床应用管理。(100分)</b>				
7. 贯彻落实《医疗技术临床应用管理办法》和相关医疗技术临床应用管理规范, 建	7.1 医疗技术临床应用管理。 (35分)	7.1.1 (5分) 加强医疗技术和大型设备临床应用管理, 建立严格的医疗技术准入和管理制度, 医疗机构开展的二级以上医疗技术准入率应 $\geq 100\%$ , 不符合扣5分;		
		7.1.2 (10分) 建立本机构第一类医疗技术目录并开展技术审核: 未建目录扣5分, 建立目录, 未完成审核的扣5分;		
		7.1.3 (10分) 组织对本机构已经开展的医疗技术进行全面梳理, 清理并停止开展以下3类医疗技术: 一是尚不成熟或存在较多伦理问题的; 二是须由卫生行政部门准入方可临床应用的; 三是未取得相关诊疗科目的。建立本机构医疗技术管理档案, 未建立医疗技术管理档案或档案不健全的, 扣10分;		



重点要求	检查方法与检查内容	扣分依据	实得分
立医疗技术准入管理制度，加强医疗技术和人	7.1.4 (10分) 抽查部分临床科室开展人体器官移植、变性手术、细胞治疗、心血管介入、基因诊断、放射性粒子植入、四级妇科内镜诊疗技术等第二、三类医疗技术临床应用第三方技术审核的准备和申请工作，未进行技术审核申请擅自开展相关技术的，发现1例扣5分。		
员资格准入，建立手术分级管理制度，实施动态管理；加强对相关医疗技术的临床应用管理。(100分)	7.2.1 (10分) 建立本机构手术分级管理制度，制定本机构手术分级目录，无制度和手术分级目录的，扣10分；		
7.2 加强手术管理。(35分)	7.2.2 (10分) 对本机构手术医师进行手术准入管理，建立本机构手术医师管理档案，未建立的扣10分；		
	7.2.3 (15分) 抽查2010年上半年的3个手术科室，每科室1名主治医师、1名住院总医师手术清单，对照医疗机构手术分级目录和手术医师管理档案，发现越级手术的，每例扣3分。		
7.3 建立医疗技术风险预警机制。(10分)	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，无预案扣10分，未进行医疗技术监管扣5分，发现医疗技术损害事件未根据预案处置扣5分。		
7.4 心血管介入诊疗技术临床应用管理。(20分)	7.4.1 根据省级卫生行政部门提供的准予开展心血管介入诊疗技术的医疗机构和医务人员名单，未经省级卫生行政部门准入，医疗机构或医务人员不具备资质擅自开展相关诊疗活动的，扣20分，不再检查7.4.2-7.4.3项；		
	7.4.2 (5分) 建立心血管介入诊疗“绿色通道”，完善紧急救治流程，确保急重症患者能够得到及时有效救治。未建立的扣5分；		
	7.4.3 (10分) 随机抽取2010年上半年15例心血管介入诊疗病例，登陆“卫生部心血管介入诊疗病例登记系统”，检查病例信息上报工作情况，超过3例(含3例)未上报扣10分；上报不及时或上报信息不全，每例扣2分。		

重点要求	检查方法与检查内容	扣分依据	实得分
	7.4.4 (5分) 严格规范心血管介入诊疗技术临床应用行为, 应按照《医疗机构操作规范》、《临床诊疗指南》等相关技术性文件, 严格掌握心血管介入诊疗技术适应证。医疗机构临床应用裸支架比例不得低于临床应用冠状动脉支架总数的 20%。冠心病介入治疗患者需置入支架数超过 3 个, 需经本机构心脏外科会诊医师会诊同意后方可实施; 医疗机构未设置心脏外科的, 需经心血管内科专业 3 名及以上副主任医师会诊同意后方可实施。不符合要求扣 5 分。		
<b>(五) 加强医疗机构药事管理, 推进临床合理用药。(150分)</b>			
8. 落实《医疗机构药事管理暂行规定》, 加强医疗机构药事管理。(5分)	医疗机构成立药事管理组织, 完善相关药事管理制度和工作机制, 未成立药事管理组织或管理制度和工作机制不健全的, 扣 5 分。		
9. 落实《处方管理办法》, 加强处方规范化管理。(35分)	9.1 (6分) 医院有无贯彻《处方管理办法》的具体措施: 查阅文件档案, 按照《中国国家处方集》, 制定本机构的处方集, 确定本机构的基本药品供应目录, 有促进临床合理用药的持续改进措施, 缺 1 项扣 2 分。		
	9.2 (15分) 随机抽查 2010 年 3 月 1 日~7 月 31 日期间门诊处方 100 张, 按照《处方管理办法》的要求, 发现不规范处方或不合理处方的, 每张处方扣 0.5 分; 抽查超说明书用药未经过审批并知情同意的, 每例扣 3 分。		
	9.3 (8分) 抽查“医院基本药品供应目录”, 对未经药事委员会集体决议超出一品两规的, 每个品规扣 4 分。		
	9.4 (6分) 落实处方点评制度。随机抽查 2010 年 3 月 1 日~7 月 31 日期间门诊处方 100 张, 对不合理用药和超常处方应进行专项点评和干预, 并采取行政处置措施, 查阅文档记录。发现问题且未进行有效干预扣 6 分。		

