

## 河南省医疗系统“患者满意度提升工程”考核评价细则（2019年版）

一级指标	二级指标	指标序号	三级指标	分数	考核内容	考核方法	指标属性	指标获得方式	评分说明
一、 门急诊 服务满意	预约 诊疗 服务	1	预约诊疗率	4	三级医院所有开诊日的预约诊疗率 ≥50%	资料查阅：（时限为考核年度） 预约诊疗统计报表，查看预约诊疗率。 计算方法：预约诊疗率=预约诊疗人次（不含爽约人次）/总诊疗人次（不含急诊、健康体检人次）×100%	定量	填报	≥50%得满分，<5%不得分，介于5%-50%按等比例得分。
		2	门诊患者分时预约就诊率	1	所有开诊日的门诊患者分时预约就诊率 ≥50%	资料查阅：（时限为考核年度） 预约诊疗统计报表，查看门诊患者分时预约就诊率。 计算方法：门诊患者分时预约就诊率=门诊患者分时预约就诊人次/门诊患者预约就诊人次×100%	定量	填报	≥50%得满分，30%-50%得0.6分，低于30%不得分；
		3	门诊预约诊疗时间间隔	2	门诊患者按预约时段到达医院后至进入诊室前的等待时间（门诊患者预约后平均等待时间）≤0.5小时	实地访视：（时限为考核年度） 随机选取一个工作日，从信息系统中导出门诊预约患者相关数据，核实预约后平均等待时间。 计算方法：门诊预约诊疗时间间隔=进入诊室诊疗的时间—到达分诊台或通过信息系统（自助机、APP等）报到的时间，时间取到分钟。	定量	填报	≤0.5小时得满分，0.5-1小时得80%分，1-2小时得60%分，2小时以上不得分。
		4	住院患者分时预约检查率	1	所有开诊日的住院患者分时预约检查率达到100%	资料查阅：（时限为考核年度） 预约诊疗统计报表，查看住院患者分时预约检查率。 计算方法：住院患者分时预约检查率=住院患者分时预约检查人次/住院患者预约检查人次×100%	定量	填报	100%得满分，80%-100%得0.6分，<80%不得分。
		5	其他预约服务	2	提供各类预约服务（通过医联体内基层机构预约、住院床位预约、日间手术预约、门诊取药预约、门诊治疗预约、停车预约等）	资料查阅：（时限为考核年度） 1. 各类预约服务相关制度及流程，服务模式切合医院工作实际； 2. 各类预约服务预约登记记录，记录完整。	定性	专家评审	3种（含）以上形式得满分，2种得80%分，1种得60%分，未有不得分。
	门诊 环境及 服务	6	门诊环境	4	1. 为患者提供就诊接待、引导、咨询服务； 2. 就诊环境清洁、舒适、安全； 3. 候诊空间宽敞、明亮，配置充足且舒适的候诊椅； 4. 门诊区域不嘈杂，无外来促销人员； 5. 电梯等候时间短且有序； 6. 开展控烟活动，有醒目标识，主动劝阻吸烟行为。	实地访视： 1. 查医院科室分布图、就诊指南和流程图是否明晰； 2. 查门诊大厅有无就诊接待、引导、咨询服务； 3. 查有无完备的无障碍设施及通道； 4. 查有无设置预防意外事件发生的警示标识； 5. 查候诊区是否有大量候诊患者长时间站立； 6. 查门诊各区域卫生状况； 7. 随机询问2名患者对电梯等候秩序和时间是否满意； 8. 查禁烟标识是否醒目规范； 9. 查发现有人吸烟时，工作人员是否主动进行劝阻。	定性	专家评审	1. 1名患者对电梯等候秩序和时间不满意的，扣0.4分； 2. 其余每项不符合要求或未落实，扣0.5分，扣完为止。
		7	环境标识	2	1. 按照卫生行业标准《医疗机构内通用医疗服务场所的命名》（WS/T527-2016），规范各科室或部门中具有相同医疗服务功能场所的名称和功能； 2. 就诊区域设置建筑平面图、科室分布图。	实地访视： 就诊区域设置的建筑平面图、科室分布图，名称符合标准要求。	定性	专家评审	就诊区域设置建筑平面图、科室分布图得2分，设置其中一种得1分，两种均未设置不得分。
		8	门诊便民服务	1	提供网络、阅读、餐饮等便民服务。	实地访视： 门诊便民服务落实情况	定性	专家评审	提供3种（含）以上得满分，提供2种得80%分，提供1种得60%分，未有不得分。

一、 门急诊 服务 满意	急诊 急救 服务	9	急诊科固定的急诊医师占在岗医师的比例	2	急诊科固定的急诊医师占在岗医师的比例 ≥75%	资料查阅：（时限为考核年度） 人力资源部门提供的急诊科在岗医师名单（学历、职称、工作年限） 计算方法：急诊科固定的急诊医师占在岗医师比例=急诊科固定医师数/急诊医师上岗总数×100%	定量	填报	≥75%得满分，50%-75%得80分，30%-50%得60分，低于30%不得分。
		10	急诊科固定的急诊护理人员占在岗护理人员的比例	2	急诊科固定的急诊护理人员占在岗护理人员的比例 ≥75%	资料查阅：（时限为考核年度） 人力资源部门提供的急诊科在岗护理人员名单（学历、职称、工作年限） 计算方法：急诊科固定的护理人员占在岗护理人员比例=急诊科固定护理人员数/急诊护理人员上岗总数×100%	定量	填报	≥75%得满分，50%-75%得60分，低于50%不得分。
		11	急诊衔接	3	急诊与院前急救实现医疗信息共享，医疗服务能有效衔接。	资料查阅：（时限为考核年度） 1. 急诊科院前急救工作制度及流程； 2. 提供至少1例案例说明，利用医院急诊信息系统，能做到急诊与院前、急诊与院内各相关科室、急诊与卫生行政部门的信息对接。 实地访视： 急诊信息网络支持系统。	定性	专家评审	有制度且落实得满分，有制度未落实或有落实无制度得60分，无制度无落实不得分。
		12	急诊绿色通道	3	1. 有急诊检诊和分诊制度，专人负责急诊检诊、分诊工作，能有效分流非急危重症患者； 2. 有急危重症抢救患者优先住院的制度； 3. 急危重症患者实行“先抢救、后付费”； 4. 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，有拟收住院科室无床位时的应急保障措施； 5. 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。	资料查阅：（时限为考核年度） 1. 急诊科各岗位职责，其中有明确的检诊、分诊职责； 2. 急诊检诊、分诊岗位人员排班表排班（可在急诊人员排班表中）； 3. 急诊绿色通道管理制度； 4. 急危重症患者“先抢救、后付费”流程； 5. 急诊绿色通道相关保障措施，其中包含急危重症抢救患者拟收住院科室无床位时的应急保障措施； 6. 急诊留观患者管理制度及流程。 实地访视：（时限为考核年度） 1. 核查检诊、分诊岗位人员与排班表是否一致； 2. 核查放弃抢救人员登记本（或履行的相关手续的存根），没有因费用问题放弃抢救的情况发生； 3. 随机核查3名急诊留观患者的留观时间，超过72小时的询问原因。	定性	专家评审	1. 无制度扣1分/项，制度不完善扣0.5分/项，无流程或流程不合理扣0.5分； 2. 未设置专人负责检诊、分诊工作，或在岗人员与排班表不符的，扣0.5分； 3. 存在因费用问题放弃抢救的情况，该项整体不得分； 4. 存在非必要原因急诊留观时间超过72小时的，每名扣0.5分。
		13	“五大中心”建立情况	5	建立胸痛中心、卒中中心、创伤中心、危重孕产妇救治中心、危重儿童和新生儿救治中心等，保障患者及时救治。	资料查阅：（时限为考核年度） 1. 建立相应中心的文件，其中有明确的相关部门职责（包括急诊科、各专业科室、各医技检查科室、药剂科以及挂号与收费等）； 2. 相应中心的服务流程、抢救规范； 3. 急诊抢救分析、总结资料，分析客观、措施可行、整改有效； 4. 相关培训记录； 调查访视： 随机访谈2名相关部门人员（医护、辅助各1名）对职责的知晓度。	定性	专家评审	建立2个（含）以上并运行顺畅得满分，建立1个扣2分，建立但运行不畅，扣1分，知晓率未达100%扣1分，未建立不得分。  释义：有相应建立文件，职责明确，有服务流程、抢救规范，有培训记录，有总结、分析，视为建立并运行顺畅。

