

贵阳市卫生健康局

市卫生健康局关于开展 2021 年度“优质服务基层行”活动复核和社区医院创建评估工作的通知

各区（市、县）卫生健康局、市疾控中心、市卫健综合执法支队、市属相关医院：

根据《省卫生健康委关于开展 2021 年度“优质服务基层行”活动复核和社区医院评估工作的通知》（黔卫健函〔2021〕154 号）精神，为开展好我市 2021 年度“优质服务基层行”活动复核和社区医院创建评估工作，现就相关事宜通知如下：

一、复核及评估时间

2021 年 10 月 18 日—2021 年 10 月 22 日

二、复核范围及内容

（一）“优质服务基层行”活动复核

经省、市卫生健康部门网上初审，达到《乡镇卫生院服务能力标准（2018 年版）》和《社区卫生服务中心服务能力标准（2018 年版）》“基本标准”和“推荐标准”的乡镇卫生院和

社区卫生服务中心，由专家组对部分上报指标进行复核（复核条款见附件2、附件3），带“*”内容为现场一致性重点关注条款，专家组可在现场复核表条款基础上，结合实际自行增加现场复核条款。复核结果经专家组上报国家申报系统后，由系统核算复核机构是否达标。

（二）社区医院评估工作

将社区医院评估与“优质服务基层行”活动紧密结合，严格按照《社区医院基本标准（试行）》（国卫办医函〔2019〕518号）组织评估，从往年已达到活动推荐标准的机构和2021年复核达到推荐标准机构中，重点遴选社区卫生服务中心和城乡结合部的乡镇卫生院开展社区医院创建工作。市卫生健康局组织市级专家对2021年申报创建社区医院的医疗机构统一进行评估，并将评估结果上报省卫生健康委。

三、复核评估人员及方式

（一）复核评估人员及分组

市卫生健康局从市级“优质服务基层行专家库”抽调若干名专家，并从各区（市、县）专家库中抽调两名专家组成复核评估工作组（区县抽调专家仅负责本区、市、县工作），对达到“基本标准”和“推荐标准”的乡镇卫生院和社区卫生服务中心进行现场复核，并对创建社区医院的社区卫生服务中心（乡镇卫生院）同步进行评估工作。具体分组如下：

第一组：南明区、息烽县

组 长：段习义 市卫生健康局基层卫生健康处副处长（主

持工作)

成 员：刘德莉 市第一人民医院公共卫生科科长
朱京祎 市第二人民医院主管药师
钱玉蓉 市第三人民医院副主任医师
龙寅霞 南明区妇幼保健院医务科科长
肖雪梅 南明区妇幼保健院群体保健科科长
王 娅 息烽县中医医院院感科主任
郑 秋 息烽县人民医院护理部负责人

联络员：段习义；联系电话：13984314032。

第二组：云岩区、修文县、开阳县

组 长：李 艳 市公共卫生救治中心副主任医师
成 员：丁家秀 市第一人民医院主治医师
刘秀丽 市第二人民医院主治医师
王 梅 市第四人民医院保健科副主任
刘正歆 云岩区人民医院主治医师
史习静 云岩区人民医院护理部主任
晏正芳 修文县疾病预防控制中心慢病科负责人
母家群 修文县人民医院副主任护师
郑 婕 开阳县人民医院院感科科长
王仕英 开阳县人民医院内分泌科主任

联络员：韩兰兰 市卫生健康局基层卫生健康处工作人员（联系电话：18685028327）

第三组：观山湖区、清镇市

组 长：徐 勇 市卫生健康综合行政执法支队四级调研员

成 员：杨琴英 市疾控中心副主任医师

陈 偲 市第四人民医院感控科主治医师

刘洋艺 市公共卫生救治中心住院医师

肖德卫 观山湖区世纪城社区卫生服务中心主任

屈建力 观山湖区长岭街道社区卫生服务中心主任

刘仕顺 清镇市中医医院基药试点办公室主任

陈志丹 清镇市中医医院护理部主任

联络员：吴峰芸 市卫生健康局基层卫生健康处工作人员（联系电话：13984031951）

（二）现场复核评估安排

1. 召开见面会：市级复核评估工作组组长介绍市级专家、复核及评估相关程序，宣布纪律要求。

2. 集中汇报：接受复核或评估的基层医疗机构，对照“优质服务基层行”评审标准及本单位自评情况（参加社区医院创建的基层医疗机构同时要对照《社区医院基本标准（试行）》），准备材料并作书面汇报，汇报时间控制在10分钟以内。

3. 现场复核及评估：接受复核或评估单位提前准备好相关印证资料、所需表格以及纸、笔等工具。由专家组组长组织实施复核或评估工作，对医疗机构相关科室、场所等进行现场查看，并对查验情况进行记录。

