

# 《河南省三级综合医院执业评审细则(2022版)》

依据国务院《医疗机构管理条例》,原卫生部《医疗机构管理条例实施细则》《医疗机构基本标准(试行)》,原国家卫生计生委《三级综合医院医疗服务能力指南(2016版)》,《河南省三级医疗机构设置规划(2020-2025年)》,以及国家、省级疫情防控等相关要求,为规范医疗机构准入及日常管理,确保医疗机构执业评审质量和规范运行,进一步提升三级综合医院医疗服务能力,河南省卫生健康委制定了《河南省三级综合医院执业评审细则(2022版)》,作为全省三级综合医院执业登记和校验的依据。



请扫描二维码  
查看全文

| 评审项目   | 评审内容  | 分值   | 评审方法   |
|--|---|--|--|
| 一、床位规模<br>(7分)   | 医院床位总数≥500张。  | ★  | 现场查看床位与申报床位是否一致。床位<500张,单项否决。  |
|  | 重症医学科(含所有专业ICU)的床位数占医院实际开放床位数比例2%~8%。   | 4分   | 现场查看重症医学科床位数,不达标不得分。   |
|  | 外科床位数占医院实际开放床位数比例≥30%。  | 3分   | 现场查看外科床位数,不达标不得分。  |
| 二、科室设置<br>(20分)  | 临床科室:至少设有心血管内科、呼吸内科、消化内科、血液内科、内分泌科、神经内科、肾内科、普通外科、骨科、神经外科、泌尿外科、胸外科、妇科、产科、儿科、眼科、耳鼻咽喉科、口腔科、皮肤科、精神科(门诊)、感染性疾病科、肿瘤科、急诊医学科、重症医学科、麻醉科、康复医学科、中医科、预防保健科。   | ★  | 实地核查医院临床科室设置、人员注册等;科室设置不全或设置不符合规定,单项否决。  |
|  | 临床科室独立设置。   | 10分  | 临床科室是否有相关独立设置的病区。一个临床科室未独立设置扣2分。   |
|  | 医技科室:至少设有药学部、手术部、介入手术室(或在手术部设介入手术室)、医学检验科、医学影像科、输血科、消毒供应中心、病理科、营养部(科)和相应的临床功能检查室。医技科室设置符合规定和要求。   | ★  | 现场查看医技科室设置、人员情况。科室不全或不能满足临床需要,单项否决。  |
|  | 职能科室:符合相应类别医疗机构基本标准规定的职能科室(部门)要求。至少设有医务、医疗质量、护理、感染防控、病案(统计)、信息等专业科室(部门)。  | ★  | 现场查看职能科室设置、人员情况。科室不全或不能满足临床需要,单项否决。  |
|  | 建设有三级医院胸痛中心、卒中中心、创伤中心,并经省卫生健康委验收达标。   | ★  | 现场查看达标文件,若不符合要求,单项否决。  |
|  | 按照卫生健康行政部门核定的诊疗科目、批准的技术项目、备案的技术项目执业。  | ★  | 核查实际执业的诊疗科目或开展的诊疗活动(技术)是否与医疗机构执业许可证副本所登记的诊疗科目或备案项目相一致。不符合要求,单项否决。  |
|  | 按照《医疗机构管理条例》《医疗机构管理条例实施细则》《医疗机构诊疗科目名录》《医疗机构内通用医疗服务场所的命名》等规范科室名称及医疗机构内具有相同医疗服务功能的场所的名称和功能。   | 10分  | 实地访视。一处不规范扣1分。   |
| 三、人员配备<br>(18分)  | 每床至少配备1.15名卫生技术人员;卫生技术人员数占全院总人数≥70%。  | ★  | 查阅人员花名册,统计卫生技术人员数和职工人数,低于人员配备标准,单项否决。  |
|  | 医院护士人数占卫生技术人员总数的比例≥50%;护士与床位比不低于0.5:1;感染防控专职人员与开放床位比不少于1:150-200;工程技术人员数(技师、助理工程师及以上人员)占卫生技术人员总数的比例≥1%。   | ★  | 查阅人员花名册。未达到标准,单项否决。  |
|  | 手术部、重症医学科护士人数与床位数比不低于3:1。   | 3分   | 查阅人员花名册。未达到标准不得分。  |