一、门急诊服务满意	日间服务	14	日间手术管理	4	1. 有日间手术相关管理制度、诊疗标准体系及开展目录，明确日间手术单元设置标准、医务人员准入条件、手术病种及术式适应症、主要风险、患者遴选标准、大致费用范围等； 2. 日间手术纳入手术管理； 3. 对日间手术患者有随访； 4. 职能部门对日间手术有检查、总结、问题反馈及改进建议。	资料查阅：（时限为考核年度） 1. 日间手术相关管理制度、诊疗标准、开展目录； 2. 日间手术患者随访记录； 3. 职能部门检查监管及持续改进报告。 实地访视： 日间手术开展模式，日间病房管理情况。	定性	专家评审	1. 无制度或无标准扣2分，制度或标准不完善扣1分； 2. 日间手术未纳入手术管理扣0.5分； 3. 无随访记录，扣0.5分； 4. 无院科督导检查（可溯源）记录扣2分，持续改进不到位扣1分。
		15	日间手术开展率	3	三级医院日间手术开展率≥10%	资料查阅：（时限为考核年度） 日间手术量报表 计算方法：日间手术开展率=日间手术量/（住院手术量+日间手术量）×100%，手术量按人数计算。	定量	填报	≥10%得3分，5%-10%得1.6分，2%-5%得1.2分，低于2%不得分。
		16	日间手术病种范围	3	三级医院日间手术病种范围覆盖率≥60%	资料查阅：（时限为考核年度） 日间手术病种及术式开展目录 计算方法： 日间手术病种范围覆盖率=医院实际开展的日间手术病种数量/河南省推荐开展的日间手术病种数量×100%，按照《日间手术病种及术式推荐目录》（豫卫医函〔2018〕7号附件1），分母范围依据医院实际具有科室来定。	定量	填报	60%以上符合得满分，40%-60%符合得60分，20%-40%符合得20分，低于20%不得分。
		17	日间手术质量安全监管	4	1. 严格按照执业许可登记的诊疗科目开展工作； 2. 建立日间手术质量安全管理和评估工作机制； 3. 对日间手术重点指标开展监控及分析，包括爽约患者比例、延期出院患者比例、1周内再次入院患者比例、每位外科医生日间手术室使用时间、日间手术与住院择期手术比例、手术当日患者取消手术例数等。	资料查阅：（时限为考核年度） 1. 医院执业许可证； 2. 日间手术病种及术式开展目录，未超出医院执业许可登记的诊疗科目范围； 3. 日间手术重点指标监控数据； 4. 日间手术重点指标分析报告。	定性	专家评审	1. 存在超诊疗科目开展日间手术的情况，该项整体不得分； 2. 无建立工作机制扣2分，无监控分析扣1分，监控分析不全面扣0.5分； 3. 利用信息化手段开展统计分析加1分。
		18	日间服务提供	2	除提供日间手术外，还提供日间化疗、日间放疗、新生儿蓝光照射等服务	实地访视： 日间化疗、日间放疗、新生儿蓝光照射等日间服务开展情况。	定性	专家评审	提供1项（含）以上得满分，不提供不得分
二、疑难多学科联合会诊（MDT）服务满意	多学科诊疗模式	19	多学科诊疗管理	3	1. 有指定部门或人员负责MDT日常管理和运行； 2. 有相对固定、完善的多学科诊疗团队得1分（含麻醉、医学检验、医学影像、病理、药学、护理、临床营养等专业技术人员）； 3. 为MDT工作开展提供必要的资金、人员和硬件设备设施支持，保障MDT工作顺利开展。	资料查阅：（时限为考核年度） 1. 多学科诊疗相关管理制度，其中有明确MDT日常管理和运行责任部门或人员； 2. 多学科诊疗团队或专家库名单； 3. MDT场地、设施设备、专职人员配置清单； 4. MDT绩效考核与分配方案； 5. 绩效考核部门提供的MDT绩效奖金分配记录，证明考核与分配落到实处。	定性	专家评审	一项不达标或未落实，扣1分。
		20	多学科门诊设置	4	1. 有多学科门诊工作制度及流程； 2. 多学科综合门诊诊疗范围明确，开展规范。	资料查阅：（时限为考核年度） 1. 多学科门诊工作制度及流程； 2. 多学科综合门诊诊疗相关登记资料。	定性	专家评审	有制度有记录得满分，有制度无记录或有记录无制度得60分，无制度无记录不得分。
		21	多学科讨论及联合查房	4	1. 制定单病种多学科诊疗规范，为住院患者提供单病种多学科病例讨论和联合查房服务； 2. 推进感染性疾病多学科诊疗，针对疑难感染性疾病加强重症医学、感染性疾病、临床药学、临床微生物等学科的联系协作。	资料查阅：（时限为考核年度） 1. 单病种多学科诊疗规范； 2. 提供3例开展单病种多学科病例讨论和联合查房的病例（含感染性疾病多学科诊疗病例），查看多学科诊疗记录。	定性	专家评审	有制度有记录得满分，有制度无记录或有记录无制度得60分，无制度无记录不得分。开展感染性疾病多学科诊疗服务，加1分。

