

乡镇卫生院服务能力标准

(2018 年版)

按照国家卫生健康委《关于开展“优质服务基层行”活动的通知》要求，制定乡镇卫生院服务能力标准。

一、适用范围

(一) 本标准适用于所有乡镇卫生院。

(二) 本标准共设置 4 章 100 条，用于乡镇卫生院自我评价与改进，并作为对乡镇卫生院实地评价的依据。

二、标准分类

(一) **基本条款**。将最基本、最常用、最易做到、必须做好的列为基本条款，适用于所有乡镇卫生院。

(二) **推荐条款**。在基本条款基础上，针对医疗服务能力较强的乡镇卫生院增设推荐条款，以“★”标注。

三、条款分布

章 节	基本条款	推荐条款★
第一章 功能任务和资源配置	12	/
第二章 基本医疗和公共卫生服务	29	5
第三章 业务管理	36	7
第四章 综合管理	11	/
合 计	88	12

四、能力结果表达方式

（一）采用 A、B、C、D 四档表达方式。

A 档：代表“优秀”；

B 档：代表“良好”；

C 档：代表“合格”；

D 档：代表“不合格”。

（二）评判原则。凡是达到 B 档“良好”者，必须先达到 C 档“合格”要求；凡是达到 A 档“优秀”者，必须先达到 B 档“良好”要求。

（三）能力标准的性质结果。

项目 \ 档次	A	B	C	D
结果表述	优秀	良好	合格	不合格
情况表述	有持续改进或成效良好	有监管有结果	有制度能有效执行	仅有制度或规章，未执行

五、能力结果

类别	基本条款（88 条）			推荐条款（12 条）		
	C 档	B 档	A 档	C 档	B 档	A 档
达到推荐标准	100%	≥60%	≥30%	≥90%	≥60%	≥30%
达到基本标准	≥95%	≥50%	≥20%	/	/	/

前置条件

检查项目	检查内容	检查结果
机构名称	执业注册第一名称为乡镇卫生院, 名称格式为: 县(市、区)名+乡镇名+(中心)卫生院。	符 合 ☐ 不符合 ☐
医疗安全	评价前一年及当年未发生过经鉴定定性为二级及以上负主要责任的医疗事故。	符 合 ☐ 不符合 ☐
机构管理	无对外出租、承包内部科室等行为。	符 合 ☐ 不符合 ☐

目 录

第一章 功能任务和资源配置.....	1
1.1 功能任务	1
1.1.1 基本功能.....	1
1.1.2 主要任务.....	1
1.2 科室设置	2
1.2.1 临床科室.....	2
1.2.2 医技及其他科室.....	2
1.2.3 公共卫生科或预防保健科.....	2
1.2.4 计划生育科.....	2
1.2.5 职能科室.....	3
1.3 设施设备	3
1.3.1 建筑面积.....	3
1.3.2 床位设置.....	3
1.3.3 设备配置.....	3
1.3.4 公共设施.....	4
1.4 人员配备	4
1.4.1 人员配备.....	4
第二章 基本医疗和公共卫生服务.....	6
2.1 服务方式	6
2.1.1 门急诊服务.....	6
2.1.2 住院服务.....	6
2.1.3 家庭医生签约服务.....	7
2.1.4 转诊服务.....	7
2.1.5 远程医疗服务 ★.....	7
2.2 服务内容和水平	8
2.2.1 基本医疗服务.....	8
2.2.1.1 病种（见附件）	8
2.2.1.2 急诊急救服务.....	8
2.2.1.3 内（儿）科医疗服务.....	9
2.2.1.4 外科医疗服务.....	9
2.2.1.5 妇（产）科医疗服务 ★.....	9
2.2.1.6 全科医疗服务.....	10
2.2.1.7 中医医疗服务.....	10
2.2.1.8 眼、耳鼻咽喉医疗服务 ★.....	10
2.2.1.9 口腔医疗服务 ★.....	10
2.2.1.10 康复医疗服务 ★.....	11
2.2.2 检验检查服务.....	11
2.2.2.1 检验项目	11
2.2.2.2 检查项目.....	11
2.2.3 公共卫生服务.....	12
2.2.3.1 居民健康档案管理.....	12
2.2.3.2 健康教育.....	12
2.2.3.3 预防接种.....	12

2.2.3.4 儿童健康管理.....	13
2.2.3.5 孕产妇健康管理.....	13
2.2.3.6 老年人健康管理.....	13
2.2.3.7 高血压患者健康管理.....	13
2.2.3.8 2 型糖尿病患者健康管理.....	14
2.2.3.9 严重精神障碍患者管理.....	14
2.2.3.10 肺结核患者健康管理.....	14
2.2.3.11 中医药健康管理.....	15
2.2.3.12 传染病及突发公共卫生事件报告和处理.....	15
2.2.3.13 卫生计生监督协管.....	15
2.2.3.14 重大公共卫生项目.....	16
2.2.4 计划生育技术服务.....	16
2.2.4.1 计划生育技术服务.....	16
2.3 服务效果	16
2.3.1 服务效率.....	16
2.3.2 满意度.....	17
第三章 业务管理	17
3.1 执业与诊疗规范管理.....	17
3.1.1 执业管理.....	17
3.1.2 规范诊疗.....	17
3.2 医疗质量安全管理.....	18
3.2.1 医疗质量管理体系和制度建设.....	18
3.2.1.1 医疗质量管理体系.....	18
3.2.1.2 医疗质量管理制度.....	18
3.2.2 医疗质量管理制度落实.....	19
3.2.2.1“三基”培训与考核	19
3.2.2.2 住院诊疗质量管理.....	19
3.2.2.3 首诊负责制度.....	19
3.2.2.4 查房制度.....	19
3.2.2.5 值班和交接班制度.....	19
3.2.2.6 手术、麻醉授权管理 ★.....	20
3.2.2.7 病历书写规范管理.....	20
3.2.2.8 手术管理 ★.....	20
3.2.2.9 患者麻醉前病情评估和讨论制度 ★.....	21
3.2.2.10 输血管理 ★.....	21
3.2.2.11 血液透析管理 ★.....	21
3.2.2.12 放射或医学影像管理.....	22
3.2.2.13 临床检验管理.....	22
3.2.2.14 中医管理.....	22
3.2.2.15 康复管理 ★.....	22
3.2.2.16 病案管理.....	23
3.3 患者安全管理	23
3.3.1 查对制度.....	23
3.3.2 手术安全核查制度 ★.....	24
3.3.3 危急值报告制度.....	24
3.3.4 患者安全风险管理.....	24

3.3.5 患者参与医疗安全.....	24
3.4 护理管理	25
3.4.1 护理组织管理体系.....	25
3.4.2 执行《护士条例》	25
3.4.3 临床护理质量管理.....	25
3.4.4 护理安全管理.....	26
3.5 医院感染管理	28
3.5.1 医院感染管理组织.....	28
3.5.2 医院感染监测.....	28
3.5.3 手卫生管理.....	28
3.5.4 消毒及灭菌工作管理.....	29
3.6 医疗废物管理	29
3.6.1 医疗废物和污水处理管理制度.....	29
3.6.2 医疗废物处置和污水处理.....	29
3.7 放射防护管理	30
3.7.1 放射防护管理.....	30
3.7.2 放射防护设备管理.....	30
3.8 药事管理	31
3.8.1 药品管理.....	31
3.8.2 临床用药.....	31
3.8.3 处方管理.....	31
3.8.4 药品不良反应管理.....	32
3.9 公共卫生管理	33
3.9.1 建立健全公共卫生管理制度.....	33
3.9.2 落实村卫生室公共卫生服务任务与经费补偿	33
第四章 综合管理	34
4.1 党建管理	34
4.1.1 党的组织建设.....	34
4.1.2 党风廉政建设.....	34
4.2 人员管理	35
4.2.1 绩效考核制度.....	35
4.2.2 人才队伍建设.....	35
4.3 财务管理	36
4.3.1 财务管理.....	36
4.4 后勤管理	37
4.4.1 后勤安全保障.....	37
4.5 信息管理	38
4.5.1 信息系统建设.....	38
4.5.2 信息安全.....	38
4.6 行风建设管理	38
4.6.1 医德医风建设.....	38
4.7 乡村卫生服务一体化管理.....	39
4.7.1 乡村卫生服务一体化管理.....	39
4.8 分工协作管理	39
4.8.1 分工协作.....	39
附件	40

第一章 功能任务和资源配置

1.1 功能任务

能力标准	评价要点
1.1.1 基本功能	【C】 1.提供基本医疗服务。 2.提供预防保健服务。 3.提供综合性、连续性的健康管理服务。 4.承担县（区）级卫生行政部门委托的卫生管理职能。
	【B】 符合“C”，并 具有辐射一定区域范围的医疗服务能力。
	【A】 符合“B”，并 承担对周边区域内其他乡镇卫生院的技术指导。
1.1.2 主要任务	【C】 1.提供当地居民常见病、多发病的门诊服务。 2.提供适宜技术，安全使用设备和药品。 3.提供中医药服务。 4.提供基本公共卫生服务及有关重大公共卫生服务。 5.提供计划生育技术服务。 6.提供转诊服务，接收转诊病人。 7.提供一定的急诊急救服务。 8.负责村卫生室业务和技术管理。
	【B】 符合“C”，并 1.提供住院服务。 2.开展一级常规手术。
	【A】 符合“B”，并 1.开展二级常规手术。 2.承担辖区内部分急危重症的诊疗。

1.2 科室设置

能力标准	评价要点
1.2.1 临床科室	【C】 1. 设立全科医疗科、内（儿）科、外科、妇（产）科、中医科。 2. 设置输液室、急诊（抢救）室、肠道及发热诊室等。
	【B】 符合“C”，并 设立儿科、口腔科、康复科、中医综合服务区。
	【A】 符合“B”，并 至少设立 3 个以下科室或 1 个特色科室：眼科、耳鼻咽喉科（可合并设立五官科）、重症监护室、血液透析室、急诊科、皮肤科、麻醉科、手术室（可合并设立）、体检中心；特色科室有一定的医疗服务辐射能力。
1.2.2 医技及其他科室	【C】 设置药房、检验科、放射科、B 超室、心电图室（B 超与心电图室可合并设立）。
	【B】 符合“C”，并 1. 增设消毒物品储藏室（可依托有资质的第三方机构）。 2. 中西药房分设。
	【A】 符合“B”，并 1. 增设消毒供应室。 2. 增设医学影像科。
1.2.3 公共卫生科或预防保健科	【C】 包含预防接种室、预防接种留观室、儿童保健室、妇女保健室、健康教育室等。
	【B】 符合“C”，并 1. 预防接种门诊达到当地规范化门诊建设标准。 2. 设置听力筛查、智力筛查室。
	【A】 符合“B”，并 1. 增设心理咨询室、健康小屋、预防保健特色科室等。 2. 预防接种门诊达到数字化门诊建设标准。
1.2.4 计划生育科	【C】 1. 有开展计划生育技术服务场所及相关设施。 2. 有计划生育科普知识宣传资料架和药具展示柜等。
	【B】 符合“C”，并 计划生育咨询室、手术室分开设置，布局合理。
	【A】 符合“B”，并 计划生育科达到规范化设置。

1.2.5 职能科室	【C】 设院办、党办、医务、护理、财务、病案管理、信息、院感、医保结算、后勤管理等专（兼）职岗位。
	【B】 符合“C”，并 至少设立 3 个以下职能科室：院办、党办、医务（质控）、护理、财务、病案管理、信息、院感、医保结算、后勤管理等。
	【A】 符合“B”，并 独立设立病案管理科、院感科。

1.3 设施设备

能力标准	评价要点
1.3.1 建筑面积	【C】 20 张床位及以下，建筑面积达到 300~1100 平方米。
	【B】 符合“C”，并 21~99 张床位，每增设 1 张床位，建筑面积至少增加 50 平方米。
	【A】 符合“B”，并 100 张床位及以上，每增设 1 张床位，建筑面积至少增加 55 平方米。
1.3.2 床位设置	【C】 实际开放床位 10-20 张。
	【B】 符合“C”，并 实际开放床位 21-99 张。
	【A】 符合“B”并 实际开放床位 100 张及以上。
1.3.3 设备配置	【C】 参照《医疗机构基本标准（试行）》（卫医发（1994）第 30 号）要求配备相关设备，配备必要的中医药服务设备。
	【B】 符合“C”，并 配备 DR、彩超、全自动生化分析仪、血凝仪、十二导联心电图机、空气消毒机、麻醉机、胃镜、呼吸机以及与诊疗科目相匹配的其它设备。
	【A】 符合“B”，并 配备 CT、急救型救护车、全自动化学发光免疫分析仪等设备。

能力标准	评价要点
1.3.4 公共设施	【C】 1. 卫生厕所布局合理。 2. 无障碍设施符合相关标准要求。 3. 门诊诊室、治疗室、多人病房等区域为服务对象提供必要的私密性保护措施。 4. 在需要警示的地方有明显的警示标识。
	【B】 符合“C”，并 1. 厕所达到无害化卫生厕所标准。 2. 候诊椅数量配备适宜，舒适度较好。
	【A】 符合“B”，并 配备使用自助查询、自助挂号、自助打印化验结果报告等设备，使用门诊叫号系统。

1.4 人员配备

能力标准	评价要点
1.4.1 人员配备	【C】 1. 达到《医疗机构基本标准（试行）》（卫医发〔1994〕第 30 号）要求的配备。 2. 人员编制数不低于本省（区、市）出台的编制标准。 3. 卫生技术人员数不低于全院职工总数的 80%。 4. 注册全科医师不低于 1 名。 5. 设立中医科的，中医类别医师不少于 2 名。
	【B】 符合“C”，并 1. 大专及以上学历卫生技术人员比例达到 50%以上。 2. 辖区内每万服务人口注册全科医师数不少于 2 人。
	【A】 符合“B”，并 1. 执业（助理）医师中本科及以上学历人员比例达到 50%以上。 2. 中级职称及以上卫生技术人员比例达到 20%，并有 1 名中级及以上执业护士。 3. 至少有 1 名副高级及以上职称医师。 4. 至少有 1 名经过住院医师规范化培训合格并注册的医师。 5. 至少有 1 名中级及以上职称的中医类别医师。

第二章 基本医疗和公共卫生服务

2.1 服务方式

能力标准	评价要点
2.1.1 门急诊服务	【C】 1. 门、急诊布局科学、合理，流程有序、连贯、便捷。 2. 患者就诊方便，有导诊指示线路图，诊室标识清楚，设施设置人性化。 3. 能提供一般常见病、多发病诊治和慢性病管理服务。 4. 急诊服务区域标识醒目。 5. 基本急救设备配置和药品配备符合国家相关规定，且运行状况良好。
	【B】 符合“C”，并 1. 设立咨询服务台、候诊区，开展导诊、分诊服务，提供轮椅、担架等便民设施。 2. 能实现挂号、收费、医保结算等一站式服务。 3. 在挂号、检验、药房、收费等窗口有针对抢救患者的优先措施。 4. 有急诊登记资料，能够对患者的来源、去向及急救全过程进行追溯。
	【A】 符合“B”，并 1. 有缩短患者等候时间的措施。 2. 独立设置急诊科。 3. 职能部门对门急诊管理工作有分析评价，持续改进门急诊工作质量。
2.1.2 住院服务	【C】 1. 能提供常见病、多发病的住院诊疗。 2. 执行留观、入院、出院、转院制度，并有相应的服务流程。
	【B】 符合“C”，并 1. 能为患者入院、出院、转院提供指导和各种便民措施。 2. 有部门负责协调转诊。 3. 有部门或专（兼）职人员负责出院病人随访。 4. 至少有 1 名主治及以上职称的执业医师。
	【A】 符合“B”，并 职能部门对住院诊疗情况有分析评价，持续改进住院诊疗质量。

2.1.3 家庭医生签约服务	【C】 1.合理组建家庭医生签约服务团队。 2.明确划分家庭医生服务责任区域。 3.明确签约服务包的内容（包含中医药服务）。 4.签订签约服务协议。 5.按照协议提供服务。 6.每个家庭医生团队都有能够提供中医药服务的医师或乡村医生。
	【B】符合“C”，并 1.签约服务覆盖率达到30%以上。 2.重点人群签约服务覆盖率达到60%以上。 3.签约居民续约率达到70%以上。 4.每个签约服务团队服务人口不超过2000人。 5.以需求为导向，针对不同人群提供相应的个性化服务。
	【A】符合“B”，并 签约居民续约率达到 80%以上。
2.1.4 转诊服务	【C】 1.至少有 1 家相对固定的转诊医院，签订双向转诊协议。 2.有转诊记录可查。 3.建立双向转诊制度并落实。 4.接收上级医院下转的疾病恢复期病人。
	【B】符合“C”，并 1.转诊机构之间有转诊信息反馈机制。 2.能提供上级医院预约挂号服务。 3.有转诊信息系统。
	【A】符合“B”，并 能提供上级医院预约检查、预约住院服务。
2.1.5 远程医疗服务 ★	【C】 1.建立远程医疗协作网络。 2.配备远程医疗的设施设备，能开展远程医疗服务。 3.有专（兼）职人员负责远程医疗服务。
	【B】符合“C”，并 1.不断完善和及时改进设施设备、信息技术。 2.通信网络和诊疗装置维护完好，常态化运行并有记录。
	【A】符合“B”，并 相关职能部门定期进行评价，有记录，对存在的问题有改进措施及成效评价。

