

吉林省 JILINSHENG  
YIYUAN DENGJI PINGJIA ( SHEN ) BIAOZHUN  
医院等级评价(审)标准  
与指导手册 YU ZHIDAO SHOUCHE

主 编：郭齐祥 马书明

# 吉林省医院等级评价（审） 标准与指导手册

主 编 郭齐祥 马书明

吉林科学技术出版社

### 图书在版编目(CIP)数据

吉林省医院等级评价(审)标准与指导手册 / 郭齐祥, 马书明主编.

— 长春: 吉林科学技术出版社, 2009. 2

ISBN 978-7-5384-4055-3

I. 吉… II. ①郭… ②马… III. 医院-管理-评价-吉林省-手册

IV. R197.32-62

中国版本图书馆CIP数据核字(2009)第019751号

### 吉林省医院等级评价(审)标准与指导手册

主编: 郭齐祥 马书明

责任编辑: 杨富华 李永百

封面设计: 创意广告

吉林科学技术出版社出版、发行

社址: 长春市人民大街4646号 邮编: 130021

网址: [www.jlstp.com](http://www.jlstp.com)

印刷: 长春市东文印刷厂

编辑部电话: 0431-85610611 传真: 0431-85635185

团购电话/传真: 0431-85915351

规格: 880mm × 1230mm

开本: 16

印张: 27

字数: 880千字

版次: 2009年2月第1版 2009年2月第1次印刷

书号: ISBN 978-7-5384-4055-3

定价: 56.00元

版权所有 翻印必究

如有印装质量问题, 可寄本社调换。

# 《吉林省医院等级评价（审）标准与指导手册》编委会

主 编 郭齐祥 马书明

副主编 林聚奎 文日炫 郭蔚然

编 委（按姓氏笔画排序）

马书明 文日炫 王 辉 王升平

王绍文 王荣禄 石文杰 吕振怀

刘景双 宋顺鹏 张宝军 张继安

李 齐 李亚刚 李彬先 苍 江

陈明强 陈俊峰 林聚奎 苑志新

金哲虎 姚发轶 郭齐祥 郭蔚然

曹 壮 韩孝先

## 前 言

为贯彻落实党的十七大精神,科学、准确、客观地评价医院,指导医院加强内涵建设,不断提高医院管理水平,为人民群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗服务,卫生部于2005年3月17日颁布了《医院管理评价指南(试行)》(以下简称《指南(试行)》),并在全中国开展了“医院管理年”活动,取得了显著的成绩。在总结《指南(试行)》实施4年经验的基础上,对其进行了修订,于2008年5月13日颁布了《医院管理评价指南(2008版)》(以下简称《指南(08版)》),要求全国各级卫生行政部门和各级各类医院认真执行。

卫生部《指南(08版)》是一个旨在加强医院管理建设,提高医院管理水平,促进医院发展的指导性文件。它系统地总结了我国医院管理和医院等级评审方面的经验,参照国外先进的医院管理模式,是今后一段时间内我国各级卫生行政部门指导医院改进工作的重要标准和依据,也是各级各类医院改进管理、提高医疗质量和管理能力的重要标准和依据。它的出台为逐步建立科学的、完整的、具有中国特色的医院管理评价指标体系,为全面提高我国医疗质量和医院管理水平奠定了基础,指明了方向。

从管理学角度看,卫生部《指南(08版)》的颁布,让我们有了衡量医院管理水平和能力的一把尺子、一个模式、一个标准。然而,各级卫生行政部门和各级各类医院如何贯彻落实《指南(08版)》,如何规范地运用《指南(08版)》,如何真正发挥《指南(08版)》作用,这是一个非常重要的问题。实践证明,只有持续改进式的贯彻落实才是建立起常态的、科学的、规范的医院管理体系和医院管理评价体系所应该的。总之,把《指南(08版)》的要求转化为医院管理文件和医院管理活动,建立起既符合《指南(08版)》要求,又适应各级各类医院特点的医院管理体系,是推进贯彻落实《指南(08版)》和全面提高医院管理水平的关键环节和根本方法。

为了深入贯彻落实卫生部《指南(08版)》的要求,继续深入开展“以病人为中心,以提高医疗服务质量为主题”的医院管理年活动,吉林省卫生厅从2009年1月开始在全省范围内开展新一轮医院等级评价(审)工作,并于2009年1月13日下发了《吉林省新一轮医院等级评价(审)实施方案》、《吉林省二、三级综合医院等级评价(审)标准》和《吉林省医院等级评价(审)申请书》三个文件,要求全省各级卫生行政部门和各级各类医院遵照执行。为把吉林省卫生厅印发的方案、标准、申请书等有关文件落到实处,确保全省新一轮医院评价(审)工作顺利进行,吉林省卫生厅医政处、部分医院院长和医院管理学教授共同编写了《吉林省医院等级评价(审)标准与指导手册》一书。

本书的编写依据是卫生部《指南(08版)》、吉林省卫生厅有关医院评价(审)文件和卫生管理法律法规规章。同时参考了北京、天津、浙江、辽宁等省市出台的医院评价(评审)标准,以及吉林省自开展医院等级复核评价(评审)工作以来所取得的成效和积累的经验。其目的是配合我省新一轮医院评价(审)工作,向全省各级卫生行政部门和各级各类医院提供在医院等级评价(审)工作中需要的理论和实务指导,帮助全省各级各类医院解决在贯彻落实卫生部《指南(08版)》、吉林省卫生厅《吉林省新一轮医院等级评价(审)实施方案》和医院等级评价(审)实际工作中所遇到的问题,在各级各类医院中建立起常效的医院管理和评价体系。

