

## 附件 2

# 三级医院评审标准贵州省实施细则 (2023 年版) (征求意见稿)

为进一步提高我省三级医院科学管理水平,根据《医疗机构管理条例》《医院评审暂行办法》《医疗质量管理办法》,按照国家卫生健康委《三级医院评审标准(2022 年版)》要求,结合我省实际情况,制定本细则。

本标准共三个部分,适用于三级医院(含专科医院)评审使用,二级医院评审可参照使用。三级专科医院评审时应结合专科特点,优化部分评价内容并调整分值。

评分得分实行千分制。第一部分前置要求为“一票否决”项,不设分值;第二部分权重占总得分 60%;第三部分权重占总得分 40%。评审结果判定原则如下:

判定为甲等的,总分不得低于 850 分,且第二部分不得低于 480 分、第三部分得分不得低于 360 分;

判定为乙等的,总分不得低于 750 分,且第二部分不得低于 420 分、第三部分得分不得低于 320 分;

判定为未定等的,总分不得低于 600 分。

低于 600 分的,该次评审为不合格。

## 第一部分：前置要求

一、共设3节26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、符合评审条件的医院在申请评审前，应向所注册的卫生健康行政部门提出前置条件符合情况审核的申请，由所注册的卫生健康行政部门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，无违反前置条件的由注册的卫生健康部门向省卫生健康委申请审核。

## 第二部分：医疗服务能力与质量安全监测数据

### 一、本部分分值

(一)共设五章80节601条监测指标，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33条监测指标，总分值73分；第二章 医疗服务能力与医院质量安全指标，共有3节54条监测指标，总分值179分；第三章 重点专业质量控制指标，共有18节227条监测指标，总分值180分；第四章 单病种(术种)质量控制指标，共51个单病(术)种，共205条监测指标，总分值120分；第五章 重点医疗技术临床应用质量控制指标，共3节82条监测指标，总分值48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“病例上报率、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;提供国家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)评审医院未开展本细则包含的单病种(术种)和重点医疗技术,需在评审前提出书面申请并经省医院评审办公室核实,经核实确未开展的,相关指标得分进行标化处理。标化后计算方式如下:

$$\text{最终得分} = \frac{\text{实际得分}}{\text{实际总分}} \times 600$$

## 三、数据采集原则

(一)数据统计周期为全评审周期。

(二)评价指标在评审周期内要求的,数据从要求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,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,采用中位数或平均数;数据趋势呈与管理目标方向相反的,采用最差的数据。

#### 四、评分规则

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

(二)连续监测指标,按照“区间赋分兼顾持续改进”原则给分。

#### 五、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. 贵州省相关信息系统。

10. 暂不能通过信息化方式直接采集的指标由医疗机构手工进行填报。

## (二) 疾病、手术名称与编码

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

## 六、数据核查原则

(一) 现场检查时,对本部分数据进行现场复核,现场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	惩罚性扣分比例
1%(含)-2%	5%
2%(含)-5%	10%
5%(含)-10%	20%
10%(含)以上	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、采集结果等要素,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185条,558款评分细则。

(二)赋分方法:细则设A款、B款两种类别,其中,A款共计242款,设1分、0.5分、0分三个评分档次,B款共计316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、标化指标说明

(一)《医疗机构基本标准(试行)》《三级医院评审标准(2022年版)贵州省实施细则》等文件中未硬性要求三级医院设置的科室或开展的项目,评审时可作为标化指标,标化后计算方式如下:

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

(二)申报医院须在评审前向省医院评审办公室书面提出标化指标及理由,省医院评审办公室审核后,决定是否采纳。

## 三、评审方法

评审员可采用下列方法对实施细则内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、应急预案、规范、流程、计划、报告、总结等资料。

**【记录查看】:**查看医院和科室的工作记录,不包括患者个人相关的资料,如会议记录、签到、培训记录,考试记录、各种讨论记录等资料。

**【员工访谈】:**指现场对员工进行访谈,提问和讨论,包括开会集体访谈等。

**【现场检查】:**评审现场通过目视检查医院和科室的设备设施、环境、标识标牌,员工行为和协作,对照评审标准和医院要求评判符合程度。

**【员工操作】**:评审现场要求员工完成特定操作的内容。

**【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进行检查。

**【病历检查】**:评审员提前或现场对特定归档病案进行检查。

**【数据核查】**:同第二部分“医疗服务能力与质量安全监测数据”第四点“数据核查原则”。

## 第一部分 前置要求

- 依法设置与执业
- 公益性责任和行风诚信
- 安全管理与重大事件

### 一、依法设置与执业

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

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

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

(四) 违反《中华人民共和国药品管理法》《医疗器械监督管理

条例》，违法违规采购或使用药品、设备、器械、耗材开展诊疗活动，造成严重后果；未经许可配置使用需要准入审批的大型医用设备。

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

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

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

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

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

(十)违反《医疗技术临床应用管理办法》，将未通过技术评估与伦理审查的医疗新技术、禁止类医疗技术应用于临床，造成严重后果。

(十一)违反《麻醉药品和精神药品管理条例》《易制毒化学品管理条例》《处方管理办法》，违规购买、储存、调剂、开具、登记、销

毁麻醉药品和第一类精神药品,使用未取得处方权的人员或被取消处方权的医师开具处方,造成严重后果。

(十二)违反《放射诊疗管理规定》,未取得放射诊疗许可从事放射诊疗工作或未履行其他法定职责,造成严重后果。

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

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

(十五)其他重大违法、违规事件,造成严重后果或情节严重。

## **二、公益性责任和行风诚信**

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

(二)应当执行而未执行国家基本药物制度和分级诊疗政策。

(三)医院领导班子发生3起以上严重职务犯罪或严重违纪事件,或医务人员发生3起以上违反《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》的群体性事件( $\geq 3$ 人/起),造成重大社会影响。

(四)发生重大价格或收费违法事件,以及恶意骗取医保基金。

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

严重。

### 三、安全管理与重大事件

(一)发生定性为完全责任的一级医疗事故或直接被卫生健康行政部门判定的重大医疗事故。

(二)发生重大医院感染事件,造成严重后果。

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

(四)发生瞒报、漏报重大医疗过失事件的行为。

(五)发生大规模医疗数据泄露或其他重大网络安全事件,造成严重后果。

(六)未达到电子病历系统应用水平分级评价4级及以上。

## 第二部分 医疗服务能力与质量安全监测数据

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
<b>第一章 资源配置与运行数据指标(本章共5节33条监测指标,总分值73分)</b>									
<b>一、床位配置(6分)</b>									
1	(一)核定床位数	监测达标	≥500张	规模或配比类	3	医院填报	张	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。
2	(二)平均床位使用率	监测达标	93%-97%	规模或配比类	3	医院填报	百分比(%)	每天使用床位与实际有床位的比率,即实际占用的总床日数与同期实际开放的总床日数之比。	床位使用率=实际占用的总床日数/同期实际开放的总床日数×100%
<b>二、卫生技术人员配备(4分)</b>									
3	(一)卫生技术人员数与开放床位数比	监测达标	≥1.2:1	规模或配比类	1	医院填报	比值(X:1)	卫生技术人员数与同期全院实际开放床位数之比。	卫生技术人员数与开放床位数比=全院卫生技术人员数/同期全院实际开放床位数:1

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
4	(二)全院护士人数与开放床位数之比	监测达标	$\geq 0.4:1$	规模或配比类	1	医院填报	比值(X:1)	全院注册护士人数与实际开放床位数之比。	全院护士人数与开放床位数之比=全院注册护士人数/同期全院实际开放床位数:1
5	(三)医院感染管理专职人员数与开放床位数之比	监测达标	$\geq 1:200$	规模或配比类	1	医院填报	比值(1:X)	医院感染管理专职人员数包括院感专职人员、临床专职护理人员、院感专职公共卫生人员、院感专职管理人员、院感专职其他专业人员。	医院感染管理专职人员数与开放床位数之比=医院感染管理专职人员数/同期全院实际开放床位数:1
6	(四)药学专业技术人员数与卫生专业技术人员数之比	监测达标	$> 8\%$	规模或配比类	1	医院填报	百分比(%)	药学专业技术人员是指取得资格的聘任的专业技术人员。是指按照药学专业的由医疗机构聘任的在专业人员定岗任职机构。	药学专业技术人员数与卫生专业技术人员数之比=药学专业技术人员数/同期卫生专业技术人员数 $\times 100\%$

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
<b>三、相关科室资源配置(30分)</b>									
<b>(一)急诊医学科(5分)</b>									
7	1. 固定急诊医师在岗人数的比例	监测达标	≥75%	规模或配比类	2.5	医院填报	百分比 (%)	固定急诊医师在岗人数占同期急诊医师总数的比例。	$\frac{\text{固定急诊医师在岗人数}}{\text{同期急诊医师总数}} \times 100\%$
8	2. 固定急诊护士在岗人数的比例	监测达标	≥75%	规模或配比类	2.5	医院填报	百分比 (%)	固定急诊护士在岗人数占同期急诊护士总数的比例。	$\frac{\text{固定急诊护士在岗人数}}{\text{同期急诊护士总数}} \times 100\%$

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
(二)重症医学科(5分)									
9	1.重症医学科开放床位占医院开放床位总数的比例	监测达标	2%—8%	规模或配比类	2	医院填报	百分比(%)	重症医学科开放床位占医院开放床位总数的比例。	重症医学科开放床位数的比例=重症医学科开放床位/同期全院实际开放床位×100%
10	2.重症医学科与重症医学科开放床位数比	监测达标	≥0.8:1	规模或配比类	1.5	医院填报	比值(X:1)	重症医学科与重症医学科开放床位数比。	重症医学科开放床位数/同期重症医学科实际开放床位数:1
11	3.重症医学科与重症医学科开放床位数比	监测达标	≥3:1	规模或配比类	1.5	医院填报	比值(X:1)	重症医学科与重症医学科开放床位数比。	重症医学科开放床位数/同期重症医学科实际开放床位数:1

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
<b>(三)麻醉科(5分)</b>									
12	1. 麻醉科医师和手术室医师比	监测达标	$\geq 1:3$	规模或配比类	2.5	医院填报	比值(1:X)	麻醉科手术室同期注册人数与麻醉科手术室同期注册的手术科室在岗医师人数比	麻醉科手术室同期注册的手术科室在岗医师人数
13	2. 手术间麻醉护士与实际开放手术台数量比	监测达标	$\geq 0.5:1$	规模或配比类	2.5	医院填报	比值(1:X)	手术间麻醉护士人数与同期实际开放手术台的数量比	手术间麻醉护士人数与同期实际开放手术台的数量比
<b>(四)中医科(5分)</b>									
14	1. 中医科开放床位占医院开放床位数的比例	监测达标	$\geq 5\%$	规模或配比类	2	医院填报	百分比(%)	中医科实际开放床位数的比例	中医科开放床位数占医院开放床位数的比例=中医科实际开放床位/同期医院实际开放床位数 $\times 100\%$

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
15	2. 中医科中医类别医师人数与中医科开放床位数比	监测达标	$\geq 0.4:1$	规模或配比类	1.5	医院填报	比值(X:1)	中医科中医类别医师人数与中医科开放床位数的比值	中医科中医类别医师人数与中医科开放床位数的比值 $\frac{\text{中医科中医类别医师人数}}{\text{中医科开放床位数}} \times 100\%$
16	3. 中医科护士人数与中医科开放床位数比	监测达标	$\geq 0.4:1$	规模或配比类	1.5	医院填报	比值(X:1)	中医科执业护士人数与中医科开放床位数的比值	中医科护士人数与中医科开放床位数的比值 $\frac{\text{中医科执业护士人数}}{\text{中医科开放床位数}} \times 100\%$
(五) 康复医学科(5分)									
17	1. 康复科开放床位占医院开放床位比例	监测达标	$\geq 0.02:1$	规模或配比类	2	医院填报	比值(1:X)	康复科开放床位占同期医院开放床位数的比例。	康复科开放床位占医院开放床位的比 $\frac{\text{康复科开放床位}}{\text{医院开放床位}} \times 100\%$
18	2. 康复科医师人数与康复科开放床位数比	监测达标	$\geq 0.25:1$	规模或配比类	1	医院填报	比值(X:1)	康复科医师人数与康复科开放床位数的比例。	康复科医师人数与康复科开放床位数的比 $\frac{\text{康复科医师人数}}{\text{康复科开放床位数}} \times 100\%$

