**北京市大型医院巡查实施细则**

**北京市卫生和计划生育委员会制定**

**2015年8月**

第一部分   反腐倡廉建设

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **1. 反腐倡廉建设总体情况。** | 1.是否制订贯彻落实《中共国家卫生计生委党组贯彻落实〈建立健全惩治和预防腐败体系2013-2017年工作规划〉的实施办法》的工作计划，细化工作目标和措施； | **文档资料：**医院《贯彻落实〈建立健全惩治和预防腐败体系2013-2017年工作计划〉的实施办法》的工作计划（或工作方案、实施细则）等。**检查方法：**查阅上述文档资料，了解细化工作目标、工作措施的情况。 |
| 2.是否建立惩防体系建设领导小组并经常研究反腐倡廉工作； | **文档资料**：医院建立惩防体系建设领导小组的相关文件、会议纪要（记录、决定）。**检查方法：**查阅上述文档资料，了解该领导小组研究反腐倡廉工作情况。 |
| 3.是否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，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； | **文档资料：**1.医院《2014年党风廉政建设任务分工》。2.医院《党风廉政建设责任制实施办法》。3.医院《纠风工作责任制任务分工》。4.医院党风廉政建设责任制度及医疗纠风建设工作制度。**检查方法：**1.查阅上述文档资料，了解医院领导机制和工作机制建立完善及逐级落实情况。2.随机访谈主管部门工作人员1名，了解党风廉政建设责任制和纠风工作责任制、工作制度及内容的知晓情况。 |
| 4.是否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，是否制定具体工作计划和方案及组织实施情况； | **文档资料：**1.医院年度工作计划。2.医院惩治和预防腐败体系建设工作计划和方案、责任分工等文件。3.医院惩治和预防腐败体系建设工作记录、工作总结等。**检查方法：**查阅上述文档资料，了解医院惩治和预防腐败体系建设工作研究、同部署、同落实、同检查的情况，以及工作计划和方案及组织实施情况。 |

第一部分  反腐倡廉建设

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **1. 反腐倡廉建设总体情况。** | 5.领导班子主要负责人是否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； | **文档资料：**医院领导班子对重点案件、重要事项的批示、党政办公会会议记录和工作记录。**检查方式：**查阅上述文档资料，了解医院领导班子主要负责人督办线索反映集中、群众反映强烈的案件，帮助解决干部群众反映的困难问题，研究决定“三重一大”集体决策事项的情况。  |
| 6.是否设立纪检监察组织机构，人员配备是否与岗位要求、医院任务相匹配，具备开展工作的良好条件； | **文档资料：**医院纪检监察干部任命和纪检监察机构编制的文件。**检查方式：**查阅上述文档资料，了解医院按照市卫生计生委《关于进一步加强纪检监察组织机构建设的实施意见》要求配备纪检监察人员的情况。 |
| 7.是否严格执行中央八项规定精神； | **文档资料：**1.医院落实中央八项规定精神制定的配套制度。2.医院贯彻落实中央八项规定精神印发的相关文件、召开的会议和举办相关活动的通知，以及会议记录、相关活动的报道等。3.医院公务用车节假日使用的登记或记录。**检查方式：**查阅上述文档资料，了解医院制定执行中央八项规定精神相关制度和开展相关学习培训活动的情况，以及精简会议文件、规范公车使用，推进作风转变的落实情况。 |
| 8.是否推进反腐倡廉教育，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（业）的思想道德基础； | **文档资料：**医院开展反腐倡廉教育的工作计划或工作方案、相关信息，包括且不限于书籍、图片、影像资料等。**检查方式：**查阅上述文档资料，了解医院反腐倡廉宣传教育活动开展情况。 |

第一部分  反腐倡廉建设

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **1. 反腐倡廉建设总体情况。** | 9.是否切实加强制度建设，以规范权力运行为重点，针对“权、钱、人、项目”等重点环节，制定一系列规定和实施细则，形成较为完备的制度体系，并认真执行； | **文档资料：**医院财务、干部选拔任用、重大项目、班子成员任务分工、内设单位职权界定、权力使用标准等方面的相关规定和实施细则。**检查方式：**查阅上述文档资料，了解医院反腐倡廉制度建设情况。 |
| 10.是否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。 | **文档资料：**医院廉政风险防控管理的相关规定、权力运行流程图、集体决策事项目录、内部科室涉权事项目录、管理权力和医疗服务廉洁风险动态监控信息等资料。**检查方式：**1.查阅上述文档资料。2.实地查看医院风险防控信息平台，了解对管理权力和医疗服务廉洁风险动态监控的情况。 |
| **2.健全完善决策机制。** | 1.是否建立健全党委（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； | **文档资料：**医院议事规则和工作规则等相关文件， “三重一大”集体决策制度、党政办公会会议记录。**检查方式：**查阅上述文档资料。了解议事规则和工作规则建立情况，以及“一把手”有无落实末位发言制。 |
| 2.是否建立“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； | **文档资料：**1.医院“三重一大”事项集体决策制度及配套文件、大事记、会议纪要等文件。2.医院“三重一大”事项公示文件、图片等资料。**检查方式：**1.查阅上述文档资料。2.实地查看“三重一大”事项公示文件、图片等。 |

第一部分  反腐倡廉建设

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **2.健全完善决策机制。** | 3.是否建立健全决策权、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； | **文档资料：**1.医院决策权、执行权、监督权的结构图和运行的相关规定。2.医院领导班子任务分工的相关资料。**检查方式：**1.查阅上述文档资料。2.实地访谈1名医院领导班子成员，了解班子成员分工情况。 |
| 4.是否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。 | **文档资料：**1.医院全民决策的相关制度。2.医院职代会会议纪要、专业委员会论证纪要。**检查方式：**1.查阅上述文档资料。2.随机抽查医院2个重点事项，了解民主决策制度的落实情况。 |
| **3.治理商业贿赂情况。** | 1.是否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件开展警示教育； | **文档资料：**1.医院开展干部职工教育的工作计划。2.医院利用典型案件开展警示教育活动的方案、教育活动的通知、教育活动信息、和图片等资料。**检查方式：**1.查阅上述文档资料。2.随机访谈3名干部职工，了解医院开展纪律法制教育和警示教育的情况。 |
| 2.是否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； | **文档资料：**1.医院重点部门和关键岗位的清单。2.医院财务、基建、药剂、信息、采购等部门负责人定期轮岗交流的相关规定，以及相关人员轮岗交流的任命文件。**检查方式：**1.查阅上述文档资料。 2.随机访谈3名重点部门和关键岗位负责人，了解定期轮岗交流制度的落实情况。 |

第一部分  反腐倡廉建设

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **3.治理商业贿赂情况。** | 3.是否加强处方权监管，严格落实药品用量动态监测和超常预警制度、不当处方院内公示和点评制度，推行阳光用药，加强统方管理，是否对信息系统中的药品、耗材使用信息实行加密管理，健全内部制衡机制，严格统方权限和审批程序，安装反统方软件等信息化手段防范非法统方； | **文档资料：**1.医院《处方管理制度》、《药品用量动态监测和超常预警制度》、《合理用药监督管理制度》等相关管理制度。2.医院药事管理委员会及药品采购相关组织机构和管理制度。3.医院处方点评工作记录、工作总结等相关资料。4.医院反统方软件建设的招投标书、软件设计建设资料、软件经费支出存根。5.医院医用耗材的购进、领用和库存记录。6.医院药品遴选标准、程序。7.医院紧急特殊使用药品登记汇总表。8.医院药品货款支付单据和送货凭证。9.医院开户配送商名单。10.医院药事管理委员会会议记录及投票结果。**检查方法：**1.查阅相关管理制度，了解符合《北京市卫生局关于印发北京市医疗机构药品采购和使用若干规定的通知》（京卫药械字〔2013〕115号 ）文件、治理商业贿赂实施意见、阳光采购等文件要求的情况。2.随机抽查一段时期内处方点评记录、点评结果及公示情况。3.随机抽查门诊及病房（毒麻药，精神，抗菌药物）处方或医嘱各1份（共6份），了解开方医师、审方药师经过相关培训，具有相应资质的情况。4.随机抽查一段时期内公示的药品及医用耗材使用数量、金额的前20位或异常增长产品的公示情况。5.实地查看医院信息系统中药品、耗材动态监管、统计的情况。药品监管系统应具备管理功能，包括查询、权限、价格、科室、医师等信息；管理系统按部门或人员的信息查询权限进行分级管理，严格限制可进行统方医师的权限。6.实地查看医院信息系统中反统方软件运行的情况。7.查阅医用耗材购进、领用和库存记录，了解其完整性和专人负责保管的情况。 |

第一部分  反腐倡廉建设

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **3.治理商业贿赂情况。** | 3.是否加强处方权监管，严格落实药品用量动态监测和超常预警制度、不当处方院内公示和点评制度，推行阳光用药，加强统方管理，是否对信息系统中的药品、耗材使用信息实行加密管理，健全内部制衡机制，严格统方权限和审批程序，安装反统方软件等信息化手段防范非法统方； | 8.实地查看医院是否有药品、耗材动态监管、统计系统和软件。药品监管系统应具备管理功能，包括查询、权限、价格、科室、医师等信息，管理系统按部门或人员的信息查询权限进行分级管理，严格限制可进行统方医师的权限.9.实地查看医院信息系统或药库管理系统中一段时期内的药品采购数据，数据信息应包括药品名称、剂型、规格、生产企业、采购金额、销售金额、采购数量、配送企业等，刻盘带回加以核对。10.随机抽查一段时期内的紧急特殊使用药品登记汇总表，查看网上登记，各流程符合程序要求的情况。11.随机抽查一段时期内的货款支付单据和送货凭证，核对药品品种、回款时间和比例实行药品阳光采购，按要求进行全品种网上采购，全过程公开透明、规范标准的情况，以及完善医疗机构采购内控机制，落实医疗机构主要领导不直接分管医药产品采购工作，医药产品采购在药事管理等委员会框架下实行集体决策、实名投票，且至少超过2/3人员同意方能通过的情况。12.查阅主管部门资料，了解每季度对用量、金额排名前列的药品及异常增长的药品进行统计、公示，并有针对性地开展处方点评工作，对点评中发现的不合理处方及典型问题进行公示、反馈，对相关科室和医师按照医院规定有相应处理的情况。13.追踪近两年某新药的招标采购入库全流程，重点审查药事会相关记录，了解按照上级有关部门和医院的相关规定体现阳光、公正、透明药品招标采购原则的情况。 |
| 4.是否落实医药购销廉洁协议制度； | **文档资料：**医院上一年度医药购销协议原始资料。**检查方式：**查阅上述文档资料。 |
| 5.是否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。 | **文档资料：**医院或工作人员因商业贿赂被执法执纪机关查处的相关资料。如果已经上报，提供该单位上报行贿的企业和个人名单的相关资料。**检查方式：**查阅上述文档资料。 |

第一部分  反腐倡廉建设

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **4.加强医德医风建设情况。** | 1.是否加强医德医风教育，培养树立先进典型，弘扬新风正气； | **文档资料：**1.医院设立医德医风管理组织体系及主管部门的相关文件和相关工作制度。2.医院主管部门对职工医德医风培训教育的培训计划、培训方式、培训时间、培训训课件、培训签到、培训效果和培训工作记录等的相关资料。3.医院树立正面典型的数量、事迹等相关资料。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。了解医院工作制度中是否包括加强医德医风建设和教育培训相关内容。2.实地查阅医院网站、报刊等，了解关于医疗系统或医院先进典型事迹报道宣传的情况。3.随机访谈医师、护士、医技人员、管理人员、窗口服务人员各1名，了解医院医德医风工作制度、本部门/岗位医德医风要求的知晓情况，以及近一年参加培训数量、培训内容和感受。 |
| 2.是否建立完善医师执业考核制度，制订《医师定期考核管理实施细则》并组织实施，建立健全考核档案管理； | **文档资料：**1.医院成立医师定期考核领导小组和办公室的相关文件。2.医院医师定期考核工作制度。3.医院最近一个周期医师定期考核的工作方案和工作总结。4.医院医师名册。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.从医院医师名册中随机抽取3名医师（内、外、医技科室各1名），查看其医师定期考核有关材料及考核结果（包括职业道德、业务水平、工作成绩三部分）。3.随机访谈医师、主管部门人员各1-2名，了解其对医师定期考核工作知晓情况。 |
| 3.是否建立健全医德考评制度，细化工作指标和考评标准； | **文档资料：**1.医院医德考评制度、细化的工作指标和考评标准。2.医院医德考评的工作记录和工作总结。3.医院人员名册。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.随机抽查医师、护士、医技人员各1人的医德考核有关材料及考核结果。 |

第一部分  反腐倡廉建设

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **4.加强医德医风建设情况。** | 4.是否把日常监管、科室日常考核结果与医德考评工作相结合； | **文档资料：**1.医院医德考评制度、细化的工作指标和考评标准。2.医院医德考评的工作记录和工作总结。3.医院人员名册。**检查方法：**1.查阅上述文档资料，了解医院医德医风工作制度中包括各相关部门将日常监督、科室日常考核结果与医德考评工作相结合内容的情况。2.随机抽查医师、护士、医技人员各1人的医德考核有关材料及考核结果。 |
| 5.是否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； | **文档资料：** 1.医院人事管理工作制度。2.医院医德医风考核资料。3.医院医德医风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的实例。4.医院人员名册。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.随机抽查医师、护士、医技人员各1人的人事档案，了解医德考评结果与晋职晋级、岗位聘用、评先评优的运用情况。 |
| 6.定期采用顾客满意度定量评价方法对医院服务质量和医德医风满意程度进行规范、客观、公正的社会评价； | **文档资料：**1.医院采用顾客满意度定量评价方法对医院服务质量和医德医风满意程度进行社会评价的相关规定、评价的内容、评价的方法，以及工作记录、工作总结等。2.医院患者满意度调查资料、调查结果及相关反馈。**检查方法：** 查阅上述文档资料。 |

第一部分  反腐倡廉建设

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **4.加强医德医风建设情况。** | 7.定期收集的意见和社会评价的结果向全体职工反馈，并用于对科室与职工的业绩评价与聘用，用于服务行为管理和医德医风建设的持续改进活动。 | **文档资料：**1.医院定期收集的意见和社会评价的结果。2.医院收集的意见和社会评价结果用于科室、职工业绩评价及聘用的相关资料。3.医院收集的意见和社会评价的结果反馈用于服务行为管理和医德医风建设持续改进的相关资料或实例。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。2.实地查看医院信息系统、内部刊物、会议记录等向全体职工反馈的形式。3.随机访谈医院2名职工，了解对上述举措知晓和有效性评价的情况。 |
| **5.推进院务公开，实施民主管理的情况。** | 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； | **文档资料：**医院院务公开领导小组名单、院务公开实施办法和相关工作制度。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.访谈党政主要领导，了解医院院务公开工作开展情况。 |
| 2.院务公开的形式是否符合规定，有无相应监督检查机制。 | **文档资料：**1.医院院务公开相关工作制度、工作方案和工作总结。2.医院院务公开监督小组人员名单。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.访谈党政主要领导，了解医院院务公开工作开展情况。3.实地查看医院院务公开的形式。 |
| **6.创造良好的职工工作、生活和学习环境与条件。** | 1.职工工作制度； | **文档资料：**医院工会工作制度、职工活动和职工之家建设的相关资料。**检查办法：**1.查阅上述文档资料。2.访谈医院工会部门负责人，了解职工工作制度的执行情况。3.实地查看职工之家活动场地。 |

第一部分  反腐倡廉建设

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **6.创造良好的职工工作、生活和学习环境与条件。** | 2.职工饮食、住宿条件和环境情况； | **文档资料：**医院职代会上医院员工对职工饮食、住宿条件和环境情况提出的意见和建议。**检查办法：**实地查看职工饮食、住宿条件和环境情况。 |
| 3.职工继续教育情况。 | **文档资料：**1.医院继续教育管理制度。2.本年度继续医学教育计划和上一年度继续医学教育工作总结。3.上年度继续医学教育学分达标率情况。（中级及以上职称卫技人员学分达标率达到96%，初级职称卫技人员学分达标率达到95%。）**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地登陆北京市继续医学教育管理系统进行网上查询。查询中级及以上职称和初级职称卫技人员学分达标率。（网址：<http://icme.haoyisheng.com/>） |
| **7.医院管理和服务中的先进事迹、典型人物。** | 1.大力宣传在医院管理和服务中的先进事迹； | **文档资料：** 1.医院精神文明创建的工作计划、工作记录、工作总结等。 2.医院树立和宣传典型人物、典型事迹的相关资料。包括且不限于院内报刊、宣传图片、影像资料等。**检查方法：** 查阅上述文档资料和影像资料。 |
| 2.着力表彰在医院管理和服务中的典型人物。 | **文档资料：** 1.医院表彰在医院管理和服务中典型人物的相关文件、工作记录等。 2.医院表彰在医院管理和服务中典型人物的相关资料。包括且不限于院内报刊、宣传图片、影像资料等。**检查方法：** 查阅上述文档资料和影像资料。 |

第一部分  反腐倡廉建设

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **8.医院职工满意度。** | 1.医院职工对院领导班子的评价、意见及建议； | **文档资料：** 医院职工代表民主评议领导干部打分表，职代会相关提案。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。 2.访谈医院工会部门负责人，了解医院职工对院领导班子的评价、意见及建议。 3.实地随机发放30份职工满意度问卷。 |
| 2.医院职工对医院工作环境、生活环境的评价、意见及建议； | **文档资料：**医院职代会上医院员工对医院工作环境、生活环境的评价和提出的意见及建议。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地查看职工饮食、住宿条件和环境情况。 3.实地随机发放30份职工满意度问卷。 |
| 3.医院职工对医院建设与发展的评价、意见及建议。 | **文档资料：** 医院职代会上医院员工对医院建设与发展的评价、意见及建议。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。 2.访谈医院工会部门负责人，了解.医院职工对医院建设与发展的评价、意见及建议。 3.随机访谈10名不同岗位的职工，了解对医院建设与发展的评价、意见及建议。  |

第二部分  贯彻落实“九不准”情况

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **1.贯彻落实“九不准”情况。** | 1.是否组织本单位干部职工学习《医疗卫生行风建设“九不准”》； | **文档资料：** 1.医院组织干部职工学习《医疗卫生行风建设“九不准”》的计划、方式、时间、课件、签到和工作记录等的相关资料。 2.医院组织干部职工学习《医疗卫生行风建设“九不准”》活动的视频、图片、文字信息等。**检查方式：** 1.查阅上述文档资料和视频、图片等。 2.随机访谈医师、护士和行政人员各1名，了解“九不准”的知晓情况。 |
| 2.是否研究制定贯彻落实“九不准”的具体办法，制定更加具体、更有针对性、更便于操作的制度措施； | **文档资料：** 医院贯彻落实“九不准”的配套文件、实施方案、工作制度与具体措施。**检查方式：** 查阅上述文档资料。 |
| 3.是否存在向科室或个人下达创收指标问题，是否存在将医疗卫生人员奖金、工资等收入与药品、医学检查收入等业务收入挂钩问题； | **文档资料：** 医院、科室奖金分配方案和实施细则。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。 2.访谈财务部门负责人，了解医院对科室奖金分配办法。 3.随机访谈内科系统、外科系统科室行政主任各1名，了解奖金发放的情况。 |
| 4.是否存在在药品处方、医学检查等医疗服务中实行开单提成的问题，是否存在对介绍患者来本单位检查、治疗或购买医药产品的单位或个人给予回扣的问题； | **文档资料：** 1.医院规范开单提成、回扣问题的监督管理的相关规定、案卷档案资料。 2.医院受理查办的开单提成、回扣问题的案件资料**检查方法：** 查阅上述文档资料。 |
| 5.是否违规接受社会捐赠资助； | **文档资料：** 1.医院接受社会捐赠管理的相关规定。 2.医院接受社会捐赠资助的记录及捐赠财物使用情况的相关资料。**检查方式：** 查阅上述文档资料。 |