本书的内容覆盖了医院贯彻落实《指南(08版)》、《吉林省新一轮医院等级评价(审)实施方案》和《吉林省二、三级综合医院等级评价(审)标准》的实际操作与应用的全部过程。第一章为概述,对《指南(08版)》的指导思想、基本特点、目标方法等方面进行了阐述,有助于医院管理者对《指南(08版)》有一个整体概括的认识和了解。第二章为卫生部《指南(08版)》的理解和评价要点,对《指南

(08版)》的每一项条款进行了全面深入的理论联系实际的分析,列出了与每一项条款相对应的理解要点和评价要点,有助于医院管理者深刻领会每一项条款的基本要求、内容、方法以及它们之间的关系。第三章为医院实施评价(审)工作的步骤和方法,为医院贯彻落实《指南(08版)》、《吉林省新一轮医院等级评价(审)实施方案》和《吉林省二、三级综合医院等级评价(审)标准》提供了具体的步骤和方法,并把医院实施评价(审)工作与医院建立科学规范的医院管理体系联系起来。第四章为实施医院内部评价,为医院进行自我检查、自我评价和自我改进提供了一套系统规范专业的工作内容和方法。第五章为实施医院外部评价,为医院评价机构进行医院评价工作提供了基本的思路、步骤和方法,有助于使医院评价工作做到科学规范,公平公正,充分发挥其促进医院管理持续改进的作用。第六章为医院监督评价的管理,对如何进行医院监督评价的管理工作进行了阐述,保持了医院评价工作的完整性,有助于使医院评价工作持续进行。第七章为医院评价人员的能力要求和考核办法,对医院评价人员的能力提出了具体的要求和考核标准,医院评价人员必备的知识和技能,以及不断提高评价能力和水平的方法。

另外,本书还附录了《吉林省二、三级综合医院等级评价(审)标准》的全部内容,这样便于各医院对照标准开展自查,及时整改,也便于各医院在评价(审)前自行打分,整体评估,在认为已具备申报条件时,向所在地卫生行政部门提出申请。

本书可作为各级卫生行政部门和各级各类医院贯彻落实卫生部《指南(08版)》、《吉林省新一轮医院等级评价(审)实施方案》和《吉林省二、三级综合医院等级评价(审)标准》的指导用书,也可作为卫生行政干部和医院管理干部学习《指南(08版)》、《吉林省新一轮医院等级评价(审)实施方案》和《吉林省二、三级综合医院等级评价(审)标准》的培训教材,还可作为各级医院评价机构和医院评价人员实施医院评价工作的工具书。

在本书的编写过程中,许多医院领导、管理专家给予了极大的关注和支持,提供了许多宝贵的意见和建议,在此谨表示深深的谢意。

由于时间仓促,加之我们水平有限,本书从内容到形式都难免有缺点和不足之处,恳请广大医院管理工作者和医务工作者批评指正,让我们共同为提高医院科学管理水平而努力!

郭齐祥

2009年1月15日

# 目 录

|                                  |     |
|----------------------------------|-----|
| 第一章 概 述                          | 1   |
| 一、医院评审的产生与发展                     | 1   |
| 二、卫生部《医院管理评价指南（2008版）》的指导意义与基本特征 | 5   |
| 三、医院贯彻落实《医院管理评价指南（2008版）》的基本要求   | 9   |
| 第二章 卫生部《医院管理评价指南（2008版）》的理解和评价要点 | 11  |
| 一、医院管理                           | 11  |
| 二、医疗质量管理与持续改进                    | 34  |
| 三、医院安全                           | 95  |
| 四、医院服务                           | 100 |
| 五、医院绩效                           | 106 |
| 第三章 医院实施评价（审）工作的步骤与方法            | 113 |
| 一、概 述                            | 113 |
| 二、医院管理体系的策划与准备                   | 113 |
| 三、医院管理文件的编制                      | 118 |
| 四、医院管理体系的运行                      | 124 |
| 第四章 实施医院内部评价（审）                  | 126 |
| 一、概 述                            | 126 |
| 二、建立医院内部评价系统                     | 128 |
| 三、编制医院内部评价计划                     | 128 |
| 四、编制医院内部评价检查表                    | 129 |
| 五、实施医院现场评价                       | 132 |
| 六、判定不符合项                         | 137 |
| 七、医院内部评价的应对技巧及注意事项               | 140 |

