

三级医院评审标准（2020年版） 甘肃省实施细则

目 录

一、细则说明

第一部分 前置要求	(1)
第二部分 医疗服务能力与质量安全监测数据	
一、分值	(1)
二、指标说明	(2)
三、数据采集原则	(2)
四、数据说明	(3)
五、评分规则	(3)
六、数据核查原则	(4)
七、数据核查准备	(4)
第三部分 现场检查	
一、分值	(5)
二、评审方法	(5)
三、评审结果判定原则	(6)

二、实施细则

第一部分 前置要求	
一、依法设置与执业	(7)
二、公益性责任和行风诚信	(9)
三、安全管理与重大事件	(9)
第二部分 医疗服务能力与质量安全监测数据	
第一章 资源配置与运行数据指标	
一、床位配置	(10)
二、卫生技术人员配备	(12)
三、相关科室资源配置	(12)

四、运行指标.....	(19)
五、科研指标.....	(22)
第二章 医疗服务能力与医院质量安全指标	
一、医疗服务能力.....	(24)
二、医疗质量指标.....	(27)
三、医疗安全指标(年度获得性指标).....	(35)
第三章 重点专业质量控制指标	
一、麻醉专业医疗质量控制指标.....	(50)
二、重症医学专业医疗质量控制指标.....	(56)
三、急诊专业医疗质量控制指标.....	(63)
四、临床检验专业医疗质量控制指标.....	(68)
五、病理专业医疗质量控制指标.....	(74)
六、医院感染管理医疗质量控制指标.....	(81)
七、临床用血质量控制指标.....	(87)
八、呼吸内科专业医疗质量控制指标.....	(91)
九、产科专业医疗质量控制指标.....	(98)
十、神经系统疾病医疗质量控制指标.....	(101)
十一、肾病专业医疗质量控制指标.....	(120)
十二、护理专业医疗质量控制指标.....	(134)
十三、药事管理专业医疗质量控制指标.....	(145)
第四章 单病种(术种)质量控制指标.....	(156)
第五章 重点医疗技术临床应用质量控制指标	
一、国家限制类医疗技术.....	(171)
二、人体器官捐献、获取与移植技术.....	(251)
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.....	(270)
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	(271)
三、促进医疗资源下沉,完成政府指令性任务.....	(273)
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	(275)
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	(276)
二、医疗质量安全核心制度	(286)
三、医疗技术临床应用管理	(306)
四、医疗安全风险防范	(318)
五、诊疗质量保障与持续改进	(323)
六、护理质量保障与持续改进	(343)
七、药事管理与临床药学服务质量保障与持续改进	(350)
八、检查检验质量保障与持续改进	(355)
九、输血管理与持续改进	(359)
十、医院感染管理与持续改进	(362)
十一、中医诊疗质量保障与持续改进	(368)
第三章 医院管理	
一、管理职责与决策执行机制	(370)
二、人力资源管理	(373)
三、财务和价格管理	(378)
四、信息管理	(382)
五、医学装备管理	(384)
六、后勤保障管理	(388)
七、应急管理	(393)
八、科研教学与图书管理	(395)
九、行风与文化建设管理	(399)

三级医院评审标准（2020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）医院在提交评审材料前，应向各市州卫生健康委提出前置要求情况审核的申请，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要求的情况，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74节，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100分，共300分；第三章重点专业质量控制指标包含13个重点专业，每个专业5分，共65分；第四章单病种

(术种)质量控制指标和第五章重点医疗技术临床应用质量控制指标共 85 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:

规模类和配比类,中位数和最后一年的数据必须达标。

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、数据说明

（一）医院评审所需数据主要来源

1. 卫生资源统计年报及相关报表
2. 国家医疗质量管理与控制信息网（NCIS）
3. 全国医院质量监测系统（HQMS）
4. 国家公立医院绩效考核管理平台
5. 国家单病种质量监测平台
6. 国家医疗机构、医师、护士电子化注册系统
7. 中国人体器官分配与共享计算机系统（COTRS）
8. 各器官移植专业质控中心相关系统（肝脏移植登记注册系统、肾脏移植登记注册系统、心脏移植登记注册系统、肺脏移植登记注册系统）
9. 甘肃省相关信息系统
10. 暂不能通过信息化方式直接采集的指标由医疗机构在甘肃省医院等级评审管理系统中进行填报。

（二）疾病、手术名称与编码

标准中引用的疾病名称与 ICD-10 编码采用国家卫生健康委发布的《疾病分类代码国家临床版 2.0》（国卫办医函〔2019〕371号）。手术名称与 ICD-9-CM-3 编码采用国家卫生健康委发布的《手术操作分类代码国家临床版 3.0》（国卫办医函〔2019〕371号）。

五、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。

六、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

七、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。共设三章 24 节 184 条，527 款评分细则。

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

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。

三、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》，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。

(七) 综合医院未设置传染病区或传染病区不符合要求的。

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：

- (1) 甘肃省卫生健康统计信息网络直报系统
- (2) 国家公立医院绩效管理平台
- (3) 国家医疗质量管理与控制信息网（NCIS）
- (4) 医院填报

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) 平均床位使用率

【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】

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

【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）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】

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

【指标导向】监测达标

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】

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

【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】

$$\frac{\text{固定急诊护士人数占急诊在岗护士人数的比例}}{\text{医院注册的固定在急诊的在岗护士数}} \times 100\%$$

【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】

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

【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

（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】

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

【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】

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

【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】

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

【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】 感染性疾病科开放床位数占同期医院开放床位数的比例。

【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

四、运行指标

（一）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

（二）收支结构情况

1. 医疗服务收入（不含药品、耗材、检查检验收入）占医疗收入比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】年度医疗服务收入（不包含药品、耗材、检查检验收入）占医疗收入的比例。

【计算方法】

$$\text{医疗服务收入（不含药品、耗材、检查检验收入）占医疗收入比例} = \frac{\text{医疗服务收入}}{\text{医疗收入}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

2. 收支结余（医疗盈余率）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】“收支结余”以“医疗盈余率”表述，即医院医疗盈余占医疗活动收入的比例。

【计算方法】

$$\text{医疗盈余率} = \frac{\text{医疗盈余}}{\text{医疗活动收入}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

3. 资产负债率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】年度医院负债合计与资产合计的比值。

【计算方法】

$$\text{资产负债率} = \frac{\text{负债合计}}{\text{资产合计}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

（三）费用控制情况

1. 门诊次均费用增幅

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 年度门诊患者次均医药费用与上一年度次均医药费用之差与上一年度次均医药费用的比值。

【计算方法】

$$\text{门诊次均费用增幅} = \frac{(\text{本年度门诊患者次均医药费用}) - (\text{上一年度门诊患者次均医药费用})}{\text{上一年度门诊患者次均医药费用}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

2. 门诊次均药品费用增幅

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 年度门诊患者次均药品费用与上一年度次均药品费用之差与上一年度次均药品费用的比值。

【计算方法】

$$\text{门诊次均药品费用增幅} = \frac{(\text{本年度门诊患者次均药品费用}) - (\text{上一年度门诊患者次均药品费用})}{\text{上一年度门诊患者次均药品费用}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

3. 住院次均费用增幅

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 年度出院患者次均医药费用与上一年度出院患者次均医药费用之差与上一年度出院患者次均医药费用的比值。

【计算方法】

$$\text{住院次均费用增幅} = \frac{(\text{本年度出院患者次均医药费用}) - (\text{上一年度出院患者次均医药费用})}{\text{上一年度出院患者次均医药费用}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

4. 住院次均药品费用增幅

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 年度住院患者次均药品费用与上一年度次均药品费用之差与上一年度次均药品费用的比值。

【计算方法】

$$\text{住院次均药品费用增幅} = \frac{(\text{本年度出院患者次均药品费用}) - (\text{上一年度出院患者次均药品费用})}{\text{上一年度出院患者次均药品费用}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

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】

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

【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) 国家公立医院绩效管理平台
- (4) 甘肃省卫生健康统计信息网络直报系统
- (5) 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 时间消耗指数

【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 费用消耗指数

【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

(七) 出院人次数

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 人次

【指标定义】 出院患者人次数。

【计算方法】 年度出院患者人次数。

【指标导向】 监测比较

(八) 出院患者手术比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 年度出院患者实施手术治疗台次数占同期出院患者总人次数的比例。

【计算方法】

$$\text{出院患者手术比例} = \frac{\text{出院患者手术台次数}}{\text{同期出院患者总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

(九) 出院患者微创手术占比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 出院患者实施微创手术台次数占同期出院患

者手术台次数的比例。

【计算方法】

$$\text{出院患者微创手术占比} = \frac{\text{出院患者微创手术台次数}}{\text{同期出院患者手术台次数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

(十) 出院患者四级手术占比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 年度出院患者实施四级手术台次数占同期出院患者手术台次数的比例。

【计算方法】

$$\text{出院患者四级手术比例} = \frac{\text{出院患者四级手术台次数}}{\text{同期出院患者手术台次数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

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更新)

1. 急性ST段抬高型心肌梗死再灌注治疗率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 发病12小时内的急性STEMI患者给予经皮冠状动脉介入治疗(PCI)或静脉溶栓治疗,首选PCI治疗的患者数占发病12小时内的STEMI患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{急性ST段抬高型心肌梗死再灌注治疗率} = \frac{\text{发病12小时内给予静脉溶栓或PCI的STEMI患者数}}{\text{同期发病12小时内的STEMI患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

2. 急性脑梗死再灌注治疗率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】发病6小时内接受静脉溶栓治疗和（或）血管内治疗的急性脑梗死患者占同期发病6小时内的急性脑梗死患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{急性脑梗死再灌注治疗率} = \frac{\text{发病6小时内静脉溶栓和/或血管内治疗的急性脑梗死患者数}}{\text{同期发病6小时内的急性脑梗死患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

3. 肿瘤治疗前临床TNM分期评估率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】肿瘤治疗前开展临床TNM分期评估病例数占同期住院肿瘤患者人次的比例（重点关注肺癌、胃癌、肝癌、结直肠癌、乳腺癌5个病种）。

【计算方法】

$$\text{肿瘤治疗前临床TNM分期评估率} = \frac{\text{住院患者肿瘤患者治疗前完成临床TNM分期评估例数}}{\text{同期住院肿瘤患者人次}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

4. 住院患者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】住院患者使用抗菌药物治疗前病原学送检病例数占同期使用抗菌药物治疗病例总数的比例。检验项目包括：细菌培养、真菌培养；降钙素原检测、白介素-6检测、真菌 1-3-β-D 葡聚糖检测 (G试验) 等。

【计算方法】

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

【指标导向】 逐步提高

5. 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】接受 VTE 风险评估的出院患者人次与同期出院患者人次的比例；实施 VTE 规范预防措施的出院患者人次与同期 VTE 风险评估为高危和/或中危出院患者人次的比例。

【计算方法】

$$\text{VTE 风险评估率} = \frac{\text{接受 VTE 风险评估的出院患者人次}}{\text{同期出院患者人次}} \times 100\%$$

$$\text{采取 VTE 恰当预防措施比率} = \frac{\text{实施 VTE 规范预防措施的出院患者人次}}{\text{同期 VTE 风险评估为高危和/或中危出院患者人次}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

6. 病案首页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】 住院病案首页中主要诊断编码正确的病案数占检查出院病案总数的比例；病案首页中主要诊断选择正确的病历数占检查出院病案总数的比例。

【计算方法】

$$\text{病案首页主要诊断编码正确率} = \frac{\text{病案首页中主要诊断编码正确的病历数}}{\text{检查出院病案总数}} \times 100\%$$

$$\text{病案首页主要诊断选择正确率} = \frac{\text{病案首页中主要诊断选择正确的病历数}}{\text{检查出院病案总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

7. 医疗质量安全不良事件报告率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 医疗质量安全不良事件报告率包括床均医疗质量安全不良事件报告率和每百名出院人次医疗质量安全不良事件报告率。

【计算方法】

$$\text{床均医疗质量安全不良事件报告率} = \frac{\text{医疗质量安全不良事件报告例数}}{\text{同期开放床位数}} \times 100\%$$

$$\text{每百名出院人次医疗质量安全不良事件报告率} = \frac{\text{医疗质量安全不良事件报告例数}}{\text{同期出院患者人次}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

8. 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出院患者总数的比例。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。同一患者使用多种静脉输注药物（含中药注射剂），记为1例。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。

【计算方法】

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

【指标导向】 监测比较

9. 血管内导管相关血流感染发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 例/千导管日

【指标定义】 使用血管内导管住院患者中新发血管内导管相关血流感染的发病频率。

【计算方法】

$$\text{血管内导管相关血流感染发生率} = \frac{\text{血管内导管相关血流感染发生例次数}}{\text{患者使用血管内导管留置总天数}} \times 1000\%$$

【指标导向】 逐步降低

10. 阴道分娩并发症发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】阴道分娩并发症发生人数占同期阴道分娩产妇总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{阴道分娩并发症发生率} = \frac{\text{阴道分娩并发症发生人数}}{\text{同期阴道分娩产妇总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

(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

（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：I26.9 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：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 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: 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】

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】

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, J98.4 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】

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

【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】

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】

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

【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：070.1,070.2,070.3,070.9,071.0 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：071.0至071.9, 072.0, 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, 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】

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

【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】

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

【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，J95.8，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: S32.4, S32.7, S32.8, S72.0 至S72.9, S73.0, S73.1 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) 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】

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

【指标导向】逐步降低

（二十八）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：T80.0，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) 国家公立医院绩效考核管理平台
- (3) 国家临床检验质控中心质控平台
- (4) 国家护理质量数据平台
- (5) 全国医院质量监测系统 (HQMS)
- (6) 甘肃省卫生健康统计信息网络直报系统
- (7) 省级以上临床检验质控中心质控平台
- (8) 甘肃省护理数据平台
- (9) 医院填报

一、麻醉专业医疗质量控制指标

(一) 麻醉科医患比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 比值 (‰)

【指标定义】

麻醉科固定在岗本院医师总数占同期麻醉科完成麻醉患者总数 (万人次) 的比例。

【计算方法】

$$\text{麻醉科医患比} = \frac{\text{麻醉科固定在岗 (本院) 医师总数}}{\text{同期麻醉科完成麻醉患者总数 (万人次)}} \times 10000‰$$

【指标导向】 监测比较

(二) 各ASA 分级麻醉患者比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

根据美国麻醉医师协会（ASA）分级标准，对于接受麻醉患者的病情危重程度进行分级。各 ASA 分级（I-VI 级）麻醉患者比例是指该ASA分级麻醉患者占同期麻醉患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{各ASA分级麻醉患者比例} = \frac{\text{该ASA分级麻醉患者数}}{\text{同期各ASA分级麻醉患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

（三）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】

麻醉开始是指麻醉医师开始给予患者麻醉药物。该指标是指麻醉开始后手术开始前手术取消的数占同期麻醉总数的比例。

【计算方法】

$$\text{麻醉开始后手术取消率} = \frac{\text{麻醉开始后手术开始前手术取消的数}}{\text{同期麻醉总数}} \times 1000\%$$

