

三级医院评审标准（2022年版） 甘肃省实施细则

一、细则说明

第一部分：前置要求

（一）评审周期为四年，医院在评审周期内发生一项及以上前置要求情形的，延期一年评审。延期期间原等次取消，按照“未定等”管理。

（二）医院在申请评审前，应向各市州卫生健康委提出前置条件符合情况审核的申请，由市州卫生健康委向有关部门和社会公开征询参评医院是否存在违反前置条件的情况，征询时间不少于7个工作日。委属委管医疗机构向省卫生健康委申请审核。

第二部分：医疗服务能力与质量安全监测数据

一、分值

（一）共设五章，总分600分。

（二）赋分方法：第一章资源配置与运行数据指标共有5节，每节分值30分，共150分；第二章医疗服务能力与医院质量安全共有3节，每节分值90分，共270分；第三章重点专业质量控制指标共100分；第四章单病种（术种）质量控制指标

共80分；第五章重点医疗技术临床应用质量控制指标为加分项，加分上限不超过30分。

二、指标说明

（一）第二部分指标内容包括医院资源配置、医疗服务能力、质量、安全和重点专业、病种（术种）、医疗技术质控等指标。

（二）医疗机构所开展的限制类医疗技术、人体器官捐献、获取与移植技术，相关的质量控制指标必须纳入评审，未开展的医疗技术可不纳入评审范围；提供年度医疗质量安全改进目标相关医疗服务的医疗机构，必须将年度医疗质量安全改进目标全部纳入。

（三）综合医院参加评审的指标数量不得低于本版标准的60%。评审医院如有不纳入的单病种（术种）和重点医疗技术，需在评审前提出书面申请并经评审组核实。

三、数据采集原则

（一）数据统计周期为全评审周期。

（二）行业政策在评审周期内发布的，数据从政策发布的第二年完整取值，当年不计入统计。

（三）按日、月、季获取的数据，采用均值计算当年的年度数据，按年度获取的数据，直接采用。

（四）需要将同一指标不同年份的多个数据合并作为评审采集数据时，按照以下原则：

1. 规模类和配比类，中位数和最后一年的数据必须达标。
2. 连续监测指标，数据趋势呈与管理目标方向一致地或呈波动性的，采用中位数；数据趋势呈与管理目标方向相反的，采用最差的数据。

四、评分规则

（一）规模类和配比类指标。执行“全或无”规则，达到标准予以“满分”，否则计“零分”。

（二）连续监测指标，采用同级同类医院比较与持续改进相结合的方式的原则给分。

（三）第四章及第五章指标按达标比例进行计分。

五、数据核查原则

（一）现场检查时，对本部分数据进行复核，复核数据比例不少于医疗机构上报数据的20%。

（二）医疗机构应当根据现场评审专家组的要求，按照数据核查准备指引提供相关资料备查。

（三）医院提供值与核查真实值差距在10%以上（含正负）、无法提供原始数据或被评审专家组认定为虚假数据的均视为错误数据。

（四）所有错误数据，应按核查后的数据结果再次计算，并根据错误数据占现场核查数据总数百分比，按下表进行惩罚性扣分（扣除第二部分最后评审分数的一定比例）。

错误数据比例 (X)	惩罚性扣分比例
$1% < X \leq 2%$	5%
$2% < X \leq 5%$	10%
$5% < X \leq 10%$	20%
$X > 10%$	不予通过

六、数据核查准备

(一) 医院应当准备所有纳入本轮评审标准的“第二部分医疗服务能力与质量安全监测数据”和“第三部分现场评审”标准中涉及的数据目录清单并提交给评审组。

(二) 该清单应当包含每个数据定义、数据源、采集方式、采集时间范畴、采集结果等要求，各类数据应有负责部门，有条件的应设置汇总部门。

(三) 对于计算所得的数据，应当有可追溯的原始数据。

第三部分：现场检查

一、分值

(一) 本部分总分400分。共设3章24节186个条款。

(二) 赋分方法：每款细则按照1分、0.75分、0.5分、0.25分、0分五个档次计分。

二、评审方法

评审员可采用下列方法对实施细则内容逐款进行符合程度评判：

【文件查阅】查看医院和科室发布的文件类资料，如职责、制度、规范、流程、预案、计划、报告、总结等资料（含电子版）。

【记录查看】查看医院和科室的工作记录，如会议记录、签到、培训记录，考试记录、各种讨论记录等资料（含电子版）。

【现场检查】评审现场通过目视检查医院的设备设施、环境、标识标牌、员工行为和合作，对照评审标准和医院要求评判符合程度。

【员工访谈】评审现场对员工进行访谈，提问和讨论，包括集体访谈等。

【员工操作】评审现场要求员工完成特定操作、演练的内容。

【患者访谈】评审员对患者或家属开展访谈。

【病历检查】评审现场对运行病历、门急诊病历进行检查。

【病案检查】评审员提前或现场对特定归档病案进行查阅。

【数据核查】同第二部分。

评审结果判定原则

一、判定为甲等的，总分不得低于900分，第二部分不得低于540分，第三部分得分不得低于360分。

二、判定为乙等的，总分不得低于800分，第二部分不得低于480分，第三部分得分不得低于320分。

三、判定为丙等的，总分不得低于700分，第二部分不得低于420分，第三部分得分不得低于280分。

二、实施细则

第一部分前置要求

- 依法设置与执业
- 公益性责任和行风诚信
- 安全管理与重大事件

一、依法设置与执业

（一）医院规模和基本设置未达到《医疗机构管理条例》、《医疗机构基本标准（试行）》所要求的医院标准。

（二）违反《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》《医疗机构管理条例》，伪造、变造、买卖、出租、出借《医疗机构执业许可证》；医院命名不符合《医疗机构管理条例实施细则》等有关规定，未按时校验、拒不校验或有暂缓校验记录，擅自变更诊疗科目或有诊疗活动超出诊疗科目登记范围；政府举办的医疗卫生机构与其他组织投资设立非独立法人资格的医疗卫生机构；医疗卫生机构对外出租、承包医疗科室；非营利性医疗卫生机构向出资人、举办者分配或变相分配收益。

（三）违反《中华人民共和国医师法》《医疗机构管理条例》《护士条例》，使用非卫生技术人员从事医疗卫生技

术工作。

（四）违反《中华人民共和国药品管理法》《医疗器械监督管理条例》，违法违规采购或使用药品、设备、器械、耗材开展诊疗活动，造成严重后果；未经许可配置使用需要准入审批的大型医用设备。

（五）违反《中华人民共和国母婴保健法》，未取得母婴保健技术服务执业许可证开展相关母婴保健技术。

（六）违反《人体器官移植条例》，买卖人体器官或者从事与买卖人体器官有关的活动，未经许可开展人体器官获取与移植技术。

（七）违反《中华人民共和国献血法》，非法采集血液，非法组织他人出卖血液，出售无偿献血的血液。

（八）违反《中华人民共和国传染病防治法》《中华人民共和国生物安全法》造成传染病传播、流行或其他严重后果；或其他重大医疗违规事件，造成严重后果或情节严重；卫生健康行政部门或监督执法机构近两年来对其进行传染病防治分类监督综合评价为重点监督单位（以两年来最近一次评价结果为准）。

（九）违反《医疗纠纷预防和处理条例》《医疗事故处理条例》，篡改、伪造、隐匿、毁灭病历资料，造成严重后果。

（十）违反《医疗技术临床应用管理办法》，将未通过

技术评估与伦理审查的医疗新技术、禁止类医疗技术应用于临床，造成严重后果。

（十一）违反《麻醉药品和精神药品管理条例》《易制毒化学品管理条例》《处方管理办法》，违规购买、储存、调剂、开具、登记、销毁麻醉药品和第一类精神药品，使用未取得处方权的人员或被取消处方权的医师开具处方，造成严重后果。

（十二）违反《放射诊疗管理规定》，未取得放射诊疗许可从事放射诊疗工作，造成严重后果。

（十三）违反《中华人民共和国职业病防治法》，未依法开展职业健康检查或职业病诊断、未依法履行职业病与疑似职业病报告等法定职责，造成严重后果。

（十四）违反《中华人民共和国广告法》《医疗广告管理办法》，违规发布医疗广告，情节严重。

（十五）其他重大违法、违规事件，造成严重后果或情节严重。

二、公益性责任和行风诚信

（一）应当完成而未完成对口支援、中国援外医疗队、突发公共事件医疗救援、公共卫生任务等政府指令性工作。

（二）应当执行而未执行国家基本药物制度和分级诊疗政策。

（三）医院领导班子发生3起以上严重职务犯罪或严重

违纪事件，或医务人员发生3起以上违反《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》的群体性事件（>3人/起），造成重大社会影响。

（四）发生重大价格或收费违法事件，以及恶意骗取医保基金。

（五）违反《中华人民共和国统计法》《医疗质量管理办法》《医学科研诚信和相关行为规范》相关要求，提供、报告虚假住院病案首页等医疗服务信息、统计数据、申报材料 and 科研成果，情节严重。

（六）未按要求设置发热门诊或发热门诊不符合设置要求的。

三、安全管理与重大事件

（一）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。

（二）发生重大医院感染事件，造成严重后果。

（三）发生因重大火灾、放射源泄漏、有害气体泄漏等被通报或处罚的重大安全事故。

（四）发生瞒报、漏报重大医疗过失事件的行为。

（五）发生大规模医疗数据泄露或其他重大网络安全事件，造成严重后果。

第二部分医疗服务能力与质量安全监测数据

- 资源配置与运行数据指标
- 医疗服务能力与医院质量安全指标
- 重点专业质量控制指标
- 单病种（术种）质量控制指标
- 重点医疗技术临床应用质量控制指标

第一章 资源配置与运行数据指标

数据来源：

卫生资源统计年报及相关报表

一、床位配置

（一）核定床位数

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 张

【指标定义】 即编制床位，由卫生健康行政部门核定的床位数。

【计算方法】 以《医疗机构执业许可证》副本登记的床位数为准。

【指标导向】 监测达标

（二）实际开放床位数

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 张

【指标定义】 实有床位数，指年底固定实有床位数量。

【计算方法】 统计正规床、简易床、监护床、超过半年加床、正在消毒和修理的床位、因扩建或大修而停用的床位数。不包括产科新生儿床、接产室待产床、库存床、观察床、临时加床和病人陪侍床。

【指标导向】 监测达标

（三）床位使用率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 每天使用床位与实有床位的比率。

【计算方法】

$$\text{床位使用率} = \frac{\text{实际占用的总床日数}}{\text{同期实际开放的总床日数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测达标

二、卫生技术人员配备

（一）卫生技术人员数与开放床位数比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 比值（X:1）

【指标定义】 医院卫生技术人员数与同期全院实际开放床位数之比。

【计算方法】

$$\text{卫生技术人员数与开放床位数比} = \frac{\text{医院卫生技术人员数}}{\text{同期全院实际开放床位数}}$$

【指标导向】 监测达标

(二) 全院护士人数与开放床位数比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 比值 (X:1)

【指标定义】 全院护士人数与开放床位数比。

【计算方法】

$$\text{全院护士人数与开放床位数比} = \frac{\text{全院护士人数}}{\text{同期全院实际开放床位数}}$$

【指标导向】 监测达标

【指标意义】 要采取有效措施优先保障临床护士人力配备到位，不得随意减少临床一线护士数量，原则上临床护理岗位护士数量占全院护士数量不低于95%。

(三) 病区护士人数与开放床位数比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 比值 (X:1)

【指标定义】 病区护士人数与病区开放床位数比。

【计算方法】

$$\text{病区护士人数与开放床位数比} = \frac{\text{病区护士人数}}{\text{同期病区实际开放床位数}}$$

【指标导向】 监测达标

【指标意义】 二级及以上医院全院病区护士与实际开放床位比不低于0.5:1，重症监护病房护士与实际开放床位比

不低于2.5-3:1。

（四）医院感染管理专职人员数与开放床位数比

【指标属性】定量指标

【计量单位】比值（1:X）

【指标定义】医院感染管理专职人员数与同期全院实际开放床数之比。

【计算方法】

$$\frac{\text{医院感染管理专职人员数}}{\text{与开放床位数比}} = \frac{\text{医院感染管理专职人数}}{\text{同期全院实际开放床位数}}$$

【指标导向】监测达标

（五）药学专业技术人员数与卫生专业技术人员数比

【指标属性】定量指标

【计量单位】比值（1:X）

【指标定义】药学专业技术人员数占同期医疗机构卫生专业技术人员总数的比例。

【计算方法】

$$\frac{\text{药学专业技术人员数}}{\text{与卫生专业技术人员数比}} = \frac{\text{药学专业技术人员数}}{\text{同期全院卫生技术专业人员数}}$$

【指标导向】监测达标

三、相关科室资源配置

（一）急诊医学科

1. 固定急诊医师人数占急诊在岗医师人数的比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 医院固定急诊医师数在同期急诊科在岗医师总数所占比例。

【计算方法】

固定急诊医师人数占
急诊在岗医师人数的比例 = $\frac{\text{医院注册的固定在急诊科的在岗医师数}}{\text{同期医院急诊科在岗医师总数}} \times 100\%$

【指标导向】 监测达标

2. 固定急诊护士人数占急诊在岗护士人数的比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 医院固定急诊护士数在同期急诊科在岗护士总数所占的比例。

【计算方法】

固定急诊护士人数占
急诊在岗护士人数的比例 = $\frac{\text{医院注册的固定在急诊的在岗护士数}}{\text{同期医院急诊科在岗护士总数}} \times 100\%$

【指标导向】 监测达标

（二）重症医学科

1. 重症医学科开放床位数占医院开放床位数的比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 重症医学科开放床位数占同期医院开放床位数的比例。

【计算方法】

$$\text{重症医学科开放床位数占医院开放床位数的比例} = \frac{\text{重症医学科开放床位数}}{\text{同期医院开放床位数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测达标

2. 重症医学科医师人数与重症医学科开放床位数比

【指标定义】 定量指标

【计量单位】 比值 (X:1)

【指标定义】 医院重症医学科医师总数与同期重症医学科实际开放床位数之比。

【计算方法】

$$\text{重症医学科医师人数与重症医学科开放床位数比} = \frac{\text{医院注册的重症医学科在岗医师数}}{\text{同期重症医学科实际开放床位数}}$$

【指标导向】 监测达标

3. 重症医学科护士人数与重症医学科开放床位数比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 比值 (X:1)

【指标定义】 医院重症医学科护士数与同期重症医学科实际开放床位数之比。

【计算方法】

$$\text{重症医学科护士人数与重症医学科实际开放床位数比} = \frac{\text{医院注册的重症医学科在岗护士数}}{\text{同期重症医学科实际开放床位数}}$$

【指标导向】 监测达标

(三) 麻醉科

1. 麻醉科医师数与手术间数比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 比值 (X:1)

【指标定义】 医院麻醉科医师数与同期医院手术间数之比。

【计算方法】

$$\text{麻醉科医师数与手术间数比} = \frac{\text{医院注册的麻醉科在岗医师数}}{\text{同期医院手术间数}}$$

【指标导向】 监测比较

2. 麻醉科医师数与日均全麻手术台次比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 比值 (1:X)

【指标定义】 医院麻醉科医师数与同期医院日均全麻手术台次之比。

【计算方法】

$$\text{麻醉科医师数与日均全麻手术台次比} = \frac{\text{医院注册的麻醉科在岗医师数}}{\text{同期医院日均全麻手术台次数}}$$

【指标导向】 监测比较

3. 麻醉科医师和手术科室医师比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 比值 (1:X)

【指标定义】 医院麻醉科医师数与同期医院手术科室医师之比。

【计算方法】

$$\text{麻醉科医师数与手术科室医师比} = \frac{\text{医院注册的麻醉科在岗医师数}}{\text{同期医院手术科室医师数}}$$

【指标导向】 监测比较

4. 手术间麻醉护士与实际开放手术台的数量比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 比值（1:X）

【指标定义】 医院手术间麻醉护士与实际开放手术台的数量之比

【计算方法】

$$\text{手术间麻醉科护士数与实际开放手术台的数量比} = \frac{\text{手术间麻醉科护士数}}{\text{同期实际开放手术台数}}$$

【指标导向】 监测比较

（四）中医科

1. 中医科开放床位数占医院开放床位数的比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 中医科开放床位数占同期医院开放床位数的比例。

【计算方法】

$$\text{中医科开放床位数占医院开放床位数的比例} = \frac{\text{中医科开放床位数}}{\text{同期医院开放床位数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测达标

2. 中医科中医类别医师人数与中医科开放床位数比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 比值（X:1）

【指标定义】医院中医科中医类别医师人数与同期中医科实际开放床位数之比。

【计算方法】

中医科中医类别医师人数与中医科开放床位数比 = $\frac{\text{医院注册的中医科在岗中医类别医师人数}}{\text{同期中医科实际开放床位数}}$

【指标导向】 监测达标

3. 中医科护士人数与中医科开放床位数比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 比值 (X:1)

【指标定义】 医院中医科护士人数与同期中医科实际开放床位数之比。

【计算方法】

中医科护士人数与中医科开放床位数比 = $\frac{\text{医院注册的中医科在岗护士人数}}{\text{同期中医科实际开放床位数}}$

【指标导向】 监测达标

(五) 康复医学科

1. 康复科开放床位数占医院开放床位数的比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 康复科开放床位数占同期医院开放床位数的比例。

【计算方法】

康复科开放床位数占
医院开放床位数的比例 $= \frac{\text{康复科开放床位数}}{\text{同期医院开放床位数}} \times 100\%$

【指标导向】 监测达标

2. 康复科医师人数与康复科开放床位数比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 比值 (X:1)

【指标定义】 医院康复科医师人数与同期康复科实际开放床位数之比。

【计算方法】

康复科医师人数与
康复科开放床位数比 $= \frac{\text{医院注册的康复科在岗医师人数}}{\text{同期康复科实际开放床位数}}$

【指标导向】 监测达标

3. 康复科康复师人数与康复科开放床位数比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 比值 (X:1)

【指标定义】 医院康复科康复师人数与同期康复科实际开放床位数之比。

【计算方法】

康复科康复师人数与
康复科开放床位数比 $= \frac{\text{康复科在岗的康复师人数}}{\text{同期康复科开放床位数}}$

【指标导向】 监测达标

4. 康复科护士人数与康复科开放床位数比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 比值 (X:1)

【指标定义】医院康复科在岗护士人数与同期康复科实际开放床位数之比。

【计算方法】

康复科护士人数与
康复科开放床位数比 = $\frac{\text{在医院注册的康复科在岗护士人数}}{\text{同期康复科实际开放床位数}}$

【指标导向】 监测达标

(六) 感染性疾病科

1. 固定医师人数占感染性疾病科在岗医师人数的比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】医院固定在感染性疾病科医师人数占同期感染性疾病科在岗医师总数的比例。

【计算方法】

固定医师人数占感染性
疾病科在岗医师人数的比例 = $\frac{\text{在医院注册的固定在感染性疾病科的在岗医师人数}}{\text{同期医院感染性疾病科在岗医师总数}} \times 100\%$

【指标导向】 监测比较

2. 固定护士人数占感染性疾病科在岗护士人数的比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】固定在感染性疾病科护士人数与同期感染性疾病科在岗护士总数之比。

【计算方法】

固定护士人数占感染性
疾病科在岗护士人数的比例 = $\frac{\text{在医院注册的感染性疾病科的在岗护士总数}}{\text{同期医院感染性疾病科在岗护士总数}} \times 100\%$

【指标导向】 监测比较

3. 感染性疾病科开放床位数占医院开放床位数的比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 报告期末医院感染性疾病科实际开放床位数与医院实际开放床位数之比。

【计算方法】

$$\text{感染性疾病科开放床位数占医院开放床位数的比例} = \frac{\text{感染性疾病科开放床位数}}{\text{同期医院开放床位数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

4. 可转换感染性疾病床位数占医院开放床位数的比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 可转换感染性疾病床位数占占同期医院开放床位数的比例。

【计算方法】

$$\text{可转换感染性疾病床位数占医院开放床位数的比例} = \frac{\text{可转换感染性疾病床位数}}{\text{同期医院开放床位数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

【指标说明】 可转换感染性疾病床位数指报告期末医院非感染性疾病科病床可用于临时收治感染性疾病患者的床位之和。

四、运行指标

(一) 相关手术科室年手术人次占其出院人次比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 报告期内出院患者手术人数与出院人次之比。

【计算方法】

$$\frac{\text{相关手术科室年手术人次}}{\text{占其出院人次数比例}} = \frac{\text{出院患者手术人数}}{\text{同期出院人次数}} \times 100\%$$

【指标说明】

1. 出院患者手术人数指报告期内出院患者手术人数之和。同一次住院就诊期间患有同一疾病或不同疾病施行多次手术患者，按1人统计。统计单位以人数计算，总数为手术和介入治疗人数累加求和。

2. 出院人次指报告期内医院所有住院后出院的人次数。包括医嘱离院、医嘱转其他医疗机构、非医嘱离院、死亡及其他离院人数，不含家庭病床撤床人数。

【指标导向】 逐步提高

(二) 开放床位使用率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 报告期内实际占用病床数与同期实际开放总床日数之比。

【计算方法】

$$\text{开放床位使用率} = \frac{\text{实际占用的总床日数}}{\text{实际开放的总床日数}} \times 100\%$$

【指标说明】

1.实际占用总床日数为报告期内医院各科每天夜晚12时实际占用病床数的总和。

2.实际开放总床日数为报告期内医院各科每天夜晚12时实际开放病床数的总和，不论该床是否被患者占用，都应计算在内。

【指标导向】检测达标

(三) 人员支出占业务支出的比重 (人员经费占比)

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比 (%)

【指标定义】年度人员经费占医疗活动费用的比例。

【计算方法】

$$\text{人员支出占业务支出的比重} = \frac{\text{人员经费}}{\text{同期医疗活动费用}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

五、科研指标

(一) 新技术临床转化数量

1. 每百名卫生技术人员科研项目经费

【指标属性】定量指标

【计量单位】元

【指标定义】年度每百名卫生技术人员立项的科研经费

总金额。

【计算方法】

$$\text{每百名卫生技术人员科研项目经费} = \frac{\text{本年度科研项目立项经费总金额}}{\text{同期医院卫生技术人员总数}}$$

【指标导向】 逐步提高

2. 每百名卫生技术人员科技成果转化金额

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 元

【指标定义】 年度每百名卫生技术人员科研成果转化的金额数。

【计算方法】

$$\text{每百名卫生技术人员科技成果转化金额} = \frac{\text{本年度科技成果转化总金额}}{\text{同期医院卫生技术人员总数}}$$

【指标导向】 逐步提高

(二) 取得临床相关国家专利数量

1. 每百名卫生技术人员发明专利数量

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 项

【指标定义】 年度每百名卫生技术人员发明专利数。

【计算方法】

$$\text{每百名卫生技术人员发明专利数量} = \frac{\text{本年度医院发明专利总项数}}{\text{同期医院卫生技术人员总数}}$$

【指标导向】 逐步提高

2. 每百名卫生技术人员实用新型专利数量

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 项

【指标定义】 年度每百名卫生技术人员实用新型专利数。

【计算方法】

每百名卫生技术人员实用新型专利数量 = $\frac{\text{本年度医院实用新型专利总项数}}{\text{同期医院卫生技术人员总数}}$

【指标导向】 逐步提高

第二章 医疗服务能力与医院质量安全指标

数据来源：

- (1) 国家医疗质量管理与控制信息网（NCIS）
- (2) 全国医院质量监测系统（HQMS）
- (3) 省级相关数据收集系统
- (4) 医院填报

一、医疗服务能力

（一）收治病种数量（ICD-10四位亚目数量）

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 个

【指标定义】 医院收治病种（ICD-10四位亚目数量）数量。

【计算方法】 根据ICD-10四位亚目，从病案首页中统计主要诊断数量。

【指标导向】 监测比较

（二）住院术种数量（ICD-9-CM-3四位亚目数量）

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 个

【指标定义】 医院住院术种病种（ICD-9-CM-3）数量。

【计算方法】 从病案首页中统计主要手术（ICD-9-CM-3）

数量。

【指标导向】 监测比较

(三) DRG-DRGs组数

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 组

【指标定义】 运用DRG分组器测算产生的DRG分组，主要考核年度医院疾病收治范围。

【计算方法】 医院病例数经过DRG分组器的运算可以分入“k”个DRG，即是该医院的DRG组数量。

【指标导向】 监测比较

(四) DRG-CMI

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 无

【指标定义】 运用DRG分组器测算产生的CMI值(病例组合指数)，主要考核年度医院疾病收治难度。

【计算方法】 参照DRG评价标准计算方法。

【指标导向】 逐步提高

(五) DRG时间指数

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 无

【指标定义】 运用DRG分组器测算产生的时间消耗指数，主要考核年度医院治疗疾病所花费的时间。

【计算方法】 参照DRG评价标准计算方法。

【指标导向】 逐步降低

(六) DRG费用指数

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 无

【指标定义】 运用DRG分组器测算产生的费用消耗指数，主要考核年度医院治疗疾病所花费的费用。

【计算方法】 参照DRG评价标准计算方法。

【指标导向】 逐步降低

二、医疗质量指标

(一) 年度国家医疗质量安全目标改进情况(该部分按照国家卫健委发布的年度计划单独提交相应年度的数据)

(二) 患者住院总死亡率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 住院总死亡患者人数占同期出院患者总人次的比例。

【计算方法】

$$\text{患者住院总死亡率} = \frac{\text{住院总死亡患者人数}}{\text{同期出院患者总人次}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

(三) 新生儿患者住院死亡率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 新生儿住院死亡人数占同期新生儿出院患者人次的比例。

【计算方法】

$$\text{新生儿患者住院死亡率} = \frac{\text{新生儿住院死亡人数}}{\text{同期新生儿出院患者人次}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

（四）手术患者住院死亡率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 手术患者住院死亡人数占同期手术患者出院人次的比例。

【计算方法】

$$\text{手术患者住院死亡率} = \frac{\text{手术患者住院死亡人数}}{\text{同期手术患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

（五）住院患者出院后0-31天非预期再住院率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 出院后0-31天非预期再住院患者人次占同期出院患者总人次（除死亡患者外）的比例。

【计算方法】

$$\text{住院患者出院后0-31天非预期再住院率} = \frac{\text{出院后0-31天非预期再住院患者人次}}{\text{同期出院患者总人次（除死亡患者外）}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

(六) 手术患者术后48小时/31天内非预期重返手术室再次手术率

1. 手术患者术后48小时内非预期重返手术室再次手术率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 手术患者手术后48小时内因各种原因导致患者需进行的计划外再次手术占同期出院患者手术例数的比例。

【计算方法】

$$\text{手术患者术后48小时内非预期重返手术室再次手术率} = \frac{\text{手术患者术后48小时内非预期重返手术室再次手术例数}}{\text{同期出院患者手术例数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

2. 手术患者术后31天内非预期重返手术室再次手术率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 手术患者手术后31天内因各种原因导致患者需进行的计划外再次手术占同期出院患者手术例数的比例。

【计算方法】

$$\text{手术患者术后31天内非预期重返手术室再次手术率} = \frac{\text{手术患者术后31天内非预期重返手术室再次手术例数}}{\text{同期出院患者手术例数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

（七）ICD低风险病种患者住院死亡率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 年度医院出院患者中低风险病种出现死亡数量占出院人次中低风险病种总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{ICD低风险病种患者住院死亡率} = \frac{\text{ICD低风险病种住院患者死亡病例数}}{\text{ICD低风险病种出院患者病例总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

115个低风险病种ICD-10(2019v2.0)编码如下：

序 ICD-10

号编码类目病种名称

1A18其他器官的结核

2B00疱疹病毒[单纯疱疹]感染

3B02带状疱疹

4B08其他以皮肤和粘膜损害为特征的病毒性感染，不可归类在他处者

5B18慢性病毒性肝炎

6C73甲状腺恶性肿瘤

7D13消化系统其他和不明确部位的良性肿瘤

8D16骨和关节软骨良性肿瘤

9D17良性脂肪瘤样肿瘤

10D18血管瘤和淋巴管瘤，任何部位

11D24乳房良性肿瘤
12D25子宫平滑肌瘤
13D27卵巢良性肿瘤
14D36其他和未特指部位的良性肿瘤
15D50缺铁性贫血
16D69紫癜和其他出血性情况
17E05甲状腺毒症(甲状腺功能亢进症)
18E07甲状腺的其他疾患
19E10胰岛素依赖型糖尿病
20E11非胰岛素依赖型糖尿病
21G40癫痫
22G45短暂性大脑缺血性发作和相关的综合征
23H02眼睑的其他疾患
24H11结膜的其他疾患
25H25老年性白内障
26H26其他白内障
27H33视网膜脱离和断裂
28H40青光眼
29H81前庭功能疾患
30H91其他听觉丧失
31I10特发性(原发性)高血压
32I20心绞痛
33I47阵发性心动过速
34I70动脉粥样硬化

35I80 静脉炎和血栓性静脉炎
36I83 下肢静脉曲张
37I84 痔
38I86 其他部位的静脉曲张
39I87 静脉的其他疾患
40J04 急性喉炎和气管炎
41J06 多发性和未特指部位的急性上呼吸道感染
42J20 急性支气管炎
43J21 急性细支气管炎
44J32 慢性鼻窦炎
45J33 鼻息肉
46J34 鼻和鼻窦的其他疾患
47J35 扁桃体和腺样体慢性疾病
48J38 声带和喉疾病，不可归类在他处者
49J40 支气管炎，未特指为急性或慢性
50J45 哮喘
51K11 涎腺疾病
52K12 口炎和有关损害
53K21 胃-食管反流性疾病
54K22 食管的其他疾病
55K25 胃溃疡
56K29 胃炎和十二指肠炎
57K31 胃和十二指肠的其他疾病
58K35 急性阑尾炎

59K40腹股沟疝
60K52其他非感染性胃肠炎和结肠炎
61K60肛门及直肠区的裂和瘻
62K61肛门和直肠区脓肿
63K63肠的其他疾病
64K80胆石症
65L08皮肤和皮下组织其他局部感染
66M06其他类风湿性关节炎
67M13其他关节炎
68M17膝关节病
69M47脊椎关节强硬
70M48其他脊椎病
71M51其他椎间盘疾患
72M79其他软组织疾患，不可归类在他处者
73M87骨坏死
74N02复发性和持续性血尿
75N04肾病综合征
76N10急性肾小管-间质肾炎
77N13梗阻性和反流性尿路病
78N20肾和输尿管结石
79N40前列腺增生
80N43鞘膜积液和精子囊肿
81N45睾丸炎和附睾炎
82N80子宫内膜异位症

83N83 卵巢、输卵管和阔韧带的非炎性疾患
84000 异位妊娠
85002 受孕的其他异常产物
86020 妊娠早期出血
87026 为主要与妊娠有关的其他情况给予的孕产妇医疗
88035 为已知或可疑胎儿异常和损害给予的孕产妇医疗
89036 为其他已知或可疑的胎儿问题给予的孕产妇医疗
90042 胎膜早破
91047 假临产
92060 早产
93069 产程和分娩并发脐带并发症
94080 单胎顺产
95082 经剖宫产术的单胎分娩
96099 可归类在他处的孕产妇的其他疾病并发于妊娠、
分娩和产褥期
97P23 先天性肺炎
98P59 其他和未特指原因所致的新生儿黄疸
99P91 新生儿的其他大脑障碍
100Q35 腭裂
101R42 头晕和眩晕
102R56 惊厥，不可归类在他处者
103S00 头部浅表损伤
104S22 肋骨、胸骨和胸部脊柱骨折
105S42 肩和上臂骨折

- 106S52前臂骨折
- 107S62在腕和手水平的骨折
- 108S82小腿(包括踝)骨折
- 109S83膝关节和韧带脱位、扭伤和劳损
- 110T14身体未特指部位的损伤
- 111T18消化道内异物
- 112Z34正常妊娠监督
- 113Z47其他矫形外科的随诊医疗
- 114Z48其他手术的随诊医疗
- 115Z51其他医疗照顾

(八) DRGs低风险组患者住院死亡率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 年度运用DRGs分组器测算产生低风险组病例，其死亡率是指该组死亡的病例数占低风险组全部病例数量的比例。

【计算方法】

$$\text{DRGs低风险组死亡率} = \frac{\text{DRG低风险组死亡例数}}{\text{DRG低风险组总病例数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

三、医疗安全指标（年度获得性指标）

(一) 手术患者手术后肺栓塞发生例数和发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 ICD-10编码：I26的手术患者肺栓塞发生例数；以及手术患者手术后肺栓塞发生例数占同期手术患者出院人次的比例。

【计算方法】

$$\text{手术患者手术后肺栓塞发生率} = \frac{\text{手术患者手术后肺栓塞发生例数}}{\text{同期手术患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

(二) 手术患者手术后深静脉血栓发生例数和发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 ICD-10编码：I80.2，I82.8的手术患者手术后深静脉血栓发生例数，以及手术患者手术后深静脉血栓患者发生例数占同期手术患者出院人次的比例。

【计算方法】

$$\text{手术患者手术后深静脉血栓发生率} = \frac{\text{手术患者手术后深静脉血栓发生例数}}{\text{同期手术患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

(三) 手术患者手术后败血症发生例数和发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 ICD-10编码：A40.0至A40.9，A41.0至A41.9，T81.411，B37.700，B49.x00x019的手术患者手术后败血症发

生例数；以及手术患者手术后败血症发生例数占同期手术患者出院人次的比例。

【计算方法】

$$\text{手术患者手术后败血症发生率} = \frac{\text{手术患者手术后败血症发生例数}}{\text{同期手术患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

(四) 手术患者手术后出血或血肿发生例数和发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 ICD-10编码：T81.0的手术出院患者手术后出血或血肿发生例数；以及手术患者手术后出血或血肿发生例数占同期手术患者出院人次的比例。

【计算方法】

$$\text{手术患者术后出血或血肿发生率} = \frac{\text{手术患者手术后出血或血肿发生例数}}{\text{同期手术患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

(五) 手术患者手术伤口裂开发生例数和发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 ICD-10编码：T81.3的手术患者手术伤口裂开发生例数；以及手术患者手术伤口裂开发生例数占同期手术患者出院人次的比例。

【计算方法】

$$\text{手术患者手术伤口裂开发生率} = \frac{\text{手术患者手术伤口裂开发生例数}}{\text{同期手术患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

(六) 手术患者手术后猝死发生例数和发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 ICD-10编码：R96.0, R96.1, I46.1的手术患者手术后猝死发生例数；以及手术患者手术后猝死发生例数占同期手术出院人次的比例。

【计算方法】

$$\text{手术患者手术后猝死发生率} = \frac{\text{手术患者手术后猝死发生例数}}{\text{同期手术患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

(七) 手术患者手术后呼吸衰竭发生例数和发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 ICD-10编码：J95.800x004, J96.0, J96.1, J96.9的手术患者手术后呼吸衰竭发生例数；以及手术患者手术后呼吸衰竭发生例数占同期手术患者出院人次的比例。

【计算方法】

$$\text{手术患者手术后呼吸衰竭发生率} = \frac{\text{手术患者手术后呼吸衰竭发生例数}}{\text{同期手术患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

（八）手术患者手术后生理/代谢紊乱发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】ICD-10编码：E89.0至E89.9的手术患者手术后生理/代谢紊乱发生例数；手术患者手术后生理/代谢紊乱发生例数占同期手术患者出院人次的比例。

【计算方法】

$$\text{手术患者手术后生理/代谢紊乱发生率} = \frac{\text{手术患者手术后生理/代谢紊乱发生例数}}{\text{同期手术患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（九）与手术/操作相关感染发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】ICD-10编码：T81.4与手术/操作相关感染发生例数；以及与手术/操作相关感染发生例数占同期手术/操作患者出院人次的比例。

【计算方法】

$$\text{与手术/操作相关感染发生率} = \frac{\text{与手术/操作相关感染发生例数}}{\text{同期手术患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（十）手术过程中异物遗留发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 ICD-10编码：T81.5, T81.6的手术患者手术过程中异物遗留发生例数；以及手术过程中异物遗留发生例数占同期手术患者出院人次的比例。

【计算方法】

$$\text{手术过程中异物遗留发生率} = \frac{\text{手术过程中异物遗留发生例数}}{\text{同期手术患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

（十一）手术患者麻醉并发症发生例数和发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 ICD-10编码：T88.2至T88.5的手术患者麻醉并发症发生例数；以及手术患者麻醉并发症发生例数占同期手术患者出院人次的比例。

【计算方法】

$$\text{手术患者麻醉并发症发生率} = \frac{\text{手术患者麻醉并发症发生例数}}{\text{同期手术患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

（十二）手术患者肺部感染与肺机能不全发生例数和发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 ICD-10编码：J95.1至J95.9, J95.8, J95.9,

J98.4, J15至J16, J18的手术患者肺部感染与肺机能不全发生例数；以及手术患者肺部感染与肺机能不全发生例数占同期手术患者出院人次的比例。

【计算方法】

$$\text{手术患者肺部感染与肺机能不全发生率} = \frac{\text{手术患者肺部感染与肺机能不全发生例数}}{\text{同期手术患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

(十三) 手术意外穿刺伤或撕裂伤发生例数和发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 ICD-10编码：T81.2的手术患者手术意外穿刺伤或撕裂伤发生例数；以及手术意外穿刺伤或撕裂伤发生例数占同期手术患者出院人次的比例。

【计算方法】

$$\text{手术意外穿刺伤或撕裂伤发生率} = \frac{\text{手术意外穿刺伤或撕裂伤发生例数}}{\text{同期手术患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

(十四) 手术后急性肾衰竭发生例数和发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 ICD-10编码：N17.0至N17.9, N99.0的手术患者手术后急性肾衰竭发生例数；以及手术后急性肾衰竭发生例数占同期手术患者出院人次的比例。

【计算方法】

$$\text{术后急性肾衰竭发生率} = \frac{\text{手术患者手术后急性肾衰竭发生例数}}{\text{同期手术患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

(十五) 各系统/器官术后并发症发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比 (%)

【指标定义】手术患者消化 (K91.0至K91.9的手术出院患者)、循环 (I97.0, I97.1, I97.8, I97.9的手术出院患者)、神经 (G97.0, G97.1, G97.2, G97.8, G97.9, I60至I64的手术出院患者)、眼和附器 (H59.0, H59.8, H59.9的手术出院患者)、耳和乳突 (H95.0, H95.1, H95.8, H95.9的手术出院患者)、肌肉骨骼 (M96.0至M96.9的手术出院患者)、泌尿生殖 (N98.0至N98.3, N98.8, N98.9, N99.0至N99.9的手术出院患者)、口腔 (K11.4, S04.3, S04.5, T81.2的手术出院患者) 等系统/器官术后并发症发生例数; 以及手术患者消化、循环、神经、眼和附器、耳和乳突、肌肉骨骼、泌尿生殖、口腔等系统/器官术后并发症发生例数占同期手术患者出院人次的比例。

【计算方法】

$$\text{各系统/器官术后并发症发生率} = \frac{\text{手术患者消化、循环、神经、眼和附器、耳和乳突、肌肉骨骼、泌尿生殖、口腔系统/器官术后并发症发生例数}}{\text{同期手术患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

(十六) 植入物的并发症 (不包括脓毒症) 发生例数和

发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

手术患者心脏和血管（T82.0至T82.9的手术出院患者）、泌尿生殖道（T83.0至T83.9的手术出院患者）、骨科（T84.0至T84.9的手术出院患者）及其他（T85.0至T85.9的手术出院患者）植入物的并发症（不包括脓毒症）发生例数；以及手术患者心脏和血管、泌尿生殖道、骨科及其他植入物的并发症（不包括脓毒症）发生例数占同期手术患者出院人次的比例。

【计算方法】

植入物的并发症（不包括脓毒症）发生率 = $\frac{\text{植入物的并发症（不包括脓毒症）发生例数}}{\text{同期手术患者出院人次}} \times 100\%$

【指标导向】 逐步降低

（十七）再植和截肢的并发症发生例数和发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 ICD-10编码：T87.0至T87.6的再植和截肢并发症发生例数；以及再植和截肢并发症发生例数占同期再植和截肢患者出院人次的比例。

【计算方法】

$$\text{再植和截肢的并发症发生率} = \frac{\text{再植和截肢并发症发生例数}}{\text{同期再植和截肢患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

(十八) 介入操作与手术后患者其他并发症发生例数和发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 ICD-10编码: T81.1, T81.7, T81.8, T81.9

介入操作与手术后患者其他并发症发生例数; 以及介入操作与手术后患者其他并发症发生例数占同期介入操作与手术患者出院人次的比例。

【计算方法】

$$\text{介入操作与手术后患者其他并发症发生率} = \frac{\text{介入操作与手术后患者其他并发症发生例数}}{\text{同期介入操作与手术患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

(十九) 新生儿产伤发生例数和发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 ICD-10编码: P10.0至P10.9, P11.0至P11.9,

P12.0至P12.9, P13.0至P13.9, P14.0至P14.9, P15.0至P15.9, A33发生产伤的新生儿出院患者人次; 以及发生产伤的新生儿出院患者人次占同期活产儿人数的比例。

【计算方法】

$$\text{新生儿产伤发生率} = \frac{\text{发生产伤的新生儿出院患者人次}}{\text{同期活产儿人数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

(二十) 阴道分娩产妇产程和分娩并发症发生例数和发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 ICD-10编码：070.2, 070.3, 070.9, 071.0至071.9, 072.0, 072.1, 072.2, 072.3, 073.0, 073.1, 074.0至074.9, 075.0至075.9, 086.0至086.8, 087.0至087.9, 088.0至088.8, 089.0至089.9, 090.1至090.9, A34的阴道分娩产妇产程和分娩并发症发生例数；以及阴道分娩产妇产程和分娩并发症发生例数占同期阴道分娩出院产妇人数的比例。

【计算方法】

$$\text{阴道分娩产妇产程和分娩并发症发生率} = \frac{\text{阴道分娩产妇产程和分娩并发症发生例数}}{\text{同期阴道分娩出院产妇人数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

(二十一) 剖宫产产妇产程和分娩并发症发生例数和发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 ICD-10编码：071.0至071.9, 072.0,

072.1, 072.2, 072.3, 073.0, 073.1, 074.0至074.9, 075.0至075.9, 086.0至086.8, 087.0至087.9, 088.0至088.8, 089.0至089.9, 090.0, 090.2至090.9, 095, A34的剖宫产分娩产妇产程和分娩并发症发生例数；以及剖宫产分娩产妇产程和分娩并发症发生例数占同期剖宫产分娩产妇出院人数的比例。

【计算方法】

剖宫产分娩产妇产程和分娩并发症发生率 = $\frac{\text{剖宫产分娩产妇产程和分娩并发症发生例数}}{\text{同期剖宫产分娩产妇出院人数}} \times 100\%$

【指标导向】 逐步降低

(二十二) 2期及以上院内压力性损伤发生例数及发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 ICD-10编码：L89.1, L89.2, L89.3, L89.9 出院患者2期及以上院内压力性损伤发生例数；2期及以上院内压力性损伤发生例数以及占同期出院患者人次的比例。

【计算方法】

2期及以上院内压力性损伤发生率 = $\frac{\text{2期及以上院内压力性损伤新发病例数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$

【指标导向】 逐步降低

(二十三) 输注反应发生例数和发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】ICD-10编码：T80.0, T80.1, T80.2, T80.8, T80.9出院患者输注反应发生例次；出院患者输注反应发生例次以及占同期接受输注出院患者人次的比例。

【计算方法】

$$\text{输注反应发生率} = \frac{\text{发生输注反应的出院患者例次}}{\text{同期接受输注的出院患者人次}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

(二十四) 输血反应发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】ICD10编码：T80.0至T80.9发生输血反应的出院患者例次；以及发生输血反应的出院患者例次占同期出院患者输血人次的比例。

【计算方法】

$$\text{输血反应发生率} = \frac{\text{发生输血反应的出院患者例次}}{\text{同期出院患者输血总例次}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

(二十五) 医源性气胸发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】ICD-10编码：J93.8, J93.9, J95.804, T81.218发生医源性气胸出院患者人次；发生医源性气胸出院患者人次以及占同期出院患者人次的比例。

【计算方法】

$$\text{医源性气胸发生率} = \frac{\text{发生医源性气胸出院患者人次}}{\text{同期出院患者人次}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

(二十六) 住院患者医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比 (%)

【指标定义】ICD-10编码：S32.1至S32.5, S32.7, S32.8, S71.8, S72.0住院患者医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生例数；以及住院患者医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生例数占同期住院患者跌倒/坠床发生例数的比例。

【计算方法】

$$\text{住院患者医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生率} = \frac{\text{住院患者医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生例数}}{\text{同期住院患者跌倒/坠床发生例数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

(二十七) 住院ICU患者呼吸机相关性肺炎发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比 (%)

【指标定义】ICD-10编码：J95.802的ICU出院患者呼吸机相关性肺炎发生例数和发生率。

【计算方法】

$$\text{呼吸机相关性肺炎发生率} = \frac{\text{住院ICU患者呼吸机相关性肺炎发生例数}}{\text{同期ICU住院患者呼吸机使用例数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

(二十八) 住院ICU患者血管导管相关性感染发生例数和发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 ICD-10编码：T82.700x001的使用血管导管ICU出院患者血管导管相关性感染发生例数和发生率。

【计算方法】

$$\text{血管导管相关性感染发生率} = \frac{\text{住院ICU患者血管导管相关性感染发生例数}}{\text{同期ICU住院患者血管导管使用例数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

(二十九) 住院ICU患者导尿管相关性尿路感染发生例数和发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 ICD-10编码：T83.500x003的使用导尿管ICU出院患者相关性尿路感染发生例数和发生率

【计算方法】

$$\text{导尿管相关性尿路感染发生率} = \frac{\text{住院ICU患者导尿管相关性尿路感染发生例数}}{\text{同期ICU住院患者导尿管使用例数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

(三十) 临床用药所致的有害效应（不良事件）发生例

数和发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 住院患者中全身性抗菌药物 (Y40.0至Y40.9的出院患者)、降血糖药物 (Y42.3的出院患者)、抗肿瘤药物 (Y43.1, Y43.3的出院患者)、抗凝剂 (Y44.2, Y44.3, Y44.4, Y44.5的出院患者)、镇痛药和解热药 (Y45.0至Y45.9的出院患者)、心血管系统用药 (Y52.0至Y52.9的出院患者)、X线造影剂及其他诊断性制剂 (Y57.5, Y57.6的出院患者) 等有害效应发生例数; 以及住院患者中全身性抗菌药物、降血糖药物、抗肿瘤药物、抗凝剂、镇痛药和解热药、心血管系统用药、X线造影剂及其他诊断性制剂等有害效应发生例数占同期出院患者人次。

【计算方法】

临床用药所致的有害效应 (不良事件) 发生率 = $\frac{\text{临床用药所致的有害效应 (不良事件) 发生例数}}{\text{同期出院患者人次}} \times 100\%$

【指标导向】 逐步降低

(三十一) 血液透析所致并发症发生例数和发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 ICD-10编码: T80.6, T80.8, T80.9, T82.4, T82.7住院患者血液透析所致并发症发生例数; 以及住院患者血液透析所致并发症发生例数占同期血液透析出院患者

人次的比例。

【计算方法】

$$\text{血液透析所致并发症发生率} = \frac{\text{住院患者血液透析所致并发症发生例数}}{\text{同期血液透析出院患者人次}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

第三章 重点专业质量控制指标

数据来源：

- (1) 国家医疗质量管理与控制信息网 (NCIS)
- (2) 全国医院质量监测系统 (HQMS)
- (3) 国家单病种质量监测平台
- (4) 省级相关数据收集系统
- (5) 医院填报

一、重症医学专业医疗质量控制指标

(一) ICU患者收治率和ICU患者收治床日率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 ICU患者收治率是指ICU收治患者总数占同期医院收治患者总数的比例。ICU患者收治床日率是指ICU收治患者总床日数占同期医院收治患者总床日数的比例。同一患者同一次住院多次转入ICU，记为“多人次”。

【计算方法】

$$\text{ICU患者收治率} = \frac{\text{ICU收治患者总数}}{\text{同期医院收治患者总数}} \times 100\%$$

$$\text{ICU患者收治床日率} = \frac{\text{ICU收治患者总床日数}}{\text{同期医院收治患者总床日数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

(二) 急性生理与慢性健康评分(APACHE II评分) ≥ 15 分

患者收治率(入ICU24小时内)

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 入ICU24小时内，APACHE II 评分 \geq 15分患者数占同期ICU收治患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{APACHE II 评分} \geq 15 \text{ 分患者收治率 (入ICU24小时内)} = \frac{\text{APACHE II 评分} \geq 15 \text{ 分患者}}{\text{同期ICU收治患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

(三) 感染性休克3h集束化治疗(bundle)完成率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 感染性休克3h集束化治疗(bundle)，是指感染性休克诊断后3小时内完成：测量乳酸浓度；抗菌药物治疗前进行血培养；予以广谱抗菌药物；低血压或乳酸 \geq 4mmol/L给予30ml/kg晶体液进行目标复苏。感染性休克3h集束化治疗(bundle)完成率，是指入ICU诊断为感染性休克并全部完成3hbundle的患者数占同期入ICU诊断为感染性休克患者总数的比例。不包括住ICU期间后续新发生的感染性休克病例。

【计算方法】

$$\text{感染性休克3h集束化治疗(bundle)完成率} = \frac{\text{入ICU诊断为感染性休克并全部完成3h bundle的患者数}}{\text{同期入ICU诊断为感染性休克患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

(四) ICU抗菌药物治疗前病原学送检率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 以治疗为目的使用抗菌药物的ICU住院患者，使用抗菌药物前病原学检验标本送检病例数占同期使用抗菌药物治疗病例总数的比例。病原学检验标本包括：各种微生物培养、降钙素原、白介素-6等感染指标的血清学检验。

【计算方法】

$$\text{ICU抗菌药物治疗前病原学送检率} = \frac{\text{使用抗菌药物前病原学检验标本送检病例数}}{\text{同期使用抗菌药物治疗病例总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

(五) ICU深静脉血栓(DVT)预防率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 进行深静脉血栓(DVT)预防的ICU患者数占同期ICU收治患者总数的比例。深静脉血栓预防措施包括药物预防(肝素或低分子肝素抗凝)、机械预防(肢体加压泵、梯度压力弹力袜等)以及下腔静脉滤器等。

【计算方法】

$$\text{ICU深静脉血栓(DVT)预防率} = \frac{\text{进行深静脉血栓(DVT)预防的ICU患者数}}{\text{同期ICU收治患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

(六) ICU气管插管拔管后48h内再插管率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 气管插管计划拔管后48h内再插管例数占同期ICU患者气管插管拔管总例数的比例。不包括非计划气管插管拔管后再插管。

【计算方法】

$$\text{ICU气管插管拔管后48h内再插管率} = \frac{\text{气管插管计划拔管后48h内再插管例数}}{\text{同期ICU患者气管插管拔管总例数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

（七）转出ICU后48h内重返率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 转出ICU后48h内重返ICU的患者数占同期转出ICU患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{转出ICU后48h内重返率} = \frac{\text{转出ICU后48h内重返ICU的患者数}}{\text{同期转出ICU患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

（八）ICU呼吸机相关性肺炎(VAP)发病率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 例/千机械通气日

【指标定义】 VAP发生例数占同期ICU患者有创机械通气总天数的比例。

【计算方法】

$$\text{ICU呼吸机相关性肺炎 (VAP) 发病率} = \frac{\text{VAP发生例数}}{\text{同期ICU患者有创机械通气总天数}} \times 1000\%$$

【指标导向】逐步降低

(九) ICU血管内导管相关血流感染(CRBSI)发病率

【指标属性】定量指标

【计量单位】例/千导管日

【指标定义】CRBSI发生例数(ICD-10编码: T82.700x001的使用血管导管ICU出院患者)占同期ICU患者血管内导管留置总天数的比例。

【计算方法】

$$\text{ICU血管内导管相关血流感染 (CRBSI) 发病率} = \frac{\text{CRBSI发生例数}}{\text{同期ICU患者血管内导管留置总天数}} \times 1000\%$$

【指标导向】逐步降低

(十) ICU导尿管相关泌尿系统感染(CAUTI)发病率

【指标属性】定量指标

【计量单位】例/千导尿管日

【指标定义】CAUTI发生例数(ICD-10编码: T83.500x003的使用使用尿管ICU出院患者)占同期ICU患者导尿管留置总天数的比例。

【计算方法】

$$\text{ICU导尿管相关泌尿系统感染 (CAUTI) 发病率} = \frac{\text{CAUTI发生例数}}{\text{同期ICU患者导尿管留置总天数}} \times 1000\%$$

【指标导向】逐步降低

二、急诊专业医疗质量控制指标

（一）抢救室滞留时间中位数

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 小时

【指标定义】 抢救室滞留时间是指急诊抢救室患者从进入抢救室到离开抢救室（不包括死亡患者）的时间（以小时为单位）。抢救室滞留时间中位数是指将急诊抢救室患者从进入抢救室到离开抢救室（不包括死亡患者）的时间由长到短排序后取其中位数。

【计算方法】

抢救室滞留时间中位数= $X_{(n+1)/2}$ ，n为奇数

抢救室滞留时间中位数= $(X_{n/2}+X_{n/2+1})/2$ ，n为偶数

注：n为急诊抢救室患者数，X为抢救室滞留时间。

【指标导向】 逐步降低

（二）急性心肌梗死(STEMI)患者平均门药时间及门药时间达标率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 分钟；百分比（%）

【指标定义】 急性心肌梗死（STEMI）患者平均门药时间是指行溶栓药物治疗的急性心肌梗死（STEMI）患者从进入急诊科到开始溶栓药物治疗的平均时间。急性心肌梗死（STEMI）患者门药时间达标是指在溶栓药物时间窗（发病

12小时)内, 就诊的急性心肌梗死(STEMI)患者门药时间在30分钟内。急性心肌梗死(STEMI)患者门药时间达标率是指急性心肌梗死(STEMI)患者门药时间达标的患者数占同期就诊时在溶栓药物时间窗内应行溶栓药物治疗的急性心肌梗死(STEMI)患者总数的比例。

【计算方法】

1. 急性心肌梗死患者平均门药时间 = $\frac{\text{行溶栓药物治疗的急性心肌梗死患者的门药时间总和}}{\text{同期行溶栓药物治疗的急性心肌梗死患者总数}} \times 100\%$
2. 急性心肌梗死患者门药时间达标率 = $\frac{\text{急性心肌梗死患者门药时间达标的患者数}}{\text{同期就诊时在溶栓药物时间窗内应行溶栓药物治疗的急性心肌梗死患者总数}} \times 100\%$

【指标导向】 监测比较; 逐步提高

(三) 急性心肌梗死(STEMI)患者平均门球时间及门球时间达标率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 分钟; 百分比(%)

【指标定义】急性心肌梗死(STEMI)患者平均门球时间是指行急诊PCI的急性心肌梗死(STEMI)患者, 从进入急诊科到开始PCI的平均时间。急性心肌梗死(STEMI)患者门球时间达标是指在PCI时间窗(发病12小时)内, 就诊的急性心肌梗死(STEMI)患者门球时间在90分钟内。急性心肌梗死(STEMI)患者门球时间达标率是指急性心肌梗死(STEMI)患者门球时间达标的患者数占同期就诊时在PCI时间窗内应

行PCI的急性心肌梗死（STEMI）患者总数的比例。

【计算方法】

1. 急性心肌梗死患者平均门球时间 = $\frac{\text{行急诊PCI的急性心肌梗死患者的门球时间总和}}{\text{同期行急诊PCI的急性心肌梗死患者总数}} \times 100\%$
2. 急性心肌梗死患者门球时间达标率 = $\frac{\text{急性心肌梗死患者门球时间达标的患者数}}{\text{同期就诊时在应行PCI时间窗内应行急诊PCI治疗的急性心肌梗死患者总数}} \times 100\%$

【指标导向】监测比较；逐步提高

（四）急诊抢救室患者死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】急诊抢救室患者死亡是指患者从进入急诊抢救室开始72小时内死亡（包括因不可逆疾病而自动出院的患者）。急诊抢救室患者死亡率是指急诊抢救室患者死亡总数占同期急诊抢救室抢救患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{急诊抢救室患者死亡率} = \frac{\text{急诊抢救室患者死亡总数}}{\text{同期急诊抢救室抢救患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（五）ROSC成功率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】ROSC（心肺复苏术后自主呼吸循环恢复）成功是指急诊呼吸心脏骤停患者，心肺复苏术（CPR）后自

主呼吸循环恢复超过24小时。ROSC成功率是指ROSC成功总例次数占同期急诊呼吸心脏骤停患者行心肺复苏术总例次数的比例。同一患者24小时内行多次心肺复苏术，记为“一例次”。

【计算方法】

$$\text{ROSC成功} = \frac{\text{ROSC成功总例次数}}{\text{同期急诊呼吸心脏骤停患者行心肺复苏术总例次数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

三、临床检验专业医疗质量控制指标

（一）标本类型错误率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】类型不符合要求的标本数占同期标本总数的比例。

【计算方法】

$$\text{标本类型错误率} = \frac{\text{类型不符合要求的标本数}}{\text{同期标本总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（二）标本容器错误率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】采集容器不符合要求的标本数占同期标本总数的比例。

【计算方法】

$$\text{标本容器错误率} = \frac{\text{采集容器不符合要求的标本数}}{\text{同期标本总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

(三) 抗凝标本凝集率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 凝集的标本数占同期需抗凝的标本总数的比例。

【计算方法】

$$\text{抗凝标本凝集率} = \frac{\text{凝集的标本数}}{\text{同期需抗凝的标本总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

