

福建省卫生健康委员会

闽卫医政函〔2023〕64号

福建省卫生健康委员会关于印发《福建省三级医院 评审标准实施细则（2022年版）》的通知

各设区市卫健委、平潭综合实验区社会事业局，委直属各医疗单位，福建医科大学、中医药大学各附属医院：

为进一步完善我省医院评审评价体系，指导医院加强自身建设和管理，促进医院实现高质量发展，根据《国家卫生健康委关于印发〈三级医院评审标准（2022年版）〉及其实施细则的通知》（国卫医政发〔2022〕31号），我委组织制定了《福建省三级医院评审标准实施细则（2022年版）》。现印发你们，请遵照执行。

福建省卫生健康委员会

2023年1月12日

（此件主动公开）

福建省三级医院评审标准 实施细则（2022年版）

福建省卫生健康委员会

目 录

实施细则说明.....	1
第一部分 前置要求.....	1
一、依法设置与执业.....	1
二、公益性责任和行风诚信.....	3
三、安全管理与重大事件.....	4
四、医院绩效考核.....	4
第二部分 医疗服务能力与质量安全监测数据.....	5
第一章 资源配置与运行数据指标.....	5
一、床位配置.....	5
二、卫生技术人员配备.....	5
三、相关科室资源配置.....	6
四、运行指标.....	9
五、科研教学指标.....	10
第二章 医疗服务能力与医院质量安全指标.....	12
一、医疗服务能力.....	12
二、医院质量指标.....	14
三、医疗安全指标（年度医院获得性指标）.....	18
第三章 重点专业质量控制指标.....	30
一、麻醉专业医疗质量控制指标（2022年版）.....	30
二、重症医学专业医疗质量控制指标（2015年版）.....	35
三、急诊专业医疗质量控制指标（2015年版）.....	38
四、临床检验专业医疗质量控制指标（2015年版）.....	42
五、病理专业医疗质量控制指标（2015年版）.....	44
六、医院感染管理医疗质量控制指标（2015年版）.....	46
七、临床用血质量控制指标（2019年版）.....	48
八、呼吸内科专业医疗质量控制指标（2019年版）.....	50
九、产科专业医疗质量控制指标（2019年版）.....	55
十、神经系统疾病医疗质量控制指标（2020年版）.....	58
十一、肾病专业医疗质量控制指标（2020年版）.....	76
十二、护理专业医疗质量控制指标（2020年版）.....	85
十三、药事管理专业医疗质量控制指标（2020年版）.....	94
十四、病案管理质量控制指标（2021年版）.....	98
十五、心血管系统疾病相关专业医疗质量控制指标（2021年版）.....	101
十六、超声诊断专业医疗质量控制指标（2022年版）.....	120
十七、康复医学专业医疗质量控制指标（2022年版）.....	123
十八、临床营养专业医疗质量控制指标（2022年版）.....	127
第四章 单病种（术种）质量控制指标.....	130
第五章 重点医疗技术临床应用质量控制指标.....	153

一、国家限制类医疗技术.....	153
二、人体器官捐献、获取与移植技术.....	182
三、其他重点医疗技术质量控制指标.....	199
四、临床专科医疗服务能力符合.....	202
第三部分 现场检查.....	213
第一章 医院功能与任务.....	213
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.....	213
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.....	213
三、促进医疗资源下沉，完成政府指令性任务.....	213
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.....	214
第二章 临床服务质量与安全管理.....	215
一、医疗质量管理体系和工作机制.....	215
二、医疗质量安全核心制度.....	217
三、医疗技术临床应用管理.....	224
四、医疗安全风险防范.....	228
五、诊疗质量保障与持续改进.....	229
六、护理质量保障与持续改进.....	236
七、药事管理与临床药学服务质量保障与持续改进.....	238
八、检查检验质量保障与持续改进（检验、病理、影像）.....	239
九、输血管理与持续改进.....	240
十、医院感染管理与持续改进.....	241
十一、中医诊疗质量保障与持续改进.....	242
第三章 医院管理.....	244
一、管理职责与决策执行机制.....	244
二、人力资源管理.....	244
三、财务和价格管理.....	245
四、信息管理.....	246
五、医学装备管理.....	247
六、后勤保障管理.....	248
七、应急管理.....	249
八、科研教学与图书管理.....	249
九、行风与文化建设管理.....	250

实施细则说明

为进一步提高医院科学管理水平，充分发挥医院评审工作在推动医院落实深化医药卫生体制改革、健全现代医院管理制度、提高管理水平的导向和激励作用，根据《医疗机构管理条例》、《医院评审暂行办法》、《医疗质量管理办法》，省卫生健康委结合我省实际，组织专家对国家卫生健康委《三级医院评审标准（2022年版）》（以下简称《国家标准》）《三级医院评审标准（2022年版）实施细则》（以下简称《国家细则》）进行研讨解读，遵循“标准只升不降，内容只增不减”的原则，制定了《福建省三级医院评审标准实施细则（2022年版）》（以下简称《实施细则》），《实施细则》共设3个部分，总分1000分。适用于三级综合医院、专科医院。

一、主要内容

本《实施细则》涉及标准共3个部分8章109节，设置774条指标和监测指标。

第一部分：前置要求。共4节26条，不设分值。评审周期为四年，医院在评审周期内发生一项及以上情形的，延期一年评审。延期期间原等次取消，按照“未定等”管理。旨在进一步发挥医院评审工作对于推动医院落实相关法律法规制度要求和改革政策的杠杆作用。

医院应在自查基础上，向卫健委提出前置要求符合情况审核的申请，由该卫健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。省级医院由省卫健委负责审核、征询工作，其余医院由设区市卫健委负责审核、征询工作。

第二部分：医疗服务能力与质量安全监测数据。共5章81节563条，在评审综合得分中的权重占70%，内容包括医院资源配置、质量、安全、服务、绩效等指标监测、DRG评价、单病种、重点医疗技术质控和医疗服务能力等日常监测数据。旨在指导各地由以现场检查、主观定性、集中检查为主的评审形式向以日常行为、客观指标、定量评价为主的评审工作模式转变，引导医院重视日常质量管理和绩效，减少突击迎检冲动。

本部分根据医院性质、医院类型和提供单病种（术种）、限制类技术、器官移植技术和医疗服务能力等实际开展技术情况进行评审。

第三部分：现场评审。共3章24节185条标准，在评审综合分中的权重为30%。本部分用于对医院实地评审以及医院日常自我管理和持续改进，旨在最大限度减少实地评审工作量，提高工作效率。现场评审采取文件查阅、记录查看、员工访谈、员工操作、患者访谈、现场检查、病历检查、病案检查和数据核查等方式进行。

二、指标选择原则

(一) 维度全面。应当包括质量、安全、能力、效率、运行等多个维度。

(二) 专科均衡。对于综合医院，重点专业质量控制指标和单病种（术种）质量控制标准，尽可能纳入。

(三) 基础优先。根据我省信息化程度和监测数据基线调查情况，优先选择数据基础较好的指标作为计分指标。其余指标作为观察指标，由医疗机构正常填报，纳入医疗质量数据日常监管，鼓励和引导医院向《国家标准》靠拢。

(四) 体量适宜。指标的数量原则上不低于《国家标准》的60%。

(五) 重点突出。开展限制类技术、人体捐献器官获取和移植技术的医疗机构，必须纳入“重点医疗技术临床应用”相关质控指标；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。

(六) 动态调整。根据工作需要以及评审工作实际运行情况、医疗质量数据监测情况，适当调整、补充相关指标。

三、数据采集

(一) 数据采集原则

1. 数据统计周期为全评审周期。
2. 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。

3. 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。

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

(1) 规模类和配比类，中位数和最后一年的数据必须达标。

(2) 连续监测指标，数据趋势呈与管理目标方向一致地或呈波动性的，采用中位数或平均数；数据趋势呈与管理目标方向相反的，采用最差的数据。

(二) 数据采集方式

依托“福建省医院等级评审平台”（以下简称“评审平台”）采集医院数据。已在国家卫生统计信息网络直报系统、全国医疗质量控制调查监测平台（NCIS）、全国医院质量监测系统（HQMS）、国家单病种质量监测平台、其他省级及以上数据收集或监测平台报送过的指标数据，在评审平台填报时需保持一致。医院要重视相关信息系统数据填报的准确性、及时性、完整性，不断加强信息化建设，规范病历书写，提高病案首页质量，为本机构参加医院评审奠定基础。

(三) 疾病、手术名称与编码

《实施细则》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〔2020〕438号）。

四、数据复核原则

（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院上报数据的20%。

（二）医院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（%）	处罚扣分比例（%）
$\geq 1\% \sim \leq 2\%$	5%
$> 2\% \sim \leq 5\%$	10%
$> 5\% \sim \leq 10\%$	20%
$> 10\%$	不予通过

五、赋分与结果判定规则

（一）赋分规则

1. 第二部分在评审综合得分中的权重占70%，总分为700分。第二部分计分规则遵循规模类和配比类指标采用“全或

无”原则，达到标准予以“满分”，否则计为“零分”；连续监测指标采用“区间赋分兼顾持续改进”原则给分。第二部分最终得分=实际得分/实际总分×700。

2. 第三部分在评审综合得分中的权重占 30%，总分为 300 分。第三部分按照现场评审的各条款符合程度赋分。针对可能由于区域卫生规划与医院功能任务的限制，或是由政府特别控制，需要审批，而不能自行决定即可开展的项目，相关医院根据实际情况可作为可选项。第三部分最终得分=实际得分/实际总分×300。

3. 第二、三部分评审指标中，因医院执业范围、设置要求或所有制差异等存在不适用情形的，作为“不适用条款”，不计入实际总分。

（二）评审结果判定

评审按照细则三个部分依次进行评价，评审过程中任意一个环节评价为“不合格”，则不进入下一环节，评审结果为“不合格”。采取“总分和第三部分相结合”的方式，判定相应等次必须同时满足以下两个条件：甲等：总分不少于 900 分，第三部分不少于 270 分；乙等：总分不少于 800 分，第三部分不少于 240 分；丙等：总分不少于 700 分，第三部分不少于 210 分；总分低于 700 分，或第三部分不满足丙等以上条款要求的，判定为不合格，按未定等管理。

第一部分 前置要求

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，与社会资本合作举办营利性医疗卫生机构；医疗卫生机构对外出租、承包医疗科室；公立医院承包、出租药房，向营利性企业托管药房，以任何形式开设营利性药店；非营利性医疗卫生机构向出资人、举办者分配或变相分配收益。

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

（四）违反《中华人民共和国药品管理法》《医疗器械监督管理条例》，违法违规采购或使用药品、设备、器械、

耗材开展诊疗活动，造成严重后果；未经许可配置使用需要准入审批的大型医用设备。

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

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

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

（八）违反《中华人民共和国传染病防治法》《中华人民共和国生物安全法》，造成传染病传播、流行或其他严重后果；或其他重大违法违规事件，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《医疗纠纷预防和处置条例》《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或未履行其他法定职责，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。

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。

四、医院绩效考核

参加国家三级公立医院绩效考核的医院，在评审周期内最近一次考核等级未达到 B 级及以上的。

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

一级指标	二级指标	指标定义	分子	分母	计算方法	指标说明	指标导向
一、床位配置	1.1.1 核定床位数	即编制床位，由卫生健康行政部门核定的床位数。				以《医疗机构执业许可证》副本登记的床位数为准。	监测达标
	1.1.2 实际开放床位数	实有床位数，指年底固定实有床位数。				指年底固有实际床位，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。	监测比较
	1.1.3 床位使用率	周期内使用床位与实有床位的比率。	期内实际占用总床日数	期内实际开放总床日数	$\text{床位使用率} = \frac{\text{期内实际占用总床日数}}{\text{期内实际开放总床日数}} \times 100\%$		监测达标
二、卫生技术人员配备	1.2.1 卫生技术人员数与开放床位数比	年度医院卫生技术人员数与同期全院实际开放床位数之比。	本年度医院卫生技术人员数	同期实际开放床位数	$\text{卫生技术人员数与开放床位数比} = \frac{\text{卫生技术人员数}}{\text{实际开放床位数}}$		监测达标
	1.2.2 全院护士人数与开放床位数比	年度医院护士人数与同期全院实际开放床位数之比。	本年度医院护士人员数	同期实际开放床位数	$\text{全院护士人数与开放床位数比} = \frac{\text{全院护士人数}}{\text{实际开放床位数}}$		监测达标
	1.2.3 病区护士人数与开放床位数比	年度病区护士人数与同期全院实际开放床位数之比。	本年度病区护士人员数	同期实际开放床位数	$\text{病区护士人数与开放床位数比} = \frac{\text{病区护士人数}}{\text{实际开放床位数}}$		监测达标

	1.2.4 医院感染管理专职人员数与开放床位数比	年度医院感染管理专职人员数与同期全院实际开放床数之比。	本年度医院感染管理专职人员数	同期实际开放床位数	医院感染管理专职人员数与开放床位数比=医院感染管理专职人员数/实际开放床位数	医院感染管理专职人员数是指医疗机构中专门从事医院感染相关监测、督查、指导、培训及管理的医务人员。	监测达标
	1.2.5 药学专业技术人员数与卫生专业技术人员数比	药学专业技术人员占同期医疗机构卫生专业技术人员总数比例	药学专业技术人员数	同期医疗机构卫生专业技术人员总数	药学专业技术人员占比= 药学专业技术人员数/同期医疗机构卫生专业技术人员总数×100%	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在职人员。	监测达标
三、相关科室资源配置	1.3.1 急诊医学科						
	1.3.1.1 固定急诊医师人数占急诊在岗医师人数的比例	年度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。	本年度医院注册的固定急诊科的医师数	同期医院急诊科在岗医师总数	固定急诊医师人数占急诊在岗医师人数的比例=本年度医院注册的固定急诊科的医师数/同期医院急诊科在岗医师总数×100%		监测达标
	1.3.1.2 固定急诊护士人数占急诊在岗护士人数的比例	年度医院固定急诊护士数在同期急诊科在岗护士总数所占比例。	本年度医院注册的固定急诊科的护士数	同期医院急诊科在岗护士总数	固定急诊护士人数占急诊在岗护士人数的比例=本年度医院注册的固定急诊科的护士数/同期医院急诊科在岗护士总数×100%	1. 医院注册的固定急诊科的护士数是指急诊医学科定科执业护士人数。 2. 急诊科在岗护士总数除包含分子外还包括轮转、临时帮忙、借调等。 3. 分子分母均包括急诊医学科的病产假等各类休假护士、外出进修护士。	监测达标
	1.3.2 重症医学科					重症医学科指符合《重症医学科建设与管理指南》（卫办医政发〔2009〕23号）建设要求，由具有重症医学执业资格的重症医学专业人员管理的独立重症医学科（综合ICU）。不包括内科或外科ICU、心血管重症监护病房（CCU）、儿科重症监护病房（PICU）等重症监护病房（室）。	
	1.3.2.1 重症医学科开放床位数占医院开放床位数占医院开放床位数比例	年度重症医学科开放床位数占同期医院开放床位数的比例。	本年度重症医学科开放床位数	同期医院开放床位数	重症医学科开放床位数占医院开放床位数的比例=重症医学科开放床位数/		监测达标

放床位数的比例				同期医院开放床位数×100%		
1.3.2.2 重症医学科医师人数与重症医学科开放床位数比	年度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。	本年度医院注册的重症医学科医师数	同期重症医学科开放床位数	重症医学科医师人数与重症医学科开放床位数比=本年度医院注册的重症医学科医师数/同期重症医学科开放床位数	重症医学科医师人数是指执业范围为重症医学专业的定科医师人数。	监测达标
1.3.2.3 重症医学科护士人数与重症医学科开放床位数比	年度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。	本年度医院重症医学科护士人数	同期重症医实际开放床位数	重症医学科护士人数与重症医学科开放床位数比=本年度医院重症医学科护士人数/同期重症医学科开放床位数	医院重症医学科岗位的执业护士人数,包括重症医学科岗位的病产假等各类休假护士、外出进修护士。 排除:未取得护士执业资格人员、未在本院注册的护士。	监测达标
1.3.3 麻醉科						
1.3.3.1 麻醉科医师数与手术间数比	年度医院注册麻醉医师总数与同期医院手术间数之比。	本年度医院注册的麻醉医师总数	同期医院手术间数	麻醉科医师数与手术间数比=本年度医院注册的麻醉医师总数/同期医院手术间数		监测比较
1.3.3.2 麻醉科医师数与日均全麻手术台次比	年度医院注册麻醉医师总数与同期医院日均全麻手术台次之比。	本年度医院注册的麻醉医师总数	同期医院日均全麻手术台次数	麻醉科医师数与日均全麻手术台次比=本年度医院注册的麻醉医师总数/同期医院日均全麻手术台次数		监测比较
1.3.3.3 麻醉科医师和手术科室医师比	麻醉科医师与开展手术相关科室医师总数之比。	麻醉科医师总数	开展手术相关科室医师总数	麻醉科医师和手术科室医师比=麻醉科医师总数/开展手术相关科室医师总数	开展手术相关科室医师人数总数,应包含需麻醉医师参与诊疗的内镜或其他科室医师总数,如介入科、心内科、神经内科、疼痛科等。	监测比较
1.3.3.4 手术间麻醉护士与实际开放手术台的数量比	医院手术间麻醉护士与实际开放手术台的数量之比。	医院手术间麻醉护士总数	实际开放手术台总数	手术间麻醉护士与实际开放手术台的数量比=医院手术间麻醉护士总数/实际开放手术台总数	实际开放手术台总数,应包含需麻醉医师参与诊疗的内镜或其他科室治疗间/台,如介入科、影像科等。	监测比较
1.3.4 中医科						

1.3.4.1 中医科开放床位数占医院开放床位数的比例	年度中医科开放床位数占同期医院开放床位总数的比例。	本年度中医科开放床位数	同期医院开放床位数	医院开放床位数占医院开放床位数的比例=中医科开放床位数/同期医院开放床位数×100%		监测达标
1.3.4.2 中医科中医类别医师人数与中医科开放床位数比	年度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。	本年度医院注册的中医科中医类别医师人数	同期中医科开放床位数	中医科中医类别医师人数与中医科开放床位数比=本年度医院注册的中医科中医类别医师人数/同期中医科开放床位数		监测达标
1.3.4.3 中医科护士人数与中医科开放床位数比	年度医院中医科护士人数与同期中医科实际开放床位数之比。	本年度医院注册的中医科护士人数	同期中医科开放床位数	中医科护士人数与中医科开放床位数比=本年度医院注册的中医科护士人数/同期中医科开放床位数	医院中医科岗位的执业护士总人数,包括中医科的病产假等各类休假护士、外出进修护士。 排除:未取得护士执业资格人员、未在本院注册的护士。	监测达标
1.3.5 康复医学科						
1.3.5.1 康复科开放床位数占医院开放床位数的比例	年度康复科开放床位数占同期医院开放床位数的比例。	本年度康复科开放床位数	同期医院开放床位数	康复科开放床位数占医院开放床位数的比例=本年度康复科开放床位数/同期医院开放床位数×100%		监测达标
1.3.5.2 康复科医师人数与康复科开放床位数比	年度医院康复科医师人数与同期康复科开放床位数之比。	本年度医院注册的康复科医师人数	同期康复科开放床位数	康复科医师人数与康复科开放床位数比=本年度医院注册的康复科医师人数/同期康复科开放床位数	康复科医师人数是指康复医学科执业医师定科人数。	监测达标
1.3.5.3 康复科康复师人数与康复科开放床位数比	年度医院康复科康复师人数与同期康复科开放床位数之比。	本年度康复科的康复师人数	同期康复科开放床位数	康复科康复师人数与康复科开放床位数比=本年度康复科的康复师人数/同期康复科开放床位数	康复师人数是指康复医学科治疗师总人数。	监测达标
1.3.5.4 康复科护士人数与康复科开放床位数比	年度医院康复科护士人数与同期康复科实际开放床位数之比。	本年度医院注册的康复科护士人数	同期康复科开放床位数	康复科护士人数与康复科开放床位数比=本年度医院注册的康复科护士人数/同期康复科开放床位数	注册的康复科护士人数是指康复医学科执业护士定科人数,包括康复医学科岗位的病产假等各类休假护士、外出进修护士。排除:未取得护士执业资格人员、未在本院注册的护士。	监测达标

	1.3.6 感染性疾病科						
	1.3.6.1 固定医师人数占感染性疾病科在岗医师人数的比例	年度医院固定在感染性疾病科医师人数占同期感染性疾病科医师总数的比例。	本年度医院注册的固定在感染性疾病科的医师人数	同期医院注册的感染性疾病科医师总数	固定医师人数占感染性疾病科在岗医师人数的比例=本年度医院注册的固定在感染性疾病科的医师人数/同期感染性疾病科医师人数×100%	监测比较	
	1.3.6.2 固定护士人数占感染性疾病科在岗护士人数的比例	年度固定在感染性疾病科护士人数与同期感染性疾病科护士总数之比。	本年度医院注册的固定在感染性疾病科的护士人数	同期医院感染性疾病科的护士总数	固定护士人数占感染性疾病科在岗护士人数的比例=本年度医院注册的固定在感染性疾病科的护士人数/同期医院感染性疾病科的护士总数×100%	监测比较	
	1.3.6.3 感染性疾病科开放床位数占医院开放床位数的比例	年度感染性疾病科开放床位数占同期医院开放床位总数的比例。	本年度感染性疾病科开放床位数	同期医院开放床位数	感染性疾病科开放床位数占医院开放床位数的比例=感染性疾病科开放床位数/医院开放床位数×100%	监测比较	
	1.3.6.4 可转换感染性疾病床位数占医院开放床位数的比例	年度可转换感染性疾病床位数占医院开放床位数的比例。	年度可转换感染性疾病床位数	同期医院开放床位数	可转换感染性疾病床位数占医院开放床位数的比例=可转换感染性疾病床位数/医院开放床位数×100%	监测比较	
四、运行指标	1.4.1 出院患者手术占比	出院患者施行手术治疗人次占同期出院患者总人次的比例	出院患者手术治疗人次	同期出院患者总人次	出院患者手术占比=出院患者手术治疗人次/同期出院患者总人次×100%	1. 同一次住院就诊期间患有同一疾病或不同疾病施行多次手术者，按 1 人次统计。总数为手术和介入治疗人数累加求和。 2. 手术和介入治疗统计按照《手术操作分类代码国家临床版 3.0》的目录实施。	逐步提高
	1.4.2 相关手术科室年手术人次占其出院人次比例	年度外科手术科室出院患者施行手术治疗人次占同期外科科室出院患者总人次的比例。	本年度外科相关手术科室年出院患者手术人次	同期出院外科相关手术科室患者总人次	年度外科相关手术科室年手术人次占其出院人次比例=外科相关手术科室的出院患者手术人次/同期外科相关手术科室患者出院总人次×100%	1. 本指标相关手术科室统计范围为外科相关科室，产科及内科手术科室暂不统计。 2. 外科相关科室手术人次是指外科相关科室手术（含介入）人次。同一次住院就诊期间患有同一疾病或不同疾病施行多次手术者，按 1 人次统计。	逐步提高

						3. 手术和介入治疗统计按照《手术操作分类代码国家临床版 3.0》的目录实施。	
	1.4.3 开放床位使用率	周期内实际占用总床日数占实际开放总床日数比例	周期内实际占用总床日数	期内实际开放总床日数	开放床位使用率=期内实际占用总床日数/期内实际开放总床日数×100%		监测达标
	1.4.4 人员支出占业务支出的比重	年度人员经费占医疗活动费用的比例。	年度人员经费	同期医疗活动费用	人员支出占业务支出的比重=人员经费/医疗活动费用×100%	1. 人员经费包括医院全部人员发生的费用。 2. 医疗活动费用包括业务活动费用(不含财政项目拨款经费和科教经费)、单位管理费用(不含财政项目拨款经费和科教经费)、经营费用、资产处置费用、上缴上级费用、对附属单位补助费用、所得税费用、其他费用。 3. 财政项目拨款经费和科教项目经费支付的人员劳务费、专家咨询费等人员经费不在本指标计算范围内。	逐步提高
	1.4.5 医疗服务收入(不含药品、耗材、检查检验收入)占医疗收入的比例	考核年度医疗服务收入(不含药品、耗材、检查检验收入)占医疗收入的比例。	医疗服务收入	医疗收入	医疗服务收入占比=医疗服务收入/医疗收入×100%	1. 医疗服务收入包括挂号收入、床位收入、诊察收入、治疗收入、手术收入、护理收入等。不包括药品、耗材(即卫生材料)、检查检验收入。 2. 医疗收入是指医院开展医疗服务活动取得的收入,包括门急诊收入、住院收入和结算差额。	逐步提高
	1.4.6 万元收入能耗占比	指医院年总能耗支出与年总收入的比值,即每万元收入消耗的吨标煤数量。	年总能耗	年总收入	万元收入能耗占比=年总能耗/年总收入×10000	1. 年总能耗指考核年度医院发生的水、电、气、热等能耗折算成吨标煤后之和。 2. 年总收入包括财政拨款收入、事业收入、上级补助收入、附属单位上缴收入、经营收入、非同级财政拨款收入、投资收益、捐赠收入、利息收入、租金收入、其他收入等全部收入。	逐步降低
五、科研	1.5.1 新技术临床转						

教学指标	化数量						
	1.5.1.1 每百名卫生技术人员科研项目经费	年度每百名卫生技术人员立项的科研经费总金额。	本年度科研项目立项经费总金额	同期医院卫生技术人员总数	年度每百名卫生技术人员科研项目经费=本年度科研项目立项经费总金额/同期医院卫生技术人员总数×100	科研项目经费以当年立项批复或签订合同的项目金额为准，包括纵向(国家、部/委、省、辖市等政府或者上级主管部门下达的课题项目)和横向(非政府机构或者上级单位，含GCP临床试验)的科研项目，不含院内课题和院内匹配经费，不含适宜技术推广、新技术引进、学科建设、平台建设、工作室建设、科普宣传、科研相关奖励等经费。	逐步提高
	1.5.1.2 每百名卫生技术人员科技成果转化金额	年度每百名卫生技术人员科研成果转化的金额数。	本年度科技成果转化总金额	同期医院卫生技术人员总数	每百名卫生技术人员科技成果转化金额=本年度科技成果转化总金额/同期医院卫生技术人员总数×100	科技成果转化金额是指考核年度医院科研成果转化合同、协议成交金额总数(以实际到账金额统计)。	逐步提高
	1.5.2 取得临床相关国家专利数量						
	1.5.2.1 每百名卫生技术人员发明专利数量	年度每百名卫生技术人员发明专利数。	本年度医院发明专利总项数	同期医院卫生技术人员总数	每百名卫生技术人员发明专利数量=本年度医院发明专利总项数/同期医院卫生技术人员总数×100		逐步提高
	1.5.2.2 每百名卫生技术人员实用新型专利数量	年度每百名卫生技术人员专利数。	本年度医院实用新型专利总项数	同期医院卫生技术人员总数	每百名卫生技术人员实用新型专利数量=本年度医院实用新型专利总项数/同期医院卫生技术人员总数×100		逐步提高
1.5.3 医院住院医师首次参加住院医师规范化培训结业考核(含理论考核和实践技能考核)并通过的住院医师人数占同期首次参加住院医师规范化培训结业考核的住院医师总人数的比例。	考核年度首次参加住院医师规范化培训结业考核(含理论考核和实践技能考核)并通过的住院医师人数占同期首次参加住院医师规范化培训结业考核的住院医师总人数的比例。	本年度首次参加住院医师规范化培训结业考核并通过的住院医师人数	同期首次参加住院医师规范化培训结业考核的住院医师总人数	医院住院医师首次参加住院医师规范化培训结业考核通过率=本年度首次参加住院医师规范化培训结业考核并通过的住院医师人数/同期首次参加住院医师规范化培训结业考核的住院医师总人数×100%	分子分母均不含援疆援藏等对口支援住院医师人数。	逐步提高	

第二章 医疗服务能力与医院质量安全指标

一级指标	二级指标	指标定义	分子	分母	计算方法	指标说明	指标导向
一、医疗服务能力	2.1.1 收治病种数量 (ICD-10 四位亚目数量)	年度医院收治病种(ICD-10 四位亚目数量)数量。			根据 ICD-10 四位亚目,从病案首页中统计主要诊断数量。	住院患者病案首页主要诊断编码覆盖 ICD-10 数量(按照四位数计算)。	监测比较
	2.1.2 住院术种数量 (ICD-9-CM-3 四位亚目数量)	年度医院住院术种病种(ICD-9-CM-3)数量。			根据 ICD-9-CM-3,从病案首页中统计主要手术数量。	住院患者病案首页所有手术操作编码覆盖 ICD-9-CM-3 前四位数量。	监测比较
	2.1.3 DRG-DRGs 组数	年度运用 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。			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 数量。	利用 DRG 分组器,对病案首页中的数据进行 DRG 分组,计算覆盖的 DRG 组的数量。	监测比较
	2.1.4 DRG-CMI	年度运用 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。	Σ (某 DRG 权重×该院该 DRG 的病例数)	该医院病例数	病例组合指数(CMI)= Σ (某 DRG 权重×该院该 DRG 的病例数)/该医院病例数	数据来源于住院患者病案首页,利用 DRG 分组器计算	逐步提高
	2.1.5 DRG 时间指数	年度运用 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。	Σ (医院各 DRGs 各组平均住院日比×各 DRGs 各组病例数)	医院总入组病例数	DRG 时间指数= Σ (医院各 DRGs 各组平均住院日比×各 DRGs 各组病例数)/医院总入组病例数		监测比较
	2.1.6 DRG 费用指数	医疗机构治疗同类疾病所消耗的费用。	Σ (医院各 DRGs 各组费用比×DRGs 各组病例数)	医院总入组病例数	DRG 费用指数= Σ (医院各 DRGs 各组费用比×DRGs 各组病例数)/医院总入组		监测比较

		数)		病例数		
2.1.7 出院患者微创手术占比	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。	出院患者微创手术台次数	同期出院患者手术台次数	出院患者微创手术占比=出院患者微创手术台次数/同期出院患者手术台次数×100%	1. 出院患者微创手术台次数是指出院患者微创手术人数。同一次住院就诊期间患有同一疾病或不同疾病施行多次微创手术者，按 1 人统计。 2. 同期出院患者手术台次数是指出院患者手术(含介入)人数。 3. 微创手术是指出院患者在日间手术室或住院部手术室内、麻醉状态下的内科和外科腔镜手术、血管内和实质脏器的介入治疗，具有创伤小、疼痛轻、恢复快的特点。本指标中微创手术参照国家公立医院绩效考核微创手术目录统计。	逐步提高
2.1.8 出院患者四级手术占比	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。	出院患者四级手术台次数	同期出院患者手术台次数	出院患者四级手术占比=出院患者四级手术台次数/同期出院患者手术台次数×100%	1. 出院患者四级手术台次数是指出院患者住院期间实施四级手术和按照四级手术管理的介入诊疗人数之和。本指标中四级手术参照国家公立医院绩效考核四级手术目录统计。 2. 同期出院患者手术台次数是指出院患者手术(含介入)人数。同一次住院就诊期间患有同一疾病或不同疾病施行多次手术者，按 1 人统计。	逐步提高
2.1.9 门诊患者满意度	患者在门诊就诊期间对医疗服务怀有的期望与其对医疗服务的实际感知的一致性程度。			门诊患者满意度调查得分。		逐步提高
2.1.10 住院患者满意度	住院患者对医疗服务怀有的期望与其对医疗服务的实际感知的一致性程度。			住院患者满意度调查得分。		逐步提高
2.1.11 医务人员满意度	医务人员满意度，医务人员对			医务人员满意度调查得分。		逐步

		其所从事工作的总体态度。是医务人员对其需要满足程度。					提高	
	2.1.12 电子病历系统应用水平评价分级	电子病历系统应用水平评价分级。					监测 达标	
二、医院 质量指标	2.2.1 年度国家医疗质量安全目标改进情况							
	2.2.1.1 提高急性 ST 段抬高型心肌梗死再灌注治疗率	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。	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)或静脉溶栓治疗例数	发病 12 小时内到院的急性 STEMI 患者总数	急性 ST 段抬高型心肌梗死再灌注治疗率=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)或静脉溶栓治疗例数/发病 12 小时内到院的急性 STEMI 患者总数×100%		逐步 提高	
	2.2.1.2 提高急性脑梗死再灌注治疗率	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。	发病 6 小时内的急性脑梗死患者给予静脉溶栓治疗和(或)血管内治疗例数	发病 6 小时内到院的急性脑梗死患者总数	急性脑梗死再灌注治疗率=发病 6 小时内的急性脑梗死患者给予静脉溶栓治疗和(或)血管内治疗例数/发病 6 小时内到院的急性脑梗死患者总数×100%		逐步 提高	
	2.2.1.3 提高肿瘤治疗前临床 TNM 分期评估率	肿瘤治疗前完成临床 TNM 分期评估病例数占同期住院肿瘤患者人次的比例。	肿瘤治疗前临床 TNM 分期评估例数	同期肿瘤治疗总例数	肿瘤治疗前临床 TNM 分期评估率=肿瘤治疗前临床 TNM 分期评估例数/同期肿瘤治疗总例数×100%		逐步 提高	
	2.2.1.4 提高住院患者抗菌药物治疗前病原学送检率	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。	住院患者抗菌药物治疗前病原学送检例数	同期使用抗菌药物治疗的住院患者总数	住院患者抗菌药物治疗前病原学送检率=住院患者抗菌药物治疗前病原学送检例数/同期使用抗菌药物治疗的住院患者总数×100%	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。		逐步 提高
	2.2.1.5 提高静脉血栓							

	栓塞症规范预防率						
	2.2.1.5.1 VTE 风险评估率	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。	接受 VTE 风险评估的出院患者人次	同期出院患者人次	VTE 风险评估率=接受 VTE 风险评估的出院患者人次/同期出院患者人次×100%		逐步提高
	2.2.1.5.2 采取 VTE 恰当预防措施比率	实施 VTE 规范预防措施的出院患者人次与同期 VTE 风险评估为中高危出院患者人次的比例。	采取 VTE 恰当预防措施的出院患者人次	VTE 风险评估为中高危出院患者人次	静脉血栓栓塞症规范预防率=患者住院期间接受 VTE 风险与出血风险评估,并根据评估情况按照有关临床指南规范给予预防措施的人次/同期 VTE 风险评估为中高危出院患者人次×100%		逐步提高
	2.2.1.5.3 医院相关性 VTE 发生率	入院无 VTE 诊断,本次住院被确诊医院内获得性 VTE 的出院患者例数占同期出院患者人次的比例。	本次住院确诊医院内获得性 VTE 的出院患者数	同期出院患者人次	医院相关性 VTE 发生率=本次住院确诊医院内获得性 VTE 的出院患者数/同期出院患者人次×100%		逐步降低
	2.2.1.6 提高病案首页主要诊断编码正确率	单位时间内,病案首页中主要诊断编码正确的出院患者病历数占同期出院患者病历总数的比例。	病案首页中主要诊断编码正确的出院患者病历数	同期出院患者病历总数	主要诊断编码正确率=病案首页中主要诊断编码正确的出院患者病历数/同期出院患者病历总数×100%		逐步提高
	2.2.1.7 提高医疗质量安全不良事件报告率						
	2.2.7.1 每百床医疗质量安全不良事件报告例数	每百张开放床位医疗质量安全不良事件报告例数。	医疗质量安全不良事件报告例数	同期开放床位数	每百床医疗质量安全不良事件报告例数=医疗质量安全不良事件报告例数/同期开放床位数×100	医疗质量安全不良事件是指在医疗机构内被工作人员主动发现的,或患者在接受诊疗服务过程中出现的,除了患者自身疾病自然过程之外的各种因素所致的不安全隐患、状态或造成后果的负性事件数。	监测比较

2.2.7.2 每百名出院人次医疗质量安全不良事件报告例数	每百名出院人次医疗质量安全不良事件报告例数。	医疗质量安全不良事件报告例数	同期出院患者人次	每百名出院人次医疗质量安全不良事件报告例数=医疗质量安全不良事件报告例数/同期出院患者人次×100		监测比较
2.2.1.8 降低住院患者静脉输液使用率	使用静脉输液的住院患者数占同期住院患者总数的比例。	使用静脉输液的住院患者数	同期住院患者总数	住院患者静脉输液使用率= 使用静脉输液的住院患者数/同期住院患者总数×100%	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。	逐步降低
2.2.1.9 降低血管内导管相关血流感染发生率	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。	CVC 和 PICC 相关血流感染例次数	同期患者 CVC 和 PICC 留置总日数	血管内导管相关血流感染发生率=CVC 和 PICC 相关血流感染例次数/同期患者 CVC 和 PICC 留置总日数 × 1000‰。	单位: 例/千导管日	逐步降低
2.2.1.10 降低阴道分娩并发症发生率	产妇阴道分娩并发症发生人数占同期阴道分娩产妇总人次的比例。	阴道分娩并发症发生例数	同期阴道分娩产妇总人次	阴道分娩并发症发生率=阴道分娩并发症发生例数/同期阴道分娩产妇总人次×100%		逐步降低
2.2.1.11 提高感染性休克集束化治疗完成率						
2.2.1.11.1 感染性休克 1h 集束化治疗完成率	诊断为感染性休克并 1h 完成集束化治疗的患者数占同期诊断为感染性休克的患者总数的比例。	诊断为感染性休克并 1h 完成集束化治疗的患者数	同期诊断为感染性休克的患者总数	感染性休克 1h 集束化治疗完成率=诊断为感染性休克并 1h 完成集束化治疗的患者数/同期诊断为感染性休克的患者总数×100%		逐步提高
2.2.1.11.2 感染性休克 3h 集束化治疗完成率	诊断为感染性休克并 3h 完成集束化治疗的患者数占同期诊断为感染性休克的患者总数的比例。	诊断为感染性休克并 3h 完成集束化治疗的患者数	同期诊断为感染性休克的患者总数	感染性休克 3h 集束化治疗完成率=诊断为感染性休克并 3 完成集束化治疗的患者数/同期诊断为感染性休克的		逐步提高

	比例。			患者总数×100%		
2.2.1.12 降低非计划重返手术室再手术率	非计划重返手术室再手术率是指在同一次住院期间，非计划重返手术室再次手术患者人数占同期手术总例数的比例。	非计划重返手术室再次手术患者人数	同期手术总例数	非计划重返手术室再手术率=非计划重返手术室再次手术患者人数/同期手术总例数×100%	非计划重返手术室再次手术是指患者在同一次住院期间，因各种原因导致患者需进行计划外再次手术，包括因手术或特殊诊治操作造成严重并发症必须再次施行手术；以及由于患者病情发展或出现严重术后并发症而需要再次进行手术。	逐步降低
2.2.2 患者住院总死亡率	年度住院总死亡患者人数占同期出院患者总人次的比例。	住院总死亡患者人数	同期出院患者总人次	患者总死亡率=住院总死亡患者人数/同期出院患者总人次×100%	住院死亡人数：所有病案首页中“离院方式”判定为“5.死亡”患者的病例总数。	逐步降低
2.2.3 新生儿患者住院死亡率	年度新生儿住院死亡人数占同期新生儿出院患者人次的比例。	新生儿住院死亡人数	同期新生儿出院患者人次	新生儿患者住院死亡率=新生儿患者住院死亡人数/同期新生儿患者出院人次×100%	新生儿患者：所有入院日期减出生日期小于等于28天的新生儿病例。	逐步降低
2.2.4 手术患者住院死亡率	年度手术患者住院死亡人数占同期手术患者出院人次的比例。	手术患者住院死亡人数	同期手术患者出院人次	手术患者住院死亡率=手术患者住院死亡人数/同期手术患者出院人次×100%	1.手术患者住院死亡人数即在住院期间施行手术和介入治疗（急诊或者择期手术）死亡患者人数。 2.同一次住院就诊期间患有同一疾病 或不同疾病实施多次手术患者，按 1 人统计。统计单位以人数计算，总数为手术和介入治疗人数累加求和。	逐步降低
2.2.5 住院患者出院后 0-31 天非预期再住院率	年度出院后 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。	出院 31 天内再入院人次	同期出院人次-同期死亡例数	住院患者出院后 0-31 天非预期再住院率=出院 31 天内再入院人次/(同期出院人次-同期死亡例数)×100%	住院患者出院后非预期再住院判定：（同时满足以下二条件） ①同一医院，同一患者，第一次入院“是否 31 天再入院计划”为无 或缺失； ②主要诊断亚目相同（即前四位，不含小数点）。	逐步降低
2.2.6 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					手术患者非计划重返手术室再次手术判定：（同时满足以下条件） ①同一医院，同一患者，同一次住院中； ②手术后非计划重返手术室进行第二次或两次以	

						上手术的。排除诊疗计划中已确认计划分期手术者除外，如排除整形外科手术、皮瓣皮管手术等手术后重返手术室者。	
	2.2.6.1 手术患者术后 48 小时内非预期重返手术室再次手术率	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。	手术患者术后 48 小时内非预期重返手术室人次	同期出院患者手术例数	手术患者术后 48 小时内非预期重返手术室再次手术率=手术患者术后 48 小时内非预期重返手术室人次/同期手术人次×100%		逐步降低
	2.2.6.2 手术患者术后 31 天内非预期重返手术室再次手术率	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。	手术患者术后 31 天内非预期重返手术室人次	同期出院患者手术例数	手术患者术后 31 天内非预期重返手术室再次手术率=手术患者术后 31 天内非预期重返手术室人次/同期手术人次×100%		逐步降低
	2.2.7 ICD 低风险病种患者住院死亡率	年度医院出院患者中 ICD 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。	ICD 低风险病种患者住院死亡数	ICD 低风险病种患者数	ICD 低风险病种患者住院死亡率=ICD 低风险病种患者住院死亡数/ICD 低风险病种患者数×100%	第一诊断为《三级医院评审标准（2022 年版）》所列的 115 个低风险病种编码的患者，可以同时存在其他诊断。	逐步降低
	2.2.8 DRGs 低风险组患者住院死亡率	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。	DRGs 低风险组患者住院死亡数	DRGs 低风险组患者住院患者数	DRGs 低风险组患者住院死亡率=DRGs 低风险组患者住院死亡数/DRGs 低风险组患者住院患者数×100%		逐步降低
三、医疗安全指标（年度医院获得性指标）	2.3.1 手术患者手术后肺栓塞发生例数和发生率	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。	术后肺栓塞发生例数	同期手术患者出院人次	手术患者手术后肺栓塞发生率=术后肺栓塞例数/同期手术患者出院人次×100%	1. 术后肺栓塞发生例数统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10 编码：I26 且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。 2. 同期手术患者出院人次是指同期出院患者择期手术人数。总数为实施择期手术和介入治疗人数累	逐步降低

						加求和。不包括妊娠、分娩、围产期、新生儿患者。	
2.3.2 手术患者手术后深静脉血栓发生例数和发生率	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。	术后深静脉血栓例数	同期手术患者出院人次	手术患者手术后深静脉血栓发生率=术后深静脉血栓例数/同期手术患者出院人次×100%	1. 术后深静脉血栓例数统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10 编码: I80.2, I82.8 且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。 2. 同期手术患者出院人次是指同期出院患者择期手术人数。总数为实施择期手术和介入治疗人数累加求和。不包括妊娠、分娩、围产期、新生儿患者。	逐步降低	
2.3.3 手术患者手术后脓毒症发生例数和发生率	手术患者手术后脓毒症发生例数占同期手术患者出院人次的比例。	手术患者手术后脓毒症例数	同期手术患者出院人次	手术患者手术后脓毒症发生率=手术后脓毒症例数/同期手术患者出院人次×100%	1. 手术患者手术后脓毒症例数统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10 编码: A40.0 至 A40.9, A41.0 至 A41.9, T81.411, B37.700, B49.x00x019 且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。 2. 同期手术患者出院人次是指同期出院患者择期手术人数。总数为实施择期手术和介入治疗人数累加求和。不包括妊娠、分娩、围产期、新生儿患者。	逐步降低	
2.3.4 手术患者手术后出血或血肿发生例数和发生率	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。	术后出血或血肿发生例数	同期手术患者出院人次	手术患者手术后出血或血肿发生率=术后出血或血肿发生例数/同期手术患者出院人次×100%	1. 术后出血或血肿发生例数统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10 编码: T81.0 且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。 2. 同期手术患者出院人次是指同期出院患者择期手术人数。总数为实施择期手术和介入治疗人数累加求和。不包括妊娠、分娩、围产期、新生儿患者。	逐步降低	
2.3.5 手术患者手术伤口裂开发生例数和发生率	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。	术后手术伤口裂开发生例数	同期手术患者出院人次	手术患者手术伤口裂开发生率=术后手术伤口裂开发生例数/同期手术患者出院人次×100%	1. 术后手术伤口裂开发生例数统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10 编码: T81.3 且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。	逐步降低	

						2. 同期手术患者出院人次是指同期出院患者择期手术人数。总数为实施择期手术和介入治疗人数累加求和。不包括妊娠、分娩、围产期、新生儿患者。	
2.3.6 手术患者手术后猝死发生例数和发生率	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。	术后猝死发生例数	同期手术患者出院人次	手术患者手术后猝死发生率=术后猝死发生例数/同期手术患者出院人次×100%	1. 术后猝死发生例数统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10 编码: R96.0、R96.1、I46.1 且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。 2. 同期手术患者出院人次是指同期出院患者择期手术人数。总数为实施择期手术和介入治疗人数累加求和。不包括妊娠、分娩、围产期、新生儿患者。	逐步降低	
2.3.7 手术患者手术后呼吸衰竭发生例数和发生率	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。	术后呼吸衰竭发生例数	同期手术患者出院人次	手术患者手术后呼吸衰竭发生率=术后呼吸衰竭发生例数/同期手术患者出院人次×100%	1. 术后呼吸衰竭发生例数统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10 编码: J95.800x004, J96.0、J96.1、J96.9 且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。 2. 同期手术患者出院人次是指同期出院患者择期手术人数。总数为实施择期手术和介入治疗人数累加求和。不包括妊娠、分娩、围产期、新生儿患者。	逐步降低	
2.3.8 手术患者手术后生理/代谢紊乱发生例数和发生率	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。	术后生理/代谢紊乱发生例数	同期手术患者出院人次	手术患者手术后生理/代谢紊乱发生率=术后生理/代谢紊乱发生例数/同期手术患者出院人次×100%	1. 术后生理/代谢紊乱发生例数统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10: E89.0 至 E89.9 且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。 2. 同期手术患者出院人次是指同期出院患者择期手术人数。总数为实施择期手术和介入治疗人数累加求和。不包括妊娠、分娩、围产期、新生儿患者。	逐步降低	
2.3.9 与手术/操作相关	与手术/操作相关感染发生例	与手术/操作相关感染	同期手术患者出院	与手术/操作相关感染发生率=与手术	1. 与手术/操作相关感染发生例数统计住院病案首	逐步	

	感染发生例数和发生率	数占同期手术患者出院人次的比例。	发生例数	人次	/操作相关感染发生例数同期手术患者出院人次×100%	页的主要诊断或其他诊断 ICD-10 编码:T81.4 且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。 2. 同期手术患者出院人次是指同期出院患者择期手术人数。总数为实施择期手术和介入治疗人数累加求和。不包括妊娠、分娩、围产期、新生儿患者。	降低
	2.3.10 手术过程中异物遗留发生例数和发生率	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。	手术过程中异物遗留发生例数	同期手术患者出院人次	手术过程中异物遗留发生率=手术过程中异物遗留发生例数/同期手术患者出院人次×100%	1. 手术过程中异物遗留发生例数统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10: T81.5, T81.6 且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。 2. 同期手术患者出院人次是指同期出院患者择期手术人数。总数为实施择期手术和介入治疗人数累加求和。不包括妊娠、分娩、围产期、新生儿患者。	逐步降低
	2.3.11 手术患者麻醉并发症发生例数和发生率	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。	手术患者麻醉并发症发生例数	同期手术患者出院人次	手术患者麻醉并发症发生率=手术患者麻醉并发症发生例数/同期手术患者出院人次×100%	1. 手术患者麻醉并发症发生例数统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10 编码:T88.2 至 T88.5 且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。 2. 同期手术患者出院人次是指同期出院患者择期手术人数。总数为实施择期手术和介入治疗人数累加求和。不包括妊娠、分娩、围产期、新生儿患者。	逐步降低
	2.3.12 手术患者肺部感染与肺机能不全发生例数和发生率	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。	手术患者肺部感染与肺机能不全发生例数	同期手术患者出院人次	手术患者肺部感染与肺机能不全发生率=手术患者肺部感染与肺机能不全发生例数/同期手术患者出院人次×100%	1. 手术患者肺部感染与肺机能不全发生例数统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10 编码: J95.1 至 J95.4, J95.8, J95.9, J98.4, J15 至 J16, J18 且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。 2. 同期手术患者出院人次是指同期出院患者择期	逐步降低

						手术人数。总数为实施择期手术和介入治疗人数累加求和。不包括妊娠、分娩、围产期、新生儿患者。	
2.3.13 手术意外穿刺伤或撕裂伤发生例数和发生率	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。	手术意外穿刺伤或撕裂伤发生例数	同期手术患者出院人次	手术意外穿刺伤或撕裂伤发生率=手术意外穿刺伤或撕裂伤发生例数/同期手术患者出院人次×100%	1. 手术意外穿刺伤或撕裂伤发生例数统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10: T81.2 且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。 2. 同期手术患者出院人次是指同期出院患者择期手术人数。总数为实施择期手术和介入治疗人数累加求和。不包括妊娠、分娩、围产期、新生儿患者。	逐步降低	
2.3.14 手术后急性肾衰竭发生例数和发生率	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。	术后急性肾衰竭发生例数	同期手术患者出院人次	手术后急性肾衰竭发生率=术后急性肾衰竭发生例数/同期手术患者出院人次×100%	1. 术后急性肾衰竭发生例数统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10 编码: N17.0 至 N17.9, N99.0 且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。 2. 同期手术患者出院人次是指同期出院患者择期手术人数。总数为实施择期手术和介入治疗人数累加求和。不包括妊娠、分娩、围产期、新生儿患者。	逐步降低	
2.3.15 各系统/器官术后并发症发生例数和发生率							
2.3.15.1 消化: K91.0 至 K91.9 的手术出院患者	手术患者消化系统术后并发症发生例数占同期手术患者出院人次的比例。	消化系统术后并发症发生例数	同期手术患者出院人次	消化系统术后并发症发生率=消化系统术后并发症发生例数/同期手术患者出院人次×100%	1. 消化系统术后并发症发生例数统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10: K91.0 至 K91.9 且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。 2. 同期手术患者出院人次是指同期出院患者择期手术人数。总数为实施择期手术和介入治疗人数累加求和。不包括妊娠、分娩、围产期、新生儿患者。	逐步降低	

2.3.15.2 循环: I97.0, I97.1, I97.8, I97.9 的手术出院患者	手术患者循环系统术后并发症发生例数占同期手术患者出院人次的比例。	循环系统术后并发症发生例数	同期手术患者出院人次	循环系统术后并发症发生率=循环系统术后并发症发生例数/同期手术患者出院人次×100%	1. 循环系统术后并发症发生例数统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10 编码: I97.0, I97.1, I97.8, I97.9 且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。 2. 同期手术患者出院人次是指同期出院患者择期手术人数。总数为实施择期手术和介入治疗人数累加求和。不包括妊娠、分娩、围产期、新生儿患者。	逐步降低
2.3.15.3 神经: G97.0, G97.1, G97.2, G97.8, G97.9, I60 至 I64 的手术出院患者	手术患者神经系统术后并发症发生例数占同期手术患者出院人次的比例。	神经系统术后并发症发生例数	同期手术患者出院人次	神经系统术后并发症发生率=神经系统术后并发症发生例数/同期手术患者出院人次×100%	1. 神经系统术后并发症发生例数统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10 编码: G97.0, G97.1, G97.2, G97.8, G97.9, I60 至 I64 且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。 2. 同期手术患者出院人次是指同期出院患者择期手术人数。总数为实施择期手术和介入治疗人数累加求和。不包括妊娠、分娩、围产期、新生儿患者。	逐步降低
2.3.15.4 眼和附器: H59.0, H59.8, H59.9 的手术出院患者	手术患者眼和附器术后并发症发生例数占同期手术患者出院人次的比例。	眼和附器术后并发症发生例数	同期手术患者出院人次	眼和附器术后并发症发生率=眼和附器术后并发症发生例数/同期手术患者出院人次×100%	1. 眼和附器术后并发症发生例数统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10 编码: H59.0, H59.8, H59.9 且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。 2. 同期手术患者出院人次是指同期出院患者择期手术人数。总数为实施择期手术和介入治疗人数累加求和。不包括妊娠、分娩、围产期、新生儿患者。	逐步降低
2.3.15.5 耳和乳突: H95.0, H95.1, H95.8, H95.9 的手术出院患者	手术患者耳和乳突术后并发症发生例数占同期手术患者出院人次的比例。	耳和乳突术后并发症发生例数	同期手术患者出院人次	耳和乳突术后并发症发生率=耳和乳突术后并发症发生例数/同期手术患者出院人次×100%	1. 耳和乳突术后并发症发生例数统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10 编码: H95.0, H95.1, H95.8, H95.9 且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。	逐步降低

						2. 同期手术患者出院人次是指同期出院患者择期手术人数。总数为实施择期手术和介入治疗人数累加求和。不包括妊娠、分娩、围产期、新生儿患者。	
2.3.15.6 肌肉骨骼： M96.0 至 M96.9 的手术出院患者	手术患者肌肉骨骼系统术后并发症发生例数占同期手术患者出院人次的比例。	肌肉骨骼术后并发症发生例数	同期手术患者出院人次	肌肉骨骼术后并发症发生率=肌肉骨骼术后并发症发生例数/同期手术患者出院人次×100%	1. 肌肉骨骼术后并发症发生例数统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10 编码：M96.0 至 M96.9 且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。 2. 同期手术患者出院人次是指同期出院患者择期手术人数。总数为实施择期手术和介入治疗人数累加求和。不包括妊娠、分娩、围产期、新生儿患者。	逐步降低	
2.3.15.7 泌尿生殖： N98.0 至 N99.9 的手术出院患者	手术患者泌尿生殖系统术后并发症发生例数占同期手术患者出院人次的比例。	泌尿生殖系统术后并发症发生例数	同期手术患者出院人次	泌尿生殖系统术后并发症发生率=泌尿生殖系统术后并发症发生例数/同期手术患者出院人次×100%	1. 泌尿生殖系统术后并发症发生例数统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10：N98.0 至 N99.9 且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。 2. 同期手术患者出院人次是指同期出院患者择期手术人数。总数为实施择期手术和介入治疗人数累加求和。不包括妊娠、分娩、围产期、新生儿患者。	逐步降低	
2.3.15.8 口腔：K11.4, T81.2 的手术出院患者)	手术患者口腔系统术后并发症发生例数占同期手术患者出院人次的比例。	口腔系统术后并发症发生例数	同期手术患者出院人次	口腔系统术后并发症发生率=口腔系统术后并发症发生例数/同期手术患者出院人次×100%	1. 口腔系统术后并发症发生例数统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10：K11.4, T81.2 且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。 2. 同期手术患者出院人次是指同期出院患者择期手术人数。总数为实施择期手术和介入治疗人数累加求和。不包括妊娠、分娩、围产期、新生儿患者。	逐步降低	
2.3.16 植入物的并发症							

	(不包括脓毒症)发生例数和发生率						
2.3.16.1 心脏和血管: T82.0 至 T82.9 的手术出院患者	心脏和血管相关手术植入物的并发症发生例数占同期心脏和血管植入物相关手术例数的比例。	心脏和血管相关手术植入物的并发症发生例数	同期心脏和血管植入物相关手术例数	心脏和血管相关手术植入物的并发症(不包括脓毒症)发生率=心脏和血管相关手术植入物的并发症发生例数/同期心脏和血管植入物相关手术例数×100%	心脏和血管相关手术植入物的并发症发生例数统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10 编码: T82.0 至 T82.9 且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。	逐步降低	
2.3.16.2 泌尿生殖道: T83.0 至 T83.9 的手术出院患者	泌尿生殖道相关手术植入物的并发症发生例数占同期泌尿生殖道植入物相关手术例数的比例。	泌尿生殖道相关手术植入物的并发症发生例数	同期泌尿生殖道植入物相关手术例数	泌尿生殖道相关手术植入物的并发症(不包括脓毒症)发生率=泌尿生殖道相关手术植入物的并发症发生例数/同期泌尿生殖道植入物相关手术例数×100%	泌尿生殖道植入物的并发症发生例数统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10: T83.0 至 T83.9 且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。	逐步降低	
2.3.16.3 骨科: T84.0 至 T84.9 的手术出院患者	骨科植入物的并发症发生例数占同期骨科植入物相关手术例数的比例。	骨科植入物的并发症发生例数	同期骨科植入物相关手术例数	骨科植入物的并发症(不包括脓毒症)发生率=骨科植入物的并发症发生例数/同期骨科植入物相关手术例数×100%	骨科植入物的并发症发生例数统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10: T84.0 至 T84.9 且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。	逐步降低	
2.3.16.4 其他: T85.0 至 T85.9 的手术出院患者	其他植入物的并发症发生例数占同期相关植入手术例数的比例。	其他植入物的并发症发生例数	同期相关植入手术例数	其他植入物的并发症(不包括脓毒症)发生率=其他植入物的并发症发生例数/同期相关植入手术例数×100%	其他植入物的并发症发生例数统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10 编码: T85.0 至 T85.9 且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。	逐步降低	
2.3.17 移植的并发症发生例数和发生率	移植的并发症发生率是指移植的并发症发生例数占同期移植例数的比例。	移植的并发症发生例数	同期移植例数	移植的并发症发生率=移植的并发症发生例数/同期移植例数×100%	移植的并发症发生例数统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10: T86.0 至 T86.9 且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。	逐步降低	
2.3.18 再植和截肢的并发症发生例数和发生率	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	再植和截肢的并发症发生例数	同期再植和截肢患者数	再植和截肢的并发症发生率=再植和截肢的并发症发生例数/同期再植和	再植和截肢的并发症发生例数统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10: T87.0 至 T87.6	逐步降低	

		的比例。			截肢患者数×100%	且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。	
2.3.19 介入操作与手术后患者其他并发症发生例数和发生率	介入操作与手术后患者其他并发症发生例数占同期手术患者出院人次的比例。	介入操作与手术后患者其他并发症发生例数	同期手术患者出院人次	介入操作与手术后患者其他并发症发生率=介入操作与手术后患者其他并发症发生例数/同期手术患者出院人次×100%	1. 介入操作与手术后患者其他并发症发生例数统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10: T81.1, T81.7, T81.8, T81.9 且入院病情为“无”且判定为介入操作或手术的病例数总和。 2. 同期出院患者手术人次是指出院患者手术(含介入)人次。		逐步降低
2.3.20 新生儿产伤发生例数和发生率	发生产伤的新生儿出院患者人次占同期新生儿出院患者总人次的比例。	新生儿产伤发生例数	同期新生儿出院患者总人次	新生儿产伤发生率=新生儿产伤发生例数/同期新生儿出院患者总人次×100%	新生儿产伤发生例数统计入院日期减出生日期小于等于 28 天病例, 住院病案首页的主要诊断或其他诊断 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 且入院病情为“无”的病例数总和。		逐步降低
2.3.21 阴道分娩产妇分娩或产褥期并发症发生例数和发生率	阴道分娩产妇分娩或产褥期并发症发生例数占同期阴道分娩产妇出院人次的比例。	阴道分娩产妇分娩或产褥期并发症发生例数	同期阴道分娩产妇出院人次	阴道分娩产妇产程和分娩并发症发生例数和发生率=阴道分娩产妇分娩或产褥期并发症发生例数/同期阴道分娩产妇出院人次×100%	阴道分娩产妇分娩或产褥期并发症发生例数统计住院阴道分娩产妇, 住院病案首页的主要诊断编码或其他诊断编码 ICD-10: 070.2、070.3, 070.9, 071.0 至 071.9, 072.0 至 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 且入院病情为“无”的病例数总和。		逐步降低
2.3.22 剖宫产分娩产妇分娩或产褥期并发症发生例数和发生率	剖宫产分娩产妇分娩或产褥期并发症发生例数占同期剖宫产分娩产妇出院人数的比例。	剖宫产分娩产妇分娩或产褥期并发症发生例数	同期剖宫产分娩产妇数	剖宫产分娩产妇分娩或产褥期并发症发生率=剖宫产分娩产妇分娩或产褥期并发症发生例数/同期剖宫产分娩	剖宫产分娩产妇分娩或产褥期并发症发生例数统计住院剖宫产分娩产妇, 住院病案首页的主要诊断编码或其他诊断编码 ICD-10 : 071.0 至 071.9,		逐步降低

					产妇数×100%	072.0 至 072.3, 073.0, 073.1, 074.0 至 074.9, 075.0 至 075.9, 086.0 至 086.8, 087.0 至 087.9, 088.0 至 088.8, 089.0 至 089.9, 090.0、090.2 至 090.9, 095, A34 且入院病情为“无”的病例数总和。	
2.3.23 2 期及以上院内压力性损伤发生例数和发生率	出院患者 2 期及以上院内压力性损伤发生例数占统计周期住院患者总人次的比例。	2 期及以上院内压力性损伤发生例数	同期出院患者总人次。	2 期及以上院内压力性损伤发生例数和发生率=2 期及以上院内压力性损伤发生例数/同期出院患者总人次×100%	2 期及以上院内压力性损伤发生例数是指患者入院 24 小时后新发的 2 期及以上压力性损伤例数。住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10 编码: L89.1, L89.2, L89.3, L89.9 且入院病情为“无”的病例数总和。	逐步降低	
2.3.24 输注反应发生例数和发生率	出院患者输注反应发生例数占同期接受输注出院患者总人次的比例。	发生输注反应发生例数	同期出院患者总人次。	输注反应发生率=发生输注反应发生例数/同期出院患者总人次×100%	发生输注反应发生例数统计住院病案首页主要诊断或其他诊断 ICD-10 编码: T80.0, T80.1, T80.2, T80.8, T80.9 且入院病情为“无”的病例数总和。	逐步降低	
2.3.25 输血反应发生例数和发生率	发生输血反应的出院患者例数占同期出院患者输血总人次的比例。	发生输血反应发生例数	同期出院输血患者总人次	输血反应发生率=发生输血反应发生例数/同期出院输血患者人次×100%	1. 发生输血反应发生例数统计住院病案首页主要诊断或其他诊断 ICD-10 编码: T80.0 至 T80.9 且入院病情为“无”的病例数总和。 2. 同期出院输血患者总人次统计病案首页中“血费>0”出院患者总人次。	逐步降低	
2.3.26 医源性气胸发生例数和发生率	发生医源性气胸出院患者例数占同期出院患者人次的比例。	发生医源性气胸发生例数	同期出院患者总人次	医源性气胸发生率=发生医源性气胸发生例数/同期出院患者总人次×100%	发生医源性气胸发生例数统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10 编码: J93.8, J93.9, J95.804, T81.218 且入院病情为“无”的病例数总和。	逐步降低	
2.3.27 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	住院患者医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生例数占同期出院患者总人次的比例。	住院患者医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生例数	同期出院患者总人次	住院患者医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生率=住院患者医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生例数/同期出院	住院患者医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生例数统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10 编码: S32.1 至 S32.5, S32.7, S32.8, S71.8, S72.0	逐步降低	

					患者总人次×100%	且相对应的入院病情为“无”的病例数总和。	
2.3.28 住院 ICU 患者呼吸机相关性肺炎发生例数和发生率	ICU 患者呼吸机相关性肺炎发生例数占同期住院 ICU 患者总人次的比例。	ICU 患者呼吸机相关性肺炎发生例数	同期住院 ICU 患者总人次		ICU 患者呼吸机相关性肺炎发生例数和发生率=ICU 患者呼吸机相关性肺炎发生例数/同期住院 ICU 患者总人次×100%	ICU 患者呼吸机相关性肺炎发生例数统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10 编码: J95.802 且入院病情为“无”的病例数总和。	逐步降低
2.3.29 住院 ICU 患者血管导管相关性感染发生例数和发生率	住院 ICU 患者血管导管相关性感染发生例数占同期住院 ICU 患者总人次的比例。	ICU 患者血管导管相关性感染发生例数	同期住院 ICU 患者总人次		ICU 患者血管导管相关性感染发生例数和发生率= ICU 患者血管导管相关性感染发生例数/同期住院 ICU 患者总人次×100%	ICU 患者血管导管相关性感染发生例数统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10 编码为 T82.700x001 的 ICU 出院患者,且入院病情为“无”的的病例数总和。	逐步降低
2.3.30 住院 ICU 患者导尿管相关性尿路感染发生例数和发生率	住院 ICU 患者导尿管相关性尿路感染发生例数占同期住院 ICU 患者总人次的比例。	ICU 患者导尿管相关性尿路感染发生例数	同期住院 ICU 患者总人次		ICU 患者导尿管相关性尿路感染发生例数和发生率= ICU 患者导尿管相关性尿路感染发生例数/同期住院 ICU 患者总人次×100%	ICU 患者导尿管相关性尿路感染发生例数统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10 编码: T83.500x003 且入院病情为“无”的 ICU 病例数总和。	逐步降低
2.3.31 临床用药所致的有害效应(不良事件)发生例数和发生率							逐步降低
2.3.31.1 全身性抗菌药物的有害效应发生率	住院患者中全身性抗菌药物有害效应发生例数占同期出院患者总人次的比例。	全身性抗菌药物有害效应发生例数	同期出院患者总人次		全身性抗菌药物的有害效应出院患者发生率=全身性抗菌药物有害效应发生例数/同期出院患者人次×100%	全身性抗菌药物的有害效应发生例数统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10 编码: Y40.0 至 Y40.9 且入院病情为“无”的病例数总和。	逐步降低
2.3.31.2 降血糖药物的有害效应发生率	降血糖药物的有害效应发生例数占同期出院患者总人次的比例。	降血糖药物的有害效应发生例数	同期出院患者总人次		降血糖药物的有害效应发生率=降血糖药物的有害效应发生例数/同期出院患者总人次×100%	降血糖药物的有害效应发生例数统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10 编码: Y42.3 且入院病情为“无”的病例数总和。	逐步降低
2.3.31.3 抗肿瘤药物的有害效应发生率	抗肿瘤药物的有害效应发生例数占同期出院患者总人次的比例。	抗肿瘤药物的有害效应发生例数	同期出院患者总人次		抗肿瘤药物的有害效应发生率=抗肿瘤药物的有害效应发生例数/同期出	抗肿瘤药物的有害效应发生例数统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10 编码: Y43.1,	逐步降低

	例。				院患者总人次×100%	Y43.3 且入院病情为“无”的病例数总和。	
2.3.31.4 抗凝剂的有害效应发生率	抗凝剂的有害效应发生例数占同期出院患者总人次的比例。	抗凝剂的有害效应发生例数	同期出院患者总人次		抗凝剂的有害效应发生率=抗凝剂的有害效应发生例数/同期出院患者总人次×100%	抗凝剂的有害效应发生例数统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10 编码:Y44.2,Y44.3,Y44.4, Y44.5 且入院病情为“无”的病例数总和。	逐步降低
2.3.31.5 镇痛药和解热药的有害效应发生率	镇痛药和解热药的有害效应发生例数占同期出院患者总人次的比例。	镇痛药和解热药的有害效应发生例数	同期出院患者总人次		镇痛药和解热药的有害效应=镇痛药和解热药的有害效应发生例数/同期出院患者总人次×100%	镇痛药和解热药的有害效应发生例数统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10 编码:Y45.0 至 Y45.9 且入院病情为“无”的病例数总和。	逐步降低
2.3.31.6 心血管系统用药的有害效应发生率	心血管系统用药的有害效应发生例数占同期出院患者总人次的比例。	心血管系统用药的有害效应发生例数	同期出院患者总人次		心血管系统用药的有害效应发生率=心血管系统用药的有害效应发生例数/同期出院患者总人次×100%	心血管系统用药的有害效应发生例数统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10 编码:Y52.0 至 Y52.9 且入院病情为“无”的病例数总和。	逐步降低
2.3.31.7 X 线造影剂及其他诊断性制剂的有害效应发生率	X 线造影剂及其他诊断性制剂的有害效应发生例数占同期出院患者总人次的比例。	X 线造影剂及其他诊断性制剂的有害效应发生例数	同期出院患者总人次		X 线造影剂及其他诊断性制剂的有害效应发生率=X 线造影剂及其他诊断性制剂的有害效应发生例数/同期出院患者总人次×100%	X 线造影剂及其他诊断性制剂的有害效应发生例数统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10 编码: Y57.5, Y57.6 且入院病情为“无”的病例数总和。	逐步降低
2.3.32 血液透析所致并发症发生例数和发生率	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总人次的比例。	血液透析所致并发症发生例数	同期血液透析出院患者总人次		血液透析所致并发症发生率=血液透析所致并发症发生例数/同期血液透析出院患者总人次×100%	血液透析所致并发症发生例数统计出院诊断 ICD-10 编码为 T80.6, T80.8, T80.9, T82.4, T82.7 的出院患者, 主要诊断和其他诊断入院病情等于“无”且判定为血液透析患者的病例数总和。	逐步降低

