**信丰县卫生健康委员会**

信卫健妇幼字〔2022〕14号

关于下发2022年度县级危重孕产妇救治中心、危重新生儿救治中心动态评估工作的

通知

各医疗卫生机构：

为深入贯彻落实省卫生健康委《关于加强危重孕产妇救治中心、危重新生儿救治中心建设管理的通知》（赣卫妇幼字〔2022〕17号）和赣州市卫健委《关于开展2022年度县级危重孕产妇救治中心、危重新生儿救治中心动态评估工作的通知》（赣市卫健妇幼便函〔2022〕15号）文件精神，进一步加强我县县级危重孕产妇救治中心、危重新生儿救治中心标准化建设，持续强化质量安全管理，提高医疗救治能力。现就做好2022年度县级危重孕产妇救治中心、危重新生儿救治中心（简称两个救治中心，下同）动态评估工作通知如下：

一、加强组织领导，完善两个救治中心建设管理制度

成立由县卫健委分管领导为组长，县直医疗机构分管领导为副组长，县卫健委妇幼股、医政医管股（中医股）及县直医疗机构医务科、护理部、质控科、院感科负责人为组员的两个救治中心动态评价领导小组。负责健全完善相关管理制度，统筹调度两个救治中心动态评价。

二、加强两个救治中心救治能力的健设

县人民医院、县妇保院要分别对照《江西省危重孕产妇救治中心动态评价标准》《江西省危重新生儿救治中心动态评价标准》（见附件1、2）的要求，从本单位服务能力、区域指导水平两个维度，从设施设备的配备、制度建设、医务人员服务技能提升、医疗服务质量的控制等各方面规范两个救治中心的建设，提升两个救治中心的对产科、新生儿科常见病、危急重症的诊疗和救治能力。

三、组织专家对县级两个救治中心进行评估

由县卫健委妇幼健康股牵头，邀请市级母婴安全包片专家，抽调待评估医院分管领导和医务、质控等职能部门负责人，组建评估专家组（见附件3），在11月15日之前对原已挂牌的两个救治中心进行评估。

四、做好情况上报和公示

根据工作方案要求，本着实事求是、促进两个救治中心规范化建设的原则完成动态评估工作，于11月20日前将两个救治中心动态评估情况（包括得分明细，扣分事项的说明及整改计划、措施等）报赣州市卫健委妇幼科邮箱。

赣州市卫健委将抽查复评部分县级两个救治中心建设情况，并结合县级动态评估、市级抽查复评及两个救治中心平时履行保障母婴安全工作职能情况，对各县两个救治中心进行综合评价。评价合格的，保留“危重孕产妇/危重新生儿救治中心”称号；对评价为优秀的，授予“危重孕产妇/危重新生儿救治中心建设示范单位”称号；对评价发现重大问题的，冠以“警示单位”，限期整改；对评价不合格的，予以摘牌。同时，向社会公示两个救治中心的具体名单。