三、信息化服务满意	远程医疗开展	22	远程医疗管理	4	<p>1. 建立远程医疗服务相关的管理制度；</p> <p>2. 开展远程医疗服务的医疗机构之间应签订远程医疗合作协议；</p> <p>3. 有医疗质量与医疗安全保障措施；</p> <p>4. 双方医疗机构要按照病历书写及保管有关规定共同完成病历资料，原件由邀请方和受邀方分别归档保存。</p>	<p>资料查阅：（时限为考核年度）</p> <p>1. 远程医疗服务相关的管理制度；</p> <p>2. 远程医疗合作机构目录；</p> <p>3. 随机查阅3份签订的远程医疗合作协议，协议中包含约定合作目的、合作条件、合作内容、远程医疗流程、双方权利义务、医疗损害风险和承担责任等事项；</p> <p>4. 职能部门检查监管及持续改进报告。</p> <p>实地访视：（时限为考核年度）</p> <p>随机抽查3份远程医疗病历，远程医疗相关记录完整、符合病历书写规范，落实知情同意制度。</p>	定性	专家评审	<p>1. 病历记录不完整、不规范，每一处扣0.2分，扣完为止；</p> <p>2. 其余一项不达标或未落实，扣1分；</p> <p>3. 不能提供病历，该项整体不得分。</p>
		23	远程医疗基本条件	3	<p>1. 具备开展远程医疗服务相应的人员、技术、设备、设施条件；</p> <p>2. 指定专门部门或者人员负责远程医疗服务仪器、设备、设施、信息系统的定期检测、登记、维护、改造、升级；</p> <p>3. 信息系统符合远程医疗相关卫生信息标准和信息安全的规定；</p> <p>4. 探索利用移动终端开展远程会诊。</p>	<p>实地访视：</p> <p>查看远程医疗服务系统（硬件和软件），处于正常运行状态，符合相关规范和标准。</p>	定性	专家评审	<p>1. 一项不符合要求扣1分，系统未正常运行扣2分；</p> <p>2. 能够利用移动终端开展远程会诊加1分。</p>
		24	远程医疗服务	8	<p>1. 为基层医疗机构或者基层医疗机构为患者提供远程服务，项目包括：远程病理诊断、远程医学影像（含影像、超声、核医学、心电图、肌电图、脑电图等）诊断、远程监护、远程会诊、远程门诊、远程病例讨论、远程查房、远程监护、远程培训、远程健康监测、远程健康教育）；</p> <p>2. 医疗机构具备与所开展远程医疗服务相适应的诊疗科目；</p> <p>3. 鼓励推行“基层检查、上级诊断”的服务模式。</p>	<p>资料查阅：</p> <p>医疗机构执业许可证副本。</p> <p>实地访视：（时限为考核年度）</p> <p>查看远程服务开展登记记录或病历相关记录。</p>	定性	专家评审	<p>1. 远程服务每提供一项得1分，直至满分；</p> <p>2. 存在超出诊疗科目的远程服务，该项整体不得分；</p> <p>3. 推行“基层检查、上级诊断”服务模式加1分。</p>
	智慧医院	25	信息技术预约	2	支持患者在院外进行分时段预约挂号，预约方式如：网站、手机APP、微信/支付宝、区域挂号平台等。	<p>实地访视：</p> <p>现场演示新技术预约方式，是否能分时段预约。</p>	定性	专家评审	2种（含）以上形式得满分；1种得60%分，未有不得分。
		26	信息技术就医引导	2	<p>1. 挂号分诊、收费、药品调剂室等服务部门的公共信息有电子化展示，并能够与所在部门业务系统联动；</p> <p>2. 候诊区或诊室外有电子显示系统，与挂号、报到、就诊等信息联动；</p> <p>3. 打印的挂号单、检查单、导诊单上有准确的诊疗科室位置信息。</p>	<p>实地访视：</p> <p>1. 查看门诊挂号处、分诊处、收费处、药品调剂室、集中抽血处、放射科/超声科等服务部门的排号或登记系统。如就诊到检、剩余号源、候诊信息、取药信息、抽血到检、检查到检等；</p> <p>2. 候诊区或诊室外的电子叫号系统；</p> <p>3. 随机查看患者持有的挂号单、检查单、导诊单。</p>	定性	专家评审	一项未实现或未开展扣0.5分，扣完为止。
		27	信息技术支付	2	<p>1. 支持患者使用多种缴费方式，包括自助机、诊间计费、自有移动设备等，缴费内容支持门急诊、住院；</p> <p>2. 支持患者在窗口使用移动支付方式付费；</p> <p>3. 开展住院患者床旁结算服务。</p>	<p>实地访视：</p> <p>1. 查看门急诊、住院部的自助缴费、手机端线上支付、诊间计费情况；</p> <p>2. 门急诊收费处、住院结账处窗口移动支付情况；</p> <p>3. 住院患者床旁结算开展情况。</p>	定性	专家评审	<p>门诊：移动支付且一站式支付的得1分，仅移动支付或仅一站式支付得0.6分；非移动支付且非一站式支付不得分</p> <p>住院：提供床旁结算服务加1分</p>

三、 信息 化服 务满 意	智慧 医院	28	信息技术提醒服务	2	1. 为患者提供移动端的实时查询服务，如：预约、挂号、缴费等办理是否成功等； 2. 可根据患者等候队列的实时变化，在移动端给予提示并引导患者就诊； 3. 为患者提供移动端的诊疗活动情况告知，如：手术通知、入院提示、出院提示，取药、报告、危急值信息等。	实地访视： 随机查看患者手机端的实时查询情况和诊疗活动推送信息。	定性	专家评审	一项未实现或未开展扣0.5分，扣完为止。
		29	自助查询服务	2	1. 患者可使用自助设备完成医疗记录的打印，包括检查报告、影像资料、检验结果等； 2. 为患者提供门诊和住院信息的实时自助查询，包括：三大目录、费用清单、预存情况、医师情况、出诊信息、科室情况介绍等。	实地访视： 门诊、住院自助查询服务开展情况。	定性	专家评审	提供查询设备得基础分1.2分，在此基础上有打印加0.3分，有电话查询加0.3分，有网络查询加0.3分，有网络信息推送加0.3分，所加分不得超过指标总分2分。
		30	信息化建设	2	建立并完善电子病历系统，规范管理，以支持医疗工作开展，提高医疗效率，保障医疗安全。	资料查阅： 医疗机构电子病历系统应用分级评价证书。 (电子病历分级依据最新版国家电子病历系统功能应用水平评价方法及标准) 实地访视： 门诊、住院电子病历系统。	定性	专家评审	住院病人与门诊病人均有电子病历得1分，仅住院或门诊有电子病历得0.6分，住院和门诊病人均无电子病历不得分；在此基础上，电子病历应用分级达4级以上得1分，未达4级不得分。
		31	智能技术及可穿戴设备使用	2	1. 患者可在移动端或自助机上根据部位、病情等信息进行简单的分诊，系统可根据患者历史诊疗情况、检查、治疗安排等，给出分诊建议； 2. 有开展其他智能服务（智能医学影像识别、患者生命体征集中监测、可穿戴设备远程监测/指导）。	实地访视： 1. 智能导医分诊服务系统； 2. 其他智能服务开展情况。	定性	专家评审	有智能导医分诊服务系统得1分，未有不得分；有开展其他智能服务2项（含）以上得1分，有1项得0.6分，未有不得分。
		32	药品调剂室自动化设备配置	1	药品调剂室配备自动化设备。	实地访视： 药品调剂室自动化设备配置及运行情况。	定性	专家评审	有配备得满分，未配备不得分。
		33	大数据利用	1	有利用大数据信息技术开展医疗质量控制、规范诊疗行为、评估合理用药、优化服务流程、调配医疗资源等服务。	实地访视： 利用大数据为职能部门的管理活动提供服务情况。	定性	专家评审	有3项以上得满分，2项得80%分，1项得60%分，未有不得分。