(四) 室内质控项目开展率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 开展室内质控的检验项目数占同期检验项目总数的比例。

【计算方法】

$$\text{室内质控开展率} = \frac{\text{开展室内质控的检验项目数}}{\text{同期检验项目总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

(五) 室内质控项目变异系数不合格率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 室内质控项目变异系数高于要求的检验项目数占同期对室内质控项目变异系数有要求的检验项目总数的比例。

【计算方法】

$$\text{室内质控项目变异系数不合格率} = \frac{\text{室内质控项目变异系数高于要求的检验项目数}}{\text{同期对室内质控项目变异系数有要求的检验项目总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

（六）室间质评项目参加率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 参加室间质评的检验项目数占同期特定机构（国家、省级等）已开展的室间质评项目总数的比例。

【计算方法】

$$\text{室间质评项目参加率} = \frac{\text{参加室间质评的检验项目数}}{\text{同期对特定机构已开展的室间质评项目总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

（七）室间质评项目不合格率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 室间质评不合格的检验项目数占同期参加室间质评检验项目总数的比例。

【计算方法】

$$\text{室间质评不合格率} = \frac{\text{室间质评不合格的检验项目数}}{\text{同期参加室间质评检验项目总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

(八) 实验室内周转时间中位数

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 分钟

【指标定义】 实验室内周转时间是指从实验室收到标本到发送报告的时间（以分钟为单位）。实验室内周转时间中位数，是指将实验室内周转时间由长到短排序后取其中位数。（标本类型按照生化、自动化免疫、三大常规、凝血4类分别填报）

【计算方法】

实验室内周转时间中位数= $X_{(n+1)/2}$ ，n为奇数

实验室内周转时间中位数= $(X_{n/2}+X_{n/2+1})/2$ ，n为偶数

注：n为检验标本，X为实验室内周转时间。

【指标导向】 逐步降低

(九) 危急值通报率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 危急值是指除外检查仪器或试剂等技术原因出现的表明患者可能正处于生命危险的边缘状态，必须立刻进行记录并第一时间报告给该患者主管医师的检验结果。危急值通报率是指已通报的危急值检验项目数占同

期需要通报的危急值检验项目总数的比例。

【计算方法】

$$\text{危急值通报率} = \frac{\text{已通报的危急值检验项目数}}{\text{同期需要通报的危急值检验项目总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

四、病理专业医疗质量控制指标

(一) 每百张病床病理医师数

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 人

【指标定义】 平均每100张实际开放病床病理医师的数量。

【计算方法】

$$\text{每百张病床病理医师数} = \frac{\text{病理医师数}}{\text{同期该医疗机构实际开放床位数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

(二) 每百张病床病理技术人员数

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 人

【指标定义】 病理技术人员是指进行病理切片、染色、免疫组化及分子病理等工作的专业技术人员。每百张病床病理技术人员数，是指平均每100张实际开放病床病理技术人员的数量。

【计算方法】

$$\text{每百张病床病理技术人员数} = \frac{\text{病理技术人员数}}{\text{本院实际开放病床数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

(三) 标本规范化固定率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比 (%)

【指标定义】标本规范化固定是指病理标本及时按行业推荐方法切开，以足量10%中性缓冲福尔马林充分固定。有特殊要求者可使用行业规范许可的其它固定液。标本规范化固定率是指规范化固定的标本数占同期标本总数的比例。

【计算方法】

$$\text{标本规范化固定率} = \frac{\text{规范化固定的标本数}}{\text{同期标本总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

(四) HE染色切片优良率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比 (%)

【指标定义】HE染色优良切片是指达到行业优良标准要求HE染色切片。HE染色优良切片优良率，是指HE染色优良切片数占同期HE染色切片总数的比例。

【计算方法】

$$\text{HE染色切片优良率} = \frac{\text{HE染色优良切片数}}{\text{同期HE染色切片总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

(五) 免疫组化染色切片优良率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 免疫组化染色优良切片是指达到行业优良标准要求的免疫组化染色切片。免疫组化染色切片优良率，是指免疫组化染色优良切片数占同期免疫组化染色切片总数的比例。

【计算方法】

$$\text{免疫组化切片染色优良率} = \frac{\text{免疫组化染色优良切片数}}{\text{同期免疫组化染色切片总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

(六) 术中快速病理诊断及时率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 在规定时间内，完成术中快速病理诊断报告的标本数占同期术中快速病理诊断标本总数的比例。规定时间是指单例标本术中快速病理诊断报告在收到标本后30分钟内完成。若前一例标本术中快速病理诊断报告未完成，新标本术中快速病理诊断报告在收到标本后45分钟内完成。

【计算方法】

$$\text{术中快速病理诊断及时率} = \frac{\text{在规定时间内完成术中快速病理诊断报告的标本数}}{\text{同期术中快速病理诊断标本总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

(七) 组织病理诊断及及时率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 在规定时间内，完成组织病理诊断报告的标本数占同期组织病理诊断标本总数的比例。规定时间是指穿刺、内窥镜钳取活检的小标本，自接收标本起，≤3个工作日发出病理报告；其他类型标本自接收标本起，≤5个工作日发出病理报告；需特殊处理、特殊染色、免疫组化染色、分子检测的标本，按照有关行业标准增加相应的工作日。

【计算方法】

$$\text{组织病理诊断及及时率} = \frac{\text{在规定时间内完成组织病理诊断报告的标本数}}{\text{同期组织病理诊断标本总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

(八) 细胞病理诊断及及时率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 在规定时间内，完成细胞病理诊断报告的标本数占同期细胞病理诊断标本总数的比例。规定时间是指自接收标本起，≤2个工作日发出细胞病理诊断报告；需特殊处理、特殊染色、免疫组化染色、分子检测的标本，按照有关行业标准增加相应的工作日。

【计算方法】

在规定时间内完成细胞
细胞病理诊断及及时率= $\frac{\text{病理诊断报告的标本数}}{\text{同期细胞病理诊断标本总数}} \times 100\%$

【指标导向】 逐步提高

【指标导向】 逐步提高

(九) 免疫组化染色室间质评合格率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 免疫组化染色室间质评合格，是指参加省级以上病理质控中心组织的免疫组化染色室间质评，并达到合格标准。免疫组化染色室间质评合格率，是指免疫组化染色室间质评合格次数占同期免疫组化染色室间质评总次数的比例。

【计算方法】

免疫组化染色室间质评合格率= $\frac{\text{免疫组化染色室间质评合格次数}}{\text{同期免疫组化染色室间质评总次数}} \times 100\%$

【指标导向】 逐步提高

(十) 细胞学病理诊断质控符合率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 细胞学原病理诊断与抽查质控诊断符合的标本数占同期抽查质控标本总数的比例。抽查标本数应占总阴性标本数至少5%。

【计算方法】

细胞学原病理诊断与抽查

$$\text{细胞学病理诊断质控符合率} = \frac{\text{质控诊断符合的标本数}}{\text{同期抽查质控标本总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

(十一) 术中快速诊断与石蜡诊断符合率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 术中快速诊断与石蜡诊断符合是指二者在良恶性病变的定性诊断方面一致。术中快速诊断与石蜡诊断符合率，是指术中快速诊断与石蜡诊断符合标本数占同期术中快速诊断标本总数的比例。

【计算方法】

$$\text{术中快速诊断与石蜡诊断符合率} = \frac{\text{术中快速诊断与石蜡诊断符合标本数}}{\text{同期术中快速诊断标本总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

五、医院感染管理医疗质量控制指标

(一) 医院感染发病(例次)率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 医院感染新发病例是指观察期间发生的医院感染病例，即观察开始时没有发生医院感染，观察开始后直至结束时发生的医院感染病例，包括观察开始时已发生医院感染，在观察期间又发生新的医院感染的病例。医院感染发病(例次)率是指住院患者中发生医院感染新发病例(例

次)的比例。

【计算方法】

$$\text{医院感染发病(例次)率} = \frac{\text{医院感染新发病例(例次)数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

(二) 医院感染现患(例次)率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比(%)

【指标定义】 确定时段或时点住院患者中, 医院感染患者(例次)数占同期住院患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{医院感染现患(例次)率} = \frac{\text{确定时段或时点住院患者中医院感染患者(例次)数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

(三) 医院感染病例漏报率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比(%)

【指标定义】 应当报告而未报告的医院感染病例数占同期应报告医院感染病例总数的比例。

【计算方法】

$$\text{医院感染病例漏报率} = \frac{\text{应当报告而未报告的医院感染病例数}}{\text{同期应报告医院感染病例总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

（四）多重耐药菌感染发现率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】多重耐药菌主要包括：碳青霉烯类肠杆菌科细菌（CRE）、耐甲氧西林金黄色葡萄球菌（MRSA）、耐万古霉素肠球菌（VRE）、耐碳青霉烯鲍曼不动杆菌（CRABA）、耐碳青霉烯铜绿假单胞菌（CRPAE）。多重耐药菌感染发现率是指多重耐药菌感染患者数（例次数）与同期住院患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{多重耐药菌感染发现率} = \frac{\text{多重耐药菌感染患者数（例次数）}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（五）多重耐药菌感染检出率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】多重耐药菌检出菌株数与同期该病原体检出菌株总数的比例。

【计算方法】

$$\text{多重耐药菌感染检出率} = \frac{\text{多重耐药菌感染检出菌株数}}{\text{同期该病原体检出菌株总数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

（六）医务人员手卫生依从率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 受调查的医务人员实际实施手卫生次数占同期调查中应实施手卫生次数的比例。

【计算方法】

$$\text{医务人员手卫生依从率} = \frac{\text{受调查的医务人员实际实施手卫生次数}}{\text{同期调查中应实施手卫生次数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

（七）抗菌药物治疗前病原学送检率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 以治疗为目的使用抗菌药物的住院患者，使用抗菌药物前病原学检验标本送检病例数占同期使用抗菌药物治疗病例总数的比例。病原学检验标本包括：各种微生物培养微生物培养及药敏试验、显微镜检查、免疫学检测以及分子快速诊断检验项目并完成标本采集。

【计算方法】

$$\text{抗菌药物治疗前病原学送检率} = \frac{\text{使用抗菌药物前完成病原学送检的病例数}}{\text{同期使用抗菌药物治疗病例数}} \times 100\%$$

【指标说明】 抗菌药物治疗前病原学送检是指在使用抗菌药物治疗前开具《常见病原学检验相关项目目录》并完成相关标本采集。

【指标导向】 监测达标，接受抗菌药物治疗的患者，抗

菌药物使用前病原学送检率不低于50%。

（八）I类切口手术部位感染率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】I类切口手术部位感染是指发生I类（清洁）切口，即手术未进入炎症区，未进入呼吸、消化及泌尿生殖道，以及闭合性创伤手术符合上述条件的手术切口的感染，包括无植入物手术后30天内、有植入物手术后1年内发生的手术部位感染。I类切口手术部位感染率，是指发生I类切口手术部位感染病例数占同期I类切口手术患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{I类切口手术部位感染率} = \frac{\text{发生I类切口手术部位感染病例数}}{\text{同期I类切口手术患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

（九）I类切口手术抗菌药物预防使用率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】I类切口手术预防使用抗菌药物的患者数占同期I类切口手术患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{I类切口手术抗菌药物预防使用率} = \frac{\text{I类切口手术预防使用抗菌药物的患者数}}{\text{同期I类切口手术患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测达标

（十）呼吸机相关肺炎发病率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 例/千机械通气日（‰）

【指标定义】 使用呼吸机住院患者中新发呼吸机相关肺炎的发病频率。

单位：例/千机械通气日。

【计算方法】

$$\text{呼吸机相关肺炎发生率} = \frac{\text{呼吸机相关肺炎例次数}}{\text{同期患者使用呼吸机总天数}} \times 1000\%$$

【指标导向】 逐步降低

（十一）导尿管相关泌尿系感染发病率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 例/千导尿管日（‰）

【指标定义】 使用导尿管住院患者中新发导尿管相关泌尿系感染的发病频率。单位：例/千导尿管日。

【计算方法】

$$\text{导尿管相关泌尿系感染发病率} = \frac{\text{导尿管相关泌尿系感染例次数}}{\text{同期患者使用导尿管总天数}} \times 1000\%$$

【指标导向】 逐步降低

（十二）院感质控数据上报率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 医疗机构上报院感质控数据的累计月数占

应上报累计月数的比例。

【计算方法】

$$\text{院感质控数据上报率} = \frac{\text{医疗机构上报院感质控数据累计月数}}{\text{医疗机构应上报质控数据累计月数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

六、临床用血质量控制指标

（一）《临床输血申请单》合格率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 符合用血条件且填写规范的《临床输血申请单》数量占同期输血科（血库）接收的《临床输血申请单》总数的百分比。

【计算方法】

$$\text{《临床输血申请单》合格率} = \frac{\text{符合用血条件且填写规范的申请单数}}{\text{同期输血科（血库）接收的申请单总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测达标

（二）受血者标本血型复查率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 是指输血科（血库）对受血者血液标本复查血型的数量占同期接收受血者血液标本总数的百分比。

【计算方法】

$$\text{受血者标本血型复查率} = \frac{\text{受血者血液标本复查血型数}}{\text{同期接收受血者血液标本总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

(三) 输血相容性检测项目室内质控率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 开展室内质控的输血相容性检测项目数占医疗机构开展的输血相容性检测项目总数的百分比。

【计算方法】

$$\text{输血相容性检测项目室内质控率} = \frac{\text{开展室内质控的输血相容性检测项目数}}{\text{医疗机构开展的输血相容性检测项目总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

(四) 输血相容性检测室间质评项目参加率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 参加室间质评的输血相容性检测项目数占所参加的室间质评机构输血相容性检测室间质评项目总数的百分比。

【计算方法】

$$\text{输血相容性检测室间质评项目参加率} = \frac{\text{参加室间质评的输血相容性检测项目数}}{\text{所参加的室间质评机构输血相容性检测室间质评项目总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

(五) 室间质评项目合格率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】室间质评合格项目数占同期参加室间质评检验项目总数的比例。

【计算方法】

$$\text{室间质评项目合格率} = \frac{\text{室间质评合格项目数}}{\text{同期参加室间质评检验项目总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

(六) 千输血人次输血不良反应上报例数

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 例

【指标定义】 单位时间内，每千输血人次中输血不良反应上报例数。

【计算方法】

$$\text{千输血人次输血不良反应上报例数} = \frac{\text{输血不良反应上报例数}}{\text{输血总人次}} \times 1000\%$$

【指标导向】 监测比较

(七) 一二级手术台均用血量

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 U

【指标定义】 单位时间一级和二级手术台均用血量。此处仅统计红细胞成分及全血用量。

【计算方法】

$$\text{一二级手术台均用血量} = \frac{\text{一级和二级手术用血总单位数}}{\text{同期一级和二级手术总台数}}$$

【指标导向】 逐步降低

（八）三四级手术台均用血量

【指标属性】定量指标

【计量单位】U

【指标定义】单位时间三级和四级手术台均用血量。此处仅统计异体红细胞成分及全血用量。

【计算方法】

$$\text{三四级手术台均用血量} = \frac{\text{三级和四级手术用血总单位数}}{\text{同期三级和四级手术总台数}}$$

【指标导向】监测比较

（九）手术患者自体输血率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间手术患者住院期间自体输血量占手术患者异体输血量 and 自体输血量之和的百分比。此处仅统计红细胞成分及全血用量。

【计算方法】

$$\text{手术患者自体输血率} = \frac{\text{手术患者自体输血总单位数}}{\text{同期手术患者异体输血单位数} + \text{自体输血单位数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（十）出院患者人均用血量

【指标属性】定量指标

【计量单位】U

【指标定义】单位时间出院患者人均用血量。此处仅统计

红细胞成分及全血用量。

【计算方法】

$$\text{出院患者人均用量} = \frac{\text{出院患者用血总单位数}}{\text{同期出院患者人次}}$$

【指标导向】 监测比较

(十一) 血浆与红细胞比值

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 比值

【指标定义】 单位时间内血浆用量与红细胞用量的比值。

此处血浆统计新鲜冰冻血浆、普通冰冻血浆和病毒灭活血浆等。

红细胞统计各种红细胞成分及全血用量。

【计算方法】

$$\text{血浆与红细胞比值} = \frac{\text{年度血浆用血总单位数}}{\text{年度红细胞用血总单位数}}$$

【指标导向】 监测比较

七、呼吸内科专业医疗质量控制指标

(一) 急性肺血栓栓塞症(PTE)患者确诊检查比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比(%)

【指标定义】 单位时间内，出院诊断为急性PTE患者行确

诊检查的人数与同期急性PTE患者总数的比值。

【计算方法】

$$\text{急性肺血栓栓塞症(PTE)患者确诊检查比例} = \frac{\text{急性PTE患者行确诊检查人数}}{\text{同期急性PTE患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

【指标说明】 急性PTE确诊检查包括：CT肺动脉造影或放射性核素肺通气灌注扫描或磁共振肺动脉造影或肺动脉造影中任一项。

(二) 急性PTE患者行下肢静脉超声检查比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，急性PTE患者行下肢静脉超声检查的人数与同期急性PTE患者总数的比值。

【计算方法】

$$\text{急性PTE患者行下肢静脉超声检查比例} = \frac{\text{急性PTE患者行下肢静脉超声检查人数}}{\text{同期急性PTE患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

【指标说明】 急性PTE患者行深静脉血栓相关检查包括：静脉超声、CT静脉造影、放射性核素静脉显象、磁共振静脉造影、静脉造影中任一项。

(三) 急性PTE患者行危险分层相关检查比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，急性PTE患者行危险分层相关检查的人数与同期急性PTE患者总数的比值。

【计算方法】

$$\text{急性PTE患者行危险分层相关检查比例} = \frac{\text{急性PTE患者行危险分层相关检查人数}}{\text{同期急性PTE患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

【指标说明】 危险分层相关检查包括影像学检查和心脏生物学标志物检查。其中影像学检查包括超声心动图或CT肺动脉造影检查；心脏生物学标志物包括BNP/NT-proBNP、肌钙蛋白。

(四) 慢阻肺急性加重患者住院期间行动脉血气分析比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 单位时间内，住院期间至少进行一次动脉血气分析的慢阻肺急性加重患者数占同期住院慢阻肺急性加重患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{慢阻肺急性加重患者住院期间行动脉血气分析比例} = \frac{\text{住院期间行动脉血气分析慢阻肺急性加重患者数}}{\text{同期住院慢阻肺急性加重患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

(五) 慢阻肺急性加重患者住院期间抗感染治疗前病原学送检比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 单位时间内，住院慢阻肺急性加重患者抗感染治疗前病原学送检人数占同期住院慢阻肺急性加重患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{慢阻肺急性加重患者住院期间抗感染治疗前病原学送检比例} = \frac{\text{住院慢阻肺急性加重患者抗感染治疗前病原学送检人数}}{\text{同期住院慢阻肺急性加重患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

【指标说明】病原学检查包括下列检查之一：痰/肺泡灌洗液涂片、培养，鼻/咽拭子病毒检测，血培养。

（六）慢阻肺急性加重患者住院期间雾化吸入支气管扩张剂应用比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】单位时间内，住院期间应用雾化吸入支气管扩张剂治疗的慢阻肺急性加重患者数占同期住院慢阻肺急性加重患者总数的比值。

【计算方法】

$$\text{慢阻肺急性加重患者住院期间雾化吸入支气管扩张剂应用比例} = \frac{\text{住院期间应用雾化吸入支气管扩张剂治疗的慢阻肺急性加重患者数}}{\text{同期住院慢阻肺急性加重患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

（七）肺肿物住院患者接受活检的比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】单位时间内，肺肿物住院患者活检率（包括经气管、经皮肺活检、胸膜活检）。

【计算方法】

$$\text{肺肿物住院患者接受活检的比例} = \frac{\text{住院期间接受各种活检患者数量}}{\text{同期住院肺肿物患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

(八) 晚期非小细胞肺癌住院患者基因诊断的比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 单位时间内，新确诊晚期非小细胞肺癌患者基因诊断（检测机构不限于本院）的比例。

【计算方法】

$$\text{晚期非小细胞肺癌住院患者基因诊断的比例} = \frac{\text{新确诊晚期非小细胞肺癌患者在后续随访过程中接受了任一方法学的基因诊断人数}}{\text{同期新确诊晚期非小细胞肺癌总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

(九) 晚期肺癌住院患者中接受标准抗肿瘤药物治疗的比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 单位时间内，新确诊晚期肺癌患者接受各种标准抗肿瘤药物治疗的比例。

【计算方法】

$$\text{晚期肺癌住院患者中接受标准抗肿瘤药物治疗的比例} = \frac{\text{新确诊晚期肺癌患者在后续随访过程中接受了以下任一抗肿瘤治疗（靶向治疗、免疫治疗、化疗）}}{\text{新确诊晚期肺癌总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

(十) 间质性肺病患者住院期间行肺弥散功能检查比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 单位时间内，出院诊断为间质性肺病患者行肺弥散功能检查与同期间质性肺病总数的比值。

【计算方法】

$$\text{间质性肺病患者住院期间行肺弥散功能检查比例} = \frac{\text{出院诊断为间质性肺病患者住院期间行肺弥散功能检查人数}}{\text{同期间质性肺病患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

八、产科专业医疗质量控制指标

(一) 剖宫产/初产妇剖宫产率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 剖宫产率：单位时间内，剖宫产分娩产妇人数占同期分娩产妇（分娩孕周 \geq 28周）总人数的比例。初产妇剖宫产率：单位时间内，初产妇（定义：妊娠 \geq 28周初次分娩的产妇，既往无28周及以上孕周分娩史）实施剖宫产手术人数占同期初产妇总人数的比例。

【计算方法】

$$1. \text{剖宫产率} = \frac{\text{剖宫产分娩产妇人数}}{\text{同期分娩产妇总人数}} \times 100\%$$

$$2. \text{初产妇剖宫产率} = \frac{\text{初产妇剖宫产人数}}{\text{同期初产妇总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

(二) 早产/早期早产率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 早产率：单位时间内，早产（孕周在28～36+6周之间的分娩）产妇人数占同期分娩产妇（分娩孕周≥28周）总人数的比例。早期早产率：单位时间内，早期早产（孕周在28～33+6周之间的分娩）产妇人数占同期分娩产妇（分娩孕周≥28周）总人数的比例。

【计算方法】

$$1. \text{早产率} = \frac{\text{早产产妇人数}}{\text{同期分娩产妇总人数}} \times 100\%$$

$$2. \text{早期早产率} = \frac{\text{早期早产产妇人数}}{\text{同期分娩产妇总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

(三) 严重产后出血发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 单位时间内，发生严重产后出血（分娩24小时内出血量≥1000ml）的产妇人数占同期分娩产妇（分娩孕周≥28周）总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{严重产后出血发生率} = \frac{\text{严重产后出血产妇人数}}{\text{同期分娩产妇总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

(四) 足月新生儿5分钟Apgar评分<7分发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 单位时间内，足月新生儿（分娩孕周 ≥ 37 周）出生后5分钟Apgar评分<7分人数占同期内足月活产儿总数的比例。

【计算方法】

$$\text{足月新生儿5分钟Apgar评分}<7\text{分发生率} = \frac{\text{足月新生儿5分钟Apgar评分}<7\text{分人数}}{\text{同期足月活产儿总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

(五) 孕妇死亡活产比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 十万分比

【指标定义】 单位时间内，孕产妇在孕期至产后42天内因各种原因造成的孕产妇死亡人数占同期活产数的比例。

【计算方法】

$$\text{孕妇死亡活产比} = \frac{\text{孕产妇死亡人数}}{\text{同期活产数}} \times \frac{100000}{100000}$$

【指标导向】 逐步降低

九、神经系统疾病医疗质量控制指标

(一) 癫痫与惊厥癫痫持续状态

1. 抗癫痫药物严重不良反应发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，住院癫痫患者病程中发生抗癫痫药物严重不良反应的人次数与同期住院癫痫患者总人次数的比值。

【计算方法】

$$\text{抗癫痫药物严重不良反应发生率} = \frac{\text{病程中发生抗癫痫药物严重不良反应的住院癫痫患者人次数}}{\text{同期住院癫痫患者总人次数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

2. 癫痫患者病因学检查完成率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，住院癫痫患者完成神经影像学检查（如头颅CT或核磁共振）及脑电图学相关检查（普通或视频长程脑电图）的人数占同期住院癫痫患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{癫痫患者病因学检查完成率} = \frac{\text{完成神经影像学及脑电图学相关检查的住院癫痫患者数}}{\text{同期住院癫痫患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

3. 在院惊厥性癫痫持续状态患者影像检查率

【指标属性】定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，住院惊厥性癫痫持续状态患者中入院72小时内完成神经影像学检查的人数占同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{在院惊厥性癫痫持续状态患者影像检查率} = \frac{\text{入院72小时内完成神经影像学检查的惊厥性癫痫持续状态患者数}}{\text{同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

4. 惊厥性癫痫持续状态患者在院死亡率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，住院惊厥性癫痫持续状态患者中院内死亡的患者数占同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{惊厥性癫痫持续状态患者在院死亡率} = \frac{\text{院内死亡的惊厥性癫痫持续状态住院患者数}}{\text{同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

（二）脑梗死

1. 脑梗死患者神经功能缺损评估率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，入院时采用美国国立卫生研

究院卒中量表(NIHSS)进行神经功能缺损评估的脑梗死患者数，占同期住院脑梗死患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{脑梗死患者神经功能缺损评估率} = \frac{\text{入院时行神经功能缺损NIHSS评估的脑梗死患者数}}{\text{同期住院脑梗死患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

2. 发病4.5小时内脑梗死患者静脉溶栓率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 单位时间内，发病4.5小时内静脉溶栓治疗的脑梗死患者数占同期发病4.5小时内到院的脑梗死患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{发病4.5小时内脑梗死患者静脉溶栓率} = \frac{\text{发病4.5小时内静脉溶栓治疗的脑梗死患者数}}{\text{同期发病4.5小时到院的脑梗死患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

3. 静脉溶栓的脑梗死患者到院到给药时间小于60分钟的比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 单位时间内，从到院到给予静脉溶栓药物的时间（DNT）小于60分钟的脑梗死患者数，占同期给予静脉溶栓治疗的脑梗死患者总数的比例。

【计算方法】

静脉溶栓的脑梗死患者到院到给药时间小于60分钟的比例 = $\frac{\text{静脉溶栓DNT小于60分钟的脑梗死患者数}}{\text{同期给予静脉溶栓治疗的脑梗死患者总数}} \times 100\%$

【指标导向】 逐步提高

4. 发病6小时内前循环大血管闭塞性脑梗死患者血管内治疗率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，在发病6小时内行血管内治疗的前循环大血管闭塞性脑梗死患者数，占同期发病6小时内到院的前循环大血管闭塞的脑梗死患者总数的比例。

【计算方法】

发病6小时内前循环大血管闭塞性脑梗死患者血管内治疗率 = $\frac{\text{发病6小时内行血管内治疗的前循环大血管闭塞性脑梗死患者数}}{\text{同期发病6小时内到院的前循环大血管闭塞的脑梗死患者总数}} \times 100\%$

【指标导向】 监测比较

5. 脑梗死患者入院48小时内抗血小板药物治疗率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，入院48小时内给予抗血小板药物治疗的脑梗死患者数占同期住院脑梗死患者总数的比例。

【计算方法】

脑梗死患者入院48小时内抗血小板药物治疗率 = $\frac{\text{入院48小时内给予抗血小板药物治疗的脑梗死患者数}}{\text{同期住院脑梗死患者总数}} \times 100\%$

【指标导向】 逐步提高

【指标说明】 抗血小板药物包括阿司匹林、氯吡格雷、替格瑞洛、西洛他唑、吲哚布芬、双嘧达莫、阿昔单抗、替罗非班、依替非巴肽。

6. 脑梗死患者康复评估率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，进行康复评估的住院脑梗死患者数，占同期住院治疗的脑梗死患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{脑梗死患者康复评估率} = \frac{\text{进行康复评估的住院脑梗死患者数}}{\text{同期脑梗死住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

7. 脑梗死患者住院死亡率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，在住院期间死亡的脑梗死患者数占同期住院脑梗死患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{脑梗死患者住院死亡率} = \frac{\text{住院期间死亡的脑梗死患者数}}{\text{同期住院脑梗死患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

（三）帕金森病

1. 住院帕金森病患者完成头颅MRI或CT检查率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，进行头部MRI或CT检查的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例。

【计算方法】

$$\frac{\text{住院帕金森病患者完成头颅MRI或CT检查率}}{\text{进行头部MRI或CT检查的住院帕金森病患者数}} \times 100\%$$

同期住院帕金森病患者总数

【指标导向】逐步提高

（四）颈动脉支架置入术

1. 颈动脉支架置入术患者术前颈动脉无创影像评估率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，术前行颈动脉无创影像评估的颈动脉支架置入术患者数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。

【计算方法】

$$\frac{\text{颈动脉支架置入术患者术前颈动脉无创影像评估率}}{\text{术前行颈动脉无创影像评估的}} \times 100\%$$

颈动脉支架置入术患者数

同期颈动脉支架置入术患者总数

【指标导向】逐步提高

【指标说明】颈动脉无创影像评估包含：颈部血管彩超、

颈动脉CTA、颈动脉CE-MRA、颈动脉MRA。

2. 颈动脉支架置入术技术成功率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 单位时间内，颈动脉支架置入术技术成功人数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{颈动脉支架置入术技术成功率} = \frac{\text{颈动脉支架置入术技术成功人数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

【指标说明】 颈动脉支架置入术技术成功定义为术后残余狭窄 $\leq 30\%$ 且术后血流mTICI分级3级。

3. 颈动脉支架置入术并发症发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 单位时间内，发生并发症的颈动脉支架置入术患者数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{颈动脉支架置入术并发症发生率} = \frac{\text{发生并发症的颈动脉支架置入术患者数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

【指标说明】 颈动脉支架置入术并发症包含：

(1) 心血管并发症：颈动脉窦压力反射包括心动过缓、低血压和血管迷走神经反应；持续的低血压；围术期心肌梗

死、心衰。

(2) 缺血性并发症：栓子脱落栓塞、血栓形成、血管痉挛、动脉夹层等导致TIA和缺血性卒中。

(3) 颅内出血：脑过度灌注综合征、高血压脑出血（主要位于基底节部位）、脑梗死后出血转化、合并颅内出血性疾病、血管穿孔。

(4) 其他并发症：支架释放失败、支架变形、支架释放后移位、穿刺部位损伤、造影剂肾病。

4. 颈动脉支架置入术患者术后住院期间卒中和死亡发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，颈动脉支架置入术患者术后住院期间、术后30天卒中和死亡人数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。

【计算方法】

颈动脉支架置入术患者卒中和死亡发生率 = $\frac{\text{颈动脉支架置入术患者术后住院期间卒中和死亡人数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者总数}} \times 100\%$

【指标导向】 逐步降低

【指标说明】 术后随访包括电话随访、网络随访、门诊随访、再次住院。术后住院期间死亡以病案首页信息为依据。

(五) 脑血管造影术

1. 脑血管造影术（DSA）前无创影像评估率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，脑血管造影术前完善无创影像评估人数占行脑血管造影术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{脑血管造影术(DSA)前无创影像评估率} = \frac{\text{脑血管造影术前完善无创影像评估的患者数}}{\text{同期行脑血管造影术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

【指标说明】 无创影像评估包含：颈部血管彩超、颈动脉CTA、颈动脉MRA、颈动脉CE-MRA、经颅多普勒超声（TCD）、颅内MRA、颅内CTA、颅内MRV、颅内CTV。

2. 脑血管造影术造影阳性率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，脑血管造影术检查有异常发现的患者数占行脑血管造影术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{脑血管造影术造影阳性率} = \frac{\text{脑血管造影术检查有异常发现的患者数}}{\text{同期行脑血管造影术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

【指标说明】 脑血管造影术检查有异常发现包含：动脉粥样硬化、栓塞、狭窄、闭塞、动脉瘤、动静脉畸形、动静脉瘘、静脉窦闭塞、静脉窦狭窄、血管变异、颅内占位性病

变、颅脑外伤所致各种脑外血肿、血管破裂出血。

3. 脑血管造影术严重并发症发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 单位时间内，脑血管造影术发生严重并发症的患者数占行脑血管造影术的患者总数的比例。

【计算方法】

脑血管造影术严重并发症发生率 = $\frac{\text{脑血管造影术发生严重并发症的患者数}}{\text{同期行脑血管造影术的患者总数}} \times 100\%$

【指标导向】 逐步降低

【指标说明】 严重并发症是指导致死亡或健康状况严重恶化的并发症，包括致命的疾病或者伤害、身体结构或者身体功能的永久性缺陷、需住院治疗或者延长住院时间、需要进行医疗或者手术介入以避免对身体结构或者身体功能造成永久性缺陷。

4. 脑血管造影术死亡率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 单位时间内，脑血管造影术后住院期间死亡患者数占行脑血管造影术的患者总数的比例。

【计算方法】

脑血管造影术死亡率 = $\frac{\text{脑血管造影术后住院期间死亡患者数}}{\text{同期行脑血管造影术的患者总数}} \times 100\%$

【指标导向】 逐步降低

【指标说明】脑血管造影术后住院期间死亡以病案首页信息为依据。

【指标导向】逐步降低

十、肾病专业医疗质量控制指标

（一）IgA肾病

1. 肾活检患者术前检查完成率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】肾活检患者2周内完成全部相关术前检查的比例。

【计算方法】

$$\text{肾活检患者术前检查完成率} = \frac{\text{2周内完成术前检查的肾活检患者数}}{\text{同期肾活检患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】肾活检前必需的检查项目包括：

- （1）血常规、尿常规；
 - （2）肝肾功能、凝血功能、感染性疾病筛查（乙肝、丙肝、梅毒、HIV）、补体C3、免疫球蛋白IgA、血型；
 - （3）24小时尿蛋白定量；
 - （4）超声检查（包括双肾形态和大小、输尿管和膀胱），
- 以上所有检查均完成定义为完成检查。

2. 肾脏病理切片染色规范率

【指标属性】定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 肾活检术后2周内规范完成肾脏病理切片染色的患者比例。

【计算方法】

$$\text{肾脏病理切片染色规范率} = \frac{\text{肾活检术后2周内规范完成肾脏病理切片染色患者数}}{\text{同期完成肾脏病理切片染色的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

【指标说明】 病理切片染色至少包括：光镜染色（HE、PAS、Masson、PASM）和免疫荧光染色（IgG、IgA、IgM、C3、C4或C1q、Fib），以上所有染色均完成定义为染色规范。

3. IgA肾病患者病理分型诊断率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 肾活检术后2周内完成肾脏病理分型诊断的IgA肾病患者比例。

【计算方法】

$$\text{IgA肾病患者病理分型诊断率} = \frac{\text{肾活检术后2周内完成肾脏病理分型诊断的IgA肾病患者数}}{\text{同期完成肾脏病理分型诊断IgA的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

【指标说明】 病理分型为Lee分级、Haas分型或Oxford分型中的任意一种即可。

4. IgA肾病患者RAS阻断剂的使用率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 适合使用RAS阻断剂的IgA肾病患者中使用RAS阻断剂的比例。

【计算方法】

$$\text{IgA肾病患者 RAS阻断剂使用率} = \frac{\text{使用RAS阻断剂的IgA肾病患者数}}{\text{同期适合使用RAS阻断剂的IgA肾病患者数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

【指标说明】 肾素-血管紧张素系统（RAS）阻断剂是指血管紧张素转化酶抑制剂如贝那普利、福辛普利、培哚普利等和血管紧张素受体拮抗剂如氯沙坦、厄贝沙坦、替米沙坦等，适应症为24h尿蛋白定量>1g且病人可耐受、无RAS阻断剂应用禁忌症。禁忌症为双侧肾动脉狭窄或只有单侧肾脏而肾动脉狭窄或重度肾功能不全或低血压状态。

5. IgA肾病患者随访完成率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 IgA肾病患者完成随访的患者比例。

【计算方法】

$$\text{IgA肾病患者随访完成率} = \frac{\text{完成随访的IgA肾病患者数}}{\text{同期IgA肾病患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

【指标说明】 随访内容包括：

(1) 每3个月完成IgA肾病患者尿常规、24小时尿蛋白定量（或Up/Ucr）检查；

(2) 每6个月完成IgA肾病患者血常规、肾功能、肝功能、血钾、空腹血糖检查。

6. IgA肾病患者血压控制达标率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 血压<130/80mmHg的IgA肾病患者占同期随访的IgA肾病患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{IgA肾病患者血压控制达标率} = \frac{\text{血压} < 130/80\text{mmHg的IgA肾病患者数}}{\text{同期随访的IgA肾病患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

【指标说明】 血压<130/80mmHg，要求收缩压和舒张压均达标。

7. 肾活检严重并发症发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 肾活检发生严重并发症的患者比例。

【计算方法】

$$\text{肾活检严重并发症发生率} = \frac{\text{肾活检发生严重并发症的IgA肾病患者数}}{\text{同期完成肾活检术的IgA肾病患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

【指标说明】严重并发症是指需要介入止血、肾切除方法干预治疗的并发症。

(二) 血液净化技术

1. 血液透析治疗室消毒合格率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比 (%)

【指标定义】血液透析中心治疗室消毒合格 (空气平均细菌菌落数 $\leq 4\text{cfu}/(5\text{min}, 9\text{cm}$ 直径平皿) 和物品表面平均细菌菌落总数应 $\leq 10\text{cfu}/\text{cm}^2$) 的月份数量在当年所占的比例。

【计算方法】

$$\text{治疗室消毒合格率} = \frac{\text{治疗室消毒合格的月份数量}}{12} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】合格标准为: 空气平均菌落数 ≤ 4.0 (5分钟) CFU/皿和物品表面平均菌落数 $\leq 10.0\text{CFU}/\text{cm}^2$ 。

2. 透析用水生物污染检验合格率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比 (%)

【指标定义】血液透析室 (中心) 的透析用水生物污染检验合格的月份/季度在当年所占的比例。

【计算方法】

$$\text{透析用水生物污染检验合格率} = \frac{\text{透析用水生物污染检验合格月份数量 (或季度)}}{12 \text{ (或4)}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

【指标说明】 合格标准为：每月透析用水检验的细菌落数 $\leq 100\text{CFU/mL}$ ，每3个月检验的内毒素 $\leq 0.25\text{EU/mL}$ ，2项指标均符合为合格；并符合《血液透析和相关治疗用水》(YY0572-2015)标准。

3. 腹膜透析患者尿素清除指数 (Kt/V) 和总内生肌酐清除率 (Ccr) 控制率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 单位时间内， $Kt/V \geq 1.7/\text{周}$ 且总Ccr $\geq 50\text{L}/1.73\text{m}^2/\text{周}$ 的腹膜透析患者比例。

【计算方法】

$$\text{腹膜透析Kt/V及总Ccr控制率} = \frac{\text{Kt/V} \geq 1.7 \text{ 及 总Ccr} \geq 50\text{L}/1.73\text{m}^2/\text{周} \text{ 的腹膜透析患者}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

【指标说明】 总Ccr包括残肾Ccr和腹膜透析Ccr。

4. 透析患者 $\beta 2$ 微球蛋白定时检验完成率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 每6个月，完成 $\beta 2$ 微球蛋白检验的维持性血液透析/腹膜透析患者比例。

【计算方法】

$$\beta 2\text{微球蛋白定时检验完成率} = \frac{\text{维持性透析患者每6个月完成}\beta 2\text{微球蛋白}}{\text{维持性血液透析患者数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

5. 血液透析患者透析间期体重增长控制率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分（%）

【指标定义】 单位时间内，透析间期体重增长<5%的维持性血液透析患者比例。

【计算方法】

$$\text{血液透析患者透析间期体重增长控制率} = \frac{\text{透析间期体重增长5\%的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

6. 维持性血液透析患者的动静脉内瘘长期使用率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，同一动静脉内瘘持续使用时间>2年的维持性血液透析患者比例。

【计算方法】

$$\text{维持性血液透析患者动静脉内瘘长期使用率} = \frac{\text{同一动静脉瘘持续使用时间2年的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

7. 腹膜透析患者腹膜平衡试验记录定时完成率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】每6个月，完成腹膜平衡试验记录的腹膜透析患者比例。

【计算方法】

$$\text{腹膜平衡试验记录定时完成率} = \frac{\text{6个月内完成腹膜平衡试验记录的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

8. 腹膜透析退出患者治疗时间

【指标属性】定量指标

【计量单位】月

【指标定义】单位时间内，退出患者的平均腹膜透析时间。

【计算方法】

$$\text{退出患者治疗时间} = \frac{\text{退出患者腹膜透析病人月总和}}{\text{同期退出腹膜透析患者数}}$$

【指标导向】监测比较

【指标说明】退出患者是指退出腹膜透析治疗的患者，不包括因肾移植和肾功能恢复而退出患者。

9. 透析患者血常规定时检验率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】 每3个月，完成血常规检验的维持性血液透析/腹膜透析患者比例。

【计算方法】

$$\text{维持性血液透析患者血常规定时检验完成率} = \frac{\text{每3个月完成血常规检验的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\%$$

$$\text{腹膜透析患者血常规定时检验完成率} = \frac{\text{每3个月完成血常规检验的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

10. 透析患者血液生化定时检验率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 每3个月，完成血液生化检验的维持性血液透析/腹膜透析患者比例。

【计算方法】

$$\text{维持性血液透析患者血液生化定时检验完成率} = \frac{\text{每3个月完成血液生化检验的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\%$$

$$\text{腹膜透析患者血液生化定时检验完成率} = \frac{\text{每3个月完成血液生化检验的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

【指标说明】 血液生化项目包括采集血清检测谷丙转氨酶、谷草转氨酶、白蛋白、肌酐、尿素氮、尿酸、钾、钠、钙、磷、葡萄糖、甘油三酯、总胆固醇。

11. 透析患者全段甲状旁腺素（iPTH）定时检验完成率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】每6个月，完成全段甲状旁腺素（iPTH）检验的维持性血液透析/腹膜透析患者比例。

【计算方法】

$$\text{维持性血液透析患者 iPTH 定时检验完成率} = \frac{\text{每6个月完成PTH检验的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\%$$

$$\text{腹膜透析患者 iPTH 定时检验完成率} = \frac{\text{每6个月完成PTH检验的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

12. 透析患者的血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度定时检验完成率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】每6个月，完成血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度检验的维持性血液透析/腹膜透析患者比例。

【计算方法】

$$\text{维持性血液透析患者血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度定时检验完成率} = \frac{\text{每6个月完成血清蛋白和转铁蛋白饱和度的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\%$$

$$\text{腹膜透析患者血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度定时检验完成率} = \frac{\text{每6个月完成血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度检验的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

【指标说明】 应同时完成血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度检测。

13. 透析患者的C反应蛋白（CRP）定时检验完成率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 每6个月，完成C反应蛋白（CRP）检验的维持性血液透析/腹膜透析患者比例。

【计算方法】

$$\text{维持性血液透析患者CRP定时检验完成率} = \frac{\text{每6个月完成CRP检验的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\%$$

$$\text{腹膜透析患者CRP定时检验完成率} = \frac{\text{每6个月完成CRP检验的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

14. 透析患者慢性肾脏病-矿物质与骨异常（CKD-MBD）指标控制率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，CKD-MBD指标控制达标的维持性血液透析/腹膜透析患者比例。

【计算方法】

$$\text{维持性血液透析患者 CKD-MBD指标控制率} = \frac{\text{CKD-MBD指标控制达标的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\%$$

$$\text{腹膜透析患者 CKD-MBD指标控制率} = \frac{\text{CKD-MBD指标控制的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

【指标说明】 CKD-MBD指标控制达标的定义：血钙水平在2.10-2.50mmol/L、血磷水平在1.13-1.78mmol/L、iPTH水平在正常值上限2-9倍。需要3项指标同时达标。

15. 透析患者血清白蛋白控制率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，血清白蛋白 $\geq 35\text{g/L}$ 的维持性血液透析/腹膜透析患者比例。

【计算方法】

$$\text{维持性血液透析患者血清白蛋白控制率} = \frac{\text{血清白蛋白} \geq 35\text{g/L} \text{的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\%$$

$$\text{腹膜透析患者血清白蛋白控制率} = \frac{\text{血清白蛋白} \geq 35\text{g/L} \text{的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

十一、护理专业医疗质量控制指标

（一）床护比

1. 医疗机构床护比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 1: X

【指标定义】 单位时间内，医疗机构实际开放床位与医疗机构执业护士人数的比。

【计算方法】

$$\text{医疗机构床护比 (1:X)} = \frac{1: (\text{医疗机构执业护士人数})}{\text{同期实际开放床位数}}$$

【指标导向】 监测达标

【指标说明】 (1) 护士指取得护士执业资格、在本医疗机构注册并在护理岗位工作的护士。

包含：临床护理岗位护士、护理管理岗位护士、其它护理岗位护士、护理岗位的返聘护士、护理岗位的休假（含病产假）护士。

排除：医疗机构职能部门、后勤部门、医保等非护理岗位护士，未取得护士执业资格人员，未在本院注册的护士。

(2) 实际开放床位数指医疗机构实际长期固定开放的床位数。

包含：编制床位数；除编制床位外，经医疗机构确认有固定物理空间和标准床单位配置、可以常规收治患者的床位数；开放时间 \geq 统计周期1/2的床位数。

排除：急诊抢救床位、急诊观察床位、手术室床位、麻醉恢复室床位、血液透析室床位、接产室的待产床和接产床、母婴同室新生儿床、检查床、治疗床、临时加床。

2. 病区床护比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 1: X

【指标定义】 单位时间内，医疗机构实际开放床位与医疗机构病区执业护士人数的比。

【计算方法】

$$\text{病区床护比 (1:X)} = \frac{1: (\text{医疗机构病区执业护士人数})}{\text{同期实际开放床位数}}$$

【指标导向】 监测比较

【指标说明】 病区指医疗机构有实际住院床位的病区的总称（包含重症医学科）。

3. 儿科病区床护比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 1: X

【指标定义】 单位时间内，儿科病区实际开放床位与儿科病区所配备的执业护士人数的比。

【计算方法】

$$\text{儿科病区床护比 (1:X)} = \frac{1: (\text{儿科病区执业护士人数})}{\text{同期实际儿科病区开放床位数}}$$

【指标导向】 监测比较

【指标说明】 儿科病区指独立设置的收治儿童患者（小于等于18岁）的病区。

包含：儿童呼吸、消化、神经、泌尿、血液、内分泌等内外科疾病的儿童病区。

排除：新生儿病区、新生儿重症监护病区（NICU）、儿童重症监护病区（PICU）、儿科门诊、急诊等。

（二）每住院患者24小时平均护理时数

【指标属性】定量指标

【计量单位】小时/床日

【指标定义】单位时间内，医疗机构病区执业护士实际上班小时数与住院患者实际占用床日数的比。

【计算方法】

$$\text{每住院患者24小时平均护理时数} = \frac{\text{医疗机构病区执业护士实际上班小时数}}{\text{同期住院患者实际占用床日数}}$$

【指标导向】监测比较

（三）不同级别护士配置占比

1. 中专学历及以下护士占比

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，在病区工作、学历为中专及以下的护士在病区执业护士中所占的比例。

【计算方法】

$$\text{中专学历以下护士占比} = \frac{\text{中专及以下学历护士总数}}{\text{同期病区执业护士总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

2. 本科学历及以上护士占比

【指标属性】定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，在病区工作、学历为本科及以上的护士在病区执业护士中所占的比例。

【计算方法】

$$\text{本科学历及以上护士占比} = \frac{\text{本科及以上学历的护士总数}}{\text{同期病区执业护士总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提升

【指标说明】（1）病区指医疗机构有实际住院床位的病区的总称（包含重症医学科）。

（2）病区护士指取得护士执业资格、在本医疗机构注册并在病区护理岗位工作的护士。

包含：病区临床护理岗位护士、病区护士长（副护士长）、病区护理岗位的休假（含病产假）的护士。

（四）护士离职率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，某医疗机构护士离职人数与执业护士总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{护士离职率} = \frac{\text{护士离职人数}}{(\text{期初执业护士总人数} + \text{期末执业护士总人数}) / 2} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

【指标说明】 离职指自愿离职。排除：因退休、死亡或

被辞退而离开医疗机构的护士；在同一医疗机构岗位调整的护士。

（五）住院患者跌倒发生率

1. 住院患者跌倒发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 千分比（‰）

【指标定义】 单位时间内，住院患者发生跌倒例次数（包括造成或未造成伤害）与住院患者实际占用床日数的千分比。

【计算方法】

$$\text{住院患者跌倒发生率} = \frac{\text{住院患者跌倒例次数}}{\text{同期住院患者实际占用总床日数}} \times 1000\%$$

【指标导向】 逐步降低

【指标说明】 统计住院患者在医疗机构任何场所发生的跌倒例次数。同一患者多次跌倒按实际发生例次计算。

包含：坠床。

排除：非医疗机构场所发生的跌倒、非住院患者（门诊、急诊留观室等）发生的跌倒、住院患儿生理性跌倒（小儿行走中无伤害跌倒）。

2. 住院患者跌倒伤害占比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 跌倒伤害指住院患者跌倒后造成不同程

度的伤害甚至死亡。住院患者跌倒伤害占比指单位时间内住院患者跌倒伤害例次数占住院患者发生的跌倒例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{住院患者跌倒伤害占比} = \frac{\text{住院患者跌倒伤害总例数}}{\text{同期住院患者跌倒例次数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

【指标说明】说明：跌倒伤害总例次数为轻度、中度、重度例次数和跌倒死亡例数四项之和，应小于或等于跌倒发生总例次数。

轻度（严重程度1级）指住院患者跌倒导致青肿、擦伤、疼痛，需要冰敷、包扎、伤口清洁、肢体抬高、局部用药等。

中度（严重程度2级）指住院患者跌倒导致肌肉或关节损伤，需要缝合、使用皮肤胶、夹板固定等。

重度（严重程度3级）指住院患者跌倒导致骨折、神经或内部损伤，需要手术、石膏、牵引等。

死亡指住院患者因跌倒受伤而死亡，而不是由于引起跌倒的生理事件本身而致死。

排除：无伤害的跌倒。

（六）住院患者2期及以上院内压力性损伤发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】单位时间内，住院患者2期及以上院内压力性损伤新发病例数与住院患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{住院患者2期以上院内压力性损伤发生率} = \frac{\text{住院患者2期及以上院内压力性损伤新发病例数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】（1）单位时间内患者入院24小时后新发的2期及以上压力性损伤例数。院外带入压力性损伤患者，若入院24小时后新发生的2期及以上压力性损伤计作1例。同一患者单位时间内发生1处或多处2期及以上压力性损伤（包括在不同科室发生的压力性损伤），均计作1例，期别按最高期别统计。压力性损伤分期依照《美国国家压疮咨询委员会：压力性损伤定义与分期（2016版）》界定。

包含：2期及以上压力性损伤，深部组织损伤、不可分期、医疗器械相关性压力性损伤、粘膜压力性损伤。

排除：因动脉阻塞、静脉功能不全、糖尿病相关神经病变或失禁性皮炎等造成的皮肤损伤；社区获得性压力性损伤。

（2）住院患者总数为统计周期期初在院患者数与单位时间内新入院患者数之和。

包含：所有办理住院手续的患者。

排除：办理住院手续但实际未到达病区患者；母婴同

室新生儿。

（七）置管患者非计划拔管率

【指标属性】定量指标

【计量单位】千分比（‰）

【指标定义】非计划拔管又称意外拔管，是指住院患者有意造成或任何意外所致的拔管，即医护人员非诊疗计划范畴内的拔管。某类导管非计划拔管率指单位时间内住院患者发生某类导管非计划拔管的例次数与该类导管留置总日数的千分比。

【计算方法】

1. 气管导管（气管插管、气管切开）非计划拔管率

$$\text{气管导管非计划拔管率} = \frac{\text{气管导管非计划拔管例次数}}{\text{同期气管导管留置总日数}} \times 1000\%$$

2. 经口、经鼻胃肠导管非计划拔管率

$$\text{经口、经鼻胃肠导管非计划拔管率} = \frac{\text{经口、经鼻胃肠导管非计划拔管例次数}}{\text{同期经口、经鼻胃肠导管留置总日数}} \times 1000\%$$

3. 导尿管非计划拔管率

$$\text{导尿管非计划拔管率} = \frac{\text{导尿管非计划拔管例次数}}{\text{同期导尿管留置总日数}} \times 1000\%$$

4. 中心静脉导管（CVC）非计划拔管率

$$\text{CVC非计划拔管率} = \frac{\text{CVC非计划拔管例次数}}{\text{同期CVC留置总日数}} \times 1000\%$$

5. 经外周置入中心静脉导管（PICC）非计划拔管率

$$\text{PICC非计划拔管率} = \frac{\text{PICC非计划拔管例次数}}{\text{同期PICC留置总日数}} \times 1000\%$$

【指标导向】 逐步降低

【指标说明】 (1) 某导管非计划拔管例次数指单位时间内留置某类导管的住院患者发生该类导管非计划拔管的例次数。同一住院患者在单位时间内发生的导管非计划拔管例次数按实际发生频次计算。

包含：患者自行拔除的导管；各种原因导致的导管滑脱；因导管质量问题及导管堵塞等情况需要提前拔除的导管；因导管相关感染需提前拔除的导管。

排除：医生根据患者病情转归程度，达到拔除导管指征，医嘱拔除导管；导管留置时间达到上限，应拔除或更换导管；非住院患者拔管，如门诊患者和急诊抢救患者。

(2) 某导管留置总日数指单位时间内住院患者留置某类导管的日数之和。留置导管每跨越0点1次计作1日，当天置入并拔除的不统计。带管入院患者以入院当日开始，每跨越0点1次计作1日；带管出院患者以出院日期为止。

包含：住院患者留置某类导管处于长期医嘱执行状态的日数。

排除：一次性插管患者插管日数、门急诊等非住院病区置管患者的留置日数。

十二、药事管理专业医疗质量控制指标

(一) 药学专业技术人员占比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 药学专业技术人员数占同期医疗机构卫生专业技术人员总数的比例。

【计算方法】

$$\text{药学专业技术人员占比} = \frac{\text{药学专业技术人员数}}{\text{同期医疗机构卫生专业技术人员总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测达标

【指标说明】 药学专业技术人员是指按照有关规定取得药学专业任职资格的由医疗机构聘任的在职人员。卫生专业技术人员是指由医疗机构聘任的在职卫生专业技术人员，不含后勤等辅助部门的人员。不在药学部门工作又不直接从事药事管理或药学技术服务的药学人员不计入药学专业技术人员数统计。

（二）处方审核率

1. 门诊处方审核率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 药品收费前药师审核门诊处方人次数占同期门诊处方总人次数的比例。

【计算方法】

$$\text{门诊处方审核率} = \frac{\text{药品收费前药师审核门诊处方人次数}}{\text{同期门诊处方总人次数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

【指标说明】1. 处方审核是指药学专业技术人员运用专业知识与实践技能，根据相关法律法规、规章制度与技术规范等，对医师在诊疗活动中为患者开具的处方，进行合法性、规范性和适宜性审核，并作出是否同意调配发药决定的药学技术服务。2. 医疗机构可以通过相关信息系统辅助药师开展处方审核，对信息系统筛选出的不合理处方及信息系统不能审核的部分，应当由药师进行人工审核。信息系统仅监测或筛选而药师未参与审核的，不能认定为处方审核。3. 收费后药师审核处方不计入审核处方人次数。

2. 急诊处方审核率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 药品收费前药师审核急诊处方人次数占同期急诊处方总人次数比例。

【计算方法】

$$\text{急诊处方审核率} = \frac{\text{药品收费前药师审核急诊处方人次数}}{\text{同期急诊处方总人次数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

【指标说明】（1）处方审核是指药学专业技术人员运用专业知识与实践技能，根据相关法律法规、规章制度与技术规范等，对医师在诊疗活动中为患者开具的处方，进行合法性、规范性和适宜性审核，并作出是否同意调配发药决定的药学技术服务。

(2) 急诊处方审核率仅统计急诊患者，急诊留观和抢救患者除外。

(三) 点评处方占处方总数的比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 年度点评处方数占处方总数的比例，点评处方包括点评门急诊处方和点评出院患者住院医嘱两部分。

【计算方法】

$$\text{点评处方占处方总数的比例} = \frac{\text{点评处方数}}{\text{处方总数}} \times 100\%$$

$$\text{点评出院患者医嘱比例} = \frac{\text{出院患者住院医嘱点评数}}{\text{同期出院人数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

(四) 门诊处方合格率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 合格的门诊处方人次数占同期点评门诊处方总人次数的比例。

【计算方法】

$$\text{门诊处方合格率} = \frac{\text{合格的门诊处方人次数}}{\text{同期点评门诊处方总人次数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

【指标说明】 不合格处方包括不规范处方、用药不适宜

处方及超常处方。

（五）住院患者药学监护率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 实施药学监护的住院患者数占同期住院患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{住院患者药学监护率} = \frac{\text{实施药学监护的住院患者数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

【指标说明】 1. 药学监护是指药师应用药学专业知识为住院患者提供直接的、与药物使用相关的药学服务，以提高药物治疗的安全性、有效性与经济性。住院患者药学监护服务应贯穿于患者药物治疗的全过程，从确认患者为监护对象开始，至治疗目标完成、转科或出院为止，包括用药方案合理性的评估、用药方案疗效监护、药品不良反应监护、药物治疗过程监护、患者依从性监护、药师应对药物基因检测、治疗药物监测等结果进行解读，并根据结果实施药学监护。

2. 实施药学监护的住院患者数和同期住院患者总数均以出院患者的人数计算。

（六）严重或新的药品不良反应上报率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 医疗机构单位时间内上报的严重或新的药品不良反应人数占同期用药患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{严重或新的药品不良反应上报率} = \frac{\text{严重或新的药品不良反应上报人数}}{\text{同期用药患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