第二部分  贯彻落实“九不准”情况

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **1.贯彻落实“九不准”情况。** | 6.是否存在违反规定发布医疗广告的问题，是否存在机构或其工作人员参与医药产品、食品、保健品等商品推销活动的问题； |  一、医疗广告问题**文档资料：** 1.医院关于发布医疗广告方面的法律法规。 2.医院医疗广告的管理制度。（医院发布医疗广告时检查） 3.医院医疗广告的审批文件。（医院发布医疗广告时检查）**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。 2.随机到3个网站输入该医院名称，查看医疗广告发布情况。 二、参与推销问题**文档资料：** 医院关于医院或其工作人员不能参与医药产品、食品、保健品等商品推销活动的相关规定，以及相关工作记录、工作总结等。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。2.实地访谈医院纪检监察部门，了解医院或医务人员推销医药产品、食品、保健品等商品的监督检查情况。3.随机访谈2患者，了解医院或其工作人员是否存推销医药产品、食品、保健品等商品的情况。 |
| 7.是否严格遵守药品采购、验收、保管、供应等各项制度，是否存在医疗卫生人员违反规定私自采购、销售、使用药品、医疗器械、医用卫生材料等医药产品的问题； | **文档资料：**1.医院药事管理委员会及药品采购相关组织机构和管理制度。2.医院药品遴选标准、程序。3.医院紧急特殊使用药品登记汇总表。4.医院药品货款支付单据和送货凭证。5.医院开户配送商名单。6.医院药事管理委员会会议记录及投票结果。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。2.核对医院信息系统或药库管理系统中的药品采购数据（应包括药品名称、剂型、规格、生产企业、采购金额、销售金额、采购数量、配送企业等）。3.实地查看医院信息系统中紧急特殊使用药品登记，各流程符合程序要求的情况。4.随机抽查货款支付单据和送货凭证，核对药品品种、回款时间和比例。 |

