

卫生部文件 卫医发〔2008〕27号

卫生部关于印发《医院管理评价指南（2008版）》的通知

各省、自治区、直辖市卫生厅局，新疆生产建设兵团卫生局，部直属有关单位，部属部管医院：

为贯彻落实党的十七大精神，科学、准确、客观评价医院，指导医院加强内涵建设，不断提高医院管理水平，为人民群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗服务，在总结《医院管理评价指南（试行）》（以下简称《评价指南（试行）》）实施3年来经验的基础上，我部组织对《评价指南（试行）》进行了修订。现将《医院管理评价指南（2008年版）》（以下简称《评价指南（2008年版）》）印发给你们，请认真贯彻落实。

《评价指南（2008年版）》是建立我国医院管理评价指标体系的重要基础，医院管理评价指标体系是国家医疗质量保障与持续改进体系的重要组成部分。《评价指南（2008年版）》重点适用于三级综合医院，各省、自治区、直辖市可以根据本辖区实际情况，在《评价指南（2008年版）》的基础上，建立本辖区不同级别、不同类别医院管理评价指标体系，并将有关工作情况及时报我部。我部将在各省、自治区、直辖市医院管理评价工作实践的基础上，不断修订《评价指南（2008年版）》，逐步建立和完善我国医院管理评价指标体系，全面提高我国医疗质量和医院管理水平。

二〇〇八年五月十三日

医院管理评价指南（2008 年版）

为加强医院管理，科学、客观、准确地评价医院管理，指导医院强化内涵建设，坚持“以病人为中心”，提高管理水平，持续改进医疗质量，保障医疗安全，改善医疗服务，控制医疗费用，为人民群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务，根据医疗卫生管理法律、法规、规章，制定本指南。

一、医院管理

（一）依法执业。

1. 严格执行医疗卫生管理法律、法规、规章、诊疗护理规范。
2. 严格按照卫生行政部门核定的诊疗科目执业，医院及科室命名规范。
3. 不使用非卫生技术人员从事诊疗活动。
4. 专业技术人员具备相应岗位的任职资格，不超范围执业。
5. 按照规定申请医疗机构校验。
6. 按照规定发布医疗广告。

（二）组织机构和管理。

1. 医院管理组织机构设置合理，满足管理工作需要。
2. 有完整的规章制度和岗位职责，并能及时修订完善，职工熟悉本岗位职责及相关规章制度。
3. 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。院级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. 建立院、科两级管理责任制，院、科级领导了解和掌握国家有关医疗卫生管理法律、法规、规章及有关卫生政策，至少每两年接受一次专门的管理专业知识培训，不断提高科学管理水平。

5. 制定年度工作计划和中、长期发展规划，内容包括学科建设和人才梯队建设，并组织实施。

（三）人力资源管理。

1. 有适宜的人力资源配置方案，落实岗位职务聘任制，卫生专业技术人员学历和专业结构合理，满足医院功能任务和管理需要。

2. 建立卫生专业技术人员准入、考核、评价体系，落实医师考核办法，建立专业技术档案。

3. 建立卫生专业技术人员岗前培训、继续教育和梯队建设制度并组织实施。

5. 加强重点学科建设和人才培养，建立学科带头人选拔机制。

6. 建立激励和奖惩制度，完善医院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。

（四）应急管理。

1. 有突发事件（突发公共卫生事件、灾害事故等）应急预

案并组织演练。

2. 承担突发事件紧急医疗救援任务。
3. 及时、妥善处理医院突发事件。

（五）信息系统。

1. 医院信息系统符合《医院信息系统基本功能规范》，满足医院管理和临床工作需要。
2. 信息系统运行稳定、安全和高效，可连续、系统、准确收集、整理、分析和反馈医院管理和医疗质量控制等所需要的信息，能够与其他医疗机构、卫生行政部门及相关部门实现信息共享。
3. 严格执行保密制度，实行信息系统操作权限分级管理，保障网络安全，保护患者隐私。

（六）财务与价格管理。

1. 贯彻落实《会计法》、《预算法》、《审计法》、《医院会计制度》和《医院财务制度》等相关规定，只设置一个财务管理部门，集中统一规范财务管理，加强预算管理和内部审计，医院、部门、科室无账外账和“小金库”。
2. 建立规范的经济活动决策机制和程序，实行重大经济事项领导负责制和责任追究制。
3. 实行医院成本核算，降低运行成本。控制医院资产负债率，保障国有资产安全。
4. 无科室承包，医务人员收入分配不与医疗服务收入直接