|                         |     |
|-------------------------|-----|
| 第五章 实施医院外部评价(审)         | 143 |
| 一、概 述                   | 143 |
| 二、医院评价方案的管理             | 147 |
| 三、医院外部评价活动的启动           | 150 |
| 四、医院管理文件的评价             | 153 |
| 五、医院现场评价前的准备            | 154 |
| 六、实施医院现场评价              | 158 |
| 七、医院评价报告的编制、批准和分发       | 168 |
| 八、医院评价活动的完成             | 169 |
| 九、评价后对不符合项纠正措施的跟踪和验证    | 169 |
| 第六章 医院监督评价(审)的管理        | 171 |
| 一、医院监督评价的目的             | 171 |
| 二、医院监督评价的要求             | 171 |
| 三、医院复核评价                | 172 |
| 四、医院监督评价管理中所发现问题的处理方法   | 172 |
| 第七章 医院评价(审)人员的能力要求与考核办法 | 173 |
| 一、概 述                   | 173 |
| 二、医院评价人员的个人素质           | 173 |
| 三、衡量医院评价人员能力的四项指标       | 174 |
| 四、医院评价人员应具备的通用知识和技能     | 175 |
| 五、医院评价人员能力的保持和提高        | 176 |
| 六、医院评价人员能力考核办法          | 176 |
| 七、医院评价人员行为准则            | 177 |
| 第八章 吉林省二级综合医院等级评价(审)标准  | 179 |
| 使用说明                    | 180 |
| 吉林省二级综合医院基本条件           | 181 |
| 吉林省二级综合医院等级评价奖励指标       | 182 |
| 吉林省二级综合医院等级评价分值表        | 183 |

|                                    |     |
|------------------------------------|-----|
| 吉林省二级综合医院等级评价表·····                | 185 |
| 吉林省医院不良执业行为积分否决标准·····             | 256 |
| 吉林省二级综合医院临床科室应开展的技术项目（100分）说明····· | 258 |
| 吉林省二级综合医院临床科室应开展的技术项目表·····        | 259 |
| 吉林省二级综合医院统计报表（填报评价当年及前2年统计指标）····· | 284 |
| 吉林省医院病种质量与费用统计报表·····              | 288 |
| 第九章 吉林省三级综合医院等级评价（审）标准·····        | 289 |
| 使用说明·····                          | 290 |
| 吉林省三级综合医院基本条件·····                 | 291 |
| 吉林省三级综合医院等级评价奖励指标·····             | 293 |
| 吉林省三级综合医院等级评价表·····                | 295 |
| 吉林省医院不良执业行为积分否决标准·····             | 369 |
| 吉林省三级综合医院临床科室应开展的技术项目（100分）说明····· | 372 |
| 吉林省三级综合医院临床科室应开展的技术项目表·····        | 373 |
| 吉林省三级综合医院统计报表·····                 | 398 |
| 吉林省医院病种质量与费用统计报表·····              | 402 |
| 第十章 吉林省二、三级综合（专科）医院等级评价（审）申请书····· | 403 |

# 第一章 概述

## 一 医院评审的产生与发展

### (一) 医院评审的产生

医院评审是伴随着“标准化管理”的形成首先在美国产生的。20世纪初的美国医院,工作缺乏标准,医院管理缺乏依据而陷入混乱,政府和民众对医疗服务质量都不满意。这种局面促使一些有远见、有责任感的医院萌发了制定标准,对医院工作进行评审的想法。1917年,美国外科学会(ACS)执笔完成《医院评审最低标准》。该标准只有8条、1页纸,包括管理制度、出院、随访等。1918年ACS的调查显示,美国692所医院中,仅有89所达到了最低标准。

美国的医院评审最早是从1918年开始,依据《医院评审最低标准》,对抽选出来的全美各地80多所医院进行评审,只有50所医院通过。他们不愿把这种结果公诸于世。因此第一次的医院评审是没有结果的。

20世纪50年代之前,美国联合加拿大一直使用《医院评审最低标准》。20世纪60年代初,美国政府把“最低标准”作为医院的开业标准,用于医院的准入评估。

1951年ACS与美国内科医师学会、美国医院学会、美国医学会、加拿大医学会共同创立了美国医院评审联合委员会(JCAH)。它是一个独立的、非营利性的组织,基本目的是提供自愿的评审。1952年ACS正式把医院标准化计划的工作移交JCAH。

1953年1月JCAH开始办理医院评审,同年出版了医院评审标准。1965年美国国会通过的《医疗法》规定:由JCAH评审通过的医院受到高度重视,并能依照有关规定参加到老年人保险和穷人保险项目中。

1966年JCAH作出重大决议,将标准完全修改成为能够反映出医院可达到的最佳状况的标准。1970年依据医院可达到的最佳状况标准制定的医院评审手册公诸于众。

1987年“医院评审联合委员会”(JCAH)更名为“医疗机构评审联合委员会”(JCAHO)。作为最大的医疗机构的评审机构JCAHO,通过自愿申请的方式,已评审了近2万个卫生保健项目。

1998年JCAHO下属的联合委员会资源部成立了一个分支机构—联合委员会国际部(JCI)。JCI的使命是通过提供全球范围内的医院评审服务,促进国际社会的卫生保健质量。JCI评审是一新的创始,反映了全球卫生保健领域日益增长的实施以标准为基础的评估活动的需求。

JCI制定的、并定期修订的《医院评审标准》,是一整套国际化标准。其基本理念是基于全球医疗质量及患者安全的持续改进。

2003年出版的JCI第2版《医院评审标准》,包括完整的标准、每条标准的含义以及依据标准的衡量要素。这样编排旨在帮助读者能够明确和理解每一条标准的具体要求。

JCI第2版《医院评审标准》由“以患者为中心的标准”和“医疗机构管理标准”两部分构成。第一部分包含可及与连续的医疗护理服务,患者与家属的权利,患者评估,患者的医疗护理,患者与家属的教育5个章节;第二部分包含质量改进与患者安全,感染的预防与控制,管理部门、领导和指导,设施管理与安全,员工资格与教育,信息管理6个章节。