【指标导向】 逐步降低

（四）麻醉后监测治疗室（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】

指入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】

麻醉后监测治疗室（PACU）转出延迟率= $\frac{\text{入PACU超过2小时的患者数}}{\text{同期入PACU患者总数}} \times 1000\%$

【指标导向】逐步降低

（五）PACU 入室低体温率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

指PACU入室低体温患者数占同期入PACU患者总数的比例。体温测量的方式推荐为红外耳温枪。

【计算方法】

PACU入室低体温率= $\frac{\text{PACU入室低体温患者数}}{\text{同期入PACU患者总数}} \times 100\%$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】PACU入室低体温的标准参照国家最新标准。

（六）非计划二次气管插管率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

非计划二次气管插管指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。该指标是指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】

$$\text{非计划二次气管插管率} = \frac{\text{非计划二次气管插管患者数}}{\text{同期术后气管插管拔除患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

(七) 麻醉开始后24小时内死亡率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

麻醉开始后 24 小时内死亡患者数占同期麻醉患者总数的比例。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】

$$\text{麻醉开始后24小时内死亡率} = \frac{\text{麻醉开始后24小时内死亡患者数}}{\text{同期麻醉患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

(八) 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】

麻醉中，接收400ml及以上自体血（包括自体全血及自体血红细胞）输注患者数占同期接受400ml及以上输血治疗的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{术中自体血输注率} = \frac{\text{手术麻醉中接受400ml及以上自体血输注患者数}}{\text{同期麻醉中接受400ml及以上输血治疗的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

(九) 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】 千分比 (%)

【指标定义】

严重过敏反应是指发生循环衰竭和/或严重气道反应（痉挛、水肿），明显皮疹，需要使用肾上腺素治疗的过敏反应。麻醉期间严重过敏反应是指麻醉期间各种原因导致的严重过敏反应。麻醉期间严重过敏反应发生率，是指麻醉期间严重过敏反应发生例数占同期麻醉总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{麻醉期间严重过敏反应发生率} = \frac{\text{麻醉期间严重过敏反应发生例数}}{\text{同期麻醉总例数}} \times 1000\%$$

【指标导向】 监测比较

(十) 术中心脏骤停率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 千分比 (%)

【指标定义】

单位时间内，术中心脏骤停患者数占同期麻醉患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{术中心脏骤停率} = \frac{\text{术中心脏骤停患者数}}{\text{同期麻醉患者总数}} \times 1000\%$$

【指标导向】 逐步降低

(十一) 麻醉门诊评估占比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

麻醉门诊接诊患者（不包括疼痛治疗患者）总数占同期总麻醉例次比例。

【计算方法】

$$\text{麻醉门诊评估占比} = \frac{\text{年度麻醉门诊接诊患者（不包括疼痛治疗患者）总数}}{\text{同期总麻醉例次}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

(十二) 椎管内分娩镇痛应用率

【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分娩镇痛人数（不含术中剖宫产产妇人数）占同期阴道分娩产妇（不含术中剖宫产产妇人数）总人数比例。

【计算方法】

$$\text{椎管内分娩镇痛应用率} = \frac{\text{阴道分娩产妇实施椎管内分娩镇痛人数}}{\text{同期阴道分娩产妇总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

(十三) 麻醉科术后镇痛率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

接受麻醉科术后镇痛患者数占同期住院手术麻醉总数的比例。麻醉科术后镇痛是指由麻醉科为患者提供术后针对因手术引起的急性疼痛诊疗服务，包括各种类型PCA、椎管内阿片类药物、术后连续或重复阻滞。

【计算方法】

$$\text{麻醉科术后镇痛率} = \frac{\text{接受麻醉科术后镇痛患者数}}{\text{同期住院手术麻醉总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

二、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ICU 24小时内, APACHE II 评分 ≥ 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 $\geq 4\text{mmol/L}$ 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 3h bundle 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）感染性休克6h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6h集束化治疗（bundle），是指在3h集束化治疗（bundle）的基础上加上：低血压对目标复苏效果差立即予以升压药；脓毒症休克或乳酸 $\geq 4\text{mmol/L}$ 容量复苏后仍持续低血压，需立即测量CVP和ScvO₂；初始乳酸高于正常患者需重复测量乳酸水平。感染性休克6h集束化治疗（bundle）完成率，是指入ICU诊断为感染性休克全部完成6h bundle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】

$$\text{感染性休克6h集束化治疗 (bundle) 完成率} = \frac{\text{入ICU诊断为感染性休克并全部完成6h bundle的患者数}}{\text{同期入ICU诊断为感染性休克患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

（五）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

（六）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）以及下腔静脉过滤器等。

【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

（七）ICU 患者预计病死率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

通过患者疾病危重程度（APACHE II 评分）来预测的可能病死率。ICU患者预计病死率是指ICU收治患者预计病死率的总和与同期ICU收治患者总数的比值。

【计算方法】

$$\text{ICU患者预计病死率} = \frac{\text{ICU收治患者预计病死率总和}}{\text{同期ICU收治患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

（八）ICU患者标化病死指数

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

通过患者疾病危重程度校准后的病死率，为ICU患者实际病死率与同期ICU患者预计病死率的比值。

【计算方法】

$$\text{ICU患者标化病死指数} = \frac{\text{ICU患者实际病死率}}{\text{同期ICU患者预计病死率}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

（九）ICU 非计划气管插管拔管率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

非计划气管插管拔管例数占同期ICU 患者气管插管拔管总数的比例。

【计算方法】

$$\text{ICU非计划气管插管拔管率} = \frac{\text{非计划气管插管拔管例数}}{\text{同期ICU患者气管插管拔管总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

(十) 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

(十一) 非计划转入ICU率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

非计划转入ICU是指非早期预警转入，或在开始麻醉诱导前并无术后转入ICU的计划，而术中或术后决定转入ICU。非计划转入ICU率是指非计划转入ICU患者数占同期转入ICU患者总数的比例。非计划转入ICU 的原因应进行分层分析(缺乏病情恶化的预警、麻

醉因素和手术因素等)。

【计算方法】

$$\text{非计划转入ICU率} = \frac{\text{非计划转入ICU患者数}}{\text{同期转入ICU患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

(十二) 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

(十三) 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

(十四) 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

(十五) 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

三、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 = $\frac{\text{行急诊PCI的急性心肌梗死患者的门球时间总和}}{\text{同期行急诊PCI的急性心肌梗死患者总数}} \times 100\%$

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

【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) 急诊手术患者死亡率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

急诊手术患者死亡是指急诊患者接受急诊手术，术后1周内死亡，除外与手术无关的原发疾病引起的死亡。急诊手术患者死亡率是指急诊手术患者死亡总数占同期急诊手术患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{急诊手术患者死亡率} = \frac{\text{急诊手术患者死亡总数}}{\text{同期急诊手术患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

(六) 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

(七) 非计划重返抢救室率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

因相同或相关疾病，72 小时内非计划重返急诊抢救室患者总数占同期离开急诊抢救室（出院或转其他区域）患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{非计划重返抢救室率} = \frac{\text{72小时内非计划重返急诊抢救室患者总数}}{\text{同期离开急诊抢救室患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

四、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）标本采集量错误率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

采集量不符合要求的标本数占同期标本总数的比例。

【计算方法】

$$\text{标本采集错误率} = \frac{\text{采集量不符合要求的标本数}}{\text{同期标本总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

（四）血培养污染率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

污染的血培养标本数占同期血培养标本总数的比例。

【计算方法】

$$\text{血培养污染率} = \frac{\text{污染的血培养标本数}}{\text{同期血培养标本总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

（五）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

(六) 检验前周转时间中位数

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 分钟

【指标定义】

检验前周转时间是指从标本采集到实验室接收标本的时间（以分钟为单位）。检验前周转时间中位数，是指将检验前周转时间由长到短排序后取其中位数。

【计算方法】

检验前周转时间中位数 = $X_{(n+1)/2}$ ，n为奇数

检验前周转时间中位数 = $(X_{n/2} + X_{n/2+1}) / 2$ ，n为偶数

注：n为检验标本，X为检验前周转时间。

【指标导向】 逐步降低

(七) 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

(八) 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

(九) 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

(十) 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

（十一）实验室间比对率（用于无室间质评计划检验项目）

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

执行实验室间比对的检验项目数占同期无室间质评计划检验项目总数的比例。

【计算方法】

$$\text{实验室间比对率} = \frac{\text{执行实验室间比对的检验项目数}}{\text{同期无室间质评计划检验项目总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

（十二）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。

【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

(十三) 检验报告不正确率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

检验报告不正确是指实验室已发出的报告，其内容与实际情况不相符，包括结果不正确、患者信息不正确、标本信息不正确等。检验报告不正确率是指实验室发出的不正确检验报告数占同期检验报告总数的比例。

【计算方法】

检验报告不正确率= $\frac{\text{实验室发出的不正确检验报告数}}{\text{同期检验报告总数}} \times 100\%$

【指标导向】 逐步降低

(十四) 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

(十五) 危急值通报及时率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

危急值通报时间（从结果确认到与临床医生交流的时间）符合规定时间的检验项目数占同期需要危急值通报的检验项目总数的比例。

【计算方法】

$$\text{危急值通报及时} = \frac{\text{危急值通报时间符合规定的检验项目数}}{\text{同期需要危急值通报的检验项目总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

五、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的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】

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

【指标导向】 逐步提高

（九）各项分子病理检测室内质控合格率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

分子病理检测室内质控合格是指检测流程及结果达到行业标准要求。各项分子病理检测室内质控合格率，是指各项分子病理检测室内质控合格病例数占同期同种类型分子病理检测病例总数的比例。

【计算方法】

$$\text{各项分子病理检测室内质控合格率} = \frac{\text{各项分子病理检测室内质控合格病例数}}{\text{同期同种类型分子病理检测病例总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

（十）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】

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

【指标导向】 逐步提高

（十一）各项分子病理室间质评合格率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

分子病理室间质评合格，是指参加省级以上病理质控中心组织的分子病理室间质评，并达到合格标准。各项分子病理室间质评合格率，是指各项分子病理室间质评合格次数占同期同种分子病理室间质评总次数的比例。

【计算方法】

$$\text{各项分子病理室间质评合格率} = \frac{\text{分子病理室间质评合格次数}}{\text{同期同种分子病理室间质评总次数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

（十二）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】

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

【指标导向】 逐步提高

（十三）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

六、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、降钙素原、白介素-6等感染指标的血清学检验。

【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】 监测达标

（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

七、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】

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

【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

八、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）住院期间行溶栓治疗的高危急性PTE患者比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，住院期间行溶栓治疗的高危急性PTE患者数与同期行溶栓治疗的急性PTE患者总数的比值。

【计算方法】

住院期间行溶栓治疗的高危急性PTE患者比例 = $\frac{\text{住院期间行溶栓治疗的高危急性PTE患者}}{\text{同期行溶栓治疗的急性PTE患者总数}} \times 100\%$

【指标导向】 监测比较

(五) 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】

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

(六) 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】

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

【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。

(七)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】

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

【指标导向】 逐步提高

(八) 住院CAP患者接受机械通气的比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

单位时间内，住院期间接受机械通气（包括无创/有创机械通

气) 的CAP患者数与住院CAP患者总数的比值。

【计算方法】

$$\text{住院CAP患者接受机械通气的比例} = \frac{\text{住院期间接受机械通气的CAP患者数}}{\text{同期住院CAP患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

(九) 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

(十) 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】

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

【指标导向】 逐步提高

(十一) 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】

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

【指标导向】 逐步提高

(十二) 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

九、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) 巨大儿发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

单位时间内,巨大儿(出生体重 $\geq 4000\text{g}$)人数占同期活产数的比例。

【计算方法】

$$\text{巨大儿发生率} = \frac{\text{巨大儿人数}}{\text{同期活产数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

(四) 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 \geq

1000ml) 的产妇人数占同期分娩产妇(分娩孕周 \geq 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

(五) 产后或术后非计划再次手术率

【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, 产妇在同一次住院期间, 产后或术后因各种原因导致患者需重返手术室进行计划外再次手术(含介入手术)的人数占同期分娩产妇(分娩孕周 \geq 28周)总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{产后或术后非计划再次手术率} = \frac{\text{产后或术后发生非计划再次手术人数}}{\text{同期分娩产妇总人数}} \times \frac{100000}{100000}$$

【指标导向】 逐步降低

(六) 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 \geq 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】

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

【指标导向】 逐步降低

(七) 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

(八) 高危孕产妇有效救治率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

单位时间内，高危妊娠的收治中有效抢救的比例。

【计算方法】

$$\text{高危孕产妇有效救治率} = \frac{\text{治疗有效的高危孕产妇}}{\text{同期收治的高危孕产妇}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

十、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. 癫痫发作频率记录率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，住院癫痫患者中各种发作类型的发作频率均得到记录的人数占同期住院癫痫患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{癫痫发作频率记录率} = \frac{\text{各种发作类型的发作频率均得到记录的住院癫痫患者数}}{\text{同期住院癫痫患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

2. 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

3. 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

4. 癫痫患者择期手术在院死亡率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，所有住院行癫痫择期手术的癫痫患者术后在院死亡率。

【计算方法】

$$\text{癫痫患者择期手术在院死亡率} = \frac{\text{行癫痫择期手术后在院死亡患者数}}{\text{同期住院行癫痫择期手术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

5. 癫痫患者术后并发症发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，所有住院行癫痫手术的癫痫患者术后并发症发生率。

【计算方法】

$$\text{癫痫患者术后并发症发生率} = \frac{\text{行癫痫手术后在院并发症发生人数}}{\text{同期住院行癫痫手术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

6. 癫痫患者术后病理明确率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

单位时间内，所有住院行癫痫病灶切除手术的癫痫患者术后病理结果明确率。

【计算方法】

$$\text{癫痫患者术后病理明确率} = \frac{\text{行癫痫手术后病理明确患者数}}{\text{同期住院行癫痫手术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

7. 癫痫手术患者出院时继续抗癫痫药物治疗率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

单位时间内，所有住院行手术治疗的癫痫患者出院时继续抗癫痫药物治疗率。

【计算方法】

$$\text{继续抗癫痫药物治疗率} = \frac{\text{癫痫手术患者出院时继续抗癫痫药物人数}}{\text{同期住院行癫痫手术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

8. 惊厥性癫痫持续状态发作控制率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

单位时间内，惊厥性癫痫持续状态患者中发作在接诊后1小时内得到控制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】

$$\text{惊厥性癫痫持续状态发作控制率} = \frac{\text{发作在接诊后1小时内得到控制的惊厥性癫痫持续状态患者数}}{\text{同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

9. 惊厥性癫痫持续状态初始治疗标准方案应用率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

单位时间内，住院惊厥性癫痫持续状态患者中应用指南推荐的初始治疗标准方案治疗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】

$$\text{惊厥性癫痫持续状态初始治疗方案应用率} = \frac{\text{应用标准初始治疗方案的住院惊厥性癫痫持续状态患者数}}{\text{同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

10. 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

11. 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 24 小时内脑梗死患者急诊就诊30分钟内完成头颅CT影像学检查率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

