

附件 1

江苏省二级妇幼保健院评审标准

本标准是在原国家卫生计生委《二级妇幼保健院评审标准（2016 年版）》的基础上，结合我省实际情况修订完善的。标准从妇幼保健院发展方向、辖区业务管理、服务流程、服务质量与安全、社会评价等多角度对妇幼保健院实施考评；充分体现以妇女儿童健康为中心，为妇女儿童提供安全、便捷、优质的妇幼健康服务，保障妇女儿童健康。

本标准共 7 章 68 节。第一章至第五章共 60 节 276 条标准，用于对二级妇幼保健院现场评审，并作为妇幼保健院自我评价与改进之用。第六章共 6 节 31 条监测指标，用于对二级妇幼保健院的运行、服务质量与安全指标的监测与追踪评价。第七章附录共 2 节，对二级妇幼保健院建筑指标和医疗设备提出基本要求。

本标准适用于我省二级妇幼保健院。

第一章 保证妇幼保健院正确的发展方向

一、坚持妇幼卫生工作方针，保证正确的发展方向

（一）坚持“以保健为中心、以保障生殖健康为目的，保健和临床相结合，面向群体、面向基层和预防为主”的妇幼卫生工作方针。

（二）是由政府举办、不以营利为目的、具有公共卫生性质的公益性事业单位。

（三）以妇女儿童为中心提供妇幼健康服务，强化公共卫生服务责任，突出群体保健功能。

（四）按照全生命周期和三级预防的理念，以一级和二级预防为重点，为妇女儿童提供从出生到老年，内容涵盖生理和心理的主动、连续的服务与管理。

二、建设规模、功能和任务符合区域卫生规划

（一）功能任务和定位明确，保持适度规模。

（二）依据功能任务，确定本院发展目标和中长期发展规划。有科学的总体发展建设规划并经相关部门批准。

（三）本院建设和内部设置体现保健和临床相结合的发展模式。围绕妇女全生命周期和儿童健康服务优化配置内部资源，服务流程合理，科室设置规范。

（四）产科、新生儿科等重点科室专业技术水平在本辖区同行业优势明显；服务能力和质量处于本辖区前列。

（五）有承担本辖区产科、新生儿科专业急危重症诊疗的设施

设备、技术梯队与处置能力，能提供产科、新生儿科急危重症诊疗服务。

（六）医技科室服务能满足本院医疗保健服务需求，重点专业水平和质量处于本辖区前列。

三、承担政府指令性任务

（一）承担政府分配的为基层培养人才的指令性任务，制订相关的制度、培训方案，并有具体保障措施。

（二）根据《中华人民共和国传染病防治法》和《突发公共卫生事件应急条例》等相关法律法规，承担传染病的预防、发现、报告及转诊等任务。

（三）在国家分级诊疗制度框架内，建立与实施双向转诊制度与相关服务流程。

（四）根据《中华人民共和国统计法》与卫生健康行政部门规定，完成本院基本运行状况、医疗保健技术、医疗保健信息和用药监测等相关数据报送工作，数据完整、真实可靠。

第二章 辖区妇幼健康业务管理质量与持续改进

一、管理组织

（一）有负责辖区妇幼健康业务质量的院内管理组织，院长为第一责任人。

（二）职能部门履行指导、检查、考核、评价和监督职能。

（三）孕产保健部、儿童保健部和妇女保健部（含计划生育技

术服务)负责人是本业务部门辖区业务管理质量的第一责任人，负责落实相关任务。

二、管理质量与持续改进

(一) 贯彻落实各级卫生健康行政部门有关辖区业务管理相关规定。

(二) 协助卫生健康行政部门制订辖区妇幼健康工作相关政策、规章制度、评估标准和工作方案等。

(三) 制订辖区妇幼健康服务质量管理和持续改进方案并组织实施。

(四) 开展妇幼健康政策和业务培训，推广适宜技术。

(五) 受卫生健康行政部门委托，依法对《出生医学证明》进行业务管理。

三、妇幼健康服务网络管理

(一) 协助卫生健康行政部门健全辖区内妇幼健康服务网络，收集分析网络运行信息。

(二) 协助卫生健康行政部门建立辖区内提供妇幼健康服务的各级各类医疗卫生机构分工协作机制和双向转诊机制，并对其开展的服务进行技术指导和质量控制。

(三) 协助卫生健康行政部门建立辖区孕产妇和新生儿急危重症转诊网络，完善运行机制。

(四) 协助卫生健康行政部门成立辖区孕产妇死亡评审、新生儿死亡评审专家组，及时开展孕产妇、新生儿死亡评审工作。定期召开危重孕产妇和危重新生儿病例讨论会，协调各相关部门参与危