【指标说明】 (1) 严重药品不良反应：是指因使用药品引起以下损害情形之一的反应：1) 导致死亡。2) 危及生命。3) 致癌、致畸、致出生缺陷。4) 导致显著的或者永久的人体伤残或者器官功能的损伤。5) 导致住院或者住院时间延长。6) 导致其他重要医学事件，如不进行治疗可能出现上述所列情况的。(2) 新的药品不良反应：是指药品说明书中未载明的不良反应。说明书中已有描述，但不良反应发生的性质、程度、后果或者频率与说明书描述不一致或者更严重的，按照新的药品不良反应处理。(3) 同期用药患者总数指单位时间内门诊、急诊和住院患者用药人数总和。

(七) 住院患者抗菌药物使用情况

1. 住院患者抗菌药物使用率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 住院患者使用抗菌药物人数占同期医疗机构住院患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{住院患者抗菌药物使用率} = \frac{\text{住院患者使用抗菌药物人数}}{\text{同期医疗机构住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

【指标说明】 为便于统计，住院患者使用抗菌药物人数和住院患者总数均以出院患者的人数计算。

2. 住院患者抗菌药物使用强度

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 DDD

【指标定义】 住院患者平均每日每百张床位所消耗抗菌药物的DDD数。

【计算方法】

$$\text{住院患者抗菌药物使用强度} = \frac{\text{住院患者抗菌药物使用量（累计DDD数）}}{\text{同期住院患者床日数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

【指标说明】 （1）DDD又称“限定日剂量”，是指一个药品以主要适应证用于成年人的维持日剂量。DDD值来源于WHO药物统计方法合作中心提供的ATCIndex。对于未给出明确DDD值的抗菌药物，参照国家卫生健康委抗菌药物临床应用监测网提供的数据。（2）住院患者床日数=平均住院天数×同期出院患者总数。

3. 住院患者特殊使用级抗菌药物使用量占比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 住院患者特殊使用级抗菌药物使用量占同期住院患者抗菌药物使用量的比例。

【计算方法】

$$\text{住院患者特殊使用级抗菌药物使用量占比} = \frac{\text{住院患者特殊使用级抗菌药物使用量（累计DDD数）}}{\text{同期住院患者抗菌药物使用量（累计DDD数）}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

4. I类切口手术抗菌药物预防使用率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 I类切口手术预防使用抗菌药物的患者数占同期I类切口手术患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{I类切口手术抗菌药物预防使用率} = \frac{\text{I类切口手术预防使用抗菌药物的患者数}}{\text{同期I类切口手术患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

【指标说明】 I类切口（清洁手术），不涉及炎症区，不涉及呼吸道、消化道、泌尿生殖道等人体与外界相通的器官。主要预防手术部位感染，不包括与手术无直接关系、术后可能发生的其他部位感染。

（八）住院患者静脉输液使用率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 使用静脉输液的住院患者数占同期住院

患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{住院患者静脉输液使用率} = \frac{\text{使用静脉输液的住院患者数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

【指标说明】（1）静脉输液包括静脉滴注和静脉推注。疫苗、溶媒、局麻、封闭、结膜下、肌肉、皮下、球后注射药、皮试液等不列入静脉输液的统计范围。

（2）同一患者使用多种静脉输注药物（含中药注射剂），记为1例。

（3）为便于统计，使用静脉输液的住院患者数和住院患者总数均以出院患者的人数计算。

（九）国家基本药物制度使用率

1. 门诊患者基本药物处方占比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 门诊患者处方中使用基本药物人次数占同期门诊诊疗总人次数的比例。

【计算方法】

$$\text{门诊患者基本药物处方占比} = \frac{\text{门诊使用基本药物人次数}}{\text{同期门诊诊疗总人次数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

【指标说明】 分子：门诊使用基本药物人次数按人数统

计，同一门诊患者一次挂号就诊开具的处方中只要含有一种及以上基本药物，按1人统计。所使用的基本药物不包括仅作为药物溶媒使用的葡萄糖、氯化钠等溶液。不包括急诊患者、健康体检者。

分母：门诊诊疗总人次即门诊患者人次，仅以门诊挂号数统计，不包括急诊患者、健康体检者及未开具药物处方患者。

2. 住院患者基本药物使用率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 出院患者在住院期间医嘱中使用基本药物的总人次占同期出院总人次的比例。

【计算方法】

$$\text{住院患者基本药物使用率} = \frac{\text{出院患者使用基本药物总人次}}{\text{同期住院总人次}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

【指标说明】 分子：出院患者使用基本药物总人次按人数统计，同一出院患者在一次住院期间的医嘱中只要含有一种及以上基本药物，按1人统计。住院期间医嘱（含出院带药）所使用的基本药物不包括仅作为药物溶媒使用的葡萄糖、氯化钠等溶液。

分母：同期出院总人次即出院人数，不包括出院患者在住院期间未使用药物者。

3. 基本药物采购品种数占比

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】医院采购国家基本药物品种数占医院同期采购药物品种总数的比例。

【计算方法】

$$\text{基本药物采购品种数占比} = \frac{\text{医院采购基本药物品种数}}{\text{医院同期采购药物品种总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

十三、病案管理质量控制指标

（一）人力资源配置指标

1. 住院病案管理人员月均负担出院患者病历数

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，每名住院病案管理人员每月平均负担的出院患者病历数。

【计算方法】

$$\text{住院病案管理人员月均负担出院患者病历数} = \frac{\text{住院病案管理人员} \quad \text{出院患者病历总数}}{\text{同期住院病案管理人员实际工作总月数}} \times 100\%$$

【指标说明】住院病案管理人员是指专职从事住院病历回收、整理、扫描、装订、归档、复印、借阅、编码、统计及质量控制等工作的人员。实际工作总月数等于每名工作人员实际工作月数的总和(下同)。

【指标导向】 逐步降低

2. 病案编码人员月均负担出院患者病历数

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，每名病案编码人员每月平均负担的出院患者病历数。

【计算方法】

$$\text{病案编码人员月均负担出院患者病历数} = \frac{\text{出院患者病历总数}}{\text{同期病案编码人员实际工作总月数}} \times 100\%$$

【指标说明】 病案编码人员是指对出院病历病案首页各数据项进行信息录入，包括对疾病、手术操作信息进行ICD编码及审核等工作的专业技术人员。

【指标导向】 逐步降低

(二) 病历书写时效性指标

3. 入院记录24小时内完成率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，入院记录在患者入院24小时内完成的住院患者病历数占同期住院患者病历总数的比例。每名病案编码人员每月平均负担的出院患者病历数。

【计算方法】

$$\text{入院记录24小时内完成率} = \frac{\text{入院记录在患者入院24小时内完成的住院患者病历数}}{\text{同期住院患者病历总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

4. 手术记录24小时内完成率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，手术记录在术后24小时内完成的住院患者病历数占同期住院手术患者病历总数的比例。

【计算方法】

$$\text{手术记录24小时内完成率} = \frac{\text{手术记录在术后24小时内完成的住院患者病历数}}{\text{同期住院手术患者病历总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

5. 病案首页24小时内完成率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，病案首页在患者出院后24小时内完成的病历数占同期出院患者病历总数的比例。

【计算方法】

$$\text{病案首页24小时内完成率} = \frac{\text{病案首页在患者出院后24小时内完成的病历数}}{\text{同期出院患者病历总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

(三) 诊疗行为记录符合率

6. 恶性肿瘤化学治疗记录符合率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】单位时间内，恶性肿瘤化学治疗医嘱、病程记录相对应的住院患者病历数占同期接受恶性肿瘤化学治疗的住院患者病历总数的比例。

【计算方法】

恶性肿瘤化学治疗记录符合率 = $\frac{\text{恶性肿瘤化学治疗医嘱、病程记录相对应的住院患者病历数}}{\text{同期接受恶性肿瘤化学治疗的住院患者病历总数}} \times 100\%$

【指标说明】恶性肿瘤化学治疗医嘱、病程记录相对应是指在接受恶性肿瘤化学治疗的住院患者病历中，化学治疗医嘱完整，治疗情况在病程记录中有相应记录。

【指标导向】逐步提高

7. 恶性肿瘤放射治疗记录符合率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，恶性肿瘤放射治疗医嘱(治疗单)、病程记录相对应的住院患者病历数占同期接受恶性肿瘤放射治疗的住院患者病历总数的比例。

【计算方法】

恶性肿瘤放射治疗记录符合率 = $\frac{\text{恶性肿瘤放射治疗医嘱(治疗单)、病程记录相对应的住院患者病历数}}{\text{同期接受恶性肿瘤放射治疗的住院患者病历总数}} \times 100\%$

【指标说明】恶性肿瘤放射治疗医嘱(治疗单)、病程记录相对应是指在接受恶性肿瘤放射治疗的住院患者病历中，放射治疗医嘱(治疗单)完整，治疗情况在病程记录中有相应记录。

【指标导向】逐步提高

8. 手术相关记录完整率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，手术相关记录完整的住院手术患者病历数占同期住院手术患者病历总数的比例。

【计算方法】

$$\text{手术相关记录完整率} = \frac{\text{手术相关记录完整的住院手术患者病历数}}{\text{同期住院手术患者病历总数}} \times 100\%$$

【指标说明】手术相关记录完整是指在接受手术治疗的住院患者病历中，手术医嘱、术前讨论结论、手术记录、手术安全核查表等手术相关内容符合《医疗质量安全核心制度要点》（国卫医发〔2018〕8号）《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11号）等文件要求。

【指标导向】逐步提高

9. 植入物相关记录符合率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，植入物相关记录符合的住院患者病历数占同期使用植入物的住院患者病历总数的比例。

【计算方法】

$$\text{植入物相关记录符合率} = \frac{\text{植入物相关记录符合的住院患者病历数}}{\text{同期使用植入物的住院患者病历总数}} \times 100\%$$

【指标说明】植入物相关记录符合是指植入物条形码齐全，植入物种类和数量等情况在手术记录或病程记录中有相

应记录。

【指标导向】 逐步提高

10. 患者抢救记录及时完成率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，抢救记录及时完成的住院患者病历数占同期接受抢救的住院患者病历总数的比例。

【计算方法】

$$\text{患者抢救记录及时完成率} = \frac{\text{抢救记录及时完成的住院患者病历数}}{\text{同期接受抢救的住院患者病历总数}} \times 100\%$$

【指标说明】 抢救记录及时完成是指抢救记录的书写时限和内容符合《医疗质量安全核心制度要点》（国卫医发〔2018〕8号）《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11号）要求。

【指标导向】 逐步提高

（四）病历归档质量指标

11. 出院患者病历2日归档率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，2个工作日内完成归档的出院患者病历数占同期出院患者病历总数的比例。

【计算方法】

出院患者病历2日归档率= $\frac{2\text{个工作日内完成归档的出院患者病历数}}{\text{同期出院患者病历总数}} \times 100\%$

【指标导向】 逐步提高

12. 出院患者病历归档完整率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，归档病历内容完整的出院患者病历数占同期出院患者病历总数的比例。

【计算方法】

出院患者病历归档完整率= $\frac{\text{归档病历内容完整的出院患者病历数}}{\text{同期出院患者病历总数}} \times 100\%$

【指标说明】 病历内容完整是指归档病历内容符合《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11号）要求。

【指标导向】 逐步提高

13. 主要诊断填写正确率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，病案首页中主要诊断填写正确的出院患者病历数占同期出院患者病历总数的比例。

【计算方法】

主要诊断填写正确率= $\frac{\text{病案首页中主要诊断填写正确的出院患者病历数}}{\text{同期出院患者病历总数}} \times 100\%$

【指标说明】 主要诊断填写正确是指主要诊断填写符合《卫生部关于修订住院病案首页的通知》（卫医政发〔2011〕84号）《国家卫生计生委办公厅关于印发住院病案首

页数据填写质量规范(暂行)》(国卫办医发[2016]24号)要求。

【指标导向】 逐步提高

14. 主要诊断编码正确率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比(%)

【指标定义】 单位时间内,病案首页中主要诊断编码正确的出院患者病历数占同期出院患者病历总数的比例。

【计算方法】

$$\text{主要诊断编码正确率} = \frac{\text{病案首页中主要诊断编码正确的出院患者病历数}}{\text{同期出院患者病历总数}} \times 100\%$$

【指标说明】 主要诊断编码正确是指主要诊断编码符合国家统一发布的最新的《疾病分类与代码国家临床版》要求。

【指标导向】 逐步提高

15. 主要手术填写正确率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比(%)

【指标定义】 单位时间内,病案首页中主要手术填写正确的出院患者病历数占同期出院手术患者病历总数的比例。

【计算方法】

$$\text{主要手术填写正确率} = \frac{\text{病案首页中主要手术填写正确的出院患者病历数}}{\text{同期出院手术患者病历总数}} \times 100\%$$

【指标说明】 主要手术操作填写正确是指主要手术填写符合《卫生部关于修订住院病案首页的通知》(卫医政发〔2011〕84号)《国家卫生计生委办公厅关于印发住院病案

首页数据填写质量规范(暂行)》(国卫办医发〔2016〕24号)相关要求。

【指标导向】 逐步提高

16. 主要手术编码正确率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比(%)

【指标定义】 单位时间内,病案首页中主要手术编码正确的出院患者病历数占同期出院手术患者病历总数的比例。

【计算方法】

$$\text{主要手术编码正确率} = \frac{\text{病案首页中主要手术编码正确的出院患者病历数}}{\text{同期出院手术患者病历总数}} \times 100\%$$

【指标说明】 主要手术编码正确是指主要手术编码符合国家统一发布的最新的《手术操作与分类代码国家临床版》有关要求。

【指标导向】 逐步提高

17. 甲级病历率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比(%)

【指标定义】 单位时间内,甲级出院患者病历数占同期出院患者病历总数的比例。

【计算方法】

$$\text{甲级病历率} = \frac{\text{甲级出院患者病历数}}{\text{同期出院患者病历总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

十四、心血管系统疾病相关专业医疗质量控制指标

(一) 急性ST段抬高型心肌梗死

1. 急性ST段抬高型心肌梗死(STEMI)患者到院10分钟内完成12导联(及以上)心电图检查率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 单位时间内，到院10分钟内完成12导联(及以上)心电图检查的急性STEMI患者数，占同期急性STEMI患者总数的比例。

【计算方法】

$$\frac{\text{急性STEMI患者到院10分钟内完成12导联(及以上)心电图检查率}}{\text{到院10分钟内完成12导联(及以上)心电图检查的急性STEMI患者数}} \times 100\%$$

同期急性STEMI患者总数

【指标意义】 评价医院对急性STEMI患者检查评估的及时性、规范性。

【指标说明】 到院指到达急诊或门诊(下同)。

【指标导向】 逐步提高

2. 急性STEMI患者到院1小时内阿司匹林治疗率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 单位时间内，到院1小时内给予阿司匹林治疗的急性STEMI患者数，占同期急性STEMI患者总数的比例。

【计算方法】

$$\frac{\text{急性STEMI患者到院1小时内阿司匹林治疗率}}{\text{到院1小时内给予阿司匹林治疗的急性STEMI患者数}} \times 100\%$$

同期急性STEMI患者总数

【指标意义】 评价STEMI急性期规范化诊疗情况。

【指标导向】 逐步提高

3. 急性STEMI患者到院1小时内P2Y12受体拮抗剂治疗率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，到院1小时内给予P2Y12受体拮抗剂治疗的急性STEMI患者数，占同期急性STEMI患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{急性STEMI患者到院P2Y12受体拮抗剂治疗率} = \frac{\text{到院1小时内给予P2Y12受体拮抗剂治疗的急性STEMI患者数}}{\text{同期急性STEMI患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 评价STEMI急性期规范化诊疗情况。

【指标导向】 逐步提高

4. 发病12小时内急性STEMI患者再灌注治疗率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，发病12小时内接受再灌注治疗的急性STEMI患者数，占同期发病12小时内急性STEMI患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{发病12小时内急性STEMI患者再灌注治疗率} = \frac{\text{发病12小时内接受再灌注治疗的急性STEMI患者数}}{\text{同期发病12小时内急性STEMI患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 评价STEMI急性期规范化诊疗情况。

【指标说明】再灌注治疗方式包括：经皮冠状动脉介入治疗(PCI)或静脉溶栓。

【指标导向】逐步提高

5. 发病12小时内急性STEMI患者到院90分钟内进行直接经皮冠状动脉介入治疗(PCI)的比例

【指标属性】定量指标(标准版、首选再灌注策略为PPCI的基层版)

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】单位时间内，发病12小时内急性STEMI患者中，从到院至进行直接PCI治疗导丝通过靶血管(DoortoDevice, DTD)的时间小于等于90分钟的患者数，占同期发病24小时内急性STEMI患者总数的比例。

【计算方法】

$$\frac{\text{发病12小时内急性STEMI患者到院90分钟内进行直接经皮冠状动脉介入治疗(PCI)的比例}}{\text{同期发病12小时内急性STEMI患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价医院对急性STEMI患者救治的及时性。

【指标导向】监测比较

6. 发病12小时内急性STEMI患者到院30分钟内给予静脉溶栓治疗的比例

【指标属性】定量指标(首选再灌注策略为溶栓的基层版)

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】单位时间内，发病12小时内急性STEMI患

者中，从到院至给予静脉溶栓药物(Door to Needle, DTN)时间小于等于30分钟的患者数，占同期发病12小时内接受静脉溶栓治疗的急性STEMI患者总数的比例。

【计算方法】

发病12小时内急性STEMI患者到院30分钟内给予静脉溶栓治疗的比例 = $\frac{\text{发病12小时内急性STEMI患者中DTN的时间} \leq 30 \text{分钟的患者数}}{\text{同期发病12小时内急性STEMI患者总数}} \times 100\%$

【指标意义】评价医院对急性STEMI患者救治的及时性。

【指标导向】监测比较

7. 急性STEMI患者到院24小时内β受体阻滞剂治疗率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】单位时间内，到院24小时内给予β受体阻滞剂治疗的急性STEMI患者数，占同期急性STEMI患者总数的比例。

【计算方法】

急性STEMI患者到院24小时内β受体阻滞剂治疗率 = $\frac{\text{到院24小时内给予} \beta \text{受体阻滞剂治疗的急性STEMI患者数}}{\text{同期急性STEMI患者总数}} \times 100\%$

【指标意义】评价STEMI急性期规范化诊疗情况。

【指标导向】逐步提高

8. 急性STEMI患者住院期间应用超声心动图(UCG)评价左心室射血分数(LVEF)的比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】单位时间内，住院期间通过UCG评价LVEF

的急性STEMI患者数，占同期急性STEMI患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{急性STEMI患者住院期间应用UCG评价LVEF的比例} = \frac{\text{住院期间通过UCG评价LVEF的急性STEMI患者数}}{\text{同期急性STEMI患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价STEMI急性期规范化诊疗与评估情况。

【指标导向】逐步提高

9. 急性STEMI患者出院阿司匹林使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，出院使用阿司匹林的急性STEMI患者数，占同期急性STEMI患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{急性STEMI患者出院阿司匹林使用率} = \frac{\text{出院使用阿司匹林的急性STEMI患者数}}{\text{同期急性STEMI患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价STEMI二级预防情况。

【指标导向】逐步提高

10. 急性STEMI患者出院P2Y12受体拮抗剂使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，出院使用P2Y12受体拮抗剂的急性STEMI患者数，占同期急性STEMI患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{急性STEMI患者出院P2Y12受体拮抗剂使用率} = \frac{\text{出院使用P2Y12受体拮抗剂的急性STEMI患者数}}{\text{同期急性STEMI患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价STEMI二级预防情况。

【指标导向】逐步提高

11. 急性STEMI患者出院β受体阻滞剂使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，出院使用β受体阻滞剂的急性STEMI患者数，占同期急性STEMI患者总数的比例。

【计算方法】

$$\beta \text{受体阻滞剂使用率} = \frac{\text{急性STEMI患者出院使用}\beta \text{受体阻滞剂的急性STEMI患者数}}{\text{同期急性STEMI患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价STEMI二级预防情况。

【指标导向】逐步提高

12. 急性STEMI患者出院血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)

或血管紧张素II受体拮抗剂(ARB)使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，出院使用ACEI或ARB的急性STEMI患者数，占同期急性STEMI患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{急性STEMI患者出院ACEI/ARB使用率} = \frac{\text{出院使用ACEI/ARB的急性STEMI患者数}}{\text{同期急性STEMI患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价STEMI二级预防情况。

【指标导向】逐步提高

13. 急性STEMI患者出院他汀类药物使用率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，出院使用他汀类药物的急性STEMI患者数，占同期急性STEMI患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{急性STEMI患者出院他汀类药物使用率} = \frac{\text{出院使用他汀类药物的急性STEMI患者数}}{\text{同期急性STEMI患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 评价STEMI二级预防情况。

【指标导向】 逐步提高

14. 急性STEMI患者住院死亡率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，住院期间死亡的急性STEMI患者数，占同期急性STEMI患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{急性STEMI患者住院死亡率} = \frac{\text{住院期间死亡的急性STEMI患者数}}{\text{同期急性STEMI患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 评价医院STEMI诊疗的整体水平。

【指标导向】 逐步降低

15. 急性STEMI患者出院后30天内非计划再入院率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，出院后30天内，原先无计划再入院，而因任何原因再次入院的急性STEMI患者数，占同

期出院的急性STEMI患者总数的比例。

【计算方法】

$$\frac{\text{急性STEMI患者出院后30天内非计划再入院率} - \frac{\text{出院后30天内,原先无计划再入院,而因任何原因再次入院的急性STEMI患者数}}{\text{同期出院的急性STEMI患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价医院STEMI诊疗的整体水平。

【指标说明】再次入院的医疗机构不限。

【指标导向】逐步降低

16. 急性STEMI患者30天死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，确诊急性STEMI后30天死亡的急性STEMI患者数，占同期急性STEMI患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{急性STEMI患者30天死亡率} = \frac{\text{确诊急性STEMI后30天死亡的急性STEMI患者总数}}{\text{同期急性STEMI患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价医院STEMI诊疗的整体水平。

【指标导向】逐步降低

（二）心房颤动

1. 非瓣膜性心房颤动(房颤)患者血栓栓塞风险评估率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行血栓栓塞风险评估的非瓣膜性房颤患者数，占同期非瓣膜性房颤患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{血栓栓塞风险评估率} = \frac{\text{非瓣膜性房颤患者行血栓栓塞风险评估的非瓣膜性房颤患者数}}{\text{同期非瓣膜性房颤患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价非瓣膜性房颤患者评估的规范性。

【指标说明】血栓栓塞风险评估推荐采用CHA₂DS₂-VASc评分。

【指标导向】逐步提高

2. 非瓣膜性房颤患者出院抗凝药物使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，出院使用抗凝药物的非瓣膜性房颤患者数，占同期非瓣膜性房颤患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{出院抗凝药物使用率} = \frac{\text{非瓣膜性房颤患者出院使用抗凝药物的非瓣膜性房颤患者数}}{\text{同期非瓣膜性房颤患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价非瓣膜性房颤治疗的规范性。

【指标导向】逐步提高

3. 瓣膜性房颤患者出院华法林使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，出院使用华法林的瓣膜性房颤患者数，占同期瓣膜性房颤患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{瓣膜性房颤患者出院华法林使用率} = \frac{\text{出院使用华法林的瓣膜性房颤患者数}}{\text{同期瓣膜性房颤患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价非瓣膜性房颤治疗的规范性。

【指标导向】逐步提高

4. 房颤患者出血风险评估率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行出血风险评估的房颤患者数，占同期房颤患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{房颤患者出血风险评估率} = \frac{\text{行出血风险评估的房颤患者数}}{\text{同期房颤患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价房颤患者评估的规范性。

【指标说明】出血风险评估推荐采用HAS-BLED评分、ORBIT评分或ABC评分等。

【指标导向】逐步提高

5. 房颤患者左心耳封堵术并发症发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，左心耳封堵术中及术后发生并发症的房颤患者数，占同期行左心耳封堵的房颤患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{房颤患者左心耳封堵术并发症发生率} = \frac{\text{左心耳封堵术中及术后发生并发症的房颤患者数}}{\text{同期行左心耳封堵的房颤患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价房颤左心耳封堵手术安全性。

【指标说明】左心耳封堵术并发症指：(1)影像学检查确诊的穿刺部位假性动脉瘤；(2)影像学检查确诊的穿刺部位动静脉瘘；(3)左心耳封堵术中以及术后72小时内新发或增多的心包积液，且合并下列情况之一：行心包穿刺引流、行外科修补；(4)术中及术后72小时内的脑卒中；(5)封堵器脱位。

【指标导向】逐步降低

(三) 心力衰竭

1. 心力衰竭患者入院24小时内利钠肽检测率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比 (%)

【指标定义】单位时间内，左心耳封堵术中及术后发生并发症的房颤患者数，占同期行左心耳封堵的房颤患者总数的比例。

【计算方法】

心力衰竭患者入院24小时内利钠肽检测率 = $\frac{\text{左心耳封堵术中及术后发生并发症的房颤患者数}}{\text{同期行左心耳封堵的房颤患者总数}} \times 100\%$

【指标意义】评价心力衰竭患者评估规范性、及时性。

【指标说明】利钠肽检测包括N末端B型利钠肽原 (NT-proBNP) 和B型利钠肽 (BNP)。

【指标导向】逐步提高

2. 心力衰竭患者入院48小时内心脏功能评估率

【指标属性】定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，入院48小时内进行超声心动图检查的心力衰竭患者数，占同期心力衰竭患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{心力衰竭患者入院48小时内心脏功能评估率} = \frac{\text{入院48小时内进行超声心动图检查的心力衰竭患者数}}{\text{同期心力衰竭患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 评价心力衰竭患者评估规范性、及时性。

【指标导向】 逐步提高

3. 心力衰竭伴容量超负荷患者住院期间利尿剂治疗率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，住院期间接受利尿剂治疗的心力衰竭伴容量超负荷患者数，占同期心力衰竭伴容量超负荷患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{心力衰竭伴容量超负荷患者住院期间接受利尿剂治疗} = \frac{\text{住院期间接受利尿剂治疗的心力衰竭伴容量超负荷患者数}}{\text{同期心力衰竭伴容量超负荷患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 评价医院救治心力衰竭患者的规范性。

【指标导向】 监测比较

4. 心力衰竭患者出院血管紧张素转化酶抑制剂(ACEI)或血管紧张素受体阻断剂(ARB)或血管紧张素受体脑啡肽酶抑制剂(ARNI)使用率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】单位时间内，出院使用ACEI或ARB或ARNI的心力衰竭患者数，占同期心力衰竭患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{ACEI、ARB、ARNI使用率} = \frac{\text{心力衰竭患者出院使用ACEI或ARB或ARNI的心力衰竭患者数}}{\text{同期心力衰竭患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价医院救治心力衰竭患者的规范性。

【指标导向】监测比较

5. 心力衰竭患者出院β受体阻滞剂使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，出院使用β受体阻滞剂的心力衰竭患者数，占同期心力衰竭患者总数的比例。

【计算方法】

$$\beta \text{受体阻滞剂使用率} = \frac{\text{心力衰竭患者出院使用}\beta \text{受体阻滞剂的心力衰竭患者数}}{\text{同期心力衰竭患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价医院救治心力衰竭患者的规范性。

【指标导向】监测比较

6. 心力衰竭患者出院醛固酮受体拮抗剂使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，出院使用醛固酮受体拮抗剂的心力衰竭患者数，占同期心力衰竭患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{醛固酮受体拮抗剂使用率} = \frac{\text{心力衰竭患者出院使用醛固酮受体拮抗剂的心力衰竭患者数}}{\text{同期心力衰竭患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价医院救治心力衰竭患者的规范性。

【指标导向】监测比较

7. 心力衰竭患者住院期间心脏再同步化治疗(CRT)使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】单位时间内，住院期间给予CRT治疗的心力衰竭患者数，占同期心力衰竭患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{心力衰竭患者住院期间CRT使用率} = \frac{\text{住院期间给予CRT治疗的心力衰竭患者数}}{\text{同期心力衰竭患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价医院救治心力衰竭患者的情况。

【指标导向】监测比较

8. 心力衰竭患者住院死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】单位时间内，住院期间死亡的心力衰竭患者数，占同期心力衰竭患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{心力衰竭患者住院死亡率} = \frac{\text{住院期间死亡的心力衰竭患者数}}{\text{同期心力衰竭患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价心力衰竭患者救治效果。

【指标导向】逐步降低

9. 心力衰竭患者出院30天随访率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，出院30天随访的心力衰竭患者数，占同期出院心力衰竭患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{出院30天随访率} = \frac{\text{心力衰竭患者出院30天随访的心力衰竭患者数}}{\text{同期出院心力衰竭患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 评价医院对心力衰竭患者出院后的管理情况。

【指标说明】 随访方式包括但不限于电话随访、网络随访、门诊随访。

【指标导向】 逐步提高

10. 心力衰竭患者出院后30天内心力衰竭再入院率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，出院后30天内因心力衰竭再入院的心力衰竭患者数，占同期出院的心力衰竭患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{心力衰竭再入院率} = \frac{\text{心力衰竭患者出院后30天内再入院的心力衰竭患者数}}{\text{同期出院的心力衰竭患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 评价医院对心力衰竭患者出院后的管理情况。

【指标导向】 逐步降低

11. 心力衰竭患者出院后30天死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，出院后30天内死亡的心力衰竭患者数，占同期出院的心力衰竭患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{心力衰竭患者出院后30天死亡率} = \frac{\text{出院后30天内死亡的心力衰竭患者数}}{\text{同期出院的心力衰竭患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价医院对心力衰竭患者出院后的管理情况。

【指标导向】逐步降低

（四）高血压

1. 动态血压监测率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，住院期间接受动态血压监测的高血压患者数，占同期高血压住院患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{动态血压监测率} = \frac{\text{住院期间接受动态血压监测的高血压患者数}}{\text{同期高血压住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价医院对高血压患者规范评估情况。

【指标说明】动态血压监测是指通过自动血压测量仪器监测血压水平。

【指标导向】逐步提高

2. 心血管风险评估率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，住院期间接受心血管风险评估的高血压患者数，占同期高血压住院患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{心血管风险评估率} = \frac{\text{住院期间接受心血管风险评估的高血压患者数}}{\text{同期高血压住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 评价医院对高血压患者规范评估情况。

【指标说明】 心血管风险评估是指完成了心脏、肾脏、血管、眼底四项检查中的两项及以上。

【指标导向】 逐步提高

3. 原发性醛固酮增多症肾素醛固酮检测规范率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，住院期间接受规范检测肾素醛固酮的原发性醛固酮增多症患者数，占同期原发性醛固酮增多症住院患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{原发性醛固酮增多症肾素醛固酮检测规范率} = \frac{\text{住院期间接受规范检测肾素醛固酮的原发性醛固酮增多症患者数}}{\text{同期原发性醛固酮增多症住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 评价医院对原发性醛固酮增多症诊治的规范性。

【指标说明】 规范检测肾素醛固酮：停用影响肾素醛固

酮检测药物至少2周(利尿剂及甘草提炼物至少4周)后进行监测,停药期间可使用 α 受体阻滞剂及非二氢吡啶类钙拮抗剂控制血压。

【指标导向】逐步提高

4. 原发性醛固酮增多症确诊试验开展率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】单位时间内,住院期间接受确诊试验检查的原发性醛固酮增多症患者数,占同期原发性醛固酮增多症住院患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{原发性醛固酮增多症确诊试验开展率} = \frac{\text{住院期间接受确诊试验检查的原发性醛固酮增多症患者数}}{\text{同期原发性醛固酮增多症住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价医院对原发性醛固酮增多症诊治的规范性。

【指标说明】确诊试验包括卡托普利试验、生理盐水输注试验、口服高钠饮食、氟氢可的松试验。

【指标导向】逐步提高

(五) 冠状动脉旁路移植术

1. 单纯冠状动脉旁路移植术住院死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】单位时间内,行单纯冠状动脉旁路移植术

住院期间死亡的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{单纯冠状动脉旁路移植术住院死亡率} = \frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术住院期间死亡的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低

2. 单纯冠状动脉旁路移植术后机械通气时间大于等于24小时发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术后连续机械通气时间大于等于24小时的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{单纯冠状动脉旁路移植术后机械通气时间} \geq 24 \text{小时发生率} = \frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术后连续机械通气时间} \geq 24 \text{小时的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价手术诊疗质量情况。

【指标说明】拔管后再次机械通气时间不计算在内。

【指标导向】逐步降低

3. 单纯冠状动脉旁路移植术后胸骨深部感染发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术

后发生胸骨深部感染的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{胸骨深部感染发生率} = \frac{\text{单纯冠状动脉旁路移植术后行单纯冠状动脉旁路移植术后发生胸骨深部感染的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价手术诊疗质量情况。

【指标说明】胸骨深部感染包括肌肉、骨骼和纵膈的感染。

【指标导向】逐步降低

4. 单纯冠状动脉旁路移植术后脑卒中发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术后发生脑卒中的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{移植术后脑卒中发生率} = \frac{\text{单纯冠状动脉旁路移植术后行单纯冠状动脉旁路移植术后发生脑卒中的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低

5. 单纯冠状动脉旁路移植术非计划二次手术率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术

后非计划二次手术的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{单纯冠状动脉旁路移植术非计划二次手术率} = \frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术后非计划二次手术的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低

6. 单纯冠状动脉旁路移植术后急性肾衰竭发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术后发生急性肾衰竭的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{单纯冠状动脉旁路移植术后急性肾衰竭发生率} = \frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术后发生急性肾衰竭的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价手术诊疗质量情况。

【指标说明】术后急性肾衰竭是指术后最高血清肌酐值是术前基线值的3.0倍；或血肌酐值增至 $\geq 4.0\text{mg/dl}$ ($\geq 353.6 \mu\text{mol/l}$)；或开始肾脏替代治疗(下同)。

【指标导向】逐步降低

7. 单纯冠状动脉旁路移植术前24小时β受体阻滞剂使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术前24小时内使用β受体阻滞剂的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{单纯冠状动脉旁路移植术前24小时}\beta\text{受体阻滞剂使用率} = \frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术前24小时内使用}\beta\text{受体阻滞剂的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 评价单纯冠状动脉旁路移植术二级预防情况。

【指标导向】 逐步提高

8. 单纯冠状动脉旁路移植术围术期输血率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术围术期输血的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{单纯冠状动脉旁路移植术围术期输血率} = \frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术围术期输血的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 评价围术期血制品使用情况。

【指标说明】 围术期指术中及术后住院的全部过程；血制品指异体全血、红细胞、血小板、新鲜冰冻血浆和冷沉淀。

【指标导向】 逐步降低

9. 单纯冠状动脉旁路移植术中乳内动脉血管桥使用率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术中
使用乳内动脉血管桥的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁
路移植术的患者总数的比例。

【计算方法】

单纯冠状动脉旁路移植术中乳内动脉血管桥使用率 = $\frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术中乳内动脉血管桥的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}} \times 100\%$

【指标意义】 评价手术血管桥选择的规范性。

【指标说明】 乳内动脉血管桥包括左侧原位乳内动脉血
管桥、右侧原位乳内动脉血管桥以及游离乳内动脉血管桥。

【指标导向】 监测比较

10. 单纯冠状动脉旁路移植术后24小时内阿司匹林使用 率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术
后24小时内使用阿司匹林的患者数，占同期行单纯冠状动
脉旁路移植术的患者总数的比例。

【计算方法】

单纯冠状动脉旁路移植术后24小时内阿司匹林使用率 = $\frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术后24小时内使用阿司匹林的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}} \times 100\%$

【指标意义】 评价单纯冠状动脉旁路移植术二级预防情
况。

【指标导向】 逐步提高

11. 单纯冠状动脉旁路移植术出院他汀类药物使用率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术出院使用他汀类药物的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{单纯冠状动脉旁路移植术出院他汀类药物使用率} = \frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术出院使用他汀类药物的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 评价单纯冠状动脉旁路移植术二级预防情况。

【指标导向】 逐步提高

12. 单纯冠状动脉旁路移植术出院阿司匹林使用率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术出院使用阿司匹林的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{单纯冠状动脉旁路移植术出院阿司匹林使用率} = \frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术出院使用阿司匹林的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 评价单纯冠状动脉旁路移植术二级预防情况。

【指标导向】 逐步提高

13. 单纯冠状动脉旁路移植术出院β受体阻滞剂使用率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术出院使用β受体阻滞剂的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{单纯冠状动脉旁路移植术出院}\beta\text{受体阻滞剂使用率} = \frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术出院使用}\beta\text{受体阻滞剂的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 评价单纯冠状动脉旁路移植术二级预防情况。

【指标导向】 逐步提高

（六）二尖瓣手术

1. 二尖瓣手术住院死亡率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，行二尖瓣手术住院期间死亡的患者数，占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{二尖瓣手术住院死亡率} = \frac{\text{行二尖瓣手术住院期间死亡的患者数}}{\text{同期行二尖瓣手术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】 逐步降低

2. 二尖瓣手术后机械通气时间大于等于24小时发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行二尖瓣手术后连续机械通气时间大于等于24小时的患者数，占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{二尖瓣手术后机械通气时间} \geq \text{大于等于24小时发生率} = \frac{\text{行二尖瓣手术后连续机械通气时间} \geq 24 \text{小时的患者数}}{\text{同期行二尖瓣手术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价手术诊疗质量情况。

【指标说明】拔管后再次机械通气时间不计算在内。

【指标导向】逐步降低

3. 二尖瓣手术后胸骨深部感染发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行二尖瓣手术后发生胸骨深部感染的患者数，占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{二尖瓣手术后胸骨深部感染发生率} = \frac{\text{行二尖瓣手术后发生胸骨深部感染的患者数}}{\text{同期行二尖瓣手术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价手术诊疗质量情况。

【指标说明】胸骨深部感染包括肌肉、骨骼和纵膈的感染。

【指标导向】逐步降低

4. 二尖瓣手术后脑卒中发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行二尖瓣手术后发生脑卒中的患者数，占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{二尖瓣手术后脑卒中发生率} = \frac{\text{行二尖瓣手术后发生脑卒中的患者数}}{\text{同期行二尖瓣手术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低

5. 二尖瓣手术非计划二次手术率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行二尖瓣手术后非计划二次手术的患者数，占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{二尖瓣手术非计划二次手术率} = \frac{\text{行二尖瓣手术后非计划二次手术的患者数}}{\text{同期行二尖瓣手术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低

6. 二尖瓣手术后急性肾衰竭发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行二尖瓣手术后发生急性肾

衰竭的患者数，占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{肾衰竭发生率} = \frac{\text{二尖瓣手术后急性行二尖瓣手术后发生急性肾衰竭的患者数}}{\text{同期行二尖瓣手术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低

7. 因退行性病变导致二尖瓣关闭不全的患者二尖瓣修复术治疗率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，因退行性病变导致二尖瓣关闭不全行二尖瓣修复术的患者数，占同期因退行性病变导致二尖瓣关闭不全行二尖瓣手术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{二尖瓣修复术治疗率} = \frac{\text{因退行性病变导致二尖瓣关闭不全行二尖瓣修复术的患者数}}{\text{同期因退行性病变导致二尖瓣关闭不全行二尖瓣手术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价手术方法选择的规范性。

【指标说明】排除接受过心脏或胸外科手术或前纵隔放射性治疗的患者。

【指标导向】逐步降低

8. 二尖瓣手术出院抗凝药物使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行二尖瓣手术出院使用抗凝

药物的患者数，占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{抗凝药物使用率} = \frac{\text{二尖瓣手术出院使用抗凝药物的患者数}}{\text{同期行二尖瓣手术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价二尖瓣手术二级预防情况。

【指标导向】逐步提高

9. 二尖瓣手术术中经食道超声使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，二尖瓣手术术中经食道超声的患者数，占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{经食道超声使用率} = \frac{\text{二尖瓣手术术中经食道超声的患者数}}{\text{同期行二尖瓣手术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价手术过程规范性。

【指标导向】监测比较

（七）主动脉瓣手术

1. 主动脉瓣手术住院死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行主动脉瓣手术住院期间死亡的患者数，占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{主动脉瓣手术住院死亡率} = \frac{\text{行主动脉瓣手术住院期间死亡的患者数}}{\text{同期行主动脉瓣手术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】 逐步降低

2. 主动脉瓣手术后机械通气时间大于等于24小时发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，行主动脉瓣手术后连续机械通气时间大于等于24小时的患者数，占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{主动脉瓣手术后机械通气时间} \geq 24 \text{小时发生率} = \frac{\text{行主动脉瓣手术后连续机械通气时间} \geq 24 \text{小时的患者数}}{\text{同期行主动脉瓣手术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 评价手术诊疗质量情况。

【指标说明】 拔管后再次机械通气时间不计算在内。

【指标导向】 逐步降低

3. 主动脉瓣手术后胸骨深部感染发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，行主动脉瓣手术后发生脑卒中中的患者数，占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例

【计算方法】

$$\text{主动脉瓣手术后胸骨深部感染发生率} = \frac{\text{行主动脉瓣手术后发生胸骨深部感染的患者数}}{\text{同期行主动脉瓣手术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 评价手术诊疗质量情况

【指标说明】 胸骨深部感染包括肌肉、骨骼和纵膈的感染。

【指标导向】 逐步降低

4. 主动脉瓣手术后脑卒中发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，行主动脉瓣手术后发生脑卒中中的患者数，占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{主动脉瓣手术后脑卒中发生率} = \frac{\text{行主动脉瓣手术后发生脑卒中的患者数}}{\text{同期行主动脉瓣手术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 评价手术诊疗质量情况

【指标导向】 逐步降低

5. 主动脉瓣手术非计划二次手术率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，行主动脉瓣手术后非计划二次手术的患者数，占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{主动脉瓣手术非计划二次手术率} = \frac{\text{行主动脉瓣手术后非计划二次手术的患者数}}{\text{同期行主动脉瓣手术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 评价手术诊疗质量情况

【指标导向】 逐步降低

6. 主动脉瓣手术后急性肾衰竭发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行主动脉瓣手术后发生急性肾衰竭的患者数，占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{主动脉瓣手术后急性肾衰竭发生率} = \frac{\text{行主动脉瓣手术后发生急性肾衰竭的患者数}}{\text{同期行主动脉瓣手术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价手术诊疗质量情况

【指标导向】逐步降低

7. 主动脉瓣手术出院抗凝药物使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行主动脉瓣手术出院使用抗凝药物的患者数，占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{主动脉瓣手术出院抗凝药物使用率} = \frac{\text{行主动脉瓣手术出院使用抗凝药物的患者数}}{\text{同期行主动脉瓣手术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价主动脉瓣手术二级预防情况。

【指标导向】逐步提高

8. 主动脉瓣手术术中经食道超声使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，主动脉瓣手术中使用经食道超声的患者数，占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{主动脉瓣手术中使用经食道超声使用率} = \frac{\text{主动脉瓣手术中使用经食道超声的患者数}}{\text{同期行主动脉瓣手术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 评价手术过程规范性。

【指标导向】 监测比较

9. 主动脉瓣置换术人工瓣有效瓣膜面积指数大于0.85cm²/m²发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，主动脉瓣置换术中人工主动脉瓣有效瓣膜面积指数大于0.85cm²/m²的患者数，占同期行主动脉瓣置换术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{主动脉瓣置换术人工瓣有效瓣膜面积指数大于0.85cm}^2/\text{m}^2\text{发生率} = \frac{\text{主动脉瓣置换术中人工主动脉瓣有效瓣膜面积指数大于0.85cm}^2/\text{m}^2\text{的患者数}}{\text{同期行主动脉瓣手术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 评价人工瓣膜大小选择的规范性。

【指标说明】 主动脉瓣有效瓣膜面积指数=人工瓣膜有效瓣口面积(cm²)/患者体表面积(m²)。

【指标导向】 逐步提高

(八) 主动脉腔内修复术

1. 主动脉腔内修复术住院死亡率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 单位时间内，行主动脉腔内修复术住院期间死亡的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{主动脉腔内修复术住院死亡率} = \frac{\text{行主动脉腔内修复术住院期间死亡的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】 逐步降低

2. 主动脉腔内修复术后机械通气时间大于等于24小时发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 单位时间内，行主动脉腔内修复术后连续机械通气时间大于等于24小时的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{主动脉腔内修复术后机械通气时间} \geq 24 \text{小时发生率} = \frac{\text{行主动脉腔内修复术后连续机械通气时间} \geq 24 \text{小时的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 评价手术诊疗质量情况。

【指标说明】 拔管后再次机械通气时间不计算在内。

【指标导向】 逐步降低

3. 主动脉腔内修复术非计划二次手术率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行主动脉腔内修复术后非计划二次手术的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{主动脉腔内修复术后非计划二次手术率} = \frac{\text{行主动脉腔内修复术后非计划二次手术的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价手术诊疗质量情况。

【指标说明】非计划二次手术包括主动脉和入路血管的再次手术，手术方式包括开放和腔内手术，均为同一次住院期间或术后30天内发生。

【指标导向】逐步降低

4. 主动脉腔内修复术后内漏发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行主动脉腔内修复术后住院期间检查发现内漏的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{主动脉腔内修复术后内漏发生率} = \frac{\text{行主动脉腔内修复术后住院期间检查发现内漏的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}} \times$$

100%

【指标意义】评价手术诊疗质量情况。

【指标说明】内漏的评价以住院期间最后一次主动脉CTA/DSA检查为准。

【指标导向】逐步降低

5. 主动脉腔内修复术后脑卒中发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行主动脉腔内修复术后发生脑卒中的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{主动脉腔内修复术后脑卒中发生率} = \frac{\text{行主动脉腔内修复术后发生脑卒中的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低

6. 主动脉腔内修复术后急性肾衰竭发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行主动脉腔内修复术后发生急性肾衰竭的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{主动脉腔内修复术后急性肾衰竭发生率} = \frac{\text{行主动脉腔内修复术后发生急性肾衰竭的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低

7. 主动脉腔内修复术后脊髓损伤发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行主动脉腔内修复术后发生脊髓损伤的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{主动脉腔内修复术后脊髓损伤发生率} = \frac{\text{行主动脉腔内修复术后发生脊髓损伤的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价手术诊疗质量情况。

【指标说明】脊髓损伤表现为下肢肌力为0-4级，且较术前减低：(1)0级，下肢无法运动；(2)1级，下肢可以运动，但不能对抗肢体的重力；(3)2级，下肢能够对抗肢体的重力进行运动；(4)3级，在协助下可以站立；(5)4级，在协助下可以行走；(6)正常下肢肌力。

【指标导向】逐步降低

8. 主动脉腔内修复术后心肌梗死发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行主动脉腔内修复术后发生心肌梗死的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总

数的比例。

【计算方法】

$$\text{主动脉腔内修复术后心肌梗死发生率} = \frac{\text{行主动脉腔内修复术后发生心肌梗死的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低

9. 主动脉腔内修复术30天内CTA复查率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行主动脉腔内修复术30天内进行主动脉CTA复查的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{主动脉腔内修复术30天内CTA复查率} = \frac{\text{行主动脉腔内修复术30天内进行主动脉CTA复查的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价手术随访规范性和及时性。

【指标导向】逐步提高

10. 主动脉腔内修复术后30天随访率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行主动脉腔内修复术后30天进行随访的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{主动脉腔内修复术后30天随访率} = \frac{\text{行主动脉腔内修复术后30天进行随访的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价手术随访规范性和及时性。

【指标说明】术后30天随访包括但不限于门诊随访、电话随访及CTA随访；随访时间窗为术后30±7天。

【指标导向】逐步提高

11. 主动脉腔内修复术前β受体阻滞剂使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行主动脉腔内修复术前使用β受体阻滞剂的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\beta \text{受体阻滞剂使用率} = \frac{\text{行主动脉腔内修复术前使用}\beta \text{受体阻滞剂的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价主动脉腔内修复术临床用药情况。

【指标导向】监测比较

12. 主动脉腔内修复术前他汀类药物使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行主动脉腔内修复术前使用他汀类药物的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。

【计算方法】

主动脉腔内修复术前行主动脉腔内修复术使用他汀类药物的患者数
他汀类药物使用率 = $\frac{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}} \times 100\%$

【指标意义】 评价主动脉腔内修复术临床用药情况。

【指标导向】 监测比较

(九) 先心病介入治疗技术

1. 先心病介入治疗成功率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 单位时间内，行先心病介入治疗成功的患者数，占同期行先心病介入治疗的患者总数的比例。

【计算方法】

先心病介入治疗成功率 = $\frac{\text{行先心病介入治疗成功的患者数}}{\text{同期行先心病介入治疗的患者总数}} \times 100\%$

【指标意义】 评价手术诊疗质量情况。

【指标说明】 1. 先心病包括房间隔缺损(ASD)、室间隔缺损(VSD)、动脉导管未闭(PDA)及肺动脉瓣狭窄(PS)(下同)。2. 治疗成功指通过介入手段治疗先心病后，达到治愈原先天性畸形或明显改善其血流动力学，且未发生严重并发症。

【指标导向】 逐步提高

2. 先心病介入治疗封堵器移位或脱落发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 单位时间内，行先心病介入治疗发生封堵

器移位或脱落的患者数，占同期行先心病介入治疗的患者总数的比例。

【计算方法】

先心病介入治疗封堵器移位或脱落发生率 = $\frac{\text{行先心病介入治疗发生封堵器移位或脱落的患者数}}{\text{同期行先心病介入治疗的患者总数}} \times 100\%$

【指标意义】评价手术诊疗质量情况。

【指标说明】1. 本指标适用于所有尝试行介入治疗的ASD、VSD及PDA患者。2. 封堵器移位或脱落指ASD、VSD及PDA介入治疗术中或术后经影像学检查证实封堵器位置发生异常。包括：封堵器偏移造成残余分流；封堵器偏移导致房室瓣或半月瓣反流、右室流出道狭窄；封堵器脱入左右心房、左右心室、肺动脉、主动脉及其分支。

【指标导向】逐步降低

3. 先心病介入治疗心脏压塞发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行先心病介入治疗发生心脏压塞的患者数，占同期行先心病介入治疗的患者总数的比例。

【计算方法】

先心病介入治疗心脏压塞发生率 = $\frac{\text{行先心病介入治疗发生心脏压塞的患者数}}{\text{同期行先心病介入治疗的患者总数}} \times 100\%$

【指标意义】评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低

(十) 冠心病介入治疗技术

1. 冠脉介入治疗临床成功率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 单位时间内，冠脉介入治疗临床成功的例数，占同期接受冠脉介入治疗的总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{冠脉介入治疗临床成功率} = \frac{\text{冠脉介入治疗临床成功的例数}}{\text{同期接受冠脉介入治疗的总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】 评价手术诊疗质量情况。

【指标说明】 冠脉介入治疗临床成功是指符合术后即刻冠状动脉造影成功标准，且24小时内无死亡。

【指标导向】 逐步提高

2. 冠脉介入治疗住院死亡率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 单位时间内，本次接受冠脉介入治疗住院期间死亡的患者数，占同期接受冠脉介入治疗的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{冠脉介入治疗住院死亡率} = \frac{\text{本次接受冠脉介入治疗住院期间死亡的患者数}}{\text{同期接受冠脉介入治疗的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

3. 择期冠脉介入治疗住院死亡率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，择期冠脉介入治疗本次住院期间死亡的患者数，占同期接受择期冠脉介入治疗的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{择期冠脉介入治疗住院死亡率} = \frac{\text{择期冠脉介入治疗本次住院期间死亡的患者数}}{\text{同期接受择期冠脉介入治疗的患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 评价手术诊疗质量情况。

【指标说明】 择期冠脉介入治疗是指除ST段抬高型心肌梗死(STEMI)患者接受的直接经皮冠状动脉介入治疗(PCI)以及非ST段抬高型急性冠脉综合征(NSTEACS)患者接受的急诊经皮冠状动脉介入治疗(PCI)以外的介入治疗。

【指标导向】 逐步降低

4. 冠脉介入治疗严重并发症发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，接受冠脉介入治疗住院期间发生严重并发症的患者数，占同期接受冠脉介入治疗的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{冠脉介入治疗严重并发症发生率} = \frac{\text{接受冠脉介入治疗住院期间发生严重并发症的患者数}}{\text{同期接受择期冠脉介入治疗的患者总数}} \times$$

100%

【指标意义】 评价手术诊疗质量情况。

【指标说明】 严重并发症是指急性心肌梗死、急性或亚急性支架内血栓、心脏压塞、恶性心律失常、需要输血或危及生命的出血事件。

【指标导向】 逐步降低

5. STEMI患者发病12小时内接受直接PCI率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 STEMI患者发病12小时内接受直接PCI的患者数，占同期发病12小时内到院的STEMI患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{STEMI患者发病12小时内接受直接PCI率} = \frac{\text{STEMI患者发病12小时内接受直接PCI的患者数}}{\text{同期发病12小时内到院的STEMI患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 评价STEMI救治及时性和规范性。

【指标导向】 逐步提高

6. 行直接PCI的STEMI患者到院至导丝通过靶血管 (DTD)

平均时间

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 STEMI患者行直接PCI的DTD时间总和与STEMI患者行直接PCI的总例数的比值。

【计算方法】

$$\text{DTD平均时间} = \frac{\text{STEMI患者行直接PCI的DTD时间总和}}{\text{STEMI患者行直接PCI的总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价STEMI救治及时性

【指标导向】逐步提高

7. 接受PCI治疗的非ST段抬高型急性冠脉综合征(NSTEACS)患者进行危险分层的比率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】接受PCI治疗的NSTEACS患者进行危险分层的患者数，占同期接受PCI治疗的NSTEACS患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{接受PCI治疗的NSTE ACS患者进行危险分层的比率} = \frac{\text{接受PCI治疗的NSTE ACS患者进行危险分层的患者数}}{\text{同期接受PCI治疗的NSTE ACS患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价NSTEACS治疗规范性。

【指标导向】监测比较

8. 例次平均支架数

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】平均每例次手术中置入支架的个数。

【计算方法】

$$\text{例次平均支架数} = \frac{\text{植入冠脉总支架数}}{\text{同期接受冠脉介入治疗的总病例数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价支架使用合理性。

【指标导向】监测比较

(十一) 心律失常介入治疗技术

1. 心脏植入型电子器械(CIED)植入术住院死亡率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，行CIED植入术住院期间死亡的患者数，占同期行CIED植入术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{CIED植入术住院死亡率} = \frac{\text{行CIED植入术住院期间死亡的患者数}}{\text{同期行CIED植入术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 评价手术诊疗质量情况。

【指标说明】 CIED包括心脏永久起搏器(PM)、植入型心律转复除颤器(ICD)、心脏再同步化治疗(CRTP)、心脏再同步化治疗除颤器(CRTD)；CIED植入术包括CIED新植入、CIED更换以及CIED升级手术。

【指标导向】 逐步降低

2. CIED植入术心脏压塞发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，行CIED植入术发生心脏压塞的患者数，占同期行CIED植入术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{CIED植入术心脏压塞发生率} = \frac{\text{行CIED植入术发生心脏压塞的患者数}}{\text{同期行CIED植入术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】 逐步降低

3. CIED植入术导线脱位发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，行CIED植入术发生导线脱位的患者数，占同期行CIED植入术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{CIED植入术导线脱位发生率} = \frac{\text{行CIED植入术发生导线脱位的患者数}}{\text{同期行CIED植入术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 评价手术诊疗质量情况。

【指标说明】 导线脱位指CIED植入术后住院期间发生导线脱位并且需行电极导线调整术。导线脱位可以通过心电图，胸片和起搏器程控检查等明确诊断。

【指标导向】 逐步降低

4. 阵发性室上性心动过速(PSVT)导管消融治疗成功率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，行PSVT导管消融治疗成功的患者数，占同期行PSVT导管消融治疗的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{PSVT导管消融治疗成功率} = \frac{\text{行PSVT导管消融治疗成功的患者数}}{\text{同期行PSVT导管消融治疗的患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】 逐步提高

5. 导管消融治疗后严重房室传导阻滞发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，行导管消融治疗术中或术后发生严重房室传导阻滞的患者数，占同期行导管消融治疗的患者总数的比例。

【计算方法】

导管消融治疗后严重房室传导阻滞发生率 = $\frac{\text{行导管消融治疗术中或术后发生严重房室传导阻滞的患者数}}{\text{同期行导管消融治疗的患者总数}} \times 100\%$

【指标意义】 评价手术诊疗质量情况。

【指标说明】 严重房室传导阻滞指二度Ⅱ型、高度和三度房室传导阻滞。

【指标导向】 逐步降低

6. 导管消融治疗心脏压塞发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，行导管消融治疗发生心脏压塞的患者数，占同期行导管消融治疗的患者总数的比例。

【计算方法】

导管消融治疗心脏压塞发生率 = $\frac{\text{行导管消融治疗发生心脏压塞的患者数}}{\text{同期行导管消融治疗的患者总数}} \times 100\%$

【指标意义】 评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】 逐步降低

7. 导管消融治疗住院死亡率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行导管消融治疗住院期间死亡的患者数，占同期行导管消融治疗的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{导管消融治疗住院死亡率} = \frac{\text{行导管消融治疗住院期间死亡的患者数}}{\text{同期行导管消融治疗的患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低

十五、超声诊断专业医疗质量控制指标

（一）超声医师月均工作量

【指标属性】定量指标

【计量单位】比值

【指标定义】单位时间内，每名超声医师每月平均承担的工作量。

【计算方法】

$$\text{超声医师月均工作量} = \frac{\text{超声科年总工作量}}{\text{超声医师数} \times 12 \text{个月}}$$

【指标意义】反映超声医师的工作负荷水平。

【指标导向】监测比较

【指标说明】1. 超声科年总工作量是指超声科医师发出的超声报告单总数量。2. 超声医师是指取得《医师执业证书》，在本机构专职从事超声诊疗工作且每年工作天数不少于6个月的医师。