|  | 各专科科室的主任应具有副主任医师以上专业技术职务任职资格,科室三级医师构成合理,专业人才培养梯队,医师配置数量与科室床位数相适应。   | 6分   | 查看科室学科带头人专业资质。一个科室无副高专业技术职务任职资格以上医师扣2分;核查科室三级医师配置情况,一个科室配备不合理扣2分。  |
|  | 使用与申请科目相适应的卫生技术人员从事诊疗活动。  | 4分   | 抽查医务人员医师资格证、医师执业证和护士执业证等,一人违规扣2分。  |
| 四、设施设备配置<br>(10分)  | 特殊岗位人员须取得相应的专业岗位培训证书,如:急诊科、手术部、重症医学科、消毒供应中心等。   | 5分   | 检查相关人员资质及证书,一人不符合规定扣2分。  |
|  | 基本设备:给氧装置,呼吸机,自动洗胃机,电动吸引器,心电图机,心脏除颤器,心电监护仪,多功能抢救床,万能手术床,无影灯,麻醉机,麻醉监护仪,高频电刀,移动式X光机,彩超仪(二维彩超仪、三维彩超仪),计算机断层扫描(CT)(64排),磁共振成像(MRI)(1.5T),数字减影血管造影(DSA),数字胃肠透视机,乳腺X光机,胃肠X光机,移动式C臂数字减影血管造影机,动态心电图机,脑电图机,脑血流图机,肺功能仪,支气管镜,食道镜,胃镜,十二指肠镜,乙状结肠镜,结肠镜,直肠镜,膀胱镜,腹腔镜,宫腔镜,妇科检查床,产程监护仪,产床,胎儿监护仪,新生儿培养箱(暖箱),骨科牵引床,裂隙灯,牙科治疗椅,涡轮机,牙钻机,显微镜(普通及荧光显微镜),温控设备(普通冰箱、低温冰箱、电热恒温培养箱、电热恒温水浴锅等),分光光度计(可见紫外光等),离心机(常速、高速、低速等),全自动血沉仪,全自动尿沉渣分析仪,全自动血液细胞分析仪,精液分析仪,全自动凝血分析仪,流式细胞分析仪,全自动生化分析仪,全自动化学发光免疫分析仪,酶标仪,洗板机,全自动血培养仪,细菌鉴定仪,细菌毒素分析仪,分子生物学检验设备,敷料柜,器械柜,冷冻切片机,石蜡切片机等。 | ★  | 实地访视,抽查设备设施清单、购置票据或设备卡片、设备档案等;使用先进设备应包含基本功能。基本设备(功能)残缺,单项否决。   |
|  | 具备与申请设置科目相适应的专科诊疗器械、设备。   | 5分   | 现场查看。缺少或不符合要求不得分。  |
|  | 病房每床单元设施、设备符合以下标准:床1张、床垫1.2条、被子1.2条、褥子1.2条、被套2条、床单2条、枕套2个、枕芯4个、床头柜1个、患者服2套、暖水瓶1个、面盆2个、痰盂或痰杯1个,每床均需配备床旁呼叫器。  | ★  | 现场查看。不符合要求,单项否决。   |
|  | 应设置氧气和负压吸引系统,可根据需要设置压缩空气、氧化亚氮、氮气、二氧化碳、氩气,以及麻醉废气排放等系统。气源应满足终端处气体参数要求。中心供氧用房应远离热源、火源和易燃易爆源。   | 3分   | 实地访视,一项不符合要求不得分。   |
|  | 高压气瓶以及液态储罐供应的医用气体,应按日用量计算,并应储备不少于3天的备用气量。采用制气机组供气时,应设置备用机组,当最大机组发生故障时,其他机组的供气能力能满足系统设计的最大负荷。  | 2分   | 实地访视,一项不符合要求不得分。   |
|  | 能够开展传染病网络直报工作。  | ★  | 现场查看网络直报相关系统建设情况,不达标,单项否决。   |
|  | 使用国家统一的病案首页系统。  | ★  | 现场查看、调阅资料,不达标,单项否决。  |
|  | 具备良好的信息化管理系统,健全信息管理制度,强化医院信息系统标准化和规范化建设,加强医院网络和信息安全建设管理,完善患者个人信息保护制度和措施。  | 5分   | 建立以院长为核心的领导小组,职责明确;定期会议每年不得少于4次,有相关记录;建立信息安全领导小组及组织机构;有定期相关工作部署(每年不少于2次,查看工作记录)。查看能否运行HIS(医院信息系统)等信息化系统和系统开展信息安全等级保护分级测评情况,少开展一项扣1分。 |
