

吉林省卫生和计划生育委员会

吉卫医函〔2014〕36号

关于开展2014年全省医政医管工作 督导检查的通知

各市、州卫生计生委（卫生局），长白山管委会社会办，梅河口市、公主岭市卫生局，各有关单位：

按照《2014年全省卫生计生工作要点》和《2014年医政医管工作安排》总体要求，为全面了解、掌握各地医政医管工作开展情况，经研究，省卫生计生委决定于2014年11月中旬开始对全省医政医管重点工作进行综合督导检查。现将有关事项通知如下：

一、检查内容

各市（州）卫生计生行政部门、各级各类医疗机构落实《2014年全省卫生计生工作要点》和《2014年医政医管工作安排》相关工作情况。

重点包括：质控中心建设、第二三类医疗技术开展、临床路径实施、抗菌药物临床应用、毒精麻药品管理、优质护理服务、医院感染

管理、器官移植、城乡对口支援、骨干医师培训、急救中心建设、急救人员培训、院务公开、血液安全、平安医院、行业作风建设、三好一满意及非公立医院机构重点工作开展情况。

二、检查范围和方式

（一）范围：

1、各市（州）州卫生计生行政部门、长白山管委会社会办，梅河口市、公主岭市卫生局；

2、市（州）级：检查 2 所公立医院、2 所民营医院、急救中心、血站（长春市另外抽查 4 家中省直公立医院和 2 家省级审批民营医院）；

3、县（市）级：检查 1 所公立医院。

（二）方式：

检查组到各地后分为两组：一组检查卫生计生行政部门、采供血机构和急救中心建设情况；另一组检查各级各类医疗机构。检查方式主要通过听取汇报，查阅文件、病历资料，现场检查等方式进行。

三、检查时间

2014 年 11 月 10 日-20 日之间完成，具体时间由各检查组另行通知。

四、检查标准

（一）各专项工作方案及评估细则、考核标准；

（二）2014 年全省医政医管重点工作督导检查附表（见附件）。

五、检查分组

本次督导检查共分三组。检查组成员分别由委医政医管处、省卫生监督所和医疗、护理、院感、药事、血液、行风等方面相关专家组成。

第一组：

组 长：林天慕

联络人：刘任飞 联系方式：18686438965

检查地区：吉林、延边、白山、长白山管委会

第二组：

组 长：文日炫

联络人：李冬梅 联系方式：18686438899

检查地区：长春、松原、白城

第三组：

组 长：李春英

联络人：张义全 联系方式：13756089120

检查地区：四平、辽源、通化、梅河口、公主岭

六、检查要求

（一）高度重视。各地卫生计生行政部门、各受检单位要高度重视此次检查工作，严格按照年初医政医管工作安排要求，精心准备，认真提供相关文件材料，如实提供检查表中所涉及的数据信息，对于检查中发现的问题，要认真的整改，切实解决工作中存在问题和不足。

（二）严格考评。此次督导检查，既是专项检查，又是一次年度工作考核。委医政医管处将依据考核量化评分，作为年度目标管理考

核依据。各地要将本地工作落实情况、存在问题、工作建议形成文字总结，迎检时将工作总结交督导组联络员。

（三）从简节约。此次检查工作一切从简，按照相关规定不搞迎来自来送往、吃喝宴请，轻车简从，减轻各级负担。督导组交通、食宿费用由省卫生计生委医政医管处承担。

附件：

- 1、2014 年全省重点卫生计生工作目标管理责任对市（州）卫生计生行政部门考核表
- 2、2014 年吉林省采供血机构督导检查表
- 3、2014 年吉林省院前急救医疗机构督导检查表
- 4、2014 年吉林省医疗机构督导检查表



吉林省卫生计生委办公室

2014 年 10 月 15 日印发

校对：李化

份数：50 份

附件 1:

2014 年全省重点卫生计生工作目标管理责任对市州卫生计生行政部门考核表（20 分）

市（州）：

项目	目标任务	考核内容及指标	分值	完成情况	存在问题
九、加强 医疗服务 监管，提 高医疗服 务质量和 能力	加强平安医院建设， 建立纠纷化解机制	1. 完善患者投诉处理制度，安排专职人员，确定专门场所，并公布投诉电话、信箱，妥善处理患者投诉。 2. 鼓励有条件的县（区）进一步完善人民调解组织，拓展医疗纠纷人民调解组织覆盖面，健全全省医疗纠纷调解格局。 3. 各医疗机构应设立警务室，与公安密切协作，建立健全预警机制。	2		
	开展对口支援工作， 加强骨干医师培训， 提高县级医院能力	1. 向国贫县、民族自治县、陆路边境县的支援医院派驻 5 人，其他县派驻 3 人开展对口支援工作。 2. 受援医院转诊率高的前 5 位疾病的县外转诊率应有下降。 3. 设重点专科的支援医院帮助受援医院成立相应专科。 4. 受援医院要按要求派骨干医师到对应的支援医院培训学习。	2		
	完善院前急救体系， 规范院前急救行为	1. 完善市州急救体系，加强急救中心建设。 2. 认真落实《院前医疗急救管理办法》。	2		
	推动无偿献血工作， 确保临床用血安全	1. 各级政府、各有关部门主要负责同志高度重视血液管理工作，成立由分管负责同志任组长的血液管理工作领导小组，将血液管理工作纳入重要工作日程；领导小组负责制定工作计划安排；组织、协调血液管理工作，保证必要的经费和条件；做好无偿献血的宣传教育工作；对所辖地区、部门、单位血液管理工作进行目标管理、监督、考核、总结、表彰；各级各类医疗机构设立临床用血管理机构，加强组织管理，明确岗位职责，健全管理制度，确保临床用血安全。 2. 各级政府要制定临床供血和用血应急预案，应对突发事件造成的血液紧张。	2		