4. 复核及评估反馈：专家组复核或评估情况汇总后，由工作组组长进行集中反馈，经被复核或评估单位签字确认，但不形成最终结果。

四、相关要求

（一）开展“优质服务基层行”活动复核及社区医院创建评估工作，是提升基层卫生服务能力、助推分级诊疗制度落实的重要举措，市属相关医疗卫生机构务必高度重视，统筹安排好本单位被抽调专家的日常工作，为专家参与复核及评估工作创造条件。对确因工作需要，临时需要返回单位的，请提前同市卫生健康局沟通联系。

（二）抽调的市级专家请提前做好复核及评估工作准备，提前熟悉并掌握“优质服务基层行”评审标准和社区医院基本标准（试行），坚持公平、公开、公正的原则，认真做好复核及评估工作。

（三）抽调的市级专家在复核及评估期间的车辆保障由市卫生健康局负责。各区（市、县）卫生健康局对本地抽调的专家做好相关安排及保障。

（四）各区（市、县）卫生健康局提前部署，安排专人做好上下对接，并对本辖区需要开展“优质服务基层行”活动复核或社区医院创建的基层医疗机构加强指导，为市级专家组工作提供必要支持，确保本次现场复核及评估任务圆满完成。

（五）开展复核及评估工作期间，市级工作组及专家、各区（市、县）工作人员及基层医疗机构人员务必严格疫情防控相关

要求，做好个人防护。严格遵守中央八项规定，加强廉洁自律。发现违法违纪违规行为，按照有关规定给予严肃处理，基层医疗机构取复核评估资格。

- 附件：1. 贵州省“优质服务基层行”前置条件审核表
2. 贵州省“优质服务基层行”复核表（乡镇卫生院 24 条）
3. 贵州省“优质服务基层行”复核表（社区卫生服务中心 21 条）
4. 贵州省“优质服务基层行”基层医疗卫生机构现场复核结果确认表
5. 社区医院基本标准（试行）
6. 社区医院基本条件评估表



附件 1

贵州省“优质服务基层行”前置条件审核表

基层医疗卫生机构（盖章）：

序号	检查项目	检查内容	检查结果
1	机构名称	执业注册第一名称为乡镇卫生院（社区卫生服务中心），名称格式为：所在区名（可选）+所在街道办事处名+识别名（可选）+乡镇卫生院（社区卫生服务中心）。	符合 ☐ 不符合 ☐
2	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 ☐ 不符合 ☐
3	机构管理	无对外出租、承包内部科室等行为。	符合 ☐ 不符合 ☐
前置条件有 1 项及以上不符合者		即刻停止复核，不再做现场复核 ☐	

复核专家组成员签字：_____

附件 2

贵州省“优质服务基层行”复核表 (乡镇卫生院 24 条)

	复核条款	自评等级	复核要点	复核结果	
				是否达到或超过自评等级	未达到原因说明
一	1.2.1 临床科室		【D】不合格 【C】1. 设立全科医疗科、内(儿)科、外科、妇(产)科、中医科。 2. 设置输液室、急诊(抢救)室、肠道及发热诊室等。 【B】符合“C”，并设立儿科、口腔科、康复科、中医综合服务区。 【A】符合“B”，并至少设立 3 个以下科室或 1 个特色科室：眼科、耳鼻咽喉科(可合并设立五官科)、重症监护室、血液透析室、急诊科、皮肤科、麻醉科、手术室(可合并设立)、体检中心；特色科室有一定的医疗服务辐射能力。	是 ☐ 否 ☐	
一	1.3.4 公共设施		【D】不合格 【C】 1. 卫生厕所布局合理。 2. 无障碍设施符合相关标准要求。 3. 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。 4. 在需要警示的地方有明显的警示标识。 【B】符合“C”，并 1. 厕所达到无害化卫生厕所标	是 ☐ 否 ☐	

			准。 2. 候诊椅数量配备适宜，舒适度较好。 【A】符合“B”，并配备使用自助查询、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。		
一	1. 4. 1 人员配备		【D】不合格 【C】1. 达到《医疗机构基本标准（试行）》（卫医发〔1994〕第30号）要求的配备。 2. 人员编制数不低于本省（区、市）出台的编制标准。 3. 卫生技术人员数不低于全院职工总数的80%。 4. 注册全科医师不低于1名。 5. 设立中医科的，中医类别医师不少于2名。 【B】符合“C”，并 1. 大专及以上学历卫生技术人员比例达到50%以上。 2. 辖区内每万服务人口注册全科医师数不少于2人。 【A】符合“B”，并 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. 至少有1名经过住院医师规范化培训合格并注册的医师。 5. 至少有1名中级及以上职称的中医类别医师。	是 ☐ 否 ☐	
一 *	2. 1. 1 门急诊服务		【D】不合格 【C】1. 门、急诊布局科学、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	是 ☐ 否 ☐	

		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。 【B】符合“C”，并 1. 设立咨询服务台、候诊区，开展导诊、分诊服务，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。 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。 【A】符合“B”，并 1. 有缩短患者等候时间的措施。 2 独立设置急诊科。 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。		
一 *	2. 1. 2 住院服务	【D】不合格 【C】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。 【B】符合“C”，并 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。 3. 有部门或专（兼）职人员负责出院病人随访。 4. 至少有1名主治及以上职称的执业医师。 【A】符合“B”，并 职能部门对住院诊疗情况有分析评价，持续改进住院诊疗质量。	是 ☐ 否 ☐	

