

《湖北省三级医院评审标准实施细则 (2023 年版) 》

《湖北省三级医院评审标准实施细则 (2023 年版)》说明

为持续做好医院评审工作，按照国家卫生健康委《三级医院评审标准(2022 年版)》及其实施细则要求，结合我省实际情况，制定本细则。

本标准共三个部分，总分 1000 分。适用于三级医院（含专科医院），二级医院可参照使用。三级专科医院评审时将结合专科特点增加部分评价内容并调整不适用条款范围。

第一部分 前置要求

一、共设 3 节 25 条，不设分值。

二、评审周期为四年，医院在评审周期内发生一项及以上相关情形的，延期一年评审；延期期间原等次取消，按照“未定等”管理。

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

四、申请评审的医院无前置条款界定的情形，方可向省卫生

健康委提出评审的申请。

第二部分 医疗服务能力与质量安全监测数据

一、本部分分值

（一）共设五章 81 节，总分 600 分。

（二）赋分方法：第一章资源配置与运行数据指标共有 5 节，每节分值 30 分，共 150 分；第二章医疗服务能力与医院质量安全共有 3 节，每节分值 100 分，共 300 分；第三章重点专业质量控制指标包含 19 个重点专业，每个专业 4 分，共 76 分；第四章单病种（术种）质量控制指标和第五章重点医疗技术临床应用质量控制指标共 74 分。

二、指标说明

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

（二）单病种（术种）选取“平均住院日、次均费用、病死率”等指标进行评价。

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

（四）综合医院参加评审的指标数量不得低于本版标准的

60%。评审医院如有不纳入的单病种（术种）和重点医疗技术，需在评审前提出书面申请并经评审组核实。

三、数据采集原则

（一）数据统计周期为全评审周期。

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

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

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

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

四、数据说明

（一）医院评审所需数据主要来源

1. 卫生资源统计年报及相关报表
2. 国家医疗质量管理与控制信息网（NCIS）
3. 全国医院质量监测系统（HQMS）
4. 国家公立医院绩效考核管理平台
5. 国家单病种质量监测平台
6. 国家医疗机构、医师、护士电子化注册系统
7. 中国人体器官分配与共享计算机系统（COTRS）

8. 各器官移植专业质控中心相关系统（肝脏移植登记注册系统、肾脏移植登记注册系统、心脏移植登记注册系统、肺脏移植登记注册系统）

9. 湖北省相关信息系统（湖北省住院医疗服务绩效评价平台、湖北省医疗技术临床应用管理信息平台等）

10. 暂不能通过信息化方式直接采集的指标由医疗机构在医院评审平台上进行填报。

（二）疾病、手术名称与编码

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

五、评分规则

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

（二）连续监测指标，按照“区间赋分兼顾持续改进”原则给分。

（三）第四章及第五章指标按达标比例进行计分。

六、数据核查原则

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

（二）医疗机构应当根据现场评审专家组的要求，按照数据

核查准备指引提供相关资料备查。

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

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

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

七、数据核查准备

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

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

（三）对于计算所得的数据，应当有可追溯的原始数据。

第三部分 现场检查

一、本部分分值

（一）本部分总分 400 分。共设三章 24 节 187 条，579 款评分细则。

（二）赋分方法：细则设 A 款、B 款两种类别，分值分别为 1 分和 0.5 分。A 款设 1 分、0.5 分、0 分三个评分档次，B 款设 0.5 分、0.25 分、0 分三个评分档次。评审员根据现场评价中各条款的符合程度进行评分。

二、不适用条款说明

（一）《医疗机构设置标准》《湖北省三级医院评审标准实施细则（2023 年版）》等文件中未要求三级医院设置的科室或开展的项目，评审时可申请作为不适用条款。医疗机构执业许可证中已登记而实际未开展的诊疗科目，评审时不能申请为不适用条款。医院所开展的条款相关的项目均应纳入评审。评审医院需在评审前对不适用条款提出书面申请，经评审组审核同意后方可列为不适用条款。

（二）选择不适用条款后的计分方式：

$$\text{最终得分} = \frac{\text{实际得分}}{\text{实际总分}} \times 400$$

三、评审方法

评审员可采用下列方法对实施细则内容逐款进行符合程度

评判:

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

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

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

【员工访谈】评审现场对员工进行访谈，提问和讨论，包括集体访谈等。

【员工操作】评审现场要求员工完成特定操作、演练的内容。

【患者访谈】评审员对患者或家属开展访谈。

【病历检查】评审现场对运行病历、门急诊病历进行检查。

【病案检查】评审员提前或现场对特定归档病案进行查阅。

【数据核查】同第二部分。

评审结果判定原则

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

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

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

第一部分 前置要求

一、依法设置与执业

（一）医院规模和基本设置未达到《医疗机构管理条例》《医疗机构基本标准（试行）》所要求的医院标准。	1.1 医院规模和基本设置未达到《医疗机构管理条例》《医疗机构基本标准（试行）》所要求的医院标准，包括但不限于床位、科室设置、人员、房屋、设备、注册资金等方面的要求。
（二）违反《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》《医疗机构管理条例》，伪造、变造、买卖、出租、出借《医疗机构执业许可证》；医院命名不符合《医疗机构管理条例实施细则》等有关规定，未按时校验、拒不校验或有暂缓校验记录，擅自变更诊疗科目或有诊疗活动超出诊疗科目登记范围；政府举办的医疗卫生机构与其他组织投资设立非独立法人资格的医疗卫生机构，与社会资本合作举办营利性医疗卫生机构；医疗卫生机构对外出租、承包医疗科室；公立医院承包、出租药房，向营利性企业托管药房，以任何形式开设营利性药店；非营利性医疗卫生机构向出资人、举办者分配或变相分配收益。	2.1 违反《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》《医疗机构管理条例》，伪造、变造、买卖、出租、出借《医疗机构执业许可证》。
	2.2 医院命名不符合《医疗机构管理条例实施细则》等有关规定，未按时校验、拒不校验或有暂缓校验记录，擅自变更诊疗科目或有诊疗活动超出诊疗科目登记范围。
	2.3 政府举办的医疗卫生机构与其他组织投资设立非独立法人资格的医疗卫生机构，与社会资本合作举办营利性医疗卫生机构。
	2.4 医疗卫生机构对外出租、承包医疗科室。
	2.5 公立医院承包、出租药房，向营利性企业托管药房，以任何形式开设营利性药店。
	2.6 非营利性医疗卫生机构向出资人、举办者分配或变相分配收益。
（三）违反《中华人民共和国医师法》《医疗机构管理条例》《护士条例》，使用非卫生技术人员从事医疗卫生技术工作。	3.1 违反《中华人民共和国医师法》《医疗机构管理条例》《护士条例》，使用非卫生技术人员从事医疗卫生技术工作。
	3.2 发生被主管部门通报或媒体曝光的严重违反依法执业行为。
	3.3 未按相关规定完成全院医师、护士的电子化证照注册。

(四) 违反《中华人民共和国药品管理法》《医疗器械监督管理条例》，违法违规采购或使用药品、设备、器械、耗材开展诊疗活动，造成严重后果；未经许可配置使用需要准入审批的大型医用设备。	4.1 违反《中华人民共和国药品管理法》《医疗器械监督管理条例》，违法违规采购或使用药品、设备、器械、耗材开展诊疗活动，造成严重后果。
	4.2 未经许可配置使用需要准入审批的大型医用设备。
(五) 违反《中华人民共和国母婴保健法》，未取得母婴保健技术服务执业许可证开展相关母婴保健技术。	5.1 违反《中华人民共和国母婴保健法》，未取得母婴保健技术服务执业许可证开展相关母婴保健技术。
	5.2 医疗机构在开展母婴保健技术服务过程中，被卫生行政主管部门公开处罚通报。
(六) 违反《人体器官移植条例》，买卖人体器官或者从事与买卖人体器官有关的活动，未经许可开展人体器官获取与移植技术。	6.1 开展人体器官获取与移植技术的医疗机构未获批器官移植诊疗科目；器官移植的医师不具备相应的资质。
	6.2 被卫生健康行政部门责令暂停器官移植的情形发生。
	6.3 参与非法买卖人体器官或者从事与买卖人体器官有关的活动。
(七) 违反《中华人民共和国献血法》，非法采集血液，非法组织他人出卖血液，出售无偿献血的血液。	7.1 违反《中华人民共和国献血法》，非法采集血液。
	7.2 违反《中华人民共和国献血法》，非法组织他人出卖血液。
	7.3 违反《中华人民共和国献血法》，出售无偿献血的血液。
(八) 违反《中华人民共和国传染病防治法》《中华人民共和国生物安全法》，造成传染病传播、流行或其他严重后果；或其他重大违法违规事件，造成严重后果或情节严重；卫生健康行政部门或监督执法机构近两年来对其进行传染病防治分类监督综合评价为重点监督单位（以两年来最近一次评价结果为准）。	8.1 违反《中华人民共和国传染病防治法》《中华人民共和国生物安全法》，造成传染病传播、流行或其他严重后果。
	8.2 发生其他重大违法违规事件，造成严重后果或情节严重。
	8.3 卫生健康行政部门或监督执法机构近两年来对其进行传染病防治分类监督综合评价为重点监督单位情况（以两年来最近一次评价结果为准）。
(九) 违反《医疗纠纷预防和处理条例》《医疗事故处理条例》，篡改、伪造、隐匿、毁灭病历资料，造成严重后果。	9.1 违反《医疗纠纷预防和处理条例》《医疗事故处理条例》，篡改、伪造、隐匿、毁灭病历资料，造成严重后果。

(十) 违反《医疗技术临床应用管理办法》，将未通过技术评估与伦理审查的医疗新技术、禁止类医疗技术应用于临床，造成严重后果。	10.1 违反《医疗技术临床应用管理办法》，开展医疗新技术未通过技术评估与伦理审查。
	10.2 医疗机构开展限制类技术未在医疗机构执业许可证副本登记备案。
	10.3 医疗机构开展禁止类医疗技术应用于临床。
(十一) 违反《麻醉药品和精神药品管理条例》《易制毒化学品管理条例》《处方管理办法》，违规购买、储存、调剂、开具、登记、销毁麻醉药品和第一类精神药品，使用未取得处方权的人员或被取消处方权的医师开具处方，造成严重后果。	11.1 违规购买麻醉药品和第一类精神药品管理，造成严重后果。
	11.2 医疗机构在麻醉药品和第一类精神药品储存、调剂、开具、登记、销毁等环节管理不规范，导致麻醉药品和第一类精神药品滥用、被盗抢、丢失、骗取、冒领或者其他流入非法渠道等事件，造成严重后果。
	11.3 违反《易制毒化学品管理条例》规定，未经许可、备案，违规购买、运输易制毒化学品。
(十二) 违反《放射诊疗管理规定》，未取得放射诊疗许可从事放射诊疗工作或未履行其他法定职责，造成严重后果。	12.1 从事放射诊疗活动的医疗机构未取得《放射诊疗许可证》。
	12.2 医护人员未取得放射诊疗资质，从事放射诊疗工作造成严重后果。
	12.3 医疗机构未履行安全防护、质量保证和监督管理等法定职责，造成严重后果。
(十三) 违反《中华人民共和国职业病防治法》，未依法开展职业健康检查或职业病诊断、未依法履行职业病与疑似职业病报告等法定职责，造成严重后果。	13.1 违反《中华人民共和国职业病防治法》，未依法开展职业健康检查或职业病诊断。
	13.2 未依法履行职业病与疑似职业病报告等法定职责，造成严重后果。
(十四) 违反《中华人民共和国广告法》《医疗广告管理办法》，违规发布医疗广告，情节严重。	14.1 违反《中华人民共和国广告法》《医疗广告管理办法》，违规发布医疗广告，情节严重。
(十五) 其他重大违法、违规事件，造成严重后果或情节严重。	15.1 发生其他重大违法、违规事件，造成严重后果或情节严重。

二、公益性责任和行风诚信

（十六）应当完成而未完成对口支援、中国援外医疗队、突发公共事件医疗救援、公共卫生任务等政府指令性工作。	16.1 应当完成而未完成对口支援、中国援外医疗队、突发公共事件医疗救援、公共卫生任务等政府指令性工作。
（十七）应当执行而未执行国家基本药物制度和分级诊疗政策。	17.1 未执行国家基本药物制度。
	17.2 未执行分级诊疗政策。
（十八）医院领导班子发生 3 起以上严重职务犯罪或严重违纪事件，或医务人员发生 3 起以上违反《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》的群体性事件（ ≥ 3 人/起），造成重大社会影响。	18.1 医院领导班子发生 3 起以上严重职务犯罪或严重违纪事件，或医务人员发生 3 起以上违反《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》的群体性事件（ ≥ 3 人/起），造成重大社会影响。
（十九）发生重大价格或收费违法事件，以及恶意骗取医保基金。	19.1 医疗机构发生重大价格或收费违法事件。
	19.2 发生通过伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料，或者虚构医药服务项目等方式，恶意骗取医疗保障基金。
（二十）违反《中华人民共和国统计法》《医疗质量管理办法》《医学科研诚信和相关行为规范》相关要求，提供、报告虚假住院病案首页等医疗服务信息、统计数据、申报材料 and 科研成果，情节严重。	20.1 医疗机构违反《中华人民共和国统计法》《医疗质量管理办法》等规定，发生重大数据泄露或严重的数据上报错误，导致严重质量安全事件。
	20.2 医疗机构因科研诚信问题和学术不端现象，受到上级有关部门的通报。
	20.3 医疗机构提供、报告虚假住院病案首页等医疗服务信息、统计数据、申报材料 and 科研成果，情节严重。

三、安全管理与重大事件

（二十一）发生定性为完全责任的一级医疗事故或直接被卫生健康行政部门判定的重大医疗事故。	21.1 发生定性为完全责任的一级医疗事故或直接被卫生健康行政部门判定的重大医疗事故。
（二十二）发生重大医院感染事件，造成严重后果。	22.1 发生受到卫生健康行政部门通报或处理的重大医院感染事件。
（二十三）发生因重大火灾、放射源泄漏、有害气体泄漏等被通报或处罚的重大安全事故。	23.1 发生因重大火灾、放射源泄漏、有害气体泄漏等被通报或处罚的重大安全事故。
（二十四）发生瞒报、漏报重大医疗过失事件的行为。	24.1 发生瞒报、漏报重大医疗过失事件的行为。
（二十五）发生大规模医疗数据泄露或其他重大网络安全事件，造成严重后果。	25.1 发生大规模医疗数据泄露或其他重大网络安全事件，被社会媒体曝光或上级主管部门通报处罚的情形。

第二部分 医疗服务能力与质量安全监测数据

第一章 资源配置与运行数据指标

一、床位配置

指标	定义	计算公式	数据来源
(一) 核定床位数	即编制床位，由卫生健康行政部门核定的床位数	以《医疗机构执业许可证》副本登记的床位数为准	卫生资源统计年报
(二) 实际开放床位数	实有床位数，指年底固定实有床位数量	统计正规床、简易床、监护床、超过半年加床、正在消毒和修理的床位、因扩建或大修而停用的床位数。不包括产科新生儿床、接产室待产床、库存床、观察床、临时加床和病人陪侍床	卫生资源统计年报
(三) 床位使用率	实际占用的总床日数与实际开放的总床日数的比率	$\frac{\text{实际占用的总床日数}}{\text{同期实际开放的总床日数}} \times 100\%$	卫生资源统计年报

二、卫生技术人员配备

指标	定义	计算公式	数据来源
(一) 卫生技术人员数与开放床位数比	年度医院卫生技术人员数与同期全院实际开放床位数之比	$\frac{\text{本年度医院卫生技术人员数}}{\text{同期全院实际开放床位数}}$	卫生资源统计年报
(二) 全院护士人数与开放床位数比	年度医院护士人数与同期全院实际开放床位数之比	$\frac{\text{本年度医院护士人员数}}{\text{同期全院实际开放床位数}}$	卫生资源统计年报
(三) 病区护士人数与开放床位数比	年度病区护士人数与同期病区实际开放床位数之比〈(1) 全院病区护士与实际开放床位比不低于 0.5:1, (2) ICU 护士与实际开放床位比不低于 2.5-3:1, (3) 手术室护士与实际开放手术床位比不低于 3:1, (4) 麻醉后恢复室护士与实际开放恢复室床位比不低于 1:2〉	$\frac{\text{本年度病区护士人员数}}{\text{同期病区实际开放床位数}}$	卫生资源统计年报
(四) 医院感染管理专职人员数与开放床位数比	年度医院感染管理专职人员数与同期全院实际开放床位数之比(医院感染管理专职人员是指专门从事医院感染管理的工作人员, 并经省级以上卫生健康行政部门培训合格)	$\frac{\text{本年度医院感染管理专职人员数}}{\text{同期全院实际开放床位数}}$	卫生资源统计年报
(五) 药学专业技术人员数与卫生专业技术人员数比	药学专业技术人员数占同期医疗机构卫生专业技术人员总数的比例(药学专业技术人员是指按照有关规定取得药学专业任职资格的由医疗机构聘任的在职人员。卫生专业技术人员是指由医疗机构聘任的在职卫生专业技术人员, 不含后勤等辅助部门的人员)	$\frac{\text{药学专业技术人员数}}{\text{同期医疗机构卫生专业技术人员总数}} \times 100\%$	卫生资源统计年报

三、相关科室资源配置

指标		定义	计算公式	数据来源
(一) 急诊医学科	1.1 固定急诊医师人数占急诊在岗医师人数的比例	年度医院固定急诊医师数在同期急诊科在岗医师总数所占的比例	$\frac{\text{本年度医院注册的固定在急诊科的在岗医师数}}{\text{同期医院急诊科在岗医师总数}} \times 100\%$	国家医疗机构、医师、护士电子化注册系统
	1.2 固定急诊护士人数占急诊在岗护士人数的比例	年度医院固定急诊护士数在同期急诊科在岗护士总数所占的比例	$\frac{\text{本年度医院注册的固定在急诊科的在岗护士数}}{\text{同期医院急诊科在岗护士总数}} \times 100\%$	国家医疗机构、医师、护士电子化注册系统
(二) 重症医学科	2.1 重症医学科开放床位数占医院开放床位数的比例	年度重症医学科开放床位数占同期医院开放床位数的比例	$\frac{\text{本年度重症医学科开放床位数}}{\text{同期医院开放床位数}} \times 100\%$	卫生资源统计年报
	2.2 重症医学科医师人数与重症医学科开放床位数比	年度医院重症医学科医师总数与同期重症医学科实际开放床位数之比	$\frac{\text{本年度医院注册的重症医学科在岗医师数}}{\text{同期重症医学科实际开放床位数}}$	国家医疗机构、医师、护士电子化注册系统
	2.3 重症医学科护士人数与重症医学科开放床位数比	年度医院重症医学科护士总数与同期重症医学科实际开放床位数之比	$\frac{\text{本年度医院注册的重症医学科在岗护士数}}{\text{同期重症医学科实际开放床位数}}$	国家医疗机构、医师、护士电子化注册系统
(三) 麻醉科	3.1 麻醉科医师数与手术间数比	年度医院麻醉科医师总数与同期医院手术间数之比	$\frac{\text{本年度医院注册的麻醉科在岗医师总数}}{\text{同期医院手术间数}}$	国家医疗机构、医师、护士电子化注册系统
	3.2 麻醉科医师数与日均全麻手术台次比	年度医院麻醉科医师总数与同期医院日均全麻手术台次之比	$\frac{\text{本年度医院注册的麻醉科在岗医师总数}}{\text{同期医院日均全麻手术台次数}}$	国家医疗机构、医师、护士电子化注册系统
	3.3 麻醉科医师和手术科室医师比	年度麻醉科医师总数和手术科室医师总数之比	$\frac{\text{本年度麻醉科医师总数}}{\text{同期手术科室医师总数}}$	国家医疗机构、医师、护士电子化注册系统

	3.4 手术间麻醉护士与实际开放手术台的数量比	年度手术间麻醉护士总数与实际开放手术台的数量之比	$\frac{\text{本年度手术间麻醉护士总数}}{\text{实际开放手术台的数量}}$	国家医疗机构、医师、护士电子化注册系统
(四) 中医科	4.1 中医科开放床位数占医院开放床位数的比例	年度中医科开放床位数占同期医院开放床位总数的比例	$\frac{\text{本年度中医科开放床位数}}{\text{同期医院开放床位总数}} \times 100\%$	卫生资源统计年报
	4.2 中医科中医类别医师人数与中医科开放床位数比	年度医院中医科中医类别医师人数与同期中医科实际开放床位数之比	$\frac{\text{本年度医院注册的中医科在岗中医类别医师人数}}{\text{同期中医科实际开放床位数}}$	国家医疗机构、医师、护士电子化注册系统
	4.3 中医科护士人数与中医科开放床位数比	年度医院中医科护士人数与同期中医科实际开放床位数之比	$\frac{\text{本年度医院注册的中医科在岗护士人数}}{\text{同期中医科实际开放床位数}}$	国家医疗机构、医师、护士电子化注册系统
(五) 康复医学科	5.1 康复科开放床位数占医院开放床位数的比例	年度康复科开放床位数占同期医院开放床位数的比例	$\frac{\text{本年度康复科开放床位数}}{\text{同期医院开放床位数}} \times 100\%$	卫生资源统计年报
	5.2 康复科医师人数与康复科开放床位数比	年度医院康复科医师人数与同期康复科实际开放床位数之比（康复科医师是指按照有关规定取得康复专业任职资格的在职人员）	$\frac{\text{本年度医院注册的康复科在岗医师人数}}{\text{同期康复科实际开放床位数}}$	卫生资源统计年报
	5.3 康复科康复师人数与康复科开放床位数比	年度医院康复科康复师人数与同期康复科实际开放床位数之比（康复师是指编制在册的在职卫生技术人员，不含后勤等辅助部门的人员）	$\frac{\text{本年度康复科在岗的康复师人数}}{\text{同期康复科实际开放床位数}}$	卫生资源统计年报

	5.4 康复科护士人数与康复科开放床位数比	年度医院康复科在岗护士人数与同期康复科实际开放床位数之比（康复护理人员是指编制在册的在康复科护士，不含后勤等辅助部门的人员）	$\frac{\text{本年度医院注册的康复科在岗护士人数}}{\text{同期康复科实际开放床位数}}$	卫生资源统计年报
(六) 感染性疾病科	6.1 固定医师人数占感染性疾病科在岗医师人数的比例	年度医院固定在感染性疾病科医师人数占同期感染性疾病科在岗医师总数的比例	$\frac{\text{本年度医院注册的固定在感染性疾病科的在岗医师人数}}{\text{同期医院感染性疾病科在岗医师总数}} \times 100\%$	国家医疗机构、医师、护士电子化注册系统
	6.2 固定护士人数占感染性疾病科在岗护士人数的比例	年度固定在感染性疾病科护士人数与同期感染性疾病科在岗护士总数之比	$\frac{\text{本年度医院注册的固定在感染性疾病科的在岗护士的总数}}{\text{同期医院感染性疾病科在岗护士总数}} \times 100\%$	卫生资源统计年报
	6.3 感染性疾病科开放床位数占医院开放床位数的比例	年度感染性疾病科开放床位数占同期医院开放床位总数的比例	$\frac{\text{本年度感染性疾病科开放床位数}}{\text{同期医院开放床位数}} \times 100\%$	卫生资源统计年报

四、运行指标

指标	定义	计算公式	数据来源
(一) 相关手术科室年手术台次数占其出院人次比例	年度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	$\frac{\text{本年度出院患者手术台次数}}{\text{同期出院患者总人次}} \times 100\%$	卫生资源统计年报
(二) 人员支出占业务支出的比重	年度人员经费占医疗活动费用的比例	$\frac{\text{本年度人员经费}}{\text{同期医疗活动费用}} \times 100\%$	卫生资源统计年报

五、科研指标

指标		定义	计算公式	数据来源
(一)新技术临床转化数量	1.1 每百名卫生技术人员科研项目经费	年度每百名卫生技术人员立项的科研经费总金额	$\frac{\text{本年度科研项目立项经费总金额}}{\text{同期医院卫生技术人员总数}} \times 100$	国家公立医院绩效考核管理平台
	1.2 每百名卫生技术人员科技成果转化金额	年度每百名卫生技术人员科研成果转化的金额数	$\frac{\text{本年度科技成果转化总金额}}{\text{同期医院卫生技术人员总数}} \times 100$	国家公立医院绩效考核管理平台
(二)取得临床相关国家专利数量	2.1 每百名卫生技术人员发明专利数量	年度每百名卫生技术人员发明专利数	$\frac{\text{本年度医院发明专利总项数}}{\text{同期医院卫生技术人员总数}} \times 100$	医院自行填报
	2.2 每百名卫生技术人员实用新型专利数量	年度每百名卫生技术人员实用新型专利数	$\frac{\text{本年度医院实用新型专利总项数}}{\text{同期医院卫生技术人员总数}} \times 100$	医院自行填报

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

指标	定义	计算公式	数据来源
(一) 收治病种数量 (ICD-10 四位亚目数量)	年度医院收治病种数量(ICD-10 四位亚目数量)	根据 ICD-10 四位亚目, 从病案首页中统计主要诊断数量以及不同主要诊断对应收治病例数量	湖北省住院医疗服务绩效评估平台
(二) 住院术种数量 (ICD-9-CM-3 四位亚目数量)	年度医院住院术种 (ICD-9-CM-3) 数量	根据 ICD-9-CM-3, 从病案首页中统计主要手术以及不同主要手术段对应收治病例数量	
(三) DRG-DRGs 组数	年度运用 DRG 分组器测算产生的 DRG 分组, 主要考核年度医院疾病收治范围	医院病例数经过 DRG 分组器的运算可以分入“k”个 DRG, 即是该医院的 DRG 数量	
(四) DRG-CMI	年度运用 DRG 分组器测算产生的 CMI 值 (病例组合指数), 主要考核年度医院疾病收治难度	参照 DRG 评价标准计算方法	
(五) DRG 时间指数	年度运用 DRG 分组器测算产生的时间消耗指数, 主要考核年度医院治疗疾病所花费的时间	参照 DRG 评价标准计算方法	
(六) DRG 费用指数	年度运用 DRG 分组器测算产生的费用消耗指数, 主要考核年度医院治疗疾病所花费的费用	参照 DRG 评价标准计算方法	

二、医院质量指标

指标	定义	计算公式	数据来源
（一）年度国家医疗质量安全目标改进情况			
（二）患者住院总死亡率	年度住院总死亡患者人数占同期出院患者总人次的比例	$\frac{\text{住院总死亡患者人数}}{\text{同期出院患者总人次}} \times 100\%$	湖北省住院医疗服务绩效评估平台
（三）新生儿患者住院死亡率	年度新生儿住院死亡人数占同期新生儿出院患者人次的比例	$\frac{\text{新生儿住院死亡人数}}{\text{同期新生儿出院患者人次}} \times 100\%$	
（四）手术患者住院死亡率	年度手术患者住院死亡人数占同期手术患者出院人次的比例	$\frac{\text{手术患者住院死亡人数}}{\text{同期手术患者出院人次}} \times 100\%$	
（五）住院患者出院后 0-31 天非预期再住院率	年度出院后 0-31 天非预期再住院患者人次占同期出院患者总人次（除死亡患者外）的比例	$\frac{\text{出院后0-31天非预期再住院患者人次}}{\text{同期出院患者总人次（除死亡患者外）}} \times 100\%$	
（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			
6.1 手术患者术后 48 小时内非预期重返手术室再次手术率	手术患者手术后 48 小时内因各种原因导致患者需进行的计划外再次手术占同期出院患者手术例数的比例	$\frac{\text{手术患者术后48小时内非预期重返手术室再次手术例数}}{\text{同期出院患者手术例数}} \times 100\%$	湖北省住院医疗服务绩效评估平台
6.2 手术患者术后 31 天内非预期重返手术室再次手术率	手术患者手术后 31 天内因各种原因导致患者需进行的计划外再次手术占同期出院患者手术例数的比例	$\frac{\text{手术患者术后31天内非预期重返手术室再次手术例数}}{\text{同期出院患者手术例数}} \times 100\%$	

（七）ICD 低风险病种患者住院死亡率	年度医院出院患者中低风险病种出现死亡数量占出院人次中低风险病种总人数的比例	$\frac{ICD\text{低风险病种患者住院死亡例数}}{ICD\text{低风险组病例数}} \times 100\%$	
说明：115 个低风险病种按照《三级医院评审标准（2022 年版）》（国卫医发〔2022〕31 号）执行。			
（八）DRGs 低风险组患者住院死亡率	年度运用 DRGs 分组器测算产生低风险组病例，其死亡率是指该组死亡的病例数占低风险组全部病例数量的比例	$\frac{DRGs\text{低风险组患者住院死亡例数}}{DRGs\text{低风险组病例数}} \times 100\%$	

三、医疗安全指标（年度医院获得性指标）

指标	定义	计算公式	数据来源
（一）手术患者手术后肺栓塞发生例数和发生率			
1.1 手术患者手术后肺栓塞发生例数	ICD-10 编码：I26 的手术患者手术后肺栓塞发生例数	择期手术患者发生手术后肺栓塞例数	湖北省住院医师医疗服务绩效评估平台
1.2 手术患者手术后肺栓塞发生率	择期手术患者手术后肺栓塞发生例数占同期择期手术台次数的比例	$\frac{\text{择期手术患者发生手术后肺栓塞例数}}{\text{同期择期手术台次数}} \times 100\%$	
（二）手术患者手术后深静脉血栓发生例数和发生率			
2.1 手术患者手术后深静脉血栓发生例数	ICD-10 编码：I80.2，I82.8 的手术患者手术后深静脉血栓发生例数	择期手术患者发生手术后深静脉血栓例数	湖北省住院医师医疗服务绩效评估平台

2.2 手术患者手术后深静脉血栓发生率	择期手术患者手术后深静脉血栓发生例数占同期择期手术台次数的比例	$\frac{\text{择期手术患者发生手术后深静脉血栓例数}}{\text{同期择期手术台次数}} \times 100\%$	
(三) 手术患者手术后脓毒症发生例数和发生率			
3.1 手术患者手术后脓毒症发生例数	ICD-10 编码：A40.0 至 A40.9,A41.0 至 A41.9, T81.411, B37.700, B49.x00x019 的手术患者手术后脓毒症发生例数	择期手术患者发生手术后脓毒症的例数	湖北省住院医师医疗服务绩效评估平台
3.2 手术患者手术后脓毒症发生率	择期手术患者手术后脓毒症发生例数占同期择期手术台次数的比例	$\frac{\text{择期手术患者发生手术后脓毒症例数}}{\text{同期择期手术台次数}} \times 100\%$	
(四) 手术患者手术后出血或血肿发生例数和发生率			
4.1 手术患者手术后出血或血肿发生例数	ICD-10 编码：T81.0 的手术患者手术后出血或血肿发生例数	择期手术患者发生手术后出血或血肿例数	湖北省住院医师医疗服务绩效评估平台
4.2 手术患者手术后出血或血肿发生率	择期手术患者手术后出血或血肿发生例数占同期择期手术台次数的比例	$\frac{\text{择期手术患者发生手术后出血或血肿例数}}{\text{同期择期手术台次数}} \times 100\%$	
(五) 手术患者手术伤口裂开发生例数和发生率			
5.1 手术患者手术伤口裂开发生例数	ICD-10 编码：T81.3 的手术患者手术伤口裂开发生例数	择期手术患者发生手术后伤口裂开例数	湖北省住院医师医疗服务绩效评估平台
5.2 手术患者手术伤口裂开发生率	择期手术患者手术伤口裂开发生例数占同期择期手术台次数的比例	$\frac{\text{择期手术患者发生手术后伤口裂开例数}}{\text{同期择期手术台次数}} \times 100\%$	

(六) 手术患者手术后猝死发生例数和发生率			
6.1 手术患者手术后猝死发生例数	ICD-10 编码: R96.0, R96.1, I46.1 的手术患者手术后猝死发生例数	择期手术患者发生手术后猝死例数	湖北省住院医师 医疗服务绩效评 估平台
6.2 手术患者手术后猝死发生率	择期手术患者手术后猝死发生例数占同期择期手术台次数的比例	$\frac{\text{择期手术患者发生手术后猝死例数}}{\text{同期择期手术台次数}} \times 100\%$	
(七) 手术患者手术后呼吸衰竭发生例数和发生率			
7.1 手术患者手术后呼吸衰竭发生例数	ICD-10 编码: J95.800x004, J96.0, J96.1, J96.9 (原为 J96.0, J96.1, J96.9) 的手术患者手术后呼吸衰竭发生例数	择期手术患者发生手术后呼吸衰竭例数	湖北省住院医 疗服务绩效评 估平台
7.2 手术患者手术后呼吸衰竭发生率	择期手术患者手术后呼吸衰竭发生例数占同期择期手术台次数的比例	$\frac{\text{择期手术患者发生手术后呼吸衰竭的例数}}{\text{同期择期手术台次数}} \times 100\%$	
(八) 手术患者手术后生理/代谢紊乱发生例数和发生率			
8.1 手术患者手术后生理/代谢紊乱发生例数	ICD-10 编码: E89.0 至 E89.9 的手术患者手术后生理/代谢紊乱发生例数	择期手术患者发生手术后生理/代谢紊乱例数	湖北省住院医 疗服务绩效评 估平台
8.2 手术患者手术后生理/代谢紊乱发生率	择期手术患者手术后生理/代谢紊乱发生例数占同期择期手术台次数的比例	$\frac{\text{择期手术患者发生手术后生理/代谢紊乱发生例数}}{\text{同期择期手术台次数}} \times 100\%$	

(九) 与手术/操作相关感染发生例数和发生率			
9.1 与手术/操作相关感染发生例数	ICD-10 编码：T81.4 与手术/操作相关感染发生例数	择期手术患者发生与手术/操作相关感染例数	湖北省住院医师 医疗服务绩效评 估平台
9.2 与手术/操作相关感染发生率	择期与手术/操作相关感染发生例数占同期择期手术台次数的比例	$\frac{\text{择期手术患者发生与手术/操作相关感染例数}}{\text{同期择期手术台次数}} \times 100\%$	
(十) 手术过程中异物遗留发生例数和发生率			
10.1 手术过程中异物遗留发生例数	ICD-10 编码：T81.5, T81.6 的手术患者手术过程中异物遗留发生例数	择期手术患者发生手术过程中异物遗留例数	湖北省住院医 疗服务绩效评 估平台
10.2 手术过程中异物遗留发生率	择期手术过程中异物遗留发生例数占同期择期手术台次数的比例	$\frac{\text{择期手术患者发生手术过程中异物遗留例数}}{\text{同期择期手术台次数}} \times 100\%$	
(十一) 手术患者麻醉并发症发生例数和发生率			
11.1 手术患者麻醉并发症发生例数	ICD-10 编码：T88.2 至 T88.5 的手术患者麻醉并发症发生例数	择期手术患者发生麻醉并发症例数	湖北省住院医 疗服务绩效评 估平台
11.2 手术患者麻醉并发症发生率	择期手术患者麻醉并发症发生例数占同期择期手术台次数的比例	$\frac{\text{择期手术患者发生麻醉并发症例数}}{\text{同期择期手术台次数}} \times 100\%$	

(十二) 手术患者肺部感染与肺机能不全发生例数和发生率			
12.1 手术患者肺部感染与肺机能不全发生例数	ICD-10 编码：J95.1 至 J95.4, J95.8, J95.9, J98.4, J15 至 J16, J18 的手术患者肺部感染与肺机能不全发生例数	择期手术患者发生肺部感染与肺机能不全例数	湖北省住院医师医疗服务绩效评估平台
12.2 手术患者肺部感染与肺机能不全发生率	择期手术患者肺部感染与肺机能不全发生例数占同期择期手术台次数的比例	$\frac{\text{择期手术患者发生肺部感染与肺机能不全例数}}{\text{同期择期手术台次数}} \times 100\%$	
(十三) 手术意外穿刺伤或撕裂伤发生例数和发生率			
13.1 手术意外穿刺伤或撕裂伤发生例数	ICD-10 编码：T81.2 的手术患者手术意外穿刺伤或撕裂伤发生例数	择期手术患者发生手术意外穿刺伤或撕裂伤例数	湖北省住院医师医疗服务绩效评估平台
13.2 手术意外穿刺伤或撕裂伤发生率	择期手术意外穿刺伤或撕裂伤发生例数占同期择期手术台次数的比例	$\frac{\text{择期手术患者发生手术意外穿刺伤或撕裂伤例数}}{\text{同期择期手术台次数}} \times 100\%$	
(十四) 手术后急性肾衰竭发生例数和发生率			
14.1 手术后急性肾衰竭发生例数	ICD-10 编码：N17.0 至 N17.9, N99.0 的手术患者手术后急性肾衰竭发生例数	择期手术患者发生手术后急性肾衰竭例数	湖北省住院医师医疗服务绩效评估平台
14.2 手术后急性肾衰竭发生率	择期手术患者手术后急性肾衰竭发生例数占同期择期手术台次数的比例	$\frac{\text{择期手术患者发生手术后急性肾衰竭例数}}{\text{同期择期手术台次数}} \times 100\%$	

(十五) 各系统/器官术后并发症发生例数和发生率			
15.1 各系统/器官术后并发症发生例数	择期手术患者消化（K91.0 至 K91.9 的手术出院患者）、循环（I97.0, I97.1, I97.8, I97.9 的手术出院患者）、神经（G97.0, G97.1, G97.2, G97.8, G97.9, I60 至 I64 的手术出院患者）、眼和附器（H59.0, H59.8, H59.9 的手术出院患者）、耳和乳突（H95.0, H95.1, H95.8, H95.9 的手术出院患者）、肌肉骨骼（M96.0 至 M96.9 的手术出院患者）、泌尿生殖（N98.0 至 N99.9 的手术出院患者）、口腔（K11.4, T81.2 的手术出院患者）等系统/器官术后并发症发生例数	择期手术患者各系统/器官术后并发症发生例数	湖北省住院医疗服务绩效评估平台
15.2 各系统/器官术后并发症发生率	择期手术患者消化、循环、神经、眼和附器、耳和乳突、肌肉骨骼、泌尿生殖、口腔等系统/器官术后并发症发生例数占同期择期手术台次数的比例	择期手术患者消化、循环、神经、眼和附器、耳和乳突、肌肉骨骼、泌尿生殖、口腔等系统/器官术后并发症发生例数 $\frac{\hspace{10em}}{\text{同期择期手术台次数}} \times 100\%$	
(十六) 植入物的并发症（不包括脓毒症）发生例数和发生率			
16.1 植入物的并发症（不包括脓毒症）发生例数	择期手术患者心脏和血管（T82.0 至 T82.9 的手术出院患者）、泌尿生殖道（T83.0 至 T83.9 的手术出院患者）、骨科（T84.0 至 T84.9 的手术出院患者）及其他（T85.0 至 T85.9 的手术出院患者）植入物的并发症（不包括脓毒症）发生例数	择期手术患者发生心脏和血管、泌尿生殖道、骨科及其他植入物的并发症（不包括脓毒症）例数	湖北省住院医疗服务绩效评估平台
16.2 植入物的并发症（不包括脓毒症）发生率	择期手术患者心脏和血管、泌尿生殖道、骨科及其他植入物的并发症（不包括脓毒症）发生例数占同期择期手术台次数的比例	择期手术患者发生心脏和血管、泌尿生殖道、骨科及其他植入物的并发症（不包括脓毒症）例数 $\frac{\hspace{10em}}{\text{同期择期手术台次数}} \times 100\%$	

(十七) 移植的并发症发生例数和发生率			
17.1 移植的并发症发生例数	择期手术患者（ICD-10 编码：T86.0 至 T86.9 的手术出院患者）发生移植的并发症例数	择期肝脏、肾脏、胰腺、心脏及肺脏移植术后出现的排斥反应、严重感染、出血、吻合口漏或狭窄（血管、输尿管、胆道、气道等）、原发性移植物无功能、移植物切除或丢失及受体死亡等并发症的例数	湖北省住院医师 医疗服务绩效评 估平台
17.2 移植的并发症发生率	择期肝脏、肾脏、胰腺、心脏及肺脏移植术后出现的排斥反应、严重感染、出血、吻合口漏或狭窄（血管、输尿管、胆道、气道等）、原发性移植物无功能、移植物切除或丢失及受体死亡等并发症的例数占年度移植手术台次数的比率	$\frac{\text{择期手术患者发生移植并发症的例数}}{\text{同期择期手术台次数}} \times 100\%$	
(十八) 再植和截肢的并发症发生例数和发生率			
18.1 再植和截肢的并发症发生例数	ICD-10 编码：T87.0 至 T87.6 的再植和截肢并发症发生例数	择期手术患者发生再植和截肢的并发症例数	湖北省住院医师 医疗服务绩效评 估平台
18.2 再植和截肢的并发症发生率	择期手术患者再植和截肢并发症发生例数占同期择期手术台次数的比例	$\frac{\text{择期手术患者发生再植和截肢的并发症例数}}{\text{同期择期手术台次数}} \times 100\%$	
(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			
19.1 介入操作与手术后患者其他并发症发生例数	ICD-10 编码：T81.1, T81.7, T81.8, T81.9 介入操作与手术后患者其他并发症发生例数	择期介入操作和手术患者发生介入操作与手术后患者其他并发症例数	湖北省住院医师 医疗服务绩效评 估平台
19.2 介入操作与手术后患者其他并发症发生率	择期介入操作与手术后患者其他并发症发生例数占同期择期介入操作与手术台次数的比例	$\frac{\text{择期手术和介入操作患者发生介入操作与手术后患者其他并发症例数}}{\text{同期择期手术台次数}} \times 100\%$	

(二十) 新生儿产伤发生例数和发生率			
20.1 新生儿产伤发生例数	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（原含 A33），发生产伤的新生儿出院患者人次	新生儿产伤发生例数	湖北省住院医疗服务绩效评估平台
20.2 新生儿产伤发生率	发生产伤的新生儿出院患者人次占同期活产儿人数的比例	$\frac{\text{新生儿发生产伤例数}}{\text{同期新生儿出院患者人次数}} \times 100\%$	
(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			
21.1 阴道分娩产妇分娩或产褥期并发症发生例数	ICD-10 编码：070.2, 070.3, 070.9, 071.0 至 071.9, 072.0, 072.1, 072.2, 072.3, 073.0, 073.1, 074.0 至 074.9, 075.0 至 075.9, 086.0 至 086.8, 087.0 至 087.9, 088.0 至 088.8, 089.0 至 089.9, 090.1 至 090.9, 095, A34 的阴道分娩产妇分娩或产褥期并发症发生例数	阴道分娩产妇发生分娩或产褥期并发症例数	湖北省住院医疗服务绩效评估平台
21.2 阴道分娩产妇分娩或产褥期并发症发生率	阴道分娩产妇分娩或产褥期并发症发生例数占同期阴道分娩产妇出院人数的比例	$\frac{\text{阴道分娩产妇发生分娩或产褥期并发症例数}}{\text{同期阴道分娩产妇出院人次数}} \times 100\%$	
(二十二) 剖宫产分娩产妇分娩或产褥期并发症发生例数和发生率			
22.1 剖宫产分娩产妇分娩或产褥期并发症	ICD-10 编码：071.0 至 071.9, 072.0, 072.1, 072.2, 072.3, 073.0, 073.1, 074.0 至 074.9,	剖宫产分娩产妇发生分娩或产褥期并发症例数	湖北省住院医疗服务绩效评

发生例数	075.0 至 075.9, 086.0 至 086.8, 087.0 至 087.9,088.0 至 088.8,089.0 至 089.9,090.0, 090.2 至 090.9, 095, A34 的剖宫产分娩产妇分娩或产褥期并发症发生例数		估平台
22.2 剖宫产分娩产妇分娩或产褥期并发症发生率	剖宫产分娩产妇分娩或产褥期并发症发生例数占同期剖宫产分娩产妇出院人数的比例	$\frac{\text{剖宫产分娩产妇发生分娩或产褥期并发症发生例数}}{\text{同期剖宫产分娩产妇出院人次数}}\times 100\%$	
(二十三) 2 期及以上院内压力性损伤发生例数和发生率			
23.1 2 期及以上院内压力性损伤发生例数	ICD-10 编码: L89.1, L89.2, L89.3, L89.9 出院患者 2 期及以上院内压力性损伤发生例数	发生 2 期及以上院内压力性损伤的患者例数	湖北省住院医疗服务绩效评估平台
23.2 2 期及以上院内压力性损伤发生率	2 期及以上院内压力性损伤新发病例数占统计周期住院患者总数的比例	$\frac{\text{发生2期及以上院内压力性损伤新发病例数}}{\text{统计周期住院患者总数}}\times 100\%$	
(二十四) 输注反应发生例数和发生率			
24.1 输注反应发生例数	ICD-10 编码: T80.0, T80.1, T80.2, T80.8, T80.9 出院患者输注反应发生例数	出院患者中输注反应发生例数	湖北省住院医疗服务绩效评估平台
24.2 输注反应发生率	出院患者输注反应发生例数占同期接受输注出院患者人次数的比例	$\frac{\text{输注反应发生例数}}{\text{同期接受输注出院患者人次数}}\times 100\%$	
(二十五) 输血反应发生例数和发生率			
25.1 输血反应发生例数	ICD10 编码: T80.0 至 T80.9 发生输血反应的出院患者例数	出院患者中输血反应发生例数	湖北省住院医疗服务绩效评

25.2 输血反应发生率	发生输血反应的出院患者例数占同期出院患者输血人次数比例	$\frac{\text{发生输血反应的出院患者例数}}{\text{同期出院患者输血人次数}} \times 100\%$	估平台
(二十六) 医源性气胸发生例数和发生率			
26.1 医源性气胸发生例数	ICD-10 编码：J93.8, J93.9, J95.804, T81.218 发生医源性气胸出院患者例数	出院患者中发生医源性气胸例数	湖北省住院医疗服务绩效评估平台
26.2 医源性气胸发生率	发生医源性气胸出院患者例数占同期出院患者人次数比例	$\frac{\text{发生医源性气胸出院患者例数}}{\text{同期出院患者人次数}} \times 100\%$	
(二十七) 住院患者医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生例数和发生率			
27.1 住院患者医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生例数	ICD-10 编码：S32.1 至 S32.5, S32.7, S32.8, S71.8, S72.0 的出院患者医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生例数	住院患者医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生例数	湖北省住院医疗服务绩效评估平台
27.2 住院患者医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生率	同期住院患者中医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生例次数占统计周期内住院患者跌倒/坠床例次数的比例	$\frac{\text{同期住院患者中医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生例次数}}{\text{统计周期内住院患者跌倒/坠床例次数}} \times 100\%$	
(二十八) 住院 ICU 患者呼吸机相关性肺炎发生例数和发生率（ICD-10 编码：J95.802 的 ICU 出院患者）			
28.1 住院 ICU 患者呼吸机相关性肺炎发生例数	住院 ICU 患者使用呼吸机患者中新发呼吸机相关肺炎的发生例次数	住院 ICU 患者使用呼吸机患者中新发呼吸机相关肺炎的发生例次数	NCIS

28.2 住院 ICU 患者呼吸机相关性肺炎发生率	住院 ICU 患者使用呼吸机患者中新发呼吸机相关肺炎的发病频率	$\frac{\text{住院ICU患者使用呼吸机患者中新发呼吸机相关肺炎例次数}}{\text{同期ICU患者使用呼吸机总天数}} \times 1000\%$	
(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（ICD-10 编码：T82.700x001 的使用血管导管 ICU 出院患者）			
29.1 住院 ICU 患者血管导管相关性感染发生例数	住院 ICU 患者使用血管内导管患者中新发血管内导管相关血流感染的例次数	住院 ICU 患者使用血管内导管患者中新发血管内导管相关血流感染的例次数	NCIS
29.2 住院 ICU 患者血管导管相关性感染发生率	住院 ICU 患者使用血管内导管患者中新发血管内导管相关血流感染的发病频率	$\frac{\text{住院ICU患者使用血管内导管患者中新发血管内导管相关血流感染例次数}}{\text{同期ICU患者使用血管内导管留置总天数}} \times 1000\%$	
(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（ICD-10 编码：T83.500x003 的使用导尿管 ICU 出院患者）			
30.1 住院 ICU 患者导尿管相关性尿路感染发生例数	住院 ICU 患者使用导尿管患者中新发导尿管相关泌尿系感染的例次数	住院 ICU 患者使用导尿管患者中新发导尿管相关泌尿系感染例次数	NCIS
30.2 住院 ICU 患者导尿管相关性尿路感染发生率	住院 ICU 患者使用导尿管患者中新发导尿管相关泌尿系感染的发病频率	$\frac{\text{住院ICU患者使用导尿管患者中新发导尿管相关泌尿系感染例次数}}{\text{同期ICU患者使用导尿管总天数}} \times 1000\%$	
(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			
31.1 临床用药所致的有害效应（不良事件）发生例数	住院患者中全身性抗菌药物（Y40.0 至 Y40.9 的出院患者）、降血糖药物（Y42.3 的出院患者）、抗肿瘤药物（Y43.1, Y43.3 的出院患者）、抗凝剂（Y44.2, Y44.3, Y44.4, Y44.5 的出院患者）、镇痛药和解热药（Y45.0 至 Y45.9 的出	年度住院患者中发生全身性抗菌药物、降血糖药物、抗肿瘤药物、抗凝剂、镇痛药和解热药、心血管系统用药、X 线造影剂及其他诊断性制剂等有害效应的例数	NCIS

	院患者)、心血管系统用药(Y52.0至Y52.9的出院患者)、X线造影剂及其他诊断性制剂(Y57.5, Y57.6的出院患者)等有害效应发生例数		
31.2 临床用药所致的有害效应(不良事件)发生率	住院患者中全身性抗菌药物、降血糖药物、抗肿瘤药物、抗凝剂、镇痛药和解热药、心血管系统用药、X线造影剂及其他诊断性制剂等有害效应发生例数占同期出院患者人次数的比例	$\frac{\text{年度住院患者中发生全身性抗菌药物、降血糖药物、抗肿瘤药物、抗凝剂、镇痛药和解热药、心血管系统用药、X线造影剂及其他诊断性制剂等有害效应的例数}}{\text{同期出院患者人次数}} \times 100\%$	
(三十二) 血液透析所致并发症发生例数和发生率			
32.1 血液透析所致并发症发生例数	ICD-10 编码: T80.6, T80.8, T80.9, T82.4, T82.7 出院患者血液透析所致并发症发生例数	出院患者血液透析所致并发症发生例数	NCIS
32.2 血液透析所致并发症发生率	出院患者血液透析所致并发症发生例数占同期血液透析出院患者人次数的比例	$\frac{\text{出院患者血液透析所致并发症发生例数}}{\text{同期血液透析出院患者人次数}} \times 100\%$	

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（2015 年版）

指标	定义	计算公式	数据来源
（一）ICU 患者收治率和 ICU 患者收治床日率			
1.1 ICU 患者收治率	ICU 患者收治率是指 ICU 收治患者总数占同期医院收治患者总数的比例	$\frac{\text{ICU 收治患者总数}}{\text{同期医院收治患者总数}} \times 100\%$	NCIS
1.2 ICU 患者收治床日率	ICU 患者收治床日率是指 ICU 收治患者总床日数占同期医院收治患者总床日数的比例。注：同一患者同一次住院多次转入 ICU，记为“多人次”	$\frac{\text{ICU 收治患者总床日数}}{\text{同期医院收治患者总床日数}} \times 100\%$	
（二）急性生理与慢性健康评分（APACHE II 评分） ≥ 15 分患者收治率（入 ICU24 小时内）	入 ICU 24 小时内，APACHE II 评分 ≥ 15 分患者数占同期 ICU 收治患者总数的比例	$\frac{\text{APACHE II 评分} \geq 15 \text{ 分患者数}}{\text{同期 ICU 收治患者总数}} \times 100\%$	NCIS
（三）感染性休克 3h 集束化治疗（bundle）完成率	感染性休克 3h 集束化治疗（bundle）完成率，是指入 ICU 诊断为感染性休克并全部完成 3h bundle 的患者数占同期入 ICU 诊断为感染性休克患者总数的比例。不包括住 ICU 期间后续新发生的感染性休克病例（感染性休克 3h 集束化治疗（bundle），是指感染性休克诊断后 3 小时内完成：测量乳酸浓度；抗菌药物治疗前进行血培养；予以广谱抗菌药物；低血压或乳酸 $\geq 4\text{mmol/L}$ 给予 30ml/kg 晶体液进行目标复苏）	$\frac{\text{入 ICU 诊断为感染性休克并全部完成 3h 集束化治疗的患者数}}{\text{同期入 ICU 诊断为感染性休克患者总数}} \times 100\%$	NCIS

（四）感染性休克 6h 集束化治疗（bundle）完成率	感染性休克6h 集束化治疗（bundle）完成率，是指入ICU诊断为感染性休克全部完成6h bundle 的患者数占同期入ICU诊断为感染性休克患者总数的比例。不包括住ICU期间后续新发生的感染性休克病例（感染性休克6h集束化治疗（bundle），是指在3h集束化治疗（bundle）的基础上加上：低血压对目标复苏效果差立即予以升压药；脓毒症休克或乳酸 $\geq 4\text{mmol/L}$ 容量复苏后仍持续低血压，需立即测量CVP和ScvO ₂ ；初始乳酸高于正常患者需重复测量乳酸水平）	$\frac{\text{入ICU诊断为感染性休克并全部完成6h集束化治疗的患者数}}{\text{同期入ICU诊断为感染性休克患者总数}} \times 100\%$	NCIS
（五）ICU 抗菌药物治疗前病原学送检率	以治疗为目的使用抗菌药物的 ICU 住院患者，使用抗菌药物前病原学检验标本送检病例数占同期使用抗菌药物治疗病例总数的比例。 病原学检验标本包括：各种微生物培养、降钙素原、白介素-6 等感染指标的血清学检验	$\frac{\text{使用抗菌药物前病原学检验标本送检病例数}}{\text{同期使用抗菌药物治疗病例总数}} \times 100\%$	NCIS
（六）ICU 深静脉血栓（DVT）预防率	进行深静脉血栓（DVT）预防的 ICU 患者数占同期 ICU 收治患者总数的比例。深静脉血栓预防措施包括药物预防（肝素或低分子肝素抗凝）、机械预防（肢体加压泵、梯度压力弹力袜等）以及下腔静脉滤器等	$\frac{\text{进行深静脉血栓（DVT）预防的ICU患者数}}{\text{同期ICU收治患者总数}} \times 100\%$	NCIS
（七）ICU患者预计病死率	ICU 患者预计病死率是指 ICU 收治患者预计病死率的总和与同期 ICU 收治患者总数的比值。通过患者疾病危重程度（APACHE II 评分）来预测的可能病死率。患者死亡危险性（R）的公式： $\ln(R/1-R) = -3.517 + (\text{APACHE II 评分} \times 0.146) + 0.603$ （仅限于急诊手术后患者）+患者入 ICU 的主要疾病得分（按国际标准）	$\frac{\text{ICU收治患者预计病死率的总和}}{\text{同期ICU收治患者总数}} \times 100\%$	NCIS