JCI评审的特色主要体现于:

(1) 国际公认的标准是评审的基础;

(2) 标准的基本理念是基于质量管理与持续质量改进的原则;

- (3) “核心”标准是每一接受评审的医院要求达到的标准;
- (4) 评审过程的设计考虑到适应各国的法律、宗教、文化等国情;
- (5) 强调评审的有效、可靠和客观;
- (6) 指导医院进行有效率和有效果的管理。

从20世纪80年代开始,国际上所有发达国家和部分发展中国家,对医院评审作为医疗质量保证措施的重要组成部分和对提高医院服务水平的积极作用已达成共识。医院评审制度逐渐为许多国家所采用,如美国、加拿大、澳大利亚、新西兰、英国、西班牙、韩国、日本、南非等许多国家都实行了医院评审制度。

## (二) 我国医院评审的发展

我国医院评审发起于20世纪70年代末。最早是丹东开展了创建“文明医院”活动,取得了一定的成效,全国各地许多医院前去参观学习。卫生部及医政司有关领导给予了积极的支持,推广了他们的经验,并制定、试行了“文明医院”检查办法。“文明医院”创建与评比活动逐渐在全国各地开展起来。检查评比内容主要是:领导作风、制度管理、院容院貌、服务态度、医疗质量、护理质量和后勤服务质量。要求医院达到环境优美、秩序良好、文明服务、患者满意。在“文明医院”检查评比的推动下,全国各地的医院在改善服务态度和提高服务质量方面都取得了很大的成绩,特别是医院的规章制度的恢复和建设,为保证医疗质量起了十分重要的作用,三分之二的医院达到“文明医院”的指标要求。

“文明医院”评比拉开了我国医院评审工作的序幕。卫生部前部长陈敏章在1997年全国医政工作会议上指出:“我国的文明医院评比,实质上是我国医院评审工作的起源,构成了我国医院评审工作的雏形。在当时,我们尚未了解国外医院评审活动和趋势的情况下开展了评比工作,说明了我国医院管理思路与国际上医院管理发展不谋而合,反映了实行医院评审已成为国内外医院管理者的共同需要,是医院管理发展的必然趋势”。

建国以来,我国医院管理与建设取得了很大的进展,为保障人民健康做出了积极的贡献。但从现代科学管理角度看,还存在诸多弊端。最根本的是缺乏完善的医院管理标准与评价体系。只有传统的十几项医疗统计指标,远远满足不了医院管理需求。这就迫切要求卫生行政部门从医院管理与发展的战略高度,制定出既有宏观管理调控力度,又能促进医院内部微观管理的标准,以指导全国医院的管理与发展,尽快提高医院科学管理水平。

“文明医院”评比活动在全国各地如火如荼广泛开展,为我国医院评审工作奠定了实践的基础。当时,卫生部及医政司作了大量的调研工作,并经过一系列的国际考察,于1987年11月7日在浙江宁波召开了全国“文明医院”建设研讨会。这次会议提出了“文明医院”科学化、标准化、常规化、规范化“四化”标准,同时提出把文明医院评比引向医院评审的发展轨道。

1989年4月,卫生部在洛阳召开了医院评审工作会议。副部长顾英奇出席并讲话,指出医院分级管理和评审,是我国医院管理体制的重大改革,要坚定不移地搞下去。洛阳会议对医院评审工作做了全面部署,并安排全国范围内的试点工作。

1989年11月29日,卫生部发布了《关于实施医院分级管理的通知》[卫医字(1989)第25号]、《医院分级管理办法(试行草案)》、《综合医院分级管理标准(试行草案)》。明确规定:医院按功能、任务不同划分为一、二、三级;各级医院经过评审,按照医院分级管理标准确定为甲、乙、丙三等,三级医院增设特等,共三级十等。同时提出了“积极稳妥、因地制宜、循序渐进、由点到面”的工作方针。我国医院分级管理与医院评审工作正式启动。

卫生部还先后发布了《医疗机构基本标准》、《医疗机构评审标准》、《医疗机构评审办法和评审标准实施细则》、《医疗机构评审委员会章程》等相关文件。

医院评审工作在总结试点经验和扩大试点的基础上,卫生部于1991年6月在河北省唐山市召开了全国医院分级管理经验交流会。唐山市工人医院以“三基三严”(即基础理论、基础知识、基本技能;严格要求、严密组织、严谨态度)培训为中心内容的医院评审经验在会上进行了重点推广。卫生部有关领导讲话

提出要把医院评审的重点放在医院的基础建设上,要注重医院内涵建设,引导医院达标上等,走标准化、规范化、科学化发展道路。

唐山会议后,医院评审工作在全国各地普遍开展起来。到1992年底,先后有28个省、自治区、直辖市相继成立了省级医院评审委员会,25个省、自治区、直辖市先后出台医院分级管理与医院评审实施细则,并且划分了医院评审、审批权限。有11个省、自治区、直辖市先后出台医院分级管理与评审的配套政策,规定通过评审的医院实行门诊挂号、住院床位按等级收费。医院分级管理与评审有了实质性的进展,有计划,有步骤的在全国范围内逐步展开。

1994年9月,国务院颁布了《医疗机构管理条例》。《医疗机构管理条例》第41条中明确规定:“国家实行医疗机构评审制度,由专家组成的评审委员会按照医疗机构评审办法和评审标准,对医疗机构的执业活动、医疗服务质量等进行综合评价”。从而确立了医疗机构评审制度的法律地位,我国医院评审制度步入法制轨道,医院评审工作具有了法制效力,成为政府卫生行政部门依法监管医院的一个重要举措。

