

广东省妇幼保健机构等级评审标准

www.med126.com

(三级妇幼保健院)

广东省卫生厅

二〇一一年三月

目 录

广东省妇幼保健机构等级评审一票否决条款（共 9 项）	1
广东省妇幼保健机构评审标准（共 1000 分）	2
第一部分 行政管理 180 分	2
一、规模与科室设置 26 分	2
（一）床位设置 8 分	2
（二）科室设置 18 分	2
二、人力资源管理 12 分	4
三、组织机构与管理 18 分	5
四、依法执业 8 分	7
五、科研教学管理 36 分	8
（一）科研管理 16 分	8
（二）继续医学教育 10 分	9
（三）教学与管理水平 10 分	10
六、信息管理 24 分	11
七、财务管理 22 分	14
八、医疗设备管理 16 分	17
九、总务管理 18 分	17
第二部分 保健管理与技术水平 240 分	20
一、保健质量管理 25 分	20
二、功能与服务 116 分	21
（一）妇女保健 40 分	21
（二）儿童保健 32 分	23
（三）妇幼卫生信息 22 分	24
（四）健康教育 22 分	26
三、技术水平 90 分	27
（一）妇女保健服务 45 分	27
（二）儿童保健服务 45 分	30

www.med126.com

四、保健质量评价	9分	.....	33
第三部分 医疗质量管理与技术水平	320分	.....	35
一、医疗质量	100分	.....	35
(一) 医疗管理	32分	.....	35
(二) “三基”、“三严”	8分	.....	38
(三) 病历质量	25分	.....	39
(四) 院感管理	30分	.....	39
(五) 爱婴医院	5分	.....	44
二、临床科室管理与技术水平	140分	.....	45
(一) 急诊工作质量管理与技术水平	11分	.....	45
(二) 门诊工作质量管理与技术水平	8分	.....	48
(三) 妇科工作质量管理与技术水平	28分	.....	49
(四) 产科工作质量管理与技术水平	28分	.....	51
(五) 生殖健康技术水平	8分	.....	54
(六) 儿科工作质量管理与技术水平	18分	.....	54
(七) 新生儿科工作质量管理与技术水平	18分	.....	56
(八) 麻醉科手术室工作质量管理与技术水平	15分	.....	58
(九) 传染病管理	6分	.....	61
三、医技科室管理与技术水平	72分	.....	62
(一) 检验工作质量管理与技术水平	14分	.....	62
(二) 遗传实验室工作质量管理与技术水平	8分	.....	66
(三) 心电图室工作质量管理与技术水平	2分	.....	67
(四) 超声室工作质量管理与技术水平	10分	.....	68
(五) 医学影像工作质量管理与技术水平	8分	.....	69
(六) 病理工作质量管理与技术水平	6分	.....	70
(七) 消毒供应中心(室)质量管理与技术水平	6分	.....	72
(八) 输血管理	6分	.....	76
(九) 药事管理	12分	.....	77
四、医疗质量评价	8分	.....	80

第四部分 护理管理与技术水平 100 分	81
一、护理管理 30 分.....	81
二、技术水平 30 分.....	84
三、质量管理 40 分.....	86
第五部分 医院服务 80 分	91
一、维护患者合法权益 18 分.....	91
二、医德医风与行业建设 26 分.....	92
三、服务环境和服务流程 18 分.....	95
四、严格价格管理, 杜绝不合理收费 18 分.....	97
第六部分 医院绩效 40 分	99
一、社会效益 10 分.....	99
二、工作效益 20 分.....	99
三、经济运行状态 10 分.....	100
第七部分 安全管理 40 分	101
一、医疗服务安全与患者安全 15 分.....	101
二、建筑、设备、设施安全 20 分.....	102
三、危险物品及要害部门安全 5 分.....	103

www.med126.com

广东省妇幼保健机构等级评审一票否决条款

评审内容	评审指标	评审方法	评审结果
违法和严重违规行为	违反《母婴保健法》、《医疗机构管理条例》、《人口计生法》，发现无证行医、超范围执业、科室出租或承包、非法开展计划生育手术、非法进行胎儿性别鉴定和非法终止妊娠等现象。	查近 2 年卫生行政主管部门和卫生监督机构的相关材料。	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>
	违反《执业医师法》、《护士条例》、《母婴保健专项技术服务许可及人员资格管理办法》，无资质人员从事相关医疗、保健、护理工作。	查近 2 年人事科提供的人员分科花名册、医师资格证书、医师执业证书、母婴保健技术考核合格证书、护士执业证书原件以及调阅归档病历。	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>
行风建设	发生重大商业贿赂事件。	查近 2 年司法机关和卫生行政主管部门刑事处分或法律处罚相关材料。	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>
安全事故	发生重大医疗事故，未按规定上报或瞒报。	查近 2 年省、市医疗事故技术鉴定机关的鉴定材料和保健院材料。	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>
	发生因管理原因直接造成死亡 2 人以上或重伤 5 人以上的事故，发生经济损失在 50 万元以上重大事故。	查近 2 年当地政府的安全生产管理部门和卫生行政部门的相关证明。	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>
指令性任务	无故不接受对口支援、救灾、突发公共卫生事件处理等指令性任务。	查近 2 年卫生行政部门及妇幼保健机构提供的资料。	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>
公共卫生服务	对基层妇幼保健机构开展的妇幼卫生服务进行指导、检查、考核与评价。	查近 2 年妇幼保健机构资料，了解相关情况。	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>
弄虚作假行为	评审资料或评估过程中发现弄虚作假行为。	核实相关资料。	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>
医疗技术准入管理	未经技术准入擅自开展相关医疗技术临床应用	查近 2 年相关资料。	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>

注：一票否决指标，要求全部合格；若有 1 项不合格，则被否决，整改 3 个月后可重新提交评审申请。

广东省妇幼保健机构等级评审标准（三级妇幼保健院）

第一部分 行政管理 180 分

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
一、规模与科室设置	26					
（一）床位设置	8					
1. 床位设置 ≥ 350 张	4	1. 以卫生行政部门核定的床位数为准。 2. 妇科、产科、儿科、新生儿科病床占总床位数的 80%。	1. 查卫生行政主管部门批准文件。 2. 查阅有关报表，实地核查。	1. 实际开放床位每少 10 张扣 1 分，扣完 4 分为止。 2. 妇科、产科、儿科、新生儿科床位数每少 1 个百分点扣 0.1 分。		
2. 每床建筑面积 ≥ 90 m^2 ；每床净使用面积 ≥ 8 m^2 ；母婴同室每床使用面积 ≥ 9 m^2 ；分娩室面积 ≥ 100 m^2 。	4	1. 每床建筑面积 = 全院建筑面积 \div 床位数。 2. 每床净使用面积 = 病房建筑面积 $\times 75\%$ \div 床位数。	1. 查阅有关建筑资料、房产账目，计算面积。 2. 实地查看母婴同室、分娩室。	1. 每床建筑面积少 1 m^2 扣 0.2 分；每床净使用面积少 1 m^2 扣 0.1 分，扣完 2 分为止。 2. 母婴同室每床使用面积少 1 m^2 扣 0.1 分；分娩室面积每少 1 m^2 扣 0.2 分，扣完 2 分为止。		
（二）科室设置	18					
（1）管理科室	3					
管理科室设置达到标准要求，能满足医院各项管理工作需要，且合理、高效。	3	1、应严格执行院科两级管理体制，机构健全、职能明确。应设院办、党办、质控科、医教科或医务科、保健部、护理部、院感科、门诊办、人事科、财务科、总务科、设备科、信	查阅组织机构图及有关机构设置和干部任命文件，随机抽查 2-3 个科室。	1. 每缺 1 个科扣 0.5 分。 2. 职能科室负责人兼任两个以上科室负责人扣 0.5 分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
		息科、健康教育科、客户服务中心（投诉管理科）。 2、职能科室负责人不能兼任两个以上科室负责人。				
(2) 保健科室	4					
1. 一级科室：妇女保健科、儿童保健科。	2	一级科室设置达到标准要求。	看科室设置文件并实地查看科室。	一级科室缺 1 个科扣 1 分。		
2. 二级专业科室：婚前保健、孕前保健、女职工保健、妇科病查治、青春期保健、围绝经期保健、老年期保健、妇女心理卫生、妇女营养、乳腺保健、产后康复、计划生育、集居儿童保健、儿童生长发育、儿童口腔、眼、听力保健、儿童心理卫生、儿童营养、儿童康复等专业。	2	www.med126.com 妇女保健、儿童保健科的二级专业组各不少于 6 个。	看科室设置文件并实地查看。	1. 二级专业组缺一个组扣 1 分。 2. 每缺 1 个专业组工作制度、人员职责、诊疗常规各扣 0.5 分。		
(3) 临床科室	4					
1. 一级科室：妇科、产科、产前诊断中心、生殖健康科、儿科、新生儿科、急诊科、麻醉科手术室、中医科。 2. 二级科室：妇科：设普通妇科、妇科肿瘤、妇科内分泌等专业科室。产科：设生理产科、病理产科。儿科：设普通儿科、小儿外科。新生儿科：设 NICU。中医科：设中医妇产科、中医	4	1. 科室设置达到标准要求。 2. 妇科、产科、儿科总床位数 ≥ 300 张应设重症医学科 (ICU)	1. 看科室设置文件并实地查看科室设置情况。 2. 查看各科室工作制度、人员岗位职责、诊疗常规、必要的设备、工作量记录、工作计划、总结及各种相关记录。	1. 一级科室缺 1 个科扣 1 分。二级科室缺 1 个科扣 0.5 分。 2. 每缺 1 科工作制度、人员职责、诊疗常规各扣 0.5 分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
儿科。						
(4) 市级重点 (或特色) 专科	3	全院应有 3 个以上市级重点 (或特色) 专科, 每个专科具有的专业诊疗水平与质量处于本省前列。	查资料, 现场检查。	每缺一个重点 (或特色) 专科扣 1 分。		
(5) 医技及其他业务科室	2					
检验科、输血科、放射科、超声科、药剂科、心电图室、病理科、遗传实验室、理疗室、消毒供应室、病案室、图书室等。	2	1. 科室设置达到标准要求, 输血科可与检验科合设。 2. 各科工作制度健全。	1. 查看科室设置文件并实地查看科室设置情况。 2. 查看各科室工作制度、人员岗位职责、必要的设备、工作量记录、工作计划、总结及各种相关记录。	1. 每少设 1 个科 (室) 扣 1 分。 2. 每缺 1 科工作制度、人员职责各扣 0.5 分。		
(6) 成立各专业管理委员会	2					
医疗质量管理委员会、病案管理委员会、药事管理委员会、医院感染管理委员会、临床输血管理委员会、医学伦理委员会等 6 个管理组织, 组成人员结构合理。	2	1. 组织健全。 2. 人员配备合理。 3. 每个管理组织每半年至少开展一次活动并有记录, 监督检查有记录和改进意见。	1. 查看是否按要求成立管理组织。 2. 查看组成人员结构是否合理。 3. 查看活动开展情况。	1. 缺 1 个组织扣 0.2 分, 扣完 2 分为止。 2. 1 个组织人员结构不合理扣 0.1 分, 扣完 1 分为止。 3. 1 个组织少一次活动或无整改意见、记录不全扣 0.1 分, 扣完 1 分为止。		
二、人力资源管理	12					
1. 各科室人力资源配备合理并满足工作需要。	4	1. 有人力资源配置方案 (各科室有人员编制) 2. 卫生技术人员占全院职工总数 $\geq 80\%$ 3. 病床数与卫生技术人员之比例为 1:1.5-1.8。	1. 查人事科资料, 人员配置表及医院有关文件。 2. 计算病床数与卫生技术人员之比	1. 无人力资源配置方案扣 1 分, 2. 病床数与卫生技术人员之比每低 0.1 扣 2 分; 低于 0.2 不得分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
2. 专职保健人员地市级≥61人，省级≥120人，其中从事保健管理人员≥2人，从事社区保健人员≥4人。	3	保健人员数符合要求。	查阅保健部门科室设置及人员安排。	1. 专职保健人员不达标不得分， 2. 保健管理人员少于2人扣1分，社区保健人员少于4人扣1分。		
3. 业务科室负责人资质符合要求	2	1. 重点专科学科带头人、妇科、产科、儿科、新生儿科主任必须是主任医师。 2. 其他业务科室主任必须是副主任医师或以上职称	查人事科资料及医院聘任文件	1 个科室主任不符合要求扣0.5分		
3. 实行岗位职务聘任制。	3	1. 对各类人员实行岗位职务聘任制 2. 对技术人员实行职称评聘分离制。	查文件及聘任合同档案	1. 无制度扣1.5分 2. 未实行评聘分离扣1.5分		
三、组织机构与管理	18					
1. 医院有健全的科学管理体系，有一个结构合理、分工明确、团结合作的领导班子。各职能部门应配备专职管理干部负责管理。	3	1. 有医院组织架构图。 2. 领导班子成员有明确的分工。 3. 有专职管理干部负责管理职能部门，有工作计划和工作总结。	1. 查看医院组织架构图 2. 查看院领导分工 3. 查看职能科室工作计划和工作总结。	1. 无医院组织架构图扣1分，领导班子结构不合理、分工不明确扣1分。 2. 职能科室有一科无计划、无总结扣1分。		
2. 办院方向端正，发展目标明确，制定年度工作计划和中长期发展规划并经职代会通过。	3	1. 医院有年度工作计划和中长期发展规划并经职代会通过。 2. 规划和计划中有学科建设和人才梯队建设措施。	1. 查资料，看是否制定中长期发展规划和年度工作计划。 2. 看规划和计划是否包括规定内容。 3. 查会议记录等材料，看规划、计划是否经职代会讨论通过。	1. 缺中长期发展规划或年度工作计划各扣0.5分。 2. 规划或计划缺学科建设和人才梯队建设内容各扣0.5分。 3. 规划和计划未经职代会讨论通过扣1分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
3. 医院有健全的各项规章制度和各类人员岗位职责。	2	1. 院内所开展的每项工作均有工作制度，每个工作岗位均有工作职责与任务。 2. 制度、职责编印成册。	1. 查相关资料，考核制度、职责制定情况。 2. 抽查5个不同岗位工作人员，考核制度、职责掌握情况。	1. 制度、职责不完善扣1分。 2. 1人工作制度、职责不熟悉各扣0.2分，扣完1分为止。		
4. 建立会议制度和行政查房制度。会议制度：院务会、行政办公会、中层干部会、职工代表大会等。行政查房制度：医疗护理质量、医疗安全隐患、安全保卫工作、后勤保障等（每月查房一次）	2	提供相关制度。 www.med126.com	1. 查会议记录及其落实情况。 2. 查行政查房记录及发现问题的整改措施及落实情况。	1. 缺1项会议制度扣0.5分。 2. 会议决议不落实，1项扣0.5分。 3. 行政查房缺1项纪录扣0.5分。 4. 发现问题无整改措施或落实不好扣0.5分。		
5. 实行院长负责制，建立科学决策机制，“三重一大”事项经集体讨论并按规定程序报批。院领导把主要精力用于医院管理工作，推进医院管理职业化进程。	4	提供院班子会议记录及院长工作表	1. 查阅医院院长任期目标责任制文件。 2. 了解院长目标责任制的实施情况，对“三重一大”事项（重大事项决策、重要人事任免、重大项目安排、大额度资金使用）有无集体讨论、决策依据和表决情况。 3. 了解院领导深入科室、现场办公、查房情况。 4. 任期目标责任制的实施情况。	1. 无院长目标责任制扣1分。 2. 院长从事管理时间少于三分之二扣1分。 3. 重大事项未经集体讨论扣2分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
6. 医院成立职代会（或工会），有民主管理制度，行使民主权力。	2	提供院职代会（工会）成立文件及章程，有关会议记录。	1. 查职代会相关资料。 2. 查医疗质量、医疗安全管理、行风廉政建设等公开情况。	1. 未成立职代会扣 0.5 分。 2. 未对重大事件实现民主决策扣 1 分，内容不符流于形式扣 0.5 分。		
7. 全面推行院务公开工作。	2	1. 院务公开工作有院领导分工负责。 2. 及时准确向卫生行政部门上报医院院务公开和医疗服务数据。 3. 提供医院院务公开制度。 4. 开展患者、职工对院务公开的满意度调查。	1. 查相关资料：卫生行政部门的记录和卫生统计信息资料。 2. 现场查看公示栏；查看患者、员工满意度调查表等资料。	1. 无院领导分工负责院务公开工作扣 0.5 分。 2. 未按要求向卫生行政部门上报院务公开情况和数据扣 0.5 分。 3. 无院务公开制度和公示栏扣 0.5 分。 4. 未按要求开展满意度调查扣 0.5 分。		
四、依法执业	8					
1. 严格执行医疗卫生管理法律、法规和规章。	4	1. 《医疗机构执业许可证》合法、有效，按时校验；法人、床位数或诊疗科目等注册事项发生变化时应及时变更。 2. 未经批准不得擅自改变或加挂机构及诊疗中心名称。 3. 问卷考核院领导班子、有关职能处（科）室负责人、部分科主任、护士长(共 20 人)对卫生法律、法规的知晓情况。	1. 查看《医疗机构执业许可证》正本及副本、变更记录。 2. 实地查看。 3. 组织考试。	1. 未按时校验扣 1 分，未及时变更注册扣 0.5 分。 2. 名称不符合规范扣 0.5 分。 3. 考核合格率低于 90%，每下降 10%扣 0.5 分，1 人不及格扣 0.5 分。		
2. 医务人员严格遵守医疗卫生管理法律、法规、规章。医院	4	1. 医院根据卫生法律、法规、规章等制成汇编并组织培训。 2. 定期组织职工学习《执业医	查资料及相关记录。	1. 未提供汇编扣 1 分。 2. 少 1 次培训记录扣 0.5 分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
每年有法律、法规培训计划。		师法》、《母婴保健法》、《母婴保健法实施办法》、《传染病防治法》、《献血法》、《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》、《侵权责任法》等法律、法规，每年不少于 2 次, 并有记录。				
五、科研教学管理	36					
(一) 科研管理	16					
1. 有完善的科研工作管理组织。	1	1. 有院领导分管科研工作。 2. 有专职人员管理科研工作。	1. 查分管院长职责 2. 查阅医院人事资料。	1. 无院领导分管扣 0.5 分。 2. 无专职管理人员扣 0.5 分。		
2. 医院制定科研管理制度，对科研工作给予支持，医院每年有科研经费投入，年度有科研计划，并组织实施。	4	1. 制订科研管理制度，制度中有科研支持措施，并落实 2. 制订科研计划，并组织实施。 3. 每年医院提取医院收支结余的 2% 作为科研专项基金。	查文件及有关记录。	1. 无科研计划或有计划未落实扣 1 分 2. 无制度扣 1 分。无支持措施扣 0.5 分，未落实扣 0.5 分。 3. 无投入扣 2 分，经费不达标扣 1 分。		
3. 有相应的科研能力。	4	提供评审周期 2 年内科研课题立项资料。	查科研课题计划任务书，看被立项的科研课题数量、级别。	1. 项目第一完成单位为本单位者：部、省级一般或市厅级重点项目以上每项得 2 分。市厅级一般或县级重点项目每项得 1 分。 2. 与其他单位合作项目		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
				参照第 1 条酌情给分。 3. 超过 4 分可加分，加分最多不超过 4 分。		
4. 有相应的市级及以上科技奖励。	4	提供评审周期 2 年内科技进步奖的相关证书及资料。	查科技进步奖获奖证书，看获得的项目数和达到等级。	1 项目第一完成单位为本单位者：. 部、省级 1 项得 2 分。市厅级一等奖得 2 分，二等奖得 1.5 分，三等奖得 1 分。 2. 与其他单位合作项目参照第 1 条酌情给分。 3. 超过 4 分可加分，加分最多不超过 4 分。		
5. 评审周期内，公开发表学术论文刊登数达标。	3	1. 公开发表的论文登数达标（按普通期刊、核心期刊以及 SCI 收录统计，原件或网上查询）。 2. 评审周期 2 年内，在公开发行的专业期刊上发表的论文数量大于本院中级以上医疗技术人员总数的 50%。	1. 查人事科人员花名册和学术论文登记册。 2. 看论文发表情况。	1. 每上升 1 个百分点得 0.2 分。 2. 每降低 1 个百分点扣 0.2 分，扣完 3 分为止。 3. 超过 3 分可加分，加分最多不超过 3 分。		
(二) 继续医学教育	10					
1. 开展继续医学教育，按照广东省继续医学教育管理办法对在职人员进行继续教育。	3	检查医院的管理制度等相关资料，了解对管理办法的执行情况以及全院在职人员继续教育的达标率。	1. 有卫生技术人员继续教育制度、计划、实施记录及其必要设施，对卫生技术人员有系统的学分管理。 2. 有院内卫生技术人员培训制度和实施记录。	1. 管理制度不健全扣 1 分。 2. 无按管理办法执行扣 1 分；达标率<85%扣 1 分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
2、按照规范开展专科医师/住院医师培训工作，管理规范，档案齐全；住院医师培训率达到100%，培训合格率 \geq 75%。	2	1. 有专科医师/住院医师培训制度，建立相关培训档案。 2. 抽查5名住院医师，了解培训情况，查看培训手册是否按培训计划轮转和考核。	1. 查制度及看资料。 2. 考问住院医师	制度不健全扣0.5分；管理欠规范，档案不齐全扣0.5分；未按培训计划轮转和考核扣0.5分；培训率 $<$ 100%，培训合格率 $<$ 75%扣0.5分。		
3. 承担下级医院技术骨干的临床专业进修任务。	2	承担下级医院技术骨干的临床专业进修任务。	查阅进修教育及管理记录及相关资料。	1. 无承担进修教育扣1分。 2. 无管理制度或无组织进修考核扣1分。		
4. 每年承担各级各类继续医学教育项目。	3	每年承担各级各类继续医学教育项目。	查阅上一年度的上级管理部门批文。	1. 国家级1项得1.5分，省级1项得1.0分，市级1项得0.25分。 2. 超过3分可加分，加分最多不超过3分。		
(三) 教学与管理水平	10					
1. 有院领导分管教学管理工作，有主管教学的职能部门或专职人员。	1	1. 有院领导分管教学管理工作。 2. 有主管教学的职能部门或专职人员。	1. 查分管院长职责。 2. 查阅医院人事资料。	1. 无院领导分管扣0.5分。 2. 无专职管理人员扣0.5分。		
2. 具有承担高等医学院校的临床教学任务的能力。	2	具有承担包括大课、临床见习、临床实习等教学任务的能力。	查教学医院协议书、本科或大专理论大课授课表、实习及见习轮转表等相关资料。	缺一项扣0.5分。		
3. 教学组织健全。	3	教学组织健全，按教学的需要设置妇、产、儿、新生儿等教研组(室)。有切实可行的教学计划并组织实施与评价，有健全的教学工作规章制度，建	查阅文件及有关资料，抽查教学工作计划和组织实施相关资料；教研组(室)。	1. 无按照需要设置教研组(室)扣1分。 2. 教学计划、工作计划、教学制度不完善扣0.5分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
		立备课、评教和督导性听课制度并有检查和落实。职能部门督导检查活动记录等。		3. 无备课、教评、听课制度扣 0.5 分。 4. 教研组（室）及职能部门无定期组织开展督导检查活动扣 1 分。		
4. 教师队伍稳定。	3	1. 主干教研室有 1 名以上正高级职称及 3 名副高级职称教师。 2. 教学查房和理论教学任务由主治医师以上承担, 临床带教任务由 3 年以上住院医师承担。	1. 查阅有关资料了解妇、产、儿、新生儿教研室师资队伍组成情况, 查教学工作安排表。 2. 实地检查抽查 2 位老师讲课 10 分钟(题目可自选)了解老师的教学水平。	1. 师资队伍一个学科不达标扣 0.5 分, 二个学科以上不达标扣 1 分; 一个学科带教老师资质不达标扣 0.5, 二个以上不达标扣 1 分。 2. 抽查听课不合格扣 1 分。		
5. 教学设施齐备。	1	1. 教学设施齐备: 教学资料(教材、教案、病例病种数等)、教学设备(投影、电脑、标本模型等)能满足临床教学要求。 2. 有教室、示教室、学生宿舍、图书馆等教学配套设施, 图书馆向学生开放。	实地检查。	1. 教学资料、设备不齐备扣 0.5 分。 2. 教学配套设施不齐全扣 0.5 分。		
六、信息管理	24					
1. 有医院信息化组织机构、建设规划、经费保障、规章制度和操作规程。	2	1. 建立专职管理机构(信息中心等), 有岗位职责。 2. 制定检查医院信息化建设规划, 年度计划和预算。 3. 制定医院网络和计算机使用管理制度和操作规程。	1. 查看相关管理制度和规划、计划。 2. 查看岗位职责。	1. 无规划或计划扣 0.5 分。 2. 无预算扣 0.5 分。 3. 无专职管理机构和岗位职责扣 0.5 分; 机构挂靠其他部门内扣 0.5 分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
				4. 无规章制度和操作规程扣 0.5。		
2. 根据卫生部《医院信息系统基本功能规范》的规定，满足医院管理和临床工作需要。	4	1. 信息系统能及时、准确、收集、整理、分析和反馈有关医院管理和临床信息。 2. 建立内容丰富的医院网站。 www.med126.com	根据卫生部《医院信息系统基本功能规范》的规定进行检查。了解信息网络是否健全，是否满足医院管理、临床、护理、医技等部门的需求。	1. 医院未建信息网络扣 2 分，网络建设不完善的根据情况适当扣分。 2. 未建立医院网站扣 1 分。 3. 不能满足管理临床、护理、医技等部门需要扣 1 分。		
3. 严格执行信息化的安全和保密制度，保障系统安全，保护患者隐私。	4	1. 制定信息化安全和保密制度。 2. 制定具体安全措施。 3. 实行信息系统操作权限分级管理。	1. 检查系统是否安全、数据是否安全及应急措施。 2. 检查信息系统主机房各项安全措施情况。 3. 是否有防病毒、防火墙、入侵监测等软件或硬件设备。 4. 是否有数据备份、服务器备份和网络线路备份措施，是否有应急措施。 5. 是否实行信息系统操作权限分级管理，是否有管理人员授权机制。	1. 没有独立的主机房扣 1 分。 2. 没有应急措施扣 1 分。 3. 没有防病毒、防火墙、入侵监测等软件或硬件设备扣 1 分。 4. 没有数据备份、服务器备份和网络线路备份措施扣 1 分。 5. 未实行信息系统操作权限分级管理扣 0.5 分。 6. 没有管理人员授权机制扣 0.5 分。		
4. 图书馆管理按《广东省医院图书馆管理规范》要求进行管理。	1	1. 有专职人员管理。 2. 制定图书馆人员岗位职责及规章制度。	1. 检查规章制度、年度计划和预算。 2. 检查有无建立馆长负责制和岗位职责。	1. 无规章制度扣 0.5 分。 2. 无岗位职责扣 0.5 分。		
5. 图书馆在文献采集上应兼顾各种文献载体形式。	1	1. 文献采集包括印刷版、电子版、数据库、网络资源和视听	1. 检查印刷版及电子版的文献计划。	1. 无医学图书采集计划的扣 0.5 分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
		媒体等。 2. 有明确图书文献经费开支保证。	2. 检查被采集文献分类、编目标引的依据。 3. 检查有无具体图书文献经费数目。	2. 对被集中文献无分类、编目、标引依据的扣0.5分。 3. 无经费的扣0.5分。		
6. 图书馆应做好书刊阅览、外借、文献复印等工作。	1	1. 制定书刊借阅制度。 2. 开展参考咨询服务、文献定题服务。 3. 建立电子阅览室。	1. 检查书刊借还计算机管理。 2. 检查开展参考咨询等服务。 3. 检查电子阅览条件。	1. 未采用自动化管理的扣0.5分。 2. 未开展参考咨询等服务的扣0.5分。 3. 未提供电子阅览条件的扣0.5分。		
7. 图书馆有固定的馆舍，创造良好的学习环境。	1	1. 图书馆应落实防火、防水、防虫蛀等各项安全措施。 2. 环境整洁、安静、有禁烟标志。	1. 现场检查。 2. 检查防火、防水、防虫蛀等各项安全措施和读者学习环境。	1. 无专用馆舍扣0.5分。 2. 安全措施不落实、读者学习环境差的适当扣分。 3. 无禁烟标识扣0.5分。		
8. 建立病案管理制度，落实《广东省病历书写规范》。	3	1. 有病案管理委员会，定期研究管理工作。 2. 病案首页要完整无缺项，诊断和手术操作名称规范。 3. 使用 ICD-10 编码和 ICD-9CN-3 手术室分类编码，编码错漏率少于 2%。 4. 登记及索引完备。 5. 有病案质量检查制度并做好质控记录。	1. 按《广东省病历书写规范》进行检查、考核。 2. 检查病案管理委员会工作记录。 3. 查阅病案质量管理制度及落实情况。 4. 查阅 20 份病历 ICD-10 编码和 ICD-9CN-3 科室分类编码。 5. 有保障病历的安全制度、病历借阅管理制度及实施情况。	要点中有一条达不到扣 1 分。		
9. 按照卫生部《电子病历基本规范》（2010 年版）的要求使用电子病历。	3	1. 建立电子病历计算机系统，有电子病历书写及管理规范。 2. 有保障电子病历系统和信息安全的措施。	查看医院计算机系统；抽查 15 份电子病历。	1. 无电子病历管理规范扣 1 分。 2. 电子病历不符合卫生部标准要求扣 2 分。 3. 有一份电子病历未按		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
				规范书写扣 0.5 分（共 3 分）。		
10. 统计室管理。各种统计、编码都必须采用国家和部颁标准，严格执行卫生厅的报表制度。	4	<p>1. 医院统计人员必须具有国家认可的上岗证。</p> <p>2. 准确、及时、全面完成各项规定报表。</p> <p>3. 必须用病案首页统计原始资料, 保证统计数据质量。</p> <p>4. 主要诊断选择、ICD 编码、手术操作编码、诊断符合情况要准确, 各项统计数据录入计算机操作无误。</p> <p>5. 从计算机网络通过挂号、收费, 收集统计各项工作量。</p> <p>6. 有健全的职能科及临床科室反馈信息的制度, 定期向医院领导报送统计报表信息。</p> <p>7. 每年度编纂《年度统计资料汇编》。汇编收集内容丰富, 有重点、有对比、有分析。</p> <p>8. 有健全的统计台帐, 住院死亡病人一览表, 住院抢救危重病人一览表, 住院手术病人一览表为必备台帐。可通过字、表格、图形等形式表现。</p>	<p>1. 查看医院统计人员上岗证。</p> <p>2. 查看相关统计报表。</p> <p>3. 查看统计台账。</p> <p>4. 查看工作量收集统计方法。</p> <p>5. 查看《年度统计资料汇编》。</p>	<p>1. 无国家认可的上岗证, 一人扣 0.5 分。</p> <p>2. 报表数据不准确扣 1.5 分。</p> <p>3. 收集统计工作量不准确扣 1 分。</p> <p>4. 其余一项达不到要求扣 0.5 分。</p>		
七、财务管理	22					
1. 医院设置一个财务管理部门, 并按工作需要科学设置会	2	1. 保健院只能设置一个财务管理部门, 负责全院收支、核	1. 听汇报, 查看科室设置文件、干部任命文件及人员配备情	1. 无工作制度扣 1 分, 工作人员分工不合理扣 0.5		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
计岗位。医院的一切财务收支、核算必须纳入财务部门统一管理。		算工作。 2. 财务科配备具有专业职称的会计，编制合理。 3. 有健全的工作制度，人员岗位职责分明。	况。 2. 查看制度、人员岗位职责及有关证件(会计证及聘书)。 3. 根据所开展的相关经济活动查看相关帐目。	分、职责不明确扣 0.5 分。 2. 医院一切收入未归财务科管理扣 2 分。		
2. 按照《会计法》《医院会计制度》和《医院财务制度》及国家有关规定、设置会计科目，建立帐簿、进行会计核算、编制会计报表及债权债务的核算。	2	1. 按规定开展财务工作。 2. 无违反《会计法》、《医院会计制度》和《医院财务制度》及国家有关规定现象。	抽查评审前半年的会计凭证、帐表，了解医院财务工作是否落实。要点： 1. 会计科目设置是否符合规定，会计帐簿、会计报表是否符合规定。 2. 收支标准有无制度要求。 3. 银行存款、现金按规定管理，空白支票不出门。 4. 帐务处理合法，不弄虚作假。	1. 未按国家有关法律、法规开展财务工作不得分。 2. 发现有严重违反会计制度的现象此项不得分。		
3. 按照《预算法》和财政部门预算管理的有关规定，科学、合理、真实、完整地编制医院收支预算，并严格执行预算。	2	1. 每年根据医院工作计划制定收支预算及年终决算并经职代会通过。 2. 正确执行预算，增加或调整预算应有调整方案并报院长办公会审批。 3. 对年度财务收支进行专题分析。	1. 查预算及审批文件。 2. 查决算分析报告。 3. 查调整方案及院长办公会审批记录。 4. 查分析报告。	1. 无预算扣 2 分；未得到批准扣 0.5 分。 2. 未进行年终决算扣 1 分。 3. 未经批准调整预算扣 1 分。 4. 无分析报告扣 0.5 分。		
4. 有健全的财务监督和审计监督制度。	2	1. 配有内部审计人员，并具有一定的审计专业知识。 2. 审计人员对财务收支及其他经济活动进行经常性的审计监督。 3. 有健全的财务监督制度和	1. 审计人员配备情况。 2. 查看审计记录。 3. 查阅审计制度和措施。 4. 查看违纪处理记录。	1. 无审计组织机构不得分。 2. 审计人员配备不合理扣 0.5 分。 3. 未开展审计工作不得分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
		措施。		4. 未建立审计制度和措施不得分。 5. 对违纪现象未处理不得分。		
5. 建立规范的经济活动决策机制和程序，重大项目集体讨论后按规定程序报批。实行重大经济事项领导负责制和责任追究制。	4	1. 有规范的经济活动决策机制和程序。 2. 实行重大项目、重大金额的使用集体讨论和决策。	1. 查看经济活动决策规定、制度。 2. 查看集体讨论、报批记录。	1. 无相关规定和制度不得分。 2. 未进行集体讨论不得分。 3. 未按规定程序报批不得分。		
6. 建立医院奖金分配综合目标考核制度。	4	完善奖金分配综合目标考核机制，实行按岗位、工作量、服务质量和工作绩效取酬的分配机制。	查医院有无奖金分配方案和综合目标管理考核制度及实施情况。	1. 无分配方案、违反规定扣 2 分。 2. 不按分配方案分发奖金扣 2 分。		
7. 医院配备专职物价管理员，严格执行医疗收费标准，定期组织检查。常用医疗服务项目明码标价，设立门诊、住院价格信息查询电脑，实行一日清单制提供查询。	3	1. 有专职物价管理员。 2. 各项收费符合国家、省、市物价政策。	1. 查看资料与实地考察。 2. 抽查 20 项收费项目（门诊住院各 10 项）。	1. 未配备专职人员扣 1 分。 2. 未明码标价扣 1 分；未设立价格信息查询扣 1 分。		
8. 制定并落实成本核算制度。	3	1. 有专职核算员，进行医院、科室成本核算，对医院各项成本支出要有预算。 2. 明确成本对象、成本项目及费用归集、分摊方法，制定较合理的、对成本费用有控制、有考核的医疗成本核算规程。	1. 查看相关文件资料。 2. 查相关制度及成本核算过程。 3. 看成本核算有无成本效益分析，成本分析中无成本对象分析。	1. 未开展工作扣 2 分，未配备人员扣 0.5 分。 2. 未建立制度扣 0.5 分， 3. 未进行成本效益分析扣 1 分，成本分析中无成本对象分析扣 0.5 分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
		3. 进行成本效益分析并提出改进意见。				
八、医疗设备管理	16					
1. 有适宜的医疗仪器设备管理保障组织、规章制度与人员职责。	4	1. 建立医疗仪器设备管理保障组织。 2. 有设备科工作制度。 3. 有设备科工作人员岗位职责。	1. 查看设备管理部门组织机构。 2. 查看各种制度和岗位职责。	1. 组织、制度不落实扣 1 分。 2. 工作职责不到位扣 1 分。		
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。	4	1. 要有 100 万元以上设备运行分析文件档案、成本分析的资料、报表、报告。 2. 有设备使用、维修、保养记录。	查看资料。	1. 无大型设备运行分析文件档案、成本分析的资料、报表、报告扣 2 分。 2. 设备管理不到位，使用、维修、保养不好，一件扣 2 分。		
3. 按照《大型医用设备配置管理办法》的规定，合理配置使用甲、乙类大型医疗设备。	4	1. 大型设备采购要进行可行性论证。 2. 配置甲、乙类大型医疗设备应有卫生行政部门的批复文件。	抽查 100 万元以上设备的档案，了解配置情况是否合理。	1. 购置大型设备无可行性论证扣 2 分。 2. 无专项报批扣 2 分。		
4. 有保障设备完好状态的制度与规范，急救生命支持系统设备保持待用状态，建立全院应急调配机制。	4	1. 制定医疗设备采购、保养维护与更新相关制度。 2. 设备保养和维修有档案，运行状况完好。	1. 实地考察。 2. 查看资料。	1. 现场发现有急救设备使用不灵或损坏情况扣 2 分。 2. 无全院应急调配机制扣 2 分。		
九、总务管理	18					
1. 有后勤保障管理组织，规章制度和人员岗位职责。后勤保障服务能坚持以病人为中心的	2	1. 后勤保障部门机构设置完善。 2. 有副院长分管后勤工作。	1. 查看资料：后勤保障部门机构设置及院领导分工，后勤工作制度。	检查项目有一项达不到扣 0.5 分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
服务理念，满足医疗服务流程需要。水、气、电、物资供应等后勤保障满足医院运行。		3. 工作制度健全，人员岗位职责明确。 4. 后勤工作满足医疗服务需要。	2. 实地考察。			
2. 物资实行定额管理，有健全的采购、验收、入库、发放、报废等制度。	3	1. 制定物资管理制度，实行定额管理，做到帐、物、卡相符。 2. 购入验收、入库、发放、报废等有制度。 3. 物资有专人负责管理。 4. 存放整洁有序，符合库房管理要求。	1. 实地查看物资管理情况。 2. 查看有关帐目。 3. 了解三种物资的购入、验收、入库、发放全过程。 4. 查看报废审批表。 5. 查看物资库房。	1. 制度缺1项扣0.5分。 2. 帐、物、卡不符合扣1分。 3. 物资管理未按制度执行扣0.5分。 4. 物资无专人管理扣1分。 5. 物资库房不符合要求扣1分。		
3. 医院食堂工作人员符合餐饮从业要求，有健康证。能为患者和员工提供餐饮服务；能配合营养师提供营养配餐和治疗饮食，满足患者治疗需要。饮食卫生安全有保证。	4	1. 管理制度健全，从业人员定期体检，并全部合格。 2. 餐饮服务能满足患者及员工需要。可提供营养配餐和治疗饮食。 3. 定期检查，保证饮食卫生安全。 4. 若为社会化服务，有医院监管措施。	1. 现场调查，查健康证 2. 食品卫生安全等是否符合要求。 3. 若为社会化服务，查看相关协议和医院监管制度及运作记录。	1. 无管理制度扣1分。体检1人不合格扣4分。 2. 未开展治疗饮食扣1分。 3. 食品卫生不好，生熟食品未分开放置扣1分。 4. 社会化服务无协议无医院监管措施及运作记录扣1分。		
4. 医疗废物和污水处理符合国家规定。	3	1. 医疗废物处理符合《医疗废物管理条例》。 2. 污水处理符合环保部门、疾控部门要求。	查看环保、疾控部门的监测资料。	1. 污水处理达不到要求扣3分。 2. 污物处理达不到要求扣3分。 3. 医疗废物（垃圾）处理达不到要求扣3分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
5. 安全保卫组织健全，制度完善，人员、设备和设施满足要求。	4	1. 有安全保卫组织，有管理制度。 2. 人员配备合理，有相应的设备和设施。 4. 若为社会化服务，有医院监管措施。	1. 查人员名单。 2. 查阅管理制度及配套设施。 3. 若为社会化服务，查看相关协议和医院监管制度。	1. 组织不健全扣 1 分。 2. 制度不落实扣 1 分。 3. 社会化服务无协议扣 1 分，无医院监管措施扣 1 分。		
6. 各类工勤管理人员要接受劳动部门或专业协会相关知识培训。	2	制定培训计划并实施。	查看培训证书。	无培训证书者每一人扣 0.5 分。		