重点要求	检查方法与检查内容	扣分依据	实得分
<p>10. 执行《抗菌药物临床应用指导原则》、《卫生部办公厅关于抗菌药物临床应用管理有关问题的通知》（卫办医政发〔2009〕38号）文件情况。提高抗菌药物临床合理应用水平。（55分）</p>	<p>10.1（10分）随机抽查2011年3月1日-7月31日间30例I类切口手术（甲状腺次全切除术、乳腺手术、腹股沟疝修补术、闭合性骨折4种手术中任选3种，选中的手术不可少于5例）预防使用抗菌药物情况（附件3）。按照有关规定，评价预防用药有无适应证，品种选用、用药时间、剂量、疗程等适宜性。1处不合理扣1分；发现其他类别药物不合理使用每处扣1分；</p>		
	<p>10.2（10分）10.2.1 三级医院抗菌药物品种原则上不超过50种，二级医院抗菌药物品种原则上不超过35种。不合格扣3分  10.2.2 同一通用名称药物注射剂型和口服剂型各不超过2种，处方组成类同的复方制剂1-2种。糖尿病患者所用胰岛素和儿童用药酌情增加。不合格扣3分  10.2.3 医疗机构抗菌药物供应目录中三代及四代头孢菌素（含复方制剂）类抗菌药物口服剂型不超过5个品规，注射剂型不超过8个品规，碳青霉烯类抗菌药物注射剂型不超过3个品规，氟喹诺酮类抗菌药物口服剂型和注射剂型各不超过4个品规，深部抗真菌类抗菌药物不超过5个品种（“一品两规”）。不合理每处扣1分，共4分</p>		
	<p>10.3（10分）10.3.1 医疗机构抗菌药物供应目录调整周期不短于1年。二级以上医院抗菌药物目录每次调整后应当在全院公示（公示内容至少包括抗菌药物品种、剂型和规格），并向省级卫生行政部门备案。不合格扣3分；  10.3.2 住院患者抗菌药物使用率不超过60%。门诊患者抗菌药物处方比例不超过20%。住院患者外科手术预防使用抗菌药物时间控制在术前30分钟至2小时。接受抗菌药物治疗住院患者微生物检验样本送检率不低于30%。不合格每处扣1分，共4分；  10.3.3 抗菌药物使用强度力争控制在40DDD以下。I类切口手术患者预防使用抗菌药物比例不超过30%。I类切口手术患者预防使用抗菌药物时间不超过24小时。不合格每处扣1分，共3分；</p>		

重点要求	检查方法与检查内容		扣分依据	实得分
	10.4 (15分) 建立并有效实施抗菌药物分级管理制度。制度欠缺扣2分; 抽查10份2011年3月1日-7月31日应用《卫生部办公厅关于抗菌药物临床应用管理有关问题的通知》(卫办医政发〔2009〕38号)规定的特殊管理类抗菌药物的病历, 发现越级或手续不全使用特殊管理类抗菌药物的, 1例扣5分;			
	10.5 (10分) 检查2010年及2009年度用药量排序前十位的药物和用药量排序前十位的抗菌药物清单, 要求医疗机构药事管理组织解释清单合理性; 10.5.1 用药量排序前十位的药物中, 抗菌药物≥4个的, 扣3分; 10.5.2 无正当理由进入上述清单的用药, 每发现1个品种扣3分。			
11. 落实《麻醉药品和精神药品管理条例》、《处方管理办法》和相关药品临床应用指导原则, 加强麻醉药品、精神药品的购置、保管、使用及其他特殊药品管理。(20分)	11.1 麻醉药品与第一类精神药品管理执行三级管理要求和“五专”管理要求。(14分)	11.1.1 (3分) 检查药库麻醉药品与第一类精神药品的采购、保管、发放记录, 1项不符合规定扣3分;		
		11.1.2 (3分) 检查调剂室麻醉药品与第一类精神药品的“五专”管理, 1项不符合规定扣3分;		
		11.1.3 (5分) 抽查30份2010年3月1日~7月31日期间麻醉药品和第一类精神药品处方, 检查适应证选择和处方剂量, 1处不合格扣1分;		
		11.1.4 (3分) 检查病房(区)、手术室麻醉药品与第一类精神药品基数管理、使用管理和记录(重点检查批号管理和防止内部盗用的措施), 不符合规定扣3分。		
	11.2 (4分) 对本机构执业医师和药师进行麻醉药品和精神药品使用知识和规范化管理的培训, 有培训和资格认可的文件。不符合要求扣2分; 医疗机构拒绝主治医师及以下医务人员参加麻醉药品和精神药品使用知识和规范化管理培训的, 扣2分;			
	11.3 (2分) 检查调剂室和病房, 特殊药品是否有警示标志。未设置警示标志的, 发现1处扣1分。			
12. 推行临床药师制。	12.1 有效建立临床药师制, 有相应数量的临床药师, 有健全的临床药	12.1.1 (4分) 按照卫生部关于临床药师制的相关要求配备相应数量的临床药师, 在临床相关的工作时间达80%以上。专职临床药师数量每少1人扣2分, 不能做到专职每人扣2分;		