一 *	4.1. 1 党的组织建 设		【D】不合格 【C】1. 成立党的组织，按期换届。 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. 严格落实党务公开，按时足额交纳党费。 【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 党的基层组织获得县（区、市）级及以上先进基层党组织或支部内党员获得县（区、市）级及以上优秀共产党员荣誉。	是□ 否□	
一 *	4.2. 1 绩效考核制 度		【D】不合格 【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。 【B】符合“C”，并 1. 绩效分配方案体现多劳多得、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。 【A】符合“B”，并 用信息化手段开展绩效考核。	是□ 否□	
一 *	4.7. 1 乡		【D】不合格 【C】1. 实施辖区内乡村卫生服	是□ 否□	

	村卫生服务一体化管理		务一体化管理。 2. 承担对村卫生室的业务指导、考核和乡村医生业务培训。 【B】符合“C”，并组织乡村医生每月召开例会，并有记录。 【A】符合“B”，并卫生院定期对村卫生室工作情况进行检查，并督促持续改进。		
--	------------	--	---	--	--

基层医疗卫生机构（盖章）：

复核专家签字：

日期： 年 月 日

	复核条款	自评等级	复核要点	复核结果	
				是否达到或超过自评等级	未达到原因说明
二 *	2.2. 1.1 病种		【D】不合格 【C】至少能够识别和初步诊治 50 种常见病、多发病。 【B】符合“C”，并 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. 近 3 年累计收治住院病种不低于 50 种。 【A】符合“B”，并 1. 至少能够识别和初步诊治 100 种常见病、多发病。 2. 近 3 年累计收治住院病种不低于 60 种。 3. 近 3 年累计开展手术病种不低于 10 种。	是 ☐ 否 ☐	
二 *	2.2. 1.3 内 （儿）科 医疗服务		【D】不合格 【C】1. 能对内科常见病、多发病进行识别和初步诊治。 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。 【B】符合“C”，并 1. 设立住院病房，上一年度收治病种不少于 5 种。 2. 医护人员配备满足住院病人照护需要。 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	是 ☐ 否 ☐	

			作。 【A】符合“B”，并 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。 2. 定期进行住院病人医疗质量分析，并持续改进。 3. 提供儿科服务。		
二 *	2. 2. 1. 7 中医 医疗 服务		【D】不合格 【C】 1. 有中医门诊，诊室具有中医文化氛围。 2. 有具备资质的中医师。 3. 能辨证施治内、外、妇、儿常见病、多发病。 【B】符合“C”，并 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 类以上中医药技术方法，开展 2 种以上慢性病（高血压、2 型糖尿病等）中医药养生保健服务。 3. 对重点人群和慢病患者进行中医药健康管理。 【A】符合“B”，并 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服务。 2. 定期进行医疗质量分析和持续改进。	是 ☐ 否 ☐	
二 *	2. 2. 1. 9 口腔 医疗 服务 ★		【D】不合格 【C】 1. 能对口腔科常见疾病进行识别和初步诊治。 2. 提供口腔预防适宜技术服务。 【B】符合“C”，并能提供复杂牙拔除、正畸修复等服务。 【A】符合“B”，并定期进行口腔医疗质量分析，并持续改进。	是 ☐ 否 ☐	

二 *	3.2. 2.7 病历 书写 规范 管理	【D】不合格 【C】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、住院患者病历。 2. 将病历书写基本规范作为医师岗前培训的基本内容和医师“三基”训练主要内容，医师知晓率 100%。 【B】符合“C”，并 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≥98%、住院病历书写合格率≥95%、甲级病历率≥90%；无丙级病历。 【A】符合“B”，并有职能部门监管记录，对落实情况有评价，持续改进。	是□ 否□	
二	3.2. 1.2 医疗 质量 管理 制度	【D】不合格 【C】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. 有医院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。 【B】符合“C”并 1. 落实各项医疗质量管理制度，覆盖本院医疗全过程。 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。 【A】符合“B”，并 1. 定期修订和及时更新制度。 2. 对方案执行、制度落实等有监督、检查分析、总结、反馈及改	是□ 否□	

			进措施，医疗质量持续改进效果明显。		
二 *	3.3. 2 手 术安 全核 查制 度 ★		【D】不合格 【C】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。 【B】符合“C”，并 1. 落实择期手术术前准备制度，执行率≥90%。 2. 手术核查、手术风险评估按制度执行。 【A】符合“B”，并 相关职能部门履行监管职责，有检查、分析，持续改进有成效。	是□ 否□	
二 *	3.8. 3 处 方管 理		【D】不合格 【C】1. 根据《处方管理办法》，制定本院处方管理实施细则，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）》等文件的要求制定处方点评制度并实施。 3. 每月至少抽查 50 张门急诊处方（含中药饮片处方）和 10 份出院病历进行点评。 【B】符合“C”，并 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，并有记录可查。 【A】符合“B”，并 有案例证实，根据点评结果，落	是□ 否□	