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
19	3. 康复科康复师人数与康复科开放床位数之比	监测达标	≥0.5:1	规模或配比类	1	医院填报	比值(X:1)	康复科康复师人数与康复科开放床位数之比。	康复科康复师人数与康复科开放床位数之比=康复科在岗康复师实际开放床位数:1
20	4. 康复科护士人数与康复科开放床位数之比	监测达标	≥0.3:1	规模或配比类	1	医院填报	比值(X:1)	康复科护士人数与康复科开放床位数之比。	康复科护士人数与康复科开放床位数之比=注册康复科在岗护士实际开放床位数:1
(六) 感染性疾病科(5分)									
21	1. 固定医师人数占感染性疾病科在岗医师人数的比例	监测达标	≥75%	规模或配比类	1.5	医院填报	百分比(%)	固定感染性疾病科在岗医师总数的比例。	固定医师人数占感染性疾病科在岗注册医师人数的比例=注册医师人数/感染性疾病科在岗医师总人数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
22	2. 固定护士人数占感染性疾病科在岗护士人数的比例	监测达标	≥75%	规模或配比类	1.5	医院填报	百分比 (%)	固定感染性疾病科在岗护士人数与同期感染性疾病科在岗护士总数之比。	$\frac{\text{固定感染性疾病科在岗护士人数}}{\text{感染性疾病科在岗护士总数}} \times 100\%$
23	3. 感染性疾病科开放床位占医院开放床位数的比例	监测达标	≥3%	规模或配比类	2	医院填报	百分比 (%)	感染性疾病科开放床位占医院开放床位数的比例。	$\frac{\text{感染性疾病科开放床位}}{\text{医院开放床位}} \times 100\%$
<b>四、运行指标(27分)</b>									
24	(一) 出院患者手术占比	逐步提高		连续监测指标	3	自动抓取	百分比 (%)	相关手术科室出院患者手术人次占其出院患者手术人次的比例。	$\frac{\text{相关手术科室出院患者手术人次}}{\text{手术患者总人次}} \times 100\%$

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
(二)收支结构(12分)									
25	1. 医疗服务收入(不含药品、耗材、检查检验收入)占医疗收入比例	逐步提高		连续监测指标	3	医院填报	百分比(%)	考核年度医疗服务收入(不含药品、耗材、检查检验收入)占医疗收入的比例。	$\frac{\text{医疗服务收入}}{\text{医疗收入}} \times 100\%$
26	2. 人员支出占业务支出比重	逐步提高		连续监测指标	3	医院填报	百分比(%)	年度人员经费占医疗活动费用的比例。	$\frac{\text{人员支出}}{\text{业务支出}} \times 100\%$
27	3. 万元收入能耗支出	逐步降低		连续监测指标	3	医院填报	百分比(%)	在本考核年度,“万元收入能耗支出”以“万元收入能耗支出”表述,指出与年度总收入能耗支出,即每万元收入消耗的吨标煤数量	$\frac{\text{万元收入能耗支出}}{\text{总收入}} \times 100\%$
28	4. 资产负债率	监测比较	≤60%	连续监测指标	3	医院填报	百分比(%)	考核年度医院资产负债合计与同期资产合计的比值。	$\frac{\text{资产负债总额}}{\text{资产总额}} \times 100\%$

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
(三)费用控制情况(12分)									
29	1. 门诊次均费用增幅	监测达标	≤10%	规模或配比类	3	医院填报	百分比 (%)	考核年度门诊患者次均费用与上一年度门诊患者次均费用之比。	$\text{门诊次均费用增幅} = \frac{\text{本年度门诊患者次均费用} - \text{上一年度门诊患者次均费用}}{\text{上一年度门诊患者次均费用}} \times 100\%$
30	2. 门诊次均药品费用增幅	监测达标	≤10%	规模或配比类	3	医院填报	百分比 (%)	考核年度门诊患者次均药品费用与上一年度门诊患者次均药品费用之比。	$\text{门诊次均药品费用增幅} = \frac{\text{本年度门诊患者次均药品费用} - \text{上一年度门诊患者次均药品费用}}{\text{上一年度门诊患者次均药品费用}} \times 100\%$
31	3. 住院次均费用增幅	监测达标	≤10%	规模或配比类	3	医院填报	百分比 (%)	考核年度出院患者次均费用与上一年度出院患者次均费用之比。	$\text{住院次均费用增幅} = \frac{\text{本年度出院患者次均费用} - \text{上一年度出院患者次均费用}}{\text{上一年度出院患者次均费用}} \times 100\%$

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
32	4. 住院次均药品费用增幅	监测达标	≤10%	规模或配比较	3	医院填报	百分比 (%)	考核年度药品费用与上一年度药品费用之比。 患者上次与患者上次住院费用之比。	住院次均药品费用增幅=(本年度药品费用-上一年度药品费用)/上一年度药品费用×100%
<b>五、科研指标(6分)</b>									
33	每百名卫生技术人员科研经费	逐步提高		连续监测指标	6	医院填报	万元	每百名卫生技术人员科研经费=本年度卫生技术人员科研经费/同期卫生技术人员总数	每百名卫生技术人员科研经费=本年度卫生技术人员科研经费/同期卫生技术人员总数
<b>第二章 医疗服务能力与医院质量安全指标(本章共3节54条监测指标,总分值179分)</b>									
<b>一、医疗服务能力(30分)</b>									
34	(一) DRG-DRGs组数	逐步提高		连续监测指标	6	自动抓取	数值	运用DRG分组器测算产生的DRG分组,即某机构或区域,分到的DRG组个数,主要反应医院收治病例所覆盖疾病类型的范围。	去重计数

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
35	(二)DRG-CMI	逐步提高		连续监测指标	6	自动抓取	数值	运用DRG分组器测算产生CMI值(病组组合指数),即各个医院的例均权重,主要反应医院疾病收治难度。	评价范围内DRG总量的均值
36	(三)DRG时间指数	逐步降低		连续监测指标	6	自动抓取	数值	运用DRG分组器测算产生的时间消耗指数,主要反应医院治疗疾病所花费的时间,用于评价在同等诊疗难度水平下的效率运行情况。	$\text{时间消耗指数} = \frac{\sum (\text{医院各DRGs各组合平均住院日} \times \text{各DRGs各组合病例数})}{\text{医院总入组病例数}}$
37	(四)出院患者微创手术占比	逐步提高		连续监测指标	6	自动抓取	百分比 (%)	考核年度出院患者实施微创手术台数占同期出院患者手术台次数的比例。	$\text{出院患者微创手术占比} = \frac{\text{出院患者微创手术患者手术人次}}{\text{出院患者手术人次}} \times 100\%$
38	(五)出院患者四级手术占比	逐步提高		连续监测指标	6	自动抓取	百分比 (%)	出院患者实施四级手术人数占同期出院患者手术总人数之比,主要反应医院手术难度水平。	$\text{四级手术占比} = \frac{\text{出院患者四级手术人数}}{\text{同期出院患者手术总人数}}$

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
<b>二、医院质量指标(85分)</b>									
<b>(一)年度国家医疗质量安全目标改进情况(50分)</b>									
39	1. 急性ST段抬高型心肌梗死再灌注治疗率	逐步提高		连续监测指标	5	医院填报	百分比(%)	发病12小时内的急性STEMI患者给予经皮冠状动脉介入治疗(PCI)或静脉溶栓治疗,首选PCI治疗的患者数占发病12小时内的STEMI患者总数的比例。	急性ST段抬高型心肌梗死再灌注治疗率=发病12小时内给予静脉溶栓或PCI的STEMI患者数/同期发病12小时内的STEMI患者总数×100%
40	2. 急性脑梗死再灌注治疗率	逐步提高		连续监测指标	5	医院填报	百分比(%)	发病6小时内接受静脉溶栓治疗(或)血管内治疗的急性脑梗死患者数占同期发病6小时内的急性脑梗死患者总数的比例。	急性脑梗死再灌注治疗率=发病6小时内静脉溶栓和(或)血管内治疗的急性脑梗死患者数/同期发病6小时内的急性脑梗死患者总数×100%

41	3. 提高病案首页主要诊断编码正确率	逐步提高			连续监测指标	5	医院填报	百分比 (%)	病案系统正确,是指医师按照规范和病案管理系统中填写的主要诊断,并按国家统一代码进行编码。 提高病案首页主要诊断编码正确率=病案首页中主要的出院患者病历数/同期出院患者病历总数×100%
42	4. 住院患者围术期死亡住院(重点关注开放性手术、介入治疗及内(窥)镜下治疗性操作在手术当日、术后24小时和48小时内的死亡情况)	逐步降低			连续监测指标	5	医院填报	百分比 (%)	住院患者术后24小时内死亡人数/同期住院患者手术人数(病例数)的比例。 住院患者术后24小时内死亡率=住院患者术后24小时内死亡人数/同期出院患者总人数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
	4.2 住院患者手术后48小时内死亡率							手术患者术后48小时内住院死亡人数占手术患者总数(病例数)的比例。	$\frac{\text{住院患者手术后48小时内死亡人数}}{\text{住院患者总数}} \times 100\%$
43	5. 医疗质量安全不良事件报告率	监测比较		连续监测指标	5	医院填报	百分比(%)	医疗质量安全不良事件指在工作过程中发现的,或服务过程中出现的,除了自然因素所致外的各种安全隐患、状态或造成后果的事件。	$\frac{\text{医疗质量安全不良事件报告数}}{\text{不良事件报告总数}} \times 100\%$
44	6. 住院患者静脉输液使用率	监测比较		连续监测指标	5	医院填报	百分比(%)	是指使用静脉输液的住院患者占同期住院患者总数的比例。	$\frac{\text{住院患者静脉输液使用率}}{\text{使用静脉输液的住院患者总数}} \times 100\%$

45	7. 血管内导管血流感染相关发病率	逐步降低			连续监测指标	5	医院填报	百分比 (%)	定义 使用血管内导管患者中发生血流感染的发病频率。	计算方法 $\frac{\text{血管内导管血流感染患者数}}{\text{血管内导管使用患者数}} \times 100\%$
46	8. 抗菌药物治疗前病原学送检率	逐步提高			连续监测指标	5	医院填报	百分比 (%)	提高抗菌药物治疗前病原学送检率(尤其是限制使用抗菌药物),提升无抗菌性样本送检比例,可以有效提高抗菌药物的科学性,对遏制细菌耐药、提升治疗效果和健康权益具有重要意义。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、真糖检测(G试验)等。	抗菌药物治疗前病原学送检率=治疗前住院患者中治疗前病原学送检人数/同期住院患者中治疗前病原学送检人数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
47	9. 静脉血栓栓塞症预防率	逐步提高		连续监测指标	5	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,进行静脉血栓栓塞症医学预防的住院患者数占同期住院患者总数的比例。	$\frac{\text{静脉血栓栓塞症规范预防评估的出院患者人次}}{\text{同期出院患者人次}} \times 100\%$
48	10. 阴道分娩并发症发生率	逐步降低		连续监测指标	5	医院填报	百分比 (%)	《国家医疗服务与质量安全报告》显示,产妇产后并发症发生率近两年来不断升高,严重威胁产妇健康。降低产科并发症发生率,提升医疗质量,保障产妇和新生儿安全具有重要意义。	$\frac{\text{阴道分娩并发症发生率}}{\text{阴道分娩产妇总人数}} \times 100\%$
49	(二) 患者住院总死亡率	逐步降低		连续监测指标	5	自动抓取	百分比 (%)	住院患者占同期出院患者总数的比例。	$\frac{\text{患者住院总死亡人数}}{\text{同期出院患者总人数}} \times 100\%$
50	(三) 新生儿患者住院死亡率	逐步降低		连续监测指标	5	自动抓取	百分比 (%)	新生儿患者占同期出院患者总数的比例。	$\frac{\text{新生儿患者住院死亡人数}}{\text{新生儿患者出院人次}} \times 100\%$

