附件

五大救治中心建设标准

一、胸痛中心的建设

（一）基本条件。

1.设置心血管内科、呼吸内科、心脏大血管外科或胸外科、急诊医学科、医学影像科等与胸痛救治相关的诊疗科目。

2.配备具有相关资质的专业技术人员。

3.设置重症监护室(ICU)。

4.具备开展直接经皮冠状动脉介入治疗(PCI)和溶栓治疗、急性肺动脉栓塞溶栓治疗、张力性气胸紧急持续性引流及外科手术治疗的相关条件。

5.具备开展急性主动脉夹层的急诊介入治疗和外科手术的相关条件，或与具备条件的医院建立转诊机制。

6.具备胸痛患者的综合抢救能力。

（二）组织管理。

1.成立由院长或分管副院长负责、相关科室和管理部门参与的胸痛中心管理委员会，下设办公室，明确工作制度并负责胸痛中心的日常管理。

2.建立针对心源性和非心源性胸痛患者的救治小组，按照相关疾病诊疗指南、技术操作规范和临床路径，制定各类胸痛相关疾病的救治预案和工作协调机制。

3.与所在医联体内各医疗机构、区域内院前急救中心（站）和基层医疗卫生机构签订胸痛患者协同救治协议，建立分工协作机制。

4.建立专人负责的胸痛患者信息登记、诊疗数据记录、随访管理、健康宣教制度，并对胸痛患者诊疗数据进行统计分析，提出提升医疗质量和医疗安全的改进措施。

（三）建设要求。

1.建立以胸痛中心为基础的多学科联合诊疗模式。

2.建立胸痛中心绿色通道，及时接诊胸痛患者。

3.急诊科设置胸痛诊室，建立急性胸痛优先就诊机制。对于需要紧急救治的胸痛患者，实施“先救治、后付费"。

4.按照相关疾病诊疗指南、技术操作规范和临床路径，制定各类胸痛相关疾病的救治和转诊流程。

5.建立院前院内无缝衔接流程，经院前急救中心（站）救护车转运和基层转诊的急性ST段抬高型心肌梗死（STEMI）患者，入院后直接送达介入手术室（造影室）。

6.建立针对本院、院前急救中心（站）、基层医疗卫生机构的培训教育体系，提高相关人员的协同救治能力。

（四）服务要求。

1.建立胸痛患者早期快速识别和分诊机制，对胸痛患者进行 “早期识别、危险分层、正确分流、科学救治"。

2.不断改善医疗服务流程，提升胸痛患者早期诊断和规范治疗能力，建立多学科诊疗模式，重点提升STEMI、非ST段抬高型急性冠脉综合征、急性主动脉夹层、急性肺动脉栓塞、张力性气胸等死亡率较高的胸痛相关疾病的综合救治能力。

3.急诊科能够开展24小时床旁心电图和超声心动图检查、肌钙蛋白和D-二聚体等快速检测。

4.能够24小时开展主动脉、肺动脉及冠状动脉的急诊CT 血管造影检查。

5.向签订协同救治协议的医疗机构提供远程会诊和远程教育，建立患者信息共享平台。

6.开展面向社会大众的急救及健康宣教工作，提高公众健康意识、急救和自救能力。

二、卒中中心建设

（一）基本条件。

1.设置神经内科、神经外科、急诊医学科、介入医学科、康复医学科等与卒中诊疗相关的诊疗科目。

2.开设符合设置标准的脑血管病诊疗病区。

3.设置符合标准的神经科重症监护病房，开设床位10 张以上。

4.开设卒中专科门诊，能够开展规范的卒中筛查、高危人群干预及随诊。

5.开设卒中康复门诊或病房，或与有关康复医疗机构建立合作关系。

6.建立脑卒中健康宣教、专业技术培训及卒中中心工作人员继续医学教育体系。

7.卒中中心要按照病历书写管理有关规定，并结合专科特点，开展病历信息化建设；建立专人负责的卒中诊疗数据、随访数据等信息统计、分析系统，以规范卒中诊疗，加强临床质量控制，提高医疗质量和效率。