			实整改措施，持续促进合理用药。		
--	--	--	-----------------	--	--

基层医疗卫生机构（盖章）：

复核专家签字：

日期： 年 月 日

	复核条款	自评等级	复核要点	复核结果	
				是否达到或超过自评等级	未达到原因说明
三	2.2. 2.1 检验项目		【D】不合格 【C】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。 【B】符合“C”，并 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。 2. 提供 24 小时急诊检验服务。 【A】符合“B”，并 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。 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。	是 ☐ 否 ☐	
三 *	2.2. 3.3 预防接种		【D】不合格 【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。 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。	是 ☐ 否 ☐	

			【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。		
三 *	2. 2. 3. 12 传染病及突发公共卫生事件报告和处理		【D】不合格 【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. 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。 【B】符合“C”，并 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。 【A】符合“B”，并 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%。	是 ☐ 否 ☐	
三 *	3. 3. 3 危急值报告制度		【D】不合格 【C】1. 有临床“危急值”报告制度与工作流程，有记录。 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流程。 【B】符合“C”，并 1. 严格执行“危急值”报告制度与流程。 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。 【A】符合“B”，并 相关职能部门每年至少对“危急值”报告制度的有效性进行一次	是 ☐ 否 ☐	

			评估。		
三 *	3.4. 3 临 床护 理质 量管 理		【D】不合格 【C】1. 依据《分级护理指导原则》，制定分级护理制度，有护理质量评价标准。 2. 护士掌握分级护理的内容，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。 【B】符合“C”，并 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。 【A】符合“B”，并 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及结果。	是 ☐ 否 ☐	
三 *	3.5. 1 医 院感 染管 理组 织		【D】不合格 【C】1. 健全医院感染管理组织体系，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. 制定符合本单位实际的医院感染管理规章制度。 3. 将医院感染管理纳入卫生院总体工作规划和质量与安全管理目标。 4. 有针对各级各类人员制定的医院感染管理培训计划和内容。 5. 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。 【B】符合“C”，并 1. 有对院科两级医院感染管理	是 ☐ 否 ☐	

			工作及制度落实情况的监督检查，每月召开专题会。 2. 对上级管理部门检查中发现的问题及时整改，并调整完善工作计划和内容。 【A】符合“B”，并对医院感染管理定期评估，对存在问题有反馈及改进措施，并持续改进。		
三 *	3.6. 2 医疗废物处置和污水处理		【D】不合格 【C】 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《医疗废物管理条例》要求，有运行日志。 2. 建有污水处理设施并运转正常，有运行日志与监测的原始记录。 3. 医疗废物处理符合环保要求，无环保安全事故。 【B】符合“C”，并定期开展医疗废物处置和污水处理的培训，并有记录。 【A】符合“B”，并 1. 医疗废物全部由医疗废物集中处置单位集中进行处置。 2. 定期对污水进行相关监测，并达标。 3. 有根据监管情况改进工作的具体措施并得到落实。	是 ☐ 否 ☐	
三	3.7. 1 放射防护管理		【D】不合格 【C】 1. 有院领导及专（兼）职人员组成的管理部门负责此项工作。 2. 职能管理部门和相关人员熟悉有关规定，能够履行相关制度和岗位职责。 3. 每年1次对放射设备及周围环境进行检测并达标，有警示标志。 4. 制定工作人员和受检人员放射防护制度并配备相应设施。	是 ☐ 否 ☐	

		5. 每 90 天至少对放射工作人员进行 1 次个人剂量监测。 【B】符合“C”，并有根据监管情况进行改进的措施并得到落实，有记录。 【A】符合“B”，并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。		
--	--	---	--	--

基层医疗卫生机构（盖章）：

复核专家签字：

日期： 年 月 日

附件 3

贵州省“优质服务基层行”复核表
(社区卫生服务中心 21 条)

	复核 条款	自评 等级	复核要点	复核结果	
				是否达到 或超过自 评等级	未达到原因说明
一	1.3.4 公共 设施		【D】不合格 【C】 1. 卫生厕所布局合理。 2. 无障碍设施符合相关标准要求。 3. 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。 4. 在需要警示的地方有明显的警示标识。 【B】符合“C”，并 1. 厕所达到无害化卫生厕所标准。 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。 【A】符合“B”，并 配备使用自助查询、自助挂号、自助打印化验结果报告设备，使用门诊叫号系统。	是□ 否□	
一 *	2.1.1 门急 诊服 务		【D】不合格 【C】 1. 门、急诊布局科学、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。 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，且运行状况好。 【B】符合“C”，并 1. 设立咨询服务台、候诊区，	是□ 否□	

