

四川省卫生健康委员会 医院评审委员会办公室文件

川医评办发〔2019〕20号

关于开展2019年度医院等级巡查式 评审工作的通知

各市（州）卫生健康委员会，有关单位：

为切实做好2019年度医院等级巡查式评审工作，按照《四川省医院评审实施细则（2017年修订）》有关规定，省卫生健康委员会医院评审委员会办公室（以下简称“省评审办”）拟于近期组织开展2019年度医院等级巡查式评审，现将有关事项通知如下。

一、目的

围绕医疗质量、安全、服务、管理、绩效主题，坚持以评促建、以评促改、评建并举、重在内涵的原则，体现“以患者为中心”，促进医院标准化、规范化、科学化和现代化建设。

二、评审时间

2019年9月26日—10月12日（具体安排详见附件3）。

三、评审内容、方法、结果判定及应用

（一）内容

结合当前医院管理的重点目标，比照国家最新评审标准实施细则，紧紧围绕加强党的建设、强化综合监管及落实医疗质量核心制度等内容开展评审。评审标准参照《2018年巡查式评审标准实施细则（医院试用版）》（以下简称《标准》）。

（二）方法

抽调综合管理、医疗药事、院感护理方面专家各1人组成评审专家组，配备联络员1名，由综合管理专家兼任组长，围绕评审内容通过听取汇报、现场检查和访谈等形式进行评价（时间1天），得出巡查式评审结果。

（三）结果判定及应用

巡查式评审结果由省评审办收集汇总后统一上报省卫生健康委员会审议并公布，结果未达到现有等级《标准》的，限期3个月自查整改后再次回头看巡查，仍不合格的给予降等或降级。

四、受评医院

川北医学院附属医院、广元市中心医院、遂宁市中心医院、乐山市人民医院、德阳市人民医院、广安市人民医院、自贡市第四人民医院、凉山彝族自治州第一人民医院、凉山彝族自治州第二人民医院、峨眉山市人民医院、成都市龙泉驿区第一人民医院、泸定县人民医院、雷波县人民医院、普格县人民医院、

成都长江医院，共 15 家医院。

五、其他事项

（一）评审过程中严格执行中央廉政建设的八项规定及省委十不准规定和评审工作组纪律要求。

（二）请各市（州）卫生健康委督促受评医院提前做好相关准备，对照《标准》开展自查，自查报告（需包含自查评分表）经所属市（州）卫生健康委审核（盖公章）后于 2019 年 9 月 20 日前报省评审办，电子版同时上报至指定邮箱。

（三）联系人及联系方式

程波 028-85581741 18081995115

邮箱：47307071@qq.com

邮寄地址：成都市武侯区玉林南街 2 号附 3 号四川省医疗卫生服务指导中心 402 室

附件：1. 2018 年巡查式评审标准实施细则（医院试用版）

2. 评审日程安排

3. 评审时间安排

4. 自查评分表

四川省卫生健康委员会医院评审委员会办公室

2019 年 9 月 19 日



附件 1

2018 年巡查式评审标准实施细则 (医院试用版)

为深入贯彻落实党的十九大精神，落实以人民为中心的发展思想，不断深化医药卫生体制改革，创新医院评审评价工作思路，强化监管提高评审效率，更好地做好“放、管、服”工作，结合实际，制订《巡查式评审标准实施细则(医院试用版)》。

一、适用范围

《巡查式评审标准实施细则（医院试用版）》适用于二级甲等及以上等级医院的巡查式评审。

二、细则内容

主要包括党的建设、强化综合监管及落实医疗质量核心制度三部分内容，共 77 条。其中，加强党的建设 10 条、强化综合监管 27 条、落实医疗质量核心制度 40 条。

三、表述方式

采用 A、B、C 三档表述方式：A-优秀、B-良好、C-合格。判定原则是要达到“B-良好”档者，必须先符合“C-合格”档的要求，要到“A-优秀”，必须先符合“B-良好”档的要求。评分说明的制定遵循医院评审 PDCA 循环原理。

四、结果判定及应用

项目	C 级	B 级	A 级
三级甲等	≥90%	≥60%	≥25%
三级乙等	≥80%	≥50%	≥15%
二级甲等	≥70%	≥40%	≥10%

巡查结果未达到现有等级标准的，限期 3 个月自查整改后回头看再次巡查，仍不合格的给予降等或降级。

2018 年巡查式评审标准实施细则（医院试用版）

第一部分 加强党的建设（10 条）	
落实党委分工和责任制	
C	1. 落实党风廉政建设责任制和医疗卫生纠风工作责任制，建立健全主要负责同志负总责，党委书记是党风廉政建设第一责任人，领导班子其他成员根据分工抓好职责范围内工作任务的领导体制和工作机制。
	2. 把惩治和预防腐败体系建设纳入整体工作之中，与业务工作同研究、同部署、同落实、同检查，制定具体工作计划和方案并组织实施。
	3. 领导班子主要负责人履行第一责任人职责，做到重大问题亲自研究，重要环节亲自督办，困难问题亲自帮助解决。
B	1. 对年度工作进行分析、总结，并提出改进措施。
A	1. 持续改进有成效，党委分工和责任制得到落实。
建立健全民主决策机制	
C	1. 建立健全党委总支或支部、行政领导班子议事规则和工作规则，落实“一把手”末位发言制。
	2. 建立“三重一大”事项集体讨论决定制度，会议纪要向本单位干部职工公开并及时上报。

	3. 建立健全民主决策制度，事关医疗机构改革发展全局的重大问题和涉及职工切身利益的重要事项经职代会审议通过，专业性较强的重要事项经过专业委员会咨询论证。
B	1. 对年度工作进行分析、总结，并提出改进措施。
A	1. 持续改进有成效，民主决策机制得到落实。
加强党内监督工作	
C	1. 设立纪检监察组织机构，人员配备与岗位要求、医院任务相匹配，具备开展工作的良好条件。
	2. 院务公开的形式符合规定，有相应监督检查机制。
	3. 建立健全决策权、执行权、监督权既相互制约又相互协调的权力结构和运行机制：领导班子主要负责人不直接分管人事、财务、基建和物资采购工作，同一领导班子成员不同时分管人事、财务、物资采购工作。
B	1. 对年度工作进行分析、总结，并提出改进措施。
A	1. 持续改进有成效，党内监督得到落实。
加强党风廉政制度建设	
C	1. 建立健全医德考评制度，细化工作指标和考评标准；注重医德考评结果的运用，把考评结果与医务人员的晋职晋级、岗位聘用、评先评优和定期考核直接挂钩。
	2. 认真开展廉洁风险防控工作，建立风险防控信息平台，实现对管理权力和医疗服务廉洁风险的动态监控。
	3. 加强对重点部门和关键岗位人员的监督，建立财务、基建、药剂、信息、采购等部门负责人定期轮岗交流制度。
	4. 落实医药购销领域商业贿赂不良记录制度，对经执法执纪机关查处向本单位或工作人员行贿的企业或个人名单，及时如实上报卫生计生行政部门。
B	1. 对年度工作进行分析、总结，并提出改进措施。
A	1. 持续改进有成效，党风廉政得到落实。
加强党支部建设	
C	1. 建立健全医院内设机构党支部，督促党支部担负好直接教育党员、管理党员、监督党员和组织群众、宣传群众、凝聚群众、服务群众的职责，充分发挥战斗堡垒作用。

	2. 选优配强党支部书记，实施科室党支部书记“党建带头人、学术带头人”培育工程，推动落实主体责任。
	3. 严格发展党员，注重发展医疗专家、学科带头人、优秀青年医务人员入党。
B	1. 对年度工作进行分析、总结，并提出改进措施。
A	1. 持续改进有成效，支部建设得到落实。
加强干部选拔和考核工作	
C	1. 建立符合本院实际的管理、专业技术、工勤技能三类岗位不同等级的岗位设置和聘用管理实施方案并组织实施，实行评聘分离，按岗聘用。
	2. 加强重点学科建设和人才培养，有学科带头人选拔与激励机制。
B	1. 对年度工作进行分析、总结，并提出改进措施。
A	1. 持续改进有成效，确保形成正确的选人用人机制。
严格党内政治生活	
C	1. 推进“两学一做”学习教育常态化制度化，开展“不忘初心、牢记使命”主题教育，严格“三会一课”、民主生活会和组织生活会、主题党日等制度。
B	1. 对年度工作进行分析、总结，并提出改进措施。
A	1. 持续改进有成效，党内政治生活得到落实。
党费收缴使用	
C	1. 党组织支部党费收缴时间及时，使用合理，支出经过党组织会议同意，经费使用经过公示。
B	1. 对年度工作进行分析、总结，并提出改进措施。
A	1. 持续改进有成效，确保党费收缴形成长效机制。
加强思想教育	
C	1. 推进反腐倡廉教育，通过开展形式多样的反腐倡廉宣传教育活动，不断夯实干部职工廉洁从政的思想道德基础。
	2. 加强医德医风教育，培养树立先进典型，弘扬新风正气；大力宣传先进事迹，着力表彰典型人物。
	3. 在干部职工中开展纪律法制教育和警示教育，组织学习商业贿赂相关法律法规，利用发生在本系统本地区本单位的典型案例开展警示教育。

B	1. 对年度工作进行分析、总结，并提出改进措施。
A	1. 持续改进有成效，思想工作得到落实。
加强对医院文化建设的领导	
C	1. 开展文明单位、志愿服务、青年文明号等群众性精神文明创建活动。
	2. 培育和践行社会主义核心价值观，促进形成良好医德医风。加强以行业使命、职业道德、以病人为中心和构建和谐医患关系为主要内容的医院文化建设，促进文化育人与思想引领的有机结合。
	3. 注重发现、培养、树立先进典型，做好宣传引导工作，激发广大医务工作者的职业荣誉感和工作归属感，树立和维护医务工作者的良好社会形象。
B	1. 对年度计划进行分析、总结，并提出改进措施。
A	1. 持续改进有成效，医院文化建设得到良性推动。
第二部分 强化综合监管（27 条）	
依据医院的功能任务，确定医院的发展目标和中长期发展规划。（综合管理）	
C	医院制定中长期规划（内容包括：目标、实施方法、实施步骤、工作分工、相关预算以及年度安排等）及年度计划。
	根据医院计划制定各部门、科室的年度计划。
	医院的中长期规划及年度计划征求职工意见，经过集体讨论，由各部门参与共同制定。
	医院中长期规划及年度计划经过职工代表大会讨论通过。
B	对年度计划进行分析、总结，并提出改进措施。
A	持续改进有成效，中长期规划得到落实。
坚持公立医院公益性，把社会效益放在首位，履行相应的社会责任和义务。公立医院资源主要用于公众服务，控制公立医院特需服务规模。（综合管理）	
C	有保障基本医疗服务的相关制度与规范，有“以患者为中心”，优化质量、改进服务、降低成本、控制费用的措施并执行。
	完成法定和政府指定的公共卫生服务、突发事件紧急医疗救援、援外、国防卫生动员、支农、支边和支援社区等任务。
B	科室对基本医疗服务、政府指令性任务完成情况有自查。
	主管部门有检查与监管。
A	持续改进有成效，医院住院床位有专门部门统一管理。

按照《国家基本药物临床应用指南》《国家基本药物处方集》及医疗机构药品使用管理有关规定，规范医师处方行为，优先合理使用基本药物。（综合管理）	
C	有贯彻落实《国家基本药物临床应用指南》和《国家基本药物处方集》，优先使用国家基本药物的相关规定及监督体系。
	《国家基本药物目录》中的品种优先纳入“药品处方集”和“基本用药供应目录”，有相应的采购、库存量。
	对享有基本医疗服务对象使用国家基本药物（门诊、住院）的比例符合省级卫生行政部门的规定。
B	科室对医师使用国家基本药物情况有自查。
	主管部门定期对使用国家基本药物情况有检查、分析、反馈。
A	持续改进有成效，国家基本药物在医院能够优先合理使用。
实行分级诊疗，建立与实施双向转诊制度与相关服务流程。（综合管理）	
C	实行分级诊疗，建立与实施双向转诊制度与服务流程，并落实。
	有与基层医疗机构双向转诊协议。
	建立基层医疗机构双向转诊信息平台，规范开展与基层医疗机构双向转诊工作，资料完整。
B	主管部门对分级诊疗及双向转诊的管理有检查、分析、反馈。
A	持续改进有成效，分级诊疗及双向转诊工作落实到位。
优化门诊布局结构，落实便民措施，减少就医等待，改善患者就医体验。（综合管理）	
C	门诊布局科学、合理，流程有序、连贯、便捷。
	有门诊管理制度；有措施保障门诊重点区域和高峰时段诊疗的秩序和连贯性，缩短患者等候时间；有便民措施。
	有信息系统支持门诊分层挂号或科室、诊室直接挂号、缴费或自助挂号、缴费等服务。
B	主管部门对改善患者就医体验工作有检查、分析、反馈。
A	持续改进有成效，患者对就医环境和就医过程满意。
有预约诊疗工作制度和规范，有可操作流程，逐步提高患者预约就诊比例。（综合管理）	
C	有预约诊疗工作制度和流程，并有具体的管理措施。