（八）ICU 患者标化病死指数	通过患者疾病危重程度校准后的病死率，为 ICU 患者实际病死率与同期 ICU 患者预计病死率的比值。ICU 实际病死率为 ICU 死亡患者数（包括因不可逆疾病而自动出院的患者）占同期 ICU 收治患者总数的比例，除外入院时已脑死亡，因器官捐献而收治 ICU 的患者	$\frac{\text{ICU 患者实际病死率}}{\text{同期 ICU 患者预计病死率}} \times 100\%$	NCIS
（九）ICU 非计划气管插管拔管率	非计划气管插管拔管例数占同期 ICU 患者气管插管拔管总数的比例	$\frac{\text{非计划气管插管拔管例数}}{\text{同期 ICU 患者气管插管拔管总数}} \times 100\%$	NCIS
（十）ICU 气管插管拔管后 48h 内再插管率	气管插管计划拔管后 48h 内再插管例数占同期 ICU 患者气管插管拔管总例数的比例。不包括非计划气管插管拔管后再插管	$\frac{\text{气管插管计划拔管后 48h 内再插管例数}}{\text{同期 ICU 患者气管插管拔管总例数}} \times 100\%$	NCIS
（十一）非计划转入 ICU 率	非计划转入 ICU 率是指非计划转入 ICU 患者数占同期转入 ICU 患者总数的比例。非计划转入 ICU 的原因应进行分层分析（缺乏病情恶化的预警、麻醉因素和手术因素等）。非计划转入 ICU 是指非早期预警转入，或在开始麻醉诱导前并无术后转入 ICU 的计划，而术中或术后决定转入 ICU	$\frac{\text{非计划转入 ICU 患者数}}{\text{同期转入 ICU 患者总数}} \times 100\%$	NCIS
（十二）转出 ICU 后 48h 内重返率	转出 ICU 后 48h 内重返 ICU 的患者数占同期转出 ICU 患者总数的比例	$\frac{\text{转出 ICU 后 48h 内重返 ICU 的患者数}}{\text{同期转出 ICU 患者总数}} \times 100\%$	NCIS
（十三）ICU 呼吸机相关性肺炎（VAP）发病率	VAP 发生例数占同期 ICU 患者有创机械通气总天数的比例。单位：例/千机械通气日	$\frac{\text{ICU 呼吸机相关性肺炎 (VAP) 发生例数}}{\text{同期 ICU 患者有创机械通气总天数}} \times 1000\%$	NCIS

（十四）ICU 血管内导管相关血流感染（CRBSI）发病率	CRBSI 发生例数占同期 ICU 患者血管内导管留置总天数的比例。单位：例/千导管日	$\frac{ICU\text{血管内导管相关血液感染（}CRBSI\text{）发生例数}}{\text{同期}ICU\text{患者血管内导管留置总天数}} \times 1000\%$	NCIS
（十五）ICU 导尿管相关泌尿系感染（CAUTI）发病率	CAUTI 发生例数占同期 ICU 患者导尿管留置总天数的比例。单位：例/千导尿管日	$\frac{ICU\text{导尿管相关泌尿系感染（}CAUTI\text{）发生例数}}{\text{同期}ICU\text{患者导尿管留置总天数}} \times 1000\%$	NCIS

二、急诊专业医疗质量控制指标（2015 年版）

指标	定义	计算公式	数据来源
（一）急诊科医患比	急诊科固定在岗（本院）医师总数占同期急诊科接诊患者总数（万人次）的比例	$\frac{\text{急诊科固定在岗（本院）医师总数}}{\text{同期急诊科接诊患者总数（万人次）}} \times 100\%$	国家医疗机构、医师、护士电子化注册系统
（二）急诊科护患比	急诊科固定在岗（本院）护士（师）总数占同期急诊科接诊患者总数（万人次）的比例	$\frac{\text{急诊科固定在岗（本院）护士（师）总数}}{\text{同期急诊科接诊患者总数（万人次）}} \times 100\%$	国家医疗机构、医师、护士电子化注册系统
（三）急诊各级患者比例	急诊各级患者比例，是指急诊科就诊的各级患者总数占同期急诊科就诊患者总数的比例。（急诊患者病情分级：I 级是濒危患者，II 级是危重患者，III 级是急症患者，IV 级是非急症患者）	$\frac{\text{急诊科就诊的各级患者总数}}{\text{同期急诊科就诊患者总数}} \times 100\%$	NCIS

（四）抢救室滞留时间中位数	抢救室滞留时间是指急诊抢救室患者从进入抢救室到离开抢救室（不包括死亡患者）的时间（以小时为单位）。抢救室滞留时间中位数是指将急诊抢救室患者从进入抢救室到离开抢救室（不包括死亡患者）的时间由长到短排序后取其中位数	抢救室滞留时间中位数= $X_{(n+1)/2}$ ，n 为奇数； 抢救室滞留时间中位数= $(X_n/2+X_{n/2+1})/2$ ，n 为偶数 注：n 为急诊抢救室患者数，X 为抢救室滞留时间	NCIS
（五）急性心肌梗死（STEMI）患者平均门药时间及门药时间达标率			
5.1 行溶栓药物治疗的急性心肌梗死（STEMI）患者平均门药时间	急性心肌梗死（STEMI）患者平均门药时间是指行溶栓药物治疗的急性心肌梗死（STEMI）患者从进入急诊科到开始溶栓药物治疗的平均时间	行溶栓药物治疗的急性心肌梗死（ <i>STEMI</i> ）患者的门药时间总和 同期行溶栓药物治疗的急性心肌梗死（<i>STEMI</i>）患者总数 $\times 100\%$	NCIS
5.2 急性心肌梗死（STEMI）患者门药时间达标率	急性心肌梗死（STEMI）患者门药时间达标率是指急性心肌梗死（STEMI）患者门药时间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。（急性心肌梗死（STEMI）患者门药时间达标是指在溶栓药物时间窗（发病 12 小时）内，就诊的急性心肌梗死（STEMI）患者门药时间在 30 分钟内）	急性心肌梗死（ <i>STEMI</i> ）患者门药时间达标的患者数 同期就诊时在溶栓药物时间窗内应行溶栓药物治疗的急性心肌梗死（<i>STEMI</i>）患者总数 $\times 100\%$	
（六）急性心肌梗死（STEMI）患者平均门球时间及门球时间达标率			
6.1 急性心肌梗死（STEMI）患者平均门球时间	急性心肌梗死（STEMI）患者平均门球时间是指行急诊 PCI 的急性心肌梗死(STEMI)患者，从进入急诊科到开始 PCI 的平均时间	行急性 <i>PCI</i> 的急性心肌梗死（ <i>STEMI</i> ）患者的门球时间总和 同期行<i>PCI</i>的急性心肌梗死（<i>STEMI</i>）患者总数 $\times 100\%$	NCIS

6.2 急性心肌梗死（STEMI）患者门球时间达标率	急性心肌梗死（STEMI）患者门球时间达标率是指急性心肌梗死（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。（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）	$\frac{\text{急性心肌梗死（STEMI）患者门球时间达标的患者数}}{\text{同期就诊时在PCI时间窗内应行PCI的急性心肌梗死（STEMI）患者总数}} \times 100\%$	NCIS
（七）急诊抢救室患者死亡率	急诊抢救室患者死亡率是指急诊抢救室患者死亡总数占同期急诊抢救室抢救患者总数的比例。急诊抢救室患者死亡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）	$\frac{\text{急诊抢救室患者死亡总数}}{\text{同期急诊抢救室抢救患者总数}} \times 100\%$	NCIS
（八）急诊手术患者死亡率	急诊手术患者（急诊进入手术室）死亡是指急诊患者接受急诊手术，术后 1 周内死亡，除外与手术无关的原发疾病引起的死亡。急诊手术患者死亡率是指急诊手术患者死亡总数占同期急诊手术患者总数的比例	$\frac{\text{急诊手术患者死亡总数}}{\text{同期急诊手术患者总数}} \times 100\%$	NCIS
（九）ROSC 成功率	ROSC 成功率是指 ROSC 成功总例次数占同期急诊呼吸心脏骤停患者行心肺复苏术总例次数的比例。同一患者 24 小时内行多次心肺复苏术，记为“一例次”。ROSC（心肺复苏术后自主呼吸循环恢复）成功是指急诊呼吸心脏骤停患者，心肺复苏术（CPR）后自主呼吸循环恢复超过 24 小时	$\frac{\text{ROSC成功总例次数}}{\text{同期急诊呼吸心脏骤停患者行心肺复苏术总例次数}} \times 100\%$	NCIS
（十）非计划重返抢救室率	因相同或相关疾病，72 小时内非计划重返急诊抢救室患者总数占同期离开急诊抢救室（出院或转其他区域）患者总数的比例	$\frac{\text{72h内非计划重返急诊抢救室患者总数}}{\text{同期离开急诊抢救室患者总数}} \times 100\%$	NCIS

(十一)急诊诊断符合率	急诊入院的患者主要急诊诊断与同期所有急诊入院患者出院后主要诊断的符合比例	$\frac{\text{急诊入院主诊断与出院主诊断符合的总人数}}{\text{同期急诊所有收住入院总人数}} \times 100\%$	NCIS
-------------	--------------------------------------	--	------

三、临床检验专业医疗质量控制指标（2015 年版）

指标	定义	计算公式	数据来源
(一)标本类型错误率	类型不符合要求的标本数占同期标本总数的比例	$\frac{\text{类型不符合要求的标本数}}{\text{同期标本总数}} \times 100\%$	NCIS
(二)标本容器错误率	采集容器不符合要求的标本数占同期标本总数的比例	$\frac{\text{采集容器不符合要求的标本数}}{\text{同期标本总数}} \times 100\%$	NCIS
(三)标本采集量错误率	采集量不符合要求的标本数占同期标本总数的比例	$\frac{\text{采集量不符合要求的标本数}}{\text{同期标本总数}} \times 100\%$	NCIS
(四)血培养污染率	污染的血培养标本数占同期血培养标本总数的比例	$\frac{\text{污染的血培养标本数}}{\text{同期血培养标本总数}} \times 100\%$	NCIS
(五)抗凝标本凝集率	凝集的标本数占同期需抗凝的标本总数的比例	$\frac{\text{凝集的标本数}}{\text{同期需抗凝的标本总数}} \times 100\%$	NCIS
(六)检验前周转时间中位数	检验前周转时间是指从标本采集到实验室接收标本的时间（以分钟为单位）。检验前周转时间中位数，是指将检验前周转时间由长到短排序后取其中位数	检验前周转时间中位数= $X_{(n+1)/2}$ ，n 为奇数； 检验前周转时间中位数= $(X_{n/2}+X_{n/2+1})/2$ ，n 为偶数 注：n 为检验标本数，X 为检验前周转时间	NCIS

（七）室内质控项目开展率	开展室内质控的检验项目数占同期检验项目总数的比例	$\frac{\text{开展室内质控的检验项目数}}{\text{同期检验项目总数}} \times 100\%$	NCIS
（八）室内质控项目变异系数不合格率	室内质控项目变异系数高于要求的检验项目数占同期对室内质控项目变异系数有要求的检验项目总数的比例	$\frac{\text{室内质控项目变异系数高于要求的检验项目数}}{\text{同期对室内质控项目变异系数有要求的检验项目总数}} \times 100\%$	NCIS
（九）室间质评项目参加率	参加室间质评的检验项目数占同期特定机构（国家、省级等）已开展的室间质评项目总数的比例	$\frac{\text{参加室间质评的检验项目数}}{\text{同期特定机构已开展的室间质评项目总数}} \times 100\%$	NCIS
（十）室间质评项目不合格率	室间质评不合格的检验项目数占同期参加室间质评检验项目总数的比例。反映实验室参加室间质评计划的合格情况，是检验中的重要质量指标	$\frac{\text{室间质评不合格的检验项目数}}{\text{同期参加室间质评检验项目总数}} \times 100\%$	NCIS
（十一）实验室间比对率（用于无室间质评计划检验项目）	执行实验室间比对的检验项目数占同期无室间质评计划检验项目总数的比例	$\frac{\text{执行实验室间比对的检验项目数}}{\text{同期无室间质评计划检验项目总数}} \times 100\%$	NCIS
（十二）实验室内周转时间中位数	实验室内周转时间是指从实验室收到标本到发送报告的时间（以分钟为单位）。实验室内周转时间中位数，是指将实验室内周转时间由长到短排序后取其中位数	实验室内周转时间中位数= $X_{(n+1)/2}$ ，n 为奇数 实验室内周转时间中位数= $(X_{n/2}+X_{n/2+1})/2$ ，n 为偶数。 注：n 为检验标本数，X 为实验室内周转时间。	NCIS
（十三）检验报告不正确率	检验报告不正确率是指实验室发出的不正确检验报告数占同期检验报告总数的比例。检验报告不正确是指实验室已发出的报告，其内容与实际情况不相符，包括结果不正确、患者信息不正确、标本信息不正确等	$\frac{\text{实验室发出的不正确检验报告数}}{\text{同期检验报告总数}} \times 100\%$	NCIS

(十四) 危急值通报率	危急值通报率是指已通报的危急值检验项目数占同期需要通报的危急值检验项目总数的比例。危急值是指除外检查仪器或试剂等技术原因出现的表明患者可能正处于生命危险的边缘状态，必须立刻进行记录并第一时间报告给该患者主管医师的检验结果	$\frac{\text{已通报的危急值检验项目数}}{\text{同期需要通报的危急值检验项目总数}} \times 100\%$	NCIS
(十五) 危急值通报及时率	危急值通报时间（从结果确认到与临床医生交流的时间）符合规定时间的检验项目数占同期需要危急值通报的检验项目总数的比例	$\frac{\text{危急值通报时间符合规定时间的检验项目数}}{\text{同期需要危急值通报的检验项目总数}} \times 100\%$	NCIS

四、病理专业医疗质量控制指标（2015 年版）

指标	定义	计算公式	数据来源
(一) 每百张病床病理医师数	平均每 100 张实际开放病床病理医师的数量	$\frac{\text{病理医师数}}{\text{同期该医疗机构实际开放床位数} / 100}$	卫生资源统计年报
(二) 每百张病床病理技术人员数	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数量	$\frac{\text{病理技术人员数}}{\text{同期该医疗机构实际开放床位数} / 100}$	卫生资源统计年报
(三) 标本规范化固定率	标本规范化固定是指病理标本及时按行业推荐方法切开，以足量 10% 中性缓冲福尔马林充分固定。有特殊要求者可使用行业规范许可的其它固定液。标本规范化固定率是指规范化固定的标本数占同期标本总数的比例	$\frac{\text{规范化固定的标本数}}{\text{同期标本总数}} \times 100\%$	NCIS

（四）HE 染色切片优良率	HE 染色优良切片是指达到行业优良标准要求的 HE 染色切片。HE 染色优良切片优良率，是指 HE 染色优良切片数占同期 HE 染色切片总数的比例	$\frac{\text{HE染色优良切片数}}{\text{同期HE染色切片总数}} \times 100\%$	NCIS
（五）免疫组化染色切片优良率	免疫组化染色优良切片优良率，是指免疫组化染色优良切片数占同期免疫组化染色切片总数的比例。免疫组化染色优良切片是指达到行业优良标准要求的免疫组化染色切片	$\frac{\text{免疫组化染色优良切片数}}{\text{同期免疫组化染色切片总数}} \times 100\%$	NCIS
（六）术中快速病理诊断及时率	在规定时间内，完成术中快速病理诊断报告的标本数占同期术中快速病理诊断标本总数的比例。规定时间是指单例标本术中快速病理诊断报告在收到标本后 30 分钟内完成。若前一例标本术中快速病理诊断报告未完成，新标本术中快速病理诊断报告在收到标本后 45 分钟内完成	$\frac{\text{在规定的时间内完成术中快速病理诊断报告的标本数}}{\text{同期术中快速病理诊断标本总数}} \times 100\%$	NCIS
（七）组织病理诊断及及时率	在规定时间内，完成组织病理诊断报告的标本数占同期组织病理诊断标本总数的比例。规定时间是指穿刺、内窥镜钳取活检的小标本，自接收标本起，≤3 个工作日发出病理报告；其他类型标本自接收标本起，≤5 个工作日发出病理报告；需特殊处理、特殊染色、免疫组化染色、分子检测的标本，按照有关行业标准增加相应的工作日	$\frac{\text{在规定时间内完成组织病理诊断报告的标本数}}{\text{同期组织病理诊断标本总数}} \times 100\%$	NCIS
（八）细胞病理诊断及及时率	在规定时间内，完成细胞病理诊断报告的标本数占同期细胞病理诊断标本总数的比例。规定时间是指自接收标本起，≤2 个工作日发出细胞病理诊断报告；需特殊处理、特殊染色、免疫组化染色、分子检测的标本，按照有关行业标准增加相应的工作日	$\frac{\text{在规定时间内完成细胞病理诊断报告的标本数}}{\text{同期细胞病理诊断标本总数}} \times 100\%$	NCIS

(九)各项分子病理检测室内质控合格率	分子病理检测室内质控合格是指检测流程及结果达到行业标准要求。各项分子病理检测室内质控合格率，是指各项分子病理检测室内质控合格病例数占同期同种类型分子病理检测病例总数的比例	$\frac{\text{各项分子病理检测室内质控合格病例数}}{\text{同期同种类型分子病理检测病例总数}} \times 100\%$	NCIS
(十)免疫组化染色室间质评合格率	免疫组化染色室间质评合格，是指参加省级以上病理质控中心组织的免疫组化染色室间质评，并达到合格标准。免疫组化染色室间质评合格率，是指免疫组化染色室间质评合格次数占同期免疫组化染色室间质评总次数的比例	$\frac{\text{免疫组化染色室间质评合格次数}}{\text{同期免疫组化染色室间质评总次数}} \times 100\%$	NCIS
(十一)各项分子病理室间质评合格率	分子病理室间质评合格，是指参加省级以上病理质控中心组织的分子病理室间质评，并达到合格标准。各项分子病理室间质评合格率，是指各项分子病理室间质评合格次数占同期同种分子病理室间质评总次数的比例	$\frac{\text{分子病理室间质评合格次数}}{\text{同期同种分子病理室间质评总次数}} \times 100\%$	NCIS
(十二)细胞学病理诊断质控符合率	细胞学原病理诊断与抽查质控诊断符合的标本数占同期抽查质控标本总数的比例。抽查标本数应占总阴性标本数至少 5%	$\frac{\text{细胞学病理诊断与抽查质控诊断符合的标本数}}{\text{同期抽查质控标本总数}} \times 100\%$	NCIS
(十三)术中快速诊断与石蜡诊断符合率	术中快速诊断与石蜡诊断符合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	$\frac{\text{术中快速诊断与石蜡诊断符合标本数}}{\text{同期术中快速诊断标本总数}} \times 100\%$	NCIS

五、医院感染管理医疗质量控制指标（2015 年版）

指标	定义	计算公式	数据来源
（一）医院感染发病（例次）率	医院感染发病（例次）率是指住院患者中发生医院感染新发病例（例次）的比例。医院感染新发病例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	$\frac{\text{医院感染新发病例（例次）数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$	湖北省住院医疗服务绩效评估平台
（二）医院感染现患（例次）率	确定时段或时点住院患者中，医院感染患者（例次）数占同期住院患者总数的比例	$\frac{\text{确定时段或时点住院患者中医院感染患者（例次）数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$	
（三）医院感染病例漏报率	应当报告而未报告的医院感染病例数占同期应报告医院感染病例总数的比例	$\frac{\text{应当报告而未报告的医院感染病例数}}{\text{同期应报告医院感染病例总数}} \times 100\%$	NCIS
（四）多重耐药菌感染发现率	多重耐药菌感染患者数（例次数）与同期住院患者总数的比例。多重耐药菌主要包括：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）	$\frac{\text{多重耐药菌感染患者数（例次数）}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$	NCIS
（五）多重耐药菌感染检出率	多重耐药菌检出菌株数与同期该病原体检出菌株总数的比例	$\frac{\text{多重耐药菌检出菌株数}}{\text{同期该病原体检出菌株总数}} \times 100\%$	NCIS

(六) 医务人员手卫生依从率	受调查的医务人员实际实施手卫生次数占同期调查中应实施手卫生次数的比例	$\frac{\text{受调查的医务人员实际实施手卫生次数}}{\text{同期调查中应实施手卫生次数}} \times 100\%$	NCIS
(七) 住院患者抗菌药物使用率	住院患者中使用抗菌药物（全身给药）患者数占同期住院患者总数的比例	$\frac{\text{住院患者中使用抗菌药物（全身给药）患者数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$	NCIS
(八) 抗菌药物治疗前病原学送检率	以治疗为目的使用抗菌药物的住院患者，使用抗菌药物前病原学检验标本送检病例数占同期使用抗菌药物治疗病例总数的比例。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	$\frac{\text{使用抗菌药物前病原学检验标本送检病例数}}{\text{同期使用抗菌药物治疗病例总数}} \times 100\%$	NCIS
(九) I 类切口手术部位感染率	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。I 类切口手术部位感染率，是指发生 I 类切口手术部位感染病例数占同期接受 I 类切口手术患者总数的比例	$\frac{\text{发生I类切口手术部位感染病例数}}{\text{同期接受I类切口手术患者总数}} \times 100\%$	NCIS
(十) I 类切口手术抗菌药物预防使用率	I 类切口手术预防使用抗菌药物的患者数占同期 I 类切口手术患者总数的比例	$\frac{\text{I类切口手术预防使用抗菌药物的患者数}}{\text{同期I类切口手术患者总数}} \times 100\%$	NCIS

（十一）血管内导管相关血流感染发病率	使用血管内导管住院患者中新发血管内导管相关血流感染的发病频率（例/千导管日）	$\frac{\text{血管内导管相关血流感染例数}}{\text{同期患者使用血管内导管留置总天数}} \times 1000\%$	NCIS
（十二）呼吸机相关肺炎发病率	使用呼吸机住院患者中新发呼吸机相关肺炎的发病频率（例/千机械通气日）	$\frac{\text{呼吸机相关肺炎例数}}{\text{同期患者使用呼吸机总天数}} \times 1000\%$	NCIS
（十三）导尿管相关泌尿系感染发病率	使用导尿管住院患者中新发导尿管相关泌尿系感染的发病频率（例/千导尿管日）	$\frac{\text{导尿管相关泌尿系感染例数}}{\text{同期患者使用导尿管总天数}} \times 1000\%$	NCIS

六、临床用血质量控制指标（2019 年版）

指标	定义	计算公式	数据来源
（一）每千单位用血输血专业技术人员数	输血科（血库）专职专业技术人员数与医疗机构年度每千单位用血数之比。医疗机构年度用血总单位数指医疗机构一年时间使用全血、红细胞成分和血浆的总单位数	$\frac{\text{输血科（血库）专职专业技术人员数}}{\text{医疗机构年度用血总单位数}} \times 1000$	卫生资源统计年报
（二）《临床输血申请单》合格率	填写规范且符合用血条件的《临床输血申请单》数量占同期输血科（血库）接收的《临床输血申请单》总数的百分比	$\frac{\text{填写规范且符合用血条件的申请单数}}{\text{同期输血科（血库）接收的申请单总数}} \times 100\%$	NCIS/湖北省住院医疗服务绩效评估平台
（三）受血者标本血型复查率	是指输血科（血库）对受血者血液标本复查血型的数量占同期接收受血者血液标本总数的百分比	$\frac{\text{受血者血液标本复查血型数}}{\text{同期接收的受血者血液标本总数}} \times 100\%$	

(四)输血相容性检测项目室内质控率	开展室内质控的输血相容性检测项目数占医疗机构开展的输血相容性检测项目总数的百分比	$\frac{\text{开展室内质控的输血相容性检测项目数}}{\text{医疗机构开展的输血相容性检测项目总数}} \times 100\%$	
(五)输血相容性检测室间质评项目参加率	参加室间质评的输血相容性检测项目数占所参加的室间质评机构输血相容性检测室间质评项目总数的百分比	$\frac{\text{参加室间质评的输血相容性检测项目数}}{\text{所参加的室间质评机构输血相容性检测室间质评项目总数}} \times 100\%$	
(六)千输血人次输血不良反应上报例数	单位时间内，每千输血人次中输血不良反应上报例数	$\frac{\text{输血不良反应上报例数}}{\text{输血人次}/1000}$	
(七)一二级手术台均用血量	单位时间一级和二级手术台均用血量。此处仅统计红细胞成分及全血用量	$\frac{\text{一级和二级手术用血总单位数}}{\text{同期一级和二级手术总台次}}$	卫生资源统计年报
(八)三四级手术台均用血量	单位时间三级和四级手术台均用血量。此处仅统计红细胞成分及全血用量	$\frac{\text{三级和四级手术用血总单位数}}{\text{同期三级和四级手术总台次}}$	卫生资源统计年报
(九)手术患者自体输血率	单位时间手术患者住院期间自体输血量占手术患者异体输血量 and 自体输血量之和的百分比。此处仅统计红细胞成分及全血用量	$\frac{\text{手术患者自体输血总单位数}}{\text{同期手术患者异体输血单位数} + \text{自体输血单位数}} \times 100\%$	NCIS/湖北省住院医疗服务绩效评估平台

(十)出院患者人均用血量	单位时间出院患者人均用血量。此处仅统计红细胞成分及全血用量	$\frac{\text{出院患者用血总单位数}}{\text{同期出院患者人次}}$	卫生资源统计年报
--------------	-------------------------------	---	----------

七、呼吸内科专业医疗质量控制指标（2019 年版）

指标	定义	计算公式	数据来源
(一)急性肺血栓栓塞症（PTE）患者确诊检查比例	单位时间内，出院诊断为急性 PTE 患者行确诊检查的人数与同期急性 PTE 患者总数的比值。（确诊检查包括 CT 肺动脉造影、放射性核素肺通气灌注扫描、磁共振肺动脉造影和肺动脉造影中任一项）	$\frac{\text{急性PTE患者行确诊检查人数}}{\text{同期急性PTE患者总数}} \times 100\%$	湖北省住院医疗服务绩效评估平台
(二)急性 PTE 患者行深静脉血栓相关检查比例	单位时间内，急性 PTE 患者行深静脉血栓相关检查的人数与同期急性 PTE 患者总数的比值。（深静脉血栓相关检查包括：静脉超声、CT 静脉造影、放射性核素静脉显像、磁共振静脉造影、静脉造影中任一项）	$\frac{\text{急性PTE患者行深静脉血栓相关检查人数}}{\text{同期急性PTE患者总数}} \times 100\%$	
(三)急性 PTE 患者行危险分层相关检查比例	单位时间内，急性 PTE 患者行危险分层相关检查的人数与同期急性 PTE 患者总数的比值。（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）	$\frac{\text{急性PTE患者行危险分层相关检查人数}}{\text{同期急性PTE患者总数}} \times 100\%$	
(四)住院期间行溶栓治疗的高危急性 PTE 患者比例	单位时间内，住院期间行溶栓治疗的高危急性 PTE 患者数与同期行溶栓治疗的急性 PTE 患者总数的比值	$\frac{\text{住院期间行溶栓治疗高危急性PTE患者数}}{\text{同期行溶栓治疗的急性PTE患者总数}} \times 100\%$	NCIS

（五）急性 PTE 患者住院期间抗凝治疗比例	单位时间内，急性 PTE 患者住院期间抗凝治疗人数与同期急性 PTE 患者总数的比值。高度疑诊或确诊急性 PTE 的患者应立即予抗凝治疗，抗凝治疗包括普通肝素、低分子肝素、华法令、选择性 Xa 因子抑制剂等，任何患者只要使用了上述任一种药物即认为完成了治疗	$\frac{\text{急性PTE患者住院期间抗凝治疗人数}}{\text{同期急性PTE患者总数}} \times 100\%$	NCIS
（六）急性 PTE 患者住院死亡率	单位时间内，住院急性 PTE 患者死亡人数与同期住院急性 PTE 患者总数的比值。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	$\frac{\text{住院急性PTE患者死亡人数}}{\text{同期住院急性PTE患者总数}} \times 100\%$	湖北省住院医疗服务绩效评估平台
（七）急性 PTE 患者住院期间发生大出血比例	单位时间内，住院急性 PTE 患者发生大出血的人数与同期住院急性 PTE 患者总数的比值。大出血是影响患者预后的重要因素之一，也是评价抗凝及溶栓等治疗手段安全性的重要指标之一	$\frac{\text{急性PTE患者发生大出血的人数}}{\text{同期住院急性PTE患者总数}} \times 100\%$	
（八）慢阻肺急性加重患者住院期间行动脉血气分析比例	单位时间内，住院期间至少进行一次动脉血气分析的慢阻肺急性加重患者数占同期住院慢阻肺急性加重患者总数的比例。反映慢阻肺急性加重患者的病情严重程度	$\frac{\text{住院期间行动脉血气分析慢阻肺急性加重患者数}}{\text{同期住院慢阻肺急性加重患者总数}} \times 100\%$	
（九）慢阻肺急性加重患者住院期间胸部影像学检查比例	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。反映慢阻肺急性加重有无并发症及合并症	$\frac{\text{住院期间行胸部影像学检查慢阻肺急性加重患者数}}{\text{同期住院慢阻肺急性加重患者总数}} \times 100\%$	NCIS
（十）慢阻肺急性加重患者住院期间心电图检查比例	单位时间内，住院期间行心电图检查的慢阻肺急性加重患者数占同期住院慢阻肺患者总数的比例	$\frac{\text{住院期间进行心电图检查慢阻肺患者数}}{\text{同期住院慢阻肺患者总数}} \times 100\%$	NCIS

（十一）慢阻肺急性加重患者住院期间超声心动图检查比例	单位时间内，住院期间行超声心动图检查的慢阻肺急性加重患者数占同期住院慢阻肺急性加重患者总数的比例	$\frac{\text{住院期间进行超声心动图检查慢阻肺急性加重患者数}}{\text{同期住院慢阻肺急性加重住院患者总数}} \times 100\%$	NCIS
（十二）慢阻肺急性加重患者住院期间抗感染治疗前病原学送检比例	单位时间内，住院慢阻肺急性加重患者抗感染治疗前病原学送检人数占同期住院慢阻肺急性加重患者总数的比例	$\frac{\text{住院慢阻肺急性加重患者抗感染治疗前病原学送检人数}}{\text{同期住院慢阻肺急性加重患者总数}} \times 100\%$	NCIS
（十三）慢阻肺急性加重患者住院期间雾化吸入支气管扩张剂应用比例	单位时间内，住院期间应用雾化吸入支气管扩张剂治疗的慢阻肺急性加重患者数占同期住院慢阻肺急性加重患者总数的比值。反映慢阻肺急性加重期治疗的规范性	$\frac{\text{住院期间应用雾化吸入支气管扩张剂治疗的慢阻肺急性加重患者数}}{\text{同期住院慢阻肺急性加重患者总数}} \times 100\%$	NCIS
（十四）慢阻肺急性加重患者住院死亡率	单位时间内，住院慢阻肺急性加重患者死亡人数占同期住院慢阻肺急性加重患者总数的比例。反映慢阻肺急性加重患者疾病严重程度	$\frac{\text{住院慢阻肺急性加重患者死亡人数}}{\text{同期住院慢阻肺急性加重患者总数}} \times 100\%$	NCIS
（十五）使用有创机械通气慢阻肺急性加重患者死亡率	单位时间内，使用有创机械通气治疗的慢阻肺急性加重患者死亡人数占同期住院使用有创机械通气治疗的慢阻肺急性加重患者总数的比例。反映医疗机构对病情严重需要有创机械通气治疗的慢阻肺患者的救治能力	$\frac{\text{使用有创机械通气治疗的慢阻肺急性加重患者死亡人数}}{\text{同期住院使用有创机械通气的慢阻肺急性加重患者总数}} \times 100\%$	NCIS
（十六）住院成人 CAP 患者进行 CAP 严重程度评估的比例	单位时间内，进行了 CAP 严重程度评估的住院 CAP 患者数占同期住院 CAP 患者总数的比例。反映 CAP 患者诊断的规范性	$\frac{\text{进行了CAP严重程度评估的住院CAP患者数}}{\text{同期住院CAP患者总数}} \times 100\%$	NCIS

(十七)低危 CAP 患者住院比例	单位时间内，住院低危 CAP 患者数占同期住院 CAP 患者总数的比例。反映对 CAP 患者住院指征的把握能力及对医疗资源的管理能力。根据 CAP 病情严重程度评估，低危患者应该门诊治疗。低危 CAP 患者住院治疗意味着占用有限的病床资源，造成不必要的医疗花费	$\frac{\text{住院低危CAP患者数}}{\text{同期住院CAP患者总数}} \times 100\%$	NCIS
(十八)CAP 患者住院期间抗感染治疗前病原学送检比例	单位时间内，抗感染治疗前行病原学送检的住院 CAP 患者数占同期住院 CAP 患者总数的比例。反映医疗机构对 CAP 诊疗的规范性	$\frac{\text{抗感染治疗前行病原学送检的住院CAP患者数}}{\text{同期住院CAP患者总数}} \times 100\%$	NCIS
(十九)CAP 患者住院死亡率	单位时间内，住院 CAP 患者死亡人数与同期住院 CAP 患者总数的比值。反映收治 CAP 患者的疾病严重程度	$\frac{\text{住院CAP患者死亡人数}}{\text{同期住院CAP患者总数}} \times 100\%$	NCIS
(二十)住院 CAP 患者接受机械通气的比例	单位时间内，住院期间接受机械通气（包括无创/有创机械通气）的 CAP 患者数与住院 CAP 患者总数的比值。机械通气是 CAP 患者合并呼吸衰竭时重要的治疗手段，该指标有助于评价收治患者的严重程度及相应治疗的规范性	$\frac{\text{住院期间接受机械通气的CAP患者数}}{\text{同期住院CAP患者总数}} \times 100\%$	NCIS

八、产科专业医疗质量控制指标（2019 年版）

指标	定义	计算公式	数据来源
(一) 剖宫产率/初产妇剖宫产率			

1.1 剖宫产率	单位时间内，剖宫产分娩产妇人数占同期分娩产妇（分娩孕周≥28 周）总人数的比例	$\frac{\text{剖宫产分娩产妇人数}}{\text{同期分娩产妇总人数}} \times 100\%$	NCIS
1.2 初产妇剖宫产率	单位时间内，初产妇（定义：妊娠≥28 周初次分娩的产妇，既往无 28 周及以上孕周分娩史）实施剖宫产手术人数占同期初产妇总人数的比例	$\frac{\text{初产妇剖宫产人数}}{\text{同期初产妇总人数}} \times 100\%$	NCIS
（二）阴道分娩椎管内麻醉使用率	单位时间内，阴道分娩产妇实施椎管内麻醉人数（不含术中转剖宫产产妇人数）占同期阴道分娩产妇总人数（不含术中转剖宫产产妇人数）的比例	$\frac{\text{阴道分娩产妇实施椎管内麻醉人数}}{\text{同期阴道分娩产妇总人数}} \times 100\%$	NCIS
（三）早产率/早期早产率			
3.1 早产率	单位时间内，早产（孕周在 28-36+6 周之间的分娩）产妇人数占同期分娩产妇（分娩孕周≥28 周）总人数的比例	$\frac{\text{早产产妇人数}}{\text{同期分娩产妇总人数}} \times 100\%$	NCIS
3.2 早期早产率	单位时间内，早期早产（孕周在 28-33+6 周之间的分娩）产妇人数占同期分娩产妇（分娩孕周≥28 周）总人数的比例	$\frac{\text{早期早产产妇人数}}{\text{同期分娩产妇总人数}} \times 100\%$	NCIS
（四）巨大儿发生率	单位时间内，巨大儿（出生体重≥4000g）人数占同期活产数的比例。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	$\frac{\text{巨大儿人数}}{\text{同期活产数}} \times 100\%$	NCIS

(五)严重产后出血发生率	单位时间内,发生严重产后出血(分娩 24 小时内出血量 $\geq 1000\text{ml}$)的产妇人数占同期分娩产妇(分娩孕周 ≥ 28 周)总人数的比例	$\frac{\text{严重产后出血产妇人数}}{\text{同期分娩产妇总人数}} \times 100\%$	NCIS
(六)严重产后出血患者输血率	单位时间内,发生严重产后出血(分娩 24 小时内出血量 $\geq 1000\text{ml}$)实施输血治疗(含自体输血)人数占同期发生严重产后出血患者总数的比例	$\frac{\text{严重产后出血输血治疗人数}}{\text{同期严重产后出血患者总数}} \times 100\%$	NCIS
(七)孕产妇死亡活产比	单位时间内,孕产妇在孕期至产后 42 天内因各种原因造成的孕产妇死亡人数占同期活产数的比例	$\frac{\text{孕产妇死亡人数}}{\text{同期活产数}} \times \frac{100000}{100000}$	NCIS
(八)妊娠相关子宫切除率	单位时间内,妊娠相关因素导致实施子宫切除人数占同期分娩产妇(分娩孕周 ≥ 28 周)总人数的比例。 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,不包括妇科疾病及其他妇科疾病相关因素	$\frac{\text{妊娠相关子宫切除人数}}{\text{同期分娩产妇总人数}} \times \frac{100000}{100000}$	NCIS
(九)产后或术后非计划再次手术率	单位时间内,产妇在同一次住院期间,产后或术后因各种原因导致患者需重返手术室进行计划外再次手术(含介入手术)的人数占同期分娩产妇(分娩孕周 ≥ 28 周)总人数的比例	$\frac{\text{产后或术后发生非计划再次手术人数}}{\text{同期分娩产妇总人数}} \times \frac{100000}{100000}$	NCIS

（十）足月新生儿 5 分钟 Apgar 评分 < 7 分发生率	单位时间内，足月新生儿（分娩孕周 ≥ 37 周）出生后 5 分钟 Apgar 评分 < 7 分人数占同期内足月活产儿总数的比例	$\frac{\text{足月新生儿 5 分钟 Apgar 评分} < 7 \text{ 分人数}}{\text{同期足月活产儿总数}} \times 100\%$	NCIS
---------------------------------	---	--	------

九、神经系统疾病医疗质量控制指标（2020 年版）

（一）癫痫与惊厥癫痫持续状态

指标	定义	计算公式	数据来源
1.1 癫痫发作频率记录率	单位时间内，住院癫痫患者中各种发作类型的发作频率均得到记录的人数占同期住院癫痫患者总数的比例	$\frac{\text{各种发作类型的发作频率均得到记录的住院癫痫患者数}}{\text{同期住院癫痫患者总数}} \times 100\%$	NCIS
1.2 抗癫痫药物规范服用率	单位时间内，住院癫痫患者（确诊 3 月及以上）中近 3 月按照癫痫诊断类型规范使用抗癫痫药物治疗的人数占同期住院癫痫患者（确诊 3 月及以上）人数的比例	$\frac{\text{近 3 月规范使用抗癫痫药物治疗的住院癫痫患者（确诊 3 月及以上）数}}{\text{同期住院癫痫患者（确诊 3 月及以上）总数}} \times 100\%$	NCIS
1.3 抗癫痫药物严重不良反应发生率	单位时间内，住院癫痫患者病程中发生抗癫痫药物严重不良反应的人次数与同期住院癫痫患者总人次数的比值	$\frac{\text{病程中发生抗癫痫药物严重不良反应的住院癫痫患者人次数}}{\text{同期住院癫痫患者总人次数}} \times 100\%$	NCIS
1.4 癫痫患者病因学检查完成率	单位时间内，住院癫痫患者完成神经影像学检查（如头颅 CT 或核磁共振）及脑电图学相关检查（普通或视频长程脑电图）的人数占同期住院癫痫患者总数的比例	$\frac{\text{完成神经影像学及脑电图学相关检查的住院癫痫患者数}}{\text{同期住院癫痫患者总数}} \times 100\%$	NCIS

1.5 癫痫患者精神行为共患病筛查率	单位时间内，住院癫痫患者完成共患病（抑郁症、焦虑症）筛查人数占同期住院癫痫患者总数的比例	$\frac{\text{进行精神行为共患病筛查的住院癫痫患者数}}{\text{同期住院癫痫患者总数}} \times 100\%$	NCIS
1.6 育龄期女性癫痫患者妊娠宣教执行率	单位时间内，住院育龄期（18-44岁，月经周期正常）女性癫痫患者（或照料者）在一年内至少接受过1次关于癫痫及治疗如何影响避孕或妊娠咨询者占同期育龄期女性住院癫痫患者的比例	$\frac{\text{每年至少接受过1次关于癫痫及其治疗如何影响避孕或妊娠的咨询的育龄期女性住院癫痫患者(或其照料者)数}}{\text{同期住院育龄期女性癫痫患者总数}} \times 100\%$	NCIS
1.7 癫痫患者择期手术在院死亡率	单位时间内，所有住院行癫痫择期手术的癫痫患者术后在院死亡率	$\frac{\text{行癫痫择期手术后在院死亡患者数}}{\text{同期住院行癫痫择期手术的患者总数}} \times 100\%$	NCIS
1.8 癫痫患者术后并发症发生率	单位时间内，所有住院行癫痫手术的癫痫患者术后并发症发生率	$\frac{\text{行癫痫手术后在院并发症发生人数}}{\text{同期住院行癫痫手术的患者总数}} \times 100\%$	NCIS
1.9 癫痫患者术后病理明确率	单位时间内，所有住院行癫痫病灶切除手术的癫痫患者术后病理结果明确率	$\frac{\text{行癫痫手术后病理明确患者数}}{\text{同期住院行癫痫手术的患者总数}} \times 100\%$	NCIS
1.10 癫痫手术患者出院时继续抗癫痫药物治疗率	单位时间内，所有住院行手术治疗的癫痫患者出院时继续抗癫痫药物治疗率	$\frac{\text{出院时继续抗癫痫药物治疗的癫痫手术患者数}}{\text{同期住院行癫痫手术的患者总数}} \times 100\%$	NCIS
1.11 惊厥性癫痫持续状态发作控制率	单位时间内，惊厥性癫痫持续状态患者中发作在接诊后1小时内得到控制的人数占同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例	$\frac{\text{发作在接诊后1小时内得到控制的惊厥性癫痫持续状态患者数}}{\text{同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数}} \times 100\%$	NCIS

1.12 惊厥性癫痫持续状态初始治疗方案应用率	单位时间内，住院惊厥性癫痫持续状态患者中应用指南推荐的初始治疗方案治疗的患者数占同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例	$\frac{\text{应用标准初始治疗方案治疗的住院惊厥性癫痫持续状态患者数}}{\text{同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数}} \times 100\%$	NCIS
1.13 难治性惊厥性癫痫持续状态患者麻醉药物应用率	单位时间内，住院难治性惊厥性癫痫持续状态患者应用麻醉药物治疗的人数占同期住院难治性惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例	$\frac{\text{应用麻醉药物治疗的住院难治性惊厥性癫痫持续状态患者数}}{\text{同期住院难治性惊厥性癫痫持续状态患者总数}} \times 100\%$	NCIS
1.14 难治性惊厥性癫痫持续状态患者气管插管或机械通气应用率	单位时间内，收治入院的难治性惊厥性癫痫持续状态患者启动气管插管或机械通气治疗的人数占同期住院难治性惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例	$\frac{\text{启动气管插管或机械通气的难治性惊厥性癫痫持续状态住院患者数}}{\text{同期住院难治性惊厥性癫痫持续状态患者总数}} \times 100\%$	NCIS
1.15 在院惊厥性癫痫持续状态患者脑电监测率	单位时间内，住院惊厥性癫痫持续状态患者中入院 24 小时内完成同步脑电监测的人数占同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。	$\frac{\text{入院24小时内完成同步脑电监测的惊厥性癫痫持续状态患者数}}{\text{同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数}} \times 100\%$	NCIS
1.16 在院惊厥性癫痫持续状态患者影像检查率	单位时间内，住院惊厥性癫痫持续状态患者中入院 72 小时内完成神经影像学检查的人数占同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例	$\frac{\text{入院72小时内完成神经影像学检查的惊厥性癫痫持续状态患者数}}{\text{同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数}} \times 100\%$	NCIS
1.17 在院惊厥性癫痫持续状态患者脑脊液检查率	单位时间内，住院惊厥性癫痫持续状态患者中入院 72 小时内完成脑脊液相关病因学检查的人数占同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例	$\frac{\text{入院72小时内完成脑脊液相关病因学检查的惊厥性癫痫持续状态患者数}}{\text{同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数}} \times 100\%$	NCIS

1.18 在院期间惊厥性癫痫持续状态患者病因明确率	单位时间内，住院惊厥性癫痫持续状态患者中在院期间病因学明确的患者数占同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例	$\frac{\text{住院期间病因学明确的惊厥性癫痫持续状态患者数}}{\text{同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数}} \times 100\%$	NCIS
1.19 惊厥性癫痫持续状态患者在院死亡率	单位时间内，住院惊厥性癫痫持续状态患者中院内死亡的患者数占同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例	$\frac{\text{院内死亡的惊厥性癫痫持续状态住院患者数}}{\text{同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数}} \times 100\%$	NCIS
1.20 惊厥性癫痫持续状态患者随访（出院 30 天内）死亡率	单位时间内，住院惊厥性癫痫持续状态患者中出院 30 天内死亡患者数占同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例	$\frac{\text{出院30天内死亡的惊厥性癫痫持续状态患者数}}{\text{同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数}} \times 100\%$	NCIS

（二）脑梗死

指标	定义	计算公式	数据来源
2.1 脑梗死患者神经功能缺损评估率	单位时间内，入院时采用美国国立卫生研究院卒中量表（NIHSS）进行神经功能缺损评估的脑梗死患者数，占同期住院脑梗死患者总数的比例	$\frac{\text{入院时行神经功能缺损NIHSS评估的脑梗死患者数}}{\text{同期住院脑梗死患者总数}} \times 100\%$	NCIS
2.2 发病 24 小时内脑梗死患者急诊就诊 30 分钟内完成头颅 CT 影像学检查率	单位时间内，发病 24 小时内急诊就诊行头颅 CT 影像学检查的脑梗死患者中，30 分钟内获得头颅 CT 影像学诊断信息的患者所占的比例	$\frac{\text{发病24小时内急诊就诊的脑梗死患者30分钟内获得头颅CT影像学诊断信息的人数}}{\text{同期发病24小时内急诊就诊行头颅CT影像学检查的脑梗死患者总数}} \times 100\%$	NCIS

2.3 发病 24 小时内脑梗死患者急诊就诊 45 分钟内临床实验室检查完成率	单位时间内,发病 24 小时内到急诊就诊行实验室检查(包括血常规、血糖、凝血、电解质、肝肾功能)的脑梗死患者中,45 分钟内获得临床实验室诊断信息的患者所占的比例	$\frac{\text{发病24小时内急诊就诊的脑梗死患者45分钟内获得临床实验室诊断信息的人数}}{\text{同期发病24小时内急诊就诊行实验室检查的脑梗死患者总数}} \times 100\%$	NCIS
2.4 发病 4.5 小时内脑梗死患者静脉溶栓率	单位时间内,发病 4.5 小时内静脉溶栓治疗的脑梗死患者数占同期发病 4.5 小时内到院的脑梗死患者总数的比例	$\frac{\text{发病4.5小时内静脉溶栓治疗的脑梗死患者数}}{\text{同期发病4.5小时到院的脑梗死患者总数}} \times 100\%$	NCIS
2.5 静脉溶栓的脑梗死患者到院到给药时间小于 60 分钟的比例	单位时间内,从到院到给予静脉溶栓药物的时间(DNT)小于 60 分钟的脑梗死患者数,占同期给予静脉溶栓治疗的脑梗死患者总数的比例	$\frac{\text{静脉溶栓DNT小于60分钟的脑梗死患者数}}{\text{同期给予静脉溶栓治疗的脑梗死患者总数}} \times 100\%$	NCIS
2.6 发病 6 小时内前循环大血管闭塞性脑梗死患者血管内治疗率	单位时间内,在发病 6 小时内行血管内治疗的前循环大血管闭塞性脑梗死患者数,占同期发病 6 小时内到院的前循环大血管闭塞的脑梗死患者总数的比例	$\frac{\text{发病6小时内行血管内治疗的前循环大血管闭塞性脑梗死患者数}}{\text{同期发病6小时到院的前循环大血管闭塞的脑梗死患者总数}} \times 100\%$	NCIS
2.7 脑梗死患者入院 48 小时内抗血小板药物治疗率	单位时间内,入院 48 小时内给予抗血小板药物治疗的脑梗死患者数占同期住院脑梗死患者总数的比例	$\frac{\text{发病48小时内给予抗血小板药物治疗的脑梗死患者数}}{\text{同期住院脑梗死患者总数}} \times 100\%$	NCIS
2.8 非致残性脑梗死患者发病 24 小时内双重强化抗血小板药物治疗率	单位时间内,发病 24 小时内给予阿司匹林和氯吡格雷强化抗血小板药物治疗的非致残性脑梗死(NIHSS ≤ 3 分)患者数,占同期住院非致残性脑梗死患者总数的比例	$\frac{\text{发病24小时内给予双重强化抗血小板治疗的非致残性脑梗死患者数}}{\text{同期住院非致残性脑梗死患者总数}} \times 100\%$	NCIS

2.9 不能自行行走的脑梗死患者入院 48 小时内深静脉血栓预防率	单位时间内，不能自行行走的脑梗死患者入院 48 小时内给予深静脉血栓（DVT）预防措施的人数，占同期不能自行行走住院脑梗死患者的比例	$\frac{\text{不能自行行走脑梗死患者入院48小时内给予深静脉血栓预防措施的人数}}{\text{同期不能自行行走的住院脑梗死患者总数}} \times 100\%$	NCIS
2.10 脑梗死患者住院 7 天内血管评价率	单位时间内，脑梗死患者住院 7 天内完善颈部和颅内血管评价的人数占同期住院脑梗死患者的比例	$\frac{\text{住院7天内完善血管评价的脑梗死患者数}}{\text{同期住院脑梗死患者总数}} \times 100\%$	NCIS
2.11 住院期间脑梗死患者他汀类药物治疗率	单位时间内，住院期间使用他汀类药物治疗的脑梗死患者数占同期住院脑梗死患者总数的比例	$\frac{\text{住院期间使用他汀药物治疗的脑梗死患者数}}{\text{同期住院脑梗死患者总数}} \times 100\%$	NCIS
2.12 住院期间合并房颤的脑梗死患者抗凝治疗率	单位时间内，脑梗死合并房颤患者住院期间使用抗凝药物治疗的人数占同期住院脑梗死合并房颤患者总数的比例	$\frac{\text{使用抗凝药物治疗的合并房颤的住院脑梗死患者数}}{\text{同期合并房颤的脑梗死住院患者总数}} \times 100\%$	NCIS
2.13 脑梗死患者吞咽功能筛查率	单位时间内，进食、睡前进行吞咽功能筛查的住院脑梗死患者数，占同期住院治疗的脑梗死患者总数的比例	$\frac{\text{进食、水前进行吞咽功能筛查的住院脑梗死患者数}}{\text{同期住院脑梗死患者总数}} \times 100\%$	NCIS
2.14 脑梗死患者康复评估率	单位时间内，进行康复评估的住院脑梗死患者数，占同期住院治疗的脑梗死患者总数的比例	$\frac{\text{进行康复评估的住院脑梗死患者数}}{\text{同期脑梗死住院患者总数}} \times 100\%$	NCIS
2.15 出院时脑梗死患者抗栓/他汀类药物治疗率	单位时间内，出院时给予抗栓药物治疗（包括抗血小板药物和抗凝药物治疗）的脑梗死患者数占同期住院脑梗死患者总数的比例	$\frac{\text{出院时给予抗栓药物治疗的脑梗死患者数}}{\text{同期住院脑梗死患者总数}} \times 100\%$	NCIS

	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	$\frac{\text{出院时给予他汀药物治疗的脑梗死患者数}}{\text{同期住院脑梗死患者总数}} \times 100\%$	
2.16 出院时合并高血压/糖尿病/房颤的脑梗死患者降压/降糖药物/抗凝治疗率	单位时间内，出院时给予降压药物治疗的合并高血压的脑梗死患者数，占同期合并高血压的住院脑梗死患者总数的比例	$\frac{\text{出院时给予降压药物治疗的合并高血压的脑梗死患者数}}{\text{同期合并高血压的住院脑梗死患者总数}} \times 100\%$	NCIS
	单位时间内，出院时给予降糖药物治疗的合并糖尿病的脑梗死患者数占同期合并糖尿病的住院脑梗死患者总数的比例	$\frac{\text{出院时给予降糖药物治疗的合并糖尿病的脑梗死患者数}}{\text{同期合并糖尿病的住院脑梗死患者总数}} \times 100\%$	
	单位时间内，出院时给予抗凝药物治疗的合并房颤的脑梗死患者数占同期合并房颤的住院脑梗死患者总数的比例	$\frac{\text{出院时给予抗凝药物治疗的合并房颤的脑梗死患者数}}{\text{同期合并房颤的住院脑梗死患者总数}} \times 100\%$	
2.17 脑梗死患者住院死亡率	单位时间内，在住院期间死亡的脑梗死患者数占同期住院脑梗死患者总数的比例	$\frac{\text{住院期间死亡的脑梗死患者数}}{\text{同期住院脑梗死患者总数}} \times 100\%$	NCIS
2.18 发病 24 小时内脑梗死患者血管内治疗率	单位时间内，发病 24 小时内行血管内治疗脑梗死患者数与同期收治发病 24 小时内脑梗死患者总数的比例	$\frac{\text{发病24小时内行血管内治疗的脑梗死患者数}}{\text{同期收治发病24小时内脑梗死患者总数}} \times 100\%$	NCIS

2.19 发病 24 小时内脑梗死患者血管内治疗术前影像学评估率	单位时间内,发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术前行影像学评估人数占发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗人数的比例	$\frac{\text{发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术前行影像学评估人数}}{\text{同期发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗人数}} \times 100\%$	NCIS
2.20 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗 90 分钟内完成动脉穿刺率	单位时间内,发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗者中,从入院到完成动脉穿刺时间(DPT)在 90 分钟内的患者所占比例	$\frac{\text{发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗从入院到完成动脉穿刺在90分钟内人数}}{\text{同期发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗人数}} \times 100\%$	NCIS
2.21 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗 60 分钟内成功再灌注率	单位时间内,发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗者中,从完成动脉穿刺到成功再灌注时间(PRT)在 60 分钟内的患者所占比例	$\frac{\text{发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗从完成动脉穿刺到成功再灌注时间在60分钟内人数}}{\text{同期发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗人数}} \times 100\%$	NCIS
2.22 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后即刻再通率	单位时间内,发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗者中,术后即刻脑血管造影提示靶血管成功再通的患者所占比例	$\frac{\text{发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后即刻脑血管造影提示靶血管成功再通人数}}{\text{同期发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗人数}} \times 100\%$	NCIS
2.23 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	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	$\frac{\text{发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术中发生新发部位栓塞人数}}{\text{同期发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗人数}} \times 100\%$	NCIS
2.24 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	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	$\frac{\text{发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后住院期间发生症状性颅内出血人数}}{\text{同期发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗人数}} \times 100\%$	NCIS

2.25 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后 90 天 mRS 评估率	单位时间内,发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗者中,术后 90 天随访行改良 Rankin 量表 (mRS) 评估的患者所占比例	$\frac{\text{发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后90天行mRS评估人数}}{\text{同期发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗人数}} \times 100\%$	NCIS
2.26 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后 90 天良好神经功能预后率	单位时间内,发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗并在术后 90 天行 mRS 评估的患者中,达到良好神经功能预后的患者所占比例	$\frac{\text{发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗并在术后90天行mRS评估达良好神经功能预后人数}}{\text{同期发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗并在术后90天行mRS评估的患者总数}} \times 100\%$	NCIS
2.27 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后死亡率	单位时间内,发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗者中,术后住院期间、术后 90 天死亡的患者所占比例	$\frac{\text{发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后住院期间死亡人数}}{\text{同期发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗人数}} \times 100\%$	NCIS
		$\frac{\text{发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后90天死亡人数}}{\text{同期发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗人数}} \times 100\%$	

(三) 帕金森病

指标	定义	计算公式	数据来源
3.1 住院帕金森病患者规范诊断率	单位时间内,使用国际运动障碍疾病协会标准 (2015 年版) 或中国帕金森病的诊断标准 (2016 年版) 进行诊断的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例	$\frac{\text{使用国际运动障碍疾病协会标准 (2015年版) 或中国帕金森病的诊断标准 (2016年版) 诊断的住院帕金森病患者数}}{\text{同期住院帕金森病患者总数}} \times 100\%$	NCIS

