

乡镇卫生院服务能力标准

(2022 版)

在 2018 版乡镇卫生院服务能力标准基础上，根据新的形势和任务要求，修订形成 2022 版服务能力标准。

一、适用范围

(一) 本标准适用于所有乡镇卫生院（街道卫生院适用，下同）。

(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。根据乡镇卫生院服务功能，将普遍应该具备、应当做到的列为基本条款，适用于所有乡镇卫生院。

(二) 推荐条款。在基本条款基础上，增加进一步提升医疗服务能力、拓展服务功能的条款，设为推荐条款，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 | 11 | 0 |
| 第二章 基本医疗和公共卫生服务 | 30 | 6 |
| 第三章 业务管理 | 34 | 6 |
| 第四章 综合管理 | 13 | 0 |
| 合 计 | 88 | 12 |

四、条款评价结果表达方式

(一) 评价采用 A、B、C、D 四档表达

评价结果采取累进式：达到 B 档者，须 C 档同时合格；达到 A 档者，须 B 档和 C 档同时合格。

(二) 条款的性质

| 档次 | A | B | C | D |
|------|------------|--------|-----------|-------------|
| 情况表述 | 有持续改进或成效良好 | 有监管有结果 | 有制度且能有效执行 | 仅有制度或规章，未执行 |

五、评价结果

| 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 |
| 达到推荐标准的机构 | 100% | ≥60% | ≥30% | ≥90% | ≥60% | ≥30% |
| 达到基本标准的机构 | ≥95% | ≥50% | ≥20% | / | / | / |

前置条件

| 检查项目 | 检查内容 | 检查结果 |
|------|--|---|
| 机构名称 | 医疗机构执业许可证第一名称为乡镇卫生院，名称格式为：所在县（市、区）名+所在乡镇名+（中心）卫生院。 | 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 <input type="checkbox"/> |
| 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 <input type="checkbox"/> 不符合 <input type="checkbox"/> |
| 机构管理 | 无对外出租、承包内部科室等行为。 | 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 <input type="checkbox"/> |

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..... | 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 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..... | 5 |
| 2.1 服务方式..... | 5 |
| 2.1.1 门、急诊服务..... | 5 |
| 2.1.2 住院服务..... | 5 |
| 2.1.3 家庭医生签约服务..... | 6 |
| 2.1.4 转诊服务..... | 6 |
| 2.1.5 远程医疗服务 ★..... | 6 |
| 2.2 服务内容和水平..... | 7 |
| 2.2.1 医疗服务..... | 7 |
| 2.2.1.1 疾病种类（见附件）..... | 7 |
| 2.2.1.2 急诊急救服务..... | 7 |
| 2.2.1.3 内科医疗服务..... | 8 |
| 2.2.1.4 外科医疗服务..... | 8 |
| 2.2.1.5 妇（产）科医疗服务 ★..... | 8 |
| 2.2.1.6 全科医疗服务..... | 9 |
| 2.2.1.7 中医医疗服务..... | 9 |
| 2.2.1.8 眼、耳鼻咽喉医疗服务 ★..... | 9 |
| 2.2.1.9 口腔医疗服务 ★..... | 9 |
| 2.2.1.10 康复医疗服务 ★..... | 10 |
| 2.2.1.11 儿科医疗服务..... | 10 |
| 2.2.1.12 老年人卫生服务..... | 10 |
| 2.2.1.13 心理健康服务 ★..... | 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 基本公共卫生服务..... | 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..... | 14 |
| 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 卫生监督协管..... | 15 |
| 2.2.3.14 重大公共卫生项目及其他..... | 15 |
| 2.3 服务效果..... | 16 |
| 2.3.1 服务效率..... | 16 |
| 2.3.2 满意度..... | 16 |
| 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 医疗质量安全管理体系..... | 17 |
| 3.2.1 医疗质量管理体系和制度建设..... | 17 |
| 3.2.1.1 医疗质量管理体系..... | 17 |
| 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..... | 18 |
| 3.2.2.1 “三基”培训与考核..... | 18 |
| 3.2.2.2 住院诊疗质量管理..... | 18 |
| 3.2.2.3 首诊负责制度..... | 18 |
| 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★..... | 19 |
| 3.2.2.7 病历书写规范管理..... | 19 |
| 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★..... | 20 |
| 3.2.2.10 输血管理 ★..... | 20 |
| 3.2.2.11 放射或医学影像管理..... | 21 |
| 3.2.2.12 临床检验管理..... | 21 |

| | |
|--------------------------------|----|
| 3.2.2.13 中医管理..... | 21 |
| 3.2.2.14 康复管理 ★..... | 22 |
| 3.2.2.15 病案管理..... | 22 |
| 3.3 患者安全管理..... | 22 |
| 3.3.1 查对制度..... | 22 |
| 3.3.2 手术安全核查管理★..... | 23 |
| 3.3.3 危急值报告管理..... | 23 |
| 3.3.4 患者安全风险管理..... | 23 |
| 3.3.5 患者参与医疗安全..... | 23 |
| 3.4 护理管理..... | 24 |
| 3.4.1 护理组织管理体系..... | 24 |
| 3.4.2 临床护理质量管理..... | 24 |
| 3.4.3 护理安全管理..... | 25 |
| 3.5 医院感染管理..... | 25 |
| 3.5.1 医院感染管理组织..... | 25 |
| 3.5.2 医院感染相关监测..... | 25 |
| 3.5.3 手卫生管理..... | 26 |
| 3.5.4 消毒及灭菌工作管理..... | 26 |
| 3.6 医疗废物管理..... | 26 |
| 3.6.1 医疗废物和污水处理管理..... | 26 |
| 3.6.2 医疗废物处置和污水处理..... | 27 |
| 3.7 放射防护管理..... | 27 |
| 3.7.1 放射防护管理..... | 27 |
| 3.8 药事管理..... | 28 |
| 3.8.1 药品管理..... | 28 |
| 3.8.2 临床用药..... | 28 |
| 3.8.3 处方管理..... | 29 |
| 3.8.4 药品不良反应管理..... | 29 |
| 3.9 公共卫生管理..... | 29 |
| 3.9.1 建立健全公共卫生管理制度..... | 29 |
| 3.9.2 落实村卫生室公共卫生服务任务与经费补助..... | 29 |
| 第四章 综合管理..... | 30 |
| 4.1 党建管理..... | 30 |
| 4.1.1 党的组织建设..... | 30 |
| 4.1.2 党风廉政建设..... | 30 |
| 4.2 人员管理..... | 30 |
| 4.2.1 绩效考核制度..... | 30 |
| 4.2.2 人才队伍建设..... | 31 |
| 4.3 财务管理..... | 31 |
| 4.3.1 财务管理..... | 31 |
| 4.4 医保基金使用内部管理..... | 32 |

| | |
|------------------------|----|
| 4.4.1 医保基金使用内部管理..... | 32 |
| 4.5 安全生产..... | 32 |
| 4.5.1 安全生产..... | 32 |
| 4.6 信息管理..... | 33 |
| 4.6.1 信息系统建设..... | 33 |
| 4.6.2 网络安全..... | 33 |
| 4.7 行风与文化建设..... | 33 |
| 4.7.1 行风与文化建设..... | 33 |
| 4.8 信息公开..... | 34 |
| 4.8.1 信息公开..... | 34 |
| 4.9 县乡一体和乡村一体建设..... | 34 |
| 4.9.1 县乡一体和乡村一体建设..... | 34 |
| 4.10 部门协同..... | 35 |
| 4.10.1 部门协同..... | 35 |
| 附件..... | 36 |