四、医疗质量安全满意	医疗质量安全	34	质量与安全管理体系	7	<p>1. 有健全的质量与安全管理体系，包括：医院质量与安全委员会、各质量相关委员会（伦理委员会、人体器官移植技术临床应用与伦理委员会、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、临床输血管理委员会、护理质量与安全管理委员会等）、质量管理部门、各职能部门、科室（部门）质量与安全管理小组等；</p> <p>2. 有医院质量管理组织架构图，能清楚反映医院质量管理组织结构，体现院长是第一责任人；</p> <p>3. 各质量与安全管理组织有明确的质量管理职责；</p> <p>4. 依据医院规模，设置独立的质量与安全管理部，配置充足人力；</p> <p>5. 各质量管理组织定期专题研究质量与安全工作，有记录；</p> <p>6. 各主管部门与职能部门履行策划、指导、检查、监督、考核、评价和控制职能；</p> <p>7. 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。</p>	<p>资料查阅：（时限为考核年度）</p> <p>1. 医院质量管理组织架构图及相应职责；</p> <p>2. 各质量管理组织成立文件，其中明确组织第一责任人与质量管理职责；</p> <p>3. 医院季度质量与安全报告；</p> <p>4. 科室负责人绩效考核办法或方案，体现科室质量与安全管理成效与负责人个人绩效挂钩；</p> <p>5. 质量与安全管理部门设置文件；</p> <p>6. 人力资源部门提供的质量与安全管理部门专职人员名册（学历、专业、专业技术资格、从业年限等）；</p> <p>7. 各质量管理组织定期专题会议记录；</p> <p>8. 抽取2个职能部门，查阅年度与阶段工作计划、考核方案、工作总结与分析、日常监督检查记录、整改意见、质量与安全指标监控分析等；</p> <p>9. 抽取临床、医技科室各1个，查阅科室质量与安全管理工作计划、定期检查记录、培训记录、整改方案、总结分析等。</p> <p>实地访视：</p> <p>1. 随机抽取2名科室负责人（临床、医技各1），核查绩效考核部门提供的科室负责人绩效考核记录；</p> <p>2. 随机抽取10份运行病历，评价医疗质量安全核心制度（三级医师查房制度、疑难病例讨论制度、会诊制度、手术分级管理制度、术前讨论制度、查对制度等）落实情况。</p>	定性	专家评审	<p>1. 体系不健全扣2分，其余一项不符合要求扣1分；</p> <p>2. 职能部门、临床医技科室未充分履行质量与安全管理职责，1个部门或科室扣1分，不能将管理工具运用于日常质量管理活动中，1个部门或科室扣0.5分；</p> <p>3. 1份运行病历核心制度未落实，扣0.2分，扣完为止。</p>
		35	医疗质量管理	6	<p>1. 有医院医疗质量管理和持续改进实施方案及配套制度、考核标准、考核办法、质量指标；</p> <p>2. 建立医疗质量管理考核体系；</p> <p>3. 针对医疗质量关键环节（如危急重患者管理、围手术期管理、输血与药物管理、有创诊疗操作等）制定管理标准与措施；</p> <p>4. 制定重点部门（急诊科、手术室、血液透析室、内窥镜室、导管室、ICU、产房、新生儿病房等）的管理标准与措施；</p> <p>5. 职能部门落实医疗质量考核，并对方案执行、制度落实、考核结果等内容有分析、总结、反馈及改进措施；</p> <p>6. 定期开展形式多样的全员质量与安全教育和培训。</p>	<p>资料查阅：（时限为考核年度）</p> <p>1. 医院医疗质量管理和持续改进实施方案；</p> <p>2. 医院医疗质量管理配套制度、质量指标；</p> <p>3. 质量与安全相关制度、指标执行情况的考核办法；</p> <p>4. 医疗质量关键环节、重点部门的管理标准、措施与办法；</p> <p>5. 职能部门每月医疗质量检查考核记录，对检查考核情况的分析报告、工作总结，以及整改效果、反馈报告；</p> <p>6. 全员质量与安全教育培训记录（含图片、签到表、培训内容、培训考核、培训总结等）。</p> <p>个案追踪：</p> <p>从医院提供相关考核与分析、总结报告中抽取1个事例作为案例，核实考核的办法、结果与实施方案中的规定是否一致。</p>	定性	专家评审	<p>方案、制度或体系不健全，一项扣1分；未落实，一项扣0.5分。</p>
		36	医疗质量安全核心制度	4	<p>1. 严格落实18项医疗质量安全核心制度。按照国家卫生健康委《医疗质量安全核心制度要点》要求，完善本机构核心制度、配套文件和工作流程；</p> <p>2. 加强对医务人员的培训、教育和考核，医务人员掌握并遵循本岗位相关制度，确保医疗质量安全核心制度得到有效落实。</p>	<p>资料查阅：（时限为考核年度）</p> <p>1. 医院医疗质量安全核心制度、配套文件和工作流程；</p> <p>2. 医务人员核心制度培训记录（含图片、签到表、培训内容、培训考核、培训总结等）。</p>	定性	专家评审	<p>一项不符合要求扣2分。</p>