同年,卫生部下发的《医疗机构设置规划指导原则》,作为卫生行政部门配置卫生资源、审批医疗机构设置及分级管理的依据。

至1996年,我国医院评审工作经历了9年的理论研究和普遍实践,已形成了一个完整的、有法律保证的构架体系。全国范围内的第一周期医院评审开展顺利,将要基本完成,第二周期评审准备起步,修订完善的新的评审标准业已公布。

1997年5月,卫生部下发《关于开展创建“以病人为中心,优质服务百佳医院”工作的通知》〔卫医发(1997)第20号〕,同时公布了《以患者为中心优质服务百佳医院标准》。该标准内容如下:

- (1) 无医疗责任事故发生。
- (2) 门诊、出院患者综合满意率大于90%。
- (3) 杜绝个人药品回扣,无收受“红包”现象。
- (4) 药房无伪劣药品,科室无私自进药。
- (5) 门诊基本消除患者就诊“三长一短”(挂号、收费、取药时间长,就诊时间短)现象。
- (6) 急诊抢救患者到院后5分钟内开始处置。急诊室配备副高以上医师把关。
- (7) 院内急会诊20分钟到位,急诊留观患者需住院者,须在24小时内收入院。
- (8) 急诊检查项目2小时内出报告,平诊病房检查项目 $\leq$ 24小时内出报告。
- (9) 放射科普通平片,急诊30分钟出报告,平诊2小时出报告。
- (10) 择期手术患者术前住院日 $\leq$ 72小时。
- (11) 平均住院日,三级医院 $\leq$ 16天;二级医院 $\leq$ 14天。
- (12) 合理检查、合理用药,患者平均药品费比例 $\leq$ 50%。平均住院费用低于当地同级医院。
- (13) 无多收费、乱收费发生。
- (14) 医院设投诉箱,投诉次数在同级医院中最少。
- (15) 患者对收费有异议者7天之内妥善处理。
- (16) 积极开展医德医风教育,有具体措施并有文明礼貌用语及行为规范。
- (17) 便民措施成效显著,门急诊24小时有导诊,有公用电话,门诊免费供应开水。
- (18) 坚持三级医师查房制度,主任医师每周查房一至二次。
- (19) 实施整体护理病房数:三级医院 $\geq$ 30%,二级病房 $\geq$ 20%。
- (20) 医院领导班子至少每季专题研究以患者为中心优质服务工作。

在全国“三甲”和“二甲”医院中开展了轰轰烈烈的创建全国百佳医院活动。这一活动的开展,特别是20条标准的推出,把医院评审工作升华到一个更高的层次,为医院评审工作增添了新的亮点。

### (三) 我国医院评审取得显著成效

1997年11月,在济南召开的全国医政工作会议上,时任卫生部部长陈敏章作了《总结经验,巩固成果,依法建立和完善具有中国特色的医疗机构评审制度》的专题讲话,对近10年的第一周期医院评审工作给予了充分的肯定。

医院评审第一周期历时10年,在各级卫生行政部门的组织领导和成千上万医务工作者的共同努力下,取得显著成效。中国大陆31个省、自治区、直辖市共评审各级各类医院17368所(含乡镇卫生院)。其中三级医院558所,评为三级甲等医院376所,占67.4%;二级医院3084所,评为二级甲等医院1765所,占57.2%;一级医院(含乡镇卫生院)13726所,评为一级甲等医院7561所,占55.1%。

实践充分证明,医院分级管理与评审,是医疗卫生管理体制的重大改革,是建国后国家对医院管理实行依法行政的重要举措,是宏观管理与微观管理相结合、全行业管理与条块管理相结合、院内评审与院外评审相结合的有效形式,是医院管理经验与国际医院管理新理念接轨的重要途径。

医院分级管理与评审,巩固和完善了三级医疗卫生服务网络。从宏观上全面构架了我国卫生区域医疗规划和医疗卫生服务体系,提高了有限卫生资源的有效利用。

医院分级管理与评审,冲破了传统的经验管理模式,促进了医院管理理念的转变。形成了学习管理科学,应用管理科学,向科学管理要效益的良好势头,使医院在科学管理的轨道上迈进了一大步。

医院分级管理与评审,极大地调动了广大医护人员敬业爱院的积极性和工作热情。医院员工的责任感、荣誉感增强了,医院有了从未有过的强大的凝聚力、向心力;医院评审强化了思想政治工作与医德医风建设,推动了医院精神文明建设,医院服务有了很大改进,院容院貌发生了深刻变化,群众对医院的满意度明显提升,医院的社会形象大为改观。

医院分级管理与评审,健全了医院质量管理体系。医院评审以基础质量管理和医德医风建设为重点,医院十分重视质量管理体系的建立与健全。医院质量管理辅助组织发挥了积极作用;质量目标及质量责任制更加明确;质量否决权得到贯彻;医院工作制度、工作人员职责、医疗护理技术操作常规得到健全与执行,医院基础质量、环节质量、终末质量得到了较好的控制。