3.2 住院帕金森病患者完成头颅 MRI 或 CT 检查率	单位时间内, 进行头部 MRI 或 CT 检查的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例	$\frac{\text{进行头颅MRI或CT检查的住院帕金森病患者数}}{\text{同期住院帕金森病患者总数}} \times 100\%$	NCIS
3.3 住院帕金森病患者进行急性左旋多巴试验评测率	单位时间内, 进行急性左旋多巴试验评测的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例	$\frac{\text{进行急性左旋多巴试验评测的住院帕金森病患者数}}{\text{同期住院帕金森病患者总数}} \times 100\%$	NCIS
3.4 住院帕金森病患者进行临床分期的比例	单位时间内, 进行临床分期的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例	$\frac{\text{进行临床分期的住院帕金森病患者数}}{\text{同期住院帕金森病患者总数}} \times 100\%$	NCIS
3.5 住院帕金森病患者全面神经功能缺损评估率	单位时间内, 进行全面神经功能缺损评估的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例	$\frac{\text{进行全面神经功能缺损评估的住院帕金森病患者数}}{\text{同期住院帕金森病患者总数}} \times 100\%$	NCIS
3.6 住院帕金森病患者运动并发症筛查率	单位时间内, 进行运动并发症(包括运动波动、异动症)筛查的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例	$\frac{\text{进行运动并发症筛查的住院帕金森病患者数}}{\text{同期住院帕金森病患者总数}} \times 100\%$	NCIS
3.7 住院帕金森病患者认知功能障碍筛查率	单位时间内, 进行认知功能障碍筛查的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例。认知功能障碍筛查至少包括 MMSE 和 MoCA 量表评测	$\frac{\text{进行认知功能筛查的住院帕金森病患者数}}{\text{同期住院帕金森病患者总数}} \times 100\%$	NCIS
3.8 住院帕金森病体位性低血压筛查率	单位时间内, 进行体位性低血压筛查的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例	$\frac{\text{进行体位性低血压筛查的住院帕金森病患者数}}{\text{同期住院帕金森病患者总数}} \times 100\%$	NCIS

3.9 合并运动并发症的住院帕金森病患者 DBS 适应证筛选评估率	进行 DBS（脑深部电刺激）适应证筛选评估的合并运动并发症的住院帕金森病患者数占同期合并运动并发症的住院帕金森病患者总数的比例	$\frac{\text{进行DBS适应症筛选评估的合并运动并发症的住院帕金森病患者数}}{\text{同期合并运动并发症的住院帕金森病患者总数}} \times 100\%$	NCIS
3.10 住院帕金森病患者康复评估率	单位时间内，进行康复评估的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例	$\frac{\text{进行康复评估的住院帕金森病患者数}}{\text{同期住院帕金森病患者总数}} \times 100\%$	NCIS
3.11 住院帕金森病患者焦虑症状和抑郁症状筛查率	单位时间内，进行焦虑症状和抑郁症状筛查的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例	$\frac{\text{进行焦虑症状和抑郁症状筛查的住院帕金森病患者数}}{\text{同期住院帕金森病患者总数}} \times 100\%$	NCIS

（四）颈动脉支架置入术

指标	定义	计算公式	数据来源
4.1 颈动脉支架置入术患者术前 mRS 评估率	单位时间内，术前行改良 Rankin 量表（mRS）评估的颈动脉支架置入术患者数占颈动脉支架置入术患者总数的比例	$\frac{\text{术前行mRS评估的颈动脉支架置入术患者数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者总数}} \times 100\%$	湖北省医疗技术临床应用管理信息平台
4.2 颈动脉支架置入术患者术前颈动脉无创影像评估率	单位时间内，术前行颈动脉无创影像评估的颈动脉支架置入术患者数占颈动脉支架置入术患者总数的比例	$\frac{\text{术前行颈动脉无创影像评估的颈动脉支架置入术患者数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者总数}} \times 100\%$	
4.3 颈动脉支架置入术手术指征符合率	单位时间内，符合手术指征的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	$\frac{\text{符合手术指征的颈动脉支架置入术患者数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者总数}} \times 100\%$	湖北省医疗技术临床应用管理信息平台

4.3.1 无症状颈动脉狭窄患者颈动脉支架置入术手术指征符合率	单位时间内,符合手术指征的无症状颈动脉狭窄患者颈动脉支架置入术患者数占同期无症状颈动脉狭窄患者行颈动脉支架置入术患者总数的比例	$\frac{\text{无症状颈动脉狭窄患者行颈动脉支架置入术符合手术指征治疗人数}}{\text{同期无症状颈动脉狭窄患者行颈动脉支架置入术总人数}} \times 100\%$	
4.3.2 症状性颈动脉狭窄患者颈动脉支架置入术手术指征符合率	单位时间内,符合手术指征的症状性颈动脉狭窄患者颈动脉支架置入术患者数占同期症状性颈动脉狭窄患者行颈动脉支架置入术患者总数的比例	$\frac{\text{症状性颈动脉狭窄患者行颈动脉支架置入术符合手术指征治疗人数}}{\text{同期症状性颈动脉狭窄患者行颈动脉支架置入术总人数}} \times 100\%$	
4.4 颈动脉支架置入术患者术前规范化药物治疗率	单位时间内,颈动脉支架置入术患者术前规范化药物(双重抗血小板药物+他汀类药物)治疗人数占颈动脉支架置入术患者总数的比例	$\frac{\text{颈动脉支架置入术患者术前规范化药物治疗人数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者总数}} \times 100\%$	湖北省医疗技术临床应用管理信息平台
4.4.1 颈动脉支架置入术患者术前双重抗血小板药物治疗率	单位时间内,颈动脉支架植入术患者术前双重抗血小板药物治疗人数占颈动脉支架置入术患者总数的比例	$\frac{\text{颈动脉支架置入术患者术前双重抗血小板药物治疗人数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者总数}} \times 100\%$	
4.4.2 颈动脉支架置入术患者术前他汀类药物治疗率	单位时间内,颈动脉支架植入术患者术前他汀类药物治疗人数占颈动脉支架置入术患者总数的比例	$\frac{\text{颈动脉支架置入术患者术前他汀类药物治疗人数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者总数}} \times 100\%$	
4.5 颈动脉支架置入术保护装置使用率	单位时间内,颈动脉支架置入术使用保护装置人数占颈动脉支架置入术患者总数的比例	$\frac{\text{颈动脉支架置入术使用保护装置人数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者总数}} \times 100\%$	湖北省住院医疗服务绩效评估平台

4.6 颈动脉支架置入术技术成功率	单位时间内，颈动脉支架置入术技术成功人数占颈动脉支架置入术患者总数的比例	$\frac{\text{颈动脉支架置入术技术成功人数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者总数}} \times 100\%$	
4.7 颈动脉支架置入术并发症发生率	单位时间内，发生并发症的颈动脉支架置入术患者数占颈动脉支架置入术患者总数的比例	$\frac{\text{发生并发症的颈动脉支架置入术患者数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者总数}} \times 100\%$	
4.8 颈动脉支架置入术患者出院规范化药物治疗率			
4.8.1 颈动脉支架置入术患者出院双重抗血小板药物治疗率	单位时间内，出院时给予规范化药物治疗的颈动脉支架置入术患者数占颈动脉支架置入术患者总数的比例	$\frac{\text{出院时给予双重抗血小板药物治疗的颈动脉支架置入术患者数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者总数}} \times 100\%$	NCIS
4.8.2 颈动脉支架置入术患者出院他汀类药物治疗率		$\frac{\text{出院时给予他汀类药物治疗的颈动脉支架置入术患者数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者总数}} \times 100\%$	
4.8.3 合并高血压的颈动脉支架置入术患者出院降压药物治疗率		$\frac{\text{出院时给予降压药物治疗的合并高血压的颈动脉支架置入术患者数}}{\text{同期合并高血压的颈动脉支架置入术患者总数}} \times 100\%$	
4.8.4 合并糖尿病的颈动脉支架置入术患者出院降糖药物治疗率		$\frac{\text{出院时给予降糖药物治疗的合并糖尿病的颈动脉支架置入术患者数}}{\text{同期合并糖尿病的颈动脉支架置入术患者总数}} \times 100\%$	

4.9 颈动脉支架置入术患者卒中和死亡发生率			
4.9.1 颈动脉支架置入术患者术后住院期间卒中和死亡发生率	单位时间内，颈动脉支架置入术患者术后卒中和死亡人数占颈动脉支架置入术患者总数的比例	$\frac{\text{颈动脉支架置入术患者术后住院期间卒中和死亡人数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者总数}} \times 100\%$	NCIS
4.9.2 颈动脉支架置入术患者术后 30 天卒中和死亡发生率		$\frac{\text{颈动脉支架置入术患者术后30天卒中和死亡人数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者完成术后30天随访人数}} \times 100\%$	
4.10 颈动脉支架置入术患者术后同侧缺血性卒中发生率			
4.10.1 颈动脉支架置入术患者术后 30 天同侧缺血性卒中发生率	单位时间内，颈动脉支架置入术患者术后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	$\frac{\text{颈动脉支架置入术患者术后30天发生同侧缺血性卒中人数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者完成术后30天随访人数}} \times 100\%$	NCIS
4.10.2 颈动脉支架置入术患者术后 1 年同侧缺血性卒中发生率		$\frac{\text{颈动脉支架置入术患者术后1年发生同侧缺血性卒中人数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者完成术后1年随访人数}} \times 100\%$	

（五）脑血管造影术

指标	定义	计算公式	数据来源
5.1 脑血管造影术（DSA）前无创影像评估率	单位时间内，脑血管造影术前完善无创血管影像评估人数占行脑血管造影术的患者总数的比例	$\frac{\text{脑血管造影术前完善无创影像评估的患者数}}{\text{同期行脑血管造影术的患者总数}} \times 100\%$	NCIS

5.2 脑血管造影术中非离子型对比剂应用率	单位时间内，脑血管造影术中应用非离子型对比剂的患者数占行脑血管造影术的患者总数的比例	$\frac{\text{脑血管造影术中应用非离子型对比剂的患者数}}{\text{同期行脑血管造影术的患者总数}} \times 100\%$	NCIS
5.3 脑血管造影术造影时相完整率	单位时间内，脑血管造影术中靶血管造影显示时相完整的患者数占行脑血管造影术的患者总数的比例	$\frac{\text{脑血管造影术中靶血管造影显示时相完整的患者数}}{\text{同期行脑血管造影术的患者总数}} \times 100\%$	NCIS
5.4 脑血管造影术造影阳性率	单位时间内，脑血管造影术检查有异常发现的患者数占行脑血管造影术的患者总数的比例	$\frac{\text{脑血管造影术检查有异常发现的患者数}}{\text{同期行脑血管造影术的患者总数}} \times 100\%$	NCIS
5.5 脑血管造影术严重并发症发生率	单位时间内，脑血管造影术发生严重并发症的患者数占行脑血管造影术的患者总数的比例	$\frac{\text{脑血管造影术发生严重并发症的患者数}}{\text{同期行脑血管造影术的患者总数}} \times 100\%$	NCIS
5.6 脑血管造影术穿刺点并发症发生率	单位时间内，脑血管造影术后住院期间发生穿刺点并发症的患者数占行脑血管造影术的患者总数的比例	$\frac{\text{脑血管造影术后住院期间发生穿刺点并发症的患者数}}{\text{同期行脑血管造影术的患者总数}} \times 100\%$	NCIS
5.7 脑血管造影术死亡率	单位时间内，脑血管造影术后住院期间死亡患者数占行脑血管造影术的患者总数的比例	$\frac{\text{脑血管造影术后住院期间死亡患者数}}{\text{同期行脑血管造影术的患者总数}} \times 100\%$	NCIS

十、肾病专业医疗质量控制指标（2020 年版）

（一）IgA 肾病

指标	定义	计算公式	数据来源
1.1 肾活检患者术前检查完成率	肾活检患者 2 周内完成全部相关术前检查的比例	$\frac{\text{2周内完成术前检查的肾活检患者数}}{\text{同期肾活检患者总数}} \times 100\%$	NCIS
1.2 肾脏病理切片染色规范率	肾活检术后 2 周内规范完成肾脏病理切片染色的患者比例	$\frac{\text{肾活检术后2周内规范完成肾脏病理切片染色患者数}}{\text{同期完成肾脏病理切片染色的患者总数}} \times 100\%$	NCIS
1.3 IgA 肾病患者病理分型诊断率	肾活检术后 2 周内完成肾脏病理分型诊断的 IgA 肾病患者比例	$\frac{\text{肾活检术后2周内完成肾脏病理分型诊断的IgA肾病患者数}}{\text{同期完成肾脏病理诊断的IgA肾病患者总数}} \times 100\%$	NCIS
1.4 IgA 肾病患者 RAS 阻断剂的使用率	适合使用 RAS 阻断剂的 IgA 肾病患者中使用 RAS 阻断剂的比例	$\frac{\text{使用RAS阻断剂的IgA肾病患者数}}{\text{同期适合使用RAS阻断剂的IgA肾病患者总数}} \times 100\%$	NCIS
1.5 IgA 肾病患者随访完成率	IgA 肾病患者完成随访的患者比例	$\frac{\text{完成随访的IgA肾病患者数}}{\text{同期IgA肾病患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
1.6 IgA 肾病患者血压控制达标率	血压<130/80mmHg 的 IgA 肾病患者占同期随访的 IgA 肾病患者总数的比例	$\frac{\text{血压}<130/80\text{mmHg的IgA肾病患者数}}{\text{同期随访的IgA肾病患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报

1.7 肾功能恶化率	治疗 6 个月后,血肌酐倍增的 IgA 肾病患者比例	$\frac{\text{治疗6个月后,血肌酐倍增的IgA肾病患者数}}{\text{同期随访的IgA肾病患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
1.8 治疗 6 个月后 24 小时尿蛋白<1g 的患者比例	IgA 肾病随访患者中治疗 6 个月后 24 小时尿蛋白<1g 的患者比例	$\frac{\text{治疗6个月后,24小时尿蛋白}<1\text{g的IgA肾病患者数}}{\text{同期随访的IgA肾病患者总数}} \times 100\%$	NCIS
1.9 肾活检严重并发症发生率	肾活检发生严重并发症的患者比例	$\frac{\text{肾活检发生严重并发症的IgA肾病患者数}}{\text{同期完成肾活检术的IgA肾病患者总数}} \times 100\%$	NCIS
1.10 激素、免疫抑制剂治疗的严重并发症发生率	IgA 肾病患者应用激素、免疫抑制剂 6 个月内出现严重并发症的比例	$\frac{\text{应用激素、免疫抑制剂治疗6个月内出现严重并发症的IgA肾病患者数}}{\text{同期应用激素、免疫抑制剂治疗的IgA肾病患者总数}} \times 100\%$	NCIS/湖北省住院医疗服务绩效评估平台

（二）血液净化技术

指标	定义	计算公式	数据来源
2.1 治疗室消毒合格率			
2.1.1 血液透析治疗室消毒合格率	血液透析室（中心）/腹膜透析室治疗室消毒合格的月份数量在当年所占的比例	$\frac{\text{血液透析治疗室消毒合格的月份数量}}{12} \times 100\%$	医院自行填报
2.1.2 腹膜透析治疗室消毒合格率		$\frac{\text{腹膜透析治疗室消毒合格的月份数量}}{12} \times 100\%$	

2.2 透析用水生物污染检验合格率	血液透析室（中心）的透析用水生物污染检验合格的月份/季度在当年所占的比例	$\frac{\text{透析用水生物污染检验合格月份数量（或季度数量）}}{12（或4）} \times 100\%$	医院自行填报
2.3 新入血液透析患者血源性传染病标志物检验完成率	单位时间内，完成血源性传染病标志物检验的新入血液透析患者比例	$\frac{\text{新入血液透析患者血源性传染病标志物检验的患者数}}{\text{同期新入血液透析患者总数}} \times 100\%$	NCIS
2.4 维持性血液透析患者血源性传染病标志物定时检验完成率	每6个月，完成血源性传染病标志物检验的维持性血液透析患者比例	$\frac{\text{每6个月完成血源性传染病标志物检验的患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\%$	NCIS
2.5 维持性血液透析患者的乙型肝炎和丙型肝炎发病率	每年新发生乙型肝炎和丙型肝炎的维持性血液透析患者比例	$\frac{\text{维持性血液透析患者中每年新增乙型肝炎和丙型肝炎患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\%$	NCIS
2.6 血液透析患者尿素清除指数（Kt/V）和尿素下降率（URR）控制率	单位时间内，单室 Kt/V（spKt/V）>1.2 且尿素下降率（URR）>65%的维持性血液透析患者比例	$\frac{\text{spKt/V} > 1.2 \text{ 且 } URR > 65\% \text{ 的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\%$	NCIS
2.7 腹膜透析患者尿素清除指数（Kt/V）及总内生肌酐清除率（Ccr）控制率	单位时间内，Kt/V ≥ 1.7/周且总 Ccr ≥ 50L/1.73 m ² /周的腹膜透析患者比例	$\frac{\text{Kt/V} \geq 1.7/\text{周} \text{ 且总 } Ccr \geq 50L/1.73m^2/\text{周} \text{ 的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\%$	NCIS

2.8 透析患者 β_2 微球蛋白定时检验完成率			
2.8.1 维持性血液透析患者 β_2 微球蛋白定时检验完成率	每 6 个月, 完成 β_2 微球蛋白检验的维持性血液透析/腹膜透析患者比例	$\frac{\text{每6个月完成}\beta_2\text{微球蛋白维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
2.8.2 腹膜透析患者 β_2 微球蛋白定时检验完成率		$\frac{\text{每6个月完成}\beta_2\text{微球蛋白腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\%$	
2.9 血液透析患者透析间期体重增长控制率	单位时间内, 透析间期体重增长 $< 5\%$ 的维持性血液透析患者比例	$\frac{\text{透析间期体重增长} < 5\% \text{的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
2.10 维持性血液透析患者的动静脉内瘘长期使用率	单位时间内, 同一动静脉内瘘持续使用时间 > 2 年的维持性血液透析患者比例	$\frac{\text{同一动静脉瘘持续使用时间} > 2 \text{年的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
2.11 腹膜透析患者腹膜平衡试验记录定时完成率	每 6 个月, 完成腹膜平衡试验记录的腹膜透析患者比例	$\frac{\text{6个月内完成腹膜平衡试验记录的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
2.12 腹膜透析退出患者治疗时间	单位时间内, 退出患者的平均腹膜透析时间	$\frac{\text{退出患者腹膜透析病人月总和}}{\text{同期退出腹膜透析患者数}}$	NCIS

2.13 透析患者血常规定时检验率			
2.13.1 维持性血液透析患者血常规定时检验率	每 3 个月，完成血常规检验的维持性血液透析/腹膜透析患者比例	$\frac{\text{每3个月完成血常规检验的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\%$	湖北省住院医师服务绩效评估平台
2.13.2 腹膜透析患者血常规定时检验率		$\frac{\text{每3个月完成血常规检验的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\%$	
2.14 透析患者血液生化定时检验率			
2.14.1 维持性血液透析患者血液生化定时检验率	每 3 个月，完成血液生化检验的维持性血液透析/腹膜透析患者比例	$\frac{\text{每3个月完成血液生化检验的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
2.14.2 腹膜透析患者血液生化定时检验率		$\frac{\text{每3个月完成血液生化检验的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\%$	
2.15 透析患者全段甲状旁腺素（iPTH）定时检验完成率			
2.15.1 维持性血液透析患者 iPTH 定时检验完成率	每 6 个月，完成全段甲状旁腺素（iPTH）检验的维持性血液透析/腹膜透析患者比例	$\frac{\text{每6个月完成iPTH检验的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
2.15.2 腹膜透析患者 iPTH 定时检验完成率		$\frac{\text{每6个月完成iPTH检验的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\%$	

2.16 透析患者的血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度定时检验完成率			
2.16.1 维持性血液透析患者的血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度定时检验完成率	每 6 个月, 完成血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度检验的维持性血液透析/腹膜透析患者比例	$\frac{\text{每6个月完成血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度和检验的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
2.16.2 腹膜透析患者的血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度定时检验完成率		$\frac{\text{每6个月完成血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度和检验的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\%$	
2.17 透析患者的血清前白蛋白定时检验完成率			
2.17.1 维持性血液透析患者的血清前白蛋白定时检验完成率	每 6 个月, 完成血清前白蛋白检验的维持性血液透析/腹膜透析患者比例	$\frac{\text{每6个月完成血清前白蛋白检验的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\%$	NCIS
2.17.2 腹膜透析患者的血清前白蛋白定时检验完成率		$\frac{\text{每6个月完成血清前白蛋白检验的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\%$	
2.18 透析患者的 C 反应蛋白（CRP）定时检验完成率			
2.18.1 维持性血液透析患者的 C 反应蛋白（CRP）定时检验完成率	每 6 个月, 完成 C 反应蛋白（CRP）检验的维持性血液透析/腹膜透析患者比例	$\frac{\text{每6个月完成CRP检验的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报

2.18.2 腹膜透析患者的C反应蛋白（CRP）定时检验完成率		$\frac{\text{每6个月完成}CRP\text{检验的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\%$	
2.19 透析患者高血压控制率			
2.19.1 维持性血液透析患者高血压控制率	单位时间内，血压控制达标的维持性血液透析/腹膜透析患者比例	$\frac{\text{血压控制达标的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
2.19.2 腹膜透析患者高血压控制率		$\frac{\text{血压控制达标的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\%$	
2.20 透析患者肾性贫血控制率			
2.20.1 维持性血液透析患者肾性贫血控制率	单位时间内，血红蛋白 $\geq 110\text{g/L}$ 的维持性血液透析/腹膜透析患者比例	$\frac{\text{血红蛋白} \geq 110\text{g/L} \text{的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
2.20.2 腹膜透析患者肾性贫血控制率		$\frac{\text{血红蛋白} \geq 110\text{g/L} \text{的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\%$	
2.21 透析患者慢性肾脏病—矿物质与骨异常（CKD-MBD）指标控制率			
2.21.1 维持性血液透析患者CKD-MBD 指标控制	单位时间内，CKD-MBD 指标控制达标的维持性血液透析/腹膜透析患者比例	$\frac{CKD-MBD\text{指标控制达标的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\%$	NCIS

率			
2.21.2 腹膜透析患者 CKD-MBD 指标控制率		$\frac{\text{CKD-MBD指标控制达标的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\%$	
2.22 透析患者血清白蛋白控制率			
2.22.1 维持性血液透析患者血清白蛋白控制率	单位时间内，血清白蛋白 $\geq 35\text{g/L}$ 的维持性血液透析/腹膜透析患者比例	$\frac{\text{血清白蛋白} \geq 35\text{g/L} \text{的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\%$	NCIS/湖北省住院医疗服务绩效评估平台
2.22.2 腹膜透析患者血清白蛋白控制率		$\frac{\text{血清白蛋白} \geq 35\text{g/L} \text{的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\%$	

十一、护理专业医疗质量控制指标（2020 年版）

指标	定义	计算公式	数据来源
（一）床护比			
1.1 医疗机构床护比（1:X）	统计周期内提供护理服务的单位实际开放床位与所配备的执业护士人数比例，反映平均每张开放床位所配备的执业护士数量。根	1: $\frac{\text{医疗机构执业护士人数}}{\text{同期实际开放床位数}}$	卫生资源统计年报

1.2 病区床护比 (1:X)	据护理服务单位的类型，可分为医疗机构总床护比、普通病房护理单元床护比、重症病房护理单元床护比及特殊护理单元床护比等	1: $\frac{\text{医疗机构病区执业护士人数}}{\text{同期实际开放床位数}}$	
1.3 重症医学科床护比 (1:X)		1: $\frac{\text{重症医学科执业护士人数}}{\text{同期重症医学科实际开放床位数}}$	
1.4 儿科病区床护比 (1:X)		1: $\frac{\text{儿科病区执业护士人数}}{\text{同期儿科病区实际开放床位数}}$	
(二) 护患比			
2.1 白班护患比 (1:X)	1、白班护患比：单位时间内，每天白班责任护士数之和与其负责照护的住院患者数之和的比	1: $\frac{\text{每天白班护理患者数之和}}{\text{同期每天白班责任护士数之和}}$	卫生资源统计 年报
2.2 夜班护患比 (1:X)	2、夜班护患比：单位时间内，每天夜班责任护士数之和与其负责照护的住院患者数之和的比	1: $\frac{\text{每天夜班护理患者数之和}}{\text{同期每天夜班责任护士数之和}}$	
2.3 平均护患比 (1:X)	3、平均护患比：单位时间内，每天白班（夜班）责任护士数之和与其负责照护的住院患者数之和的比	1: $\frac{\text{每天各班次护理患者数之和}}{\text{同期每天各班次责任护士之和}}$	
(三) 每住院患者 24 小时平均护理时 数	单位时间内，医疗机构病区执业护士实际上班小时数与住院患者实际占用床日数的比	$\frac{\text{医疗机构病区执业护士实际上班小时数}}{\text{同期住院患者实际占用床日数}}$	卫生资源统计 年报

(四) 不同级别护士配置占比			
4.1 病区 5 年以下护士占比	1、病区 5 年以下护士占比。定义：单位时间内，在病区工作、工作年限<5 年的护士在病区执业护士中所占的比例	$\frac{\text{病区工作年限} < 5 \text{ 年的护士总人数}}{\text{同期病区执业护士总人数}} \times 100\%$	卫生资源统计 年报
4.2 20 年及以上护士占比	2、病区 20 年及以上护士占比。定义：单位时间内，在病区工作、工作年限≥20 年的护士在病区执业护士中所占的比例	$\frac{\text{病区工作年限} \geq 20 \text{ 年的护士总人数}}{\text{同期病区执业护士总人数}} \times 100\%$	
(五) 护士离职率	单位时间内，某医疗机构护士离职人数与执业护士总人数的比例	$\frac{\text{护士离职人数}}{\left(\frac{\text{期初医疗机构执业护士总人数} + \text{期末医疗机构执业护士总人数}}{2} \right)} \times 100\%$	卫生资源统计 年报
(六) 住院患者身体约束率	单位时间内，住院患者身体约束日数与住院患者实际占用床日数的比例	$\frac{\text{住院患者身体约束日数}}{\text{同期住院患者实际占用床日数}} \times 100\%$	湖北省住院医疗服务绩效评估平台
(七) 住院患者跌倒发生率	单位时间内，住院患者发生跌倒例次数（包括造成或未造成伤害）与住院患者实际占用床日数的千分比	$\frac{\text{同期住院患者中发生跌倒例次数}}{\text{统计周期内住院患者实际占用床日数}} \times 1000\%$	

7.1 住院患者跌倒伤害占比	单位时间内，住院患者跌倒伤害例次数占住院患者发生的跌倒例次数的比例。（跌倒伤害指住院患者跌倒后造成不同程度的伤害甚至死亡）	$\frac{\text{同期住院患者中发生跌倒伤害例次数}}{\text{统计周期内住院患者跌倒例次数}} \times 100\%$	
（八）住院患者 2 期及以上院内压力性损伤发生率	单位时间内，住院患者 2 期及以上院内压力性损伤新发病例数与住院患者总数的比例	$\frac{\text{住院患者2期及以上院内压力性损伤新发病例数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$	
（九）置管患者非计划拔管率			
9.1 气管导管（气管插管、气管切开）非计划拔管率	某类导管非计划拔管率指单位时间内住院患者发生某类导管非计划拔管的例次数与该类导管留置总日数的千分比。非计划拔管又称意外拔管，是指住院患者有意造成或任何意外所致的拔管，即医护人员非诊疗计划范畴内的拔管	$\frac{\text{气管导管（气管插管、气管切开）非计划拔管例次数}}{\text{同期气管导管（气管插管、气管切开）留置总日数}} \times 1000\%$	湖北省住院医疗服务绩效评估平台
9.2 经口、经鼻胃肠导管非计划拔管率		$\frac{\text{经口、经鼻胃肠导管非计划拔管例次数}}{\text{同期经口、经鼻胃肠导管留置总日数}} \times 1000\%$	
9.3 导尿管非计划拔管率		$\frac{\text{导尿管非计划拔管例次数}}{\text{同期导尿管留置总日数}} \times 1000\%$	

9.4 CVC 非计划拔管率		$\frac{\text{CVC非计划拔管例次数}}{\text{同期CVC留置总日数}} \times 1000\%$	
9.5 PICC 非计划拔管率		$\frac{\text{PICC非计划拔管例次数}}{\text{同期PICC留置总日数}} \times 1000\%$	
(十) 导管相关感染发生率			
10.1 导尿管相关尿路感染发生率	单位时间内，留置导尿管患者中尿路感染例数与患者导尿管留置总日数的千分比	$\frac{\text{留置导尿管患者中尿路感染例数}}{\text{同期患者导尿管留置总日数}} \times 1000\%$	湖北省住院医疗服务绩效评估平台
10.2 CVC 相关血流感染发生率	单位时间内，中心静脉导管（CVC）相关血流感染发生例数与患者 CVC 留置总日数的千分比	$\frac{\text{CVC相关血流感染例数}}{\text{同期患者CVC留置总日数}} \times 1000\%$	
10.3 PICC 相关血流感染发生率	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数与患者 PICC 留置总日数的千分比	$\frac{\text{PICC相关血流感染例数}}{\text{同期患者PICC留置总日数}} \times 1000\%$	
(十一)呼吸机相关性肺炎（VAP）发生率	单位时间内，呼吸机相关性肺炎例数与住院患者有创机械通气总日数的千分比	$\frac{\text{呼吸机相关性肺炎例数}}{\text{同期住院患者有创机械通气总日数}} \times 1000\%$	
(十二) 护理级别占比			

12.1 特级护理占比	单位时间内，医疗机构特级护理患者占用床日数与住院患者实际占用床日数的百分比	$\frac{\text{特级护理患者占用床日数}}{\text{住院患者实际占用床日数}} \times 100\%$	湖北省住院医疗服务绩效评估平台
12.2 一级护理占比	单位时间内，医疗机构一级护理患者占用床日数与住院患者实际占用床日数的百分比	$\frac{\text{一级护理患者占用床日数}}{\text{住院患者实际占用床日数}} \times 100\%$	
12.3 二级护理占比	单位时间内，医疗机构二级护理患者占用床日数与住院患者实际占用床日数的百分比	$\frac{\text{二级护理患者占用床日数}}{\text{住院患者实际占用床日数}} \times 100\%$	
12.4 三级护理占比	单位时间内，医疗机构三级护理患者占用床日数与住院患者实际占用床日数的百分比。	$\frac{\text{三级护理患者占用床日数}}{\text{住院患者实际占用床日数}} \times 100\%$	

十二、药事管理专业医疗质量控制指标（2020 年版）

指标	定义	计算公式	数据来源
（一）每百张床位临床药师人数	每 100 张实际开放床位临床药师人数	$\frac{\text{临床药师数}}{\text{同期实际开放床位数}} \times 100\%$	卫生资源统计年报
（二）处方审核率			
2.1 门诊处方审核率	门诊处方审核率是药品收费前药师审核门诊处方人次数占同期门诊处方总人次数的比例	$\frac{\text{药品收费前药师审核门诊处方人次数}}{\text{同期门诊处方总人次数}} \times 100\%$	NCIS

2.2 急诊处方审核率	急诊处方审核率是药品收费前药师审核急诊处方人次数占同期急诊处方总人次数的比例。急诊处方审核率仅统计急诊患者，急诊留观和抢救患者除外	$\frac{\text{药品收费前药师审核急诊处方人次数}}{\text{同期急诊处方总人次数}} \times 100\%$	
(三) 住院用药医嘱审核率	药品调配前药师审核住院患者用药医嘱条目数占同期住院患者用药医嘱总条目数的比例	$\frac{\text{药品调配前药师审核住院患者用药医嘱条目数}}{\text{同期住院患者用药医嘱总条目数}} \times 100\%$	医院自行填报
(四) 静脉用药集中调配医嘱干预率	药师审核静脉用药集中调配医嘱时发现不适宜医嘱，经过沟通，医师同意对不适宜静脉用药集中调配医嘱进行修改的医嘱条目数占同期静脉用药集中调配医嘱总条目数的比例	$\frac{\text{医师同意修改的不适宜静脉用药集中调配医嘱条目数}}{\text{同期静脉用药调配医嘱总条目数}} \times 100\%$	医院自行填报
(五) 门诊处方点评率	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	$\frac{\text{点评的门诊处方人次数}}{\text{同期门诊处方总人次数}} \times 100\%$	NCIS
(六) 门诊处方合格率	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	$\frac{\text{合格的门诊处方人次数}}{\text{同期点评门诊处方总人次数}} \times 100\%$	NCIS
(七) 住院患者药学监护率	实施药学监护的住院患者数占同期住院患者总数的比例	$\frac{\text{实施药学监护的住院患者数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$	NCIS
(八) 用药错误报告率	医疗机构某一时间范围内报告给医疗机构管理部门的用药错误人次数占同期用药患者总数的比例	$\frac{\text{报告给医疗机构管理部门的用药错误人次数}}{\text{同期用药患者总数}} \times 100\%$	NCIS

(九)严重或新的药品不良反应上报率	医疗机构单位时间内上报的严重或新的药品不良反应人数占同期用药患者总数的比例	$\frac{\text{严重的或新的药品不良反应上报人数}}{\text{同期用药患者总数}} \times 100\%$	NCIS
(十)住院患者抗菌药物使用情况	10.1 住院患者抗菌药物使用率: 住院患者使用抗菌药物人数占同期医疗机构住院患者总数的比例	$\frac{\text{住院患者使用抗菌药物人数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$	NCIS
	10.2 住院患者抗菌药物使用强度: 住院患者平均每日每百张床位所消耗抗菌药物的 DDD 数	$\frac{\text{住院患者抗菌药物使用量 (累计DDD数)}}{\text{同期住院患者床日数}} \times 100$	NCIS
	10.3 住院患者特殊使用级抗菌药物使用量占比: 住院患者特殊使用级抗菌药物使用量占同期住院患者抗菌药物使用量的比例	$\frac{\text{住院患者特殊使用级抗菌药物使用量 (累计DDD数)}}{\text{同期住院患者抗菌药物使用量 (累计DDD数)}} \times 100\%$	NCIS
	10.4 I 类切口手术抗菌药物预防使用率: I 类切口手术预防使用抗菌药物的患者数占同期 I 类切口手术患者总数的比例	$\frac{\text{I类切口手术预防使用抗菌药物的患者数}}{\text{同期I类切口手术患者总数}} \times 100\%$	NCIS
(十一)住院患者静脉输液使用率	使用静脉输液的住院患者数占同期住院患者总数的比例	$\frac{\text{使用静脉输液的住院患者数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$	NCIS
(十二)住院患者中药注射剂静脉输液使用率	使用中药注射剂静脉输液的住院患者数占同期住院患者总数的比例	$\frac{\text{使用中药注射剂静脉输液住院患者数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$	NCIS
(十三)急诊患者糖皮质激素静脉输液使用率	急诊静脉使用糖皮质激素的患者数占同期急诊患者总数的比例	$\frac{\text{急诊患者静脉使用糖皮质激素人数}}{\text{同期急诊患者总数}} \times 100\%$	NCIS

(十四)住院患者使用质子泵抑制药注射剂静脉使用率	静脉使用质子泵抑制药注射剂的住院患者数占同期住院患者总数的比例	$\frac{\text{静脉使用质子泵抑制药注射剂的住院患者数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$	NCIS
--------------------------	---------------------------------	---	------

十三、病案管理质量控制指标（2021 年版）

指标	定义	计算公式	数据来源
(一) 人力资源配置指标			
1.1 住院病案管理人员月均负担出院患者病历数	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	$\frac{\text{出院患者病历总数}}{\text{同期住院病案管理人员实际工作总月数}}$	病案首页、人力资源表 (卫统 2)
1.2 门诊病案管理人员月均负担门诊患者病历数	单位时间内, 每名门诊病案管理人员每月平均负担的门诊患者病历数	$\frac{\text{门诊患者病历总数}}{\text{同期门诊病案管理人员实际工作总月数}}$	
1.3 病案编码人员月均负担出院患者病历数	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	$\frac{\text{出院患者病历总数}}{\text{同期病案编码人员实际工作总月数}}$	病案首页、人力资源表 (卫统 2)
(二) 病历书写时效性指标			
2.1 入院记录 24 小时内完成率	单位时间内, 入院记录在患者入院 24 小时内完成的住院患者病历数占同期住院患者病历总数的比例	$\frac{\text{入院记录在患者入院 24 小时内完成的住院患者病历数}}{\text{同期住院患者病历总数}} \times 100\%$	NCIS

2.2 手术记录 24 小时内完成率	单位时间内，手术记录在术后 24 小时内完成的住院患者病历数占同期住院手术患者病历总数的比例	$\frac{\text{手术记录在术后24小时内完成的住院患者病历数}}{\text{同期住院手术患者病历总数}} \times 100\%$	NCIS
2.3 出院记录 24 小时内完成率	单位时间内，出院记录在患者出院后 24 小时内完成的病历数占同期出院患者病历总数的比例	$\frac{\text{出院记录在患者出院后24小时内完成的病历数}}{\text{同期出院患者病历总数}} \times 100\%$	NCIS
2.4 病案首页 24 小时内完成率	单位时间内，病案首页在患者出院后 24 小时内完成的病历数占同期出院患者病历总数的比例	$\frac{\text{病案首页在患者出院后24小时内完成的病历数}}{\text{同期出院患者病历总数}} \times 100\%$	NCIS
(三) 重大检查记录符合率			
3.1 CT/MRI 检查记录符合率	单位时间内，CT/MRI 检查医嘱、报告单、病程记录相对应的住院患者病历数占接受 CT/MRI 检查的住院患者病历总数的比例	$\frac{\text{CT/MRI检查医嘱、报告单、病程记录相对应的住院患者病历数}}{\text{同期接受CT/MRI检查的住院病历总数}} \times 100\%$	NCIS
3.2 病理检查记录符合率	单位时间内，手术记录、病理检查报告单、病程记录相对应的住院患者病历数占同期开展病理检查的住院患者病历总数的比例	$\frac{\text{手术记录、病理检查报告单、病程记录相对应的住院患者病历数}}{\text{同期开展病理检查的住院患者病历总数}} \times 100\%$	NCIS
(四) 诊疗行为记录符合率			
4.1 抗菌药物使用记录符合率	单位时间内，抗菌药物使用医嘱、病程记录相对应的住院患者病历数占同期使用抗菌药物的住院患者病历总数的比例	$\frac{\text{抗菌药物使用医嘱、病程记录相对应的住院患者病历数}}{\text{同期使用抗菌药物的住院患者病历总数}} \times 100\%$	NCIS

4.2 恶性肿瘤化学治疗记录符合率	单位时间内，恶性肿瘤化学治疗医嘱、病程记录相对应的住院患者病历数占同期接受恶性肿瘤化学治疗的住院患者病历总数的比例	$\frac{\text{恶性肿瘤化学治疗医嘱、病程记录相对应的住院患者病历数}}{\text{同期接受恶性肿瘤化学治疗的住院患者病历总数}} \times 100\%$	NCIS
4.3 恶性肿瘤放射治疗记录符合率	单位时间内，恶性肿瘤放射治疗医嘱（治疗单）、病程记录相对应的住院患者病历数占同期开展恶性肿瘤放射治疗的住院患者病历总数的比例	$\frac{\text{恶性肿瘤放射治疗医嘱（治疗单）、病程记录相对应的住院患者病历数}}{\text{同期开展恶性肿瘤放射治疗的住院患者病历总数}} \times 100\%$	NCIS
4.4 手术相关记录完整率	单位时间内，手术相关记录完整的住院手术患者病历数占同期住院手术患者病历总数的比例	$\frac{\text{手术相关记录完整的住院手术患者病历数}}{\text{同期住院手术患者病历总数}} \times 100\%$	NCIS
4.5 植入物相关记录符合率	单位时间内，植入物相关记录符合的住院患者病历数占同期使用植入物的住院患者病历总数的比例	$\frac{\text{植入物相关记录符合的住院患者病历数}}{\text{同期使用植入物的住院患者病历总数}} \times 100\%$	NCIS
4.6 临床用血相关记录符合率	单位时间内，临床用血相关记录符合的住院患者病历数占同期存在临床用血的住院患者病历总数的比例	$\frac{\text{临床用血相关记录符合的住院患者病历数}}{\text{同期存在临床用血的住院患者病历总数}} \times 100\%$	NCIS
4.7 医师查房记录完整率	单位时间内，医师查房记录完整的住院患者病历数占同期住院患者病历总数的比例	$\frac{\text{医师查房记录完整的住院患者病历数}}{\text{同期住院患者病历总数}} \times 100\%$	NCIS
4.8 患者抢救记录及时完成率	单位时间内，抢救记录及时完成的住院患者病历数占同期接受抢救的住院患者病历总数的比例	$\frac{\text{抢救记录及时完成的住院患者病历数}}{\text{同期接受抢救的住院患者病历总数}} \times 100\%$	NCIS
（五）病历归档质量指标			

5.1 出院患者病历 2 日归档率	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	$\frac{\text{2个工作日内完成归档的出院患者病历数}}{\text{同期出院患者病历总数}} \times 100\%$	医院自行填报
5.2 出院患者病历归档完整率	单位时间内，归档病历内容完整的出院患者病历数占同期出院患者病历总数的比例	$\frac{\text{归档病历内容完整的出院患者病历数}}{\text{同期出院患者病历总数}} \times 100\%$	医院自行填报
5.3 主要诊断填写正确率	单位时间内，病案首页中主要诊断填写正确的出院患者病历数占同期出院患者病历总数的比例	$\frac{\text{病案首页中主要诊断填写正确的出院患者病历数}}{\text{同期出院患者病历总数}} \times 100\%$	医院自行填报
5.4 主要诊断编码正确率	单位时间内，病案首页中主要诊断编码正确的出院患者病历数占同期出院患者病历总数的比例	$\frac{\text{病案首页中主要诊断编码正确的出院患者病历数}}{\text{同期出院患者病历总数}} \times 100\%$	医院自行填报
5.5 主要手术填写正确率	单位时间内，病案首页中主要手术填写正确的出院患者病历数占同期出院手术患者病历总数的比例	$\frac{\text{病案首页中主要手术填写正确的出院患者病历数}}{\text{同期出院手术患者病历总数}} \times 100\%$	医院自行填报
5.6 主要手术编码正确率	单位时间内，病案首页中主要手术编码正确的出院患者病历数占同期出院手术患者病历总数的比例	$\frac{\text{病案首页中主要手术编码正确的出院患者病历数}}{\text{同期出院手术患者病历总数}} \times 100\%$	医院自行填报
5.7 不合理复制病历发生率	单位时间内，出现不合理复制病历内容的出院患者病历数占同期出院患者病历总数的比例	$\frac{\text{出院不合理复制病历内容的出院患者病历数}}{\text{同期出院患者病历总数}} \times 100\%$	医院自行填报
5.8 知情同意书规范签署率	单位时间内，规范签署知情同意书的出院患者病历数占同期存在知情同意书签署的出院患者病历总数的比例	$\frac{\text{规范签署知情同意书的出院患者病历数}}{\text{同期存在知情同意书签署的出院患者病历总数}} \times 100\%$	医院自行填报

5.9 甲级病历率	单位时间内，甲级出院患者病历数占同期出院患者病历总数的比例	$\frac{\text{甲级出院患者病历数}}{\text{同期出院患者病历总数}} \times 100\%$	医院自行填报
-----------	-------------------------------	---	--------

十四、心血管系统疾病相关专业医疗质量控制指标（2021 年版）

指标	定义	计算公式	数据来源
（一）急性 ST 段抬高型心肌梗死			
1.1 急性 ST 段抬高型心肌梗死（STEMI）患者到院 10 分钟内完成 12 导联（及以上）心电图检查率	单位时间内，到院 10 分钟内完成 12 导联（及以上）心电图检查的急性 STEMI 患者数，占同期急性 STEMI 患者总数的比例	$\frac{\text{到院10分钟内完成12导联（及以上）心电图检查的急性STEMI患者数}}{\text{同期急性STEMI患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
1.2 急性 STEMI 患者到院 1 小时内阿司匹林治疗率	单位时间内，到院 1 小时内给予阿司匹林治疗的急性 STEMI 患者数，占同期急性 STEMI 患者总数的比例	$\frac{\text{到院1小时内给予阿司匹林治疗的急性STEMI患者数}}{\text{同期急性STEMI患者总数}} \times 100\%$	
1.3 急性 STEMI 患者到院 1 小时内 P2Y12 受体拮抗剂治疗率	单位时间内，到院 1 小时内给予 P2Y12 受体拮抗剂治疗的急性 STEMI 患者数，占同期急性 STEMI 患者总数的比例	$\frac{\text{到院1小时内给予P2Y12受体拮抗剂治疗的急性STEMI患者数}}{\text{同期急性STEMI患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
1.4 发病 24 小时内急性 STEMI 患者再灌注治疗率	单位时间内，发病 24 小时内接受再灌注治疗的急性 STEMI 患者数，占同期发病 24 小时内急性 STEMI 患者总数的比例	$\frac{\text{发病24小时内接受再灌注治疗的急性STEMI患者数}}{\text{同期发病24小时内急性STEMI患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报

1.5 发病 24 小时内急性 STEMI 患者到院 90 分钟内进行直接经皮冠状动脉介入治疗（PCI）的比例	单位时间内，发病 24 小时内急性 STEMI 患者中，从到院至进行直接 PCI 治疗导丝通过靶血管（Door to Device, DTD）的时间小于等于 90 分钟的患者数，占同期发病 24 小时内急性 STEMI 患者总数的比例	$\frac{\text{发病24小时内急性STEMI患者中DTD的时间小于等于90分钟的患者数}}{\text{同期发病24小时内急性STEMI患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
1.6 发病 24 小时内急性 STEMI 患者到院 30 分钟内给予静脉溶栓治疗的比例	单位时间内，发病 24 小时内急性 STEMI 患者中，从到院至给予静脉溶栓药物（Door to Needle, DTN）时间小于等于 30 分钟的患者数，占同期发病 24 小时内接受静脉溶栓治疗的急性 STEMI 患者总数的比例	$\frac{\text{发病24小时内急性STEMI患者中DTN时间小于等于30分钟的患者数}}{\text{同期发病24小时内接受静脉溶栓治疗的急性STEMI患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
1.7 急性 STEMI 患者到院 24 小时内 β 受体阻滞剂治疗率	单位时间内，到院 24 小时内给予 β 受体阻滞剂治疗的急性 STEMI 患者数，占同期急性 STEMI 患者总数的比例	$\frac{\text{到院24小时内给予}\beta\text{受体阻滞剂治疗的急性STEMI患者数}}{\text{同期急性STEMI患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
1.8 急性 STEMI 患者住院期间应用超声心动图（UCG）评价左心室射血分数（LVEF）的比例	单位时间内，住院期间通过 UCG 评价 LVEF 的急性 STEMI 患者数，占同期急性 STEMI 患者总数的比例	$\frac{\text{住院期间通过UCG评价LVEF的急性STEMI患者数}}{\text{同期急性STEMI患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
1.9 急性 STEMI 患者出院阿司匹林使用率	单位时间内，出院使用阿司匹林的急性 STEMI 患者数，占同期急性 STEMI 患者总数的比例	$\frac{\text{出院使用阿司匹林的急性STEMI患者数}}{\text{同期急性STEMI患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
1.10 急性 STEMI 患者出院 P2Y12 受体拮抗剂使用率	单位时间内，出院使用 P2Y12 受体拮抗剂的急性 STEMI 患者数，占同期急性 STEMI 患者总数的比例	$\frac{\text{出院使用P2Y12受体拮抗剂的急性STEMI患者数}}{\text{同期急性STEMI患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报

1.11 急性 STEMI 患者出院 β 受体阻滞剂使用率	单位时间内，出院使用 β 受体阻滞剂的急性 STEMI 患者数，占同期急性 STEMI 患者总数的比例	$\frac{\text{出院使用}\beta\text{受体阻滞剂的急性STEMI患者数}}{\text{同期急性STEMI患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
1.12 急性 STEMI 患者出院血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）或血管紧张素 II 受体拮抗剂（ARB）使用率	单位时间内，出院使用 ACEI 或 ARB 的急性 STEMI 患者数，占同期急性 STEMI 患者总数的比例	$\frac{\text{出院使用ACEI或ARB的急性STEMI患者数}}{\text{同期急性STEMI患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
1.13 急性 STEMI 患者出院他汀类药物使用率	单位时间内，出院使用他汀类药物的急性 STEMI 患者数，占同期急性 STEMI 患者总数的比例	$\frac{\text{出院使用他汀类药物的急性STEMI患者数}}{\text{同期急性STEMI患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
1.14 急性 STEMI 患者住院死亡率	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	$\frac{\text{住院期间死亡的急性STEMI患者数}}{\text{同期急性STEMI患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
1.15 急性 STEMI 患者出院后 30 天内非计划再入院率	单位时间内，出院后 30 天内，原先无计划再入院，而因任何原因再次入院的急性 STEMI 患者数，占同期出院的急性 STEMI 患者总数的比例	$\frac{\text{出院后30天内，原先无计划再入院，而因任何原因再次入院的急性STEMI患者数}}{\text{同期出院的急性STEMI患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
1.16 急性 STEMI 患者 30 天死亡率	单位时间内，确诊急性 STEMI 后 30 天死亡的急性 STEMI 患者数，占同期急性 STEMI 患者总数的比例	$\frac{\text{确诊急性STEMI后30天死亡的急性STEMI患者数}}{\text{同期急性STEMI患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
（二）心房颤动			

2.1 非瓣膜性心房颤动（房颤）患者血栓栓塞风险评估率	单位时间内，行血栓栓塞风险评估的非瓣膜性房颤患者数，占同期非瓣膜性房颤患者总数的比例	$\frac{\text{行血栓栓塞风险评估的非瓣膜性房颤患者数}}{\text{同期非瓣膜性房颤患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
2.2 非瓣膜性房颤患者出院抗凝药物使用率	单位时间内，出院使用抗凝药物的非瓣膜性房颤患者数，占同期非瓣膜性房颤患者总数的比例	$\frac{\text{出院使用抗凝药物的非瓣膜性房颤患者数}}{\text{同期非瓣膜性房颤患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
2.3 瓣膜性房颤患者出院华法林使用率	单位时间内，出院使用华法林的瓣膜性房颤患者数，占同期瓣膜性房颤患者总数的比例	$\frac{\text{出院使用华法林的瓣膜性房颤患者数}}{\text{同期瓣膜性房颤患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
2.4 房颤患者出血风险评估率	单位时间内，行出血风险评估的房颤患者数，占同期房颤患者总数的比例	$\frac{\text{行出血风险评估的房颤患者数}}{\text{同期房颤患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
2.5 房颤患者左心耳封堵术并发症发生率	单位时间内，左心耳封堵术中及术后发生并发症的房颤患者数，占同期行左心耳封堵的房颤患者总数的比例	$\frac{\text{左心耳封堵术中及术后发生并发症的房颤患者数}}{\text{同期行左心耳封堵的房颤患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
（三）心力衰竭			
3.1 心力衰竭患者入院 24 小时内利钠肽检测率	单位时间内，入院 24 小时内进行利钠肽检测的心力衰竭患者数，占同期心力衰竭患者总数的比例	$\frac{\text{入院24小时内进行利钠肽检测的心力衰竭患者数}}{\text{同期心力衰竭患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
3.2 心力衰竭患者入院 48 小时内心脏功能评估率	单位时间内，入院 48 小时内进行超声心动图检查的心力衰竭患者数，占同期心力衰竭患者总数的比例	$\frac{\text{入院48小时内进行超声心动图检查的心力衰竭患者数}}{\text{同期心力衰竭患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报

3.3 心力衰竭伴容量超负荷患者住院期间利尿剂治疗率	单位时间内，住院期间接受利尿剂治疗的心力衰竭伴容量超负荷患者数，占同期心力衰竭伴容量超负荷患者总数的比例	$\frac{\text{住院期间接受利尿剂治疗的心力衰竭伴容量超负荷患者数}}{\text{同期心力衰竭伴容量超负荷患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
3.4 心力衰竭患者出院血管紧张素转化酶抑制剂（ACEI）或血管紧张素受体阻断剂（ARB）或血管紧张素受体脑啡肽酶抑制剂（ARNI）使用率	单位时间内，出院使用 ACEI 或 ARB 或 ARNI 的心力衰竭患者数，占同期心力衰竭患者总数的比例	$\frac{\text{出院使用ACEI或ARB或ARNI的心力衰竭患者数}}{\text{同期心力衰竭患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
3.5 心力衰竭患者出院 β 受体阻滞剂使用率	单位时间内，出院使用 β 受体阻滞剂的心力衰竭患者数，占同期心力衰竭患者总数的比例	$\frac{\text{出院使用}\beta\text{受体阻滞剂的心力衰竭患者数}}{\text{同期心力衰竭患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
3.6 心力衰竭患者出院醛固酮受体拮抗剂使用率	单位时间内，出院使用醛固酮受体拮抗剂的心力衰竭患者数，占同期心力衰竭患者总数的比例	$\frac{\text{出院使用醛固酮受体拮抗剂的心力衰竭患者数}}{\text{同期心力衰竭患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
3.7 心力衰竭患者住院期间心脏再同步化治疗（CRT）使用率	单位时间内，住院期间给予 CRT 治疗的心力衰竭患者数，占同期心力衰竭患者总数的比例	$\frac{\text{住院期间给予CRT治疗的心力衰竭患者数}}{\text{同期心力衰竭患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
3.8 心力衰竭患者住院死亡率	单位时间内，住院期间死亡的心力衰竭患者数，占同期心力衰竭患者总数的比例	$\frac{\text{住院期间死亡的心力衰竭患者数}}{\text{同期心力衰竭患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
3.9 心力衰竭患者出院 30 天随访率	单位时间内，出院 30 天随访的心力衰竭患者数，占同期出院心力衰竭患者总数的比例	$\frac{\text{出院30天随访的心力衰竭患者数}}{\text{同期出院心力衰竭患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报

3.10 心力衰竭患者出院后 30 天内心力衰竭再入院率	单位时间内，出院后 30 天内因心力衰竭再入院的心力衰竭患者数，占同期出院的心力衰竭患者总数的比例	$\frac{\text{出院后30天内因心力衰竭再入院的心力衰竭患者数}}{\text{同期出院的心力衰竭患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
3.11 心力衰竭患者出院后 30 天死亡率	单位时间内，出院后 30 天内死亡的心力衰竭患者数，占同期出院的心力衰竭患者总数的比例	$\frac{\text{出院后30天内死亡的心力衰竭患者数}}{\text{同期出院的心力衰竭患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
(四) 高血压			
4.1 动态血压监测率	单位时间内，住院期间接受动态血压监测的高血压患者数，占同期高血压住院患者总数的比例	$\frac{\text{住院期间接受动态血压监测的高血压患者数}}{\text{同期高血压住院患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
4.2 心血管风险评估率	单位时间内，住院期间接受心血管风险评估的高血压患者数，占同期高血压住院患者总数的比例	$\frac{\text{住院期间接受心血管风险评估的高血压患者数}}{\text{同期高血压住院患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
4.3 原发性醛固酮增多症肾素醛固酮检测规范率	单位时间内，住院期间接受规范检测肾素醛固酮的原发性醛固酮增多症患者数，占同期原发性醛固酮增多症住院患者总数的比例	$\frac{\text{住院期间接受规范检测肾素醛固酮的原发性醛固酮增多症患者数}}{\text{同期原发性醛固酮增多症住院患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
4.4 原发性醛固酮增多症确诊试验开展率	单位时间内，住院期间接受确诊试验检查的原发性醛固酮增多症患者数，占同期原发性醛固酮增多症住院患者总数的比例	$\frac{\text{住院期间接受确诊试验检查的原发性醛固酮增多症患者数}}{\text{同期原发性醛固酮增多症住院患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
(五) 冠状动脉旁路移植术			
5.1 单纯冠状动脉旁路移植术住院死亡率	单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术住院期间死亡的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例	$\frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术住院期间死亡的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}} \times 100\%$	病案首页

5.2 单纯冠状动脉旁路移植术后机械通气时间大于等于24小时发生率	单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术后连续机械通气时间大于等于24小时的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例	$\frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术后连续机械通气时间大于等于24小时的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
5.3 单纯冠状动脉旁路移植术后胸骨深部感染发生率	单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术后发生胸骨深部感染的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例	$\frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术后发生胸骨深部感染的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
5.4 单纯冠状动脉旁路移植术后脑卒中发生率	单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术后发生脑卒中的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例	$\frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术后发生脑卒中的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
5.5 单纯冠状动脉旁路移植术非计划二次手术率	单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术后非计划二次手术的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例	$\frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术后非计划二次手术的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
5.6 单纯冠状动脉旁路移植术后急性肾衰竭发生率	单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术后发生急性肾衰竭的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例	$\frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术后发生急性肾衰竭的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
5.7 单纯冠状动脉旁路移植术前24小时β受体阻滞剂使用率	单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术前24小时内使用β受体阻滞剂的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例	$\frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术前24小时内使用}\beta\text{受体阻滞剂的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
5.8 单纯冠状动脉旁路移植术围术期输血率	单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术围术期输血的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例	$\frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术围术期输血的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报