第一章 功能任务与资源配置

1.1 功能任务

| 能力条款 | 评价要点 |
|------------|--|
| 1.1.1 基本功能 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 提供基本医疗服务。 2. 提供公共卫生服务。 3. 提供健康管理服务。 4. 承担县级卫生健康行政部门委托的卫生管理职能。 |
| | <p>【B】 符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 具有辐射一定区域范围的医疗服务能力。 |
| | <p>【A】 符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 提供家庭病床等居家医疗服务。 2. 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 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 5. 提供一定的急诊急救服务。 6. 提供家庭医生签约服务。 7. 提供转诊服务,接收转诊病人。 8. 负责村卫生室业务和技术管理。 |
| | <p>【B】 符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 提供住院服务。 2. 开展一级常规手术。 |
| | <p>【A】 符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 开展二级常规手术。 2. 承担辖区内部分急危重症的诊疗。 3. 提供长期照护或安宁疗护服务。 |

1.2 科室设置

| 能力条款 | 评价要点 |
|-------------------|--|
| 1.2.1 临床科室 | <p>【C】</p> <p>1. 设立全科医疗科、内（儿）科、外科、妇（产）科、中医科。</p> <p>2. 设置预检分诊处/发热哨点、输液室、急诊（抢救）室、肠道诊室等。</p> |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1. 设立儿科、口腔科、康复科等。</p> <p>2. 设置发热诊室。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <p>1. 至少设立3个以下科室：眼科、耳鼻咽喉科（可合并设立五官科）、血液透析科、重症监护室、急诊科、皮肤科、麻醉科、手术室（可合并设立）、体检中心等。</p> <p>2. 有1个具有一定辐射能力的特色科室。</p> |
| 1.2.2 医技及其他科室 | <p>【C】</p> <p>1. 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）、消毒供应室（可依托有资质的第三方机构）。</p> |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1. 中西药房分设。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <p>1. 增设肺功能室或内镜室等其他科室。</p> |
| 1.2.3 公共卫生科或预防保健科 | <p>【C】</p> <p>1. 包含预防接种门诊（含预检室、登记室、接种室、留观室、冷链室）、儿童保健室、妇女保健室、健康教育室、避孕药具室及相关工作设施等。</p> |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1. 预防接种门诊达到当地规范化门诊建设标准。</p> <p>2. 设置听力检查、视力检查、心理和行为发育检查室。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <p>1. 增设心理咨询室、健康小屋、预防保健特色科室等。</p> <p>2. 预防接种门诊达到数字化门诊建设标准。</p> <p>3. 儿童保健室与预防接种门诊功能布局优化，便于实现儿童健康全过程管理和服</p> |

| | |
|------------|---|
| 1.2.4 职能科室 | <p>【C】</p> <p>1. 设有党务、院务、医务、公卫管理、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。</p> <p>2. 实行乡村一体化管理的，设立相关专（兼）职岗位。</p> |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1. 至少设立3个以下职能科室：院办、医务（质控）、公卫管理、护理、财务、病案管理、信息、院感、医保结算、后勤管理等。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <p>1. 独立设置院感科、病案管理科等。</p> |

1.3 设施设备

| 能力条款 | 评价要点 |
|------------|--|
| 1.3.1 建筑面积 | <p>【C】</p> <p>1. 20张床位及以下，建筑面积达到300-1100平方米。</p> |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1. 21-99张床位，每增设1张床位，建筑面积至少增加50平方米。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <p>1. 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。</p> |
| 1.3.2 床位设置 | <p>【C】</p> <p>1. 实际开放床位10-20张。</p> |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1. 实际开放床位21-99张。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <p>1. 实际开放床位100张及以上。</p> |
| 1.3.3 设备配置 | <p>【C】</p> <p>1. 参照《医疗机构基本标准》要求配备相关设备，配备必要的中医药服务设备。</p> |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1. 配备听力筛查工具、视力筛查工具、心理行为发育筛查工具。</p> <p>2. 配备与诊疗科目相匹配的其它设备。</p> <p>3. 配备DR、彩超、全自动生化分析仪、全自动化学发光免疫分析仪、血凝仪、生物安全柜、十二导联心电图机、空气消毒机、麻醉机、呼吸机以及与诊疗科目相匹配的其它设备。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <p>1. 配备胃镜或CT等设备、配备急救型救护车。</p> |

| | |
|------------|---|
| 1.3.4 公共设施 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 卫生厕所布局合理，卫生间的洗手池等应采用非手动开关。 2. 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。 3. 在需要警示的地方有明显的警示标识。 4. 设立服务功能适宜的独立母婴室，配备基本设施，引导标识醒目。 5. 无障碍设施符合相关标准要求。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 如设肠道门诊的，肠道门诊厕所应单设。 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。 4. 医疗用房首层应设有无障碍厕所，层数为二层时宜设电梯或无障碍坡道，三层及以上应设电梯。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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，使用门诊叫号系统及住院病室一键呼叫对讲系统。 |

1.4 人员配备

| 能力条款 | 评价要点 |
|------------|--|
| 1.4.1 人员配备 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 达到《医疗机构基本标准》要求的配备。 2. 人员编制数不少于本省（区、市）出台的编制标准。 3. 卫生技术人员数不少于全院职工总数的 80%。 4. 辖区内每万名服务人口注册全科医师数不少于 2 人。 5. 中医类别医师不少于 2 名。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 大专及以上学历卫生技术人员比例达到 50%以上。 2. 公共卫生人员占专业技术人员编制的比例不低于 25%。 3. 辖区内每万服务人口注册全科医师数不少于 3 人，其中至少有一名经过助理全科医生培训或住院医师规范化培训。 4. 至少配备 1 名提供儿童基本医疗服务的全科医生。 5. 至少配备 2 名从事儿童保健的医师。 6. 至少配备 1 名公共卫生医师。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 辖区内每万服务人口注册全科医师数不少于 4 人，其中至少有 1 名经过住院医师规范化培训。 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