项目	目标任务	考核内容及指标	分值	完成情况	存在问题
九、加强医疗服务监管，提高医疗服务质量和能力	加强人员准入管理，组织医师资格考试	认真组织好执业医师考试资格审核、实践技能和综合笔试考务工作，及时上交考务费用(12月1日前上交考务费)。	2		
	完善质控中心建设，发挥质控中心作用	加强质控管理，充分发挥质控中心作用，各市州要对应省级医疗质量控制中心设置相应质控中心。	2		
	加强技术准入管理，确保临床医疗安全	组织开展临床应用的第二、三类医疗技术申报和监管工作。	2		
	实施临床路径管理，规范临床诊疗行为	开展临床路径试点，扩大覆盖面，增加专业和病种数，提高质量。	2		
	加强临床药事管理，促进药物合理应用	1. 组织辖区内医疗机构抗菌药物临床应用专项整治实施情况。包括：本年度与辖区内医疗机构签署抗菌药物临床应用管理责任状情况；下发相关文件、召开会议部署、培训、督导及针对存在问题持续改进等情况。 2. 督促辖区各级各类医疗机构实现抗菌药物临床合理应用各项指标。查阅市、州二级以上医疗机构“药事管理平台”上报情况（医疗机构上报数量占医疗机构总数量的60%以上为优秀、50%以上为良好、30%以上为较差）。 3. 督导县、市、区卫生局落实《关于加强基层医疗机构抗菌药物临床应用管理工作的通知》（吉卫医发〔2014〕27号）情况。包括：下发相关文件、培训及督导情况。	2		
	提高护理服务水平，强化医院感染控制	1. 在推进优质护理服务，查阅相关文件、资料，召开会议及学术交流等；在开展优质护理服务评价工作方面，查阅下发相关文件、交流和培训等；在开展护理岗位管理工作方面，查阅启动护士岗位管理工作相关资料；在加强专科人员培训方面，查阅组织医疗机构参加国家、省组织的专科护士培训及市本级组织的专科护士培训等方面工作(培训数量)。 2. 在落实院感行动计划，加强医院感染管理方面，查阅市、州级卫生计生委督导辖区内医疗加强医院感染重点部门、重点环节以及基层医疗机构的医院感染管理工作情况，重点包括：下发相关文件、资料，召开会议进行部署、分级培训及督导等情况。	2		

附件 2:

2014 年吉林省采供血机构督导检查表（100 分）

重点工作	督导检查要点	检查方法及评分原则	分值	实际检查情况及得分
基础设施 配备及管理情况 (18 分)	采供血业务功能场所是否健全、整洁、卫生（查献血、制备、检验、供血等部门）	① 至少应具备血液采集、成分制备、血液检测、血液储存和发放等功能场所，功能不健全的每一个场所扣 0.5 分。 ② 各场所应布局有序，整洁卫生，不符合要求的每一场所扣 0.5 分	2	
	消防设施配备是否充分（查献血、制备、检验、供血、物料科）	① 符合《建筑灭火器配置设计规范》，消防栓、灭火器应配备充足，布局合理，未配备的发现一处扣 1 分，配备不足、布局不合理的，发现一处扣 0.5 分； ② 抽查 3 个位置的灭火器，压力或有效期应符合要求，发现一处不符合要求的扣 0.5 分。	2	
	是否配备了污水处理设施	① 现场查看。没有污水处理设施的该项不得分； ② 不能出具环保部门的检测报告的扣 0.5 分。无污水处理记录的扣 0.5 分；污水处理记录不全的扣 0.5 分	2	
	工作现场是否设置明显的安全标识（查献血、制备、检验、供血、质管科）	① 医疗废物的收集和储存点应有生物安全标识； ② 血液辐照场所应有辐射危险标识； ③ 血液检测实验室应有生物安全标识； ④ 消防设施配置点应有消防标识； ⑤ 危险化学品存放点应有化学危险品标识； 以上标识不全的，每缺漏 1 项扣 0.5 分	2	
	是否执行了现行的医疗废物管理的有关规定	① 查看医疗废物暂存场所，应有防鼠、防蚊蝇、防蟑螂的安全措施，上锁管理；② 医疗废物暂存场所和运输设施应定期消毒处理，未达到要求扣 0.5 分； ③ 废物应按规定分类，④ 废物包装符合相关规定；⑤ 废物交接记录应完整。内容应包括：来源、种类、重量或数量、交接时间（具体到分钟）、处置方法、最终去向及经办人签名。内容不全的每 1 项扣 0.5 分；	2	
	信息化管理系统是否完善	① 是否应用计算机信息管理系统管理和控制采供血全过程，② 是否对管理信息系统(软件)数据库进行定期备份③ 是否有紧急恢复程序④ 是否能有效防控计算机病毒⑤ 是否实施计算机系统应用权限控制，是否有系统授权记录⑥ 实施对管理信息系统的跟踪审计，是否有跟踪审计记录，每一项不符合的扣 0.5 分。	3	