2.2 服务内容和水平

2.2.1 基本医疗服务

能力标准	评价要点
2.2.1.1 病种 (见附件)	【C】 至少能够识别和初步诊治 50 种常见病、多发病。
	【B】 符合“C”，并 1.至少能够识别和初步诊治 60 种（含 C 中 50 种）常见病、多发病。 2.近 3 年累计收治住院病种不低于 50 种。
	【A】 符合“B”，并 1.至少能够识别和初步诊治 100 种常见病、多发病。 2.近 3 年累计收治住院病种不低于 60 种。 3.近 3 年累计开展手术病种不低于 10 种。
2.2.1.2 急诊 急救服务	【C】 1.开展服务区域内 24 小时急诊服务。 2.医务人员掌握应急知识、急救设备的使用，具备应急能力，能对循环系统、呼吸系统急危重症患者和肾功能衰竭、急性中毒、休克及一般急危重症患者作出初步诊断和急救处理。 3.医务人员应掌握心肺复苏术、电除颤、腹腔穿刺术；能够开展清创、缝合、止血、包扎、简易骨折固定（如夹板外固定等）等急救技术。 3.急救药品配备齐全并定期更新，急救物品完好率 100%。 4.每年至少组织 1 次急救演练。
	【B】 符合“C”，并 1.对急性创伤、急诊分娩、急性心肌梗死、急性脑卒中、急性颅脑损伤、高危新生儿等重点病种具备初步识别与处理能力。 2.急救体系相关责任部门管理人员知晓履职要求，监管措施落实到位。 3.在急危重症抢救中，有主治或以上医师负责组织抢救工作。 4.掌握胸腔穿刺、气管插管、气管切开等技术。 5.建立危重患者“绿色转诊通道”。
	【A】 符合“B”，并 1.建立多学科协作机制，相关部门责任明确，各司其职，确保患者能够获得连贯、及时、有效的救治。 2.医务人员急诊诊疗情况有登记与分析评价，对存在问题与缺陷有改进措施，持续改进急诊急救服务有成效。

2.2.1.3 内 (儿)科医疗服务	【C】 1.能对内科常见病、多发病进行识别和初步诊治。 2.能对诊断明确的慢性病（如高血压病、冠状动脉粥样硬化性心脏病、慢性阻塞性肺疾病、糖尿病、脑卒中康复期、晚期肿瘤、慢性肾功能衰竭等）提供综合管理服务。
	【B】符合“C”，并 1.设立住院病房，上一年度收治病种不少于5种。 2.医护人员配备满足住院病人照护需要。 3.住院病房有中级及以上职称医师负责主持危重病人抢救工作。
	【A】符合“B”，并 1.住院病房有副高及以上职称医师负责主持危重病人抢救工作。 2.定期进行住院病人医疗质量分析，并持续改进。 3.提供儿科服务。
2.2.1.4 外科 医疗服务	【C】 能在外科门诊完成止血、缝合、包扎、骨折固定、转运等处理。
	【B】符合“C”，并 1.能提供住院服务。 2.近3年累计开展手术病种不少于5种。 3.具备临床输血基本条件与资质。 4.手术切除标本送检病理检查（可与其他单位协作完成并出示协作单位协作合同）。
	【A】符合“B”，并 1.近3年累计开展手术病种不少于10种。 2.有高级职称医师负责主持危重病人抢救工作。 3.定期进行住院病人医疗质量与手术质量分析，并持续改进。
2.2.1.5 妇 (产)科医疗服务 ★	【C】 1.能开展孕妇一般产前检查。 2.能对妇科常见病、多发病进行识别和初步诊治。
	【B】符合“C”，并 1.能提供住院服务。 2.提供正常分娩服务。
	【A】符合“B”，并 1.能开展剖宫产手术。 2.有高级职称医师负责主持危重病人抢救工作。 3.定期进行住院病人医疗质量与手术质量分析，并持续改进。

2.2.1.6 全科医疗服务	【C】 1.开展一般常见病、多发病的临床诊疗服务和连续的健康管理服务。 2.能进行腹痛、腹泻、发热、贫血、咳嗽等常见症状的初步鉴别诊断。 3.对诊断明确的高血压病、2型糖尿病等慢性病提供健康管理服务。
	【B】 符合“C”，并 1.对诊断明确的冠状动脉粥样硬化性心脏病、慢性阻塞性肺疾病、脑卒中康复期、晚期肿瘤、慢性肾功能衰竭等疾病，能提供健康管理服务。 2.能完成外科止血、缝合、包扎、骨折固定、转运等处理。 3.提供儿童常见疾病诊疗服务。
	【A】 符合“B”，并 1.定期对服务质量进行分析并持续改进。 2.提供眼、耳鼻喉、烧伤等其他临床专科服务。
2.2.1.7 中医医疗服务	【C】 1.有中医门诊，诊室具有中医文化氛围。 2.有具备资质的中医师。 3.能辨证施治内、外、妇、儿常见病、多发病。
	【B】 符合“C”，并 1.提供合格的中药饮片，并提供代煎服务。 2.能够规范开展6类以上中医药技术方法，开展2种以上慢性病（高血压、2型糖尿病等）中医药养生保健服务。 3.对重点人群和慢病患者进行中医药健康管理。
	【A】 符合“B”，并 1.能够积极运用中医治未病理论和方法，提供中医药养生保健服务。 2.定期进行医疗质量分析和持续改进。
2.2.1.8 眼、耳鼻喉咽喉医疗服务 ★	【C】 1.能对眼、耳鼻喉咽喉常见病进行识别和初步诊治。 2.对眼、耳鼻喉咽喉诊疗工作有记录。
	【B】 符合“C”，并 能够治疗8种及以上眼、耳鼻喉咽喉病种。
	【A】 符合“B”，并 定期进行眼、耳鼻喉咽喉医疗质量分析，并持续改进。
2.2.1.9 口腔医疗服务 ★	【C】 1.能对口腔科常见疾病进行识别和初步诊治。 2.提供口腔预防适宜技术服务。
	【B】 符合“C”，并 能提供复杂牙拔除、正畸修复等服务。
	【A】 符合“B”，并 定期进行口腔医疗质量分析，并持续改进。

2.2.1.10 康复医疗服务 ★	【C】 1. 从事康复治疗的医务人员接受过康复专业培训。 2. 从事康复治疗的医师对每个康复患者有明确诊断与功能评估并制订康复治疗计划。 3. 能开展红外线治疗，低频脉冲电治疗，中频脉冲电治疗，中医药治疗，超短波治疗，微波治疗，超声波治疗、牵引等服务。 4. 有针对康复病人预防二次伤害的预案。
	【B】 符合“C”，并 1. 能开展关节松动训练，引导式教育训练，作业疗法等服务。 2. 康复治疗计划（含中医药服务）由康复医师（中医师）、护士、病人及家属、授权委托人等共同落实。
	【A】 符合“B”，并 1. 能开展认知知觉功能障碍训练，运动疗法等。 2. 对转入社区及家庭的患者提供转诊后连续的康复训练指导。 3. 科室对康复计划落实情况有自查、评价，有改进措施。

2.2.2 检验检查服务

能力标准	评价要点
2.2.2.1 检验项目	【C】 开展血常规、尿常规、便常规、肝功能、肾功能、淀粉酶、血脂、血清电解质、血糖检测、ABO 红细胞定型、ABO 血型鉴定等检验项目。
	【B】 符合“C”，并 1. 开展凝血功能、糖化血红蛋白、乙型肝炎血清标志物、HCV 抗体、艾滋、梅毒抗体检测（初筛）、Rh 血型鉴定等。 2. 提供 24 小时急诊检验服务。
	【A】 符合“B”，并 1. 开展心肌损伤标志物、肿瘤标志物、血气分析、微生物等检测。 2. 对临床诊疗临时需要而不能提供的特殊检验项目，可委托上级医院或第三方检测中心等单位提供服务，或多院联合开展服务，但应签署医院之间的委托服务协议，必须有室内质控与室间质评，以及结果回报时限等保证条款。
2.2.2.2 检查项目	【C】 1. 开展胸、腹部透视、CR 摄片、心电图、B 超检查。 2. 检查设施设备配备符合相关要求，检查项目与临床工作相适应。
	【B】 符合“C”，并 1. 开展 DR 摄片、彩超检查。 2. 开展心电监测等。
	【A】 符合“B”，并 1. 开展消化道造影和静脉肾盂造影，DR 数字图像拼接等，有条件的提供 CT 检查。 2. 开展彩超检查，远程心电监测、动态心电监测、动态血压监测等。

2.2.3 公共卫生服务

能力标准	评价要点
2.2.3.1 居民健康档案管理	【C】 1. 按照《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》（以下简称规范）要求，具备开展服务的设施设备和人员条件。 2. 为辖区内常住居民开展居民健康档案管理服务。 3. 居民电子健康档案遵循国家统一的相关数据标准与规范。
	【B】 符合“C”，并 1. 辖区常住居民电子健康档案建档率达到 75%以上，健康档案使用率达到 70%以上。 2. 电子健康档案数据与医疗信息互联互通。
	【A】 符合“B”，并 1. 辖区常住居民电子健康档案建档率达到 90%以上，使用率达到 90%以上。 2. 电子健康档案向居民开放。
2.2.3.2 健康教育	【C】 1. 按照规范要求，具备开展服务的设施设备和人员条件。 2. 利用多种形式开展辖区健康教育服务。 3. 健康教育服务内容符合规范要求。
	【B】 符合“C”，并 1. 健康教育形式和频次达到规范要求。 2. 利用互联网、手机终端等新媒体、新形式开展健康教育。
	【A】 符合“B”，并 1. 开展辖区居民健康素养知识知晓率的调查评估。 2. 辖区居民健康素养水平达到 20%以上。
2.2.3.3 预防接种	【C】 1. 按照规范要求，具备开展服务的设施设备和人员条件。 2. 为辖区内 0~6 岁儿童和其他重点人群开展预防接种服务。 3. 预防接种门诊服务流程与冷链管理符合规范要求。
	【B】 符合“C”，并 1. 预防接种证（卡）建证（卡）率达到100%。 2. 辖区适龄儿童国家免疫规划疫苗接种率达到90%以上。
	【A】 符合“B”，并 1. 辖区适龄儿童国家免疫规划疫苗接种率达到95%以上。 2. 连续三年及以上未出现预防接种引起的医疗安全事件。

2.2.3.4 儿童健康管理	【C】 1. 按照规范要求，具备开展服务的设施设备和人员条件。 2. 对辖区内常住的 0~6 岁儿童规范开展健康管理服务。 3. 定期随访结果及时向儿童家长反馈。
	【B】 符合“C”，并 1. 新生儿访视率达到 90%以上。 2. 对发现健康问题的儿童进行指导，必要时及时转诊并追踪随访转诊结果。
	【A】 符合“B”，并 0-6 岁儿童健康管理率达到 90%以上。
2.2.3.5 孕产妇健康管理	【C】 1. 按照规范要求，具备开展服务的设施设备和人员条件。 2. 对辖区内常住的孕产妇规范开展健康管理服务。 3. 定期随访结果及时向孕产妇反馈。
	【B】 符合“C”，并 1. 早孕建册率、产后访视率分别达到90%以上。 2. 对发现有异常的孕产妇及时转诊并追踪随访转诊结果。
	【A】 符合“B”，并 1. 孕产妇系统管理率达到 90%以上。 2. 对发现异常的孕产妇进行指导和处理。
2.2.3.6 老年人健康管理	【C】 1. 按照规范要求，具备开展服务的设施设备和人员条件。 2. 对辖区内常住的 65 岁及以上老年人规范开展健康管理服务。 3. 健康体检结果及时向居民本人反馈。
	【B】 符合“C”，并 1. 老年人健康管理率达到67%以上。 2. 对患病老年人及时治疗或转诊，对发现有异常老年人及时转诊并随访转诊结果。
	【A】 符合“B”，并 老年人健康管理率达到 70%以上。
2.2.3.7 高血压患者健康管理	【C】 1. 按照规范要求，具备开展服务的设施设备和人员条件。 2. 对辖区内常住的原发性高血压患者规范开展健康管理服务。 3. 定期随访结果及时向患者反馈。
	【B】 符合“C”，并 1. 高血压患者管理率达到40%以上，规范管理率达到70%以上。 2. 高血压患者健康管理由临床医师负责。
	【A】 符合“B”，并 1. 规范管理的高血压患者血压控制率达到 60%以上。 2. 与上级医疗机构建立转会诊制度。

2.2.3.8 2 型糖尿病患者健康管理	【C】 1. 按照规范要求，具备开展服务的设施设备和人员条件。 2. 对辖区内常住的 2 型糖尿病患者规范开展健康管理服务。 3. 定期随访结果及时向患者反馈。
	【B】符合“C”，并 1. 糖尿病患者管理率达到35%以上，规范管理率达到70%以上。 2. 糖尿病患者健康管理的由临床医师负责。
	【A】符合“B”，并 1. 糖尿病患者血糖控制率达到 60%以上。 2. 与上级医疗机构建立转会诊制度。
2.2.3.9 严重精神障碍患者管理	【C】 1. 按照规范要求，具备开展服务的设施设备和人员条件。 2. 对辖区内常住的 6 种严重精神障碍患者规范开展管理服务。 3. 定期随访结果及时向患者或家属反馈。
	【B】符合“C”，并 1. 在“应管尽管”基础上，严重精神障碍患者规范管理率达到75%以上。 2. 严重精神障碍患者健康管理的由临床医师负责。 3. 与上级医疗卫生机构建立培训指导、转会诊制度。
	【A】符合“B”，并 1. 在管患者服药率达到80%以上，其中规律服药率达到45%以上。 2. 患者病情稳定率达到80%以上。
2.2.3.10 肺结核患者健康管理	【C】 1. 按照规范要求，具备开展服务的设施设备和人员条件。 2. 发现肺结核可疑症状者及时转诊到结核病定点医疗机构，对辖区内常住的肺结核患者规范开展健康管理服务。 3. 定期随访结果及时向患者或家属反馈。
	【B】符合“C”，并 1. 肺结核患者管理率达到 90%以上。 2. 肺结核病患者健康管理的由临床医师负责。
	【A】符合“B”，并 1. 肺结核患者规则服药率达到90%以上。 2. 与上级医疗机构建立转会诊制度。

2.2.3.11 中医药健康管理	【C】 1.按照规范要求，具备开展服务的设施设备和人员条件。 2.对辖区内常住 65 岁及以上老年人与 0～36 个月儿童规范开展健康管理服务。 3.中医药健康管理与老年人、儿童健康管理服务相结合，提供一站式便民服务。
	【B】符合“C”，并 1.65 岁及以上老年人、0～36 个月儿童中医药健康管理率分别达到 50% 以上。 2.相关服务由中医师及其团队开展。
	【A】符合“B”，并 65岁及以上老年人、0～36个月儿童中医药健康管理率分别达到65%以上。
2.2.3.12 传染病及突发公共卫生事件报告和处理	【C】 1.按照规范要求，具备开展服务的设施设备和人员条件。 2.按照有关法律法规要求，开展传染病及突发公共卫生事件报告和处理工作。 3.建立健全传染病和突发公共卫生事件报告管理制度，制定突发公共卫生事件应急预案。
	【B】符合“C”，并 1.传染病疫情报告率、传染病疫情报告及时率达到 95%以上。 2.突发公共卫生事件相关信息报告率达到 95%以上。
	【A】符合“B”，并 1.传染病疫情报告率、传染病疫情报告及时率达到 100%。 2.突发公共卫生事件相关信息报告率达到 100%。
2.2.3.13 卫生计生监督协管	【C】 1.按照规范要求，具备开展服务的设施设备和人员条件。 2.规范开展辖区内卫生计生监督协管服务。
	【B】符合“C”，并 1.实行卫生计生监督协管信息零报告制度。 2.卫生计生监督协管信息报告率达到95%以上。
	【A】符合“B”，并 辖区内连续三年以上无食源性疾病、饮用水卫生安全、学校卫生、非法行医和非法采供血等不良事件。

2.2.3.14 重大公共卫生项目	【C】 1. 按照当地卫生计生行政部门要求，开展或协助开展重大公共卫生项目服务。 2. 具备开展相关重大公共卫生项目的设施设备和人员条件。 3. 建立和相关部门的协调工作机制。
	【B】 符合“C”，并 1. 服务人员熟悉掌握重大公共卫生项目实施要求与工作流程。 2. 重大公共卫生项目的进度、质量和效果完成任务目标。
	【A】 符合“B”，并 辖区内重大公共卫生项目针对的健康危险因素、健康问题得到明显改善。

2.2.4 计划生育技术服务

能力标准	评价要点
2.2.4.1 计划生育技术服务	【C】 1. 有计划生育技术服务诊疗常规和操作规程，有与计划生育技术服务相关的信息登记、统计和上报制度。 2. 提供基本的宣教资料，并开展多种形式的避孕节育知识健康教育、咨询和就诊指导。 3. 有专（兼）人负责统计并定期向主管部门报告，相关人员知晓本岗位的履职要求。
	【B】 符合“C”，并 1. 能够开展计划生育手术，提供咨询和随访服务。 2. 能够对手术并发症进行处理。
	【A】 符合“B”，并 1. 连续3年以上无计划生育手术并发症事件。 2. 相关职能部门履行监管职责，有定期检查，持续改进有成效。