		开展导诊、分诊服务，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。 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。 【A】符合“B”，并 1. 有缩短患者等候时间的措施。 2. 独立设置急诊科。 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。		
一 *	2.1.3 家庭 医生 签约 服务	【D】不合格 【C】 1. 合理组建家庭医生签约服务团队。 2. 明确划分家庭医生服务责任区域。 3. 明确签约服务包的内容（包含中医药服务）。 4. 签订签约服务协议。 5. 按照协议提供服务。 【B】符合“C”，并 1. 签约服务覆盖率达到 30%以上。 2. 重点人群签约服务覆盖率达到 60%以上。 3. 签约居民续约率达到 70%以上。 4. 每个签约服务团队服务人口不超过 2000 人。 5. 以需求为导向，针对不同人群提供相应的个性化服务。 6. 每个家庭医生团队都有能够提供中医药服务的医师。 【A】符合“B”，并 签约居民续约率达到 80%以上。	是 ☐ 否 ☐	

一 *	4.1.1 党的 组织 建设	【D】不合格 【C】1. 成立党的组织，按期换届。 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. 严格落实党务公开，按时足额交纳党费。 【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 党的基层组织获得县（区、市）级及以上先进基层党组织或支部内党员获得县（区、市）级及以上优秀共产党员荣誉。	是□ 否□	
一 *	4.2.1 绩效考核 制度	【D】不合格 【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。 【B】符合“C”，并 1. 绩效分配方案体现多劳多得、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。 【A】符合“B”，并 用信息化手段开展绩效考核。	是□ 否□	
一	4.2.2 人才	【D】不合格 【C】1. 制定社区卫生服务中心	是□ 否□	

	队伍 建设	人才培养发展计划。 2. 每年组织卫生技术人员（至少 1 名）到区县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。 【B】符合“C”，并 1. 人才梯队建设合理，满足社区卫生服务中心持续发展需要，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$\geq 80\%$。 【A】符合“B”，并 1. 有人才引进优惠政策。 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$\geq 90\%$。		
一 *	4.6.1 医德 医风 建设	【D】不合格 【C】1. 加强医德医风建设，建立医德考评公示制度。 2. 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. 设置投诉电话或举报箱，及时处理群众投诉。 【B】符合“C”，并 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。 【A】符合“B”，并 社区卫生服务中心行风建设有成效，相关工作得到县（区）级及以上政府相关部门表彰。	是 ☐ 否 ☐	

基层医疗卫生机构（盖章）：

复核专家签字：

日期： 年 月 日

	复核条款	自评等级	复核要点	复核结果	
				是否达到或超过自评等级	未达到原因说明
二 *	2.2.1.1 病种		【D】不合格 【C】至少能够识别和初步诊治 50 种常见病、多发病。 【B】符合“C”，并 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. 近 3 年累计收治住院病种不低于 10 种。 【A】符合“B”，并至少能够识别和初步诊治 100 种常见病、多发病。	是 ☐ 否 ☐	
二 *	2.2.1.3 全科医疗服务		【D】不合格 【C】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. 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。 3. 对诊断明确的高血压、2 型糖尿病等慢性病提供健康管理服务。 【B】符合“C”，并 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。 3. 提供儿童常见疾病诊疗服务。 【A】符合“B”，并 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	是 ☐ 否 ☐	

			他临床专科服务。		
二 *	2.2.1.4 中医医疗服务		【D】不合格 【C】 1. 有中医门诊，诊室具有中医文化氛围。 2. 有具备资质的中医师。 3. 能辨证施治内、外、妇、儿常见病多发病。 【B】符合“C”，并 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 类以上中医药技术方法，开展 2 种以上慢性病（高血压、2 型糖尿病等）中医药养生保健服务。 3. 对重点人群和慢性病患者进行中医药健康管理。 【A】符合“B”，并 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服务。 2. 定期进行医疗质量分析和持续改进。	是 ☐ 否 ☐	
二 *	2.2.1.5 口腔医疗服务 ★		【D】不合格 【C】 1. 能对口腔科常见疾病进行识别和初步诊治。 2. 能提供口腔预防适宜技术服务。 3. 对口腔服务工作有记录。 【B】符合“C”，并能提供复杂牙拔除术、正畸修复等技术服务。 【A】符合“B”，并定期进行口腔医疗质量数据分析和持续改进。	是 ☐ 否 ☐	
二 *	2.2.1.6 康复医疗服务 ★		【D】不合格 【C】 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。 【B】符合“C”，并 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。 【A】符合“B”，并 1. 能开展认知知觉功能障碍训练，运动疗法等。 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。		
二 *	3.2.2 .4 医疗文书书写管理	【D】不合格 【C】 1. 有医疗文书书写相关的管理制度。 2. 医务人员知晓病历书写基本规范管理制度。 3. 医疗文书书写符合《病历书写基本规范》、《处方管理办法》等相关规定。 4. 规范填写居民健康档案，符合《国家基本公共卫生服务规范》要求。 【B】符合“C”，并 2. 定期开展病历展评，将病历质量评价结果用于临床医师技能考核，并有反馈。 【A】符合“B”，并 医疗文书书写合格率不低于90%。	是 ☐ 否 ☐	
二 *	3.8.3 处方管理	【D】不合格 【C】1. 根据《处方管理办法》，制定本单单位处方管理实施细	是 ☐ 否 ☐	