| 能力条款 | 评价要点 |
|--------------|---|
| 2.1.1 门、急诊服务 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 预检分诊处及门诊布局科学、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。 6. 有预检分诊登记资料，能够对患者的来源、去向进行追溯。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 设立咨询服务台、候诊区，开展导诊、分诊服务，设立助老服务点，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，有针对性地落实对老年人的优先措施。 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。 5. 规范设置发热诊室，落实相关制度和规范要求，加强疾病早期诊断和传染病筛查，做好转诊。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有缩短患者等候时间的措施。 2. 规范设置急诊科。 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 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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，并有记录。 3. 有部门或专（兼）职人员负责出院病人随访，并有记录或工作日志。 4. 至少有1名主治及以上职称的执业医师。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 能提供长期照护或安宁疗护等服务。 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 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 提供家庭医生签约服务，包括个人或家庭签约。 2. 明确签约服务包内容（包含中医药服务）。 3. 签订签约服务协议并按照协议提供服务。 4. 有家庭医生签约服务费标准及来源。 5. 有团队或个人能为签约居民提供中医药服务。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 原则上，以个人开展服务的，每个家庭医生签约人数不超过 1200 人；以团队开展服务的，每个团队签约人数不超过 2000 人。 2. 签约服务覆盖率不低于本县（市、区）签约率平均水平。 3. 签约居民履约率达到 70%以上。 4. 以需求为导向，针对不同人群提供相应的个性化服务。 5. 为签约居民提供优先转诊、检查、住院等服务。 6. 定期开展家庭医生签约服务质量考核。 7. 能为签约慢性病患者提供大于 4 周处方服务并在相应区域公示。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 签约服务覆盖率在本县（市、区）签约率中处于前 20%位次以内。 2. 签约居民履约率达到 80%以上。 3. 与二三级综合医院全科医学科建立联系。有二三级医院医师加入家庭医生队伍，开展签约服务。 4. 能够提供家庭病床服务。 |
| 2.1.4 转诊服务 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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 ★ | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 4. 有完善的远程医疗服务质量保障制度。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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 医疗服务

| 能力条款 | 评价要点 |
|-------------------|--|
| 2.2.1.1 疾病种类（见附件） | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 至少能够识别和初步诊治 50 种常见病、多发病。 2. 至少能够识别和初步诊治 20 种中医疾病。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 至少能够识别和初步诊治 30 种中医疾病。 3. 近 3 年累计收治住院病种（含家庭病床）不低于 50 种。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 至少能够识别和初步诊治 100 种常见病、多发病。 2. 至少能够识别和初步诊治 40 种中医疾病。 3. 近 3 年累计收治住院疾病（含家庭病床）不低于 60 种。 4. 近 3 年累计开展手术不低于 10 种。 |
| 2.2.1.2 急诊急救服务 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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，使用简易呼吸机。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。 4. 急救药品配备齐全并定期更新（确保在有效期内），急救物品完好率 100%。 5. 每年至少组织 1 次急救演练。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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”。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 对急诊诊疗情况有记录并进行分析评价，对存在问题与不足有改进措施，持续改进急诊服务有成效。 |

| | |
|-----------------------------|---|
| 2.2.1.3 内科 医疗服务 | <p>【C】</p> <p>1. 能对内科常见病、多发病进行识别和初步诊治。</p> <p>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。</p> |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1. 设立住院病房，上一年度收治病种不少于 5 种。</p> <p>2. 医护人员配备满足住院病人照护需要。</p> <p>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。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <p>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。</p> <p>2. 定期进行住院病人医疗质量分析，并持续改进。</p> |
| 2.2.1.4 外科 医疗服务 | <p>【C】</p> <p>能在外科门诊完成止血、缝合、包扎、骨折固定、转运等处理。</p> |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1. 能提供住院服务。</p> <p>2. 近 3 年累计开展手术病种不少于 5 种。</p> <p>3. 具备临床输血基本条件与资质。</p> <p>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）。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <p>1. 近 3 年累计开展手术病种不少于 10 种。</p> <p>2. 有高级职称医师负责主持危重病人抢救工作。</p> <p>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。</p> |
| 2.2.1.5 妇 （产）科医疗 服务 ★ | <p>【C】</p> <p>1. 能开展孕妇一般产前检查。</p> <p>2. 能对妇科常见病、多发病进行识别和初步诊治。</p> <p>3. 能提供避孕措施及手术咨询服务。</p> |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1. 能提供住院服务，上一年度收治病种不少于 3 种。</p> <p>2. 有中级及以上职称医师负责主持危重病人抢救工作。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <p>1. 能开展分娩服务,分娩现场要有 1 名经过新生儿复苏培训的专业人员。</p> <p>2. 有高级职称医师负责主持危重病人抢救工作。</p> <p>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。</p> |

| | |
|-------------------------------|--|
| 2.2.1.6 全科 医疗服务 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 全科医生在门诊开展高血压、糖尿病的主动筛查及诊断治疗。 3. 全科医生对诊断明确的高血压、2型糖尿病等慢性病患者提供医防融合健康管理服务。 4. 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。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 定期对服务质量进行分析并持续改进。 2. 提供眼、耳鼻喉、烧伤等其他临床服务。 3. 建立以全科医师为核心，全科专科有效联动的服务模式。 |
| 2.2.1.7 中医 医疗服务 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有中医馆，具有中医文化氛围。 2. 有具备资质的中医师，至少有1名中医执业医师。 3. 能辨证施治内、外、妇、儿常见病多发病。 4. 家庭医生团队均能对签约居民提供中医药服务。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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10种以上中医适宜技术。 3. 能够对高血压、2型糖尿病开展中医药健康干预服务。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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和健康知识传播服务。 2. 能够对冠心病、中风、慢阻肺等慢性病开展中医药健康干预服务。 3. 有院科两级质量管理体系，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 ★ | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 能对眼、耳鼻咽喉常见病进行识别和初步诊治。 2. 对眼、耳鼻咽喉诊疗工作有记录。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 能够治疗8种及以上眼、耳鼻咽喉病种。 2. 能够结合儿童健康管理开展儿童常见眼、耳等疾病的筛查、转诊和健康教育。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 定期进行眼、耳鼻咽喉医疗质量分析，并持续改进。 |
| 2.2.1.9 口腔 医疗服务 ★ | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 能对口腔科常见疾病进行识别和初步诊治。 2. 能提供口腔预防保健、适宜技术服务并有工作记录。 3. 从事诊疗医务人员应掌握口腔诊疗器械消毒技术操作规范。 4. 进入患者口腔内的所有诊疗器械必须达到一人一用一消毒的要求。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 能够诊治不少于6种的口腔疾病。 2. 口腔科疾病诊疗工作有相关记录。 3. 能够结合儿童健康管理开展儿童常见口腔异常的检查、转诊和健康教育。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 能提供复杂牙拔除术、修复正畸或种植等技术服务。 2. 定期进行口腔医疗质量数据分析和持续改进。 |

| | |
|------------------|---|
| 2.2.1.10 康复医疗服务★ | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 4. 有针对康复病人预防二次伤害的预案。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 3. 能开展居家康复医疗服务。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 能开展认知知觉功能障碍训练，运动疗法，慢性呼吸系统疾病等综合康复，儿童孤独症、脑瘫等疾病的康复服务，并规范管理。 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。 |
| 2.2.1.11 儿科医疗服务 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 至少配备 1 名能够提供儿童基本医疗服务的全科医生（含中医全科）。 2. 开展儿科常见病、多发病的临床诊疗服务。 3. 定期开展儿科急救及常见病处置培训。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 至少配备 1 名儿科医生。 2. 应用中医适宜技术治疗儿科常见病、多发病。 3. 能够提供出生缺陷疾病预防、治疗咨询服务。 4. 能够早期识别危重症患儿并进行初步急救处置。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 设有儿科病床，提供住院服务。 |
| 2.2.1.12 老年人卫生服务 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 保留老年人熟悉的传统服务方式，解决老年人运用智能技术困难问题。 2. 为老年人提供优先就诊、转诊服务。 3. 能开展 65 岁及以上老年人综合评估，对 5 种重点慢性病每年至少开展 1 次健康评估。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 对机构信息化终端、APP 等进行适老化改造，方便老年人阅览和操作。 2. 对重点慢性病、退行性疾病、营养和心理等多种健康情况进行评估并干预。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 能够为居家老年人、辖区内养老机构提供家庭病床、巡诊等上门服务，提供一键呼叫等服务。 2. 为辖区内有需要的老年人提供康复护理、安宁疗护等服务。 |