2.3 服务效果

能力标准	评价要点
2.3.1 服务效率	【C】 1. 每年至少开展1次服务效率总结分析，并有记录。 2. 对提升诊疗效率有针对性措施。
	【B】 符合“C”，并 1. 医师日均担负诊疗人次不低于10人次。 2. 辖区居民年平均就诊人次不低于1人次。 3. 病床使用率不低于60%。
	【A】 符合“B”，并 1. 医师日均担负诊疗人次不低于12人次。 2. 辖区居民年平均就诊人次不低于2人次。 3. 病床使用率不低于85%。

2.3.2 满意度	【C】 1. 定期开展居民满意度调查，包括对机构环境、服务质量、服务态度、服务项目、服务时间等的满意度。 2. 定期开展职工满意度调查，包括工作环境、绩效分配方案、工作量等。
	【B】 符合“C”，并 1. 有提高职工和居民满意度的具体措施。 2. 职工满意度不低于 80%。 3. 居民满意度不低于 80%。
	【A】 符合“B”，并 1. 职工满意度不低于 90%。 2. 居民满意度不低于 90%。

第三章 业务管理

3.1 执业与诊疗规范管理

能力标准	评价要点
3.1.1 执业管理	【C】 1. 执行医疗技术准入及监督管理相关制度。 2. 执行卫生技术人员执业资格审核与执业准入相关规定。
	【B】 符合“C”，并 1. 在机构醒目位置公布诊疗科目、诊疗时间和收费标准，接受社会与公众监督。 2. 职能科室对全院卫生技术人员执业监管有记录。
	【A】 符合“B”，并 对科室诊疗活动进行全程管理，发现问题，及时整改。
3.1.2 规范诊疗	【C】 1. 卫生院及其医务人员应当遵循临床诊疗指南、临床技术操作规范、行业标准和临床路径等有关要求开展诊疗工作。 2. 定期对相关人员进行培训、考核，知识更新及时。
	【B】 符合“C”，并 1. 设立专门职能科室，有专（兼）职人员负责管理和考核。 2. 根据医学发展和本院实际，及时补充完善诊疗规范。
	【A】 符合“B”，并 相关职能部门履行监管职责，定期评价、分析和反馈，持续改进。

3.2 医疗质量安全管理

3.2.1 医疗质量管理体系和制度建设

能力标准	评价要点
3.2.1.1 医疗质量管理体系	【C】 1. 成立医疗质量管理组织，有卫生院医疗质量管理组织架构图，院长是第一责任人。 2. 有科室医疗质量与安全管理小组，科主任为第一责任人。 3. 有科室医疗质量与安全管理制度、工作计划和工作记录。
	【B】 符合“C”，并 1. 对科室医疗质量与安全指标进行资料收集和分析。 2. 对科室医疗质量与安全进行定期检查，提出改进措施并落实。
	【A】 符合“B”，并 职能部门对医疗质量管理工作进行定期考核，持续改进医疗质量管理水平，有证据表明成效显著。
3.2.1.2 医疗质量管理制度	【C】 1. 有完善的医疗质量管理规章制度，并有明确的核心制度。 2. 有持续改进医疗质量实施方案及配套制度、考核标准和质量指标。 3. 有医疗质量管理的考核体系和管理流程。 4. 有医院及科室的相关培训制度，医务人员掌握并遵循本岗位相关制度。
	【B】 符合“C”并 1. 落实各项医疗质量管理制度，覆盖本院医疗全过程。 2. 医疗质量考核有记录，可查询。 3. 利用多种形式对医疗质量控制的结果及成效进行反馈通报。
	【A】 符合“B”，并 1. 定期修订和及时更新制度。 2. 对方案执行、制度落实等有监督、检查分析、总结、反馈及改进措施，医疗质量持续改进效果明显。

3.2.2 医疗质量管理体系落实

能力标准	评价要点
3.2.2.1 “三基”培训与考核	【C】 1. 有各专业、各岗位的“三基”培训及考核制度。 2. 有针对不同专业卫生技术人员“三基”培训内容、要求、重点和培训计划。 3. 有与培训相适宜的培训设施、设备及经费保障。
	【B】 符合“C”，并 1. 落实培训及考核计划，在岗人员参加“三基”培训覆盖率 $\geq 90\%$ 。 2. 有指定部门或专职人员负责实施。
	【A】 符合“B”，并 在岗人员参加“三基”考核合格率 $\geq 90\%$ 。
3.2.2.2 住院诊疗质量管理	【C】 1. 住院诊疗活动的医疗质量管理在科主任领导下完成，实行分级管理。 2. 对卫生技术人员有明确的岗位职责与技能要求。
	【B】 符合“C”，并 1. 根据床位、工作量、医师的资质层次分成诊疗小组。 2. 有院科两级的质量监督管理，对存在问题及时反馈。
	【A】 符合“B”，并 持续改进住院诊疗质量，确保医疗质量与安全。
3.2.2.3 首诊负责制度	【C】 1. 建立首诊负责制度，有首诊处理流程。 2. 制定转科、转院程序和流程。
	【B】 符合“C”，并 1. 各科医务人员应知晓和掌握首诊负责制度和处理流程。 2. 首诊负责制在日常工作中得到完全落实。
	【A】 符合“B”，并 职能部门履行监管职责，对落实情况有评价，持续改进。
3.2.2.4 查房制度	【C】 1. 各临床科室均建立查房制度。 2. 住院医师对所管患者实行 24 小时负责制，实行早晚查房，急危重症患者应随时观察病情变化并做出处理。 3. 对新入院患者，主治医师（上级医师）应在 48 小时内查看患者。
	【B】 符合“C”，并 1. 各科医务人员应知晓查房制度并落实。 2. 统一制定记录本，记录规范、完整。
	【A】 符合“B”，并 1. 科主任或副高级及以上医师每周至少查房 2 次。 2. 职能部门履行监管职责，对落实情况有评价，持续改进。
3.2.2.5 值班和交接班制度	【C】 1. 医护人员应知晓值班和交接班制度并落实。 2. 病区实行 24 小时值班制，值班医师应按时接班。 3. 护士交班时应共同巡视病人，进行床头交接。 4. 医护应有书面交接班记录本。

	【B】符合“C”，并 值班和交接班记录规范完整。
	【A】符合“B”，并 职能部门履行监管职责，对落实情况有评价，持续改进。
3.2.2.6 手术、 麻醉授权管理 ★	【C】 1. 有对实施手术、麻醉等高风险操作卫生技术人员的授权管理制度。 2. 有需要授权许可的高风险诊疗技术项目的目录。 3. 对实施手术、麻醉相关人员进行授权。
	【B】符合“C”，并 1. 相关人员能知晓本部门、本岗位的管理要求。 2. 无违反相关规定的行为。
	【A】符合“B”，并 1. 职能部门履行监管职责，根据监管情况，定期更新授权项目。 2. 有医疗技术项目操作人员的技能及资质数据库，定期更新。
3.2.2.7 病历 书写规范管理	【C】 1. 有病历书写基本规范与住院病历质量监控管理规定，医师按照规范书写门诊、急诊、住院患者病历。 2. 将病历书写基本规范作为医师岗前培训的基本内容和医师“三基”训练主要内容，医师知晓率 100%。
	【B】符合“C”，并 1. 有院科两级病历质控人员，定期开展质控活动，有记录。 2. 门、急诊病历书写合格率≥98%、住院病历书写合格率≥95%、甲级病历率≥90%；无丙级病历。
	【A】符合“B”，并 有职能部门监管记录，对落实情况有评价，持续改进。
3.2.2.8 手术 管理 ★	【C】 1. 有手术分级管理、手术审批权限制度，制定本机构的手术分级目录。 2. 有患者病情评估制度，在术前完成病史、体格检查、影像与实验室资料等评估。 3. 有术前讨论制度，根据手术分级和患者病情，确定参加讨论人员及内容。 4. 有落实患者知情同意管理的相关制度与程序。 5. 医务人员熟悉手术后常见并发症，对常见并发症有预防措施。 6. 对临床科室手术医师进行相关教育与培训。
	【B】符合“C”，并 患者及亲属、授权委托人对知情同意内容充分理解。
	【A】符合“B”，并 职能部门对制度落实情况定期检查，并有分析、反馈和整改措施。

3.2.2.9 患者麻醉前病情评估和讨论制度 ★	【C】 1. 有患者麻醉前病情评估制度，对高风险择期手术、新开展手术或麻醉方法，进行麻醉前讨论。 2. 有麻醉前由麻醉医师向患者、近亲属或授权委托人进行知情同意的相关制度。 3. 向患者、近亲属或授权委托人说明所选的麻醉方案及术后镇痛风险、益处和其他可供选择的方案。 4. 签署麻醉知情同意书并存放在病历中。 【B】符合“C”，并 1. 患者对知情同意内容充分理解。 2. 评估与讨论的病历记录完整性 100%。 3. 有全身麻醉后的复苏管理措施，由麻醉医师实施规范的全程监测。 【A】符合“B”，并 1. 科室对变更麻醉方案的病例进行定期回顾、总结、分析。 2. 职能部门履行监管职责，有监管检查、反馈、改进措施。
3.2.2.10 输血管理 ★	【C】 1. 制定相关管理制度，有临床输血管理组织和职能管理部门，履行对全院临床输血监管指导工作职能并有活动记录。 2. 医务人员掌握输血适应症相关规定，用血合理。 3. 有输血前的检验和核对制度，实施记录及时、规范，且保存。 4. 有输血不良反应及其处理预案，记录及时、规范。 5. 相关人员知晓本岗位的履职要求。 【B】符合“C”，并 1. 有组织全院开展输血相关的法律、法规、规范、制度的培训并记录。 2. 相关科室和各临床科室按照制度和流程要求，共同落实输血管理相关制度。 【A】符合“B”，并 1. 合理用血相关评价指标（如输血申请、用血适应症合格率、成分输血比例）均达到相关标准。 2. 职能部门对输血适应症有严格管理规定，定期评价与分析用血趋势。
3.2.2.11 血液透析管理 ★	【C】 1. 符合《血液透析室基本标准》、《医疗机构血液透析室管理规范》、《血液净化标准操作规程（2010 版）》等要求。 2. 建立健全血液透析不良事件应急预案，并组织实施。 【B】符合“C”，并 职能部门对血液透析室进行监督管理。 【A】符合“B”，并 对血液透析工作开展定期评估并持续改进。

3.2.2.12 放射或医学影像管理	【C】 1. 通过医疗机构执业诊疗科目许可登记，取得《放射诊疗许可证》并在校验期内，工作场所符合《职业病防治法》、《放射诊疗管理规定》。 2. 提供医学影像服务项目与医院功能任务一致，能满足临床需要。 3. 有明确的服务项目、时限规定并公示，普通项目当日完成检查并出具报告。 4. 诊断报告书写规范，审核制度与流程健全合理（如无执业医师审核报告，可开展远程影像诊断审核流程）。
	【B】 符合“C”，并 1. 提供 24 小时急诊服务。 2. 各类影像检查统一编码，实现患者一人一个唯一编码管理。 3. 科室每月对诊断报告质量进行检查，总结分析，落实改进措施。
	【A】 符合“B”，并 1. 医生工作站可以调阅，至少可实现 1 年在线查询。 2. 有针对对比剂过敏反应的培训和演练记录，并记录过敏反应的不良事件。 3. 职能部门有监督检查，追踪评价，评价结果纳入对科室服务质量与诊断医师技术能力评价内容。
3.2.2.13 临床检验管理	【C】 1. 按照《医疗机构临床实验室管理办法》的要求，实验室集中设置，统一管理。 2. 有实验室安全管理制度和流程。 3. 检验科质量控制相关制度以及实验室生物安全管理制度健全。 4. 检验报告单格式规范、统一，有书写制度。
	【B】 符合“C”，并 1. 开展安全制度与流程管理培训，相关人员知晓本岗位的履职要求。 2. 能定期开展实验室室内质控和室间质评工作。 3. 科室有专门人员定期自查、反馈、整改，每年至少一次向临床科室征求项目设置的合理性意见。
	【A】 符合“B”，并 1. 微生物检验项目对医院感染控制及合理用药提供充分支持。 2. 有职能部门监督检查，落实整改措施，持续改进。
3.2.2.14 中医管理	【C】 1. 有中医科的工作制度、岗位职责及体现中医特色的诊疗规范，并落实。 2. 根据中医特色，开展中医药人员培训与教育活动，并有相关记录。 3. 相关人员知晓上述制度、本岗位职责及诊疗规范。 4. 按中医病历书写规范书写医疗文书。
	【B】 符合“C”，并 科室内定期自查、评估、分析、整改。
	【A】 符合“B”，并 职能部门履行监管职责，定期评价、分析、反馈，质量持续改进有成效。
3.2.2.15 康复管理 ★	【C】 1. 有规范的康复治疗工作制度、诊疗规范与操作规程。

	4.有具备康复资质的治疗师、护士及其他技术人员实施康复治疗和训练。
	【B】符合“C”，并 1.对转入社区及家庭的患者提供转诊后康复训练指导，保障康复训练的连续性。 2.科室对落实情况有自查、评价、分析、反馈、整改。
	【A】符合“B”，并 职能部门履行监管职责，定期评价、分析、反馈，康复治疗质量持续改进。
3.2.2.16 病案管理	【C】 1.有病历书写基本规范与住院病历质量监控管理规定。 2.保存来院就诊患者的基本信息，有保护病案及信息安全相关制度和应急预案。 3.有唯一识别病案资料的病案号。 4.无电子病历系统的卫生院，要有电子病历系统的建设方案与计划。
	【B】符合“C”，并 1.病案工作人员知晓相关规定、应急预案及处置流程。 2.有电子病历系统，电子病历管理按照《电子病历应用管理规范》管理。
	【A】符合“B”，并 1.质量管理相关部门、病案科以及临床各科对病历书写规范进行监督检查，对存在的问题与缺陷提出整改措施。 2.职能部门对病历书写质量进行追踪与成效评价，持续改进病历质量。

3.3 患者安全管理

能力标准	评价要点
3.3.1 查对制度	【C】 1.有查对规章制度和操作规程，并在诊疗活动中严格执行。 2.有标本采集、给药、输血或血制品、发放特殊饮食、诊疗活动时就诊者身份确认的制度、方法和核对程序。 3.对门诊就诊和住院患者的身份标识有制度规定。 4.至少同时使用包括姓名在内的两种身份识别方式，如出生日期、年龄、性别、床号、病历号等，禁止仅以房间或床号作为识别的唯一依据。 5.重点科室及对无法进行身份确认者，有身份标识的方法和核对流程。
	【B】符合“C”，并 1.完善关键流程中对就诊者的识别措施。 2.对就诊者住院病历身份实行唯一标识管理，如使用医保卡编号或身份证号码等。
	【A】符合“B”，并 1.重点部门和关键环节（急诊、产房、手术室）病人使用条码管理。 2.职能部门对上述工作有监管、反馈和改进措施。

3.3.2 手术安全核查制度 ★	【C】 1.有围手术期患者安全管理的相关规范与制度。 2.有手术部位识别标识相关制度与流程。 3.有手术安全核查与手术风险评估制度与流程，明确由手术医师、麻醉医师、护士三方共同核查。 4.择期手术患者在完成各项术前检查、病情和风险评估以及履行知情同意手续后方可下达手术医嘱。
	【B】 符合“C”，并 1.落实择期手术术前准备制度，执行率≥90%。 2.手术核查、手术风险评估按制度执行。
	【A】 符合“B”，并 相关职能部门履行监管职责，有检查、分析，持续改进有成效。
3.3.3 危急值报告制度	【C】 1.有临床“危急值”报告制度与工作流程，有记录。 2.医技部门（含临床实验室、医学影像部门、心电图检查等）有“危急值”项目表。 3.相关人员熟悉并遵循上述制度和工作流程。
	【B】 符合“C”，并 1.严格执行“危急值”报告制度与流程。 2.根据临床需要和实践总结，更新和完善“危急值”管理制度、工作流程及项目表。
	【A】 符合“B”，并 相关职能部门每年至少对“危急值”报告制度的有效性进行一次评估。
3.3.4 患者安全风险管理	【C】 1.有质量安全（不良）事件的报告制度与流程。 2.有防范患者跌倒、坠床的相关制度，并体现多部门协作。 3.有患者跌倒、坠床等意外事件报告相关制度、处置预案与工作流程。 4.主动告知患者跌倒、坠床风险及防范措施并有记录。 5.有压疮风险评估与报告制度、工作流程。
	【B】 符合“C”，并 1.卫生院内有防止跌倒、烫伤等安全措施。 2.对患者安全风险质量监控指标数据进行收集和分析。
	【A】 符合“B”，并 定期分析患者意外事件，持续改进，降低事件发生率。
3.3.5 患者参与医疗安全	【C】 1.有医务人员履行患者参与医疗安全活动责任和义务的相关规定。 2.医务人员知晓重点环节，并邀请患者或其家属主动参与患者安全管理。 3.宣传并鼓励患者参与医疗安全活动。