		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点评制度并实施。 3. 每月至少抽查 50 张门急诊处方（含中医饮片处方）进行点评。 【B】 符合“C”，并 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，并有记录可查。 【A】 符合“B”，并有案例证实，根据点评结果，落实整改措施，持续促进合理用药。		
--	--	---	--	--

基层医疗卫生机构（盖章）：

复核专家签字：

日期： 年 月 日

	复核条款	自评等级	复核要点	复核结果	
				是否达到或超过自评等级	未达到原因说明
三 *	2.2.3 .3 预防接种		【D】不合格 【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。 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。	是 ☐ 否 ☐	
三 *	2.2.3 .12 传染病及突发公共卫生事件报告和处置		【D】不合格 【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. 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置工作。 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。 【B】符合“C”，并 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。 【A】符合“B”，并 1. 传染病疫情报告率、传染病疫情报告及时率达到 100%。	是 ☐ 否 ☐	

			2. 突发公共卫生事件相关信息报告率达到 100%。		
三 *	3.3.2 危急 值报 告管 理		【D】 不合格 【C】 1. 有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。 【B】 符合“C”，并 1. 严格执行“危急值”报告制度与工作流程，有记录。 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。 【A】 符合“B”，并 相关职能部门每年至少对“危急值”报告制度的有效性进行一次评估。	是 ☐ 否 ☐	
三 *	3.4.4 护理 安全 管理		【D】 不合格 【C】 1. 制定并落实临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范。 2. 有紧急意外情况的应急预案及演练。 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。七对：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。） 【B】 符合“C”，并 1. 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。	是 ☐ 否 ☐	

		2. 职能部门定期进行临床常见护理技术操作考核。 【A】符合“B”，并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。		
三 *	3.5.2 医院感染相关监测	【D】不合格 【C】1. 医院感染管理专（兼）职人员和监测设施配备符合要求。 2. 有医院感染监测计划、监测的目录/清单，开展感染发病率监测，符合（WS/T312—2009）《医院感染监测规范》、（WS/T367-2012）《医疗机构消毒技术规范》。 3. 有针对重点环节、重点人群与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，并制定针对性措施。 【B】符合“C”，并 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、总结与反馈，对存在的问题进行督促整改。 【A】符合“B”，并医院感染监测工作对提高医院感染管理工作水平持续改进，并有成效。	是 ☐ 否 ☐	
三 *	3.6.2 医疗废物处置和污水处理	【D】不合格 【C】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《医疗废物管理条例》要求，有运行日志。 2. 建有污水处理设施并运转正常，有运行日志与监测的原始记录。	是 ☐ 否 ☐	

		3. 无环保安全事故。 【B】符合“C”，并定期开展医疗废物处置和污水处理的培训，并有记录。 【A】符合“B”，并 1. 医疗废物全部由医疗废物集中处置单位集中进行处置。 2. 定期对污水进行相关监测，并达标。 3. 有根据监管情况改进工作的具体措施并得到落实。		
三	3.7.2 放射 防护 设备 管理	【D】不合格 【C】1. 有保障设备使用管理的相关制度和规范。 2. 对设备实行统一保养、维修、校验和强检。 3. 有设备使用情况的登记资料，信息真实，完善，准确。 【B】符合“C”，并 1. 操作人员能执行日常保养和维护。 2. 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。 【A】符合“B”，并有根据放射装置使用监管情况分析提出整改措施并得到落实。	是 ☐ 否 ☐	

基层医疗卫生机构（盖章）：

复核专家签字：

日期： 年 月 日

附件 4

贵州省“优质服务基层行”基层医疗卫生机构 现场复核结果确认表

基层医疗卫生机构（盖章）：	
一、复核结果	现场复核条款中自评为 A 档：_____条，复核确认 A 档_____条
	现场复核条款中自评为 B 档：_____条，复核确认 B 档_____条
	现场复核条款中自评为 C 档：_____条，复核确认 C 档_____条
	现场复核条款中自评为 D 档：_____条，复核确认 D 档_____条
二、复核后结果确认	复核意见（必填）：依据《社区卫生服务中心服务能力标准（2018 年版）》、《社区卫生服务中心服务能力评价指南（2019 年版）》要求，结合卫生院（社区卫生服务中心）实际情况，专家组对任务条款抽查总计_____条进行了现场复核。其中，达到该机构自评等级及以上的_____条，低于自评等级的_____条。
	复核专家签字：组长：_____ 评审专家： _____、 _____、 _____、 _____ 基层医疗卫生机构负责人签字： _____ 日期： _____年_____月_____日

附件 5

社区医院基本标准

(试行)