重孕产妇的急救工作。

四、妇幼健康信息管理

(一) 有负责辖区信息管理的部门，完善辖区妇幼健康信息管理网络，建立信息管理机制。

(二) 协助卫生健康行政部门建立辖区信息数据中心，完善区域妇幼健康数据中心，并与区域卫生信息平台交互共享。

(三) 具有良好的信息安全策略、安全手段、安全环境及安全管理措施，保证妇幼健康信息安全。

(四) 对妇幼健康信息进行质量控制和分析利用，为卫生健康行政部门决策及妇幼健康服务的开展提供数据支持。

五、妇幼健康教育与健康促进

(一) 有健康教育科，负责妇幼健康教育与健康促进工作，职责明确。

(二) 制作并发放妇幼健康教育材料。

(三) 开展多种形式的健康教育活动，并对健康教育效果进行评价。

(四) 建立辖区妇幼健康教育工作网及协作机制，提供辖区妇幼健康教育培训。

(五) 建立妇幼健康教育评价机制，对健康教育效果进行评估并持续改进。

六、妇幼公共卫生服务项目管理

(一) 落实上级项目管理方案，协助卫生健康行政部门制订项目实施方案。

(二) 协助卫生健康行政部门对妇幼公共卫生服务项目进行培训、督导及实施效果评估，持续改进项目工作。

(三) 推广应用妇幼公共卫生服务项目成果。

七、群体筛查服务质量管理

(一) 建立辖区妇女儿童主要健康问题、高危孕产妇和高危儿筛查网络和管理机制。

(二) 对从事筛查工作的人员进行技术培训，对筛查工作进行管理。

(三) 对群体筛查工作进行质量控制，持续改进筛查质量。

八、母子健康手册使用与管理

(一) 协助卫生行政部门制定辖区内统一的母子健康手册管理制度及规范。

(二) 对母子健康手册的管理制度及使用进行培训、督导，持续改进工作质量。

(三) 收集母子健康手册使用与管理相关信息，进行分析利用。

九、托幼机构卫生保健管理

(一) 落实《托儿所幼儿园卫生保健管理办法》等要求。

(二) 受卫生健康行政部门委托，对辖区托幼机构卫生保健工作进行卫生评价。

(三) 对辖区托幼机构卫生保健工作进行业务指导与业务培训，持续改进工作质量。

第三章 妇幼保健服务质量安全管理与持续改进

一、质量管理组织

(一) 院长是本院质量管理第一责任人。院质量与安全管理委员会及各质量相关委员会人员构成合理，职责明确。依据本院组织架构，明确各部门职能与管理流程。

(二) 院各相关职能部门组织实施全面医疗保健质量管理与医疗保健安全管理工作，并落实持续改进方案。

(三) 科主任是科室质量与安全管理第一责任人，负责组织落实质量与安全管理及持续改进相关任务。

二、质量管理与持续改进

(一) 有医疗保健质量管理和持续改进总体方案，涵盖结构质量、过程质量、结果质量的关键监控指标及考核办法。有医疗保健质量关键环节、重点部门、重点时段管理标准与监控措施。

(二) 根据法律法规、规章规范以及相关标准，结合本院实际，制订完善的覆盖医疗保健全过程的质量管理规章制度，并及时更新，切实保证服务质量。

(三) 强化“基础理论、基本知识、基本技能”培训与考核，把“严格要求、严密组织、严谨态度”落实到各项工作中。

(四) 建立医疗保健风险防范确保就诊者安全的机制，严格执行《医疗质量安全事件报告暂行规定》，按规定报告质量安全（不良）事件与隐患缺陷，不隐瞒和漏报。

(五) 建立医疗保健质量控制、安全管理信息数据库，为制订

质量管理持续改进的目标与评价改进的效果提供依据。

三、医疗保健技术管理

(一) 提供与功能和任务相适应的医疗保健技术服务，符合法律、法规、部门规章、规范性文件和行业规范的要求，符合医疗机构诊疗科目范围要求，符合医学伦理原则，技术应用安全、有效。

(二) 医疗保健技术管理符合《中华人民共和国母婴保健法》及其实施办法、《医疗机构管理条例》等有关规定，建立分级分类管理、监督评价和档案管理制度。

(三) 有医疗保健技术风险预警机制和医疗保健技术损害处置预案，并组织实施。对新开展医疗保健技术的安全、质量、疗效、经济性等情况进行全程追踪管理和评价，及时发现并降低医疗保健技术风险。

(四) 开展的科研项目符合法律、法规和医学伦理原则，按规定审批。在科研过程中实行全程质量管理，充分尊重受试者的知情权和选择权，签署知情同意书，保护受试者安全。

(五) 对实施手术、介入、麻醉、腔镜诊疗等高风险技术操作的卫生技术人员实行“授权”制，定期进行技术能力与质量绩效的再评价。

四、住院诊疗管理

(一) 由具有法定资质的医务人员按照制度、程序与病情评估/诊断的结果为就诊者提供规范的同质化服务。

(二) 根据现有医疗保健资源，按照现行临床诊疗指南、疾病诊疗规范、药物临床应用指南及临床路径规范诊疗行为；用单病种

质量管理等质控指标，监控临床诊疗质量。

(三) 每位住院患者均有适宜的诊疗方案/计划（检查、药物治疗、手术治疗、康复治疗等），由高年资主治医师及以上人员负责评价与核准，并记入病历。

(四) 有院内、外会诊管理制度与流程，对重症与疑难患者实施多学科联合会诊，提高会诊质量和效率。

(五) 为出院患者提供规范的出院医嘱和康复指导意见。

(六) 科室质量与安全管理小组能定期分析影响住院诊疗（检查、药物治疗、手术治疗等）计划/方案执行的因素，对手术非计划重返病例、住院时间超过30天的患者，进行管理与评价，优化医疗服务系统与流程。

五、患者安全管理

(一) 确立查对制度，识别就诊者身份。新生儿、婴幼儿必须佩带腕带。对入院患者采用唯一编码管理。

(二) 确定在特殊情况下医务人员之间有效沟通的程序、步骤。

(三) 建立并实施患者风险评估及手术安全核查制度。确保手术安全，防止手术患者、手术部位及术式发生错误。

(四) 执行手卫生规范、落实医院感染控制的基本要求。

(五) 加强药品管理，提高用药安全。

(六) 临床“危急值”报告制度。

(七) 防范与减少患者跌倒、坠床、烫伤、呕吐物吸入窒息等意外事件发生。

(八) 防范与减少患者压疮发生。

(九) 建立质量安全(不良)事件报告制度;妥善处理质量安全(不良)事件,并对质量安全(不良)事件进行质量持续改进。

(十) 患者参与医疗保健安全活动。

六、婚前保健管理

(一) 按《婚前保健服务工作规范(修订)》要求开展婚前保健工作。有婚前保健工作制度、人员职责、工作常规。

(二) 婚前保健的工作人员、设施设备、技术服务符合《婚前保健服务工作规范(修订)》的要求。

(三) 建立婚前保健服务各种工作登记,及时准确收集、统计相关信息,及时上报,定期总结分析,提出对婚前保健服务工作的意见和建议。

七、孕前保健管理

(一) 按《孕前保健服务工作规范(试行)》要求开展孕前保健工作,有孕前保健工作制度、人员职责、工作常规。

(二) 孕前保健服务的工作人员、设施设备、技术服务符合《孕前保健服务工作规范(试行)》的要求。

(三) 建立孕前保健服务各种工作登记,及时准确收集、统计相关信息,及时上报,定期总结分析,提出对孕前保健服务工作的意见和建议。

八、孕期保健管理

(一) 按《孕产期保健工作管理办法》和《孕产期保健工作规范》等要求开展孕期保健工作。

(二) 孕期保健的工作人员、设施设备、技术服务符合《孕产

期保健工作管理办法》和《孕产期保健工作规范》的要求。

(三)按照卫生健康行政部门要求，建立孕期保健服务各种工作登记，及时准确收集、统计相关信息，及时上报，定期总结分析，掌握孕产妇的健康情况，确定孕期保健工作重点，提出对孕期保健服务工作的意见和建议。