单位时间内，发病24小时内急诊就诊行头颅CT影像学检查的脑梗死患者中，30分钟内获得头颅CT影像学诊断信息的患者所占的比例。

【计算方法】

$$\frac{\text{发病24小时内脑梗死患者急诊就诊30分钟内完成头颅CT影像学检查率}}{\frac{\text{入发病24小时内急诊就诊的脑梗死患者30分钟内获得头颅CT影像学诊断信息的人数}}{\text{同期发病24小时内急诊就诊行头颅CT影像学检查的脑梗死患者总数}}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

3. 发病 24 小时内脑梗死患者急诊就诊45分钟内临床实验室检查完成率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

单位时间内，发病24小时内到急诊就诊行实验室检查（包括血常规、血糖、凝血、电解质、肝肾功能）的脑梗死患者中，45分钟内获得临床实验室诊断信息的患者所占的比例。

【计算方法】

$$\frac{\text{发病24小时内脑梗死患者急诊就诊45分钟内临床实验室检查完成率}}{\frac{\text{发病24小时内急诊就诊脑梗死患者45分钟内获得临床实验室诊断信息的人数}}{\text{同期发病24小时内急诊就诊行实验室检查的脑梗死患者总数}}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

4. 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

5. 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】

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

【指标导向】 逐步提高

6. 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】

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

【指标导向】 监测比较

7. 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】

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

【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。

8. 非致残性脑梗死患者发病24小时内双重强化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，发病24小时内给予阿司匹林和氯吡格雷强化抗

血小板药物治疗的非致残性脑梗死（NIHSS≤3分）患者数，占同期住院非致残性脑梗死患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{非致残性脑梗死患者发病24小时内双重强化抗血小板药物治疗率} = \frac{\text{发病24小时内给予双重强化抗血小板治疗的非致残性脑梗死患者数}}{\text{同期住院非致残性脑梗死患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

9. 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

10. 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】

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

【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mRS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，术前行改良Rankin量表(mRS)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】

$$\text{颈动脉支架置入术患者术前mRS评估率} = \frac{\text{术前行mRS评估的颈动脉支架置入术患者数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

【指标说明】 mRS参照《中国脑血管病临床管理指南》。

2. 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】

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

【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。

3. 颈动脉支架置入术手术指征符合率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

单位时间内，符合手术指征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】

$$\text{颈动脉支架置入术手术指征符合率} = \frac{\text{符合指征的颈动脉支架置入术手术患者数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者总数}} \times 100\%$$

(1) 无症状颈动脉狭窄患者颈动脉支架置入术手术指征符合率

$$\text{无症状颈动脉狭窄患者颈动脉支架置入术手术指征符合率} = \frac{\text{无症状颈动脉狭窄患者行颈动脉支架置入术符合手术指征治疗人数}}{\text{同期无症状颈动脉狭窄患者行颈动脉支架置入术总人数}} \times 100\%$$

(2) 症状性颈动脉狭窄患者颈动脉支架置入术手术指征符合率

$$\text{症状性颈动脉狭窄患者颈动脉支架置入术手术指征符合率} = \frac{\text{症状性颈动脉狭窄患者行颈动脉支架置入术符合手术指征治疗人数}}{\text{同期症状性颈动脉狭窄患者行颈动脉支架置入术总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

【指标说明】

颈动脉支架置入术手术指征参照中华医学会外科学会《颈动脉狭窄诊治指南》（2017年版）。

4. 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。

5. 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。

6. 颈动脉支架置入术患者卒中和死亡发生率

【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】

(1) 颈动脉支架置入术患者术后住院期间卒中和死亡发生率

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

(2) 颈动脉支架置入术患者术后30天卒中和死亡发生率

$$\text{颈动脉支架置入术患者术后30天卒中和死亡发生率} = \frac{\text{颈动脉支架置入术患者术后30天卒中和死亡人数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者完成术后30天随访人数}} \times 100\%$$

【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。

7. 颈动脉支架置入术患者术后同侧缺血性卒中发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

单位时间内，颈动脉支架置入术患者术后30天、术后1年发生同侧缺血性卒中人数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。

【计算方法】

(1) 颈动脉支架置入术患者术后30天同侧缺血性卒中发生率

$$\text{颈动脉支架置入术患者术后30天同侧缺血性卒中发生率} = \frac{\text{动脉支架置入术患者术后30天发生同侧缺血性卒中人数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者完成术后30天随访人数}} \times 100\%$$

(2) 颈动脉支架置入术患者术后1年同侧缺血性卒中发生率

$$\text{颈动脉支架置入术患者术后1年同侧缺血性卒中发生率} = \frac{\text{脉支架置入术患者术后30天发生同侧缺血性卒中人数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者完成术后30天随访人数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

【指标说明】

同侧缺血性卒中指靶血管供血区发生的缺血性卒中。

(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. 脑血管造影术穿刺点并发症发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，脑血管造影术后住院期间发生穿刺点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】

脑血管造影术后住院期间脑血管造影术穿刺点并发症发生率= $\frac{\text{发生穿刺点并发症的患者数}}{\text{同期行脑血管造影术的患者总数}} \times 100\%$

【指标导向】 逐步降低

【指标说明】

穿刺点并发症包含：穿刺部位血肿；假性动脉瘤；动脉夹层、痉挛、狭窄或闭塞；动静脉瘘；腹膜后血肿；血管迷走神经反射。

5. 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】

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

【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

十一、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、培哌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】

随访内容包含：

(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. 肾功能恶化率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

治疗6个月后，血肌酐倍增的IgA 肾病患者比例。

【计算方法】

$$\text{肾功能恶化率} = \frac{\text{治疗6个月后，血肌酐倍增的IgA肾病患者数}}{\text{同期随访的IgA肾病患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

【指标说明】

血肌酐倍增指血肌酐升高至基线值的2倍，基线值是治疗前患者血肌酐值。

8. 治疗6个月后24小时尿蛋白 < 1g的患者比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

IgA肾病随访患者中治疗6个月后24小时尿蛋白 < 1g的患者比

例。

【计算方法】

$$\text{治疗6个月后24小时尿蛋白1g的患者比例} = \frac{\text{治疗6个月后24小时尿蛋白1g的IgA肾病患者数}}{\text{同期随访的IgA肾病患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

9. 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。

10. 激素、免疫抑制剂治疗的严重并发症发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

IgA 肾病患者应用激素、免疫抑制剂6个月内出现严重并发症的比例。

【计算方法】

$$\text{激素、免疫抑制剂治疗的严重并发症发生率} = \frac{\text{应用激素、免疫抑制剂治疗6个月内出现严重并发症发生的IgA肾病患者数}}{\text{同期应用激素、免疫抑制剂治疗的IgA肾病患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】

严重并发症包含伴有呼吸衰竭的肺部感染、股骨头坏死、消化道出血。

（二）血液净化技术

1. 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】

血液透析室（中心）/腹膜透析室治疗室消毒合格的月份数量在当年所占的比例。

【计算方法】

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

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

【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 ≤ 10.0 CFU/cm²。

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】

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

【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β2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β2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】

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

【指标导向】 监测比较

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】 百分比（%）

【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】

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

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

【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35g/L的维持性血液透析/腹膜透析患者比例。

【计算方法】

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

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

【指标导向】 监测比较

十二、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. 病区5年以下护士占比

【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、工作年限<5年的护士在病区执

业护士中所占的比例。

【计算方法】

$$\text{病区5年以下护士占比} = \frac{\text{病区工作年限5年的护士总数}}{\text{同期病区执业护士总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

2. 病区 20 年及以上护士占比

【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、工作年限 ≥ 20 年的护士在病区执业护士中所占的比例。

【计算方法】

$$\text{20年及以上护士占比} = \frac{\text{病区工作年限20年及以上的护士总数}}{\text{同期病区执业护士总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

【指标说明】

(1) 工作年限：指护士在医疗机构注册以后的工作时间。包括在其他医疗机构参加工作的时间、试用期。不包括实习期、待业期。

(2) 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) 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）住院患者身体约束率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，住院患者身体约束日数与住院患者实际占用床日数的比例。

【计算方法】

$$\text{住院患者身体约束率} = \frac{\text{住院患者身体约束日数}}{\text{同期住院患者实际占用床日数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

【指标说明】

(1) 身体约束是指通过使用相关器具或设备附加在或临近于患者的身体（该器具或设备不能被患者自行控制或轻易移除），限制其身体或身体某部位自由活动和（或）触及自己身体的某部位。

(2) 单位时间内每位住院患者每天不论约束1个或多个部位、不论约束时长，均计为1日。

排除：术中因体位需要的约束；麻醉恢复室的约束；药物约束；床档约束（为预防患者坠床等原因使用护栏固定于床边两侧）；因疾病需要的空间约束；矫形器、模型固定器、牵引器等治疗设施的固定；儿童注射临时制动；新生儿日常包裹。

（六）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。

（七）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。

(八) 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。

十三、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。

（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

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的比例。

【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) 住院用药医嘱审核率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

药品调配前药师审核住院患者用药医嘱条目数占同期住院患者用药医嘱总条目数的比例。

【计算方法】

$$\text{住院用药医嘱审核率} = \frac{\text{药品调配前药师审核住院患者用药医嘱条目数}}{\text{同期住院患者用药医嘱条目总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

【指标说明】

为便于统计，住院患者用药医嘱（总）条目数均以出院患者用药医嘱（总）条目数计算。

（四）静脉用药集中调配医嘱干预率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

药师审核静脉用药集中调配医嘱时发现不适宜医嘱，经过沟通，医师同意对不适宜静脉用药集中调配医嘱进行修改的医嘱条目数占同期静脉用药集中调配医嘱总条目数的比例。

【计算方法】

$$\text{静脉用药集中调配医嘱干预率} = \frac{\text{医师同意修改的不适宜静脉用药集中调配医嘱条目数}}{\text{同期静脉用药集中调配医嘱总条目数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

（五）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诊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

（六）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

（七）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

（八）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

(九) 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

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

(十) 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。

(十一) 住院患者中药注射剂静脉输液使用率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

使用中药注射剂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】

$$\text{住院患者中药注射剂静脉输液使用率} = \frac{\text{使用中药注射剂静脉输液住院患者数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

【指标说明】

(1) 中药注射剂指批准文号为国药准字“Z”开头的注射剂。

(2) 为便于统计，使用中药注射剂静脉输液住院患者数和住院患者总数均以出院患者数计算。

(十二) 急诊患者糖皮质激素静脉输液使用率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

急诊静脉使用糖皮质激素的患者数占同期急诊患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{急诊患者糖皮质激素静脉输液使用率} = \frac{\text{急诊患者静脉使用糖皮质激素人数}}{\text{同期急诊患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

【指标说明】

对不能区分门急诊的基层医疗机构按门诊患者计算。

（十三）住院患者质子泵抑制剂注射剂静脉使用率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

静脉使用质子泵抑制剂注射剂的住院患者数占同期住院患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{住院患者质子泵抑制剂预防使用率} = \frac{\text{静脉使用质子泵抑制剂注射剂的住院患者数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

【指标说明】

质子泵抑制剂包括奥美拉唑、艾司奥美拉唑、泮托拉唑、兰索拉唑、雷贝拉唑、艾普拉唑、埃索美拉唑。

为便于统计，静脉使用质子泵抑制剂注射剂的住院患者数和住院患者总数均以出院患者的人数计算。

（十四）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：门诊诊疗总人次数即门诊患者人次数，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数占同期出院总人数数的比例。

【计算方法】

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

【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数按人数统计，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

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, I21.9 的出院患者

二、心力衰竭

主要诊断原发病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、房颤

主要诊断ICD-10 编码：I48 的出院患者

四、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

五、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

六、脑出血

主要诊断ICD-10 编码：I61.0 至 I61.9 的出院患者

七、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

八、帕金森病

主要诊断ICD-10 编码：G20.x00 的出院患者

九、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、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≤年龄< 18 岁的出院患儿

十一、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

十二、哮喘（成人，急性发作，住院）

主要诊断ICD-10 编码：J45, J46; 年龄≥18 岁的出院患者

十三、哮喘（儿童，住院）

主要诊断 ICD-10 编码：J45, J46; 2 岁≤年龄<18 岁的出院患儿

十四、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

十五、住院精神疾病

主要诊断ICD-10 编码：F00-F99 的出院患者

十六、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, A40.1 至 A40.9, A41.0 至 A41.9, A42.7, A54.8, B37.7, R57.2 的出院患者

十七、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：99.25 的出院患儿

十八、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：99.25 的出院患儿

十九、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19个单病种（一至十九），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76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

二十、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

二十一、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

二十二、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

二十三、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

二十四、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

二十五、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

二十六、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

二十七、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

二十八、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

二十九、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

三十、膝关节置换术

主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 00. 80 至 00. 83, 81. 54, 81. 55 的手术出院患者

三十一、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; 1 岁 \leq 年龄 \leq 8 岁（旧称先天性髋关节脱位）的手术出院患儿

三十二、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

三十三、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：66.01，66.02，66.62，66.95，74.30 的手术出院患者

三十四、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

三十五、肺癌（手术治疗）

主要诊断ICD-10编码：C34 开头，且伴主要手ICD-9-CM-3 编
码：32.2 至 32.6，32.9 的手术出院患者

三十六、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ICD-9-CM-3
编码：06.2至06.5的手术出院患者

三十七、乳腺癌（手术治疗）

主要诊断ICD-10 编码： C50 开头，且伴主要手ICD-9-CM-3
编码：85.2 至 85.4 的手术出院患者

三十八、胃癌（手术治疗）

主要诊断ICD-10 编码： C16 开头，且伴主要手ICD-9-CM-3
编码：43.4 至 43.9 的手术出院患者

三十九、结肠癌（手术治疗）

主要诊断 ICD-10 编码：C18，D01.0；且伴主要手术操作
ICD-9-CM-3 编码：45.4,45.73 至 45.79,45.8 的手术出院患者

四十、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 68.7 的手术出院患者

四十一、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

四十二、腮腺肿瘤（手术治疗）

主要诊断ICD-10 编码：D11.0，且伴主要手术ICD-9-CM-3编码：26.2，26.3 伴 04.42 的手术出院患者

四十三、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

四十四、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：13.19，13.3，13.41，13.42，13.43，13.59，13.64，13.65，13.69，13.70，13.71，13.73，13.8，13.90，14.29，14.31，14.49，14.51，14.52，14.53，14.54，14.59，14.71，14.72，14.73，14.75，14.9 的手术出院患者

四十五、甲状腺结节（手术治疗）

主要诊断 ICD-10 编码：D34，E04.0，E04.1，E04.2，且伴

主要手术ICD-9-CM-3 编码：06.2 至 06.5 的手术出院患者以上 26 个单病种（二十至四十五），各监测 5 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、手术患者并发症发生率，共 130 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

(五) 手术患者并发症发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

年度内符合单病种纳入条件的某病种手术患者发生并发症例数占同期同病种出院的手术患者人数的比例。

【计算方法】

$$\text{手术患者并发症发生率} = \frac{\text{某病种手术患者并发症发生例数}}{\text{同期某病种出院的手术患者人数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