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
51	(四)手术患者住院死亡率	逐步降低		连续监测指标	5	自动抓取	百分比 (%)	手术患者住院死亡人数占同期手术患者出院人次的比例。	$\frac{\text{手术患者住院死亡人数}}{\text{同期手术患者出院人次}} \times 100\%$
52	(五)住院患者出院后0-31天非预期再住院率	逐步降低		连续监测指标	5	医院填报	百分比 (%)	出院后0-31天非预期再住院患者占同期出院患者总人次(除死亡患者外)的比例。	$\frac{\text{住院患者出院后0-31天非预期再住院患者人数}}{\text{同期出院患者总人次(除死亡患者外)}} \times 100\%$
53	(六)手术患者术后48小时内非预期重返手术室率	逐步降低		连续监测指标	5	医院填报	百分比 (%)		
	1. 手术患者术后48小时内非预期重返手术室再次手术率							手术患者术后48小时内非预期重返手术室再次手术人数占同期手术患者出院手术人次数的比例。	$\frac{\text{手术患者术后48小时内非预期重返手术室再次手术人数}}{\text{同期手术患者出院手术人次}} \times 100\%$

编号	2. 手术患者术后31天内非手术患者再次手术率	指标导向		标准		评分规则		分值		数据生成方式		计量单位		定义	手术患者术后31天内非手术患者再次手术率=手术患者术后48小时内非手术患者再次手术人数/手术患者人数×100%	计算方法	手术患者术后31天内非手术患者再次手术率=手术患者术后48小时内非手术患者再次手术人数/手术患者人数×100%
54	(七) ICD 低风险病种患者住院死亡率	逐步降低			连续监测指标		5	百分比 (%)	自动抓取				年度医院出院患者中低风险病种死亡人数占低风险病种总人数的比例。115个低风险病种 ICD-10 (2019v2.0) 编码按照国家卫健委《三级医院评审标准(2022年版)》。	ICD 低风险病种患者住院死亡率=ICD 低风险病种住院患者死亡病例数/ICD 低风险病种出院患者病例总数×100%			

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
55	(八)DRGs低风险组患者住院死亡率	逐步降低		连续监测指标	5	自动抓取	百分比(%)	运用DRGs分组器测算产生低风险组病例,其死亡率是指该组死亡的病例数占低风险组全部病例数量的比例。	DRGs低风险组患者住院死亡率=DRG低风险组死亡例数/DRG低风险组总病例数×100% 低风险组计算过程:首先计算所有DRGs覆盖病例的死亡率,对死亡率取自然对数,处在负1倍标准差以外的DRG组为低风险组
<b>三、医疗安全指标(年度医院获得性指标)(64分)</b>									
56	(一)手术后患者发生肺栓塞和发生率	逐步降低		连续监测指标	2	自动抓取	百分比(%)	手术后患者发生肺栓塞占同期出院手术人次数的比例。	手术后患者发生肺栓塞和发生率=手术后患者发生肺栓塞例数/同期出院手术患者人次×100%
57	(二)手术后患者发生深静脉血栓和发生率	逐步降低		连续监测指标	2	自动抓取	百分比(%)	手术后患者发生深静脉血栓占同期出院手术人次数的比例。	手术后患者发生深静脉血栓和发生率=手术后患者发生深静脉血栓例数/同期出院手术患者人次×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
58	(三)手术后败血症和发生例数发生率	逐步降低		连续监测指标	2	自动抓取	百分比 (%)	手术患者手术后败血症和发生例数占同期出院患者手术例数的比例。	$\frac{\text{手术后败血症和发生例数}}{\text{同期出院患者手术例数}} \times 100\%$
59	(四)手术后出血或手术肿胀和发生例数	逐步降低		连续监测指标	2	自动抓取	百分比 (%)	手术后出血或手术肿胀患者手术例数占同期出院患者手术例数的比例。	$\frac{\text{手术后出血或手术肿胀患者手术例数}}{\text{同期出院患者手术例数}} \times 100\%$
60	(五)手术伤口裂开和发生例数发生率	逐步降低		连续监测指标	2	自动抓取	百分比 (%)	手术伤口裂开患者手术例数占同期出院患者手术例数的比例。	$\frac{\text{手术伤口裂开患者手术例数}}{\text{同期出院患者手术例数}} \times 100\%$
61	(六)手术后猝死和发生例数发生率	逐步降低		连续监测指标	2	自动抓取	百分比 (%)	手术后猝死患者手术例数占同期出院患者手术例数的比例。	$\frac{\text{手术后猝死患者手术例数}}{\text{同期出院患者手术例数}} \times 100\%$

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
62	(七)手术后呼吸衰竭和发生数	逐步降低		连续监测指标	2	自动抓取	百分比 (%)	手术后呼吸衰竭和发生数占同期出院患者人次数的比例。	$\frac{\text{手术后呼吸衰竭和发生数}}{\text{同期出院患者人次}} \times 100\%$
63	(八)手术后生理/代紊乱发生数	逐步降低		连续监测指标	2	自动抓取	百分比 (%)	手术后生理/代紊乱发生数占同期出院患者人次数的比例。	$\frac{\text{手术后生理/代紊乱发生数}}{\text{同期出院患者人次}} \times 100\%$
64	(九)与手术/操作相关感染发生数	逐步降低		连续监测指标	2	自动抓取	百分比 (%)	与手术/操作相关感染发生数占同期手术/操作患者人次数的比例。	$\frac{\text{与手术/操作相关感染发生数}}{\text{同期手术/操作患者人次}} \times 100\%$
65	(十)手术过程中异物遗留和发生数	逐步降低		连续监测指标	2	自动抓取	百分比 (%)	手术过程中异物遗留和发生数占同期手术患者人次数的比例。	$\frac{\text{手术过程中异物遗留和发生数}}{\text{同期手术患者人次}} \times 100\%$

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
66	(十一) 手术患者麻醉并发症发生率	逐步降低		连续监测指标	2	自动抓取	百分比 (%)	手术患者麻醉并发症发生率占同期手术患者的比例。	$\frac{\text{手术患者麻醉并发症发生率}}{\text{手术患者出院人次}} \times 100\%$
67	(十二) 手术患者肺部感染与手术患者肺部感染发生率	逐步降低		连续监测指标	2	自动抓取	百分比 (%)	手术患者肺部感染发生率占同期手术患者的比例。	$\frac{\text{手术患者肺部感染发生率}}{\text{手术患者出院人次}} \times 100\%$
68	(十三) 手术患者意外穿裂伤发生率	逐步降低		连续监测指标	2	自动抓取	百分比 (%)	手术患者意外穿裂伤发生率占同期手术患者的比例。	$\frac{\text{手术患者意外穿裂伤发生率}}{\text{手术患者出院人次}} \times 100\%$
69	(十四) 手术患者急性肾衰竭发生率	逐步降低		连续监测指标	2	自动抓取	百分比 (%)	手术患者急性肾衰竭发生率占同期手术患者的比例。	$\frac{\text{手术患者急性肾衰竭发生率}}{\text{手术患者出院人次}} \times 100\%$

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
70	(十五)各系统/器官术后并发症发生率	逐步降低		连续监测指标	2	自动抓取	百分比 (%)	消化系统术后并发症发生率是指术后患者出院人数的比例。	各系统/器官术后并发症发生率=术后患者出院人数/同期手术患者出院人数×100%
71	(十六)植入物的并发症(不包括脓毒症)发生率和发生率	逐步降低		连续监测指标	2	自动抓取	百分比 (%)	植入物的并发症(不包括脓毒症)发生率是指植入物同期出院患者的比例。	植入物的并发症(不包括脓毒症)发生率=植入物同期出院患者人数/同期手术患者人数×100%
72	(十七)移植的并发症发生率和发生率	逐步降低		连续监测指标	2	自动抓取	百分比 (%)	移植的并发症是指移植同期出院患者的比例。	移植的并发症发生率=移植的并发症发生例数/同期手术患者出院人数×100%
73	(十八)再植和截肢的并发症发生率和发生率	逐步降低		连续监测指标	2	自动抓取	百分比 (%)	再植和截肢的并发症是指再植和截肢同期出院患者的比例。	再植和截肢的并发症发生率=再植和截肢再植发生例数/同期再植患者出院人数×100%

74	(十九) 介入手术和其他患者发生症和发生率	逐步降低			标准	评分规则 连续监测指标	分值 2	数据生成方式 自动抓取	计量单位 百分比 (%)	定义 介入手术和其他患者发生症和发生率是指后手术患者占同期出院患者总数的比例。	计算方法 介入手术和其他患者发生症和发生率=介入手术患者数/同期患者数×100%
75	(二十) 新生儿产伤发生数和发生率	逐步降低				连续监测指标	2	自动抓取	百分比 (%)	新生儿产伤发生数和发生率是指新生儿占同期出生新生儿总数的比例。	新生儿产伤发生数和发生率=发生产伤者人数/同期活产儿人数×100%
76	(二十一) 阴道分娩和分娩发生症和发生率	逐步降低				连续监测指标	2	自动抓取	百分比 (%)	阴道分娩和分娩发生症和发生率是指阴道分娩或生产并发生症出院患者总数的比例。	阴道分娩和分娩发生症和发生率=阴道分娩患者数/同期阴道分娩产妇人数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
77	(二十二)剖宫产和分娩并发症发生率	逐步降低		连续监测指标	2	自动抓取	百分比 (%)	剖宫产或分娩发生率是指剖宫产或分娩同期剖宫产人数占分娩同期剖宫产总人数的比例。	$\frac{\text{剖宫产和分娩并发症发生例数}}{\text{分娩同期剖宫产人数}} \times 100\%$
78	(二十三)2期及以上院内压性损伤发生率	逐步降低		连续监测指标	2	自动抓取	百分比 (%)	是指2期及以上院内压性损伤例数占同期住院患者总数的比例。	$\frac{\text{2期及以上院内压性损伤例数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$
79	(二十四)输血反应发生率	逐步降低		连续监测指标	2	自动抓取	百分比 (%)	是指输血反应例数占同期住院患者总数的比例。	$\frac{\text{输血反应例数}}{\text{同期接受输血患者人次}} \times 100\%$
80	(二十五)输血反应发生率	逐步降低		连续监测指标	2	自动抓取	百分比 (%)	是指输血反应例数占同期住院患者总数的比例。	$\frac{\text{输血反应例数}}{\text{同期输血患者人次}} \times 100\%$

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
81	(二十六)医源性气胸发生数和发生率	逐步降低		连续监测指标	2	自动抓取	百分比(%)	医源性气胸发生数是指发生气胸的院患者总人数所占比例。	$\frac{\text{医源性气胸发生数}}{\text{发生气胸出院患者人次}} \times 100\%$
82	(二十七)住院患者院内跌倒/坠床所致骨折发生数和发生率	逐步降低		连续监测指标	2	自动抓取	百分比(%)	住院患者院内跌倒/坠床所致骨折患者是指住院患者发生跌倒、坠床所致骨折占同期出院患者总人数所占比例。	$\frac{\text{住院患者院内跌倒/坠床所致骨折发生数}}{\text{住院患者发生跌倒、坠床所致骨折例数}} \times 100\%$
83	(二十八)住院ICU患者呼吸机相关性肺炎发生率	逐步降低		连续监测指标	2	医院填报	百分比(%)	住院ICU患者呼吸机相关性肺炎是指呼吸机相关性肺炎患者占同期住院ICU患者总人数的比例。	$\frac{\text{住院ICU患者呼吸机相关性肺炎发生例数}}{\text{同期住院ICU患者总例数}} \times 100\%$

