

中国医院协会全国百姓放心示范医院 动态管理第六周期考核评价标准

说 明

全国百姓放心示范医院创建活动是中国医院协会在单位会员中开展的大型行业自律活动。第六周期动态管理与创建工作要落实“以基层为重点，以改革创新为动力，预防为主，中西医并重，将健康融入所有政策，人民共建共享”的卫生与健康工作方针，以国家卫生计生委发布的《进一步改善医疗服务行动计划》为指导，以“创新医疗服务，强化质量安全”为主题，以提高患者就医感受为目标，结合全国百姓放心示范医院活动特点，在第五周期考核评价标准的基础上，修改制定《全国百姓放心示范医院动态管理第六周期考核评价标准》（以下简称评价标准）。

一. 适用范围

本标准适用于全国百姓放心示范医院的评价。

二. 考核评价内容说明

（一）突出百姓放心示范医院特点。百姓放心示范医院的评价不等同于医院评审，《考核标准》既借鉴了医院评审标准中的内容，又要突出百姓放心示范医院的创建特点，侧重能力提升、持续改进、社会评价。使其既有利于医院评审工作的开展，又不加重医院的负担。

（二）突出动态管理周期重点。《考核标准》不是面面俱到，而是突出百姓放心示范医院动态管理第六周期“创新医疗服务，强化质量安全”这一主题。主要包括：医疗护理质量、患者安全、诊疗流程、医院服务、医院管理、社会评价、参加百姓放心示范医院活动七部分。

（三）突出医院管理基本点。《考核标准》重点选择最基本、最常用、最易做到、必须做好的考核内容，体现基础性、实用性和可操作性。

（四）内容共计 30 条。每项条款包括考核内容、考核要点、评价说明三个方面。

三. 考核评价级别说明

（一）分级

分 A（优秀）、B（良好）、C（合格）、D（不合格）四个级别

要达到“B”，必须先符合“C”的要求；要达到“A”，必须先符合“B”的要求。

（二）级别确定

考核评价标准的制定遵循PDCA循环原理，P（plan）是计划，D（do）是实施，C（check）是检查，A（action）是总结和再优化。通过质量管理计划的制订及组织实施的过程，实现医疗质量和安全的持续改进（见表1）。

表1

A	B	C	D
有持续改进，成效良好	有监管，有结果	有机制且能有效执行	仅有制度或规章或流程，未执行
PDCA	PDC	PD	仅P或全无

四．考核评价结果说明

根据考核评价结果，评出全国百姓放心示范医院，并在此基础上遴选出全国百姓放心百佳示范医院。

医疗护理质量

第一条. 医疗质量管理

(一) 考核内容

有医疗质量管理和持续改进实施方案及相应配套制度、考核内容、考核办法、质量指标、持续改进措施。

(二) 考核要点

1. 有医疗质量管理和持续改进实施方案及相应配套制度、考核内容、考核办法、质量指标。
2. 有医疗质量管理考核体系和管理流程。
3. 进行医疗质量考核，并有记录。
4. 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。

(三) 评价说明

1. 符合 1-2 条为 C；否则为 D。
2. 符合 1-3 条为 B。
3. 符合 1-4 条为 A。

第二条. 医疗技术管理

(一) 考核内容

实行高风险技术操作的卫生技术人员授权制度。对资格许可授权实施动态管理。

(二) 考核要点

1. 有实施手术、麻醉、介入、腔镜诊疗等高风险技术操作的卫生技术人员实行授权的管理制度与审批程序。
2. 有需要授权许可的高风险诊疗技术项目的目录。
3. 主管部门履行监管职责，根据监管情况，定期更新授权项目。
4. 有医疗技术项目操作人员的技能及资质数据库，定期更新。
5. 有诊疗技术资格许可授权考评组织。医疗技术分级分类管理执行

良好，无越级手术或未经授权擅自开展手术的案例。

6. 主管部门履行监管职责，根据监管情况，对授权情况实施动态管理，有授权管理的完整资料。

（三）评价说明

1. 符合 1-4 条为 C；否则为 D。
2. 符合 1-5 条为 B。
3. 符合 1-6 条为 A。

第三条. 临床路径与单病种质量管理

（一）考核内容

有临床路径工作组织体系，将实施临床路径与单病种质量管理工作纳入规范临床诊疗行为的重要内容之一，有协调机制。

（二）考核要点

1. 有临床路径开发与实施的规划和相关制度，并组织落实。有临床路径管理委员会和临床路径指导评价小组及科室临床路径实施小组并履行相应的职责。

2. 将临床路径与单病种质量管理工作纳入规范临床诊疗行为、加强质量管理的重要内容。医疗、护理、医技、药学等相关科室职责、分工明确，有多部门间和科室间的协调机制。

3. 有临床路径、单病种管理实施科室和实施病种目录，有临床路径文本和单病种质量管理标准。

4. 有对入径患者履行知情同意的相关制度与程序。

5. 有对执行临床路径与单病种质量管理的病例进行监测的相关规定与程序。

6. 有临床路径与单病种质量管理信息平台。对临床路径与单病种质量管理实时监测。

7. 三级医院和二级医院 50%的出院患者按照临床路径管理。

（三）评价说明

1. 符合 1-4 条为 C；否则为 D。
2. 符合 1-5 条为 B。
3. 符合 1-7 条为 A。

第四条. 住院诊疗管理

(一) 考核内容

对各临床科室出院患者平均住院日有明确的要求。对住院时间超过 30 天的患者进行管理与评价

(二) 考核要点

1. 对各临床科室出院患者平均住院日有明确的要求。有缩短平均住院日的具体措施。

(1) 有解决影响缩短平均住院日的各个瓶颈环节、等候时间的措施（如患者预约检查、院内会诊、检查结果、术前准备等）。

(2) 有提升医院信息化建设，合理配置和利用现有医疗资源的措施。

2. 应用“临床路径”缩短患者平均住院日。

3. 相关管理人员与医师均知晓缩短平均住院日的要求，并落实各项措施。

4. 平均住院日达到控制目标。对住院时间超过 30 天的患者进行管理与评价有明确管理规定。

5. 根据对超过 30 天住院患者的分析持续改进住院管理质量。

(三) 评价说明

1. 符合 1-3 条为 C；否则为 D。
2. 符合 1-4 条为 B。
3. 符合 1-5 条为 A。

第五条. 手术治疗管理

(一) 考核内容

医院对手术科室有明确的质量与安全指标，医院与科室能定期评价，

有能够显示持续改进效果的记录。

（二）考核要点

1. 医院对手术科室有明确的质量与安全指标，建立手术质量管理的数据库。

（1）住院重点手术总例数、死亡例数、术后非计划重返再次手术例数。

（2）手术后并发症例数。

（3）手术后感染例数（按“手术风险评估表”的要求分类）。

（4）围术期预防性抗菌药的使用。

（5）单病种过程（核心）质量管理的病种。

2. 定期分析本科室手术质量与安全指标的变化趋势，衡量本科室的手术治疗能力与质量水平。

3. 有落实患者知情同意管理的相关制度与程序。

（1）手术前谈话由手术医师进行，知情同意结果记录于病历之中。

（2）手术前应向患者或近亲属、授权委托人充分说明手术指征、手术风险与利弊、高值耗材的使用与选择、可能的并发症及其他可供选择的诊疗方法等，并签署知情同意书。

4. 根据数据分析，采取有针对性的改进措施。

5. 各项质量与安全指标呈正向变化趋势。

6. 知情同意书签署规范，内容完整，合格率 100%。

（三）评价说明

1. 符合 1-3 条为 C；否则为 D。

2. 符合 1-4 条为 B。

3. 符合 1-6 条为 A。

第六条. 麻醉管理

（一）考核内容

麻醉后复苏室合理配置，管理措施到位。

（二）考核要点

1. 麻醉后复苏室床位与手术台比不低于 1:3。
2. 麻醉复苏室配备医护人员满足临床需要，至少有一位能独立实施麻醉的麻醉医师。
3. 复苏室每床配备吸氧设备，包括无创血压和血氧饱和度在内的监护设备，复苏室配备足够的呼吸机、抢救用药及必需设备等，满足需求。
4. 对麻醉复苏室的医护人员进行定期培训与考核。
5. 对设施设备进行定期维护。
6. 配置符合规定要求，管理措施到位。

（三）评价说明

1. 符合 1-3 条为 C；否则为 D。
2. 符合 1-5 条为 B。
3. 符合 1-6 条为 A。

第七条. 急诊管理

（一）考核内容

有保证相关人员及时参加急诊抢救和会诊的相关制度。其他科室接到急诊科会诊申请后，应当在规定时间内进行急诊会诊。对急诊有质量与安全指标，并定期评估。

（二）考核要点

1. 医院有急诊抢救和会诊的相关制度，有明确的会诊时限规定，相关科室与人员均能知晓与遵循。主管部门履行监管责任，对存在问题与缺陷有改进措施。
2. 医院对急诊有明确的质量与安全指标。科室能开展定期评价活动，解读评价结果，有持续改进效果的记录。
3. 有相关工作统计指标：
 - （1）接受急诊诊疗总例数与死亡例数。
 - （2）进入急诊抢救室总人数与死亡例数。