【指标说明】手术患者并发症是指并发于手术或手术后的疾病或情况，包括：手术后出血或血肿、手术后伤口裂开、肺部感染、肺栓塞、深静脉栓塞、败血症、猝死、手术中发生或由于手术造成的休克、手术后血管并发症、痿、呼吸衰竭、骨折、生理/代谢紊乱、人工气道意外脱出等。

四十六、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

四十七、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

四十八、口腔种植术

主要手术 ICD-9-CM-3 编码：23.5，23.6 的门诊或者76.09，76.91，76.92，22.79 的手术出院患者

四十九、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,
79.30 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植入装置去除：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
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, 81.55

21. 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

五十、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

五十一、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

以上6个单病种（四十六至五十一），各监测1条一级指标，为病例上报率，共6条一级指标。指标解释具体为：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

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) 医疗技术临床应用管理信息系统
- (4) 医疗机构电子化注册信息系统
- (5) 中国人体器官分配与共享计算机系统 (COTRS)
- (6) 甘肃省卫生健康统计信息网络直报系统
- (7) 肝脏移植登记注册系统
- (8) 肾脏移植登记注册系统
- (9) 心脏移植登记注册系统
- (10) 肺脏移植登记注册系统
- (11) 医院填报

一、国家限制类医疗技术

（一）造血干细胞移植技术临床应用质量控制指标

1. 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】造血干细胞移植术适应证选择正确的例数占同期造血干细胞移植术总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{造血干细胞移植适应证符合率} = \frac{\text{造血干细胞移植术适应证选择正确的例数}}{\text{同期造血干细胞移植术总例数}} \times 100\%$$

【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】

$$\text{异基因造血干细胞移植植入率} = \frac{\text{异基因造血干细胞移植术后100天内实现造血重建的患者例次数}}{\text{同期异基因造血干细胞移植患者总例次数}} \times 100\%$$

【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）培养阳性的样本数占同期胰岛产物微生物培养总样本数的比例。

【计算方法】

$$\text{胰岛产物微生物培养阳性率} = \frac{\text{胰岛产物微生物培养阳性的样本数}}{\text{同期胰岛产物微生物培养总样本数}} \times 100\%$$

【指标意义】 用于评价获取胰岛产物的生物安全性。

5. 胰岛产物内毒素超标率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 胰岛产物内毒素检测超标（>5 EU/ml /胰岛受者每公斤体重）的样本数占同期胰岛产物内毒素检测总样本数的比例。

【计算方法】

$$\text{胰岛产物内毒素超标率} = \frac{\text{胰岛产物内毒素检测超标的样本数}}{\text{同期胰岛产物内毒素检测总样本数}} \times 100\%$$

【指标意义】 用于评价获取胰岛产物的生物安全性。

6. 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。

7. 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. 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】该类来源移植物数占同期移植物总数的比例。

（见注1）

【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】反映移植物来源的规范性。

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. 移植后临床满意率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】实施同种异体运动系统结构性组织移植的患者，移植后临床满意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。（见注2）

【计算方法】

$$\text{移植后临床满意率} = \frac{\text{移植后临床满意的例次数}}{\text{同期同种异体运动系统结构性组织移植手术总例次数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映同种异体运动系统结构性组织移植手术效果。

5. 移植后影像学 and 电生理学评估优良率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】移植后影像学 and 电生理学评估优良，是指同种异体运动系统结构性组织移植后，按骨关节各亚专科优良率评估标准，影像学（X线片、CT或MRI） and 电生理学评估较术前同类检查优良。移植后影像学 and 电生理学评估优良率是指移植后影像学 and 电生理学评估优良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】

$$\text{移植后影像学 and 电生理学评估优良率} = \frac{\text{移植后影像学 and 电生理学评估优良的例次数}}{\text{同期同种异体运动系统结构性组织移植手术总例次数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映同种异体运动系统结构性组织移植手术效果。

6. 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。

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】 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：

1. 符合规定的同种异体运动系统结构性组织移植物来源分两类：具有国家食品药品监督管理局（CFDA）产品注册证的移植物和公民逝世后捐献来源的移植物。

2. 移植后临床满意是指同种异体运动系统结构性组织移植后的评价指标（临床症状、体征和功能评分）之一较术前改善，患者满意。

（1）临床症状：移植相关范围的疼痛、肿胀、皮肤感觉和肢体运动、主管骨关节稳定性。

(2) 体征：骨关节各亚专业特殊体征。

(3) 功能评分：骨关节各亚专业特殊功能评分。

(四) 同种异体角膜移植技术临床应用质量控制指标

1. 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】

$$\text{供体使用率} = \frac{\text{用于临床同种异体角膜移植的供体材料数}}{\text{同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映获取的同种异体角膜移植供体材料的实际使用情况。

2. 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】

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】

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。

3. 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。

4. 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】

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。

5. 角膜原发疾病控制率

【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】

$$\text{角膜原发疾病控制率} = \frac{\text{角膜原发疾病基本改善或治愈的例数}}{\text{同期同种异体角膜移植总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映同种异体角膜移植术后角膜原发疾病的控制情况。

6. 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。

7. 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。

8. 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。

9. 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。

10. 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）同种异体皮肤移植技术临床应用质量控制指标

1. 深度创面比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】深度创面是指深Ⅱ度以上烧伤创面或全层皮肤缺损。深度创面比例是指深度创面面积占全身体表面积的比例。

【计算方法】

$$\text{深度创面比例} = \frac{\text{深度创面面积}}{\text{全身体表面积}} \times 100\%$$

【指标意义】反映患者病情严重程度的重要指标之一。

2. 异体移植皮肤面积比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】异体移植皮肤面积占受体体表面积的比例。

【计算方法】

$$\text{异体移植皮肤面积比例} = \frac{\text{异体移植皮肤面积}}{\text{受体体表面积}} \times 100\%$$

【指标意义】体现同种异体皮肤组织移植适应证和禁忌证掌握情况，是反映医疗机构医疗质量的重要指标之一。

3. 异体移植皮肤成活率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】异体移植皮肤成活是指异体皮肤移植1周内无脱落、感染、溶解等现象，与基底粘附好。异体移植皮肤成活率是指异体移植皮肤成活面积占同期异体移植皮肤总面积的比例。

【计算方法】

$$\text{异体移植皮肤成活率} = \frac{\text{异体移植皮肤成活面积}}{\text{同期异体移植皮肤总面积}} \times 100\%$$

【指标意义】反映同种异体皮肤组织移植技术水平的重要指标之一。

4. 异体移植皮肤感染率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】 异体移植皮肤感染指异体皮肤移植部位1周内有多数分泌物形成，移植皮肤溶解、脱落（以临床判断为准）。异体移植皮肤感染率是指异体移植皮肤感染例次数占同期异体移植皮肤移植总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{异体移植皮肤感染率} = \frac{\text{异体移植皮肤感染例次数}}{\text{同期异体移植皮肤移植总例次数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映同种异体皮肤组织移植技术水平的重要指标之一。

5. 自异体皮肤混合移植率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 自异体皮肤混合移植例次数占同期皮肤移植总例次数的比例。（见注1）

【计算方法】

$$\text{自异体皮肤混合移植率} = \frac{\text{自异体皮肤混合移植例次数}}{\text{同期皮肤移植总例次数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映皮肤组织移植技术水平的重要指标之一。

6. 救治成功率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 救治成功是指特重度烧伤患者经过救治最终存活。救治成功率是指救治成功的患者数占同期特重度烧伤患者总数的比例。（见注2）

【计算方法】

$$\text{救治成功率} = \frac{\text{救治成功的患者数}}{\text{同期特重度烧伤患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映特重度烧伤患者救治能力的重要指标之一。

7. 活体供体供皮区平均愈合时间

【指标属性】定量指标

【计量单位】天

【指标定义】活体供体是指临床健康自愿捐献皮肤的活体捐献者。活体供体供皮区平均愈合时间是指活体供体从手术取皮到供皮区愈合的平均时间（以天数为单位）。

【计算方法】

$$\text{活体供体供皮区平均愈合时间} = \frac{\text{活体供体供皮区愈合时间总和}}{\text{同期活体供体总数}}$$

【指标意义】反映皮肤组织移植技术水平的重要指标之一。

8. 活体供体供皮区并发症发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】活体供体供皮区并发症是指活体供体供皮区发生感染、创面延迟愈合（超过3周）等。活体供体供皮区并发症发生率是指活体供体供皮区并发症发生的例次数占同期同种异体活体皮肤移植总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{活体供体供皮区并发症发生率} = \frac{\text{活体供体供皮区并发症发生的例次数}}{\text{同期同种异体活体皮肤移植总例次数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映皮肤组织移植技术水平的重要指标之一。

9. 活体供体平均住院日

【指标属性】定量指标

【计量单位】天

【指标定义】出院时所有活体供体占用总床日数与同期活体供体出院人数之比。

【计算方法】

$$\text{活体供体平均住院日} = \frac{\text{出院时所有活体供体占用总床日数}}{\text{同期活体供体出院人数}}$$

【指标意义】反映皮肤组织移植技术水平，是分析成本效益的重要指标之一。

10. 受体平均住院日

【指标属性】定量指标

【计量单位】天

【指标定义】出院时所有受体占用总床日数与同期受体出院人数之比。

【计算方法】

$$\text{受体平均住院日} = \frac{\text{出院时所有受体占用总床日数}}{\text{同期受体出院人数}}$$

【指标意义】反映皮肤组织移植技术水平，是分析成本效益的重要指标之一。

注：

1. 自自体混合移植，包括自自体邮票皮混合移植、自体皮覆盖自体微粒皮移植、自体皮开窗自体皮嵌入移植术等。

2. 小儿特重度烧伤：总面积在25%以上或Ⅲ度烧伤面积在10%以上者。
成人特重度烧伤：总面积在51%以上或Ⅲ度烧伤面积在21%以上者。

（六）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. 手术对象满意度

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】性别重置术后随访手术对象满意的例数占同期性别重置手术总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{手术对象满意度} = \frac{\text{性别重置术后随访手术对象满意的例数}}{\text{同期性别重置手术总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映手术对象对性别重置手术的满意度，是反映医疗机构该项医疗技术临床应用水平的指标之一。

5. 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。

6. 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。

7. 尿瘘发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】性别重置术后尿瘘发生的例数占同期性别重置手术总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{尿瘘发生率} = \frac{\text{性别重置术后尿瘘发生的例数}}{\text{同期性别重置手术总例数}} \times 100\%$$

【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。

8. 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。

9. 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。

10. 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。

11. 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。

12. 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。

(七) 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. 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】符合质子或重离子放射治疗临床适应证的患者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】

$$\text{适应证符合率} = \frac{\text{符合该机构制定的临床治疗适应证的例次数}}{\text{同期质子或重离子放射治疗总例次数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映医疗机构质子或重离子放射治疗的规范性。

2. 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。

3. 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。

4. 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。

5. 知情同意书签署率

【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，治疗前签署知情同意书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】

$$\text{知情同意书签署率} = \frac{\text{治疗前签署知情同意书的患者数}}{\text{同期质子或重离子放射治疗患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映医疗机构质子或重离子放射治疗的规范性。

6. 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。

7. 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。

8. 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。

9. 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。

10. 在线IGRT使用率

【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，使用在线IGRT的例次数占同期质子或重离子放射治疗总例次数的比例。（见注）

【计算方法】

$$\text{在线IGRT使用率} = \frac{\text{使用在线IGRT的例次数}}{\text{同期质子或重离子放射治疗总例次数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映质子或重离子放射治疗的精准性。

11. 输出射束精度达标率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】输出射束精度达标是指质子或重离子加速器输出射束的均匀性评估符合相关标准，达到临床诊疗基本要求。输出射束精度达标率是指达标的输出射束数占同期检测的输出射束总数的比例。

【计算方法】

$$\text{输出射束精度达标率} = \frac{\text{达标的输出射束数}}{\text{同期检测的输出射束总数}} \times 100\%$$

【指标意义】输出射束精度达标是保证质子或重离子加速器治疗质量的最基本条件之一。输出射束精度达标率反映质子或重离子加速器总体性能情况。

12. 输出剂量精度达标率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 输出剂量精度达标是指质子或重离子加速器输出剂量评估符合相关标准，达到临床诊疗基本要求。输出剂量精度达标率是指输出剂量达标的检测次数占同期输出剂量检测总次数的比例。

【计算方法】

$$\text{输出剂量精度达标率} = \frac{\text{输出剂量达标的检测次数}}{\text{同期输出剂量检测总次数}} \times 100\%$$

【指标意义】 输出剂量精度达标是保证质子或重离子加速器治疗质量的最基本条件之一。输出剂量精度达标率反映质子或重离子加速器输出剂量的稳定性。

13. 能量精度达标率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 能量精度达标是指质子或重离子加速器治疗线束能量评估符合相关标准，在模体内布拉格峰深度准确，达到临床诊疗基本要求。能量精度达标率是指能量精度达标的检测次数占同期能量精度检测总次数的比例。

【计算方法】

$$\text{能量精度达标率} = \frac{\text{能量精度达标的检测次数}}{\text{同期能量精度检测总次数}} \times 100\%$$

【指标意义】 能量精度达标是保证质子或重离子加速器治疗

质量的最基本条件之一。能量精度达标率反映质子或重离子加速器能量的稳定性。

14. 放疗计划三维验证达标率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 放疗计划三维验证达标是指质子或重离子放射治疗计划实施照射的三维剂量分布通过标准值。放疗计划三维验证达标率是指达标的放疗计划三维验证数占同期放疗计划三维验证总数的比例。

【计算方法】

$$\text{放疗计划三维验证达标率} = \frac{\text{达标的放疗计划三维验证数}}{\text{同期放疗计划三维验证总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映质子或重离子放射治疗剂量分布的准确性。

15. 设备开机率（半年、1年）

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 质子或重离子加速器一定时间（半年、1年）内正常工作的天数占同期法定工作天数的比例。

【计算方法】

$$\text{设备开机率} = \frac{\text{质子或重离子加速器一定时间内正常工作的天数}}{\text{同期法定工作天数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映医疗机构质子或重离子加速器有效使用情况的重要指标之一。

注：IGRT（image guide radiation therapy）影像引导放射治疗，是指采用二维或三维影像技术进行靶区三维空间定位，在三维放疗技术的基础上加入了时间因数的概念，充分考虑了解剖组织在治疗过程中的运动和分次治疗间的位移误差。

（八）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。

(九) 肿瘤深部热疗和全身热疗技术临床应用质量控制指标

1. 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】 肿瘤深部热疗或全身热疗技术适应证选择正确且无技术应用禁忌证的患者例数占同期肿瘤深部热疗或全身热疗技术总患者例数的比例。(见注1)

【计算方法】

肿瘤热疗适应证符合率 = $\frac{\text{肿瘤深部热疗或全身热疗技术适应证选择正确且无禁忌证的患者例数}}{\text{同期肿瘤深部热疗或全身热疗技术总患者例数}} \times 100\%$

【指标意义】 反映医疗机构肿瘤深部热疗或全身热疗的规范性。

2. 肿瘤热疗治疗温度和时间选择正确率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 肿瘤深部热疗或全身热疗温度和时间选择正确的例数占同期肿瘤深部热疗或全身热疗技术总例数的比例。(见

注2)

【计算方法】

肿瘤热疗治疗
温度和时间选择正确率 = $\frac{\text{肿瘤深部热疗或全身热疗温度和时间选择正确的例数}}{\text{同期肿瘤深部热疗或全身热疗技术总例数}} \times 100\%$

【指标意义】反映医疗机构肿瘤深部热疗或全身热疗的规范性。

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（术后30天内）并发症发生的例次数占同期肿瘤深部热疗或全身热疗技术总例次数的比例。（见注3）

【计算方法】

围手术期并发症发生率 = $\frac{\text{围手术期并发症发生的例次数}}{\text{同期肿瘤深部热疗或全身热疗技术总例次数}} \times 100\%$

【指标意义】反映医疗机构肿瘤深部热疗或全身热疗的安全性。

4. 术后死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比 (%)

【指标定义】术后死亡是指实施肿瘤深部热疗或全身热疗治疗患者，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患者死亡人数占同期肿瘤深部热疗或全身热疗治疗患者总数的比例。

【计算方法】

术后死亡率 = $\frac{\text{术后患者死亡人数}}{\text{同期肿瘤深部热疗或全身热疗治疗患者总数}} \times 100\%$

【指标意义】反映医疗机构肿瘤深部热疗或全身热疗的安全性。

5. 实体肿瘤热疗有效率与控制率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】实体肿瘤热疗有效是指实体肿瘤实施肿瘤热疗治疗后实体肿瘤完全缓解或部分缓解。实体肿瘤热疗控制是指实体肿瘤实施肿瘤热疗治疗后实体肿瘤完全缓解、部分缓解或稳定。实体肿瘤热疗有效率（RR）是指实体肿瘤热疗有效的患者数占同期实体肿瘤热疗治疗患者总数的比例。实体肿瘤热疗控制率（DCR）是指实体肿瘤热疗控制的患者数占同期实体肿瘤热疗治疗患者总数的比例。（见注4）

【计算方法】

$$\text{实体肿瘤热疗有效率} = \frac{\text{实体肿瘤热疗有效的患者数}}{\text{同期实体肿瘤热疗治疗患者总数}} \times 100\%$$

$$\text{实体肿瘤热疗控制率} = \frac{\text{实体肿瘤热疗控制的患者数}}{\text{同期实体肿瘤热疗治疗患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映实体肿瘤患者肿瘤热疗的疗效。

6. 实体肿瘤坏死率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】实体肿瘤热疗治疗后，CT扫描肿瘤最大直径层面肿瘤坏死面积与治疗前CT扫描肿瘤最大直径层面肿瘤面积的比值。

【计算方法】

$$\text{实体肿瘤坏死率} = \frac{\text{CT扫描肿瘤最大直径层面肿瘤坏死面积}}{\text{治疗前CT扫描肿瘤最大直径层面肿瘤面积}} \times 100\%$$

【指标意义】反映实体肿瘤患者肿瘤热疗的疗效。

7. 胸（腹、盆）腔积液消退率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】肿瘤热疗治疗前、后胸（腹、盆）腔积液体积差值的绝对值与治疗前胸（腹、盆）腔积液体积的比值。

【计算方法】

$$\text{胸(腹、盆)腔积液消退率} = \frac{\text{肿瘤热疗治疗前、后胸(腹、盆)腔积液体积差值的绝对值}}{\text{治疗前胸(腹、盆)腔积液体积}} \times 100\%$$

【指标意义】反映肿瘤患者肿瘤热疗的疗效。

8. 患者生活质量改善率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】肿瘤热疗治疗后生活质量改善的患者数占同期肿瘤热疗治疗患者总数的比例。（见注5、6）

【计算方法】

$$\text{患者生活质量改善率} = \frac{\text{肿瘤热疗治疗后生活质量改善的患者数}}{\text{同期肿瘤热疗治疗患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映实体肿瘤患者肿瘤热疗的疗效。

注：

1. 肿瘤热疗的适应证和禁忌证。

(1) 肿瘤深部热疗的适应证包括：头颈部（颅内肿瘤除外）的复发难治性肿瘤或各种软组织肉瘤等；胸部恶性肿瘤以及癌性胸腔积液、癌性心包积液等；腹部恶性肿瘤及癌性腹腔积液等；盆腔恶性肿瘤及癌性盆腔积液等；四肢软组织肉瘤和恶性黑色素瘤等；以及实体肿瘤无法手术切除或患者拒绝手术，且医师认为行热疗有助于改善疾病发展过程的。

(2) 肿瘤全身热疗的适应证包括：除外颅内肿瘤的全身恶性肿瘤。

(3) 肿瘤深部热疗的禁忌证包括：

绝对禁忌证：孕妇和儿童、有器质性神经疾病和脑转移、恶病质、水电解质严重紊乱、严重肝硬化伴有食管胃底静脉曲张、严重出血倾向、重度贫血、严重冠心病、大动脉瘤、动脉夹层瘤、严重心肺功能不全、严重感染不能耐受加温治疗者等；体内管腔有产生热积聚（过热）金属置入物和起搏器者。

相对禁忌证：腹部加温部位皮下脂肪过厚者，加温局部皮肤有严重感染者。

(4) 肿瘤全身热疗的禁忌证包括：孕妇和儿童、有器质性神经疾病和颅内肿瘤、恶病质、水电解质严重紊乱、严重肝硬化伴有食管胃底静脉曲张、严重出血倾向、重度贫血、严重冠心病、大动脉瘤、动脉夹层瘤、活动性血管栓塞性疾病、严重心肺功能不全、严重感染者等；体内管腔有产生热积聚（过热）金属置入物和起搏器者。

2. 肿瘤热疗温度和治疗时间。

(1) 符合以下条件者为肿瘤深部热疗温度和治疗时间选择正确：热疗设备应当有患者治疗温度实时监控系统；治疗温度应当达到40℃以上、45℃以下（根据不同部位选择温度），维持40-60min。

(2) 符合以下条件者为肿瘤全身热疗温度和治疗时间选择正确：热疗设备应当有患者治疗温度实时监控系统；治疗温度应达到39℃以上（直肠或食道温度），维持2h或全身麻醉下治疗温度达到41.0℃-41.8℃，维持

治疗温度1-2h。

3. 肿瘤热疗并发症。

(1) 肿瘤深部热疗并发症包括：皮肤烫伤、皮下脂肪硬结和坏死、反应性肺水肿、出血、吻合口裂开、肠穿孔、肠麻痹等。

(2) 肿瘤全身热疗并发症包括：皮肤烫伤、皮下脂肪硬结和坏死、肺水肿、脑水肿、发热、出血等。

4. 根据CT或MRI结果，计算实体肿瘤热疗治疗前后肿瘤最大直径差值的绝对值与治疗前肿瘤最大直径的比值（多个病灶者计算每个肿瘤直径之和）。

(1) 完全缓解（CR）：肿瘤完全消失并维持4周以上。

(2) 部分缓解（PR）：肿瘤消退 $\geq 30\%$ ，并维持4周以上。

(3) 稳定（SD）：肿瘤消退 $< 30\%$ ，并维持4周以上。

(4) 进展（PD）：肿瘤增大 $\geq 20\%$ ，或肿瘤直径（多个病灶者计算每个肿瘤直径之和）增加至少5mm，出现一个或多个新病灶。

5. 肿瘤患者生活质量评估包括以下几个方面：

(1) 体重：体重增加7%，并保持4周以上，不包括（第三间隙积液）认为有效；其他任何情况认为无改善。

(2) 疼痛：数字评分法（VAS）将疼痛程度用0到10共11个数字表示，0表示无痛，10代表最痛，3分以下：有轻微疼痛，能够忍受；4-6分：患者疼痛并影响睡眠，尚能忍受；7-10分：患者有强烈疼痛，疼痛难忍，影响食欲，影响睡眠。患者根据自身疼痛程度在11个数字中挑选一个数字代表疼痛程度。疼痛评分比基线提高 $\geq 50\%$ ，并持续4周以上，认为有效；任何恶化情况，并持续4周以上，认为无效；上述情况以外的情况，认为稳定。

(3) 身体一般状况评分(Karnofsky评分，KPS，百分法)

Karnofsky评分

10 正常，无症状和体征，无疾病证据

-
- 9 能正常活动，有轻微症状和体征
 - 8 勉强可进行正常活动，有一些症状或体征
 - 7 生活可自理，但不能维持正常生活或工作
 - 6 生活能大部分自理，但偶尔需要别人帮助，不能从事正常工作
 - 5 需要一定帮助和护理，以及给与药物治疗
 - 4 生活不能自理，需要特别照顾和治疗
 - 3 生活严重不能自理，有住院指征，尚不到病重
 - 2 病重，完全失去自理能力，需要住院和积极地支持治疗
 - 1 重危，临近死亡
 - 0 死亡
-

KPS评分增加 ≥ 20 分，并且持续4周以上，认为有效；任何恶化 ≥ 20 ，并持续4周以上，认为无效；其他所有情况，认为稳定。

6. 肿瘤患者生活质量评价标准如下：

(1) 疼痛、KPS均为有效，判断为临床有效，生活质量改善。

(2) 疼痛、KPS中的任何一个有效，且另一个稳定，判断为临床有效，生活质量改善。

(3) 疼痛、KPS均为稳定，而体重 $\geq 7\%$ 的增长，则判断为临床有效，生活质量改善。

(4) 疼痛、KPS均阴性，或任何一个阴性，则判断为临床无效，生活质量未改善。

(5) 疼痛、KPS均稳定，而体重稳定或减轻，判断为临床无效，生活质量未改善。

(十) 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. 肿瘤消融治疗后临床症状有效缓解率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 肿瘤消融治疗后临床症状有效缓解的例次数占同期有症状的肿瘤消融治疗总例次数的比例。（见注2）

【计算方法】

$$\text{肿瘤消融治疗后临床症状有效缓解率} = \frac{\text{肿瘤消融治疗后临床症状有效缓解的例次数}}{\text{同期有症状的肿瘤消融治疗总例次数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映肿瘤消融治疗后临床症状缓解情况。

4. 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3）

【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。

5. 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。

【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。

6. 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。

7. 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。

8. 患者术后生存率（6月、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】肿瘤消融治疗后某一时间（6月、1年、3年、5年）随访（失访者按未存活患者统计）尚存活的患者数占同期肿瘤消融治疗患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{患者术后生存率} = \frac{\text{肿瘤消融治疗后某一时间随访尚存活的患者数}}{\text{同期肿瘤消融治疗患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映肿瘤消融治疗患者的远期疗效。

9. 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Child A、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。

（十一）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，转行心脏移植手术治疗。心室辅助转换心脏移植率，是指心室辅助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】

$$\text{心室辅助转换心脏移植率} = \frac{\text{心室辅助转换心脏移植例数}}{\text{同期心室辅助装置应用总例数}} \times 100\%$$

【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 $< 2.0 \text{ L/m}^2$ 。
- (2) 最大氧耗量 $< 12 \text{ ml/kg} \cdot \text{min}$ 。
- (3) 6分钟步行试验 $< 150 \text{ m}$ 。
- (4) NT-proBNP $> 5000 \text{ ng/ml}$ 。
- (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。

(十二) 人工智能辅助诊断技术临床应用质量控制指标

1. 诊断准确率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 诊断准确是指实施人工智能辅助诊断技术所得的诊断与患者病理诊断相符合。诊断准确率是指诊断准确的例数占同期人工智能辅助诊断技术总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{诊断准确率} = \frac{\text{诊断准确的例数}}{\text{同期人工智能辅助诊断技术总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映人工智能辅助诊断技术的准确性。

2. 信息采集准确率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 信息采集准确是指采集的信息样本能满足人工智能辅助诊断技术需要。信息采集准确率是指信息采集准确的样本数占同期采集的信息样本总数的比例。

【计算方法】

$$\text{信息采集准确率} = \frac{\text{信息采集准确的样本数}}{\text{同期采集的信息样本总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映人工智能辅助诊断系统的客观性。

3. 人工智能辅助诊断平均时间

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 分钟

【指标定义】 从下达人工智能辅助诊断医嘱到发出诊断报告的平均时间（以分钟为单位）。

【计算方法】

$$\text{人工智能辅助诊断平均时间} = \frac{\text{人工智能辅助诊断时间总和}}{\text{同期采用人工智能辅助诊断技术总例数}}$$

【指标意义】 反映人工智能辅助诊断的及时性和管理效率。

4. 人工智能辅助诊断增益率

(1) 诊断准确率增益率。

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 单位时间、单位人员条件下，人工智能辅助诊断准确率和人工诊断准确率差值与人工智能辅助诊断准确率和人

工诊断准确率中高值的比例。

【计算方法】

$$\text{诊断准确率增益率} = \frac{\text{单位时间、单位人员条件下，人工智能辅助诊断准确率与人工诊断准确率差值}}{\text{人工智能辅助诊断准确率与人工诊断准确率中的高值}} \times 100\%$$

【指标意义】反映人工智能辅助诊断技术的效率。

(2) 日人均诊断量增益率。

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间、单位人员条件下，日人均人工智能辅助诊断量和日人均人工诊断量差值与日人均人工智能辅助诊断量和日人均人工诊断量中高值的比例。

【计算方法】

$$\text{日人均诊断量增益率} = \frac{\text{单位时间、单位人员条件下，日人均人工智能辅助诊断量和日人均人工诊断量差值}}{\text{日人均人工智能辅助诊断量和日人均人工诊断量中的高值}} \times 100\%$$

【指标意义】反映人工智能辅助诊断技术的效率。

(3) 诊断平均时间增益率。

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间、单位人员条件下，人工智能辅助诊断平均时间和人工诊断平均时间差值与人工智能辅助诊断平均时间和人工诊断平均时间中高值的比例。

【计算方法】

$$\text{诊断平均时间增益率} = \frac{\text{单位时间、单位人员条件下, 人工智能辅助诊断平均时间和人工诊断平均时间差值}}{\text{人工智能辅助诊断平均时间和人工诊断平均时间中的高值}} \times 100\%$$

【指标意义】反映人工智能辅助诊断技术的效率。

(十三) 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它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。

(十三) 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。

（十四）颅颌面畸形颅面外科矫治技术临床应用质量控制指

标

1. 医患比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 各学科（口腔颌面外科、整形外科、小儿外科、神经外科、眼科、耳鼻喉科、口腔正畸科等）开展颅颌面畸形颅面外科矫治技术的固定在岗（本医疗机构）医师总数占同期完成颅颌面畸形颅面外科矫治技术总例次数（万例次）的比例。

【计算方法】

$$\text{医患比} = \frac{\text{各学科开展颅颌面畸形颅面外科矫治技术的固定在岗（本医疗机构）医师总数}}{\text{同期完成颅颌面畸形颅面外科矫治技术总例次数（万例次）}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映医疗机构医疗质量的重要结构性指标之一。

2. 各类手术患者比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 根据颅颌面畸形颅面外科矫治技术规范，颅颌面畸形颅面外科矫治技术包括颅眶外科手术、正颌外科手术、面部骨轮廓手术。各类手术患者比例是指该类手术患者数占同期颅颌面畸形颅面外科矫治技术患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{各类手术患者比例} = \frac{\text{该类手术患者数}}{\text{同期颅颌面畸形颅面外科矫治技术患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映医疗机构医疗水平的重要结构性指标之一。

3. 正颌术前正畸比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 正颌术前给予正畸治疗的患者数占同期正颌外科手术患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{正颌术前正畸比例} = \frac{\text{正颌术前给予正畸治疗的患者数}}{\text{同期正颌外科手术患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映医疗机构正颌外科手术规范化诊疗情况。

4. 颅眶外科手术术前CT检查率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 颅眶外科手术患者，完成术前CT检查的患者数占同期颅眶外科手术患者总数比例。

【计算方法】

$$\text{颅眶外科手术术前CT检查率} = \frac{\text{完成术前CT检查的患者数}}{\text{同期颅眶外科手术患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映医疗机构颅眶外科手术规范化诊疗情况。

5. 术前计算机辅助设计系统使用率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 正颌外科手术或面部骨轮廓手术患者，术前使用计算机辅助设计系统的患者数占同期正颌外科手术或面部骨轮廓手术患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{正颌外科术前计算机辅助设计系统使用率} = \frac{\text{术前使用计算机辅助设计系统的患者数}}{\text{同期正颌外科手术患者总数}} \times 100\%$$

$$\text{面部骨轮廓术前计算机辅助设计系统使用率} = \frac{\text{术前使用计算机辅助设计系统的患者数}}{\text{同期面部骨轮廓手术患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映医疗机构正颌外科手术或面部骨轮廓手术规范化诊疗情况。

6. 意外骨折发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】意外骨折是指颅颌面畸形颅面外科矫治技术实施过程中出现的、非实施该技术而必须发生的骨折（包括颅骨、上颌骨或下颌骨骨折）。意外骨折发生率是指发生意外骨折的患者数占同期颅颌面畸形颅面外科矫治技术患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{意外骨折发生率} = \frac{\text{发生意外骨折的患者数}}{\text{同期颅颌面畸形颅面外科矫治技术患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映医疗机构颅颌面畸形颅面外科矫治技术水平的重要指标之一。

7. 输血率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】颅颌面畸形颅面外科矫治技术患者，术中、术后（住院期间内）接收400ml及以上输血治疗的患者数占同期颅颌

面畸形颅面外科矫治技术患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{输血率} = \frac{\text{颅颌面畸形颅面外科矫治技术患者} \\ \text{术中、术后接受400ml及以上输血治疗的患者数}}{\text{同期} \\ \text{颅颌面畸形颅面外科矫治技术患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映医疗机构颅颌面畸形颅面外科矫治技术水平的重要指标之一。

8. 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】颅颌面畸形颅面外科矫治技术患者，术中接受400ml及以上自体血（包括自体全血及自体血红细胞）输注患者数占同期术中接受400ml及以上输血治疗的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{术中自体血输注率} = \frac{\text{术中接受400ml及以上自体血} \\ \text{(包括自体全血及自体血红细胞)输注患者数}}{\text{同期术中接受400ml及以上} \\ \text{输血治疗的患者总数}} \times 100\%$$

【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。

9. 失血性休克发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】颅颌面畸形颅面外科矫治技术患者，术中、术后（住院期间内）发生失血性休克的患者数占同期颅颌面畸形颅

面外科矫治技术患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{失血性休克发生率} = \frac{\text{术中、术后发生失血性休克的患者数}}{\text{同期颅颌面畸形颅面外科矫治技术患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映医疗机构颅颌面畸形颅面外科矫治技术水平的重要指标之一。

10. 术后并发症发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】颅颌面畸形颅面外科矫治技术患者，术后发生各种并发症（面神经损伤、视神经损伤、下牙槽神经损伤、伤口感染、固定夹板松脱/折断、脑脊液漏、颅内感染）的例数占同期颅颌面畸形颅面外科矫治技术总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后面神经损伤发生率} = \frac{\text{术后发生面神经损伤的例数}}{\text{同期颅颌面畸形颅面外科矫治技术总例数}} \times 100\%$$

$$\text{术后视神经损伤发生率} = \frac{\text{术后发生视神经损伤的例数}}{\text{同期颅颌面畸形颅面外科矫治技术总例数}} \times 100\%$$

$$\text{术后下牙槽神经损伤发生率} = \frac{\text{术后发生下牙槽神经损伤的例数}}{\text{同期颅颌面畸形颅面外科矫治技术总例数}} \times 100\%$$

$$\text{术后伤口感染发生率} = \frac{\text{术后发生伤口感染的例数}}{\text{同期颅颌面畸形颅面外科矫治技术总例数}} \times 100\%$$

$$\text{术后固定夹板松脱、折断发生率} = \frac{\text{术后发生固定夹板松脱、折断的例数}}{\text{同期颅颌面畸形颅面外科矫治技术总例数}} \times 100\%$$

$$\text{术后脑脊液漏发生率} = \frac{\text{术后发生脑脊液漏的例数}}{\text{同期颅颌面畸形颅面外科矫治技术总例数}} \times 100\%$$

$$\text{术后颅内感染发生率} = \frac{\text{术后发生颅内感染的例数}}{\text{同期颅颌面畸形颅面外科矫治技术总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映医疗机构颅颌面畸形颅面外科矫治技术水平的重要结果指标之一。

11. 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】非计划二次手术是指患者颅颌面畸形颅面外科矫治术后出现出血、固定夹板松脱或折断、气道梗阻需气管切开等情况，非计划再次手术。非计划二次手术率是指非计划二次手术患者数占同期颅颌面畸形外科矫治技术患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{非计划二次手术率} = \frac{\text{非计划二次手术患者数}}{\text{同期颅颌面畸形颅面外科矫治技术患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映医疗机构颅颌面畸形颅面外科矫治技术水平的重要过程指标之一。

12. 术后抢救率、术后抢救成功率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】术后抢救是指颅颌面畸形颅面外科矫治技术患者，术后因紧急情况（上气道梗阻、休克、颅内感染等）出现生命危险，需立即进行气管插管或切开、心肺复苏等治疗。术后抢救成功是指经抢救的术后患者存活超过24小时。术后抢救率是指术后抢救的患者例次数占同期颅颌面畸形颅面外科矫治技术患者

总数的比例。术后抢救成功率是指术后抢救成功的患者例次数占同期术后抢救患者总例次数的比例。同一患者24小时内行多次抢救，记为“一例次”。

【计算方法】

$$\text{术后抢救率} = \frac{\text{术后抢救的患者例次数}}{\text{同期颅颌面畸形颅面外科矫治技术患者总数}} \times 100\%$$

$$\text{术后抢救成功率} = \frac{\text{术后抢救成功的患者例次数}}{\text{同期术后抢救患者总例次数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映医疗机构医疗质量和抢救效率的重要指标之一。

13. 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颅颌面畸形颅面外科矫治技术患者，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颅颌面畸形颅面外科矫治技术患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{术中及术后死亡率} = \frac{\text{术中及术后患者死亡人数}}{\text{同期颅颌面畸形颅面外科矫治技术患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映医疗机构颅颌面畸形颅面外科矫治技术水平的重要结果指标之一。

（十五）口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治技术临床应用质量控制指标

1. 诊断符合率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治术前诊断与术后诊断符合的患者数占同期口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治术患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{诊断符合率} = \frac{\text{术前诊断与术后诊断符合的患者数}}{\text{同期口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治术患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治技术患者诊断水平。

2. 术后手术部位感染率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治术患者，术后经病原学检验确诊发生手术部位感染的患者数占同期口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治术患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后手术部位感染率} = \frac{\text{术后经病原学检验确诊发生手术部位感染的患者数}}{\text{同期口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治术患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 描述口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治术患者发生手术部位感染的频率，反映医疗机构对口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治术患者医院感染管理和防控水平。

3. 术后血肿手术探查率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治术患者，术后局部伤口血肿形成行手术探查的例次数占同期口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治术总例数的比例。同一患者进行多次手术探查，记为“多例次”。

【计算方法】

$$\text{术后血肿手术探查率} = \frac{\text{术后局部伤口血肿形成行手术探查的例次数}}{\text{同期口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治术总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映医疗机构口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治技术水平的重要结果指标之一。

4. 血管危象手术探查率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治术患者，术后皮瓣发生血管危象行手术探查的例次数占同期口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治术总例数的比例。同一患者进行多次手术探查，记为“多例次”。

【计算方法】

$$\text{血管危象手术探查率} = \frac{\text{术后皮瓣发生血管危象行手术探查的例次数}}{\text{同期口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治术总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映医疗机构口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治技术水平的重要结果指标之一。

5. 手术探查后皮瓣成活率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治术患者，术后皮瓣发生血管危象行手术探查后皮瓣成活的例数占同期口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治术后皮瓣血管危象手术探查总例数的比例。同一患者进行多次手术探查，记为“1例”。

【计算方法】

$$\text{手术探查后皮瓣成活率} = \frac{\text{术后皮瓣发生血管危象行手术探查后皮瓣成活的例数}}{\text{同期口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治术后皮瓣血管危象手术探查总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映医疗机构口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治技术水平的重要结果指标之一。

6. 术后脑脊液漏发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治术患者，术后发生脑脊液漏的患者数占同期口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治术患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后脑脊液漏发生率} = \frac{\text{术后发生脑脊液漏的患者数}}{\text{同期口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治术患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映医疗机构口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治技术水平的重要结果指标之一。

7. 术后颅内感染发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治术患者，术后发生颅内感染的患者数占同期口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治术患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后颅内感染发生率} = \frac{\text{术后发生颅内感染的患者数}}{\text{同期口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治术患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映医疗机构口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治技术水平的重要结果指标之一。

8. 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口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治术患者，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、肝衰竭、肾衰竭、深静脉血栓等并发症。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口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治术患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后全身系统严重并发症发生率} = \frac{\text{术后发生全身系统严重并发症的患者数}}{\text{同期口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治术患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映医疗机构口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治技

术水平的重要结果指标之一。

9. 术后抢救率、术后抢救成功率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 术后抢救是指口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治术患者，术后因紧急情况（呼吸心跳骤停、休克、颅内感染等）出现生命危险，需立即进行气管插管或切开、心肺复苏等治疗。术后抢救成功是指经抢救的术后患者存活超过24小时。术后抢救率是指术后抢救的患者例次数占同期口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治术患者总数的比例。术后抢救成功率是指术后抢救成功的患者例次数占同期术后抢救患者总例次数的比例。同一患者24小时内行多次抢救，记为“一例次”。

【计算方法】

$$\text{术后抢救率} = \frac{\text{术后抢救的患者例次数}}{\text{同期口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治术患者总数}} \times 100\%$$

$$\text{术后抢救成功率} = \frac{\text{术后抢救成功的患者例次数}}{\text{同期术后抢救患者总例次数}} \times 100\%$$

【指标意义】 反映医疗机构医疗质量和抢救效率的重要指标之一。

10. 术后死亡率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 术后死亡是指口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治术患者，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患者死亡人数占同期口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治技术患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后死亡率} = \frac{\text{术后患者死亡人数}}{\text{同期口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治技术患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】反映医疗机构口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治技术水平的重要结果指标之一。

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】

$$\text{向人体器官获取组织报送的潜在器官捐献者人数与院内死亡人数比} = \frac{\text{向人体器官获取组织报送的潜在器官捐献人数}}{\text{同期院内死亡人数}} \times 100\%$$

【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】

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】

$$\text{器官捐献转化率} = \frac{\text{年度获度获取捐献者}}{\text{同期潜在捐献者总数}} \times 100\%$$

【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) > 30 kg/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. 250mmHg<PaO₂<300mmHg (FiO₂=1.0, PEEP=5cmH₂O);
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 (2020年版)

(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

$$60\text{min} < \text{无肝期} \leq 120\text{min} \text{比例} = \frac{\text{无肝期在 } 60-120\text{min} \text{ 的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

3. 无肝期 > 120min 比例

$$\text{无肝期} > 120\text{min} \text{比例} = \frac{\text{无肝期 } 120\text{min} \text{ 以上的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

【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】

$$\text{术中大出血发生率} = \frac{\text{成人肝脏移植手术受者术中出血量在 } 2000\text{ml} \text{ 及以上的手术人数}}{\text{同期成人肝脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

【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) $\geq 171 \text{ } \mu\text{mol/L}$ (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系统所报送数据的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 (2020年版)

1. 供体心脏缺血时间小于等于6小时的比例 (HTS-04)

【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 (HTS-06)

【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（HTS-07）

【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（HTS-08）

【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（HTS-10）

(1) 数据完整度（HTS-10-01）

【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数据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注册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（2020 年版）

1. 术后（6月、1年、3年、5年、10年）生存率（LUT-09）

【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】

肺脏移植术后6月、1年、3年、5年、10年
术后（6月、1年、3年、5年、10年）生存率= $\frac{\text{随访尚存活的房子移植患者数}}{\text{同期肺脏移植总人数}} \times 100\%$

【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（HTS-10）

（1）数据完整度（HTS-10-01）

【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数据完整度得分与同期肺脏移植总人数的比例。

【计算方法】

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。

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。

【操作建议】

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。

【操作建议】

文件查阅、记录查看。

（四）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術梯队。

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。

【操作建议】

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，以保障人们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 医疗机构住院和门诊患者平均医疗费用年均增幅低于本省 GDP 年均增幅。

【操作建议】

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、食源性疾病预防、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。

【操作建议】

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《国家处方集》及医疗机构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】

各类医疗机构应当按照国家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。

【操作建议】

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疗机构服务能力，促进优质医疗资源扩容和下沉。

【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。

【操作建议】

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，是实现人人享有初级卫生保健目标的基础环节。

【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。

【操作建议】

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。

【操作建议】

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“平战结合、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 responsibility，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。

【操作建议】

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。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

(十二) 设立医疗机构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。

【操作建议】

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。

【操作建议】

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，其中专业人员在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。

【操作建议】

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、临床技术操作规范、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、临床技术操作规范、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。医疗机构应当监督、指导员工在诊疗工作中依照相关规范开展医疗服务；在机构层面开展遵循临床诊疗指南、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、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、操作规范和临床路径开展定期或不定期的自查和督查。

【操作建议】

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、选择权、知情权、隐私权等法定个人权利，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。

【操作建议】

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，医疗机构应当将所有人员、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 医疗机构建立有全员参与、覆盖临床诊疗服务全过程的医疗质量管理与控制制度。

【操作建议】

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，医疗机构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。完善本院医疗质量管理相关指标体系，包括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。

2.1.18.2 相关人员应掌握其岗位职责范围内的医疗质量基础数据。

【操作建议】

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就医疾患，提高诊疗效果的有效途径。因此，医疗机构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 重视专科协同发展，推行“以患者为中心、以疾病为链条”的多学科诊疗模式。

【操作建议】

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。医疗机构应当借助于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。