附件：1.江西省危重孕产妇救治中心动态评估标准

2.江西省危重新生儿救治中心动态评估标准

3.信丰县2022年度县级危重孕妇救治中心、危重新

生儿救治中心动态评估专家组



 2022年11月4日

信丰县卫生健康委员会办公室2022年11月11日印发

附件1：

江西省危重孕产妇救治中心动态评价标准

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 评价指标 | 序列 | 指标要求（一级指标） | 总分值 |
| 1.基本条件（20分） | 1.1 | 省级和市级救治中心为产科实力和综合救治能力较强的三级综合医院、三级妇幼保健院，产科床位数≥40张，年分娩量≥2000或高危孕产妇（妊娠风险等级为橙、红、紫）比例≥30%，设立独立的产科ICU或医院ICU保障孕产妇救治床位。县级救治中心为已建有ICU病区，且产科实力和综合救治能力较强的二级以上综合医院、妇幼保健院设立，产科床位数原则上≥30张，年分娩量≥1000或高危孕产妇比例≥20%，其中二级以上综合医院重症医学科要保障危重孕产妇救治床位，二级以上妇幼保健院原则上要设立重症监护室。（地方各级卫生健康行政部门可根据本地实际酌情调整）。 | 10 |
| 1.2 | 开设高危孕产妇门诊，开展孕产妇风险筛查评估和高危孕产妇专案管理，指定专人负责高危孕产妇专案管理，及时随访追踪高危孕产妇，并向基层反馈高危孕产妇信息。 | 10 |
| 2.组织管理（40分） | 2.1 | 成立由主要领导任组长，分管领导及综合办公室、医务处（科）、护理部、后勤保障部门等相关职能部门和科室主要领导为成员的孕产妇危急重症救治领导小组，负责院内孕产妇危急重症救治的组织协调工作；加大救治中心专项能力提升资金投入，资金一般用于中心人员培训、专家指导会诊、现场救治补助、绿色通道建设、质量控制以及业务指导等方面。 | 10 |
| 2.2 | 设立产科安全管理办公室，由分管院长具体负责，协调建立高危孕产妇救治、转诊等机制，建立院内多学科分工协作机制，统筹协调相关业务科室的沟通合作；每半年组织产科、新生儿科、重症医学等业务科室和医务处（科）等职能部门召开至少1次母婴安全专题联席会议，梳理在危重孕产妇救治方面存在的管理、技术问题。 | 10 |
| 2.3 | 成立由医务处（科）牵头，危急重症孕产妇救治中心负责人和中级技术职称以上的医疗、护理、院感人员组成质量控制小组，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。 | 10 |
| 2.4 | 成立由后勤保障部门负责人任组长，物资供应、血液供应、车辆调度、安全保卫等部门负责人为成员的孕产妇危急重症救治保障组，负责孕产妇危急重症救治过程中的保障工作。 | 10 |
| 3.支持保障（80分） | 3.1 | 强化危重孕产妇救治MDT临床应用，成立由分管院长任组长的危重孕产妇救治MDT团队。MDT团队组成人员组成合理，应包含产科、新生儿科、重症医学科、输血科等相关科室专家（专家可来自建立转会诊协作机制的其他医疗机构）。省市级救治中心MDT团队成员均应具有副高以上职称，县级救治中心MDT团队成员均应具备中级及以上职称。未设立内科、外科的妇幼保健院应当与综合救治能力较强的综合医院建立转会诊协作机制。 | 20 |
| 3.2 | 加强凝血因子、止血球囊、自体血回输等急救药品、设备的配备。设置独立的输血科，制定危急重症孕产妇应急用血制度和预案，保证用血的设备、设施、人员运行有效。分娩量≥2000的中心应设置独立的血库，分娩量＜2000的中心应与供血机构建立危重孕产妇急救用血保障机制，保障危重孕产妇急救用血。 | 20 |
| 3.3 | 各救治中心依托机构要压实主体责任，加大对危重孕产妇救治中心建设的实质性支持，在硬件改造、设备购置、人员配备、信息化建设等方面给予重点保障，保证床位、人员、设备等满足危重症救治要求。 | 20 |
| \*3.4 | 落实救治中心医务人员的激励政策，保证救治中心工作人员绩效工资不低于本单位同级别医务人员的平均水平。 | 20 |
| 4.机构配备（100分） | 4.1 | 救治中心的建筑布局应当符合环境卫生学和医院感染预防与控制的原则，做到布局流程合理、洁污分区明确，标识正确清晰。 | 10 |
| 4.2 | 救治中心应当设有危重抢救设备设施齐全的抢救病房或病区。抢救病房或病区应当设置于方便危重孕产妇转运、检查和治疗的区域，以邻近产房、手术室、急诊室为宜。救治中心抢救病房具体建设标准参照综合医院ICU建设标准，并满足危重孕产妇救治需求和突出产科特色。救治中心工作用房应当明确划分病房区、医疗护理辅助区、工作人员生活区和污物处理区。救治中心家属接待区应当有清楚的识别标志，便于家属到达时能够快捷地与医务人员取得联系。 | 10 |
| 4.3 | 救治中心的抢救床位数量根据服务区域层级、服务范围大小、辖区人口数量和实际收治患者的需要设定。救治中心抢救床位使用率以65-75%为宜，超过80%则应当适当扩大规模。救治中心抢救床位根据医院实际情况配置在产科或ICU，抢救床位至少1-3张。 | 10 |
| 4.4 | 救治中心可以根据需要配备适当数量的医疗辅助人员，有条件的可配备相关技术人员，其中医师床位比≥0.8，护士床位比≥2.5；市级以上中心的医师高级职称构成比≥30%，县级≥20%；中心业务人员技术职称副高级以上人数省级≥4人、市级≥2人、县级≥1人，从事相关专业10年以上。 | 10 |