重点工作	督导检查要点	检查方法及评分原则	分值	实际检查情况及得分
	献血场所是否布局合理、设施充足（查血站内献血场所、献血屋或流动采血车）	① 固定献血场所至少应划分有献血者征询区、体检区、检验区、采血区和献血后休息区且布局合理，未划分区域扣 2 分，未按上述要求进行区域设置 1 项不符扣 0.5 分；（2 分） ② 查献血屋或流动采血车设施至少应包括：供电、储血、照明、医疗废物收集、消毒和不良反应处理等。设施不全每缺一项扣 0.5 分。是否向献血者提供丰富多样的无偿献血宣传教育材料；是否能够保护献血者的隐私；每项不符合扣 1 分。（3 分）	5	
人员管理 (12 分)	新增加人员资质是否符合要求	查血站近 2 年内新进员工名单和采供血机构从业人员岗位培训考核合格证 ① 不符合《血站关键岗位工作人员资质要求》的 1 人扣减 0.5 分；② 人员入职 1 年以上，但仍未取得《采供血机构从业人员岗位培训考核合格证》的，1 人扣减 0.5 分	2	
	专业技术人员是否具有相关专业初级以上技术职务任职资格	查血站全体员工名单：在技术岗位上（采血、发血、成分制备、检验）工作的不具备专业技术人员技术职务任职资格的，1 人扣减 0.5 分。	2	
	上岗人员的资质是否符合相关法规的要求	抽查相关执业或上岗资质（卫技、中层、实验室员工）10 人，HIV 检测人员至少 3 人具备资质（具备 CDC 培训合格证书），1 人不符合相关法规要求的扣 0.5 分	2	
	是否建立了员工健康检查机制	① 没有建立员工健康档案的扣减 2 分； ② 抽查近 2 年的员工健康检查记录，每年进行一次经血传播病原体感染情况的检测（采血、血液成分制备、供血岗位），项目不全每缺一项扣 0.5 分	2	
	是否开展了完善的员工培训（抽检近 2 年的培训计划，抽查培训记录 5 份）	①培训计划（可以将继续教育计划和培训计划集成制定）内容至少应包含培训对象、培训者、培训时限、培训类型、培训内容；不能提供计划的扣减 1 分；计划内容不全面的酌减 0.5 分； ②查是否有培训评估，没有扣 1 分，效果评价缺陷的扣 0.5 分 ③是否对所有员工进行安全和卫生的培训，包括安全卫生方面的职责、用电安全、化学危险品安全、放射安全和消防安全，无记录的扣 1 分，内容不全面每缺漏 1 项扣 0.5 分； ④ 新进员工是否进行培训，抽查 5 份培训记录，查培训内容是否完整，无记录的扣 1 分，内容不全面每缺漏 1 项扣 0.5 分；	4	
管理职责和持续改进 (35 分)	是否针对突发采供血事件制定应急预案	预案的内容至少应包括： ① 关键设备故障时的应急措施，没有应急措施的扣 0.5 分； ② 血液供应应急措施，没有应急措施的扣 0.5 分； ③ 信息系统瘫痪后应急措施，没有应急措施的扣 0.5 分； ④ 应急预案文件中至少应包括：部门、人员的职责； 预案是否可操性，缺项的每 1 项扣 0.5 分；	2	

重点工作	督导检查要点	检查方法及评分原则	分值	实际检查情况及得分
	是否按计划实施了有效的管理评审活动	① 抽查 2013 年度的管理评审相关记录(含计划、输入材料和报告)。 ② 没有管理评审计划和记录的扣 1 分； ③ 评审输入不全面的扣 0.5-1 分 ④ 评审报告内容不全面的扣 0.5-1 分	5	
	是否实施了有效的内部质量审核活动	① 应有年度内审计划，否则酌减 1 分 ② 全年内审应覆盖采供血及相关服务的所有过程和部门，否则扣 0.5； ③ 内审报告内容应包括审核情况和评价、不合格项分布情况和分析及其纠正措施和预防措施。应有纠正预防措施的追踪验证情况记录，否则酌减 0.5-1 分	3	
	是否能够保证血液信息的可追溯性（查献血、制备、检验、供血科）	① 抽查近 3 个月内的献血记录或临床用血记录 5 份，检索其计算机信息系统，血液的信息应可以追溯到相应的献血者及其献血过程，以及所有制备和检验的完整记录，发现 1 例不完整扣减 1 分； ② 特别应核查修改信息的一致性（例如献血者血型的修改、姓名的修改、血量的修改），通过其计算机信息系统查找到近 3 个月内发生的献血者血型的修改、姓名的修改、血量的修改各 2 例，再核对相应的无偿献血登记表和血液检测部门的检测原始记录，应保持修改后的一致性，发现 1 例不一致扣减 1 分	5	
管理职责和持续改进（35 分）	对不合格品（血液和物料）的控制是否有效	① 是否有不合格品管理质量体系文件；不符合扣 1 分 ② 是否对不合格品实施有效监控，定期的统计和分析报告（可包含在管理评审中）；不符合扣 1 分 ③ 抽查近 2 年的年度血液报废和医院退血统计情况，若此两项指标偏高或呈逐年恶化的趋势，应有原因分析和改进措施，否则酌减 1-3 分	5	
	是否具有良好的持续改进能力	① 对日常工作中发现的不合格是否得到了有效的处理； ② 是否按要求进行了质量监控工作，对监控的结果是否有定期的分析； ③ 是否按要求开展了室内质控和室间质评，对结果是否有后续的措施； 以上每条不全面扣 0.5-1 分。	2	
	建立和实施血液隔离和放行机制	① 发现合格品库存放有待检测或不合格血液的扣 1 分； ② 放行人员未经过培训和授权的扣 0.5 分，质量管理人员未对血液放行进行定期监控的扣 0.5 分（应能提供监控记录）；血液放行记录应完整，内容包括每批血液的总数、不合格血液成分和数量、合格血液成分和数量、不合格血液的安全转移和处置方式等，缺一项扣 0.5 分； ③ 未采用计算机管理信息系统控制合格血液的贴标签操作的扣 0.5 分；	5	