5.9 单纯冠状动脉旁路移植术中乳内动脉血管桥使用率	单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术中使用乳内动脉血管桥的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例	$\frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术中使用乳内动脉血管桥的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
5.10 单纯冠状动脉旁路移植术后24小时内阿司匹林使用率	单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术后24小时内使用阿司匹林的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例	$\frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术后24小时内使用阿司匹林的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
5.11 单纯冠状动脉旁路移植术出院他汀类药物使用率	单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术出院使用他汀类药物的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例	$\frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术出院使用他汀类药物的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
5.12 单纯冠状动脉旁路移植术出院阿司匹林使用率	单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术出院使用阿司匹林的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例	$\frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术出院使用阿司匹林的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
5.13 单纯冠状动脉旁路移植术出院β受体阻滞剂使用率	单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术出院使用β受体阻滞剂的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例	$\frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术出院使用}\beta\text{受体阻滞剂的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
(六) 二尖瓣手术			
6.1 二尖瓣手术住院死亡率	单位时间内，行二尖瓣手术住院期间死亡的患者数，占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例	$\frac{\text{行二尖瓣手术住院期间死亡的患者数}}{\text{同期行二尖瓣手术的患者总数}} \times 100\%$	病案首页

6.2 二尖瓣手术后机械通气时间大于等于24小时发生率	单位时间内，行二尖瓣手术后连续机械通气时间大于等于24小时的患者数，占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例	$\frac{\text{行二尖瓣手术后连续机械通气时间大于等于24小时的患者数}}{\text{同期行二尖瓣手术的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
6.3 二尖瓣手术后胸骨深部感染发生率	单位时间内，行二尖瓣手术后发生胸骨深部感染的患者数，占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例	$\frac{\text{行二尖瓣手术后发生胸骨深部感染的患者数}}{\text{同期行二尖瓣手术的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
6.4 二尖瓣手术后脑卒中发生率	单位时间内，行二尖瓣手术后发生脑卒中的患者数，占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例	$\frac{\text{行二尖瓣手术后发生脑卒中的患者数}}{\text{同期行二尖瓣手术的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
6.5 二尖瓣手术非计划二次手术率	单位时间内，行二尖瓣手术后非计划二次手术的患者数，占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例	$\frac{\text{行二尖瓣手术后非计划二次手术的患者数}}{\text{同期行二尖瓣手术的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
6.6 二尖瓣手术后急性肾衰竭发生率	单位时间内，行二尖瓣手术后发生急性肾衰竭的患者数，占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例	$\frac{\text{行二尖瓣手术后发生急性肾衰竭的患者数}}{\text{同期行二尖瓣手术的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
6.7 因退行性病变导致二尖瓣关闭不全的患者二尖瓣修复术治疗率	单位时间内，因退行性病变导致二尖瓣关闭不全行二尖瓣修复术的患者数，占同期因退行性病变导致二尖瓣关闭不全行二尖瓣手术的患者总数的比例	$\frac{\text{因退行性病变导致二尖瓣关闭不全行二尖瓣修复术的患者数}}{\text{同期因退行性病变导致二尖瓣关闭不全行二尖瓣手术的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
6.8 二尖瓣手术出院抗凝药物使用率	单位时间内，行二尖瓣手术出院使用抗凝药物的患者数，占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例	$\frac{\text{行二尖瓣手术出院使用抗凝药物的患者数}}{\text{同期行二尖瓣手术的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
6.9 二尖瓣手术术中经食道超声使用率	单位时间内，二尖瓣手术术中使用经食道超声的患者数，占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例	$\frac{\text{二尖瓣手术术中使用经食道超声的患者数}}{\text{同期行二尖瓣手术的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报

(七) 主动脉瓣手术			
7.1 主动脉瓣手术住院死亡率	单位时间内，行主动脉瓣手术住院期间死亡的患者数，占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例	$\frac{\text{行主动脉瓣手术住院期间死亡的患者数}}{\text{同期行主动脉瓣手术的患者总数}} \times 100\%$	病案首页
7.2 主动脉瓣手术后机械通气时间大于等于 24 小时发生率	单位时间内，行主动脉瓣手术后连续机械通气时间大于等于 24 小时的患者数，占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例	$\frac{\text{行主动脉瓣手术后连续机械通气时间大于等于 24 小时的患者数}}{\text{同期行主动脉瓣手术的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
7.3 主动脉瓣手术后胸骨深部感染发生率	单位时间内，行主动脉瓣手术后发生胸骨深部感染的患者数，占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例	$\frac{\text{行主动脉瓣手术后发生胸骨深部感染的患者数}}{\text{同期行主动脉瓣手术的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
7.4 主动脉瓣手术后脑卒中发生率	单位时间内，行主动脉瓣手术后发生脑卒中的患者数，占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例	$\frac{\text{行主动脉瓣手术后发生脑卒中的患者数}}{\text{同期行主动脉瓣手术的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
7.5 主动脉瓣手术非计划二次手术率	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	$\frac{\text{行主动脉瓣手术后非计划二次手术的患者数}}{\text{同期行主动脉瓣手术的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
7.6 主动脉瓣手术后急性肾衰竭发生率	单位时间内，行主动脉瓣手术后发生急性肾衰竭的患者数，占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例	$\frac{\text{行主动脉瓣手术后发生急性肾衰竭的患者数}}{\text{同期行主动脉瓣手术的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
7.7 主动脉瓣手术出院抗凝药物使用率	单位时间内，行主动脉瓣手术出院使用抗凝药物的患者数，占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例	$\frac{\text{行主动脉瓣手术出院使用抗凝药物的患者数}}{\text{同期行主动脉瓣手术的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
7.8 主动脉瓣手术术中经食道超声使用率	单位时间内，主动脉瓣手术术中使用经食道超声的患者数，占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例	$\frac{\text{行主动脉瓣手术术中使用经食道超声的患者数}}{\text{同期行主动脉瓣手术的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报

7.9 主动脉瓣置换术人工瓣有效瓣膜面积指数大于 $0.85\text{cm}^2/\text{m}^2$ 的发生率	单位时间内，主动脉瓣置换术中人工主动脉瓣有效瓣膜面积指数大于 $0.85\text{cm}^2/\text{m}^2$ 的患者数，占同期行主动脉瓣置换术的患者总数的比例	$\frac{\text{主动脉瓣置换术中人工主动脉瓣有效瓣膜面积指数大于 } 0.85\text{cm}^2/\text{m}^2 \text{ 的患者数}}{\text{同期行主动脉瓣置换术的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
(八) 主动脉腔内修复术			
8.1 主动脉腔内修复术住院死亡率	单位时间内，行主动脉腔内修复术住院期间死亡的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例	$\frac{\text{行主动脉腔内修复术住院期间死亡的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}} \times 100\%$	病案首页
8.2 主动脉腔内修复术后机械通气时间大于等于 24 小时发生率	单位时间内，行主动脉腔内修复术后连续机械通气时间大于等于 24 小时的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例	$\frac{\text{行主动脉腔内修复术后连续机械通气时间大于等于 24 小时的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
8.3 主动脉腔内修复术后非计划二次手术率	单位时间内，行主动脉腔内修复术后非计划二次手术的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例	$\frac{\text{行主动脉腔内修复术后非计划二次手术的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
8.4 主动脉腔内修复术后内漏发生率	单位时间内，行主动脉腔内修复术后住院期间检查发现内漏的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例	$\frac{\text{行主动脉腔内修复术后住院期间检查发现内漏的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
8.5 主动脉腔内修复术后脑卒中发生率	单位时间内，行主动脉腔内修复术后发生脑卒中的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例	$\frac{\text{行主动脉腔内修复术后发生脑卒中的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
8.6 主动脉腔内修复术后急性肾衰竭发生率	单位时间内，行主动脉腔内修复术后发生急性肾衰竭的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例	$\frac{\text{行主动脉腔内修复术后发生急性肾衰竭的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报

8.7 主动脉腔内修复术后脊髓损伤发生率	单位时间内，行主动脉腔内修复术后发生脊髓损伤的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例	$\frac{\text{行主动脉腔内修复术后发生脊髓损伤的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
8.8 主动脉腔内修复术后心肌梗死发生率	单位时间内，行主动脉腔内修复术后发生心肌梗死的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例	$\frac{\text{行主动脉腔内修复术后发生心肌梗死的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
8.9 主动脉腔内修复术 30 天内 CTA 复查率	单位时间内，行主动脉腔内修复术 30 天内进行主动脉 CTA 复查的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例	$\frac{\text{行主动脉腔内修复术后30天内进行主动脉CTA复查的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
8.10 主动脉腔内修复术后 30 天随访率	单位时间内，行主动脉腔内修复术后 30 天进行随访的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例	$\frac{\text{行主动脉腔内修复术后30天进行随访的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
8.11 主动脉腔内修复术前 β 受体阻滞剂使用率	单位时间内，行主动脉腔内修复术前使用 β 受体阻滞剂的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例	$\frac{\text{行主动脉腔内修复术前使用}\beta\text{受体阻滞剂的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
8.12 主动脉腔内修复术前他汀类药物使用率	单位时间内，行主动脉腔内修复术前使用他汀类药物的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例	$\frac{\text{行主动脉腔内修复术前使用他汀类药物的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
(九) 先心病介入治疗技术			
9.1 先心病介入治疗成功率	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	$\frac{\text{行先心病介入治疗成功的患者数}}{\text{同期行先心病介入治疗的患者总数}} \times 100\%$	病案首页
9.2 先心病介入治疗后严重房室传导阻滞发生率	单位时间内，行 ASD/VSD 介入治疗术中或术后发生严重房室传导阻滞的患者数，占同期行 ASD/VSD 介入治疗的患者总数的比例	$\frac{\text{行ASD/VSD介入治疗术中或术后发生严重房室传导阻滞的患者数}}{\text{同期行ASD/VSD介入治疗的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报

9.3 先心病介入治疗封堵器移位或脱落发生率	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	$\frac{\text{行先心病介入治疗发生封堵器移位或脱落的患者数}}{\text{同期行先心病介入治疗的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
9.4 先心病介入治疗溶血发生率	单位时间内，行先心病介入治疗发生溶血的患者数，占同期行先心病介入治疗的患者总数的比例	$\frac{\text{行先心病介入治疗发生溶血的患者数}}{\text{同期行先心病介入治疗的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
9.5 先心病介入治疗心脏压塞发生率	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	$\frac{\text{行先心病介入治疗发生心脏压塞的患者数}}{\text{同期行先心病介入治疗的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
9.6 先心病介入治疗输血率	单位时间内，行先心病介入治疗后给予输血的患者数，占行先心病介入治疗的患者总数的比例	$\frac{\text{行先心病介入治疗后给予输血的患者数}}{\text{同期行先心病介入治疗的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
9.7 先心病介入治疗非计划二次手术率	单位时间内，行先心病介入治疗后非计划二次手术的患者数，占同期行先心病介入治疗的患者总数的比例	$\frac{\text{行先心病介入治疗后非计划二次手术的患者数}}{\text{同期行先心病介入治疗的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
9.8 先心病介入治疗住院死亡率	单位时间内，行先心病介入治疗住院期间死亡的患者数，占同期行先心病介入治疗的患者总数的比例	$\frac{\text{行先心病介入治疗住院期间死亡的患者数}}{\text{同期行先心病介入治疗的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
(十) 冠心病介入治疗技术			
10.1 冠脉介入治疗术后即刻冠状动脉造影成功率	单位时间内，冠脉介入治疗术后即刻冠状动脉造影成功的例数，占同期接受冠脉介入治疗的总例数的比例	$\frac{\text{冠脉介入治疗术后即刻冠状动脉造影成功的例数}}{\text{同期接受冠脉介入治疗的总例数}} \times 100\%$	医疗技术备案平台
10.2 冠脉介入治疗临床成功率	单位时间内，冠脉介入治疗临床成功的例数，占同期接受冠脉介入治疗的总例数的比例	$\frac{\text{冠脉介入治疗临床成功的例数}}{\text{同期接受冠脉介入治疗的总例数}} \times 100\%$	医疗技术备案平台

10.3 冠脉介入治疗住院死亡率	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	$\frac{\text{本次接受冠脉介入治疗住院期间死亡的患者数}}{\text{同期接受冠脉介入治疗的患者总数}} \times 100\%$	医疗技术备案平台
10.4 择期冠脉介入治疗住院死亡率	单位时间内，择期冠脉介入治疗本次住院期间死亡的患者数，占同期接受择期冠脉介入治疗的患者总数的比例	$\frac{\text{择期冠脉介入治疗本次住院期间死亡的患者数}}{\text{同期接受择期冠脉介入治疗的总数}} \times 100\%$	医疗技术备案平台
10.5 冠脉介入治疗严重并发症发生率	单位时间内，接受冠脉介入治疗住院期间发生严重并发症的患者数，占同期接受冠脉介入治疗的患者总数的比例	$\frac{\text{接受冠脉介入治疗住院期间发生严重并发症的患者数}}{\text{同期接受冠脉介入治疗的总数}} \times 100\%$	医疗技术备案平台
10.6 STEMI 患者发病 12 小时内接受直接 PCI 率	STEMI 患者发病 12 小时内接受直接 PCI 的患者数，占同期发病 12 小时内到院的 STEMI 患者总数的比例	$\frac{\text{STEMI患者发病12小时内接受直接PCI的患者数}}{\text{同期发病12小时内到院的STEMI患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
10.7 行直接 PCI 的 STEMI 患者到院至导丝通过靶血管（DTD）平均时间	STEMI 患者行直接 PCI 的 DTD 时间总和与 STEMI 患者行直接 PCI 的总例数的比值	$\frac{\text{STEMI患者行直接PCI的DTD时间总和}}{\text{STEMI患者行直接PCI的总例数}} \times 100\%$	医院自行填报
10.8 接受 PCI 治疗的非 ST 段抬高型急性冠脉综合征（NSTEMI）患者进行危险分层的比率	接受 PCI 治疗的 NSTEMI ACS 患者进行危险分层的患者数，占同期接受 PCI 治疗的 NSTEMI ACS 患者总数的比例	$\frac{\text{接受PCI治疗NSTEMIACS患者进行危险分层的患者数}}{\text{同期接受PCI治疗的NSTEMIACS患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
10.9 例次平均支架数	平均每例次手术中置入支架的个数	$\frac{\text{植入冠脉总支架数}}{\text{同期接受冠脉介入治疗的总病例数}}$	医院自行填报

10.10 冠脉介入治疗术前双重抗血小板药物使用率	单位时间内，冠脉介入治疗术前使用双重抗血小板药物的患者数，占同期接受冠脉介入治疗的患者总数的比例	$\frac{\text{冠脉介入治疗前使用双重抗血小板药物的患者数}}{\text{同期接受冠脉介入治疗的患者总数}} \times 100\%$	医疗技术备案平台
10.11 冠脉介入治疗住院期间他汀类药物使用率	单位时间内，冠脉介入治疗住院期间使用他汀类药物的患者数，占同期接受冠脉介入治疗的患者总数的比例	$\frac{\text{冠脉介入治疗住院期间使用他汀类药物的患者数}}{\text{同期接受冠脉介入治疗的患者总数}} \times 100\%$	医疗技术备案平台
(十一) 心律失常介入治疗技术			
11.1 心脏植入型电子器械（CIED）植入术住院死亡率	单位时间内，行 CIED 植入术住院期间死亡的患者数，占同期行 CIED 植入术的患者总数的比例	$\frac{\text{行CIED植入术住院期间死亡的患者数}}{\text{同期行CIED植入术的患者总数}} \times 100\%$	医疗技术备案平台
11.2 CIED 植入术心脏压塞发生率	单位时间内，行 CIED 植入术发生心脏压塞的患者数，占同期行 CIED 植入术的患者总数的比例	$\frac{\text{行CIED植入术发生心脏压塞的患者数}}{\text{同期行CIED植入术的患者总数}} \times 100\%$	医疗技术备案平台
11.3 CIED 植入术导线脱位发生率	单位时间内，行 CIED 植入术发生导线脱位的患者数，占同期行 CIED 植入术的患者总数的比例	$\frac{\text{行CIED植入术发生导线脱位的患者数}}{\text{同期行CIED植入术的患者总数}} \times 100\%$	医疗技术备案平台
11.4 阵发性室上性心动过速（PSVT）导管消融治疗成功率	单位时间内，行 PSVT 导管消融治疗成功的患者数，占同期行 PSVT 导管消融治疗的患者总数的比例	$\frac{\text{行PSVT导管消融治疗成功的患者数}}{\text{同期行PSVT导管消融治疗的患者总数}} \times 100\%$	医疗技术备案平台
11.5 导管消融治疗后严重房室传导阻滞发生率	单位时间内，行导管消融治疗术中或术后发生严重房室传导阻滞的患者数，占同期行导管消融治疗的患者总数的比例	$\frac{\text{行导管消融治疗术中或术后发生严重房室传导阻滞的患者数}}{\text{同期行导管消融治疗的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报

11.6 导管消融治疗心脏压塞发生率	单位时间内，行导管消融治疗发生心脏压塞的患者数，占同期行导管消融治疗的患者总数的比例	$\frac{\text{行导管消融治疗发生心脏压塞的患者数}}{\text{同期行导管消融治疗的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
11.7 导管消融治疗住院死亡率	单位时间内，行导管消融治疗住院期间死亡的患者数，占同期行导管消融治疗的患者总数的比例	$\frac{\text{行导管消融治疗住院期间死亡的患者数}}{\text{同期行导管消融治疗的患者总数}} \times 100\%$	病案首页

十五、超声诊断专业医疗质量控制指标（2022 年版）

指标	定义	计算公式	数据来源
（一）超声医师月均工作量	单位时间内，每名超声医师每月平均承担的工作量	$\frac{\text{超声科年总工作量}}{\text{超声医师数} \times 12 \text{个月}}$	医院自行填报
（二）超声仪器质检率	单位时间内，完成质检的超声仪器数占同期本机构在用超声仪器总数的比例	$\frac{\text{单位时间内完成质检的超声仪器数}}{\text{同期本机构在用超声仪器总数}} \times 100\%$	
（三）住院超声检查48小时内完成率	单位时间内，在临床开具住院超声检查申请48小时内完成检查并出具超声检查报告的例数，占同期临床开具住院超声检查申请单总数的比例	$\frac{\text{单位时间内在临床开具住院超声检查申请48小时内完成检查并出具超声检查报告的例数}}{\text{同期临床开具住院超声检查申请单总数}} \times 100\%$	
（四）超声危急值10分钟内通报完成率	单位时间内，10分钟内完成通报的超声危急值例数占同期超声危急值总例数的比例	$\frac{\text{单位时间内10分钟内完成通报的超声危急值例数}}{\text{同期超声危急值总例数}} \times 100\%$	医院自行填报

(五)超声报告书写合格率	单位时间内，超声检查报告书写合格的数量占同期超声检查报告总数的比例	$\frac{\text{单位时间内超声检查报告书写合格的数量}}{\text{同期超声检查报告总数}} \times 100\%$	医院自行填报
(六)乳腺病变超声报告进行乳腺影像报告和数据系统(BI-RADS)分类率	单位时间内，进行 BI-RADS 分类的乳腺病变超声报告数，占同期乳腺病变超声报告总数的比例	$\frac{\text{单位时间内进行BI-RADS分类的乳腺病变超声报告数}}{\text{同期乳腺病变超声报告总数}} \times 100\%$	医院自行填报
(七)门急诊超声报告阳性率	单位时间内，门急诊超声报告中有异常发现的报告数，占同期门急诊超声报告总数的比例	$\frac{\text{单位时间内门急诊超声报告中有异常发现的报告数}}{\text{同期门急诊超声报告总数}} \times 100\%$	医院自行填报
(八)住院超声报告阳性率	单位时间内，住院超声报告中有异常发现的报告数，占同期住院超声报告总数的比例	$\frac{\text{单位时间内住院超声报告中有异常发现的报告数}}{\text{同期住院超声报告总数}} \times 100\%$	医院自行填报
(九)超声筛查中胎儿重大致死性畸形的检出率	单位时间内，在超声筛查中检出胎儿重大致死性畸形的孕妇人数，占同期超声产检的孕妇总人数的比例	$\frac{\text{单位时间内超声筛查中检出胎儿重大致死性畸形的孕妇人数}}{\text{同期超声产检的孕妇总人数}} \times 100\%$	NCIS
(十)超声诊断符合率	单位时间内，超声诊断与病理或临床诊断符合的例数，占同期超声诊断有对应病理或临床诊断总例数的比例	$\frac{\text{单位时间内超声诊断与病理或临床诊断符合例数}}{\text{同期超声诊断有对应病理或临床诊断的总例数}} \times 100\%$	医院自行填报
(十一)乳腺占位超声诊断准确率	单位时间内，乳腺超声诊断为乳腺癌或非乳腺癌与病理检验结果相一致的例数，占同期行超声诊断为乳腺占位并送病理检验总例数的比例	$\frac{\text{单位时间内乳腺超声诊断为乳腺癌或非乳腺癌与病理检验结果相一致的例数}}{\text{同期行超声诊断为乳腺占位并送病理检验的总例数}} \times 100\%$	医院自行填报

（十二）颈动脉狭窄（≥50%）超声诊断符合率	单位时间内，超声诊断为颈动脉狭窄（≥50%）与 DSA 或 CTA 等其他影像结果相符合的例数，占同期超声诊断颈动脉狭窄（≥50%）并可获得 DSA 或 CTA 等其他影像结果总例数的比例	$\frac{\text{单位时间内超声诊断为颈动脉狭窄（≥50%）与 DSA 或 CTA 等其他影像结果相符合的例数}}{\text{同期超声诊断颈动脉狭窄（≥50%）并可获得 DSA 或 CTA 等其他影像结果的总例数}} \times 100\%$	医院自行填报
（十三）超声介入相关主要并发症发生率	单位时间内，超声介入相关主要并发症发生的例数，占同期超声介入总例数的比例	$\frac{\text{单位时间内超声介入相关主要并发症发生的例数}}{\text{同期超声介入总例数}} \times 100\%$	病案首页

十六、康复医学专业医疗质量控制指标（2022 年版）

指标	定义	计算公式	数据来源
（一）康复医学科床位占比	康复医学科开放床位数占同期医院开放床位数的比例	$\frac{\text{康复医学科开放床位数}}{\text{同期医院开放床位数}} \times 100\%$	法定统计年报、人力资源表（卫统 2）
（二）康复医学科医师床配比	康复医学科每张实际开放病床配备的康复医师数量	$\frac{\text{康复医学科医师人数}}{\text{同期康复医学科病房开放床位数}}$	
（三）康复医学科护士床配比	康复医学科平均实际开放病床配备的护士数量	$\frac{\text{康复医学科护士人数}}{\text{同期康复医学科病房开放床位数}}$	
（四）康复医学科治疗师床配比	康复医学科每张实际开放病床配备的治疗师数量	$\frac{\text{康复医学科治疗师人数}}{\text{同期康复医学科病房开放床位数}}$	法定统计年报、人力资源表（卫统 2）

(五)脑卒中患者早期康复介入率	单位时间内，接受早期康复介入的住院脑卒中患者数占同期住院脑卒中患者总数的比例	$\frac{\text{单位时间内接受早期康复介入的住院脑卒中患者数}}{\text{同期住院脑卒中患者总数}} \times 100\%$	病案首页
(六)脊髓损伤患者早期康复介入率	单位时间内，接受早期康复介入的住院脊髓损伤患者数占同期住院脊髓损伤患者总数的比例	$\frac{\text{单位时间内接受早期康复介入的住院脊髓损伤患者数}}{\text{同期住院脊髓损伤患者总数}} \times 100\%$	病案首页
(七)髋、膝关节置换术后患者早期康复介入率	单位时间内，接受早期康复介入的住院髋、膝关节置换术后患者数占同期住院髋、膝关节置换术后患者总数的比例	$\frac{\text{单位时间内接受早期康复介入的住院髋、膝关节置换术后患者数}}{\text{同期住院髋、膝关节置换术后患者总数}} \times 100\%$	病案首页
(八)日常生活活动能力(ADL)改善率	单位时间内，ADL改善的康复医学科住院患者数占同期康复医学科住院患者总数的比例	$\frac{\text{单位时间内ADL改善的康复医学科住院患者数}}{\text{同期康复医学科住院患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
(九)脊髓损伤患者ADL改善率	单位时间内，ADL改善的康复医学科住院脊髓损伤患者数占同期康复医学科住院脊髓损伤患者总数的比例	$\frac{\text{单位时间内ADL改善的康复医学科住院脊髓损伤患者数}}{\text{同期康复医学科住院脊髓损伤患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
(十)脑卒中患者ADL改善率	单位时间内，ADL改善的康复医学科住院脑卒中患者数占同期康复医学科住院脑卒中患者总数的比例	$\frac{\text{单位时间内ADL改善的康复医学科住院脑卒中患者数}}{\text{同期康复医学科住院脑卒中患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
(十一) 康复评定率			
11.1 脑卒中患者运动功能评定率	单位时间内，进行运动功能评定的康复医学科住院脑卒中患者数占同期康复医学科住院脑卒中患者总数的比例	$\frac{\text{单位时间内进行运动功能评定的康复医学科住院脑卒中患者数}}{\text{同期康复医学科住院脑卒中患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报

11.2 脑卒中患者言语功能评定率	单位时间内，进行言语功能评定的康复医学科住院脑卒中患者数占同期康复医学科住院脑卒中患者总数的比例	$\frac{\text{单位时间内进行言语功能评定的康复医学科住院脑卒中患者数}}{\text{同期康复医学科住院脑卒中患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
11.3 脑卒中患者吞咽功能评定率	单位时间内，进行吞咽功能评定的康复医学科住院脑卒中患者数占同期康复医学科住院脑卒中患者总数的比例	$\frac{\text{单位时间内进行吞咽功能评定的康复医学科住院脑卒中患者数}}{\text{同期康复医学科住院脑卒中患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
11.4 脊髓损伤患者神经功能评定率	单位时间内，进行神经功能评定的康复医学科住院脊髓损伤患者数占同期康复医学科住院脊髓损伤患者总数的比例	$\frac{\text{单位时间内进行神经功能评定的康复医学科住院脊髓损伤患者数}}{\text{同期康复医学科住院脊髓损伤患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
11.5 髋、膝关节置换术后患者功能评定率	单位时间内，进行术后功能评定的康复医学科住院髋、膝关节置换术后患者数占同期康复医学科住院髋、膝关节置换术后患者总数的比例	$\frac{\text{单位时间内进行术后功能评定的康复医学科住院髋、膝关节置换术后患者数}}{\text{同期康复医学科住院髋、膝关节置换术后患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
(十二)住院患者静脉输液使用率	单位时间内，接受静脉输液治疗的康复医学科住院患者数占同期康复医学科住院患者总数的比例	$\frac{\text{单位时间内接受静脉输液治疗的康复医学科住院患者数}}{\text{同期康复医学科住院患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
(十三) 并发症和不良事件发生率及预防实施率			
13.1 脑卒中后肩痛发生率	单位时间内，发生肩痛的康复医学科住院脑卒中患者数占同期康复医学科住院脑卒中患者总数的比例	$\frac{\text{单位时间内康复医学科住院期间发生肩痛的住院脑卒中患者数}}{\text{同期康复医学科住院脑卒中患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报

13.2 脑卒中后肩痛预防实施率	单位时间内，进行脑卒中后肩痛预防的康复医学科住院脑卒中患者数占同期康复医学科住院脑卒中患者总数的比例	$\frac{\text{单位时间内进行脑卒中后肩痛预防的康复医学科住院脑卒中患者数}}{\text{同期康复医学科住院脑卒中患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
13.3 脊髓损伤患者泌尿系感染发生率	单位时间内，发生泌尿系感染的康复医学科住院脊髓损伤患者数占同期康复医学科住院脊髓损伤患者总数的比例	$\frac{\text{单位时间内康复医学科住院期间发生泌尿系感染的脊髓损伤患者数}}{\text{同期康复医学科住院脊髓损伤患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
13.4 脊髓损伤神经源性膀胱患者间歇性导尿实施率	单位时间内，康复医学科住院脊髓损伤神经源性膀胱患者中进行间歇性导尿的人数占同期康复医学科住院脊髓损伤神经源性膀胱患者总数的比例	$\frac{\text{单位时间内进行间歇性导尿的康复医学科住院脊髓损伤神经源性膀胱患者数}}{\text{同期康复医学科住院脊髓损伤神经源性膀胱患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
13.5 住院患者静脉血栓栓塞症发生率	单位时间内，发生静脉血栓栓塞症的康复医学科住院患者数占同期康复医学科住院患者总数的比例	$\frac{\text{单位时间内发生静脉血栓栓塞症的康复医学科住院患者数}}{\text{同期康复医学科住院患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
13.6 住院患者静脉血栓栓塞症规范预防率	单位时间内，进行静脉血栓栓塞症规范预防的康复医学科住院患者数占同期康复医学科住院患者总数的比例	$\frac{\text{单位时间内进行静脉血栓栓塞症规范预防的康复医学科住院患者数}}{\text{同期康复医学科住院患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报

十七、临床营养专业医疗质量控制指标（2022 年版）

指标	定义	计算公式	数据来源
（一）营养科医床比	营养科医师总数与同期医疗机构实际开放床位数之比	$\frac{\text{营养科医师总数}}{\text{同期医疗机构实际开放床位数}}$	法定统计年报、 人力资源表 （卫统 2）
（二）营养科护床比	营养科护士总数与同期医疗机构实际开放床位数之比	$\frac{\text{营养科护士总数}}{\text{同期医疗机构实际开放床位数}}$	
（三）营养科技床比	营养科技师总数与同期医疗机构实际开放床位数之比	$\frac{\text{营养科技师总数}}{\text{同期医疗机构实际开放床位数}}$	
（四）住院患者营养风险筛查率	完成营养风险筛查住院患者数占同期住院患者总数的比例	$\frac{\text{完成营养风险筛查住院患者数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
（五）存在营养风险住院患者营养治疗率	经营养风险筛查，存在营养风险并接受营养治疗的住院患者数占同期存在营养风险住院患者总数的比例	$\frac{\text{存在营养风险并接受营养治疗的住院患者数}}{\text{同期存在营养风险住院患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
（六）糖尿病住院患者营养评估率	进行营养评估的糖尿病住院患者数占同期糖尿病住院患者总数的比例	$\frac{\text{进行营养评估的糖尿病住院患者数}}{\text{同期糖尿病住院患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
（七）糖尿病住院患者营养治疗率	接受营养治疗的糖尿病住院患者数占同期糖尿病住院患者总数的比例	$\frac{\text{接受营养治疗的糖尿病住院患者数}}{\text{同期糖尿病住院患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报

（八）使用胰岛素治疗的糖尿病住院患者营养治疗后胰岛素使用剂量减少率	接受营养治疗后，胰岛素使用剂量减少的糖尿病住院患者数占同期使用胰岛素治疗并接受营养治疗的糖尿病住院患者总数的比例	$\frac{\text{使用剂量减少的糖尿病住院患者数}}{\text{同期使用胰岛素治疗并接受营养治疗的糖尿病住院患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
（九）营养治疗不良事件发生率			
9.1 肠外营养治疗不良事件发生率	实施肠外营养治疗过程中不良事件发生例数占同期实施肠外营养治疗总例数的比例	$\frac{\text{实施肠外营养治疗不良事件发生例数}}{\text{同期实施肠外营养治疗总例数}} \times 100\%$	NCIS
9.2 肠内营养治疗不良事件发生率	实施肠内营养治疗过程中不良事件发生例数占同期实施肠内营养治疗总例数的比例	$\frac{\text{实施肠内营养治疗不良事件发生例数}}{\text{同期实施肠内营养治疗总例数}} \times 100\%$	NCIS
9.3 膳食营养治疗不良事件发生率	实施膳食营养治疗过程中不良事件发生例数占同期实施膳食营养治疗总例数的比例	$\frac{\text{实施膳食营养治疗不良事件发生例数}}{\text{同期实施膳食营养治疗总例数}} \times 100\%$	NCIS
（十）营养门诊投诉发生率	营养门诊诊疗过程中投诉发生人次占同期营养门诊诊疗总人次数的比例	$\frac{\text{营养门诊诊疗投诉发生人次}}{\text{同期营养门诊诊疗总人次}} \times 100\%$	NCIS

十八、麻醉专业医疗质量控制指标（2022 年版）

指标	定义	计算公式	数据来源
（一）麻醉科医护比	麻醉科护士人数与麻醉科医师人数之比	$\frac{\text{麻醉科护士总数}}{\text{麻醉科医师总数}}$	国家医疗机构、医师、护士电子化注册系统
（二）麻醉医师人均年麻醉例次数	单位时间内，麻醉科固定在岗医师平均完成的麻醉例次数	$\frac{\text{麻醉科年麻醉总例次数}}{\text{同期麻醉科固定在岗医师总数}}$	
（三）手术室外麻醉占比	单位时间内，手术室（含日间手术室）外实施的麻醉例次数占同期麻醉总例次数的比例	$\frac{\text{单位时间内手术室外实施的麻醉例次数}}{\text{同期麻醉总例次数}} \times 100\%$	医院自行填报
（四）择期手术麻醉前访视率	单位时间内，择期手术患者在进入手术室（含麻醉操作单元）前完成麻醉前访视（不等同于麻醉前签字）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	$\frac{\text{单位时间内择期手术患者在进入手术室前完成麻醉前访视的例次数}}{\text{同期麻醉科完成择期手术麻醉总例次数}} \times 100\%$	医院自行填报
（五）入室后手术麻醉取消率	单位时间内，患者入室后至麻醉开始前，手术麻醉取消的例次数占同期入室后拟手术麻醉总例次数的比例	$\frac{\text{单位时间内患者入室后至麻醉开始前手术麻醉取消的例次数}}{\text{同期入室后拟手术麻醉总例次数}} \times 1000\%$	湖北省住院医疗服务绩效评估平台
（六）麻醉开始后手术取消率	单位时间内，麻醉开始后手术开始前手术取消的例次数占同期麻醉总例次数的比例	$\frac{\text{单位时间内麻醉开始后手术开始前手术取消的例次数}}{\text{同期麻醉总例次数}} \times 1000\%$	医院自行填报

（七）全身麻醉术中体温监测率	单位时间内，手术麻醉期间接受体温监测（连续监测或间断监测）的全身麻醉（以下简称全麻）例次数占同期全麻总例次数的比例	$\frac{\text{单位时间内手术麻醉期间接受体温监测的全麻例次数}}{\text{同期全麻总例次数}} \times 100\%$	医院自行填报
（八）术中主动保温率	单位时间内，手术麻醉期间采取主动保温措施（全程连续主动保温或间断主动保温）全麻例次数占同期全麻总例次数的比例	$\frac{\text{单位时间内手术麻醉期间采取主动保温措施的全麻例次数}}{\text{同期全麻总例次数}} \times 100\%$	医院自行填报
（九）术中自体血输注率	单位时间内，手术麻醉中接受自体血（包括自体全血及自体血红细胞）输注患者数占同期麻醉中接受输血治疗患者总数的比例	$\frac{\text{单位时间内手术麻醉中接受自体血输注患者数}}{\text{同期麻醉中接受输血治疗患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
（十）手术麻醉期间低体温发生率	单位时间内，手术麻醉期间低体温患者数（医疗目的的控制性降温除外）占同期接受体温监测的麻醉患者总数的比例	$\frac{\text{单位时间内手术麻醉期间低体温患者数（医疗目的的控制性降温除外）}}{\text{同期接受体温监测的麻醉患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
（十一）术中牙齿损伤发生率	单位时间内，发生术中牙齿损伤的例次数占同期插管全身麻醉总例次数的比例	$\frac{\text{单位时间内发生术中牙齿损伤的例次数}}{\text{同期插管全身麻醉总例次数}} \times 1000\text{‰}$	医院自行填报
（十二）麻醉期间严重反流误吸发生率	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	$\frac{\text{单位时间内麻醉期间严重反流误吸发生例次数}}{\text{同期麻醉科完成麻醉总例次数}} \times 10000\text{‰}$	医院自行填报
（十三）计划外建立人工气道发生率	单位时间内，计划外建立人工气道的麻醉科患者数占同期麻醉科患者总数的比例。	$\frac{\text{单位时间内计划外建立人工气道的麻醉科患者数}}{\text{同期麻醉科患者总数}} \times 1000\text{‰}$	医院自行填报

(十四) 术中心脏骤停率	单位时间内，术中心脏骤停患者数占同期麻醉科患者总数的比例	$\frac{\text{单位时间内术中心脏骤停患者数}}{\text{同期麻醉科患者总数}} \times 10000\text{‰}$	医院自行填报
(十五) 麻醉期间严重过敏反应发生率	单位时间内，麻醉期间发生严重过敏反应的例次数占同期麻醉科完成麻醉总例次数的比例	$\frac{\text{单位时间内麻醉期间发生严重过敏反应的例次数}}{\text{同期麻醉科完成麻醉总例次数}} \times 10000\text{‰}$	医院自行填报
(十六) 全身麻醉术中知晓发生率	单位时间内，发生全身麻醉术中知晓例次数占同期全身麻醉总例次数的比例	$\frac{\text{单位时间内发生全身麻醉术中知晓例次数}}{\text{同期全身麻醉总例次数}} \times 1000\text{‰}$	医院自行填报
(十七) PACU 入室低体温发生率	单位时间内，PACU 入室低体温患者数占同期入 PACU 患者总数的比例	$\frac{\text{单位时间内PACU入室低体温患者数}}{\text{同期入PACU患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
(十八) 麻醉后 PACU 转出延迟率	单位时间内，入 PACU 超过 2 小时的患者数占同期入 PACU 患者总数的比例	$\frac{\text{单位时间内PACU入室超过2小时患者数}}{\text{同期入PACU患者总数}} \times 1000\text{‰}$	医院自行填报
(十九) 非计划二次气管插管率	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	$\frac{\text{单位时间内非计划二次气管插管患者数}}{\text{同期术后气管插管拔除患者总数}} \times 1000\text{‰}$	医院自行填报
(二十) 非计划转入 ICU 率	单位时间内，非计划转入 ICU 的麻醉患者数占同期麻醉患者总数的比例	$\frac{\text{单位时间内非计划转入ICU的麻醉患者数}}{\text{同期麻醉患者总数}} \times 1000\text{‰}$	医院自行填报

（二十一）术后镇痛满意率	单位时间内，麻醉科术后镇痛随访视觉模拟评分（VAS）≤3 分患者数占同期麻醉科术后镇痛患者总数的比例	$\frac{\text{单位时间内麻醉科术后镇痛随访VAS} \leq 3 \text{分患者数}}{\text{同期麻醉科术后镇痛患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
（二十二）区域阻滞麻醉后严重神经并发症发生率	单位时间内，区域阻滞麻醉后严重神经并发症发生例数占同期区域阻滞麻醉总例数的比例	$\frac{\text{单位时间内阻滞麻醉后严重神经并发症发生例数}}{\text{同期区域阻滞麻醉总例数}} \times 10000\%$	医院自行填报
（二十三）全身麻醉气管插管拔管后声音嘶哑发生率	单位时间内，全身麻醉气管插管拔管后声音嘶哑发生例次数占同期全身麻醉气管插管总例次数的比例	$\frac{\text{单位时间内全身麻醉气管插管拔管后声音嘶哑发生例次数}}{\text{同期全身麻醉气管插管总例次数}} \times 10000\%$	医院自行填报
（二十四）麻醉后新发昏迷发生率	单位时间内，全身麻醉后新发昏迷发生例次数占同期非颅脑手术全身麻醉总例次数的比例	$\frac{\text{单位时间内全身麻醉后新发昏迷发生例次数}}{\text{同期非颅脑手术全身麻醉总例次数}} \times 10000\%$	医院自行填报
（二十五）麻醉后 24 小时内患者死亡率	单位时间内，麻醉后 24 小时内死亡患者数占同期麻醉患者总数的比例	$\frac{\text{单位时间内麻醉后24小时内死亡患者数}}{\text{同期麻醉患者总数}} \times 10000\%$	医院自行填报
（二十六）阴道分娩椎管内麻醉使用率	单位时间内，阴道分娩产妇实施椎管内麻醉人数（不含术中转剖宫产产妇人数）占同期阴道分娩产妇总人数（不含术中转剖宫产产妇人数）的比例	$\frac{\text{阴道分娩产妇实施椎管内麻醉人数}}{\text{同期阴道分娩产妇总人数}} \times 100\%$	医院自行填报

十九、肿瘤专业医疗质量控制指标（2023 年版）

（一）乳腺癌

指标	定义	计算公式	数据来源
1. 乳腺癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率 (CA-BC-01)	首次治疗前完成临床 TNM 分期诊断的乳腺癌患者数占接受首次治疗的乳腺癌患者总数的比例	$\frac{\text{首次治疗前完成临床TNM分期诊断的乳腺癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的乳腺癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
2. 乳腺癌患者首次治疗前临床 TNM 分期检查评估策略符合率 (CA-BC-02)	首次治疗前临床 TNM 分期检查评估符合策略的乳腺癌患者数占接受首次治疗的乳腺癌患者总数的比例	$\frac{\text{首次治疗前临床TNM分期检查评估符合策略的乳腺癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的乳腺癌患者总数}} \times 100\%$	
3. 乳腺癌患者非手术治疗前病理学诊断率 (CA-BC-03)	首次非手术治疗前完成病理学诊断的乳腺癌患者数占接受首次非手术治疗的乳腺癌患者总数的比例	$\frac{\text{首次非手术治疗前完成病理学诊断的乳腺癌患者数}}{\text{同期接受首次非手术治疗的乳腺癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
4. 早期乳腺癌患者前哨淋巴结活检率 (CA-BC-04)	行前哨淋巴结活检手术的早期乳腺癌患者数占早期乳腺癌手术患者总数的比例	$\frac{\text{行前哨淋巴结活检手术的早期乳腺癌患者数}}{\text{同期早期乳腺癌手术患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
5. 乳腺癌患者保乳术后放疗率 (CA-BC-05)	行术后放疗的乳腺癌保乳术患者数占乳腺癌保乳术患者总数的比例	$\frac{\text{行术后放疗的乳腺癌保乳术患者数}}{\text{同期乳腺癌保乳术患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
6. 乳腺癌患者改良根治术后放疗率 (CA-BC-06)	乳腺癌改良根治术后行放疗的患者数占乳腺癌改良根治术患者总数的比例	$\frac{\text{乳腺癌改良根治术后行放疗的患者数}}{\text{同期乳腺癌改良根治术患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报

7. 局部晚期乳腺癌患者新辅助治疗率 (CA-BC-07)	接受新辅助治疗的局部晚期乳腺癌患者数占局部晚期乳腺癌患者总数的比例	$\frac{\text{接受新辅助治疗的局部晚期乳腺癌患者数}}{\text{同期局部晚期乳腺癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
8. 晚期转移性乳腺癌患者首次治疗全身系统性治疗率 (CA-BC-08)	首次治疗接受全身系统性治疗的晚期转移性乳腺癌患者数占首次治疗的晚期转移性乳腺癌患者总数的比例	$\frac{\text{首次治疗接受全身系统性治疗的晚期转移性乳腺癌患者数}}{\text{同期首次治疗的晚期转移性乳腺癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
9. 激素受体阳性乳腺癌患者术后接受辅助内分泌治疗率 (CA-BC-09)	术后接受辅助内分泌治疗的激素受体阳性乳腺癌患者数占术后激素受体阳性的乳腺癌患者总数的比例	$\frac{\text{术后接受辅助内分泌治疗的激素受体阳性乳腺癌患者数}}{\text{同期术后激素受体阳性的乳腺癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
10. 接受抗 HER-2 靶向治疗的乳腺癌患者中 HER-2 阳性率 (CA-BC-10)	接受抗 HER-2 靶向治疗且 HER-2 阳性的乳腺癌患者数占接受抗 HER-2 靶向治疗的乳腺癌患者总数的比例	$\frac{\text{接受抗HER-2靶向治疗且HER-2阳性的乳腺癌患者数}}{\text{同期接受抗HER-2靶向治疗的乳腺癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
11. 腋窝淋巴结清扫充分率 (CA-BC-11)	清扫腋窝淋巴结数量 ≥ 10 个的乳腺癌患者数占行腋窝淋巴结清扫术的乳腺癌患者总数的比例	$\frac{\text{清扫腋窝淋巴结数量}\geq 10\text{个的乳腺癌患者数}}{\text{同期行腋窝淋巴结清扫术的乳腺癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
12. 乳腺癌 I 类切口手术部位感染率 (CA-BC-12)	发生 I 类切口手术部位感染的乳腺癌患者数占乳腺癌 I 类切口手术患者总数的比例	$\frac{\text{发生I类切口手术部位感染的乳腺癌患者数}}{\text{同期乳腺癌I类切口手术患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报

（二）肺癌

指标	定义	计算公式	数据来源
1. 肺癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率（CA-LC-01）	首次治疗前完成临床 TNM 分期诊断的肺癌患者数占接受首次治疗的肺癌患者总数的比例	$\frac{\text{首次治疗前完成临床TNM分期诊断的肺癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的肺癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
2. 肺癌患者首次治疗前临床 TNM 分期检查评估 策略符合率（CA-LC-02）	首次治疗前临床 TNM 分期检查评估符合策略的肺癌患者数占接受首次治疗的肺癌患者总数的比例	$\frac{\text{首次治疗前临床TNM分期检查评估符合策略的肺癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的肺癌患者总数}} \times 100\%$	
3. 肺癌患者非手术治疗前病理学诊断率（CA-LC-03）	首次非手术治疗前完成病理学诊断的肺癌患者数占接受首次非手术治疗的肺癌患者总数的比例	$\frac{\text{首次非手术治疗前完成病理学诊断的肺癌患者数}}{\text{同期接受首次非手术治疗的肺癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
4. 肺癌患者术后病理 TNM 分期率（CA-LC-04）	肺癌患者手术治疗后完成病理 TNM 分期的患者数占手术治疗的肺癌患者总数的比例	$\frac{\text{肺癌患者手术治疗后完成病理TNM分期的患者数}}{\text{同期手术治疗的肺癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
5. 肺癌切除术术中淋巴结清扫率（CA-LC-05）	肺癌切除术术中接受淋巴结清扫的患者数占行肺癌切除术的患者总数的比例	$\frac{\text{肺癌切除术术中接受淋巴结清扫的患者数}}{\text{同期行肺癌切除术的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
6. 肺癌切除术术中纵隔淋巴结清扫充分率（CA-LC-06）	肺癌切除术术中纵隔淋巴结清扫站数 ≥ 3 站的患者数占肺癌切除术的患者总数的比例	$\frac{\text{肺癌切除术术中纵隔淋巴结清扫站数} \geq 3 \text{ 站的患者数}}{\text{同期肺癌切除术的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
7. III 期肺癌患者初始治疗综合治疗率（CA-LC-07）	初始治疗行综合治疗的III期肺癌患者数占初始治疗的III期肺癌患者总数的比例	$\frac{\text{初始治疗行综合治疗的III期肺癌患者数}}{\text{同期初始治疗的III期肺癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报

8. 肺癌患者精确放疗率（CA-LC-08）	行精确放疗的肺癌患者数占接受放疗的肺癌患者总数的比例	$\frac{\text{行精确放疗的肺癌患者数}}{\text{同期接受放疗的肺癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
9. IV期肺癌患者首次抗肿瘤药物治疗一线推荐方案采用率（CA-LC-09）	诊断为IV期的肺癌患者首次抗肿瘤药物治疗采用一线推荐方案的患者数占IV期肺癌患者首次接受抗肿瘤药物治疗患者总数的比例	$\frac{\text{IV期肺癌患者首次抗肿瘤药物治疗采用一线推荐方案的患者数}}{\text{同期IV期肺癌患者首次接受抗肿瘤药物治疗患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
10. 肺癌患者接受分子靶向治疗前基因检测阳性率（CA-LC-10）	肺癌患者接受分子靶向治疗前基因检测显示驱动基因突变阳性的患者数占接受分子靶向治疗的肺癌患者总数的比例	$\frac{\text{接受分子靶向治疗前基因检测显示驱动基因突变阳性的肺癌患者数}}{\text{同期接受分子靶向治疗的肺癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
11. 肺癌患者非手术治疗后疗效评价率（CA-LC-11）	肺癌患者接受非手术治疗后完成疗效评价的患者数占接受非手术治疗的肺癌患者总数的比例	$\frac{\text{非手术治疗后完成疗效评价的肺癌患者数}}{\text{同期非手术治疗的肺癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
12. 肺癌手术患者肿瘤完整切除（R0）率（CA-LC-12）	肺癌手术患者肿瘤完整切除（R0）的患者数占肺癌手术患者总数的比例	$\frac{\text{肺癌手术患者肿瘤完整切除（R0）的患者数}}{\text{同期肺癌手术患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
13. 肺癌患者术后院内死亡（CA-LC-13）	肺癌手术患者术后发生院内死亡的患者数占肺癌手术患者总数的比例	$\frac{\text{肺癌手术患者术后发生院内死亡的患者数}}{\text{同期肺癌手术患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报

（三）肝癌

指标	定义	计算公式	数据来源
1. 肝细胞癌患者首次治疗前临床中国肝癌分期诊断率 (CA-CNLC-01)	首次治疗前完成临床中国肝癌分期诊断的肝细胞癌患者数占接受首次治疗的肝细胞癌患者总数的比例	$\frac{\text{首次治疗前完成临床中国肝癌分期诊断的肝细胞癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的肝细胞癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
2. 肝细胞癌患者首次治疗前临床中国肝癌分期检查策略符合率 (CA-CNLC-02)	首次治疗前完成临床中国肝癌分期检查评估符合策略的肝细胞癌患者数占接受首次治疗的肝细胞癌患者总数的比例	$\frac{\text{首次治疗前完成临床中国肝癌分期检查评估符合策略的肝细胞癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的肝细胞癌患者总数}} \times 100\%$	
3. 肝内胆管癌患者首次治疗前临床TNM分期诊断率 (CA-CNLC-03)	首次治疗前完成临床TNM分期诊断的肝内胆管癌患者数占接受首次治疗的肝内胆管癌患者总数的比例	$\frac{\text{首次治疗前完成临床TNM分期诊断的肝内胆管癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的肝内胆管癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
4. 肝内胆管癌患者首次治疗前临床TNM分期检查策略符合率 (CA-CNLC-04)	首次治疗前完成临床TNM分期检查评估符合策略的肝内胆管癌患者数占接受首次治疗的肝内胆管癌患者总数的比例	$\frac{\text{首次治疗前完成临床TNM分期检查评估符合策略的肝内胆管癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的肝内胆管癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
5. 肝内胆管癌患者首次非手术治疗前病理学诊断率 (CA-CNLC-05)	首次非手术治疗前完成病理学诊断的肝内胆管癌患者数占接受首次非手术治疗的肝内胆管癌患者总数的比例	$\frac{\text{首次非手术治疗前完成病理学诊断的肝内胆管癌患者数}}{\text{同期接受首次非手术治疗的肝内胆管癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报

6. 肝内胆管癌患者术后病理 TNM 分期率 (CA-CNLC-06)	肝内胆管癌患者手术后完成病理 TNM 分期的患者数占接受手术治疗的肝内胆管癌患者总数的比例	$\frac{\text{肝内胆管癌患者手术后完成病理TNM分期的患者数}}{\text{同期接受手术治疗的肝内胆管癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
7. 肝内胆管癌患者术中淋巴结清扫率 (CA-CNLC-07)	手术切除的肝内胆管癌患者术中接受淋巴结清扫的患者数占接受手术切除的肝内胆管癌患者总数的比例	$\frac{\text{手术切除的肝内胆管癌患者术中接受淋巴结清扫的患者数}}{\text{同期接受手术切除的肝内胆管癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
8. 肝癌手术患者微创手术率 (CA-CNLC-08)	肝癌患者实施微创手术人次数占同期肝癌患者手术人次数比例	$\frac{\text{肝癌患者实施微创手术人次数}}{\text{同期肝癌患者手术人次数}} \times 100\%$	医院自行填报
9. 肝癌患者围手术期死亡率 (CA-CNLC-09)	住院期间围手术期死亡的肝癌患者数占接受手术治疗的肝癌患者总数的比例	$\frac{\text{住院期间围手术期死亡的肝癌患者数}}{\text{同期接受手术治疗的肝癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
10. 中国肝癌分期 IIb 和 IIIa 期肝细胞癌患者首次治疗行 TACE 治疗率 (CA-CNLC-10)	中国肝癌分期 IIb 和 IIIa 期肝细胞癌患者首次治疗行 TACE 治疗的患者数占中国肝癌分期 IIb 和 IIIa 期肝细胞癌首次治疗患者总数的比例	$\frac{\text{中国肝癌分期IIb和IIIa期肝细胞癌患者首次治疗行TACE治疗的患者数}}{\text{同期中国肝癌分期IIb和IIIa期肝细胞癌首次治疗患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
11. 中晚期肝癌患者综合治疗率 (CA-CNLC-11)	中晚期肝癌患者接受综合治疗的患者数占中晚期肝癌患者总数的比例	$\frac{\text{中晚期肝癌患者接受综合治疗的患者数}}{\text{同期中晚期肝癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
12. 肝癌患者精确放疗率 (CA-CNLC-12)	行精确放疗的肝癌患者数占接受放疗的肝癌患者总数的比例	$\frac{\text{行精确放疗的肝癌患者数}}{\text{同期接受放疗的肝癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报

（四）宫颈癌

指标	定义	计算公式	数据来源
1. 宫颈癌患者首次治疗前临床 FIGO 分期诊断率 (CA-CC-01)	首次治疗前完成临床 FIGO 分期诊断的宫颈癌患者数占接受首次治疗的宫颈癌患者总数的比例	$\frac{\text{首次治疗前完成临床FIGO分期诊断的宫颈癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的宫颈癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
2. 宫颈癌患者首次治疗前临床 FIGO 分期检查评估策略符合率 (CA-CC-02)	首次治疗前临床 FIGO 分期检查评估符合策略的宫颈癌患者数占接受首次治疗的宫颈癌患者总数的比例	$\frac{\text{首次治疗前临床FIGO分期检查评估符合策略的宫颈癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的宫颈癌患者总数}} \times 100\%$	
3. 宫颈癌患者首次治疗前病理学诊断率 (CA-CC-03)	首次治疗前完成病理学诊断的宫颈癌患者数占接受首次治疗的宫颈癌患者总数的比例	$\frac{\text{首次治疗前完成病理学诊断的宫颈癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的宫颈癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
4. 早期宫颈癌根治性手术治疗患者淋巴结切除率 (CA-CC-04)	早期宫颈癌根治术中接受淋巴结切除（包含前哨淋巴结切除）的宫颈癌患者数占早期宫颈癌根治性手术患者总数的比例	$\frac{\text{早期宫颈癌根治术中接受淋巴结切除的宫颈癌患者数}}{\text{同期早期宫颈癌根治性手术患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
5. 术后病理存在高危因素的宫颈癌患者接受同步放化疗率 (CA-CC-05)	接受同步放化疗的术后病理存在高危因素的宫颈癌患者数占术后病理存在高危因素的宫颈癌患者总数的比例	$\frac{\text{接受同步放化疗的术后病理存在高危因素的宫颈癌患者数}}{\text{同期术后病理存在高危因素的宫颈癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
6. 术后病理存在符合 Sedlis 标准的中危因素宫颈癌患者放疗率 (CA-CC-06)	接受放疗的术后病理存在符合 Sedlis 标准的中危因素宫颈癌患者数占术后病理存在符合 Sedlis 标准的中危因素宫颈癌患者总数的比例	$\frac{\text{接受放疗的术后病理存在符合Sedlis标准的中危因素宫颈癌患者数}}{\text{同期术后病理存在符合Sedlis标准的中危因素宫颈癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报