九、产前筛查与产前诊断技术管理

(一)开展产前筛查技术的机构和人员要符合当地卫生健康行政部门的管理要求。

(二)开展产前筛查项目，尊重孕妇知情选择权利。对产前筛查的资料和标本有专人保管。

(三)无产前诊断技术资质的机构要与经许可开展产前诊断技术的机构建立合作关系，并签订技术合作协议，保证筛查发现的高危可疑病例能得到后续诊断。

(四)开展产前诊断技术的机构和人员要符合《产前诊断技术管理办法》等相关规定，产前诊断技术的覆盖面符合卫生健康行政部门规划要求(可选)。

(五)经批准开展产前诊断技术的机构设有产前咨询及遗传咨询门诊。尊重孕妇知情选择权利。有专人定期进行产前诊断术后及产后随访。对产前诊断的资料和标本有专人保管(可选)。

(六)加强产前筛查质量全程监控管理，科室质量与安全管理小组能用质量与安全管理制度、岗位职责、诊疗规范与质量安全指标，定期评价质量，促进持续改进。

十、高危孕产妇管理

(一) 根据相关工作要求和技术规范，建立高危孕产妇管理制度和工作流程，明确人员职责。

(二) 开设高危孕产妇门诊，制订主要病种诊疗常规，对高危孕产妇实行专案管理，定期进行随访。

(三) 有高危孕产妇识别与救治技术的培训方案和计划，定期开展孕产妇危重症评审。

十一、分娩管理

(一) 机构和相关人员按照《中华人民共和国母婴保健法》及其实施办法以及卫生健康行政部门有关规定取得相应资质。

(二) 有分娩质量管理相关制度，明确人员职责。建立分娩风险管理与预警的制度与流程。

(三) 分娩室设置应布局合理，符合管理规范要求。

(四) 加强产程管理。分娩前应进行母婴再评估/诊断。产程中依照规范进行各项诊疗及操作并完整记录。减少孕产妇及新生儿并发症。遇有特殊治疗及处理，应及时与本人或委托人充分沟通，并获得同意，相关内容有记录。

(五) 选择合理分娩方式。有阴道助产及剖宫产手术前评估和审批制度，规范管理急诊剖宫产手术，降低非医学需要剖宫产率。

(六) 依照诊疗规范进行各项诊疗及操作。

(七) 分娩时有具备新生儿复苏能力的医护人员在场，有危重情况时新生儿抢救的制度和流程。

(八) 具备对危重孕产妇及时救治的人员、设备、药品、设施

和场所，有相应的技术规范和操作规程。

（九）有《出生医学证明》签发与资料存储的场所，有管理和签发流程、工作制度、填写规范并落实。

十二、促进自然分娩

（一）有促进自然分娩、降低非医学需要剖宫产的相关制度和工作机制并落实，明确人员职责，开展定期评估，落实改进措施，控制剖宫产率。

（二）按规定配备助产士，对助产人员进行定期培训，提高助产技术服务水平。

（三）开展促进自然分娩知识技能培训与健康教育，将促进自然分娩纳入孕妇学校常规教学内容。

十三、促进母乳喂养

（一）有促进母乳喂养的管理制度和质量评价体系并组织实施，建立多部门、多科室协作机制促进母乳喂养；有独立哺乳区，设施设备齐全。

（二）开展母乳喂养知识技能培训与健康教育，将促进母乳喂养纳入孕妇学校常规教学内容。

（三）有预防和处理婴儿呛奶、窒息的措施并落实。

（四）设有配奶间，为无法实行母婴同室的新生儿获得母乳提供方便。

十四、新生儿病房和新生儿重症监护室管理

（一）设置新生儿病房，其布局、设备设施、专业人员配置符合卫生健康行政部门相关要求。

(二) 设置新生儿重症监护室，符合机构功能任务和实际收治患者需要。（可选）

(三) 由有资质的医师和护士按照制度和流程对新生儿进行病情评估。

(四) 设备、药品配置处于完好备用状态，医护人员能够熟练、正确使用各种抢救设备，熟练掌握新生儿心肺复苏的基本技能。

(五) 医院感染监控管理对重点项目有预防与监控方案、有质量控制指标，并能得到切实执行。

十五、儿童保健管理

(一) 按照《全国儿童保健工作规范（试行）》及相关技术规范等要求开展儿童保健工作，有儿童保健管理制度、工作计划、人员职责。

(二) 按本院执业范围和业务部门设置要求开展儿童保健服务。建立儿童保健服务规范及主要疾病的诊疗常规和操作规程。能解决儿童保健部分疑难问题，并给予规范的治疗和指导。

(三) 按照卫生健康行政部门要求，做好儿童保健表、卡、册登记管理，并总结分析，提出对儿童保健工作的意见和建议。

十六、高危儿童管理

(一) 根据相关工作要求和技术规范，建立高危儿管理相关工作制度，明确人员职责。

(二) 设立高危儿专科门诊，开展高危儿童筛查、监测、干预及转诊服务工作，制订主要病种诊疗常规，具备相应的设备设施，对高危儿实行专案管理，定期进行随访。

(三)有高危儿识别技术的培训方案和计划，并组织实施。

十七、妇女保健管理

(一)按卫生健康行政部门相关规范等要求开展妇女保健工作，有妇女保健管理制度、工作规范、工作计划、人员职责。

(二)按本院执业范围和业务部门设置要求开展妇女保健服务。建立妇女保健服务常规及常见病、多发病的诊疗常规和操作规程。能解决妇女保健部分疑难问题，并给予规范的治疗和指导。

(三)按照卫生健康行政部门要求，有妇女保健各种工作登记，定期总结分析，提出对妇女保健服务工作的意见和建议。

十八、计划生育技术服务管理

(一)执行卫生健康行政部门有关计划生育技术服务规范。有计划生育技术服务质量和安全管理制度并落实。

(二)禁止非医学需要的胎儿性别鉴定和选择性别的人工终止妊娠。

(三)有计划生育技术服务诊疗常规和操作规程，有计划生育并发症处理常规，定期对医务人员进行培训。

(四)有计划生育技术服务相关信息登记、统计和上报工作制度，并有专人负责。

十九、妇女儿童营养保健管理

(一)按照有关工作规范、技术规范开展妇女儿童营养保健工作。建立妇女儿童营养保健服务的转介机制和流程。

(二)提供营养评价、膳食营养咨询指导服务。

(三)对妊娠期糖尿病孕妇、早产儿、低出生体重儿、营养不

良和单纯性肥胖儿童等孕产妇儿童营养性疾病的重点人群建立专案，进行诊断、干预评估和追踪随访，并提供个性化的营养健康教育。

二十、妇女儿童心理保健管理

（一）按照有关工作规范、技术规范开展妇女儿童心理保健工作。建立妇女儿童心理保健服务的转介机制和流程。

（二）提供儿童心理行为发育异常筛查和妇女儿童心理疾病的识别、心理咨询、心理行为异常康复指导和基本干预训练、心理健康促进等服务。

（三）对更年期综合症、产后抑郁、儿童智力发育障碍、运动发育障碍、儿童孤独症患者等重点人群建立专案，进行管理和追踪随访，并提供个性化的心理健康教育。

二十一、妇女儿童康复治疗管理

（一）按照有关工作规范、技术规范开展妇女儿童康复治疗工作。建立妇女儿童康复治疗服务的转介机制和流程。

（二）对妇女产后、盆底功能障碍和发育异常儿童等提供康复治疗前评估、康复治疗方案、康复治疗和指导、治疗效果评估。

（三）对妇女产后、盆底功能障碍和儿童脑瘫等重点人群建立专案，进行管理和追踪随访，并提供个性化的康复治疗健康教育。

二十二、妇女儿童中医服务管理

（一）按照有关工作规范、技术规范，开展妇女儿童中医医疗服务。

（二）有中医诊疗规范，将中医药服务的理念和方法融入到妇

女儿童医疗保健服务中。

二十三、手术治疗管理

(一) 实行手术医师资格准入制度和手术分级授权管理制度，建立定期手术医师资格和能力评价与再授权的机制，建立医师技术操作及手术档案，为定期手术医师资格和能力评价与再授权提供依据。

(二) 有患者病情评估与术前讨论制度，遵循诊疗规范制订诊疗和手术方案，依据患者病情变化和再评估结果调整诊疗方案，均应记录在病历中。

(三) 患者手术前的知情同意包括术前诊断、手术目的和风险、手术方式、是否输血、抗菌药物的使用、高值耗材的使用与选择，以及其他可选择的诊疗方法等。

(四) 建立重大手术报告审批制度，有急诊手术管理措施，保障急诊手术及时与安全。

(五) 手术的全过程情况和术后注意事项及时、准确地记录在病历中；手术的离体组织必须做病理学检查，明确术后诊断。

(六) 做好患者手术后治疗、观察与护理工作，并记录在相应的医疗文书中。

(七) 有“非计划再次手术”的监测、原因分析、反馈、整改和控制体系。

二十四、麻醉管理

(一) 实行麻醉医师资格分级授权管理制度与规范，有定期能力评价与再授权的机制。

(二) 实行患者麻醉前病情评估制度，制订治疗计划/方案，风险评估结果记录在病历中。

(三) 患者麻醉前的知情同意，包括麻醉方式的选择，麻醉中、麻醉后可能发生的意外和并发症及其他可能的选择。

(四) 实施麻醉操作的全过程必须记录于病历/麻醉单中。

(五) 有全身麻醉后复苏管理，管理措施到位，实施规范的全程监测，记录麻醉后患者的恢复状态，防范麻醉并发症的措施到位。

(六) 建立分娩镇痛和术后患者的镇痛治疗管理规范与程序，能有效执行。

(七) 建立麻醉科与输血科/血库（或输血管理组织）的有效沟通，严格掌握术中输血适应证，合理、安全输血。

(八) 科室质量与安全管理小组能用麻醉工作质量和安全管理规章、岗位职责、各类麻醉技术操作规程、质量与安全指标来确保患者麻醉安全，定期评价服务质量，促进持续改进，确保患者麻醉安全。

二十五、医院感染管理

(一) 有医院感染管理组织，医院感染控制活动符合《医院感染管理办法》等规章要求，并与本院功能任务及医疗保健服务相匹配。

(二) 按照《医院感染监测规范》监测重点环节、重点人群、高危险因素及手术室、产房、母婴同室病房、新生儿病房等，采用监控指标管理，控制并降低医院感染风险。

(三) 执行手卫生规范，实施依从性监管与改进活动。

(四)有多重耐药菌(MDR)医院感染控制管理的规范与程序，实施监管与改进活动。

(五)有细菌耐药监测及预警机制，各重点部门应了解其前五位的医院感染病原微生物名称及耐药率。

(六)消毒工作符合《医院消毒技术规范》、《医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌技术操作规范》、《医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌效果监测标准》的要求；隔离工作符合《医院隔离技术规范》的要求；医务人员能获得并正确使用符合国家标准的消毒与防护用品；重点部门、重点部位的管理符合要求。

(七)按照《医疗废物管理条例》要求，规范处理医疗废物。

(八)按照卫生健康行政部门的要求上报医院感染监测信息。

二十六、感染性疾病管理

(一)根据相关法规及辖区卫生健康行政部门的要求设置感染性疾病科(门诊)/发热门诊/肠道传染病门诊等部门，其建筑规范、医疗设备设施和人员应符合国家有关规定。

(二)落实传染病预检分诊制度，实行首诊负责制，及时报告疫情，规范接诊和治疗传染病患者，协助专业公共卫生机构及有关部门进行突发公共卫生事件和传染病疫情调查、采样与处理以及相关控制传播措施。

(三)为医务人员提供符合国家标准的消毒与防护用品，根据标准预防的原则，采取标准防护措施。

(四)有专职人员负责传染病疫情报告与管理工作，突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告规范，实行网络直报。

(五)定期对全体医务人员进行传染病防治知识和技能的培训与传染病处置演练，做好院内预防传染病的健康教育工作。

二十七、医技质量安全管理

(一)药事管理工作和药学部门设置以及人员配备符合国家相关法律、法规及规章制度的要求；建立与完善本院药事管理组织和药学部门。

(二)加强药剂管理，规范药品采购、储存、调剂、制剂，保障药品供应和基本药物优先使用。

(三)麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、放射性药品等“特殊管理药品”以及终止妊娠药品、促排卵药品、抗菌药物使用合理，管理规范。

(四)医师按照《处方管理办法》要求开具处方，护士抄(转)录用药医嘱及执行给药医嘱遵守操作规程，开展处方点评和药物安全性监测工作，促进合理用药。

(五)配备临床药师，参与临床药物治疗，提供用药咨询服务，加强质量控制，促进合理用药。

(六)临床检验部门符合《医疗机构临床实验室管理办法》等相关管理要求，服务项目满足临床诊疗需要，能提供24小时急诊检验服务。制订相应的制度、流程和标准操作规程，并遵照实施。开展室内质控和参加室间质评，保证检验结果的准确性。

(七)病理科服务项目满足临床诊疗需要。制订相应的制度、流程、诊断常规和标准操作规程，并遵照实施。

(八)放射影像和超声影像等医学影像科室的服务项目满足临

床诊疗需要，提供 24 小时急诊影像服务。制订相应的制度、流程、诊疗常规和标准操作规程，并遵照实施。提供规范的医学影像诊断报告。

（九）由具备法定资质的卫生技术人员实施脑电图检查、心电图检查和腔镜检查等特殊诊疗服务，由具备专业资质的执业医师出具诊断报告，解读检查结果。

（十）落实输血管理的法律、法规和临床输血技术规范，制订输血管理文件并实施。落实临床用血申请及审核制度，履行用血报批手续，严格掌握输血适应证，做到安全、有效、科学用血。有控制输血严重危害（SHOT）的方案并实施。

二十八、病历（案）管理

（一）病历（案）管理符合《中华人民共和国侵权责任法》、《医疗事故处理条例》、《病历书写基本规范》、《电子病历基本规范（试行）》和《医疗机构病历管理规定》等有关法规、规范。

（二）门诊、急诊、抢救、留观、住院病历书写符合《病历书写基本规范》要求，按现行规定保存病历资料，保证可获得性。有病历书写质量的评估机制，定期提供质量评估报告。保护病案及信息的安全，防止丢失、损毁、篡改、非法借阅、使用和患者隐私的泄露。

（三）采用国家卫生健康行政部门发布的疾病分类 ICD-10 与手术操作分类 ICD-9-CM-3 对出院病案进行分类编码，建立科学的病案库管理体系，包括病案编号及示踪系统，出院病案信息的查询系统。推进电子病历的建设。

二十九、护理管理

(一) 建立二级(院-科室)护理管理组织体系，实施护理垂直管理，有护理质量与安全管理组织，职责明确，有监管措施。

(二) 按照《护士条例》的规定，对护士实施分层级管理。有护士管理规定、岗位管理制度，明确岗位职责，岗位技术能力要求和工作标准。

(三) 护士资源配置与机构的功能和任务一致，有护理单元护士的配置原则。以护理工作量为基础，对护理人力资源实行弹性调配，有紧急状态下调配预案。

(四) 建立绩效考核制度，将考核结果与护士的评优、评先、晋升、薪酬分配相结合，实现同工同酬，优劳优得，多劳多得，调动护士积极性。

(五) 有护士在职继续教育计划、保障措施到位，并有实施记录、落实专科护士制度，发挥专科护士作用。

(六) 实行护理目标管理责任制，岗位职责明确，落实护理制度、护理常规、操作规程，有相应的监督与协调机制。

(七) 根据分级护理的原则和要求，实施护理措施，有护理质量评价标准，有质量可追溯机制。

(八) 实施“以服务对象为中心”的整体护理工作模式，优质护理服务落实到位，保障措施得力。

(九) 建立并落实护理查房、护理会诊和护理病例讨论制度。

(十) 对产房、产科病房、新生儿病房、手术室、重症监护病房(室)、消毒供应室/中心等特殊护理单元进行护理质量管理与监

测。

(十一)有护理安全(不良)事件与隐患信息主动报告制度，进行根本原因分析，改进措施到位。有紧急意外情况的应急预案和处理流程，开展培训与演练。

(十二)建立护理管理信息系统。

第四章 服务流程管理

一、预约诊疗服务管理

(一)实施多种形式的预约诊疗服务与分时段服务，对门诊就诊者和出院复诊者实行中长期预约。

(二)有预约诊疗工作制度和规范，有操作流程，逐步提高预约就诊比例。

(三)运用APP、可穿戴设备等技术，推进“互联网+妇幼健康”，改善就诊体验，促进群众健康管理。

二、门诊服务管理

(一)根据妇女儿童特点，优化门诊布局结构，完善门诊管理制度，落实便民措施，减少等待时间，改善服务体验，实现保健人群和疾病人群相对分流。有相关措施支持门诊服务的持续改进。

(二)公开出诊信息，保障医务人员按时出诊，遇有医务人员出诊时间变更应提前告知就诊者或其家属。提供咨询服务，帮助就诊者有效就诊。

(三)根据门诊流量调配医疗保健资源，做好门诊和辅助科室

之间的协调配合。有门诊突发事件预警机制和处理预案，提高快速反应能力。

三、急诊绿色通道管理

(一) 设置急诊室，提供妇产科、儿科“24 小时×7 天”连贯不间断的急诊服务，合理配置产儿科急诊人力资源，配备经过专业培训、胜任急诊工作的医务人员，配置急救设备和药品。

(二) 落实首诊负责制，与合作的医疗保健机构建立急诊、急救转接服务制度。

(三) 有急危重症患者优先处置的制度与程序，落实急会诊制度，先抢救后付费，及时救治急危重症患者。建立妇产科、儿科急危重症等重点病种的急诊服务流程与规范。

四、住院、转诊、转科、转介流程管理

(一) 改善入院、出院、转诊、转科、转介服务流程，发挥保健优势，为就诊者提供全方位医疗保健服务。

(二) 为就诊者提供办理入院、出院个性化服务。为急诊患者入院制订合理、便捷的入院流程。危重患者应先抢救并及时办理入院手续。

(三) 有严格的转诊、转科交接管理制度并记录，及时传递病历与相关信息。

(四) 对出院者进行健康教育和随访预约管理，告知出院后医疗、保健、护理及康复措施及相关知识。

五、基本医疗保障服务管理

(一) 严格执行基本医疗保障制度，有便捷的服务流程，严格

收费管理。

(二)公开医疗保健服务项目和收费标准，公示基本医疗保障支付项目。

(三)保障各类基本医疗保障制度参加人员的权益，强化参保者知情同意。

六、维护服务对象合法权益

(一)有相关制度保证服务对象及其家属充分了解其合法权益。

(二)应向服务对象或其家属说明健康状况及处理方式、特殊治疗及处置，并获得其同意，相关内容有记录。

(三)医护人员应接受过知情同意和告知方面的培训，能够使用服务对象及其家属易懂的方式、语言与其沟通，并履行书面同意手续。

(四)开展实验性临床医疗应严格遵守国家法律、法规及部门规章，有审核管理程序，并征得服务对象书面同意。

(五)有保护服务对象隐私的设施和安全措施，尊重民族习惯和宗教信仰。

七、投诉管理

(一)贯彻落实《医院投诉管理办法（试行）》，实行“首诉负责制”，设立专门部门统一接受投诉，及时处理并反馈。

(二)公布投诉管理部门、地点、接待时间及其联系方式，同时公布上级部门投诉电话。建立健全投诉档案，规范投诉处理程序。

(三)对全体员工进行纠纷防范及处理的专门培训。

(四)定期分析投诉意见，持续改进医疗保健服务。

八、就诊环境管理

- (一) 为就诊者提供就诊接待、引导、咨询服务。
- (二) 急诊与门诊候诊区、医技部门、住院病区等均有统一、明显、易懂的标识。
- (三) 就诊环境清洁、温馨、舒适、安全。根据妇女儿童特点配备适宜的设施和儿童活动空间，设立无障碍通道和哺乳区。
- (四) 执行《无烟医疗机构标准（试行）》。

第五章 机构管理

一、依法执业

- (一) 依法取得《医疗机构执业许可证》和《母婴保健技术服务执业许可证》等。提供的诊疗项目与机构执业许可证上核准的诊疗科目相符。科室名称规范。
- (二) 根据相关法律、法规、规章、规范开展医疗保健活动。
- (三) 由具备资质的专业技术人员提供医疗保健服务，不得超范围执业。
- (四) 按照规定申请医疗机构校验、发布医疗保健信息、广告真实可靠，符合法规要求。
- (五) 有完整的院内管理的规章制度和岗位职责，并能及时修订完善，职工熟悉本岗位职责及相关规章制度。

二、明确管理职责与决策执行机制，实行管理问责制

- (一) 建立院内决策机制，实行院长负责制，重大决策、重要

干部任免、重大项目投资、大额资金使用等事项须经院领导班子集体讨论，并按管理权限和规定程序报批、执行。决策过程应科学有依据。

(二) 管理组织机构设置清晰合理，建立决策、控制、执行机制。各部门、科室及各级管理人员职责明确，实行管理问责制。院长定期召开联席会议，履行协调职能。

(三) 管理人员了解和掌握有关法律法规和部门规章，参加管理知识教育与技能的培训。

三、人力资源与科教管理

(一) 建立健全以聘用制度和岗位管理制度为主要内容的人事管理制度，人力资源配置符合功能任务和管理的需要。

(二) 有卫生专业技术人员资质的认定、聘用、考核、评价管理体系，建立专业技术档案。

(三) 有卫生专业技术人员岗前培训、继续教育和梯队建设制度并组织实施。

(四) 实行业务人员轮岗制度，建立辖区管理人员和院内妇幼健康服务相关业务部门人员定期轮岗机制，并纳入绩效考核。

(五) 加强专科建设和人才培养，培养复合型人才，有学科带头人选拔与激励机制。

(六) 有制度支持鼓励医务人员参与、开展与本区域常见病、多发病相关的调查研究，并提供适当的经费、条件与设施。

(七) 有保障与鼓励群体保健人员从事群体保健工作的措施。

(八) 贯彻与执行《中华人民共和国劳动法》等国家法律法规，

建立与完善职业安全防护的措施、应急预案、处理与改进的制度，上岗前进行职业安全防护教育。

四、信息与图书管理

(一) 有以院长为核心的信息化建设领导小组，有负责信息管理的专职部门，建立各部门间的组织协调机制，制订信息化发展规划，有与信息化建设配套的相关管理制度。

(二) 信息系统能够连续、系统、准确地采集、存储、传递、处理相关的信息，为机构管理提供决策依据。

(三) 实施国家信息安全等级保护制度，实行信息系统操作权限分级管理，保障网络信息安全，保护服务对象隐私。推动系统运行维护的规范化管理，落实突发事件响应机制，保证业务的连续性。

(四) 图书室基本设置和藏书数量能满足管理、业务、教学和科研的需要，提供网络版医学文献数据库检索服务。

五、财务与价格管理

(一) 执行《中华人民共和国会计法》、《中华人民共和国预算法》、《中华人民共和国审计法》、《医院会计制度》和《医院财务制度》等相关法规制度，财务部门设置合理、人员配置到位，财务管理体制、经济核算规范，财务制度健全，财务管理部門集中统一管理经济活动。

(二) 有规范的经济活动决策机制和程序，实行重大经济事项集体决策制度和责任追究制度。

(三) 实行成本核算，降低运行成本。控制债务规模，降低财务风险，加强资产管理，提高资产使用效益。

(四) 全面落实价格公示制度，提高收费透明度；完善医药收费标准复核制度；确保医药价格计算机管理系统信息准确。

(五) 建立与完善内部控制，实施内部和外部审计制度，有工作制度与计划，对本院经济运行进行定期评价与监控，审计结果对院长负责。

(六) 按照《中华人民共和国预算法》和财政部门、主管部门关于预算管理的有关规定，科学合理编制预算，严格执行预算，加强预算管理、监督和绩效考评。

(七) 建立以公共卫生职能履行、服务质量与安全、服务数量和群众满意度为核心的院内部门和人员绩效考核制度。

六、医德医风管理

(一) 执行《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见（试行）》，尊重、关爱服务对象，主动、热情、周到、文明服务。

(二) 有制度与相关措施对本院及其工作人员不得通过职务便利谋取不正当利益的情况进行监控与约束。

(三) 开展本院文化建设。逐步建立起以妇女儿童为中心导向的、根植于本院理念的特色价值趋向、行为标准。

七、后勤管理

(一) 有后勤保障管理组织、规章制度与人员岗位职责。后勤保障服务能够坚持“以妇女儿童为中心”，满足医疗保健服务流程需要。

(二) 水、电、气等后勤保障满足本院运行需要。严格控制与降低能源消耗，有具体可行的措施与控制指标。

(三)为员工提供餐饮服务，为就诊者提供营养配餐，满足就诊者需要，保障饮食卫生安全。

(四)有健全的医疗废物管理制度。医疗废物的收集、运送、暂存、转移、登记造册和操作人员职业防护等符合规范。污水管理和处置符合规定。

(五)安全保卫组织机构健全，制度完善，人员、设备、设施要求符合规范。

(六)安全保卫设备设施完好，重点环境、重点部位安装视频监控设施，监控室符合相关标准。

(七)消防系统管理符合国家相关标准，定期开展演练；灭火器材、压力容器、电梯等设备按期年检。

(八)后勤相关技术人员持证上岗，按技术操作规程工作。

(九)环境卫生符合爱国卫生运动和无烟医院的相关要求，美化、硬化、绿化达到环境标准要求，为服务对象提供温馨、舒适的服务环境。

(十)对全院各类外包服务质量与安全实施监督管理。

八、医学装备管理

(一)医学装备管理符合相关要求，有设备论证、采购、使用、保养、维修、更新和资产处置制度与措施。

(二)按照《大型医用设备配置与使用管理办法》，加强大型医用设备配置管理，优先配置功能适用、技术适宜的医疗设备。相关大型设备的使用人员持证上岗，有社会效益、临床使用效果、应用质量、功能开发等分析。