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
84	(二十九)住院导管相关性感染发生率	逐步降低		连续监测指标	2	医院填报	百分比 (%)	住院导管相关性感染发生率是指住院导管相关性感染患者同期住院ICU患者总人次数的比例。	住院导管相关性感染发生率=血流感染例数/同期患者留置导管总天数×100%
85	(三十)住院尿路感染发生率	逐步降低		连续监测指标	2	医院填报	百分比 (%)	住院导管相关性尿路感染发生率是指住院导管相关性尿路感染患者同期住院ICU患者总人次数的比例。	住院导管相关性尿路感染发生率=发生例数/同期尿道插管病人日数×100%
86	(三十一)临床用药所致的有害事件发生率	逐步降低		连续监测指标	2	自动抓取	百分比 (%)	临床用药所致的有害事件是指临床用药所致的有害事件出院患者总人次数的比例。	临床用药所致的有害事件发生率=(临床用药所致的有害事件例数)/同期出院患者人次×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
87	(三十二)血液透析所致并发症发生率	逐步降低		连续监测指标	2	自动抓取	百分比(%)	血液透析所致并发症发生率是指血液透析患者占同期患者总数的比例。	$\frac{\text{血液透析所致并发症发生例数}}{\text{同期患者出院人数}} \times 100\%$

### 第三章 重点专业质量控制指标(本章共18节227条监测指标,总分值180分)

#### 一、重症医学专业医疗质量控制指标(国卫办医函[2015]252号)(10分)

88	(一)ICU患者收治床日率	监测比较		连续监测指标	1	医院填报	百分比(%)	ICU患者收治床日率是指ICU收治患者总床日数占同期患者总床日数的比例。	$\frac{\text{ICU患者收治床日总数}}{\text{ICU收治患者总床日数}} \times 100\%$
89	(二)ICU抗菌药物治疗前病原学送检率	逐步提高		连续监测指标	1	医院填报	百分比(%)	是指ICU住院患者治疗前病原学送检物占同期治疗病原学送检物总数的比例。	$\frac{\text{ICU抗菌药物治疗前病原学送检例数}}{\text{ICU治疗病原学送检物总数}} \times 100\%$

90	(三) ICU 深静脉血栓 (DVT) 预防率	逐步提高	标准	评分规则 连续监测指标	分值 1	数据生成方式 医院填报	计量单位 百分比 (%)	定义 进行深静脉血栓 (DVT) 预防的 ICU 患者数占同期 ICU 收治患者总数的比例。深静脉血栓预防措施包括药物预防(肝素或低分子肝素抗凝)、机械预防(肢体加压泵、梯度压力弹力袜等)以及下腔静脉滤器等。	计算方法 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/同期 ICU 收治患者总数×100%
91	(四) ICU 气管插管 48h 内再插管率	逐步降低	标准	评分规则 连续监测指标	分值 1	数据生成方式 医院填报	计量单位 百分比 (%)	定义 气管插管计划拔管后 48h 内再插管者占同期 ICU 患者总数的比例。不包括非计划气管插管后再插管。	计算方法 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/同期 ICU 患者气管插管计划拔管总例数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
92	(五)非计划转入ICU率	逐步降低		连续监测指标	1.2	医院填报	百分比 (%)	非计划转入ICU是指非早期预警转入,或在开始麻醉诱导前并无术后转入ICU的计划,而术中或术后决定转入ICU。非计划转入ICU率是指非计划转入ICU患者数占同期转入ICU患者总数的比例。非计划转入ICU的原因应进行分层的分析(缺乏病情恶化的预警、麻醉因素和手术因素等)。	$\frac{\text{非计划转入ICU患者数}}{\text{非计划转入ICU患者数} + \text{同期转入ICU患者总数}} \times 100\%$
93	(六)转出ICU后48h内重返率	逐步降低		连续监测指标	1.2	医院填报	百分比 (%)	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。	$\frac{\text{转出ICU后48h内重返ICU患者数}}{\text{转出ICU患者数}} \times 100\%$
94	(七)ICU呼吸机相关性肺炎(VAP)发病率	逐步降低		连续监测指标	1.2	医院填报	千分比 (‰)	VAP发生例数占同期ICU患者有创机械通气总天数的比例。	$\frac{\text{ICU呼吸机相关性肺炎(VAP)发生例数}}{\text{VAP患者有创机械通气总天数}} \times 1000\%$

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
95	(八)ICU 血管内导管相关血流感染(CRBSI)发病率	逐步降低		连续监测指标	1.2	医院填报	千分比(‰)	CRBSI 发生例数占同期 ICU 患者导管内管留置总数的比例。	ICU 血管内导管相关血流感染(CRBSI)发病率=CRBSI 发生例数/同期 ICU 患者导管内管留置总数×1000‰
96	(九)ICU 导尿管相关泌尿系统感染(CAUTI)发病率	逐步降低		连续监测指标	1.2	医院填报	千分比(‰)	CAUTI 发生例数占同期 ICU 患者导管留置总数的比例。	ICU 导尿管相关泌尿系统感染(CAUTI)发病率=CAUTI 发生例数/同期 ICU 患者导尿管留置总数×1000‰
<b>二、急诊专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2015〕252号)(10分)</b>									
97	(一)急诊科医患比	监测达标	0.8/万人次	规模或配比类	1	医院填报	百分比(%)	急诊科固定在岗(本院)医师总数占同期急诊科接诊患者总数(万人次)的比例。	急诊科医患比=急诊科固定在岗(本院)医师总数/同期急诊科接诊患者总数(万人次)×100%
98	(二)急诊科护士比	监测达标	1.5/万人次	规模或配比类	1	医院填报	百分比(%)	急诊科固定在岗(本院)护士总数占同期急诊科接诊患者总数(万人次)的比例。	急诊科护士比=急诊科固定在岗(本院)护士(师)总数/同期急诊科接诊患者总数(万人次)×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
99	(三)抢救室滞留时间中位数	监测比较		连续监测指标	1.25	医院填报	小时	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。
100	(四)急性心肌梗死(STEMI)患者平均门药时间及门药时间达标率	逐步降低		连续监测指标	1.25	医院填报			
	(1)急性心肌梗死(STEMI)患者平均门药时间						分钟	急性心肌梗死(STEMI)患者平均门药时间是指在静脉溶栓药物治疗时间窗内的急性STEMI患者从入院至开始静脉溶栓药物治疗的平均时间。	急性心肌梗死(STEMI)患者平均门药时间=行溶栓药物治疗的急性心肌梗死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患者总数

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
	(2)急性心肌梗死(STEMI)患者门药时间达标率						百分比 (%)	急性心肌梗死(STEMI)患者门药时间达标率是指单位时间内,发病12小时内急性STEMI患者中,从到院至给予静脉溶栓药物(Door-to-Needle, DTN)时间小于等于30分钟的患者数,占同期发病12小时内接受静脉溶栓治疗的急性STEMI患者总数的比例。	急性心肌梗死(STEMI)患者门药时间达标率=急性心肌梗死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患者总数×100%
101	(五)急性心肌梗死(STEMI)患者平均门球时间及门球时间达标率	逐步降低		连续监测指标	1.25	医院填报			
	(1)急性心肌梗死(STEMI)患者平均门球时间						分钟	急性心肌梗死(STEMI)患者平均门球时间是指行急诊PCI的急性STEMI患者从到院至进行直接PCI治疗通过靶血管(Door-to-Device, DTD)的平均时间。	急性心肌梗死(STEMI)患者平均门球时间=行溶栓药物治疗的急性心肌梗死患者的门药时间总和/同期行急诊PCI的急性心肌梗死患者总数



编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
103	(七)急诊手术患者死亡率	逐步降低		连续监测指标	1.5	医院填报	百分比 (%)	急诊手术患者死亡是指急诊手术、除手术死亡外，原发疾病引起的手术患者死亡。急诊手术患者死亡数占同期急诊手术患者总数的比例。	$\text{急诊手术患者死亡率} = \frac{\text{急诊手术患者死亡数}}{\text{急诊手术患者总数}} \times 100\%$
104	(八)ROSC成功率	逐步提高		连续监测指标	1.25	医院填报	百分比 (%)	ROSC(心肺复苏术后自主呼吸循环恢复)成功是指急诊呼吸骤停患者,心肺复苏术(CPR)后自主呼吸循环恢复超过24小时。ROSC成功率是指ROSC成功例次数占同期急诊呼吸骤停患者行心肺复苏术总例数的比例。同一患者24小时内多次心肺复苏,记为“一例次”。	$\text{ROSC成功率} = \frac{\text{ROSC成功例次数}}{\text{同期急诊呼吸骤停患者行心肺复苏术总例次数}} \times 100\%$

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
<b>三、临床检验专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2015〕252号)(10分)</b>									
105	(一)标本类型错误率	逐步降低		连续监测指标	1	医院填报	百分比(%)	类型不符合要求的标本数占同期标本总数的比例。	标本类型错误率=类型不符合要求的标本数/同期标本总数×100%
106	(二)血培养污染率	逐步降低		连续监测指标	1	医院填报	百分比(%)	污染的血培养标本数占同期血培养标本总数的比例。	血培养污染率=污染的血培养标本数/同期血培养标本总数×100%
107	(三)抗凝标本凝集率	逐步降低		连续监测指标	1	医院填报	百分比(%)	凝集的标本数占同期需抗凝的标本总数的比例。	抗凝标本凝集率=凝集的标本数/同期需抗凝的标本总数×100%
108	(四)室内质控项目开展率	逐步提高		连续监测指标	1	医院填报	百分比(%)	开展室内质控的检验项目数占同期检验项目总数的比例。	室内质控项目开展率=开展室内质控的检验项目数/同期检验项目总数×100%
109	(五)室内质控项目不合格率	逐步降低		连续监测指标	1	医院填报	百分比(%)	室内质控项目高于要求的检验项目数占同期室内质控项目总数的比例。	室内质控项目变异系数=室内质控项目变异数/室内质控项目变异数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
110	(六) 室间质评项目参加率	逐步提高		连续监测指标	1	医院填报	百分比 (%)	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。	室间质评项目参加率=参加室间质评的检验项目数/同期实际开展且同时组织对特定机构已组织的室间质评项目总数×100%
111	(七) 室间质评项目不合格率	逐步降低		连续监测指标	1	医院填报	百分比 (%)	室间质评不合格检验项目数占同期参加室间质评项目总数的比例。	室间质评项目不合格率=室间质评不合格的检验项目数/同期参加室间质评检验项目总数×100%
112	(八) 实验室内周转时间中位数	逐步降低		连续监测指标	1	医院填报	分钟	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	实验室内周转时间中位数= $X(n+1)/2$ , n为奇数;实验室内周转时间中位数= $(Xn/2 + Xn/2 + 1)/2$ , n为偶数。 注:n为检验标本数, X为实验室内周转时间。

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
113	(九)检验报告 不正确率	逐步降低		连续监测指标	1	医院填报	百分比 (%)	检验报告不正确是指报告内容与实际情况不相符,包括信息不正确、患者信息不正确、标本信息不正确等。检验报告是指实验室发出的报告占同期检验报告总数的比例。	$\frac{\text{检验报告不正确数}}{\text{实验室发出报告总数}} \times 100\%$
114	(十)危急值 报及时率	逐步提高		连续监测指标	1	医院填报	百分比 (%)	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检验项目总数的比例。	$\frac{\text{危急值通报及时符合规定时间的检验项目数}}{\text{危急值通报的检验项目总数}} \times 100\%$

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
<b>四、病理专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2015〕252号)(10分)</b>									
115	(一)每百张病床病理医师数	监测达标	病理科医师按每百张病床1-2人配备	规模或配比类	1	医院填报	人	平均每100张实际开放病床病理医师的数量。	每百张病床病理医师数=病理医师数/(同期该医疗机构实际开放床位数/100)
116	(二)每百张病床病理技术人员数	监测达标	技术人员和辅助人员按照与医师1:1的配置	规模或配比类	1	医院填报	人	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。	每百张病床病理技术人员数=病理技术人员数/(同期该医疗机构实际开放床位数/100)
117	(三)HE染色切片优良率	逐步提高		连续监测指标	1	医院填报	百分比(%)	HE染色优良切片是指达到行业优良切片要求的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。	HE染色切片优良率=HE染色优良切片数/同期HE染色切片总数×100%