第二部分  贯彻落实“九不准”情况

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **1.贯彻落实“九不准”情况。** | 8.是否落实医患双方不收不送“红包”协议书制度，是否存在医务人员收受“红包”的问题； | **文档资料：** 1.医院医患双方不收不送“红包”的相关制度和协议书。 2.医院的信访登记资料及案件档案。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。 2.随机抽查内科系统、外科系统各1个住院病区，实地查看医患双方不收不送“红包”的协议书。 |
| 9.是否及时查处违反“九不准”规定的行为； | **文档资料：** 医院查处违反“九不准”规定的登记、调查、处理等工作记录和案件的相关资料。**检查方式：** 查阅上述文档资料。 |
| 10.是否认真落实查处违反“九不准”行风案件定期统计上报制度，是否存在漏报、瞒报情况。 | **文档资料：** 1.医院违反“九不准”行风案件的登记记录和相关月度报表。 2.医院违反“九不准”行风案件相关文档资料。**检查方式：**  查阅上述文档资料，核对是否存在漏报、瞒报的情况。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **1.切实维护人民群众健康权益。落实公立医院改革重点任务工作和“三好一满意”工作情况。** | 1.改进医院服务管理，方便群众看病就医的措施。 | （1）普遍开展门诊预约诊疗服务； | **文档资料：**1.医院开展门诊预约诊疗工作的相关制度和规范。2.医院门诊预约诊疗服务的相关统计数据。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。 2.实地查看有两种以上预约挂号形式，是否分时段、有检查（超声、放射等）预约服务。 3.实地访谈3名患者了解对预约挂号知晓情况，并查看患者检查预约单的预约诊疗标识。 4.实地访谈超声科、放射科各2名工作人员了解预约诊疗制度与流程的知晓情况。 5.在信息系统或挂号室现场演示预约数据或预约流程。 |
| （2）优化医院门急诊环境和流程（重点是门急诊、卫生间等环境）； | **文档资料：**1.门急诊 （1）医院门急诊工作制度、门急诊流程示意图。（2）医院门急诊突发事件预警机制和处理预案。（3）根据门诊就诊患者流量调配医疗资源的工作方案和具体措施。2.卫生间（1）医院卫生间管理制度，包括且不限于卫生间环境巡检制度、定时消毒制度、设施设备维护维修制度等，以及执行工作记录。 （2）医院无性别无障碍卫生间或卫生间无障碍厕位设置情况说明。**检查方法：** 1.门急诊（1）查阅上述文档资料。 （2）访谈门诊部主任。 （3）实地查看门急诊环境和流程示意图、标识。 2.卫生间（1）查阅上述文档资料。（2）实地查看卫生间环境清洁卫生、整洁有序的情况。包括无明显异味、无乱推物品、地面干燥、设施设备齐全完好并能正常安全使用。（3）实地查看卫生间、无性别无障碍卫生间（有病人扶手）和卫生间无障碍厕位的引导及指示标识齐全并且醒目的情况。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **1.切实维护人民群众健康权益。落实公立医院改革重点任务工作和“三好一满意”工作情况。** | 1.改进医院服务管理，方便群众看病就医的措施 | （3）广泛开展便民门诊服务； | **文档资料：** 医院开展便民门诊服务的相关制度和服务项目清单。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。2.实地查看医院便民服务措施（1）药品、检验结果咨询和导医服务。（2）轮椅服务、免费饮水、邮寄服务、免费针线、免费花镜、复印服务等。 |
| （4）扩大优质护理服务工程覆盖面，丰富护理服务内涵； | **文档资料：** 1.医院开展优质护理工作相关制度及措施。 2.医院开展优质护理覆盖面的统计数据。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。 2.实地访谈护理部主任及3名病区护士长，了解优质护理开展情况及覆盖面。 |
| （5）推进同级医疗机构检查、检验结果互认； | **文档资料：** 医院关于同级医疗机构检查、检验结果互认的相关规定和具体实施的规章制度。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。 2.实地查看3份检查、检验报告单及同级医疗机构检查、检验结果互认标识。 3.访谈检验科、相关检查科室负责人，了解同级医疗机构检查、检验结果互认工作的开展情况。 |
| （6）深入开展“志愿服务在医院”活动； | **文档资料：** 1.医院开展“志愿服务在医院”活动的相关规定、工作制度、工作记录、工作总结等，包括且不限于文字资料、视频、图片等。2.医院实名注册志愿者的名册。3.医院志愿者的培训计划、培训方式、培训时间、培训训课件、培训签到、培训效果和培训工作记录等的相关资料。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **1.切实维护人民群众健康权益。落实公立医院改革重点任务工作和“三好一满意”工作情况。** | 1.改进医院服务管理，方便群众看病就医的措施 | （6）深入开展“志愿服务在医院”活动； | **检查方法：**1.查阅上述文档资料。 （1）志愿者队伍建设情况：实名注册志愿者占职工总数的20%。 （2）工作制度建设情况：建立招募、培训、管理、评估、激励机制。 （3）工作保障情况：明确责任部门和责任人，有固定的经费投入。 （4）志愿服务开展情况：建立日常志愿服务机制，开展志愿者医院服务。 2.实地查看志愿者服务情况（全日制、部分时段）。3.随机访谈3名医务人员和3名患者或家属，了解志愿服务的情况。4.随机访谈3名志愿者，了解培训、服务的工作情况。 |
| （7）建立健全医疗纠纷第三方调解机制和医疗责任保险制度，认真落实医疗投诉处理办法，严格执行首诉负责制。 | **文档资料：** **1.**医院投诉及医疗纠纷管理的相关制度及处理流程。2.医院第三方调解制度。 **3.**医院医疗责任保险投保制度及投保、报险的相关文件。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。 2.实地查看（1）专门部门或专人统一受理、处理投诉、投诉协调处置机制。 （2）投诉接待室，配置完备的、功能良好的录音录像设备设施。 3.随机访谈3名职能部门工作人员，了解“首诉负责制”、职能部门处置投诉职责的知晓情况。 |
| 2.是否合理检查、合理治疗、合理用药、合理收费；  | **文档资料：** 医院落实公立医院改革重点任务和“三好一满意”工作的实施方案。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。 2.检查内科系统、外科系统各2份终末病历。 （1）根据入院诊断及病情查看诊疗方案与科室诊疗方案、临床路径的相符情况。 （2）查阅病程记录中辅助检查有分析，用药依据充分的情况。 （3）查阅病历中医嘱和检查项目中有无违规收费、套收、靠收的情况。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **1.切实维护人民群众健康权益。落实公立医院改革重点任务工作和“三好一满意”工作情况。** | 3.开展健康教育、健康咨询和义诊等多种形式的公益性社会活动。 | **文档资料：** 医院开展健康教育、健康咨询和义诊的工作制度、工作方案、工作记录、工作总结，以及健康教育的培训计划、内容、方式（面对面、电视、广播、报刊杂志、宣传资料等）和相关统计数据和实例。**检查方法：** **1.**查阅上述文档资料。 2.实地查看医院健康教育的形式。 |
| **2.支持和指导下级医疗机构，支援社区卫生服务发展，对口支援县级医院（或有条件的乡镇卫生院），承担援外、支边等医疗工作的情况。** | 1.落实《深化城乡医院对口支援工作方案（2013-2015）》要求情况； | **文档资料：** 1.医院落实对口支援的工作方案、部门职责、工作流程、工作记录、会议纪要、工作总结等。 2.医院对口支援的相关统计数据和实例。**检查方法：** 查阅上述文档资料。 |
| 2.是否将对口支援县医院和乡镇卫生院（以下简称受援医院）和支援社区卫生服务工作纳入院长目标责任制与医院年度工作计划，并有实施方案，专人负责。提升对口支援单位的医疗服务能力；  | **文档资料：** 1.医院院长目标责任书、对口支援工作计划、实施方案、专人负责的人员情况。 2.医院对口支援派出的专家及工作量、开展手术和操作、疑难病会诊、参加抢救的统计数据和实例。 3.医院对口支援的受援单位医疗服务能力提升的相关资料，包括且不限于相关统计数据和实例。**检查方法：**查阅上述文档资料。 |
| 3.完成卫生下乡、支农、万名医师支援农村卫生工程、对口支援、组派医疗队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； | **文档资料：** 医院支援农村卫生工程、对口支援、组派医疗队和为大型活动提供保障等的工作总结和新闻报道、统计数据和实例。**检查方法：** 查阅上述文档资料。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **2.支持和指导下级医疗机构，支援社区卫生服务发展，对口支援县级医院（或有条件的乡镇卫生院），承担援外、支边等医疗工作的情况。** | 4.在国家医疗保险制度、新型农村合作医疗制度框架内，医院是否建立与实施双向转诊制度与相关服务流程； | **文档资料：** 医院开展双向转诊工作的相关制度、服务流程、工作记录、工作总结、相关统计数据和实例。**检查方法：** 查阅上述文档资料。 |
| 5.开展和规范远程医疗服务。 | **文档资料：** 医院开展远程医疗工作的相关制度、工作流程、工作记录、工作总结、相关统计数据和实例。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。 2.实地查看远程会诊场地、设备。 |
| **3.控制公立医院特需服务规模。** | 1.用于特需医疗服务的床位数不得超过总床位数的10%； | **文档资料：** 医院开展特需服务的相关规定和工作制度、医院床位数、特需服务床位数等相关统计数据。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。 2.实地从医院信息系统（包括收费系统）中查阅特需医疗服务床位数及医院总床位数的情况。 |
| 2.专家门诊的特需服务时间不超过10%的总体服务时间； | **文档资料：** 医院开展特需服务的相关规定和工作制度、医院专家门诊特需服务时间、工作量、出诊医师出诊时间等的统计数据。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。 2.实地访谈特需医疗负责人，了解特需门诊管理、服务规模及服务时间等的情况。 |
| 3.特需医疗服务收入占医院业务收入的比例； | **文档资料：** 医院全年特需医疗服务收入及医疗业务收入数据（须加盖公章或财务章的）。**检查方法：** 查阅上述文档资料。根据医院提供数据计算特需医疗服务收入占医院业务收入的比例。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **3.控制公立医院特需服务规模。** | 4.特需服务的项目是否明确具体内容。          | **文档资料：** 医院特需医疗服务收费项目名称及内涵说明。**检查方法：** 查阅上述文档资料。 |
| **4.开展临床路径、规范化诊疗、单病种质量控制等工作。** | 1.制订本医疗机构临床路径开展与实施的规划和相关制度情况； | **文档资料：** 医院开展临床路径工作的相关规定、规划和工作制度、工作总结。**检查方法：** 查阅上述文档资料。 |
| 2.临床路径工作落实情况（包括成立机构、责任到位、实施病种数量、遵照国家卫生计生委标准或结合本地情况细化等）； | **文档资料：**. 1.医院临床路径管理委员会、指导评价小组、科室临床路径实施小组成员名单、岗位职责及相关工作记录。 2.医院医疗、护理、医技、药学等相关科室实施临床路径的职责、多部门和科室间协调的工作记录。 3.医院临床路径管理的病种目录及路径。 4.医院临床路径工作的相关统计数据。**检查方法：** 查阅上述文档资料。了解是否将常见病、多发病纳入临床路径管理；临床路径管理的病种是否达到入组率≥50%，完成≥70%的情况。 |
| 3.实施临床路径对有关业务科室医务人员进行相关培训情况（培训内容应当包括：临床路径基础理论、管理方法和相关制度；临床路径主要内容、实施方法和评价制度）； | **文档资料：**医院开展临床路径的培训计划、培训方式、培训时间、培训课件、培训签到、培训效果和培训工作记录等的相关资料。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。了解培训资料包括临床路径基础理论、管理方法和相关制度，临床路径主要内容、实施方法和评价制度等的情况。 2.访谈内科、外科系统各2名住院病区医师，了解临床路径管理的知晓情况。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **4.开展临床路径、规范化诊疗、单病种质量控制等工作。** | 4.有无审核和评价制度，定期开展临床路径实施的过程和效果评价，关键环节是否具有质控保障； | **文档资料：** 1.医院开展临床路径临床路径审核和评价的制度。 2.医院临床路径实施过程与效果定期评价的工作记录、评价结果、质控记录、工作总结等。 3.医院对未纳入临床路径管理、在实施临床路径管理中发生变异和退出临床路径管理病例的监控、分析记录。**检查方法：** 查阅上述文档资料。 |
| 5. 扩大临床路径覆盖面。 | **文档资料：** 1.医院根据实际情况制定逐年增加实施临床路径管理病种数量的计划。 2.医院开展临床路径的相关统计数据。**检查方法：** 查阅上述文档资料。了解到2017年底，医院出院患者按照临床路径管理的比例达到50%的情况。 |
| **5.承担传染病及食源性疾病的发现、救治、报告等任务。严格执行传染病预检分诊制度、食源性疾病监测报告制度和《病原微生物实验室生物安全管理条例》及相关规范。** | 1.是否有传染病管理制度，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、法规的相关内容及传染和报告制度执行情况； | **文档资料：**1.医院传染病管理制度。包括传染病预检分诊制度、诊断及会诊转诊制度、登记报告管理制度、培训制度、内部质量控制制度、传染病和死因报告管理制度等。2.医院传染病培训相关资料。包括培训计划、培训方式、培训时间、培训课件、培训签到、培训效果（答卷）和培训工作记录等的相关资料。培训内容应包含《传染病防治法》等重要的相关法律法规。3.传染病疫情报告登记、门诊日志。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.近3个月传染病疫情报告登记，门诊日志或医院信息系统中传染病登记情况，与疾病监测信息报告系统病例进行比对，查验传染病报告情况。3.实地随机访谈急诊医学科、感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊、呼吸内科、皮肤科各1名医务人员，了解《传染病防治法》规定医疗机构在传染病预防、疫情报告、疫情控制、医疗救治等工作中的职责与任务的掌握情况。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **5.承担传染病及食源性疾病的发现、救治、报告等任务。严格执行传染病预检分诊制度、食源性疾病监测报告制度和《病原微生物实验室生物安全管理条例》及相关规范。** | 2.门诊是否实行传染病预检、分诊制度； | **档资料：**医院门诊实行传染病预检、分诊的相关规定。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地查看门诊传染病预检、分检的开展情况。 |
| 3.医院收治传染病患者病种是否超范围； | **文档资料：**1.医院收治传染病患者病种的相关规定。2.医院传染病疫情报告登记及相关病历。**检查方法：** 查阅上述文档资料。 |
| 4.其他科室收治病人一经确诊为传染病是否立即转诊； | **文档资料：**1.医院收治传染病患者病种的相关规定和非感染性疾病科收治病人一经确诊为传染病立即转诊的工作流程。2.医院传染病疫情报告登记及相关病历。**检查方法：** 查阅上述文档资料。 |
| 5.是否严格执行《病原微生物实验室生物安全管理条例》及相关规范； | **文档资料：**1.医院实验室生物安全委员会工作资料，包括且不限于生物安全委员会成立（换届）文件，有相关活动记录（会议、督查、指导、咨询、评估等活动）。2.医院生物安全管理制度，包括且不限于人员管理制度、环境、设施/设备管理制度、实验室生物安全风险评估结果、实验活动管理政策和制度、高致病性病原微生物菌毒种或样本等重要危险材料管理制度、生物安全自查与监督检查制度等。3.医院人员管理档案，包括且不限于实验室人员汇总清单、本年度的培训计划（清单）和上年度培训总结（清单）及相关记录、人员健康监护档案等。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **5.承担传染病及食源性疾病的发现、救治、报告等任务。严格执行传染病预检分诊制度、食源性疾病监测报告制度和《病原微生物实验室生物安全管理条例》及相关规范。** | 5.是否严格执行《病原微生物实验室生物安全管理条例》及相关规范； | **检查方法：**1.查阅上述文档资料，了解（1）医院有具体的生物安全负责人、实验室生物安全委员会成员均为现职在岗人员且有具体的职责和任务、生物安全委员会切实履行职责，特别是有处理不符合或违规问题的跟踪验证（纠正措施的有效性评价）记录。（2）生物安全管理制度、人员管理档案健全，符合相关法规、政策及标准，满足本机构或实验室风险控制需求（即在风险评估基础上建立和完善相关制度）。2.现场访谈生物安全管理部门工作人员及病原微生物实验室工作人员1-2人，了解掌握实验室生物安全相关法律法规要求、本单位及本人实验室活动中可能面临的生物安全风险、实验室生物安全突发事件处理和报告流程的情况。 |
| 6.是否严格执行食源性疾病监测报告制度。 | **文档资料：**医院对食源性疾病事件和疑似病人监测报告的制度和相关工作记录。**检查方法：****1.食源性疾病报告**（1）查阅上述文档资料。了解医院指定主管领导、负责部门及工作人员；有明确的报告流程；事件报告卡填写规范；建立了食源性疾病报告档案制度等的情况。（2）随机访谈3名医务人员，了解医院组织开展食源性疾病相关培训的情况。**2.食源性疾病监测哨点医院**目前，全市有58所医疗机构承担食源性疾病监测任务，根据市卫生计生委《关于印发2015年北京市食源性疾病方案的通知》要求对哨点医院开展工作督导。（1）查阅上述文档资料。了解指定主管领导、负责部门及工作人员；有明确的食源性疾病监测工作流程；建立了食源性疾病监测档案制度；按监测要求收集符合病例定义的病例信息和相关标本；成立异常病例诊断专家组；协助疾控机构开展流行病学调查等的情况。（2）实地随机访谈3名医务人员，了解组织开展食源性疾病相关培训的情况。（3）实地查看医院食源性疾病监测系统录入的情况。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **6.开展住院医师规范化培训工作。承担本科及以上医学生的临床教学任务。指导和培训下级医院卫生技术人员提高诊疗水平。** | 1.教学师资、设备设施是否符合教学医院和继续医学教育要求； | **文档材料：**1.医院当年师资队伍人员名册和教学设备设施清单。2.医院承担本科生、硕士生、博士生、博士后、进修生等教育的统计数据。**检查方法：**查阅上述文档材料。 |
| 2.住院医师规范化培训等继续医学教育项目开展情况； | **文档资料：**1.医院年度聘用本科及以上医学专业毕业生名单和年度住院医师规范化培训人员名单。2.医院住院医师规范化培训专科基地数量。**检查方法：**查阅上述文档资料。1.首次检查应由人事部门提供聘用的本科及以上医学专业（包括临床医学和口腔医学专业）毕业生名单并注明参加住院医师规范化培训情况（应包含姓名、专业、身份证号码、住院医师规范化培训基地名称、培训专业、培训年限，未参加住院医师规范化培训应备注说明原因）。2.后期检查应由人事部门提供自首次检查年度后至档次检查当年（如检查时间在10月之前则提供至上一年）各年度聘用的本科及以上医学专业（包括临床医学和口腔医学专业）毕业生名单并注明参加住院医师规范化培训情况。 |
| 3.开展远程医疗教学和诊断的能力。    | **文档资料：**1.医院本年度远程教学计划、诊断工作实施方案及流程方案。2.医院本年度开展远程医疗教学和诊断的相关工作计划和相关工作记录。3.医院上年度远程教学工作总结。4.医院参加远程教学人员数量、教学和诊断设备清单、远程医疗教学工作量、远城医疗工作量等相关统计数据和实例。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地查看开展远程医疗教学和诊断的场所、设备等。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **7.组织开展各级各类科研项目，取得研究成果。** | 1.是否有切实可行的科研规划和工作计划； | **文档资料：**1.医院学科建设与发展规划及年度总结。2.医院科研工作年度计划及年度总结。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。了解各项规划、计划针对性、实用性强，无特殊原因前提下按期完成；能够及时调整、完善各项规划、计划的情况。2.访谈科研管理人员2 名，了解各项规划、计划熟悉程度，以及自身工作与各项规划、计划关系。 |
| 2.科研工作督促、总结、评价情况； | **文档资料**1.医院科研管理制度，包括且不限于科研项目（课题）管理办法、 科研保密制度、 科研诚信管理制度、科研伦理管理制度、科研项目评价指标体系文件等。2.医院学术委员会、伦理委员会、生物安全委员会的相关文件及工作记录、科研管理部门负责人任命文件等。3.医院科研管理档案，包括且不限于科研项目全程追踪、阶段总结、结题效果评价等。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。了解各项管理制度齐全、可实施性强；项目管理规范，医院科研管理部门及学术委员会、伦理委员会、生物安全委员会充分发挥管理职能，能够依规做好科研管理工作的情况。2.访谈科研管理人员、科研项目负责人2名，了解科研管理人员及项目负责人知晓科研工作管理制度，并严格实施的情况。3.抽查内科研项目（课题）结题的2项目文件及科技档案。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **7.组织开展各级各类科研项目，取得研究成果。** | 3.科研档案管理规范；立项、经费使用、成果获奖、科研平台建设、论文发表、教材、论著与杂志、成果推广与应用情况（除科研成果获国家级或省、部级一等奖，科研课题获国家级项目外；科研课题立项不是第一承担单位，科研成果不是第一完成单位的不计入科研课题立项或科研成果）。 | **文档资料：**1.医院相关管理文件：包括科研档案管理办法、科研经费管理办法、科研成果管理办法、科研平台建设及管理办法、奖励、激励医务人员参与科研工作的规定与措施、鼓励新技术应用或促进成果转化应用的办法与措施等。2.医院科研档案：近5年内科研项目（课题）结题科研项目及在研项目档案文件；科研平台建设档案、论文论著发表存档。3.医院成果推广与应用档案，包括且不限于近5年开展新技术、科技成果或适宜技术的培训与推广活动记录或推广应用单位证明等。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.随机抽查近5年内科研项目（课题）结题的2项目文件及科技档案。 |
| **8. 医院设置、功能和任务符合区域卫生规划和医疗机构设置规划的定位和要求。** | 1.制定明确的医院发展目标和中长期发展规划，规划经职工代表大会通过，并向全院公布；按照发展规划和年度工作计划要求组织实施并定期进行检查评估； | **文档资料：**1.医院发展目标和中长期发展规划，以及向全院公布的形式。2.医院按照发展规划和年度工作计划，组织实施并定期进行检查评估的相关资料。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地随机访谈医院职能部门（院办、党办、医务处、护理部、财务处和人力资源管理部门）各1名人员，了解医院发展目标和中长期发展规划的知晓情况。 |
| 2.医院规模符合有关规划要求的内容。床位、人员、设备、诊疗科目设置符合三级医院基本标准； | **文档资料：**1.医院《医疗机构执业许可证副本》复印件。 2.医院设备清单。 3.医院基本情况和医疗工作统计相关报表。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。 2.与北京市公共卫生信息中心核对相关统计数据。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **8. 医院设置、功能和任务符合区域卫生规划和医疗机构设置规划的定位和要求。** | 3.服务范围主要覆盖多个区域，临床学科优势明显，设有省级或国家级临床重点专科、重点学科、重点实验室、国家药理基地； | **文档资料：** 1.医院国家临床重点专科、重点学科、重点实验室、国家药理基地批准文件和相关管理文件、工作记录、工作总结。  2.医院近2年重点专科门诊量、出院人数、手术量、平均住院日等统计数据。 3.医院近2年卫生行政部门的各项评估材料。 4.医院国家药理基地组织机构图（包括机构组织管理和专业科室管理），人员职责分工、任命、人员履历，培训记录等相关资料。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。 2.实地查看医院国家药理基地固定的办公场所及必要的办公设备。 |
| 4.承担省级或国家级专业技术质量控制中心的工作； | **文档资料：** 医院承担北京市或国家级专业质量控制中心的相关文件，以及工作计划、工作记录、工作总结和年度评估报告。**检查方法：**查阅上述文档资料。 |
| 5.主要承担急危重症和疑难疾病的诊疗； | **文档资料：** 医院住院患者疾病谱（顺位前30位）和承担区域内急危重症和疑难疾病转诊、会诊和救治的相关统计数据。**检查方法：** 查阅上述文档资料。 |
| 6.参加国家、省、市及所在辖区的医疗紧急救治体系，接受政府指令完成突发公共事件紧急医疗救援工作以及其他公共卫生任务。 | **文档资料：** 1.医院参加国家、省、市及所在辖区的医疗紧急救治体系的相关文件。 2.医院接受政府指令完成突发公共事件紧急医疗救援工作以及其他公共卫生任务的清单和工作总结。**检查方法：** 查阅上述文档资料。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **9. 加强领导班子能力建设、作风建设。** | 1.院领导定期接受相关卫生管理法律、法规、规章和有关卫生政策及管理知识等培训情况； | **文档资料：** 医院领导班子成员参加相关卫生管理法律、法规、规章和有关卫生政策及管理知识等培训的清单。包括院领导参加培训的时间、课程内容等。**检查方法：** 查阅上述文档资料。 |
| 2.医院主要负责人及领导班子的办院宗旨、理念、观点和思路； | **文档资料：** 医院办院宗旨、理念等相关资料。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。 2.访谈医院主要负责人及领导班子成员各1人。 |
| 3.医院主要负责人及领导班子是否把主要精力放在医院改革与发展、医院管理上（医院主要负责人不得兼任临床及医技科室行政主任）； | **文档资料：** 1.医院领导班子成员分工及履职相关资料。 2.医院主要负责人及领导班子年度考核、民主测评相关资料。**检查方法：** 查阅上述文档资料。 |
| 4.医院领导班子具有团队意识和协作精神； | **文档资料：** 医院主要负责人及领导班子年度考核、民主测评相关资料。**检查方法：** 查阅上述文档资料。 |
| 5.医院领导班子民主办院意识，调动医院职工积极性情况。 | **文档资料：** 医院领导班子年度考核、群众满意度调查的相关资料。**检查方法：** 查阅上述文档资料。 |
| **10. 制定和实施人才发展规划，加强人才培养和梯队建设。** | 1.建立卫生技术人才培养和梯队建设规划和实施办法并组织实施；     | **文档资料：** 医院人才发展规划、卫生技术人才培养的相关规定，以及实施的工作记录、工作总结等相关资料。 **检查方法：** 查阅上述文档资料。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **10. 制定和实施人才发展规划，加强人才培养和梯队建设。** | 2.医院制定“三基三严”培训制度，定期组织医、技人员进行“三基”水平考试，保证全员达标； | **文档资料：**医院“三基三严”的培训制度、培训计划、培训方式、培训时间、培训课件、培训签到、培训效果（考核记录和考卷）和培训工作记录、培训总结等相关资料。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。 2.随机访谈门诊、急诊、临床科室、医技科室的医务人员各2名，了解对“三基三严”基本内容的知晓情况。3.实地考核2名急诊科医师使用呼吸机的准确和熟练程度。 |
| 3.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。 | **文档资料：**1.医院重点学科建设管理文件、学科建设会议纪要、学科建设年度报告。2.医院人才培养规划、各层次各专业人才培养计划及执行情况的管理文件、历次人才培养工作会议纪要（含院长办公会讨论及公示情况说明）、人才培养工作年度报告。3.医院学科带头人遴选及管理规范化文件，学科带头人绩效考核情况说明，学科带头人培养选拔工作报告。**检查方法：**1.查阅相关文档资料。2.随机抽查医院2名人力资源管理部门工作人员，了解对人才培养、学科带头人及重点学科建设工作的知晓情况。 |
| **11.建立全员聘用制度和岗位管理制度。** | 1.建立符合医院实际的管理、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； | **文档资料：** 医院管理、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，以及实施的工作记录、工作总结。**检查方法：**1.查阅相关文档资料。2.随机访谈管理、专业技术、工勤技能三类岗位不同等级人员各1名，了解评聘分离，按岗聘用的实施情况。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **11.建立全员聘用制度和岗位管理制度。** | 2.建立卫生专业技术人员资质的认定、聘用、考核、评价管理体系，建立专业技术档案； | **文档资料：** 1.医院卫生专业技术人员资质的认定、聘用、考核、评价管理的相关规定和制度。 2.医院卫生专业技术人员专业技术档案。**检查方法：**查阅相关文档资料。 |
| 3.建立卫生专业技术人员岗前培训制度并组织实施； | **文档资料：**医院卫生专业技术人员岗前培训制度，以及培训计划、培训方式、培训时间、培训课件、培训签到、培训效果和培训工作记录、培训总结等的相关资料。**检查方法：**查阅相关文档资料。 |
| 4.人力资源配置符合医院功能任务和管理的需要：卫生技术人员与开放床位之比应不低于1.15∶1；全院病房护士与开放床位之比应不低于0.4∶1；重症医学医师人数与床位数之比不低于0.8∶1；护士人数与床位数之比不低于2.5～3∶1； | **文档资料：**1.医院全员聘用制度、岗位管理制度的相关文件。2.医院相关统计数据（包括卫生技术人员、护士、重症医学科医师、病房护士、床位等）和工作量的统计报表。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。2.随机访谈内科系统、外科系统各1名科主任，了解人力资源配置的情况。3.实地查看内科系统和外科系统各1个病房和重症医学科的值班表，了解人力资源配置的情况。 |
| 5.医院贯彻与执行《劳动法》等国家法律法规情况。 | **文档资料：** 医院贯彻与执行《劳动法》等国家法律法规的工作记录、工作总结。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。 2.访谈医院工会负责人，了解医院贯彻与执行《劳动法》等国家法律法规的情况。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **12.落实岗位绩效考核制度，完善内部分配机制，调动医务人员积极性。** | 1.是否建立综合绩效考核制度；             | **文档资料：** 《医院综合绩效考核制度》，包括且不限于绩效考核组织机构、考核方案、实施细则、例会制度，以及工作记录、工作总结等。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。（注意：绩效考核的范围应涵盖临床、医技、管理、医辅各部门；绩效考核应分为月考核或季度/半年/全年考核，并有考核结果通报及问题改进的具体举措。） 2.随机访谈5名不同科室医务人员，了解对医院综合绩效制度及分配机制的满意度。 |
| 2.完善医院奖金分配综合目标考核机制，是否实行按岗位、工作量、服务质量和工作绩效取酬的分配机制； | **文档资料：** 1.医院综合绩效考核制度。 2.医院近3个月的医院绩效奖金分配清单。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。（注意：奖金分配综合目标考核有按岗位、工作量、服务质量和工作绩效取酬的考核项目；没有违反国家卫生计生委、国家中医药管理局制定了《加强医疗卫生行风建设“九不准”》的规定；从绩效奖金分配清单中查看是否体现多劳多得，优劳优酬的原则，并向临床一线岗位、高风险高强度岗位、关键岗位倾斜。） 2.随机访谈5名不同科室医务人员，了解对医院奖金分配综合目标考核的实际情况。 |
| 3.是否有与改善门诊服务、方便患者就医相适应的绩效考评和分配政策； | **文档资料：** 1.医院综合绩效考核制度。 2.医院近3个月的医院绩效奖金分配清单。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。（注意：是否有改善门诊服务、方便患者就医相适应的绩效考评项目或有单项的奖励或处罚措施；专家出诊停诊的奖惩、门诊预约率的考核、节假日的值班补贴、延时或夜门诊的补贴等。） 2.随机访谈门诊3名医务人员，了解医院绩效考评和分配政策综奖金分配的实际情况。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **12.落实岗位绩效考核制度，完善内部分配机制，调动医务人员积极性。** | 4.是否实行同工同酬制度。 | **文档资料：** 1.医院实行同工同酬的工作制度、工作记录、工作总结及实例。 2.医院近3个月的医院绩效奖金分配清单（给派遣劳动者发放工资奖金的银行回单原件）。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。（注意：医院是否有专门的部门负责被派遣劳动者的招聘启事的发布、资格审查、录用、考核等；是否为派遣劳动者办理相应的社会保险证明材料（社保部门提供的已保险证明。） 2.随机访谈5名劳务派遣人员，了解医院同工同酬制度的落实情况。 |
| **13.落实社会保障政策，切实保护工作人员合法权益。** | 1.贯彻与执行社会保障情况，即医疗保险、养老保险、工伤保险、失业保险、生育保险等缴纳情况；      | **文档资料：**1.医院贯彻执行社会保障的工作制度、工作记录、工作总结及实例。2.医院来信来访中涉及职工社会保障的数量及处理情况。**检查方法：**查阅上述文档资料。 |
| 2.工作人员福利待遇合法权益及相关政策落实情况； | **文档资料：**1.医院工作人员福利待遇合法权益及相关政策落实的工作记录、工作总结及实例。2.医院来信来访中涉及工作人员福利待遇合法权益的数量及处理情况。**检查方法：** 查阅上述文档资料。 |
| 3.工作人员其他合法权益得到落实。 | **文档资料：**1.医院工作人员其他合法权益得到落实的工作记录、工作总结及实例。2.医院来信来访中涉及职工权益的数量及处理情况。**检查方法：** 查阅上述文档资料。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **14.围绕患者为中心，建立科学的医院管理体系，确保患者安全。** | 1.医院工作围绕“患者为中心”； | **文档资料：** 1.医院各项规章制度。 2.医院改进服务流程的实例服务流程。 3.医院预约诊疗、患者健康教育等工作记录。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。 2.实地查看门诊布局、便民措施的设备设施。 |
| 2.有健全的医院组织结构，明确管理职责与决策执行机制，实行管理问责制； | **文档资料：** 1.医院组织架构图和岗位职责。2.医院院长定期召开联席会议的会议记录、纪要。3.医院管理人员参加管理知识教育与技能的培训记录。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.随机访谈医院与科室领导层管理人员各2人，了解对管理职责的知晓情况。 |
| 3.有医疗质量管理和持续改进方案，用科学的管理工具组织实施质量改进活动； | **文档资料：**医院医疗质量管理和持续改进方案，质量管理工具、措施实施的工作记录、工作总结、相关统计数据和实例。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。 2.随机访谈医院医疗质量管理部门负责人、内科系统和外科系统、医技科室主任各1人，了解应用质量管理工具开展质量管理与改进活动的情况。 |
| 4.定期进行全员医疗质量和患者安全教育。 | **文档资料：**医院全员医疗质量和患者安全教育工作计划、方式、时间、课件、签到、效果、记录、总结和实例等相关资料。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。 2.随机访谈医院医疗质量管理部门负责人、内科系统和外科系统、医技科室主任各1人，了解全员医疗质量和患者安全教育开展的情况。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **15.健全医院组织结构，完善医院管理规章制度。** | 1.健全医院管理组织，成立职代会，有民主管理和院务公开制度，院领导分工明确； | **文档资料：**1.医院管理组织架构图和岗位职责，以及院领导分工的相关资料。2.医院职代会的工作制度和院务公开制度，以及本届职代会工作记录、工作总结。**检查办法**：1.查阅上述文档资料。2.访谈医院工会负责人，了解民主管理和院务公开的工作开展情况。 |
| 2.职能部门独立设置并正常运转，有明确的职责及分工； | **文档资料：**1.医院组织架构图。2.医院职能部门的岗位职责及分工、工作制度、工作流程、工作记录、工作总结。**检查方法：** 查阅上述文档资料。 |
| 3.有完整的医院管理规章制度和岗位职责，并能及时修订完善； | **文档资料：**1.医院规章制度（包括规章制度制定和修订的相关规定）和岗位职责。2.医院最近一次修订完善规章制度的工作记录、印发的相关文件。**检查方法：** 查阅上述文档资料。 |
| 4.定期召开职代会，鼓励职工为医院发展献言献策。 | **文档资料：**1.医院职代会工作制度。2.医院职代会相关提案表及落实情况反馈表。3.医院召开职代会的工作记录、工作总结和实例。**检查办法**：1.查阅上述文档资料。2.随机访谈医院管理、临床科室、医技科室、后勤安保各1人，了解鼓励职工为医院发展献言献策的情况。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **16.积极探索科学规范的公立医院管理体制。** | 1.实行院长任期目标责任制和离任审计制，由卫生计生行政部门或职代会定期对其进行考核； | **文档资料：**1.医院院长任期目标责任制和离任审计制度。2.医院院长离任审计报告。2.医院职代会对院长任期目标责任制考核的相关资料。**检查方法：**查阅上述文档资料。 |
| 2.医院领导是否定期进行行政查房，研究医院管理的相关问题，并有相应记录； | **文档资料：**1.医院领导定期进行行政查房的相关制度。2.医院领导定期查房的工作记录、工作总结和实例。**检查方法：**查阅上述文档资料。 |
| 3.医院管理人员职业化发展规划或计划情况；    | **文档资料：**1.医院管理人员职业化发展规划或计划、工作记录和工作总结。2.医院管理人员名册。**检查方法：** 查阅上述文档资料。 |
| 4.院领导、科主任管理责任制及奖惩制度。奖惩措施落实到位，有记录； | **文档资料：**1.医院院级领导、科主任管理责任制及奖惩的相关制度。2.医院奖惩措施落实的工作记录、工作总结和实例。**检查方法：** 查阅上述文档资料。 |
| 5.以电子病历和医院管理为核心的医院信息化建设情况； | **文档资料：** 1.医院信息化建设规划。2.医院实施电子病历的相关规定。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。2.实地查看医院信息化建设情况，了解医院数据与医院质量监测系统对接情况和信息化建设达到的实际水平。3.实地查看门、急诊和病房电子病历的实施情况。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **16.积极探索科学规范的公立医院管理体制。** | 6.与上级管理部门卫生计生信息平台及省级新农合信息平台联通及数据共享情况。开展新农合即时结报与异地就医费用核查情况。 | **文档资料：**1.医院病案首页信息报送的相关规定、工作制度、工作流程工作记录和工作总结。2.医院新农合工作的相关规定、工作制度、工作流程、工作记录和工作总结。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.通过病案管理信息系统查看医院病案首页信息报送的完整性、准确性、及时性。3.实地查看医院门诊接诊时将参合患者身份类别列为“新农合”相关标识的情况。4.访谈医院新农合工作的负责人，了解医院设立专门机构或者设置专（监）职人员负责新农合工作，以及医院配合新农合经办部门对相关患者就诊信息核查的工作情况。5.由北京市公共卫生信息中心提供该院与上级管理部门卫生计生信息平台联通及数据共享情况。6.医院与北京市新农合信息平台联通及数据共享情况（由北京市新农合信息平台提供）。 |
| **17.医院的临床重点专科建设，提高医院核心竞争力。** | 1.医院对临床专科发展规划制订与落实情况（政策、资金、人员、设备等支持情况）；科室基础条件； | **文档资料：**医院临床重点专科发展规划、工作记录和工作总结，以及相关统计数据和实例。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2. 实地查看医院2个临床重点专科发展规划的落实情况。 |
| 2.人才队伍建设情况； | **文档资料：**1.医院人才队伍建设的规划和相关工作记录、工作总结及实例。2.医院临床重点专科建设情况，包括且不限于临床重点专科发展规划、重点专科清单（政策、资金、人员、设备等支持情况）。**检查方法：**查阅上述文档资料。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **17.医院的临床重点专科建设，提高医院核心竞争力。** | 3.医疗服务能力与水平； | **文档资料：** 1.医院重点专科门诊人次、出院人次、平均住院日等统计数据。2.医院重点专科出院患者疾病谱（顺位前10位）。3.医院重点专科急危重症、疑难病收治占比。**检查方法：**查阅上述文档资料。 |
| 4.医疗质量与安全状况； | **文档资料：**1.医院重点专科医疗质量评价的工作记录和工作总结，以及评价指标的统计数据。2.重点专科负主要责任以上的医疗事故、投诉和纠纷的相关资料。**检查方法：**查阅上述文档资料。 |
| 5.新技术、新项目开展情况； | **文档资料：**1.医院开展新技术、新项目的相关规章制度。2.医院开展新技术、新项目清单及上报、审批的相关资料。**检查方法：** 查阅上述文档资料。 |
| 6.科研与教学情况； | **文档资料：**1.医院临床重点专科新立项主持科研项目清单。2.医院取得的国家级、部（省）级科技奖励(一、二等)证书。3.医院本专科为第一作者或通讯作者的SCI收录及统计源期刊论著发表情况。4.医院获得专利授权证书。5.医院制定行业标准及国家指南的证明文件（含本专科被指南或行业标准引用文献）。6.医院技术推广与成果转化证明文件。7.医院受邀参加学术会议并作大会发言（含分会场发言）情况证明。8.医院出版的学术专著，发表的各类科普文章或在公共媒体普及医学知识相关资料。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **17.医院的临床重点专科建设，提高医院核心竞争力。** | 6.科研与教学情况； | **检查方法：**1.查阅上述文档资料，了解其是否规范齐全。2.随机抽查所提供的SCI论文原文5篇，统计源期刊文献5篇；了解发表论文原文是否符合相关要求。3.随机调阅5项在研科研项目任务书及年度进展报告；了解研科研项目管理是否规范，是否严格按照任务书组织实施。4.随机访谈3名曾经或目前参加专科临床试验受试者保护及权利知情情况，查看受试者知情同意书；了解受试者权利保护的情况。 |
| 7.对已获得国家临床重点专科建设项目抽查1-2个科室（资金到位、使用、预算执行情况）。 | **文档资料：**医院已获得国家临床重点专科建设项目的清单，以及资金、使用、预算执行的工作记录和相关统计数据。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。2.根据医院国家临床重点专科建设项目数量，酌情抽查2个建设项目资金到位使用、预算执行的情况。 |
| **18.医院建设与发展的亮点和新举措。** | 1.医院建设与发展的难点；  | **文档资料：**医院院长办公会议纪要。**检查方法：** 1.查阅医院院长办公会议纪要。 2.访谈医院院长，了解医院建设与发展的难点，以及相关对策。 |
| 2.医院建设与发展的亮点；  | **文档资料：** 医院院长办公会议纪要、医院年度工作总结（统计数据）和实例。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。 2.访谈医院院长，了解医院建设与发展的亮点。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **18.医院建设与发展的亮点和新举措。** | 3.医院建设与发展的设想； | **文档资料：**医院院长办公会议纪要。**检查方法：** 1.查阅医院院长办公会议纪要。 2.访谈医院院长，了解医院建设与发展的设想。 |
| 4.医院建设与发展的思路和举措。 | **文档资料：**医院院长办公会议纪要、工作总结和实例。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。 2.访谈医院院长，了解医院建设与发展的思路和举措。 |
| **19.开展门诊预约诊疗服务。** | 1.积极开展规范的门诊预约诊疗服务，提供有效的电话预约或网上预约等多种形式的预约挂号服务； | **文档资料：** 1.医院开展门诊预约诊疗服务的相关制度和规范流程。2.医院开展门诊预约诊疗服务的工作记录、工作总结（统计数据）。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。 2.现场查看（1）医院门诊预约诊疗信息公开情况。（2）医院门诊预约诊疗的形式，如电话预约、网上预约、窗口预约、银医卡预约、京医通卡预约等。（3）随机抽查3名患者挂号条的预约诊疗标识。3.实地访谈2名患者，了解对门诊预约诊疗的知晓情况。4.随机访谈2名挂号室工作人员，了解预约挂号流程的知晓情况。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **19.开展门诊预约诊疗服务。** | 2.严禁违反规定向患者收取或变相收取预约诊疗的任何费用； | **文档资料：**1.医院开展门诊预约诊疗服务的相关制度。2.医院物价管理部门检查意见书。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.访谈预约挂号工作负责人，了解预约诊疗费用的情况。3.随机访谈2名预约挂号患者，了解预约诊疗收费的情况。。 |
| 3.预约挂号占门诊挂号尤其是专家门诊号的比例情况。 | **文档资料：**医院预约挂号的工作总结和相关统计数据。**检查方法：**查阅上述文档资料。 |
| **20.加强急诊绿色通道管理，及时救治急危重症患者。** | 1.合理配置急诊人力资源，配备经过专业培训、胜任急诊工作的医务人员，标准化配置急救设备和药品； | **人力资源配置****文档资料：**1.医院急诊医学科床位、医师、护士，以及急诊人次、留观人次等相关统计数据。2.医院人力资源配置名册和近3个月急诊医师、护士排班表。2.医院急诊医学科专业培训工作计划、培训课件、培训签到、培训结果，以及培训工作记录和工作总结。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。了解科主任、护士长资质及主治医师、护士数量与病人流水、床位配比情况。急诊医学科固定医师、护士人员且不少于在岗医师、护士的75％；急诊医师、护士要具备3年以上临床工作经验。2.随机抽查5份急诊病历，查看接诊医师、护士的资质情况。 |
| **急救设备****文档资料：**医院急救抢救和生命支持类医疗设备的配置清单和维护保养记录。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。**2.**实地核对医疗设备数量与配置清单的符合情况。3.实地查看急诊医学科分区及设施，了解是否能够满足急诊分诊、应诊、抢救需要，以及医疗设备的使用状态的情况。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **20.加强急诊绿色通道管理，及时救治急危重症患者。** | 1.合理配置急诊人力资源，配备经过专业培训、胜任急诊工作的医务人员，标准化配置急救设备和药品； | **急救药品****文档资料：**1.医院急救等备用药品管理和使用、定期检查的制度和抢救车药品的管理制度。2.医院药学部门和各相关科室急救等备用药品目录及数量清单。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.随机抽查内科系统和外科系统各1个病区，了解急救备用药品目录及数量清单、药品备用；抢救车药品统一储存位置、统一规范管理、统一清单格式、统一标识，以及抢救车中的高危药品的警示标识情况。3.访谈内科系统和外科系统各1个病区负责急救药品的管理人员，了解相关制度知晓和实施情况。4.随机抽查内科系统和外科系统各1个病区月度急救等备用药品质量检查记录。  |
| 2.落实首诊负责制，与急救中心建立联动协调制度，与挂钩合作的基层医疗机构建立急诊、急救转接服务制度； | **文档资料：**1.医院急诊工作制度（包括首诊负责制等）和工作流程、医院与急救中心联动协调制度、接诊记录。2.医院建立与急救中心联动协调的相关制度及工作流程、转诊记录。3.医院建立与挂钩合作的基层医疗机构急诊、急救转接服务的相关制度及工作流程、转诊记录。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.随机访谈1名急诊医学科医师，了解对上述制度的知晓情况。3.实地抽查急诊医学科近一个月内与急救中心接诊记录，以及与挂钩合作的基层医疗机构急诊、急救转接的记录。4.随机抽查医院抢救、转诊、转科记录各2份，检查相关病历资料是否完善，记录是否完整。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **20.加强急诊绿色通道管理，及时救治急危重症患者。** | 3.加强急诊检诊、分诊，及时救治急危重症患者，有效分流非急危重症患者； | **文档资料：** 医院急诊工作制度和工作流程及急诊检诊、分诊标准。**检查方法：**1.查阅上述文档资料，查看医院急诊工作制度中是否包括急诊分诊、检诊流程及标准。2.实地追踪查看2名急诊待诊患者就诊过程中急诊检诊、分诊工作开展的情况。 |
| 4.实施急诊分区救治、建立住院和手术的“绿色通道”，保障患者获得连贯医疗服务； | **文档资料：** 医院急诊工作制度和工作流程，以及保障患者获得连贯医疗服务的具体措施。**检查方法：**1.查阅上述文档资料，查看是否包括急诊患者优先收入院、住院和手术建立“绿色通道”的工作制度及流程。2.查阅医院近3日住院患者资料，了解从急诊收治入院患者的情况。3.随机访谈急诊医学科医生、护士各1名，了解上述制度的知晓情况。4.实地查看（1）急诊医学科留观患者情况，了解留观时间。（2）急诊医学科设置是否满足急诊分区救治要求。 |
| 5.对急危重症患者抢救迅速、规范，有保障需要抢救的危急重患者“先救治，后付费”的措施。 | **文档资料：**医院急诊工作制度和工作流程。**检查方法：**1.查阅上述文档资料，查看是否包括危急重患者“先救治，后付费”规定和具体工作措施。2.随机访谈急诊医学科医生、护士各1名，了解上述制度的知晓情况。3.追踪查看近一个月内2名急危重患者急诊抢救病历，查看其抢救过程是否迅速、规范。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **21.优化医疗服务系统与流程。** | 1.门诊有就诊咨询、导诊以及其他便民服务，提供一站式服务； | **文档资料：** 医院关于门诊开展就诊咨询、导诊以及其他便民服务，提供一站式服务的相关规定。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。 2.实地查看医院门诊咨询、导医及便民服务情况。3.访视主管部门负责人，了解医院门诊咨询、导医及便民服务持续改进的情况。4.随机访视3名患者，了解对医院门诊咨询、导医及便民服务的满意度。 |
| 2.合理安排门诊服务窗口，缩短患者等候时间； | **文档资料：**医院门诊工作制度及相关规定。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地查看医院门诊大厅挂号、收费、取药窗口数量。3.实地查看医院门诊流量监测、减少患者就医环节的信息支持系统，实行门诊分层挂号、或科室、诊室直接挂号、缴费或自助挂号、缴费等服务的情况。4.实地查看高峰时段保障门诊诊疗秩序和连贯性的具体措施的实施情况。 |
| 3.合理安排门急诊服务：门诊服务时间实行动态作息时间，主要科室根据门诊病人情况，实行全年开放门诊（即周末和节假日开放门诊），开放夜间门诊等。建立会诊中心，为患者提供多学科、多专业的综合诊疗服务，减少患者挂号、排队、候诊次数和时间； | **文档资料：** 1.医院门诊、急诊工作制度及相关规定。2.医院建立会诊中心的相关资料、多学科综合门诊管理制度和相关统计数据。3.医院开放门诊的相关统计数据，包括且不限于工作日、节假日、晚间门诊人次数等。 4.医院会诊中心诊疗服务相关统计数据。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地查看医院门诊时间的公式、医院节假日门诊安排、夜间门诊出诊、无休日门诊、会诊诊疗中心的工作情况。 |
| 4.提高医技科室工作效率；提供方便快捷的检查结果查询服务； | **文档资料：** 医院关于提高医技科室工作效率；提供方便快捷的检查结果查询服务的相关规定。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地查看检查结果查询服务的情况。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **21.优化医疗服务系统与流程。** | 5.缩短平均住院日情况； | **文档资料：**医院缩短平均住院日的相关措施、工作的记录和相关统计数据。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。 2.实地从医院信息系统中查看医院平均住院日指标的实际情况。 |
| 6.积极改进入、出院流程，为患者提供及时、便捷的入出院服务； | **文档资料：**医院积极改进入、出院流程，为患者提供及时、便捷的入出院服务的工作记录、工作总结和实例。**检查方法：** **1**.查阅上述文档资料。2.实地查看患者办理入院、出院、转院情况；为特殊患者（如残疾人、无近亲属陪护行动不便患者等）入院、出院提供多种服务便民措施的情况。3.访谈住院处负责人，了解积极改进入、出院流程，为患者提供及时、便捷的入出院服务的工作情况。 |
| 7.简化门急诊服务流程，实行“先诊疗，后结算”模式。 | **文档资料：** 医院实行“先诊疗，后结算”的相关规定、工作记录、工作总结。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。2.实地查看医保患者“先诊疗，后结算”的实际情况。3.访谈门诊部、急诊医学科、财务部门负责人，了解“先诊疗，后结算”的实际工作情况。 |
| **22.维护患者的合法权益，履行知情告知义务，保护患者隐私。** | 1. 患者或其近亲属、授权委托人对病情、诊断、医疗措施和医疗风险等具有知情选择的权利。医院有相关制度保证医务人员履行告知义务（手术、麻醉、输血以及特殊检查、特殊治疗、进行药品和医疗器械临床试验书面知情同意情况）； | **文档资料：**1.医院医务人员履行告知义务的相关管理制度。2.医院相关管理部门对医务人员履行告知义务的督导检查工作记录或工作总结。3.医院发生的医疗纠纷记录。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **22.维护患者的合法权益，履行知情告知义务，保护患者隐私。** | 1. 患者或其近亲属、授权委托人对病情、诊断、医疗措施和医疗风险等具有知情选择的权利。医院有相关制度保证医务人员履行告知义务（手术、麻醉、输血以及特殊检查、特殊治疗、进行药品和医疗器械临床试验书面知情同意情况）； | **检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.查阅3份术后患者病历，了解是否记录术者及麻醉师访视患者的相关资料。 3.查阅3份输血患者病历，了解是否记录医务人员履行告知义务的相关资料。 4.查阅3份涉及特殊检查、特殊治疗的患者病历，了解是否有书面告知的相关资料。 5.查阅2份进行药品和医疗器械临床试验书面告知的相关资料。6.访视3名患者或其近亲属，了解对病情、诊断、医疗措施和医疗风险的知晓程度。 |
| 2.在医疗服务过程中，保护患者隐私情况。 | **文档资料：**  1.医院保护患者隐私的相关制度和工作记录等。 2.医院保护患者隐私的具体措施。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地查看（1）门诊诊室，了解是实施一医一患，诊室内等候人员数量，就诊秩序，多人诊室配置和使用隔帘的情况。 （2）急诊、ICU、超声、心电诊室，了解治疗过程有无遮挡设施。 （3）理疗、针灸诊室，了解治疗过程有无遮挡设施。（4）男性医务人员为女患者进行检查的诊室，了解有无护士（女）或家属在场。 |
| **23.建立医患沟通制度，构建和谐医患关系。** | 1.健全医患沟通制度，完善医患沟通内容； | **文档资料：**1.医院医患沟通的相关工作制度，包括医患沟通的内容、形式和工作记录等。2.医院服务满意度调查问卷的统计结果。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。 2.实地查阅内科系统、外科系统各2份运行病历，了解对疾病治疗过程的动态介绍、可能发生的不良反应与注意事项的记录情况及内涵质量。 3.随机访谈门诊、住院患者或其近亲属各2名，了解医患沟通、医务人员对病情介绍、宣教、解释的情况。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **23.建立医患沟通制度，构建和谐医患关系。** | 2.加强对医务人员医患沟通技巧的培训，提高医患沟通能力。 | **文档资料：**医院医务人员医患沟通技巧的培训计划、培训方式、培训时间、培训课件、培训签到、培训效果和培训工作记录等的相关资料。**检查方法：** 1.查阅上述相关文档资料。2.随机访谈2名一线医生，了解医患沟通技巧的掌握情况。 |
| **24.规范医院投诉管理，及时调查处理医疗投诉并改进工作。** | 1.完善患者投诉处理制度，公布投诉电话、地点、信箱等； | **文档资料：**医疗投诉及医疗纠纷院内处理的工作制度。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。2.实地查看医院显要地点公布投诉管理部门、地点、接待时间、联系方式以及投诉电话，同时公布上级部门投诉电话的情况。3.实地随机拨打公布的投诉电话，了解投诉电话接听及处理的情况。 |
| 2.医院投诉接待实行“首诉负责制”，及时受理、调查、处理患者投诉；定期认真分析医患纠纷成因，提出针对性整改意见，及时化解医患矛盾； | **文档资料：** 1.医院“首诉负责制”的相关规制度、工作流程、工作记录、工作总结。2.医院投诉登记记录档案，体现投诉处理的全过程。3.医院医疗质量管理会议记录；医疗投诉、医疗纠纷成因分析记录、月报分析记录、季度分析记录或年度分析记录等。4.医院投诉管理部门向临床反馈医疗纠纷成因的反馈记录及整改记录。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。2.随机抽查2份医疗纠纷处理全过程的记录。3.实地查看内科系统、外科系统各1个科室，了解医疗纠纷反馈及整改记录的情况。 |
| 3.医院应当将投诉管理纳入医院质量安全管理体系，逐步建立投诉信息上报系统及处理反馈机制；  | **文档资料：**医院医疗质量安全管理和投诉信息系统管理的相关制度。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地查看投诉信息系统的运行情况。 |

**第三部分 医院管理**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **24.规范医院投诉管理，及时调查处理医疗投诉并改进工作。** | 4.医院工作人员有权对医院管理、服务等各项工作进行内部投诉，提出意见、建议；  | **文档资料：**1.医院内部投诉相关制度、不良事件上报制度。2.医院内部投诉登记整改记录；不良事件登记及整改记录。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.随机访谈2名医务人员，了解医院内部投诉途径及方法的知晓情况。 |
| 5.医院应当建立健全投诉档案，立卷归档，留档备查。 | **文档资料：**1.医疗纠纷投诉管理归档制度。2.医院投诉归档资料。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.随机抽查2份医疗纠纷归档材料，了解归档材料是否完善。 |
| **25. 持续改进医疗质量，规范诊疗行为。** | 1.落实医疗质量和医疗安全的核心制度； | **文档资料：** 1.医院医疗质量和医疗安全的核心制度。2.医院落实医疗质量和医疗安全的核心制度的工作记录、工作总结和实例。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。 2.随机访谈内科系统、外科系统各2个科室负责人，了解核心制度内涵，以及医疗质量和医疗安全核心制度的落实情况。 |
| 2.健全医疗质量管理与控制体系； | **文档资料：** 1.医院医疗质量控制装置架构图和岗位职责。2.医院医疗质量管理与控制的工作目标、工作流程、工作记录、工作总结。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。 2.随机访谈内科系统、外科系统各2个科室负责人，了解医疗质量管理与控制职责的知晓情况。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **25. 持续改进医疗质量，规范诊疗行为。** | 3.严格规范诊疗服务行为，推进合理检查、合理用药、合理治疗; | **文档资料：**1.医院规范诊疗行为的相关规定。2.医院关于检查类大型医疗设备的检查阳性率指标及相关资料。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.随机抽查医学检验、CT、核磁、超声检查单各2张，了解患者症状与所进行的检查相适应性的情况。 |
| 4.探索开展信息化医疗质控模式，建立信息系统，建立常态、长效、可持续的质控工作机制； | **文档资料：**医院探索开展信息化医疗质控模式的规划方案、建设方案、工作记录、工作总结。**检查方法：**查阅上述文档资料。 |
| 5.医院是否实现数据与医院质量监测系统（HQMS）自动对接。 | **文档资料：**医院开展数据与医院质量监测系统（HQMS）自动对接工作的规划方案、建设方案、工作记录、工作总结。**检查办法：**1.查阅上述文档资料。2.实地查看医院信息系统数据与医院质量监测系统（HQMS）自动对接的情况。 |
| **26.医院依法执业。** | 1.医院应当组织全体医务人员学习、了解和掌握并执行国家有关医疗卫生管理法律、法规、规章及有关卫生政策； | **文档资料：**1.医院组织全体医务人员学习国家有关医疗卫生管理法律、法规、规章及有关卫生政策的培训计划、培训方式、培训时间、培训课件、培训签到、培训效果和培训工作记录等的相关资料。2.医院违反国家有关医疗卫生管理法律、法规、规章及有关卫生政策的相关资料。**检查方法：**查阅上述文档资料。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **26.医院依法执业。** | 2.医院应及时进行执业登记、注册、变更、校验等，并严格按照卫生计生行政部门核定的诊疗科目和诊疗技术执业，医院内设科室名称规范； | **文档资料：**医院《医疗机构执业许可证》副本复印件。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。2.实地查看医院内设科室名称规范的情况。3.实地查看医院信息系统中的收费系统，了解有无诊疗科目、诊疗技术之外的收费情况。 |
| 3.不得违法、违规发布医疗广告。 | **文档资料：**1.医院医疗广告管理制度。2.医院本年度发布的医疗广告及市卫生计生委印发的医疗广告或互联网医疗保健信息审核同意书。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.从政府相关网站调阅该院是否有违法发布医疗广告的行为。3.随机从3个网站上查看医院发布医疗广告信息的情况。 |
| **27.医务人员依法执业。** | 1.医务人员执业符合国家有关准入制度； | **文档资料：** 1.医院医师执业；港、澳、台及外国医师执业；护士执业；其他卫生技术人员执业；特定专业卫生技术人员执业资质准入管理制度和工作流程。2.医院进修医师、规范化培训医师、在读研究生及试用期医师执业行为的管理规定，实施考评及监督检查，建立相关档案的情况。 3.医院医务人员名册及相关的执业证明材料（复印件）。 4.医院医务人员调动名单及岗位需要的相关资质的备案材料。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。 2.随机抽查当年2份住院病历，了解是否有无相关执业资质或为完成执业地点变更或非卫生技术人员签字的情况。3.随机抽查3个临床科室近半年排班表，了解是否有无相关执业资质人员执业的情况。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **27.医务人员依法执业。** | 2.严格执行《医师外出会诊管理规定》。 | **文档资料：**1.医院医师外出会诊管理规定，包括逐级审批管理制度、工作流程等。2.医院医师外出会诊管理档案。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地查看医师的在岗情况。 |
| **28.建立健全并严格执行医疗质量和医疗安全核心制度。** | 1.医院院长作为医院医疗质量第一责任人，能切实履行医疗质量管理与持续改进的领导和决策职能； | **文档资料：**1.医院院长办公会议纪要。2.医院医疗质量管理委员会名单。3.医院医疗质量管理委员会会议纪要、工作记录及实例。4.医院医疗质量管理工作方案。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.访谈院长，了解履行医疗质量管理与持续改进的领导和决策职能的情况。 |
| 2.建立健全院、科二级医疗质量管理体系，科主任全面负责本科医疗质量管理工作； | **文档资料：**1.医院医疗质量管理架构图和岗位职责。2.医院和科室两级医疗质量管理工作记录、工作总结。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。2.随机访谈内科系统、外科系统各1名科主任，了解医疗质量管理工作知晓和履职的情况。 |
| 3.以医疗核心制度为重点，制定医疗质量管理和持续改进方案并组织实施； | **文档资料：**医院医疗质量管理和持续改进方案、工作记录和工作总结。**检查方法：** 查阅上述文档资料。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **28.建立健全并严格执行医疗质量和医疗安全核心制度。** | 4.加强对医疗质量关键环节（危重病人管理、围手术期管理、输血与药物不良反应、有创诊疗操作、新开展的业务技术管理等）、重点部门和重要岗位（急诊、手术室（介入手术室）、麻醉科、重症监护病房、内镜室、血液净化室、产房、新生儿病房、供应室等）质量管理；  | **文档资料：**1.医院关于加强对医疗质量关键环节、重点部门和重要岗位质量管理的工作制度和相关规定。2.加强对医疗质量关键环节、重点部门和重要岗位质量管理的工作记录、工作总结、相关统计数据或实例。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。2.随机访谈急诊、手术室（介入手术室）、麻醉科、重症监护病房、内镜室、血液净化室、产房、新生儿病房各1名医师、1名护士和供应室1名护士，了解质量管理工作制度和相关规定的知晓情况。3.实地查看急诊、ICU、麻醉科手术室、内镜室等重点科室和重点岗位规章制度的落实情况。 |
| 5.提高全员质量管理与持续改进的意识和参与能力，定期组织全院性医疗质量和医疗安全教育培训。 | **文档资料：**医院组织全院性医疗质量和医疗安全教育培训的相关资料，包括且不限于培训计划、培训方式、培训时间、培训课件、培训签到、培训效果和培训工作记录等。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.随机抽查内科系统、外科系统、医技科室的医师和护士各2名，了解医疗质量和医疗安全教育培训的情况。 |
| **29. 加强医疗临床技术管理，贯彻落实《医疗技术临床应用管理办法》。** | 1.根据国务院《人体器官移植条例》、国家卫生计生委《医疗技术临床应用管理办法》以及各类专业技术规范制定相应的医疗技术（包括新技术、新项目）管理制度；建立医疗技术管理档案； | **文档资料：** 1.医院医疗技术管理相关制度。2.医院医疗技术管理档案。**检查方法：** 查阅上述文档资料。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **29. 加强医疗临床技术管理，贯彻落实《医疗技术临床应用管理办法》。** | 2.实行医疗技术分类管理； | **文档资料：** 1.医院医疗技术管理相关制度。2.医院医疗技术分类管理档案。**检查方法：** 查阅上述文档资料。 |
| 3.建立第一类医疗技术目录；  | **文档资料：** 医院第一类医疗技术目录。**检查方法：** 查阅上述文档资料。 |
| 4.建立并落实手术分级与准入管理制度； | **文档资料：**1.医院手术分级与准入管理制度。2.医院落实手术分级与准入管理制度的具体措施、工作记录、工作总结等。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。 2.实地查看手术室2份手术患者病历资料。 |
| 5.医疗技术临床应用依法依规实行准入和动态管理； | **文档资料：** 1.医院医疗技术临床应用实行准入的相关规定及工作流程。2.医院准入的医疗技术目录及准入的相关资料。3.医院对准入的医疗技术管理的具体措施、工作记录和工作总结。**检查方法：** 查阅上述文档资料。 |
| 6.推广适宜技术。 | **文档资料：** 1.医院推广适宜技术的相关规定。 2.医院推广适宜技术的目录、具体措施、工作记录和工作总结。**检查方法：** 查阅上述文档资料。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **30.规范临床检查，诊断，治疗，使用药物和植（介）入类医疗器械使用行为。** | 1.成立医疗器械临床使用安全管理委员会，指导医疗器械临床安全管理和监测工作； | **文档资料：**1.医院成立医疗器械临床使用安全管理委员会的相关文件。2.医院医疗器械临床使用安全管理委员会的工作记录、工作总结、相关统计数据或实例。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.随机访谈2名医疗器械临床使用安全管理委员会成员，了解岗位职责的知晓情况。 |
| 2.制定医疗器械临床使用安全管理制度，建立健全医疗器械临床使用安全管理体系； | **文档资料：**1.医院医疗器械临床使用安全管理制度。2.医院医疗器械临床使用安全管理组织架构图、岗位职责和工作流程。**检查方法：**查阅上述文档资料。 |
| 3.建立医疗器械临床使用安全事件的日常管理制度、监测制度和应急预案，并主动或定期向卫生计生行政部门、食品药品监督管理部门上报医疗器械临床使用安全事件监测信息； | **文档资料：**1.医院医疗器械临床使用安全事件的日常管理制度、监测制度和应急预案。2.医院向卫生行政部门、食品药品监督管理部门上报医疗器械临床使用安全事件监测信息的记录。**检查方法：**查阅上述文档资料。 |
| 4.临床使用的设备类、植入与介入的医疗器械名称及唯一性识别信息应完整记录到病历中； | **文档资料：**1.医院对临床使用的设备类、植入与介入的医疗器械名称及唯一性识别信息应完整记录到病历中的相关规定。2.近3个月临床使用设备类、植入与介入医疗器械的病历一览表。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.随机抽查临床使用设备类、植入与介入医疗器械各2份病历。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **30.规范临床检查，诊断，治疗，使用药物和植（介）入类医疗器械使用行为。** | 5.尊重患者知情同意权，如实向患者告知需说明的有关事项，并签署知情同意书； | **文档资料：**1.医院尊重患者知情同意权的相关规定。2.医院关于对医疗器械使用安全情况进行考核和评估的工作记录、工作总结。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.随机抽查使用药物和植（介）入类医疗器械的2份病历。 |
| 6.应定期对医院医疗器械使用安全情况进行考核和评估，形成记录并存档； | **文档资料：**1.医院对医疗器械使用安全情况进行考核和评估的相关规定、工作记录、工作总结、存档资料等。2.医院使用甲乙类大型医用设备和植介入类医用耗材的科室清单。**检查方法：**随机抽查2个使用甲乙类大型医用设备和植介入类医用耗材科室医疗器械使用安全情况进考核和评估的工作记录、工作总结。 |
| 7.加强对医疗器械使用科室，如对医学影像、骨科、器官移植、介入科、输血、产房、ICU等科室重点监控。 | **文档资料：**医院对医疗器械使用科室重点监控的工作记录、工作总结。**检查方法：**随机抽查对医学影像、骨科、器官移植、介入科、输血、产房、ICU等科室中的2个科室，了解对医疗器械监控的情况。 |
| **31. 加强平安医院建设，建立第三方调解机制和医疗责任保险制度。** | 1.医院有加强医院内部治安防范措施，健全警医联动、联防联控的机制；警务室设立情况； | **文档资料：**1.医院安全保卫组织架构及岗位职责等相关文件。 2.医院加强院内治安防范的措施文件（包括具体措施、应急预案等）。 3.医院警医联动及联防联控文件（包括警医联动机制、联防联控机制、工作流程及工作记录等）。 4.医院警务工作室工作规范及工作记录。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地查看医院门诊大厅等公共区域治安防范措施（如：佩戴防护器具的保安人员、对讲机等）和医院设立警务工作室的情况。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **31. 加强平安医院建设，建立第三方调解机制和医疗责任保险制度。** | 2.建立重大医疗纠纷预警机制，制定了突发纠纷事件等的应急处置预案； | **文档资料：**1.医院重大医疗纠纷应急处置预案。2.医院重大医疗纠纷处理院内讨论记录。3.医院重大医疗纠纷矛盾排查记录。4.医院预防重大医疗纠纷相关工作记录。**检查方法：**查阅上述文档资料。 |
| 3.医疗纠纷处理与人民调解等第三方调解机制的衔接； | **文档资料：**1.医院医疗纠纷人民调解制度。2.医疗纠纷调解记录，包括院内接待、上报医疗纠纷人民调解委员会、调解协议书等相关文档。**检查方法：**查阅上述文档资料。 |
| 4.“三防”系统建设达标情况； | **文档资料：**1.医院“人防”建设文档。包括且不限于保安岗位职责、保安入职标准、保安培训记录及考核记录、保安巡查记录等。2.医院“物防”建设文档。包括且不限于医院物防设备清单、医院重点部位安全防护措施制度及巡查记录、医院专用库房双人双锁制度及交班记录等。3.医院“技防”建设文档。包括医院安全监控中心工作制度及安全监控记录、医院监控视频装置统计等。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.“人防”建设达标情况（1）保安人数不低于在岗医务人员总数的3%或20张病床1名保安或日均门诊量的3‰的标准配备。（2）保安培训及考核记录，每年不少于2次。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **31. 加强平安医院建设，建立第三方调解机制和医疗责任保险制度。** | 4.“三防”系统建设达标情况； | **检查方法：**3.实地检查“物防”建设达标情况（1）医院保安人员配备通讯设备和防护器械。通讯设备包括固定电话、移动电话和对讲机等，对讲机为必配设备。（2）医院的供水、供电、供气、供热、供氧中心，计算机数据中心，安全监控中心，具有防护门等安全防护措施。（3）医院专用库房和保险柜实行双人双锁管理。4.实地检查“技防”建设达标情况（1）医院设置安全监控中心。（2）医院的供水、供电、供气、供氧中心，计算机数据中心，安全监控中心，财务室，档案室（含病案室），大中型医疗设备、血液、药品及易燃易爆物品存放点，各出入口和主要通道安装视频监控装置。 |
| 5.探索医疗责任保险制度。 | **文档资料：**1.医院医疗责任保险单。 2.保险公司赔款通知书或确认书。3.医院院办公室研究医责险或确定赔偿数额记录。 4.医院支付患方赔偿等相应制度流程。 5.医院财务支付凭证列支渠道。**检查方法：**查阅以上文档资料。 |
| **32.医疗安全防范处理。** | 1.建立重大医疗过失行为和医疗事故防范预案； | **文档资料：** 医院重大医疗过失行为和医疗事故防范预案。**检查方法：** 查阅上述文档资料。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **32.医疗安全防范处理。** | 2.建立临床“危急值”报告制度，对“危急值”报告制度的有效性进行评估； | **文档资料：** 1.医院临床“危急值”报告制度。 2.医院对“危急值”报告制度落实情况实施评估的相关资料。**检查方法：** 查阅上述文档资料。 |
| 3.制定和执行患者身份识别、手术安全核查与手术风险评估制度和流程； | **文档资料：** 1.医院患者身份识别、手术安全核查与手术风险评估制度和流程。 2.医院落实患者身份识别、手术安全核查与手术风险评估的具体措施、工作记录和工作总结。**检查方法：** 查阅上述文档资料。 |
| 4.制定医疗事故责任追究制度，对已定性的医疗事故，按医院规定对责任人进行处理。 | **文档资料：** 1.医院医疗事故责任追究制度。 2.医院已定性的医疗事故清单及处理结果。**检查方法：** 查阅上述文档资料。 |
| **33.主动报告医疗安全（不良）事件。** | 1.有主动报告医疗安全（不良）事件与隐患缺陷的制度与可执行的工作流程； | **文档资料：** 1.医院主动报告医疗安全（不良）事件与隐患缺陷的制度和工作流程。2.医院主动报告医疗安全（不良）事件与隐患缺陷的清单。**检查方法：** 查阅上述文档资料。 |
| 2.建立医疗安全信息平台； | **文档资料：**1.医院建立医疗安全信息平台的规划方案、建设方案、工作记录、工作总结等。2.医院信息系统定级备案表和信息系统等级保护证书。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地查看医疗安全信息平台的建设情况。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **33.主动报告医疗安全（不良）事件。** | 3. 输血不良反应监测与报告系统建设情况。 | 文档资料：输血不良反应监测与报告系统建设的规划方案、建设方案、工作记录、工作总结等。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地查看医疗安全信息平台中输血不良反应监测与报告系统的建设情况。 |
| **34.医院后勤保障，建筑安全，消防安全，防盗安全。水，电，气，暖，供应的安全管理以及药械安全。** | 1.建立安全生产（保卫）、规章制度和操作程序情况； | **文档资料：**1.医院安全生产管理组织架构文件。2.医院安全生产管理部门及人员岗位职责。3.医院检查安全生产相关规章制度及相关检查、巡查、宣传教育等工作执行记录、操作规程等。**检查方法：** 查阅上述文档资料。 |
| 2.安全生产重要设施、装备、关键设备和装置日常管理维护、保养、安全运行情况； | **文档资料：**1.医院安全生产重要设施、装备、关键设备和装置日常运维制度。2.医院安全生产重要设施、装备、关键设备和装置维护、保养、安全运行记录。3.医院安全生产重要设施、装备、关键设备和装置台账。**检查方法：**查阅上述文档资料。 |
| 3.建立完善安全应急预案、制定并落实应急救援物资配备维护制度情况； | **文档资料：**1.医院安全应急预案及演练记录。2.医院应急救援物资配备及维护制度及记录。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地检查医院应急救援物资。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **34.医院后勤保障，建筑安全，消防安全，防盗安全。水，电，气，暖，供应的安全管理以及药械安全。** | 4.安全保卫工作机构人员工作情况和消防设施配备与管理情况； | **文档资料：**1.医院安全保卫工作部门组织架构、岗位职责文件。2.医院消防设置配备台账及运行情况记录。3.医院消防巡查记录及隐患排查记录。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.随机抽检5个防火设备。 |
| 5.麻、精、毒、放药品的保管情况。 | **文档资料：**1.医院特殊管理药品和药品类易制毒化学品的管理制度，执行三级管理和“五专”管理要求。2.医院药库特殊管理药品清单。3.医院定期检查药品基数管理工作记录。4.医院职能部门每季度特殊管理药品督导、检查，对存在问题改进措施等的相关资料。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地查看（1）特殊药品采购、贮存、领药、使用环节和药品储存环境。（2）特殊药品基数及帐物相符情况。（3）特殊管理药品的存放区域、标识和贮存方法和管理方式，以及防盗监控设施情况。3.随机抽查5张麻醉药品、一类精神药品处方，了解使用和记录的情况。6.随机访谈2名员工，了解相关制度和药品品种的知晓情况。7.访谈职能部门主管人员，了解其对上述工作的知晓、管理情况。8.追踪两个特殊管理药品，了解按批号追踪到处方，用药情况追踪到病历，残量销毁记录合格的情况。9.实地查看手术室麻醉药品使用管理的情况。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **35.完善处方点评制度，加强合理用药监测，规范抗菌药物临床应用管理，严格执行特殊药品的规章制度。** | 1.执行《处方管理办法》情况； | **文档资料：****医师方面**1.医院相关规章制度，包括且不限于（1）医院医师处方书写基本规范。（2）医师处方权和药师调剂处方管理规定。（3）处方点评制度及点评报告。（4）医疗管理部门每季度处方质量检查制度。（5）处方及医嘱用药管理制度。（6）患者自带、自购药品管理制度。（7）遵循“临床诊疗指南”及药品说明书用药管理规定、程序。（8）《处方管理办法》培训制度。2.医院上述规章制度的培训计划、培训方式、培训时间、培训课件、培训签到、培训效果、培训记录、培训总结等效果资料。3.医院医师处方签名或签章式样和药师调配处方签名或签章式样的备案资料。**药师方面**1.医院相关规章制度，包括且不限于（1）医院处方/用药医嘱审核制度。（2）不规范处方、用药不适宜处方干预制度。（3）核对、发药交代、咨询指导、用药教育制度和咨询记录。（4）差错分析、防范、管理制度。（5）审核、调配发药、不合理用药干预相关管理制度。（6）药品差错制度。2.医院上述规章制度和药师的培训计划、培训方式、培训时间、培训课件、培训签到、培训效果、培训记录、培训总结等效果资料。3.医院促进临床合理用药持续改进的工作方案。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **35.完善处方点评制度，加强合理用药监测，规范抗菌药物临床应用管理，严格执行特殊药品的规章制度。** | 1.执行《处方管理办法》情况； | **检查方法：**医师方面1.查阅上述文档资料。2.实地查看（1）处方点评报告，查验不合理处方率、药品通用名使用率。（2）医院医疗管理部门每季度处方质量检查记录。3.随机抽查（1）近一周的100张处方，检查医师处方权限和处方及用药医嘱中的签字或签章与留样一致；处方的前记、正文、后记符合处方管理相关规定的情况。（2）5份运行病历和医嘱执行单，了解患者就诊前和正在使用药品记录情况、医嘱执行情况。（3）5份运行病历临床路径与单病种质控（其中2份肿瘤患者）运行病历，了解用药情况。4.随机访谈（1）5名医师、2名药师，了解其对《处方管理办法》、处方管理系统功能和使用技能的知晓情况。（2）医师、护士、患者各5名，了解患者自带、自购药品管理情况。（3）5名医师，了解辅助用药情况。**药师方面**1.查阅上述文档资料。2.实地查看药房发药流程，了解审方、调配核对、发药交代、咨询指导、用药教育等情况，以及患者取药流程，在收费和调剂之前有效审方的情况。3.随机访谈药师，了解（1）咨询药师的资质、患者用药咨询情况。（2）药师“四查十对”认知和调配处方技能。（3）建立药历情况。（4）发药差错登记、报告情况。4.随机访谈药学人员，了解差错分析、整改情况。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **35.完善处方点评制度，加强合理用药监测，规范抗菌药物临床应用管理，严格执行特殊药品的规章制度。** | 2.落实处方点评制度情况； | **文档资料：**1.医院处方点评制度和点评流程。2.医院处方点评组织架构和工作职责。3.医院抗菌药物I类切口手术用药、肿瘤化疗药物等专项处方点评方案。4.医院处方审核与不合理用药干预相关制度。5.医院合理用药与处方点评培训计划、培训方式、培训时间、培训课件、培训签到、培训效果、培训记录、培训总结等效果资料。6.医院专项药物临床应用评价方案。7.近两年医院月度处方评价指标与评价结果报告。8.近两年医院重点疾病或重点药物的专项药物临床应用评价报告。9.医院处方质量考核目标管理相关制度。10.医院绩效考核标准。11.医院处方质量持续改进工作方案。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。2.随机访谈（1）2名处方点评人员，了解处方点评评价依据、点评方法、结果反馈等情况。（2）1名医疗管理人员、2名药师、5名医师，了解处方点评的知晓和点评技能的情况，以及月度处方评价信息发布和处方点评结果纳入绩效管理情况。 |
| 3.执行《抗菌药物临床应用指导原则》情况； | **文档资料：**1.医院抗菌药物管理组织架构和工作职责，工作记录和工作总结。2.医院抗菌药物临床应用管理、监测与评价制度。3.医院“抗菌药物临床应用和管理实施细则”，“抗菌药物分级管理制度”。4.医院包括抗菌药物合理应用情况的综合目标绩效考核制度。5.医院抗菌药物临床应用干预方案、干预前的后分析报告。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **35.完善处方点评制度，加强合理用药监测，规范抗菌药物临床应用管理，严格执行特殊药品的规章制度。** | 3.执行《抗菌药物临床应用指导原则》情况； | **文档资料：**6.医院微生物样本送检管理有关规定。7.围手术期预防性应用抗菌药物管理相关规定。8.医院Ⅰ类切口手术预防性抗菌药物使用相关管理制度。9.医院临时采购抗菌药物的相关制度与程序。10.医院医务人员抗菌药物合理应用培训计划、培训方式、培训时间、培训课件、培训签到、培训效果、培训记录、培训总结等效果资料。11. 医院参加并承担抗菌药物临床应用监测网和细菌耐药监测网职责。12. 医院临床科室抗菌药物合理用药质量管理考核指标、各科室抗菌药物临床应用分解指标、“特殊管理的抗菌药物” 临床应用评价标准。 13. 医院医疗管理部门对抗菌药物的使用情况监管职责和工作记录、工作总结、相关统计数据或实例。 14. 医院近3个月抗菌药物处方点评工作记录。 15. 医院近两年检验、院感、药学三方联合进行细菌耐药情况评估工作记录和工作总结。16. 医院感染专业医师、微生物检验专业技术人员和临床药师针对抗菌药物管理和使用技术支持的工作记录。17. 本年度医院围手术期预防感染改进工作计划。18. 医院抗菌药物采购目录。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地查看（1）参加地区或全国抗菌药物临床应用监测网和细菌耐药监测网的情况。（2）手术室感染预防和控制设施的情况。3.随机抽查内科系统、外科系统各5份运行病历，了解抗菌药物临床应用的情况。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **35.完善处方点评制度，加强合理用药监测，规范抗菌药物临床应用管理，严格执行特殊药品的规章制度。** | 3.执行《抗菌药物临床应用指导原则》情况； | **检查方法：**4.随机访谈（1）5名医务人员，了解抗菌药物合理应用认知和技能情况及微生物样本采集、送检、报告、分析利用的情况。（2）1名医疗管理部门负责人和5名临床科室负责人，了解抗菌药物合理用药管理考核指标完成情况及实施监控和干预的情况。（3）医疗管理人1名、医生和护士各5名，了解围手术期预防性应用抗菌药物管理相关规定的知晓情况；  |
| 4.建立临床药师制度，有相应的临床药师工作与管理制度，有相应数量的专职临床药师，参与临床药物治疗，促进药物合理应用； | **文档资料：**1.医院《医疗机构执业许可证》副本复印件（科室设置）。2.医院相关统计数据，包括且不限于床位数、医师数、门急诊人次、出院人次、手术例数等。3.医院临床药师名册和职责分工。4.医院相关规章制度，包括且不限于（1）药剂科的工作职责和工作制度。（2）审核处方、用药医嘱的制度和流程。（3）用药咨询和患者用药教育的制度。（4）处方点评组，处方点评制度和点评报告。（5）临床路径与单病种质控管理制度。（6）临床药师管理的相关规定（包括临床药师职责、绩效考核、与临床医师协作、参与的多学科联合诊疗的制度和工作流程、工作记录等）。（7）重点患者用药药历和填写的规定。（8）患者用药教育的规定和工作记录。 5.医院工作计划，包括且不限于（1）年度药学科研计划、解决用药问题的药学科研工作记录。（2）个体化给药方案的研究与监测计划。（3）临床药师培养计划。（4）临床药师工作计划。（5）临床药学发展规划。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **35.完善处方点评制度，加强合理用药监测，规范抗菌药物临床应用管理，严格执行特殊药品的规章制度。** | 4.建立临床药师制度，有相应的临床药师工作与管理制度，有相应数量的专职临床药师，参与临床药物治疗，促进药物合理应用； | **检查方法：** 1.查阅上述文档资料。2.实地查看提供适时药物相关信息和咨询服务的情况。3.实地查看临床药师数量、资质、工作情况。4.随机访谈（1）临床药师1人，了解①临床药学人员配备情况。②提供适时的药物相关信息和咨询服务、审核处方和用药医嘱、用药咨询和患者用药教育情况。③处方点评开展情况和效果。④负责科室、工作内容、临床工作时间、解决的临床问题。（2）临床药师、医师、护士、医疗管理人员、患者各1人，了解①获得药物相关信息和咨询服务、医嘱审核反馈信息、用药咨询和用药教育情况。②临床药师参与查房、病例讨论、疑难重症会诊、用药干预等工作情况。③参与“疑难、高危、肿瘤”患者的诊疗情况，对药物治疗方案的参与和认可情况。②共同提高患者用药安全性，促进合理用药水平持续改进情况。（5）医师5名：了解个体化给药方案的研究与监测效果。（6）医疗管理相关人员：了解临床药师参与临床路径与单病种质控工作情况。（7）医生、护士：了解临床药师提供服务，在治疗团队中参与工作程度、认可度。5.追踪5份患者运行病历，查看用药药历，了解临床药师用药分析能力和对患者实施持续药学监护的过程。 |
| **35.完善处方点评制度，加强合理用药监测，规范抗菌药物临床应用管理，严格执行特殊药品的规章制度。** | 5.麻醉药品、精神药品的购置、保管、处方等管理政策落实情况； | **文档资料：**1.医院“特殊管理药品”管理制度，包括且不限于安全设施、“五专”管理、批号管理、基数管理、应急预案、授权管理、培训和检查等。2.医院对“特殊管理药品”培训的相关资料，包括且不限于培训计划、培训方式、培训时间、培训课件、培训签到、培训效果和培训记录、培训总结等。3.医院药学部门“特殊管理药品”月度检查工作记录、持续改进计划和改进效果的统计数据和实例。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **35.完善处方点评制度，加强合理用药监测，规范抗菌药物临床应用管理，严格执行特殊药品的规章制度。** | 5.麻醉药品、精神药品的购置、保管、处方等管理政策落实情况； | **检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地查看（1）药品贮藏安全监控及自动报警设施。（2）2个病区，“特殊管理药品”的管理情况。3.追踪药品批号管理，溯源到患者。4.检查月度“特殊管理药品”检查记录和持续改进的结果。5.随机访谈（1）3名员工，了解“五专”管理、批号管理、基数管理、应急预案的知晓情况。（2）医生、护士、保卫处工作人员各2人，了解“特殊管理药品”管理的知晓情况。 |
| 6.药品不良反应与药害事故监测与报告落实情况。 | **文档资料：**1.医院相关规章制度，包括且不限于（1）药品不良反应与药害事件监测报告管理的制度与程序；（2）对医、护、药等专业人员进行相关制度和预案培训的规定；（3）鼓励药品不良反应与药害事件报告相关内容的管理制度；（4）严重用药错误的报告、分析、整改的规定。2.医院相关工作方案，包括且不限于（1）发生严重药品不良反应或药害事件相关内容的应急预案；（2）突发事件药事管理应急预案；（3）大规模调集应急药品的保障方案；（4）应急药品储备、质量保障方案。3.医院突发事件医疗救治药品目录。4.医院上述各项工作的工作记录、工作总结、统计数据或实例。5.医院上述规章制度。工作方案培训的相关资料，包括且不限于培训计划、培训方式、培训时间、培训课件、培训签到、培训效果和培训记录、培训总结等。 |

第三部分 医院管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **35.完善处方点评制度，加强合理用药监测，规范抗菌药物临床应用管理，严格执行特殊药品的规章制度。** | 6.药品不良反应与药害事故监测与报告落实情况。 | **检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.随机访谈医、护、药等专业人员各2人，了解（1）药品不良反应与药害事件管理制度与程序、应急预案知晓和处置技能；（2）报告药品不良反应与药害事件情况；（3）严重用药错误报告分析，整改情况；（4）医院管理系统药品不良事件报告信息平台功能及报告的知晓情况。3.随机访谈（1）药学部门负责人和2名药学人员，了解应急预案的组织结构、人员分工、应对措施； （2）2名药学人员，了解相关预案流程、岗位职责、迅速配合临床抢救的能力，以及针对重大突发事件，大规模调集应急药品渠道、验收、配送、服务方式的知晓情况。4.实地查看药品不良事件报告信息平台和突发事件医疗救治药品目录及药品储备的情况。 |

第四部分 经济管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **1.认真执行国家财经法律法规，建立健全各项财务规章制度。** | 1.建全医院财务管理制度，岗位责任制、财务内部控制制度并有效实施； | **文档资料：**1.医院财务管理制度，岗位责任制、财务内部控制制度。2.医院上述制度实施的工作记录、工作总结。**检查方法：**查阅上述文档资料。 |
| 2.三级医院须设置总会计师； | **文档资料：**1.医院规章制度中包括实行总会计师制的相关规定，总会计师职责和权力的相关资料。2.医院总会计师任命（或聘任）的文件。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地查看医院总会计师的设置情况。 |
| 3.坚持“统一领导、集中管理”的财务管理体制； | **文档资料：**医院财务管理制度及相关规章制度**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地查看医院财务部门是否包括以下职能：经济核算和奖金核算；物价管理；医保的结算；基本建设会计核算和财务管理；固定资产及对外投资管理；财务预算、决算的编报；参与政府采购预算执行；参与经济活动的调研、论证和经济合同的审核；进行医院财务活动分析；对所属二级法人单位的财务监督、检查工作等。 |
| 4.内部审计机构健全，配备专职审计人员； | **文档资料：**1.医院内部审计制度。2.医院内部审计机构、专职审计人员名册和岗位职责。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地查看医院是否内部审计机构健全，配备专职审计人员的情况。 |

第四部分 经济管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **1.认真执行国家财经法律法规，建立健全各项财务规章制度。** | 5.严禁设立“账外账、小金库”定期开展小金库专项治理工作。 | **文档资料：**1.医院的审计、物价、税务、财政有关部门检查意见书。2.医院禁止设立“账外账、小金库”制度文件及开展“小金库”专项治理的工作方案、工作总结等相关资料。3.医院与各科室签订严禁设置“小金库”责任书、自查报告及医院定期督查结果记录。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地查看医院是否存在“账外账、小金库”，是否定期开展小金库专项治理工作的情况。 |
| **2.全面预算管理。** | 1．科学合理编制预算，真实反映财务状况，以收定支,收支平衡，不得编制赤字预算； | **文档资料：** 1.医院财务账及预决算报表。 2.外部机构出具的医院年度财务审计报告。**检查方法：**查阅上述文档资料，对比查看所有收支项目预决算差异控制在20%以内。 |
| 2．实行全面预算管理，建立健全预算管理体制；  | **文档资料：** 医院实行全面预算管理的规章制度，包括且不限于预算编制、审批、执行、调整、决算、分析和考核等。**检查方法：** 查阅上述文档资料。 |
| 3.定期召开预算分析会议，查找问题，提出措施，落实制度。 | **文档资料：**1.医院召开预算分析会的会议纪要。2.医院预算执行情况分析报告及具体改进措施。3.医院加强预算管理的工作总结。**检查方法：** 查阅上述文档资料。 |

第四部分 经济管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **3.收入支出管理。** | 1.收入管理 | （1）依法组织各项收入，全部收入纳入财务统一核算管理； | **文档资料：** 1.医院会计账簿及会计报表。 2.医院财务工作总结。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地查看医院财务管理系统，了解收入的取得是否按照财务制度的规定确认、核算,做到应收尽收，严禁账外收入的情况。 |
| （2）认真执行国家药品和医疗服务价格政策，健全各项价格管理制度，有无自定收费项目，分解收费项目等及乱收费行为； | **文档资料：** 1.医院价格管理制度。2.医院价格管理工作总结。3.医院信访部门接到投诉登记。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地查看（1）医院财务管理系统，了解是否存在自定收费项目，分解收费项目等及乱收费的行为。（2）看收费项目公式情况。3.实地跟踪查看门诊和出院各3名患者，了解医院提供收费依据的情况。 |
| （3）加强退费管理，按规定进行退费审批。 | **文档资料：** 1.医院退费管理的相关管理制度和工作流程。 2.医院退费的存档资料。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.随机访谈门诊、病房、药学部门各2人，了解退费流程、所附资料、开具退费收据的知晓情况。 |

第四部分 经济管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **3.收入支出管理。** | 2.支出管理 | （1）各项支出严格执行国家有关财经法规制度规定的支出范围、标准； | **文档资料：**1.医院支出管理工作制度。2.医院财务工作总结。3.医院记账凭证等会计资料**检查方法：** 查阅上述文档资料。 |
| （2）健全支出的申请、审批、审核、支付制度； | **文档资料：**1.医院支出的申请、审批、审核、支付制度。2.医院财务工作总结。 3.医院记账凭证。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地抽查记账凭证，查看资金审批权限及程序签字的执行情况。 |
| （3）支出中是否存在虚报、冒领、挪用； | **文档资料**：1.医院支出管理工作制度。2.医院财务工作总结。 3.医院支出的依据，包括支出标准和基本数字（包括面积、人数等），查产权证等。**检查方法：** 查阅上述文档资料。 |
|  (4) 严格控制人员经费、管理费用支出。 | **文档资料：**1.医院支出管理工作制度，包括管理费用占总支出比重的相关规定。2.医院财务工作总结。 3.医院职工名册、职工工资发放名册 工资总额批复文件。**检查方法：** 查阅上述文档资料。 |

第四部分 经济管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **3.收入支出管理。** | 3.收支结余按照国家规定正确计算与分配。 | **文档资料：** 1.医院财务管理制度。 2.医院财务账簿及记账凭证等会计资料。**检查方法：** 查阅上述文档资料。 |
| **4．流动资产管理。** | 1.健全货币资金管理制度，加强银行帐户管理； | **文档资料：**1.医院货币资金管理制度。2.医院银行账户开户批文。3.医院银行存款对账单及余额调节表。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地查看有无出租出借银行账户的情况。 |
| 2.严格按《现金管理暂行条例》规定办理现金收支业务； | **文档资料：**医院现金日记账、现金盘点表。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地查看现金账款相符、收支日清月结情况，以及有无坐支，有无小金库。 |
| 3.及时清理应收款项并做账龄分析，按规定提取坏账准备； | **文档资料：**医院往来款项清理情况表及账龄分析。**检查方法：**查阅上述文档资料，对应收款项明细账逐笔核查，了解按规定提取坏账准备的情况。 |
| 4.库存物资及药品要按照“计划采购，定额定量供应”原则管理，合理确定储备定额，加快资金周转； | **文档资料：**1.医院库存物资及药品采购、供应计划（表）。2.医院药品供应情况表。3.医院储备定额确认情况表。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地查看库存物资和药品。 |

第四部分 经济管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **4．流动资产管理。** | 5.定期对库存物资及药品盘点并对账，保证账账相符、账实相符。 | **提供资料：**1.医院定期对库存物资及药品盘点并对账的关系规定。2.医院库存物资及药品盘点表。3.医院库存物质及药品实物账和财务账。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。2.实地查看账账、账实相符的情况。 |
| **5.固定资产管理。** | 1.健全固定资产管理制度和岗位责任制，明确相关部门和岗位的职责、权限； | **文档资料：**医院《固定资产管理制度》和岗位责任制。**检查方法：** 查阅上述文档资料。 |
| 2.定期清查盘点，核对固定资产总账、明细分类和实物账，做到账账相符、账实相符； | **文档资料：**1.医院《固定资产管理制度》。2.医院《固定资产盘点表》。3.医院固定资产实物账（管理台账）。4.医院财政动态库固定资产明细表（电子版）。5.医院固定资产总账、明细分类账。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地查看固定资产账账相符、账实相符的情况。 |
| 3.严格执行固定资产的报废审批手续，确保固定资产处置的合规合法，不得擅自处置；处置收入是否上交财政，资产出租出借是否经过批准； | **文档资料：**1.医院固定资产报废处置工作流程和相关申请表。2.上级主管部门或财政局同意报废处置医院固定资产的批文。3.医院固定资产处置收入上交财政的银行交款单。4.北交所或华星回收处置医院固定资产的记录单。5.医院出租出借的固定资产市财政局批文。**检查方法：**查阅上述文档资料。 |

第四部分 经济管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **5.固定资产管理。** | 4.在建工程项目按国家相关规定要求办理；单独建帐、核算。严格控制工程成本； | **文档资料：**1.医院在建工程项目管理相关规定。2.医院在建工程帐套。3.医院在建项目施工方案及其论证的相关资料。**检查方法：**查阅上述文档资料。 |
| 5.依据《医疗机构财务会计内部控制规定》要求：未经决算审计的工程项目，不得办理固定资产移交手续。 | **文档资料：**医院工程项目的决算审计报告。**检查方法：**查阅上述文档资料，了解是否办理竣工决算，固定资产数是否与工程决算数一致，是否办理的固定资产移交手续的情况。 |
| **6.对外投资管理。** | 1.对外投资必须按照财务制度规定进行核算； | **文档资料：**1.医院财务管理制度（将对外投资纳入财务预算管理）。2.医院会计账簿及原始凭证。3.医院对外投资收回、转让和核销等环节处置控制的集体决策记录、评估报告、报批手续的相关资料。4.医院对各投资项目与实体实行监管的工作记录、监管结果。5.医院投资对象定期向财务部门报送财务报表和财务情况分析说明。**检查方法：**查阅上述文档资料。 |
| 2.对外投资必须经集体讨论决策、经过充分的可行性论证，并经主管部门和财政部门批准； | **文档资料：**医院对外投资集体讨论决策的办公会议纪要、论证报告、上级有关部门的批准文件。**检查方法：**查阅上述文档资料。 |

第四部分 经济管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **6.对外投资管理。** | 3.医院以实物、无形资产对外投资的，应按照国家规定进行资产评估登记； | **文档资料：** 医院以实物、无形资产对外投资的资产评估报告及资产评估机构的资质证明材料。**检查方法：**查阅上述文档资料。 |
| 4.资产保值增值情况； | **文档资料：**1.医院对外投资管理的相关规定（包括资产保值增值相关内容）。2.医院资产管理的监管机制，包括且不限于组织架构、工作目标、工作计划、任务分工、工作制度、工作流程、效果评价等。 3.医院资产保值增值分析评价报告。**检查方法：**查阅上述文档资料。 |
| 5.对外投资监管考核情况。 | **文档资料：**医院对外投资项目清单及相关投资分析与绩效自评报告（应对风险措施）。**检查方法：**查阅上述文档资料。 |
| **7.负债管理。** | 1.医院应规模适度，科学管理，不盲目扩大规模； | **文档资料：**1.医院的近期规划和近两年工作计划。2.医院财务管理制度（包括收支结余管理和流动资产、固定资产、无形资产、负债管理等）。3.医院年度财务报表、分析，以及医院资产负债率、流动比率、速动比率等相关统计数据。**检查方法：**查阅上述文档资料。 |
| 2.医院原则上不得借入非流动负债，确需借入或融资租赁的，应按规定报主管部门（或举办单位）会同有关部门审批； | **文档资料：** 1.医院借入或融资租赁非流动负债的相关规定。2.医院借入或融资租赁非流动负债的卫生行政主管部门（或举办单位）的批准文件。**检查方法：**查阅上述文档资料。 |

第四部分 经济管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **7.负债管理。** | 3.病人预交金应及时全额入账，严格退款手续，加强对账审核。 | **文档资料：**1.医院病人预交金管理的相关规定和收、退预交金的工作流程。2.医院预交金退费审批相关资料。3.医院预交金退费相关资料。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地查看（1）医院财务管理信息系统实施预交金实现结算系统内双重核对的情况。（2）预交金管理实行收费员、收费会计、会计室审核责任人三级审核控制的情况。（3）通过银行转入的预交金退款时是否退现金（应通过银行汇款退回原单位）。 |
| **8.落实岗位绩效考核制度，完善内部分配机制，调动医务人员积极性。** | 1.建立综合绩效考核制度，完善医院奖金分配综合目标绩效分配机制； | **文档资料：** 1.医院综合绩效考核制度。 2.医院奖金分配综合目标绩效分配机制，包括且不限于组织架构、工作目标、工作计划、任务分工、工作制度、工作流程、效果评价等。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.访谈医院绩效主管部门负责人，了解医院奖金分配综合目标绩效分配机制的运行情况。 |
| 2.有改善门诊服务、方便患者就医的绩效考评和分配政策，支持医务人员从事夜间门诊和节假日门诊。 | **文档资料：** 1.医院改善门诊服务、方便患者就医的绩效考评和分配政策。 2.医院关于夜间门诊及节假日门诊人员岗位设置及名单。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地随机访谈医师、护士、技师个3人，了解医院从事夜间门诊和节假日门诊人员的支持措施实施情况。 |

第四部分 经济管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **9.医院经济运营绩效评价。** | 1.预算及成本管理； | **文档资料:**医院资产负债表、收入支出表、预算批复表、国家卫生计生委、财政部决算报表。**检查方法：**查阅上述文档资料。**参考资料：**总收入预算执行率：总收入完成数/预算总收入数\*100%医疗收入预算执行率：医疗收入完成数/预算医疗收入数\*100%总支出预算执行率：总支出完成数/预算总支出数\*100%三公经费预算执行数：三公经费完成数/预算三公经费数\*100%，以上指标反映预算管理水平。每门诊人次成本及门诊收入成本率：门诊收入成本率=每门诊人次成本/每门诊人次收入\*100%，该指标反映医院每门诊收入耗费的成本水平；每住院人次成本及住院收入成本率：住院收入成本率=每住院人次成本/每住院人次收入\*100%，该指标反映医院每住院病人的支出水平；医疗收入成本率：医疗业务成本/医疗收入\*100%，该指标反映医疗支出对医疗收支节约的影响程度，说明医院每创造1元的医疗收入所耗费的医疗成本。 |
|  | 2.营运资产； | **文档资料:**医院资产负债表、收入支出表、预算批复表、国家卫生计生委、财政部决算报表。**检查方法：**查阅上述文档资料。**参考资料：**总资产周转率：（医疗收入+其他收入）/平均总资产余额，该指标反映总资产价值回收、转移与利用效果；流动资产周转率：（医疗收入+其他收入）/平均流动资产余额，该指标反映医院流动资产的周转速度； |

第四部分 经济管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **9.医院经济运营绩效评价。** | 2.营运资产； | **参考资料：**存货周转率：医疗业务成本/存货平均余额，该指标反映医院向病人提供的药品、卫生材料、其他材料等的流动速度以及存货资金占用是否合理；固定资产周转率：（医疗收入+其他收入）/平均固定资产余额，该指标衡量固定资产利用效率；应收医疗款周转率：医疗收入/应收医疗款平均余额，该指标反映医院回收病人欠费的速度和管理效率；百元固定资产的医疗收入水平：医疗收入/平均固定资产余额\*100，该指标反映固定资产的利用效率；不良资产余额及占比：（未批准医保剔除数+逾期无法收回的病人欠款+未处理资产损失）/期末总资产\*100%，该指标反映资产的利用效率，在一定程度上体现医院的运营能力。 |
| 3.结余和风险管理； | **文档资料:**1.医院经济运行中对于结余和风险管理的相关内控规定。2.医院资产负债表、收入支出表、预算批复表、国家卫生计生委、财政部决算报表。**检查方法：**查阅上述文档资料。**参考资料：**净资产结余率：业务收支结余/平均净资产\*100%，该指标反映医院资本运营的综合效果；资产负债率：负债总额/资产总额\*100%，该指标表示在医院资产总额中，有多少资产是通过借债取得的；流动比率：流动资产/流动负债\*100%，该指标评价医院流动资产在短期债务到期前，可以变为现金用于偿还流动负债的能力；现金比率：货币现金/流动负债\*100%，该指标反映医院现金类用于偿还流动负债的能力。 |

第四部分 经济管理

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **9.医院经济运营绩效评价。** | 4.发展能力。 | **文档资料:**医院资产负债表、收入支出表、预算批复表、国家卫生计生委、财政部决算报表。**检查方法：**查阅上述文档资料。**参考资料：**总资产增长率：（期末总资产-期初总资产）/期初总资产\*100%，该指标反映医院全年总资产的发展速度与增长规模；净资产增长率：（期末净资产-期初净资产）/期初净资产\*100%，该指标反映医院全年净资产的发展速度与增长规模；固定资产增长率：（期末固定资产-期初固定资产）/期初固定资产\*100%，该指标反映医院规模的发展及医疗技术手段的更新程度；固定资产净值率：固定资产净值/固定资产原值\*100%，该指标反映医院固定资产的新旧程度；医疗收入增长率：本年医疗收入净增加额/上年医疗收入\*100%，该指标反映医院经营状况及发展趋势的指标；科研收入增长率：本年科研收入净增加额/上年科研收入\*100%，该指标反映医院科研经费投入的增长比率；收支结余增长率：（本年收支结余-上年收支结余）/上年收支结余\*100%，该指标反映医院经济效益的增减变化情况。 |

**说 明：“需要提供的文档资料”没有提及时限的，均为近两年的文档资料。**

**附件3**

**北京市改善医疗服务行动计划**

**实施细则**

**北京市卫生和计划生育委员会制定**

**2015年8月**

第一部分 优化诊区设施布局，营造温馨就诊环境

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **（一）优化诊室布局。** | 根据门急诊患者病种排序及其常规诊查流程，合理分布各专业诊室和医技检查室，分楼层设置挂号、缴费窗口，有效引导和分流患者。 | **文档资料：** 1.医院门急诊患者疾病谱顺位（前20位）。2.医院门急诊布局图3.医院专业诊室、医技检查室布局合理的统计数据或实例。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地查看门急诊诊室和医技检查室、挂号、缴费的布局情况。 |
| **（二）保持环境整洁。** | 1.做好就诊区域环境卫生整治，加强卫生间等基础环境管理，保持干净、整洁、安全、舒适。 | **文档资料：**1.医院就诊区域环境卫生及卫生间等基础环境管理制度。包括巡检制度、定时消毒制度、设施设备维护维修制度等。2.医院卫生间设置和保洁人员配备的数量，以及重点区域卫生间管理措施。3.医院对就诊区域环境卫生及卫生间等基础环境管理工作记录和工作总结（包括改进措施与效果）。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地查看就诊区域环境卫生、卫生间卫生的情况。包括无乱堆物品、设施设备齐全完好并能正常安全使用等。 |
| 2.严格落实公共场所禁烟要求。 | **文档资料：** 1.医院落实公共场禁烟的相关工作制度、具体措施、工作记录、工作总结。2.医院开展控烟宣传教育的材料。3.医院开展控烟知识相关培训的培训计划、培训方式、培训时间、培训课件、培训签到、培训效果等的相关资料。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。2.实地查看（1）医院所有建筑物入口处是否有清晰、明显、符合法规要求的禁止吸烟标识。（2）医院所属管辖区域的等候厅、会议室、厕所、走廊、楼梯等区域内是否有明显的符合法规要求的禁烟标识。（3）医院是否有控烟劝阻人员。 |

第一部分 优化诊区设施布局，营造温馨就诊环境

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **（三）设置醒目标识。** | 1.就诊区域设置建筑平面图、科室分布图，指示标识清晰、明了；  | **文档资料：**医院就诊区域设置建筑平面图、科室分布图。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地查看**（1）一级引导标识**① 至少要在主出、入口内显著位置设置户外总平面图。② 道路及建筑导向标识、各单体建筑名称标识。③ 交通符号牌。道路交叉口应设置单体建筑指示牌。④ 需要处应设置户外安全警示牌。如：注意安全、禁止烟火、禁止攀爬、禁止抛物、当心绊倒、当心滑跌等。**（2）二级引导标识**① 主要入口处应设置当前建筑总楼层索引。② 悬挂式、贴墙式指示牌。任选一种，应双向指引。③ 挂号处应设置醒目的专家介绍，以及清晰及时的出诊一览表。④ 楼层牌。**（3）三级引导标识**① 诊疗、行政办公科室牌。② 病房牌。③ 无障碍设施牌。④ 安全类警示牌。⑤ 消防类警示牌。⑥ 公共设施牌。⑦ 温馨提示牌。 |

第一部分 优化诊区设施布局，营造温馨就诊环境

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **（三）设置醒目标识。** | 2.为危险、易燃、易爆、有毒有害物品和放射源等设置醒目的安全警示。 | **文档资料：** 医院危险、易燃、易爆、有毒有害物品和放射源等设置醒目的安全警示的相关规定。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。 2.实地查看危险、易燃、易爆、有毒有害物品和放射源等设置醒目的安全警示的情况。 |
| **（四）提供便民设施。** | 1.完善自助预约、挂号、查询等服务，为患者提供饮水、应急电话、轮椅、纸、笔等便民设施；  | **文档资料：** 1.医院关于完善自助预约、挂号、查询等服务的相关规定，以及此项工作的规划方案、建设方案、进展情况报告、建设成果等。2.医院开展便民服务的相关规定及具体措施。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。2.实地查看为患者提供饮水、应急电话、轮椅、纸、笔等便民设施的情况。3.模拟挂号患者咨询挂号相关问题，了解医院对便民挂号咨询的服务意识。 |
| 2.完善无障碍设施， | **文档资料：** 医院关于完善无障碍设施的相关规定。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。 2.实地查看（1）医院主要入口处设置无障碍入口的情况。（2）医院门诊、急诊建筑内无障碍设施的情况。（1）首层大厅内设置低位服务台的情况。（2）首层设置无性别无障碍卫生间或分别在男、女卫生间内有无障碍厕位的情况。（3）公共走道设置扶手的情况。（4）医院病房建筑内无障碍设施情况① 护士站设置低位服务台。② 公共走道设置扶手。③ 公共盥洗室设置无障碍洗脸盆。④ 公共浴室设置无障碍设施。 |

第一部分 优化诊区设施布局，营造温馨就诊环境

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **（四）提供便民设施。** | 3.放射检查时为患者提供更衣条件和符合规范的放射防护。 | **文档资料：**1.医院放射检查时保护患者隐私和放射防护的相关规定。2.医院患者放射防护用品清单。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地查看放射科X线拍片室、CT和MRI检查室患者更衣间和放射防护用品。3.实地访视2名患者，了解放射检查时放射防护的相关情况。 |
| **（五）扩大预约比例。** | 三级医院逐步增加用于预约的门诊号源，至2017年底，三级医院预约诊疗率≥50%，复诊预约率≥80%，口腔、产前检查复诊预约率≥90%。 | **文档资料：** 1.医院预约诊疗工作制度。2.医院预约门诊号源管理的具体措施、工作记录、工作总结和相关统计数据。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。2.实地查看（1）两种以上预约挂号形式，如电话预约、网上预约、窗口预约、银医卡预约、京医通卡预约、诊后预约等。（2）复诊预约形式，如诊后预约、出院后预约等。（3）从医院信息系统中了解挂号室预约诊疗、复诊预约的情况。3.随机访谈1名门诊部工作人员，了解预约诊疗工作的实际情况。 |
| **（六）推进双向转诊。** | 推进分级诊疗，支持双向转诊，二级以上医院为基层医疗机构预留足够的号源用于转诊。通过网络、电话、窗口、诊间、社区等多种方式、多种途径，提供预约诊疗服务，方便患者预约。实行“预约优先”，对预约患者和预约转诊患者优先安排就诊。 | **文档资料：**1.医院应用推进分级诊疗，双向转诊、“预约优先”的相关规定。2.医院双向转诊医疗机构签订的协议或意向书。3.医院预留号源的相关统计数据。4.医院提供预约诊疗服务的具体措施。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地查看（1）预约挂号主管部门系统中，为双向转诊的基层医疗机构预留号源的情况。（2）同一科室2名预约患者和2名挂号患者挂号条的就诊顺序。 |

第二部分 推进预约诊疗服务，有效分流就诊患者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **（七）实现分时预约。** | 全面推行分时段预约，合理安排患者就诊、检查时间，尽量缩短在医院候诊时间。至2017年底，住院患者分时段预约检查比例达到100%，门诊患者分时段预约就诊率不低于预约就诊患者的50%。 | **文档资料：**1. 1.医院推行分时段预约的相关规定、工作记录和工作总结。
2. 2.医院住院患者分时段预约检查比例、门诊患者分时段预约就诊率、预约就诊患者的相关统计数据。

**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地查看2名预约患者有关挂号条分时段的标示。3.随机访谈（1）挂号室、预约检查科室各1名工作人员，了解分时段预约工作的情况。（2）主管部门负责人，了解分时段预约挂号、检查持续改进的情况。 |
| **（八）合理调配资源。** | 1.根据门急诊就诊患者病种排序，科学安排各专业出诊医师数量，保证医师有足够的诊查时间。合理安排检验检查设备和人力资源，逐步缩短检查等候时间和出具检查报告时间，力争做到预约诊疗患者及时检查。 | **文档资料：**1.医院门诊、急诊患者疾病谱（各顺位前20位）。2.医院医师出诊相关规定和各专业出诊医师的相关统计数据。3.医院安排检验检查设备和人力资源、缩短检查等候时间和出具检查报告时间的相关规定。4.医院应用预约挂号措施合理匹配病源与医疗资源的统计数据和实例。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地查看2名患者检验结果的报告时间。 |
| 2.中医医疗机构要根据中医诊疗特点优化服务流程，缩短患者取药等候时间。 | 由北京市中医管理局按照《北京市进一步改善中医医疗服务行动计划实施方案》（京中医政字〔2015〕79号）落实。 |

第三部分 合理调配诊疗资源，畅通急诊绿色通道

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **（九）推行日间手术。** | 医院在具备微创外科和麻醉支持的条件下，选择既往需要住院治疗的诊断明确单一、临床路径清晰、风险可控的中、小型择期手术，逐步推行日间手术，提高床位周转率，缩短住院患者等候时间。 | **文档资料：**1.医院关于提高床位周转率的相关规定、工作方案、工作记录、工作总结。2.医院推行日间手术的具体措施、相关统计数据和实例。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地查看5份日间手术病历。 |
| **（十）实施急慢分治。** | 1.三级医院逐步转诊高血压、糖尿病、心脑血管疾病、呼吸系统疾病、肿瘤、慢性肾病等诊断明确、病情稳定的慢性病患者，由基层医疗机构实施治疗、康复、护理、复查、随访，缓解三级医院就诊压力。 | **文档资料：** 1.医院关于逐步向基层医疗机构转诊诊断明确、病情稳定的慢性病患者的相关规定、工作方案、工作记录、工作总结和相关统计数据，以及医院向基层医疗机构转诊患者的登记。2.医院优先使用基本药物的相关规定〔对属于基本药物相同通用名下的产品，使用北京市基本药物中标（成交）产品使用数量应达到30%以上〕。3.医院门诊人次中药占比高的相关统计数据，以及管理措施。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。2.随机访谈内科住院病区1名医师，了解对转诊制度、转诊流程、主要转诊病种及转诊医院等急慢分治管理相关制度的知晓情况。 |
| 2.合理确定基层医疗卫生机构配备使用药品数量和种类，加强二级以上医院与基层医疗卫生机构用药目录的衔接，满足患者需求。 | **文档资料：** 医院配备使用的药品数量和种类。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。 2.随机选择某一种慢性病种，了解转诊基层医疗机构的药品种类与医院的匹配情况。 |

第三部分 合理调配诊疗资源，畅通急诊绿色通道

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **（十一）加强急诊力量。** | 加强急诊与院前急救的医疗信息共享与医疗服务衔接，不推诿、拒诊急诊患者。根据急诊需求变化规律，合理调配急诊力量，在急诊量大的夏季和冬季，配备急诊加强班。落实应急救助制度，对于需要紧急救治，但无法查明身份或身份明确无力缴费的患者，要及时救治，不得以任何理由拒绝、推诿或拖延救治，防止发生突破道德底线情况。 | **文档资料：** 1.医院关于加强急诊与院前急救医疗信息共享与医疗服务衔接的相关规定。2.医院合理调配急诊力量、落实应急救助的相关规定、具体措施、工作记录和工作总结。3.医院“三无人员”救治的病历。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地查看医院急诊信息网络支持系统，实现急诊与院前急救、急诊与院内各相关科室的对接，急诊能够事先获取转诊患者信息的情况。3.随机抽查2份“三无人员”救治的病历。 |
| **(十二）及时救治重患。** | 实行急诊患者按病情轻重分级分类处置，对急性心脑血管疾病、严重创伤、急危重孕产妇、急危重老年患者、急危重儿科患者，开通绿色通道，先救治、后缴费。加强急诊与临床科室间的衔接，需住院患者及时收入院治疗。 | **文档资料：** 1.医院关于实行急诊患者按病情轻重分级分类处置、开通绿色通道、先救治、后缴费的相关规定、工作流程、工作记录、工作总结。2.医院急诊观察室患者中心脑血管疾病、严重创伤、急危重孕产妇、急危重老年患者、急危重儿科患者平均留观时间的相关统计数据。3.医院急诊投诉、医疗纠纷原因分析。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地查看急诊患者预检分诊、标识（包括地面引导标识）。3.随机访谈2名急诊分诊人员，了解急诊患者按病情轻重分级分类处置和先救治、后缴费知晓的相关情况。 |

第四部分 发挥信息技术优势，改善患者就医体验

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **（十三）加强信息引导。** | 1.通过新媒体、微平台等途径告知医院就诊时段分布信息，引导患者错峰就诊。对门诊等候、预约诊疗、特殊检查、特殊治疗和手术前后的患者，通过新媒体、微平台、告知单等多种形式提供提示服务。 | **文档资料：** 1.医院利用多种形式提供提示服务的相关规定。2.医院通过新媒体、微平台等途径告知医院就诊时段分布信息工作的规划方案、建设方案、进展情况报告、建设成果。3.医院对门诊等候、预约诊疗、特殊检查、特殊治疗和手术前后的患者，通过新媒体、微平台、告知单等多种形式提供提示服务的规划方案、建设方案、进展情况报告、建设成果。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。 2.实地查看通过新媒体、微平台、告知单等多种形式提供提示服务的情况。 |
| 2.通过诊室内记账、诊间结算、手机等移动设备支付，减少患者排队次数，缩短挂号、缴费、取药排队时间。 | **文档资料：**医院关于开展诊室内记账、诊间结算、手机等移动设备支付费用工作的相关规定。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。 2.实地查看诊室内记账、诊间结算、手机等移动设备支付费用的情况。 |
| **（十四）加强信息管理。** | 加强医院信息化建设，通过信息化手段改善医疗服务。推行电子病历，建立互联互通的大数据信息库，提供诊疗信息、费用结算、信息查询等服务，有条件的药房推行自动化设备降低用药错误。 | **文档资料：** 1.医院加强信息化建设的相关规定及通过信息化手段改善医疗服务工作的规划方案、建设方案、进展情况报告、建设成果等。 2.医院推行电子病历，建立互联互通的大数据信息库，提供诊疗信息、费用结算、信息查询、药房推行自动化设备工作的规划方案、建设方案、进展情况报告、建设成果等。**检查办法：** 1.查阅上述文档资料。 2.实地查看医院电子病历及数据质控措施的落实情况。  |

第四部分 发挥信息技术优势，改善患者就医体验

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **（十五）提供信息查询。** | 在保障患者隐私的前提下，提供自助打印、手机信息、电话告知、网络查询等多种形式的检查检验结果查询服务。 | **文档资料：**医院关于提供信息咨询的相关规定和相关工作的规划方案、建设方案、进展情况报告、建设成果等。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地查看提供信息查询服务情况。 |
| **（十六）完善入、出、转院服务流程。** | 做好入、出院患者指引，入、出院事项实行门诊告知或者床边告知。做好入、出院手续办理及结算时间预约安排，减少患者等候。加强转院（科）患者的交接，及时传递患者相关信息，提供连续医疗服务，逐步实现转院（科）医疗服务无缝衔接。 | **文档资料：**1.医院入院、出院管理相关制度、工作流程、工作记录等。2.医院转科、转院管理相关制度、工作流程、工作记录等。3.转科患者交接登记记录，内容包括：患者姓名、性别、住院号、诊断、患者意识及生命征情况、医嘱及病历情况、双方交接核对签字等。4.医院科室与社区卫生服务中心（站）建立双向转诊关系的协议，包括具体实施方案、畅通渠道、明确流程、疑难病例转诊联络方式和电话等。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地查看（1）由门诊收入院或由急诊收入院患者病历各2份，包括明确的住院日、住院通知单、入院时的患者身体状态、精神状况的评价、向患者说明，取得理解与同意的记录；入院记录、出院记录、随访记录等。（2）转科病历2份，包括转入科室会诊意见，转科前经治医师转出记录，转入科室转入记录等。3.随机访谈（1）2名经门诊收住院，办理出院手续的患者，评价其是否知晓入、出院流程，是否明确主管医生及责任护士，对病情的知晓及理解程度，是否存在长时间等候等情况。（2）2名经急诊收住院的危重患者家属，评价患者在急诊、转运、病房各环节接受初步抢救、确认床位、专科会诊、专人护送、病房准备等流程是否顺畅、高效。（3）参与转诊或转科患者的医生、护士各2名，了解病情和病历等资料的交接制度，评价其是否明确流程，实施患者评估，履行告知义务等。 |

第五部分 改善住院服务流程，实现住院全程服务

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **（十七）改善住院条件。** | 加强病区规范化建设与管理，严格执行探视和陪护制度，为住院患者创造安静、整洁、安全的住院环境。设立住院服务中心，为行动不便的住院患者提供陪检等服务。改善患者膳食质量，提供临床营养服务。 | **文档资料：**医院改善住院条件的相关规定、执行的具体措施、工作记录、工作总结。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。2.实地查看（1）内科系统、外科系统各2个病区的探视和陪护、住院环境，以及患者膳食质量的情况。（2）住院服务中心的服务项目。 |
| **（十八）开展患者随访。** | 加强出院患者健康教育和重要患者随访，利用电话、电子邮件、信函和必要的面谈等多种形式开展随访。根据患者随访结果，及时改进住院服务。借鉴银行满意度测评的做法和经验，在门诊窗口或者办理出院手续时开展即时满意度评价。 | **文档资料：**1.医院出院患者健康教育和重要患者随访的相关工作制度和工作记录、工作总结。2.医院在门诊窗口或者办理出院手续时开展即时满意度评价的相关规定和相关满意度评价的指标和评价结果、工作记录、工作总结等。3.医院建立出院患者随访信息登记档案，内容包括：患者姓名、性别、年龄、住院号、职业、科室、主管医师、入出院日期、入院诊断、出院诊断、联系电话、家庭详细地址、随访时间、随访方式、随访结果、改进措施等内容。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地查看（1）门诊窗口、出院结算窗口，了解设置满意度评价设备及设备处于正常工作运转状态的情况。（2）医院24小时热线电话是否畅通，观摩2例随访过程，了解沟通态度及内容的主动性、准确性，评价是否及时有效。 |
| **（十九）加强护理力量。** | 1.按照责任制整体护理的要求配备护士，临床护理岗位护士占全院护士比例不低于95%。 | **文档资料：** 1.医院按照责任制整体护理要求配备护士和临床护理岗位设定的相关规定。 2.医院编制床位、实际开放床位、护理人员、护理岗位护理人员等的统计数据。**检查方法：**1.查阅上述文档资料，了解医院临床护理岗位护理人员数量占护理总数比例和医院临床护理岗位分布（门诊、急诊、手术室、普通病房、重症监护病房、血液透析室、供应等）情况。2.访谈人力资源、护理管理职能部门领导，了解护理人力资源的配置情况。 |

第六部分 持续改进护理服务，落实优质护理要求

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **（十九）加强护理力量。** | 2.普通病房实际护床比不低于0.4:1，重症监护病房护患比为2.5-3:1，新生儿监护病房护患比为1.5-1.8:1。 | **文档资料：**1.医院病房护理人员岗位数量分布：病房实际开放床位数、 病房护士总数、病房护士数与病床比、病房当日在院病人数、当日护士总数、上一年度普通病床使用率等统计数据。2.医院重症监护病房护理人员岗位数量分布：重症监护病房床位数、重症监护病房护士数等统计数据。3.医院新生儿监护病房护理人员岗位数量分布：新生儿病房床位数、新生儿病房护士数等统计数据。4.医院近3个月的病房排班表。5.说明人力资源配置与岗位管理、工作负荷相结合的统计数据或实例。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地查看内科系统和外科系统各1个护理单元、重症监护病房、新生儿监护病房护床、护患比例的实际情况。3.访谈人力资源、护理管理职能部门领导，了解护理人力资源的配置情况。 |
| 3.门（急）诊、手术室等部门根据门（急）诊量、治疗量、手术量等综合因素合理配置护士。 | **文档资料：**1.医院门（急）诊、手术室等部门护士岗位职责。2.医院门诊护士、日均门诊病人的统计数据。3.医院急诊科护士、平均日急诊病人数量的统计数据。4.医院手术室手术台、手术室护士、日均手术（一级、二级、三级、四级手术）、上一年度急诊手术的统计数据。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地查看门（急）诊、手术室护士的配置情况。 |

第六部分 持续改进护理服务，落实优质护理要求

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **（二十）落实优质护理。** | 1.继续扩大优质护理服务覆盖面，至2015年底，三级医院所有病房开展优质护理服务，二级医院中，至少80%的地市级医院和至少40%的县级医院有60%的病房开展优质护理服务。 | **文档资料：** 1.医院扩大优质护理服务覆盖面的工作计划、工作方案、具体措施、工作记录和工作总结。 2.医院开展优质护理服务病房的标准和医院优质护理服务病房覆盖率的统计数据。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。2.实地查看优质护理服务的覆盖情况。3.随机访谈1名医院护理管理职能部门工作人员，了解医院优质护理病房的覆盖情况。 |
| 2.优质护理服务结合科室实际，充分体现专科特色，有条件的医院在门（急）诊、手术室、血液透析室等部门开展优质护理服务。 | **文档资料：** 1.医院开展优质护理服务的工作方案。 2.医院开展优质护理服务的科室、部门名录。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。 2.实地查看急诊、门诊系统、手术室、血液透析室开展优质护理服务情况与相关工作方案的一致性。 |
| 3.有条件的医院为患者提供延续性护理服务。 | **文档资料：**1.医院为患者提供延续性护理服务的相关规定、服务部门、服务内容、服务方式、服务记录、服务总结及相关统计数据或实例。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。2.实地查看内科、外科系统各1个护理单元，各随机抽取1名护理人员查看向患者进行健康指导，包括：入院时、检查前、手术前、出院前。 3.随机访谈医院医务和护理管理职能部门（1）患者离院后访视患者形式：电话追踪、信件联系、微信交流。（2）患者离院随访种类：所有出院患者、规定相关病种、本市、外埠。（3）医院实施访视人员：专职护理人员、固定班次护理人员、利用护士业余时间、其他人员。（4）医院跨科室向患者进行健康指导。（5）医院与相关医院建立合作：合作方式包括医联体合作，护理参与、选派护理人员来院进修、医院安排专职护理人员培训。（6）医联体之间合作方式：定期培训、互派人员交流，有需求患者来医院解决。  |

第六部分 持续改进护理服务，落实优质护理要求

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **（二十）落实优质护理。** | 4.责任护士全面履行护理职责，根据所负责患者的疾病特点和生理、心理、社会需求，对患者实施身心整体护理。 | **文档资料：** 1.医院责任护士实施整体护理的相关制度、整体护理的内容、方法、记录等。2.医院责任护士实施整体护理相关制度的培训计划、培训方式、培训时间、培训课件、培训签到、培训效果和培训工作记录、工作总结等的相关资料。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。  2.实地查看整体护理开展的情况。3.随机访谈内科、外科系统各1个护理单元的1名责任护士，了解其（1）对工作职责的知晓情况。（2）接诊住院患者流程（护士接诊入院患者记录、责任护士评估入院患者记录、向新入院患者介绍医院情况）的知晓情况。（3）对出院患者的管理流程（责任护士对出院患者有指导记录、向患者进行用药、康复功能锻炼的指导、向患者介绍复诊时间、向患者讲解注意事项）的知晓情况 |
| **（二十一）落实患者安全措施。** | 提高患者识别准确性，有效改进医务人员之间沟通。术前标记手术部位，执行术前核查程序，确保手术部位正确、操作正确、患者正确。加强手卫生，减少医疗相关感染风险。建立相关评估制度，设置防滑、防跌倒设施，降低患者跌倒风险。 | **文档资料：**1.医院落实患者安全的相关工作制度，包括且不限于医患沟通、患者身份识别、围手术期管理（手术部位识别标示、术者与麻醉师共同确认手术部位等）、手术安全核查、医疗风险评估、医院感染管理、不良事件上报（包括威胁患者安全事件，建立相关评估制度，进行根因分析，有督导、整改、落实方案）、抢救车管理等相关制度、工作流程、工作记录、工作总结、相关统计数据和实例。2.医院手术患者交接登记记录，内容包括：患者姓名、性别、住院号、科室、床号、诊断、拟手术方式、麻醉方式、患者·意识及生命体征情况、交接人签名等。3.医院跌倒/坠床风险评估记录档案。 |

第七部分 规范诊疗行为，保障医疗安全

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **（二十一）落实患者安全措施。** | 提高患者识别准确性，有效改进医务人员之间沟通。术前标记手术部位，执行术前核查程序，确保手术部位正确、操作正确、患者正确。加强手卫生，减少医疗相关感染风险。建立相关评估制度，设置防滑、防跌倒设施，降低患者跌倒风险。 | **检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地查看（1）患者术前标记手术部位，执行术前核查程序的情况。（2）1名医生、1名护士的洗手情况。（3）防滑、防跌倒设施及标识。（4）急诊、门诊、ICU和内科系统、外科系统各1个病区的抢救车。3.随机访谈急诊、手术室、临床科室各1名医务人员，了解其对患者安全措施相关制度的知晓情况。 |
| **（二十二）推广临床路径。** | 大力推行临床路径，至2017年底，所有三级医院和80%的二级医院实行临床路径管理，三级医院50%的出院患者和二级医院70%的出院患者按照临床路径管理，提高诊疗行为透明度，实现患者明明白白就诊。 | **文档资料：**1.医院推行临床路径工作的相关规定、工作计划、工作方案、工作记录、工作总结。2.医院推行临床路径与DRGs病组管理相结合，临床路径与单病种管理和急诊绿色通道的管理相结合的统计数据或实例。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。2.实地查看内科系统、外科系统各2个病区，实行临床路径管理的情况。 |
| **（二十三）加强合理用药。** | 运用处方负面清单管理、处方点评等形式控制抗菌药物不合理应用。至2017年底前综合医院住院患者抗菌药物使用率不超过60%，抗菌药物使用强度控制在每百人天40DDDs以下，其他类别医院达到抗菌药物临床应用专项整治指标。规范激素类药物、抗肿瘤药物、辅助用药临床应用，加强临床使用干预，推行个体化用药，降低患者用药损害。 | **文档资料：**1.医院控制抗菌药物不合理应用相关管理制度及具体措施、工作流程、工作记录和相关统计数据。2.医院激素类药物、抗肿瘤药物、辅助用药临床应用管理制度及临床使用干预具体措施、工作流程、工作记录和相关统计数据。3.上述管理制度培训的相关资料，包括且不限于培训计划、培训方式、培训时间、培训课件、培训签到、培训效果和培训工作记录等的相关资料。4.医院加强合理用药管理的统计数据或实例。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地检查PIVAS、肿瘤内科、肿瘤外科抗菌药物和激素类药物、抗肿瘤药物、辅助用药的应用情况。 |

第七部分 规范诊疗行为，保障医疗安全

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **（二十四）检查结果互认。** | 在加强医疗质量控制的基础上，大力推进医联体内医疗机构检查、检验结果互认和同城同级医疗机构检查、检验结果互认工作。鼓励设置独立的检验、病理诊断、影像检查机构，利用远程医疗手段为基层医疗机构和就诊患者提供检查检验服务。 | **文档资料：** 1.医院加强医联体建设的相关规定、工作计划、工作方案、工作记录、工作总结、统计数据和实例。 2.医院信息化建设的相关规定、工作计划、工作方案、工作记录、工作总结、统计数据和实例（包括开展远程医疗的统计数据和实例）。3.医院关于医联体内医疗机构检查、检验结果互认的相关规定。4.医院医联体内和同城同级医疗机构检查、检验结果互认项目名录。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。2.实地查看医院信息化建设、远程医疗服务设备、技术。3.实地随机访谈（1）2名临床医务人员，了解检验、检查结果互认有关工作的知晓情况。（2）2名患者，了解检查、检验结果互认情况。 |
| **（二十五）诚信诊疗收费。** | 在门诊大厅、住院部大厅等醒目位置公示诊疗项目、药品及价格，缴费单据的收费项目和收取金额详细、清晰，利用手机等移动设备或者其他信息化手段，为患者提供就诊项目、药品、单价、总费用等查询服务，实现明白、合理收费。逐步扩大实施单病种支付范围，降低患者费用负担。 | **文档资料：** 1.医院关于公示诊疗项目的相关规定。2.医院为患者提供就诊项目、药品、单价、总费用等查询服务的方式清单。**检查方法：** 1.查阅上述文档资料。2.实地查看（1）门诊大厅、住院部大厅等醒目位置，查看公示诊疗项目、药品及价格，缴费单据的收费项目和收取金额详细、清晰的情况。（2）门诊患者、内科系统和外科系统住院患者各2名，利用手机等移动设备或者其他信息化手段，为患者提供就诊项目、药品、单价、总费用等查询服务的情况。 |

第八部分 注重医学人文关怀，促进社工志愿服务

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **（二十六）体现良好风貌。** | 医院工作人员（包括实习、进修人员）着装整洁、规范，佩戴胸卡，易于患者识别。医务人员语言通俗易懂，态度和蔼热情，尊重患者，体现良好医德医风。 | **文档资料：**医院关于工作人员仪表仪容、医德医风方面的相关规定。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.随机查看5名医院工作人员，了解着装、佩戴胸卡和服务态度的情况。 |
| **（二十七）注重心理疏导。** | 加强医务人员人文教育和培训，提高沟通能力和服务意识。各项诊疗服务有爱心、耐心、责任心，及时了解患者心理需求和变化，做好宣教、解释和沟通。对手术或重症患者提供心理疏导，有效缓解患者不安情绪。实施有创诊疗操作时采取措施舒缓患者情绪。 | **文档资料：**1.医院医务人员服务行为规范。2.医院开展医务人员人文教育、沟通能力、文化教育、心理疏导等内容的培训计划、培训方式、培训时间、培训课件、培训签到、培训效果和培训工作记录、工作总结，以及心理疏导的分工与流程等相关资料。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。 2.随机访谈（1）2名患者，对医务人员服务态度及沟通能力进行评价。（2）2名手术后患者，了解是否有医务人员对术前焦虑情况提供心理疏导。 |
| **（二十八）保护患者隐私。** | 执行“一室一医一患”诊查制度，在门诊诊室、治疗室、多人病房设置私密性保护设施，不在住院患者床头卡写入院诊断。 | **文档资料：**1.医院门诊工作相关管理制度。2.医院关于保护患者隐私的相关制度、工作措施、**检查方法：**1.查阅相关文档资料。2.实地查看门诊诊室、治疗室、住院病房、留观病房等保护患者隐私设施设备配置、和应用情况。3.随机访谈2名医务人员，了解熟悉相关制度，自觉保护患者隐私，除法律规定外未经本人同意不得向他人泄露患者的情况。 |

第八部分 注重医学人文关怀，促进社工志愿服务

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **（二十九）加强社工和志愿者服务。** | 加强医院社工和志愿者队伍专业化建设，逐步完善社工和志愿者服务。三级医院应积极开展社工和志愿者服务，优先为老幼残孕患者提供引路导诊、维持秩序、心理疏导、健康指导、康复陪伴等服务。儿童医院、艾滋病定点医院等专科医院可以与儿童、艾滋病患者关爱组织等合作，提供体现专科特色的志愿者服务。充分发挥社工在医患沟通中的桥梁和纽带作用。 | **文档资料：**1.医院关于加强社工和志愿者服务的相关规定、工作记录、工作总结、相关统计数据和实例。2.医院志愿者名册。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地查看社工志愿服务相关部门或专人管理的实际工作情况。 |
| **（三十）推进三调解一保险机制建设。** | 1.公开医疗纠纷的解决途径和流程，积极引导患者依法维权，通过调解、诉讼等途径妥善解决纠纷。大力推进医疗纠纷人民调解工作，建立以医疗纠纷人民调解为主体，医疗纠纷院内调解、人民调解、司法调解与医疗责任风险分担机制相衔接的医疗纠纷处理体系。完善医疗纠纷人民调解组织保障机制，提高人民调解成功率。至2017年底，医疗纠纷人民调解工作覆盖90%以上的县。 | **文档资料：**1.医院医疗纠纷调解委员会人员名单、工作职责和工作流程。2.医院医疗纠纷回访制度、工作记录、工作总结。3.医院医疗纠纷调解工作记录、工作总结和相关统计数据或实例。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.从信息系统中查看医院医疗纠纷调解、有责赔付数据信息。 3.随机访谈调解员、专家组成员各1人，了解医疗纠纷调解工作情况。 |

第九部分 妥善化解医疗纠纷，构建和谐医患关系。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查要点** | **检查内容及要求** | **需要提供的文档资料及检查方法** |
| **（三十）推进三调解一保险机制建设。** | 2.完善医疗责任保险有关制度，提高医疗责任保险覆盖面。积极建立以医疗责任保险为主、医疗风险互助金、医疗意外险等为补充的医疗责任风险分担形式，至2017年底，全国二级以上医院医疗责任保险和医疗风险互助金参保率达到90%以上。 | **文档资料：**1.医院医疗责任风险分担院内相关制度。2.医院参保材料及保单。3.医院纠纷处理理赔情况。4.根据医院实际情况提供医疗风险互助金及医疗意外险的相关材料。**检查方法：** 查阅上述文档资料。 |
| **（三十一）规范院内投诉管理。** | 提供有效途径方便患者投诉，有统一的专门部门和专门人员负责患者投诉处理和反馈，对于患者反应强烈的问题及时处理并反馈，对于患者集中反应的问题有督促整改、持续改进。 | **文档资料：**1.医院医疗投诉管理相关制度、岗位职责、工作流程。2.医院负责患者投诉处理和反馈的专门部门、专门人员名单。2.医院医疗投诉登记档案（体现投诉处理的全过程）。3.医院投诉归类整理、分析、反馈的相关资料。**检查方法：**1.查阅上述文档资料。2.实地查看投诉接待处理相关部门，查看内容包括：在显要地点公布投诉管理部门、地点、接待时间、联系方式以及投诉电话，同时公布上级部门投诉电话。3.访谈相关工作人员1人，了解临床科室收到转交投诉后的办理流程、质量改进的情况。 |

**说 明：“需要提供的文档资料”没有提及时限的，均为近两年的文档资料。**