四、 医疗 质量 安全 满意	医疗 质量 安全	37	医疗质量安 全指标监测	3	1. 医疗质量安全指标（手术患者围手术期住院死亡率、手术重返率、重点病种住院死亡率、每万名出院患者医疗事故发生次数等）趋于合理； 2. 医院信息系统支持医疗质量指标数据的统计与分析； 3. 建立医疗质量与安全管理信息相关的数据库，为质量与安全管理决策和持续改进提供依据。	资料查阅：（时限为考核年度） 医疗质量安全指标监测数据及分析报告。 实地访视： 医疗质量与安全管理信息系统，演示指标监测、统计、分析等功能。	定性	专家 评审	1. 指标监测不全面扣2分，无职能部门分析报告扣1分； 2. 建立医疗质量与安全管理信息数据库加1分。
	临床 路径 管理	38	临床路径 覆盖范围	2	三级综合医院 > 15个专业、> 60个病种，至少包括心血管介入、神经血管介入、骨关节植入治疗和肿瘤性疾病等病种； 二级综合医院 > 10个专业、> 40个病种，至少包括心血管内科、神经内科、骨科、肿瘤科主要病种； 二、三级专科医院 ≥ 10个病种。	资料查阅： 查看医院登记上报的开展临床路径管理工作的病种数目。	定量	填报	病种数量达标得满分，不达标不得分。
		39	临床路径 完成率	4	三级医院出院患者临床路径完成率 ≥ 50%	资料查阅：（时限为考核年度） 提供出院患者临床路径管理统计报表，查看出院患者临床路径完成率。  计算公式：出院患者临床路径完成率 = 完成临床路径的出院患者人次 / 同期纳入临床路径的出院患者人次 × 100%  实地访视：（时限为考核年度） 随机挑选5个临床路径管理病种查看住院人数、出院人数、入组率、完成率。	定量	填报	≥ 50%得满分，30%-50%得80分，10%-30%得60分，10%得40分，低于10%按比例得分
		40	临床路径 管理内容	4	在临床路径管理中提供连续服务（药学服务、检查检验服务）	实地访视：（时限为考核年度） 随机抽取3种开展临床路径管理病种各2份归档病历，查看连续服务开展情况。	定性	专家 评审	提供2项以上得满分，1项得60分，未有提供不得分。
	临床 路径 管理	41	临床路径 监测指标	4	1. 临床路径管理病种平均住院日较前缩短或持平； 2. 临床路径管理病种死亡率、医院感染发生率、手术部位感染率、再住院率、非计划重返手术部（室）发生率、常见并发症发生率较前下降或持平； 3. 临床路径管理病种治愈及好转率较前提高或持平； 4. 加强对单病种总费用的监控，按照临床路径管理单病种总费用增幅较前下降或持平。	资料查阅：（时限为考核年度） 提供开展临床路径管理病种各项监测指标报表。 实地访视：（时限为考核年度） 随机抽取3种开展临床路径管理病种各10份归档病历，查看各项指标是否达到。	定量	填报	一项监测指标不达标扣0.5分，扣完为止。
		42	临床路径 管理信息化	3	1. 医院电子病历系统能够提供临床路径知识库； 2. 能够根据临床路径（指南）要求和患者的具体数据，在病房医师下达医嘱时，自动对比执行与变异情况，提示输入变异原因并进行记录，临床路径记录（临床路径入组状态，变异记录）具有完整性； 3. 能够对临床路径管理有关数据进行统计、分析。	实地访视： 医院住院电子病历系统。	定性	专家 评审	一项不符合或未开展扣1分。

四、 医疗 质量 安全 满意	药学 服务	43	药品管理 信息系统	4	1. 医师在下达处方时能关联项目获得药物知识，如提供药物说明查询功能等； 2. 系统针对患者诊断、性别、历史处方、过敏史等进行合理用药、配伍禁忌、给药途径等综合自动检查功能并给出提示； 3. 能对高危药品使用自动给予警示； 4. 支持医师处方开写权限控制； 5. 开方医师能够接收到自己处方的点评结果。	实地访视： 医院门诊、住院电子病历系统，医院处方点评系统。	定性	专家 评审	一项功能不支持或未实现扣1分，扣完为止。
		44	合理用药 指导 (对患者)	4	1. 门诊药品调剂窗口发出的药品标示有用法、用量和特殊注意事项，发药时对患者进行用药交代和用药指导，必要时为患者提供书面用药指导资料； 2. 临床药师在选定专业的临床科室参加日常性药物治疗工作；开展药学查房，对重点患者实施药学监护和建立药历，且工作记录完整；参加病例讨论，提出用药意见和个体化药物治疗建议；参加院内疑难重症会诊和危重患者的救治；审核本人参与的专科病房（区）患者用药医嘱，对不合理用药进行干预，有干预记录； 3. 临床药师为基层医疗机构签约服务的慢性病患者提供用药指导。	资料查阅：（时限为考核年度） 1. 查阅临床药师的工作安排表、工作日志及工作手册，确认其工作覆盖范围； 2. 随机查看1名临床药师的工作记录，核查其对住院患者、基层签约慢性病患者是否提供合理用药指导服务。 实地访视： 1. 在门诊药品调剂窗口，随机询问3名取药患者，药师是否提供合理用药指导服务； 2. 抽取住院运行病历2份（危重患者），核查临床药师参与临床工作的情况，核查用药建议、会诊记录、查房记录。	定性	专家 评审	临床药师为门诊和住院患者提供个性化合理用药指导得3分，仅门诊或仅住院患者指导得1.8分，均未有不得分；在此基础上，临床药师为签约慢性病用药指导得1分，未有不得分。
		45	合理用药指 导（对基层 医疗机构）	4	1. 对基层机构延伸处方审核； 2. 对基层机构医务人员提供合理性用药指导。	资料查阅：（时限为考核年度） 1. 相关管理或工作制度； 2. 药学部门对基层医疗机构提供指导的相关记录。	定性	专家 评审	有制度有记录得满分，有制度无记录或有记录无制度得60分，无制度无记录不得分。
五、 护 理 服 务 满 意	优质 护 理 服 务	46	优质护理 开展率	3	二、三级医院优质护理开展率达100%。	资料查阅：（时限为考核年度） 医院优质护理开展目录，核实优质护理开展率。 计算方法：优质护理开展率=优质护理开展病房数/病房总数×100% 实地访视： 随机抽查3个病区（内科、外科、其他各1个），是否开展优质护理服务，分级护理标准和服务项目是否细化并公示，核查责任护士平均负责患者数量是否超过8名。	定量	填报	二、三级医院优质护理开展率达100%得满分，80%-100%得80分，60%-80%得60分，低于60%不得分。
		47	持续深化优 质护理服务	3	1. 全面落实责任自整体护理工作职责，根据患者的病情及护理需求，提供有针对性、个性化的护理服务，充分考虑患者生理、心理、社会、文化等因素； 2. 根据病情、护理难度和技术要求，对护士进行合理分工； 3. 建立基于护理工作量、工作质量、患者满意度、岗位风险等要素的绩效考核方案，能够体现多劳多得、优劳优酬，充分调动护士工作积极性； 4. 推行表格化护理文书，简化并缩短书写时间，每班护士书写时间原则上不超过30分钟。	资料查阅： 医院护士绩效考核方案。 实地访视： 随机抽查3个病区（内科、外科、其他各1个），查看表格化护理文书是否规范并体现专科特点。 调查访谈： 1. 随机访谈5名患者，了解责任护士是否针对患者个体情况提供服务，患者对服务是否满意； 2. 访谈1名护理管理人员和3名临床护理人员，是否知晓绩效考核方案。	定性	专家 评审	1. 无方案扣1分，方案不完善扣0.5分，访谈知晓率未达到100%，扣0.3分； 2. 1个病区护理文书不符合规范扣0.5分，扣完为止； 3. 访谈1名患者对责任护士服务不满意，扣0.3分，扣完为止。
		48	护理延伸 服务	4	通过培训、指导、帮带、远程等方式，将健康管理、老年护理、康复护理、安宁疗护等延伸至基层医疗机构和家庭。	资料查阅：（时限为考核年度） 1. 基层医疗机构、“互联网+”、家庭护理延伸服务相关制度； 2. 各项护理延伸服务相关记录。	定性	专家 评审	提供3种以上得满分，提供2种得80分，提供1种得60分，未有不得分。