118	(四) 免疫组化染色切片优良率	逐步提高			连续监测指标	1	医院填报	百分比 (%)	定义 免疫组化染色切片优良率是指免疫组化染色切片优良染色切片数占免疫组化染色切片总数的比例。	计算方法 $\text{优良率} = \frac{\text{免疫组化染色切片优良染色切片数}}{\text{免疫组化染色切片总数}} \times 100\%$
119	(五) 术中快速病理诊断及及时率	逐步提高			连续监测指标	1	医院填报	百分比 (%)	定义 在规定时间内, 完成术中快速病理诊断报告术中快速病理诊断病例数占同期病理诊断总数的比例。规定时间是收到病理报告后 30 分钟内。若前一例病理报告未完成, 新病理报告中快速病理报告在收到病理报告 45 分钟内完成。	计算方法 $\text{术中快速病理诊断及及时率} = \frac{\text{在规定时间内完成术中快速病理诊断报告的病例数}}{\text{同期病理诊断总数}} \times 100\%$

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
120	(六)组织病理诊断及及时率	逐步提高		连续监测指标	1	医院填报	百分比 (%)	在规定时间内,完成组织病理诊断占同期总数的比例。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。	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本数/同期组织病理诊断标本总数×100%
121	(七)细胞病理诊断及及时率	逐步提高		连续监测指标	1	医院填报	百分比 (%)	在规定时间内,完成细胞病理诊断占同期总数的比例。规定时间是指自接收标本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。	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本数/同期细胞病理诊断标本总数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
122	(八) 免疫组化染色室间质评价合格率	逐步提高		连续监测指标	1	医院填报	百分比 (%)	免疫组化染色室间质评价合格率,是指病理质控中心组织免疫组化染色室间质评价达到合格染色室间质评价合格率,是指免疫组化染色室间质评价合格率占染色室间质评价总次数的比例。	$\frac{\text{免疫组化染色室间质评价合格染色室间质评价次数}}{\text{免疫组化染色室间质评价总次数}} \times 100\%$
123	(九) 细胞病理学诊断符合率	逐步提高		连续监测指标	1	医院填报	百分比 (%)	细胞病理学诊断符合率,是指细胞病理学诊断符合病例数占细胞病理学诊断总病例数的比例。抽查性病例数应至少5%。	$\frac{\text{细胞病理学诊断符合病例数}}{\text{细胞病理学诊断总病例数}} \times 100\%$
124	(十) 术中快速诊断与石蜡诊断符合率	逐步提高		连续监测指标	1	医院填报	百分比 (%)	术中快速诊断与石蜡诊断符合率,是指在良性肿瘤性病变方面一致。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病例数占术中快速诊断总病例数的比例。	$\frac{\text{术中快速诊断与石蜡诊断符合病例数}}{\text{术中快速诊断总病例数}} \times 100\%$

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
<b>五、医院感染管理医疗质量控制指标(国卫办医函〔2015〕252号)(10分)</b>									
125	(一)医院感染发病(例次)率	监测达标	≤10%	规模或配比类	1.2	医院填报	百分比(%)	医院感染新发病例,即观察开始时没有发生感染,观察开始后直至结束时发生的感染病例,在观察开始时已发生感染,在观察期间又发生新的感染病例。医院感染发病(例次)率是指住院患者中发生医院感染(例次)的发病例(例次)的比例。	医院感染发病(例次)率=医院感染新发病例(例次)数/同期住院患者总数×100%
126	(二)医院感染现患(例次)率	监测达标	≤10%	规模或配比类	1.2	医院填报	百分比(%)	确定时段或时点住院患者中,医院感染(例次)数占同期住院患者总数的比例。	医院感染现患(例次)率=确定时段或时点住院患者中医院感染患者(例次)数/同期住院患者总数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
127	(三) 医院感染病例漏报率	监测达标	≤10%	规模或配比类	1.2	医院填报	百分比 (%)	应当报告而未报告的医院感染病例数占同期应报告病例总数的比例。	$\text{医院感染病例漏报率} = \frac{\text{应当报告而未报告的医院感染病例数}}{\text{同期应报告病例总数}} \times 100\%$
128	(四) 多重耐药菌感染发现率	监测比较		连续监测指标	1	医院填报	百分比 (%)	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)、耐碳青霉烯不动杆菌(CRABA)、耐碳青霉烯绿假单胞菌(CRPAE)。多重耐药菌感染发现率是指多重耐药菌感染患者数(例次数)与同期住院患者总数的比例。	$\text{多重耐药菌感染发现率} = \frac{\text{多重耐药菌感染患者数(例次数)}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
129	(五)多重耐药菌感染检出率	监测比较		连续监测指标	1	医院填报	百分比 (%)	多重耐药菌感染检出率=多重耐药菌检出数/同期该病原体检出菌株总数×100%	多重耐药菌感染检出率=多重耐药菌检出数/同期该病原体检出菌株总数×100%
130	(六)医务人员手卫生依从率	逐步提高		连续监测指标	1	医院填报	百分比 (%)	医务人员手卫生依从率=实际调查的医务人员实施手卫生次数/同期调查的医务人员应实施手卫生次数×100%	医务人员手卫生依从率=实际调查的医务人员实施手卫生次数/同期调查的医务人员应实施手卫生次数×100%
131	(七)抗菌药物治疗前病原学送检率	逐步提高		连续监测指标	1	医院填报	百分比 (%)	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数占同期治疗病原学检验总数的比例。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。	抗菌药物治疗前病原学送检率=使用抗菌药物前病原学检验标本使用例数/同期治疗病原学送检总数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
132	(八)I类切口手术部位感染率	逐步降低		连续监测指标	1.2	医院填报	百分比 (%)	I类切口手术部位感染是指发生在I类手术(清洁)切口,即手术未进入炎症区,未进入呼吸道、消化及泌尿生殖道,以及闭合性创伤手术符合上述条件的切口的手术感染,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例数占同期接受I类切口手术患者总数的比例。	$\frac{\text{I类切口手术部位感染率} = \frac{\text{发生I类切口手术部位感染例数}}{\text{同期接受I类切口手术患者总数}} \times 100\%$
133	(九)导尿管相关泌尿系感染发病率	逐步降低		连续监测指标	1.2	医院填报	千分比 (‰)	使用导尿管住院患者中新发泌尿系感染的发病频率。	$\text{导尿管相关泌尿系感染发病率} = \frac{\text{导尿管相关泌尿系感染例数}}{\text{同期患者使用导尿管总天数}} \times 1000\%$

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
<b>六、临床用血质量控制指标(国卫办医函〔2019〕620号)(10分)</b>									
134	(一)每千单位用血输血专业技术人员数	监测比较		连续监测指标	1	医院填报	千分比(‰)	输血专业技术人员与千单位用血之比。医疗机构年度用血总量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。	每千单位用血输血专业技术人员数=输血科(血库)专业技术人员数/(医疗机构年度用血总量/1000)
135	(二)《临床输血申请单》合格率	监测达标	100%	规模或配比类	1.25	医院填报	百分比(%)	填写规范且符合用血条件的《临床输血申请单》数量占同期临床输血科(血库)接收申请的《临床输血申请单》总数的百分比。	《临床输血申请单》合格率=填写规范且符合用血条件的申请单数/同期临床输血科(血库)接收的申请单总数×100%
136	(三)受血者标本血型复查率	监测达标	100%	规模或配比类	1.25	医院填报	百分比(%)	指输血科(血库)对受血者血液标本占同期接收血型的受血者血液标本总数的百分比。	受血者标本血型复查率=受血者血液标本复查血型数/同期接收的受血者血液标本总数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
137	(四)输血相容性检测项目室内质控率	监测达标	100%	规模或配比类	1.5	医院填报	百分比 (%)	开展室内质控的输血相容性检测项目的输血相容性检测项目总数的百分比。	输血相容性检测项目室内质控率=开展室内质控的输血相容性检测项目数/医疗机构开展的输血相容性检测项目总数×100%
138	(五)输血相容性检测室间质评项目参加率	监测达标	100%	规模或配比类	1.5	医院填报	百分比 (%)	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项目总数的百分比。	输血相容性检测室间质评项目参加率=参加室间质评的输血相容性检测项目数/所参加的室间质评项目总数×100%
139	(六)千输血人次输血不良反应上报例数	监测比较		连续监测指标	1.25	医院填报	千分比 (‰)	单位时间内,每千输血人次中输血不良反应上报例数。	千输血人次输血不良反应上报例数=输血不良反应上报例数/(输血人次/1000)
140	(七)手术患者自体输血率	逐步提高		连续监测指标	1	医院填报	百分比 (%)	单位时间内手术患者自体输血量占输血量之和的百分比。此处仅统计红细胞成分及全血用量。	手术患者自体输血率=手术患者自体输血量/(同期手术患者自体输血量+自体输血量)×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
141	(八)出院患者人均用血量	监测比较		连续监测指标	1.25	医院填报	百分比 (%)	医疗机构单位时间内出院患者人均用血量。	出院患者人均用血量=出院患者用血总量/单位数/同期出院患者人次×100%
<b>七、呼吸内科专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2019〕854号)(10分)</b>									
142	(一)急性肺血栓栓塞症(PTE)患者确诊检查比例	逐步提高		连续监测指标	1	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,出院诊断为急性PTE患者进行确诊检查的人数与同期急性PTE患者总数的比值。	急性肺血栓栓塞症(PTE)患者确诊检查比例=急性PTE患者进行确诊检查人数/同期急性PTE患者总数×100%
143	(二)急性PTE患者行深静脉血栓相关检查比例	逐步提高		连续监测指标	1	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,急性PTE患者行深静脉血栓相关检查的人数与同期急性PTE患者总数的比值。	急性PTE患者行深静脉血栓相关检查比例=急性PTE患者行深静脉血栓相关检查人数/同期急性PTE患者总数×100%
144	(三)急性PTE患者行危险分层相关检查比例	逐步提高		连续监测指标	1	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,急性PTE患者行危险分层相关检查的人数与同期急性PTE患者总数的比值。	急性PTE患者行危险分层相关检查比例=急性PTE患者行危险分层相关检查的人数/同期急性PTE患者总数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
145	(四)急性PTE患者住院期间抗凝治疗比例	监测比较		连续监测指标	1	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,急性PTE患者住院人数与同期急性PTE患者总数的比值。	急性PTE患者住院期间抗凝治疗比例=急性PTE患者住院人数/同期急性PTE患者总数×100%
146	(五)急性PTE患者住院死亡率	逐步降低		连续监测指标	1	医院填报	百分比 (%)	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。	急性PTE患者住院死亡率=住院急性PTE患者死亡人数/同期住院急性PTE患者总数×100%
147	(六)慢阻肺急性加重患者住院期间行动脉血气分析比例	逐步提高		连续监测指标	1	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,住院动脉血气分析的重阻肺急性加重患者占同期住院急性加重患者的比例。	慢阻肺急性加重患者住院期间行动脉血气分析比例=住院动脉血气分析的重阻肺急性加重患者数/同期住院慢阻肺急性加重患者总数×100%
148	(七)慢阻肺急性加重患者住院期间影像学检查比例	逐步提高		连续监测指标	1	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,住院期间胸部影像学检查(X线/CT)的重阻肺急性加重患者占同期住院慢阻肺急性加重患者总数的比例。	慢阻肺急性加重患者住院期间胸部影像学检查比例=住院期间胸部影像学检查的重阻肺急性加重患者数/同期住院慢阻肺急性加重患者总数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
149	(八)慢阻肺急性加重住院前期治疗前病原学送检比例	逐步提高		连续监测指标	1	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,住院慢阻肺急性加重治疗前病原学送检住院慢阻肺急性加重患者总数的比例。	慢阻肺急性加重患者住院治疗前病原学送检比例=住院慢阻肺急性加重患者治疗前病原学送检人数/同期住院慢阻肺急性加重患者总数×100%
150	(九)慢阻肺急性加重住院死亡率	逐步降低		连续监测指标	1	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,住院慢阻肺急性加重患者占同期住院慢阻肺死亡人数的比例。	慢阻肺急性加重患者住院死亡率=住院慢阻肺急性加重患者死亡人数/同期住院慢阻肺急性加重患者总数×100%
151	(十)CAP患者住院死亡率	逐步降低		连续监测指标	1	医院填报	百分比 (%)	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。	CAP患者住院死亡率=住院CAP患者死亡人数/同期住院CAP患者总数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
<b>八、产科专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2019〕854号)(10分)</b>									
152	(一)剖宫产/初产妇产率 1.剖宫产率	监测比较		连续监测指标	1	医院填报	百分比(%)	单位时间内,剖宫产分娩产妇(分娩孕周≥28周)总人数的比例。	$\frac{\text{剖宫产分娩产妇人数}}{\text{分娩产妇总人数}} \times 100\%$
	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。	$\frac{\text{初产妇剖宫产人数}}{\text{初产妇总人数}} \times 100\%$
153	(二)阴道分娩椎管内麻醉使用率	监测比较		连续监测指标	1	医院填报	百分比(%)	单位时间内,阴道分娩产妇实施椎管内麻醉人数(不含术中剖宫产分娩产妇)占同期阴道分娩产妇总人数(不含术中剖宫产产妇)的比例。	$\frac{\text{阴道分娩椎管内麻醉使用产妇人数}}{\text{阴道分娩产妇总人数}} \times 100\%$