重点工作	督导检查要点	检查方法及评分原则	分值	实际检查情况及得分
		④ 未遵从逐袋贴签的规定（同时对 2 袋或以上血液打签和贴签）的扣 0.5 分； ⑤ 采用预贴签方式（即在血液检测报告合格前即贴标签，如冰冻血浆贴签），未采用计算机管理信息系统进行最后核对后再贴合格血液标示签的扣 1 分。		
	血液质量符合《全血和成分血质量要求》（查阅血液质量抽检结果及分析、管理评审报告）	① 查看 3—5 个血液品种连续 3 个月的抽检记录，输血传播感染检测指标不符合要求的减 1 分，没有分析改进的减 1 分，血液功效指标连续 3 个月抽检不符合要求的扣 1 分。 ② 查阅管理评审资料，无全年血液质量抽检的符合性分析的扣 1 分。	3	
	建立血液质量投诉和血站相关的输血不良反应报告的处理机制（查阅文件和记录）	① 文件未规定血液质量投诉和血站相关的输血不良反应报告的受理部门、调查分析、处理和改进措施的，1 项扣 1 分； ② 未设立 24 小时受理电话的，扣 1 分； ③ 查阅 3-5 份血液质量投诉或输血不良反应报告的调查和处理记录，未按质量体系文件执行的，1 份扣 1 分； ④ 接到血液质量出现重大问题（输血传播感染、血液细菌污染）的投诉或血站相关的输血不良反应报告时，未及时向当地卫生行政管理部门报告的，扣 1 分。	5	
血液采集管理 (12 分)	采血计划及实施情况	① 制定年度采血计划，未制定计划的扣 1 分； ② 是否按计划完成采血，未完成扣 1 分；	2	
	是否以自愿无偿的低危人群为招募对象	① 建立文件化的献血者招募指南，未建立扣 1 分； ② 招募指南中明确招募对象，未明确的扣 1 分； ③ 应定义低危人群，未做到扣 1 分。	3	
	对献血不良反应的预防和处理机制是否健全	抽查 3 例有献血反应的献血者，查看其献血反应处理记录和随访记录，无记录或无后续随访记录每 1 例扣 1 分，缺 1 项扣 0.5 分。	2	
	是否配备了对献血者的防护设施	① 对献血者应做到 1 人 1 巾（垫巾）1 带（压脉带），缺一项扣 0.5 分； ② 应配备献血不良反应护理设施和药品，并定期检查其有效性，未配备扣 1 分，无献血不良反应护理设施和药品明细的扣 0.5 分，设施或药品失效或过期的，每发现一项扣 1 分，无定期检查记录扣 0.5 分	2	
血液采集管理 (12 分)	是否建立和实施献血者屏蔽机制，防止高危献血者反复献血	① 建立相应体系文件，未建立的不得分； ② 质量体系文件中至少包括：献血者屏蔽的范围、屏蔽的职责和权限、屏蔽的执行操作，缺一项扣 1 分； ③ 检查计算机管理信息系统，应具备高危献血者屏蔽功能（随机输入 3 例传染性指标阳性献血者信息，验证其是否被计算机系统屏蔽），无屏蔽功能扣 2 分	3	