一、社区医院定位

社区医院以社区、家庭和居民为服务对象，以居民健康为中心，提供常见病、多发病和慢性病的基本医疗服务和基本公共卫生服务，属于非营利性医疗机构。

二、社区医院设置

社区医院设置应当符合区域医疗卫生服务体系规划和医疗机构设置规划，在现有社区卫生服务中心和有条件的乡镇卫生院的基础上，医疗服务能力达到一定水平，加挂社区医院牌子。

三、基本功能

(一) 具备常见病、多发病、慢性病的门诊、住院诊疗综合服务能力。符合条件的，可提供适宜的手术操作项目。

(二) 开展基本公共卫生服务，承担辖区的公共卫生管理和计划生育技术服务工作，能够提供健康管理、康复指导等个性化的签约服务。

(三) 具备辖区内居民基层首诊、双向转诊等分级诊疗功能，开展远程医疗服务，提供部分常见病、慢性病的在线复诊服务。

(四) 对周边基层医疗卫生机构开展技术指导和帮扶。

四、床位设置

实际开放床位数 ≥ 30 张，可按照服务人口 1.0-1.5 张/千人配置。主要以老年、康复、护理、安宁疗护床位为主，鼓励有条件的设置内科、外科、妇科、儿科等床位。床位使用率 $\geq 75\%$ 。

五、科室设置

（一）临床科室。至少设置全科医疗科、康复医学科、中医科，应当设置内科、外科、妇科、儿科、口腔科、眼科、耳鼻喉科、精神（心理）科、安宁疗护（临终关怀）科、血液净化室等专业科室中的 5 个科室，有条件的可设置感染性疾病诊室（发热门诊）、老年医学科等科室。

（二）公共卫生科室。至少设置预防保健科、预防接种门诊、妇儿保健门诊、健康教育室、计划生育技术服务室。公共卫生科室宜相对集中设置，有条件的可设置“优生优育优教中心（三优指导中心）”、营养科。

（三）医技等科室。至少设置医学检验科（化验室）、医学影像科、心电图室、西（中）药房。有条件的可设置胃镜室等功能检查室。影像诊断、临床检验、消毒供应室等科室可由第三方机构或者医联体上级医疗机构提供服务。开展手术操作的社区医院应当设置手术室、麻醉科，病理诊断可由第三方机构或者医联体上级医疗机构提供服务。

（四）其他科室。应当设有治疗室、注射室、输液室、处置室、观察室。社区医院应当根据有关规定和临床用血需求设置输血科或者血库。

（五）管理科室。至少设有综合办公室（党建办公室）、医务科（质管科）、护理科、院感科、公共卫生管理科、财务资产科。有条件的可设置双向转诊办公室、信息科、病案室等。

六、人员配置

（一）非卫技人员比例不超过 15%。

（二）每床至少配备 0.7 名卫生技术人员。

（三）医护比达到 1:1.5，每个临床科室至少配备 1 名具有主治医师及以上职称的执业医师。

（四）全科医师不少于 3 名，公共卫生医师不少于 2 名，并配备一定比例的中医类别执业医师。

七、设备设施

有与开展的诊疗科目相应的设备设施。

八、房屋

（一）功能分区合理，流程科学，洁污分流，充分体现保护患者隐私、无障碍设计要求，并符合国家卫生学标准。

（二）房屋建筑耐久年限、建筑安全等级应不低于二级，符合节能环保及抗震设防要求。有污水处理设施，污水排放达标。建有规范的医疗废物暂存处。

（三）业务用房建设应符合《社区卫生服务中心、站建设标准》（建标 163-2013）相关要求。

（四）业务用房建筑面积 ≥ 3000 平方米。每床位净使用面积不少于 6 平方米。

九、规章制度

社区医院应当严格遵守国家有关法律、法规、规章和技术规范，建立健全各项规章制度，有国家制定或认定的医疗护理等技术操作规程，并成册可用。重点加强以下制度建设：

（一）医疗质量安全制度。按照《社区医院医疗质量安全核心制度要点》有关要求，建立医疗质量安全核心制度，加强医疗质量安全管理。

（二）医院财务管理制度。建立健全会计核算和财务管理制度，严格执行国家财务、会计、资产和审计监督等相关法律法规。

（三）加强基层党组织建设制度。充分发挥党支部政治功能，完善议事决策制度，加强思想政治工作和医德医风建设，建立完善医德医风工作机制与考评制度。加强医院文化建设，培育和塑造医学人文精神，践行和弘扬崇高职业精神。

（四）其他制度。应当建立工作人员职业道德规范与行为准则，人员岗位责任制度，技术人员聘用、培训、管理、考核与奖惩制度，职能科室工作制度，技术服务规范与工作制度，双向转诊制度，投诉调查处理制度，医疗废物管理制度，药品、设备、档案、信息管理等制度。