（二）组织管理。

1.成立以医院院长或分管副院长为主任，以相关职能部门、临床、医技和信息部门科室负责人为成员的卒中诊疗管理领导小组，下设办公室，明确部门职责及工作制度。

2.成立以神经内科、神经外科、介入医学科、急诊医学科医师、护士为主体，卒中诊疗相关专业医务人员为依托的救治小组。设立脑血管病急诊窗口，保证卒中中心绿色通道畅通。

3.按照卒中相关诊疗指南、技术操作规范，制定各类卒中病种救治预案和工作流程。

4.建立卒中住院登记及随访登记数据库，建立专人负责的卒中病例管理、随访管理的相关制度。

5.设置专人负责的卒中健康宣教、继续教育、科研工作小组。

（三）建设要求。

1.设置脑血管病急诊绿色通道，建立急诊值班（24小时/ 7天）制度。脑血管病急诊值班负责人应由经过卒中专业培训的具备主治医师及以上职称的神经内科或神经外科医师担任。

2.配置具有相关资质的专业技术人员。

3.具有卒中单元多学科协作小组，能进行健康宣教、心理支持、功能锻炼及综合物理治疗等。

4.建立脑卒中急症患者诊疗“绿色通道"，整合急诊科、影像科、检验科、神经内科、神经外科等，组成卒中急性期溶栓、血管内治疗及外科手术专业小组；与本地区急救中心及有关医疗机构保持密切联系，对于转诊至本中心的脑血管病急诊患者及时接收、有效处置。

5.能开展颈动脉内膜剥脱手术、颈动脉血管成形和支架植入术、颅内血肿清除术、去骨瓣减压术、脑室引流术、动脉瘤夹闭手术、动脉瘤血管内治疗、动静脉畸形手术及血管内治疗等。

6.具备开展脑卒中康复治疗的条件和技术能力，包括：物理治疗、作业疗法、语言疗法、认知及心理疗法等技术项目及治疗设备。具备营养障碍管理医师。

7.建立多学科联合查房制度、会诊制度及双向转诊制度；能为患者提供最佳治疗方案。

8.根据脑卒中相关疾病诊疗指南、技术操作规范及临床路径，制定本中心脑卒中诊疗流程，并定期审核及修订。

（四）服务要求。

1.规范卒中诊疗，提高符合适应证的急性缺血性脑血管病静脉溶栓率，降低症状性和无症状性颈动脉狭窄患者手术并发症发生率。

2.康复医学科早期介入，及时对患者进行基本功能评定，尽早开始康复治疗。

3.能够24小时提供医学影像检查诊断服务，对卒中者实施 CT或MRI优先检查；可开展CT和MRI的灌注成像、血管成像等检查。

4.能够进行全脑血管造影（24小时/ 7天）和血管功能评估。

5.能够采用神经外科、血管外科和介入治疗科等专科技术手段治疗或预防各种类型卒中：急性缺血性和出血性卒中、自发性蛛网膜下腔出血、颅内血管畸形、动脉瘤等。

6.能够向各级医院双向转诊患者及提供远程会诊，实现卒中信息数据网络直报。

三、创伤中心的建设

（一）基本条件。

1.设置急诊医学科、骨科、神经外科、普外科、心胸外科、泌尿外科、五官科、介入科、麻醉科、医学影像科、输血科等与创伤救治相关的诊疗科目。

2..有创伤综合救治团队，配备具有相关资质的专业技术人员。

3.急诊抢救室具备一定数量、满足需求的抢救床位和 复苏床位。

4.设置创伤复苏单元，一定数量的创伤重症监护室 (ICU)病床，及创伤普通病床。

5.具备创伤基础和高级生命支持设备、床旁检测和诊断设备。

6.能够快速完成创伤重点超声评估(Focused Assessment Sonography in Trauma，FAST)、胸片、骨盆x线检查、全身快速CT检查、血管造影检查、力争做到介入时间及手术时间提前，特殊患者能够在1小时内实施急诊手术。

