



医疗美容机构评价工作

专家评价经验分享

机构管理与机构服务 董长林

中国整形美容协会医疗美容机构评价办公室

2022 年 A 等级评价迎评资料准备注意事项

一、评价方法，

- ▶ 参与评价工作的医美机构（医院、门诊部、诊所）均需按以下统一标准、方法进行评价：

评价内容	} 如何评价	1. 看、查看：资料（电子、网络、纸质、实物等）
评价标准		2. 问、查看、核实：现场实地、实物；
评价方法		3. 提问、 提问：管理、医务、普通员工；知晓、掌握的情况.

二、评价总分： 医院：1000 分， 门诊部：859 分， 诊所：644 分

医院管理： 医院：187 分、18.7 % ， 门诊部：138 分、16.1%， 诊所：102 分、18.5%

医院服务： 医院： 70 分、 7%， 门诊部： 45 分 5.2% ， 诊所： 41 分、6.4%

合 计： 医院：257 分 25.7 % 门诊部：183 分 21.3 % 诊所：143 分 22.2%

三、资料准备与建议:

1、建议预备参加《A 等级评价》机构，成立“创建小组”认真学习《2022 年版评价标准实施细则》，分组分工分头准备，最后汇总统一审核资料（工作）；

2、准备工作:

（1）、全员动员、全员参与、全员培训、全员迎查；尤其要求员工掌握的、知晓的、操作的内容必须要会；

（2）、所有院内、院外参加培训，要有：院外培训：参会通知、参会照片、参会证书（发票）等证明资料；院内培训：培训通知、培训内容、培训照片、培训签到名、培训小结；

（3）机构管理文件、职务任命、管理制度等均要以正式文件，并下发到科室；有职务任命、有相应的职责；

（4）、院长、副院长、科主任、护士长等均要有明确分工与职责；各个委员会定期开展活动并有记录；

（5）行政管理科室，按照规定定期履行科室工作检查要有记录，重视医院感染与控制防范与检查工作，对问题进行调查、提出整改意见、观察整改后的效果；

强调院、科两级管理，做好院部、科室的台账资料，科室业务学习、工作安排，制定专业技术操作规范制定，强调专业技术规范操作，加强人才队伍建设与培养，强调安全、规范；做好行政专业管理队伍、医疗专业技术队伍的建设；

(6) 财务制度制定：机构财会管理制度、票据管理规定、门诊与住院诊疗的收费管理；岗位设置、学历专业对口；机构税务管理规定、个人所得税管理规定；投诉接待、公示投诉流程、做好投诉登记；做好诊疗价格公示；制度药物管理制度，规范药品管理、尤其毒麻规范管理、药物价格公式；

(7) 制定后勤管理制度：院内外环境安全、水电气网保障与安全、消防安全与演练、信息保障与安全、卫生保洁、消毒与供应保障、各种应急预案制度制度与落实；

(8) 制度继续教育制度：继续教育学分、人才培养计划与落实、“三基”培训、考核与小结；制度管理制度, 鼓励员工积极开展科研工作。提高员工积极参与度、鼓励员工撰写论文，提高评审周期内论文发表篇数量、建立主诊医师技术档案并做好管理；

(9) 成立以院长为主的信息化建设，医院信息建设能够满足医院管理需要；制度病案管理制度，规范管理病案、首页填写漏项、或填写不规范（疾病名称、手术或技术操作名称没有按 ICD-11, ICD-9-CM-3 要求填写），扣分；

做好“日、月、季、年”卫生统计（工作量统计）；积极开展专科、专病、特色专科工作，创建医院专业特色与品牌，提升社会专业特色影响力。

（10）医院文化建设：员工规范手册，规范操作，医德医风考评、绩效考评、国家与机构核心价值观教育并要员工熟记；鼓励积极参与系统内、省市协会、社区、卫生行政管理部门举办的各项活动、参与社会公益性活动，鼓励获取表彰、表扬、评比获奖；近 2-3 年积极参与社会“抗预”工作简要小结；写好机构中、长期工作计划、年度计划、年度小结备查；

3、建议到有创建《A 等级评价》经历机构学习，增加感性认知、学习交流体会、经验与具体操作；或邀请相关人员现场指导；

四、以下“医院管理、医院服务”两部分内容（医院）提出资料准备要求与注意事项：

（一）、医院管理（机构管理）：

1、医院定位明确、规模适宜.

医院正式执业二年以上，

准备资料：(1)《医疗机构执业许可证》、“营业执照”、“代码证”；按期效验。(2) 根据机构设施、设备与人员配备、开展项目等，(3)有年度工作计划和中、长期发展规划， 中、长期发展规划；根据中、长期发展规划制定年度工作计划于目标；各职能部门、科室、管理部门根据年度工作计划制定实施办法及落实措施；(4)住院床位数： 医疗美容医院：住院床位总数达到不少于 20 张。美容治疗床： 美容治疗床达到不得少于 12 张。美容牙椅：美容牙椅达到不得少于 4 台。卫生专业技术岗位：卫生专业技术岗位达到 \geq 医院岗位总量的 70%；每床（椅）配备相关专业技术人员：每床（椅）配备相关专业技术人员达到 \geq 1.03 名；每床（椅） 配备护士： 每床（椅）配备护士达到 \geq 0.4 名；(5)临床科室必须具有副高及以上职称；美容皮肤科、中医科、外科、牙科等临床二级科室，必须具有 6 名副高及以上职称（含批准设置的其它临床科室）；护士中具有大专及以上学历者 $>$ 30%； 主管护师职称 2 名以上；

2、 组织机构的职责和责任写入机构章程、规章制度和程序。

(1) 组织机构等：制定《医院章程》中设置以下“委员会”；

设置：“医院工作安全管理委员会”、“医院依法执业监督管理委员会”“医院绩效考核与评价工作委员会”、“医院医疗纠纷管理小组”、“医院继续教育管理委员会”、“医院应急预案管理委员会”等及其岗位职责明确。

