附件2

**编号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

（编号由市质量强市办统一填写）

攀枝花市政府质量奖

（医疗机构）申报表

**申报组织：**

**所属单位： （盖章）**

**所属地区：**

**申报日期：**

**攀枝花市质量强市工作领导小组办公室印制**

**填 报 说 明**

1.攀枝花市政府质量奖申报材料由申报表、自我评价报告、证实性材料组成。所有材料需按要求提交，提交时需提供一式一份的书面材料和一份电子文档（电子文档均需WORD版和PDF盖章版）。申报表、自我评价报告按序组卷成册，证实性材料单独成册，以上纸质材料均辅以目录和页码。

2.申报表封页填写要求：申报组织栏要求填写参评的医院专项科室或专项医疗团队名称，如××医院××科室或××医院××医疗团队；所属单位栏填写申报组织所属的单位全称，如××市××医院或××大学附属××医院，并加盖单位公章。

3.自我评价报告内容：对照《攀枝花市政府质量奖评审规范》中攀枝花市政府质量奖评审要点（医疗机构），从技术质量、服务质量、质量提升、组织效益四个方面逐条用事实和数据（需提供近三年的数据）进行自我评价说明，字数不超过5万字。

4.证实性材料包括近3年获得国家、省部级、市级、区级以上质量、科技等荣誉证书复印件以及各类认定证书、认证证书复印件等。证实性材料需附材料清单目录。

5.所填内容、数据及提供资料必须真实、准确；不得涉及国家安全、国家秘密；涉及商业秘密的，应当予以注明。

6. 本申报表电子版可从攀枝花市市场监督管理局官网（http://gsj.panzhihua.gov.cn/index.shtml）下载。

**承 诺 书**

本组织郑重承诺:

一、已充分了解最新版本的《攀枝花市政府质量奖评选管理办法》及其《攀枝花市政府质量奖评审规范》有关规定，并严格遵守。

二、所提交申报材料真实、准确、有效，并承担相应责任。

三、同意最后公布的评定结论为最终决定，在有关方面具有约束力。

四、承诺在获得攀枝花市政府质量奖后，向社会公开并分享本组织取得质量管理的先进方法和经验（涉及商业机密的除外），为提升本市质量水平做出积极贡献。

五、承诺获得市政府质量奖后，将严格按规定宣传和使用所获荣誉称号，不得将市政府质量奖标识用于具体产品、服务的质量宣传（如产品广告、包装、说明等）。

六、严格遵守国家法律法规及各项纪律规定，不采取任何形式的不正当手段，干扰攀枝花市政府质量奖的评审工作。

申报组织负责人签字：

单位法定代表人签字：

单位印章：

日期： 年 月 日

一、组织基本情况

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 组织名称 |  | | | |
| 组织负责人 |  | | 成立日期 |  |
| 人员数量 |  | | 邮政编码 |  |
| 通讯地址 |  | | | |
| 申报工作  联系部门 |  | 申报工作  联系人 |  | |
| 联系人手机 |  | 固定电话 |  | |
| E-mail |  | 传 真 |  | |
| 请用一句话概括组织管理制度、模式或方法（不超过25个字）并提供示意图 | （请使用精准、生动的语言进行总结凝练，体现组织管理制度、模式或方法的特色和创新之处，例如：......管理制度、以…为核心的…管理模式、基于…的…管理方法、以...为导向的...管理模式、.......相结合的管理模式，等等） | | | |

二、组织简介

|  |
| --- |
| **组织基本情况：**包括成立时间、组织机构图、所属行业、涉及主要领域、业务范围、员工数量等；**组织管理情况：**包括管理体系、制度、模式，组织员工整体状况，组织质量管理所坚持的理念；**组织运营情况：**包括医治患者情况、科研情况、采用先进技术情况、社会反映情况、运营绩效情况等，可提供相关统计数据，如年医治患者数量、患者满意度、患者投诉率等；**组织获奖情况：**包括核心技术或核心业务获得奖励情况等。限3000字以内。 |