| | |
|----------------------|---|
| 2.2.1.13 心理健康服务 ★ | <p>【C】</p> <p>1. 制定心理健康服务的相关制度。</p> <p>2. 至少配备 1 名专（兼）职心理健康服务工作人员。</p> <p>3. 开展心理健康科普宣传、健康教育等。</p> |
| | <p>【B】 符合“C”，并</p> <p>1. 能够开展心理疾病初步识别。</p> <p>2. 为有需求的家庭和个人提供心理健康指导。</p> |
| | <p>【A】 符合“B”，并</p> <p>1. 有心理治疗师或转岗培训精神科医师提供心理健康服务。</p> <p>2. 与心理健康或精神疾病专业机构建立协作机制。</p> |

2.2.2 检验检查服务

| 能力条款 | 评价要点 |
|--------------|---|
| 2.2.2.1 检验项目 | <p>【C】</p> <p>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。</p> |
| | <p>【B】 符合“C”，并</p> <p>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。</p> <p>2. 提供 24 小时急诊检验服务。</p> |
| | <p>【A】 符合“B”，并</p> <p>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。</p> <p>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。</p> |
| 2.2.2.2 检查项目 | <p>【C】</p> <p>1. 开展胸、腹部透视、CR 摄片、心电图、B 超检查。</p> <p>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。</p> |
| | <p>【B】 符合“C”，并</p> <p>1. 开展 DR 摄片、彩超检查。</p> <p>2. 开展心电监测等。</p> |
| | <p>【A】 符合“B”，并</p> <p>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。</p> <p>2. 开展远程心电监测、动态心电监测、动态血压监测等。</p> |

2.2.3 基本公共卫生服务

| 能力条款 | 评价要点 |
|------------------|--|
| 2.2.3.1 居民健康档案管理 | 【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. 为辖区内常住居民开展健康档案管理服务并遵循国家统一的相关数据标准与规范。 3. 居民规范化电子健康档案覆盖率达到国家标准。 |
| | 【B】 符合“C”，并 1. 健康档案使用率达到50%以上。 2. 电子健康档案向个人开放。 |
| | 【A】 符合“B”，并 1. 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，具备开展服务的场地、设施设备。 2. 每个机构至少配备2名从事健康教育的专（兼）职人员。 3. 利用多种形式开展辖区健康教育服务。 4. 健康教育服务内容符合规范要求。 |
| | 【B】 符合“C”，并 1. 确定具体科室负责相关工作。 2. 健康教育形式和频次达到规范要求。 3. 利用互联网、手机终端等新媒体、新形式开展健康教育。 4. 提供戒烟咨询服务。 |
| | 【A】 符合“B”，并 1. 对健康教育服务质量进行评价。 2. 针对评价结果改进健康教育方式、内容。 |
| 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。根据地方要求，按照规范流程，开展新冠疫苗接种工作。 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 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 按照规范要求，具备开展服务的设施设备。 2. 配备医生从事儿童保健服务。 3. 对辖区内常住的 0-6 岁儿童规范开展健康管理服务。 4. 随访结果及时向儿童家长反馈。 5. 在对儿童开展健康体检时做好视力、听力等宣教、检查、转诊工作。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 65 岁及以上老年人城乡社区规范健康管理服务率达到国家指标要求。 4. 健康体检结果及时向居民本人反馈。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 对发现异常和患病老年人及时治疗或转诊，并随访转诊结果。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 对历年老年人健康体检结果有对比分析并制订工作改进措施。 |
| 2.2.3.7 高血压患者健康管理 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 4. 高血压患者健康管理由临床医生负责，以家庭医生为主。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 高血压患者基层规范管理服务率达到国家标准。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 已管理的高血压患者血压控制率达到 60%以上。 |

| | |
|---------------------|---|
| 2.2.3.8 2型糖尿病患者健康管理 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 4. 糖尿病患者健康管理由临床医生负责，以家庭医生为主。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2型糖尿病患者基层规范管理服务率达到国家标准。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 已管理的2型糖尿病患者血糖控制率达到60%以上。 |
| 2.2.3.9 严重精神障碍患者管理 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 严重精神障碍患者健康管理由临床医师负责。 2. 社区在册居家严重精神障碍患者健康管理率达到国家标准。 3. 与上级医疗卫生机构建立培训指导、转会诊制度。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 按照规范开展随访。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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，以家庭医生为主。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 肺结核患者规律药率达到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 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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，管理率达到国家或地方年度标准。 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。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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超过国家或地方年度标准1个百分点。 2. 相关服务由中医师及其团队开展。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 65岁及以上老年人、0-36个月儿童中医药健康管理率超过国家或地方年度标准2个百分点。 |

| | |
|----------------------------|---|
| 2.2.3.12 传染病及突发公共卫生事件报告和处理 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 4. 相关医务人员熟练掌握传染病和新冠肺炎疫情防控核心知识要点。 <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 3. 对传染病和新冠肺炎疫情防控相关知识、抗原检测、核酸采样的技能进行培训及应急预案演练。 <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 卫生监督协管 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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监督协管服务。 <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 实行卫生监督协管信息零报告制度。 2. 卫生监督协管信息报告率达到95%以上。 <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 辖区内连续三年以上无食源性疾病、无饮用水卫生安全和学校卫生问题、无非法行医和非法采供血等不良事件。 |
| 2.2.3.14 重大公共卫生项目及其他 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 按照当地卫生行政部门要求，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。 4. 提供多种形式的生育知识健康教育、咨询和就诊指导。 5. 提供避孕药具自助发放服务。 <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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。 |