www.med126.com

第二部分 保健管理与技术水平 240 分

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
一、保健质量管理	25					
1. 院领导分管妇幼保健工作，接受过妇幼保健管理专业培训。	4	1. 实行院长、分管院长任期目标责任制。 2. 分管院长熟悉妇幼保健内涵及职责。 3. 分管院长接受过妇幼保健管理培训。	1. 查阅有关目标责任制资料。 2. 查阅分管院长职责。 3. 与分管院长交谈，提问，了解情况。	1. 未实行目标责任制扣 1 分。 2. 分管院长未掌握妇幼保健内涵扣 0.5 分；职责不明确扣 0.5 分。 3. 分管院长未经培训扣 1 分。		
2. 制定切实可行的保健工作规划和年度计划，并组织实施。	5	1. 有保健工作规划。 2. 有年度工作计划和总结。 3. 有具体实施措施。	1. 查阅规划及规划中的指标、进度、措施。 2. 查阅前 1 年工作计划和总结。 3. 查阅实施措施。	1. 工作规划、计划、总结和实施措施缺 1 项扣 1 分。 2. 规划、计划、措施操作性差扣 1 分；计划不落实扣 1 分。		
3. 有健全的妇幼保健工作制度、岗位职责、工作常规及质量评价标准。	5	1. 有健全的各项工作制度。 2. 根据岗位制定有效的工作职责。 3. 有各项保健工作常规及质量评价标准。	查看评审前一年的婚前保健、孕产妇系统管理、高危妊娠、儿童系统管理、体弱儿管理、托幼机构卫生保健、妇幼保健、计划生育技术等工作制度、工作常规及质量评价标准。	1. 无制度、职责各扣 1 分。 2. 制度不全扣 0.5 分。 3. 职责不明确扣 0.5 分。 4. 无工作常规每项扣 0.5 分。 5. 无质量评价标准扣 2 分。		
4. 定期为同级政府和卫生行政部门提供妇女儿童健康状况分析报告。	5	每年向同级卫生行政部门和上级指导单位提供当地妇幼卫生工作分析报告（各项指标完成情况、存在的问题及干预措施。包括对妇幼卫生主要指标的分析与评估）。	查看 2 年内分析报告，了解分析报告的有关干预措施落实程度。	1. 无分析报告扣 2 分。 2. 报告不及时扣 1 分。 3. 报告不全面或缺乏针对性扣 0.5-1.5 分。		
5. 协助卫生行政部门制定本地区妇幼保健技术服务培训计划。组织并承担培训工作。	6	1. 有本地区妇幼保健技术服务培训计划。 2. 做好技术培训组织承	1. 查阅培训计划。 2. 查阅组织承办培训班相关资料。	1. 未开展培训扣 6 分。 2. 无年度培训计划扣 2 分。 3. 无培训班相关资料扣 2		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
		办工作。 3. 有培训、考核资料。 4. 有各期培训班总结。	3. 查看各期培训班总结。	分。 4. 无总结或培训资料不完善扣 2 分。		
二、功能与服务	116					
(一) 妇女保健	40					
1. 开展并管理辖区婚前保健服务。	5	掌握婚前医学检查质量控制与管理要点, 定期开展质量控制。	查看相关资料。	1. 质量控制与管理要点不清扣 2 分。 2. 未开展定期质量控制与管理扣 3 分。		
2. 开展孕产期保健服务的监督评估与指导。	5	1. 负责辖区孕产妇保健手册使用的监管与指导。 2. 动态掌握辖区内孕产妇系统保健情况, 对系统保健中存在的问题进行规范和管理, 对存在突出问题的地区进行督查与技术指导, 并写出分析报告。	1. 查看相关资料, 了解《广东省孕产妇保健手册》使用率。 2. 对保健人员进行访谈。	1. 无专人管理扣 1 分, 保健手册使用率低于平均水平, 扣 1 分。 2. 对辖区内重点动态信息掌握不清扣 2 分, 未进行重点指导扣 2 分。无分析报告扣 1 分。		
3. 定期组织开展孕产妇死亡评审。	8	1. 指导并参与辖区内发生的孕产妇死亡调查。 2. 协助卫生行政部门每年组织孕产妇死亡评审活动, 省市级每年 1 次, 县区级半年 1 次并写出分析报告和评审总结报告。	查看孕产妇死亡评审相关资料。	1. 孕产妇死亡个案漏报或不符合要求每例扣 1 分。 2. 未组织评审扣 5 分, 无分析报告扣 3 分。		
4. 开展预防艾滋病、梅毒、乙肝母婴传播技术的监督、管理与评估。	5	1. 协助卫生行政部门每年举行相关技术培训。 2. 对辖区开展艾滋病、梅毒、乙肝筛查与服务的医疗保健机构进行质量抽查	查看预防艾滋病、梅毒、乙肝母婴传播工作相关资料。	1. 未开展培训扣 1 分。 2. 对各县市区未进行全面质量抽查评估扣 1-3 分。未进行质量评估、阳性病例追踪管理、信息上报和无分析报		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
		评估。 3. 对发现的艾滋病病毒阳 性病人进行追踪与管理。 对相关信息资料进行收 集、汇总、分析和上报情 况进行督导。		告每项扣 1 分，不规范每项 扣 0.5 分。		
5. 开展产前筛查与诊断工作。	6	1. 有专人负责辖区内产前 筛查管理工作，且熟悉情 况。 2. 协助产前诊断中心开展 产前诊断与筛查技术培 训。 3. 对辖区各县市区开展筛 查的医疗保健机构进行质 量抽查评估。 4. 相关信息报表的收集、 汇总、上报规范。	1. 查看辖区产前筛查工作报表。 2. 查看相关培训资料。 3. 查看相关督导工作记录。 4. 查看相关记录。	1. 建立产前诊断中心的地区 未开展产前筛查不得分。无 专人负责产前筛查扣 2 分。 2. 无专人负责扣 1 分。未开 展培训扣 1 分。 3. 对各县市区未进行全面质 量抽查评估扣 1—2 分。无质 量评估分析报告扣 1 分。 4. 无相关信息报表扣 1 分， 报表不规范扣 0.5 分。		
6. 组织开展妇女病普查普治。	6	1. 协助卫生行政部门每年 举行相关技术培训。 2. 掌握妇女病普查普治质 量控制要点，对辖区内各 县市区普查普治质量进行 督导与评估。 3. 信息资料收集、汇总、 分析、上报规范。	1. 查看普查普治业务记录和有关 资料。 2. 抽查专家组 2 人进行访谈。 3. 查看相关资料。	1. 未开展培训扣 1 分。 2. 对各县市区未进行全面质 量抽查评估扣 1-3。无质量 评估分析报告扣 2 分。 3. 信息资料上报不规范扣 1-2 分。		
7. 定期开展产科质量控制与评 价。	5	掌握助产机构产科质量控 制与管理要点，督促各县 市区开展质量督导与评 价。	查看相关资料，访谈有关工作人 员。对重点问题（如助产机构人 员资质、高危截留、剖宫产率等 情况）进行评价与分析。	1. 质量控制与管理重点不清 扣 2 分。 2. 未开展定期质量评估扣 2 分。无完整的定期评估报告		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
				扣2分。		
(二) 儿童保健	32					
1. 开展儿童保健系统管理工作的监督与评估。	6	1. 负责辖区儿童保健手册使用的监管与指导。 2. 动态掌握辖区内儿童保健管理重点信息, 对存在突出问题(系统管理率、体弱儿管理、儿童死亡漏报等问题)的地区进行督查与技术指导, 并写出分析报告。	查看相关资料, 考核工作人员。	1. 未使用统一儿童保健手册扣2分, 对儿童保健手册的监管不全扣1分。 2. 对辖区内儿童保健管理重点动态信息掌握不清扣1分。未进行重点指导扣1分, 无分析报告扣1分。		
2. 协助卫生行政部门组织辖区开展新生儿疾病筛查。	8	1. 明确辖区新生儿疾病筛查管理机构, 有专人负责。 2. 对辖区各县市区开展筛查的医疗保健机构进行质量抽查评估, 并写出分析报告。新生儿疾病筛查率≥95%。 3. 相关信息报表的收集、汇总、上报规范。	1. 查看相关资料。 2. 查看相关资料, 考核工作人员。	1. 未明确管理机构扣1分, 无专人或工作职责不清扣1分。 2. 未进行全面质量抽查评估扣2分, 无质量评估分析报告扣1分。新生儿疾病筛查率每降低2%扣0.2分, 扣完2分为止。 3. 相关信息报表的收集、上报、汇总不规范扣1分。		
3. 开展托幼机构卫生保健管理。	4	1. 依据卫生部与教育部联合发布的《托儿所、幼儿园卫生保健管理办法》, 对辖区内各县市区托幼机构进行技术指导, 对卫生保健管理人员进行培训。 2. 对辖区各县市区托幼机	1. 查看相关资料。 2. 考核工作人员。	1. 未开展示培训扣1分。 2. 未进行督导评估扣1分, 无情况分析报告扣2分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
		构卫生保健管理情况进行督查评估并写出分析报告。				
4. 协助卫生行政部门按照相关规定开展 5 岁以下儿童死亡监测和新生儿死亡评审。	8	1. 对辖区各县市开展 5 岁以下儿童死亡监测情况进行督导、评估，掌握全面情况。 2. 新生儿死亡评审，省市级 1 年组织一次，县区级半年组织一次，有分析报告和评审总结报告。	1. 查看相关督导情况记录。 2. 查看评审记录。	1. 未进行督导评估或情况掌握不全面扣 1-2 分。无情况分析报告扣 2 分。 2. 未开展评审扣 3 分，无分析报告扣 2 分。		
5. 开展儿童医疗保健重点技术服务的质量评价。	6	组织新生儿窒息复苏等重点技术培训，对各县市区开展培训与管理情况进行督导、评估，掌握情况。	查看相关资料，考核工作人员。	1. 未开展培训不得分。 2. 培训不合格扣 2 分。 3. 未开展督导评估扣 2 分。 4. 无评价分析报告扣 2 分。		
(三) 妇幼卫生信息	22					
1. 协助卫生行政部门建立健全辖区妇幼卫生信息管理网络。	6	1. 辖区内医疗保健服务机构和妇幼卫生网络信息员队伍健全。 2. 对辖区内妇幼卫生信息人员进行培训与考核。	1. 查阅辖区妇幼卫生网络和医疗保健机构信息员名单。 2. 查看培训与考核记录。	1. 信息网络不健全扣 1-4 分。 2. 未进行培训与考核各扣 2 分。		
2. 开展妇幼卫生信息及妇幼卫生监测工作。	6	1. 严格按国家和省妇幼卫生信息报表、项目信息报表、妇幼卫生监测报表要求规范填报。 2. 对妇幼卫生信息报表、项目信息报表、监测报表、死亡个案卡等内容进行审	1. 查看妇幼卫生信息报表、项目信息报表、监测报表项目内容。查看信息报表、监测报表和死亡个案卡各 5 份。 2. 查看信息质控有关资料。 3. 现场查看网络直报内容。	1. 报表项目内容与规范要求不符，每项扣 1 分。个案表卡错项、漏项、表卡不一致、未反馈上报机构每项扣 1 分。 2. 对相关信息未进行质量控制每项扣 1 分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
		核并开展质量控制。 3. 实行网络直报。		3. 未实行网络直报扣 2 分。		
3. 开展信息质量控制。	3	1. 按《广东省妇幼卫生监测填报指南》制定了本地区妇幼卫生信息质量控制方案，每年进行 1 次信息质量控制。质控范围符合要求。 2. 对下级机构的信息工作进行指导和质控，有质控报表，有质控分析报告。	查看质量控制资料及相关记录，与相关工作人员交谈。	1. 未进行质控不得分，质控数量与范围不符合要求酌情扣 1—3 分。 2. 无质控报表扣 2 分，无质控分析报告扣 1 分。		
4. 做好妇幼卫生信息资料的管理。完成信息的收集、汇总、上报与分析工作。	4	1. 负责妇幼卫生信息的归口管理。信息资料有接收、上报、借阅等登记。 2. 信息资料齐全并分类存档，有纸质与电子文档，实行计算机管理。 3. 开展信息咨询服务。 4. 有信息安全制度与措施。	1. 查看信息资料(原始登记表册、纸质文档和电子文档)。 2. 现场查看信息安全制度及落实情况。	1. 信息未归口管理扣 2 分。无接收、上报、借阅等登记扣 1 分。 2. 资料不齐全或未分类归档各扣 1 分。无电子文档扣 1 分。 3. 无信息咨询服务扣 0.5 分。 4. 无信息安全制度扣 0.5 分，措施不落实扣 1-2 分。		
5. 掌握本地孕产妇死亡、5 岁以下儿童死亡及出生缺陷发生变化趋势。	3	1. 每年进行妇幼卫生信息资料分析或年报分析并完成孕产妇死亡、5 岁以下儿童死亡、出生缺陷专题的统计与趋势分析。 2. 有干预措施并组织实施。	查看工作情况与有关资料。	1. 缺一项分析资料扣 0.5 分。 2. 无干预措施扣 1 分，干预措施未执行扣 1 分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
(四) 健康教育	22					
1、有健全的健康教育管理机构，按规定提取健康教育业务经费。	3	1. 有健康教育领导小组，制度完善。健康教育专职人员≥3人，各业务科室配备健康教育兼职人员。 2. 健康教育业务经费不少于当年业务收入的0.05%，并能满足年度工作计划的实施和日常业务需要。	1. 查看医院领导小组人员名单及制度、职责。查看科室健康教育专职及兼职人员名单、技术职称。 2. 查医院健康教育经费开支情况	1. 无领导小组扣1分，无制度职责扣0.5分，健教人员不符合要求扣0.5分。 4. 业务经费未达标扣1分。		
2、有符合要求的业务用房，有健康教育基本设备。	2	1. 有独立的业务用房，业务用房面积≥100 m ² 。 2. 备有电视机、影碟机、照相机、教学模具、投影仪、摄像机、扫描仪、复印机、刻录机、计算机、彩色打印机等仪器设备。	1. 实地查看房屋的功能定位及业务用房面积。 2. 查看设备配置及其使用情况。	1. 无独立的业务用房扣1分，面积不足扣0.5分 2. 设备缺1件(台)扣0.5分，仪器设备管理不善，每件(台)扣0.5分。		
3. 开展多种形式的院内健康教育。	5	1. 门诊和病房有健康咨询台、资料发放架、宣传专栏等，门诊大厅配备电子显示屏、触摸式电脑查询系统。 2. 开展患者健康教育，有门诊教育、住院教育及出院后教育 3. 每年度开展卫生主题宣传活动≥5次。 4. 开办孕妇学校、家长学校等，每月≥2次。	1. 现场查看资料和工作记录。 2. 查看孕妇学校、家长学校课件资料及签到登记本。	1. 宣传设施不健全扣0.5分。 2. 科室无健康教育记录扣2分，教育内容不完善扣1分。 3. 卫生主题宣传日活动每少1次扣0.5分。 4. 开办孕妇学校、家长学校，每月少于2次扣1分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
4. 开展院外健康教育宣传活动。	5	1. 每年度开展院外健康教育宣传活动 \geq 4次。 2. 与共青团、妇联、工会及新闻等部门合作，加强宣传力度。在报刊、杂志、电台、电视台开展健康教育。 3. 在社区、企事业单位、学校开展健康教育每年不少于10次。	1. 查看院外活动资料及登记本。 2. 查看相关刊物及影像资料	1. 院外宣传活动少一次扣1分。 2. 未与有关部门合作扣1分 3. 未充分利用宣传媒体开展健康教育扣1分。 3. 社区及学校健康教育每少于1次扣1分。		
6. 编制健康教育资料。制作符合妇幼保健特色的健康教育专栏。	2	1. 在每个候诊区和病区、对外服务区设置固定的健康教育专栏，内容定期更换，并利用影视听设备进行健康教育。 2. 院内有免费、通俗易懂的目标人群健康教育处方(资料)，群众方便可及。	1. 现场查看主要业务科室健康教育专栏，内容每年更新一次。 2. 各主要业务科室有2种以上健康教育处方。	1. 主要业务科室健教专栏每少一个扣0.5分。 2. 内容陈旧无更新每个扣0.5分。 3. 种类或内容不符合要求扣1分。 4. 健康教育处方每科室少于2种扣0.5分。		
7. 积极采取措施，开展控烟工作。	4	1. 控烟措施落实，成为无烟医院。 2. 公共场所设置醒目的禁烟标志。	1. 查看无烟医院的制度、措施、标志。 2. 现场查看是否有违规吸烟的情况。	1. 医院未正式挂牌为无烟医院扣2分。 2. 现场发现有在禁烟区吸烟者扣0.5分，最多扣2分。		
8. 做好医院各种资料的收集整理。	1	负责健康教育文字资料、图片或影像的编印、发放、收集、整理及档案管理。	查看健康教育科的文字资料、图片、影像等资料。	资料不全扣0.5分。		
三、技术水平	90					
(一) 妇女保健服务	45					