重点要求	检查方法与检查内容	扣分依据	实得分	
(35分)	师工作与管理制 度,明确其在医疗 质量管理体系中 的责任和任务,对 临床药师有考核 制度。(20分)	12.1.2(6分) 有临床药师工作(管理)制度,有考核制度。不符合要求扣3分/项;		
	12.1.3(10分) 抽查2名临床药师,要求提供证据证明其按照要求参加临床药物治疗工作,有工作记录、会诊记录等。不符合要求,每人扣5分。			
	12.2(5分) 临床药师在临床药物治疗工作中起到积极作用,提高临床合理用药水平,对重点患者实施药学监护和书写药历。要求有原始工作记录和药历。不符合要求,扣5分;			
	12.3(5分) 临床药师为临床合理用药提供信息支持和住院患者教育,有工作记录。不符合要求,扣5分;			
	12.4(5分) 为门诊患者提供合理用药咨询服务,门诊设有药物咨询室或咨询窗口,有工作记录和持续改进措施,其工作得到患者认可。不符合要求,扣5分。			
<b>(六) 加强护理工作,落实基础护理,改善护理服务,提高护理质量。(100分)</b>				
13. 贯彻落实《护士条例》,实施护理管理工作。(40分)	13.1(4分) 根据医院功能,建立完善的护理管理组织体系并有明确的职责分工,未建立组织体系的或工作职责不明确的,扣4分;抽查2位护理部工作人员对医院护理管理组织体系建设和职责分工的掌握情况,不掌握或掌握不清,扣2分/人;			
	13.2(4分) 医院领导应定期召开会议,研究和协调解决护理工作方面的问题,检查2010年以来的院长办公会会议记录,没有相应会议记录的,扣4分;抽查2名医院管理人员对医院采取措施解决护理工作方面问题的情况,不知晓的,扣2分/人;			
	13.3(4分) 医院有护理工作发展的规划和年度工作计划,抽查近3年的护理工作发展规划和年度工作计划,无发展规划或工作计划,扣4分;抽查2位护理部工作人员对医院护理工作发展规划和年度工作计划情况的掌握情况,不掌握或掌握不清,扣2分/人;			
13. 贯彻落实《护士条例》,实施护理管理工	13.4(4分) 抽查外科、内科系统各1个病房的护理规章制度,各类疾病护理常规、技术操作规程及临床护理服务规范、标准的建立和完善情况,未建立相应规章制度、操			



重点要求	检查方法与检查内容	扣分依据	实得分
作。(40分)	作规程和服务规范的,发现1处扣4分;规章制度、操作规程和服务规范不完善的,发现1处扣2分;		
	13.5(4分)抽查外科、内科系统各1个病房,护士长1人,护士2人科室护士岗位责任制、护士岗位职责、工作标准,岗位管理等情况,不掌握或掌握不清,扣2分/人;;		
	13.6(4分)护理部能够按照临床护理工作量对全院临床科室护士进行合理配置和调配。检查方法:查看全院护士分布情况一览表,并实际抽查2个病房。全院病房护士与实际病床总数比低于0.4:1,ICU实际床位与护士比未达到1:2.5-3,扣4分。		
	13.7(4分)抽查2010年3月1日-7月31日的医院护士工资、奖金情况一览表,未实现护士薪酬分配合理和实现同工同酬的,扣4分;		
	13.8(4分)制定并实施护士在职培训计划,重点是新护士和专科岗位护士的培训情况。检查近3年的护士在职培训工作计划,没有培训工作计划,扣2分;抽查医院5名护士对医院护士在职培训的了解情况,不了解或了解不清,扣1分/人;		
13. 贯彻落实《护士条例》,实施护理管理工作。(40分)	13.9(4分)医院定期进行病人满意度调查,对患者的投诉进行调查处理。抽查2010年3月1日-7月31日期间患者调查问卷和医院对患者投诉的调查处理记录,未定期进行患者满意度调查,扣4分;开展了患者满意度调查,但没有针对患者投诉的调查和处理或没有进行相应记录的,每发现1处,扣2分;		
	13.10(4分)有护理不良事件报告制度,并进行分析和改进。抽查医院护理不良事件记录,无记录,扣4分;有记录但没有相应分析和改进措施的,每发现1处,扣1分。		
14. 病房实施护士对患者的责任制护理,责任护士履行护理职责,对	14.1(3分)根据卫生部相关规定,结合医院实际,细化分级护理标准,并向患者和社会公示。无细化分级护理标准,扣5分;抽查医院门诊,内科、外科系统各2个病房护理分级的公示情况,发现1处未公示,扣1分;		