三、组织重要指标

# （一）技术质量

| **序号** | **指标类别** | **指标表述** | **指标内容** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 安全性 | 近3年是否发生过重大医疗事故或瞒报、漏报重大医疗过失事件的行为。  注：重大医疗事故是指发生定性为完全责任的一级医疗事故或直接被卫生健康行政部门判定的重大医疗事故 | □是 □否 |
| 2 | 近3年是否发生过大规模患者投诉举报情况。  注：大规模指某个月内发生20例及以上的患者投诉举报 | □是 □否 |
| 3 | 是否建立了医疗质量安全风险信息收集及防控机制 | □是 □否 |
| 4 | 近3年是否发生重大网络安全事件 | □是 □否 |
| 5 | 低风险组死亡率 | % |
| 6 | 一类切口感染率 | % |
| 7 | 创新性 | 拥有的核心技术或开展的核心业务情况 | 核心技术：  核心业务： |
| 8 | 核心技术或核心业务是否具备专利或其它知识产权保护 | □是 □否 |
| 9 | 在创新成果、核心技术、科研方面获得的奖励 | 奖励名称：  授奖机构：  获奖日期： |
| 10 | 在哪些医疗项目方面具有特色 | 项目名称：  项目特点： |
| 11 | 上一年度用于科研的经费情况 | 经费总额： 万元  占收入比例： % |
| 12 | 科研项目情况 | 纵向科研项目数量： 个  临床试验项目数量： 个 |
| 13 | 科研水平情况 | 被国际、国内权威文献收录论文数量： |
| 14 | 参与国际、国家、行业、地方标准（技术标准）的情况（参与起草限排名前5，可写多项） | 国际标准数量： 项  编号及名称：  方式：□主导起草□参与起草  国家标准数量： 项  编号及名称：  方式：□主导起草□参与起草  行业标准数量： 项  编号及名称：  方式：□主导起草□参与起草  地方标准数量： 项  编号及名称：  方式：□主导起草□参与起草 |
| 15 | 新技术的开发与应用情况 | 新技术临床转化数量： 个 |
| 16 | 有效性 | 出院患者平均住院天数 | 天数： 天 |
| 17 | 出院患者平均住院天数在行业内的对比情况 | □较行业平均值长  □与行业平均值差不多  □较行业平均值短 |
| 18 | 医院对于危重病例、疑难病例的治愈比率在行业内的对比情况 | 治愈比率： %  □较行业平均值长  □与行业平均值差不多  □较行业平均值短 |

# （二）服务质量

| **序号** | **指标类别** | **指标表述** | **指标内容** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 便捷性 | 医疗流程中，是否全部采用计算机等智慧管理系统对患者的就诊信息进行管理  （如果是，请说明具体内容） | □是 □否  具体内容： |
| 2 | 是否开通了远程网络诊疗系统 | □是 □否 |
| 3 | 诊疗流程的优化及服务效率的提升情况 | 具体内容： |
| 4 | 舒适性 | 是否建立有效的探视管理制度以保证患者良好的休息环境  （如果是，请说明探视管理制度具体情况） | □是 □否 |
| 具体内容： |
| 5 | 在餐饮方面如何为患者提供便利 | 具体内容： |
| 6 | 是否建立回访制度 | □是 □否 |
| 7 | 实效性 | 医疗收费在行业中的对比情况 | □高  □中等  □低 |
| 8 | 在行业中的影响力情况 | □很高  □较高  □一般  □低 |