【操作建议】

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】

满意度管理是医院提升社会效益，改进工作的途径之一。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。

02.1.21.2 对满意度监测中发现的问题，及时沟通、协商、整改和反馈。

2.1.21.3 患者就医体验和员工执业感受有提升。

【操作建议】

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】

内部现场检查是医疗机构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。

【操作建议】

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。

【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 医院有基于电子病历的医疗质量管理信息化平台建设方案并落实，提高医院管理工作信息化水平。

2.1.23.2 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。

【操作建议】

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，促进医疗质量的持续改进。

【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的真实、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。

【操作建议】

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》(以下简称《要点》)是医疗机构开展医疗质量管理主要依据。医院应当根据《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。

【操作建议】

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，医疗机构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。

【操作建议】

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可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。医疗机构应当按照《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。

【操作建议】

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 分钟内到达。

【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。

【操作建议】

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（或）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。医疗机构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 护理级别应实时在病历、患者一览表及床头卡有明确标识。

【操作建议】

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数，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。

2.2.30.6 非本机构执业医务人员不得单独值班。

2.2.30.7 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。

【操作建议】

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。

【操作建议】

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。

【操作建议】

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。紧急调配机制可以包括人员调配、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。

【操作建议】

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。

【操作建议】

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 死亡讨论在全科范围内完成，由科主任主持死亡讨论。

2.2.35.3 死亡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。

【操作建议】

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。

【操作建议】

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 建立产房分娩核查制度和标准化流程。

2.2.37.3 手术安全核查表纳入病历。

【操作建议】

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。

2.2.38.4 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。

【操作建议】

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疗机构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。

【操作建议】

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。

【操作建议】

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，医技部门应以最快的速度通知临床和患者，以采取及时的措施以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。

【操作建议】

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】

病历管理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，规范病案管理，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 有保护病历与病案及信息安全的相关制度。

【操作建议】

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。

【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。

【操作建议】

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，对抗菌药物使用建立全流程监管机制。

【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。

【操作建议】

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。

【操作建议】

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度。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術保障体系。

【概述】

随着信息技术的广泛应用，在为医疗和管理工作带来便利的同时，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。

【操作建议】

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。

【操作建议】

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】

医疗技术能力是医疗机构提供安全、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，而科学、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。

【操作建议】

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。

【操作建议】

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，有医疗技术实施路径或操作规范，有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。

【操作建议】

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完成备案。

【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程序。

【操作建议】

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。

【操作建议】

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。

【操作建议】 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保障医师开展与其技术能力相适应的手术，应当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、风险性等因素确定。对所有医师进行个体化手术授权，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。

【操作建议】

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】

医院应正确评估医务人员的专业能力，并以适当的方式明示

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。

【操作建议】

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，对于首次在本院实施的医疗技术，有通过医疗技术临床应用论证机制。

【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。

【操作建议】

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。

【操作建议】

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、分析和反馈持续改进的机制。

【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 根据医院开展的医疗技术，制定科室医疗技术临床应用质控指标，关注本科室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。

【操作建议】

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首要内容。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，提高管理水平和技能。

【操作建议】

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。

【操作建议】

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，上报省级卫生健康行政部门，主动申请撤销备案，并向社会公示。

【操作建议】

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。

【操作建议】

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。

【操作建议】

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。

【操作建议】

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。

【操作建议】

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，医疗机构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、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。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

(六十七) 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，医疗机构应当按照《医疗机构投诉管理办法》相关要求顺畅的沟通渠道，建立首诉负责制，避免强化患者负面感受和改进医疗服务质量。

【细则】

2.4.67.1 建立健全医患沟通机制和投诉管理制度，有投诉处置流程。

2.4.67.2 设置投诉管理部门，实施“首诉负责制”，并向社会公开。

2.4.67.3 对投诉处置有明确时限规定，告知患者投诉处置结果。

2.4.67.4 定期分析相关投诉信息，以共性的投诉问题开展警示教育，持续改进医疗质量安全。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、患者访谈。

（六十八）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。医疗机构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】

2.4.68.1 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。

2.4.68.2 定期评估相关事件并及时反馈临床。

2.4.68.3 按照国家有关规定向相关部门报告，可追溯。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。

（六十九）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】

2.4.69.1 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。

2.4.69.2 开展全员相关培训，员工知晓。

【操作建议】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）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，医院应保障全院范围内紧急救治和生命支持服务。

【细则】

2.4.70.1 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。

2.4.70.2 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。

2.4.70.3 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。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

（七十一）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】

2.4.71.1 制定控制分娩疼痛和减少分娩损伤的制度并落实。

2.4.71.2 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。

2.4.71.3 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。

【操作建议】

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

(七十二) 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、急诊管理制度和工作流程、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,应统筹门、急诊布局,严格落实法定要求,满足“以患者为中心”理念和临床管理需求。同时,建立全覆盖的门急诊管理制度和工作流程,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】

2.5.72.1 门、急诊布局注重“以患者为中心”的宗旨,并符合相关规定,能满足临床管理工作。

2.5.72.2 急诊科诊室入口应当通畅,有醒目的路标和标识,并设有救护车通道和专用停靠处。

2.5.72.3 建立门、急诊管理制度和工作流程,并落实。

2.5.72.4 制定门、急诊突发应急事件处置预案并组织实施。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

(七十三) 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】

2.5.73.1 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、急诊患者医疗需求。

2.5.73.2 对门、急诊医务人员开展技术和技能专业培训。

2.5.73.3 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。

2.5.73.4 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。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

（七十四）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】

2.5.74.1 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。

2.5.74.2 通过预检，有效分诊疑似传染病、发热等患者。

2.5.74.3 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。

2.5.74.4 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，有快速鉴别病情的相关医疗设备。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、患者访谈。

（七十五）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、急诊医疗质量。

【细则】

2.5.75.1 把门、急诊工作质量纳入临床各科室质量管理范围。

2.5.75.2 把门、急诊工作质量作为考核科室和医务人员的重要内容。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（七十六）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】

2.5.76.1 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。

2.5.76.2 员工知晓绿色通道的实施范围及流程，并落实。

2.5.76.3 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。

2.5.76.4 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。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。

（七十七）有创伤、脑卒中、急性心肌梗死、高危孕产妇及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、高危孕产妇和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】

2.5.77.1 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。

2.5.77.2 有高危孕产妇及新生儿等重点人群服务规范和流程。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。

（七十八）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】

2.5.78.1 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。

2.5.78.2 及时公开出诊信息。

2.5.78.3 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。

2.5.78.4 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。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

（七十九）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“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】

2.5.79.1 优化就诊环境，就诊环境清洁、舒适、安全，定期检查，及时维护。

2.5.79.2 有就诊环境质量的量化标准，统一落实，提升环境舒适性。

2.5.79.3 为患者提供就诊接待、引导、咨询服务。

2.5.79.4 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。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

（八十）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】

2.5.80.1 有患者入院、出院、转科、转院服务管理工作制度及流程。

2.5.80.2 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。

2.5.80.3 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。

2.5.80.4 为急诊患者入院制订合理、便捷的制度与流程。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。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

（八十一）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】

2.5.81.1 加强出院患者健康教育，普及相关健康知识。

2.5.81.2 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。

2.5.81.3 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。

【操作建议】

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。

（八十二）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】

2.5.82.1 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。

2.5.82.2 诊疗规范和操作流程包含必要的患者评估内容。

2.5.82.3 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。

2.5.82.4 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。

2.5.82.5 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。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。

(八十三) 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】

2.5.83.1 对住院患者实施营养评估，包括但不限于营养风险筛查、诊疗活动对机体营养状态的影响，机体营养状态对诊疗活动的耐受力等。

2.5.83.2 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。

2.5.83.3 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，有定期自查和督查。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。

（八十四）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。医疗机构应当对风险高、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】

2.5.84.1 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。

2.5.84.2 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。

2.5.84.3 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。

2.5.84.4 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。

【操作建议】

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。

（八十五）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】

2.5.85.1 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。

2.5.85.2 术后首次病程记录中注明术后治疗计划、注意事项，并落实。

2.5.85.3 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。

2.5.85.4 手术的离体组织必须做病理学检查，明确术后诊断。

【操作建议】

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)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】

2.5.86.1 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。

2.5.86.2 制定并向社会公开本院日间手术病种和技术目录。

2.5.86.3 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。

2.5.86.4 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。

2.5.86.5 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。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。

（八十七）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】

麻醉科是体现医疗机构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】

2.5.87.1 手术麻醉人员配置合理，符合相关规定。

2.5.87.2 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。

2.5.87.3 预期术中（麻醉中）可能需要医患沟通，术前应告知患方，明确术中的授权委托人。

2.5.87.4 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。

2.5.87.5 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。

2.5.87.6 制定术后镇痛治疗管理规范 and 流程并严格执行。

【操作建议】

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。

（八十八）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】

2.5.88.1 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。

2.5.88.2 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。

2.5.88.3 制定传染病防治相关培训和考核制度并落实，可追溯。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

（八十九）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】

2.5.89.1 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。

2.5.89.2 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。

2.5.89.3 制定规范的患者安全保护措施并落实。

2.5.89.4 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。

【操作建议】

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）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加强精神残障

者诊治的全环节管理，梳理精神障碍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，指导预防落实措施的落实，建立标准的出院康复指导与随访机制。

【细则】

2.5.90.1 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。

2.5.90.2 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。

2.5.90.3 为精神障碍者提供出院康复指导与随访，有记录，可追溯。

【操作建议】

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。

（九十一）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按照相关要求进行。

【细则】

2.5.91.1 医院开展介入诊疗技术，具备卫生健康行政部门颁

发的介入诊疗许可，定期校验。

2.5.91.2 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。

2.5.91.3 介入医师具备相应的资质和授权，接受定期学习和培训。

2.5.91.4 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。

2.5.91.5 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。

2.5.91.6 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，一次性器械条码归档病历中，保证器械来源可追溯。

【操作建议】

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。

（九十二）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】

2.5.92.1 人员、设备、空间及院感控制流程均符合行业管理要求。

2.5.92.2 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。

2.5.92.3 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。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、员工操作。

(九十三) 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】

2.5.93.1 血液透析机与水处理设备符合要求。

2.5.93.2 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。

2.5.93.3 血液透析器复用执行《血液透析器复用操作规范》。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。

(九十四) 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】

2.5.94.1 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》。

2.5.94.2 布局、设备设施符合《放射诊疗管理规定》和国家相关标准。

2.5.94.3 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。

2.5.94.4 有放射防护制度，并严格执行。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

（九十五）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，医院应加强放射治疗管理，保证治疗质量和安全。

【细则】

2.5.95.1 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。

2.5.95.2 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。

2.5.95.3 有放射治疗意外应急预案及处置措施，定期演练，员工知晓。

【操作建议】

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。

（九十六）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，应符合国家相关要求。

【细则】

2.5.96.1 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。

2.5.96.2 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。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。

（九十七）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，医院应按要求规范区域，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】

2.5.97.1 特殊检查室设计及空间区域划分应符合特殊检查需求。

2.5.97.2 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。

2.5.97.3 有突发意外事故管理规范与应急预案并严格执行。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（九十八）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，医院应加强日间化疗管理，保证化疗质量与安全。

【细则】

2.5.98.1 明确规定日间化疗服务适用范围。

2.5.98.2 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。

2.5.98.3 建立集中配置化疗药物安全管理制度并落实，集中配置化疗药物。

【操作建议】

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

(九十九) 建立扁平高效的护理管理体系，建立护理质量与安全管理委员会，依据法律法规、行业指南、标准，制定护理制度、常规和操作规程，实施护理质量管理工作。

【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；通过护理质量与安全委员会，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】

2.6.99.1 建立简洁高效的护理管理体系。由院领导负责下的护理管理体系，实行三级或二级管理层级。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。

2.6.99.2 建立护理质量与安全管理委员会。委员会成员应包含与护理工作密切相关的部门，并制订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。

2.6.99.3 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。

【操作建议】

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) 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。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，是保障患者安全和质量的基础。医院应按照国家相关规定，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】

2.6.100.1 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。

2.6.100.2 有人力资源调配的应急预案，并有演练。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。

(一百零一) 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《关于实施医院护士岗位管理的指导意见》（卫医政发〔2012〕30号）等要求，并结合医院实际，实行护士分层级管理，明确岗位设置、岗位职责、岗位技术能力、工作标准等。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】

2.6.101.1 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。

2.6.101.2 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。

2.6.101.3 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。

2.6.101.4 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。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（一百零二）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】

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】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。绩效考核制度应充分征求护士的意见和建议，并能提供多种途径方便查询。

2.6.102.1 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。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈。

（一百零三）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】

2.6.103.1 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。

2.6.103.2 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。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、患者访谈。

（一百零四）根据《综合医院分级护理指导原则》《护理分级》（WS/T 431-2013）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】

2.6.104.1 根据《综合医院分级护理指导原则》《护理分级》（WS/T 431-2013）的原则和要求，进行护理分级。

2.6.104.2 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。

2.6.104.3 制定危重患者护理常规并落实。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、病历检查。

（一百零五）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，需要其它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】

2.6.105.1 护理文书参照《医疗质量安全核心制度要点》执行。

2.6.105.2 护理查房参照《医疗质量安全核心制度要点》执行。

2.6.105.3 护理会诊参照《医疗质量安全核心制度要点》执行。

2.6.105.4 护理病例讨论制度参照《医疗质量安全核心制度要点》执行。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、现场检查、病历检查、病案检查。

(一百零六) 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】

2.6.106.1 制定临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范。

2.6.106.2 制定紧急意外情况如患者突发昏迷、心跳骤停、职业暴露等的护理应急预案和处理流程。

2.6.106.3 定期实施相关培训与演练。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

（一百零七）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《医院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，完善护理质量管理制度、指标监测及分析反馈等，持续改进。

【细则】

2.6.107.1 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。

2.6.107.2 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。

2.6.107.3 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。

【操作建议】

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

（一百零八）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】

《医院药事管理办法》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；《关于加强医院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，医院应当按照法规的要求具体落实。

【细则】

2.7.108.1 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；

2.7.108.2 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；

2.7.108.3 完善药事管理与临床药学服务各项规章制度并组织实施。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。

（一百零九）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】

2.7.109.1 加强药品管理，规范药品遴选、采购、储存、调剂工作，建立全流程监测系统，保障药品质量和供应。

2.7.109.2 静脉药物调配中心和调配工作符合有关规定。

【操作建议】

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）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】

2.7.110.1 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。

2.7.110.2 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。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。

（一百一十一）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发布了相关政策法规，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较严重，应当加强管理。

【细则】

2.7.111.1 按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和标准，加强抗菌药物临床应用规范化管理。

2.7.111.2 按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和标准，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。

2.7.111.3 按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和标准，加强抗肿瘤药物、激素类药物临床应用规范化管理。

2.7.111.4 按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和标准，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。

【操作建议】

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。

（一百一十二）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（用药适应证、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】

2.7.112.1 依照《处方管理办法》等有关规定, 规范开展处方审核, 并持续改进。

【操作建议】:

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。

(一百一十三) 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】

2.7.113.1 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;

2.7.113.2 不良反应情况应记入病历。

2.7.113.3 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。

【操作建议】

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

(一百一十四) 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提供 24 小时急诊诊断服务。

【细则】

2.8.114.1 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。

2.8.114.2 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。

2.8.114.3 临床检验和医学影像提供 24 小时急诊诊断服务。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