7.具备开展紧急气管插管、环甲膜切开、胸腔闭式引流、心包穿刺术、开腹探查、开胸探查、颅脑外伤急诊手术、肠切除术、胃肠穿孔修补术、胃肠造口术、吻合术、胃部及十二指肠手术、胃肠吻合术、肝脾损伤的处理、直肠切除术、回盲部切除术、多发性肋骨骨折、连枷胸内固定、胸廓成形术、膈肌修补术、胸壁外伤扩创术、开胸探查术、心包开窗引流术、肺大泡切除修补术、肺楔形切除术、四肢及骨盆外架外固定术、四肢骨盆及脊柱脊髓损伤急诊手术、肢体残端修整术、大腿截肢术、小腿截肢术、足踝部截肢术、截指术等相关能力和条件。

8.建立院前登记系统与院内登记系统，建立统一的患者确认码，做到创伤患者的全病程追踪。

9.具备严重创伤患者的综合抢救能力。

（二）组织管理。

1.成立由院长或分管副院长负责，相关科室和管理部门参与的创伤中心管理委员会，下设办公室，明确工作制度并负责创伤中心的日常管理。

2.成立严重创伤和多发伤的综合救治团队，并按照创伤相关疾病诊疗指南、技术操作规范和临床路径，制定各类创伤相关救治预案和工作协调机制。

3.与所在地医联体机构、院前急救中心（站）和基层医疗卫生机构签订创伤患者协同救治协议，建立分工协作机制。

4.建立专人负责的创伤患者信息登记制度、诊疗数据记录、随访、健康宣教制度，并定期对创伤患者诊疗过程进行随访、统计、分析，总结提高医疗服务质量和加强患者安全的措施。

（三）建设要求。

1.建立以创伤救治为核心的多学科联合诊疗模式。

2.建立创伤中心绿色通道，及时接诊创伤患者。对于需要紧急救治的创伤患者，实施“先救治、后付费"。

3.按照创伤相关疾病诊疗指南、技术操作规范和临床路径，制定各类创伤相关疾病的救治和转诊标准流程。

4.建立院前救治与院内救治之间的无缝衔接流程，经院前急救中心（站）救护车转运和基层转诊的严重创伤患者，到达医院后直接送达创伤复苏单元、重症监护室，必要时可直接送达手术室。