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
154	(三)早产/早期早产率  1.早产率	监测比较	小于20%	连续监测指标	1	医院填报	百分比(%)	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。	$\text{早产率} = \frac{\text{早产产妇人数}}{\text{同期分娩产妇总人数}} \times 100\%$
	2.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。	$\text{早期早产率} = \frac{\text{早期早产产妇人数}}{\text{同期分娩产妇总人数}} \times 100\%$
155	(四)巨大儿发生率	监测比较	小于5%	连续监测指标	1	医院填报	百分比(%)	单位时间内,巨大儿(出生体重4000g)人数占同期活产数的比例。	$\text{巨大儿发生率} = \frac{\text{巨大儿人数}}{\text{同期活产数}} \times 100\%$
156	(五)严重产后出血发生率	监测比较	小于10%	连续监测指标	1	医院填报	百分比(%)	单位时间内,发生严重产后出血(分娩24小时内出血量≥1000ml)的产妇人数占同期分娩产妇(分娩孕周≥28周)总人数的比例。	$\text{严重产后出血发生率} = \frac{\text{严重产后出血产妇人数}}{\text{同期分娩产妇总人数}} \times 100\%$

157	(六) 严重产后出血患者输血率	监测比较			连续监测指标	1	医院填报	百分比 (%)	定义 单位时间内,发生严重产后出血(分娩24小时内出血量≥1000ml)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。	计算方法 $\text{严重产后出血患者输血率} = \frac{\text{严重产后出血患者输血治疗人数}}{\text{同期严重产后出血患者总数}} \times 100\%$
158	(七) 孕产妇死亡活产比	监测达标	$< 12:10000$		规模或配比类	1	医院填报	十万分比	定义 单位时间内,孕产妇在孕后至产后42天内因各种原因造成的孕产妇死亡人数占同期活产人数的比例。	计算方法 $\text{孕产妇死亡活产比} = \frac{\text{孕产妇死亡人数}}{\text{同期活产人数}} \times (100000/100000)$
159	(八) 妊娠相关子宫切除率	逐步降低			连续监测指标	1	医院填报	十万分比	定义 单位时间内,妊娠相关因素导致实施子宫切除产妇(分娩孕周≥28周)总人数的比例。	计算方法 $\text{妊娠相关子宫切除率} = \frac{\text{妊娠相关子宫切除产妇人数}}{\text{同期分娩产妇总人数}} \times (100000/100000)$

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
160	(九)产后或非计划再次手术率	逐步降低		连续监测指标	1	医院填报	十万分比	单位时间内,产妇在同一次住院期间,产后或因手术致患者重返手术室进行计划外再次手术(含介入手术)的人数占同期分娩产妇(分娩孕周≥28周)总人数的比例。	产后或非计划再次手术率=(产后或非计划再次手术人数/同期分娩产妇总人数)×(100000/100000)
161	(十)足月新生儿5分钟Apgar评分<7分发生率	逐步降低		连续监测指标	1	医院填报	百分比(%)	单位时间内,足月新生儿(分娩孕周≥37周)出生后5分钟Apgar评分<7分人数占同期内足月活产儿总数的比例。	足月新生儿5分钟Apgar评分<7分发生率=足月新生儿5分钟Apgar评分<7分人数/同期足月活产儿总数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
<b>九、神经系统疾病医疗质量控制指标(国卫办医函〔2020〕13号)(10分)</b>									
<b>(一) 癫痫与惊厥癫痫持续状态</b>									
162	1. 抗癫痫药物严重不良反应发生率	监测比较		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比(%)	单位时间内,住院癫痫患者病程中严重不良反应的住院总人数与同期住院癫痫患者总人数的比值。抗癫痫药物严重不良反应指:使用抗癫痫药物后导致患者需前住门诊就诊,并减药、停药或住院治疗;或导致住院时间延长;或导致胎儿先天性畸形或出生缺陷。	抗癫痫药物严重不良反应发生率=病程中严重不良反应的住院癫痫患者人数/同期住院癫痫患者总数×100%
163	2. 癫痫手术在院死亡率	逐步降低		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比(%)	是指单位时间内,所有住院行癫痫手术者在院死亡者在院死亡数。	癫痫手术在院死亡率=行癫痫手术者在院死亡数/同期住院癫痫手术患者数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
164	3. 癫痫患者术后并发症发生率	逐步降低		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,所有住院行癫痫手术并发生癫痫患者术后并发症发生率。 癫痫手术包括:脑脊液漏、脑积水、颅内/深部)、颅内或硬膜外脓肿、缺血性脑梗病、颅内血肿、静脉窦血栓形成、深静脉血栓形成、肺栓塞、肺部感染、代谢紊乱、语言障碍、记忆障碍、偏瘫、精神障碍、视野缺损。	癫痫患者术后并发症发生率=行癫痫手术患者在院并发癫痫患者数/同期住院行癫痫手术的患者总数×100%
165	4. 癫痫患者术后病理明确率	逐步提高		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	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。	癫痫患者术后病理明确率=行癫痫手术后病理明确患者数/同期住院行癫痫手术的患者总数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
166	5. 惊厥性癫痫持续状态患者在院死亡率	逐步降低		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	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。	惊厥性癫痫持续状态患者在院死亡率=院内死亡的患者数/同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数×100%
(二) 脑梗死									
167	1. 发病24小时内脑梗死患者30分钟内完成头颅CT影像学检查率	逐步提高		连续监测指标	0.25	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,发病24小时内急诊头颅CT影像学检查的脑梗死患者中,30分钟内获得头颅CT影像学诊断信息的患者所占的比例。	发病24小时内脑梗死患者急诊完成头颅CT影像学检查率=发病24小时内急诊就诊的脑梗死患者30分钟内获得头颅CT影像学诊断信息的人数/同期发病24小时内急诊就诊头颅CT影像学检查的脑梗死患者总数×100%

168	2. 发病24小时内脑梗死患者急诊就临床完成率	逐步提高			连续监测指标	0.25	医院填报	百分比 (%)	定义 单位时间内,发病24小时内到急诊室检查(包括血常规、血糖、凝血、电解质、肾功能)的脑梗死患者中,45分钟内获得临床信息的患者所占的比例。	计算方法 发病24小时内脑梗死患者急诊就临床完成率=发病24小时内急诊就临床完成患者数/同期急诊就临床完成患者总数×100%
169	3. 发病4.5小时内脑梗死患者静脉溶栓率	监测比较			连续监测指标	0.25	医院填报	百分比 (%)	定义 单位时间内,发病4.5小时内静脉溶栓治疗的患者数占同期发病4.5小时内到院的脑梗死患者总数的比例。	计算方法 发病4.5小时内脑梗死患者静脉溶栓率=发病4.5小时内静脉溶栓治疗的患者数/同期发病4.5小时内到院的脑梗死患者总数×100%
170	4. 出院时脑梗死患者抗栓/他汀类药物治疗率	逐步提高			连续监测指标	0.25	医院填报	百分比 (%)		

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
	4.1 出院时脑梗死患者抗栓治疗率							单位时间内,出院时给予抗栓药物(包括抗血小板药物和抗凝药物)的脑梗死患者数占同期住院脑梗死患者总数的比例。	出院时脑梗死患者抗栓治疗率=出院时给予抗栓药物的脑梗死患者数/同期住院脑梗死患者总数×100%
	4.2 出院时脑梗死患者他汀类药物治疗率							单位时间内,出院时给予他汀类药物的脑梗死患者数占同期住院脑梗死患者总数的比例。	出院时脑梗死患者他汀类药物治疗率=出院时给予他汀类药物的脑梗死患者数/同期住院脑梗死患者总数×100%
171	5. 脑梗死患者住院死亡率	逐步降低		连续监测指标	0.25	医院填报	百分比 (%)	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。	脑梗死患者住院死亡率=住院期间死亡的脑梗死患者数/同期住院脑梗死患者总数×100%
172	6. 发病24小时内脑梗死患者血管内治疗率	逐步提高		连续监测指标	0.25	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,发病24小时内行血管内治疗的脑梗死患者数与同期收治发病24小时内脑梗死患者总数的比例。	发病24小时内脑梗死患者血管内治疗率=发病24小时内行血管内治疗的脑梗死患者数/同期收治发病24小时内脑梗死患者总数×100%

编号	173	指标名称	7. 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗后即刻再通率	指标导向	逐步提高	标准		评分规则	连续监测指标	分值	0.25	数据生成方式	医院填报	计量单位	百分比 (%)	定义	单位时间内,发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗后即刻靶血管造影提示靶血管再通的患者所占比例。	计算方法	发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗后即刻再通率 = $\frac{\text{发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗后即刻靶血管造影提示靶血管再通人数}}{\text{发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗人数}} \times 100\%$
编号	174	指标名称	8. 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗部位栓塞发生率	指标导向	逐步降低	标准		评分规则	连续监测指标	分值	0.25	数据生成方式	医院填报	计量单位	百分比 (%)	定义	单位时间内,发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗部位栓塞的患者所占比例。	计算方法	发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗部位栓塞发生率 = $\frac{\text{发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗部位栓塞人数}}{\text{发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗人数}} \times 100\%$

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
175	9. 发病24小时内脑梗死患者颅内血管内治疗后症状性颅内出血发生率	逐步降低		连续监测指标	0.25	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,发病24小时内脑梗死患者颅内血管内治疗期间发生症状性颅内出血所占比例。	发病24小时内脑梗死患者颅内血管内治疗后症状性颅内出血发生率=发病24小时内血管内治疗期间发生症状性颅内出血人数/同期脑梗死患者人数×100%
176	10. 发病24小时内脑梗死患者颅内血管内治疗期间死亡率	逐步降低		连续监测指标	0.25	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,发病24小时内脑梗死患者颅内血管内治疗期间死亡所占比例。	发病24小时内脑梗死患者颅内血管内治疗期间死亡率=发病24小时内血管内治疗期间死亡人数/同期脑梗死患者人数×100%
(三) 颈动脉支架置入术									
177	1. 颈动脉支架置入术成功率	逐步提高		连续监测指标	0.6	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,颈动脉支架置入术患者总数的比例。	颈动脉支架置入术成功率=颈动脉支架置入术患者总数/同期颈动脉支架置入术患者总数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
178	2. 颈动脉支架置入术发生率	逐步降低		连续监测指标	0.6	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,发生并发症的颈动脉置入术患者总数的比例。颈动脉支架置入术并发症包含:(1)心血管并发症:颈动脉窦压力反射和心动管迷走神经反应;持续的低压;围术期心肌梗死、心衰。(2)缺血性并发症:栓子脱落、血栓形成、血管痉挛、动脉夹层等导致 TIA 和缺血性卒中。(3)颅内出血:脑过度灌注综合征、高血压出血(主要位于基底节部位)、脑梗死后出血转化、合并颅内出血性疾患、血管穿孔。(4)其他并发症:支架释放失败、支架变形、支架移位、穿刺剂损伤、造影剂肾病。	颈动脉支架置入术并发症发生率=发生并发症的颈动脉置入术患者数/同期颈动脉支架置入术患者总数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
179	3. 颈动脉支架术中死亡发生率	逐步降低		连续监测指标	0.7	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,颈动脉支架术中死亡患者数占颈动脉支架术患者总数的比例。	$\frac{\text{颈动脉支架术中死亡患者数}}{\text{颈动脉支架术患者总数}} \times 100\%$
180	4. 颈动脉支架术后30天内缺血性卒中发生率	逐步降低		连续监测指标	0.6	医院填报	百分比 (%)	是指单位时间内,颈动脉支架术中缺血性卒中患者数占颈动脉支架术患者总数的比例。	$\frac{\text{颈动脉支架术后30天内缺血性卒中患者数}}{\text{颈动脉支架术患者总数}} \times 100\%$
(四) 脑血管造影术									
181	1. 脑血管造影术(DSA)前无创影像评估率	逐步提高		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,脑血管造影术前无创影像评估患者数占脑血管造影术患者总数的比例。	$\frac{\text{脑血管造影术(DSA)前无创影像评估患者数}}{\text{脑血管造影术患者总数}} \times 100\%$