(2) 有规章制度：要有：《医院规章制度》；制定医院各种管理制度。

(3)专业管理委员会：在《医院章程》中设置“管理委员会”基础上，再依据专业需要设置“专业委员会”与相关的医院管理制度： 有文件批准以下成立的专业管理委员会：医院医疗质量管理委员会；医院护理质量管理委员会；医院药事管理委员会；医院感染管控委员会；医院病案管理委员会；医院医学伦理管理委员会；医院医疗技术临床应用和科研工作管理委员会，等。医院感染控制写成书面文件。（1).有制定“医院感染控制管理办法”；（2).有以文件形式下发各部门、科室；（3).有设置“院、科两级院感控制组织结构管理体系及其网络”。

医院质量管理写成书面文件，

制定“医院医疗质量管理办法”、“医院护理质量管理办法”、“医院医疗（含护理）质量管理制度”、设置“院、科两级医疗质量管控组织结构网络管理体系”；

绩效评价及相关标准写成书面文件： 制定和开展医院绩效考核与评价的相关制度及标准；

有开展绩效考制度，但无绩效考核标准；有制度、有其它考核标准，有将健康教育纳入绩效考核指标；

(4)定期开展法律法规、制度培训，医院有：

定期医疗卫生法律法规、规章制度、质量管理、岗位职责的培训计划（1项）；

培训后考核合格的规定（1项）

科室根据医院的计划制定适合本科室功能（业务）培训计划并落实的方案，对已参加的培训项目科室进行再次消化或培训；有完整的记录资料；达到上述要求，给予计分。

3. 实行院长负责制及院、科两级管理责任制。

院长负责制：

(1). 实行院长（董事长或总经理、以下同）负责制和任命文件。

(2). 实行院长负责制，做到：①副职院级领导分工；②有任命文件（含职责）；③有工作台账记录；

科主任负责制：

- (1). 实行专业人员在职能部门、临床和医技科室任职负责制及有任命文件，并明确正、负职负责人职责。
- (2). 实行科室主任负责制，管理人员为本专业人员，每查出 1 人非本专业担任科室主任，扣分；
- (3). 职能部门、临床和医技科室负责人应执行职业化管理。

抽查 2 个科室：

- (1). 根据卫生健康行政部门批准关于“临床、医技科室等”设置的文件，抽查临床或医技科室进行检查评价：内容是：①科主任及其职责的批文（1 项）及履职履责情况；②科室年度工作计划计及其落实进度（1 项）；③科室规章制度（1 项）；④单病种临床路径、医疗质量指标、医疗质量控制标准贯彻执行情况等（1 项）；
- (2)**科室规章制度：**各级人员岗位职责、工作制度、医疗护理安全管理制度：(1)诊疗指南；(2)技术规范手册；
- (3)病历书写规范；(4)医患沟通制度；(5)新技术准入制度；(6)三级医师负责制等。

相关法律、法规、规章等的培训：

- (1)院级、职能部门、科室负责人每年至少 1 次，参加政府，政府委托行业协会、学会举办的“法律、法规、规章及有关卫生政策”、院内组织的“律、法规、规”培训学习的规定，并获得相应的培训合格证书、证明（后者提供培训后考核合格材料）等；

(2)院级领导能够及时向全院职工传达并组织培训学习相关内容，分管院级并带领职能部门贯彻执行、督查全院执行情况；计分；

(3)科室根据院外、院内培训学习的内容及时组织在本科室落实，有落实情况的自查、总结、改进措施，有完整的记录。

现场提问：3人。

(1)提问：院级、职能部门、科室各1名负责人共3名。在评价周期内，各年度（或从评价周期年度抽查1个年度）培训学习：

要求了解与掌握：法律、法规、规章制度，地方政府发布的卫生行政政策，能回答出“完整**标题**”；

(2)如果出现任何1名人员回答标题不完整、漏标题内容，要被扣分。

在检查之前检察人员可能会要求机构提供“相关法律法规、规章制度等”内容。

院级、主要职能科室院外培训：

以下三类负责人员每年至少1次参加卫生健康行政部门、同级及以上、独立法人合法性的行业协会、学会主办有关内容的培训：①院级负责人有关医疗机构管理的培训等，按机构任命文件核对，每一名领导均要参加培训，提供

培训的凭据；②职能部门负责人及其职能相关专业管理的培训等；③临床、医技科室负责人及其专科医疗质量管理及专业知识的培训等；

法人、主要负责人培训：

(1). 医院法人、主要负责人每年至少接受 1 次政府主管部门主办，及其委托行业协会、学会承办培训：

①与医疗机构现代化建设、管理、规范、质控政策规定等有关法律、法规、规章及属地省级有关卫生政策内容的培训；②个人参加培训有教材、书面听课文字记录；医院有登记记录，③财务有费用支出可查或参加培训人员提供报销票据等；④主办或承办单位有发放培训合格证件的证明；

(2)法人、主要负责人（或每一人）在评价周期内只少有 3 次（初次申报在 2 年内有 2 次）的培训，需（或各自）提供每年度至少 1 次，共 3 次有效证明证件（证书）、培训教材。