重点要求	检查方法与检查内容	扣分依据	实得分
患者提供全面、全程、连续的护理服务。 (40分)	14.2 (6分) 病房实行责任护士或责任小组包干负责一定数量患者的责任制分工方式, 为患者提供包括生活护理、病情观察、用药、治疗、康复和健康指导在内的全面、全程的护理服务。抽查内科、外科系统各2个病房, 病房护士长、护士各1人对责任制分工方式的掌握情况, 不掌握或掌握不清, 每人扣1分;		
	14.3 (3分) 病房护士长能够根据患者护理分级情况、病情、护理难度、技术要求等要素对护士进行合理分工, 合理排班。抽查2010年3月1日-7月31日内科、外科系统各1个病房的护士排班表, 存在夜班1人值全夜班等不合理现象, 每发现1处, 扣3分;		
	14.4 (8分) 责任护士掌握所负责患者的病情、观察重点、治疗要点、饮食和营养状况、身体的自理能力等情况, 并能够与主管医师相配合。对照病历, 抽查内科、外科系统各2个病房, 病房责任护士各2人对所负责患者情况的掌握程度, 不掌握或掌握不清, 每人扣2分;		
	14.5 (5分) 患者的护理级别与病情、自理能力相符。对照病历和护理记录, 实地检查内科、外科系统各1个病房的1名患者, 护理级别与病情、自理能力不相符, 每发现1处, 扣3分;		
14. 病房实施护士对患者的责任制护理, 责任护士履行护理职责, 对患者提供全面、全程、连续的护理服务。	14.6 (5分) 保障患者安全的制度和措施的落实情况, 包括防范跌倒、压疮、管路护理等。抽查内科、外科系统各2个病房的保障患者安全制度和措施的落实情况, 无响应落实措施, 每发现1处, 扣2分;		
	14.7 (5分) 了解患者对护理工作的反映。 检查方法: 召开康复期患者座谈会, 患者有投诉、意见的扣5分。		



重点要求	检查方法与检查内容	扣分依据	实得分
(40分)	14.8(5分) 护士长根据护士的工作数量、质量、技术难度和患者满意度等要素,对护士进行绩效考核,并有激励措施。抽查医院2个病房的绩效考核制度和有关激励措施及落实情况,无绩效考核制度和激励措施,扣5分;有绩效考核制度和激励措施,但未落实,每发现1处,扣3分。		
15. 加强对急危重症患者的护理。主要检查ICU和急诊抢救、留观室。(15分)	15.1(3分) 有ICU护理管理相关工作制度、ICU疾病护理常规、技术规范,发现1处不合格,扣1分;		
	15.2(6分) 护士能够熟练掌握常见危重症的护理和监护技术,掌握并实施预防和控制医院感染的措施,能够与患者进行沟通及心理护理。抽查4名护士对所负责患者的护理情况和常用技术、医院感染控制措施的掌握情况,每发现1位不合格,扣3分;		
15. 加强对急危重症患者的护理。主要检查ICU和急诊抢救、留观室。(15分)	15.3(3分) 急诊抢救室的各种抢救物品和药品处于完好备用状态,每发现1处不合格,扣3分;		
	15.4(3分) 急诊留观室,护士能够规范地实施对患者的安全管理、病情观察和治疗等工作。 检查方法: 抽查2名急诊留观室护士对患者的护理情况,每发现1处不合格,扣0.5分。		
16. 医院对临床一线的支持系统。(5分)	16.1(3分) 医院消毒供应中心能够为病房提供下收下送服务,不合格扣3分;		
	16.2(2分) 病房使用的口服药品、静脉用药由医院统一配送,每发现1处不合格,扣1分;		
<b>(七) 认真贯彻落实《医院感染管理办法》, 预防和控制医院重点部门、重点环节的医院感染。(100分)</b>			
17. 建立医院感染管理组织, 并有工作制度;	17.1(2分) 查阅资料, 医院应当结合本院实际制定医院感染管理的相关规章制度, 不合格扣2分;		