|  | 信息化建设管理专职机构。  | 2分   | 有专职的部门负责落实信息化建设规划和日常维护,查看相关文件。   |
| 五、信息化建设<br>(15分)   | 建设规划与投入。  | 2分   | 有中长期规划和年度计划,规划要和医院整体发展规划一致,规划内容应包括建设目标、实施步骤、工作分工、经费预算等,计划要与规划保持一致。年度目标明确,量化可行,有追踪机制(一处不合理扣1分)。                                       |
|  | 电子病历系统应用水平分级评价至少达到4级。   | ★  | 不达标,单项否决。  |
|  | (1)要设立专门机构对远程医疗业务和信息平台进行管理。加强远程医疗信息平台建设与管理,逐步实现可追溯、可监控、可统计的全过程管理。按照卫生健康部门有关要求,开放卫生信息统计数据接口,定期上报统计数据信息。(2)远程医疗平台应符合国家卫生健康委远程医疗相关信息技术标准和服务项目管理规范。医学影像相关业务应当配置医用显示器系统,能够无损还原数字影像、病理扫描图片等影像资料。(3)音视频交互系统应当支持多点同时交互,不少于30点同时在交互业务,视频清晰度不小于1080P。有合理稳定的通信保障措施。(4)远程医疗平台应当建立信息互通共享机制,能够支持双向转诊和医保支付的信息共享,支持远程医疗和培训等相关业务运行,支持医务人员开展远程会诊、远程诊断、远程监护等业务,支持跨学科、跨机构协同业务,满足对疑难重症病例的诊疗需求,并对各项业务进行全过程管理和医疗质量控制。(5)建立远程医疗数据库,对远程医疗产生的数据进行记录和归档,并参照《医疗机构病历管理规定》实行病历数据管理。采用必要的信息技术,建立数据使用或开放共享的审批和授权管理机制、知识产权保护措施,制定切实有效的数据安全和患者隐私保护管理措施。               | 6分   | 现场查看、调阅资料,一项不符合要求扣1分。  |
| 六、医疗与药事管理<br>(125分)  | 预约挂号服务接入省118114预约挂号平台。  | ★  | 未开展预约挂号服务或未接入省预约挂号平台,单项否决。   |
|  | 2年内未发生重大社会影响的医疗事故。  | ★  | 不符合要求,单项否决。  |
|  | 建立医院质量管理责任体系,院长为医院质量与安全管理第一责任人,负责制定提升医疗质量与安全管理目标和方案,确保质量与安全管理体系所需资源的获得,指挥与协调医院质量管理活动。有医院质量与安全管理持续改进的规划或方案,明确院、科各级质量管理岗位职责。  | ★  | 查阅相关文件、资料及记录。无改进规划或方案不得分,职责不明确扣1分。   |
|  | 医院质量与安全管理组织机构健全、人员构成合理、职责明确,主要包括:各质量相关委员会(医院质量与安全管理委员会、医疗质量与安全管理委员会、医学技术临床应用管理委员会、护理质量与安全管理委员会、药事管理与药物治疗学委员会、医学伦理委员会、感染预防与控制管理委员会、病案管理委员会、临床用血管理委员会等)、医疗质量管理部、各职能部门、科室(部门)质量与安全管理工作小组等。各相关管理委员会职责明确,定期专题研究质量与安全工作,为医院决策提供支持,能够执行三个层次(决策层、控制层、执行层)的管理。   | 8分   | 查阅成立或调整各质量委员会的文件及相关记录。委员会人员构成不合理、职责不明确,扣4分;未定期召开会议、无相关记录,扣4分。  |
|  | 健全院级质量安全管理工作体系,由医疗管理、质量控制、护理管理、感染防控等相关职能部门组织实施医院质量与安全管理持续改进方案,履行医院质量监测、预警、分析、检查、考核、评估、分析、反馈和指导等职能,定期发布本机构质量管理信息。有履行工作职责的工作记录。   | 7分   | 查阅相关资料和记录。每发现一个职能部门未认真履职扣2分,无实施记录扣4分。  |