4. 建立医疗卫生专业技术人员的“三基”培训考核制度，落实执业人员岗前及在岗继续医学教育。

制定并执行“三基”培训制度：

(1). 有“三基”培训内容完整。①制度中有“基本理论、基本知识、基本技能”；②有专业特点的“美学、心理学、社会学、人文医学”基本知识内容的安排；

(2). “三基”培训制度，应包括：年度计划（1项）、培训达到的目标（1项）、有具体措施并落实（1项），共三项；
岗前培训制度、有人才梯队建规划：

(1). <医院规章制度>中有岗前培训制度，并落实；

(2). 在“医院发展规划”中，有人才梯队建设规划，并落实；如果出现以下两种情况将扣分或计分：

①有梯队建设规划，由于医护人员流动性较大，落实困难，扣分；②虽没有梯队建设规划，但在实际工作中，医院已派出多批医护人员进行专科专业或专项项目进修学习，计分。

抽查科室、住院医师进行评价：

(1). 抽查2名不同专业的住院医师核查，了解是否：①有岗前培训制度并落实（1项）；②有“三基”培训制度（年度计划）并落实（1项）；③有人才梯队建设规划并实施（1项）；④有安排住院医师参加合法合规的技术规范或专业新理论新知识的培训学习（1项）；每名人员肯定回答达到上述共4项要求，给予计分。

(2). 每出现 1 人回答任何 1 项“不知道”、模糊等，扣分；2 名人员回答均为“不知道”或模糊等，应扣完给予的分止。

抽查专业人员继续教育培训：

(1). 抽查、查看：医、技、护人员的《三基》培训、继续教育培训的凭证，随机抽查 5 名专业人员：

①医师、医技人员： A. 每人每一年度参加不少于 1 次由国家、省级、市级继续医学教育委员会批准的专业继续教育项目的培训学习和/或学术会议； B. 参加由卫生健康行政部门主办或委托行业协会社会组织（含医学会）承办的专题项目培训 C. 参加国、省、市举办的继续教育网络学习（培训）；

②并获得继续教育的《学分证明》、《培训合格证书》的凭证，每人/次/年；

(2). 院内组织的《三基》培训或网络培训。

①护理人员： A. 查看院内组织的《三基》培训与考核、试卷（原始）、成绩单； B. 网络培训的人员（名单）、考核成绩单（合格凭证）；

②院内组织开展的继续教育或/和《三基》培训的计划、实施措施、工作小结。

医务科、护理部、财务科：制定继续教育规划、经费预算与决算：

(1). 在医院发展规划中有继续教育规划；根据规划制定年度继续教育工作计划（项目、参加人次、院内、院外培训等）；制定机构年度继续教育经费预算（本年度内用于继续教育可能需要的经费）；阶段性小结、年终总结（医教科、护理部）

(2)财务科：制定机构全年的继续教育的财务预算、年终继续教育的财务决算及报表；

(3)医务科、护理部、财务科，均要有完整的工作记录。

5. 严格执行国家财务制度及价格政策，医疗服务收费和药品价格公开、透明。

财务制度：机构医疗卫生财务管理规定，制定机构的财务制度，财务制度中涉及下内容：

(1). 人员资质；①在财务部门工作的人员应具备专业学历（含审计专业）；如果是“总部”委派财务人员，也需要提供“人员资质”；②具有专业学历的工作人员必须取得会计资质（上岗证）。

(2). 财会制度；①制定“医院的财会制度”；②制定营利性医疗机构、职工个人所得税缴纳的管理制度；③制定职工“五险一金”缴纳的管理制度。

(3). 设岗设置、岗位职责；如果财务人员由“总部委派”，也要求提供“财务岗位设置”文件：①至少有出纳（含挂号收费岗）、审计（含预算）、总账会计岗位；②根据设置岗位，应有明确的各岗位职责；

财务票据管理：

(1). 有发票管理制度；①能够提供评价周期内各年度完整的发票存根；目前采用“电子发票”没有“存根联”，在门诊、住院手术病历查看“发票”；②如果不能提供在评价周期内（初次参加票据工作的机构提供2年）财务票据使用凭据被核查，扣分；

(2). 抽查1份住院或出院病历，根据患者姓名、住院号、手机号、医嘱单，核查收费、票据等情况等：

①核查发票或/和项目收费细则表，达到管理制度要求，计分；②在核查时，发现没有按照“发票管理制度”执行、即使有“项目收费细则”要求进行扣分；

(3). 抽查1份门诊病历或门诊诊疗结束患者病历，查看：

① 发票，符合发票管理制度，计分； ②开具的发票不符合发票管理制度，扣分。

抽查3名患者出院费用发票：

(1). 抽调 3 份出院病历，根据病历中留下的联系方式进行联系，调查出院时是否收到住院期间诊疗费用的发票，3 名患者均有，计分。(2). 每发生 1 名患者没有收到住院期间诊疗费用发票，扣分，扣完分止；该【B】档原有评分得分结果不再纳入。

设置投诉管理部门，及时处理患者对违规收费的投诉与及时改进：

- (1). 医院制定“医院投诉管理制度与工作流程”，并在门诊接待大厅显著位置公布；
- (2). 设置“接待投诉职能部门或专职人员”管理（或兼职管理）投诉工作；
- (3). 投诉渠道及投诉流程告示，便于患者投诉，便于及时、稳妥接待与处理，要求设置专用的投诉接待室；
 - (2). 有年度检查、分析、持续改进、有成效的评估，有完整的记录材料（包括每一例投诉）；
 - (3). 对发生违法、违规收费的投诉，在积极调查处理的同时，有及时上报属地卫生健康行政主管部门的制度与流程；

6. 制定突发事件应急管理预案，并进行演练。

应急预案：

(1). 在医院中、长期发展规划中有医院应急预案的目标管理；包括：

①不可抗拒突发事件、自然灾害突发事件、认为造成的突发事件的目标管理；在

②“医院章程”或“医院规章制度”中，有“医院工作突发事件应急预案管理办法”。

“管理办法”应包括：“组织领导、事件分级、应急响应流程、报告程序、专业队伍”等内容；

③“医院规章制度”中，有“医院应急预案管理制度与工作流程”，各部门、各科室根据自身的工作性质及“制度与工作流程”；

④在应急预案中，除了各部门、各科室制定的科室应急预案外，还需强调制定停水、停电，发生火灾，发生地震，突发性公共卫生事件发生，以及危、急、重病人抢救（主要针对手术中及后或治疗中及后出现的应急情况）的应急预案及其工作流程；