重点要求	检查方法与检查内容	扣分依据	实得分
独立设置医院感染管理机构，配备专职人员；医院感染的监测、控制与管理工作符合《医院感染管理办法》的要求。（15分）	17.2（2分）医院应当设置医院感染管理委员会和独立的医院感染管理部门、职责明确，未设立，扣2分；配备的专兼职人员能满足开展工作的需要（每250张床位配备1人），不合格，扣1分；		
	17.3（2分）医院应当有医院感染管理年度工作计划与总结，无计划或总结，扣1分；工作会议及总结内容有分析、有问题及改进措施，能体现持续质量改进，1处不符合要求，扣1分；		
	17.4（4分）医院应当开展医院感染监测并根据监测发现问题的改进措施，为开展扣1分；医院感染的报告应当符合《医院感染管理办法》的有关要求，不合格，扣1分；现场随机考核3名工作人员MRSA或非结合分枝杆菌的控制措施，其中包括如何发现（诊断）、报告、抗菌药物合理应用、消毒措施、接触隔离措施、手卫生措施等，未达到耐药菌医院感染控制要求，每发现1处，扣1分；		
	17.5（1分）医院感染情况、耐药菌感染情况应当及时与有关部门沟通、反馈，不合格扣1分；		
	17.6（2分）检查医院在过去3年时间内，监测医院感染聚集性发生或者医院感染暴发情况，以及调查、报告与处置总结，无相应记录，扣2分（如无相关记录，请检查人员以医院感染暴发案例来考核医院感染部门的报告与处置能力）；		
	17.7（2分）抽查2010年3月1日至7月31日医院开展医院感染管理知识全员培训情况，检查有无相关工作计划、实施、总结，不符合要求，每发现1处扣1分。		

重点要求	检查方法与检查内容	扣分依据	实得分
18. 手术器械、用品的清洗、灭菌、包装等过程符合规范。(8分)	18.1(4分)现场抽查大、中、小手术器械包各1件(大包可优先抽查骨科包、产科包),观察器械包的大小、外包装、标识等是否合格,不符合要求,每个扣2分;查看包内所有器械的清洗状况、包内卡是否符合要求,不符合要求,每个扣2分;灭菌方法、灭菌效果应当符合有关要求,不合格每个扣2分;		
	18.2(2分)抽查腹腔镜或关节镜灭菌包1个,仔细查看镜子的关节部位有无污垢,1处不合格,扣2分;		
	18.3(2分)一次性使用物品的使用及处理是否符合要求,重点查看缝针、缝线、一次性刀片等,1处不合格,扣1分;		
19. 内镜(胃镜及肠镜)清洗消毒符合规范。(8分)	19.1(4分)内镜及肠镜设施、设备应当符合《规范》要求,1处不合格,扣2分;现场查看手工清洗消毒流程,不符合要求,扣2分;检查活检钳灭菌,不合格扣2分;		
	19.2(2分)现场查看清洗消毒人员的防护用品与使用方法,1处不正确,扣2分;		
	19.3(2分)查阅有内镜清洗消毒登记本,无登记本扣2分;虽有登记本,但记录不规范,1处扣1分。		
20. 新生儿病房及其重症监护病房的医院感染管理,环境整洁、基本设施设备及人员满足工作需要,消毒隔离情况等符合要求。(16分)	20.1(2分)检查医院感染管理的规章制度和预防控制措施,无制度和措施,扣2分;		
	20.2(1分)建筑布局及工作流程应当符合环境卫生学和医院感染控制要求,不符合扣1分;		
	20.3(3分)病房应当设有新生儿专用沐浴、配奶区域,不合格扣2分;沐浴用具及衣物消毒,配奶无菌操作规程符合要求,不合格扣1分;抽查奶瓶、奶嘴、暖箱、吸氧用物等物品的清洗与消毒,不合格扣1分;		