重点工作	督导检查要点	检查方法及评分原则	分值	实际检查情况及得分
血液检测、 库存和发 放管理 (23分)	制订和实施年度血液供血计划	① 未能提供2年度供血计划，每年扣1分； ② 供血计划未细化至每月的，每年扣1分； ③ 未及时签订临床供血协议的，扣1分。	3	
	建立和实施形成文件的血液库存管理程序	① 未确定常用种类血液最低库存量的，1个品种减1分； ② 未将仍在制备过程中的血液纳入库存管理的减1分； ③ 未每月盘点库存血液的，1月减1分。	3	
	血液保存、运输、发放程序是否符合要求	是否分别有规定血液保存、运输、发放程序的文件；血液保存温度监控记录、运输记录是否记录齐全；是否遵循先进先出的原则（小儿等特殊输血需求除外）；每一项不合格扣0.5分	3	
	血液储存设备是否建立设备管理程序，是否安全可靠（查献血、制备、检验、供血科）	① 血液冷藏箱、试剂冷藏箱、低温冰箱、血小板保存箱应有温度异常报警装置或配备自动化实时温度持续监控系统，未有效达到温度监控或未提供报警记录和记录处理的每1台扣0.5分；（2分）② 所有血液储存设备均应有温度监控记录（如果以自动化实时温度持续监控系统记录代替手工温度记录，应提供该系统的计量证书），手工温度温控系统记录不全的每台扣0.5分；未提供自动化证书的扣0.5分；（2分）③ 抽查7份设备维护和使用记录（可能存放在设备使用部门），记录不全的每份扣0.5分；（2分）④ 有故障或停用设备应有明显标示，无标识的发现1台扣0.5分。	7	
	应建立和保持完整的血液检测相关记录	记录的种类应包括：标本登记、处理、保存、销毁记录，试剂管理记录，检测过程和结果的原始记录，质量控制记录，设备运行、维护和校验记录，实验室安全与卫生记录、医疗废弃物处理记录等；缺一项扣0.5分（记录可以合并，能体现内容即可）。	3	
血液检测项目和方法是否符合法规要求	① 血液检测项目应符合要求，否则该项目不得分； ② 血液检测方法的选择应符合要求，否则该项目不得分； ③ 质量体系文件应包括涵盖每个实验全过程的SOP以及检测结果判定规则。文件内容应符合法规和试剂盒说明书的质量要求，LIS系统中设置的检测规则、策略与SOP规定应一致，发现一处不符合扣1-4分。	4		

附件 3:

吉林省院前急救医疗机构督导检查表(100 分)

单位名称:

督导检查项目	督导检查内容	督导检查指标及分值	督导检查方法	总分值
机构设置	急救医疗机构性质	独立建制 (5)	查看法人登记或任命文件, 独立建制的得 5 分, 未独立的不得分。	11 分
	职能科室设立	指挥调度科 (2)	缺一个科室扣 2 分。	
		车辆管理科 (2)		
		急救科 (2)		
管理制度	行政管理制 度	会议制度 (0.5)	缺一个制度扣 0.5 分。	17 分
		档案管理制度 (0.5)		
		总值班制度 (0.5)		
		交接班制度 (0.5)		
		请示报告制度 (0.5)		
		考勤考核制度 (0.5)		
		奖惩制度 (0.5)		
		收费制度 (0.5)		
	财务管理制度 (0.5)			
	人员职责	急救医疗中心主任(站长)职责 (0.5)	缺一个职责扣 0.5 分。	
		办公室主任职责 (0.5)		
		科室一般工作人员职责 (0.5)		
		调度室主任职责 (0.5)		
		调度员职责 (0.5)		
		急救科长职责 (0.5)		
		急救医师职责 (0.5)		
		护士长职责 (0.5)		
		护士职责 (0.5)		
		药剂师职责 (0.5)		
		担架员职责 (0.5)		
车管科长职责 (0.5)				
驾驶员职责 (0.5)				
总务科科长职责 (0.5)				
财务科科长职责 (0.5)				

督导检查项目	督导检查内容	督导检查指标及分值	督导检查方法	总分值
管理制度	人员职责	会计职责 (0.5)	缺一个职责扣 0.5 分。	17 分
		分站站长职责 (0.5)		
	业务管理制度	值班救护人员管理制度 (0.5)	缺一个制度扣 0.5 分。	
		通讯调度管理制度 (0.5)		
		车辆管理制度 (0.5)		
		仪器、设备管理制度 (0.5)		
		通讯设备管理规定 (0.5)		
		计算机管理制度 (0.5)		
急救医疗分站管理制度 (0.5)				
安全保卫制度 (0.5)				
人力资源	救护车上人员配备情况及 各类人员准入制度	执业医师证书 (5)	存在无执业证书的不得分。	22 分
		医师注册证书 (2)	医师未注册或与执业地点不符的不得分。	
		护士证书 (5)	存在无护士证书的不得分。	
		护士注册证书 (2)	护士未注册或与执业地点不符的不得分。	
	司机驾照是否符合规定 (2)	驾龄 3 年以下的不得分		
人员培训	按要求完成院前医疗急救人员培训 (6)	查看培训记录及项目经费使用, 未完成的不得分。		
设备装备	急救车车载设备、器材	急救车车载设备、器材符合标准配置 (5)	缺少设备的不得分, 运行不良的扣 2 分。	10 分
	常备急救药品	急救车常备急救药品齐全, 不无过期药品 (5)	每缺一种药品扣 1 分, 每发现一个过期药品扣 5 分	
指挥系统	“120”电话设置	有 120 专线 (4)	无专线的不得分。	16 分
	备用服务电话设置	有备用服务电话 (4)	无备用服务电话不得分, 功能不良扣 2 分	
	急救信息资源存储、统计系统	系统功能运行良好 (2)	运行不良不得分	
	车载无线电畅通情况	车载通讯设备良好 (2)	运行不良不得分	
	调车时间	发出派车指令 (2)	大于 1 分钟不得分	
派车时间 (2)		大于 3 分钟不得分		
医政管理	各项管理制度落实, 管理目 标明确, 管理到位	工作量统计 (2)	无工作量统计的不得分	24 分
		抢救成功率统计 (2)	无抢救成功率统计的不得分	
		病历管理及书写规范 (6)	病历管理不规范的扣 3 分, 书写不规范的发现一份扣 1 分, 3 份以上的不得分	
		处方及毒麻药品管理 (6)	存在处方及毒麻药品不符合规定的, 发现一个扣 2 分, 3 个以上的不得分	
		消杀及医疗废弃物管理 (6)	存在消杀不符合规定的扣 3 分, 存在医疗废弃物处理不当的扣 3 分	
		医疗事故处理 (2)	医疗事故处理不当的不得分	