| 4.5 | 救治中心应当按照功能任务要求系统化配置相关设施条件以及必要的监护和治疗设备，并保证开展危重孕产妇抢救应有的监护和诊疗技术项目。病区内应当配备中心监护系统，每床除配备完善的功能设备带或功能架，提供电、氧气、压缩空气和负压吸引等功能支持外，还应当配备床旁监护，进行心电、血压、脉搏、血氧饱和度、有创压力监测等基本生命体征监护。为便于安全转运患者，每个单元应当配备便携式监护仪、便携式呼吸机等设备。（危重孕产妇救治中心抢救设备配置要求详见附件） | 40 |
| 4.6 | 建立完善的通讯、监控、网络与临床信息管理系统。 | 10 |
| 4.8 | 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。 | 10 |
| 5.服务技能（350分） | 5.1 | 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，经过相关学科轮转培训，完成专科业务培训并考核合格，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。 | 10 |
| 5.2 | 救治中心妇产科医师应当掌握高危妊娠的基本理论知识：1.妊娠及分娩并发症（妊娠高血压疾病、胎儿窘迫、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）；2.妊娠合并症（心血管系统、呼吸系统、消化系统、泌尿系统、血液系统、内分泌及免疫系统疾病、多脏器功能衰竭、外科合并症、精神神经系统疾病等）；3.妊娠合并性传播疾病/艾滋病；4.阴道助产技术；5.新生儿急救的基础理论；6.危重孕产妇救治需要的其他知识。 | 80 |
| 5.3 | 救治中心重症医学医师应当掌握重症患者重要器官、系统功能监测和支持的基本理论知识：1.复苏；2.休克；3.呼吸功能衰竭；4.心功能不全、严重心律失常；5.急性肾功能不全；6.中枢神经系统功能障碍；7.严重肝功能障碍；8.胃肠功能障碍与消化道大出血；9.急性凝血功能障碍；10.严重内分泌与代谢紊乱；11.水电解质与酸碱平衡紊乱；12.肠内与肠外营养支持；13.镇静与镇痛；14.严重感染；15.多器官功能障碍综合症；16.免疫功能紊乱。 | 80 |
| 5.4 | 救治中心相关医师应当掌握孕产妇危重症诊疗和救治的基本技能：1.分娩期并发症包括子宫破裂、羊水栓塞、重度子痫前期、子痫及其并发症、胎盘早剥、前置胎盘及其并发症等处理措施；2.产前、产后出血及失血性休克防治措施；3.静脉血栓及肺栓塞等各种救治技能；4.新生儿窒息复苏技术及早产儿处理：5.危重孕产妇救治需要的其他技能。 | 80 |
| 5.5 | 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：1.心肺复苏术；2.人工气道建立与管理；3.机械通气技术；4.纤维支气管镜技术；5.深静脉及动脉置管技术；6.血流动力学监测技术；7.胸穿、心包穿刺术及胸腔闭式引流术；8.电复律与心脏除颤术；9.床旁临时心脏起搏技术；10.持续血液净化技术；11.疾病危重程度评估方法。省级救治中心还应具备人工肝、ECMO等技术。 | 80 |
| 5.6 | 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。 | 20 |
| 6.业务管理（140分） | 6.1 | 针对产后出血、新生儿窒息等孕产妇和新生儿前十位死因，制订应急预案，逐一建立完善抢救程序与规范。 | 10 |
| 6.2 | 常规开展孕产妇病情、诊疗效果分析和死亡病例讨论，参与孕产妇死亡和危重症评审。 | 15 |
| 6.3 | 建立产科、儿科协作机制，救治中心配备新生儿医生，新生儿出生后由其查房；鼓励产科与儿科共同确定分娩时机，儿科医师按照院内会诊时限要求准时到达，确保每个分娩现场有1名经过新生儿复苏培训的专业人员在场。 | 15 |
| 6.4 | 建立业务能力持续提升机制，救治中心医师和护士应当具备相应的知识和技能，不断加强知识更新，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或外出进修，救治中心相关骨干医师每年至少参加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。 | 20 |
| 6.5 | 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，紧急剖宫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。 | 20 |
| 6.6 | 严格落实医疗质量安全核心制度，加强质量安全管理，定期开展质量安全检查；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。每年开展不少于1次医疗质量安全警示教育。 | 20 |
| 6.7 | 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制度、危重孕产妇管理细则、危重孕产妇转运急救流程、接受转诊和信息反馈制度、疑难危急重症病例讨论制度、危重孕产妇抢救报告制度、孕产妇危重症评审制度、孕产妇死亡评审制度、培训和急救演练制度、突发事件应急处理管理制度、抢救用血制度、各级医师负责制度、急救药品管理制度、信息登记制度、医院感染管理制度、医疗质量管理评估制度、医院安全管理制度、伦理学评估和审核制度、不良事件防范与报告制度、危重孕产妇医患沟通与媒体沟通制度。 | 20 |