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
182	2. 脑血管造影术中非离子型对比剂应用率	逐步提高		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,脑血管造影术中使用非离子型对比剂的患者数占脑血管造影术的患者总数的比例。	脑血管造影术中使用非离子型对比剂应用率=脑血管造影术中使用非离子型对比剂的患者数/脑血管造影术的患者总数×100%
183	3. 脑血管造影阳性率	监测比较		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,脑血管造影术检查有异常发现的脑血管造影术的患者数占脑血管造影术的患者总数的比例。	脑血管造影阳性率=脑血管造影术检查有异常发现的脑血管造影术的患者数/脑血管造影术的患者总数×100%
184	4. 脑血管造影术穿刺点并发症发生率	逐步降低		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,脑血管造影术穿刺点并发症患者数占脑血管造影术患者总数的比例。	脑血管造影术穿刺点并发症发生率=脑血管造影术穿刺点并发症患者数/脑血管造影术患者总数×100%
185	5. 脑血管造影术死亡率	逐步降低		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,脑血管造影术死亡患者数占脑血管造影术患者总数的比例。	脑血管造影术死亡率=脑血管造影术死亡患者数/脑血管造影术患者总数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
<b>十、肾病专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2020〕13号)(10分)</b>									
<b>(一)IgA 肾病</b>									
186	1. 肾活检患者术前检查完成率	逐步提高		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比(%)	肾活检患者2周内完成全部相关术前检查的比例。肾活检前必需的检查项目包括:(1)血常规、尿常规。(2)肾功能、凝血功能、感染性疾病筛查(乙肝、丙肝、梅毒、HIV)、补体C3、免疫球蛋白IgA、血型。(3)24小时尿蛋白定量。(4)超声检查(包括双肾形态和大小、输尿管和膀胱),以上所有检查均完成定义为完成检查。	肾活检患者术前检查完成率=2周内完成术前检查的肾活检患者数/同期肾活检患者总数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
187	2.肾脏病理切片染色规范率	逐步提高		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	肾活术后2周内规范完成病理切片染色比例。 病理切片染色至少包括：光镜染色(HE、PAS、Masson、PASM)和免疫荧光染色(IgG、IgA、IgM、C3、C4或C1q、Fib)，以上所有染色均完成定义为染色规范。	肾脏病理切片染色规范率=肾活术后2周内规范完成病理切片染色患者数/同期完成肾脏病理切片染色的患者总数×100%
188	3.IgA 肾病患者病理分型诊断率	逐步提高		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	肾活术后2周内完成病理分型诊断的IgA肾病患者数/同期完成肾脏病理诊断的IgA肾病患者病理分型诊断率=肾活术后2周内完成病理分型诊断的IgA肾病患者数/同期完成肾脏病理诊断的IgA肾病患者总数×100%	肾脏病理分型诊断率=肾活术后2周内完成病理分型诊断的IgA肾病患者数/同期完成肾脏病理诊断的IgA肾病患者总数×100%
189	4.IgA 肾病患者RAS阻断剂的使用率	逐步提高		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	适合使用RAS阻断剂的IgA肾病患者中使用RAS阻断剂的比例。	肾脏病理分型诊断的IgA肾病患者RAS阻断剂的使用率=使用RAS阻断剂的IgA肾病患者数/同期适合使用RAS阻断剂的IgA肾病患者数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
190	5. 肾功能恶化率	逐步降低		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	治疗6个月后,血肌酐倍增的IgA肾病患者比例。 血肌酐倍增指血肌酐升高至基线值的2倍,基线值是治疗前患者血肌酐值。	肾功能恶化率=治疗6个月后,血肌酐倍增的IgA肾病患者数/同期随访的IgA肾病患者总数×100%
191	6. 治疗6个月后24小时尿蛋白<1g的患者比例	监测比较		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	IgA肾病随访患者中治疗6个月后24小时尿蛋白<1g的患者比例。	治疗6个月后24小时尿蛋白<1g的患者比例=治疗6个月后,24小时尿蛋白<1g的IgA肾病患者数/同期随访的IgA肾病患者总数×100%
192	7. 肾活检严重并发症发生率	逐步降低		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	肾活检发生严重并发症的患者比例。需严重并发症是指需介入止血、肾切除等方法干预治疗的并发症。	肾活检严重并发症发生率=肾活检发生严重并发症的IgA肾病患者数/同期完成肾活检术的IgA肾病患者总数×100%

193	8. 激素、免疫抑制剂治疗的严重发生率	逐步降低			连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	定义 IgA 肾病患者应用激素、免疫抑制剂 6 个月内出现严重并发症的比例。 严重并发症包含伴有呼吸衰竭的肺部感染、股骨头坏死、消化道出血。	计算方法 激素、免疫抑制剂治疗的严重发生率=应用激素、免疫抑制剂治疗 6 个月内出现严重并发症的 IgA 肾病患者数/同期应用激素、免疫抑制剂治疗的 IgA 肾病患者总数×100%
(二) 血液净化技术										
194	1. 治疗室消毒合格率	逐步提高			连续监测指标	1	医院填报	百分比 (%)	血液透析治疗室消毒合格的月份数/在当年所占的比例。	治疗室消毒合格率= $\frac{\text{血液透析治疗室消毒合格的月份数}}{12 \text{月}} \times 100\%$
195	2. 透析用水生物污染检验合格率	逐步提高			连续监测指标	1	医院填报	百分比 (%)	血液透析室(中心)的透析用水生物污染检验合格的月份/季度在当年所占的比例。	透析用水生物污染检验合格率= $\frac{\text{透析用水生物污染检验合格月份数(或季度数量)}}{12 \text{(或 4)} \times 100\%}$

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
196	3. 新入血液源性透析患者血液标志物检验完成率	监测达标	100%	规模或配比类	1	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,完成血液源性传染病标志物检验的新入血液透析患者比例。	新入血液透析患者血液标志物检验完成率=新入血液源性透析患者血液标志物检验的患者数/同期新入血液透析患者总数×100%
197	4. 维持性血液源性透析患者血液标志物定时检验完成率	监测达标	100%	规模或配比类	1	医院填报	百分比 (%)	每6个月,完成血液源性传染病标志物检验的维持性血液透析患者比例。	维持性血液透析患者血液标志物定时检验完成率=每6个月完成血液源性透析患者血液标志物检验的患者数/同期维持性血液透析患者总数×100%
198	5. 透析患者血液生化定时检验率	逐步提高		连续监测指标	1	医院填报	百分比 (%)	每3个月完成血液生化定时检验的透析患者血液生化定时检验率占同期透析患者血液生化定时检验的透析患者血液生化定时检验患者总数的比例。	透析患者血液生化定时检验率=每3个月完成血液生化定时检验的透析患者血液生化定时检验患者数/同期透析患者血液生化定时检验患者总数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
199	6. 透析患者高血压控制率	逐步提高		连续监测指标	1	医院填报	百分比 (%)	单位时间内, 高血压控制率达标的透析患者占透析患者总数的比例。	透析患者高血压控制率=血压控制达标的透析患者数/同期维持性血液透析患者总数×100%
<b>十一、护理专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2020〕654号)(10分)</b>									
200	(一) 不同职称护士配置占比	监测比较		连续监测指标	1	医院填报	百分比 (%)	单位时间内, 不同职称护士所占的比例。	护士配置占比=护士人数/同期执业护士总人数×100%
	护士配置占比								护士配置占比=护士人数/同期执业护士总人数×100%
	护师配置占比								护师配置占比=护师人数/同期执业护士总人数×100%
	主管护师配置占比								主管护师配置占比=主管护师人数/同期执业护士总人数×100%
	副主任护师配置占比								副主任护师配置占比=副主任护师人数/同期执业护士总人数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
	主任护士配置占比								$\frac{\text{主任护士配置人数}}{\text{主任护士人数} + \text{同期执业护士总人数}} \times 100\%$
201	(二)不同工作年限护士配置占比	监测比较		连续监测指标	1	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,不同工作年限护士所占的比例。	
	<5年护士配置占比								$\frac{\text{<5年护士配置人数}}{\text{<5年护士人数} + \text{同期执业护士总人数}} \times 100\%$
	≥20年年护士配置占比								$\frac{\text{≥20年年护士配置人数}}{\text{≥20年年护士人数} + \text{同期执业护士总人数}} \times 100\%$
202	(三)护士离职率	监测比较		连续监测指标	1	医院填报	百分比 (%)	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。	$\frac{\text{护士离职人数}}{\text{同期离职护士人数} + \text{统计周期内护士总人数}} \times 100\%$
203	(四)住院患者跌倒发生率	逐步降低		连续监测指标	2	医院填报	千分比 (‰)	单位时间内,住院患者发生跌倒或造成伤害(包括跌倒或伤害)与住院患者实际占用床日数的千分比。	$\frac{\text{住院患者跌倒发生次数}}{\text{住院患者实际占用床日数}} \times 1000\%$

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
204	(五)住院患者2期及以上院内压力性损伤发生率	逐步降低		连续监测指标	2	医院填报	百分比(%)	单位时间内,住院患者2期及以上院内压力性损伤新发病例数与住院患者总数的比例。	住院患者2期及以上院内压力性损伤发生率=住院患者2期及以上院内压力性损伤新发病例数/同期住院患者总数×100%
205	(六)CVC相关血流感染发生率	逐步降低		连续监测指标	1.5	医院填报	千分比(‰)	单位时间内,中心静脉导管(CVC)相关血流感染发生例数与患者CVC留置总日数的千分比。	CVC相关血流感染发生率=CVC相关血流感染例次数/同期患者CVC留置总日数×1000‰
206	(七)PICC相关血流感染发生率	逐步降低		连续监测指标	1.5	医院填报	千分比(‰)	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。	PICC相关血流感染发生率=PICC相关血流感染例次数/同期患者PICC留置总日数×1000‰
<b>十二、药事管理专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2020〕654号)(10分)</b>									
207	(一)每百张床位临床药师人数	监测达标	绝对数≥5名	规模或配比类	1	医院填报	人	每100张实际开放床位临床药师人数。	每百张床位临床药师人数=临床药师人数/同期实际开放床位数×100

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
208	(二)门诊处方审核率	逐步提高		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	药品收费前处方审核占同期门诊总人次数的比例。	$\frac{\text{门诊处方审核药品收费前处方数}}{\text{门诊处方总人数}} \times 100\%$
209	(三)住院用药医嘱审核率	逐步提高		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	药品调配前住院医嘱患者用药医嘱总条数占同期住院患者用药医嘱总条数的比例。	$\frac{\text{住院用药医嘱审核率}}{\text{药品调配前住院医嘱患者用药医嘱总条数}} \times 100\%$
210	(四)门诊处方点评率	监测达标	抽样率 > 0.1%, 绝对数量 ≥ 100 张	规模或配比类	0.5	医院填报	百分比 (%)	医疗机构点评的门诊处方人次占同期门诊总人次数的比例。	$\frac{\text{门诊处方点评点数的门诊处方人次}}{\text{同期门诊总人次}} \times 100\%$
211	(五)门诊处方合格率	逐步提高		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	合格的门诊处方人次占同期门诊总人次数的比例。	$\frac{\text{门诊处方合格率的门诊处方人次}}{\text{同期门诊总人次}} \times 100\%$