六、医技检查服务满意	医技检查服务	49	出具检查、检验结果报告	3	<p>1. 检验检查结果出具时间符合相关要求： ①术中冰冻病理自接到送检标本到出具结果时间 ≤30分钟（夜间及节假日除外）； ②超声自开始检查到出具结果时间 ≤30分钟（诊断困难需会诊的除外）； ③血、尿、便常规检验、心电图、影像常规检查项目自开始检查到出具结果时间 ≤30分钟； ④生化、凝血、免疫等检验项目自开始检查到出具结果时间 ≤6小时； ⑤大型设备检查项目自接到检查报告申请单到出具检查结果时间 ≤48小时； ⑥细菌学涂片检验项目自开始检查到出具结果时间 ≤2小时。</p> <p>2. 有缩短医学检验、医学影像等报告时限的措施； 3. 能通过电话、网络、短信、手机APP、纸质等多种方式告知患者检查结果。</p>	<p>资料查阅：（时限为考核年度） 1. 医院对医技科室出具检验、检查报告时限要求的规定； 2. 落实缩短报告时限相关材料； 3. 职能部门对规定落实情况进行监督评价并持续改进的记录。</p> <p>实地访视：（时限为考核年度） 1. 抽查出院病历和运行病历各5份，核查出报告时间是否符合要求； 2. 患者是否有三种（含）以上方式获取检查结果。</p>	定性	专家评审	无制度或措施扣1分，未落实扣0.5分，其余不符合要求，每项扣1分。
		50	危急值报告制度	5	<p>1. 有临床危急值报告制度及流程，流程应是以通知到患者为止的闭环流程； 2. 根据临床需要，共同制定危急值报告项目和范围，并向全院公布，临床科室可查阅，检查（验）科室人员熟悉危急值报告项目和范围； 3. 检查（验）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； 4. 有完整的危急值报告登记资料； 5. 信息系统能自动识别、提示危急值，检查（验）科室能通过网络及时向临床科室发出危急值报告，并有醒目的提示。</p>	<p>资料查阅：（时限为考核年度） 1. 医院制订的危急值报告制度与流程； 2. 检验检查项目危急值报告项目和范围一览表，包括但不限于检验科、临床实验室、医学影像部门、电生理室、内窥镜室、血液药物浓度检测部门等医技科室； 3. 医院召开的危急值及其范围评估会议记录（每年至少一次）； 4. 医院对相关人员进行危急值发送、接受、报告培训资料； 5. 职能部门监督检查及持续改进记录。</p> <p>实地访视： 1. 抽查3个医技科室的危急值报告登记记录本； 2. 查看医院信息系统（LIS、PACS）是否具有自动识别、提示危急值的功能；通过网络发送危急值的医院，查看医院信息系统（HIS）是否具有文字或语言提醒功能。</p> <p>调查访谈： 抽查3名在岗的检查（验）科工作人员（高、中、初级职称各1名）了解其对危急值报告相关规定、项目与范围的知晓度；</p>	定性	专家评审	<p>1. 无制度，该项整体不得分，制度不完善、流程不是闭环流程或门急诊、住院未分别制定流程扣1分； 2. 危急值报告项目和范围不全或不合理，扣1分，未定期评估更新扣0.5分； 3. 1个科室危急值报告登记不规范，扣0.5分，1名访谈人员知晓率未达100%，扣0.5分，扣完为止； 4. 其余不符合要求，每项扣1分； 5. 信息系统具有文字或语言提醒功能加1分。</p>
		51	同级医疗机构医学检验和医学影像检查结果互认	2	<p>1. 按照《关于深入推进同级医疗机构医学检验和医学影像检查结果互认工作的通知》（豫卫医[2013]136号）要求，实施同级医疗机构医学检查检验结果互认； 2. 在医联体内率先实现医学检验、医学影像、病理检查等资料和信息共享。</p>	<p>资料查阅：（时限为考核年度） 1. 同级医疗机构检查、检验结果互认工作制度及互认项目； 2. 职能部门对推进该项工作的督导检查及持续改进工作记录； 3. 医联体内医疗机构检查、检验结果信息共享相关机制。</p> <p>实地访视： 1. 随机抽查5名门诊患者检查、检验结果互认落实情况（互认标志、互认章等）； 2. 随机抽取1名医联体内转诊的住院患者，核查检查、检验结果信息共享机制是否落实。</p>	定性	专家评审	有制度有落实且持续改进得满分，缺一项得60%分，缺两项得40%，均未有不得分。医联体内实现医学检查和医学影像检查结果信息共享，加1分。

七、 医疗 收费 服务 满意	医疗服务 价格 管理	52	价格公示	2	1. 在服务场所显著位置，采用电子触摸屏、电子显示屏、公示栏、公示牌、价目表、价目本等方式公示医疗服务、药品及医用材料的价格； 2. 公布本单位及同级物价部门价格举报电话； 3. 提供多种形式的医药费用查询服务，并明确告知住院患者费用查询方式。	实地访视： 查看门急诊、医技科室、病区是否落实价格公示制度，是否公示价格举报电话，是否提供多种形式进行费用查询。 调查访谈： 抽取3名不同病区的住院患者，询问是否了解住院费用查询方式。	定性	专家评审	一项未落实扣1分。
		53	费用清单 制度	1	建立费用清单制度，向患者提供医疗服务、药品、医用材料等费用清单。	实地访视： 随机查看门急诊患者、住院患者手中的一日清单。	定性	专家评审	有制度且门诊、住院均落实得满分，无制度或门诊、住院未落实得50%分，未有不得分。
	医疗 收费 服务	54	规范收费 行为	3	1. 有保障医药价格信息管理系统价格信息真实、准确的措施，提供价格咨询服务； 2. 有价格投诉处置机制和处理程序，有专人负责价格投诉处置工作，处理及时； 3. 开展医院内部价格监督自查，出院患者医药费用复核落实到位，及时纠正不规范收费行为； 4. 医院定期对各部门、各科室的价格执行情况进行监管，监管结果纳入科室考核； 5. 无拆分手术或检验检查项目，未按照项目和计价依据收费、术中加价等违规收费行为。	资料查阅：（时限为考核年度） 1. 医院医药价格调整制度及流程； 2. 价格投诉接待制度、接访人员职责、接访记录本（其中有投诉记录、处理意见、整改反馈记录）； 3. 医院内部价格定期监督自查情况报告（含整改反馈）。 实地访视：（时限为考核年度） 1. 查看医院价格信息管理系统，核对价格调整的及时性与准确性； 2. 查看提供价格咨询服务的记录； 3. 随机抽查20份归档病历，核查是否存在自立项目、分解收费、重复计费、打包或捆绑收费情况，三单是否一致（医嘱、报告单、费用清单）。 调查访谈： 抽取3名术后患者，询问医务人员是否存在诱导医疗、术中加价等违规收费行为。 个案追踪：（时限为考核年度） 1. 从职能部门对价格投诉处理记录中，抽取1例，追踪整改措施的落实情况； 2. 从医院内部价格定期监管自查报告中，抽取检查中所发现的2个问题作为案例，追踪科室整改措施的落实情况，以及监管结果是否纳入科室考核。	定性	专家评审	1. 无价格调整机制扣0.3分，价格调整不及时、不准确，扣0.3分，未提供价格咨询服务，扣0.3分； 2. 无价格投诉接待制度或未指定专人扣0.3分，无投诉记录、处理不及时或整改未落实，扣0.3分； 3. 未定期监督自查扣0.3分，结果未落实，每个案例扣0.3分，扣完为止； 4. 1份病历存在违规收费行为或三单不一致，扣0.1分，扣完为止； 5. 存在诱导医疗、术中加价等严重违规收费行为，该项整体不得分。