	【B】符合“C”，并 1. 专业人员向患者提供安全用药咨询。 2. 患者及家属、授权委托人了解针对病情的可选择诊疗方案。
	【A】符合“B”，并 1. 有数据证实“患者主动参与医疗安全活动”取得的成效。 2. 职能部门对患者参加医疗安全活动有定期检查、总结、反馈，并进行整改。

3.4 护理管理

能力标准	评价要点
3.4.1 护理组织管理体系	【C】 1. 有在院长（或副院长）领导下的护理组织管理体系，定期专题研究护理管理工作，实施目标管理。 2. 按照标准配置护理管理人员，岗位职责明确。 3. 有护理工作中长期规划、年度计划，与卫生院总体发展规划和护理发展方向一致。相关人员知晓规划、计划的主要内容。
	【B】符合“C”，并 1. 落实岗位职责和管理目标，建立并落实各层次护理管理人员考核评价机制。 2. 有效执行年度计划并有总结。
	【A】符合“B”，并 有对规划和计划落实过程中存在的问题与缺陷进行追踪分析，持续改进。
3.4.2 执行《护士条例》	【C】 1. 按照《护士条例》制定相关制度，实施护理管理工作。 2. 建立和完善常见疾病护理常规、技术操作规程及临床护理服务规范、标准。 3. 建立护士岗位责任制，推行责任制整体护理工作模式，有工作方案与具体措施。 4. 依法执行护士准入管理。
	【B】符合“C”，并 1. 护理部门对《护士条例》执行落实情况开展监督检查。 2. 护理部门能够按照临床护理工作量对临床科室护士进行合理配置和调配。
	【A】符合“B”，并 对落实中存在的问题与缺陷进行追踪与成效评价，持续改进。
3.4.3 临床护理质量管理	【C】 1. 依据《分级护理指导原则》，制定分级护理制度，有护理质量评价标准。 2. 护士掌握分级护理的内容，定期开展相关培训和教育。 3. 有定期护理查房、病例讨论制度。

	【B】符合“C”，并 1.依据患者的个性化护理需求制定护理措施，并能帮助患者及其家属、授权委托人了解患者病情及护理的重点内容。 2.科室对分级护理落实情况进行定期检查，对存在问题有改进措施。
	【A】符合“B”，并 1.职能部门对落实情况进行定期检查、评价、分析，对存在的问题，及时反馈，并提出整改建议。 2.有护理质量持续改进的成效及结果。
3.4.4 护理安全管理	【C】 1.制定并落实临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范。 2.有紧急意外情况的应急预案及演练。 3.严格执行针对病人服药、注射、输液的查对制度，减少操作差错。 (三查：操作前查、操作中查、操作后查；查药品的有效期，配伍禁忌，查药品有无变质、浑浊，查药品的安瓿有无破损,瓶盖有无松动。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、查对用法。)
	【B】符合“C”，并 1.护士熟练掌握常见技术操作及并发症预防措施及处理流程。 2.职能部门定期进行临床常见护理技术操作考核评价。
	【A】符合“B”，并 职能部门对在护理安全管理中存在的问题进行追踪和成效评价，持续改进。

3.5 医院感染管理

能力标准	评价要点
3.5.1 医院感染管理组织	【C】 1. 健全医院感染管理组织体系，配备专（兼）职人员承担医院感染管理和业务技术咨询、指导工作。 2. 制定符合本单位实际的医院感染管理规章制度。 3. 将医院感染管理纳入卫生院总体工作规划和质量与安全管理目标。 4. 有针对各级各类人员制定的医院感染管理培训计划和内容。 5. 相关人员知晓本部门、本岗位在医院感染管理方面的职责并履行。
	【B】符合“C”，并 1. 有对院科两级医院感染管理工作及制度落实情况的监督检查，每月召开专题会。 2. 对上级管理部门检查中发现的问题及时整改，并调整完善工作计划和内容。
	【A】符合“B”，并 对医院感染管理定期评估，对存在问题有反馈及改进措施，并持续改进。
3.5.2 医院感染监测	【C】 1. 医院感染管理专（兼）职人员和监测设施配备符合要求。 2. 有医院感染监测计划、监测的目录/清单，开展感染发病率监测，符合（WS/T312—2009）《医院感染监测规范》、（WS/T 367-2012）《医疗机构消毒技术规范》。 3. 有针对重点环节、重点人群和高危险因素管理与监测计划，并落实。 4. 对感染高风险科室及感染控制情况进行风险评估，并制定针对性措施。
	【B】符合“C”，并 1. 手术部位感染按手术风险分类，对切口感染率进行统计、分析与反馈。 2. 医院感染管理人员对监测资料进行分析、总结与反馈，对存在的问题进行督促整改。
	【A】符合“B”，并 医院感染监测工作对提高医院感染管理工作水平持续改进，并有成效。
3.5.3 手卫生管理	【C】 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、安置的位置、手卫生用品等符合《医务人员手卫生规范》要求（WS/T313-2009）。 3. 医务人员手卫生知识知晓率 100%。
	【B】符合“C”，并 1. 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。 2. 随机抽查医务人员手卫生依从性 $\geq 70\%$ ，洗手方法正确率 $\geq 70\%$ 。
	【A】符合“B”，并 随机抽查医务人员手卫生依从性 $\geq 80\%$ ，洗手方法正确率 $\geq 80\%$ 。

3.5.4 消毒及灭菌工作管理	【C】 1. 有满足消毒要求的消毒设备、设施与消毒剂（可依托有资质的第三方机构）。 2. 定期对有关设备设施进行检测、对消毒剂的浓度和有效性等进行监测。 3. 有卫生院和重点部门消毒与隔离工作制度和落实措施，并执行。
	【B】 符合“C”，并 1. 职能部门对医用耗材、消毒隔离相关产品的采购质量有监管，对设备设施及消毒剂检测结果进行定期分析，有总结、反馈，及时整改。 2. 有消毒供应室清洗消毒及灭菌技术操作规范，有清洗消毒及灭菌效果监测程序、规范及判定标准。
	【A】 符合“B”，并 职能部门和相关部门对持续改进的情况进行追踪与成效评价，有记录。

3.6 医疗废物管理

能力标准	评价要点
3.6.1 医疗废物和污水处理管理制度	【C】 1. 有医疗废物和污水处理管理制度和岗位职责。 2. 明确专（兼）职人员负责医疗废物和污水处理工作，上岗前经过培训。
	【B】 符合“C”，并 职能部门对制度与岗位职责落实情况开展监管，并有记录。
	【A】 符合“B”，并 根据监管情况，对医疗废物和污水处理管理工作进行持续改进、追踪与成效评价，有记录。
3.6.2 医疗废物处置和污水处理	【C】 1. 医疗废物分类收集，并与生活垃圾分开存放，医疗废物的处理符合《医疗废物处理条例》要求，有运行日志。 2. 建有污水处理设施并运转正常，有运行日志与监测的原始记录。 3. 医疗废物处理符合环保要求，无环保安全事故。
	【B】 符合“C”，并 定期开展医疗废物处置和污水处理的培训，并有记录。
	【A】 符合“B”，并 1. 医疗废物全部由医疗废物集中处置单位集中进行处置。 2. 定期对污水进行相关监测，并达标。 3. 有根据监管情况改进工作的具体措施并得到落实。

3.7 放射防护管理

能力标准	评价要点
3.7.1 放射防护管理	【C】 1. 有院领导及专（兼）职人员组成的管理部门负责此项工作。 2. 职能管理部门和相关人员熟悉有关规定，能够履行相关制度和岗位职责。 3. 每年 1 次对放射设备及周围环境进行检测并达标，有警示标志。 4. 制定工作人员和受检人员放射防护制度并配备相应设施。 5. 每 90 天至少对放射工作人员进行 1 次个人剂量监测。
	【B】 符合“C”，并 有根据监管情况进行改进的措施并得到落实，有记录。
	【A】 符合“B”，并 职能部门对设备检测、操作人员个人剂量监测结果进行定期分析，及时反馈和整改。
3.7.2 放射防护设备管理	【C】 1. 有保障设备使用管理的相关制度和规范。 2. 对设备实行统一保养、维修、校验和强检。 3. 有设备使用情况的登记资料，信息真实，完善，准确。
	【B】 符合“C”，并 1. 操作人员能执行日常保养和维护。 2. 有放射医学设备故障维修情况的分析报告，用于指导设备的规范使用。
	【A】 符合“B”，并 有根据放射装置使用监管情况分析提出整改措施并得到落实。

3.8 药事管理

能力标准	评价要点
3.8.1 药品管理	【C】 1. 设立药事与药物治疗管理组织，有相应工作制度。 2. 有药品采购供应管理制度与流程，有药品贮存相关制度并执行。 3. 疫苗的流通、储存、领发、登记及使用等符合有关规定。 4. 药品库存量及进出量、调剂室库存量及使用量定期盘点、账物相符。 5. 中药饮片相关管理制度健全，采购验收、储存、调剂、煎煮等符合相关规定。 6. 有优先配备和使用基本药物有关规定并执行。
	【B】 符合“C”，并 1. 实行药品采购、贮存、供应计算机管理。 2. 根据药品用量金额评估药品储备情况，药品储备适宜，与医院用药相衔接，满足临床用药需求。
	【A】 符合“B”，并 持续改进有成效，药品供应、质量和数量管理制度落实到位。
3.8.2 临床用药	【C】 1. 临床药物治疗遵循合理用药原则、药品说明书、临床诊疗指南及临床路径等相关规定。 2. 建立抗菌药物临床应用和管理实施细则及抗菌药物分级管理制度。
	【B】 符合“C”，并 1. 建立健全抗菌药物临床应用管理工作制度和监督管理机制。 2. 满足临床用药需求，有临床用药监控体系，有对超说明书用药的规范管理措施，有干预和改进措施。
	【A】 符合“B”，并 职能部门对药物临床应用进行监测与评价，有持续改进的成效。
3.8.3 处方管理	【C】 1. 根据《处方管理办法》，制定本院处方管理实施细则，对注册执业（助理）医师处方权、医嘱或处方开具等有明确要求。 2. 按《医院处方点评管理办法（试行）》等文件的要求制定处方点评制度并实施。 3. 每月至少抽查50张门急诊处方（含中药饮片处方）和10份出院病历进行点评。
	【B】 符合“C”，并 1. 处方评价结果纳入质量考核目标，实行奖惩管理。 2. 对不合理处方进行干预，并有记录可查。
	【A】 符合“B”，并 有案例证实，根据点评结果，落实整改措施，持续促进合理用药。

3.8.4 药品不良反应管理	【C】 1.有药品不良反应与药害事件监测报告管理的制度与程序。 2.医师、药师、护士及其他人员相互配合对患者用药情况进行监测，并有记录。 3.制定严重药品不良反应或药害事件处理办法和流程，并按规定上报卫生行政部门和药品监督管理部门。
	【B】符合“C”，并 1.有药品不良反应与药害事件报告的奖惩措施。 2.建立药品不良反应或药害事件报告数据库或台账。
	【A】符合“B”，并 对药品不良反应或药害事件进行及时调查、分析，有整改措施。

3.9 公共卫生管理

能力标准	评价要点
3.9.1 建立健全公共卫生管理制度	【C】 1.明确公共卫生服务项目管理科室和责任人，有年度工作计划和总结。 2.制定本机构公共卫生服务工作制度和绩效考核与经费分配方案。 3.制定突发公共卫生事件的应急预案。 4.按规定向卫生行政部门、专业公共卫生机构如实完整报送相关服务数据。
	【B】 符合“C”，并 1.年度公共卫生服务工作总结内容充实、有分析评价。 2.开展居民调查，了解服务对象对公共卫生服务项目知晓率和获得感。
	【A】 符合“B”，并 针对存在问题有持续改进措施并跟踪管理。
3.9.2 落实村卫生室公共卫生服务任务与经费补偿	【C】 1.有基本公共卫生服务项目绩效考核实施方案，原则上每季度对村卫生室考核1次。 2.考核结果与资金分配挂钩，按照要求落实40%左右村卫生室公共卫生服务任务与经费补偿。
	【B】 符合“C”，并 考核内容完整，考核指标涵盖考核对象承担的各项服务。
	【A】 符合“B”，并 考核实施方案中对考核结果的应用方式具有可操作性。

第四章 综合管理

4.1 党建管理

能力标准	评价要点
4.1.1 党的建设	【C】 1. 成立党的组织，按期换届。 2. 严格党的组织生活，落实“三会一课”制度，按要求召开民主生活会、组织生活会和党建述职，认真开展党的各类主题学习教育实践活动。 3. 严格落实党务公开，按时足额缴纳党费。
	【B】 符合“C”，并 1. 实现党务工作与业务工作相结合。 2. 定期组织开展党建主题日活动，有活动记录和照片。
	【A】 符合“B”，并 党的基层组织获得县（区、市）级及以上先进基层党组织或支部内党员获得县（区、市）级及以上优秀共产党员荣誉。
4.1.2 党风廉政建设	【C】 1. 落实党风廉政建设主体责任，建立健全岗位风险分级和监管等制度。 2. 定期开展党风党纪教育、廉政警示教育活动。 3. 贯彻落实中央“八项规定”精神，驰而不息反对“四风”。 4. 落实“三重一大”集体决策制度。
	【B】 符合“C”，并 重点风险岗位制度完善、有监督机制，提醒管理常态化。
	【A】 符合“B”，并 党风廉政建设获得县（区、市）级及以上相关部门的表扬和肯定。

4.2 人员管理

能力标准	评价要点
4.2.1 绩效考核制度	【C】 1. 建立人力资源管理制度，包括考核、培训、继续教育等。 2. 有基于医德医风、服务质量和数量并综合考虑岗位、技术、资历、风险和政策倾斜的绩效考核方案。 3. 绩效考核公平、公开、公正，考核结果与岗位聘用、职称晋升、个人薪酬挂钩。
	【B】 符合“C”，并 1. 绩效分配方案体现多劳多得、优绩优酬，向重点工作岗位倾斜，合理拉开差距。 2. 对绩效考核方案动态调整，考核公平合理。
	【A】 符合“B”，并 用信息化手段开展绩效考核。
4.2.2 人才队伍建设	【C】 1. 制定卫生院人才培养发展计划。 2. 每年组织卫生技术人员（至少1名）到县级以上医疗卫生机构进修。 3. 做好专业技术人员岗前培训，新员工须经卫生法律法规培训后方可上岗。
	【B】 符合“C”，并 1. 人才梯队建设合理，满足卫生院持续发展需要，按规定选派符合条件的临床医师参加住院规范化培训或助理全科医生培训。 2. 在岗人员按照规定完成医学继续教育要求的相应学分，学分达标率 $\geq 80\%$ 。
	【A】 符合“B”，并 1. 有人才引进优惠政策。 2. 在岗人员按照规定完成医学继续教育要求的相应学分，学分达标率 $\geq 90\%$ 。

4.3 财务管理

能力标准	评价要点
4.3.1 财务管理	【C】 1. 根据相关法律法规的要求，制定符合实际的财务管理制度，加强预算管理。 2. 全面落实价格公示制度，收费价格透明。 3. 健全固定资产管理制度，有固定资产明细目录，台账完整，账物相符。 4. 财务人员配置到位，财务集中核算管理的机构配备经过培训合格的报账员。
	【B】 符合“C”，并 1. 认真执行卫生院财务年度预算，定期进行经济（财务）运行分析，有分析报告。 2. 有内部监督制度和经济责任制，定期开展财务管理制度培训。
	【A】 符合“B”，并 有定期财务管理总结分析报告，健全固定资产管理制度，持续改进财务工作。

4.4 后勤管理

能力标准	评价要点
4.4.1 后勤安全保障	【C】 1.有水、电、气、电梯等后勤保障和消防安全管理制度，有明确的故障报修、排查、处理流程。 2.水、电、气供应的关键部位和机房有规范的警示标识，定期进行检查、维护和保养。 3.制定耗材、物资和设备采购计划，加强后勤物资管理。
	【B】 符合“C”，并 1.有节能降耗、控制成本的计划、措施与目标并落实到相关科室。 2.有后勤安全保障应急预案，并组织演练。
	【A】 符合“B”，并 根据演练效果和定期检查情况，制定改进措施并落实。

4.5 信息管理

能力标准	评价要点
4.5.1 信息系统建设	【C】 1. 制定保障卫生院信息系统建设、管理和信息资源共享的相关制度。 2. 设置信息化管理专（兼）职机构或人员。 3. 建立财务、药房、门诊、住院、检验、放射等信息系统，满足基本医疗和公共卫生服务功能需求。 4. 定期召开信息化建设专题会议，建立信息使用与信息管理部门沟通协调机制。
	【B】 符合“C”，并 1. 机构内医疗、健康档案、公共卫生、检查检验等信息互联互通。 2. 信息系统支持运行、管理、监管及签约服务等业务。
	【A】 符合“B”，并 1. 信息系统支持双向转诊和远程医疗的开展。 2. 系统具备临床决策支持功能。 3. 建立统一的基层医疗卫生机构信息系统，部署在县级及以上全民健康信息平台。
4.5.2 信息安全	【C】 1. 有加强信息安全的相关制度。 2. 有保障信息系统安全措施和应急处理预案，实现网络运行监控，有防病毒、防入侵措施。 3. 有信息网络运行、设备管理和维护，系统更新、增补记录。
	【B】 符合“C”并 信息安全采用身份认证、权限控制，保障网络信息安全和病人隐私。
	【A】 符合“B”并 1. 有信息安全运行应急演练。 2. 具有防灾备份系统。