“危、急、重病人抢救”，主要针对手术中及术后或治疗中及治疗后出现的应急情况；如：

1、手术中、术后引起的大出血；2、药物的过敏、中毒、药物副反应；3、面中上部因注射充填造成眼动脉栓塞或痉挛引起的眼失明；4、麻醉意外、气管插管麻醉拔管引起的痉挛窒息、喉头水肿、喉头气管出血等并发症应

急情况；5、脂肪抽吸术、大型创伤性手术（尤其是头面部手术）、肢体手术等引起脂肪栓塞：如：肺栓塞、心栓塞、脑栓塞；

需要及时对出现的上述危、急、重病人进行抢救，应有应急预案。

医务人员熟练掌握预案有关内容和处理程序：

(1). 医院对共性（如停水、停电、发现就诊患者传染性疾病、火灾、自然灾害、公共卫生疫情等）的应急预案及启动（工作）流程，进行定期培训、演练、考核，要求每一个职工了解、熟知；(2). 职能部门对“任何类型突发事件”及时启动相关的处置程序：突发时的管理程序、报告程序、监管流程；(3). 临床、医技科室应根据本科室的专业、工作任务及功能，对本科室医护人员进行有关应急预案及工作流程的培训、演练、考核，要求每一位医护人员必须熟悉、掌握本科室及专业应急预案的处理及工作流程；(4). 非医护人员，应根据自身的工作岗位、工作任务，参加本部门有关应急预案的培训、演练、考核，并能够熟练掌握；(5). 有培训、演练、考核完整详细的记录。能够做到上述 4 点要求，给予计分。

提问医务人员：(1). 抽查 1 名医师，

(1)从所在科室专业的应急预案中抽查出 1 个，提问预案的内容及处置程序；(2). 提问 1 名护士，计分。从所在科室专业的应急预案中抽查出 1 个，提问预案启动程序及处理规定， (3). 任何 1 名人员对上述各点回答不完整、模糊，扣分；

开展相关突发事件演练：

(1). 医院至少每年举办 1 次（职工分批次进行）熟悉甚至须掌握的共性应急预案的演练。

如发生火灾、突发停水停电、突发医疗意外等事件，执行应急预案及其处理程序的演练；

(2). 各部门、科室根据本部门本科室专业项目（专业工作任务）的应急预案及处置程序，每一年至少进行 1 次职工演练，如消防演练；

(3). 医院“应急预案管理委员会（小组）”对医部组织举办，职能部门、各科室参与，突发事件应急处置的培训与演练工作，每年至少进行 1 次检查、分析、总结，持续改进措施有成效，并通过“应急预案管理委员会（小组）”的评估；

(4). 上述各种类型的演练应有详细的记录资料与演练总结； 达到上述 4 点要求，给予计分。

7. 后勤保障满足医院服务流程需要。

制定后勤管理制度和职责：

(1). 在“医院规章制度”中的“后勤保障规章制度”应包括：

①“后勤保障管理制度与岗位职责”：根据不同类型工种制定“…工作保障管理制度及服务流程”，以文件形式下达贯彻执行；②设置后勤工作岗位与行政管理部门：根据医院的具体情况设置，专项工作岗位与职责，管理部门与职责：如物质采购供应、膳食、水、电、气、网、保洁、电梯管理、污水处理、锅炉班（含压力消毒工种）、驾驶班及环境安全等；③定期对后勤工作人员进行相关管理制度、岗位职责、技能培训，技术人员应持证上岗，熟悉掌握与自身岗位相关的管理制度和岗位职责、技术规范；④后勤职能部门应履职、履责，有完整详细的工作台账记录资料可查；

机构水、电、气、物资供应等后勤保障： (1). 有：①水、电、气、物资等保障满足医院运行需要的规定与措施；②水、电、气、物资等供应，发生突发事件的应急预案处置及紧急启动程序的规定；③后勤职能部门将水、电、气、物资等保障供应的巡查工作作为日常工作、以及与临床、医技等科室协调协商处置的规定，有完整详细的工作台账记录；

卫生保洁和物流、标识清晰：

(1). 后勤部门根据本部门的工作特点、功能：①有后勤各部门服务流程规范（1项），能够及时为：A. 临床提供卫生保洁（1项）、B. 临床提供物流配送服务（1项）；②有后勤物资存放地标识清晰的规定（1项）；达到上述4项要求，给予计分。

抽查4种后勤物品供应：

(1). 抽查4种物资供应；发现任何一类或一种物资供应不及时，扣分，扣完分止。(2). 抽查4种物资归类合理、标识清晰。在后勤物品存放地，发现归类不合理、没有标识或标识不清晰，扣分；

后勤相关技术人员持证上岗，按技术操作规程工作：

(1). 后勤相关技术人员应：①持证上岗；②有相应的技术操作规程能够按照操作规程工作；③熟悉、并能够掌握本岗位工作。在发生突发事件时及时启动应急预案程序（流程）、及时上报；后勤相关技术人员全部达到要求上述3点要求，给予计分。

抽查2名技术人员从业资格证书：

每发现 1 名后勤技术人员无法提供技术专业资格证书（中等以上专业毕业文凭、想合法的培训机构进行单项专业技术培训并获得肄业证书及考试合格证书等），扣分；

职能部门履职、履责：

(1). 职能部门每季度 1 次做到：①对后勤各部门工作进行检查、分析、总结（1 项）；②对重点安全部门随时监测，定期检查，消除不安全隐患（1 项）；③发现问题及时制定有效的改进措施并落实，有完整的工作台账记录（1 项）；年度 4 次均达到上述 3 项要求。

(2). 在查看台账记录材料时，每发现 1 次不能达到上述 3 点要求，只要出现缺项，扣分，扣完分，不再评价【A】档内容。

8. 信息系统满足医院管理和临床工作需要。

实施信息系统管理，开展信息化建设：

(1). 信息系统管理应满足以下几点基本要求：①信息化系统建设能够满足医院医护业务管理、客户管理、财务管

理等基本需要（1项）；②有“医院信息化建设管理委员会（小组）”并制定“医院信息化建设与发展规划”、“医院信息化安全与管理制度”、“医院电子病历管理办法或/和管理制度”等有关管理制度（1项）；③对上述管理制度职能部门有督查、科室有落实措施等（1项）；④信息化系统业务管理部门（信息科）有定期组织相关科室人员进行培训学习，做好定期维护、数据收集、设备更新的规定，认真贯彻执行上述各项管理制度（1项）；⑤职能部门、业务管理部门及科室有完整的日常工作台账记录（1项），达到上述5项，给予计分。

信息共享：

(1). 医院信息管理系统，能够：①与属地卫生健康行政主管部门实现信息共享（1项），包括：②依据有关规定，能够定期、及时报告医疗工作及依法执业情况（1项）；③及时报告发生的不良事件（1项）；④及时报告发生的医疗纠纷（1项）等；实现信息共享至少满足上述4项一起，给予计分。

信息化建设领导小组：

(1)建立：①以院长为核心“医院信息化建设领导小组”；②“医院信息化建设领导小组”的成员由各部门、科室负责人为组成；医院信息化建设领导小组及组成达到上述2点，给予计分。

专职负责的部门、规划：

(1). 医院有：①“医院信息化建设领导小组”制定“医院信息化建设发展规划及其年度实施计划”，职责明确（1项）；②信息业务专职管理部门（或信息科）落实医院信息规划、计划实施的具体工作，职责明确（1项）；③信息业务专职管理部门（或信息科）严格贯彻执行医院信息化建设各项管理制度，包括信息网络系统安全的维护、数据收集分析、设备的维修与更新（1项）；④各部门、科室有指定专人负责信息网络系统的管理，定期开展专业知识、技能的培训（1项）；⑤专职管理部门（或信息科）应制定因停电、病毒袭击、不明原因的网络瘫痪等突发事件发生的紧急应急预案（1项）；⑥专职管理部门（或信息科）应定期组织各部门、科室相关人员进行应急预案的培训与演练（1项）；⑦完整详细的记录资料可查（1项）；达到要求上述7项要求，给予计分。

有与信息化建设配套的相关管理制度：

(1). 在信息化建设中应有：①“信息化建设管理制度”；②在“信息化建设管理制度”中，与信息化建设配套的相关管理制度包括：A. 信息网络系统安全管理规定（包括操作安全）；B. 数据收集、存储、维护与数据库安全管理制度以及有数据备份机制的规定；C. 电子病历基本规范管理及其保存制度；D. 设备维护、淘汰、更新制度；

E. 停电、病毒袭击、不明原因的网络瘫痪等突发事件发生的应急预案处置及启动程序的规定； F. 专业人员定期知识更新、技能规范培训、考核制度，相关人员有信息网络系统操作技能科普知识定期培训的制度；等。信息化建设配套的相关管理制度达到上述基本要求，给予计分。

(2). 没有上述制度及其配套的相关管理制度，扣分，不再评价评分该点。

9. 开展业务业绩情况，建立特色专科及医师技术档案

年门诊、住院人次：(1). 提供：①年度门诊日志（1项）、②门诊诊疗人次（1项）、③住（出）院病案人次（1项）等月、季、年度共3项完整统计资料；达到上述3项要求，给予计分。

年治疗人次档案资料：

(1). 能提供每一年度在以下时间内的手术及非手术治疗人次档案统计资料：①每一月（1项）、②每一季度（1项）、③每一年度（1项）④上述三项各自均有完整治疗人次档案资料（1项）；满足上述4项基本要求，给予计分。

(2) 在上述“(1).”4项中，缺少任何1项完整治疗人次档案资料，或任何1项档案资料不完整，扣分。

特色专科或特色病种：

(1). 有：①特色专科；②或/和特色亚专科、③或/和特色病种治疗；建立上述 3 项中的任何 1 个特色专科、亚专科、特色病种，给予计分。

(3). 没有建立特色专科、或亚专科，或特色病种治疗， 扣分。

诊疗人次增长率：

(1). 门诊诊治人次增长率在评价周期内每一年均 >0 时，给予计分。(2). 门诊诊治人次增长率在 0 时，扣分，计分。
(3). 门诊诊治人次增长率在 <0 时，扣分。(4). 门诊诊治人次增长率在评价周期内出现 1 次增长，扣分。(5). 或：
经济收入每年增长，计分。

病历档案：

(1). 有：①病案室，负责医院病案管理工作；②病历档案资料完整；③特色专科（或亚专科）或特色病种病历档案，资料完整；病历档案资料满足上述要求，给予计分。

(2). 在病历资料中缺少上述任何 1 种病历资料，扣分，扣完分止。

抽查 2 份出（住）院病历的完整性（含特色专科及特色病种病历）：

按照纸质病历或电子病历档案的完整性进行评价，每一份病历达到完整不缺项、不缺页，给予计分/份；

(1). 病历首页；病历首页按照国家卫生健康行政部门颁布规章的规定进行填写；每一份病历：①无首页；扣分；②首页填写漏项、或填写不规范（疾病名称、手术或技术操作名称没有按 ICD-11, ICD-9-CM-3 要求填写）；扣分，计分。

(2). 病历档案资料完整性、字迹清晰。①除病历首页外，病案内缺应有的项目、缺页号（或缺页），扣完给予的分止；②病历档案资料完整，但是，病历中书写的字迹潦草，辨认困难或出现无法辨认的内容，扣分。

三级或四级手术：

(1). 设置整形（口腔颌面）外科的美容医院：能够独立开展：

《医疗美容服务项目分级管理目录（2009）》（简称“《医美分级目录》”）三级；

《手术分级分类管理目录（2011）》或 2018 修订版（简称“《手术分级目录》”）三级以上手术（操作技术）项目，并完成病例数指标，给予计分；

或：医疗美容医院：能够独立开展《医美分级目录》三级手术项目，并完成病例数指标，给予计分。或：

整形外科医院：能够独立开展《医美分级目录》、《手术分级目录》三级以上手术（操作技术）项目，并完成四级手术病例数指标，计分。

主诊医师技术档案：

(1). 建立医疗美容主诊医师个人技术档案要求有：

- ①开展年度治疗（手术、皮肤科治疗项目包括激光治疗、牙科治疗项目、中医治疗项目）病例种类，病例总例数；
- ②开展《医美分级目录》美容外科三级手术项目、或/和特色专长及单项病例数；
- ③并发症发生率及纠纷例数（含责任认定）；
- ④技术职称及手术分级授权；
- ⑤科研能力（临床科研项目立项及论文公开发表及专利），或/和教学职称及其教学能力（研究生导师、授课、带教等）等；
- ⑥在地级市（直辖市为区级）以上合法行业协会、医学会等学术社会组织担任的职务等；

医疗美容主诊医师个人技术档案内容至少能够满足上述 6 项要求，给予计分。

⑦设置整形（口腔颌面）外科二级科室的，在医师个人档案内：增加开展手术项目品种，总例数，以及《医美分级目录》三级、《手术分级目录》三级以上手术种类及其总例数；评分标准与前者一致。

整形外科（颌面外科）医师技术档案除上述有医疗美容主诊医师个人“①～⑥”案内容外，同时具有上述“⑦”的内容。

（二）、医院服务（机构服务）：

48. 维护患者合法权益。

制定患者基本权益制度：

(1). 有维护与尊重患者权益制度；包括：①患者及其亲属对病情的知情权益；②医患双方沟通（含对病情、手术或治疗告知等）及其医疗文书（病情知情、手术、麻醉同意书，贵重和大型设备自费使用等同意书等）签署规定的制度；③获得卫生健康、药品使用知识普的权益；④进入机构就诊、住院期间获得有关诊疗相关管理制度告知的权益；⑤公开患者投诉渠道及流程；等。能够做到上述 5 项基本要求，给予计分。

投诉渠道及流程公示：

(1). 公开患者投诉渠道、其工作流程，包括：①. 机构公共场所设置投诉装置；②. 使用“电子屏幕”公示：机构

在滚动的电子屏幕有投诉电话、投诉流程告示；③. 机构网站设置投诉信箱：投诉内容、如何填写投诉内容、投诉处置程序、投诉流程告示；④. 门诊设置“投诉接待室”：要求：独立办公点、离门诊不要太远、设施配备简易、可移动物体与小物件尽可能少放、配备监控录音录像设施、登记记录本等；⑤. 接待投诉的办公地点：有醒目的不同投诉渠道、流程、首次受理至调查告示的时限规定；等。满足上述 5 项基本要求，给予计分。投诉并实施落实，计分。

医护人员熟知、落实制度：

(1). 做到医护人员熟知、落实，职能部门、科室组织全员医护人员开展：①国家颁布有关的法规规章政策的培训；②医院制定的“维护患者基本权益制度”培训，尤其是“医患沟通”、“病情、医疗行为告知、医疗文书的签署”等制度与规定的培训；③医院公开患者投诉的渠道及流程规定的培训；④上述各项制度与规定进行落实措施的相关培训；⑤每一次培训有考核合格人员的比例，对不合格人员进行再培训，直至考核合格的规定；⑥每次培训有完整详细的记录、培训总结及工作台账记录；达到上述 6 项基本要求，给予计分。

建立并落实医患沟通制度：

(1). 有医患沟通制度，制度应明确规定：①医方、患方参加沟通的人员；②何种情况下必须与患者、或其亲属、或通过法定规定程序的委托人在场进行沟通；③明确规定未成年患者必须有法定监护人在场才能进行；④以普通话与患者进行沟通（只有在与患者理解受限，可以使用患者能够理解的语言或其它方式进行）；⑤根据省级卫生健康行政部门有关规定确定沟通最基本的次数、目的及要求；⑥在手术、治疗前完成各种各类知情同意书等医疗文书的签署；⑦有落实医、患沟通制度的规定及具体措施；⑧对每一次沟通有完整的病案记录；⑨职能部门应履行定期对科室落实沟通制度的检查、总结、反馈及改进意见的督查职能，有工作台账记录；⑩科室应将医沟通制度贯彻执行、自查等作为日常工作，有工作台账记录；达到上述 10 项基本要求，给予计 X 分。

医学伦理委员会：

(1). 有：①独立性的医学伦理委员会（1 项）；②医学伦理委员会人员数不得少于 7 名（1 项）；③医学伦理委员会人员专业、结构符合以下几点：A. 生物医学领域或医学家（1 项）、B. 伦理学或社会学家（1 项）、C. 法学或法律学家（1 项）、D. 社会团体、或非医务人员非本机构等的社会人士组成（1 项）；医学伦理委员会达到上述 6 项基本要求，给予计分。

投诉处理：

(1). 有患者投诉管理制度与工作流程等，包括：①有效投诉：受理（接待）、登记、调查、责任认定结论、上报（属地卫生健康行政主管部门）、反馈（投诉人，院方科室及当事人）、处理、整改措施；②开展员工教育及记录；③有相应的工作流程（或程序）；④有采纳司法诉讼程序的规定；⑤有行政、经济处罚规定，对表扬的投诉有奖励表彰规定，并纳入年度绩效考核；⑥每一件有效投诉具备完整详细的记录；⑦对无效的投诉有登记受理、调查、责任认定、反馈；满足上述 7 点要求，给予计分。

49. 医德医风制度建设

管理组织体系：

(1). 医德医风管理组织体系包括：①医院级医德医风管理委员会（小组），制定、完善医德医风管理制度和考评等级及考核指标；②中国共产党组织、工会组织，依据《党章》、《工会法》履行职责；③医院（行风办等职能部门或专职管理人员）、科两级完善的医德医风管理组织架构；④明确的职责，将行风建设、考评工作纳入日常工作管理；⑤建立科室行风建设、职工个人的考评档案，并纳入年度绩效考核；⑥完整详细的工作台账记录和年度工作总结及次年工作目标计划；达到上述几点基本要求，计分。

纳入个人岗位职责：

(1). 将医德医风建设要求纳入以下人员岗位职责考评：①各级行政管理人员、②各级临床医技医护人员、③各级财会人员、④各级后勤保障工作人员、⑤窗口服务岗位的工作人员，⑥除上述人员之外岗位的其他各级工作人员；到达上述 6 项要求，计分。

文化建设规划：

医院文化是通过医院管理、技术、服务、精神理念的开发建设和培育具有医院特色的价值观、行为准则的特殊行业文化。最重要的核心因素有两个方面：

一. 是医院自身生长力，包括医院内聚力、人才激发机制、医院不断的延续机能。

二. 是医院形象推进市场竞争力，它包括：医院信誉、医院美誉度、市场亲和力。

(1). 有：①在医院发展规划中，围绕医院文化建设目标愿景制定文化建设发展规划；②根据规划制定年度的工作计划与实施方案；③职能部门（或指定兼职部门管理或专职管理人员）根据计划与方案制定实施办法（措施）并落实；④有完整的工作台账记录；达到上述 4 点要求，给予计分。

医德考评档案：

(1). 职能部门应履职：①在日常管理工作中，收集：科室、职工关于医德医风执行情况材料；②定期召开会议，了解科室实施医德医风建设计划进度情况；③根据掌握了解的情况：每年度至少 1 次对科室进行考评；④对科室上报职工的考评材料，有核查的依据；⑤建立科室、职工个人医德医风档案资料，⑥有完整的，工作台账记录材料；完成 6 项工作， 计分。

岗位职责、培训：

(1). 在医院制定的“规章制度”、各项具体的制度（规定）、管理制度中的应明确：①各科室（部门）根据自身专业、功能等，有各自的“人员岗位职责”；②有医德医风管理与考评制度；③有行为规范（医疗行为、技术操作行为及其他工作行为规范）准则等；④职能部门、科室能够定期（至少每年度 1 次）：对岗位职责、管理制度、行为规范、有关法规开展教育培训及考核、并纳入档案；⑤有完整详细记录材料可查；达到上述 5 点要求，给予计分。

奖惩制度、落实：

(1). 门诊部在行风建设中有：①表彰及物质奖励、行政处罚奖惩制度及规定；②对于在医德医风建设中表现突出或重大贡献的职工给予表彰和物质奖励；③对优秀科室和个人的事迹进行宣传组织学习；④对违反行风建设相关规定、以及实名举报“医德医风”败坏者在查实后，根据情节轻重按规定给予处罚；⑤对触及法律负有刑事责任的人

员，依法积极配合政法部门严惩犯罪分子，能认真够落实；⑥职能部门、科室每年度至少 1 次进行检查、分析、总结、改进及获得有成效的评估；⑦有完整详细的记录资料及年度工作总结和次年的工作目标；在落实奖惩制度做到上述 7 点基本要求，给予计分。

注：因违法乱纪发生重大事件且造成社会恶劣负面影响，受到政府部门行政处罚，建议此款不再评价评分。

抽查优秀科室、员工：

(1). **优秀科室 1 个：**①查看医德医风建设工作台账记录（主要指“九不准”执行情况、“无红包科室”；②查看“医德医风管理委员会（小组）”制定的优秀科室评价标准材料；③职能部门日常工作记录材料；④有优秀科室公示材料和院级管理委员会（小组）考评结论；⑤查看科室表彰文件及奖状或物质奖励；⑥查看财会部门有关物质奖励财务报表；⑦调查职工满意度等；达标，计分；缺任何一项扣分，扣完分止；

优秀员工 1 名：

①查看科室行风建设考评管理小组评语及管理委员会（小组）核查复评结论；②对先进事迹核查了解科室员工及院内公示意见材料；③查看先进个人表彰文件、奖状或物质奖励；④查看财会部门有关物质奖励财务报表等；达到要求，计分；缺任何一项扣分，累计扣完分止；

(2).发现科室、员工先进事迹和表彰等任何一项为虚假，或实名举报查实、或调查核实与实际不符，给予【A】档 X 分分值全部扣除（-分），不再评价【A】档任何内容。

50. 优化服务环境和服务流程.