八、 医德 医风 满意	医德 医风 建设	55	医德医风 考评	4	<p>1. 二级以上医院100%实行医德考评制度；</p> <p>2. 有医德医风考评方案和量化标准；</p> <p>3. 定期对医务人员进行考评；</p> <p>4. 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；</p> <p>5. 通过考评推动医德医风建设，改善服务质量；</p> <p>6. 开展“三亮”活动、“六式”教育，落实“三严”，坚持查摆与整改相结合，形成医德医风建设的长效机制和良好风气。</p>	<p>资料查阅：（时限为考核年度）</p> <p>1. 医院医德医风考评方案及量化指标，其中包含考评结果的运用；</p> <p>2. 医院“亮出形象正党风 医德建设争先锋”活动实施方案；</p> <p>3. 医务人员医德考评档案；</p> <p>4. 定期考评结果及公示材料；</p> <p>5. 开展“亮·争”活动相关资料（包括医德医风问题清单、整改台账、活动创新举措、受到上级通报表彰的相关文件等）；</p> <p>6. 职能部门对医德医风考评的成效分析及持续改进报告。</p> <p>实地访视：（时限为考核年度）</p> <p>1. 抽查医德考评档案（纸质或电子版），检查档案建立是否一人一档，是否规范；考评结果是否与评先评优、技术职务晋升聘用挂钩；</p> <p>2. 随机抽查党员是否佩戴党徽，党员岗位是否有公示，党员责任区是否有以党员命名的标识牌。</p> <p>调查访谈： 访谈3名党员，是否熟知“亮·争”活动要求。</p>	定性	专家评审	<p>1. 无方案或量化指标、未建立医德医风档案（一人一档）、无“亮·争”活动实施方案，该项整体不得分；</p> <p>2. 方案或量化指标不科学扣0.5分；</p> <p>3. 未按时考核扣1分，考评结果未有效运用扣0.5分；</p> <p>4. “亮·争”活动查摆问题不准确、整改未落实扣0.5分，“三亮”活动未落实、知晓率未达100%扣0.5分，扣完为止。</p> <p>5. 无成效分析扣0.5分，持续改进不到位扣0.5分。</p> <p>6. “亮·争”活动受到上级通报表彰或省卫健委宣传推广的，加1分。</p>	
		56	医务人员 风貌	2	医务人员在岗期间着装整洁，言行规范，使用文明用语，佩戴胸卡。	<p>实地访视： 随机抽查在岗医务人员着装、言行、佩戴胸卡情况。</p>	定性	专家评审	随机查到1名未携带胸卡/着装不整洁/言行不规范的在岗医务人员扣0.3分，5个及以上该项不得分。	
	人文 服务		57	保护患者 隐私	2	<p>1. 有私密性的诊疗环境；</p> <p>2. 在患者进行暴露躯体检查时提供保护隐私的措施；</p> <p>3. 多人病室各病床之间有间隔设施，不在住院患者床头卡上写入院诊断；</p> <p>4. 有私密性的医患沟通及知情告知场所。</p>	<p>资料查阅：（时限为考核年度）</p> <p>1. 医院保护患者隐私相关制度及措施；</p> <p>2. 职能部门对保护患者隐私的设施和管理措施的检查监管记录及持续改进报告。</p> <p>实地访视： 查看诊室、检查室、治疗室、病房是否有遮挡设施，住院患者床头卡上是否写有入院诊断，手术室、病房是否单独设置医患沟通场所。</p>	定性	专家评审	有制度有遮挡得基础分1.2分，有制度无遮挡或有遮挡无制度得0.8分，无制度无遮挡不得分；在此基础上，不在住院患者床头卡写入院诊断得0.8分，写入院诊断不得分
			58	患者 心理疏导	2	针对住院患者，医院提供患者心理状态初筛，且根据需求提供心理指导服务。	<p>资料查阅：（时限为考核年度）</p> <p>1. 住院患者心理状态初筛的相关制度及流程；</p> <p>2. 住院患者心理状态初筛的相关记录；</p> <p>3. 为住院患者提供心理指导服务的相关记录。</p>	定性	专家评审	有制度有执行得满分，有制度无执行或有执行无制度得60%分，无制度无执行不得分。
			59	医务人员 心理疏导	2	针对医务人员，医院根据需求提供心理指导或压力舒缓等服务。	<p>实地访视： 查看医院为医务人员提供心理疏导服务的场所，并查阅相关记录。</p>	定性	专家评审	有制度有执行得满分，有制度无执行或有执行无制度得60%分，无制度无执行不得分。
			60	医务人员后 勤保障服务	2	为医务人员提供手术室休息间、病房值班室、餐饮、托幼、青年公寓等服务。	<p>实地访视： 手术室休息间、病房值班室、餐饮、托幼、青年公寓等环境与设施。</p>	定性	专家评审	提供3种（含）以上得满分，提供2种得60%分，提供1种得30%分，未有不得分。

八、 医德医风	医务社工及志愿者制度	61	医务社工配备	3	设立医务社工岗位，协助开展医患沟通，提供诊疗、生活、法务、援助等患者支持等服务。	资料查阅：（时限为考核年度） 1. 医院设立医务社工岗位的相关文件； 2. 人力资源部门提供的医务社工岗位人员名册。 调查访谈： 调查医务社工人员服务开展情况，访谈服务内容。	定性	专家评审	设立医务社工岗位得60%分，设置专职得满分。
		62	志愿者服务时长	3	志愿者服务累计时长超过4000人次*小时/年。	资料查阅：（时限为考核年度） 医院志愿者服务工作记录、排班表，核实服务累计时长。	定量	填报	超过4000人次*小时/年得满分，低于4000则按比例得分。
九、 营养膳食服务	营养科（室）建设	63	营养科（室）设置	3	1. 三级医院和具备条件的二级医院应设立临床营养科，其他医院设立营养诊室； 2. 具备与其功能和任务相适应的场所、设施、仪器设备和人员等条件； 3. 临床营养专业人员与床位比不少于1:200，营养师占专业人员的比例≥50%，科室负责人应具备营养专业或医学专业学历背景及副主任医师以上职称； 4. 设有营养门诊、营养代谢实验室（可在检验科设置）、治疗膳食配置室、肠内营养配置室，开展营养查房、营养风险筛查和营养评定； 5. 规范应用特殊医学用途配方食品。	资料查阅： 1. 医院设置营养科（室）相关文件； 2. 营养科（室）负责人任命文件； 3. 人力资源部门提供的科室工作人员名册（专业、技术职称、执业资质、从事专业年限）； 4. 营养科（室）工作制度及各级各类人员岗位职责。 5. 科室内部设置一览表； 6. 科室设施设备清单； 7. 肠内营养制剂应用种类清单及医嘱记录。 实地访视：（时限为考核年度） 1. 核查科室负责人的专业技术职称与专业学历证书； 2. 查看肠外营养配置室及相关的工作记录； 3. 查看营养门诊设置； 4. 查看特殊、疑难、危重及大手术患者营养会诊的记录（1例）； 5. 核查特殊医学用途配方食品是否在营养师指导下使用，是否经过营养评估。 抽查考核： 抽取1名营养师，考核营养筛查和评价技能，要求掌握度100%。	定性	专家评审	1. 未设置营养科（室），该项整体不得分； 2. 无工作制度或岗位职责扣1分，不完善扣0.5分； 3. 提供营养服务，缺一项扣0.2分； 4. 其余一项不符合要求扣0.5分。
		64	住院便民服务	1	为有需要的住院患者提供健康指导和治疗饮食等便民服务。	实地访视： 随机抽查3个病区（内科、外科、其他各1个），查看住院患者健康指导和治疗饮食服务。	定性	专家评审	提供2项服务得满分，仅提供健康指导或治疗饮食得60%分，未有不得分。
		65	营养健康教育	2	1. 对各类患者提供针对性的疾病营养健康教育，提高其认知水平，改善其膳食行为和营养状况； 2. 开展“中国居民膳食指南”等相关知识的教育，普及健康生活方式，提高人民健康水平。	资料查阅：（时限为考核年度） 1. 科室开展营养与健康宣传教育的资料； 2. 为出院患者提供膳食营养指导的记录。	定性	专家评审	2项均开展得满分，开展1项得50%分，未有不得分。