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
1. 开展青春期保健服务。	3	1. 制定青春期保健门诊工作制度。 2. 有独立的咨询室，环境安静、温馨。 3. 服务内容包括：健康教育与咨询；青少年常见问题与疾病的筛查、诊疗，相应的辅助检查和转诊。	1. 查阅相关工作制度。 2. 实地查看咨询室环境，了解工作开展情况。 3. 查看咨询指导及疾病诊疗相关记录。	1. 无工作制度扣 0.5 分。 2. 无咨询室扣 1 分，服务可及性差扣 0.5 分。 3. 无青春期门诊或不合要求扣 1 分。记录不完善扣 0.5 分。		
2. 开展婚前和孕前保健服务。	8	1. 按卫生部《婚前保健工作规范》和《孕前保健服务工作规范(试行)》要求，业务用房功能布局合理、服务流程符合要求。 2. 技术人员资质和人数符合要求。 3. 服务内容、技术规范符合要求。 4. 进行艾滋病咨询与检测	1. 查看业务用房、服务流程及相关资料。 2. 查看人事部门资料。 3. 抽查《婚前医学检查表》和《孕前医学检查表》各 10 份。	1. 业务用房不符合要求扣 2 分，服务流程不符合要求扣 1 分。 2. 技术人员资质和人数不符合要求各扣 2 分。 3. 服务内容、技术不符合要求酌情扣 1—3 分。 4. 未开展艾滋病自愿咨询与检测扣 1 分。		
3. 开展孕产期保健服务及产后康复并进行相应管理。	8	1. 按卫生部《孕产期保健技术规范》要求，业务用房功能合理布局、人性化。 2. 门诊孕前检查与高危登记管理符合要求，使用统一的《孕产妇保健手册》。 3. 产前检查服务内容规范全面，涵盖健康教育、叶酸增补、产前筛查、营养监测、艾滋病筛查等内容。 4. 产后康复内容详见产科	1. 查看业务用房。 2. 查看门诊登记册，抽查 5 名孕妇《孕产妇保健手册》，了解服务内容。	1. 业务用房不符合要求扣 2 分，缺乏人性化扣 1 分。 2. 相关登记不符合要求或不齐全扣 1—2 分，未统一使用保健手册扣 1 分。 3. 服务内容不符合要求酌情扣 1—4 分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
		技术水平。				
4. 开展围绝经期和老年期保健。	2	1. 有固定的业务用房，有经过专项培训的技术人员。 2. 按规范开展围绝经期和老年期保健咨询指导和相关疾病防治。	1. 查看业务用房、人员资质，查看工作登记本。 2. 与业务人员交谈，了解服务情况。	1. 业务用房不符合要求扣0.5分，人员资质缺乏扣0.5分。 2. 服务不规范扣0.5分。		
5. 开展心理卫生保健。	2	1. 有固定业务用房，有获得相关资质的技术人员，规范服务。 2. 有一定的开展妇女心理卫生咨询与保健服务的水平。	1. 查看业务用房、人员资质，查看工作登记本，了解服务质量。 2. 与业务人员交谈，了解服务能力。	1. 业务用房不符合要求扣0.5分，人员资质缺乏扣0.5分，服务不规范扣0.5分。 2. 无相关工作记录扣0.5分，如记录不完善扣0.2分。		
6. 开展妇女营养咨询与指导。	2	1. 有固定的业务用房，有获得相关资质的技术人员，规范服务。 2. 有开展妇女营养咨询与指导能力。	1. 查看业务用房、人员资质，查看工作登记本。 2. 查看妇女营养评价的方法与工作经历。	1. 无固定业务用房扣0.5分，人员资质缺乏扣0.5分，服务量不规范扣0.5分。 2. 服务能力与水平较差扣0.5分。		
7. 能开展妇科疾病普查普治并进行相应管理。	8	1. 开展妇女常见病查治工作。 2. 开展宫颈癌早期筛查工作。 3. 普查技术包括妇科盆腔检查、超声检查、白带检查、宫颈细胞学检查、TBs 诊断技术等至少3项。 4. 进行本地区相关工作管理。	1. 查看妇女常见病查治及宫颈癌筛查记录。 2. 查看管理工作相关资料。 3. 了解能够开展的普查技术。 4. 实地查看。	1. 未开展相关工作扣6分。 2. 无相关工作记录扣1分。 3. 普查技术项目每缺一项扣1分。 4. 无相关管理资料扣1分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
8. 能开展妇女乳腺保健、乳腺疾病防治并进行相应管理。	8	1. 开展乳腺保健。 2. 开展乳腺疾病普查技术：乳腺检查、乳腺红外线扫描、乳腺钼靶摄片、B超至少3项。	查看乳腺保健及疾病防治情况记录。	1. 未开展相关工作扣6分。 2. 无相关工作记录扣2分。 3. 普查技术项目每缺一项扣1分。		
9. 开展计划生育技术服务	2	1. 对生育期妇女进行生殖健康教育及指导 2. 计划生育技术见生殖健康科检查内容	查看登记本了解服务水平	1. 未开展该项服务扣2分 2. 服务项目缺乏1项扣0.5分		
10. 开设优生遗传咨询门诊	2	能开展优生遗传咨询服务。	查看优生遗传咨询门诊工作制度及各项记录资料。	1. 未开展相关工作扣2分。 2. 根据开展质量酌情记分。		
(二) 儿童保健服务	45					
1. 能开展托幼机构卫生保健管理。	3	1. 开展托幼机构儿童及其工作人员卫生保健技术指导。 2. 对辖区内托幼机构儿童及其工作人员进行体检。	1. 查看所管辖幼儿园相关资料。 2. 查看托幼机构儿童及其工作人员的体检资料。	1. 未开展定期体检扣2分。 2. 资料不完善扣1分。		
2. 能开展儿童体格发育检查与评价, 并进行相应管理。	6	1. 7岁以下儿童保健覆盖率城市达90%, 农村达55%。 2. 开展体格检查与评价。评价指标包括年龄别体重, 年龄别身高, 身高别体重。 3. 能开展矮小、性早熟的诊疗并进行专案管理。 4. 进行本地区相关工作管理。	1. 查看开展体格检查记录。 2. 查看体格评价记录。 3. 查看矮小、性早熟的专案管理记录。 4. 查看管理工作相关资料。	1. 未开展体格检查扣3分, 记录不全每项扣1分。 2. 无体格评价每项扣1分。 3. 未开展矮小、性早熟诊疗扣1分, 记录不完善扣0.5分。 4. 无相关管理资料扣1分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
3. 能开展儿童营养咨询与指导, 并进行相应管理。并能开展儿童营养疾病的诊疗技术。	6	1. 开展儿童营养咨询与指导。 2. 有个性化干预措施及营养评价技术。 3. 开展营养性疾病诊疗业务。 4. 进行本地区相关工作管理。	1. 查看营养评价方法及咨询与指导记录。 2. 查看干预措施和记录。 3. 查阅评审前 1 年业务工作记录。 4. 查看管理工作相关资料。	1. 未开展相关工作扣 3 分。 2. 无咨询、指导记录扣 1 分。 3. 无干预措施和记录扣 0.5 分。 4. 无电子档案扣 0.5 分。 5. 无相关管理资料扣 1 分。		
4. 能开展儿童心理行为诊疗。	4	1. 开设儿童心理卫生门诊。 2. 开展儿童心理行为诊疗技术。 3. 儿童智能测评有专人负责及测评工具。 4. 有符合要求的儿童心理行为测试室。	1. 查看儿童心理行为诊疗开展情况记录。 2. 查看智能测评人员培训合格证书。 3. 查看智能测评工具及记录。	1. 未开展相关工作扣 4 分。 2. 无相关诊疗记录扣 1 分。 3. 智能测评人员无培训合格证书扣 1 分。 4. 智能测评工具不符合要求扣 0.5 分。		
5. 开展儿童常见疾病防治技术。	6	能开展儿童常见病(营养不良、单纯性肥胖、贫血、佝偻病、微量元素缺乏及铅中毒等)防治工作。诊断依据标准、检测方法可靠、治疗规范。	查看登记册, 考核 1 名儿保科医生, 对儿童常见病的诊治标准掌握情况。	1. 服务内容每缺少一项扣 1 分。 2. 不熟悉诊断标准扣 1 分。 3. 检测方法不标准扣 1 分。 4. 治疗不规范扣 1 分。		
6. 开展高危儿保健。	5	1. 开展高危儿(早产儿、低体重儿、新生儿窒息、新生儿黄疸、高危妊娠母亲分娩儿、PKU、CH 等)发育早期监测评估和早期诊断。 2. 开展早期脑损伤患儿康	1. 查看康复场地和设备, 相关人员资质, 查看康复诊疗记录。 2. 考核 1~2 名专业人员操作技术。	1. 不能提供常规服务不得分, 相关人员资质不合格 1 人扣 1 分, 康复场地、设备不符合要求每项扣 0.5 分, 诊疗不规范酌情扣 1-2 分。 2. 不能提供相关服务扣 2 分, 余同上。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
		复干预。				
7. 开展并促进儿童早期神经、行为发展。	4	1. 利用各种方法（健康讲座、咨询指导）为婴幼儿家长提供科学育儿知识与技能，业务人员了解儿童早期发展指标（感觉、大运动、精细动作、语言和社会适应性行为等方面）。 2. 开展婴儿抚触、游泳、亲子园等促进儿童早期发展的项目。	1. 查看相关工作常规和业务开展情况：查资料、记录本，查看业务人员培训合格证书，查看安全和质量情况。考核医务人员儿童早期发展相关知识技能。询问门诊儿童家长，儿童早期发展知识了解率 $\geq 90\%$ 。 2. 现场查看。	1. 每少开展 1 项扣 0.5 分；记录不完善每项扣 0.5 分。业务人员无培训合格证书每人扣 0.5 分。考核不合格每人次扣 1 分。家长儿童早期发展知识了解率 $< 90\%$ 扣 0.5 分。 2. 一项未开展扣 0.5 分，扣完 1 分为止。		
8. 能开展儿童口腔保健。	2	1. 开展窝沟封闭、龋齿质量等儿童口腔保健工作。 2. 有儿童口腔疾病筛查技术。	1. 查看儿童口腔保健及口腔疾病筛查记录。 2. 查看管理工作相关资料。	1. 未开展相关工作扣 2 分。 2. 无相关记录各扣 1 分。 3. 记录不完善扣 0.5 分。		
9. 能开展儿童眼保健。	2	1. 有儿童视力筛查技术。 2. 能开展结膜炎、鼻泪管堵塞的治疗和弱视矫治等工作。	1. 查看儿童视力筛查记录及相关保健记录。 2. 查看诊疗设施及环境。	1. 未开展视力筛查扣 1 分，无相关诊疗技术扣 1 分。 2. 无相关记录扣 1 分。		
10. 能开展儿童听力保健并进行相应管理。	2	1. 开展儿童听力保健工作。 2. 有儿童听力筛查技术。 3. 有具有资质的专人负责听筛，信息管理与阳性患儿的追踪管理规范，初筛率达到 80%以上，复筛率达到 90%以上。	1. 查看儿童听力保健及筛查记录。 2. 查看管理工作相关资料。 3. 实地查看。	1. 未开展相关工作扣 2 分。 2. 无相关记录扣 1 分。 3. 记录不完善扣 0.5 分。 4. 无相关管理资料扣 1 分。 5. 完成质量差扣 0.5 分。（听筛：人员无资质、业务用房、信息管理、阳性患儿追踪管理不规范，各扣 1 分。筛查、复查率不达标酌情扣 0.5—2		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
				分。)		
11. 能开展新生儿疾病筛查工作，并进行相应管理。	5	1. 开展新生儿疾病筛查血片采集工作，有相关工作记录。 2. 开展对新筛阳性病例的追踪、随访及指导治疗工作。 3. 开展新生儿疾病筛查宣传工作。 4. 新筛：有室内质控及卫生部临检中心的室间质控。	1. 查看血片采集等相关工作记录。 2. 查看阳性病例的追踪、随访及指导治疗记录。 3. 查看宣传工作记录和资料。 4. 查看室内质控及卫生部临检中心的室间质控资料。	1. 未开展相关工作、无室内质控及卫生部临检中心的室间质控不得分。 2. 无阳性病例的追踪、随访及治疗的记录和资料扣 1 分。记录不完善扣 0.5 分。 3. 血片保管不符合规定扣 3 分。 4. 无相关管理资料扣 1 分。		
四、保健质量评价	9					
开展考核指导，监测并掌握本地区各项妇幼卫生指标。		1. 婴儿死亡率低于全省平均水平。 2. 5 岁以下儿童死亡率低于全省平均水平。 3. 孕产妇死亡率低于全省平均水平。 4. 新生儿破伤风发生率 $\leq 1\%$ 。 5. 孕产妇保健覆盖率(当地孕妇 ≥ 1 次孕期保健服务的人数) $\geq 95\%$ 。 6. 高危孕产妇管理率 $\geq 95\%$ 。 7. 孕产妇系统管理率 $\geq 90\%$ 。 8. 住院分娩率 $\geq 95\%$ 。	1. 查近 2 年信息资料，了解各项指标完成情况。 2. 核查各项指标的及时性、完整性、科学性。	1. 第 1、2、3 项指标，有一项不达标扣 2 分。 2. 第 4 至 18 项指标，有一项指标不达标扣 0.5 分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
		9. 高危孕产妇住院分娩率 $\geq 98\%$ 。 10. 新生儿代谢性疾病筛 查率 $\geq 95\%$ 。 11. 3岁以下儿童系统管理 率 $\geq 90\%$ 12. 7岁以下儿童保健覆盖 率(当地 7 岁以下儿童接 受 ≥ 1 次儿童保健服务的 人数) $\geq 95\%$ 。 13. 5岁以下儿童中重度营 养不良患病率: 以 2000 年 为基数下降 1/4。 14. 妇女病普查率: 逐步提 高。 15. 体弱儿童管理率 \geq 90%。 16. 6 月内母乳喂养率 \geq 85%。 17. 托幼机构卫生保健管 理率 $\geq 95\%$ 。 18. 非住院分娩中消毒接 生率: 100%。				