重点要求	检查方法与检查内容	扣分依据	实得分
20. 新生儿病房及其重症监护病房的医院感染管理，环境整洁、基本设施设备及人员满足工作需要，消毒隔离情况等符合要求。 (16分)	20.4 (2分) 每床面积 (不少于3平方米)、床间距 (不小于1米)、NICU 每张床位面积 (不少于一般新生儿床位的2倍) 是否符合要求;		
	20.5 (1分) 应当建立严格的探视制度，限制探视人数，不合格扣1分;		
	20.6 (1分) 有专门的高危新生儿抢救区域，并有保护性隔离措施，不合格扣1分;		
	20.7 (2分) 应当有隔离制度对需要隔离的新生儿应当按照有关规定采取相应的隔离措施。查看1个新生儿隔离案例。1处不合格扣1分;		
	20.8 (1分) 医护人员比例及数量配备应当符合临床工作要求 (详细记录新生儿病房的病床数和医护人员的具体人数)，不合格扣1分;		
	20.9 (2分) 有合适的手卫生设施包括病房入口处有洗手设施，不合格扣1分; 现场观察5名医护人员操作后的手卫生，每发现1人不合格扣0.5分;		
	20.10 (2分) 有医院感染监测的记录，有持续质量改进措施，没有相应记录和改进措施，每发现1处扣1分; 了解近3年来医院内新生儿感染情况。		
21. 重症监护病房的医院感染管理，器械用品的使用管理情况，对特殊感染病人的感染控制措施等符合要求。	21.1 (2分) 检查医院感染管理的规章制度和预防控制措施，无制度和措施，扣2分;		
	21.2 (1分) 建筑布局及工作流程应当符合环境卫生学和医院感染控制要求，不符合扣1分;		
	21.3 (2分) 抽查呼吸机的使用管理：呼吸机湿化装置及管路的清洗消毒，每发现1处不合格扣1分;		

重点要求	检查方法与检查内容	扣分依据	实得分
(17分)	21.4(2分)抽查1名医生、1名护士对呼吸机相关性肺炎、血管内导管所致血行感染、留置导尿管感染控制措施的了解情况,不掌握或掌握不清,扣1分/人;		
21.重症监护病房的医院感染管理,器械用品的使用管理情况,对特殊感染病人的感染控制措施等符合要求。(17分)	21.5(3分)检查上季度耐药菌感染情况;抽查发热、铜绿假单胞菌及MRSA感染病人各1例的消毒隔离情况,如现场无感染病人,随机考核医护人员对耐药菌感染病人的隔离措施是否符合要求;		
	21.6(1分)应当严格限制非医务人员的探访,确需探访的,应当穿隔离衣并遵循有关规定,先查查看,不符合要求扣1分;		
	21.7(1分)医护人员比例及数量配备应当符合临床工作要求,不符合扣1分;		
	21.8(1分)医疗废物的处置应当规范,不合格扣1分;		
	21.9(2分)应当具备足够的非接触性洗手设施和手部消毒装置,不合格扣1分;现场观察5名医护人员操作后的手卫生,每发现1人不合格扣0.5分;		
	21.10(2分)应当建立医院感染监测的记录,有持续质量改进措施,不合格扣2分。		
22.血液透析室的医院感染管理,消毒隔离、透析器复用情况符合《血液透析器复用操作规范》要求。(36分)	22.1(1分)应当经当地卫生行政部门批准并进行执业登记,不符合要求扣1分;		
	22.2(1分)建立严格的接诊制度,实行患者实名制管理,不符合要求扣1分;		
	22.3(1分)检查医院感染管理的规章制度和预防控制措施,无制度和措施,扣1分;		
	22.4(2分)制定并落实血液透析室的技术规范和操作规程,明确工作人员岗位职责,1处不合格扣1分;		

重点要求	检查方法与检查内容	扣分依据	实得分
	22.5 (3分) 应当按照有关要求配备血液透析室负责人、护士长或护理组长, 1处不合格扣1分;		
	22.6 (2分) 建筑布局及工作流程应当符合环境卫生学和医院感染控制要求, 不符合扣1分; 传染病患者透析应当分区、分机, 不合格扣2分;		
22. 血液透析室的医院感染管理, 消毒隔离、透析器复用情况符合《血液透析器复用操作规范》要求。 (36分)	22.7 (2分) 应当建立医院感染控制监测制度, 开展环境卫生学监测和感染病例监测, 1处不符合要求扣1分;		
	22.8 (2分) 建立透析液和透析用水质量监测制度, 透析液和透析用水保证质量和安全, 1处不符合要求, 扣1分;		
	22.9 (2分) 水处理质量检测应当按要求进行前处理检测(细菌培养每月检测一次, 内毒素每三个月检测一次, 化学污染物监测是否合格), 不符合要求扣2分;		
	22.10 (1分) 检查透析液配制, 不符合要求扣1分;		
	22.11 (2分) 对初次透析患者进行乙肝、丙肝、梅毒、艾滋病病毒感染相关检查, 每半年复查1次, 不符合要求扣2分;		
	22.12 (2分) 应当制定针对透析室工作人员的培训计划并认真落实, 无培训计划扣2分; 有培训计划, 但落实不力, 扣1分;		
	22.13 (2分) 为医务人员提供必要防护用品, 不合格扣1分; 工作人员在工作中发生被血液污染的锐器刺伤、擦伤等伤害时, 采取相应处理措施并及时报告机构内相关部门, 不符合要求扣1分;		