制定预约制度和规范：（1).有：①“医院预约诊疗工作制度和规范”，并落实；②“预约诊疗工作操作流程”，包括专线电话、网络、现场预约等形式及其操作流程；③将预约方式、预约诊疗工作流程在院内公共场所以电子屏幕滚动字幕、或张贴预约诊疗工作流程图或医院宣传册内刊登等多种方式向就诊人员告知，方便患者预约和预约患者就诊操作；达到上述要求。

两种以上形式、分时段预约门诊：

（1).医院至少有以下形式及分段时限开展并落实预约：①两种以上形式，计 X 分；包括：A.电话、B.医院网站或 APP、C.现场预约等三种形式任意组合的两种以上形式预约诊疗服务。②有分时段预约，包括：A.在门诊两种以上形式预约诊疗服务中、B.根据患者预约诊疗时间的意愿进行分时段预约诊疗，计分。

服务环境和设施：

(1). 门诊部公共、医疗区域，病区，治疗（含手术室）室等就诊、诊疗场所的环境与设施标准达到：①门诊部环境卫生符合爱国卫生运动相关要求：环境美化、绿化，道路硬化，做到优美、整洁、舒适；②就诊、住院环境清洁、舒适、温馨、安全；③服务标识规范、清楚、醒目；④相关管理部门有定期维护、修缮管理制度；服务环境和设施符合上4个基本要求，给予计分。

信息网络管理平台专人负责：

(1). 有预约管理平台；①门诊部信息化建设中，应设置：A. 网络预约管理平台；B. 简捷易懂的填写要求及操作步骤介绍；C. 明确的工作流程说明；D. 平台的管理制度；等。满足上述4点要求，计分。

(2). 有专人负责。①设置网络预约管理平台，应安排：A. 专职人员负责（1项）；B. 专职人员应根据安排预约的日期、当日的时段应按照制度规定提前的时间进行告知（1项）；C. 在预约患者到达就诊后，根据管理制度应进行登记销号记录（1项）；D. 受理网络预约患者，根据管理制度规定完成患者预约任务（1项）；E. 完成预约及预约就诊患者销号日、月、季度及年度工作量统计，并上报指定的管理部门（1项）；完成上述5项基本工作任务，给予计分。

预约、诊疗服务管理制度：

(1). 完善的就医者预约、诊疗服务管理制度包括：①有通讯、网络（含 APP）、现场患者就医预约方式；②有时段分割预约满足患者诊疗的需求；③有满足患者专家或普通门诊就诊要求的预约安排；④有保护患者隐私的规定（含不经患者同意泄露患者隐私的惩罚规定）；⑤所有的预约诊疗均按照制度规定进行完整的登记与记录，并有日、月、季度及年终统计报表，纳入门诊日志管理；达到上述 5 项要求，给予计分。

51. 开展医院文化建设。

规划、方案、职能部门：

(1). 有：①“医院文化建设工作领导小组”或“医院文化建设管理委员会（小组）”制定‘医院文化建设工作发展规划及建设方案’；②职能部门根据“规划及建设方案”制定年度实施工作计划及落实措施；③职能部门能够认真履行督促、检查、总结、改进职责，有完整记录材料；共 3 项，达到上述 3 项，计分。

敬业爱院教育、医患关系：

(1). 在医院规章制度”中有定期开展：①各级各类人员岗位职责、各种工作制度、各项管理制度、激励奖惩规定、加强医德医风建设等履行职责爱岗敬业的教育与培训；②有定期开展加强医患沟通、强化和谐医患关系、树立正确

价值观等教育培训；③职工对医院的管理工作、医患关系的改善满意度逐年得到提升；共 3 项，达到上述要求，计分。

抽查员工：

(1). 抽查的 5 名员工中，简要回答。任何 1 人出现以下任何一个问题回答不知道（不了解、不清楚）、模糊，均给予

扣分：①医院有管理部门、规划等； A. 有文化建设工作领导小组及职能部门负责文化建设工作（1 项）；

B. 根据文化建设规划、方案，实施并落实年度工作计划（1 项）； ②医院在文化建设中，定期开展以下项目内容的教育、培训与考核：A. 职工岗位职责（1 项）；B. 各项工作制度、管理制度（1 项）； C. 激励机制、医德医风建设（1 项）；D. 正确价值观（1 项）。注意：抽查 5 名人员评价评分是【C】档评分的重点；其评分计分得分与扣分值是【C】档最终的分值。

价值观、医院功能及任务有：

(1). 国家 24 字价值观：富强、民主、文明、和谐、自由、平等、公正、法制、爱国、敬业、诚信、友善。

①员工易记、易掌握的医院的核心价值观：xxx~； ②对全院职工开展国家倡导的 24 字核心与医院核心价值观的教育、培训的规定； ③有完整的记录资料可查； 达到上述 3 项；或以国家 24 字核心价值观作为医院心价值观； 计分。

知晓率：(1). 职工对医院核心价值观（或国家 24 字核心价值观）知晓率 \geq 90%，计 X 分。(2). 结合抽查 10 名员工知晓率对医院核心价值观（或国家 24 字核心价值观）进行评价评分。 ①在抽查的员工中，每一名员工能够给予完整的回答，其知晓率 \geq 90%，给予计分。②出现以下情况：a. 不知晓、b. 模糊、c. 不完整等 3 种情况回答时：

A. 抽查的 10 名员工中只有 1 名员工出现上述情况之一的回答时，扣分，计分的处理；B. 在有 2 名或 2 名以上的员工出现上述“A.”的情况时，由于抽查 10 名人员的知晓率 $<$ 90%，因此，扣完给予的 X 分分值止。

政府或社会组织表彰：

(1). 医院文化建设突出，评价周期内（2~3 年内）受到： ①政府部门表彰或/和奖励，计分； ②市级以上本行业社会组织表彰或/和奖励，计分。 上述①与②都能够做到，给予计分。(2). 医院文化建设在评价周期内没有受到①的表彰或/和奖励，给予扣分；或/和没有受到②的表彰或/和奖励，给予扣分。

行政处罚：

行政处罚，扣分：通过省级整形美容协会资格审查或已经由省级协会通过初评并上报参加国家级 4A、5A 评价的医疗美容医院（医院 4A 与 5A）发生在评价工作当年受到政府部门行政处罚，并在整改期间，扣除本款给予的分，不再评价该款。

行政处罚，取消本次评价工作：在评价工作当年，发生重大事件，社会影响恶劣，造成政府部门给予停业整顿或 20 万余以上（含 20 万元）罚款的行政处罚，根据“评价工作管理办法（方案）”应及时取消本次评价工作。