	方便患者及时获取预约诊疗信息，对变动出诊时间提前公告。
	有专门部门和专职人员负责统一预约管理和协调工作。
B	有信息化预约管理平台，实现预约号源统一管理与动态调配。
	主管部门对预约诊疗工作有检查、分析、反馈。
A	持续改进有成效，患者预约就诊比例逐步提高。
保障各类参加基本医疗保障人员的权益，公开医疗价格收费标准和基本医疗保障支付项目，强化参保患者知情同意。（综合管理）	
	公开基本医疗保障服务收费标准。
C	公开医疗保险支付项目和标准。
	向患者提供基本医疗保障相关信息和咨询服务，对于基本医疗保障服务范围外的诊疗项目应事先征得参保患者的知情同意。
B	主管部门对基本医疗保障管理情况有检查、分析、反馈。
A	持续改进有成效，基本医疗保障费用信息及时准确，参保患者权益得到保障。
落实《医院投诉管理办法（试行）》，实行“首诉负责制”，设立或指定专门部门统一接受、处理患者和员工投诉，及时处理并答复投诉人。（综合管理）	
	有投诉管理相关制度及明确的处理流程。
	有专门部门统一受理、处理投诉。
C	有明确的投诉处理时限并得到严格执行。
	实行“首诉负责制”，科室、职能部门处置投诉的职责明确，有投诉协调处置机制。
B	投诉接待室配有录音录像设施。
	主管部门对投诉工作的管理有检查、分析、反馈。
A	持续改进有成效，各种投诉及时有效处理，患方满意度不断提升。
就诊环境为患者提供就诊接待、引导、咨询服务。（综合管理）	
	有就诊指南、建筑平面图、清晰易懂的服务标识、说明患者权益与义务的图文介绍资料等。有专人为患者提供咨询服务，相关人员熟知服务流程。
C	有各种便民措施与服务，如：有残疾人无障碍设施及辅助用轮椅、推车等设备；为老年人、有困难的患者提供导医和帮助；提供饮水、电话、健康教育宣传等服务或设施；有适宜的供患者停放车辆的区域。
	有卫生、清洁、无味、防滑的卫生间，包括专供残疾人使用的卫生设施。

	有预防意外事件的警示标识与措施。
	工作人员佩戴标识规范，便于患者识别。
B	实行“首问负责制”。
	主管部门定期检查与监管。
A	持续改进有成效，标识规范，“首问负责制”落实到位。
医院安全（不良）事件管理有主动报告制度与流程。（综合管理）	
	有医院安全（不良）事件主动报告激励机制，实行非惩罚制度。
C	有医院安全（不良）事件报告流程和方法的教育和培训。
	有途径便于相关人员报告医院安全（不良）事件。
	有降低医院安全（不良）事件漏报的方法、分析和改进措施。
B	有部门统一收集、核查医院安全（不良）事件，向相关机构上报。
	主管部门有检查、分析、反馈。
A	持续改进有成效，建立医院安全（不良）事件直报系统及数据库。
医疗质量与安全管理院长是第一责任人，负责制定医院质量方针与目标，策划医院质量管理，确保质量与安全管理体系所需资源的获得，指挥与协调医院质量管理活动，定期专题研究医疗质量和医疗安全工作。（综合管理）	
	院长是医院质量管理第一责任人，负责制定医院质量方针与目标，策划医院质量管理，确保质量与安全管理体系所需资源的获得，指挥与协调医院质量管理活动，定期专题研究医疗质量和医疗安全工作。
C	医院质量与安全管理组织机构健全、人员构成合理、职责明确，主要包括：医院质量与安全管理委员会、各质量相关委员会（医疗质量与安全管理委员会、伦理委员会、药事管理与药物治疗学委员会、医院感染管理委员会、病案管理委员会、输血管理委员会、护理质量管理委员会等）、质量管理部门、各职能部门、科室质量与安全管理小组等。
	医院质量与安全管理委员会及各相关管理委员会能在质量与安全管理中发挥决策作用。
B	各相关管理委员会定期专题研究质量与安全工作，有分析总结，有改进措施，有记录。
A	持续改进有成效，各医院质量与安全管理委员会能够执行三个层次的管理，职责落实到位。

医疗质量与安全管理科室负责人是本科室的医疗质量与安全管理第一责任人，负责本科室质量与安全管理工作。（综合管理）	
C	科室负责人是本科室的医疗质量与安全管理第一责任人，负责本科室质量与安全管理工作。
	制定科室质量与安全工作计划，召开管理小组会议，研究解决本科室存在的质量与安全管理问题，有记录。
B	管理小组对科室质量与安全进行定期检查、能运用质量管理方法与工具对科室存在的问题和相关管理指标进行分析，对存在的问题有改进措施与落实执行。
A	持续改进有成效，科室对质量与安全工作计划、问题改进落实到位。
医疗质量持续改进有方案，包括：质量管理目标、质量指标、考核项目、考核标准、考核办法等，以及相配套制度，并组织实施。（综合管理）	
C	医院有医疗质量管理方案，包括：质量管理目标、质量指标、考核项目、考核标准、考核办法等，以及相配套制度。
	有院科两级医疗质量管理与监督工作流程。
B	科室对质量指标考核项目自查，对存在问题有分析和改进措施，并有记录。
	主管部门对考核存在的问题有检查、分析、反馈。
A	持续改进有成效，医疗质量实现目标管理。
控制医院债务规模，降低务风险，加强资产管理，提高资产使用效益。（综合管理）	
C	有对外投资的管理制度和流程，对外投资经过充分论证并获上级有关部门批准。
	有流动资产、固定资产和无形资产管理以及负债管理等相关制度，非流动负债按规定审批。
B	主管部门定期进行专项监督管理，分析评价。
A	持续改进有成效，资产负债率、流动比率、速动比率等指标控制在合理范围内，国有资产保值增值。
执行《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见（试行）》。（综合管理）	
C	有行风建设与管理组织体系，有专（兼）职人员负责管理与考评，并有与其他职能部门的协调机制。
	有行风建设、考评、奖惩和公示等制度，有行风考评方案和量化标准，并落实。
	医德考评结果与医务人员的晋职晋级、岗位聘用、评先评优、绩效工资、定期考核等直接挂钩。

	有规范的行风考评档案。有多部门共同参与的行风考评及结果共享机制。
B	主管部门有检查、分析、反馈。
A	持续改进有成效，改进措施落实到位。
落实“行风建设九不准”行为。（综合管理）	
C	有廉洁自律的工作规范和相关制度，并落实。
	对全体员工，尤其重点部门、重点人员进行廉洁自律及警示教育，有廉洁自律工作的自查和督查。
	有重点岗位、重点人员轮岗机制，并落实。
	有措施并落实“行风建设九不准”行为。
B	主管部门有检查与监管。
A	持续改进有成效，无违法违规违纪案例。
医疗废物处置和污水处理符合规定。（综合管理）	
C	有医疗废物、废液处理管理规章制度和相关人员岗位职责。
	医疗废物、废液处理系统符合相关法律法规的要求。
	有专人负责医疗废物、废液处理工作，上岗前经过相关知识培训。
	医院各科室按要求进行医疗废液处置并有记录。
B	主管部门定期对医疗废物、废液处置有检查、分析、反馈。
A	持续改进有成效，医疗废物、废液管理规范，均符合要求。
向社会及员工公开信息管理部门、工作制度与程序。（综合管理）	
C	有“院务公开领导小组”，有指定部门负责院务公开工作，有明确的工作职责。
	有院务公开工作制度与流程，有公开内容、形式、程序和时限。
	院务公开形式多样，方便社会与员工获取相关信息。
	有多种途径征求和收集职工对公开信息具体内容的意见与建议，体现尊重员工知情权，保障员工民主权利。
B	主管部门对公开的信息进行监管，及时更新有关信息。
A	持续改进有成效，社会和员工对公开方式与公开内容满意。
根据患者的服务流程，设计与确定医院社会满意度测评指标体系，实施社会评价活动。（综合管理）	

C	建立社会满意度测评指标体系并开展社会评价活动，确保社会评价结果的客观公正。
	有定期收集院内、外对医院服务意见和建议的相关制度与流程，且有多种渠道。
B	主管部门对所收集的意见、建议和社会评价活动结果进行分析和反馈，有持续改进措施并得到落实。
A	持续改进有成效，不断提高满意度。
合理用药依照《处方管理办法》，实行处方点评。（综合管理）	
C	制定医院处方点评制度及实施细则，处方点评组织健全，责任明确，对不合理用药进行干预。
	每月定期对门、急诊处方和出院病历进行点评。
	有特定药物或特定疾病的药物使用情况专项点评，每年至少开展 2 项。
	有说明书用药管理的规定与程序。
B	主管部门定期发布处方评价指标与评价结果，通报超常预警情况；点评结果纳入医院质量考核评价。
A	持续改进有成效，运用信息化手段进行处方点评和数据分析，临床用药规范合理。
实施临床路径管理。（综合管理）	
C	有对临床路径管理的组织、实施的相关制度和工作职责。
	根据本院实际情况选择进入临床路径病种目录和文本。
	对“临床路径”监测指标包括：患者的入组率、入组后完成率、平均住院日、平均住院费用。
	临床路径实施有多部门和科室间的协调配合。
B	科室对临床路径有管理和对存在的问题有整改。
	主管部门有监管，每季度对监测指标进行汇总与分析，问题及时反馈。
A	临床路径实施病种数量和总数量达到卫生行政主管部门要求，实行信息化管理。
院感管理有感染暴发报告流程与处置预案。（综合管理）	
C	有医院感染暴发报告流程与处置预案。
	有多种形式与渠道，使医务人员和医院感染的相关管理人员及时获得医院感染的信息。
	有医院感染暴发的报告和处置预案控制的有效措施，按要求上报。

	相关人员知晓医院感染暴发报告流程和处置预案。
	根据医院感染可能发生的暴发情况制定各类演练方案，并进行演练。
B	有医院感染暴发处置演练效果评价报告，对存在问题有改进措施，相关资料可查询。
	有医院感染暴发报告的信息核查机制。
A	持续改进有成效，演练中问题得到整改，医院感染暴发事件上报流程及处置预案及时更新修订。
护理安全执行临床护理技术操作常见并发症的预防及处理规范。（综合管理）	
	有临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范。
C	有针对操作常见并发症预防及处理的培训计划，并落实。
	护理人员熟练掌握本专业常见技术操作，熟悉并发症预防措施及处理流程。
B	科室对护理人员培训计划落实和技术熟练程度有自查，对存在问题有改进措施。
	主管部门有检查与监管。
A	持续改进有成效，护理人员技术操作规范，操作并发症有效控制。
依法取得《医疗机构执业许可证》，按照卫生行政部门核定的诊疗科目执业，医院及科室命名规范。（综合管理）	
	医院符合卫生行政部门规定相应级别设置标准，获得批准至少正式执业三年以上。
	按规定按时进行医疗机构年度检验，医院改变名称、场所、法人、诊疗科目、床位，能及时完成变更登记。
C	医院及科室命名规范，提供的诊疗项目与执业许可证上核准的诊疗科目全部相符。医疗机构名称不得对外出借，《医疗机构执业许可证》不得转让、出借。
	医疗信息发布和医疗广告管理符合法规要求。
	评审周期内无卫生行政部门查实的医疗机构不良行为记录或发生一级主责以上医疗事故。未发生群体性、组织性违规违纪事件。
B	主管部门对发布医疗信息、医疗广告进行监管，对诊疗活动进行全程管理，有检查、分析、反馈。
A	持续改进有成效，所有的医疗机构校验完全符合要求。
有重大决策、重要干部任免、重大项目投资、大额资金使用等事项（三重一大）规定的制度，并实施管理问责制。（综合管理）	
C	有执行“三重一大”规定的制度，并执行管理问责制。