第三章 重点专业质量控制指标

一级指标	二级指标	指标定义	分子	分母	计算方法	指标说明	指标导向
一、麻醉专业医疗质量控制指标 (2022年版)	3.1.1 麻醉科医护比	麻醉科护士人数与麻醉科医师人数之比。	麻醉科护士总数	麻醉科医师总数	麻醉科医护比=麻醉科护士总数/麻醉科医师总数	麻醉科护士是指专职配合麻醉医师开展麻醉宣教、心理护理、物品准备、信息核对、体位摆放、管路护理、仪器设备管理等护理工作的护士,不包括其他由麻醉科统一管理的手术室护士。	监测达标
	3.1.2 麻醉医师人均年麻醉例次数	单位时间内,麻醉科固定在岗医师平均完成的麻醉例次数。	麻醉科年麻醉总例次数	同期麻醉科固定在岗医师总数	麻醉医师人均年麻醉例次数=麻醉科年麻醉总例次数/同期麻醉科固定在岗医师总数	麻醉科固定在岗医师总数是指在医疗机构内参与临床麻醉工作的本院麻醉科医师,不包含规培住院医师(外院)、进修生、支援医师及多点执业医师。	监测比较
	3.1.3 手术室外麻醉占比	单位时间内,手术室(含日间手术室)外实施的麻醉例次数占同期麻醉总例次数的比例。	单位时间内手术室外实施的麻醉例次数	同期麻醉总例次数	手术室外麻醉占比=单位时间内手术室外实施的麻醉例次数/同期麻醉总例次数×100%	手术室外麻醉是指由麻醉医生实施的凡不是在手术室和日间手术室内的各类型麻醉。	监测比较
	3.1.4 择期手术麻醉前访视率	单位时间内,择期手术患者在进入手术室(含麻醉操作单元)前完成麻醉前访视(不等于麻醉前签字)的例次数占同期麻醉科完成择期手术麻醉总例次数的比例。	单位时间内择期手术患者进入手术室前完成麻醉前访视的例次数	同期麻醉科完成择期手术麻醉总例次数	择期手术麻醉前访视率=单位时间内择期手术患者进入手术室前完成麻醉前访视的例次数/同期麻醉科完成择期手术麻醉总例次数×100%		监测达标
	3.1.5 入室后手术麻醉取消率	单位时间内,患者入室后至麻醉开始前,手术麻醉取消的例次数占同期入室后拟手术麻醉总例次数的比例。	单位时间内患者入室后至麻醉开始前手术麻醉取消的例次数	同期入室后拟手术麻醉总例次数	入室后手术麻醉取消率=单位时间内患者入室后至麻醉开始前手术麻醉取消的例次数/同期入室后拟手术麻醉总例次数×100%	1.入室是指患者进入手术室(包括术前等待区)或手术室外麻醉单元准备实施麻醉。 2.入室后拟手术麻醉总例次数包括取消和已施手术麻醉的总例次数(同一患者多次手术,以多例次计)。	逐步降低
	3.1.6 麻醉开始后手术	单位时间内,麻醉开始后手术	单位时间内麻醉开始后	同期麻醉总例次数	麻醉开始后手术取消率=单位时间内	麻醉开始后手术开始前手术取消的例次数是指麻醉	逐步

取消率	开始前手术取消的例次数占同期麻醉总例次数的比例。	手术开始前手术取消的例次数		麻醉开始后手术开始前手术取消的例次数/同期麻醉总例次数×1000‰	开始（麻醉医师开始给予患者麻醉药物）后手术开始（手术切皮）前手术取消的例数。	降低
3.1.7 全身麻醉术中体温监测率	单位时间内，手术麻醉期间接受体温监测（连续监测或间断监测）的全身麻醉（以下简称全麻）例次数占同期全麻总例次数的比例。	单位时间内手术麻醉期间接受体温监测的全麻例次数	同期全麻总例次数	全身麻醉术中体温监测率=单位时间内手术麻醉期间接受体温监测的全麻例次数/同期全麻总例次数×100%		逐步提高
3.1.8 术中主动保温率	单位时间内，手术麻醉期间采取主动保温措施（全程连续主动保温或间断主动保温）全麻例次数占同期全麻总例次数的比例。	单位时间内手术麻醉期间采取主动保温措施全麻例次数	同期全麻总例次数	术中主动保温率=单位时间内手术麻醉期间采取主动保温措施全麻例次数/同期全麻总例次数×100%	主动保温措施包括：使用充气升温装置等加温设备进行体温保护；使用输血输液加温装置加温至 37℃后再输注。	逐步提高
3.1.9 术中自体血输注率	单位时间内，手术麻醉中接受自体血（包括自体全血及自体血红细胞）输注患者数占同期麻醉中接受输血治疗患者总数的比例。	单位时间内手术麻醉中接受自体血输注患者数	同期麻醉中接受输血治疗患者总数	术中自体血输注率=单位时间内手术麻醉中接受自体血输注患者数/同期麻醉中接受输血治疗患者总数×100%		逐步提高
3.1.10 手术麻醉期间低体温发生率	单位时间内，手术麻醉期间低体温患者数（医疗目的的控制性降温除外）占同期接受体温监测的麻醉患者总数的比例。	单位时间内手术麻醉期间低体温患者数（医疗目的的控制性降温除外）	同期接受体温监测的麻醉患者总数	手术麻醉期间低体温发生率=单位时间内手术麻醉期间低体温患者数（医疗目的的控制性降温除外）/同期接受体温监测的麻醉患者总数×100%	手术麻醉期间低体温是指患者进入手术间开始至患者自手术间或麻醉后监测治疗室（PACU）返回病房前核心体温低于 36℃（连续监测低体温持续≥30 分钟或间断监测连续两次低体温且间隔时间≥30 分钟）。	逐步降低
3.1.11 术中牙齿损伤发生率	单位时间内，发生术中牙齿损伤的例次数占同期插管全身麻醉总例次数的比例。	单位时间内发生术中牙齿损伤的例次数	同期插管全身麻醉总例次数	术中牙齿损伤发生率=单位时间内发生术中牙齿损伤的例次数/同期插管全身麻醉总例次数×1000‰	术中牙齿损伤是指患者从麻醉开始至麻醉结束过程中发生的牙齿损伤（包括牙齿脱落、松动等）。气管内导管全麻及喉罩全麻均属于插管全身麻醉。	逐步降低
3.1.12 麻醉期间严重反	单位时间内，麻醉期间严重反	单位时间内麻醉期间严	同期麻醉科完成麻	麻醉期间严重反流误吸发生率=单位	麻醉期间严重反流误吸是指麻醉期间发生的且在患	逐步

流误吸发生率	流误吸发生例次数占同期麻醉科完成麻醉总例次数的比例。	重反流误吸发生例次数	醉总例次数	时间内麻醉期间严重反流误吸发生例次数/同期麻醉科完成麻醉总例次数×10000‰	者离开手术室/恢复室时呼吸空气指氧饱和度无法维持≥90%或无法达到麻醉前水平的反流误吸。	降低
3.1.13 计划外建立人工气道发生率	单位时间内，计划外建立人工气道的麻醉科患者数占同期麻醉科患者总数的比例。	单位时间内计划外建立人工气道的麻醉科患者数	同期麻醉科患者总数	计划外建立人工气道发生率=单位时间内计划外建立人工气道的麻醉科患者数/同期麻醉科患者总数×1000‰	计划外建立人工气道是指患者进入手术室后直至离开手术室前，因呼吸骤停或严重呼吸抑制等而进行的人工气道的建立，包括气管插管、喉罩置入和紧急气管造口术。	逐步降低
3.1.14 术中心脏骤停率	单位时间内，术中心脏骤停患者数占同期麻醉科患者总数的比例。	单位时间内术中心脏骤停患者数	同期麻醉科患者总数	术中心脏骤停率=单位时间内术中心脏骤停患者数/同期麻醉科患者总数×10000‰	术中心脏骤停是指麻醉开始后至患者离开手术室前非医疗目的的心脏突然停止跳动，不包括患者麻醉开始前发生的的心脏骤停。	逐步降低
3.1.15 麻醉期间严重过敏反应发生率	单位时间内，麻醉期间发生严重过敏反应的例次数占同期麻醉科完成麻醉总例次数的比例。	单位时间内麻醉期间发生严重过敏反应的例次数	同期麻醉科完成麻醉总例次数	麻醉期间严重过敏反应发生率=单位时间内麻醉期间发生严重过敏反应的例次数/同期麻醉科完成麻醉总例次数×10000‰	麻醉期间严重过敏反应是指各种原因导致的需要立即使用肾上腺素抢救的过敏反应。	监测比较
3.1.16 全身麻醉术中知晓发生率	单位时间内，发生全身麻醉术中知晓例次数占同期全身麻醉总例次数的比例。	单位时间内发生全身麻醉术中知晓例次数	同期全身麻醉总例次数	全身麻醉术中知晓发生率=单位时间内发生全身麻醉术中知晓例次数/同期全身麻醉总例次数×1000‰	全身麻醉术中知晓是指在全身麻醉过程中发生意识的恢复，病人对周围环境或声音存在着一定程度的感知与记忆，全身麻醉后病人能回忆术中发生的事情，并能告知有无疼痛等情况。	逐步降低
3.1.17 PACU 入室低体温发生率	单位时间内，PACU 入室低体温患者数占同期入 PACU 患者总数的比例。	单位时间内 PACU 入室低体温患者数	同期入 PACU 患者总数	PACU 入室低体温发生率=单位时间内 PACU 入室低体温患者数/同期入 PACU 患者总数×100%	PACU 入室低体温是指患者入 PACU 第一次测量体温低于 36℃。	逐步降低
3.1.18 麻醉后 PACU 转出延迟率	单位时间内，入 PACU 超过 2 小时的患者数占同期入 PACU 患者总数的比例。	单位时间内入 PACU 超过 2 小时的患者数	同期入 PACU 患者总数	麻醉后 PACU 转出延迟率=单位时间内入 PACU 超过 2 小时的患者数/同期入 PACU 患者总数×1000‰		逐步降低
3.1.19 非计划二次气管	单位时间内，非计划二次气管	单位时间内非计划二次	同期术后气管插管	非计划二次气管插管率=非计划二次	非计划二次气管插管是指在患者术后气管插管拔除	逐步

	插管率	插管患者数占同期术后气管插管拔除患者总数的比例。	气管插管患者数	拔除患者总数	气管插管患者数/同期术后气管插管拔除患者总数×1000‰	后6小时内，非计划再次行气管插管术，不包括因非计划二次手术而接受再次气管插管。	降低
	3.1.20 非计划转入ICU率	单位时间内，非计划转入ICU的麻醉患者数占同期麻醉患者总数的比例。	单位时间内非计划转入ICU的麻醉患者数	同期麻醉患者总数	非计划转入ICU率=单位时间内非计划转入ICU的麻醉患者数/同期麻醉患者总数×1000‰	非计划转入ICU是指在开始麻醉前并无术后转入ICU的计划，而术中或术后决定转入ICU。	逐步降低
	3.1.21 术后镇痛满意率	单位时间内，麻醉科术后镇痛随访视觉模拟评分(VAS)≤3分患者数占同期麻醉科术后镇痛患者总数的比例。	单位时间内麻醉科术后镇痛随访VAS≤3分患者数	同期麻醉科术后镇痛患者总数	术后镇痛满意率=单位时间内麻醉科术后镇痛随访VAS≤3分患者数/同期麻醉科术后镇痛患者总数×100%		逐步提高
	3.1.22 区域阻滞麻醉后严重神经并发症发生率	单位时间内，区域阻滞麻醉后严重神经并发症发生例数占同期区域阻滞麻醉总例数的比例。	单位时间内区域阻滞麻醉后严重神经并发症发生例数	同期区域阻滞麻醉总例数	区域阻滞麻醉后严重神经并发症发生率=单位时间内区域阻滞麻醉后严重神经并发症发生例数/同期区域阻滞麻醉总例数×10000‰	区域阻滞(包括椎管内麻醉和外周神经阻滞)麻醉后严重神经并发症，是指在区域阻滞麻醉后新发的重度头痛、局部感觉异常(麻木或异感)、运动异常(肌无力甚至瘫痪)等，持续超过72小时，并排除其他病因者。	逐步降低
	3.1.23 全身麻醉气管插管拔管后声音嘶哑发生率	单位时间内，全身麻醉气管插管拔管后声音嘶哑发生例次数占同期全身麻醉气管插管总例次数的比例。	单位时间内全身麻醉气管插管拔管后声音嘶哑发生例次数	同期全身麻醉气管插管总例次数	全身麻醉气管插管拔管后声音嘶哑发生率=单位时间内全身麻醉气管插管拔管后声音嘶哑发生例次数/同期全身麻醉气管插管总例次数×10000‰	全身麻醉气管插管拔管后声音嘶哑，是指新发的、在拔管后72小时内没有恢复的声音嘶哑，排除咽喉、颈部以及胸部手术等原因。	逐步提高
	3.1.24 麻醉后新发昏迷发生率	单位时间内，全身麻醉后新发昏迷发生例次数占同期非颅脑手术全身麻醉总例次数的比例。	单位时间内全身麻醉后新发昏迷发生例次数	同期非颅脑手术全身麻醉总例次数	麻醉后新发昏迷发生率=单位时间内全身麻醉后新发昏迷发生例次数/同期非颅脑手术全身麻醉总例次数×10000‰	全身麻醉后新发昏迷是指麻醉前清醒患者(格拉斯哥昏迷评分为15分)，接受全身麻醉下非颅脑手术后没有苏醒，持续昏迷(格拉斯哥昏迷评分≤8分)超过24小时。除外因医疗目的给予镇静催眠者。	逐步降低
	3.1.25 麻醉后24小时内患者死亡率	单位时间内，麻醉后24小时内死亡患者数占同期麻醉患者总数的比例。	单位时间内麻醉后24小时内死亡患者数	同期麻醉患者总数	麻醉后24小时内患者死亡率=单位时间内麻醉后24小时内死亡患者数/同期麻醉患者总数×10000‰	麻醉后24小时内死亡患者数是指麻醉开始(麻醉医师给予患者麻醉药物)后24小时内死亡患者例数。	逐步降低

3.1.26 阴道分娩椎管内麻醉使用率	单位时间内，阴道分娩产妇实施椎管内麻醉人数（不含术中转剖宫产产妇人数）占同期阴道分娩产妇总人数（不含术中转剖宫产产妇人数）的比例。	阴道分娩产妇实施椎管内麻醉人数	同期阴道分娩产妇总人数	阴道分娩椎管内麻醉使用率=阴道分娩产妇实施椎管内麻醉人数/同期阴道分娩产妇总人数×100%		逐步提高
3.1.27 各 ASA 分级麻醉患者比例						
3.1.27.1 ASA P1 麻醉患者比例	ASA P1 麻醉患者比例是指该 ASA P1 麻醉患者数占同期各 ASA 分级麻醉患者总数的比例。	ASA P1 麻醉患者数	同期各 ASA 分级麻醉患者总数	ASA P1 麻醉患者比例=ASA P1 麻醉患者数/同期各 ASA 分级麻醉患者总数×100%		监测比较
3.1.27.2 ASA P2 麻醉患者比例	ASA P2 麻醉患者比例是指该 ASA P2 麻醉患者数占同期各 ASA 分级麻醉患者总数的比例。	ASA P2 麻醉患者数	同期各 ASA 分级麻醉患者总数	ASA P2 麻醉患者比例=ASA P2 麻醉患者数/同期各 ASA 分级麻醉患者总数×100%		监测比较
3.1.27.3 ASA P3 麻醉患者比例	ASA P3 麻醉患者比例是指该 ASA P3 麻醉患者数占同期各 ASA 分级麻醉患者总数的比例。	ASA P3 麻醉患者数	同期各 ASA 分级麻醉患者总数	ASA P3 麻醉患者比例=ASA P3 麻醉患者数/同期各 ASA 分级麻醉患者总数×100%		监测比较
3.1.27.4 ASA P4 麻醉患者比例	ASA P4 麻醉患者比例是指该 ASA P4 麻醉患者数占同期各 ASA 分级麻醉患者总数的比例。	ASA P4 麻醉患者数	同期各 ASA 分级麻醉患者总数	ASA P4 麻醉患者比例=ASA P4 麻醉患者数/同期各 ASA 分级麻醉患者总数×100%		监测比较
3.1.27.5 ASA P5 麻醉患者比例	ASA P5 麻醉患者比例是指该 ASA P5 麻醉患者数占同期各	ASA P5 麻醉患者数	同期各 ASA 分级麻醉患者总数	ASA P5 麻醉患者比例=ASA P5 麻醉患者数/同期各 ASA 分级麻醉患者总		监测比较

		ASA 分级麻醉患者总数的比例。			数×100%		
	3.1.27.6 ASA P6 麻醉患者比例	ASA P6 麻醉患者比例是指该 ASA P6 麻醉患者数占同期各 ASA 分级麻醉患者总数的比例。	ASA P6 麻醉患者数	同期各 ASA 分级麻醉患者总数	ASA P6 麻醉患者比例=ASA P6 麻醉患者数/同期各 ASA 分级麻醉患者总数×100%		监测比较
二、重症医学专业医疗质量控制指标（2015年版）	3.2.1 ICU 患者收治率和 ICU 患者收治床日率						
	3.2.1.1 ICU 患者收治率	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 收治患者总数	同期医院收治患者总数	ICU 患者收治率=ICU 收治患者总数/同期医院收治患者总数×100%	1.ICU 收治患者总数是指 ICU 收治患者总数是指 ICU 收治患者总人次，同一患者同一次住院多次转入 ICU，记为“多人次”。 2.同期医院收治患者总数是指医院收治患者的总人数。	监测比较
	3.2.1.2 ICU 患者收治床日率	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。	ICU 收治患者总床日数	同期医院收治患者总床日数	ICU 患者收治床日率=ICU 收治患者总床日数/同期医院收治患者总床日数×100%	同一患者同一次住院多次转入 ICU，记为“多人次”。	监测比较
	3.2.2 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）	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。	入 ICU 24 小时内，APACHE II 评分≥15 分患者数	同期 ICU 收治患者总数	APACHE II 评分 ≥ 15 分患者收治率（入 ICU 24 小时内）=APACHE II 评分≥15 分患者数/同期收治患者总数×100%	1.APACHE II 评分以 24 小时内最重评分为准。 2.同一患者同一次住院多次转入 ICU，分子分母均记为“多人次”。	监测比较
	3.2.3 感染性休克 3h 集束化治疗（bundle）完成率	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	入 ICU 诊断为感染性休克并全部完成 3h bundle 的患者数	同期入 ICU 诊断为感染性休克患者总数	感染性休克 3h 集束化治疗（bundle）完成率=入 ICU 诊断为感染性休克并全部完成 3hbundle 的患者数/同期入	1.入 ICU 的感染性休克患者不包括住 ICU 期间后续新发生的感染性休克病例。 2.感染性休克 3h 集束化治疗（bundle），是指感染	逐步提高

	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。			ICU 诊断为感染性休克患者总数 ×100%	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≥4mmol/L 给予 30ml/kg 晶体液进行目标复苏。	
3.2.4 感染性休克 6h 集束化治疗 (bundle) 完成率	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。	入 ICU 诊断为感染性休克并全部完成 6h bundle 的患者数	同期入 ICU 诊断为感染性休克患者总数	感染性休克 6h 集束化治疗 (bundle) 完成率=入 ICU 诊断为感染性休克并全部完成 6h bundle 的患者数/同期入 ICU 诊断为感染性休克患者总数 ×100%	1.入 ICU 的感染性休克患者不包括住 ICU 期间后续新发生的感染性休克病例。 2.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≥4mmol/L 容量复苏后仍持续低血压,需立即测量 CVP 和 ScvO ₂ ;初始乳酸高于正常患者需重复测量乳酸水平。	逐步提高
3.2.5 ICU 抗菌药物治疗前病原学送检率	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。	使用抗菌药物前病原学检验标本送检病例数	同期 ICU 使用抗菌药物治疗病例总数	ICU 抗菌药物治疗前病原学送检率=使用抗菌药物前病原学检验标本送检病例数/同期 ICU 使用抗菌药物治疗病例总数×100%	使用抗菌药物前病原学检验标本送检病例数是指 ICU 住院患者治疗性应用抗菌药物使用前病原学检验标本送检病例数。病原学检验标本包括:各种微生物培养、降钙素原、白介素-6、真菌 1-3-β-D 葡聚糖检测 (G 试验) 等感染指标的血清学检验。	逐步提高
3.2.6 ICU 深静脉血栓 (DVT) 预防率	进行深静脉血栓 (DVT) 预防的 ICU 患者例数占同期 ICU 收治患者总例数的比例。	进行深静脉血栓(DVT) 预防的 ICU 患者例数	同期 ICU 收治患者总数	ICU 深静脉血栓 (DVT) 预防率=进行深静脉血栓(DVT)预防的 ICU 患者例数/同期 ICU 收治患者总数×100%	预防深静脉血栓措施仅包括药物预防(肝素或低分子肝素等药物抗凝)、机械预防 (肢体加压泵、梯度压力弹力袜等)以及下腔静脉滤器等。除外已发生深静脉血栓的病例。	逐步提高
3.2.7 ICU 患者预计病死率	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。	ICU 收治患者预计病死率总和	同期 ICU 收治患者总数	ICU 患者预计病死率=ICU 收治患者预计病死率总和/同期 ICU 收治患者总数×100%	通过患者疾病危重程度 (APACHE II 评分) 来预测的可能病死率。患者死亡危险性 (R) 的公式: $\ln(R/1-R) = -3.517 + (APACHE II \text{ 评分} \times 0.146) + 0.603$ (仅限于急诊手术后患者)+患者入 ICU 的主要疾病得分 (按	监测比较

						国际标准)。	
3.2.8 ICU 患者标化病死指数	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。	ICU 患者实际病死率	同期 ICU 患者预计病死率	$\text{ICU 患者标化病死指数} = \text{ICU 患者实际病死率} / \text{同期 ICU 患者预计病死率} \times 100\%$	ICU 实际病死率为 ICU 死亡患者数(包括因不可逆疾病而自动出院的患者)占同期 ICU 收治患者总数的比例,除外入院时已脑死亡,因器官捐献而收治 ICU 的患者。		监测比较
3.2.9 ICU 非计划气管插管拔管率	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。	非计划气管插管拔管例数	同期 ICU 患者气管插管拔管总数	$\text{ICU 非计划气管插管拔管率} = \text{非计划气管插管拔管例数} / \text{同期 ICU 患者气管插管拔管总数} \times 100\%$	1.ICU 患者非计划气管插管拔管例数,除外患方要求的气管插管拔管。同一患者同一次住院多次意外拔管,按“多例次”算。 2.同期 ICU 患者气管插管拔管总例数。同一患者同一次住院多次气管插管拔管,按“多例次”算。		逐步降低
3.2.10 ICU 气管插管拔管后 48h 内再插管率	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。	气管插管计划拔管后 48h 内再插管例数	同期 ICU 患者气管插管拔管总例数	$\text{ICU 气管插管拔管后 48h 内再插管率} = \text{气管插管计划拔管后 48h 内再插管例数} / \text{同期 ICU 患者气管插管拔管总例数} \times 100\%$	分子分母均除外更换气管插管及患方要求的气管插管拔管后插管。		逐步降低
3.2.11 非计划转入 ICU 率	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 患者数	同期转入 ICU 患者总数	$\text{非计划转入 ICU 率} = \text{非计划转入 ICU 患者数} / \text{同期转入 ICU 患者总数} \times 100\%$	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)。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。		逐步降低
3.2.12 转出 ICU 后 48h 内重返率	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。	转出 ICU 后 48 内重返 ICU 的患者数	同期转出 ICU 患者总数	$\text{转出 ICU 后 48h 内重返率} = \text{转出 ICU 后 48 内重返 ICU 的患者数} / \text{同期转出 ICU 患者总数} \times 100\%$	转出 ICU 后 48h 内重返 ICU 的患者例数,除患方原因导致的重返病例。		逐步降低
3.2.13 ICU 呼吸机相关性肺炎(VAP)发病率	VAP 发生例数占同期 ICU 患者有创机械通气总天数的比例。	VAP 发生例数	同期 ICU 患者有创机械通气总天数	$\text{ICU 呼吸机相关性肺炎(VAP)发病率} = \text{VAP 发生例数} / \text{同期 ICU 患者有创机械通气总天数} \times 1000\%$	1.VAP 发生例数是指 ICU 住院患者使用有创机械通气导致的相关性肺炎发生例数。 2.单位:例/千机械通气日		逐步降低

	3.2.14 ICU 血管内导管相关血流感染 (CRBSI) 发病率	CRBSI 发生例数占同期 ICU 患者血管内导管留置总天数的比例。	CRBSI 发生例数	同期 ICU 患者血管内导管留置总天数	ICU 血管内导管相关血流感染 (CRBSI) 发生率 (例/千导管日) =CRBSI 发生例数/同期 ICU 患者血管内导管留置总天数×1000‰	1.同期 ICU 住院患者留置血管内导管的总天数, 包括: 在 ICU 应用持续性动脉内血气监测 (ICD-9-CM-3: 89.60)、全身动脉压监测 (ICD-9-CM-3: 89.61)、中心静脉压监测 (ICD-9-CM-3: 89.62)、肺动脉压监测 (ICD-9-CM-3: 89.63)、肺动脉楔形监测 (ICD-9-CM-3: 89.64)、全身动脉血气监测 (ICD-9-CM-3: 89.65)、心脏排血量监测用其他技术 (ICD-9-CM-3: 89.68) 等。 2.单位: 例/千导管日	逐步降低
	3.2.15 ICU 导尿管相关泌尿系统感染 (CAUTI) 发病率	CAUTI 发生例数占同期 ICU 患者导尿管留置总天数的比例。	CAUTI 发生例数	同期 ICU 患者导尿管留置总天数	ICU 导尿管相关泌尿系感染 (CAUTI) 发生率 (例/千导尿管日) =CAUTI 发生例数/同期 ICU 患者导尿管留置总天数×1000‰	1.同期 ICU 留置导尿的住院患者总天数 (包括导尿管、膀胱造瘘管)。 2.单位: 例/千导尿管日	逐步降低
三、急诊专业医疗质量控制指标 (2015 年版)	3.3.1 急诊科医患比	急诊科固定在岗 (本院) 医师总数占同期急诊科接诊患者总数 (万人次) 的比例。	急诊科固定在岗 (本院) 医师总数	同期急诊科接诊患者总数 (万人次)	急诊科医患比=急诊科固定在岗 (本院) 医师总数/同期急诊科接诊患者总数 (万人次) ×100%	1.急诊科固定在岗 (本院) 医师数, 即考核年度内国家医疗机构、医师电子化注册系统显示已激活状态的本院固定在急诊科岗位的执业医师总数, 不包括轮转医师。 2.急诊科接诊患者总数 (万人次), 即考核年度内急诊科接诊患者总例数, 以万人次为单位, 以急诊门诊挂号数统计。	监测比较
	3.3.2 急诊科护患比	急诊科固定在岗 (本院) 护士 (师) 总数占同期急诊科接诊患者总数 (万人次) 的比例。	急诊科固定在岗 (本院) 护士 (师) 总数	同期急诊科接诊患者总数 (万人次)	急诊科护患比=急诊科固定在岗 (本院) 护士 (师) 总数/同期急诊科接诊患者总数 (万人次) ×100%	1.急诊科固定在岗 (本院) 护士 (师) 数, 即考核年度内国家医疗机构、护士电子化注册系统显示已激活状态的本院固定在急诊科岗位的执业护士 (师) 总数, 不包括轮转护士 (师)。 2.同期急诊科接诊患者总数 (万人次), 即考核年度	监测比较

					内急诊科接诊患者总例数，以万人次为单位，以急诊门诊挂号数统计。	
3.3.3 急诊各级患者比例					急诊患者病情分级：I级是濒危患者，II级是危重患者，III级是急症患者，IV级是非急症患者。	
3.3.3.1 急诊各级患者比例（I级）		就诊患者预检分诊纳入I级的患者数	急诊科就诊患者总人数	急诊各级患者比例（I级）=就诊患者预检分诊纳入I级的患者数/急诊科就诊患者总人数×100%		监测比较
3.3.3.2 急诊各级患者比例（II级）		就诊患者预检分诊纳入II级的患者数	急诊科就诊患者总人数	急诊各级患者比例（II级）=就诊患者预检分诊纳入II级的患者数/急诊科就诊患者总人数×100%		监测比较
3.3.3.3 急诊各级患者比例（III级）		就诊患者预检分诊纳入III级的患者数	急诊科就诊患者总人数	急诊各级患者比例（III级）=就诊患者预检分诊纳入III级的患者数/急诊科就诊患者总人数×100%		监测比较
3.3.3.4 急诊各级患者比例（IV级）		就诊患者预检分诊纳入IV级的患者数	急诊科就诊患者总人数	急诊各级患者比例（IV级）=就诊患者预检分诊纳入IV级的患者数/急诊科就诊患者总人数×100%		监测比较
3.3.4 抢救室滞留时间中位数	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。			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		监测比较
3.3.5 急性心肌梗死（STEMI）患者平均门药时间及门药时间达						

标率						
3.3.5.1 急性心肌梗死 (STEMI) 患者平均门药时间	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。	行溶栓药物治疗的急性心肌梗死 (STEMI) 患者门药时间总和	同期行溶栓药物治疗的急性心肌梗死 (STEMI) 患者总数	急性心肌梗死 (STEMI) 患者平均门药时间=行溶栓药物治疗的急性心肌梗死 (STEMI) 患者的门药时间总和/同期行溶栓药物治疗的急性心肌梗死 (STEMI) 患者总数		逐步降低
3.3.5.2 急性心肌梗死 (STEMI) 患者门药时间达标率	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。	急性心肌梗死 (STEMI) 患者门药时间达标的患者数	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	急性心肌梗死 (STEMI) 患者门药时间达标率=急性心肌梗死 (STEMI) 患者门药时间达标的患者数/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×100%	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。	逐步提高
3.3.6 急性心肌梗死 (STEMI) 患者平均门球时间及门球时间达标率						
3.3.6.1 急性心肌梗死 (STEMI) 患者平均门球时间	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。	行急诊 PCI 的急性心肌梗死 (STEMI) 患者的门球时间总和	同期行 PCI 的急性心肌梗死 (STEMI) 患者总数	急性心肌梗死 (STEMI) 患者平均门球时间=行急诊 PCI 的急性心肌梗死 (STEMI) 患者的门球时间总和/同期行 PCI 的急性心肌梗死 (STEMI) 患者总数		逐步降低
3.3.6.2 急性心肌梗死 (STEMI) 患者门球时间达标率	急性心肌梗死 (STEMI) 患者门球时间达标率是指急性心	急性心肌梗死 (STEMI) 患者门球时间达标的患	同期就诊时在 PCI 时间窗内应行 PCI	急性心肌梗死 (STEMI) 患者门球时间达标率=急性心肌梗死 (STEMI) 患	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	逐步提高

间达标率	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。	者数	的急性心肌梗死 (STEMI) 患者总数	者门球时间达标的患者数/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×100%	死 (STEMI) 患者门球时间在 90 分钟内。	
3.3.7 急诊抢救室患者死亡率	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。	急诊抢救室患者死亡总数	同期急诊抢救室抢救患者总数	急诊抢救室患者死亡率=急诊抢救室患者死亡总数/同期急诊抢救室抢救患者总数×100%	急诊抢救室患者死亡总数是指从进入急诊抢救室开始直至离开抢救室前死亡(包括因不可逆疾病而自动出院的患者)的患者总例数。	逐步降低
3.3.8 急诊手术患者死亡率	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。	急诊手术患者死亡总数	同期急诊手术患者总数	急诊手术患者死亡率=急诊手术患者死亡总数/同期急诊手术患者总数×100%	急诊手术患者死亡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。	逐步降低
3.3.9 ROSC 成功率	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。	ROSC 成功总例次数	同期急诊呼吸心脏骤停患者行心肺复苏术总例次数	ROSC 成功率=ROSC 成功总例次数/同期急诊呼吸心脏骤停患者行心肺复苏术总例次数×100%	同一患者 24 小时内行多次心肺复苏术,记为“一例次”。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。	逐步提高
3.3.10 非计划重返抢救室率	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。	72 小时内非计划重返急诊抢救室患者总数	同期离开急诊抢救室(出院或转其他区域)患者总数	非计划重返抢救室率=72 小时内非计划重返急诊抢救室患者总数/同期离开急诊抢救室(出院或转其他区域)患者总数×100%	1.72 小时内非计划重返急诊抢救室患者总数是指患者离开抢救室后 72 小时内计划外重返抢救室的患者总数。 2.同期离开急诊抢救室(出院或转其他区域)患者总数是指同期在急诊抢救室诊疗后离开的患者总数。	逐步降低
3.3.11 多发伤患者 1 小时内 CT 完成率	多发伤患者 1 小时内 CT 完成是指多发伤患者就诊 1 小时内完成 CT 扫描的患者数占多发伤患者完成 CT 扫描的患者总数	多发伤患者就诊 1 小时内完成 CT 扫描的患者数	多发伤患者完成 CT 扫描的患者总数	多发伤患者 1 小时内 CT 完成率=多发伤患者就诊 1 小时内完成 CT 扫描的患者数/多发伤患者完成 CT 扫描的患者总数	多发伤患者就诊 1 小时内完成 CT 扫描的患者数是指多发伤患者就诊 1 小时内完成 CT 扫描的患者数。	逐步增高

		数的比例					
	3.3.12 严重创伤患者数量				ISS评分≥16或单部位损伤AIS≥3的患者总数		监测比较
四、临床 检验专业 医疗质量 控制指标 (2015 年版)	3.4.1 标本类型错误率	类型不符合要求的标本数占同期标本总数的比例。	类型不符合要求的标本数	同期标本总数	标本类型错误率=类型不符合要求的标本数/同期标本总数×100%	1.同一患者不同标本累计计算。 2.如果不合格标本既可以归类型错误,又可归容器错误,则归类型错误。例如标本类型为血清,但误用抗凝管抽血,标本类型为血浆,其归类型错误。	逐步降低
	3.4.2 标本容器错误率	采集容器不符合要求的标本数占同期标本总数的比例。	采集容器不符合要求的标本数	同期标本总数	标本容器错误率=采集容器不符合要求的标本数/同期标本总数×100%	1.同一患者不同标本累计计算。 2.标本容器错误指单纯容器错误,如容器未达到密封、无菌要求,或送达时破损等。	逐步降低
	3.4.3 标本采集量错误率	采集量不符合要求的标本数占同期标本总数的比例。	采集量不符合要求的标本数	同期标本总数	标本采集量错误率=采集量不符合要求的标本数/同期标本总数×100%	同一患者不同标本累计计算。	逐步降低
	3.4.4 血培养污染率	污染的血培养标本数占同期血培养标本总数的比例。	污染的血培养标本数	同期血培养标本总数	血培养污染率=污染的血培养标本数/同期血培养标本总数×100%	血培养总瓶数,注意计数的是瓶数,如1个患者申请培养4瓶,则计数4瓶。	逐步降低
	3.4.5 抗凝标本凝集率	凝集的标本数占同期需抗凝的标本总数的比例。	凝集的标本数	同期需抗凝的标本总数	抗凝标本凝集率=凝集的标本数/同期需抗凝的标本总数×100%	同一患者不同标本累计计算。	逐步降低
	3.4.6 标本溶血率	溶血的标本数占同期血标本总数的比例。	溶血的标本数	同期血标本总数	标本溶血率=溶血的标本数/同期血标本总数×100%		逐步降低
	3.4.7 检验前周转时间中位数	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。			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= $(Xn/2+Xn/2+1)/2$, n为偶数 注: n为检验标本数, X为检验前周转时间。	按门诊、急诊和住院三个部分统计: 1.门诊项目包括钾、肌钙蛋白I或肌钙蛋白T、白细胞、凝血酶原时间(PT)、尿常规。 2.急诊项目包括钾、肌钙蛋白I或肌钙蛋白T、白细胞、凝血酶原时间(PT)。 3.住院项目包括钾、丙氨酸氨基转移酶(ALT)、肌钙蛋白I或肌钙蛋白T、促甲状腺激素(TSH)、甲	逐步降低

					胎蛋白（AFP）、白细胞、凝血酶原时间（PT）、尿常规。	
3.4.8 室内质控项目开展率	开展室内质控的检验项目数占同期检验项目总数的比例。	开展室内质控的检验项目数	同期检验项目总数	室内质控项目开展率=开展室内质控的检验项目数/同期检验项目总数×100%		逐步提高
3.4.9 室内质控项目变异系数不合格率	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。	室内质控项目变异系数高于要求的检验项目数	同期对室内质控项目变异系数有要求的检验项目总数	室内质控项目变异系数不合格率=室内质控项目变异系数高于要求的检验项目数/同期对室内质控项目变异系数有要求的检验项目总数×100%	室内质控项目变异系数（CV）高于要求的检验项目数指取该年度内最高月份的室内质控 CV 值作为该项目 CV 估计值，以该估计值与该项目的规定要求（国家卫健委临检中心发布的最新规定要求）比较，高于该要求的为不合格 CV。如钾在一年中有 12 个月的室内质控结果，取最高月份的 CV 值作为钾 CV 估计值。另外同一项目多水平质控的 CV 只要有 1 个浓度高于规定要求，即为不合格 CV，如钾有异常和正常两个水平质控的 CV 只要有 1 个浓度水平高于规定要求，即为钾 CV 不满足要求。 填报项目包括钾、丙氨酸氨基转移酶（ALT）、肌钙蛋白 I 或肌钙蛋白 T、促甲状腺激素（TSH）、甲胎蛋白（AFP）、白细胞、凝血酶原时间（PT）。	逐步降低
3.4.10 室间质评项目参加率	参加室间质评的检验项目数占同期特定机构已开展的室间质评项目总数的比例。	参加室间质评的检验项目数	同期特定机构已开展的室间质评项目总数	室间质评项目参加率=参加室间质评的检验项目数/同期特定机构已开展的室间质评项目总数×100%		逐步提高
3.4.11 室间质评项目不合格率	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。	室间质评不合格的检验项目数	同期参加室间质评检验项目总数	室间质评项目不合格率=室间质评不合格的检验项目数/同期参加室间质评检验项目总数×100%		逐步降低
3.4.12 实验室间比对率	执行实验室间比对的检验项目数	执行实验室间比对的检验项目数	同期无室间质评项目数	实验室间比对率=执行实验室间比对的检验项目数/同期无室间质评项目数×100%		逐步

	(用于无室间质评价计划检验项目)	目数占同期无室间质评价计划检验项目总数的比例。	验项目数	划检验项目总数	的检验项目数/同期无室间质评价计划检验项目总数×100%		提高
	3.4.13 实验室内周转时间中位数	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。			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= $(Xn/2+Xn/2+1)/2$, n 为偶数; 注: n 为检验标本数, X 为实验室内周转时间。	按门诊、急诊和住院三个部分统计。 1.门诊项目包括钾、肌钙蛋白 I 或肌钙蛋白 T、白细胞、凝血酶原时间(PT)、尿常规。 2.急诊项目包括钾、肌钙蛋白 I 或肌钙蛋白 T、白细胞、凝血酶原时间(PT)。 3.住院项目包括钾、丙氨酸氨基转移酶(ALT)、肌钙蛋白 I 或肌钙蛋白 T、促甲状腺激素(TSH)、甲胎蛋白(AFP)、白细胞、凝血酶原时间(PT)、尿常规。	逐步降低
	3.4.14 检验报告不正确率	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。	实验室发出的不正确检验报告数	同期检验报告总数	检验报告不正确率=实验室发出的不正确检验报告数/同期检验报告总数×100%	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。	逐步降低
	3.4.15 危急值通报率	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。	已通报的危急值检验项目数	同期需要通报的危急值检验项目总数	危急值通报率=已通报的危急值检验项目数/同期需要通报的危急值检验项目总数×100%		逐步提高
	3.4.16 危急值通报及时率	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。	危急值通报时间符合规定时间的检验项目数	同期需要危急值通报的检验项目总数	危急值通报及时率=危急值通报时间符合规定时间的检验项目数/同期需要危急值通报的检验项目总数×100%		逐步提高
五、病理专业医疗	3.5.1 每百张病床病理医师数	平均每 100 张实际开放病床病理医师的数量。	病理医师数	同期该医疗机构实际开放床位数	每百张病床病理医师数=病理医师数/同期该医疗机构实际开放床位数×100	病理医师是指从事病理诊断工作的执业医师,包括病理诊断岗位的病产假等各类休假医师、外出规培进修	监测达标

质量控制 指标 (2015 年版)						医师等，除外轮转医师、外来 规培进修医师等。	
	3.5.2 每百张病床病理技术人员数	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。	病理技术人员数	同期该医疗机构实际开放床位数	每百张病床病理技术人员数=病理技术人员数/同期该医疗机构实际开放床位数×100	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。	监测 达标
	3.5.3 标本规范化固定率	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。	规范化固定的标本数	同期标本总数	标本规范化固定率=规范化固定的标本数/同期标本总数×100%	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。	逐步 提高
	3.5.4 HE 染色切片优良率	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。	染色优良切片数	同期 HE 染色切片总数	HE 染色切片优良率=染色优良切片数/同期 HE 染色切片总数×100%	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。	逐步 提高
	3.5.5 免疫组化染色切片优良率	免疫组化染色优良切片优良率，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。	免疫组化染色优良切片数	同期免疫组化染色切片总数	免疫组化染色切片优良率=免疫组化染色优良切片数/同期免疫组化染色切片总数×100%	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。	逐步 提高
	3.5.6 术中快速病理诊断及时率	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。	在规定时间内完成术中快速病理诊断报告的标本数	同期术中快速病理诊断标本总数	术中快速病理诊断及时率=在规定时间内完成术中快速病理诊断报告的标本数/同期术中快速病理诊断标本总数×100%	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。	逐步 提高
	3.5.7 组织病理诊断及 时率	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。	在规定时间内完成组织病理诊断报告的标本数	同期组织病理诊断标本总数	组织病理诊断及及时率=在规定时间内完成组织病理诊断报告的标本数/同期组织病理诊断标本总数×100%	规定时间是指穿刺、内镜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。	逐步 提高
	3.5.8 细胞病理诊断及 时率	在规定时间内，完成细胞病理诊断报告的标本数占同期细	在规定时间内完成细胞病理诊断报告的标本数	同期细胞病理诊断标本总数	细胞病理诊断及及时率=在规定时间内完成细胞病理诊断报告的标本数/同	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	逐步 提高

		胞病理诊断标本总数的比例。			期细胞病理诊断标本总数×100%	色、分子检测的标本，按照有关行业标准增加相应的工作日。	
	3.5.9 各项分子病理检测室内质控合格率	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。	各项分子病理检测室内质控合格病例数	同期同种类型分子病理检测病例总数	各项分子病理检测室内质控合格率=各项分子病理检测室内质控合格病例数/同期同种类型分子病理检测病例总数×100%	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。	逐步提高
	3.5.10 免疫组化染色室间质评合格率	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。	免疫组化染色室间质评合格次数	同期免疫组化染色室间质评总次数	免疫组化染色室间质评合格率=免疫组化染色室间质评合格次数/同期免疫组化染色室间质评总次数×100%	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。	逐步提高
	3.5.11 各项分子病理室间质评合格率	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。	分子病理室间质评合格次数	同期同种分子病理室间质评总次数	各项分子病理室间质评合格率=分子病理室间质评合格次数/同期同种分子病理室间质评总次数×100%	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。	逐步提高
	3.5.12 细胞学病理诊断质控符合率	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。	细胞学原病理诊断与抽查质控诊断符合的标本数	同期抽查质控标本总数	细胞学病理诊断质控符合率=细胞学原病理诊断与抽查质控诊断符合的标本数/同期抽查质控标本总数×100%	抽查标本数应占总阴性标本数至少 5%。	逐步提高
	3.5.13 术中快速诊断与石蜡诊断符合率	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。	术中快速诊断与石蜡诊断符合标本数	同期术中快速诊断标本总数	术中快速诊断与石蜡诊断符合率=术中快速诊断与石蜡诊断符合标本数/同期术中快速诊断标本总数×100%	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。	逐步提高
六、医院感染管理医疗质量	3.6.1 医院感染发病(例次)率	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。	医院感染新发病例(例次)数	同期住院患者总数	医院感染发病(例次)率=医院感染新发病例(例次)数/同期住院患者总数×100%	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	逐步降低

控制指标 (2015 年版)					生医院感染，在观察期间又发生新的医院感染的病例。		
	3.6.2 医院感染现患(例次)率	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。	确定时段或时点住院患者中医院感染患者(例次)数	同期住院患者总数	医院感染现患(例次)率=确定时段或时点住院患者中医院感染患者(例次)数/同期住院患者总数×100%	逐步降低	
	3.6.3 医院感染病例漏报率	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。	应当报告而未报告的医院感染病例数	同期应报告医院感染病例总数	医院感染病例漏报率=应当报告而未报告的医院感染病例数/同期应报告医院感染病例总数×100%	逐步降低	
	3.6.4 多重耐药菌感染发现率	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。	多重耐药菌感染患者数(例次数)	同期住院患者总数	多重耐药菌感染发现率=多重耐药菌感染患者数(例次数)/同期住院患者总数×100%	多重耐药菌主要包括：耐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)。	逐步降低
	3.6.5 多重耐药菌感染检出率	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。	多重耐药菌检出菌株数	同期该病原体检出菌株总数	多重耐药菌感染检出率=多重耐药菌检出菌株数/同期该病原体检出菌株总数×100%	监测比较	
	3.6.6 医务人员手卫生依从率	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。	受调查的医务人员实际实施手卫生次数	同期调查中应实施手卫生次数	医务人员手卫生依从率=受调查的医务人员实际实施手卫生次数/同期调查中应实施手卫生次数×100%	逐步提高	
	3.6.7 住院患者抗菌药物使用率	住院患者中使用抗菌药物(全身给药)患者数占同期住院患者总数的比例。	住院患者中使用抗菌药物(全身给药)患者数	同期住院患者总数	住院患者抗菌药物使用率=住院患者中使用抗菌药物(全身给药)患者数/同期住院患者总数×100%	监测达标	
	3.6.8 抗菌药物治疗前病原学送检率	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	使用抗菌药物前病原学检验标本送检病例数	同期使用抗菌药物治疗病例总数	抗菌药物治疗前病原学送检率=使用抗菌药物前病原学检验标本送检病例数/同期使用抗菌药物治疗病例总数×100%	病原学检验项目包括：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。	逐步提高

		例总数的比。					
	3.6.9 I 类切口手术部位感染率	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接受 I 类切口手术患者总数的比例。	发生 I 类切口手术部位感染病例数	同期接受 I 类切口手术患者总数	$I \text{ 类切口手术部位感染率} = \frac{\text{发生 I 类切口手术部位感染病例数}}{\text{同期接受 I 类切口手术患者总数}} \times 100\%$	I 类切口手术部位感染是指发生在 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。	逐步降低
	3.6.10 I 类切口手术抗菌药物预防使用率	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。	I 类切口手术预防使用抗菌药物的患者数	同期 I 类切口手术患者总数	$I \text{ 类切口手术抗菌药物预防使用率} = \frac{\text{I 类切口手术预防使用抗菌药物的患者数}}{\text{同期 I 类切口手术患者总数}} \times 100\%$		监测达标
	3.6.11 血管内导管相关血流感染发病率	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率(例/千导管日)。	血管内导管相关血流感染例次数	同期患者使用血管内导管留置总天数	$\text{血管内导管相关血流感染发病率} = \frac{\text{血管内导管相关血流感染例次数}}{\text{同期患者使用血管内导管留置总天数}} \times 1000\%$	单位：例/千导管日	逐步降低
	3.6.12 呼吸机相关肺炎发病率	使用呼吸机住院患者中新发呼吸机相关肺炎的发病频率。	呼吸机相关肺炎例次数	同期患者使用呼吸机总天数	$\text{呼吸机相关肺炎发病率} = \frac{\text{呼吸机相关肺炎例次数}}{\text{同期患者使用呼吸机总天数}} \times 1000\%$	单位：例/千机械通气日	逐步降低
	3.6.13 导尿管相关泌尿系感染发病率	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(例/千导尿管日)。	导尿管相关泌尿系感染例次数	同期患者使用导尿管总天数	$\text{导尿管相关泌尿系感染发病率} = \frac{\text{导尿管相关泌尿系感染例次数}}{\text{同期患者使用导尿管总天数}} \times 1000\%$	单位：例/千导尿管日	逐步降低
七、临床用血质量控制指标(2019年版)	3.7.1 每千单位用血输血专业技术人员数	输血科(血库)专职专业技术人员数与医疗机构年度每千单位用血数之比。	输血科(血库)专职专业技术人员数	医疗机构年度用血总单位数	$\text{每千单位用血输血专业技术人员数} = \frac{\text{输血科(血库)专职专业技术人员数}}{\text{医疗机构年度用血总单位数}} \times 1000$	1.输血科(血库)专职专业技术人员是指本机构输血科(血库)在岗专业技术人员(含各类休假人员、外出规培进修人员)。输血科(血库)未独立的技术人员按照平均每天实际值班人员计算。 2.医疗机构年度用血总单位数指医疗机构年度内使用全血、红细胞成分和血浆的总单位数，不包括自体	监测比较

						输血。 3.200ml 全血为 1 单位，200ml 全血制备的红细胞成分为 1 单位，100ml 血浆为 1 单位。	
3.7.2 《临床输血申请单》合格率	填写规范且符合用血条件的《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。	填写规范且符合用血条件的申请单数	同期输血科（血库）接收的申请单总数	输血科（血库）：《临床输血申请单》合格率=填写规范且符合用血条件的申请单数/同期输血科（血库）接收的申请单总数 ×100%	1.填写规范且符合用血条件的申请单数是指经输血科审核合格的输血申请单总数。（输血申请单审核包括：1.填写规范、2.分级审批管理、3.符合输血指征、4.已进行输血前四项检查等内容；申请单提交输血科审核后备注不合格原因退回）。 2.同期输血科（血库）接收的申请单总数：①审核状态为已审核；②筛除备血不足的情况。	监测达标	
3.7.3 受血者标本血型复查率	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。	受血者血液标本复查血型数	同期接收的受血者血液标本总数	输血科（血库）：受血者标本血型复查率=受血者血液标本复查血型数/同期接收的受血者血液标本总数 ×100%	受血者血液标本是指新采集的需要血型复核的标本，同一份标本多次配血仅需统计首次血型复查。	监测达标	
3.7.4 输血相容性检测项目室内质控率	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。	开展室内质控的输血相容性检测项目数	医疗机构开展的输血相容性检测项目总数	输血相容性检测项目室内质控率=开展室内质控的输血相容性检测项目数/医疗机构开展的输血相容性检测项目总数 ×100%	医疗机构开展的输血相容性检测项目总数是指医疗机构开展的输血相容性检测项目的数量总和，输血相容性检测项目包括但不限于：ABO 血型鉴定试验、Rh（D）血型鉴定试验、红细胞意外抗体筛查试验、各种介质的交叉配血实验等。	监测达标	
3.7.5 输血相容性检测室间质评项目参加率	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。	参加室间质评的输血相容性检测项目数	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	输血相容性检测室间质评项目参加率=参加室间质评的输血相容性检测项目数/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 ×100%		监测达标	
3.7.6 输血相容性检测室间质评项目合格率	输血科参加输血相容性检测室间质评合格项目数占同期	室间质评合格项目数	同期参加室间质评项目总数	输血相容性检测室间质评项目合格率=室间质评合格项目数/同期参加室间		监测达标	

		参加室间质评检验项目总数的比例。			质评项目总数×100%		
	3.7.7 千输血人次输血不良反应上报例数	单位时间内，每千输血人次中输血不良反应上报例数。	输血不良反应上报例数	输血人次	千输血人次输血不良反应上报例数=输血不良反应上报例数/(输血人次/1000)	每张发血记录单计算为 1 输血人次。	监测比较
	3.7.8 一二级手术台均用水量	单位时间一级和二级手术台均用水量。	一级和二级手术用水总单位数	同期一级和二级手术总台次	一二级手术台均用水量= 一级和二级手术用水总单位数/同期一级和二级手术总台次		监测比较
	3.7.9 三四级手术台均用水量	单位时间三级和四级手术台均用水量。此处仅统计红细胞成分及全血用量。	三级和四级手术用水总单位数	同期三级和四级手术总台次	三四级手术台均用水量= 三级和四级手术用水总单位数/同期三级和四级手术总台次		监测比较
	3.7.10 手术患者自体输血率	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。	手术患者自体输血总单位数	同期手术患者异体输血单位数+自体输血单位数	手术患者自体输血率=手术患者自体输血总单位数/(同期手术患者异体输血单位数+自体输血单位数)×100%	1.手术患者自体输血总单位数是指手术患者采取贮存式、稀释式和回收式自体输血的血液保护形式并在围术期中回输到患者体内的输血量之和。 2.输血单位数仅统计红细胞成分及全血用量；200ml 全血为 1 单位；术中回收式自体输血以回输血量计算，100 毫升红细胞为 1 单位；贮存式和 稀释式自体输血以 200 毫升全血为 1 单位；术前单采红细胞 100ml 为 1 单位。	逐步提高
	3.7.11 出院患者人均用水量	单位时间出院患者人均用水量。此处仅统计红细胞成分及全血用量。	出院患者用水总单位数	同期出院患者总人次	出院患者人均用水量=出院患者用水总单位数/同期出院患者总人次	用水量仅统计红细胞成分及全血用量(不包括自体输血用量)。200ml 全血为 1 单位；200ml 全血制备的红细胞成分为 1 单位。	监测比较
八、呼吸内科专业医疗质量	3.8.1 急性肺血栓栓塞症 (PTE) 患者确诊检查比例	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	急性 PTE 患者行确诊检查人数	同期急性 PTE 患者总数	急性 PTE 患者确诊检查比例=急性 PTE 患者行确诊检查人数/同期急性 PTE 患者总数×100%	确诊检查包括 CT 肺动脉造影、放射性核素肺通气灌注扫描、磁共振肺动脉造影和肺动脉造影中任一	逐步提高

控制指标 (2019 年版)		比值。					
	3.8.2 急性 PTE 患者行深静脉血栓相关检查比例	单位时间内，急性 PTE 患者行深静脉血栓相关检查的人数与同期急性 PTE 患者总数的比值。	急性 PTE 患者行深静脉血栓相关检查人数	同期急性 PTE 患者总数	急性 PTE 患者行深静脉血栓相关检查比例=急性 PTE 患者行深静脉血栓相关检查人数/同期急性 PTE 患者总数×100%	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。	逐步提高
	3.8.3 急性 PTE 患者行危险分层相关检查比例	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。	急性 PTE 患者行危险分层相关检查人数	同期急性 PTE 患者总数	急性 PTE 患者行危险分层相关检查比例=急性 PTE 患者行危险分层相关检查人数/同期急性 PTE 患者总数×100%	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。 注：（1）右心功能不全(RVD)的诊断标准：影像学证据包括超声心动图或 CT 提示 RVD。①超声检查符合下述 2 项指标即可诊断 RVD:右心室扩张(右心室舒张末期内径/左心室舒张末期内径>1.0 或 0.9);右心室前壁 运动幅度减低 (<5mm);吸气时下腔静脉不萎陷；三尖瓣反流速度增快;估测三尖瓣反流压>30mmHg。②CTPA 检查符合以下条件也可诊断 RVD:四腔心 层面发现的右心室扩张(右心室舒张末期内径/左心室舒张末期内径>1.0 或 0.9)。 （2）心脏生物学标志物包括心肌损伤标志物(心脏肌钙蛋白 T 或 I)和心衰标志物(BNP、NT-proBNP)。 （3）上表“中低危”分层中影像学 and 实验室指标两者之一阳性。	逐步提高
3.8.4 住院期间行溶栓治疗的高危急性 PTE 患者比例	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	住院期间行溶栓治疗的高危急性 PTE 患者数	同期行溶栓治疗的急性 PTE 患者总数	住院期间行溶栓治疗的高危急性 PTE 患者比例=住院期间行溶栓治疗的高危急性 PTE 患者数/同期行溶栓	患者出现休克或者持续性低血压为可疑高危急性 PTE。休克或者持续性低血压是指收缩压<90mmHg 和（或）较基础血压下降≥40mmHg，并持续 15 分	监测比较	

		PTE 患者总数的比值。			治疗的急性 PTE 患者总数 ×100%	钟以上,排除新发心律失常、血容量下降、脓毒血症。	
3.8.5 急性 PTE 患者住院期间抗凝治疗比例	单位时间内,急性 PTE 患者住院期间抗凝治疗人数与同期急性 PTE 患者总数的比值。	急性 PTE 患者住院期间抗凝治疗人数	同期急性 PTE 患者总数	急性 PTE 患者住院期间抗凝治疗人数/同期急性 PTE 患者总数 ×100%	急性 PTE 患者住院期间抗凝治疗比例=急性 PTE 患者住院期间抗凝治疗人数/同期急性 PTE 患者总数 ×100%	高度疑似或确诊急性 PTE 的患者应立即予以抗凝治疗,抗凝治疗包括普通肝素、低分子肝素、华法令、选择性 Xa 因子抑制剂等,任何患者只要使用了上述任一种药物即认为完成了治疗。	逐步提高
3.8.6 急性 PTE 患者住院死亡率	单位时间内,住院急性 PTE 患者死亡人数与同期住院急性 PTE 患者总数的比值。	住院急性 PTE 患者死亡人数	同期住院急性 PTE 患者总数	急性 PTE 患者住院死亡率=住院急性 PTE 患者死亡人数/同期住院急性 PTE 患者总数 ×100%			逐步降低
3.8.7 急性 PTE 患者住院期间发生大出血比例	单位时间内,住院急性 PTE 患者发生大出血的人数与同期住院急性 PTE 患者总数的比值。	急性 PTE 患者发生大出血的人数	同期住院急性 PTE 患者总数	急性 PTE 患者住院期间发生大出血比例=急性 PTE 患者发生大出血的人数/同期住院急性 PTE 患者总数 ×100%		大出血定义: ①致死性出血。 ②某些重要部位或器官的出血,如颅内、脊柱内、腹膜后、关节内、心包等,以及因出血引起的骨筋膜室综合征。 ③出血导致血流动力学不稳定,和(或)在 24~48 小时内引起的血红蛋白水平下降 20g/L 以上,或需要输至少 2 个单位全血或红细胞。 ④手术部位出血需要再次进行切开,关节镜或血管内介入等,或关节腔内出血致活动或伤口恢复推迟,使住院时间延长或伤口加深。	逐步降低
3.8.8 慢阻肺急性加重患者住院期间行动脉血气分析比例	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。	住院期间行动脉血气分析慢阻肺急性加重患者数	同期住院慢阻肺急性加重患者总数	慢阻肺急性加重患者住院期间行动脉血气分析比例=住院期间行动脉血气分析慢阻肺急性加重患者数/同期住院慢阻肺急性加重患者总数 ×100%			逐步提高
3.8.9 慢阻肺急性加重	单位时间内,住院期间行胸部	住院期间行胸部影像学	同期住院慢阻肺急	慢阻肺急性加重患者住院期间胸部影			逐步

患者住院期间胸部影像学检查比例	影像学检查(X线/CT)的慢阻肺急性加重患者数占同期住院慢阻肺患者总数的比例。	检查慢阻肺急性加重患者数	性加重患者总数	影像学检查比例=住院期间行胸部影像学检查慢阻肺急性加重患者数/同期住院慢阻肺急性加重患者总数×100%		提高
3.8.10 慢阻肺急性加重患者住院期间心电图检查比例	单位时间内,住院期间行心电图检查的慢阻肺急性加重患者数占同期住院慢阻肺患者总数的比例。	住院期间进行心电图检查慢阻肺患者数	同期住院慢阻肺患者总数	慢阻肺急性加重患者住院期间心电图检查比例=住院期间进行心电图检查慢阻肺患者数/同期住院慢阻肺患者总数×100%		逐步提高
3.8.11 慢阻肺急性加重患者住院期间超声心动图检查比例	单位时间内,住院期间行超声心动图检查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。	住院期间进行超声心动图检查慢阻肺急性加重患者数	同期住院慢阻肺急性加重患者总数	慢阻肺急性加重患者住院期间超声心动图检查比例=住院期间进行超声心动图检查慢阻肺急性加重患者数/同期住院慢阻肺急性加重患者总数×100%		逐步提高
3.8.12 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	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。	住院慢阻肺急性加重患者抗感染治疗前病原学送检人数	同期住院慢阻肺急性加重患者总数	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=住院慢阻肺急性加重患者抗感染治疗前病原学送检人数/同期住院慢阻肺急性加重患者总数×100%	病原学检验标本包括:各种微生物培养、降钙素原、白介素-6、真菌1-3-β-D葡聚糖检测(G试验)等感染指标的血清学检验。	逐步提高
3.8.13 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	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。	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	同期住院慢阻肺急性加重患者总数	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=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/同期住院慢阻肺急性加重患者总数×100%		逐步提高
3.8.14 慢阻肺急性加重患者住院死亡率	单位时间内,住院慢阻肺急性加重患者死亡人数占同期住院慢阻肺急性加重患者总数	住院慢阻肺急性加重患者死亡人数	同期住院慢阻肺急性加重患者总数	慢阻肺急性加重患者住院死亡率=住院慢阻肺急性加重患者死亡人数/同期住院慢阻肺急性加重患者总数		监测比较

		的比例。			×100%		
3.8.15 慢阻肺急性加重患者住院期间应用无创机械通气治疗的比例	单位时间内，住院期间仅应用无创机械通气治疗的慢阻肺患者例数之和与同期住院慢阻肺患者总数的比例。	住院期间仅应用无创机械通气治疗的慢阻肺患者例数之和	同期住院慢阻肺患者总数	慢阻肺急性加重患者住院期间应用无创机械通气治疗的比例=住院期间仅应用无创机械通气治疗的慢阻肺患者例数之和/同期住院慢阻肺患者总数×100%	住院期间仅应用无创机械通气治疗的慢阻肺患者不包括常规氧疗和治疗过程中使用过有创呼吸机(之间或之后)的患者。	监测比较	
3.8.16 使用有创机械通气的慢阻肺急性加重患者死亡率	单位时间内，使用有创机械通气治疗的慢阻肺急性加重患者死亡人数占同期住院使用有创机械通气治疗的慢阻肺急性加重患者总数的比例。	使用有创机械通气治疗的慢阻肺急性加重患者死亡人数	同期住院使用有创机械通气的慢阻肺急性加重患者总数	使用有创机械通气的慢阻肺急性加重患者死亡率=使用有创机械通气治疗的慢阻肺急性加重患者死亡人数/同期住院使用有创机械通气的慢阻肺急性加重患者总数×100%		逐步降低	
3.8.17 住院成人社区获得性肺炎(CAP)患者进行CAP严重程度评估的比例	单位时间内，进行了CAP严重程度评估的住院CAP患者数占同期住院CAP患者总数的比例。	进行了CAP严重程度评估的住院CAP患者数	同期住院CAP患者总数	住院成人社区获得性肺炎(CAP)患者进行CAP严重程度评估的比例=进行了CAP严重程度评估的住院CAP患者数/同期住院CAP患者总数×100%	CAP严重程度评估包括：PSI评分、CRB-65评分、SMART-COP评分、CURB-65评分。	逐步提高	
3.8.18 低危CAP患者住院比例	单位时间内，住院低危CAP患者数占同期住院CAP患者总数的比例。	住院低危CAP患者数	同期住院CAP患者总数	低危CAP患者住院比例=住院低危CAP患者数/同期住院CAP患者总数×100%	低危CAP患者指的是采用某一CAP严重程度评分系统进行评估后死亡风险归为低危的患者，评估系统包括PSI评分、CRB-65评分、SMART-COP评分、CURB-65评分。	监测比较	
3.8.19 CAP患者住院期间抗感染治疗前病原学送检比例	单位时间内，抗感染治疗前病原学送检的住院CAP患者数占同期住院CAP患者总数的比例。	抗感染治疗前病原学送检的住院CAP患者数	同期住院CAP患者总数	CAP患者住院期间抗感染治疗前病原学送检比例=抗感染治疗前病原学送检的住院CAP患者数/同期住院CAP患者总数×100%	病原学检验标本包括：各种微生物培养、降钙素原、白介素-6、真菌1-3-β-D葡聚糖检测(G试验)等感染指标的血清学检验。	逐步提高	
3.8.20 CAP患者住院	单位时间内，住院CAP患者	住院CAP患者死亡人	同期住院CAP患者	CAP患者住院死亡率=住院CAP患者		监测	

	死亡率	死亡人数与同期住院 CAP 患者总数的比值。	数	者总数	者死亡人数/同期住院 CAP 患者总数×100%		比较
	3.8.21 住院 CAP 患者接受机械通气的比例	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。	住院期间接受机械通气的 CAP 患者数	同期住院 CAP 患者总数	住院 CAP 患者接受机械通气的比例 = 住院期间接受机械通气的 CAP 患者数 / 同期住院 CAP 患者总数 × 100%		监测比较
	3.8.22 支气管哮喘急性发作期患者住院期间行动脉血气分析比例	单位时间内，住院期间至少进行一次动脉血气分析的支气管哮喘急性发作患者数占同期住院支气管哮喘急性发作患者总数的比例。	住院期间行动脉血气分析的支气管哮喘急性发作患者数	同期住院支气管哮喘急性发作患者总数	支气管哮喘急性发作期患者住院期间行动脉血气分析比例 = 住院期间行动脉血气分析的支气管哮喘急性发作患者数 / 同期住院支气管哮喘急性发作患者总数 × 100%		监测比较
	3.8.23 支气管哮喘急性发作期患者住院期间雾化吸入糖皮质激素应用比例	单位时间内，支气管哮喘急性发作患者住院期间应用雾化吸入糖皮质激素治疗的患者数占同期住院支气管哮喘急性发作患者总数的比例。	住院期间应用雾化吸入糖皮质激素治疗的支气管哮喘急性发作患者数	同期住院支气管哮喘急性发作患者总数	住院期间应用雾化吸入糖皮质激素治疗的支气管哮喘急性发作患者数 / 同期住院支气管哮喘急性发作患者总数 × 100%		监测比较
九、产科专业医疗质量控制指标 (2019年版)	3.9.1 剖宫产/初产妇剖宫产率						
	3.9.1.1 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≥28 周）总人数的比例。	剖宫产分娩产妇人数	同期分娩产妇总人数	剖宫产率 = 剖宫产分娩产妇人数 / 同期分娩产妇总人数 × 100%		监测比较
	3.9.1.2 初产妇剖宫产率	单位时间内，初产妇实施剖宫产手术人数占同期初产妇总人数的比例。	初产妇剖宫产人数	同期初产妇总人数	初产妇剖宫产率 = 初产妇剖宫产人数 / 同期初产妇总人数 × 100%	初产妇是指妊娠≥28 周初次分娩的产妇，既往无 28 周及以上孕周分娩史。	监测比较

3.9.2 阴道分娩椎管内麻醉使用率	单位时间内，阴道分娩产妇实施椎管内麻醉人数（不含术中转剖宫产产妇人数）占同期阴道分娩产妇总人数（不含术中转剖宫产产妇人数）的比例。	阴道分娩产妇实施椎管内麻醉人数	同期阴道分娩产妇总人数	阴道分娩椎管内麻醉使用率 = 阴道分娩产妇实施椎管内麻醉人数 / 同期阴道分娩产妇总人数 × 100%		逐步升高
3.9.3 早产/早期早产率						
3.9.3.1 早产率	单位时间内，早产产妇人数占同期分娩产妇(分娩孕周≥28周)总人数的比例。	早产产妇人数	同期分娩产妇总人数	早产率 = 早产产妇人数 / 同期分娩产妇总人数 × 100%	早产是指孕周在 28~36+6 周之间的分娩。	逐步降低
3.9.3.2 早期早产率	单位时间内，早期早产产妇人数占同期分娩产妇(分娩孕周≥28周)总人数的比例。	早期早产产妇人数	同期分娩产妇总人数	早期早产率 = 早期早产产妇人数 / 同期分娩产妇总人数 × 100%	早期早产是指孕周在 28~33+6 周之间的分娩。	逐步降低
3.9.4 巨大儿发生率	单位时间内，巨大儿（出生体重≥4000g）人数占同期活产数的比例。	巨大儿人数	同期活产数	巨大儿发生率 = 巨大儿人数 / 同期活产数 × 100%	活产数是指妊娠满 28 周及以上或出生体重达 1000 克及以上，娩出后有心跳、呼吸、脐带搏动、肌张力 4 项生命体征之一的新生儿数。	监测比较
3.9.5 严重产后出血发生率	单位时间内，发生严重产后出血（分娩 24 小时内出血量≥1000ml）的产妇人数占同期分娩产妇(分娩孕周≥28 周)总人数的比例。	严重产后出血产妇人数	同期分娩产妇总人数	严重产后出血发生率 = 严重产后出血产妇人数 / 同期分娩产妇总人数 × 100%		逐步降低
3.9.6 严重产后出血患者输血率	单位时间内，发生严重产后出血（分娩 24 小时内出血量≥1000ml）实施输血治疗（含自体输血）人数占同期发生严重产后出血患者总数的比例。	严重产后出血输血治疗人数	同期严重产后出血患者总数	严重产后出血患者输血率 = 严重产后出血输血治疗人数 / 同期严重产后出血患者总数 × 100%		逐步提高

3.9.7 孕产妇死亡活产比	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。	孕产妇死亡人数	同期活产数	$\text{孕产妇死亡活产比} = \frac{\text{孕产妇死亡人数}}{\text{同期活产数}} \times (100000/100000)$	活产数是指妊娠满 28 周及以上或出生体重达 1000 克及以上，娩出后有心跳、呼吸、脐带搏动、肌张力 4 项生命体征之一的新生儿数。	逐步降低
3.9.8 妊娠相关子宫切除率	单位时间内，妊娠相关因素导致实施子宫切除人数占同期分娩产妇(分娩孕周≥28 周)总人数的比例。	妊娠相关子宫切除人数	同期分娩产妇总人数	$\text{妊娠相关子宫切除率} = \frac{\text{妊娠相关子宫切除人数}}{\text{同期分娩产妇总人数}} \times (100000/100000)$	妊娠相关因素包括产前/产后出血、子宫破裂及感染等妊娠早期、中期和晚期出现的产科相关因素，不包括妇科肿瘤及其他妇科疾病相关因素。	监测比较
3.9.9 产后或术后非计划再次手术率	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≥28 周)总人数的比例。	产后或术后发生非计划再次手术人数	同期分娩产妇总人数	$\text{产后或术后非计划再次手术率} = \frac{\text{产后或术后发生非计划再次手术人数}}{\text{同期分娩产妇总人数}} \times (100000/100000)$		逐步降低
3.9.10 足月新生儿 5 分钟 Apgar 评分<7 分发生率	单位时间内，足月新生儿(分娩孕周≥37 周)出生后 5 分钟 Apgar 评分<7 分人数占同期内足月活产儿总数的比例。	足月新生儿 5 分钟 Apgar 评分<7 分人数	同期足月活产儿总数	$\text{足月新生儿 5 分钟 Apgar 评分}<7 \text{ 分发生率} = \frac{\text{足月新生儿 5 分钟 Apgar 评分}<7 \text{ 分人数}}{\text{同期足月活产儿总数}} \times 100\%$	1.足月活产儿是指妊娠满 37 周及以上，娩出后有心跳、呼吸、脐带搏动、肌张力 4 项生命体征之一的新生儿。 2.Apgar 评分具体标准为： ①皮肤颜色：评估新生儿肺部血氧交换的情况。全身皮肤呈粉红色为 2 分，四肢末梢呈青紫色为 1 分，全身呈青紫色或苍白为 0 分。 ②心率：评估新生儿心脏跳动的强度和节律性。心搏有力大于 100 次/分钟为 2 分，心搏微弱小于 100 次/分钟为 1 分，听不到心音为 0 分。 ③呼吸：评估新生儿中枢和肺脏的成熟度。呼吸规律	逐步降低