(三) 对医疗仪器设备使用人员进行操作培训，开展医疗器械临床使用安全控制与风险管理，定期对医疗器械使用安全情况进行考核和评估。

(四) 用于急救、生命支持的仪器装备要始终保持在待用状态，建立全院应急调配机制。

(五) 加强医用耗材（包括植入类耗材）和一次性使用无菌器械管理。

九、应急管理

(一) 遵守国家法律、法规，严格执行各级政府与卫生健康行政部门制定的应急预案。服从指挥，承担突发公共事件的紧急医疗救援任务和配合突发公共卫生事件防控工作。

(二) 建立健全本院应急管理组织和应急指挥系统，负责全院应急管理工作。

(三) 开展灾害脆弱性分析，明确本院需要应对的主要突发事件及应对策略。

(四) 制订各类应急预案，提高快速反应能力。

(五) 开展全员应急培训和演练，提高各级、各类人员的应急素质和全院的整体应急能力。

(六) 有停电事件的应急对策。

十、院务公开

(一) 按照有关规定，向社会及服务对象公开信息。

(二) 动员职工充分行使民主权利，积极参与院务公开。

十一、社会评价

(一) 定期收集院内、外对服务的意见和建议，设计与确定社会满意度测评指标体系，实施社会评价活动。

(二) 建立社会评价的质量控制体系与数据库，确保社会评价结果的客观公正。

第六章 日常统计学评价指标

一、辖区保健管理指标

(一) 辖区业务管理工作指标

1. 婚前医学检查率。
2. 产妇建卡率。
3. 产前筛查率。
4. 孕产妇系统管理率。
5. 高危产妇管理率。
6. 孕产妇艾滋病病毒检测率。
7. 孕产妇梅毒检测率。
8. 孕产妇乙肝表面抗原检测率。
9. 住院分娩率。
10. 剖宫产率。
11. 《出生医学证明》首次签发率。
12. 新生儿疾病筛查率：
 - (1) 新生儿苯丙酮尿症筛查率。
 - (2) 新生儿甲状腺功能减低症筛查率。

13. 新生儿听力筛查率。
14. 新生儿访视率。
15. 6个月内婴儿纯母乳喂养率。
16. 3岁以下儿童系统管理率。
17. 妇女常见病筛查率。
18. 某项计划生育手术服务百分比。
19. 计划生育手术并发症发生率。

（二）辖区妇幼健康指标

1. 高危产妇占总产妇数的百分比。
2. 孕产妇死亡率。
3. 新生儿死亡率。
4. 婴儿死亡率。
5. 5岁以下儿童死亡率。
6. 出生缺陷发生率。
7. 低出生体重儿百分比。
8. 5岁以下儿童生长迟缓率。
9. 5岁以下儿童低体重患病率。
10. 5岁以下儿童中重度贫血患病率。
11. 5岁以下儿童肥胖率。
12. 妇女常见病患病率。

二、机构运行基本监测指标

（一）资源配置

1. 实际开放床位、待产与产床数量。

2. 员工总数、卫生技术人员数（医师数、护理人员数、助产士数、医技人员数、药剂人员数、工程技术人员数）。
3. 医疗保健业务用房建筑面积。
4. 医疗保健专科设置比例。

（二）工作数量

1. 年门诊人次。
2. 年住院患者入院、出院人次，出院患者实际占用总床日。
3. 年住院手术例数、年门诊手术例数、年计划生育手术例数。
4. 年分娩产妇数、活产数。
5. 科室间转介人次。
6. 年对辖区医疗卫生机构进行现场业务指导、督导的次数。
7. 年举办辖区妇幼保健专业培训班期数。
8. 年培训辖区妇幼保健人员总人次数。
9. 年接受下级医疗卫生机构人员进修总人月数。
10. 年举办群众性健康教育活动次数（讲座、面向大众的咨询活动）。
11. 年制作并发放宣传品种数。
12. 年通过公众媒体（报纸、电台、电视、互联网）进行宣传的次数。

（三）医疗质量

1. 住院患者死亡与自动出院例数。
2. 住院手术例数、死亡例数。
3. 住院危重抢救例数、死亡例数。

4. 新生儿患者住院死亡率。
5. 孕产妇危重抢救例数、死亡例数。
6. 新生儿窒息人数及复苏成功例数。
7. 各类别早产儿/低体重儿抢救成功率、死亡率、自动出院例数。
8. 中医妇科、儿科门诊日均中药饮片处方数占本科室日均门诊处方总数的比例。
9. 西医妇、儿科室平均每月分别申请中医会诊次数。
10. 中医病房中医治疗率。

(四) 工作效率(数据引自医院财务报表)

1. 出院患者平均住院日。
2. 平均每张床位工作日。
3. 床位使用率。
4. 床位周转次数。

(五) 就诊者负担(数据引自医院财务报表)

1. 每门诊人次费用(元),其中药费(元)。
2. 每住院人次费用(元),其中药费(元)。

(六) 资产运营(数据引自医院财务报表)

1. 流动比率、速动比率。
2. 医疗保健收入/百元固定资产。
3. 业务支出/百元业务收入。
4. 人员经费支出/百元业务收入。
5. 资产负债率。
6. 固定资产总值。

7. 医疗保健收入中药品收入、医用材料收入比率。

(七) 科研成果(评审前五年)

1. 国内论文数ISSN、国内论文数及被引用数次(以中国科技核心期刊发布信息为准)、SCI收录论文数/每百张开放床位。

2. 承担与完成省级及市级科研课题数/每百张开放床位。

3. 获得省级及市级科研基金额度/每百张开放床位。

4. 获得省级及市级科技成果奖项数/每百张开放床位。

三、住院患者医疗保健质量与安全监测指标

(一) 住院重点疾病：总例数、死亡例数、0—31天内再住院例数、平均住院日与平均住院费用

有以下十五种重点疾病及ICD-10编码：

1. 产后出血ICD-10:O72。

2. 盆腔炎性疾病ICD-10:N71-N74。

3. 异位妊娠ICD-10:O00。

4. 重度子痫前期ICD-10:O14.101。

5. 早产ICD-10:O60.1。

6. 多胎妊娠ICD-10:O30。

7. 胎膜早破ICD-10:O42。

8. 前置胎盘ICD-10:O44。

9. 胎盘早剥ICD-10:O45。

10. 新生儿窒息ICD-10:P21。

11. 新生儿呼吸窘迫ICD-10:P22。

12. 支气管肺炎ICD-10:J18.003。

13. 小儿腹泻病 ICD10:K52.9。
14. 低出生体重儿 ICD10:P05.0–P05.1。
15. 新生儿高胆红素血症 ICD10:P59.901。