7. 中晚期宫颈癌患者首次治疗同步放化疗率（CA-CC-07）	首次治疗接受同步放化疗的中晚期宫颈癌患者数占接受首次治疗的中晚期宫颈癌患者总数的比例	$\frac{\text{首次治疗接受同步放化疗的中晚期宫颈癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的中晚期宫颈癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
8. 宫颈癌患者精确体外放疗率（CA-CC-08）	行精确体外放疗的宫颈癌患者数占接受体外放疗的宫颈癌患者总数的比例	$\frac{\text{行精确体外放疗的宫颈癌患者数}}{\text{同期接受体外放疗的宫颈癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
9. 宫颈癌患者精确近距离放疗率（CA-CC-09）	行精确近距离放疗技术的宫颈癌患者数占接受近距离放疗的宫颈癌患者总数的比例	$\frac{\text{行精确近距离放疗技术的宫颈癌患者数}}{\text{同期接受近距离放疗的宫颈癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
10. 宫颈癌患者增敏化疗采用标准方案率（CA-CC-10）	采用推荐的标准增敏化疗方案的同步放化疗治疗的宫颈癌患者数占接受同步放化疗治疗的宫颈癌患者总数的比例	$\frac{\text{采用标准增敏化疗方案的同步放化疗治疗的宫颈癌患者数}}{\text{同期接受同步放化疗治疗的宫颈癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
11. 宫颈癌手术患者并发症发生率（CA-CC-11）	发生并发症的宫颈癌手术患者数占宫颈癌手术患者总数的比例	$\frac{\text{发生并发症的宫颈癌手术患者数}}{\text{同期宫颈癌手术患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
12. 宫颈癌放疗患者近期并发症发生率（CA-CC-12）	在放疗期间及放疗结束后 3 个月之内发生放疗相关并发症的宫颈癌患者数占宫颈癌放疗患者总数的比例	$\frac{\text{发生近期并发症的宫颈癌放疗患者数}}{\text{同期宫颈癌放疗患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报

（五）胃癌

指标	定义	计算公式	数据来源
1. 胃癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率（CA-GC-01）	首次治疗前完成临床 TNM 分期诊断的胃癌患者数占接受首次治疗的胃癌患者总数的比例	$\frac{\text{首次治疗前完成临床TNM分期诊断的胃癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的胃癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
2. 胃癌患者首次治疗前临床 TNM 分期检查评估策略符合率（CA-GC-02）	首次治疗前临床 TNM 分期检查评估符合策略的胃癌患者数占接受首次治疗的胃癌患者总数的比例	$\frac{\text{首次治疗前临床TNM分期检查评估符合策略的胃癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的胃癌患者总数}} \times 100\%$	
3. 胃癌患者首次治疗前病理学诊断率（CA-GC-03）	首次治疗前完成病理学诊断的胃癌患者数占首次治疗的胃癌患者总数的比例	$\frac{\text{首次治疗前完成病理学诊断的胃癌患者数}}{\text{同期首次治疗的胃癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
4. 胃癌患者术后病理 TNM 分期率（CA-GC-04）	手术治疗后完成病理 TNM 分期的胃癌患者数占接受手术治疗的胃癌患者总数的比例	$\frac{\text{手术治疗后完成病理TNM分期的胃癌患者数}}{\text{同期接受手术治疗的胃癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
5. 接受内镜治疗的胃癌患者术后切缘阳性率（CA-GC-05）	接受内镜治疗术后病理提示切缘阳性的胃癌患者数占接受内镜治疗的胃癌患者总数的比例	$\frac{\text{接受内镜治疗术后病理提示切缘阳性的胃癌患者数}}{\text{同期接受内镜治疗的胃癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
6. I-III 期胃癌患者手术治疗术中淋巴结清扫充分率（CA-GC-06）	I-III 期手术治疗术中淋巴结清扫总数 ≥ 16 枚的胃癌患者数占接受手术治疗的 I-III 期胃癌患者总数的比例	$\frac{\text{I-III期手术治疗术中淋巴结清扫总数} \geq 16 \text{枚的胃癌患者数}}{\text{同期接受手术治疗的I-III期胃癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
7. 转移性胃癌患者首次治疗行手术治疗率（CA-GC-07）	首次治疗行手术治疗的转移性胃癌患者数占接受首次治疗的转移性胃癌患者总数的比例	$\frac{\text{首次治疗行手术治疗的转移性胃癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的转移性胃癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报

8. 胃癌手术患者术前完成营养风险筛查与评估率 (CA-GC-08)	术前实际完成营养风险筛查与评估的胃癌手术患者数占胃癌手术患者总数的比例	$\frac{\text{术前实际完成营养风险筛查与评估的胃癌手术患者数}}{\text{同期胃癌手术患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
9. 晚期转移性胃癌患者首次抗肿瘤药物治疗一线推荐方案采用率 (CA-GC-09)	晚期转移性胃癌首次抗肿瘤药物治疗采用一线推荐方案的患者数占晚期转移性胃癌首次抗肿瘤药物治疗的患者总数的比例	$\frac{\text{晚期转移性胃癌首次抗肿瘤药物治疗采用一线推荐方案的患者数}}{\text{同期晚期转移性胃癌首次抗肿瘤药物治疗的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
10. 胃癌患者非手术治疗后疗效评价率 (CA-GC-10)	接受非手术治疗后完成疗效评价的胃癌患者数占接受非手术治疗的胃癌患者总数的比例	$\frac{\text{接受非手术治疗后完成疗效评价的胃癌患者数}}{\text{同期接受非手术治疗的胃癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
11. 晚期转移性胃癌患者首次抗肿瘤药物治疗前病理生物标志物诊断率 (CA-GC-11)	晚期转移性胃癌首次抗肿瘤药物治疗前完成病理生物标志物诊断的患者数占晚期转移性胃癌首次抗肿瘤药物治疗的患者总数的比例	$\frac{\text{晚期转移性胃癌首次抗肿瘤药物治疗前完成病理生物标志物诊断的患者数}}{\text{同期晚期转移性胃癌首次抗肿瘤药物治疗的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报

(六) 结直肠癌

指标	定义	计算公式	数据来源
1. 结直肠癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率 (CA-CRC-01)	首次治疗前完成临床 TNM 分期诊断的结直肠癌患者数占接受首次治疗的结直肠癌患者总数的比例	$\frac{\text{首次治疗前完成临床TNM分期诊断的结直肠癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的结直肠癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报

2. 结直肠癌患者首次治疗前临床 TNM 分期检查评估符合策略符合率(CA-CRC-02)	首次治疗前临床 TNM 分期检查评估符合策略的结直肠癌患者数占接受首次治疗的结直肠癌患者总数的比例	$\frac{\text{首次治疗前临床TNM分期检查评估符合策略的结直肠癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的结直肠癌患者总数}} \times 100\%$	
3. 结直肠癌患者非手术治疗前病理学诊断率(CA-CRC-03)	首次非手术治疗前完成病理学诊断的结直肠癌患者数占接受首次非手术治疗的结直肠癌患者总数的比例	$\frac{\text{首次非手术治疗前完成病理学诊断的结直肠癌患者数}}{\text{同期接受首次非手术治疗的结直肠癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
4. 首诊局部进展期直肠癌患者新辅助治疗率(CA-CRC-04)	首诊局部进展期直肠癌患者实际接受新辅助治疗的患者数占首诊局部进展期直肠癌患者接受手术治疗的患者总数的比例	$\frac{\text{首诊局部进展期直肠癌患者实际接受新辅助治疗的患者数}}{\text{同期首诊局部进展期直肠癌患者接受手术治疗的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
5. 结直肠癌患者靶向治疗和(或)免疫治疗前行基因检测和(或)分子检测率(CA-CRC-05)	结直肠癌患者靶向治疗和(或)免疫治疗前行基因检测和(或)分子检测的患者数占接受靶向治疗和(或)免疫治疗的结直肠癌患者总数的比例	$\frac{\text{结直肠癌患者靶向治疗和(或)免疫治疗前行基因检测和(或)分子检测的患者数}}{\text{同期接受靶向治疗和(或)免疫治疗的结直肠癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
6. 术中淋巴结清扫充分率(CA-CRC-06)	术中清扫淋巴结数量 ≥ 12 枚的结直肠癌患者数占行结直肠癌手术治疗患者总数的比例	$\frac{\text{术中清扫淋巴结数量} \geq 12 \text{枚的结直肠癌患者数}}{\text{同期行结直肠癌手术治疗患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
7. 首诊转移性结直肠癌患者首次化疗一线方案采用率(CA-CRC-07)	首次化疗采用一线方案的首诊转移性结直肠癌患者数占首次接受化疗的首诊转移性结直肠癌患者总数的比例	$\frac{\text{首次化疗采用一线方案的首诊转移性结直肠癌患者数}}{\text{同期首次接受化疗的首诊转移性结直肠癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
8. 结直肠癌患者手术死亡率(CA-CRC-08)	结直肠癌手术术中死亡的患者数占接受手术治疗的结直肠癌患者总数的比例	$\frac{\text{结直肠癌手术术中死亡的患者数}}{\text{同期接受手术治疗的结直肠癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报

9. 结直肠癌患者术后 C 级吻合口瘘发生率 (CA-CRC-09)	结直肠癌手术治疗后发生 C 级吻合口瘘的患者数占接受手术治疗结直肠癌患者总数的比例	$\frac{\text{结直肠癌手术治疗后发生 C 级吻合口瘘的患者数}}{\text{同期接受手术治疗的结直肠癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
10. 结直肠癌患者术后病理 TNM 分期率 (CA-CRC-10)	结直肠癌患者术后完成病理 TNM 分期的患者数占结直肠癌手术治疗的患者的比例	$\frac{\text{结直肠癌患者术后完成病理 TNM 分期的患者数}}{\text{同期结直肠癌手术治疗的患者的总数}} \times 100\%$	医院自行填报
11. 结直肠癌患者非手术治疗后疗效评价率 (CA-CRC-11)	非手术治疗后完成疗效评价的结直肠癌患者数占接受非手术治疗的结直肠癌患者总数的比例	$\frac{\text{非手术治疗后完成疗效评价的结直肠癌患者数}}{\text{同期接受非手术治疗的结直肠癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
12. 结直肠癌手术患者非计划二次手术率 (CA-CRC-12)	在同一次住院期间, 行结直肠癌手术后非计划二次手术的患者数占结直肠癌手术患者总数的比例	$\frac{\text{行结直肠癌手术后非计划二次手术的患者数}}{\text{同期结直肠癌手术的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报

(七) 食管癌

指标	定义	计算公式	数据来源
1. 食管癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率 (CA-EC-01)	首次治疗前完成临床 TNM 分期诊断的食管癌患者数占接受首次治疗的食管癌患者总数的比例	$\frac{\text{首次治疗前完成临床 TNM 分期诊断的食管癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的食管癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
2. 食管癌患者首次治疗前临床 TNM 分期检查评估符合策略符合率 (CA-EC-02)	首次治疗前临床 TNM 分期检查评估符合策略的食管癌患者数占接受首次治疗的食管癌患者总数的比例	$\frac{\text{首次治疗前临床 TNM 分期检查评估符合策略的食管癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的食管癌患者总数}} \times 100\%$	

3. 食管癌患者首次抗肿瘤治疗前病理学诊断率 (CA-EC-03)	首次抗肿瘤治疗前完成病理学诊断的食管癌患者数占接受首次抗肿瘤治疗的食管癌患者总数的比例	$\frac{\text{首次抗肿瘤治疗前完成病理学诊断的食管癌患者数}}{\text{同期接受首次抗肿瘤治疗的食管癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
4. 食管胃交界部癌 Siewert 分型率 (CA-EC-04)	进行 Siewert 分型的食管胃交界部癌患者数占食管胃交界部癌患者总数的比例	$\frac{\text{进行 Siewert 分型的食管胃交界部癌患者数}}{\text{同期食管胃交界部癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
5. 食管癌患者新辅助治疗后手术治疗前分期评估率 (CA-EC-05)	新辅助治疗后手术治疗前进行分期评估的食管癌患者数占新辅助治疗后接受手术治疗的食管癌患者总数的比例	$\frac{\text{新辅助治疗后手术治疗前进行分期评估的食管癌患者数}}{\text{同期新辅助治疗后接受手术治疗的食管癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
6. 临床分期为 T ₃₋₄ N ₀ 和 T _{1-4a} N ₊ 期的食管癌患者新辅助治疗率 (CA-EC-06)	临床分期为 T ₃₋₄ N ₀ 和 T _{1-4a} N ₊ 期行新辅助治疗的食管癌患者数占临床分期为 T ₃₋₄ N ₀ 和 T _{1-4a} N ₊ 期的食管癌患者总数的比例	$\frac{\text{临床分期为 T}_{3-4}\text{N}_0 \text{ 和 T}_{1-4a}\text{N}_+ \text{ 期行新辅助治疗的食管癌患者数}}{\text{同期临床分期为 T}_{3-4}\text{N}_0 \text{ 和 T}_{1-4a}\text{N}_+ \text{ 期的食管癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
7. 食管癌患者根治性手术淋巴结清扫充分率 (CA-EC-07)	食管癌根治性手术术中淋巴结清扫个数 ≥ 15 枚的患者数占食管癌根治性手术患者总数的比例	$\frac{\text{食管癌根治性手术术中淋巴结清扫个数} \geq 15 \text{ 枚患者数}}{\text{同期食管癌根治性手术患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
8. 晚期食管/食管胃交界部腺癌患者首次抗肿瘤药物治疗前完成 HER-2 检测率 (CA-EC-08)	接受首次抗肿瘤药物治疗前进行 HER-2 检测的晚期食管/食管胃交界部腺癌患者数占接受首次抗肿瘤药物治疗的晚期食管/食管胃交界部腺癌患者总数的比例	$\frac{\text{接受首次抗肿瘤药物治疗前进行 HER-2 检测的晚期食管/食管胃交界部腺癌患者数}}{\text{接受首次抗肿瘤药物治疗的晚期食管/食管胃交界部腺癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
9. 食管癌患者精确放疗率 (CA-EC-09)	行精确放疗的食管癌患者数占接受放疗的食管癌患者总数的比例	$\frac{\text{行精确放疗的食管癌患者数}}{\text{同期接受放疗的食管癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报

10. 食管癌根治性放疗剂量规范率 (CA-EC-10)	实际完成放疗剂量 $\geq 50\text{Gy}$ 的根治性放疗食管癌患者数占拟行根治性放疗食管癌患者总数的比例	$\frac{\text{根治性放疗剂量} \geq 50\text{Gy} \text{的食管癌患者数}}{\text{同期拟行根治性放疗的食管癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
---------------------------------	--	--	--------

(八) 甲状腺癌

指标	定义	计算公式	数据来源
1. 甲状腺癌患者手术治疗前甲状腺血清学检测评估率 (CA-TC-01)	甲状腺癌患者手术治疗前行甲状腺血清学检测患者数占接受手术治疗的甲状腺癌患者总数的比例	$\frac{\text{甲状腺癌患者手术治疗前行甲状腺血清学检测患者数}}{\text{同期接受手术治疗的甲状腺癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
2. 甲状腺癌患者手术前细胞病理学检查率 (CA-TC-02)	甲状腺癌手术治疗前完成细胞病理学检查的患者数占接受手术治疗的甲状腺癌患者总数的比例	$\frac{\text{甲状腺癌手术治疗前完成细胞病理学检查的患者数}}{\text{同期接受手术治疗的甲状腺癌患者总数}} \times 100\%$	
3. 甲状腺癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率 (CA-TC-03)	首次治疗前完成临床 TNM 分期诊断的甲状腺癌患者数占接受首次治疗的甲状腺癌患者总数的比例	$\frac{\text{首次治疗前完成临床TNM分期诊断的甲状腺癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的甲状腺癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
4. 甲状腺癌患者首次治疗前临床 TNM 分期检查评估符合策略符合率 (CA-TC-04)	首次治疗前临床 TNM 分期检查评估符合策略的甲状腺癌患者数占接受首次治疗的甲状腺癌患者总数的比例	$\frac{\text{首次治疗前临床TNM分期检查评估符合策略的甲状腺癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的甲状腺癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
5. 甲状腺癌全切术后甲状旁腺功能评估率 (CA-TC-05)	甲状腺癌全切术后行甲状旁腺功能评估的患者数占甲状腺癌行全切手术患者总数的比例	$\frac{\text{甲状腺癌全切术后行甲状旁腺功能评估的患者数}}{\text{同期甲状腺癌行全切手术患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报

6. 甲状腺癌患者术后病理 TNM 分期率 (CA-TC-06)	甲状腺癌手术治疗后完成病理 TNM 分期的患者数占甲状腺癌手术的患者总数的比例	$\frac{\text{甲状腺癌手术治疗后完成病理TNM分期的患者数}}{\text{同期甲状腺癌手术患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
7. 分化型甲状腺癌 ^{131}I 治疗前生化评估率 (CA-TC-07)	分化型甲状腺癌 ^{131}I 治疗前行生化检测的住院患者数占分化型甲状腺癌 ^{131}I 治疗住院患者总数的比例	$\frac{\text{分化型甲状腺癌 } ^{131}\text{I 治疗前行生化检测的住院患者数}}{\text{同期分化型甲状腺癌 } ^{131}\text{I 治疗住院患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
8. 分化型甲状腺癌 ^{131}I 治疗后 ^{131}I 全身显像率 (CA-TC-08)	^{131}I 治疗后行 ^{131}I 全身显像的分化型甲状腺癌住院患者数占分化型甲状腺癌 ^{131}I 治疗住院患者总数的比例	$\frac{^{131}\text{I 治疗后行} ^{131}\text{I 全身显像的分化型甲状腺癌住院患者数}}{\text{同期分化型甲状腺癌 } ^{131}\text{I 治疗住院患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
9. 甲状腺癌术后血肿清除治疗率 (CA-TC-09)	甲状腺癌术后血肿清除治疗患者数占甲状腺癌手术患者总数的比例	$\frac{\text{甲状腺癌术后血肿清除治疗的患者数}}{\text{同期甲状腺癌手术患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
10. 甲状腺癌术后切口感染率 (CA-TC-10)	甲状腺癌术后切口感染患者数占甲状腺癌手术患者总数的比例	$\frac{\text{甲状腺癌术后切口感染患者数}}{\text{同期甲状腺癌手术患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
11. 甲状腺癌患者术后发声质量评估率 (CA-TC-11)	甲状腺癌术后评估发声质量患者数占甲状腺癌手术患者总数的比例	$\frac{\text{甲状腺癌术后评估发声质量患者数}}{\text{同期甲状腺癌手术患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报

（九）前列腺癌

指标	定义	计算公式	数据来源
1. 前列腺癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率 (CA-PCA-01)	首次治疗前完成临床 TNM 分期诊断的前列腺癌患者数占接受首次治疗的前列腺癌患者总数的比例	$\frac{\text{首次治疗前完成临床TNM分期诊断的前列腺癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的前列腺癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
2. 前列腺癌患者首次治疗前临床 TNM 分期检查评估符合策略符合率(CA-PCA-02)	首次治疗前临床 TNM 分期检查评估符合策略的前列腺癌患者数占接受首次治疗的前列腺癌患者总数的比例	$\frac{\text{首次治疗前临床TNM分期检查评估符合策略的前列腺癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的前列腺癌患者总数}} \times 100\%$	
3. 前列腺癌患者首次非手术治疗前病理学诊断率 (CA-PCA-03)	首次非手术治疗前完成病理学诊断的前列腺癌患者数占接受首次非手术治疗的前列腺癌患者总数的比例	$\frac{\text{首次非手术治疗前完成病理学诊断的前列腺癌患者数}}{\text{同期接受首次非手术治疗的前列腺癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
4. 前列腺癌患者术后病理 TNM 分期率 (CA-PCA-04)	经手术治疗后完成明确病理 TNM 分期的前列腺癌患者数占手术治疗的前列腺癌患者总数的比例	$\frac{\text{手术治疗后完成病理TNM分期的前列腺癌患者数}}{\text{同期手术治疗的前列腺癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
5. M ₀ 期前列腺癌患者根治性精确放疗率 (CA-PCA-05)	行根治性精确放疗的 M ₀ 期前列腺癌患者数占接受根治性放疗的 M ₀ 期前列腺癌患者总数的比例	$\frac{\text{行根治性精确放疗的M}_0\text{期前列腺癌患者数}}{\text{同期接受根治性放疗的M}_0\text{期前列腺癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
6. III期前列腺癌患者初始治疗行综合治疗率(CA-PCA-06)	III期初始治疗行综合治疗的前列腺癌患者数占III期初始治疗的前列腺癌患者总数的比例	$\frac{\text{III期初始治疗行综合治疗的前列腺癌患者数}}{\text{同期III期初始治疗的前列腺癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报

7. IV 期前列腺癌患者首次化疗一线方案采用率 (CA-PCA-07)	IV 期首次化疗采用一线方案的前列腺癌患者数占 IV 期首次化疗的前列腺癌患者总数的比例	$\frac{\text{IV期首次化疗采用一线方案的前列腺癌患者数}}{\text{同期IV期首次化疗的前列腺癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
8. 转移性激素敏感性前列腺癌患者首次抗肿瘤药物治疗采用一线方案率 (CA-PCA-08)	转移性激素敏感性前列腺癌患者首次抗肿瘤药物治疗采用推荐的一线方案的患者数占转移性激素敏感性前列腺癌患者首次抗肿瘤药物治疗的患者总数的比例	$\frac{\text{转移性激素敏感性前列腺癌患者首次抗肿瘤药物治疗采用一线方案的患者数}}{\text{同期转移性激素敏感性前列腺癌患者首次抗肿瘤药物治疗的患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
9. 前列腺癌患者非手术治疗后疗效评价率 (CA-PCA-09)	非手术治疗后完成疗效评价的前列腺癌患者数占接受非手术治疗的前列腺癌患者总数的比例	$\frac{\text{非手术治疗后完成疗效评价的前列腺癌患者数}}{\text{同期接受非手术治疗的前列腺癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
10. 前列腺癌患者围手术期死亡率 (CA-PCA-10)	住院期间围手术期死亡的前列腺癌患者数占接受手术治疗的前列腺癌患者总数的比例。	$\frac{\text{住院期间围手术期死亡的前列腺癌患者数}}{\text{同期接受手术治疗的前列腺癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报

(十) 肾癌

指标	定义	计算公式	数据来源
1. 肾癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率(CA-RCC-01)	首次治疗前完成临床 TNM 分期诊断的肾癌患者数占接受首次治疗的肾癌患者总数的比例	$\frac{\text{首次治疗前完成临床TNM分期诊断的肾癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的肾癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
2. 肾癌患者首次治疗前临床 TNM 分期检查评估策略符合率 (CA-RCC-02)	首次治疗前临床 TNM 分期检查评估符合策略的肾癌患者数占接受首次治疗的肾癌患者总数的比例	$\frac{\text{首次治疗前临床TNM分期检查评估符合策略的肾癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的肾癌患者总数}} \times 100\%$	

3. 肾癌患者首次非手术治疗前病理学诊断率(CA-RCC-03)	首次非手术治疗前完成病理学诊断的肾癌患者数占接受首次非手术治疗的肾癌患者总数的比例	$\frac{\text{首次非手术治疗前完成病理学诊断的肾癌患者数}}{\text{同期接受首次非手术治疗的肾癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
4. 肾癌患者术后病理 TNM 分期率(CA-RCC-04)	手术治疗后完成病理 TNM 分期的肾癌患者数占接受手术治疗的肾癌患者总数的比例	$\frac{\text{手术治疗后完成病理 TNM 分期的肾癌患者数}}{\text{同期接受手术治疗的肾癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
5. 肾癌手术患者接受微创手术治疗率(CA-RCC-05)	接受微创手术治疗的肾癌患者数占接受手术治疗的肾癌患者总数的比例	$\frac{\text{接受微创手术治疗的肾癌患者数}}{\text{同期接受手术治疗的肾癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
6. T1a 期肾癌患者接受肾部分切除手术率(CA-RCC-06)	接受肾部分切除手术治疗的 T1a 期肾癌患者数占接受手术治疗的 T1a 期肾癌患者总数的比例。	$\frac{\text{接受肾部分切除手术治疗的 T1a 期肾癌患者数}}{\text{同期接受手术治疗的 T1a 期肾癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
7. 肾癌手术患者术中及术后输血率(CA-RCC-07)	术中及术后输血的肾癌患者数占接受肾癌手术患者总数的比例	$\frac{\text{术中及术后输血的肾癌患者数}}{\text{同期肾癌手术患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
8. 肾癌患者围手术期死亡率(CA-RCC-08)	住院期间围手术期死亡的肾癌患者数占接受手术治疗的肾癌患者总数的比例	$\frac{\text{住院期间围手术期死亡的肾癌患者数}}{\text{同期肾癌手术患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
9. 晚期肾癌患者接受系统治疗率(CA-RCC-09)	晚期肾癌患者接受系统治疗的患者数占晚期肾癌患者总数的比例	$\frac{\text{晚期肾癌患者接受系统治疗的患者数}}{\text{同期晚期肾癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
10. 肾癌患者系统治疗后疗效评价率(CA-RCC-10)	接受系统治疗后完成疗效评价的肾癌患者数占接受系统治疗的肾癌患者总数的比例	$\frac{\text{接受系统治疗后完成疗效评价的肾癌患者数}}{\text{同期接受系统治疗的肾癌患者总数}} \times 100\%$	医院自行填报
11. 肾癌手术患者并发症发生率(CA-RCC-11)	肾癌手术患者并发症发生的人次数占出院肾癌手术患者手术人次数比例	$\frac{\text{肾癌手术患者并发症发生的人次数}}{\text{同期出院肾癌手术患者人次数}} \times 100\%$	医院自行填报

第四章 单病种（术种）质量控制指标

51 个单病种（术种）选取“平均住院日、次均费用、病死率”等指标进行评价。51 个单病种（术种）按照《三级医院评审标准（2022 年版）》（国卫医发〔2022〕31 号）执行。

指标	定义	计算公式	数据来源
平均住院日	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间	$\frac{\text{某病种出院患者占用总床日数}}{\text{同期某病种例数}}$	湖北省住院医疗服务绩效评估平台/国家单病种质量监测平台/HQMS
次均费用	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院费用	$\frac{\text{某病种总出院费用}}{\text{同期某病种例数}}$	
病死率	年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者死亡人数占同期同病种出院人数的比例	$\frac{\text{某病种死亡人数}}{\text{同期某病种例数}} \times 100\%$	

第五章 重点医疗技术临床应用质量控制指标

一、限制类医疗技术（数据来源：湖北省医疗技术临床应用信息化管理平台）

（一）异基因造血干细胞移植技术临床应用质量控制指标（2022 年版）

指标	定义	计算公式
1.1 异基因造血干细胞移植适应证符合率	异基因造血干细胞移植术适应证选择正确的例数占同期异基因造血干细胞移植术总例数的比例	$\frac{\text{异基因造血干细胞移植术适应证选择正确的例数}}{\text{同期异基因造血干细胞移植术总例数}} \times 100\%$
1.2 异基因造血干细胞移植植入率	异基因造血干细胞移植术后 100 天内，实现造血重建（患者外周血中性粒细胞 $>0.5 \times 10^9/L$ 与血小板 $>20 \times 10^9/L$ 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	$\frac{\text{异基因造血干细胞移植术后100天内实现造血重建的患者例次数}}{\text{同期异基因造血干细胞移植患者总例次数}} \times 100\%$
1.3 重度(III-IV度)急性移植物抗宿主病发生率	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	$\frac{\text{异基因造血干细胞移植术后发生重度(III-IV度)急性移植物抗宿主病患者例次数}}{\text{同期异基因造血干细胞移植患者总例次数}} \times 100\%$
1.4 慢性移植物抗宿主病发生率	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	$\frac{\text{异基因造血干细胞移植术后发生慢性移植物抗宿主病患者例次数}}{\text{同期异基因造血干细胞移植患者总例次数}} \times 100\%$

1.5 异基因造血干细胞移植相关死亡率	异基因造血干细胞移植术后 100 天内非复发死亡患者数占同期异基因造血干细胞移植患者总数的比例	$\frac{\text{异基因造血干细胞移植术后 100 天内非复发死亡患者数}}{\text{同期异基因造血干细胞移植患者总数}} \times 100\%$
1.6 异基因造血干细胞移植总体生存率	异基因造血干细胞移植后 1 年随访（失访者按未存活患者统计）尚存活的患者数占同期异基因造血干细胞移植患者总数的比例	$\frac{\text{异基因造血干细胞移植后 1 年随访尚存活的患者数}}{\text{同期异基因造血干细胞移植患者总数}} \times 100\%$
1.7 异基因造血干细胞移植无病生存率	异基因造血干细胞移植后 1 年随访（失访者按未存活患者统计）无病存活的患者数占同期异基因造血干细胞移植患者总数的比例	$\frac{\text{异基因造血干细胞移植后 1 年随访无病存活的患者数}}{\text{同期异基因造血干细胞移植患者总数}} \times 100\%$
1.8 平均住院日	实施异基因造血干细胞移植治疗的患者出院时占用总床日数与同期异基因造血干细胞移植治疗患者出院人数之比	$\frac{\text{实施异基因造血干细胞移植治疗的患者出院时占用总床日数}}{\text{同期异基因造血干细胞移植治疗患者出院人数}}$
1.9 平均住院费用	实施异基因造血干细胞移植治疗的患者出院时住院总费用与同期异基因造血干细胞移植治疗患者出院人数之比	$\frac{\text{实施异基因造血干细胞移植治疗的患者出院时住院总费用}}{\text{同期异基因造血干细胞移植治疗患者出院人数}}$
1.10 平均住院药费	实施异基因造血干细胞移植治疗的患者出院时住院药品总费用与同期异基因造血干细胞移植治疗患者出院人数之比	$\frac{\text{实施异基因造血干细胞移植治疗的患者出院时住院药品总费用}}{\text{同期异基因造血干细胞移植治疗患者出院人数}}$

（二）同种胰岛移植技术临床应用质量控制指标（2022 年版）

指标	定义	计算公式
2.1 胰岛纯度	采用双硫腟（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	$\frac{\text{DTZ染色阳性的胰岛数}}{\text{纯化的细胞团总数}} \times 100\%$
2.2 总胰岛当量	胰岛当量（Islet Equivalent Quantity, IEQ）是一种胰岛计数方法，一个直径 150 μm 的胰岛为 1 个胰岛当量。总胰岛当量是指样本中胰岛当量总数	$\frac{\text{3次计数的胰岛当量(IEQ)之和}}{3} \times 20 \times \text{样本量 (ml)}$
2.3 胰岛活率	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	$\frac{\text{活胰岛数}}{\text{胰岛总数}} \times 100\%$
2.4 胰岛产物微生物培养/基因检测阳性率	胰岛产物微生物（细菌、真菌、支原体等）培养/基因检测阳性的样本数占同期胰岛产物微生物培养/基因检测总样本数的比例	$\frac{\text{胰岛产物微生物培养/基因检测阳性的样本数}}{\text{同期胰岛产物微生物培养/基因检测总样本数}} \times 100\%$
2.5 围手术期并发症发生率	围手术期并发症是指同种胰岛移植治疗术后 30 天内发生的并发症，包括出血、感染、门静脉血栓形成等。围手术期并发症发生率是指围手术期并发症发生的例次数占同期同种胰岛移植治疗总例次数的比例	$\frac{\text{围手术期并发症发生的例次数}}{\text{同期同种胰岛移植治疗总例次数}} \times 100\%$
2.6 术后死亡率	术后死亡是指实施同种胰岛移植治疗的患者，在术后住院期间内死亡（包括因不可逆疾病而自动出院的患者）。术后死亡率是指术后死亡患者人数占同期同种胰岛移植治疗患者总数的比例	$\frac{\text{术后患者死亡人数}}{\text{同期同种胰岛移植治疗患者总数}} \times 100\%$

2.7 患者随访率	同种胰岛移植治疗后 1、3、5 年内完成随访的例次数占同期同种胰岛移植治疗总例次数的比例	$\frac{\text{同种胰岛移植治疗后一定时间内完成随访的例次数}}{\text{同期同种胰岛移植治疗总例次数}} \times 100\%$
2.8 移植后有效率(1 年、3 年、5 年)	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$\geq 0.3\text{ng/mL}$； 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	$\frac{\text{一定时间随访移植后有效的患者数}}{\text{同期同种胰岛移植治疗患者总数}} \times 100\%$

（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（2022 年版）

指标	定义	计算公式
3.1 符合规定的来源移植植物比例	符合规定的来源移植植物数占同期移植植物总数的比例	$\frac{\text{符合规定的来源移植植物数}}{\text{同期移植植物总数}} \times 100\%$
3.2 术中移植植物微生物培养阳性率	术中移植植物微生物（细菌、真菌、支原体等）培养阳性的样本数占同期术中移植植物微生物培养总样本数的比例	$\frac{\text{术中移植植物微生物培养阳性的样本数}}{\text{同期术中移植植物微生物培养总样本数}} \times 100\%$

3.3 围手术期并发症发生率	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	$\frac{\text{围手术期并发症发生的例次数}}{\text{同期同种异体运动系统结构性组织移植手术总例次数}} \times 100\%$
3.4 微创手术比例	微创同种异体运动系统结构性组织移植手术例次数占同期同种异体运动系统结构性组织移植手术总例次数的比例	$\frac{\text{微创同种异体运动系统结构性组织移植手术例次数}}{\text{同期同种异体运动系统结构性组织移植手术总例次数}} \times 100\%$
3.5 患者随访率	同种异体运动系统结构性组织移植后，1、3、5 年内完成随访的例次数占同期同种异体运动系统结构性组织移植手术总例次数的比例	$\frac{\text{一定时间内完成随访的例次数}}{\text{同期同种异体运动系统结构性组织移植手术总例次数}} \times 100\%$

（四）同种异体角膜移植技术临床应用质量控制指标（2022 年版）

指标	定义	计算公式
4.1 成分供体使用率		
4.1.1 同种异体角膜内皮移植供体使用率	用于临床同种异体角膜内皮移植的供体材料数占同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数的比例	$\frac{\text{用于临床同种异体角膜内皮移植的供体材料数}}{\text{同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数}} \times 100\%$
4.1.2 同种异体穿透角膜移植供体使用率	用于临床同种异体穿透角膜移植的供体材料数占同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数的比例	$\frac{\text{用于临床同种异体穿透角膜移植的供体材料数}}{\text{同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数}} \times 100\%$

4.1.3 同种异体板层角膜移植供体使用率	用于临床同种异体板层角膜移植的供体材料数占同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数的比例	$\frac{\text{用于临床同种异体板层角膜移植的供体材料数}}{\text{同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数}} \times 100\%$
4.1.4 同种异体角膜缘干细胞移植供体使用率	用于临床同种异体角膜缘干细胞移植的供体材料数占同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数的比例	$\frac{\text{用于临床同种异体角膜缘干细胞移植的供体材料数}}{\text{同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数}} \times 100\%$
4.2 同种异体角膜移植成功率	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	$\frac{\text{同种异体角膜移植成功的例数}}{\text{同期同种异体角膜移植总例数}} \times 100\%$
4.3 角膜植片透明率	角膜植片透明是指同种异体角膜移植术后，植片保持透明，或植片与植床对合良好无脱落。角膜植片透明率是指角膜植片透明的例数占同期同种异体角膜移植总例数的比例	$\frac{\text{角膜植片透明的例数}}{\text{同期同种异体角膜移植总例数}} \times 100\%$
4.4 角膜原发疾病控制率	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	$\frac{\text{术后角膜原发疾病基本改善或治愈的例数}}{\text{同期同种异体角膜移植总例数}} \times 100\%$
4.5 并发症发生率	同种异体角膜移植术后发生并发症（排斥反应、眼部感染、青光眼等）的例数占同期同种异体角膜移植总例数的比例	$\frac{\text{同种异体角膜移植术后发生并发症的例数}}{\text{同期同种异体角膜移植总例数}} \times 100\%$
4.6 术后视力提高率	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	$\frac{\text{术后视力提高的例数}}{\text{同期同种异体角膜移植总例数}} \times 100\%$

4.7 诊断符合率	诊断符合是指同种异体角膜移植患者的术后诊断(包括病理诊断)与入院诊断符合。诊断符合率是指诊断符合的例数占同期同种异体角膜移植总例数的比例	$\frac{\text{诊断符合的例数}}{\text{同期同种异体角膜移植总例数}} \times 100\%$
4.8 患者随访率	同种异体角膜移植术后, 1、3 年内完成随访的例次数占同期同种异体角膜移植手术总例次数的比例	$\frac{\text{同种异体角膜移植术后一定时间内完成随访的例次数}}{\text{同期同种异体角膜移植手术总例次数}} \times 100\%$
4.9 角膜组织存活率	同种异体角膜移植术后, 1、3 年内随访(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	$\frac{\text{一定时间内随访尚存活的角膜组织数}}{\text{同期同种异体角膜移植角膜组织总数}} \times 100\%$

(五) 性别重置技术临床应用质量控制指标(2022 年版)

指标	定义	计算公式
5.1 术中输血率	性别重置技术手术对象术中接受 400ml 及以上输血治疗的手术例数占同期性别重置技术总例数的比例	$\frac{\text{性别重置技术手术对象术中接受 400ml 及以上输血治疗的手术例数}}{\text{同期性别重置技术总例数}} \times 100\%$
5.2 术后输血率	性别重置技术手术对象术后接受 400ml 及以上输血治疗的例数占同期性别重置技术总例数的比例	$\frac{\text{性别重置技术手术对象术后接受 400ml 及以上输血治疗的例数}}{\text{同期性别重置技术总例数}} \times 100\%$
5.3 术中自体血输注率	性别重置技术手术对象术中接受 400ml 及以上自体血(包括自体全血及自体血红细胞)输注例数占同期术中接受 400ml 及以上输血治疗的总例数的比例	$\frac{\text{术中接受 400ml 及以上自体血(包括自体全血及自体血红细胞)输注例数}}{\text{同期术中接受 400ml 及以上输血治疗的总例数}} \times 100\%$

5.4 术后 1 年随访率	性别重置术后 1 年完成随访的例数占同期性别重置手术总例数的比例	$\frac{\text{性别重置术后1年完成随访的例数}}{\text{同期性别重置手术总例数}} \times 100\%$
5.5 术后 2 周内感染率	性别重置术后 2 周内发生感染的例数占同期性别重置手术总例数的比例	$\frac{\text{性别重置术后2周内发生感染的例数}}{\text{同期性别重置手术总例数}} \times 100\%$
5.6 尿瘘发生率	性别重置术后尿瘘发生的例数占同期性别重置手术总例数的比例	$\frac{\text{性别重置术后尿瘘发生的例数}}{\text{同期性别重置手术总例数}} \times 100\%$
5.7 再造尿道狭窄率	性别重置术后半年内发生再造尿道狭窄的例数占同期女变男性别重置手术总例数的比例	$\frac{\text{性别重置术后半年内发生再造尿道狭窄的例数}}{\text{同期女变男性别重置手术总例数}} \times 100\%$
5.8 再造阴道狭窄率	性别重置术后半年内发生再造阴道狭窄的例数占同期男变女性别重置手术总例数的比例	$\frac{\text{性别重置术后半年内发生再造阴道狭窄的例数}}{\text{同期男变女性别重置手术总例数}} \times 100\%$
5.9 直肠阴道瘘发生率	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	$\frac{\text{性别重置术后发生直肠阴道瘘发生的例数}}{\text{同期性别重置手术总例数}} \times 100\%$
5.10 皮瓣坏死发生率	性别重置术后，再造器官应用的皮瓣发生坏死（部分或全部）的例数占同期性别重置手术总例数的比例	$\frac{\text{性别重置术后再造器官应用的皮瓣发生坏死的例数}}{\text{同期性别重置手术总例数}} \times 100\%$
5.11 术后 1 周内死亡率	术后 1 周内死亡是指性别重置手术对象术后 1 周内死亡（包括因不可逆疾病而自动出院）。术后 1 周内死亡率是指术后 1 周内手术对象死亡人数占同期性别重置手术对象总数的比例	$\frac{\text{术后1周内手术对象死亡人数}}{\text{同期性别重置手术对象总数}} \times 100\%$

（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（2022 年版）

指标	定义	计算公式
6.1 病理诊断率	实施质子或重离子放射治疗前有明确病理诊断的患者数占同期质子或重离子放射治疗患者总数的比例	$\frac{\text{接受质子或重离子放射治疗前有明确病理诊断的患者数}}{\text{同期质子或重离子放射治疗患者总数}} \times 100\%$
6.2 临床 TNM 分期比例	根据 AJCC/UICC 临床 TNM 分期标准,对于接受质子或重离子放射治疗的患者进行分期。临床 TNM 分期比例是指对实施质子或重离子放射治疗的患者进行各临床 TNM 分期的患者数占同期质子或重离子放射治疗患者总数的比例	$\frac{\text{进行各临床TNM分期的患者数}}{\text{同期质子或重离子放射治疗患者总数}} \times 100\%$
6.3 MDT 执行率	MDT 执行率是指实施质子或重离子放射治疗的患者,治疗前执行 MDT 的患者数占同期质子或重离子放射治疗患者总数的比例	$\frac{\text{治疗前执行MDT的患者数}}{\text{同期质子或重离子放射治疗患者总数}} \times 100\%$
6.4 治疗方案完成率	实施质子或重离子放射治疗的患者,完成既定治疗方案的患者数占同期质子或重离子放射治疗患者总数的比例	$\frac{\text{完成既定治疗方案的患者数}}{\text{同期质子或重离子放射治疗患者总数}} \times 100\%$
6.5 不良反应发生率	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。不良反应发生率是指实施质子或重离子放射治疗的患者,发生不良反应的患者数占同期质子或重离子放射治疗患者总数的比例	$\frac{\text{发生不良反应的患者数}}{\text{同期质子或重离子放射治疗患者总数}} \times 100\%$
6.6 6 个月内死亡率	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	$\frac{\text{6个月内死亡的患者数}}{\text{同期质子或重离子放射治疗患者总数}} \times 100\%$

6.7 患者随访率（1年、2年、5年）	质子或重离子放射治疗后一定时间（1、2、5年）内完成随访的例次数占同期质子或重离子放射治疗总例次数的比例	$\frac{\text{质子或重离子放射治疗后一定时间内完成随访的例次数}}{\text{同期质子或重离子放射治疗总例次数}} \times 100\%$
---------------------	--	--

（七）放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标（2022年版）

指标	定义	计算公式
7.1 植入指征正确率	放射性粒子植入治疗技术应用适应证选择正确的例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例	$\frac{\text{放射性粒子植入治疗技术应用适应证选择正确的例数}}{\text{同期放射性粒子植入治疗总例数}} \times 100\%$
7.2 术前制订治疗计划率	术前制订治疗计划，是指放射性粒子植入治疗前，根据患者影像学表现和病理学类型，使用放射性粒子植入治疗计划系统完成植入治疗计划（包括靶区设计、处方剂量、粒子活度等）的制订工作。术前制订治疗计划率，是指放射性粒子植入治疗前，完成植入治疗计划制订的患者例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例	$\frac{\text{术前完成植入治疗计划（TPS）制订的患者例数}}{\text{同期放射性粒子植入治疗总例数}} \times 100\%$
7.3 术后放射剂量验证率	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	$\frac{\text{完成术后放射剂量验证的患者例数}}{\text{同期放射性粒子植入患者总例数}} \times 100\%$

7.4 术中及术后 30 天内主要并发症发生率		
7.4.1 穿刺相关主要并发症发生率		
7.4.1.1 穿刺相关主要并发症总发生率	放射性粒子植入术发生穿刺操作相关主要并发症的患者例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例	$\frac{\text{发生穿刺操作相关主要并发症的例数}}{\text{同期放射性粒子植入治疗总例数}} \times 100\%$
7.4.1.2 感染发生率	放射性粒子植入术后发生的与穿刺相关的感染的患者例数占同期放射性粒子植入病例总数的比例	$\frac{\text{发生穿刺相关感染患者例数}}{\text{同期放射性粒子植入治疗总例数}} \times 100\%$
7.4.1.3 出血发生率	放射性粒子植入术中及术后发生的与穿刺相关的出血的患者例数占同期放射性粒子植入病例总数的比例	$\frac{\text{发生穿刺相关出血患者例数}}{\text{同期放射性粒子植入治疗总例数}} \times 100\%$
7.4.1.4 气胸发生率	放射性粒子植入术后发生的与粒子植入操作相关的气胸患者例数占同期放射性粒子植入病例总数的比例	$\frac{\text{发生穿刺相关气胸并发症患者例数}}{\text{同期肺部实体肿瘤放射性粒子植入例数}} \times 100\%$
7.4.1.5 神经损伤发生率	因粒子植入操作造成的患者神经损伤患者数占同期放射性粒子植入病例总数的比例	$\frac{\text{发生穿刺相关神经损伤并发症患者例数}}{\text{同期放射性粒子植入治疗总例数}} \times 100\%$
7.4.2 放射性损伤相关主要并发症发生率		
7.4.2.1 放射性损伤相关主要并发症总发生率	放射性粒子植入治疗引起放射性损伤相关主要并发症发生例数占同期放射性粒子植入病例总数的比例	$\frac{\text{发生放射性损伤相关主要并发症例数}}{\text{同期放射性粒子植入治疗总例数}} \times 100\%$
7.4.2.2 皮肤溃疡发生率	放射性粒子植入治疗引起皮肤溃疡并发症患者例数占同期浅表肿瘤放射性粒子植入病例总数的比例	$\frac{\text{发生放射相关皮肤溃疡并发症患者例数}}{\text{同期浅表肿瘤放射性粒子植入例数}} \times 100\%$

7.4.2.3 放射性肺炎发生率	放射性粒子植入治疗引起放射性肺炎并发症患者例数占同期肺部实体肿瘤放射性粒子植入病例总数的比例	$\frac{\text{发生放射性肺炎并发症患者例数}}{\text{同期肺部实体肿瘤放射性粒子植入例数}} \times 100\%$
7.4.2.4 放射性脊髓炎发生率	放射性粒子植入治疗引起放射性脊髓炎并发症患者例数占同期骨组织或邻近组织实体肿瘤放射性粒子植入病例总数的比例	$\frac{\text{发生放射性脊髓炎并发症患者例数}}{\text{同期骨组织或其邻近组织实体肿瘤放射性粒子植入例数}} \times 100\%$
7.4.2.5 放射性膀胱炎发生率	放射性粒子植入治疗引起放射性膀胱炎并发症患者例数占同期盆腔实体肿瘤放射性粒子植入病例总数的比例	$\frac{\text{发生放射性膀胱炎并发症患者例数}}{\text{同期盆腔实体肿瘤放射性粒子植入例数}} \times 100\%$
7.4.2.6 放射性肠炎发生率	放射性粒子植入治疗引起放射性肠炎并发症患者例数占同期腹腔脏器肿瘤放射性粒子植入病例总数的比例	$\frac{\text{发生放射性肠炎并发症患者例数}}{\text{同期腹腔脏器肿瘤放射性粒子植入例数}} \times 100\%$
7.4.2.7 放射性脑坏死发生率	放射性粒子植入治疗引起放射相关脑坏死并发症患者例数占同期颅内肿瘤放射性粒子植入病例总数的比例	$\frac{\text{发生放射性相关脑坏死并发症患者例数}}{\text{同期颅内肿瘤放射性粒子植入例数}} \times 100\%$
7.5 放射性粒子植入治疗有效率	放射性粒子植入治疗有效是指对放射性粒子植入术后进行疗效评价,按照实体瘤疗效评价新标准(Response Evaluation Criteria in Solid Tumors, RECIST)达到完全缓解、部分缓解、肿瘤稳定状态。放射性粒子植入治疗有效率,是指放射性粒子植入治疗有效的患者例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例	$\frac{\text{放射性粒子植入治疗有效的患者例数}}{\text{同期放射性粒子植入治疗总例数}} \times 100\%$
7.6 术后30天内全因死亡率	放射性粒子植入术后30天内死亡患者(不论何种原因)例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例	$\frac{\text{放射性粒子植入术后30天内全因死亡患者例数}}{\text{同期放射性粒子植入治疗总例数}} \times 100\%$

7.7 患者随访率	放射性粒子植入治疗后各随访时间点完成随访的例次数占同期放射性粒子植入治疗总例次数的比例	$\frac{\text{放射性粒子植入治疗后一定时间内完成随访的例次数}}{\text{同期放射性粒子植入治疗总例数}} \times 100\%$
7.8 患者术后生存率	放射性粒子植入治疗后某一时间(2 个月、6 个月、1 年)随访(失访者按未存活患者统计)尚存活的患者数占同期放射性粒子植入治疗患者总数的比例	$\frac{\text{放射性粒子植入治疗后某一时间随访尚存活的患者数}}{\text{同期放射性粒子植入治疗患者总数}} \times 100\%$

(八) 肿瘤消融治疗临床应用质量控制指标 (2022 年版)

指标	定义	计算公式
8.1 肿瘤消融治疗指征正确率	实施肿瘤消融治疗的患者,符合治疗指征的例次数占同期肿瘤消融治疗总例次数的比例	$\frac{\text{符合治疗指征的例次数}}{\text{同期肿瘤消融治疗总例次数}} \times 100\%$
8.2 肿瘤消融治疗完成率	按照肿瘤消融计划,实际完成消融治疗的病灶总数占同期计划完成消融治疗的病灶总数的比例	$\frac{\text{实际完成消融治疗的病灶总数}}{\text{同期计划完成消融治疗的病灶总数}} \times 100\%$
8.3 肿瘤消融治疗后局部病灶有效控制率	肿瘤消融治疗后局部病灶有效控制的例次数占同期肿瘤消融治疗总例次数的比例	$\frac{\text{肿瘤消融治疗后局部病灶有效控制的例次数}}{\text{同期肿瘤消融治疗总例次数}} \times 100\%$
8.4 肿瘤消融治疗后 30 天内严重并发症发生率		
8.4.1 大量出血发生率	肿瘤消融治疗后 30 天内大量出血发生的例次数占同期肿瘤消融治疗总例次数的比例	$\frac{\text{肿瘤消融治疗30天内大量出血发生的例次数}}{\text{同期肿瘤消融治疗总例次数}} \times 100\%$

8.4.2 严重气胸发生率	肿瘤消融治疗后 30 天内严重气胸发生的例次数占同期肿瘤消融治疗总例次数的比例	$\frac{\text{肿瘤消融治疗30天内严重气胸发生的例次数}}{\text{同期肿瘤消融治疗总例次数}} \times 100\%$
8.4.3 邻近重要脏器损伤发生率	肿瘤消融治疗后 30 天内邻近重要脏器损伤发生的例次数占同期肿瘤消融治疗总例次数的比例	$\frac{\text{肿瘤消融治疗30天内邻近重要脏器损伤发生的例次数}}{\text{同期肿瘤消融治疗总例次数}} \times 100\%$
8.4.4 严重感染发生率	肿瘤消融治疗后 30 天内严重感染发生的例次数占同期肿瘤消融治疗总例次数的比例	$\frac{\text{肿瘤消融治疗30天内严重感染发生的例次数}}{\text{同期肿瘤消融治疗总例次数}} \times 100\%$
8.5 肿瘤消融治疗后 30 天内死亡率	肿瘤消融治疗后 30 天内死亡（包括因不可逆疾病而自动出院的患者）患者数占同期肿瘤消融治疗患者总数的比例。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	$\frac{\text{肿瘤消融治疗后30天内死亡患者数}}{\text{同期肿瘤消融治疗患者总数}} \times 100\%$
8.6 患者随访率 （6 个月、1 年、2 年、3 年、5 年）	肿瘤消融治疗后一定时间（6 个月、1 年、2 年、3 年、5 年）内完成随访的例次数占同期肿瘤消融治疗总例次数的比例	$\frac{\text{肿瘤消融治疗后一定时间内完成随访的例次数}}{\text{同期肿瘤消融治疗总例次数}} \times 100\%$
8.7 平均住院日	实施肿瘤消融治疗的患者出院时占用总床日数与同期肿瘤消融治疗患者出院人数之比	$\frac{\text{实施肿瘤消融治疗的患者出院时占用总床日数}}{\text{同期肿瘤消融治疗患者出院人数}}$
8.8 甲状腺肿瘤消融治疗		
8.8.1 甲状腺良性肿瘤消融治疗占比	甲状腺良性肿瘤消融治疗例次占甲状腺良、恶性肿瘤消融治疗总例次的百分比	$\frac{\text{甲状腺良性肿瘤消融治疗的例次数}}{\text{同期甲状腺良、恶性肿瘤消融治疗总例次数}} \times 100\%$
8.8.2 小于 2cm 甲状腺良性肿瘤消融治疗占比	小于 2cm 甲状腺良性肿瘤消融治疗占甲状腺良性肿瘤消融治疗的百分比	$\frac{\text{小于2cm甲状腺良性肿瘤消融治疗的例次数}}{\text{同期甲状腺良性肿瘤消融治疗总例次数}} \times 100\%$

（九）心室辅助技术临床应用质量控制指标（2022 年版）

指标	定义	计算公式
9.1 心室辅助技术应用适应证选择正确率	心室辅助技术应用适应证选择正确的例数占同期心室辅助装置应用总例数的比例	$\frac{\text{心室辅助技术应用适应证选择正确的例数}}{\text{同期心室辅助装置应用总例数}} \times 100\%$
9.2 心室辅助装置有效撤除率	心室辅助装置有效撤除，是指心脏功能衰竭 D 期应用心室辅助装置的患者，经积极治疗后心功能改善而撤除心室辅助装置。心室辅助装置有效撤除率，是指有效撤除心室辅助装置例次数占同期心室辅助装置应用总例次数的比例	$\frac{\text{有效撤除心室辅助装置例次数}}{\text{同期心室辅助装置应用总例次数}} \times 100\%$
9.3 术后 30 天死亡率	心室辅助装置植（介）入术后 30 天内死亡患者数（不论何种原因）占同期心室辅助装置植（介）入患者总数的比例	$\frac{\text{心室辅助装置植（介）入术后 30 天内全因死亡患者数}}{\text{同期心室辅助装置植（介）入患者总数}} \times 100\%$
9.4 心室辅助桥接到心脏移植率	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	$\frac{\text{心室辅助桥接到心脏移植例数}}{\text{同期心室辅助装置应用总例数}} \times 100\%$
9.5 术中及术后 30 天内主要并发症发生率		
9.5.1 菌血症和败血症发生率	心室辅助装置植（介）入术中及术后 30 天内，发生菌血症和败血症的患者数占同期心室辅助装置植（介）入患者总数的比例	$\frac{\text{发生菌血症和败血症感染患者数}}{\text{同期心室辅助装置植（介）入患者总数}} \times 100\%$

9.5.2 纵隔感染发生率	心室辅助装置植（介）入术中及术后 30 天内，发生纵隔感染的患者数占同期心室辅助装置植（介）入患者总数的比例	$\frac{\text{发生纵隔感染患者数}}{\text{同期心室辅助装置植（介）入患者总数}} \times 100\%$
9.5.3 驱动线缆感染发生率	心室辅助装置植（介）入术中及术后 30 天内，发生驱动线缆感染的患者数占同期心室辅助装置植（介）入患者总数的比例	$\frac{\text{发生驱动线缆感染患者数}}{\text{同期心室辅助装置植（介）入患者总数}} \times 100\%$
9.5.4 内脏出血发生率	心室辅助装置植（介）入术中及术后 30 天内，发生内脏出血的患者数占同期心室辅助装置植（介）入患者总数的比例	$\frac{\text{发生内脏出血患者数}}{\text{同期心室辅助装置植（介）入患者总数}} \times 100\%$
9.5.5 非计划性手术发生率	心室辅助装置植（介）入术中及术后 30 天内，发生非计划性手术的患者数占同期心室辅助装置植（介）入患者总数的比例	$\frac{\text{发生非计划手术患者数}}{\text{同期心室辅助装置植（介）入患者总数}} \times 100\%$
9.5.6 溶血发生率	心室辅助装置植（介）入术中及术后 30 天内，发生溶血的患者数占同期心室辅助装置植（介）入患者总数的比例	$\frac{\text{发生溶血并发症患者数}}{\text{同期心室辅助装置植（介）入患者总数}} \times 100\%$
9.5.7 血栓栓塞发生率	心室辅助装置植（介）入术中及术后 30 天内，发生血栓栓塞的患者数占同期心室辅助装置植（介）入患者总数的比例	$\frac{\text{发生血栓栓塞并发症患者数}}{\text{同期心室辅助装置植（介）入患者总数}} \times 100\%$
9.5.8 右心功能衰竭发生率	心室辅助装置植（介）入术中及术后 30 天内，发生右心功能衰竭的患者数占同期心室辅助装置植（介）入患者总数的比例	$\frac{\text{发生右心功能衰竭患者数}}{\text{同期心室辅助装置植（介）入患者总数}} \times 100\%$
9.5.9 神经系统并发症发生率	心室辅助装置植（介）入术中及术后 30 天内，发生神经系统并发症的患者数占同期心室辅助装置植（介）入患者总数的比例	$\frac{\text{发生神经系统并发症患者数}}{\text{同期心室辅助装置植（介）入患者总数}} \times 100\%$