医院分级管理与评审,推动医院步入良性的发展轨道。尤其是医院分级管理与评审标准成为医院管理与发展的新航标。它使医院有了一套较为完整的、科学的、系统的目标管理体系,推进了医院管理法制化、标准化、规范化;引导医院走向内涵建设发展道路,加强了医院基础建设、制度建设、学科建设、人才梯队建设和医德医风建设,强化了质量管理,提高了人员素质、技术水平、医疗质量,医院步入了全面的、良性的发展轨道。

医院分级管理与评审,激发了医院的生机和活力。政府对医院工作更加重视、关怀和支持,加大了投入力度,医院建设得到加强,基础设施及医疗条件有所改善,院容院貌也大有改观;社会对医院更加了解与理解,医患关系更加融洽,不仅为医院注入了新的活力,也探索了一条动员社会力量支持卫生改革与医院发展的新路子。

医院分级管理与评审,加强了对医院的监管力度。随着国家经济体制改革的不断深化,政府卫生行政部门对医院的监管力度逐渐弱化,对医院的监管普遍有一种“抓不着,抓不住”的感觉。实施医院分级管理与评审,以及国务院颁布的《医疗机构管理条例》,无疑为政府卫生行政部门监管医院提供了规范的监管标准和法律依据。其结果使弱化的监管进一步强化起来。

医院分级管理与评审工作的成效是显而易见的,这是主流;也存在一些不可忽视的诸如形式主义、弄虚作假、短期行为等问题。但不可以偏概全,以叶遮目,全盘否定医院分级管理与评审工作。

1998年,卫生部停止了医院评审工作。

## 二、卫生部《医院管理评价指南（2008版）》的指导意义与基本特征

医院评审工作停止后，政府卫生行政部门监管医院缺少了抓手，监管力度由强变弱；医院缺少了压力，医院管理严重滑坡，医疗质量与医疗安全得不到有效保证，医患关系恶化，医疗纠纷频发到了难以扼制的地步。

为加强医院管理，科学、客观、准确地评价医院，卫生部审时度势，跟上世界潮流，参照国际先进经验，根据医疗卫生管理法律、法规、规章，于2005年3月制定下发了《医院管理评价指南（试行）》。2008年又组织对《医院管理评价指南（试行）》进行了修订，于2008年5月印发了《医院管理评价指南（2008版）》。

### （一）卫生部《医院管理评价指南（2008版）》的指导意义

《医院管理评价指南（2008版）》与国际医院管理先进经验接轨。既参照国际上在医院评审及管理理念、管理标准、管理办法等方面的先进经验，又紧密结合我国国情，遵循社会主义市场经济和医疗卫生事业发展的内在规律，把持续改进医疗质量和保障医疗安全作为医院管理的核心内容；明确各级各类医院应当坚定不移地把社会效益放在首位，尤其是公立医院应当坚定不移地维护公益性，牢固树立为人民服务的宗旨，千方百计地为人民群众提供“有效、安全、方便、价廉”的服务，不断满足人民群众日益增长的医疗卫生需求。

《医院管理评价指南（2008版）》以卫生管理法律、法规、规章等有关规定为依据。这就坚持了卫生管理政策的连续性，把握了医院管理的正确导向，成为医院管理的指导性文件。

《医院管理评价指南（2008版）》在继承中创新。在继承《医疗机构评审标准》的基础上，注重创新，着力于建立健全医院管理体系及医院管理评价指标体系，全面推动医院管理持续改进，适时弥补了医院评审停止后出现的医院管理“断代”的问题。

《医院管理评价指南（2008版）》为监管医院提供抓手。2005年开始，卫生部以《医院管理评价指南（试行版）》为依据，连续三年在全国开展了“以病人为中心，以提高医疗服务质量为主题”的医院管理年活动，取得了显著成效。这充分证明了《医院管理评价指南（2008版）》，可以进一步为改善医院管理、加强医院内涵建设，为卫生行政部门对医院管理进行指导、评价、检查和监督提供了不可或缺的、适宜的依据。

《医院管理评价指南（2008版）》成为新时期医院评价的标准依据。近年来，全国至少有一半以上省、自治区、直辖市以《医院管理评价指南（试行版）》为标准依据，自主开展了新一轮医院评审。这充分表明“国家实行医疗机构评审制度”的顽强生命力，也充分表明《医院管理评价指南（2008版）》具有现实的指导意义。

### （二）卫生部《医院管理评价指南（2008版）》的基本特征

卫生部《医院管理评价指南（2008版）》的基本特征是以病人为中心，以质量为主题，以管理为主线，以制度建设为重点。

“以病人为中心”这是办院宗旨，医院管理不可背离这一宗旨。坚持“以病人为中心”，应当牢固树立、认真践行“病人的需求是第一选择，病人的安全是第一目标，病人的满意是第一追求”的医院管理理

念,并把这一管理理念作为全院员工的核心价值观及行为准则,规范服务行为。

坚持“以病人为中心”,应当依法维护病人的权益,包括病人的生命权、健康权、知情权、选择权、隐私权等。尤其在施行手术、特殊检查或者特殊治疗时,必须征得患者同意,并应当取得其家属或者关系人同意并签字;无法取得患者意见时,应当取得家属或者关系人同意并签字;无法取得患者意见又无家属或者关系人在场,或者遇到其他特殊情况时,经治医师应当提出医疗处置方案,在取得医疗机构负责人或者被授权负责人的批准后实施。