（二）住院超声检查48小时内完成率

【指标属性】定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，在临床开具住院超声检查申请48小时内完成检查并出具超声检查报告的例数，占同期临床开具住院超声检查申请单总数的比例。

【计算方法】

$$\frac{\text{住院超声检查}}{\text{48小时内完成率}} =$$

$$\frac{\text{单位时间内在临床开具住院超声检查申请48h内完成检查并出具超声检查报告的例数}}{\text{同期临床开具住院超声检查申请单总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映住院超声检查的及时性、合理性。

【指标导向】 逐步提高

（三）超声危急值10分钟内通报完成率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，10分钟内完成通报的超声危急值例数占同期超声危急值总例数的比例。

【计算方法】

$$\frac{\text{超声危急值10分钟内通报完成率}}{\text{单位时间内10分钟内完成通报的超声危急值例数}} \times 100\%$$
$$\frac{\text{单位时间内10分钟内完成通报的超声危急值例数}}{\text{同期超声危急值总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映超声危急值通报的及时性。

【指标说明】 1. 超声检查危急值是指超声检查影像提示以下超声诊断：疑似肝脏、脾脏、肾脏破裂出血；疑似宫外孕破裂并腹腔内出血；急性胆囊炎考虑胆囊化脓并急性穿孔；晚期妊娠出现羊水过少并胎儿心率过快(>160次/min)或过慢(<110次/min)；子宫破裂；胎盘早剥、前置

胎盘并活动性出血；首次发现心功能减退(LVEF<35%)；心包积液合并心脏压塞；主动脉夹层；主动脉瘤破裂；心脏破裂；心脏游离血栓；急性上下肢动脉栓塞；瓣膜置换术后卡瓣。2. 超声检查结束并出具报告后，需将危急值检查结果10分钟内通报给临床医生。

【指标导向】 逐步提高

(四) 超声报告书写合格率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比(%)

【指标定义】 单位时间内，超声检查报告书写合格的数量占同期超声检查报告总数的比例。

【计算方法】

$$\text{超声报告书写合格率} = \frac{\text{单位时间内超声检查报告书写合格的数量}}{\text{同期超声检查报告总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映超声检查报告书写质量。

【指标说明】 具有下列情况之一者视为不合格报告：1. 报告单无具有资质医生签名的；2. 未包含申请单开具项目检查的；3. 报告单中的描述与结论不一致的；4. 报告单存在明显错误的，包括：所查脏器缺如但报告为正常；报告描述检查器官、部位、病变的方位(左右、上下、前后)、单位、数据错误；未删除与超声报告有歧义的模板文字；报告单患者姓名、性别、住院号(就诊号)与实际不符或缺失。

【指标导向】 逐步提高

(五) 乳腺病变超声报告进行乳腺影像报告和数据系统(BI-RADS)分类率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比(%)

【指标定义】 单位时间内, 进行BI-RADS分类的乳腺病变超声报告数, 占同期乳腺病变超声报告总数的比例。

【计算方法】

$$\text{乳腺病变超声报告进行BI-RADS分类率} = \frac{\text{单位时间内进行BI-RADS分类的乳腺病变超声报告数}}{\text{同期乳腺病变超声报告总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映乳腺超声报告规范性。

【指标导向】 逐步提高

(六) 门急诊超声报告阳性率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比(%)

【指标定义】 单位时间内, 门急诊超声报告中有异常发现的报告数, 占同期门急诊超声报告总数的比例。

【计算方法】

$$\text{门急诊超声报告阳性率} = \frac{\text{单位时间内门急诊超声报告中有异常发现的报告数}}{\text{同期门急诊超声报告总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映临床医生开具超声检查的合理性和超声检查结果的准确性。

【指标说明】 1. 指标按照报告份数统计, 如果一份报告中含有多个检查部位, 有一项阳性或多项阳性结果, 按1

例阳性报告统计。2. 该指标不包括健康体检相关超声报告。

【指标导向】 逐步提高

(七) 住院超声报告阳性率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 单位时间内，住院超声报告中有异常发现的报告数，占同期住院超声报告总数的比例。

【计算方法】

$$\text{住院超声报告阳性率} = \frac{\text{单位时间内住院超声报告中有异常发现的报告数}}{\text{同期住院超声报告总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映临床医生开具超声检查的合理性和超声检查结果的准确性。

【指标说明】 指标按照报告份数统计，如果一份报告中含有多个检查部位，有一项阳性或多项阳性结果，按1例阳性报告统计。

【指标导向】 逐步提高

(八) 超声诊断符合率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 单位时间内，超声诊断与病理或临床诊断符合的例数，占同期超声诊断有对应病理或临床诊断总例数的比例。

【计算方法】

超声诊断符合率= $\frac{\text{单位时间内超声诊断与病理或临床诊断符合例数}}{\text{同期超声诊断有对应病理或临床诊断总例数}} \times 100\%$

【指标意义】反映超声诊断质量。

【指标说明】1. 只统计超声诊断有对应病理诊断或临床最终诊断的例数。2. 以手术诊断或术后病理诊断、临床检验指标、动态随访结局、其它影像学检查佐证和病例讨论等确定，进行综合分析后作为诊断标准。

【指标导向】逐步提高

(九) 超声介入相关主要并发症发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】单位时间内，超声介入相关主要并发症发生的例数，占同期超声介入总例数的比例。

【计算方法】

超声介入相关主要并发症发生率= $\frac{\text{单位时间内超声介入相关主要并发症发生的例数}}{\text{同期超声介入总例数}} \times 100\%$

【指标意义】反映医疗机构开展超声介入的医疗质量。

【指标说明】1. 纳入统计的超声介入包括穿刺活检、抽吸、引流、插管、注药治疗、消融等超声引导下的穿刺与治疗。2. 主要并发症包括：出血、感染、邻近脏器损伤、神经损伤、针道种植等。

【指标导向】逐步降低

十六、康复医学专业医疗质量控制指标

(一) 康复医学科床位占比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 康复医学科开放床位数占同期医院开放床位数的比例。

【计算方法】

$$\text{康复医学科床位占比} = \frac{\text{康复学科开放床位数}}{\text{同期医院开放床位数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映康复医学科床位资源配置情况。

【指标导向】 监测达标

（二）康复医学科医师床配比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 康复医学科每张实际开放病床配备的康复医师数量。

【计算方法】

$$\text{康复医学科医师床配比} = \frac{\text{康复学科医师人数}}{\text{同期康复医学科病房开放床位数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映康复医学科医师资源配置情况。

【指标说明】 康复医师指在本医疗机构注册，专门从事康复医疗工作的执业医师。

【指标导向】 监测比较

（三）康复医学科护士床配比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】康复医学科平均实际开放病床配备的护士数量。

【计算方法】

$$\text{康复医学科护士床配比} = \frac{\text{康复学科护士人数}}{\text{同期康复医学科病房开放床位数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映康复医学科护士资源配置情况。

【指标导向】监测比较

(四) 康复医学科治疗师床配比

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】康复医学科每张实际开放病床配备的治疗师数量。

【计算方法】

$$\text{康复医学科治疗师床配比} = \frac{\text{康复学科治疗师人数}}{\text{同期康复医学科病房开放床位数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映康复医学科治疗师资源配置情况。

【指标导向】监测比较

(五) 脑卒中患者早期康复介入率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】单位时间内,接受早期康复介入的住院脑卒中患者数占同期住院脑卒中患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{脑卒中患者早期康复介入率} = \frac{\text{单位时间内接受早期康复介入的住院脑卒中患者数}}{\text{同期住院脑卒中患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】早期康复介入对脑卒中患者功能转归具有重要意义。

【指标说明】1. 统计范围包括医疗机构内所有符合相关条件的住院患者，下同。2. 脑卒中早期康复介入首次诊疗时间应当在患者生命体征稳定、神经功能缺损症状稳定后48小时内。

【指标导向】逐步提高

(六) 脊髓损伤患者早期康复介入率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，接受早期康复介入的住院脊髓损伤患者数占同期住院脊髓损伤患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{脊髓损伤患者早期康复介入率} = \frac{\text{单位时间内接受早期康复介入的住院脊髓损伤患者数}}{\text{同期住院脊髓损伤患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】早期康复介入对脊髓损伤患者功能转归具有重要意义。

【指标说明】脊髓损伤早期康复介入首次诊疗时间应当在临床专科处置完成后48小时内。

【指标导向】逐步提高

(七) 髋、膝关节置换术后患者早期康复介入率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内,接受早期康复介入的住院髋、膝关节置换术后患者数占同期住院髋、膝关节置换术后患者总数的比例。

【计算方法】

髋、膝关节置换术后患者早期康复介入率 = $\frac{\text{单位时间内接受早期康复介入的住院髋、膝关节置换术后患者数}}{\text{同期住院髋、膝关节置换术后患者总数}} \times 100\%$

【指标意义】早期康复介入对髋、膝关节置换术后患者功能转归具有重要意义。

【指标说明】髋、膝关节置换术后患者早期康复介入首次诊疗时间应当在关节置换术后24小时内。

【指标导向】逐步提高

(八) 日常生活活动能力(ADL)改善率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】单位时间内,ADL改善的康复医学科住院患者数占同期康复医学科住院患者总数的比例。

【计算方法】

ADL改善率 = $\frac{\text{单位时间内ADL改善的康复医学科住院患者数}}{\text{同期康复医学科住院患者总数}} \times 100\%$

【指标意义】反映康复治疗对患者功能改善情况。

【指标说明】ADL评定包括但不限于Barthel指数、改良Barthel指数等。

【指标导向】逐步提高

(九) 脊髓损伤患者ADL改善率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，ADL改善的康复医学科住院脊髓损伤患者数占同期康复医学科住院脊髓损伤患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{脊髓损伤患者ADL改善率} = \frac{\text{单位时间内ADL改善的康复医学科住院脊髓损伤患者数}}{\text{同期康复医学科住院脊髓损伤患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映康复治疗后脊髓损伤患者功能改善情况。

【指标说明】 ADL评定包括但不限于Barthel指数、改良Barthel指数、脊髓功能独立性评定(SCIM)等。

【指标导向】 逐步提高

（十）脑卒中患者ADL改善率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，ADL改善的康复医学科住院脑卒中患者数占同期康复医学科住院脑卒中患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{脑卒中患者ADL改善率} = \frac{\text{单位时间内ADL改善的康复医学科住院脑卒中患者数}}{\text{同期康复医学科住院脑卒中患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映康复治疗后脑卒中患者功能改善情

况。

【指标说明】 ADL评定包括但不限于Barthel指数、改良Barthel指数、脊髓功能独立性评定(SCIM)等。

【指标导向】 逐步提高

(十一) 康复评定率

1. 脑卒中患者运动功能评定率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比(%)

【指标定义】 单位时间内，进行运动功能评定的康复医学科住院脑卒中患者数占同期康复医学科住院脑卒中患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{运动功能评定率} = \frac{\text{脑卒中患者单位时间内进行运动功能评定的康复医学科住院脑卒中患者数}}{\text{同期康复医学科住院脑卒中患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 运动功能评定对判断脑卒中患者运动功能损伤严重程度、制定治疗方案、评定康复疗效及判断预后具有重要意义。

【指标说明】 运动功能评定包括但不限于Brunnstrom分期、Fugl-Meyer运动功能评分、上田敏偏瘫功能评价、Rivermead运动指数评分等。

【指标导向】 逐步提高

2. 脊髓损伤患者神经功能评定率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 单位时间内，进行神经功能评定的康复医学科住院脊髓损伤患者数占同期康复医学科住院脊髓损伤患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{脊髓损伤患者神经功能评定率} = \frac{\text{单位时间内进行神经功能评定的康复医学科住院脊髓损伤患者数}}{\text{同期康复医学科住院脊髓损伤患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 NLI和AIS评定对判断脊髓损伤严重程度、制定治疗方案、评定康复疗效及判断预后有重要意义

【指标说明】 神经功能评定是指进行神经损伤平面(NLI)和ASIA损伤分级(AIS)评定。

【指标导向】 逐步提高

3. 髌、膝关节置换术后患者功能评定率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 单位时间内，进行术后功能评定的康复医学科住院髌、膝关节置换术后患者数占同期康复医学科住院髌、膝置换术后患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{髌、膝关节置换术后患者功能评定率} = \frac{\text{单位时间内进行术后功能评定的康复医学科住院髌、膝关节置换术后患者数}}{\text{同期康复医学科住院髌、膝关节置换术后患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 髌、膝关节置换术后康复评定对判断髌、膝关节置换术后患者肢体功能、制定治疗方案、评定康复疗效及判断预后有重要意义。

【指标说明】 评定包括但不限于HHS评分、HSS评分、KneeScore评分等。

【指标导向】 逐步提高

(十二) 住院患者静脉输液使用率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 单位时间内，接受静脉输液治疗的康复医学科住院患者数占同期康复医学科住院患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{住院患者静脉输液使用率} = \frac{\text{单位时间内接受静脉输液治疗的康复医学科住院患者数}}{\text{同期康复医学科住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 静脉输液治疗的不合理使用存在安全隐患，增加不必要的医疗成本，需要进行监测。

【指标导向】 监测比较

(十三) 并发症和不良事件发生率及预防实施率

1. 脑卒中后肩痛发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 单位时间内，发生肩痛的康复医学科住院脑卒中患者数占同期康复医学科住院脑卒中患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{脑卒中后肩痛发生率} = \frac{\text{单位时间内康复医学科住院期间发生肩痛的住院脑卒中患者数}}{\text{同期康复医学科住院脑卒中患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映脑卒中患者康复质量。

【指标说明】脑卒中后肩痛包括复杂性区域疼痛综合征(肩手综合征)、肩部软组织疾病或损伤等。

【指标导向】逐步降低

2. 脑卒中后肩痛预防实施率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】单位时间内,进行脑卒中后肩痛预防的康复医学科住院脑卒中患者数占同期康复医学科住院脑卒中患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{脑卒中后肩痛预防实施率} = \frac{\text{单位时间内进行脑卒中后肩痛预防的康复医学科住院脑卒中患者数}}{\text{同期康复医学科住院脑卒中患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】脑卒中后肩痛严重影响患者上肢功能预后,予以规范的预防可有效降低其发生率。

【指标导向】逐步提高

3. 脊髓损伤患者泌尿系感染发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】单位时间内,发生泌尿系感染的康复医学科住院脊髓损伤患者数占同期康复医学科住院脊髓损伤患者总数的比例。

【计算方法】

脊髓损伤患者泌尿系感染发生率 = $\frac{\text{单位时间内康复医学科住院期间发生泌尿系感染的脊髓损伤患者数}}{\text{同期康复医学科住院脊髓损伤患者总数}} \times 100\%$

【指标意义】泌尿系感染是脊髓损伤康复期常见并发症，应当予以重点关注。

【指标导向】逐步降低

4. 脊髓损伤神经源性膀胱患者间歇性导尿实施率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，康复医学科住院脊髓损伤神经源性膀胱患者中进行间歇性导尿的人数占同期康复医学科住院脊髓损伤神经源性膀胱患者总数的比例。

【计算方法】

脊髓损伤神经源性膀胱患者间歇性导尿实施率 = $\frac{\text{单位时间内进行间歇性导尿的康复医学科住院脊髓损伤神经源性膀胱患者数}}{\text{同期康复医学科住院脊髓损伤神经源性膀胱患者总数}} \times 100\%$

【指标意义】间歇性导尿是神经源性膀胱处理的首选技术，可减少泌尿系感染的发生率。

【指标导向】逐步提高

5. 住院患者静脉血栓栓塞症发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，发生静脉血栓栓塞症的康复医学科住院患者数占同期康复医学科住院患者总数的比例。

【计算方法】

住院患者静脉血栓栓塞症发生率 = $\frac{\text{单位时间内发生静脉血栓栓塞症的康复医学科住院患者数}}{\text{同期康复医学科住院患者总数}} \times 100\%$

【指标意义】静脉血栓栓塞症是康复医学科常见并发症，严重者可导致患者非预期死亡，应当予以关注。

【指标说明】静脉血栓栓塞症包括深静脉血栓形成和肺血栓栓塞症。

【指标导向】逐步降低

6. 住院患者静脉血栓栓塞症规范预防率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，进行静脉血栓栓塞症规范预防的康复医学科住院患者数占同期康复医学科住院患者总数的比例。

【计算方法】

住院患者静脉血栓栓塞症规范预防率 = $\frac{\text{静脉血栓栓塞症是康复医学科常见并发症}}{\text{同期康复医学科住院患者总数}} \times 100\%$

【指标意义】静脉血栓栓塞症是康复医学科常见并发症，严重者可导致患者非预期死亡，予以规范预防可以降低其发生率。

【指标导向】逐步提高

十七、临床营养专业医疗质量控制指标

（一）营养科医床比

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】营养科医师总数与同期医疗机构实际开

放床位数之比。

【计算方法】

$$\text{营养科医床比} = \frac{\text{营养科医师总数}}{\text{同期医疗机构实际开放床位数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映医疗机构营养科医师资源配置情况。

【指标说明】营养科医师指取得临床、公卫或中医等医师执业资格，在本医疗机构注册并从事医师工作的营养科在职人员。

【指标导向】监测比较

(二) 营养科护床比

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比 (%)

【指标定义】营养科护士总数与同期医疗机构实际开放床位数之比。

【计算方法】

$$\text{营养科护床比} = \frac{\text{营养科护士总数}}{\text{同期医疗机构实际开放床位数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映医疗机构营养科护士资源配置情况。

【指标说明】营养科护士指取得护士(师)执业资格，在本医疗机构注册并从事护士(师)工作的营养科在职人员。

【指标导向】监测比较

(三) 营养科技床比

【指标属性】定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 反映医疗机构营养科技师资源配置情况。

【计算方法】

$$\text{营养科技床比} = \frac{\text{营养科技师总数}}{\text{同期医疗机构实际开放床位数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映医疗机构营养科护士资源配置情况。

【指标说明】 营养科技师指取得相关专业技术资格，在本医疗机构注册并从事技师工作的营养科在职人员。

【指标导向】 监测比较

（四）住院患者营养风险筛查率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 完成营养风险筛查住院患者数占同期住院患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{住院患者营养风险筛查率} = \frac{\text{营养风险筛查患者数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映医疗机构对住院患者营养状况重视程度及营养风险筛查的规范开展情况。

【指标说明】 1. 营养风险筛查指由受过相关培训的医师采用经验证的营养风险筛查工具，进行营养风险筛查。2. 营养风险指现存或潜在的与营养因素相关的导致患者出现不利临床结局（如感染相关并发症发生率增高、住院时间延

长、住院费用增加等)的风险,而非指发生营养不良的风险。

3. 营养风险与临床结局密切相关,并可监测患者营养治疗效果。

【指标导向】 逐步提高

(五) 存在营养风险住院患者营养治疗率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比(%)

【指标定义】 经营养风险筛查,存在营养风险并接受营养治疗的住院患者数占同期存在营养风险住院患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{存在营养风险住院患者营养治疗率} = \frac{\text{存在营养风险并接受营养治疗的住院患者数}}{\text{同期存在营养风险住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映医疗机构营养治疗覆盖率及规范开展情况。

【指标说明】 1. 存在营养风险指使用经验证的营养风险筛查工具评估为营养风险阳性。2. 营养治疗是指通过膳食、肠内或肠外途径为患者提供能量和营养素,以达到调整机体代谢、改善营养状况、增强抵抗力、促进康复和痊愈等目的。营养治疗遵循个体化动态调整原则,根据不同疾病或代谢状态,确定患者每日能量、营养素的供给量和比例,并按照标准操作规程进行配制送至病区。

【指标导向】 逐步提高

（六）糖尿病住院患者营养评估率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 进行营养评估的糖尿病住院患者数占同期糖尿病住院患者总数的比例。

【计算方法】

糖尿病住院患者营养评估率 = $\frac{\text{进行营养评估的糖尿病住院患者数}}{\text{同期糖尿病住院患者总数}} \times 100\%$

【指标意义】 反映糖尿病住院患者营养评估工作的覆盖率和规范开展情况。

【指标说明】 营养评估指采用膳食评估、人体测量、实验室检查和人体代谢检测（间接能量代谢测定和人体成分分析）等技术对糖尿病患者的营养状况进行综合性评定。

【指标导向】 逐步提高

（七）糖尿病住院患者营养治疗率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 接受营养治疗的糖尿病住院患者数占同期糖尿病住院患者总数的比例。

【计算方法】

糖尿病住院患者营养治疗率 = $\frac{\text{接受营养治疗的糖尿病住院患者数}}{\text{同期糖尿病住院患者总数}} \times 100\%$

【指标意义】 反映糖尿病住院患者营养治疗的覆盖率

和规范开展情况。

【指标说明】 营养治疗是指通过膳食、肠内或肠外途径为患者提供能量和营养素，以达到调整机体代谢、改善营养状况、增强抵抗力、促进康复和痊愈等目的。营养治疗遵循个体化动态调整原则，根据不同疾病或代谢状态，确定患者每日能量、营养素的供给量和比例，并按照标准操作规程进行配制送至病区。

【指标导向】 逐步提高

(八) 营养治疗不良事件发生率

1. 肠外营养治疗不良事件发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 实施肠外营养治疗过程中不良事件发生例数占同期实施肠外营养治疗总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{肠外营养治疗不良事件发生率} = \frac{\text{施肠外营养治疗过程中不良事件发生例数}}{\text{同期实施肠外营养治疗总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映肠外营养治疗专业技术水平和管理质量。

【指标说明】 肠外营养治疗不良事件主要包括：治疗过程不良事件，包括导管相关并发症，代谢相关并发症。其中导管相关并发症包括置管导致的机械损伤、感染、静脉血栓；代谢相关并发症包括液体量超负荷、糖、电解质

代谢紊乱、肝脏损伤、酸碱平衡失调等。配制过程不良事件，如营养液配制与医嘱单不符、药品过期、无菌操作不规范等。运送过程不良事件，如漏发、错发、未注意适当保存等。

【指标导向】 逐步降低

2. 肠内营养治疗不良事件发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 实施肠内营养治疗过程中不良事件发生例数占同期实施肠内营养治疗总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{肠内营养治疗不良事件发生率} = \frac{\text{施肠内营养治疗过程中不良事件发生例数}}{\text{同期实施肠内营养治疗总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映肠内营养治疗专业技术水平和管理质量。

【指标说明】 肠内营养不良事件主要包括：治疗过程不良事件，包括胃肠道并发症、代谢并发症、感染并发症和置管并发症等。其中胃肠道并发症最多见，主要包括腹胀、腹泻、恶心、呕吐、反流等，代谢并发症主要是脱水、高血糖、电解质紊乱等；感染并发症包括肠道菌群异位、吸入性肺炎等；置管并发症包括长期经鼻置管导致的鼻翼部糜烂、咽喉部溃疡、声音嘶哑、鼻窦炎、中耳炎等。配制过程不良事件，如营养液配制与医嘱单不符、食品质量

及卫生问题、称重错误、无菌操作不规范等。运送过程不良事件，如漏发、错发、未注意适当保存等。

【指标导向】 逐步降低

3. 膳食营养治疗不良事件发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 实施膳食营养治疗过程中不良事件发生例数占同期实施膳食营养治疗总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{膳食营养治疗不良事件发生率} = \frac{\text{实施膳食营养治疗过程中不良事件发生例数}}{\text{同期实施膳食营养治疗总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映膳食营养治疗专业技术水平和管理质量。

【指标说明】 膳食营养治疗不良事件主要包括膳食制作与膳食医嘱(食谱)不符、发放错误、漏发、食品质量及卫生问题、食用后出现胃肠道反应、食物中毒等。

【指标导向】 逐步降低

十八、麻醉专业医疗质量控制指标

（一）麻醉科医护比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 比值

【指标定义】 麻醉科护士人数与麻醉科医师人数之比。

【计算方法】

$$\text{营养科医护比} = \frac{\text{麻醉科护士总数}}{\text{麻醉科医师总数}}$$

【指标意义】反映麻醉科人员配备情况。

【指标说明】麻醉科护士是指专职配合麻醉医师开展麻醉宣教、心理护理、物品准备、信息核对、体位摆放、管路护理、仪器设备管理等护理工作的护士，不包括其他由麻醉科统一管理的手术室护士。

【指标导向】逐步提高

(二) 择期手术麻醉前访视率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】单位时间内，择期手术患者在进入手术室(含麻醉操作单元)前完成麻醉前访视(不等同于麻醉前签字)的例次数占同期麻醉科完成择期手术麻醉总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{择期手术麻醉前访视} = \frac{\text{单位时间内择期手术患者进入手术室前完成麻醉前访视的例次数}}{\text{同期麻醉总例次数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映医疗机构择期手术麻醉质量。

【指标导向】逐步提高

(三) 入室后手术麻醉取消率

【指标属性】定量指标

【计量单位】千分比(‰)

【指标定义】 单位时间内，患者入室后至麻醉开始前，手术麻醉取消的例次数占同期入室后拟手术麻醉总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{入室后手术麻醉取消率} = \frac{\text{单位时间内患者入室后至麻醉开始前手术麻醉取消的例次数}}{\text{同期入室后拟手术麻醉总例次数}} \times 1000\%$$

【指标意义】 体现术前准备和麻醉访视的质量、手术科室和麻醉科的管理水平。

【指标说明】 1. 入室是指患者进入手术室(包括术前等待区)或手术室外麻醉单元准备实施麻醉。2. 入室后拟手术麻醉总例次数包括取消和已施手术麻醉的总例次数(同一患者多次手术，以多例次计)。

【指标导向】 逐步降低

(四) 麻醉开始后手术取消率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 千分比(‰)

【指标定义】 单位时间内，麻醉开始后手术开始前手术取消的例次数占同期麻醉总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{麻醉开始后手术取消率} = \frac{\text{单位时间内麻醉开始后手术开始前手术取消的例次数}}{\text{同期麻醉总例次数}} \times 1000\%$$

【指标意义】 反映医疗机构麻醉质量。

【指标说明】 麻醉开始是指麻醉医师开始给予患者麻醉药物。

【指标导向】 逐步降低

(五) 全身麻醉术中体温监测率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 单位时间内，手术麻醉期间接受体温监测(连续监测或间断监测)的全身麻醉(以下简称全麻)例次数占同期全麻总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{全身麻醉术中体温监测率} = \frac{\text{单位时间内手术麻醉期间接受体温监测的全麻例次数}}{\text{同期麻醉总例次数}} \times 100\%$$

【指标意义】 术中体温监测有助于早期发现低体温、恶性高热等并发症，可以显著改善患者预后。

【指标导向】 逐步提高

(六) 术中主动保温率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 单位时间内，手术麻醉期间采取主动保温措施(全程连续主动保温或间断主动保温)全麻例次数占同期全麻总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{术中主动保温率} = \frac{\text{单位时间内手术麻醉期间采取主动保温措施全麻例次数}}{\text{同期麻醉总例次数}} \times$$

100%

【指标意义】术中主动保温有助于降低手术麻醉期间低体温发生率，可以显著改善患者预后。

【指标说明】主动保温措施包括：使用充气升温装置等加温设备进行体温保护；使用输血输液加温装置加温至37℃后再输注。

【指标导向】逐步提高

（七）术中自体血输注率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，手术麻醉中接受自体血（包括自体全血及自体血红细胞）输注患者数占同期麻醉中接受输血治疗患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{术中自体血输注率} = \frac{\text{单位时间内手术麻醉中接受自体血输注患者数}}{\text{同期麻醉中接受输血治疗患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映医疗机构医疗质量。

【指标导向】逐步提高

（八）手术麻醉期间低体温发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，手术麻醉期间低体温患者数（医疗目的的控制性降温除外）占同期接受体温监测的麻

醉患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{手术麻醉期间低体温发生率} = \frac{\text{单位时间内手术麻醉期间低体温患者数}}{\text{同期接受体温监测的麻醉患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映医疗机构医疗质量。

【指标说明】手术麻醉期间低体温是指患者进入手术间开始至患者自手术间或麻醉后监测治疗室(PACU)返回病房前核心体温低于36℃(连续监测低体温持续≥30分钟或间断监测连续两次低体温且间隔时间≥30分钟)。

【指标导向】逐步降低

(九) 术中牙齿损伤发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】千分比(‰)

【指标定义】单位时间内，发生术中牙齿损伤的例次数占同期插管全身麻醉总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{术中牙齿损伤发生率} = \frac{\text{单位时间内发生术中牙齿损伤的例次数}}{\text{同期插管全身麻醉总例次数}} \times 1000\%$$

【指标意义】术中牙齿损伤是与麻醉医生密切相关的重要并发症，应当予以密切关注。

【指标说明】术中牙齿损伤是指患者从麻醉开始至麻醉结束过程中发生的牙齿损伤(包括牙齿脱落、松动等)。气管内导管全麻及喉罩全麻均属于插管全身麻醉。

【指标导向】逐步降低

（十）麻醉期间严重反流误吸发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】万分比（‰）

【指标定义】单位时间内，麻醉期间严重反流误吸发生例次数占同期麻醉科完成麻醉总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{麻醉期间严重反流误吸发生率} = \frac{\text{单位时间内麻醉期间严重反流误吸发生例次数}}{\text{同期麻醉科完成麻醉总例次数}} \times 10000\%$$

【指标意义】反映医疗机构麻醉质量

【指标说明】麻醉期间严重反流误吸是指麻醉期间发生的且在患者离开手术室/恢复室时呼吸空气指氧饱和度无法维持 $\geq 90\%$ 的反流误吸。

【指标导向】逐步降低

（十一）计划外建立人工气道发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】千分比（‰）

【指标定义】单位时间内，计划外建立人工气道的麻醉科患者数占同期麻醉科患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{计划外建立人工气道发生率} = \frac{\text{单位时间内计划外建立人工气道的麻醉科患者数}}{\text{同期麻醉科患者总数}} \times 1000\%$$

【指标意义】反映医疗机构麻醉质量管理和(或)手术质量。

【指标说明】 计划外建立人工气道是指患者进入手术室后直至离开手术室前，因呼吸骤停或严重呼吸抑制等而进行的人工气道的建立，包括气管插管、喉罩置入和紧急气管造口术。

【指标导向】 逐步降低

(十二) 术中心脏骤停率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 万分比（‰）

【指标定义】 单位时间内，术中心脏骤停患者数占同期麻醉科患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{术中心脏骤停率} = \frac{\text{单位时间内术中心脏骤停患者数}}{\text{同期麻醉科患者总数}} \times 10000\text{‰}$$

【指标意义】 反映医疗机构医疗质量。

【指标说明】 术中心脏骤停是指麻醉开始后至患者离开手术室前非医疗目的的突然停止跳动，不包括患者麻醉开始前发生的突然心脏骤停。

【指标导向】 逐步降低

(十三) 麻醉期间严重过敏反应发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 万分比（‰）

【指标定义】 单位时间内，麻醉期间发生严重过敏反应的例次数占同期麻醉科完成麻醉总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{术中心脏骤停率} = \frac{\text{单位时间内麻醉期间发生严重过敏反应的例次数}}{\text{同期麻醉科完成麻醉总例次数}} \times 10000\%$$

【指标意义】对麻醉期间严重过敏反应的及时识别与救治，反映医疗机构麻醉质量。

【指标说明】麻醉期间严重过敏反应是指各种原因导致的需要立即使用肾上腺素抢救的过敏反应。

【指标导向】逐步降低

（十四）全身麻醉术中知晓发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】千分比（‰）

【指标定义】单位时间内，发生全身麻醉术中知晓例次数占同期全身麻醉总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{全身麻醉术中知晓发生率} = \frac{\text{单位时间内发生全身麻醉术中知晓例次数}}{\text{同期全身麻醉总例次数}} \times 1000\%$$

【指标意义】反映医疗机构麻醉质量。

【指标说明】全身麻醉术中知晓是指在全身麻醉过程中发生意识的恢复，病人对周围环境或声音存在着一定程度的感知与记忆，全身麻醉后病人能回忆术中发生的事情，并能告知有无疼痛等情况。

【指标导向】逐步降低

(十五) PACU入室低体温发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比 (%)

【指标定义】单位时间内，PACU入室低体温患者数占同期入PACU患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{PACU入室低体温发生率} = \frac{\text{单位时间内PACU入室低体温患者数}}{\text{同期入PACU患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】体现围手术期体温保护情况，反映医疗机构麻醉质量。

【指标说明】PACU入室低体温是指患者入PACU第一次测量体温低于36℃。

【指标导向】逐步降低

(十六) 麻醉后PACU转出延迟率

【指标属性】定量指标

【计量单位】千分比 (‰)

【指标定义】单位时间内，入PACU超过2小时的患者数占同期入PACU患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{麻醉后PACU转出延迟率} = \frac{\text{单位时间内入PACU超过2小时的患者数}}{\text{同期入PACU患者总数}} \times 1000\%$$

【指标意义】体现手术和麻醉管理水平，反映医疗机构麻醉质量。

【指标导向】 逐步降低

(十七) 非计划二次气管插管率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 千分比（‰）

【指标定义】 单位时间内，非计划二次气管插管患者数占同期术后气管插管拔除患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{非计划二次气管插管率} = \frac{\text{单位时间内非计划二次气管插管患者数}}{\text{同期术后气管插管拔除患者总数}} \times 1000\%$$

【指标意义】 反映医疗机构麻醉质量管理和(或)手术质量。

【指标说明】 非计划二次气管插管是指在患者术后气管插管拔除后6小时内，非计划再次行气管插管术，不包括因非计划二次手术而接受再次气管插管。

【指标导向】 逐步降低

(十八) 非计划转入ICU率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 千分比（‰）

【指标定义】 单位时间内，非计划转入ICU的麻醉患者数占同期麻醉患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{非计划转入ICU率} = \frac{\text{单位时间内非计划转入ICU的麻醉患者数}}{\text{同期麻醉患者总数}} \times 1000\%$$

【指标意义】反映医疗机构麻醉质量。

【指标说明】非计划转入ICU是指在开始麻醉前并无术后转入ICU的计划，而术中或术后决定转入ICU。

【指标导向】逐步降低

(十九) 术后镇痛满意率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】单位时间内，麻醉科术后镇痛随访视觉模拟评分(VAS)≤3分患者数占同期麻醉科术后镇痛患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后镇痛满意率} = \frac{\text{单位时间内麻醉科术后镇痛随访视觉模拟评分 VAS} \leq 3 \text{ 患者数}}{\text{同期麻醉科术后镇痛患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映医疗机构围手术期急性疼痛服务质量。

【指标导向】逐步提高

(二十) 区域阻滞麻醉后严重神经并发症发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】万分比(‰)

【指标定义】单位时间内，区域阻滞麻醉后严重神经并发症发生例数占同期区域阻滞麻醉总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{区域阻滞麻醉后严重神经并发症发生率} = \frac{\text{单位时间内区域阻滞麻醉后严重神经并发症发生例数}}{\text{同期区域阻滞麻醉总例数}} \times 10000\%$$

【指标意义】反映医疗机构麻醉质量。

【指标说明】区域阻滞(包括椎管内麻醉和外周神经阻滞)麻醉后严重神经并发症,是指在区域阻滞麻醉后新发的重度头痛、局部感觉异常(麻木或异感)、运动异常(肌无力甚至瘫痪)等,持续超过72小时,并排除其他病因者。

【指标导向】逐步降低

(二十一) 全身麻醉气管插管拔管后声音嘶哑发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】万分比(‰)

【指标定义】单位时间内,全身麻醉气管插管拔管后声音嘶哑发生例次数占同期全身麻醉气管插管总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{全身麻醉气管插管拔管后声音嘶哑发生率} = \frac{\text{单位时间内全身麻醉气管插管拔管后声音嘶哑发生例次数}}{\text{同期全身麻醉气管插管总例次数}} \times 10000\%$$

【指标意义】反映医疗机构麻醉质量。

【指标说明】全身麻醉气管插管拔管后声音嘶哑,是指新发的、在拔管后72小时内没有恢复的声音嘶哑,排除咽喉、颈部以及胸部手术等原因。

【指标导向】逐步降低

(二十二) 麻醉后新发昏迷发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】万分比(‰)

【指标定义】 单位时间内，全身麻醉后新发昏迷发生例次数占同期非颅脑手术全身麻醉总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{麻醉后新发昏迷发生率} = \frac{\text{单位时间内全身麻醉后新发昏迷发生例次数}}{\text{同期非颅脑手术全身麻醉总例次数}} \times 10000\%$$

【指标意义】 反映医疗机构麻醉质量。

【指标说明】 全身麻醉后新发昏迷是指麻醉前清醒患者(格拉斯哥昏迷评分为15分)，接受全身麻醉下非颅脑手术后没有苏醒，持续昏迷(格拉斯哥昏迷评分 \leq 8分)超过24小时。除外因医疗目的给予镇静催眠者。

【指标导向】 逐步降低

(二十三) 麻醉后24小时内患者死亡率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 万分比(‰)

【指标定义】 单位时间内，麻醉后24小时内死亡患者数占同期麻醉患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{麻醉后24小时内患者死亡率} = \frac{\text{单位时间内麻醉后24小时内死亡患者数}}{\text{同期麻醉患者总数}} \times 10000\%$$

【指标意义】 反映医疗机构麻醉质量。

【指标导向】 逐步降低

(二十四) 阴道分娩椎管内麻醉使用率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比(%)

【指标定义】 单位时间内，阴道分娩产妇实施椎管内麻醉人数(不含术中转剖宫产产妇人数)占同期阴道分娩产妇总人数(不含术中转剖宫产产妇人数)的比例。

【计算方法】

$$\text{阴道分娩椎管内麻醉使用率} = \frac{\text{阴道分娩产妇实施椎管内麻醉人数}}{\text{同期阴道分娩产妇总人数}} \times 100\%$$

【指标意义】 体现医疗机构满足无痛分娩需求的程度和对产妇的人文关怀。

【指标导向】 逐步提高

第四章 单病种（术种）质量控制指标

数据来源：

(1) 国家医疗质量管理与控制信息网 (NCIS)

(2) 全国医院质量监测系统 (HQMS)

(3) 国家单病种质量监测平台

(4) 甘肃省卫生健康统计信息网络直报系统

一、急性心肌梗死(ST段抬高型，首次住院)

主要诊断ICD-10编码：I21.0至I21.3的出院患者

二、心力衰竭

主要诊断ICD-10编码：I05至I09，或I11至I13，或I20至I21，或I40至I41，或I42至I43伴第二诊断为I50的出院患者

三、冠状动脉旁路移植术

主要手术ICD-9-CM-3编码：36.1的手术出院患者

四、房颤

主要诊断或第二诊断ICD-10编码：I48的出院患者

五、主动脉瓣置换术

主要手术ICD-9-CM-3编码：35.0，35.2的手术出院患者

六、二尖瓣置换术

主要手术ICD-9-CM-3编码：35.02，35.12，35.23，35.24的手术出院患者

七、房间隔缺损手术

主要手术ICD-9-CM-3编码：35.51，35.52，35.61，35.71的

手术出院患者

八、室间隔缺损手术

主要手术ICD-9-CM-3编码：35.53, 35.55, 35.62, 35.72的

手术出院患者

九、脑梗死(首次住院)

主要诊断ICD-10编码：I63.0至I63.9的出院患者

十、短暂性脑缺血发作

主要诊断ICD-10编码：G45.0至G45.9的出院患者

十一、脑出血

主要诊断ICD-10编码：I61.0至I61.9的出院患者

十二、脑膜瘤(初发, 手术治疗)

主要诊断ICD-10编码：C70.0, C70.9, D32.0, D32.9, D42.9,

且伴ICD-9-CM-3编码：01.51, 01.59的手术出院患者

十三、胶质瘤(初发, 手术治疗)

主要诊断ICD-10编码：C71, 且伴主要手术ICD-9-CM-3编码：01.52至01.59的手术出院患者

十四、垂体腺瘤(初发, 手术治疗)

主要诊断ICD-10编码：D35.2, C75.1, D44.3, E22.0, E23.6, 且伴主要手术ICD-9-CM-3编码：07.61至07.69, 07.71, 07.72, 07.79和01.59的手术出院患者

十五、急性动脉瘤性蛛网膜下腔出血(初发, 手术治疗)

主要诊断ICD-10编码：I60.0至I60.9, 且伴主要手术

ICD-9-CM编码：01.3, 02.2, 02.3, 38.3, 38.4, 38.6, 39.5
的手术出院患者

十六、惊厥性癫痫持续状态

主要诊断ICD-10编码：G41.0, G41.8, G41.9的出院患者

十七、帕金森病

主要诊断ICD-10编码：G20.x00的出院患者

十八、社区获得性肺炎(成人，首次住院)

主要诊断ICD-10编码：J13至J16, J18；年龄 \geq 18岁的出
院患者

十九、社区获得性肺炎(儿童，首次住院)

主要诊断ICD-10编码：J13至J16, J18；2岁 \leq 年龄 $<$ 18岁
的出院患儿

二十、慢性阻塞性肺疾病(急性发作，住院)

主要诊断ICD-10编码：J44.0, J44.1的出院患者

二十一、哮喘(成人，急性发作，住院)

主要诊断ICD-10编码：J45, J46；年龄 \geq 18岁的出院患者

二十二、哮喘(儿童，住院)

主要诊断ICD-10编码：J45, J46；2岁 \leq 年龄 $<$ 18岁的出
院患儿

二十三、髋关节置换术

主要手术ICD-9-CM-3编码：00.7, 81.51至81.53的手术出
院患者

二十四、膝关节置换术

主要手术ICD-9-CM-3编码: 00.80至00.84, 81.54, 81.55
的手术出院患者

二十五、发育性髋关节发育不良(手术治疗)

主要诊断ICD-10编码: Q65.0至Q65.6, Q65.8, Q65.9, 且伴
主要手术ICD-9-CM-3编码: 79.85, 77.25, 77.29; 18个月≤
年龄≤8岁(旧称先天性髋关节脱位)的手术出院患儿

二十六、剖宫产

主要手术ICD-9-CM-3编码: 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99
的手术出院患者

二十七、异位妊娠(手术治疗)

主要诊断ICD-10编码: 000开头, 且伴主要手术ICD-9-CM-3编码:
65.01, 66.01, 66.02, 66.62, 66.95,
74.3x的手术出院患者

二十八、子宫肌瘤(手术治疗)

主要诊断ICD-10编码与名称: D25开头, 且伴主要手术
ICD-9-CM-3编码: 68.29, 68.3至68.5, 68.9的手术出院患者

二十九、肺癌(手术治疗)

主要诊断ICD-10编码: C34开头, 且伴主要手术ICD-9-CM-3编码:
32.2至32.6, 32.9的手术出院患者

三十、甲状腺癌(手术治疗)

主要诊断ICD-10编码: C73开头, 且伴主要手术操作

ICD-9-CM-3编码：06.2至06.6的手术出院患者

三十一、乳腺癌(手术治疗)

主要诊断ICD-10编码：C50开头，且伴主要手术ICD-9-CM-3编码：

85.2，85.4的手术出院患者

三十二、胃癌(手术治疗)

主要诊断ICD-10编码：C16开头，且伴主要手术ICD-9-CM-3编码：

43.4至43.9的手术出院患者

三十三、结肠癌(手术治疗)

主要诊断ICD-10编码：C18；且伴主要手术操作ICD-9-CM-3编码：

17.31至17.36，17.39，45.4,45.73至45.79,45.8的手术出院患者

三十四、宫颈癌(手术治疗)

主要诊断ICD-10编码：C53开头，且伴主要手术

ICD-9-CM-3编码：67.2至67.4，68.4至68.8的手术出院患者

三十五、糖尿病肾病

主要诊断和其他诊断ICD-10编码：E10至E14，且伴主要操作ICD-9-CM-3编码：55.23的非产妇出院患者

三十六、终末期肾病血液透析

主要诊断ICD-10编码：N18.0，且伴主要操作ICD-9-CM-3编码：38.95，39.27，39.42，39.95的血液透析患者

三十七、终末期肾病腹膜透析

主要诊断ICD-10编码：N18.0，且伴主要操作ICD-9-CM-3编码：

54.98的腹膜透析患者

三十八、舌鳞状细胞癌(手术治疗)

主要诊断ICD-10编码: C01, C02, 且伴主要手术ICD-9-CM-3编码:

25.1至25.4, 40.4的手术出院患者

三十九、腮腺肿瘤(手术治疗)

主要诊断ICD-10编码: D10.5, D11.0, D33.2, C07, C10.2, C71.9, 且伴主要手术ICD-9-CM-3编码: 26.2, 26.3伴04.03, 04.04, 04.42, 40.29的手术出院患者

四十、口腔种植术

主要手术ICD-9-CM-3编码: 23.5, 23.6的门诊患者或者76.09, 76.91, 76.92, 22.79的手术出院患者

四十一、原发性急性闭角型青光眼(手术治疗)主要诊断ICD-10编码: H26.2, H40.0, H40.2, H40.9且伴主要手术ICD-9-CM-3编码: 10.1, 10.49, 10.6, 10.91, 10.99, 12.11, 12.12, 12.64, 12.66, 12.67, 12.71至12.73, 12.79, 12.83, 12.85, 12.87, 12.91, 12.92, 12.99, 13.19, 13.3, 13.41, 13.59, 13.70, 13.71, 13.90, 14.73, 14.74, 14.79的手术出院患者

四十二、复杂性视网膜脱离(手术治疗)

主要诊断ICD-10编码: E10.3, E11.3, E14.3, H33.0至H33.5, H59.8, 且伴主要手术ICD-9-CM-3编码: 13.19, 13.3, 13.41, 13.42, 13.43, 13.59, 13.64, 13.65, 13.69, 13.70, 13.71, 13.72, 13.8, 13.90, 14.29, 14.31, 14.49, 14.51,

14.52, 14.53, 14.54, 14.59, 14.71, 14.72, 14.73,
14.74, 14.75, 14.9的手术出院患者

四十三、围手术期预防感染

主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者：

1. 甲状腺叶切除术：06.2至06.5
2. 膝半月软骨切除术：80.6
3. 晶状体相关手术：13.0至13.9
4. 腹股沟疝相关手术：17.11至17.13, 17.21至17.24, 53.00
至53.17
5. 乳房组织相关手术：85.2至85.4
6. 动脉内膜切除术：38.1
7. 足和踝关节固定术和关节制动术：81.1
8. 其他颅骨切开术：01.24
9. 椎间盘切除术或破坏术：80.50至80.59
10. 骨折切开复位+内固定术：03.53, 21.72, 76.72至
76.79, 79.31至79.39
11. 关节脱位切开复位内固定术：76.94, 79.8
12. 骨内固定不伴骨折复位术及置入装置去除：78.5至
78.6
13. 卵巢相关手术：65.2至65.6
14. 肌腱相关手术：83.11至83.14
15. 睾丸相关手术：62.0至62.9

16. 阴茎相关手术：64.0至64.4，64.9
17. 室间隔缺损修补术：35.62
18. 房间隔缺损修补术：35.61
19. 髋关节置换术：00.7，81.51至81.53
20. 膝关节置换术：00.80至00.83，81.54，81.5521.
- 冠状动脉旁路移植术：36.1
22. 剖宫产：74.0，74.1，74.2，74.4，74.99

四十四、围手术期预防深静脉血栓栓塞

主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者：

1. 闭合性心脏瓣膜切开术：35.00至35.04
2. 心脏瓣膜切开和其他置换术：35.20至35.28
3. 脊柱颈融合术：81.04至81.08
4. 脊柱再融合术：81.34至81.38
5. 胃部分切除术伴胃十二指肠吻合术：43.6
6. 胃部分切除术伴胃空肠吻合术：43.7
7. 其他胃部分切除术：43.8
8. 胃全部切除术：43.9
9. 开放性和其他部分大肠切除术：45.7
10. 腹会阴直肠切除术：48.5
11. 直肠其他切除术：48.6
12. 肝叶切除术：50.3
13. 部分肾切除术：55.4

- 14. 全部肾切除术： 55.5
- 15. 部分膀胱切除术： 57.6
- 16. 全部膀胱切除术： 57.7
- 17. 卵巢病损或卵巢组织的局部切除术或破坏术：
65.2
- 18. 单侧卵巢切除术： 65.3
- 19. 单侧输卵管-卵巢切除术： 65.4
- 20. 双侧卵巢切除术： 65.5
- 21. 双侧输卵管-卵巢切除术： 65.6
- 22. 子宫病损或组织的切除术或破坏术： 68.2
- 23. 经腹子宫次全切除术： 68.3
- 24. 经腹子宫全部切除术： 68.4
- 25. 阴道子宫切除术： 68.5
- 26. 经腹根治性子宫切除术： 68.6
- 27. 根治性阴道子宫切除术： 68.7
- 28. 盆腔脏器去除术： 68.8
- 29. 髋关节置换术： 00.7， 81.51至81.53
- 30. 膝关节置换术： 00.80至00.83， 81.54， 81.55
- 31. 冠状动脉旁路移植术： 36.1

四十五、住院精神疾病

主要诊断ICD-10编码： F00-F99的出院患者

四十六、中高危风险患者预防静脉血栓栓塞症

需要落实预防静脉血栓措施的重点患者：

1. 入住ICU的患者
2. 中高危风险患者

四十七、感染性休克早期治疗

主要诊断/其他诊断ICD-10编码：A02. 1, A22. 7, A32. 7, A40. 0至A40. 9, A41. 0至A41. 9, A42. 7, A54. 8, B37. 7, R57. 2, R57. 8, R65. 9的出院患者

四十八、儿童急性淋巴细胞白血病(初始诱导化疗)

主要诊断ICD-10编码：C91. 0, 且伴主要操作ICD-9-CM-3编码：03. 92, 99. 25; 年龄<18岁的出院患儿

四十九、儿童急性早幼粒细胞白血病(初始化疗)

主要诊断ICD-10编码：C92. 4, 且伴主要操作ICD-9-CM-3编码：03. 92, 99. 25; 年龄<18岁的出院患儿

五十、甲状腺结节(手术治疗)

主要诊断ICD-10编码：D34, E04. 0, E04. 1, E04. 2, E04. 9且伴主要手术ICD-9-CM-3编码：06. 2至06. 5的手术出院患者

五十一、HBV感染分娩母婴阻断

主要诊断ICD-10编码：098. 4, Z22. 5+080至084+Z37; 且伴①阴道分娩操作ICD-9-CM-3编码72. 0至72. 9, 73. 0, 73. 1, 73. 21, 73. 4至73. 6, 73. 9; 或伴②剖宫产手术ICD9-CM-3编码：74. 0, 74. 1, 74. 2, 74. 4, 74. 99的出院患者。

以上51个单病种，各监测4条一级指标，分别为病例上报率、平均住院日、次均费用、病死率，共204条一级指标。指标解释具体为：

（一）病例上报率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 年度内符合单病种纳入条件的某病种上报至国家单病种质量监测平台的病例数占同期符合单病种纳入条件的同病种病例数累加求和的比例。

【计算方法】

$$\text{病例上报率} = \frac{\text{年度内符合单病种纳入条件的某病种上报至国家单病种质量监测平台的病例数}}{\text{同期符合单病种纳入条件的该病种出院人数累加求和}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

（二）平均住院日

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 天

【指标定义】 年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间。

【计算方法】

$$\text{平均住院日} = \frac{\text{某病种出院患者占用总床日数}}{\text{同期某病种例数}}$$

【指标导向】 逐步降低

（三）次均费用

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 元

【指标定义】 年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院费用。

【计算方法】

$$\text{次均费用} = \frac{\text{某病种总出院费用}}{\text{同期某病种例数}}$$

【指标导向】 逐步降低

(四) 病死率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者死亡人数占同期同病种出院人数的比例。

【计算方法】

$$\text{病死率} = \frac{\text{某病种死亡人数}}{\text{同期某病种例数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

第五章 重点医疗技术临床应用质量控制指标

数据来源:

- (1) 国家医疗质量管理与控制信息网 (NCIS)
- (2) 全国医院质量监测系统 (HQMS)
- (3) 中国人体器官分配与共享计算机系统 (COTRS)
- (4) 甘肃省卫生健康统计信息网络直报系统
- (5) 肝脏移植登记注册系统
- (6) 肾脏移植登记注册系统
- (7) 心脏移植登记注册系统
- (8) 肺脏移植登记注册系统
- (9) 医院填报

一、国家限制类医疗技术

（一）异基因造血干细胞移植技术临床应用质量控制指标

1. 异基因造血干细胞移植适应证符合率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 异基因造血干细胞移植术适应证选择正确的例数占同期异基因造血干细胞移植术总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{异基因造血干细胞移植适应证符合率} = \frac{\text{异基因造血干细胞移植术适应证选择正确的例数}}{\text{同期异基因造血干细胞移植术总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】体现医疗机构开展造血干细胞移植技术时，严格掌握适应证的程度，是反映医疗机构造血干细胞移植技术医疗质量的重要过程性指标之一。

2. 异基因造血干细胞移植植入率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】异基因造血干细胞移植术后100天内，实现造血重建（患者外周血中性粒细胞 $>0.5 \times 10^9/L$ 与血小板 $>20 \times 10^9/L$ ）的患者例次数占同期异基因造血干细胞移植患者总例次数的比例。

【计算方法】

异基因造血干细胞移植植入率 = $\frac{\text{异基因造血干细胞移植术后100天内实现造血重建的患者例次数}}{\text{同期异基因造血干细胞移植患者总例次数}} \times 100\%$

【指标意义】反映医疗机构造血干细胞移植技术水平的重要指标之一。

3. 重度（III-IV度）急性移植物抗宿主病发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】急性移植物抗宿主病（aGVHD），是指造血干细胞移植术后100天内，由于移植物抗宿主反应而引起的免疫性疾病，主要表现为皮疹、腹泻和黄疸，是异基因造血干细胞移植的主要并发症和主要死亡原因。重度（III-IV度）急性移植物抗宿主病发生率，是指异基因造血干细胞移

植术后发生重度（III-IV度）急性移植物抗宿主病患者例次数占同期异基因造血干细胞移植患者总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{重度(III-IV度)急性移植物抗宿主病发生率} = \frac{\text{重度(III-IV度)异基因造血干细胞移植术后发生急性移植物抗宿主病患者例次数}}{\text{同期异基因造血干细胞移植患者总例次数}} \times 100\%$$

【指标意义】体现医疗机构对不同移植方式造血干细胞移植术后aGVHD预防水平，是反映医疗机构造血干细胞移植技术医疗质量的重要过程性指标之一。

4. 慢性移植物抗宿主病发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】慢性移植物抗宿主病（cGVHD），是指造血干细胞移植术100天后，由于移植物抗宿主反应而引起的慢性免疫性疾病。慢性移植物抗宿主病发生率，是指异基因造血干细胞移植术后发生慢性移植物抗宿主病患者例次数占同期异基因造血干细胞移植患者总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{慢性移植物抗宿主病发生率} = \frac{\text{异基因造血干细胞移植术后发生慢性移植物抗宿主病患者例次数}}{\text{同期异基因造血干细胞移植患者总例次数}} \times 100\%$$

【指标意义】体现医疗机构对造血干细胞移植术后cGVHD预防水平，是反映医疗机构造血干细胞移植技术医疗质量的重要过程性指标之一。

5. 异基因造血干细胞移植相关死亡率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 异基因造血干细胞移植术后100天内非复发死亡患者数占同期异基因造血干细胞移植患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{异基因造血干细胞移植相关死亡率} = \frac{\text{异基因造血干细胞移植术后100天内非复发死亡患者数}}{\text{同期异基因造血干细胞移植患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 体现医疗机构对造血干细胞移植术后患者的综合管理水平，是反映医疗机构造血干细胞移植技术医疗质量的重要结果指标之一。

6. 异基因造血干细胞移植总体生存率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 异基因造血干细胞移植后1年和3年随访（失访者按未存活患者统计）尚存活的患者数占同期异基因造血干细胞移植患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{异基因造血干细胞移植总体生存率} = \frac{\text{异基因造血干细胞移植后1年和3年随访尚存活的患者数}}{\text{同期异基因造血干细胞移植患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 体现医疗机构造血干细胞移植技术水平，是反映医疗机构造血干细胞移植技术医疗质量的重要结果指标之一。

7. 异基因造血干细胞移植无病生存率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 异基因造血干细胞移植后1年和3年随访（失访者按未存活患者统计）无病存活的患者数占同期异基因造血干细胞移植患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{异基因造血干细胞移植无病生存率} = \frac{\text{异基因造血干细胞移植后1年和3年随访无病存活的患者数}}{\text{同期异基因造血干细胞移植患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 体现医疗机构造血干细胞移植技术水平，是反映医疗机构造血干细胞移植技术医疗质量的重要结果指标之一。