|  | 坚持“严格要求、严密组织、严谨态度(三严)”,强化“基础理论、基本知识、基本技能(三基)”培训与考核。有根据不同层次及专业的卫生技术人员的“三基”培训计划;有与培训相适宜的临床实践技能培训的场所、设施、设备及经费保障。   | 7分   | 实地访视并核查相关资料。核查培训计划、组织实施情况、记录、实施效果评价及人员考核情况等。有计划未落实扣4分,一项缺陷扣2分。考核通过率未达到100%扣4分。   |
|  | 建立并执行医疗质量安全核心制度,建立全员参与、覆盖临床诊疗服务全过程的医疗质量管理与控制工作制度。严格落实首诊负责制、三级查房制度、会诊制度、分级护理制度、值班和交接班制度、疑难病例讨论制度、急危重症患者抢救制度、术前讨论制度、死亡病例讨论制度、查对制度、手术安全核查制度、手术分级管理制度、新技术和新项目准入制度、危急值报告制度、病历管理制度、抗菌药物分级管理制度、临床用血审核制度、信息安全管理制度等医疗质量安全核心制度。   | 7分   | 随机访谈医务人员不少于10人(新建医院不少于15人),核查医务人员对医疗质量安全核心制度的掌握及执行情况,每1人不掌握扣1分;抽查医疗质量安全核心制度运行记录本、运行病历等,明显违反1项医疗质量安全核心制度扣2分。                          |
|  | 医院病案质量管理体系健全;落实《病历书写基本规范》《电子病历应用管理规范(试行)》《医疗机构病历管理规定(2013版)》《住院病案首页数据填写质量规范(暂行)》等规定;有医疗质量控制、安全管理信息数据库。  | 4分   | 检查医院病案质量管理委员会名单、奖惩制度、运行、归档病历质控记录、数据库信息。一项缺陷扣1分。  |
|  | 建立医疗质量(安全)不良事件信息采集、记录和报告相关制度,并作为医疗机构持续改进医疗质量的重要基础工作。  | 2分   | 现场查看相关制度制订及落实情况,制度不完善或未落实的不得分。   |
|  | (一)医疗质量管理组织体系<br>(35分)  | 医院制定质量管理方案,包括:质量管理目标、质量指标、考核项目、考核标准、考核办法等,以及配套制度。健全科级质量安全管理组织体系,各业务科室成立医疗质量管理小组,由专人负责日常工作;履行科室培训、质控、分析、改进、上报等职责。 | 5分   |
| 有医疗质量关键环节(如急危重症患者管理、围手术期管理、临床用血管理、药事管理、有创诊疗操作等)管理制度与措施。有重点部门(急诊科、手术部、产房、重症医学科、血液净化(透析)室、内镜诊疗室(室)、口腔科、消毒供应中心等)的管理制度与措施。 |   | 5分   | 核查相关文件及资料。一项不符合要求扣1分。  |
| 相关专业、实施相应技术应明晰相应的质控指标体系,通过信息化手段实现质控指标可衡量、可反馈、可改进。  |   | 3分   | 现场查看质控指标文件(根据国家或河南省质控指标体系制定),随机抽查至少2个专业各2个质控指标在评审周期内改进情况。无质控指标文件,扣2分;1个质控指标无改进,扣0.5分。  |

**使用说明**  
标记“★”的评审项为单项否决项,完全符合要求方可继续评审验收。有任一单项否决项不合格,视为评审不合格。  
评分要求:  
一、本细则满分1000分。评审得分在800分以上为合格,低于800分为不合格。  
二、新设置的三级综合医院首次执业登记时可暂不核查第8、9、27、41、56、76、96、104、134、142、227、278、286-319项(单项否决项7项,得分项39项,合计315分)。其他部分得分超过80%(548分)为合格。  
三、新设置的三级综合医院执业登记一年后首次校验,验收本细则全部内容,总分在800分以上为合格,低于800分为不合格。  
四、得分项分数扣完为止,不倒扣分。  
五、原有二级医院注销后设置为三级医院的,不适用本款(二)(三)条。  
六、医疗机构校验达不到本细则要求的,应暂缓校验并予以整改;暂缓校验期满后再次校验仍不合格的,应予注销三级医疗机构执业许可证。  
(内容由河南省卫生健康委提供)