9.5.10 肾功能衰竭发生率	心室辅助装置植（介）入术中及术后 30 天内，发生肾功能衰竭的患者数占同期心室辅助装置植（介）入患者总数的比例	$\frac{\text{发生肾功能衰竭患者数}}{\text{同期心室辅助装置植（介）入患者总数}} \times 100\%$
9.6 术后随访率（1 年、3 年、5 年）	心室辅助装置植（介）入后，1、3、5 年内完成随访的例次数占同期心室辅助装置植（介）入总例次数的比例	$\frac{\text{心室辅助装置植（介）入后一定时间内完成随访的例次数}}{\text{同期心室辅助装置植（介）入患者总例次数}} \times 100\%$
9.7 患者术后生存率（1 年、3 年、5 年）	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	$\frac{\text{心室辅助装置植（介）入后一定时间内随访尚存活的患者数}}{\text{同期心室辅助装置植（介）入患者总数}} \times 100\%$

（十）人工智能辅助治疗技术临床应用质量控制指标（2022 年版）

指标	定义	计算公式
10.1 平均术前准备时间	从开始麻醉至手术医师开始实施人工智能辅助治疗技术的平均时间（以分钟为单位）	$\frac{\text{人工智能辅助治疗术前准备时间总和}}{\text{同期人工智能辅助治疗技术患者总数}}$
10.2 平均手术时间	同一术种从手术医师开始实施人工智能辅助治疗技术到手术完成的平均时间（以分钟为单位）	$\frac{\text{同一术种人工智能辅助治疗技术手术时间总和}}{\text{同一术种同期人工智能辅助治疗技术患者总数}}$
10.3 重大并发症发生率	同一术种实施人工智能辅助治疗技术的患者，术中、术后（住院期间内）发生重大并发症（包括需有创处理的术后出血、重要脏器损伤及功能不全、重症感染、吻合口瘘、麻醉意外等）的例数占同期人工智能辅助治疗技术总例数的比例	$\frac{\text{同一术种术中、术后发生重大并发症的例数}}{\text{同一术种同期人工智能辅助治疗技术总例数}} \times 100\%$

10.4 手术中转率	同一术种实施人工智能辅助治疗技术的患者，术中因各种原因转为其它手术方式的例数占同期人工智能辅助治疗技术总例数的比例	$\frac{\text{同一术种术中因各种原因转为其他手术方式的例数}}{\text{同一术种同期人工智能辅助治疗技术总例数}} \times 100\%$
10.5 术中设备不良事件发生率	实施人工智能辅助治疗技术的患者，术中发生设备不良事件（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	$\frac{\text{术中发生设备不良事件的例数}}{\text{同期人工智能辅助治疗技术总例数}} \times 100\%$
10.6 术中及术后死亡率	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	$\frac{\text{同一术种术中及术后患者死亡人数}}{\text{同一术种同期实施人工智能辅助治疗技术总数}} \times 100\%$
10.7 各专业月手术量及人工智能辅助治疗技术比例	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	$\frac{\text{实施人工智能辅助治疗技术的例次数}}{\text{同期该类疾病手术治疗总例次数}} \times 100\%$
10.8 平均住院日	同一病种实施人工智能辅助治疗技术的患者总床日数与同期实施人工智能辅助治疗技术的患者出院人数之比	$\frac{\text{实施人工智能辅助治疗技术的患者总床日数}}{\text{同期实施人工智能辅助治疗技术的患者出院人数}}$

（十一）体外膜肺氧合（ECMO）技术临床应用质量控制指标（2022 年版）

指标	定义	计算公式
11.1 ECMO 有效撤除率	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	$\frac{\text{有效撤除ECMO例次数}}{\text{同期ECMO应用总例次数}} \times 100\%$
11.2 30 天全因死亡率	ECMO 应用后 30 天内死亡患者数（不论何种原因）占同期 ECMO 应用患者总数的比例	$\frac{\text{ECMO应用30天内全因死亡患者数}}{\text{同期ECMO应用患者总数}} \times 100\%$
11.3 一年生存率	ECMO 应用后 1 年随访（失访者按未存活患者统计）尚存活的患者数占同期 ECMO 应用患者总数的比例	$\frac{\text{ECMO应用后1年随访尚存活的患者数}}{\text{同期ECMO应用患者总数}} \times 100\%$
11.4 机械故障指标		
11.4.1 氧合器故障发生率	氧合器故障的发生例数占同期 ECMO 应用氧合器例次数的比例	$\frac{\text{氧合器故障例次数}}{\text{同期ECMO应用氧合器例次数}} \times 100\%$
11.4.2 循环管路进气发生率	循环管路进气患者例次数占同期 ECMO 应用患者例次数的比例	$\frac{\text{循环管路进气患者例次数}}{\text{同期ECMO应用患者例次数}} \times 100\%$
11.4.3 泵头故障发生率	发生泵头故障患者例次数占同期 ECMO 应用泵头例次数的比例	$\frac{\text{发生泵头故障患者例次数}}{\text{同期ECMO应用泵头例次数}} \times 100\%$
11.4.4 停泵故障发生率	发生停泵故障患者例次数同期 ECMO 应用患者例次数的比例	$\frac{\text{发生停泵故障患者例次数}}{\text{同期ECMO应用患者例次数}} \times 100\%$

11.4.5 意外脱管发生率	发生管路脱落例次数占同期 ECMO 应用管路例次数的比例	$\frac{\text{发生管路脱落例次数}}{\text{同期ECMO应用管路例次数}} \times 100\%$
11.4.6 置管意外发生率	发生置管意外例次数同期 ECMO 应用患者例次数的比例	$\frac{\text{发生置管意外例次数}}{\text{同期ECMO应用患者例次数}} \times 100\%$
11.5 术中及术后 30 天内患者主要并发症发生率		
11.5.1 出血发生率	ECMO 术中及术后 30 天内, 发生出血并发症例次数占同期 ECMO 应用例次数的比例	$\frac{\text{发生出血并发症例次数}}{\text{同期ECMO应用总例次数}} \times 100\%$
11.5.2 溶血发生率	ECMO 术中及术后 30 天内, 发生溶血并发症例次数占同期 ECMO 应用例次数的比例	$\frac{\text{发生溶血并发症例次数}}{\text{同期ECMO应用例次数}} \times 100\%$
11.5.3 血栓栓塞发生率	ECMO 术中及术后 30 天内, 发生血栓栓塞并发症例次数占同期 ECMO 应用例次数的比例	$\frac{\text{发生血栓栓塞并发症例次数}}{\text{同期ECMO应用例次数}} \times 100\%$
11.5.4 下肢缺血坏死发生率	ECMO 术中及术后 30 天内, 发生下肢缺血坏死例次数占同期 ECMO 应用例次数的比例	$\frac{\text{发生下肢缺血坏死例次数}}{\text{同期ECMO应用例次数}} \times 100\%$
11.5.5 神经系统并发症发生率	ECMO 术中及术后 30 天内, 发生神经系统并发症例次数占同期 ECMO 应用例次数的比例	$\frac{\text{发生神经系统并发症例次数}}{\text{同期ECMO应用例次数}} \times 100\%$
11.5.6 血源性感染发生率	ECMO 术中及术后 30 天内, 发生血源性感染例次数占同期 ECMO 应用例次数的比例	$\frac{\text{发生血源性感染例次数}}{\text{同期ECMO应用例次数}} \times 100\%$

（十二）自体器官移植技术临床应用质量控制指标（2022 年版）

指标	定义	计算公式
12.1 自体器官移植手术指标		
12.1.1 冷缺血时间比例	冷缺血时间比例为冷缺血时间在 6h（小时）以内、6-12h 和 12h 以上三个时间段中的自体器官移植手术例数分别占同期自体器官移植总例数的比例	$\frac{\text{冷缺血时间在一定时间内的自体器官移植手术例数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}} \times 100\%$
12.1.2 无器官期时间比例	无器官期时间比例为无器官期时间在 6h 以内、6-12h 和 12h 以上三个时间段中的自体器官移植手术例数分别占同期自体器官移植总例数的比例	$\frac{\text{无器官期时间在一定时间内的自体器官移植手术例数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}} \times 100\%$
12.1.3 手术时间比例	手术时间比例为手术时间在 10h 以内、10-20h 和 20h 以上三个时间段中的自体器官移植手术例数分别占同期自体器官移植术总例数的比例	$\frac{\text{手术时间在一定时间内的自体器官移植手术例数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}} \times 100\%$
12.1.4 术中大出血发生率	自体器官移植手术术中出血量在 2000ml 及以上的手术例数占同期自体器官移植术总例数的比例	$\frac{\text{术中出血量在2000ml及以上的手术例数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}} \times 100\%$
12.1.5 术中输血率（红细胞）	术中输血率指自体器官移植术中输入红细胞例数占同期器官移植术总例数的比例	$\frac{\text{术中输入红细胞例数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}} \times 100\%$
12.1.6 平均术中输血量（红细胞）	平均术中输血量指自体器官移植术中输入红细胞总量与同期自体器官移植术总例数之比	$\frac{\text{术中输入红细胞总量}}{\text{同期自体器官移植术总例数}}$

12.2 自体器官移植术成功率	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	$\frac{\text{自体器官移植术成功的例数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}} \times 100\%$
12.3 术后主要严重并发症指标		
12.3.1 术后早期器官功能不全发生率	自体器官移植术后发生早期器官功能不全的手术例数占同期自体器官移植术总例数的比例	$\frac{\text{术后发生早期器官功能不全的手术例数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}} \times 100\%$
12.3.2 术后非计划二次手术率	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	$\frac{\text{术后发生非计划二次手术的手术例数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}} \times 100\%$
12.3.3 术后血管并发症发生率	自体器官移植术后，1周、1个月、3个月内发生血管并发症的手术例数占同期自体器官移植手术总例数的比例	$\frac{\text{一定时间内发生血管并发症的手术例数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}} \times 100\%$
12.3.4 Clavien-III级及以上并发症发生率（严重并发症发生率）	自体器官移植术后发生 Clavien-III级及以上并发症的手术例数占同期自体器官移植术总例数的比例	$\frac{\text{发生Clavien - III级及以上并发症的手术例数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}} \times 100\%$
12.3.5 术后耐药菌感染发生率	自体器官移植术后发生耐药菌感染的手术例数占同期自体器官移植术总例数的比例	$\frac{\text{术后发生耐药菌感染的手术例数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}} \times 100\%$

12.4 患者术后生存指标		
12.4.1 术后早期死亡率	自体器官移植术后 30 天内患者全因（不论何种原因）死亡例数占同期自体器官移植术总例数的比例	$\frac{\text{术后30天内患者全因死亡例数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}} \times 100\%$
12.4.2 30 天内非计划再次入院率	自体器官移植术后 30 天内因手术或原发疾病非计划性再次入院治疗例数占同期自体器官移植术总例数的比例	$\frac{\text{术后30天内因手术或原发疾病非计划再次入院治疗例数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}} \times 100\%$
12.4.3 原发器官疾病术后复发率	自体器官移植术后，1、3、5 年内原发器官疾病复发患者数占同期自体器官移植患者总数的比例	$\frac{\text{术后一定时间内原发器官疾病复发患者数}}{\text{同期自体器官移植患者总数}} \times 100\%$
12.5 术后全身系统严重并发症发生率	术后全身系统严重并发症是指自体器官移植术患者，术后发生的心脑血管意外（如心肌梗死、缺血性脑卒中、脑出血等）、肺栓塞、呼吸衰竭、肾衰竭、深静脉血栓、肝功能衰竭等并发症。术后全身系统严重并发症发生率是指术后发生全身系统严重并发症的患者数占同期自体器官移植术患者总数的比例	$\frac{\text{术后发生全身系统严重并发症的患者数}}{\text{同期自体器官移植术患者总数}} \times 100\%$
12.6 患者随访率	自体器官移植术后 1、3、5 年内完成随访的例次数占同期自体器官移植术总例次数的比例	$\frac{\text{术后一定时间内完成随访的例次数}}{\text{同期自体器官移植术总例次数}} \times 100\%$
12.7 术后长期生存率	自体器官移植术后，1、3、5 年内随访存活的患者数（失访者按未存活患者统计）占同期自体器官移植术患者总数的比例	$\frac{\text{术后一定时间内随访存活的患者数}}{\text{同期自体器官移植术患者总数}} \times 100\%$

二、人体器官捐献、获取与移植技术

（数据来源：中国人体器官分配与共享计算机系统（COTRS）、各器官移植专业国家质控中心相关系统）

指标	定义	计算公式
（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	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	$\frac{\text{年度向OPO报送的院内潜在器官捐献者人数}}{\text{同期院内死亡人数}} \times 100\%$
（二）实现器官捐献的人数与院内死亡人数比	实现器官捐献的人数占同期院内死亡人数的比例	$\frac{\text{年度院内完成器官捐献的人数}}{\text{同期院内死亡人数}} \times 100\%$
（三）人体器官获取组织质量控制指标（2019年版）		
3.1 器官捐献转化率	在人体器官获取组织（OPO）服务区域内，年度完成器官获取的器官捐献者数量占潜在捐献者总数的比例	$\frac{\text{年度获取捐献者的数量}}{\text{同期潜在的捐献者总数}} \times 100\%$
3.2 平均器官产出率	在 OPO 服务区域内，年度获取并完成移植的器官数量与器官捐献者总数的比例	$\frac{\text{年度移植的器官数量}}{\text{同期器官捐献者总数}} \times 100\%$
3.3 器官捐献分类占比	脑死亡来源器官捐献者（DBD）、心死亡来源器官捐献（DCD）、脑心双死亡来源器官捐献者（DBCD）数量分别占同期器官捐献者总数的比例	$\frac{\text{年度（DBD/DCD/DBCD）数量}}{\text{同期器官捐献者总数}} \times 100\%$

3.4 获取器官利用率	器官获取后用于移植的器官数量占同期获取器官总数的比例	$\frac{\text{年度用于移植的器官数量}}{\text{同期获取器官总数}} \times 100\%$
3.5.1 捐献器官获取前活检率	捐献器官获取前对捐献器官进行活体组织病理检查的数量占同期获取器官的比例	$\frac{\text{获取前病检器官数量}}{\text{同期获取器官总数}} \times 100\%$
3.5.2 捐献器官获取后活检率	捐献器官获取后对捐献器官进行活体组织病理检查的数量占同期获取器官的比例	$\frac{\text{获取后病检器官数量}}{\text{同期获取器官总数}} \times 100\%$
3.6 边缘供器官比率	边缘供器官数量占同期获取器官总数的比例	$\frac{\text{边缘供器官数量}}{\text{同期获取器官总数}} \times 100\%$
3.7 器官保存液病原菌培养阳性率	OP0 获取的器官其保存液中细菌培养阳性者器官数占器官获取总例数的比例	$\frac{\text{细菌培养阳性者例数}}{\text{同期获取器官总例数}} \times 100\%$
3.8 移植器官原发性无功能（PNF）发生率	同年度捐献器官移植术后 PNF 并发症发生比例，包括总 PNF 发生率、DBD 来源器官 PNF 发生率、DCD 来源器官 PNF 发生率、DBCD 来源器官 PNF 发生率	$\frac{\text{年度PNF病例数}}{\text{同期移植病例总数}} \times 100\%$
3.9 移植器官术后功能延迟性恢复（DGF）发生率	同年度捐献器官移植术后 DGF 并发症发生比例，包括总 DGF 发生率、DBD 来源器官 DGF 发生率、DCD 来源器官 DGF 发生率、DBCD 来源器官 DGF 发生率	$\frac{\text{年度DGF病例数}}{\text{同期移植病例总数}} \times 100\%$

(四) 肝脏移植技术医疗质量控制指标 (2020 年版)		
4.1 肝癌肝脏移植指标		
4.1.1 肝癌肝脏移植受者比例	肝癌肝脏移植受者人数占同期肝脏移植手术受者总人数的比例	$\frac{\text{肝癌肝脏移植受者人数}}{\text{同期肝脏移植手术受者总人数}} \times 100\%$
4.1.2 单发肿瘤, 直径不超过 5cm 的肝癌肝脏移植受者比例	单发肿瘤, 直径不超过 5cm 的肝癌肝脏移植受者人数占同期肝癌肝脏移植手术受者总人数的比例	$\frac{\text{单发肿瘤, 直径不超过5cm的肝癌肝脏移植受者人数}}{\text{同期肝癌肝脏移植手术受者总人数}} \times 100\%$
4.1.3 多发肿瘤, 肿瘤数目不超过 3 个, 最大直径不超过 3cm 的肝癌肝脏移植受者比例	多发肿瘤, 肿瘤数目不超过 3 个, 最大直径不超过 3cm 的肝癌肝脏移植受者人数占同期肝癌肝脏移植手术受者总人数的比例	$\frac{\text{多发肿瘤, 肿瘤数目不超过3个, 最大直径不超过3cm的肝癌肝脏移植受者人数}}{\text{同期肝癌肝脏移植手术受者总人数}} \times 100\%$
4.2 肝脏移植手术指标		
4.2.1 冷缺血时间比例		
4.2.1.1 冷缺血时间 ≤ 6h 比例	冷缺血时间比例为冷缺血时间在不超过 6 小时 (h), 6-12h 和 12h 以上三个时间段中的肝脏移植手术人数分别占同期肝脏移植手术总人数的比例	$\frac{\text{冷缺血时间不超过6h的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}} \times 100\%$
4.2.1.2 6h < 冷缺血时间 ≤ 12h 比例		$\frac{\text{冷缺血时间在6-12h的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}} \times 100\%$
4.2.1.3 冷缺血时间 > 12h 比例		$\frac{\text{冷缺血时间12h以上的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}} \times 100\%$

4.2.2 无肝期比例		
4.2.2.1 无肝期≤60min 比例	无肝期比例为无肝期时间不超过 60 分钟（min），60-120min 和 120min 以上三个时间段中的肝脏移植手术人数分别占同期肝脏移植手术总人数的比例	$\frac{\text{无肝期不超过60分钟的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}} \times 100\%$
4.2.2.2 60min<无肝期≤120min 比例		$\frac{\text{无肝期在60-120分钟的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}} \times 100\%$
4.2.2.3 无肝期>120min 比例		$\frac{\text{无肝期120分钟以上的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}} \times 100\%$
4.2.3 手术时间比例		
4.2.3.1 手术时间≤6h 比例	手术时间比例为手术时间在不超过 6h, 6-10h 和 10h 以上三个时间段中的肝脏移植手术人数分别占同期肝脏移植手术总人数的比例	$\frac{\text{手术时间不超过6小时的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}} \times 100\%$
4.2.3.2 6h<手术时间≤10h 比例		$\frac{\text{手术时间在6-10小时的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}} \times 100\%$
4.2.3.3 手术时间>10h 比例		$\frac{\text{手术时间在10小时以上的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}} \times 100\%$
4.2.4 术中大出血发生率	成人肝脏移植手术受者术中出血量在 2000ml 及以上的手术人数占同期成人肝脏移植手术总人数的比例	$\frac{\text{成人肝脏移植手术受者术中出血量在2000ml及以上的手术人数}}{\text{同期成人肝脏移植手术总人数}} \times 100\%$

4.3 术后主要并发症指标		
4.3.1 术后早期肝功能不全（EAD）发生率	肝脏移植手术后发生 EAD 的手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例	$\frac{\text{发生EAD的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}} \times 100\%$
4.3.2 术后非计划二次手术率	肝脏移植手术后发生非计划二次手术的手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例	$\frac{\text{进行非计划二次手术的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}} \times 100\%$
4.3.3 术后血管并发症发生率（1周内、1月内、3月内）	肝脏移植手术后发生血管并发症的手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例	$\frac{\text{发生血管并发症的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}} \times 100\%$
4.3.4 术后超急性排斥反应、急性排斥反应发生率（1周内、1月内、6月内、1年内）	肝脏移植手术后发生超急性排斥反应、急性排斥反应的手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例	$\frac{\text{发生超急性/急性排斥反应的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}} \times 100\%$
4.3.5 术后胆道并发症发生率（1月内、6月内、1年内）	肝脏移植手术后发生胆道并发症的手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例	$\frac{\text{术后发生胆道并发症的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}} \times 100\%$
4.3.6 术后耐药菌感染发生率（1周内、1月内、6月内、1年内）	肝脏移植手术后发生耐药菌感染的手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例	$\frac{\text{发生术后耐药菌感染的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}} \times 100\%$
4.4 受者术后生存指标		
4.4.1 术后早期死亡率	肝脏移植术后 30 天内受者全因死亡人数占同期肝脏移植手术受者总人数的比例	$\frac{\text{肝脏移植术后30天内受者全因死亡人数}}{\text{同期肝脏移植手术受者总人数}} \times 100\%$

4.4.2 受者术后生存率（1 年、3 年、5 年）		
4.4.2.1 良性肝病肝脏移植受者术后生存率	肝脏移植某一时间（1 年、3 年、5 年）随访尚存活的受者人数占同期肝脏移植手术受者总人数的比例	$\frac{\text{肝脏移植手术后某一时间随访尚存活的良性肝病受者人数}}{\text{同期良性肝病肝脏移植手术受者总人数}} \times 100\%$
4.4.2.2 肝癌肝脏移植受者术后生存率		$\frac{\text{肝脏移植手术后某一时间随访尚存活的肝癌肝脏移植受者人数}}{\text{同期肝癌肝脏移植手术受者总人数}} \times 100\%$
4.4.3 肝癌肝脏移植受者术后无瘤生存率（1 年、3 年、5 年）	肝癌肝脏移植某一时间（1 年、3 年、5 年）无瘤存活的受者人数占同期肝癌肝脏移植手术受者总人数的比例	$\frac{\text{肝癌肝脏移植受者移植后某一时间无瘤存活的受者人数}}{\text{同期肝癌肝脏移植手术受者总人数}} \times 100\%$
4.5 中国肝移植注册系统（CLTR）数据报送质量指标		
4.5.1 数据完整度	向中国肝移植注册系统（CLTR）所报送数据的完整度累计值与同期肝脏移植总人数的比例	$\frac{\text{每例肝脏移植病例数据完整度得分之和}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}} \times 100\%$
4.5.2 数据及时性	完成肝脏移植手术后 72 小时内向 CLTR 系统报送的病例数占同期肝脏移植总人数的比例	$\frac{\text{术后72小时内报送的病例数}}{\text{同期肝脏移植总人数}} \times 100\%$
4.5.3 数据真实性	向 CLTR 系统所报送数据的真实性总得分与同期肝脏移植总人数的比例	$\frac{\text{每例肝脏移植病例数据真实得分之和}}{\text{同期肝脏移植手术受者总人数}} \times 100\%$
4.5.4 有效随访率	肝脏移植手术后在 CLTR 系统中报送的有效随访例次数占同期肝脏移植应完成总例次数的比例	$\frac{\sum \frac{\text{每例肝脏移植病例一定时间内完成的有效随访次数}}{\text{同期每例肝脏移植病例应完成的有效随访次数}}}{\text{同期肝脏移植总人数}} \times 100\%$

4.5.5 受者失访率	肝脏移植手术后一定时间内失访的受者人数占同期肝脏移植手术受者总人数的比例	$\frac{\text{肝脏移植手术后一定时间内失访的受者人数}}{\text{同期肝脏移植手术受者总人数}} \times 100\%$
(五) 肾脏移植技术医疗质量控制指标 (2020 年版)		
5.1 冷热缺血时间		
5.1.1 冷缺血时间的比例	热缺血时间 ≤ 10 分钟 (min)、冷缺血时间 ≤ 24 小时 (h) 的肾脏移植人数分别占同期肾脏移植总人数的比例; 热缺血时间: 从供者心跳停止或肾动脉阻断 (亲属间活体捐献) 到冷灌注的时间; 冷缺血时间: 从供肾冷灌注开始到植入体内恢复血液再灌注的时间	$\frac{\text{冷缺血时间} \leq 24h \text{ 的人数}}{\text{同期肾脏移植总人数}} \times 100\%$
5.1.2 热缺血时间的比例		$\frac{\text{热缺血时间} \leq 10\text{min 的人数}}{\text{同期肾脏移植总人数}} \times 100\%$
5.2 亲属间活体捐献者重大并发症发生率	亲属间活体肾脏捐献者, 术后 30 天内发生的重大并发症的人数占同期亲属间活体肾脏捐献者总人数的比例; 包括围手术期死亡和 2000ml 以上的大出血	$\frac{\text{亲属间活体肾脏捐献者术后 30 天内重大并发症发生人数}}{\text{同期亲属间活体肾脏移植总人数}} \times 100\%$
5.3 术后 30 天内死亡率	肾脏移植术后 30 天内受者全因死亡人数占同期肾脏移植总人数的比例	$\frac{\text{肾脏移植术后 30 天内受者全因死亡人数}}{\text{同期肾脏移植总人数}} \times 100\%$
5.4 移植肾功能延迟恢复发生率	肾脏移植术后发生移植肾功能延迟恢复 (DGF) 的受者人数占同期肾脏移植总人数的比例; DGF 指肾脏移植术后一周内需要透析治疗或术后一周血肌酐未下降至 $400 \mu\text{mol/L}$ 以下	$\frac{\text{肾脏移植术后发生 DGF 受者人数}}{\text{同期肾脏移植总人数}} \times 100\%$
5.5 血管并发症发生率	肾脏移植术后 1 年内发生血管并发症的受者人数占同期肾脏移植总人数的比例; 主要包括移植肾动静脉破裂和血栓、移植肾动脉狭窄、移植肾动脉瘤	$\frac{\text{肾脏移植术后 1 年内发生血管并发症的受者人数}}{\text{同期肾脏移植总人数}} \times 100\%$

5.6 急性排斥反应发生率	肾脏移植术后 1 年内发生急性排斥反应的受者人数占同期肾脏移植总人数的比例；急性排斥反应是肾移植术后最常见的一种排斥反应，一般发生在肾移植术后几个小时至 6 个月内，临床上表现为发热、全身不适、移植肾肿大和疼痛，同时伴有移植肾功能突然减退	$\frac{\text{肾脏移植术后1年内发生急性排斥反应的受者人数}}{\text{同期肾脏移植总人数}} \times 100\%$
5.7 术后感染发生率	肾脏移植术后 100 天内发生感染的受者人数占同期肾脏移植总人数的比例；是肾移植术后无症状的下尿路感染不在统计之列	$\frac{\text{肾脏移植术后100天内发生感染的受者人数}}{\text{同期肾脏移植总人数}} \times 100\%$
5.8 中国肾脏移植科学登记系统（CSRKT）数据报送质量指标		
5.8.1 数据完整度	向中国肾脏移植科学登记系统（CSRKT）报送数据的完整度得分累计值与同期肾脏移植总人数的比例	$\frac{\text{所有病例的完整度得分累计值}}{\text{同期肾脏移植总人数}} \times 100\%$
5.8.2 数据及时性	完成肾脏移植手术后 72 小时内向 CSRKT 系统报送患者数占同期肾脏移植总人数的比例	$\frac{\text{术后72小时内报送的患者数}}{\text{同期肾脏移植总人数}} \times 100\%$
5.8.3 数据真实性	向 CSRKT 系统所报送数据的真实性总得分与同期肾脏移植总人数的比例	$\frac{\sum \text{每例肾脏移植病例数据真实性得分}}{\text{同期肾脏移植总人数}} \times 100\%$
5.8.4 受者总体随访质量	该医疗机构所有病例的随访质量得分的平均值	$\frac{\text{随访质量得分总和}}{\text{该机构同期肾脏移植总人数}}$
5.9 移植肾生存率	接受肾脏移植手术后，在某段时间（1 年、3 年、5 年等），移植肾脏的生存率	采用乘积极限法（Kaplan-Meier 法）计算

(六) 心脏移植技术医疗质量控制指标 (2020 年版)		
6.1 伦理委员会决议通过率	单位时间内, 术前经医疗机构伦理委员会讨论通过的 心脏移植患者数占心脏移植总人数的比例	$\frac{\text{通过伦理委员会讨论的心脏移植手术人数}}{\text{同期心脏移植手术总人数}} \times 100\%$
6.2 术前有创肺动脉压监测率	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	$\frac{\text{术前进行有创肺动脉压监测的人数}}{\text{同期心脏移植手术总人数}} \times 100\%$
6.3 术前心肺运动试验检查率	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	$\frac{\text{术前进行CPET检查的心脏移植手术人数}}{\text{同期心脏移植手术总人数}} \times 100\%$
6.4 供体心脏缺血时间小于等于 6 小时的比例	单位时间内, 医疗机构获取的供体心脏的缺血时间 小于等于 6 小时的心脏移植例数占总例数的比例	$\frac{\text{供体心脏缺血时间小于等于6小时的心脏移植例数}}{\text{同期心脏移植手术总例数}} \times 100\%$
6.5 术中术后生命支持应用率		
6.5.1 ECMO 应用率	单位时间内, 心脏移植术中术后使用体外膜肺氧合 (ECMO)、主动脉内球囊反搏 (IABP) 和连续性肾脏 替代治疗 (CRRT) 的人数占同期心脏移植总人数的 比例	$\frac{\text{术中术后使用ECMO的心脏移植手术人数}}{\text{同期心脏移植手术总人数}} \times 100\%$
6.5.2 IABP 应用率		$\frac{\text{术中术后使用IABP的心脏移植手术人数}}{\text{同期心脏移植手术总人数}} \times 100\%$
6.5.3 CRRT 应用率		$\frac{\text{术中术后使用CRRT的心脏移植手术人数}}{\text{同期心脏移植手术总人数}} \times 100\%$

6.6 术后机械通气时间小于等于48小时的比例	单位时间内，心脏移植手术受者术后接受机械通气的时间小于等于48小时的人数占心脏移植总人数的比例	$\frac{\text{术后机械通气时间小于等于48小时的人数}}{\text{同期心脏移植手术总人数}} \times 100\%$
6.7 术后并发症发病率	单位时间内，心脏移植手术受者术后（自手术开始至出院）发生的手术相关并发症人数占同期心脏移植总人数的比例	$\frac{\text{术后出现并发症的心脏移植人数}}{\text{同期心脏移植手术总人数}} \times 100\%$
6.8 术后院内死亡率	单位时间内，心脏移植手术受者术后（自手术开始至出院）全因死亡人数占同期心脏移植总人数的比例	$\frac{\text{心脏移植手术受者术后全因死亡人数}}{\text{同期心脏移植手术总人数}} \times 100\%$
6.9 术后存活率	根据术后随访数据计算心脏移植术后30天、1年、3年、5年和10年存活的心脏移植受者人数占同期应随访心脏移植总人数的比例	$\frac{\text{术后(30天、1年、3年、5年、10年)存活的心脏移植人数}}{\text{同期应随访心脏移植手术总人数}} \times 100\%$
6.10 中国心脏移植注册登记数据报送质量指标		
6.10.1 数据完整度	向中国心脏移植注册系统报送数据的完整度得分与同期心脏移植手术总人数的比例	$\frac{\sum \text{每例心脏移植手术上报数据完整度得分}}{\text{同期心脏移植手术总人数}} \times 100\%$
6.10.2 数据及时性	完成心脏移植手术后72小时内向中国心脏移植注册系统报送病例数占同期心脏移植手术总人数的比例	$\frac{\text{及时报送数据的手术例数}}{\text{同期心脏移植手术总人数}} \times 100\%$
6.10.3 随访完整度	向中国心脏移植注册系统报送的随访数据完整度得分与同期心脏移植手术总人数的比例	$\frac{\sum \text{每例心脏移植受者出院随访数据完整度得分}}{\text{同期心脏移植手术总人数}} \times 100\%$

（七）肺脏移植技术医疗质量控制指标（2020 年版）		
7.1 肺脏移植绝对适应证占比	符合临床肺脏移植手术绝对适应证的手术人数占同期肺脏移植手术总数的比例	$\frac{\text{符合肺脏移植手术绝对适应证的手术人数}}{\text{同期肺脏移植手术总人数}} \times 100\%$
7.2 热缺血时间 ≤ 1 分钟（min）比例	热缺血时间 $\leq 1\text{min}$ 的肺脏移植手术人数占同期肺脏移植手术总人数的比例	$\frac{\text{热缺血时间} \leq 1\text{min 的肺脏移植手术人数}}{\text{同期肺脏移植手术总人数}} \times 100\%$
7.3 冷缺血时间 ≤ 12 小时（h）比例	冷缺血时间 ≤ 12 小时的肺脏移植手术人数占同期肺脏移植手术总人数的比例	$\frac{\text{冷缺血时间} \leq 12\text{h 的肺脏移植手术人数}}{\text{同期肺脏移植手术总人数}} \times 100\%$
7.4 术中异体输血 ≤ 1000 毫升（ml）手术比例	术中输入异体血 $\leq 1000\text{ml}$ 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	$\frac{\text{术中输入异体血} \leq 1000\text{ml 的肺脏移植手术例数}}{\text{同期肺脏移植手术总例数}} \times 100\%$
7.5 术后二次开胸率	肺脏移植术后一个月内再次开胸的人数占同期肺脏移植总人数的比例	$\frac{\text{肺脏移植术后一个月内再次开胸的人数}}{\text{同期肺脏移植手术总人数}} \times 100\%$
7.6 术后 3 个月内感染发生率		
7.6.1 术后 3 个月内细菌感染发生率	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	$\frac{\text{肺脏移植术后 3 个月内发生细菌感染的人数}}{\text{同期肺脏移植手术总人数}} \times 100\%$
7.6.2 术后 3 个月内真菌感染发生率		$\frac{\text{肺脏移植术后 3 个月内发生真菌感染的人数}}{\text{同期肺脏移植手术总人数}} \times 100\%$
7.6.3 术后 3 个月内病毒感染发生率		$\frac{\text{肺脏移植术后 3 个月内发生病毒感染的人数}}{\text{同期肺脏移植手术总人数}} \times 100\%$

7.7 术后 6 个月内气道吻合口并发症发生率	肺脏移植术后 6 个月内发生气道吻合口并发症的人数占同期肺脏移植总人数的比例	$\frac{\text{术后6个月内发生气道吻合口并发症的肺脏移植人数}}{\text{同期肺脏移植手术总人数}} \times 100\%$
7.8 诊断符合率	诊断符合的人数占同期肺脏移植总人数的比例	$\frac{\text{肺脏移植术后病理诊断与入院诊断相符合的人数}}{\text{同期肺脏移植总人数}} \times 100\%$
7.9 术后(6 月、1 年、3 年、5 年、10 年)生存率	肺脏移植术后(6 月、1 年、3 年、5 年、10 年)随访(失访者按未存活统计)尚存活的肺脏移植患者数占同期肺脏移植总人数的比例	$\frac{\text{肺脏移植术后(6月、1年、3年、5年、10年)随访尚存活的肺脏移植患者人数}}{\text{同期肺脏移植总人数}} \times 100\%$
7.10 中国肺脏移植注册登记数据报送质量指标		
7.10.1 数据完整度	向中国肺脏移植注册系统报送数据的完整度得分与同期肺脏移植总人数的比例	$\frac{\sum \text{每例肺脏移植手术上报数据完整度得分}}{\text{同期肺脏移植手术总人数}} \times 100\%$
7.10.2 数据及时性	完成肺脏移植手术后 72 小时内向中国肺脏移植注册系统报送病例数占同期肺脏移植总人数的比例	$\frac{\text{及时报送数据的肺脏移植手术例数}}{\text{同期肺脏移植手术总人数}} \times 100\%$
7.10.3 随访完整度	向中国肺脏移植注册系统报送的肺脏移植术后随访的例次数占同期肺脏移植术后应当进行随访的总例次数的比例	$\frac{\text{肺脏移植术后随访的例次数}}{\text{同期肺脏移植术后应当进行随访的总例次数}} \times 100\%$
(八) 其他器官移植技术医疗质量控制指标		
8.1 肝脏移植平均住院日	一定时期内肝移植患者的平均住院天数(若出院一周内再次入院,则住院天数累加)	$\frac{\text{出院肝脏移植患者的总住院天数}}{\text{同期肝脏移植患者的出院人数}}$

8.2 肾脏移植平均住院日	一定时期内肾移植患者的平均住院天数（若出院一周内再次入院，则住院天数累加）	$\frac{\text{出院肾脏移植患者的总住院天数}}{\text{同期肾脏移植患者的出院人数}}$
8.3 心脏移植平均住院日	一定时期内心脏移植患者的平均住院天数（若出院一周内再次入院，则住院天数累加）	$\frac{\text{出院心脏移植患者的总住院天数}}{\text{同期心脏移植患者的出院人数}}$
8.4 肺脏移植平均住院日	一定时期内肺脏移植患者的平均住院天数（若出院一周内再次入院，则住院天数累加）	$\frac{\text{出院肺脏移植患者的总住院天数}}{\text{同期肺脏移植患者的出院人数}}$

三、其他重点医疗技术质量控制指标

（一）消化内镜诊疗技术医疗质量控制指标（2022 年版）

指标	定义	计算公式
（一）消化内镜中心医师年均工作量	消化内镜中心医师每年平均承担的工作量	$\frac{\text{消化内镜中心年诊疗例次数}}{\text{消化内镜中心医师数}}$
（二）四级消化内镜诊疗技术占比	单位时间内，消化内镜中心开展四级消化内镜诊疗技术例次数占同期消化内镜诊疗总例次数的比例	$\frac{\text{单位时间内消化内镜中心开展四级消化内镜诊疗技术例次数}}{\text{同期消化内镜诊疗总例次数}} \times 100\%$
（三）三级消化内镜诊疗技术占比	单位时间内，消化内镜中心开展三级消化内镜诊疗技术例次数占同期消化内镜诊疗总例次数的比例	$\frac{\text{单位时间内消化内镜中心开展三级消化内镜诊疗技术例次数}}{\text{同期消化内镜诊疗总例次数}} \times 100\%$

（四）上消化道内镜检查完整率	单位时间内，上消化道内镜检查完整的例次数占同期上消化道内镜检查总例次数的比例	$\frac{\text{单位时间内上消化道内镜检查完整的例次数}}{\text{同期消化内镜诊疗总例次数}} \times 100\%$
（五）结肠镜检查肠道准备优良率	单位时间内，肠道准备优良的结肠镜检查例次数占同期结肠镜检查总例次数的比例	$\frac{\text{单位时间内肠道准备优良的结肠镜检查例次数}}{\text{同期结肠镜检查总例次数}} \times 100\%$
（六）结肠镜盲肠插镜成功率	单位时间内，结肠镜检查到达盲肠例次数占同期结肠镜检查总例次数的比例	$\frac{\text{单位时间内结肠镜检查到达盲肠例次数}}{\text{同期结肠镜检查总例次数}} \times 100\%$
（七）结肠镜退镜检查时间 ≥ 6 分钟率	单位时间内，结肠镜检查退镜检查时间 ≥ 6 分钟的例次数占同期结肠镜检查总例次数的比例	$\frac{\text{单位时间内结肠镜检查退镜检查时间} \geq 6 \text{ 分钟的例次数}}{\text{同期结肠镜检查总例次数}} \times 100\%$
（八）内镜下逆行胰胆管造影术（ERCP）选择性深插管成功率	单位时间内，ERCP 选择性深插管成功的例次数占同期 ERCP 总例次数的比例	$\frac{\text{单位时间内ERCP选择性深插管成功的例次数}}{\text{同期ERCP总例次数}} \times 100\%$
（九）超声内镜（EUS）检查完整率	单位时间内，EUS 检查完整的例次数占同期 EUS 检查总例次数的比例	$\frac{\text{单位时间内EUS检查完整的例次数}}{\text{同期EUS检查总例次数}} \times 100\%$
（十）磁控胶囊胃镜镜检查完整率	单位时间内，磁控胶囊胃镜镜检查完整例次数占同期磁控胶囊胃镜镜检查总例次数的比例	$\frac{\text{单位时间内磁控胶囊胃镜镜检查完整例次数}}{\text{同期磁控胶囊胃镜镜检查总例次数}} \times 100\%$
（十一）消化内镜相关严重并发症发生率	单位时间内，发生消化内镜相关严重并发症的诊疗例次数占同期消化内镜诊疗总例次数的比例	$\frac{\text{单位时间内发生消化内镜相关严重并发症的诊疗例次数}}{\text{同期消化内镜诊疗总例次数}} \times 1000\%$

（十二）食管癌早期诊断率	单位时间内，上消化道内镜检查发现早期食管癌患者数占同期上消化道内镜检查发现食管癌患者总数的比例	$\frac{\text{单位时间内上消化道内镜检查发现早期食管癌患者数}}{\text{同期上消化道内镜检查发现食管癌患者总数}} \times 100\%$
（十三）胃癌早期诊断率	单位时间内，上消化道内镜检查发现早期胃癌患者数占同期上消化道内镜检查发现胃癌患者总数的比例	$\frac{\text{单位时间内上消化道内镜检查发现早期胃癌患者数}}{\text{同期上消化道内镜检查发现胃癌患者总数}} \times 100\%$
（十四）结直肠腺瘤检出率	单位时间内，至少检出一枚结直肠腺瘤的结肠镜检查患者数占同期结肠镜检查患者总数的比例	$\frac{\text{单位时间内至少检出一枚结直肠腺瘤的结肠镜检查患者数}}{\text{同期结肠镜检查患者总数}} \times 100\%$
（十五）结直肠癌早期诊断率	单位时间内，结肠镜检查发现早期结直肠癌患者数占同期结肠镜检查发现结直肠癌患者总数的比例	$\frac{\text{单位时间内结肠镜检查发现早期结直肠癌患者数}}{\text{同期结肠镜检查发现结直肠癌患者总数}} \times 100\%$
（十六）消化道早癌内镜黏膜下剥离术（ESD）完整切除率	单位时间内，消化道早癌 ESD 完整切除的例次数占同期消化道早癌 ESD 总例次数的比例	$\frac{\text{单位时间内消化道早癌 ESD 完整切除的例次数}}{\text{同期消化道早癌 ESD 总例次数}} \times 100\%$
（十七）ERCP 胆总管结石清除成功率	单位时间内，ERCP 胆总管结石清除成功例次数占同期 ERCP 胆总管结石清除总例次数的比例	$\frac{\text{单位时间内 ERCP 胆总管结石清除成功例次数}}{\text{同期 ERCP 胆总管结石清除总例次数}} \times 100\%$
（十八）超声内镜引导下胰腺细针穿刺术（EUS-FNA）标本病理阳性率	单位时间内，EUS-FNA 标本病理阳性的例次数占同期临床诊断为胰腺恶性肿瘤的患者行 EUS-FNA 的总例次数的比例	$\frac{\text{单位时间内 EUS-FNA 标本病理阳性的例次数}}{\text{同期临床诊断为胰腺恶性肿瘤的患者行 EUS-FNA 的总例次数}} \times 100\%$

第三部分 现场检查

第一章 医院功能与任务

一、依据医院的功能任务，确定医院的发展目标和中长期发展规划

评审标准（条）	类别	细则（款）
（一）医院的功能与任务，符合本区域卫生发展规划。	B	1.1 医院有明确的功能和任务。医院宗旨、愿景与目标的内涵被患者感受和认可，员工知晓度 $\geq 90\%$ 。
	B	1.2 医院的宗旨、愿景、目标、功能与任务符合区域卫生发展规划。各项工作围绕功能任务开展，并取得成效。
（二）制定医院中长期规划与年度计划，医院规模和发展目标与医院的功能任务一致。	B	2.1 医院广泛征求意见，各部门参与制定年度计划及中长期规划，并经职代会或院长办公会讨论通过后实施。
	B	2.2 医院规模和发展目标与医院的功能任务一致，实施年度计划过程监管，分析、总结阶段性实施效果，有反馈、改进。
（三）医院有承担服务区域内急危重症和疑难疾病诊疗的设施设备、技术梯队与处置能力。	A	3.1 急诊科独立设置，设施设备齐全、技术梯队合理，承担本区域急危重症的诊疗；开展危重病患者的联合查房，重症医学床位占医院总床位数的 2%-8%。
	B	3.2 医院具备区域内急危重症和疑难疾病诊疗的处置能力，提供 24 小时急危重症诊疗服务，相关部门提供 24 小时配合支持保障工作。
	B	3.3 主管部门对急危重症和疑难疾病诊疗服务有监管，不断提升医院急危重症和疑难疾病诊治服务能力。

二、坚持医院的公益性，把社会效益放在首位，履行相应的社会责任和义务

(四) 坚持医院的公益性，履行相应的社会责任和义务。	B	4.1 制定保障基本医疗卫生服务的相关制度与规范，以患者为中心，优化医疗质量、改进服务、降低成本、控制医疗费用的不合理增长。
	A	4.2 参加并完成政府部门指定的公共卫生服务、突发事件紧急医疗救援、援外、国防卫生动员和各类扶贫、防病、促进基层医疗卫生事业等社会公益性任务。
	B	4.3 医院住院和门诊患者平均医疗费用年均增幅低于本区域 GDP 年均增幅。
(五) 根据《中华人民共和国传染病防治法》《中华人民共和国食品安全法》和《突发公共卫生事件应急条例》等相关法律法规承担传染病、食源性疾病的发现、救治、报告、预防等任务。定期对全体医务人员进行传染病、食源性疾病预防知识和技能培训与处置演练。	A	5.1 成立医院公共卫生工作领导小组，负责领导全院公共卫生工作。独立设置公共卫生科，并具备必备的工作设备设施，人员配置符合要求。制定传染病、食源性疾病预防、救治、报告、预防等制度、流程和规范。
	B	5.2 有专门部门及人员负责传染性疾病预防、食源性疾病预防管理工作，定期对全体医务人员进行传染病、食源性疾病预防知识和技能培训与处置演练。
	A	5.3 应用信息化手段及时预警发现、报告，并及时开展预防、救治等相关工作。
	B	5.4 主管部门履行监管职责，定期监督检查、总结分析，不断提高传染病管理能力。
(六) 按照《国家基本药物临床应用指南》和《国家处方集》及医院药品使用管理规定，规范医师处方行为，优先合理使用基本药物。	A	6.1 制定优先使用国家基本药物的相关规定；信息系统支持优先使用国家基本药物。
	B	6.2 有实施优先使用国家基本药物的考评和激励机制，定期对基本药物使用情况进行检查、分析和反馈，规范医师处方行为。
	B	6.3 配备国家基本药物品种比例和使用国家基本药物金额比例符合国家、省相关规定，保障临床基本用药需求。

三、促进医疗资源下沉，完成政府指令性任务

（七）加强医联体建设，实行分级诊疗，建立与实施双向转诊制度与相关服务流程，提升医联体内基层医院服务能力。	B	7.1 根据医联体建设相关要求，参与医联体建设并制定相关规划。
	B	7.2 实行分级诊疗，建立并实施双向转诊制度与相关服务流程，规范开展与基层医疗机构双向转诊工作，医联体工作方案得到有效落实。
	B	7.3 有明确的部门负责医联体建设、分级诊疗及双向转诊的管理工作，有分析、反馈与改进。医联体内基层医疗机构服务能力得到提升。
（八）将对口支援下级医院和支援社区卫生服务工作、慢性病管理工作纳入院长目标责任制与医院年度工作计划，有实施方案，由专人负责。	A	8.1 将对口支援下级医院和支援社区卫生服务工作、慢性病管理工作纳入院长目标责任制与医院年度工作计划；措施可行，定期考核结果与支援人员的晋升、聘任、任用、评优等挂钩。
	B	8.2 有专人负责对口支援下级医院和支援社区卫生服务工作、慢性病管理工作，对工作开展情况有检查、分析、反馈，实现对口支援责任目标。
（九）承担援疆援藏、援外、健康扶贫、为下级医院培养卫生技术人员等政府指令性任务，制订相关的制度、方案，并有具体措施予以保障。	A	9.1 承担援疆援藏、援外、健康扶贫、县级骨干医师培训及社区、农村卫生人才培养等政府指令性任务，有制度、方案，并有具体措施予以保障。
	B	9.2 有专门部门负责此项工作，建立并落实定期考核机制。

四、承担突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治

（十）遵守国家法律法规，严格执行各级政府制定的应急预案，按照“平急结合、防治结合”的要求加强建设，承担突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治工作。	A	10.1 医院遵循各级政府制定的应急预案，承担突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治。建立相关的工作制度，不断完善应对突发公共卫生事件和重大事故灾害的医院紧急医疗救援与紧急救治应急预案，并开展培训与演练。
	A	10.2 建筑设施、人流和物流路线及物资准备，符合“平急结合、防治结合”的需求。
	B	10.3 根据流行病学特点，有针对伴有呼吸道传染性疾病预防或不能排除该疾病患者所需的急诊手术相关管理制度、流程、场所及设施设备等，保障该类患者得到及时救治。
	B	10.4 主管部门履行监管职责，定期评价、分析、反馈、整改。

第二章 临床服务质量与安全管理

一、医疗质量管理体系和工作机制

评审标准（条）		细则（款）
（十一）有医疗质量管理体系，落实医疗质量管理主体责任，实行医疗质量管理院、科两级责任制。	B	11.1 建立医疗质量管理体系，有明确的体系架构、内容。医院质量管理组织架构能体现决策、控制与执行三个层次。有明确的体系运行机制，有记录证明体系运行常态化。
	B	11.2 医疗质量管理实行院、科两级责任制。院长是医院医疗质量管理第一责任人，业务科室主要负责人是本科室医疗质量管理的第一责任人。院科两级责任制体现在各自的职责中，负责人知晓本人职责。
	A	11.3 医疗质量实行目标管理，医院及各职能部门有明确的管理目标。各职能部门履行本职能领域的质量与安全督导、评价和考核职能，不断提高内涵质量。
（十二）设立医疗质量管理委员会，人员组成和职责符合《医疗质量管理办法》要求。医疗质量管理委员会负责承接、配合各级质控组织开展工作，并发挥统筹协调作用。	A	12.1 医疗质量管理委员会人员组成和职责符合《医疗质量管理办法》要求。医疗质量管理委员会要有工作制度、工作计划、工作记录。委员会定期召开会议，每年不少于 2 次。
	A	12.2 医疗质量管理委员会负责承接、配合各级质控组织开展工作，并发挥统筹协调作用。
（十三）各业务科室成立本科室医疗质量管理工作小组，人员组成和职责符合《医疗质量管理办法》要求。	B	13.1 各业务科室成立由科室主要负责人任组长的医疗质量管理工作小组，职责清晰，制定工作计划，有工作记录。
	A	13.2 科室定期进行质量与安全管理培训与教育；对科室医疗质量进行分析和评估、整改。按照有关要求报送本科室医疗质量管理相关信息。

（十四）建立健全医疗质量管理人员培训和考核制度，充分发挥专业人员在医疗质量管理工作中的作用。	B	14.1 有相关制度措施调动专业人员参与质量管理的积极性，建立健全医疗质量管理人员管理技能和管理工具使用的培训、考核制度，并落实，有记录。
	B	14.2 医院有专门部门定期对质量与安全指标进行收集和分析、反馈。运用质量管理方法与工具提高医疗质量与安全管理水平。
（十五）遵循临床诊疗指南、医疗技术操作规范、医学伦理规范、行业标准和临床路径等有关要求开展诊疗工作。	A	15.1 结合最新版疾病诊疗指南（共识）或规范和医院实际建立各专科常见疾病的临床诊疗规范和技术操作流程，适时更新并培训；并严格遵循医疗伦理规范和流程等有关要求开展诊疗工作，做到合理检查、合理用药、合理治疗。
	B	15.2 有开展临床路径工作所必要的组织架构与明确的职责，建立部门协调机制，将开展临床路径的情况纳入质量考核。
	B	15.3 临床医技科室定期或不定期开展自查，主管部门对上述工作进行有效监管。
（十六）开展诊疗活动应当遵循患者知情同意原则，履行告知义务，尊重患者的自主选择权和隐私权，尊重民族习惯和宗教信仰，并对患者的隐私保密。完善保护患者隐私的设施和管理措施。	A	16.1 医务人员在诊疗活动中应当向患者、其近亲属或授权委托人说明病情、医疗措施的风险及替代治疗方案，并履行书面知情同意手续。
	B	16.2 尊重患者隐私权，有保护患者隐私的设施和管理措施，并落实。
	B	16.3 有尊重民族习惯和宗教信仰的相关制度和具体措施，并落实。
（十七）建立医院全员参与、覆盖临床诊疗服务全过程的医疗质量管理与控制工作制度。	A	17.1 医疗质量管理与控制工作制度能够覆盖本院医疗全过程。
	B	17.2 各岗位人员知晓并执行本岗位的工作职责及相关制度。对制度能够定期修订和及时更新。

（十八）熟练运用医疗质量管理工具开展医疗质量管理与自我评价，完善本院医疗质量管理相关指标体系，掌握本院医疗质量基础数据。	B	18.1 开展管理工具培训，管理人员掌握 2 种及以上管理工具的应用，将管理工具运用于日常质量管理活动。
	A	18.2 完善本院医疗质量管理相关指标体系，包括但不限于国家发布的医疗质量控制指标和“国家医疗质量安全改进目标”的相关指标。
	B	18.3 各部门应掌握其部门职责范围内的质量控制指标。职能部门及临床科室能够运用数据库开展质量管理活动。
（十九）加强临床专科服务能力建设，重视专科协同和中西医共同发展，制订专科建设发展规划并组织实施，推行“以患者为中心、以疾病为链条”的多学科诊疗模式。	B	19.1 制订切合学科发展趋势，满足社会需求和符合医院实际情况的专科建设发展规划，并组织实施。
	A	19.2 重视专科协同和中西医共同发展，推行“以患者为中心、以疾病为链条”的多学科诊疗模式；开展相应 MDT 工作，制定工作流程并落实。
	B	19.3 主管部门履行监管职责，及时分析、评价、反馈、整改。
（二十）加强单病种质量管理与控制工作，建立本院单病种管理的指标和质量参考标准体系，促进医疗质量精细化管理。	A	20.1 将单病种质量管理与控制工作纳入医院医疗质量管理体系。建立单病种管理实施方案、病种目录、质量管理指标和质量参考标准体系，组织培训，实施信息化途径上报。
	A	20.2 院、科两级有专人负责，按照相关要求，及时、全面、准确上报国家单病种质量管理与控制平台数据，可追溯，对指标数据进行分析，不断改进上报质量。
	B	20.3 主管部门对单病种质量管理与控制、上报质量进行有效过程监管。

（二十一）制订满意度监测指标并不断完善，定期开展患者和员工满意度监测，改善患者就医体验和员工执业感受。	B	21.1 医院指定部门负责患者和员工满意度监测管理，有相关的制度、流程及适宜的评价内容。
	A	21.2 建立医院社会满意度测评指标体系及员工满意度测评指标体系，主动征求患者、员工意见和建议，定期收集院内外对医院服务意见和建议，对满意度监测中发现的问题，及时沟通、协商、整改和反馈。
	B	21.3 患者就医体验和员工执业感受有提升。
（二十二）建立本院各科室医疗质量内部现场检查和公示制度。	B	22.1 建立各科室医疗质量内部现场检查制度，定期开展院、科两级质量督导检查。
	B	22.2 建立医疗质量内部公示制度，对各科室医疗质量关键指标的完成情况定期内部公示。
（二十三）强化基于电子病历的医院信息平台建设，满足医疗质量管理与控制工作需要。	A	23.1 基于电子病历的医院信息平台建设符合《全国医院信息化建设标准与规范》的要求，功能具备《医院信息平台应用功能指引》的要求，技术符合《医院信息化建设应用技术指引（2017版）》的要求。
	A	23.2 医院信息平台能够提供医疗质量管理与控制工作所需的数据信息，数据符合《全国医院数据上报管理方案》《全国医院上报数据统计分析指标集》要求。
（二十四）对医疗质量管理要求执行情况进行定期评估，对医疗质量信息数据开展内部验证并及时分析和反馈，对医疗质量问题和医疗安全风险进行预警和干预，对存在的问题及时采取有效干预措施，评估干预效果，促进医疗质量持续改进。	A	24.1 对医疗质量管理要求执行情况进行定期评估。
	A	24.2 有指定的医院医疗质量信息数据发布部门，职责明确；制定医疗质量信息数据审核与发布制度，信息数据发布前对数据的真实性、准确性、完整性进行内部验证，并及时分析和反馈。
	A	24.3 定期对医疗质量问题和医疗安全风险进行预警和干预，对存在的问题及时采取有效干预措施，评估干预效果，促进医疗质量持续改进。