	实施前按制度提交职代会审议通过，并在决议中有记载。
	相关重大事项事前有论证，按管理权限和规定报批，依医院院务公开的要求予以公示。
B	主管部门有检查与监管。
A	全体员工均知晓医院“三重一大”事项。
信息系统能够系统、连续、准确地采集、存储、传递、处理相关的信息，为医院管理、临床医疗和服务提供包括决策支持类的信息技术支撑。（综合管理）	
	有医疗质量与安全管理信息相关数据库，并有提取数据的管理制度。
C	信息部门能为职能部门与临床科室提供质量与安全管理的有关数据。
	主管部门负责收集和处理相关信息，数据实行集中归口管理，管理部门能够调阅使用有关数据。
B	建立支持医院管理和运行的数据库，包括：（1）医院基本监测（资源配置、人力资源、科研成果、患者诊治费等）；（2）运行基本指标监测（工作负荷、工作效率、资产运营等）；（3）药品和耗材管理（抗菌药物、其他药品和耗材使用情况等）；（4）血液和血制品管理（血液和血制品使用等）；（5）质量管理（手术分级、病历质量、围手术期、各类手术、麻醉与介入操作、血液透析、各类并发症、医院感染、代表性疾病、代表性手术、临床路径、单或特定病种等管理）；（6）医技科室（检验质量、医学影像质量、病理质量等）；（7）医疗安全管理（医疗纠纷与事故管理、投诉管理、医疗安全不良事件管理等）。
	主管部门与科室能够运用数据库开展质量管理活动。
A	持续改进有成效，能够根据质量管理相关需求自动生成统计结果，为质量与安全管理决策提供支持。
按照《中华人民共和国统计法》与卫生行政部门规定，完成医院基本运行状况、医疗技术、诊疗信息和临床用药监测信息等相关数据报送工作，数据真实可靠。（综合管理）	
C	有向卫生行政部门报送的数据与其他信息的制度与流程，按规定完成相关信息报送工作。
	有保证信息真实、可靠、完整的具体核查措施。
B	主管部门对信息报告有监管，信息报送前有审核。
A	持续改进有成效，所有报送信息真实、可靠、完整，无统计数据上报信息错误。
建立院长（或副院长）领导下的护理垂直管理体系，有护理工作中长期规划、年度计划和年度总结。（综合管理）	

C	有院长（或副院长）领导下的“院-科-病区或院-病区”护理垂直管理体系，定期专题研究护理管理工作。
	有护理工作中长期规划、年度计划，与医院总体规划和护理发展方向一致。
	有措施保障落实护理工作中长期规划、年度计划，并有总结。
B	科室对护理年度计划护理管理目标落实情况有自查。
	主管部门对规划、目标和计划落实情况有检查与监管。
A	持续改进有成效，护理管理体系健全，护理规划与计划有效落实
第三部分 落实核心制度（40 条）	
落实首诊负责制，与 120 急救中心、挂钩合作的基层医疗机构建立急诊、急救转接服务制度。（1. 首诊负责）	
C	有首诊负责制度，医务人员熟知并执行。
	急诊患者、留观患者、抢救患者有急诊病历，记录急诊救治的全过程。
	有急诊科与 120 急救中心、基层医疗机构急诊患者转接流程，保障患者得到连贯抢救治疗。
	转送急危重症患者均有病情资料交接。登记资料能够对患者的来源、去向以及急救全过程进行追溯。
B	主管部门对首诊负责制执行情况、急诊病历书写等有检查与监管。
A	持续改进有成效，首诊负责制、急诊、急救转接服务得到有效落实。
病历书写应当客观、真实、准确、及时、完整、规范，符合《病历书写基本规范》，确保病历质量。（2. 三级查房）	
C	有病历书写制度以及相关管理规定。
	病历书写作为医师岗前培训的主要内容之一，有记录。
	医务人员按病历书写基本规范要求书写病历，书写质量达到规范的基本要求。
	病历中各种手术与操作并发症、使用药物、器材所致不良反应、病程记录或检查化验报告所获得的诊断应规范地填写在病案首页中，无遗漏。
	病程记录应根据病情观察、查房情况并结合检查结果进行分析、判断，记录体现三级医师的诊断思路和处理方案。
B	科室定期对病历质量进行自查，对存在的问题与缺陷有整改。
	主管部门有检查、分析、反馈。

A	持续改进有成效，病历书写质量逐渐提高，符合病历书写规范。
有院内会诊管理制度与流程。（3. 会诊）	
	有院内会诊管理相关制度与流程。
C	根据病情对急危重症与疑难患者实施多学科联合会诊。
	相关人员知晓并执行。
B	科室有自查，对存在的问题及时整改。
	主管部门对院内会诊管理有检查与监管。
A	持续改进有成效，院内会诊制度得到有效落实。
有医师外出会诊管理制度与流程。（3. 会诊）	
	有医师外出会诊管理的制度与流程。
C	建立医师外出会诊管理档案。
	相关人员知晓并执行。
B	主管部门对外出会诊管理有登记与备案。
A	持续改进有成效，外出会诊制度得到有效落实。
有保证相关人员及时参加急诊抢救和急会诊的相关制度。相关人员应当在规定时间内进行急诊会诊。（3. 会诊）	
	医院有急诊抢救和急会诊的相关制度。
C	有明确的会诊时限规定。
	相关科室与人员均能知晓与执行。
B	科室对存在的问题有分析和整改。
	主管部门对急诊救治相关制度有检查、存在问题有分析和问题反馈，有改进建议。
A	持续改进有成效，急诊抢救和急会诊制度落实到位，患者得到及时有效救治。
依据《护理分级》（WS/T431-2013）制定分级护理制度，根据分级护理制度，实施护理措施。（4. 分级护理）	
C	依据《护理分级》（WS/T 431-2013），制定符合医院与专科实际的护理分级制度。
	对护理分级相关制度有培训与考核，并落实。
B	科室对护理分级制度落实情况进行定期自查对存在问题有改进措施。
	主管部门对护理分级制度落实情况有检查与监管。

A	持续改进有成效，根据患者病情与自理能力确定护理级别，并落实到位。
建立健全医院应急管理组织和应急指挥系统，负责医院应急管理工作。（5. 值班和交接班）	
C	有医院应急指挥系统，院长是医院应急管理的第一责任人。
	有各部门、各科室负责人在应急工作中的具体职责与任务。
	医院总值班有应急管理的明确职责和流程。
	有院内、外和院内各部门、各科室间的协调机制，有明确的协调部门和协调人。
	相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。
	有信息报告和信息发布相关制度。
B	主管部门对应急管理有检查与监管。
A	持续改进有成效，应急管理责任落实到位。
水、电、气等后勤保障满足医院运行需要。严格控制与降低能源消耗，有具体可行的措施与控制指标。（5. 值班和交接班）	
C	有水、电、气、电梯等人员岗位配置、岗位职责和操作规程。
	水、电、气供应机房有标识，有 24 小时应急值班制。
	机房有日常运行检查、定期维护保养记录，特种设备按规定定期检测并按相关要求张贴检测标签。
	有明确的故障报修、处理流程，有夜间、节假日出现故障时的联系维修方式和方法。
	有水、电、气等后勤保障应急预案，有演练。
	有节能降耗的改造计划或方案。
B	主管职能部门有特种设备清单和档案资料。
	主管部门有检查、分析、反馈。
A	持续改进有成效，后勤保障工作满足全院工作需要。
医院有停电事件的应急对策。（5. 值班和交接班）	
C	医院有停电的总体对策，主管部门及重点科室有应急预案。
	明确应急供电的范围、实施应急供电的演练，确保手术室、ICU 等主要场所应急用电。
	员工知晓停电时的对策程序。

	供电部门 24 小时值班制，有完整的交接班记录。有停电及应急处理的完整记录，记录时间精确到分，有处理人员的签名。
B	对本院备置的应急发电装置与线路要定期进行检查维护和带负荷试验，并有记录。
	定期检查接地系统，对手术室、ICU、医技科室大型设备、计算机网络系统等重要部门的接地有常规维护记录。
	主管部门定期检查与监管。
A	持续改进有成效，停电应急管理工作落实到位，预案有可操作性。
急诊科应当配备足够数量，受过专门训练，掌握急诊医学的基本理论、基础知识和基本操作技能，具备独立工作能力的医护人员。（5. 值班和交接班）	
C	急诊科固定的急诊医师、急诊护理人员分别不少于在岗相应人员的 75%。
	急诊科主任由副主任医师及以上专业技术职务任职资格的医师担任；急诊科护士长由主管护师及以上任职资格和 5 年以上急诊临床护理工作经验的护理人员担任。
	急诊病房、急诊监护室由专职医师与护理人员负责，单独排班、值班。
	急诊手术室有专职手术护理人员、或由病房手术室统一管理。
B	主管部门对急诊医护人员配置、任职资格、知识技能有检查与监管。
A	持续改进有成效，急诊科医护人员配置、技术能力不断提升，满足临床需求。
建立多学科协作机制。*（6. 疑难病例讨论）	
C	有落实多学科协作相关规定与措施。
	以重症医学科与相关学科医师联合查房、病例讨论等形式，提供专科诊疗支持。
B	主管部门对多学科协作与支持有检查与监管。
A	持续改进有成效，重症疑难患者能够得到多学科联合诊治。
有影像疑难病例随访与反馈制度，有疑难病例讨论与读片会。（6. 疑难病例讨论）	
C	有影像疑难病例随访与反馈制度。
	定期召开疑难病例讨论与读片会。
	疑难病例讨论与读片会由科主任或副主任医师以上人员主持。
B	主管部门对影像疑难病例管理制度的落实有检查与监管。
A	持续改进有成效，疑难病例诊治和随访管理制度有效落实，诊断质量不断提高。
有放射治疗质量管理制度和措施，保障质量和安全。*（6. 疑难病例讨论）	

C	有放射治疗质量管理制度、放射治疗效果评价的规范与流程。
	有对放射治疗效果和毒副作用的评价。
	根据评价，有防范毒副作用、改善放疗效果的措施。
	定期开展疑难、危重症病例讨论。
B	科室放射治疗质量有自查，对存在问题有整改。
	主管部门放射治疗质量管理工作情况有监管，对存在问题有整改意见。
A	持续改进有成效，放射治疗质量不断提升，患者满意度新增。
定期进行护理查房、护理病例讨论。对疑难护理问题组织护理会诊。（6. 疑难病例讨论）	
C	有护理查房、病例讨论，对疑难护理问题进行护理会诊的工作制度，并落实。
B	主管部门对护理查房、会诊、疑难病例讨论落实情况有检查与监管。
A	持续改进有成效，护理查房有实效，解决疑难护理问题的能力和水平不断提升。
加强急诊检诊、分诊，有效分流非急危重症患者，及时救治急危重症患者。（7. 急危重症患者抢救）	
C	有急诊检诊和分诊制度，有专人负责急诊检诊、分诊工作，有效分流非急危重症患者。
	检诊、分诊人员经过培训。
	急诊患者得到及时救治，时间节点记录清晰，有去向登记。
	急诊患者病历资料完整，入院、转诊、转科有病情交接。
B	主管部门对急诊检诊、分诊制度落实情况有检查与监管。
A	持续改进有成效，急诊患者有效分流，急危重症患者及时有序地得到救治。
有急危重症抢救患者优先住院的制度与措施，保证急诊处置后需住院治疗的患者能够及时收入相应的病房。（7. 急危重症患者抢救）	
C	有急危重症抢救患者优先住院的制度。
	急危重症患者实行“先抢救、后付费”。
	有拟收住院科室无床位时的应急保障措施，滞留急诊观察比例下降。
	急危重症抢救患者经处置后，需住院治疗的患者能够及时收入相应的病房。
B	主管部门对急危重症患者住院管理制度落实情况有检查与监管。

A	持续改进有成效，急危重症患者优先住院有效落实。
有急诊留观患者管理制度与流程，控制留观时间原则上不超过 72 小时。（7. 急危重症患者抢救）	
C	有急诊留观患者的管理制度与流程。
	对急诊留观时间超过 72 小时的患者有管理协调机制，及时妥善处置。
B	主管部门对急诊留观患者管理有检查与监管。
A	持续改进有成效，急诊留观管理制度落实到位，患者得到有效分流。
有手术患者评估与术前讨论制度。（8. 术前讨论）	
C	有手术患者评估制度，内容包括：术前病史、体格检查、影像与实验室资料等。
	有术前讨论制度，内容包括：患者术前病情评估的重点范围、手术风险、术前准备、临床诊断、拟施行的手术方式。
	术前讨论内容记录在病历中。
	择期手术患者在完成各项术前检查、病情和风险评估以及履行知情同意手续后方可下达手术医嘱。
	对相关岗位人员进行培训。
B	科室对手术患者评估与术前讨论制度落实情况有自查、分析、整改。
	主管部门对手术患者评估与术前讨论制度落实情况有定期的检查、分析、反馈。
A	持续改进有成效，术前手术患者评估、讨论规范，记录完整。
根据临床诊断、病情评估的结果与术前讨论，制订手术治疗计划或方案。（8. 术前讨论）	
C	为每位手术患者制订手术治疗计划或方案。
	手术治疗计划记录于病历中，包括术前诊断、拟施行的手术名称、可能出现的问题与对策等。
	根据手术治疗计划或方案进行手术前的各项准备。
B	科室有自查、分析、整改。
	主管部门有检查与监管。
A	持续改进有成效，手术方案完善。
对就诊患者身份施行唯一标识（医保卡、新型农村合作医疗卡编号、身份证号码、病历号等）管理。（10. 查对）	

	对门诊就诊和住院患者的身份标识有制度规定，且在全院范围内统一实施。
C	对就诊患者住院病历施行唯一标识管理，如使用医保卡、新型农村合作医疗卡编号或身份证号码等。
B	重点部门（急诊、新生儿室、ICU、产房、手术室）使用“腕带”条码等技术识别患者（儿）身份。
	主管部门对患者身份标识制度落实情况有检查与监管。
A	持续改进有成效，患者的身份标识制度落实到位。
在诊疗活动中，严格执行“查对制度”，至少同时使用姓名、年龄两项核对患者身份，确保对正确的患者实施正确的操作。（10. 查对）	
	有标本采集、给药、输血或血制品、发放特殊饮食及诊疗活动时患者身份确认的制度、方法和核对程序。核对时应让患者或其近亲属陈述患者姓名。
C	至少同时使用两种患者身份识别方式，如姓名、性别、年龄、出生年月、病历号、床号，禁止仅以房间或床号作为识别的唯一依据。
	相关人员熟悉上述制度和流程并执行。
B	主管部门对查对工作落实情况有检查、分析、反馈。
A	持续改进有成效，无患者身份识别错误事件发生。
完善关键流程（急诊、病房、手术室、ICU、产房、新生儿室之间程）的患者识别措施，健全转科交接登记制度。（10. 查对）	
	患者转科交接时执行身份识别制度和流程，尤其急诊、病房、手术室、ICU、产房、新生儿室之间的转接。
C	对需转科交接的产妇、新生儿、儿童、无名氏，手术、重症监护、急诊、意识不清、语言交流障碍及（或）镇静期间的患者的身份识别和交接流程有明确的制度规定。
	科室有转科交接记录或登记。
B	主管部门对关键流程的患者身份识别有检查与监管。
A	持续改进有成效，重点部门患者转运交接时的身份识别制度落实到位。
使用“腕带”作为识别患者身份的标示。（10. 查对）	
C	住院患者、急诊留观、急诊抢救室患者均使用“腕带”，对传染病、药物过敏等特殊患者有标识（腕带与床头卡），且有明确制度规定。
B	主管部门有检查与监管。

A	持续改进有成效，“腕带”识别患者身份落实到位。
有手术部位识别标示制度与工作流程。（10. 查对）	
C	有手术部位识别标示相关制度与流程。
	涉及双侧、多重结构（手指、脚趾、病灶部位）、多平面部位（脊柱）的手术时，对手术侧或部位有规范统一的标识。
	对标示方法、标记颜色、标记实施者及患者参与，有统一明确的规定。
	患者送达术前准备室或手术室前，已完成手术部位标识。
B	主管部门对手术部位标识管理有检查与监管。
A	持续改进有成效，手术部位标识规范。
有手术安全核查的管理制度与流程。（10. 查对）	
C	有手术安全核查的管理制度与流程。
	手术医师、麻醉师、巡回护士按流程在麻醉实施前、手术开始前、患者离开手术室前实行“手术安全核查”。
	手术安全核查表填写完整。
B	主管部门对手术安全核查管理有检查、分析、反馈。
A	持续改进有成效，每例手术患者均执行手术安全核查。
有医疗技术风险预警机制和医疗技术损害处置预案，并实施。（13. 新技术新项目准入）	
C	有医疗技术风险处置与损害处置预案。
	当可能影响到医疗质量和安全的条件（如技术力量、设备和设施）发生变异时，有中止实施诊疗技术的相关规定。
	管理人员和医务人员知晓相关预案和处置流程。
B	主管部门对预案起草和处置程序可行性有检查与监管。
A	持续改进有成效，医疗技术风险防范与处置管理规范，监管资料完整。
有诊疗新技术准入与风险管理。（13. 新技术新项目准入）	
C	有诊疗新技术项目准入管理制度，包括立项、论证、风险评估、审批、追踪、评价等管理程序。
B	主管部门定期对诊疗新技术项目实施情况进行动态的全程追踪评估管理。
A	持续改进有成效，诊疗新技术阶段总结、定期评估与监管等资料完整。

严格执行“危急值”报告制度与流程。（14. “危急值”报告）	
C	医技科室相关人员按照危急值报告流程，及时向临床发出危急值信息。
	医护人员接获危急值报告后应记录患者信息、危急值内容和报告者的信息，及时向经治或值班医师报告，并做好记录。
	医师接获危急值报告后应及时处置并记录。
B	主管部门对危急值报告管理有检查与监管。
A	持续改进有成效，危急值处理及时、记录规范。
按照法律、法规及相关规定制订病案管理制度，人员配备合理，设备设施符合要求。（15. 病历管理）	
C	设置病案管理部门，配备专(兼)职人员，负责病历和病案管理工作，人员配置满足工作需要。
	有病案管理相关工作制度与流程，工作人员岗位职责。
	有病案管理人员培训计划并落实。
B	主管部门对病案管理工作有检查、分析、反馈。
A	持续改进有成效，有从事医疗或管理高级职称，且从事病案管理五年以上的人员负责病案科（室），非相关专业的人员应不高于 20%。
按照《病历书写基本规范》，书写门诊、急诊、住院病历，病历书写符合规范。（15. 病历管理）	
C	1. 对来院就诊患者（门诊、急诊、住院）建立基本信息，书写和建立相关病历（包括急诊留观患者的急诊留观病历）。
	2. 住院患者有姓名索引系统，内容至少包括：病案号、姓名、性别、出生日期（或年龄）、有效身份证号。
	3. 为同一患者病历建立唯一的标识号码，通过同一患者的病历编号可获得其所有以前的住院病历资料。
B	1. 科室对患者基本信息的记录与病历建立有自查，对存在的问题与缺陷有整改。
	2. 主管部门有检查、分析、反馈。
A	持续改进有成效，患者就诊信息填写和病历书写项目规范，错误发生现象逐渐减少。
按《医疗机构病历管理规定》保存病历资料, 以保证病历及时归档，保障病历安全。（15. 病历管理）	

C	1. 采用病案示踪系统等方式，控制每份病案的去向。
	2. 有 3 年病案存放的发展空间，病历保存符合管理要求。
	3. 病案查阅、借阅和归档期限有明确的规定，未归的病案有催还记录。
	4. 患者出院后，住院病历 3 个工作日之内归档率达 $\geq 90\%$ 。
B	1. 科室对病历归档有自查，对存在问题有改进措施。
	2. 主管部门有检查、分析、反馈。
A	持续改进有成效，病历归档与保存管理规范，保障病历安全。
采用国际疾病分类 ICD-10 与手术操作分类 ICD-9-CM3，对出院病案进行分类编码。（15. 病历管理）	
C	1. 对出院病案进行疾病分类编码，编码符合疾病分类 ICD-10 与手术操作分类 ICD-9-CM3 规定。
	2. 疾病分类编码人员有资质与技能要求，编码人员均要接受编码培训并获得培训证书。
	3. 有疾病分类与手术操作分类编码培训计划并落实。
B	1. 科室定期与不定期对疾病分类编码员的准确性进行评价、指导，提高编码质量。
	2. 主管部门有检查、分析、反馈。
A	在医院管理中能够探索、运用 DRGs 评估方法，编码管理规范，编码与病历质量保持一致，保障相关数据准确性与真实性。
建立出院病案信息的查询系统。（15. 病历管理）	
C	1. 有出院病案信息的查询系统，病案首页全部资料信息全部录入，至少能为检查提供 2 年以上完整信息。
	2. 病案首页内容填写完整、准确，符合相关规定与要求。
	3. 根据病案首页内容的任意项目，单一条件查询住院患者的病案信息；两个或两个以上的项目，复合查询住院的病案信息。
B	主管部门有检查、分析、反馈，使病案信息能提供 3 年内的完整病历首页信息。
A	持续改进有成效，病案信息查询功能不断提升，能提供 5 年内完整病案首页信息。
有病案服务管理制度，为医院医务人员及管理人员、患者及其代理人、有关司法机关及医疗保险机构人员提供病案服务。（15. 病历管理）	

C	1. 有病案服务管理制度，有明确的服务规范与流程，病案服务限于相关医务人员及管理人员，患者及其授权委托人，公安机关，检察院、法院等有关司法机关，人力资源社会保障、保险以及负责医疗事故技术鉴定的部门。
	2. 依照法律、法规和规章为患者及其授权委托人、司法机关和人力资源社会保障、保险以及负责医疗事故技术鉴定的人员提供病案服务，履行查阅、借阅、复制申请核查与病案信息核查程序。
	3. 有回避与保护患者隐私的规范与措施。
	有完整的病案服务登记信息，包括：查阅、借阅人、借阅与归还时间、借阅目的以及复制的内容，保留相关借阅、复印或复制人的申请、身份证明、单位介绍信等资料。
B	主管部门有检查与监管。
A	持续改进有成效，病案服务管理规范，能够满足患方、司法、保险等多方需求。
结合本院实际情况制定抗菌药物临床应用和管理实施细则，对抗菌药物使用实施分级管理。（16. 抗菌药物分级管理）	
C	1. 有抗菌药物临床应用和管理实施细则及抗菌药物分级管理制度，有明确的特殊使用级抗菌药物临床应用程序。
	2. 有抗菌药物临床应用的管理、监测与评价制度，有评价标准；有细菌耐药预警和通报机制，对监测结果有评价分析，对不合理使用有检查、干预和改进措施。
	3. 有检验、院感、药学三方联合完成的细菌耐药情况分析对策报告，至少每半年一次。
B	1. 药学部门对抗菌药物使用管理指标达标情况及处方点评结果有检查、分析、反馈。
	2. 相关部门对抗菌药物分级管理和使用情况进行全程联合监管，对存在问题有反馈，并实施监控和干预。
A	持续改进有成效，抗菌药物追踪评价、用药指标均达到相关规定。
落实临床用血申请、申请审核制度，履行用血报批手续。（17. 临床用血审核）	
C	1. 有临床用血申请和申请审核制度，包括：申请备血量和医师权限、审核程序及紧急用血报批手续等，并执行。
	2. 用血的申请单格式规范，书写符合要求，信息记录完整。
	3. 对临床单例患者用全血或红细胞超过 1600ml（8U）有主管部门审核并批准。
B	主管部门有检查、分析、反馈。
A	持续改进有成效，用血申请和审核制度落实到位。

医院有保护病案及信息安全的相关制度，有应急预案。（18. 信息安全管理）	
C	1. 有保护病案及信息安全的相关制度和应急预案。
	2. 病案库有防火、防盗、防尘、防湿、防蛀、防高温措施。
	3. 配置相应的消防器材，消防安全符合规范。
	4. 指定专人负责安全管理，工作人员知晓应急预案及处置流程。
B	1. 科室定期进行安全培训与检查，对存在问题和缺陷及时改进。
	2. 主管部门有检查与监管。
A	持续改进有成效，保护病案及信息安全的相关制度落实到位，病案及信息安全得到保障。
加强电子病历规范管理，符合《电子病历基本规范》。电子病历个人信息有严格的安全保护措施。（18. 信息安全管理）	
C	1. 建立符合规范的电子病历系统，具备病案质量控制功能，能满足医院病案基本信息的采集，医疗质量指标数据的统计与分析。
	2. 电子病历个人信息有严格的安全管理制度，有保护措施，并执行。
B	主管部门有检查与监管。
A	持续改进有成效，电子病历完全符合《电子病历基本规范》，个人信息安全有保障。
加强信息系统的安全保障和患者隐私保护。（18. 信息安全管理）	
C	1. 按照国家信息安全等级保护规定和国家标准，有信息安全保护制度。
	2. 信息系统运行稳定、安全，具有防灾备份系统，实行网络运行监控，有防病毒、防入侵措施、应急处理预案。
	3. 实行信息系统操作权限分级管理，信息安全采用身份认证、权限控制（包括数据库和运用系统）、患者数据使用控制、保障网络信息安全和保护患者隐私。
B	主管部门有安全监管记录，定期分析，及时处理安全预警。
A	持续改进有成效，信息系统安全保护等级完全符合相关要求。
加强信息系统运行维护。（18. 信息安全管理）	
C	1. 有信息网络运行、设备管理和维护、技术文档管理记录。
	2. 有信息系统变更、发布、配置管理制度及相关记录。
	3. 有信息值班、交接班制度，有完整的日常运维记录和值班记录，及时处置安全隐患。

	4. 有信息系统运行事件（如系统瘫痪）应急预案并组织演练，保障运行。
B	主管部门定期检查、分析、反馈。
A	持续改进有成效，信息系统保证全院工作运行并有效应对突发事件。

附件 2

评审日程安排

第一天：

08:30——10:00 省医疗卫生服务指导中心对评审专家集中培训；

10:00——14:00 各组出发前往有关医院；

14:00——18:00 专家开展现场检查；

第二天：

08:30——10:00 专家开展现场检查；

10:00——11:00 专家汇总检查情况；

11:00——12:00 召开听取汇报暨情况反馈会（综合管理组长主持。医院主要负责同志汇报，专家分别反馈，医院确认检查结果并表态发言）。

评审结束。

附件 3

评审时间安排

批次	序号	时间	医院
第一批	1	9 月 26-27 日	川北医学院附属医院
	2	9 月 27-28 日	广安市人民医院
	3	9 月 26-27 日	遂宁市中心医院
	4	9 月 27-28 日	德阳市人民医院
	5	9 月 26-27 日	乐山市人民医院
	6	9 月 27-28 日	自贡市第四人民医院
	7	9 月 26-27 日	广元市中心医院
	8	9 月 26-27 日	凉山彝族自治州第一人民医院
	9	9 月 27-28 日	凉山彝族自治州第二人民医院
第二批	1	10 月 10-11 日	峨眉山市人民医院
	2	10 月 10-11 日	成都市龙泉驿区第一人民医院
	3	10 月 11-12 日	成都长江医院
	4	10 月 10-12 日	泸定县人民医院
	5	10 月 10-12 日	雷波县人民医院
	6	10 月 10-12 日	普格县人民医院

附件 4

自查评分表

自查单位：

自查时间：

第一部分 加强党的建设（10 条）		自查评分
落实党委分工和责任制		
C	1. 落实党风廉政建设责任制和医疗卫生纠风工作责任制，建立健全主要负责同志负总责，党委书记是党风廉政建设第一责任人，领导班子其他成员根据分工抓好职责范围内工作任务的领导体制和工作机制。	
	2. 把惩治和预防腐败体系建设纳入整体工作之中，与业务工作同研究、同部署、同落实、同检查，制定具体工作计划和方案并组织实施。	
	3. 领导班子主要负责人履行第一责任人职责，做到重大问题亲自研究，重要环节亲自督办，困难问题亲自帮助解决。	
B	1. 对年度工作进行分析、总结，并提出改进措施。	
A	1. 持续改进有成效，党委分工和责任制得到落实。	
建立健全民主决策机制		
C	1. 建立健全党委总支或支部、行政领导班子议事规则和工作规则，落实“一把手”末位发言制。	
	2. 建立“三重一大”事项集体讨论决定制度，会议纪要向本单位干部职工公开并及时上报。	
	3. 建立健全民主决策制度，事关医疗机构改革发展全局的重大问题和涉及职工切身利益的重要事项经职代会审议通过，专业性较强的重要事项经过专业委员会咨询论证。	
B	1. 对年度工作进行分析、总结，并提出改进措施。	
A	1. 持续改进有成效，民主决策机制得到落实。	
加强党内监督工作		
C	1. 设立纪检监察组织机构，人员配备与岗位要求、医院任务相匹配，具备开展工作的良好条件。	

	2. 院务公开的形式符合规定，有相应监督检查机制。	
	3. 建立健全决策权、执行权、监督权既相互制约又相互协调的权力结构和运行机制：领导班子主要负责人不直接分管人事、财务、基建和物资采购工作，同一领导班子成员不同时分管人事、财务、物资采购工作。	
B	1. 对年度工作进行分析、总结，并提出改进措施。	
A	1. 持续改进有成效，党内监督得到落实。	
加强党风廉政制度建设		
C	1. 建立健全医德考评制度，细化工作指标和考评标准；注重医德考评结果的运用，把考评结果与医务人员的晋职晋级、岗位聘用、评先评优和定期考核直接挂钩。	
	2. 认真开展廉洁风险防控工作，建立风险防控信息平台，实现对管理权力和医疗服务廉洁风险的动态监控。	
	3. 加强对重点部门和关键岗位人员的监督，建立财务、基建、药剂、信息、采购等部门负责人定期轮岗交流制度。	
	4. 落实医药购销领域商业贿赂不良记录制度，对经执法执纪机关查处向本单位或工作人员行贿的企业或个人名单，及时如实上报卫生计生行政部门。	
B	1. 对年度工作进行分析、总结，并提出改进措施。	
A	1. 持续改进有成效，党风廉政得到落实。	
加强党支部建设		
C	1. 建立健全医院内设机构党支部，督促党支部担负好直接教育党员、管理党员、监督党员和组织群众、宣传群众、凝聚群众、服务群众的职责，充分发挥战斗堡垒作用。	
	2. 选优配强党支部书记，实施科室党支部书记“党建带头人、学术带头人”培育工程，推动落实主体责任。	
	3. 严格发展党员，注重发展医疗专家、学科带头人、优秀青年医务人员入党。	
B	1. 对年度工作进行分析、总结，并提出改进措施。	
A	1. 持续改进有成效，支部建设得到落实。	

加强干部选拔和考核工作		
C	1. 建立符合本院实际的管理、专业技术、工勤技能三类岗位不同等级的岗位设置和聘用管理实施方案并组织实施，实行评聘分离，按岗聘用。	
	2. 加强重点学科建设和人才培养，有学科带头人选拔与激励机制。	
B	1. 对年度工作进行分析、总结，并提出改进措施。	
A	1. 持续改进有成效，确保形成正确的选人用人机制。	
严格党内政治生活		
C	1. 推进“两学一做”学习教育常态化制度化，开展“不忘初心、牢记使命”主题教育，严格“三会一课”、民主生活会和组织生活会、主题党日等制度。	
B	1. 对年度工作进行分析、总结，并提出改进措施。	
A	1. 持续改进有成效，党内政治生活得到落实。	
党费收缴使用		
C	1. 党组织支部党费收缴时间及时，使用合理，支出经过党组织会议同意，经费使用经过公示。	
B	1. 对年度工作进行分析、总结，并提出改进措施。	
A	1. 持续改进有成效，确保党费收缴形成长效机制。	
加强思想教育		
C	1. 推进反腐倡廉教育，通过开展形式多样的反腐倡廉宣传教育活动，不断夯实干部职工廉洁从政的思想道德基础。	
	2. 加强医德医风教育，培养树立先进典型，弘扬新风正气；大力宣传先进事迹，着力表彰典型人物。	
	3. 在干部职工中开展纪律法制教育和警示教育，组织学习商业贿赂相关法律法规，利用发生在本系统本地区本单位的典型案例开展警示教育。	
B	1. 对年度工作进行分析、总结，并提出改进措施。	
A	1. 持续改进有成效，思想工作得到落实。	
加强对医院文化建设的领导		
C	1. 开展文明单位、志愿服务、青年文明号等群众性精神文明创建活动。	

	2. 培育和践行社会主义核心价值观，促进形成良好医德医风。加强以行业使命、职业道德、以病人为中心和构建和谐医患关系为主要内容的医院文化建设，促进文化育人与思想引领的有机结合。	
	3. 注重发现、培养、树立先进典型，做好宣传引导工作，激发广大医务工作者的职业荣誉感和工作归属感，树立和维护医务工作者的良好社会形象。	
B	1. 对年度计划进行分析、总结，并提出改进措施。	
A	1. 持续改进有成效，医院文化建设得到良性推动。	
第二部分 强化综合监管（27 条）		
依据医院的功能任务，确定医院的发展目标和中长期发展规划（综合管理）		
	医院制定中长期规划（内容包括：目标、实施方法、实施步骤、工作分工、相关预算以及年度安排等）及年度计划。	
C	根据医院计划制定各部门、科室的年度计划。	
	医院的中长期规划及年度计划征求职工意见，经过集体讨论，由各部门参与共同制定。	
	医院中长期规划及年度计划经过职工代表大会讨论通过。	
B	对年度计划进行分析、总结，并提出改进措施。	
A	持续改进有成效，中长期规划得到落实。	
坚持公立医院公益性，把社会效益放在首位，履行相应的社会责任和义务。公立医院资源主要用于公众服务，控制公立医院特需服务规模。（综合管理）		
C	有保障基本医疗服务的相关制度与规范，有“以患者为中心”，优化质量、改进服务、降低成本、控制费用的措施并执行。	
	完成法定和政府指定的公共卫生服务、突发事件紧急医疗救援、援外、国防卫生动员、支农、支边和支援社区等任务。	
B	科室对基本医疗服务、政府指令性任务完成情况有自查。	
	主管部门有检查与监管。	
A	持续改进有成效，医院住院床位有专门部门统一管理。	
按照《国家基本药物临床应用指南》《国家基本药物处方集》及医疗机构药品使用管理有关规定，规范医师处方行为，优先合理使用基本药物。（综合管理）		

C	有贯彻落实《国家基本药物临床应用指南》和《国家基本药物处方集》，优先使用国家基本药物的相关规定及监督体系。	
	《国家基本药物目录》中的品种优先纳入“药品处方集”和“基本用药供应目录”，有相应的采购、库存量。	
	对享有基本医疗服务对象使用国家基本药物（门诊、住院）的比例符合省级卫生行政部门的规定。	
B	科室对医师使用国家基本药物情况有自查。	
	主管部门定期对使用国家基本药物情况有检查、分析、反馈。	
A	持续改进有成效，国家基本药物在医院能够优先合理使用。	
实行分级诊疗，建立与实施双向转诊制度与相关服务流程。（综合管理）		
C	实行分级诊疗，建立与实施双向转诊制度与服务流程，并落实。	
	有与基层医疗机构双向转诊协议。	
	建立基层医疗机构双向转诊信息平台，规范开展与基层医疗机构双向转诊工作，资料完整。	
B	主管部门对分级诊疗及双向转诊的管理有检查、分析、反馈。	
A	持续改进有成效，分级诊疗及双向转诊工作落实到位。	
优化门诊布局结构，落实便民措施，减少就医等待，改善患者就医体验。（综合管理）		
C	门诊布局科学、合理，流程有序、连贯、便捷。	
	有门诊管理制度；有措施保障门诊重点区域和高峰时段诊疗的秩序和连贯性，缩短患者等候时间；有便民措施。	
	有信息系统支持门诊分层挂号或科室、诊室直接挂号、缴费或自助挂号、缴费等服务。	
B	主管部门对改善患者就医体验工作有检查、分析、反馈。	
A	持续改进有成效，患者对就医环境和就医过程满意。	
有预约诊疗工作制度和规范，有可操作流程，逐步提高患者预约就诊比例。（综合管理）		
C	有预约诊疗工作制度和流程，并有具体的管理措施。	
	方便患者及时获取预约诊疗信息，对变动出诊时间提前公告。	
	有专门部门和专职人员负责统一预约管理和协调工作。	

B	有信息化预约管理平台，实现预约号源统一管理与动态调配。	
	主管部门对预约诊疗工作有检查、分析、反馈。	
A	持续改进有成效，患者预约就诊比例逐步提高。	
保障各类参加基本医疗保障人员的权益，公开医疗价格收费标准和基本医疗保障支付项目，强化参保患者知情同意。（综合管理）		
C	公开基本医疗保障服务收费标准。	
	公开医疗保险支付项目和标准。	
	向患者提供基本医疗保障相关信息和咨询服务，对于基本医疗保障服务范围外的诊疗项目应事先征得参保患者的知情同意。	
B	主管部门对基本医疗保障管理情况有检查、分析、反馈。	
A	持续改进有成效，基本医疗保障费用信息及时准确，参保患者权益得到保障。	
落实《医院投诉管理办法（试行）》，实行“首诉负责制”，设立或指定专门部门统一接受、处理患者和员工投诉，及时处理并答复投诉人。（综合管理）		
C	有投诉管理相关制度及明确的处理流程。	
	有专门部门统一受理、处理投诉。	
	有明确的投诉处理时限并得到严格执行。	
	实行“首诉负责制”，科室、职能部门处置投诉的职责明确，有投诉协调处置机制。	
B	投诉接待室配有录音录像设施。	
	主管部门对投诉工作的管理有检查、分析、反馈。	
A	持续改进有成效，各种投诉及时有效处理，患方满意度不断提升。	
就诊环境为患者提供就诊接待、引导、咨询服务。（综合管理）		
C	有就诊指南、建筑平面图、清晰易懂的服务标识、说明患者权益与义务的图文介绍资料等。有专人为患者提供咨询服务，相关人员熟知服务流程。	
	有各种便民措施与服务，如：有残疾人无障碍设施及辅助用轮椅、推车等设备；为老年人、有困难的患者提供导医和帮助；提供饮水、电话、健康教育宣传等服务或设施；有适宜的供患者停放车辆的区域。	
	有卫生、清洁、无味、防滑的卫生间，包括专供残疾人使用的卫生设施。	

	有预防意外事件的警示标识与措施。	
	工作人员佩戴标识规范，便于患者识别。	
B	实行“首问负责制”。	
	主管部门定期检查与监管。	
A	持续改进有成效，标识规范，“首问负责制”落实到位。	
医院安全（不良）事件管理有主动报告制度与流程。（综合管理）		
	有医院安全（不良）事件主动报告激励机制，实行非惩罚制度。	
C	有医院安全（不良）事件报告流程和方法的教育和培训。	
	有途径便于相关人员报告医院安全（不良）事件。	
	有降低医院安全（不良）事件漏报的方法、分析和改进措施。	
B	有部门统一收集、核查医院安全（不良）事件，向相关机构上报。	
	主管部门有检查、分析、反馈。	
A	持续改进有成效，建立医院安全（不良）事件直报系统及数据库。	
医疗质量与安全管理院长是第一责任人，负责制定医院质量方针与目标，策划医院质量管理，确保质量与安全管理体系所需资源的获得，指挥与协调医院质量管理活动，定期专题研究医疗质量和医疗安全工作。（综合管理）		
	院长是医院质量管理第一责任人，负责制定医院质量方针与目标，策划医院质量管理，确保质量与安全管理体系所需资源的获得，指挥与协调医院质量管理活动，定期专题研究医疗质量和医疗安全工作。	
C	医院质量与安全管理组织机构健全、人员构成合理、职责明确，主要包括：医院质量与安全管理委员会、各质量相关委员会（医疗质量与安全管理委员会、伦理委员会、药事管理与药物治疗学委员会、医院感染管理委员会、病案管理委员会、输血管理委员会、护理质量管理委员会等）、质量管理部门、各职能部门、科室质量与安全管理小组等。	
	医院质量与安全管理委员会及各相关管理委员会能在质量与安全管理中发挥决策作用。	
B	各相关管理委员会定期专题研究质量与安全工作，有分析总结，有改进措施，有记录。	
A	持续改进有成效，各医院质量与安全管理委员会能够执行三个层次的管理，职责落实到位。	

医疗质量与安全管理科室负责人是本科室的医疗质量与安全管理第一责任人，负责本科室质量与安全管理工作。（综合管理）		
C	科室负责人是本科室的医疗质量与安全管理第一责任人，负责本科室质量与安全管理小组工作。	
	制定科室质量与安全工作计划，召开管理小组会议，研究解决本科室存在的质量与安全管理问题，有记录。	
B	管理小组对科室质量与安全进行定期检查、能运用质量管理方法与工具对科室存在的问题和相关管理指标进行分析，对存在的问题有改进措施与落实执行。	
A	持续改进有成效，科室对质量与安全工作计划、问题改进落实到位。	
医疗质量持续改进有方案，包括：质量管理目标、质量指标、考核项目、考核标准、考核办法等，以及相配套制度，并组织实施。（综合管理）		
C	医院有医疗质量管理方案，包括：质量管理目标、质量指标、考核项目、考核标准、考核办法等，以及相配套制度。	
	有院科两级医疗质量管理与监督工作流程。	
B	科室对质量指标考核项目自查，对存在问题有分析和改进措施，并有记录。	
	主管部门对考核存在的问题有检查、分析、反馈。	
A	持续改进有成效，医疗质量实现目标管理。	
控制医院债务规模，降低务风险，加强资产管理，提高资产使用效益。（综合管理）		
C	有对外投资的管理制度和流程，对外投资经过充分论证并获上级有关部门批准。	
	有流动资产、固定资产和无形资产管理以及负债管理等相关制度，非流动负债按规定审批。	
B	主管部门定期进行专项监督管理，分析评价。	
A	持续改进有成效，资产负债率、流动比率、速动比率等指标控制在合理范围内，国有资产保值增值。	
执行《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见（试行）》。（综合管理）		
C	有行风建设与管理组织体系，有专（兼）职人员负责管理与考评，并有与其他职能部门的协调机制。	
	有行风建设、考评、奖惩和公示等制度，有行风考评方案和量化标准，	

	并落实。	
	医德考评结果与医务人员的晋职晋级、岗位聘用、评先评优、绩效工资、定期考核等直接挂钩。	
	有规范的行风考评档案。有多部门共同参与的行风考评及结果共享机制。	
B	主管部门有检查、分析、反馈。	
A	持续改进有成效，改进措施落实到位。	
落实“行风建设九不准”行为。（综合管理）		
	有廉洁自律的工作规范和相关制度，并落实。	
C	对全体员工，尤其重点部门、重点人员进行廉洁自律及警示教育，有廉洁自律工作的自查和督查。	
	有重点岗位、重点人员轮岗机制，并落实。	
	有措施并落实“行风建设九不准”行为。	
B	主管部门有检查与监管。	
A	持续改进有成效，无违法违规违纪案例。	
医疗废物处置和污水处理符合规定。（综合管理）		
	有医疗废物、废液处理管理规章制度和相关人员岗位职责。	
C	医疗废物、废液处理系统符合相关法律法规的要求。	
	有专人负责医疗废物、废液处理工作，上岗前经过相关知识培训。	
	医院各科室按要求进行医疗废液处置并有记录。	
B	主管部门定期对医疗废物、废液处置有检查、分析、反馈。	
A	持续改进有成效，医疗废物、废液管理规范，均符合要求。	
向社会及员工公开信息管理部门、工作制度与程序。（综合管理）		
	有“院务公开领导小组”，有指定部门负责院务公开工作，有明确的工作职责。	
C	有院务公开工作制度与流程，有公开内容、形式、程序和时限。	
	院务公开形式多样，方便社会与员工获取相关信息。	
	有多种途径征求和收集职工对公开信息具体内容的意见与建议，体现尊重员工知情权，保障员工民主权利。	

B	主管部门对公开的信息进行监管，及时更新有关信息。	
A	持续改进有成效，社会和员工对公开方式与公开内容满意。	
根据患者的服务流程，设计与确定医院社会满意度测评指标体系，实施社会评价活动。（综合管理）		
C	建立社会满意度测评指标体系并开展社会评价活动，确保社会评价结果的客观公正。	
	有定期收集院内、外对医院服务意见和建议的相关制度与流程，且有多种渠道。	
B	主管部门对所收集的意见、建议和社会评价活动结果进行分析和反馈，有持续改进措施并得到落实。	
A	持续改进有成效，不断提高满意度。	
合理用药依照《处方管理办法》，实行处方点评。（综合管理）		
C	制定医院处方点评制度及实施细则，处方点评组织健全，责任明确，对不合理用药进行干预。	
	每月定期对门、急诊处方和出院病历进行点评。	
	有特定药物或特定疾病的药物使用情况专项点评，每年至少开展 2 项。	
	有说明书用药管理的规定与程序。	
B	主管部门定期发布处方评价指标与评价结果，通报超常预警情况；点评结果纳入医院质量考核评价。	
A	持续改进有成效，运用信息化手段进行处方点评和数据分析，临床用药规范合理。	
实施临床路径管理。（综合管理）		
C	有对临床路径管理的组织、实施的相关制度和工作职责。	
	根据本院实际情况选择进入临床路径病种目录和文本。	
	对“临床路径”监测指标包括：患者的入组率、入组后完成率、平均住院日、平均住院费用。	
	临床路径实施有多部门和科室间的协调配合。	
B	科室对临床路径有管理和对存在的问题有整改。	
	主管部门有监管，每季度对监测指标进行汇总与分析，问题及时反馈。	
A	临床路径实施病种数量和总数量达到卫生行政主管部门要求，实行信息化管理。	

院感管理有感染暴发报告流程与处置预案。（综合管理）		
C	有医院感染暴发报告流程与处置预案。	
	有多种形式与渠道，使医务人员和医院感染的相关管理人员及时获得医院感染的信息。	
	有医院感染暴发的报告和处置预案控制的有效措施，按要求上报。	
	相关人员知晓医院感染暴发报告流程和处置预案。	
	根据医院感染可能发生的暴发情况制定各类演练方案，并进行演练。	
B	有医院感染暴发处置演练效果评价报告，对存在问题有改进措施，相关资料可查询。	
	有医院感染暴发报告的信息核查机制。	
A	持续改进有成效，演练中问题得到整改，医院感染暴发事件上报流程及处置预案及时更新修订。	
护理安全执行临床护理技术操作常见并发症的预防及处理规范。（综合管理）		
C	有临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范。	
	有针对操作常见并发症预防及处理的培训计划，并落实。	
	护理人员熟练掌握本专业常见技术操作，熟悉并发症预防措施及处理流程。	
B	科室对护理人员培训计划落实和技术熟练程度有自查，对存在问题有改进措施。	
	主管部门有检查与监管。	
A	持续改进有成效，护理人员技术操作规范，操作并发症有效控制。	
依法取得《医疗机构执业许可证》，按照卫生行政部门核定的诊疗科目执业，医院及科室命名规范。（综合管理）		
C	医院符合卫生行政部门规定相应级别设置标准，获得批准至少正式执业三年以上。	
	按规定按时进行医疗机构年度检验，医院改变名称、场所、法人、诊疗科目、床位，能按时完成变更登记。	
	医院及科室命名规范，提供的诊疗项目与执业许可证上核准的诊疗科目全部相符。医疗机构名称不得对外出借，《医疗机构执业许可证》不得转让、出借。	
	医疗信息发布的和医疗广告管理符合法规要求。	

	评审周期内无卫生行政部门查实的医疗机构不良行为记录或发生一级主责以上医疗事故。未发生群体性、组织性违规违纪事件。	
B	主管部门对发布医疗信息、医疗广告进行监管，对诊疗活动进行全程管理，有检查、分析、反馈。	
A	持续改进有成效，所有的医疗机构校验完全符合要求。	
有重大决策、重要干部任免、重大项目投资、大额资金使用等事项（三重一大）规定的制度，并实施管理问责制。（综合管理）		
C	有执行“三重一大”规定的制度，并执行管理问责制。	
	实施前按制度提交职代会审议通过，并在决议中有记载。	
	相关重大事项事前有论证，按管理权限和规定报批，依医院院务公开的要求予以公示。	
B	主管部门有检查与监管。	
A	全体员工均知晓医院“三重一大”事项。	
信息系统能够系统、连续、准确地采集、存储、传递、处理相关的信息，为医院管理、临床医疗和服务提供包括决策支持类的信息技术支撑。（综合管理）		
C	有医疗质量与安全管理信息相关数据库，并有提取数据的管理制度。	
	信息部门能为职能部门与临床科室提供质量与安全管理的有关数据。	
	主管部门负责收集和处理相关信息，数据实行集中归口管理，管理部门能够调阅使用有关数据。	
B	建立支持医院管理和运行的数据库，包括：（1）医院基本监测（资源配置、人力资源、科研成果、患者诊治费等）；（2）运行基本指标监测（工作负荷、工作效率、资产运营等）；（3）药品和耗材管理（抗菌药物、其他药品和耗材使用情况等）；（4）血液和血制品管理（血液和血制品使用等）；（5）质量管理（手术分级、病历质量、围手术期、各类手术、麻醉与介入操作、血液透析、各类并发症、医院感染、代表性疾病、代表性手术、临床路径、单或特定病种等管理）；（6）医技科室（检验质量、医学影像质量、病理质量等）；（7）医疗安全管理（医疗纠纷与事故管理、投诉管理、医疗安全不良事件管理等）。	
	主管部门与科室能够运用数据库开展质量管理活动。	
A	持续改进有成效，能够根据质量管理相关需求自动生成统计结果，为质量与安全管理决策提供支持。	

按照《中华人民共和国统计法》与卫生行政部门规定，完成医院基本运行状况、医疗技术、诊疗信息和临床用药监测信息等相关数据报送工作，数据真实可靠。（综合管理）		
C	有向卫生行政部门报送的数据与其他信息的制度与流程，按规定完成相关信息报送工作。	
	有保证信息真实、可靠、完整的具体核查措施。	
B	主管部门对信息报告有监管，信息报送前有审核。	
A	持续改进有成效，所有报送信息真实、可靠、完整，无统计数据上报信息错误。	
建立院长（或副院长）领导下的护理垂直管理体系，有护理工作中长期规划、年度计划和年度总结。（综合管理）		
C	有院长（或副院长）领导下的“院-科-病区或院-病区”护理垂直管理体系，定期专题研究护理管理工作。	
	有护理工作中长期规划、年度计划，与医院总体规划和护理发展方向一致。	
	有措施保障落实护理工作中长期规划、年度计划，并有总结。	
B	科室对护理年度计划护理管理目标落实情况有自查。	
	主管部门对规划、目标和计划落实情况有检查与监管。	
A	持续改进有成效，护理管理体系健全，护理规划与计划有效落实	
第三部分 落实核心制度（40 条）		
落实首诊负责制，与 120 急救中心、挂钩合作的基层医疗机构建立急诊、急救转接服务制度。（1. 首诊负责）		
C	有首诊负责制度，医务人员熟知并执行。	
	急诊患者、留观患者、抢救患者有急诊病历，记录急诊救治的全过程。	
	有急诊科与 120 急救中心、基层医疗机构急诊患者转接流程，保障患者得到连贯抢救治疗。	
	转送急危重症患者均有病情资料交接。登记资料能够对患者的来源、去向以及急救全过程进行追溯。	
B	主管部门对首诊负责制执行情况、急诊病历书写等有检查与监管。	
A	持续改进有成效，首诊负责制、急诊、急救转接服务得到有效落实。	

病历书写应当客观、真实、准确、及时、完整、规范，符合《病历书写基本规范》，确保病历质量。（2. 三级查房）		
C	有病历书写制度以及相关管理规定。	
	病历书写作为医师岗前培训的主要内容之一，有记录。	
	医务人员按病历书写基本规范要求书写病历，书写质量达到规范的基本要求。	
	病历中各种手术与操作并发症、使用药物、器材所致不良反应、病程记录或检查化验报告所获得的诊断应规范地填写在病案首页中，无遗漏。	
	病程记录应根据病情观察、查房情况并结合检查结果进行分析、判断，记录体现三级医师的诊断思路和处理方案。	
B	科室定期对病历质量进行自查，对存在的问题与缺陷有整改。	
	主管部门有检查、分析、反馈。	
A	持续改进有成效，病历书写质量逐渐提高，符合病历书写规范。	
有院内会诊管理制度与流程。（3. 会诊）		
C	有院内会诊管理相关制度与流程。	
	根据病情对急危重症与疑难患者实施多学科联合会诊。	
	相关人员知晓并执行。	
B	科室有自查，对存在的问题及时整改。	
	主管部门对院内会诊管理有检查与监管。	
A	持续改进有成效，院内会诊制度得到有效落实。	
有医师外出会诊管理制度与流程。（3. 会诊）		
C	有医师外出会诊管理的制度与流程。	
	建立医师外出会诊管理档案。	
	相关人员知晓并执行。	
B	主管部门对外出会诊管理有登记与备案。	
A	持续改进有成效，外出会诊制度得到有效落实。	
有保证相关人员及时参加急诊抢救和急会诊的相关制度。相关人员应当在规定时间内进行急诊会诊。（3. 会诊）		
C	医院有急诊抢救和急会诊的相关制度。	

	有明确的会诊时限规定。	
	相关科室与人员均能知晓与执行。	
	科室对存在的问题有分析和整改。	
B	主管部门对急诊救治相关制度有检查、存在问题有分析和问题反馈，有改进建议。	
A	持续改进有成效，急诊抢救和急会诊制度落实到位，患者得到及时有效救治。	
依据《护理分级》（WS/T431-2013）制定分级护理制度，根据分级护理制度，实施护理措施。（4. 分级护理）		
C	依据《护理分级》（WS/T 431-2013），制定符合医院与专科实际的护理分级制度。	
	对护理分级相关制度有培训与考核，并落实。	
B	科室对护理分级制度落实情况进行定期自查对存在问题有改进措施。	
	主管部门对护理分级制度落实情况有检查与监管。	
A	持续改进有成效，根据患者病情与自理能力确定护理级别，并落实到位。	
建立健全医院应急管理组织和应急指挥系统，负责医院应急管理工作。（5. 值班和交接班）		
	有医院应急指挥系统，院长是医院应急管理的第一责任人。	
	有各部门、各科室负责人在应急工作中的具体职责与任务。	
	医院总值班有应急管理的明确职责和流程。	
C	有院内、外和院内各部门、各科室间的协调机制，有明确的协调部门和协调人。	
	相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。	
	有信息报告和信息发布相关制度。	
B	主管部门对应急管理有检查与监管。	
A	持续改进有成效，应急管理责任落实到位。	
水、电、气等后勤保障满足医院运行需要。严格控制与降低能源消耗，有具体可行的措施与控制指标。（5. 值班和交接班）		
C	有水、电、气、电梯等人员岗位配置、岗位职责和操作规程。	
	水、电、气供应机房有标识，有 24 小时应急值班制。	

	机房有日常运行检查、定期维护保养记录，特种设备按规定定期检测并按相关要求张贴检测标签。	
	有明确的故障报修、处理流程，有夜间、节假日出现故障时的联系维修方式和方法。	
	有水、电、气等后勤保障应急预案，有演练。	
	有节能降耗的改造计划或方案。	
B	主管职能部门有特种设备清单和档案资料。	
	主管部门有检查、分析、反馈。	
A	持续改进有成效，后勤保障工作满足全院工作需要。	
医院有停电事件的应急对策。（5. 值班和交接班）		
	医院有停电的总体对策，主管部门及重点科室有应急预案。	
	明确应急供电的范围、实施应急供电的演练，确保手术室、ICU 等主要场所应急用电。	
C	员工知晓停电时的对策程序。	
	供电部门 24 小时值班制，有完整的交接班记录。有停电及应急处理的完整记录，记录时间精确到分，有处理人员的签名。	
	对本院备置的应急发电装置与线路要定期进行检查维护和带负荷试验，并有记录。	
B	定期检查接地系统，对手术室、ICU、医技科室大型设备、计算机网络系统等重要部门的接地有常规维护记录。	
	主管部门定期检查与监管。	
A	持续改进有成效，停电应急管理工作落实到位，预案有可操作性。	
急诊科应当配备足够数量，受过专门训练，掌握急诊医学的基本理论、基础知识和基本操作技能，具备独立工作能力的医护人员。（5. 值班和交接班）		
	急诊科固定的急诊医师、急诊护理人员分别不少于在岗相应人员的 75%。	
	急诊科主任由副主任医师及以上专业技术职务任职资格的医师担任；急诊科护士长由主管护师及以上任职资格和 5 年以上急诊临床护理工作经验的护理人员担任。	
C	急诊病房、急诊监护室由专职医师与护理人员负责，单独排班、值班。	
	急诊手术室有专职手术护理人员、或由病房手术室统一管理。	

B	主管部门对急诊医护人员配置、任职资格、知识技能有检查与监管。	
A	持续改进有成效，急诊科医护人员配置、技术能力不断提升，满足临床需求。	
建立多学科协作机制。*（6. 疑难病例讨论）		
	有落实多学科协作相关规定与措施。	
C	以重症医学科与相关学科医师联合查房、病例讨论等形式，提供专科诊疗支持。	
B	主管部门对多学科协作与支持有检查与监管。	
A	持续改进有成效，重症疑难患者能够得到多学科联合诊治。	
有影像疑难病例随访与反馈制度，有疑难病例讨论与读片会。（6. 疑难病例讨论）		
	有影像疑难病例随访与反馈制度。	
C	定期召开疑难病例讨论与读片会。	
	疑难病例讨论与读片会由科主任或副主任医师以上人员主持。	
B	主管部门对影像疑难病例管理制度的落实有检查与监管。	
A	持续改进有成效，疑难病例诊治和随访管理制度有效落实，诊断质量不断提高。	
有放射治疗质量管理制度和措施，保障质量和安全。*（6. 疑难病例讨论）		
	有放射治疗质量管理、放射治疗效果评价的规范与流程。	
	有对放射治疗效果和毒副作用的评价。	
C	根据评价，有防范毒副作用、改善放疗效果的措施。	
	定期开展疑难、危重症病例讨论。	
B	科室放射治疗质量有自查，对存在问题有整改。	
	主管部门放射治疗质量管理工作情况有监管，对存在问题有整改意见。	
A	持续改进有成效，放射治疗质量不断提升，患者满意度新增。	
定期进行护理查房、护理病例讨论。对疑难护理问题组织护理会诊。（6. 疑难病例讨论）		
C	有护理查房、病例讨论，对疑难护理问题进行护理会诊的工作制度，并落实。	
B	主管部门对护理查房、会诊、疑难病例讨论落实情况有检查与监管。	

A	持续改进有成效，护理查房有实效，解决疑难护理问题的能力和水平不断提升。	
加强急诊检诊、分诊，有效分流非急危重症患者，及时救治急危重症患者。（7. 急危重症患者抢救）		
	有急诊检诊和分诊制度，有专人负责急诊检诊、分诊工作，有效分流非急危重症患者。	
C	检诊、分诊人员经过培训。	
	急诊患者得到及时救治，时间节点记录清晰，有去向登记。	
	急诊患者病历资料完整，入院、转诊、转科有病情交接。	
B	主管部门对急诊检诊、分诊制度落实情况有检查与监管。	
A	持续改进有成效，急诊患者有效分流，急危重症患者及时有序地得到救治。	
有急危重症抢救患者优先住院的制度与措施，保证急诊处置后需住院治疗的能够及时收入相应的病房。（7. 急危重症患者抢救）		
	有急危重症抢救患者优先住院的制度。	
	急危重症患者实行“先抢救、后付费”。	
C	有拟收住院科室无床位时的应急保障措施，滞留急诊观察比例下降。	
	急危重症抢救患者经处置后，需住院治疗的患者能够及时收入相应的病房。	
B	主管部门对急危重症患者住院管理制度落实情况有检查与监管。	
A	持续改进有成效，急危重症患者优先住院有效落实。	
有急诊留观患者管理制度与流程，控制留观时间原则上不超过 72 小时。（7. 急危重症患者抢救）		
	有急诊留观患者的管理制度与流程。	
C	对急诊留观时间超过 72 小时的患者有管理协调机制，及时妥善处置。	
B	主管部门对急诊留观患者管理有检查与监管。	
A	持续改进有成效，急诊留观管理制度落实到位，患者得到有效分流。	
有手术患者评估与术前讨论制度。（8. 术前讨论）		
C	有手术患者评估制度，内容包括：术前病史、体格检查、影像与实验室资料等。	

	有术前讨论制度，内容包括：患者术前病情评估的重点范围、手术风险、术前准备、临床诊断、拟施行的手术方式。	
	术前讨论内容记录在病历中。	
	择期手术患者在完成各项术前检查、病情和风险评估以及履行知情同意手续后方可下达手术医嘱。	
	对相关岗位人员进行培训。	
B	科室对手术患者评估与术前讨论制度落实情况有自查、分析、整改。	
	主管部门对手术患者评估与术前讨论制度落实情况有定期的检查、分析、反馈。	
A	持续改进有成效，术前手术患者评估、讨论规范，记录完整。	
根据临床诊断、病情评估的结果与术前讨论，制订手术治疗计划或方案。（8. 术前讨论）		
	为每位手术患者制订手术治疗计划或方案。	
C	手术治疗计划记录于病历中，包括术前诊断、拟施行的手术名称、可能出现的问题与对策等。	
	根据手术治疗计划或方案进行手术前的各项准备。	
B	科室有自查、分析、整改。	
	主管部门有检查与监管。	
A	持续改进有成效，手术方案完善。	
对就诊患者身份施行唯一标识（医保卡、新型农村合作医疗卡编号、身份证号码、病历号等）管理。（10. 查对）		
C	对门诊就诊和住院患者的身份标识有制度规定，且在全院范围内统一实施。	
	对就诊患者住院病历施行唯一标识管理，如使用医保卡、新型农村合作医疗卡编号或身份证号码等。	
B	重点部门（急诊、新生儿室、ICU、产房、手术室）使用“腕带”条码等技术识别患者（儿）身份。	
	主管部门对患者身份标识制度落实情况有检查与监管。	
A	持续改进有成效，患者的身份标识制度落实到位。	

在诊疗活动中，严格执行“查对制度”，至少同时使用姓名、年龄两项核对患者身份，确保对正确的患者实施正确的操作。（10. 查对）		
	有标本采集、给药、输血或血制品、发放特殊饮食及诊疗活动时患者身份确认的制度、方法和核对程序。核对时应让患者或其近亲属陈述患者姓名。	
C	至少同时使用两种患者身份识别方式，如姓名、性别、年龄、出生年月、病历号、床号，禁止仅以房间或床号作为识别的唯一依据。	
	相关人员熟悉上述制度和流程并执行。	
B	主管部门对查对工作落实情况有检查、分析、反馈。	
A	持续改进有成效，无患者身份识别错误事件发生。	
完善关键流程（急诊、病房、手术室、ICU、产房、新生儿室之间程）的患者识别措施，健全转科交接登记制度。（10. 查对）		
	患者转科交接时执行身份识别制度和流程，尤其急诊、病房、手术室、ICU、产房、新生儿室之间的转接。	
C	对需转科交接的产妇、新生儿、儿童、无名氏，手术、重症监护、急诊、意识不清、语言交流障碍及（或）镇静期间的患者的身份识别和交接流程有明确的制度规定。	
	科室有转科交接记录或登记。	
B	主管部门对关键流程的患者身份识别有检查与监管。	
A	持续改进有成效，重点部门患者转运交接时的身份识别制度落实到位。	
使用“腕带”作为识别患者身份的标示。（10. 查对）		
C	住院患者、急诊留观、急诊抢救室患者均使用“腕带”，对传染病、药物过敏等特殊患者有标识（腕带与床头卡），且有明确制度规定。	
B	主管部门有检查与监管。	
A	持续改进有成效，“腕带”识别患者身份落实到位。	
有手术部位识别标示制度与工作流程。（10. 查对）		
	有手术部位识别标示相关制度与流程。	
C	涉及双侧、多重结构（手指、脚趾、病灶部位）、多平面部位（脊柱）的手术时，对手术侧或部位有规范统一的标识。	
	对标示方法、标记颜色、标记实施者及患者参与，有统一明确的规定。	

	患者送达术前准备室或手术室前，已完成手术部位标识。	
B	主管部门对手术部位标识管理有检查与监管。	
A	持续改进有成效，手术部位标识规范。	
有手术安全核查的管理制度与流程。（10. 查对）		
	有手术安全核查的管理制度与流程。	
C	手术医师、麻醉师、巡回护士按流程在麻醉实施前、手术开始前、患者离开手术室前实行“手术安全核查”。	
	手术安全核查表填写完整。	
B	主管部门对手术安全核查管理有检查、分析、反馈。	
A	持续改进有成效，每例手术患者均执行手术安全核查。	
有医疗技术风险预警机制和医疗技术损害处置预案，并实施。（13. 新技术新项目准入）		
	有医疗技术风险处置与损害处置预案。	
C	当可能影响到医疗质量和安全的条件（如技术力量、设备和设施）发生变异时，有中止实施诊疗技术的相关规定。	
	管理人员和医务人员知晓相关预案和处置流程。	
B	主管部门对预案起草和处置程序可行性有检查与监管。	
A	持续改进有成效，医疗技术风险防范与处置管理规范，监管资料完整。	
有诊疗新技术准入与风险管理。（13. 新技术新项目准入）		
C	有诊疗新技术项目准入管理制度，包括立项、论证、风险评估、审批、追踪、评价等管理程序。	
B	主管部门定期对诊疗新技术项目实施情况进行动态的全程追踪评估管理。	
A	持续改进有成效，诊疗新技术阶段总结、定期评估与监管等资料完整。	
严格执行“危急值”报告制度与流程。（14. “危急值”报告）		
	医技科室相关人员按照危急值报告流程，及时向临床发出危急值信息。	
C	医护人员接获危急值报告后应记录患者信息、危急值内容和报告者的信息，及时向经治或值班医师报告，并做好记录。	
	医师接获危急值报告后应及时处置并记录。	

B	主管部门对危急值报告管理有检查与监管。	
A	持续改进有成效，危急值处理及时、记录规范。	
按照法律、法规及相关规定制订病案管理制度，人员配备合理，设备设施符合要求。（15. 病历管理）		
C	设置病案管理部门，配备专(兼)职人员，负责病历和病案管理工作，人员配置满足工作需要。	
	有病案管理相关工作制度与流程，工作人员岗位职责。	
	有病案管理人员培训计划并落实。	
B	主管部门对病案管理工作有检查、分析、反馈。	
A	持续改进有成效，有从事医疗或管理高级职称，且从事病案管理五年以上的人员负责病案科（室），非相关专业的人员应不高于 20%。	
按照《病历书写基本规范》，书写门诊、急诊、住院病历，病历书写符合规范。（15. 病历管理）		
C	1. 对来院就诊患者（门诊、急诊、住院）建立基本信息，书写和建立相关病历（包括急诊留观患者的急诊留观病历）。	
	2. 住院患者有姓名索引系统，内容至少包括：病案号、姓名、性别、出生日期（或年龄）、有效身份证号。	
	3. 为同一患者病历建立唯一的标识号码，通过同一患者的病历编号可获得其所有以前的住院病历资料。	
B	1. 科室对患者基本信息的记录与病历建立有自查，对存在的问题与缺陷有整改。	
	2. 主管部门有检查、分析、反馈。	
A	持续改进有成效，患者就诊信息填写和病历书写项目规范，错误发生现象逐渐减少。	
按《医疗机构病历管理规定》保存病历资料, 以保证病历及时归档，保障病历安全。（15. 病历管理）		
C	1. 采用病案示踪系统等方式，控制每份病案的去向。	
	2. 有 3 年病案存放的发展空间，病历保存符合管理要求。	
	3. 病案查阅、借阅和归档期限有明确的规定，未归的病案有催还记录。	
	4. 患者出院后，住院病历 3 个工作日之内归档率达 $\geq 90\%$ 。	

B	1. 科室对病历归档有自查，对存在问题有改进措施。	
	2. 主管部门有检查、分析、反馈。	
A	持续改进有成效，病历归档与保存管理规范，保障病历安全。	
采用国际疾病分类 ICD-10 与手术操作分类 ICD-9-CM3，对出院病案进行分类编码。（15. 病历管理）		
C	1. 对出院病案进行疾病分类编码，编码符合疾病分类 ICD-10 与手术操作分类 ICD-9-CM3 规定。	
	2. 疾病分类编码人员有资质与技能要求，编码人员均要接受编码培训并获得培训证书。	
	3. 有疾病分类与手术操作分类编码培训计划并落实。	
B	1. 科室定期与不定期对疾病分类编码员的准确性进行评价、指导，提高编码质量。	
	2. 主管部门有检查、分析、反馈。	
A	在医院管理中能够探索、运用 DRGs 评估方法，编码管理规范，编码与病历质量保持一致，保障相关数据准确性与真实性。	
建立出院病案信息的查询系统。（15. 病历管理）		
C	1. 有出院病案信息的查询系统，病案首页全部资料信息全部录入，至少能为检查提供 2 年以上完整信息。	
	2. 病案首页内容填写完整、准确，符合相关规定与要求。	
	3. 根据病案首页内容的任意项目，单一条件查询住院患者的病案信息；两个或两个以上的项目，复合查询住院的病案信息。	
B	主管部门有检查、分析、反馈，使病案信息能提供 3 年内的完整病历首页信息。	
A	持续改进有成效，病案信息查询功能不断提升，能提供 5 年内完整病案首页信息。	
有病案服务管理制度，为医院医务人员及管理人员、患者及其代理人、有关司法机关及医疗保险机构人员提供病案服务。（15. 病历管理）		
C	1. 有病案服务管理制度，有明确的服务规范与流程，病案服务限于相关医务人员及管理人员，患者及其授权委托人，公安机关，检察院、法院等有关司法机关，人力资源社会保障、保险以及负责医疗事故技术鉴定的部门。	

	2. 依照法律、法规和规章为患者及其授权委托人、司法机关和人力资源社会保障、保险以及负责医疗事故技术鉴定的人员提供病案服务，履行查阅、借阅、复制申请核查与病案信息核查程序。	
	3. 有回避与保护患者隐私的规范与措施。	
	有完整的病案服务登记信息，包括：查阅、借阅人、借阅与归还时间、借阅目的以及复制的内容，保留相关借阅、复印或复制人的申请、身份证明、单位介绍信等资料。	
B	主管部门有检查与监管。	
A	持续改进有成效，病案服务管理规范，能够满足患方、司法、保险等多方需求。	
结合本院实际情况制定抗菌药物临床应用和管理实施细则，对抗菌药物使用实施分级管理。（16. 抗菌药物分级管理）		
	1. 有抗菌药物临床应用和管理实施细则及抗菌药物分级管理制度，有明确的特殊使用级抗菌药物临床应用程序。	
C	2. 有抗菌药物临床应用的管理、监测与评价制度，有评价标准；有细菌耐药预警和通报机制，对监测结果有评价分析，对不合理使用有检查、干预和改进措施。	
	3. 有检验、院感、药学三方联合完成的细菌耐药情况分析对策报告，至少每半年一次。	
B	1. 药学部门对抗菌药物使用管理指标达标情况及处方点评结果有检查、分析、反馈。	
	2. 相关部门对抗菌药物分级管理和使用情况进行全程联合监管，对存在问题有反馈，并实施监控和干预。	
A	持续改进有成效，抗菌药物追踪评价、用药指标均达到相关规定。	
落实临床用血申请、申请审核制度，履行用血报批手续。（17. 临床用血审核）		
	1. 有临床用血申请和申请审核制度，包括：申请备血量和医师权限、审核程序及紧急用血报批手续等，并执行。	
C	2. 用血的申请单格式规范，书写符合要求，信息记录完整。	
	3. 对临床单例患者用全血或红细胞超过 1600ml（8U）有主管部门审核并批准。	
B	主管部门有检查、分析、反馈。	
A	持续改进有成效，用血申请和审核制度落实到位。	

医院有保护病案及信息安全的相关制度，有应急预案。（18. 信息安全管理）		
C	1. 有保护病案及信息安全的相关制度和应急预案。	
	2. 病案库有防火、防盗、防尘、防湿、防蛀、防高温措施。	
	3. 配置相应的消防器材，消防安全符合规范。	
	4. 指定专人负责安全管理，工作人员知晓应急预案及处置流程。	
B	1. 科室定期进行安全培训与检查，对存在问题和缺陷及时改进。	
	2. 主管部门有检查与监管。	
A	持续改进有成效，保护病案及信息安全的相关制度落实到位，病案及信息安全得到保障。	
加强电子病历规范管理，符合《电子病历基本规范》。电子病历个人信息有严格的安全保护措施。（18. 信息安全管理）		
C	1. 建立符合规范的电子病历系统，具备病案质量控制功能，能满足医院病案基本信息的采集，医疗质量指标数据的统计与分析。	
	2. 电子病历个人信息有严格的安全管理制度，有保护措施，并执行。	
B	主管部门有检查与监管。	
A	持续改进有成效，电子病历完全符合《电子病历基本规范》，个人信息安全有保障。	
加强信息系统的安全保障和患者隐私保护。（18. 信息安全管理）		
C	1. 按照国家信息安全等级保护规定和国家标准，有信息安全保护制度。	
	2. 信息系统运行稳定、安全，具有防灾备份系统，实行网络运行监控，有防病毒、防入侵措施、应急处理预案。	
	3. 实行信息系统操作权限分级管理，信息安全采用身份认证、权限控制（包括数据库和运用系统）、患者数据使用控制、保障网络信息安全和保护患者隐私。	
B	主管部门有安全监管记录，定期分析，及时处理安全预警。	
A	持续改进有成效，信息系统安全保护等级完全符合相关要求。	
加强信息系统运行维护。（18. 信息安全管理）		
C	1. 有信息网络运行、设备管理和维护、技术文档管理记录。	
	2. 有信息系统变更、发布、配置管理制度及相关记录。	

	3. 有信息值班、交接班制度，有完整的日常运维记录和值班记录，及时处置安全隐患。	
	4. 有信息系统运行事件（如系统瘫痪）应急预案并组织演练，保障运行。	
B	主管部门定期检查、分析、反馈。	
A	持续改进有成效，信息系统保证全院工作运行并有效应对突发事件。	
评分合计		
评分 A 级 个；评分 B 级 个；评分 C 级 个		

四川省卫生健康委员会医院评审委员会办公室 2019 年 9 月 19 日印发