九、 营养膳食服务满意	膳食服务	66	营养食堂	2	通过营养测评、营养指导和膳食管理，提高膳食质量，为各类患者提供热量、各类营养素适宜的治疗膳食等各类医疗膳食。	资料查阅：（时限为考核年度） 1. “住院患者的各类膳食的适应证和膳食应用原则”手册； 2. 为营养不良/营养失衡患者制订的营养支持方案（1例）； 3. 重点患者营养病历记录（1例）； 4. 医院膳食医嘱执行路径； 5. 营养食堂食品操作（准备、处理、储存、运送）标准与程序，如为社会化服务，查看服务合同及医院对服务供应商资质审查资料（营业执照、卫生许可证等）； 6. 有关监督机构对营养食堂场所卫生条件的评估报告及整改落实材料。 实地访视： 随机抽取1个病区，查看向患者免费发放的“应用原则”指导手册，随机抽取3份采用治疗膳食的病历，从护理、营养科、患者实际摄入三个关键环节核查膳食医嘱的落实情况。 调查访谈： 访谈1名临床医师，了解对膳食医嘱执行路径的知晓度。 个案追踪： 跟踪一个餐次送餐，核查食品操作（准备、处理、储存、运送）是否符合标准。	定性	专家评审	1. 无应用原则手册扣0.3分，未落实扣0.2分； 2. 无膳食医嘱执行路径扣0.3分，未落实扣0.2分； 3. 无营养食堂食品操作标准与程序或不规范，扣1分，未落实扣0.5分； 4. 供应商资质审查资料不全或存在重大缺陷扣1分； 5. 营养食堂场所卫生条件评估不达标，扣0.5分，整改意见未落实扣0.2分。
		67	清真食堂（灶）	1	尊重患者的民族风俗习惯及民族信仰，三级医院要独立设置清真食堂，其它医院要独立设置清真食堂或清真灶。	实地访视： 医院清真食堂（灶）提供膳食服务的情况，卫生条件符合相关要求。	定性	专家评审	未独立设置不得分，卫生条件不符合要求扣0.5分。
十、 卫生间服务设施满意	卫生间服务设施	68	卫生间卫生	2	1. 设施设备清洁卫生，无明显异味； 2. 环境整洁有序； 3. 地面防护性能良好，重点区域有防滑措施，保洁人员湿拖作业时放置警示标识。	实地访视： 随机抽查门诊、住院部、医技辅助科室的3间卫生间： 1. 门窗、隔板、地面、墙壁、便器、洗手池等设施设备是否清洁卫生，有无积水、积便、积污、痰迹、血迹、呕吐物、污染物等； 2. 有无明显异味，有无蝇蛆，有无乱写乱画乱贴、乱堆物品； 3. 查看地面是否防滑，洗手池前是否采取防滑措施，湿拖地面时是否放置警示标识。	定性	专家评审	卫生间清洁、无味、防滑得1.2分；满足清洁/无味/防滑任何两项得0.8分；满足清洁/无味/防滑任何一项得0.4分；检查当日评分0.8分，发现一处便池不能使用扣0.2分，扣完为止。
		69	卫生间设施设备	2	1. 各项设施设备齐全完好、使用正常； 2. 设置保洁责任人信息公示牌； 3. 卫生间设置醒目的指示牌、引导牌、防滑警示牌等； 4. 卫生间内设置挂钩，方便患者悬挂输液瓶等物品； 5. 按需配置手卫生设施，及个人清洗消毒用品； 6. 因主体结构损坏或管道堵塞等原因停止使用时，是否有公示停用期限，并指明就近卫生间位置以方便患者如厕。	实地访视： 随机抽查门诊、住院部、医技辅助科室的3间卫生间，1. 查看门、窗、墙壁、屋顶、照明灯具、便器、洗手池、水龙头、镜子、墩布池、通风除臭设备、门把手、挂钩等设施设备是否齐全完好； 2. 是否公示保洁责任人信息； 3. 是否配置洗手液、卫生纸、干手纸巾（或烘手机），清洗消毒用品是否及时补充； 4. 停止使用时，是否有相应公示及指引。	定性	专家评审	1. 一项不符合要求扣0.2分，扣完为止。 2. 使用感应式水龙头，提供干手纸巾，分别加0.5分。

十、卫生间服务设施满意	卫生间服务设施	70	建立卫生间卫生长效管理机制	2 1. 制订详细的卫生管理制度和保洁服务规范，明确保洁人员职责、着装防护和清扫频率，规范保洁用具的清洗消毒和位置摆放； 2. 结合卫生间配置现状和患者就诊流量，科学配备足够数量的保洁人员，特别是门急诊患者流量较大的繁忙时段，增加保洁人员数量或保洁频次； 3. 加大日常卫生监督检查和巡查工作力度，确保卫生间得到及时清扫和消毒； 4. 不定期抽查厕所卫生管理状况，督促落实各项卫生管理措施。	资料查阅：（时限为考核年度） 1. 卫生间卫生（保洁）管理制度，包含卫生间巡查机制、保洁人员岗位职责、岗位培训制度、岗位考核制度等； 2. 卫生间保洁作业标准（规范）； 3. 卫生间保洁人员配置名单； 4. 高峰时段卫生间卫生保障措施； 5. 职能部门不定期检查监管及持续改进报告。 实地访视： 1. 卫生间是否有每日定时检查（巡查）记录； 2. 高峰时段卫生保障措施是否落实。	定性	专家评审	无制度或措施扣0.5分，未落实扣0.3分。其余不符合要求，每项扣0.5分。
合计		70		200				