| \*6.8 | 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。 | 20 |
| 7.区域指导（100分） | 7.1 | 各级救治中心应当与卫生健康行政部门确定的对口设区市、县（市、区）、助产机构、基层医疗卫生机构建立危重孕产妇救治、会诊、转诊、技术指导等双向协作关系，主动公开救治中心联系方式和联系人，建立危急重症救治联络图，确保转诊救治网络覆盖所辖全部助产机构。 | 10 |
| 7.2 | 各级救治中心尤其是三级医疗机构应当按照职责，切实承担起危重孕产妇的救治、会诊和接诊任务，不得以任何原因拒绝基层救治、转诊、会诊需求。上级救治中心要及时向基层提供现场、电话、远程等多形式的会诊，畅通绿色通道接受转诊的危重孕产妇，及时反馈会诊/转诊的危重孕产妇信息，指导基层共同制定危重孕产妇管理和救治方案，指导基层救治中心对上转的危重孕产妇进行追踪，有条件的应当让基层医院参与上转孕产妇的救治工作，不断提高基层救治中心人员的救治能力。 | 20 |
| 7.3 | 各级救治中心要加强基层业务指导，接受基层业务人员进修培训；各级救治中心每年（季度）要定期派1-2名副高级及以上职称的医生下沉到责任区域的救治中心或助产机构进行指导，每次不少于1天；省、市级救治中心要参加责任区域相对应的市级、县级孕产妇死亡评审工作；每年要结合收治的上转危重孕产妇情况定期对基层进行专项培训不少于1次；每年要定期组织责任区域救治中心、医疗机构开展应急演练、危急重症救治质量指标分析和转诊管理等质控，应急演练、质控等工作各不少于1次，确保基层高危孕产妇管理水平和危急重症救治能力提升。鼓励三级医疗机构牵头组建产儿科专科联盟，以专科协作为纽带，重点提升危重孕产妇救治能力。鼓励市级以上救治中心向县级救治中心、其它助产机构通过远程形式指导开展高危专案管理、医疗、教学、培训等服务，利用信息化手段促进资源纵向流动，提高优质医疗资源可及性。 | 50 |
| 7.4 | 强化同质化管理，在评估过程中将片区内下级危重孕产妇救治中心的救治技术、辖区管理情况纳入相应考核内容。 | 20 |
| 8.绿色通道（55分） | 8.1 | 建立高危专案管理和急救绿色通道，有专人负责接诊工作，并向基层和护送的医护人员询问前期筛查评估、病情和前期抢救情况，查看转诊单、病历和抢救记录，确保有效衔接和绿色通道畅通。 | 10 |
| 8.2 | 县级或市级救治中心对于病情需要转运且具备转运条件的孕产妇，应当及时安排医务人员携带急救用品、相关病历资料随车护送至上级危重孕产妇救治中心。对于不具备转诊条件的，上级危重孕产妇救治中心应当通过电话、视频等远程指导或派员赴现场会诊、指导。 | 10 |
| 8.3 | 提升转运服务能力，配齐配足必需的转运设施设备、药品器械耗材。用于危重孕产妇转运的急救车辆统一命名为母婴安全快车，由各级卫生健康行政部门统一编号登记在册。省级救治中心要配备专用的母婴安全快车，并逐步运用5G信息处理功能，实现“上车即入院”。市级和县级救治中心可依托120急救中心配备专用的母婴安全快车，有条件的救治中心可自行配备母婴安全快车。 | 20 |
| \*8.4 | 严格把握转运指征，做到应转尽转，杜绝各种非必要截留患者的情况，超出技术能力范围时，应当及时将患者转运至有能力救治的救治中心，确保患者得到及时有效救治，尽量减少二次转诊。要进一步规范和优化流程，落实转运前评估，加强途中监护，做好转运后处理。要针对转运过程中可能发生突发情况提前做好预案，以保证转运过程中医疗安全。 | 15 |
| 9.信息建设（30分） | \*9.1 | 加强自身信息化建设，并主动接入省妇幼健康信息系统、“云上妇幼”远程医疗平台信息系统，依托全省统一的信息平台，广泛开展转会诊、业务指导、培训学习、数据汇总分析、医疗质量控制工作，实现并服从危重孕产妇和新生儿救治、管理、转运等工作的全省统筹。 | 10 |
| 9.2 | 积极拓展5G应用场景，实现危重孕产妇系统管理、转运定位、院前急救处理以及床位使用、救治处理情况和随访管理等信息的互联互通，提升转运效率和救治成功率。 | 10 |
| \*9.3 | 建立健全相关数据库，收集危重孕产妇救治信息，并按要求及时向各级卫生健康行政部门报送相关信息资料。落实孕产妇死亡个案月报制度，发生孕产妇自动出院或死亡应当第一时间通报辖区县级妇幼保健机构，不得以任何原因拒报、迟报、漏报、瞒报孕产妇死亡信息。 | 10 |
| 10.疫情防控（15分） | \*10.1 | 突出平战结合，完善优化突发疫情下中心诊疗流程、设施设备及危重孕产妇救治方案，全力保障突发疫情下母婴安全。 | 15 |
| 11.服务质量（70分） | \*11.1 | 孕产妇抢救成功率≥95%，围产儿死亡率＜7‰，剖宫产率＜40%，开展药物分娩镇痛服务（药物镇痛占经阴分娩的比例≥40%），会阴侧切率＜35%，疤痕子宫经阴道分娩率≥10%，凶险性前置胎盘子宫切除率＜50%，严重产后出血导致的子宫切除率<1%，新生儿窒息抢救成功率≥90%，疑难危急重症病例讨论率100%，甲级病案率≥95%，救治中心所依托的医疗卫生机构发生孕产妇可预防死亡的同比下降，所负责的对口市、县（市、区）发生的孕产妇可预防死亡同比下降。 | 70 |
| 合计 | 1000 |
| 备注： | 1.标注\*的，表示有一票否决指标。具体包括：未落实救治中心医务人员激励政策；院感事件导致严重后果；超出服务能力截留患者致严重后果；漏报、瞒报孕产妇死亡；与省妇幼健康信息平台的互联互通；突发疫情期间发生母婴安全事件；单位或对口辖区发生孕产妇可预防死亡数连续两年上升。2.得分850分为合格，900分为优秀。 |
|