重点要求	检查方法与检查内容	扣分依据	实得分
	22.14 (2分) 隔离措施应当符合要求, 传染病患者应当有专用的透析用品车, 护理传染病患者同时不能护理其他非传染病患者, 1处不符合要求, 扣1分;		
	22.15 (2分) 两班透析之间应当对透析区内的透析机、物体表面及地面等进行消毒, 并更换床单、被单, 1处不符合要求扣1分;		
	22.16 (3分) 现场查看护士手卫生状况: 护理不同患者时应当更换手套, 换手套前应当洗手或用手消毒剂擦手, 接通管路和回血应当符合操作规范, 1处不符合要求扣1分;		
22. 血液透析室的医院感染管理, 消毒隔离、透析器复用情况符合《血液透析器复用操作规范》要求。 (36分)	22.17 (2分) 如复用血液透析器, 应当有复用知情同意书、不能复用传染病患者的透析器, 抽查1名复用透析器的工作人员的操作, 上述检查项目1处不符合规范扣1分;		
	22.18 (2分) 使用反渗透水冲洗透析器残血、透析器复用消毒剂使用应当符合要求, 1处不合格扣1分;		
	22.19 (2分) 使用前应当进行痕量消毒剂残留检测并进行破膜试验, 1处不合格扣1分。		
<b>(八) 加强实验室生物安全 and 质量控制。(100分)</b>			
23. 贯彻落实《医疗机构临床实验室管理办法》等有关规定, 加强医疗机构内实验室生物安全 and 质量控制。重点加强对医疗机构病理科(室)的管理。 (100分)	23.1 (20分) 建立安全管理责任制, 单位法人是实验室安全第一责任人, 并授权主管领导及实验室主任具体负责, 有具体的职能部门主管单位安全管理工作; 设有安全委员会, 职责明确, 委员会成员是由机构负责人、实验室管理者、感染控制人员、实验技术人员、医学顾问等相关人员组成, 上述各项每发现一处不合格扣4分;		
	23.2 (20分) 单位建立生物安全管理制度, 包括: ①实验室人员准入制度; ②感染性材料管理制度; ③员工健康管理制度; ④生物安全工作自查制度; ⑤实验室资料档案管理制度; ⑥生物安全管理及实验人员的培训和考核制度; ⑦意外事件处理与报告制度; ⑧实验室安全保卫制度, 缺少1项制度扣2.5分;		



重点要求	检查方法与检查内容	扣分依据	实得分
	23.3 (10分) 建立并维持风险评估和风险控制程序, 并持续进行危险识别、风险评估和必要的控制措施(必要时还要进行危险评估分析), 风险评估报告应得到所在单位生物安全委员会的批准, 上述各项每发现一处不合格扣4分;		
	23.4 (10分) 根据风险评估结果配备个人防护装备和用品, 并有适量储备(如手套、防护服、实验用鞋、口罩、帽子等), 防火和生物安全设备的配备应符合实验活动的生物安全需要, 重点部位应根据应急需要储备适当的应急物品, 上述各项每发现一处不合格扣4分;		
	23.5 (20分) 建立实验室人员档案管理系统; 组织开展了本单位内部的培训, 并实行考核合格上岗制度; 对从事实验室工作的人员定期健康体检, 必要时进行免疫接种, 并有相应记录。上述各项每发现一处不合格扣5分;		
23. 贯彻落实《医疗机构临床实验室管理办法》等有关规定, 加强医疗机构内实验室生物安全质量控制。重点加强对医疗机构病理科(室)的管理。(100分)	23.6 加强对病理科(室)的安全管理(20分)	23.6.1 (6分) 病理科(室)位置应为独立区域, 非公共楼道; 有严格分区: 污染区、半污染区和清洁区; 实验室功能划分明确; 空间能满足工作需要和质量保证的需要, 上述各项每发现一处不合格扣2分;	
		23.6.2 (8分) 涉及有毒液体和气体的实验室有无专业排风设备; 实验室应有通风设施; 实验室废物和有毒废液有专用容器收集; 废弃刀片及玻璃物品有专门的容器存放; 由医院集中存放; 由具有资质的专业机构处理; 有通风式病理标本存在柜, 上述各项每发现一处不合格扣2分;	
		23.6.3 (3分) 病理标本组织处理仪器设置、摆放应该符合相应标准, 1处不合格扣3分;	
		23.6.4 (3分) 病理科(室)有洗眼、喷淋设备; 应有独立的洗浴条件或者能保证工作后的及时洗浴条件, 上述各项每发现一处不合格扣1分。	
<b>(九) 加强安全生产责任制落实, 保障医疗安全。(100分)</b>			

重点要求	检查方法与检查内容	扣分依据	实得分
24. 建立安全生产（保卫）、规章制度和操作规程等，落实安全生产（保卫）责任制。（16分）	24.1 （4分）建立完善的安全生产（保卫）、规章制度和操作规程等； 24.2 （4分）落实安全生产（保卫）责任制，应当涉及到院领导、科室和班组； 24.3 （4分）医疗废弃物处理符合相关规定； 24.4 （4分）领导或安全管理部门应当定期进行监督检查； 上述各项每发现1处不符合要求扣4分。		
25. 安全生产重要设施、装备、关键设备和装置日常管理维护、保养、安全运行情况，防治漏电漏气漏水、完善劳动保护用品的配备和使用。（29分）	25.1 （14分）供电供热供水等安全生产重要场所、设施、装备的设置是否合理，安全运行情况（如医用氧舱、同位素室、氧气供应室、危险品仓库、配电室、备用发电机、锅炉、压力容器、压力管道、电梯等），发现1处不符合标准扣2分； 25.2 （15分）地下空间使用情况、责任人情况、设施和安全管理制度落实情况。1处不符合标准扣5分。		
26. 建立完善安全应急预案，制定应急救援物资配备维护制度，加强安全生产教育培训，定期开展安全应急演练。（25分）	26.1 （9分）抽查三类人员（医疗卫生机构的主要负责人、安全管理人员和特种作业人员）的持证上岗和教育培训情况；发现1例不符合标准扣3分； 26.2 （16分）应当建立各类应急救援预案，应当组织开展过至少一次应急预案演练，应急救援物资、设备的配备应当充足并定期维护，发现1处不符合要求扣4分。		

重点要求	检查方法与检查内容	扣分依据	实得分
27. 设立安全保卫工作机构，人员配备合理；确保消防通道畅通，无障碍物，消防设备齐全，标志醒目，专人管理，设有消防预警系统；不使用危房，建筑施工安全。（30分）	27.1（6分）应当设立安全保卫工作的专门机构，人员配备合理； 27.2（6分）应当合理安排值班、巡逻，监控设备设置合理有效； 27.3（6分）消防设施设备充足、完好，配置合理，在有效期内，有专人负责维护和管理。门诊、急诊人员聚集的场所应当有消防安全警示标志，防火疏散通道应当通畅，应当有疏散指示标志，应当有消防预警系统； 27.4（6分）不得使用危房，应当落实新建、改建、扩建工程项目施工中的安全责任、措施，在建建筑施工安全设施、安全警示标志应当保持完善、有效； 27.5（6分）重要设备（如锅炉、消防器材、电梯等）要定期接受质检或安全部门的检测。上述各项每发现1处不符合要求扣6分。		
<b>（十）加强医德医风教育，努力做到“医德好”，深入开展行风评议，努力做到“群众满意”。（50分）</b>			
28. 加大医德医风教育力度。（10分）	深入组织学习《刑法修正案（六）》和最高人民法院、最高人民检察院《关于办理商业贿赂刑事案件适用法律若干问题的意见》，教育覆盖面达到100%。不符合要求扣10分。		
29. 制定完善医德医风制度规范。（10分）	29.1 组织学习《医疗机构从业人员行为规范》，医务人员知晓率应达到100%。不符合要求扣5分。 29.2 细化工作指标和考核标准，建立对医务人员有效的激励和约束机制。二级以上医院100%实行医德考评制度的内容。不符合要求扣5分。		
30. 开展患者满意度调查和出院患者回访活动，积极组织、主动参与民主评议行风活动。（30分）	要求职工对医院管理组织机构和领导工作满意度 $\geq 80\%$ ；患者、医师与护理人员对检验科服务满意度 $\geq 90\%$ ；患者、医师与护理人员对医学影像部门服务满意度 $\geq 90\%$ ；患者与医师、护理人员对药学部门服务满意度 $\geq 90\%$ ；患者、医务人员对医院后勤服务满意度 $\geq 90\%$ ；已出院患者对医疗服务满意度 $\geq 90\%$ 。 及时解决群众反映的突出问题，努力让社会满意。以上六项，未符合项，每项扣5分。		

重点要求	检查方法与检查内容	扣分依据	实得分
备注：一、本表总分 <b>1050分</b> ，单项分值扣完为止，不倒扣分；被检查医疗机构没有开展该项工作的项目记零分。 二、各组在检查中发现的工作亮点，请填写附件《工作亮点表》（表1）。 三、各组在检查中发现的问题以及提出的改进建议，请填写附件《存在问题及改进建议》（表2）。			

- 附件：1. 检查评分表  
 2. 检查评分汇总表  
 3. 检查情况小结  
 4. I类切口手术病历用药评价意见表  
 5. 心肺复苏技术操作考核评价标准  
 6. 医疗核心制度主要内容  
 7. 复合伤病人首诊处理流程  
 8. 第一批通过心血管疾病介入诊疗技术准入医院及批准项目一览表  
 9. 湖北省第一批、二批通过心血管疾病介入诊疗技术医师名单

www.med126.com