(3) 急诊分诊与急诊就诊患者例数之比。

(4) 急诊高危患者（符合住院指征的外伤性脑血肿、外伤性胸及腹腔内出血、开放性骨关节损伤、急性心肌梗死、急性脑梗死与脑出血等）在“绿色通道”停留时间。

(5) 急诊高危患者收住院比例（%）。

(6) 对急诊创伤患者实施“严重程度评估”。

4. 急诊高危患者（符合住院指征的外伤性脑血肿、外伤性胸及腹腔内出血、开放性骨关节损伤、急性心肌梗死、急性脑梗死与脑出血）在“绿色通道”平均停留时间小于 60 分钟。

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。

6. 实施急诊患者优先住院的机制与制度，实施急诊分区救治。

7. 有会诊实施记录，会诊人员具备相应资质，会诊时限符合规定，会诊记录完整，持续改进会诊质量。

8. 主管部门履行监管责任，对急诊工作存在问题与缺陷有改进措施。

（三）评价说明

1. 符合 1-6 条为 C；否则为 D。

2. 符合 1-7 条为 B。

3. 符合 1-8 条为 A。

第八条. 重症医学科管理

（一）考核内容

有重症医学科工作制度、岗位职责和技术规范、操作规程。重症监护患者入住、出科符合指征，实行“危重程度评分”。有质量与安全管理体系、制度与指标。

（二）考核要点

1. 有重症医学科各项规章制度、岗位职责和相关技术规范、操作规程。

2. 有重症医学科收住患者的范围、转入和转出标准及转出流程。

3. 对入住重症医学科的患者实行疾病严重程度评估。

4. 有明确的质量与安全指标，包括：抗菌药物临床应用相关指标、非预期的 24/48 小时重返重症医学科率、呼吸机相关性肺炎（VAP）的发生率、中心静脉导管相关性血行性感染率、导尿管相关的泌尿系感染率、重症患者预期死亡率与实际死亡率、重症患者压疮发生率、各类导管管路滑脱与再插率、人工气道脱出例数等。

5. 有抗菌药物使用与管理的相关规定。

6. 转入转出患者与标准的符合率 $\geq 90\%$ ；抗菌药物合理使用率 $\geq 90\%$ ；疾病严重程度评估率达 100%。

7. 有储备药品、一次性医用耗材管理和使用的规范与流程。

8. 落实医疗安全（不良）事件无责上报的制度。

（三）评价说明

1. 符合 1-6 条为 C；否则为 D。

2. 符合 1-7 条为 B。

3. 符合 1-8 条为 A。

第九条 护理管理

（一）考核内容

优质护理服务落实到位。实施“以病人为中心”的整体护理，为患者提供适宜的护理服务。

（二）考核要点

1. 有医院优质护理服务规划、目标及实施方案，有保障制度和措施及考评激励机制。

2. 有优质护理服务的目标和内涵，相关管理人员知晓率 $\geq 80\%$ ，护理人员知晓率 100%。

3. 根据各专业特点，有细化、量化的优质护理服务目标和落实措施。

4. 根据“以病人为中心”的整体护理工作模式，制订实施方案，体现

护理人员工作中的责任制。

5. 依据患者需求制订护理计划，充分考虑患者生理、心理、社会、文化等因素。

6. 三级医院所有病房开展优质护理服务，二级医院中有 60%的病房开展优质护理服务。

（三）评价说明

1. 符合 1-4 条为 C；否则为 D。

2. 符合 1-5 条为 B。

3. 符合 1-6 条为 A。

第十条. 药事与药物使用管理

（一）考核内容

抗菌药物管理有适当的组织，并制定章程，明确职责，对抗菌药物的不合理使用有检查、干预和改进措施；执行“特殊管理药品”管理的有关规定；对全院的急救等备用药品进行有效管理，提高用药安全。

（二）考核要点

1. 药事管理组织有抗菌药物管理小组。召开抗菌药物管理小组会议 ≥ 4 次/年。

2. 有全院抗菌药物临床应用的管理、监测与评价制度。有医院抗菌药物临床应用的监测与评价分析报告。将临床科室抗菌药物合理用药情况纳入医疗质量管理考核指标。

3. 根据本院抗菌药物临床应用监测的结果，抗菌药物使用强度和抗菌药物使用率不超过国家卫生计生委抗菌药物临床应用监测网平均值。

（1）门诊患者抗菌药物使用率 $\leq 20\%$

（2）住院患者抗菌药物使用率 $\leq 60\%$

4. 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。

5. 麻醉药品、精神药品、医用毒性药品、放射性药品等“特殊管理药品”按照法律法规、规章制定相应的管理制度。有“特殊管理药品”的

应急预案。

6. “特殊管理药品”有安全设施。有“麻、精”药品实行三级管理和“五专”管理的制度与程序，有“麻、精”药品实行批号管理的制度与程序，开具的药品可溯源到患者。

7. 药学部门定期对“特殊管理药品”进行检查，至少每月1次。各相关科室有相应的“特殊管理药品”管理制度，并严格实行。原始记录完整。

8. 药学部和各相关科室有急救等备用药品目录及数量清单，有专人负责管理急救药品，并在使用后及时补充，损坏或近效期药品及时报损或更换。

9. 有适宜的合理用药监控软件系统，能为处方审核提供技术支持，并定期更新。

（三）评价说明

1. 符合1-6条为C；否则为D。
2. 符合1-7条为B。
3. 符合1-9条为A。

第十一条. 输血管理

（一）考核内容

有临床输血过程的质量管理监控及效果评价的制度与流程。

（二）考核要点

1. 医院有临床用血前评估和用血后效果评价制度，严格掌握输血适应证，做到安全、有效、科学用血。

2. 医院有明确规定的流程，明确规定从发血到输血结束的最长时限。

3. 输血前在患者的床旁由两名工作人员准确核对受血者和血液信息。

4. 制定使用输血器和辅助设备（如血液复温）的操作规范与流程。

5. 在血液输注过程中不得添加任何药物。

6. 输血全过程的信息应及时、完整记录于病历中。

7. 输血中要监护输血过程，及时发现输血不良反应并及时处理。
8. 自体血回输管理规范。
9. 科室能按照制度和流程要求检查落实情况，对存在问题及时整改。

(三) 评价说明

1. 符合 1-6 条为 C；否则为 D。
2. 符合 1-7 条为 B。
3. 符合 1-9 条为 A。

第十二条. 医院感染管理

(一) 考核内容

执行手卫生规范，实施依从性监管与改进活动，减少医院感染的风险。

(二) 考核要点

1. 定期开展手卫生知识与技能的培训，并有记录。
2. 手卫生设施种类、数量、安置位置及手卫生用品等符合《医务人员手卫生规范》要求。
3. 医务人员手卫生知晓率 100%
4. 有院科两级对手卫生规范执行情况的监督检查，有整改措施。
5. 医务人员手卫生依从性不断提高，洗手方法正确率 $\geq 95\%$

(三) 评价说明

1. 符合 1-3 条为 C；否则为 D。
2. 符合 1-4 条为 B。
3. 符合 1-5 条为 A。

第十三条. 病历（案）管理

(一) 考核内容

采用国家卫生计生委发布的疾病分类 ICD10 与手术操作分类 ICD9-CM3，对出院病案进行分类编码。

(二) 考核要点

1. 对出院病案进行疾病分类，编码符合国家卫生计生委规定。
2. 疾病分类编码人员有资质与技能要求。
3. 有疾病分类与手术操作分类编码培训计划。
4. 有出院病案信息的查询系统。
5. 病案科（室）定期与不定期对疾病分类编码员的准确性进行评价、指导，提高编码质量。
6. 临床医师熟悉疾病分类与手术操作分类。
7. 有信息系统支持疾病分类与手术操作分类。

（三）评价说明

1. 符合 1-5 条为 C；否则为 D。
2. 符合 1-6 条为 B。
3. 符合 1-7 条为 A。

患者安全

第十四条. 查对制度

（一）考核内容

加强医务人员有效沟通，完善医疗环节交接制度，正确及时传递关键信息。在诊疗活动中，严格执行查对制度，正确识别患者身份，至少同时使用姓名、年龄、病历号、床号等两项以上项目核对患者身份，确保对患者实施正确的操作。完善关键流程的患者识别措施，健全转科交接登记制度。

（二）考核要点

1. 有标本采集、给药、输血或血制品、发放特殊饮食、诊疗活动时患者身份确认的制度、方法和核对程序。核对时应让患者或其近亲属陈述患者姓名。

2. 至少同时使用姓名、年龄、病历号、床号等两项以上患者身份识别方式（禁止仅以房间或床号作为识别的唯一依据）。

3. 护理操作严格执行三查七对制度（三查：操作前查、操作时查、操作后查；七对：查对床号、查对姓名、查对药名、查对剂量、查对时间、查对浓度、查对方法）。

4. 对急诊抢救室和留观的患者、住院、有创诊疗、输液以及意识不清、语言交流障碍等患者，推广使用“腕带”识别患者身份。

5. 各科室严格执行查对制度。相关人员熟悉上述制度和流程并履行相应职责。

6. 科室有转科交接登记。

7. 患者转科交接时执行身份识别制度和流程，对重点患者，如产妇、新生儿、手术、ICU、急诊、无名、儿童、意识不清、语言交流障碍、镇静期间患者的身份识别和交接流程有明确的制度规定。

（三）评价说明

1. 符合 1-4 条为 C；否则为 D。

2. 符合 1-6 条为 B。

3. 符合 1-7 条为 A。

第十五条. 手术安全核查制度

（一）考核内容

强化手术安全核查，防止手术患者、手术部位及术式错误。有手术安全核查与手术风险评估制度与流程。

（二）考核要点

1. 有手术安全核查与手术风险评估制度与流程。

2. 实施“三步安全核查”，并正确记录。

第一步：麻醉实施前：三方按《手术安全核查表》依次核对患者身份（姓名、性别、年龄、病案号）、手术方式、知情同意情况、手术部位与标识、麻醉安全检查、皮肤是否完整、术野皮肤准备、静脉通道建立情况、患者过敏史、抗菌药物皮试结果、术前备血情况、假体、体内植入物、影像学资料等内容。

第二步：手术开始前：三方共同核查患者身份（姓名、性别、年龄）、手术方式、手术部位与标识，并确认风险预警等内容。手术物品准备情况的核查由手术室护理人员执行并向手术医师和麻醉医师报告。

第三步：患者离开手术室前：三方共同核查患者身份（姓名、性别、年龄）、实际手术方式，术中用药、输血的核查，清点手术用物，确认手术标本，检查皮肤完整性、动静脉通路、引流管，确认患者去向等内容。

3. 准备切开皮肤前，手术医师、麻醉师、巡回护士共同遵照“手术风险评估”制度规定的流程，再次核对患者身份、手术部位、手术名称、麻醉分级等内容，并正确记录。

4. 手术安全核查项目填写完整。

5. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。

6. 手术核查、手术风险评估执行率 100%。

（三）评价说明

1. 符合 1-4 条为 C；否则为 D。

2. 符合 1-5 条为 B。

3. 符合 1-6 条为 A。

第十六条. 妥善处理医疗安全事件

（一）考核内容

有主动报告医疗安全（不良）事件的制度与工作流程。

（二）考核要点

1. 有医疗安全（不良）事件的报告制度与流程。

2. 有途径便于医务人员报告医疗安全（不良）事件。

3. 医务人员对医疗安全（不良）事件报告制度的知晓率 100%。

4. 有指定部门统一收集、核查医疗安全事件，并向相关机构上报。

5. 对医疗安全事件有分析，采取防范措施。

6. 建立院内网络医疗安全事件直报系统及数据库。

（三）评价说明

1. 符合 1-4 条为合格；否则为不合格。
2. 符合 1-5 条为良好。
3. 符合 1-6 条为优秀。

诊疗流程

第十七条、推进预约诊疗服务，有效分流就诊患者（可选，县级以上医院为必选）

（一）考核内容

实施多种形式的预约诊疗与分时段服务，有预约诊疗工作制度和规范，有可操作流程，提高患者预约就诊比例。

（二）考核要点

1. 医院至少开展两种以上形式的预约诊疗服务，如电话、网络、现场等预约形式。
2. 有职能部门负责统一预约管理和协调工作。门诊实行分时段预约诊疗服务。
3. 有预约诊疗工作制度和规范流程及信息化预约管理平台。有方便患者获取的门诊和预约服务公开的医疗信息。
4. 有出诊医师管理措施，变动出诊时间提前公告。
5. 专家门诊、专科门诊、普通门诊、出院复诊均开展预约诊疗服务。
6. 建立与挂钩合作的基层医疗机构的预约转诊服务。
7. 有完善的出院复诊患者、慢性病患者预约服务管理，登记资料完整。
8. 三级医院预约诊疗率 $\geq 30\%$ ，复诊预约率 $\geq 50\%$ ，口腔、产前检查复诊预约率 $\geq 60\%$ 。

（三）评价说明

1. 符合 1-6 条为 C；否则为 D。
2. 符合 1-7 条为 B。
3. 符合 1-8 条为 A。

第十八条、门诊流程管理

（一）考核内容

优化门诊布局结构，完善门诊管理制度，落实便民措施，减少就医等待，改善患者就医体验，有急危重症患者优先处置的制度与程序。

（二）考核要点

1. 有门诊管理制度并落实。流程合理、有序、连贯、便捷。
2. 有导诊和咨询服务，帮助患者及时有效就诊。
3. 有各种便民措施。开放节假日门诊、夜间门诊，实行无休日门诊。
4. 针对门诊重点区域和高峰时段有措施保障门诊诊疗的秩序和连贯性。有缩短患者等候时间的措施。
5. 有急危重症患者优先处置的相关制度与程序，并切实落实。
6. 有减少就医环节的信息支持系统，实行门诊分层挂号、缴费，或科室、诊室直接挂号，自助挂号等服务。
7. 以多种方式公开出诊信息，并及时更新。保障医务人员按时出诊，特殊情况无法出诊应有替代方案并及时告知患者。
8. 放射检查时为患者提供更衣条件和符合规范的放射防护。
9. 普通医技检查能满足门诊需要，当日完成检查和报告。

（三）评价说明

1. 符合 1-6 条为 C；否则为 D。
2. 符合 1-7 条为 B。
3. 符合 1-9 条为 A。

第十九条. 急诊绿色通道管理

（一）考核内容

加强急诊检诊、分诊，落实首诊负责制，及时救治急危重症患者。

（二）考核要点

1. 有专人负责急诊检诊、分诊工作，有效分流非急危重症患者。
2. 落实首诊负责制，急危重症患者实行“先抢救、后付费”。

3. 落实急会诊制度，保障急危重症患者得到及时救治。

4. 急诊抢救登记完善，病历资料完整，入院、转诊、转科有病情交接。

5. 建立急危重症患者抢救协作协调机制，保障患者优先收住入院，制定急诊科与 120 急救中心、基层医疗机构急诊患者转接流程，保障患者得到连贯抢救治疗，保持绿色通道畅通。

6. 有急诊信息网络支持系统，有急诊与院前急救、急诊与院内各相关科室、急诊与卫生行政部门的信息对接，急诊科能够在患者送达前获取急救中心转送或基层医疗机构转诊患者信息，院内相关各科室在患者收住入院前获取病历资料。

（三）评价说明

1. 符合 1-4 条为 C；否则为 D。

2. 符合 1-5 条为 B。

3. 符合 1-6 条为 A。

医院服务

第二十条. 就诊环境管理

（一）考核内容

为患者提供就诊接待、引导、咨询服务。急诊与门诊候诊区、医技部门、住院病区等均有明显、易懂的标识。

（二）考核要点

1. 有咨询服务台，专人服务，相关人员应熟知各服务流程。实行“首问负责制”。

2. 有医院就诊指南。有医院建筑平面图。有清晰、易懂的医院服务标识。有明显的识别与路径标识，尤其与急救相关的科室与路径。标识与服务区域功能或路径完全相符，并根据服务区域功能或路径变化，及时变更标识。

3. 有残疾人无障碍设施及辅助用轮椅、推车等设备，有专供残疾人使用的卫生设施，标识醒目。

4. 有为老年人、有困难的患者提供导医和帮助的服务。
5. 有通畅无障碍的救护车通道。
6. 有预防意外事件的措施与警示标识。

（三）评价说明

1. 符合 1-4 条为 C；否则为 D。
2. 符合 1-5 条为 B。
3. 符合 1-6 条为 A。

第二十一条. 保障患者的合法权益

（一）考核内容

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。保护患者隐私。

（二）考核要点

1. 有保障患者合法权益的相关制度并得到落实。
2. 医务人员尊重患者的知情选择权利，对患者或其近亲属、授权委托人进行病情、诊断、医疗措施和医疗风险告知的同时，能提供不同的诊疗方案。
3. 医务人员熟知并尊重患者的合法权益。
4. 患者或近亲属、授权委托人对医务人员的告知情况能充分理解并在病历中体现。
5. 对医务人员进行维护患者合法权益、知情同意以及告知方面培训，医务人员掌握告知技巧，采用患者易懂的方式进行医患沟通。
6. 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。
7. 职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。

（三）评价说明

1. 符合 1-3 条为 C；否则为 D。

2. 符合 1-5 条为 B。
3. 符合 1-7 条为 A。

第二十二条. 投诉管理

(一) 考核内容

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，实行“首诉负责制”，设立或指定专门部门统一接受、处理投诉，及时处理并答复投诉人，妥善处理医疗纠纷。

(二) 考核要点

1. 有专门部门统一受理、处理投诉。有投诉管理相关制度及明确的处理流程。有明确的投诉处理时限并得到严格执行。

2. 实行“首诉负责制”，科室、职能部门处置投诉的职责明确，有完善的投诉协调处置机制。

3. 通过各种形式，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。

4. 规范投诉处理程序。有完整的投诉登记，体现投诉处理的全过程。

5. 有医疗纠纷范围界定、处理制度与操作流程，妥善处理医疗纠纷。有法律顾问、律师提供相关法律支持。

6. 相关人员熟悉流程并履行相应职责。有配置完善的录音录像设施的投诉接待室。

(三) 评价说明

1. 符合 1-4 条为 C；否则为 D。
2. 符合 1-5 条为 B。
3. 符合 1-6 条为 A。

第二十三条. 开展多种形式的公益性活动

(一) 考核内容

开展健康教育、健康咨询等多种形式的公益性活动。加强社工和志愿者服务。

（二）考核要点

1. 有针对本地区人群健康状况特点开展健康教育与健康促进以及健康咨询、健康保健等公益性活动。

2. 有接受各级行政部门指令或医院自发组织的社会公益活动。

3. 开展社区健康教育与健康促进，对开展健康教育、健康促进、健康咨询等公益性活动有定期效果评价，持续改进。

4. 开展禁止吸烟宣教和督查，全院各处设有醒目统一的禁烟标志。

5. 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）评价说明

1. 符合 1-3 条为 C；否则为 D。

2. 符合 1-4 条为 B。

3. 符合 1-5 条为 A。

医院管理

第二十四条. 依法执业

（一）考核内容

在国家医疗卫生法律、法规、规章、诊疗护理规范的框架内开展诊疗活动。在医院执业的卫生技术人员全部具有执业资格，注册执业地点在本院或符合卫生行政部门相关规定（如多点执业、对口支援等），具有执业资格的研究生、进修人员在上级医师（含护理、医技）指导下执业。

（二）考核要点

1. 根据《医疗机构执业许可证》登记范围开展诊疗活动。有医疗技术准入及监督管理的相关制度。

2. 创建周期未发生群体性、组织性违规违纪事件。无卫生行政部门查实的医疗机构不良行为记录或发生一级主责以上医疗事故。

3. 有卫生技术人员执业资格审核与执业准入相关规定。各级各类卫生技术人员均取得执业资格，注册地点在本院或符合卫生行政部门相关规定（如多点执业或对口支援等），按照本人执业范围开展诊疗活动。

4. 具有执业资格的研究生、进修人员经过医院授权在上级医师（含护理、医技）指导下执业。

5. 无卫生技术人员违规执业、超范围执业及非卫生技术人员从事诊疗活动。

（三）评价说明

1. 符合 1-5 条为 C；否则为 D。

第二十五条. 信息管理

（一）考核内容

临床信息系统应用满足医疗工作需求。

（二）考核要点

1. 有临床信息系统（C I S），建立基于电子病历（E M R）的医院信息平台。

2. 平台支持医院医护人员的临床活动，丰富和积累临床医学知识，并提供临床咨询、辅助诊疗、辅助临床决策，以提高医疗质量和工作效率。

3. 平台主要包括医嘱处理系统、病人床边系统、医生工作站系统、实验室系统、药物咨询等系统。

4. 规范临床文档内容表达，支持临床文档架构（C D A）。

5. 有门诊预约挂号和临床路径管理系统。

6. 信息系统符合《基于电子病历的医院信息平台建设技术解决方案》有关要求，符合国家医疗管理相关管理规范和技术规范。

（三）评价说明

1. 符合 1-3 条为 C；否则为 D。

2. 符合 1-5 条为 B。

3. 符合 1-6 条为 A。

第二十六条. 医德医风管理

(一) 考核内容

医院有负责医德医风管理的组织体系，有明确的职能主管部门负责医德医风管理与考核。认真贯彻落实《医疗机构从业人员行为规范》。

(二) 考核要点

1. 有医德医风管理组织体系。
2. 有贯彻落实《医疗机构从业人员行为规范》具体措施。
3. 有主管部门与其他职能部门的协调机制。有医德医风考评方案和量化标准，定期对医务人员进行考评。
4. 严格执行首诊负责制（主诊负责制）、危重病人抢救制度和转诊转院等核心制度，文明行医，严禁推诿、拒诊病人。
5. 不索取和非法收受患者财物，不利用职业之便谋取不正当利益，不收受药企回扣、提成，不参加其安排、组织或支付费用的营业性娱乐活动。不违规参与医疗广告宣传和药品、器械促销，不倒卖号源。监督管理有成效，无违法违规违纪案例。
6. 有廉洁自律工作的自查和督查，有完整规范的医德考评档案。通过考评推动医德医风建设，改善服务质量。
7. 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。

(三) 评价说明

1. 符合 1-5 条为 C；否则为 D。
2. 符合 1-6 条为 B。
3. 符合 1-7 条为 A。

社会评价

第二十七条. 收集意见和建议

(一) 考核内容

医院定期收集院内、外对医院服务的意见和建议，加强出院患者随访，持续改进工作，提高医院服务质量。

（二）考核要点

1. 有定期收集院内、外对医院服务意见和建议的相关制度和多种渠道。
2. 有指定部门负责本项工作，职责明确。
3. 主管部门对所收集的意见和建议进行分析和反馈，有持续改进措施并得到落实。
4. 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。
5. 根据患者随访结果，及时改进，持续改进有成效。

（三）评价说明

1. 符合 1-2 条为 C；否则为 D。
2. 符合 1-4 条为 B。
3. 符合 1-5 条为 A。

第二十八条. 开展社会评价活动

（一）考核内容

按照患者的服务流程，社会对其要求满足程度的感受，设计与确定医院社会满意度测评指标体系，开展社会评价活动。

（二）考核要点

1. 建立社会满意度测评指标体系并开展社会评价活动，包括政府（卫生主管部门）评价、人大政协评价、患者百姓评价、医院员工评价、社会舆论评价。
2. 有指定的主管部门负责本项工作，职责明确。
3. 对社会评价活动结果进行分析和反馈，有改进措施并得到落实。
4. 持续改进有成效，不断提高满意度。

（三）评价说明

1. 符合 1-2 条为 C；否则为 D。

2. 符合 1-3 条为 B。
3. 符合 1-4 条为 A。

参加百姓放心示范医院活动

第二十九条. 参加全国百姓放心示范医院组织的各项活动

(一) 考核内容

认真遵守《全国百姓放心示范医院管理办法》，按时参加中国医院协会全国百姓放心示范医院办公室（以下简称办公室）组织的各项活动。

(二) 考核要点

1. 积极、自觉、认真参与全国百姓放心示范医院各项活动，并向社会做好宣传工作，以便社会公众监督。

2. 建立组织开展全国百姓放心示范医院活动的日常管理工作部门，并设专人负责。

3. 定期组织院内专家对照活动有关标准进行内部考核。

4. 支持所聘专家参与全国百姓放心示范医院考核评价等工作。

5. 及时、准确、规范地向办公室提供活动所要求的动态数据及有关信息。医院主要领导及活动部门负责人变更时，需及时向办公室通报。

6. 每年度根据办公室统一安排，进行患者满意度问卷调查、社会公示和社会评价、

7. 医院所属分院如使用全国百姓放心示范医院荣誉称号，应向办公室申报备案。

8. 医院应建立自己独立的网站，并与全国百姓放心示范医院大讲堂进行链接。

(三) 评价说明

1. 符合 1-6 条为 C；否则为 D。
2. 符合 1-7 条为 B。
3. 符合 1-8 条为 A。

第三十条. 参加全国百姓放心示范医院网络数据直报工作

(一) 考核内容

积极参加全国百姓放心示范医院网络数据直报工作。按要求上报医院数据。

(二) 考核要点

1. 按时限参加第六周期网络直报工作。
2. 网络直报数据中，所有季度和年度数据不能缺项。
3. 网络直报数据规范真实（病案首页信息和报表信息）。

(三) 评价说明

1. 符合 1 条为 C；否则为 D。
2. 符合 1-2 条为 B。
3. 符合 1-3 条为 A。