附件2：

江西省危重新生儿救治中心动态评价标准

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 评价指标 | 序列 | 指标要求（一级指标） | 总分值 |
| 1、基本条件（20分） | 1.1 | 依托医疗机构开设新生儿门诊，规范开展高危新生儿筛查、干预和随诊，设置独立的新生儿病房和新生儿监护室（NICU），开设NICU床位,具有相关综合配套和新生儿危急重症救治能力。 | 20 |
| 2、组织管理（30分） | 2.1 | 成立由主要领导任组长，分管领导及综合办公室、医务处（科）、护理部、后勤保障部门等相关职能部门和科室主要领导为成员的新生儿危急重症救治领导小组，负责院内新生儿危急重症救治的组织协调工作。 | 10 |
| 2.2 | 成立由医务处（科）牵头，危重新生儿救治中心负责人和中级技术职称以上的医疗、护理、院感人员组成质量控制小组，负责质量控制，提出改进意见并落实，保证医疗护理技术质量和服务质量的持续改进。 | 10 |
| 2.3 | 成立由医务处（科）牵头，后勤保障部门负责人任组长，物资供应、血液供应、车辆调度和安全保卫等部门负责人为成员的新生儿危急重症救治保障组，负责新生儿危急重症救治过程中的保障工作。 | 10 |
| 3、支持保障（70分） | 3.1 | 成立以分管院长任组长，新生儿科、内科、外科、急诊科、麻醉科、重症医学科等相关科室专家为成员的新生儿危急重症救治专家组，强化危重新生儿救治MDT临床应用，省市级中心MDT团队成员均应具有副高以上职称，县级中心MDT团队成员均应具备中级及以上职称。未设立内科、外科的妇幼保健院和妇产医院应当与综合救治能力较强的综合医院建立转会诊协作机制。 | 20 |
| 3.2 | 各救治中心依托机构要压实主体责任，加大对危重新生儿救治中心建设支持，在硬件改造、设备购置、人员配备、信息化建设等方面给予重点保障，保证床位、人员、设备等满足危重症救治要求。 | 20 |
| \*3.3 | 落实危重新生儿救治中心医务人员的激励政策，保证救治中心人员绩效工资不低于本单位同级别医务人员的平均水平。 | 30 |
| 4.机构配备（140分） | 4.1 | 救治中心应当设置在方便患儿检查、治疗和转运的区域，工作用房应当明确划分病房区、医疗护理辅助区、工作人员生活区和污物处理区，根据新生儿医疗护理特点设置各种功能间（附件1）。 | 20 |
| 4.2 | 救治中心医疗用电和生活照明用电线路分开。应当采用双路供电或备用的不间断电力系统，保证应急情况下供电。有条件的可以配备功能设备吊塔。 | 5 |
| 4.3 | 救治中心病房地面覆盖物、墙壁和天花板应当符合环保要求，有条件的可以采用高吸音的建筑材料。 | 5 |
| 4.4 | 救治中心病房家属接待室应当有识别标志，家属到达接待室或探视入口时能够快捷地与医务人员取得联系。探视通道不能直视到的区域应当设置视频系统，保证家长在探视间可观察到患儿。有条件的可安排家长床旁探视。 | 10 |
| 4.5 | 救治中心按照服务区域的层级、服务对象的多少、服务范围的大小设置适宜的病房床位规模，其中省级抢救床≥20张，总床位≥50张；市级抢救床≥6张，总床位≥30张；县级抢救床≥2张，总床位≥10张；新生儿病房每个护理单元以不超过60张床位为宜，如床位使用率长期持续超过100%，应当扩大病房规模。调增床位，要符合区域卫生规划，优先内部调剂。 | 20 |
| 4.6 | 各级危重新生儿救治中心应当按照其功能任务，配备资历、能力和数量适宜的医护人员和负责人，其中医生床位比省/市级每抢救床≥0.5，其他床位≥0.2，县级医生床位比≥0.2；护士床位比省/市级每抢救床≥1.5，其他床位≥0.5，县级护士床位比≥0.6；省、市级的硕、博士医生构成比分别大于30%、10%；省级中心科主任要求正高级和硕士生导师，市级要求副高级及以上，县级中级以上；骨干医师省级副高级及以上≥4人、市级副高级及以上≥2人、县级中级及以上≥1人；护士长省级为副高级及以上、市级为中级及以上、县级为护师及以上。进修生等非固定人员不得超过同类人员总数的40%。 | 20 |
| 4.7 | 危重新生儿救治中心应当按照功能任务要求系统化配置设备（附件1），新生儿内科以外的技术项目如专科诊疗、辅助诊断、辅助治疗等所需的设备，如果院内相关专科不能提供保障，应当在危重新生儿救治中心配置，保证开展相应层级危重新生儿救治中心应有的监护和诊疗技术项目。 | 50 |