5.建立针对医院、创伤救治点/中心、院前急救中心（站）、区域内相关医疗卫生机构的培训教育体系，提高相关创伤救治人员的协同救治能力。

（四）服务要求。

1.建立创伤患者的快速评估、检伤分类和分级诊疗机制，对创伤患者尤其是严重创伤患者进行“早识别、早诊断、早治疗”。

2.不断改善医疗服务流程，提升创伤规范化诊治能力。建立多学科联合诊疗模式，重点提高严重创伤和多发伤的综合救治能力，提高群发伤和突发公共卫生事件的应对能力。

3.创伤中心能够常规开展急诊创伤的生命支持（心肺复苏，抗休克和紧急气道管理等），并能高效联动院前急救和院内创伤综合救治团队。

4.能够对全部的创伤患者进行确定性治疗。

5.向签订协同救治协议的医疗机构提供远程会诊和远程教育，建立患者信息共享平台。

6.开展面向社会大众的急救和健康宣传教育，提高公众健康意识、自救和互救能力。

四、危重孕产妇救治中心

（一）基本要求。

产科床位数原则上≥40，年分娩量≥4000，高危孕产妇比例≥70%，应当设置ICU，并保障孕产妇救治床位。

（二）能力要求。

1.救治中心相关医护人员应当接受过严格的专业理论和技术培训，须掌握相关法律法规，具有相应资质，能够胜任对危重孕产妇进行各项监测与治疗的要求。

2.救治中心相关医师应当经过相关学科轮转培训，完成专科业务培训并考核合格。

3.救治中心相关医师应当具备高危妊娠和重症医学相关理论知识。掌握重要脏器和系统的相关生理、病理及病理生理学知识、救治中心相关的临床药理学知识和伦理学概念。

4.救治中心妇产科医师应当掌握以下高危妊娠的基本理论知识：

妊娠及分娩并发症(妊娠高血压疾病、胎儿窘追、产科出血、休克、DIC、羊水栓塞、严重感染、静脉血栓形成及肺栓塞症等)；

妊娠合并症（心脏病、肝脏病、肾脏病、血液系统疾病、内分泌系统疾病、多脏器功能衰竭、外科合并症等）；

妊娠合并性传播疾病/艾滋病；

阴道助产技术；

新生儿急救的基础理论；

危重孕产妇救治需要的其他知识。

5.救治中心重症医学医师应当掌握以下重症患者重要器官、系统功能监测和支持的基本理论知识：

复苏；

休克；

呼吸功能衰竭；

心功能不全、严重心律失常；

急性肾功能不全；

中枢神经系统功能障碍；

严重肝功能障碍；

胃肠功能障碍与消化道大出血；

急性凝血功能障碍；

严重内分泌与代谢紊乱；

水电解质与酸碱平衡紊乱；

肠内与肠外营养支持；

镇静与镇痛；

严重感染；

多器官功能障碍综合症；

免疫功能紊乱。

6.救治中心相关医师应当掌握以下孕产妇危重症诊疗和救治的基本技能：

分娩期并发症包括子官破裂、羊水栓塞、重度子瘸前期、子瘸及其并发症、胎盘早剥、前置胎盘及其并发症等处理措施；

产后出血及失血性休克防治措施；

静脉血栓及肺栓塞等各种救治技能；

新生儿窒息复苏技术及早产儿处理；

危重孕产妇救治需要的其他技能。

7.救治中心相关医师除一般临床监护和治疗技术外，应当具备独立完成以下监测与支持技术的能力：

心肺复苏术；

人工气道建立与管理；

机械通气技术；

纤维支气管镜技术；

深静脉及动脉置管技术；

血流动力学监测技术；

胸穿、心包穿刺术及胸腔闭式引流术；

电复律与心脏除颤术；

床旁临时心脏起搏技术；

持续血液净化技术；

疾病危重程度评估方法。

8.救治中心相关医师每年至少参加1次省级或省级以上重症医学相关继续医学教育培训项目的学习，不断加强知识更新。

9.救治中心相关护士应当经过严格的专业培训，熟练掌握重症护理基本理论和技能。

（三）人员和设备要求。

抢救床位数6，医师床位比≥0.8，护士床位比≥2.5，医师高级职称构成比≥40%，业务负责人技术职称副高级以上≥2人，从事相关专业10年以上。

| 序号 | 设备 | 要求 |
| --- | --- | --- |
| 1 | 专业抢救设备及器械 |  |
| 1.1 | 胎心监护仪 | 若干 |
| 1.2 | 多普勒胎心监护仪 | 若干 |
| 1.3 | 产包 | 若干 |
| 1.4 | 清宫包 | 若干 |
| 1.5 | 缝合包 | 若干 |
| 1.6 | 宫纱（或水囊） | 若干 |
| 1.7 | 产钳 | 若干 |
| 1.8 | 胎头吸引器 | 若干 |
| 1.9 | 阴道拉钩 | 若干 |
| 1.10 | 宫颈钳 | 若干 |
| 1.11 | 新生儿抢救台 | ≥1台 |
| 1.12 | 新生儿监护仪 | ≥1台 |
| 1.13 | 新生儿转运暖箱 | ≥1台 |
| 1.14 | 新生儿喉镜（气管插管） | ≥1台 |
| 1.15 | 新生儿呼吸机 | ≥1台 |
| 1.16 | T组复合器（新生儿复苏囊） | ≥1台 |
| 1.17 | 新生儿低压吸引器 | ≥2台 |
| 1.18 | 胎粪吸引管 | 若干 |
| 2 | ICU基本设备 |  |
| 2.1 | 床头设备带或吊塔（含吸氧、负压吸引、压缩空气，UPS、漏电保护装置等） | ≥床位数100% |
| 2.2 | ICU专用病床（含床头桌，防褥疮床垫） | ≥床位数100% |
| 2.3 | 中心监护系统 | ≥1套 |
| 2.4 | 床旁监护系统（心电、血压、脉搏、血氧饱和度、有创压力监测模块） | ≥床位数100% |
| 2.5 | 呼气末二氧化碳检测仪 | ≥1台 |
| 2.6 | 连续性血流动力学与氧代谢监测设备（心排量测定仪） | ≥1台 |
| 2.7 | 呼吸机 | ≥床位数80% |
| 2.8 | 便携式呼吸机 | ≥1台 |
| 2.9 | 便携式监护仪 | ≥1台 |
| 2.10 | 除颤仪 | ≥1台 |
| 2.11 | 体外起搏器 | ≥1台 |
| 2.12 | 纤维支气管镜 | ≥1台 |
| 2.13 | 心电图机 | ≥1台 |
| 2.14 | 血气分析仪（床旁） | ≥1台 |
| 2.15 | 输液泵 | ≥床位数200% |
| 2.16 | 注射泵 | ≥床位数300% |
| 2.17 | 输血泵 | ≥2台 |
| 2.18 | 肠内营养输注泵 | ≥床位数50% |
| 2.19 | 防下肢静脉血栓发生的器械 | 若干 |
| 2.20 | 心肺复苏抢救装备车（含急救器械） | ≥2台 |
| 2.21 | 电子升降温设备 | ≥1台 |
| 2.22 | 输液加温设备 | ≥1台 |
| 2.23 | 空气消毒净化设备 | 根据具体房屋面积确定 |
| 2.24 | 血糖仪 | ≥1台 |
| 2.25 | 床旁彩超 | ≥1台 |
| 2.26 | 血液净化仪 | ≥1台 |
| 2.27 | 床旁X光机 | ≥1台 |