2.3 服务效果

| 能力条款 | 评价要点 |
|------------|--|
| 2.3.1 服务效率 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 |
| | <p>【B】 符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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%。 |
| | <p>【A】 符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 75%。 |
| 2.3.2 满意度 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 每年至少开展 1 次居民满意度调查，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。针对问题提出改进措施。 2. 每年至少开展 1 次职工满意度调查。 |
| | <p>【B】 符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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%。 |
| | <p>【A】 符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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

| 能力条款 | 评价要点 |
|------------|---|
| 3.1.1 执业管理 | 【C】 1. 建立本机构的医疗技术临床应用管理制度，并执行。 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. 建立本机构依法执业自查工作制度，定期组织开展依法执业自查，并指导辖区村卫生室依法执业。 |
| | 【A】 符合“B”，并 1. 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. 本机构及其医务人员应当遵循临床诊疗指南、临床技术操作规范、行业标准等有关要求开展诊疗工作。 2. 定期对相关人员进行培训和考核，及时更新知识。 |
| | 【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. 根据医学发展和本机构实际，及时补充完善诊疗规范。 |
| | 【A】 符合“B”，并 1. 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

| 能力条款 | 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，有本机构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 1. 机构内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 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 有本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。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 定期修订和及时更新制度，落实各项医疗质量管理体系，覆盖医疗全过程。 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。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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 医疗质量管理体系落实

| 能力条款 | 评价要点 |
|-------------------|---|
| 3.2.2.1 “三基”培训与考核 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有各专业、各岗位的“三基”培训和考核制度。 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。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 落实培训及考核计划，在岗人员参加“三基”培训覆盖率达到90%以上。 2. 有指定部门或专职人员负责实施。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 在岗人员参加“三基”考核合格率达到90%以上。 |
| 3.2.2.2 住院诊疗质量管理 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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，对存在问题及时反馈。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 建立首诊负责制度，有首诊处理流程。 2. 制定预检分诊，转科、转院等程序和流程。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 各科室医务人员应知晓和掌握首诊负责制度和处理流程。 2. 预检分诊、首诊负责制在日常工作中得到完全落实。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 |
| | <p>【B】 符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 各科医务人员应知晓查房制度并落实。 2. 科主任或副高级及以上医师每周至少查房 2 次。 3. 按规定准确、规范、完整记录查房内容。 |
| | <p>【A】 符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 职能部门履行监管职责，对落实情况有评价，持续改进有记录。 |
| 3.2.2.5 值班和交接班制度 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 建立本机构值班体系，包括临床、医技、护理部门以及提供诊疗支持的后勤部门。 2. 制定本机构及科室值班和交接班制度，明确岗位职责和相关规定。 3. 值班表向全院公开，值班人员资质符合岗位要求。 |
| | <p>【B】 符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 按要求落实值班和交接班相关制度、规定，及时记录值班情况，交接班记录规范、完整。 |
| | <p>【A】 符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 职能部门履行监管职责，对落实情况有评价、有记录，持续改进。 |
| 3.2.2.6 手术、麻醉授权管理★ | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 |
| | <p>【B】 符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 相关人员知晓本部门、本岗位的管理要求。 2. 无违反相关规定的行为。 |
| | <p>【A】 符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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，并及时更新。 |
| 3.2.2.7 病历书写规范管理 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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、急诊和住院患者病历。 2. 将病历书写基本规范作为医师岗前培训内容和医师“三基”训练内容，医师知晓率 100%。 |
| | <p>【B】 符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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达到 98%以上、住院病历书写合格率达到 95%以上、甲级病历率达到 90%以上；无丙级病历。 |
| | <p>【A】 符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有职能部门监管记录，对落实情况有评价、有记录，持续改进。 |

| | |
|--------------------------------|---|
| <p>3.2.2.8 手术管理 ★</p> | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有符合本机构的手术分级管理、手术审批权限制度和手术分级目录。 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. 定期对临床科室手术医师进行相关教育与培训。 <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 职能部门对制度落实情况定期检查有记录，并将结果进行反馈。 <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 职能部门对检查结果进行分析，持续整改并取得成效。 |
| <p>3.2.2.9 患者麻醉前病情评估和讨论制度★</p> | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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落实患者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。 5. 有全身麻醉后的复苏管理措施，实施规范的全程监测并有记录。 <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 评估与讨论的病历记录完整性达到100%。 2. 科室对变更麻醉方案的病例进行定期回顾、总结和分析。 <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 职能部门履行监管职责，有监管检查、反馈和改进措施，并有记录。 |
| <p>3.2.2.10 输血管理 ★</p> | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 制定本机构的相关管理制度，有临床输血管理组织和职能管理部门，对全院临床输血进行监管指导，并有工作记录。 2. 医务人员掌握输血适应症相关规定，合理用血。 3. 有输血前的检验和核对制度，实施记录及时、规范，且保存完好。 4. 有输血不良反应及处理预案，记录及时、规范。 5. 组织全院开展输血相关的法律、法规、规范、制度的培训。 <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 开展输血不良反应的应急演练。 2. 各相关科室按照制度和流程要求，共同落实输血管理相关制度。 <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 机构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，定期评价与分析本机构用血趋势。 |

| | |
|--------------------|--|
| 3.2.2.11 放射或医学影像管理 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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本院功能任务一致，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)。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 |
| 3.2.2.12 临床检验管理 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 按照《医疗机构临床实验室管理办法》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。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 开展安全制度与流程管理培训，相关人员知晓本岗位履职要求。 2. 能定期开展实验室室内质控和室间质评工作。 3. 科室每年至少 1 次向临床科室征求项目设置的合理性意见，确保检验项目满足临床需求。 4. 能提供 24 小时急诊检验服务。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 |
| 3.2.2.13 中医管理 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有中医科工作制度、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。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 按《中医病历书写规范》书写医疗文书。 2. 科室内应定期开展自查、评估、分析和整改。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 职能部门履行监管职责，定期评价、分析、反馈，中医管理持续改进有成效。 |

| | |
|-----------------|--|
| 3.2.2.14 康复管理 ★ | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 有具备康复资质治疗师、护士及其他技术人员实施康复治疗和训练。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 对转入本机构或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、反馈和整改。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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。 |
| 3.2.2.15 病案管理 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 无电子病历系统的机构，要有电子病历系统的建设方案与计划。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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，并按照《电子病历应用管理规范》进行管理。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 质量管理相关部门、病案科以及临床各科室定期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. 职能部门定期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

| 能力条款 | 评价要点 |
|------------|---|
| 3.3.1 查对制度 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 6. 相关工作人员熟悉并遵循上述制度和工作流程。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 重点部门和关键环节（如急诊、产房、手术室等）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。 |

| | |
|------------------------|--|
| <p>3.3.2 手术安全核查管理★</p> | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 择期手术患者需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。 <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 落实择期手术术前准备制度，执行率达到 90%以上。 2. 手术核查、手术风险评估按制度执行。 <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 相关职能部门履行监管职责，有检查、分析，持续改进有成效。 |
| <p>3.3.3 危急值报告管理</p> | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有符合本机构的临床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。 <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 严格执行危急值报告制度与流程，并规范记录。确保危急值信息报告全流程的人员、时间、内容等关键要素可追溯。 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。 <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 职能部门每年对本机构危急值报告制度的有效性至少开展 1 次评估。 |
| <p>3.3.4 患者安全风险管理</p> | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有本机构质量安全（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。 6. 相关工作人员熟悉并遵循上述制度和流程。 7. 本机构内有防止跌倒、烫伤等安全措施。 <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 对患者安全风险质量监控指标数据进行收集和分析。 <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 定期分析患者意外事件，持续改进，降低事件发生率。 |
| <p>3.3.5 患者参与医疗安全</p> | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 有邀请患者主动参与医疗安全管理的具体措施与流程。 3. 有宣传并鼓励患者参与医疗安全活动的相关记录。 <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 药学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。 <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 职能部门定期对“患者主动参与医疗安全活动”进行检查、总结和反馈，并持续整改。 2. 有数据证实“患者主动参与医疗安全活动”取得成效。 |