(二) 住院重点手术：总例数、死亡例数、术后非预期再手术例数、平均住院日与平均住院费用

有以下四类手术及 ICD-9-CM-3 编码：

1. 子宫切除术 ICD-9-CM-3: 68.4–68.7。
2. 剖宫产 ICD-9-CM-3: 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99。
3. 产钳助产术 ICD-9-CM-3: 72.0–72.3。
4. 子宫颈根治性切除术 ICD-9-CM-3: 67.4X05。

(三) 麻醉指标

1. 麻醉总例数。
2. 由麻醉医师实施镇痛治疗例数。
3. 由麻醉医师实施心肺复苏治疗例数。
4. 麻醉复苏 (Steward 苏醒评分) 管理例数。
5. 麻醉非预期的相关事件例数。
6. 麻醉分级 (ASA 病情分级) 管理例数。

(四) 手术后并发症与住院患者安全类指标。

1. 住院患者压疮发生率及严重程度。
2. 院内跌倒/坠床、烫伤和呕吐物吸入窒息等意外伤害发生率及伤害严重程度。
3. 各类别分娩方式新生儿产伤发生率。
4. 各类别新生儿院内感染死亡率。

5. 择期手术后并发症（肺栓塞、深静脉血栓、败血症、出血或血肿、伤口裂开、猝死、呼吸衰竭、骨折、生理/代谢紊乱、肺部感染、人工气道意外脱出）发生率。
6. 盆腔手术的相关安全指标，如：盆腔感染、内出血、盆腔临近脏器损伤等。
7. 因用药错误导致患者死亡发生率。
8. 输血/输液反应发生率。
9. 手术过程中异物遗留发生率。
10. 医源性意外穿刺伤或撕裂伤发生率。
11. 重度卵巢过度刺激综合症例数。
12. 多胎妊娠（非自然）例数（可选）。

四、特定（单）病种质量监测指标

（一）剖宫产 ICD-9-CM-3:74.1

1. 剖宫产术前风险评估。
2. 剖宫产指征与手术方式选择。
3. 预防性抗菌药物选择与应用时机。
4. 新生儿 Apgar 评分。
5. 再次手术率。
6. 评估产后出血量。
7. 手术后并发症（包括新生儿）。
8. 为患者提供剖宫产术的健康教育。
9. 切口愈合：Ⅱ/甲。
10. 术后 7 天内出院。

11. 住院费用。

12. 患者对服务满意程度评价。

(二) 异位妊娠 ICD10: O00

1. 患者病情评估。

2. 患者首次血常规、尿 hCG 和/或血 β hCG 及超声检查完成的时间。

3. 药物保守治疗规范（有适应证、无禁忌证者）。

4. 手术的时机以及手术方式的选择的合理性。

5. 自体输血。

6. 手术并发症。

7. 为患者提供有关异位妊娠的健康教育，书面告知术后随访与病情监测注意事项。

8. 切口 I/甲愈合。

9. 平均住院日与费用。

10. 患者对服务满意程度评价结果。

(三) 子宫肌瘤 ICD10: D25

1. 实施病情评估，有适应证，合理的术式选择。

2. 术前住院时间。

3. 预防性抗菌药物选择与应用时机。

4. 手术并发症。

5. 术后有关子宫肌瘤的健康教育。

6. 患者住院天数与住院费用。

7. 患者对服务满意程度评价结果。

(四) 预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播

1. 预防艾滋病母婴传播。
2. 预防梅毒母婴传播。
3. 预防乙肝的母婴传播。

(五) 社区获得性肺炎--住院、儿童 (ICD-10: J13-J15, J18), 不含新生儿及 1-12 个月婴儿肺炎

1. 病情严重程度评估。
2. 氧合评估。
3. 病原学检测。
4. 入院后患儿 4 小时内接受首剂抗菌药物治疗。
5. 起始抗菌药物选择符合规范：免疫功能正常患儿开始 24 小时抗菌药物选择要符合指南要求。

6. 初始治疗 72 小时后无效者，重复病原学检查。
7. 抗菌药物疗程（天数）。
8. 符合出院标准及时出院。
9. 住院天数与住院费用。
10. 患儿亲属对服务满意程度评价结果。

(六) 新生儿呼吸窘迫综合征 (NRDS) ICD-10: P22.002

1. 病情严重程度评估，符合入住 NICU 标准。
2. 主要合并症的监测（气漏综合征：动脉导管开放 (PDA)：感染：慢性肺部疾病等）。
3. 治疗方案选择符合指征(表面活性物质替代治疗；经鼻 CPAP：机械通气等)。

4. 为患儿亲属提供新生儿呼吸窘迫综合征的健康教育内容与时机。
5. 符合出院标准。
6. 住院天数与住院费用。
7. 患儿亲属对服务满意程度评价结果。

五、合理用药监测指标

- (一) 抗菌药物处方数/每百张门诊处方。
- (二) 注射剂处方数/每百张门诊处方。
- (三) 药费收入占医疗总收入比重。
- (四) 抗菌药物占西药出库总金额比重。
- (五) 接受抗菌药物治疗的住院患者微生物检验样本送检率。
- (六) 妇幼保健院抗菌药品种原则上不超过 40 种。
- (七) 住院患者抗菌药物使用率。
- (八) 门(急)诊患者抗菌药物处方比例。
- (九) 抗菌药物使用强度。

六、医院感染控制质量监测指标

- (一) 呼吸机相关肺炎发病率。
- (二) 留置导尿管相关泌尿系感染发病率。
- (三) 手术部位感染发病率(按手术风险分类)。

第七章 附录

一、二级妇幼保健院建筑指标基本要求

- (一) 妇保院基本建设总体要求。
- (二) 建筑用地与建筑面积的要求。
- (三) 医疗、保健用房主要指标。
- (四) 教学和科研用房指标。
- (五) 建筑指标。
- (六) 基础配套设施。
- (七) 医疗保健建筑设施配备和管理。
- (八) 相关妇幼保健院建筑指标法律规范。

二、二级妇幼保健院医疗设备基本要求

- (一) 与二级妇幼保健院技术相适应的大型设备。
- (二) MICU 基本设备。
- (三) NICU 基本设备。
- (四) 急诊抢救室基本设备。