第三部分 医疗质量管理与技术水平 320 分

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
一、医疗质量	100					
(一) 医疗管理	32					
1. 医疗质量管理体系	10					
(1) 建立院、科二级质量管理体系，院长作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，科主任全面负责本科质量管理工作。	4	<p style="text-align: center; color: blue;">www.med126.com</p> 1. 提供院长主持召开院长办公会议，专题研究医疗质量与医疗安全工作的会议记录。 2. 听汇报、查计划、实施方案、查核有关资料。	1. 了解院、科二级质量管理体系及质控网络组织情况，医务科、质控科、护理部的组织及人员配备情况，工作制度，互相配合情况。 2. 业务院长对医院医疗质量管理工作是否熟悉、重视。是否有定期或不定期召开相关会议研究医疗质量、医疗安全等问题。有无定期到临床检查、督促、处理医疗质量相关重大问题（查会议记录）。 3. 发生重大医疗事故或医疗纠纷时，院长有无参与指导处理。（查记录） 4. 抽查了解科主任抓本科医疗质量管理的方法及科室质控小组成员与质量控制的情况。	要点 1 到 4 项中，有 1 项达不到扣 1 分。		
(2) 医疗质量管理职能部门组织实施全面质量管理，指导、监督、检查、考核和评价质量管理工作，严格监管，定期分析，及时反馈、落实整改。建立多部门质量管理协调机制。	3	医务科、质控科、医院感染科、门诊办公室、护理部有否定期开展活动，对医疗、护理、医技、输血、药品、病案部门进行质量教育，监督、检查，提出持续改进意	1. 查阅各相关职能部门工作制度。 2. 查阅有关会议记录。	对医务科、质控科、护理部、院感科、门诊办公室职责不明或工作不到位、发现问题无整改措施每一项扣 1 分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
		见。				
(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，定期研究医疗质量管理等相关问题。	3	1. 各质量管理组织有工作职责、制度。 2. 定期召开会议。	查活动记录、会议记录。	1. 标准中的七个医疗质量管理组织缺一个或有名无实扣 1 分 2. 工作职责不到位扣 1 分。		
2. 全程医疗质量管理与持续改进	12					
(1) 制定医疗质量与安全管理和持续改进方案并组织实施。	3	1. 有医院全面质量管理实施方案。 2. 组织实施。	1. 查阅有关资料，了解医院全面质量管理实施方案，组织实施过程中的各种纪录资料、文件。 2. 监督管理机制是否完善，措施执行情况和整改意见等（举例说明）。	1. 无医疗质量管理实施方案扣 2 分。 2. 无监督措施扣 1 分。		
(2) 健全医院医疗规章制度，诊疗常规、技术操作规程和医疗护理质量标准，并组织实施。	5	1. 医院必备的医疗管理制度：首诊负责制、三级查房制度、疑难病例讨论制度、会诊制度、危重病例抢救制度、手术分级管理制度、术前病例讨论制度、病历书写规范与病历管理制度、值班与交接班制度、临床用血审批制度、查对制度、技术准入制度、差错事故登记制度。 2. 有危重病例和孕产妇死亡病例讨论制度及围产儿	1. 查阅医疗工作制度、诊疗技术、操作常规、医疗护理质量标准及执行情况。 2. 现场询问有关人员对制度了解及执行情况。 3. 查阅评审前半年疑难病例、危重病例、死亡病例的讨论记录和围产儿死亡评审记录，记录是否规范。 4. 查看值班表是否合理，能否胜任各种抢救。 5. 暗访 24 小时服务状况。	1. 医院工作制度、诊疗技术、操作常规、医疗护理质量标准每缺 1 项扣 0.5 分，不执行扣 0.5 分。 2. 现场询问回答问题不正确扣 0.5 分。 3. 无讨论和评审扣 0.5 分；无记录扣 0.5 分，记录不规范扣 0.5 分。 4. 排班不合理扣 0.5 分，暗访发现问题每项扣 0.5 分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
		死亡评审制度。 3.能做到24小时连续服务。				
(3) 积极推行临床路径管理。成立医院临床路径管理委员会，制定本医疗机构临床路径开发和实施的规划和制度。	2	1. 提供医院临床路径管理委员会名单。 2. 提供医院相关科室对常见病、多发病实施临床路径管理的资料。	1. 查相关制度和文件。 2. 查实施临床路径科室工作文本和管理档案。 3. 查相关工作记录。	1. 未开展扣2分。 2. 无规划、制度扣1分。 3. 管理组织未健全扣0.5分。 4. 科室实施不规范扣0.5分。		
(4) 接受下级医疗保健机构的转诊与会诊。	2	1. 认真接受转诊，有接诊记录。 2. 有转诊制度及记录。	1. 查看转诊与会诊制度。 2. 查看接诊记录。	1. 无转诊与会诊制度扣1分。 2. 无转诊与会诊记录扣1分。 3. 接诊、会诊处理不当各扣0.5分。		
3. 医疗技术管理	10					
(1) 医疗技术按照《医疗技术临床应用管理办法》实施，医院的医疗技术服务与功能和任务相适应，符合诊疗科目范围，符合伦理原则，技术应用保障安全、有效。	2	1. 开展的医疗技术服务项目与功能、任务和业务水平相适应并符合执业要求。 2. 具有医疗技术准入、应用、监督评价制度。	1. 查阅所开展的医疗技术服务项目。 2. 有新开展的医疗技术档案。 3. 有新开展医疗技术的安全、质量、疗效、费用的管理和评价。不得应用未经批准或无安全性评价的技术。	1. 开展医疗技术不符合执业诊疗科目不得分；不能适应服务要求扣0.5分。 2. 无新开展的医疗技术档案，缺1份扣0.3分。 3. 无新开展的医疗技术准入、应用、监督、评价制度扣1分。 4. 应用未经批准或无安全性评价的技术不得分。		
(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。	2	1. 开展新技术或引进新技术、新业务的专业技术人员、设备与设施。 2. 新技术、新业务建立档	1. 查看资格证书、职称证书与培训证明，审核专业技术人员的实际技术能力是否达到要求以及设备配置和设施情况	1. 无医疗技术和人员准入管理制度或有制度不执行扣1分。 2. 发现有一项的新技术、		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
		案。	2. 查看 1 项新技术开展工作记录	新项目开展未按规定执行扣 1 分。		
(3) 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。	2	1. 对新技术、新业务的开展进行全程追踪管理。 2. 有风险预警机制和损害处理预案。	1. 查核资料, 了解开展新医疗技术的安全、质量、疗效、费用等情况。 2. 查有无医疗技术风险处置预案。遇到有技术风险问题时采取措施是否得当。	1. 缺 1 项资料扣 1 分。 2. 有一例遇到技术风险处理不当, 造成损害不得分。		
(4) 科研项目的医疗技术符合法律、法规和医学伦理原则, 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。	2	1. 开展新的医疗技术必须符合伦理、道德规范。 2. 必须经过审批。 3. 必须签定知情同意书。	1. 查医院医学伦理委员会的会议记录, 了解科研项目是否符合伦理原则。 2. 开展新技术审批情况。 3. 开展新技术、新项目患者知情同意书的有关文字记录。	1. 医学伦理委员会无会议记录的扣 2 分。 2. 开展新技术无审批扣 0.5 分。 3. 无知情同意书扣 0.5 分。		
(5) 实行手术分级管理制度, 重大手术报告、审批制度。	2	1. 有手术分级管理制度。 2. 有重大手术报告、审批制度。 3. 按手术权限开展各种手术。	1. 查看资料是否有手术分级管理制度; 2. 参看资料是否有重大手术报告、审批制度; 3. 抽查按照手术权限开展各种手术情况。	1. 无制度的扣 2 分。 2. 1 例重大手术无报告、审批记录扣 1 分。 3. 未按手术权限开展手术, 1 例扣 1 分。		
(二) “三基”、“三严”	8					
1. 医院要坚持对医务人员基础理论、基本技能、基本知识(三基)训练, 培养严格要求严密组织、严谨态度(三严)作风。“三基”培训必须全员参与, “三基”考核必须人人达标。	4	1. 有对医务人员“三基”培训的年度计划及各年度全院考核成绩表和原始技能考核评分表。 2. 各临床科室业务学习每月不少于 1 次。 3. 医院全年组织医务人员三基理论和技术考试至少 1	1. 查阅医务人员“三基”培训计划, 制定实施方案并组织落实情况。 2. 查阅各科室组织医务人员学习计划, 讲课内容考核情况。 3. 查阅有关资料及登记本。	1. 无管理制度扣 2 分。 2. 无年度培训及考核计划扣 2 分。 3. 无原始考核资料扣 2 分。 4. 有制度及培训考核计划无落实扣 4 分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
		次。				
2. 要将“三严”的作风贯彻到各项医疗业务活动和管理工作中，医护人员人人掌握心肺复苏等急救技术。	4	医院对医护人员有心肺复苏等急救技术培训及考核。	1. 查医院对急救技术的培训和考核记录。 2. 评审时现场随机抽10名医务人员进行三基理论考试，参考人员成绩必须80分以上；随即抽5名医务人员进行现场急救技术考核，考核成绩必须90分以上。（抽考人员为45岁以下临床一线医务人员）	1. 无急救技术培训和考核记录扣4分。 2. 评审时理论考核一人不达标扣1分；技能考核一人不达标扣2分。		
(三) 病历质量	25					
1. 病历质量按照《广东省病历书写规范》要求进行质控。	20	1. 建立病案管理、病历质量监控和反馈制度并组织实施。 2. 医疗文书书写及时、准确、完整、规范。 3. 甲级病率率≥90%，无丙级病历	全院随机抽查30份病历（含妇、产、儿、新生儿）：包括评审前2年出院病历10份，评审前1年病历20份，其中运行病历5份；死亡病历5份，出院病历20份，按《广东省病历书写规范》要求进行评分。	1. 甲级病案率每低≤1%扣1分。 2. 发现一份丙级病历扣20分。		
2. 按规定复印或复制病历资料；按规定保护患者隐私。	2	建立病历复印或复制相关制度。	查看病历复印相关制度及执行情况。	1. 未建立病历复印或复制相关制度扣0.5分。 2. 执行不好扣1分。		
3. 按规定达到病历归档及时率。	3	出院病历3天归档率100%，死亡病历3天归档。	抽1月前出院病历20份，查看病历是否归档。	出院病历按期归档率每减少1%扣0.1分。		
(四) 院感管理	30					
1. 根据《医院感染管理办法》要求和医院功能和任务，建立完善的医院感染管理体系。	3	1. 有医院感染管理委员会，建立健全医院感染管理委员会，每半年召开一次会议。 2. 有医院感染管理科和各	1. 查医院文件及会议记录，了解医院感染管理委员会工作情况，是否有医院感染管理年度工作计划与总结，工作会议及总结内容 有分析、有问题及改进措施，能	1. 医院未建立医院感染科扣3分，资料不完备，缺一项扣1分。 2. 有1个科未建小组扣1分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
		科室有医院感染管理小组（由科主任及临床医护人员组成），职责明确；医院感染管理科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 名医院感染专职人员，并持证上岗）。	体现持续质量改进。 2. 抽查临床 2 个科室，询问临床感染管理小组工作职责。	3. 人员与科室不符（主要人员变动未及时调整小组）扣 0.5 分。 4. 感染管理科人员配备不符合要求扣 1 分。 5. 少 1 次会议扣 0.5 分。		
2. 根据国家有关法律、法规、规章和规范，常规制定医院感染管理各项规章制度。	2	医院应有医院感染发病率监测和报告制度，医院感染流行暴发的报告与控制制度，消毒隔离制度，重点科室医院感染管理制度，医院环境卫生学监测制度，医院感染管理知识全员培训教育制度，医院感染管理考核、考评奖惩制度，消毒药械购置、验收及管理制度，职业暴露及员工职业安全防控制度，医疗废物管理制度等。	1. 查阅文字资料，现场考核有关人员（5 人）对工作制度以及报告流程熟练情况，达到 100%。 2. 抽查制度文件的发布及落实情况。	1. 少 1 项制度扣 0.5 分。 2. 规章制度未及时更新一项扣 0.5 分。 3. 1 人掌握不熟练扣 0.5 分，扣完为止。		
3. 医院布局、设施和工作流程符合医院感染预防与控制要求。	2	1. 医院在扩建或改建前，须有医院感染专职人员参与图纸设计，工程验收前经过医院感染专职人员的认定。 2. 医院重点部门手术室、ICU、产房、计划生育手术室、供应室等重点部门分区	1. 查阅近三年新建或扩建、改建医院设计图纸及院感管理部门书面意见。 2. 实地查看已建成医院的布局，门诊、重点部门人流、物流。	1. 医院和重点部门布局、流程不符合要求 1 个扣 1 分。 2. 无院感人员认定和书面意见的扣 2 分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
		合理，配置的消毒、洗手等设施符合要求。门诊科室设置、布局、流向合理。				
4. 落实医院感染的病例监测、消毒灭菌监测、必要的环境卫生学监测和医院感染报告制度。	9					
	1	1. 医院开展全院性医院感染基线监测（不少于2年，新建医院至少已开展基线性监测）。	查阅医院基线调查资料。	1 未开展监测的扣0.5分。 2. 基线资料少1年扣0.5分。		
	2	2. 有医院感染监测年度计划；每年至少开展一次现患率调查，根据发现的问题开展目标性监测；对选定目标（1-2项）的连续监测时间不少于6个月；全院医院感染情况、耐药菌感染情况应与有关部门沟通、反馈；根据目标性监测中发现问题，采取干预措施，体现持续改进的工作思路。	1. 查阅文件、计划、有关资料、记录，包括MDRO如MRSA、VRE、产ESBL细菌等的监测资料。 2. 了解细菌室是否建立上述耐药菌的检测技术及警示报告，是否定期发布本院细菌药敏报告。	1. 无计划扣0.5分。 2. 未开展现患率调查、目标性监测的，各扣0.5分。 3. 目标性监测达不到要求各扣0.5分。 4. 未与有关部门沟通、反馈或改进扣1分。 5. 未建立耐药菌检测技术及警示报告扣1分。 6. 未定期发布本院细菌药敏报告扣0.5分。扣完为止。		
	2	3. 医院感染暴发处置制度完善、落实。	1. 查阅医院感染暴发的报告制度和控制程序、发生暴发的调查和总结或日常医院感染监测资料。	1. 未按要求报告医院感染暴发事件或无控制感染暴发程序扣1分。		

2. 现场抽查3名医务人员（医生、护士、微生物检验人员各1人），对医院感染暴发的认知程度。2. 医务人员对医院感染暴发处置等知识不熟悉，一人次扣0.5分。

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
				3. 无暴发的调查和书面总结的扣1分。		
	2	4. 消毒灭菌效果监测符合规范，包括使用中的消毒剂、灭菌剂监测，高压蒸汽灭菌和环氧乙烷、低温等离子体灭菌锅监测，内镜消毒灭菌监测。	1. 抽查2个病区。 2. 实地查看供应室、口腔科、手术室、内镜室等重点部门消毒灭菌检测情况和监测记录、报告单。现场核查使用中的消毒剂、灭菌剂及压力蒸汽灭菌、环氧乙烷气体灭菌、过氧化氢等离子体灭菌、内镜等消毒灭菌操作和效果监测资料；并有持续质量改进措施。	1. 发现1个部门不符合要求1项扣0.5分，未开展1项监测扣1分。 2. 监测记录少1次扣1分。 3. 监测资料造假扣2分。 4. 监测结果有问题，未提出改进措施及事后监督的扣1分。		
	2	5. 每月按《医院感染管理办法》规定开展一次重点部门、科室如：（手术室、重症医学科（ICU）病房（室）、产房、婴儿室、新生儿病房、计划生育手术室等）进行目标或环境卫生学监测（空气、物表、医护人员手）。	查监测资料。	1. 有1处不合格扣0.5分。 2. 监测资料造假扣2分。		
5. 医院感染控制重点部门的管理符合要求。	8	重点部门医院感染管理符合卫生部要求。口腔科、手术室、重症监护室、新生儿病房、产房、内镜室、导管室、临床检验部门和消毒供应室等。	1. 查阅特殊区域管理制度及现场查看重点部门管理情况。 2. 内镜室的布局、设备设施、清洗消毒灭菌，应符合卫生部《内镜清洗消毒技术操作规范》（2004年版）要求。 3. 口腔科器械清洗、消毒工作区域与诊疗区域分开，口腔诊疗器械包括手机的清洗消毒设备、流程、方法、监测应符合卫生部《医	1. 要点1任1重点部门无管理制度扣1分，管理达不到要求一部门扣1-2分。 2. 要点2任一项达不到规范要求扣1-2分。 3. 要点3达不到规范要求扣2分。 4. 要点4任一项达不到要求扣2分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
		www.med126.com	疗机构口腔诊疗器械消毒技术操作规范》要求。 4. 消毒供应室分区明确、流程合理，清洗、消毒、包装与灭菌等设施与设备符合要求，器械的清洗、包装与灭菌方法符合规定，应开展的各种监测规范、项目齐全、记录完善，有持续质量改进措施。 5. 手术室、产房、ICU、导管室、新生儿病房布局合理。 6. 查看重点部门医院感染预防和控制措施的实施情况。	5. 要点5任1部门达不到扣1分。 6. 要点6任一部门感染预防措施不到位扣1分。		
6. 加强对医院感染控制重点项目的管理。包括呼吸机相关性肺炎、血管内导管所致血行感染、留置导尿管所致尿路感染、手术部位感染等；加强对抗菌药物的合理应用管理。	2	1. 重点项目管理：制定并实施呼吸机相关性肺炎、血管内导管相关性血流感染、留置导尿管所致尿路感染等重要项目预防和控制措施。 2. 制定本院抗菌药物的合理应用措施。	1. 查看针对重点项目所采取的预防措施询问医生及护士对重点项目预防与控制措施的掌握情况。 2. 查本院抗菌药物合理应用管理措施。	1. 缺一项重要项目预防与措施扣1分，1人不掌握或掌握不清扣1分。 2. 无本院抗菌药物的合理应用管理措施，扣2分，未按药敏结果用药扣0.5分。		
7. 医务人员严格执行无菌技术操作、消毒隔离工作制度、手卫生规范、职业暴露防护制度；加强卫生安全防护工作，保障职工安全。	2	1. 医务人员无菌技术操作执行情况符合无菌技术操作原则。 2. 隔离病人有隔离标识，措施落实； 3. 医务人员手卫生执行情况； 4. 医务人员锐器伤、HIV、HBV、HCV等职业暴露的报告及处理制度是否落实。	1. 随机抽查5名医、护、技人员进行无菌技术操作、消毒隔离和手卫生规范考核，如换药、穿刺、拆线等。 2. 查看暴露情况登记，完好防护效果和发病情况的追踪记录。 3. 考查口腔科、内镜室、检验科、感染性疾病科、消毒供应室等部门是否有充足完好适用的个人防	1. 要点1一人一项不合格扣0.5分。 2. 无防护控制措施不得分。 3. 任一部门防护用品不足扣1分，1人不知晓“标准预防”或防护用品使用不正确扣0.5分；2小时内无法获取HIV职业暴露		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
			护用品。	后预防用药，扣1分。 4. 无锐器损伤等职业暴露登记和追踪扣2分；有登记无定期追踪扣1分。		
8. 消毒器械及一次性使用医疗用品管理符合规定	2	1. 医院有一次性医疗用品和消毒器械管理制度。 2. 指定部门索取证件审核情况。 3. 购置部门质量验收及保管情况。 4. 查看临床科室使用情况。	现场查看及查资料。	1. 无管理制度扣2分。 2. 未按规定索取证件或索取证件不全、过期，每发现一件扣0.5分。采购与审证未分开专人，扣0.5分。 3. 保存不当扣1分。 4. 发现使用科室自行购入一次性无菌医疗用品，每科扣1分。 5. 发现一次性无菌医疗用品重复使用扣2分。		
(五) 爱婴医院	5					
严格执行 WHO/UNICE《促进母乳喂养成功的十点措施》与《国际母乳代用品销售手册》；结合医院实际，制定完善的本院巩固爱婴医院成果、促进母乳喂养的管理措施，并认真落实。	5	1. 有具体分管爱婴医院管理工作的职能部门。 2. 制定本院巩固爱婴医院成果、促进母乳喂养的管理措施，并传达到全院职工。 3. 医院有爱婴行动(首次为创建爱婴医院)领导小组与促进、支持母乳喂养技术指导组织。 4. 门诊孕妇学校采取多种形式向孕妇宣教孕、产褥期保健知识与母乳喂养知识	1. 查爱婴办相关管理资料是否有工作职责；创建与巩固爱婴医院的管理资料与工作记录是否规范、完善。 2. 有书面的本院巩固爱婴医院成果和促进母乳喂养的管理措施，并在产、儿科住院部及门诊张贴。 3. 有院爱婴行动领导小组与院科二级促进、支持母乳喂养技术指导组织，并行使职责。 4. 实地观看门诊孕妇学校环境，其设置与设备是否能提供为孕妇	1. 无具体分管爱婴医院管理工作的职能部门或无创建与巩固爱婴医院工作的管理资料与工作记录各扣1分；资料不规范、不完善扣0.5分；爱婴办无工作职责扣0.5分。 2. 无本院巩固爱婴医院成果、促进母乳喂养的管理措施扣1分；措施内容不完善或未按要求张贴扣0.5分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
		<p>暨喂哺技巧。</p> <p>5. 护理部将“国际双十条”与爱婴医院相关管理规定纳入产科、新生儿科的人院告知书、护理常规、岗位职责、环节质控、健康宣教等内容之列。</p> <p>6. 医院、护理部、产科、儿科分别将“国际双十条”、爱婴医院相关管理规定和母乳喂养知识纳入每年对新上岗（在岗）工作人员的培训内容之列。</p> <p>7. 医院严格执行并落实WHO/UNICE《促进母乳喂养成功的十点措施》与《国际母乳代用品销售手册的十点措施》。</p>	<p>授课场地；查看有关宣传资料、授课安排、讲课资料、听课登记等。</p> <p>5. 查看产科人院告知书、护理常规、岗位职责、环节质控、健康宣教书面资料。</p> <p>6. 查人事科、护理部、产科分别对新上岗工作人员的培训资料。</p> <p>7. 实地观察产科爱婴区、产房、新生儿科、产科门诊、儿保与儿科门诊，以了解医院执行“国际双十条”的落实情况；询访产科护士、医生、助产士、孕妇、产妇各一名，以了解有关爱婴医院管理规定和母乳喂养知识及喂哺技巧掌握与实施情况。</p>	<p>3. 无院爱婴行动领导小组与院科二级促进、支持母乳喂养技术指导组织或有组织不行使职责各扣1分。</p> <p>4. 门诊孕妇学校未定期向孕妇进行母乳喂养知识宣教扣1分；提供为孕妇授课场地过于简陋或授课与宣教资料不完善各扣0.5分。</p> <p>5. 护理部未将相关内容纳入产科、新生儿科的人院告知书、护理常规、岗位职责、环节质控、健康宣教等内容之列，每项扣0.5分。</p> <p>6. 各层级未将相关内容纳入每年对新上岗（在岗）工作人员的培训内容之列，各扣0.5分。</p> <p>7. 一个相关部门未严格执行并落实“国际双十条”中的1条措施内容扣1分；一人回答相关问题不合格扣0.5分。</p>		
二、临床科室管理与技术水平	140					
（一）急诊工作质量管理与技术水平	11					

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
1. 急诊专业设置合理，人员相对固定，值班医师能够胜任急诊抢救工作。	2	1. 急诊留观床位不少于 5 张。 2. 医师配置合理，急诊科主任应由从事急诊临床工作 3 年以上的副主任医师以上人员担任；护士长应由从事急诊临床护理工作 3 年以上的主管护师以上人员担任；急诊医生有 3 年以上工作经验的临床医师，其中副高职称以上医师不少于 1/4。 3. 全天有三级医师提供诊疗服务。	1. 实地查看。 2. 查人事资料。 3. 进行夜晚突击检查。	1. 科目设置不符合要求扣 0.5 分；床位达不到要求扣 0.5 分。 2. 人员配置 1 处不符合要求扣 1 分。 3. 三级医师不能提供全天诊疗服务扣 1 分。		
2. 建立急诊、入院、手术“绿色通道”，急诊服务及时、安全、便捷、有效。	2	急诊科有独立的医疗区域，有专用的出入门道，急诊门前回车道通畅；急诊标志醒目，夜间有灯光，各区域标志醒目；急诊留观时间平均不超过 48 小时；通讯系统畅通；急救药品数量准确，质量完好，放置规范；急诊检验、放射、输血、药房、会诊、留观、手术、住院、转诊等环节满足急救需要。	1. 实地查看急诊科布局。 2. 考核 1 名急诊护士分诊能力。 3. 现场模拟查看（包括夜晚突击检查）“绿色通道”是否通畅。	1. 1 处不符合要求扣 1 分。 2. 考核不合格扣 1 分。 3. 院前急救与急诊无交接记录或接诊病人不及时扣 0.5 分。		
3. 急诊抢救工作及时，有上级医师进行指导或参加，急危重症患者抢救成功率较高。	2	1. 5 分钟内抢救措施必须到位，急诊会诊到位时间≤10 分钟；抽查急诊科医师、护士各 1 人的急救知识掌握和实际操作，医护人员能正确	1. 现场考核：抢救措施到位时间；急会诊到位时间。 2. 抽 2 名医护人员对急救知识和徒手心肺复苏、洗胃等常规急救操作的掌握情况。	1. 抢救措施到位时间超标扣 0.5 分；急诊会诊到位时间超标扣 0.5 分。 2. 1 人急救知识不知晓扣 0.5 分；操作不熟练扣 0.5		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
		进行徒手心肺复苏等常规急救操作。 2. 统计抢救记录：急、危、重症患者抢救成功率 $\geq 85\%$ 。	3. 统计抢救记录情况。	分。 3. 抢救成功率低于标准扣1分。		
4. 加强运行病历的监控与管理，重点检查与医疗质量和患者安全相关的内容。	2	急诊留观记录应按病历书写规范书写。 1. 病程记录每24小时不得少于2次，急、危、重症随时记录。 2. 危重病人24小时内应有上级医师查房意见。 3. 交接班、转科、转院应有病程记录。 4. 被邀请急会诊的医师应有详细的会诊记录，会诊意见有执行记录。 5. 诊疗过程及处置记录及时准确。 6. 重大特殊处置、用药、输血及对危重病情的处理应及时记录。 7. 病人留院观察时离开，值班医生应记录去向并嘱患者不适随诊，并做好记录。	现场抽取5份急诊留观病人的病历，检查相关内容。	1处不符合要求扣0.5分。		
5. 急救设备齐备、完好，满足急救工作需要。医护人员能够熟练、正确使用。	3	1. 急救器材、药品、物品、定位放置，定期检查、保养、维修，设备性能良好，处于应急状态。抢救室内必备心	1. 现场查验抢救设备数量及是否完好、急救设备、药品的交接班记录、设备的维修保养记录、是否定位放置、设备的调配方案。	1. 少1类设备扣0.5分；无急救设备、药品的交接班记录各扣0.5分；无维修保养记录扣0.5分；无		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
		电监护仪、吸引器、除颤仪、心电图机、气管插管设备、简易呼吸囊，各类设备有应急调配预案。 2. 常用抢救器械、无菌包齐全（必备气管切开包、腹穿包、导尿包、静脉置管包）在有效期内使用。 3. 医用救护车满足需要，处于应急状态，车载设备齐全（车内必备担架、氧气、急救箱、抢救药品等，完好率100%）。 4. 医护人员能够熟练、正确使用急救设备。	2. 现场查看各种无菌包及治疗盘的使用情况。 3. 现场查看救护车车况及随车必备抢救设施、物品情况。 4. 现场考核 2 名医护人员操作急救设备的情况。	调配方案扣 0.5 分；未定位放置扣 0.5 分。 2.1 项不合格扣 0.5 分。 3.1 项不合格扣 0.5 分。 4.1 名医护人员不能熟练运用急救设备扣 0.5 分。		
(二) 门诊工作质量管理与技术水平	8					
1. 依据工作量及需求，合理安排门诊科室及专业技术人员，	3	1. 门诊专科齐全，必设妇科、产科、儿科、生殖健康科（不孕不育）、妇保科、儿保科、中医科门诊。 2. 妇科、产科、儿科应设普通门诊及专家门诊。 3. 副主任医师及以上人员出任普通门诊每周不得少于 1 次（半天）。	1. 提供全院门诊医师出诊表。 2. 实地查看。	1. 缺一个专科门诊扣 0.5 分。 2. 妇科、产科、儿科无专家门诊扣 0.5 分 3. 副主任医师及以上人员出任普通门诊每周少于 1 次（半天）扣 1 分。		
2. 提高门诊确诊能力，保证门诊诊疗质量。	3	1. 有健全的门诊质量管理体系。	查阅相关制度及资料。	1. 无相关管理制度扣 1 分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
		2. 落实首诊负责制及科间会诊制度。经 3 次门诊就诊仍未确诊的病例，有副主任医师会诊或请相关科室会诊或收治入院。		2. 制度落实不到位 1 项扣 0.5 分。		
2. 医疗文书书写规范。	2	1. 门诊病历及处方书写符合《病历书写基本规范》、《处方管理办法》的规定。 2. 各类申请单项目齐全，描述清楚；医疗证明文件管理符合规范要求。	抽查 10 份门诊病历、10 份门诊处方和 10 份申请单或医疗证明文件。	1 份门诊病历、处方、申请单或证明文件不符合规定或要求扣 0.5 分。		
(三) 妇科工作质量管理与技术水平	28					
1. 妇科床位设置合理，医院无独立设置 ICU 应设妇科抢救室。	2	1. 妇科抢救室人员安排、场地、设备、设施能满足妇科危急重病人的救治需要。 2. 有妇科抢救室工作制度。	1. 实地查看，查看科室人员安排表。 2. 查看工作制度。	1. 无妇科抢救室扣 1 分，人员安排、场地、设备、设施不足扣 0.5 分。 2. 工作制度扣 0.5 分。		
2. 开展各种妇科常见急症抢救。	3	能熟练开展各种妇科急症抢救工作，有失血性休克、感染性休克抢救程序。	1. 查阅资料，看是否有抢救程序常规。 2. 抽考 2 名医务人员，看抢救程序掌握情况。	1. 无抢救程序、常规扣 1 分。 2. 回答不全每人扣 0.5 分。		
3. 能开展普通妇科疾病的诊断、治疗及治疗。	10	1. 能开展与医师职称条件相符合的 I、II、III、IV 级妇科手术。 2. 年度妇科手术不少于 1000 例，III、IV 级手术的例数不少于 500 例 3. 能开展妇科恶性肿瘤的	查相关病历各 5 份，看所列手术项目开展情况以及是否符合质量管理要求（手术资料完整，诊断明确，有适应症，治疗合理，效果良好）。	1. 未开展技术每项扣 0.5 分。 2. 手术开展例数按规定标准每减少 10%扣 0.5 分。 3. 不符合质量管理要求每例扣 0.2 分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
		根治手术及规范化化学治疗。 4、开展的手术符合质量管理要求。				
4. 能开展复杂妇科疾病的治疗及手术治疗。能开展妇科微创技术及先进技术	5	1. 能开展腹腔镜和宫腔镜手术、能开展经阴道子宫系列手术，每年进行的妇科微创手术例数不少于 500 例。 2. 能开展腹腔镜下或经阴道广泛全子宫切除术、腹腔镜盆腔淋巴结清扫及宫腔镜下子宫畸形、子宫肌瘤、子宫腔粘连电切术。 3. 能开展生殖道畸形的矫形手术、复杂生殖道瘘修补术，女性压力性尿失禁纠正手术及其他盆底重建手术。	查相关病历各 5 份，看所列内镜诊治技术开展情况及是否符合质量管理要求（包括资料完整，诊断明确，有适应症，治疗合理，效果良好）。	1. 手术开展例数按规定标准每减少 10%扣 0.5 分。 2. 每少开展一项技术扣 1 分。 3. 手术项目不符合质量管理要求每例扣 0.5 分。		
6. 开展妇科恶性肿瘤的筛查和早期诊断技术。	3	开展宫颈脱落细胞检测（液基细胞检测、TBS 诊断）、肿瘤标记物测（CA ₁₂₅ 、AFP、CEA 等）、妇科超声检查、阴道镜等常见妇科肿瘤早期诊断技术和乳腺癌筛查技术。	现场查看相关检测设备及门诊病历，看技术开展情况。	每少开展一项技术扣 0.5 分。		
7. 开展妇产科内分泌疾病诊治。	2	能规范对功血、闭经、多囊卵巢综合征、痛经、围绝经期综合征、高催乳激素血症、性早熟、卵巢功能早衰、不孕症等内分泌疾病进行诊治。	1. 查相关病历 5 份和相关记录，看技术开展情况。 2. 抽查 2 名医生，了解诊治应用情况。	1. 少开展一项技术扣 0.5 分，诊治不规范每例扣 0.3 分。 2. 考核不合格每人扣 0.5 分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
8. 开展计划生育手术并能处理计划生育复杂并发症。	3	1. 有相对独立的业务用房。 2. 开展放环、取环、人工流产、药物流产、中孕引产、绝育手术。 3. 有计划生育复杂并发症处理常规，能及时正确诊断及处理。	1. 查看业务用房，查看工作登记本，了解服务质量。 2. 查看登记册，与业务人员交谈了解服务水平。 3. 抽查相关病历 5 份，了解计划生育复杂并发症处理情况。	1. 业务用房不符合要求扣 0.5 分，人员资质缺乏扣 1 分，服务不规范扣 2 分。 2. 服务项目缺乏酌情扣 0.5—2 分，相关技术并发症超出规定要求扣 1 分。 3. 并发症处理不当扣 1 分。		
(四) 产科工作质量管理与技术水平	28					
1. 产科床位设置合理，医院无独立设置 ICU 应设产科抢救室。	2	1. 产科抢救室人员安排、场地、设备、设施能满足产科危重病人的救治需要。 2. 有产科抢救室工作制度。	1. 实地查看，查看科室人员安排表。 2. 查看产科抢救室工作制度。	1. 无产科抢救室扣 1 分，人员安排、场地、设备、设施不足扣 0.5 分。 2. 产科抢救室工作制度扣 0.5 分。		
2. 开展相适应水平的产科危重病病人的监护与处理。	4	1. 开展下列 9 项以上产科危重病人监护与处理技术：①心、肺、脑复苏；②心力衰竭的抢救；③急性心律失常的抢救；④呼吸衰竭的抢救；⑤各种休克的抢救；⑥产科出血的抢救；⑦羊水栓塞的抢救；⑧产科 DIC 的诊断与处理；⑨水电解质和酸碱平衡紊乱的早期诊治。 2. 有相应的抢救程序、抢救常规及转诊会诊制度。抢救程序正确、有效。	1. 查相关病历和医疗统计报表，看所列技术开展情况。 2. 查阅资料，看是否建立并执行相关抢救程序。抽查每种危重病历 1-2 份，了解抢救能力及效果。	1. 抢救技术每缺一项扣 1 分。 2. 缺抢救程序或抢救常规每项扣 1 分，复苏不正确每例扣 0.5 分，抢救效果有缺陷每例扣 0.5 分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
3. 开展相适应水平的产科高危孕妇的诊治。	4	1. 开展妊娠合并心血管系统、消化系统、呼吸系统、血液系统、泌尿系统疾病的诊治。 2. 开展妊娠期高血压疾病、妊娠期糖尿病的规范诊治。 3. 开展早产、前置胎盘、胎盘早剥、羊水过少、羊水过多、胎膜早破、胎儿窘迫、胎儿生长受限等妊娠并发症的规范诊治。	1. 查看诊疗规范。 2. 抽查相关病历各 1 份，看高危孕妇的诊治情况。 3. 询问考核 2 名医师，了解高危妊娠相关知识。	1. 无诊疗规范扣 2 分。 2. 诊断不明确、监护不当、治疗不合理每项各扣 0.5 分。 3. 医师考核 1 人不合格扣 1 分。		
4. 开展相适应水平的胎儿疾病诊断与监护技术。	4	开展以下胎儿疾病诊断与监护技术：I、II、III级超声检查，脐血流监测、生物物理评分；血或尿 E/C 值监测；妊娠期高血压疾病的预测；母血型特异抗体测定与监测；胎儿肺成熟度测评；胎儿生长发育及成熟度监测，胎儿中央监护和远程监护。	1. 现场查看设备、诊疗常规及相关登记本，看是否开展所列诊疗技术。 2. 查病历（母子血型不合的宫内诊治、宫内感染、胎儿生长受限、先兆早产、过期妊娠病历各 2 份），看诊治是否规范。	1. 未开展的技术每项扣 0.5 分。 2. 诊治不规范每例扣 0.2 分。		
5. 开展产前筛查及产前诊断技术。	3	1. 能开展 21-三体综合症、神经管缺陷、地中海贫血的产前筛查及诊断。 2 能开展介入性产前诊断技术：绒毛取样术、羊膜腔穿刺术、脐静脉穿刺术。	1. 查看有无开展产前诊断技术服务项目的母婴保健技术服务执业许可证。 2. 查看产前诊断病历及登记本。	1. 无产前诊断技术执业资质不得分。 2. 未开展的技术每项扣 0.5 分。 3. 资料不完善、病历不规范扣 0.5 分。 3.		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
6. 正确处理产程。	6	1. 正确处理三个产程，正确使用产程图。 2. 正确掌握剖宫产、人工破膜和宫缩剂的应用指征。 3. 开展陪伴分娩和无痛分娩。 4. 有切实可行的产后出血防治措施。 5. 产后 2 小时观察正确。	查产科病历 5-10 份。 1. 是否正确使用产程图、产程处理是否正确。 2. 看使用人工破膜、宫缩剂是否有指征及有无记录；看胎吸、产钳和剖宫产指征是否正确。 3. 看病历记录。 4. 看是否采取产后出血防治措施、产后出血计量方法及产后出血处理是否妥当。 5. 看产后观察是否正确。	1. 未使用产程图扣每份扣 0.2 分；使用不当每例扣 0.1 分；存在滞产每份扣 1 分，扣完 2 分为止。 2. 产前无指征人工破膜、使用宫缩剂、产钳和胎吸、无指征剖宫产每例每处扣 1 分，无记录扣 0.5 分，扣完 2 分为止。 3. 未开展陪伴分娩和无痛分娩各扣 1 分，扣完 2 分为止。 4. 无产后出血防治措施每例扣 1 分，1 例处理不妥当扣 0.5 分，扣完 2 分为止。 5. 产后观察不符合要求每例扣 0.2 分，扣完 2 分为止。		
7. 分娩量要求达到一定水平。	2	年分娩量要求高于本地区同级综合医院。	查分娩登记本。	每减少 10 人次扣 0.5 分，扣完 2 分为止。		
8. 产后康复管理水平。	3	1. 开展产后母体康复技术。 2. 开展新生儿抚触及游泳。 3. 开设产后康复门诊，开展妊娠高血压疾病、妊娠期糖尿病产妇产后血压、血糖、血脂监测。	1. 实地查看爱婴区，实地了解母体康复、新生儿抚触及游泳的设备、场地。 2. 实地查看产后康复门诊。 3. 查看母体康复、新生儿抚触及游泳、PIH 和 GDM 产后血压、血糖、血脂监测登记。	1. 无产后康复门诊扣 1 分。 2. 未开展产后康复扣 1 分。 3. 未开展新生儿抚触及游泳扣 0.5 分 4. 未开展妊娠高血压疾病、妊娠期糖尿病产妇产		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
				后血压、血糖、血脂监测扣 0.5 分，登记资料不全扣 0.5 分。		
(五) 生殖健康技术水平	8					
1. 专科设置及资质要求	2	1. 不孕不育专科设备场地符合要求。 2. 人员资质符合要求。	1. 现场检查，查相关记录，设备和场地，看是否设立专科门诊。 2. 查看相关资料。	场地、设备、人员资质不符合要求各扣 0.5 分。		
2. 开展不孕不育症的诊治。	4	1. 有各种不孕不育诊治常规。 2. 开展超声监测排卵、基础体温测定、子宫输卵管造影、女性性激素测定、免疫不孕和感染不孕等检查。 3. 开展输卵管插管术、宫腔镜术、腹腔镜术。 4. 开展女性内分泌检测。 5. 开展男性不育诊治。	1. 现场检查，查相关记录，设备和场地，看是否设立专科门诊。 2. 查看相关资料。 1. 查有无诊治常规。 2. 抽查相关病历 5 份，看检查项目是否齐全。 3. 看是否开展输卵管插管术、宫腔镜术、腹腔镜术 4. 看是否开展内分泌诱发排卵。 5. 看是否开展男性不育诊治。	1. 无诊疗常规扣 1 分。 2. 检查项目每缺少一项扣 0.5 分。 3. 能开展的技术每缺一项扣 0.5 分。 4. 未开展内分泌检查扣 0.5 分。 5. 未开展男性不育诊治扣 0.5 分。		
3. 开展辅助生殖技术。	2	有资质开展辅助生殖技术： 宫腔内人工受精、体外受精—胚胎移植、单精子卵母细胞注射、冷冻胚胎移植等	实地查看辅助生殖技术中心场地、设备、诊疗常规及病历。	1. 无卫生部或省卫生厅审批的开展辅助生殖技术资质不得分。 2. 诊疗常规不完善扣 1 分。 3. 病例书写不规范酌情扣分。		
(六) 儿科工作质量管理与技术水平	18					