二、医疗质量安全核心制度

（二十五）医院应当落实《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》要求，制定发布本院医疗质量安全核心制度，并组织全员培训。	B	25.1 完善符合医院实际的 18 项医疗质量安全核心制度并及时更新，院内发布后方便查询。
	B	25.2 采用多种形式开展核心制度的全员培训，确保核心制度在医疗活动中的正确执行。
	B	25.3 有针对新员工的专项培训，确保新员工尽快知晓其职责范围相关的医疗质量安全核心制度。
（二十六）建立首诊负责制度。明确在诊疗过程不同阶段的责任主体，保障患者诊疗服务连续性和医疗行为可追溯。	B	26.1 建立并落实首诊负责制度，明确在诊疗过程不同阶段的责任主体，确保患者的所有诊疗过程都有人负责。
	A	26.2 各项诊疗过程、项目有转接机制，保障患者诊疗服务连续性，医疗行为有记录，可追溯，有督导与整改。
（二十七）建立三级查房制度。实行科主任领导下的三个不同级别的医师查房制度，严格明确查房周期。明确各级医师的医疗决策和实施权限。	B	27.1 实行科主任领导下的三个不同级别的医师查房制度。
	B	27.2 明确各级医生查房周期并严格落实。
	B	27.3 明确各级医师的医疗决策和实施权限，有员工相关权限的授权目录，有落实、有定期调整。
（二十八）建立会诊制度。明确各类会诊的具体流程和时间要求，统一会诊单格式及填写规范。会诊请求人员应当陪同完成会诊，并按规定进行记录。	B	28.1 制定院内、外会诊管理相关制度，明确各类会诊的具体流程和时间要求，并落实。
	B	28.2 会诊请求人员应当陪同完成会诊。医院统一会诊单格式及填写规范。会诊情况和处置按规定记录。受邀或邀请院外会诊，应当严格遵照国家有关规定执行。
	B	28.3 主管部门履行监管职责，定期评价院内、外会诊工作，对存在的问题进行反馈、整改。

（二十九）建立分级护理制度。按照国家分级护理管理相关指导原则和护理服务工作标准，规范各级别护理的内容。合理动态调整护理级别，护理级别应当明确标识。	B	29.1 制定分级护理管理制度，有针对各级别护理的工作标准，并组织培训。
	B	29.2 医护人员知晓分级护理的内容，并能根据分级护理的原则和要求，实施护理措施。
	B	29.3 医护人员根据患者病情和（或）自理能力变化动态调整护理级别，患者的护理级别与病情相符，护理级别应实时在病历、患者一览表及床头卡有明确标识。
	B	29.4 临床科室和主管部门对分级护理落实情况有追踪和改进成效评价。
（三十）建立值班与交接班制度。有全院性医疗值班体系，明确值班岗位职责、人员资质和人数并保证常态运行。实行医院总值班制度，总值班人员须接受培训并考核合格。医院及科室值班表应当全院公开，值班表应当涵盖与患者诊疗相关的所有岗位和时间。值班人员资质和值班记录应当符合规定。非本机构执业医务人员不得单独值班。值班期间所有的诊疗活动必须及时记入病历。	B	30.1 制定值班与交接班制度。有全院性医疗值班体系，包括临床、医技、护理部门以及提供诊疗支持的后勤保障部门，明确各值班岗位职责并纳入职责汇编，员工知晓。
	B	30.2 值班人数应满足岗位职责需要，并保证常态运行。值班人员资质和值班记录应当符合规定，非本机构执业医务人员不得单独值班。值班期间所有的诊疗活动必须及时记入病历。
	A	30.3 实行医院总值班制度，总值班人员经培训考核合格后方能值班，负责处理及协调总值班期间的应急突发事件。
	A	30.4 值班表应涵盖与患者诊疗相关的所有岗位和时间，提前全院公开，职能部门履行监管职责。
（三十一）交接班内容应当专册记录，并由交班人员和接班人员共同签字确认。四级手术患者手术当日和急危重患者必须床旁交班。	B	31.1 交接班内容专册记录，并由交班人员和接班人员共同签字确认；四级手术当日和急危重患者必须床旁交班。
	B	31.2 主管部门履行监管职责，定期评价、分析、反馈、整改。

（三十二）建立疑难病例讨论制度。医院和科室应当确定疑难病例的范围，明确参与讨论人员范围、组成和流程要求。讨论内容专册记录，讨论结论记入病历。	B	32.1 实行院内疑难病例讨论制度，明确讨论范围、人员范围、组成、流程和记录要求。
	B	32.2 疑难病例讨论内容专册记录，讨论结论记入病历，主持人需审核并签字。
	B	32.3 主管部门履行监管职责，定期评价、分析、反馈、整改。
（三十三）建立急危重患者抢救制度。医院和科室应当确定急危重患者的范围，医院建立抢救资源配置与紧急调配机制和绿色通道机制。抢救完成后 6 小时内应当将抢救记录记入病历。	B	33.1 建立急危重患者抢救制度，明确急危重患者的范围，包括但不限于出现以下情形的患者：病情危重，不立即处置可能存在危及生命或出现重要脏器功能严重损害；生命体征不稳定并有恶化倾向等。
	B	33.2 建立抢救资源配置机制，抢救资源包括但不限于抢救人员、药品、设备和病区抢救区域、抢救床位等。
	B	33.3 建立抢救资源紧急调配机制。紧急调配机制包括人员调配、抢救用药保障、医疗设备紧急调配、应急床位统一调配和多科室紧急抢救协作机制。
	B	33.4 抢救完成后 6 小时内将抢救记录记入病历中，时间具体到分钟，主持者审核并签字。
	A	33.5 医院建立急危重患者相关绿色通道，明确进入绿色通道情形及绿色通道的运行机制。
	B	33.6 主管部门履行监管职责，定期评价、分析、反馈、整改。

（三十四）建立术前讨论制度。医院应当明确不同术前讨论形式的参加人员范围和流程。科室应当明确本科室开展的各级手术术前讨论的范围并经医疗管理部门审定。术前讨论的结论记入病历。	B	34.1 医院应当明确不同术前讨论形式的参加人员范围，包括手术组讨论、医师团队讨论、病区内讨论和全科讨论。
	B	34.2 明确术前讨论的流程，术前讨论完成后，方可开具手术医嘱、签署手术知情同意书，术前讨论的结论记入病历。
	A	34.3 医院应当建立四级手术术前多学科讨论制度，科室明确本科室开展的各级手术术前讨论的范围并经医疗管理部门审定。
	B	34.4 主管部门履行监管职责，定期评价、分析、反馈、整改。
（三十五）建立死亡病例讨论制度。医院应当监测全院死亡病例并及时进行汇总分析，提出持续改进意见。死亡病例讨论范围、参加人员、时限和记录应当符合规定。	B	35.1 明确死亡病例讨论范围、参加人员、时限和记录要求。
	B	35.2 死亡病例讨论应当在全科范围内完成，由科主任或指定负责人主持，原则上应当在患者死亡 1 周内完成；尸检病例在尸检报告出具后 1 周内须再次讨论，并载入专册记录。
	A	35.3 讨论内容专册记录，主持人审核并签字，讨论结论载入病历中。
	B	35.4 医院监测全院死亡病例发生情况并及时进行汇总分析，提出改进意见并落实。
（三十六）建立查对制度。医院查对制度应当涵盖患者身份识别、临床诊疗行为、设备设施运行和医疗环境安全等方面。医疗器械、设施、药品、标本等查对要求按照国家有关规定和标准执行。	B	36.1 医院建立患者身份识别制度，患者的身份核对不少于两种独立的核对方式，床号不得用于核对。
	A	36.2 有临床诊疗行为的查对制度，包括但不限于开具和执行医嘱、给药、手术/操作、麻醉、输血、检验标本采集、检查、发放营养膳食、接送转运患者、检验检查结果/报告等环节。
	A	36.3 建立医疗器械、设备设施运行和医疗环境安全等查对制度。药品、标本等查对要求按照国家有关规定和标准执行。
	B	36.4 临床科室和主管部门对查对制度执行情况有追踪和成效评价，有持续改进。

（三十七）建立手术安全核查制度。建立手术安全核查制度和标准化流程，将产房分娩核查纳入核查内容。手术安全核查过程和内容按国家有关规定执行。手术安全核查表纳入病历管理。	A	37.1 建立手术安全核查制度和标准化流程。实施“三方三步安全核查”，规范填写《手术安全核查表》并纳入病历管理，临床科室开展自查并整改。
	A	37.2 制定产房分娩安全核查制度和标准化流程。实施“确定临产”“准备接产”及“分娩后 2 小时”三步安全核查，规范填写《产房分娩安全核查表》并纳入病历管理。
	A	37.3 主管部门对上述工作进行定期督导、检查、总结与反馈，有改进措施。
（三十八）建立手术分级管理制度。建立手术分级管理工作制度和手术分级管理目录。建立手术分级授权管理机制和手术医师技术档案。医院应当对手术医师能力进行定期评估，根据评估结果对手术权限进行动态调整。	A	38.1 建立手术分级管理工作制度及手术分级管理目录。制定手术医师资质与授权管理制度，按照手术名称授权。实施手术医师能力定期评价、授权与再授权的制度与程序。
	A	38.2 手术分级授权管理落实到每一位手术医师，手术医师技术档案完整，确保每一位医师的实际能力与其手术资质与授权级别相一致。
	A	38.3 建立手术医师技术档案，包括但不限于：医师开展手术的年限、手术数量、手术效果、手术质量与安全指标完成情况，科室对手术医师年度考核结果等。
	A	38.4 定期对手术医师的手术能力进行再评估，根据手术医师能力评价结果对手术权限进行动态调整并院内公开手术医师权限。
（三十九）建立新技术和新项目准入制度。建立本院医疗技术临床应用目录并定期更新。建立新技术和新项目审批流程，所有新技术和新项目必须通过本院医学伦理委员会和医疗技术临床应用管理委员会审核同意后开展临床应用。	B	39.1 建立诊疗新技术和新项目准入管理制度、审批流程，包括立项、论证、风险评估、审批、追踪、评价、转常规技术等内容，相关人员对其均能知晓。
	A	39.2 所有新技术和新项目必须通过本院医学伦理委员会和医疗技术临床应用管理委员会审核同意后开展临床应用。
	B	39.3 建立本院医疗技术临床应用目录，涵盖所有开展的临床诊疗项目并定期更新。

（四十）明确开展新技术和新项目临床应用的专业人员范围、论证可能存在的安全隐患或技术风险并制定相应预案。建立新技术和新项目临床应用动态评估制度，对新技术和新项目实施全程追踪管理、质量控制和动态评估。	B	40.1 明确开展新技术和新项目临床应用的专业人员范围，所有新技术和新项目实施人均有授权；对可能存在的安全隐患或技术风险开展论证并制定相应预案。
	A	40.2 建立新技术和新项目临床应用动态评估制度，对新技术和新项目实施全程追踪管理、质量控制和动态评估。科室每年不少于两次评估新技术和新项目质量安全情况和技术保证能力。
	A	40.3 主管部门履行监管职责，分析、反馈、整改，及时调整新技术和新项目的开展和授权，按规定落实新技术的中止或转入常规技术。
（四十一）建立危急值报告制度。制定可能危及患者生命的各项检查、检验结果危急值清单并定期调整。分别建立住院和门急诊患者危急值报告具体管理流程和记录规范，确保危急值信息传递各环节无缝对接和关键要素可追溯。临床危急值信息专册登记。	B	41.1 建立危急值报告制度和 workflows，临床、医技、主管部门共同制定危急值清单，包括疾病危急值清单并定期调整，相关人员熟知并遵循上述制度和 workflows。
	A	41.2 建立住院和门急诊患者危急值报告管理规范及管理流程，确保危急值信息传递各环节无缝对接和关键要素可追溯，信息系统能自动识别、提示危急值，专册登记；每个环节都必须详细记录处理情况及处理时间，时间应精确到分钟。
	B	41.3 主管部门履行监管职责，定期评价、分析、反馈、整改，确保危急值报告制度的正确执行。
（四十二）建立病历管理制度。严格落实国家有关法律法规以及病历书写、分类编码、管理与应用相关规定。建立门急诊及住院病历规范书写、管理和质量控制制度。医院应当保障病历资料安全，病历内容记录与修改信息可追溯。	A	42.1 建立病案管理体系，设置病案科，人员配置、设施、设备符合要求，非相关专业的人员<50%，由高级职称人员负责病案质量管理工作。
	A	42.2 建立病历管理制度。病历书写应当做到客观、真实、准确、及时、完整、规范，并明确病历书写的格式、内容和时限，内容记录与修改信息可追溯。严格落实国家有关法律法规以及病历书写、分类编码、管理与应用相关规定。
	A	42.3 建立门、急诊及住院病历规范书写、管理和质量控制制度。建立病历质量检查、评估与反馈机制。
	B	42.4 医院应当有保障病历、病案和信息安全的相关制度。

（四十三）实施电子病历的医院，应当建立电子病历的建立、记录、修改、使用、存储、传输、质控、安全等级保护等管理制度。	B	43.1 建立电子病历的建立、记录、修改、使用、存储、传输、质控、安全等级保护等管理制度，且符合电子病历相关管理规定。
	B	43.2 有基于电子病历的临床信息系统（CIS），电子病历系统具备病案质量控制功能，能满足门（急）诊、住院病案首页数据上报，医院病案基本信息的采集，医疗质量指标数据的统计与分析。
（四十四）建立抗菌药物分级管理制度，严格按照《抗菌药物临床应用管理办法》等有关规定，建立本院抗菌药物遴选、采购、处方、调剂、临床应用和药物评价的管理制度和具体操作流程，确定抗菌药物分级管理目录、医师抗菌药物处方权限和医师会诊权限，并定期调整。	A	44.1 严格按照《抗菌药物临床应用管理办法》等有关规定，建立本院抗菌药物遴选、采购、处方、调剂、临床应用和药物评价的管理制度和具体操作流程，并组织实施。
	B	44.2 建立抗菌药物临床应用管理制度和具体操作流程，明确职责，确定抗菌药物分级管理目录。
	B	44.3 确定医师抗菌药物处方权限和医师会诊权限，有医师权限目录，并定期调整。
	A	44.4 加强碳青霉烯类和替加环素等重点抗菌药物专档管理。严格执行国家有关围手术期（特别是Ⅰ类清洁切口）预防性应用抗菌药物管理的相关规定。
（四十五）建立临床用血审核制度。严格落实国家关于医疗机构临床用血的有关规定，设立临床用血管理委员会或工作组，制定本院临床合理用血管理制度，完善管理机制和具体流程。保障急救用血治疗需要。	B	45.1 设立临床用血管理委员会或工作组，成员由医务部门、输血科、麻醉科、开展输血治疗的主要临床科室、护理部门、手术室等部门负责人组成，有职责、工作计划、工作记录。
	A	45.2 严格落实国家关于医疗机构临床用血的有关规定，制定临床合理用血管理制度和工作规范，有输血申请审核登记和用血报批登记制度，完善管理机制和具体流程。建立保障急救用血治疗的机制。
	B	45.3 主管部门和科室能按照制度和流程要求检查落实情况，定期总结分析，对存在问题及时整改。

(四十六) 建立信息安全管理制度。明确医院主要负责人是患者诊疗信息安全管理第一责任人。依法依规建立覆盖患者诊疗信息管理全流程的制度和技術保障体系。	B	46.1 建立信息安全管理制度。明确医院主要负责人是患者诊疗信息安全管理第一责任人，科主任是本科室患者信息安全管理第一责任人。
	B	46.2 依法依规建立覆盖患者诊疗信息管理全流程的制度和技術保障体系，完善组织架构、建立责任分工、安全管理范围、信息访问权限、应急处置方法等制度体系，明确管理部门和职责，培训落实信息安全等级保护等有关要求。
	A	46.3 建立患者诊疗信息安全风险评估和应急工作机制，制定应急预案并定期组织信息安全应急演练。
	B	46.4 建立完整的信息安全技术体系，从信息产生、传输、存储、交换、调阅等各个环节，对用户身份识别、用户鉴权、网络入侵监测等方面进行安全管理。
(四十七) 确保实现本院患者诊疗信息管理全流程的安全性、真实性、连续性、完整性、稳定性、时效性、溯源性。对员工使用患者诊疗信息实行授权管理，明晰责权，为员工使用患者诊疗信息提供便利和安全保障。	B	47.1 有涵盖本院患者诊疗信息管理全流程的相关制度并培训落实，确保实现本院患者诊疗信息管理全流程的安全性、真实性、连续性、完整性、稳定性、时效性、溯源性。
	B	47.2 有对员工使用患者诊疗信息实行授权管理的制度与流程，明确责权。实行信息系统操作权限分级管理，为员工使用患者诊疗信息提供便利和安全保障。
	B	47.3 主管部门每半年组织开展患者诊疗信息安全自查工作，不断提升患者诊疗信息安全防护水平。

三、医疗技术临床应用管理

(四十八) 医院开展医疗技术服务应当与其技术能力相适应。医疗技术临床应用应当遵循科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理的原则。	B	48.1 医疗技术服务项目符合医院执业许可证中诊疗科目范围要求，与其功能任务相适应。包括但不限于对医务人员的技能要求，对相应的药品、设备设施功能要求，对开展该项医疗技术的环境要求。
	A	48.2 有指定部门负责医疗技术管理工作，制定与医院技术能力相适应的医疗技术目录。医疗技术临床应用应当遵循科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理的原则。

（四十九）医院在医疗质量管理委员会下设立医疗技术临床应用管理专门组织。人员组成和功能任务符合《医疗技术临床应用管理办法》要求。	B	49.1 医疗质量管理委员会应当下设医疗技术临床应用管理的专门组织，由医务、质量管理、药学、护理、院感、设备等部门负责人和具有高级技术职务任职资格的临床、管理、伦理等相关专业人员进行组成，由医院主要负责人担任负责人，工作职责明确。
	B	49.2 医疗技术临床应用管理专门组织履行医疗技术临床应用管理职责，有工作计划、工作记录，可追溯。
（五十）医院开展医疗技术临床应用应当具有符合要求的诊疗科目、人员、设备、设施和质量控制体系，并遵守相关技术临床应用管理规范。	B	50.1 遵守相关技术临床应用管理规范。开展医疗技术临床应用与诊疗科目一致。
	B	50.2 医疗技术临床应用开展前应审查专业技术人员能力并授权。开展相关医疗技术的设备、设施功能完好，符合要求。
	B	50.3 建立医疗技术临床应用质量控制体系，有重点医疗技术实施路径或操作规范，有重点医疗技术临床应用质量管理的指标，定期分析、反馈，持续改进。
（五十一）医院开展限制类医疗技术，应当按照《医疗技术临床应用管理办法》履行自我评估和备案程序。	B	51.1 医院开展限制类技术，应当按照《医疗技术临床应用管理办法》进行自我评估，内容包括但不限于对医院、开展人员、技术管理、设备设施和环境等方面的基本要求。
	B	51.2 自我评估结果报医疗技术临床应用管理专门组织审核。
	B	51.3 开展首例临床应用后 15 个工作日内，向核发其《医疗机构执业许可证》的卫生健康行政部门备案，完成备案后，在《医疗机构执业许可证》副本备注栏予以注明。
（五十二）未经伦理委员会审查通过的医疗技术，特别是限制类医疗技术和存在重大伦理风险的医疗技术，不得应用于临床。	B	52.1 未经医学伦理委员会审查通过和存在重大伦理风险的医疗技术不得应用于临床。
	B	52.2 主管部门定期对限制类医疗技术进行检索、评价、反馈、整改。

（五十三）制定本机构医疗技术临床应用管理目录并及时调整，对目录内的手术进行分级管理。	B	53.1 制定医疗技术临床应用管理目录并及时调整。
	A	53.2 根据风险性和难易程度不同，将手术目录中的手术进行分级管理，并根据手术开展情况定期调整。
（五十四）建立医师手术授权与动态管理制度，根据医师的专业能力、临床实践、手术质量安全和培训情况，授予或者取消相应的手术级别和具体手术项目权限。	A	54.1 建立医师手术授权制度，根据医师的专业能力、临床实践、手术质量安全和培训情况，授予或取消相应手术级别和具体手术项目权限。
	A	54.2 建立动态管理机制。明确取消和增加医师手术授权的情形，并有相应调整记录。
	A	54.3 建立医师手术质量监测机制，供定期调整授权时参考、决策。主管部门履行监管职责，无越级手术或未经授权擅自开展手术的案例。
（五十五）医院依法准予医务人员实施与其专业能力相适应的医疗技术，并为医务人员建立医疗技术临床应用管理档案，纳入个人专业技术档案管理。	A	55.1 医院依法准予医务人员实施与其专业能力相适应的医疗技术。建立医务人员医疗技术临床应用管理档案，内容包括但不限于准予医务人员开展的医疗技术目录、医疗技术开展的质量情况、医疗技术差错事故、医疗技术培训考核情况等。
	B	55.2 医疗技术临床应用管理档案纳入个人专业技术档案管理。
（五十六）建立医疗技术临床应用论证制度。对已证明安全有效，但属本院首次应用的医疗技术，应当组织开展技术能力和安全保障能力论证并进行伦理审查。	B	56.1 建立医疗技术临床应用论证制度，包括准入、申报、审批、反馈、退出等管理流程，对论证需要提供的材料及论证程序有明确规定。
	A	56.2 对已证明安全有效，但属本院首次应用的医疗技术，应当组织开展技术能力和安全保障能力论证，且通过伦理审查。
	B	56.3 医务人员熟知上述制度与流程，并认真落实，监管资料完整，无违规擅自开展医疗技术案例。

（五十七）建立医疗技术临床应用评估制度，对限制类技术的质量安全和技术保证能力进行重点评估，并根据评估结果及时调整本院医疗技术临床应用管理目录、医师相关技术临床应用权限和有关管理要求。	B	57.1 建立医疗技术临床应用评估制度。对开展的医疗技术临床应用进行评估，重点评估限制类技术的质量安全和技术保证能力，评估内容包括但不限于接受该项医疗技术的患者评估（适应证和禁忌证、临床应用效果和患者生存质量、不良反应、死亡、医疗事故）、环境评估和设备设施评估等。
	B	57.2 遵循科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理的评估原则，评估指标量化。
	B	57.3 根据评估结果及时调整本院医疗技术临床应用管理目录、管理要求及医师相关技术临床应用权限。
（五十八）建立医疗技术临床应用质量控制制度，以限制类技术为重点，制定本院医疗技术质量控制指标，加强信息收集、分析与反馈，持续改进技术临床应用质量。	B	58.1 建立医疗技术临床应用质量控制制度，覆盖医疗技术临床应用的全过程。以限制类技术为重点，制定本院医疗技术质量控制指标，须符合国家和省级管理要求。
	A	58.2 各科室根据开展的医疗技术，制定本科室医疗技术临床应用质控指标，关注日常开展的医疗技术。科室质量与安全小组定期对质量控制指标数据进行分析、改进。
	B	58.3 主管部门履行监管职责，定期检查，对指标数据进行评价、反馈，持续改进医疗技术临床应用质量。
（五十九）建立医疗技术临床应用规范化培训制度。重视医疗技术临床应用管理人才队伍的建设和培养。	B	59.1 建立医疗技术临床应用规范化培训制度，有培训大纲、培训计划和考核标准，培训内容包括但不限于对法律法规、规章规范以及专项技术的学习。医务人员经过规范化培训并考核合格后，才能开展医疗技术临床应用。
	B	59.2 重视医疗技术临床应用管理人才队伍的建设和培养，进行管理学理论及方法的培训，强化自我管理意识，提高管理水平和技能。
（六十）医院开展的限制类技术目录、手术分级管理目录和限制类技术临床应用情况应当纳入医院院务公开范围，接受社会监督。	B	60.1 将限制类技术目录、手术分级管理目录和限制类技术临床应用情况纳入院务公开范围，接受社会监督。
	B	60.2 采取适当方式进行院务公开，指定部门对院务公开内容进行管理，及时更新。

（六十一）医院按照规定停止出现相关情形的医疗技术临床应用，并按规定履行报告程序。	B	61.1 主管部门履行监管职责。出现下列情形之一的，应当立即停止该项医疗技术的临床应用： （1）该医疗技术被国家卫生健康委列为“禁止类技术”； （2）从事该医疗技术的主要专业技术人员或者关键设备、设施及其他辅助条件发生变化，不能满足相关技术临床应用管理规范要求，或者影响临床应用效果； （3）该医疗技术在本院应用过程中出现重大医疗质量、医疗安全或者伦理问题，或者发生与技术相关的严重不良后果； （4）发现该项医疗技术临床应用效果不确切，或者存在重大质量、安全或者伦理缺陷。出现第 2-4 项情形时，主管部门应按照规定程序报告。
	B	61.2 临床科室在医疗技术临床应用过程中出现不良事件应按规定程序报告，属于规定中需立即停止情形的，应立即停止该项医疗技术的临床应用，并向医院主管部门报告，主动申请撤销备案，并向社会公示。
（六十二）医院按照要求，及时、准确、完整地向全国和省级医疗技术临床应用信息化管理平台逐例报送限制类技术开展情况数据信息。	B	62.1 有上报机制，及时、准确、完整地向国家和（或）省级医疗技术临床应用信息化管理平台逐例报送限制类技术开展情况数据信息。建立数据信息内部验证机制，确保数据真实，符合上报要求。
	B	62.2 主管部门对上报情况定期进行分析反馈，不断改进上报质量。
（六十三）医院承担限制类技术临床应用规范化培训工作的，应当达到国家和省级卫生健康行政部门规定的条件，制定培训方案并向社会公开，同时履行备案程序。	B	63.1 承担限制类技术临床应用规范化培训工作的医院，应当满足相应的技术临床应用管理规范规定的培训条件： （1）开展相关限制类技术临床应用 3 年以上且已备案； （2）具备所需的软、硬件条件； （3）有足够的本院培训师资； （4）有相应的管理制度、培训方案、课程设置、考核方案。
	B	63.2 承担限制类技术临床应用规范化培训工作的，应当制定培训方案，培训内容包括但不限于相关法律法规、规章制度、技术规范、操作技能、伦理道德教育、限制类技术质控指标、病历书写、患者随访等，并以发布招生公告等形式向社会发布。及时履行备案程序。

（六十四）医院承担限制类技术临床应用规范化培训工作的，应当建立培训规章制度及流程，明确岗位职责和管理要求，加强学员管理，建立学员培训档案，按照培训方案和计划开展培训工作，保障培训质量。	B	64.1 制定限制类技术临床应用规范化培训规章制度及流程，明确岗位职责和管理要求。按照培训方案和计划开展培训工作，按照国家或省级卫生健康行政部门统一的培训标准和要求，制定培训方案和计划，培训教材和大纲要满足培训要求，保障培训质量。
	B	64.2 考核包括过程考核和结业考核，过程考核包括但不限于医德医风、出勤、理论学习、日常临床实践、培训指标完成情况和参加业务学习情况等；结业考核包括理论考核和临床实践能力考核。
	B	64.3 加强学员管理，建立学员培训档案，确保培训质量和效果。档案内容可以包括医师基本信息、培训的起止时间、参加相关技术诊疗工作或手术培训的例数、参与技术应用的质量安全情况、参与相关技术全过程管理的患者例数、考核结果等。

四、医疗安全风险防范

（六十五）以减少诊疗活动对患者的伤害为目标，建立医疗质量（安全）不良事件信息采集、记录和报告相关制度和激励机制。有对本院医疗质量（安全）不良事件及管理缺陷进行统计分析、信息共享和持续改进机制。	A	65.1 建立医疗质量（安全）不良事件信息采集、记录、报告制度；有网络直报等多种途径方便上报，有部门统一收集、核查、统计分析、上报，相关人员知晓制度与流程要求并落实。
	A	65.2 对不良事件实施分级、分类管理，有不良事件分类目录，员工知晓。科室有开展医疗质量（安全）不良事件根本原因分析、讨论，采取防范措施及持续改进。
	A	65.3 主管部门定期对不良事件及管理缺陷进行统计分析，做到信息共享；针对存在的系统风险有相应解决方案并实施，持续改进机制运转顺畅。
	B	65.4 以减少诊疗活动对患者的伤害为目标，鼓励主动上报医疗质量（安全）不良事件，建立激励机制。

(六十六)落实《医疗纠纷预防和处理条例》，加强医疗风险管理，完善医疗风险的识别、评估和防控措施并定期检查落实情况，及时消除隐患。	B	66.1 落实《医疗纠纷预防和处理条例》，加强医疗风险管理，有医疗风险管理方案并定期修订。
	B	66.2 识别、评估医院内部存在的医疗风险点，根据负性事件发生的概率、严重性等指标对医疗风险进行分级。
	A	66.3 员工知晓本部门及本岗位医疗风险，并有针对性的风险防控措施，包括但不限于医疗风险的知识培训、风险识别评估、预警、控制、避让和风险分担等措施。
	A	66.4 定期检查医疗风险的防控措施落实情况，及时消除隐患。
(六十七)落实《关于推进医院安全秩序管理工作的指导意见》，维护正常医疗秩序，保护医务人员人身安全，为医患双方营造良好诊疗环境。	B	67.1 落实《关于推进医院安全秩序管理工作的指导意见》等有关规定要求，维护正常医疗秩序，保护医务人员人身安全。
	B	67.2 加强医院保卫队伍建设，根据人流量、地域面积等情况，配齐配强专职保卫人员，聘用足够的保安员。
	A	67.3 加强医院物防设施建设，为在岗保卫人员和保安员配备必要的通讯器材和防护用品。医院供水、供电、易燃易爆物品存入等重点要害部位安装安全防护设施。
	A	67.4 加强医院技防系统建设，建立完善入侵报警系统、视频监控系统、出入口控制系统和电子巡查系统，设置安全监控中心，重点区域视频监控全覆盖。
	A	67.5 有序开展安检工作，建立安全检查制度，配备金属探测门、微量 X 射线安全检查设备、手持式金属探测器等安检设备。

(六十八) 建立健全医患沟通机制和投诉管理制度。实行“首诉负责制”。投诉相关信息用于医疗质量管理的持续改进。	B	68.1 建立健全医患沟通机制和投诉管理制度，有投诉处置流程。
	A	68.2 实施“首诉负责制”，设置统一的投诉管理部门、配备专（兼）职人员，在医疗机构醒目位置公布投诉电话，并向社会公开，方便患者投诉或者咨询。对投诉处置有明确时限规定，告知患者投诉处置结果。
	B	68.3 定期分析相关投诉信息，以共性的投诉问题开展警示教育并制定防范措施，加强对医务人员医患沟通技巧的培训，提高医患沟通能力；组织开展相关的演练。
	A	68.4 医院重大突发事件、涉法纠纷、医疗纠纷等涉法事项的处置应有法律顾问的参与。医院定期对投诉、纠纷、诉讼案件等开展评析，对发现的法律风险点，督促整改、不断完善医院法治制度，确保医疗质量安全。
(六十九) 建立药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件监测报告制度，定期评估相关事件并及时反馈临床，按照国家有关规定向相关部门报告	B	69.1 建立药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件监测报告制度，有报告流程并落实，涉及患者的内容记入病历。
	A	69.2 定期评估药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件并及时反馈至临床。有降低药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件漏报的方法和改进措施。
	B	69.3 通过药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件直报系统，按照国家有关规定向相关部门报告，可追溯。
(七十) 有对深静脉血栓中高危患者评估、识别、预防、诊断和处置的制度和流程并开展全员培训。	B	70.1 建立院内深静脉血栓管理组织；制定院内 VTE 防治管理制度或防治管理手册、应急预案及处理流程，并组织培训与教育，员工知晓。
	A	70.2 制定深静脉血栓中高危患者评估、识别、预防、诊断和处置的制度和流程，纳入相关疾病诊疗规范，并借助信息化手段对住院患者进行 VTE 风险评估并落实。
	B	70.3 主管部门定期开展质控，监督检查、分析、反馈与改进。

(七十一) 关注院内安全, 有针对心跳骤停、昏迷、跌倒等高风险意外事件的应急措施和救护机制, 保障全院任何区域内均能及时提供紧急救治和生命支持服务。	A	71.1 全院分区负责及时提供紧急救治和高级生命支持服务, 有针对心跳骤停、昏迷、跌倒等高风险意外事件的应急措施和救护机制。
	A	71.2 定期开展应对高风险意外事件应急演练, 确保员工掌握处置要求, 对员工高风险意外事件的处置进行培训及考核。
	B	71.3 保障全院任何区域内均能及时提供紧急救治和生命支持服务。
	B	71.4 主管部门定期督导、检查、分析、评价、改进, 有效降低跌倒等意外事件的发生。
(七十二) 关注分娩安全, 有控制分娩疼痛和减少分娩损伤的制度、技术规范和流程。	B	72.1 建立安全分娩、控制分娩疼痛、减少分娩损伤的管理制度并落实。
	B	72.2 根据法律法规和行业规范要求, 制定分娩技术规范及流程, 以控制分娩疼痛和减少分娩损伤。
	B	72.3 制定控制分娩疼痛与减少分娩损伤的质控指标, 分析相关因素并持续改进。

五、诊疗质量保障与持续改进

(七十三) 门、急诊(含发热、肠道门诊, 下同)布局符合相关规定, 能满足临床管理工作。建立门、急诊管理制度和 workflows、突发应急事件处置预案并组织实施。	B	73.1 门、急诊布局科学、合理, 体现“以患者为中心”的理念, 并符合相关规定, 能满足临床管理工作。急诊科入口通畅, 有醒目的路标和标识, 并设有救护车通道和专用停靠处。
	B	73.2 制定符合《医疗机构门急诊医院感染管理规范》的门、急诊管理制度和 workflows, 并落实。
	A	73.3 制定门、急诊突发应急事件处置预案, 并定期组织培训与演练。

(七十四)加强门、急诊专业人员和技术力量配备,根据门、急诊就诊患者流量和突发事件调配医疗资源,做好资源调配。对门、急诊医务人员开展技术和技能专业培训。	B	74.1 根据门、急诊就诊患者流量,合理配置门、急诊专业技术人员和技術力量,满足门、急诊患者诊疗需求。
	B	74.2 有针对门、急诊就诊患者流量变化和突发事件的人员、设备等医疗资源调配机制及应急预案。定期分析门、急诊流量和突发事件情况,及时调整门、急诊医疗资源配置。
	B	74.3 有门、急诊医务人员的技术和技能的专业技术培训计划并组织落实。
(七十五)实行预检分诊制度,门、急诊规范设置预检分诊场所,完善预检分诊流程	B	75.1 制定预检分诊制度,完善预检分诊流程,对急诊患者进行分级管理,实施分类救治。
	B	75.2 规范设置预检分诊场所,相对独立,标识导向醒目易懂。
	A	75.3 分诊台有消毒隔离条件及个人防护用品,配置相关医疗设施设备。配备有经验的医务人员从事预检分诊工作,通过预检,有效分诊疑似传染病、发热等患者,患者信息登记完整,交接流程清晰。
	B	75.4 主管部门履行监管职责,定期评价、分析、反馈,不断优化流程,确保预检分诊制度的正确执行。
(七十六)把门、急诊工作质量纳入临床各科室质量管理范围,作为考核科室和医务人员的重要内容。	A	76.1 把门、急诊工作质量纳入临床各科室质量管理范围,科室对门、急诊的工作质量管理有自查、分析和改进。
	B	76.2 把门、急诊工作质量作为考核科室和医务人员的重要内容,并落实。

(七十七) 有急危重症患者“绿色通道”。建立院前急救、院内急诊与住院或转诊的连贯性医疗服务流程，并定期进行评价和持续改进。	B	77.1 建立针对急危重症患者的院内急诊、住院（含处置）和转诊的绿色通道机制，提供院前急救、院内急诊与住院或转诊的连贯性医疗服务，包括但不限于涉及病种、流程、财务和标识等内容。
	B	77.2 有为急危重症患者住院备床、备手术间的机制，定期调整备床数量，满足急危重症患者住院及手术需求。
	A	77.3 建立有急危重症患者抢救“绿色通道”，有根据病情分级实施分区治疗相关标准、规定及有效衔接的工作流程。员工知晓绿色通道的实施范围及流程，并落实。
	B	77.4 主管部门定期督导评价，对“绿色通道”和医疗服务流程的连续性、时效性进行汇总、分析、反馈并持续改进。
(七十八) 有创伤、脑卒中、急性心肌梗死、高危孕产妇及新生儿等急危重症病种和重点人群服务规范和流程。	A	78.1 有创伤、脑卒中、颅脑损伤、急性心肌梗死、急性心力衰竭、急性呼吸衰竭等急危重症病种的服务规范和流程，并落实。
	A	78.2 有高危孕产妇及新生儿等重点人群服务规范和流程，并落实。
	A	78.3 急诊服务体系中相关部门及科室责任明确，各司其职，确保患者能够获得连贯、及时、有效的救治。相关科室与人员知晓急诊服务流程并执行，需要时能在规定时间内进行急诊会诊。
(七十九) 优化门、急诊服务，实施多种形式的预约诊疗服务，逐步提高患者预约就诊比例。及时公开出诊信息。开展多学科诊疗，方便患者就医。	A	79.1 优化门、急诊服务，有明确的服务流程、质量指标，实施多种形式的预约诊疗服务，并逐步提高患者预约就诊比例。
	A	79.2 及时公开出诊信息，方便患者及时获取预约诊疗信息，对变动出诊时间提前公告；有专门部门和专职人员负责统一预约管理和协调工作。
	A	79.3 门诊开展多学科诊疗，有多学科诊疗的规范流程，提高患者就医质量。

(八十)优化就诊环境。就诊环境清洁、舒适、安全。为患者提供就诊接待、引导、咨询服务。急诊与门诊候诊区、医技部门等均有清晰、规范、醒目、易懂的标识。	B	80.1 医院门诊布局符合患者就诊流程要求和医院感染管理要求；门诊工作区满足患者就诊需要，有等候休息区和候诊排队提示系统。
	B	80.2 相关科室、路径与服务标识清晰、规范、醒目、易懂，服务区域功能或路径变化时，及时变更标识。
	A	80.3 为患者提供就诊接待、引导、咨询服务，就诊环境清洁、舒适、安全，及时维护，有就诊环境质量的量化标准，定期检查。有各种便民措施与服务，相关人员熟知服务流程。
(八十一)完善患者入院、出院、转科、转院服务管理工作制度和标准，为急诊患者入院制定合理、便捷的相关制度与流程。加强转科、转院患者的交接管理。	B	81.1 有患者入院、出院、转科、转院服务管理工作制度和流程。
	A	81.2 患者转运前，有医护人员根据病情、转运时间、方式等因素，完成转运风险评估，对在转运中可能出现的风险进行防范；对生命体征不稳定或可能出现不稳定的患者，有医护人员陪同转运，有生命体征监护或维持的设备帮助患者转运。
	A	81.3 有合理、便捷的急诊患者优先入院制度及流程，且执行到位，确保急诊绿色通道畅通。
	A	81.4 有定期的流程检查评估，确保流程通畅和连贯，保障患者安全。
(八十二)有为老年人就医提供方便，对老年人就医予以优先的举措。	B	82.1 有构建适老化就医环境的举措，优化老年人进行医疗机构的预检流程，通畅老年人就诊便利通道。
	B	82.2 提供多渠道预约挂号服务，提供方便老年人预约挂号的方式，优化线上线下服务流程。
	A	82.3 主管部门定期开展督导、检查、反馈和改进；老年人对就医的满意度不断提升。

(八十三) 加强出院患者健康教育, 为出院患者提供规范的出院医嘱和康复指导意见, 建立出院患者随访制度并组织实施。	B	83.1 开展健康教育和健康促进, 有完善的出院患者健康教育制度和流程, 临床医生为出院患者开具规范的出院医嘱、健康教育和康复指导, 在出院记录中体现。
	A	83.2 有出院患者随访制度, 对出院后需继续治疗、康复和定期复诊的患者进行随访。采取电话随访、上门随诊、接受咨询以及各种信息手段等多种形式对患者进行饮食、运动、心理、康复、用药等健康指导, 并有随访记录。
(八十四) 建立各专科常见疾病的临床诊疗规范和技术操作流程, 由具有法定资质的医务人员按照制度、程序、规范和流程对患者进行疾病诊断、评估并制定诊疗计划。对疑难危重患者、恶性肿瘤患者, 实施必要的多学科评估和综合诊疗。	B	84.1 建立各专科常见疾病的临床诊疗规范和技术操作流程, 并建立完善的疑难危重患者、恶性肿瘤患者多学科评估和综合诊疗的相关制度与程序, 并及时更新, 员工知晓并落实。
	A	84.2 由具有法定资质的医务人员按照制度、程序、规范和流程对患者进行疾病诊断、评估并制定诊疗计划。并持续落实到位。
	A	84.3 对疑难危重患者、恶性肿瘤患者实施必要的多学科评估和综合诊疗。
(八十五) 对住院患者实施营养评估, 为患者提供营养膳食指导, 提供营养配餐和治疗饮食, 满足患者治疗需要。对特殊、疑难、危重及大手术患者提供营养会诊, 按需提供营养支持方案, 并记入病历。	B	85.1 成立临床营养管理委员会及特殊医学用途配方食品管理工作小组, 规范设立营养科, 具备与其功能和任务相适应的场所、设施、仪器设备等条件, 专业技术人员层次、结构合理, 建立系统的营养科规章制度并落实。
	B	85.2 开展住院患者营养筛查、评价、诊断和治疗。逐步开展住院患者营养筛查工作, 了解患者营养状况。建立以营养筛查-评价-诊断-治疗为基础的规范化临床营养治疗路径, 依据营养阶梯治疗原则对营养不良的住院患者进行营养治疗, 并定期对其效果开展评价。
	B	85.3 为患者提供营养膳食指导, 提供营养配餐和治疗饮食, 满足患者治疗需要。
	A	85.4 营养科积极参与多学科诊疗, 组建营养支持团队; 接受特殊、疑难、危重、大手术及多学科诊疗患者的营养会诊; 按需提供营养支持方案, 按规定记入病历。

(八十六)实施手术患者评估制度,合理制定诊疗和手术方案。建立重大手术报告审批制度,有急诊手术管理措施,保障急诊手术安全。	A	86.1 建立手术患者评估与术前讨论制度,为每位手术患者制定适宜的手术治疗计划或诊疗方案。
	A	86.2 建立并严格落实重大手术审批制度和流程,明确重大手术的范围,员工知晓。
	A	86.3 有急诊手术管理措施,落实急诊手术优先和手术资源应急保障机制,保障急诊手术安全,有量化的急诊手术质控指标。
(八十七)手术的全过程情况,术后注意事项,手术后治疗、观察与护理情况及时、准确地记入病历;手术的离体组织必须做病理学检查,明确术后诊断。	B	87.1 按照病历书写规范,手术全过程情况应准确记入病历中。
	A	87.2 术后及时、规范记录手术后治疗、观察病情变化、手术效果、护理过程等情况。术后首次病程记录中注明术后治疗计划、注意事项,并落实。
	A	87.3 有离体组织的病理学检查的规定与流程,并落实;对病理报告与术中快速冰冻切片检查及术后诊断不一致时,有追踪与讨论的规定与程序,其结果有记录。
(八十八)完善日间手术质量安全管理制度和评估工作机制。制定并向社会公开本院日间手术病种和技术目录,明确手术适应证范围、麻醉方式、主要风险。加强日间手术病历管理,重视日间手术患者宣教和随访。	B	88.1 完善日间手术质量安全管理制度和评估工作机制,指定部门负责日间手术管理。
	A	88.2 制定并向社会公开本院日间手术病种和技术目录。制定日间手术操作规范,明确手术适应证范围、麻醉方式、主要风险。建立日间手术后风险防范、院内和院外应急预案,确保应急处置绿色通道畅通。
	A	88.3 加强日间手术病历管理,重视日间手术患者宣教和随访,有随访记录,可追溯。
	B	88.4 制定相应的日间手术质控指标,定期评估日间手术病种和技术的风险。

（八十九）手术麻醉人员配置合理。实行患者麻醉前病情评估制度。有麻醉后复苏室，规范全程监测并记录麻醉后患者恢复状态，防范麻醉并发症的措施到位。制定术后镇痛治疗管理规范 and 流程并严格执行。	B	89.1 手术麻醉人员配置合理，岗位职责明确，能满足业务范畴和临床工作量需要；相关人员经过严格的专业理论和技能培训与考核。
	A	89.2 实行患者麻醉前病情评估制度，所有患者在麻醉前完成病情评估、脏器功能评估和其他必要的评估。由有资质和授权的麻醉医师进行患者麻醉前病情评估和麻醉前讨论，预期术中（麻醉中）可能需要医患沟通的，术前应当告知患方，明确术中的授权委托人，患者麻醉前及变更麻醉方式的知情同意率和执行手术安全核查率达 100%。
	A	89.3 麻醉后复苏室床位与手术台比不低于 1:3；监护等必需设备满足需求；落实复苏室转入、转出标准和流程。
	B	89.4 麻醉的全过程在病历或麻醉单上得到充分体现，麻醉单及相关记录真实、准确、完整、符合规范，患者的复苏监护和处理记录真实、准确、完整。
	B	89.5 建立麻醉并发症的预防措施，开展麻醉并发症监测、分析与反馈、改进。
	B	89.6 有效执行术后镇痛治疗管理的规范与流程，相关人员掌握并执行核心制度、岗位职责、诊疗规范、技术操作常规并严格遵循。
	A	89.7 科室定期开展麻醉质量指标分析与评价，对存在问题有整改，主管部门履行监管职责，定期开展麻醉质量评价与改进。
（九十）根据《传染病防治法》等相关法律、法规要求设置感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊，其建筑规范、医疗设备和设施、人员符合规定。按计划对工作人员进行相关培训。	A	90.1 设置有感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊，其建筑规范、医疗设备和设施、人员符合规定。
	B	90.2 感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊的各项规章制度与工作流程符合相关管理规范；有感染性疾病患者就诊流程规定并公示。
	B	90.3 定期对工作人员进行相关培训，对传染病诊疗、防控及院感相关制度及流程、标准预防措施的落实情况进行定期对自查，发现问题及时改进。主管部门履行监管职责，定期评价、分析、反馈、整改，感染性疾病收治符合规范。

(九十一)实施精神类疾病治疗的医院与医师需具备卫生健康行政部门规定的诊疗科目及医师资质;医院明确精神类治疗服务范围并为患者提供适当的医疗保护措施,向近亲属或授权委托人提供医疗保护措施的知情同意和教育。	B	91.1 实施精神类疾病治疗的医院与医师需具备卫生健康行政部门规定的诊疗科目及医师资质。
	B	91.2 明确精神类治疗服务范围,根据法律法规和行业指南制定本院经治的精神类疾病诊疗规范,建立患者入院评估、住院说明、诊疗规范、疗效评估以及病历书写等相关制度。
	B	91.3 为患者提供适当的医疗保护措施,向近亲属或授权委托人提供医疗保护措施的知情同意和教育。
(九十二)实施精神类疾病治疗的医院为精神障碍患者共病其他躯体疾患提供多学科联合诊疗服务,有常见并发症的预防规范与风险防范流程,有相关培训教育。为精神障碍患者提供出院康复指导与随访。	B	92.1 有会诊流程或多学科联合诊疗模式对精神障碍者的其他躯体疾患开展诊疗服务,及时、规范和全面的开展精神障碍者的躯体疾病的诊疗。
	B	92.2 有常见并发症的预防规范与风险防范流程,有相关培训教育,员工知晓。
	B	92.3 为精神障碍患者提供出院康复指导与随访,有记录可追溯。主管部门定期督导。
(九十三)医院开展介入诊疗技术,专业设置、人员配备及其设备、设施符合《放射诊疗管理规定》和相关介入诊疗技术管理规范要求。按照技术适应证规范技术操作并开展质量控制。有介入诊疗器械登记制度,保证器械来源可追溯。	B	93.1 医院开展介入诊疗技术,具备卫生健康行政部门颁发的介入诊疗许可,定期校验。
	B	93.2 人员配备及其设备、设施符合《放射诊疗管理规定》和相关介入诊疗技术管理规范要求。介入医师具备相应的资质和授权,接受定期学习和培训。
	B	93.3 根据法律法规和行业指南制定介入诊疗操作规范,严格执行并定期修订,按照技术适应证规范技术操作并开展质量控制。能提供 24 小时诊疗服务,急诊绿色通道快捷、完善。
	B	93.4 对介入诊疗器械实施全流程管理,有介入诊疗器械使用登记制度,一次性器械条码纳入病历,保证器材来源可追溯。
	A	93.5 建立介入诊疗质控指标体系,优化介入诊疗操作流程,定期分析、评价、反馈与改进。

(九十四)开展血液净化技术应当符合相关法律法规及行业管理要求。有质量管理体系、安全保障措施和紧急处理预案。	B	94.1 血液透析经卫生健康行政部门批准并进行执业登记。人员、分区布局、设施设备及院感控制流程均符合行业管理要求。有完善的血液透析各项规章制度、应急预案和操作规程并定期更新。
	A	94.2 严格执行规范的血液透析操作流程,开展院感监测并落实院感防控相关措施,熟练掌握透析相关并发症的处理流程和紧急意外等涉及医疗安全紧急情况的处理预案并开展演练。
	B	94.3 建立全流程的血液净化质量管理和控制制度。并根据国家发布的相关医疗质量控制指标开展质控工作。
(九十五)血液透析机与水处理设备符合要求。透析液的配置符合要求,透析用水化学污染物、透析液细菌及内毒素检测达标。血液透析器复用执行《血液透析器复用操作规范》。	A	95.1 血液透析机与水处理设备符合要求,设备档案、操作运行和维护、水处理设备的消毒符合相关要求。对透析液、透析用水质量的监测有制度、计划及执行流程。血液透析器复用处理设备设施、方法及流程符合相关要求。
	B	95.2 配液室环境卫生符合要求,按相关要求落实透析液配置操作规程;透析液、透析用水采样及实验方法正确,监测结果有分析、评估、预警、干预,并评估干预效果。
	B	95.3 血液透析器复用执行《血液透析器复用操作规范》。
(九十六)开展放射治疗技术应当依法取得《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配置许可证》,布局、设备设施符合《放射诊疗管理规定》和国家相关标准。有放射治疗装置操作和维护维修制度、质量保证和检测制度和放射防护制度,并严格执行。	B	96.1 具有卫生健康行政部门核准的“放射治疗”诊疗科目。机房建筑符合国家相关要求,放射治疗设备获得卫生健康行政部门核准的《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配置许可证》。
	A	96.2 根据需求配备相应资质的专业技术人员,结构合理,具备开展放射治疗的基本技术。有放射诊疗各级各类人员岗位职责与技术能力标准,实行授权管理。
	B	96.3 有明确的部门负责放射防护管理,有患者与工作人员放射防护制度并落实。
	B	96.4 有放射治疗装置操作规范和维护维修制度、质量保证和检测制度,并严格执行。

(九十七)实施放射治疗应当有明确的规范与流程,有医学物理人员参与制订治疗计划,保证放射治疗定位精确与计量准确。有放射治疗意外应急预案及处置措施。	B	97.1 根据法律法规和行业指南制定相关疾病的放射诊疗规范与流程,定期修订并落实。
	A	97.2 有医学物理人员参与制定治疗计划,保证放射治疗定位精确与计量准确,对放射治疗有效果评价,有放射治疗后患者随访。
	A	97.3 有放射治疗意外应急预案及处置措施,定期演练,员工知晓。
(九十八)医院开展诊断核医学、脑电图、肌电图等特殊诊疗技术,应当符合国家法律法规及卫生健康行政部门规章标准的要求。	B	98.1 医院开展诊断核医学、脑电图、肌电图等特殊诊疗技术,应当符合国家法律法规及卫生健康行政部门规章标准的要求,满足临床科室诊疗需求。
	B	98.2 根据法律法规和行业指南,制定并定期修订本院特殊诊疗技术的诊疗方案及操作流程,建立质控标准,并有效落实。
	A	98.3 特殊检查室相关设备按规定进行计量监测;卫生技术人员应依法获得资质,落实授权管理,由具备专业资质的执业医师出具诊断报告。
(九十九)特殊检查室设计及空间区域划分应符合特殊检查需求。能将有害光、射线、磁场限制在检查患者所需的范围,避免医务人员及其他人员接触有害物质。有突发意外事故管理规范与应急预案并严格执行。	B	99.1 特殊检查室设计及空间区域划分应符合特殊检查需求,有醒目警示标识及告知,并能将有害光、射线、磁场限制在检查患者所需的范围,避免医务人员及其他人员接触有害物质。
	A	99.2 有突发意外事故管理规范并落实;有相关应急预案并开展演练。
(一百)开展日间化疗服务应当明确规定日间化疗服务适用范围,集中配置化疗药物,有安全管理制度及质量保证措施。	B	100.1 明确日间化疗服务适用范围,有保证日间化疗服务实施的必要条件。参与化疗药物配置的人员必须经过培训并考核合格。
	B	100.2 有化疗药物集中调配的安全管理制度,并落实。
	A	100.3 建立日间化疗的操作流程及质量控制指标,定期监测、分析、反馈与改进。

六、护理质量保障与持续改进

（一百零一）建立扁平高效的护理管理体系，建立护理管理委员会，由医院人事、财务、医务、护理、后勤等相关部门主要负责人组成，主任委员由医疗机构主要负责人或者分管护理工作的负责人担任。依据法律法规、行业指南、标准，制定本单位护理工作发展规划、护理制度、常规和操作规程，实施护理管理、质量改进等工作。	A	101.1 建立简捷高效的护理管理体系。在本单位护理管理委员会的指导下，实行三级或二级管理层级，明确各级护理管理岗位任职条件。有护理工作发展规划、年度计划，符合医院总体规划和护理学科发展方向并有效执行，有总结评价。
	A	101.2 建立护理管理委员会，委员会成员应当包含与护理工作密切相关的部门，并制定委员会职责和工作制度，定期研究护理质量与安全问题，提出改进策略并落实。
	B	101.3 依据法律法规、行业指南、标准，制定护理制度、护理常规和操作规程，定期修订。并根据科室执行落实情况，开展护理质量管理工作，有监测、分析、反馈、指导改进。
（一百零二）护理人力资源配备与医院功能和任务相适应，有护理单元护理人员的配置原则，以临床护理工作量为基础，根据收住患者特点、护理级别比例、床位使用情况对护理人力资源实行弹性调配。临床护理岗位护士数量占全院护士数量不低于 95%。有紧急状态下调配护理人力资源的预案。	B	102.1 护理人力资源配备与医院功能和任务相适应，建立护士人力资源配置和弹性调配制度。
	A	102.2 以临床护理工作量为基础，根据收住患者特点、护理级别比例、床位使用情况对护理人力资源实行弹性调配。临床护理岗位护士数量占全院护士数量不低于 95%；医院全院病区护士与实际开放床位比不低于 0.5:1，重症监护病房护士与实际开放床位比不低于 2.5-3:1。
	B	102.3 护理管理部门有紧急状态下护理人力资源调配的预案，并有演练。确保有效应对突发事件或特殊情况下临床护理的紧急需要。
（一百零三）护理人员依法执业，实行分层级管理，有护理人员管理规定、实行岗位管理制度，明确岗位设置、岗位职责、岗位技术能力要求和工作标准。有护理人员在岗继续医学教育计划，保障措施到位，并有实施记录。	B	103.1 医疗机构严格落实《护士条例》《护士执业注册管理办法》等相关法律法规和规定，制定护理人员资质管理制度和审核程序，落实依法执业。
	B	103.2 实行岗位管理制度，明确岗位设置、岗位职责、岗位技术能力要求和工作标准。
	B	103.3 制定护理人员管理规定，根据临床护理能力、专业技术水平、工作年限、职称和学历等实行分级管理，各层级护士职业晋升路径及标准清晰。
	B	103.4 根据医院业务发展、岗位需求和护士职业成长规律，制定护理人员在岗继续医学教育计划，保障措施到位，并有实施记录。