(一百一十五) 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】

2.8.115.1 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该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。

2.8.115.2 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，应具备符合国家规定的资质方可独立工作。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

（一百一十六）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】

医疗机构应当建立临床检验、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】

2.8.116.1 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。

2.8.116.2 有临床检验、病理实验室和医学影像诊疗标准操作流程和技术操作规范，遵照实施并准确记录。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

（一百一十七）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】

2.8.117.1 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。

2.8.117.2 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。

2.8.117.3 提供便捷、及时的检验、检查信息服务。

【操作建议】

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。

（一百一十八）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，应得到培训和授权，确保质控到位。

【细则】

2.8.118.1 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。

2.8.118.2 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。

【操作建议】

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）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】

2.8.119.1 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。

2.8.119.2 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。

2.8.119.3 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。

【操作建议】

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）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，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】

医疗机构按照相关法律法规规范建设输血科或血库，人员配置、布局和设施设备应达到相关标准，建立相关制度和规范，建立储血供血机制，具有提供 24 小时输血服务的服务。

【细则】

2.9.120.1 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，制定本院临床用血管理制度并落实。

2.9.120.2 按照法律法规规范要求，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。

2.9.120.3 明确输血科各岗位职责，员工履职能力符合要求。

2.9.120.4 具有提供 24 小时输血服务的能力，满足临床需

要。

【操作建议】

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）加强临床用血过程管理，严格掌握输血适应症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，严格按照输血适应症开展临床用血，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】

2.9.121.1 加强临床用血过程管理，严格遵循输血适应症开展用血，根据规定完成用血审批，开展输血前后评估，规范输血记录。

2.9.121.2 严格掌握输血技术操作规范，促进临床安全、有效、科学用血。

【操作建议】

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。

（一百二十二）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症，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症，合理安全用血。

【细则】

2.9.122.1 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。

2.9.122.2 严格掌握术中输血适应证，合理、安全输血。

【操作建议】

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。

（一百二十三）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】

2.9.123.1 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。

2.9.123.2 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。

【操作建议】

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

(一百二十四) 按照《医院感染管理办法》，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】

2.10.124.1 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。

2.10.124.2 根据国家法律法规、标准要求制定并及时完善医院感染管理和控制制度，并落实。建立院感多部门协调机制，及时解决机构感染防控工作中的实际问题。

2.10.124.3 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。

2.10.124.4 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。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

（一百二十五）按照《医院感染监测规范》，加强监测重点部门、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】

2.10.125.1 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。

2.10.125.2 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。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、员工操作。

（一百二十六） 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】

2.10.126.1 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。

2.10.126.2 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。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查。

（一百二十七） 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】

2.10.127.1 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。

2.10.127.2 医院提供的消毒与防护用品符合国家标准并在有效期内，工作人员应能够正确使用消毒与防护用品。

2.10.127.3 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。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、员工操作。

（一百二十八）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】

2.10.128.1 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。

2.10.128.2 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地监测与反馈。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、数据核查、现场检查、员工操作。

(一百二十九)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，可以帮忙临床合理使用抗菌药物。

【细则】

2.10.129.1 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。

2.10.129.2 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。

【操作建议】

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）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】

2.10.130.1 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。

2.10.130.2 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。

2.10.130.3 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。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、员工操作。

（一百三十一）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】

2.10.131.1 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 workflows，落实岗位职责。

2.10.131.2 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。

2.10.131.3 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、 workflows、要求和意外事故的应急处理等方面的培训。

【操作建议】

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

（一百三十二）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】

医疗机构应按照《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】

2.10.132.1 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。

2.10.132. 中药房与中药煎药室设置符合相关法律法规的要求。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（一百三十三）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】

2.10.133.1 建立中医诊疗规范。

2.10.133.2 开展中医特色护理。

2.10.133.3 提供具有中医特色的康复和健康指导等服务。

【操作建议】

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

（一百三十四）制定医院章程，建立医院内部决策执行机制，公立医院实施党委领导下的院长负责制，加强和改进公立医院领导人员管理。

【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】

3.1.134.1 制定医院章程，建立医院内部决策执行机制。

3.1.134.2 实行党委领导下的院长负责制，职责明确，认真履职。有重大决策、重要干部任免、重大项目投资、大额资金使用等事项（三重一大）决策的制度，并实施管理问责制。

3.1.134.1 加强和改进公立医院领导人员管理。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈。

（一百三十五）医院管理组织机构设置合理，部门职能划分明确，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】

医院管理组织机构设置合理，满足管理工作需要，部门职能划分明确，各级管理人员按分工履行职责，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】

3.1.135.1 医院管理组织机构设置合理，部门职能划分明确。

3.1.135.2 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。

3.1.135.3 各部门和科室命名规范。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈。

（一百三十六）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。

【概述】

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，理清员工在落实制度时的职责，并及时修订完善。

【细则】

3.1.136.1 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。

3.1.136.2 根据法律法规、规章规范以及相关标准，结合本院实际，制定各个岗位职责，并及时修订完善。

【操作建议】

文件查阅、员工访谈。

（一百三十七）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】

3.1.137.1 医院建立全员学习机制，强化学习文化。

3.1.137.2 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。

3.1.137.3 定期对员工进行专业技能、质量安全培训与教育。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

（一百三十八）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】

3.1.138.1 加强院务公开管理，有指定部门、工作制度与程

序。

3.1.138.2 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。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（一百三十九）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。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着严格的质量监控措施。

【细则】

3.1.139.1 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。

【操作建议】

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）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】

3.2.140.1 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。

3.2.140.2 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。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（一百四十一）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】

3.2.141.1 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。

3.2.141.2 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。

3.2.141.3 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。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

(一百四十二)贯彻落实《公立医院领导人员管理暂行办法》，加强公立医院行政领导人员职业化培训。

【概述】

公立医院应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】

3.2.142.1 贯彻落实《公立医院领导人员管理暂行办法》；

3.2.142.2 加强公立医院行政领导人员职业化培训。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈。

(一百四十三)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。

【概述】

教育培训是建设一支素质能力优良的卫生专业技术人员队伍，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，完成政府指令性培训任务，加强人才梯队建设，把员工能力建设作为人力资源管理的重要组成部分。

【细则】

3.2.143.1 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。

3.2.143.2 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。

3.2.143.3 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。

3.2.143.4 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。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈。

（一百四十四）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】

3.2.144.1 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。

3.2.144.2 上岗前有职业安全防护教育，有培训和考核制度。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

（一百四十五）关注员工身体和心理健康，保障员工合法健康权益。

【概述】

医院应积极关心员工的身体和心理健康状态，落实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】

3.2.145.1 关注员工身体和心理健康。

3.2.145.2 保障员工合法健康权益。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（一百四十六）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，纳入责任状，并作为科室主任聘任、晋升、评先评优的重要指标，同时作为医生定期考核晋升的重要依据。

【细则】

3.2.146.1 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。

3.2.146.2 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。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

三、财务和价格管理

（一百四十七）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】

3.3.147.1 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。

3.3.147.2 人员配置合理，岗位职责明确。

3.3.147.3 三级公立医院实行总会计师制度。

【操作建议】

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）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】

3.3.148.1 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。

3.3.148.2 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。

3.3.148.3 实行全面预算管理，医院所有收支全部纳入预算管理。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（一百四十九）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】

3.3.149.1 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。

3.3.149.2 控制医院债务规模，降低财务风险。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（一百五十）落实《医院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】

加强医疗机构内部价格行为管理，有助于促进卫生健康事业改革和发展，维护患者与医疗机构的合法权益，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】

3.3.150.1 落实《医院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。

3.3.151.2 完善医药收费复核制度。

3.3.151.3 确保医药价格管理系统信息准确。

3.3.151.4 规范新增医疗服务价格项目内部审核流程和申报程序。

【操作建议】

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) 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】

3.3.151.1 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、服务等采购制度和流程。

3.3.151.2 有采购管理和监督部门，实行采购业务的决策、实施、监督相分离，加强集中采购管理。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

(一百五十二) 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】

3.3.152.1 医院实行同工同酬、多劳多得、优绩优酬的分配制度。

3.3.152.2 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。

3.3.152.3 个人分配不得与业务收入直接挂钩。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

四、信息管理

（一百五十三）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】

3.4.153.1 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。

3.4.153.2 建立各部门间的组织协调机制。

3.4.153.3 制订信息化发展规划。

3.4.153.4 制定信息化建设配套的相关管理制度。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（一百五十四）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的互联互通。

【细则】

3.4.154.1 医院信息系统能够系统、连续、准确地采集、存储、传输、处理相关的信息。

3.4.154.2 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。

3.4.154.3 根据国家相关规定，实现信息互联互通、交互共享。

【操作建议】 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（一百五十五） 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响应机制，保护患者隐私，规范信息系统运行。

【细则】

3.4.155.1 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。

3.4.155.2 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。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（一百五十六）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】

3.4.156.1 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。

3.4.156.2 有内部数据核查制度，确保数据真实可靠，可追溯。

【操作建议】

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

（一百五十七）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】

3.5.157.1 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。

3.5.157.2 制定常规与大型医学装备配置方案。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（一百五十八）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】

3.5.158.1 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。

3.5.158.2 开展大型医用设备的社会效益、成本效益等分析评价。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。

（一百五十九）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】

3.5.159.1 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。

3.5.159.2 建立医疗器械临床使用安全事件监测与报告机制。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

（一百六十）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】

3.5.160.1 加强医疗仪器设备管理和使用人员的培训，有考

核。

3.5.160.2 为医疗器械临床合理使用提供技术支持与咨询服务。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

（一百六十一）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】

3.5.161.1 建立保障医学装备处于完好状态的制度与规范。

3.5.161.2 急救、生命支持系统仪器装备应始终保持在待用状态。

3.5.161.3 建立全院应急调配机制。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

（一百六十二）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】

医疗机构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】

3.5.162.1 依据国家相关规定，加强对医用耗材的溯源管理。

3.5.162.2 重视医用耗材不良事件监测与报告的管理。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（一百六十三）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】

3.5.163.1 建立医学装备部门与使用部门共同管理医学装备的机制。

3.5.163.2 医学装备部门建立质量安全小组。

3.5.163.3 医学装备使用部门将医学装备纳入科室管理。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

六、后勤保障管理

（一百六十四）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，对员工的合理需求，应当尽力予以满足。

【细则】

3.6.164.1 有后勤保障管理组织、规章制度与人员岗位职责。

3.6.164.2 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。

3.6.164.3 重视员工合理需求。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

(一百六十五) 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，严格遵照技术规范开展工作。

【细则】

3.6.165.1 后勤专业人员及特种设备操作人员持证上岗。

3.6.165.1 按技术规范开展工作。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

（一百六十六）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】

3.6.166.1 控制与降低能源消耗。

3.6.166.2 水、电、气、物资供应等后勤保障满足医院运行需要。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。

（一百六十七）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】

3.6.167.1 为员工提供膳食服务。

3.6.167.2 保障饮食卫生安全。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（一百六十八）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。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】

3.6.168.1 医疗废物、废液管理符合医院感染管理要求。

3.6.168.2 污水管理和处置符合规定。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。

（一百六十九）安全保卫组织健全，制度完善。安全保卫设备设施完好，重点环境、重点部位安装视频监控设施，监控室符合相关标准。

【概述】

医院安全防范系统建设，旨在预防和减少发生在医院内部的伤害性事件，及时消除医院安全隐患，有效维护正常诊疗秩序，创造良好的诊疗环境，促进卫生事业健康持续发展。

【细则】

3.6.169.1 安全保卫组织健全，制度完善。

3.6.169.2 安全保卫设备设施完好，重点环境、重点部位安装视频监控设施。

3.6.169.3 监控室符合相关标准。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、。

（一百七十）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】

3.6.170.1 医院消防系统管理符合国家相关法律法规和标准。

3.6.170.2 医院特种设备管理符合国家相关法律法规和标准。

3.6.170.3 医院危险品管理符合国家相关法律法规和标准。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（一百七十一）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】

3.6.171.1 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。

3.6.171.2 美化、硬化、绿化达到医院环境标准要求。

【操作建议】

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

（一百七十二）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】

关系到应急医疗救援工作的成效。应急管理是医院应对可能出现危险灾害的专项工作，包括在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】

3.7.172.1 成立医院应急工作领导小组，建立医院应急指挥系统。

3.7.172.2 落实责任，建立并不断完善医院应急管理的机制。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（一百七十三）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】

3.7.173.1 明确医院需要应对的主要突发事件策略。

3.7.173.2 制定和完善各类应急预案，提高快速反应能力。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

（一百七十四）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】

3.7.174.1 有对各级、各类人员进行应急培训和演练计划并落实。

3.7.174.2 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。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。

（一百七十五）合理进行应急物资和设备的储备。

【概述】

医院应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】

3.7.175.1 合理进行应急物资和设备的储备。

3.7.175.2 有对应应急物资设备短缺的紧急供应渠道。

【操作建议】

记录查看、员工访谈、现场检查。

八、科研教学与图书管理

（一百七十六）有鼓励全员参与科研工作的制度和办法，促进科研成果向临床应用转化，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重要作用。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】

3.8.176.1 有鼓励全员参与科研工作的制度和办法。

3.8.176.2 促进科研成果向临床应用转化。

3.8.176.3 提供适当的经费、条件、设施和人员支持科研工作。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。

（一百七十七）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（规定）》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加强对药物、医疗器械临床试验的管理，维护药物、医疗器械

临床试验过程中受试者权益，保证药物、医疗器械临床试验过程规范，结果真实、科学、可靠和可追溯。

【细则】

3.8.177.1 开展药物临床试验以及研究者发起的临床研究应当符合《药物临床试验质量管理规范》的相关规定。

3.8.177.2 开展医疗器械临床试验以及研究者发起的临床研究应当符合《医疗器械临床试验质量管理规范（规定）》的相关规定。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（一百七十八）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】

3.8.178.1 开展涉及人的生物医学研究应经伦理委员会审查。

3.8.178.2 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。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈。

(一百七十九) 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】

3.8.179.1 承担临床医学教育任务的医院师资、教学管理人员取得相应资质认可并符合有关教育教学标准要求。

3.8.179.2 设备、设施等资源配置符合有关教育教学标准要求。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

(一百八十) 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，同时根据信息资源的特点，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】

3.8.180.1 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。

3.8.180.2 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。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。

（一百八十一）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】

3.8.181.1 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。

3.8.181.2 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。

3.8.181.3 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。

3.8.181.4 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

（一百八十二）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，是医务人员应具备的职业品质和行为规范。医院应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】

3.9.182.1 医院应当加强医务人员职业道德教育。

3.9.182.2 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。

3.9.182.3 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。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈、患者访谈。

（一百八十三）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。医院应将医院文化建设上升为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】

3.9.183.1 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。

3.9.183.2 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。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈。

（一百八十四）执行《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见（试行）》，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】

3.9.184.1 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）》。

3.9.184.2 建立行风建设与管理的组织和制度体系，完善工作机制。

【操作建议】

文件查阅、记录查看、员工访谈。