						为 2 分,呼吸节律不齐(如浅而不规则或急促费力)为 1 分,没有呼吸为 0 分。 ④肌张力:评估新生儿中枢反射及肌肉强健度。肌张力正常为 2 分,肌张力异常亢进或低下为 1 分,肌张力松弛为 0 分。 ⑤反射:评估新生儿对外界刺激的反应能力。对弹足底或其他刺激大声啼哭为 2 分,低声抽泣或皱眉为 1 分,毫无反应为 0 分。	
十、神经系统疾病 医疗质量控制指标 (2020 年版)	3.10.1 癫痫与惊厥癫痫持续状态						
	3.10.1.1 癫痫发作频率记录率	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。	各种发作类型的发作频率均得到记录的住院癫痫患者数	同期住院癫痫患者总数	癫痫发作频率记录率=各种发作类型的发作频率均得到记录的住院癫痫患者数/同期住院癫痫患者总数×100%	1.癫痫指至少 2 次间隔>24 小时的非诱发性(或反射性)痫性发作,或确诊某种癫痫综合征。参考国际抗癫痫联盟(ILAE)发布的《ILAE 的官方报告:癫痫实用定义》;2.癫痫的发作分类包括:局灶性发作、全面性发作、不明起始部位发作、未能分类发作。参考 ILAE 发布的《癫痫发作类型的操作分类:国际抗癫痫联盟意见书》。	逐步提高
	3.10.1.2 抗癫痫药物规范服用率	单位时间内,住院癫痫患者(确诊 3 月及以上)中近 3 月按照癫痫诊断类型规范使用抗癫痫药物治疗的人数占同期住院癫痫患者(确诊 3 月及以上)人数的比例。	近 3 月规范使用抗癫痫药物治疗的住院癫痫患者(确诊 3 月及以上)数	同期住院癫痫患者(确诊 3 月及以上)总数	抗癫痫药物规范服用率=近 3 月规范使用抗癫痫药物治疗的住院癫痫患者(确诊 3 月及以上)数/同期住院癫痫患者(确诊 3 月及以上)总数×100%	规范使用抗癫痫药物指患者依照发作类型服用恰当的抗癫痫药物,按照规范剂量,规律服用抗癫痫药物 3 月及以上,参考中国成人癫痫患者长期管理共识专家协作组发布《关于成人癫痫患者长期管理的专家共识》。	逐步提高
	3.10.1.3 抗癫痫药物严重不良反应发生率	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	病程中发生抗癫痫药物严重不良反应的住院癫痫患者数	同期住院癫痫患者总人次	抗癫痫药物严重不良反应发生率=病程中发生抗癫痫药物严重不良反应的	抗癫痫药物严重不良反应指:使用抗癫痫药物后导致患者需前往门诊就诊,并减药、停药或对症处理;或	逐步降低

		不良反应的人次与同期住院癫痫患者总人次的比值。	病患者人次		住院癫痫患者人次/同期住院癫痫患者总人次×100%	导致患者需要住院治疗;或住院时间延长;或导致胎儿先天性畸形或出生缺陷。	
3.10.1.4 癫痫患者病因学检查完成率		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。	完成神经影像学及脑电图学相关检查的住院癫痫患者数	同期住院癫痫患者总数	癫痫患者病因学检查完成率=完成神经影像学及脑电图学相关检查的住院癫痫患者数/同期住院癫痫患者总数×100%	神经影像学检查指头部CT或核磁共振检查,脑电图学相关检查包括常规头皮脑电图监测或长程视频脑电图监测。癫痫患者病因学检查应完成神经影像学检查及脑电图学相关检查。	逐步提高
3.10.1.5 癫痫患者精神行为共患病筛查率		单位时间内,住院癫痫患者完成共患病(抑郁症、焦虑症)筛查人数占同期住院癫痫患者总数的比例。	进行精神行为共患病筛查的住院癫痫患者数	同期住院癫痫患者总数	癫痫患者精神行为共患病筛查率=进行精神行为共患病筛查的住院癫痫患者数/同期住院癫痫患者总数×100%	癫痫患者精神行为共患病焦虑症、抑郁症筛查应使用经验证的中文版筛查量表。	逐步提高
3.10.1.6 育龄期女性癫痫患者妊娠宣教执行率		单位时间内,住院育龄期(18~44岁,月经周期正常)女性癫痫患者(或照料者)在一年内至少接受过1次关于癫痫及治疗如何影响避孕或妊娠咨询者占同期育龄期女性住院癫痫患者的比例。	每年至少接受过1次关于癫痫及其治疗如何影响避孕或妊娠的咨询的育龄期女性住院癫痫患者(或其照料者)数	同期住院育龄期女性癫痫患者总数	育龄期女性癫痫患者妊娠宣教执行率=每年至少接受过1次关于癫痫及其治疗如何影响避孕或妊娠的咨询的育龄期女性住院癫痫患者(或其照料者)数/同期住院育龄期女性癫痫患者总数×100%	育龄期女性癫痫患者指确诊癫痫,且具有生育可能的女性(18-44岁)患者。育龄期女性患者(或照料者)应每年至少接收一次关于癫痫及其治疗对避孕、妊娠可能的影响的咨询:包括生殖内分泌情况的评估或相应的药物调整;避孕教育;围孕期叶酸增补知识普及;孕期癫痫及抗癫痫药物潜在风险讨论;妊娠安全教育;哺乳知识普及;针对妊娠需求进行药物评估或调整及其他相关问题。	逐步提高
3.10.1.7 癫痫患者择期手术在院死亡率		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。	行癫痫择期手术后在院死亡患者数	同期住院行癫痫择期手术的患者总数	癫痫患者择期手术在院死亡率=行癫痫择期手术后在院死亡患者数/同期住院行癫痫择期手术的患者总数×100%	对两种及以上足量抗癫痫药物规范治疗失败的癫痫患者,应进行癫痫手术评估。癫痫手术评估检测包括:头皮脑电图检测、发作期视频脑电图检测、头部核磁共振、头部PET/CT或PET/MRI及头部功能影像检测。对上述各项检测均提示一致的致痫灶,应行择期	逐步降低

					手术。	
3.10.1.8 癫痫患者术后并发症发生率	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。	行癫痫手术后在院并发症发生人数	同期住院行癫痫手术的患者总数	癫痫患者术后并发症发生率=行癫痫手术后在院并发症发生人数/同期住院行癫痫手术的患者总数×100%	癫痫手术的术后并发症包括：脑脊液漏、脑积水、颅内/颅外感染（浅表或深部）、颅内或硬膜外脓肿、缺血性脑血管病、颅内血肿、静脉窦血栓形成、深静脉血栓形成、肺栓塞、肺部感染、代谢紊乱、语言障碍、记忆障碍、偏瘫、精神障碍、视野缺损。	逐步降低
3.10.1.9 癫痫患者术后病理明确率	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。	行癫痫手术后病理明确患者数	同期住院行癫痫手术的患者总数	癫痫患者术后病理明确率=行癫痫手术后病理明确患者数/同期住院行癫痫手术的患者总数×100%	癫痫术后病理明确指规范确切的临床病理诊断，包括明确癫痫患者切除病灶的病理诊断为：皮质发育畸形、局灶性皮质发育不良、结节性硬化、海马硬化、灰质异位、肿瘤、软化灶、胶质瘢痕、炎症、血管畸形、感染性病变、非特异性改变等。	逐步提高
3.10.1.10 癫痫手术患者出院时继续抗癫痫药物治疗率	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。	出院时继续抗癫痫药物治疗的癫痫手术患者数	同期住院行癫痫手术的患者总数	癫痫手术患者出院时继续抗癫痫药物治疗率=出院时继续抗癫痫药物治疗的癫痫手术患者数/同期住院行癫痫手术的患者总数×100%	癫痫手术患者出院时应按照既往药物治疗方案，规范服用抗癫痫药物。	逐步提高
3.10.1.11 惊厥性癫痫持续状态发作控制率	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。	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	同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数	惊厥性癫痫持续状态发作控制率=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/同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数×100%	1.惊厥性癫痫持续状态是指，每次全身性强直-阵挛（GTC）发作持续 5 分钟以上;或 2 次以上，发作间期意识未能完全恢复。 2.惊厥性癫痫持续状态在接诊后经观察期、第一阶段、第二阶段和第三阶段治疗后按照标准流程已经到 60 分钟的时间点，已经使用了第三阶段治疗仍无法控制发作为超级难治性惊厥性癫痫持续状态。因此，采用接诊后 1 小时（60 分钟）作为评估癫痫持续状态发作控制率的时间点。治疗阶段流程图参考《成人全面性惊厥性癫痫持续状态治疗中国专家共	逐步提高

						识》。	
3.10.1.12 惊厥性癫痫持续状态初始治疗方案应用率	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。	应用标准初始治疗方案治疗的住院惊厥性癫痫持续状态患者数	同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数	惊厥性癫痫持续状态初始治疗方案应用率=应用标准初始治疗方案治疗的住院惊厥性癫痫持续状态患者数/同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数×100%	初始治疗方案参考《成人全面性惊厥性癫痫持续状态治疗中国专家共识》。		逐步提高
3.10.1.13 难治性惊厥性癫痫持续状态患者麻醉药物应用率	单位时间内，住院难治性惊厥性癫痫持续状态患者应用麻醉药物治疗的人数占同期住院难治性惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。	应用麻醉药物治疗的住院难治性惊厥性癫痫持续状态患者数	同期住院难治性惊厥性癫痫持续状态患者总数	难治性惊厥性癫痫持续状态患者麻醉药物应用率=应用麻醉药物治疗的住院难治性惊厥性癫痫持续状态患者数/同期住院难治性惊厥性癫痫持续状态患者总数×100%	1.难治性惊厥性癫痫持续状态定义为经过第一阶段和第二阶段治疗均无效，已经进入第三阶段治疗的患者。2.麻醉药物指丙泊酚或咪达唑仑注射剂。3.难治性惊厥性癫痫持续状态的治疗方案参考《成人全面性惊厥性癫痫持续状态治疗中国专家共识》。		逐步提高
3.10.1.14 难治性惊厥性癫痫持续状态患者气管插管或机械通气应用率	单位时间内，收治入院的难治性惊厥性癫痫持续状态患者启动气管插管或机械通气治疗的人数占同期住院难治性惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。	启动气管插管或机械通气的难治性惊厥性癫痫持续状态住院患者数	同期住院难治性惊厥性癫痫持续状态患者总数	难治性惊厥性癫痫持续状态患者气管插管或机械通气应用率=启动气管插管或机械通气的难治性惊厥性癫痫持续状态住院患者数/同期住院难治性惊厥性癫痫持续状态患者总数×100%			逐步提高
3.10.1.15 在院惊厥性癫痫持续状态患者脑电监测率	单位时间内，住院惊厥性癫痫持续状态患者中入院 24 小时内完成同步脑电监测的人数占同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。	入院 24 小时内完成同步脑电监测的惊厥性癫痫持续状态患者数	同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数	在院癫痫持续状态患者脑电监测率=入院 24 小时内完成同步脑电监测的惊厥性癫痫持续状态患者数/同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数×100%			监测达标
3.10.1.16 在院惊厥性癫痫持续状态患者影	单位时间内，住院惊厥性癫痫持续状态患者中入院 72 小时	入院 72 小时内完成神经影像学检查的惊厥性	同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总	在院惊厥性癫痫持续状态患者影像检查率=入院 72 小时内完成神经影像	神经影像学检查指头部 MRI 或 CT 检查		逐步提高

	像检查率	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。	癫痫持续状态患者数	数	学检查的惊厥性癫痫持续状态患者数/同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数×100%		
	3.10.1.17 在院惊厥性癫痫持续状态患者脑脊液检查率	单位时间内，住院惊厥性癫痫持续状态患者中入院 72 小时内完成脑脊液相关病因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。	入院 72 小时内完成脑脊液相关病因学检查的惊厥性癫痫持续状态患者数	同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数	在院惊厥性癫痫持续状态患者脑脊液检查率=入院 72 小时内完成脑脊液相关病因学检查的惊厥性癫痫持续状态患者数/同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数 ×100%	1.脑脊液病因学检查指脑脊液常规、生化、细胞学及病原学检查。 2.入院 72 小时内及本次发病以来在院外完成的脑脊液病因学检查均纳入统计范围。	逐步提高
	3.10.1.18 在院期间惊厥性癫痫持续状态患者病因明确率	单位时间内，住院惊厥性癫痫持续状态患者中在院期间病因学明确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。	住院期间病因学明确的惊厥性癫痫持续状态患者数	同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数	在院期间惊厥性癫痫持续状态患者病因明确率=住院期间病因学明确的惊厥性癫痫持续状态患者数/同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数×100%	惊厥性癫痫持续状态的病因包括感染、脑血管病、肿瘤、中毒/代谢紊乱等	逐步提高
	3.10.1.19 惊厥性癫痫持续状态患者在院死亡率	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。	院内死亡的惊厥性癫痫持续状态住院患者数	同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数	惊厥性癫痫持续状态患者在院死亡率=院内死亡的惊厥性癫痫持续状态住院患者数/同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数×100%		逐步降低
	3.10.1.20 惊厥性癫痫持续状态患者随访（出院 30 天内）死亡率	单位时间内，住院惊厥性癫痫持续状态患者中出院 30 天内死亡患者数占同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。	出院 30 天内死亡的惊厥性癫痫持续状态患者数	同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数	惊厥性癫痫持续状态患者随访（出院 30 天内）死亡率=出院 30 天内死亡的惊厥性癫痫持续状态患者数/同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数 ×100%		逐步降低
	3.10.2 脑梗死						
	3.10.2.1 脑梗死患者神	单位时间内，入院时采用美国	入院时行神经功能缺损	同期住院脑梗死患	脑梗死患者神经功能缺损评估率=入		逐步

经功能缺损评估率	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。	NIHSS 评估的脑梗死患者数	者总数	院时行神经功能缺损 NIHSS 评估的脑梗死患者数/同期住院脑梗死患者总数×100%	提高
3.10.2.2 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	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。	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	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	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=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/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×100%	逐步提高
3.10.2.3 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	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。	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	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	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=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/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×100%	逐步提高
3.10.2.4 发病 4.5 小时内脑梗死患者静脉溶栓率	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。	发病 4.5 小时内静脉溶栓治疗的脑梗死患者数	同期发病 4.5 小时内到院的脑梗死患者总数	发病 4.5 小时内脑梗死患者静脉溶栓率=发病 4.5 小时内静脉溶栓治疗的脑梗死患者数/同期发病 4.5 小时内到院的脑梗死患者总数×100%	逐步提高
3.10.2.5 静脉溶栓的脑梗死患者到院到给药时间小于 60 分钟的	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,	静脉溶栓 DNT 小于 60 分钟的脑梗死患者数	同期给予静脉溶栓治疗的脑梗死患者总数	静脉溶栓的脑梗死患者 DNT 小于 60 分钟的比例=静脉溶栓 DNT 小于 60 分钟的脑梗死患者数/同期给予静脉	逐步提高

比例	占同期给予静脉溶栓治疗的脑梗死患者总数的比例。			溶栓治疗的脑梗死患者总数×100%	
3.10.2.6 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	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。	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	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	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=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/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×100%	逐步提高
3.10.2.7 脑梗死患者入院 48 小时内抗血小板药物治疗率	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。	入院 48 小时内给予抗血小板药物治疗的脑梗死患者数	同期住院脑梗死患者总数	脑梗死患者入院 48 小时内抗血小板药物治疗率=入院 48 小时内给予抗血小板药物治疗的脑梗死患者数/同期住院脑梗死患者总数×100%	逐步提高
3.10.2.8 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	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。	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	同期住院非致残性脑梗死患者总数	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=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/同期住院非致残性脑梗死患者总数×100%	逐步提高
3.10.2.9 不能自行行走的脑梗死患者入院 48 小时内深静脉血栓预防率	单位时间内，不能自行行走的脑梗死患者入院 48 小时内给予深静脉血栓（DVT）预防措施的人数，占同期不能自行行走住院脑梗死患者的比例。	不能自行行走脑梗死患者入院 48 小时内给予深静脉血栓预防措施的人数	同期不能自行行走的住院脑梗死患者总数	不能自行行走的脑梗死患者入院 48 小时内 DVT 预防率=不能自行行走的脑梗死患者入院 48 小时内给予深静脉血栓预防措施的人数/同期不能自行行走的住院脑梗死患者总数×100%	逐步提高
3.10.2.10 脑梗死患者住院 7 天内血管评价	单位时间内，脑梗死患者住院 7 天内完善颈部和颅内血管	住院 7 天内完善血管评价的脑梗死患者数	同期住院脑梗死患者总数	脑梗死患者住院 7 天内血管评价率=住院 7 天内完善血管评价的脑梗死	逐步提高

率	评价的人数占同期住院脑梗死患者的比例。			患者数/同期住院脑梗死患者总数×100%		
3.10.2.11 住院期间脑梗死患者他汀类药物治疗率	单位时间内，住院期间使用他汀类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。	住院期间使用他汀药物治疗的脑梗死患者数	同期住院脑梗死患者总数	住院期间脑梗死患者他汀类药物治疗率=住院期间使用他汀药物治疗的脑梗死患者数/同期住院脑梗死患者总数×100%		逐步提高
3.10.2.12 住院期间合并房颤的脑梗死患者抗凝治疗率	单位时间内，脑梗死合并房颤患者住院期间使用抗凝药物治疗的人数占同期住院脑梗死合并房颤患者总数的比例。	使用抗凝药物治疗的合并房颤的住院脑梗死患者数	同期合并房颤的脑梗死住院患者总数	住院期间合并房颤的脑梗死患者抗凝治疗率=使用抗凝药物治疗的合并房颤的住院脑梗死患者数/同期合并房颤的脑梗死住院患者总数×100%		逐步提高
3.10.2.13 脑梗死患者吞咽功能筛查率	单位时间内，进食、水前进行吞咽功能筛查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。	进食、水前进行吞咽功能筛查的住院脑梗死患者数	同期住院脑梗死患者总数	脑梗死患者吞咽功能筛查率=进食、水前进行吞咽功能筛查的住院脑梗死患者数/同期住院脑梗死患者总数×100%		逐步提高
3.10.2.14 脑梗死患者康复评估率	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。	进行康复评估的住院脑梗死患者数	同期脑梗死住院患者总数	脑梗死患者康复评估率=进行康复评估的住院脑梗死患者数/同期脑梗死住院患者总数×100%		逐步提高
3.10.2.15 出院时脑梗死患者抗栓/他汀类药物治疗率						
3.10.2.15.1 出院时脑梗死患者抗栓治疗率	单位时间内，出院时给予抗栓药物治疗（包括抗血小板药物和抗凝药物治疗）的脑梗死患者数占同期住院脑梗死患者	出院时给予抗栓药物治疗的脑梗死患者数	同期住院脑梗死患者总数	出院时脑梗死患者抗栓治疗率=出院时给予抗栓药物治疗的脑梗死患者数/同期住院脑梗死患者总数×100%		逐步提高

		总数的比例。				
3.10.2.15.2 出院时脑梗死患者抗他汀类药物治疗率	单位时间内，出院时给予他汀类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。	出院时给予他汀药物治疗的脑梗死患者数	同期住院脑梗死患者总数	出院时脑梗死患者他汀药物治疗率=出院时给予他汀药物治疗的脑梗死患者数/同期住院脑梗死患者总数×100%		逐步提高
3.10.2.16 出院时合并高血压/糖尿病/房颤的脑梗死患者降压/降糖药物/抗凝治疗率						
3.10.2.16.1 出院时合并高血压的脑梗死患者降压治疗率	单位时间内，出院时给予降压药物治疗的合并高血压的脑梗死患者数，占同期合并高血压的住院脑梗死患者总数的比例。	出院时给予降压药物治疗的合并高血压的脑梗死患者数	同期合并高血压的住院脑梗死患者总数	出院时合并高血压的脑梗死患者降压治疗率=出院时给予降压药物治疗的合并高血压的脑梗死患者数/同期合并高血压的住院脑梗死患者总数×100%		逐步提高
3.10.2.16.2 出院时合并糖尿病的脑梗死患者降糖药物治疗率	单位时间内，出院时给予降糖药物治疗的合并糖尿病的脑梗死患者数占同期合并糖尿病的住院脑梗死患者总数的比例。	出院时给予降糖药物治疗的合并糖尿病的脑梗死患者数	同期合并糖尿病的住院脑梗死患者总数	出院时合并糖尿病的脑梗死患者降糖药物治疗率=出院时给予降糖药物治疗的合并糖尿病的脑梗死患者数/同期合并糖尿病的住院脑梗死患者总数×100%		逐步提高
3.10.2.16.3 出院时合并房颤的脑梗死患者抗凝治疗率	单位时间内，出院时给予抗凝药物治疗的合并房颤的脑梗死患者数占同期合并房颤的住院脑梗死患者总数的比例。	出院时给予抗凝药物治疗的合并房颤的脑梗死患者数	同期合并房颤的住院脑梗死患者总数	出院时合并房颤的脑梗死患者抗凝治疗率=出院时给予抗凝药物治疗的合并房颤的脑梗死患者数/同期合并房颤的住院脑梗死患者总数×100%		逐步提高
3.10.2.17 脑梗死患者住院死亡率	单位时间内，在住院期间死亡的脑梗死患者数占同期住院	住院期间死亡的脑梗死患者数	同期住院脑梗死患者总数	脑梗死患者住院死亡率=住院期间死亡的脑梗死患者数/同期住院脑梗死		逐步降低

		脑梗死患者总数的比例。			患者总数×100%	
3.10.2.18 发病 24 小时内脑梗死患者血管内治疗率	单位时间内，发病 24 小时内行血管内治疗脑梗死患者数与同期收治发病 24 小时内脑梗死患者总数的比例。	发病 24 小时内行血管内治疗的脑梗死患者数	同期收治发病 24 小时内脑梗死患者总数	发病 24 小时内脑梗死患者血管内治疗率=发病 24 小时内行血管内治疗的脑梗死患者数/同期收治发病 24 小时内脑梗死患者总数×100%		逐步提高
3.10.2.19 发病 24 小时内脑梗死患者血管内治疗术前影像学评估率	单位时间内，发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术前行影像学评估人数占发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗人数的比例。	发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术前行影像学评估人数	同期发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗人数	发病 24 小时内脑梗死患者血管内治疗术前影像学评估率=发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术前行影像学评估人数/同期发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗人数×100%		逐步提高
3.10.2.20 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗 90 分钟内完成动脉穿刺率	单位时间内，发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗者中，从入院到完成动脉穿刺时间（DPT）在 90 分钟内的患者所占比例。	发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗从入院到完成动脉穿刺在 90 分钟内人数	同期发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗人数	发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗 90 分钟内完成动脉穿刺率=发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗从入院到完成动脉穿刺在 90 分钟内人数/同期发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗人数×100%		逐步提高
3.10.2.21 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗 60 分钟内成功再灌注率	单位时间内，发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗者中，从完成动脉穿刺到成功再灌注时间（PRT）在 60 分钟内的患者所占比例。	发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗从完成动脉穿刺到成功再灌注时间在 60 分钟内人数	同期发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗人数	发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗 60 分钟内成功再灌注率=发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗从完成动脉穿刺到成功再灌注时间在 60 分钟内人数/同期发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗人数×100%		逐步提高
3.10.2.22 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后即刻再通	单位时间内，发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗者中，术后即刻脑血管造影提示	发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗后即刻脑血管造影提示靶	同期发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗人数	发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后即刻再通率=发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后即刻		逐步提高

率	靶血管成功再通的患者所占比例。	血管成功再通人数		脑血管造影提示靶血管成功再通人数/同期发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗人数×100%	
3.10.2.23 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术中多发部位栓塞发生率	单位时间内,发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗者中,术中多发部位栓塞的患者所占比例。	发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术中发生多发部位栓塞人数	同期发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗人数	发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术中多发部位栓塞发生率=发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术中发生多发部位栓塞人数/同期发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗人数×100%	逐步降低
3.10.2.24 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗后症状性颅内出血发生率	单位时间内,发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗者中,术后住院期间发生症状性颅内出血 (sICH) 的患者所占比例。	发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后住院期间发生症状性颅内出血人数	同期发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗人数	发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后症状性颅内出血发生率=发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后住院期间发生症状性颅内出血人数/同期发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗人数×100%	逐步降低
3.10.2.25 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗后 90 天 mRS 评估率	单位时间内,发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗者中,术后 90 天随访行改良 Rankin 量表 (mRS) 评估的患者所占比例。	发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后 90 天行 mRS 评估人数	同期发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗人数	发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后 90 天 mRS 评估率=发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后 90 天行 mRS 评估人数/同期发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗人数×100%	逐步提高
3.10.2.26 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗后 90 天良好神经功能预后率	单位时间内,发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗并在术后 90 天行 mRS 评估的患者中,达到良好神经功能	发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗并在术后 90 天行 mRS 评估达良好神经功能预后	同期发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗并在术后 90 天行 mRS 评估	发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后 90 天良好神经功能预后率=发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗并在术后 90 天行 mRS 评估	逐步提高

	预后的患者所占比例。	人数	的患者总数	达良好神经功能预后人数/同期发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗 并在术后 90 天行 mRS 评估的患者 总数×100%		
3.10.2.27 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗后死亡率	单位时间内,发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗者中,术后住院期间、术后 90 天死亡的患者所占比例。	发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗后住院期间死亡人数	同期发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗人数	发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后住院期间死亡率=发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后住院期间死亡人数/同期发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗人数×100%		逐步降低
3.10.3 帕金森病						
3.10.3.1 住院帕金森病患者规范诊断率	单位时间内,使用国际运动障碍疾病协会标准(2015 年版)或中国帕金森病的诊断标准(2016 年版)进行诊断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。	使用国际运动障碍疾病协会标准(2015 年版)或中国帕金森病的诊断标准(2016 年版)诊断的住院帕金森病患者数	同期住院帕金森病患者总数	住院帕金森病患者规范诊断率=使用国际运动障碍疾病协会标准(2015 年版)或中国帕金森病的诊断标准(2016 年版)诊断的住院帕金森病患者数/同期住院帕金森病患者总数×100%	帕金森病的诊断标准为临床诊断标准,参见国际运动障碍疾病协会(MDS)标准(2015 年版)诊断或中国帕金森病的诊断标准(2016 版)。	监测比较
3.10.3.2 住院帕金森病患者完成头颅 MRI 或 CT 检查率	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。	进行头颅 MRI 或 CT 检查的住院帕金森病患者数	同期住院帕金森病患者总数	住院帕金森病患者完成头颅 MRI 或 CT 检查率=进行头颅 MRI 或 CT 检查的住院帕金森病患者数/同期住院帕金森病患者总数×100%	颅脑 MRI 或者 CT 检查可以包括门诊或者外院完成的 MRI 或者 CT 检查。	逐步提高
3.10.3.3 住院帕金森病患者进行急性左旋多巴试验评测率	单位时间内,进行急性左旋多巴试验评测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。	进行急性左旋多巴试验评测的住院帕金森病患者数	同期住院帕金森病患者总数	住院帕金森病患者进行急性左旋多巴试验评测率=进行急性左旋多巴试验评测的住院帕金森病患者数/同期住院帕金森病患者总数×100%	多巴胺能反应性评测按照国际运动障碍疾病协会帕金森病诊断标准中推荐的方法进行。急性左旋多巴试验可以选择包括复方左旋多巴类药物在内的多种多巴胺能药物进行。	逐步提高

3.10.3.4 住院帕金森病患者进行临床分期的比例	单位时间内，进行临床分期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。	进行临床分期的住院帕金森病患者数	同期住院帕金森病患者总数	住院帕金森病患者进行临床分期的比例=进行临床分期的住院帕金森病患者数/同期住院帕金森病患者总数×100%	临床分期是指 Hoehn-Yahr 分期。1 期：累及单侧肢体；2 期：双侧肢体症状但无平衡障碍；3 期：轻至中度双侧症状，姿势不稳，不能后拉试验中恢复，但可自理；4 期：重度病残，不需要帮助仍能站立和行走；5 期：坐轮椅或卧床，完全依赖别人帮助。	逐步提高
3.10.3.5 住院帕金森病患者全面神经功能缺损评估率	单位时间内，进行全面神经功能缺损评估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。	进行全面神经功能缺损评估的住院帕金森病患者数	同期住院帕金森病患者总数	住院帕金森病患者全面神经功能缺损评估率=进行全面神经功能缺损评估的住院帕金森病患者数/同期住院帕金森病患者总数×100%	全面神经功能缺损评估包括：MDS-UPDRS 量表（国际运动障碍疾病协会统一的帕金森病评分量表）、UPDRS 量表（统一帕金森病评分量表）第一，第二，第三部分。	逐步提高
3.10.3.6 住院帕金森病患者运动并发症筛查率	单位时间内，进行运动并发症（包括运动波动、异动症）筛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。	进行运动并发症筛查的住院帕金森病患者数	同期住院帕金森病患者总数	住院帕金森病患者运动并发症筛查率=进行运动并发症筛查的住院帕金森病患者数/同期住院帕金森病患者总数×100%	运动并发症的筛查、评估方法参照国际运动障碍疾病协会推荐量表 MDS-UPDRS 量表（国际运动障碍疾病协会统一的帕金森病评分量表）、UPDRS 量表（统一帕金森病评分量表）第四部分。	逐步提高
3.10.3.7 住院帕金森病患者认知功能障碍筛查率	单位时间内，进行认知功能障碍筛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。认知功能障碍筛查至少包括 MMSE 和 MoCA 量表评测。	进行认知功能障碍筛查的住院帕金森病患者数	同期住院帕金森病患者总数	住院帕金森病患者认知功能障碍筛查率=进行认知功能障碍筛查的住院帕金森病患者数/同期住院帕金森病患者总数×100%	认知功能障碍筛查至少包括 MMSE 或 MoCA 量表其中一项评测。	逐步提高
3.10.3.8 住院帕金森病患者体位性低血压筛查率	单位时间内，进行体位性低血压筛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。	进行体位性低血压筛查的住院帕金森病患者数	同期住院治疗帕金森病患者总数	住院帕金森病患者体位性低血压筛查率=进行体位性低血压筛查的住院帕金森病患者数/同期住院治疗帕金森病患者总数×100%	血压测定及体位性低血压标准参考《神经源性直立性低血压及相关仰卧位高血压的筛查、诊断和治疗专家共识》。	逐步提高
3.10.3.9 合并运动并发	进行 DBS（脑深部电刺激）	进行 DBS 筛选的合并	同期合并运动并发	合并运动并发症的住院帕金森病患者	DBS 适应症筛选评估方法参照中华医学会脑深部电	监测

症的住院帕金森病患者 DBS 适应症筛选评估率	适应证筛选评估的合并运动并发症的住院帕金森病患者数占同期合并运动并发症的住院帕金森病患者总数的比例。	运动并发症的住院帕金森病患者数	症的住院帕金森病患者总数	DBS 适应症筛选评估率 = 进行 DBS 筛选的合并运动并发症的住院帕金森病患者数/同期合并运动并发症的住院帕金森病患者总数×100%	刺激治疗帕金森病的专家共识。	比较
3.10.3.10 住院帕金森病患者康复评估率	单位时间内, 进行康复评估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。	进行康复评估的住院帕金森病患者数	同期住院帕金森病患者总数	住院帕金森病患者康复评估率=进行康复评估的住院帕金森病患者数/同期住院帕金森病患者总数×100%	康复评估是指康复科、康复治疗中心或者康复专业人员进行的功能评估。	逐步提高
3.10.3.11 住院帕金森病患者焦虑症状和抑郁症状筛查率	单位时间内, 进行焦虑症状和抑郁症状筛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。	进行焦虑症状和抑郁症状筛查的住院帕金森病患者数	同期住院帕金森病患者总数	住院帕金森病患者焦虑症状和抑郁症状筛查率=进行焦虑症状和抑郁症状筛查的住院帕金森病患者数/同期住院帕金森病患者总数×100%	对住院帕金森病患者进行心理筛查主要包括焦虑和抑郁的筛查, 或者帕金森病非运动症状评估量表 NMSS 筛查, 参照国际运动障碍疾病协会推荐量表。	逐步提高
3.10.4 颈动脉支架置入术						
3.10.4.1 颈动脉支架置入术患者术前 mRS 评估率	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。	术前行 mRS 评估的颈动脉支架置入术患者数	同期颈动脉支架置入术患者总数	颈动脉支架置入术患者术前 mRS 评估率=术前行 mRS 评估的颈动脉支架置入术患者数/同期颈动脉支架置入术患者总数×100%	mRS 参照《中国脑血管病临床管理指南》。	逐步提高
3.10.4.2 颈动脉支架置入术患者术前颈动脉无创影像评估率	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。	术前行颈动脉无创影像评估的颈动脉支架置入术患者数	同期颈动脉支架置入术患者总数	颈动脉支架置入术患者术前颈动脉无创影像评估率=术前行颈动脉无创影像评估的颈动脉支架置入术患者数/同期颈动脉支架置入术患者总数×100%	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。	逐步提高

3.10.4.3 颈动脉支架置入术手术指征符合率					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）。	
3.10.4.3.1 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	单位时间内，符合手术指征的无症状颈动脉狭窄患者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。	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	同期无症状颈动脉狭窄患者行颈动脉支架置入术总人数	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=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/同期无症状颈动脉狭窄患者行颈动脉支架置入术总人数×100%		逐步提高
3.10.4.3.2 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	单位时间内，符合手术指征的症状性颈动脉狭窄患者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。	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	同期症状性颈动脉狭窄患者行颈动脉支架置入术总人数	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=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/同期症状性颈动脉狭窄患者行颈动脉支架置入术总人数×100%		逐步提高
3.10.4.4 颈动脉支架置入术患者术前规范化药物治疗率						
3.10.4.4.1 颈动脉支架置入术患者术前双重抗血小板药物治疗率	单位时间内，颈动脉支架置入术患者术前双重抗血小板药物治疗人数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。	颈动脉支架置入术患者术前双重抗血小板药物治疗人数	同期颈动脉支架置入术患者总数	颈动脉支架置入术患者术前双重抗血小板药物治疗率=颈动脉支架置入术患者术前双重抗血小板药物治疗人数/同期颈动脉支架置入术患者总数×100%	术前双重抗血小板药物治疗指阿司匹林加氯吡格雷联合使用≥3天，或者术前使用负荷量。	逐步提高
3.10.4.4.2 颈动脉支架置入术患者术前他汀类药物药物治疗率	单位时间内，颈动脉支架置入术患者术前他汀类药物药物治疗人数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。	颈动脉支架置入术患者术前他汀类药物药物治疗人数	同期颈动脉支架置入术患者总数	颈动脉支架置入术患者术前他汀类药物药物治疗率=颈动脉支架置入术患者术前他汀类药物药物治疗人数/同期颈动脉		逐步提高

		者总数的比例。			支架置入术患者总数×100%		
3.10.4.5 颈动脉支架置入术保护装置使用率	单位时间内，颈动脉支架置入术使用保护装置人数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。	颈动脉支架置入术使用保护装置人数	同期颈动脉支架置入术患者总数	颈动脉支架置入术保护装置使用率=颈动脉支架置入术使用保护装置人数/同期颈动脉支架置入术患者总数×100%	颈动脉支架置入术保护装置包含：远端滤伞保护装置，远端球囊保护装置，近端球囊保护装置，近端逆转流保护装置。	逐步提高	
3.10.4.6 颈动脉支架置入术技术成功率	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。	颈动脉支架置入术技术成功人数	同期颈动脉支架置入术患者总数	颈动脉支架置入术技术成功率=颈动脉支架置入术技术成功人数/同期颈动脉支架置入术患者总数×100%	颈动脉支架置入术技术成功定义为术后残余狭窄≤30%且术后血流 mTICI 分级 3 级。	逐步提高	
3.10.4.7 颈动脉支架置入术并发症发生率	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。	发生并发症的颈动脉支架置入术患者数	同期颈动脉支架置入术患者总数	颈动脉支架置入术并发症发生率=发生并发症的颈动脉支架置入术患者数/同期颈动脉支架置入术患者总数×100%	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。 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。 2.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、合并颅内出血性疾患、血管穿孔。 3.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。	逐步降低	
3.10.4.8 颈动脉支架置入术患者出院规范化药物治疗率							
3.10.4.8.1 颈动脉支架置入术患者出院双重抗血小板药物治疗率	单位时间内，出院时给予双重抗血小板药物治疗的颈动脉支架置入术患者数占颈动脉	出院时给予双重抗血小板药物治疗的颈动脉支架置入术患者数	同期颈动脉支架置入术患者总数	颈动脉支架置入术患者出院双重抗血小板药物治疗率=出院时给予双重抗血小板药物治疗的颈动脉支架置入术		逐步提高	

		支架置入术患者总数的比例。			患者数/同期颈动脉支架置入术患者总数×100%	
3.10.4.8.2 颈动脉支架置入术患者出院他汀类药物治疗率	单位时间内，出院时给予他汀类药物治疗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。	出院时给予他汀类药物治疗的颈动脉支架置入术患者数	同期颈动脉支架置入术患者总数	颈动脉支架置入术患者出院他汀类药物治疗率=出院时给予他汀类药物治疗的颈动脉支架置入术患者数/同期颈动脉支架置入术患者总数×100%		逐步提高
3.10.4.8.3 合并高血压的颈动脉支架置入术患者出院降压药物治疗率	单位时间内，出院时给予降压药物治疗的合并高血压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。	出院时给予降压药物治疗的合并高血压的颈动脉支架置入术患者数	同期合并高血压的颈动脉支架置入术患者总数	合并高血压的颈动脉支架置入术患者出院降压药物治疗率=出院时给予降压药物治疗的合并高血压的颈动脉支架置入术患者数/同期合并高血压的颈动脉支架置入术患者总数×100%		逐步提高
3.10.4.8.4 合并糖尿病的颈动脉支架置入术患者出院降糖药物治疗率	单位时间内，出院时给予降糖药物治疗的合并糖尿病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。	出院时给予降糖药物治疗的合并糖尿病的颈动脉支架置入术患者数	同期合并糖尿病的颈动脉支架置入术患者总数	合并糖尿病的颈动脉支架置入术患者出院降糖药物治疗率=出院时给予降糖药物治疗的合并糖尿病的颈动脉支架置入术患者数/同期合并糖尿病的颈动脉支架置入术患者总数×100%		逐步提高
3.10.4.9 颈动脉支架置入术患者术卒中和死亡发生率						
3.10.4.9.1 颈动脉支架置入术患者术后住院期间卒中和死亡发生率	单位时间内，颈动脉支架置入术患者术后卒中和死亡人数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。	颈动脉支架置入术患者术后住院期间卒中和死亡人数	同期颈动脉支架置入术患者总数	颈动脉支架置入术患者术后住院期间卒中和死亡发生率=颈动脉支架置入术患者术后住院期间卒中和死亡人数/同期颈动脉支架置入术患者总数×100%		逐步降低
3.10.4.9.2 颈动脉支架	单位时间内，颈动脉支架置入	颈动脉支架置入术患者	同期颈动脉支架置	颈动脉支架置入术患者术后 30 天卒		逐步

置入术患者术后 30 天卒中和死亡发生率	术患者术后 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。	术后 30 天卒中和死亡人数	入术患者完成术后 30 天随访人数	中和死亡发生率=颈动脉支架置入术患者术后 30 天卒中和死亡人数/同期颈动脉支架置入术患者完成术后 30 天随访人数×100%		降低
3.10.4.10 颈动脉支架置入术患者术后同侧缺血性卒中发生率					同侧缺血性卒中指靶血管供血区发生的缺血性卒中。排除：靶血管供血区发生的 TIA。	
3.10.4.10.1 颈动脉支架置入术患者术后住院期间同侧缺血性卒中发生率	单位时间内，颈动脉支架置入术患者术后住院期间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。	颈动脉支架置入术患者术后住院期间发生同侧缺血性卒中人数	同期颈动脉支架置入术患者总数	颈动脉支架置入术患者术后同侧缺血性卒中发生率=颈动脉支架置入术患者术后住院期间发生同侧缺血性卒中人数/同期颈动脉支架置入术患者总数×100%		逐步降低
3.10.4.10.2 动脉支架置入术患者术后 1 年同侧缺血性卒中发生率	单位时间内，颈动脉支架置入术患者术后 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。	颈动脉支架置入术患者术后 1 年发生同侧缺血性卒中人数	同期颈动脉支架置入术患者完成术后 1 年随访人数	动脉支架置入术患者术后 1 年同侧缺血性卒中发生率=颈动脉支架置入术患者术后 1 年发生同侧缺血性卒中人数/同期颈动脉支架置入术患者完成术后 1 年随访人数×100%		逐步降低
3.10.5 脑血管造影术						
3.10.5.1 脑血管造影术 (DSA) 前无创影像评估率	单位时间内，脑血管造影术前完善无创血管影像评估人数占行脑血管造影术的患者总数的比例。	脑血管造影术前完善无创影像评估的患者数	同期行脑血管造影术的患者总数	脑血管造影术前无创影像评估率=脑血管造影术前完善无创影像评估的患者数/同期行脑血管造影术的患者总数×100%	无创影像评估包括：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 MRA、颅内 CTV。	逐步提高
3.10.5.2 脑血管造影术中非离子型对比剂应用率	单位时间内，脑血管造影术中应用非离子型对比剂的患者数占行脑血管造影术的患者	脑血管造影术中应用非离子型对比剂的患者数	同期行脑血管造影术的患者总数	脑血管造影术中非离子型对比剂应用率=脑血管造影术中应用非离子型对比剂的患者数/同期行脑血管造影术	非离子型对比剂包含：非离子型高渗单体对比剂（碘普罗胺、碘海醇、碘帕醇、碘佛醇、碘美普尔、碘比醇），非离子等渗双体对比剂（碘克沙醇）。	逐步提高

		总数的比例。			的患者总数×100%		
	3.10.5.3 脑血管造影术造影时相完整率	单位时间内，脑血管造影术中靶血管造影显示时相完整的患者数占行脑血管造影术的患者总数的比例。	脑血管造影术中靶血管造影显示时相完整的患者数	同期行脑血管造影术的患者总数	脑血管造影术中造影时相完整率=脑血管造影术中靶血管造影显示时相完整的患者数/同期行脑血管造影术的患者总数×100%	脑血管造影术中靶血管造影显示时完整指动脉期、毛细血管期、静脉期、静脉窦期均显影。	逐步提高
	3.10.5.4 脑血管造影术造影阳性率	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。	脑血管造影术检查有异常发现的患者数	同期行脑血管造影术的患者总数	脑血管造影术造影阳性率=脑血管造影术检查有异常发现的患者数/同期行脑血管造影术的患者总数×100%	脑血管造影术检查有异常发现包括：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、颅脑外伤所致的各种脑外血肿、血管破裂出血。	逐步提高
	3.10.5.5 脑血管造影术严重并发症发生率	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。	脑血管造影术发生严重并发症的患者数	同期行脑血管造影术的患者总数	脑血管造影术严重并发症发生率=脑血管造影术发生严重并发症的患者数/同期行脑血管造影术的患者总数×100%	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接入以避免身体结构或者身体功能造成永久性缺陷。	逐步提高
	3.10.5.6 脑血管造影术穿刺点并发症发生率	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。	脑血管造影术后住院期间发生穿刺点并发症的患者数	同期行脑血管造影术的患者总数	脑血管造影术穿刺点并发症发生率=脑血管造影术后住院期间发生穿刺点并发症的患者数/同期行脑血管造影术的患者总数×100%	穿刺点并发症包括：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。	逐步降低
	3.10.5.7 脑血管造影术死亡率	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。	脑血管造影术后住院期间死亡患者数	同期行脑血管造影术的患者总数	脑血管造影术死亡率=脑血管造影术后住院期间死亡患者数/同期行脑血管造影术的患者总数×100%	脑血管造影术后住院期间死亡以病案首页信息为依据。	逐步降低
十一、肾病专业医疗质量控	3.11.1 IgA 肾病						
	3.11.1.1 肾活检患者术前检查完成率	肾活检患者 2 周内完成全部相关术前检查的比例。	2 周内完成术前检查的肾活检患者数	同期肾活检患者总数	肾活检患者术前检查完成率=2 周内完成术前检查的肾活检患者数/同期肾	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、传染性疾病预防（乙	逐步提高

制指标 (2020 年版)					活检患者总数×100%	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。	
	3.11.1.2 肾脏病理切片染色规范率	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。	肾活检术后 2 周内规范完成肾脏病理切片染色患者数	同期完成肾脏病理切片染色的患者总数	肾脏病理切片染色规范率=肾活检术后 2 周内规范完成肾脏病理切片染色患者数/同期完成肾脏病理切片染色的患者总数×100%	1.病理切片染色至少包括: 光镜染色(HE、PAS、Masson、PASM) 和免疫组化或免疫荧光染色(IgG、IgA、IgM、C3、C4 或 C1q、Fib), 以上所有染色均完成定义为染色规范。第三方肾脏病理检查可纳入统计。 2.单位时间内同一患者多次重复肾活检按多次计算。	逐步提高
	3.11.1.3 IgA 肾病患者病理分型诊断率	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。	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	同期完成肾脏病理诊断的 IgA 肾病患者总数	IgA 肾病患者病理分型诊断率=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/同期完成肾脏病理诊断的 IgA 肾病患者总数×100%	病理分型为 Lee 分级、Haas 分型或 Oxford 分型中的任意一种即可。	监测比较
	3.11.1.4 IgA 肾病患者 RAS 阻断剂的使用率	适合使用 RAS 阻断剂的 IgA 肾病患者中使用 RAS 阻断剂的比例。	使用 RAS 阻断剂的 IgA 肾病患者数	同期适合使用 RAS 阻断剂的 IgA 肾病患者数	IgA 肾病患者 RAS 阻断剂的使用率=使用 RAS 阻断剂的 IgA 肾病患者数/同期适合使用 RAS 阻断剂的 IgA 肾病患者数×100%	肾素-血管紧张素系统(RAS) 阻断剂是指血管紧张素转化酶抑制剂如贝那普利、福辛普利、培哚普利等和血管紧张素受体拮抗剂如缬沙坦、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、高钾血症。	逐步提高
	3.11.1.5 IgA 肾病患者随访完成率	IgA 肾病患者完成随访的患者比例。	完成随访的 IgA 肾病患者数	同期 IgA 肾病患者总数	IgA 肾病患者随访完成率=完成随访的 IgA 肾病患者数/同期 IgA 肾病患者总数×100%	随访内容包括:①每 3 个月完成 IgA 肾病患者尿常规、24 小时尿蛋白定量(或 Up/Ucr) 检查;②每 6 个月完成 IgA 肾病患者血常规、肾功能、肝功能、血钾、空腹血糖检查。	逐步提高

3.11.1.6 IgA 肾病患者血压控制达标率	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。	血压<130/80mmHg 的 IgA 肾病患者数	同期随访的 IgA 肾病患者总数	$\text{IgA 肾病患者血压控制达标率} = \frac{\text{血压} < 130/80\text{mmHg 的 IgA 肾病患者数}}{\text{同期随访的 IgA 肾病患者总数}} \times 100\%$	血压<130/80mmHg, 要求收缩压和舒张压均达标	逐步提高
3.11.1.7 肾功能恶化率	治疗 6 个月后, 血肌酐倍增的 IgA 肾病患者比例。	治疗 6 个月后, 血肌酐倍增的 IgA 肾病患者数	同期随访的 IgA 肾病患者总数	$\text{肾功能恶化率} = \frac{\text{治疗 6 个月后, 血肌酐倍增的 IgA 肾病患者数}}{\text{同期随访的 IgA 肾病患者总数}} \times 100\%$	血肌酐倍增是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。	逐步降低
3.11.1.8 治疗 6 个月后 24 小时尿蛋白<1g 的患者比例	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。	治疗 6 个月后, 24 小时尿蛋白<1g 的 IgA 肾病患者数	同期随访的 IgA 肾病患者总数	$\text{治疗 6 个月后 24 小时尿蛋白} < 1\text{g 的患者比例} = \frac{\text{治疗 6 个月后, 24 小时尿蛋白} < 1\text{g 的 IgA 肾病患者数}}{\text{同期随访的 IgA 肾病患者总数}} \times 100\%$		监测比较
3.11.1.9 肾活检严重并发症发生率	肾活检发生严重并发症的患者比例。	肾活检发生严重并发症的 IgA 肾病患者数	同期完成肾活检术的 IgA 肾病患者总数	$\text{肾活检严重并发症发生率} = \frac{\text{肾活检发生严重并发症的 IgA 肾病患者数}}{\text{同期完成肾活检术的 IgA 肾病患者总数}} \times 100\%$	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。	逐步降低
3.11.1.10 激素、免疫抑制剂治疗的严重并发症发生率	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。	应用激素、免疫抑制剂治疗 6 个月内出现严重并发症的 IgA 肾病患者数	同期应用激素、免疫抑制剂治疗的 IgA 肾病患者总数	$\text{激素、免疫抑制剂治疗的严重并发症发生率} = \frac{\text{应用激素、免疫抑制剂治疗 6 个月内出现严重并发症的 IgA 肾病患者数}}{\text{同期应用激素、免疫抑制剂治疗的 IgA 肾病患者总数}} \times 100\%$	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。	逐步降低
3.11.2 血液净化技术						
3.11.2.1 治疗室消毒合格率						
3.11.2.1.1 血液透析治疗室消毒合格率	血液透析室(中心)治疗室消毒合格的月份数量在当年所占的比例。	血液透析治疗室消毒合格的月份数量	12	$\text{血液透析治疗室消毒合格率} = \frac{\text{血液透析治疗室消毒合格的月份数量}}{12} \times 100\%$	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/cm ² 。	监测达标

3.11.2.1.2 腹膜透析治疗室消毒合格率	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。	腹膜透析治疗室消毒合格的月份数量	12	腹膜透析治疗室消毒合格率=腹膜透析治疗室消毒合格的月份数量/12×100%	1.治疗室监测采样应在消毒完成后使用前进行；不得检出乙型溶血性链球菌、金黄色葡萄球菌及其他致病性微生物，在可疑污染环境立即进行相应指标的检测。 2.治疗室消毒合格标准为：空气平均菌落数≤4.0(5分钟)CFU/皿和物品表面平均菌落数≤10.0CFU/cm ² ，2项指标均符合为合格。	监测达标
3.11.2.2 透析用水生物污染检验合格率	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。	透析用水生物污染检验合格月份数量（或季度数量）	12（或4）	透析用水生物污染检验合格率=透析用水生物污染检验合格月份数量（或季度数量）/12（或4）×100%	合格标准为：每月透析用水检验的细菌落数≤100CFU/mL；每3个月检验的内毒素≤0.25EU/mL，2项指标均符合为合格；并符合《血液透析及相关治疗用水》（YY0572-2015）标准。	监测达标
3.11.2.3 新入血液透析患者血源性传染病标志物检验完成率	单位时间内，完成血源性传染病标志物检验的新入血液透析患者比例。	新入血液透析患者血源性传染病标志物检验的患者数	同期新入血液透析患者总数	新入血液透析患者血源性传染病标志物检验完成率=新入血液透析患者血源性传染病标志物检验的患者数/同期新入血液透析患者总数×100%	血源性传染病标志物包括乙型肝炎、丙型肝炎、梅毒及艾滋病。新入患者需要在透析前完成4种传染病标志物相关指标检测。	监测达标
3.11.2.4 维持性血液透析患者血源性传染病标志物定时检验完成率	每6个月，完成血源性传染病标志物检验的维持性血液透析患者比例。	每6个月完成血源性传染病标志物检验的患者数	同期维持性血液透析患者总数	维持性血液透析患者血源性传染病标志物定时检验完成率=每6个月完成血源性传染病标志物检验的患者数/同期维持性血液透析患者总数×100%	血源性传染病标志物包括乙型肝炎、丙型肝炎、梅毒及艾滋病。需要完成4种传染病标志物相关指标检测。	监测达标
3.11.2.5 维持性血液透析患者的乙型肝炎和丙型肝炎发病率	每年新发生乙型肝炎和丙型肝炎的维持性血液透析患者比例。	维持性血液透析患者中每年新增乙型肝炎和丙型肝炎患者数	同期维持性血液透析患者总数	维持性血液透析患者的乙型肝炎和丙型肝炎发病率=维持性血液透析患者中每年新增乙型肝炎和丙型肝炎患者数/同期维持性血液透析患者总数×100%	维持性血液透析患者是指在血液透析中心持续透析时间≥3个月者，发病率指在一定期间内，一定人群中某病新发生的病例出现的频率。分母以同期维持性血液透析患者的总数，是考虑到理论上原有乙肝或丙肝阳性病人又新得另一种肝炎感染的可能。	监测达标

3.11.2.6 血液透析患者 尿素清除指数 (Kt/V) 和尿素下降率 (URR) 控制率	单位时间内, 单室 Kt/V (spKt/V) >1.2 且尿素下降 率 (URR) >65%的维持性血 液透析患者比例。	spKt/V>1.2 且 URR>65%的维持性血 液透析患者数	同期维持性血液透 析患者总数	血液透析 Kt/V 和 URR 控制率 =spKt/V>1.2 且 URR>65%的维持性 血液透析患者数/同期维持性血液透 析患者总数×100%	1.K 是指透析器的血液尿素清除率 (L/h), t 是透析 时间 (h), V 是尿素的分布容积 (V)。 计算公式如下: $spkt/v = -\ln[\text{透后血尿素氮}/\text{透前血尿素氮} - 0.008 \times \text{治疗时间 (h)}] + (4 - 3.5 \times \text{透后血尿素氮}/\text{透前血尿素氮}) \times (\text{透后体重} - \text{透前体重})/\text{透后体重}$ 2.URR 指尿素下降率: 采集透前、透后患者血液样本, 获得尿素氮数据, 公式如下: $URR = [(\text{透前血尿素氮} - \text{透后血尿素氮}) / \text{透前血尿素氮}] \times 100\%$	逐步 提高
3.11.2.7 腹膜透析患者 尿素清除指数 (Kt/V) 及总内生肌酐清除率 (Ccr) 控制率	单位时间内, Kt/V≥1.7/周且总 Ccr≥50L/1.73 m ² /周的腹膜透 析患者比例。	Kt/V≥1.7/周且总 Ccr≥50L/1.73 m ² /周的 腹膜透析患者数	同期腹膜透析患者总 数	腹膜透析 Kt/V 及总 Ccr 控制率 =Kt/V≥1.7/周且总 Ccr≥50L/1.73 m ² / 周的腹膜透析患者数/同期腹膜透析 患者总数 ×100%	总 Ccr 包括残肾 Ccr 和腹膜透析 Ccr。	逐步 提高
3.11.2.8 透析患者β2 微球蛋白定时检验完 成率						
3.11.2.8.1 维持性血液 透析患者β2 微球蛋白 定时检验完成率	每 6 个月, 完成β2 微球蛋白 检验的维持性血液透析患者 比例。	每 6 个月完成β2 微球 蛋白维持性血液透析患 者数	同期维持性血液透 析患者总数	维持性透析患者β2 微球蛋白定时检验 完成率=每 6 个月完成β2 微球蛋白 维持性血液透析患者数/同期维持性 血液透析患者总数×100%	维持性血液透析患者是指在血液透析中心持续透析 时间≥3 个月者。	逐步 提高
3.11.2.8.2 腹膜透析患 者β2 微球蛋白定时检 验完成率	每 6 个月, 完成β2 微球蛋白 检验的维持性腹膜透析患者 比例。	每 6 个月完成β2 微球 蛋白腹膜透析患者数	同期腹膜透析患者 总数	腹膜透析患者β2 微球蛋白定时检验完 成率=每 6 个月完成β2 微球蛋白腹 膜透析患者数/同期腹膜透析患者总 数×100%	维持性腹膜透析患者是指患者进行腹膜透析透析时 间≥3 个月者。	逐步 提高

3.11.2.9 血液透析患者透析间期体重增长控制率	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。	透析间期体重增长<5%的维持性血液透析患者数	同期维持性血液透析患者总数	血液透析患者透析间期体重增长控制率=透析间期体重增长<5%的维持性血液透析患者数/同期维持性血液透析患者总数×100%		监测比较
3.11.2.10 维持性血液透析患者的动静脉内瘘长期使用率	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。	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	同期维持性血液透析患者总数	维持性血液透析患者的动静脉内瘘长期使用率=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/同期维持性血液透析患者总数×100%	透析通路是血液透析顺利进行的关键，而动静脉内瘘仍然是血管通路首选，维持性血液透析患者动静脉内瘘持续使用时间应逐步提高。	逐步提高
3.11.2.11 腹膜透析患者腹膜平衡试验记录定时完成率	每6个月，完成腹膜平衡试验记录的腹膜透析患者比例。	6个月内完成腹膜平衡试验记录的腹膜透析患者数	同期腹膜透析患者总数	腹膜平衡试验记录定时完成率=6个月内完成腹膜平衡试验记录的腹膜透析患者数/同期腹膜透析患者总数×100%	腹膜平衡试验以标准的腹膜平衡试验或改良的腹膜平衡试验均可。	逐步提高
3.11.2.12 腹膜透析退出患者治疗时间	单位时间内，退出患者的平均腹膜透析时间。	退出患者腹膜透析病人月总和	同期退出腹膜透析患者数	退出患者治疗时间=退出患者腹膜透析病人月总和/同期退出腹膜透析患者数	退出腹膜透析患者是指因各种原因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。	监测比较
3.11.2.13 透析患者血常规规定时检验率					血常规检查以新近的一次为准，以透析前的空腹血常规为准。	
3.11.2.13.1 维持性血液透析患者血常规规定时检验率	每3个月，完成血常规检验的维持性血液透析患者比例。	每3个月完成血常规检验的维持性血液透析患者数	同期维持性血液透析患者总数	维持性血液透析患者血常规规定时检验完成率=每3个月完成血常规检验的维持性血液透析患者数/同期维持性血液透析患者总数×100%		逐步提高
3.11.2.13.2 腹膜透析患者血常规规定时检验率	每3个月，完成血常规检验的维持性腹膜透析患者比例。	每3个月完成血常规检验的腹膜透析患者数	同期腹膜透析患者总数	腹膜透析患者血常规规定时检验完成率=每3个月完成血常规检验的腹膜透析患者数/同期腹膜透析患者总数×100%		逐步提高

3.11.2.14 透析患者血液生化定时检验					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。	
3.11.2.14.1 维持性血液透析患者血液生化定时检验率	每 3 个月，完成血液生化检验的维持性血液透析患者比例。	每 3 个月完成血液生化检验的维持性血液透析患者数	同期维持性血液透析患者总数	维持性血液透析患者血液生化定时检验完成率=每 3 个月完成血液生化检验的维持性血液透析患者数/同期维持性血液透析患者总数×100%		逐步提高
3.11.2.14.2 腹膜透析患者血液生化定时检验率	每 3 个月，完成血液生化检验的维持性腹膜透析患者比例。	每 3 个月完成血液生化检验的腹膜透析患者数	同期腹膜透析患者总数	腹膜透析患者血液生化定时检验完成率=每 3 个月完成血液生化检验的腹膜透析患者数/同期腹膜透析患者总数×100%		逐步提高
3.11.2.15 透析患者全段甲状旁腺素(iPTH)定时检验完成率						
3.11.2.15.1 维持性血液透析患者 iPTH 定时检验完成率	每 6 个月，完成全段甲状旁腺素(iPTH)检验的维持性血液透析患者比例。	每 6 个月完成 iPTH 检验的维持性血液透析患者数	同期维持性血液透析患者总数	维持性血液透析患者 iPTH 定时检验完成率=每 6 个月完成 iPTH 检验的维持性血液透析患者数/同期维持性血液透析患者总数×100%		逐步提高
3.11.2.15.2 腹膜透析患者 iPTH 定时检验完成率	每 6 个月，完成全段甲状旁腺素(iPTH)检验的维持性腹膜透析患者比例。	每 6 个月完成 iPTH 检验的腹膜透析患者数	同期腹膜透析患者总数	腹膜透析患者 iPTH 定时检验完成率=每 6 个月完成 iPTH 检验的腹膜透析患者数/同期腹膜透析患者总数×100%		逐步提高
3.11.2.16 透析患者的血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度定时检验完					转铁蛋白饱和度=血清铁/总铁结合力。	

成率						
3.11.2.16.1 维持性血液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	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患者比例。	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患者	同期维持性血液透析患者总数	维持性血液透析患者血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度定时检验完成率=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患者/同期维持性血液透析患者总数×100%		逐步提高
3.11.2.16.2 腹膜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	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腹膜透析患者比例。	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	同期腹膜透析患者总数	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=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/同期腹膜透析患者总数×100%		逐步提高
3.11.2.17 透析患者的血清前白蛋白定时检验完成率						
3.11.2.17.1 维持性血液透析患者的血清前白蛋白定时检验完成率	每 6 个月，完成血清前白蛋白检验的维持性血液透析患者比例。	每 6 个月完成血清前白蛋白检验的维持性血液透析患者数	同期维持性血液透析患者总数	维持性血液透析患者血清前白蛋白定时检验完成率=每 6 个月完成血清前白蛋白检验的维持性血液透析患者数/同期维持性血液透析患者总数×100%		逐步提高
3.11.2.17.2 腹膜透析患者的血清前白蛋白定时检验完成率	每 6 个月，完成血清前白蛋白检验的维持性腹膜透析患者比例。	每 6 个月完成血清前白蛋白检验的腹膜透析患者数	同期腹膜透析患者总数	腹膜透析患者血清前白蛋白定时检验完成率=每 6 个月完成血清前白蛋白检验的腹膜透析患者数/同期腹膜透析患者总数 ×100%		逐步提高
3.11.2.18 透析患者的 C 反应蛋白 (CRP) 定时检验完成率					CRP 和超敏 CRP 在化学本质上无区别，是同一种物质，只是超敏 CRP 检测方法与 CRP 检测方法下限不同，本指标中 CRP 非超敏 CRP。	

3.11.2.18.1 维持性血液透析患者的 C 反应蛋白 (CRP) 定时检验完成率	每 6 个月, 完成 C 反应蛋白 (CRP) 检验的维持性血液透析患者比例。	每 6 个月完成 CRP 检验的维持性血液透析患者数	同期维持性血液透析患者总数	维持性血液透析患者 CRP 定时检验完成率=每 6 个月完成 CRP 检验的维持性血液透析患者数/同期维持性血液透析患者总数×100%		逐步提高
3.11.2.18.2 腹膜透析患者的 C 反应蛋白 (CRP) 定时检验完成率	每 6 个月, 完成 C 反应蛋白 (CRP) 检验的维持性腹膜透析患者比例。	每 6 个月完成 CRP 检验的腹膜透析患者数	同期腹膜透析患者总数	腹膜透析患者 CRP 定时检验完成率=每 6 个月完成 CRP 检验的腹膜透析患者数/同期腹膜透析患者总数×100%		逐步提高
3.11.2.19 透析患者高血压控制率						
3.11.2.19.1 维持性血液透析患者高血压控制率	单位时间内, 血压控制达标的维持性血液透析患者比例。	血压控制达标的维持性血液透析患者数	同期维持性血液透析患者总数	维持性血液透析患者高血压控制率=血压控制达标的维持性血液透析患者数/同期维持性血液透析患者总数×100%	血液透析患者血压达标标准: 60 岁以下患者透析前血压 < 140/90mmHg; 60 岁以上患者透析前血压 < 160/90mmHg。需要收缩压和舒张压同时达标。	逐步提高
3.11.2.19.2 腹膜透析患者高血压控制率	单位时间内, 血压控制达标的维持性腹膜透析患者比例。	血压控制达标的腹膜透析患者数	同期腹膜透析患者总数	腹膜透析患者高血压控制率=血压控制达标的腹膜透析患者数/同期腹膜透析患者总数×100%	腹膜透析患者血压达标标准: 血压 < 150/90mmHg。需要收缩压和舒张压同时达标。	逐步提高
3.11.2.20 透析患者肾性贫血控制率						
3.11.2.20.1 维持性血液透析患者肾性贫血控制率	单位时间内, 血红蛋白 ≥110g/L 的维持性血液透析患者比例。	血红蛋白 ≥110g/L 的维持性血液透析患者数	同期维持性血液透析患者总数	维持性血液透析患者肾性贫血控制率=血红蛋白 ≥110g/L 的维持性血液透析患者数/同期维持性血液透析患者总数×100%		逐步提高
3.11.2.20.2 腹膜透析患者肾性贫血控制率	单位时间内, 血红蛋白 ≥110g/L 的维持性腹膜透析	血红蛋白 ≥110g/L 的腹膜透析患者数	同期腹膜透析患者总数	腹膜透析患者肾性贫血控制率=血红蛋白 ≥110g/L 的腹膜透析患者数/同		逐步提高

		患者比例。			期腹膜透析患者总数 ×100%		
	3.11.2.21 透析患者慢性肾脏病-矿物质与骨异常(CKD-MBD)指标控制率					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。	逐步提高
	3.11.2.21.1 维持性血液透析患者 CKD-MBD 指标控制率	单位时间内,CKD-MBD 指标控制达标的维持性血液透析患者比例。	CKD-MBD 指标控制达标的维持性血液透析患者数	同期维持性血液透析患者总数	维持性血液透析患者 CKD-MBD 指标控制率=CKD-MBD 指标控制达标的维持性血液透析患者数/同期维持性血液透析患者总数×100%		逐步提高
	3.11.2.21.2 腹膜透析患者 CKD-MBD 指标控制率	单位时间内,CKD-MBD 指标控制达标的维持性腹膜透析患者比例。	CKD-MBD 指标控制达标的腹膜透析患者数	同期腹膜透析患者总数	腹膜透析患者 CKD-MBD 指标控制率=CKD-MBD 指标控制达标的腹膜透析患者数/同期腹膜透析患者总数×100%		逐步提高
	3.11.2.22 透析患者血清白蛋白控制率						
	3.11.2.22.1 维持性血液透析患者血清白蛋白控制率	单位时间内,血清白蛋白 ≥35g/L 的维持性血液透析患者比例。	血清白蛋白 ≥35g/L 的维持性血液透析患者数	同期维持性血液透析患者总数	维持性血液透析患者血清白蛋白控制率=血清白蛋白 ≥35g/L 的维持性血液透析患者数/同期维持性血液透析患者总数×100%		监测比较
	3.11.2.22.2 腹膜透析患者血清白蛋白控制率	单位时间内,血清白蛋白 ≥35g/L 的维持性腹膜透析患者比例。	血清白蛋白 ≥35g/L 的腹膜透析患者数	同期腹膜透析患者总数	腹膜透析患者血清白蛋白控制率=血清白蛋白 ≥35g/L 的腹膜透析患者数/同期腹膜透析患者总数×100%		监测比较
十二、护理专业医疗质量控	3.12.1 床护比					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。 1.包含：临床护理岗位护士、护理管理岗位护士、其	

制指标 (2020 年版)						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。 2.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。	
3.12.1.1 医疗机构床护 比		1	医疗机构执业护士 人数/同期实际开放 床位数	医疗机构床护比(1: X)=1: 医疗机 构执业护士人数/同期实际开放床位 数			监测 达标
3.12.1.2 病区床护比		1	医疗机构病区执业 护士人数/同期实际 开放床位数	病区床护比(1: X)=1: 医疗机构病区 执业护士人数/同期实际开放床位数	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)。		监测 达标
3.12.1.3 重症医学科床 护比		1	重症医学科执业护 士人数/同期重症医 学科实际开放床位 数	重症医学科床护比(1: X)=1: 重症医 学科执业护士人数/同期重症医学科 实际开放床位数	重症医学科指独立设置的收治危重患者的科室或病 区,其人员管理和使用应当独立于其他科室或病区。 包括: 综合重症监护病房(综合 ICU)、独立的专 科重症监护病房(如:呼吸科重症监护病房(RICU)、 新生儿重症监护病房(NICU)等)。 排除: 科室内部设立的重症监护病床、与其他科室或 病区存在人员交叉管理使用的重症监护病区。		监测 达标
3.12.1.4 儿科病区床护 比		1	儿科病区执业护士 人数/同期儿科实际 开放床位数	儿科病区床护比(1: X)=1: 儿科执业 护士人数/同期儿科实际开放床位数	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。		监测 比较
3.12.2 护患比						1.因各医疗机构护理班次存在差异,统计时以 8 小 时为一个班次标准工作时长,责任护士每工作 8 小	

						<p>时计为 1 名护士人力，患者每被护理 8 小时计为 1 名患者护理工作量。</p> <p>2.责任护士指直接护理患者的执业护士。某班责任护士数=某班次时段内所有责任护士上班小时数之和÷8。排除：治疗护士、办公班护士、配药护士和护士长（一般情况下,护士长不计算在内，当护士长承担了责任护士的工作时才计算在内）。</p> <p>3.护理患者数：单位时间内护理住院患者的护理工作量。</p> <p>4.患者指住院患者，包含所有办理住院手续的患者。不包括办理住院手续但实际未到达病区患者；母婴同室新生儿。</p>	
3.12.2.1 白班平均护患比	单位时间内，每天白班责任护士数之和与其负责照护的住院患者数之和的比。	1	每天白班护理患者数之和/同期每天白班责任护士数之和	白班平均护患比（1：X）=1：每天白班护理患者数之和/同期每天白班责任护士数之和	某白班护理患者数=(白班接班时在院患者数+白班时段内新入院患者数)×(白班时长÷8)。	监测比较	
3.12.2.2 夜班平均护患比	单位时间内，每天夜班责任护士数之和与其负责照护的住院患者数之和的比。	1	每天夜班护理患者数之和/同期每天夜班责任护士数之和	夜班平均护患比（1：X）=1：每天夜班护理患者数之和/同期每天夜班责任护士数之和	某夜班护理患者数=(夜班接班时在院患者数+夜班时段内新入院患者数)×(夜班时长÷8)。	监测比较	
3.12.3 每住院患者 24 小时平均护理时数	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。	医疗机构病区执业护士实际上班小时数	同期住院患者实际占用床日数	每住院患者 24 小时平均护理时数 = 医疗机构病区执业护士实际上班小时数/同期住院患者实际占用床日数	<p>1.医疗机构病区执业护士实际上班小时数为单位时间内医疗机构病区所有执业护士实际上班小时数之和。</p> <p>包含：病区护士上班小时数、病区护士长上班小时数、病区返聘护士上班小时数、执业地点变更到医疗机构的规培/进修护士上班小时数。</p> <p>排除：未取得护士执业资格人员上班小时数、非病区</p>	监测比较	