4.6 行风建设管理

能力标准	评价要点
4.6.1 医德医风建设	【C】 1. 加强医德医风建设，建立医德考评公示制度。 2. 医德考评结果与医务人员晋职晋升、评先评优、绩效工资等衔接。 3. 设置投诉电话或举报箱，及时处理群众投诉。
	【B】 符合“C”，并 医德医风建设有成效，对优秀科室及先进个人，制定有宣传、表彰、奖励措施并落实。
	【A】 符合“B”，并 卫生院行风建设有成效，相关工作得到县（区）级及以上政府相关部门表彰。

4.7 乡村卫生服务一体化管理

能力标准	评价要点
4.7.1 乡村卫生服务一体化管理	【C】 1. 实施辖区内乡村卫生服务一体化管理。 2. 承担对村卫生室的业务指导、考核和乡村医生业务培训。
	【B】 符合“C”，并 组织乡村医生每月召开例会，并有记录。
	【A】 符合“B”，并 卫生院定期对村卫生室工作情况进行检查，并督促持续改进。

4.8 分工协作管理

能力标准	评价要点
4.8.1 分工协作	【C】 1. 建立分工协作制度，与其他医疗卫生机构建立长期稳定的协作机制。 2. 以业务、技术、管理等为纽带，探索建立包括医疗联合体、医共体、双向转诊在内的多种分工协作模式。
	【B】 符合“C”，并 通过分工协作，卫生院服务能力得到提升。
	【A】 符合“B”，并 取得良好的社会效益和经济效益，群众满意度得到提升。

附件

乡镇卫生院医疗服务推荐病种

一、乡镇卫生院医疗服务基本病种（66 种）

（一）内科（26 种）

高血压病（I10.x00）、冠状动脉粥样硬化性心脏病（I25.103）、先天性心脏病（Q24.900）、心肌炎（I51.400）、脑卒中（I64.x00）、眩晕综合征（H81.901）、偏头痛（G43.900）、急性气管炎（J04.100）、支气管炎（J40.x00）、肺炎（J18.900）、肺气肿（J43.900）、慢性肺源性心脏病（I27.900）、急性上呼吸道感染（J06.900）、腹泻（K52.916）、胃肠炎（A09.901）、结肠炎（A09.902）、胆囊炎（K81.900）、泌尿道感染（N39.000）、急性肾小球肾炎（N00.902）、糖尿病（E14.900）、高脂血症（E78.500）、贫血（D64.900）、短暂性脑缺血发作（G45.900）、带状疱疹（B02.900）、皮炎（L30.900）、肺结核（A16.200）。

（二）外科（17 种）

阑尾炎（K37.x00）、腹痛（R10.400）、胆管结石（K80.500）、泌尿系结石（N20.900）、腹股沟疝（K40.900）、睾丸鞘膜积液（N43.301）、痔（I84.900）、便秘（K59.000）、肛周脓肿（K61.001）、前列腺增生（N40.x00）、头部外伤（S09.900）、骨折（T14.200）、椎动脉型颈椎病（M47.001+）、肩周炎（M75.001）、关节炎（M13.900）、腰肌劳损（M54.505）、腰椎间盘突出（M51.202）。

（三）妇（产）科（7 种）

女性盆腔炎（N73.902）、宫颈炎性疾病（N72.x00）、急性阴道炎（N76.000）、子宫内膜炎（N71.902）、输卵管炎（N70.904）、卵巢炎（N70.903）、助产单胎分娩（O83.900）。

（四）眼、耳鼻咽喉科（10 种）

结膜炎(H10.900)、急性鼻咽炎(J00.x00)、急性鼻窦炎(J01.900)、鼻出血(R04.000)、急性扁桃体炎(J03.900)、急性咽喉炎(J06.000)、急性咽炎(J02.900)、疱疹性咽峡炎(B08.501)、中耳炎(H66.900)、非化脓性中耳炎(H65.900)。

（五）口腔科（6 种）

龋齿（K02.900）、急性牙周炎（K05.200）、牙列部分缺失（K08.104）、化脓性牙龈炎（K05.101）、口腔粘膜溃疡（K12.109）、口腔炎（K12.112）。

(以上疾病代码按《GB/T14396-2016 疾病分类与代码》执行。)

二、县医院医疗服务能力基本标准（国卫办医发〔2016〕12 号）
中所含部分病种。

附件 2

社区卫生服务中心服务能力标准

(2018 年版)

按照国家卫生健康委《关于开展“优质服务基层行”活动的通知》要求，制定社区卫生服务中心服务能力标准。

一、适用范围

(一) 本标准适用于所有社区卫生服务中心。

(二) 本标准共设置 4 章 90 条，用于社区卫生服务中心自我评价与改进，并作为对社区卫生服务中心实地评价的依据。

二、标准分类

(一) **基本条款**。将最基本、最常用、最易做到、必须做好的列为基本条款，适用于所有社区卫生服务中心。

(二) **推荐条款**。在基本条款基础上，针对医疗服务能力较强的社区卫生服务中心增设推荐条款，以“★”标注。

三、条款分布

章 节	基本条款	推荐条款★
第一章 功能任务和资源配置	10	1
第二章 基本医疗和公共卫生服务	26	5
第三章 业务管理	32	2
第四章 综合管理	12	2
合 计	80	10

四、能力结果表达方式

（一）结果采用 A、B、C、D 四档表达方式。

A 档：代表“优秀”

B 档：代表“良好”

C 档：代表“合格”

D 档：代表“不合格”

（二）评判原则。凡是达到 B 档“良好”者，必须先达到 C 档“合格”要求；凡是达到 A 档“优秀”者，必须先达到 B 档“良好”要求。

（三）能力标准的性质结果。

项目 \ 档次	A	B	C	D
结果表述	优秀	良好	合格	不合格
情况表述	有持续改进或成效良好	有监管有结果	有制度能有效执行	有制度或规章，但未执行

五、能力结果

类别	基本条款（80 条）			推荐条款（10 条）		
	C 档	B 档	A 档	C 档	B 档	A 档
达到推荐标准	100%	≥60%	≥30%	≥90%	≥60%	≥30%
达到基本标准	≥95%	≥50%	≥20%	/	/	/

前置条件

检查项目	检查内容	检查结果
机构名称	执业注册第一名称为社区卫生服务中心, 名称格式为:所在区名(可选)+所在街道办事处名+识别名(可选)+社区卫生服务中心。	符 合 ☐ 不符合 ☐
医疗安全	评价前一年及当年未发生过经鉴定定性为二级及以上负主要责任的医疗事故。	符 合 ☐ 不符合 ☐
机构管理	无对外出租、承包内部科室等行为。	符 合 ☐ 不符合 ☐

目 录

第一章 功能任务与资源配置	1
1.1 功能任务	1
1.1.1 基本功能	1
1.1.2 主要任务	1
1.2 科室设置	1
1.2.1 临床科室	1
1.2.2 医技及其他科室	2
1.2.3 公共卫生科或预防保健科	2
1.2.4 职能科室	2
1.3 设施设备	2
1.3.1 建筑面积	2
1.3.2 床位设置 ★	2
1.3.3 设备配置	3
1.3.4 公共设施	3
1.4 人员配备	3
1.4.1 人员配备	3
第二章 基本医疗和公共卫生服务	4
2.1 服务方式	4
2.1.1 门急诊服务	4
2.1.2 住院服务 ★	4
2.1.3 家庭医生签约服务	5
2.1.4 转诊服务	5
2.1.5 远程医疗服务 ★	5
2.1.6 出诊服务 ★	6
2.2 服务内容和水平	6
2.2.1 医疗服务	6
2.2.1.1 病种（见附件）	6
2.2.1.2 急诊急救服务	6
2.2.1.3 全科医疗服务	7
2.2.1.4 中医医疗服务	7
2.2.1.5 口腔医疗服务 ★	7
2.2.1.6 康复医疗服务 ★	8
2.2.2 检验检查服务	8
2.2.2.1 检验项目	8
2.2.2.2 检查项目	9
2.2.3 公共卫生服务	9
2.2.3.1 居民健康档案管理	9
2.2.3.2 健康教育	9
2.2.3.3 预防接种	10
2.2.3.4 儿童健康管理	10
2.2.3.5 孕产妇健康管理	10

2.2.3.6 老年人健康管理.....	10
2.2.3.7 高血压患者健康管理.....	11
2.2.3.8 2型糖尿病患者健康管理.....	11
2.2.3.9 严重精神障碍患者管理.....	11
2.2.3.10 肺结核患者健康管理.....	11
2.2.3.11 中医药健康管理.....	12
2.2.3.12 传染病及突发公共卫生事件报告和处理.....	12
2.2.3.13 卫生计生监督协管.....	12
2.2.3.14 重大公共卫生项目.....	13
2.2.4 计划生育技术服务.....	13
2.2.4.1 计划生育技术服务.....	13
2.3 服务效果	14
2.3.1 服务效率.....	14
2.3.2 满意度.....	14
第三章 业务管理	15
3.1 执业与诊疗规范管理.....	15
3.1.1 执业管理.....	15
3.1.2 规范诊疗.....	15
3.2 医疗质量与安全	15
3.2.1 医疗质量管理体系和制度建设.....	15
3.2.1.1 医疗质量管理体系.....	15
3.2.1.2 医疗质量管理制度.....	16
3.2.2 加强医疗质量管理制度落实.....	16
3.2.2.1 “三基” 培训与考核	16
3.2.2.2 住院诊疗质量管理 ★.....	16
3.2.2.3 首诊负责制度.....	17
3.2.2.4 医疗文书书写管理.....	17
3.2.2.5 血液透析管理 ★.....	17
3.2.2.6 放射或医学影像管理.....	18
3.2.2.7 临床检验管理.....	18
3.2.2.8 中医管理.....	19
3.2.2.9 康复管理.....	19
3.3 患者安全管理	19
3.3.1 查对制度.....	19
3.3.2 危急值报告管理.....	20
3.3.3 患者安全风险管理的.....	20
3.3.4 患者参与医疗安全.....	20
3.4 护理管理	21
3.4.1 护理组织管理体系.....	21
3.4.2 执行《护士条例》	21
3.4.3 临床护理质量管理.....	22
3.4.4 护理安全管理.....	22
3.5 医院感染管理	23
3.5.1 医院感染管理组织.....	23

3.5.2 医院感染相关监测.....	23
3.5.3 手卫生管理.....	23
3.5.4 消毒及灭菌工作管理.....	24
3.6 医疗废物管理	24
3.6.1 医疗废物和污水处理管理制度.....	24
3.6.2 医疗废物处置和污水处理.....	24
3.7 放射防护管理	25
3.7.1 放射防护管理.....	25
3.7.2 放射防护设备管理.....	25
3.8 药事管理	25
3.8.1 药品管理.....	25
3.8.2 临床用药.....	26
3.8.3 处方管理.....	26
3.8.4 药品不良反应管理.....	26
3.9 公共卫生管理	27
3.9.1 公共卫生管理.....	27
第四章 综合管理	28
4.1 党建管理	28
4.1.1 党的组织建设.....	28
4.1.2 党风廉政建设.....	28
4.2 人员管理	28
4.2.1 绩效考核制度.....	28
4.2.2 人才队伍建设.....	29
4.3 财务管理	29
4.3.1 财务管理.....	29
4.4 后勤服务管理	30
4.4.1 后勤安全保障.....	30
4.5 信息管理	30
4.5.1 信息系统建设.....	30
4.5.2 信息安全.....	30
4.6 行风建设管理	31
4.6.1 医德医风建设.....	31
4.7 科研管理	31
4.7.1 科研管理 ★.....	31
4.7.2 培训管理 ★.....	31
4.8 社区协同和居民参与.....	31
4.8.1 社区协同	31
4.8.2 社会认同.....	32
4.8.3 志愿者服务.....	32
附件	33

第一章 功能任务与资源配置

1.1 功能任务

能力指标	评价要点
1.1.1 基本功能	【C】 1. 提供基本医疗服务。 2. 提供预防保健服务。 3. 提供综合性、连续性的健康管理服务。
	【B】 符合“C”，并 具有辐射一定区域范围的医疗服务能力。
	【A】 符合“B”，并 承担其他基层医疗卫生机构的教学、培训工作。
1.1.2 主要任务	【C】 1. 提供当地居民常见病、多发病的门诊服务。 2. 提供适宜技术，安全使用设备和药品。 3. 提供中医药服务。 4. 提供基本公共卫生服务及有关重大公共卫生服务。 5. 提供计划生育技术服务。 6. 提供转诊服务,接收转诊病人。 7. 提供一定的急诊急救服务。 8. 负责社区卫生服务站业务和技术管理。
	【B】 符合“C”，并 1. 提供住院服务。 2. 提供康复服务。 3. 提供居家护理服务。
	【A】 符合“B”，并 提供家庭病床服务。

1.2 科室设置

能力指标	评价要点
1.2.1 临床科室	【C】 设置全科诊室、中医诊室、康复治疗室、抢救室、预检分诊室（台）。
	【B】 符合“C”，并 设置口腔科、康复科、中医综合服务区。
	【A】 符合“B”，并 至少设立一个特色科室，有一定的医疗服务辐射能力。

1.2.2 医技及其他科室	【C】 设置药房、检验科、放射科、B超室、心电图室（B超与心电图室可合并设立）、健康信息管理室、消毒供应室（可依托有资质的第三方机构）。
	【B】 符合“C”，并 设置中药房。
	【A】 符合“B”，并 承担教学任务的机构，配置操作实训室。
1.2.3 公共卫生科或预防保健科	【C】 包含预防接种室、预防接种留观室、儿童保健室、妇女保健（计划生育指导）室、健康教育室等。
	【B】 符合“C”，并 1. 设置听力筛查、智力筛查室。 2. 预防接种门诊达到当地规范化门诊建设标准。
	【A】 符合“B”，并 1. 增设心理咨询室、健康小屋，预防保健特色科室等。 2. 预防接种门诊达到数字化门诊建设标准。
1.2.4 职能科室	【C】 设有院办、党办、医务、护理、财务、病案管理、信息、院感、医保结算、后勤管理等专（兼）职岗位。
	【B】 符合“C”，并 至少设立 3 个以下职能科室：院办、党办、医务、护理、财务、病案管理、信息、院感、医保结算、后勤管理等。
	【A】 符合“B”，并 独立设立病案管理科、院感科。

1.3 设施设备

能力指标	评价要点
1.3.1 建筑面积	【C】 按服务人口数量业务用房面积达标：1400 平方米/3—5 万人口、1700 平方米/5—7 万人口、2000 平方米/7—10 万人口。
	【B】 符合“C”，并 1. 设有病床的社区卫生服务中心按照相关要求增加建筑面积。 2. 1—50 张床位，每增设 1 张床位，建筑面积至少增加 25 平方米。
	【A】 符合“B”，并 50 张床位以上，每增设 1 张床位，建筑面积至少增加 30 平方米。
1.3.2 床位设置 ★	【C】 根据服务范围和人口合理配置，至少设日间观察床 5 张。
	【B】 符合“C”，并 1. 实际开放床位 20-50 张（含）。 2. 根据需要合理设置家庭病床。
	【A】 符合“B”，并 实际开放床位 50 张及以上。

1.3.3 设备配置	【C】 参照《关于印发城市社区卫生服务中心、站基本标准的通知》（卫医发〔2006〕240号）要求配备相关设备，配备必要的中医药服务设备。
	【B】 符合“C”，并 1. 配备与诊疗科目相匹配的其它设备。 2. DR、彩超、全自动生化分析仪、血凝仪、十二导联心电图机、心电监测仪、远程心电监测。 3. 配备一定数量基于信息化的便携式出诊设备和出诊交通工具。
	【A】 符合“B”，并 空气消毒机、呼吸机、动态心电监测仪、动态血压监测仪等设备仪器。
1.3.4 公共设施	【C】 1. 卫生厕所布局合理。 2. 无障碍设施符合相关标准要求。 3. 门诊诊室、治疗室、多人病房等区域为服务对象提供必要的私密性保护措施。 4. 在需要警示的地方有明显的警示标识。
	【B】 符合“C”，并 1. 厕所达到无害化卫生厕所标准。 2. 候诊椅数量配备适宜，舒适度较好。 3. 有必要的采暖、制冷设备。
	【A】 符合“B”，并 配备使用自助查询、自助挂号、自助打印化验结果报告设备，使用门诊叫号系统。

1.4 人员配备

能力指标	评价要点
1.4.1 人员配备	【C】 1. 达到《关于印发城市社区卫生服务中心、站基本标准的通知》（卫医发〔2006〕240号）要求的配备。 2. 人员编制数不低于本省（区、市）出台的编制标准。 3. 卫生技术人员数不低于单位职工总数的 80%。
	【B】 符合“C”，并 1. 大专及以上学历卫生技术人员比例 50%以上。 2. 辖区内每万服务人口注册全科医师数不少于 2 人。
	【A】 符合“B”，并 1. 大专及以上学历卫生技术人员比例达到 80%以上。 2. 执业（助理）医师中本科及以上学历人员比例达到 70%以上。 3. 中级职称及以上卫生技术人员比例达到 35%，至少有 1 名正高级职称医师。 4. 辖区内每万服务人口注册全科医师数不少于 3 人。

第二章 基本医疗和公共卫生服务

2.1 服务方式

能力指标	评价要点
2.1.1 门急诊服务	【C】 1. 门、急诊布局科学、合理，流程有序、连贯、便捷。 2. 患者就诊方便，有导诊指示线路图，诊室标识清楚，设施设置人性化。 3. 能提供一般常见病、多发病诊治和慢性病管理。 4. 急诊服务区域标识醒目。 5. 基本急救设备配置和药品配备符合国家相关规定，且运行状况好。
	【B】 符合“C”，并 1. 设立咨询服务台、候诊区，开展导诊、分诊服务，提供轮椅、担架等便民设施。 2. 能实现挂号、收费、医保结算等一站式服务。 3. 在挂号、检验、药房、收费等窗口有针对抢救患者的优先措施。 4. 有急诊登记资料，能够对患者的来源、去向及急救全过程进行追溯。
	【A】 符合“B”，并 1. 有缩短患者等候时间的措施。 2. 独立设置急诊科。 3. 职能部门对门急诊管理工作有分析评价，持续改进门急诊工作质量。
2.1.2 住院服务 ★	【C】 1. 能提供常见病、多发病的住院诊疗。 2. 执行留观、入院、出院、转院制度，并有相应的服务流程。
	【B】 符合“C”，并 1. 能为患者入院、出院、转院提供指导和各种便民措施。 2. 有部门负责协调双向转诊，并有专（兼）职人员负责转诊和出院病人随访。
	【A】 符合“B”，并 1. 能提供临终关怀等服务。 2. 职能部门对住院诊疗情况有分析评价，持续改进住院诊疗工作质量。

2.1.3 家庭医生签约服务	【C】 1. 合理组建家庭医生签约服务团队。 2. 明确划分家庭医生服务责任区域。 3. 明确签约服务包的内容（包含中医药服务）。 4. 签订签约服务协议。 5. 按照协议提供服务。
	【B】 符合“C”，并 1. 签约服务覆盖率达到30%以上。 2. 重点人群签约服务覆盖率达到60%以上。 3. 签约居民续约率达到70%以上。 4. 每个签约服务团队服务人口不超过2000人。 5. 以需求为导向，针对不同人群提供相应的个性化服务。 6. 每个家庭医生团队都有能够提供中医药服务的医师。
	【A】 符合“B”，并 签约居民续约率达到80%以上。
2.1.4 转诊服务	【C】 1. 至少有 1 家相对固定的转诊医院，签订双向转诊协议。 2. 有转诊记录可查。 3. 建立双向转诊制度并落实。 4. 接收上级医院下转的疾病恢复期病人。
	【B】 符合“C”，并 1. 转诊机构之间有转诊信息反馈机制。 2. 能提供上级医院预约挂号服务。 3. 有转诊信息系统。
	【A】 符合“B”，并 能提供上级医院预约检查、预约住院服务。
2.1.5 远程医疗服务 ★	【C】 1. 建立远程医疗协作网络。 2. 配备远程医疗的设施设备，能开展远程医疗服务。 3. 有专（兼）职人员负责远程医疗服务。
	【B】 符合“C”，并 1. 不断完善和及时改进设施设备、信息技术。 2. 通信网络和诊疗装置维护完好，能接受上级医院提供的远程医疗服务。 3. 能开展远程教学、远程培训等服务。
	【A】 符合“B”，并 相关职能部门定期进行评价，有记录，对存在的问题有改进措施及成效评价。

2.1.6 出诊服务 ★	【C】 1.制定有出诊服务标准或规范。
	【B】 符合“C”，并 针对居民健康状况和需求，提供不同类型的出诊服务，有记录。
	【A】 符合“B”，并 定期对出诊服务情况进行总结分析，持续改进。

2.2 服务内容和水平

2.2.1 医疗服务

能力指标	评价要点
2.2.1.1 病种 (见附件)	【C】 至少能够识别和初步诊治 50 种常见病、多发病。
	【B】 符合“C”，并 1.至少能够识别和初步诊治 60 种（含 C 中 50 种）常见病、多发病。 2.近 3 年累计收治住院病种不低于 10 种。
	【A】 符合“B”，并 至少能够识别和初步诊治 100 种常见病、多发病。
2.2.1.2 急诊急救服务	【C】 1.提供急诊服务，具备急救能力，能对循环系统、呼吸系统急危重症患者和肾功能衰竭、急性中毒、休克及一般急危重症患者作出初步诊断和急救处理。 2.医务人员应掌握心肺复苏术、电除颤；能够开展清创、缝合、止血、包扎、简易骨折固定（如夹板外固定等）等急救技术。 3.急救药品配备齐全，定期更新（确保在有效期内），急救物品完好率 100%。 4.每年至少组织 1 次急救演练。
	【B】 符合“C”，并 对急性创伤、急性心肌梗死、急性脑卒中、急性颅脑损伤等重点病种具备初步识别与处理能力，对急诊服务流程与服务时限有明文规定，并且在技术、设施方面尽力提供支持。
	【A】 符合“B”，并 1.建立多学科协作机制，相关部门责任明确，各司其职，确保患者能够获得连贯、及时、有效的救治。 2.医务人员急诊诊疗情况有登记与分析评价，对存在问题与缺陷有改进措施，持续改进急诊服务有成效。 3.掌握胸腔穿刺术、环甲膜穿刺术等技术。

2.2.1.3 全科 医疗服务	【C】 1.开展一般常见病、多发病的临床诊疗服务和连续的健康管理服务。 2.能进行腹痛、腹泻、发热、贫血、咳嗽等常见症状的初步鉴别诊断。 3.对诊断明确的高血压、2型糖尿病等慢性病提供健康管理服务。
	【B】符合“C”，并 1.对诊断明确的冠状动脉粥样硬化性心脏病、慢性阻塞性肺疾病、脑卒中康复期、晚期肿瘤、慢性肾功能衰竭等疾病，能提供健康管理服务。 2.能完成外科止血、缝合、包扎、骨折固定、转运等处理。 3.提供儿童常见疾病诊疗服务。
	【A】符合“B”，并 1.定期对服务质量进行分析并持续改进。 2.提供眼、耳鼻喉、烧伤等其他临床专科服务。
2.2.1.4 中医 医疗服务	【C】 1.有中医门诊，诊室具有中医文化氛围。 2.有具备资质的中医师。 3.能辨证施治内、外、妇、儿常见病多发病。
	【B】符合“C”，并 1.提供合格的中药饮片，并提供代煎服务。 2.能够规范开展6类以上中医药技术方法，开展2种以上慢性病（高血压、2型糖尿病等）中医药养生保健服务。 3.对重点人群和慢性病患者进行中医药健康管理。
	【A】符合“B”，并 1.能够积极运用中医治未病理论和方法，提供中医药养生保健服务。 2.定期进行医疗质量分析和持续改进。
2.2.1.5 口腔 医疗服务 ★	【C】 1.能对口腔科常见疾病进行识别和初步诊治。 2.能提供口腔预防适宜技术服务。 3.对口腔服务工作有记录。
	【B】符合“C”，并 能提供复杂牙拔除术、正畸修复等技术服务。
	【A】符合“B”，并 定期进行口腔医疗质量数据分析和持续改进。

2.2.1.6 康复 医疗服务 ★	【C】 1. 从事康复治疗的医务人员接受过康复专业培训。 2. 从事康复治疗的医师对每个康复患者有明确诊断与功能评估并制订康复治疗计划。 3. 能开展红外线治疗，低频脉冲电治疗，中频脉冲电治疗，中医药治疗，超短波短波治疗，微波治疗，超声波治疗、牵引。 4. 有针对康复病人预防二次伤害的预案。
	【B】 符合“C”，并 1. 能开展关节松动训练，引导式教育训练，作业疗法等服务。 2. 康复治疗计划（含中医药服务）由康复医师（中医师）、治疗师、护士、病人及家属、授权委托人共同落实。
	【A】 符合“B”，并 1. 能开展认知知觉功能障碍训练，运动疗法等。 2. 对转入社区及家庭的患者提供转诊后连续的康复训练指导。 3. 科室对康复计划落实情况有自查、评价，有改进措施。

2.2.2 检验检查服务

能力指标	评价要点
2.2.2.1 检验 项目	【C】 开展血常规、尿常规、便常规、肝功能、肾功能、血脂、血清电解质、血糖检测、ABO 红细胞定型、ABO 血型鉴定等检验项目（可依托第三方）。
	【B】 符合“C”，并 开展凝血功能、糖化血红蛋白、淀粉酶检测，乙型肝炎血清标志物、艾滋、梅毒抗体检测（初筛）、Rh 血型鉴定等。
	【A】 符合“B”，并 1. 开展心肌损伤标志物、肿瘤标志物、血气分析、微生物等检测。 2. 对中心临床诊疗临时需要，而不能提供的特殊检验项目，可委托上级医院或第三方检测中心等单位提供服务，或机构联合开展服务，但应签署机构之间的委托服务协议，必须有室内质控与室间质评，以及结果回报时限等保证条款。 3. 根据临床科室需求，经论证后及时推出新项目。

2.2.2.2 检查项目	【C】 1.开展胸、腹部透视、CR 摄片、心电图、B 超检查。 2.检查设施设备配备符合相关要求，检查项目与临床工作相适应。
	【B】 符合“C”，并 1.开展 DR 摄片、彩超。 2.开展心电监测等。
	【A】 符合“B”，并 开展远程心电监测、动态心电监测、动态血压监测等。

2.2.3 公共卫生服务

能力指标	评价要点
2.2.3.1 居民健康档案管理	【C】 1.按照《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》（以下简称规范）要求，具备开展服务的设施设备和人员条件。 2.为辖区内常住居民开展居民健康档案管理服务。 3.居民电子健康档案遵循国家统一的相关数据标准与规范。
	【B】 符合“C”，并 1.辖区常住居民电子健康档案建档率达到75%以上，健康档案使用率达到70%以上。 2.电子健康档案向居民开放。
	【A】 符合“B”，并 1.辖区常住居民电子健康档案建档率达到90%以上，健康档案使用率达到90%以上。 2.电子健康档案数据与医疗信息互联互通。
2.2.3.2 健康教育	【C】 1.按照规范要求，具备开展服务的设施设备和人员条件。 2.利用多种形式开展辖区健康教育服务。 3.健康教育服务内容符合规范要求。
	【B】 符合“C”，并 1.健康教育形式和频次达到规范要求。 2.利用互联网、手机终端等新媒体、新形式开展健康教育。
	【A】 符合“B”，并 1.开展辖区居民健康素养知识知晓率的调查评估。 2.辖区居民健康素养水平达到 20%以上。

2.2.3.3 预防接种	【C】 1. 按照规范要求，具备开展服务的设施设备和人员条件。 2. 为辖区内 0~6 岁儿童和其他重点人群开展预防接种服务。 3. 预防接种门诊服务流程与冷链管理符合规范要求。
	【B】 符合“C”，并 1. 预防接种证（卡）建证（卡）率达到100%。 2. 辖区适龄儿童国家免疫规划疫苗接种率达到90%以上。
	【A】 符合“B”，并 1. 辖区适龄儿童国家免疫规划疫苗接种率达到95%以上。 2. 连续三年及以上未出现预防接种引起的医疗安全事件。
2.2.3.4 儿童健康管理	【C】 1. 按照规范要求，具备开展服务的设施设备和人员条件。 2. 对辖区内常住的 0~6 岁儿童规范开展健康管理服务。 3. 定期随访结果及时向儿童家长反馈。
	【B】 符合“C”，并 1. 新生儿访视率达到 90%以上。 2. 对发现健康问题的儿童进行指导，必要时及时转诊并追踪随访转诊结果。
	【A】 符合“B”，并 0-6 岁儿童健康管理率达到 90%以上。
2.2.3.5 孕产妇健康管理	【C】 1. 按照规范要求，具备开展服务的设施设备和人员条件。 2. 对辖区内常住的孕产妇规范开展健康管理服务。 3. 定期随访结果及时向孕产妇反馈。
	【B】 符合“C”，并 1. 早孕建册率、产后访视率分别达到90%以上。 2. 对发现有异常的孕产妇及时转诊并追踪随访转诊结果。
	【A】 符合“B”，并 1. 孕产妇系统管理率达到 90%以上。 2. 对发现异常的孕产妇进行指导和处理。
2.2.3.6 老年人健康管理	【C】 1. 按照规范要求，具备开展服务的设施设备和人员条件。 2. 对辖区内常住的 65 岁及以上老年人规范开展健康管理服务。 3. 健康体检结果及时向居民本人反馈。
	【B】 符合“C”，并 1. 老年人健康管理率达到67%以上。 2. 对患病老年人及时治疗或转诊，对发现有异常老年人及时转诊并随访转诊结果。
	【A】 符合“B”，并 老年人健康管理率达到 70%以上。

2.2.3.7 高血压患者健康管理	【C】 1. 按照规范要求，具备开展服务的设施设备和人员条件。 2. 对辖区内常住的原发性高血压患者规范开展健康管理服务。 3. 定期随访结果及时向患者反馈。
	【B】符合“C”，并 1. 高血压患者管理率达到 40% 以上，规范管理率达到 70% 以上。 2. 高血压患者健康管理由临床医师负责。
	【A】符合“B”，并 1. 规范管理的高血压患者血压控制率达到 60% 以上。 2. 与上级医疗机构建立转会诊制度。
2.2.3.8 2型糖尿病患者健康管理	【C】 1. 按照规范要求，具备开展服务的设施设备和人员条件。 2. 对辖区内常住的2型糖尿病患者规范开展健康管理服务。 3. 定期随访结果及时向患者反馈。
	【B】符合“C”，并 1. 糖尿病患者管理率达到 35% 以上，规范管理率达到 70% 以上。 2. 糖尿病患者健康管理由临床医师负责。
	【A】符合“B”，并 1. 糖尿病患者血糖控制率达到 60% 以上。 2. 与上级医疗机构建立转会诊制度。
2.2.3.9 严重精神障碍患者管理	【C】 1. 按照规范要求，具备开展服务的设施设备和人员条件。 2. 对辖区内常住的6种严重精神障碍患者规范开展管理服务。 3. 定期随访结果及时向患者或家属反馈。
	【B】符合“C”，并 1. 在“应管尽管”基础上，严重精神障碍患者规范管理率达到 75% 以上。 2. 严重精神障碍患者健康管理由临床医师负责。 3. 与上级医疗卫生机构建立培训指导、转会诊制度。
	【A】符合“B”，并 1. 在管患者服药率达到 80% 以上，其中规律服药率达到 45% 以上。 2. 患者病情稳定率达到 80% 以上。
2.2.3.10 肺结核患者健康管理	【C】 1. 按照规范要求，具备开展服务的设施设备和人员条件。 2. 发现肺结核可疑症状者及时转诊到结核病定点医疗机构，对辖区内常住的肺结核患者规范开展健康管理服务。 3. 定期随访结果及时向患者或家属反馈。
	【B】符合“C”，并 1. 肺结核患者管理率达到 90% 以上。 2. 肺结核病患者健康管理由临床医师负责。
	【A】符合“B”，并 1. 肺结核患者规则服药率达到 90% 以上。 2. 与上级医疗机构建立转会诊制度。

2.2.3.11 中医药健康管理	【C】 1. 按照规范要求，具备开展服务的设施设备和人员条件。 2. 对辖区内常住 65 岁及以上老年人与 0~36 个月儿童规范开展健康管理服务。 3. 中医药健康管理与老年人、儿童健康管理服务相结合，提供一站式便民服务。
	【B】 符合“C”，并 1. 65 岁及以上老年人、0~36 个月儿童中医药健康管理率分别达到 50% 以上。 2. 相关服务由中医师及其团队开展。
	【A】 符合“B”，并 65岁及以上老年人、0~36个月儿童中医药健康管理率分别达到65%以上。
2.2.3.12 传染病及突发公共卫生事件报告和处置	【C】 1. 按照规范要求，具备开展服务的设施设备和人员条件。 2. 按照有关法律法规要求，开展传染病及突发公共卫生事件报告和处理工作。 3. 建立健全传染病和突发公共卫生事件报告管理制度，制定突发公共卫生事件应急预案。
	【B】 符合“C”，并 1. 传染病疫情报告率、传染病疫情报告及时率达到 95%以上。 2. 突发公共卫生事件相关信息报告率达到 95%以上。
	【A】 符合“B”，并 1. 传染病疫情报告率、传染病疫情报告及时率达到 100%。 2. 突发公共卫生事件相关信息报告率达到 100%。
2.2.3.13 卫生计生监督协管	【C】 1. 按照规范要求，具备开展服务的设施设备和人员条件。 2. 规范开展辖区内卫生计生监督协管服务。
	【B】 符合“C”，并 1. 实行卫生计生监督协管信息零报告制度。 2. 卫生计生监督协管信息报告率达到95%以上。
	【A】 符合“B”，并 辖区内连续三年以上无食源性疾病、饮用水卫生安全、学校卫生、非法行医和非法采供血等不良事件。