1. 管理要求。

1.成立由院长或分管副院长负责，相关科室和管理部门参与的危重孕产妇救治中心管理委员会，下设办公室，明确工作制度并负责中心的日常管理。

2.针对产后出血、新生儿窒息等孕产妇和新生儿主要死因，制订应急预案，逐一建立完善抢救程序与规范。

3.建立快速反应团队，每季度开展至少1次专项技能培训和快速反应团队急救演练，提高快速反应和处置能力，紧急剖官产自决定手术至胎儿娩出时间(DDI)应当努力控制在30分钟以内并逐步缩短。保障产科医师助产士、新生儿科医师每年至少参加1次针对性继续医学教育。

4.确保贯彻落实医疗质量安全核心制度，并结合实际情况建立健全与危重孕产妇监护诊疗工作特征相符合的基本工作制度和医疗护理常规。

5.建立健全各项危重孕产妇救治相关规章制度，制定各类人员的工作职责，规范诊疗常规。建立完善高危妊娠管理、孕产妇危重症评审、孕产妇死亡评审等制度。

6.建立健全人员、设施、设备、药品、耗材等各种管理制度，及时保障危重孕产妇救治所需的药品、耗材，并保持救治所需设备功能均处于正常状态，确保各项工作安全、有序运行。

7.成立质量控制小组，制定完善全过程质量控制相关制度和规范，定期分析医疗与护理质量，提出改进意见并落实，常规开展孕产妇病情、诊疗效果评估工作，保证本中心医疗与护理技术质量和服务质量的持续改进。