| 4.8 | 救治中心应建立完善的通讯、监控、网络基础硬件系统，建立符合国家相关功能指引要求的临床信息管理系统。 | 10 |
| 5、人员技能要求（120分） | 5.1 | 医师（一）必须具备重症医学相关生理学、病理学、病理生理学、临床药理学、伦理学和器官功能支持的基础理论和知识。主要内容包括：胎儿和新生儿整体及系统器官发育规律；新生儿窒息复苏；休克；呼吸功能衰竭；心功能不全；肺动脉高压；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；脓毒症和多器官功能障碍综合征；免疫功能紊乱；院内感染控制；疾病危重程度评估。(二)除一般临床诊疗操作技术外，危重新生儿救治中心医师应当具备以下重症监护和诊疗操作技术的基本知识：心肺复苏术；人工气道建立与管理；机械通气和安全氧疗技术；胸腔闭式引流术；新生儿换血术；电复律与心脏除颤术；早产儿视网膜病变（ROP）筛查技术；脐静脉、动脉及经外周静脉中心导管置管术；腹膜透析技术；深静脉、动脉置管术；血流动力学监测技术；持续血液净化技术；心包穿刺术；床边颅脑B超检测技术；侧脑室穿刺术及脑脊液引流术；早产儿视网膜病变（ROP）治疗技术；支气管镜技术；体外膜肺氧合技术。县（市、区）级危重新生儿救治中心的医师应当具备独立完成第1至4项重症监测和诊疗技术的能力，市（地、州）级危重新生儿救治中心的医师应当具备独立完成上述第1至8项监测和诊疗技术的能力，省级危重新生儿救治中心的医师应当具备独立完成上述第1至12项监测和诊疗技术的能力。 | 60 |
| 5.2 | 护士（一）掌握新生儿疾病重症监护和治疗技术的基本理论和知识：新生儿温箱的保养与使用；新生儿各系统疾病重症的观察和护理；新生儿静脉穿刺和留置针；输液泵的临床应用和护理；新生儿疾病患儿抢救配合技术；给氧治疗、气道管理和人工呼吸机监护技术；新生儿疾病患儿营养支持技术；心电监测及除颤技术；水、电解质及酸碱平衡监测技术；胸部物理治疗技术；外科各类导管的护理；脐静脉、动脉置管术；经外周插管的中心静脉导管置管术；深静脉、动脉置管术；血液动力学监测技术；血液净化技术等。县（市、区）级危重新生儿救治中心的护士应当具备独立完成第1至10项监护和治疗技术的护理操作能力，市级危重新生儿救治中心的护士应当具备独立完成上述第1至13项监护和治疗技术的护理操作能力，省级危重新生儿救治中心的护士应当具备独立完成上述第1至16项监护和治疗技术的护理操作能力。（二）除新生儿疾病监护和治疗的专业护理技术外，还应当具备以下能力：新生儿疾病患儿出入院管理；新生儿转运管理和护理；危重新生儿救治中心的感染预防与控制；新生儿疾病患儿的疼痛管理；新生儿疾病的心理护理等。 | 60 |
| 6、服务技能（195分） | 6.1 | 设置危重新生儿救治中心的医疗机构安全、优质地开展相应服务能力层级所有的基本技术项目（附件2） | 70 |
| 6.2 | 救治中心应当具备下列基本能力：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。 | 25 |
| 6.3 | 1.1.1 省级危重新生儿救治中心除有市级危重新生儿救治中心的服务能力之外，还应当具备下列服务能力：（一）出生体重＜1000克的低出生体重新生儿或胎龄＜28周的早产儿的全面医疗护理；（二）磁共振成像（MRI）检查和新生儿遗传代谢病质谱学筛查；（三）儿科各亚专业的诊断治疗，包括：脑功能监护、支气管镜、胃镜、有创循环监测、连续血液净化、早产儿视网膜病变治疗、高频通气、一氧化氮吸入治疗、亚低温治疗等；（四）实施中、大型外科手术。（五）鼓励具备实施体外循环支持的严重先天性心脏病矫治术、体外膜肺氧合（ECMO）治疗和遗传代谢病诊断和处置的能力。 | 100 |
| 1.1.2 市级危重新生儿救治中心除有县（市、区）级危重新生儿救治中心的服务能力以外，还应具备下列服务能力：（一）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；（二）严重脓毒症和各种脏器功能衰竭内科医疗护理；（三）细菌、真菌、TORCH等病原学诊断；（四）持续提供常频机械通气；（五）早产儿视网膜病变筛查；（六）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。 |