坚持“以病人为中心”,应当为病人提供“安全、有效、方便、价廉”的医疗服务,不断满足人民群众日益增长的医疗卫生需求。

坚持“以病人为中心”,应当依法执业,规范医疗行为,端正医德医风,改善医院服务,降低医疗费用,缓解群众“看病难、看病贵”的问题,不断提高患者与社会对医院服务的满意度。

以质量为主题,持续改进医疗质量和保障医疗安全,是医院管理的永恒主题。质量优劣直接关系到病人的安危,也直接关系到医院的兴衰。因此,《医院管理评价指南(2008版)》中的“评价标准”,都是紧紧围绕着质量与安全这一“主题”展开的。

保证医疗质量,首先应当保证患者安全。患者安全,责任重于泰山。2007年,中国医院协会在卫生部医政司指导下制定、发布了《患者安全目标及主要措施》(包括8项目标、29条措施)。2008年,又制定、发布了《2008年中国患者安全十大目标》。卫生部医政司及中国医院协会根据国内外医院患者安全形势,适时发布的年度患者安全目标及主要措施,是对医疗质量与患者安全管理的不断深化,也是对《医院管理评价指南(试用)》中的医疗质量与患者安全管理的不断延伸,各级各类医院应当认真加以贯彻落实。

《2008年中国患者安全十大目标》:

1. 严格执行查对制度,提高医务人员对患者身份识别的准确性。

(1) 健全与完善各科室(部门)患者身份识别制度。在标本采集、给药或输血等各类诊疗活动前,必须严格执行查对制度,应至少同时使用两种患者身份识别方法(禁止仅以房间或床号作为识别的依据)。

(2) 在实施任何介入或有创诊疗活动前,实施者应亲自与患者(或家属)沟通,确保对正确的患者实施正确的操作。

(3) 在各关键流程中,均有对患者准确性识别的具体措施、交接程序与记录文件。

(4) 建立使用腕带作为识别标示的制度。

2. 提高用药安全。

(1) 诊疗区药柜内的药品存放、使用、限额、定期核查应有相应规范;存放毒、剧、麻醉药应符合法规要求,严格管理和登记。

(2) 有误用风险的药品要严格管理。

(3) 病区药柜的注射药、内服药与外用药应严格分开放置。

(4) 所有处方或用药医嘱在转抄和执行时都应有严格核对程序,且有签字证明。

(5) 在开具与执行注射剂的医嘱(或处方)时要注意药物配伍禁忌。

(6) 进一步完善输液配伍的安全管理,确认药物有无配伍禁忌,控制静脉输注流速、预防输液反应。

(7) 病区应建立药物使用后不良反应的观察制度和程序,医师、护士知晓并能执行这些观察制度和程序,且有文字证明。

(8) 药师应为医护人员、患者提供合理用药的方法及用药不良反应的咨询服务指导。

3. 建立与完善在特殊情况下医务人员之间的有效沟通,做到正确执行医嘱。

(1) 在通常诊疗活动中医务人员之间要有效沟通,正确执行医嘱,不得使用口头或电话通知医嘱或检验数据。

(2) 对危重症患者进行紧急抢救时,对医师下达的口头临时医嘱,护士应向医生重述,在执行时实

施双重检查(尤其是在超常规用药情况下),事后应准确记录。

(3) 在接获口头或电话通知的患者“危急值”或其他重要的检验(包括医技科室其他检查)结果时,接获者必须规范、完整地记录检验结果和报告者的姓名与电话,进行复述确认后方可提供医师使用。

#### 4. 建立临床实验室“危急值”报告制度。

(1) 临床实验室应根据所在医院提供服务能力和对象,针对报告途径、重点对象、报告题目等制定出适合本单位的“危急值”报告制度。

(2) “危急值”报告应有可靠途径且检验人员能为临床提供咨询服务。

(3) “危急值”报告重点对象是急诊科、手术室、各类重症监护病房等部门的急危重症患者。

(4) “危急值”项目可根据医院实际情况认定,至少应包括血钙、血钾、血糖、血气、白细胞计数、血小板计数、凝血酶原时间、活化部分凝血活酶时间等。

(5) 对所属“危急值”报告的项目实行严格的质量控制,尤其是分析前质量控制措施,如:应有标本采集、储存、运送、交接、处理的规定并认真落实。

#### 5. 严格防止手术患者、手术部位及术式发生错误。

建立与实施手术前确认制度与“三部曲”程序,设立确认记录文件。第一步,按照制度与规范,术前由手术医师在手术部位作标示,并主动邀请患者参与认定,避免错误的病人、错误的部位,实施错误的手术。第二步,病区与手术间交接核查:双方确认手术前准备皆已完成,所需的文件资料与物品(如:病历、影像资料、术中特殊用药等)均已备妥。第三步,在麻醉、手术开始实施前,实施暂停程序,由手术者、麻醉师、手术/巡回护士执行最后确认程序后,方可开始实施麻醉、手术。

#### 6. 严格执行手部卫生管理制度,符合医院感染控制的基本要求。

(1) 贯彻并落实医护人员手部卫生管理制度和手部卫生实施规范,配置有效、便捷的手卫生设备和设施,为执行手部卫生提供必需的保障与有效的监管措施。医务人员在以下6种情况下必须洗手或进行手消毒:接触病人前后;摘除手套后;进行侵入性操作前;接触病人体液、排泄物、黏膜、破损的皮肤或伤口敷料后;从病人脏的身体部位转到干净的部位;直接接触、接近病人的无生命物体(包括医疗器械)后。