附件 4:

2014 年吉林省医疗机构督导检查表(100 分)

医疗机构名称:

重点工作	督导检查要点	检查方法及评分原则	分值	实际检查情况及得分
医疗质量管理	1、对应省级 26 个医疗质量控制中心，至少成立辖区 22 个医疗质量控制中心（器官移植、冠心病介入、先心病和心律失常介入、精神科质控中心除外）	查看红头文件，每少成立 1 个，扣 1 分，扣满为止。	5	
	2、按时完成省级各医疗质量控制中心布置的各项工作任务	抽查开展工作的痕迹。没有按时完成省里布置的工作任务扣 2 分	2	
	3、充分发挥辖区医疗质量控制中心专家的作用，积极开展辖区医疗质量控制工作	抽查开展工作的痕迹。没有开展辖区医疗质量控制工作扣 3 分。	3	
二三类技术开展	1、卫生计生行政部门是否按照时限要求，在 6 月末之前组织辖区拟开展二、三类医疗技术的医疗机构进行申报	查看申报记录。超时限申报 1 起，扣 0.5 分，扣满为止。	3	
	2、卫生计生行政部门是否对辖区医疗机构开展的二、三类医疗技术进行监督管理	查看相关文件和督导检查通报。没有下发文件扣 2 分，未开展督导检查扣 3 分，省检查组查出一起医疗机构开展未经审批的二、三类医疗技术扣 5 分。	5	
	3、医疗机构获批的二、三类医疗技术，是否到核发其《医疗机构执业许可证》的卫生计生行政部门办理诊疗科目项下的医疗技术登记	查看《医疗机构执业许可证》。未登记扣 2 分。	2	
临床路径管理	1、三级医院至少开展 60 个病种、二级医院至少开展 40 个病种临床路径工作	通过电子病历检查，同时查看相关文件资料、病历记录。未完成扣 3 分。	3	
	2、符合进入临床路径标准的患者入组率不低于 50%，入组后完成率不低于 70%	通过电子病历检查，同时查看相关文件资料、病历记录。未完成扣 3 分。	3	
	3、临床路径管理病种平均住院日、单病种费用较从前有明显下降	通过电子病历检查，同时查看相关文件资料。平均住院日上升扣 1 分，单病种费用上升扣 1 分。	2	
	4、制定临床路径工作实施方案，临床路径月报表、季报表及时准确	查看相关文件资料。检查相关文件资料。未制定实施方案扣 1 分，月报表、季报表填报不准确扣 2 分。	2	

重点工作	督导检查要点	检查方法及评分原则	分值	实际检查情况及得分
抗菌药物临床应用及毒、麻、精药品管理	1. 二级以上医疗机构向“省药事管理平台”相关数据上报情况	1. 未上报扣 3 分。2. 检查医疗机构抗菌药物临床应用相关指标完成情况, 包括: 门诊使用抗菌药物百分率, 急诊使用抗菌药物百分率, 住院患者使用抗菌药物百分率, 抗菌药物使用强度, 住院用抗菌药物患者病原学检查百分率及住院用限制级、特殊类抗菌药物患者病原学检查百分率等 7 项指标。一项不达标扣 0.5 分, 扣完为止。	5	
	2. 二级以上医疗机构设置感染性疾病科、临床微生物室, 配备符合标准要求的感染专业医师、微生物检验专业技术人员和临床药师	现场检查是否设置感染性疾病科、临床微生物室, 是否配备感染专业医师、微生物检验专业技术人员和临床药师情况。未按要求执行扣 0.3 分, 扣完为止。	1	
	3. 检查签订抗菌药物合理应用责任状情况及抗菌药物分级管理制度的落实情况	1. 查阅 2014 年责任状情定情况, 是否符合临床科室实际情况, 是否体现出需改进。0.1 分, 未签订或不符合要求 0.1 分。 2. 随机抽查 5 份使用特殊使用级抗菌药物病历, 每存在越级使用、未经审批使用情况。0.3 分, 1 次不符合要求, 扣 0.1 分, 扣完为止。	0.2	
	4. 抗菌药物目录的调整与报备情况, 临时购用抗菌药物供应目录以外抗菌药物审批情况	查阅抗菌药物目录的调整与报备情况, 查临时购用抗菌药物供应目录以外抗菌药物审批情况。一项不符合要求扣 0.1 分, 扣完为止。	0.2	
	5. 抗菌药物处方权限和药师抗菌药物调剂资格管理(处方查医师、药师授权)	抽查 10 张处方看医师、调配药师是否有抗菌药物处方权、调剂权。一项未按要求执行扣 0.1 分, 扣完为止。	0.2	
	6. 现场抽查 X 月 I 类切口病历 5 份	检查预防使用抗菌药物药品选择、使用时机、用药疗程是否合理。一项未按要求执行扣 0.1 分, 扣完为止。	0.2	
	7. 建立抗菌药物临床应用情况通报和诫勉谈话制度	查阅排名公示情况, 查阅诫勉谈话记录和奖惩制度。每缺 1 项扣 0.1 分, 扣完为止。	0.2	
	8. 毒、麻、精药品管理的组织机构、制度、目标考核、检查、培训、考核等机构和人员管理	查阅是否建立了合理的组织机构、将毒麻药品管理列入绩效考核、对毒麻药品管理工作进行定期检查、进行了培训考核。每少一项, 扣 0.2 分, 扣完为止。	0.5	

重点工作	督导检查要点	检查方法及评分原则	分值	实际检查情况及得分
	9. 毒.麻.精药品管理的购鉴卡、入库验收、“五专”管理、帐物批号相符、不合格药品的销毁等采购、储存管理	检查购鉴卡是否过期，查入库验收记录，查是否进行“五专”管理，查帐物批号是否相符，查过期或破损药品的销毁是否符合规定。发现一项未按要求执行扣0.1分，扣完为止。	0.5	
	10. 毒.麻.精药品管理的处方开具、编号，医师药师资质、使用登记等调配和使用管理	随机抽查10张麻醉药品处方检查处方开具是否符合要求，是否对处方进行了编号管理，医师、药师是否有授权，查使用记录。发现一项未按规定执行扣0.1分，扣完为止。	0.5	
	11. 毒.麻.精药品管理的储存设备、交接班记录、处方的保管、空安瓿销毁、剩余量处理、剩余药品无偿回收等安全管理	1. 现场检查是否设置麻醉、精神药品专用库（柜），是否配有安全监控及自动报警设施。 2. 查阅交接班记录，处方的保管情是否符合要求。 3. 检查空安瓿销毁记录，检查是否建立剩余量处理，剩余药品无偿回收记录。 发现一项未按规定执行扣0.1分，扣完为止。	0.5	
优质护理服务和护理岗位管理	1. 护士人力资源配备与医院功能、任务及规模一致，满足护理工作需求	1. 到医院相关部门查阅护士花名册，实地查看护士配置比例，是否数量配备合理，符合要求。2. 查看技术要求高、风险较大、工作量大的科室，实际护士人力配置（某一时间节点护士配备与实际开放床位）是否符合要求。3. 科室各班次的责任护士结构和数量是否搭配合理、科学。4. 查看护理员上岗证和培训记录。一项不符合要求扣0.5分，扣完为止。	2	
	2. 实施“以患者为中心”的责任制整体护理，为患者提供专业、规范的护理服务	1. 现场检查责任护士平均分管患者人数是否符合整体护理需求。 2. 查阅检查资料，访谈相关管理人员指导与改进的机制。 3. 实地查看护理措施是否符合病人个性化的实际需求，访谈护士长或护士责任制整体护理模式内涵，小组制分工等相关内容。 一项不符合要求扣0.1分，扣完为止。	2	

重点工作	督导检查要点	检查方法及评分原则	分值	实际检查情况及得分
	3. 开展护理岗位管理，实施绩效考核，落实同工同酬，调动护士积极性	1. 实地查看各岗位护士工作情况是否符合岗位工作标准。 2. 查阅医院护理岗位名录，各岗位说明书。 3. 实地查看医院护士绩效考核的落实情况。 4. 查阅护士夜班费发放记录，检查医院薪酬、同工同酬落实情况；5. 查阅人事处、财务处、护理部、科室护士薪酬的相关制度和记录，护士离职率，护士满意度调查等相关资料。 一项不符合要求扣 0.5 分，扣完为止。	2	
	4、加强培训及专科护士培养，能够体现专科特色，真正发挥专科护士作用	1. 查阅护理部专科护士培养规划及实施情况； 2. 实地查看专科护理人才的培养和使用情况； 3. 访谈护士接受培训的情况； 4. 查阅护理部护士岗位培训的制度、培训内容、考核记录等，科室培训记录、相关科室人员培训情况； 一项不符合要求扣 0.2 分，扣完为止。	1	
院内感染管理	加强二级以上医院感染重点部门、重点环节的医院感染管理	现场检查。 1. 依据《吉林省重症医学科医院感染检查标准(2014年版)》要求，现场进行检查。2分。 2. 依据《吉林省新生儿病室医院感染检查标准(2014年版)》要求，现场进行检查。2分。 3. 依据《吉林省医疗机构血液透析室检查标准(试行)》要求，现场进行检查。2分。 4. 依据《吉林省医院 CSSD(消毒供应中心)检查验收评分标准(试行)》要求，现场进行检查。2分。 5. 依据《吉林省口腔医疗机构感染控制考核标准(2013版)》要求，现场进行检查。1分 6. 医疗废物管理及卫生间环境(1分)。 医院没有设置相应科室不得分。	10	

重点工作	督导检查要点	检查方法及评分原则	分值	实际检查情况及得分
院务公开	1、成立院务公开工作领导小组，制定工作方案	查看红头文件，未成立工作领导小组扣1分，未指定工作方案扣1分。	2	
	2、院务公开内容具体全面、形式丰富	查看医院门诊、住院病区，设置电子显示屏、公示栏、价目表等方式向社会公开医疗服务信息、医疗服务价格等情况。无公示记录扣2分；内容不全，扣1分。	2	
	3、工作效果良好，职工和患者满意	随机抽查医护人员2名，询问其对此项工作的评价，不满意扣1分；随机抽查患者2名，未向患者提供费用清单和查询服务的扣1分。	1	
对口支援和骨干医师项目落实	1、工作方案、总结、工作记录完整	查看文件、总结、工作记录等，缺少1项扣0.5分。	2	
	2、对口支援协议书及进修、培训人员人员名单完整	查看存档材料、人员名单，不完整扣1分。	1	
	3、对口支援医生及进修人员认真到岗，积极开展工作	深入科室，对照名单，实际抽查支援及进修人员在岗情况。缺少1人，扣0.5分。	2	
平安医院建设	1、组织制度建设情况	组织机构是否健全；安全防范制度是否建立；是否建立应急处置机制；是否开展宣传教育。查相关方案、制度和文件，是否有红头文件，每项未完成扣0.5分。	2	
	2、人防系统建设情况	安保队伍建设达到国家相关要求。保卫、保安人员数量是否充足，人员年龄结构是否合理；是否定期组织培训；是否有完备的守护巡查管理制度并严格落实执行；重点区域、要害部位、夜间值班科室等关键部位是否安排专人值守；查巡查记录是否完整。每项未完成扣0.5分	2	
	3、物防系统建设情况	防护器材装备种类、数量是否充足和完好，是否定期检修。每一项不符合扣0.5分。	2	
	4、技防系统建设	设置安全监控中心。重点部位监控系统是否完备。是否安装一键式报警装置。每项未完成扣0.5分。	2	
	5、医患纠纷调处机制建设情况	是否设立专门投诉机构，是否有专人负责医疗投诉管理及处置情况。是否与人民调解组织、医疗责任保险机构建立顺畅的沟通机制。是否发生重大恶性伤医事件，如发生，数量是多少；每一项不符合扣0.5分。 是否发生一级医疗事故，或因医疗纠纷引发群体性事件，造成恶劣社会影响。如发生本项目不得分。	2	

重点工作	督导检查要点	检查方法及评分原则	分值	实际检查情况及得分
血液安全管理	1、医疗机构临床用血管理机构设置、日常管理。	是否成立临床用血管理委员会（查红头文件），是否有相关工作制度，会议记录和检查记录是否齐全；是否制定医疗机构临床用血计划； 是否制定应急用血工作预案（红头文件）；是否建立输血不良事件管理制度及上报程序。 缺少1项扣0.5分，扣完为止。	2	
	2、医疗机构输血科建设及人员管理	输血科（血库）是否在医疗机构执业许可证上登记注册，未注册扣2分； 设备设施是否齐全，分区流程是否合理，设备是否有日常维护记录； 从业人员是否满足输血科（血库）规定人员数量要求（输血科不少于5人，血科专职不少于2人）；是否开展输血相关知识培训，是否均经过省临床输血质量控制中心培训，新上岗人员是否经过培训，有1人未培训扣0.5分。 缺少1项扣0.5分，扣完为止。	2	
	3、临床用血管理及持续改进情况	是否开展血液保护技术，未开展扣1分；若开展请标注； 是否定期监测、分析和评估临床用血情况进行通报公示； 输血科人员岗位职责、工作制度、操作规程是否齐全； 是否开展室间质评好室内质控； 缺少1项扣0.5分，扣完为止。	3	
	4、医疗机构临床科学、合理用血管理	查阅输血病历内科和外科各5份，是否有输血前后评估与评价，输血是否符合输血指征，手术记录是否描述出血量而输血；未按相关规定执行每一处扣0.5分，扣完为止。	3	
器官移植监管	1、医疗机构严格执行《人体器官移植条例》，建立主要负责人为第一责任人的责任制	检查相关文件、检查记录等。	1	
	2、移植医院依法依规开展人体器官移植情况	现场检查相关制度、培训考核及相关记录等。缺少一项即扣1分。	1	
	3、非移植医疗机构非法开展人体器官移植情况	查阅病历、检验记录等。发现开展任何形式的人体器官移植手术或为非法人体器官移植提供配型实验、场所、设备等情况，即扣1分。	2	

重点工作	督导检查要点	检查方法及评分原则	分值	实际检查情况及得分
行风管理	1、纠风工作目标责任书落实情况	查一把手是否签字；是否层层签订；任务是否落实。每缺一项扣0.5分	1	
	2、贯彻落实“九不准”情况	是否印发《实施细则》；是否开展自查自纠；是否落实主体责任；及时上报信息；违反九不准案例统计；宣传画是否张贴；“红包”协议书签约率；法定代表人和经治医是否签字；是否纳入病案管理；是否设立投诉部门和电话。每缺一项扣0.3分	3	
	3、开展廉洁文化进医院活动情况	是否按照《实施方案》有计划、有步骤地实施；医德考评档案情况的结果应用；示范点创建工作；防统方软件安装情况。每项工作0.5分	2	
	4、辖区内行风建设巡视督查工作情况	每年两次行风督导；明查暗访开展情况；社会义务监督员监督情况；满意度调查和随访情况。每项工作0.5分	2	
	5、查办行风案件情况	案件上报汇总情况；案件转办及时率；案件处理情况；案件通报曝光情况。每项工作0.5分	2	