2.2.3.14 重大 公共卫生项目	【C】 1.按照当地卫生计生行政部门要求，开展或协助开展重大公共卫生项目服务。 2.具备开展相关重大公共卫生项目的设施设备和人员条件。 3.建立和相关部门的协调工作机制。
	【B】 符合“C”，并 1.服务人员熟悉掌握重大公共卫生项目实施要求与工作流程。 2.重大公共卫生项目的进度、质量和效果完成任务目标。
	【A】 符合“B”，并 辖区内重大公共卫生项目针对的健康危险因素、健康问题得到明显改善。

2.2.4 计划生育技术服务

能力指标	评价要点
2.2.4.1 计划 生育技术服务	【C】 1.有育龄女性计划生育咨询服务制度与流程。 2.提供基本的宣教资料，放置在候诊区、诊室、流产后观察室等场所，便于观看或取阅。 3.门诊及病房提供多种形式的避孕节育知识健康教育、咨询和就诊指导。 4.至少有一名兼职咨询服务人员。
	【B】 符合“C”，并 有相对固定的咨询服务人员，并定期接受培训。
	【A】 符合“B”，并 提供避孕药具自助发放服务。

2.3 服务效果

能力指标	评价要点
2.3.1 服务效率	【C】 1. 每年至少开展 1 次服务效率总结分析，并有记录。 2. 对诊疗效率有针对措施。
	【B】 符合“C”，并 1. 医师日均担负诊疗人次不低于 16 人次。 2. 辖区居民年平均就诊人次不低于 1 人次。
	【A】 符合“B”，并 1. 医师日均担负诊疗人次不低于 20 人次。 2. 辖区居民年平均就诊人次不低于 2 人次。
2.3.2 满意度	【C】 1. 定期开展居民满意度调查，包括对机构环境、服务质量、服务态度、服务项目、服务时间等的满意度。 2. 定期开展职工满意度调查，包括工作环境、绩效分配方案、工作量等。
	【B】 符合“C”，并 1. 有提高职工和居民满意度的具体措施。 2. 职工满意度不低于 80%。 3. 居民满意度不低于 80%。
	【A】 符合“B”，并 1. 职工满意度不低于 90%。 2. 居民满意度不低于 90%。

第三章 业务管理

3.1 执业与诊疗规范管理

能力指标	评价要点
3.1.1 执业管理	【C】 1. 执行医疗技术准入及监督管理相关制度。 2. 执行卫生技术人员执业资格审核与执业准入相关规定。
	【B】 符合“C”，并 1. 在机构醒目位置公布诊疗科目、诊疗时间和收费标准，接受社会与公众监督。 2. 职能科室对全院卫生技术人员执业监管有记录。
	【A】 符合“B”，并 对科室诊疗活动进行全程管理，发现问题，及时整改。
3.1.2 规范诊疗	【C】 1. 社区卫生服务中心及其医务人员应当遵循临床诊疗指南、临床技术操作规范、行业标准和临床路径等有关要求开展诊疗工作。 2. 定期对相关人员进行培训、考核，知识更新及时。
	【B】 符合“C”，并 1. 设立专门职能科室，有专人负责管理和考核。 2. 根据医学发展和本院实际，及时补充完善诊疗规范。
	【A】 符合“B”，并 相关职能部门履行监管职责，定期评价、分析和反馈，持续改进。

3.2 医疗质量与安全

3.2.1 医疗质量管理体系和制度建设

能力指标	评价要点
3.2.1.1 医疗质量管理体系	【C】 1. 成立医疗质量管理组织，有社区卫生服务中心医疗质量管理组织架构图，中心主任为第一责任人。 2. 有科室质量与安全管理小组，科主任为第一责任人。 3. 有科室质量与安全管理制度、工作计划和工作记录。
	【B】 符合“C”，并 1. 对科室质量与安全指标进行资料收集和分析。 2. 对科室质量与安全进行定期检查，提出改进措施并落实。
	【A】 符合“B”，并 职能部门对质量管理工作进行定期考核，持续改进医疗质量管理水平，数据分析质控有效。

3.2.1.2 医疗 质量管理体系	【C】 1.有完善的质量管理规章制度，并有明确的核心制度。 2.有持续改进实施方案及配套制度、考核标准和质量指标。 3.有医疗质量管理的考核体系和管理流程。 4.有机构及科室的相关培训制度，医务人员掌握并遵循本岗位相关制度。
	【B】 符合“C”并 1.各项医疗质量管理制度，重点是核心制度，能覆盖机构医疗全过程。 2.利用多种形式对医疗质量控制结果及成效进行反馈通报。
	【A】 符合“B”，并 1.定期修订和及时更新制度。 2.对方案执行、制度落实有监督、检查分析、总结、反馈及改进措施，医疗质量持续改进效果明显。

3.2.2 加强医疗质量管理体系落实

能力指标	评价要点
3.2.2.1 “三基”培训与考核	【C】 1.有各专业、各岗位“三基”培训及考核制度。 2.有针对不同专业卫生技术人员的“三基”培训内容、要求、重点和培训计划。 3.有与培训相适宜的培训设施、设备及经费保障。
	【B】 符合“C”，并 1.落实培训及考核计划，在岗人员参加“三基”培训覆盖率 $\geq 90\%$ 。 2.有指定部门或专职人员负责实施。
	【A】 符合“B”，并 在岗人员参加“三基”考核合格率 $\geq 90\%$ 。
3.2.2.2 住院 诊疗质量管理 ★	【C】 1.住院诊疗活动的医疗质量管理是在科主任领导下完成，实行分级管理。 2.对卫生技术人员有明确的岗位职责与技能要求。
	【B】 符合“C”，并 有院科两级的诊疗质量监督管理，对存在问题及时反馈。
	【A】 符合“B”，并 持续改进住院诊疗质量，确保医疗质量与安全。

3.2.2.3 首诊负责制度	【C】 1. 建立首诊负责制度，有首诊处理流程。 2. 制定转科、转院程序和流程。
	【B】 符合“C”，并 1. 各科医务人员应知晓和掌握首诊负责制度和处理流程。 2. 首诊负责制在日常工作中得到完全落实。
	【A】 符合“B”，并 职能部门履行监管职责，对落实情况有评价，持续改进。
3.2.2.4 医疗文书书写管理	【C】 1. 有医疗文书书写相关的管理制度。 2. 医务人员知晓病历书写基本规范管理制度。 3. 医疗文书书写符合《病历书写基本规范》、《处方管理办法》等相关规定。 4. 规范填写居民健康档案，符合《国家基本公共卫生服务规范》要求。
	【B】 符合“C”，并 2. 定期开展病历展评，将病历质量评价结果用于临床医师技能考核，并有反馈。
	【A】 符合“B”，并 医疗文书书写合格率不低于 90%。
3.2.2.5 血液透析管理 ★	【C】 1. 符合《血液透析室基本标准》、《医疗机构血液透析室管理规范》、《血液净化标准操作规程（2010 版）》等要求。 2. 建立健全血液透析不良事件应急预案，并组织实施。
	【B】 符合“C”，并 职能部门对血液透析室进行监督管理。
	【A】 符合“B”，并 对血液透析工作开展定期评估并持续改进。

3.2.2.6 放射或医学影像管理	【C】 1.通过医疗机构执业诊疗科目许可登记，取得《放射诊疗许可证》并在校验期内，工作场所符合《职业病防治法》、《放射诊疗管理规定》。 2.提供医学影像服务项目与中心功能任务一致，能满足临床需要。 3.有明确的服务项目、时限规定并公示，普通项目当日完成检查并出具报告。 4.诊断报告书写规范、审核制度与流程健全合理（如无执业医师审核报告，可开展远程影像诊断审核流程）。 【B】符合“C”，并 1.各类影像检查统一编码，实现患者一人一个唯一编码管理。 2.科室每月对诊断报告质量进行检查，总结分析，落实改进措施。 【A】符合“B”，并 1.医生工作站可以调阅，至少可实现近1年在线查询。 2.有针对对比剂过敏反映的培训和演练记录，并记录过敏反应的不良事件。
3.2.2.7 临床检验管理	【C】 1.按照《医疗机构临床实验室管理办法》的要求，实验室集中设置，统一管理。 2.有实验室安全管理制度和流程。 3.检验科质量控制相关制度以及实验室生物安全管理制度健全。 4.检验报告单格式规范、统一，有书写制度。 【B】符合“C”，并 1.开展安全制度与流程管理培训，相关人员知晓本岗位的履职要求。 2.能定期开展室内质控和室间质评工作。 3.科室有专门人员定期自查、反馈、整改。每年至少一次向临床科室征求对项目的合理性意见。 【A】符合“B”，并 1.微生物检验项目对医院感染控制及合理用药提供充分支持。 2.有职能部门监督检查，落实整改措施，持续改进。

3.2.2.8 中医管理	【C】 1. 有中医科的工作制度、岗位职责及体现中医特色的诊疗规范，并落实。 2. 根据中医特色，开展中医药人员培训与教育活动，并有相关记录。 3. 相关人员知晓上述制度、本岗位职责及诊疗规范。 4. 按中医病历书写规范书写医疗文书。
	【B】 符合“C”，并 科室内定期自查、评估、分析、整改。
	【A】 符合“B”，并 职能部门履行监管职责、定期评价、分析、反馈，质量持续改进有成效。
3.2.2.9 康复管理	【C】 1. 有规范的康复治疗工作制度、诊疗规范与操作规程。 2. 有康复科（室）管理制度和相关规定。 3. 有康复医学专业人员和专用设备。 4. 有具备康复资质的治疗师、护士及其他技术人员实施康复治疗和训练。
	【B】 符合“C”，并 1. 对转入社区及家庭的患者提供转诊后康复训练指导，保障康复训练的连续性。 2. 科室对落实情况有自查、评价、分析、反馈、整改。
	【A】 符合“B”，并 职能部门履行监管职责，定期评价、分析、反馈，康复治疗质量持续改进。

3.3 患者安全管理

能力指标	评价要点
3.3.1 查对制度	【C】 1. 有规章制度或程序规范各科室在诊疗活动中严格执行查对制度，查对方法正确。 2. 有标本采集、给药、输血或血制品、发放特殊饮食、诊疗活动时就诊者身份确认的制度、方法和核对程序。 3. 对门诊就诊和住院患者的身份标识有制度规定。 4. 至少同时使用包括姓名在内的两种身份识别方式，如出生日期、年龄、性别、床号、病历号等（禁止仅以房间或床号作为识别的唯一依据）。 5. 重点科室及对无法进行身份确认者，有身份标识的方法和核对流程。
	【B】 符合“C”，并 1. 完善关键流程中对就诊者的识别措施。 2. 对就诊者住院病历身份实行唯一标识管理，如使用医保卡编号或身份证号码等。
	【A】 符合“B”，并 1. 重点部门和关键环节（急诊、手术室）病人使用条码管理。 2. 职能部门对上述工作有监管、反馈和改进措施。

3.3.2 危急值报告管理	【C】 1.有危急值报告制度与工作流程。 2.医技部门（含临床实验室、医学影像部门、心电图检查等）有“危急值”项目表。 3.相关人员熟悉并遵循上述制度和工作流程。
	【B】符合“C”，并 1.严格执行“危急值”报告制度与工作流程，有记录。 2.根据临床需要和实践总结，更新和完善“危急值”管理制度、工作流程及项目表。
	【A】符合“B”，并 相关职能部门每年至少对“危急值”报告制度的有效性进行一次评估。
3.3.3 患者安全风险管理	【C】 1.有防范患者跌倒的相关制度，并体现多部门协作。 2.有患者跌倒等意外事件报告相关制度、处置预案与工作流程。 3.主动告知患者跌倒风险及防范措施并有记录。
	【B】符合“C”，并 1.中心内有防止跌倒、烫伤等安全措施。 2.对患者安全风险质量监控指标数据进行收集和分析。
	【A】符合“B”，并 定期分析患者意外事件，持续改进，降低事件发生率。
3.3.4 患者参与医疗安全	【C】 1.有医务人员履行患者参与医疗安全活动责任和义务的相关规定。 2.医务人员知晓重点环节，邀请患者或其家属主动参与患者安全管理。 3.宣传并鼓励患者参与医疗安全活动。
	【B】符合“C”，并 1.专业人员向患者提供安全用药咨询。 2.患者及家属、授权委托人了解针对病情的可选择诊疗方案。
	【A】符合“B”，并 1.有数据证实“患者主动参与医疗安全活动”取得的成效。 2.职能部门对患者参加医疗安全活动有定期的检查、总结、反馈，并进行整改。

3.4 护理管理

能力指标	评价要点
3.4.1 护理组织管理体系	【C】 1.有在主任（或副主任）领导下的护理组织管理体系，定期专题研究护理管理工作，实施目标管理。 2.按照标准配置护理管理岗位和人员，岗位职责明确。 3.有护理工作中长期规划、年度计划，与机构总体发展规划和护理发展方向一致。 4.相关人员知晓规划、计划的主要内容。
	【B】 符合“C”，并 1.落实岗位职责和管理目标，对各层次护理管理人员有考核。 2.有效执行年度计划并有总结。
	【A】 符合“B”，并 有对规划和计划落实过程中存在的问题与缺陷进行追踪分析，达到持续改进护理工作。
3.4.2 执行《护士条例》	【C】 1.按照《护士条例》的规定，制定相关制度，实施护理管理工作。 2.建立和完善常见疾病护理常规、技术操作规程及临床护理服务规范、标准。 3.建立护士岗位责任制，推行责任制整体护理工作模式，有工作方案与具体措施。 4.依法执行护士准入管理。
	【B】 符合“C”，并 1.护理部门对《护士条例》执行落实情况，开展监督检查。 2.护理部门能够按照临床护理工作量对全院临床科室护士进行合理配置和调配
	【A】 符合“B”，并 1.对落实中存在的问题与缺陷进行追踪与成效评价，有持续改进。 2.开展延续性护理和个案管理。

3.4.3 临床护理质量管理	【C】 1.依据《分级护理指导原则》，制定分级护理制度，有护理质量评价标准。 2.护士掌握分级护理的内容，定期开展相关培训和教育。 3.有定期护理查房、病例讨论制度。
	【B】符合“C”，并 1.依据患者的个性化护理需求制定护理措施，并能帮助患者及其家属、授权委托人了解患者病情及护理的重点内容。 2.科室对分级护理落实情况进行定期检查，对存在问题有改进措施。
	【A】符合“B”，并 1.职能部门对落实情况进行定期检查、评价、分析，对存在的问题，及时反馈，并提整改建议。 2.有护理质量持续改进的成效及结果。
3.4.4 护理安全管理	【C】 1.制定并落实临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范。 2.有紧急意外情况的应急预案及演练。 3.严格执行针对病人服药、注射、输液的查对制度，减少操作差错。 （三查：操作前查、操作中查、操作后查；查药品的有效期，配伍禁忌，查药品有无变质、浑浊，查药品的安瓿有无破损，瓶盖有无松动。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、查对用法。）
	【B】符合“C”，并 1.护士熟练掌握常见技术操作及并发症预防措施及处理流程。 2.职能部门定期进行临床常见护理技术操作考核。
	【A】符合“B”，并 职能部门对在护理安全管理中存在的问题进行追踪和成效评价，持续改进。

3.5 医院感染管理

能力指标	评价要点
3.5.1 医院感染管理组织	【C】 1. 健全医院感染管理体系，配备专（兼）职人员承担医院感染管理和业务技术咨询、指导工作。 2. 制定符合本单位实际的医院感染管理规章制度。 3. 将医院感染管理纳入社区卫生服务中心总体工作规划和质量与安全管理目标。 4. 有针对各级各类人员制定的医院感染管理培训计划和内容。 5. 相关人员知晓本部门、本岗位在医院感染管理方面的职责并履行。
	【B】 符合“C”，并 1. 有对中心、科室两级医院感染管理工作及制度落实情况的监督检查，每月召开专题会。 2. 对上级管理部门检查中发现的问题及时整改，并调整完善工作计划和内容。
	【A】 符合“B”，并 对医院感染管理定期评估，对存在问题有反馈及改进措施，并持续改进。
3.5.2 医院感染相关监测	【C】 1. 医院感染管理专（兼）职人员和监测设施配备符合要求。 2. 有医院感染监测计划、监测的目录/清单，开展感染发病率监测，符合（WS/T312—2009）《医院感染监测规范》、（WS/T 367-2012）《医疗机构消毒技术规范》。 3. 有针对重点环节、重点人群与高危因素管理与监测计划，并落实。 4. 对感染高风险科室及感染控制情况进行风险评估，并制定针对性措施。
	【B】 符合“C”，并 1. 手术部位感染按手术风险分类，对切口感染率进行统计、分析与反馈。 2. 医院感染管理人员对监测资料进行分析、总结与反馈，对存在的问题进行督促整改。
	【A】 符合“B”，并 医院感染监测工作对提高医院感染管理工作水平持续改进，并有成效。
3.5.3 手卫生管理	【C】 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、安置的位置、手卫生用品等符合《医务人员手卫生规范》要求（WS/T313-2009）。 3. 医务人员手卫生知识知晓率 100%。
	【B】 符合“C”，并 1. 有中心、科室两级对手卫生规范执行情况的监督检查，有整改措施。 2. 随机抽查医务人员手卫生依从性 $\geq 70\%$ ，洗手方法正确率 $\geq 70\%$ 。