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
1. 儿科床位设置合理，医院无独立设置 ICU 应设 PICU。	2	1. 儿科 PICU 人员安排、场地、设备、设施能满足儿科危急重病人的救治需要。 2. 有 PICU 工作制度。	1. 实地查看，查看科室人员安排表。 2. 查看 PICU 工作制度。	1. 无 PICU 扣 1 分，人员安排、场地、设备、设施不足扣 0.5 分。 2. 无 PICU 工作制度扣 0.5 分。		
2. 儿内科专业设置	1	分设 2 个以上（含 2 个）二级专科，如呼吸、消化、血液神经、泌尿、心血管、内分泌等。	1. 查看二级专科设置，有相对独立的病区和专科医师。 2. 查看专科病历。	1. 未设二级专科不得分，无专科医师扣 0.5 分。 2. 查看病历酌情扣分。		
3. 开展儿童感染性疾病诊治和急危重症抢救。	5	1. 正确救治严重感染并休克或中毒性脑病、脑疝、呼吸衰竭、循环衰竭、惊厥等急危重症 2. 掌握呼吸机、多功能监护仪、血气分析、电除颤仪等设备的使用。	1. 查资料，抽查 5 份相关病历，看呼吸衰竭病历 3 份、循环衰竭病历 2 份诊治情况。 2. 抽查 2 名医生，看是否掌握设备的使用。	1. 1 例诊治不当扣 1 分。 2. 查看病历酌情扣分。 3. 不能开展血气分析扣 0.5 分，不能正确使用呼吸机、多功能监护仪、血气分析、电除颤仪各扣 1 分。		
4. 开展哮喘或喘息性支气管炎、重症肺炎、心肌炎、心内膜炎、心律失常、先天性心脏病、小儿糖尿病、重症及迁移性腹泻的诊治。	5	1. 有所列疾病的诊疗常规。 2. 能开展电解质、肝肾功能、血糖、c 反应蛋白、血培养、血气分析、病原学检查及药敏、免疫功能、过敏原、心电图、脑电图等检查技术。	1. 查资料，看有无相应疾病诊疗常规。 2. 抽查所列疾病相应病历 5 份，了解诊疗技术开展情况。	1. 缺 1 项诊疗常规扣 0.5 分。 2. 缺诊疗技术每项扣 0.5 分，处理不当每例扣 0.5 分。		
5. 开展难治性肾病、内分泌疾病、血液病、川崎病的诊治，开展小儿消化道内镜检查。	3	1. 有所列疾病的诊疗常规 2. 能开展骨髓穿刺、肾穿刺活体检查术及相关内分泌检查。	1. 查相应疾病诊疗常规。 2. 抽查所列疾病相应病历 5 份，了解诊疗技术开展情况。	1. 缺 1 项诊疗常规扣 0.5 分。 2. 缺所列疾病的诊疗技术酌情扣分。 3. 处理不当每例扣 0.5 分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
5. 儿外科疾病的诊断及治疗	2	开展儿外科常见疾病治疗。	抽查相应病历 3 份。	1. 未开展儿外科疾病的诊治扣 2 分。 2. 病历查阅视具体情况酌情扣分。		
(七) 新生儿科工作质量管理与技术水平	18					
1. 按卫生部及卫生厅的要求设置。	4	1. 独立设置新生儿专科病房(含 NICU)。 2. 新生儿专科病房每床使用面积不低于 3m ² , 不小于 1 米; 床位使用率 65%-80%。 NICU 床位不少于 5 个, 床均占用面积不低于 6m ² 。 3. 医师与床位的比例不低于 1:3, 护士与床位的比例不低于 0.6:1。护士长有 5 年以上工作经验、有从事新生儿专业的医护骨干。科主任及护士长要求 5 年内接受过三级甲等医院新生儿专科进修 6 个月以上。 4. 新生儿室的医生、护士相对固定, 每年参加新生儿专业相关的继续医学教育培训。	1. 现场检查。 2. 现场查看, 看床位数、占用面积是否符合要求, 查统计报表, 看床位使用率是否达到要求。 3. 查人事资历及资格证书, 看医师与床位之比、护士与床位之比是否符合要求。 4. 查培训资料及合格证书, 看人员是否经过培训。	1. 未独立设置新生儿专科病房扣 2 分。 2. 床位数、占用面积、床位使用率一项未达到要求扣 0.2 分。 3. 医师与床位之比、护士与床位之比等 1 项不合要求扣 0.2 分。 4. 人员未相对固定扣 0.2 分; 1 人没有经过培训扣 0.2 分。		
2. 制度健全, 落实到位。	2	建立健全医疗管理制度、规范各项临床诊疗常规和操作规程。	1. 查资料, 看制度制定和落实情况。 2. 查交接班记录本、出入院登记本、NICU 病历 5 份, 各科室管理	1. 缺 1 项制度扣 0.5, 制度不落实 1 项扣 0.2 分。 2. 制度不落实 1 项扣 0.5 分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
			登记本。			
3. 设备齐全完好。	1	配置多功能监护仪、呼吸机、新生儿复苏呼吸气囊、新生儿喉镜、远红外辐射式抢救台、新生儿暖箱、微量血糖检测仪、血气分析仪、蓝光治疗仪、输液泵、微量注射泵、便携式监护仪、空气净化器 ^{www.med126.com} 等保证临床工作需要设备，抢救药品齐全、有效，摆放合理。	1. 现场查看设备。 2. 现场查看抢救药品。	1. 缺 1 件设备扣 0.5 分。 2. 缺 1 种药品或过期、失效药品扣 0.5 分。		
4. 设施功能完好，能正常使用。	1	1. 供氧、供电、消毒等设施完备。 2. 监护抢救设备完好率 100%，维修保养记录完整。	1. 现场查看，看供氧、供电、消毒设施是否齐全。 2. 现场查看，查维修保养记录，看监护抢救设备维修保养情况。	1. 缺其中 1 项设施扣 0.5 分。 2. 1 台设备不完好扣 0.5 分，1 台无维修保养记录扣 0.2 分。		
5. 开展新生儿窒息复苏技术。	5	1. 有复苏程序。 2. 有关人员经过培训考核。 3. 有保温设施、氧源、吸引器、复苏气囊、喉镜及抢救药品。 4. 能及时正确复苏并记录正确。	1. 查资料，看有无新生儿窒息复苏流程图。 2. 查培训计划、教材、考核记录，看是否开展有培训考核。 3. 现场检查，看设备设施配置情况。 4. 抽查医生、护士各 2 人，现场模拟复苏技术。抽查复苏病历 2 份。	1. 无新生儿窒息复苏流程图扣 1 分。 2. 无年度培训计划扣 1 分，未开展培训扣 2 分，培训内容不齐全扣 1 分，培训后未考核扣 1 分，扣完 3 分为止。 3. 设备设施每缺一项扣 0.5 分，药品每缺一种扣 0.2 分，扣完 2 分为止。 4. 考核不合格每人扣 1 分，复苏不规范每人扣 0.5 分。复苏病历未记录		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
				每份扣 1 分。		
6. 开展新生儿常见病的诊治。	4	1. 能开展败血症、高胆红素血症、极低出生体重早产儿和呼吸窘迫综合症、窒息后多器官功能损害和缺氧缺血性脑病、胎粪吸入综合症等常见病的诊治。 2. 能开展病原学检查、免疫抗体测定、新生儿换血、床旁胸片、颅内 B 超等诊疗技术。	1. 查资料并抽查病历 3 份，看诊疗常规。 2. 查资料并抽查病历 3 份，了解诊疗技术开展情况。	1. 诊疗常规每缺一项扣 0.5 分，处理不当每例扣 0.2 分。 2. 诊疗技术缺 1 项扣 0.5 分。		
7. 开展高危新生儿双向转运，追踪随访及反馈。	1	1. 配备高危儿转运设备及人员，可开展双向专业。 2. 设立高危儿转运及随访制度。	1. 实地查看设施及记录。 2. 查看运转及随访制度。	1. 未开展高危儿运转扣 0.5 分。 2. 无相关工作制度扣 0.5 分。		
(八) 麻醉科手术室质量管理与技术水平	15					
1. 管理水平	7					
(1) 人员配置符合规定。手术室布局、设置、工作流程符合《医院感染管理办法》及卫生部 2010 年《医院手术部（室）管理规范》和建设部 GB50333《医院洁净手术部建设技术规范》等有关法律和规范。有利于提高工作质量和效果。	2	1. 手术台与麻醉医师比例 1:1.5 2. 手术间的面积及层流级别符合规范。 3. 手术室的内外环境、手术室的建筑材料及装饰等符合预防和控制医院感染的要求。 4. 中心供气、吸引、废气回收装置、电线、插头开关安装合理等。	1. 查医护人员执业证及排班表。 2. 实地查看。 3. 基建部门提供相关资料。	1. 人员配置低于标准扣 0.5 分，超执业权限麻醉操作 1 例扣 1 分。 2. 建筑材料选择不合理扣 0.5 分。 3. 百级、千级、万级的顺序设置不正确扣 0.5 分。 4. 无中心供气、吸引、废气排放系统一项扣 0.5 分。 5. 电线、插座、开关不镶		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
				嵌在墙内，数量不够、插座箱总配电柜设于限制区内、无独立专用配电箱每项扣 0.5 分。		
(2) 医院手术间数量应与医院业务及发展规模相适应。手术室要临近手术科室、环境安静、清洁，符合预防和控制医院感染的要求。	1	1. 手术间数量与手术科室床位比达 2:100。 2. 手术室建筑位置选择环境安静、清洁。	实地查看。	1. 手术间与手术科室床位比不达标扣 0.5 分。 2. 手术室建筑位置不相关要求扣 0.5 分。		
(3) 手术室布局合理符合功能流程和洁污分开的要求，区域间标志明显。	1	手术室内严格划分污染区、清洁区、无菌区，有明显标志，流程合理。	现场查看布局是否合理，洁污是否分流。	1. 洁污分区不明确、各区之间无标志扣 0.5 分。 2. 通道设计不合理、使用不合理扣 0.5 分。		
(4) 手术室的空气调节与空气净化符合国家或相关规定。	1	非洁净手术间不得采用窗式空调，手术室排风必须通过管道排到室外，不应设余压阀排向走廊或夹层，温度控制在 22-25℃，湿度控制为 40%-60%。	实地查看手术室及机房	1. 空调型号及排风管位置，温湿度控制装置。 2. 新风口设在机房、无设排风管道或排风排向走廊或夹层扣 0.5 分。 3. 温湿度不可控制或不能达标一项扣 0.5 分。		
(5) 手术室环境管理落实。	1	手术室的保洁工作、接台手术之间的环境卫生、洁净手术部空气消毒设备的维护、环境空气质量监测、医疗废物及特殊感染手术术后处理符合《医院感染管理办法》、《医疗废物处理条例》。GB 15982《医院消毒卫生标准》及卫生部 2010 年《医	实地查看、查阅相关实施记录登记资料等。	1. 清洁工职责不清、培训不到位、无工作质量考核，物面有尘、地面不洁每项扣 0.5 分。 2. 术中工作台面、地面有血污未及时处理、术后清洁未按照先洁后污的顺序每一项扣 0.5 分。 3. 未按规定处理医疗垃圾		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
		院手术部（室）管理规范》和建设部 GB50333《医院洁净手术部建设技术规范》等有关法律和规范。		或医疗垃圾与生活垃圾混放每项扣 0.5 分。 4. 无空气监测资料扣 1 分。		
(6) 建立和完善科室核心工作制度及其他工作制度并得到有效落实。	1	核心制度健全并落实相关工作制度健全。	现场查看核心制度落实情况。	1. 制度不健全扣 0.5 分。 2. 不落实扣 0.5 分。		
2. 手术室专业技术水平。	8					
(1) 建立各岗位、各专业手术工作流程与质量标准，保障病人安全。	2	1. 手术室病人安全应符合广东省 2009 年《手术室十大安全质量目标》及卫生部的《2009 年患者安全目标》。 2. 严格防止手术患者、手术部位及术式发生错误：建立手术部位识别标志制度。 3. 麻醉操作规范，麻醉记录单书写准确、规范。 4. 发生麻醉意外处理及时。	1. 现场查看各种工作流程及指引，病人安全及舒适度等。 2. 现场观摩麻醉操作 1 例，查看麻醉记录单。	1. 流程指引简单过时不符合临床实践一项扣 0.5 分。 2. 每项操作及治疗不符合标准或规范扣 0.5 分。 3. 麻醉意外处理不及时扣 0.5 分。		
(2) 开展手术前后访视工作。	1	1. 麻醉师在手术前一天检查访视病人，并在术后三天内随访。 2. 手术护士负责对患者进行评估和管理，制定有效的护理措施，保障手术过程患者安全。	1. 抽查 10 份手术病历，查看术前术后访视资料及现场考察手术室护士的评估能力。 2. 现场询问病人访视落实情况。	1. 未开展术前术后访视一项扣 0.5 分。 2. 不能针对评估的问题制定有效护理措施一项扣 0.5 分。		
(3) 维护术中无菌环境，落实围术用药。	1	手术护士负责维护手术间无菌环境，执行无菌技术、监督职责。按照医嘱合理使用抗菌药物，预防医院感	查资料及现场考察。	1. 不能有效维护手术间的无菌环境及抗生素使用不合理一项扣 0.5 分。 2. 不符合技术要求扣 0.5		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
		染。		分。 3. 考核不合格扣 0.5 分。		
(4) 仪器设备配置符合要求，功能完好。	1	1. 每间手术室有麻醉机、监护仪，手术室有 1 台除颤仪；制定各类仪器设备的操作流程及指引。 2. 医护人员能根据不同手术需要，正确、安全使用手术室各类仪器设备，保证患者的安全。	1. 查阅相关资料及现场考察。 2. 考核医护人员是否能正确使用仪器设备	1. 仪器设备配置不符合要求扣 0.5 分，无各类仪器设备的操作流程及指引扣 0.5 分。 2. 仪器设备使用不当扣 0.5 分。		
(5) 手术配合流程及术中管理。	2	有各类手术配合流程及指引，能按各分层级安排护士进行手术配合，配合过程默契、动作流畅、物品摆放整齐、手术台面清洁、器械清点正确等。	现场查看。	1. 不符合技术要求扣 0.5 分。 2. 考核不合格扣 0.5 分。		
(6) 手术室职业防护工作。	1	手术室工作人员严格遵守标准预防原则及职业安全防护制度，医院要为员工提供完善的个人防护用品，如防护面罩或眼镜、围裙、胶手套、防水鞋等。	现场查看防护用具落实情况。	1. 不符合标准要求扣 0.5 分。 2. 防护用品不齐全或使用不正确扣 0.5 分。		
(九) 传染病管理	6					
1. 严格执行传染病防治的法律、法规、规章和技术操作规范、常规。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。	1	1. 有传染病管理制度，传染病诊疗护理常规及操作规范；全员熟悉或掌握《传染病防治法》等重要法律、法规的相关内容。 2. 门诊实行传染病预检、分	1. 查看文件及资料；抽考 2 名医务人员。 2. 现场查看制度及落实情况。 3. 现场查看措施落实情况。	1. 未建立规章制度扣 0.5 分；1 名医务人员考核不合格扣 0.5 分。 2. 门诊未实行预检分诊制度扣 1 分、制度落实不到位扣 0.5 分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
		<p>诊制度，普通门诊无确诊或疑似的传染病人就诊。</p> <p>3. 医院有控制传染病传播的消毒隔离措施。</p> <p>4. 不得超范围收治传染病人，一经确诊为传染病应立即转诊到传染病专科医院诊治。</p>		<p>3. 无消毒隔离措施扣0.5分。</p> <p>4. 超范围收治传染病发现1例不得分。</p>		
2. 有专门部门或人员负责传染病疫情报告工作，并按照规定报告；按照规定进行网络直报。	4	<p>1. 建立疫情报告管理制度，设有专门科室或人员负责传染病疫情报告。</p> <p>2. 法定传染病报告率达100%。</p> <p>3. 按照规定进行网络直报。</p> <p>4. 传染病报告人员掌握传染病报告信息情况。</p> <p>5. 疫情报告卡填写规范、齐全、及时。</p> <p>6. 建立疫情资料档案管理制度并执行。</p>	<p>1. 实地查看，查阅相关文件。</p> <p>2. 查阅相关资料。</p> <p>3. 实地查看。</p> <p>4. 抽考1名传染病报告人员。</p> <p>5. 随机抽查10份疫情报告卡。</p> <p>6. 实地查看。</p>	<p>1. 无制度扣0.5分，无专门科室人员扣0.5分。</p> <p>2. 报告率不达标扣1分。</p> <p>3. 未按规定进行网络直报扣1分。</p> <p>4. 考核不合格扣1分。</p> <p>5. 疫情报告卡填写不规范、不及时扣0.5分。</p> <p>6. 未建立档案管理制度扣1分。</p>		
3. 定期对工作人员进行传染病防治知识和技能的培训。	1	<p>每年至少组织一次全员传染病防治知识和技能的培训。</p>	<p>1. 查看培训计划和培训记录。</p> <p>2. 抽考2名医务人员对传染病防治知识的知晓程度及基本技能。</p>	<p>1. 无计划未组织培训扣1分。</p> <p>2. 1人未参加培训扣0.5分；1人考核不合格扣0.5分。</p>		
三、医技科室管理与技术水平	72					
(一) 检验工作质量管理与技术水平	14					
1. 检验实验室集中设置，统一	2	1. 临床检验实验室集中设	1. 实地查看。	1. 未统一管理不得分；未		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
管理，资源共享。实验室管理统一标准，统一质控，保证质量。		置，业务用房面积不少于300m ² 。 2. 制定完善的规章制度，建立质量管理体系并运转良好。 3. 新开展的需要审批的检验项目应有准入审批。	2. 查看相关文件。 3. 查看 HIV、PCR 实验室许可证。	集中设置扣 1 分。 2. 缺制度扣 0.5 分，无质量管理体系文件扣 0.5 分，运转不好扣 0.5 分。 3. 未经批准开展 1 项技术扣 0.5 分。		
2. 检验实验室布局与流程应当安全、合理，并符合医院感染控制和生物安全要求。	1	1. 工作室布局合理，清洁区、半污染区、污染区划分明确。 2. 工作流程合理，标本安全，符合医院感染控制的要求。 3. 工作室通风设施、温湿度符合要求。	实地查看。	1 项不符合要求扣 1 分。		
3. 贯彻落实《病原微生物实验室生物安全管理条例》等有关规定。	2	1. 有实验室生物安全管理规章制度及监督员；实验室工作人员的安全防护和医院感染控制基本知识及基本技能培训率达到 100%。 2. 配置 II 级以上生物安全柜；各工作室有非手触式洗手装置，有个人防护用具，有消毒用品及设备；空气、工作台和地面消毒符合要求；静脉采血严格执行一人、一针、一管、一巾。 3. 按《医疗废物管理条例》等有关规定制定实验室医	1. 查看文件资料及实施记录；查看安全防护知识培训记录，现场查 2 名相关人员的掌握情况。 2. 查看安全防护制度及落实情况。 3. 现场查看医疗废物处理制度及落实情况。	1. 1 项制度未建立或未实施扣 0.5 分；无培训记录 0.5 分；1 名相关人员考核不合格扣 0.5 分。 2. 1 项措施未落实扣 0.5 分。 3. 1 处检查不符合规定扣 0.5 分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
		疗废物的收集、运输、储存、处理制度及工作安全制度，保证生物安全。				
4. 检验项目满足临床需要，并能提供 24 小时急诊检验服务。	3	1. 开展项目 ≥150 项。 2. 对本院尚未开展的部分检验项目应有规范的外送运行机制，并有可靠的时间和质量保证。 3. 提供 24 小时急诊检验服务，急诊检验结果回报时间：临检 ≤30 分钟，生化 ≤60 分钟。 4. 建立危急结果报告制度并执行。	1. 查看项目资料 and 实际运行能力。 2. 查看项目外送合同、外送标本记录。 3. 查看急诊检验管理制度及急诊样本签收及报告的时间记录。 4. 查看危急结果报告制度及执行情况。	1. 检验项目每下降 5% 扣 0.5 分。 2. 无外送制度、无标本外送记录扣 0.5 分。 3. 不能提供 24 小时急诊检验服务扣 0.5 分；1 份报告超过规定时限扣 0.5 分。 4. 无危急结果报告制度扣 0.5 分；未执行制度扣 0.5 分。		
5. 检验报告及时、准确、规范，有审核制度。	2	1. 平诊检验结果回报时间：临检、生化 ≤24 小时，免疫 ≤48 小时，细菌培养按不同病原体规定相应时限，应有临时或初步报告的制度。 2. 各种检验报告内容齐全，以中文形式出具，并注明正常参考范围，一般应有异常结果标识；有报告审核制度并落实。	1. 查看相关资料和记录。 2. 抽查各种检验报告 20 份。	1. 1 项时间不符合规定扣 0.5 分。 2. 1 份检验报告不符合规范要求扣 0.1 分。		
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。小实验室科研项目不得向临床出具检验报告。	2	1. 所开展项目均有室内质量保证措施，室内质控项目每日有质控记录，绘制质控图；出现失控应及时分析原因、加以处理，按月小结，	1. 查资料看现场。 2. 抽查 1 名质量管理负责人及 1 名检验科工作人员，了解其对本科室的总体质控体系、持续改进措施及所在专业组的质控要求、	1. 1 项不符合要求扣 0.5 分。 2. 1 人不知晓扣 0.5 分。 3. 未参加省级以上临床检验中心组织的室间质评或		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
		并有督查记录。 2. 临床实验室应有质量管理负责人。 3. 常用临床检验项目（血液、生化、免疫和细菌）应参加省级以上临床检验中心组织的室间质评，临床化学室间质评全年平均及格（ $VI \leq 150$ ）；血液学、免疫学、微生物学全年室间质评 $P \geq 80\%$ 。 4. 未开展质控的临床检验项目或科研项目不得向患者收费或向临床出具检验报告。	质控程序、方法的知晓情况。 ① 室间质评的结果 ② 查有关资料	1 项指标不合格扣 0.5 分。 4. 未开展质控的临床检验项目或科研项目向患者收取费用或出具检验报告的，1 个项目扣 0.5 分。		
7. 遵守检验项目和检测仪器操作规程，定期校准检测系统，并及时淘汰经检定不合格的设备与试剂。	1	1. 检测仪器和试剂应有国家批准或登记的证明文件，保证其系统的完整性和有效性。 2. 仪器和试剂应有专人管理和保管，有运行记录，检测仪器应有使用、保养、维修及当前性能评价的记录。 3. 试剂供应途径正规，无“三无”产品，无过期失效试剂；及时淘汰经检定不合格的设备与试剂（含校准品、质控品），并有记录。	1. 查看相关文件。 2. 查相关记录。 3. 检查试剂三证；失效、过期试剂报废记录。	1 处不符合要求扣 0.5 分。		
8. 有与临床保健科室联系制	1	每个月至少与临床科室联	查看与临床联系原始记录资料及	1. 缺与 1 次临床联系记录		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
度。		系一次，每年召开两次检验与临床联席会议，有会议记录，有改进措施。	联席会议记录。	扣 0.5 分。 2. 未召开联席会议扣 0.5 分。		
(二) 遗传实验室工作质量管理与技术水平	8					
1. 人员资质、设备、房屋符合要求。	2	1. 人员具有卫生厅颁发的相应的母婴保健资格证书； 2. 产前诊断实验室至少具备细胞遗传实验室、生化免疫遗传实验室、分子遗传实验室等三个专业； 3. 分子遗传实验室必须已通过卫生部 PCR 技术验收，具有开展地中海贫血的基因诊断和产前基因诊断能力。	1. 查人员资质证书、上岗证书。 2. 实地查看检验室设备、仪器等。 3. 实地查看。	1. 人员资质不符合要求每人扣 0.5 分。 2. 设备不符合要求每台件扣 0.2 分。 3. 分区不规范扣 0.5 分。 各项设备达不到要求每台件扣 0.2 分。 4. 各项设备每少 1 台件扣 0.2 分。		
2. 技术质量符合要求。	4	1. 细胞遗传：能开展绒毛、羊水、脐血细胞培养染色体核型分析（能进行 400 条带 G 显带水平的染色体核型分析）。 2. 生化免疫遗传实验室：能开展地中海贫血筛查内容：具备开展血红蛋白电泳技术的能力：有 HbA2 的实验室参考值，筛查怀疑为 α 地贫的与基因诊断符合率不得低于 30%，怀疑为 β 地贫的与基因诊断符合率不得	1. 现场查看。 2. 查看标本登记及处理结果。查看 10 份产筛报告；查看试剂验收登记。 3. 查看标本登记及处理结果。查看 10 份报告。	1. 一项不能开展扣 1 分，检测结果的报告不准确客观扣 0.5 分。 2. 产筛结果报告不符合要求每份扣 0.1 分。各项指标达不到要求每项扣 0.5 分。 3. 报告单不符合要求每份扣 0.1 分；筛查量每减少 5%扣 0.5 分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
		低于 50%。 3. 分子遗传实验室：能开展绒毛、羊水、脐血等胎儿取材进行地中海贫血等单基因病的产前诊断；并具有排除母体 DNA 污染的检测方法和去除污染的方法。 4. 产前筛查、产前诊断：检测结果的报告应准确、清晰和客观。血清标志物定量并计算出 MoM 值，风险率用分数表示。产前筛查阳性率在 5%~10%，阳性预期值大于 1%。 www.med126.com				
3. 管理符合要求。	2	细胞遗传实验室、生化免疫遗传实验室、分子遗传实验室有室内质量控制标准操作性程序文件；有各项检查的原始登记本和室内质控的原始纪录。有专职人员负责对筛查阳性病人管理。	1. 查看室内质量控制标准操作程序文件及实施记录。 2. 抽查质量管理负责人工作人员各 1 名，了解其对质控方法掌握情况。	1. 无标准性文件、原始登记不全、未开展室内质控各扣 1 分。 2. 考核人员不符合要求每人扣 0.5 分。		
(三) 心电图室工作质量管理与技术水平	2					