						<p>护士上班小时数，如手术室、门诊、血液透析室等。</p> <p>2.住院患者实际占用床日数即为单位时间内医疗机构各科室每天 0 点住院患者实际占用的床日数总和。</p> <p>包含：占用的正规病床日数、占用的临时加床日数。</p> <p>排除：占用的急诊抢救床日数、急诊观察床日数、手术室床日数、麻醉恢复室床日数、血液透析室床日数、接产室的待产床和接产床的床日数、母婴同室新生儿床日数、检查床床日数和治疗床床日数。</p>	
3.12.4 不同级别护士配置占比						<p>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。</p> <p>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）。</p> <p>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。</p> <p>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、外出进修）护士。</p>	
3.12.4.1 病区 5 年以下护士占比	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。	病区工作年限<5 年的护士总数	同期病区执业护士总人数	病区 5 年以下护士占比 =病区工作年限<5 年的护士总数/同期病区执业护士总人数× 100%		监测比较	
3.12.4.2 病区 20 年及以上护士占比	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。	病区工作年限 ≥20 年的护士总数	同期病区执业护士总人数	20 年及以上护士占比 =病区工作年限 ≥20 年的护士总数/同期病区执业护士总人数× 100%		监测比较	

3.12.5 护士离职率	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。	护士离职人数	(期初医疗机构执业护士总人数 + 期末医疗机构执业护士总人数) / 2	护士离职率 = 护士离职人数 / (期初医疗机构执业护士总人数 + 期末医疗机构执业护士总人数) / 2 × 100%	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。	逐步降低
3.12.6 住院患者身体约束率	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。	住院患者身体约束日数	同期住院患者实际占用床日数	住院患者身体约束率 = 住院患者身体约束日数 / 同期住院患者实际占用床日数 × 100%	1.统计周期内同一住院患者每天使用1次或1次以上约束均计为1天(日数)。 2.统计周期内同一住院患者约束1个部位或同时约束多个部位均计1天(日数)。	监测比较
3.12.7 住院患者跌倒发生率						
3.12.7.1 住院患者跌倒发生率	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。	住院患者跌倒例次数	同期住院患者实际占用床日数	住院患者跌倒发生率 = 住院患者跌倒例次数 / 同期住院患者实际占用床日数 × 1000‰	统计周期内同一患者多次跌倒每次都需要计1例。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)。	逐步降低
3.12.7.2 住院患者跌倒伤害占比	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。	住院患者跌倒伤害总例次数	同期住院患者跌倒例次数	住院患者跌倒伤害占比 = 住院患者跌倒伤害总例次数 / 同期住院患者跌倒例次数 × 100%	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。 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。	逐步降低
3.12.8 住院患者2期及以上院内压力性损伤发生率	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。	住院患者2期及以上院内压力性损伤新发病例数	同期住院患者总数	住院患者2期及以上院内压力性损伤发生率 = 住院患者2期及以上院内压力性损伤新发病例数 / 同期住院患者总数 × 100%	分子统计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新发病例数。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	逐步降低

						<p>力性损伤)，均计作1例，期别按最高期别统计。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>2.住院患者总数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。</p> <p>包含：所有办理住院手续的患者。</p> <p>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。</p>
3.12.9 置管患者非计划拔管率						<p>1.某导管 UEX 例次数统计周期内病区患者该导管 UEX 例次数。</p> <p>(1) 分子为患者入院后的某导管非计划性拔管的例次数。</p> <p>(2) 同一患者在同一次住院期间可能 N 次拔出某一种导管，分子计为 N 次。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>2.同期该导管留置总日数统计周期内病区患者某导</p>

					管留置总日数。 (1) 分母为统计周期内病区该导管的留置总日数。 (2) 某导管留置总日数的计算规则为确定每日零点病区住院患者某导管数之和。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。	
3.12.9.1 气管导管 (气管插管、气管切开) 非计划拔管率	单位时间内住院患者发生气管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。	气管导管 (气管插管、气管切开) 非计划拔管例次数	同期气管导管(气管插管、气管切开)留置总日数	$\text{气管导管 (气管插管、气管切开) 非计划拔管率} = \frac{\text{气管导管 (气管插管、气管切开) 非计划拔管例次数}}{\text{同期气管导管 (气管插管、气管切开) 留置总日数}} \times 1000\%$		逐步降低
3.12.9.2 经口、经鼻胃肠导管非计划拔管率	单位时间内住院患者发生经口、经鼻胃肠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。	经口、经鼻胃肠导管非计划拔管例次数	同期经口、经鼻胃肠导管留置总日数	$\text{经口、经鼻胃肠导管非计划拔管率} = \frac{\text{经口、经鼻胃肠导管非计划拔管例次数}}{\text{同期经口、经鼻胃肠导管留置总日数}} \times 1000\%$		逐步降低
3.12.9.3 导尿管非计划拔管率	单位时间内住院患者发生经口、经鼻胃肠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。	导尿管非计划拔管例次数	同期导尿管留置总日数	$\text{导尿管非计划拔管率} = \frac{\text{导尿管非计划拔管例次数}}{\text{同期导尿管留置总日数}} \times 1000\%$		逐步降低
3.12.9.4 中心静脉导管 (CVC) 非计划拔管率	单位时间内住院患者发生中心静脉导管 (CVC) 非计划拔	CVC 非计划拔管例次数	同期 CVC 留置总日数	$\text{CVC 非计划拔管率} = \frac{\text{CVC 非计划拔管例次数}}{\text{同期 CVC 留置总日数}}$		逐步降低

		管的例次数与该类导管留置总日数的千分比。			$\times 1000\%$		
3.12.9.5 经外周置入中心静脉导管 (PICC) 非计划拔管率	单位时间内住院患者发生经外周置入中心静脉导管 (PICC) 非计划拔管的例次数与该类导管留置总日数的千分比。	PICC 非计划拔管例次数	同期 PICC 留置总日数		$\text{PICC 非计划拔管率} = \frac{\text{PICC 非计划拔管例次数}}{\text{同期 PICC 留置总日数}} \times 1000\%$		逐步降低
3.12.10 导管相关感染发生率							
3.12.10.1 导尿管相关尿路感染 (CAUTI) 发生率	单位时间内, 留置导尿管患者中尿路感染例数与患者导尿管留置总日数的千分比。	留置导尿管患者中尿路感染例次数	同期患者导尿管留置总日数		$\text{导尿管相关尿路感染发生率} = \frac{\text{留置导尿管患者中尿路感染例次数}}{\text{同期患者导尿管留置总日数}} \times 1000\%$	1.留置导尿管患者中尿路感染例次数统计周期内住院患者留置导尿管期间或拔除导尿管 48h 内发生的泌尿系统感染例次数。同一患者在统计周期内发生导尿管相关尿路感染例次数以按实际发生频次计算。 2.同期患者导尿管留置总日数统计周期内住院患者留置导尿管的日数总和。包含: 留置导尿管。排除: 临时导尿。	逐步降低
3.12.10.2 中心静脉导管 (CVC) 相关血流感染发生率	单位时间内, 中心静脉导管 (CVC) 相关血流感染发生例数与患者 CVC 留置总日数的千分比。	CVC 相关血流感染例次数	同期患者 CVC 留置总日数		$\text{CVC 相关血流感染发生率} = \frac{\text{CVC 相关血流感染例次数}}{\text{同期患者 CVC 留置总日数}} \times 1000\%$	1.CVC 相关血流感染例次数统计周期内住院患者留置 CVC 期间或拔除 CVC48 小时内发生的原发性血流感染例次数。同一患者在统计周期发生的 CVC 相关血流感染发生例次数按实际发生频次计算。 2.同期患者 CVC 留置总日数统计周期内住院患者留置 CVC 的日数总和。包含: 留置 CVC。 排除: 当天置入并拔除的 CVC。	逐步降低
3.12.10.3 经外周置入中心静脉导管 (PICC)	单位时间内, 经外周置入中心静脉导管 (PICC) 相关血流感	PICC 相关血流感染例次数	同期患者 PICC 留置总日数		$\text{PICC 相关血流感染发生率} = \frac{\text{PICC 相关血流感染例次数}}{\text{同期患者 PICC 留置总日数}} \times 1000\%$	1.PICC 相关血流感染例次数统计周期内住院患者留置 PICC 期间或拔除 PICC48 小时内发生的原发性	逐步降低

	相关血流感染发生率	染发生例数与患者 PICC 留置总日数的千分比。			留置总日数×1000‰	血流感染例次数。同一患者在统计周期内发生的 PICC 相关血流感染发生例次数按实际发生频次计算。 2.同期患者 PICC 留置总日数统计周期内住院患者留置 PICC 的日数总和。包含：留置 PICC。 排除：当天置入并拔除的 PICC。	
3.12.11	呼吸机相关性肺炎（VAP）发生率	单位时间内，呼吸机相关性肺炎例数与住院患者有创机械通气总日数的千分比。	呼吸机相关性肺炎例次数	同期住院患者有创机械通气总日数	呼吸机相关性肺炎发生率=呼吸机相关性肺炎例次数/同期住院患者有创机械通气总日数×1000‰	1.呼吸机相关性肺炎例次数统计周期内住院患者建立人工气道（气管插管或气管切开）接受机械通气 48h 后发生肺炎的例次数，机械通气撤机、拔管后 48h 内出现的肺炎也属于 VAP 范畴。同一患者在统计周期内发生的呼吸机相关肺炎例次数按实际发生频次计算。 2.同期住院患者有创机械通气总日数统计周期内所监测住院患者经人工气道（包括气管插管和气管切开）接呼吸机辅助通气的日数总和。 3.有创机械通气：需要通过气管插管或气管切开建立有创人工气道进行机械通气的方法。 包含：有创机械通气。排除：无创机械通气和手术麻醉气管插管。	逐步降低
3.12.12	护理级别占比					患者的护理级别是由医生和护士共同确定。某级别护理患者占用床日数指单位时间内执行该级别护理的患者占用的床日数之和，即单位时间内每天 0 点统计各级别护理患者数，分别累计求和。同一患者一天内护理级别有变化时，只能计算一次，以统计时点的护理级别为准。	

	3.12.12.1 特级护理占比	单位时间内，医疗机构特级护理患者占用床日数与住院患者实际占用床日数的百分比。	特级护理患者占用床日数	住院患者实际占用床日数	特级护理占比=特级护理患者占用床日数/住院患者实际占用床日数 × 100%		监测比较
	3.12.12.2 一级护理占比	单位时间内，医疗机构一级护理患者占用床日数与住院患者实际占用床日数的百分比。	一级护理患者占用床日数	住院患者实际占用床日数	一级护理占比=一级护理患者占用床日数/住院患者实际占用床日数 × 100%		监测比较
	3.12.12.3 二级护理占比	单位时间内，医疗机构二级护理患者占用床日数与住院患者实际占用床日数的百分比。	二级护理患者占用床日数	住院患者实际占用床日数	二级护理占比=二级护理患者占用床日数/住院患者实际占用床日数 × 100%		监测比较
	3.12.12.4 三级护理占比	单位时间内，医疗机构三级护理患者占用床日数与住院患者实际占用床日数的百分比。	三级护理患者占用床日数	住院患者实际占用床日数	三级护理占比=三级护理患者占用床日数/住院患者实际占用床日数 × 100%		监测比较
十三、药事管理专业医疗质量控制指标（2020年版）	3.13.1 药学专业技术人员占比	药学专业技术人员占同期医疗机构卫生专业技术人员总数比例	药学专业技术人员数	同期医疗机构卫生专业技术人员总数	药学专业技术人员占比=药学专业技术人员数/同期医疗机构卫生专业技术人员总数×100%	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。	监测达标
	3.13.2 每百张床位临床药师人数	每百张实际开放床位配备临床药师人数	临床药师人数	同期实际开放床位数	每百张床位临床药师人数=临床药师人数/同期实际开放床位数 × 100	临床药师是指以系统药学专业知识为基础，并具有一定医学和相关专业基础知识与技能，直接参与临床用药，促进药物合理应用和保护患者用药安全的药学专业技术人员。经过规范化培训取得证书的专职临床药师。	监测达标
	3.13.3 处方审核率					处方审核是指药学专业技术人员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，并做出是否同意调配发药决定的药学技术服务。药品收费前药师审核的处方包括审方药师审核的	

						和计算机软件审核后审方药师确认并干预的。	
3.13.3.1 门诊处方审核率	门诊处方审核率是药品收费前药师审核门诊处方人次占同期门诊处方总人次的比例。	药品收费前药师审核门诊处方人次	同期门诊处方总人次	门诊处方审核率=药品收费前药师审核门诊处方人次/同期门诊处方总人次×100%	同一患者同一天在不同科室就诊,开具多张处方,每张处方计为1人次。		逐步提高
3.13.3.2 急诊处方审核率	急诊处方审核率是药品收费前药师审核急诊处方人次占同期急诊处方总人次的比例。	药品收费前药师审核急诊处方人次	同期急诊处方总人次	急诊处方审核率=药品收费前药师审核急诊处方人次/同期急诊处方总人次×100%	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。		逐步提高
3.13.4 住院用药医嘱审核率	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。	药品调配前药师审核住院患者用药医嘱条目数	同期住院患者用药医嘱总条目数	住院用药医嘱审核率=药品调配前药师审核住院患者用药医嘱条目数/同期住院患者用药医嘱总条目数×100%			逐步提高
3.13.5 静脉用药集中调配医嘱干预率	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。	医师同意修改的不适宜静脉用药集中调配医嘱条目数	同期静脉用药集中调配医嘱总条目数	静脉用药集中调配医嘱干预率=医师同意修改的不适宜静脉用药集中调配医嘱条目数/同期静脉用药集中调配医嘱总条目数×100%	医师同意修改的不适宜静脉用药集中调配医嘱条目数,包括因病情需要的超剂量等特殊用药,医师再次确认签名的医嘱。		监测比较
3.13.6 门诊处方点评率	点评的门诊处方人次占同期门诊处方总人次的比例	点评的门诊处方人次	同期门诊处方总人次	门诊处方点评率=点评的门诊处方人次/同期门诊处方总人次×100%			逐步提高
3.13.7 门诊处方合格率	合格的门诊处方人次占同期点评门诊处方总人次的比例。	合格的门诊处方人次	同期点评门诊处方总人次	门诊处方合格率=合格的门诊处方人次/同期点评门诊处方总人次×100%	不合格处方包括不规范处方、用药不适宜处方及超常处方。		逐步提高
3.13.8 住院患者药学监护率	实施药学监护的住院患者数占同期住院患者总数的比例。	实施药学监护的住院患者数	同期住院患者总数	住院患者药学监护率=实施药学监护的住院患者数/同期住院患者总数×100%	1.药学监护主要内容包括药学查房、制订监护计划、患者用药教育、药学会诊等在病历中记录的工作。 2.同期住院患者总数以出院患者的人数计算。		逐步提高

	3.13.9 用药错误报告率	医疗机构某一时间范围内报告给医疗机构管理部门的用药错误人次占同期用药患者总数的比例。	报告给医疗机构管理部门的用药错误人次	同期用药患者总数	用药错误报告率=报告给医疗机构管理部门的用药错误人次/同期用药患者总数×100%	同期用药患者总数指单位时间内门诊、急诊和住院患者用药人数总和。	监测比较
	3.13.10 严重或新的药品不良反应上报率	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。	严重或新的药品不良反应上报人数	同期用药患者总数	严重或新的药品不良反应上报率=严重或新的药品不良反应上报人数/同期用药患者总数×100%	<p>1.严重药品不良反应：是指因使用药品引起以下损害情形之一的反应：</p> <p>(1) 导致死亡。</p> <p>(2) 危及生命。</p> <p>(3) 致癌、致畸、致出生缺陷。</p> <p>(4) 导致显著的或者永久的人体伤残或者器官功能的损伤。</p> <p>(5) 导致住院或者住院时间延长。</p> <p>(6) 导致其他重要医学事件，如不进行治疗可能出现上述所列情况的。</p> <p>2.新的药品不良反应：是指药品说明书中未载明的不良反应。说明书中已有描述，但不良反应发生的性质、程度、后果或者频率与说明书描述不一致或者更严重的，按照新的药品不良反应处理。</p>	监测比较
	3.13.11 住院患者抗菌药物使用情况						
	3.13.11.1 住院患者抗菌药物使用率	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。	住院患者使用抗菌药物人数	同期医疗机构住院患者总数	住院患者抗菌药物使用率= 住院患者使用抗菌药物人数/同期医疗机构住院患者总数×100%	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。同一患者多次住院按多人次计算。同一患者同一次住院多次使用抗菌药物按一人次计算。	监测达标

3.13.11.2 住院患者抗菌药物使用强度	住院患者平均每日每百张床位所消耗抗菌药物的 DDD 数。	住院患者抗菌药物使用量（累计 DDD 数）	同期住院患者床日数	住院患者抗菌药物使用强度= 住院患者抗菌药物使用量（累计 DDD 数）/ 同期住院患者床日数×100	1.通过成人抗菌药物的平均日剂量（Defined Daily Doses, DDDs）分析评价抗菌药物使用强度。DDD 又称“限定日剂量”，是指一个药品以主要适应证用于成年人的维持日剂量，未给出明确 DDD 值的抗菌药物，参照国家卫生健康委抗菌药物临床应用监测网提供的数据。DDD 作为用药频度分析单位，不受治疗分类、剂型和不同人群的限制。 2.住院患者抗菌药物使用量不包括出院带药。 3.住院患者床日数=平均住院天数×同期出院患者总数。	监测达标
3.13.11.3 住院患者特殊使用级抗菌药物使用量占比	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。	住院患者特殊使用级抗菌药物使用量（累计 DDD 数）	同期住院患者抗菌药物使用量（累计 DDD 数）	住院患者特殊使用级抗菌药物使用量占比= 住院患者特殊使用级抗菌药物使用量（累计 DDD 数）/同期住院患者抗菌药物使用量（累计 DDD 数）×100%		监测比较
3.13.11.4 I 类切口手术抗菌药物预防使用率	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。	I 类切口手术预防使用抗菌药物的患者数	同期 I 类切口手术患者总数	I 类切口手术抗菌药物预防使用率= I 类切口手术预防使用抗菌药物的患者数/同期 I 类切口手术患者总数×100%		监测达标
3.13.12 住院患者静脉输液使用率	使用静脉输液的住院患者数占同期住院患者总数的比例。	使用静脉输液的住院患者数	同期住院患者总数	住院患者静脉输液使用率= 使用静脉输液的住院患者数/同期住院患者总数×100%	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。 2.使用静脉输液的住院患者人次和住院患者总人次	监测比较

						均以出院患者的总人次计算。	
	3.13.13 住院患者中药注射剂静脉输液使用率	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。	使用中药注射剂静脉输液住院患者数	同期住院患者总数	住院患者中药注射剂静脉输液使用率=使用中药注射剂静脉输液住院患者数/同期住院患者总数×100%	1.中药注射剂指批准文号为国药准字“Z”开头的注射剂。 2.同一患者同一次住院使用多种中药注射剂，记为 1 人次。 3.使用中药注射剂静脉输液住院患者人次和住院患者总人次均以出院患者的总人次计算。	监测比较
	3.13.14 急诊患者糖皮质激素静脉输液使用率	急诊患者静脉使用糖皮质激素的糖皮质激素人数占同期急诊患者总数的比例。	急诊患者静脉使用糖皮质激素人数	同期急诊患者总数	急诊患者糖皮质激素静脉输液使用率=急诊患者静脉使用糖皮质激素人数/同期急诊患者总数×100%	同一患者同一次急诊就诊期间静脉使用多种糖皮质激素，记为 1 人次。	监测比较
	3.13.15 住院患者质子泵抑制剂注射剂静脉使用率	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。	静脉使用质子泵抑制剂注射剂的住院患者数	同期住院患者总数	住院患者质子泵抑制剂注射剂静脉使用率=静脉使用质子泵抑制剂注射剂的住院患者数/同期住院患者总数×100%	1.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、埃索美拉唑等。 2.同一患者同一次住院使用多种质子泵抑制剂注射剂，记为 1 人次。 3.静脉使用质子泵抑制剂注射剂的住院患者人次和住院患者总人次均以出院患者的总人次计算。	监测比较
	3.13.16 出院患者用药医嘱点评率	医疗机构点评的出院患者用药医嘱人次占同期出院患者总数的比例。	出院患者用药医嘱点评人次	同期出院患者总数	出院患者用药医嘱点评率=出院患者用药医嘱点评人次/同期出院患者总数×100%		逐步提高
十四、病案管理质量控制指标（2021年版）	3.14.1 病历书写时效性指标						
	3.14.1.1 入院记录 24 小时内完成率	单位时间内，入院记录在患者入院 24 小时内完成的住院患者病历数占同期住院患者病	入院记录在患者入院 24 小时内完成的住院患者病历数	同期住院患者病历总数	入院记录 24 小时内完成率=入院记录在患者入院 24 小时内完成的住院患者病历数/同期住院患者病历总数		监测达标

		历总数的比例。			×100%		
3.14.1.2 手术记录 24 小时内完成率	单位时间内，手术记录在术后 24 小时内完成的住院患者病历数占同期住院手术患者病历总数的比例。	手术记录在术后 24 小时内完成的住院患者病历数	同期住院手术患者病历总数	手术记录 24 小时内完成率=手术记录在术后 24 小时内完成的住院患者病历数/同期住院手术患者病历总数×100%			监测达标
3.14.1.3 出院记录 24 小时内完成率	单位时间内，出院记录在患者出院后 24 小时内完成的病历数占同期出院患者病历总数的比例。	出院记录在患者出院后 24 小时内完成的病历数	同期出院患者病历总数	出院记录 24 小时内完成率=出院记录在患者出院后 24 小时内完成的病历数/同期出院患者病历总数×100%			监测达标
3.14.1.4 病案首页 24 小时内完成率	单位时间内，病案首页在患者出院后 24 小时内完成的病历数占同期出院患者病历总数的比例。	病案首页在患者出院后 24 小时内完成的病历数	同期出院患者病历总数	病案首页 24 小时内完成率=病案首页在患者出院后 24 小时内完成的病历数/同期出院患者病历总数×100%			逐步提高
3.14.2 手术相关记录完整率	单位时间内，手术相关记录完整的住院手术患者病历数占同期住院手术患者病历总数的比例。	手术相关记录完整的住院患者病历数	同期住院手术患者病历总数	手术相关记录完整率=手术相关记录完整的住院患者病历数/同期住院手术患者病历总数×100%	手术相关记录完整是指在接受手术治疗的住院患者病历中，手术医嘱、术前讨论结论、手术记录、手术安全核查表等手术相关内容符合《医疗质量安全核心制度要点》国卫医发〔2018〕8 号）《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11 号）等文件要求。		监测达标
3.14.3 临床用血相关记录符合率	单位时间内，临床用血相关记录符合的住院患者病历数占同期存在临床用血的住院患者病历总数的比例。	临床用血相关记录符合的住院患者病历数	同期存在临床用血的住院患者病历总数	临床用血相关记录符合率=临床用血相关记录符合的住院患者病历数/同期存在临床用血的住院患者病历总数×100%	临床用血相关记录符合是指输血知情同意书、医嘱、输血记录单等相关内容符合《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11 号）《医疗机构临床用血管理办法》（卫生部令第 85 号）等文件要求。		监测达标

3.14.4 患者抢救记录及时完成率	单位时间内，抢救记录及时完成的住院患者病历数占同期接受抢救的住院患者病历总数的比例。	抢救记录及时完成的住院患者病历数	同期接受抢救的住院患者病历总数	患者抢救记录及时完成率=抢救记录及时完成的住院患者病历数/同期接受抢救的住院患者病历总数×100%	抢救记录及时完成是指抢救记录的书写时限和内容符合《医疗质量安全核心制度要点》(国卫医发(2018)8号)《病历书写基本规范》(卫医政发(2010)11号)要求。	监测达标
3.14.5 出院患者病历归档完整率	单位时间内，归档病历内容完整的出院患者病历数占同期出院患者病历总数的比例。	归档病例内容完整的出院患者病历数	同期出院患者病历总数	出院患者病历归档完整率=归档病例内容完整的出院患者病历数/同期出院患者病历总数×100%	病历内容完整是指归档病历内容符合《病历书写基本规范》(卫医政发2010)11号)要求。	逐步提高
3.14.6 主要诊断填写正确率	单位时间内，病案首页中主要诊断填写正确的出院患者病历数占同期出院患者病历总数的比例。	病案首页中主要诊断填写正确的出院患者病历数	同期出院患者病历总数	主要诊断填写正确率=病案首页中主要诊断填写正确的出院患者病历数/同期出院患者病历总数×100%	主要诊断填写正确是指主要诊断填写符合《卫生部关于修订住院病案首页的通知》(卫医政发[2011]84号)《国家卫生计生委办公厅关于印发住院病案首页数据填写质量规范(暂行)》(国卫办医[2016]24号)要求。	逐步提高
3.14.7 主要诊断编码正确率	单位时间内，病案首页中主要诊断编码正确的出院患者病历数占同期出院患者病历总数的比例。	病案首页中主要诊断编码正确的出院患者病历数	同期出院患者病历总数	主要诊断编码正确率=病案首页中主要诊断编码正确的出院患者病历数/同期出院患者病历总数×100%	主要诊断编码正确是指主要诊断编码符合国家统一发布的最新的《疾病分类与代码国家临床版》要求。	逐步提高
3.14.8 主要手术填写正确率	单位时间内，病案首页中主要手术填写正确的出院患者病历数占同期出院手术患者病历总数的比例。	病案首页中主要手术填写正确的出院患者病历数	同期出院手术患者病历总数	主要手术填写正确率=病案首页中主要手术填写正确的出院患者病历数/同期出院手术患者病历总数×100%	主要手术操作填写正确是指主要手术填写符合《卫生部关于修订住院病案首页的通知》(卫医政发(2011)84号)《国家卫生计生委办公厅关于印发住院病案首页数据填写质量规范(暂行)》(国卫办医发(2016)24号)相关要求。	逐步提高
3.14.9 主要手术编码正确率	单位时间内，病案首页中主要手术编码正确的出院患者病历数占同期出院手术患者病历总数的比例。	病案首页中主要手术编码正确的出院患者病历数	同期出院手术患者病历总数	主要手术编码正确率=病案首页中主要手术编码正确的出院患者病历数/同期出院手术患者病历总数×100%	主要手术编码正确是指主要手术编码符合国家统一发布的最新的《手术操作与分类代码国家临床版》有关要求。	逐步提高

	3.14.10 知情同意书规范签署率	单位时间内，规范签署知情同意书的出院患者病历数占同期存在知情同意书签署的出院患者病历总数的比例。	规范签署知情同意书的出院患者病历数	同期存在知情同意书签署的出院患者病历总数	知情同意书规范签署率=规范签署知情同意书的出院患者病历数/同期存在知情同意书签署的出院患者病历总数×100%	规范签署知情同意书是指病历中各类知情同意书签署符合《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11号）《医疗纠纷预防和处置条例》（中华人民共和国国务院令 第701号）有关规定。	逐步提高
	3.14.11 甲级病历率	单位时间内，甲级出院患者病历数占同期出院患者病历总数的比例。	甲级出院患者病历数	同期出院患者病历总数	甲级病历率=甲级出院患者病历数/同期出院患者病历总数×100%		逐步提高
十五、心血管系统疾病相关专业医疗质量控制指标（2021年版）	3.15.1 急性 ST 段抬高型心肌梗死						
	3.15.1.1 急性 ST 段抬高型心肌梗死（STEMI）患者到院 10 分钟内完成 12 导联（及以上）心电图检查率	单位时间内，到院 10 分钟内完成 12 导联（及以上）心电图检查的急性 STEMI 患者数，占同期急性 STEMI 患者总数的比例。	到院 10 分钟内完成 12 导联（及以上）心电图检查的急性 STEMI 患者数	同期急性 STEMI 患者总数	急性 ST 段抬高型心肌梗死（STEMI）患者到院 10 分钟内完成 12 导联（及以上）心电图检查率=到院 10 分钟内完成 12 导联（及以上）心电图检查的急性 STEMI 患者数/同期急性 STEMI 患者总数×100%	到院指到达急诊或门诊（下同）。	逐步提高
	3.15.1.2 急性 STEMI 患者到院 1 小时内阿司匹林治疗率	单位时间内，到院 1 小时内给予阿司匹林治疗的急性 STEMI 患者数，占同期急性 STEMI 患者总数的比例。	到院 1 小时内给予阿司匹林治疗的急性 STEMI 患者数	同期急性 STEMI 患者总数	急性 STEMI 患者到院 1 小时内阿司匹林治疗率=到院 1 小时内给予阿司匹林治疗的急性 STEMI 患者数/同期急性 STEMI 患者总数×100%		逐步提高
	3.15.1.3 急性 STEMI 患者到院 1 小时内 P2Y12 受体拮抗剂治疗率	单位时间内，到院 1 小时内给予 P2Y12 受体拮抗剂治疗的急性 STEMI 患者数，占同期急性 STEMI 患者总数的比例。	到院 1 小时内给予 P2Y12 受体拮抗剂治疗的急性 STEMI 患者数	同期急性 STEMI 患者总数	急性 STEMI 患者到院 1 小时内 P2Y12 受体拮抗剂治疗率=到院 1 小时内给予 P2Y12 受体拮抗剂治疗的急性 STEMI 患者数/同期急性 STEMI 患者总数×100%		逐步提高
	3.15.1.4 发病 24 小时内	单位时间内，发病 24 小时内	发病 24 小时内接受再	同期发病 24 小时内	发病 24 小时内急性 STEMI 患者再灌	再灌注治疗方式包括：经皮冠状动脉介入治疗（PCI）	逐步

急性 STEMI 患者再灌注治疗率	接受再灌注治疗的急性 STEMI 患者数, 占同期发病 24 小时内急性 STEMI 患者总数的比例。	灌注治疗的急性 STEMI 患者数	急性 STEMI 患者总数	注治疗率=发病 24 小时内接受再灌注治疗的急性 STEMI 患者数/同期发病 24 小时内急性 STEMI 患者总数×100%	或静脉溶栓。	提高
3.15.1.5 发病 24 小时内急性 STEMI 患者到院 90 分钟内进行直接经皮冠状动脉介入治疗 (PCI) 的比例	单位时间内, 发病 24 小时内急性 STEMI 患者中, 从到院至进行直接 PCI 治疗导丝通过靶血管 (Door to Device, DTD) 的时间小于等于 90 分钟的患者数, 占同期发病 24 小时内急性 STEMI 患者总数的比例。	发病 24 小时内急性 STEMI 患者中 DTD 的时间小于等于 90 分钟的患者数	同期发病 24 小时内急性 STEMI 患者总数	发病 24 小时内急性 STEMI 患者到院 90 分钟内进行直接经皮冠状动脉介入治疗 (PCI) 的比例=发病 24 小时内急性 STEMI 患者中 DTD 的时间小于等于 90 分钟的患者数/同期发病 24 小时内急性 STEMI 患者总数×100%		逐步提高
3.15.1.6 发病 24 小时内急性 STEMI 患者到院 30 分钟内给予静脉溶栓治疗的比例	单位时间内, 发病 24 小时内急性 STEMI 患者中, 从到院至给予静脉溶栓药物 (Door to Needle, DTN) 时间小于等于 30 分钟的患者数, 占同期发病 24 小时内接受静脉溶栓治疗的急性 STEMI 患者总数的比例。	发病 24 小时内急性 STEMI 患者中 DTN 时间小于等于 30 分钟的患者数	同期发病 24 小时内接受静脉溶栓治疗的急性 STEMI 患者总数	发病 24 小时内急性 STEMI 患者到院 30 分钟内给予静脉溶栓治疗的比例=发病 24 小时内急性 STEMI 患者中 DTN 时间小于等于 30 分钟的患者数/同期发病 24 小时内接受静脉溶栓治疗的急性 STEMI 患者总数×100%		逐步提高
3.15.1.7 急性 STEMI 患者到院 24 小时内β受体阻滞剂治疗率	单位时间内, 到院 24 小时内给予β受体阻滞剂治疗的急性 STEMI 患者数, 占同期急性 STEMI 患者总数的比例。	到院 24 小时内给予β受体阻滞剂治疗的急性 STEMI 患者数	同期急性 STEMI 患者总数	急性 STEMI 患者到院 24 小时内β受体阻滞剂治疗率=到院 24 小时内给予β受体阻滞剂治疗的急性 STEMI 患者数/同期急性 STEMI 患者总数×100%		逐步提高
3.15.1.8 急性 STEMI 患者住院期间应用超声	单位时间内, 住院期间通过 UCG 评价 LVEF 的急性	住院期间通过 UCG 评价 LVEF 的急性 STEMI	同期急性 STEMI 患者总数	急性 STEMI 患者住院期间应用超声心动图 (UCG) 评价左心室射血分数		逐步提高

心动图 (UCG) 评价左心室射血分数 (LVEF) 的比例	STEMI 患者数, 占同期急性 STEMI 患者总数的比例。	患者数		(LVEF) 的比例=住院期间通过 UCG 评价 LVEF 的急性 STEMI 患者数/同期急性 STEMI 患者总数×100%	
3.15.1.9 急性 STEMI 患者出院阿司匹林使用率	单位时间内, 出院使用阿司匹林的急性 STEMI 患者数, 占同期急性 STEMI 患者总数的比例。	出院使用阿司匹林的急性 STEMI 患者数	同期急性 STEMI 患者总数	急性 STEMI 患者出院阿司匹林使用率=出院使用阿司匹林的急性 STEMI 患者数/同期急性 STEMI 患者总数×100%	逐步提高
3.15.1.10 急性 STEMI 患者出院 P2Y12 受体拮抗剂使用率	单位时间内, 出院使用 P2Y12 受体拮抗剂的急性 STEMI 患者数, 占同期急性 STEMI 患者总数的比例。	出院使用 P2Y12 受体拮抗剂的急性 STEMI 患者数	同期急性 STEMI 患者总数	急性 STEMI 患者出院 P2Y12 受体拮抗剂使用率=出院使用 P2Y12 受体拮抗剂的急性 STEMI 患者数/同期急性 STEMI 患者总数×100%	逐步提高
3.15.1.11 急性 STEMI 患者出院β受体阻滞剂使用率	单位时间内, 出院使用β受体阻滞剂的急性 STEMI 患者数, 占同期急性 STEMI 患者总数的比例。	出院使用β受体阻滞剂的急性 STEMI 患者数	同期急性 STEMI 患者总数	急性 STEMI 患者出院β受体阻滞剂使用率=出院使用β受体阻滞剂的急性 STEMI 患者数/同期急性 STEMI 患者总数×100%	逐步提高
3.15.1.12 急性 STEMI 患者出院血管紧张素转换酶抑制剂 (ACEI) 或血管紧张素 II 受体拮抗剂 (ARB) 使用率	单位时间内, 出院使用 ACEI 或 ARB 的急性 STEMI 患者数, 占同期急性 STEMI 患者总数的比例。	出院使用 ACEI/ARB 的急性 STEMI 患者数	同期急性 STEMI 患者总数	急性 STEMI 患者出院血管紧张素转换酶抑制剂 (ACEI) 或血管紧张素 II 受体拮抗剂 (ARB) 使用率=出院使用 ACEI/ARB 的急性 STEMI 患者数/同期急性 STEMI 患者总数×100%	逐步提高
3.15.1.13 急性 STEMI 患者出院他汀类药物使用率	单位时间内, 出院使用他汀类药物的急性 STEMI 患者数, 占同期急性 STEMI 患者总数的比例。	出院使用他汀类药物的急性 STEMI 患者数	同期急性 STEMI 患者总数	急性 STEMI 患者出院他汀类药物使用率=出院使用他汀类药物的急性 STEMI 患者数/同期急性 STEMI 患者总数×100%	逐步提高
3.15.1.14 急性 STEMI	单位时间内, 住院期间死亡的	住院期间死亡的急性	同期急性 STEMI 患	急性 STEMI 患者住院死亡率=住院期	逐步

患者住院死亡率	急性 STEMI 患者数, 占同期急性 STEMI 患者总数的比例。	STEMI 患者数	者总数	间死亡的急性 STEMI 患者数/同期急性 STEMI 患者总数×100%		降低
3.15.1.15 急性 STEMI 患者出院后 30 天内非计划再入院率	单位时间内, 出院后 30 天内, 原先无计划再入院, 而因任何原因再次入院的急性 STEMI 患者数, 占同期出院的急性 STEMI 患者总数的比例。	出院后 30 天内, 原先无计划再入院, 而因任何原因再次入院的急性 STEMI 患者数	同期出院的急性 STEMI	急性 STEMI 患者出院后 30 天内非计划再入院率=出院后 30 天内, 原先无计划再入院, 而因任何原因再次入院的急性 STEMI 患者数/同期出院的急性 STEMI×100%		逐步降低
3.15.1.16 急性 STEMI 患者 30 天死亡率	单位时间内, 确诊急性 STEMI 后 30 天死亡的急性 STEMI 患者数, 占同期急性 STEMI 患者总数的比例。	确诊急性 STEMI 后 30 天死亡的急性 STEMI 患者数	同期急性 STEMI 患者总数	急性 STEMI 患者 30 天死亡率=确诊急性 STEMI 后 30 天死亡的急性 STEMI 患者数/同期急性 STEMI 患者总数×100%		逐步降低
3.15.2 心房颤动						
3.15.2.1 非瓣膜性心房颤动(房颤)患者血栓栓塞风险评估率	单位时间内, 行血栓栓塞风险评估的非瓣膜性房颤患者数, 占同期非瓣膜性房颤患者总数的比例。	行血栓栓塞风险评估的非瓣膜性房颤患者数	同期非瓣膜性房颤患者总数	非瓣膜性心房颤动(房颤)患者血栓栓塞风险评估率=行血栓栓塞风险评估的非瓣膜性房颤患者数/同期非瓣膜性房颤患者总数×100%	血栓栓塞风险评估推荐采用 CHA2DS2-VASc 评分。	逐步提高
3.15.2.2 非瓣膜性房颤患者出院抗凝药物使用率	单位时间内, 出院使用抗凝药物的非瓣膜性房颤患者数, 占同期非瓣膜性房颤患者总数的比例。	出院使用抗凝药物的非瓣膜性房颤患者数	同期非瓣膜性房颤患者总数	非瓣膜性房颤患者出院抗凝药物使用率=出院使用抗凝药物的非瓣膜性房颤患者数/同期非瓣膜性房颤患者总数×100%		逐步提高
3.15.2.3 瓣膜性房颤患者出院华法林使用率	单位时间内, 出院使用华法林的瓣膜性房颤患者数, 占同期瓣膜性房颤患者总数的比例。	出院使用华法林的瓣膜性房颤患者数	同期瓣膜性房颤患者总数	瓣膜性房颤患者出院华法林使用率=出院使用华法林的瓣膜性房颤患者数/同期瓣膜性房颤患者总数×100%		逐步提高
3.15.2.4 房颤患者出血风险评估率	单位时间内, 行出血风险评估的房颤患者数, 占同期房颤患者数	行出血风险评估的房颤患者数	同期房颤患者总数	房颤患者出血风险评估率=行出血风险评估的房颤患者数/同期房颤患者	出血风险评估推荐采用 HAS-BLED 评分、ORBIT 评分或 ABC 评分等。	逐步提高

		者总数的比例。			总数×100%		
3.15.2.5 房颤患者左心耳封堵术并发症发生率	单位时间内，左心耳封堵术中及术后发生并发症的房颤患者数，占同期行左心耳封堵的房颤患者总数的比例。	左心耳封堵术中及术后发生并发症的房颤患者数	同期行左心耳封堵的房颤患者总数	房颤患者左心耳封堵术并发症发生率=左心耳封堵术中及术后发生并发症的房颤患者数/同期行左心耳封堵的房颤患者总数×100%	左心耳封堵术并发症指：（1）影像学检查确诊的穿刺部位假性动脉瘤；（2）影像学检查确诊的穿刺部位动静脉瘘；（3）左心耳封堵术中以及术后 72 小时内新发或增多的心包积液，且合并下列情况之一：行心包穿刺引流、行外科修补；（4）术中及术后 72 小时内的脑卒中；（5）封堵器脱位。		逐步降低
3.15.3 心力衰竭							
3.15.3.1 心力衰竭患者入院 24 小时内利钠肽检测率	单位时间内，入院 24 小时内进行利钠肽检测的心力衰竭患者数，占同期心力衰竭患者总数的比例。	入院 24 小时内进行利钠肽检测的心力衰竭患者数	同期心力衰竭患者总数	心力衰竭患者入院 24 小时内利钠肽检测率=入院 24 小时内进行利钠肽检测的心力衰竭患者数/同期心力衰竭患者总数×100%	利钠肽检测包括 N 末端 B 型利钠肽原（NT-proBNP）和 B 型利钠肽（BNP）。		逐步提高
3.15.3.2 心力衰竭患者入院 48 小时内心脏功能评估率	单位时间内，入院 48 小时内进行超声心动图检查的心力衰竭患者数，占同期心力衰竭患者总数的比例。	入院 48 小时内进行超声心动图检查的心力衰竭患者数	同期心力衰竭患者总数	心力衰竭患者入院 48 小时内心脏功能评估率=入院 48 小时内进行超声心动图检查的心力衰竭患者数/同期心力衰竭患者总数×100%			逐步提高
3.15.3.3 心力衰竭伴容量超负荷患者住院期间利尿剂治疗率	单位时间内，住院期间接受利尿剂治疗的心力衰竭伴容量超负荷患者数，占同期心力衰竭伴容量超负荷患者总数的比例。	住院期间接受利尿剂治疗的心力衰竭伴容量超负荷患者数	同期心力衰竭伴容量超负荷	心力衰竭伴容量超负荷患者住院期间利尿剂治疗率=住院期间接受利尿剂治疗的心力衰竭伴容量超负荷患者数/同期心力衰竭伴容量超负荷×100%			逐步提高
3.15.3.4 心力衰竭患者出院血管紧张素转化酶抑制剂（ACEI）或血管紧张素受体阻断	单位时间内，出院使用 ACEI 或 ARB 或 ARNI 的心力衰竭患者数，占同期心力衰竭患者总数的比例。	出院使用 ACEI/ARB/ARNI 的心力衰竭患者数	同期心力衰竭患者总数	心力衰竭患者出院血管紧张素转化酶抑制剂（ACEI）或血管紧张素受体阻断剂（ARB）或血管紧张素受体脑啡肽酶抑制剂（ARNI）使用率=出院使			逐步提高

	剂 (ARB) 或血管紧张素受体脑啡肽酶抑制剂 (ARNI) 使用率				ACEI/ARB/ARNI 的心力衰竭患者数/同期心力衰竭患者总数×100%	
	3.15.3.5 心力衰竭患者出院β受体阻滞剂使用率	单位时间内，出院使用β受体阻滞剂的心力衰竭患者数，占同期心力衰竭患者总数的比例。	出院使用β受体阻滞剂的心力衰竭患者数	同期心力衰竭患者总数	心力衰竭患者出院β受体阻滞剂使用率=出院使用β受体阻滞剂的心力衰竭患者数/同期心力衰竭患者总数×100%	逐步提高
	3.15.3.6 心力衰竭患者出院醛固酮受体拮抗剂使用率	单位时间内，出院使用醛固酮受体拮抗剂的心力衰竭患者数，占同期心力衰竭患者总数的比例。	出院使用醛固酮受体拮抗剂的心力衰竭患者数	同期心力衰竭患者总数	心力衰竭患者出院醛固酮受体拮抗剂使用率=出院使用醛固酮受体拮抗剂的心力衰竭患者数/同期心力衰竭患者总数×100%	逐步提高
	3.15.3.7 心力衰竭患者住院期间心脏再同步化治疗 (CRT) 使用率	单位时间内，住院期间给予 CRT 治疗的心力衰竭患者数，占同期心力衰竭患者总数的比例。	住院期间给予 CRT 治疗的心力衰竭患者数	同期心力衰竭患者总数	心力衰竭患者住院期间心脏再同步化治疗 (CRT) 使用率=住院期间给予 CRT 治疗的心力衰竭患者数/同期心力衰竭患者总数×100%	逐步提高
	3.15.3.8 心力衰竭患者住院死亡率	单位时间内，住院期间死亡的心力衰竭患者数，占同期心力衰竭患者总数的比例。	住院期间死亡的心力衰竭患者数	同期心力衰竭患者总数	心力衰竭患者住院死亡率=住院期间死亡的心力衰竭患者数/同期心力衰竭患者总数×100%	逐步降低
	3.15.3.9 心力衰竭患者出院 30 天随访率	单位时间内，出院 30 天随访的心力衰竭患者数，占同期出院心力衰竭患者总数的比例。	出院 30 天随访的心力衰竭患者数	同期出院心力衰竭患者总数	心力衰竭患者出院 30 天随访率=出院 30 天随访的心力衰竭患者数/同期出院心力衰竭患者总数×100%	逐步提高
	3.15.3.10 心力衰竭患者出院后 30 天内心力衰竭再入院率	单位时间内，出院后 30 天内因心力衰竭再入院的心力衰竭患者数，占同期出院的心力衰竭患者总数的比例。	出院后 30 天内因心力衰竭再入院的心力衰竭患者数	同期出院的心力衰竭患者总数	心力衰竭患者出院后 30 天内心力衰竭再入院率=出院后 30 天内因心力衰竭再入院的心力衰竭患者数/同期出院的心力衰竭患者总数×100%	逐步降低

3.15.3.11 心力衰竭患者出院后 30 天死亡率	单位时间内，出院后 30 天内死亡的心力衰竭患者数，占同期出院的心力衰竭患者总数的比例。	出院后 30 天内死亡的心力衰竭患者数	同期出院的心力衰竭患者总数	心力衰竭患者出院后 30 天死亡率=出院后 30 天内死亡的心力衰竭患者数/同期出院的心力衰竭患者总数×100%		逐步降低
3.15.4 高血压						
3.15.4.1 动态血压监测率	单位时间内，住院期间接受动态血压监测的高血压患者数，占同期高血压住院患者总数的比例。	住院期间接受动态血压监测的高血压患者数	同期高血压住院患者总数	动态血压监测率=住院期间接受动态血压监测的高血压患者数/同期高血压住院患者总数×100%	动态血压监测是指通过自动血压测量仪器监测血压水平。	逐步提高
3.15.4.2 心血管风险评估率	单位时间内，住院期间接受心血管风险评估的高血压患者数，占同期高血压住院患者总数的比例。	住院期间接受心血管风险评估的高血压患者数	同期高血压住院患者总数	心血管风险评估率=住院期间接受心血管风险评估的高血压患者数/同期高血压住院患者总数×100%	心血管风险评估是指完成了心脏、肾脏、血管、眼底四项检查中的两项及以上。	逐步提高
3.15.4.3 原发性醛固酮增多症肾素醛固酮检测规范率	单位时间内，住院期间接受规范检测肾素醛固酮的原发性醛固酮增多症患者数，占同期原发性醛固酮增多症住院患者总数的比例。	住院期间接受规范检测肾素醛固酮的原发性醛固酮增多症患者数	同期原发性醛固酮增多症住院患者总数	原发性醛固酮增多症肾素醛固酮检测规范率=住院期间接受规范检测肾素醛固酮的原发性醛固酮增多症患者数/同期原发性醛固酮增多症住院患者总数×100%	规范检测肾素醛固酮：停用影响肾素醛固酮检测药物至少 2 周（利尿剂及甘草提炼物至少 4 周）后进行监测，停药期间可使用α受体阻滞剂及非二氢吡啶类钙拮抗剂控制血压。	逐步提高
3.15.4.4 原发性醛固酮增多症确诊试验开展率	单位时间内，住院期间接受确诊试验检查的原发性醛固酮增多症患者数，占同期原发性醛固酮增多症住院患者总数的比例。	住院期间接受确诊试验检查的原发性醛固酮增多症患者数	同期原发性醛固酮增多症住院患者总数	原发性醛固酮增多症确诊试验开展率=住院期间接受确诊试验检查的原发性醛固酮增多症患者数/同期原发性醛固酮增多症住院患者总数×100%	确诊试验包括卡托普利试验、生理盐水输注试验、口服高钠饮食、氟氢可的松试验。	逐步提高
3.15.5 冠状动脉旁路移植术						

3.15.5.1 单纯冠状动脉旁路移植术住院死亡率	单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术住院期间死亡的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。	行单纯冠状动脉旁路移植术住院期间死亡的患者数	同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数	单纯冠状动脉旁路移植术住院死亡率=行单纯冠状动脉旁路移植术住院期间死亡的患者数/同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数×100%		逐步降低
3.15.5.2 单纯冠状动脉旁路移植术后机械通气时间大于等于 24 小时发生率	单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术后连续机械通气时间大于等于 24 小时的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。	行单纯冠状动脉旁路移植术后连续机械通气时间大于等于 24 小时的患者数	同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数	单纯冠状动脉旁路移植术后机械通气时间大于等于 24 小时发生率=行单纯冠状动脉旁路移植术后连续机械通气时间大于等于 24 小时的患者数/同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数×100%	拔管后再次机械通气时间不计算在内。	逐步降低
3.15.5.3 单纯冠状动脉旁路移植术后胸骨深部感染发生率	单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术后发生胸骨深部感染的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。	行单纯冠状动脉旁路移植术后发生胸骨深部感染的患者数	同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数	单纯冠状动脉旁路移植术后胸骨深部感染发生率=行单纯冠状动脉旁路移植术后发生胸骨深部感染的患者数/同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数×100%	胸骨深部感染包括肌肉、骨骼和纵膈的感染。	逐步降低
3.15.5.4 单纯冠状动脉旁路移植术后脑卒中发生率	单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术后发生脑卒中的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。	行单纯冠状动脉旁路移植术后发生脑卒中的患者数	同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数	单纯冠状动脉旁路移植术后脑卒中发生率=行单纯冠状动脉旁路移植术后发生脑卒中的患者数/同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数×100%		逐步降低
3.15.5.5 单纯冠状动脉旁路移植术非计划二次手术率	单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术后非计划二次手术的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数	行单纯冠状动脉旁路移植术后非计划二次手术的患者数	同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数	单纯冠状动脉旁路移植术非计划二次手术率=行单纯冠状动脉旁路移植术后非计划二次手术的患者数/同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数		逐步降低

		数的比例。			×100%		
3.15.5.6 单纯冠状动脉旁路移植术后急性肾衰竭发生率	单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术后发生急性肾衰竭的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。	行单纯冠状动脉旁路移植术后发生急性肾衰竭的患者数	同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数	单纯冠状动脉旁路移植术前 24 小时β受体阻滞剂使用率=行单纯冠状动脉旁路移植术后发生急性肾衰竭的患者数/同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数×100%	术后急性肾衰竭是指术后最高血清肌酐值是术前基线值的 3.0 倍；或血肌酐值增至≥4.0mg/dl (≥353.6μmol/l)；或开始肾脏替代治疗（下同）。		逐步降低
3.15.5.7 单纯冠状动脉旁路移植术前 24 小时β受体阻滞剂使用率	单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术前 24 小时内使用β受体阻滞剂的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。	行单纯冠状动脉旁路移植术前 24 小时内使用β受体阻滞剂的患者数	同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数	单纯冠状动脉旁路移植术前 24 小时β受体阻滞剂使用率=行单纯冠状动脉旁路移植术前 24 小时内使用β受体阻滞剂的患者数/同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数×100%			逐步提高
3.15.5.8 单纯冠状动脉旁路移植术围术期输血率	单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术围术期输血的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。	行单纯冠状动脉旁路移植术围术期输血的患者数	同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数	单纯冠状动脉旁路移植术围术期输血率=行单纯冠状动脉旁路移植术围术期输血的患者数/同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数×100%	围术期指术中及术后住院的全部过程；血制品指异体全血、红细胞、血小板、新鲜冰冻血浆和冷沉淀。		逐步降低
3.15.5.9 单纯冠状动脉旁路移植术中乳内动脉血管桥使用率	单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术中乳内动脉血管桥的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。	行单纯冠状动脉旁路移植术中乳内动脉血管桥的患者数	同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数	单纯冠状动脉旁路移植术中乳内动脉血管桥使用率=行单纯冠状动脉旁路移植术中乳内动脉血管桥的患者数/同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数×100%	乳内动脉血管桥包括左侧原位乳内动脉血管桥、右侧原位乳内动脉血管桥以及游离乳内动脉血管桥。		逐步提高
3.15.5.10 单纯冠状动脉旁路移植术后 24 小时内阿司匹林使用率	单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术后 24 小时内使用阿司匹林的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的	行单纯冠状动脉旁路移植术后 24 小时内使用阿司匹林的患者数	同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数	单纯冠状动脉旁路移植术后 24 小时内阿司匹林使用率=行单纯冠状动脉旁路移植术后 24 小时内使用阿司匹林的患者数/同期行单纯冠状动脉旁			逐步提高

		患者总数的比例。			路移植术的患者总数×100%	
3.15.5.11 单纯冠状动脉旁路移植术出院他汀类药物使用率	单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术出院使用他汀类药物的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。	行单纯冠状动脉旁路移植术出院使用他汀类药物的患者数	同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数		单纯冠状动脉旁路移植术出院他汀类药物使用率=行单纯冠状动脉旁路移植术出院使用他汀类药物的患者数/同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数×100%	逐步提高
3.15.5.12 单纯冠状动脉旁路移植术出院阿司匹林使用率	单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术出院使用阿司匹林的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。	行单纯冠状动脉旁路移植术出院使用阿司匹林的患者数	同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数		单纯冠状动脉旁路移植术出院阿司匹林使用率=行单纯冠状动脉旁路移植术出院使用阿司匹林的患者数/同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数×100%	逐步提高
3.15.5.13 单纯冠状动脉旁路移植术出院β受体阻滞剂使用率	单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术出院使用β受体阻滞剂的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。	行单纯冠状动脉旁路移植术出院使用β受体阻滞剂的患者数	同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数		单纯冠状动脉旁路移植术出院β受体阻滞剂使用率=行单纯冠状动脉旁路移植术出院使用β受体阻滞剂的患者数/同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数×100%	逐步提高
3.15.6 二尖瓣手术						
3.15.6.1 二尖瓣手术住院死亡率	单位时间内，行二尖瓣手术住院期间死亡的患者数，占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例。	行二尖瓣手术住院期间死亡的患者数	同期行二尖瓣手术的患者总数		二尖瓣手术住院死亡率=行二尖瓣手术住院期间死亡的患者数/同期行二尖瓣手术的患者总数×100%	逐步降低
3.15.6.2 二尖瓣手术后机械通气时间大于等于24小时发生率	单位时间内，行二尖瓣手术后连续机械通气时间大于等于24小时的患者数，占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例。	行二尖瓣手术后连续机械通气时间大于等于24小时的患者数	同期行二尖瓣手术的患者总数		二尖瓣手术后机械通气时间大于等于24小时发生率=行二尖瓣手术后连续机械通气时间大于等于24小时的患者数/同期行二尖瓣手术的患者总数	拔管后再次机械通气时间不计算在内。 逐步降低

					×100%		
3.15.6.3 二尖瓣手术后胸骨深部感染发生率	单位时间内，行二尖瓣手术后发生胸骨深部感染的患者数，占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例。	行二尖瓣手术后发生胸骨深部感染的患者数	同期行二尖瓣手术的患者总数	二尖瓣手术后胸骨深部感染发生率=行二尖瓣手术后发生胸骨深部感染的患者数/同期行二尖瓣手术的患者总数×100%	胸骨深部感染包括肌肉、骨骼和纵膈的感染。	逐步降低	
3.15.6.4 二尖瓣手术后脑卒中发生率	单位时间内，行二尖瓣手术后发生脑卒中的患者数，占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例。	行二尖瓣手术后发生脑卒中的患者数	同期行二尖瓣手术的患者总数	二尖瓣手术后脑卒中发生率=行二尖瓣手术后发生脑卒中的患者数/同期行二尖瓣手术的患者总数×100%		逐步降低	
3.15.6.5 二尖瓣手术非计划二次手术率	单位时间内，行二尖瓣手术后非计划二次手术的患者数，占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例。	行二尖瓣手术后非计划二次手术的患者数	同期行二尖瓣手术的患者总数	二尖瓣手术非计划二次手术率=行二尖瓣手术后非计划二次手术的患者数/同期行二尖瓣手术的患者总数×100%		逐步降低	
3.15.6.6 二尖瓣手术后急性肾衰竭发生率	单位时间内，行二尖瓣手术后发生急性肾衰竭的患者数，占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例。	行二尖瓣手术后发生急性肾衰竭的患者数	同期行二尖瓣手术的患者总数	二尖瓣手术后急性肾衰竭发生率=行二尖瓣手术后发生急性肾衰竭的患者数/同期行二尖瓣手术的患者总数×100%		逐步降低	
3.15.6.7 因退行性病变导致二尖瓣关闭不全的患者二尖瓣修复术治疗率	单位时间内，因退行性病变导致二尖瓣关闭不全行二尖瓣修复术的患者数，占同期因退行性病变导致二尖瓣关闭不全行二尖瓣手术的患者总数的比例。	因退行性病变导致二尖瓣关闭不全行二尖瓣修复术的患者数	同期因退行性病变导致二尖瓣关闭不全行二尖瓣手术的患者总数	因退行性病变导致二尖瓣关闭不全的患者二尖瓣修复术治疗率=因退行性病变导致二尖瓣关闭不全行二尖瓣修复术的患者数/同期因退行性病变导致二尖瓣关闭不全行二尖瓣手术的患者总数×100%	排除接受过心脏或胸外科手术或前纵膈放射性治疗的患者。	逐步提高	
3.15.6.8 二尖瓣手术出院抗凝药物使用率	单位时间内，行二尖瓣手术出院使用抗凝药物的患者数，占	行二尖瓣手术出院使用抗凝药物的患者数	同期行二尖瓣手术的患者总数	二尖瓣手术出院抗凝药物使用率=行二尖瓣手术出院使用抗凝药物的患者		逐步提高	

		同期行二尖瓣手术的患者总数的比例。			数/同期行二尖瓣手术的患者总数×100%		
3.15.6.9 二尖瓣手术中经食道超声使用率	单位时间内，二尖瓣手术中使用经食道超声的患者数，占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例。	二尖瓣手术中使用经食道超声的患者数	同期行二尖瓣手术的患者总数		二尖瓣手术中经食道超声使用率=二尖瓣手术中使用经食道超声的患者数/同期行二尖瓣手术的患者总数×100%		逐步提高
3.15.7 主动脉瓣手术							
3.15.7.1 主动脉瓣手术住院死亡率	单位时间内，行主动脉瓣手术住院期间死亡的患者数，占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例。	行主动脉瓣手术住院期间死亡的患者数	同期行主动脉瓣手术的患者总数		主动脉瓣手术住院死亡率=行主动脉瓣手术住院期间死亡的患者数/同期行主动脉瓣手术的患者总数×100%		逐步降低
3.15.7.2 主动脉瓣手术后机械通气时间大于等于24小时发生率	单位时间内，行主动脉瓣手术后连续机械通气时间大于等于24小时的患者数，占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例。	行主动脉瓣手术后连续机械通气时间大于等于24小时的患者数	同期行主动脉瓣手术的患者总数		主动脉瓣手术后机械通气时间大于等于24小时发生率=行主动脉瓣手术后连续机械通气时间大于等于24小时的患者数/同期行主动脉瓣手术的患者总数×100%	拔管后再次机械通气时间不计算在内。	逐步降低
3.15.7.3 主动脉瓣手术后胸骨深部感染发生率	单位时间内，行主动脉瓣手术后发生胸骨深部感染的患者数，占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例。	行主动脉瓣手术后发生胸骨深部感染的患者数	同期行主动脉瓣手术的患者总数		主动脉瓣手术后胸骨深部感染发生率=行主动脉瓣手术后发生胸骨深部感染的患者数/同期行主动脉瓣手术的患者总数×100%	胸骨深部感染包括肌肉、骨骼和纵膈的感染。	逐步降低
3.15.7.4 主动脉瓣手术后脑卒中发生率	单位时间内，行主动脉瓣手术后发生脑卒中的患者数，占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例。	行主动脉瓣手术后发生脑卒中的患者数	同期行主动脉瓣手术的患者总数		主动脉瓣手术后脑卒中发生率=行主动脉瓣手术后发生脑卒中的患者数/同期行主动脉瓣手术的患者总数×100%		逐步降低
3.15.7.5 主动脉瓣手术	单位时间内，行主动脉瓣手术	行主动脉瓣手术后非计	同期行主动脉瓣手		主动脉瓣手术非计划二次手术率=行		逐步

非计划二次手术率	后非计划二次手术的患者数，占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例。	划二次手术的患者数	术的患者总数	主动脉瓣手术后非计划二次手术的患者数/同期行主动脉瓣手术的患者总数×100%		降低
3.15.7.6 主动脉瓣手术后急性肾衰竭发生率	单位时间内，行主动脉瓣手术后发生急性肾衰竭的患者数，占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例。	行主动脉瓣手术后发生急性肾衰竭的患者数	同期行主动脉瓣手术的患者总数	主动脉瓣手术后急性肾衰竭发生率=行主动脉瓣手术后发生急性肾衰竭的患者数/同期行主动脉瓣手术的患者总数×100%		逐步降低
3.15.7.7 主动脉瓣手术出院抗凝药物使用率	单位时间内，行主动脉瓣手术出院使用抗凝药物的患者数，占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例。	行主动脉瓣手术出院使用抗凝药物的患者数	同期行主动脉瓣手术的患者总数	主动脉瓣手术出院抗凝药物使用率=行主动脉瓣手术出院使用抗凝药物的患者数/同期行主动脉瓣手术的患者总数×100%		逐步提高
3.15.7.8 主动脉瓣手术中经食道超声使用率	单位时间内，主动脉瓣手术中使用经食道超声的患者数，占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例。	主动脉瓣手术中使用经食道超声的患者数	同期行主动脉瓣手术的患者总数	主动脉瓣手术中经食道超声使用率=主动脉瓣手术中使用经食道超声的患者数/同期行主动脉瓣手术的患者总数×100%		逐步提高
3.15.7.9 主动脉瓣置换术人工瓣有效瓣膜面积指数大于0.85cm ² /m ² 发生率	单位时间内，主动脉瓣置换术中人工主动脉瓣有效瓣膜面积指数大于0.85cm ² /m ²	主动脉瓣置换术中人工主动脉瓣有效瓣膜面积指数大于0.85cm ² /m ² 的患者数	同期行主动脉瓣手术的患者总数	主动脉瓣置换术人工瓣有效瓣膜面积指数大于0.85cm ² /m ² 发生率=主动脉瓣置换术中人工主动脉瓣有效瓣膜面积指数大于0.85cm ² /m ² 的患者数/同期行主动脉瓣手术的患者总数×100%	主动脉瓣有效瓣膜面积指数=人工瓣膜有效瓣口面积（cm ² ）/患者体表面积（m ² ）	逐步提高
3.15.8 主动脉腔内修复术						
3.15.8.1 主动脉腔内修复术住院死亡率	单位时间内，行主动脉腔内修复术住院期间死亡的患者数，占同期行主动脉腔内修复术	行主动脉腔内修复术住院期间死亡的患者数	同期行主动脉腔内修复术的患者总数	主动脉腔内修复术住院死亡率=行主动脉腔内修复术住院期间死亡的患者数/同期行主动脉腔内修复术的患者		逐步降低

		的患者总数的比例。			总数×100%		
3.15.8.2 主动脉腔内修复术后机械通气时间大于等于24小时发生率	单位时间内，行主动脉腔内修复术后连续机械通气时间大于等于24小时的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。	行主动脉腔内修复术后连续机械通气时间大于等于24小时的患者数	同期行主动脉腔内修复术的患者总数		主动脉腔内修复术后机械通气时间大于等于24小时发生率=行主动脉腔内修复术后连续机械通气时间大于等于24小时的患者数/同期行主动脉腔内修复术的患者总数×100%	拔管后再次机械通气时间不计算在内。	逐步降低
3.15.8.3 主动脉腔内修复术非计划二次手术率	单位时间内，行主动脉腔内修复术后非计划二次手术的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。	行主动脉腔内修复术后非计划二次手术的患者数	同期行主动脉腔内修复术的患者总数		主动脉腔内修复术非计划二次手术率=行主动脉腔内修复术后非计划二次手术的患者数/同期行主动脉腔内修复术的患者总数×100%	非计划二次手术包括主动脉和入路血管的再次手术，手术方式包括开放和腔内手术，均为同一次住院期间或术后30天内发生。	逐步降低
3.15.8.4 主动脉腔内修复术后内漏发生率	单位时间内，行主动脉腔内修复术后住院期间检查发现内漏的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。	行主动脉腔内修复术后住院期间检查发现内漏的患者数	同期行主动脉腔内修复术的患者总数		主动脉腔内修复术后内漏发生率=行主动脉腔内修复术后住院期间检查发现内漏的患者数/同期行主动脉腔内修复术的患者总数×100%	内漏的评价以住院期间最后一次主动脉CTA/DSA检查为准。	逐步降低
3.15.8.5 主动脉腔内修复术后脑卒中发生率	单位时间内，行主动脉腔内修复术后发生脑卒中的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。	行主动脉腔内修复术后发生脑卒中的患者数	同期行主动脉腔内修复术的患者总数		主动脉腔内修复术后脑卒中发生率=行主动脉腔内修复术后发生脑卒中的患者数/同期行主动脉腔内修复术的患者总数×100%		逐步降低
3.15.8.6 主动脉腔内修复术后急性肾衰竭发生率	单位时间内，行主动脉腔内修复术后发生急性肾衰竭的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。	行主动脉腔内修复术后发生急性肾衰竭的患者数	同期行主动脉腔内修复术的患者总数		主动脉腔内修复术后急性肾衰竭发生率=行主动脉腔内修复术后发生急性肾衰竭的患者数/同期行主动脉腔内修复术的患者总数×100%		逐步降低
3.15.8.7 主动脉腔内修复术后脊髓损伤发生	单位时间内，行主动脉腔内修复术后发生脊髓损伤的患者	行主动脉腔内修复术后发生脊髓损伤的患者数	同期行主动脉腔内修复术的患者总数		主动脉腔内修复术后脊髓损伤发生率=行主动脉腔内修复术后发生脊髓损	脊髓损伤表现为下肢肌力为0-4级，且较术前减低： (1) 0级，下肢无法运动；(2) 1级，下肢可以运	逐步降低

率	数, 占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。			伤的患者数/同期行主动脉腔内修复术的患者总数×100%	动, 但不能对抗肢体的重力; (3) 2级, 下肢能够对抗肢体的重力进行运动; (4) 3级, 在协助下可以站立; (5) 4级, 在协助下可以行走; (6) 正常下肢肌力。	
3.15.8.8 主动脉腔内修复术后心肌梗死发生率	单位时间内, 行主动脉腔内修复术后发生心肌梗死的患者数, 占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。	行主动脉腔内修复术后发生心肌梗死的患者数	同期行主动脉腔内修复术的患者总数	主动脉腔内修复术后心肌梗死发生率=行主动脉腔内修复术后发生心肌梗死的患者数/同期行主动脉腔内修复术的患者总数×100%		逐步降低
3.15.8.9 主动脉腔内修复术 30 天内 CTA 复查率	单位时间内, 行主动脉腔内修复术 30 天内进行主动脉 CTA 复查的患者数, 占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。	行主动脉腔内修复术 30 天内进行主动脉 CTA 复查的患者数	同期行主动脉腔内修复术的患者总数	主动脉腔内修复术 30 天内 CTA 复查率=行主动脉腔内修复术 30 天内进行主动脉 CTA 复查的患者数/同期行主动脉腔内修复术的患者总数×100%		逐步提高
3.15.8.10 主动脉腔内修复术后 30 天随访率	单位时间内, 行主动脉腔内修复术后 30 天进行随访的患者数, 占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。	行主动脉腔内修复术后 30 天进行随访的患者数	同期行主动脉腔内修复术的患者总数	主动脉腔内修复术后 30 天随访率=行主动脉腔内修复术后 30 天进行随访的患者数/同期行主动脉腔内修复术的患者总数×100%	术后 30 天随访包括但不限于门诊随访、电话随访及 CTA 随访; 随访时间窗为术后 30±7 天。	逐步提高
3.15.8.11 主动脉腔内修复术前β受体阻滞剂使用率	单位时间内, 行主动脉腔内修复术前使用β受体阻滞剂的患者数, 占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。	行主动脉腔内修复术前使用β受体阻滞剂的患者数	同期行主动脉腔内修复术的患者总数	主动脉腔内修复术前β受体阻滞剂使用率=行主动脉腔内修复术前使用β受体阻滞剂的患者数/同期行主动脉腔内修复术的患者总数×100%		逐步提高
3.15.8.12 主动脉腔内修复术前他汀类药物使用率	单位时间内, 行主动脉腔内修复术前使用他汀类药物的患者数, 占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。	行主动脉腔内修复术前使用他汀类药物的患者数	同期行主动脉腔内修复术的患者总数	主动脉腔内修复术前他汀类药物使用率=行主动脉腔内修复术前使用他汀类药物的患者数/同期行主动脉腔内修复术的患者总数×100%		逐步提高

3.15.9 先天性心脏病介入治疗技术						
3.15.9.1 先天性心脏病介入治疗成功率	单位时间内，行先天性心脏病介入治疗成功的患者数，占同期行先天性心脏病介入治疗的患者总数的比例。	行先天性心脏病介入治疗成功的患者数	同期行先天性心脏病介入治疗的患者总数	先天性心脏病介入治疗成功率=行先天性心脏病介入治疗成功的患者数/同期行先天性心脏病介入治疗的患者总数×100%	1.先天性心脏病包括房间隔缺损（ASD）、室间隔缺损（VSD）、动脉导管未闭 PDA 及肺动脉瓣狭窄（PS）（下同）。 2.治疗成功指通过介入手段治疗先天性心脏病后，达到治愈原先天性畸形或明显改善其血流动力学，且未发生严重并发症。	逐步提高
3.15.9.2 先天性心脏病介入治疗后严重房室传导阻滞发生率	单位时间内，行 ASD/VSD 介入治疗术中或术后发生严重房室传导阻滞的患者数，占同期行 ASD/VSD 介入治疗的患者总数的比例。	行 ASD/VSD 介入治疗术中或术后发生严重房室传导阻滞的患者数	同期行 ASD/VSD 介入治疗的患者总数	先天性心脏病介入治疗后严重房室传导阻滞发生率=行 ASD/VSD 介入治疗术中或术后发生严重房室传导阻滞的患者数/同期行 ASD/VSD 介入治疗的患者总数×100%	1.本指标适用于所有尝试行介入治疗的 ASD/VSD 患者。 2.严重房室传导阻滞指二度 II 型、高度和三度房室传导阻滞。	逐步降低
3.15.9.3 先天性心脏病介入治疗封堵器移位或脱落发生率	单位时间内，行先天性心脏病介入治疗发生封堵器移位或脱落的患者数，占同期行先天性心脏病介入治疗的患者总数的比例。	行先天性心脏病介入治疗发生封堵器移位或脱落的患者数	同期行先天性心脏病介入治疗的患者总数	先天性心脏病介入治疗封堵器移位或脱落发生率=行先天性心脏病介入治疗发生封堵器移位或脱落的患者数/同期行先天性心脏病介入治疗的患者总数×100%	1.本指标适用于所有尝试行介入治疗的 ASD、VSD 及 PDA 患者。 2.封堵器移位或脱落指 ASD、VSD 及 PDA 介入治疗术中或术后经影像学检查证实封堵器位置发生异常。包括：封堵器偏移造成残余分流；封堵器偏移导致房室瓣或半月瓣反流、右室流出道狭窄；封堵器脱入左右心房、左右心室、肺动脉、主动脉及其分支。	逐步降低
3.15.9.4 先天性心脏病介入治疗溶血发生率	单位时间内，行先天性心脏病介入治疗发生溶血的患者数，占同期行先天性心脏病介入治疗的患者总数的比例。	行先天性心脏病介入治疗发生溶血的患者数	同期行先天性心脏病介入治疗的患者总数	先天性心脏病介入治疗溶血发生率=行先天性心脏病介入治疗发生溶血的患者数/同期行先天性心脏病介入治疗的患者总数×100%	1.本指标适用于所有尝试行介入治疗的 ASD、VSD 及 PDA 患者。 2.溶血指血浆游离血红蛋白≥40mg/L。	逐步降低
3.15.9.5 先天性心脏病介入治疗	单位时间内，行先天性心脏病介入治疗	行先天性心脏病介入治疗发生	同期行先天性心脏病介入	先天性心脏病介入治疗心脏压塞发生率=行		逐步

	疗心脏压塞发生率	疗发生心脏压塞的患者数，占同期行先心病介入治疗的患者总数的比例。	心脏压塞的患者数	治疗的患者总数	先心病介入治疗发生心脏压塞的患者数/同期行先心病介入治疗的患者总数×100%		降低
	3.15.9.6 先心病介入治疗输血率	单位时间内，行先心病介入治疗后给予输血的患者数，占行先心病介入治疗的患者总数的比例。	行先心病介入治疗后给予输血的患者数	同期行先心病介入治疗的患者总数	先心病介入治疗输血率=行先心病介入治疗后给予输血的患者数/同期行先心病介入治疗的患者总数×100%	输血指先心病介入治疗术后由于各种原因输注红细胞、血浆及血小板。	逐步降低
	3.15.9.7 先心病介入治疗非计划二次手术率	单位时间内，行先心病介入治疗后非计划二次手术的患者数，占同期行先心病介入治疗的患者总数的比例。	行先心病介入治疗后非计划二次手术的患者数	同期行先心病介入治疗的患者总数	先心病介入治疗非计划二次手术率=行先心病介入治疗后非计划二次手术的患者数/同期行先心病介入治疗的患者总数×100%		逐步降低
	3.15.9.8 先心病介入治疗住院死亡率	单位时间内，行先心病介入治疗住院期间死亡的患者数，占同期行先心病介入治疗的患者总数的比例。	行先心病介入治疗住院期间死亡的患者数	同期行先心病介入治疗的患者总数	先心病介入治疗住院死亡率=行先心病介入治疗住院期间死亡的患者数/同期行先心病介入治疗的患者总数×100%		逐步降低
	3.15.10 冠心病介入治疗技术						
	3.15.10.1 冠脉介入治疗术后即刻冠状动脉造影成功率	单位时间内，冠脉介入治疗术后即刻冠状动脉造影成功的例数，占同期接受冠脉介入治疗的总例数的比例。	冠脉介入治疗术后即刻冠状动脉造影成功的例数	同期接受冠脉介入治疗的总例数	冠脉介入治疗术后即刻冠状动脉造影成功率=冠脉介入治疗术后即刻冠状动脉造影成功的例数/同期接受冠脉介入治疗的总例数×100%	冠状动脉造影成功是指支架术后病变残余狭窄<20%或单纯经皮冠状动脉腔内血管成形术（PTCA）后病变残余狭窄<50%，且冠状动脉血流心肌梗死溶栓（TIMI）分级3级。	逐步提高
	3.15.10.2 冠脉介入治疗临床成功率	单位时间内，冠脉介入治疗临床成功的例数，占同期接受冠脉介入治疗的总例数的比例。	冠脉介入治疗临床成功的例数	同期接受冠脉介入治疗的总例数	冠脉介入治疗临床成功率=冠脉介入治疗临床成功的例数/同期接受冠脉介入治疗的总例数×100%	冠脉介入治疗临床成功是指符合术后即刻冠状动脉造影成功标准，且24小时内无死亡。	逐步提高
	3.15.10.3 冠脉介入治	单位时间内，本次接受冠脉介	本次接受冠脉介入治疗	同期接受冠脉介入	冠脉介入治疗住院死亡率=本次接受		逐步

疗住院死亡率	入治疗住院期间死亡的患者数，占同期接受冠脉介入治疗的患者总数的比例。	住院期间死亡的患者数	治疗的总例数	冠脉介入治疗住院期间死亡的患者数/同期接受冠脉介入治疗的总例数×100%		降低
3.15.10.4 择期冠脉介入治疗住院死亡率	单位时间内，择期冠脉介入治疗本次住院期间死亡的患者数，占同期接受择期冠脉介入治疗的患者总数的比例。	择期冠脉介入治疗本次住院期间死亡的患者数	同期接受冠脉介入治疗的总例数	择期冠脉介入治疗住院死亡率=择期冠脉介入治疗本次住院期间死亡的患者数/同期接受冠脉介入治疗的总例数×100%	择期冠脉介入治疗是指除 ST 段抬高型心肌梗死（STEMI）患者接受的直接经皮冠状动脉介入治疗（PCI）以及非 ST 段抬高型急性冠脉综合征（NSTEACS）患者接受的急诊经皮冠状动脉介入治疗（PCI）以外的介入治疗。	逐步降低
3.15.10.5 冠脉介入治疗严重并发症发生率	单位时间内，接受冠脉介入治疗住院期间发生严重并发症的患者数，占同期接受冠脉介入治疗的患者总数的比例。	接受冠脉介入治疗住院期间发生严重并发症的患者数	同期接受冠脉介入治疗的总例数	冠脉介入治疗严重并发症发生率=接受冠脉介入治疗住院期间发生严重并发症的患者数/同期接受冠脉介入治疗的总例数×100%	严重并发症是指急性心肌梗死、急性或亚急性支架内血栓、心脏压塞、恶性心律失常、需要输血或危及生命的出血事件。	逐步降低
3.15.10.6STEMI 患者发病 12 小时内接受直接 PCI 率	STEMI 患者发病 12 小时内接受直接 PCI 的患者数，占同期发病 12 小时内到院的 STEMI 患者总数的比例。	STEMI 患者发病 12 小时内接受直接 PCI 的患者数	同期发病 12 小时内到院的 STEMI 患者总数	STEMI 患者发病 12 小时内接受直接 PCI 率=STEMI 患者发病 12 小时内接受直接 PCI 的患者数/同期接受冠脉介入治疗的总例数×100%		逐步提高
3.15.10.7 行直接 PCI 的 STEMI 患者到院至导丝通过靶血管（DTD）平均时间	STEMI 患者行直接 PCI 的 DTD 时间总和和 STEMI 患者行直接 PCI 的总例数的比值。	STEMI 患者行直接 PCI 的 DTD 时间总和	STEMI 患者行直接 PCI 的总例数	行直接 PCI 的 STEMI 患者到院至导丝通过靶血管（DTD）平均时间=STEMI 患者行直接 PCI 的 DTD 时间总和/同期接受冠脉介入治疗的总例数×100%		监测比较
3.15.10.8 接受 PCI 治疗的非 ST 段抬高型急性冠脉综合征（NSTEACS）患者进行危险分层的比率	接受 PCI 治疗的 NSTE ACS 患者进行危险分层的患者数，占同期接受 PCI 治疗的 NSTE ACS 患者总数的比例。	接受 PCI 治疗的 NSTEACS 患者进行危险分层的患者数	同期接受 PCI 治疗的 NSTEACS 患者总数	接受 PCI 治疗的非 ST 段抬高型急性冠脉综合征（NSTEACS）患者进行危险分层的比率=接受 PCI 治疗的 NSTEACS 患者进行危险分层的患者数/同期接受冠脉介入治疗的总例数		逐步提高

					×100%		
3.15.10.9 例次平均支架数	平均每例次手术中置入支架的个数。	植入冠脉总支架数	同期接受冠脉介入治疗的总病例数		例次平均支架数=植入冠脉总支架数/同期接受冠脉介入治疗的总例数×100%		监测比较
3.15.10.10 冠脉介入治疗术前双重抗血小板药物使用率	单位时间内，冠脉介入治疗术前使用双重抗血小板药物的患者数，占同期接受冠脉介入治疗的患者总数的比例。	冠脉介入治疗术前使用双重抗血小板药物的患者数	同期接受冠脉介入治疗的总病例数		冠脉介入治疗术前双重抗血小板药物使用率=冠脉介入治疗术前使用双重抗血小板药物的患者数/同期接受冠脉介入治疗的总例数×100%		逐步提高
3.15.10.11 冠脉介入治疗住院期间他汀类药物使用率	单位时间内，冠脉介入治疗住院期间使用他汀类药物的患者数，占同期接受冠脉介入治疗的患者总数的比例。	冠脉介入治疗住院期间使用他汀类药物的患者数	同期接受冠脉介入治疗的患者总数		冠脉介入治疗住院期间他汀类药物使用率=冠脉介入治疗住院期间使用他汀类药物的患者数/同期接受冠脉介入治疗的总例数×100%		逐步提高
3.15.11 心律失常介入治疗技术							
3.15.11.1 心脏植入型电子器械（CIED）植入术住院死亡率	单位时间内，行 CIED 植入术住院期间死亡的患者数，占同期行 CIED 植入术的患者总数的比例。	行 CIED 植入术住院期间死亡的患者数	同期行 CIED 植入术的患者总数		心脏植入型电子器械（CIED）植入术住院死亡率=行 CIED 植入术住院期间死亡的患者数/同期行 CIED 植入术的患者总数×100%	CIED 包括心脏永久起搏器（PM）、植入型心律转复除颤器（ICD）、心脏再同步化治疗（CRTP）、心脏再同步化治疗除颤器（CRTD）；CIED 植入术包括 CIED 新植入、CIED 更换以及 CIED 升级手术。	逐步降低
3.15.11.2 CIED 植入术心脏压塞发生率	单位时间内，行 CIED 植入术发生心脏压塞的患者数，占同期行 CIED 植入术的患者总数的比例。	行 CIED 植入术发生心脏压塞的患者数	同期行 CIED 植入术的患者总数		CIED 植入术心脏压塞发生率=行 CIED 植入术发生心脏压塞的患者数/同期行 CIED 植入术的患者总数×100%		逐步降低
3.15.11.3 CIED 植入术导线脱位发生率	单位时间内，行 CIED 植入术发生导线脱位的患者数，占同期行 CIED 植入术的患者总数	行 CIED 植入术发生导线脱位的患者数	同期行 CIED 植入术的患者总数		CIED 植入术导线脱位发生率=行 CIED 植入术发生导线脱位的患者数/同期行 CIED 植入术的患者总数	导线脱位指 CIED 植入术后住院期间发生导线脱位并且需行电极导线调整术。导线脱位可以通过心电图，胸片和起搏器程控检查等明确诊断。	逐步降低

		的比例。			×100%		
	3.15.11.4 阵发性室上性心动过速（PSVT）导管消融治疗成功率	单位时间内，行 PSVT 导管消融治疗成功的患者数，占同期行 PSVT 导管消融治疗的患者总数的比例。	行 PSVT 导管消融治疗成功的患者数	同期行 PSVT 导管消融治疗的患者总数	阵发性室上性心动过速（PSVT）导管消融治疗成功率=行 PSVT 导管消融治疗成功的患者数/同期行 PSVT 导管消融治疗的患者总数×100%		逐步提高
	3.15.11.5 导管消融治疗后严重房室传导阻滞发生率	单位时间内，行导管消融治疗术中或术后发生严重房室传导阻滞的患者数，占同期行导管消融治疗的患者总数的比例。	行导管消融治疗术中或术后发生严重房室传导阻滞的患者数	同期行导管消融治疗的患者总数	导管消融治疗后严重房室传导阻滞发生率=行导管消融治疗术中或术后发生严重房室传导阻滞的患者数/同期行导管消融治疗的患者总数×100%	严重房室传导阻滞指二度 II 型、高度和三度房室传导阻滞。	逐步降低
	3.15.11.6 导管消融治疗心脏压塞发生率	单位时间内，行导管消融治疗发生心脏压塞的患者数，占同期行导管消融治疗的患者总数的比例。	行导管消融治疗发生心脏压塞的患者数	同期行导管消融治疗的患者总数	导管消融治疗心脏压塞发生率=行导管消融治疗发生心脏压塞的患者数/同期行导管消融治疗的患者总数×100%		逐步降低
	3.15.11.7 导管消融治疗住院死亡率	单位时间内，行导管消融治疗住院期间死亡的患者数，占同期行导管消融治疗的患者总数的比例。	行导管消融治疗住院期间死亡的患者数	同期行导管消融治疗的患者总数	导管消融治疗住院死亡率=行导管消融治疗住院期间死亡的患者数/同期行导管消融治疗的患者总数×100%		逐步降低
十六、超声诊断专业医疗质量控制指标（2022年版）	3.16.1 超声医师月均工作量	单位时间内，每名超声医师每月平均承担的工作量。	超声科年总工作量	超声医师数×12个月	超声医师月均工作量=超声科年总工作量/（超声医师数×12个月）	1.超声科年总工作量是指超声科医师发出的超声报告单总数量。 2.超声医师是指取得《医师执业证书》，在本机构专职从事超声诊疗工作且每年工作天数不少于6个月的医师。	监测比较
	3.16.2 超声仪器质检率	单位时间内，完成质检的超声仪器数占同期本机构在用超声仪器数	单位时间内完成质检的超声仪器数	同期本机构在用超声仪器总数	超声仪器质检率=单位时间内完成质检的超声仪器数/同期本机构在用超	超声仪器质检是指每年由国家认定的计量检测机构	逐步提高

		声仪器总数的比例。			声仪器总数×100%		
3.16.3 住院超声检查 48 小时内完成率	单位时间内，在临床开具住院超声检查申请 48 小时内完成检查并出具超声检查报告的例数，占同期临床开具住院超声检查申请单总数的比例。	单位时间内在临床开具住院超声检查申请 48h 内完成检查并出具超声检查报告的例数	同期临床开具住院超声检查申请单总数	住院超声检查 48 小时内完成率=单位时间内在临床开具住院超声检查申请 48h 内完成检查并出具超声检查报告的例数/同期临床开具住院超声检查申请单总数×100%	以临床提交住院超声检查申请、超声科室接收确认后开始计算时间，除外改约病例和节假日时间。	逐步提高	
3.16.4 超声危急值 10 分钟内通报完成率	单位时间内，10 分钟内完成通报的超声危急值例数占同期超声危急值总例数的比例。	单位时间内 10 分钟内完成通报的超声危急值例数	同期超声危急值总例数	超声危急值 10 分钟内通报完成率=单位时间内 10 分钟内完成通报的超声危急值例数/同期超声危急值总例数×100%	1.超声检查危急值是指超声检查影像提示以下超声诊断：疑似肝脏、脾脏、肾脏破裂出血；疑似宫外孕破裂并腹腔内出血；急性胆囊炎考虑胆囊化脓并急性穿孔；晚期妊娠出现羊水过少并胎儿心率过快(>160 次/min)或过慢(<110 次/min)；子宫破裂；胎盘早剥、前置胎盘并活动性出血；首次发现心功能减退(LVEF <35%)；心包积液合并心脏压塞；主动脉夹层；主动脉瘤破裂；心脏破裂；心脏游离血栓；急性上下肢动脉栓塞；瓣膜置换术后卡瓣。 2.超声检查结束并出具报告后，需将危急值检查结果 10 分钟内通报给临床医生。	逐步提高	
3.16.5 超声报告书写合格率	单位时间内，超声检查报告书写合格的数量占同期超声检查报告总数的比例。	单位时间内超声检查报告书写合格的数量	同期超声检查报告总数	超声报告书写合格率=单位时间内超声检查报告书写合格的数量/同期超声检查报告总数×100%	具有下列情况之一者视为不合格报告： 1.报告单无具有资质医生签名的； 2.未包含申请单开具项目检查的； 3.报告单中的描述与结论不一致的； 4.报告单存在明显错误的，包括：所查脏器缺如但报告为正常；报告描述检查器官、部位、病变的方位（左右、上下、前后）、单位、数据错误；未删除与超声报告有歧义的模板文字；报告单患者姓名、性别、住	逐步提高	

						院号(就诊号)与实际不符或缺失。	
3.16.6 乳腺病变超声报告进行乳腺影像报告和数据系统(BI-RADS)分类率	单位时间内, 进行 BI-RADS 分类的乳腺病变超声报告数, 占同期乳腺病变超声报告总数的比例。	单位时间内进行 BI-RADS 分类的乳腺病变超声报告数	同期乳腺病变超声报告总数	乳腺病变超声报告进行乳腺影像报告和数据系统(BI-RADS)分类率=单位时间内进行 BI-RADS 分类的乳腺病变超声报告数/同期乳腺病变超声报告总数×100%	参照 ACR BI-RADS® Ultrasound 2013 进行分类。		逐步提高
3.16.7 门急诊超声报告阳性率	单位时间内, 门急诊超声报告中有异常发现的报告数, 占同期门急诊超声报告总数的比例。	单位时间内门急诊超声报告中有异常发现的报告数	同期门急诊超声报告总数	门急诊超声报告阳性率=单位时间内门急诊超声报告中有异常发现的报告数/同期门急诊超声报告总数×100%	1.指标按照报告份数统计, 如果一份报告中含有多个检查部位, 有一项阳性或多项阳性结果, 按 1 例阳性报告统计。 2.该指标不包括健康体检相关超声报告。		逐步提高
3.16.8 住院超声报告阳性率	单位时间内, 住院超声报告中有异常发现的报告数, 占同期住院超声报告总数的比例。	单位时间内住院超声报告中有异常发现的报告数	同期住院超声报告总数	住院超声报告阳性率=单位时间内住院超声报告中有异常发现的报告数/同期住院超声报告总数×100%	指标按照报告份数统计, 如果一份报告中含有多个检查部位, 有一项阳性或多项阳性结果, 按 1 例阳性报告统计。		逐步提高
3.16.9 超声筛查中胎儿重大致死性畸形的检出率	单位时间内, 在超声筛查中检出胎儿重大致死性畸形的孕妇人数, 占同期超声产检的孕妇总数的比例。	单位时间内超声筛查中检出胎儿重大致死性畸形的孕妇人数	同期超声产检的孕妇总人数	超声筛查中胎儿重大致死性畸形的检出率=单位时间内超声筛查中检出胎儿重大致死性畸形的孕妇人数/同期超声产检的孕妇总人数×100%	1.胎儿重大致死性畸形包括无脑儿、严重脑膨出、严重的开放性脊柱裂、严重的胸腹壁缺损内脏外翻、单腔心、致死性软骨发育不全。 2.该指标的统计按孕妇人数计算。同一孕妇(含多胎)行多次超声检查, 按 1 人次计算。 3.本指标仅适用于提供产检服务的医疗机构。		监测比较
3.16.10 超声诊断符合率	单位时间内, 超声诊断与病理或临床诊断符合的例数, 占同期超声诊断有对应病理或临床诊断总例数的比例。	单位时间内超声诊断与病理或临床诊断符合例数	同期超声诊断有对应病理或临床诊断总例数	超声诊断符合率=单位时间内超声诊断与病理或临床诊断符合例数/同期超声诊断有对应病理或临床诊断总例数×100%	1.只统计超声诊断有对应病理诊断或临床最终诊断的例数, 如果一份报告中含有多个检查部位, 统计主要诊断。 2.以手术诊断或术后病理诊断、临床检验指标、动态随访结局、其它影像学检查佐证和病例讨论等确定, 进行综合分析后作为诊断标准。		逐步提高

	3.16.11 乳腺占位超声诊断准确率	单位时间内，乳腺超声诊断为乳腺癌或非乳腺癌与病理检验结果相一致的例数，占同期行超声诊断为乳腺占位并送病理检验总例数的比例。	单位时间内乳腺超声诊断为乳腺癌或非乳腺癌与病理检验结果相一致的例数	同期行超声诊断为乳腺占位并送病理检验总例数	乳腺占位超声诊断准确率=单位时间内乳腺超声诊断为乳腺癌或非乳腺癌与病理检验结果相一致的例数/同期行超声诊断为乳腺占位并送病理检验总例数×100%	1.采用 BI-RADS®分类，真阳性及真阴性参照 ACR BI-RADS® Ultrasound 2013。 2.纳入同期进行乳腺超声检查并通过穿刺或切除活检获得明确病理诊断结果的病例；排除超声无法定性或未定性的病例；排除无病理诊断或病理诊断不明确的病例。 3.以最终病理诊断为参考标准。	逐步提高
	3.16.12 颈动脉狭窄(≥50%)超声诊断符合率	单位时间内，超声诊断为颈动脉狭窄(≥50%)与 DSA 或 CTA 等其他影像结果相符合的例数，占同期超声诊断颈动脉狭窄(≥50%)并可获得 DSA 或 CTA 等其他影像结果总例数的比例。	单位时间内超声诊断为颈动脉狭窄(≥50%)与 DSA 或 CTA 等其他影像结果相符合的例数	同期超声诊断颈动脉狭窄(≥50%)并可获得 DSA 或 CTA 等其他影像结果的总例数	颈动脉狭窄(≥50%)超声诊断符合率=单位时间内超声诊断为颈动脉狭窄(≥50%)与 DSA 或 CTA 等其他影像结果相符合的例数/同期超声诊断颈动脉狭窄(≥50%)并可获得 DSA 或 CTA 等其他影像结果的总例数×100%	超声诊断颈动脉狭窄的侧别、狭窄血管名称及狭窄程度的分级与 DSA 或 CTA 等其他影像结果相符合才纳入符合例数。	逐步提高
	3.16.13 超声介入相关主要并发症发生率	单位时间内，超声介入相关主要并发症发生的例数，占同期超声介入总例数的比例。	单位时间内超声介入相关主要并发症发生的例数	同期超声介入总例数	超声介入相关主要并发症发生率=单位时间内超声介入相关主要并发症发生的例数/同期超声介入总例数×100%	1.纳入统计的超声介入包括穿刺活检、抽吸、引流、插管、注药治疗、消融等超声引导下的穿刺与治疗。 2.主要并发症包括：出血、感染、邻近脏器损伤、神经损伤、针道种植等。	逐步降低
十七、康复医学专业医疗质量控制指标(2022年版)	3.17.1 康复医学科床位占比	康复医学科开放床位数占同期医院开放床位数的比例。	康复医学科开放床位数	同期医院开放床位数	康复医学科床位占比=康复医学科开放床位数/同期医院开放床位数×100%		监测达标
	3.17.2 康复医学科医师床配比	康复医学科每张实际开放病床配备的康复医师数量。	康复医学科医师人数	同期康复医学科病房开放床位数	康复医学科医师床配比=康复医学科医师人数/同期康复医学科病房开放床位数	康复医师指在本医疗机构注册，专门从事康复医疗工作的执业医师。	监测达标
	3.17.3 康复医学科护士床配比	康复医学科平均实际开放病床配备的护士数量。	康复医学科护士人数	同期康复医学科病房开放床位数	康复医学科护士床配比=康复医学科护士人数/同期康复医学科病房开放		监测达标

					床位数		
3.17.4 康复医学科治疗师床配比	康复医学科每张实际开放病床配备的治疗师数量。	康复医学科治疗师人数	同期康复医学科病房开放床位数	康复医学科治疗师床配比=康复医学科治疗师人数/同期康复医学科病房开放床位数			监测达标
3.17.5 脑卒中患者早期康复介入率	单位时间内，接受早期康复介入的住院脑卒中患者数占同期住院脑卒中患者总数的比例。	单位时间内接受早期康复介入的住院脑卒中患者数	同期住院脑卒中患者总数	脑卒中患者早期康复介入率=单位时间内接受早期康复介入的住院脑卒中患者数/同期住院脑卒中患者总数×100%	1.统计范围包括医疗机构内所有符合相关条件的住院患者，下同。 2.脑卒中早期康复介入首次诊疗时间应当在患者生命体征稳定、神经功能缺损症状稳定后 48 小时内。		逐步提高
3.17.6 脊髓损伤患者早期康复介入率	单位时间内，接受早期康复介入的住院脊髓损伤患者数占同期住院脊髓损伤患者总数的比例。	单位时间内接受早期康复介入的住院脊髓损伤患者数	同期住院脊髓损伤患者总数	脊髓损伤患者早期康复介入率=单位时间内接受早期康复介入的住院脊髓损伤患者数/同期住院脊髓损伤患者总数×100%	脊髓损伤早期康复介入首次诊疗时间应当在临床专科处置完成后 48 小时内。		逐步提高
3.17.7 髋、膝关节置换术后患者早期康复介入率	单位时间内，接受早期康复介入的住院髋、膝关节置换术后患者数占同期住院髋、膝关节置换术后患者总数的比例。	单位时间内接受早期康复介入的住院髋、膝关节置换术后患者数	同期住院髋、膝关节置换术后患者总数	髋、膝关节置换术后患者早期康复介入率=单位时间内接受早期康复介入的住院髋、膝关节置换术后患者数/同期住院髋、膝关节置换术后患者总数×100%	髋、膝关节置换术后患者早期康复介入首次诊疗时间应当在关节置换术后 24 小时内。		逐步提高
3.17.8 日常生活活动能力（ADL）改善率	单位时间内，ADL 改善的康复医学科住院患者数占同期康复医学科住院患者总数的比例。	单位时间内 ADL 改善的康复医学科住院患者数	同期康复医学科住院患者总数	日常生活活动能力（ADL）改善率=单位时间内 ADL 改善的康复医学科住院患者数/同期康复医学科住院患者总数×100%	ADL 评定包括但不限于 Barthel 指数、改良 Barthel 指数等。		逐步提高
3.17.9 脊髓损伤患者 ADL 改善率	单位时间内，ADL 改善的康复医学科住院脊髓损伤患者数占同期康复医学科住院脊髓损伤患者总数的比例。	单位时间内 ADL 改善的康复医学科住院脊髓损伤患者数	同期康复医学科住院脊髓损伤患者总数	脊髓损伤患者 ADL 改善率=单位时间内 ADL 改善的康复医学科住院脊髓损伤患者数/同期康复医学科住院脊髓损伤患者总数×100%	ADL 评定包括但不限于 Barthel 指数、改良 Barthel 指数、脊髓功能独立性评定（SCIM）等。		逐步提高

3.17.10 脑卒中患者 ADL 改善率	单位时间内,ADL 改善的康复医学科住院脑卒中患者数占同期康复医学科住院脑卒中患者总数的比例。	单位时间内 ADL 改善的康复医学科住院脑卒中患者数	同期康复医学科住院脑卒中患者总数	脑卒中患者 ADL 改善率=单位时间内 ADL 改善的康复医学科住院脑卒中患者数/同期康复医学科住院脑卒中患者总数×100%	ADL 评定包括但不限于 Barthel 指数、改良 Barthel 指数等。	逐步提高
3.17.11 康复评定率						
3.17.11.1 脑卒中患者运动功能评定率	单位时间内,进行运动功能评定的康复医学科住院脑卒中患者数占同期康复医学科住院脑卒中患者总数的比例。	单位时间内进行运动功能评定的康复医学科住院脑卒中患者数	同期康复医学科住院脑卒中患者总数	脑卒中患者运动功能评定率=单位时间内进行运动功能评定的康复医学科住院脑卒中患者数/同期康复医学科住院脑卒中患者总数×100%	运动功能评定包括但不限于 Brunnstrom 分期、Fugl-Meyer 运动功能评分、上田敏偏瘫功能评价、Rivermead 运动指数评分等。	逐步提高
3.17.11.2 脑卒中患者言语功能评定率	单位时间内,进行言语功能评定的康复医学科住院脑卒中患者数占同期康复医学科住院脑卒中患者总数的比例。	单位时间内进行言语功能评定的康复医学科住院脑卒中患者数	同期康复医学科住院脑卒中患者总数	脑卒中患者言语功能评定率=单位时间内进行言语功能评定的康复医学科住院脑卒中患者数/同期康复医学科住院脑卒中患者总数×100%	言语功能评定包括但不限于失语症筛查表、BDAE、WAB、Frenchay 评定等。	逐步提高
3.17.11.3 脑卒中患者吞咽功能评定率	单位时间内,进行吞咽功能评定的康复医学科住院脑卒中患者数占同期康复医学科住院脑卒中患者总数的比例。	单位时间内进行吞咽功能评定的康复医学科住院脑卒中患者数	同期康复医学科住院脑卒中患者总数	脑卒中患者吞咽功能评定率=单位时间内进行吞咽功能评定的康复医学科住院脑卒中患者数/同期康复医学科住院脑卒中患者总数×100%	吞咽功能评定包括但不限于洼田饮水试验、容积-粘度吞咽测试(V-VST)、视频 X 线透视吞咽检查(VFSS)、纤维内镜吞咽功能检查(FEES)等。	逐步提高
3.17.11.4 脊髓损伤患者神经功能评定率	单位时间内,进行神经功能评定的康复医学科住院脊髓损伤患者数占同期康复医学科住院脊髓损伤患者总数的比例。	单位时间内进行神经功能评定的康复医学科住院脊髓损伤患者数	同期康复医学科住院脊髓损伤患者总数	脊髓损伤患者神经功能评定率=单位时间内进行神经功能评定的康复医学科住院脊髓损伤患者数/同期康复医学科住院脊髓损伤患者总数×100%	神经功能评定是指进行神经损伤平面(NLI)和 ASIA 损伤分级(AIS)评定。	逐步提高
3.17.11.5 髌、膝关节置换术后患者功能评定率	单位时间内,进行术后功能评定的康复医学科住院髌、膝关节置换术后患者数占同期康	单位时间内进行术后功能评定的康复医学科住院髌、膝关节置换术后	同期康复医学科住院髌、膝关节置换术后患者总数	髌、膝关节置换术后患者功能评定率=单位时间内进行术后功能评定的康复医学科住院髌、膝关节置换术后患者	评定包括但不限于 HHS 评分、HSS 评分、Knee Score 评分等。	逐步提高

	复医学科住院髌、膝置换术后患者总数的比例。	患者数		数/同期复医学科住院髌、膝关节置换术后患者总数×100%		
3.17.12 住院患者静脉输液使用率	单位时间内，接受静脉输液治疗的康复医学科住院患者数占同期复医学科住院患者总数的比例。	单位时间内接受静脉输液治疗的康复医学科住院患者数	同期复医学科住院患者总数	住院患者静脉输液使用率=单位时间内接受静脉输液治疗的康复医学科住院患者数/同期复医学科住院患者总数×100%	静脉输液治疗的不合理使用存在安全隐患，增加不必要的医疗成本，需要进行监测。	逐步降低
3.17.13 并发症和不良事件发生率及预防实施率						
3.17.13.1 脑卒中后肩痛发生率	单位时间内，发生肩痛的康复医学科住院脑卒中患者数占同期复医学科住院脑卒中患者总数的比例。	单位时间内复医学科住院期间发生肩痛的住院脑卒中患者数	同期复医学科住院脑卒中患者总数	脑卒中后肩痛发生率=单位时间内复医学科住院期间发生肩痛的住院脑卒中患者数/同期复医学科住院脑卒中患者总数×100%	脑卒中后肩痛包括复杂性区域疼痛综合征(肩手综合征)、肩部软组织疾病或损伤等。	逐步降低
3.17.13.2 脑卒中后肩痛预防实施率	单位时间内，进行脑卒中后肩痛预防的康复医学科住院脑卒中患者数占同期复医学科住院脑卒中患者总数的比例。	单位时间内进行脑卒中后肩痛预防的复医学科住院脑卒中患者数	同期复医学科住院脑卒中患者总数	脑卒中后肩痛预防实施率=单位时间内进行脑卒中后肩痛预防的复医学科住院脑卒中患者数/同期复医学科住院脑卒中患者总数×100%	脑卒中后肩痛严重影响患者上肢功能预后，予以规范的预防可有效降低其发生率。	逐步提高
3.17.13.3 脊髓损伤患者泌尿系感染发生率	单位时间内，发生泌尿系感染的康复医学科住院脊髓损伤患者数占同期复医学科住院脊髓损伤患者总数的比例。	单位时间内复医学科住院期间发生泌尿系感染的脊髓损伤患者数	同期复医学科住院脊髓损伤患者总数	脊髓损伤患者泌尿系感染发生率=单位时间内复医学科住院期间发生泌尿系感染的脊髓损伤患者数/同期复医学科住院脊髓损伤患者总数×100%	泌尿系感染是脊髓损伤康复期常见并发症，应当予以重点关注。	逐步降低
3.17.13.4 脊髓损伤神经源性膀胱患者间歇	单位时间内，复医学科住院脊髓损伤神经源性膀胱患者	单位时间内进行间歇性导尿的复医学科住院	同期复医学科住院脊髓损伤神经源	脊髓损伤神经源性膀胱患者间歇性导尿实施率=单位时间内进行间歇性导	间歇性导尿是神经源性膀胱处理的首选技术，可减少泌尿系感染的发生率。	逐步提高

	性导尿实施率	中进行间歇性导尿的人数占同期康复医学科住院脊髓损伤神经源性膀胱患者总数的比例。	脊髓损伤神经源性膀胱患者数	性膀胱患者总数	尿的康复医学科住院脊髓损伤神经源性膀胱患者数/同期康复医学科住院脊髓损伤神经源性膀胱患者总数×100%		
	3.17.13.5 住院患者静脉血栓栓塞症发生率	单位时间内，发生静脉血栓栓塞症的康复医学科住院患者数占同期康复医学科住院患者总数的比例。	单位时间内发生静脉血栓栓塞症的康复医学科住院患者数	同期康复医学科住院患者总数	住院患者静脉血栓栓塞症发生率=单位时间内发生静脉血栓栓塞症的康复医学科住院患者数/同期康复医学科住院患者总数×100%	静脉血栓栓塞症包括深静脉血栓形成和肺血栓栓塞症。	逐步降低
	3.17.13.6 住院患者静脉血栓栓塞症规范预防率	单位时间内，进行静脉血栓栓塞症规范预防的康复医学科住院患者数占同期康复医学科住院患者总数的比例。	单位时间内进行静脉血栓栓塞症规范预防的康复医学科住院患者数	同期康复医学科住院患者总数	住院患者静脉血栓栓塞症规范预防率=单位时间内进行静脉血栓栓塞症规范预防的康复医学科住院患者数/同期康复医学科住院患者总数×100%	静脉血栓栓塞症是康复医学科常见并发症，严重者可导致患者非预期死亡，予以规范预防可以降低其发生率。	逐步提高
十八、临床营养专业医疗质量控制指标（2022年版）	3.18.1 营养科医床比	营养科医师总数与同期医疗机构实际开放床位数之比。	营养科医师总数	同期医疗机构实际开放床位数	营养科医床比=营养科医师总数/同期医疗机构实际开放床位数	营养科医师指取得临床、公卫或中医等医师执业资格，在本医疗机构注册并从事医师工作的营养科在职人员。	监测比较
	3.18.2 营养科护床比	营养科护士总数与同期医疗机构实际开放床位数之比。	营养科护士总数	同期医疗机构实际开放床位数	营养科护床比=营养科护士总数/同期医疗机构实际开放床位数	营养科护士指取得护士（师）执业资格，在本医疗机构注册并从事护士（师）工作的营养科在职人员。	逐步提高
	3.18.3 营养科技床比	营养科技师总数与同期医疗机构实际开放床位数之比。	营养科技师总数	同期医疗机构实际开放床位数	营养科技床比=营养科技师总数/同期医疗机构实际开放床位数	营养科技师指取得相关专业技术资格，在本医疗机构注册并从事技师工作的营养科在职人员。	逐步提高
	3.18.4 住院患者营养风险筛查率	完成营养风险筛查住院患者数占同期住院患者总数的比例。	完成营养风险筛查住院患者数	同期住院患者总数	住院患者营养风险筛查率=完成营养风险筛查住院患者数/同期住院患者总数×100%	1.营养风险筛查指由受过相关培训的医师采用经验证的营养风险筛查工具，进行营养风险筛查。 2.营养风险指现存或潜在的与营养因素相关的导致患者出现不利临床结局（如感染相关并发症发生率增高、住院时间延长、住院费用增加等）的风险，而非指发生营养不良的风险。	监测比较

						3.营养风险与临床结局密切相关，并可监测患者营养治疗效果。	
3.18.5 存在营养风险住院患者营养治疗率	经营养风险筛查，存在营养风险并接受营养治疗的住院患者数占同期存在营养风险住院患者总数的比例。	存在营养风险并接受营养治疗的住院患者数	同期存在营养风险住院患者总数	存在营养风险住院患者营养治疗率=存在营养风险并接受营养治疗的住院患者数/同期存在营养风险住院患者总数×100%		1.存在营养风险指使用经验证的营养风险筛查工具评估为营养风险阳性。 2.营养治疗是指通过膳食、肠内或肠外途径为患者提供能量和营养素，以达到调整机体代谢、改善营养状况、增强抵抗力、促进康复和痊愈等目的。营养治疗遵循个体化动态调整原则，根据不同疾病或代谢状态，确定患者每日能量、营养素的供给量和比例，并按照标准操作规程进行配制送至病区。	监测比较
3.18.6 糖尿病住院患者营养评估率	进行营养评估的糖尿病住院患者数占同期糖尿病住院患者总数的比例。	进行营养评估的糖尿病住院患者数	同期糖尿病住院患者总数	糖尿病住院患者营养评估率=进行营养评估的糖尿病住院患者数/同期糖尿病住院患者总数×100%		营养评估指采用膳食评估、人体测量、实验室检查和人体代谢检测（间接能量代谢测定和人体成分分析）等技术对糖尿病患者的营养状况进行综合性评定。	逐步提高
3.18.7 糖尿病住院患者营养治疗率	接受营养治疗的糖尿病住院患者数占同期糖尿病住院患者总数的比例。	接受营养治疗的糖尿病住院患者数	同期糖尿病住院患者总数	糖尿病住院患者营养治疗率=接受营养治疗的糖尿病住院患者数/同期糖尿病住院患者总数×100%		营养治疗是指通过膳食、肠内或肠外途径为患者提供能量和营养素，以达到调整机体代谢、改善营养状况、增强抵抗力、促进康复和痊愈等目的。营养治疗遵循个体化动态调整原则，根据不同疾病或代谢状态，确定患者每日能量、营养素的供给量和比例，并按照标准操作规程进行配制送至病区。	逐步提高
3.18.8 使用胰岛素治疗的糖尿病住院患者营养治疗后胰岛素使用剂量减少率	接受营养治疗后，胰岛素使用剂量减少的糖尿病住院患者数占同期使用胰岛素治疗并接受营养治疗的糖尿病住院患者总数的比例。	使用剂量减少的糖尿病住院患者数	同期使用胰岛素治疗并接受营养治疗的糖尿病住院患者总数	使用胰岛素治疗的糖尿病住院患者营养治疗后胰岛素使用剂量减少率=使用剂量减少的糖尿病住院患者数/同期使用胰岛素治疗并接受营养治疗的糖尿病住院患者总数×100%			逐步提高
3.18.9 营养治疗不良事							

	件发生率						
	3.18.9.1 肠外营养治疗不良事件发生率	实施肠外营养治疗过程中不良事件发生例数占同期实施肠外营养治疗总例数的比例。	实施肠外营养治疗不良事件发生例数	同期实施肠外营养治疗总例数	肠外营养治疗不良事件发生率=实施肠外营养治疗不良事件发生例数/同期实施肠外营养治疗总例数×100%	肠外营养治疗不良事件主要包括：治疗过程不良事件，包括导管相关并发症，代谢相关并发症。其中导管相关并发症包括置管导致的机械损伤、感染、静脉血栓；代谢相关并发症包括液体量超负荷、糖、电解质代谢紊乱、肝脏损伤、酸碱平衡失调等。配制过程不良事件，如营养液配制与医嘱单不符、药品过期、无菌操作不规范等。运送过程不良事件，如漏发、错发、未注意适当保存等。	逐步降低
	3.18.9.2 肠内营养治疗不良事件发生率	实施肠内营养治疗过程中不良事件发生例数占同期实施肠内营养治疗总例数的比例。	实施肠内营养治疗不良事件发生例数	同期实施肠内营养治疗总例数	肠内营养治疗不良事件发生率=实施肠内营养治疗不良事件发生例数/同期实施肠内营养治疗总例数×100%	肠内营养不良事件主要包括：治疗过程不良事件，包括胃肠道并发症、代谢并发症、感染并发症和置管并发症等。其中胃肠道并发症最多见，主要包括腹胀、腹泻、恶心、呕吐、反流等，代谢并发症主要是脱水、高血糖、电解质紊乱等；感染并发症包括肠道菌群移位、吸入性肺炎等；置管并发症包括长期经鼻置管导致的鼻翼部糜烂、咽喉部溃疡、声音嘶哑、鼻窦炎、中耳炎等。配制过程不良事件，如营养液配制与医嘱单不符、食品质量及卫生问题、称重错误、无菌操作不规范等。运送过程不良事件，如漏发、错发、未注意适当保存等。	逐步降低
	3.18.9.3 膳食营养治疗不良事件发生率	实施膳食营养治疗过程中不良事件发生例数占同期实施膳食营养治疗总例数的比例。	实施膳食营养治疗不良事件发生例数	同期实施膳食营养治疗总例数	膳食营养治疗不良事件发生率=实施膳食营养治疗不良事件发生例数/同期实施膳食营养治疗总例数×100%	膳食营养治疗不良事件主要包括膳食制作与膳食医嘱（食谱）不符、发放错误、漏发、食品质量及卫生问题、食用后出现胃肠道反应、食物中毒等。	逐步降低
	3.18.10 营养门诊投诉发生率	营养门诊诊疗过程中投诉发生人次占同期营养门诊诊疗总人次的比例。	营养门诊诊疗投诉发生人次	同期营养门诊诊疗总人次	营养门诊投诉发生率=营养门诊诊疗投诉发生人次/同期营养门诊诊疗总人次×100%		逐步降低

第四章 单病种（术种）质量控制指标

一级指标	二级指标	指标定义	分子	分母	计算方法	指标说明	指标导向
一、急性心肌梗死（ST段抬高型，首次住院）	4.1.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	主要诊断 ICD-10 编码：I21.0 至 I21.3 的出院患者	
	4.1.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数		逐步降低
	4.1.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低
	4.1.4 病死率	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。	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%		逐步降低
二、心力衰竭	4.2.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	主要诊断 ICD-10 编码：I05 至 I09，或 I11 至 I13，或 I20 至 I21、或 I40 至 I41、或 I42 至 I43 伴第二诊断为 I50 的出院患者。	
	4.2.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数		逐步降低
	4.2.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低
	4.2.4 病死率	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。	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%		逐步降低
三、冠状	4.3.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件			符合纳入条件的某病种出院人数累加	主要手术 ICD-9-CM-3 编码：36.1 的手术出院患	

动脉旁路 移植术		的某病种出院人数之和。			求和	者。	
	4.3.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数		逐步降低
	4.3.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低
	4.3.4 病死率	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。	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%		逐步降低
四、房颤	4.4.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	主要诊断或第二诊断 ICD-10 编码：148 的出院患者。	
	4.4.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数		逐步降低
	4.4.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低
	4.4.4 病死率	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。	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%		逐步降低
五、主动 脉搏置换 术	4.5.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	主要手术 ICD-9-CM-3 编码：35.01,35.21,35.22 的手术出院患者	
	4.5.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数		逐步降低
	4.5.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低
	4.5.4 病死率	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	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%		逐步降低

		病种出院人数的比例。					
六、二尖瓣置换术	4.6.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	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。	
	4.6.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数		逐步降低
	4.6.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低
	4.6.4 病死率	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。	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%		逐步降低
七、房间隔缺损手术	4.7.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	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。	
	4.7.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数		逐步降低
	4.7.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低
	4.7.4 病死率	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。	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%		逐步降低
八、室间隔缺损手术	4.8.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	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。	
	4.8.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数		逐步降低
	4.8.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低

	4.8.4 病死率	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。	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%		逐步降低
九、脑梗死（首次住院）	4.9.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	主要诊断 ICD-10 编码：I63.0 至 I63.9 的出院患者。	
	4.9.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数		逐步降低
	4.9.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低
	4.9.4 病死率	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。	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%		逐步降低
十、短暂性脑缺血发作	4.10.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	主要诊断 ICD-10 编码：G45.0 至 G45.9 的出院患者。	
	4.10.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数		逐步降低
	4.10.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低
	4.10.4 病死率	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。	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%		逐步降低
十一、脑出血	4.11.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	主要诊断 ICD-10 编码：I61.0 至 I61.9 的出院患者。	
	4.11.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数		逐步降低

	4.11.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低
	4.11.4 病死率	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。	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%		逐步降低
十二、脑膜瘤（初发，手术治疗）	4.12.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	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。	
	4.12.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数		逐步降低
	4.12.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低
	4.12.4 病死率	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。	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%		逐步降低
十三、胶质瘤（初发，手术治疗）	4.13.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	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。	
	4.13.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数		逐步降低
	4.13.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低
	4.13.4 病死率	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。	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%		逐步降低

十四、垂体腺瘤 (初发, 手术治疗)	4.14.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	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。	
	4.14.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数		逐步降低
	4.14.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低
	4.14.4 病死率	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。	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%		逐步降低
十五、急性动脉瘤性蛛网膜下腔出血 (初发, 手术治疗)	4.15.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	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。	
	4.15.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数		逐步降低
	4.15.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低
	4.15.4 病死率	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。	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%		逐步降低
十六、惊厥性癫痫持续状态	4.16.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	主要诊断 ICD-10 编码: G41.0, G41.8, G41.9 的出院患者。	
	4.16.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数		逐步降低

	4.16.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低
	4.16.4 病死率	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。	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%		逐步降低
十七、帕金森病	4.17.1 单病种例数	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	主要诊断 ICD-10 编码：G20 的出院患者。	
	4.17.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数		逐步降低
	4.17.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低
	4.17.4 病死率	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。	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%		逐步降低
十八、社区获得性肺炎（成人，首次住院）	4.18.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	主要诊断 ICD-10 编码：J13 至 J16， J18；年龄 ≥18 岁的出院患者。	
	4.18.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数		逐步降低
	4.18.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低
	4.18.4 病死率	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。	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%		逐步降低
十九、社区获得性	4.19.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	主要诊断 ICD-10 编码： J13 至 J16, J18； 2 岁≤ 年龄 < 18 岁的出院患儿。	

肺炎（儿童，首次住院）	4.19.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数		逐步降低
	4.19.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低
	4.19.4 病死率	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。	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%		逐步降低
二十、慢性阻塞性肺疾病（急性发作，住院）	4.20.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	主要诊断 ICD-10 编码：J44.0, J44.1 的出院患者。	
	4.20.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数		逐步降低
	4.20.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低
	4.20.4 病死率	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。	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%		逐步降低
二十一、哮喘（成人，急性发作，住院）	4.21.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	主要诊断 ICD-10 编码：J45, J46; 年龄≥18 岁的出院患者。	
	4.21.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数		逐步降低
	4.21.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低
	4.21.4 病死率	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。	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%		逐步降低

二十二、 哮喘（儿童，住院）	4.22.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	主要诊断 ICD-10 编码：J45, J46; 2 岁≤年龄<18 岁的出院患儿。	
	4.22.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数		逐步降低
	4.22.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低
	4.22.4 病死率	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。	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%		逐步降低
二十三、 髌关节置换术	4.23.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	主要手术 ICD-9-CM-3 编码：00.7, 81.51 至 81.53 的手术出院患者。	
	4.23.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数		逐步降低
	4.23.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低
	4.23.4 病死率	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。	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%		逐步降低
二十四、 膝关节置换术	4.24.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	主要手术 ICD-9-CM-3 编码：00.80 至 00.84, 81.54, 81.55 的手术出院患者。	
	4.24.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数		逐步降低
	4.24.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低

	4.24.4 病死率	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。	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%		逐步降低
二十五、发育性髋关节发育不良（手术治疗）	4.25.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	主要诊断 ICD-10 编码：Q65.0 至 Q65.6、Q65.8、Q65.9,伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 79.85、77.25、77.29; 18 个月 ≤年龄≤8 岁（旧称先天性髋关节脱位）的手术出院患儿。	
	4.25.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数		逐步降低
	4.25.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低
	4.25.4 病死率	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。	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%		逐步降低
二十六、剖宫产	4.26.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	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。	
	4.26.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数		逐步降低
	4.26.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低
	4.26.4 病死率	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。	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%		逐步降低
二十七、异位妊娠	4.27.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	主要诊断 ICD-10 编码：O00 开头，且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码：65.01，66.01，66.02，66.62，	

(手术治 疗)						66.95, 74.3x 的手术出院患者。	
	4.27.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数		逐步降低
	4.27.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低
	4.27.4 病死率	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。	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%		逐步降低
二十八、 子宫肌瘤 (手术治 疗)	4.28.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	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。	
	4.28.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数		逐步降低
	4.28.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低
	4.28.4 病死率	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。	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%		逐步降低
二十九、 肺癌(手 术治疗)	4.29.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	主要诊断 ICD-10 编码: C34 开头, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 32.2 至 32.6, 32.9 的手术出院患者。	
	4.29.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数		逐步降低
	4.29.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低

	4.29.4 病死率	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。	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%		逐步降低
三十、甲状腺癌 (手术治疗)	4.30.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	主要诊断 ICD-10 编码: C73 开头, 且伴主要手术操作 ICD-9-CM-3 编码: 06.2 至 06.6 的手术出院患者。	
	4.30.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数		逐步降低
	4.30.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低
	4.30.4 病死率	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。	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%		逐步降低
三十一、乳腺癌 (手术治疗)	4.31.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	主要诊断 ICD-10 编码: C50 开头, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 85.2 至 85.4 的手术出院患者。	
	4.31.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数		逐步降低
	4.31.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低
	4.31.4 病死率	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。	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%		逐步降低
三十二、胃癌(手	4.32.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	主要诊断 ICD-10 编码: C16 开头, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 43.4 至 43.9 的手术出院患者。	

术治疗)	4.32.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数		逐步降低
	4.32.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低
	4.32.4 病死率	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。	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%		逐步降低
三十三、 宫颈癌 (手术治疗)	4.33.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	主要诊断 ICD-10 编码: C53 开头, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 67.2 至 67.4, 68.4 至 68.8 的手术出院患者。	
	4.33.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数		逐步降低
	4.33.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低
	4.33.4 病死率	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。	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%		逐步降低
三十四、 结肠癌 (手术治疗)	4.34.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	主要诊断 ICD-10 编码: C18, 且伴主要手术操作 ICD-9-CM-3 编码: 17.31 至 17.36, 17.39, 45.4, 45.73 至 45.79, 45.8 的手术出院患者。	
	4.34.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数		逐步降低
	4.34.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低
	4.34.4 病死率	年度内符合单病种纳入条件的某	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种		逐步

		病种出院患者死亡人数占同期同病种出院人数的比例。			例数×100%		降低
三十五、 糖尿病肾病	4.35.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	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。	
	4.35.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数		逐步降低
	4.35.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低
	4.35.4 病死率	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。	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%		逐步降低
三十六、 终末期肾病血液透析	4.36.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	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。	
	4.36.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数		逐步降低
	4.36.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低
	4.36.4 病死率	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。	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%		逐步降低
三十七、 终末期肾	4.37.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	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。	

病腹膜透析	4.37.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数		逐步降低
	4.37.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低
	4.37.4 病死率	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。	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%		逐步降低
三十八、舌鳞状细胞癌（手术治疗）	4.38.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	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。	
	4.38.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数		逐步降低
	4.38.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低
	4.38.4 病死率	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。	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%		逐步降低
三十九、腮腺肿瘤（手术治疗）	4.39.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	主要诊断 ICD-10 编码：D10.5，D11.0，D33.2，C07，C10.2，C71.9，且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码：26.2，26.3 伴 04.03，04.04，04.42，40.29 的手术出院患者。	
	4.39.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数		逐步降低
	4.39.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低

	4.39.4 病死率	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。	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%		逐步降低
四十、口腔种植术	4.40.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	主要手术 ICD-9-CM-3 编码：23.5，23.6 的门诊患者或者 76.09，76.91，76.92，22.79 的手术出院患者	
	4.40.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数		逐步降低
	4.40.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低
	4.40.4 病死率	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。	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%		逐步降低
四十一、原发性急性闭角型青光眼（手术治疗）	4.41.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	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。	
	4.41.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数		逐步降低
	4.41.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低
	4.41.4 病死率	年度内符合单病种纳入条件的某	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种		逐步

		病种出院患者死亡人数占同期同病种出院人数的比例。			例数×100%		降低
四十二、 复杂性视网膜脱离 (手术治疗)	4.42.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	主要诊断 ICD-10 编码: E10.3, E11.3, E14.3, H33.0 至 H33.5, H59.8, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 13.19, 13.3, 13.41, 13.42, 13.43, 13.59, 13.64, 13.65, 13.69, 13.70, 13.71, 13.72, 13.8, 13.90, 14.29, 14.31, 14.49, 14.51, 14.52, 14.53, 14.54, 14.59, 14.71, 14.72, 14.73, 13.74, 14.75, 14.9 的手术出院患者。	
	4.42.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数		逐步降低
	4.42.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低
	4.42.4 病死率	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。	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%		逐步降低
四十三、 围手术期 预防感染	4.43.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	主要手术 ICD-9-CM-3 编码如下的手术出院患者: 1.甲状腺叶切除术: 06.2 至 06.5; 2.膝半月软骨切除术: 80.6; 3.晶状体相关手术: 13.0 至 13.9; 4.腹股沟疝相关手术: 17.11 至 17.13, 17.21 至 17.24, 53.00 至 53.17; 5.乳房组织相关手术: 85.2 至 85.4; 6.动脉内膜切除术: 38.1; 7.足和踝关节固定术和关节制动术: 81.1; 8.其他颅骨切开术: 01.24; 9.椎间盘切除术或破坏术: 80.50 至 80.59; 10.骨折切开复位+内固定术: 03.53, 21.72, 76.72 至	

						76.79, 79.31 至 79.39; 11.关节脱位切开复位内固定术: 76.94, 79.8; 12.骨内固定不伴骨折复位术及置入装置去除: 78.5 至 78.6; 13.卵巢相关手术: 65.2 至 65.6; 14.肌腱相关手术: 83.11 至 83.14 ; 15.睾丸相关手术: 62.0 至 62.9; 16.阴茎相关手术: 64.0 至 64.4, 64.9; 17.室间隔缺损修补术: 35.62; 18.房间隔缺损修补术: 35.61; 19.髋关节置换术: 00.7, 81.51 至 81.53; 20.膝关节置换术: 00.80 至 00.83, 81.54, 81.55; 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	
	4.43.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数		逐步降低
	4.43.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低
	4.43.4 病死率	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。	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%		逐步降低
四十四、围手术期预防深静脉血栓栓塞	4.44.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	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.脊柱融合术: 81.00 至 81.08; 4.脊柱再融合术: 81.30 至 81.39; 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.髌关节置换术：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	
	4.44.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数		逐步降低
	4.44.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低
	4.44.4 病死率	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。	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%		逐步降低
四十五、住院精神疾病	4.45.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	主要诊断 ICD-10 编码：F00-F99 的出院患者。	
	4.45.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数		逐步降低

	4.45.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低	
	4.45.4 病死率	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。	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%		逐步降低	
四十六、 中高危风险患者 预防静脉 血栓栓塞 症	4.46.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	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。 (1) 高龄(≥70 岁) (2) 既往 VTE 病史或 VTE 家族史 (3) 恶性肿瘤(ICD-10 类目编码:C00-C97) (4) 严重创伤 (5) 脓毒症(ICD-10 亚目编码：“A40.0、 A40.1、A40.2、 A40.3、A40.8、A40.9、A41.0、A41.1、A41.2、A41.3、 A41.4、 A41.5、A41.8、A41.9, R65.2、R65.3、R65.9) (6) 急性生理和慢性健康评分- II (APACHE- II) >12 分 (7) 急诊手术及麻醉复苏室转入 (8) 转入 ICU 前住院时间长 (>30 天) (9) 制动 (10) 机械通气(ICD-9-CM-3 亚目编码：96.7 其他持续侵入性机械性通气,93.90、93.91 无创机械性通气) (11) 留置中心静脉导管 (ICD-9-CM-3 亚目编码：89.60-89.69) (12) 血液净化治疗 (ICD-9-CM-3 亚目编码：“39.95”) (13) 使用肌肉松弛和镇静药物 (14) 应用收缩血管药物 (15) 输注血小板 (16) 血栓预防失败 (17) 医师认为需评估的其他中高危风险患者。		
	4.46.2 平均住院日	年度内符合单病种纳入条件的某	某病种出院患者占用	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总		逐步	

		病种出院患者平均住院时间。	总床日数		床日数/同期某病种例数		降低
	4.46.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低
	4.46.4 病死率	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。	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%		逐步降低
四十七、 感染性休克早期治疗	4.47.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	主要诊断/其他诊断 ICD-10 编码：A02.1, A22.7, A32.7, A40.0 至 A40.9, A41.0 至 A41.9, A42.7, A54.8, B37.7, R57.2, R57.8, R65.9 的出院患者。	
	4.47.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数		逐步降低
	4.47.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低
	4.47.4 病死率	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。	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%		逐步降低
四十八、 儿童急性淋巴细胞白血病 (初始诱导化疗)	4.48.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	主要诊断 ICD-10 编码：C91.0, 且伴主要操作 ICD-9-CM-3 编码：03.92, 99.25; 年龄<18 岁的出院患儿。	
	4.48.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数		逐步降低
	4.48.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低
	4.48.4 病死率	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患者死亡人数占同期同病种出院人数的比例。	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%		逐步降低

		病种出院人数的比例。					
四十九、 儿童急性 早幼粒细 胞白血病 (初始化 疗)	4.49.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	主要诊断 ICD-10 编码: C92.4, 且伴主要操作 ICD-9-CM-3 编码: 03.92, 99.25 的年龄<18 岁的出院患儿。	
	4.49.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数		逐步降低
	4.49.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低
	4.49.4 病死率	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。	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%		逐步降低
五十、甲 状腺结节 (手术治 疗)	4.50.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	主要诊断 ICD-10 编码: D34, E04.0, E04.1, E04.2, E04.9 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 06.2 至 06.5 的手术出院患者。	
	4.50.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数		逐步降低
	4.50.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数		逐步降低
	4.50.4 病死率	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。	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%		逐步降低
五十一、 HBV 感 染分娩母 婴阻断	4.51.1 单病种例数	考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。			符合纳入条件的某病种出院人数累加求和	主要诊断 ICD-10 编码: O98.4, Z22.5+O80 至 O84+Z37; 且伴 ① 阴道分娩操作 ICD-9-CM-3 编码 72.0 至 72.9, 73.0, 73.1, 73.21, 73.4 至 73.6, 73.9; 或伴②剖宫产手术 ICD 9-CM-3 编码: 74.0,	

						74.1, 74.2, 74.4, 74.99 的出院患者。	
4.51.2 平均住院日	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。	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数			逐步降低
4.51.3 次均费用	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。	某病种总出院费用	同期某病种例数	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数			逐步降低
4.51.4 病死率	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。	某病种死亡人数	同期某病种例数	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数×100%			逐步降低

第五章 重点医疗技术临床应用质量控制指标

一级指标	二级指标	指标定义	分子	分母	计算方法	指标说明	指标导向
一、国家限制类医疗技术	5.1.1 异基因造血干细胞移植技术临床应用质量控制指标（2022年版）						
	5.1.1.1 异基因造血干细胞移植适应证符合率	异基因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。	异基因造血干细胞移植术适应证选择正确的例数	同期异基因造血干细胞移植术总例数	异基因造血干细胞移植适应证符合率=造血干细胞移植术适应证选择正确的例数/同期异基因造血干细胞移植术总例数×100%		逐步提高
	5.1.1.2 异基因造血干细胞移植植入率	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数的比例。	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	同期异基因造血干细胞移植患者总例次数	异基因造血干细胞移植植入率=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/同期异基因造血干细胞移植患者总例次数×100%		监测比较
	5.1.1.3 重度（III-IV度）急性移植物抗宿主病发生率	重度（III-IV度）急性移植物抗宿主病发生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。	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	同期异基因造血干细胞移植患者总例次数	重度（III-IV度）急性移植物抗宿主病发生率=重度（III-IV度）急性移植物抗宿主病患者例次数/同期异基因造血干细胞移植患者总例次数×100%	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。	逐步降低
	5.1.1.4 慢性移植物	慢性移植物抗宿主病发生率，是	异基因造血干细胞移植	同期异基因造血干	慢性移植物抗宿主病发生率=异基因	慢性移植物抗宿主病（cGVHD），是指造血干细胞	逐步

	抗宿主病发生率	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。	术后发生慢性移植物抗宿主病患者例次数	细胞移植患者总例次数	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/同期异基因造血干细胞移植患者总例次数×100%	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。	降低
	5.1.1.5 异基因造血干细胞移植相关死亡率	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。	异基因造血干细胞移植术后 100 天内非复发死亡患者数	同期异基因造血干细胞移植患者总数	异基因造血干细胞移植相关死亡率= 异基因造血干细胞移植术后 100 天内非复发死亡患者数/同期异基因造血干细胞移植患者总数×100%		逐步降低
	5.1.1.6 异基因造血干细胞移植总体生存率	异基因造血干细胞移植后 1 年随访（失访者按未存活患者统计）尚存活的患者数占同期异基因造血干细胞移植患者总数的比例。	异基因造血干细胞移植后 1 年随访尚存活的患者数	同期异基因造血干细胞移植患者总数	异基因造血干细胞移植总体生存率= 异基因造血干细胞移植后 1 年随访尚存活的患者数/同期异基因造血干细胞移植患者总数×100%		逐步提高
	5.1.1.7 异基因造血干细胞移植无病生存率	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。	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	同期异基因造血干细胞移植患者总数	异基因造血干细胞移植无病生存率= 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/同期异基因造血干细胞移植患者总数×100%		逐步提高
	5.1.1.8 平均住院日	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患者出院人数之比。	出院时所有患者占用总床日数	同期异基因造血干细胞移植治疗患者出院人数	平均住院日=出院时所有患者占用总床日数/同期异基因造血干细胞移植治疗患者出院人数		逐步降低
	5.1.1.9 平均住院费用	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。	平均住院费用=出院时所有患者住院总费用	同期异基因造血干细胞移植治疗患者出院人数	平均住院费用=出院时所有患者住院总费用/同期异基因造血干细胞移植治疗患者出院人数		逐步降低

5.1.1.10 平均住院药费	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。	出院时所有患者住院药品总费用	同期异基因造血干细胞移植治疗患者出院人数	平均住院药费=出院时所有患者住院药品总费用/同期异基因造血干细胞移植治疗患者出院人数		逐步降低
5.1.2 同种胰岛移植技术临床应用质量控制指标（2022年版）						
5.1.2.1 胰岛纯度	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。	DTZ 染色阳性胰岛数	纯化的细胞团总数	胰岛纯度=DTZ 染色阳性胰岛数/纯化的细胞团总数×100%		逐步提高
5.1.2.2 总胰岛当量	胰岛当量(Islet equivalent quantity, IEQ)是一种胰岛计数方法,一个直径 150μm 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。	3 次计数的胰岛当量 (IEQ) 之和	3×20×样本量 (ml)	总胰岛当量=3 次计数的胰岛当量 (IEQ) 之和/3×20×样本量 (ml)		逐步提高
5.1.2.3 胰岛活率	胰岛活率是指活胰岛数占胰岛总数的比例。	活胰岛数	胰岛总数	胰岛活率=活胰岛数/胰岛总数×100%		逐步提高
5.1.2.4 胰岛产物微生物培养/基因检测阳性率	胰岛产物微生物（细菌、真菌、支原体等）培养/基因检测阳性的样本数占同期胰岛产物微生物培养/基因检测总样本数的比例。	胰岛产物微生物培养阳性/基因检测的样本数	同期胰岛产物微生物培养/基因检测总样本数	胰岛产物微生物培养阳性率=胰岛产物微生物培养/基因检测阳性的样本数/同期胰岛产物微生物培养/基因检测总样本数×100%		逐步提高
5.1.2.5 围手术期并发症发生率	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	围手术期并发症发生的例次数	同期同种胰岛移植治疗总例次数	围手术期并发症发生率=围手术期并发症发生的例次数/同期同种胰岛移	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	逐步降低

		同种胰岛移植治疗总例次数的比例。			植治疗总例次数×100%	成等。 采用活细胞染色技术进行胰岛计数。	
5.1.2.6	术后死亡率	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。	术后患者死亡人数	同期同种胰岛移植治疗患者总数	术后死亡率=术后患者死亡人数/同期同种胰岛移植治疗患者总数×100%	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）。	逐步降低
5.1.2.7	患者随访率	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。	同种胰岛移植治疗后一定时间内完成随访的例次数	同期同种胰岛移植治疗总例次数	患者随访率=同种胰岛移植治疗后一定时间内完成随访的例次数/同期同种胰岛移植治疗总例次数×100%		逐步提高
5.1.2.8	移植后有效率（1 年、3 年、5 年）	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。	一定时间内移植后有效的患者数	同期同种胰岛移植治疗患者总数	移植后有效率（1 年、3 年、5 年）=移植后有效的患者数/同期同种胰岛移植治疗患者总数×100%	符合下列条件之一的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≥0.3ng/mL； 4.胰岛素用量较术前减少>30%。 注：参考 Lemberg 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 150μm 的 IEQ，再按以下公式计算总 IEQ。 总 IEQ=(3 次计数的 IEQ 之和/3)×20×样本量(mL)。	逐步提高
5.1.3	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（2022 年版）						
5.1.3.1	符合规定的	符合规定的来源移植植物数占同期	符合规定的来源移植植物	同期移植植物总数	符合规定的来源移植植物比例=符合规	注：符合规定的同种异体运动系统结构性组织移植	监测

	来源移植比例	移植总数的比例。	数		定的来源移植数/同期移植总数 ×100%	物来源分两类：具有国家药品监督管理局产品注册证的移植和公民逝世后捐献来源的移植。	比较
	5.1.3.2 术中移植微生物培养阳性率	术中移植微生物（细菌、真菌、支原体等）培养阳性的样本数占同期术中移植微生物培养总样本数的比例。	术中移植微生物培养阳性的样本数	同期术中移植微生物培养总样本数	术中移植微生物培养阳性率=术中移植微生物培养阳性的样本数/同期术中移植微生物培养总样本数 ×100%		逐步降低
	5.1.3.3 围手术期并发症发生率	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。	围手术期并发症发生的例次数	同期同种异体运动系统结构性组织移植手术总例次数	围手术期并发症发生率=围手术期并发症发生的例次数/同期同种异体运动系统结构性组织移植手术总例次数 ×100%	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。	逐步降低
	5.1.3.4 微创手术比例	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。	微创同种异体运动系统结构性组织移植手术例次数	同期同种异体运动系统结构性组织移植手术总例次数	微创手术比例=微创同种异体运动系统结构性组织移植手术例次数/同期同种异体运动系统结构性组织移植手术总例次数×100%		逐步提高
	5.1.3.5 患者随访率	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。	一定时间内完成随访的例次数	同期同种异体运动系统结构性组织移植手术总例次数	患者随访率=一定时间内完成随访的例次数/同期同种异体运动系统结构性组织移植手术总例次数×100%		逐步提高
	5.1.4 同种异体角膜移植技术临床应用质量控制指标（2022 年版）						
	5.1.4.1 成分供体使						

	用率						
	5.1.4.1.1 同种异体角膜内皮移植供体使用率	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。	用于临床同种异体角膜内皮移植的供体材料数	同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数	同种异体角膜内皮移植供体使用率=用于临床同种异体角膜内皮移植的供体材料数/同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数×100%		监测比较
	5.1.4.1.2 同种异体穿透角膜移植供体使用率	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。	用于临床同种异体穿透角膜移植的供体材料数	同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数	同种异体穿透角膜移植供体使用率=用于临床同种异体穿透角膜移植的供体材料数/同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数×100%		监测比较
	5.1.4.1.3 同种异体板层角膜移植供体使用率	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。	用于临床同种异体板层角膜移植的供体材料数	同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数	同种异体板层角膜移植供体使用率=用于临床同种异体板层角膜移植的供体材料数/同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数×100%		监测比较
	5.1.4.1.4 同种异体角膜缘干细胞移植供体使用率	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。	用于临床同种异体角膜缘干细胞移植的供体材料数	同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数	同种异体角膜缘干细胞移植供体使用率=用于临床同种异体角膜缘干细胞移植的供体材料数/同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数×100%		监测比较
	5.1.4.2 同种异体角膜移植成功率	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。	同种异体角膜移植成功的例数	同期同种异体角膜移植总例数	同种异体角膜移植成功率=同种异体角膜移植成功的例数/同期同种异体角膜移植总例数×100%	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。	逐步提高
	5.1.4.3 角膜植片透明率	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。	角膜植片透明的例数	同期同种异体角膜移植总例数	角膜植片透明率=角膜植片透明的例数/同期同种异体角膜移植总例数×100%	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。	逐步提高
	5.1.4.4 角膜原发疾病	同种异体角膜移植术后，角膜原	角膜原发疾病基本改善	同期同种异体角膜	角膜原发疾病控制率=角膜原发疾病		逐步

	病控制率	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。	或治愈的例数	移植总例数	基本改善或治愈的例数/同期同种异体角膜移植总例数×100%		提高
	5.1.4.5 并发症发生率	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。	同种异体角膜移植术后发生并发症的例数	同期同种异体角膜移植总例数	并发症发生率=同种异体角膜移植术后发生并发症的例数/同期同种异体角膜移植总例数×100%		逐步降低
	5.1.4.6 术后视力提高率	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。	术后视力提高的例数	同期同种异体角膜移植总例数	术后视力提高率=术后视力提高的例数/同期同种异体角膜移植总例数×100%	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。	逐步提高
	5.1.4.7 诊断符合率	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。	诊断符合的例数	同期同种异体角膜移植总例数	诊断符合率=诊断符合的例数/同期同种异体角膜移植总例数×100%	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。	逐步提高
	5.1.4.8 患者随访率	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。	同种异体角膜移植术后一定时间内完成随访的例次数	同期同种异体角膜移植手术总例次数	者随访率= 同种异体角膜移植术后一定时间内完成随访的例次数/同期同种异体角膜移植手术总例次数×100%		逐步提高
	5.1.4.9 角膜组织存活率（1 年、3 年）	同种异体角膜移植术后，1 年、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。	1 年和 3 年随访尚存活的角膜组织数	同期同种异体角膜移植角膜组织总数	患者术后生存率= 1 年和 3 年随访尚存活的角膜组织数/同期同种异体角膜移植角膜组织总数×100%		逐步提高
	5.1.5 性别重置技术临床应用质量控制						

指标 (2022 年版)						
5.1.5.1 术中输血率	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。	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	同期性别重置技术总例数	术中输血率= 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/同期性别重置技术总例数×100%		逐步降低
5.1.5.2 术后输血率	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。	性别重置技术手术对象术后接受 400ml 及以上输血的例数	同期性别重置技术总例数	术后输血率=性别重置技术手术对象术后接受 400ml 及以上输血的例数/同期性别重置技术总例数×100%		逐步降低
5.1.5.3 术中自体血输注率	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。	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	同期术中接受 400ml 及以上输血治疗的总例数	术中自体血输注率= 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/同期术中接受 400ml 及以上输血治疗的总例数×100%		逐步提高
5.1.5.4 术后 1 年随访率	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。	性别重置术后 1 年完成随访的例数	同期性别重置手术总例数	术后 1 年随访率= 性别重置术后 1 年完成随访的例数/同期性别重置手术总例数×100%		逐步提高
5.1.5.5 术后 2 周内感染率	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。	性别重置术后 2 周内发生感染的例数	同期性别重置手术总例数	术后 2 周内感染率= 性别重置术后 2 周内发生感染的例数/同期性别重置手术总例数×100%		逐步降低
5.1.5.6 尿瘘发生率	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。	性别重置术后尿瘘发生的例数	同期性别重置手术总例数	尿瘘发生率= 性别重置术后尿瘘发生的例数/同期性别重置手术总例数×100%		逐步降低
5.1.5.7 再造尿道狭窄率	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	性别重置术后半年内发生再造尿道狭窄的例数	同期女变男性别重置手术总例数	再造尿道狭窄率= 性别重置术后半年内发生再造尿道狭窄的例数/同期女		逐步降低

		重置手术总例数的比例。			变男性别重置手术总例数×100%	
5.1.5.8 再造阴道狭窄率	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。	性别重置术后半年内发生再造阴道狭窄的例数	同期男变女性别重置手术总例数	再造阴道狭窄率= 性别重置术后半年内发生再造阴道狭窄的例数/同期男变女性别重置手术总例数×100%		逐步降低
5.1.5.9 直肠阴道痿发生率	性别重置术后发生直肠阴道痿的例数占同期性别重置手术总例数的比例。	性别重置术后直肠阴道痿发生的例数	同期性别重置手术总例数	直肠阴道痿发生率= 性别重置术后直肠阴道痿发生的例数/同期性别重置手术总例数×100%		逐步降低
5.1.5.10 皮瓣坏死发生率	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。	性别重置术后再造器官应用的皮瓣发生坏死的例数	同期性别重置手术总例数	皮瓣坏死发生率= 性别重置术后再造器官应用的皮瓣发生坏死的例数/同期性别重置手术总例数×100%		逐步降低
5.1.5.11 术后 1 周内死亡率	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。	术后 1 周内手术对象死亡人数	同期性别重置手术对象总数	术后 1 周内死亡率= 术后 1 周内手术对象死亡人数/同期性别重置手术对象总数×100%	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）。	逐步降低
5.1.6 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（2022 年版）						
5.1.6.1 病理诊断率	接受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。	接受质子或重离子放射治疗前有明确病理诊断的患者数	同期质子或重离子放射治疗患者总数	病理诊断率= 接受质子或重离子放射治疗前有明确病理诊断的患者数/同期质子或重离子放射治疗患者总数×100%		逐步提高
5.1.6.2 临床 TNM 分期比例	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	进行各临床 TNM 分期的患者数	同期质子或重离子放射治疗患者总数	临床 TNM 分期比例= 进行各临床 TNM 分期的患者数/同期质子或重离	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。	监测比较

		者总数的比例。			子放射治疗患者总数×100%		
5.1.6.3MDT 执行率	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。	治疗前执行 MDT 的患者数	同期质子或重离子放射治疗患者总数	MDT 执行率= 治疗前执行 MDT 的患者数/同期质子或重离子放射治疗患者总数×100%	MDT (Multidiciplinary Team) 是指多学科综合治疗团队。	监测比较	
5.1.6.4 治疗方案完成率	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。	完成既定治疗方案的患者数	同期质子或重离子放射治疗患者总数	治疗方案完成率=完成既定治疗方案的患者数/同期质子或重离子放射治疗患者总数×100%		监测比较	
5.1.6.5 不良反应发生率	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。	发生不良反应的患者数	同期质子或重离子放射治疗患者总数	不良反应发生率=发生不良反应的患者数/同期质子或重离子放射治疗患者总数×100%	不良反应是指按照放射治疗协作组 (Radiation Therapy Oncology Group, RTOG) ≥3 级的副反应。	逐步降低	
5.1.6.6 6 个月内死亡率	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。	6 个月内死亡的患者数	同期质子或重离子放射治疗患者总数	6 个月内死亡率=6 个月内死亡的患者数/同期质子或重离子放射治疗患者总数×100%	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。	逐步降低	
5.1.6.7 患者随访率 (1 年、2 年、5 年)	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。	质子或重离子放射治疗后一定时间内完成随访的例次数	同期质子或重离子放射治疗总例次数	患者随访率=质子或重离子放射治疗后一定时间内完成随访的例次数/同期质子或重离子放射治疗总例次数×100%		逐步提高	
5.1.7 放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标							

	(2022 年版)						
5.1.7.1 植入指征正确率	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。	放射性粒子植入技术应用适应证选择正确的例数	同期放射性粒子植入治疗总例数	植入指征正确率=放射性粒子植入技术应用适应证选择正确的例数/同期放射性粒子植入治疗总例数×100%	<p>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：</p> <p>(1) 局部晚期肿瘤已失去手术机会（前列腺癌除外）。</p> <p>(2) 肿瘤最大径≤7cm。</p> <p>(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≤5cm。</p> <p>(4) 患者一般身体状况卡氏评分 70 分以上。</p> <p>(5) 拟经皮穿刺者有进针路径。</p> <p>(6) 肿瘤空腔脏器（食道、胆道、门静脉等）出现恶性梗阻。</p> <p>(7) 无严重穿刺禁忌证。</p> <p>(8) 患者预计生存期≥3 个月。</p> <p>(9) 患者拒绝其他治疗。</p> <p>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。</p>	逐步提高	
5.1.7.2 术前制订治疗计划率	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。	术前完成植入治疗计划（TPS）的患者例数	同期放射性粒子植入治疗总例数	术前制订治疗计划率=术前完成植入治疗计划（TPS）的患者例数/同期放射性粒子植入治疗总例数×100%	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。	逐步提高	
5.1.7.3 术后放射剂量验证率	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	术后完成放射剂量验证的患者例数	同期放射性粒子植入治疗总例数	术后放射剂量验证率=术后完成放射剂量验证的患者例数/同期放射性粒子植入治疗总例数×100%	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。	逐步提高	

	例。					
5.1.7.4 术中及术后 30 天内主要并发症发生率					主要并发症包括穿刺相关和放射性损失相关并发症。	
5.1.7.4.1 穿刺相关主要并发症总发生率	放射性粒子植入术中及术后 30 天内发生与穿刺相关的并发症的例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。	发生穿刺操作相关主要并发症的例数	同期放射性粒子植入治疗总例数	穿刺相关主要并发症总发生率=发生穿刺操作相关主要并发症的例数/同期放射性粒子植入治疗总例数×100%	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。	逐步降低
5.1.7.4.1.1 感染发生率	放射性粒子植入术后发生的与穿刺相关的感染的病例数占同期放射性粒子植入病例总数的比例。	发生穿刺相关感染患者例数	同期放射性粒子植入治疗总例数	感染发生率=发生穿刺相关感染患者例数/同期放射性粒子植入治疗总例数×100%		逐步降低
5.1.7.4.1.2 出血发生率	放射性粒子植入术中及术后发生的与穿刺相关的出血的病例数占同期放射性粒子植入病例总数的比例。	发生穿刺相关出血患者例数	同期放射性粒子植入治疗总例数	出血发生率=发生穿刺相关出血患者例数/同期放射性粒子植入治疗总例数×100%		逐步降低
5.1.7.4.1.3 气胸发生率	放射性粒子植入术后发生的与粒子植入操作相关的病例数占同期放射性粒子植入病例总数的比例。	发生穿刺相关气胸并发症患者数	同期肺部实体肿瘤放射性粒子植入例数	气胸发生率=发生穿刺相关气胸并发症患者数/同期肺部实体肿瘤放射性粒子植入例数×100%	气胸发生率仅用于肺部实体肿瘤放射性粒子植入病例。	逐步降低
5.1.7.4.1.4 神经损伤发生率	发生穿刺相关神经损伤并发症患者数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。	发生穿刺相关神经损伤并发症患者数	同期放射性粒子植入治疗总例数	神经损伤发生率=发生穿刺相关神经损伤并发症患者数/同期放射性粒子植入治疗总例数×100%	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。	逐步降低
5.1.7.4.2 放射性损伤相关主要并发症总发生率	发生放射相关损伤患者例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。	发生放射性损伤相关主要并发症的例数	同期放射性粒子植入治疗总例数	放射性损伤相关主要并发症总发生率=发生放射性损伤相关主要并发症的例数/同期放射性粒子植入治疗总例数×100%	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	逐步降低

					数×100%	炎、脑坏死等。	
5.1.7.4.2.1 皮肤溃疡发生率	发生放射相关皮肤溃疡并发症患者例数占同期浅表肿瘤放射性粒子植入例数的比例。	发生放射相关皮肤溃疡并发症患者例数	同期浅表肿瘤放射性粒子植入例数	皮肤溃疡发生率=发生放射相关皮肤溃疡并发症患者例数/同期浅表肿瘤放射性粒子植入例数×100%	皮肤溃疡发生率仅用于浅表肿瘤放射性粒子植入病例。		逐步降低
5.1.7.4.2.2 放射性肺炎发生率	发生放射性肺炎并发症患者例数占同期肺部实体肿瘤放射性粒子植入例数的比例。	发生放射性肺炎并发症患者数	同期肺部实体肿瘤放射性粒子植入例数	放射性肺炎发生率=发生放射性肺炎并发症患者数/同期肺部实体肿瘤放射性粒子植入例数×100%	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。		逐步降低
5.1.7.4.2.3 放射性脊髓炎发生率	发生放射性脊髓炎并发症患者例数占同期骨组织或其邻近组织实体肿瘤放射性粒子植入例数的比例。	发生放射性脊髓炎并发症患者例数	同期骨组织或其邻近组织实体肿瘤放射性粒子植入例数	放射性脊髓炎发生率=发生放射性脊髓炎并发症患者例数/同期骨组织或其邻近组织实体肿瘤放射性粒子植入例数×100%	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。		逐步降低
5.1.7.4.2.4 放射性膀胱炎发生率	发生放射性膀胱炎并发症患者例数占同期盆腔实体肿瘤放射性粒子植入例数的比例。	发生放射性膀胱炎并发症患者数	同期盆腔实体肿瘤放射性粒子植入例数	放射性膀胱炎发生率=发生放射性膀胱炎并发症患者数/同期盆腔实体肿瘤放射性粒子植入例数×100%	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。		逐步降低
5.1.7.4.2.5 放射性肠炎发生率	发生放射性肠炎并发症患者例数占同期腹腔脏器肿瘤放射性粒子植入例数的比例。	发生放射性肠炎并发症患者例数	同期腹腔脏器肿瘤放射性粒子植入例数	放射性肠炎发生率=发生放射性肠炎并发症患者例数/同期腹腔脏器肿瘤放射性粒子植入例数×100%	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。		逐步降低
5.1.7.4.2.6 放射性脑坏死发生率	发生放射相关脑坏死并发症患者例数占同期颅内肿瘤放射性粒子植入例数的比例。	发生放射相关脑坏死并发症患者数	同期颅内肿瘤放射性粒子植入例数	放射性脑坏死发生率=发生放射相关脑坏死并发症患者数/同期颅内肿瘤放射性粒子植入例数×100%	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。		逐步降低
5.1.7.5 放射性粒子植入治疗有效率	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。	放射性粒子植入治疗有效的患者例数	同期放射性粒子植入治疗总例数	放射性粒子植入治疗有效率=放射性粒子植入治疗有效的患者例数/同期放射性粒子植入治疗总例数×100%	1.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（RECIST）达到完全缓解、部分缓解、肿瘤稳定状态。 2.实体瘤疗效评价新标准主要包括以下几项：		逐步提高

						<p>(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。</p> <p>(2)部分缓解:靶病灶最大径之和减少$\geq 30\%$,至少维持4周。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p>	
5.1.7.6 术后 30 天内全因死亡率	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。	放射性粒子植入术后 30 天内全因死亡患者例数	同期放射性粒子植入治疗总例数	术后 30 天内全因死亡率=放射性粒子植入术后 30 天内全因死亡患者例数/同期放射性粒子植入治疗总例数 $\times 100\%$			逐步降低
5.1.7.7 患者随访率	放射性粒子植入治疗后各随访时间点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。	放射性粒子植入治疗后一定时间内完成随访的例次数	同期放射性粒子植入治疗总例次数	患者随访率=放射性粒子植入治疗后一定时间内完成随访的例次数/同期放射性粒子植入治疗总例次数 $\times 100\%$	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。		逐步提高
5.1.7.8 患者术后生存率(2 个月、半年、1 年)	放射性粒子植入治疗后某一时间(2 个月、半年、1 年)随访(失访者按未存活患者统计)尚存活的患者数占同期放射性粒子植入治疗患者总数的比例。	放射性粒子植入治疗后某一时间随访尚存活的患者数	同期放射性粒子植入治疗患者总数	患者术后生存率=放射性粒子植入治疗后某一时间随访尚存活的患者数/同期放射性粒子植入治疗患者总数 $\times 100\%$			逐步提高
5.1.8 肿瘤消融治疗技术临床应用质量控制指标(2022 年版)							

5.1.8.1 肿瘤消融治疗指征正确率	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。	符合治疗指征的例次数	同期肿瘤消融治疗总例次数	肿瘤消融治疗指征正确率=符合治疗指征的例次数/同期肿瘤消融治疗总例次数×100%	<p>肿瘤消融治疗指征:</p> <p>(1)凝血酶原活动度(PTA)>50%。</p> <p>(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。</p> <p>(3)体能状态评分(ECOG 方法)分级≤2 级。</p> <p>(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)。</p> <p>满足上述四项并符合相质肿瘤消融治疗话证，为肿瘤消融治疗指征选择正确。</p>	逐步提高
5.1.8.2 肿瘤消融治疗完成率	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。	实际完成消融治疗的病灶总数	同期计划完成消融治疗的病灶总数	肿瘤消融治疗完成率=实际完成消融治疗的病灶总数/同期计划完成消融治疗的病灶总数×100%		逐步提高
5.1.8.3 肿瘤消融治疗后局部病灶有效控制率	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。	肿瘤消融治疗后局部病灶有效控制的例次数	同期肿瘤消融治疗总例次数	肿瘤消融治疗后局部病灶有效控制率=肿瘤消融治疗后局部病灶有效控制的例次数/同期肿瘤消融治疗总例次数×100%	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。	逐步提高
5.1.8.4 肿瘤消融治疗后 30 天内严重并发症发生率	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。	肿瘤消融治疗后 30 天内严重并发症发生的例次数	同期肿瘤消融治疗总例次数	肿瘤消融治疗后 30 天内严重并发症发生率=肿瘤消融治疗后 30 天内严重并发症发生的例次数/同期肿瘤消融治疗总例次数×100%	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。	逐步降低
5.1.8.4.1 大量出血发生率	肿瘤消融治疗后 30 天内大量出血发生率是指肿瘤消融治疗后 30 天内大量出血发生的例次数占同期肿瘤消融治疗总例次数的比	肿瘤消融治疗大量出血发生的例次数	同期肿瘤消融治疗总例次数	大量出血发生率=肿瘤消融治疗大量出血发生的例次数/同期肿瘤消融治疗总例次数×100%		逐步降低

	例。					
5.1.8.4.2 严重气胸发生率	肿瘤消融治疗后 30 天内严重气胸发生率是指肿瘤消融治疗后 30 天内严重气胸发生的例次数占同期肿瘤消融治疗总例次数的比例。	肿瘤消融治疗严重气胸发生的例次数	同期肿瘤消融治疗总例次数	严重气胸发生率=肿瘤消融治疗严重气胸发生的例次数/同期肿瘤消融治疗总例次数×100%		逐步降低
5.1.8.4.3 邻近重要脏器损伤发生率	肿瘤消融治疗后 30 天内邻近重要脏器损伤发生率是指肿瘤消融治疗后 30 天内邻近重要脏器损伤发生的例次数占同期肿瘤消融治疗总例次数的比例。	肿瘤消融治疗邻近重要脏器损伤发生的例次数	同期肿瘤消融治疗总例次数	邻近重要脏器损伤发生率=肿瘤消融治疗邻近重要脏器损伤发生的例次数/同期肿瘤消融治疗总例次数×100%		逐步降低
5.1.8.4.4 邻近重要脏器损伤发生率严重感染发生率	肿瘤消融治疗后 30 天内严重感染发生率是指肿瘤消融治疗后 30 天内严重感染发生的例次数占同期肿瘤消融治疗总例次数的比例。	肿瘤消融治疗严重感染发生的例次数	同期肿瘤消融治疗总例次数	严重感染发生率=肿瘤消融治疗严重感染发生的例次数/同期肿瘤消融治疗总例次数×100%		逐步降低
5.1.8.5 肿瘤消融治疗后 30 天内死亡率	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。	肿瘤消融治疗后 30 天内死亡患者数	同期肿瘤消融治疗患者总数	肿瘤消融治疗后 30 天内死亡率=肿瘤消融治疗后 30 天内死亡患者数/同期肿瘤消融治疗患者总数×100%	患者死亡原因包括患者本身病情严重、手术、麻醉以及其它任何因素。	逐步降低
5.1.8.6 患者随访率	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。	肿瘤消融治疗后一定时间内完成随访的例次数	同期肿瘤消融治疗总例次数	患者随访率=肿瘤消融治疗后一定时间内完成随访的例次数/同期肿瘤消融治疗总例次数×100%		逐步提高
5.1.8.7 平均住院日	实施肿瘤消融治疗的患者出院时	出院时所有患者占用总	同期肿瘤消融治疗	平均住院日=出院时所有患者占用总		逐步

	占用总床日数与同期肿瘤消融治疗患者出院人数之比。	床日数	患者出院人数	床日数/同期肿瘤消融治疗患者出院人数		降低
5.1.8.8 甲状腺肿瘤消融治疗	甲状腺肿瘤消融治疗患者，术前应行病理活组织检查明确诊断。					
5.1.8.8.1 甲状腺良性肿瘤消融治疗占比	甲状腺良性肿瘤消融治疗例次占甲状腺良、恶性肿瘤消融治疗总例次的百分比。	甲状腺良性肿瘤消融治疗的例次数	同期甲状腺良、恶性肿瘤消融治疗总例次数	甲状腺良性肿瘤消融治疗占比=甲状腺良性肿瘤消融治疗的例次数/同期甲状腺良、恶性肿瘤消融治疗总例次数×100%		逐步提高
5.1.8.8.2 小于2cm甲状腺良性肿瘤消融治疗占比	小于2cm甲状腺良性肿瘤消融治疗占甲状腺良性肿瘤消融治疗的百分比。	小于2cm甲状腺良性肿瘤消融治疗的例次数	同期甲状腺良性肿瘤消融治疗总例次数	小于2cm甲状腺良性肿瘤消融治疗占比=小于2cm甲状腺良性肿瘤消融治疗的例次数/同期甲状腺良性肿瘤消融治疗总例次数×100%		逐步提高
5.1.9 心室辅助技术临床应用质量控制指标（2022年版）						
5.1.9.1 心室辅助技术应用适应证选择正确率	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。	心室辅助技术应用适应证选择正确的例数	同期心室辅助装置应用总例数	心室辅助技术应用指征正确率=心室辅助技术应用适应证选择正确的例数/同期心室辅助装置应用总例数×100%	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12项标准中任意5项。 (1) 心排指数<2.0L/m ³ (2) 最大氧耗量<14ml/kg·min。 (3) 6分钟步行试验<150m。 (4) NT-proBNP>5000pg/ml。 (5) 经心衰预后模型评估预计生存期小于1年。 (6) 经6个月正规抗心衰药物治疗无效。 (7) 肺毛细血管楔压>18mmHg。	逐步提高

						<p>(8) 大剂量(>15ug/kg·min)或者两种以上静脉心血管活性药物下循环功能难以维持。</p> <p>(9) 混合静脉血氧饱和度<65%。</p> <p>(10) 需要依靠 IABP 或者 ECMO 等临时心室辅助下维持循环。</p> <p>(11) 近 6 个月内因心脏衰竭急性发作住院超过 2 次。</p> <p>(12) 其他治疗手段无法延续生命,或是生活质量存在严重障碍的患者,通过参加治疗能提高生活质量,能够进行长期居家治疗。</p>	
5.1.9.2 心室辅助装置有效撤除率	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。	有效撤除心室辅助装置例次数	同期心室辅助装置应用总例次数	心室辅助装置有效撤除率=有效撤除心室辅助装置例次数/同期心室辅助装置应用总例次数×100%	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。	逐步提高	
5.1.9.3 术后 30 天死亡率	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。	心室辅助装置植(介)入术后 30 天内全因死亡患者数	同期心室辅助装置植(介)入患者总数	全因死亡率 = 心室辅助装置植(介)入术后 30 天内全因死亡患者数/同期心室辅助装置植(介)入患者总数×100%		逐步降低	
5.1.9.4 心室辅助桥接到心脏移植率	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。	心室辅助桥接到心脏移植例数	同期心室辅助装置应用总例数	心室辅助转换心脏移植率=心室辅助转换心脏移植例数/同期心室辅助装置应用总例数×100%	心室辅助桥接到心脏移植,是指患者心脏功能衰竭 D 期应用心室辅助装置持续治疗期间,桥接到心脏移植手术治疗。	逐步降低	
5.1.9.5 术中及术后 30 天内主要并发症发生率	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				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。	逐步降低	

		(介)入患者总数的比例。				
5.1.9.5.1 菌血症和败血症发生率	心室辅助装置植(介)入术中及术后 30 天内,发生菌血症和败血症的患者数占同期心室辅助装置植(介)入患者总数的比例。	发生菌血症和败血症感染患者数	同期心室辅助装置植(介)入患者总数	菌血症和败血症发生率=发生菌血症和败血症感染患者数/同期心室辅助装置植(介)入患者总数×100%		逐步降低
5.1.9.5.2 纵隔感染发生率	心室辅助装置植(介)入术中及术后 30 天内,发生纵隔感染的患者数占同期心室辅助装置植(介)入患者总数的比例。	发生纵隔感染患者数	同期心室辅助装置植(介)入患者总数	纵隔感染发生率=发生纵隔感染患者数/同期心室辅助装置植(介)入患者总数×100%		逐步降低
5.1.9.5.3 驱动线缆感染发生率	心室辅助装置植(介)入术中及术后 30 天内,发生驱动线缆感染的患者数占同期心室辅助装置植(介)入患者总数的比例。	发生驱动线缆感染患者数	同期心室辅助装置植(介)入患者总数	驱动线缆感染发生率=发生驱动线缆感染患者数/同期心室辅助装置植(介)入患者总数×100%		逐步降低
5.1.9.5.4 内脏出血发生率	心室辅助装置植(介)入术中及术后 30 天内,发生内脏出血的患者数占同期心室辅助装置植(介)入患者总数的比例。	发生内脏出血患者数	同期心室辅助装置植(介)入患者总数	出血发生率=发生发生内脏出血患者数/同期心室辅助装置植(介)入患者总数×100%		逐步降低
5.1.9.5.5 非计划性手术发生率	心室辅助装置植(介)入术中及术后 30 天内,发生非计划性手术的患者数占同期心室辅助装置植(介)入患者总数的比例。	发生非计划性手术患者数	同期心室辅助装置植(介)入患者总数	非计划性手术发生率=发生非计划性手术患者数/同期心室辅助装置植(介)入患者总数×100%		逐步降低
5.1.9.5.6 溶血发生率	心室辅助装置植(介)入术中及术后 30 天内,发生溶血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。	发生溶血并发症患者数	同期心室辅助装置植(介)入患者总数	溶血发生率=发生溶血并发症患者数/同期心室辅助装置植(介)入患者总数×100%		逐步降低

5.1.9.5.7 血栓栓塞发生率	心室辅助装置植（介）入术中及术后 30 天内，发生血栓栓塞的患者数占同期心室辅助装置植（介）入患者总数的比例。	发生血栓栓塞并发症患者数	同期心室辅助装置植（介）入患者总数	血栓栓塞发生率=发生血栓栓塞并发症患者数/同期心室辅助装置植（介）入患者总数×100%		逐步降低
5.1.9.5.8 右心功能衰竭发生率	心室辅助装置植（介）入术中及术后 30 天内，发生右心功能衰竭的患者数占同期心室辅助装置植（介）入患者总数的比例。	发生右心功能衰竭患者数	同期心室辅助装置植（介）入患者总数	右心功能衰竭发生率=发生右心功能衰竭患者数/同期心室辅助装置植（介）入患者总数×100%		逐步降低
5.1.9.5.9 神经系统并发症发生率	心室辅助装置植（介）入术中及术后 30 天内，发生神经系统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。	发生神经系统并发症患者数	同期心室辅助装置植（介）入患者总数	神经系统并发症发生率=发生神经系统并发症患者数/同期心室辅助装置植（介）入患者总数×100%		逐步降低
5.1.9.5.10 肾功能衰竭发生率	心室辅助装置植（介）入术中及术后 30 天内，发生肾功能衰竭的患者数占同期心室辅助装置植（介）入患者总数的比例。	发生肾功能衰竭患者数	同期心室辅助装置植（介）入患者总数	肾功能衰竭发生率=发生肾功能衰竭患者数/同期心室辅助装置植（介）入患者总数×100%		逐步降低
5.1.9.6 术后随访率	心室辅助装置植（介）入后，1、3、5 年内完成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。	心室辅助装置植（介）入后一定时间内完成随访的例次数	同期心室辅助装置植（介）入总例次数	术后 1 年随访率=心室辅助装置植（介）入后一定时间内完成随访的例次数/同期心室辅助装置植（介）入总例次数×100%		逐步降低
5.1.9.7 患者术后生存率	心室辅助装置植（介）入后，1、3、5 年内随访（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。	心室辅助装置植（介）入后一定时间内随访尚存活的患者数	同期心室辅助装置植（介）入患者总数	患者术后生存率=心室辅助装置植（介）入后一定时间内随访尚存活的患者数/同期心室辅助装置植（介）入患者总数×100%		逐步降低

5.1.10 人工智能辅助治疗技术临床应用质量控制指标 (2022年版)						
5.1.10.1 平均术前准备时间	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)。	人工智能辅助治疗技术术前准备时间总和	同期人工智能辅助治疗技术患者总数	平均术前准备时间=人工智能辅助治疗技术术前准备时间总和/同期人工智能辅助治疗技术患者总数		监测比较
5.1.10.2 平均手术时间	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)。	同一术种人工智能辅助治疗技术手术时间总和	同一术种同期人工智能辅助治疗技术患者总数	平均手术时间=同一术种人工智能辅助治疗技术手术时间总和/同一术种同期人工智能辅助治疗技术患者总数		监测比较
5.1.10.3 重大并发症发生率	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。	同一术种术中、术后发生重大并发症的例数	同一术种同期人工智能辅助治疗技术总例数	重大并发症发生率=同一术种术中、术后发生重大并发症的例数/同一术种同期人工智能辅助治疗技术总例数×100%		逐步降低
5.1.10.4 手术中转率	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。	同一术种术中因各种原因转为其它手术方式的例数	同一术种同期人工智能辅助治疗技术总例数	手术中转率=同一术种术中因各种原因转为其它手术方式的例数/同一术种同期人工智能辅助治疗技术总例数×100%		监测比较
5.1.10.5 术中设备不良事件发生率	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的例数	术中发生设备不良事件的例数	同期人工智能辅助治疗技术总例数	术中设备不良事件发生率=术中发生设备不良事件的例数/同期人工智能	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	逐步降低

	数占同期人工智能辅助治疗技术总例数的比例。			辅助治疗技术总例数×100%	事件，包括设备故障、手术器械意外损坏等。	
5.1.10.6 术中及术后死亡率	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。	同一术种术中及术后患者死亡人数	同一术种同期实施人工智能辅助治疗技术患者总数	术中及术后死亡率=同一术种术中及术后患者死亡人数/同一术种同期实施人工智能辅助治疗技术患者总数×100%	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。	逐步降低
5.1.10.7 各专业月手术量及人工智能辅助治疗技术比例	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。	实施人工智能辅助治疗技术的例次数	同期该类疾病手术治疗总例次数	人工智能辅助治疗技术比例=实施人工智能辅助治疗技术的例次数/同期该类疾病手术治疗总例次数×100%	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。	监测比较
5.1.10.8 平均住院日	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。	实施人工智能辅助治疗技术的患者总床日数	同期实施人工智能辅助治疗技术的患者出院人数	平均住院日=实施人工智能辅助治疗技术的患者总床日数/同期实施人工智能辅助治疗技术的患者出院人数		逐步降低
5.1.11 体外膜肺氧合（ECMO）技术临床应用质量控制指标（2022年版）					注：患者纳入标准： V-A ECMO：①各种原因引起的心源性休克：心指数小于 2.0L/min/m ² 或/和 LVEF<30%，收缩压 <90mmHg，肺毛细血管楔压≥24mmHg，依赖两者以上大量血管活性药物，静脉血氧饱和度小于 55%，有酸中毒表现；②心跳骤停需 ECPR；③顽固性室性心律失常；④难以脱离体外循环。 V-V ECMO：①严重 ARDS：在最优的机械通气条件下（FiO ₂ ≥0.8，潮气量为 6ml/kg 理想体重，PEEP≥5cmH ₂ O，且无禁忌症），保护性通气和俯卧位通气效果不佳，并符合以下之一，应尽早考虑评	

						<p>估实施 V-V ECMO 支持：（1）PaO/FiO₂<50mmHg 超过 3 小时；（2）PaO₂/FiO₂<80mmHg 超过 6 小时；（3）FiO₂=100%，PaO₂<100 mmHg；（4）动脉血 pH<7.25 且 PaCO₂>60mmHg 超过 6 小时，且呼吸频率>35 次 / 分；（5）呼吸频率>35 次 / 分时，动脉血 pH<7.2 且平台压>30cmH₂O 或驱动压>15cmH₂O；②严重气道梗阻性疾病：无创或有创机械通气无效，出现严重呼吸性酸中毒甚至影响血流动力学时，可考虑评估实施 V-V ECMO 或体外二氧化碳清除(ECCOR)；③特殊呼吸系统疾病围术期（如肺移植、气道肿物等）：如术中呼吸支持方式无法维持通气及氧合，可评估实施 V-V ECMO。</p> <p>ECPR：实施常规心肺复苏 15 分钟不能恢复自主心律，心跳骤停 1 小时之内者。</p>	
5.1.11.1 ECMO 有效撤除率	ECMO 有效撤除率，是指有效撤除 ECMO 例次数占同期 ECMO 应用例次数的比例。	有效撤除 ECMO 例次数	同期 ECMO 应用总例次数	ECMO 有效撤除率=有效撤除 ECMO 例次数/同期 ECMO 应用总例次数×100%	ECMO 有效撤除，是指应用 ECMO 的患者，经积极治疗后心/肺功能改善或器官移植而撤除 ECMO，撤除 ECMO 后 48 小时患者仍存活。	逐步提高	
5.1.11.2 30 天全因死亡率	ECMO 应用后 30 天内死亡患者数（不论何种原因）占同期 ECMO 应用患者总数的比例。	ECMO 应用后 30 天内全因死亡患者数	同期 ECMO 应用患者总数	30 天全因死亡率=ECMO 应用后 30 天内全因死亡患者数/同期 ECMO 应用患者总数×100%		逐步降低	
5.1.11.3 一年生存率	ECMO 应用后 1 年随访（失访者按未存活患者统计）尚存活的患者数占同期 ECMO 应用患者总数的比例。	ECMO 应用后 1 年随访尚存活的患者数	同期 ECMO 应用患者总数	一年生存率=ECMO 应用后 1 年随访尚存活的患者数/同期 ECMO 应用患者总数×100%		逐步提高	
5.1.11.4 机械故障指							

标							
5.1.11.4.1 氧合器故障发生率		氧合器故障例次数	同期 ECMO 应用氧合器患者例次数	氧合器故障发生率=氧合器故障例次数/同期 ECMO 应用氧合器患者例次数×100%	包括①血栓；②血浆渗漏；③漏血；④氧合欠佳等需氧合器更换或终止 ECMO。	逐步降低	
5.1.11.4.2 循环管路进气发生率		循环管路进气患者例次数	同期 ECMO 应用患者总数	循环管路进气发生率=循环管路进气患者例次数/同期 ECMO 应用患者总数×100%	故障包括①管路静脉端操作；②病人静脉端输液；③插管和管道连接；④气穴现象等导致的循环管道动静脉进气。	逐步降低	
5.1.11.4.3 泵头故障发生率		发生泵头故障患者例次数	同期 ECMO 应用泵头例次数	泵头故障发生率=发生泵头故障患者例次数/同期 ECMO 应用泵头例次数×100%	包括①泵头破裂；②泵头血栓；③不能正常工作。	逐步降低	
5.1.11.4.4 停泵故障发生率		发生停泵故障患者例次数	同期 ECMO 应用患者总数	停泵故障发生率=发生停泵故障患者例次数/同期 ECMO 应用患者总数×100%	包括①断电；②备用电源耗尽；③机器故障。	逐步降低	
5.1.11.4.5 意外脱管发生率		发生管路脱落例次数	同期 ECMO 应用管路例次数	意外脱管发生率=发生管路脱落例次数/同期 ECMO 应用管路例次数×100%	包括①管道连接处松弛；②非同步搬运挣脱。	逐步降低	
5.1.11.4.6 置管意外发生率		发生置管意外例次数	同期 ECMO 应用患者总数	置管意外发生率=发生置管意外例次数/同期 ECMO 应用患者总数×100%	置管意外包括①插管方向和位置错误；②插管松脱，拔出；③插管扭折；④血管损伤；影响 ECMO 正常工作。	逐步降低	
5.1.11.5 术中及术后 30 天内患者主要并发症发生率	ECMO 术中及术后 30 天内，发生主要并发症的患者数占同期 ECMO 应用例次数的比例。				术中及术后 30 天内患者主要并发症包括出血、溶血、血栓栓塞、下肢缺血坏死、神经系统并发症、血源性感染。		
5.1.11.5.1 出血发生率		发生出血并发症例次数	同期 ECMO 应用患者总数	出血发生率=发生出血并发症例次数/同期 ECMO 应用患者总数×100%	出血包括应用 ECMO 期间的（调整内容）：①致死性出血；②颅内出血；③与 ECMO 抗凝相关的纵隔、消化道、呼吸道、插管局部等部位出血，导致血色	逐步降低	

						素进行性下降（下降幅度>2g/dL/d）、循环不稳定、或需要外科手术干预。	
5.1.11.5.2 溶血发生率		发生溶血并发症例次数	同期 ECMO 应用患者总数	溶血发生率=发生溶血并发症患者数/同期 ECMO 应用患者总数×100%		溶血是指应用 ECMO 期间，排除出血、血液稀释等原因导致的血色素下降幅度>2g/dL，且血浆游离血红蛋白>5mg/dL。	逐步降低
5.1.11.5.3 血栓栓塞发生率		发生血栓栓塞并发症例次数	同期 ECMO 应用患者总数	血栓栓塞发生率=发生血栓栓塞并发症患者数/同期 ECMO 应用患者总数×100%		血栓栓塞包括应用 ECMO 期间的①脑栓塞或肢体动脉栓塞；②下肢深静脉血栓或肺栓塞；③胸腔内血栓形成，有影像学（动、静脉超声或 CT 等）证据支持。	逐步降低
5.1.11.5.4 下肢缺血坏死发生率		发生下肢缺血坏死例次数	同期 ECMO 应用患者总数	下肢缺血坏死发生率=发生下肢缺血坏死例次数/同期 ECMO 应用患者总数×100%		下肢缺血坏死是指应用 ECMO 期间的 ECMO 插管侧下肢发生溃疡、坏疽、甚至截肢。	逐步降低
5.1.11.5.5 神经系统并发症发生率		发生神经系统并发症例次数	同期 ECMO 应用患者总数	神经系统并发症发生率=发生神经系统并发症患者数/同期 ECMO 应用患者总数×100%		神经系统并发症是指 ECMO 应用期间新发生的出血性脑卒中及引起功能障碍的缺血性脑卒中，有影像学（头颅 CT 或 MRI 等）证据支持。	逐步降低
5.1.11.5.6 血源性感染发生率		发生血源性感染例次数	同期 ECMO 应用患者总数	血源性感染发生率=发生血源性感染例次数/同期 ECMO 应用患者总数×100%		血源性感染是指由于 ECMO 治疗应用相关的血源性感染；从以下位置能够获得微生物学阳性标本：①感染位置的皮下细针抽吸；②手术探查；③导管尖端感染发生于 ECMO 置管 48 小时后。	逐步降低
5.1.12 自体器官移植技术临床应用质量控制指标（2022 年版）							
5.1.12.1 自体器官移植手术指标							

5.1.12.1.1 冷缺血时间比例	冷缺血时间比例为冷缺血时间在6h（小时）以内、6-12h和12h以上三个时间段中的自体器官移植手术例数分别占同期自体器官移植总例数的比例。	冷缺血时间在一段时间内的自体器官移植手术例数	同期自体器官移植总例数	冷缺血时间比例=冷缺血时间在一段时间内的自体器官移植手术例数/同期自体器官移植术总例数×100%	监测比较
5.1.12.1.1.1 冷缺血时间≤6h 比例	冷缺血时间比例为冷缺血时间在不超 过 6 小时（h）的自体器官移植手术例数分别占同期自体器官移植总例数的比例。	冷缺血时间不超过 6h 的手术人数	同期自体器官移植总例数	冷缺血时间≤6h 比例=冷缺血时间不超过 6h 的手术人数/同期自体器官移植总例数×100%	监测比较
5.1.12.1.1.2 6h<冷缺血时间≤12h 比例	冷缺血时间比例为冷缺血时间在6-12h 的自体器官移植手术例数分别占同期自体器官移植总例数的比例。	冷缺血时间在 6-12h 的手术人数	同期自体器官移植总例数	6h<冷缺血时间≤12h 比例=冷缺血时间在 6-12h 的手术人数/同期自体器官移植总例数×100%	监测比较
5.1.12.1.1.3 冷缺血时间>12h 比例	冷缺血时间比例为冷缺血时间在不超 过 12h 以上的自体器官移植手术例数分别占同期自体器官移植总例数的比例。	冷缺血时间在 12h 以上的手术人数	同期自体器官移植总例数	冷缺血时间>12h 比例=冷缺血时间在 12h 以上的手术人数/同期自体器官移植总例数×100%	监测比较
5.1.12.1.2 无器官期时间比例	无器官期时间比例为无器官期时间在6h 以内、6-12h 和 12h 以上三个时间段中的自体器官移植手术例数分别占同期自体器官移植总例数的比例。	无器官期时间在一段时间内的自体器官移植手术例数	同期自体器官移植总例数	无器官期时间比例=无器官期时间在一段时间内的自体器官移植手术例数/同期自体器官移植术总例数×100%	监测比较
5.1.12.1.2.1 无器官期时间≤6h 比例	无器官期时间比例为无器官期时间不超过 6h 的肝脏移植手术人数分别占同期肝脏移植手术总人数	无器官期时间不超过 6h 的手术人数	同期自体器官移植总例数	无器官期时间≤6h 比例=无器官期时间不超过 6h 的手术人数/同期自体器官移植术总例数×100%	监测比较

		数的比例。				
5.1.12.1.2.2 6h<无器官期时间≤12h 比例	6h<无器官期时间≤12h 比例为无肝期时间在 6-12h 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。	无器官期时间在 6—12h 的手术人数	同期自体器官移植术总例数	6h<无肝期≤12h 比例=无器官期时间在 6—12h 的手术人数/同期自体器官移植术总例数×100%		监测比较
5.1.12.1.2.3 无器官期时间>12h 比例	无器官期时间>12h 比例为无肝期时间在 12h 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。	无器官期时间 12h 以上的手术人数	同期自体器官移植术总例数	无肝期>12h 比例=无器官期时间在 12h 以上的手术人数/同期自体器官移植术总例数×100%		监测比较
5.1.12.1.3 手术时间比例	手术时间比例为手术时间在 10h 以内、10-20h 和 20h 以上三个时间段中的自体器官移植手术例数分别占同期自体器官移植术总例数的比例。	手术时间在一定时间内的自体器官移植手术例数	同期自体器官移植术总例数	手术时间比例=手术时间在一定时间内的自体器官移植手术例数/同期自体器官移植术总例数×100%		监测比较
5.1.12.1.3.1 手术时间≤6h 比例	手术时间比例为手术时间在不超过 6h 的自体器官移植手术人数分别占同期自体器官移植手术总人数的比例。	手术时间不超过 6h 的手术人数	同期自体器官移植术总例数	手术时间≤6h 比例=手术时间不超过 6h 的手术人数/同期自体器官移植术总例数×100%		监测比较
5.1.12.1.3.2 6h<手术时间≤10h 比例 (LIT-02-03B)	手术时间比例为手术时间在 6-10h 的自体器官移植手术人数分别占同期自体器官移植手术总人数的比例。	手术时间在 6—10h 的手术人数	同期自体器官移植术总例数	6h<手术时间≤10h 比例=手术时间在 6—10h 的手术人数/同期自体器官移植术总例数×100%		监测比较
5.1.12.1.3.3 手术时间>10h 比例 (LIT-02-03C)	手术时间比例为手术时间在 10h 以上的自体器官移植手术人数分别占自体器官移植手术总人数	手术时间在 10h 以上的手术人数	同期自体器官移植术总例数	手术时间>10h 比例=手术时间在 10h 以上的手术人数/同期自体器官移植术总例数×100%		监测比较

		的比例。					
5.1.12.1.4 术中大出血发生率	自体器官移植手术术中出血量在2000ml及以上的手术人数占同期自体器官移植手术总人数的比例。	自体器官移植手术受者术中出血量在2000ml及以上的手术人数	同期自体器官移植术总例数	术中大出血发生率=自体器官移植手术受者术中出血量在2000ml及以上的手术人数/同期自体器官移植术总例数×100%			逐步降低
5.1.12.1.5 术中输血率（红细胞）	术中输血率指自体器官移植术中输入红细胞例数占同期器官移植术总例数的比例。	术中输入红细胞例数	同期自体器官移植术总例数	术中输血率（红细胞）=术中输入红细胞例数/同期自体器官移植术总例数×100%			逐步降低
5.1.12.1.6 平均术中输血量（红细胞）	平均术中输血量指自体器官移植术中输入红细胞总量与同期自体器官移植术总例数之比。	术中输入红细胞总量	同期自体器官移植术总例数	平均术中输血量（红细胞）=术中输入红细胞总量/同期自体器官移植术总例数×100%			逐步降低
5.1.12.2 自体器官移植术成功率	自体器官移植术成功率是指自体器官移植术成功的例数占同期自体器官移植术总例数的比例。	自体器官移植术成功的例数	同期自体器官移植术总例数	自体器官移植术成功率=自体器官移植术成功的例数/同期自体器官移植术总例数×100%	自体器官移植术成功是指通过自体器官移植手术达到预期目标病灶彻底清除，预留器官脉管可靠修复及重建，再植后预留器官血流和功能正常。		逐步提高
5.1.12.3 术后主要严重并发症指标							
5.1.12.3.1 术后早期器官功能不全发生率	自体器官移植术后发生早期器官功能不全的手术例数占同期自体器官移植术总例数的比例。	术后发生早期器官功能不全的手术例数	同期自体器官移植术总例数	术后早期器官功能不全发生率=术后发生早期器官功能不全的手术例数/同期自体器官移植术总例数×100%			逐步降低
5.1.12.3.2 术后非计划二次手术率	术后非计划二次手术率是指自体器官移植术后发生非计划二次手术的手术例数占同期自体器官移植术总例数的比例。	术后发生非计划二次手术的手术例数	同期自体器官移植术总例数	术后非计划二次手术率=术后发生非计划二次手术的手术例数/同期肝脏移植手术总人数×100%	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。		逐步降低
5.1.12.3.3 术后血管并发症发生率	自体器官移植术后，1周、1个月、3个月内发生血管并发症的手术	发生一定时间内发生血管并发症的手术例数	同期自体器官移植术总例数	术后血管并发症发生率=发生一定时间内发生血管并发症的手术例数/同	血管并发症包括动脉、静脉系统的狭窄、血栓、出血。		逐步降低

		例数占同期自体器官移植手术总例数的比例。			期自体器官移植术总例数×100%		
5.1.12.3.4 Clavien-III级及以上并发症发生率(严重并发症发生率)	自体器官移植术后发生Clavien-III级及以上并发症的手术例数占同期自体器官移植术总例数的比例。	术后发生Clavien-III级及以上并发症的手术例数	同期自体器官移植术总例数	Clavien-III级及以上并发症发生率=术后发生Clavien-III级及以上并发症的手术例数/同期自体器官移植术总例数×100%	<p>并发症Clavien系统分级如下：</p> <p>I级术后常见原因导致的不需要特殊药物、手术、内镜及放射干预的临床症状。允许适当的治疗包括：对症药物（止吐药、解热药、镇痛药、利尿药）、电解质类及物理治疗。也包括床边打开感染的切口。</p> <p>II级需要除I级干预药物以外的药物治疗（包括如胃瘫营养支持治疗，扩容血色素缓慢下降输血治疗等）。</p> <p>III级需要手术、内镜及放射干预。</p> <p>IIIa级不需要在基础麻醉下进行的干预措施。</p> <p>IIIb级需要在基础麻醉下进行的干预措施。</p> <p>IV级威胁生命的并发症，包括中枢神经系统并发症，需要进入ICU治疗。</p> <p>IVa级单器官功能障碍（包括透析）。</p> <p>IVb级多器官功能障碍。</p> <p>V级患者死亡。</p> <p>中枢神经系统并发症包括：脑出血、缺血性卒中、蛛网膜下腔出血，但不包括短暂性脑缺血发作（TIA）。</p>	逐步降低	
5.1.12.3.5 术后耐药菌感染发生率	自体器官移植术后发生耐药菌感染的手术例数占同期自体器官移植术总例数的比例。	术后发生耐药菌感染的手术例数	同期自体器官移植术总例数	术后耐药菌感染发生率=术后发生耐药菌感染的手术例数/同期自体器官移植术总例数×100%	多重耐药肺炎克雷伯杆菌、大肠杆菌、阴沟肠杆菌、嗜麦芽寡养单胞菌、鲍曼不动杆菌、铜绿假单胞菌感染纳入耐药菌感染统计，其余暂不做统计。	逐步降低	
5.1.12.4 患者术后生							

	存指标						
	5.1.12.4.1 术后早期死亡率	自体器官移植术后30天内患者全因（不论何种原因）死亡例数占同期自体器官移植术总例数的比例。	术后30天内患者全因死亡例数	同期自体器官移植术总例数	术后早期死亡率=术后30天内患者全因死亡例数/同期自体器官移植术总例数×100%		逐步降低
	5.1.12.4.2 30天内非计划再次入院率	自体器官移植术后30天内因手术或原发疾病非计划性再次入院治疗例数占同期自体器官移植术总例数的比例。	术后30天内因手术或原发疾病非计划性再次入院治疗例数	同期自体器官移植术总例数	术后30天内因手术或原发疾病非计划性再次入院治疗例数/同期自体器官移植术总例数×100%		逐步降低
	5.1.12.4.3 原发器官疾病术后复发率	自体器官移植术后，1、3、5年内原发器官疾病复发患者数占同期自体器官移植患者总数的比例。	术后一定时间内原发器官疾病复发患者数	同期自体器官移植术总例数	原发器官疾病术后复发率=术后一定时间内原发器官疾病复发患者数/同期自体器官移植术总例数×100%		逐步降低
	5.1.12.5 术后全身系统严重并发症发生率	术后全身系统严重并发症发生率是指术后发生全身系统严重并发症的患者数占同期自体器官移植术患者总数的比例。	术后发生全身系统严重并发症的患者数	同期自体器官移植术总例数	术后全身系统严重并发症发生率=术后发生全身系统严重并发症的患者数/同期自体器官移植术总例数×100%	术后全身系统严重并发症是指自体器官移植术患者，术后发生的心脑血管意外（如心肌梗死、缺血性脑卒中、脑出血等）、肺栓塞、呼吸衰竭、肾衰竭、深静脉血栓、肝功能衰竭等并发症。	逐步降低
	5.1.12.6 患者随访率	自体器官移植术后1、3、5年内完成随访的例次数占同期自体器官移植术总例次数的比例。	术后一定时间内完成随访的例次数	同期自体器官移植术总例数	患者随访率=术后一定时间内完成随访的例次数/同期自体器官移植术总例数×100%		逐步提高
	5.1.12.7 术后长期生存率	自体器官移植术后，1、3、5年内随访存活的患者数（失访者按未存活患者统计）占同期自体器官移植术患者总数的比例。	术后一定时间内随访存活的患者数	同期自体器官移植术总例数	术后长期生存率=术后一定时间内随访存活的患者数/同期自体器官移植术总例数×100%		逐步提高
二、人体器官捐献、获	5.2.1 向人体器官获取组织报送的潜在	向人体器官获取组织报送的潜在器官捐献者人数占同期院内死亡	年度向OPO报送的院内潜在器官捐献者人数	同期院内死亡人数	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=年度		逐步提高

取与移植技术	器官捐献者人数与院内死亡人数比	人数的比例。			向 OPO 报送的院内潜在器官捐献者人数/同期院内死亡人数×100%	
	5.2.2 实现器官捐献的人数与院内死亡人数比	实现器官捐献的人数占同期院内死亡人数的比例。	年度院内完成器官捐献的人数	同期院内死亡人数	实现器官捐献的人数与院内死亡人数比=年度院内完成器官捐献的人数/同期院内死亡人数*100%	逐步提高
	5.2.3 人体器官获取组织质量控制指标					
	5.2.3.1 器官捐献转化率	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。	年度获取捐献者数量	同期潜在捐献者总数	器官捐献转化率=年度获取捐献者数量/同期潜在捐献者总数×100%	逐步提高
	5.2.3.2 平均器官产出率	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。	年度移植器官数量	同期器官捐献者总数	平均器官产出率=年度移植器官数量/同期器官捐献者总数	逐步提高
	5.2.3.3 器官捐献分类占比	脑死亡来源器官捐献者（DBD）、心死亡来源器官捐献（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。	年度（DBD/DCD/DBCD）数量	同期器官捐献者总数	（DBD/DCD/DBCD）占比=年度（DBD/DCD/DBCD）数量/同期器官捐献者总数×100%	DBD 占比逐步提高，DCD/DBC D 占比逐步降低

5.2.3.4 获取器官利用率	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。	用于移植的器官数量	同期获取器官总数	获取器官利用率=用于移植的器官数量/同期获取器官总数×100%		逐步提高
5.2.3.5 器官病理检查率	捐献器官获取前对捐献器官进行活体组织病理检查的数量占同期获取器官的比例。	获取后病检器官数量	同期获取器官总数	器官病理检查率=获取后病检器官数量/同期获取器官总数×100%		监测比较
5.2.3.5.1 捐献器官获取前活检率	捐献器官获取前活检器官数量占同期获取器官数量比例。	获取前活检器官数量	同期获取器官总数	捐献器官获取前活检率=获取前活检器官数量/同期获取器官总数×100%		监测比较
5.2.3.5.2 捐献器官获取后活检率	捐献器官获取后移植前活检器官数量占同期获取器官数量比例。	获取后移植前活检器官数量	同期获取器官总数	捐献器官获取后活检率=获取后移植前活检器官数量/同期获取器官总数×100%		监测比较
5.2.3.6 边缘供器官比率	边缘供器官数量占同期获取器官总数的比例。	边缘供器官数量	同期获取器官总数	边缘供器官比率=边缘供器官数量/同期获取器官总数×100%	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。	监测比较
5.2.3.7 器官保存液病原菌培养阳性率	OPO 获取的器官其保存液中细菌培养阳性者器官数占器官获取总例数的比例。	病原菌培养阳性者例数	同期获取器官总数	器官保存液病原菌培养阳性率=病原菌培养阳性者例数/同期获取器官总例数×100%		逐步降低
5.2.3.8 移植器官原发性无功能发生率 (PNF 发生率)					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。	
5.2.3.8.1 总 PNF 发生率	同年度捐献器官移植术后总 PNF 发生率。	年度 PNF 病例数	同期移植病例总数	总 PNF 发生率=年度 PNF 病例数/同期移植病例总数×100%		逐步降低
5.2.3.8.2 (DBD/DCD/DBCD) PNF 发生率	同年度捐献器官移植术后 DBD、DCD、DBCD 来源器官 PNF 发生率。	年度 (DBD/DCD/DBCD) PNF 病例数	同期 (DBD/DCD/DBCD) 移植病例总数	(DBD/DCD/DBCD) PNF 发生率=年度 (DBD/DCD/DBCD) PNF 病例数/同期 (DBD/DCD/DBCD) 移植病例总		逐步降低

					数×100%		
5.2.3.9 移植器官术后功能延迟性恢复发生率(DGF发生率)						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。	
5.2.3.9.1 总 DGF 发生率	同年度捐献器官移植术后总 DGF 发生率。	年度 DGF 病例数	同期移植病例总数		总 DGF 发生率=年度 DGF 病例数/同期移植病例总数×100%		逐步降低
5.2.3.9.2 (DBD/DCD/DBCD) DGF 发生率	同年度捐献器官移植术后 DBD、DCD、DBCD 来源器官 DGF 发生率。	年度 (DBD/DCD/DBCD) DGF 病例数	同期 (DBD/DCD/DBCD) 移植病例总数		(DBD/DCD/DBCD) DGF 发生率=年度 (DBD/DCD/DBCD) DGF 病例数/同期 (DBD/DCD/DBCD) 移植病例总数×100%		逐步降低
5.2.4 肝脏移植技术医疗质量控制指标(2020 年版)							
5.2.4.1. 肝癌肝脏移植指标							
5.2.4.1.1 肝癌肝脏移植受者比例	肝癌肝脏移植受者人数占同期肝脏移植手术受者总人数的比例。	肝癌肝脏移植受者人数	同期肝脏移植手术受者总人数		肝癌肝脏移植受者比例=肝癌肝脏移植受者人数/同期肝脏移植手术受者总人数×100		监测比较
5.2.4.1.2 单发肿瘤, 直径不超过 5cm 的肝癌肝脏移植受者比例	单发肿瘤, 直径不超过 5cm 的肝癌肝脏移植受者人数占同期肝癌肝脏移植手术受者总人数的比例。	单发肿瘤, 直径不超过 5cm 的肝癌肝脏移植受者人数	同期肝癌肝脏移植手术受者总人数		单发肿瘤, 直径不超过 5cm 的肝癌肝脏移植受者比例=单发肿瘤, 直径不超过 5cm 的肝癌肝脏移植受者人数/同期肝癌肝脏移植手术受者总人数×100%		监测比较
5.2.4.1.3 多发肿瘤,	多发肿瘤, 肿瘤数目不超过 3	多发肿瘤, 肿瘤数目不	同期肝癌肝脏移植		多发肿瘤, 肿瘤数目不超过 3 个, 最		监测

肿瘤数目不超过 3 个,最大直径不超过 3cm 的肝癌肝脏移植受者比例	个,最大直径不超过 3cm 的肝癌肝脏移植受者人数占同期肝癌肝脏移植手术受者总人数的比例。	超过 3 个,最大直径不超过 3cm 的肝癌肝脏移植受者人数	手术受者总人数	大直径不超过 3cm 的肝癌肝脏移植受者比例=多发肿瘤,肿瘤数目不超过 3 个,最大直径不超过 3cm 的肝癌肝脏移植受者人数/同期肝癌肝脏移植手术受者总人数×100%		比较
5.2.4.2 肝脏移植手术指标						
5.2.4.2.1 冷缺血时间比例						
5.2.4.2.1.1 冷缺血时间≤6h 比例 (LIT-02-01A)	冷缺血时间比例为冷缺血时间在不大于 6 小时 (h) 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。	冷缺血时间不超过 6h 的手术人数	同期肝脏移植手术总人数	冷缺血时间≤6h 比例=冷缺血时间不超过 6h 的手术人数/同期肝脏移植手术总人数×100%		监测 比较
5.2.4.2.1.2 6h<冷缺血时间≤12h 比例 (LIT-02-01B)	冷缺血时间比例为冷缺血时间在 6-12h 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。	冷缺血时间在 6-12h 的手术人数	同期肝脏移植手术总人数	6h<冷缺血时间≤12h 比例=冷缺血时间在 6-12h 的手术人数/同期肝脏移植手术总人数×100%		监测 比较
5.2.4.2.1.3 冷缺血时间>12h 比例 (LIT-02-01C)	冷缺血时间比例为冷缺血时间在不大于 12h 以上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。	冷缺血时间在 12h 以上的手术人数	同期肝脏移植手术总人数	冷缺血时间>12h 比例=冷缺血时间在 12h 以上的手术人数/同期肝脏移植手术总人数×100%		监测 比较
5.2.4.2.2 无肝期比例						
5.2.4.2.2.1 无肝期≤60min 比例 (LIT-02-02A)	无肝期比例为无肝期时间不超过 60 分钟 (min) 的肝脏移植手术人数分别占同期肝脏移植手术总	无肝期不超过 60min 的手术人数	同期肝脏移植手术总人数	无肝期≤60min 比例=无肝期不超过 60min 的手术人数/同期肝脏移植手术总人数×100%		监测 比较

		人数的比例。					
5.2.4.2.2.2 60min <无肝期≤120min 比例 (LIT-02-02B)	无肝期比例为无肝期时间在 60-120min 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。	无肝期在 60-120min 的手术人数	同期肝脏移植手术总人数	$60\text{min} < \text{无肝期} \leq 120\text{min}$ 比例 = 无肝期在 60-120min 的手术人数 / 同期肝脏移植手术总人数 × 100%		监测比较	
5.2.4.2.2.3 无肝期 > 120min 比例 (LIT-02-02C)	无肝期比例为无肝期时间在 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。	无肝期 120min 以上的手术人数	同期肝脏移植手术总人数	无肝期 > 120min 比例 = 无肝期 120min 以上的手术人数 / 同期肝脏移植手术总人数 × 100%		监测比较	
5.2.4.2.3 手术时间比例							
5.2.4.2.3.1 手术时间 ≤6h 比例 (LIT-02-03A)	手术时间比例为手术时间在不超过 6h 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。	手术时间不超过 6h 的手术人数	同期肝脏移植手术总人数	手术时间 ≤ 6h 比例 = 手术时间不超过 6h 的手术人数 / 同期肝脏移植手术总人数 × 100%		监测比较	
5.2.4.2.3.2 6h < 手术时间 ≤10h 比例 (LIT-02-03B)	手术时间比例为手术时间在 6-10h 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。	手术时间在 6-10h 的手术人数	同期肝脏移植手术总人数	$6\text{h} < \text{手术时间} \leq 10\text{h}$ 比例 = 手术时间在 6-10h 的手术人数 / 同期肝脏移植手术总人数 × 100%		监测比较	
5.2.4.2.3.3 手术时间 >10h 比例 (LIT-02-03C)	手术时间比例为手术时间在 10h 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。	手术时间在 10h 以上的手术人数	同期肝脏移植手术总人数	手术时间 > 10h 比例 = 手术时间在 10h 以上的手术人数 / 同期肝脏移植手术总人数 × 100%		监测比较	
5.2.4.2.4 术中大出血发生率	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	成人肝脏移植手术受者术中出血量在 2000ml	同期成人肝脏移植手术总人数	术中大出血发生率 = 成人肝脏移植手术受者术中出血量在 2000ml 及以上	通过监测手术相关指标, 进行医疗机构横向和纵向比较了解本医疗机构手术安全情况。	逐步降低	

	占同期成人肝脏移植手术总人数的比例。	及以上的手术人数		的手术人数/同期成人肝脏移植手术总人数×100%		
5.2.4.2.5 术后主要并发症指标						
5.2.4.2.5.1 术后早期肝功能不全 (EAD) 发生率	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。	发生 EAD 的手术人数	同期肝脏移植手术总人数	术后 EAD 发生率=发生 EAD 的手术人数/同期肝脏移植手术总人数×100%	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) ≥171 umol/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 IU/L。	逐步降低
5.2.4.2.5.2 术后非计划二次手术率	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。	进行非计划二次手术的手术人数	同期肝脏移植手术总人数	术后非计划二次手术率=进行非计划二次手术的手术人数/同期肝脏移植手术总人数×100%	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。	逐步降低
5.2.4.2.5.3 术后血管并发症发生率 (1 周内、1 月内、3 月内)	肝脏移植手术后发生血管并发症 (1 周内、1 月内、3 月内) 的手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。	发生血管并发症的手术人数	同期肝脏移植手术总人数	术后血管并发症发生率=发生血管并发症的手术人数/同期肝脏移植手术总人数×100%	血管并发症包括肝动脉、肝静脉和门静脉系统的狭窄、血栓、出血。	逐步降低
5.2.4.2.5.4 术后超急性排斥反应、急性排斥反应发生率 (1 周内、1 月内、6 月内、1 年内)	肝脏移植手术后发生超急性排斥反应、急性排斥反应的手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。	发生超急性/急性排斥反应的手术人数	同期肝脏移植手术总人数	术后超急性/急性排斥反应发生率=发生超急性/急性排斥反应的手术人数÷同期肝脏移植手术总人数×100%	超急性排斥反应指移植肝脏与受者血管接通后数分钟至 24 小时内发生的排斥反应。根据肝脏活检病理结果判定排斥反应。	逐步降低
5.2.4.2.5.5 术后胆道并发症发生率 (1 月	肝脏移植手术后发生胆道并发症的手术人数占同期肝脏移植手术	术后发生胆道并发症的手术人数	同期肝脏移植手术总人数	术后胆道并发症发生率=术后发生胆道并发症的手术人数/同期肝脏移植	胆道并发症指具有临床表现, 有影像学依据, 需要进行手术或者介入性治疗的胆道狭窄、梗阻、胆瘘、	逐步降低

	内、6 月内、1 年内)	总人数的比例。			手术总人数×100%	胆汁瘤、胆结石、胆泥形成及 Odds 括约肌功能障碍。	
5.2.4.2.5.6	术后耐药菌感染发生率(1 周内、1 月内、6 月内、1 年内)	肝脏移植手术后发生耐药菌感染的手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。	发生术后耐药菌感染的手术人数	同期肝脏移植手术总人数	术后耐药菌感染发生率=发生术后耐药菌感染的手术人数/同期肝脏移植手术总人数×100%	多重耐药肺炎克雷伯杆菌、大肠杆菌、阴沟肠杆菌、嗜麦芽寡养单胞菌、鲍曼不动杆菌、铜绿假单胞菌感染纳入耐药菌感染统计, 其余暂不做统计。	逐步降低
5.2.4.2.6	受者术后生存指标						
5.2.4.2.6.1	术后早期死亡率	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。	肝脏移植术后 30 天内受者全因死亡人数	同期肝脏移植手术受者总人数	术后早期死亡率=肝脏移植术后 30 天内受者全因死亡人数/同期肝脏移植手术受者总人数×100%		逐步降低
5.2.4.2.6.2	受者术后生存率(1 年、3 年、5 年)	肝病肝脏移植某一时间(1 年、3 年、5 年)随访尚存活的受者人数占同期肝脏移植手术受者总人数的比例。					
5.2.4.2.6.2.1	良性肝病肝脏移植受者术后生存率(LIT-04-02A)	良性肝病肝脏移植某一时间(1 年、3 年、5 年)随访尚存活的受者人数占同期肝脏移植手术受者总人数的比例。	良性肝病肝脏移植手术后某一时间随访尚存活的良性肝病受者人数	同期良性肝病肝脏移植手术受者总人数	良性肝病肝脏移植受者术后生存率=肝脏移植手术后某一时间随访尚存活的良性肝病受者人数/同期良性肝病肝脏移植手术受者总人数×100%		逐步提高
5.2.4.2.6.2.2	肝癌肝脏移植受者术后生存率(LIT-04-02B)	肝癌肝脏移植某一时间(1 年、3 年、5 年)随访尚存活的受者人数占同期肝脏移植手术受者总人数的比例。	肝癌肝脏移植手术后某一时间随访尚存活的肝癌肝脏移植受者人数	同期肝癌肝脏移植手术受者总人数	肝癌肝脏移植受者术后生存率=肝脏移植手术后某一时间随访尚存活的肝癌肝脏移植受者人数/同期肝癌肝脏移植手术受者总人数×100%		逐步提高
5.2.4.2.6.3	肝癌肝脏移植受者术后无瘤	肝癌肝脏移植某一时间(1 年、3 年、5 年)无瘤存活的受者人数	肝癌肝脏移植受者移植后某一时间无瘤存活的	同期肝癌肝脏移植手术受者总人数	肝癌肝脏移植受者术后无瘤生存率=肝癌肝脏移植受者移植后某一时间无		逐步提高

生存率(1年、3年、5年)	占同期肝癌肝脏移植手术受者总人数的比例。	受者人数		瘤存活的受者人数/同期肝癌肝脏移植手术受者总人数×100%		
5.2.4.2.7 中国肝移植注册系统 (CLTR) 数据报送质量指标						
5.2.4.2.7.1 数据完整度	向中国肝移植注册系统 (CLTR) 系统所报送数据的完整度累计值与同期肝脏移植总人数的比例。	Σ 每例肝脏移植病例数据完整度得分	同期肝脏移植总人数	数据完整度= Σ 每例肝脏移植病例数据完整度得分/同期肝脏移植总人数×100%		逐步提高
5.2.4.2.7.2 数据及时性	完成肝脏移植手术后 72 小时内向 CLTR 系统报送的病例数占同期肝脏移植总人数的比例。	术后 72 小时内报送的病例数	同期肝脏移植总人数	数据及时性=术后 72 小时内报送的病例数/同期肝脏移植总人数×100%		逐步提高
5.2.4.2.7.3 数据真实性	向 CLTR 系统所报送数据的真实性总得分与同期肝脏移植总人数的比例。	Σ 每例肝脏移植病例数据真实性得分	同期肝脏移植总人数	数据真实性= Σ 每例肝脏移植病例数据真实性得分/同期肝脏移植总人数×100%	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、无肝期时间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 CLTR 系统的肝脏移植病例，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）上交至国家肝脏移植质控中心，根据重要参数比对情况给出真实性得分。	逐步提高
5.2.4.2.7.4 有效随访率	肝脏移植手术后在 CLTR 系统中报送的有效随访例次数占同期肝脏移植应完成总例次数的比例。	每例肝脏移植病例有效随访例次数之和	同期肝脏移植总人数	有效随访率=每例肝脏移植病例有效随访例次数之和/同期肝脏移植总人数×100%		逐步提高

5.2.4.2.7.5 受者失访率	肝脏移植手术后一定时间内失访的受者人数占同期肝脏移植手术受者总人数的比例。	肝脏移植手术后一定时间内失访的受者人数	同期肝脏移植总人数	受者失访率=肝脏移植手术后一定时间内失访的受者人数/同期肝脏移植总人数×100%	在 CLTR 系统中标记为“失访”的受者视为失访，除标记为“死亡”、“存活，再移植”的受者外，超过 1 年未更新随访状态的受者也视为失访。	逐步降低
5.2.5 肾脏移植技术医疗质量控制指标 (2020 年版)						
5.2.5.1.冷缺血时间						
5.2.5.1.1 热缺血时间 ≤10min 的比例 (KTS-01A)	热缺血时间≤10 分钟 (min) 的肾脏移植人数分别占同期肾脏移植总人数的比例；	热缺血时间≤10min 的人数	同期肾脏移植总人数	热缺血时间≤10min 的比例=热缺血时间≤10min 的人数/同期肾脏移植总人数×100%	热缺血时间：从供者心跳停止或肾动脉阻断（亲属间活体捐献）到冷灌注的时间。	监测比较
5.2.5.1.2 冷缺血时间 ≤24h 的比例 (KTS-01B)	冷缺血时间≤24 小时 (h) 的肾脏移植人数分别占同期肾脏移植总人数的比例。	冷缺血时间≤24h 的人数	同期肾脏移植总人数	冷缺血时间≤24h 的比例=冷缺血时间≤24h 的人数/同期肾脏移植总人数×100%	冷缺血时间：从供肾冷灌注开始到植入体内恢复血液再灌注的时间。	监测比较
5.2.5.2 亲属间活体捐献者重大并发症发生率	亲属间活体肾脏捐献者，术后 30 天内发生的重大并发症的人数占同期亲属间活体肾脏捐献者总人数的比例；包括围手术期死亡和 2000ml 以上的大出血。	亲属间活体器官捐献者术后 30 天内重大并发症发生人数	同期肾脏移植总人数	亲属间活体捐献者重大并发症发生率=亲属间活体器官捐献者术后 30 天内重大并发症发生人数/同期肾脏移植总人数×100%	亲属间活体捐献者重大并发症包括围手术期死亡和 2000ml 以上的大出血。	逐步降低
5.2.5.3 术后 30 天内死亡率	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。	肾脏移植术后 30 天内受者全因死亡人数	同期肾脏移植总人数	术后 30 天死亡率=肾脏移植术后 30 天内受者全因死亡人数/同期肾脏移植总人数×100%		逐步降低
5.2.5.4 移植肾功能延迟恢复发生率	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；DGF	肾脏移植术后发生 DGF 受者人数	同期肾脏移植总人数	DGF 发生率=肾脏移植术后发生 DGF 受者人数/同期肾脏移植总人数×100%	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 400μmol/L 以下。	逐步降低

		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400μmol/L 以下。					
5.2.5.5 血管并发症发生率		肾脏移植术后 1 年内发生血管并发症的受者人数占同期肾脏移植总人数的比例；主要包括移植肾动静脉破裂和血栓、移植肾动静脉狭窄、移植肾动脉瘤。	肾脏移植术后 1 年内发生血管并发症的受者人数	同期肾脏移植总人数	血管并发症发生率=肾脏移植术后 1 年内发生血管并发症的受者人数/同期肾脏移植总人数×100%	肾脏移植术后血管并发症主要包括：移植肾动静脉破裂和血栓、移植肾动脉狭窄、移植肾动脉瘤。	逐步降低
5.2.5.6 急性排斥反应发生率		肾脏移植术后 1 年内发生急性排斥反应的受者人数占同期肾脏移植总人数的比例。	肾脏移植术后 1 年内发生急性排斥反应受者人数	同期肾脏移植总人数	急性排斥反应发生率=肾脏移植术后 1 年内发生急性排斥反应受者人数/同期肾脏移植总人数×100%	急性排斥反应是肾移植术后最常见的一种排斥反应，一般发生在肾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。	逐步降低
5.2.5.7 术后感染发生率		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；是肾移植术后无症状的小尿路感染不在统计之列。	肾脏移植术后 100 天内发生感染的受者人数	同期肾脏移植总人数	术后感染发生率=肾脏移植术后 100 天内发生感染的受者人数/同期肾脏移植总人数×100%	肾脏移植术后无症状的下尿路感染不在统计之列。	逐步降低
5.2.5.8 中国肾脏移植科学登记系统（CSRKT）数据报送质量指标							
5.2.5.8.1 数据完整度		向中国肾脏移植科学登记系统（CSRKT）报送数据的完整度得分累计值与同期肾脏移植总人数的比例。	所有病例的完整度得分累计值	同期肾脏移植总人数	数据完整度=所有病例的完整度得分累计值/同期肾脏移植总人数×100%	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%。	逐步提高
5.2.5.8.2 数据及时性		完成肾脏移植手术后 72 小时内向	术后 72 小时内报送的	同期肾脏移植总人数	数据及时性=术后 72 小时内报送的		逐步

		CSRKT 系统报送患者数占同期肾脏移植总人数的比例。	患者数	数	患者数/同期肾脏移植总人数×100%		提高
5.2.5.8.3 数据真实性		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。	Σ 每例肾脏移植病例数据真实性得分	同期肾脏移植总人数	数据真实性= Σ 每例肾脏移植病例数据真实性得分/同期肾脏移植总人数×100%	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。	逐步提高
5.2.5.8.4 受者总体随访质量		该医疗机构所有病例的随访质量得分的平均值。	随访质量得分总和	该机构同期肾脏移植总人数	受者总体随访质量=随访质量得分总和/该机构同期肾脏移植总人数	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)。	逐步提高
5.2.5.9 移植肾生存率		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。			采用乘积极限法（Kaplan-Meier 法）计算	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。	逐步提高

5.2.6 心脏移植技术 医疗质量控制指标 (2020 年版)							
5.2.6.1 伦理委员会 决议通过率	单位时间内, 术前经医疗机构伦理委员会讨论通过的器官移植患者数占器官移植总人数的比例。	通过伦理委员会讨论的器官移植手术人数	同期器官移植手术总人数	伦理委员会决议通过率=通过伦理委员会讨论的器官移植手术人数/同期器官移植手术总人数×100%	具备器官移植机构的单位必须根据相关规定成立器官移植技术临床应用伦理委员会, 在实施器官移植手术前, 需要经过伦理委员会充分论证实施手术的合理性和必要性。		监测 比较
5.2.6.2 术前有创肺 动脉压监测率	单位时间内, 术中进行有创肺动脉压监测的人数占器官移植总人数的比例。	术中进行有创肺动脉压监测的人数	同期器官移植手术总人数	术前有创肺动脉压监测率=术中进行有创肺动脉压监测的人数/同期器官移植手术总人数×100%			逐步 提高
5.2.6.3 术前心肺运 动试验检查率	单位时间内, 术中进行心肺运动试验(CPET) 检查的器官移植人数占器官移植总人数的比例。	术中进行 CPET 检查的器官移植手术人数	同期器官移植手术总人数	术前 CPET 检查率=术中进行 CPET 检查的器官移植手术人数/同期器官移植手术总人数×100%	对不存在心肺运动试验禁忌证的移植候选者, 采用该试验进行器官移植入选评估, 心肺运动试验检查能够帮助了解移植受者心脏以外器官功能状况是否正常或及时治疗纠正。		逐步 提高
5.2.6.4 供体心脏缺 血时间小于等于 6 小时的比例	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 小时的器官移植例数占总例数的比例。	供体心脏缺血时间小于等于 6 小时的器官移植例数	同期器官移植手术总例数	供体心脏缺血时间小于等于 6 小时的比例 =供体心脏缺血时间小于等于 6 小时的器官移植例数/同期器官移植手术总例数×100%	供体心脏缺血时间: 从供体心脏的获取开始灌注到器官移植手术后开始供血的时间。		逐步 提高
5.2.6.5 术中术后生 命支持应用率							
5.2.6.5.1 ECMO 应用率	单位时间内, 器官移植术中术后使用体外膜肺氧合(ECMO)的人数占同期器官移植总人数的比例。	术中术后使用 ECMO 的器官移植手术人数	同期器官移植手术总人数	ECMO 应用率=术中术后使用 ECMO 的器官移植手术人数/同期器官移植手术总人数×100%			监测 比较
5.2.6.5.2 IABP 应用	单位时间内, 器官移植术中术后	术中术后使用 IABP 的	同期器官移植手术	IABP 应用率=术中术后使用 IABP			监测

率	使用主动脉内球囊反搏(IABP)的人数占同期心脏移植总人数的比例。	心脏移植手术人数	总人数	的心脏移植手术人数/同期心脏移植手术总人数×100%		比较
5.2.6.5.3 CRRT 应用率	单位时间内,心脏移植术中术后使用连续性肾脏替代治疗(CRRT)的人数占同期心脏移植总人数的比例。	术中术后使用 CRRT 的心脏移植手术人数	同期心脏移植手术总人数	CRRT 应用率=术中术后使用 CRRT 的心脏移植手术人数/同期心脏移植手术总人数×100%		监测比较
5.2.6.6 术后机械通气时间小于等于 48 小时的比例	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。	术后机械通气时间小于等于 48 小时的人数	同期心脏移植手术总人数×100%	术后机械通气时间小于等于 48 小时的比例 =术后机械通气时间小于等于 48 小时的人数/同期心脏移植手术总人数×100%		逐步提高
5.2.6.7 术后并发症发病率	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。	术后出现并发症的心脏移植人数	同期心脏移植手术总人数	术后并发症发病率=术后出现并发症的心脏移植人数/同期心脏移植手术总人数×100%	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。	逐步降低
5.2.6.8 术后院内死亡率	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。	心脏移植手术受者术后全因死亡人数	同期心脏移植手术总人数	术后院内死亡率=心脏移植手术受者术后全因死亡人数/同期心脏移植手术总人数×100%		逐步降低
5.2.6.9 术后存活率	根据术后随访数据计算心脏移植术后 30 天、1 年、3 年、5 年和 10 年存活的心脏移植受者人数占同期应随访心脏移植总人数的比例。	术后(30 天、1 年、3 年、5 年、10 年)存活的心脏移植人数	同期应随访心脏移植手术总人数	心脏移植术后(30 天、1 年、3 年、5 年、10 年)存活率=术后(30 天、1 年、3 年、5 年、10 年)存活的心脏移植人数/同期应随访心脏移植手术总人数×100%	心脏移植术后受者管理的目标是指导受者认识疾病,提高依从性,协助随访医师识别排斥反应,减少并发症和治疗,以获得长期生存和较高的生活质量。医疗机构应建立心脏移植术后随访档案,积极引导受者进行定期随访。	逐步提高
5.2.6.10 中国心脏						

移植注册登记数据报送质量指标							
5.2.6.10.1 数据完整度	向中国心脏移植注册系统报送数据的完整度得分与同期心脏移植总人数的比例。	Σ 每例心脏移植手术上报数据完整度得分	同期心脏移植手术总人数	数据完整度= Σ 每例心脏移植手术上报数据完整度得分/同期心脏移植手术总人数 $\times 100\%$	完整度得分由中国心脏移植质注册登记系统要求填报的移植手术主要参数计算。	逐步提高	
5.2.6.10.2 数据及时性	完成心脏移植手术后 72 小时内向中国心脏移植注册系统报送病例数占同期心脏移植总人数的比例。	及时报送数据的手术例数	同期心脏移植手术总人数	数据及时性= Σ 及时报送数据的手术例数/同期心脏移植手术总人数 $\times 100\%$	每例心脏移植手术要求在术后 72 小时内在中国心脏移植注册系统进行数据填报,超过 72 小时为不及时填报。	逐步提高	
5.2.6.10.3 随访完整度	向中国心脏移植注册系统报送的随访数据完整度得分与同期心脏移植总人数的比例。	Σ 每例心脏移植受者出院随访数据完整度得分	同期心脏移植手术总人数	随访完整度= Σ 每例心脏移植受者出院随访数据完整度得分/同期心脏移植手术总人数 $\times 100\%$	心脏移植受者出院后需要定期接受随访,随访完整度得分根据上报到中国心脏移植注册系统受者随访的数据完整度总分计算。	逐步提高	
5.2.7 肺脏移植技术医疗质量控制指标(2020 年版)							
5.2.7.1 肺脏移植绝对适应证占比	符合临床肺脏移植手术绝对适应证的手术人数占同期肺脏移植手术总数的比例。	符合肺脏移植手术绝对适应证的手术人数	同期肺脏移植手术总人数	肺脏移植绝对适应证占比= Σ 符合肺脏移植手术绝对适应证的手术人数/同期肺脏移植手术总人数 $\times 100\%$	1.肺脏移植绝对适应证范围:慢性终末期肺疾病患者经过最优化、最合理治疗,肺功能仍进行性降低,无进一步的内科或外科治疗可能,2年内因肺部疾病致死的风险极高(>50%),即应考虑肺脏移植。 2.肺脏移植绝对适应证包括:慢性阻塞性肺疾病(COPD)、 α -抗胰蛋白酶缺乏/肺气肿、间质性肺疾病(ILD)、囊性纤维化(CF)/支气管扩张、肺动脉高压(PAH)等。其中ILD包括特发性间质性肺炎和风湿免疫疾病或其他因素继发的间质性肺病。	逐步提高	
5.2.7.2 热缺血时间	热缺血时间 $\leq 1\text{min}$ 的肺脏移植手	热缺血时间 $\leq 1\text{min}$ 的肺	同期肺脏移植手术	热缺血时间 $\leq 1\text{min}$ 比例= Σ 热缺血时间		监测	

	≤1 分钟 (min) 比例	术人数占同期肺脏移植手术总人数的比例。	脏移植手术人数	总人数	≤1min 的肺脏移植手术人数/同期肺脏移植手术总人数×100%		比较
	5.2.7.3 冷缺血时间 ≤12 小时 (h) 比例	冷缺血时间≤12 小时的肺脏移植手术人数占同期肺脏移植手术总人数的比例。	冷缺血时间≤12h 的肺脏移植手术人数	同期肺脏移植手术总人数	冷缺血时间≤12h 比例=冷缺血时间≤12h 的肺脏移植手术人数/同期肺脏移植手术总人数×100%	冷缺血时间是指从供体获取时肺动脉阻断到受体移植时肺动脉开放时的时间。	监测比较
	5.2.7.4 术中异体输血 ≤1000 毫升 (ml) 手术比例	术中输入异体血≤1000ml 的肺脏移植手术例数 (包括未输血例数) 占同期肺脏移植手术例数的比例。	术中输入异体血 ≤1000ml 的肺脏移植手术例数	同期肺脏移植手术总例数	术中异体输血≤1000ml 手术比例=术中输入异体血≤1000ml 的肺脏移植手术例数/同期肺脏移植手术总例数×100%		监测比较
	5.2.7.5 术后二次开胸率	肺脏移植术后一个月内再次开胸的人数占同期肺脏移植总人数的比例。	肺脏移植术后一个月内再次开胸的人数	同期肺脏移植手术总人数	术后二次开胸率=肺脏移植术后一个月内再次开胸的人数/同期肺脏移植手术总人数×100%		逐步降低
	5.2.7.6 术后 3 个月内感染发生率					肺脏移植术后感染主要包括细菌感染、真菌感染及病毒感染。细菌感染包括血流感染、肺部感染、支气管感染、吻合口感染，常见致病菌包括多重耐药肺炎克雷伯菌、鲍曼不动杆菌和铜绿假单胞菌；真菌感染以曲霉感染为主，包括支气管感染、吻合口感染、侵袭性肺部感染和全身播散性感染；病毒感染包括 CMV 感染、社区获得性呼吸道病毒感染。其中社区获得性呼吸道病毒感染病原体包括：小 RNA 病毒 (鼻病毒、肠病毒)，冠状病毒科 (冠状病毒)，副黏病毒科 (呼吸道合胞病毒、副流感病毒和肺炎病毒)，正黏病毒科 (流行性感冒病毒 A、B)，腺病毒科 (腺病毒)。	逐步降低
	5.2.7.6.1 术后 3 个月	肺脏移植术后 3 个月内发生细	肺脏移植术后 3 个月	同期肺脏移植手术	术后 3 个月内细菌感染发生率=肺脏		逐步

月内细菌感染发生率	菌感染的人数占同期肺脏移植总人数的比例。	内发生细菌感染的人数	总人数	移植术后3个月内发生细菌感染的人数/同期肺脏移植手术总人数×100%		降低
5.2.7.6.2 术后3个月内真菌感染发生率	肺脏移植术后3个月内发生真菌感染的人数占同期肺脏移植总人数的比例。	肺脏移植术后3个月内发生真菌感染的人数	同期肺脏移植手术总人数	术后3个月内真菌感染发生率=肺脏移植术后3个月内发生真菌感染的人数/同期肺脏移植手术总人数×100%		逐步降低
5.2.7.6.3 术后3个月内病毒感染发生率	肺脏移植术后3个月内发生病毒感染的人数占同期肺脏移植总人数的比例。	肺脏移植术后3个月内发生病毒感染的人数	同期肺脏移植手术总人数	术后3个月内病毒感染发生率=肺脏移植术后3个月内发生病毒感染的人数/同期肺脏移植手术总人数×100%		逐步降低
5.2.7.7 术后6个月内气道吻合口并发症发生率	肺脏移植术后6个月内发生气道吻合口并发症的人数占同期肺脏移植总人数的比例。	术后6个月内发生气道吻合口并发症的肺脏移植人数	同期肺脏移植手术总人数	术后6个月内气道吻合口并发症发生率=术后6个月内发生气道吻合口并发症的肺脏移植人数/同期肺脏移植手术总人数×100%	气道吻合并发症包括缺血坏死、裂开、狭窄和软化。	逐步降低
5.2.7.8 诊断符合率	诊断符合的人数占同期肺脏移植总人数的比例。	肺脏移植术后病理诊断与入院诊断相符合的人数	同期肺脏移植总人数	诊断符合率=肺脏移植术后病理诊断与入院诊断相符合的人数/同期肺脏移植总人数×100%	诊断符合是指肺脏移植患者的术后病理诊断与入院诊断相符合。	逐步提高
5.2.7.9 术后(6月、1年、3年、5年、10年)生存率	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。	肺脏移植术后(6月、1年、3年、5年、10年)随访尚存活的肺脏移植患者数	同期肺脏移植总人数	术后(6月、1年、3年、5年、10年)生存率=肺脏移植术后(6月、1年、3年、5年、10年)随访尚存活的肺脏移植患者数/同期肺脏移植总人数×100%		逐步提高
5.2.7.10 中国肺脏移植注册登记数据报送质量指标						
5.2.7.10.1 数据完整度	向中国肺脏移植注册系统报送数据的完整度得分与同期肺脏移植	Σ每例肺脏移植手术上报数据完整度得分	同期肺脏移植手术总人数	数据完整度=Σ每例肺脏移植手术上报数据完整度得分/同期肺脏移植手术	完整度得分由中国肺脏移植注册系统要求填报的移植手术主要参数计算。	逐步提高

		总人数的比例。			总人数×100%		
	5.2.7.10.2 数据及时性	完成肺脏移植手术后 72 小时内向中国肺脏移植注册系统报送病例数占同期肺脏移植总人数的比例。	及时报送数据的肺脏移植手术例数	同期肺脏移植手术总人数	数据及时性=及时报送数据的肺脏移植手术例数/同期肺脏移植手术总人数×100%	每例肺脏移植手术要求在术后 72 小时内在中国肺脏移植注册系统进行数据填报,超过 72 小时为不及时填报。	逐步提高
	5.2.7.10.3 随访完整度	向中国肺脏移植注册系统报送的肺脏移植术后随访的例次数占同期肺脏移植术后应当进行随访的总例次数的比例。	肺脏移植术后随访的例次数	同期肺脏移植术后应当进行随访的总例次数	患者随访率=肺脏移植术后随访的例次数/同期肺脏移植术后应当进行随访的总例次数×100%	肺脏移植受者出院后需要定期(每半年一次)接受随访。	逐步提高
三、其他重点医疗质量控制指标	5.3.1 消化内镜诊疗技术医疗质量控制指标(2022年版)						
	5.3.1.1 消化内镜中心医师年均工作量	消化内镜中心医师每年平均承担的工作量。	消化内镜中心年诊疗例次数	消化内镜中心医师数	消化内镜中心医师年均工作量=消化内镜中心年诊疗例次数/消化内镜中心医师数	消化内镜中心医师是指在本机构注册的从事消化内镜诊疗的医师。	监测比较
	5.3.1.2 四级消化内镜诊疗技术占比	单位时间内,消化内镜中心开展四级消化内镜诊疗技术例次数占同期消化内镜诊疗总例次数的比例。	单位时间内消化内镜中心开展四级消化内镜诊疗技术例次数	同期消化内镜诊疗总例次数	四级消化内镜诊疗技术占比=单位时间内消化内镜中心开展四级消化内镜诊疗技术例次数/同期消化内镜诊疗总例次数×100%	四级消化内镜诊疗技术依据《消化内镜诊疗技术临床应用管理规范(2019年版)》和《儿科消化内镜诊疗技术临床应用管理规范(2019年版)》中按四级手术管理的儿科消化内镜诊疗技术参考目录中列出的消化内镜诊疗技术统计,与医疗机构对该技术的临床应用管理分级无关。	逐步提高
	5.3.1.3 三级消化内镜诊疗技术占比	单位时间内,消化内镜中心开展三级消化内镜诊疗技术例次数占同期消化内镜诊疗总例次数的比例。	单位时间内消化内镜中心开展三级消化内镜诊疗技术例次数	同期消化内镜诊疗总例次数	三级消化内镜诊疗技术占比=单位时间内消化内镜中心开展三级消化内镜诊疗技术例次数/同期消化内镜诊疗总例次数×100%	三级消化内镜诊疗技术依据《消化内镜诊疗技术临床应用管理规范(2019年版)》和《儿科消化内镜诊疗技术临床应用管理规范(2019年版)》中按三级手术管理的儿科消化内镜诊疗技术参考目录中列	逐步提高

					出的消化内镜诊疗技术统计，与医疗机构对该技术的临床应用管理分级无关。	
5.3.1.4 上消化道内镜检查完整率	单位时间内，上消化道内镜检查完整的例次数占同期上消化道内镜检查总例次数的比例。	单位时间内上消化道内镜检查完整的例次数	同期上消化道内镜检查总例次数	上消化道内镜检查完整率=单位时间内上消化道内镜检查完整的例次数/同期上消化道内镜检查总例次数×100%	上消化道内镜检查完整是指对食管上段、中段、下段，贲门、胃底、胃体、胃角、胃窦、幽门，十二指肠球部、降段等部位完整观察并留图。	逐步提高
5.3.1.5 结肠镜检查肠道准备优良率	单位时间内，肠道准备优良的结肠镜检查例次数占同期结肠镜检查总例次数的比例。	单位时间内肠道准备优良的结肠镜检查例次数	同期结肠镜检查总例次数	结肠镜检查肠道准备优良率=单位时间内肠道准备优良的结肠镜检查例次数/同期结肠镜检查总例次数×100%	肠道准备优良是指根据波士顿量表，每段肠道的评分≥2分。	逐步提高
5.3.1.6 结肠镜盲肠插镜成功率	单位时间内，结肠镜检查到达盲肠例次数占同期结肠镜检查总例次数的比例。	单位时间内结肠镜检查到达盲肠例次数	同期结肠镜检查总例次数	结肠镜盲肠插镜成功率=单位时间内结肠镜检查到达盲肠例次数/同期结肠镜检查总例次数×100%	结肠镜盲肠插镜成功是指内镜到达盲肠并留图。本指标适用于无解剖变异或结直肠外科手术史的受检者。	逐步提高
5.3.1.7 结肠镜退镜检查时间≥6分钟率	单位时间内，结肠镜检查退镜检查时间≥6分钟的例次数占同期结肠镜检查总例次数的比例。	单位时间内结肠镜检查退镜检查时间≥6分钟的例次数	同期结肠镜检查总例次数	结肠镜退镜检查时间≥6分钟率=单位时间内结肠镜检查退镜检查时间≥6分钟的例次数/同期结肠镜检查总例次数×100%		逐步提高
5.3.1.8 内镜下逆行胰胆管造影术（ERCP）选择性深插管成功率	单位时间内，ERCP选择性深插管成功的例次数占同期ERCP总例次数的比例。	单位时间内ERCP选择性深插管成功的例次数	同期ERCP总例次数	ERCP选择性深插管成功率=单位时间内ERCP选择性深插管成功的例次数/同期ERCP总例次数×100%	ERCP选择性深插管成功是指ERCP术中对目标胆管或胰管选择性深插管成功。本指标适用于胃肠道解剖正常、无十二指肠乳头手术史的患者。	逐步提高
5.3.1.9 超声内镜（EUS）检查完整率	单位时间内，EUS检查完整的例次数占同期EUS检查总例次数的比例。	单位时间内EUS检查完整的例次数	同期EUS检查总例次数	EUS检查完整率=单位时间内EUS检查完整的例次数/同期EUS检查总例次数×100%	EUS检查完整是指对消化道或胆胰相关结构完整观察、留图清晰（消化道EUS应完整显示消化道各层次及相关病变的起源、结构；胆胰EUS应完整显示胆管、胰管等解剖结构）并详细描述病变大小、病变与血管关系等相关内容。	逐步提高

5.3.1.10 磁控胶囊胃镜检查完整率	单位时间内，磁控胶囊胃镜检查完整例次数占同期磁控胶囊胃镜检查总例次数的比例。	单位时间内磁控胶囊胃镜检查完整例次数	同期磁控胶囊胃镜检查总例次数	磁控胶囊胃镜检查完整率=单位时间内磁控胶囊胃镜检查完整例次数/同期 EUS 检查总例次数×100%	磁控胶囊胃镜检查完整是指检查中对贲门、胃底、胃体、胃角、胃窦、幽门各部位完整观察并留图记录。	逐步提高
5.3.1.11 消化内镜相关严重并发症发生率	单位时间内，发生消化内镜相关严重并发症的诊疗例次数占同期消化内镜诊疗总例次数的比例。	单位时间内发生消化内镜相关严重并发症的诊疗例次数	同期消化内镜诊疗总例次数	消化内镜相关严重并发症发生率=单位时间内发生消化内镜相关严重并发症的诊疗例次数/同期消化内镜诊疗总例次数×100%	消化内镜相关严重并发症包括严重出血、术后重症胰腺炎、全身感染、穿孔转外科手术修补、致残、致死或其他需外科手术干预的情况。 1.严重出血指术后三天内血红蛋白降低 30g/L 以上，或需输血、外科手术/DSA 止血。 2.术后重症胰腺炎指消化内镜诊疗导致的伴有局部或全身并发症、或有器官功能衰竭的胰腺炎。 3.全身感染指具有 2 项（或以上）下述临床表现： 1) 体温>38℃或<36℃；2) 心率>90 次/分；3) 呼吸频率>20 次/分或 PaCO ₂ <32mmHg；4) 外周血白细胞>12×10 ⁹ /L 或<4×10 ⁹ /L 或未成熟细胞>10%。	逐步降低
5.3.1.12 食管癌早期诊断率	单位时间内，上消化道内镜检查发现早期食管癌患者数占同期上消化道内镜检查发现食管癌患者总数的比例。	单位时间内上消化道内镜检查发现早期食管癌患者数	同期上消化道内镜检查发现食管癌患者总数	食管癌早期诊断率=单位时间内上消化道内镜检查发现早期食管癌患者数/同期上消化道内镜检查发现食管癌患者总数×100%	本指标中早期食管癌指病灶局限于黏膜层，无论有无区域淋巴结转移。	逐步提高
5.3.1.13 胃癌早期诊断率	单位时间内，上消化道内镜检查发现早期胃癌患者数占同期上消化道内镜检查发现胃癌患者总数的比例。	单位时间内上消化道内镜检查发现早期胃癌患者数	同期上消化道内镜检查发现胃癌患者总数	胃癌早期诊断率=单位时间内上消化道内镜检查发现早期胃癌患者数/同期上消化道内镜检查发现胃癌患者总数×100%	本指标中早期胃癌指病灶局限于黏膜层或黏膜下层，无论有无淋巴结转移。	逐步提高
5.3.1.14 结直肠腺瘤检出率	单位时间内，至少检出一枚结直肠腺瘤的结肠镜检查患者数占同期结肠镜检查患者总数的比例。	单位时间内至少检出一枚结直肠腺瘤的结肠镜检查患者数	同期结肠镜检查患者总数	结直肠腺瘤检出率=单位时间内至少检出一枚结直肠腺瘤的结肠镜检查患者数/同期结肠镜检查患者总数×100%	结直肠腺瘤是结直肠癌的高危因素，提高其检出率有助于早期预防结直肠癌。	逐步提高

	5.3.1.15 结直肠癌早期诊断率	单位时间内，结肠镜检查发现早期结直肠癌患者数占同期结肠镜检查发现结直肠癌患者总数的比例。	单位时间内结肠镜检查发现早期结直肠癌患者数	同期结肠镜检查发现结直肠癌患者总数	结直肠癌早期诊断率=单位时间内结肠镜检查发现早期结直肠癌患者数/同期结肠镜检查发现结直肠癌患者总数×100%	本指标中早期结直肠癌指病灶局限于黏膜层或黏膜下层，无论有无淋巴结转移。	逐步提高
	5.3.1.16 消化道早癌内镜黏膜下剥离术（ESD）完整切除率	单位时间内，消化道早癌 ESD 完整切除的例次数占同期消化道早癌 ESD 总例次数的比例。	单位时间内消化道早癌 ESD 完整切除的例次数	同期消化道早癌 ESD 总例次数	消化道早癌 ESD 完整切除率=单位时间内消化道早癌 ESD 完整切除的例次数/同期消化道早癌 ESD 总例次数×100%	ESD 完整切除是指 ESD 达到 R0 切除，即整块切除标本术后病理学诊断达到水平切缘和垂直切缘均阴性。高级别上皮内瘤变行 ESD 的患者应当纳入统计。	逐步提高
	5.3.1.17 ERCP 胆总管结石清除成功率	单位时间内，ERCP 胆总管结石清除成功例次数占同期 ERCP 胆总管结石清除总例次数的比例。	单位时间内 ERCP 胆总管结石清除成功例次数	同期 ERCP 胆总管结石清除总例次数	ERCP 胆总管结石清除成功率=单位时间内 ERCP 胆总管结石清除成功例次数/同期 ERCP 胆总管结石清除总例次数×100%	ERCP 胆总管结石清除成功是指单次 ERCP 取石操作致胆总管结石完全取净无残留。未进行取石操作、直接放置支架、碎石后取石等不计入。	逐步提高
	5.3.1.18 超声内镜引导下胰腺细针穿刺术（EUS-FNA）标本病理阳性率	单位时间内，EUS-FNA 标本病理阳性的例次数占同期临床诊断为胰腺恶性肿瘤的患者行 EUS-FNA 的总例次数的比例。	单位时间内 EUS-FNA 标本病理阳性的例次数	同期临床诊断为胰腺恶性肿瘤的患者行 EUS-FNA 的总例次数	超声内镜引导下胰腺细针穿刺术（EUS-FNA）标本病理阳性率=单位时间内 EUS-FNA 标本病理阳性的例次数/同期临床诊断为胰腺恶性肿瘤的患者行 EUS-FNA 的总例次数×100%	EUS-FNA 标本病理阳性是指找到异型细胞或癌细胞。	逐步提高
四、临床专科医疗服务能力符合	5.4.1 心血管内科医疗服务能力					按照三级综合医院医疗服务能力指南（2016 年版）心血管内科关键医疗技术基本标准及推荐标准统计。	
	5.4.1.1 关键医疗技术开展例数		该专科关键医疗技术开展例数				监测比较
	5.4.1.2 关键医疗技术开展率	统计周期内开展关键医疗技术种类数占心血管内科关键医疗技术	周期内关键医疗技术种类数	心血管内科关键医疗技术基本标准及	关键医疗技术开展率=周期内关键医疗技术种类数/心血管内科关键医疗		监测比较

		基本标准及推荐标准种数的比例。		推荐标准种数	技术基本标准及推荐标准种数×100%	
5.4.2 呼吸内科医疗服务能力						按照三级综合医院医疗服务能力指南（2016年版）中呼吸内科关键医疗技术基本标准及推荐标准统计。
5.4.2.1 关键医疗技术开展例数			该专科关键医疗技术开展例数			监测比较
5.4.2.2 关键医疗技术开展率	统计周期内开展关键医疗技术种类数占呼吸内科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数的比例。	周期内关键医疗技术种类数	呼吸内科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数	关键医疗技术开展率=周期内关键医疗技术种类数/呼吸内科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数×100%		监测比较
5.4.3 消化内科医疗服务能力						按照三级综合医院医疗服务能力指南（2016年版）中消化内科关键医疗技术基本标准及推荐标准统计。
5.4.3.1 关键医疗技术开展例数			该专科关键医疗技术开展例数			监测比较
5.4.3.2 关键医疗技术开展率	统计周期内开展关键医疗技术种类数占消化内科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数的比例。	周期内关键医疗技术种类数	消化内科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数	关键医疗技术开展率=周期内关键医疗技术种类数/消化内科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数×100%		监测比较
5.4.4 神经内科医疗服务能力						按照三级综合医院医疗服务能力指南（2016年版）中神经内科关键医疗技术基本标准及推荐标准统计。
5.4.4.1 关键医疗技术开展例数			该专科关键医疗技术开展例数			监测比较
5.4.4.2 关键医疗技	统计周期内开展关键医疗技术种	周期内关键医疗技术种	神经内科关键医疗	关键医疗技术开展率=周期内关键医		监测

	术开展率	类数占神经内科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数的比例。	类数	技术基本标准及推荐标准种数	疗技术种类数/神经内科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数×100%		比较
	5.4.5 内分泌科医疗服务能力					按照三级综合医院医疗服务能力指南（2016年版）中内分泌科关键医疗技术基本标准及推荐标准统计。	
	5.4.5.1 关键医疗技术开展例数		该专科关键医疗技术开展例数				监测比较
	5.4.5.2 关键医疗技术开展率	统计周期内开展关键医疗技术种类数占内分泌科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数的比例。	周期内关键医疗技术种类数	内分泌科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数	关键医疗技术开展率=周期内关键医疗技术种类数/内分泌科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数×100%		监测比较
	5.4.6 肾病学科医疗服务能力					按照三级综合医院医疗服务能力指南（2016年版）中肾病学科关键医疗技术基本标准及推荐标准统计。	
	5.4.6.1 关键医疗技术开展例数		该专科关键医疗技术开展例数				监测比较
	5.4.6.2 关键医疗技术开展率	统计周期内开展关键医疗技术种类数占肾病学科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数的比例。	周期内关键医疗技术种类数	肾病学科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数	关键医疗技术开展率=周期内关键医疗技术种类数/肾病学科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数×100%		监测比较
	5.4.7 血液内科医疗服务能力					按照三级综合医院医疗服务能力指南（2016年版）中血液内科关键医疗技术基本标准及推荐标准统计。	
	5.4.7.1 关键医疗技术开展例数		该专科关键医疗技术开展例数				监测比较
	5.4.7.2 关键医疗技术开展率	统计周期内开展关键医疗技术种类数占血液内科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数的比例。	周期内关键医疗技术种类数	血液内科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数	关键医疗技术开展率=周期内关键医疗技术种类数/血液内科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数×100%	按照三级综合医院医疗服务能力指南（2016年版）中血液内科关键医疗技术基本标准及推荐标准统计。	监测比较

		本标准及推荐标准种数的比例。		荐标准种数	术基本标准及推荐标准种数×100%	计。	
5.4.8 免疫学科医疗服务能力						按照三级综合医院医疗服务能力指南（2016年版）中免疫学科关键医疗技术基本标准及推荐标准统计。	
5.4.8.1 关键医疗技术开展例数			该专科关键医疗技术开展例数				监测比较
5.4.8.2 关键医疗技术开展率		统计周期内开展关键医疗技术种类数占免疫学科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数的比例。	周期内关键医疗技术种类数	免疫学科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数	关键医疗技术开展率=周期内关键医疗技术种类数/免疫学科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数×100%		监测比较
5.4.9 普通外科医疗服务能力						按照三级综合医院医疗服务能力指南（2016年版）中普通外科关键医疗技术基本标准及推荐标准统计。	
5.4.9.1 关键医疗技术开展例数			该专科关键医疗技术开展例数				监测比较
5.4.9.2 关键医疗技术开展率		指统计周期内开展关键医疗技术种类数占普通外科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数的比例。	周期内关键医疗技术种类数	普通外科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数	关键医疗技术开展率=周期内关键医疗技术种类数/普通外科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数×100%		监测比较
5.4.10 骨科医疗服务能力						按照三级综合医院医疗服务能力指南（2016年版）中骨科关键医疗技术基本标准及推荐标准统计。	
5.4.10.1 关键医疗技术开展例数			该专科关键医疗技术开展例数				监测比较
5.4.10.2 关键医疗技术开展率		统计周期内开展关键医疗技术种类数占骨科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数的比例。	周期内关键医疗技术种类数	骨科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数	关键医疗技术开展率=周期内关键医疗技术种类数/骨科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数×100%		监测比较

5.4.11 神经外科医疗服务能力						按照三级综合医院医疗服务能力指南（2016年版）中神经外科关键医疗技术基本标准及推荐标准统计。	
5.4.11.1 关键医疗技术开展例数		该专科关键医疗技术开展例数					监测比较
5.4.11.2 关键医疗技术开展率	统计周期内开展关键医疗技术种类数占神经外科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数的比例。	周期内关键医疗技术种类数	神经外科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数	关键医疗技术开展率=周期内关键医疗技术种类数/神经外科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数×100%			监测比较
5.4.12 泌尿外科医疗服务能力						按照三级综合医院医疗服务能力指南（2016年版）中泌尿外科关键医疗技术基本标准及推荐标准统计。	
5.4.12.1 关键医疗技术开展例数		该专科关键医疗技术开展例数					监测比较
5.4.12.2 关键医疗技术开展率	统计周期内开展关键医疗技术种类数占泌尿外科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数的比例。	周期内关键医疗技术种类数	泌尿外科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数	关键医疗技术开展率=周期内关键医疗技术种类数/泌尿外科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数×100%			监测比较
5.4.13 胸外科医疗服务能力						按照三级综合医院医疗服务能力指南（2016年版）中胸外科关键医疗技术基本标准及推荐标准统计。	
5.4.13.1 关键医疗技术开展例数		该专科关键医疗技术开展例数					监测比较
5.4.13.2 关键医疗技术开展率	统计周期内开展关键医疗技术种类数占胸外科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数的比例。	周期内关键医疗技术种类数	胸外科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数	关键医疗技术开展率=周期内关键医疗技术种类数/胸外科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数×100%			监测比较
5.4.14 心脏大血管外科医疗服务能力						按照三级综合医院医疗服务能力指南（2016年版）中心脏大血管外科关键医疗技术基本标准及推荐标	

						准统计。	
5.4.14.1 关键医疗技术开展例数		该专科关键医疗技术开展例数					监测比较
5.4.14.2 关键医疗技术开展率	统计周期内开展关键医疗技术种类数占心脏大血管外科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数的比例。	周期内关键医疗技术种类数	心脏大血管外科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数	关键医疗技术开展率=周期内关键医疗技术种类数/心脏大血管外科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数×100%			监测比较
5.4.15 妇科医疗服务能力						按照三级综合医院医疗服务能力指南（2016年版）中妇科关键医疗技术基本标准及推荐标准统计。	
5.4.15.1 关键医疗技术开展例数		该专科关键医疗技术开展例数					监测比较
5.4.15.2 关键医疗技术开展率	统计周期内开展关键医疗技术种类数占妇科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数的比例。	周期内关键医疗技术种类数	妇科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数	关键医疗技术开展率=周期内关键医疗技术种类数/妇科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数×100%			监测比较
5.4.16 产科医疗服务能力						按照三级综合医院医疗服务能力指南（2016年版）中产科关键医疗技术基本标准及推荐标准统计。	
5.4.16.1 关键医疗技术开展例数		该专科关键医疗技术开展例数					监测比较
5.4.16.2 关键医疗技术开展率	统计周期内开展关键医疗技术种类数占产科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数的比例。	周期内关键医疗技术种类数	产科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数	关键医疗技术开展率=周期内关键医疗技术种类数/产科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数×100%			监测比较
5.4.17 新生儿科医疗服务能力						按照三级综合医院医疗服务能力指南（2016年版）中新生儿科关键医疗技术基本标准及推荐标准统计。	
5.4.17.1 关键医疗技		该专科关键医疗技术开					监测

	术开展例数		展例数				比较
	5.4.17.2 关键医疗技术开展率	统计周期内开展关键医疗技术种类数占新生儿关键医疗技术基本标准及推荐标准种数的比例。	周期内关键医疗技术种类数	新生儿科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数	关键医疗技术开展率=周期内关键医疗技术种类数/新生儿科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数×100%		监测 比较
	5.4.18 儿科其他医疗服务能力					按照三级综合医院医疗服务能力指南（2016年版）中儿科其他关键医疗技术基本标准及推荐标准统计。	
	5.4.18.1 关键医疗技术开展例数		该专科关键医疗技术开展例数				监测 比较
	5.4.18.2 关键医疗技术开展率	统计周期内开展关键医疗技术种类数占儿科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数的比例。	周期内关键医疗技术种类数	儿科其他关键医疗技术基本标准及推荐标准种数	关键医疗技术开展率=周期内关键医疗技术种类数/儿科其他关键医疗技术基本标准及推荐标准种数×100%		监测 比较
	5.4.19 眼科医疗服务能力					按照三级综合医院医疗服务能力指南（2016年版）中眼科关键医疗技术基本标准及推荐标准统计。	
	5.4.19.1 关键医疗技术开展例数		该专科关键医疗技术开展例数				监测 比较
	5.4.19.2 关键医疗技术开展率	统计周期内开展关键医疗技术种类数占眼科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数的比例。	周期内关键医疗技术种类数	眼科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数	关键医疗技术开展率=周期内关键医疗技术种类数/眼科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数×100%		监测 比较
	5.4.20 耳鼻咽喉科医疗服务能力					按照三级综合医院医疗服务能力指南（2016年版）中耳鼻咽喉科关键医疗技术基本标准及推荐标准统计。	
	5.4.20.1 关键医疗技术开展例数		该专科关键医疗技术开展例数				监测 比较
	5.4.20.2 关键医疗技	统计周期内开展关键医疗技术种	周期内关键医疗技术种	耳鼻咽喉科关键医	关键医疗技术开展率=周期内关键医		监测

	术开展率	类数占耳鼻咽喉科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数的比例。	类数	疗技术基本标准及推荐标准种数	疗技术种类数/耳鼻咽喉科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数×100%		比较
	5.4.21 口腔科医疗服务能力					按照三级综合医院医疗服务能力指南（2016年版）中口腔科关键医疗技术基本标准及推荐标准统计。	
	5.4.21.1 关键医疗技术开展例数		该专科关键医疗技术开展例数				监测比较
	5.4.21.2 关键医疗技术开展率	统计周期内开展关键医疗技术种类数占口腔科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数的比例。	周期内关键医疗技术种类数	口腔科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数	关键医疗技术开展率=周期内关键医疗技术种类数/口腔科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数×100%		监测比较
	5.4.22 皮肤科医疗服务能力					按照三级综合医院医疗服务能力指南（2016年版）中皮肤科关键医疗技术基本标准及推荐标准统计。	
	5.4.22.1 关键医疗技术开展例数		该专科关键医疗技术开展例数				监测比较
	5.4.22.2 关键医疗技术开展率	统计周期内开展关键医疗技术种类数占皮肤科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数的比例。	周期内关键医疗技术种类数	皮肤科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数	关键医疗技术开展率=周期内关键医疗技术种类数/皮肤科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数×100%		监测比较
	5.4.23 精神科医疗服务能力					按照三级综合医院医疗服务能力指南（2016年版）中精神科关键医疗技术基本标准及推荐标准统计。	
	5.4.23.1 关键医疗技术开展例数		该专科关键医疗技术开展例数				监测比较
	5.4.23.2 关键医疗技术开展率	统计周期内开展关键医疗技术种类数占精神科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数的比例。	周期内关键医疗技术种类数	精神科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数	关键医疗技术开展率=周期内关键医疗技术种类数/精神科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数×100%		监测比较
	5.4.24 感染科医疗服					按照三级综合医院医疗服务能力指南（2016年版）	

务能力					中感染科关键医疗技术基本标准及推荐标准统计。	
5.4.24.1 关键医疗技术开展例数		该专科关键医疗技术开展例数				监测比较
5.4.24.2 关键医疗技术开展率	统计周期内开展关键医疗技术种类数占感染科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数的比例。	周期内关键医疗技术种类数	感染科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数	关键医疗技术开展率=周期内关键医疗技术种类数/感染科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数×100%		监测比较
5.4.25 肿瘤科医疗服务能力					按照三级综合医院医疗服务能力指南（2016年版）中肿瘤科关键医疗技术基本标准及推荐标准统计。	
5.4.25.1 关键医疗技术开展例数		该专科关键医疗技术开展例数				监测比较
5.4.25.1 关键医疗技术开展率	统计周期内开展关键医疗技术种类数占肿瘤科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数的比例。	周期内关键医疗技术种类数	肿瘤科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数	关键医疗技术开展率=周期内关键医疗技术种类数/肿瘤科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数×100%		监测比较
5.4.26 急诊医学科医疗服务能力					按照三级综合医院医疗服务能力指南（2016年版）中急诊医学科关键医疗技术基本标准及推荐标准统计。	
5.4.26.1 关键医疗技术开展例数		该专科关键医疗技术开展例数				监测比较
5.4.26.2 关键医疗技术开展率	统计周期内开展关键医疗技术种类数占急诊医学科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数的比例。	周期内关键医疗技术种类数	急诊医学科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数	关键医疗技术开展率=周期内关键医疗技术种类数/急诊医学科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数×100%		监测比较
5.4.27 康复医学科医疗服务能力					按照三级综合医院医疗服务能力指南（2016年版）中康复医学科关键医疗技术基本标准及推荐标准统计。	

5.4.27.1 关键医疗技术开展例数		该专科关键医疗技术开展例数				监测比较
5.4.27.2 关键医疗技术开展率	指统计周期内开展关键医疗技术种类数占康复医学科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数的比例。	周期内关键医疗技术种类数	康复医学科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数	关键医疗技术开展率=周期内关键医疗技术种类数/康复医学科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数×100%		监测比较
5.4.28 麻醉科医疗服务能力					按照三级综合医院医疗服务能力指南（2016年版）中麻醉科关键医疗技术基本标准及推荐标准统计。	
5.4.28.1 关键医疗技术开展例数		该专科关键医疗技术开展例数				监测比较
5.4.28.2 关键医疗技术开展率	统计周期内开展关键医疗技术种类数占麻醉科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数的比例。	周期内关键医疗技术种类数	麻醉科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数	关键医疗技术开展率=周期内关键医疗技术种类数/麻醉科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数×100%		监测比较
5.4.29 重症医学科医疗服务能力					按照三级综合医院医疗服务能力指南（2016年版）中重症医学科关键医疗技术基本标准及推荐标准统计。	
5.4.29.1 关键医疗技术开展例数		该专科关键医疗技术开展例数				监测比较
5.4.29.2 关键医疗技术开展率	统计周期内开展关键医疗技术种类数占重症医学科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数的比例。	周期内关键医疗技术种类数	重症医学科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数	关键医疗技术开展率=周期内关键医疗技术种类数/重症医学科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数×100%		监测比较
5.4.30 疼痛科医疗服务能力					按照三级综合医院医疗服务能力指南（2016年版）中疼痛科关键医疗技术基本标准及推荐标准统计。	
5.4.30.1 关键医疗技		该专科关键医疗技术开				监测

	术开展例数		展例数				比较
	5.4.30.2 关键医疗技术开展率	统计周期内开展关键医疗技术种类数占疼痛科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数的比例。	周期内关键医疗技术种类数	疼痛科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数	关键医疗技术开展率=周期内关键医疗技术种类数/疼痛科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数×100%		监测比较
	5.4.31 中医科医疗服务能力					按照三级综合医院医疗服务能力指南（2016年版）中中医科关键医疗技术基本标准及推荐标准统计。	
	5.4.31.1 关键医疗技术开展例数		该专科关键医疗技术开展例数				监测比较
	5.4.31.2 关键医疗技术开展率	指统计周期内开展关键医疗技术种类数占中医科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数的比例。	周期内关键医疗技术种类数	中医科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数	关键医疗技术开展率=周期内关键医疗技术种类数/中医科关键医疗技术基本标准及推荐标准种数×100%		监测比较

第三部分 现场检查

第一章 医院功能与任务

评审标准(节)	评审标准(条)	评审标准(款)
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。	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。
	(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。	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。
	(三) 医院有承担服务区域内急危重症和疑难疾病诊疗的设施设备、技术梯队与处置能力。	1.1.3.1 医院具备服务区域内急危重症和疑难疾病诊疗的设施设备和技术梯队。
		1.1.3.2 医院具备服务区域内急危重症和疑难疾病诊疗的处置能力，提供 24 小时急危重症诊疗服务。
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。	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，内容包括但不限于公共卫生服务、突发事件紧急医疗救援、援疆援藏援外、国防卫生动员、对口支援等任务。
		1.2.4.3 医院的住院和门诊患者平均医疗费用年均增幅低于本区域 GDP 年均增幅。
	(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。	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、食源性疾病防治知识和技能培训与处置演练。
	(六) 按照《国家基本药物临床应用指南》和《中国国家处方集》及医院药品使用管理有关规定，规范医师处方行为，优先合理使用基本药物。	1.2.6.1 按照《国家基本药物临床应用指南》和《中国国家处方集》等，制定优先使用基本药物的相关规定。
1.2.6.2 定期对国家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。		
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。	1.3.7.1 医院应参与医联体建设并发挥引领作用，有制定医联体章程，明确各方责任、权利、义务和功能定位，有制定医联体建设相关规划。
		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 有证据显示医联体内基层医疗机构服务能力得到提升。
	(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。	1.3.8.1 医院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；措施可行，定期考核，并将考核结果与支援人员的晋升、聘任、任用、评优等挂钩。
		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。
	(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。	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。
四、承担突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治	(十) 遵守国家法律、法规，严格执行各级政府制定的应急预案，按照“平急结合、防治结合”的要求加强建设，承担突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治工作。	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。

第二章 临床服务质量与安全管理

评审标准(节)	评审标准(条)	评审标准(款)
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。	2. 1. 11. 1 医院应当根据《医疗质量管理办法》建立覆盖全院、全程和全员的医疗质量管理体系, 有医疗质量管理组织架构图, 能清楚反映医疗质量管理院、科两级责任制。
		2. 1. 11. 2 各质量管理组织运行良好, 有记录证明在质量管理及持续改进中发挥作用。
		2. 1. 11. 3 院长是医院医疗质量管理的第一责任人, 实行院科两级责任制。各自职责明确, 相关负责人知晓本人职责。
		2. 1. 11. 4 科室对本科室医疗质量管理与控制工作制度执行情况有自查, 对存在问题落实整改。
		2. 1. 11. 5 主管部门对医疗质量管理与控制工作制度执行情况有定期督查, 对存在问题有分析、反馈, 并检查整改落实情况。
	(十二) 设立医疗质量管理委员会, 人员组成和职责符合《医疗质量管理办法》要求。医疗质量管理委员会负责承接、配合各级质控组织开展工作, 并发挥统筹协调作用。	2. 1. 12. 1 医院应当设立医疗质量管理委员会, 人员组成(至少包括院领导、临床医技科室负责人、相关职能部门负责人等)、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。工作记录客观、真实、完整。
		2. 1. 12. 3 医疗质量管理委员会负责承接、配合各级质控中心等组织开展督导检查活动, 按照各级质控中心督导检查反馈和质控报告, 组织整改和协调解决相关问题。
	(十三) 各业务科室成立本科室医疗质量管理小组, 人员组成和职责符合《医疗质量管理办法》要求。	2. 1. 13. 1 各业务科室应常设医疗质量管理工作小组, 人员组成与职责符合《医疗质量管理办法》要求, 组长由科室主要负责人担任, 并指定专人负责日常具体工作。
		2. 1. 13. 2 医疗质量管理工作小组应制定科室医疗质量工作计划, 并组织落实, 定期召开会议, 研究解决本科室存在问题, 有工作记录, 可追溯。
		2. 1. 13. 3 医疗质量管理工作小组定期开展医疗质量管理自查, 对存在问题落实整改。
		2. 1. 13. 4 主管部门对科室医疗质量管理工作小组工作开展情况有定期督查, 对存在问题有分析、反馈, 并检查整改落实情况。
	(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。	2. 1. 14. 1 医院应当建立健全医疗质量管理培训考核制度, 培训和考核范围包括所有参与医疗质量管理的人员。根据年度质量与安全管理计划, 制定培训和考核计划, 并组织落实, 有相关培训和考核记录。

		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工作中的作用。
	(十五) 遵循临床诊疗指南、医疗技术操作规范、医学伦理规范、行业标准和临床路径等有关要求开展诊疗工作。	2.1.15.1 医院应当结合最新版疾病诊疗指南(共识)、医疗技术操作规范、医学伦理规范、行业标准制定符合医院诊疗范围的临床诊疗指南和技术操作规范，并定期更新。根据国家要求，结合本院实际，制定临床路径文本。
		2.1.15.2 医务人员遵循临床诊疗指南、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。
		2.1.15.3 科室定期对落实上述诊疗指南、技术操作规范、行业标准和临床路径开展自查，对存在问题落实整改。
		2.1.15.4 主管部门对落实上述诊疗指南、技术操作规范、行业标准和临床路径等有定期督查，对存在问题有分析、反馈，并检查整改落实情况。
	(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。	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。
	(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。	2.1.17.1 根据《医疗质量管理办法》要求，医院应当将所有人员、设施设备、环境等纳入医疗质量管理和控制的范围，并制定全员参与、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，并定期更新。
		2.1.17.2 有医疗质量关键环节(如危急重患者管理、围手术期管理、输血管理、有创诊疗操作等)管理制度与措施。有重点部门(手术室、血液透析室、内窥镜室、导管室、重症监护室等)的管理制度与措施。
	(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，完善医疗质量管理相关指标体系，掌握本院医疗质量基础数据。	2.1.18.1 熟练运用医疗质量管理工具开展医疗质量管理与自我评价。
		2.1.18.2 依据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”等相关指标，及时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。
		2.1.18.3 相关人员应掌握其岗位职责范围内的医疗质量基础数据。
	(十九) 加强临床专科服务能力建设，重视专科协同和中西医共同发展，制订专科建设发展规划并组织实施。定期对实施效果进行阶段性评估，并根据评估效果对发展规划及时调整、优化。	2.1.19.1 医院应当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。定期对实施效果进行阶段性评估，并根据评估效果对发展规划及时调整、优化。

	链条”的多学科诊疗模式。	2.1.19.2 重视专科协同和中西医共同发展，建立“以患者为中心，以疾病为链条”的多学科诊疗模式，有相关管理制度、工作流程等。
	(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。	2.1.20.1 医院应当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 明确医院单病种管理病种范围，制定管理方案，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。
	(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。	2.1.21.1 医院指定部门负责患者和员工满意度监测管理，有相关的制度、流程及适宜的评价内容。
		2.1.21.2 主管部门能以问题为导向，定期开展患者和员工满意度评价，对满意度评价反映的问题，有分析、反馈，并组织整改落实。
	(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。	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。
	(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。	2.1.23.1 基于电子病历的医院信息平台建设应符合《全国医院信息化建设标准与规范》的要求，功能具备《医院信息平台应用功能指引》的要求，技术符合《医院信息化建设应用技术指引（2017版）》的要求。
		2.1.23.2 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，数据符合《全国医院数据上报管理方案》《全国医院上报数据统计分析指标集》要求。
	(二十四) 对医疗质量管理要求执行情况进行定期评估，对医疗质量数据开展内部验证并及时分析和反馈，对医疗质量问题和医疗安全风险进行预警和干预，对存在的问题及时采取有效干预措施，评估干预效果，促进医疗质量持续改进。	2.1.24.1 医院对医疗质量管理要求执行情况进行定期评估。
		2.1.24.2 医院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 医院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。
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。	2.2.25.1 根据《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》要求，制定发布符合本单位实际的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。
	(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	2.2.26.1 制定首诊负责制度。明确患者在诊疗过程中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。

可追溯。		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 首诊医师应当做好医疗记录，保障诊疗行为可追溯。
		2.2.26.4 科室对首诊负责制度执行情况有定期开展自查，对存在问题落实整改。
		2.2.26.5 主管部门对首诊负责制度执行情况有定期督查，对存在问题有分析、反馈，并检查整改落实情况。
(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。		2.2.27.1 制定科主任领导下的三个不同级别的医师查房制度(含护理、药师查房制度)，明确各部门职责和各级各类医务人员岗位职责；并贯彻实施。
		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。
		2.2.27.4 科室对三级查房制度执行情况有定期开展自查，对存在问题落实整改。
		2.2.27.5 主管部门对三级查房制度执行情况有定期督查，对存在问题有分析、反馈，并检查整改落实情况。
(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。		2.2.28.1 制定会诊制度。明确各类会诊的具体流程和工作要求。机构内会诊管理包括但不限于：会诊医师资质与责任、会诊时限、会诊记录书写要求等；机构外会诊管理包括但不限于：本院外出会诊医师资质与责任，建立医师外出会诊管理档案等。并落实到位。
		2.2.28.2 会诊请求人员应当陪同完成会诊。会诊情况应当在会诊单中记录。会诊意见的处置情况应当在病程中记录。并落实到位。
		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 科室对会诊制度执行情况有定期开展自查，对存在问题落实整改。
		2.2.28.5 主管部门对会诊制度执行情况有定期督查，对存在问题有分析、反馈，并检查整改落实情况。
(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。		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 医护人员应当根据患者病情与生活自理能力变化的情况，合理动态调整患者护理级别。
		2.2.29.3 护理级别应当实时在病历、患者一览表及床头卡有明确标识。
		2.2.29.4 科室对分级护理制度执行情况有定期开展自查，对存在问题落实整改。
		2.2.29.5 主管部门对分级护理制度执行情况有定期督

		查，对存在问题有分析、反馈，并检查整改落实情况。
<p>(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。</p>	2.2.30.1 制定值班与交接班制度。建立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。总值班人员需接受相应的培训并经考核合格。	
	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 当值医务人员中必须有本机构执业的医务人员，非本机构执业医务人员不得单独值班。当值人员不得擅自离岗，确保通讯畅通。	
	2.2.30.6 值班期间所有的诊疗活动必须及时记入病历。	
	2.2.30.7 科室对值班与交接班制度执行情况有定期开展自查，对存在问题落实整改。	
	2.2.30.8 主管部门对值班与交接班制度执行情况有定期督查，对存在问题有分析、反馈，并检查整改落实情况。	
<p>(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。</p>	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。	
	2.2.31.3 科室对交接班内容记录情况有定期开展自查，对存在问题落实整改。	
	2.2.31.4 主管部门对交接班内容记录情况有定期督查，对存在问题有分析、反馈，并检查整改落实情况。	
<p>(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。</p>	2.2.32.1 制定疑难病例讨论制度。医院和科室应当确定疑难病例的范围，内容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人具有主治医师及以上专业技术任职资格。	
	2.2.32.3 医院应统一疑难病例讨论记录的格式。讨论内容应专册记录，主持人需审核并签字。讨论的结论应当记入病历。	
	2.2.32.4 科室对疑难病例讨论制度执行情况有定期开展自查，对存在问题落实整改。	

		2.2.32.5 主管部门对疑难病例讨论制度执行情况有定期督查，对存在问题有分析、反馈，并检查整改落实情况。
	<p>(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。</p>	<p>2.2.33.1 制定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，内容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。</p> <p>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。确保各单元抢救设备和药品可用。</p> <p>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。</p> <p>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，确保急危重患者优先救治。</p> <p>2.2.33.5 抢救完成后6小时内应当将抢救记录记入病历，记录时间应具体到分钟。</p> <p>2.2.33.6 科室对急危重患者抢救制度执行情况有定期开展自查，对存在问题落实整改。</p> <p>2.2.33.7 主管部门对急危重患者抢救制度执行情况有定期督查，对存在问题有分析、反馈，并检查整改落实情况。</p>
	<p>(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。</p>	<p>2.2.34.1 制定术前讨论制度。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。</p> <p>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。术前讨论的结论记入病历。</p> <p>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。</p> <p>2.2.34.4 科室对术前讨论制度执行情况有定期开展自查，对存在问题落实整改。</p> <p>2.2.34.5 主管部门对术前讨论制度执行情况有定期督查，对存在问题有分析、反馈，并检查整改落实情况。</p>
	<p>(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。</p>	<p>2.2.35.1 制定死亡病例讨论制度。讨论内容包括但不限于死亡原因、死亡诊断、诊疗过程等，同时明确讨论范围、参加人员、时限和记录等。</p> <p>2.2.35.2 死亡病例讨论应当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。死亡病例讨论应当在全科室范围内进行，由科主任主持，必要时邀请医院医疗管理部门和相关科室参加。</p>

		2.2.35.3 死亡病例讨论情况应当按照医院统一制定的模板进行专册记录,由主持人审核并签字。死亡病例讨论结果应当记入病历。
		2.2.35.4 科室应及时对死亡病例进行分析,总结经验与教训,并落实整改。
		2.2.35.5 主管部门定期对全院死亡病例进行汇总分析,总结经验与教训,提出持续改进意见,并督促科室落实整改。
	<p>(三十六) 建立查对制度。医院查对制度应该涵盖患者身份识别、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。</p>	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。
		2.2.36.5 科室对查对制度执行情况有定期开展自查,对存在问题落实整改。
		2.2.36.6 主管部门对查对制度执行情况有定期督查,对存在问题有分析、反馈,并检查整改落实情况。
	<p>(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,将产房分娩安全核查纳入核查内容。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。</p>	2.2.37.1 建立手术安全核查及产房分娩安全核查制度和标准化流程,核查过程和内容按国家有关规定执行。
		2.2.37.2 医院制定手术部位识别标示制度与工作流程,对手术的标记方法、标记颜色、标记实施者及患者参与有统一明确的规定。
		2.2.37.3 相关人员应按手术安全核查及产房安全分娩核查流程和内容实行手术和分娩安全核查,完成安全核查表填写并将核查表纳入病历。
		2.2.37.4 科室对手术和产房分娩安全核查制度执行情况有定期开展自查,对存在问题落实整改。
		2.2.37.5 主管部门对手术和产房分娩安全核查制度执行情况有定期督查,对存在问题有分析、反馈,并检查整改落实情况。
	<p>(三十八) 建立手术分级管理制度。建立手术分级管理工作制度和手术分级管理目录。建立手术分级授权管理机制和手术医师技术档案。医院应当对手术医师能力进行定期评估,根据评估结果对手术权限进行动态调整。</p>	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 建立医院手术医师资质与授权管理制度及规范文件,并按照手术名称授权,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。
		2.2.38.3 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 医院应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。
		2.2.38.5 科室对手术分级管理制度执行情况有定期开展自查,对存在问题落实整改。
		2.2.38.6 主管部门对手术分级管理制度执行情况有定期督查,对存在问题有分析、反馈,并检查整改落实情况。
(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。	2.2.39.1 制定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,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,并落实到位。	
	2.2.39.3 所有新技术和新项目必须经过本机构相关技术管理委员会和医学伦理委员会审核同意后,方可开展临床应用。	
(四十) 明确开展新技术和新项目临床应用的专业人员范围、认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。	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 新技术和新项目临床应用前,医院要充分论证可能存在的安全隐患或技术风险,并制定相应预案。	
	2.2.40.3 医院应当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和动态评估。	
	2.2.40.4 科室对新技术和新项目准入制度执行情况有定期开展自查,对存在问题落实整改。	
	2.2.40.5 主管部门对新技术和新项目准入制度执行情况有定期督查,对存在问题有分析、反馈,并检查整改落实情况。	
(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。	2.2.41.1 制定危急值报告制度。制定可能危及患者生命的各项检查、检验结果危急值清单,包括疾病危急值清单并定期调整。	
	2.2.41.2 医院应当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,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。	
	2.2.41.3 医院应当统一制定临床危急值信息登记专册,确保危急值信息报告全流程的人员、时间、内容等关键要素可追溯。	
	2.2.41.4 科室对危急值报告制度执行情况有定期开展自查,对存在问题落实整改。	
	2.2.41.5 主管部门对危急值报告制度执行情况有定期督查,对存在问题有分析、反馈,并检查整改落实情况。	
(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	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。	

<p>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。</p>	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；有保护病历、病案和信息安全的相关制度。
	2.2.42.4 科室对病历管理制度执行情况有定期开展自查，对存在问题落实整改。
	2.2.42.5 主管部门对病历管理制度执行情况有定期督查，对存在问题有分析、反馈，并检查整改落实情况。
<p>（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。</p>	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。
<p>（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。</p>	2.2.44.1 制定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。
	2.2.44.5 科室对上述制度及流程执行情况有定期开展自查，对存在问题落实整改。
	2.2.44.6 主管部门对上述制度及流程执行情况有定期督查，对存在问题有分析、反馈，并检查整改落实情况。
<p>（四十五）建立临床用血审核制度。应当严格落实国家关于医疗机构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。</p>	2.2.45.1 建立临床用血审核制度。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。
	2.2.45.4 科室对上述制度及流程执行情况有定期开展自查，对存在问题落实整改。
	2.2.45.5 主管部门对上述制度及流程执行情况有定期督查，对存在问题有分析、反馈，并检查整改落实情况。
<p>（四十六）建立信息安全管理。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</p>	2.2.46.1 建立信息安全管理。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，科主任是本科室患者信息安全管理第一责任人。

	<p>立覆盖患者诊疗信息管理全流程的制度和技術保障体系。</p> <p>(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。</p>	<p>2.2.46.2 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,完善组织架构、建立责任分工、安全管理范围、信息访问权限、应急处置方法等制度体系,明确管理部门和职责。</p> <p>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。</p> <p>2.2.46.4 建立患者诊疗信息安全风险评估和应急工作机制,制定应急预案,并定期演练。</p> <p>2.2.47.1 有确保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、溯源性的相关制度和技術保障体系。</p> <p>2.2.47.2 建立员工分级授权管理制度,明确员工使用患者诊疗信息的权限和责任。</p> <p>2.2.47.3 为员工使用患者诊疗信息提供便利和安全保障。</p>
<p>三、医疗技术临床应用管理</p>	<p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p>	<p>2.3.48.1 医院根据服务能力和诊疗科目许可制定本院的医疗技术服务项目,各专科开展的医疗技术服务应与本科室技术能力相适应,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。</p> <p>2.3.48.2 医院开展的医疗技术临床应用应当遵循科学、安全、规范、有效、经济原则,符合不伤害、有利、尊重和公平的伦理原则。并在实际工作中予以体现。</p> <p>2.3.48.3 医院开展的限制类技术备案符合要求,不得开展禁止类技术。</p> <p>2.3.49.1 医院应有医疗技术临床应用管理委员会,人员组成和职责符合《医疗技术临床应用管理办法》要求,并根据医院实际情况适时进行相应调整、更新。</p> <p>2.3.49.2 医疗技术临床应用管理委员会每年定期召开会议,审核、论证医院医疗技术临床应用各项工作开展情况并有相关决策,会议记录完整。</p> <p>2.3.49.3 医务部门负责医疗技术临床应用的日常管理,定期对医院开展医疗技术临床应用情况进行监管,对存在问题进行分析、反馈,并落实整改。</p> <p>2.3.50.1 医院开展医疗技术临床应用应当符合医院执业许可证中诊疗科目范围要求。</p> <p>2.3.50.2 开展相关医疗技术的人员具备相应资质、权限。</p> <p>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。</p> <p>2.3.50.4 医院应当建立医疗技术临床应用质量控制体系,有重点医疗技术实施路径或操作规范,有重点医疗</p>

		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 医院开展的每项医疗技术均遵守相关技术临床应用管理规范。
(五十一) 医院开展限制类医疗技术，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。	2.3.51.1 医院应加强限制类医疗类医疗技术的临床应用管理，拟开展限制类技术临床应用的，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。自我评估结果报医疗技术临床应用管理专门组织审核。	
	2.3.51.2 符合条件的可以开展临床应用，并于开展首例临床应用之日起15个工作日内，向核发其《医疗机构执业许可证》的卫生健康行政部门备案。	
	2.3.51.3 主管部门对医院开展限制类技术的评估和备案情况有定期督查，对存在问题有分析、反馈，并检查整改落实情况。	
(五十二) 未经伦理委员会审查通过的医疗技术，特别是限制类医疗技术和存在重大伦理风险的医疗技术，不得应用于临床。		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。
(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。	2.3.53.1 医院应当制定本院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。	
(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。	2.3.54.1 医院应当建立医师手术授权与动态管理制度，完善手术医师能力评价与再授权的制度与程序。	
	2.3.54.2 根据医师的专业能力、临床实践、手术质量安全和培训情况，对医师手术授权进行动态管理，医师手术级别权限具体到手术项目，手术医师按权限开展手术。明确授予或者取消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。	
(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。	2.3.55.1 医院应当依法准予医务人员实施与其专业能力相适应的医疗技术，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，并纳入个人专业技术档案管理。	
	2.3.55.2 建立医务人员个人专业技术档案，内容包括但不限于医师资格证、执业证、职称证、学历学位证、进修和培训证明、年度考核结果、执业范围等。	

<p>(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。</p>	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。
<p>(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。</p>	2.3.57.1 医院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。
<p>(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。</p>	2.3.58.1 建立医疗技术临床应用质量控制制度, 覆盖医疗技术临床应用的全过程。
	2.3.58.2 以限制类技术为重点, 制定本院医疗技术质量控制指标, 需符合国家和省级管理要求。
	2.3.58.3 各科室根据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 主管部门履行监管职责, 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。
<p>(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。</p>	2.3.59.1 医院应当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。尤其应加强首次在本医疗机构临床应用的医疗技术规范化培训。
	2.3.59.2 重视医疗技术临床应用管理人才队伍的建设和培养, 进行管理学理论及方法的培训, 强化自我管理意识, 提高管理水平和技能。
<p>(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。</p>	2.3.60.1 医院应当将限制类技术目录、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 将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。
<p>(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。</p>	2.3.61.1 医院出现下列情形之一的, 应当立即停止该项医疗技术的临床应用: (1)该医疗技术被国家卫生健康委列为“禁止类技术”; (2)从事该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

		<p>床应用效果；(3)该医疗技术在本院应用过程中出现重大医疗质量、医疗安全或者伦理问题，或者发生与技术相关的严重不良后果；(4)发现该项医疗技术临床应用效果不确切，或者存在重大质量、安全或者伦理缺陷。出现第 2-4 项情形时，医院应按照规定程序报告。</p>
		<p>2.3.61.2 科室在医疗技术临床应用过程中出现不良事件应按照规定程序报告，属于规定中需立即停止情形的，应立即停止该项医疗技术的临床应用，并向医院主管部门报告。</p>
		<p>2.3.61.3 医院主管部门发现本机构出现规定中需立即停止情形的，应立即要求科室停止该项医疗技术的临床应用，并立即向省级卫生行政部门报备。</p>
	<p>(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。</p>	<p>2.3.62.1 医院应当建立上报制度，按照要求，及时、准确、完整地通过“福建省医疗技术临床应用管理信息系统”逐例报送限制类技术开展情况数据信息。</p>
		<p>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。</p>
		<p>2.3.62.3 主管部门对上报情况定期进行进行分析反馈，持续改进上报质量。</p>
	<p>(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。</p>	<p>2.3.63.1 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。</p>
		<p>2.3.63.2 应当制定培训方案，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。</p>
		<p>2.3.63.3 医院承担限制类技术临床应用规范化培训工作的，应当于首次发布招生公告之日起 3 个工作日内，向省级卫生行政部门备案。</p>
	<p>(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。</p>	<p>2.3.64.1 医院承担限制类技术临床应用规范化培训工作的，应当制定限制类技术临床应用规范化培训规章制度及流程，明确岗位职责和管理要求。</p>
		<p>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。</p>
		<p>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。</p>
		<p>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</p>

		全情况、参与相关技术全过程管理的患者例数、考核结果等。
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。	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, 并落实培训。
		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。
	(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。	2.4.66.1 落实《医疗纠纷预防和处理条例》, 医院应当加强医疗风险管理, 有医疗风险管理方案并定期修订。
		2.4.66.2 医疗风险管理方案包括但不限于识别、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 主管部门定期检查医疗风险的防控措施落实情况, 及时消除隐患。
	(六十七) 落实《关于推进医院安全秩序管理工作的指导意见》, 维护正常医疗秩序, 保护医务人员人身安全, 为医患双方营造良好诊疗环境。	2.4.67.1 落实《关于推进医院安全秩序管理工作的指导意见》等有关规定要求, 维护正常医疗秩序, 保护医务人员人身安全。
		2.4.67.2 加强医院保卫队伍建设, 根据人流量、地域面积等情况, 配齐配强专职保卫人员, 聘用足够的保安员。
		2.4.67.3 加强医院物防设施建设, 为在岗保卫人员和保安员配备必要的通讯设施和防护器械。医院供水、供电、易燃易爆物品存放等重点要害部位安装安全防护设施。
		2.4.67.4 加强医院技防系统建设, 建立完善入侵报警系统、视频监控系统、出入口控制系统和电子巡查系统, 设置安全监控中心, 重点区域视频监控全覆盖。
		2.4.67.5 强化医院警务室建设, 三级医院和有条件的二级医院设立警务室, 配备必要警力; 尚不具备条件的根据情况在周边设立治安岗亭(巡逻必到点)。
		2.4.67.6 有序开展安检工作, 建立安全检查制度, 配备金属探测门、微量 X 射线安全检查设备、手持式金属探测器等安检设备。
(六十八) 建立健全医患沟通机制和投诉管理制度。实行“首诉负责制”。	2.4.68.1 建立健全医患沟通机制和投诉管理制度, 有投诉处置流程。	

五、诊疗质量保障与持续改进	投诉相关信息用于医疗质量管理的持续改进。	2.4.68.2 设置投诉管理部门，实施“首诉负责制”，并向社会公开。
		2.4.68.3 对投诉处置有明确时限规定，告知患者投诉处置结果。
		2.4.68.4 定期分析相关投诉信息，以共性的投诉问题开展警示教育，持续改进医疗质量安全。
	(六十九) 建立药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件监测报告制度，定期评估相关事件并及时反馈临床，按照国家有关规定向相关部门报告。	2.4.69.1 建立药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件监测报告制度，有报告流程并落实。
		2.4.69.2 相关主管部门定期评估药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件并及时反馈至临床。
		2.4.69.3 通过药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件直报系统，相关主管部门按照规定向相关部门上报不良事件，可追溯。
	(七十) 有对深静脉血栓中高危患者评估、识别、预防、诊断和处置的制度和流程并开展全员培训。	2.4.70.1 制定深静脉血栓中高危患者评估、识别、预防、诊断和处置的制度和流程，纳入相关疾病诊疗规范并落实。
		2.4.70.2 开展全员相关培训，员工知晓。
	(七十一) 关注院内安全，有针对心跳骤停、昏迷、跌倒等高风险意外事件的应急措施和救护机制，保障全院任何区域内均能及时提供紧急救治和生命支持服务。	2.4.71.1 医院应当有针对心跳骤停、昏迷、跌倒等高风险意外事件的应急措施和救护机制，职责明确、流程清晰，有多部门协调机制。保障全院任何区域内均能及时提供紧急救治和生命支持服务。
		2.4.71.2 定期开展应对高风险意外事件的应急演练，确保员工掌握处置要求，对员工高风险意外事件的处置能力进行培训及考核。
		2.4.71.3 主管部门对全院医护人员抢救技能和全院任何区域的急救设施有定期督查，对存在问题有分析、反馈，并检查整改落实情况。
	(七十二) 关注分娩安全，有控制分娩疼痛和减少分娩损伤的制度、技术规范 and 流程。	2.4.72.1 医院应当制定控制分娩疼痛和减少分娩损伤的制度并落实。
		2.4.72.2 根据法律法规和行业规范要求，制定分娩技术规范及流程，以控制分娩疼痛和减少分娩损伤。
		2.4.72.3 制定控制分娩疼痛与减少分娩损伤的质控指标，分析相关因素并持续改进。
	(七十三) 门、急诊(含发热、肠道门诊，下同) 布局符合相关规定，能满足临床管理工作。建立门、急诊管理制度和 workflow、突发事件应急处置预案并组织实施。	2.5.73.1 门诊布局科学、合理，流程有序、连贯、便捷，符合患者就诊流程要求和医院感染管理规定。
		2.5.73.2 急诊科布局符合《急诊科建设与管理指南(试行)》要求与急诊快捷流程特点，利于急诊抢救，能满足绿色通道要求。急诊科入口应当通畅，有醒目的路标和标识，并设有救护车通道和专用停靠处。急救设备处于应急备用状态，有应急调配机制。
		2.5.73.3 建立门、急诊管理制度和 workflow，并落实。
		2.5.73.4 制定突发事件应急处置预案，组织演练及日常实施。

<p>(七十四) 加强门、急诊专业人员和 技术力量配备, 根据门、急诊就 诊患者流量和突发事件合理调配 医疗资源。对门、急诊医务人员 开展技术和技能专业培训。</p>	<p>2.5.74.1 加强门诊专业人员和 技术力量配备, 根据门诊就 诊患者流量调配医疗资源; 对 门诊医务人员开展技术和技能 专业培训、考核, 满足门诊患 者诊疗需求。</p>
	<p>2.5.74.2 急诊科专业人员和 技术力量配备满足急诊需要, 并能根据急诊患者流量和突 发事件合理调配医疗资源, 对 急诊医务人员开展技术和技能 专业培训、考核。</p>
	<p>2.5.74.3 有针对门、急诊就 诊患者流量变化及突发事件 的人员、设备等医疗资源的 调配机制及应急预案。</p>
	<p>2.5.74.4 主管部门定期分析 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。</p>
<p>(七十五) 实行预检分诊制度, 门、急诊规范设置预检分诊 场所, 完善预检分诊流程。</p>	<p>2.5.75.1 制定门、急诊预 检分诊制度与流程, 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, 有效识别急危重症患者、分 流非急危重症患者。</p>
	<p>2.5.75.2 通过预检, 有效 分诊疑似传染病、发热等患 者, 疑似患者应由专人陪同, 按指定路线前往传染病、发 热门诊, 记录清晰, 有去向 登记, 做好患者交接。</p>
	<p>2.5.75.3 规范设置预检分 诊场所, 通风良好, 相对独 立, 标识导向醒目易懂。</p>
	<p>2.5.75.4 分诊台有消毒隔 离条件和必要的防护用品, 工 作人员采取必要的防护措施, 配置快速鉴别病情的相关 医疗设施设备。预检分诊人 员配置符合相关要求。</p>
<p>(七十六) 把门、急诊工作 质量纳入临床各科室质量 管理范围, 作为考核科室 和医务人员的重要内容。</p>	<p>2.5.76.1 根据《医疗机构 门诊质量管理暂行规定》、 《急诊专业医疗质量控制指 标标准》要求, 医院制定 门、急诊工作质量考核方 案, 有明确质量考核指标。</p>
	<p>2.5.76.2 把门、急诊工 作质量作为考核临床科室 和医务人员的重要内容。</p>
<p>(七十七) 有急危重症患 者“绿色通道”。建立院前 急救、院内急诊与住院或 转诊的连贯性医疗服务流 程, 并定期进行评价和持 续改进。</p>	<p>2.5.77.1 有院前急救、 院内急诊与住院或转诊的 连贯性医疗服务工作流程, 保证患者在院前急救、院 内急诊、住院或转诊的医 疗服务过程中有交接、连 贯完整。</p>
	<p>2.5.77.2 有急危重症患 者优先处置的制度和流程, 建立急危重症患者抢救 “绿色通道”, 根据病情 分级实施分区治疗相关 标准、规定及有效衔接 的工作流程。实行“先 抢救、后付费”。</p>
	<p>2.5.77.3 员工知晓绿 色通道的实施范围及工 作流程, 并依此落实。</p>
	<p>2.5.77.4 有为急危重 症患者住院备床、备手 术间的机制, 定期调整 备床数量, 满足急危重 症患者住院及手术需 求。</p>
	<p>2.5.77.5 主管部门定 期督导评价, 对“绿色 通道”和医疗服务流程 的规范性、连贯性、时 效性进行汇总、分析、 反馈并持续改进。</p>

	<p>(七十八) 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。</p>	<p>2.5.78.1 根据医院特点,明确急危重症病种和重点人群的范围,包括但不限于创伤、脑卒中、急性心肌梗死、高危孕产妇、新生儿等。建立急危重症病种和重点人群急诊服务规范与流程。</p>
	<p>(七十九) 优化门、急诊服务,实施多种形式的预约诊疗服务,逐步提高患者预约就诊比例。及时公开出诊信息。开展多学科诊疗,方便患者就医。</p>	<p>2.5.78.2 对急危重症病种和重点人群的急诊服务规范和流程进行培训,相关人员熟练掌握并落实执行。</p> <p>2.5.79.1 有预约诊疗工作制度和流程,并有具体的管理措施;有专门部门负责统一预约管理和协调工作。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。</p> <p>2.5.79.2 以多种方式向患者提供出诊信息,并及时更新;医务人员按时出诊,特殊情况无法出诊应有替代方案并及时告知患者。</p> <p>2.5.79.3 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。</p> <p>2.5.79.4 开展多学科诊疗的,有开展多学科综合门诊的相关制度与流程,专人负责管理,有完整的工作记录和病历资料。</p>
	<p>(八十) 优化就诊环境。就诊环境清洁、舒适、安全。为患者提供就诊接待、引导、咨询服务。急诊与门诊候诊区、医技部门等均有清晰、规范、醒目、易懂的标识。</p>	<p>2.5.80.1 医院建筑布局符合患者就诊流程要求和医院感染管理规定。门诊工作区满足患者就诊需要,有配备适宜座椅的等候休息区,有候诊排队提示系统;有卫生、清洁、无味、防滑的卫生间,包括专供残疾人使用的卫生设施。</p> <p>2.5.80.2 急诊与门诊候诊区、医技部门等有清晰、规范、醒目、易懂的标识,尤其与急救相关的科室与路径标识。</p> <p>2.5.80.3 有为患者提供就诊接待、引导、咨询服务,就诊环境清洁、舒适、安全。</p> <p>2.5.80.4 主管部门对就诊环境以及提供服务有有定期督查,对存在问题有分析、反馈,并检查整改落实情况。</p>
	<p>(八十一) 完善患者入院、出院、转科、转院服务管理制度及标准,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。</p>	<p>2.5.81.1 医院制定患者入院、出院、转科、转院服务管理制度和标准。</p> <p>2.5.81.2 医院建立转运风险评估制度,并根据转运风险程度,明确转运陪同人员、转运工具、急救设备及药品、生命体征监护或维持设备。</p> <p>2.5.81.3 有合理、便捷的急诊患者优先入院制度及流程,且执行到位,确保急诊绿色通道畅通。</p> <p>2.5.81.4 患者转科、转院交接时有交接流程和交接清单,交接过程有记录,并可追溯。</p> <p>2.5.81.5 主管部门对上述制度及流程有定期督查,对存在问题有分析、反馈,并检查整改落实情况。</p>
	<p>(八十二) 有为老年人就医提供方便,对老年人就医予以优先的举措。</p>	<p>2.5.82.1 有构建适老化就医环境的举措,优化老年人进入医疗机构的预检流程。</p>

		2.5.82.2 提供多渠道预约挂号服务,提供方便老年人预约挂号的方式,优化线上线下服务流程。
(八十三) 加强出院患者健康教育,为出院患者提供规范的出院医嘱和康复指导意见,建立出院患者随访制度并组织实施。		2.5.83.1 建立出院患者健康教育管理制度,加强出院患者健康教育,普及相关健康知识。
		2.5.83.2 为出院患者提供出院医嘱和康复指导意见,在出院记录中体现。
		2.5.83.3 建立出院患者随访管理制度,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。
(八十四) 建立各专科常见疾病的临床诊疗规范和技术操作流程,由具有法定资质的医务人员按照制度、程序、规范和流程对患者进行疾病诊断、评估并制定诊疗计划。对疑难危重患者、恶性肿瘤患者,实施必要的多学科评估和综合诊疗。		2.5.84.1 根据法律法规和行业指南,制定临床各科室常见疾病的诊疗规范和技术操作流程,并及时更新,员工知晓并落实。诊疗规范和操作流程包含必要的患者评估内容。
		2.5.84.2 由具有法定资质的医务人员按照制度、程序、规范和流程对患者进行疾病诊断、评估并制定诊疗计划。
		2.5.84.3 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。
		2.5.84.4 科室对上述诊疗规范和技术操作流程执行情况有自查、分析与改进。
		2.5.84.5 主管部门对上述诊疗规范和技术操作流程执行情况有定期督查,对存在问题有分析、反馈,并检查整改落实情况。
(八十五) 对住院患者实施营养评估,为患者提供营养膳食指导,提供营养配餐和治疗饮食,满足患者治疗需要。对特殊、疑难、危重及大手术患者提供营养会诊,按需提供营养支持方案,并记入病历。		2.5.85.1 开展住院患者营养筛查、评价、诊断和治疗。逐步开展住院患者营养筛查工作,了解患者营养状况。建立以营养筛查—评价—诊断—治疗为基础的规范化临床营养治疗路径,依据营养阶梯治疗原则对营养不良的住院患者进行营养治疗,并定期对其效果开展评价。
		2.5.85.2 为患者提供营养膳食指导和营养宣教,定期听取并征求患者及家属的意见;提供营养配餐和治疗饮食,满足患者治疗需要。
		2.5.85.3 营养科积极参与多学科诊疗,组建营养支持团队;接受特殊、疑难、危重、大手术及多学科诊疗患者的营养会诊;按需提供营养支持方案,按规定记入病历。
(八十六) 实施手术患者评估制度,合理制订诊疗和手术方案。建立重大手术报告审批制度,有急诊手术管理措施,保障急诊手术安全。		2.5.86.1 建立手术患者评估制度,在患者评估的基础上,完成手术患者的术前讨论,合理制定手术方案。
		2.5.86.2 患者评估内容包括但不限于疾病、重要脏器功能和患者心理、经济、社会因素等。
		2.5.86.3 建立并严格落实重大手术报告审批制度和流程,明确重大手术的范围,员工知晓。
		2.5.86.4 有急诊手术管理措施,落实急诊手术优先和手术资源应急保障机制,有量化的急诊手术质控指标,保障急诊手术安全。

	<p>(八十七) 手术的全过程情况，术后注意事项，手术后治疗、观察与护理情况及时、准确地记入病历；手术的离体组织必须做病理学检查，明确术后诊断。</p>	<p>2.5.87.1 手术的全过程情况准确地记入病历，手术记录由手术主刀医师完成。明确规定何种特殊情况下可由一助完成手术记录，由一助完成手术记录的，手术主刀医生有审核签名。</p> <p>2.5.87.2 术后首次病程记录中注明术后治疗计划、注意事项，并落实。</p> <p>2.5.87.3 术后及时、规范记录手术后治疗、观察病情变化、手术效果、护理过程等情况。</p> <p>2.5.87.4 对病理报告与术中快速冰冻切片检查及术后诊断不一致时，有追踪与讨论的规定与程序，其结果有记录。</p> <p>2.5.87.5 科室对上述规定落实情况有自查、分析及整改。</p> <p>2.5.87.6 主管部门对上述规定落实情况有定期督查，对存在问题有分析、反馈，并检查整改落实情况。</p>
	<p>(八十八) 完善日间手术质量安全管理制度和评估工作机制。制定并向社会公开本院日间手术病种和技术目录，明确手术适应证范围、麻醉方式、主要风险。加强日间手术病历管理，重视日间手术患者宣教和随访。</p>	<p>2.5.88.1 完善日间手术质量安全管理制度和评估工作机制，指定部门负责日间手术管理。</p> <p>2.5.88.2 制定并向社会公开本院日间手术病种和技术目录。</p> <p>2.5.88.3 制定日间手术操作规范，明确日间手术的适应证范围、麻醉方式。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。</p> <p>2.5.88.4 科室定期对日间手术质量安全管理制度的落实情况进行自查、分析及整改。定期评估日间手术病种和技术风险，确需调整的病种及时与主管部门沟通反馈。</p> <p>2.5.88.5 主管部门对日间手术质量安全管理制度的落实情况进行定期督查，对存在问题有分析、反馈，并检查整改落实情况。定期评估日间手术病种和技术风险，适时调整。</p>
	<p>(八十九) 手术麻醉人员配置合理。实行患者麻醉前病情评估制度。有麻醉后复苏室，规范全程监测并记录麻醉后患者恢复状态，防范麻醉并发症的措施到位。制定术后镇痛治疗管理规范 and 流程并严格执行。</p>	<p>2.5.89.1 手术麻醉人员配置合理，岗位职责明确，能满足业务范畴和临床工作量需要；相关人员经过严格的专业理论和技能培训与考核。</p> <p>2.5.89.2 制定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。</p> <p>2.5.89.3 有麻醉后复苏室，麻醉后复苏室床位与手术台比不低于 1:3；监护等必需设备满足需求。制定复苏室转入、转出标准和流程。在手术间进行复苏的患者在麻醉单上应按复苏标准体现相应的记录和时长。</p> <p>2.5.89.4 制定麻醉并发症的预防措施、术后镇痛治疗管理规范 and 流程，并落实。</p>

		2.5.89.5 麻醉的全过程在病历或麻醉单上得到充分体现，麻醉单及相关记录真实、准确、完整、符合规范，患者的复苏监护和处理记录真实、准确、完整。
		2.5.89.6 有效执行术后镇痛治疗管理的规范与流程，相关人员掌握并执行核心制度、岗位职责、诊疗规范、技术操作常规并严格执行。
		2.5.89.7 科室定期开展麻醉质量指标分析与评价，对存在问题有整改，主管部门履行监管职责，定期开展麻醉质量评价与改进。
	（九十）根据《传染病防治法》等相关法律、法规要求设置感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊，其建筑规范、医疗设备和设施、人员符合规定。按计划对工作人员进行相关培训。	2.5.90.1 感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊建筑规范，布局合理，分区清楚，设备设施符合相关规范，便于患者就诊，能满足避免患者间的交叉感染风险。
		2.5.90.2 发热门诊应当根据相关要求，在医院内相对独立的区域，与普通门（急）诊相对隔离，满足“三区两通道”设置。
		2.5.90.3 制定传染病防治相关培训和考核制度并落实，可追溯。
	（九十一）实施精神类疾病治疗的医院与医师需具备卫生健康行政部门规定的诊疗科目及医师资质；医院明确精神类治疗服务范围并为患者提供适当的医疗保护措施，向近亲属或授权委托人提供医疗保护措施的知情同意和教育。	2.5.91.1 实施精神类疾病治疗的医院与医师需具备卫生健康行政部门规定的诊疗科目及医师资质。
		2.5.91.2 医院明确精神类治疗服务范围，根据法律法规和行业指南制定本院经治的精神类疾病诊疗规范。
		2.5.91.3 制定规范的患者安全保护措施并落实。
		2.5.91.4 向近亲属或授权委托人提供医疗保护措施的知情同意和教育。
	（九十二）实施精神类疾病治疗的医院为精神障碍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。为精神障碍者提供出院康复指导与随访。	2.5.92.1 有会诊流程或多学科联合诊疗模式对精神障碍者的其他躯体疾病开展诊疗服务，及时、规范和全面的开展精神障碍者的躯体疾病的诊疗。
		2.5.92.2 有常见并发症的预防规范与风险防范流程，有相关培训教育，员工知晓。
		2.5.92.3 为精神障碍者提供出院康复指导与随访，有记录，可追溯。
	（九十三）医院开展介入诊疗技术，专业设置、人员配备及其设备、设施符合《放射诊疗管理规定》和相关介入诊疗技术管理规范要求。按照技术适应证规范技术操作并开展质量控制。有介入诊疗器械登记制度，保证器械来源可追溯。	2.5.93.1 医院开展介入诊疗技术必须得到卫生健康行政部门执业许可，所开展的介入诊疗技术项目与核准的诊疗科目一致。且人员配备及其设备、设施符合《放射诊疗管理规定》和相关介入诊疗技术管理规范要求。
		2.5.93.2 介入医师具备相应的资质和授权（每个医疗机构至少2名），并定期学习和培训。
		2.5.93.3 根据法律法规和行业指南制定介入诊疗操作规范并定期修订，按照技术适应证规范技术操作并开展质量控制。
		2.5.93.4 建立质控指标管理介入诊疗操作流程，定期汇总质控结果，分析反馈，持续改进。

		2.5.93.5 对介入诊疗器械实施全流程管理,有介入诊疗器械登记制度,一次性器械条码纳入病历,保证器械来源可追溯。
(九十四) 开展血液净化技术应当符合相关法律、法规及行业管理要求。有质量管理体系、安全保障措施和紧急处理预案。		2.5.94.1 人员、设备、空间及院感控制流程均符合行业管理要求。
		2.5.94.2 根据法律法规和行业指南,制定并定期更新血液净化标准操作规程,建立合理、规范的血液净化治疗流程。建立全流程的血液净化质量管理和控制制度,根据国家发布的相关医疗质量控制指标开展质控工作,定期分析指标数据。
		2.5.94.3 有紧急意外情况与并发症的紧急处理预案,并定期演练。
(九十五) 血液透析机与水处理设备符合要求。透析液的配制符合要求,透析用水化学污染物、透析液细菌及内毒素检测达标。血液透析器复用执行《血液透析器复用操作规范》。		2.5.95.1 血液透析机与水处理设备符合要求。
		2.5.95.2 有血液透析液和透析用水质量监测制度与执行的流程,有完整的水质量监测记录。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。
		2.5.95.3 医院对透析器复用有管理制度和流程;对从事血液透析器复用的人员资质有规定。
(九十六) 开展放射治疗技术应当依法取得《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配置许可证》,布局、设备设施符合《放射诊疗管理规定》和国家相关标准。有放射治疗装置操作和维护维修制度、质量保证和检测制度和放射防护制度,并严格执行。		2.5.96.1 开展放射治疗技术应当依法取得《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配置许可证》。
		2.5.96.2 布局、设备设施符合《放射诊疗管理规定》和国家相关标准。
		2.5.96.3 有放射治疗装置操作和维护维修制度、质量保证和检测制度,并严格执行。
		2.5.96.4 有放射防护制度,并严格执行。
(九十七) 实施放射治疗应当有明确的规范与流程,有医学物理人员参与制订治疗计划,保证放射治疗定位精确与计量准确。有放射治疗意外应急预案及处置措施。		2.5.97.1 根据法律法规和行业指南制定相关疾病的放射诊疗规范,定期修订规范,并落实。
		2.5.97.2 有医学物理人员参与制订治疗计划,保证放射治疗定位精确与计量准确。物理人员配置符合相关要求。
		2.5.97.3 有放射治疗意外应急预案及处置措施,定期演练,员工知晓。
(九十八) 医院开展诊断核医学、脑电图、肌电图等特殊诊疗技术,应当符合国家法律、法规及卫生健康行政部门规章标准的要求。		2.5.98.1 医院开展诊断核医学、脑电图、肌电图等特殊诊疗技术,应当符合国家法律、法规及卫生健康行政部门规章标准的要求。
		2.5.98.2 根据法律、法规和行业指南,制定并定期修订本院特殊诊疗技术的诊疗方案及操作流程,建立质控标准,并有效落实。
(九十九) 特殊检查室设计及空间区域划分应符合特殊检查需求。能将有害光、射线、磁场限制在检查患者所需的范围,避免医务人员及其他人员		2.5.99.1 特殊检查室设计及空间区域划分应符合特殊检查需求。
		2.5.99.2 将有害光、射线、磁场限制在检查患者所需的范围,避免医务人员及其他人员接触有害物质。

	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。	2.5.99.3 有突发意外事故管理规范与应急预案并严格执行。
	(一百) 开展日间化疗服务应当明确规定日间化疗服务适用范围, 集中配置化疗药物, 有安全管理制度及质量保证措施。	2.5.100.1 有开展日间化疗服务的管理制度与流程, 明确规定日间化疗服务适用范围。 2.5.100.2 建立日间化疗的操作流程及质量控制指标, 定期监测、分析并反馈, 持续改进。 2.5.100.3 建立日间化疗集中配置化疗药物安全管理制度并落实。
六、护理质量保障与持续改进	(一百零一) 建立扁平高效的护理管理体系, 建立护理管理委员会, 由医院人事、财务、医务、护理、后勤等相关部门主要负责人组成, 主任委员由医疗机构主要负责人或者分管护理工作的负责人担任。依据法律法规、行业指南、标准, 制定本单位护理工作发展规划、护理制度、常规和操作规程, 实施护理管理、质量改进等工作。	2.6.101.1 建立简捷高效的护理管理体系。在本单位护理管理委员会的指导下, 实行三级或二级管理层级, 明确各级护理管理岗位任职条件。有护理工作发展规划、年度计划, 符合医院总体规划和护理学科发展方向并有效执行, 有总结评价。 2.6.101.2 建立护理管理委员会。委员会成员应当包含与护理工作密切相关的部门, 并制定委员会职责和工作制度, 定期研究护理质量与安全问题, 提出改进策略并落实。 2.6.101.3 根据法律法规、行业标准、指南制定医院护理制度、护理常规和操作规程, 定期修订。并根据科室执行落实情况, 开展护理质量管理工作, 有监测、分析、反馈, 指导改进。
	(一百零二) 护理人力资源配备与医院功能和任务相适应, 有护理单元护理人员的配置原则, 以临床护理工作量为基础, 根据收住患者特点、护理级别比例、床位使用情况对护理人力资源实行弹性调配。临床护理岗位护士数量占全院护士数量不低于95%。有紧急状态下调配护理人力资源的预案。	2.6.102.1 护理人力资源配备与医院功能和任务相适应, 有护理单元护理人员的配置原则, 以临床护理工作量为基础, 根据收住患者特点、护理级别比例、床位使用情况对护理人力资源实行弹性调配。 2.6.102.2 有人力资源调配的应急预案, 并有演练。 2.6.102.3 临床护理岗位护士数量占全院护士数量不低于95%。
	(一百零三) 护理人员依法执业, 实行分层级管理, 有护理人员管理规定、实行岗位管理制度, 明确岗位设置、岗位职责、岗位技术能力要求和工作标准。有护理人员在职继续医学教育计划, 保障措施到位, 并有实施记录。	2.6.103.1 根据《护士条例》及《护士执业注册管理办法》等相关法律法规和规定, 制定护理人员资质管理制度和审核程序, 落实依法执业。 2.6.103.2 实行岗位管理制度, 明确岗位设置、岗位职责、岗位技术能力和工作标准。 2.6.103.3 制定护理人员管理规定, 根据临床护理能力、专业技术水平、工作年限、职称和学历等实行分级管理, 各层级护士职业晋升路径及标准清晰。 2.6.103.4 根据医院业务发展、岗位需求和护士职业成长规律制定护理人员在职继续医学教育计划, 保障措施到位, 并有实施记录。 2.6.103.5 落实《专科护理领域护士培训大纲》培训要求, 培养专科护理人才。

<p>(一百零四) 建立基于护理工作量、质量、患者满意度并结合护理难度、技术要求等要素并以考核护理人员实际工作能力为核心的绩效考核制度,考核结果与护理人员的评优、晋升、薪酬分配相结合,调动护理人员积极性。</p>	<p>2.6.104.1 建立基于护理工作量、质量、患者满意度并结合护理难度、技术要求等要素为核心的绩效考核制度。绩效考核制度应当充分征求护理人员的意见和建议,并能提供多种途径方便查询。</p>
	<p>2.6.104.2 考核结果与护理人员的评优、晋升、薪酬分配相结合,体现同岗同酬、多劳多得、优绩优酬,调动护理人员积极性。</p>
<p>(一百零五) 依据《护士条例》等相关法律法规和规定,规范护理工作,落实优质护理服务。实施责任制整体护理,为患者提供全面、全程、专业、人性化的护理服务。</p>	<p>2.6.105.1 依据《护士条例》等相关法律法规和规定,规范护理工作,落实优质护理服务。</p>
	<p>2.6.105.2 实施责任制整体护理,为患者提供全面、全程、专业、人性化的护理服务。</p>
<p>(一百零六) 根据《综合医院分级护理指导原则》《护理分级》(WS/T431-2013)的原则和要求,进行护理分级,并且按护理级别实施分级护理。有危重患者护理常规,护理措施落实到位。</p>	<p>2.6.106.1 根据《综合医院分级护理指导原则》《护理分级》(WS/T431-2013)的原则和要求,进行护理分级,并且按护理级别实施分级护理。</p>
	<p>2.6.106.2 有危重患者护理常规,护士具有危重患者护理的相关理论知识与操作技能,护理措施落实到位。</p>
	<p>2.6.106.3 科室对上述规范及制度有定期自查、分析与整改。</p>
	<p>2.6.106.4 主管部门对上述规范及制度有定期督查、分析、反馈,并督促整改落实。</p>
<p>(一百零七) 护理文书、护理查房、护理会诊和护理病例讨论制度参照《医疗质量安全核心制度要点》执行。</p>	<p>2.6.107.1 建立护理文书书写规范及护理文书质量评价标准;建立护理查房、护理会诊和护理病例讨论等管理制度,明确护理查房、护理会诊和护理病例讨论的形式、程序、内容以及参与人员的要求。</p>
	<p>2.6.107.2 按照国家及省相关护理文书书写规范完成日常护理文书记录。</p>
	<p>2.6.107.3 落实护理查房、护理会诊和护理病例讨论等管理制度,并有记录。</p>
	<p>2.6.107.4 科室对上述规范及制度有定期自查、分析与整改。</p>
	<p>2.6.107.5 主管部门对上述规范及制度有定期督查、分析、反馈,并督促整改落实。</p>
<p>(一百零八) 有临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范。有紧急意外情况的护理应急预案和处理流程,有培训与演练。</p>	<p>2.6.108.1 制定临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范。</p>
	<p>2.6.108.2 制定紧急意外情况如患者突发昏迷、心脏骤停、职业暴露等的护理应急预案和处理流程。</p>
	<p>2.6.108.3 定期实施相关培训与演练。</p>
<p>(一百零九) 按照《医院手术部(室)管理规范(试行)》《医院消毒供应中心管理规范》《新生儿病室建设与</p>	<p>2.6.109.1 按照《医院手术部(室)管理规范(试行)》,完善手术部(室)护理质量管理与监测相关规定及措施,组织实施并持续改进。</p>

	<p>管理指南（试行）》和《医疗机构新生儿安全管理制（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。</p>	<p>2.6.109.2 按照《医院消毒供应中心管理规范》，完善消毒供应中心（室）质量管理与监测相关规定及措施，组织实施并持续改进。</p>
		<p>2.6.109.3 按照《新生儿病室建设与管理指南（试行）》和《医院新生儿安全管理制（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。</p>
七、药事管理与临床药学服务质量保障与持续改进	<p>（一百一十）医院药事管理工作和药学部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。</p>	<p>2.7.110.1 医院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。</p>
		<p>2.7.110.2 医院药事管理工作和药学部门设置以及人员配备符合国家相关法律、法规及规章制度的要求。</p>
		<p>2.7.110.3 建立并完善药事管理与临床药学服务各项规章制度并组织实施。</p>
七、药事管理与临床药学服务质量保障与持续改进	<p>（一百一十一）加强药品管理，规范药品遴选、采购、储存、调剂，建立全流程监测系统，保障药品质量和供应。静脉药物调配中心和调配工作符合有关规定。</p>	<p>2.7.111.1 加强药品管理，规范药品遴选、采购、储存、调剂、召回工作，建立全流程监测系统，保障药品质量和供应。</p>
		<p>2.7.111.2 静脉药物调配中心设置规范，有相关管理制度，遵守静脉用药集中调配操作规程，保障患者静脉用药安全、有效。</p>
		<p>2.7.111.3 建立并完善药事管理与临床药学服务各项规章制度并组织实施。</p>
七、药事管理与临床药学服务质量保障与持续改进	<p>（一百一十二）实施临床药师制，积极参与临床药物治疗，促进合理用药，拓展药学服务范围。加强临床药师队伍建设和培训，提高临床药学服务能力和水平。</p>	<p>2.7.112.1 建立临床药师制，配备经过规范化培训的专职临床药师，临床药师配备符合国家相关规定。</p>
		<p>2.7.112.2 有临床药师培训计划，有培训、有记录、有考核，通过培训提高临床药学服务能力和水平。</p>
		<p>2.7.112.3 临床药师参与临床药物治疗，促进合理用药，拓展药学服务范围。</p>
七、药事管理与临床药学服务质量保障与持续改进	<p>（一百一十三）按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和标准，加强抗菌药物、麻醉药品和精神药品、毒性药品、放射性药品、抗肿瘤药物、激素类药物、重点监控药品、基本药物、中药注射剂临床应用规范化管理。</p>	<p>2.7.113.1 按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和原则，加强抗菌药物临床应用规范化管理。</p>
		<p>2.7.113.2 按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和原则，加强麻醉药品和精神药品、毒性药品、放射性药品临床应用规范化管理。</p>
		<p>2.7.113.3 按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和原则，加强抗肿瘤药物、激素类药物临床应用规范化管理。</p>
七、药事管理与临床药学服务质量保障与持续改进	<p>（一百一十四）依照《处方管理办法》等有关规定，规范开展处方审核和处方点评，并持续改进。</p>	<p>2.7.114.1 制定医院《处方管理办法》，对注册执业医师处方权、医师开具处方、药师调剂处方有明确规定。制定医院处方点评制度及实施细则。</p>
		<p>2.7.114.2 药师按照《医疗机构处方审核规范》等开展处方审核，对临床不合理用药进行有效干预。定期对门、急诊处方和出院病历（用药医嘱）进行点评，并符合相</p>

		关规定。
	(一百一十五) 建立药物监测和警戒制度, 观察用药过程, 监测用药效果, 按规定报告药物不良反应, 不良反应情况应记入病历。	2.7.115.1 建立药物监测和警戒制度, 实现药品不良反应监测信息与国家药品监管数据共享平台的对接。观察用药过程, 监测用药效果, 按规定报告药物不良反应并反馈临床。 2.7.115.2 不良反应情况应记入病历。 2.7.115.3 发现药品质量问题时, 药学部门应当立即进行药品追溯和质量评估, 查清原因, 必要时可立即暂停使用相关药品。
八、检查检验质量保障与持续改进(检验、病理、影像)	(一百一十六) 临床检验部门、病理部门、医学影像部门设置布局、设备设施分别符合相应规范标准, 服务满足临床需要。临床检验和医学影像提供 24 小时急诊诊断服务。	2.8.116.1 临床检验部门、病理部门、医学影像部门设置、布局、设备设施符合相应规范标准。 2.8.116.2 临床检验部门、病理部门、医学影像部门的服务项目满足临床需要。 2.8.116.3 临床检验和医学影像提供 24 小时急诊诊断服务。
	(一百一十七) 从事临床检验、病理和医学影像诊断工作和技术工作的人员资质应该按照有关规定取得相应专业技术职务任职资格。	2.8.117.1 临床检验、病理和医学影像诊断工作的专业技术人员应当具有相应的专业学历, 并取得相应专业技术职务任职资格。 2.8.117.2 分子生物学、特殊岗位(HIV 初筛实验、产前筛查及诊断、新生儿疾病筛查等) 检验人员等国家有特殊规定的, 应具备符合国家规定的资质方可独立工作。
	(一百一十八) 有临床检验、病理实验室和医学影像诊疗场所管理制度、安全程序、标准操作流程和技术操作规范, 遵照实施并准确记录。	2.8.118.1 临床检验、病理实验室和医学影像诊疗场所环境达标, 符合要求, 有完整的诊疗场所管理制度、安全程序。 2.8.118.2 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, 工作人员知晓, 并遵照实施, 准确记录, 可追溯。
	(一百一十九) 临床检验、病理和医学影像报告及时、准确、规范, 并严格执行审核制度。建立临床沟通机制, 提供便捷、及时的检查检验信息服务。	2.8.119.1 临床检验、病理和医学影像报告及时、准确、规范, 并严格执行审核制度。 2.8.119.2 建立和临床的沟通机制, 根据临床需求开展相应服务, 由执业医师提供检验结果及诊断报告的解释和咨询服务。 2.8.119.3 提供便捷、及时的检验、检查信息服务。
	(一百二十) 落实全面质量管理与改进制度, 开展室内质量控制和室间质量评价。相关检查检验设备(含床旁检查检验设备) 按照要求定期检测。	2.8.120.1 科室有全面质量管理与改进制度并落实。 2.8.120.2 开展室内质量控制, 参加并通过国家、省级开展的室间质量评价。 2.8.120.3 科室有专人负责仪器设备保养、维护与管理。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。
	(一百二十一) 按照有关规定建立临床检验、病理和医学影像环境保护及	2.8.121.1 按照国家法律法规和行业规范, 建立临床检验、病理和医学影像部门相关制度、流程, 保障环境安

<p>人员职业安全防护制度，遵照实施并准确记录。</p>	<p>全、生物安全和消防安全。</p>	<p>2.8.121.2 定期对医学影像（放射）机房及环境进行放射防护检测，保证辐射水平符合国家规定或者标准。</p>
		<p>2.8.121.3 按照国家法律法规和行业规范建立员工的职业安全保障制度，并落实。</p>
		<p>2.8.121.4 病原微生物实验室应当符合生物安全国家标准和要求。从事病原微生物实验活动，应当严格遵守有关国家标准和实验室技术规范、操作规程，采取安全防范措施。</p>
		<p>2.8.121.5 从事病原微生物实验活动应当在相应等级的实验室进行。按照生物安全备案等级设置生物安全分区，有警示标识。</p>
	<p>（一百二十二）建立健全本机构内的检查检验结果互认工作管理制度，加强人员培训，规范工作流程，为医务人员开展互认工作提供必要的设备及保障措施。</p>	<p>2.8.122.1 按照国家法律法规和行业规范，建立检查检验结果互认工作管理制度。</p>
<p>九、输血管理与持续改进</p>	<p>（一百二十三）落实《中华人民共和国献血法》《医疗机构临床用血管理办法》和《临床输血技术规范》等有关规定，医院应当具备为临床提供24小时输血服务的能力，满足临床工作需要。</p>	<p>2.9.123.1 落实《中华人民共和国献血法》《医院临床用血管理办法》和《临床输血技术规范》等有关规定法律和规范，成立临床用血管理委员会，制定本院临床用血管理制度并落实。</p>
		<p>2.9.123.2 设置独立的输血科或血库，配备适宜的专业技术人员、布局和设施设备。明确输血科或血库各岗位职责。</p>
		<p>2.9.123.3 按计划组织输血相关法律法规、制度与知识技能的培训、考核；医务人员知晓并严格执行输血相关法律法规及管理制度。</p>
		<p>2.9.123.4 具有提供24小时输血服务的能力，满足临床需要。</p>
<p>（一百二十四）加强临床用血过程管理，严格掌握输血适应证和输血技术规范，促进临床安全、有效、科学用血。</p>	<p>2.9.124.1 健全输血管理制度、临床用血评价、输血技术规范等制度，加强临床用血过程管理。</p>	<p>2.9.124.2 医务人员严格遵循输血适应证合理用血，根据规定完成用血审批，开展输血前、后评估及输血前知情同意，严格执行输血管理制度及输血技术规范。</p>
<p>（一百二十五）建立与麻醉科和手术科室有效沟通，积极开展自体输血，严格掌握术中输血适应证，合理、安全输血。</p>	<p>2.9.125.1 建立与麻醉科、手术科室和相关多部门沟通协调机制，制定围手术期血液保护等输血技术的管理规定和工作流程。制定自体输血的流程与规范。</p>	<p>2.9.125.2 严格掌握适应证、禁忌证，履行风险告知并签署知情同意书，确保合理、安全输血。</p>
<p>（一百二十六）开展血液质量管理监控，制订、实施控制输血严重危害（输</p>	<p>2.9.126.1 开展血液质量管理监控，制订、实施控制输血严重危害（输血传染疾病、严重不良反应）的方案。</p>	

	<p>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。</p>	<p>2.9.126.2 落实输血相容性检测管理制度和实验质量管理要求,确保输血安全。</p>
<p>十、医院感染管理与持续改进</p>	<p>(一百二十七)按照《医院感染管理办法》《医疗机构感染预防与控制基本制度(试行)》,建立医院感染管理组织,建立院感多部门协调机制。完善医院感染管理与控制制度,有医院感染事件应急预案并组织实施,开展医院感染预防控制知识与技能的全员培训和教育。</p>	<p>2.10.127.1 建立医院感染管理委员会,委员会由医院感染管理部门、医务部门、护理部门、临床科室、消毒供应室、手术室、临床检验部门、药事管理部门、设备管理部门、后勤管理部门及其他有关部门的主要负责人组成,主任委员由医院院长或者主管医疗工作的副院长担任。</p>
		<p>2.10.127.2 制定并及时完善医院感染管理和控制制度、医院感染事件防控应急预案等,并落实;建立院感多部门协调机制,明确各部门职责,及时解决医疗机构感染防控工作中的实际问题。</p>
		<p>2.10.127.3 开展医院感染防控知识与技能的全员培训、考核。组织实施医院感染事件防控应急演练。</p>
		<p>2.10.127.4 科室对落实医院感染管理制度的实施过程进行自查,并进行定期分析、整改。</p>
		<p>2.10.127.5 主管部门对院感工作的落实情况进行监管、反馈、整改。</p>
	<p>(一百二十八)按照《医院感染监测规范》,加强重点部门、重点环节、重点人群与高危因素监测,控制并降低医院感染风险。</p>	<p>2.10.128.1 医院对重点部门、重点环节、重点人群与高危因素有明确的监测范围、监测方法、监测内容和监测质量要求。对下呼吸道、手术部位、导尿管相关尿路、血管导管相关血流等主要部位感染有具体预防控制措施并实施。</p>
		<p>2.10.128.2 主管部门对监测结果进行分析,提出本院的医院感染高危因素,制定针对性措施,控制并降低医院感染风险。</p>
	<p>(一百二十九)医院感染管理组织要监测医院感染危险因素、医院感染率及其变化趋势,定期开展风险评估并持续改进诊疗流程;定期通报医院感染监测结果并加强横向比较。</p>	<p>2.10.129.1 有医院感染发病率及医院感染危险因素的监测计划及医院感染风险评估的制度。</p>
		<p>2.10.129.2 对医院感染危险因素及医院感染病例进行实时、动态、连续监测,定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。</p>
		<p>2.10.129.3 开展医院感染风险评估,根据风险评估结果制定针对性防控措施,不断优化诊疗流程。</p>
	<p>(一百三十)消毒、灭菌和隔离工作符合相关标准和规范要求,工作人员能获得并正确使用符合国家标准的消毒与防护用品;重点部门、重点部位的管理符合要求。</p>	<p>2.10.130.1 根据国家相关标准和规范,制定符合医院实际的消毒、灭菌和隔离工作制度、流程及重点部门、重点部位院感控制制度和措施,组织培训并落实。</p>
		<p>2.10.130.2 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。</p>
		<p>2.10.130.3 重点部门、重点部位的医院感染管理应当符合相关标准和规范要求。</p>

	<p>(一百三十一) 按照《医务人员手卫生规范》，建立医院手卫生管理制度。正确、充分配置有效、便捷的手卫生设备和设施，加强手卫生落实情况监管。</p>	<p>2. 10. 131. 1 根据《医务人员手卫生规范》要求，建立并落实手卫生管理制度。定期开展手卫生的全员培训。</p> <p>2. 10. 131. 2 充分配置与诊疗工作相匹配的，有效、便捷的手卫生设备和设施，手卫生的设备和设施包括但不限于流动水洗手设施、卫生手消毒设施等，并按照医院规定的周期进行手卫生依从性的监测与反馈。</p>
	<p>(一百三十二) 有多重耐药菌医院感染控制管理规范与程序，有多部门共同参与的多重耐药菌管理合作机制。应用微生物室检测和医院感染管理数据信息指导临床合理使用抗菌药物。</p>	<p>2. 10. 132. 1 根据本机构多重耐药菌流行趋势和特点，建立多重耐药菌医院感染控制管理规范与程序。针对多重耐药菌医院感染的诊断、监测、预防与控制等环节，建立多部门共同参与的多重耐药菌管理协调机制。</p> <p>2. 10. 132. 2 开展多重耐药菌感染预防与控制知识培训，医务人员掌握相关知识和技能。</p> <p>2. 10. 132. 3 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。</p>
	<p>(一百三十三) 建立侵入性器械/操作相关感染防控制度。有医院侵入性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作名录，制订相关防控措施并实施数据监测。</p>	<p>2. 10. 133. 1 医院有建立侵入性器械、所开展手术及其它侵入性操作的名录、感染防控制度及措施，以及数据监测的规则和流程。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液感染、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。</p> <p>2. 10. 133. 2 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。</p> <p>2. 10. 133. 3 定期对监测数据及防控措施落实情况进行分析、总结、反馈，对存在的问题进行及时整改。</p>
	<p>(一百三十四) 按照有关法律法规，建立医院医疗废物、废液管理责任制，健全组织架构、管理制度和工作机制，落实岗位职责。医疗废物的分类、收集、运送、暂存、转移、登记造册和操作人员职业防护等符合规范。加强相关人员培训。</p>	<p>2. 10. 134. 1 按照有关法律法规，建立医院医疗废物管理责任制，健全组织架构、管理制度和工作流程，落实岗位职责。</p> <p>2. 10. 134. 2 医疗废物暂存点及必要的设施、设备符合国家相关要求；按规范要求开展医疗废物的分类收集、运送、暂存、登记、交接管理工作。</p> <p>2. 10. 134. 3 从事医疗废物分类收集、运送、暂存等工作人员的职业防护措施符合规范。对上述工作人员及管理人员开展相关法律、法规、规章、规范性文件以及各种制度、工作流程和意外事故应急处理等方面的培训及考核。</p>
<p>十一、中医诊疗质量保障与持续改进</p>	<p>(一百三十五) 中医诊疗科室设置应当符合《综合医院中医临床科室基本标准》等文件的要求，所设置的中药房与中药煎药室应当符合相关法律法规的要求。</p>	<p>2. 11. 135. 1 中医诊疗科室设置应当符合《综合医院中医临床科室基本标准》等文件的要求。</p> <p>2. 11. 135. 2 根据医院规模和临床需要，所设置的中药房与中药煎药室符合《医院中药房基本标准》、《医疗机构中药煎药室管理规范》等要求。</p>

	<p>(一百三十六) 建立中医诊疗规范，开展中医特色护理，提供具有中医特色的康复和健康指导。</p>	<p>2. 11. 136. 1 有中医科的工作制度、岗位职责及诊疗规范，充分发挥中医特色，建立并完善中医与西医临床科室的协作机制。</p>
		<p>2. 11. 136. 2 开展辨证施护，提供具有中医特色的优质护理服务。</p>
		<p>2. 11. 136. 3 提供具有中医特色的康复和健康指导等服务。</p>

第三章 医院管理

评审标准(节)	评审标准(条)	评审标准(款)
一、管理职责与决策执行机制	(一百三十七) 管理职责与决策执行机制。	3.1.137.1 制定医院章程,建立健全医院内部治理体系、议事规则、办事程序,提高医院运行效率。
	(一百三十八) 公立医院加强党的建设,明确党委职责,充分发挥医院党委的领导作用,实施党委领导下的院长负责制,健全医院党委与行政领导班子议事决策制度。	3.1.138.1 在章程中明确党委职责,充分发挥医院党委的领导作用。
		3.1.138.2 实施党委领导下的院长负责制。
		3.1.138.3 健全医院党委与行政领导班子议事决策制度。
	(一百三十九) 医院管理组织机构设置合理,根据法律法规、规章规范以及相关标准,结合本院实际,制定各项规章制度和岗位职责,并及时修订完善。各级管理人员按分工履行职责,建立部门、科室间沟通与协调机制。各部门和科室命名规范。	3.1.139.1 有组织架构图,部门职能、职责划分明确,医院运行状况与组织架构相符。
		3.1.139.2 建立各部门之间、部门与临床科室之间的沟通协调机制。定期召开多部门工作协调会,并有会议记录。每次会议有明确议题和牵头部门,相关工作有落实。
		3.1.139.3 根据法律法规、规章规范以及相关标准,结合本院实际,制定各项规章制度,并及时修订完善。
		3.1.139.4 各部门和科室命名规范,与医院文件一致。
	(一百四十) 医院建立全员学习机制,强化学习文化。定期对员工进行政策法规、管理能力、专业技能和质量安全培训与教育。	3.1.140.1 医院建立全员学习机制,强化学习文化。
		3.1.140.2 定期对员工进行政策法规、管理能力培训与教育,有考核机制,员工知晓。
		3.1.140.3 定期对员工进行专业技能、质量安全培训与教育。
	(一百四十一) 加强院务公开管理。按照国家有关规定向社会及员工公开信息。	3.1.141.1 加强院务公开管理,有指定管理部门、工作制度与程序。
3.1.141.2 按照国家有关规定向社会及员工公开信息。有多种途径征求和收集职工对公开信息具体内容的意见与建议,体现尊重员工知情权,保障员工民主权利。		
(一百四十二) 对对外委托服务项目质量与安全实施监督管理。	3.1.142.1 对对外委托服务项目质量与安全实施监督管理,有主管部门与专人负责对外委托服务项目管理,制订项目的遴选、管理等相关制度和办法,有项目评估和监督考核机制。	
二、人力资源管理	(一百四十三) 建立健全以聘用制度和岗位管理制度为主要内容的人力资源管理制度。医院人力资源配备应当满足医院功能任务和质量安全管理工作需要。	3.2.143.1 医院设置人力资源管理部门,职责明确。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。
		3.2.143.2 有人力资源发展规划、人才梯队建设计划、人力资源配置方案,符合医院功能任务和整体发展规划要求,满足医院功能任务和质量安全管理工作需要。
	(一百四十四) 有公平透明的卫生专业技术人员资质的认定、聘用、考核、	3.2.144.1 有公平透明的卫生专业技术人员资质的认定、聘用、考核、评价管理体系。

	评价管理体系，建立专业技术人员档案。	3.2.144.2 建立专业技术人员档案，包括但不限于经审核的执业注册证、文凭、学位、教育和培训等资料复印件。
		3.2.144.3 根据岗位职责、技术能力等定期实施聘用、授权和再授权管理。
	(一百四十五) 贯彻落实《公立医院领导人员管理暂行办法》，加强和改进公立医院领导人员管理，推行公立医院行政领导人员职业化培训。	3.2.145.1 贯彻落实《公立医院领导人员管理暂行办法》。
		3.2.145.2 加强公立医院行政领导人员职业化培训。
	(一百四十六) 有卫生专业技术人员岗前培训、住院医师规范化培训、继续医学教育、梯队建设和政府指令性培训任务相关管理制度并组织实施。把员工能力建设作为人力资源管理的重要组成部分。	3.2.146.1 有卫生专业技术人员岗前培训、住院医师规范化培训、继续医学教育、梯队建设和政府指令性培训任务相关管理制度并组织实施。
		3.2.146.2 有年度实施方案，提供培训条件及专项经费支持，有完善的管理档案。
		3.2.146.3 把卫生专业技术人员培训质量与数量作为师资绩效考核、职称晋升、评优评先的重要内容。
		3.2.146.4 把员工能力建设作为人力资源管理的重要组成部分。落实“两个同等对待”要求，对经住院医师规范化培训合格的本科学历临床医师，在人员招聘、职称晋升、岗位聘用、薪酬待遇等方面，与临床医学、口腔医学、中医专业学位硕士研究生同等对待；面向社会招收的普通高校应届毕业生培训对象培训合格当年在医疗卫生机构就业的，在招聘等方面，按当年应届毕业生同等对待。
	(一百四十七) 贯彻与执行《中华人民共和国劳动法》等国家法律、法规的要求，建立与完善职业安全防护相关措施、应急预案、处理与改进的制度，上岗前有职业安全防护教育。	3.2.147.1 按照《中华人民共和国劳动法》《中华人民共和国职业病防治法》等国家法律、法规的要求，建立与完善职业安全防护相关制度与措施、职业暴露处理应急预案等，职工上岗前进行职业安全防护教育。
		3.2.147.2 上岗前有职业安全防护教育，有培训和考核制度。
		3.2.147.3 医院设置或指定职业卫生管理机构或组织，配备专职或兼职人员，负责本单位的职业病防治工作。
	(一百四十八) 关注员工身体和心理健康，保障员工合法健康权益。	3.2.148.1 关注员工身体和心理健康。
		3.2.148.2 保障员工合法健康权益。
	(一百四十九) 医院应当将科室医疗质量管理情况作为科室负责人综合目标考核以及聘任、晋升、评先评优的重要指标，将科室和医务人员医疗质量管理情况作为医师定期考核、晋升的重要依据。	3.2.149.1 将科室医疗质量管理情况作为科室负责人综合目标考核以及聘任、晋升、评先评优的重要指标。
		3.2.149.2 将科室和医务人员医疗质量管理情况作为医师定期考核、晋升的重要依据。
三、财务和价格管理	(一百五十) 执行《中华人民共和国会计法》《政府会计制度》《医院财务制度》等相关法律法规，财务机构	3.3.150.1 执行《中华人民共和国会计法》《政府会计制度》《医院财务制度》等相关法律法规，财务机构设置合理、财务管理制度健全，会计核算规范。

	<p>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。</p>	3.3.150.2 人员配置合理，岗位职责明确。
	<p>(一百五十一) 按照《中华人民共和国预算法》和相关预算管理规定编制和执行预算，加强预算管理、监督和绩效考评。</p>	3.3.150.3 三级公立医院实行总会计师制度。
	<p>(一百五十二) 实行全成本核算管理，控制运行成本和医院债务规模，降低财务风险，优化投入产出比，提高医疗资源利用效率。</p>	3.3.151.1 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。
	<p>(一百五十三) 落实《医疗机构内部价格行为管理规定》，全面落实医疗服务价格公示制度，提高收费透明度；完善医药收费复核制度；确保医药价格管理系统信息准确；规范新增医疗服务价格项目论证和申报程序。</p>	3.3.151.2 建立健全预算管理制度，包括预算编制、审批、执行、调整、决算、分析和考核等制度。
	<p>(一百五十四) 执行《中华人民共和国政府采购法》《中华人民共和国招标投标法》及政府采购相关规定，建立药品、耗材、医疗设备、工程、货物、服务等采购制度和流程，加强采购及基建招投标内控管理。</p>	3.3.151.3 实行全面预算管理，医院所有经济活动全部纳入预算管理。
	<p>(一百五十五) 医院实行同工同酬、多劳多得、优绩优酬的分配制度。以综合绩效考核为依据，突出服务质量、数量，逐步扩大分配，提高员工待遇。个人分配不得与业务收入直接挂钩。</p>	3.3.152.1 实行全成本核算管理，控制运行成本，优化投入产出比，提高医疗资源利用效率。
	<p>(一百五十六) 建立以院长为核心的医院信息化建设领导小组，有负责信息管理的专职机构，建立各部门间的组织协调机制，制订信息化发展规划，有与信息化建设配套的相关管理</p>	3.3.152.2 控制医院债务规模，降低财务风险。
	<p>(一百五十七) 落实《医疗机构内部价格行为管理规定》，全面落实医疗服务价格公示制度，提高收费透明度；完善医药收费复核制度；确保医药价格管理系统信息准确；规范新增医疗服务价格项目论证和申报程序。</p>	3.3.153.1 确保医疗机构内部价格管理部门建设和人员配备达到管理规定要求。
	<p>(一百五十八) 依据相关法律及规定，建立药品、耗材、设备、基建、货物、工程、服务等采购制度和流程。</p>	3.3.153.2 全面落实医疗服务价格公示制度，提高收费透明度。
	<p>(一百五十九) 有采购管理部门和监督部门，实行采购的决策、实施和监督相分离，加强集中采购管理。</p>	3.3.153.3 完善医疗服务价格自查制度，做好自查抽检记录，及时纠正不规范收费行为。
	<p>(一百六十) 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。</p>	3.3.153.4 确保医药价格管理系统信息准确。
四、信息管理	<p>(一百六十一) 建立以院长为核心的医院信息化建设与网络安全领导小组，有负责信息管理与网络安全的专职机构，承担信息化建设规划和管理的行政管理职能。</p>	3.3.153.5 规范新增医疗服务价格项目论证和申报程序。
		3.4.156.1 建立以院长为核心的医院信息化建设与网络安全领导小组，有负责信息管理与网络安全的专职机构，承担信息化建设规划和管理的行政管理职能。
		3.4.156.2 建立信息使用与信息管理部门沟通协调机制，使用部门提出需求，管理部门提供技术支持。

五、医学装备管理	制度。	3.4.156.3 制订信息化发展总体规划，强化顶层设计，将信息化建设发展纳入医院中长期发展规划和年度工作计划。
		3.4.156.4 有保障医院信息系统建设、管理和信息资源共享的相关制度。
	（一百五十七）医院信息系统能够系统、连续、准确地采集、存储、传输、处理相关的信息，为医院管理、临床医疗和服务提供包括决策支持类的信息技术支撑，并根据国家相关规定，实现信息互联互通、交互共享。	3.4.157.1 医院信息系统能够系统、连续、准确地采集、存储、传输、处理相关信息。
		3.4.157.2 医院信息系统能够为医院管理、临床医疗和服务提供包括决策支持类的信息技术支撑。
		3.4.157.3 根据国家相关规定，实现院内外信息互联互通、交互共享，并为医院便民服务提供信息技术支撑。
	（一百五十八）落实《中华人民共和国网络安全法》，实施国家信息安全等级保护制度，实行信息系统按等级保护分级管理，保障网络信息安全，保护患者隐私。推动系统运行维护的规范化管理，落实突发事件响应机制，保证业务的连续性。	3.4.158.1 落实《中华人民共和国网络安全法》，实施国家信息安全等级保护制度，实行信息系统按等级保护分级管理，保障网络信息安全，保护患者隐私。
		3.4.158.2 推动系统运行维护的规范化管理，落实突发事件响应机制，保证业务的连续性。
		3.4.158.3 主管部门定期对信息系统开展信息网络检查，保障信息安全。
	（一百五十九）根据《中华人民共和国统计法》与卫生健康行政部门规定，完成医院基本运行状况、医疗质量安全、医疗技术、诊疗信息和临床用药监测信息等相关数据报送工作，确保数据真实可靠、可追溯。	3.4.159.1 根据《中华人民共和国统计法》与卫生健康行政部门规定，完成医院基本运行状况、医疗质量安全、医疗技术、诊疗信息和临床用药监测信息等相关数据报送工作。
		3.4.159.2 有内部数据核查制度，确保数据真实可靠、可追溯。
	（一百六十）根据国家法律法规及相关规定，建立和完善医学装备管理组织架构，人员配置合理，制定常规与大型医学装备配置方案。	3.5.160.1 根据国家法律法规及相关规定，建立和完善医学装备管理组织架构，人员配置合理。
		3.5.160.2 制定常规与大型医学装备配置方案。
	（一百六十一）根据医院功能定位和发展规划，有大型医用设备使用、功能开发、社会效益、成本效益等分析评价。	3.5.161.1 根据医院功能定位和发展规划，鼓励与规范大型医用设备使用、功能开发。
		3.5.161.2 开展大型医用设备的社会效益、成本效益等分析评价。
		3.5.161.3 配置大型医用设备应当符合国务院卫生健康主管部门制定的大型医用设备配置规划，与功能定位、临床服务需求相适应，具有相应的技术条件、配套设施和具备相应资质、能力的专业技术人员，并经省级以上卫生健康主管部门批准，取得大型医用设备配置许可证。
（一百六十二）加强医学装备安全管理，有明确的医疗器械临床使用安全控制与风险管理工作制度与流程。建立医疗器械临床使用安全事件监测与报告机制。	3.5.162.1 加强医学装备安全管理，有明确的医疗器械临床使用安全控制与风险管理工作制度与流程。	
	3.5.162.2 建立医疗器械临床使用安全事件监测与报告机制。	

	(一百六十三) 加强医疗仪器设备管理和使用人员的培训, 为医疗器械临床合理使用提供技术支持与咨询服务。	3. 5. 163. 1 有医疗仪器设备管理和使用人员的培训和考核制度与程序、培训计划及具体课程安排。	
		3. 5. 163. 2 为医疗器械临床合理使用提供技术支持与咨询服务。	
	(一百六十四) 建立保障医学装备处于完好状态的制度与规范, 对用于急救、生命支持系统仪器装备要始终保持在待用状态, 建立全院应急调配机制。	3. 5. 164. 1 建立保障医学装备处于完好状态的制度与规范。	
		3. 5. 164. 2 急救、生命支持系统仪器装备应当始终保持在待用状态。	
		3. 5. 164. 3 建立全院应急调配机制。	
	(一百六十五) 依据国家相关规定, 加强对医用耗材的溯源、不良事件监测与报告的管理。	3. 5. 165. 1 依据国家相关规定, 制定医用耗材管理制度与程序以及相关记录(包括但不限于采购记录、溯源管理、储存管理、档案管理、销毁记录等)。	
		3. 5. 165. 2 有医用耗材采购记录管理。采购记录内容包括但不限于企业名称、产品名称、原产地等, 确保能够追溯至每批产品的进货来源。	
		3. 5. 165. 3 有医用耗材不良事件监测与报告制度与程序。有鼓励相关不良事件监测与报告措施和报告记录。	
	(一百六十六) 医学装备管理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。	3. 5. 166. 1 医学装备管理实行医院领导、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, 建立医学装备部门与使用部门共同管理医学装备的机制。	
		3. 5. 166. 2 医学装备管理部门建立质量安全小组, 负责管理全院医疗设备使用和安全管理。	
		3. 5. 166. 3 医学装备使用部门具体负责本部门的医学装备日常管理工作, 将医学装备纳入科室管理。	
	六、后勤保障管理	(一百六十七) 有后勤保障管理组织、规章制度与人员岗位职责。后勤保障服务能够坚持“以患者为中心”, 满足医疗服务流程需要, 注重员工合理需求。	3. 6. 167. 1 有后勤保障管理组织、规章制度与人员岗位职责。
			3. 6. 167. 2 后勤保障服务能够坚持“以患者为中心”, 满足医疗服务流程需要。
			3. 6. 167. 3 对员工的合理需求, 应当尽力予以满足。
		(一百六十八) 后勤专业人员及特种设备操作人员持证上岗, 按技术操作规程工作。	3. 6. 168. 1 后勤专业人员及特种设备操作人员持证上岗。
3. 6. 168. 2 按技术规范开展工作。			
(一百六十九) 控制与降低能源消耗, 水、电、气、物资供应等后勤保障满足医院运行需要。		3. 6. 169. 1 有控制与节能降耗的计划和方案。有控制与节能降耗的具体措施和控制指标。	
		3. 6. 169. 2 水、电、气、物资供应等后勤保障满足医院运行需要。	
(一百七十) 为员工提供膳食服务, 保障饮食卫生安全。		3. 6. 170. 1 为员工提供膳食服务。	
		3. 6. 170. 2 食品原料采购、仓储和食品加工规范, 符合卫生管理要求, 保障饮食卫生安全。	
(一百七十一) 医疗废物、废液管理		3. 6. 171. 1 医疗废物、废液管理符合医院感染管理要求。	

	符合医院感染管理要求。污水管理和处置符合规定。	3.6.171.2 污水管理和处置符合规定。
	(一百七十二) 医院消防系统、特种设备、危险品管理符合国家相关法律法规和标准。	3.6.172.1 医院消防系统管理符合国家相关法律法规和标准。
		3.6.172.2 医院特种设备管理符合国家相关法律法规和标准。
		3.6.172.3 医院危险品管理符合国家相关法律法规和标准。
	(一百七十三) 为患者提供清洁、温馨、舒适的医院环境,符合爱国卫生运动相关要求,美化、硬化、绿化达到医院环境标准要求。	3.6.173.1 深入开展爱国卫生运动,落实好医院病媒生物防制、健康宣传、厕所环境整洁、无烟医院建设等各项重点任务,为患者提供清洁、温馨、舒适的医院环境。
		3.6.173.2 美化、硬化、绿化达到医院环境标准要求。
七、应急管理	(一百七十四) 成立医院应急工作领导小组,建立医院应急指挥系统,落实责任,建立并不断完善医院应急管理的机制。	3.7.174.1 成立医院应急工作领导小组,建立医院应急指挥系统。
		3.7.174.2 落实责任,建立并不断完善医院应急管理的机制。
	(一百七十五) 明确医院需要应对的主要突发事件策略,制定和完善各类应急预案,提高快速反应能力。	3.7.175.1 开展年度灾害脆弱性分析(HVA),根据风险排序结果,明确医院需要应对的主要突发事件,制定医院应对各类突发事件的总体预案和部门预案,明确各个部门及相关人员职责以及应急反应行动的程序。
		3.7.175.2 相关人员掌握突发事件应急预案并具备做出快速应急反应能力。
		3.7.175.3 主管部门定期进行灾害脆弱性分析、评估,有监管,督促整改落实。
	(一百七十六) 开展应急培训和演练,提高各级、各类人员的应急素质和医院的整体应急能力。	3.7.176.1 医院有针对各类突发事件开展应急技能培训及考核,定期对各级、各类人员进行应急相关法律、法规、预案及应急知识、技能和能力的培训,组织考核。
		3.7.176.2 医院有开展各类突发事件的总体预案和专项预案应急演练,根据演练过程、结果开展分析、改进,不断完善应急预案。
(一百七十七) 合理进行应急物资和设备的储备。	3.7.177.1 医院制定应急物资和设备储备计划,有适量应急物资储备。	
	3.7.177.2 有对应应急物资设备短缺的紧急供应渠道。	
八、科研教学与图书管理	(一百七十八) 有鼓励全员参与科研工作的制度和办法,促进科研成果转移转化,并提供适当的经费、条件、设施和人员支持。	3.8.178.1 有鼓励全员参与科研工作的制度和办法。
		3.8.178.2 有促进科研成果转移转化的制度和激励措施。
		3.8.178.3 提供适当的经费、条件、设施和人员支持科研工作。
	(一百七十九) 开展药物、医疗器械临床试验应当符合《药物临床试验质量管理规范》《医疗器械临床试验质量管理规范》;开展研究者发起的临	3.8.179.1 开展药物临床试验应当符合《药物临床试验质量管理规范》的相关规定。
		3.8.179.2 开展医疗器械临床试验应当符合《医疗器械临床试验质量管理规范》的相关规定。

	床研究符合《医疗卫生机构开展临床研究项目管理办法》《医疗卫生机构开展研究者发起的临床研究管理办法（试行）》等相关规定。	3.8.179.3 开展研究者发起的临床研究应符合《医疗卫生机构开展临床研究项目管理办法》的相关规定。	
		3.8.179.4 开展的临床试验及临床研究应按要求在国家医学研究登记备案信息系统及时进行备案。	
	（一百八十）开展涉及人的生物医学研究应经伦理委员会审查。伦理委员会的人员组成、日常管理和审查工作应符合《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》规定。	3.8.180.1 开展涉及人的生物医学研究应当经伦理委员会审查。	
		3.8.180.2 医疗机构应设有完善的伦理审查工作制度或操作规程。	
		3.8.180.3 伦理委员会的人员组成、日常管理和审查工作应符合《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》规定。	
	（一百八十一）承担临床医学教育任务的医院师资、教学管理干部、设备、设施等资源配置符合有关教育教学标准要求，并取得相应资质认可。	3.8.181.1 承担临床医学教育任务的医院师资、教学管理干部、设备、设施等资源配置符合国家卫健委对住院医师、专科医师规范化培训基地以及教育部对教学医院的规定要求，取得培训基地、附属医院或教学医院资质。	
		3.8.181.2 有完善的管理制度、教学规划、资金投入和保障制度，并落实。	
	（一百八十二）根据临床、教学、科研和管理的需要，有计划、有重点地收集国内外各种医学及相关学科的图书和文献，开展多层次多种方式的读者服务工作，提高信息资源的利用率。	3.8.182.1 图书馆根据临床、教学、科研和管理的需要，有计划、有重点地收集国内外各种医学及相关学科的图书和文献。	
		3.8.182.2 开展多层次多种方式的读者服务工作，提高信息资源的利用率。	
	九、行风与文化建设管理	（一百八十三）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人员职业精神，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。	3.9.183.1 医院应当加强医务人员职业道德教育。
			3.9.183.2 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。
			3.9.183.3 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。
（一百八十四）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。		3.9.184.1 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。	
		3.9.184.2 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。	
（一百八十五）执行《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见（试行）》、落实《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》，建立行风建设与管理的组织和制度体系，完善工作机制。		3.9.185.1 贯彻执行《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见（试行）》和《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》。	
		3.9.185.2 建立行风建设与管理的组织和制度体系，完善工作机制。	