挂钩。

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

6. 执行国家药品、高值耗材集中招标采购政策和价格政策规定。

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

8. 费用结算方式便捷。

（七）后勤保障管理。

1. 有适宜的后勤保障管理组织、规章制度与人员岗位职责。后勤保障服务能够坚持“以病人为中心”的服务理念，满足医疗服务流程需要。

2. 水、电、气、物资供应等后勤保障满足医院运行需要。

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

4. 医疗废物和污水管理和处置符合规定。

5. 安全保卫组织健全，制度完善，人员、设备、设施满足要求。

（八）医疗仪器设备管理。

1. 有适宜的医疗仪器设备管理保障组织、规章制度与人员

岗位职责。

2. 建立健全设备、设施论证、招标、采购、保养、维修、更新和应用分析制度。

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

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

（九）院务公开管理。

1. 建立院务公开的领导体制和工作机制，落实院务公开的领导和组织实施工作。

2. 动员广大职工充分行使民主权力，积极参与院务公开。

3. 院务公开内容符合规定。

4. 院务公开形式体现便利、快捷、有效的原则。

二、医疗质量管理与持续改进

（一）医疗质量管理组织。

1. 建立院、科两级医疗质量管理组织，院长为医疗质量管理第一责任人，定期专题研究医疗质量和医疗安全工作，科主任全面负责科室医疗质量管理工作。

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

3. 建立医疗质量管理组织，包括医疗质量管理委员会、伦理委员会、药事管理委员会、医院感染管理委员会、病案管理委员会、输血管理委员会和护理质量管理委员会等，定期研究医疗质量管理等相关问题。

（二）全程医疗质量与安全管理和持续改进。

1. 制定医疗质量与安全管理和持续改进方案并组织实施。

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

3. 强化“基础理论、基本知识、基本技能”培训，严格执行诊疗技术操作规范，遵循诊疗常规。

4. 认真执行医疗质量和医疗安全的核心制度，包括首诊负责制度、三级医师查房制度、疑难病例讨论制度、会诊制度、危重患者抢救制度、手术分级制度、术前讨论制度、死亡病例讨论制度、分级护理制度、查对制度、病历书写基本规范与管理制度、交接班制度、临床用血审核制度等。实行医疗质量责任追究制。

5. 完善各类会诊制度，医师外出会诊严格执行《医师外出会诊管理暂行规定》。

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

（三）医疗技术管理。

1. 医疗技术服务与功能和任务相适应，符合诊疗科目范围，符合医学伦理原则，技术应用保障安全、有效。

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

3. 建立医疗技术风险预警机制，制定和完善医疗技术损害处置预案，并组织实施。对新开展医疗技术的安全、质量、疗效、费用等情况进行全程追踪管理和评价，及时发现医疗技术风险，采取相应措施，降低风险。

4. 科研项目的医疗技术符合法律、法规和医学伦理原则，按规定审批。在科研过程中，充分尊重患者的知情权和选择权，签署知情同意书，保护患者安全。

5. 不应用未经批准或已经废止和淘汰的技术。

（四）主要专业部门医疗质量管理与持续改进。

1. 非手术科室医疗质量管理与持续改进

（1）实行患者病情评估制度，遵循诊疗规范制定诊疗计划，并进行定期评估，根据患者病情变化和评估结果调整诊疗方案。

（2）加强运行病历的监控与管理，落实核心制度和规范要求，提高医疗质量，保障治疗安全、及时、有效、经济。

（3）落实三级医师负责制，加强护理管理。

（4）规范治疗，合理用药，严格执行《抗菌药物临床应用指导原则》及其他药物治疗指导原则、指南。

（5）有危重病人抢救流程，规范三级医师报告和职责，提高抢救成功率；严格并发症和医院感染事件报告制度，不瞒报和漏报。

(6) 按手术诊疗管理有创诊疗操作。

(7) 开展重点病种质量监控管理。

2. 手术科室医疗质量管理与持续改进

(1) 实行患者病情评估制度，遵循诊疗规范制定诊疗计划，并进行定期评估，根据患者病情变化和评估结果调整诊疗方案。

(2) 实行手术资格准入、分级管理制度，重大手术报告、审批制度。

(3) 加强围手术期质量控制，重点是术前讨论、手术适应症、风险评估、术前查对、操作规范、术后观察及并发症的预防与处理、医患沟通制度的落实。术前：诊断、手术适应症明确，术式选择合理，患者准备充分，与患者沟通并签署手术和麻醉同意书、输血同意书等，手术前查对无误。术中：手术操作规范，输血规范，意外处理措施果断、合理，术式改变等及时告知家属或委托人。术后：观察及时、严密，早期发现并发症并妥善处理。提高术前诊断与病理诊断相符率。