满足妇儿科临床与保健工作需要。	2	开展常规心电图检查与诊断，提供 24 小时急诊服务，诊断报告规范准确。	1. 查排班表，模拟考核，看急诊和床旁服务情况。 2. 抽查 10 份诊断报告，看报告单书写是否合格。	1. 不能提供 24 小时急诊服务和床旁服务各扣 0.5 分。 2. 签发报告单的医师资质		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
				不符合要求扣 2 分, 1 份报告书写不规范扣 0.2 分。		
(四) 超声室工作质量管理与技术水平	10					
1. 服务项目能满足临床与保健工作服务需要, 且具有符合相关资质的技术人员。	6	<p>1. 能开展下列超声诊疗技术: 妇科、产科黑白及彩色多普勒常规超声检查、胎儿生物物理监测及彩色多普勒常规超声检查; 开展产前诊断超声检查; 开展孕 11-14 周胎儿颈部透明带 (NT) 测定, 孕中期胎儿超声筛查、孕中期胎儿心脏筛查; 开展成人和新生儿心脏及上腹部超声检查; 开展妇女乳腺超声检查; 开展新生儿颅脑的超声检查。开展超声引导下介入手术。</p> <p>2. 对急、重症患者能提供床边超声检查。</p> <p>3. 有一名以上具有副高以上职称的技术人员。</p>	<p>1. 现场查看、查看超声报告单, 了解项目开展情况。</p> <p>2. 查看人员职称证书及资格证书。</p>	<p>1. 缺少 1 种检查项目扣 0.5 分。</p> <p>2. 无相关资质人员扣 0.5 分。</p>		
2. 质量控制制度健全, 质量达标。	4	<p>1. 有健全的工作制度和操作常规。</p> <p>2. 有定期与临床沟通反馈的制度, 每季度召开一次疑难病例讨论制度, 并落实。</p> <p>3. 妇科超声检查阳性率应</p>	<p>1. 查工作制度及随访登记本。</p> <p>2. 抽查妇科手术病历及产科病历 10 份, 了解诊断符合率及阳性率。</p>	<p>1. 无制度或制度不落实扣 1 分。缺 1 次讨论扣 0.5 分。</p> <p>2. 诊断符合率每下降 1% 扣 0.5 分。阳性率每下降 1% 扣 0.2 分。</p>		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
		>70%。诊断符合率应≥90%。				
(五) 医学影像工作质量管理与技术水平	8					
1. 专业设置及其设备、设施满足临床保健需要，能提供24小时急诊检查服务。	1	1. 医学影像服务项目：①常规透视与摄片及床边摄片；②子宫输卵管造影、胃肠道普通造影和泌尿道静脉造影；③乳腺钼靶检查。 2. 能提供24小时急诊服务。 3. 有对本院不具备而临床有需求的项目及时送相关定点医院检查的规章制度。	1. 查放射诊疗许可证、大型医用设备配置许可证。 2. 现场查看（包括夜查）。 3. 抽查报告单，了解项目开展情况。	1. 1项不能满足临床基本需求扣0.5分。 2. 1项不能提供24小时急诊服务扣0.5分。 3. 无送外院检查的相关规章制度扣0.5分。		
2. 执行技术操作规范，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	1	1. 有质量管理组织与制度，技术操作规范和质量控制标准，评价记录。 2. 疑难病例召开讨论会，每季度至少召开一次科内质量控制会议，每半年至少召开一次与临床科室的沟通会议。 3. 建立与临床病例的诊断符合率管理制度，有影像随访及追踪制度。	1. 现场查看规章制度、记录及落实到位情况。 2. 查看会议记录及相关记录。 3. 现场检查有无相关制度。	1. 无规章制度扣0.5分、有制度无记录扣0.5分。 2. 少1次会议扣0.5分，为建立意见收集渠道或整改措施不落实扣0.5分。 3. 无规章制度或有制度无记录扣0.5分。		
3. 医学影像资料质量符合临床保健工作要求。	2	1. 科内有影像投照质量规定和要求，有记录，有对质量失控的处理与改进措施。 2. 普通X线甲片率≥70%，CR(DR)甲片率≥95%，废片率≤1%。	1. 现场查看有关规定和记录以及落实情况。 2. 、3. 现场抽普通查X线片或CR(DR)片（普通X线片不少于50份）。	1. 无质量管理规定或质量失控处理措施扣0.5分。 2. 单项甲片率或阳性率每下降1%扣0.5分；废片率超过3%扣0.5分。 3. 1项检查的阳性率不达		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
		3. 普通 X 线片或 CR(DR)阳性率 \geq 70%。		标扣 0.5 分。		
4. 报告及时、准确、规范，有审核制度。	2	1. 坚持集体阅片制度；有上级医师的复核报告制度；出具影像诊断学报告的人员必须有相关专业执业医师资格并持证上岗。 2. 常规放射检查的急诊报告时间 \leq 30 分钟，一般平诊报告时间 \leq 2 小时，大型检查项目报告时间 \leq 24 小时 3. 诊断报告书写符合规范，准确；有审核签字。	1. 查看相关制度及落实情况。 2. 抽查 10 份放射报告单及报告发放登记本。 3. 抽查放射诊断报告 10 份。 4. 查医师执业证及上岗证。	1. 缺 1 项制度扣 0.5 分；报告者无相关资质扣 0.5 分。 2. 报告时间不符合要求扣 0.5 分。 3. 1 份报告书写不规范扣 0.5 分。		
5. 环境保护与个人防护达到标准。	2	1. 有卫生监督部门或环保部门出具的对环境与设备的监测报告（达标）；有对大型设备的定期保养、检修记录和检测合格证书。 2. 对员工进行放射防护培训，为员工提供放射保护，定期进行健康体检。 3. 防护措施规范，射线有害的标识醒目，对检查过程中的病人及陪护人员提供保护措施。	1. 查看各种记录和证件。 2. 查看培训记录、体检报告。 3. 现场查看各种措施落实情况。	1. 无达标监测报告扣 2 分；缺 1 项记录或证书扣 0.5 分。 2. 无培训记录、无保护设施、无体检报告，1 项扣 0.5 分。 3. 防护措施不符合规定扣 0.5 分。		
(六) 病理工作质量管理与技术水平	6					
1. 病理部门布局、设施、设备、工作流程和人员结构合理，管	1	按卫生部《病理科建设与管理指南（试行）》、《医院	1. 查看病理科人员资质。 2. 查看开展病理诊断服务项目的	1 项不达到要求扣 1 分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
理规范，满足临床工作需要。		感染管理办法》《医疗废物管理条例》要求布局，流程，人员结构合理，符合要求。	目录。 3. 对不具备项目开展条件而临床有需求的部分项目，有外送定点医院服务。查看有关协议书。			
2. 建立并执行病理质量管理体系。	1	1. 定期开展质量评价并改进工作，查看工作记录。严格执行标本核对制度。 2. 查看标本核对登记本。	1. 查阅有关资料，检查病理质量管理体系、病理组织诊断和快速诊断的规范、标本保存管理的规范。 2. 标本核对制度及执行情况。	1 项不达到要求扣 0.5 分。		
3. 病理申请单填写规范，整洁。	0.5	1. 病理申请单内容齐全、规范。 2. 医师填写规范。	抽查 10 份病理申请单并询问病理医生，检查申请单相关的记录及资料。	1 项不达到要求每例扣 0.5 分。		
4. 病理报告及时、准确、规范，具有严格审核制度。	2	1. 病理组织诊断报告 ≤ 5 个工作日。 2. 术中冰冻快速病理自接收标本到出具报告时间 ≤ 30 分钟。 3. 制定审核制度。 4. 有与临床科室的联系制度。	1. 抽查 10 份病理报告单，检查报告单相关记录及书写是否规范。报告是否及时、准确、规范。 2. 有无执行审核制度。 3. 查资料有无与临床科室沟通。	1 项不达到要求每例扣 0.5 分。		
5. 提高冰冻快速切片与石蜡切片的诊断符合率。	1	1. 冰冻快速切片与石蜡切片的诊断符合率不低于 95%。 2. 病理 HE 切片永久保存、蜡块保存期限为 15 年，阳性涂片保存 1 年，阴性涂片保存 2 周，大体组织标本保存期限为发出报告后 2 周。	1. 检查诊断符合率是否达标。查阅相关资料。 2. 了解病理科是否具备相应的保存条件。保存期限是否达标。	1 项不达到要求扣 0.5 分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
6. 标本的处理、环境保护及人员防护符合规定。	0.5	有相应规章制度。	检查环境保护及人员防护是否符合规定。	不达到要求扣0.5分。		
(七) 消毒供应中心(室) 管理与技术水平	6					
1. 消毒供应中心的管理与建设符合本医院规模、任务和发展计规划，实施集中管理的工作模式。	1	1. 医院消毒供应中心管理与工作质量符合WS310-2009《医院消毒供应中心：管理规范. 清洗消毒及灭菌技术操作规范清洗消毒及清洗消毒及灭菌效果监测标准》及广东省《医疗机构消毒供应中心审核验收标准》和《广东省医院消毒供应中心质量评价指南》的要求。建筑设备与本院规模、任务和发展计划相适应。 2. 消毒供应中心实行集中管理的工作模式。对全院所有需要消毒或灭菌后重复使用的诊疗器械、器具和物品有消毒供应中心统一回收、集中清洗、消毒、灭菌和供应。对工作效率进行定期统计和分析。	1、对照相关规范进行对照检查。 2、查医院手术室器械、专科小手术器械及全院临床复用无菌物品集中处理的情况。	1、不符合扣1分 2、未达到集中管理扣1分；无建立工作效率指标的统计扣0.5分。		
2. 医院管理职责与规章制度落实。保证无菌物品质量安全。	1	1. 医院消毒供应中心的管理体制符合卫生行政部门的规范要求。由副院长分管供应室建设和管理工作。消	1. 听汇报及查资料。了解消毒供应中心的管理组织和主管部门，人员培训及配备情况。 2. 现场查工作区域制度实施情	1. 主管部门不符合要求扣0.5分，人员配置不能满足工作需要扣0.5分。 2. 管理组织及制度不健		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
		<p>毒供应中心（室）直属护理部管理，医院感染管理部门业务指导，相关职责科室管理职责到位。有一名护理部主任具体负责。消毒供应中心设科护士长或护士长，人员配置合理。</p> <p>2. 消毒供应中心建立年度工作计划与总结、岗位职责、操作规程、消毒隔离、质量管理、监测、质量追溯、设备管理、器械管理、突发事件的紧急处理与预案处理程序、科室联系制度及职业安全防护等相关制度。</p> <p>3. 医院 CSSD 质量管理纳入医院质量管理体系中。CSSD 宜建立质量改进专业小组。建立非惩罚性不良事件主动报告制度、工作效率、工作质量评价指标的监测机制，采用科学的质量分析方法，进行质量追溯，落实改进措施，并定期分析效果。</p>	<p>况。</p> <p>3. 查资料及现场考察。质量管理组织运行情况管理情况；工作质量指标分析及改进的情况；质量事件</p>	<p>全扣 0.5 分。</p> <p>3. 无不良事件报告分析及统计不落实扣 0.5 分；无建立工作质量指标监测扣 0.5 分；无持续改进的相关资料扣 0.5 分。</p>		
3. CSSD 建筑布局及基本设施符合《消毒供应中心-管理规范》和医院感染管理原则	1	1. . CSSD 宜接近手术室，产房和临床科室，不宜建在地下室。建筑面积应符合医院建设方面的有关规定。物流由污到洁，不交叉、不逆流。	<p>1、查消毒供应中心建筑位置合理，利于使用后的手术器械及时回收。</p> <p>2、查设备设施配置情况。</p>	<p>1、消毒供应中心远离手术室，不能及时回收手术器械扣 0.5 分。</p> <p>2、未达到规定的基本要求扣 0.5 分。</p>		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
		<p>2. CSSD 基本设备和设施配置符合《消毒供应中心-管理规范》要求。</p> <p>3. 有条件的医院去污区配置机械清洗消毒设备。</p> <p>4. 各工作区域的设备及物品相对固定使用。建立设备的质量管理、维护和监测制度。</p>				
4. 物品的回收、清洗消毒、包装与灭菌符合 WS310.2-2009 规范要求。	2	<p>1. 去污区质量管理落实。污染物品能及时回收。污染物品回收保持密闭，严格遵守消毒隔离原则，执行标准预防技术，不污染医院环境和回收人员，有健全的职业安全的防护设施。</p> <p>2. 清洗与消毒方法正确。根据各类器械清洗消毒的要求和特点，建立正确的清晰的技术工作指引与质量标准清晰。清洗原则符合 WS310-2《消毒供应中心第 2 部分：清洗消毒及灭菌技术操作规范》。除《规范》规定的情况外，落实先清洗后消毒、优先选择湿热消毒方法等。</p> <p>3. 包装区实行组合 / 包装检查双人复核制。器械检查</p>	<p>1、现场查回收物品是否及时情况；标准预防技术及防护用品使用情况。</p> <p>2、查去污工作技术实施情况；实地抽考一项清洗技术。</p> <p>3、查各项包装技术落实情况；二人查对执行情况；手术器械包装质量。抽查一项器械包装操作技术。</p> <p>4、查灭菌技术操作情况；制度实施落实情况。抽查消毒员操作技术。</p>	<p>1、不符合标准要求扣 0.5 分，防护用品不齐全或使用不正确扣 0.5 分，回收物品不及时扣 0.5 分。</p> <p>2、不符合技术要求扣 0.5 分，考核不合格扣 0.5 分。</p> <p>3、不符合技术要求扣 0.5 分，考核不合格扣 0.5 分。</p> <p>4、不符合技术要求扣 0.5 分，考核不合格扣 0.5 分。</p>		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
		<p>及保养符合要求，包装正确放置标识和密闭包装。手术器械的包装由经过专门培训的人员或在护士指导下执行，各种手术器械包装有清晰正确的指引和质量要求，各类器械包装质量管理的制度、技术标准健全并落实。确保包装质量。</p> <p>4. 灭菌物品装载卸载正确。严格执行灭菌器操作规程，正确选择灭菌程序。符合WS310.2-2009标准及《广东省医院消毒供应中心质量评价指南》并实施落实。</p>				
5. 清洗消毒、灭菌质量监测方法与无菌物品发放质量管理及质量控制与可追溯符合WS310.3-2009规范要求.	1	<p>1. 严格执行清洗消毒和灭菌效果监测制度。清洗消毒质量监测方法正确，对清洗效果监测记录，定期对器械清洁不合格率进行原因分析，并持续改进。</p> <p>2. 灭菌过程及效果监测全程质量控制。各种灭菌器的物理监测法、化学监测法和生物监测法等操作方法、频率及结果符合WS310.3-2009标准。监测记录清晰准确并具有可追溯。</p> <p>3. 无菌物品储存与发放质量管理。无菌物品发放时确</p>	<p>1、查消毒清洗监测记录资料</p> <p>2、灭菌监测记录资料，查不合格灭菌物品记录情况。</p> <p>3、查无菌物品发放记录情况；无菌物品存放情况。</p> <p>4、查资料了解质量管理及持续改进相关情况。</p>	<p>1、无清洗 / 消毒日常监测和定期监测扣 0.5 分；无监测指标扣 0.5 分；无进行原因分析扣 0.5 分。</p> <p>2、监测记录不准确扣 0.5 分。无建立不合格灭菌物品登记制度扣 0.5 分。</p> <p>3、无菌物品发放记录不具有可追溯性扣 0.5 分，存放不符合要求扣 0.5 分。</p> <p>4、未建立质量管理组织扣 1 分，未建立质量追溯制度扣 1 分；质量管理制度不落实扣 0.5 分</p>		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
		<p>认无菌物品的有效性，标识清楚。遵循先查进先出的原则，发放记录具有可追溯性。</p> <p>4. . 消毒供应中心建立和完善质量过程的记录和可追溯制度，确定质量监测指标。建立和落实灭菌物品追溯与召回的制度。并有持续改进措施。</p>				
(八) 输血管理	6					
1. 落实《献血法》、《医疗机构临床用血管理办法（试用）》和《临床输血技术规范》等有关法律和规范。	1	<p>医院落实《献血法》、《医疗机构临床用血管理办法（试用）》和《临床输血技术规范》的具体措施，并定期组织检查。</p>	<p>1. 查有关的管理制度、规范和资料。</p> <p>2. 随机抽查 2 名医护人员对有关知识的了解情况。</p>	考核医护人员对法规等有关知识的了解，一人考核不合格扣 0.5 分。		
2. 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。成分输血比例≥90%。	1	<p>1. 为临床提供 24 小时用血的服务</p> <p>2. 提供成分输血服务。</p> <p>3. 检查医院有无非法擅自采血。</p>	<p>检查有关资料和记录：查阅输血科为临床提供的服务项目。</p>	<p>1. 无 24 小时值班记录扣 1 分。</p> <p>2. 成分输血小于 90%扣 1 分。</p> <p>3. 医院有非法擅自采血不得分。</p>		
3. 建立输血质量全程监控	1	<p>医院制定相应管理制度及定期检查。</p>	<p>检查输血管理委员会会议记录、输血质量监测督改职责、工作制度、管理制度与规范的执行情况。</p>	<p>1. 无会议记录质量监督制度扣 0.5 分。</p> <p>2. 无输血反应及输血感染疾病的登记、报告和调查处理制度扣 0.5 分。</p>		
4. 严格掌握输血适应症，科学、合理用血。输血适应症合格率	1	<p>1. 开展成分输血</p> <p>2. 输血前检查项目齐全、审</p>	<p>1. 查 5 份病历了解医生对输血适应症掌握程度并查阅有关的资</p>	<p>1. 无开展成分输血. 输血前检查项目不齐全、审批、</p>		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
≥90%。		批、核对流程规范 3. 规范病人输血前签输血知情同意书。	料。 2. 抽查考核 3 名医生对输血基本知识输血适应症、合理用血的知晓程度。	核对流程不规范等 1 项扣 0.5 分。 2. 无签输血知情同意书扣 1 分，抽查考核 1 人不合格扣 0.5 分。		
5. 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。	1	1. 制定控制输血感染的方案。 2. 有血液入库、核对、交叉配血与发出库的技术操作规程和登记制度。 3. 血液在专用冰箱贮存情况及消毒，细菌培养记录 4. 有输血技术操作规程。	1. 查看相关制度及方案。 2. 现场查看血液贮存情况。	1. 未制定控制输血感染方案扣 1 分，未实施扣 0.5 分。 2. 发生血型鉴定及交叉配血错误扣 1 分。 3. 未建立输血技术操作规范扣 1 分。		
6. 落实临床用血申请、登记制度，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。	1	1. 有临床用血的申请及审批制度。 2. 制定输血前检验和核对制度。 3. 制定输血反应及输血感染疾病的相关制度。	查阅有关的记录和资料。	1. 无临床用血申请、登记制度扣 0.5 分。 2. 血液保存条件不合格扣 0.5 分。 3. 未严格执行有关规范扣 0.5 分。 4. 未执行输血前检验和核对制度扣 0.5 分。		
(九) 药事管理	12					
1. 贯彻落实《药品管理法》、《医疗机构药事管理暂行规定》、《处方管理办法》、《麻醉药品和精神药品管理条例》、《抗菌药物临床应用指导原则》、《药品不良反应报告和监测管理办法》等有关法律法规。	1	临床用药遵守相关法律法规，制定相关的贯彻落实措施，有考核的要求有考核记录。	查阅建立的相关制度、措施及考核记录。	1. 未制定制度和措施不得分。 2. 有制度有措施但未执行扣 0.4 分。 3. 执行有缺陷的扣 0.2 分。 4. 未考核扣 0.2 分，无记		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
				录扣 0.2 分。		
2、 成立药事管理组织，制定药事管理工作制度，严格执行药品招标采购的规定，新药临床使用应有申请和审批的制度。	2	药事管理委员每季度召开一次工作会议。 制定医院“药品目录”	1. 查阅相关文件与制度。 2. 药品目录。	1. 无药事管理组织扣 0.5 分；缺 1 项制度扣 0.5 分；无实施细则扣 0.5 分；无岗位操作规程扣 0.5 分；药品未进行招标扣 1 分。 2. 无药品目录扣 0.5 分。		
3. 科室设置和人员要求符合规定。	1.5	1. 设置门诊、住院药房、药品库房及药物咨询窗口或咨询台。 2. 药学专业技术人员占本院卫技人员总数比例不少于 6% 高级技术职称人员占药学人员比例不少于 10%。	1. 实地查看。 2. 查阅人事科相关花名册，计算相关人员构成比例。	1. 科室设置每少一个扣 0.5 分。 2. 药学专业技术人员比例少于 6%扣 0.5 分，高级技术职称人员比例于 10%扣 0.5 分。		
4. 保证药品质量，满足临床需要，建立突发事件药品供应机制，建立药品（含疫苗）相关的群体不良事件应急预案。	2	1. 药品质量管理规范。 2. 药品供应满足临床需要。 3. 有突发事件药品应急预案。 4. 有药品（含疫苗）相关的群体不良事件应急预案。	1. 检查药品入库验收、养护、效期、报损管理记录。 2. 检查药品采购计划及药品种类。 3. 查阅应急预案建立情况。	1. 无入库验收、养护、效期、报损记录扣 0.5 分。 2. 使用假药、劣药该项不得分并倒扣总分 10 分。 3. 无采购计划，药品种类不齐，不能保证临床需求扣 0.3 分。 4. 无应急预案扣 0.2 分。		
5. 开展临床药学，并能指导临床医生合理用药，保证用药安全。	3	1. 有专人从事临床药学工作。 2. 制定合理用药制度及处方点评制度，并有效开展工作。 3. 定期分析抗菌药物使用情况。	1. 专职临床药师不少于 1 人。 2. 查阅相关制度及登记。 3. 检查抗菌药物使用情况分析资料。 4. 随机抽查门诊处方 100 张，检查处方合格率。 5. 随机抽取药库药品 10 种，检查	1. 未专职临床药师扣 1 分。 2. 制度不健全扣 0.5 分；每季度未开展处方点评工作扣 0.5 分。 3. 未定期分析门诊、住院抗菌药物使用情况扣 0.5		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
		4. 制定处方权审批制度。处方权签名留样 100%，处方合格率 \geq 95%。 5. 调剂处方准确无误，双人签字率 100%，药库帐、物符合率 100%。 6. 发药差错登记报告处理制度。 7. 开展细菌耐药率调查。 8. 有抗菌药物用量动态监测、预警机制及过度使用抗菌药物干预措施。	帐、物符合率。 6. 查阅发药差错登记报告处理资料。 7. 查临床药学相关资料。 8. 查看相关资料。	分。 4. 处方医生签名留样少一人扣 0.2 分；处方合格率每下降 1%扣 0.2 分。 5. 双人签字率每下降 1%扣 0.1 分；药库账、物不符的扣 0.5 分。 6. 无差错处理登记制度扣 0.2 分；无登记扣 0.3 分。发现药物配伍禁忌扣 0.5 分。 7. 未开展细菌耐药率调查扣 0.5 分。 8. 未干预扣 0.5 分。		
6. 药学专业技术人员负责合理用药的监督、指导、评审，开展药物安全性监测，特别是对用药失误、滥用药物的监测。	1.5	1. 根据《药物不良反应报告和监测管理办法》成立 ADR 监测小组，制定相应的制度和程序。 2. 每年至少出 4 期“药讯”，介绍新药、药物不良反应等。 3. 建立药品滥用登记及报告制度。	1. 查看文件及实施记录。 2. 查阅上 1 年“药讯”。 3. 查药品滥用登记本及报告登记本。	1.1 处不符合要求扣 0.5 分。 2. 少 1 期扣 0.5 分。 3. 无滥用登记及报告登记本扣 0.5 分。		
7. 特殊药品管理符合国家法律法规要求。	1	1. 制定相关的储存、使用管理制度。 2. 麻醉药品、第一类精神药品要做到帐、物、批号相符；储存保管符合要求。 3. 麻醉药品、第一类精神药	1. 查阅各项管理制度。 2. 现场检查记录和管理情况。 3. 随机抽查处方 20 张。	1. 制度不健全扣 0.3 分；无相关登记扣 0.2 分。 2. 储存保管、使用不符合要求的扣 0.5 分。帐、物、批号不相符的扣 0.5 分。 3. 处方合格率未达 100%		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
		品处方合格率 100%。		的扣 0.5 分。		
四、医疗质量评价	8					
	8	1. 入院诊断与出院诊断符合率 \geq 95%。 2. 手术前后诊断符合率 \geq 95%。 3. 临床诊断与病理诊断符合率 \geq 90%。 4. 危重病人抢救成功率 \geq 85%。 5. 清洁手术切口甲级愈合率 \geq 97%。 6. 清洁手术切口感染率 \leq 0.5%。 7. 医院感染现患率 \leq 10%。	1. 随机抽 30 份住院病历。 2. 随机抽 30 份住院手术病历。 3. 随机抽查 30 份住院手术病历。 4. 随机抽查 30 份抢救病历。 5. 随机抽查 20 份无菌手术病历。 6. 现场考查和查看相关资料。	1. 诊断符合率每下降 1%扣 0.5 分。 2. 手术前后诊断符合率每下降 1%扣 0.5 分。 3. 临床诊断与病理诊断符合率每下降 1%扣 0.5 分。 4. 抢救成功率每下降 1%扣 0.5 分。 5. 愈合率每降低 1%扣 0.5 分。 6、7. 每上升一个百分点扣 0.5 分。		