8.加强医院感染管理，制定符合孕产妇特点的医院感染管理规章制度和工作流程，有效落实各项医院感染预防与控制措施，降低医院感染发生风险。

五、危重儿童和新生儿救治中心

（一）基本要求。

危重新生儿救治中心应当具备下列能力：呼吸、心率、血压、凝血、生化、血气、胆红素等重要指标监测，X光和B超床边检查，常频机械通气治疗。

（二）能力要求。

1.新生儿复苏；

2.健康新生儿评估及出生后护理；

3.生命体征平稳的轻度外观畸形或有高危因素的足月新生儿的护理和医学观察；

4.出生体重≥1000克的低出生体重新生儿或胎龄≥28周的早产儿的医疗护理；

5.生命体征异常但预计不会发展到脏器功能衰竭的病理新生儿的医疗和护理；

6.不短于72小时的持续呼吸道正压给氧(CPAP)或不短于24小时的常频机械通气；

7.需要转运的病理新生儿离院前稳定病情；

8.严重脓毒症和各种脏器功能衰竭内科医疗护理；

9.细菌、真菌、 TORCH等病原学诊断；

10.持续提供常频机械通气；

11.早产儿视网膜病变筛查；

12.实施脐动、静脉置管以及外周静脉置管和换血治疗等诊疗护理技术。

（三）设施、设备、人员、配置要求。

| 序号 | 项目 | 要求 |
| --- | --- | --- |
| 一 | 设施 |  |
| 1 | 病房形式 | 新生儿病区或科 |
| 2 | 床位数 | 抢救床≥6张  总床位≥30张 |
| 3 | 空调设施 | 恒温26±2℃ |
| 4 | 万用电源插座 | 每抢救床≥10组，  其他每床≥3组 |
| 5 | 非接触式洗手池 | 每病室≥1个 |
| 6 | 中心供氧终端数 | 每抢救床≥2，  其他每床≥1 |
| 7 | 中心空气终端数 | ≥床位数 |
| 8 | 中心吸引终端数 | ≥床位数 |
| 9 | X线屏蔽设施 | 每病区≥1组 |
| 10 | 静脉营养配置超净台 | 每病区≥1台/院内配置 |
| 11 | 独立设置器械处置室 | ≥10m2 |
| 12 | 独立设置设备存储室 | ≥6m2 |
| 13 | 独立设置洗婴室 | 必须 |
| 14 | 独立设置配奶室 | 必须 |
| 15 | 独立设置恢复期病室 | 必须 |
| 16 | 独立设置护理站 | 必须 |
| 17 | 独立设置治疗室 | 必须 |
| 18 | 独立设置医生办公室 | 必须 |
| 19 | 独立设置家长接待室 | 必须 |
| 20 | 探视通道/设施 | 必须 |
| 21 | 监控设施病区全覆盖 | 必须 |
| 22 | 男女独立设置更衣室 | 必须 |
| 23 | 物、人、污通道分设 | 必须 |
| 24 | 独立设置隔离室 | 必须 |
| 25 | 独立设置药品库房 | ≥10m2 |
| 26 | 独立设置总务库房 | ≥10m2 |
| 27 | 独立设置主任办公室 | 必须 |
| 28 | 独立设置医生值班室 | 必须 |
| 29 | 独立设置护士值班室 | 必须 |
| 30 | 独立设置医护盥洗室 | 必须 |
| 31 | 独立设置卫生工作间 | 必须 |
| 32 | 独立设置弃物处置室 | 必须 |
| 二 | 设备 |  |
| 1 | 婴儿保暖箱 | ≥床位数60% |
| 2 | 电子秤、身长测量仪 | 每病区≥1套 |
| 3 | 新生儿辐射抢救台 | 每病室≥2台，  洗婴室≥1台 |
| 4 | 负压吸引器 | 每抢救床≥1 |
| 5 | 喉镜（舌片齐） | 每抢救台≥1套 |
| 6 | 复苏气囊 | 每抢救床≥1只 |
| 7 | 蓝光治疗仪 | ≥床位数1/4 |
| 8 | 微量血糖仪 | 每病室≥1台 |
| 9 | 经皮黄疸测定仪 | 每病室≥1台 |
| 10 | 氧浓度检测仪 | 每病室≥1台 |
| 11 | 微量输液泵和注射泵 | 每抢救床≥4台，  其他每床≥1台 |
| 12 | 多功能监护仪 | ≥床位数2/3 |
| 13 | 血气分析仪 | 每病区≥1台 |
| 14 | 空氧混合器 | ≥床位数1/4 |
| 15 | T-组合复苏器 | 每病室≥1台 |
| 16 | 床边X线机 | 实现床边随时检测 |
| 17 | 耳声发射仪+自动脑干诱发电位仪 | 实现床边日常检测 |
| 18 | 新生儿眼底照相仪 | 实现床边日常检测 |
| 19 | 床旁心电图机 | ≥1台 |
| 20 | 超声诊断仪 | ≥1台 |
| 21 | CPAP无创呼吸机 | 每抢救床≥1/2台 |
| 22 | 机械呼吸机 | 每抢救床≥2/3台 |
| 23 | 转运温箱 | ≥1台 |
| 24 | 转运车 | ≥1辆/急救站协定 |
| 25 | 除颤仪 | ≥1台 |
| 26 | 母乳收集和储存设备 | ≥1套 |
| 三 | 人员 |  |
| 1 | 医生床位比 | 抢救床≥0.5，  其他床位≥0.2 |
| 2 | 护士床位比 | 抢救床≥1.5，  其他床位≥0.5 |
| 3 | 硕、博士医生构成比 | ≥10% |
| 4 | 科主任资历 | 副高级及以上 |
| 5 | 骨干技术职称 | 副高级及以上≥2人 |
| 6 | 护士长技术职称 | 中级及以上 |