(2) 医护人员在任何临床操作过程中都应严格遵循无菌操作规范,确保临床操作的安全性。

(3) 使用合格的无菌医疗器械(器具、耗材)。

(4) 有创操作的环境消毒,应遵循医院感染控制的基本要求。

(5) 手术后的废弃物处理,应遵循医院感染控制的基本要求。

#### 7. 防范与减少患者跌倒事件发生。

(1) 建立跌倒报告与伤情认定制度和程序。

(2) 认真实施有效的跌倒防范制度与措施。

(3) 护理服务有适宜的人力资源保障,与服务对象的配比合理(开放床位与出勤护士比为1:0.4)。

#### 8. 防范与减少患者压疮发生。

(1) 建立压疮风险评估与报告制度和程序。

(2) 认真实施有效的压疮防范制度与措施。

(3) 有压疮诊疗与护理规范实施措施。

#### 9. 鼓励主动报告医疗安全(不良)事件。

(1) 医院要积极倡导医护人员主动报告不良事件,有鼓励医务人员主动报告的制度与机制。

(2) 积极参加中国医院协会自愿、非处罚性的不良事件报告系统。

(3) 医院建立良好的医院安全文化氛围,提倡非处罚性、不针对个人的方式,鼓励员工积极报告威胁病人安全的不良事件的具体案例。

(4) 医院能将安全信息与医院实际情况相结合,从医院管理体系、运行机制与规章制度上进行有针对性的持续改进,每年至少有两个典型案例进行医院层面的医疗安全改进分析及具体实施方案。

#### 10. 鼓励患者参与医疗安全。

(1) 针对患者的疾病诊疗信息,为患者(家属)提供相关的健康知识教育,协助患方理解与选择诊疗方案。

(2) 主动邀请患者参与医疗安全管理,尤其是患者在接受手术(或有创性操作)前和药物治疗时。

(3) 教育患者在就诊时应提供真实病情、真实信息,并告知其对诊疗服务质量与安全的重要性。

(4) 公开本院接待患者投诉的主管部门、投诉的方式及途径。

摘自中国医院协会、卫生部医政司《患者安全目标手册(2008)》。

以管理为主线。《医院管理评价指南(2008版)》,顾名思义,是以医院管理为主线的指导性文件。加强与改善医院管理,是医院正常执业活动,不断提高医疗质量,确保医疗安全,改善医院服务,提高运行绩效,促进医院健康、可持续发展的基本保证。加强医院科学管理,必须实现医院管理法制化、标准化、规范化。这是医院管理的基本内涵。

医院管理法制化,要求医院必须依法管理,严格执行医疗卫生法律、法规和规章,这是医院执业的标准底线。

医院依法管理,应当严格执行以下4项“准入”:

#### 1. 机构“准入”

(1) 任何单位或者个人,未取得《医疗机构执业许可证》,不得开展诊疗活动。

(2) 医疗机构改变名称、场所、主要负责人、诊疗科目、床位必须向原登记机关办理变更登记。

(3) 《医疗机构执业许可证》不得伪造、涂改、出卖、转让、出借。

(4) 《医疗机构执业许可证》遗失的,应当及时申明,并向原登记机关申请补发。

(5) 医疗机构必须将《医疗机构执业许可证》、诊疗科目、诊疗时间和收费标准悬挂于明显处。

(6) 床位不满100张的医疗机构,其《医疗机构执业许可证》每年校验1次;床位在100张以上的医疗机构,其《医疗机构执业许可证》每3年校验1次。校验由原登记机关办理。

(7) 医疗机构不得将场所出租、承包等方式由他人从事医疗活动。

(8) 医疗机构必须承担相应的预防保健工作,承担县级以上人民政府卫生行政部门委托的支援农村、指导基层医疗卫生工作等任务。

(9) 发生重大灾害、事故、疾病流行或者其他意外情况时,医疗机构及其卫生技术人员必须服从县级以上人民政府卫生行政部门的调遣。

(10) 医疗机构必须按照人民政府或者物价部门的有关规定收取医疗费用,详列细项,并出具收据。

#### 2. 人员“准入”

(1) 医疗机构不得使用非卫生技术人员从事医疗卫生技术工作。

(2) 专业技术人员具备相应岗位的任职资格。(3) 专业技术人员不得超范围执业。

#### 3. 技术“准入”

(1) 医疗机构必须按照核准登记的诊疗科目开展诊疗活动。

(2) 医疗技术管理符合国家有关规定。

(3) 新技术应用应通过卫生行政部门审批。

(4) 建立健全并认真贯彻落实医疗技术准入、应用、监督、评价制度,并建立完善医疗技术损害处理预案,建立医疗技术风险预警机制,并组织实施。

#### 4. 设备“准入”

属于《大型医用设备配备与使用管理办法》规定的甲、乙类品目的大型医用设备,必须按照规定申请配置许可。卫生部规定的甲、乙类大型医用设备管理品目(第一批)如下:

甲类(国务院卫生行政部门管理):

(1) X线—正电子发射计算机断层扫描仪(PET—CT,包括正电子发射型断层仪即PET);

(2) 伽玛射线立体定位治疗系统( $\gamma$ 刀);

(3) 医用电子回旋加速治疗系统(MM50);

(4) 质子治疗系统;