第四部分 护理管理 100 分

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
一、护理管理	30					
1. 根据医院的功能任务，建立完善的护理管理组织体系，职责明确。	6	<p>1. 有一名院领导分管护理工作，不定期参加护理工作有关会议，研究解决护理工作</p> <p>www.mh0126.com</p> <p>中的实际问题。</p> <p>2. 护理部独立设置，根据医院规模设护理部主任 1 名，干事 1~2 名。</p> <p>3. 实行院长（分管副院长）领导下的护理部主任—科护士长—护士长三级或护理部主任—护士长二级垂直护理管理体系，职责明确。护士长协同护理部工作，实施扁平化护理管理机制，缩短管理半径，提高工作效率。</p>	<p>1. 查护理部会议记录，分管院领导是否不定期参加了护理工作</p> <p>会议。</p> <p>2. 查看医院有关护理管理人员的人事任免文件，根据医院规模配备的“三级”或“二级”护理管理体系是否健全。</p> <p>3. 询问 2 名护理管理者有关管理问题。</p>	<p>1. 无分管护理工作的院领导或无分管院领导参加护理工作的有关会议记录各扣 1 分。</p> <p>2. “三级”或“二级”护理管理体系不健全扣 1 分。</p> <p>3. 1 人询问回答不合格扣 0.5 分。</p>		
2. 按有关原则与标准配置各护理单元护理人员，确保满足实施等级护理的质量与患者安全的需要。	6	<p>1. 大于 100 张床位，护士总数应达卫技人员总数的 50%。</p> <p>2. 普通病房床位数与病房护士数之比为 1:0.4。</p> <p>3. 产科爱婴区每对母子与护士之比为 1: 0.6。</p> <p>4. 产房分娩床与助产士之比为 1:2-3；普通待产床与助产士之比为 1: 0.4；开展导</p>	<p>1. 查阅医院人力资源部、护理部相关资料，看护士总数是否为卫技人员总数的 50%。</p> <p>2. 2~7 点随机抽查 1 个病区、产科、NICU、手术室、供应室护理人员配置情况。</p> <p>8. 查护理部资料，看是否制定并落实紧急状态下护士调配方案；根据方案内容，现场抽查方案实施情</p>	<p>1. 护士总数未达卫技人员总数的 50%扣 1 分。</p> <p>2. 2~7 点不符合要求每项扣 0.5 分。</p> <p>8. 无紧急状态下护士调配方案或不能在规定时间内到位各扣 1 分。</p>		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
		乐待产床与陪伴助产士之比为 1:1。 5. NICU 床位与护士之比为 1: 1.6。 6. 手术台与护士之比为 1: 2~3。 7. 院床位数与供应室工作人员数之比为 100:2~3。 8. 护理部制定、落实紧急状态下护士调配方案。	况。			
3. 护理管理人员达到相关规定要求。	3	1. 人员资质： (1) 护理部主任应具备副主任护师以上专业技术职称，护理本科以上学历； (2) 普通病区护士长应具备 3 年以上主管护师专业技术职称，护理大专以上学历； (3) 手术室、产科病区、产房、新生儿科、急诊科（室）护士长应在本部门工作 5 年以上，且具备主管护师专业技术职称，护理大专以上学历。 2. 护理管理人员经过“国家或省市卫生行政部门（或护理学会）组织的“护理管理岗位”培训。 3. 全院护理人员具有大专以上学历者占全院护士总数的	1. 抽查护理部主任、2~3 个科、病区护士长的毕业证书和职称证书，看是否具有相应资质。 2. 抽查 2~4 名护理管理人员的“岗位培训证书”。 3. 抽查护理部护士花名册，对应护士的学历证书，看是否相符。	1. 1 人资质不符合要求扣 1 分。 2. 1 名护理管理人员无“岗位培训”证书扣 0.5 分。 3. 护理人员学历比例不达标扣 1 分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
		75%。				
4. 聘用合同制护士管理符合相关规定。	3	1. 聘用合同制护士与在编护士统一管理。 2. 医院制定有关合同工待遇有关规定，基本做到同工同酬。	1. 查看人事科聘用护士工资表、保险合同，看是否与在编护士统一管理。 2. 查看有关文件，询问 2 名护士，其待遇是否逐年改善，基本达到同工同酬。	1. 未统一管理扣 1 分。 2. 未制定相关政策及未基本实行同工同酬扣 1 分。		
5. 严格遵守医疗卫生管理法律、行政法规和部门规章。落实《护士管理办法》，严格执业准入制。护士持证上岗率 100%。	6	1. 护士持有《护理专业毕业证》、《护士执业证》上岗。 2. 助产士持有《护理专业（助产士专业）毕业证》、《护士执业证》、《母婴保健技术合格证》上岗。 3. 医院、护理部、科室分别对当年新分配护理人员进行岗前培训，培训率达 100%。	1. 1~2 点抽查 2 个科室护士排班表，随机抽查 4 名在岗护理人员的执业资质。 3. ①查看人力资源部与护理部、科室相关岗前培训资料与记录。②抽查 2 个科室 2~4 名新护士的岗前培训资料与笔记，以了解岗前培训实况。	1. 1~2 点，1 人不符资质要求扣 0.5 分。 3. ①各层级相关部门无新护士岗前培训资料与记录各扣 1 分；不完善扣 1 分；②1 名新护士无相关培训资料与笔记扣 1 分；不完善扣 0.5 分。岗前培训率 <100%扣 1 分。		
6. 严格按照《护士条例》规定实施护理管理工作。制定健全的护理工作制度、岗位职责、护理常规、操作规程等，确保护理服务安全有效。	6	1. 有健全的医院护理工作制度（护理管理工作制度、病区管理制度、临床护理工作核心制度、护理业务技术管理制度、护理人员在职教育管理制度）。 2. 有完善的各级各类护理人员岗位职责，专科疾病护理常规，护理（专科常用护理）技术操作规程并保证实施。	1. 查阅护理部相关管理资料。 2. 抽查 1~2 个科室护理常规、专科常用护理技术操作规程资料。 3. ①现场考核 3 名护理人员（核心制度、岗位职责、专科疾病护理常规中任选一项内容）；②抽查 1~2 科室“交接班、查对、”核心制度的落实情况。	1. 无相关管理制度扣 2 分，不完善或不规范扣 1 分。 2. 缺一项专科常见疾病护理常规与护理（专科常用护理）技术操作规程资料各扣 1 分；不完善或未体现专科特点扣 0.5 分。 3. 考核不合格每人扣 1 分；一项核心制度未落实每项扣 1 分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
		3. 护理人员熟悉本岗位职责及相关规章制度、专科疾病护理常规，并严格执行。				
二、技术水平	30					
1、与三级妇幼保健院医疗水平相适应的护理技术水平。	10	<p>1. 护理部有长期（5 年）和近期（近 2 年）人才培养规划。</p> <p>2. 护理部、科室有年度对护理人员“三基”培训计划并组织实施。</p> <p>3. 护理人员均建有技术档案。</p> <p>4. 护理部对在岗护士（40 岁以下）“三基”理论、操作技能考试每年不少于 4 次；“三基”成绩达标率≥90%。</p> <p>5. 护理部每月组织一次院级护理人员业务学习（全年≥10 次）。</p> <p>6. 各级各类护士培训计划落实，全院护士院内培训率≥90%，院外培训率≥15%。</p> <p>7. 能承担进修、高等医学院校护理专业临床教学任务、对下级医院提供进修培训，接受参观并作技术指导。</p>	<p>1. 查看护理部有关人才培养规划。</p> <p>2. 查看护理部及 1 个科室年度三基培训计划和实施记录。</p> <p>3. 查看护理人员技术档案，看是否规范建档。</p> <p>4. 查看护理部“三基”理论考试、操作技能考核的原始资料(85 分合格)。</p> <p>5. 查看护理部组织全院护理人员业务学习资料与记录。</p> <p>6. 查看护理部、科教科对在岗护理人员院内与院外培训资料。</p>	<p>1. 无长期和近期人才培养规划扣 1 分；不完善扣 0.5 分。</p> <p>2. 护理部、科室无三基培训计划或未实施各扣 0.5 分；培训记录不完善扣 0.5 分。</p> <p>3. 未建立护士技术档案扣 1 分，档案内容不完善扣 0.5 分。</p> <p>4. 缺 1 次“三基”理论考试与操作技能考核资料各扣 1 分；“三基”成绩达标率<90%扣 1 分。</p> <p>5. 缺一次业务学习扣 0.5 分；资料与记录内容不完善扣 0.2 分 / 次。</p> <p>6. 院内培训率<90%或院外培训率<15%各扣 0.5 分。</p>		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
2. “三基”理论、护理操作技能与专科护理操作技能进行现场考试与考核。	8	1. 各层级护理人员行“三基”理论考试，随机抽在岗护士总数 1 / 3。 2. 护理操作技能考核项目：密闭式静脉输液、中心吸氧、中心吸痰、徒手心肺复苏、无菌技术中任选。 3. 专科护理操作技能助产技术、外阴冲洗或抹洗、新生儿沐浴、呼吸机管理、输液泵使用中任选 1~2 项。	1. “三基”考试成绩达标率≥90%（85 分合格分）。 2. 现场抽 3~4 名护士，各考 1 项护理操作技能。 3. 现场抽 1~2 名护理人员各考 1 项专科护理操作技能。	1. “三基”理论考试或护理操作技能考核成绩达标率<90%各扣 1 分；1 名护士理论考试成绩不合格扣 0.5 分。 2. 2~3 点 1 名护士操作技能考核成绩不合格扣 0.5 分。		
3. 重点专科护理工作到位，促进护理质量持续改进。	12	1. 新生儿科/NICU 护理。落实新生儿监测及安全护理工作。护士掌握危重新生儿的转运、体温控制、皮肤护理、新生儿窒息复苏及氧疗、气道护理等。掌握监护观察指标、正常值及危急值，能有效地完成重症新生儿的监护及护理。 2. 助产专科护理。助产士密切观察孕妇情况及产程进展，及时发现异常，采取相应护理措施。做好产前护理工作。观察孕妇血压、胎动、胎心率、宫缩、宫口、胎膜、羊水性状，先露高低、衔接情况。了解医生检查处理情	1. 现场查看，考核护士新生儿急救技术，依据广东省护理十大安全目标--新生儿护理进行检查。 2. 现场查看考核。依据广东省护理十大安全目标--助产专科护理进行检查。	1. 未建立新生儿质控评价体系扣 1 分。护理措施未落实扣 0.5 分，考核不合格扣 0.5 分。 2. 未建立助产专科护理质量评价体系扣 1 分。护理措施未落实扣 0.5 分，考核不合格扣 0.5 分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
		况，进行正确护理措施。评估孕妇产程、胎儿附属物、软产道及婴儿情况，及时发现异常，采取相应措施。降低阴道分娩并发症的发生率。评估新生儿情况及早发现异常及畸形提高存活率。安全使用催产素、宫缩抑制剂，避免并发症发生。严格执行各类核查制度。				
三、质量管理	40					
1. 实行护理目标管理责任制。	4	1. 护理部履行管理职能全面到位，制定年、月工作计划，工作目标具体、实际，并实施。 2. 护士长履行职责，病区目标管理工作落实。	1. 查看护理部和 1 个病区的护理管理资料，看其制定的年、月计划与总结是否切合实际。 2. 管理资料内容是否按省标要求，资料管理是否规范、并按时完成。	1. 护理部、病区制定的年、月工作计划、总结缺 1 项扣 1 分；不切实际扣 0.5 分。 2. 资料不齐全（未按省标要求）扣 1 分；不规范或未按时完成各扣 0.5 分。		
2. 体现人性化服务，落实病人知情同意与隐私保护，提供心理护理服务。健康教育覆盖率 100%。	3	1. 开展健康知识宣教，护士对患者健康教育方法得当，体现专科特点、针对性强、通俗易懂。 2. 对病人入院、检查、手术、治疗、用药、转科、出院等均有指导及健康宣教。 3. 专科治疗或护理时注意对病人隐私的保护。	1 询问 2 位病人、护士长、责任护士相关健康宣教问题。 2 查看在架运行病历。 3. 现场观察。	1、回答不合格每人扣 0.5 分。 2. 未进行阶段性指导及健康宣教或未对病人履行知情同意每人次扣 0.5 分。 3. 无保护病人隐私措施扣 1 分；不注意病人隐私保护每人次扣 0.5 分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
3. 认真落实基础护理与 I 级护理工作。基础护理与 I 级护理合格率 \geq 90%。	5	1. 实行分级护理。 2. 基础护理与等级护理措施到位： ——病人床铺整洁干燥、平整、无异味、无血（污）迹；床头柜清洁、床下物品摆放整洁； ——落实饮食护理、指导及协助病人进餐； ——根据医嘱给口服药，送药到手，看服到口； ——经常巡视病房，密切观察病情变化，及时解决问题，主动并及时为患者更换液体及拔针； ——输液卡签名规范，输液滴数与实际相符合。	1. 抽查 1~2 个病区（重点产、儿、妇科）。 2. 现场查看，随机询问 3~5 名病人并查阅 5 份运行病历。	1. 未实行分级护理扣 2 分。 2. 基础护理与等级护理措施 1 项未落实或 1 个病人反映未落实扣 0.5 分。		
4. 加强危重病人管理，促进危重病人救治成功率的提高。危重病人护理合格率 \geq 90%。	5	1. 危重病人床旁必要的抢救用物齐全，性能良好，使用方便。 2. 严密观察病情，严格床头交接班制度，护理记录及时、真实、客观和完整，护理措施具有连续性。 3. 危重病人生活护理由护士完成。其陪检率 100%。 4. 预防并发症及意外措施落实；其合格率 \geq 90%（合格分	1. 实地查看要求抢救用物齐全、处于备用状态。 2. 危重病人特别护理记录内容是否及时、真实客观和完整，护理措施体现连续性。 3. 危重病人基础护理是否落实、其生活护理是否由陪人完成。 4. 查看全院危重病人护理落实情况。现场询问 1-2 名护士有关危重病人护理要点及注意事项。	1. 抢救用物不齐全或未处于备用状态各扣 1 分。 2. 发现一例危重病人特别护理记录与实际病情不符扣 1 分。 3. 危重病人基础护理工作未按要求落实，每人扣 0.5 分。其陪检率 $<$ 100%扣 1 分。 4. 无预防并发症及意外		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
		为 80 分); 压疮发生率为 0。		措施不落实各扣 1 分, 其合格率 < 90% 扣 1 分, 发生压疮每例扣 1 分。回答不合格每人扣 0.5 分。		
5. 健全护理质量控制体系, 促进护理质量持续改进。	20					
(1) 健全护理质量控制体系。	5	<p>1. 设立医院护理质量管理委员会, 有专人负责护理质量、安全监控工作; 成立三级或二级质量、安全监控体系, 职责明确, 分工具体, 逐级落实。</p> <p>2. 护理部结合医院实际, 制定有完善的护理管理工作的评价标准; 临床护理工作质量评价标准; 专科护理质量评价标准。</p> <p>3. 有护理风险管理组织, 制定护理风险管理制度与护理风险预案、护理差错事故防范措施及处理程序。</p>	<p>1. 查看护理部资料: 是否有全院护理质量管理委员会, 实行院长领导下护理部主任总负责; 护理部是否有专人负责护理质量、安全监控工作; 三级或二级质量、安全监控体系是否健全、管理完善。</p> <p>2. 查看护理部相关质量评价标准资料。</p> <p>3. 查看护理部相关管理资料与登记。</p>	<p>1. 未设立医院护理质量管理委员会; 或护理部无专人负责质控工作; 三级或二级质量、安全监控体系不健全各扣 2 分; 质量管理委员会委员职责不明确, 分工不具体, 逐级落实不到位各扣 1 分。</p> <p>2. 缺一项护理质量评价标准资料扣 1 分。</p> <p>3. 无护理风险管理组织或制度与预案或护理差错事故防范措施及处理程序各扣 1 分。</p>		
(2) 重视对护理重点环节的管理与督查。	5	<p>1. 各病室制定有相应的护理工作关键流程 (病房常规工作流程与关键交接流程)。</p> <p>2. 认真落实危重病人抢救制度。制定专科抢救护理应急预案, 有抢救组织。</p> <p>3. 各病区抢救室、治疗室管</p>	<p>1. 查看 1~2 个病室与之相关的护理工作关键流程 (病房常规工作流程与关键交接流程) 资料;</p> <p>2、2~3 点, 查看 1~2 个病室抢救室、治疗室管理; 抢救药物、普通药品、麻醉药品管理; 安全管理等制度落实情况。</p>	<p>1. 缺一项相关护理工作关键流程扣 1 分。</p> <p>2. 危重病人抢救制度不落实或未制定专科抢救护理应急预案, 或无抢救组织每项扣 1 分。</p> <p>3. 抢救室、治疗室管理;</p>		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
		理符合规范要求。严格执行普通药品、麻醉药品和第一类精神药品管理制度。 4. 各病室安全警示如防滑、防跌倒标识、药物过敏等标识清楚，病人知晓，正确执行病人识别制度，每名病人有腕带、床头牌等不少于两种以上的查对标识，确保病人安全。	4. 查看 1~2 个病室安全警示标识与病人识别制度的落实情况。现场考核 2 名护士有关抢救制度、药品与安全管理制度	抢救药物、普通药品、麻醉药品管理；安全管理等一处不符规范要求各扣 1 分。急救物品完好率 < 100% 扣 3 分。 4. 无安全警示或患者识别制度不落实各扣 1 分，一人考核不合格扣 1 分。		
(3) 重视对临床重点部门的护理质量管理与督查。	5	护理部每月对急诊科（室）、重症监护病房（NICU）、产科病区、产房、手术室、供应室等重点部门进行重点管理，定期检查、改进。	1. 查看护理部相关资料。 2. 实地查看各重点部门的布局与设置及质量管理是否符合省标要求。	1. 每缺一次定期检查或改进措施的原始资料扣 1 分。不完善扣 0.5 分。 2. 1 个重点部门一处不合省标要求扣 0.5 分。		
(4) 加强对各层级护理质量、安全监控体系的质控管理。	5	1. 对护理部质控要求： （1）有计划的开展质量检查、安全讨论，护理业务查房每月 > 1 次； （2）有节假日前护理安全查房与不定期对重点时段、特殊科室的管理进行督查； （3）每月对全院护理质量、安全督查情况进行总结、讲评、分析，提出整改措施和书面通报一次； （5）每季对在架、出院等护理病历进行抽查一次。	1. 查看护理部质控资料，要求记录真实、客观，业务查房具有针对性和指导性，以体现专业水平；质量检查情况还应有跟踪检查记录，以体现护理质量、安全持续改进。 （1）查看护士长手册； （2）抽查 1~2 个病区质控资料，是否每月按要求进行环节质控，资料完善、真实； （3）现场观察当班护士自觉执行护理核心制度的情况，抽查 2 名护士对核心制度（其中 1 项）的掌握情况。	1. 护理部质控一项未按要求做到扣 1 分；记录不切实或记录不完善各扣 0.5 分。 （1）手册填写不规范及不按时上交扣 1 分； （2）未组织质量分析讨论扣 1 分。记录不切实或不完善各扣 0.5 分。 （3）现场观察发现当班护士未认真执行护理查对、病人安全标识、交接班、分级护理、执行医嘱、抢		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
		2. 对病区质控要求： (1) 每月及时填写护士长手册，并按时上交护理部； (2) 护士长每月组织对病室护理质量、安全环节质控情况进行一次总结、讲评、分析，提出整改措施； (3) 当班护士班班自查； (4) 护士长对病区工作做到“心中有数”，责任护士对患者情况全面掌握。	(4) 询问 2 名护士长相关职责。 抽查 2 名责任护士对分管床位患者病情及治疗情况的了解。	救、安全管理、消毒隔离等核心制度中的任一项制度，一人次扣 1 分；抽查核心制度不掌握扣 1 分。 (4) 1 人询问回答不合格扣 1 分。		
6. 按《广东省病历书写规范》要求书写护理文书。	3	护理文书书写合格率 $\geq 95\%$ (80 分为合格)。	抽查 5 份归档病历和 5 份运行病历，依据《广东省护理文书书写评价标准》进行评分。	病历书写不合格每份扣 0.5 分；合格率 $< 95\%$ 每下降 1%扣 0.5 分。		