8. 平均住院日

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 天

【指标定义】 实施异基因造血干细胞移植治疗的患者出院时占用总床日数与同期异基因造血干细胞移植治疗患者出院人数之比。

【计算方法】

$$\text{平均住院日} = \frac{\text{出院时所有患者占用总床日数}}{\text{同期异基因造血干细胞移植治疗患者出院人数}}$$

【指标意义】 体现医疗机构造血干细胞移植技术的效率，是反映医疗机构造血干细胞移植技术医疗质量的重要结果指标之一。

9. 平均住院费用

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 元

【指标定义】 实施异基因造血干细胞移植治疗的患者出院时住院总费用与同期异基因造血干细胞移植治疗患者出院人数之比。

【计算方法】

$$\text{平均住院费用} = \frac{\text{出院时所有患者住院总费用}}{\text{同期异基因造血干细胞移植治疗患者出院人数}}$$

【指标意义】 体现医疗机构造血干细胞移植技术的社会经济学效益，是反映医疗机构造血干细胞移植技术医疗质量的重要结果指标之一。

10. 平均住院药费

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 元

【指标定义】 实施异基因造血干细胞移植治疗的患者出院时住院药品总费用与同期异基因造血干细胞移植治疗患者出院人数之比。

【计算方法】

$$\text{平均住院药费} = \frac{\text{出院时所有患者住院药品总费用}}{\text{同期异基因造血干细胞移植治疗患者出院人数}}$$

【指标意义】 体现医疗机构造血干细胞移植技术的社会经济学效益，是反映医疗机构造血干细胞移植技术医疗质量的重要结果指标之一。

(二) 同种胰岛移植技术临床应用质量控制指标

1. 胰岛纯度

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 采用双硫脲 (DTZ) 染色法进行胰岛计数。

胰岛纯度是指DTZ染色阳性的胰岛数占纯化的细胞团总数的比例。

【计算方法】

$$\text{胰岛纯度} = \frac{\text{DTZ染色阳性胰岛数}}{\text{纯化的细胞团总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映胰岛纯化效果，体现胰岛提取技术水平的指标。

2. 总胰岛当量

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 ml

【指标定义】 胰岛当量 (Islet equivalent quantity, IEQ)

是一种胰岛计数方法，一个直径150 μm的胰岛为1个胰岛当量。总胰岛当量是指样本中胰岛当量总数。(见注)

【计算方法】

$$\text{总胰岛当量} = \frac{\text{3次计数的胰岛当量(IEQ)之和}}{3} \times 20 \times \text{样本量 (ml)}$$

【指标意义】 用于计算获取胰岛数量，体现胰岛提取技术水平的指标。

3. 胰岛活率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 采用活细胞染色技术进行胰岛计数。胰岛活率是指活胰岛数占胰岛总数的比例。

【计算方法】

$$\text{胰岛活率} = \frac{\text{活胰岛数}}{\text{胰岛总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 用于评价获取胰岛中活细胞的比例，体现胰岛提取技术水平的指标。

4. 胰岛产物微生物培养/基因检测阳性率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 胰岛产物微生物（细菌、真菌、支原体等）培养/基因检测阳性的样本数占同期胰岛产物微生物培养/基因检测总样本数的比例。

【计算方法】

$$\text{胰岛产物微生物培养/基因检测阳性率} = \frac{\text{胰岛产物微生物培养/基因检测阳性的样本数}}{\text{同期胰岛产物微生物培养/基因检测总样本数}} \times 100\%$$

【指标意义】 用于评价获取胰岛产物的生物安全性。

5. 围手术期并发症发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 围手术期并发症是指同种胰岛移植治疗术

后30天内发生的并发症，包括出血、感染、门静脉血栓形成等。围手术期并发症发生率是指围手术期并发症发生的例次数占同期同种胰岛移植治疗总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{围手术期并发症发生率} = \frac{\text{围手术期并发症发生的例次数}}{\text{同期同种胰岛移植治疗总例次数}} \times 100\%$$

【指标意义】用于评价同种胰岛移植治疗技术的安全性。

6. 术后死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】术后死亡是指实施同种胰岛移植治疗的患者，在术后住院期间内死亡（包括因不可逆疾病而自动出院的患者）。术后死亡率是指术后死亡患者人数占同期同种胰岛移植治疗患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后死亡率} = \frac{\text{术后患者死亡人数}}{\text{同期同种胰岛移植治疗患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】用于评价同种胰岛移植治疗安全性。

8. 患者随访率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】同种胰岛移植治疗后1、3、5年内进行随访的例次数占同期同种胰岛移植治疗总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{患者随访率} = \frac{\text{同种胰岛移植治疗后一定时间内完成随访的例次数}}{\text{同期同种胰岛移植治疗总例次数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映同种胰岛移植治疗患者的远期疗效及管理水平。

9. 移植后有效率（1年、3年、5年）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】符合下列条件之一同种胰岛移植术后患者，可认为移植后有效：

- （1）糖基化血红蛋白<7.0%；
- （2）无严重低血糖（血糖浓度低于3.9mmol/l）；
- （3）血清C-肽水平 $\geq 0.3\text{ng/mL}$ ；
- （4）胰岛素用量较前明显减少。

移植后有效率是指同种胰岛移植治疗后1年、3年和5年随访，移植后有效的患者数占同期同种胰岛移植治疗患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{移植后有效率} = \frac{\text{移植后有效的患者数}}{\text{同期同种胰岛移植治疗患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映同种胰岛移植治疗患者的远期疗效。

注：参考Lembert等的方法，用显微镜测量镜检计数的胰岛细胞团直径，计算每50微升溶液中DTZ染色阳性的胰岛细胞团的IEQ，按IEQ表换算为相当于直径150 μm 的IEQ，再按以下公式计算总IEQ。总IEQ=（3次计数的IEQ之和/3） $\times 20 \times$ 样本量（mL）。

（三）同种异体运动系统结构性组织移植技术临床应用

质量控制指标

1. 符合规定各类来源移植物比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】符合规定的来源移植物数占同期移植物总数的比例。（见注）

【计算方法】

$$\text{各类来源移植物比例} = \frac{\text{该类来源移植物数}}{\text{同期移植物总数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映移植来源的规范性。

2. 术中移植物微生物培养阳性率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】术中移植物微生物（细菌、真菌、支原体等）培养阳性的样本数占同期术中移植物微生物培养总样本数的比例。

【计算方法】

$$\text{术中移植物微生物培养阳性率} = \frac{\text{术中移植物微生物培养阳性的样本数}}{\text{同期术中移植物微生物培养总样本数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映同种异体运动系统结构性组织移植术中感染风险。

3. 围手术期并发症发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】围手术期并发症是指同种异体运动系统结构性组织移植术后30天内发生的并发症，包括感染、血栓形成、移植失败等。围手术期并发症发生率是指围手术期并发症发生的例次数占同期同种异体运动系统结构性组织移植手术总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{围手术期并发症发生率} = \frac{\text{围手术期并发症发生的例次数}}{\text{同期同种异体运动系统结构性组织移植手术总例次数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映同种异体运动系统结构性组织移植手术的安全性。

4. 微创手术比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】微创同种异体运动系统结构性组织移植手术例次数占同期同种异体运动系统结构性组织移植手术总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{微创手术比例} = \frac{\text{微创同种异体运动系统结构性组织移植手术例次数}}{\text{同期同种异体运动系统结构性组织移植手术总例次数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映同种异体运动系统结构性组织移植手术水平。

5. 患者随访率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】同种异体运动系统结构性组织移植后，1、3、5年内完成随访的例次数占同期同种异体运动系统结构性组织移植手术总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{患者随访率} = \frac{\text{一定时间内完成随访的例次数}}{\text{同期同种异体运动系统结构性组织移植手术总例次数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映同种异体运动系统结构性组织移植治疗患者的远期疗效及管理水平。

注：符合规定的同种异体运动系统结构性组织移植来源分两类：具有国家药品监督管理局产品注册证的移植物和公民逝世后捐献来源的移植物。

（四）同种异体角膜移植技术临床应用质量控制指标

1. 成分供体使用率

（1）同种异体角膜内皮移植供体使用率。

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】用于临床同种异体角膜内皮移植的供体材料数占同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数的比例。

【计算方法】

$$\text{同种异体角膜内皮移植供体使用率} = \frac{\text{用于临床同种异体角膜内皮移植的供体材料数}}{\text{同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映供体材料的质量及医疗技术水平。

（2）同种异体穿透角膜移植供体使用率。

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 用于临床同种异体穿透角膜移植的供体材料数占同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数的比例。

【计算方法】

$$\text{同种异体穿透角膜移植供体使用率} = \frac{\text{用于临床同种异体穿透角膜移植的供体材料数}}{\text{同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映供体材料的质量及医疗技术水平。

(3) 同种异体板层角膜移植供体使用率。

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 用于临床同种异体板层角膜移植的供体材料数占同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数的比例。

【计算方法】

$$\text{同种异体板层角膜移植供体使用率} = \frac{\text{用于临床同种异体板层角膜移植的供体材料数}}{\text{同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映供体材料的质量及医疗技术水平。

(4) 同种异体角膜缘干细胞移植供体使用率。

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 用于临床同种异体角膜缘干细胞移植的供体材料数占同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数的比例。

【计算方法】

同种异体角膜缘干细胞移植供体使用率 = $\frac{\text{用于临床同种异体角膜缘干细胞移植的供体材料数}}{\text{同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数}} \times 100\%$

【指标意义】反映供体材料的质量及医疗技术水平。

2. 同种异体角膜移植成功率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】同种异体角膜移植成功是指通过同种异体角膜移植手术达到预期目的（增视性、治疗性、美容性等），植片与植床对合良好无脱落。同种异体角膜移植成功率是指同种异体角膜移植成功的例数占同期同种异体角膜移植总例数的比例。

【计算方法】

同种异体角膜移植成功率 = $\frac{\text{同种异体角膜移植成功的例数}}{\text{同期同种异体角膜移植总例数}} \times 100\%$

【指标意义】反映医疗机构同种异体角膜移植技术水平。

3. 角膜植片透明率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】角膜植片透明是指同种异体角膜移植术后，植片保持透明，或植片与植床对合良好无脱落。角膜植片透明率是指角膜植片透明的例数占同期同种异体角膜移植总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{角膜植片透明率} = \frac{\text{角膜植片透明的例数}}{\text{同期同种异体角膜移植总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映供体材料的质量及医疗技术水平。

4. 角膜原发性疾病控制率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】同种异体角膜移植术后，角膜原发性疾病基本改善或治愈的例数占同期同种异体角膜移植总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{角膜原发性疾病控制率} = \frac{\text{角膜原发性疾病基本改善或治愈的例数}}{\text{同期同种异体角膜移植总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映同种异体角膜移植术后角膜原发性疾病的控制情况。

5. 并发症发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】同种异体角膜移植术后发生并发症（排斥反应、眼部感染、青光眼、角膜缝线松脱以及术后屈光不正等）的例数占同期同种异体角膜移植总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{并发症发生率} = \frac{\text{同种异体角膜移植术后发生并发症的例数}}{\text{同期同种异体角膜移植总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映医疗机构同种异体角膜移植技术水平

的重要指标之一。

6. 术后视力提高率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 术后视力提高是指同种异体角膜移植术后，视力提高视力表两行及以上。术后视力提高率是指术后视力提高的例数占同期同种异体角膜移植总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后视力提高率} = \frac{\text{术后视力提高的例数}}{\text{同期同种异体角膜移植总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映同种异体角膜移植术后视力改善情况。

7. 诊断符合率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 诊断符合是指同种异体角膜移植患者的术后诊断（包括病理诊断）与入院诊断符合。诊断符合率是指诊断符合的例数占同期同种异体角膜移植总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{诊断符合率} = \frac{\text{诊断符合的例数}}{\text{同期同种异体角膜移植总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映医疗机构同种异体角膜移植患者入院诊断的准确性。

8. 患者随访率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 同种异体角膜移植术后1、3年进行随访的例次数占同期同种异体角膜移植手术总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{患者随访率} = \frac{\text{同种异体角膜移植术后一定时间内完成随访的例次数}}{\text{同期同种异体角膜移植手术总例次数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映同种异体角膜移植患者的远期疗效及管理水平。

9. 角膜组织存活率（1年、3年）

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 同种异体角膜移植术后，1年和3年随访（失访者按角膜组织未存活统计）尚存活的角膜组织数占同期同种异体角膜移植角膜组织总数的比例。

【计算方法】

$$\text{患者术后生存率} = \frac{\text{1年和3年随访尚存活的角膜组织数}}{\text{同期同种异体角膜移植角膜组织总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映同种异体角膜移植患者的远期疗效。

（五）性别重置技术临床应用质量控制指标

1. 术中输血率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 性别重置技术手术对象术中接受400ml及以上输血治疗的手术例数占同期性别重置技术总例数的比

例。

【计算方法】

$$\text{术中输血率} = \frac{\text{性别重置技术手术对象术中接受400ml及以上输血治疗的手术例数}}{\text{同期性别重置技术总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映医疗机构性别重置技术水平的重要指标之一。

2. 术后输血率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】性别重置技术手术对象术后接受400ml及以上输血治疗的例数占同期性别重置技术总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后输血率} = \frac{\text{性别重置技术手术对象术后接受400ml及以上输血的例数}}{\text{同期性别重置技术总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映医疗机构性别重置技术水平的重要指标之一。

3. 术中自体血输注率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】性别重置技术手术对象术中接受400ml及以上自体血（包括自体全血及自体血红细胞）输注例数占同期术中接受400ml及以上输血治疗的总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{术中自体血输注率} = \frac{\text{术中接受400ml及以上自体血 (包括自体全血及自体血红细胞) 输注例数}}{\text{同期术中接受400ml及以上 输血治疗的总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】 自体血的应用可以显著降低异体输血带来的风险，是反映医疗机构医疗质量的重要结构性指标之一。

4. 术后1年随访率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 性别重置术后1年完成随访的例数占同期性别重置手术总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后1年随访率} = \frac{\text{性别重置术后1年完成随访的例数}}{\text{同期性别重置手术总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映性别重置技术手术对象的远期疗效及管理水平。

5. 术后2周内感染率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 性别重置术后2周内发生感染的例数占同期性别重置手术总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后2周内感染率} = \frac{\text{性别重置术后2周内发生感染的例数}}{\text{同期性别重置手术总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映医疗机构性别重置技术水平和安全性

重要指标之一。

6. 尿痿发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 性别重置术后尿痿发生的例数占同期性别重置手术总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{尿痿发生率} = \frac{\text{性别重置术后尿痿发生的例数}}{\text{同期性别重置手术总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映医疗机构性别重置技术水平和安全性重要指标之一。

7. 再造尿道狭窄率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 性别重置术后半年内发生再造尿道狭窄的例数占同期女变男性别重置手术总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{再造尿道狭窄率} = \frac{\text{性别重置术后半年内发生再造尿道狭窄的例数}}{\text{同期女变男性别重置手术总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映医疗机构性别重置技术水平和安全性重要指标之一。

8. 再造阴道狭窄率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 性别重置术后半年内发生再造阴道狭窄的例数占同期男变女性别重置手术总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{再造阴道狭窄率} = \frac{\text{性别重置术后半年内发生再造阴道狭窄的例数}}{\text{同期男变女性别重置手术总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映医疗机构性别重置技术水平和安全性重要指标之一。

9. 直肠阴道瘘发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 性别重置术后发生直肠阴道瘘的例数占同期性别重置手术总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{直肠阴道瘘发生率} = \frac{\text{性别重置术后直肠阴道瘘发生的例数}}{\text{同期性别重置手术总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映医疗机构性别重置技术水平和安全性重要指标之一。

10. 皮瓣坏死发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 性别重置术后，再造器官应用的皮瓣发生坏死（部分或全部）的例数占同期性别重置手术总例数的比

例。

【计算方法】

$$\text{皮瓣坏死发生率} = \frac{\text{性别重置术后再造器官应用的皮瓣发生坏死的例数}}{\text{同期性别重置手术总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映医疗机构性别重置技术水平和安全性重要指标之一。

11. 术后1周内死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】术后1周内死亡是指性别重置手术对象术后1周内死亡（包括因不可逆疾病而自动出院）。术后1周内死亡率是指术后1周内手术对象死亡人数占同期性别重置手术对象总数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后1周内死亡率} = \frac{\text{术后1周内手术对象死亡人数}}{\text{同期性别重置手术对象总数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映医疗机构性别重置技术水平和安全性重要指标之一。

（六）质子和重离子加速器放射治疗技术临床应用质量控制指标

1. 病理诊断率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】 实施质子或重离子放射治疗前有明确病理诊断的患者数占同期质子或重离子放射治疗患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{病理诊断率} = \frac{\text{接受质子或重离子放射治疗前有明确病理诊断的患者数}}{\text{同期质子或重离子放射治疗患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映医疗机构质子或重离子放射治疗的规范性。

2. 临床TNM分期比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 根据AJCC/UICC临床TNM分期标准，对于接受质子或重离子放射治疗的患者进行分期。临床TNM分期比例是指对实施质子或重离子放射治疗的患者进行各临床TNM分期的患者数占同期质子或重离子放射治疗患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{临床TNM分期比例} = \frac{\text{进行各临床TNM分期的患者数}}{\text{同期质子或重离子放射治疗患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映医疗机构质子或重离子放射治疗的规范性。

3. MDT执行率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】MDT (Multidisciplinary Team) 是指多学科综合治疗团队。MDT执行率是指实施质子或重离子放射治疗的患者，治疗前执行MDT的患者数占同期质子或重离子放射治疗患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{MDT执行率} = \frac{\text{治疗前执行MDT的患者数}}{\text{同期质子或重离子放射治疗患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映医疗机构质子或重离子放射治疗的规范性。

4. 治疗方案完成率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 实施质子或重离子放射治疗的患者，完成既定治疗方案的患者数占同期质子或重离子放射治疗患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{治疗方案完成率} = \frac{\text{完成既定治疗方案的患者数}}{\text{同期质子或重离子放射治疗患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映医疗机构质子或重离子放射治疗的规范性。

5. 不良反应发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 不良反应是指按照常用药物毒性标准

(common toxicity criteria, CTC) ≥3级的副反应。不良反应发生率是指实施质子或重离子放射治疗的患者，发生不良反应的患者数占同期质子或重离子放射治疗患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{不良反应发生率} = \frac{\text{发生不良反应的患者数}}{\text{同期质子或重离子放射治疗患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映医疗机构质子或重离子放射治疗的安全性。

6. 6个月内死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比 (%)

【指标定义】6个月内死亡是指患者从第一次接受质子或重离子放射治疗起，6个月之内死亡。6个月内死亡率是指实施质子或重离子放射治疗的患者，6个月内死亡的患者数占同期质子或重离子放射治疗患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{6个月内死亡率} = \frac{\text{6个月内死亡的患者数}}{\text{同期质子或重离子放射治疗患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映医疗机构质子或重离子放射治疗的安全性和患者适应证选择的合理性。

7. 患者随访率 (1年、2年、5年)

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比 (%)

【指标定义】 质子或重离子放射治疗后一定时间（1年、2年、5年）内完成随访的例次数占同期质子或重离子放射治疗总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{患者随访率} = \frac{\text{质子或重离子放射治疗后一定时间内完成随访的例次数}}{\text{同期质子或重离子放射治疗总例次数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映质子或重离子放射治疗患者的远期疗效及管理水平。

（七）放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标

1. 植入指征正确率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 放射性粒子植入治疗技术应用适应证选择正确的例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。（见注1）

【计算方法】

$$\text{植入指征正确率} = \frac{\text{放射性粒子植入技术应用适应证选择正确的例数}}{\text{同期放射性粒子植入治疗总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映医疗机构开展放射性粒子植入技术时严格掌握适应证的程度，是反映医疗机构放射性粒子植入技术医疗质量的重要过程性指标之一。

2. 术前制订治疗计划率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】术前制订治疗计划，是指放射性粒子植入治疗前，根据患者影像学表现和病理学类型，使用放射性粒子植入治疗计划系统完成植入治疗计划（包括靶区设计、处方剂量、粒子活度等）的制订工作。术前制订治疗计划率，是指放射性粒子植入治疗前，完成植入治疗计划的患者例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{术前制订治疗计划率} = \frac{\text{术前完成植入治疗计划(TPS)的患者例数}}{\text{同期放射性粒子植入治疗总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】体现术前对患者病情整体评估，并根据患者病情确定适宜治疗方案的情况，是反映医疗机构放射性粒子植入治疗技术医疗质量的重要过程性指标之一。

3. 术后放射剂量验证率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】术后放射剂量验证，是指放射性粒子植入术后进行影像学检查，并通过放射性粒子植入治疗计划系统完成放射剂量验证。术后放射剂量验证率，是指放射性粒子植入治疗后，完成术后放射剂量验证的患者例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后放射剂量验证率} = \frac{\text{术后完成放射剂量验证的患者例数}}{\text{同期放射性粒子植入治疗总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】体现术后对患者病情整体评估情况，是反

映医疗机构放射性粒子植入治疗技术医疗质量的重要过程性指标之一。

4. 术中及术后30天内主要并发症发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】放射性粒子植入术中及术后30天内发生主要并发症的例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。
(见注2)

【计算方法】

(1) 穿刺相关主要并发症发生率。

$$\text{穿刺相关主要并发症总发生率} = \frac{\text{发生穿刺操作相关主要并发症的例数}}{\text{同期放射性粒子植入治疗总例数}} \times 100\%$$

$$\text{感染发生率} = \frac{\text{发生穿刺相关感染患者例数}}{\text{同期放射性粒子植入治疗总例数}} \times 100\%$$

$$\text{出血发生率} = \frac{\text{发生穿刺相关出血患者例数}}{\text{同期放射性粒子植入治疗总例数}} \times 100\%$$

$$\text{气胸发生率} = \frac{\text{发生穿刺相关气胸并发症患者数}}{\text{同期肺部实体肿瘤放射性粒子植入例数}} \times 100\%$$

$$\text{神经损伤发生率} = \frac{\text{发生穿刺相关神经损伤并发症患者数}}{\text{同期放射性粒子植入治疗总例数}} \times 100\%$$

(2) 放射性损伤相关主要并发症发生率。

$$\text{放射性损伤相关主要并发症总发生率} = \frac{\text{发生放射性损伤相关主要并发症的例数}}{\text{同期放射性粒子植入治疗总例数}} \times 100\%$$

$$\text{皮肤溃疡发生率} = \frac{\text{发生放射相关皮肤溃疡并发症患者例数}}{\text{同期浅表肿瘤放射性粒子植入例数}} \times 100\%$$

$$\text{放射性肺炎发生率} = \frac{\text{发生放射性肺炎并发症患者数}}{\text{同期肺部实体肿瘤放射性粒子植入例数}} \times 100\%$$

$$\text{放射性脊髓炎发生率} = \frac{\text{发生放射性脊髓炎并发症患者例数}}{\text{同期骨组织或其邻近组织实体肿瘤放射性粒子植入例数}} \times 100\%$$

$$\text{放射性膀胱炎发生率} = \frac{\text{发生放射性膀胱炎并发症患者数}}{\text{同期盆腔实体肿瘤放射性粒子植入例数}} \times 100\%$$

$$\text{放射性肠炎发生率} = \frac{\text{发生放射性肠炎并发症患者例数}}{\text{同期腹腔脏器肿瘤放射性粒子植入例数}} \times 100\%$$

$$\text{放射性脑坏死发生率} = \frac{\text{发生放射相关脑坏死并发症患者数}}{\text{同期颅内肿瘤放射性粒子植入例数}} \times 100\%$$

【指标意义】体现放射性粒子植入治疗技术安全性，是反映医疗机构放射性粒子植入治疗技术医疗质量的重要结果指标。

5. 放射性粒子植入治疗有效率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】放射性粒子植入治疗有效，是指对放射性粒子植入术后进行疗效评价，按照实体瘤疗效评价新标准（Response Evaluation Criteria in Solid Tumors, RECIST）达到完全缓解、部分缓解、肿瘤稳定状态。放射性粒子植入治疗有效率，是指放射性粒子植入治疗有效的患者例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。（见注3）

【计算方法】

$$\text{放射性粒子植入治疗有效率} = \frac{\text{放射性粒子植入治疗有效的患者例数}}{\text{同期放射性粒子植入治疗总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映医疗机构开展放射性粒子植入技术的效果，是反映医疗机构放射性粒子植入技术医疗质量的重要结果指标之一。

6. 术后30天内全因死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】放射性粒子植入术后30天内死亡患者（不论何种原因）例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后30天内全因死亡率} = \frac{\text{放射性粒子植入术后30天内全因死亡患者例数}}{\text{同期放射性粒子植入治疗总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】体现放射性粒子植入治疗技术的安全性，是反映医疗机构放射性粒子植入治疗技术医疗质量的重要结果指标之一。

7. 患者随访率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】放射性粒子植入治疗后各随访时间点（见注4）完成随访的例次数占同期放射性粒子植入治疗总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{患者随访率} = \frac{\text{放射性粒子植入治疗后一定时间内完成随访的例次数}}{\text{同期放射性粒子植入治疗总例次数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映医疗机构对放射性粒子植入治疗出院患者的长期管理水平。

8. 患者术后生存率（2个月、4个月、半年、1年、2年）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】放射性粒子植入治疗后某一时间（2个月、4个月、半年、1年、2年）随访（失访者按未存活患者统计）

尚存活的患者数占同期放射性粒子植入治疗患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{患者术后生存率} = \frac{\text{放射性粒子植入治疗后某一时间随访尚存活的患者数}}{\text{同期放射性粒子植入治疗患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映医疗机构开展放射性粒子植入治疗的长期治疗效果。

注：

1. 应用放射性粒子植入治疗技术应当符合肿瘤临床分期的诊断指标，包括：

- (1) 局部晚期肿瘤已失去手术机会（前列腺癌除外）。
- (2) 肿瘤最大径 $\leq 7\text{cm}$ 。
- (3) 手术后、放疗后肿瘤复发或转移，肿瘤转移灶数目 ≤ 5 个，单个转移灶直径 $\leq 5\text{cm}$ 。
- (4) 患者一般身体状况卡氏评分70分以上。
- (5) 拟经皮穿刺者有进针路径。
- (6) 肿瘤空腔脏器（食道、胆道、门静脉等）出现恶性梗阻。
- (7) 无严重穿刺禁忌证。
- (8) 患者预计生存期 ≥ 3 个月。
- (9) 患者拒绝其他治疗。

1-3项指标中至少符合2项，且4-9项指标中至少符合3项即为适应证选择正确。

2. 主要并发症包括穿刺相关和放射性损伤相关并发症。

(1) 穿刺相关主要并发症包括与穿刺相关的感染、出血、气胸、神经损伤。气胸发生率仅用于肺部实体肿瘤放射性粒子植入病例。神

经损伤发生率仅用于坐骨神经等周围神经干区域肿瘤放射性粒子植入病例。

(2) 放射性粒子植入治疗可能造成粒子植入区域及周围小范围组织放射性损伤，主要包括皮肤溃疡、放射性肺炎、放射性脊髓炎、放射性膀胱炎、放射性肠炎、脑坏死。皮肤溃疡发生率仅用于浅表肿瘤放射性粒子植入病例。放射性肺炎发生率仅用于肺部实体肿瘤放射性粒子植入病例。放射性脊髓炎发生率仅用于骨组织或其邻近组织实体肿瘤放射性粒子植入病例。放射性膀胱炎发生率仅用于盆腔实体肿瘤放射性粒子植入病例。放射性肠炎发生率仅用于腹腔脏器肿瘤放射性粒子植入病例。放射性脑坏死发生率仅用于颅内肿瘤放射性粒子植入病例。

3. 实体瘤疗效评价新标准主要包括以下几项：

(1) 完全缓解：所有靶病灶消失，无新病灶出现，且肿瘤标志物正常，至少维持4周。

(2) 部分缓解：靶病灶最大径之和减少 $\geq 30\%$ ，至少维持4周。

(3) 肿瘤稳定：靶病灶最大径之和缩小未达到部分缓解，或增大未达到肿瘤进展。

(4) 肿瘤进展：靶病灶最大径之和至少增加20%，或者出现新病灶。

4. 放射性粒子植入治疗随访的国际标准：治疗后半年内每2个月1次，治疗后半年至2年内每3个月1次，治疗后2年到5年每半年1次，5年后每年1次。

(八) 肿瘤消融治疗技术临床应用质量控制指标

1. 肿瘤消融治疗指征正确率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 实施肿瘤消融治疗的患者，符合治疗指征的例次数占同期肿瘤消融治疗总例次数的比例。（见注1）

【计算方法】

$$\text{肿瘤消融治疗指征正确率} = \frac{\text{符合治疗指征的例次数}}{\text{同期肿瘤消融治疗总例次数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映医疗机构肿瘤消融治疗技术的规范性。

2. 肿瘤消融治疗完成率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 按照肿瘤消融计划，实际完成消融治疗的病灶总数占同期计划完成消融治疗的病灶总数的比例。

【计算方法】

$$\text{肿瘤消融治疗完成率} = \frac{\text{实际完成消融治疗的病灶总数}}{\text{同期计划完成消融治疗的病灶总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映医疗机构肿瘤消融治疗技术水平。

3. 肿瘤消融治疗后局部病灶有效控制率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 肿瘤消融治疗后局部病灶有效控制的例次数占同期肿瘤消融治疗总例次数的比例。（见注2）

【计算方法】

$$\text{肿瘤消融治疗后局部病灶有效控制率} = \frac{\text{肿瘤消融治疗后局部病灶有效控制的例次数}}{\text{同期肿瘤消融治疗总例次数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映肿瘤消融治疗后局部病灶的控制情况。

4. 肿瘤消融治疗后30天内严重并发症发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 肿瘤消融治疗后30天内发生的严重并发症，包括导致患者护理级别提升或住院时间延长、需要进一步住院治疗或者临床处理、致残或者死亡等。肿瘤消融治疗后30天内严重并发症发生率是指肿瘤消融治疗后30天内严重并发症发生的例次数占同期肿瘤消融治疗总例次数的比例。

（见注3）

【计算方法】

$$\text{肿瘤消融治疗后30天内严重并发症发生率} = \frac{\text{肿瘤消融治疗后30天内严重并发症发生的例次数}}{\text{同期肿瘤消融治疗总例次数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映肿瘤消融治疗的安全性。

5. 肿瘤消融治疗后30天内死亡率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 肿瘤消融治疗后30天内死亡（包括因不可逆疾病而自动出院的患者）患者数占同期肿瘤消融治疗患者总数的比例。患者死亡原因包括患者本身病情严重、手术、麻醉以及其他任何因素。

【计算方法】

$$\text{肿瘤消融治疗后30天内死亡率} = \frac{\text{肿瘤消融治疗后30天内死亡患者数}}{\text{同期肿瘤消融治疗患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映肿瘤消融治疗的安全性。

6. 患者随访率（6月、1年、2年、3年、5年）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】肿瘤消融治疗后一定时间（6月、1年、2年、3年、5年）内完成随访的例次数占同期肿瘤消融治疗总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{患者随访率} = \frac{\text{肿瘤消融治疗后一定时间内完成随访的例次数}}{\text{同期肿瘤消融治疗总例次数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映肿瘤消融治疗患者的远期疗效及管理水平。

7. 平均住院日

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】实施肿瘤消融治疗的患者出院时占用总床日数与同期肿瘤消融治疗患者出院人数之比。

【计算方法】

$$\text{平均住院日} = \frac{\text{出院时所有患者占用总床日数}}{\text{同期肿瘤消融治疗患者出院人数}}$$

【指标意义】反映肿瘤消融治疗技术水平，是分析成本效益的重要指标之一。

注：

1. 肿瘤消融治疗指征：

(1) 凝血酶原活动度 (PTA) >50%。

(2) 无器官功能障碍 (按相应器官功能进行评价), 如肝功能 ChildA、B级。

(3) 体能状态评分 (ECOG方法) 分级 ≤2级。

(4) 麻醉评估: 病情分级 ≤III级 (美国麻醉医师协会病情分级标准)。

满足上述四项并符合相应肿瘤消融治疗适应证, 为肿瘤消融治疗指征选择正确。

2. 临床症状有效缓解是指肿瘤引起的临床症状经消融治疗后24小时内得到明显缓解, 如疼痛降低2个级别以上。

3. 肿瘤局部病灶有效控制是指肿瘤消融治疗后1个月内, 增强影像学检查证实肿瘤完全消融。

(九) 心室辅助技术临床应用质量控制指标

1. 心室辅助技术应用适应证选择正确率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 心室辅助技术应用适应证选择正确的例数占同期心室辅助装置应用总例数的比例。(见注1)

【计算方法】

$$\text{心室辅助技术应用指征正确率} = \frac{\text{心室辅助技术应用适应证选择正确的例数}}{\text{同期心室辅助装置应用总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】 体现医疗机构开展心室辅助技术时严格掌握适应证的程度, 是反映医疗机构心室辅助技术医疗质量的

重要过程性指标之一。

2. 心室辅助装置有效撤除率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 心室辅助装置有效撤除，是指心脏功能衰竭D期应用心室辅助装置的患者，经积极治疗后心功能改善而撤除心室辅助装置。心室辅助装置有效撤除率，是指有效撤除心室辅助装置例次数占同期心室辅助装置应用总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{心室辅助装置有效撤除率} = \frac{\text{有效撤除心室辅助装置例次数}}{\text{同期心室辅助装置应用总例次数}} \times 100\%$$

【指标意义】 体现应用心室辅助装置的治疗效果，是反映医疗机构心室辅助技术医疗质量的重要过程性指标之一。

3. 术后30天死亡率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 心室辅助装置植（介）入术后30天内死亡患者数（不论何种原因）占同期心室辅助装置植（介）入患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{全因死亡率} = \frac{\text{心室辅助装置植(介)入术后30天内全因死亡患者数}}{\text{同期心室辅助装置植(介)入患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 体现应用心室辅助装置的治疗效果，是反

映医疗机构心室辅助技术医疗质量的重要结果指标之一。

4. 心室辅助桥转换心脏移植率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 心室辅助桥转换心脏移植，是指患者心脏功能衰竭D期应用心室辅助装置持续治疗期间，桥接到心脏移植手术治疗。心室辅助桥转换心脏移植率，是指心室辅助桥转换心脏移植例数占同期心室辅助装置应用总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{心室辅助桥转换心脏移植率} = \frac{\text{心室辅助桥转换心脏移植例数}}{\text{同期心室辅助装置应用总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映心室辅助装置应用后转归的重要过程指标。

5. 术中及术后30天内主要并发症发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 心室辅助装置植（介）入术中及术后30天内，发生主要并发症的患者数占同期心室辅助装置植（介）入患者总数的比例。（见注2）

【计算方法】

$$\text{血源性感染发生率} = \frac{\text{发生血源性感染患者数}}{\text{同期心室辅助装置植(介)入患者总数}} \times 100\%$$

$$\text{出血发生率} = \frac{\text{发生出血并发症患者数}}{\text{同期心室辅助装置植(介)入患者总数}} \times 100\%$$

$$\text{溶血发生率} = \frac{\text{发生溶血并发症患者数}}{\text{同期心室辅助装置植(介)入患者总数}} \times 100\%$$

$$\text{血栓栓塞发生率} = \frac{\text{发生血栓栓塞并发症患者数}}{\text{同期心室辅助装置植(介)入患者总数}} \times 100\%$$

$$\text{右心功能衰竭发生率} = \frac{\text{发生右心功能衰竭患者数}}{\text{同期心室辅助装置植(介)入患者总数}} \times 100\%$$

$$\text{神经系统并发症发生率} = \frac{\text{发生神经系统并发症患者数}}{\text{同期心室辅助装置植(介)入患者总数}} \times 100\%$$

$$\text{肾功能衰竭发生率} = \frac{\text{发生肾功能衰竭患者数}}{\text{同期心室辅助装置植(介)入患者总数}} \times 100\%$$

$$\text{机械故障发生率} = \frac{\text{发生机械故障患者数}}{\text{同期心室辅助装置植(介)入患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】体现应用心室辅助装置的治疗安全性，是反映医疗机构心室辅助技术医疗质量的重要结果指标。

6. 术后随访率（1年、3年）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】心室辅助装置植（介）入后1年和3年随访的例次数占同期心室辅助装置植（介）入总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后1年随访率} = \frac{\text{心室辅助装置植(介)入后1年完成随访的例次数}}{\text{同期心室辅助装置植(介)入总例次数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映医疗机构对心室辅助技术治疗出院患者的长期管理水平。

7. 患者术后生存率（1年、3年）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】心室辅助装置植（介）入后1年和3年随访（失访者按未存活患者统计）尚存活的患者数占同期心室辅

助装置植（介）入患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{患者术后生存率} = \frac{\text{心室辅助装置植(介)入后1年和3年随访尚存活的患者数}}{\text{同期心室辅助装置植(介)入患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映医疗机构开展心室辅助技术的长期治疗效果。

注：

1. 心室辅助技术应用适应证为心脏功能衰竭D期（难治性终末期心衰），应当符合下列9项标准中任意5项。

- (1) 心排指数 $<2.0\text{L}/\text{m}^2$ 。
- (2) 最大氧耗量 $<12\text{ml}/\text{kg} \cdot \text{min}$ 。
- (3) 6分钟步行试验 $<150\text{m}$ 。
- (4) NT-proBNP $>5000\text{ng}/\text{ml}$ 。
- (5) 预计生存期限小于2年。
- (6) 经2个月正规药物治疗无效。
- (7) 肺毛细血管气压 $>20\text{mmHg}$ 。
- (8) 大剂量血管活性药物下循环功能难以维持。
- (9) 混合静脉血氧饱和度 $<65\%$ 。

2. 主要并发症包括血源性感染、出血、溶血、血栓栓塞、右心功能衰竭、神经系统并发症、肾功能衰竭、机械故障。

（十）人工智能辅助治疗技术临床应用质量控制指标

1. 平均术前准备时间

【指标属性】定量指标

【计量单位】分钟

【指标定义】从开始麻醉至手术医师开始实施人工智能

辅助治疗技术的平均时间（以分钟为单位）。

【计算方法】

$$\text{平均术前准备时间} = \frac{\text{人工智能辅助治疗技术术前准备时间总和}}{\text{同期人工智能辅助治疗技术患者总数}}$$

【指标意义】反映人工智能辅助治疗技术术前准备的熟练程度。

2. 平均手术时间

【指标属性】定量指标

【计量单位】分钟

【指标定义】同一术种从手术医师开始实施人工智能辅助治疗技术到手术完成的平均时间（以分钟为单位）。

【计算方法】

$$\text{平均手术时间} = \frac{\text{同一术种人工智能辅助治疗技术手术时间总和}}{\text{同一术种同期人工智能辅助治疗技术患者总数}}$$

【指标意义】反映手术操作者人工智能辅助治疗技术熟练程度。

3. 重大并发症发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】同一术种实施人工智能辅助治疗技术的患者，术中、术后（住院期间内）发生重大并发症（包括需有创处理的术后出血、重要脏器损伤及功能不全、重症感染、吻合口瘘、麻醉意外等）的例数占同期人工智能辅助治疗技

术总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{重大并发症发生率} = \frac{\text{同一术种术中、术后发生重大并发症的例数}}{\text{同一术种同期人工智能辅助治疗技术总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映医疗机构人工智能辅助治疗技术水平及安全性。

4. 手术中转率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】同一术种实施人工智能辅助治疗技术的患者，术中因各种原因转为其他手术方式的例数占同期人工智能辅助治疗技术总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{手术中转率} = \frac{\text{同一术种术中因各种原因转为其它手术方式的例数}}{\text{同一术种同期人工智能辅助治疗技术总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映医疗机构人工智能辅助治疗技术水平及规范性。

5. 术中设备不良事件发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】实施人工智能辅助治疗技术的患者，术中发生设备不良事件（是指实施人工智能辅助治疗技术过程中，机器人手术系统发生影响手术操作的事件，包括设备故障、手术器械意外损坏等）的例数占同期人工智能辅助治疗技术

总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{术中设备不良事件发生率} = \frac{\text{术中发生设备不良事件的例数}}{\text{同期人工智能辅助治疗技术总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映医疗机构人工智能辅助治疗技术手术系统设备管理和维护能力，以及患者安全保障能力。

6. 术中及术后死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】术中及术后死亡是指实施人工智能辅助治疗技术的患者，术中及术后（住院期间内）死亡，包括因不可逆疾病而自动出院的患者。术中及术后死亡率是指术中及术后患者死亡人数占同期实施人工智能辅助治疗技术患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{术中及术后死亡率} = \frac{\text{同一术种术中及术后患者死亡人数}}{\text{同一术种同期实施人工智能辅助治疗技术患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映医疗机构人工智能辅助治疗技术水平的重要结果指标之一。

7. 各专业月手术量及人工智能辅助治疗技术比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】各专业月手术量是指各专业（普通外科、泌尿外科、胸外科、心脏大血管外科、妇科、骨科等）每个

月开展人工智能辅助治疗（机器人手术系统辅助实施手术，以下同）技术的例数。人工智能辅助治疗技术比例是指同一类型疾病，实施人工智能辅助治疗技术的例次数占同期该类疾病手术治疗总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{人工智能辅助治疗技术比例} = \frac{\text{实施人工智能辅助治疗技术的例次数}}{\text{同期该类疾病手术治疗总例次数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映医疗机构相关专业在选择人工智能辅助治疗技术的适宜性和科学性。

8. 平均住院日

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】同一病种实施人工智能辅助治疗技术的患者出院时占用总床日数与同期实施人工智能辅助治疗技术的患者出院人数的比例。

【计算方法】

$$\text{人工智能辅助治疗技术比例} = \frac{\text{实施人工智能辅助治疗技术的患者总床日数}}{\text{同期实施人工智能辅助治疗技术的患者出院人数}} \times 100\%$$

【指标意义】体现人工智能辅助治疗技术的效率，是反映医疗机构人工智能治疗技术医疗质量的重要结果指标之一。

（十一）体外膜肺氧合(ECMO)技术临床应用质量控制指标

1. ECMO有效撤除率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 ECMO有效撤除，是指应用ECMO的患者，经积极治疗后心/肺功能改善或器官移植而撤除ECMO，撤除ECMO后48小时患者仍存活。ECMO有效撤除率，是指有效撤除ECMO例次数占同期ECMO应用例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{ECMO有效撤除率} = \frac{\text{有效撤除ECMO例次数}}{\text{同期应用ECMO例次数}} \times 100\%$$

【指标意义】 体现应用ECMO的治疗效果，是反映医疗机构ECMO医疗质量的重要过程性指标之一。

2. 30天全因死亡率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 ECMO应用后30天内死亡患者数(不论何种原因)占同期ECMO应用患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{30天全因死亡率} = \frac{\text{ECMO应用后30天内全因死亡患者数}}{\text{同期ECMO应用患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 体现应用ECMO的治疗效果，是反映医疗机构ECMO医疗质量的重要结果指标之一。

3. 一年生存率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 ECMO应用后1年随访(失访者按未存活患者统计)尚存活的患者数占同期ECMO应用患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{一年生存率} = \frac{\text{ECMO应用后1年随访尚存活的患者数}}{\text{同期ECMO应用患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映医疗机构开展ECMO的长期治疗效果。

4. 机械故障指标

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【计算方法】

$$\text{氧合器故障发生率} = \frac{\text{氧合器故障次例数}}{\text{同期ECMO应用氧合器例次数}} \times 100\%$$

$$\text{循环管路进气发生率} = \frac{\text{循环管路进气患者次例数}}{\text{同期ECMO应用患者例次数}} \times 100\%$$

$$\text{泵头故障发生率} = \frac{\text{发生泵头故障患者次例数}}{\text{同期ECMO应用泵头例次数}} \times 100\%$$

$$\text{停泵故障发生率} = \frac{\text{发生停泵故障患者次例数}}{\text{同期ECMO应用患者例次数}} \times 100\%$$

$$\text{意外脱管发生率} = \frac{\text{发生管路脱落例次数}}{\text{同期ECMO应用管路例次数}} \times 100\%$$

$$\text{置管意外发生率} = \frac{\text{发生置管意外例次数}}{\text{同期ECMO应用患者例次数}} \times 100\%$$

【指标意义】 体现应用ECMO的治疗安全性，是反映医疗机构ECMO医疗质量的重要结果指标。

5. 术中及术后30天内患者主要并发症发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 ECMO术中及术后30天内，发生主要并发症的患者数占同期ECMO应用例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{出血发生率} = \frac{\text{发生出血并发症例次数}}{\text{同期ECMO应用例次数}} \times 100\%$$

$$\text{溶血发生率} = \frac{\text{发生溶血并发症例次数}}{\text{同期ECMO应用例次数}} \times 100\%$$

$$\text{血栓栓塞发生率} = \frac{\text{发生血栓栓塞并发症例次数}}{\text{同期ECMO应用例次数}} \times 100\%$$

$$\text{下肢缺血坏死发生率} = \frac{\text{发生下肢缺血坏死例次数}}{\text{同期ECMO应用例次数}} \times 100\%$$

$$\text{神经系统并发症发生率} = \frac{\text{发生神经系统并发症例次数}}{\text{同期ECMO应用例次数}} \times 100\%$$

$$\text{血源性感染发生率} = \frac{\text{发生血源性感染例次数}}{\text{同期ECMO应用例次数}} \times 100\%$$

【指标意义】 体现ECMO应用的治疗安全性，是反映医疗机构ECMO医疗质量的重要结果指标。

注： 患者纳入标准：

V-AECMO：①各种原因引起的心源性休克：心指数小于 $2.0\text{L}/\text{min}/\text{m}^2$ 或/和LVEF $<30\%$ ，收缩压 $<90\text{mmHg}$ ，肺毛细血管楔压 $\geq 24\text{mmHg}$ ，依赖两者以上大量血管活性药物，静脉血氧饱和度小于 55% ，有酸中毒表现；②心跳骤停需ECPR；③顽固性室性心律失常；④难以脱离体外循环。

V-VECMO: ①严重ARDS: 在最优的机械通气条件下($FiO_2 \geq 0.8$, 潮气量为 $6ml/kg$ 理想体重, $PEEP \geq 5cmH_2O$, 且无禁忌症), 保护性通气和俯卧位通气效果不佳, 并符合以下之一, 应尽早考虑评估实施

V-VECMO支持: (1) $PaO_2/FiO_2 < 50mmHg$ 超过3小时; (2)

$PaO_2/FiO_2 < 80mmHg$ 超过6小时; (3) $FiO_2 = 100\%$, $PaO_2/FiO_2 < 100mmHg$; (4)动脉血 $pH < 7.25$ 且 $PaCO_2 > 60mmHg$ 超过6小时, 且呼吸频率 > 35 次/分; (5)呼吸频率 > 35 次/分时, 动脉血 $pH < 7.2$ 且平台压 $> 30cmH_2O$ 或驱动压 $> 15cmH_2O$; ②严重气道梗阻性疾病: 无创或有创机械通气无效, 出现严重呼吸性酸中毒甚至影响血流动力学时, 可考虑评估实施V-VECMO或体外二氧化碳清除(ECCO₂R); ③特殊呼吸系统疾病围术期(如肺移植、气道肿物等): 如术中呼吸支持方式无法维持通气及氧合, 可评估实施V-VECMO。

ECPR: 实施常规心肺复苏15分钟不能恢复自主心律, 心跳骤停1小时之内者。

氧合器故障包括①血栓; ②血浆渗漏; ③漏血; ④氧合欠佳等需氧合器更换或终止ECMO。

循环管路进气故障包括①管路静脉端操作; ②病人静脉端输液; ③插管和管道连接; ④气穴现象等导致的循环管道动静脉进气。

泵头故障包括①泵头破裂; ②泵头血栓; ③不能正常工作。

停泵故障包括①断电; ②备用电源耗尽; ③机器故障。

意外脱管包括①管道连接处松弛; ②非同步搬运挣脱。

置管意外包括①插管方向和位置错误；②插管松脱，拔出；③插管扭折；④血管损伤；影响ECMO正常工作。

术中及术后30天内患者主要并发症包括出血、溶血、血栓栓塞、下肢缺血坏死、神经系统并发症、血源性感染。

出血包括应用ECMO期间的(调整内容)：①致死性出血；②颅内出血；③与ECMO抗凝相关的纵隔、消化道、呼吸道、插管局部等部位出血，导致血色素进行性下降(下降幅度 $>2\text{g/dL/d}$)、循环不稳定、或需要外科手术干预。

溶血是指应用ECMO期间，排除出血、血液稀释等原因导致的血色素下降幅度 $>2\text{g/dL}$ ，且血浆游离血红蛋白 $>5\text{mg/dL}$ 。

血栓栓塞包括应用ECMO期间的①脑栓塞或肢体动脉栓塞；②下肢深静脉血栓或肺栓塞；③心腔内血栓形成，有影像学(动、静脉超声或CT等)证据支持。

下肢缺血坏死是指应用ECMO期间的ECMO插管侧下肢发生溃疡、坏疽、甚至截肢。

神经系统并发症是指ECMO应用期间新发生的出血性脑卒中及引起功能障碍的缺血性脑卒中，有影像学(头颅CT或MRI等)证据支持。

血源性感染是指由于ECMO治疗应用相关的血源性感染；从以下位置能够获得微生物学阳性标本：①感染位置的皮下细针抽吸；②手术探查；③导管尖端感染发生于ECMO置管48小时后。

(十二) 自体器官移植技术临床应用质量控制指标

1. 自体器官移植手术指标

(1) 冷缺血时间比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 冷缺血时间比例为冷缺血时间在6h(小时)以内、6-12h和12h以上三个时间段中的自体器官移植手术例数分别占同期自体器官移植总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{冷缺血时间比例} = \frac{\text{冷缺血时间在一定时间段中的自体器官移植手术例数}}{\text{同期自体器官移植总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映医疗机构自体器官移植技术水平。

(2) 无器官期时间比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 无器官期时间比例为无器官期时间在6h以内、6-12h和12h以上三个时间段中的自体器官移植手术例数分别占同期自体器官移植总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{无器官期时间比例} = \frac{\text{无器官期时间在一定时间段中的自体器官移植手术例数}}{\text{同期自体器官移植总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映医疗机构自体器官移植技术水平。

(3) 手术时间比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】手术时间比例为手术时间在10h以内、10-20h和20h以上三个时间段中的自体器官移植手术例数分别占同期自体器官移植术总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{手术时间比例} = \frac{\text{手术时间在一定时间段中的自体器官移植手术例数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映医疗机构自体器官移植技术水平。

(4) 术中大出血发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】自体器官移植手术术中出血量在2000ml及以上的手术例数占同期自体器官移植术总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{术中大出血发生率} = \frac{\text{术中出血量在2000ml及以上的手术例数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映医疗机构自体器官移植技术水平。

(5) 术中输血率(红细胞)

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】术中输血率指自体器官移植术中输入红细胞例数占同期器官移植术总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{术中输血率} = \frac{\text{术中输入红细胞例数}}{\text{同期器官移植术总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映医疗机构自体器官移植技术水平。

(6) 平均术中输血量(红细胞)

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】平均术中输血量指自体器官移植术中输入红细胞总量与同期自体器官移植术总例数之比。

【计算方法】

$$\text{平均术中输血量} = \frac{\text{术中输入红细胞总量}}{\text{同期自体器官移植术总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映医疗机构自体器官移植技术水平。

2. 自体器官移植术成功率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】自体器官移植术成功是指通过自体器官移植手术达到预期目标病灶彻底清除，预留器官脉管可靠修复及重建，再植后预留器官血流和功能正常。自体器官移植术成功率是指自体器官移植术成功的例数占同期自体器官移植术总例数的比例

【计算方法】

$$\text{自体器官移植术成功率} = \frac{\text{自体器官移植术成功的例数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映医疗机构自体器官移植技术水平。

3. 术后主要严重并发症指标

(1) 术后早期器官功能不全发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 自体器官移植术后发生早期器官功能不全的手术例数占同期自体器官移植术总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后早期器官功能不全发生率} = \frac{\text{术后发生早期器官功能不全的手术例数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映医疗机构自体器官移植技术水平。

(2) 术后非计划二次手术率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 术后非计划二次手术是指在同一次住院期间，因各种原因导致患者需进行的计划外再次手术。术后非计划二次手术率是指自体器官移植术后发生非计划二次手术的手术例数占同期自体器官移植术总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后非计划二次手术率} = \frac{\text{术后发生非计划二次手术的手术例数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映医疗机构自体器官移植术技术水平和安全性。

(3) 术后血管并发症发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 自体器官移植术后，1周、1个月、3个月内发生血管并发症的手术例数占同期自体器官移植手术总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后血管并发症发生率} = \frac{\text{发生一定时间内发生血管并发症的手术例数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映医疗机构自体器官移植术技术水平和安全性。

【指标说明】 血管并发症包括动脉、静脉系统的狭窄、血栓、出血。

(4) Clavien-III级及以上并发症发生率(严重并发症发生率)

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 自体器官移植术后发生Clavien-III级及以

上并发症的手术例数占同期自体器官移植术总例数的比例。

(见注)

【计算方法】

$$\text{Clavien-III级及以上并发症发生率} = \frac{\text{自体器官移植术后发生Clavien-III级及以上并发症的手术例数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}} \times 100\%$$

(5) 术后耐药菌感染发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】自体器官移植术后发生耐药菌感染的手术例数占同期自体器官移植术总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后耐药菌感染发生率} = \frac{\text{自体器官移植术后发生耐药菌感染的手术例数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映医疗机构自体器官移植术技术水平和安全性。

【指标说明】多重耐药肺炎克雷伯杆菌、大肠杆菌、阴沟肠杆菌、嗜麦芽寡养单胞菌、鲍曼不动杆菌、铜绿假单胞菌感染纳入耐药菌感染统计，其余暂不做统计。

4. 患者术后生存指标

(1) 术后早期死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】自体器官移植术后30天内患者全因（不论

何种原因)死亡例数占同期自体器官移植术总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后早期死亡率} = \frac{\text{术后30天内患者全因死亡例数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映医疗机构自体器官移植术技术水平和安全性。

(2) 30天内非计划再次入院率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】自体器官移植术后30天内因手术或原发疾病非计划性再次入院治疗例数占同期自体器官移植术总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{30天内非计划再次入院率} = \frac{\text{术后30天内因手术或原发疾病非计划性再次入院治疗例数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映医疗机构自体器官移植术技术水平和安全性。

(3) 原发器官疾病术后复发率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】自体器官移植术后, 1、3、5年内原发器官疾病复发患者数占同期自体器官移植患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后复发率} = \frac{\text{原发器官疾病 术后一定时间内原发器官疾病复发患者数}}{\text{同期自体器官移植患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映自体器官移植术患者的远期疗效。

5. 术后全身系统严重并发症发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】术后全身系统严重并发症是指自体器官移植术患者，术后发生的心脑血管意外(如心肌梗死、缺血性脑卒中、脑出血等)、肺栓塞、呼吸衰竭、肾衰竭、深静脉血栓、肝功能衰竭等并发症。术后全身系统严重并发症发生率是指术后发生全身系统严重并发症的患者数占同期自体器官移植术患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后全身系统严重并发症发生率} = \frac{\text{术后发生全身系统严重并发症的患者数}}{\text{同期自体器官移植术患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映医疗机构自体器官移植技术水平的重要结果指标之一。

6. 患者随访率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】自体器官移植术后1、3、5年内完成随访

的例次数占同期自体器官移植术总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{患者随访率} = \frac{\text{术后一定时间内完成随访的例次数}}{\text{同期自体器官移植术总例次数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映自体器官移植术患者的远期疗效及管理水平。

7. 术后长期生存率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】自体器官移植术后，1、3、5年内随访存活的患者数（失访者按未存活患者统计）占同期自体器官移植术患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后长期生存率} = \frac{\text{术后一定时间内随访存活的患者数}}{\text{同期自体器官移植术总数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映医疗机构自体器官移植术技术水平、安全性和治疗有效性。

注：

并发症Clavien系统分级如下：

I级术后常见原因导致的不需要特殊药物、手术、内镜及放射干预的临床症状。允许适当的治疗包括：对症药物（止吐药、解热药、镇痛药、利尿药）、电解质类及物理治疗。也包括床边打开感染的切口。

II级需要除I级干预药物以外的药物治疗(包括如胃瘫营养支持治疗, 扩容血色素缓慢下降输血治疗等)。

III级需要手术、内镜及放射干预。

IIIa级不需要在基础麻醉下进行的干预措施。

IIIb级需要在基础麻醉下进行的干预措施。

IV级威胁生命的并发症, 包括中枢神经系统并发症, 需要进入ICU治疗。

IVa级单器官功能障碍(包括透析)。

IVb级多器官功能障碍。

V级患者死亡。中枢神经系统并发症包括: 脑出血、缺血性卒中、蛛网膜下腔出血, 但不包括短暂性脑缺血发作(TIA)。

二、人体器官捐献、获取与移植技术

(一) 向人体器官获取组织报送的潜在器官捐献者人数与院内死亡人数比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 医疗机构向人体器官获取组织报送的潜在器官捐献人数占同期院内死亡人数的比例。

【计算方法】

向人体器官获取组织报送的潜在器官捐献者人数与院内死亡人数比

$$= \frac{\text{向人体器官获取组织报送的潜在器官捐献人数}}{\text{同期院内死亡人数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

（二）实现器官捐献的人数与院内死亡人数比

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】实现器官捐献的人数占医疗机构同期院内死亡人数的比例。

【计算方法】

$$\text{实现器官捐献的人数与院内死亡人数比} = \frac{\text{实现器官捐献的人数}}{\text{同期院内死亡人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（三）人体器官获取组织质量控制指标

1. 器官捐献转化率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】在人体器官获取组织（OPO）服务区域内，年度完成器官获取的器官捐献者数量占潜在捐献者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{器官捐献转化率（\%）} = \frac{\text{年度获取捐献者数量}}{\text{同期潜在捐献者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】体现器官捐献和OPO器官获取工作能力。

2. 平均器官产出率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】在OPO服务区域内，年度获取并完成移植的器官数量与器官捐献者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{平均器官产出率} = \frac{\text{年度移植器官数量}}{\text{同期器官捐献者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】体现器官捐献和OPO器官获取工作能力。

3. 器官捐献分类占比

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】脑死亡来源器官捐献者（DBD）、心脏死亡来源器官捐献者（DCD）、脑心双死亡来源器官捐献者（DBCD）数量分别占同期器官捐献者总数的比例。

【计算方法】

$$(\text{DBD}/\text{DCD}/\text{DBCD}) \text{ 占比 } (\%) = \frac{\text{年度 } (\text{DBD}/\text{DCD}/\text{DBCD}) \text{ 数量}}{\text{同期器官捐献者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映获取器官来源占比情况。