3.4 护理管理

| 能力条款 | 评价要点 |
|----------------|---|
| 3.4.1 护理组织管理体系 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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和年度计划，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。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 3. 护理部门对《护士条例》执行落实情况开展监督检查。 4. 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。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 开展延续性护理和个案管理。 2. 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 临床护理质量管理 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 依据《分级护理指导原则》制定本机构的分级护理制度，有护理质量评价标准。 2. 护士掌握分级护理的内容，有年度护理培训计划，定期开展相关培训和教育。 3. 有定期护理查房、病例讨论制度及流程，有相关工作记录。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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和结果。 |

| | |
|--------------|---|
| 3.4.3 护理安全管理 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 制定并落实临床护理技术操作常见并发症的预防和处理规范。 2. 有重点环节应急管理制度，有紧急意外情况的应急预案，并开展演练。 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。八对：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、查对药品有效期。一注意：注意严密观察药效及副作用。） |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 本机构为护士实施治疗及护理时提供必要的防护措施，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。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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

| 能力条款 | 评价要点 |
|----------------|---|
| 3.5.1 医院感染管理组织 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 健全医院感染管理组织体系，合理配备专（兼）职人员承担医院感染管理和业务技术咨询、指导工作。 2. 制定符合本机构实际的医院感染管理规章制度，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。 3. 将医院感染管理纳入本机构工作计划和质量与安全管理目标。 4. 针对各级各类人员制定医院感染管理培训计划。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有院科两级医院感染管理工作制度和督查记录，每月召开专题会。 2. 及时整改上级部门检查发现的问题，并及时调整、完善工作计划和内容。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 职能部门对医院感染管理定期评估，对存在问题有反馈和改进措施，持续改进。 |
| 3.5.2 医院感染相关监测 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 机构配备医院感染管理专（兼）职人员，监测设施配备符合要求。 2. 有符合本机构实际的医院感染监测计划、监测的目录/清单，开展感染发病率监测，符合医院感染监测规范（WS/T312—2009）、医疗机构消毒技术规范（WS/T367-2012）。 3. 有针对本机构重点环节、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，制定针对性措施。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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、总结和反馈，对存在的问题进行督促整改。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 开展医院感染监测工作，提高本机构医院感染管理水平，成效明显。 |

| | |
|-----------------|---|
| 3.5.3 手卫生管理 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 定期开展手卫生知识宣传与技能的培训、考核，并有记录。 2. 手卫生设施种类、数量、安置位置、手卫生用品等符合医务人员手卫生规范(WS/T313-2019)要求。 3. 医务人员手卫生知识知晓率 100%。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有院科两级对手卫生规范执行情况的监督检查记录，并有整改措施。 2. 随机抽查医务人员手卫生依从性达到 70%以上，洗手方法正确率达到 70%以上。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 随机抽查医务人员手卫生依从性达到 80%以上，洗手方法正确率达到 80%以上。 |
| 3.5.4 消毒及灭菌工作管理 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 有本机构重点部门消毒与隔离工作制度和措施，并执行。 4. 有消毒供应室的，应有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、规范和判定标准。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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，对设备设施和消毒剂检测结果定期进行分析、总结、反馈，及时整改。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 职能部门对持续改进情况进行追踪和成效评价，并有记录。 |

3.6 医疗废物管理

| 能力条款 | 评价要点 |
|-------------------|---|
| 3.6.1 医疗废物和污水处理管理 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有本机构的医疗废物管理和污水处理管理规章制度和岗位职责，并及时更新。 2. 有专（兼）职人员负责医疗废物和污水处理工作，上岗前经过培训。 3. 专（兼）职人员定期对本机构开展相关培训，并指导辖区村卫生室工作，有记录。 4. 相关工作人员熟悉并遵循上述制度和工作流程。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 职能部门对制度和岗位职责落实情况进行监管，持续改进。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 根据监管情况，职能部门对医疗废物和污水处理管理工作开展成效评价，并有记录。 |

| | |
|-------------------|--|
| 3.6.2 医疗废物处置和污水处理 | <p>【C】</p> <p>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。</p> <p>2. 建有污水处理设施并且运转正常，有运行日志与监测的原始记录。</p> <p>3. 医疗废物处理符合环保要求，无环保安全事故发生。</p> |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1. 定期开展医疗废物处置和污水处理的培训，并有记录。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <p>1. 医疗废物全部由医疗废物集中处置单位集中进行处置。</p> <p>2. 定期对污水进行相关监测，并达标。</p> <p>3. 有根据监管情况改进工作的具体措施并落实。</p> |

3.7 放射防护管理

| 能力条款 | 评价要点 |
|--------------|--|
| 3.7.1 放射防护管理 | <p>【C】</p> <p>1. 有院领导及专（兼）职人员组成的管理部门负责此项工作，制定工作人员和受检人员放射防护制度并配备相应设施。</p> <p>2. 放射诊疗设备实行统一保养、维修、校验和强检，建立防护用品使用台账，实行标识管理。</p> <p>3. 定期开展放射设备及周围环境检测并达标，按照《放射工作人员职业健康管理办法》开展工作人员个人剂量监测及职业健康检查。</p> |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1. 有根据监管情况进行改进的措施并得到落实，有记录。</p> <p>2. 操作人员能执行日常保养和维护，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。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <p>1. 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。</p> <p>2. 有职能部门或委托机构定期检测检查的相关记录，并持续改进。</p> |

3.8 药事管理

| 能力条款 | 评价要点 |
|------------|---|
| 3.8.1 药品管理 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 设立药事与药物治疗管理组织，有相应工作制度并落实。 2. 药品采购供应管理制度与流程符合相关规定，严格落实“毒麻精放”药品管理，有药品贮存相关制度并执行。 3. 疫苗的流通、储存、领发、登记及使用等符合相关规定。 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. 本机构应建立以基本药物为主导的“1+X”用药模式，用药目录符合相关规定。有优先配备和合理使用国家基本药物、国家组织集中采购和使用药品及医保目录药品相关规定并执行。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 药品采购、贮存、供应实行信息化管理。 2. 根据药品用量金额评估药品储备情况，药品储备适宜，与机构用药相衔接，满足临床用药需求。 3. 定期开展药师和其他药学技术人员培训。 4. 开展药品使用监测，及时准确采集报送监测数据。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 开展药品采购、贮存、发放、调配、使用全过程监管，制定合理用药相应指标，并纳入绩效考核。 2. 能组织开展药品监测数据分析应用，用于指导合理配备使用药品。 |
| 3.8.2 临床用药 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 制定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，并落实。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 3. 开展医生、护士的合理用药知识培训。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 配备临床药师，积极参与临床治疗，开展专科药学服务。 2. 在家庭医生签约服务中，积极开展用药咨询、药物治疗管理、重点人群用药监护、家庭药箱管理、合理用药科普等服务。 3. 职能部门对药物临床应用进行监测与评价，持续改进见成效。 |