第五部分 医院服务 80 分

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
一、维护患者合法权益	18					
1. 能够提供多层次的医疗保健护理服务，满足患者不同层次的需求。	2	1. 设有普通门诊、专家门诊；住院部设有单人间、双人间、多人间；设有特殊病房与普通病房；可以提供特殊医疗保健服务。 2. 无拒诊或借故转诊经济困难病人的情况。	1. 实地查看。 2. 查看转院记录。	1. 一项不符合要求扣 1 分。 2. 有拒诊或借故转诊者扣 2 分。		
2. 尊重和维护患者的知情同意权、隐私权、选择权等权利。	6	1. 在手术、麻醉、输血、孕妇 HIV 抗体检测、有创诊疗操作、特殊用药药品（进口、合资、自费药品）、贵重医用耗材、大型检查项目和医疗器械临床试验获得患者或其代理人书面知情同意，并载入病历。 2. 在医疗保健服务中，有保护患者的隐私的相关制度并执行。 3. 门诊诊疗室有相对独立的接诊空间，门诊设有相对隐蔽的哺乳室；医务人员检查异性患者时，有患者家属或其他医务人员在场。 4. 在不违反医疗原则的基础上，病人有选择诊疗方式	1. 随机抽查运行或出院病历 10 份。 2、3. 实地查看。 4. 现场随机询问 5 名住院患者：是否了解经管医生姓名以及诊疗方案，医生是否尊重病人对诊疗方案的选择等。	1. 缺 1 种知情同意书扣 4 分。 2. 现场查看 1 项不符合要求扣 1 分。 3. 1 例不知情或不符合要求扣 1 分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
		的权利。				
3. 建立并落实医患沟通制度, 定期收集病人对医院服务中的意见, 并及时改进。	4	1. 建立并落实医患沟通制度, 主动加强与病人的交流, 耐心向病人交待或解释病情及相关的诊疗情况 2. 定期收集病人对医院服务意见, 针对患者合理意见采取整改措施。	1. 查阅相关文件及相关记录。 2. 随机抽查 5 名住院患者, 了解医患沟通情况, 查看有关记录。	1. 无相关制度及记录扣 1 分。 2. 1 名患者反映医患沟通不到位扣 1 分, 未建立制度扣 1 分, 未采取整改措施扣 1 分。		
4. 及时、妥善处理和反馈患者的投诉。	4	1. 建立完整的投诉接待处理制度。 2. 有专人负责处理患者投诉的组织机构及专(兼)职人员, 公布接受投诉的电话。 3. 对每起投诉有调查及处理意见, 在 2 周内向投诉者反馈处理意见。	查阅相关文件及投诉接待、处理结果及整改记录。	1. 无制度扣 1 分。 2. 无机构扣 1 分; 无人接待投诉扣 1 分, 未公布投诉电话号码扣 1 分。 3. 无投诉及处理意见记录扣 2 分, 反馈处理意见超时扣 1 分。		
5. 充分发挥医学伦理委员会维护患者合法权益的作用。	2	医院成立医学伦理委员会, 有工作制度, 不定期召开会议。	查医院医学伦理委员会组织是否健全, 能否充分发挥维护患者合法权益, 查伦理委员会工作记录。	组织不健全扣 1 分, 无工作记录扣 1 分。		
二、医德医风与行业建设	26					
1. 坚持按照《中华人民共和国母婴保健法》确定办院方针、坚持以社会效益为保健院工作的最高准则。	2	有明确的办院宗旨和办院方向, 认真坚持社会效益第一的原则。	1. 听取汇报, 查看有关资料。 2. 随机抽查 5 名干部职工。	1. 无明确办院宗旨或方向不得分。 2. 干部职工答不出办院宗旨或方向的每人次扣 0.5 分。		
2. 有相应的思想政治工作管理体系和教育制度。开展	2	1. 有政治工作管理体系。 2. 有全院政治学习每季度	1. 有思想政治工作管理组织机构, 有院、科政治思想工作分管	1. 院、科无人分管思想政治工作扣 1 分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
医德医风教育、卫生法律法规教育。		不少于1次，科室政治学习每月不少于1次的计划，并组织落实。 3. 有健全的学习制度。	人员。 2. 检查学习制度，年度计划，季度安排及落实情况。	2. 无学习制度扣1分。		
3. 提倡敬业精神，弘扬正气，奖惩分明。	2	1. 加强对职工进行敬业精神教育，坚持开展创先争优活动。 2. 有职工奖惩条例。	1. 听取汇报，检查近二年有关开展评优树先资料。 2. 查看职工奖惩条例及记录。	1. 未开展评优树先扣1分。 2. 无奖惩条例扣1分。 3. 无奖惩记录扣1分。		
4. 反映医院特色和精神风貌的医院文化建设。	4	1. 办有院刊或院报。 2. 每年开展文艺、体育活动。 3. 经常开展各类主题教育活动。 4. 组织职工参加卫生下乡、义诊、无偿献血等公益性活动。 5. 有本院形象标志。 6. 关爱职工，做好职工保健工作。	1. 查资料、实物、活动记录和影像资料。看是否办有院刊或院报。 2. 看是否每年开展1次以上文艺、体育活动。 3. 看是否开展各类主题教育活动。 4. 看是否组织开展公益性活动。 5. 看是否有本院形象标志。 6. 看是否开展职工体检。	1. 无院刊或院报扣0.5分。 2. 未开展文艺、体育活动扣0.5分。 3. 未开展主题教育活动扣0.5分。 4. 未开展公益性活动扣0.5分。 5. 无自己形象标志扣0.5分。 6. 未开展职工体检扣0.5分。		
5. 执行《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见(试行)》，有医德医风建设的制度、奖惩措施并认真落实。	3	1. 制定医院《医务人员医德考评方案》，考评结果与晋升、聘任、评优评先等挂钩。 2. 建立医务人员医德考评档案。 3. 制定医德医风奖惩制度并落实，有接受投诉、信访、调查、处理的严格程序，并	1. 查文件与记录。 2. 现场查看。	1. 无方案扣1分，未与奖惩挂钩扣1分。 2. 未建立档案扣1分。 3. 无制度扣1分，无记录扣1分，制度未落实扣1分。 4. 未公示举报电话扣0.5分，无意见箱扣0.5分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
		按制度实施奖惩。 4. 公示举报电话，门诊及住院部设有意见箱。				
6. 建立健全的院内外监督制度，接受社会监督。	3	1. 工作人员必须实行挂牌服务。 2. 院内设意见箱、公布投诉电话，科室设意见簿、并对所提意见有处理结果。 3. 院级工休座谈会每季 1 次、病区工休座谈会每月 1 次，征求意见有记录，有处理结果。 4. 聘请社会监督员，每年至少召开一次座谈会，有落实提出意见的记录。	1. 实地查看并询问患者。 2. 实地查看与查阅有关资料和记录。 3. 4. 查阅有关资料和记录，并现场调查。	1. 工作人员未挂牌服务扣 1 分。 2. 未设意见箱、公布投诉电话、科室设意见簿各扣 0.5 分，意见无处理扣 1 分。 3. 院、科两级未定期召开病员座谈会扣 1 分，征求意见无记录无处理各扣 0.5 分。 4. 未聘请社会监督员扣 0.5 分。		
7. 医院及其工作人员不得利用职务之便谋取不正当利益，坚决治理医药购销商业贿赂。	5	1. 制定廉洁行医的规定和制度，有督查措施，经常性地对员工进行廉洁行医的教育。 2. 医务人员不得收受红包、物品、有价证券等。不得索要、收受医疗器械、药品、试剂等生产、销售企业或人员以各种名义、形式给予的回扣、统方费、开单提成等。如无法拒绝时，及时上交医院。	1. 廉洁行医制度和措施。 2. 重点敏感岗位的监督措施。 3. 随机询问病人。	1. 无廉洁行医制度及长效机制扣 2 分，无督查措施扣 1 分。 2. 发现 1 人收受红包、物品和有价证券和谋取其他不正当利益者扣 2 分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
8. 严禁推诿、拒诊患者。	2	落实首诊负责制，有责任追究制度。	随机询问 5 名门急诊病人。	有 1 例不落实扣 2 分，有 1 例未追究扣 2 分。		
9. 患者和社会对医疗保健服务满意。	3	1. 医疗服务满意度调查有专人管理，每季度发放医疗服务满意度调查表并总结分析。 2. 满意度 \geq 90%	1. 查看近两年医疗服务满意度调查表及分析总结资料。 2. 随机发放满意度调查表。	1. 每季度少于 1 次满意度调查扣 1 分。 2. 满意度每下降 1%扣 0.5 分。		
三、服务环境和服务流程	18					
1. 开展预约挂号服务。	3	1. 开展预约诊疗服务，有专家、门诊普通门诊两种。 2. 不得擅自提高收费标准，不得与社会中介机构合作开展有偿预约挂号服务。 3. 预约诊疗不少于两种形式并逐步提高预约诊疗比例。	现场检查预约诊疗服务方式，查看相关制度和文件。	1. 未开展预约诊疗服务的扣 3 分。 2. 无工作制度和管理规定扣 1 分。 3. 存在违规收费或与社会中介合作有偿服务的扣 1.5 分。 4. 无提高预约比例措施的扣 0.5 分。		
2. 门诊应当提供就诊咨询、导诊以及其他便民服务。	4	1. 门诊设有咨询服务台，有专人负责；备有就医流程、诊疗项目及专科、专家特色介绍等就诊指南。 2. 有残疾人无障碍设施并有醒目标识；提供导医、预检分诊服务；提供候诊椅、饮水、轮椅、市话等服务。	实地查看。	1 处不符合要求扣 0.5 分。		
3. 科室布局合理，服务环境和设施清洁、舒适、温馨、私密，服务标识规范、清楚、	3	1. 科室布局合理，有科室分布平面示意图及引导标识；有适宜病人车辆停放区	实地查看就诊环境	1. 布局分区不明显扣 1 分。 2. 一处标识不清楚或不醒		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
醒目。		域；救护车进入急诊科的道路通畅，设有“绿色通道” 2. 服务环境清洁；门诊、病房建筑满足病人诊疗流程的需要 3. 有保护病人隐私设施。 4. 服务标识清楚，有预防意外的警示标识。		目或不规范扣 0.2 分。 3. 夜间急诊的科室指示标牌 1 处没有亮化扣 0.2 分。 4. 1 个科室无保护病人隐私设施扣 0.2 分。		
4. 优化流程，简化环节。挂号、划价、收费、取药、采血等服务窗口的数量、布局合理；入院与出院、诊断与治疗、转科与转院等连续性服务流程合理、便捷。	3	1. 有就诊流程指示，入院与出院、诊断与治疗、转科与转院等连续性服务流程合理、便捷。 2. 分区候诊、分楼层收费，划价、收费一次性完成，各服务窗口等候时间≤10 分钟。 3. 各项辅助检查结果报告单有专人管理。	1. 查看相关服务流程。 2. 查是否分区候诊；查挂号、收费、发药等窗口排队时间。 3. 考核相关人员对流程的知晓情况。 4. 现场查看及询问病人。	1. 门诊或住院部没有流程指示扣 0.5 分。 2. 1 个诊室秩序杂乱扣 0.5 分。 3. 1 个窗口排队时间超过 10 分钟扣 0.5 分。 4. 划价收费非一站式服务扣 1 分。 5. 未分区候诊扣 0.5 分。		
5. 采取有效措施，提高医技科室工作效率，缩短出具检验、检查报告时间。	3	参照卫生部要求出具报告的时间进行检查。大型设备检查项目自开具检查报告申请单到出具检查结果时间≤48 小时；检验、心电图、影像常规检验检查项目自检查开始到出具结果时间≤30 分钟；超声自检查开始到出具结果时间≤30 分钟；术中冰冻病理自送检到出	现场查看及询问病人。	1. 1 种大型医疗设备出具报告时间超过 24 小时扣 1 分。 2. 1 例常规检验、检查项目，自检查开始到出具结果时间超过 30 分钟扣 0.5 分。 3. 1 例超声自检查开始到出具结果时间超过 30 分钟扣 0.5 分；术中冰冻病		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
		具结果时间≤30分钟)。		理自送检到出具结果时间超过30分钟扣0.5分。		
6. 会诊医师按规定及时到位。	2	院内急会诊到位时间≤10分钟；院内普通会诊时间不超过24小时。	现场考查和查看病历中的会诊记录。	1项未达到要求扣1分。		
四、严格价格管理，杜绝不合理收费	18					
1. 合理收费，无自定收费项目、超标收费、重复收费、分解收费和比照项目收费等现象。	5	严格执行《全国医疗服务价格项目规范》及省医疗服务价格规范，不得自定收费项目、超标收费、重复收费、分解收费和比照项目收费。	1. 抽查出院患者结算清单20份 2. 现场查看	1. 份清单发现1项收费不符合规定扣1分。 2. 投诉经查属实，1起乱收费扣4分。		
2. 不得设立账外账和“小金库”，严禁将医务人员的收入与科室经济效益挂钩。	3	1. 严格执行《卫生部关于加强医疗机构财务部门管理职能、规范经济核算与分配管理的规定》中不得设立账外账、小金库的规定。 2. 严禁将医务人员的收入与科室经济效益挂钩。	查医院绩效工资分配方案及财务账目。	1. 设立账外账或“小金库”扣3分。 2. 发现1个科室的医务人员收入与科室经济效益挂钩扣3分		
3. 执行国家有关药品、高值耗材集中采购政策规定，对中标药品、高值耗材按照合同采购，合理使用。	3	按照卫生部《关于进一步规范医疗机构药品集中采购的若干规定》，对药品、高值耗材实行招标采购。	1. 对照招标药品、高质耗材临时零售价格文件。 2. 选择药品2种、高质耗材2种，查看中标企业送货清单、向中标企业汇款账目。	1. 无文件扣1分。 2. 1种药品或高质耗材价格超过中标药品或高质耗材的零售价格扣1分；年度使用中标药物与高质耗材的比例以70%为标准，		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
				每下降 5%扣 0.5 分。		
4. 向社会公开收费项目和标准，建立完善价格公示制、查询制、费用清单制，提高收费透明度，及时答复患者的费用查询。	4	按照《医疗机构实行价格公示的规定》和《医疗机构向患者提供所用药品价格清单的暂行规定》的要求，建立价格公示制、查询制、费用清单制。	1. 现场查看医疗服务项目及价格公示，公示价格符合物价部门规定。 2. 是否提供电脑查询和费用清单。 3. 询问病人，了解工作人员能否及时解答病人在收费上的疑问。	1. 无价格公示或不能提供电脑查询扣 1 分。 2. 公示价格不符合规定扣 1 分。 3. 不能提供费用详细清单扣 2 分。 4. 不能及时解答病人收费疑问扣 1 分。		
5. 费用结算方式便捷。	3	1. 有多种结算方式。 2. 节假日可以办理出院手续。	现场查看门诊、住院结算窗口和结算单据。	1. 无多种结算方式扣 1 分。 2. 节假日不能办理出院手续扣 1 分。		

第六部分 医院绩效 40分

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
一、社会效益	10					
1. 医院始终把社会效益放在首位，履行相应的社会责任和义务，认真完成卫生下乡、支农、对口支援贫困地区、组派救灾医疗队等政府指令性任务，积极参加政府组织的社会公益性活动。	5	完成卫生下乡、支农、对口支援、组派医疗队、特派专家等政府指令性任务和为大型社会公益性活动提供医疗保障。	查阅完成政府指令性任务及参加社会公益性活动的工作记录及行政管理部门的评价记录。	1 项活动未参加或未完成扣 3 分。		
2. 承担突发公共卫生事件和重大灾害事故紧急救治任务。	5	完成卫生行政部门或各级急救中心指派的紧急救治任务。	查看卫生行政部门和各级急救中心的相关记录。	1 项任务未完成扣 1 分。		
二、工作效益	20					
1. 年门诊人次、手术人次、入出院人次、保健科室年门诊人次。	4	每年增长指标在卫生行政部门规定的合理范围	查看年度报表并在计算机上核实。	1 项指标不合理扣 2 分。		
2. 人均每日担负诊疗人次，医师年均出院人次，医师人均每日担负住院床日。	4	统计指标达同级综合医院平均数的合理范围内（±10%）。	查看年度报表并计算。	1 项不在合理范围扣 2 分。		
3. 平均住院日、病床使用率、病床周转次数。	4	平均住院日≤8 天，病床使用率≥85%，择期手术患者术前平均住院≤3 天，病床周转次数≥45 次/年。	查看年度报表并在计算机上核实。	1. 平均住院日增加 0.5 天扣 1 分。 2. 病床使用率降低 1%扣 0.5 分。 3. 病床周转次数每降低 1 次扣 0.5 分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
4. 门诊患者人均医疗费用、住院患者人均医疗费用、住院床日平均费用。	8	医院按要求提供数据及分析报告，并至少要与上一年度同期及本地区平均进行比较。	查相关统计数据。	1 项增长率超过地区平均水平标准扣 2 分。		
三、经济运行状态	10					
1. 药品收入占医疗收入的百分比。	5	药品收入占医疗收入的比例≤35%	查看财务资料。	药品收入占总收入比例每超出 1%扣 0.5 分。		
2. 医疗服务收入占业务收入的百分比与上年度的比较。	3	医疗服务收入占业务收入百分比呈上升趋势。	与上年同期比较。	比例每下降 1%扣 1 分。		
3. 保健服务收入。	2	保健服务收入呈上升趋势	与上年同期比较。	比例每下降 1%扣 1 分。		

第七部分 安全管理 40 分

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
一、医疗服务安全与患者安全	15					
1. 开展全员医疗服务安全教育, 树立医疗服务安全意识。	2	1. 全院性医疗服务安全教育培训每年不少于 2 次。 2. 全院人员培训率达到 80% 以上。	查核医院开展医疗服务安全教育情况, 如制度、学习宣传资料、登记本等。	1. 无医疗安全教育制度扣 1 分。 2. 无组织安全教育学习扣 0.5 分, 培训率不达标扣 0.5 分。		
2. 定期开展医疗质量和医疗服务安全分析, 减少医疗安全隐患。	2	针对所发生的医疗事故、医疗争议进行分析讨论, 发现存在的医疗安全隐患, 提出相应的整改措施。	查医院、科室(抽查 2 个)相关记录。	1. 无分析一次扣 1 分。 2. 无整改措施一次扣 1 分。		
3. 建立医疗纠纷防范和处罚机制。制定重大医疗过失行为和医疗事故防范预案, 及时报告、分析、处理重大医疗过失行为和医疗事故。	6	1. 有医疗纠纷防范措施及医疗事故、医疗纠纷登记制度、有不良事件上报制度。有重大医疗过失行为和医疗事故防范预案、严格执行重大医疗过失行为(含协商解决的)报告制度。 2. 针对已发生的医疗过失行为采取有效措施, 避免或者减轻对患者身体健康损害, 有相应的工作程序。 3. 制定医疗事故责任追究制度, 已定性的医疗事故, 按规定对责任人进行处理	1. 查看资料。 2. 查阅工作程序。 3. 参考医学会鉴定结论和医务处(科)登记, 查阅医院对科室及当事人的处理记录。	1. 无预案或报告制度扣 2 分。 2. 无工作程序扣 2 分。 3. 1 例医疗事故处理情况未向卫生行政部门报告扣 1 分; 1 个责任人未得到处理扣 2 分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
4. 有防范非医疗因素引起的意外伤害事件的措施。	2	1. 对危重病人有心理干预措施，防止病人自杀或自残。 2. 有防范其它非医疗因素（如坠床、摔倒等）引起的意外伤害事件的措施。	查看资料。	1. 无措施扣 1 分，发生 1 例自杀和自残扣 2 分。 2. 无措施扣 1 分；发生 1 例非医疗因素安全事故发生 2 分。		
5. 有保护医务人员职业安全的措施。	3	1. 制定并落实职业安全有关规定，配备专（兼）职人员负责职业防护。 2. 针对易职业暴露的专业，如放射科工作人员防护措施、非安全放射的防护措施。	1. 查看资料。 2. 现场查看，抽查相应专业的医务人员 2 名，了解其对防护规定的了解情况及落实防护措施情况。	1. 无相关规定扣 1 分；无相关人员扣 0.5 分。 2. 未采取防护措施扣 1 分；无个人防护设施或用品扣 1 分；1 名医务人员不知晓或不遵守有关规定扣 0.5 分。		
二、建筑、设备、设施安全	20					
1. 建筑设计规范，符合安全要求。	3	1. 建筑设计规范，楼层建筑、电梯、护栏、楼道和安全通道符合建筑安全要求。 2. 财务、药库、药房、档案室设立防盗报警系统，定期安检，并有记录。	实地查看。	1 处不符合要求扣 1 分。		
2. 设备、设施安全运转，防止漏电、漏气、漏水等。	5	1. 供电、供气、供水系统设备设施完善、安全、运转正常，有专人管理、维护保养，并有维修保养计划和记录。 2. 严格按操作规程使用设备，设备故障时，维修及时。	实地查看及查看检查记录。	1. 1 种设备、设施不符合要求扣 1 分；无定期保养、维修记录扣 1 分。 2. 未按操作规程使用设备扣 1 分；1 种设备出现故障未得到及时维修扣 2 分。		

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
3. 消防安全达标。	6	1. 消防通道畅通，消防设施齐全，标志醒目，设有消防预警系统。 2. 有全院消防系统布局图，专人管理消防设施，有定期检查更换计划和记录。 3. 有火灾事故的应急预案并定期演练，有演练记录；有紧急状态时与外界联络的可靠方式和安全畅通的疏散路线。	1. 实地查看，现场测试预警系统。 2. 现场查看和查看资料。 3. 现场考核：抽查 2 名后勤、安保人员，查证各种消防设施使用可靠，使用方法正确。	1. 1 处不符合要求扣 1 分。 2. 无布局图扣 1 分，无专人管理扣 1 分，无定期检查记录扣 1 分。 3. 未定期演练扣 1 分；无可靠联络方式扣 1 分；1 人不能熟练操作扣 1 分，无安全畅通的疏散路线扣 1 分。		
4. 供电系统安全并能满足业务需要。	4	1. 具有双回路供电系统或自备发电机，能保证手术室、产房、重症监护病房、输血科等重点部门的用电需要。 2. 有专人管理，有定期检查和维修记录，有电路切换和电力运行记录。	1. 现场查看。 2. 查看资料	1. 无双回路供电系统或无自备发电机扣 2 分。 2. 无专人管理扣 1 分，无定期检查记录扣 1 分。		
5. 医院环境整齐、安全；绿化、清洁、卫生好。	2	1. 院内无乱搭、乱建、乱堆放杂物。 2. 住院部有严格的探视制度。 3. 医院环境卫生，绿化占地面积 30%以上。	实地查看。	有一项达不到扣 1 分。		
三、危险物品及要害部门安全	5					

评审指标	分值	评审内容	评审方法	评分标准	评审情况	实得分
1. 建立医用放射性物质、剧毒试剂等危险物品的安全管理制度并认真落实。	2	1. 有《医用放射性物质配置许可证》。 2. 有医用放射性物质、剧毒试剂等危险物品的安全管理制度和安全保障措施。 3. 有定期检查，并有记录。	1. 实地查看。 2. 查看资料和证书。	1. 无《许可证》扣 2 分。 2. 无制度或安全保障措施扣 1 分。 3. 无定期检查记录扣 1 分。		
2. 加强对放射科、检验科、氧气供应室、危险品仓库、配电室、压力容器及电梯等重要部门的安全管理。	3	1. 制定重要部门的安全管理制度和措施，定期检查，并记录。 2. 各重要部门的安全措施到位。 3. 工作人员均持证上岗。	1. 实地查看。 2. 查看资料。	1. 无安全管理制度或措施扣 1 分，无定期检查记录扣 1 分。 2. 1 处不符合要求或有安全隐患扣 1 分。 3. 1 人无证上岗扣 2 分。		