（一百零四）建立基于护理工作量、质量、患者满意度并结合护理难度、技术要求等要素并以考核护理人员实际工作能力为核心的绩效考核制度，考核结果与护理人员的评优、晋升、薪酬分配相结合，调动护理人员积极性。	B	104.1 建立基于护理工作量、质量、患者满意度并结合护理难度、技术要求等要素为核心的绩效考核制度。绩效考核制度应当充分征求护理人员的意见和建议，并能提供多种途径方便查询。
	B	104.2 绩效考核结果与护理人员的评优、晋升、薪酬分配相结合，体现同岗同酬、多劳多得、优绩优酬，调动护理人员工作积极性。
（一百零五）依据《护士条例》等相关法律法规和规定，规范护理工作，落实优质护理服务。实施责任制整体护理，为患者提供全面、全程、专业、人性化的护理服务。	A	105.1 依据《护士条例》等相关法律法规和规定，规范护理工作，全面实施并持续深化优质护理服务，为患者提供全面、全程、专业、人性化的护理服务。
	A	105.2 实施责任制整体护理。责任护士根据患者的疾病特点、生理、心理和社会需求，运用专业知识和技能为患者提供医学照顾、病情观察、医疗护理、心理护理、健康指导等服务。
（一百零六）根据《综合医院分级护理指导原则》《护理分级》（WS/T431-2013）的原则和要求，进行护理分级，并且按照护理级别实施分级护理。有危重患者护理常规，护理措施落实到位。	B	106.1 根据《综合医院分级护理指导原则》，《护理分级》（WS/T431-2013）的原则和要求，进行护理分级，并且按照护理级别实施分级护理。
	A	106.2 建立危重患者护理常规、技术规范、风险评估、应急预案，制定危重患者的安全防范措施，并落实到位。
	A	106.3 临床科室定期自查、整改；主管部门定期督导、检查、总结与反馈，有改进措施。
（一百零七）护理文书、护理查房、护理会诊和护理病例讨论制度参照《医疗质量安全核心制度要点》执行。	B	107.1 建立护理文书书写规范和管理制度，定期进行质量评价、反馈与改进。
	A	107.2 建立护理查房、护理会诊和护理病例讨论的管理制度。明确护理查房、护理会诊和护理病例讨论的形式、程序、内容以及参与人员的要求，并组织落实，完善记录。
	B	107.3 临床科室定期自查、整改；主管部门定期督导、检查、总结与反馈，有改进措施。

（一百零八）有临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范。有紧急意外情况的护理应急预案和处理流程，有培训与演练。	B	108.1 建立并执行临床护理技术操作常见并发症的预防及处理规范。
	A	108.2 制定紧急意外情况，如患者突发昏迷、心脏骤停、职业暴露等的护理应急预案和处理流程，并组织培训和演练。
	B	108.3 临床科室定期自查、整改；主管部门定期督导、检查、总结与反馈，有改进措施。
（一百零九）按照《医院手术部（室）管理规范（试行）》《医院消毒供应中心管理规范》《新生儿病室建设与管理指南（试行）》和《医疗机构新生儿安全管理制度（试行）》，完善手术部（室）、消毒供应中心（室）和新生儿病室等护理质量管理与监测相关规定及措施，组织实施并持续改进。	A	109.1 手术室建筑布局合理。手术室护理人员与手术间之比不低于 3:1。
	A	109.2 建立手术室各项规章制度、岗位职责及操作常规，有考核及记录。有患者交接、安全核查、安全用药、手术物品清点、标本管理等安全制度并执行。
	B	109.3 建立手术室感染预防与控制管理制度及质量控制标准并落实，各项监测结果符合要求。
	A	109.4 医院消毒供应中心建筑布局合理，人员配置及资质符合要求。建立相应职责、规章制度，并制定与消毒供应相适应的标准操作程序。工作人员知晓并落实。
	A	109.5 医院消毒供应中心实施集中管理，专人负责质量监测工作，各项监测结果符合要求。
	A	109.6 新生儿病室建筑布局合理。建立各项规章制度、岗位职责和相关诊疗技术规范、操作流程并执行，保证医疗质量及安全。有重症新生儿护理常规及抢救预案，并组织培训和演练。
	B	109.7 新生儿病室应当根据床位设置配备足够数量的医师和护士，人员梯队结构合理。其中医师人数与床位数之比应当为 0.3:1 以上，护士人数与床位数之比应当为 0.6:1 以上。
	A	109.8 加强新生儿室消毒隔离管理，防范院内感染；新生儿暖箱、奶瓶、奶嘴消毒规范；有传染病患儿隔离护理措施。各项监测结果符合要求。
	B	109.9 临床科室定期自查、整改；主管部门定期督导、检查、总结与反馈，有改进措施。

七、药事管理与临床药学服务质量保障与持续改进

（一百一十）医院药事管理工作和药学部门设置以及人员配备符合国家相关法律法规及规章制度的要求；建立与完善医院药事管理组织，完善药事管理与临床药学服务各项规章制度并组织实施。	B	110.1 医院设立药事管理与药物治疗学相关组织，健全药事管理体系；设立与本机构功能、任务、规模相适应的药学部门，有工作职责、制度和计划，并落实。
	A	110.2 根据医院功能任务及规模，配备药学专业技术人员，岗位职责明确。
	B	110.3 建立并完善药事管理与临床药学服务规章制度并组织实施。
（一百一十一）加强药品管理，规范药品遴选、采购、储存、调剂，建立全流程监测系统，保障药品质量和供应。静脉用药集中调配中心和调配工作符合有关规定。	B	111.1 有药品遴选、采购供应管理制度与流程；有药品储存相关制度，储存药品的场所、设施与设备符合相关规定。
	A	111.2 建立药品全流程质量监控体系，职责明确，定期开展质量监督管理工作，规范不合格药品的管理以及药品召回的管理，特殊管理药品、冷链药品、急救车药品、病区备用药品、自备药品应符合相关规定。
	B	111.3 医疗机构自制制剂取得医院制剂许可证，有保证制剂质量的设施、设备和管理制度，按规定配备药学等相关专业技术人员，制剂生产和使用符合有关规定。
	B	111.4 落实药品调剂制度，遵守药品调剂操作规程，保障药品调剂的准确性；有措施保障住院患者针剂日剂量、口服制剂单剂量调剂；有完善的药品管理信息系统，能够为合理用药提供技术支撑。
	B	111.5 静脉用药集中调配中心设置规范，有相关管理制度，遵守静脉用药集中调配操作规程，保障患者静脉用药安全、有效。

（一百一十二）实施临床药师制，积极参与临床药物治疗，促进合理用药，拓展药学服务范围。加强临床药师队伍建设和培训，提高临床药学服务能力和水平。	B	112.1 建立临床药师参与合理用药的工作制度；临床药师配备符合规定，知晓职责与制度要求；专职专科从事临床药物治疗工作。
	A	112.2 临床药师积极参与临床药物治疗，实施药学查房和药师会诊，提供合理用药培训、用药咨询、用药医嘱审核、参与治疗方案制订、用药监测与评估以及用药教育等服务；开展临床药学教学和药学应用研究。
	B	112.3 探索构建适应患者需求的药学服务体系，开展多学科联合诊疗、药学门诊或“互联网+药学”等服务，推进医联体药学服务或居家社区药学服务。
	A	112.4 有临床药师培养计划和体系，并纳入医院医疗技术人员培养计划；建立临床药师绩效考核管理和激励机制并落实。
（一百一十三）按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和标准，加强抗菌药物、麻醉药品和精神药品、毒性药品、放射性药品、抗肿瘤药物、激素类药物、重点监控药物、基本药物、中药注射剂临床应用规范化管理。	A	113.1 按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和标准，加强抗菌药物临床应用规范化管理。
	A	113.2 按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和标准，加强麻醉药品和精神药品、毒性药品、放射性药品临床应用规范化管理。
	A	113.3 按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和标准，加强抗肿瘤药物、激素类药物临床应用规范化管理。
	A	113.4 按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和标准，加强重点监控药物、基本药物、中药注射剂临床应用规范化管理。
	A	113.5 定期开展临床应用评价，纳入医疗质量和综合目标管理考核体系，加强评价结果的公示、反馈及整改。

(一百一十四) 依据《处方管理办法》等有关规定, 规范开展处方审核和处方点评, 并持续改进。	B	114.1 有满足开展处方审核的基本要素和管理制度; 所有处方应当经审核通过后, 方可进入调配环节。
	A	114.2 利用合理用药监控软件系统, 为处方审核提供技术支持, 并定期维护, 建立处方审核质量监测指标体系, 对处方审核的数量、质量、效率和效果进行评价。
	A	114.3 药学部门成立处方点评工作小组, 负责处方点评的具体工作; 建立《处方点评制度》, 定期开展处方点评工作。门诊处方和病区医嘱的抽样率符合规定。
	A	114.4 定期公布处方点评结果, 并进行综合分析评价, 处方点评结果纳入医院绩效考核等指标体系管理。
(一百一十五) 建立药物监测和警戒制度, 观察用药过程, 监测用药效果, 按规定报告药物不良反应并反馈临床, 不良反应情况应记入病历	B	115.1 建立药物监测和警戒制度, 建立药品不良反应监测体系和报告程序, 药品不良事件报告平台纳入医疗不良事件统一管理。
	A	115.2 定期对药品不良反应与药害事件监测结果进行分析和评估, 及时反馈临床; 对严重用药错误报告有分析和整改措施。
	B	115.3 发生药品不良反应或药害事件时, 积极进行临床救治, 不良反应情况应记入病历。发现药品损害事件或严重药害事件时, 药学部门应当立即进行药品追溯和质量评估, 必要时可立即暂停使用相关药品。

八、检查检验质量保障与持续改进

(一百一十六) 临床检验部门、病理部门、医学影像部门设置布局、设备设施分别符合相应规范标准, 服务满足临床需要。临床检验和医学影像提供 24 小时急诊诊断服务。	B	116.1 临床检验部门、病理部门、医学影像部门设置、布局和设备设施符合相应规范标准, 服务满足临床需要。
	B	116.2 临床检验和医学影像提供 24 小时×7 天急诊诊断服务, 急诊检查检验报告时间符合相关规定, 病理术中快速诊断 30 分钟内发放报告。

（一百一十七）从事临床检验、病理和医学影像诊断工作和技术工作的人员资质应该按照有关规定取得相应专业技术职务任职资格。	A	117.1 从事临床检验、病理和医学影像诊断工作和技术工作的人员应当具备必要的专业知识和能力，具有相应专业技术职务任职资格。
	B	117.2 分子生物学、特殊岗位（HIV 初筛实验、产前筛查及诊断、新生儿疾病筛查等）检验人员等国家有特殊规定的，应具备符合国家规定的资质方可独立工作。
	B	117.3 科室负责人具备相关专业副高及以上技术职称，医师/技师队伍结构合理，满足临床需求，无违规上岗情况。
（一百一十八）有临床检验、病理实验室和医学影像诊疗场所管理制度、安全程序、标准操作流程和技术操作规范，遵照实施并准确记录。	A	118.1 有临床检验、病理实验室和医学影像诊疗场所管理制度、安全程序，工作人员知晓并遵照实施。诊疗场所环境达标，符合要求。
	A	118.2 有临床检验、病理实验室和医学影像诊疗标准操作流程和技术操作规范，工作人员知晓并遵照实施，准确记录，可追溯。
（一百一十九）临床检验、病理和医学影像报告及时、准确、规范，并严格执行审核制度。建立临床沟通机制，提供便捷、及时的检查检验信息服务。	A	119.1 临床检验、影像、病理报告及时、准确、规范，严格执行审核制度，执行检验报告双签制度（急诊除外）。落实疑难病例分析与读片制度、重点病例随访与反馈制度、危急值报告制度。
	A	119.2 有临床检验、病理和医学影像专业人员与临床医师沟通的相关制度并落实，以满足临床需求。
	B	119.3 提供便捷、及时的临床检验、病理、影像学等报告的信息化服务，满足患者需求。
（一百二十）落实全面质量管理与改进制度，开展室内质量控制和室间质量评价。相关检查检验设备（含床旁检查检验设备）按照要求定期检测。	B	120.1 科室有全面质量管理的相关管理规定并落实，PCR、HIV 检测应取得相关资质。
	A	120.2 常规开展室内质量控制，有记录、有检查、有监管，参加并通过国家、省级开展的室间质评；开展的 POCT 项目均定期开展质控并有记录。
	B	120.3 科室有专人负责仪器设备保养、维护与管理。计量设备按照国家要求定期检测有记录。

(一百二十一)按照有关规定建立临床检验、病理和医学影像环境保护及人员职业安全防护制度，遵照实施并准确记录。	A	121.1 指定部门负责职业安全防护管理工作，建立临床检验、病理和医学影像部门相关制度、流程，保障环境安全、生物安全和消防安全；配置充足的安全防护设施，环境达标。
	B	121.2 定期对医学影像（放射）机房及环境进行放射防护检测，保证辐射水平符合国家规定或者标准。
	A	121.3 按照国家法律法规和行业规范建立员工职业安全保障制度，并落实。有各种职业暴露后应急管理制度、处理流程，并开展应急演练。
	A	121.4 病原微生物实验室应当符合生物安全国家标准和要求。从事病原微生物实验活动，应当严格遵守有关国家标准和实验室技术规范、操作规程，采取安全防范措施。
	B	121.5 从事病原微生物实验活动应当在相应等级的实验室进行。按照生物安全备案等级设置生物安全分区，有警示标识。
(一百二十二)建立健全本机构内的检查检验结果互认工作管理制度，加强人员培训，规范工作流程，为医务人员开展互认工作提供必要的设备设施及保障措施。	B	122.1 按照国家法律法规和行业规范，建立检查检验结果互认工作管理制度，并落实。
	B	122.2 组织员工进行培训，并有规范的工作流程及记录。
	B	122.3 配置有与互认工作相匹配的，有效、便捷的设备和设施，并定期反馈使用情况。

九、输血管理与持续改进

(一百二十三) 落实《中华人民共和国献血法》《医疗机构临床用血管理办法》和《临床输血技术规范》等有关规定, 医院应当具备为临床提供 24 小时输血服务的能力, 满足临床工作需要。	B	123.1 成立临床用血管理委员会, 人员组成合理, 职责明确, 定期召开工作会议, 履行指导和监管职能。
	A	123.2 设置独立的输血科, 配备适宜的专业技术人员、布局和设施设备; 有完善的工作职责、管理制度、岗位职责、相关技术规范与操作规程。
	A	123.3 按计划组织输血相关法律法规、制度与知识技能的培训、考核; 医务人员知晓并严格执行输血相关法律法规及管理制度。
	B	123.4 输血科制订临床用血储备计划, 根据供血的预警信息和血液库存情况协调临床用血; 有血液库存量的管理要求, 能为临床提供 24 小时输血服务, 满足临床工作需要。
(一百二十四) 加强临床用血过程管理, 严格掌握输血适应证和输血技术操作规范, 促进临床安全、有效、科学用血。	B	124.1 健全输血管理制度、临床用血评价及公示制度、输血技术操作规范等制度, 加强临床用血过程管理。
	A	124.2 医务人员严格遵循输血适应证合理用血, 根据规定完成用血审批, 开展输血前、后评估及输血前知情同意, 严格执行输血管理制度及输血技术操作规范, 规范输血记录。
	A	124.3 定期对输血全过程质量管理情况进行分析、总结、改进与公示。主管部门定期督导检查。
(一百二十五) 建立与麻醉科和手术科室有效沟通, 积极开展自体输血, 严格掌握术中输血适应证, 合理、安全输血。	B	125.1 建立与麻醉科、手术科室和相关多部门沟通协调机制, 制定术中输血适应证管理及围手术期血液保护等输血技术的管理规定和 workflows。
	B	125.2 配置开展血液保护相关技术的设备与工作条件, 将自体输血纳入医务人员年度输血培训计划中, 且有效落实。
	B	125.3 自体输血相关专业技术人员严格掌握适应证、禁忌证, 履行风险告知并签署知情同意书, 确保合理、安全输血。

（一百二十六）开展血液质量管理监控，制订、实施控制输血严重危害（输血传染疾病、严重不良反应）的方案。落实输血相容性检测管理制度和实验质量管理要求，确保输血安全。	A	126.1 有血液贮存质量监测与信息反馈的制度，血液储存符合国家有关标准和要求，有专人对血液贮存情况定期监测记录；一次性输血耗材进行无害化处理，有记录。
	A	126.2 有控制输血严重危害（SHOT）的预案、临床用血不良事件监测报告制度、输血传染性疾病的措施和上报制度，并开展培训；相关人员知晓临床用血不良事件报告制度及各类应急预案处置流程，能执行并定期演练。
	B	126.3 有输血相容性检测实验室的管理制度，检测内容组合合理，检测设备及试剂符合要求，检测报告内容完整；做好相容性检测质量管理，开展室内质量控制，参加输血相容性检测室间质评。
	B	126.4 主管部门定期对上述工作进行督导、检查、分析、反馈、改进。

十、医院感染管理与持续改进

（一百二十七）按照《医院感染管理办法》《医疗机构感染预防与控制基本制度（试行）》，建立医院感染管理组织，建立院感多部门协调机制。完善医院感染管理与控制制度，有医院感染事件应急预案并组织实施，开展医院感染预防控制知识与技能的全员培训和教育。	A	127.1 医院感染管理三级组织体系健全，成立医院感染管理委员会，委员会由医院感染管理部门、医务部门、护理部门、临床科室、消毒供应室、手术室、临床检验部门、药事管理部门、设备管理部门、后勤管理部门及其他有关部门的主要负责人组成，主任委员由医院院长或者业务副院长担任。有独立设置的医院感染管理部门，其负责人应具有医学高级专业技术职称，应专职从事院感防控工作。
	A	127.2 制定并及时完善医院感染管理和控制制度，有落实医院感染管理和控制制度的具体方案及实施过程记录；建立院感多部门协调机制，明确各部门职责，及时解决医疗机构感染防控工作实际问题。
	A	127.3 结合本地区就诊人群特点和本院条件制定医院感染事件防控应急预案并组织实施。

	A	127.4 制定全员医院感染防控知识与技能培训计划并落实，包括但不限于手卫生、标准预防、应急方案教育等。医院员工（含外聘人员）掌握有关预防与控制医院感染的基础卫生学和消毒隔离知识，且在工作中正确运用。
	A	127.5 科室对落实医院感染管理制度的实施过程进行自查，并进行定期分析、整改。主管部门对院感工作的落实情况进行监管、反馈、整改。
（一百二十八）按照《医院感染监测规范》，加强重点部门、重点环节、重点人群与高危因素监测，控制并降低医院感染风险。	A	128.1 制定重点部门、重点环节、重点人群与高危因素的监测计划，包括监测范围、监测方法、监测内容和监测质量控制要求，实施信息化院感监测，对监测过程中发现的问题进行及时整改、分析，并有记录。
	A	128.2 主管部门对监测结果进行分析，提出本院的医院感染高危因素，制定针对性措施，控制并降低医院感染风险。
（一百二十九）医院感染管理组织要监测医院感染危险因素、医院感染率及其变化趋势，定期开展风险评估并持续改进诊疗流程；定期通报医院感染监测结果并加强横向比较。	B	129.1 有医院感染发病率及医院感染危险因素的监测计划及医院感染风险评估的制度。
	A	129.2 使用院感信息化监测系统对医院感染危险因素及医院感染病例进行实时、动态、连续监测，至少每季度向全院发布医院感染监测数据，及时将感染监测的数据和分析反馈临床科室，并上报医院感染监测数据并进行横向比较。
	A	129.3 开展医院感染风险评估，根据风险评估结果制定针对性防控措施，不断降低医院感染风险，有相关报告或反馈记录。
（一百三十）消毒、灭菌和隔离工作符合相关标准和规范要求，工作人员能获得并正确使用符合国家标准消毒与防护用品；重点部门、重点部位的管理符合要求。	B	130.1 根据相关标准和规范要求，制定符合医院实际的消毒、灭菌和隔离工作制度、流程及重点部门、重点部位院感防控制度和措施，组织培训并落实。
	A	130.2 提供的消毒与防护用品符合国家标准并在有效期内，工作人员应能够正确使用消毒与防护用品。
	A	130.3 重点部门、重点部位的医院感染管理应当符合相关标准和规范要求。

（一百三十一）按照《医务人员手卫生规范》，建立医院手卫生管理制度。正确、充分配置有效、便捷的手卫生设备和设施，加强手卫生落实情况监管。	A	131.1 按照《医务人员手卫生规范》，建立医院手卫生管理制度并落实。
	B	131.2 充分配置与诊疗工作相匹配的，有效、便捷的手卫生设备和设施，手卫生的设备和设施包括但不限于流动水洗手设施、卫生手消毒设施等。
	A	131.3 开展手卫生的全员培训，医务人员掌握手卫生知识和正确的手卫生方法；定期对手卫生依从性、正确性进行监测、反馈与改进。
（一百三十二）有多重耐药菌医院感染控制管理规范与程序，有多部门共同参与的多重耐药菌管理合作机制。应用微生物室检测和医院感染管理数据信息指导临床合理使用抗菌药物。	B	132.1 根据本机构多重耐药菌流行趋势和特点建立多重耐药菌医院感染控制管理规范与程序。针对多重耐药菌医院感染的诊断、监测、预防与控制等环节，建立多部门共同参与的多重耐药菌管理协调机制，明确各部门的分工、职责和工作范围。
	A	132.2 加入全国细菌耐药监测网，设施和环境满足检测需求，有质量控制及质量改进措施，检验结果准确、可靠。综合医院应成为全国细菌耐药监测网核心网点医院。
	A	132.3 有落实多重耐药菌感染防控的具体方案及实施过程记录，开展多重耐药菌感染预防与控制知识培训，医务人员掌握相关知识和技能。
	A	132.4 规范病原微生物标本送检，实施信息化监测，定期统计分析本院微生物室检测和医院感染管理数据信息，并将相关信息向临床推送，指导临床合理使用抗菌药物，采取有效措施预防和控制重点部门的多重耐药菌感染。
（一百三十三）建立侵入性器械/操作相关感染防控制度。有医院侵入性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作名录，制订相关防控措施并实施数据监测。	B	133.1 建立侵入性器械/操作相关感染防控制度；侵入性器械/操作相关感染防控主要包括但不限于血管导管相关血液感染、导尿管相关尿路感染、呼吸机相关肺炎和透析相关感染的预防与控制。
	B	133.2 建立本机构诊疗活动中使用的侵入性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作目录。
	A	133.3 根据侵入性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作中的风险点，按照感染防控制度实施数据监测。

（一百三十四）按照有关法律法规，建立医院医疗废物、废液管理责任制，健全组织架构、管理制度和工作机制，落实岗位职责。医疗废物的分类、收集、运送、暂存、转移、登记造册和操作人员职业防护等符合规范。加强相关人员培训。	B	134.1 按照有关法律法规，建立医疗废物和废液管理责任制，健全组织架构、管理制度和工作机制，落实岗位职责。
	A	134.2 医疗废物（废液）暂存点及必要的设施、设备符合国家相关要求；按规范要求开展医疗废物（废液）的分类、收集、运送、暂存、登记、交接管理工作。
	A	134.3 从事医疗废物（废液）分类收集、运送、暂存等工作人员的职业防护措施符合规范。对上述工作人员及管理人员开展相关法律、法规、规章、规范性文件以及各种制度、工作流程和意外事故应急处理等方面的培训及考核。
	A	134.4 主管部门、监管部门履行监管职责，医疗废物（废液）全过程质量监管资料齐全，针对发现的问题有分析、反馈与改进。

十一、中医诊疗质量保障与持续改进

（一百三十五）中医诊疗科室设置应当符合《综合医院中医临床科室基本标准》等文件的要求，所设置的中药房与中药煎药室应当符合相关法律法规的要求。	B	135.1 中医诊疗科室床位数、人员配备、医疗用房、设备等应当符合《综合医院中医临床科室基本标准》等文件的要求，并获得执业许可。
	B	135.2 中药品种与数量、贮藏条件、人员配置等符合医院中药房基本标准，中药煎药室的设置应符合《医疗机构中药煎药室管理规范》的要求，按质量标准加强调剂、煎煮、配送等全过程质量控制。
	B	135.3 执行中医药行业标准规范，有完整的管理制度并落实，中药饮片外包服务有质量保证；相关人员知晓并落实。主管部门定期评价、分析和反馈。
（一百三十六）建立中医诊疗规范，开展中医特色护理，提供具有中医特色的康复和健康指导等服务。	B	136.1 建立符合医院特色的中医诊疗规范。发挥中医特色，中医技术在医院非中医科室有一定的覆盖，参与多学科综合门诊诊疗工作，为患者提供适宜的诊疗服务。
	B	136.2 开展中医特色护理。科室有中医护理常规、操作规程，并进行培训，能体现辨证施护和中医特色。
	B	136.3 能提供具有中医特色的康复和健康指导等服务。

第三章 医院管理

一、管理职责与决策执行机制

评审标准（条）		细则（款）
（一百三十七）制定医院章程，建立医院内部决策执行机制。	B	137.1 医院章程的制定、流程和审批，符合《关于开展制定医院章程试点工作的指导意见》国卫办医发〔2018〕12号的要求。
	B	137.2 健全医院内部决策执行机制。院长全面负责医疗、教学、科研、行政管理工作。制定院长办公会议议事规则并严格执行。
（一百三十八）公立医院加强党的建设，明确党委职责，充分发挥医院党委的领导作用，实施党委领导下的院长负责制，健全医院党委与行政领导班子议事决策制度。	B	138.1 充分发挥党委的领导作用，明确公立医院党委职责；把党建工作要求写入医院章程。实行党委领导下的院长负责制，职责明确，认真履职。有重大决策、重要干部任免、重大项目投资、大额资金使用等事项（三重一大）决策的制度，并实施管理问责制。
	A	138.2 三级公立医院应当实行党委书记、院长分设。健全医院党委会议事决策规则，明确决策事项和范围，不得以党政联席会议代替党委会议。
	B	138.3 医院应设纪委书记，医院纪委全面落实监督执纪问责职责，建立健全领导班子和领导干部责任追究制度，加强对党员干部和医务人员严格遵守党的纪律规定和国家有关法律法规情况的监督检查。加强医院纪检机构和纪检干部队伍建设，提高履行职责能力，充分发挥监督职能作用。
（一百三十九）加强医院法治建设，充分发挥法治引领、保障和基础性作用。	B	139.1 党政主要负责人切实履行推进法治建设第一责任人职责，将法治建设工作纳入医院总体发展规划和年度工作计划，领导干部带头学法用法。

	A	139.2 建立健全法治工作部门，建立依法决策制度、合法性审核制度、依法管理（依法执业）情况定期自查制度和案件评析制度。实行法律顾问制度。
（一百四十）医院管理组织机构设置合理，根据法律法规、规章规范及相关标准，结合本院实际，制订各项规章制度和岗位职责，并及时修订完善。各级管理人员按分工履行职责，建立部门、科室间沟通与协调机制。各部门科室命名规范。	A	140.1 有对制度制定、审核、批准、发布、修改、作废等统一流程。根据法律法规、规章规范以及相关标准，结合医院实际建立涵盖党建、医疗、后勤、运营、行风建设等方面的规章制度，做到有章可循；并及时完善、修订、培训。
	B	140.2 医院管理组织机构设置合理，部门职能划分明确，各部门和科室命名规范，与医院文件一致。
	B	140.3 根据法律法规、规章规范以及相关标准，结合本院实际，制定符合医院特点的各级各类人员的岗位职责，并体现行风建设的要求，并及时修订完善。
	B	140.4 有医院内部审计机构及专职的审计人员，有明确的岗位职责，有医院内部审计制度。
	B	140.5 有年度审计计划，对医院有关部门和项目进行内部审计，对政府采购项目全过程、重大经济事项进行专项审计与监督。
（一百四十一）医院建立全员学习机制，强化学习文化。定期对员工进行政策法规、管理能力、专业技能和质量安全培训与教育。	B	141.1 医院建立全员学习机制，强化学习文化。定期开展相关政策法规、管理能力培训与教育，有考核机制；有年度培训计划并组织落实。
	A	141.2 定期对员工进行专业技能、质量安全培训与教育。负责医疗安全的科室对安全典型案例在一定范围内开展警示教育。
（一百四十二）加强院务公开管理。按照国家有关规定向社会和员工公开信息。	B	142.1 有具体部门负责院务公开，职责明确。制定院务公开的相关制度与程序，对面向社会、院内公开的内容有明确的规定；对公开的内容及时维护。
	A	142.2 有多种途径征求和收集员工对公开信息具体内容的意见与建议，体现尊重员工知情权，保障员工民主权利。

(一百四十三) 对对外委托服务项目质量与安全实施监督管理。	B	143.1 有对外委托服务项目的相关制度和管理办法；明确对外委托服务的项目；且招投标、采购流程及合同订立等符合相关法律法规的要求。
	A	143.2 对外委托服务工作质量按合同约定进行过程管理，有项目评估和监督考核机制。

二、人力资源管理

(一百四十四) 建立健全以聘用制度和岗位管理制度为主要内容的人力资源管理制度。医院人力资源配备应当满足医院功能任务和质量安全管理工作需要。	B	144.1 医院设置人力资源管理部门，建立健全以聘用制度和岗位管理制度为主要内容的人力资源管理制度并组织落实。
	B	144.2 专业技术人员具备相应岗位任职资格，人力资源配备满足医院功能任务和质量安全管理工作需要。
(一百四十五) 有公平透明的卫生专业技术人员资质的认定、聘用、考核、评价管理体系，建立专业人员技术档案。	B	145.1 有公平透明的各类卫生专业技术人员资质认定、聘用、考核、评价管理体系。
	B	145.2 建立专业人员技术档案，包括但不限于经审核的执业注册证、文凭、学位、教育、培训和年度考核等资料复印件。
	B	145.3、制定外来专业技术人员资质管理的规定、流程并落实，确保其诊疗活动有记录并可追溯。
	B	145.4 根据岗位职责、技术能力等定期实施聘用、授权和再授权管理。落实高级职称晋升前到基层服务的相关要求，其医师占年度晋升人数比例 100%。

(一百四十六) 贯彻落实《公立医院领导人员管理暂行办法》，加强和改进公立医院领导人员管理，推行公立医院行政领导人员职业化培训。	B	146.1 贯彻落实《公立医院领导人员管理暂行办法》，领导人员主要精力和时间用于医院管理工作或专职从事医院管理等工作。
	B	146.2 加强公立医院领导人员职业化培训教育、交流等制度并落实。院领导不得兼任业务科室行政负责人。
(一百四十七) 有卫生专业技术人员岗前培训、住院医师规范化培训、继续医学教育、梯队建设和政府指令性培训任务相关管理制度并组织实施。把员工能力建设作为人力资源管理的重要组成部分，推动员工的全面发展。	A	147.1 有卫生专业技术人员岗前培训、住院医师规范化培训、继续教育、梯队建设和政府指令性培训任务相关管理制度及组织实施。
	B	147.2 有年度实施方案，提供培训条件及专项经费支持，有完善的管理档案。
	B	147.3 把卫生专业技术人员培训质量与数量作为师资绩效考核、职称晋升、评优评先的重要内容。
	B	147.4 把员工能力建设作为人力资源管理的重要组成部分。按照相关文件落实“两个同等对待”要求。
(一百四十八) 贯彻与执行《中华人民共和国劳动法》等国家法律法规的要求，建立与完善职业安全防护相关措施、应急预案、处理与改进的制度，上岗前有职业安全防护教育。	B	148.1 贯彻与执行《中华人民共和国劳动法》《中华人民共和国职业病防治法》等国家法律法规的要求，建立与完善职业安全防护相关制度与措施、职业暴露处理应急预案等。
	A	148.2 上岗前开展相关法律法规的培训及职业安全防护教育，有培训及考核制度，并组织落实。
	B	148.3 医院设置或指定职业卫生管理机构或组织，配备专职或兼职人员，负责本单位的职业病防治工作，员工健康档案完善。

(一百四十九) 关注员工身体和心理健康，保障员工合法健康权益。	B	149.1 结合岗位特点和工作强度，合理设置工作岗位、配备医务人员，科学安排工作班次，保障医务人员合理休息、休假时间，避免过度劳累。按国家规定享受带薪年假。
	B	149.2 加强医务人员心理干预和疏导，通过热线电话、网络平台和精神卫生、心理健康及社会工作服务资源等线上、线下多种方式，开展医务人员心理健康评估，及时采取心理援助措施，疏解医务人员心理压力。
(一百五十) 医院应当将科室医疗质量管理情况作为科室负责人综合目标考核以及聘任、晋升、评先评优的重要指标，将科室和医务人员医疗质量管理情况作为医师定期考核、晋升的重要依据。	A	150.1 树立目标管理理念，将科室医疗质量、安全管理情况纳入科室负责人综合目标考核以及聘任、晋升、评先评优的重要指标。
	B	150.2 将科室和医务人员医疗质量、安全管理情况作为医师定期考核、晋升的重要依据。
	A	150.3 健全院、科两级质量控制组织与体系，人员配置合理；开展质量与安全的过程管理，质量控制过程可追溯；并定期督导、评价、反馈、整改。

三、财务和价格管理

(一百五十一) 执行《中华人民共和国会计法》《政府会计制度》《医院财务制度》或《企业会计准则》等相关法律法规，财务机构设置合理、财务管理制度健全，人员配置合理，岗位职责明确，会计核算规范，三级公立医	B	151.1 财务机构设置合理，财务管理制度健全，有财务内部监督机制、经济责任制度，会计核算规范。
	B	151.2 财务人员配置合理，岗位职责明确，实施重要岗位人员的轮岗制度。

院实行总会计师制度。	A	151.3 三级公立医院实行总会计师制度。
(一百五十二)按照《中华人民共和国预算法》和相关预算管理规定编制和执行预算，加强预算管理、监督和绩效考评。	B	152.1 按照《中华人民共和国预算法》和相关预算管理规定编制和执行预算，加强预算管理、监督和绩效考评。建立健全预算管理制度，包括预算编制、审批、执行、调整、决算、分析和考核制度。
	B	152.2 实行全面预算管理，并将预算执行情况纳入部门、科室绩效考核。
(一百五十三)实行全成本核算管理，控制运行成本和医院债务规模，降低财务风险，优化投入产出比，提高资产利用效率。	A	153.1 医院实行全成本核算管理，建立科学、精细的科室成本核算、医疗服务项目成本核算、病种成本核算、床日和诊次成本核算，控制运行成本，优化投入产出比，提高资产利用效率。
	B	153.2 控制医院债务规模，确保资产负债率、流动比率、速动比率等指标控制在合理范围内，降低财务风险，加强资产管理，提高资产使用效益。
(一百五十四)落实《医疗机构内部价格行为管理规定》，全面落实医疗服务价格公示制度，提高收费透明度；完善医药收费复核制度；确保医药价格管理系统信息准确；规范新增医疗服务价格项目内部审核流程和申报程序。	B	154.1 落实《医疗机构内部价格行为管理规定》，建立健全医疗机构内部价格行为管理制度，不断改进医院内部价格管理工作。确保医院内部价格管理部门建设和人员配备达到管理规定要求。
	B	154.2 全面落实医疗服务价格公示制度，提高收费透明度。完善医疗服务价格自查制度，做好自查抽检记录，及时纠正不规范收费行为。
	B	154.3 完善医药收费复核制度并落实。规范新增医疗服务价格项目内部审核流程和申报程序，实时更新确保医药价格管理系统信息准确。

（一百五十五）执行《中华人民共和国政府采购法》《中华人民共和国招标投标法》及政府采购相关规定，建立药品、耗材、设备、基建、货物、服务等采购制度和流程，加强集中采购管理。	B	155.1 执行《中华人民共和国政府采购法》《中华人民共和国招标投标法》及政府采购相关规定，建立药品、耗材、设备、基建、服务等采购制度和流程，有严格管理和审批程序。
	A	155.2 按照采购管理要求，加强药品、耗材集中采购管理，落实带量采购和药耗零加成政策。有采购管理和监督部门，实行采购业务的决策、实施、监督相分离。
（一百五十六）医院实行同工同酬、多劳多得、优绩优酬的分配制度。以综合绩效考核为依据，突出服务质量、数量，逐步扩大分配，提高员工待遇，个人分配不得与业务收入直接挂钩。	B	156.1 医院落实同工同酬、多劳多得、优绩优酬的绩效分配制度，医务人员个人分配不与业务收入直接挂钩。
	A	156.2 以综合绩效考核为依据，突出服务质量、数量、行风建设、技术能力，逐步扩大分配，提高员工待遇。

四、信息管理

（一百五十七）建立以院长为核心的医院信息化建设领导小组，有负责信息管理的专门部门，职责明确，人才结构合理。	B	157.1 建立以院长为核心的医院信息化建设领导小组，有负责信息管理的专门部门，职责明确，人才结构合理。
	B	157.2 制定信息化建设配套的相关管理制度。有医院信息化建设的中长期规划和年度实施计划，将信息化建设发展纳入医院中长期发展规划和年度工作计划。
	B	157.3 建立医院信息部门与多部门的沟通协调机制，并落实。
	A	157.4 开展电子病历信息化建设评价，电子病历系统应用水平分级达4级及以上。

（一百五十八）医院信息系统能够系统、连续、准确地采集、存储、传输、处理相关的信息，为医院管理、临床医疗和服务提供包括决策支持类的信息技术支撑，并根据国家相关规定，实现信息互联互通、交互共享。	B	158.1 有医院信息化建设实施方案并实施。
	A	158.2 医院信息系统应满足医院管理，有 HIS、OA 以及相关子系统、有决策支持系统，及时自动生成各项相关的统计报表。
	A	158.3 满足临床业务需求，有临床信息系统（CIS），建立基于电子病历（EMR）的医院信息平台；有医嘱处理系统、病人床边系统、医生工作站系统、实验室系统、药物咨询系统、有门诊预约挂号和临床路径（单病种）管理等系统。
	A	158.4 医院信息系统具备信息集成与交互共享功能，实现院内信息共享；互联互通标准化成熟度测评达 4 级甲等及以上。
（一百五十九）落实《中华人民共和国网络安全法》，实施国家信息安全等级保护制度，实行信息系统按等级保护分级管理，保障网络信息安全，保护患者隐私。推动系统运行维护的规范化管理，落实突发事件响应机制，保证业务的连续性。	A	159.1 落实《中华人民共和国网络安全法》，实施国家信息安全等级保护制度，有信息安全等级保护工作长效机制。具有防灾备份系统，安全监管记录，开展安全保护现状定期分析，医院核心信息系统安全保护等级达 3 级及以上。
	A	159.2 实行信息系统按等级保护分级管理，信息安全采用电子身份认证、权限控制（包括数据库和应用系统），有保护病人隐私的相关规定并得到有效落实。
	B	159.3 医院行政管理权限、医疗业务授权得到信息化支持。
	B	159.4 有系统运行维护的规范化管理制度及流程，并落实；有信息系统运行事件（如系统瘫痪）的应急预案并组织演练。
（一百六十）根据《中华人民共和国统计法》与卫生健康行政部门规定，完成医院基本运	A	160.1 制定向卫生健康行政部门报送的数据与其他信息的制度与流程，有保证信息真实、可靠、完整的内部数据核查制度及具体核查措施，主管部门定期开展督查、整改。

行状况、医疗质量安全、医疗技术、诊疗信息和临床用药监测信息等相关数据报送工作，确保数据真实可靠、可追溯。	B	160.2 指定部门负责医院数据统计、上报工作；按规定渠道完成相关信息报送工作。
--	---	--

五、医学装备管理

（一百六十一）根据国家法律法规及相关规定，建立和完善医学装备管理组织架构，人员配置合理，制定常规与大型医学装备配置方案。	B	161.1 建立医学装备管理体系，成立医学装备委员会，委员会职责明确并能落实。
	B	161.2 医学装备管理组织架构清晰并与实际相符，管理人员、医学工程及其他专业技术人员配置合理。
	B	161.3 有购买医学设备的管理规定及执行流程，制定常规与大型医学装备配置方案。
（一百六十二）根据医院功能定位和发展规划，有大型医用设备使用、功能开发、社会效益、成本效益等分析评价。	B	162.1 根据医院功能定位和发展规划，鼓励与规范大型医用设备使用、功能开发。有医学装备购置论证相关制度与决策程序，单价在 50 万元及以上的医学装备有可行性论证。
	B	162.2 根据全国卫生系统医疗器械仪器设备分类与代码进行管理，设备档案管理规范。
	B	162.3 配置大型医用设备应当符合国务院卫生健康主管部门制定的大型医用设备配置规划，与功能定位、临床服务需要相适应，具有相应的技术条件、配套设施和具备相应资质、能力的专业技术人员，并经省级以上卫生健康主管部门批准，取得大型医用设备配置许可证。

	A	162.4 有医学装备使用评价相关制度。有大型医用设备社会效益、成本效益等分析评价。
(一百六十三) 加强医学装备安全管理, 有明确的医疗器械临床使用安全控制与风险管理工作制度与流程。建立医疗器械临床使用安全事件监测与报告机制。	B	163.1 有医学装备临床使用安全控制与风险管理的工作制度与流程, 并落实。
	A	163.2 成立医疗器械临床使用管理委员会, 有医疗器械临床使用安全监测和安全事件报告相关制度、流程, 能直接上报国家医疗器械不良事件信息平台。
(一百六十四) 加强医疗仪器设备管理和使用人员的培训, 为医疗器械临床合理使用提供技术支持与咨询服务。	B	164.1 有医疗仪器设备管理和使用人员的培训及考核制度, 并落实。
	B	164.2 为医疗器械临床合理使用提供技术支持、安全保障与咨询服务。
	B	164.3 医疗设备操作手册随设备存放, 供方便查阅。计量器具有检测合格标识。
(一百六十五) 建立保障医学装备处于完好状态的制度与规范, 对用于急救、生命支持系统仪器装备要始终保持在待用状态, 建立全院应急调配机制。	B	165.1 有保障医学装备处于完好状态的相关制度和规范, 并落实。
	A	165.2 对急救类、生命支持类装备完好情况和使用情况做好维护和监管, 确保急救类、生命支持类装备完好率 100%。
	A	165.3 建立全院应急设备的调配机制, 开展医学装备应急调配的演练。

(一百六十六) 依据国家相关规定, 加强对医用耗材的溯源、不良事件监测与报告的管理。	B	166.1 依据国家相关规定制订高值医用耗材、一次性使用的无菌器械及其他医用耗材管理制度。做好出入库管理, 确保可追溯到产品的进货来源。
	A	166.2 使用科室在病历中有高值医用耗材使用的相关记录。对高值医用耗材使用情况有科室自查及主管部门的督导检查记录。
	A	166.3 实施医用耗材使用不良事件监测与报告制度, 调查、处理记录完整。
(一百六十七) 医学装备部门与使用部门共同管理医学装备, 医学装备部门建立质量安全小组, 使用部门将医学装备纳入科室管理。	B	167.1 建立医学装备部门与使用部门共同管理医学装备的机制并落实。科室指定专人负责医学装备维护保养。
	B	167.2 医学装备部门建立质量安全管理小组, 负责全院医疗设备使用和安全。将定期检查的医学装备管理情况纳入科室管理。

六、后勤保障管理

(一百六十八) 有后勤保障管理组织、规章制度与人员岗位职责。后勤保障服务能够坚持“以患者为中心”, 满足医疗服务流程需要, 注重员工合理需求。	B	168.1 后勤保障管理组织健全, 规章制度完善, 岗位职责明确, 相关人员知晓岗位职责和相关制度, 并能落实。
	B	168.2 后勤保障服务能够坚持“以患者为中心”, 满足医疗服务流程保障支持的需要。

	B	168.3 定期征求员工合理需求，不断提高员工获得感。
（一百六十九）后勤专业人员及特种设备操作人员持证上岗，按技术操作规程工作。	B	169.1 有后勤专业人员及特种设备操作人员持证上岗的管理制度并落实。
	B	169.2 操作人员应熟悉并掌握相关岗位的技术操作规程，科室不定期开展自检、自查改进工作。
	B	169.3 职能部门定期检查、监管，有效改进，无安全事故发生。
（一百七十）控制与降低能源消耗，水、电、气、物资供应等后勤保障满足医院运行需要。	B	170.1 医院对后勤保障部门下达有目标任务，科室将目标任务分解到班组，主管部门有督导检查。
	B	170.2 医院有控制与节能降耗的计划和实施方案，实施效果纳入绩效考核。
	A	170.3 水、电、气、物资供应等后勤保障满足医院运行需要，后勤保障部门实行 24 小时应急值班制，有故障报修、处理流程、日常运行检查、维护保养记录。
	B	170.4 物流系统建设满足临床工作需求，有信息化的支持。
（一百七十一）为员工提供膳食服务，保障饮食卫生安全。	B	171.1 医院有员工食堂，有专职部门和人员负责管理。有各项食品卫生安全管理制度和岗位责任，并落实到位。
	B	171.2 膳食服务外包的，应签订相关合同，主管部门按合同规定进行督导、检查、考核。

	A	171.3 建立以食品卫生为核心的餐饮服务质量监管体系，保障食品卫生安全，有突发食品安全事件应急预案，并开展演练，无食品安全事件发生。
（一百七十二）医疗废物、废液管理符合医院感染管理要求。污水管理和处置符合规定。	A	172.1 有医疗废物管理主管、监管部门，职责清晰。制定与医疗废物安全处置有关的规章制度和在发生意外事故时的应急方案。有专人负责医疗废物和污水处理工作。各类医疗废物、污水处理符合相关规定、规范。
	B	172.2 医废、污水处理人员经过相关法律和专业技术、安全防护以及紧急处理等知识的培训，考核合格。
	B	172.3 医疗废物处置和污水处理系统设备设施配备齐全、运转正常，并有运行日志及监测的原始记录，记录完整，可追溯；及时开展评估分析，对存在问题有整改，并有完整记录。
	A	172.4 主管部门和监管部门定期对医疗废物、废液及污水处置工作落实情况开展监督评价、反馈、整改，并有记录。
（一百七十三）医院消防系统、特种设备、危险品管理符合国家相关法律法规和标准。	A	173.1 有消防安全管理部门，消防管理人员持证上岗；有消防安全岗位职责、管理制度、培训制度和应急预案；定期开展新员工培训及全院职工的消防安全教育。
	A	173.2 消防演练覆盖全院各临床医技科室及消防安全重点部门，有记录；消防通道通畅，防火器材（灭火器、消防栓等）完好，重点部门、重要部位防范有监管，有记录；定期开展消防安全巡检；
	A	173.3 有特种设备管理的相关制度、操作规范和岗位职责；实行 24 小时值班制；工作人员持证上岗；有培训及三级安全教育卡；有设备运行状态标识，有维护、维修、验收记录；年检合格证在设备上展示

	A	173.4 有危险品安全管理部门、制度、岗位职责和危险品安全事件处置预案，作业人员熟悉岗位职责和管理要求，有培训，有应急预案并演练。
	A	173.5 危险品专库存放，其采购、使用、消耗等账物相符；管理人员持证或培训合格后上岗；对易燃、易爆、有毒有害物品和放射源等危险品和危险设施实施重点管理；
	A	173.6 科室对消防安全、特种设备及危险品实施定期巡查、自查；职能部门定期检查、分析、反馈、整改，无安全事故发生。
（一百七十四）为患者提供清洁、温馨、舒适的医院环境，符合爱国卫生运动相关要求，美化、硬化、绿化达到医院环境标准要求。	B	174.1 深入开展爱国卫生运动，落实好医院病媒生物防制、健康宣传、厕所环境整洁、无烟医院建设等各项重点任务，有指定部门和人员负责医院环境卫生工作，制订环境卫生工作计划并组织实施，为患者提供清洁、温馨、舒适的医院环境。
	B	174.2 医院标识清晰，便民措施到位，美化、硬化、绿化达到医院环境标准要求。符合无烟医院的标准。
（一百七十五）使用培训合格的医疗护理员从事相应工作，合法、规范用工。按照劳动保障相关法律法规规定，明确双方权利和义务，为其提供必要的职业卫生防护用品等。	B	175.1 使用培训合格的医疗护理员从事相应工作，合法、规范用工，为其提供必要的职业卫生防护用品等。严禁医疗护理员从事医疗护理专业技术性工作。
	B	175.2 制定医疗护理员管理制度和服务规范，明确工作职责和职业守则；开展岗前培训和能力评估，合格者方可上岗。主管部门定期督导、检查、总结与反馈，有改进措施。

七、应急管理

（一百七十六）成立医院应急工作领导小组，建立医院应急指挥系统，落实责任，建立并	B	176.1 成立医院应急工作领导小组，建立医院应急指挥系统，院长是医院应急管理的第一责任人，有新闻发言人制度。
---	---	---

不断完善医院应急管理的机制。	B	176.2 成立卫生应急队伍，由卫生应急管理、医疗卫生和后勤信息保障等人员组成。有统一标识、培训和考核等工作制度。
	A	176.3 医院总值班有明确职责，有紧急、突发事件的处理流程，值班记录完整，落实责任，建立并不断完善医院应急管理的机制。
（一百七十七）明确医院需要应对的主要突发事件策略，制定和完善各类应急预案，提高快速反应能力。	B	177.1 组织有关人员潜在危害、风险点加以识别，有灾难脆弱性分析报告，对突发事件可能造成的影响及医院的承受能力进行系统分析，提出加强医院应急管理的措施。
	A	177.2 定期开展灾害脆弱性分析，对重点进行调整，制定和完善各类突发事件总体预案和部门预案，并开展培训与教育。
	B	177.3 主管部门定期对应急管理工作进行监管、分析、评价，及时完善应急预案和调整应对策略，提高快速反应能力。
（一百七十八）开展应急培训和演练，提高各级、各类人员的应急素质和医院的整体应急能力。	B	178.1 医院有针对各级、各类人员的急救能力培训计划、演练计划，有组织实施及效果评价。
	A	178.2 开展各类突发事件的总体预案和专项预案应急演练，各科室（部门）根据潜在危害、风险点组织应急演练。
	B	178.3 主管部门对应急培训和演练工作有检查、考核、监管与改进。
（一百七十九）合理进行应急物资和设备的储备。	B	179.1 有应急物资和设备的管理制度、储备计划、审批程序与紧急供应保障措施。有应对应急物资设备短缺的紧急供应渠道。

	A	179.2 有必备物资储备目录及适宜的实物储备，有应急物资和设备的使用登记。定期维护，确保物资均在有效期内。
	B	179.3 主管部门定期对应急物资和设备储备有检查与监管。

八、科研教学与图书管理

（一百八十）有鼓励全员参与科研工作的制度和办法，促进科研成果转移转化，并提供适当的经费、条件、设施和人员支持。	B	180.1 有鼓励全员参与科研工作的制度和办法，提供适当的经费、场地、条件、设施和人员支持。
	B	180.2 有促进科研成果转移转化的制度和激励措施，并能提供案例。
（一百八十一）开展药物、医疗器械临床试验应符合《药物临床试验质量管理规范》《医疗器械临床试验质量管理规范》；开展研究者发起的临床研究符合《医疗卫生机构开展临床研究项目管理办法》《医疗卫生机构开展研究者发起的临床研究管理办法（试行）》等相关规定。	B	181.1 开展药物临床试验应符合《药物临床试验质量管理规范》的相关规定。
	B	181.2 开展医疗器械临床试验应符合《医疗器械临床试验质量管理规范》的相关规定。
	B	181.3 开展研究者发起的临床研究应符合《医疗卫生机构开展临床研究项目管理办法》的相关规定。其中，纳入医疗卫生机构临床研究规范管理试点的医疗卫生机构，应符合《医疗卫生机构开展研究者发起的临床研究管理办法（试行）》的相关规定。
	B	181.4 开展的临床试验及临床研究应按要求在国家研究登记备案信息系统及时进行备案。

(一百八十二)开展涉及人的生物医学研究应经伦理委员会审查。伦理委员会的人员组成、日常管理和审查工作应符合《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》规定。	B	182.1 医院应当设立医学伦理委员会，职责明确，配备专（兼）职工作人员负责日常工作开展。伦理委员会的人员组成、日常管理和审查工作应符合《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》规定。
	A	182.2 建立医学伦理审查工作制度及规程，保证伦理审查过程独立、客观、公正。开展涉及人的生物医学研究经伦理委员会审查通过后方可实施。
	B	182.3 项目研究者开展研究前，应当获得受试者自愿签署的知情同意书。
(一百八十三)承担临床医学教育任务的医院师资、教学管理干部、设备、设施等资源配置符合有关教育教学标准要求，并取得相应资质认可。	B	183.1 承担临床医学教育任务的医院，设备、设施等资源配置符合有关教育教学标准要求。
	B	183.2 有部门和专（兼）职人员负责教学（培训）工作，承担临床医学教育任务的医院师资、教学管理干部取得相应资质认可并符合有关教育教学标准要求。
(一百八十四)根据临床、教学、科研和管理的需要，有计划、有重点地收集国内外各种医学及相关学科的图书和文献，开展多层次多种方式的读者服务工作，提高信息资源的利用率。	B	184.1 制定医学图书馆工作制度和信息服务制度，有专职人员管理，基本设置和藏书数量能满足临床科研教学需求，有计划、有重点地收集国内外各种医学及相关学科的图书和文献。
	B	184.2 开展多层次多种方式的读者服务工作，提高信息资源的利用率，有网上图书预约、催还、续借和馆际互借等功能。
	B	184.3 可提供网络版医学文献数据库（中文、外文期刊库等）全文、定题文献检索以及最新文献报道等信息服务工作，满足临床、教学、科研、管理和员工的文献信息需求。

九、行风与文化建设管理

（一百八十五）医院应当加强医务人员职业道德教育，弘扬社会主义核心价值观和新时代医疗卫生职业精神，坚持“以患者为中心”，尊重患者权利，履行防病治病、救死扶伤、保护人民健康的神圣职责。	A	185.1 医院应当加强医务人员职业道德教育，弘扬社会主义核心价值观和新时代医疗卫生职业精神，在医院工作中予以体现。
	B	185.2 坚持“以患者为中心”，廉洁自律、恪守医德，有医务人员职业道德相关制度和行为规范并落实；有保障患者合法权益的相关制度并公示。
	B	185.3 相关职能部门定期对全体医务人员，尤其是重点部门、重点人员进行多种形式的职业道德培训及警示教育，有检查与监管。
（一百八十六）重视医院文化建设，建立医院文化建设制度，把医院文化培育成核心竞争力，逐步建立以患者为中心、注重医疗质量安全根植于医院服务理念的特色价值取向和行为标准。	B	186.1 把医院文化建设纳入医院整体建设发展规划，有建设方案，逐步建立以患者为中心、注重医疗质量安全根植于医院服务理念的特色价值取向和行为标准。
	B	186.2 重视医院文化建设，建立医院文化建设制度，把医院文化培育成核心竞争力。
（一百八十七）执行《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见（试行）》，落实《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》，建立行风建设与管理的组织和制度体系，完善工作机制。	B	187.1 贯彻执行《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见（试行）》，建立行风、医德医风建设与管理的组织和制度体系，有医德医风考评方案和量化标准，并落实；有多部门共同参与的医德医风考评及结果共享机制，医德医风考评档案管理规范。
	B	187.2 医德考评结果与医务人员的晋职晋级、岗位聘用、评先评优、绩效工资、定期考核等直接挂钩。
	A	187.3 有廉洁自律的工作规范和相关制度，并落实；对全体员工，尤其重点部门、重点人员开展廉洁自律及警示教育；对廉洁自律工作有自查及督查；重点岗位、重点人员实行轮岗制。
	A	187.4 定期开展“九项准则”自查自纠，并认真整改；主管部门定期督导、评价、反馈行风、医德医风检查结果，并整改。