4. 获取器官利用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】器官获取后用于移植的器官数量占同期获取器官总数的比例。

【计算方法】

$$\text{获取器官利用率 } (\%) = \frac{\text{用于移植的器官数量}}{\text{同期获取器官总数}} \times 100\%$$

【指标意义】评价OPO对器官捐献供者维护、器官质量评估及转化为合适移植器官的能力。

5. 移植器官原发性无功能发生率（PNF发生率）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】同年度捐献器官移植术后PNF并发症发生比例，包括总PNF发生率、DBD来源器官PNF发生率、DCD来源器官PNF发生率、DBCD来源器官PNF发生率。

【计算方法】

$$\text{总PNF发生率（\%）} = \frac{\text{年度PNF病例数}}{\text{同期移植病例总数}} \times 100\%$$

$$\text{（DBD/DCD/DBCD）PNF发生率（\%）} = \frac{\text{年度（DBD/DCD/DBCD）PNF病例数}}{\text{同期（DBD/DCD/DBCD）移植病例总数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映OPO器官维护、质量评估能力。

6. 移植器官术后功能延迟性恢复发生率（DGF发生率）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】同年度捐献器官移植术后DGF并发症发生比例，包括总DGF发生率、DBD来源器官DGF发生率、DCD来源器官DGF发生率、DBCD来源器官DGF发生率。

【计算方法】

$$\text{总DGF发生率（\%）} = \frac{\text{年度DGF病例数}}{\text{同期移植病例总数}} \times 100\%$$

$$\text{（DBD/DCD/DBCD）DGF发生率（\%）} = \frac{\text{年度（DBD/DCD/DBCD）DGF病例数}}{\text{同期（DBD/DCD/DBCD）移植病例总数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映OPO器官维护、质量评估能力。

备注：

边缘供器官定义及标准

边缘供器官是指移植后存在较高原发性移植物无功能或功能低下以及迟发性移植物失活风险的捐献器官。

（一）边缘供肝标准。具有下列特征之一的属于边缘供肝：

1. 年龄>65岁的捐献者肝脏；
2. 供肝大泡性脂肪变>30%或捐献者身体质量指数（BMI）>30kg/m²；
3. 心脏死亡捐献者肝脏或脑心双死亡捐献者肝脏（功能性热缺血时间>20分钟），或供肝冷缺血时间>12小时；
4. 脑死亡供体中在重症监护病房所待时间>7天，且获取时有多器官功能不全，血清总胆红素、血清转氨酶持续高于正常3倍以上；
5. 血流动力学的危险因素，包括：长期的低血压（舒张压<60mmHg，>2小时），应用多巴胺10 μg/（kg•min），超过6小时以维持血压；或需要2种缩血管药物维持血压达6小时以上；
6. 血钠浓度始终高于155mmol/L。

此外，ABO血型不相容供肝、劈裂式供肝以及血清病毒学阳性、不能解释病死原因、患有肝外恶性疾病、活动性的细菌感染、高风险的生活方式等捐献肝脏也被纳入边缘供肝的范畴。

（二）边缘供肾标准。具有下列特征之一的属于边缘供肾：

1. 年龄>60岁，或年龄50~60岁且符合以下情况中的2项：（1）捐献前血清肌酐（Scr）水平>1.5mg/dL；（2）有高血压病史，死于高血压脑卒中；
2. 年龄≤3岁捐献肾脏，用于成人移植；
3. BMI>30kg/m²；
4. 高血压蛋白尿>+；
5. 糖尿病肾病II期以内；
6. 捐献肾脏热缺血时间15~30分钟、冷缺血时间24小时以上。

（三）边缘供心标准。具有下列特征之一的属于边缘供心：

1. 捐献者年龄大≥50岁；

2. 捐献心脏冷缺血时间>6小时;
3. 器官捐献者与接受者体重比值<0.8;
4. 器官捐献者与接受者血型相容但不一致;
5. 捐献者存在感染,但已经控制,血培养结果均为阴性,心脏直视检查无感染性心内膜炎;
6. 捐献心脏结构轻度异常,如左室壁轻度肥厚(<14mm)、轻度瓣膜反流、易于矫治的先天性心脏病如卵圆孔未闭、冠脉动脉粥样硬化但无明显狭窄等;
7. 捐献心脏功能异常:经充分调整,左心室射血分数<60%但>40%,存在室壁运动异常等;
8. 其他可能导致移植物衰竭的因素:心肌酶异常升高、捐献者正性肌力药物剂量大、心肺复苏时间长等。

(四) **边缘供肺标准**。具有下列特征之一的属于边缘供肺:

1. ABO血型不同但相容;
2. 60岁<年龄<70岁;
3. $250\text{mmHg} < \text{PaO}_2 < 300\text{mmHg}$ ($\text{FiO}_2 = 1.0, \text{PEEP} = 5\text{cmH}_2\text{O}$);
4. 胸片肺野内有少量到中等量的渗出影;
5. 器官捐献者与接受者匹配度较差但可以根据具体情况进行供肺减容或肺叶移植;
6. 胸部外伤但肺氧合满意;
7. 存在轻微的误吸或者脓毒症经治疗维护后改善;
8. 气道内存在脓性分泌物经治疗维护后改善;
9. 有痰标本细菌培养阳性,但排除泛耐药或者全耐药的细菌;
10. 多次维护评估后不合格的捐献肺脏获取后经离体肺灌注修复后达标;
11. 捐献肺脏冷缺血时间>9小时,原则上不超过12小时。

(四) 肝脏移植技术医疗质量控制指标

(1) 无肝期比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】无肝期比例为无肝期时间不超过60分钟（min），60-120min和120min以上三个时间段中的肝脏移植手术人数分别占同期肝脏移植手术总人数的比例。

【计算方法】

1. 无肝期≤60min比例

$$\text{无肝期}\leq 60\text{min比例}=\frac{\text{无肝期不超过 60min 的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}}\times 100\%$$

2. 60min<无肝期≤120min比例

$$60\text{min}<\text{无肝期}\leq 120\text{min比例}=\frac{\text{无肝期在 60-120min 的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}}\times 100\%$$

3. 无肝期>120min比例

$$\text{无肝期}>120\text{min比例}=\frac{\text{无肝期 120min 以上的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

(2) 术中大出血发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】成人肝脏移植手术受者术中出血量在2000ml及以上的手术人数占同期成人肝脏移植手术总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{术中大出血发生率}=\frac{\text{成人肝脏移植手术受者术中出血量在 2000ml 及以上的手术人数}}{\text{同期成人肝脏移植手术总人数}}\times 100\%$$

【指标导向】监测比较

3. 术后主要并发症指标

(1) 术后早期肝功能不全 (EAD) 发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 肝脏移植手术后发生EAD的手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后EAD发生率} = \frac{\text{发生EAD的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

【指标说明】 符合下列一个或多个标准的病例视为发生EAD:

(1) 术后第7天总胆红素 (TB) $\geq 171 \mu\text{mol/L}$ (10mg/dL)。

(2) 术后第7天国际标准化比值 (INR) ≥ 1.6 (应用抗凝药物原因除外)。

(3) 术后7天内谷丙转氨酶 (ALT) 或谷草转氨酶 (AST) $> 2000 \text{IU/L}$ 。

(2) 术后非计划二次手术率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 肝脏移植手术后发生非计划二次手术的手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后非计划二次手术率} = \frac{\text{进行非计划二次手术的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

【指标说明】 非计划二次手术是指在同一次住院期间，因各种原因导致受者需进行的计划外再次手术。

(3) 术后血管并发症发生率（1周内、1月内、3月内）

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 肝脏移植手术后发生血管并发症的手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后血管并发症发生率} = \frac{\text{发生血管并发症的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

4. 受者术后生存指标

(1) 术后早期死亡率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 肝脏移植术后30天内受者全因死亡人数占同期肝脏移植手术受者总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后早期死亡率} = \frac{\text{肝脏移植术后 30 天内受者全因死亡人数}}{\text{同期肝脏移植手术受者总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

5. 中国肝移植注册系统（CLTR）数据报送质量指标

（一）数据完整度

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 向CLTR系统所报送数据完整度累计值与同期肝脏移植总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{数据完整度} = \frac{\sum \text{每例肝脏移植病例数据完整度得分}}{\text{同期肝脏移植总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

（五）肾脏移植技术医疗质量控制指标（2020年版）

1. 术后30天内死亡率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 肾脏移植术后30天内受者全因死亡人数占同期肾脏移植总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后30天死亡率} = \frac{\text{肾脏移植术后 30 天内受者全因死亡人数}}{\text{同期肾脏移植总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

2. 移植肾功能延迟恢复发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】肾脏移植术后发生移植肾功能延迟恢复（DGF）的受者人数占同期肾脏移植总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{DGF发生率} = \frac{\text{肾脏移植术后发生 DGF 受者人数}}{\text{同期肾脏移植总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】DGF是指肾脏移植术后一周内需要透析治疗或术后一周血肌酐未下降至400 μmol/L以下。

【指标导向】逐步降低

3. 急性排斥反应发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】肾脏移植术后1年内发生急性排斥反应受者人数占同期肾脏移植总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{急性排斥反应发生率} = \frac{\text{肾脏移植术后1年内发生急性排斥反应受者人数}}{\text{同期肾脏移植总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】急性排斥反应，是肾脏移植术后最常见的一种排斥反应，一般发生在肾脏移植术后几个小时至6个月内，临床上表现为发热、全身不适、移植肾肿大和疼痛，同时伴有移植肾功能突然减退。

4. 术后感染发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 肾脏移植术后100天内发生感染的受者人数占同期肾脏移植总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后感染发生率} = \frac{\text{肾脏移植术后100天内发生感染的受者人数}}{\text{同期肾脏移植总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

【指标说明】 肾脏移植术后无症状的下尿路感染不在统计之列。

5. 中国肾脏移植科学登记系统（CSRKT）数据报送质量指标

（1）数据完整度

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 1: X

【指标定义】 向CSRKT系统报送数据的数据完整度得分累计值与同期肾脏移植总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{数据完整度} = \frac{\text{所有病例的数据完整度得分累计值}}{\text{同期肾脏移植总人数}}$$

【指标导向】 逐步提高

【指标说明】 每例肾脏移植报送数据的数据完整度得分=(实际录入的重要参数的数量/规定录入的重要参数总数量)×

100%。

(2) 数据及时性

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 完成肾脏移植手术后72小时内向CSRKT系统报送患者数占同期肾脏移植总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{数据及时性} = \frac{\text{术后72小时内报送的患者数}}{\text{同期肾脏移植总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

(3) 数据真实性

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 向CSRKT系统所报送数据的真实性总得分与同期肾脏移植总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{数据真实性} = \frac{\sum \text{每例肾脏移植病例数据真实性得分}}{\text{同期肾脏移植总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

【指标说明】 数据真实性采取加权赋分，依据以下两项内容进行考察，各占50%：

(1) 查看所有病例相关数据报送情况是否合理，例如身高、体重、热缺血时间、冷缺血时间、手术时间、术后并发症等

重要参数是否在合理的阈值。

(2) 按比例随机抽取各移植中心报送CSRKT系统的肾脏移植病例，数据管理员提供所抽取病例的生存情况证明（如最近一次检查化验单）上交至国家肾脏移植质控中心，根据重要参数比对情况给出真实性得分。各中心随机抽取病例数的标准如下图：

肾脏移植受者真实性抽取例数标

统计时段内移植总数（例）	抽取比例（%）	抽取总数（例）
< 10	100	—
10-50	--	10
50-100	20	—
> 100	--	20

(4) 受者总体随访质量

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 1:X

【指标定义】 该医疗机构所有病例的随访质量得分的平均值。

【计算方法】

$$\text{受者总体随访质量} = \frac{\text{随访质量得分总和}}{\text{该机构同期肾脏移植总人数}}$$

【指标导向】 逐步提高

【指标说明】 每例肾脏移植的随访质量得分=(实际随访次数/应随访次数)×(实际录入的随访参数/应录入的随访参数)。

9. 移植肾生存率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 接受肾脏移植手术后，在某段时间（1年、3年、5年等），移植肾脏的生存率。

【计算方法】

采用乘积极限法（Kaplan-Meier法）计算

【指标导向】 逐步提高

【指标说明】 生存率需要和生存概率加以区别。例如：已知某医疗机构在术后1年内，有98例移植肾尚有功能，将其除以当年移植总人数（若为100例），即可得出该机构的一年移植肾生存概率为98%。但由于没有引入具体的移植肾存活时间，生存概率不能反映移植肾的存活随着时间的变化情况。而生存分析中则能很好地解决这个问题。将医疗机构上报的移植肾失功的病例、相应的术后失功时间导入统计软件，采用Kaplan-Meier法，进行复杂运算后得出该机构在术后不同时间内的移植肾生存率。

（六）心脏移植技术医疗质量控制指标

1. 供体心脏缺血时间小于等于6小时的比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，医疗机构获取的供体心脏的缺血时间小于等于6小时的心脏移植例数占总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{供体心脏缺血时间小于等于6小时的比例} = \frac{\text{供体心脏缺血时间小于等于6小时的心脏移植例数}}{\text{同期心脏移植手术总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】供体心脏缺血时间：从供体心脏的获取开始灌注到心脏移植手术后开始供血的时间。

2. 术后机械通气时间小于等于48小时的比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，心脏移植手术受者术后接受机械通气的时间小于等于48小时的人数占心脏移植总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后机械通气时间小于等于48小时的比例} = \frac{\text{术后机械通气时间小于等于48小时的人数}}{\text{同期心脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

3. 术后并发症发病率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，心脏移植手术受者术后（自手术开始至出院）发生的手术相关并发症人数占同期心脏移植总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后并发症发病率} = \frac{\text{术后出现并发症的心脏移植人数}}{\text{同期心脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

【指标说明】 手术相关并发症包括术后感染、心脏骤停、二次气管插管，气管切开和二次开胸手术。术后感染包括移植术后的细菌，真菌和病毒感染。

4. 术后院内死亡率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，心脏移植手术受者术后（自手术开始至出院）全因死亡人数占同期心脏移植总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后院内死亡率} = \frac{\text{心脏移植手术受者术后全因死亡人数}}{\text{同期心脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

9. 中国心脏移植注册登记数据报送质量指标

(1) 数据完整度

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 向中国心脏移植注册系统报送数据的完整度得分与同期心脏移植总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{数据完整度} = \frac{\sum \text{每例心脏移植手术上报数据完整度得分}}{\text{同期心脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

【指标说明】 完整度得分由中国心脏移植质注册登记系统要求填报的移植手术主要参数计算。

(七) 肺脏移植技术医疗质量控制指标

1. 术后（6月、1年、3年、5年、10年）生存率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 肺脏移植术后（6月、1年、3年、5年、10年）随访（失访者按未存活统计）尚存活的肺脏移植患者数占同期肺脏移植总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后（6月、1年、3年、5年、10年）生存率} = \frac{\text{肺脏移植术后6月、1年、3年、5年、10年随访尚存活的房子移植患者数}}{\text{同期肺脏移植总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

10. 中国肺脏移植注册登记数据报送质量指标

(1) 数据完整度

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 向中国肺脏移植注册系统报送数据的完整度得分与同期肺脏移植总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{数据完整度} = \frac{\sum \text{每例肺脏移植手术上报数据完整得分}}{\text{同期肺脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

【指标说明】 完整度得分由中国肺脏移植注册登记系统要求填报的移植手术主要参数计算。

三、其他重点医疗技术质量控制指标

(一) 消化内镜诊疗技术医疗质量控制指标

1. 消化内镜中心医师年均工作量

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 次

【指标定义】 消化内镜中心医师每年平均承担的工作量。

【计算方法】

$$\text{消化内镜中心医师年均工作量} = \frac{\text{消化内镜中心年诊疗例次数}}{\text{消化内镜中心医师数}}$$

【指标说明】 消化内镜中心医师是指在本机构注册的从事消化内镜诊疗的医师。

【指标意义】 反映医疗机构消化内镜中心医师工作负荷。

【指标导向】 监测比较

2. 四级消化内镜诊疗技术占比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 单位时间内，消化内镜中心开展四级消化内镜诊疗技术例次数占同期消化内镜诊疗总例次数的比例。

【计算方法】

四级消化内镜诊疗技术占比 = $\frac{\text{单位时间内消化内镜中心开展四级消化内镜诊疗技术例次数}}{\text{同期消化内镜诊疗总例数}} \times 100\%$

【指标说明】四级消化内镜诊疗技术依据《消化内镜诊疗技术临床应用管理规范(2019年版)》和《儿科消化内镜诊疗技术临床应用管理规范(2019年版)》中按四级手术管理的儿科消化内镜诊疗技术参考目录中列出的消化内镜诊疗技术统计，与医疗机构对该技术的临床应用管理分级无关。

【指标意义】反映医疗机构消化内镜诊疗质量。

【指标导向】逐步提高

3. 三级消化内镜诊疗技术占比

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】单位时间内，消化内镜中心开展三级消化内镜诊疗技术例次数占同期消化内镜诊疗总例次数的比例。

【计算方法】

三级消化内镜诊疗技术占比 = $\frac{\text{单位时间内消化内镜中心开展三级消化内镜诊疗技术例次数}}{\text{同期消化内镜诊疗总例数}} \times 100\%$

【指标说明】三级消化内镜诊疗技术依据《消化内镜诊疗技术临床应用管理规范(2019年版)》和《儿科消化内镜诊疗技术临床应用管理规范(2019年版)》中按三级手术管理的儿科消化内镜诊疗技术参考目录中列出的消化内镜诊疗技术统计，与医疗机构对该技术的临床应用管理分级无关。

【指标意义】反映医疗机构消化内镜诊疗质量。

【指标导向】 逐步提高

4. 上消化道内镜检查完整率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，上消化道内镜检查完整的例次数占同期上消化道内镜检查总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{上消化道内镜检查完整率} = \frac{\text{单位时间内上消化道内镜检查完整的例次数}}{\text{同期上消化内镜诊疗总例数}} \times 100\%$$

【指标说明】 上消化道内镜检查完整是指对食管上段、中段、下段，贲门、胃底、胃体、胃角、胃窦、幽门，十二指肠球部、降段等部位完整观察并留图。

【指标意义】 反映医疗机构上消化道内镜技术临床应用质量。

【指标导向】 逐步提高

5. 结肠镜检查肠道准备优良率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，肠道准备优良的结肠镜检查例次数占同期结肠镜检查总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{结肠镜检查肠道准备优良率} = \frac{\text{单位时间内肠道准备优良的结肠镜检查例次数}}{\text{同期结肠镜检查总例数}} \times 100\%$$

【指标说明】 肠道准备优良是指根据波士顿量表，每段

肠道的评分 ≥ 2 分。

【指标意义】反映医疗机构结肠镜技术临床应用质量。

【指标导向】逐步提高

6. 结肠镜盲肠插镜成功率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，结肠镜检查到达盲肠例次数占同期结肠镜检查总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{结肠镜盲肠插镜成功率} = \frac{\text{单位时间内结肠镜检查到达盲肠例次数}}{\text{同期结肠镜检查总例数}} \times 100\%$$

【指标说明】结肠镜盲肠插镜成功是指内镜到达盲肠并留图。本指标适用于无解剖变异或结直肠外科手术史的受检者。

【指标意义】反映医疗机构结肠镜技术临床应用质量。

【指标导向】逐步提高

7. 结肠镜退镜检查时间 ≥ 6 分钟率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，结肠镜检查退镜检查时间 ≥ 6 分钟的例次数占同期结肠镜检查总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{结肠镜退镜检查时间} \geq 6 \text{分钟率} = \frac{\text{单位时间内结肠镜检查退镜检查时间} \geq 6 \text{分钟的例次数}}{\text{同期结肠镜检查总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映医疗机构结肠镜技术临床应用质量

【指标导向】逐步降低

8. 内镜下逆行胰胆管造影术(ERCP)选择性深插管成功率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】单位时间内, ERCP选择性深插管成功的例次数占同期ERCP总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{ERCP选择性深插管成功率} = \frac{\text{单位时间内ERCP选择性深插管成功的例次数}}{\text{同期ERCP总例数}} \times 100\%$$

【指标说明】

ERCP选择性深插管成功是指ERCP术中对目标胆管或胰管选择性深插管成功。本指标适用于胃肠道解剖正常、无十二指肠乳头手术史的患者。

【指标意义】反映医疗机构ERCP技术临床应用质量。

【指标导向】逐步提高

9. 消化内镜相关严重并发症发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】千分比(‰)

【指标定义】单位时间内, 发生消化内镜相关严重并发症的诊疗例次数占同期消化内镜诊疗总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{消化内镜相关严重并发症发生率} = \frac{\text{单位时间内发生消化内镜相关严重并发症的诊疗例次数}}{\text{同期消化内镜诊疗总例数}} \times 1000\%$$

【指标说明】消化内镜相关严重并发症包括严重出血、术后重症胰腺炎、全身感染、穿孔转外科手术修补、致残、致死或其他需外科手术干预的情况。

1. 严重出血指术后三天内血红蛋白降低30g/L以上，或需输血、外科手术/DSA止血。

2. 术后重症胰腺炎指消化内镜诊疗导致的伴有局部或全身并发症、或有器官功能衰竭的胰腺炎。

3. 全身感染指具有2项(或以上)下述临床表现：1) 体温 $>38^{\circ}\text{C}$ 或 $<36^{\circ}\text{C}$ ；2) 心率 >90 次/分；3) 呼吸频率 >20 次/分或 $\text{PaCO}_2 < 32\text{mmHg}$ ；4) 外周血白细胞 $>12 \times 10^9/\text{L}$ 或 $<4 \times 10^9/\text{L}$ 或未成熟细胞 $>10\%$ 。

【指标意义】反映医疗机构消化内镜技术临床应用质量。

【指标导向】逐步提高

10. 食管癌早期诊断率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，上消化道内镜检查发现早期食管癌患者数占同期上消化道内镜检查发现食管癌患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{食管癌早期诊断率} = \frac{\text{单位时间内上消化道内镜检查发现早期食管癌患者数}}{\text{同期上消化道内镜检查发现食管癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】本指标中早期食管癌指病灶局限于黏膜层，无论有无区域淋巴结转移。

【指标意义】反映医疗机构上消化道内镜技术临床应用质量。

【指标导向】逐步提高

11. 胃癌早期诊断率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，上消化道内镜检查发现早期胃癌患者数占同期上消化道内镜检查发现胃癌患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{胃癌早期诊断率} = \frac{\text{单位时间内上消化道内镜检查发现早期胃癌患者数}}{\text{同期上消化道内镜检查发现胃癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】本指标中早期胃癌指病灶局限于黏膜层或黏膜下层，无论有无淋巴结转移。

【指标意义】反映医疗机构上消化道内镜技术临床应用质量。

【指标导向】逐步提高

12. 结直肠腺瘤检出率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，至少检出一枚结直肠腺瘤的结肠镜检查患者数占同期结肠镜检查患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{结直肠腺瘤检出率} = \frac{\text{单位时间内至少检出一枚结直肠腺瘤的结肠镜检查患者数}}{\text{同期结肠镜检查患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】本指标中早期胃癌指病灶局限于黏膜层或黏膜下层，无论有无淋巴结转移。

【指标意义】结直肠腺瘤是结直肠癌的高危因素，提高其检出率有助于早期预防结直肠癌。

【指标导向】逐步提高

13. 结直肠癌早期诊断率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，结肠镜检查发现早期结直肠癌患者数占同期结肠镜检查发现结直肠癌患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{结直肠癌早期诊断率} = \frac{\text{单位时间内结肠镜检查发现早期结直肠癌患者数}}{\text{同期结肠镜检查发现结直肠癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】本指标中早期结直肠癌指病灶局限于黏膜层或黏膜下层，无论有无淋巴结转移。

【指标意义】反映医疗机构结肠镜技术临床应用质量。

【指标导向】逐步提高

14. 消化道早癌内镜黏膜下剥离术(ESD)完整切除率

【指标属性】定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，消化道早癌ESD完整切除的例次数占同期消化道早癌ESD总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{消化道早癌ESD完整切除率} = \frac{\text{单位时间内消化道早癌ESD完整切除的例次数}}{\text{同期消化道早癌ESD总例次数}} \times 100\%$$

【指标说明】 ESD完整切除是指ESD达到R0切除，即整块切除标本术后病理学诊断达到水平切缘和垂直切缘均阴性。高级别上皮内瘤变行ESD的患者应当纳入统计。

【指标意义】 反映医疗机构ESD技术临床应用质量。

【指标导向】 逐步提高

15. ERCP胆总管结石清除成功率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间内，ERCP胆总管结石清除成功例次数占同期ERCP胆总管结石清除总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{ERCP胆总管结石清除成功率} = \frac{\text{单位时间内ERCP胆总管结石清除成功例次数}}{\text{同期ERCP胆总管结石清除总例次数}} \times 100\%$$

【指标说明】 ERCP胆总管结石清除成功是指单次ERCP取石操作致胆总管结石完全取净无残留。未进行取石操作、直接放置支架、碎石后取石等不计入。

【指标意义】 反映医疗机构ERCP临床应用质量。

【指标导向】 逐步提高

第三部分现场检查实施细则

第一章医院功能与任务

一、依据医院的功能任务，确定医院的发展目标和中长期发展规划

（一）医院的功能与任务，符合本区域卫生发展规划。

【概述】

医院的功能是指医院所具有的对社会提供特定价值的的能力，包括但不限于医疗、教学、科研和预防保健。医院的任务是用这些能力完成政府、社会需要的或指定的事项、工作。医院应当根据本区域的卫生发展规划，理清医院的功能和任务。

【细则】

1.1.1.1医院有明确的功能和任务。

1.1.1.2功能和任务符合本区域卫生发展规划。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看。

（二）制定医院中长期规划与年度计划，医院规模和发展目标与医院的功能任务一致。

【概述】

医院应当立足于医院的功能和任务，建立和完善医院的愿景和发展目标，制定医院中长期规划，并细化分解到年度计划；医院规模和发展目标与医院的功能任务一致。

【细则】

1.1.2.1医院制定中长期规划及年度计划，并经职工代表大会或院长办公会通过。

1.1.2.2医院规模和发展目标与医院的功能任务一致。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看。

（三）医院有承担服务区域内急危重症和疑难疾病诊疗的设施设备、技术梯队与处置能力。

【概述】

提供急危重症和疑难疾病诊疗是三级医院的基本功能任务。医院应当针对本区域内常见的急危重症和疑难疾病来配置设施设备、技术梯队，并通过持续学习和继续教育等方式，提升员工服务能力。

【细则】

1.1.3.1医院具备服务区域内急危重症和疑难疾病诊疗的设施设备和技术梯队。

1.1.3.2医院具备服务区域内急危重症和疑难疾病诊疗的处置能力，提供24小时急危重症诊疗服务。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、现场检查。

二、坚持医院的公益性，把社会效益放在首位，履行相应的社会责任和义务

（四）坚持医院的公益性，履行相应的社会责任和义务。

【概述】

医院的公益性包括但不限于保障广大人民群众的健康需要，为人民群众提供公平可及、优质高效的医疗卫生服务，以保障人民群众的健康需要和增强社会效益。

【细则】

1.2.4.1制定保障基本医疗卫生服务的相关制度与规范。

1.2.4.2参加并完成政府部门指定的社会公益性任务。

1.2.4.3医院住院和门诊患者平均医疗费用年均增幅低于本区域GDP年均增幅。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈。

（五）根据《中华人民共和国传染病防治法》《中华人民共和国食品安全法》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、食源性疾病的发现、救治、报告、预防等任务。定期对全体医务人员进行传染病、食源性疾病预防知识和技能培训与处置演练。

【概述】

传染病、食源性疾病的防治是医院的法定责任，也体现了医院的社会责任，医院应当建立全流程的传染病、食源性疾病的防治体系，并对医务人员开展相关的知识和技能培训，定期开展演练和检查，确保员工掌握、落实。

【细则】

1.2.5.1制定传染病、食源性疾病发现、救治、报告、预防等制度、流程和规范。

1.2.5.2定期对全体医务人员进行传染病、食源性疾病预防知识和技能培训与处置演练。

【评审方法建议】

文件查阅、员工访谈、现场检查、员工操作。

（六）按照《国家基本药物临床应用指南》和《中国国家处方集》及医院药品使用管理有关规定，规范医师处方行为，优先合理使用基本药物。

【概述】

各类医院应当按照国家及省级相关规定将基本药物作为首选药物并达到一定使用比例，加强合理用药管理，确保规范使用基本药物。

【细则】

1.2.6.1制定优先使用基本药物的相关规定。

1.2.6.2定期对基本药物使用情况进行检查、分析和反馈，规范医师处方行为。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、数据核查、病历检查、病案检查。

三、促进医疗资源下沉，完成政府指令性任务

（七）加强医联体建设，实行分级诊疗，建立与实施双向转诊制度与相关服务流程，提升医联体内基层医院服务能力。

【概述】

建设和发展医联体，实行分级诊疗制度，是深化医疗医保医药联动改革、合理配置资源，使基层群众享受优质便利医疗服务，促进基本医疗卫生服务均等化的重要举措，医院应当建立双向转诊机制，同时鼓励和落实医疗技术力量下沉基层，提升基层医疗机构服务能力。

【细则】

1.3.7.1根据医联体建设相关要求，参与医联体建设并制定相关规划。

1.3.7.2实行分级诊疗，建立并实施双向转诊制度与相关服务流程。

1.3.7.3提升医联体内基层医疗机构服务能力。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

(八) 将对口支援下级医院和支援社区卫生服务工作、慢性病管理纳入院长目标责任制与医院年度工作计划，有实施方案，由专人负责。

【概述】

对口支援工作是医院公益性的体现，医院应当将其纳入院长目标责任制和医院年度工作计划，显著提升受援医院对常见病、多发病、部分危急重症的诊疗能力。社区卫生服务是城市卫生工作的重要组成部分，是实现人人享有基本医疗卫生服务目标的基础环节。

【细则】

1.3.8.1将对口支援下级医院和支援社区卫生服务工作、慢性病管理工作纳入院长目标责任制与医院年度工作计划内容。

1.3.8.2有专人负责对口支援下级医院和支援社区卫生服务工作、慢性病管理工作。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈。

(九) 承担援疆援藏、健康扶贫、为下级医院培养卫生技术人员等政府指令性任务，制订相关的制度、方案，并有具体措施予以保障。

【概述】

援疆援藏、健康扶贫、为下级医院培养卫生技术人员等政府指令性任务是体现医院公益性的途径和要求，医院应当制定相关的制度、方案，并有具体措施予以保障。

【细则】

1.3.9.1承担援疆援藏、健康扶贫等政府指令性任务，制订相关的制度、方案，并有具体措施予以保障。

1.3.9.2承担为下级医院培养卫生技术人员等政府指令性任务，制订相关的制度、方案，并有具体措施予以保障。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈。

四、承担突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治

（十）遵守国家法律、法规，严格执行各级政府制定的应急预案，按照“平急结合、防治结合”的要求加强建设，承担突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治工作。

【概述】

突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治是医院必须具备的能力和职责，医院应当根据各级政府的应急预案制定本院的突发公共卫生事件和重大事故灾害应对方案，积极参与政府相关指令性工作，对救治救援不得推诿。

【细则】

1.4.10.1 遵循各级政府制定的应急预案，承担突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治。

1.4.10.2 完善应对突发公共卫生事件和重大事故灾害的医院紧急医疗救援与紧急救治应急预案。

1.4.10.3 定期组织应急预案培训与演练。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

第二章临床服务质量与安全管理

一、医疗质量管理体系和工作机制

(十一) 有医疗质量管理体系，落实医疗质量管理主体责任，实行医疗质量管理院、科两级责任制。

【概述】

根据《医疗质量管理办法》建设覆盖全院、全程和全员的医疗质量管理体系，包括组织架构、制度规范、部门分工、运行机制等。各部门根据职责分工制定工作计划并落实，定期开展检（督）查、数据采集与分析反馈，通过风险管理和绩效奖惩等措施推动医疗质量持续改进，并明确医疗质量管理的院级、科级责任范畴。

【细则】

2.1.11.1建立医疗质量管理体系，有明确的体系架构、内容。

2.1.11.2有明确的体系运行机制，有记录证明体系运行常态化。

2.1.11.3院科两级责任制体现在各自的职责中，负责人知晓本人职责。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（十二）设立医疗质量管理委员会，人员组成和职责符合《医疗质量管理办法》要求。医疗质量管理委员会负责承接、配合各级质控组织开展工作，并发挥统筹协调作用。

【概述】

医疗质量管理委员会是本机构医疗质量管理工作的负责组织，其人员组成、职责应当符合《医疗质量管理办法》要求，并组织开展本机构质控工作，工作内容有记录且可追溯。同时，医疗质量管理委员会负责承接、配合各级质控组织开展工作，并发挥统筹协调作用。

【细则】

2.1.12.1 医疗质量管理委员会人员组成和职责符合《医疗质量管理办法》要求。

2.1.12.2 医疗质量管理委员会有工作制度、工作计划、工作记录。

2.1.12.3 医疗质量管理委员会负责承接、配合各级质控组织开展工作，并发挥统筹协调作用。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（十三）各业务科室成立本科室医疗质量管理工作小组，人员组成和职责符合《医疗质量管理办法》要求。

【概述】

科室医疗质量管理小组是业务科室自我管理的重要体现形式，科室员工应当明确科室层面自我管理的意义，鼓励员工层面的自我管理。科室医疗质量管理小组职责应当包括《医疗质量管理办法》所规定的全部内容，提倡自我检查和自我改进。

【细则】

2.1.13.1各业务科室常设医疗质量管理工作小组，人员、职责符合《医疗质量管理办法》要求。

2.1.13.2制定工作计划，有工作记录，可追溯。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（十四）建立健全医疗质量管理培训考核制度，充分发挥专业人员在医疗质量管理中的作用。

【概述】

医疗质量管理具有专业和管理双重属性，其中专业人员是医疗质量管理工作的主体。因此从事医疗质量管理工作需要接受专门的管理技能培训，包括管理学知识培训、管理工具应用培训，数据管理和必要的统计分析培训等。医院应当建立相关培训考核制度，通过进修、专班培训和在工作中自学、上级带教等措施提升专业人员质量管理能力，充分发挥专业人员在医疗质量管理中的作用。

【细则】

2.1.14.1建立健全医疗质量管理人员培训和考核制度，培训范围包括所有参与医疗质量管理工作的有关人员，有相关培训记录。

2.1.14.2有相关制度措施调动专业人员参与质量管理的积极性，充分发挥专业人员在医疗质量管理中的作用。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

(十五) 遵循临床诊疗指南、医疗技术操作规范、医学伦理规范、行业标准和临床路径等有关要求开展诊疗工作。

【概述】

遵循临床诊疗指南、医疗技术操作规范、医学伦理规范、行业标准和临床路径等有关要求开展诊疗工作是保障医疗质量安全的基础。医院应当监督、指导员工在诊疗工作中依照相关规范开展医疗服务；在机构层面遵循临床诊疗指南、临床技术操作规范、行业标准和临床路径等有关要求开展培训和督查工作，并指导临床科室开展自查。

【细则】

2.1.15.1遵循临床诊疗指南、临床技术操作规范、医学伦理规范、行业标准和临床路径等有关要求开展诊疗工作。

2.1.15.2对落实上述诊疗指南、规范、行业标准和临床路径开展定期或不定期的自查和督查。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。

（十六）开展诊疗活动应当遵循患者知情同意原则，履行告知义务，尊重患者的自主选择权和隐私权，尊重民族习惯和宗教信仰，并对患者的隐私保密。完善保护患者隐私的设施和管理措施。

【概述】

为保障患者生命权、健康权、知情权、选择权、隐私权等权利，医院和医务人员开展医疗服务应当履行告知义务，按照相关规定取得患者或/和家属同意认可，手术、特殊检查、特殊治疗还应当获得患者或/和家属明确同意的资料（包括但不限于书面同意、录音录像和律师公证等）。告知是让患者或/和家属理解医疗服务的局限性，了解各种诊疗方式的成本、获益和风险，方便患方自主选择。同时，保护患者隐私应当成为医院员工在各种医疗活动中必需遵守的共性要求。

【细则】

2.1.16.1 诊疗活动中遵循患者知情同意原则，履行告知义务，尊重患者的自主选择权。

2.1.16.2 尊重患者隐私权，并对患者的隐私保密，有保护患者隐私的设施和管理措施。

2.1.16.3 尊重民族习惯和宗教信仰。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、患者访谈、病历检查、病案检查。

（十七）建立医院全员参与、覆盖临床诊疗服务全过程的医疗质量管理与控制工作制度。

【概述】

医疗质量管理与控制涉及医院全院、临床诊疗服务全过程，医院应当将所有人员、设施设备、环境纳入医疗质量管理与控制的范围，并制订相关制度。

【细则】

2.1.17.1医院建立有全员参与、覆盖临床诊疗服务全过程的医疗质量管理与控制制度。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（十八）熟练运用医疗质量管理工具开展医疗质量管理与自我评价，完善本院医疗质量管理相关指标体系，掌握本院医疗质量基础数据。

【概述】

运用管理工具是提升医疗质量管理工作效率和效率的有效方法。质控指标是开展医疗质量管理工作的基础性工具，医院应当建立适合本机构实际情况的指标体系，明确相关指

标定义和数据采集、汇总、分析、反馈和应用方式，质量管理部门应当掌握本机构医疗质量基础数据。

【细则】

2.1.18.1 熟练运用医疗质量管理工具开展医疗质量管理与自我评价。

2.1.18.2 完善本院医疗质量管理相关指标体系，包括但不限于国家发布的医疗质量控制指标和“国家医疗质量安全改进目标”相关指标。

2.1.18.3 相关人员应当掌握其岗位职责范围内的医疗质量基础数据。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。

（十九）加强临床专科服务能力建设，重视专科协同和中西医共同发展，制订专科建设发展规划并组织实施，推行“以患者为中心、以疾病为链条”的多学科诊疗模式。

【概述】

临床专科服务能力是医疗质量的核心，随着人口老龄化、疾病谱的改变，“以患者为中心、以疾病为链条”的多学科诊疗模式成为系统性解决患者疾病，提高诊疗效果的有效途径。因此，医院应当持续加强临床专科服务能力建设，促进各临床专科协同发展，积极开展多学科诊疗活动，以提升复杂、疑难疾病的诊疗能力和诊疗效果。

【细则】

2.1.19.1制订切合学科发展趋势、满足社会需求和符合医院实际情况的专科建设发展规划，并组织实施。

2.1.19.2重视专科协同和中西医共同发展，推行“以患者为中心、以疾病为链条”的多学科诊疗模式。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、病历检查、病案检查。

（二十）加强单病种质量管理与控制工作，建立本院单病种管理的指标和质量参考标准体系，促进医疗质量精细化管理。

【概述】

单病种质量管理是国际上通用的医疗质量管理方式，通过收集、分析病种诊疗全过程的核心信息，进行纵向和横向比较，有助于规范医务人员的行为，提高医疗质量同质化程度。医院应当根据国家层面的单病种管理指标信息，建立本院的单病种质量管理指标，促进医疗质量的精细化管理。

【细则】

2.1.20.1将单病种质量管理与控制工作纳入医院医疗质量管理体系。

2.1.20.2建立本院单病种管理的指标和质量参考标准体系，并开展应用。

2.1.20.3按照相关要求，及时、全面、准确上报国家单病种质量管理与控制平台数据。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病案检查。

（二十一）制订满意度监测指标并不断完善，定期开展患者和员工满意度监测，改善患者就医体验和员工执业感受。

【概述】

满意度管理有助于改善患者就医体验和员工执业感受，促进员工或医患互动，以提升医院社会效益。

医院定期开展患者和员工满意度监测，可以发现医院实际情况与患者和员工的期望之间存在的差距，有助于医院针对性的实施改进。

【细则】

2.1.21.1医院指定部门负责患者和员工满意度监测管理，有相关的制度、流程及适宜的评价内容。

2.1.21.2对满意度监测中发现的问题，及时沟通、协商、整改和反馈。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、患者访谈。

(二十二) 建立本院各科室医疗质量内部现场检查和公示制度。

【概述】

内部现场检查是医院开展医疗质量自我管理的重要手段，公开质量信息是督促员工自我改进的重要方法，两者结合使用有助于调动相关科室和人员实现自我改进的积极性。

【细则】

2.1.22.1建立本院各科室医疗质量内部现场检查制度并落实。

2.1.22.2建立本院医疗质量内部公示制度，对各科室医疗质量关键指标的完成情况予以内部公示。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。

(二十三) 强化基于电子病历的医院信息平台建设，满足医疗质量管理与控制工作需要。(电子病历系统应用水平分级评价未达到4级及以上的，该条款所有细则不得分)

【概述】

医疗质量管理相关数据信息是开展医疗质量管理与控制工作的基础，随着医疗质量管理工作科学化、精细化程度的提高，传统的数据采集方法已经不能满足当前三级医院医疗质量管理工作的需要。利用信息化手段快速准确的获取相关数据是适应现代医院管理要求的必要条件。

【细则】

2.1.23.1 基于电子病历的医院信息平台建设符合《全国医院信息化建设标准与规范》的要求。

2.1.23.2 医院信息平台功能具备《医院信息平台应用功能指引》的要求。

2.1.23.3 医院信息平台技术符合《医院信息化建设应用技术指引（2017版）》的要求。

2.1.23.4 医院信息平台能够提供医疗质量管理与控制工作所需的数据信息。

2.1.23.5 医院信息平台数据符合《全国医院数据上报管理方案》《全国医院上报数据统计分析指标集》要求。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查。

（二十四）对医疗质量管理要求执行情况进行定期评估，对医疗质量信息数据开展内部验证并及时分析和反馈，对医疗质量问题和医疗安全风险进行预警和干预，对存在的问题及时采取有效干预措施，评估干预效果，促进医疗质量持续改进。

【概述】

医疗质量管理是一个连续的、持续改进的过程，需要定期进行评估，以便明确当前工作情况，及时调整下一步工作

方向和重点，对医疗质量问题和医疗安全风险进行预警和干预，对存在的问题及时采取有效干预措施。对医疗质量信息数据开展内部验证，是保障质量信息数据真实、可信、有效、可用的重要方法，是为医院决策层提供科学支持的基础。

【细则】

2.1.24.1对医疗质量管理要求执行情况进行定期评估。

2.1.24.2对医疗质量信息数据开展内部验证，并及时分析和反馈。

2.1.24.3对医疗质量问题和医疗安全风险进行预警和干预，对存在的问题及时采取有效干预措施，评估干预效果，促进医疗质量的持续改进。

【评审方法建议】

记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。

二、医疗质量安全核心制度

（二十五）医院应当落实《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》要求，制定发布本院医疗质量安全核心制度，并组织全员培训。

【概述】

《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》是医院开展医疗质量管理的主要依据。医院应当根据《医疗质量安全核心制度要点》和本机构实际制定、完善本机构核心制度和相关配套制度，细化工作流程，加强对医务人员的

培训、教育和考核，使核心制度真正融入诊疗活动和全院工作流程中。

【细则】

2.2.25.1落实《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》要求，制定发布本院医疗质量安全核心制度。

2.2.25.2开展针对医疗质量安全核心制度的全员培训。

2.2.25.3有针对新员工的专项培训，确保新员工尽快知晓其职责范围相关的医疗质量安全核心制度。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（二十六）建立首诊负责制度。明确在诊疗过程不同阶段的责任主体，保障患者诊疗服务连续性和医疗行为可追溯。

【概述】首诊负责制是指患者的首位接诊医师（首诊医师）在一次就诊过程结束前或由其他医师接诊前全面负责该患者诊疗的制度。为强化医疗质量和安全，在患者就诊时，医院应当明确患者所有诊疗过程的负责人，落实到个人，并延伸到科室。体现为明确、连续的全流程诊疗管理，医院内所有医疗行为都应当有相应的记录和明确的责任人以便追溯。

【细则】

2.2.26.1明确在诊疗过程不同阶段的责任主体，确保患者的所有诊疗过程都有人负责。

2.2.26.2各项诊疗过程、项目有转接机制，保障患者诊疗服务连续性。

2.2.26.3医疗行为有记录，可追溯。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。

（二十七）建立三级查房制度。实行科主任领导下的三个不同级别的医师查房制度，严格明确查房周期。明确各级医师的医疗决策和实施权限。

【概述】

三级查房制度是指医院实施科主任领导下的三个不同级别的医师开展查房的制度。科主任可以根据科室/病区床位、工作量、医师的专业资质和能力等要素组建若干个医疗团队（或称主诊医师制、医疗组长制、主任医师制等），指定医疗团队的负责人（含主诊医师、医疗组长和带组的主任医师等），中间级别和最低级别的医师可参照职称、个人技术能力等因素选拔和认定，报医疗管理部门审核和相关委员会批准并定期调整。医院应当按照《医疗质量安全核心制度要点》要求明确各级医师的查房周期、医疗决策和实施权限。

【细则】

2.2.27.1实行科主任领导下的三个不同级别的医师查房制度。三个不同级别的医师包括但不限于主任医师或副主任医师-主治医师-住院医师。

2.2.27.2严格明确查房周期。工作日每天至少查房2次，非工作日每天至少查房1次，三级医师中最高级别的医师每周至少查房2次，中间级别的医师每周至少查房3次。术者必须亲自在术前和术后24小时内查房。

2.2.27.3明确各级医师的医疗决策和实施权限，有员工相关权限的授权目录，有落实、有定期调整。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、患者访谈、病历检查、病案检查。

（二十八）建立会诊制度。明确各类会诊的具体流程和时间要求，统一会诊单格式及填写规范。会诊请求人员应当陪同完成会诊，并按规定进行记录。

【概述】

会诊是指出于诊疗需要，由本科室以外或本机构以外的医务人员协助提出诊疗意见或提供诊疗服务的活动。为保障会诊意见和会诊服务得到充分理解，会诊请求人员应当陪同完成会诊。当患者罹患疾病超出了本科室诊疗范围和处置能力，且经评估可能随时危及生命，需要院内其他科室医师立

刻协助诊疗、参与抢救，此种情形可以发出急会诊申请，并要求受邀科室10分钟内到位。

【细则】

2.2.28.1明确各类会诊的具体流程和时间要求，急会诊必须在10分钟之内到位，普通会诊应当在会诊发出后24小时内完成。

2.2.28.2会诊请求人员应当陪同完成会诊。

2.2.28.3医院统一会诊单格式及填写规范，员工知晓。

2.2.28.4会诊情况和处置按规定进行记录，有定期的自查与督查。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。

（二十九）建立分级护理制度。按照国家分级护理管理相关指导原则和护理服务工作标准，规范各级别护理的内容。合理动态调整护理级别，护理级别应当明确标识。

【概述】

分级护理制度是指医护人员根据患者的病情和自理能力对患者进行分级别护理的制度。目的是保障患者得到适宜照护。医院应当按照分级护理管理相关指导原则和护理服务工作标准，规范各级别护理的工作内容。合理动态调整护理级别，并明确标识。

【细则】

2.2.29.1按照国家分级护理管理相关指导原则，制定医院分级护理制度，有针对各级别护理的工作规范。

2.2.29.2根据患者病情与生活自理能力变化的情况，合理动态调整患者护理级别。

2.2.29.3护理级别应当实时在病历、患者一览表及床头卡有明确标识。

【评审方法建议】

文件查阅、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查。

（三十）建立值班与交接班制度。有全院性医疗值班体系，明确值班岗位职责、人员资质和人数并保证常态运行。实行医院总值班制度，总值班人员需接受培训并考核合格。医院及科室值班表应当全院公开，值班表应当涵盖与患者诊疗相关的所有岗位和时间。值班人员资质和值班记录应当符合规定。非本机构执业医务人员不得单独值班。值班期间所有的诊疗活动必须及时记入病历。

【概述】

值班与交接班是为了保障医院医疗活动的连续性，明确值班岗位职责、值班人员资质，并根据职责内容，工作强度和需要安排人员，常态运行，值班活动有记录可追溯。医院总值班人员应当经过培训并考核合格以满足总值班岗位要求。值班岗位和值班时间应当统一院内公开，便于查阅。非

本机构执业医务人员不得单独值班。值班期间所有的诊疗活动必须及时记入病历。

【细则】

2.2.30.1有全院性医疗值班体系，包括临床、医技、护理部门以及提供诊疗支持的后勤部门，明确值班岗位职责并纳入职责汇编，员工知晓。

2.2.30.2值班人数应当满足岗位职责需要，并保证常态运行。

2.2.30.3实行医院总值班制度，总值班人员需接受培训并考核合格。

2.2.30.4医院及科室值班表应当定期提前全院公开，值班表应当涵盖与患者诊疗相关的所有岗位和时间。

2.2.30.5值班人员资质和值班记录应当符合规定，非本机构执业医务人员不得单独值班。

2.2.30.6值班期间所有的诊疗活动必须及时记入病历，有定期的自查与督查。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。

（三十一）交接班内容应当专册记录，并由交班人员和接班人员共同签字确认。四级手术患者手术当日和急危重患者必须床旁交班。

【概述】

值班与交接班记录本是科室必备记录本之一，需要交班的内容应当规范记录，当日四级手术和急危重患者必须增加床旁交班，并在值班记录上注明。

【细则】

2.2.31.1交接班内容应当专册记录，并由交班人员和接班人员共同签字确认。

2.2.31.2四级手术的患者手术当日和急危重患者必须床旁交班，并在交接班记录中予以体现。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（三十二）建立疑难病例讨论制度。医院和科室应当确定疑难病例的范围，明确参与讨论人员范围、组成和流程要求。讨论内容专册记录，讨论结论记入病历。

【概述】

疑难病例讨论是提高疑难病例诊疗效果，保障医疗质量安全的重要途径。明确本医院和本科室疑难病例的范围是规范疑难病例管理的第一步，为保障疑难病例讨论质量和效果，医院应当明确参与讨论人员范围、组成和流程要求，讨论内容专册记录，讨论结论记入病历。

【细则】

2.2.32.1医院和科室应当确定疑难病例的范围，包括但不限于出现以下情形的患者：没有明确诊断或诊疗方案难以确定、疾病在应有明确疗效的周期内未能达到预期疗效、非计划再次住院和非计划再次手术、出现可能危及生命或造成器官功能严重损害的并发症等。

2.2.32.2明确参与疑难病例讨论的人员范围、组成和流程要求。讨论原则上应当由科主任主持，全科人员参加。讨论成员中应当至少有2人具有主治医师及以上专业技术职务任职资格。

2.2.32.3疑难病例讨论内容专册记录，主持人需审核并签字。

2.2.32.4疑难病例讨论结论记入病历，定期自查与督查。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。

（三十三）建立急危重患者抢救制度。医院和科室应当确定急危重患者的范围，医院建立抢救资源配置与紧急调配机制和绿色通道机制。抢救完成后6小时内应当将抢救记录记入病历。

【概述】

急危重患者是医疗活动中应当重点关注的人群，应当优先救治以争取最佳诊疗效果。为充分利用有限的资源，医院

和科室应当明确急危重患者的范围，建立抢救资源配置与紧急调配机制和绿色通道机制。为保障医疗行为可追溯，抢救完成后6小时内应当将抢救记录记入病历。

【细则】

2.2.33.1医院和科室应当确定急危重患者的范围，包括但不限于出现以下情形的患者：病情危重，不立即处置可能存在危及生命或出现重要脏器功能严重损害；生命体征不稳定并有恶化倾向等。

2.2.33.2建立抢救资源配置机制。抢救资源包括但不限于抢救人员、抢救药品、抢救设备和病区抢救区域、抢救床位。

2.2.33.3建立抢救资源紧急调配机制。紧急调配机制包括人员调配、抢救用药保障、医疗设备紧急调配、应急床位统一调配和多科室紧急抢救协作机制。

2.2.33.4医院建立急危重患者相关绿色通道，明确进入绿色通道情形及绿色通道的运行机制。

2.2.33.5抢救完成后6小时内应当将抢救记录记入病历，有定期自查与督查。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。

（三十四）建立术前讨论制度。医院应当明确不同术前讨论形式的参加人员范围和流程。科室应当明确本科室开展的各级手术术前讨论的范围并经医疗管理部门审定。术前讨论的结论记入病历。

【概述】

术前讨论是防范手术风险的重要关口，所有手术必须完成术前讨论。根据手术难度、风险采取适宜形式的术前讨论是保障术前讨论效果、提高术前讨论效率的重要途径。科室应当明确本科室开展的各级手术术前讨论的范围并经医疗管理部门审定。术前讨论的结论记入病历。

【细则】

2.2.34.1明确不同术前讨论形式的参加人员范围，包括手术组讨论、医师团队讨论、病区内讨论和全科讨论。

2.2.34.2明确术前讨论的流程，术前讨论完成后，方可开具手术医嘱，签署手术知情同意书。

2.2.34.3科室明确本科室开展的各级手术术前讨论的范围并经医疗管理部门审定。

2.2.34.4术前讨论的结论记入病历，有定期自查与督查。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、病历检查、病案检查。

(三十五) 建立死亡病例讨论制度。医院应当监测全院死亡病例并及时进行汇总分析，提出持续改进意见。死亡病例讨论范围、参加人员、时限和记录应当符合规定。

【概述】

死亡是发生在患者身上的最差诊疗结果，医院应当高度重视，采取措施减少或延迟其发生。医院应当建立全面的死亡病例管理机制，监测全院死亡病例并及时进行汇总分析，规范开展死亡病例讨论以提出改进措施。为保障讨论效果，医院应当对死亡病例讨论范围、参加人员、时限和记录作出明确规定。

【细则】

2.2.35.1 医院监测全院死亡病例发生情况并及时进行汇总分析，提出持续改进意见。

2.2.35.2 死亡病例讨论在全科范围内完成，由科主任主持讨论。

2.2.35.3 死亡病例讨论在患者死亡一周内完成，尸检病例在尸检报告出具后1周内必须再次讨论。

2.2.35.4 死亡病例讨论结果记入病历，讨论内容专册记录。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、病历检查、病案检查。

(三十六) 建立查对制度。医院查对制度应当涵盖患者身份识别、临床诊疗行为、设备设施运行和医疗环境安全等方面。医疗器械、设施、药品、标本等查对要求按照国家有关规定和标准执行。

【概述】

查对能够有效减少医疗差错，是保障患者安全的重要措施。包括保障行为措施与预期作用对象一致，保障行为过程与预期行为过程一致，保障药品、设备设施等客观事物的实际情况与相关规定和标准一致等。

【细则】

2.2.36.1 医院建立患者身份识别制度，患者的身份查对不少于两种独立的核对方式，床号不得用于查对。

2.2.36.2 有临床诊疗行为的查对制度，包括但不限于开具和执行医嘱、给药、手术/操作、麻醉、输血、检验标本采集、检查、发放营养膳食、接送转运患者、检验检查结果/报告等环节。

2.2.36.3 建立医疗器械、设备设施运行和医疗环境安全等查对制度。

2.2.36.4 药品、标本等查对要求按照国家有关规定和标准执行。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

（三十七）建立手术安全核查制度。建立手术安全核查制度和标准化流程，将产房分娩核查纳入核查内容。手术安全核查过程和内容按国家有关规定执行。手术安全核查表纳入病历。

【概述】

手术是有创医疗行为，必须严格管理以尽量减少给患者带来的创伤。手术安全核查和标准化手术流程是保障手术得以正确实施、防止额外医疗损害的基本方法。此外，分娩涉及孕妇和新生儿双方安全，应当予以更高关注。

【细则】

2.2.37.1建立手术安全核查制度和标准化流程，手术安全核查过程和内容按国家有关规定执行。

2.2.37.2建立产房分娩安全核查制度和标准化流程。

2.2.37.3手术安全核查表和产房分娩安全核查表纳入病历。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。

（三十八）建立手术分级管理制度。建立手术分级管理工作制度和手术分级管理目录。建立手术分级授权管理机制和手术医师技术档案。医院应当对手术医师能力进行定期评估，根据评估结果对手术权限进行动态调整。

【概述】

手术分级管理包括医院根据手术难度和风险进行对本院开展的所有手术的分级管理及根据医师技术能力对手术医师进行手术授权管理两个方面。医院对手术进行分级管理一方面保障高难度、高风险手术得到更多关注，尽量避免手术相关不良事件；一方面便于调动医师积极性，保障医师开展与其技术能力相适应的手术，合理调配医疗资源。

【细则】

2.2.38.1建立手术分级管理工作制度和手术分级管理目录。

2.2.38.2制定本机构手术医师资质与授权管理制度及规范文件，按照手术名称授权。

2.2.38.3手术分级授权管理制度必须落实到本机构每一位医师，确保每一位医师的实际能力与其手术资质与授权情况相一致。

2.2.38.4建立手术医师技术档案，包括但不限于：医师开展手术的年限、手术数量、手术效果、手术质量与安全指标完成情况，科室对手术医师年度考核结果等。

2.2.38.5定期对手术医师的手术能力进行再评估，动态调整医师手术权限。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。

（三十九）建立新技术和新项目准入制度。建立本院医疗技术临床应用目录并定期更新。建立新技术和新项目审批流程，所有新技术和新项目必须通过本院医学伦理委员会和医疗技术临床应用管理委员会审核同意后开展临床应用。

【概述】

新技术和新项目是指在本医院范围内首次应用于临床的诊断和治疗技术，旨在促进医学发展、科学进步，但不可避免给患者带来安全风险。医疗技术临床应用目录是常规开展的医疗活动，目录外项目均应当纳入新技术新项目的管理范围。所有新技术和新项目必须通过本院医学伦理委员会和医疗技术临床应用管理委员会审核同意后开展临床应用。