# （三）质量提升

| **序号** | **指标类别** | **指标表述** | **指标内容** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 质量战略和目标 | 是否根据环境变化制定质量战略和战略目标  （如果是，质量战略情况） | □是 □否 |
| 质量战略和战略目标： |
| 2 | 质量管理 | 是否成立质量管理工作小组 | □是 □否 |
| 3 | 是否建立质量管理制度  （如果是，质量管理制度情况） | □是 □否 |
| 制度名称： |
| 4 | 是否建立针对内部员工的评价机制和措施，如在护理、助产、医疗辅助服务、医疗卫生技术等方面  （如果是，评价机制情况） | □是 □否 |
| 评价形式和内容： |
| 5 | 是否建立针对内部员工的质量激励机制  （如果是，具体激励情况） | □是 □否 |
| 激励形式和内容： |
| 6 | 是否针对内部员工建立了质量考核机制  （如果是，具体考核情况） | □是 □否 |
| 考核形式和内容： |
| 7 | 精细化  管理 | 是否建立规范诊疗行为的标准化管理机制 | □是 □否 |
| 8 | 是否对诊疗流程持续改进  （如果是，具体改进情况） | □是 □否 |
| 具体改进内容： |
| 9 | 质量工具的使用情况 | 具体内容： |
| 10 | 现场管理 | 是否实施现场5S管理进行质量管理  （如果是，现场管理水平） | □是 □否 |
| □国际标杆水平  □国内领先水平  □行业平均水平 |
| 11 | 是否针对现场管理中存在的问题，进行持续改进  （如果是，持续改进情况） | □是 □否 |
| 持续改进的项目： |
| 12 | 质量文化 | 质量文化的定位（请用一句话简要说明） | 质量文化： |
| 13 | 通过哪些方法或手段开展质量文化建设工作 | 具体措施与方法： |
| 14 | 是否对质量文化建设成效进行评估  （如果是，评估方式和成效情况） | □是 □否 |
| 评估方法和成效： |
| 15 | 团队建设 | 组织开展质量技能培训的方式（可多选） | □举办培训班或讲座  □组织技能竞赛  □鼓励员工参加社会培训教育  □海外研修  □其他 |
| 16 | 医护比 | % |
| 17 | 床护比 | % |
|  | 博硕导比例 | % |
| 18 | 人才培养和输出情况 |  |
| 19 | 管理创新 | 是否结合实际，创新质量管理制度和模式  （如果是，创新情况） | □是 □否 |
| 制度和模式的名称： |
| 20 | 针对具体质量问题，创新了哪些质量管理工具和方法 | 质量管理工具方法： |
| 21 | 持续改进 | 是否针对服务患者不断优化和改进患者就医流程和为患者提供的医疗服务 | □是 □否 |
| 22 | 医患沟通 | 是否建立医患沟通渠道  （如果是，医患沟通具体做法） | □是 □否 |
| 具体做法： |
| 23 | 是否建立了患者投诉及快速协调解决机制  （如果是，具体投诉解决情况） | □是 □否 |
| 具体内容： |

# （四）组织效益

| **序号** | **指标类别** | **指标表述** | **指标内容** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 运营绩效 | 床位使用率 | % |
| 2 | 从其他医院转来的患者数量占医治患者总数量的比例 | 从其他医院转来的患者数量：  占医治患者总数量的比例： % |
| 3 | 医生人均每日担负诊疗次数 | 次/日 |
| 4 | 平均每日门（急）诊人次 | 次/日 |
| 5 | 平均每日手术台次 | 次/日 |
| 6 | 临床病例讨论和诊疗协议会次数： | 次/日 |
| 7 | 满意度 | 是否每年组织患者满意度测评  （如果是，2021年度患者满意度测评结果及其应用情况） | □是 □否 |
| 具体内容： |
| 8 | 近3年员工离职数量及占比 | 数量： 占比： % |
| 近3年调入员工数量及占比 | 数量： 占比： % |
| 9 | 医疗质量 | 住院患者两周或一月内再住院例数 | 两周内再住院： 例  一月内再住院： 例 |
| 10 | 出院患者治愈率 | % |
| 11 | 抗菌药物使用强度 |  |
| 12 | 处方合格率 | % |
| 13 | 药费收入占医疗总收入比重 | % |
| 14 | 患者安全 | 住院患者跌倒发生率 | % |
| 15 | 近5年医疗器械消毒灭菌合格率 | % |
| 16 | 近5年药物不良反应报告例数 | 例 |
| 17 | 社会责任 | 核心技术或业务的社会价值（可多选） | □推动医疗科技进步  □引领医疗产业发展  □解决重大医疗难题  □帮扶基层医院能力提升 |
| 18 | 员工在本组织的平均工作年限 | 年 |
| 19 | 在哪些方面发挥了引领作用，做出了贡献（可多选） | □填补医疗行业空白  □运营的理念或模式创新  □诚信自律运营  □其他 |
| 20 | 组织负责人参加社会组织情况（可写多项） | 社会组织名称：  参加者职务：  参加时间： |
| 21 | 是否参与社会公益支持（包括抗疫等情况） | □是 □否 |
| 22 | 社会评价 | 医疗主管部门对本组织的评价情况和获得的荣誉 | 荣誉名称：  获得时间：  颁发单位： |
| 23 | 社会相关机构对本组织的评价情况和获得的荣誉（包括国内外质量奖励或荣誉） | 荣誉名称：  获得时间：  颁发单位： |