十、其他要求

开展手术操作的社区医院应当严格执行《医疗技术临床应用管理办法》和医疗机构手术分级管理有关要求，严格落实医疗质量安全核心制度，保障医疗质量与安全。

附件 6

社区医院基本条件评估表

复核项目	复核要点	复核结果	备注
一、基本功能	1、具备常见病、多发病、慢性病的门诊、住院诊疗综合服务能力。符合条件的，可提供适宜的手术操作项目。	合格□ 不合格□	
	2、开展基本公共卫生服务，承担辖区的公共卫生管理和计划生育技术服务工作，能够提供健康管理、康复指导等个性化的签约服务。	合格□ 不合格□	
	3、具备辖区内居民基层首诊、双向转诊等分级诊疗功能，开展远程医疗服务，提供部分常见病、慢性病的在线复诊服务。	合格□ 不合格□	
	4、对周边基层医疗卫生机构开展技术指导和帮扶。	合格□ 不合格□	
二、床位数量	1、实际开放床位数 ≥ 30 张，可按照服务人口 1.0-1.5 张/千人配置。	合格□ 不合格□	
	2、主要以老年、康复、护理、安宁疗护床位为主，鼓励有条件的设置内科、外科、妇科、儿科等床位。床位使用率 ≥ 75%。	合格□ 不合格□	
三、科室设置	1、至少设置全科医疗科、康复医学科、中医科，应当设置内科、外科、妇科、儿科、口腔科、眼科、耳鼻喉科、精神（心理）科、安宁疗护（临终关怀）科、血液净化室等专业科室中的 5 个科室。	合格□ 不合格□	
	2、至少设置预防保健科、预防接种门诊、妇儿保健门诊、健康教育室、计划生育技术服务室。	合格□ 不合格□	
	3、至少设置医学检验科（化验室）、医学影像科、心电图室、西（中）药房。影像诊断、临床检验、消毒供应室等科室可由第三方机构或者医联体上级医疗机构提供服务。开展手术操作的社区医院应当设置手术室、麻醉科，病理诊断可由第三方机构或者医联体上级医疗机构提供服务。	合格□ 不合格□	
	4、应当设有治疗室、注射室、输液室、处置室、观察室。社区医院应当根据有关规定和临床用血需求设置输血科或者血库。	合格□ 不合格□	
	5、至少设有综合办公室（党建办公室）、医务科（质管科）、护理科、院感科、公共卫生管理科、财务资产科。	合格□ 不合格□	

四、人员配置	1、非卫技人员比例不超过 15%。	合格□ 不合格□	
	2、每床至少配备 0.7 名卫生技术人员。	合格□ 不合格□	
	3、医护比达到 1:1.5，每个临床科室至少配备 1 名具有主治医师及以上职称的执业医师。	合格□ 不合格□	
	4、全科医师不少于 3 名，公共卫生医师不少于 2 名，并配备一定比例的中医类别执业医师。	合格□ 不合格□	
五、设备设施	有与开展的诊疗科目相应的设备设施。	合格□ 不合格□	
六、房屋	1、功能分区合理，流程科学，洁污分流，充分体现保护患者隐私、无障碍设计要求，并符合国家卫生学标准。	合格□ 不合格□	
	2、房屋建筑耐久年限、建筑安全等级应不低于二级，符合节能环保及抗震设防要求。有污水处理设施，污水排放达标。建有规范的医疗废物暂存处。	合格□ 不合格□	
	3、业务用房建设应符合《社区卫生服务中心、站建设标准》（建标 163-2013）相关要求	合格□ 不合格□	
	4、业务用房建筑面积 ≥ 3000 平方米。每床位净使用面积不少于 6 平方米	合格□ 不合格□	
七、规章制度	1、医疗质量安全制度。按照《社区医院医疗质量安全核心制度要点》有关要求，建立医疗质量安全核心制度，加强医疗质量安全管理。	合格□ 不合格□	
	2、医院财务管理制度。建立健全会计核算和财务管理制度，严格执行国家财务、会计、资产和审计监督等相关法律法规。	合格□ 不合格□	
	3、加强基层党组织建设制度。充分发挥党支部政治功能，完善议事决策制度，加强思想政治工作和医德医风建设，建立完善医德医风工作机制与考评制度。加强医院文化建设，培育和塑造医学人文精神，践行和弘扬崇高职业精神。	合格□ 不合格□	
	4、其他制度。应当建立工作人员职业道德规范与行为准则，人员岗位责任制度，技术人员聘用、培训、管理、考核与奖惩制度，职能科室工作制度，技术服务规范与工作制度，双向转诊制度，投诉调查处理制度，医疗废物管理制度，药品、设备、档案、信息管理等制度。	合格□ 不合格□	

八、其他要求	1、开展手术操作的社区医院应当严格执行《医疗技术临床应用管理办法》和医疗机构手术分级管理有关要求，严格落实医疗质量安全核心制度，保障医疗质量与安全。	合格 ☐ 不合格 ☐	
评审专家签字：组长：_____ 评审专家：_____, _____, _____, _____ 基层医疗卫生机构负责人签字：_____ 日期：_____年____月____日			