（四）管理要求。

1.成立由院长或分管副院长负责，相关科室和管理部门参与的危重儿童和新生儿救治中心管理委员会，下设办公室，明确工作制度并负责中心的日常管理。

2.成立质量控制小组，负责全过程质量控制，定期分析医疗与护理质量，提出改进意见并落实，保证本中心医疗与护理技术质量和服务质量的持续改进。

3.贯彻落实临床工作核心制度，建立健全与危重新生儿监护诊疗工作符合的基本工作制度和医疗护理常规。各种行政、业务活动以及药物、耗材、设备使用均应有完整记录，确保各项工作安全、有序运行。

4.常规开展患儿病情、诊疗效果分析和死亡病例讨论，参与新生儿死亡评审，应当建立健全数据库，按要求及时向各级卫生行政部门报送信息。

5.加强医院感染管理，有效落实各项医院感染预防与控制措施，降低医院感染发生风险，及时妥善处置医院感染事件。

6.依据《医疗机构新生儿安全管理制度(试行)》，制定工作细则，杜绝新生儿安全事故发生。

7.全面贯彻落实《促进母乳喂养成功十项措施》和《国际母乳代用品销售守则》，积极创建爱婴医院。

8.积极推行发育支持护理策略，实施环境保护、集束化操作、镇静镇痛、体位护理、床边抚触等措施，创造条件开展袋鼠式护理等亲子交流模式，营造最佳生长发育氛围。

广东省三级公立医院激励方案

为进一步对标国际国内先进水平，推动若干家高水平医院建成国内一流、世界领先的医院，带动提升全省医疗服务水平，打造“顶天立地”广东医疗卫生大格局，省政府决定对未纳入高水平医院建设，但确实取得突出成绩的三级公立医院实施激励方案。

一、实施对象

尚未列入广东省高水平医院重点建设医院，但确实取得突出成绩的全省三级公立医院。

二、实施时间

《激励方案》实施时间为2020-2022年。

三、奖励条件

分两个层次条件进行奖励。

（一）第一层次。

30家高水平医院以外的三级公立医院符合以下任一条件的可以获得第一层次的奖励：

1.获批国家医学中心或国家区域医疗中心。

2.进入复旦版中国医院排行榜百强。

3.获批国家临床医学研究中心。

（二）第二层次。

30家高水平医院以外的三级公立医院符合以下条件的可以获得第二层次的奖励：

专科实力进入复旦版中国医院专科综合排行榜前10名。

四、奖励标准

1. 达到第一层次标准的医院，参照高水平医院补助标准，省财政厅于达标次年起，对每家医院分3年共奖励补助3亿元。
2. 达到第二层次标准的医院，省财政厅次年一次性奖励补助1000万元。

奖励不重复享受。公立医院奖励资金根据达标医院情况确定，同时达到两个层次标准的，奖励总额按第一层次奖励标准控制，资金由省财政据实新增安排。

五、奖励程序

省卫生健康委会同省财政厅等有关部门根据国家医学中心、国家区域医疗中心、复旦版中国医院排行榜、国家临床医学研究中心等考核与评审结果，报请省政府按照激励方案进行审定和奖励。

六、受奖励医院的必备条件

（一）医院年度校验合格，无暂缓校验情况。无公立医院绩效考核不合格情况。

（二）医院向社会提供服务的诊疗科目与执业许可证相一致，无对外出租、承包科室或仪器设备等情况。

（三）卫生技术人员执业、大型医疗设备配置与使用、临床研究、医疗技术应用无重大违规情况。

（四）无重大违规收费造成严重社会影响情况。

（五）无利用职务之便索取、非法收受患者财物或牟取其他不当利益并造成重大社会影响的不正之风事件。实施患者安全目标，无火灾、放射源泄漏、医院感染等被通报或处罚的重大安全事故。

（六）无虚假医疗广告或属于组织行为的出具虚假医疗文书情况。

（七）无一级甲等完全责任医疗事故或瞒报、漏报重大医疗过失事件的行为。

（八）无其他重大违规行为。