(4) 麻醉工作程序规范，术前麻醉准备充分，麻醉意外处理及时，实施规范的麻醉复苏全程观察。

(5) 加强运行病历的监控与管理，落实核心制度和规范要求，提高医疗质量，保障治疗安全、及时、有效、经济。

(6) 落实三级医师负责制，加强护理管理。

(7) 规范治疗，合理用药，严格执行《抗菌药物临床应用指导原则》及其他药物治疗指导原则、指南。

(8) 有危重病人抢救流程，规范三级医师报告和职责，提高抢救成功率；严格并发症和医院感染事件报告制度，不瞒报和漏报。

(9) 采取有效措施，缩短择期手术患者术前平均住院日。

3. 门诊工作医疗质量管理与持续改进

(1) 门诊布局合理，符合医院感染预防与控制要求。

(2) 有分诊、导诊服务，落实首诊负责制和科间会诊制度。

(3) 依据工作量及需求，合理配置专业技术人员，落实普通门诊、专科门诊、专家门诊职责，提高门诊确诊能力，保障门诊诊疗质量。

(4) 规范门诊医疗文书，有书写质量监控措施。

(5) 制定突发事件预警机制和处理预案，提高快速反应能力。

(6) 开展多种形式的门诊诊疗服务，满足患者不同就医需要，方便患者就医。

(7) 严格执行传染病预检分诊制度和报告制度。

4. 急诊医疗质量管理与持续改进

(1) 急诊科独立设置，急诊专业队伍稳定，人员相对固定，设备设施完备，布局合理，满足急诊工作需要，符合医院感染控制要求。

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

高急危重症患者抢救成功率。

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

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

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

(6) 急诊抢救医疗文书书写规范、及时、完整。

(7) 医患沟通充分。

5. 重症监护病房医疗质量管理与持续改进

(1) 重症监护病房布局合理，人员、设备、设施配备与其功能、任务相适应，科间紧密协作，保障诊疗工作需要。

(2) 建立健全重症监护病房质量管理制度，并组织实施。

(3) 医务人员实行岗位准入管理，强化理论和技能培训，提高业务水平。

(4) 严格执行患者入、出重症监护病房标准。

(5) 加强重症监护病房医院感染管理，严格执行手卫生规范及 MRSA 等特殊感染病人的隔离。对呼吸机相关性肺炎、血管

内导管所致血行感染、留置导尿管所致感染实行监控。

（6）加强运行病历监控与管理，落实核心制度和岗位职责，规范全程管理，严密观察、及时处理患者病情变化，提高危重患者抢救成功率。

6. 感染性疾病科管理

（1）感染性疾病科建设符合规定，严格执行门诊患者预检分诊制度。

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

（3）有专门部门或人员负责传染病疫情报告工作，并按照规定进行网络直报。

（4）定期对工作人员进行传染病防治知识和技能的培训。

7. 临床检验质量管理与持续改进

（1）贯彻落实《病原微生物实验室生物安全管理条例》、《医疗机构临床实验室管理办法》等有关规定。临床实验室集中设置，统一管理，资源共享。实验室管理统一标准，统一质控，保证质量。