【细则】

2.2.39.1建立本院医疗技术临床应用目录，涵盖所有常规开展的临床诊疗项目并定期更新。

2.2.39.2建立符合法律法规要求的新技术和新项目审批流程并落实。

2.2.39.3所有新技术和新项目必须通过本院医学伦理委员会和医疗技术临床应用管理委员会审核同意后开展临床应用。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（四十）明确开展新技术和新项目临床应用的专业人员范围、论证可能存在的安全隐患或技术风险并制定相应预案。建立新技术和新项目临床应用动态评估制度，对新技术和新项目实施全程追踪管理、质量控制和动态评估。

【概述】

新技术新项目属于创新、探索性的工作，减少不安全的风险在于限定具备相应能力的人员实施，最大限度发现安全隐患和技术风险，并制定相应的预案等。对新技术新项目开展全程追踪管理、质量控制和动态评估以明确新技术临床应用的质量安全情况，评估当前管理措施的有效性，及时对存在的问题进行改进。

【细则】

2.2.40.1明确开展新技术和新项目临床应用的专业人员范围，所有新技术和新项目实施人均有授权。

2.2.40.2对可能存在的安全隐患或技术风险开展论证并制定相应预案。

2.2.40.3建立新技术和新项目临床应用动态评估制度，对新技术和新项目实施全程追踪管理、质量控制和动态评估。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。

（四十一）建立危急值报告制度。制定可能危及患者生命的各项检查、检验结果危急值清单并定期调整。分别建立住院和门急诊患者危急值报告具体管理流程和记录规范，确保危急值信息传递各环节无缝对接和关键要素可追溯。临床危急值信息专册登记。

【概述】

危急值是提示患者处于生命危急状态的检验检查结果，医技部门应当以最快的速度通知临床和患者，以采取及时的措施抢救生命和避免造成不良后果。住院和门急诊均应当建立适合各自患者的危急值报告流程，并通畅落实。危急值信息应当有专册登记并可追溯。

【细则】

2.2.41.1制定可能危及患者生命的各项检查、检验结果危急值清单，包括疾病危急值清单并定期调整。

2.2.41.2建立住院和门急诊患者危急值报告具体管理流程和记录规范。

2.2.41.3确保危急值信息传递各环节无缝对接，每个环节都必须详细记录处理情况及处理时间，时间应当精准到分钟。

2.2.41.4临床危急值信息专册登记，患者信息、检验检查结果、报告与接收人、时间等关键要素可追溯。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。

（四十二）建立病历管理制度。严格落实国家有关法律法规以及病历书写、分类编码、管理与应用相关规定，建立门急诊及住院病历规范书写、管理和质量控制制度。医院应当保障病历资料安全，病历内容记录与修改信息可追溯。

【概述】

病历是患者诊疗信息的集中体现，“客观、真实、准确、及时、完整和规范”的要求应当贯彻整个病历书写过程。医院应当建立医务人员培训、运行病历实时监管、归档病历及时检查的闭环质量管理体系，保证病历内容记录与修改信息可追溯。

【细则】

2.2.42.1建立门急诊及住院病历规范书写、管理和质量控制制度，建立病历质量检查、评估与反馈机制。

2.2.42.2病历书写应当做到客观、真实、准确、及时、完整、规范，并明确病历书写的格式、内容和时限，内容记录与修改信息可追溯。

2.2.42.3建立病案管理体系，落实分类编码的相关规定。

2.2.42.4有保护病历、病案和信息安全的相关制度。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。

（四十三）实施电子病历的医院，应当建立电子病历的建立、记录、修改、使用、存储、传输、质控、安全等级保护等管理制度。（电子病历系统应用水平分级评价未达到4级及以上的，该条款所有细则不得分）

【概述】

电子病历是医院信息化的重要组成部分，利用电子病历信息开展各种医疗活动监管成为趋势，对电子病历的建立、记录、修改、使用、存储、传输、质控、安全等级保护等有全方位的管理和流程并落实。

【细则】

2.2.43.1实施电子病历的医院，建立电子病历的建立、记录、修改、使用等管理制度。

2.2.43.2实施电子病历的医院，建立电子病历的存储、传输等管理制度。

2.2.43.3实施电子病历的医院，建立电子病历的质控、安全等级保护等管理制度。

【评审方法建议】

文件查阅、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。

（四十四）建立抗菌药物分级管理制度。严格按照《抗菌药物临床应用管理办法》等有关规定，建立本院抗菌药物

遴选、采购、处方、调剂、临床应用和药物评价的管理制度和具体操作流程，确定抗菌药物分级管理目录、医师抗菌药物处方权限和医师会诊权限，并定期调整。

【概述】

规范使用抗菌药物是医院管理的重点内容，也是国家高度重视和世界普遍关注的问题。医院应当按照国家有关规定建立抗菌药物的分级目录和抗菌药物使用全流程监管机制。

【细则】

2.2.44.1建立本院抗菌药物遴选、采购、处方、调剂和药物评价的管理制度和具体操作流程。

2.2.44.2建立本院抗菌药物临床应用的管理制度和具体操作流程。

2.2.44.3确定抗菌药物分级管理目录，抗菌药物分为非限制使用级、限制使用级与特殊使用级三级。

2.2.44.4确定医师抗菌药物处方权限和医师会诊权限，有医师权限目录，并定期调整。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、病历检查、病案检查。

（四十五）建立临床用血审核制度。应当严格落实国家关于医院临床用血的有关规定，设立临床用血管理委员会或工作组，制定本院临床合理用血管理制度，完善管理机制和具体流程。保障急救用血治疗需要。

【概述】

输血是医疗活动中难以替代的治疗手段。限于血液资源的稀缺性和临床用血的安全性，医院应当按照国家有关规定完善本院临床用血机制，保障临床用血的安全、有效、及时性，并有规范的临床用血评价，持续改进临床用血效果。对急救用血医院应当极力保障。

【细则】

2.2.45.1建立临床用血管理委员会或工作组，成员由医务部门、输血科、麻醉科、开展输血治疗的主要临床科室、护理部门、手术室等部门负责人组成，有职责、工作计划、工作记录。

2.2.45.2制定临床合理用血管理制度，完善管理机制和具体流程。

2.2.45.3建立保障急救用血治疗的机制。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、病历检查、病案检查。

（四十六）建立信息安全管理制。明确医院主要负责人是患者诊疗信息安全管理第一责任人，依法依规建立覆盖患者诊疗信息管理全流程的制度和技保障体系。

【概述】

随着信息技术的广泛应用，在为医疗和管理工带来便利的同时，也带来了信息安全问题。保障信息安全既是医院

的管理内容，又涉及患者权利、医疗活动便捷、质量控制和监管、员工行为的可追溯等方面。医院应当建立覆盖患者诊疗信息管理全流程的制度和技術保障体系。

【细则】

2.2.46.1明确医院主要负责人是患者诊疗信息安全管理工作第一责任人。

2.2.46.2建立全面的信息安全管理制度，从组织结构、责任分工、安全管理范围、信息访问权限、应急处置方法等方面建立制度体系。

2.2.46.3建立完整的信息安全技术体系，从信息产生、传输、存储、交换、调阅等各个环节，对用户身份识别、用户鉴权、网络入侵监测等方面进行安全管理。

2.2.46.4建立应急响应机制，定期评估信息安全风险，定期开展信息安全应急演练。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

（四十七）确保实现本院患者诊疗信息管理全流程的安全性、真实性、连续性、完整性、稳定性、时效性、溯源性。对员工使用患者诊疗信息实行授权管理，明晰权责，为员工使用患者诊疗信息提供便利和安全保障。

【概述】

患者诊疗信息管理涉及患者权利保护、诊疗服务的可靠落实，医院信息系统具备符合信息系统管理要求的安全性、真实性、连续性、完整性、稳定性、时效性、溯源性。员工获取患者诊疗信息应当与其职责和实际工作相符，并被授权。员工知晓权利责任。

【细则】

2.2.47.1 确保实现本院患者诊疗信息管理全流程的安全性、真实性、连续性、完整性、稳定性、时效性、溯源性。

2.2.47.2 对员工使用患者诊疗信息实行授权管理，明晰权责。

2.2.47.3 为员工使用患者诊疗信息提供便利和安全保障。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

三、医疗技术临床应用管理

（四十八）医院开展医疗技术服务应当与其技术能力相适应。医疗技术临床应用应当遵循科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理的原则。

【概述】医疗技术能力是医院提供安全、有效医疗服务的基础，包括但不限于医务人员的诊疗技术、设备设施、医疗环境等。医院开展医疗技术服务应当与其技术能力相适应，以避免为患者带来额外的风险和医疗资源浪费。科学、安全、

规范、有效、经济、符合伦理是国家通用的医疗技术临床应用原则。

【细则】

2.3.48.1医院开展医疗技术服务应当与其技术能力相适应，包括但不限于对医务人员的技能要求，对相应的药品、设备设施功能要求，对开展该项医疗技术的环境要求。

2.3.48.2医疗技术临床应用应当遵循科学、安全、规范、有效、经济原则，并在实际工作中予以体现。

2.3.48.3医院开展医疗技术服务符合不伤害、有利、尊重和公平的伦理原则。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。

（四十九）医院在医疗质量管理委员会下设立医疗技术临床应用管理专门组织。人员组成和功能任务符合《医疗技术临床应用管理办法》要求。

【概述】

《医疗技术临床应用管理办法》规定二级以上医院应当在医疗质量管理委员会下设立医疗技术临床应用管理专门组织负责医院医疗技术临床应用的全面管理，并就人员组成提出了明确要求。

【细则】

2.3.49.1在医疗质量管理委员会下常设医疗技术临床应用管理专门组织，由医务、质量管理、药学、护理、院感、设备等部门负责人和具有高级技术职务任职资格的临床、管理、伦理等相关专业人员进行组成。

2.3.49.2医疗技术临床应用管理专门组织履行医疗技术临床应用管理职责，有工作计划、工作记录，可追溯。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（五十）医院开展医疗技术临床应用应当具有符合要求的诊疗科目、人员、设备、设施和质量控制体系，并遵守相关技术临床应用管理规范。

【概述】

医院应当依法依规开展医疗技术临床应用，配备合格有资质的人员、适宜的设备设施和环境要求，并有质量控制体系监测医疗技术临床应用的质量安全情况。

【细则】

2.3.50.1医院开展医疗技术临床应用与诊疗科目一致。

2.3.50.2开展相关医疗技术的人员具备相应资质、权限。

2.3.50.3开展相关医疗技术的设备、设施功能完好、符合要求。

2.3.50.4建立医疗技术临床应用质量控制体系，有重点医疗技术实施路径或操作规范，有重点医疗技术临床应用质量管理的指标，定期分析和反馈，持续改进。

2.3.50.5遵守相关技术临床应用管理规范。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、数据核查。

（五十一）医院开展限制类技术，应当按照《医疗技术临床应用管理办法》履行自我评估和备案程序。

【概述】

国家对限制类技术实施备案管理，医院开展限制类技术应当承担主体责任，按照《医疗技术临床应用管理办法》在开展限制类技术前进行自我评估，及时向卫生健康行政部门备案。

【细则】

2.3.51.1医院开展限制类技术，应当按照《医疗技术临床应用管理办法》进行自我评估，内容包括但不限于对医院、开展人员、技术管理、设备设施和环境等方面的基本要求。

2.3.51.2自我评估结果报医疗技术临床应用管理专门组织审核。

2.3.51.3开展首例临床应用后15个工作日内向卫生健康行政部门完成备案。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈。

（五十二）未经伦理委员会审查通过的医疗技术，特别是限制类医疗技术和存在重大伦理风险的医疗技术，不得应用于临床。

【概述】

伦理审查是保护患者权利的必要手段，医院所有医疗技术均应当通过伦理审查。

【细则】

2.3.52.1 未经伦理委员会审查通过的医疗技术，不得应用于临床。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（五十三）制定本机构医疗技术临床应用管理目录并及时调整，对目录内的手术进行分级管理。

【概述】

建立医疗技术临床应用管理目录是医院开展医疗技术临床应用管理的基础。医院应当梳理本院正在开展的各项医疗技术，编制成医疗技术临床应用管理目录，并根据技术的复杂程度、风险性等对目录内的手术进行分级管理。

【细则】

2.3.53.1 制定本机构医疗技术临床应用管理目录并及时调整，目录应当包括本院开展临床应用的所有医疗技术。

2.3.53.2对医疗技术临床应用管理目录内的手术进行分级管理，有手术分级目录，并根据手术开展情况定期调整。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。

（五十四）建立医师手术授权与动态管理制度，根据医师的专业能力、临床实践、手术质量安全和培训情况，授予或者取消相应的手术级别和具体手术项目权限。

【概述】

医师手术授权与动态管理制度是根据医师的专业能力、临床实践、手术质量安全和培训情况，结合手术难度、风险性等因素对所有医师进行个体化手术授权的制度，是医院精细化、科学化管理的体现。

【细则】

2.3.54.1建立医师手术授权制度，根据医师的专业能力、临床实践、手术质量安全和培训情况，授予或者取消相应的手术级别和具体手术项目权限。

2.3.54.2建立动态管理机制，明确取消和增加医师手术授权的情形，并有相应调整记录。

2.3.54.3建立医师手术质量监测机制，供定期调整授权时参考、决策。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。

（五十五）医院依法准予医务人员实施与其专业能力相适应的医疗技术，并为医务人员建立医疗技术临床应用管理档案，纳入个人专业技术档案管理。

【概述】

医院应当正确评估医务人员的专业能力，明确每一位医务人员的医疗技术实施范围，建立医务人员医疗技术临床应用管理档案，作为其专业技术档案的一部分。

【细则】

2.3.55.1建立医务人员医疗技术临床应用管理档案，内容包括但不限于准予医务人员开展的医疗技术目录、医疗质量情况、医疗技术差错事故、医疗技术培训考核情况等。

2.3.55.2医疗技术临床应用管理档案纳入个人专业技术档案管理。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。

（五十六）建立医疗技术临床应用论证制度。对已证明安全有效，但属本院首次应用的医疗技术，应当组织开展技术能力和安全保障能力论证并进行伦理审查。

【概述】

医疗技术的实施需要相应的技术能力和安全保障能力，医院应当建立医疗技术临床应用论证制度。首次在本院实施的医疗技术应当通过医疗技术临床应用论证。

【细则】

2.3.56.1建立医疗技术临床应用论证制度。

2.3.56.2对已证明安全有效，但属本院首次应用的医疗技术，应当组织开展技术能力和安全保障能力论证。

2.3.56.3本院首次应用的医疗技术通过伦理审查。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。

（五十七）建立医疗技术临床应用评估制度，对限制类技术的质量安全和技术保证能力进行重点评估，并根据评估结果及时调整本院医疗技术临床应用管理目录、医师相关技术临床应用权限和有关管理要求。

【概述】

开展医疗技术临床应用评估，是保证医疗技术安全、有效、经济和符合伦理的重要手段，对限制类技术开展重点评估，评估内容包括但不限于实施该项医疗技术的医务人员能力评估、该项医疗技术的患者评估、环境评估、设备设施和辅助条件等评估。评估结果用于及时调整医疗技术临床应用管理目录、医师的相关权限等。

【细则】

2.3.57.1建立医疗技术临床应用评估制度。

2.3.57.2对限制类技术的质量安全和技术保证能力进行重点评估，评估内容包括但不限于接受该项医疗技术的患者评估（适应症和禁忌症、临床应用效果和患者生存质量、不良反应、死亡、医疗事故）、环境评估和设备设施评估等。

2.3.57.3遵循科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理的评估原则，评估指标量化。

2.3.57.4根据评估结果及时调整本院医疗技术临床应用管理目录、医师相关技术临床应用权限、医疗技术临床应用管理要求。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、员工操作、患者访谈、病历检查、病案检查。

（五十八）建立医疗技术临床应用质量控制制度，以限制类技术为重点，制定本院医疗技术质量控制指标，加强信息收集、分析与反馈，持续改进医疗技术临床应用质量。

【概述】

医院应当建立医疗技术临床应用质量控制制度，以限制类技术为重点，制定医疗技术临床应用质量控制指标，有信息收集、分析、反馈和持续改进的机制。

【细则】

2.3.58.1建立医疗技术临床应用质量控制制度，覆盖医疗技术临床应用的全过程。

2.3.58.2以限制类技术为重点，制定本院医疗技术质量控制指标，需符合国家和省级管理要求。

2.3.58.3各科室根据开展的医疗技术，制定本科室医疗技术临床应用质控指标，关注日常开展的医疗技术。

2.3.58.4加强信息收集、分析与反馈，持续改进医疗技术临床应用质量。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。

（五十九）建立医疗技术临床应用规范化培训制度。重视医疗技术临床应用管理人才队伍的建设和培养。

【概述】

医疗技术临床应用的规范化培训是保障医疗技术临床应用质量的重要措施。医院应当建立医疗技术临床应用规范化培训机制，重视医疗技术临床应用管理人才队伍的建设和培养。

【细则】

2.3.59.1建立医疗技术临床应用规范化培训制度，有培训大纲、培训计划和考核标准，培训内容包括但不限于对法律法规、规章规范以及专项技术的学习。

2.3.59.2重视医疗技术临床应用管理人才队伍的建设
和培养，进行管理学理论及方法的培训，强化自我管理意识，
提高管理水平和技能。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（六十）医院开展的限制类技术目录、手术分级管理目
录和限制类技术临床应用情况应当纳入医院院务公开范围，
接受社会监督。

【概述】

限制类技术目录、手术分级管理目录和限制类技术临床
应用情况纳入医院院务公开范围，接受社会监督。

【细则】

2.3.60.1限制类技术目录、手术分级管理目录纳入医院
院务公开范围，接受社会监督。

2.3.60.2限制类技术临床应用情况纳入医院院务公开
范围，接受社会监督。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、现场检查。

（六十一）医院按照规定停止出现相关情形的医疗技术
临床应用，并按规定履行报告程序。

【概述】

医疗技术临床应用项目的评估应当根据国家和省级卫生健康行政部门规定落实，医院按照规定停止出现相关情形的医疗技术临床应用，并按规定履行报告程序。

【细则】

2.3.61.1按照规定，出现以下情形时应当立即停用：被国家卫生健康委列入为“禁止类技术”的医疗技术；从事该项医疗技术的主要专业技术人员或者关键设备设施及其他辅助条件发生变化，不能满足相关技术临床应用管理规范要求，或者影响临床应用效果的；该项医疗技术在本院应用过程中出现重大医疗质量、医疗安全或伦理问题；或者发生与技术相关的严重不良后果的；发现该项医疗技术临床应用效果不确切，或存在重大质量、安全、或伦理缺陷的。

2.3.61.2前款停用的医疗技术，属于限制类技术的，上报属地和省级卫生健康行政部门，主动申请撤销备案，并向社会公示。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。

（六十二）医院按照要求，及时、准确、完整地向全国和省级医疗技术临床应用信息化管理平台逐例报送限制类技术开展情况数据信息。

【概述】

限制类技术是国家医疗技术临床应用管理的重点内容，及时、准确、完整上报相关数据便于国家做好医疗技术临床应用评估，也作为医院规范开展相应工作的依据。

【细则】

2.3.62.1有上报机制，及时、准确、完整地向全国和省级医疗技术临床应用信息化管理平台逐例报送限制类技术开展情况数据信息。

2.3.62.2建立数据信息内部验证机制，确保数据真实，符合上报要求。

2.3.62.3对上报情况定期进行分析反馈，持续改进上报质量。

【评审方法建议】

记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。

（六十三）医院承担限制类技术临床应用规范化培训工作的，应当达到国家和省级卫生健康行政部门规定的条件，制定培训方案并向社会公开，同时履行备案程序。

【概述】

限制类技术临床应用必须经过规范化培训，承担限制类技术临床应用规范化培训工作的医院应当符合国家和省级卫生健康行政部门规定的条件，有科学的培训方案，完成备案。

【细则】

2.3.63.1承担限制类技术临床应用规范化培训工作的医院，应当满足相应的技术临床应用管理规范规定的培训条件。

2.3.63.2制定培训方案，培训内容包括但不限于相关技术的法律法规、规章制度、技术规范、操作技能、伦理道德教育、限制类技术质控指标、病历书写、患者随访等，并向社会公开。

2.3.63.3及时履行备案程序。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、现场检查。

（六十四）医院承担限制类技术临床应用规范化培训工作的，应当建立培训规章制度及流程，明确岗位职责和管理要求，加强学员管理，建立学员培训档案，按照培训方案和计划开展培训工作，保障培训质量。

【概述】

医院建立限制类技术规范培训的机制，明确相关的职责制度并落实，学员管理到位，按照培训方案和计划开展培训，培训质量有监测、分析和持续改进，确保达到培训目标。

【细则】

2.3.64.1为限制类技术临床应用规范化培训工作制定规章制度及流程，明确相关职责和管理要求。

2.3.64.2按照培训方案和计划开展培训工作，按照国家或省级卫生健康行政部门统一的培训标准和要求，制定培训方案和计划，培训教材和大纲要满足培训要求，保障培训质量。

2.3.64.3考核包括过程考核和结业考核，过程考核包括但不限于医德医风、出勤、理论学习、日常临床实践、培训指标完成情况和参加业务学习情况等；结业考核包括理论考核和临床实践能力考核。

2.3.64.4加强学员管理，建立学员培训档案，档案内容可以包括医师基本信息、培训的起止时间、参加相关技术诊疗工作或手术培训的例数、参与技术应用的质量安全情况、参与相关技术全过程管理的患者例数、考核结果等。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、现场检查、员工操作。

四、医疗安全风险防范

（六十五）以减少诊疗活动对患者的伤害为目标，建立医疗质量（安全）不良事件信息采集、记录和报告相关制度和激励机制。有对本院医疗质量（安全）不良事件及管理缺陷进行统计分析、信息共享和持续改进机制。

【概述】

不良事件管理是医疗质量安全的核心内容，医院应当建立医疗质量（安全）不良事件管理制度，并通过对医疗质量（安全）不良事件的分析，促进医疗质量提高。

【细则】

2.4.65.1建立医疗质量（安全）不良事件信息采集、记录和报告相关制度，明确相关部门职责。

2.4.65.2有不良事件分类目录，员工知晓。

2.4.65.3以减少诊疗活动对患者的伤害为目标，鼓励主动上报医疗质量（安全）不良事件，建立激励机制。

2.4.65.4对本院医疗质量（安全）不良事件及管理缺陷进行统计分析、信息共享。

2.4.65.5建立持续改进医疗质量（安全）不良事件相关因素及管理缺陷的机制。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。

（六十六）落实《医疗纠纷预防和处理条例》，加强医疗风险管理，完善医疗风险的识别、评估和防控措施并定期检查落实情况，及时消除隐患。

【概述】

医疗风险管理是医疗质量管理不可或缺的部分，医院应当及时消除影响患者安全、员工安全、医院运营和发展的隐患。

【细则】

2.4.66.1落实《医疗纠纷预防和处理条例》，加强医疗风险管理，有医疗风险管理方案并定期修订。

2.4.66.2识别、评估医院内部存在的医疗风险点，根据负性事件发生的概率、严重性等指标对医疗风险进行分级。

2.4.66.3员工知晓本部门及本岗位医疗风险，并有针对性的风险防控措施，包括但不限于医疗风险的知识培训、风险识别评估、预警、控制、避让和风险分担等措施。

2.4.66.4定期检查医疗风险的防控措施落实情况，及时消除隐患。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（六十七）落实《关于推进医院安全秩序管理工作的指导意见》，维护正常医疗秩序，保护医务人员人身安全，为医患双方营造良好诊疗环境。

【概述】

安全稳定的医院环境是人民群众看病就医、医务人员治病救人的必要条件，医院应当不断提升医院安全秩序管理法
治化、专业化、智能化水平，营造安全稳定的诊疗环境。

【细则】

2.4.67.1落实《关于推进医院安全秩序管理工作的指导意见》等有关规定要求，维护正常医疗秩序，保护医务人员人身安全。

2.4.67.2加强医院保卫队伍建设，根据人流量、地域面积等情况，配齐配强专职保卫人员，聘用足够的保安员。

2.4.67.3加强医院物防设施建设，为在岗保卫人员和保安员配备必要的通讯设施和防护器械。医院供水、供电、易燃易爆物品存放等重点要害部位安装安全防护设施。

2.4.67.4加强医院技防系统建设，建立完善入侵报警系统、视频监控系统、出入口控制系统和电子巡查系统，设置安全监控中心，重点区域视频监控全覆盖。

2.4.67.5强化医院警务室建设，三级医院和有条件的二级医院设立警务室，配备必要警力；尚不具备条件的根据情况在周边设立治安岗亭（巡逻必到点）。

2.4.67.6有序开展安检工作，建立安全检查制度，配备金属探测门、微量X射线安全检查设备、手持式金属探测器等安检设备。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、员工操作、现场检查。

（六十八）建立健全医患沟通机制和投诉管理制度。实行“首诉负责制”。投诉相关信息用于医疗质量管理的持续改进。

【概述】

医患沟通是医疗服务的组成部分，医院应当按照《医疗机构投诉管理办法》相关要求建立顺畅的沟通渠道，建立首诉负责制，避免强化患者负面感受，改进医疗服务质量。

【细则】

2.4.68.1建立健全医患沟通机制和投诉管理制度，有投诉处置流程。

2.4.68.2设置投诉管理部门，实施“首诉负责制”，并向社会公开。

2.4.68.3对投诉处置有明确时限规定，告知患者投诉处置结果。

2.4.68.4定期分析相关投诉信息，以共性的投诉问题开展警示教育并制定防范措施，持续改进医疗质量安全。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、患者访谈。

（六十九）建立药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件监测报告制度，定期评估相关事件并及时反馈临床，按照国家有关规定向相关部门报告。

【概述】

药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件监测报告是医疗质量管理的组成部分，定期分析评估相关事件有

助于避免同类事件发生。医院有义务按照国家有关规定及时上报相关信息，为政府部门及时调整管理政策提供依据。

【细则】

2.4.69.1建立药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件监测报告制度，有报告流程并落实，涉及患者的内容记入病历。

2.4.69.2定期评估相关事件并及时反馈临床。

2.4.69.3按照国家有关规定向相关部门报告，可追溯。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。

（七十）有对深静脉血栓中高危患者评估、识别、预防、诊断和处置的制度和流程并开展全员培训。

【概述】

深静脉血栓影响患者安全，是导致患者非预期死亡的重要原因，容易造成医患矛盾和纠纷。及时识别深静脉血栓高危患者并采取规范的预防措施是提升医疗质量、保障患者安全的重要措施。

【细则】

2.4.70.1制定深静脉血栓中高危患者评估、识别、预防、诊断和处置的制度和流程，纳入相关疾病诊疗规范并落实。

2.4.70.2开展全员相关培训，员工知晓。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。

（七十一）关注院内安全，有针对心跳骤停、昏迷、跌倒等高风险意外事件的应急措施和救护机制，保障全院任何区域内均能及时提供紧急救治和生命支持服务。

【概述】

心跳骤停、昏迷和跌倒等高风险事件严重危及患者生命安全，医院应当保障全院范围内紧急救治和生命支持服务。

【细则】

2.4.71.1有针对心跳骤停、昏迷、跌倒等高风险意外事件的应急措施和救护机制。

2.4.71.2定期开展应对高风险意外事件的应急演练，确保员工掌握处置要求，对员工高风险意外事件的处置能力进行培训及考核。

2.4.71.3保障全院任何区域内均能及时提供紧急救治和生命支持服务。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

（七十二）关注分娩安全，有控制分娩疼痛和减少分娩损伤的制度、技术规范 and 流程。

【概述】分娩安全是人民健康的重要组成部分，控制分娩疼痛和减少分娩损伤对增强人民群众获得感、安全感、幸

福感具有重要意义，医院应当按照国家有关规定落实相关措施。

【细则】

2.4.72.1制定控制分娩疼痛和减少分娩损伤的制度并落实。

2.4.72.2根据法律法规和行业规范要求，制定分娩技术规范及流程，以控制分娩疼痛和减少分娩损伤。

2.4.72.3制定控制分娩疼痛与减少分娩损伤的质控指标，分析相关因素并持续改进。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。

五、诊疗质量保障与持续改进

（七十三）门、急诊（含发热、肠道门诊，下同）布局符合相关规定，能满足临床管理工作。建立门、急诊管理制度和 workflows、突发应急事件处置预案并组织实施。

【概述】

门、急诊是医院第一道窗口，应当统筹规划，严格落实法定要求，体现“以患者为中心”的理念并满足临床管理需求。同时，建立全覆盖的门急诊管理制度和 workflows，针对门急诊容易出现的高风险意外事件，建立应急预案并落实。

【细则】

2.5.73.1门、急诊布局科学、合理，体现“以患者为中心”的理念，并符合相关规定，能满足临床管理工作。

2.5.73.2急诊科入口应当通畅，有醒目的路标和标识，并设有救护车通道和专用停靠处。

2.5.73.3建立门、急诊管理制度和 workflows，并落实。

2.5.73.4制定门、急诊突发应急事件处置预案并组织实施。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、患者访谈、现场检查。

（七十四）加强门、急诊专业人员和技术力量配备，根据门、急诊就诊患者流量和突发事件调配医疗资源，做好资源调配。对门、急诊医务人员开展技术和技能专业培训。

【概述】

足够的门、急诊专业人员是保证门、急诊医疗服务质量安全的基础，医院应当统筹调配资源，在保障门、急诊服务质量的基础上，提高资源利用效率。同时加强人员培训，提高门、急诊人员诊疗能力，特别是应对突发紧急情况的能力。

【细则】

2.5.74.1根据门、急诊就诊患者流量配备适宜数量的门、急诊专业人员和技术力量，满足门、急诊患者诊疗需求。

2.5.74.2对门、急诊医务人员开展技术和技能专业培训。

2.5.74.3有针对门、急诊就诊患者流量变化及突发事件的人员、设备等医疗资源的调配机制及应急预案。

2.5.74.4定期分析门、急诊流量和突发事件情况，及时调整门、急诊医疗资源配备。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

（七十五）实行预检分诊制度，门、急诊规范设置预检分诊场所，完善预检分诊流程。

【概述】

预检分诊是优化资源配置、提高门、急诊医疗服务效率的重要途径。

【细则】

2.5.75.1制定预检分诊制度，完善预检分诊流程。对急诊患者进行分级管理，实施分类救治。

2.5.75.2通过预检，有效分诊疑似传染病、发热等患者。

2.5.75.3规范设置预检分诊场所，通风良好，相对独立，标识导向醒目易懂。

2.5.75.4分诊台有消毒隔离条件和必要的防护用品，工作人员采取必要的防护措施，配置快速鉴别病情的相关医疗设施设备。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、患者访谈。

(七十六) 把门、急诊工作质量纳入临床各科室质量管理范围，作为考核科室和医务人员的重要内容。

【概述】

门、急诊工作的主体是临床各科室医务人员，门、急诊服务是住院服务的开始和延伸，把门、急诊工作质量纳入临床各科室质量管理范围符合疾病诊疗规律和管理要求，有助于提高门、急诊诊疗质量。

【细则】

2.5.76.1把门、急诊工作质量纳入临床各科室质量管理范围。

2.5.76.2把门、急诊工作质量作为考核科室和医务人员的重要内容。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

(七十七) 有急危重症患者“绿色通道”。建立院前急救、院内急诊与住院或转诊的连贯性医疗服务流程，并定期进行评价和持续改进。

【概述】

急危重患者是医疗活动中应当重点关注的人群，应当优先救治以争取最佳诊疗效果。为充分利用有限的资源，医院和科室应当明确急危重患者的范围，建立抢救资源配置与紧

急调配机制和绿色通道机制，并定期对实施效果进行评价和持续改进。

【细则】

2.5.77.1建立针对急危重患者的院内急诊、住院（含处置）和转诊的绿色通道机制，提供院前急救、院内急诊与住院或转诊的连贯性医疗服务，包括但不限于涉及病种、流程、财务和标识等内容。

2.5.77.2员工知晓绿色通道的实施范围及流程。

2.5.77.3有为急危重症患者住院备床、备手术室的机制，定期调整备床数量，满足急危重症患者住院及手术需求。

2.5.77.4定期对“绿色通道”和医疗服务流程的连贯性、时效性进行汇总、分析，反馈并持续改进。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。

（七十八）有创伤、脑卒中、急性心肌梗死、高危孕产妇、新生儿等急危重症病种和重点人群服务规范和流程。

【概述】

创伤、脑卒中、急性心肌梗死、高危孕产妇、新生儿等急危重症病种和重点人群是医疗服务的关注重点，医院应当建立服务规范和流程以保障相关急危重症病种和重点人员的救治效果。

【细则】

2.5.78.1有创伤、脑卒中、急性心肌梗死等急危重症病种的服务规范和流程。

2.5.78.2有高危孕产妇及新生儿等重点人群服务规范和流程。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。

（七十九）优化门、急诊服务，实施多种形式的预约诊疗服务，逐步提高患者预约就诊比例。及时公开出诊信息。开展多学科诊疗，方便患者就医。

【概述】

预约诊疗、公开出诊信息、开展多学科诊疗是提高门诊医疗服务效率和医疗质量的重要方式。

【细则】

2.5.79.1实施多种形式的预约诊疗服务，逐步提高患者预约就诊比例。

2.5.79.2及时公开出诊信息。

2.5.79.3开展多学科诊疗，有多学科诊疗的规范流程，提高患者就医质量。

2.5.79.4优化门、急诊服务，有明确的服务流程、质量指标，定期分析，持续改进。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、患者访谈、现场检查、员工操作。

（八十）优化就诊环境。就诊环境清洁、舒适、安全。

为患者提供就诊接待、引导、咨询服务。急诊与门诊候诊区、医技部门等均有清晰、规范、醒目、易懂的标识。

【概述】

就诊环境是医疗服务的重要组成，医院就诊环境应当“以患者为中心”，既能满足功能性需求，又能提升患者就医体验。

【细则】

2.5.80.1优化就诊环境，就诊环境清洁、舒适、安全，定期检查，及时维护。

2.5.80.2有就诊环境质量的量化标准，统一落实，提升环境舒适性。

2.5.80.3为患者提供就诊接待、引导、咨询服务。

2.5.80.4急诊与门诊候诊区、医技部门等均有清晰、规范、醒目、易懂的标识。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

（八十一）完善患者入院、出院、转科、转院服务管理工作制度和标准，为急诊患者入院制定合理、便捷的相关制度与流程。加强转科、转院患者的交接管理。

【概述】

患者在医院流动是为了更好地接受医疗服务，医院应当明确患者在院全环节医疗流程和规范，保障医疗服务和质量。

【细则】

2.5.81.1有患者入院、出院、转科、转院服务管理工作制度及流程。

2.5.81.2患者转运前，有医护人员根据病情、转运时间、方式等因素，完成转运风险评估，对在转运中可能出现的风险进行防范；对生命体征不稳定或可能出现不稳定的患者，有医护人员陪同转运，有生命体征监护或维持的设备帮助患者转运。

2.5.81.3有定期的流程检查评估，确保流程通畅和连贯，保障患者安全。

2.5.81.4为急诊患者入院制订合理、便捷的制度与流程。

2.5.81.5加强转科、转院患者的交接管理，有交接流程和交接清单，过程有记录，可追溯。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

（八十二）有为老年人就医提供方便，对老年人就医予以优先的举措。

【概述】

《中共中央、国务院关于加强新时代老龄工作的意见》要求加快建设老年友善医疗机构，方便老年人看病就医。医疗机构应当为老年人就医提供方便，有对老年人就医予以优先的举措。

【细则】

2.5.82.1有构建适老化就医环境的举措，优化老年人进入医疗机构的预检流程。

2.5.82.2提供多渠道预约挂号服务，提供方便老年人预约挂号的方式，优化线上线下服务流程。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

（八十三）加强出院患者健康教育，为出院患者提供规范的出院医嘱和康复指导意见，建立出院患者随访制度并组织实施。

【概述】

出院患者管理是医疗服务的延伸，对促进患者康复和预防疾病具有重要意义。医院应当通过加强健康教育、规范出院医嘱和康复指导、建立随访制度等措施落实、完善医疗服务体系。

【细则】

2.5.83.1加强出院患者健康教育，普及相关健康知识。

2.5.83.2为出院患者提供规范的出院医嘱和康复指导意见，在出院记录中体现。

2.5.83.3建立出院患者随访制度并组织实施，有患者随访记录，便于医务人员医疗服务流程和医疗措施的持续改进。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。

（八十四）建立各专科常见疾病的临床诊疗规范和技术操作流程，由具有法定资质的医务人员按照制度、程序、规范和流程对患者进行疾病诊断、评估并制定诊疗计划。对疑难危重患者、恶性肿瘤患者，实施必要的多学科评估和综合诊疗。

【概述】

诊疗规范和技术操作流程是保证医疗同质化的手段，医院应当建立各专科常见疾病的临床诊疗规范和技术操作流程，落实相关法律法规对诊疗人员的要求，同时，对特殊人群必要时实施多学科评估和综合诊疗，以保证特殊人员的医疗质量。

【细则】

2.5.84.1根据法律法规和行业指南，建立临床各科室常见疾病的诊疗规范和技术操作流程，员工知晓并落实。

2.5.84.2 诊疗规范和操作流程包含必要的患者评估内容。

2.5.84.3 根据法律法规和行业指南的变化，及时更新各科室的诊疗规范和技术操作流程。

2.5.84.4 由具有法定资质的医务人员按照制度、程序、规范和流程对患者进行疾病诊断、评估并制定诊疗计划。

2.5.84.5 对疑难危重患者、恶性肿瘤患者实施必要的多学科评估和综合诊疗。

【评审方法建议】 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。

（八十五）对住院患者实施营养评估，为患者提供营养膳食指导，提供营养配餐和治疗饮食，满足患者治疗需要。对特殊、疑难、危重及大手术患者提供营养会诊，按需提供营养支持方案，并记入病历。

【概述】

营养治疗是诊疗的重要组成部分，对提高诊疗效果、促进患者康复、保障患者安全具有重要作用。医院应当对住院患者实施营养评估，并提供适宜的营养治疗。

【细则】

2.5.85.1 开展住院患者营养筛查、评价、诊断和治疗。逐步开展住院患者营养筛查工作，了解患者营养状况。建立以营养筛查—评价—诊断—治疗为基础的规范化临床营养

治疗路径，依据营养阶梯治疗原则对营养不良的住院患者进行营养治疗，并定期对其效果开展评价。

2.5.85.2为患者提供营养膳食指导，提供营养配餐和治疗饮食，满足患者治疗需要。

2.5.85.3营养科积极参与多学科诊疗，组建营养支持团队；接受特殊、疑难、危重、大手术及多学科诊疗患者的营养会诊；按需提供营养支持方案，按规定记入病历。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。

（八十六）实施手术患者评估制度，合理制订诊疗和手术方案。建立重大手术报告审批制度，有急诊手术管理措施，保障急诊手术安全。

【概述】

手术是有创医疗行为，必须严格管理以尽量减少给患者带来的创伤。手术患者评估是保障手术得以安全实施、防止额外医疗损害的基本方法。医院应当对风险高、难度大或涉及伦理风险等的重大手术实施报告审批管理，对无法按照常规手术管理的急诊手术建立单独管理措施，保障急诊手术得以及时、安全的实施。

【细则】

2.5.86.1建立手术患者评估制度，在患者评估的基础上，完成手术患者的术前讨论，合理制定手术方案。

2.5.86.2患者评估内容包括但不限于疾病、重要脏器功能和患者心理、经济、社会因素等。

2.5.86.3建立并严格落实重大手术报告审批制度和流程，明确重大手术的范围，员工知晓。

2.5.86.4有急诊手术管理措施，落实急诊手术优先和手术资源应急保障机制，有量化的急诊手术质控指标，保障急诊手术安全。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。

（八十七）手术的全过程情况，术后注意事项，手术后治疗、观察与护理情况及时、准确地记入病历；手术的离体组织必须做病理学检查，明确术后诊断。

【概述】

术后管理对保障手术患者康复具有重要意义，关系手术是否成功，相关记录是医院开展手术质量管理的基础。病理学检查是明确诊断的关键依据，手术的离体组织必须做病理学检查。

【细则】

2.5.87.1手术的全过程情况准确地记入病历，手术记录由手术主刀医师完成。明确规定何种特殊情况下可由一助完成手术记录，由一助完成手术记录的，手术主刀医生有审核签名。

2.5.87.2术后首次病程记录中注明术后治疗计划、注意事项，并落实。

2.5.87.3术后及时、规范记录手术后治疗、观察病情变化、手术效果、护理过程等情况。

2.5.87.4对病理报告与术中快速冰冻切片检查及术后诊断不一致时，有追踪与讨论的规定与程序，其结果有记录。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。

（八十八）完善日间手术质量安全管理制度和评估工作机制。制定并向社会公开本院日间手术病种和技术目录，明确手术适应证范围、麻醉方式、主要风险。加强日间手术病历管理，重视日间手术患者宣教和随访。

【概述】

日间手术有助于提高医院运营效率、改善患者体验，但治疗的模式改变可能会给患者带来新的风险。医院应当加强日间手术管理，尽可能消除相关风险，保证手术质量与安全。

【细则】

2.5.88.1完善日间手术质量安全管理制度和评估工作机制，指定部门负责日间手术管理。

2.5.88.2制定并向社会公开本院日间手术病种和技术目录。

2.5.88.3制定日间手术操作规范，明确日间手术的适应证范围、麻醉方式。

2.5.88.4加强日间手术病历管理，重视日间手术患者宣教和随访，有随访记录，可追溯。

2.5.88.5制订相应的日间手术质控指标，定期评估日间手术病种和技术的风险。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。

（八十九）手术麻醉人员配置合理。实行患者麻醉前病情评估制度。有麻醉后复苏室，规范全程监测并记录麻醉后患者恢复状态，防范麻醉并发症的措施到位。制定术后镇痛治疗管理规范 and 流程并严格执行。

【概述】

麻醉科是体现医院综合能力的重要临床专科，医院应当按照相关文件要求合理配置人员。麻醉前评估和麻醉复苏管理是保障麻醉安全、降低麻醉相关不良事件发生率的有效措

施。同时，制定术后镇痛治疗管理规范 and 流程并严格执行，改善手术患者感受。

【细则】

2.5.89.1 手术麻醉人员配置合理，符合相关规定。

2.5.89.2 实行患者麻醉前病情评估制度，所有患者在麻醉前完成病情评估、脏器功能评估和其他必要的评估。

2.5.89.3 预期术中（麻醉中）可能需要医患沟通的，术前应当告知患方，明确术中的授权委托人。

2.5.89.4 有麻醉后复苏室，人员、设备设施配置满足临床需求，规范全程监测并记录麻醉后患者恢复状态。

2.5.89.5 建立麻醉并发症的预防措施，开展麻醉并发症监测、分析与反馈，并持续改进。

2.5.89.6 制定术后镇痛治疗管理规范 and 流程并严格执行。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。

（九十）根据《传染病防治法》等相关法律、法规要求设置感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊，其建筑规范、医疗设备和设施、人员符合规定。按计划对工作人员进行相关培训。

【概述】

医院承担应对传染病的社会责任，应当根据《传染病防治法》等相关法律、法规要求规范传染病相关管理。

【细则】

2.5.90.1设置有感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊，其建筑规范、医疗设备和设施、人员符合相关法律、法规要求。

2.5.90.2发热门诊应当根据相关要求，在医院内相对独立的区域，与普通门（急）诊相对隔离，满足“三区两通道”设置。

2.5.90.3制定传染病防治相关培训和考核制度并落实，可追溯。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

（九十一）实施精神类疾病治疗的医院与医师需具备卫生健康行政部门规定的诊疗科目及医师资质；医院明确精神类治疗服务范围并为患者提供适当的医疗保护措施，向近亲属或授权委托人提供医疗保护措施的知情同意和教育。

【概述】

实施精神类疾病诊疗具有特殊性，医院应当按照国家相关要求进行，同时重点做好提供医疗保护措施的知情同意和教育。

【细则】

2.5.91.1实施精神类疾病治疗的医院与医师需具备卫生健康行政部门规定的诊疗科目及医师资质。

2.5.91.2医院明确精神类治疗服务范围，根据法律法规和行业指南制定本院经治的精神类疾病诊疗规范。

2.5.91.3制定规范的患者安全保护措施并落实。

2.5.91.4向近亲属或授权委托人提供医疗保护措施的知情同意和教育。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。

（九十二）实施精神类疾病治疗的医院为精神残障者的其他躯体疾患提供多学科联合诊疗服务，有常见并发症的预防规范与风险防范流程，有相关培训教育。为精神残障者提供出院康复指导与随访。

【概述】

精神残障患者治疗时间长、沟通交流能力较差，对躯体疾患的症状表述存在困难和偏差，需要多学科联合诊疗以准确识别病情，予以适宜治疗。实施精神类疾病治疗的医院应当加强精神残障者诊治的全环节管理，梳理精神残障者的常见并发症和医疗风险，制定规范的预防流程和防范措施，针对医务人员、患者家属或授权委托人开展相关培训教育，指导预防措施的落实，建立标准的出院康复指导与随访机制。

【细则】

2.5.92.1有会诊流程或多学科联合诊疗模式对精神障碍者的其他躯体疾病开展诊疗服务，及时、规范和全面的开展精神障碍者的躯体疾病的诊疗。

2.5.92.2有常见并发症的预防规范与风险防范流程，有相关培训教育，员工知晓。

2.5.92.3为精神障碍者提供出院康复指导与随访，有记录，可追溯。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、患者访谈、病历检查、病案检查。

（九十三）医院开展介入诊疗技术，专业设置、人员配备及其设备、设施符合《放射诊疗管理规定》和相关介入诊疗技术管理规范要求。按照技术适应证规范技术操作并开展质量控制。有介入诊疗器械登记制度，保证器械来源可追溯。

【概述】

介入诊疗技术属于有创技术，需要加强管理，为此国家制定了一系列制度规范，医院开展介入诊疗技术应当按照相关要求进行。

【细则】

2.5.93.1人员配备及其设备、设施符合《放射诊疗管理规定》和相关介入诊疗技术管理规范要求。

2.5.93.2介入医师具备相应的资质和授权，并定期学习和培训。

2.5.93.3根据法律法规和行业指南制定介入诊疗操作规范并定期修订，按照技术适应证规范技术操作并开展质量控制。

2.5.93.4建立质控指标管理介入诊疗操作流程，定期汇总质控结果，分析反馈，持续改进。

2.5.93.5对介入诊疗器械实施全流程管理，有介入诊疗器械登记制度，一次性器械条码纳入病历，保证器械来源可追溯。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。

（九十四）开展血液净化技术应当符合相关法律、法规及行业管理要求。有质量管理制度、安全保障措施和紧急处理预案。

【概述】

血液净化技术需要严格的管理和标准的规程以降低感染风险，医院开展血液净化技术应当按照国家相关要求进行。

【细则】

2.5.94.1人员、设备、空间及院感控制流程均符合行业管理要求。

2.5.94.2根据法律法规和行业指南，有血液净化操作流程并定期更新，建立全流程的血液净化质量管理和控制制度。并根据国家发布的相关医疗质量控制指标开展质控工作。

2.5.94.3有保障患者和员工安全的措施和紧急情况处理预案，并定期演练。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、员工操作。

（九十五）血液透析机与水处理设备符合要求。透析液的配制符合要求，透析用水化学污染物、透析液细菌及内毒素检测达标。血液透析器复用执行《血液透析器复用操作规范》。

【概述】

为保障血液透析安全，应当按规定对血液透析机、水处理设备等进行质检，对透析液、透析用水进行相关检测，保障相关器械、药品符合国家规定。

【细则】

2.5.95.1血液透析机与水处理设备符合要求。

2.5.95.2透析液的配制符合要求，透析用水化学污染物、透析液细菌及内毒素检测达标。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。

（九十六）开展放射治疗技术应当依法取得《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配置许可证》，布局、设备设施符合《放射诊疗管理规定》和国家相关标准。有放射治疗装置操作和维护维修制度、质量保证和检测制度和放射防护制度，并严格执行。

【概述】

放射治疗不仅关乎患者诊疗效果和安全，还涉及公共安全，是需要进行重点关注和管理的特殊技术，医院应当按照国家相关要求进行管理。

【细则】

2.5.96.1开展放射治疗技术应当依法取得《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配置许可证》。

2.5.96.2布局、设备设施符合《放射诊疗管理规定》和国家相关标准。

2.5.96.3有放射治疗装置操作和维护维修制度、质量保证和检测制度，并严格执行。

2.5.96.4有放射防护制度，并严格执行。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

（九十七）实施放射治疗应当有明确的规范与流程，有医学物理人员参与制订治疗计划，保证放射治疗定位精确与计量准确。有放射治疗意外应急预案及处置措施。

【概述】

放射治疗本身具有一定的风险性，医院应当加强放射治疗管理，保证治疗质量和安全。

【细则】

2.5.97.1根据法律法规和行业指南制定相关疾病的放射诊疗规范，定期修订规范，并落实。

2.5.97.2有医学物理人员参与制订治疗计划，保证放射治疗定位精确与计量准确。

2.5.97.3有放射治疗意外应急预案及处置措施，定期演练，员工知晓。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。

（九十八）医院开展诊断核医学、脑电图、肌电图等特殊诊疗技术，应当符合国家法律、法规及卫生健康行政部门规章标准的要求。

【概述】

医院开展特殊诊疗技术，应当符合国家相关要求。

【细则】

2.5.98.1医院开展诊断核医学、脑电图、肌电图等特殊诊疗技术，应当符合国家法律、法规及卫生健康行政部门规章标准的要求。

2.5.98.2根据法律、法规和行业指南，制定并定期修订本院特殊诊疗技术的诊疗方案及操作流程，建立质控标准，并有效落实。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。

（九十九）特殊检查室设计及空间区域划分应符合特殊检查需求。能将有害光、射线、磁场限制在检查患者所需的范围，避免医务人员及其他人员接触有害物质。有突发意外事故管理规范与应急预案并严格执行。

【概述】

依照国家相关法律法规，特殊检查室设计及空间区域划分应符合环境保护与人员防护规定，医院应当按照要求规范区域，制定突发意外事故管理规范与应急预案，以保障患者和医务人员安全。

【细则】

2.5.99.1特殊检查室设计及空间区域划分应符合特殊检查需求。

2.5.99.2将有害光、射线、磁场限制在检查患者所需的范围，避免医务人员及其他人员接触有害物质。

2.5.99.3有突发意外事故管理规范与应急预案并严格执行。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（一百）开展日间化疗服务应当明确规定日间化疗服务适用范围，集中配置化疗药物，有安全管理制度及质量保证措施。

【概述】

日间化疗服务是医院改善服务质量，提高医疗服务效率的新举措，医院应当加强日间化疗管理，保证化疗质量与安全。

【细则】

2.5.100.1明确规定日间化疗服务适用范围。

2.5.100.2建立日间化疗的操作流程及质量控制指标，定期监测、分析并反馈，持续改进。

2.5.100.3建立日间化疗集中配置化疗药物安全管理制度并落实。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

六、护理质量保障与持续改进

（一百零一）建立扁平高效的护理管理体系，建立护理管理委员会，由医院人事、财务、医务、护理、后勤等相关部门主要负责人组成，主任委员由医疗机构主要负责人或者分管护理工作的负责人担任。依据法律法规、行业指南、标

准，制定本单位护理工作发展规划、护理制度、常规和操作规程，实施护理管理、质量改进等工作。

【概述】

扁平化护理管理体系可有效提高管理效率。医院应当建立与医院规模、任务和组织目标相适应的护理管理体系，实行三级或者两级管理层级；通过护理管理委员会，制定本单位护理工作发展规划，定期研究护理质量问题、推进护理质量改进；根据国家法律法规、行业标准、指南，制定护理制度、工作常规和操作规程，持续更新护理质量评价标准，对医院护理质量实行全程管控。

【细则】

2.6.101.1建立简捷高效的护理管理体系。在本单位护理管理委员会的指导下，实行三级或二级管理层级，明确各级护理管理岗位任职条件。有护理工作发展规划、年度计划，符合医院总体规划和护理学科发展方向并有效执行，有总结评价。

2.6.101.2建立护理管理委员会。委员会成员应当包含与护理工作密切相关的部门，并制定委员会职责和工作制度，定期研究护理质量与安全问题，提出改进策略并落实。

2.6.101.3根据法律法规、行业标准、指南制定医院护理制度、护理常规和操作规程，定期修订。并根据科室执行

落实情况，开展护理质量管理工作，有监测、分析、反馈，指导改进。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、员工操作。

（一百零二）护理人力资源配备与医院功能和任务相适应，有护理单元护理人员的配置原则，以临床护理工作量为基础，根据收住患者特点、护理级别比例、床位使用情况对护理人力资源实行弹性调配。临床护理岗位护士数量占全院护士数量不低于95%。有紧急状态下调配护理人力资源的预案。

【概述】

合理的护士人力资源配置，是保障患者安全和护理质量的基础。医院应当按照国家相关规定，结合医院规模、功能和任务，合理配备护理人力，并结合收住患者特点、护理级别比例、床位使用情况等制订护理单元人力配备原则及弹性调配方案。有人力资源调配的应急预案。

【细则】

2.6.102.1 护理人力资源配备与医院功能和任务相适应，有护理单元护理人员的配置原则，以临床护理工作量为基础，根据收住患者特点、护理级别比例、床位使用情况对护理人力资源实行弹性调配。

2.6.102.2有人力资源调配的应急预案，并有演练。

2.6.102.3临床护理岗位护士数量占全院护士数量不低于95%。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。

（一百零三）护理人员依法执业，实行分层级管理，有护理人员管理规定、实行岗位管理制度，明确岗位设置、岗位职责、岗位技术能力要求和工作标准。有护理人员在职继续医学教育计划，保障措施到位，并有实施记录。

【概述】

根据《护士条例》及《护士执业注册管理办法》等规定，对护士实行依法执业管理，保障患者安全和护士的合法权益。根据《国家卫生健康委办公厅关于进一步加强医疗机构护理工作的通知》等要求，按照“按需设岗、以岗择人、按岗聘用、科学管理”的原则，实施护理岗位管理。建立以岗位需求为导向的护士培训机制，保障措施切实可行。

【细则】

2.6.103.1根据《护士条例》及《护士执业注册管理办法》等相关法律法规和规定，制定护理人员资质管理制度和审核程序，落实依法执业。

2.6.103.2实行岗位管理制度，明确岗位设置、岗位职责、岗位技术能力和工作标准。

2.6.103.3制定护理人员管理规定，根据临床护理能力、专业技术水平、工作年限、职称和学历等实行分级管理，各层级护士职业晋升路径及标准清晰。

2.6.103.4根据医院业务发展、岗位需求和护士职业成长规律制定护理人员在职继续医学教育计划，保障措施到位，并有实施记录。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（一百零四）建立基于护理工作量、质量、患者满意度并结合护理难度、技术要求等要素并以考核护理人员实际工作能力为核心的绩效考核制度，考核结果与护理人员的评优、晋升、薪酬分配相结合，调动护理人员积极性。

【概述】

护理绩效考核是医院管理部门基于护理工作目标和绩效标准而采取的一种管理方式，建立符合医院护理工作目标，基于工作量、护理质量、患者满意度、护理难度、技术要求等为要素的绩效考核制度。并将考核结果与护理人员评优、晋升、薪酬分配相结合，促进工作改进，达到充分调动护理人员积极的目的。

【细则】

2.6.104.1建立基于护理工作量、质量、患者满意度并结合护理难度、技术要求等要素为核心的绩效考核制度。绩

效考核制度应当充分征求护理人员的意见和建议，并能提供多种途径方便查询。

2.6.104.2考核结果与护理人员的评优、晋升、薪酬分配相结合，体现同岗同酬、多劳多得、优绩优酬，调动护理人员积极性。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈。

（一百零五）依据《护士条例》等相关法律法规和规定，规范护理工作，落实优质护理服务。实施责任制整体护理，为患者提供全面、全程、专业、人性化的护理服务。

【概述】

以《护士条例》等相关法律法规、行业标准等为依据，结合医院实际，规范实施以患者为中心的护理，针对患者从入院、住院、出院等不同阶段的护理需求，提供涵盖生理、心理和社会等方面的专业化、人性化的责任制整体护理。

【细则】

2.6.105.1依据《护士条例》等相关法律法规和规定，规范护理工作，落实优质护理服务。

2.6.105.2实施责任制整体护理，为患者提供全面、全程、专业、人性化的护理服务。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、患者访谈。

（一百零六）根据《综合医院分级护理指导原则》《护理分级》（WS/T431-2013）的原则和要求，进行护理分级，并且按护理级别实施分级护理。有危重患者护理常规，护理措施落实到位。

【概述】

按照《综合医院分级护理指导原则》及《护理分级》（WS/T431-2013）要求，对患者进行分级护理。依据疾病护理常规和技术操作规范等，结合不同级别患者实际状况，实施分级护理。有医院危重患者护理常规及工作规范，并落实到位。

【细则】

2.6.106.1根据《综合医院分级护理指导原则》《护理分级》（WS/T431-2013）的原则和要求，进行护理分级。

2.6.106.2按护理级别实施分级护理，护理措施符合患者实际需要并落实。

2.6.106.3制定危重患者护理常规并落实。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、病历检查。

（一百零七）护理文书、护理查房、护理会诊和护理病例讨论制度参照《医疗质量安全核心制度要点》执行。

【概述】

护理文书是护士按照患者护理计划，在实施护理措施过程中形成的文字、符号、图表等资料，是护士观察病情、执行医嘱、实施护理措施的客观记录。医院应当对护理文书的书写、质控、保存、使用等环节进行管理。

护理会诊是对本科室难以解决的护理问题，需要其他科室或医院的护士协助提出意见或提供护理的活动。对疑难病例或疑难护理问题可通过建立护理查房、护理会诊、护理病例讨论等方式解决。