| | |
|----------------|---|
| 3.8.3 处方管理 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 根据《处方管理办法》制定本机构处方管理实施细则，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审核、调配、点评等制度，并实施。 3. 每月至少抽查 100 张门、急诊处方（含中药饮片处方）进行点评，设病房的机构每月至少抽查 30 份出院病历进行点评（不足 30 份的，全部点评）。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有案例证实，根据点评结果，落实整改措施，持续促进本机构合理用药。 |
| 3.8.4 药品不良反应管理 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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，并按规定上报卫生健康行政部门和药品监督管理部门。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有药品不良反应与药害事件报告的奖惩措施并执行。 2. 建立药品不良反应或药害事件报告数据库或台账。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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

| 能力条款 | 评价要点 |
|---------------------------|---|
| 3.9.1 建立健全公共卫生管理制度 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 机构设有公共卫生服务项目管理部门，明确责任人，有年度工作计划和总结。 2. 有本机构的公共卫生服务工作制度、绩效考核与经费分配方案。 3. 及时修订完善突发公共卫生事件应急预案，定期开展培训及演练。 4. 按规定向卫生健康行政部门、专业公共卫生机构如实完整报送相关服务数据。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 年度公共卫生服务工作总结内容充实、有分析评价。 2. 定期开展居民调查，了解服务对象对公共卫生服务项目知晓率和获得感。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 针对存在的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助 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有村卫生室基本公共卫生服务项目绩效评价方案，原则上每季度评价 1 次；考核结果与资金分配挂钩。 2. 村卫生室承担相应比例公共卫生服务内容和服量；根据评价情况，按要求落实 40%左右基本公共卫生服务经费补助用于村卫生室。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 考核公平、公正，指标涵盖评价对象承担的服务内容和服量，评价记录完整。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 针对存在的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

| 能力条款 | 评价要点 |
|--------------|--|
| 4.1.1 党的组织建设 | 【C】 1. 成立党组织，分工明确，按期换届，制定党员花名册。 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. 设党务公开栏，严格落实党务公开，按时足额收缴党费。 4. 坚持“两个确立”、增强“四个意识”、坚定“四个自信”、做到“两个维护”。 |
| | 【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 1. 党的基层组织获得上级党组织表彰，或支部内党员获得上级党组织表彰。 |
| 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 1. 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 1. 党风廉政建设方面获得上级党组织表彰。 |

4.2 人员管理

| 能力条款 | 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。 4. 按照相关基层医疗卫生机构绩效考核的文件开展考核。 |
| | 【B】 符合“C”，并 1. 绩效分配方案（包含家庭医生签约服务）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。 3. 绩效考核落实“两个允许”（允许医疗卫生机构突破现行事业单位工资调控水平；允许医疗服务收入扣除成本并按规定提取各项资金后主要用于人员奖励）。 |
| | 【A】 符合“B”，并 1. 用信息化手段开展绩效考核。 |

| | |
|--------------|--|
| 4.2.2 人才队伍建设 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 制定卫生院人力资源规划、岗位管理、人才招聘、人才培养计划。 2. 每年组织卫生技术人员到县（市、区）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。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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，学分达标率达到80%以上。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有人才引进优惠措施。 2. 在岗人员按照规定完成医学继续教育要求的相应学分，学分达标率达到90%以上。 |

4.3 财务管理

| 能力条款 | 评价要点 |
|------------|--|
| 4.3.1 财务管理 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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，具备相应专业能力。财务集中核算管理的机构配备经过培训合格的报账员。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 认真执行卫生院年度预算，定期进行经济（财务）运行分析，有分析报告。 2. 有内部监督和控制制度，明确部门和岗位职责权限，定期开展财务管理制度培训，定期财务内审或自查，并有持续改进措施。 3. 加强成本管控，采取措施降低运行成本，成本控制纳入绩效考核。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有定期财务资金管理总结分析报告，持续改进相关工作。 |

4.4 医保基金使用内部管理

| 能力条款 | 评价要点 |
|------------------|--|
| 4.4.1 医保基金使用内部管理 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 制订本机构医保管理办法及实施细则。 2. 执行实名就医和购药管理规定，核验参保人有效身份凭证。 3. 严格执行医保协议，合理诊疗、合理收费，严格执行医保药品、医用耗材和医疗服务项目等目录。 4. 按照诊疗规范提供合理、必要的医疗服务，向参保人员如实出具费用单据和相关资料。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 医保支付的药品、耗材应当按规定在医疗保障行政部门规定的平台上采购，并真实记录“进、销、存”等情况。 2. 定期开展医疗保障基金相关制度、政策培训。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 定期检查本单位医疗保障基金使用情况，及时纠正医疗保障基金使用不规范的行为，有记录并持续改进。 |

4.5 安全生产

| 能力条款 | 评价要点 |
|------------|--|
| 4.5.1 安全生产 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 4. 按照《医疗纠纷预防和处理条例》《医疗机构投诉管理办法》等文件要求，建立健全医患沟通机制、投诉接待制度等。 5. 按照《关于加强医院安全防范系统建设的指导意见》制定有本机构安全防范制度、应急处置机制等。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 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，每半年至少组织一次演练。 3. 设置有投诉管理部门或者配备专（兼）职人员，对医务人员开展医患沟通技巧培训。 4. 配备有专（兼）职保卫人员，聘用足够的保安员，为在岗保卫人员配备必要的通讯设备和防护器械，在出入口和主要通道安装视频监控装置。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 根据演练效果和定期检查情况，制定改进措施并落实。 2. 对新建和改扩建项目，其结构安全等级、抗震设防类别及消防设计审查须符合国家建设部门制定的相应标准规范要求。 3. 能够定期对投诉涉及的风险进行评估，对投诉隐患进行摸排，对高发隐患提出针对性的防范措施。 4. 能够定期开展安全防范系统建设总结分析，持续改进相关工作。 |

4.6 信息管理

| 能力条款 | 评价要点 |
|--------------|---|
| 4.6.1 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. 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，并设置信息化管理专（兼）职人员。 3. 建立信息系统，满足财务、药房、门诊、住院、检验、放射、家庭医生签约等信息系统，系统满足基本医疗、公共卫生和家庭医生签约服务功能需求。 4. 及时、准确报送统计信息。 |
| | 【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. 提供互联网预约挂号和自助查询功能。 |
| | 【A】 符合“B”，并 1. 信息系统具备运营管理、后勤管理、电子证照管理等功能。 2. 建立统一的基层医疗卫生机构信息系统，部署在县（市、区）级及以上全民健康信息平台。 |
| 4.6.2 网络安全 | 【C】 1. 配备专兼职人员，制定网络安全的相关制度。 2. 有保障信息系统的安全措施和应急处理预案。 3. 有信息网络运行、设备管理和维护、系统更新记录。 4. 安全运维，保证设备的安全和正常使用。 |
| | 【B】 符合“C”，并 1. 信息安全采用身份认证、权限控制，保障网络安全和个人信息安全。 |
| | 【A】 符合“B”，并 1. 具有支持移动业务终端安全防护的管理系统。 2. 具有防灾备份恢复系统。 |

4.7 行风与文化建设

| 能力条款 | 评价要点 |
|---------------|---|
| 4.7.1 行风与文化建设 | 【C】 1. 建立健全规章制度，有员工工作手册，规范各项行为，并强化员工培训。加强医德医风建设，建立医德考评公示制度。 2. 贯彻落实医疗机构工作人员廉洁从业《九项准则》，并设置投诉电话或举报箱，及时处理群众投诉。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. 制定有本机构文化建设实施方案并组织实施。 4. 加强机构文化宣传，采取多种方式开展宣传活动。 |
| | 【B】 符合“C”，并 1. 深化作风效能建设，相关效能制度严格落实。 2. 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，各类表彰和评优评先向家庭医生倾斜。 3. 有机构宗旨、院训、着装规范等文化建设内容。 4. 机构环境、服务设施等能体现机构文化，氛围浓厚。 |
| | 【A】 符合“B”，并 1. 机构文化理念宣传与日常工作相结合，利用新媒体开展特色文化宣传活动。机构文化建设得到职工和居民认可。 2. 机构行风建设有成效，相关工作得到上级部门表彰。 |

4.8 信息公开

| 能力条款 | 评价要点 |
|------------|---|
| 4.8.1 信息公开 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 加强医疗卫生机构信息公开工作，确定落实信息公开第一责任人。 2. 建立健全信息公开工作制度，规定了本机构公开信息的范围形式、审核发布、管理维护及咨询回应等工作。 3. 按照《医疗卫生机构信息公开基本目录》中对于“基层医疗卫生机构信息公开基本目录”的要求，对于本机构所涉及的信息基本能够予以公开。 4. 结合自身条件，确定了咨询服务方式，至少通过 1 种渠道开展咨询服务。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 明确管理部门或专门人员负责本机构的信息公开工作。 2. 按照“基层医疗卫生机构信息公开基本目录”的要求，对于本机构所涉及的信息均予以公开。 3. 将基本目录要求的信息以多种方式向社会公开，方便公众获取。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 信息公开及时、准确、全面，信息不滞后。 2. 机构能够定期开展信息公开情况自查，对工作进行总结分析并持续改进。 |

4.9 县乡一体和乡村一体建设

| 能力条款 | 评价要点 |
|-------------------|---|
| 4.9.1 县乡一体和乡村一体建设 | <p>【C】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 实施辖区内乡村卫生健康服务一体化管理，建立管理及工作制度并严格落实。 2. 承担对村卫生室的业务指导、考核和乡村医生业务培训。 3. 建立分工协作制度，以业务、技术、管理为纽带，与上级医疗机构建立长期稳定的分工协作机制。 |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 组织乡村医生每月召开例会、并有记录。 2. 定期对村卫生室工作情况进行检查，并督促持续改进。 3. 规范双向转诊标准和流程，每半年至少有一次上级医疗机构医师指导工作记录。 |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 参与紧密型县域医共体建设，实行县乡一体化管理。 |

4.10 部门协同

| 能力条款 | 评价要点 |
|-------------|--|
| 4.10.1 部门协同 | <p>【C】</p> <p>1. 与乡镇、民政、公安、教育、残联、老龄办等相关部门密切配合。</p> <p>2. 与辖区内托育机构、幼儿园、学校、企事业单位等相互配合，能够提供有关卫生健康咨询服务。</p> |
| | <p>【B】符合“C”，并</p> <p>1. 与乡镇和村建立沟通协调机制，共同制定卫生健康服务工作计划，定期总结。</p> <p>2. 从专业角度积极指导制定村公共卫生工作方案和突发公共卫生事件应急预案。</p> <p>3. 积极参与村（居）民委员会公共卫生委员会选任。</p> <p>4. 从专业角度对村（居）民委员会公共卫生委员会成员开展相关卫生知识培训，指导其开展卫生健康政策宣传、居民健康教育活动等。</p> |
| | <p>【A】符合“B”，并</p> <p>1. 建立日常医疗卫生服务与辖区养老机构、特困人员供养服务设施（敬老院）养老服务有机衔接融合工作机制，提供有关医疗卫生服务，推进医养结合。</p> |

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(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《疾病分类与代码》(GB/T 14396-2016)执行。)

二、乡镇卫生院医疗服务中医疾病名(70种)

(一) 内科(25种)

感冒(A01.01.01)、伤风(A01.01.01.01)、温病(A01.03.01.)、内伤发热病(A06.01.04)、咳嗽病(A04.04.01.)、胸痹心痛(A04.01.01)、怔忡病(A04.01.10)、眩晕(A17.07)、呃逆(A04.03.01)、胃反病(A04.03.02)、腹胀病(A04.03.05)、便秘

(A04.03.06)、泄泻(A04.03.07)、胃痞病(A04.03.15)、胃痛(A04.03.19)、中风病(A07.01.01.)、口僻(A07.01.01.04)、外感头痛(A07.01.02.01)、内伤头痛(A07.01.02.02)、风寒湿痹(A07.06.01)、不寐(A04.01.13)、郁证(A05.01)、消渴(A06.09.)、水肿类病(A06.07.)、淋症(尿路感染 A04.05.)。

(二) 外科 (16 种)

乳痈(A07.03.01)、乳癖(A07.03.04)、瘰类病(A07.02.)、疔(A08.02.01.)、丹毒(A08.01.56)、疮(A08.03.01.)、蛇串疮(A08.01.02 带状疱疹)、湿疮(A08.01.07)、瘾疹(A08.01.09)、风热疮(A08.01.14)、粉刺(A08.01.20)。急性腰扭伤(A03.06.04.08)、腰肌劳损(A03.06.04.09)、漏肩风(肩关节周围炎 A03.06.04.03)、颈椎病(A03.06.04.05)、腰椎病(A03.06.04.06)。

(三) 妇科 (11 种)

月经先期(A09.02.02.01)、月经后期(A09.02.02.02)、月经先后不定期(A09.02.02.03)、月经过多(A09.02.02.04)、月经过少(A09.02.02.05)、经期延长(A09.02.02.06)、痛经(A09.02.02.07)、绝经前后诸证(A09.02.02.12)、产后缺乳(A09.02.05.22)、带下类病(A09.02.06.)、盆腔炎(A09.02.07.03)。

(四) 儿科 (10 种)

小儿感冒(A10.02.01)、小儿咳嗽(A10.04.01)、小儿泄泻(A10.04.18)、小儿呕吐(A10.04.17)、小儿厌食(A10.04.15)、

食积（A10.04.14.02）、小儿疳积（A10.04.13.02）、小儿口疮（A10.04.28）、小儿腹痛（A10.04.19）、小儿遗尿（A10.04.23）

（五）五官科（8种）

针眼（A11.01.01.01）、天行赤眼（A11.01.03.01 流行性出血性结膜炎）、神水将枯（A11.01.06 干眼症）、鼻鼽（A13.02 变应性鼻炎）、鼻渊（A13.03 鼻窦炎）、乳蛾（A14.01 扁桃体炎）、喉痹（A14.03 咽炎）、梅核气（A14.09）。

（以上中医疾病代码按《中医病证分类与代码》（修订版）执行）

三、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。