（2）临床实验室布局与流程安全、合理，符合医院感染控制和生物安全要求。

（3）开展检验项目符合卫生行政部门公布的目录，不开展淘汰和未经批准的项目。特殊实验室取得审批许可。

(4) 临床检验项目满足临床需要, 并能提供 24 小时急诊检验服务, 实施“危急值报告”制度。

(5) 落实全面质量管理与改进制度, 按照规定开展室内质控、参加室间质评。对床旁检验项目按规定进行严格比对和质量控制。

(6) 检验报告及时、准确、规范, 严格审核制度。

(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。不使用未经批准的设备与试剂。

(8) 患者、医师与护理人员对检验部门服务满意。

8. 病理质量管理与持续改进

(1) 病理部门布局、设施、设备、工作流程和人员结构合理, 管理规范, 满足临床工作需要。

(2) 建立并执行病理质量管理制度, 定期开展质量评价和改进工作, 严格执行标本核对制度。

(3) 病理报告及时、准确、规范, 严格审核制度。

(4) 提高冰冻切片与石蜡切片的诊断符合率。病理切片、蜡块保存符合规定。

(5) 环境保护及人员防护符合规定。

(6) 患者、医师与护理人员对病理部门服务满意。

9. 医学影像质量管理与持续改进

(1) 贯彻落实《放射性同位素与射线装置安全和防护条例》、

《放射诊疗管理规定》等相关法律、法规和规章，依法取得《放射诊疗许可证》、《大型医用设备配置许可证》等。

（2）专业设置、人员配备及其设备、设施符合医院功能任务要求，满足临床需要，能提供 24 小时急诊检查服务。

（3）执行技术规范，实行质量控制，开展临床随访，定期进行质量评价。

（4）保证医学影像资料质量，报告及时、准确、规范，严格审核制度。

（5）环境保护、操作人员与患者个人防护达到标准要求。

（6）患者、医师与护理人员对医学影像部门服务满意。

10. 药事质量管理与持续改进

（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》、《抗菌药物临床应用指导原则》、《麻醉药品临床应用指导原则》和《精神药品临床应用指导原则》等有关法律、法规和规范。

（2）药学部门布局、设施和工作流程合理，管理规范，能为患者提供安全、及时、有效的药学服务。

（3）建立突发事件药品供应与药事管理机制。

（4）建立“以病人为中心”的药学管理工作模式，开展以合理用药为核心的临床药学工作。制定、落实药事质量管理规范、考核办法并持续改进。

（5）建立临床药师制，开展临床药学工作。健全临床用药

的监督、指导、评价制度，开展药物安全性监测、药物不良反应与药害事件的监测和报告、抗菌药物临床应用监测，协助做好细菌耐药监测。提供合理用药咨询服务，积极推广个体化给药方案。

（6）加强处方管理，落实处方点评制度，提高处方质量，保障合理用药。

（7）加强特殊药品的管理，包括毒性药品、麻醉药品、精神药品、放射药品的购置、使用与安全管理。

（8）不使用非药学专业技术人员从事药学技术工作，不使用无批号、过期、变质、失效药品，不生产、销售、使用未经批准的制剂。

（9）患者、医师与护理人员对药学部门服务满意。

11. 输血质量管理与持续改进

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

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

（3）建立输血质量全程监控，严格掌握输血适应症，科学、合理用血。

（4）制定、实施控制输血感染的方案，严格执行输血技术操作规范。

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

记、报告和调查处理制度。

12. 医院感染管理与持续改进

(1) 根据国家有关的法律、法规，按照《医院感染管理办法》要求，制定并落实医院感染管理的各项规章制度。

(2) 根据《医院感染管理办法》要求和医院功能任务，建立完善的医院感染管理组织体系。

(3) 医院感染管理部门实行目标管理责任制，职责明确。

(4) 医院的建筑布局、设施和工作流程符合医院感染控制要求。

(5) 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。

(6) 加强对医院感染控制重点部门的管理，包括感染性疾病科、口腔科、手术室、重症监护室、新生儿病房、产房、内窥镜室、血液透析室、导管室、临床检验部门和消毒供应室等。

(7) 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、透析相关感染等。

(8) 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。

(9) 对消毒药械和一次性使用医疗器械、器具相关证明进行审核，按规定可以重复使用的医疗器械，实施严格的清洗、消毒或者灭菌，并进行效果监测。

(10) 开展耐药菌株监测，指导合理选用抗菌药物。协助抗菌药物临床应用监测与管理。

(11) 加强卫生安全防护工作，保障职工安全。

13. 病案质量管理与持续改进

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

(2) 医疗文书书写真实、客观、及时、准确、完整、规范。

(3) 建立、健全病历全程质量监控、评价、反馈制度，重点加强运行病历的实时监控与管理，提高病历质量。

(4) 建立病案管理制度并组织落实，病案保存时限符合规定。

(5) 严格执行借阅、复印或复制病历资料制度，按规定保护患者隐私。

14. 介入诊疗质量管理与持续改进

(1) 严格执行《心血管疾病介入诊疗技术管理规范》，依法取得相应资质。

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

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

(4) 因病施治，合理治疗，严格掌握介入诊疗技术的适应症。

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

(6) 环境保护与个人防护达到标准。

15. 血液净化质量管理与持续改进

(1) 专业设置、人员配备及其设备、设施符合医院功能任务要求，布局合理。

(2) 有质量管理体系落实措施保障安全。

(3) 严格执行医院感染管理制度与程序，有完整的监测记录与应急管理预案。

(4) 血液透析机与水处理设备符合要求。

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

(五) 护理质量管理与持续改进。

1. 护理管理组织

(1) 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，并保证实施。

(2) 根据医院的功能任务建立完善的护理管理组织体系。

(3) 护理管理部门实行目标管理责任制，职责明确。

(4) 护理管理部门结合医院实际情况，制定护理工作制度，并有相应的监督与协调机制。

2. 护理人力资源管理

(1) 有明确的护士管理规定，有护士的岗位职责、技术能力要求和工作标准。

(2) 对各级各类护士的资质、各岗位的技术能力有明确要求，同工同酬。

(3) 对各护理单元护士的配置有明确的原则与标准，确保护理质量与患者安全，病房护士与床位比至少达到 0.4: 1，重症监护室护士与床位比达到 2.5 - 3: 1，医院护士总数至少达到卫生技术人员的 50%。

(4) 有紧急状态下对护理人力资源调配的预案。

(5) 制定并实施各级各类护士的在职培训计划。

3. 有护理质量考核标准、考核办法和持续改进方案。有基础护理、专科护理质量评价标准，并建立可追溯机制；定期与不定期对护理质量标准进行效果评价；按照《病历书写基本规范(试行)》书写护理文件，定期质量评价；有重点护理环节的管理、应急预案与处理程序；护理工作流程符合医院感染控制要求。

4. 临床护理管理

(1) 体现人性化服务，落实患者知情同意与隐私保护，提供心理护理服务。

(2) 基础护理与等级护理措施到位。

(3) 护士对住院患者的用药、治疗提供规范服务。

(4) 对围手术期护理患者有规范的术前访视和术后支持服务制度与程序。

(5) 提供适宜的康复和健康指导。

(6) 各种医技检查的护理措施到位。

(7) 密切观察患者病情变化，根据要求正确记录。

5. 危重症患者护理管理

(1) 对危重患者有护理常规，措施具体，记录规范完整。

(2) 护理管理部门对急诊科、重症监护病房、手术室、血液净化等部门进行重点管理，定期检查、改进。

(3) 保障监护仪的有效使用。

(4) 保障对危重患者实施安全的护理操作。

(5) 保障呼吸机使用、管路消毒与灭菌的可靠性。

(6) 建立与完善护理查房、护理会诊、护理病例讨论制度。

6. 有护理差错报告和管理制度。主动报告护理不良事件；完善专项护理质量管理制度，如各类导管脱落、患者跌倒、压疮等；能够应用对护理不良事件评价的结果，改进相应的运行机制与工作流程、工作制度。

7. 手术室与中心供应室的管理

(1) 手术室与中心供应室工作流程合理，符合预防和控制医院感染的要求。

(2) 制定并实施相关的工作制度、程序、操作常规。

(3) 与临床保持良好的沟通机制，满足临床工作和住院患者的需要。

三、医院安全

（一）医疗服务安全。

1. 开展全员医疗服务安全教育，提高医疗服务安全意识。

2. 落实医疗服务安全监督、分析、评价和改进工作。

3. 建立医疗纠纷防范和处置机制，及时妥善处理医疗纠纷。

制定重大医疗安全事件、医疗事故防范预案和处理程序，按照规定报告重大医疗过失行为和医疗事故。

4. 有防范非医疗因素引起的意外伤害事件的措施。

5. 有明确的患者安全目标，并组织实施。

（二）建筑、设备、设施安全。

1. 医院基本建设符合规划要求。

2. 建筑符合《综合医院建筑设计规范》。建筑布局体现“以病人为中心”的服务理念，满足医疗服务流程需要。

3. 设备、设施安全运行，防止漏电、漏气、漏水等。

4. 消防通道畅通，无障碍物。消防设备齐全，标志醒目，专人管理，设有消防预警系统。有火灾事故的应急预案并定期演练。遇紧急状态时有与外界通讯联络的可靠方式和安全畅通的疏散路线。

5. 具有双路供电系统和自备发电配送能力，保证手术室、导管室、产房、重症监护病房、急诊科、血液透析室、输血科（血库）等重点部门的用电需要。

（三）危险物品及要害部门安全。

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. 有处理放射事故等意外事件的预案。

3. 加强对放射科、检验科、医用氧舱、同位素室、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。

四、医院服务

（一）维护患者合法权益。

1. 充分发挥医学伦理委员会维护患者合法权益的作用。

2. 尊重和维护患者的知情同意权、隐私权、选择权等。按照法律、法规、规章等有关规定，进行药品和医疗器械临床试验、手术、麻醉、输血以及特殊检查、特殊治疗等，取得患者书面知情同意。在医疗服务过程中，保护患者隐私。

3. 建立并实施院务公开制度，按规定及时发布有关医疗服务信息。

4. 建立并落实医患沟通制度，使用患者及其家属易于接受的方式和理解的语言。

5. 公开患者投诉渠道和流程，及时、妥善处理投诉，对存在问题分析总结，落实整改。

6. 尊重患者的民族风俗习惯及宗教信仰。

（二）服务行为和医德医风。

1. 贯彻执行《医德考核办法》，尊重、关爱患者，主动、热情、周到、文明为患者服务。

2. 有医德医风建设的制度、奖惩措施并认真落实。
3. 医院及其工作人员不得通过职务便利谋取不正当利益。
4. 严禁推诿、拒诊患者。
5. 提供多层次的医疗护理服务，满足不同层次人员的医疗需求。
6. 规范服务行为，保障医疗质量，不断提高患者和社会对医疗服务的满意度。

（三）服务环境和服务流程。

1. 门诊有就诊咨询、导诊以及其他便民服务。
2. 服务环境和设施清洁、舒适、温馨，服务标识规范、清楚、醒目。
3. 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。
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，缩短患者等候时间。
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。

五、医院绩效

（一）社会效益。

1. 在医疗服务过程中，始终把社会效益放在首位，履行相应的社会责任和义务。
2. 认真完成政府指令性任务，积极参加政府组织的社会公

益性活动。完成卫生行政部门下达的城市医院支援农村和社区、支援边疆卫生工作、援外医疗等指令性任务。

3. 根据医疗卫生管理法律、法规、规章，提供全面、连续的医疗服务，为下级医院转诊的急危重症患者和疑难病患者提供诊疗任务；为下级医疗机构提供技术指导，开展双向转诊。

4. 履行公共卫生职能，开展健康教育、科普宣传，普及防病知识，开展重大疾病、传染病以及慢性非传染性疾病的防治工作。承担突发公共卫生事件和重大灾害事故紧急医疗救援任务。

5. 承担教学、科研和人才培养工作。三级医院承担高等医学院校的临床教学和实习工作，开展毕业后教育和继续医学教育，建立医学人才分层次培养体系，多渠道培养高级临床医学人才；承担下级医院技术骨干的临床专业进修任务；承担国家级、省级科研课题。

（二）工作效率。

1. 医院年门诊人次、急诊人次、急诊抢救人次、手术人次、入出院人次。

2. 医师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。

3. 平均住院日、术前住院日、平均开放病床数、实际开放总床日数、实际占用总床日数、出院者占用总床日数、病床使用率、病床周转次数。

4. 门诊患者人均医疗费用、门诊患者人均药品费用、住院患者人均医疗费用、住院患者人均药品费用、住院床日平均费用、

门诊处方人均费用，与上年度的比较。

（三）经济运行状态。

1. 药品收入及占医疗总收入的百分比，药品进销差价收入及占医疗总收入的百分比，与上年度的比较。

2. 单价在 2000 元以上的一次性耗材收入占医疗收入的百分比。

3. 医疗服务收入占业务收入的百分比及与上年度的比较。

4. 百元业务收入的业务支出、每名职工平均业务收入、人员经费占业务支出比例。

5. 资产负债率、固定资产净值率、固定资产增长率、净资产增长率、固定资产收益率、流动资产收益率。

6. 流动比率和速动比率。

7. 成本核算。

六、部分评价指标

（一）法定传染病报告率。

（二）重大医疗过失行为和医疗事故报告率。

（三）药品和医疗器械临床试验、手术、麻醉、特殊检查、特殊治疗患者告知率。

（四）完成政府指令性任务比例。

（五）入出院诊断符合率。

（六）手术前后诊断符合率。

（七）临床主要诊断、病理诊断符合率。

- (八) CT 检查阳性率（无此设备的不作要求）。
- (九) MRI 检查阳性率（无此设备的不作要求）。
- (十) 大型 X 光机检查阳性率（无此设备的不作要求）。
- (十一) 急危重症抢救成功率。
- (十二) 清洁手术切口甲级愈合率。
- (十三) 清洁手术切口感染率。
- (十四) 麻醉死亡率。
- (十五) 尸检率。
- (十六) 医院感染现患率。
- (十七) 医院感染现患调查实查率。
- (十八) 临床检验室内质控、室间质评项目及结果。
- (十九) 普通门诊具有主治医师以上专业技术职务任职资格的本院医师比例。
- (二十) 院内急诊会诊到位时间。
- (二十一) 急诊留观时间。
- (二十二) 急救物品完好率。
- (二十三) 病历合格率。
- (二十四) 处方合格率。
- (二十五) 成分输血比例与输血适应症合格率。
- (二十六) 医疗事故发生件数、等级、责任程度。
- (二十七) 挂号、划价、收费、取药、采血等服务窗口等候时间。

（二十八）检验、心电图、超声、影像常规检验检查项目自检查开始到出具结果时间。

（二十九）术中冰冻病理自送检到出具结果时间。

（三十）门诊患者中预约患者的比例。

（三十一）平均住院日。

（三十二）择期手术患者术前平均住院日。

（三十三）同一病例 7 日内再住院率。

（三十四）病床使用率。

（三十五）病床周转次数。

（三十六）药品收入占医疗收入比例。

（三十七）基础护理合格率。

（三十八）危重患者护理合格率。

（三十九）医疗器械消毒灭菌合格率。

（四十）病房床位与病房护士比例。

（四十一）医院资产负债率。

（四十二）职工对医院管理组织机构和领导工作满意度。

（四十三）患者、医师与护理人员对检验科服务满意度。

（四十四）患者、医师与护理人员对医学影像部门服务满意度。

（四十五）患者、医师与护理人员对药学部门服务满意度。

（四十六）患者、医务人员对医院后勤服务满意度。

（四十七）已出院患者对医疗服务满意度。

七、三级综合医院评价指标参考值

- (一) 法定传染病报告率 100 %。
- (二) 重大医疗过失行为和医疗事故报告率 100 %。
- (三) 药品和医疗器械临床试验、手术、麻醉、特殊检查、特殊治疗履行患者告知率 100 %。
- (四) 完成政府指令性任务比例 100 %。
- (五) 入出院诊断符合率 $\geq 95\%$ 。
- (六) 手术前后诊断符合率 $\geq 95\%$ 。
- (七) 临床主要诊断、病理诊断符合率 $\geq 60\%$ 。
- (八) CT 检查阳性率 $\geq 70\%$ 。
- (九) MRI 检查阳性率 $\geq 70\%$ 。
- (十) 大型 X 光机检查阳性率 $\geq 70\%$ 。
- (十一) 急危重症抢救成功率 $\geq 80\%$ 。
- (十二) 治愈好转率 $\geq 90\%$ 。
- (十三) 清洁手术切口甲级愈合率 $\geq 97\%$ 。
- (十四) 清洁手术切口感染率 $\leq 1.5\%$ 。
- (十五) 麻醉死亡率 $\leq 0.02\%$ 。
- (十六) 尸检率 $\geq 15\%$ 。
- (十七) 医院感染现患率 $\leq 10\%$ 。
- (十八) 医院感染现患调查实查率 $\geq 96\%$ 。
- (十九) 临床化学室间质评全年平均及格 (VIS ≤ 120)。
- (二十) 血液学室间质评全年平均及格 (改良偏离指数 DI

≤2)。

(二十一) 免疫室间质评全年平均成绩在全国平均水平以上。

(二十二) 细菌室间质评全年鉴定正确率 ≥80%。

(二十三) 普通门诊具有副主任医师以上专业技术职务任职资格的本院医师比例 ≥60%。

(二十四) 院内急会诊到位时间 ≤10 分钟。

(二十五) 急诊留观时间 ≤48 小时。

(二十六) 急救物品完好率 100%。

(二十七) 合格病历率 ≥90%。

(二十八) 处方合格率 ≥95%。

(二十九) 开展成分输血比例 ≥85%。

(三十) 输血适应症合格率 ≥90%。

(三十一) 挂号、划价、收费、取药等服务窗口等候时间 ≤10 分钟。

(三十二) 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。

(三十三) 血、尿、便常规检验、心电图、影像常规检查项目自检查开始到出具结果时间 ≤30 分钟，生化、凝血、免疫等检验项目自检查开始到出具结果时间 ≤6 小时，细菌学等检验项目自检查开始到出具结果时间 ≤4 天。

(三十四) 超声自检查开始到出具结果时间 ≤30 分钟。

- (三十五) 术中冰冻病理自送检测到出具结果时间 ≤ 30 分钟。
- (三十六) 平均住院日 ≤ 15 天。
- (三十七) 择期手术患者术前平均住院日 ≤ 3 天。
- (三十八) 病床使用率 85—93%。
- (三十九) 病床周转次数 ≥ 19 次/年。
- (四十) 药品收入占医疗总收入比例 $\leq 45\%$ 。
- (四十一) 基础护理合格率 $\geq 90\%$ 。
- (四十二) 危重患者护理合格率 $\geq 90\%$ 。
- (四十三) 医疗器械消毒灭菌合格率 100%。
- (四十四) 全员开放病房床位与病房护士比例 1: 0.4。
- (四十五) 住院医师规范化培训率 100%，培训合格率 $\geq 90\%$ 。
- (四十六) 职工对医院管理组织机构和领导工作满意度 $\geq 80\%$ 。
- (四十七) 患者、医师与护理人员对检验科服务满意度 $\geq 90\%$ 。
- (四十八) 患者、医师与护理人员对医学影像部门服务满意度 $\geq 90\%$ 。
- (四十九) 患者与医师、护理人员对药学部门服务满意度 $\geq 90\%$ 。
- (五十) 患者、医务人员对医院后勤服务满意度 $\geq 90\%$ 。
- (五十一) 已出院患者对医疗服务满意度 $\geq 90\%$ 。

注：部分评价指标计算方法及说明

病床使用率：指“实际占用总床日数”与“实际开放总床日数”之比。

病床周转次数：指“出院人数”与“平均开放床位数”之比。

平均住院日：指“出院者占用总床日数”与“出院人数”之比。

实际开放总床日数：指年内医院各科每日夜晚 12 点钟开放病床数总和，不论该床是否被患者占用，都应计算在内。包括因故（如消毒、小修理等）暂时停用的病床，不包括因医院病房扩建、大修理或粉刷而停用的病床及临时增设的病床。

实际占用总床日数：指医院各科每日夜晚 12 点钟实际占用病床数（即每日夜晚 12 点钟的住院人数）总和。包括实际占用的临时床位，患者入院后于当晚 12 点钟以前死亡或因故出院所占用的床位。

平均开放病床数：即实际开放总床日数 / 本年日历日数（365）。

出院者占用总床日数：指出院者（包括正常分娩、未产出院、住院经检查无病出院、未治出院及健康人进行人工流产或绝育手术后正常出院者）住院日数的总和。

急危重症抢救成功率：指急危重症患者抢救成功人次数与抢救总人次数之比。

入出院诊断符合率：诊断符合患者数 / （出院患者数 - 疑诊

患者数) × 100%。

手术前后诊断符合率: 指手术前后诊断符合人数与手术患者总人数之比。

CT 检查阳性率: 指 CT 检查中检出阳性的人次数与 CT 检查总人次数之比。

药品收入占医疗收入比例: 指药品收入与医疗收入之比。

总收入: 指单位为开展业务及其他活动依法取得的非偿还性资金。总收入包括财政补助收入、上级补助收入、医疗收入、药品收入和其他收入等。

药品收入: 指医疗机构在开展医疗业务活动中所取得的中、西药品收入。

门诊患者人均医疗费用: 又称每诊疗人次医疗费用。即 (医疗门诊收入 + 药品门诊收入) / 总诊疗人次数。

住院患者人均医疗费用: 又称出院者人均医疗费用。即 (医疗住院收入 + 药品住院收入) / 出院人数。

医师人均每日担负诊疗人次: 即诊疗人次数 / 平均医师人数 / 251。

医师人均每日担负住院床日: 指实际占用总床日数 / 平均医师人数 / 365。

法定传染病报告率: 指医疗机构在某一时期内法定传染病报告病例数占总病例数 (漏报病例数 + 已报告病例数) 的百分比。

抄送: 国家中医药管理局, 总后卫生部、武警总部卫生部, 中国医院协会、中华护理学会、中华口腔医学会、中国输血协会, 卫生部临床检验中心。