注：（1）本表中所有数据指标均需提供近3年的数据。（2）指标项对本申报组织不适用的，请在对应的指标内容栏填“无”并注明原因。

四、组织围绕核心业务建立的质量管理制度、模式、方法总结

|  |
| --- |
| **一、组织质量管理制度、模式、方法产生的背景**  简要阐述组织质量管理制度、模式、方法产生的背景与形成的过程，其提出目的是解决组织经营发展中面临的哪些问题或应对组织内外环境遇到的哪些变化。  **二、组织质量管理制度、模式、方法的基本内容和主要做法**  阐述组织质量管理制度、模式、方法的基本内容要素的构成及各要素之间的逻辑关系，阐述质量管理制度、模式、方法的典型做法和措施。  **三、组织质量管理制度、模式、方法产生的成效和创新推广价值**  阐述组织通过应用质量管理制度、模式、方法解决了哪些实际问题，在提升组织的质量竞争力和经营效益等方面产生了哪些成效。  阐述组织质量管理制度、模式、方法的先进性、独特性，是否具备在行业内复制推广的价值。  限5000字以内。 |

五、与申奖有关的咨询机构和咨询人员信息登记备案表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申报组织  （所属单位公章） |  | | 地址 |  | |
| 联系人 |  | 部门及职务 |  | 办公电话  手 机 |  |
| 咨询机构  名称 |  | | 地址 |  | |
|  | |  | |
| 咨询人员姓名及职务 |  | | 手机 |  | |
|  | | 手机 |  | |
|  | | 手机 |  | |
| 声明 | 本组织已如实上报咨询机构和人员有关信息，并愿对上述信息的真实性负责；如有不实，愿意承担一切后果。  代表（签字）  年 月 日 | | | | |
| 其他咨询  信息 |  | | | | |

六、申报意见

|  |  |
| --- | --- |
| 申报组织 |  |
| 申报组织意见 | （请说明材料核实情况、本组织内部公示情况等）  申报组织（盖章）：  负 责 人（签字）：  年 月 日 |
| 申报组织  所属单位意见 | （请说明所属单位内部公示情况等）  单 位 （盖章）：  负 责 人 （签字）：  年 月 日  注：申报组织的所属单位在单位内部进行公示，公示无异议的，出具申报意见。 |

七、审核推荐意见

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 审核单位 |  | | |
| 联系人 |  | 手机 |  |
| 电 话 |  | 传真 |  |
| E-mail |  | | |
| 通讯地址 |  | 邮编 |  |
| 一、材料核实情况  二、征求相关部门意见情况  三、公示情况（需说明公示时间、公示途径、异议处理情况等）  四、审核意见  县（区）质量强县（区）工作领导小组办公室或市级行业主管部门（盖章）：  负 责 人 （签字）：  年 月 日 | | | |
| 包括推荐意见及理由等  市质量强市工作领导小组办公室（盖章）：  负 责 人（签字）：  年 月 日  注：通过县（区）市场监管部门申报的，由县（区）市场监管部门提出审核意见，报市质量强市办出具推荐意见。通过市级行业主管部门申报的，由市级行业主管部门对申报主体进行资格初审并出具审核与推荐意见，再将初审结果报市质量强市办。 | | | |