| 1.1.3 县（市、区）级危重新生儿救治中心符合危重新生儿救治中心基本要求，并具备下列服务能力：（一）新生儿复苏；（二）健康新生儿评估及出生后护理；（三）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；（四）生命体征稳定的出生体重≥1500克的低出生体重儿或胎龄≥32周的早产儿的医疗和护理；（五）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；（六）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；（七）需要转运的病理新生儿离院前稳定病情。 |
| 7.业务管理（155分） | 7.1 | 成立中心管理委员会，组成人员3～5名，包括中心正主任、副主任、护士长和医疗护理骨干。负责本中心业务发展规划制定、人员配置、培养计划的审议和落实及各项制度落实情况的监督检查等事宜。 | 10 |
| 7.2 | 针对新生儿窒息等新生儿前十位死因，制订应急预案，逐一建立完善抢救程序与规范。建立完善危重新生儿救治医患沟通机制和媒体沟通机制。 | 10 |
| 7.3 | 成立中心质量控制小组，由中心负责新生儿医疗的副主任和中级以上专业技术职务任职资格的医疗与护理人员组成。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。 | 10 |
| 7.4 | 建立业务能力持续提升机制，救治中心医师和护士应当具备相应的知识和技能，不断加强知识更新，每人每两年至少参加1次省级及以上专科范畴继续医学教育项目学习。 | 10 |
| 7.4 | 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，包括各级医师职责、转运制度、入院管理制度、出院管理制度、转科（转出、转入）制度、母乳喂养保障制度、产、儿科合作制度、伦理学评估和审核制度、医疗设备操作、管理制度、特殊药品管理制度、抗菌药物分级使用管理制度、安全管理制度、不良预后处置管理制度、不良事件防范与报告制度、突发事件应急处置预案、定期随访制度、探视制度、出生缺陷报告制度、死亡报告卡管理制度、死亡新生儿遗体处理制度。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。 | 20 |
| 7.5 | 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。 | 10 |
| \*7.6 | 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（附件3），降低医院感染发生风险，及时妥善处置医院感染事件。 | 50 |
| 7.7 | 严格落实《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。 | 15 |
| 7.8 | 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。 | 10 |
| 7.9 | 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。 | 10 |
| 8、区域指导（100分） | 8.1 | 各级救治中心应当与卫生健康主管部门确定的对口市、县（市、区）、助产机构、基层医疗卫生机构建立危重新生儿救治、会诊、转诊、技术指导等双向协作关系，主动公开救治中心联系方式和联系人，建立危急重症救治联络图，确保转诊救治网络覆盖所辖助产机构。 | 10 |
| 8.2 | 各级救治中心尤其是三级医疗机构应当按照职责，切实承担起危重新生儿的救治、会诊和接诊任务，不得以任何原因拒绝基层转诊、会诊需求。上级救治中心要及时反馈转诊的危重新生儿信息，指导基层共同制定管理和救治方案，指导基层救治中心对上转的危重新生儿进行追踪，有条件的应当让基层医院参与上转新生儿的救治工作，不断提高基层救治中心人员的救治能力。 | 20 |
| 8.3 | 各级救治中心要加强基层业务指导，接受基层业务人员进修培训；各级救治中心每年要定期派1-2名副高级及以上职称的医生下沉到责任区域的救治中心或助产机构进行指导，每次不少于1天；省、市级救治中心要参加责任区域相对应的市级、县级新生儿死亡评审工作；每年要结合收治的上转危重新生儿情况定期对基层进行专项培训不少于1次；每年要定期组织责任区域救治中心、医疗机构开展应急演练、危急重症救治质量指标分析和转诊管理等质控，应急演练、质控等工作各不少于1次，确保基层高危新生儿管理水平和危急重症救治能力提升。鼓励三级医疗机构牵头组建产儿科专科联盟，以专科协作为纽带，重点提升危重新生儿救治能力。鼓励市级以上救治中心向县级救治中心、其它助产机构通过远程形式指导开展高危专案管理、医疗、教学、培训等服务，利用信息化手段促进资源纵向流动，提高优质医疗资源可及性。 | 50 |