【细则】

2.6.107.1 护理文书参照《医疗质量安全核心制度要点》执行。

2.6.107.2 护理查房参照《医疗质量安全核心制度要点》执行。

2.6.107.3 护理会诊参照《医疗质量安全核心制度要点》执行。

2.6.107.4 护理病例讨论制度参照《医疗质量安全核心制度要点》执行。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、现场检查、病历检查、病案检查。

（一百零八）有临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范。有紧急意外情况的护理应急预案和处理流程，有培训与演练。

【概述】

规范临床护理技术操作，预防和处理并发症，是确保患者安全的基础。医院应当制定临床护理技术并发症预防规范。制定紧急意外情况下的护理应急处理流程，护士知晓本岗位相关的护理技术并发症和紧急意外情况的预防和处理流程。

【细则】

2.6.108.1制定临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范。

2.6.108.2制定紧急意外情况如患者突发昏迷、心脏骤停、职业暴露等的护理应急预案和处理流程。

2.6.108.3定期实施相关培训与演练。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

（一百零九）按照《医院手术部（室）管理规范（试行）》《医院消毒供应中心管理规范》《新生儿病室建设与管理指南（试行）》和《医疗机构新生儿安全管理制度（试行）》，完善手术部（室）、消毒供应中心（室）和新生儿病室等护理质量管理与监测相关规定及措施，组织实施并持续改进。

【概述】

依据《医院手术部（室）管理规范（试行）》《医院消毒供应中心管理规范》《新生儿病室建设与管理指南（试行）

》和《医院新生儿安全管理制度（试行）》等规定，结合专业特点，完善护理质量管理体系、指标监测及分析反馈等，持续改进。

【细则】

2.6.109.1按照《医院手术部（室）管理规范（试行）》，完善手术部（室）护理质量管理与监测相关规定及措施，组织实施并持续改进。

2.6.109.2按照《医院消毒供应中心管理规范》，完善消毒供应中心（室）质量管理与监测相关规定及措施，组织实施并持续改进。

2.6.109.3按照《新生儿病室建设与管理指南（试行）》和《医院新生儿安全管理制度（试行）》，完善新生儿病室护理质量管理与监测相关规定及措施，组织实施并持续改进。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、员工操作、病历检查。

七、药事管理与临床药学服务质量保障与持续改进

（一百一十）医院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；建立与完善医院药事管理组织，完善药事管理与临床药学服务各项规章制度并组织实施。

【概述】

《医疗机构药事管理规定》对医院药事管理、药学部门设置与人员配备、药事管理组织有明确的规定；国家卫生健康委等6部门《关于加强医疗机构药事管理促进合理用药的意见》给出了加强医院药事管理，完善临床药学服务的主要任务，提出了合理用药的目标，医院应当按照法律法规的要求具体落实。

【细则】

2.7.110.1建立与完善医院药事管理组织，有工作职责、制度和计划，并落实。

2.7.110.2医院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。2.7.110.3完善药事管理与临床药学服务各项规章制度并组织实施。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。

（一百一十一）加强药品管理，规范药品遴选、采购、储存、调剂，建立全流程监测系统，保障药品质量和供应。静脉药物调配中心和调配工作符合有关规定。

【概述】

对药品遴选和药品在医院内部的采购、储存、转运全过程进行管理，确保药品的质量与供应。对药品的调配过程进行管理，防止调配差错，保障患者用药安全。静脉药物调配中心工作符合有关规定。

【细则】

2.7.111.1加强药品管理，规范药品遴选、采购、储存、调剂、召回工作，建立全流程监测系统，保障药品质量和供应。

2.7.111.2静脉药物调配中心和调配工作符合有关规定。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、员工操作。

（一百一十二）实施临床药师制，积极参与临床药物治疗，促进合理用药，拓展药学服务范围。加强临床药师队伍建设和培训，提高临床药学服务能力和水平。

【概述】

临床药师是指具有系统的药学、药物治疗学以及相关医学专业知识与技能，了解疾病与药物治疗原则，与医疗团队成员合作，参与临床药物治疗工作，为患者提供药学专业技术服务的卫生技术人员。加强临床药师队伍建设，提高临床药学服务能力和水平，对促进临床合理用药，保障患者用药安全具有重要意义。

【细则】

2.7.112.1实施临床药师制，按相关规定配备药师，积极参与临床药物治疗，促进合理用药，拓展药学服务范围。

2.7.112.2加强临床药师队伍建设和培训，提高临床药学服务能力和水平。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。

（一百一十三）按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和标准，加强抗菌药物、麻醉药品和精神药品、毒性药品、放射性药品、抗肿瘤药物、激素类药物、重点监控药物、基本药物、中药注射剂临床应用规范化管理。

【概述】

国家对抗菌药物、麻醉药品和精神药品、毒性药品、放射性药品、抗肿瘤药物、激素类药物及基本药物的管理均制定了相关管理制度，医院应当认真贯彻落实。重点监控药物、中药注射剂等药品不合理用药的情况，应当加强管理。

【细则】

2.7.113.1按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和原则，加强抗菌药物临床应用规范化管理。

2.7.113.2按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和原则，加强麻醉药品和精神药品、毒性药品、放射性药品临床应用规范化管理。

2.7.113.3按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和原则，加强抗肿瘤药物、激素类药物临床应用规范化管理。

2.7.113.4按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和原则，加强重点监控药物、基本药物、中药注射剂临床应用规范化管理。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。

（一百一十四）依照《处方管理办法》等有关规定，规范开展处方审核和处方点评，并持续改进。

【概述】

处方审核是指药学专业技术人员运用专业知识与实践技能，根据相关法律法规、规章制度与技术规范等，对医师在诊疗活动中为患者开具的处方，进行合法性、规范性和适宜性审核，并作出是否同意调配发药决定的药学技术服务。处方点评是根据相关法规、技术规范，对处方书写的规范性及药物临床使用的适宜性（用药适应症、药物选择、给药途径、用法用量、药物相互作用、配伍禁忌等）进行评价，发现存在或潜在的问题，制定并实施干预和改进措施，促进临床药物合理应用的过程。医院应当依照《医疗机构处方审核规范》、《医院处方点评管理规范（试行）》等有关规定，

规范开展处方审核和处方点评，并持续改进，促进临床合理用药，保障患者用药安全。

【细则】

2.7.114.1依照《处方管理办法》等有关规定，规范开展处方审核、处方点评，并持续改进。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。

（一百一十五）建立药物监测和警戒制度，观察用药过程，监测用药效果，按规定报告药物不良反应并反馈临床，不良反应情况应记入病历。

【概述】

医院应当开展药物监测和警戒工作，包括药品不良反应及其他有害反应的监测、用药错误监测。发生药品严重不良事件、用药错误后，应当积极救治患者，做好用药过程的观察与记录，并进行药品追溯和质量评估，查清原因，必要时暂停使用所涉药物，并按有关规定及时报告。

【细则】

2.7.115.1建立药物监测和警戒制度，实现药品不良反应监测信息与国家药品监管数据共享平台的对接。观察用药过程，监测用药效果，按规定报告药物不良反应并反馈临床。

2.7.115.2不良反应情况应记入病历。

2.7.115.3发现药品质量问题时，药学部门应当立即进行药品追溯和质量评估，查清原因，必要时可立即暂停使用相关药品。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、病历检查、病案检查。

八、检查检验质量保障与持续改进

（一百一十六）临床检验部门、病理部门、医学影像部门设置布局、设备设施分别符合相应规范标准，服务满足临床需要。临床检验和医学影像提供24小时急诊诊断服务。

【概述】

根据医院发展规划和临床需求建设临床检验、病理和医学影像部门，其空间布局、服务流程、人员配置、设备设施、诊疗项目分别符合国家和行业规范标准，并根据临床需求持续完善。临床检验和医学影像应当提供24小时急诊诊断服务。

【细则】

2.8.116.1临床检验部门、病理部门、医学影像部门设置布局符合相应规范标准，服务满足临床需要。

2.8.116.2临床检验部门、病理部门、医学影像部门设备设施符合相应规范标准，服务满足临床需要。

2.8.116.3临床检验和医学影像提供24小时急诊诊断服务。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、员工操作。

（一百一十七）从事临床检验、病理和医学影像诊断工作和技术工作的人员资质应该按照有关规定取得相应专业技术职务任职资格。

【概述】

建立临床检验、病理和医学影像诊断工作和技术工作的岗位职责，所涉及岗位人员应该具备必要的专业知识，技术人员应具有相应的执业证书，取得任职资格，工作有授权，定期接受培训。

【细则】

2.8.117.1从事临床检验、病理和医学影像诊断工作和技术工作的人员应当具备必要的专业知识和能力，具有相应专业技术职务任职资格。

2.8.117.2分子生物学、特殊岗位（HIV初筛实验、产前筛查及诊断、新生儿疾病筛查等）检验人员等国家有特殊规定的，应当具备符合国家规定的资质方可独立工作。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

(一百一十八) 有临床检验、病理实验室和医学影像诊疗场所管理制度、安全程序、标准操作流程和技术操作规范，遵照实施并准确记录。

【概述】

医院应当建立临床检验、病理实验室和医学影像诊疗场所管理制度、安全程序、标准操作流程和技术操作规范，重点关注生物安全、放射防护。相关制度定期修订，建立培训机制，有可追溯的工作记录。

【细则】

2.8.118.1 有临床检验、病理实验室和医学影像诊疗场所管理制度、安全程序，遵照实施并准确记录。

2.8.118.2 有临床检验、病理实验室和医学影像标准操作流程和技术操作规范，遵照实施并准确记录。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

(一百一十九) 临床检验、病理和医学影像报告及时、准确、规范，并严格执行审核制度。建立临床沟通机制，提供便捷、及时的检查检验信息服务。

【概述】

临床检验、病理和医学影像报告质量是医疗质量的重要组成部分，相关科室应当建立质控制度确保报告质量及时、准确和规范。建立和临床的沟通机制，解决临床服务需求和

临床诊疗困难，根据临床需求开展相应服务，提供便捷、及时的报告信息检索查询服务。

【细则】

2.8.119.1临床检验、病理和医学影像报告及时、准确、规范，并严格执行审核制度。

2.8.119.2建立和临床的沟通机制，根据临床需求开展相应服务，由执业医师提供检验结果及诊断报告的解释和咨询服务。

2.8.119.3提供便捷、及时的检验、检查信息服务。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、患者访谈、病历检查、病案检查。

（一百二十）落实全面质量管理与改进制度，开展室内质量控制和室间质量评价。相关检查检验设备（含床旁检查检验设备）按照要求定期检测。

【概述】

临床检验、病理和医学影像部门建立全面质量管理和持续改进机制，开展室内质量控制和室间质量评价，记录可追溯，非临床检验部门人员开展室内质控，应当得到培训和授权，确保质控到位。

【细则】

2.8.120.1落实全面质量管理与改进制度，开展室内质量控制和室间质量评价。

2.8.120.2相关检查检验设备（含床旁检查检验设备）按照要求定期检测并有记录。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

（一百二十一）按照有关规定建立临床检验、病理和医学影像环境保护及人员职业安全防护制度，遵照实施并准确记录。

【概述】

按照国家法律法规和行业规范，保障临床检验、病理和医学影像部门的环境安全、生物安全和消防安全；按照国家法律法规和行业规范做好员工的职业安全和患者安全。

【细则】

2.8.121.1按照国家法律法规和行业规范，建立临床检验、病理和医学影像部门相关制度、流程，保障环境安全、生物安全和消防安全。

2.8.121.2定期对医学影像（放射）机房及环境进行放射防护检测，保证辐射水平符合国家规定或者标准。

2.8.121.3按照国家法律法规和行业规范建立员工的职业安全保障制度，并落实。

2.8.121.4病原微生物实验室应当符合生物安全国家标准和要求。从事病原微生物实验活动，应当严格遵守有关国家标准和实验室技术规范、操作规程，采取安全防范措施。

2.8.121.5从事病原微生物实验活动应当在相应等级的实验室进行。按照生物安全备案等级设置生物安全分区，有警示标识。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

（一百二十二）建立健全本机构内的检查检验结果互认工作管理制度，加强人员培训，规范工作流程，为医务人员开展互认工作提供必要的设备设施及保障措施。

【概述】

开展检查检验结果互认工作有助于减少不必要的重复检查检验。按照国家法律法规和行业规范，建立机构内的检查检验结果互认工作管理制度，包含人员培训、工作流程等内容，并落实。能够为医务人员进行检查检验互认提供必要的设备设施及保障措施。

【细则】

2.8.122.1按照国家法律法规和行业规范，建立检查检验结果互认工作管理制度。

2.8.122.2组织员工进行培训，并有规范的工作流程及记录。

2.8.122.3配置有与互认工作相匹配的，有效、便捷的设备和设施，并定期反馈使用情况。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

九、输血管理与持续改进

（一百二十三）落实《中华人民共和国献血法》《医疗机构临床用血管理办法》和《临床输血技术规范》等有关规定，医院应当具备为临床提供24小时输血服务的能力，满足临床工作需要。

【概述】

医院按照相关法律法规和规范建设输血科或血库，人员配置、布局和设施设备应当达到相关标准，建立相关制度和规范，建立储血供血机制，提供24小时输血服务。

【细则】

2.9.123.1落实《中华人民共和国献血法》《医院临床用血管理办法》和《临床输血技术规范》等有关规定法律和规范，成立临床用血管理委员会，制定本院临床用血管理制度并落实。

2.9.123.2按照法律法规和规范要求，设置输血科或血库，人员配置、布局和设备设施满足医院输血工作需要。

2.9.123.3明确输血科各岗位职责，员工履职能力符合要求。

2.9.123.4具有提供24小时输血服务的能力，满足临床需要。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

（一百二十四）加强临床用血过程管理，严格掌握输血适应证和输血技术操作规范，促进临床安全、有效、科学用血。

【概述】

根据法律法规和行业规范制定临床用血质量管理标准，强化人员培训，加强过程管理，严格按照输血适应证开展临床用血，根据行业规范制定符合本院实际的输血技术操作规范并落实，建立合理用血指标体系，规范输血前后评估记录和不良反应报告，促进临床安全、有效、科学用血。

【细则】

2.9.124.1加强临床用血过程管理，严格遵循输血适应证开展用血，根据规定完成用血审批，开展输血前后评估，规范输血记录。

2.9.124.2严格掌握输血技术操作规范，促进临床安全、有效、科学用血。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。

（一百二十五）建立与麻醉科和手术科室有效沟通，积极开展自体输血，严格掌握术中输血适应证，合理、安全输血。

【概述】

加强手术用血管理，积极开展并推广自体输血，建立自体输血标准和规范，开展自体输血质量控制。严格掌握术中输血适应证，合理安全用血。

【细则】

2.9.125.1建立与麻醉科和手术科室有效沟通，制定自体输血的流程与规范，积极开展自体输血。

2.9.125.2严格掌握术中输血适应证，合理、安全输血。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。

（一百二十六）开展血液质量管理监控，制订、实施控制输血严重危害（输血传染疾病、严重不良反应）的方案。落实输血相容性检测管理制度和实验质量管理要求，确保输血安全。

【概述】

根据行业规范要求制定血液质量管理全流程监控机制并落实，对输血不良反应进行监测、统计和分析，制定防范

输血严重危害的预案。制定和落实输血相容性检测制度流程，能有效开展血型评判方式，确保输血安全。

【细则】

2.9.126.1开展血液质量管理监控，制订、实施控制输血严重危害（输血传染疾病、严重不良反应）的方案。

2.9.126.2落实输血相容性检测管理制度和实验质量管理要求，确保输血安全。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。

十、医院感染管理与持续改进

（一百二十七）按照《医院感染管理办法》《医疗机构感染预防与控制基本制度（试行）》，建立医院感染管理组织，建立院感多部门协调机制。完善医院感染管理与控制制度，有医院感染事件应急预案并组织实施，开展医院感染预防控制知识与技能的全员培训和教育。

【概述】

医院感染预防与控制是医院在依法开展诊疗执业活动，提供医疗服务中必须开展的工作，是医院的基本职责。医院做好医院感染预防与控制工作，必须建立体系完整、功能完善、职责明确、运转高效的医院感染防控组织体系、运行操作规范以及感染相关突发事件应急预案等制度。同时，为使

整个体系运行顺畅，能够发挥应有的作用，需要对医院全员进行相关内容的培训和教育。

【细则】

2.10.127.1建立医院感染管理委员会，委员会由医院感染管理部门、医务部门、护理部门、临床科室、消毒供应室、手术室、临床检验部门、药事管理部门、设备管理部门、后勤管理部门及其他有关部门的主要负责人组成，主任委员由医院院长或者主管医疗工作的副院长担任。

2.10.127.2根据国家法律法规、标准要求以及《医疗机构感染预防与控制基本制度》，制定并及时完善医院感染管理和控制制度并落实。

2.10.127.3医院结合本地区就诊人群特点和本院条件制定医院感染事件防控应急预案并组织实施。

2.10.127.4医院制定全员医院感染防控知识与技能培训计划并落实，包括但不限于手卫生、标准预防、应急方案教育等。医院员工（含外聘人员）掌握有关预防与控制医院感染的基础卫生学和消毒隔离知识，且在工作中正确运用。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

（一百二十八）按照《医院感染监测规范》，加强重点部门、重点环节、重点人群与高危险因素监测，控制并降低医院感染风险。

【概述】

开展医院感染监测工作是做好感控管理科学化、精准化的基础与前提。医院应当采取全院综合性监测和目标性监测，长期、系统、连续地收集、分析医院感染的发生、分布及其影响因素等相关数据，建立有效的医院感染监测与通报制度，及时将监测结果反馈科室和报送有关部门，为医院感染的预防和控制提供科学依据。

【细则】

2.10.128.1 医院对重点部门、重点环节、重点人群有明确的监测范围、监测方法、监测内容和监测质量控制要求。

2.10.128.2 医院对监测结果进行分析，提出本院的医院感染高危险因素，制定针对性措施，控制并降低医院感染风险。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、员工操作。

（一百二十九）医院感染管理组织要监测医院感染危险因素、医院感染率及其变化趋势，定期开展风险评估并持续改进诊疗流程；定期通报医院感染监测结果并加强横向比较。

【概述】

医院有责任和义务承担本机构医院感染监测和报告的职责。医院要明确各级医院感染防控组织职责分工，设计科

学规范的监测方案，分析监测结果，并对监测和报告制度的执行情况进行定期监督、检查，针对检查中发现的问题，提出整改措施并督促临床科室整改到位。

【细则】

2.10.129.1定期对感染监测的数据进行统计分析、反馈，定期开展风险评估并持续改进诊疗流程，有相关报告或反馈记录。

2.10.129.2按照本院医院感染防控制度规定的周期向全院发布全院感染监测数据，及时将感染监测的数据和分析反馈临床科室。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查。

（一百三十）消毒、灭菌和隔离工作符合相关标准和规范要求，工作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。

【概述】

消毒、灭菌和隔离工作是医院感染预防与控制的重要措施。消毒与防护用品是医务人员职业安全的重要保障，工作人员应当能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。

【细则】

2.10.130.1 医院按照国家相关标准和规范的要求，开展消毒、灭菌和隔离工作。

2.10.130.2 医院提供的消毒与防护用品符合国家标准并在有效期内，工作人员应当能够正确使用消毒与防护用品。

2.10.130.3 重点部门、重点部位的医院感染管理应当符合相关标准和规范要求。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、员工操作。

（一百三十一）按照《医务人员手卫生规范》，建立医院手卫生管理制度。正确、充分配置有效、便捷的手卫生设备和设施，加强手卫生落实情况监管。

【概述】

手卫生是预防与控制医院感染，保障患者和医务人员安全最重要、最简单、最有效和最经济的措施。配备便捷的手卫生设施，为执行手卫生制度提供必要条件，加强手卫生效果监测，提高工作人员手卫生的依从性。

【细则】

2.10.131.1 根据《医务人员手卫生规范》要求，建立并落实手卫生管理制度。

2.10.131.2 充分配置与诊疗工作相匹配的，有效、便捷的手卫生设备和设施，手卫生的设备和设施包括但不限于流

动水洗手设施、卫生手消毒设施等，并按照医院规定的周期进行手卫生依从性的监测与反馈。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、数据核查、现场检查、员工操作。

（一百三十二）有多重耐药菌医院感染控制管理规范与程序，有多部门共同参与的多重耐药菌管理合作机制。应用微生物室检测和医院感染管理数据信息指导临床合理使用抗菌药物。

【概述】

多重耐药菌是引起医院感染的重要病原体，建立多重耐药菌医院感染控制管理规范与程序是预防和控制多重耐药菌引发的感染及其传播的重要措施。多重耐药菌感染管理涉及医院感染防控、抗菌药物应用与管理、微生物检测、感染诊疗及护理等多个专业，应当建立多部门共同协调管理制度。通过应用微生物室检测和医院感染管理数据信息指导，促进临床合理使用抗菌药物。

【细则】

2.10.132.1根据本机构多重耐药菌流行趋势和特点建立多重耐药菌医院感染控制管理规范与程序。针对多重耐药菌医院感染的诊断、监测、预防与控制等环节，建立多部门共同参与的多重耐药菌管理协调机制。

2.10.132.2定期统计分析本院微生物室检测和医院感染管理数据信息，并将相关信息向临床推送，指导临床合理使用抗菌药物。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。

（一百三十三）建立侵入性器械/操作相关感染防控制度。有医院侵入性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作名录，制订相关防控措施并实施数据监测。

【概述】

侵入性器械/操作相关感染防控制度指诊疗活动中与使用侵入性诊疗器械相关的感染预防与控制活动的规范性要求。医院通过建立侵入性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作名录，便于快速找到对应解决的防范措施。

【细则】

2.10.133.1医院有建立侵入性器械/操作相关感染防控制度；侵入性器械/操作相关感染防控主要包括但不限于血管导管相关血流感染、导尿管相关尿路感染、呼吸机相关肺炎和透析相关感染的预防与控制。

2.10.133.2医院建立有本机构诊疗活动中使用的侵入性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作名录。

2.10.133.3根据侵入性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作中的风险点，按照感染防控制度实施数据监测。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、员工操作。

（一百三十四）按照有关法律法规，建立医院医疗废物、废液管理责任制，健全组织架构、管理制度和工作机制，落实岗位职责。医疗废物的分类、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。加强相关人员培训。

【概述】

实现医疗废物无害化、减量化、资源化是医疗废物管理的目标。医院应当建立医疗废物管理责任制、健全组织架构、完善制度流程，规范管理医疗废物的分类收集、运送和暂存，落实职业防护，保障安全。

【细则】

2.10.134.1按照有关法律法规，建立医院医疗废物管理责任制，健全组织架构、管理制度和工作流程，落实岗位职责。

2.10.134.2医疗废物的分类收集、运送、暂存、登记、交接管理规范，对从事分类收集、运送、暂存等工作人员采取的职业防护措施符合规范。

2.10.134.3加强相关人员培训。对从事分类收集、运送、暂存等工作人员及管理人员，根据岗位需要进行有关法律、法规、规章、规范性文件以及各种制度、工作流程、要求和意外事故的应急处理等方面的培训。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

十一、中医诊疗质量保障与持续改进

（一百三十五）中医诊疗科室设置应当符合《综合医院中医临床科室基本标准》等文件的要求，所设置的中药房与中药煎药室应当符合相关法律法规的要求。

【概述】

医院应当按照《综合医院中医临床科室基本标准》等文件要求规范中医科室设置，配置合格的人员，满足临床需求，规范建设中药房与中药煎药室，建立中药管理制度确保药品安全。

【细则】

2.11.135.1中医诊疗科室设置应当符合《综合医院中医临床科室基本标准》等文件的要求。

2.11.135.2中药房与中药煎药室设置符合相关法律法规的要求。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（一百三十六）建立中医诊疗规范，开展中医特色护理，提供具有中医特色的康复和健康指导等服务。

【概述】

根据国家法律法规和行业规范要求，制定中医诊疗规范并实施质量控制，因地制宜，开展中医特色护理，提供具有中医特色的康复和健康指导等服务。

【细则】

2. 11. 136. 1建立中医诊疗规范。

2. 11. 136. 2开展中医特色护理。

2. 11. 136. 3提供具有中医特色的康复和健康指导等服务。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。

第三章 医院管理

一、管理职责与决策执行机制

（一百三十七）制定医院章程，建立医院内部决策执行机制。

【概述】

章程是医院依法自主办院、实施管理、履行公益性的基本纲领和行为准则。医院应当以章程为依据，制定内部管理制度及规范性文件、提供医疗卫生服务、建立管理机制，不断满足人民群众的健康需求，增强人民群众看病就医的获得感和医务人员职业荣誉感。

【细则】

3.1.137.1制定医院章程，建立健全医院内部治理体系、议事规则、办事程序，提高医院运行效率。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈。

（一百三十八）公立医院加强党的建设，明确党委职责，充分发挥医院党委的领导作用，实施党委领导下的院长负责制，健全医院党委与行政领导班子议事决策制度。

【概述】

切实加强党对公立医院的领导，是健全现代医院管理制度，推动实施健康中国战略的举措。公立医院应当在章程中明确党委职责，凡属重大问题都要按照集体领导、民主集中、

个别酝酿、会议决定的原则，由党委集体讨论，作出决定，并按照分工抓好组织实施，支持院长依法依规独立负责地行使职权。院长在医院党委领导下，全面负责医院医疗、教学、科研、行政管理工作。

3.1.138.1在章程中明确党委职责，充分发挥医院党委的领导作用。

3.1.138.2实施党委领导下的院长负责制。

3.1.138.3健全医院党委与行政领导班子议事决策制度。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈。

（一百三十九）医院管理组织机构设置合理，根据法律法规、规章规范以及相关标准，结合本院实际，制定各项规章制度和岗位职责，并及时修订完善。各级管理人员按分工履行职责，建立部门、科室间沟通与协调机制。各部门和科室命名规范。

【概述】

医院应当根据其功能、任务，设置合理的管理机构，满足管理工作需要，部门职能、职责划分明确，根据法律法规、规章规范以及相关标准，结合本院实际，制定并动态完善各项规章制度，理清员工在落实制度时的职责。各级管理人员按分工履职，部门、科室之间有连贯的、畅通的沟通和协调机制。各部门和科室命名符合相关要求。

【细则】

3.1.139.1根据其功能、任务，设置合理的管理机构，部门职能、职责划分明确。

3.1.139.2各级管理人员按分工履行职责，建立部门、科室间沟通与协调机制，履行协调职能，提高工作效率。

3.1.139.3根据法律法规、规章规范以及相关标准，结合本院实际，制定各项规章制度，并及时修订完善。

3.1.139.4各部门和科室命名规范，与医院文件一致。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（一百四十）医院建立全员学习机制，强化学习文化。定期对员工进行政策法规、管理能力、专业技能和质量安全培训与教育。

【概述】

树立全员学习、终身学习理念，鼓励员工通过多种形式和渠道参与终身学习，积极推动学习型医院建设，将终身学习作为医院文化建设的重要组成部分。健全医院培训制度，定期对员工进行政策法规、管理能力、专业技能和质量安全培训与教育。

【细则】

3.1.140.1医院建立全员学习机制，强化学习文化。

3.1.140.2定期对员工进行政策法规、管理能力培训与教育，有考核机制，员工知晓。

3.1.140.3定期对员工进行专业技能、质量安全培训与教育。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

（一百四十一）加强院务公开管理。按照国家有关规定向社会及员工公开信息。

【概述】

院务公开是构建和谐医患关系、促进医院科学管理和解决群众就医热点难点问题的一项重要措施。医院应当按照国家有关规定加强院务公开管理，落实职工群众知情权、参与权、表达权、监督权。

【细则】

3.1.141.1加强院务公开管理，有指定部门、工作制度与程序。

3.1.141.2按照国家有关规定向社会及员工公开信息。有多种途径征求和收集职工对公开信息具体内容的意见与建议，体现尊重员工知情权，保障员工民主权利。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（一百四十二）对对外委托服务项目质量与安全实施监督管理。

【概述】

对外委托服务是医院根据自身条件和发展方向，将有限的资源关注于医院重点发展方向，对一些非医疗专业性的工作实施外包，从而节约相关资源的服务。医院应当对外包服务商的能力，服务质量有全面的评估，同时对与本院医疗服务有连续性关联的委托项目有严格的质量监控措施。

【细则】

3.1.142.1对对外委托服务项目质量与安全实施监督管理，有主管部门与专人负责对外委托服务项目管理，制订项目的遴选、管理等相关制度和办法，有项目评估和监督考核机制。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

二、人力资源管理

（一百四十三）建立健全以聘用制度和岗位管理制度为主要内容的人力资源管理制度。医院人力资源配备应当满足医院功能任务和质量安全管理工作需要。

【概述】

人力资源管理是医院管理的重要内容，管好人才，在于定岗科学，职责明确，充分发挥人的主观能动性，让员工能

够在医院发展的同时，感受到个人的能力成长，同时医院的人力资源配备应当满足医院功能任务和质量安全管理工作需要。

【细则】

3.2.143.1建立健全以聘用制度和岗位管理制度为主要内容的人力资源管理制度，设置人力资源管理部门。

3.2.143.2人力资源配备应当满足医院功能任务和质量安全管理工作需要。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（一百四十四）有公平透明的卫生专业技术人员资质的认定、聘用、考核、评价管理体系，建立专业技术人员档案。

【概述】

卫生专业技术人员资质的认定、聘用、考核、评价管理体系应当以公开透明为基本原则。医院采用科学的评估机制，为专业技术人员建立档案。

【细则】

3.2.144.1有公平透明的卫生专业技术人员资质的认定、聘用、考核、评价管理体系。

3.2.144.2建立专业技术人员档案，包括但不限于经审核的执业注册证、文凭、学位、教育和培训等资料复印件。

3.2.144.3根据岗位职责、技术能力等定期实施聘用、授权和再授权管理。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（一百四十五）贯彻落实《公立医院领导人员管理暂行办法》，加强和改进公立医院领导人员管理，推行公立医院行政领导人员职业化培训。

【概述】

公立医院应当加强行政领导人员的职业化培训，建设一支高素质领导人员队伍。

【细则】

3.2.145.1贯彻落实《公立医院领导人员管理暂行办法》

3.2.145.2加强公立医院行政领导人员职业化培训。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈。

（一百四十六）有卫生专业技术人员岗前培训、住院医师规范化培训、继续医学教育、梯队建设和政府指令性培训任务相关管理制度并组织实施。把员工能力建设作为人力资源管理的重要组成部分，推动员工的全面发展。

【概述】

教育培训是建设一支素质能力优良的人才队伍，营造良好的人才发展环境，保障医院高质量发展的重要措施。医院

应当加强岗前培训、住院医师规范化培训、继续医学教育等教育培训工作，完成政府指令性培训任务，把员工能力建设作为人力资源管理的重要组成部分。

【细则】

3.2.146.1有卫生专业技术人员岗前培训、住院医师规范化培训、继续医学教育、梯队建设和政府指令性培训任务相关管理制度并组织实施。

3.2.146.2有年度实施方案，提供培训条件及专项经费支持，有完善的管理档案。

3.2.146.3把卫生专业技术人员培训质量与数量作为师资绩效考核、职称晋升、评优评先的重要内容。

3.2.146.4把员工能力建设作为人力资源管理的重要组成部分。落实“两个同等对待”要求，对经住院医师规范化培训合格的本科学历临床医师，在人员招聘、职称晋升、岗位聘用、薪酬待遇等方面，与临床医学、口腔医学、中医专业学位硕士研究生同等对待；面向社会招收的普通高校应届毕业生培训对象培训合格当年在医疗卫生机构就业的，在招聘、派遣、落户等方面，按当年应届毕业生同等对待。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈。

（一百四十七）贯彻与执行《中华人民共和国劳动法》等国家法律、法规的要求，建立与完善职业安全防护相关措

施、应急预案、处理与改进的制度，上岗前有职业安全防护教育。

【概述】

员工安全是医院发展的基础，保障员工安全是医院的基本义务。医院应当梳理可能发生职业危险的场所、过程，通过员工培训，配置相应的设备设施防范职业工作对员工的伤害，制定相应的应急预案。

【细则】

3.2.147.1按照《中华人民共和国劳动法》《中华人民共和国职业病防治法》等国家法律、法规的要求，建立与完善职业安全防护相关制度与措施、职业暴露处理应急预案等，职工上岗前进行职业安全防护教育。

3.2.147.2上岗前有职业安全防护教育，有培训和考核制度。

3.2.147.3医院设置或指定职业卫生管理机构或组织，配备专职或兼职人员，负责本单位的职业病防治工作。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

（一百四十八）关注员工身体和心理健康，保障员工合法健康权益。

【概述】

医院应当积极关心员工的身体和心理健康状态，及时开展对员工身体和心理健康的评估，落实保障员工健康权益的措施。

【细则】

3.2.148.1关注员工身体和心理健康。

3.2.148.2保障员工合法健康权益。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（一百四十九）医院应当将科室医疗质量管理情况作为科室负责人综合目标考核以及聘任、晋升、评先评优的重要指标，将科室和医务人员医疗质量管理情况作为医师定期考核、晋升的重要依据。

【概述】

落实院科两级管理，制定科室目标责任状，根据医院、科室发展要求和科室现状，对科室医疗质量管理提出量化的具体要求，并作为科室主任聘任、晋升、评先评优的重要指标，同时作为医师定期考核晋升的重要依据。

【细则】

3.2.149.1将科室医疗质量管理情况作为科室负责人综合目标考核以及聘任、晋升、评先评优的重要指标。

3.2.149.2将科室和医务人员医疗质量管理情况作为医师定期考核、晋升的重要依据。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

三、财务和价格管理

（一百五十）执行《中华人民共和国会计法》《政府会计制度》《医院财务制度》等相关法律法规，财务机构设置合理、财务管理制度健全，人员配置合理，岗位职责明确，会计核算规范，三级公立医院实行总会计师制度。

【概述】

医院财务管理是医院业务管理的重要组成部分，涉及到医院的各个业务环节，加强医院财务管理对促进医院健康发展具有重要作用。

【细则】

3.3.150.1执行《中华人民共和国会计法》《政府会计制度》《医院财务制度》等相关法律法规，财务机构设置合理、财务管理制度健全，会计核算规范。

3.3.150.2人员配置合理，岗位职责明确。

3.3.150.3三级公立医院实行总会计师制度。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

（一百五十一）按照《中华人民共和国预算法》和相关预算管理规定编制和执行预算，加强预算管理、监督和绩效考评。

【概述】

建立健全全面预算管理是现代医院管理制度的重要组成部分，预算管理有助于规范公立医院经济运行，提高资金使用和资源利用效率，医院应当规范编制预算，落实预算相关工作，加强预算管理、监督和绩效考评。

【细则】

3.3.151.1按照《中华人民共和国预算法》和相关预算管理的规定编制和执行预算，加强预算管理、监督和绩效考评。

3.3.151.2建立健全预算管理制度，包括预算编制、审批、执行、调整、决算、分析和考核等制度。

3.3.151.3实行全面预算管理，医院所有经济活动全部纳入预算管理。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（一百五十二）实行全成本核算管理，控制运行成本和医院债务规模，降低财务风险，优化投入产出比，提高医疗资源利用效率。

【概述】

全成本核算管理通过细分的项目来分析收支，不仅能够帮助单个医院找到成本控制点、优化资源配置，也有助于分析亏损原因，为财政补偿提供依据，降低财务风险，提高医疗资源利用效率。

【细则】

3.3.152.1 实行全成本核算管理，控制运行成本，优化投入产出比，提高医疗资源利用效率。

3.3.152.2 控制医院债务规模，降低财务风险。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（一百五十三）落实《医疗机构内部价格行为管理规定》，全面落实医疗服务价格公示制度，提高收费透明度；完善医药收费复核制度；确保医药价格管理系统信息准确；规范新增医疗服务价格项目内部审核流程和申报程序。

【概述】

加强医院内部价格行为管理，有助于促进卫生健康事业改革和发展，维护患者与医院的合法权益，医院的医疗服务价格遵循相关规定并向社会公开，确保价格信息准确，新增医疗服务价格项目有规范的管理流程。

【细则】

3.3.153.1 确保医院内部价格管理部门建设和人员配备达到管理规定要求。

3.3.153.2 全面落实医疗服务价格公示制度，提高收费透明度。

3.3.153.3 完善医疗服务价格自查制度，做好自查抽检记录，及时纠正不规范收费行为。

3.3.153.4确保医药价格管理系统信息准确。

3.3.153.5规范新增医疗服务价格项目内部审核流程和申报程序。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

（一百五十四）执行《中华人民共和国政府采购法》《中华人民共和国招标投标法》及政府采购相关规定，建立药品、耗材、设备、基建、货物、服务等采购制度和流程，加强集中采购管理。

【概述】

医院的货物、服务和工程等采购行为，应当遵守相关法律规定，集中采购有规范的流程。

【细则】

3.3.154.1执行《中华人民共和国政府采购法》《中华人民共和国招标投标法》及政府采购相关规定，建立药品、耗材、设备、基建、货物、工程、服务等采购制度和流程。

3.3.154.2有采购管理部门和监督部门，实行采购的决策、实施和监督相分离，加强集中采购管理。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（一百五十五）医院实行同工同酬、多劳多得、优绩优酬的分配制度。以综合绩效考核为依据，突出服务质量、数

量，逐步扩大分配，提高员工待遇。个人分配不得与业务收入直接挂钩。

【概述】

建立以公益性为导向的绩效分配制度，坚持同工同酬、多劳多得、优绩优酬的分配原则，有步骤合理提高员工待遇。

【细则】

3.3.155.1医院实行同工同酬、多劳多得、优绩优酬的分配制度。

3.3.155.2以综合绩效考核为依据，突出服务质量、数量，逐步扩大分配，提高员工待遇。

3.3.155.3医务人员薪酬不得与药品、卫生材料、检查、化验等业务收入挂钩。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

四、信息管理

（一百五十六）建立以院长为核心的医院信息化建设领导小组，有负责信息管理的专职机构，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。

【概述】

信息化建设是现代医院管理不可或缺的部分。医院应当不断提升信息化建设水平，完善信息化建设管理组织架构，

根据信息化建设标准与相关规定，制定与医院发展相适应的信息化建设规划，加强各部门间的信息化协同联动。

【细则】

3.4.156.1建立以院长为核心的医院信息化建设领导小组，有负责信息管理的专职机构，承担信息化建设规划和管理的行政管理职能。

3.4.156.2建立各部门间的组织协调机制。

3.4.156.3制订信息化发展总体规划，强化顶层设计，将信息化建设发展纳入医院中长期发展规划和年度工作计划。

3.4.156.4制定信息化建设配套的相关管理制度。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（一百五十七）医院信息系统能够系统、连续、准确地采集、存储、传输、处理相关的信息，为医院管理、临床医疗和服务提供包括决策支持类的信息技术支撑，并根据国家相关规定，实现信息互联互通、交互共享。

【概述】

随着信息技术的发展及医院运行机制的转变，医院信息系统已成为现代化医院必不可少的重要基础设施与支撑环境。医院应当依托信息平台，加强信息系统标准化、规范化

建设，强化数据的协同共享，实现临床与管理系统间的互联互通。

【细则】

3.4.157.1医院信息系统能够系统、连续、准确地采集、存储、传输、处理相关信息。

3.4.157.2医院信息系统能够为医院管理、临床医疗和服务提供包括决策支持类的信息技术支撑。

3.4.157.3根据国家相关规定，实现信息互联互通、交互共享。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（一百五十八）落实《中华人民共和国网络安全法》，实施国家信息安全等级保护制度，实行信息系统按等级保护分级管理，保障网络信息安全，保护患者隐私。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。

【概述】

信息安全是医院管理和医疗质量管理的核心内容。医院应当根据相关法律法规，制定本院信息管理制度，建立和完善突发事件处置相应机制，保护患者隐私，规范信息系统运行。

【细则】

3.4.158.1落实《中华人民共和国网络安全法》，实施国家信息安全等级保护制度，实行信息系统按等级保护分级管理，保障网络信息安全，保护患者隐私。

3.4.158.2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。

3.4.158.3医院定期对信息系统开展信息网络检查，保障信息安全。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（一百五十九）根据《中华人民共和国统计法》与卫生健康行政部门规定，完成医院基本运行状况、医疗质量安全、医疗技术、诊疗信息和临床用药监测信息等相关数据报送工作，确保数据真实可靠、可追溯。

【概述】

医院应当按照有关行政部门要求，及时、准确上报相关数据，并确保数据真实可靠，上报工作有记录可追溯。

【细则】

3.4.159.1根据《中华人民共和国统计法》与卫生健康行政部门规定，完成医院基本运行状况、医疗质量安全、医疗技术、诊疗信息和临床用药监测信息等相关数据报送工作。

3.4.159.2有内部数据核查制度，确保数据真实可靠、可追溯。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。

五、医学装备管理

（一百六十）根据国家法律法规及相关规定，建立和完善医学装备管理组织架构，人员配置合理，制定常规与大型医学装备配置方案。

【概述】

规范和加强医疗卫生机构医学装备管理，有助于促进医学装备合理配置、安全与有效利用，充分发挥使用效益，保障医疗卫生事业健康发展。

【细则】

3.5.160.1根据国家法律法规及相关规定，建立和完善医学装备管理组织架构，人员配置合理。

3.5.160.2制定常规与大型医学装备配置方案。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（一百六十一）根据医院功能定位和发展规划，有大型医用设备使用、功能开发、社会效益、成本效益等分析评价。

【概述】

大型医用设备配置需符合区域卫生规划原则，充分兼顾技术的先进性、适宜性和可及性，实现区域卫生资源共享，不断提高设备使用率。

【细则】

3.5.161.1根据医院功能定位和发展规划，鼓励与规范大型医用设备使用、功能开发。

3.5.161.2开展大型医用设备的社会效益、成本效益等分析评价。

3.5.161.3配置大型医用设备应当符合国务院卫生健康主管部门制定的大型医用设备配置规划，与功能定位、临床服务需求相适应，具有相应的技术条件、配套设施和具备相应资质、能力的专业技术人员，并经省级以上卫生健康主管部门批准，取得大型医用设备配置许可证。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。

（一百六十二）加强医学装备安全管理，有明确的医疗器械临床使用安全控制与风险管理工作制度与流程。建立医疗器械临床使用安全事件监测与报告机制。

【概述】

医院应当建立医疗器械临床使用风险管理制度，实行使用安全监测与报告制度，对大型医疗器械以及植入和介入类

医疗器械开展临床使用评价，对存在安全隐患的医疗器械立即停止使用，直至隐患消除。

【细则】

3.5.162.1加强医学装备安全管理，有明确的医疗器械临床使用安全控制与风险管理工作制度与流程。

3.5.162.2建立医疗器械临床使用安全事件监测与报告机制。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

（一百六十三）加强医疗仪器设备管理和使用人员的培训，为医疗器械临床合理使用提供技术支持与咨询服务。

【概述】

医院应当组织开展医疗器械管理法律、法规、规章和合理使用相关制度、规范的业务知识培训，宣传医疗器械临床使用安全知识，指导临床合理使用，并提供咨询与指导。

【细则】

3.5.163.1加强医疗仪器设备管理和使用人员的培训，有考核。

3.5.163.2为医疗器械临床合理使用提供技术支持与咨询服务。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

（一百六十四）建立保障医学装备处于完好状态的制度与规范，对用于急救、生命支持系统仪器装备要始终保持在待用状态，建立全院应急调配机制。

【概述】

医院应当制订与其规模、功能相匹配的生命支持医疗器械和相关重要医疗器械核查制度，保障医学装备处于完好状态，并对急救的医疗器械建立全院应急调配机制，保证临床急救工作正常开展。

【细则】

3.5.164.1建立保障医学装备处于完好状态的制度与规范。

3.5.164.2急救、生命支持系统仪器装备应当始终保持在待用状态。

3.5.164.3建立全院应急调配机制。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

（一百六十五）依据国家相关规定，加强对医用耗材的溯源、不良事件监测与报告的管理。

【概述】

医院应当按照有关法律法规、规范、标准要求，使用经批准的药品、医疗器械、耗材开展诊疗活动，并建立不良事件监测报告制度，按照国家有关规定，及时向相关部门报告。

【细则】

3.5.165.1依据国家相关规定，加强对医用耗材的溯源管理。

3.5.165.2医用耗材不良事件监测与报告工作机制健全，流程规范，报告质量和数量符合相关规定。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。

（一百六十六）医学装备部门与使用部门共同管理医学装备，医学装备部门建立质量安全小组，使用部门将医学装备纳入科室管理。

【概述】

医学装备管理实行机构领导、医学装备管理部门和使用部门三级管理制度，成立医学装备管理委员会。医学装备使用部门设专职或兼职管理人员，在医学装备管理部门的指导下，具体负责本部门的医学装备日常管理工作。

【细则】

3.5.166.1建立医学装备部门与使用部门共同管理医学装备的机制。

3.5.166.2医学装备部门建立质量安全小组。

3.5.166.3医学装备使用部门将医学装备纳入科室管理。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

六、后勤保障管理

（一百六十七）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“以患者为中心”，满足医疗服务流程需要，注重员工合理需求。

【概述】

后勤保障管理组织应当全面、系统、连续对后勤各项工作开展管理和监督落实，从满足医疗服务流程需要来设计、规划、实施和评价后勤保障工作，重视员工合理需求。

【细则】

3.6.167.1有后勤保障管理组织、规章制度与人员岗位职责。

3.6.167.2后勤保障服务能够坚持“以患者为中心”，满足医疗服务流程需要。

3.6.167.3对员工的合理需求，应当尽力予以满足。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（一百六十八）后勤专业人员及特种设备操作人员持证上岗，按技术操作规程工作。

【概述】

根据法律法规要求，对后勤专业人员开展必要安全教育和技能培训。特种设备操作人员必须持证上岗，严格按照技术规范开展工作。

【细则】

3.6.168.1 后勤专业人员及特种设备操作人员持证上岗。

3.6.168.2 按技术规范开展工作。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

（一百六十九）控制与降低能源消耗，水、电、气、物资供应等后勤保障满足医院运行需要。

【概述】

加强水、电、气、热、物资供应等后勤管理，优化服务流程，规范管理机制，强化能耗管控，满足医院运行需要。

【细则】

3.6.169.1 控制与降低能源消耗。

3.6.169.2 水、电、气、物资供应等后勤保障满足医院运行需要。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。

（一百七十）为员工提供膳食服务，保障饮食卫生安全。

【概述】

食品安全是医院后勤管理的重点，保障患者和员工身体健康，是维护医院运行的关键前提。后勤管理部门应当按照国家食品卫生要求，切实履行相应职责。

【细则】

3.6.170.1为员工提供膳食服务。

3.6.170.2保障饮食卫生安全。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（一百七十一）医疗废物、废液管理符合医院感染管理要求。污水管理和处置符合规定。

【概述】

有健全的医疗废物、废液管理制度及应急预案。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。使用后未被污染的一次性塑料（玻璃）输液瓶（袋）的回收与处置符合要求。

【细则】

3.6.171.1医疗废物、废液管理符合医院感染管理要求。

3.6.171.2污水管理和处置符合规定。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。

（一百七十二）医院消防系统、特种设备、危险品管理符合国家相关法律法规和标准。

【概述】

医院应当根据相关法律法规，加强安全防范系统建设，提高安全防范能力，配置必要防护装备，健全制度，严格管理。

【细则】

3.6.172.1 医院消防系统管理符合国家相关法律法规和标准。

3.6.172.2 医院特种设备管理符合国家相关法律法规和标准。

3.6.172.3 医院危险品管理符合国家相关法律法规和标准。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、员工操作、现场检查。

（一百七十三）为患者提供清洁、温馨、舒适的医院环境，符合爱国卫生运动相关要求，美化、硬化、绿化达到医院环境标准要求。

【概述】

良好的医院环境不但能够保障医疗秩序，促进患者康复，而且能够更好地体现“以人为本”医院文化。医院应当为患者提供清洁、温馨、舒适的就医环境，符合爱国卫生运动等相关要求。

【细则】

3.6.173.1 深入开展爱国卫生运动，落实好医院病媒生物防制、健康宣传、厕所环境整洁、无烟医院建设等各项重点任务，为患者提供清洁、温馨、舒适的医院环境。

3.6.173.2 美化、硬化、绿化达到医院环境标准要求。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、患者访谈。

七、应急管理

（一百七十四）成立医院应急工作领导小组，建立医院应急指挥系统，落实责任，建立并不断完善医院应急管理的机制。

【概述】

应急管理是医院应对可能出现危险灾害的专项工作，包括突发应急事件的事前预防、事发应对、事中处置和善后恢复过程。应急工作充分的准备、快捷的反应、专业的水平和妥善的处置直接关系到人民的生命健康，医院应当建立必要的应对机制，采取一系列必要措施，应用科学、技术、规划与管理等手段，提高医院应急能力，保障公众生命、健康和财产安全。

【细则】

3.7.174.1成立医院应急工作领导小组，建立医院应急指挥系统。

3.7.174.2落实责任，建立并不断完善医院应急管理的机制。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

(一百七十五) 明确医院需要应对的主要突发事件策略，制定和完善各类应急预案，提高快速反应能力。

【概述】

医院根据可能出现的突发事件和既往发生的事件，制定完善各类应急预案，并将突发事件预防纳入日常工作管理中。

【细则】

3.7.175.1明确医院需要应对的主要突发事件策略。

3.7.175.2制定和完善各类应急预案，提高快速反应能力。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

(一百七十六) 开展应急培训和演练，提高各级、各类人员的应急素质和医院的整体应急能力。

【概述】

医院应当通过定期培训和演练，提高各级、各类人员的应急素质和医院的整体应急能力。同时，演练也有助于考察预案的连续性、落地性，帮助医院持续改进预案内容。

【细则】

3.7.176.1有对各级、各类人员进行应急培训和演练计划并落实。

3.7.176.2有考核，员工知晓，提高各级、各类人员的应急素质和医院的整体应急能力。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

（一百七十七）合理进行应急物资和设备的储备。

【概述】

医院应当制订应急物资和设备储备计划，有适量应急物资储备，有对应应急物资设备短缺的紧急供应渠道。

【细则】

3.7.177.1合理进行应急物资和设备的储备。

3.7.177.2有对应应急物资设备短缺的紧急供应渠道。

【评审方法建议】

记录查看、员工访谈、现场检查。

八、科研教学与图书管理

（一百七十八）有鼓励全员参与科研工作的制度和办法，促进科研成果转移转化，并提供适当的经费、条件、设施和人员支持。

【概述】

科研水平是衡量医院核心竞争力和未来发展能力的重要参考指标，在医院发展过程中起着举足轻重的作用。医院应当建立鼓励全员参与科研工作的制度和办法，并在资源投入上予以实际支持。

【细则】

3.8.178.1有鼓励全员参与科研工作的制度和办法。

3.8.178.2有促进科研成果转移转化的制度和激励措施。

3.8.178.3提供适当的经费、条件、设施和人员支持科研工作。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。

（一百七十九）开展药物、医疗器械临床试验应当符合《药物临床试验质量管理规范》《医疗器械临床试验质量管理规范》；开展研究者发起的临床研究符合《医疗卫生机构开展临床研究项目管理办法》《医疗卫生机构开展研究者发起的临床研究管理办法（试行）》等相关规定。

【概述】

开展药物、医疗器械临床试验以及研究者发起的临床研究，应当充分考虑受试者权益保护，加强对相关试验产品以及干预手段的管理，保证研究方案科学、符合伦理，研究过程规范，结果真实、科学和可追溯。

【细则】

3.8.179.1开展药物临床试验应当符合《药物临床试验质量管理规范》的相关规定。

3.8.179.2开展医疗器械临床试验应当符合《医疗器械临床试验质量管理规范》的相关规定。

3.8.179.3开展研究者发起的临床研究应符合《医疗卫生机构开展临床研究项目管理办法》的相关规定。其中，纳

入医疗卫生机构临床研究规范管理试点省份的医疗卫生机构，应当符合《医疗卫生机构开展研究者发起的临床研究管理办法（试行）》的相关规定。

3.8.179.4开展的临床试验及临床研究应按要求在国家医学研究登记备案信息系统及时进行备案。

【评审方法建议】文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（一百八十）开展涉及人的生物医学研究应经伦理委员会审查。伦理委员会的人员组成、日常管理和审查工作应符合《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》规定。

【概述】医院应当设立伦理委员会，并采取有效措施保障伦理委员会独立开展伦理审查工作，所有涉及人的生物医学研究必须通过伦理委员会审查。伦理委员会应当建立伦理审查工作制度或者操作规程，人员组成、日常管理和审查工作应当符合《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》规定，保证伦理审查过程独立、客观、公正。

【细则】

3.8.180.1开展涉及人的生物医学研究应当经伦理委员会审查。

3.8.180.2医院应设有完善的伦理审查工作制度或操作规程。

3.8.180.3 伦理委员会的人员组成、日常管理和审查工作应当符合《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》规定。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈。

（一百八十一）承担临床医学教育任务的医院师资、教学管理干部、设备、设施等资源配置符合有关教育教学标准要求，并取得相应资质认可。

【概述】

医学教育是卫生健康事业发展的重要基石。承担临床医学教育任务的医院应当重视教学师资的培训，形成专门的管理体系，投入适宜的设备、设施资源，符合教育教学标准要求，并取得相应资质认可。

【细则】

3.8.181.1 承担临床医学教育任务的医院师资、教学管理干部取得相应资质认可并符合有关教育教学标准要求。

3.8.181.2 设备、设施等资源配置符合有关教育教学标准要求。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（一百八十二）根据临床、教学、科研和管理的需要，有计划、有重点地收集国内外各种医学及相关学科的图书和

文献，开展多层次多种方式的读者服务工作，提高信息资源的利用率。

【概述】

医学及相关学科的图书和文献是临床、教学、科研和管理的重要参考资料，医院图书馆应当有计划、有重点地收集、存贮、加工、传递医学文献信息，承担医学信息的支持、保障和引导功能，通过对临床医学知识信息资源进行加工、整理，开展多层次多种方式的读者服务工作，提高信息资源的利用率。

【细则】

3.8.182.1根据临床、教学、科研和管理的需要，有计划、有重点地收集国内外各种医学及相关学科的图书和文献。

3.8.182.2开展多层次多种方式的读者服务工作，提高信息资源的利用率。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（一百八十三）按照规范开展住院医师等规范化培训工作。

【概述】

临床住院医师规范化培训是培养临床实用医学人才，提高临床医疗工作水平的重要措施之一，也是完善毕业后医学教育制度的重要组成部分。其目的是为各级医疗机构培养具

有良好的职业道德、扎实的医学理论知识和临床技能，能独立、规范地承担本专业常见多发疾病诊疗工作的临床医师。最终实现我国医师培养的标准化、规范化、同质化。

【细则】

3.8.183.1有住院医师规范化培训基地资质，有专职人员负责培训工作。

3.8.183.2有规范化培训和县级医院骨干医师培训相关管理制度措施，培训方案，课程设计、培训内容、考核等符合相关要求。

3.8.183.3对规范化培训等项目提供所需的经费、师资、设备设施等资源保障。

3.8.183.4有承担住院医师和护士等规范化培训档案（如学科、数量）管理等相关资料。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈。

九、行风与文化建设管理

（一百八十四）医院应当加强医务人员职业道德教育，弘扬社会主义核心价值观和新时代医疗卫生职业精神，坚持“以患者为中心”，尊重患者权利，履行防病治病、救死扶伤、保护人民健康的神圣职责。

【概述】

医务人员的职业道德，是医务人员应当具备的职业品质和行为规范。医院应当深入开展医务人员职业道德、法制纪律教育，切实提高医务人员医德医风水平，弘扬社会主义核心价值观和新时代医疗卫生职业精神，坚持“以患者为中心”，尊重患者权利，履行防病治病、救死扶伤、保护人民健康的神圣职责。

【细则】

3.9.184.1 医院应当加强医务人员职业道德教育。

3.9.184.2 弘扬社会主义核心价值观和新时代医疗卫生职业精神，在医院工作中予以体现。

3.9.184.3 坚持“以患者为中心”，尊重患者权利，履行防病治病、救死扶伤、保护人民健康的神圣职责。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、患者访谈。

（一百八十五）重视医院文化建设，建立医院文化建设制度，把医院文化培育成核心竞争力，逐步建立以患者为中心、注重医疗质量安全根植于医院服务理念的特色价值取向和行为标准。

【概述】

医院文化是医院生存和发展的内在推动力，是提高医院核心竞争力的动力源泉。优秀的医院文化能够凝聚人心、促进创新，提高医院的服务质量和效率，推动医院可持续

发展，从而提升医院员工和人民群众的获得感。医院应当将医院文化建设以愿景、使命和价值观为核心，延伸至医院的发展战略和长远目标，贯穿于医疗服务、队伍建设、学科建设、制度建设、学术研究、党建群团工作、安全生产、品牌形象、健康宣教等方面。

【细则】

3.9.185.1重视医院文化建设，建立医院文化建设制度，把医院文化培育成核心竞争力。

3.9.185.2逐步建立以患者为中心、注重医疗质量安全根植于医院服务理念的特色价值取向和行为标准。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈。

（一百八十六）执行《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见（试行）》，落实《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》，建立行风建设与管理的组织和制度体系，完善工作机制。

【概述】

行风建设关系到医疗行业面貌，关系到医疗服务水平和服务质量，同时也关系到广大人民群众基本健康权益。医院应当建立并完善行风建设与管理的制度体系和工作机制，加强医德医风建设，提高医务人员职业道德素质和医疗服务水平，建立对医务人员规范有效的激励和约束机制。

【细则】

3.9.186.1贯彻执行《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见（试行）》和《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》。

3.9.186.2建立行风建设与管理的组织和制度体系，完善工作机制。

【评审方法建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈。