附件2

贵州省三级医院评审标准实施细则

（2023年版）

指

标

手

册

贵州省卫生健康委

2023年

目 录

一、第一章 资源配置与运行数据指标....................1

二、第二章 医疗服务能力与医院质量安全指标...........36

三、第三章 重点专业质量控制指标.....................94

四、第四章 单病种（术种）质量控制指标...............294

五、第五章 重点医疗技术临床应用质量控制指标........308

第一章 资源配置与运行数据指标

一、床位配置

（一）核定床位数

【指标定义】

是指由卫生健康行政部门核定的床位数，即编制床位数。

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

以《医疗机构执业许可证》副本登记的床位数为准。

【指标说明】

《医疗机构基本标准（试行）》：三级综合医院住院床位总数应在500张以上。

【指标意义】

反映医疗机构级别和规模。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】医疗机构执业许可证副本、卫统报表。

（二）平均床位使用率

【指标定义】

是指每天使用床位与实有床位的比率，即实际占用的总床日数与实际开放的总床日数之比。

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）实际占用总床日数指医院各科室每日夜晚12点钟实际占用病床数（即每日夜晚12点钟的住院人数）总和。包括实际占用的临时床位，患者入院后于当晚12点钟以前死亡或者因故出院所占用的床位。不论该床是否被病人占用，都应计算在内。包括消毒和小修理等暂停使用的病床，超过半年的加床。不包括因病房扩建或大修而停用的病床及临时增设病床（半年以内）。

（2）《三级综合医院医疗服务能力指南（2016年版）》（国卫办医函〔2016〕936号）：年床位使用率93%-97%。

（3）实际开放床位即实有床位数，指年底固定实有床位，包括正规床、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。不包括产科新生儿床、接产室待产床、库存床、观察床、临时加床和病人家属陪侍床。

【指标意义】

床位使用率反映所设置病床中实际使用频度的指标，用以衡量医院病床利用情况。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】卫统报表。

二、卫生技术人员配备

（一）卫生技术人员数与开放床位数比

【指标定义】

是指统计周期内医院卫生技术人员数与实际开放床位数的比值。

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

:1

【指标说明】

（1）分子：卫生技术人员包括医、药、护、技四类在岗人员，包含行政后勤科室中仍从事相关技术工作上述四类人员。

（2）在岗人员即在编及合同制人员、返聘和临聘本单位半年以上人员，不包括离退休人员、退职人员、离开本单位仍保留劳动关系人员、返聘和临聘不足半年人员。

【指标意义】

《三级综合医院医疗服务能力指南（2016年版）》（国卫办医函〔2016〕936号）中明确提出，卫生技术人员与实际开放床位之比≥1.2:1。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】医院人力资源管理信息系统。

（二）全院护士人数与开放床位数比

【指标定义】

是指医院所配备的执业护士人数与统计周期内医院实际开放床位数的比值。

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

:1

【指标说明】

（1）分子：依据国家卫生健康委办公厅《护理专业医疗质量控制指标（2020年版）》，护士指取得护士执业资格、在本医疗机构注册并在护理岗位工作的护士，包含临床护理岗位护士、护理管理岗位护士、其他护理岗位护士、护理岗位的返聘护士、护理岗位的休假（含病产假）护士。排除：医疗机构职能部门、后勤部门、医保等非护理岗位护士。未取得护士执业资格人员、未在本院注册的护士。

（2）本手册中临床护理岗位包括病房、门急诊、手术室、血液净化、助产、特检科等岗位的护士及护士长；护理管理岗位包括护理部人员、科护士长、护士长；其他护理岗位包括供应室、培训中心、静配中心、营养科、院感科等岗位的护士及护士长。

【指标意义】

反映医院实际开放床位和护理人力的匹配关系，评价医疗机构基本护理人力配备情况，可进行同级别医疗机构横向比较。

原国家卫生计生委办公厅颁布的《三级综合医院医疗服务能力指南（2016年版）》（国卫办医函〔2016〕936号）中明确提出，护理岗位人员与实际开放床位之比≥0.4:1。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】医院人力资源管理信息系统、护理管理信息系统。

（三）医院感染管理专职人员数与开放床位数比

【指标定义】

是指医院配备的感染管理专职人员数与医院实际开放床位数的比值。

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

【指标说明】

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。

【指标意义】

（1）卫生部《医院感染监测规范》（中华人民共和国卫生行业标准WS/T312—2019）中要求每200-250张实际使用病床配备1名感控专职人员。

（2）国务院联防联控机制综合组《关于进一步加强医疗机构感控人员配备管理相关工作的通知》（联防联控机制综发〔2021〕88号）要求，非定点医院原则上按照每150-200张实际使用病床（含口腔综合治疗台）配备1名专职感控人员；100张以下实际使用病床配备2名专职感控人员；100-500张实际使用病床配备不少于4名专职感控人员；500张以上实际使用病床，根据医疗机构类别，按照每增加150-200张实际使用病床增配1名专职感控人员；各科室应当至少指定1名医务人员，作为本科室的兼职感控人员，鼓励同时配备兼职感控医师和护士；实际使用病床数多于50张的科室，应当每50张床至少配备1名兼职感控人员；定点医院感控人员配备数量应当保持在非定点医院的1.5-2倍。其他传染病医疗救治定点医疗机构感控人员配备数量，参照定点医院要求执行。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】医院人力资源管理信息系统。

（四）药学专业技术人员数与卫生专业技术人员数比

【指标定义】

是指医院配备的药学专业技术人员数与卫生专业技术人员数的比例。

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

药学专业技术人员是指按照有关规定取得药学专业任职资格的由医疗机构聘任的在职在岗人员。

【指标意义】

反映医疗机构药学专业技术人员配备情况，是药事管理质量的重要结构性指标。《医疗机构药事管理规定》第三十三条规定：医疗机构药学专业技术人员不得少于本机构卫生专业技术人员的8%。建立静脉用药调配中心（室）的，医疗机构应当根据实际需要另行增加药学专业技术人员数量。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】医院人力资源管理系统。

三、相关科室资源配置

（一）急诊医学科

**1.固定急诊医师人数占急诊在岗医师人数的比例**

【指标定义】

是指急诊医学科固定在岗（本院）医师人数占同期急诊在岗医师人数的比例。

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）固定在岗（本院）医师人数是指急诊医学科定科执业医师人数。

（2）急诊医学科在岗医师人数是指急诊医学科实际在岗执业医师人数。

【指标意义】

反映当前急诊医学科医师人力配备情况。《卫生部关于印发<急诊科建设与管理指南（试行）＞的通知》（卫医政发〔2009〕50号）第十六条：急诊科应当有固定的急诊医师，且不少于在岗医师的75%，医师梯队结构合理。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】医院人力资源管理信息系统、医师电子化注册系统。

**2.固定急诊护士人数占急诊在岗护士人数的比例**

【指标定义】

是指统计周期内急诊医学科固定执业护士人数占急诊医学科在岗执业护士人数比例。

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：指急诊医学科定科护士人数。

（2）分母：除包含分子外还包括转科、临时帮忙、借调等。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。

【指标意义】

反映当前急诊医学科护理人力配备情况，评价急诊医学科基本护理人力资源配备情况，可进行同级别医院横向比较。

《卫生部关于印发<急诊科建设与管理指南（试行）＞的通知》（卫医政发〔2009〕50号）第十八条：急诊科应当有固定的急诊护士，且不少于在岗护士的75%，护士结构梯队合理。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】医院人力资源管理信息系统、护理管理信息系统。

（二）重症医学科

**1.重症医学科开放床位数占医院开放床位数的比例**

【指标定义】

是指重症医学科开放床位数占同期医院实际开放床位数的比例。

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

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）。

【指标意义】

临床专科发展水平是医院医疗服务能力的重要标志，该指标反映医院收治重症患者的能力。

推动重症医学科建设对提高危重疾病诊疗能力，完善国家公共卫生体系具有重大意义。重症医学科病床数量应符合医院功能任务和实际收治重症患者的需要，三级综合医院重症医学科床位数为医院病床总数的2%-8%，床位使用率以75%为宜，全年床位使用率平均超过85%时，应该适度扩大规模。重症医学科每天至少应保留1张空床以备应急使用。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】国家卫生统计信息网络直报系统、卫统报表。

**2.重症医学科医师人数与重症医学科开放床位数比**

【指标定义】

是指重症医学科医师人数与重症医学科开放床位数的比值。

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

:1

【指标说明】

（1）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。

（2）重症医学科开放床位数是指综合ICU开放床位数。

【指标意义】

反映重症医学科实际开放床位和医师人力的匹配关系，确保重症医学科配置合理的人力资源。

《卫生部办公厅关于印发<重症医学科建设与管理指南（试行）＞的通知》（卫办医政发〔2009〕23号）第七条：重症医学科必须配备足够数量、受过专门训练、掌握重症医学的基本理念、基础知识和基本操作技术，具备独立工作能力的医护人员。其中医师人数与床位数之比应为0.8:1以上。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】国家卫生统计信息网络直报系统、卫统报表。

**3.重症医学科护士人数与重症医学科开放床位数比**

【指标定义】

是指重症医学科所配备的执业护士人数与统计周期内重症医学科实际开放床位数的比值。

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

:1

【指标说明】

分子：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。

【指标意义】

反映重症医学科实际开放床位和护理人力的匹配关系。评价重症医学科基本护理人力资源配备情况，可进行同级别医院横向比较。

卫生部办公厅《关于印发<重症医学科建设与管理指南（试行）＞的通知》（卫办医政发〔2009〕23号）第七条：重症医学科必须配备足够数量、受过专门训练、掌握重症医学的基本理念、基础知识和基本操作技术，具备独立工作能力的医护人员。其中医师人数与床位数之比应为0.8:1以上，护士人数与床位数之比应为3:1以上。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】国家卫生统计信息网络直报系统、卫统报表。

（三）麻醉科

**1.麻醉科医师和手术科室医师比**

【指标定义】

是指麻醉科固定在岗医师总数与同期手术科室医师总数的比值。

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

【指标意义】

反映医疗机构麻醉科人力资源配置情况。《国家卫生健康委办公厅关于印发麻醉科医疗服务能力建设指南（试行）的通知（国卫办医函〔2019〕884号）》中要求：三级综合医院麻醉科医师和手术科室医师比例逐步达到1:3，二级及以下综合医院可根据诊疗情况合理确定比例，但不低于1:5。专科医院以满足医疗服务需求为原则合理确定比例。麻醉科门诊的医师应当具备主治医师及以上专业技术资格。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】医院人力资源管理信息系统。

**2.手术间麻醉护士与实际开放手术台/间的数量比**

【指标定义】

是指麻醉科固定在岗手术间麻醉护士总数与同期实际开放手术台数的比值。

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

【指标意义】

反映医疗机构麻醉护士工作强度的指标。《国家卫生健康委办公厅关于印发麻醉科医疗服务能力建设指南（试行）的通知（国卫办医函〔2019〕884号）》中关于麻醉专科护理工作要求：二级及以上医院麻醉科应加强专科护理队伍建设，提高麻醉护理服务专业化水平，手术间麻醉护士与实际开放手术台的数量比≥0.5:1。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】医院人力资源管理信息系统、手麻系统。

（四）中医科

**1.中医科开放床位数占医院开放床位数的比例**

【指标定义】

是指中医科实际开放床位数占同期医院实际开放床位数的比例。

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

中医科开放床位数是指中医科实际开放床位数。

【指标意义】

原卫生部 国家中医药管理局印发的《综合医院中医临床科室基本标准》(国中医药发〔2009〕6号)中要求，设立中医病床，床位数不低于医院标准床位数的5%。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】国家卫生统计信息网络直报系统、卫统报表。

**2.中医科中医类别医师人数与中医科开放床位数比**

【指标定义】

是指中医科实际开放床位数占同期医院实际开放床位数的比例。

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

【指标说明】

原卫生部 国家中医药管理局《关于医师执业注册中执业范围的暂行规定》(卫医发〔2001〕169号)中中医类别医师包括中医、民族医、中西医结合医师。

国家中医药管理局《关于修订中医类别医师执业范围的通知》（国中医药发〔2006〕52号）对《关于医师执业注册中执业范围的暂行规定》(卫医发〔2001〕169号)中中医类别(包括中医、民族医、中西医结合)医师执业范围进行修订，在原有的中医类别医师执业范围中增设“全科医学专业”。

【指标意义】

卫生部国家中医药管理局印发的《综合医院中医临床科室基本标准》（国中医药发〔2009〕6号）要求每床至少配备0.4名中医类别医师。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】医院人力资源管理信息系统、医师电子化注册系统。

**3.中医科护士人数与中医科开放床位数比**

【指标定义】

是指中医科执业护士人数与同期中医科实际开放床位数的比值。

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

【指标说明】

分子：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、来在本院注册的护士。

【指标意义】

反映中医科实际开放床位和护理人力的匹配关系。了解当前中医科床位的护理人力配备情况，评估中医科基本护理人力资源配备情况，可进行同级别医院横向比较。《综合医院中医临床科室基本标准》（国中医药发〔2009〕6号）中要求每床至少配备0.4名护士。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】医院人力资源管理信息系统、护理管理信息系统。

（五）康复医学科

**1.康复科开放床位数占医院开放床位数的比例**

【指标定义】

是指康复医学科实际开放床位数占同期医院实际开放床位数的比例。

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

康复科开放床位数是指康复医学科实际开放床位数。

【指标意义】

《综合医院康复医学科基本标准（试行）》（卫医政发〔2011〕47号）对三级综合医院康复医学科的要求：根据需求和当地康复医疗服务网络设定床位，应为医院总床位数的2%-5%，每床使用面积不少于6平方米，床间距不少于1.2米。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】国家卫生统计信息网络直报系统、卫统报表。

**2.康复科医师人数与康复科开放床位数比**

【指标定义】

是指康复医学科医师人数与同期康复医学科实际开放床位数的比值。

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

:1

【指标说明】

（1）康复科医师人数是指康复医学科执业医师定科人数。

（2）康复科开放床位数是指康复医学科实际开放床位数。

【指标意义】

《综合医院康复医学科基本标准（试行）》（卫医政发〔2011〕47号）要求，每床至少配备0.25名医师，其中至少有2名具有副高以上专业技术职务任职资格的医师，1名具备中医类别执业资格的执业医师。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】医院人力资源管理信息系统。

**3.康复科康复师人数与康复科开放床位数比**

【指标定义】

是指康复医学科康复师人数与康复医学科实际开放床位数的比。

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

:1

【指标说明】

（1）康复师人数是指康复医学科治疗师总人数。

（2）康复科开放床位数是指康复医学科实际开放床位数。

【指标意义】

《综合医院康复医学科基本标准（试行）》（卫医政发〔2011〕47号）要求，每床至少配备0.5名康复治疗师。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】医院人力资源管理信息系统。

**4.康复科护士人数与康复科开放床位数比**

【指标定义】

是指康复医学科所配备的执业护士人数与同期康复医学科实际开放床位数的比值。

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

:1

【指标说明】

分子：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。

【指标意义】

《综合医院康复医学科基本标准（试行）》（卫医政发〔2011〕47号）要求，每康复医学科病床至少配备0.3名护士。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】医院人力资源管理信息系统、护理管理信息系统。

（六）感染性疾病科

**1.固定医师人数占感染性疾病科在岗医师人数的比例**

【指标定义】

是指感染性疾病科固定医师人数占同期感染性疾病科在岗医师人数的比例。

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：指感染性疾病科执业医师定科人数。

（2）分母：指感染性疾病科实际在岗执业医师人数。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】医院人力资源管理信息系统。

**2.固定护士人数占感染性疾病科在岗护士人数的比例**

【指标定义】

是指感染性疾病科固定执业护士人数与同期感染性疾病科在岗执业护士人数的比例。

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

感染性疾病科固定护士人数是指感染性疾病科执业护士定科人数。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】医院人力资源管理信息系统、护理管理信息系统。

**3.感染性疾病科开放床位数占医院开放床位数的比例**

【指标定义】

是指感染性疾病科实际开放床位数占同期医院实际开放床位数的比例。

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

×100%

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】卫统报表。

四、运行指标

（一）出院患者手术占比

【指标定义】

是指出院患者施行手术治疗台次数占同期出院患者总人次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：出院患者手术台次数是指出院患者手术人数，即同一次住院就诊期间患有同一疾病或不同疾病施行多次手术患者，按1人统计。统计单位以人数计算，总数为手术和介入治疗人数累加求和。

（2）分母：同期出院患者总人次数是指出院人数。

（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（2022汇总版）》的目录实施。

【指标意义】

手术和介入治疗的数量尤其是疑难复杂手术和介入治疗的数量与医院的规模、人员、设备、设施等综合诊疗技术能力及临床管理流程成正相关，鼓励三级医院优质医疗资源服务于疑难危重患者，尤其是能够提供安全有保障的高质量医疗技术服务。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】自动抓取。

（二）收支结构

**1.医疗服务收入（不含药品、耗材、检查检验收入）占医疗收入比例**

【指标定义】

考核年度医疗服务收入（不包含药品、耗材、检查检验收入）占医疗收入的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：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）分母：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。

【指标意义】

该指标用于反映医院收入结构。《国务院办公厅关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》（国办发〔2015〕38号）要求，规范临床检查、诊断、治疗、使用药物和植（介）入类医疗器械行为。在降低药品、医用耗材费用和取消药品加成的同时，降低大型医用设备检查治疗价格，合理调整体现医务人员技术劳务价值的医疗服务价格。从侧面反映医院所在地医疗服务价格合理性，尤其是取消药品和医用耗材加成后调整医疗服务价格的情况。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】医院财务管理系统。

**2.人员支出占业务支出比重**

【指标定义】

是指考核年度人员经费占医疗活动费用的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：人员经费包括医院全部人员发生的费用。

（2）分母：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。

（4）人员经费占比：根据《关于印发<政府会计制度——行政事业单位会计科目和报表＞的通知》（财会〔2017〕25号）、《关于印发医院执行《政府会计制度——行政事业单位会计科目和报表》的补充规定和衔接规定的通知》（财会〔2018〕24号）有关要求，全国行政事业单位从2019年1月1日起执行《政府会计制度》。其中，关于收入、支出类会计科目的表述发生变化。根据《政府会计制度——行政事业单位会计科目和报表》和财务年报表保持一致的要求，在本考核年度，“人员支出占业务支出比重”以“人员经费占比”表述。

【指标意义】

《国务院办公厅关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》（国办发〔2015〕38号）提出，建立起维护公益性、调动积极性、保障可持续的运行新机制。探索制定公立医院绩效工资总量核定办法，着力体现医务人员技术劳务价值，合理确定医务人员收入水平，并建立动态调整机制，做到多劳多得、优绩优酬，重点向临床一线、业务骨干、关键岗位以及支援基层和有突出贡献的人员倾斜。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】医院财务管理系统。

**3.万元收入能耗支出占比**

【指标定义】

在考核年度，“万元收入能耗支出”以“万元收入能耗占比”表述，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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×10000

【指标说明】

（1）分子：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）分母：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。

【指标意义】

引导医院进一步加强节能管理工作，推进节约型医院建设，实现节能减排的目标，合理降低医院运行成本，提升精细化管理水平。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】医院财务管理系统。

**4.资产负债率**

【指标定义】

考核年度医院负债合计与资产合计的比值。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

【指标说明】

1. 分子：负债合计包括流动负债、非流动负债和受托代理负债。

（2）分母：资产合计包括流动资产、非流动资产和受托代理资产。

【指标意义】

反映医院资产中借贷筹资的比重，引导医院避免盲目负债扩张或经营，降低医院运行潜在风险。

【指标导向】监测比较。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】医院财务管理系统。

（三）费用控制情况

**1.门诊次均费用增幅**

【指标定义】

考核年度门诊患者次均医药费用与上一年度次均医药费用之差与上一年度次均医药费用的比值。

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：门诊收入是指医院开展门急诊医疗服务活动取得的收入，包括门诊、急诊、健康体检收入等。

（2）分母：门诊人次数为门急诊总诊疗人次数，包括门诊、急诊、健康体检人次数等。

（3）门诊患者次均医药费用是指门急诊患者平均每次就诊的医药费用，简称门诊次均费用。

（4）门诊收入需剔除有关项，包括剔除散装中药饮片、小包装中药饮片、中药配方颗粒剂、医疗机构中药制剂、罕见病用药收入，长期处方产生的药品收入，以及纳入国家医保目录中谈判类药物收入。

【指标意义】

患者次均医药费用增幅是衡量患者费用负担水平及其增长情况的重要指标，包含门诊次均费用增幅和住院次均费用增幅。医疗收入增幅用于反映医院医疗费用年度总体增长情况。《国务院关于印发“十三五”深化医药卫生体制改革规划的通知》（国发〔2016〕78号）及《关于全面推开公立医院综合改革工作的通知》（国卫体改发〔2017〕22号）要求，到2017年全国公立医院医药费用增长幅度力争降到10%以下，到2020年，增长幅度稳定在合理水平。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】医院财务管理系统。

**2.门诊次均药品费用增幅**

【指标定义】

考核年度门急诊患者次均药品费用与上一年度次均药品费用之差与上一年度次均药品费用的比值。

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）门诊患者次均药品费用指考核年度门急诊患者平均每次就诊药费，简称门诊次均药费。

（2）门诊药品收入需剔除有关项，包括剔除散装中药饮片、小包装中药饮片、中药配方颗粒剂、医疗机构中药制剂、罕见病用药收入，长期处方产生的药品收入，以及纳入国家医保目录中谈判类药物收入。

【指标意义】

患者次均药品费用增幅是衡量患者药品费用负担水平及其增长情况的重要指标，包含门诊次均药品费用增幅和住院次均药品费用增幅。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】医院财务管理系统。

**3.住院次均费用增幅**

【指标定义】

考核年度出院患者次均医药费用与上一年度出院患者次均医药费用之差与上一年度出院患者次均医药费用的比值。

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：出院患者住院费用即住院收入，是指医院开展住院医疗服务活动取得的收入。

（2）分母：出院人次数指出院人数。

（3）出院患者次均医药费用是指出院患者平均每次住院的医药费用，简称住院次均费用。

（4）由于整体出院患者平均医药费用受多种因素影响，为使数据尽量可比，通过疾病复杂程度（CMI）校正。

（5）需剔除有关项，包括剔除散装中药饮片、小包装中药饮片、中药配方颗粒剂、医疗机构中药制剂、罕见病用药收入，长期处方产生的药品收入，以及纳入国家医保目录中谈判类药物收入。

【指标意义】

患者次均医药费用增幅是衡量患者费用负担水平及其增长情况的重要指标，包含门诊次均费用增幅和住院次均费用增幅。医疗收入增幅用于反映医院医疗费用年度总体增长情况。《国务院关于印发“十三五”深化医药卫生体制改革规划的通知》（国发〔2016〕78号）及《关于全面推开公立医院综合改革工作的通知》（国卫体改发〔2017〕22号）要求，到2017年全国公立医院医疗费用增长幅度力争降到10%以下，到2020年，增长幅度稳定在合理水平。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】医院财务管理系统。

**4.住院次均药品费用增幅**

【指标定义】

考核年度出院患者次均药品费用与上一年度出院患者次均药品费用之差与上一年度出院患者次均药品费用的比值。

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）出院患者次均药品费用指考核年度出院患者平均每次住院的药品费用，简称住院次均药品费用。

（2）出院患者药品费用需剔除有关项，包括剔除散装中药饮片、小包装中药饮片、中药配方颗粒剂、医疗机构中药制剂、罕见病用药收入，长期处方产生的药品收入，以及纳入国家医保目录中谈判类药物收入。

【指标意义】

患者次均药品费用增幅是衡量患者药品费用负担水平及其增长情况的重要指标，包含门诊次均药品费用增幅和住院次均药品费用增幅。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】医院财务管理系统。

五、科研指标

每百名卫生技术人员科研项目经费

【指标定义】

年度每百名卫生技术人员立项的科研经费总金额。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100

【指标说明】

（1）分子：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（非政府机构或上级单位，含GCP临床试验）的科研项目，不含院内课题和匹配经费。

（2）分母：此处卫生技术人员包括医、药、护、技四类在岗人员，包含在行政职能科室工作的四类人员。

【指标意义】考核医院科研创新能力。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

第二章 医疗服务能力与医院质量安全指标

一、医疗服务能力

（一）DRG-DRGs组数

【指标定义】

DRG-DRGs组数是指医疗机构收治病例的DRG组的总数。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

利用DRG分组器，计算产生的DRG分组组数。

【指标说明】

利用DRG分组器，对病案系统中的数据进行DRG分组，计算覆盖的DRG组的数量。

【指标意义】

反映医疗机构收治疾病的范围。

【指标导向】监测比较。

【数据生成方式】自动抓取。

【指标提取建议】病案首页提取数据，利用DRG分组器进行分组。

（二）DRG-CMI

【指标定义】

CMI（病例组合指数）是医疗机构收治患者总权重与同期出院患者总例数之比。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

【指标说明】

数据来源于住院患者病案首页，利用DRG分组器计算。

【指标意义】

主要反映医疗机构的疾病收治难度。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】自动抓取。

【指标提取建议】病案首页提取数据，利用DRG分组器计算。

（三）DRG时间指数

【指标定义】

DRG时间指数代表医疗机构治疗同类疾病所消耗的时间资源。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

DRG时间指数

【指标说明】

计算步骤：

①计算区域各DRG组的平均住院日；

②计算医疗机构各DRG组的平均住院日；

③计算医疗机构各DRG组平均住院日之比；

医疗机构各DRG组平均住院日比=医疗机构各DRG组平均住院日/区域各DRG组平均住院日。

【指标意义】

利用DRG时间指数评价医疗机构的绩效，反映医疗机构的服务效率。如果医疗机构治疗疾病的住院时间越长，则医疗机构的DRG时间指数就会越大。如果计算值在1左右表示接近平均水平；小于1，表示医疗住院时间较短；大于1，表示住院时间较长。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】自动抓取。

【指标提取建议】从病案首页提取数据，计算DRG时间指数。

（四）出院患者微创手术占比

【指标定义】

考核年度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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：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）分母：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。

【指标意义】

（1）微创手术降低了传统手术对人体的伤害，具有创伤小、疼痛轻、恢复快的优越性，极大地减少了疾病给患者带来的不便和痛苦，更注重患者的心理、社会、生理（疼痛）、精神、生活质量的改善与康复，减轻患者的痛苦。

（2）合理选择微创技术适应症、控制相关技术风险促进微创技术发展。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】自动抓取。

【指标提取建议】病案系统。

（五）出院患者四级手术占比

【指标定义】

考核年度出院患者施行四级手术台次数占同期出院患者手术台次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：出院患者四级手术人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。四级手术是指风险高、过程复杂、难度大、资源消耗多或涉及重大伦理风险的手术。四级手术目录直接使用同期国家三级公立医院绩效考核中由国家统一制定的四级手术目录。

（2）分母：同期出院患者手术人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。

【指标意义】

《关于印发控制公立医院医疗费用不合理增长的若干意见》（国卫体改发〔2015〕89号）要求对手术类型构成比进行监测比较，通过四级手术占比，衡量医院住院患者中实施复杂难度大的手术的情况。《国家卫生健康委办公厅关于印发心血管疾病介入等4个介入类诊疗技术临床应用管理规范的通知》（国卫办医函〔2019〕828号），对心血管疾病介入、综合介入、外周血管介入和神经血管介入4个介入类诊疗技术临床应用管理规范进行了修订。该修订强化了医疗机构的主体责任，加强了对相关技术临床应用的事中事后监管措施，明确要求医疗机构将相关技术纳入手术分级管理。《国家卫生健康委办公厅关于印发医疗机构手术分级管理办法的通知》（卫办医政发〔2022〕18号）提出医疗机构应当定期组织评估术者手术技术临床应用能力，包括手术技术能力、手术质量安全、围手术期管理能力、医患沟通能力等，重点评估新获得四级手术权限的术者。根据评估结果动态调整手术权限，并纳入个人专业技术档案管理，四级手术评估周期原则上不超过一年。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】自动抓取。

【指标提取建议】病案首页。

二、医院质量指标

（一）年度国家医疗质量安全目标改进情况

**1.急性ST段抬高型心肌梗死再灌注治疗率**

【指标定义】

急性ST段抬高型心肌梗死再灌注治疗是指对发病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。

急性ST段抬高型心肌梗死再灌注治疗率是指发病12小时内的急性STEMI患者给予经皮冠状动脉介入治疗（PCI）或静脉溶栓治疗的患者数占发病12小时内的STEMI患者总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

分子：指满足分母且首页中手术及操作栏填有静脉溶栓、PCI的操作名称（PCI包括冠脉球囊扩张、支架植入、冠脉内膜旋磨、斑块旋切术、血栓抽吸等）和对应的ICD-9-CM-3编码（99.10，00.66，36.04，36.06，36.07，17.55等）的患者总数。

分母:指同期诊断为STEMI的病例（主要诊断符合ICD-10编码为I21.0至I21.3，I21.9）且属于发病在12小时内病例总数。

【指标意义】

急性心肌梗死是导致我国居民死亡的首要病种，提高急性ST段抬高型心肌梗死（STEMI）患者再灌注治疗率对降低急性STEMI患者的致残率及死亡率、改善患者生活质量、减轻社会和家庭负担具有重要意义。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

**2.急性脑梗死再灌注治疗率**

【指标定义】

急性脑梗死再灌注治疗是指对发病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。

急性脑梗死再灌注治疗率是指发病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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

分子:指满足分母且首页手术及操作栏填有药物溶栓、取栓或球囊扩张、支架置入等操作名称和对应的ICD-9-CM-3编码（99.10,39.74,00.61至00.65等）病例总数。

分母:指同期首页主要诊断为急性脑梗死（ICD-10编码为I63），且属于发病6小时之内的病例总数。

【指标意义】

脑梗死在我国二级以上医院住院患者疾病诊断数量中位居首位，也是导致我国居民死亡的前3位病种之一。提高急性脑梗死再灌注治疗率有助于降低急性脑梗死患者的致残率及死亡率，改善患者生活质量，减轻社会和家庭负担。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

**3.病案首页主要诊断编码正确率**

【指标定义】

病案系统主要诊断填写正确是指医师和病案管理人员按照规定，准确选择和规范填写住院病案系统中的主要诊断，并按照国家统一发布的疾病分类代码准确进行编码。

主要诊断编码正确率是指病案首页中主要诊断编码正确的出院患者病案数占同期出院患者病案总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：指出院病案总数中主要诊断编码正确病案总数。

（2）分母：指同期出院病案总份数。

【指标意义】

提高病案首页主要诊断编码正确率，是提升病案首页质量的重要内容，对正确统计医疗机构及地区疾病谱、支撑DRGs分组、评价医疗质量安全水平和技术能力等工作具有非常重要的基础性支撑作用。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

**4.住院患者围手术期死亡率**

【指标定义】

是指住院患者术后24小时和48小时内死亡人数占同期出院患者手术人次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

×100%

【指标说明】

（1）重点关注住院患者进行开放性手术、介入治疗及内（窥）镜下治疗性操作在手术当日、术后24小时和48小时内的死亡情况，本指标考核术后24小时和48小时内的死亡情况。

（2）分子：即在住院期间施行手术和介入治疗（急诊或者择期手术）后24小时和48小时死亡患者人数。

（3）分母：即出院患者手术人数，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。

【指标意义】

住院患者围手术期死亡率是行业通用的反映手术质量安全的指标之一。死亡原因可能取决于患者的健康状态、手术类型、紧迫程度、技术能力、围术期管理水平等。《国家医疗服务与质量安全报告》数据显示，我国手术患者住院死亡率呈上升趋势，加强住院患者围手术期管理，落实手术相关管理制度，降低住院患者围手术期死亡率，对整体提高医疗质量安全水平具有重要意义。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

**5.医疗质量安全不良事件报告率**

【指标定义】

医疗质量安全不良事件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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100

【指标说明】

（1）分子:指医疗机构实际发生的医疗质量安全不良事件例数之和。

（2）分母：指同期出院患者总例数。

【指标意义】

《国家医疗服务与质量安全报告》显示，我国医疗机构医疗质量安全不良事件发生情况与国际相关数据比较，在识别和报告率上还有一定差距。加强医疗质量安全不良事件报告工作，提高医疗质量安全不良事件的识别和报告率，对于构建医疗机构医疗质量安全文化和学习平台，提升医疗质量安全水平具有重要意义。《关于开展全面提升医疗质量行动（2023—2025年）》的通知（国卫医政发〔2023〕12号）要求，到2025年末，每百出院人次主动报告不良事件年均大于2.5例次。

【指标导向】监测比较。

【数据生成方式】医院填报。

**6.住院患者静脉输液使用率**

【指标定义】

是指使用静脉输液的住院患者数占同期住院患者总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

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

（2）同一患者同一次住院使用多种静脉输注药物（含中药注射剂），记为1人次。

（3）使用静脉输液的住院患者人次数和住院患者总人次数均以出院患者的总人次数计算。

【指标意义】

静脉输液是现代药物治疗的重要给药途径，在治疗某些疾病和挽救患者方面具有不可替代的作用。但是，静脉输液治疗的不合理使用，不仅不能改善患者治疗效果，还存在更多安全隐患，增加不必要的医疗成本。连续几年的《国家医疗服务与质量安全报告》显示，我国二级以上医院住院患者静脉输液使用率呈下降趋势，但仍存在静脉输液不合理使用的情况。逐步降低静脉输液治疗比例对于维护医疗安全和患者权益具有重要意义。

【指标导向】监测比较。

【数据生成方式】医院填报。

**7.血管内导管相关血流感染发病率**

【指标定义】

是指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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×1000‰

【指标说明】

（1）分子：全院住院患者中同期新发血管导管相关血流感染的例次数。

（2）分母：每日0点时全院住院患者血管导管使用天数之和。

（3）重点改善中心静脉导管（CVC）及经外周静脉置入中心静脉导管（PICC）的相关血流感染问题。

（4）血管内导管相关感染是指留置血管导管期间及拔除血管导管后48小时内发生的原发性、且与其他部位感染无关的感染,包括血管导管相关局部感染和血流感染。患者局部感染时出现红、肿、热、痛、渗出等炎症表现,血流感染除局部表现外还会出现发热（＞38℃）、寒颤或低血压等全身感染表现。血流感染实验室微生物学检查结果:外周静脉血培养细菌或真菌阳性,或者从导管尖端和外周血培养出相同种类、相同药敏结果的致病菌。

【指标意义】

反映血管内导管相关血流感染情况和医院感染防控能力。血管内导管相关血流感染是临床常见的医源性感染之一，感染因素涉及医护人员操作、护理、患者管理等诸多方面，为患者预后带来不利影响，造成沉重的经济负担。连续几年的《国家医疗服务与质量安全报告》显示，我国二级以上医院住院患者血管内导管相关血流感染发生率近年来改善幅度不大，需要采取综合措施予以干预，以保障医疗安全和患者权益。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

**8.住院患者抗菌药物治疗前病原学送检率**

【指标定义】

是指住院患者使用抗菌药物治疗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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子:指住院患者使用抗菌药物前进行病原学检验标本送检的病例总数。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。

（2）指同期住院患者使用抗菌药物治疗病例的总数。

【指标意义】

提高抗菌药物治疗前病原学送检率（尤其是限制使用级以上抗菌药物），提升无菌性样本送检比例，可以有效提高抗菌药物使用的科学性和规范性，对遏制细菌耐药、提升治疗效果和保障人民群众健康权益具有重要意义。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

**9.静脉血栓栓塞症规范预防率**

【指标定义】

采取静脉血栓栓塞症（VTE）规范预防措施，是指患者住院期间接受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（包括药物预防、机械预防等）。本指标考核VTE风险评估率，VTE风险评估包括风险初始评估和出血风险评估。

VTE风险评估率是指接受VTE风险评估的出院患者人次与同期出院患者人次的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：指出院患者中接受VTE风险评估的人次总数。

（2）分母：指同期出院患者总人次数。

【指标意义】

静脉血栓栓塞症（VTE）包括深静脉血栓形成（DVT）和肺血栓栓塞症（PTE），是导致患者非预期死亡的重要原因之一，严重危害患者安全。提高VTE规范预防率，实现VTE的早期干预，可以有效降低VTE的发生率、致残率及致死率。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

**10.阴道分娩并发症发生率**

【指标定义】

是指阴道分娩并发症发生人数占同期阴道分娩产妇总人数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子:指住院患者阴道分娩并发症发生总例数。

（2）分母:指同期住院患者阴道分娩产妇总人数。

【指标意义】

《国家医疗服务与质量安全报告》显示，产妇阴道分娩并发症发生率近年来不断升高，严重威胁产科患者健康。降低其发生率对提升医疗质量，保障产妇和新生儿安全具有重要意义。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

（二）患者住院总死亡率

【指标定义】

是指住院总死亡患者人数占同期出院患者总人次的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

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。

【指标意义】

反映医疗机构医疗质量与安全管理水平。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】自动抓取。

【指标提取建议】病案首页。

（三）新生儿患者住院死亡率

【指标定义】

是指新生儿患者住院死亡人数占同期新生儿患者出院人数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

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。

【指标意义】

反映医疗机构新生儿患者医疗质量与安全管理水平。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】自动抓取。

【指标提取建议】病案首页。

（四）手术患者住院死亡率

【指标定义】

是指手术患者住院死亡人数占同期住院患者手术人数（病例数）的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：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）分母：即出院患者手术人数，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。

【指标意义】

反映医疗机构手术患者医疗质量与安全管理水平。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】自动抓取。

【指标提取建议】病案首页。

（五）住院患者出院后0-31天非预期再住院率

【指标定义】

是指住院患者出院后0—31天内非预期再住院患者人数占同期出院患者总人次（除死亡患者外）的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：住院患者出院31天内非预期再住院患者人数=出院当天、出院2-15天及出院16-31天非预期再住院的患者人数之和。

（2）出院当天非预期再住院患者人数：是指在当天（0:00点至24:00）先办理出院，后办理住院手续非预期再住院患者。

（3）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）。

排除主要诊断和其他诊断为：

①肿瘤放疗患者：ICD-10编码为Z51.0放射治疗疗程；

②肿瘤化疗患者：ICD-10编码为Z51.1肿瘤化学治疗疗程，Z51.2其他化学治疗或Z51.8其他特指治疗。

【指标意义】

反映医疗机构医疗质量与安全管理水平。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】病案首页。

（六）手术患者术后48小时/31天内非预期重返手术室再次手术率

【指标定义】

是指手术患者48小时/31天内非计划重返手术室再次手术的人数占同期手术出院患者人数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

×100%

【指标说明】

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。

【指标意义】

反映医疗机构医疗质量与安全管理水平。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】病案首页、手麻系统。

（七）ICD低风险病种患者住院死亡率

【指标定义】

是指ICD低风险病种患者住院死亡例数占ICD低风险病种出院患者总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

ICD低风险病种是指第一诊断ICD-10（2019v2.0）在《三级医院评审标准（2022年版）》中所列的115个低风险病种。

（1）分子：指低风险组出院患者死亡人数之和。

（2）分母：指低风险病种出院人数之和。

【指标意义】

低风险病种是指疾病本身导致死亡的可能性极低（≤0.5%）的疾病，其死亡原因多是因为临床过程发生了失误和偏差。低风险组病种死亡率是反映医疗质量比较敏感的宏观指标。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】自动抓取。

【指标提取建议】病案首页。

（八）DRGs低风险组患者住院死亡率

【指标定义】

DRGs低风险组患者住院死亡率是指运用DRGs分组器测算产生低风险组死亡的患者数占低风险组全部患者数量的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

DRGs（DiagnosisRelatedGroups）译为疾病诊断相关分组，是以主要诊断和主要治疗方式，年龄、性别、并发症和伴随疾病、出院转归和住院时间等信息为关键变量，将临床诊疗过程相近、医疗资源消耗相似的出院患者归类到同一个诊断相关组（DRG）。

低风险组病例：该组患者的死亡率低于负一倍标准差，其死亡风险则称为低风险的DRG组，即一旦发生死亡，死亡原因可能与疾病本身的相关度低，而与临床诊治管理过程相关度更高。通过低风险组病例死亡率衡量医院对住院患者所提供服务的安全和质量。

（1）分子：指低风险组出院患者死亡人数之和。

（2）分母：指低风险组出院人数之和。

（3）利用各DRGs组病例的住院患者病死率对不同DRG组进行死亡风险分级。

**住院患者基于DRGs死亡风险分级及评分**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 分组 | 评分 | 分值描述 |
| 无 | 0分 | 表示归属于该DRG组的病例没有出现死亡病例。 |
| 低风险组 | 1分 | 表示住院患者病死率低于负一倍标准差。  注：因考核指标的分母是住院患者，而非全人口，故用病死率来表述死亡患者所占百分比。 |
| 中低风险组 | 2分 | 表示住院患者病死率在平均水平与负一倍标准差之间。 |
| 中高风险组 | 3分 | 表示住院患者病死率在平均水平与正一倍标准差之间。 |
| 高风险组 | 4分 | 表示住院患者病死率高于正的一倍标准差。 |

【指标意义】

反映医疗机构质量与安全管理水平，间接反映救治能力和临床诊疗过程管理水平。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】自动抓取。

【指标提取建议】病案首页。

三、医疗安全指标（年度医院获得性指标）

（一）手术患者手术后肺栓塞发生例数和发生率

【指标定义】

手术患者手术后肺栓塞发生率是指手术后肺栓塞发生例数占同期出院患者手术人次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：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）分母：同期出院患者手术人次数是指出院患者手术（含介入）人次数。

【指标意义】

反映医院围术期预防肺栓塞的能力，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】自动抓取。

（二）手术患者手术后深静脉血栓发生例数和发生率

【指标定义】

手术患者手术后深静脉血栓发生率是指手术患者手术后深静脉血栓发生例数占同期出院的手术患者人次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：是指手术患者手术后深静脉血栓发生的例数。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）分母：同期出院患者手术人次数是指出院患者手术（含介入）人次数。

【指标意义】

反映医院围术期深静脉血栓预防能力，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】自动抓取。

（三）手术患者手术后脓毒症发生例数和发生率

【指标定义】

手术患者手术后脓毒症发生发生率是指手术患者手术后脓毒症发生例数占同期出院的手术患者人次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：是指手术患者手术后败血症发生的例数。统计住院病案系统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）分母：同期出院患者手术人次数是指出院患者手术（含介入）人次数。

【指标意义】

反映医院手术后脓毒症预防能力,是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】自动抓取。

（四）手术患者手术后出血或血肿发生例数和发生率

【指标定义】

手术患者手术后出血或血肿发生率是指手术患者手术后出血或血肿发生例数占同期出院的手术患者人次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

手×100%

【指标说明】

（1）分子：是指手术患者手术后出血或血肿发生例数，统计住院病案系统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）分母：同期出院患者手术人次数是指出院患者手术（含介入）人次数。

【指标意义】

反映医院手术患者术后出血或血肿的预防能力，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】自动抓取。

（五）手术患者手术伤口裂开发生例数和发生率

【指标定义】

手术患者手术伤口裂开发生率是指手术患者手术伤口裂开发生例数占同期出院的手术患者人次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：是指手术患者手术伤口裂开发生例数，统计住院病案系统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。

（2）分母：同期出院患者手术人次数是指出院患者手术（含介入）人次数。

【指标意义】

反映医院围手术期管理质量，是医疗安全质量管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】自动抓取。

（六）手术患者手术后猝死发生例数和发生率

【指标定义】

手术患者手术后猝死发生率是指手术患者手术后猝死发生例数占同期出院的手术患者人次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）猝死是指一个貌似健康的人，由于患有潜在的疾病或机能障碍，发生突然的、出人意外的非暴力死亡（自然死亡）。猝死的时间限度，目前一般指从开始发病（或病情突变）到死亡在24小时以内者。《中华人民共和国公共安全行业标准—猝死尸体的检验》（GA/T170-1997）。

（2）分子：是指手术患者术中和术后发生猝死的例数，统计住院病案系统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。

（3）分母：同期出院患者手术人次数是指出院患者手术（含介入）人次数。

【指标意义】

反映医院围手术期管理质量，是医疗安全质量管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】自动抓取。

（七）手术患者手术后呼吸衰竭发生例数和发生率

【指标定义】

手术患者手术后呼吸衰竭发生率是指手术患者手术后呼吸衰竭发生例数占同期出院的手术患者人次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：是指手术患者手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）分母：同期出院患者手术人次数是指出院患者手术（含介入）人次数。

【指标意义】

反映医院围手术期管理质量，是医疗质量管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】自动抓取。

（八）手术患者手术后生理/代谢紊乱发生例数和发生率

【指标定义】

手术患者手术后生理/代谢紊乱发生率是指手术患者手术后生理/代谢紊乱发生例数占同期出院的手术患者人次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：是指手术患者手术后生理、代谢紊乱发生例数。统计住院病案系统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）分母：同期出院患者手术人次数是指出院患者手术（含介入）人次数。

【指标意义】

反映医院围手术期管理质量，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】自动抓取。

（九）与手术/操作相关感染发生例数和发生率

【指标定义】

与手术/操作相关感染发生率是指手术/操作相关感染发生例数占同期出院的手术/操作患者人次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：指手术、操作相关感染发生例数。统计住院病案系统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）分母：同期出院患者手术人次数是指出院患者手术（含介入）人次数。

【指标意义】

反映医院感染控制质量，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】自动抓取。

（十）手术过程中异物遗留发生例数和发生率

【指标定义】

手术过程中异物遗留发生率是指所有手术患者发生手术过程中异物遗留的发生例数占同期出院的手术患者人次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：是指所有手术患者发生手术过程中异物遗留的发生例数。统计住院病案系统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）分母：同期出院患者手术人次数是指出院患者手术（含介入）人次数。

【指标意义】

反映医院手术质量，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】自动抓取。

（十一）手术患者麻醉并发症发生例数和发生率

【指标定义】

手术患者麻醉并发症发生率是指手术患者麻醉并发症发生例数占同期出院的手术患者人次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：是指手术患者麻醉并发症发生例数。统计住院病案系统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）分母：同期出院患者手术人次数是指出院患者手术（含介入）人次数。

【指标意义】

反映医院手术麻醉质量，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】自动抓取。

（十二）手术患者肺部感染与肺机能不全发生例数和发生率

【指标定义】

手术患者肺部感染与肺机能不全发生率是指手术患者肺部感染与肺机能不全发生例数占同期出院的手术患者人次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

肺机能（功能）不全：肺的主要功能是与外界进行气体交换，通过其外呼吸功能不断给机体提供O2，排出CO2，以维持机体血气平衡和内环境稳定。肺的功能还包括屏障防御、免疫、代谢分泌等非呼吸功能。许多病理因素可导致肺的上述功能发生改变，从而引起肺部疾病和生命活动异常。

（1）分子：是指手术患者肺部感染与肺机能不全发生例。统计住院病案系统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）分母：同期出院患者手术人次数是指出院患者手术（含介入）人次数。

【指标意义】

反映医院手术患者肺部感染与肺机能不全的预防能力，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】自动抓取。

（十三）手术意外穿刺伤或撕裂伤发生例数和发生率

【指标定义】

手术意外穿刺伤或撕裂伤发生率是指手术患者发生医源性意外刺伤或撕裂伤的发生例数占同期出院的手术患者人次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：是指手术患者发生医源性意外刺伤或撕裂伤的出院患者人次。统计住院病案系统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）分母：同期出院患者手术人次数是指出院患者手术（含介入）人次数。

【指标意义】

反映医院手术发生意外的预防能力，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】自动抓取。

（十四）手术后急性肾衰竭发生例数和发生率

【指标定义】

手术后急性肾衰竭发生率是指手术患者手术后急性肾衰竭发生例数占同期出院患者手术人次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：是指手术患者手术后急性肾衰竭发生例数。统计住院病案系统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）分母：同期出院患者手术人次数是指出院患者手术（含介入）人次数。

【指标意义】

反映医院手术后急性肾衰竭的预防能力，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】自动抓取。

（十五）各系统/器官术后并发症发生例数和发生率

【指标定义】

各系统/器官术后并发症发生率是指各系统/器官手术患者手术后并发症发生例数占同期出院患者手术人次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：是指各系统/器官手术患者手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编码为以下类型且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和：

①消化：K91.0至K91.9；

②循环：I97.0，I97.1，I97.8，I97.9；

③神经：G97.0，G97.1，G97.2，G97.8，G97.9，I60至164；

④眼和附器：H59.0，H59.8，H59.9；

⑤耳和乳突：H95.0，H95.1，H95.8，H95.9；

⑥肌肉骨骼：M96.0至M96.9；

⑦泌尿生殖：N98.0至N99.9；

⑧口腔：K11.4，T81.2。

（2）分母：同期出院患者手术人次数是指出院患者手术（含介入）人次数。

【指标意义】

反映医院手术质量，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】自动抓取。

（十六）植入物的并发症（不包括脓毒症）发生例数和发生率

【指标定义】

植入物的并发症（不包括脓毒症）发生率是指手术患者手术后植入物的并发症发生例数占同期植入物手术患者出院人次的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）心脏和血管分子：是指心脏和血管手术患者手术后植入物的并发症发生例数。统计住院病案系统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。

（2）泌尿生殖道分子：是指泌尿生殖道手术患者手术后植入物的并发症发生例数。统计住院病案系统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。

（3）骨科分子：是指骨科手术患者手术后植入物的并发症发生例数。统计住院病案系统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。

（4）其他分子：是指其他手术患者手术后植入物的并发症发生例数。统计住院病案系统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。

分母：同期出院患者行植入物手术的总人次数。

【指标意义】

反映医院手术质量，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】自动抓取。

（十七）移植的并发症发生例数和发生率

【指标定义】

移植的并发症发生率是指移植的并发症发生例数占同期出院患者手术人次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：是指移植的并发症发生例数。统计住院病案系统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。

（2）分母：同期出院患者手术人次数是指出院患者手术（含介入）人次数。

【指标意义】

反映医院手术质量，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】自动抓取。

（十八）再植和截肢的并发症发生例数和发生率

【指标定义】

再植和截肢的并发症发生率是指再植和截肢的并发症发生例数占同期出院患者手术人次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：是指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且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。

（2）分母：同期出院患者手术人次数是指出院患者手术（含介入）人次数。

【指标意义】

反映医院手术质量，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】自动抓取。

（十九）介入操作与手术后患者其他并发症发生例数和发生率

【指标定义】

介入操作与手术后患者其他并发症发生率是指介入操作与手术后患者其他并发症发生例数占同期出院患者手术人次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：是指介入操作与手术后患者其他并发症发生例数。统计住院病案系统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）分母：同期出院患者手术人次数是指出院患者手术（含介入）人次数。

【指标意义】

反映医院手术质量，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】自动抓取。

（二十）新生儿产伤发生例数和发生率

【指标定义】

新生儿产伤发生率是指新生儿产伤的发生例数占同期新生儿患者总人次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：是指发生产伤的新生儿人次。

统计入院日期减出生日期小于等于28天病例，住院病案系统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。

（2）分母：同期新生儿出院患者总人次数。

【指标意义】

反映医院新生儿产伤预防能力，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】自动抓取。

（二十一）阴道分娩产妇分娩或产褥期并发症发生例数和发生率

【指标定义】

阴道分娩产妇分娩或产褥期并发症发生率是指阴道分娩产妇分娩或产褥期并发症发生例数占同期出院阴道分娩总人次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：是指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，住院病案系统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071.9，072.0，072.1，072.2，072.3，073.0，073.1，074.0至074.9，075.0至075.9，086.0至086.8，087.0至087.9，088.0至088.8，089.0至089.9，090.1至090.9，095，A34且入院病情为“无”的病例数总和。

（2）分母：同期出院阴道分娩总人次数。

【指标意义】

反映医院阴道分娩或产褥期并发症预防能力，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】自动抓取。

（二十二）剖宫产分娩产妇产程和分娩并发症发生例数和发生率

【指标定义】

剖宫产分娩产妇分娩或产褥期并发症发生率是指剖宫产分娩产妇分娩或产褥期并发症发生例数占同期出院剖宫产分娩或产褥期总人次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：是指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，住院病案系统的主要诊断编码或其他诊断编码ICD-10:071.0至071.9，072.0，072.1，072.2，072.3，073.0，073.1，074.0至074.9，075.0至075.9，086.0至086.8，087.0至087.9，088.0至088.8，089.0至089.9，090.0，090.2至090.9，095，A34且入院病情为“无”的病例数总和。

（2）分母：同期出院剖宫产分娩总人次数。

【指标意义】

反映医院剖宫产分娩或产褥期并发症预防能力，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】自动抓取。

（二十三）2期及以上院内压力性损伤发生例数和发生率

【指标定义】

2期及以上院内压力性损伤发生率是指住院患者2期及以上院内压力性损伤病新发病例数与同期出院患者总人次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：患者入院24小时后新发的2期及以上压力性损伤例数。

①统计口径：住院病案系统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。

②同一患者入院24小时后发生1处或多处2期及以上压力性损伤（包括在不同科室发生的压力性损伤），均计作1例，按最高期别统计。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。压力性损伤分期依照《美国国家压疮咨询委员会：压力性损伤定义与分期（2016版）》界定。

（2）分母：同期出院患者总人次数。

【指标意义】

反映医院2期及以上院内压力性损伤预防能力，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】自动抓取。

（二十四）输注反应发生例数和发生率

【指标定义】

输注反应发生率是指输注反应的发生例数占同期输注出院患者总人次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：是指发生输注反应的出院患者人次。统计口径：住院病案系统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。

（2）分母：同期输注出院患者总人次数。

【指标意义】

反映医院预防输注反应发生的能力，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】自动抓取。

（二十五）输血反应发生例数和发生率

【指标定义】

输血反应发生率是指输血反应的发生例数占同期输血出院患者总人次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：是指发生输血反应的出院患者人次。统计口径：住院病案系统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）分母：同期输血出院患者总人次数。统计病案系统中“血费＞0”。

【指标意义】

反映医院预防输血反应发生的能力，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】自动抓取。

（二十六）医源性气胸发生例数和发生率

【指标定义】

医源性气胸发生率是指医源性气胸的发生例数占同期出院患者总人次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：是指发生医源性气胸的出院患者人次。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。

（2）分母：同期出院患者总人次数。

【指标意义】

反映医院预防医源性气胸的能力，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】自动抓取。

（二十七）住院患者医院内跌倒/坠床所致髋部骨折发生例数和发生率

【指标定义】

住院患者医院内跌倒/坠床所致髋部骨折发生率是指住院患者发生跌倒/坠床所致髋部骨折发生例数占同期出院患者总人次数比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：是指住院患者发生跌倒/坠床所致髋部骨折发生例数。统计住院病案系统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且相对应的入院病情为“无”的病例数总和。

（2）分母：同期出院患者总人次数。

【指标意义】

反映预防住院患者医院内跌倒/坠床所致髋部骨折的能力，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】自动抓取。

（二十八）住院ICU患者呼吸机相关性肺炎发生例数和发生率

【指标定义】

住院ICU患者呼吸机相关性肺炎发生率是指住院ICU患者呼吸机相关性肺炎发生例数占同期ICU患者有创机械通气总天数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×1000‰

【指标说明】

（1）分子：是指ICU住院患者使用有创呼吸机导致的相关性肺炎发生例数。统计口径：住院病案系统的主要诊断或其他诊断ICD-10编码：J95.802且入院病情为“无”，并在ICU使用持续侵入性机械性通气（ICD-9-CM-3:96.7）的出院患者。

（2）分母：同期ICU患者有创机械通气总天数。

【指标意义】

反映医院预防住院ICU患者呼吸机相关性肺炎的能力，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

（二十九）住院ICU患者血管导管相关性感染发生例数和发生率

【指标定义】

住院ICU患者血管导管相关性感染发生率是指住院ICU患者血管导管相关性感染发生例数占同期ICU患者血管内导管留置总天数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×1000‰

【指标说明】

（1）分子：住院患者入住ICU，并使用血管导管者，住院病案系统的主要诊断或其他诊断ICD-10编码为T82.700x001的使用血管导管ICU出院患者，且入院病情为“无”的在ICU使用以上操作的出院患者。

（2）分母：同期ICU患者血管内导管留置总天数。

【指标意义】

反映医院住院ICU患者血管导管相关性感染预防能力，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

（三十）住院ICU患者导尿管相关性尿路感染发生例数和发生率

【指标定义】

住院ICU患者导尿管相关性尿路感染发生率是指住院ICU患者导尿管相关性尿路感染发生例数占同期ICU患者导尿管留置总天数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×1000‰

【指标说明】

（1）分子：ICU患者导尿管相关性尿路感染发生例数。统计口径：住院病案系统的主要诊断或其他诊断ICD-10编码：T83.500×003且入院病情为“无”的使用导尿管ICU出院患者。

（2）分母：同期ICU患者导尿管留置总天数。

【指标意义】

反映医院预防住院ICU患者导尿管相关性尿路感染能力，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

（三十一）临床用药所致的有害效应（不良事件）发生例数和发生率

【指标定义】

临床用药所致的有害效应（不良事件）发生率是指临床用药所致的有害效应（不良事件）发生例数占同期出院患者总人次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：是指临床用药所致的有害效应（不良事件）发生例数。统计在出院病历首页的“主要诊断及其他诊断栏”，或者“损伤、中毒的外部原因栏”有下列ICD-10四位亚目编码的总例数。

住院患者临床用药所致的有害效应（不良事件）发生例数=全身性抗菌药物的有害效应（Y40.0至Y40.9）的出院患者例数+降血糖药物的有害效应（Y42.3）的出院患者例数+抗肿瘤药物有害效应（Y43.1，Y43.3）的出院患者例数+抗凝剂的有害效应（Y44.2至Y44.5）的出院患者例数+镇痛药和解热药的有害效应（Y45.0至Y45.9）的出院患者例数+心血管系统用药的有害效应（Y52.0至Y52.9）的出院患者例数+X线造影剂及其他诊断性制剂的有害效应（Y57.5，Y57.6）的出院患者例数。

（2）分母：同期出院患者总人次数。

【指标意义】

反映医院临床用药所致的有害效应（不良事件）预防能力，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】自动抓取。

（三十二）血液透析所致并发症发生例数和发生率

【指标定义】

血液透析所致并发症发生率是指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数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：是指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。对应的，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。

（2）分母：同期血液透析出院患者总人次数。

【指标意义】

反映医院血液透析所致并发症预防能力，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】自动抓取。

第三章 重点专业质量控制指标

一、重症医学专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2015〕252号）

（一）ICU患者收治床日率

【指标定义】

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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：ICU收治患者总数是指ICU收治患者总床日数。

（2）分母：同期医院收治患者总床日数。

（3）同一患者同一次住院多次转入ICU，记为“多人次”。

【指标意义】

反映医疗机构重症患者收治能力。

【指标导向】监测比较。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】HIS系统、病案系统。

（二）ICU抗菌药物治疗前病原学送检率

【指标定义】

以治疗为目的使用抗菌药物的ICU住院患者，使用抗菌药物前病原学检验标本送检病例数占同期使用抗菌药物治疗病例总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：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。

（2）分母：是指同期ICU住院患者治疗性应用抗菌药物病例总数。

【指标意义】

反映ICU患者抗菌药物临床应用的规范性。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】HIS系统。

（三）ICU深静脉血栓（DVT）预防率

【指标定义】

是指进行深静脉血栓（DVT）预防的ICU患者数占同期ICU收治患者总例数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：是指进行深静脉血栓（DVT）预防措施的患者例数，预防深静脉血栓措施包括药物预防（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。

（2）分母：同期ICU收治患者总例数。

【指标意义】

反映ICU患者DVT的预防情况。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】VTE院内防治信息系统。

（四）ICU气管插管拔管后48h内再插管率

【指标定义】

是指ICU患者气管插管计划拔管后48h内再插管例数占同期患者气管插管计划拔管总例数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：ICU患者气管插管计划拔管后48h内插管例数。

（2）分母：同期ICU患者气管插管计划拔管总例数。

（3）分子分母均排除更换气管插管及患方要求的气管插管拔管后插管。

【指标意义】

反映对ICU患者脱机拔管指征的把握能力。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】结构化病历。

（五）非计划转入ICU率

【指标定义】

是指非计划转入ICU患者例数占同期转入ICU患者总例数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：非计划转入ICU患者例数。非计划转入ICU是指非早期预警转入，或在麻醉开始前并无术后转入ICU的计划，而术中或术后决定转入ICU。

（2）分母：同期转入ICU患者总例数。

【指标意义】

反映医疗机构病情评估、预警研判的能力，是医疗质量的重要结果指标之一。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】结构化病历。

（六）转出ICU后48h内重返率

【指标定义】

是指转出ICU后48h内重返ICU的患者数占同期转出ICU患者总例数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：转出ICU后48h内返ICU的患例数。除患方原因导致的重返病例。

（2）分母：同期转出ICU患者总例数。

【指标意义】

反映对ICU患者转出ICU指征的把握能力。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】HIS系统、结构化病历。

（七）ICU呼吸机相关性肺炎（VAP）发病率

【指标定义】

是指ICU呼吸机相关性肺炎（VAP）发生例数占同期ICU患者有创机械通气总天数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×1000％

【指标说明】

（1）分子：是指ICU住院患者使用有创机械通气导的相关性肺炎发生例数。

（2）分母：同期ICU住院患者使用有创机械通气的总天数。

【指标意义】

反映ICU感控、有创机械通气及管理能力。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】HIS系统、结构化病历。

（八）ICU血管内导管相关血流感染（CRBSI）发病率

【指标定义】

是指ICU血管内导管相关血流感染（CRBSI）发生例数占同期ICU患者血管内导管留置总天数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×1000％

【指标说明】

（1）分子：ICU患者导管相关性血流感染发生例数。

（2）分母：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。

【指标意义】

反映ICU感控、血管内导管留置及管理能力。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】结构化病历。

（九）ICU导尿管相关泌尿系统感染（CAUTI）发病率

【指标定义】

是指ICU导尿管相关泌尿系统感染（CAUTI）发生例数占同期ICU患者导尿管留置总天数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×1000％

【指标说明】

（1）分子：ICU患者导尿管相关性尿路感染发生例数。

（2）分母：同期ICU留置导尿的住院患者总天数（包括导尿管、膀胱造痿管）。

【指标意义】

反映ICU感控、导尿管留置及管理能力。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】结构化病历。

二、急诊专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2015〕252号）

（一）急诊科医患比

【指标定义】

是指急诊科固定在岗（本院）医师总数占同期急诊科接诊患者总数（万人次）的比例。

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：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）分母：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。

【指标意义】

反映医疗机构急诊医师人力资源配置情况，是医疗机构急诊医疗质量的重要结构性指标之一。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】人力资源管理系统、HIS系统、急诊医学管理系统。

（二）急诊科护患比

【指标定义】

是指急诊科固定在岗（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。

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：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）分母：同期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。

【指标意义】

反映医疗机构急诊护士人力资源配置情况。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】人力资源管理系统、HIS系统、急诊医学管理系统。

（三）抢救室滞留时间中位数

【指标定义】

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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

抢救室滞留时间中位数=X(n+1)/2，n为奇数；

抢救室滞留时间中位数=(Xn/2+Xn/2+1)/2，n为偶数。

注：n为急诊抢救室患者数，X为抢救室滞留时间。

【指标意义】

反映急诊抢救室工作量、工作效率的重要指标。

【指标导向】监测比较。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】急诊医学管理系统。

（四）急性心肌梗死（STEMI）患者平均门药时间及门药时间达标率

【指标定义】

（1）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。

（2）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。

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

（1）

（2）急性心肌梗死（STEMI）患者门药时间达标率

×100%

【指标说明】

急性心肌梗死（STEMI）患者门药时间达标是指从进入急诊科至开始静脉溶栓治疗时间≤30分钟。

【指标意义】

反映急诊绿色通道的效率。

【指标导向】（1）逐步降低；（2）逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】急诊医学管理系统、结构化病历。

（五）急性心肌梗死（STEMI）患者平均门球时间及门球时间达标率

【指标定义】

（1）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。

（2）急性心肌梗死（STEMI）患者门球时间达标是指在PCI时间窗（发病12小时）内，就诊的急性心肌梗死（STEMI）患者门球时间在90分钟内。

（3）急性心肌梗死（STEMI）患者门球时间达标率是指急性心肌梗死（STEMI）患者门球时间达标的患者数占同期就诊时在PCI时间窗内应行PCI的急性心肌梗死（STEMI）患者总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

（1）

（2）急性心肌梗死（STEMI）患者门球时间达标率

×100%

【指标说明】

（1）急性心肌梗死（STEMI）患者门球时间达标≤90分钟。

（2）急性心肌梗死（STEMI）患者门球间达标率≥75%或改善趋势。

【指标意义】

反映急诊绿色通道的效率。

【指标导向】（1）逐步降低；（2）逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

【信息化提取建议】急诊医学管理系统、结构化病历。

（六）急诊抢救室患者死亡率

【指标定义】

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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：是指患者从进入急诊抢救室开始72小时内死亡（包括因不可逆疾病而自动出院的患者）的患者总例数。

（2）分母：同期急诊抢救室抢救患者总例数。

【指标意义】

反映急危重症患者救治能力。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】急诊医学管理系统。

（七）急诊手术患者死亡率

【指标定义】

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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：是指急诊手术患者死亡总数。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。

（2）分母：是指同期急诊手术患者总数。

【指标意义】

反映急诊手术救治成功率。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】病案首页。

（八）ROSC成功率

【指标定义】

ROSC（心肺复苏术后自主呼吸循环恢复）成功是指急诊呼吸心脏骤停患者，心肺复苏术（CPR）后自主呼吸循环恢复≥20分钟。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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：指ROSC成功总例次数。

（2）分母：指同期急诊呼吸心脏骤停患者行心肺复苏术总例次。

（3）同一患者24小时内行多次心肺复苏术，记为“一例次”。

【指标意义】

反映急诊心肺复苏成功率。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】急诊医学管理系统。

三、临床检验专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2015〕252号）

（一）标本类型错误率

【指标定义】

是指类型不符合要求的标本数占同期标本总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

同一患者不同标本累计计算。

【指标意义】

反映标本采集类型的不正确度，是检验前的重要质量指标。标本类型符合要求是保证检验结果准确性的前提条件。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】LIS系统。

（二）血培养污染率

【指标定义】

是指污染的血培养标本数占同期血培养标本总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）标本按血培养瓶个数计算。

（2）污染率评估：实验室应定期对血培养污染率进行评估，血培养污染率应控制在3%以下。

【指标意义】

反映血培养过程是否操作正确，是检验前的重要质量指标。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】LIS系统。

（三）抗凝标本凝集率

【指标定义】

是指凝集的标本数占同期需抗凝的标本总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

同一患者不同标本累计计算。

【指标意义】

反映标本采集过程抗凝剂是否正确使用的情况，是检验前的重要质量指标。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】LIS系统。

（四）室内质控项目开展率

【指标定义】

是指开展室内质控的检验项目数占同期检验项目总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

反映医疗机构开展的检验项目中实施室内质控进行内部质量监测的覆盖度，是检验中的重要质量指标。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】LIS系统。

（五）室内质控项目变异系数不合格率

【指标定义】

是指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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：医疗机构已开展的室内质控项目（定量项目）且变异系数高于要求的项目数。

（2）分母：同期对室内质控项目（定量项目）变异系数有要求的项目总数。

【指标意义】

反映医疗机构检验结果精密度，是检验中的重要质量指标。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】LIS系统。

（六）室间质评项目参加率

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：参加国家级、省级临床检验中心组织的室间质评检验项目总数，相同项目计数一次。

（2）分母：医疗机构已经开展的检验项目与国家级、省级临床检验中心组织室间质评的检验项目中重叠的项目总数。

【指标意义】

反映医疗机构参加室间质评计划进行外部质量监测的情况，是检验中的重要质量指标。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

（七）室间质评项目不合格率

【指标定义】

是指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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：同时参加国家级、省级临床检验中心组织的室间质评项目，若都不合格，则计数。

（2）分母：医疗机构参加国家级、省级临床检验中心组织的室间质评项目总数（相同项目计数一次）。

【指标意义】

反映医疗机构参加室间质评计划的合格情况，是检验中的重要质量指标。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

（八）实验室内周转时间中位数

【指标定义】

实验室内周转时间是指从实验室收到标本到发送报告的时间（以分钟为单位）。实验室内周转时间中位数，是指将实验室内周转时间由长到短排序后取其中位数。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

实验室内周转时间中位=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。

【指标意义】

反映检验工作效率，是医疗机构可控的检验中和检验后的重要质量指标。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】LIS系统。

（九）检验报告不正确率

【指标定义】

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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

实验室已发出的不正确检验报告是指内容与实际情况不符，包括结果不正确、患者信息不正确、标本信息不正确等。

【指标意义】

反映医疗机构检验报告的不正确性度，是检验后的重要质量指标。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】LIS系统。

（十）危急值通报及时率

【指标定义】

是指危急值通报时间（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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

反映危急值通报的及时度，是检验后的重要质量指标。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】LIS系统、HIS系统。

四、病理专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2015〕252号）

（一）每百张病床病理医师数

【指标定义】

是指平均每100张实际开放病床病理医师的数量。

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

【指标说明】

（1）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、外出规培进修医师等，除外轮转医师、外来规培进修医师等。

（2）《病理科建设与管理指南》（2009年版）要求医疗机构每百张床位配置1至2名病理诊断医师。

【指标意义】

反映病理医师资源配置情况。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】人力资源系统、卫统报表。

（二）每百张病床病理技术人员数

【指标定义】

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

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

【指标说明】

（1）病理技术人员是指具有病理技术岗位资质，并与医疗机构依法确立关系并经科室授权后的技术人员。岗位资质：医学院校大（中）专或以上学历，并取得相应专业技术职务任职资格。

（2）《病理科建设与管理指南》（2009年版）要求病理技术人员和辅助人员按照与医师1:1的比例配备。

【指标意义】

反映病理技术人员资源配置情况。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】人力资源系统、卫统报表。

（三）HE染色切片优良率

【指标定义】

是指HE染色优良切片数占HE染色切片总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

《临床技术操作规范病理学分册》（2012年）：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。切片质量分级标准为甲级片：≥90分（优），乙级片：75-89分（良好），丙级片：60-74分（基本合格），丁级片：≤59分（不合格）。优良切片包括甲级片、乙级片。

【指标意义】

反映病理科HE染色、制片质量的重要指标。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

（四）免疫组化染色切片优良率

【指标定义】

是指免疫组化染色优良切片数占免疫组化染色切片总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

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。

【指标意义】

反映病理科免疫组化染色、制片质量的重要指标。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

（五）术中快速病理诊断及时率

【指标定义】

是指在规定时间内，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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

规定时间是指单件标本术中快速病理诊断报告在收到标本后30分钟内完成。若前单件标本术中快速病理诊断报告尚来完成又有新标本送检，则术中快速病理诊断报告在收到标本后45分钟内完成。

【指标意义】

反映病理科术中快速病理诊断及时率的重要指标。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

（六）组织病理诊断及时率

【指标定义】

是指在规定时间内，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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

规定时间是指穿刺、内窥镜钳取活检的小标本，自接收标本起，≤3个工作日发出病理报告；其他类型标本自接收标本起，≤5个工作日发出病理报告；需特殊处理、特殊染色、免疫组化染色、分子检测的标本，按照有关行业标准增加相应的工作日。

【指标意义】

反映病理科组织病理诊断及时率的重要指标。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

（七）细胞病理诊断及时率

【指标定义】

是指规定时间内，完成细胞病理诊断报告的标本数占同期细胞病理诊断标本总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

规定时间是指自接收标本起，≤2个工作日发出细胞病理诊断报告；需特殊处理、特殊染色、免疫组化染色、分子检测的标本，按照有关行业标准增加相应的工作日。

【指标意义】

反映病理科细胞病理诊断的重要指标。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

（八）免疫组化染色室间质评合格率

【指标定义】

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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）免疫组化染色室间质评合格，是指参加省级及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。

（2）参加国家级、省级病理质控中心组织的室间质评检验项目总数，相同项目计数一次。

（3）分子：同时参加国家级、省级病理质控中心组织的室间质评项目，若都不合格，则计不合格。

【指标意义】

反映病理科免疫组化染色质量的重要指标。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

（九）细胞学病理诊断质控符合率

【指标定义】

是指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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

同期抽查质控标本总数应占总阴性标本数至少5%。

【指标意义】

反映病理科细胞学病理诊断质量的重要指标。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

（十）术中快速诊断与石蜡诊断符合率

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

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。

【指标意义】

反映病理科术中快速诊断准确率的重要指标。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

五、医院感染管理医疗质量控制指标（国卫办医函〔2015〕252号）

（一）医院感染发病（例次）率

【指标定义】

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

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：确定时段全院住院患者中同期新发医院感染的人（例次）数。

（2）分母：同期住院患者总数，包括同期出院人数+期末在院人数。

（3）三级医院感染发病（例次）率应该小于等于10%。

【指标意义】

反映医院感染总体发病情况。一般指月发病（例次）率和年发病（例次）率。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】医院感染管理监测系统。

（二）医院感染现患（例次）率

【指标定义】

是指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。

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）时点：

①分子：调查日0点时全院住院患者中处于医院感染状态（调查日之前发生医院感染且调查日0点未治愈）的人（例次）数。

②分母：调查日0点时全院住院患者人数（包括当日（时）在院患者及死亡的住院患者不包括当日新入院的住院患者）。

（2）时段：

①分子：调查时段全院住院患者中处于医院感染状态（调查开始之前发生医院感染且调查开始时未治愈或调查时段内新发生医院感染）的人（例次）数。

②分母：确定时段曾住院的患者总数，即同期出院人数+期末在院人数。

【指标意义】

反映确定时段或时点医院感染实际发生情况，为准确掌握医院感染现状，判断变化趋势，采取针对性干预措施及干预效果评价提供基础。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】医院感染管理监测系统。

（三）医院感染病例漏报率

【指标定义】

是指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数的比例。

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：确定时段全院临床医生应报告但未上报确认的医院感染病例数。

（2）分母：确定时段全院临床医生应报告但未上报确认的医院感染病例数+临床医师主动上报的医院感染病例数。

（3）三级医院感染病例漏报率应该小于等于10%。

【指标意义】

反映医疗机构对医院感染病例诊断、报告情况及医院感染监测、管理情况。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】医院感染管理监测系统。

（四）多重耐药菌感染发现率

【指标定义】

是指多重耐药菌感染患者数（例次数）与同期住院患者总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：确定时段全院住院患者中检出导致医院感染的特定多重耐药细菌的患者（例次）数。

（2）分母：同期住院患者总数，包括同期出院人数+期末在院人数。

（3）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）。

【指标意义】

反映医疗机构内多重耐药菌医院感染情况。

【指标导向】监测比较。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】医院感染管理监测系统。

（五）多重耐药菌感染检出率

【指标定义】

是指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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：确定时段全院住院患者中同期检出多重耐药细菌的例次数。

（2）分母：确定时段全院住院患者中同期检出细菌的例次数。

（3）重复菌株：患者在同一次住院期间、同种类型标本、多次送检、培养出相同菌株，即为重复菌株，无论送检几次仅记为1。

【指标意义】

反映医院内多重耐药菌感染的总体情况和某种特定菌种多重耐药菌感染情况。

【指标导向】监测比较。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】医院感染管理监测系统。

（六）医务人员手卫生依从率

【指标定义】

是指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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：医务人员手卫生执行实际数。

（2）分母：同期医务人员应执行手卫生次数。

【指标意义】

描述医务人员手卫生实际执行依从程度，反映医务人员手卫生执行情况。

【指标意义】

反映医务人员手卫生执行情况。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

（七）抗菌药物治疗前病原学送检率

【指标定义】

是指以治疗为目的使用抗菌药物的住院患者，使用抗菌药物前病原学检验标本送检病例数占同期使用抗菌药物治疗病例总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：确定时段全院住院患者中同期全身治疗性应用抗菌药物前病原学送检的人数。

（2）分母：确定时段全院住院患者中同期全身治疗性应用抗菌药物的人数。

（3）病原学检验项目包括：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。

【指标意义】

反映抗菌药物使用的规范性。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

（八）I类切口手术部位感染率

【指标定义】

是指发生I类切口手术部位感染例次数占同期I类切口手术患者例次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：确定时段全院住院患者中I类切口手术发生手术部位感的手术例次数。

（2）分母：确定时段全院住院患者中同期I类切口手术例次数。

（3）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。

【指标意义】

描述Ⅰ类切口手术患者发生手术部位感染的频率,反映医院对接受I类切口手术患者医院感染管理和防控情况。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】医院感染管理监测系统。

（九）导尿管相关泌尿系感染发病率

【指标定义】

是指使用导尿管的住院患者中新发导尿管相关泌尿系感染的发病频率。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×1000‰

【指标说明】

（1）分子：确定时段全院住院患者中同期新发导尿管相关泌尿系感染的例次数。

（2）分母：确定时段每日0点时全院住院患者中使用导尿管天数之和。

【指标意义】

反映导尿管相关泌尿系感染情况和医院感染防控情况。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】医院感染管理监测系统。

六、临床用血质量控制指标（国卫办医函〔2019〕620号）

（一）每千单位用血输血专业技术人员数

【指标定义】

是指输血科（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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

【指标说明】

（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，200ml全血制备的血浆为1单位。

【指标意义】

反映临床用血服务能力的指标。评价输血专业技术人员配备是否与医疗机构功能、任务和规模等相适应。

【指标导向】监测比较。

【数据生成方式】医院填报。

（二）《临床输血申请单》合格率

【指标定义】

是指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》总数的比例。

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

临床输血申请单包括各类红细胞、血浆、血小板及冷沉淀等血液成分的申请单；考虑到临床用血的合理性，此处特指常规临床输血申请单。

分子：从分母中排除不规范且不符合用血条件的申请单数。不合格申请单判定标准：输血性质为常规用血，申请成分为全血和或红细胞，血红蛋白＞100g/L，且无输血理由。

分母：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。

【指标意义】

反映医疗机构《临床输血申请单》填写及输血前评估的规范程度，体现医疗机构临床用血管理水平。合格率为100%。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

（三）受血者标本血型复查率

【指标定义】

是指输血科（血库）对受血者血液标本复查血型的数量占同期接收受血者血液标本总数的比例。

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

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，复查血型包括ABO血型和RhD血型，必要时也包括不规则抗体筛查试验。

分子：受血者配血标本血型复查数：①配血标本已接收；②血型复检结果为已审核。

分母：同期接收的受血者配血标本总数：①输血科接收了血样；②作废状态为未作废。

【指标意义】

评价医疗机构输血申请过程中是否规范开展受血者血液标本采集和检测的指标。复查率为100%。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

（四）输血相容性检测项目室内质控率

【指标定义】

是指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比例。

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

仅评价开展的输血相容性检测项目，包括ABO血型正定型、ABO血型反定型、RhD血型、抗体筛查和交叉配血。

【指标意义】

反映医疗机构输血相容性检测项目室内质控的覆盖程度，是体现输血相容性检测日常质量管理的指标。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

（五）输血相容性检测室间质评项目参加率

【指标定义】

是指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比例。

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：参加国家、省组织的室间质评检测项目总数，相同项目计数一次。

（2）分母：医疗机构已经开展的检验项目与国家、省组织室间质评的检测项目中重叠的项目总数。

（3）评价项目包括ABO血型正定型、ABO血型反定型、RhD血型、抗体筛查和交叉配血。

【指标意义】

反映医疗机构开展输血相容性检测和参加输血相容性检测外部质量评价的情况，是体现输血相容性检测能力的重要指标之一。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

（六）千输血人次输血不良反应上报例数

【指标定义】

是指单位时间内，每千输血人次中输血不良反应上报例数。

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

【指标说明】

（1）每张发血记录单计算为1输血人次。

（2）分子：输血不良反应上报例数：输血不良反应表中取未作废（标识：医务处或者医生确认完结且不良反应真实有效）的数量。

（3）分母：所有发血单里取未作废（代表事件有效）的数量。

【指标意义】

建立实施输血不良反应上报制度，提高医务人员对输血不良反应的识别和处理能力，通过分析和反馈实现临床用血管理的持续改进。

【指标导向】监测比较。

【数据生成方式】医院填报。

（七）手术患者自体输血率

【指标定义】

是指单位时间内手术患者住院期间自体输血量占同期手术患者异体输血量和自体输血量之和的比例。

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）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，100ml红细胞为1单位；贮存式和稀释式自体输血以200ml全血为1单位；术前单采红细胞100ml为1单位。

（2）分子：手术患者自体输血总单位数：①手麻系统中手术事件表和/或输血系统中存在自体输血事件；②自体输血的类型为：回收式、贮存式或稀释式自体输血；③该自体储血被患者本人使用；④注意单位换算为u。

（3）分母：同期手术患者异体输血数和自体输血单位总数：①手术自体血单位数；②住院期间手术异体输血单位数；③单位转换为u。

【指标意义】

反映医疗机构血液保护技术的水平，通过开展自体输血可以有效降低异体血输注的风险。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

（八）出院患者人均用血量

【指标定义】

是指医疗机构单位时间出院患者人均用血量。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

【指标说明】

（1）用血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。

（2）同期出院人次以病人出院时间为准。

分子：出院患者用血总单位数：①根据剂量和剂量单位换算成u；②输血记录病人类型为住院；③以统计时间段内发血时间为准。

分母：同期出院患者人次：①为人次数，不是人数；②患者出院时间在统计范围之内。

【指标意义】反映医疗机构住院患者血液使用情况。

【指标导向】监测比较。

【数据生成方式】医院填报。

七、呼吸内科专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2019〕854号）

（一）急性肺血栓栓塞症（PTE）患者确诊检查比例

【指标定义】

单位时间内，出院诊断为急性PTE患者行确诊检查的人数与同期急性PTE患者总数的比值。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

急性肺血栓栓塞症（PTE）患者确诊检查比例×100%

【指标说明】

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

【指标意义】

确诊检查是诊断急性PTE不可或缺的条件，反映医疗机构对急性PTE规范诊断的能力。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】HIS系统、PACS系统。

（二）急性PTE患者行深静脉血栓相关检查比例

【指标定义】

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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

急性PTE患者行深静脉血栓相关检查比例×100%

【指标说明】

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

【指标意义】

深静脉血栓相关检查对急性PTE诊断及选择治疗方案具有重要意义。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】HIS系统、PACS系统。

（三）急性PTE患者行危险分层相关检查比例

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

急性PTE患者行危险分层相关检查比例×100%

【指标说明】

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 危险分层 | 休克或低血压 | 影像学  （右心室功能不全） | 实验室指标  （心脏生物学标志物升高） |
| 高危 | + | + | +、- |
| 中高危 |  | + | + |
| 中低危 |  | +、- | -、+ |
| 低危 |  |  |  |

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（右心室舒张未期内径、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”分层中影像学和实验室指标两者之一阳性。

【指标意义】

急性PTE危险分层是确诊后制定治疗方案的前提，具有重要指导意义。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】HIS系统、LIS系统、PACS系统、结构化病历。

（四）急性PTE患者住院期间抗凝治疗比例

【指标定义】

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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

急性PTE患者住院期间抗凝治疗比例×100%

【指标说明】

抗凝治疗包括口服抗凝药及皮下注射、静脉给予抗凝药物。

【指标意义】

反映医疗机构急性PTE患者治疗的规范程度。抗凝治疗为急性PTE基本治疗方法，可以有效地防止血栓再形成和复发，降低急性PTE患者的死亡率。

【指标导向】监测比较。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】HIS系统。

（五）急性PTE患者住院死亡率

【指标定义】

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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

急性PTE患者住院死亡率×100%

【指标意义】

反映医疗机构急性PTE患者疾病的严重程度及对急性PTE的救治能力。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】病案首页。

（六）慢阻肺急性加重患者住院期间行动脉血气分析比例

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

慢阻肺急性加重患者住院期间行动脉血气分析比例×100%

【指标说明】

住院期间动脉血气分析包括入院前24小时内门急诊完成的检查。

【指标意义】

反映医疗机构对慢阻肺急性加重患者病情严重程度的评估比例。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】HIS系统、LIS系统、病案系统。

（七）慢阻肺急性加重患者住院期间胸部影像学检查比例

【指标定义】

单位时间内，住院期间行胸部影像学检查（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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

慢阻肺急性加重患者住院期间胸部影像学检查比例×100%

【指标说明】

住院期间行胸部影像学检查（X线、CT）包括本次急性加重后住院和门急诊完成的检查。

【指标意义】

反映慢阻肺急性加重有无并发症及合并症。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】HIS系统、PACS系统、病案系统。

（八）慢阻肺急性加重患者住院期间抗感染治疗前病原学送检比例

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

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×100%

【指标说明】

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。

【指标意义】

反映医疗机构对慢阻肺急性加重患者的抗菌药物使用的规范性。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】HIS系统、LIS系统、结构化病历。

（九）慢阻肺急性加重患者住院死亡率

【指标定义】

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的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

慢阻肺急性加重患者住院死亡率×100%

【指标意义】

反映慢阻肺急性加重患者疾病严重程度及医院急危重症救治水平。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】病案系统。

（十）CAP患者住院死亡率

【指标定义】

单位时间内，住院CAP患者死亡人数占同期CAP住院患者总数的比值。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

CAP患者住院死亡率×100%

【指标意义】

反映医疗机构对病情严重CAP患者的救治能力。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】病案系统。

八、产科专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2019〕854号）

（一）剖宫产/初产妇剖宫产率

【指标定义】

（1）剖宫产率是指单位时间内，剖宫产分娩产妇人数占同期分娩产妇总人数的比例。

（2）初产妇剖宫产率是指单位时间内，初产妇实施剖宫产手术人数占同期初产妇总人数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

（1）剖宫产率×100%

（2）初产妇剖宫产率×100%

【指标说明】

（1）分娩产妇是指分娩孕周≥28周的产妇，无论新生儿结局。

（2）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。

【指标意义】

（1）反映妊娠干预情况，是产科质量重要过程指标。

（2）反映初产妇人群中剖宫产干预情况。

【指标导向】监测比较。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】病案系统、妇幼信息化平台。

（二）阴道分娩椎管内麻醉使用率

【指标定义】

单位时间内，阴道分娩产妇实施椎管内麻醉人数占同期阴道分娩产妇总人数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

阴道分娩椎管内麻醉使用率×100%

【指标说明】

不含阴道分娩中转剖宫产产妇。

【指标意义】

反映产科助产服务质量重要的过程指标。

【指标导向】监测比较。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】病案系统。

（三）早产/早期早产率

【指标定义】

（1）早产率是指单位时间内，早产产妇人数占同期分娩产妇总人数的比例。

（2）早期早产率是指单位时间内，早期早产产妇人数占同期分娩产妇总人数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

（1）早产率×100%

（2）早期早产率×100%

【指标说明】

（1）早产产妇是指孕周在28—36+6周之间的分娩产妇。

（2）早期早产产妇是指孕周在28—33+6周之间的分娩产妇。

【指标意义】

（1）早产是围产儿发病及死亡的重要原因，在保障母儿安全的情况下降低早产率是产科质量管理的重要目标。

（2）早期早产率与新生儿远期不良结局密切相关，体现产科围产保健水平。

【指标导向】监测比较。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】病案系统。

（四）巨大儿发生率

【指标定义】

是指单位时间内，巨大儿人数占同期活产数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

巨大儿发生率×100%

【指标说明】

（1）分子：是指出生体重≥4000g的新生儿人数。

（2）分母：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。

【指标意义】

反映孕期体重管理的质量情况。

【指标导向】监测比较。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】病案系统。

（五）严重产后出血发生率

【指标定义】

单位时间内，发生严重产后出血的产妇人数占同期分娩产妇总人数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

严重产后出血发生率×100%

【指标说明】

（1）分子：是指分娩24小时内出血量≥1000ml的产妇。

（2）分娩产妇是指分娩孕周≥28周的产妇，无论新生儿结局。

【指标意义】

严重产后出血为妊娠严重并发症，反映产科质量的重要结果指标。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】病案系统。

（六）严重产后出血患者输血率

【指标定义】

单位时间内，发生严重产后出血实施输血治疗人数占同期发生严重产后出血患者总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

严重产后出血患者输血率×100%

【指标说明】

（1）分子：是指分娩24小时内出血量≥1000ml且实施输血治疗产妇。

（2）分母：是指分娩24小时内出血量≥1000ml的产妇。

（3）分娩产妇是指分娩孕周≥28周的产妇，无论新生儿结局。

【指标意义】

反映严重产后出血的发生情况及输血治疗的实施情况。

【指标导向】监测比较。

【数据生成方式】医院填报。

（七）孕产妇死亡活产比

【指标定义】

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

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

孕产妇死亡活产比×

【指标说明】

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。

【指标意义】

反映医疗机构对严重母体疾病的处理及应急能力。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

（八）妊娠相关子宫切除率

【指标定义】

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总人数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

妊娠相关子宫切除率×

【指标说明】

（1）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。

（2）分娩产妇是指分娩孕周≥28周的产妇，无论新生儿结局。

【指标意义】

产科子宫切除的实施多用于为了挽救致命性的产后出血，反映医疗机构处理严重产后出血的能力。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

（九）产后或术后非计划再次手术率

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

产后或术后非计划再次手术率×

【指标说明】

分娩产妇是指分娩孕周≥28周的产妇，无论新生儿结局。

【指标意义】

反映医疗机构对于分娩过程处理及干预的有效性。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

（十）足月新生儿5分钟Apgar评分＜7分发生率

【指标定义】

单位时间内，足月新生儿出生后5分钟Apgar评分＜7分人数占同期内足月活产儿总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

足月新生儿5分钟Apgar评分＜7分发生率×100%

【指标说明】

（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。

【指标意义】

反映新生儿窒息高危因素的产前识别及产时复苏能力。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

九、神经系统疾病医疗质量控制指标（国卫办医函〔2020〕13号）

（一）癫痫与惊厥癫痫持续状态

**1.抗癫痫药物严重不良反应发生率**

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

抗癫痫药物严重不良反应发生率×100%

【指标说明】

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。

【指标意义】

反映医疗机构合理使用抗癫痫药物的合理性。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】结构化病历。

**2.癫痫患者择期手术在院死亡率**

【指标定义】

是指单位时间内，所有住院行癫痫择期手术的癫痫患者术后在院死亡率。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

癫痫患者择期手术在院死亡率×100%

【指标说明】

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，应行择期手术。

【指标意义】

是反映医疗机构癫痫外科医疗质量的终点指标，体现了医疗机构癫痫外科的综合质量。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】结构化病历。

**3.癫痫患者术后并发症发生率**

【指标定义】

是指单位时间内，所有住院行癫痫手术的癫痫患者术后并发症发生率。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

癫痫患者术后并发症发生率×100%

【指标说明】

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。

【指标意义】

反映医疗机构癫痫外科手术术后并发症情况。控制术后并发症的发生有利于患者早期恢复和长期预后。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】结构化病历。

**4.癫痫患者术后病理明确率**

【指标定义】

是指单位时间内，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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

癫痫患者术后病理明确率×100%

【指标说明】

（1）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。

（2）2016年ILAE工作组共识报告：《癫痫手术切除脑组织综合神经病理检查国际建议》要点中提出对从癫痫手术中获得的脑组织进行标准化的神经病理学检查，可以对患者癫痫病的临床病理基础进行分类。还将有助于预测患者接受良好或不利的术后癫痫发作控制的风险。

【指标意义】

反映医疗机构癫痫外科手术术后病理诊断明确情况。患者病理结果是后续治疗和预后的基石，明确病理结果，有助于患者长期治疗、随访及教育。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】结构化病历。

**5.惊厥性癫痫持续状态患者在院死亡率**

【指标定义】

是指单位时间内，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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

惊厥性癫痫持续状态患者在院死亡率×100%

【指标意义】

惊厥性癫痫持续状态在院死亡率是评估在院癫痫持续状态治疗效果的终点指标。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】结构化病历。

（二）脑梗死

**1.发病24小时内脑梗死患者急诊就诊30分钟内完成头颅CT影像学检查率**

【指标定义】

是指单位时间内，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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

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×100%

【指标意义】

反映医疗机构对发病24小时内脑梗死患者及时检查评估的能力。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】结构化病历、卒中系统。

**2.发病24小时内脑梗死患者急诊就诊45分钟内临床实验室检查完成率**

【指标定义】

是指单位时间内，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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

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×100%

【指标意义】

反映医疗机构对急性脑梗死患者及时评估检查的能力。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】结构化病历、卒中系统。

**3.发病4.5小时内脑梗死患者静脉溶栓率**

【指标定义】

是指单位时间内，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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

发病4.5小时内脑梗死患者静脉溶栓率×100%

【指标意义】

反映医疗机构开展发病4.5小时内脑梗死患者静脉溶栓救治的能力。

【指标导向】监测比较。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】结构化病历、卒中系统。

**4.出院时脑梗死患者抗栓/他汀类药物治疗率**

【指标定义】

1. 是指单位时间内，出院时给予抗栓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。
2. 是指单位时间内，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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

（1）出院时脑梗死患者抗栓治疗率×100%

（2）出院时脑梗死患者他汀类药物治疗率×100%

【指标说明】

抗栓药物治疗包括抗血小板药物和抗凝药物治疗。

【指标意义】

反映脑梗死二级预防规范化诊疗情况。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】HIS系统。

**5.脑梗死患者住院死亡率**

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

脑梗死患者住院死亡率×100%

【指标意义】

反映医疗机构脑梗死诊疗的整体水平。

【指标导向】逐步降低

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】病案系统。

**6.发病24小时内脑梗死患者血管内治疗率**

【指标定义】

是指单位时间内，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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

发病24小时内脑梗死患者血管内治疗率×100%

【指标说明】

（1）血管内治疗包含：动脉溶栓术、支架取栓术、血栓抽吸术、球囊扩张术、支架置入术。

（2）脑梗死血管内治疗参考《中国急性缺血性脑卒中早期血管内介入诊疗指南（2018）》、《急性大血管闭塞性缺血性卒中血管内治疗中国专家共识（2019年修订版）》推荐意见。

（3）排除：发病24小时内仅行颅脑DSA检查，未实施血管内治疗操作的脑梗死患者；发病24小时以上行血管内治疗的脑梗死患者。

【指标意义】

反映医疗机构发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗的诊疗水平，以及医疗机构脑梗死患者救治能力。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】结构化病历、卒中系统。

**7.发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后即刻再通率**

【指标定义】

是指单位时间内，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靶血管成功再通的患者所占比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后即刻再通率×100%

【指标说明】

靶血管成功再通是指脑血管造影显示成功再灌注，即mTICI分级为2b/3级。

【指标意义】

反映医疗机构发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗技术水平。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】结构化病历、卒中系统。

**8.发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术中新发部位栓塞发生率**

【指标定义】

是指单位时间内，发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗者中，术中新发部位栓塞的患者所占比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术中新发部位栓塞

发生率×100%

【指标说明】

术中新发部位栓塞是指血管内治疗过程中，以前来受影响的区域发生新的栓塞，可能导致新的有症状的梗死，或需要对以前未受影响的血管进行额外治疗。

【指标意义】

反映医疗机构发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗技术水平。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】结构化病历。

**9.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**

【指标定义】

是指单位时间内，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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

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×100%

【指标说明】

症状性颅内出血指术后CT扫描显示脑出血或蛛网膜下腔出血，神功能缺损加重NIHSS评分增加≥4分或死亡。

【指标意义】

反映医疗机构发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗临床结局。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】结构化病历。

**10.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**

【指标定义】

是指单位时间内，发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗者中，术后住院期间死亡的患者所占比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

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×100%

【指标说明】

术后住院期间死亡以病案系统信息为依据。

【指标意义】

反映医疗机构发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后不良预后指标。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院管理。

【指标提取建议】病案系统、结构化病历。

（三）颈动脉支架置入术

**1.颈动脉支架置入术技术成功率**

【指标定义】

是指单位时间内，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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

颈动脉支架置入术技术成功率×100%

【指标说明】

颈动脉支架置入术技术成功是指术后残余狭窄≤30%且术后血流mTICI分级3级。

【指标意义】

反映医疗机构开展颈动脉支架置入术技术水平。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】结构化病历。

**2.颈动脉支架置入术并发症发生率**

【指标定义】

是指单位时间内，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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

颈动脉支架置入术并发症发生率×100%

【指标说明】

颈动脉支架置入术并发症包含：

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

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

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

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

【指标意义】

反映医疗机构开展颈动脉支架置入术安全性指标。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】结构化病历、病案系统。

**3.颈动脉支架置入术患者术后住院期间卒中和死亡发生率**

【指标定义】

单位时间内，颈动脉支架置入术患者术后住院期间卒中和死亡人数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

颈动脉支架置入术患者术后住院期间卒中和死亡发生率×100%

【指标说明】

术后住院期间死亡以病案系统信息为依据。

【指标意义】

反映医疗机构开展颈动脉支架置入术不良预后指标。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】结构化病历、病案系统。

**4.颈动脉支架置入术患者术后30天同侧缺血性卒中发生率**

【指标定义】

是指单位时间内，颈动脉支架置入术患者术后30天内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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

颈动脉支架置入术患者术后30天同侧缺血性卒中发生率×100%

【指标说明】

同侧缺血性卒指靶管供血区发生的缺血性卒中。排除：靶血管供血区发生的TIA。

【指标意义】

反映医疗机构开展颈动脉支架置入术患者临床结局。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

（四）脑血管造影术

**1.脑血管造影术（DSA）前无创影像评估率**

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

脑血管造影术（DSA）前无创影像评估率×100%

【指标说明】

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。

【指标意义】

反映医疗机构脑血管造影术的患者术前规范化评估现状。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】HIS、PACS系统。

**2.脑血管造影术中非离子型对比剂应用率**

【指标定义】

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总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

脑血管造影术中非离子型对比剂应用率×100%

【指标说明】

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）。

【指标意义】

反映医疗机构脑血管造影术中对比剂应用情况。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

**3.脑血管造影术造影阳性率**

【指标定义】

是指单位时间内，脑血管造影术检查有异常发现的患者数占脑血管造影术的患者总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

脑血管造影术造影阳性率×100%

【指标说明】

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、动静脉痿、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。

【指标意义】

反映医疗机构脑血管造影术检查规范化诊疗情况，体现医疗机构造影术指征把握能力。

【指标导向】监测比较。

【数据生成方式】医院填报。

**4.脑血管造影术穿刺点并发症发生率**

【指标定义】

是指单位时间内，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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

脑血管造影术穿刺点并发症发生率×100%

【指标说明】

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；动静脉痿；腹膜后血肿；血管迷走神经反射。

【指标意义】

反映医疗机构脑血管造影术的安全性。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

**5.脑血管造影术死亡率**

【指标定义】

是指单位时间内，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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

脑血管造影术死亡率×100%

【指标说明】

脑血管造影术后住院期间死亡以病案系统信息为依据。

【指标意义】

反映医疗机构脑血管造影术的安全性。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】病案系统。

十、肾病专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2020〕13号）

（一）IgA肾病

**1.肾活检患者术前检查完成率**

【指标定义】

肾活检患者2周内完成全部相关术前检查例数占同期肾活检患者总例数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

肾活检前必需的检查项目包括：（1）血常规、尿常规；（2）肝肾功能、凝血功能、感染性疾病筛查（乙肝、丙肝、梅毒、HIV）、补体C3、免疫球蛋白IgA、血型；（3）24小时尿蛋白定量；（4）超声检查（包括双肾形态和大小、输尿管和膀胱），以上所有检查均完成的为完成检查。

【指标意义】

反映医疗机构肾活检术前检查规范水平。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】HIS系统、LIS系统、RIS系统、病案系统。

**2.肾脏病理切片染色规范率**

【指标定义】

肾活检术后2周内规范完成肾脏病理切片染色的患者例数占同期完成肾脏病理切片染色的患者总例数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

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

（2）单位时间内同一患者多次重复肾活检按多次计算。

【指标意义】

反映医疗机构实验室肾脏病理切片染色水平。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】HIS系统、RIS系统、病案系统。

**3.IgA肾病患者病理分型诊断率**

【指标定义】

肾活检术后2周内完成肾脏病理分型诊断的IgA肾病患者例数占同期完成肾脏病理诊断的IgA肾病患者总例数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

病理分型为Lee分级、Haas分型或Oxford分型中的任意一种即可。

**Lee分级**

|  |  |
| --- | --- |
| 分级 | 评价内容 |
| I级 | 肾小球绝大多数正常，偶尔轻度系膜增宽（节段）伴和（或）不伴细胞增殖，肾小管和肾间质则没有改变。 |
| Ⅱ级 | 肾小球示局灶系膜增殖和硬化（＜50%），有罕见小的新月体，肾小管和肾间质无损害。 |
| Ⅲ级 | 肾小球呈弥漫性系膜增殖和增宽（偶尔局灶节段），偶见小新月体和球囊粘连；局灶性肾间质水肿，偶见细胞浸润，罕见肾小管萎缩。 |
| IV级 | 肾小球病变呈重度弥漫性系膜增殖和硬化，部分或全部肾小球硬化，可见新月体（＜45%）。肾小管萎缩，肾间质漫润，偶见肾间质泡沫细胞。 |
| V级 | 肾小球病变的性质类似IV级，但更严重，肾小球新月体形成＞45%；肾小管和肾间质病变类似于IV级，但更严重。 |

**Haas分型**

|  |  |
| --- | --- |
| 分型 | 评价内容 |
| I（轻微病变） | 肾小球仅有轻度系膜细胞增殖；无节段硬化，无新月体。 |
| Ⅱ（FSGS样病变） | 肾小球呈现类似特发性FSGS样改变；伴肾小球系膜细胞轻度增殖；无新月体。 |
| Ⅲ（局灶增殖性肾小球肾炎） | 50%左右的肾小球细胞增殖，细胞增殖最初仅限于系膜区，或由于毛细血管内细胞增殖致肾小球毛细血管袢阻塞。可见新月体。绝大多数Ⅲ型病变示肾小球节段细胞增殖（有的患者可无此病变）。 |
| IV（弥漫增殖性肾小球肾炎） | ＞50%的肾小球细胞增殖，像Ⅲ型病变一样细胞增殖可是节段或球性的，可见新月体。 |
| V（晚期慢性肾小球肾炎） | 40%或以上的肾小球球性硬化，和/或≥40%的小管萎缩或小管数减少（PAS），组织学可表现为上述各种肾小球病变。 |

**0xford分型**

|  |  |
| --- | --- |
| 分型变量 | 评价内容 |
| M（系膜增殖） | 超过一半的肾小球系膜区超过3个系膜细胞记为M1，否则为MO。 |
| E（内皮增殖） | 肾小球毛细血管袢内细胞增殖引起袢腔狭窄记为E1，否则为E0。 |
| S（节段硬化） | 节段硬化或球囊粘连记为S1，否则为S0。 |
| T（肾小管萎缩/间质纤维化） | 肾小管萎缩或间质纤维化面积占肾皮质0-25%记为T0，26-50%记为 T1，＞50%记为T2。 |
| C（细胞/纤维细胞性新月体） | 没有细胞/纤维细胞性新月体记为C0，细胞/纤维细胞性新月体比例＜25%记为C1，细胞/纤维细胞性新月体比例≥25%记为C2。 |

【指标意义】

反映医疗机构IgA肾病患者病理分型规范诊断水平。

【指标导向】监测比较。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】HIS系统、RIS系统、病案系统。

**4.IgA肾病患者RAS阻断剂的使用率**

【指标定义】

适合使用RAS阻断剂的IgA肾病患者中使用RAS阻断剂的患者例数占同期适合使用RAS阻断剂的IgA肾病患者总例数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

肾素—血管紧张素系统（RAS）阻断剂是指血管紧张素转化酶抑制剂如贝那普利、福辛普利、培哚普利等和血管紧张素受体拮抗剂如氯沙坦、厄贝沙坦、替米沙坦等，适应证为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。

【指标意义】

反映医疗机构IgA肾病患者基础治疗达标水平。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】HIS系统、病案系统。

**5.肾功能恶化率**

【指标定义】

治疗6个月后，血肌酐倍增的IgA肾病患者例数占同期随访IgA肾病患者总例数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

血肌酐倍增指血肌酐升高至基线值的2倍及以上，基线值是治疗前患者血肌酐值。

【指标意义】

反映医疗机构IgA肾病患者的治疗水平和患者预后情况。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】CIS系统、LIS系统、病案系统。

**6.治疗6个月后24小时尿蛋白＜1g的患者比例**

【指标定义】

IgA肾病随访患者中治疗6个月后24小时尿蛋白＜1g的患者例数占同期随访IgA肾病患者总例数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

反映医疗机构IgA肾病的治疗水平。

【指标导向】监测比较。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】CIS系统、LIS系统、病案系统。

**7.肾活检严重并发症发生率**

【指标定义】

肾活检发生严重并发症的IgA肾病患者例数占同期完成肾活检术IgA肾病患者总例数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

严重并发症是指需要介入止血、肾切除方法干预治疗的并发症。

【指标意义】

反映医疗机构肾活检技术水平。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】病案系统。

**8.激素、免疫抑制剂治疗的严重并发症发生率**

【指标定义】

应用激素、免疫抑制剂治疗6个月内出现严重并发症的IgA肾病患者例数占同期应用激素免疫抑制剂治疗的IgA肾病患者总例数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

严重并发症包含伴有呼吸衰竭的肺部感染、股骨头坏死、消化道大出血。

【指标意义】

反映医疗机构IgA肾病患者激素、免疫抑制剂的治疗水平。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】HIS系统、病案系统。

1. 血液净化技术

**1.血液透析治疗室消毒合格率**

【指标定义】

血液透析治疗室消毒合格的月份数量在当年所占的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）血液透析治疗室监测采样应在消毒完成后使用前进行；

（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/cm2，2项指标均符合为合格。

【指标意义】

反映医疗机构医院感染管理情况。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

**2.透析用水生物污染检验合格率**

【指标定义】

血液透析室透析用水生物污染检验合格的月份数/季度数在当年所占的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

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。

【指标意义】

反映医疗机构医院感染管理情况。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

**3.新入血液透析患者血源性传染病标志物检验完成率**

【指标定义】

单位时间内，新入血液透析患者血源性传染病标志物检验完成例数占同期新入血液透析患者总数的比例。

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

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，才能计入“分子”。

【指标意义】

反映医疗机构医院感染管理情况。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】血液透析管理系统。

**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**

【指标定义】

维持性血液透析患者每6个月完成血源性传染病标志物检验例数占同期维持性血液透析患者总数的比例。

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

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才能计入“分子”。

【指标意义】

反映医疗机构医院感染管理情况。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】血液透析管理系统。

**5.维持性血液透析患者血液生化定时检验率**

【指标定义】

每3个月完成血液生化检验的维持性血液透析患者的例数占同期维持性血液透析患者总例数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

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

【指标意义】

反映医疗机构对维持性血液透析患者透析状态、并发症评估情况及患者管理情况。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】血液透析管理系统。

**6.维持性血液透析患者高血压控制率**

【指标定义】

单位时间内，血压控制达标的维持性血液透析患者的例数占同期维持性血液透析患者总例数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

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。

【指标意义】

反映医疗机构对维持性血液透析患者高血压管理水平。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】血液透析管理系统。

十一、护理专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2020〕654号）

（一）不同职称护士配置占比

【指标定义】

单位时间内，不同职称护士所占的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

不同职称可以在一定程度反应护理人员能力水平。分析不同职称护士的配置，旨在让护理管理者关注护理团队的数量和规模的同时，还要关注护理团队的能力结构。

【指标导向】监测比较。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】人力资源管理系统、护理管理系统。

（二）不同工作年限护士配置占比

【指标定义】

单位时间内，不同工作年限护士所占的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

工作年限可以在一定程度反应护理人员能力水平。分析不同工作年限护士的配置，旨在让护理管理者关注护理团队的数量和规模的同时，还要关注护理团队的能力结构。

【指标导向】监测比较。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】人力资源管理系统、护理管理系统。

（三）护士离职率

【指标定义】

单位时间内，某医疗机构护士离职人数与执业护士总人数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：统计周期内医疗机构中所有在护理岗位工作的执业护士自愿离职的人数总和。

包含：自愿离职的执业护士。

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。

（2）分母：统计周期内医疗机构执业护士总人数，即统计周期初医疗机构执业护士人数与统计周期末医疗机构执业护士人数之和除以2。

【指标意义】

反映医疗机构组织与护理队伍是否稳定的重要指标。衡量护士人力资源流动状况，了解护士离职的现状，分析离职原因及对组织结构和护理质量造成的影响，为管理者制定人员招聘和培训计划，改善管理策略等方面提供依据。

【指标导向】监测比较。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】人力资源管理系统、护理管理系统。

（四）住院患者跌倒发生率

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×1000‰

【指标说明】

（1）分子：统计周期内住院患者在医疗机构任何场所发生的跌倒例次数。同一患者多次跌倒按实际发生例次计算。

包含：坠床。

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

（2）分母：统计周期内住院病区每天凌晨0点住院患者实际占用的床日数总和。

【指标意义】

通过对住院患者跌倒发生指标的监测，了解所在医疗机构或部门的跌倒发生率和伤害占比。通过根本原因分析和有效的对策实施，可以降低患者跌倒的风险及跌倒发生率，保障患者安全。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】护理管理系统、不良事件管理系统、HIS。

（五）住院患者2期及以上院内压力性损伤发生率

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标明】

（1）分子：单位时间内患者入院24小时后新发的2期及以上压力性损伤例数。

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

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

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

（2）分母：住院患者总数为统计周期期初在院患者数与单位时间内新入院患者数之和。

包含：所有办理住院手续的患者。

排除：办理住院手续但实际未到达病区患者；母婴同室新生儿。

【指标意义】

反映医疗机构院内压力性损伤发生的现状，与同级医疗机构进行横向比较，评价医疗机构压力性损伤管理的质量。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】护理管理系统、不良事件管理系统、HIS。

（六）中心静脉导管（CVC）相关血流感染发生率

【指标定义】

单位时间内，中心静脉导管（CVC）相关血流感染发生例次数与患者CVC留置总日数的千分比。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×1000‰

【指标说明】

（1）分子：统计周期内住院患者留置CVC期间或拔除CVC 48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）分母：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。

【指标意义】

反映中心静脉导管相关血流感染情况与医疗机构感染防控情况，与医护人员的消毒隔离、无菌技术和手卫生执行等情况密切相关，与同级医疗机构进行横向比较，评价医疗机构感染控制与护理管理质量。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】护理管理系统、医院感染管理系统、HIS。

（七）经外周置入中心静脉导管（PICC）相关血流感染发生率

【指标定义】

单位时间内，经外周置入中心静脉导管（PICC）相关血流感染发生例次数与患者PICC留置总日数的千分比。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×1000‰

【指标说明】

（1）分子：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）分母：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。

【指标意义】

反映经外周置入中心静脉导管相关血流感染情况与医疗机构感染防控情况，与医护人员的消毒隔离、无菌技术和手卫生执行等情况密切相关，与同级医疗机构进行横向比较，评价医疗机构感染控制与护理管理质量。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】护理管理系统、医院感染管理系统、HIS。

十二、药事管理专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2020〕654号）

（一）每百张床位临床药师人数

【指标定义】

每100张实际开放床位临床药师人数。

【评分规则】

配比或规模类。

【计算方法】

×100

【指标说明】

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。临床药师需经规范培训取得临床药师岗位培训证书。

【指标意义】

反映医疗机构临床药师配置情况。根据《医疗机构药事管理规定》要求，三级医院临床药师不少于5名。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】人力资源管理系统。

（二）门诊处方审核率

【指标定义】

药品收费前药师审核门诊处方人次数占同期门诊处方总人次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）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门诊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。

（2）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。

【指标意义】

反映医疗机构药师对门诊处方的审核情况和药品安全管理水平。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】前置处方审核系统、HIS系统。

（三）住院用药医嘱审核率

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

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

【指标意义】

反映医疗机构药师对住院用药医嘱的审核情况和用药安全管理水平。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】前置处方审核系统、HIS系统。

（四）门诊处方点评率

【指标定义】

医疗机构点评的门诊处方人次数占同期门诊处方总人次数的比例。

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

门诊处方点评包含急诊处方。门诊处方总人次数是指门诊就诊患者中用药的人次数。同一患者同一天在不同科室就诊，开具多张处方，计为1人次。处方点评包括整体和专项点评。

【指标意义】

反映医疗机构点评处方的覆盖率。按照《医院处方点评管理规范（试行）》规定，门急诊处方抽样率不应少于总处方量的1‰，且每月点评处方绝对数不应少于100张。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】合理用药系统、HIS系统。

（五）门诊处方合格率

【指标定义】

合格的门诊处方人次数占同期点评门诊处方总人次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

不合格处方包括不规范处方、用药不适宜处方及超常处方。

【指标意义】

反映医疗机构门诊医师处方质量的重要指标。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】合理用药系统、HIS系统。

（六）住院患者药学监护率

【指标定义】

实施药学监护的住院患者数占同期住院患者总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（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）为便于统计，实施药学监护的住院患者数和同期住院患者总数均以出院患者的人数计算。

【指标意义】

反映临床药师为住院患者提供药学服务的情况。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】临床药师工作站、HIS系统。

（七）用药错误报告率

【指标定义】

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数占同期用药患者总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）用药错误是指药品在临床使用及管理全过程中出现的、任何可以防范的用药疏失，这些疏失可以导致患者发生潜在的或直接的损害。根据发生用药错误后果的严重程度将用药错误分为9级：

A级：客观环境或条件可能引发错误（错误隐患）。

B级：发生错误但来发给患者，或已发给患者但患者来使用。

C级：患者已使用，但来造成伤害。

D级：患者已使用，需要监测错误对患者的后果，并根据后果判断是否需要采取措施预防和减少伤害。

E级：错误造成患者暂时性伤害，需要采取处置措施。

F级：错误对患者的伤害可导致患者住院或延长患者住院时间。

G级：错误导致患者永久性伤害。

H级：错误导致患者生命垂危，须采取维持生命的措施（如心肺复苏、除颤、插管等）。

I级：错误导致患者死亡。

（2）用药错误类型包括医师处方用药错误、药师处方调剂错误、护士给药错误。

（3）用药患者总数指门诊、急诊和住院患者用药人数总和。

【指标意义】

反映医疗机构用药错误主动报告情况。

【指标导向】监测比较。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】不良事件上报系统。

（八）严重或新的药品不良反应上报率

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）严重药品不良反应：是指因使用药品引起以下损害情形之一的反应：

1）导致死亡。

2）危及生命。

3）致癌、致畸、致出生缺陷。

4）导致显著的或者永久的人体伤残或者器官功能的损伤。

5）导致住院或者住院时间延长。

6）导致其他重要医学事件，如不进行治疗可能出现上述所列情况的。

（2）新的药品不良反应：是指药品说明书中未载明的不良反应。说明书中已有描述，但不良反应发生的性质、程度、后果或者频率与说明书描述不一致或者更严重的，按照新的药品不良反应处理。

（3）同期用药患者总数指单位时间内门诊、急诊和住院患者用药人数总和。

【指标意义】

反映医疗机构重视用药安全的指标。

【指标导向】监测比较。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】国家药品不良反应监测系统、HIS系统。

（九）I类切口手术抗菌药物预防使用率

【指标定义】

是指I类切口手术预防使用抗菌药物的患者例数占同期I类切口手术患者总例数的比例。

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

《关于进一步加强抗菌药物临床应用管理工作的通知》（国卫办医发〔2015〕42号）要求，I类切口手术患者预防使用抗菌药物比例不超过30%，原则上不联合预防使用抗菌药物。

【指标意义】

反映医疗机构抗菌药物预防用药情况。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】HIS系统。

（十）住院患者抗菌药物使用率

【指标定义】

住院患者使用抗菌药物人数占同期医疗机构住院患者总数的比例。

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）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。

（2）为便于统计，住院患者使用抗菌药物人数和住院患者总数均以出院患者的人数计算。

【指标意义】

反映医疗机构住院患者抗菌药物使用情况。指标值：综合医院住院患者抗菌药物使用率不超过60%，口腔医院不超过70%，肿瘤医院不超过40%，儿童医院不超过60%，精神病医院不超过5%，妇产医院（含妇幼保健院）不超过60%。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】HIS系统。

（十一）急诊抗菌药物使用率

【指标定义】

急诊患者使用抗菌药物人数占同期医疗机构急诊患者总数的比例。

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

反映医疗机构急诊患者抗菌药物使用情况。指标值：综合医院急诊患者抗菌药物使用率不超过40%，口腔医院不超过50%，肿瘤医院不超过10%，儿童医院不超过50%，精神病医院不超过10%，妇产医院（含妇幼保健院）不超过20%。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】HIS系统。

（十二）门诊抗菌药物使用率

【指标定义】

门诊患者使用抗菌药物人数占同期医疗机构门诊患者总数的比例。

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

反映医疗机构门诊患者抗菌药物使用情况。指标值：综合医院门诊患者抗菌药物使用率不超过20%，口腔医院不超过20%，肿瘤医院不超过10%，儿童医院不超过25%，精神病医院不超过5%，妇产医院（含妇幼保健院）不超过20%。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】HIS系统。

（十三）住院患者抗菌药物使用强度

【指标定义】

住院患者平均每日每百张床位所消耗抗菌药物的DDD数。

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

×100

【指标说明】

（1）DDD又称“限定日剂量”，是指一个药品以主要适应证用于成年人的维持日剂量。DDD值来源于WHO药物统计方法合作中心提供的ATC Index。对于未给出明确DDD值的抗菌药物，参照国家卫生健康委抗菌药物临床应用监测网提供的数据。

（2）住院患者床日数=平均住院天数×同期出院患者总数。

（3）住院患者抗菌药物使用量不包括出院带药。

【指标意义】

反映医疗机构住院患者抗菌药物的使用情况。指标值：综合医院住院患者抗菌药物使用强度不超过40DDDs，口腔医院不超过40DDDs，肿瘤医院不超过30DDDs，儿童医院不超过20DDDs（按照成人规定日剂量标准计算），精神病医院不超过5DDDs，妇产医院按照成人规定日剂量标准计算妇幼保健院）不超过40DDDs。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】HIS系统、全国抗菌药物临床应用监测网。

十三、病案管理质量控制指标（国卫办医函〔2021〕28号）

（一）住院病案管理人员月均负担出院患者病历数

【指标定义】

单位时间内，每名住院病案管理人员每月平均负担的出院患者病历数。

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

【指标说明】

（1）分子：指出院人数。包括医嘱离院、医嘱转其他医疗机构、非医嘱离院、死亡及其他人数，不含家庭病床撤床人数。

（2）分母：指同期每名工作人员实际工作月数的总和。住院病案管理人员是指专职从事住院病历回收、整理、扫描、装订、归档、复印、借阅、编码、统计及质量控制等工作的人员。

【指标意义】

反映医院住院病案管理人员工作强度，是医院病案管理质量控制的重点指标之一。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

（二）病案编码人员月均负担出院患者病历数

【指标定义】

单位时间内，每名病案编码人员每月平均负担的出院患者病历数。

【评分规则】

规模或配比类。

【计算方法】

【指标说明】

（1）分子：指出院人数。包括医嘱离院、医嘱转其他医疗机构、非医嘱离院、死亡及其他人数，不含家庭病床撤床人数。

（2）分母：指同期每名病案编码人员实际工作月数的总和。病案编码人员是指住院编码人员，即对出院病历病案系统各数据项进行信息录入，包括对疾病、手术操作信息进行ICD编码及审核等工作的专业技术人员。

【指标意义】

反映医院住院病案编码人员工作强度，是医院病案管理质量控制的重点指标之一。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

（三）出院患者病历2日归档率

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：指病历归档日期减去患者出院日期≤2日的出院患者病历总数。不包括死亡病历。

（2）分母：指同期出院人数。包括医嘱离院、医嘱转其他医疗机构、非医嘱离院、死亡及其他人数。不包括死亡人数。

【指标意义】

反映病案书写的完整性、规范性，是病历书写与管理基本规范要求之一。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

（四）主要诊断填写正确率

【指标定义】

单位时间内，病案系统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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：主要诊断填写正确是指主要诊断填写符合《卫生部关于修订住院病案首页的通知》（卫医政发[2011]84号）《国家卫生计生委办公厅关于印发住院病案首页数据填写质量规范（暂行）》（国卫办医发[2016]24号）要求。

（2）分母：指同期出院人数。包括医嘱离院、医嘱转其他医疗机构、非医嘱离院、死亡及其他人数，不含家庭病床撤床人数。

【指标意义】

反映病案系统填写准确性、规范性，是病历书写与管理基本规范要求之一。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

（五）主要诊断编码正确率

【指标定义】

单位时间内，病案系统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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：指病案系统中主要诊断编码正确且符合国家最新发布的《疾病分类与代码国家临床版》的出院患者病历总数。主要诊断编码正确指主要诊断编码遵循国际疾病分类规则，正确的反映和还原医疗过程。

（2）分母：指同期出院人数。包括医嘱离院、医嘱转其他医疗机构、非医嘱离院、死亡及其他人数，不含家庭病床撤床人数。

【指标意义】

反映病案系统填写准确性、规范性，是病历书写与管理基本规范要求之一。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

（六）主要手术填写正确率

【指标定义】

单位时间内，病案系统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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：指病案系统中主要手术填写符合《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系统数据填写质量规范（暂行）和住院病案系统数据质量管理与控制指标（2016年版）的通知》（国卫办医发〔2016〕24号）等规范的出院患者病历总数。

（2）分母：指同期出院患者手术人数。同一患者同一次住院实施多次手术者，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。

【指标意义】

反映病案系统填写准确性、规范性，是病历书写与管理基本规范要求之一。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

（七）主要手术编码正确率

【指标定义】

单位时间内，病案系统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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：指病案系统中主要手术编码正确且符合国家最新发布的《疾病分类与代码国家临床版》的出院患者病历总数。主要手术编码正确指主要手术编码遵循国际疾病分类规则，正确的反映和还原医疗过程。

（2）分母：指同期出院患者手术人数。同一患者同一次住院实施多次手术者，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。

【指标意义】

反映病案系统填写的准确性、规范性，是病历书写与管理基本规范要求之一。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

（八）甲级病历率

【指标定义】

单位时间内，甲级出院患者病历数占同期出院患者病历总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

反映病案书写的质量。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

十四、心血管系统疾病相关专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2021〕70号）

（一）急性ST段抬高型心肌梗死

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

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

急性STEMI患者到院10分钟内完成12导联（及以上）

心电图检查率×100%

【指标说明】

（1）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：STEMI患者到院（急诊分诊），10分钟内完成心电图的患者数量。

（2）同期急性STEMI患者总数：同期诊断为急性STEMI患者的数量。

（3）到院指到达急诊或门诊。

【指标意义】

反映急诊科STEMI救治流程的规范化。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

**2.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**

【指标定义】

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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

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×100%

【指标意义】

评价医院对急性STEMI患者救治的及时性。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

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

【指标定义】

指单位时间内，住院期间应用UCG评价LVEF的急性STEMI患者数，占同期急性STEMI患者总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

急性STEMI患者住院期间应用超声心动图（UCGG）评价左心室射血分数（LVEF）的比例×100%

【指标说明】

住院期间应用UCG评价LVEF的急性STEMI患者数：急性STEMI患者住院期间，接受UCG评估心脏功能的患者数量。

【指标意义】

评价STEMI急性期规范化诊疗与评估情况。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

**4.急性STEMI患者住院死亡率**

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

住院期间死亡的急诊STEMI患者数：住院的急性STEMI患者，病案系统出院状态为死亡的患者数量。

【指标意义】

评价医院STEMI诊疗的整体水平。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

（二）心房颤动

**1.非瓣膜性心房颤动（房颤）患者血栓栓塞风险评估率**

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：应用CHA2DS2-VASc评分进行血栓栓塞风险评估的非瓣膜性房颤患者数。

（2）分母：同期出院患者非瓣膜性房颤患者总数。

【指标意义】

评价非瓣膜性房颤患者评估的规范性。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

**2.非瓣膜性房颤患者出院抗凝药物使用率**

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：出院使用抗凝药物的非瓣膜性房颤患者数。

（2）分母：同期出院患者非瓣膜性房颤患者总数。

【指标意义】

评价非瓣膜性房颤患者治疗的规范性。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

**3.瓣膜性房颤患者出院华法林使用率**

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：出院使用华法林抗凝治疗的瓣膜性房颤患者数。

（2）分母：同期出院患者瓣膜性房颤患者总数。

【指标意义】

评价瓣膜性房颤患者治疗的规范性。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

**4.房颤患者出血风险评估率**

【指标定义】

单位时间内，行出血风险评估的房颤患者数，占同期房颤患者总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：使用HAS-BLED评分进行房颤患者出血风险评估的患者数。

（2）分母：瓣膜性及非瓣膜性房颤患者总数。

【指标意义】

评价瓣膜性房颤患者抗凝治疗并发症的规范性，减少治疗的出血风险。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

（三）心力衰竭

**1.心力衰竭患者入院24小时内利钠肽检测率**

【指标定义】

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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：进行N未端B型利钠肽原（NT-proBNP）或B型利钠肽（BNP）检测的心衰患者数。

（2）分母：同期心力衰竭患者总数。

【指标意义】

评价心力衰竭患者评估规范性、及时性。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

**2.心力衰竭伴容量超负荷患者住院期间利尿剂治疗**

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

心力衰竭伴容量超负荷患者住院期间利尿剂治疗率

×100%

【指标说明】

（1）分子：住院期间心力衰竭伴容量超负荷患者接受利尿剂治疗数量。

（2）分母：同期心力衰竭伴容量超负荷患者总数。

【指标意义】

评价医院救治心力衰竭患者的规范性。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

**3.心力衰竭患者住院期间心脏再同步化治疗（CRT）使用率**

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

心力衰竭患者住院期间心脏再同步化治疗（CRT）使用率

×100%

【指标说明】

（1）分子：住院期间给予CRT治疗的心力衰竭患者数量

（2）分母：同期心力衰竭患者总数。

【指标意义】

评价医院救治心力衰竭患者的情况。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

**4.心力衰竭患者住院死亡率**

【指标定义】

单位时间内，住院期间死亡的心力衰竭患者数，占同期心力衰竭患者总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：住院期间死于心力衰竭的患者数量。

（2）分母：同期心力衰竭患者总数。

【指标意义】

评价心力衰竭患者救治效果。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

（四）高血压

**1.动态血压监测率**

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：应用动态血压监测测量血压的患者数。动态血压监测是指通过自动血压测量仪器监测患者24h血压水平。

（2）分母：同期高血压住院患者总数。

【指标意义】

评价医院对高血压患者规范评估情况。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

**2.心血管风险评估率**

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

心血管风险评估是指完成了心脏、肾脏、血管、眼底四项检查中的两项及以上。

【指标意义】

评价医院对高血压患者规范评估情况。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

**3.原发性醛固酮增多症肾素醛固酮检测规范率**

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

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

【指标意义】

评价医院对原发性醛固酮增多症诊治的规范性。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

**4.原发性醛固酮增多症确诊试验开展率**

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

确诊试验包括卡托普利试验、生理盐水输注试验、口服高钠饮食、氟氢可的松试验。

【指标意义】

评价医院对原发性醛固酮增多症诊治的规范性。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

（五）冠状动脉旁路移植手术

**1.单纯冠状动脉旁路移植术住院死亡率**

【指标定义】

单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术住院期间死亡的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

通过冠状动脉旁路移植术的住院死亡率，评价手术诊疗质量。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

**2.单纯冠状动脉旁路移植术后脑卒中发生率**

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

**3.单纯冠状动脉旁路移植术非计划二次手术率**

【指标定义】

单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术后非计划二次手术的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。非计划二次手术包括主动脉和入路血管的再次手术，手术方式包括开放和腔内手术，均为同一次住院期间或术后30天内发生。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

**4.单纯冠状动脉旁路移植术后急性肾衰竭发生率**

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

术后急性肾衰竭是指术后最高血清肌酐值是术前基线值的3.0倍；或血肌酐值增至≥4.0mg/dl（≥353.6μmol/l）;或开始肾脏替代治疗。

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

（六）二尖瓣手术

**1.二尖瓣手术住院死亡率**

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

**2.二尖瓣手术后脑卒中发生率**

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

**3.二尖瓣手术非计划二次手术率**

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

**4.二尖瓣手术出院抗凝药物使用率**

【指标定义】

单位时间内，行二尖瓣手术出院使用抗凝药物的患者数，占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

评价二尖瓣手术二级预防情况。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

（七）主动脉瓣手术

**1.主动脉瓣手术住院死亡率**

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

**2.主动脉瓣手术后脑卒中发生率**

【指标定义】

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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

**3.主动脉瓣手术非计划二次手术率**

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

**4.主动脉瓣手术出院抗凝药物使用率**

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

评价主动脉瓣手术二级预防情况。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

（八）先心病介入治疗

**1.先心病介入治疗成功率**

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）先心病包括房间隔缺损（ASD）、室间隔缺损（VSD）、 动脉导管未闭（PDA）及肺动脉瓣狭窄（PS）。

（2）治疗成功指通过介入手段治疗先心病后，达到治愈原先天性畸形或明显改善其血流动力学，且未发生严重并发症。

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

**2.先心病介入治疗封堵器移位或脱落发生率**

【指标定义】

单位时间内，行先心病介入治疗发生封堵器移位或脱落的患者数，占同期行先心病介入治疗的患者总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）本指标适用于所有尝试行介入治疗的ASD、VSD及PDA患者。

（2）封堵器移位或脱落指ASD、VSD及PDA介入治疗术中或术后经影像学检查证实封堵器位置发生异常。包括：封堵器偏移造成残余分流；封堵器偏移导致房室瓣或半月瓣反流、右室流出道狭窄；封堵器脱入左右心房、左右心室、肺动脉、主动脉及其分支。

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

**3.先心病介入治疗心脏压塞发生率**

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

心脏压塞是指术中以及术后72小时内经影像学检查证实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。不包括术后发现的少量心包积液且无临床症状者。

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

**4.先心病介入治疗住院死亡率**

【指标定义】

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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

住院期间因先心病介入治疗导致的死亡。

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

（九）冠心病介入治疗技术

**1.冠脉介入治疗术后即刻冠状动脉造影成功率**

【指标定义】

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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

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（TIMI分级）3级。

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

**2.冠脉介入治疗临床成功率**

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

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

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

**3.冠脉介入治疗住院死亡率**

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：住院期间接受冠脉介入治疗的死亡患者数，包括急诊PCI及择期PCI术。

（2）分母：同期接受冠脉介入治疗的患者总数

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

**4.择期冠脉介入治疗住院死亡率**

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

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

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

**5.STEMI患者发病12小时内接受直接PCI率**

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：STEMI患者发病12小时内接受直接PCI的患者数。

（2）分母：同期发病12小时内到院的STEMI患者总数。

【指标意义】

评价STEMI救治及时性和规范性。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

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

【指标定义】

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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

非ST段抬高型急性冠脉综合征（NSTE ACS）患者根据病情分为极高危、高危、中危及低危。根据患者危险分层决定2h、24h、72h行冠脉介入治疗。

【指标意义】

评价NSTE ACS治疗规范性。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

（十）心率失常介入治疗技术

**1.心脏植入型电子器械（CIED）植入术住院死亡率**

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

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

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

**2.CIED植入术心脏压塞发生率**

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

心脏压塞是指术中以及术后72小时内经影像学检查证实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。不包括术后发现的少量心包积液且无临床症状者。

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

**3.阵发性室上性心动过速（PSVT）导管消融治疗成功率**

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

导管消融治疗成功是指术中电生理检查诱发出有意义心律失常，并且通过导管消融治疗消除心律失常，消融术后再行电生理检查未再能诱发该心律失常。

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

**4.导管消融治疗住院死亡率**

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

行导管消融治疗患者住院期间发生死亡。

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

十五、超声诊断专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2022〕161号）

（一）住院超声检查48小时内完成率

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：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。

（2）分母：同期临床开具住院超声检查申请单总数。

【指标意义】

反映住院超声检查的及时性、合理性。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

（二）超声危急值10分钟内通报完成率

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

1.超声检查危急值是指超声检查影像提示以下超声诊断：疑似肝脏、脾脏、肾脏破裂出血；疑似宫外孕破裂并腹腔内出血；急性胆囊炎考虑胆囊化脓并急性穿孔；晚期妊娠出现羊水过少并胎儿心率过快（＞160次/min）或过慢（＜110次/min）;子宫破裂；胎盘早剥、前置胎盘并活动性出血；首次发现心功能减退（LVEF＜35%）;心包积液合并心脏压塞；主动脉夹层；主动脉瘤破裂；心脏破裂；心脏游离血栓；急性上下肢动脉栓塞；瓣膜置换术后卡瓣。

2.超声检查结束并出具报告后，需将危急值检查结果10分钟内通报给临床医生。

【指标意义】

反映超声危急值通报的及时性。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

（三）超声报告书写合格率

【指标定义】

单位时间内，超声检查报告书写合格的数量占同期超声检查报告总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

具有下列情况之一者视为不合格报告：

1.报告单无具有资质医生签名的；

2.未包含申请单开具项目检查的；

3.报告单中的描述与结论不一致的；

4.报告单存在明显错误的，包括：所查脏器缺如但报告为正常；报告描述检查器官、部位、病变的方位（左右、上下、前后）、单位、数据错误；未删除与超声报告有歧义的模板文字；报告单患者姓名、性别、住院号（就诊号）与实际不符或缺失。

【指标意义】

反映超声检查报告书写质量。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

（四）门急诊超声报告阳性率

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

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

2.该指标不包括健康体检相关超声报告。

【指标意义】

反映临床医生开具超声检查的合理性和超声检查结果的准确性。

【指标导向】监测比较。

【数据生成方式】医院填报。

（五）住院超声报告阳性率

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

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

【指标意义】

反映临床医生开具超声检查的合理性和超声检查结果的准确性。

【指标导向】监测比较。

【数据生成方式】医院填报。

（六）超声诊断符合率

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）只统计超声诊断有对应病理诊断或临床最终诊断的例数。

（2）以手术诊断或术后病理诊断、临床检验指标、动态随访结局、其它影像学检查佐证和病例讨论等确定，进行综合分析后作为诊断标准。

【指标意义】

反映超声诊断质量。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

十六、康复医学专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2022〕161号）

（一）脑卒中患者早期康复介入率

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）统计范围包括医疗机构内所有符合相关条件的住院患者，下同。

（2）脑卒中早期康复介入首次诊疗时间应当在患者生命体征稳定、神经功能缺损症状稳定后48小时内。

【指标意义】

早期康复介入对脑卒中患者功能转归具有重要意义。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

（二）脊髓损伤患者早期康复介入率

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

脊髓损伤早期康复介入首次诊疗时间应当在临床专科处置完成后48小时内。

【指标意义】

早期康复介入对脊髓损伤患者功能转归具有重要意义。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

（三）髋、膝关节置换术后患者早期康复介入率

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

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

【指标意义】

早期康复介入对髋、膝关节置换术后患者功能转归具有重要意义。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

（四）日常生活活动能力（ADL）改善率

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

ADL评定包括但不限于Barthel指数、改良Barthel指数等。

【指标意义】

反映康复治疗后患者功能改善情况。

【指标导向】监测比较。

【数据生成方式】医院填报。

（五）脊髓损伤患者ADL改善率

【指标定义】

单位时间内，ADL改善的康复医学科住院脊髓损伤患者数占同期康复医学科住院脊髓损伤患者总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

ADL评定包括但不限于Barthel指数、改良Barthel指数、脊髓功能独立性评定（SCIM）等。

【指标意义】

反映康复治疗后脊髓损伤患者功能改善情况。

【指标导向】监测比较。

【数据生成方式】医院填报。

（六）脑卒中患者ADL改善率

【指标定义】

单位时间内，ADL改善的康复医学科住院脑卒中患者数占同期康复医学科住院脑卒中患者总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

ADL评定包括但不限于Barthel指数、改良Barthel指数等。

【指标意义】

反映康复治疗后脑卒中患者功能改善情况。

【指标导向】监测比较。

【数据生成方式】医院填报。

（七）脑卒中患者运动功能评定率

【指标定义】

单位时间内，进行运动功能评定的康复医学科住院脑卒中患者数占同期康复医学科住院脑卒中患者总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

运动功能评定包括但不限于Brunnstrom分期、Fugl-Meyer运动功能评分、上田敏偏瘫功能评价、Rivermead运动指数评分等。

【指标意义】

运动功能评定对判断脑卒中患者运动功能损伤严重程度、制定治疗方案、评定康复疗效及判断预后有重要意义。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

（八）脑卒中患者言语功能评定率

【指标定义】

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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

言语功能评定包括但不限于失语症筛查表、BDAE、WAB、Frenchay评定等。

【指标意义】

言语功能评定对判断脑卒中患者言语功能损伤严重程度、制定治疗方案、评定康复疗效及判断预后有重要意义。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

（九）脑卒中患者吞咽功能评定率

【指标定义】

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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

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。

【指标意义】

吞咽功能评定对判断脑卒中患者吞咽功能损伤严重程度、制定治疗方案、评定康复疗效及判断预后有重要意义。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

（十）脊髓损伤患者神经功能评定率

【指标定义】

单位时间内，进行神经功能评定的康复医学科住院脊髓损伤患者数占同期康复医学科住院脊髓损伤患者总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

神经功能评定是指进行神经损伤平面（NLI）和ASIA损伤分级（AIS）评定。

【指标意义】

NLI和AIS评定对判断脊髓损伤严重程度、制定治疗方案、评定康复疗效及判断预后有重要意义。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

（十一）髋、膝关节置换术后患者功能评定率

【指标定义】

单位时间内，进行术后功能评定的康复医学科住院髋、膝关节置换术后患者数占同期康复医学科住院髋、膝置换术后患者总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

评定包括但不限于HHS评分、HSS评分、KneeScore评分等。

【指标意义】

髋、膝关节置换术后康复评定对判断髋、膝关节置换术后患者肢体功能、制定治疗方案、评定康复疗效及判断预后有重要意义。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

（十二）脑卒中后肩痛发生率

【指标定义】

单位时间内，发生肩痛的康复医学科住院脑卒中患者数占同期康复医学科住院脑卒中患者总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

脑卒中后肩痛包括复杂性区域疼痛综合征（肩手综合征）、肩部软组织疾病或损伤等。

【指标意义】

反映脑卒中患者康复质量。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

（十三）脑卒中后肩痛预防实施率

【指标定义】

单位时间内，进行脑卒中后肩痛预防的康复医学科住院脑卒中患者数占同期康复医学科住院脑卒中患者总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：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。

（2）分母：同期康复医学科住院脑卒中患者总数。

【指标意义】

脑卒中后肩痛严重影响患者上肢功能预后，予以规范的预防可有效降低其发生率。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

（十四）脊髓损伤患者泌尿系感染发生率

【指标定义】

单位时间内，发生泌尿系感染的康复医学科住院脊髓损伤患者数占同期康复医学科住院脊髓损伤患者总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：单位时间内康复医学科住院期间发生泌尿系感染的脊髓损伤患者数。

（2）分母：同期康复医学科住院脊髓损伤患者总数。

【指标意义】

泌尿系感染是脊髓损伤康复期常见并发症，应当予以重点关注。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

（十五）住院患者静脉血栓栓塞症发生率

【指标定义】

单位时间内，新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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

静脉血栓栓塞症包括深静脉血栓形成和肺血栓栓塞症。

【指标意义】

静脉血栓栓塞症是康复医学科常见并发症，严重者可导致患者非预期死亡，应当予以关注。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

十七、临床营养专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2022〕161号）

（一）营养科医床比

【指标定义】

营养科医师总数与同期医疗机构实际开放床位数之比。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

:1

【指标说明】

营养科医师指取得临床、公卫或中医等医师执业资格，在本医疗机构注册并从事医师工作的营养科在职人员。

【指标意义】

反映医疗机构营养科医师资源配置情况。

【指标导向】监测比较。

【数据生成方式】医院填报。

（二）营养科护床比

【指标定义】

营养科护士总数与同期医疗机构实际开放床位数之比。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

:1

【指标说明】

营养科护士指取得护士（师）执业资格，在本医疗机构注册并从事护士（师）工作的营养科在职人员。

【指标意义】

反映医疗机构营养科护士资源配置情况。

【指标导向】监测比较。

【数据生成方式】医院填报。

（三）营养科技床比

【指标定义】

营养科技师总数与同期医疗机构实际开放床位数之比。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

:1

【指标说明】

营养科技师指取得相关专业技术资格，在本医疗机构注册并从事技师工作的营养科在职人员。

【指标意义】

反映医疗机构营养科技师资源配置情况。

【指标导向】监测比较。

【数据生成方式】医院填报。

（四）住院患者营养风险筛查率

【指标定义】

完成营养风险筛查住院患者数占同期住院患者总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）营养风险筛查指由受过相关培训的医师采用经验证的营养风险筛查工具，进行营养风险筛查。

（2）营养风险指现存或潜在的与营养因素相关的导致患者出现不利临床结局（如感染相关并发症发生率增高、住院时间延长、住院费用增加等）的风险，而非指发生营养不良的风险。

（3）营养风险与临床结局密切相关，并可监测患者营养治疗效果。

【指标意义】

反映医疗机构对住院患者营养状况重视程度及营养风险筛查的规范开展情况。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

（五）存在营养风险住院患者营养治疗率

【指标定义】

经营养风险筛查，存在营养风险并接受营养治疗的住院患者数占同期存在营养风险住院患者总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）存在营养风险指使用经验证的营养风险筛查工具评估为营养风险阳性。

（2）营养治疗是指通过膳食、肠内或肠外途径为患者提供能量和营养素，以达到调整机体代谢、改善营养状况、增强抵抗力、促进康复和痊愈等目的。营养治疗遵循个体化动态调整原则，根据不同疾病或代谢状态，确定患者每日能量、营养素的供给量和比例，并按照标准操作规程进行配制送至病区。

【指标意义】

反映医疗机构营养治疗覆盖率及规范开展情况。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

（六）糖尿病住院患者营养评估率

【指标定义】

进行营养评估的糖尿病住院患者数占同期糖尿病住院患者总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

营养评估指采用膳食评估、人体测量、实验室检查和人体代谢检测（间接能量代谢测定和人体成分分析）等技术对糖尿病患者的营养状况进行综合性评定。

【指标意义】

反映糖尿病住院患者营养评估工作的覆盖率和规范开展情况。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

（七）糖尿病住院患者营养治疗率

【指标定义】

接受营养治疗的糖尿病住院患者数占同期糖尿病住院患者总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

营养治疗是指通过膳食、肠内或肠外途径为患者提供能量和营养素，以达到调整机体代谢、改善营养状况、增强抵抗力、促进康复和痊愈等目的。营养治疗遵循个体化动态调整原则，根据不同疾病或代谢状态，确定患者每日能量、营养素的供给量和比例，并按照标准操作规程进行配制送至病区。

【指标意义】

反映糖尿病住院患者营养治疗的覆盖率和规范开展情况。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

（八）肠内营养治疗不良事件发生率

【指标定义】

实施肠内营养治疗过程中不良事件发生例数占同期实施肠内营养治疗总例数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

肠内营养不良事件主要包括：治疗过程不良事件，包括胃肠道并发症、代谢并发症、感染并发症和置管并发症等。其中胃肠道并发症最多见，主要包括腹胀、腹泻、恶心、呕吐、反流等，代谢并发症主要是脱水、高血糖、电解质紊乱等；感染并发症包括肠道菌群异位、吸入性肺炎等；置管并发症包括长期经鼻置管导致的鼻翼部糜烂、咽喉部溃疡、声音嘶哑、鼻窦炎、中耳炎等。配制过程不良事件，如营养液配制与医嘱单不符、食品质量及卫生问题、称重错误、无菌操作不规范等。运送过程不良事件，如漏发、错发、未注意适当保存等。

【指标意义】

反映肠内营养治疗专业技术水平和管理质量。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

（九）膳食营养治疗不良事件发生率

【指标定义】

实施膳食营养治疗过程中不良事件发生例数占同期实施膳食营养治疗总例数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

膳食营养治疗不良事件主要包括膳食制作与膳食医嘱（食谱）不符、发放错误、漏发、食品质量及卫生问题、食用后出现胃肠道反应、食物中毒等。

【指标意义】

反映膳食营养治疗专业技术水平和管理质量。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

（十）营养门诊投诉发生率

【指标定义】

营养门诊诊疗过程中投诉发生人次数占同期营养门诊诊疗总人次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

反映营养门诊专业技术水平和管理质量。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

十八、麻醉专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2022〕161号）

（一）择期手术麻醉前访视率

【指标定义】

单位时间内，择期手术患者在进入手术室（含麻醉操作单元）前完成麻醉前访视（不等同于麻醉前签字）的例次数占同期麻醉科完成择期手术麻醉总例次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：单位时间内，择期手（患者在进入手术室（含麻醉操作单元）前完成麻醉前访视（不等同于麻醉前签字）的例次数。

（2）分母：同期麻醉科完成择期手术麻醉总例次数。

【指标意义】

反映医疗机构择期手术麻醉质量。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】HIS系统、手麻系统。

（二）入室后手术麻醉取消率

【指标定义】

单位时间内，患者入室后至麻醉开始前，手术麻醉取消的例次数占同期入室后拟手术麻醉总例次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：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）分母：入室后拟手术麻醉总例次数包括取消和已施手术麻醉的总例次数（同一患者多次手术，以多例次计）。

【指标意义】

体现术前准备和麻醉访视的质量、手术科室和麻醉科的管理水平。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】手麻系统。

（三）全身麻醉术中体温监测率

【指标定义】

单位时间内，手术麻醉期间接受体温监测（连续监测或间断监测）的全身麻醉（以下简称全麻）例次数占同期全麻总例次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

（1）分子：单位时间内，手术麻醉（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。

（2）分母：同期全麻总例次数。

【指标意义】

术中体温监测有助于早期发现低体温、恶性高热等并发症，可以显著改善患者预后。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】手麻系统。

（四）术中主动保温率

【指标定义】

单位时间内，手术麻醉期间采取主动保温措施（全程连续主动保温或间断主动保温）全麻例次数占同期全麻总例次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

主动保温措施包括：使用充气升温装置等加温设备进行体温保护；使用输血输液加温装置加温至37℃后再输注。

【指标意义】

术中主动保温有助于降低手术麻醉期间低体温发生率，可以显著改善患者预后。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】手麻系统。

（五）手术麻醉期间低体温发生率

【指标定义】

单位时间内，手术麻醉期间低体温患者数（医疗目的的控制性降温除外）占同期接受体温监测的麻醉患者总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

手术麻醉期间低体温是指患者进入手术间开始至患者自手术间或麻醉后监测治疗室（PACU）返回病房前核心体温低36℃（连续监测低体温持续≥30分钟或间断监测连续两次低体温且间隔时间≥30分钟）。

【指标意义】

反映医疗机构麻醉质量。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】手麻系统。

（六）术中牙齿损伤发生率

【指标定义】

单位时间内，发生术中牙齿损伤的例次数占同期插管全身麻醉总例次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

术中牙齿损伤是指患者从麻醉开始至麻醉结束过程中发生的牙齿损伤（包括牙齿脱落、松动等）。气管内导管全麻及喉罩全麻均属于插管全身麻醉。

【指标意义】

术中牙齿损伤是与麻醉医生密切相关的重要并发症，应当予以密切关注。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】手麻系统。

（七）麻醉期间严重反流误吸发生率

【指标定义】

单位时间内，麻醉期间严重反流误吸发生例次数占同期麻醉科完成麻醉总例次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×10000‱

【指标说明】

麻醉期间严重反流误吸是指麻醉期间发生的且在患者离开手术室、恢复室时呼吸空气指氧饱和度无法维持≥90%的反流误吸。

【指标意义】

反映医疗机构麻醉质量。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】手麻系统。

（八）麻醉开始后手术取消率

【指标定义】

单位时间内，麻醉开始后手术开始前手术取消的例次数占同期麻醉总例次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

麻醉开始是指麻醉医师开始给予患者麻醉药物。

【指标意义】

反映医疗机构麻醉质量。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】手麻系统。

（九）PACU入室低体温发生率

【指标定义】

单位时间内，PACU入室低体温患者数占同期入PACU患者总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

PACU入室低体温是指患者入PACU第一次测量体温低于36℃。

【指标意义】

体现围手术期体温保护情况，反映医疗机构麻醉质量。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】手麻系统。

（十）非计划转入ICU率

【指标定义】

单位时间内，非计划转入ICU患者数占全年术后转入ICU患者数比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×1000‰

【指标说明】

非计划转入ICU是指在开始麻醉前并无术后转入ICU的计划，而术中或术后决定转入ICU。

【指标意义】

反映医疗机构麻醉质量。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】手麻系统。

（十一）非计划二次气管插管率

【指标定义】

单位时间内，非计划二次气管插管患者数占同期术后气管插管拔除患者总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×1000‰

【指标说明】

非计划二次气管插管是指在患者术后气管插管拔除后6小时内，非计划再次行气管插管术，不包括因非计划二次手术而接受再次气管插管。

【指标意义】

反映医疗机构麻醉质量管理和（或）手术质量。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】手麻系统。

（十二）麻醉后24小时内患者死亡率

【指标定义】

单位时间内，麻醉后24小时内死亡患者数占同期麻醉患者总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×10000‱

【指标说明】

（1）分子：单位时间内麻醉后24小时内死亡患者数。

（2）分母：同期麻醉患者总数。

【指标意义】

反映医疗机构医疗质量。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】手麻系统。

（十三）术中心脏骤停率

【指标定义】

单位时间内，术中心脏骤停患者数占同期麻醉科患者总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×10000‱

【指标说明】

术中心脏骤停是指麻醉开始后至患者离开手术室前非医疗目的的心脏突然停止跳动，不包括患者麻醉开始前发生的心脏骤停。

【指标意义】

反映医疗机构医疗质量。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】手麻系统。

（十四）麻醉期间严重过敏反应发生率

【指标定义】

单位时间内，麻醉期间发生严重过敏反应的例次数占同期麻醉科完成麻醉总例次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×10000‱

【指标说明】

麻醉期间严重过敏反应是指各种原因导致的需要立即使用肾上腺素抢救的过敏反应。

【指标意义】

对麻醉期间严重过敏反应的及时识别与救治，反映医疗机构麻醉质量。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】手麻系统。

第四章 单病种（术种）质量控制指标

单病种(术种)质控指标监测要求按照国家卫生健康委发布的《单病种质量监测信息项（2020年版）》及最新规定执行，本手册通过技术能力、质量控制、资源消耗、数据填报进行评价，评价指标为4条，5个监测指标。

【指标定义】

（一）技术能力

单病种（术种）开展项目数量：考核年度内医疗机构实际开展的单病种（术种）项目数量。

（二）数据填报

病例上报率：单位时间内，符合单病种纳入条件的某病种上报至国家单病种质量监测平台的病例数占同期符合单病种纳入条件的同病种病例数累加求和的比例。

（三）资源消耗

1.平均住院日：考核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。

2.次均费用：考核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。

（四）质量控制

病死率：考核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。

【评分规则】

1.单病种（术种）开展项目数量：连续监测指标。

2.病例上报率：连续监测指标。

3.平均住院日：连续监测指标。

4.次均费用：连续监测指标。

5.病死率：连续监测指标。

【计算方法】

1.单病种（术种）开展项目数量：以病案首页提取的数据为准。

2.×100%

3

4.

5.×100%

【指标说明】

1.病例上报率

分子：年度内符合纳入条件的某病种上报至国家单病种质量监测平台的病例数。

分母：同期某病种例数是指考核年度符合纳入条件的某病种例数。

2.平均住院日

分子：某病种出院患者占用总床日数是指考核年度某病种所有出院人数的住院床日之和。

分母：同期某病种例数是指考核年度符合纳入条件的某病种出院人数。

3.次均费用

分子：某病种总出院费用是指考核年度某病种患者住院期间发生的与诊疗有关的所有费用之和。

分母：同期某病种例数是指考核年度符合纳入条件的某病种出院人数。

4.病死率

分子：某病种死亡人数是指考核年度某病种出院患者病案系统中离院方式为“死亡”（代码为5）的人数之和。

分母：同期某病种例数是指考核年度符合纳入条件的某病种出院人数。

单病种提取需符合《疾病分类与代码国家临床版2.0》及《手术操作分类代码国家临床版3.0》要求。单病种提取包括疾病和手术，病种例数按照“出院人数”统计，手术例数则按照“手术人数”统计。

【指标意义】

单病种质量管理是一种标准化的、以病种（或手术）为单位而进行的全程医疗质量管理的新方法，它以明确诊断标准的单疾病（或手术）种类为一个质量评价单位，通过对疾病诊疗全过程，包括诊断、检查、治疗、治疗效果以及医疗费用等，实施标准化控制，达到提高医疗质量和促进医疗资源合理利用的目的具有相同疾病（或手术）诊断名称的一类患者运用相同指标进行医院间比较，可反映各医院的诊疗能力、技术水平和费用等差异性。

【指标导向】

1.单病种（术种）开展项目数量：监测比较。

2.每一单病种病例上报率：逐步提高。

3.每一单病种平均住院日：逐步降低。

4.每一单病种次均费用：监测比较。

5.每一单病种病死率：逐步降低。

【数据生成方式】自动抓取。

【指标提取建议】病案首页。

注：具体病种（术种）具体编码如下：

一、急性心肌梗死（ST段抬高型，首次住院）

主要诊断ICD-10编码：I21.0至I21.3的出院患者。

二、心力衰竭

主要诊断ICD-10编码：I05至I09，或I11至I13，或I20至I21，或I40至I41，或I42至I43伴第二诊断为I50的出院患者。

三、冠状动脉旁路移植术

主要手术ICD-9-CM-3编码：36.1的手术出院患者。

四、房颤

主要诊断或第二诊断ICD-10编码：I48的出院患者。

五、主动脉瓣置换术

主要手术ICD-9-CM-3编码：35.0，35.2的手术出院患者。

六、二尖瓣置换术

主要手术ICD-9-CM-3编码：35.02，35.12，35.23，35.24的手术出院患者。

七、房间隔缺损手术

主要手术ICD-9-CM-3编码：35.51，35.52，35.61，35.71的手术出院患者。

八、室间隔缺损手术

主要手术ICD-9-CM-3编码：35.53，35.55，35.62，35.72的手术出院患者。

九、脑梗死（首次住院）

主要诊断ICD-10编码：I63.0至I63.9的出院患者。

十、短暂性脑缺血发作

主要诊断ICD-10编码：G45.0至G45.9的出院患者。

十一、脑出血

主要诊断ICD-10编码：I61.0至I61.9的出院患者。

十二、脑膜瘤（初发，手术治疗）

主要诊断ICD-10编码：C70.0，C70.9，D32.0，D32.9，D42.9，且伴ICD-9-CM-3编码：01.51，01.59的手术出院患者。

十三、胶质瘤（初发，手术治疗）

主要诊断ICD-10编码：C71，且伴主要手术ICD-9-CM-3编码：01.52至01.59的手术出院患者。

十四、垂体腺瘤（初发，手术治疗）

主要诊断ICD-10编码：D35.2，C75.1，D44.3，E22.0，E23.6，且伴主要手术ICD-9-CM-3编码：07.61至07.69，07.71，07.72，07.79和01.59的手术出院患者。

十五、急性动脉瘤性蛛网膜下腔出血（初发，手术治疗）

主要诊断ICD-10编码：I60.0至I60.9，且伴主要手术ICD-9-CM编码：01.3，02.2，02.3，38.3，38.4，38.6，39.5的手术出院患者。

十六、惊厥性癫痫持续状态

主要诊断ICD-10编码：G41.0，G41.8，G41.9的出院患者。

十七、帕金森病

主要诊断ICD-10编码：G20.x00的出院患者。

十八、社区获得性肺炎（成人，首次住院）

主要诊断ICD-10编码：J13至J16，J18；年龄≥18岁的出院患者。

十九、社区获得性肺炎（儿童，首次住院）

主要诊断ICD-10编码：J13至J16，J18；2岁≤年龄＜18岁的出院患儿。

二十、慢性阻塞性肺疾病（急性发作，住院）

主要诊断ICD-10编码：J44.0，J44.1的出院患者。

二十一、哮喘（成人，急性发作，住院）

主要诊断ICD-10编码：J45，J46；年龄≥18岁的出院患者。

二十二、哮喘（儿童，住院）

主要诊断ICD-10编码：J45，J46；2岁≤年龄＜18岁的出院患儿。

二十三、髋关节置换术

主要手术ICD-9-CM-3编码：00.7，81.51至81.53的手术出院患者。

二十四、膝关节置换术

主要手术ICD-9-CM-3编码：00.80至00.84，81.54，81.55的手术出院患者。

二十五、发育性髋关节发育不良（手术治疗）

主要诊断ICD-10编码：Q65.0至Q65.6，Q65.8，Q65.9,且伴主要手术ICD-9-CM-3编码:79.85，77.25，77.29；18个月≤年龄≤8岁（旧称先天性髋关节脱位）的手术出院患儿。

二十六、剖宫产

主要手术ICD-9-CM-3编码：74.0，74.1，74.2，74.4，74.99的手术出院患者。

二十七、异位妊娠（手术治疗）

主要诊断ICD-10编码：O00开头，且伴主要手术ICD-9-CM-3编码：65.01，66.01，66.02，66.62，66.95，74.3x的手术出院患者。

二十八、子宫肌瘤（手术治疗）

主要诊断ICD-10编码与名称：D25开头，且伴主要手术ICD-9-CM-3编码：68.29，68.3至68.5，68.9的手术出院患者。

二十九、肺癌（手术治疗）

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

三十、甲状腺癌（手术治疗）

主要诊断ICD-10编码：C73开头，且伴主要手术操作ICD-9-CM-3编码：06.2至06.6的手术出院患者。

三十一、乳腺癌（手术治疗）

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

三十二、胃癌（手术治疗）

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

三十三、结肠癌（手术治疗）

主要诊断ICD-10编码：C18；且伴主要手术操作ICD-9-CM-3编码：17.31至17.36，17.39，45.4,45.73至45.79,45.8的手术出院患者。

三十四、宫颈癌（手术治疗）

主要诊断ICD-10编码：C53开头，且伴主要手术ICD-9-CM-3编码：67.2至67.4，68.4至68.8的手术出院患者。

三十五、糖尿病肾病

主要诊断和其他诊断ICD-10编码：E10至E14，且伴主要操作ICD-9-CM-3编码：55.23的非产妇出院患者。

三十六、终末期肾病血液透析

主要诊断ICD-10编码：N18.0，且伴主要操作ICD-9-CM-3编码：38.95，39.27，39.42，39.95的血液透析患者。

三十七、终末期肾病腹膜透析

主要诊断ICD-10编码：N18.0，且伴主要操作ICD-9-CM-3编码：54.98的腹膜透析患者。

三十八、舌鳞状细胞癌（手术治疗）

主要诊断ICD-10编码：C01，C02，且伴主要手术ICD-9-CM-3编码：25.1至25.4，40.4的手术出院患者。

三十九、腮腺肿瘤（手术治疗）

主要诊断ICD-10编码：D10.5，D11.0，D33.2，C07，C10.2，C71.9，且伴主要手术ICD-9-CM-3编码：26.2，26.3伴04.03，04.04，04.42，40.29的手术出院患者。

四十、口腔种植术

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

四十一、原发性急性闭角型青光眼（手术治疗）

主要诊断ICD-10编码：H26.2，H40.0，H40.2，H40.9且伴主要手术ICD-9-CM-3编码：10.1，10.49，10.6，10.91，10.99，12.11，12.12，12.64，12.66，12.67，12.71至12.73，12.79，12.83，12.85，12.87，12.91，12.92，12.99，13.19，13.3，13.41，13.59，13.70，13.71，13.90，14.73，14.74，14.79的手术出院患者。

四十二、复杂性视网膜脱离（手术治疗）

主要诊断ICD-10编码：E10.3，E11.3，E14.3，H33.0至H33.5，H59.8，且伴主要手术ICD-9-CM-3编码：13.19，13.3，13.41，13.42，13.43，13.59，13.64，13.65，13.69，13.70，13.71，13.72，13.8，13.90，14.29，14.31，14.49，14.51，14.52，14.53，14.54，14.59，14.71，14.72，14.73，14.74，14.75，14.9的手术出院患者。

四十三、围手术期预防感染

主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者：

1.甲状腺叶切除术：06.2至06.5

2.膝半月软骨切除术：80.6

3.晶状体相关手术：13.0至13.9

4.腹股沟疝相关手术：17.11至17.13，17.21至17.24，53.00至53.17

5.乳房组织相关手术：85.2至85.4

6.动脉内膜切除术：38.1

7.足和踝关节固定术和关节制动术：81.1

8.其他颅骨切开术：01.24

9.椎间盘切除术或破坏术：80.50至80.59

10.骨折切开复位+内固定术：03.53，21.72，76.72至76.79，79.31至79.39

11.关节脱位切开复位内固定术：76.94，79.8

12.骨内固定不伴骨折复位术及置入装置去除：78.5至78.6

13.卵巢相关手术：65.2至65.6

14.肌腱相关手术：83.11至83.14

15.睾丸相关手术：62.0至62.9

16.阴茎相关手术：64.0至64.4，64.9

17.室间隔缺损修补术：35.62

18.房间隔缺损修补术：35.61

19.髋关节置换术：00.7，81.51至81.53

20.膝关节置换术：00.80至00.83，81.54，81.55

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

四十四、围手术期预防深静脉血栓栓塞

主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者：

1.闭合性心脏瓣膜切开术：35.00至35.04

2.心脏瓣膜切开和其他置换术：35.20至35.28

3.脊柱颈融合术：81.04至81.08

4.脊柱再融合术：81.34至81.38

5.胃部分切除术伴胃十二指肠吻合术：43.6

6.胃部分切除术伴胃空肠吻合术：43.7

7.其他胃部分切除术：43.8

8.胃全部切除术：43.9

9.开放性和其他部分大肠切除术：45.7

10.腹会阴直肠切除术：48.5

11.直肠其他切除术：48.6

12.肝叶切除术：50.3

13.部分肾切除术：55.4

14.全部肾切除术：55.5

15.部分膀胱切除术：57.6

16.全部膀胱切除术：57.7

17.卵巢病损或卵巢组织的局部切除术或破坏术：65.2

18.单侧卵巢切除术：65.3

19.单侧输卵管-卵巢切除术：65.4

20.双侧卵巢切除术：65.5

21.双侧输卵管-卵巢切除术：65.6

22.子宫病损或组织的切除术或破坏术：68.2

23.经腹子宫次全切除术：68.3

24.经腹子宫全部切除术：68.4

25.阴道子宫切除术：68.5

26.经腹根治性子宫切除术：68.6

27.根治性阴道子宫切除术：68.7

28.盆腔脏器去除术：68.8

29.髋关节置换术：00.7，81.51至81.53

30.膝关节置换术：00.80至00.83，81.54，81.55

31.冠状动脉旁路移植术：36.1

四十五、住院精神疾病

主要诊断ICD-10编码：F00-F99的出院患者。

四十六、中高危风险患者预防静脉血栓栓塞症

需要落实预防静脉血栓措施的重点患者：

1.入住ICU的患者；

2.中高危风险患者。

四十七、感染性休克早期治疗

主要诊断/其他诊断ICD-10编码：A02.1，A22.7，A32.7，A40.0至A40.9，A41.0至A41.9，A42.7，A54.8，B37.7，R57.2，R57.8，R65.9的出院患者。

四十八、儿童急性淋巴细胞白血病（初始诱导化疗）

主要诊断ICD-10编码：C91.0，且伴主要操作ICD-9-CM-3编码：03.92，99.25；年龄＜18岁的出院患儿。

四十九、儿童急性早幼粒细胞白血病（初始化疗）

主要诊断ICD-10编码：C92.4，且伴主要操作ICD-9-CM-3编码：03.92，99.25；年龄＜18岁的出院患儿。

五十、甲状腺结节（手术治疗）

主要诊断ICD-10编码：D34，E04.0，E04.1，E04.2，E04.9且伴主要手术ICD-9-CM-3编码：06.2至06.5的手术出院患者。

五十一、HBV感染分娩母婴阻断

主要诊断ICD-10编码：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ICD9-CM-3编码：74.0，74.1，74.2，74.4，74.99的出院患者。

第五章 重点医疗技术临床应用

质量控制指标

一、国家限制类医疗技术（国卫办医发〔2022〕6号）

（一）异基因造血干细胞移植技术临床应用质量控制指标

**1.异基因造血干细胞移植植入率**

【指标定义】

异基因造血干细胞移植术后100天内，实现造血重建（患者外周血中性粒细胞＞0.5×109/L与血小板＞20×109/L连续稳定三天以上）的患者例次数占同期异基因造血干细胞移植患者总例次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

反映医疗机构造血干细胞移植技术水平的重要指标之一。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

**2.重度（Ⅲ-Ⅳ度）急性移植物抗宿主病发生率**

【指标定义】

急性移植物抗宿主病（aGVHD），是指造血干细胞移植术后100天内，由于移植物抗宿主反应而引起的免疫性疾病，主要表现为皮疹、腹泻和黄疸，是异基因造血干细胞移植的主要并发症和主要死亡原因。重度（Ⅲ-Ⅳ度）急性移植物抗宿主病发生率，是指异基因造血干细胞移植术后发生重度（Ⅲ-Ⅳ度）急性移植物抗宿主病患者例次数占同期异基因造血干细胞移植患者总例次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

体现医疗机构对不同移植方式造血干细胞移植术后aGVHD预防水平，是反映医疗机构造血干细胞移植技术医疗质量的重要过程性指标之一。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

**3.慢性移植物抗宿主病发生率**

【指标定义】

慢性移植物抗宿主病（cGVHD），是指造血干细胞移植术100天后，由于移植物抗宿主反应而引起的慢性免疫性疾病。慢性移植物抗宿主病发生率，是指异基因造血干细胞移植术后发生慢性移植物抗宿主病患者例次数占同期异基因造血干细胞移植患者总例次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

体现医疗机构对造血干细胞移植术后cGVHD预防水平，是反映医疗机构造血干细胞移植技术医疗质量的重要过程性指标之一。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

**4.异基因造血干细胞移植总体生存率**

【指标定义】

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

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

体现医疗机构造血干细胞移植技术水平，是反映医疗机构造血干细胞移植技术医疗质量的重要结果指标之一。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

（二）同种胰岛移植技术临床应用质量控制指标

**1.胰岛纯度**

【指标定义】

采用双硫腙（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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

反映胰岛纯化效果，体现胰岛提取技术水平的指标。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

**2.总胰岛当量**

【指标定义】

胰岛当量（IsletEquivalentQuantity，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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×20×样本量（mL）

【指标说明】

参考Lembert等的方法，用显微镜测量镜检计数的胰岛细胞团直径，计算每50微升溶液中DTZ染色阳性的胰岛细胞团的IEQ，按IEQ表换算为相当于直径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）。

【指标意义】

用于计算获取胰岛数量，体现胰岛提取技术水平的指标。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

**3.胰岛活率**

【指标定义】

采用活细胞染色技术进行胰岛计数。胰岛活率是指活胰岛数占胰岛总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

用于评价获取胰岛中活细胞的比例，体现胰岛提取技术水平的指标。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

**4.移植后有效率（1年、3年、5年）**

【指标定义】

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%。

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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

反应同种胰岛移植治疗患者的远期疗效。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

（三）同种异体运动系统结构性组织移植技术临床应用质量控制指标

**1.符合规定的来源移植物比例**

【指标定义】

符合规定的来源移植物数占同期移植物总数的比。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

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

【指标意义】

反映移植物来源的规范性。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

**2.术中移植物微生物培养阳性率**

【指标定义】

术中移植物微生物（细菌、真菌、支原体等）培养阳性的样本数占同期术中移植物微生物培养总样本数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

反映同种异体运动系统结构性组织移植术中感染风险。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

**3.围手术期并发症发生率**

【指标定义】

围手术期并发症是指同种异体运动系统结构性组织移植术后30天内发生的并发症，包括感染、血栓形成、移植失败等。围手术期并发症发生率是指围手术期并发症发生的例次数占同期同种异体运动系统结构性组织移植手术总例次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

围手术期并发症发生率

×100%

【指标意义】

反映同种异体运动系统结构性组织移植手术的安全性。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

**4.微创手术比例**

【指标定义】

微创同种异体运动系统结构性组织移植手术例次数占同期同种异体运动系统结构性组织移植手术总例次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

反映同种异体运动系统结构性组织移植手术水平全性。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

（四）同种异体角膜移植技术临床应用质量控制指标

**1.同种异体角膜移植成功率**

【指标定义】

同种异体角膜移植成功是指通过同种异体角膜移植手术达到预期目的（增视性、治疗性、美容性等），植片与植床对合良好无脱落。同种异体角膜移植成功率是指同种异体角膜移植成功的例数占同期同种异体角膜移植总例数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

反映医疗机构同种异体角膜移植技术水平。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

**2.角膜原发疾病控制率**

【指标定义】

同种异体角膜移植术后，角膜原发疾病基本改善或治愈的例数占同期同种异体角膜移植总例数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

反映同种异体角膜移植术后角膜原发疾病的控情况。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。  
**3.术后视力提高率**

【指标定义】

术后视力提高是指同种异体角膜移植术后，视力提高视力表两行及以上。术后视力提高率是指术后视力提高的例数占同期同种异体角膜移植总例数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

反映同种异体角膜移植术后视力改善情况。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。  
**4.角膜组织存活率（1年、3年）**

【指标定义】

同种异体角膜移植术后，1、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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

反映同种异体角膜移植患者的远期疗效。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

（五）性别重置技术临床应用质量控制指标

**1.尿瘘发生率**

【指标定义】

性别重置术后尿瘘发生的例数占同期性别重置手术总例数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

反映医疗机构性别重置技术水平和安全性重要指标之一。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

**2.再造尿道狭窄率**

【指标定义】

性别重置术后半年内发生再造尿道狭窄的例数占同期女变男性别重置手术总例数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

反映医疗机构性别重置技术水平和安全性重要指标之一。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

**3.再造阴道狭窄率**

【指标定义】

性别重置术后半年内发生再造阴道狭窄的例数占同期男变女性别重置手术总例数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

反映医疗机构性别重置技术水平和安全性重要指标之一。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

**4.直肠阴道瘘发生率**

【指标定义】

性别重置术后发生直肠阴道瘘的例数占同期性别重置手术总例数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

反映医疗机构性别重置技术水平和安全性重要指标之一。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

（六）质子和重离子加速器放射治疗技术临床应用质量控制指标

**1.病理诊断率**

【指标定义】

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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

反映医疗机构质子或重离子放射治疗的规范性。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

**2.治疗方案完成率**

【指标定义】

实施质子或重离子放射治疗的患者，完成既定治疗方案的患者数占同期质子或重离子放射治疗患者总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

反映医疗机构质子或重离子放射治疗的规范性。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

**3.不良反应发生率**

【指标定义】

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。不良反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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

反映医疗机构质子或重离子放射治疗的安全性。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

**4.6个月内死亡率**

【指标定义】

6个月内死亡是指患者从第一次接受质子或重离子放射治疗起，6个月之内死亡。6个月内死亡率是指实施质子或重离子放射治疗的患者，6个月内死亡的患者数占同期质子或重离子放射治疗患者总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

反映医疗机构质子或重离子放射治疗的安全性和患者适应证选择的合理性。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

（七）放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标

**1.术后放射剂量验证率**

【指标定义】

术后放射剂量验证，是指放射性粒子植入术后进行影像学检查，并通过放射性粒子植入治疗计划系统完成放射剂量验证。术后放射剂量验证率，是指放射性粒子植入治疗后，完成术后放射剂量验证的患者例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

体现术后对患者病情整体评估情况，是反映医疗机构放射性粒子植入治疗技术医疗质量的重要过程性指标之一。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

2.术中及术后30天内主要并发症发生率

【指标定义】

放射性粒子植入术中及术后30天内发生主要并发症的例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

主要并发症包括穿刺相关和放射性损伤相关并发症。

（1）穿刺相关主要并发症包括与穿刺相关的感染、出血、气胸、神经损伤。气胸发生率仅用于肺部实体肿瘤放射性粒子植入病例。神经损伤发生率仅用于坐骨神经等周围神经干区域肿瘤放射性粒子植入病例。

（2）放射性粒子植入治疗可能造成粒子植入区域及周围小范围组织放射性损伤，主要包括皮肤溃疡、放射性肺炎、放射性脊髓炎、放射性膀胱炎、放射性肠炎、脑坏死、食道穿孔。皮肤溃疡发生率仅用于浅表肿瘤放射性粒子植入病例。放射性肺炎发生率仅用于肺部实体肿瘤放射性粒子植入病例。放射性脊髓炎发生率仅用于骨组织或其邻近组织实体肿瘤放射性粒子植入病例。放射性膀胱炎发生率仅用于盆腔实体肿瘤放射性粒子植入病例。放射性肠炎发生率仅用于腹腔脏器肿瘤放射性粒子植入病例。放射性脑坏死发生率仅用于颅内肿瘤放射性粒子植入病例。食道穿孔发生率仅用于食管粒子支架植入病例。

【指标意义】

反映医疗机构开展放射性粒子植入治疗的长期治疗效果。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

**3.放射性粒子植入治疗有效率**

【指标定义】

放射性粒子植入治疗有效是指对放射性粒子植入术后进行疗效评价，按照实体瘤疗效评价新标准（Response Evaluation Criteria in Solid Tumors，RECIST）达到完全缓解、部分缓解、肿瘤稳定状态。放射性粒子植入治疗有效率，是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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

实体瘤疗效评价新标准主要包括以下几项：

（1）完全缓解：所有靶病灶消失，无新病灶出现，且肿瘤标志物正常，至少维持4周。

（2）部分缓解：靶病灶最大径之和减少≥30%，至少维持4周。

（3）肿瘤稳定：靶病灶最大径之和缩小未达到部分缓解，或增大未达到肿瘤进展。

（4）肿瘤进展：靶病灶最大径之和至少增加20%，或者出现新病灶。

【指标意义】

反映医疗机构开展放射性粒子植入治疗技术的效果，是反映医疗机构放射性粒子植入治疗技术医疗质量的重要结果指标之一。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

**4.术后30天内全因死亡率**

【指标定义】

放射性粒子植入术后30天内死亡患者（不论何种原因）例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

体现放射性粒子植入治疗技术的安全性，是反映医疗机构放射性粒子植入治疗技术医疗质量的重要结果指标之一。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

（八）肿瘤消融治疗技术临床应用质量控制指标

**1.肿瘤消融治疗完成率**

【指标定义】

按照肿瘤消融计划，实际完成消融治疗的病灶总数占同期计划完成消融治疗的病灶总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

反映医疗机构肿瘤消融治疗技术水平。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

**2.肿瘤消融治疗后局部病灶有效控制率**

【指标定义】

肿瘤消融治疗后局部病灶有效控制的例次数占同期肿瘤消融治疗总例次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

反映肿瘤消融治疗后局部病灶的控制情况。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

**3.肿瘤消融治疗后30天内严重并发症发生率**

【指标定义】

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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

（1）×100%

（2）×100%

（3）×100%

（4）×100%

【指标说明】

肿瘤消融治疗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。

【指标意义】

反映肿瘤消融治疗的安全性。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

**4.肿瘤消融治疗后30天内死亡率**

【指标定义】

肿瘤消融治疗后30天内死亡（包括因不可逆疾病而自动出院的患者）患者数占同期肿瘤消融治疗患者总数的比例。患者死亡原因包括患者本身病情严重、手术、麻醉以及其它任何因素。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

反映肿瘤消融治疗的安全性。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

（九）心室辅助技术临床应用质量控制指标

**1.术后30天死亡率**

【指标定义】

心室辅助装置植（介）入术后30天内死亡患者数（不论何种原因）占同期心室辅助装置植（介）入患者总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

体现应用心室辅助装置的治疗效果，是反映医疗机构心室辅助技术医疗质量的重要结果指标之一。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

**2.心室辅助桥接到心脏移植率**

【指标定义】

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。心室辅助桥接到心脏移植率，是指心室辅助桥接到心脏移植例数占同期心室辅助装置应用总例数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

反映心室辅助装置应用后转归的重要过程指标。

【指标导向】监测比较。

【数据生成方式】医院填报。

**3.术中及术后30天内主要并发症发生率**

【指标定义】

心室辅助装置植（介）入术中及术后30天内，发生主要并发症的患者数占同期心室辅助装置植（介）入患者总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

主要并发症包括菌血症和败血症感染、纵隔感染、驱动线缆感染、内脏出血、非计划性手术、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。

【指标意义】

体现应用心室辅助装置的治疗安全性，是反映医疗机构心室辅助技术医疗质量的重要结果指标。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

**4.患者术后生存率（1年、3年、5年）**

【指标定义】

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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

反映医疗机构开展心室辅助技术的长期治疗效果

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

（十）人工智能辅助治疗技术临床应用质量控制指标

**1.手术中转率**

【指标定义】

同一术种实施人工智能辅助治疗技术的患者，术中因各种原因转为其它手术方式的例数占同期人工智能辅助治疗技术总例数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

反映医疗机构人工智能辅助治疗技术水平及规范性。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

**2.术中设备不良事件发生率**

【指标定义】

实施人工智能辅助治疗技术的患者，术中发生设备不良事件（是指实施人工智能辅助治疗技术过程中，机器人手术系统发生影响手术操作的事件，包括设备故障、手术器械意外损坏等）的例数占同期人工智能辅助治疗技术总例数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

反映医疗机构人工智能辅助治疗技术手术系统设备管理和维护能力，以及患者安全保障能力。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

**3.术中及术后死亡率**

【指标定义】

术中及术后死亡是指实施人工智能辅助治疗技术的患者，术中及术后（住院期间内）死亡，包括因不可逆疾病而自动出院的患者。术中及术后死亡率是指同一术种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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

反映医疗机构人工智能辅助治疗技术水平的重要结果指标之一。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

**4.各专业月手术量及人工智能辅助治疗技术比例**

【指标定义】

各专业月手术量是指各专业（普通外科、泌尿外科、胸外科、心脏大血管外科、妇科、骨科、神经外科等）每个月开展人工智能辅助治疗技术的例数。人工智能辅助治疗技术比例是指同一类型疾病，实施人工智能辅助治疗技术的例次数占同期该类疾病手术治疗总例次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

反映医疗机构相关专业在选择人工智能辅助治疗技术的适宜性和科学性。

【指标导向】监测比较。

【数据生成方式】医院填报。

（十一）体外膜肺氧合（ECMO）技术临床应用质量控制指标

**1.ECMO有效撤除率**

【指标定义】

ECMO有效撤除，是指应用ECMO的患者，经积极治疗后心、肺功能改善或器官移植而撤除ECMO，撤除ECMO后48小时患者仍存活。ECMO有效撤除率，是指有效撤除ECMO例次数占同期ECMO应用例次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

体现应用ECMO的治疗效果，是反映医疗机构ECMO医疗质量的重要过程性指标之一。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

**2.30天全因死亡率**

【指标定义】

ECMO应用后30天内死亡患者数（不论何种原因）占同ECMO应用患者总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

体现应用ECMO的治疗效果，是反映医疗机构ECMO医疗质量的重要结果指标之一。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

**3.一年生存率**

【指标定义】

ECMO应用后1年随访（失访者按未存活患者统计）尚存活的患者数占同期ECMO应用患者总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

反映医疗机构开展ECMO的长期治疗效果。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

**4.术中及术后30天内患者主要并发症发生率**

【指标定义】

ECMO术中及术后30天内，发生主要并发症的患者数占同期ECMO应用例次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

（1）×100%

（2）×100%

（3）×100%

（4）×100%

（5）×100%

（6）×100%

【指标说明】

术中及术后30天内患者主要并发症包括出血、溶血、血栓栓塞、下肢缺血坏死、神经系统并发症、血源性感染。

出血包括应用ECMO期间的（调整内容）:①致死性出血；②颅内出血；③与ECMO抗凝相关的纵隔、消化道、呼吸道、插管局部等部位出血，导致血色素进行性下降（下降幅度＞2g/dL/d）、循环不稳定、或需要外科手术干预。

溶血是指应用ECMO期间，排除出血、血液稀释等原因导致的血色素下降幅度＞2g/dL,且血浆游离血红蛋白＞5mg/dL。

血栓栓塞包括应用ECMO期间的①脑栓塞或肢体动脉栓塞；②下肢深静脉血栓或肺栓塞；③心腔内血栓形成，有影像学（动、静脉超声或CT等）证据支持。

下肢缺血坏死是指应用ECMO期间的ECMO插管侧下肢发生溃疡、坏疽、甚至截肢。

神经系统并发症是指ECMO应用期间新发生的出血性脑卒中及引起功能障碍的缺血性脑卒中，有影像学（头颅CT或MRI等）证据支持。

血源性感染是指由于ECMO治疗应用相关的血源性感染；从以下位置能够获得微生物学阳性标本：①感染位置的皮下细针抽吸；②手术探查；③导管尖端感染发生于ECMO置管48小时后。

【指标意义】

体现ECMO应用的治疗安全性，是反映医疗机构ECMO医疗质量的重要结果指标。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

（十二）自体器官移植技术临床应用质量控制指标

**1.自体器官移植术成功率**

【指标定义】

自体器官移植术成功是指通过自体器官移植手术达到预期目标病灶彻底清除，预留器官脉管可靠修复及重建，再植后预留器官血流和功能正常。自体器官移植术成功率是指自体器官移植术成功的例数占同期自体器官移植术总例数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

反映医疗机构自体器官移植技术水平。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

**2.术后非计划二次手术率**

【指标定义】

术后非计划二次手术是指在同一次住院期间，因各种原因导致患者需进行的计划外再次手术。术后非计划二次手术率是指自体器官移植术后发生非计划二次手术的手术例数占同期自体器官移植术总例数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

反映医疗机构自体器官移植术技术水平和安全性。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

**3.术后血管并发症发生率**

【指标定义】

自体器官移植术后，1周、1个月、3个月内发生血管并发症的手术例数占同期自体器官移植手术总例数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

血管并发症包括动脉、静脉系统的狭窄、血栓、出血

【指标意义】

反映医疗机构自体器官移植术技术水平和安全性。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

**4.术后早期死亡率**

【指标定义】

自体器官移植术后30天内患者全因（不论何种原因）死亡例数占同期自体器官移植术总例数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

反映医疗机构自体器官移植技术水平和安全性。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

二、人体器官捐献、获取与移植技术

（一）向人体器官获取组织报送的潜在器官捐献者人数与院内死亡人数比

【指标定义】

是指医疗机构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人数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

体现器官捐献工作的能力。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】病案系统。

（二）实现器官捐献的人数与院内死亡人数比

【指标定义】

实现器官捐献的人数与院内死亡人数比是指医疗机构年度实现器官捐献的人数与院内死亡人数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

体现器官捐献工作的能力。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】病案系统。

（三）人体器官获取组织质量控制指标（国卫办医函〔2019〕197号）

**1.平均器官产出率**

【指标定义】

平均器官产出率是指在OPO服务区城内，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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

体现器官捐献和OPO器官获取工作能力。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】COTRS。

**2.器官保存液病原菌培养阳性率**

【指标定义】

器官保存液病原菌培养阳性率是指OPO获取的器官其保存液中病原菌培养阳性者器官数占获取器官总例数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

反映获取器官的安全性。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

（四）肝脏移植技术医疗质量控制指标（国卫办医函〔2020〕443号）

**1.肝癌肝脏移植受者比例**

【指标定义】

肝癌肝脏移植受者比例是指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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

反映医疗机构肝癌肝移植受者情况。

【指标导向】监测比较。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】中国肝移植注册系统。

**2.术中大出血发生率**

【指标定义】

成人肝脏移植手术受者术中出血量在2000ml及以上的手术人数占同期成人肝脏移植手术总人数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

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。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】中国肝移植注册系统。

**3.术后早期肝功能不全（EAD）发生率**

【指标定义】

术后早期肝功能不全（EAD）发生率是指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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

符合下列一个或多个标准的病例视为发生EAD:

（1）术后第7天总胆红素（TB）≥171umol/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（AST）＞2000IU/L。

【指标意义】

反映的是术后并发症的发生比例，用于评价医疗机构肝脏移植技术的安全性，通过同级别医疗机构的横向比较，以及不同时间的纵向比较及时发现术后并发症的现状、趋势及危险因素，为其预防、控制和指定质量改进目标提供科学依据，提升医疗机构肝脏移植技术水平和术后管理质量。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】中国肝移植注册系统。

**4.术后非计划二次手术率**

【指标定义】

肝脏移植手术后发生非计划二次手术的手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

非计划二次手术是指在同一次住院期间，因各种原因导致受者需进行的计划外再次手术。

【指标意义】

反映的是术后并发症的发生比例，用于评价医疗机构肝脏移植技术的安全性，通过同级别医疗机构的横向比较，以及不同时间的纵向比较及时发现术后并发症的现状、趋势及危险因素，为其预防、控制和指定质量改进目标提供科学依据，提升医疗机构肝脏移植技术水平和术后管理质量。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】中国肝移植注册系统。

**5.术后血管并发症发生率（1周内、1月内、3月内）**

【指标定义】

肝脏移植手术后发生血管并发症的手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

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。

【指标意义】

反映的是术后并发症的发生比例，用于评价医疗机构肝脏移植技术的安全性，通过同级别医疗机构的横向比较，以及不同时间的纵向比较及时发现术后并发症的现状、趋势及危险因素，为其预防、控制和指定质量改进目标提供科学依据，提升医疗机构肝脏移植技术水平和术后管理质量。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】中国肝移植注册系统。

**6.术后早期死亡率**

【指标定义】

肝脏移植术后30天内受者全因死亡人数占同期肝脏移植手术受者总人数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

反映肝移植的中远期疗效，与医疗机构手术技术，术后医疗管理质量等情况密切相关，与同级医疗机构进行横向比较，评价医疗机构肝脏移植医疗技术与术后管理质量。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】中国肝移植注册系统。

（五）肾脏移植技术医疗质量控制指标（国卫办医函〔2020〕443号）

**1.术后30天内死亡率**

【指标定义】

肾脏移植术后30天内受者全因死亡人数占同期肾脏移植总人数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

体现肾脏移植手术操作的水平与近期治疗效果，用于评价医疗机构肾脏移植技术的安全性，是反映医疗机构肾脏移植技术水平的重要结果指标之一。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】中国肾移植科学登记系统。

**2.移植肾功能延迟恢复发生率**

【指标定义】

肾脏移植术后发生移植肾功能延迟恢复（DGF）的受者人数占同期肾脏移植总人数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

DGF是指肾脏移植术后一周内需要透析治疗或术后一周血肌酎未下降至400μmol/L以下。

【指标意义】

是反映医疗机构肾脏移植技术水平的重要过程指标之一。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】中国肾移植科学登记系统。

**3.血管并发症发生率**

【指标定义】

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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

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。

【指标意义】

是反映医疗机构肾脏移植技术水平的重要过程指标之一。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】通过电子病历信息统计术后血管并发症发生数量，即行肾脏移植手术的患者病案系统出现血管并发症诊断，且入院病情为“无”。

**4.急性排斥反应发生率**

【指标定义】

肾脏移植术后1年内发生急性排斥反应受者人数占同期肾脏移植总人数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

急性排斥反应，是肾脏移植术后最常见的一种排斥反应，一般发生在肾脏移植术后几个小时至6个月内，临床上表现为发热、全身不适、移植肾肿大和疼痛，同时伴有移植肾功能突然减退。

【指标意义】

反映医疗机构对肾脏移植术后急性排斥反应的防治水平，是体现医疗机构肾脏移植技术水平的重要过程指标之一。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】中国肾移植科学登记系统。

5.术后感染发生率

【指标定义】

肾脏移植术后100天内发生感染的受者人数占同期肾脏移植总人数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

肾脏移植术后无症状的下尿路感染不在统计之列。

【指标意义】

体现医疗机构对肾脏移植术后感染的防治水平，是反映医疗机构肾脏移植技术水平的重要过程指标之一。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】中国肾移植科学登记系统。

**6.移植肾生存率**

【指标定义】

接受肾脏移植手术后，在某段时间（1年、3年、5年等）移植肾脏的生存率。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

采用乘积极限法（Kaplan-Meier法）计算。

【指标说明】

生存率需要和生存概率加以区别。例如：已知某医疗机构在术后1年内，有98例移植肾尚有功能，将其除以当年移植总人数（若为100例），即可得出该机构的一年移植肾生存概率为98%。但由于没有引入具体的移植肾存活时间，生存概率不能反映移植肾的存活随着时间的变化情况。而生存分析中则能很好地解决这个问题。将医疗机构上报的移植肾失功的病例、相应的术后失功时间导入统计软件，采用Kaplan-Meier法，进行复杂运算后得出该机构在术后不同时间内的移植肾生存率。

【指标意义】

体现医疗机构对肾脏移植术后受者的综合管理水平，是反映医疗机构肾脏移植技术水平的重要结果指标之一。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】中国肾移植科学登记系统。

（六）心脏移植技术医疗质量控制指标（国卫办医函〔2020〕443号）

1.伦理委员会决议通过率

【指标定义】

单位时间内，术前经医疗机构伦理委员会讨论通过的心脏移植患者数占心脏移植总人数的比例。

【评分规则】规模或配比类。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

具备心脏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，在实施心脏移植手术前，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。伦理委员会决议通过率应达100%。

【指标意义】

该指标反映医疗机构实施心脏移植手术的规范性。

【指标导向】监测达标。

【数据生成方式】医院填报。

**2.术前有创肺动脉压监测率**

【指标定义】

单位时间内，术前进行有创肺动脉压监测的人数占心脏移植总人数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

术前进行有创肺动脉压监测，有助于了解肺动脉压等指标，帮助了解移植受者肺功能状况是否正常或及时治疗纠正。

【指标意义】

该指标反映医疗机构实施心脏移植手术术前评估的规范性。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】中国心脏移植注册系统。

**3.术前心肺运动试验检查率**

【指标定义】

单位时间内，术前进行心肺运动试验（CPET）检查的心脏移植人数占心脏移植总人数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

对不存在心肺运动试验禁忌证的移植候选者，采用该试验进行心脏移植入选评估，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。

【指标意义】

该指标反映医疗机构实施心脏移植手术术前评估的规范性。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】从电子病历信息中统计心脏移植手术术前行心肺运动实验的病例数。

**4.供体心脏缺血时间小于等于6小时的比例**

【指标定义】

单位时间内，医疗机构获取的供体心脏的缺血时间小于等于6小时的心脏移植例数占总例数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

供体心脏缺血时间：从供体心脏的获取开始灌注到心脏移植手术后开始供血的时间。

【指标意义】

反映医疗机构心脏移植手术过程中供体心脏选择和维护的规范性。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】中国心脏移植注册系统。

**5.术后院内死亡率**

【指标定义】

单位时间内，心脏移植手术受者术后（自手术开始至出院）全因死亡人数占同期心脏移植总人数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

反映医疗机构实施心脏移植手术的医疗质量。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】中国心脏移植注册系统。

**6.心脏移植术后（30天、1年、3年、5年、10年）存活率**

【指标定义】

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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

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。

【指标意义】

反映医疗机构心脏移植术后的随访规范性。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】中国心脏移植注册系统。

（七）肺脏移植技术医疗质量控制指标（国卫办医函〔2020〕443号）

**1.术中异体输血≤1000毫升（ml）手术比例**

【指标定义】

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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

反映肺脏移植医疗技术水平以及异体输血适应证的掌握情况。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】中国肺移植注册系统。

**2.术后二次开胸率**

【指标定义】

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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标意义】

反映医疗机构肺脏移植技术水平及术后管理水平。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】病案系统。

**3.术后3个月内感染发生率**

【指标定义】

肺脏移植术后3个月内发生感染的人数占同期肺脏移植总人数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

术后3个月内感染发生率

×100%

【指标说明】

无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CMN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）。

【指标意义】

反映肺脏移植术后管理水平。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】中国肺移植注册系统。

**4.术后6个月内气道吻合口并发症发生率**

【指标定义】

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。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

术后6个月内气道吻合口并发症发生率

×100%

【指标说明】

气道吻合并发症包6括缺血坏死、裂开、狭窄和软化。

【指标意义】

反映医疗机构肺脏移植技术水平及术后管理水平。

【指标导向】逐步降低。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】中国肺移植注册系统。

**5.诊断符合率**

【指标定义】

诊断符合的人数占同期肺脏移植总人数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

诊断符合率×100%

【指标说明】

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。

【指标意义】

反映医疗机构肺脏移植患者入院诊断的准确性。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】病案系统。

**6.术后（6月、1年、3年、5年、10年）生存率**

【指标定义】

肺脏移植术后（6月、1年、3年、5年、10年）随访（失访者按未存活统计）尚存活的肺脏移植患者数占同期肺脏移植总人数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

术后（6月、1年、3年、5年、10年）生存率  
×100%

【指标意义】

反映肺脏移植患者的近、远期疗效。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

【指标提取建议】中国肺移植注册系统。

三、其他重点医疗技术质量控制指标

消化内镜诊疗技术医疗质量控制指标（国卫办医函〔2022〕161号）

**1.四级消化内镜诊疗技术占比**

【指标定义】

单位时间内，消化内镜中心开展四级消化内镜诊疗技术例次数占同期消化内镜诊疗总例次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

四级消化内镜诊疗技术依据《消化内镜诊疗技术临床应用管理规范（2019年版）》和《儿科消化内镜诊疗技术临床应用管理规范（2019年版）》中按四级手术管理的儿科消化内镜诊疗技术参考目录中列出的消化内镜诊疗技术统计，与医疗机构对该技术的临床应用管理分级无关。

【指标意义】

反映医疗机构消化内镜诊疗质量。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

**2.三级消化内镜诊疗技术占比**

【指标定义】

单位时间内，消化内镜中心开展三级消化内镜诊疗技术例次数占同期消化内镜诊疗总例次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

三级消化内镜诊疗技术依据《消化内镜诊疗技术临床应用管理规范》和《儿科消化内镜诊疗技术临床应用管理规范（2019年版）》中按三级手术管理的儿科消化内镜诊疗技术参考目录中列出的消化内镜诊疗技术统计，与医疗机构对该技术的临床应用管理分级无关。

【指标意义】

反映医疗机构消化内镜诊疗质量。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

**3.结肠镜盲肠插镜成功率**

【指标定义】

单位时间内，结肠镜检查到达盲肠例次数占同期结肠镜检查总例次数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

结肠镜盲肠插镜成功是指内镜到达盲肠并留图。本指标适用于无解剖变异或结直肠外科手术史的受检者。

【指标意义】

反映医疗机构结肠镜技术临床应用质量。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

**4.食管癌早期诊断率**

【指标定义】

单位时间内，上消化道内镜检查发现早期食管癌患者数占同期上消化道内镜检查发现食管癌患者总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

本指标中早期食管癌指病灶局限于黏膜层，无论有无区域淋巴结转移。

【指标意义】

反映医疗机构上消化道内镜技术临床应用质量。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

**5.胃癌早期诊断率**

【指标定义】

单位时间内，上消化道内镜检查发现早期胃癌患者数占同期上消化道内镜检查发现胃癌患者总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

本指标中早期胃癌指病灶局限于黏膜层或黏膜下层，无论有无淋巴结转移。

【指标意义】

反映医疗机构上消化道内镜技术临床应用质量。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。

**6.结直肠癌早期诊断率**

【指标定义】

单位时间内，结肠镜检查发现早期结直肠癌患者数占同期结肠镜检查发现结直肠癌患者总数的比例。

【评分规则】

连续监测指标。

【计算方法】

×100%

【指标说明】

本指标中早期结直肠癌指病灶局限于黏膜层或黏膜下层，无论有无淋巴结转移。

【指标意义】

反映医疗机构结肠镜技术临床应用质量。

【指标导向】逐步提高。

【数据生成方式】医院填报。