	【A】符合“B”，并 随机抽查医务人员手卫生依从性$\geq 80\%$，洗手方法正确率$\geq 80\%$。
3.5.4 消毒及 灭菌工作管理	【C】 1. 有满足消毒要求的消毒设备、设施与消毒剂（可依托有资质的第三方机构）。 2. 定期对有关设备设施进行检测、对消毒剂的浓度和有效性等进行监测。 3. 有社区卫生服务中心和重点部门消毒与隔离工作制度和落实措施，并执行。
	【B】符合“C”，并 1. 职能部门对医用耗材、消毒隔离相关产品的采购质量有监管，对设备设施及消毒剂检测结果进行定期分析，有总结、反馈，及时整改。 2. 有消毒供应室清洗消毒及灭菌技术操作规范，有清洗消毒及灭菌监测程序、规范及判定标准。
	【A】符合“B”，并 职能部门和相关部门对持续改进的情况进行追踪与成效评价，有记录。

3.6 医疗废物管理

能力指标	评价要点
3.6.1 医疗废 物和污水处理 管理制度	【C】 1. 有医疗废物和污水处理管理规章制度和岗位职责。 2. 明确专（兼）职人员负责医疗废物和污水处理工作，上岗前经过培训。
	【B】符合“C”，并 职能部门对制度与岗位职责落实情况开展监管，并有记录。
	【A】符合“B”，并 根据监管情况，对医疗废物和污水处理管理工作进行持续改进、追踪与成效评价，有记录。
3.6.2 医疗废 物处置和污水 处理	【C】 1. 医疗废物分类收集，并与生活垃圾分开存放，医疗废物的处理符合《医疗废物管理条例》要求，有运行日志。 2. 建有污水处理设施并运转正常，有运行日志与监测的原始记录。 3. 无环保安全事故。
	【B】符合“C”，并 定期开展医疗废物处置和污水处理的培训，并有记录。
	【A】符合“B”，并 1. 医疗废物全部由医疗废物集中处置单位集中进行处置。 2. 定期对污水进行相关监测，并达标。 3. 有根据监管情况改进工作的具体措施并得到落实。

3.7 放射防护管理

能力指标	评价要点
3.7.1 放射防护管理	【C】 1. 有中心领导及专（兼）职人员组成的管理部门负责此项工作。 2. 职能部门和相关人员熟悉有关规定，能够履行相关制度和岗位职责。 3. 每年一次对放射设备及周围环境进行检测并达标，有警示标志。 4. 制定工作人员和受检人员放射防护制度并配备相应设施。 5. 每 90 天至少对放射工作人员进行 1 次个人剂量监测。
	【B】 符合“C”，并 有根据监管情况进行改进的措施并得到落实，有记录。
	【A】 符合“B”，并 职能部门对设备、操作人员的放射剂量检测结果进行定期分析，及时反馈和整改。
3.7.2 放射防护设备管理	【C】 1. 有保障设备使用管理的相关制度和规范。 2. 对设备实行统一保养、维修、校验和强检。 3. 有设备使用情况的登记资料，信息真实，完善，准确。
	【B】 符合“C”，并 1. 操作人员能执行日常保养和维护。 2. 有放射医学设备故障维修情况的分析报告，用于指导设备的规范使用。
	【A】 符合“B”，并 有根据放射装置使用监管情况分析提出整改措施并得到落实。

3.8 药事管理

能力指标	评价要点
3.8.1 药品管理	【C】 1. 设立药事与药物治疗管理组织，有相应工作制度。 2. 有药品采购供应管理制度与流程，有药品贮存相关制度并执行。 3. 疫苗的流通、储存、领发、登记及使用等符合有关规定。 4. 药品库存量及进出量、调剂室库存量及使用量定期盘点、账物相符。 5. 中药饮片相关管理制度健全，采购验收、储存、调剂、煎煮等符合相关规定。 6. 有优先配备和使用基本药物有关规定并执行。
	【B】 符合“C”，并 1. 实行药品采购、贮存、供应计算机管理。 2. 根据药品用量金额评估药品储备情况，药品储备适宜，与医院用药相衔接，满足临床用药需求。
	【A】 符合“B”，并 持续改进有成效，药品供应、质量和数量管理制度落实到位。

3.8.2 临床用药	【C】 1. 临床药物治疗遵循合理用药原则、药品说明书、临床诊疗指南及临床路径等相关规定。 2. 建立抗菌药物临床应用和管理实施细则及抗菌药物分级管理制度。 【B】符合“C”，并 1. 建立健全抗菌药物临床应用管理工作制度和监督管理机制。 2. 满足临床用药需求，有临床用药监控体系，有干预和改进措施。 【A】符合“B”，并 职能部门对药物临床应用进行监测与评价，有持续改进的成效。
3.8.3 处方管理	【C】 1. 根据《处方管理办法》，制定本单位处方管理实施细则，对注册执业（助理）医师处方权、医嘱或处方开具等有明确要求。 2. 按《医院处方点评管理办法（试行）》等文件要求制定处方点评制度并实施。 3. 每月至少抽查50张门急诊处方（含中医饮片处方）进行点评。 【B】符合“C”，并 1. 处方评价结果纳入质量考核目标，实行奖惩管理。 2. 对不合理处方进行干预，并有记录可查。 【A】符合“B”，并 有案例证实，根据点评结果，落实整改措施，持续促进合理用药。
3.8.4 药品不良反应管理	【C】 1. 有药品不良反应与药害事件监测报告管理的制度与程序。 2. 医师、药师、护士及其他人员相互配合对患者用药情况进行监测，并有记录。 3. 制定严重药品不良反应或药害事件处理办法和流程，并按规定上报卫生行政部门和药品监督管理部门。 【B】符合“C”，并 1. 有药品不良反应与药害事件报告的奖惩措施。 2. 建立药品不良反应与药害事件报告数据库或台账。 【A】符合“B”，并 对药品不良反应和药害事件进行及时调查、分析，有整改措施。

3.9 公共卫生管理

能力指标	评价要点
3.9.1 公共卫生管理	【C】 1.明确公共卫生服务项目科室和责任人，有年度工作计划和总结。 2.制定本机构公共卫生服务制度和绩效考核与经费分配方案。 3.制定突发公共卫生事件的应急预案。 4.按规定向卫生行政部门、专业公共卫生机构如实完整报送相关服务数据。
	【B】 符合“C”，并 1.年度公共卫生服务工作总结内容充实、有分析评价。 2.开展居民调查，了解服务对象对公共卫生服务项目知晓率和获得感。
	【A】 符合“B”，并 针对存在问题有持续改进措施并跟踪管理。

第四章 综合管理

4.1 党建管理

能力指标	评价要点
4.1.1 党的组织建设	【C】 1.成立党的组织，按期换届。 2.严格党的组织生活，落实“三会一课”制度，按要求召开民主生活会、组织生活会和党建述职，认真开展党的各类主题学习教育实践活动。 3.严格落实党务公开，按时足额缴纳党费。
	【B】 符合“C”，并 1.实现党务工作与业务工作相结合。 2.定期组织开展党建主题日活动，有活动记录和照片。
	【A】 符合“B”，并 党的基层组织获得县（区、市）级及以上先进基层党组织或支部内党员获得县（区、市）级及以上优秀共产党员荣誉。
4.1.2 党风廉政建设	【C】 1.落实党风廉政建设主体责任，建立健全岗位风险分级和监管等制度。 2.定期开展党风党纪教育、廉政警示教育活动。 3.贯彻落实中央“八项规定”精神，驰而不息反对“四风”。 4.落实“三重一大”集体决策制度。
	【B】 符合“C”，并 重点风险岗位制度完善、有监督机制，提醒管理常态化。
	【A】 符合“B”，并 党风廉政建设获得县（区、市）级及以上相关部门的表扬和肯定。

4.2 人员管理

能力指标	评价要点
4.2.1 绩效考核制度	【C】 1.建立人力资源管理制度，包括考核、培训、继续教育等。 2.有基于医德医风、服务质量和数量并综合考虑岗位、技术、资历、风险和政策倾斜的绩效考核方案。 3.绩效考核公平、公开、公正，考核结果与岗位聘用、职称晋升、个人薪酬挂钩。
	【B】 符合“C”，并 1.绩效分配方案体现多劳多得、优绩优酬，向重点工作岗位倾斜，合理拉开差距。 2.对绩效考核方案动态调整，考核公平合理。

	【A】符合“B”，并用信息化手段开展绩效考核。
4.2.2 人才队伍建设	【C】 1.制定社区卫生服务中心人才培养发展计划。 2.每年组织卫生技术人员(至少1名)到区县级及以上医疗卫生机构进修。 3.做好专业技术人员岗前培训，新员工须经卫生法律法规培训后方可上岗。
	【B】符合“C”，并 1.人才梯队建设合理，满足社区卫生服务中心持续发展需要，按规定选派符合条件的临床医师参加住院规范化培训或助理全科医生培训。 2.在岗人员按照规定完成医学继续教育要求的相应学分，学分达标率$\geq 80\%$。
	【A】符合“B”，并 1.有人才引进优惠政策。 2.在岗人员按照规定完成医学继续教育要求的相应学分，学分达标率$\geq 90\%$。

4.3 财务管理

能力指标	评价要点
4.3.1 财务管理	【C】 1.根据相关法律法规的要求，制定符合实际的财务管理制度，加强预算管理。 2.全面落实价格公示制度，收费价格透明。 3.健全固定资产管理制度，有固定资产明细目录，台账完整，账物相符。 4.财务人员配置到位，财务集中核算管理的机构配备经过培训合格的报账员。
	【B】符合“C”，并 1.认真执行社区卫生服务中心财务年度预算，定期进行经济（财务）运行分析，有分析报告。 2.有内部监督制度和经济责任制，定期开展财务管理制度培训。
	【A】符合“B”，并 有定期财务管理总结分析报告，持续改进财务工作。

4.4 后勤服务管理

能力指标	评价要点
4.4.1 后勤安全保障	【C】 1.有水、电、气、电梯等后勤保障的操作规范和消防安全管理制度，有明确的故障报修、排查、处理流程。 2.水、电、气供应的关键部位和机房有规范的警示标识，定期进行检查、维护和保养。 3.制定耗材、物资和设备采购计划，加强后勤物资管理。
	【B】 符合“C”，并 1.有节能降耗、控制成本的措施和目标，并落实到相关科室。 2.有后勤安全保障应急预案，并组织演练。
	【A】 符合“B”，并 根据演练效果和定期检查情况，制定改进措施并落实。

4.5 信息管理

能力指标	评价要点
4.5.1 信息系统建设	【C】 1.制定保障社区卫生服务中心信息系统建设、管理和信息资源共享的相关制度。 2.设置信息化管理专（兼）职机构或人员。 3.建立财务、药房、门诊、住院、检验、放射等信息系统，满足基本医疗和公共卫生服务功能需求。 4.定期召开信息化建设专题会议，建立信息使用与信息管理部门沟通协调机制。
	【B】 符合“C”，并 1.机构内医疗、健康档案、公共卫生、检查检验等信息互联互通。 2.信息系统支持运行、管理、监管及签约服务等业务。
	【A】 符合“B”，并 1.信息系统支持双向转诊和远程医疗的开展。 2.系统具备临床决策支持功能。 3.建立统一的基层医疗卫生机构信息系统，部署在区县级及以上全民健康信息平台。
4.5.2 信息安全	【C】 1.有加强信息安全的相关制度。 2.有保障信息系统安全措施和应急处理预案，具有防灾备份系统，实现网络运行监控，有防病毒、防入侵措施。 3.有信息网络运行、设备管理和维护，系统更新、增补记录。
	【B】 符合“C”并 信息安全采用身份认证、权限控制，保障网络信息安全和病人隐私。
	【A】 符合“B”并 1.有信息安全运行应急演练。 2.具有防灾备份系统。

4.6 行风建设管理

能力指标	评价要点
4.6.1 医德医风建设	【C】 1. 加强医德医风建设，建立医德考评公示制度。 2. 医德考评结果与医务人员晋职晋升、评先评优、绩效工资等衔接。 3. 设置投诉电话或举报箱，及时处理群众投诉。
	【B】 符合“C”，并 医德医风建设有成效，对优秀科室及先进个人，制定宣传、表彰、奖励措施并落实。
	【A】 符合“B”，并 社区卫生服务中心行风建设有成效，相关工作得到县（区）级及以上政府相关部门表彰。

4.7 科研管理

能力指标	评价要点
4.7.1 科研管理 ★	【C】 建立科研课题管理制度。
	【B】 符合“C”，并 近3年至少承担1项科研课题。
	【A】 符合“B”，并 注重课题研究结果产出和转化。
4.7.2 培训管理 ★	【C】 1. 作为地市级培训基地。 2. 建立规范的培训管理制度，有培训计划、大纲、总结等。 3. 开展了相关培训。
	【B】 符合“C”，并 1. 作为省级培训基地。 2. 开展了相关培训。
	【A】 符合“B”，并 1. 作为国家级培训基地。 2. 开展了相关培训。

4.8 社区协同和居民参与

能力指标	评价要点
4.8.1 社区协同	【C】 与街道、民政、公安、教育、残联、老龄办等相关部门密切配合。
	【B】 符合“C”，并 与街道和社区建立沟通协调机制，共同制定卫生服务工作计划，定期总结。
	【A】 符合“B”，并 1. 与辖区企事业单位等功能社区相互配合。

能力指标	评价要点
	2.与辖区内养老机构开展多种形式的协议合作，推进医养结合。
4.8.2 社会认同	【C】 定期邀请社会监督员对机构工作进行监督评价；对监督组织提出的问题和 建议进行整改。
	【B】符合“C”，并 年内服务投诉处理有登记，处理结果记录完整、清楚。
	【A】符合“B”，并 被社会各界认同，受到媒体等关注和正面宣传，得到各级各类表彰。
4.8.3 志愿者服务	【C】 建立志愿者或社会组织参与社区卫生服务。
	【B】符合“C”，并 开展志愿者相关培训工作。
	【A】符合“B”，并 通过组织慢性病患者俱乐部、患者同伴教育、自助健康体检等活动,提高 患者自我健康管理的能力。

医疗服务推荐病种

此 ㄣ 襦脍反嚙杯勾亏急厝痹杯勾塚扶瘡稷 + 66 稷 -

（一）内科（26 种）

高血压病（I10.x00）、冠状动脉粥样硬化性心脏病（I25.103）、先天性心脏病（Q24.900）、心肌炎（I51.400）、脑卒中（I64.x00）、眩晕综合征（H81.901）、偏头痛（G43.900）、急性气管炎（J04.100）、支气管炎（J40.x00）、肺炎（J18.900）、肺气肿（J43.900）、慢性肺源性心脏病（I27.900）、急性上呼吸道感染（J06.900）、腹泻（K52.916）、胃肠炎（A09.901）、结肠炎（A09.902）、胆囊炎（K81.900）、泌尿道感染（N39.000）、急性肾小球肾炎（N00.902）、糖尿病（E14.900）、高脂血症（E78.500）、贫血（D64.900）、短暂性脑缺血发作（G45.900）、带状疱疹（B02.900）、皮炎（L30.900）、肺结核（A16.200）。

（二）外科（17 种）

阑尾炎（K37.x00）、腹痛（R10.400）、胆管结石（K80.500）、泌尿系结石（N20.900）、腹股沟疝 K（40.900）、睾丸鞘膜积液（N43.301）、痔（I84.900）、便秘 K（59.000）、肛周脓肿（K61.001）、前列腺增生（N40.x00）、头部外伤（S09.900）、骨折（T14.200）、椎动脉型颈椎病（M47.001+）、肩周炎（M75.001）、关节炎（M13.900）、腰肌劳损（M54.505）、腰椎间盘突出（M51.202）。

（三）妇产科（7 种）

女性盆腔炎（N73.902）、宫颈炎性疾病（N72.x00）、急性阴道炎（N76.000）、子宫内膜炎（N71.902）、输卵管炎（N70.904）、卵巢炎

(N70.903)、助产单胎分娩(083.900)。

(四) 眼、耳鼻咽喉科 (10 种)

结膜炎 (H10.900)、急性鼻咽炎 (J00.x00)、急性鼻窦炎 (J01.900)、鼻出血 (R04.000)、急性扁桃体炎 (J03.900)、急性咽喉炎 (J06.000)、急性咽炎 (J02.900)、疱疹性咽峡炎 (B08.501)、中耳炎 (H66.900)、非化脓性中耳炎 (H65.900)。

(五) 口腔科 (6 种)

龋齿 (K02.900)、急性牙周炎 (K05.200)、牙列部分缺失 (K08.104)、化脓性牙龈炎 (K05.101)、口腔粘膜溃疡 (K12.109)、口腔炎 (K12.112)。

(以上疾病代码按《GB/T14396-2016 疾病分类与代码》执行。)

飯サ毗厝雄厝痹杯勾脰勾塚扶桩刨 + 坟反勾厝吳デ2016ト12 另 - 亏抢哈酃割瘡稷サ