| 8.4 | 强化同质化管理，在评估过程中将片区内下级危重新生儿救治中心的救治技术、辖区管理情况纳入相应考核内容。 | 20 |
| 9.绿色通道（55分） | 9.1 | 建立高危专案管理和急救绿色通道，有专人负责接诊工作，并向基层和护送的医护人员询问前期筛查评估、病情和前期抢救情况，查看转诊单、病历和抢救记录，确保有效衔接和绿色通道畅通。 | 10 |
| 9.2 | 县级或市级救治中心对于病情需要转运且具备转运条件的新生儿，应当及时安排医务人员携带急救用品、相关病历资料随车护送至上级危重新生儿救治中心。对于不具备转诊条件的，上级危重新生儿救治中心应当通过电话、视频等远程指导或派员赴现场会诊、指导。 | 10 |
| 9.3 | 不断提升转运服务能力，配齐配足必需的转运设施设备、药品器械耗材。用于危重新生儿转运的急救车辆统一命名为母婴安全快车，由各级卫生健康行政部门统一编号登记在册。省级救治中心要配备专用的母婴安全快车，并逐步运用5G信息处理功能，实现“上车即入院”。市级和县级救治中心可依托120急救中心配备专用的母婴安全快车，有条件的救治中心可自行配备母婴安全快车。 | 20 |
| \*9.4 | 严格把握转运指征，做到应转尽转，杜绝各种非必要截留患者的情况，超出技术能力范围时，应当及时将患者转运至有能力救治的救治中心，确保患者得到及时有效救治，尽量减少二次转诊。要进一步规范和优化流程，落实转运前评估，加强途中监护，做好转运后处理。要针对转运过程中可能发生突发情况提前做好预案，以保证转运过程中医疗安全。 | 15 |
| 10.信息建设（30分） | \*10.1 | 加强自身信息化建设，并主动接入省妇幼健康信息系统、“云上妇幼”远程医疗平台信息系统，依托全省统一的信息平台，广泛开展转会诊、业务指导、培训学习、数据汇总分析、医疗质量控制工作，实现并服从危重孕产妇和新生儿救治、管理、转运等工作的全省统筹。 | 10 |
| \*10.2 | 建立健全相关数据库，收集危重新生儿救治信息，并按要求及时向各级卫生计生行政部门报送相关信息资料。落实新生儿死亡个案报告制度，发生新生儿自动出院或死亡应当第一时间通报辖区县级妇幼保健机构，不得以任何原因拒报、迟报、漏报、瞒报新生儿死亡信息。 | 10 |
| 10.3 | 积极拓展5G应用场景，实现危重新生儿系统管理、转运定位、院前急救处理以及床位使用、救治处理情况和随访管理等信息的互联互通，提升转运效率和救治成功率。 | 10 |
| 11、疫情防控（15分） | \*11.1 | 突出平战结合，完善优化突发疫情下本中心诊疗流程、设施设备及危重新生儿救治方案，全力保障突发疫情下母婴安全。 | 15 |
| 12.服务质量（70分） | \*12.1 | 新生儿抢救成功率≥90%，技术差错率＜1%，危重、疑难病例占住院新生儿百分比≥20%,早产儿母乳喂养率≥50%，抗菌药物使用率＜80%, 抗菌药物使用强度每百人天30DDDs，疑难危急重症病例讨论率100%，甲级病案率≥95%，救治中心所依托的医疗卫生机构发生新生儿可避免死亡同比下降，所负责的对口地区发生新生儿可避免死亡同比下降，若对口地区发生可避免新生儿死亡同比上升幅度超过10%的，一票否决。 | 70 |
| 合计 | 1000 |
| 备注 | 1.标注\*的，表示有一票否决指标。具体包括：未落实救治中心医务人员激励政策；院感事件导致严重后果；超出服务能力截留患者致严重后果；漏报、瞒报新生儿死亡；与省妇幼健康信息平台的互联互通；突发疫情期间发生母婴安全事件；单位或对口辖区发生可避免新生儿死亡同比上升超过10%。2.得分850分为合格，900分为优秀。 |

附件3：

信丰县2022年度县级危重孕妇救治中心、危重新生儿救治中心动态评估专家组成员

姚细保 赣南医学院第一附属医院产科副主任

罗孝华 赣州市妇幼保健院新生儿科主任

王志勇 信丰县人民医院副院长

康幼红 信丰县妇幼保健院副院长

袁 睿 信丰县人民医院医务科副科长（主持工作）

付路生 信丰县妇幼保健院医务科科长

邹丽萍 信丰县妇幼保健院感控科科长