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
212	(六)住院患者药理学监护率	逐步提高		连续监测指标	1	医院填报	百分比 (%)	实施药理学监护的住院患者数占同期住院患者总数的比例。	$\frac{\text{住院患者药理学监护率}=\text{实施药理学监护的住院患者数}/\text{同期住院患者总数}\times 100\%}{}$
213	(七)用药错误报告率	监测比较		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	医疗机构某一时间范围内报告给医疗管理部门的用药错误患者数占同期用药患者总数的比例。	$\frac{\text{用药错误报告率}=\text{报告给医疗管理机构管理部门的用药错误患者次数}/\text{同期用药患者总数}\times 100\%}{}$
214	(八)严重或新的药品不良反应上报率	监测比较		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	医疗机构单位时间内上报的严重或新的药品不良反应患者数占同期用药患者总数的比例。	$\frac{\text{严重或新的药品不良反应上报率}=\text{严重或新的药品不良反应上报人数}/\text{同期用药患者总数}\times 100\%}{}$
215	(九)I类切口手术抗菌药物预防使用率	监测达标	≤30%	规模或配比类	1	医院填报	百分比 (%)	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。	$\frac{\text{I类切口手术抗菌药物预防使用率}=\text{I类切口手术预防使用抗菌药物的患者数}/\text{同期I类切口手术患者总数}\times 100\%}{}$

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
216	(十)住院患者抗菌药物使用率	监测达标	≤60%	规模或配比类	1	医院填报	百分比(%)	住院患者中使用抗菌药物(全身给药)患者数占同期医疗机构住院患者总数的比例。	住院患者抗菌药物使用率=住院患者中使用抗菌药物患者数/同期医疗机构住院患者总数×100%
217	(十一)急诊抗菌药物使用率	监测达标	≤40%	规模或配比类	1	医院填报	百分比(%)	急诊患者使用抗菌药物人数占急诊患者总数或急诊患者使用抗菌药物人次/同期急诊患者总人数的比例。	急诊患者抗菌药物使用率=(急诊患者使用抗菌药物人次/同期急诊患者总人数)×100%
218	(十二)门诊抗菌药物使用率	监测达标	≤20%	规模或配比类	1	医院填报	百分比(%)	门诊患者使用抗菌药物人数占门诊患者总数或门诊患者使用抗菌药物人次/同期门诊患者总人数的比例。	门诊患者抗菌药物使用率=(门诊患者使用抗菌药物人次/同期门诊患者总人数)×100%
219	(十三)住院患者抗菌药物使用强度	监测达标	≤40DDD <sub>s</sub>	规模或配比类	1	医院填报	百分比(%)	住院患者平均每日消耗抗菌药物所消耗的DDD数。	住院患者抗菌药物使用强度=住院患者抗菌药物使用量(累计DDD数)/同期住院患者床日数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
<b>十三、病案管理质量控制指标(国卫办医函〔2021〕28号)(10分)</b>									
220	(一)住院病案管理人均出院患者病历数	监测达标	≤2200	规模或配比类	1	医院填报	份/月	单位时间内,每名住院病案管理人均出院患者病历数(1.住院病案管理人均出院患者病历数=出院患者病历总数/同期住院病案管理人数;2.实际工作人数=实际工作人数/同期住院病案管理人数)	住院病案管理人均出院患者病历数=出院患者病历总数/同期住院病案管理人数
221	(二)病案编码人均出院患者病历数	监测达标	≤2200	规模或配比类	1	医院填报	份/月	单位时间内,每名病案编码人均出院患者病历数(病案编码人均出院患者病历数=病案编码人数/同期住院病案管理人数;病案编码人均出院患者病历数=病案编码人数/同期住院病案管理人数)	病案编码人均出院患者病历数=病案编码人数/同期住院病案管理人数

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
222	(三)出院患者病历2日归档率	逐步提高		连续监测指标	1	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,2个工作日内完成归档患者出院同期总数的比例。	出院患者病历2日内完成归档的患者病历总数×100%
223	(四)主要诊断填写正确率	逐步提高		连续监测指标	1.5	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,病案首页正确出院患者病历总数的比例。 (主要诊断填写正确是指符合《卫生部关于印发住院病案首页数据填写规范(暂行)》(国卫办医发[2016]24号)要求。)	主要诊断填写正确率=病案首页中主要诊断填写正确的出院患者病历数/同期出院患者病历总数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
224	(五)主要诊断编码正确率	逐步提高		连续监测指标	1.5	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,病案首页中主要诊断正确的占同期出院患者病历总数的比例。(主要诊断编码是指符合国家统一的最新的《疾病分类与代码国家临床版》要求。)	$\text{主要诊断编码正确率} = \frac{\text{病案首页中主要诊断正确的出院患者病历总数}}{\text{同期出院患者病历总数}} \times 100\%$
225	(六)主要手术填写正确率	逐步提高		连续监测指标	1.5	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,病案首页中主要手术填写正确的占同期出院患者病历总数的比例。(主要手术操作填写正确是指卫生部关于修订《住院病案首页填写符合《卫生部关于印发〈住院病案首页数据填写质量规范(暂行)〉》(国卫办医发〔2016〕24号)相关要求。)	$\text{主要手术填写正确率} = \frac{\text{病案首页中主要手术填写正确的出院患者病历总数}}{\text{同期出院患者病历总数}} \times 100\%$

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
226	(七)主要手术编码正确率	逐步提高		连续监测指标	1.5	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,病案首页正确率=病案首页中主要手术患者出院数/同期出院患者总数×100%。 (主要是指符合最新的《手术操作与分类代码发布》的要求。)	主要手术编码正确率=病案首页中主要手术患者出院数/同期出院患者总数×100%
227	(八)甲级病利率	逐步提高		连续监测指标	1	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,甲级出院患者病利率占同期出院患者病利率总数的比例。	甲级病利率=甲级出院患者病利率/同期出院患者病利率总数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
<b>十四、心血管系统疾病相关专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2021〕70号)(10分)</b>									
<b>(一)急性ST段抬高型心肌梗死</b>									
228	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	逐步提高		连续监测指标	0.25	医院填报	百分比(%)	单位时间内,到院10分钟内完成12导联(及以上)心电图检查的急性STEMI患者数,占同期急性STEMI患者总数的比例。(到院指到达急诊或门诊)	急性STEMI患者到院10分钟内完成12导联(及以上)心电图检查率=到院10分钟内完成12导联(及以上)心电图检查的急性STEMI患者数/同期急性STEMI患者总数×100%
229	2. 发病24小时内急性STEMI患者到院90分钟内进行直接经皮冠状动脉介入治疗的比例	逐步提高		连续监测指标	0.25	医院填报	百分比(%)	单位时间内,发病24小时内急性STEMI患者中从到院至进行直接PCI治疗导丝通过靶血管(Door-to-Device, DTD)的时间小于等于90分钟的患者数,占同期发病24小时内急性STEMI患者总数的比例。	发病24小时内急性STEMI患者到院90分钟内进行直接经皮冠状动脉介入治疗(PCI)的比例=发病24小时内急性STEMI患者中DTD的时间小于等于90分钟的患者数/同期发病24小时内急性STEMI患者总数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
230	3. 急性 STEMI 患者住院期间应用超声心动图(UCCG)评价左心室射血分数(LVEF)的比例	逐步提高		连续监测指标	0.25	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,住院期间通过 UCC 评价 LVEF 的急性 STEMI 患者数,占同期急性 STEMI 患者总数的比例。	急性 STEMI 患者住院期间应用超声心动图(UCCG)评价左心室射血分数(LVEF)的比例= $\frac{\text{住院期间通过 UCC 评价 LVEF 的急性 STEMI 患者数}}{\text{急性 STEMI 患者总数}} \times 100\%$
231	4. 急性 STEMI 患者住院死亡率	逐步降低		连续监测指标	0.25	医院填报	百分比 (%)	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。	急性 STEMI 患者住院死亡率= $\frac{\text{住院期间死亡的急性 STEMI 患者数}}{\text{急性 STEMI 患者总数}} \times 100\%$
(二)心房颤动									
232	1. 非瓣膜性心房颤动(房颤)患者血栓栓塞风险评估率	逐步提高		连续监测指标	0.25	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,行血栓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。(血栓栓塞风险评估推荐采用 CHA2DS2 - VASc 评分。)	非瓣膜性心房颤动(房颤)患者血栓栓塞风险评估率= $\frac{\text{行血栓风险评估的非瓣膜性房颤患者数}}{\text{非瓣膜性房颤患者总数}} \times 100\%$

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
233	2. 非瓣膜性房颤患者出院抗凝药物使用率	逐步提高		连续监测指标	0.25	医院填报	百分比 (%)	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。	非瓣膜性房颤患者出院抗凝药物使用率=出院使用抗凝药物的非瓣膜性房颤患者数/同期非瓣膜性房颤患者总数×100%
234	3. 瓣膜性房颤患者出院华法林使用率	逐步提高		连续监测指标	0.25	医院填报	百分比 (%)	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。	瓣膜性房颤患者出院华法林使用率=出院使用华法林的瓣膜性房颤患者数/同期瓣膜性房颤患者总数×100%
235	4. 房颤患者出血风险评估率	逐步提高		连续监测指标	0.25	医院填报	百分比 (%)	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。(出血风险评估推荐采用HAS-BLED评分、ORBIT评分或ABC评分等)	房颤患者出血风险评估率=行出血风险评估的房颤患者数/同期房颤患者总数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
(三)心力衰竭									
236	1. 心力衰竭患者入院24小时内利钠肽检测率	逐步提高		连续监测指标	0.25	医院填报	百分比 (%)	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。(利钠肽检测包括N末端B型利钠肽原(NT-proBNP)和B型利钠肽(BNP))	心力衰竭患者入院24小时内利钠肽检测率=入院24小时内进行利钠肽检测的心力衰竭患者数/同期心力衰竭患者总数×100%
237	2. 心力衰竭伴容量超负荷住院利尿剂治疗率	逐步提高		连续监测指标	0.25	医院填报	百分比 (%)	单位时间内, 住院期间接受利尿剂治疗的心力衰竭患者数, 占同期心力衰竭患者总数的比例。	心力衰竭伴容量超负荷住院利尿剂治疗率=住院期间接受利尿剂治疗的心力衰竭患者数/同期心力衰竭患者总数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
238	3.心力衰竭患者住院期间心脏再同步化治疗(CRT)使用率	逐步提高		连续监测指标	0.25	医院填报	百分比(%)	单位时间内,住院期间给予CRT治疗的心力衰竭患者总数/同期心力衰竭患者总数×100%	心力衰竭患者住院期间心脏再同步化治疗(CRT)使用率=住院期间给予CRT治疗的心力衰竭患者数/同期心力衰竭患者总数×100%
239	4.心力衰竭患者住院死亡率	逐步降低		连续监测指标	0.25	医院填报	百分比(%)	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。	心力衰竭患者住院死亡率=住院期间死亡的心力衰竭患者数/同期心力衰竭患者总数×100%
(四)高血压									
240	1.动态血压监测率	逐步提高		连续监测指标	0.25	医院填报	百分比(%)	单位时间内,住院期间接受动态血压监测的高血压患者总数的比例。(动态血压监测是指通过自动血压测量仪器监测血压水平)	动态血压监测率=住院期间接受动态血压监测的高血压患者数/同期高血压患者总数×100%

编号	241	指标名称	2. 心血管风险 评估率	指标导向	逐步提高	标准		评分 规则	连续监 测指标	分值	0.25	数据生成 方式	医院填报	计量 单位	百分比 (%)	定义	单位时间内,住院期 间接受心血管患者 评估的高血压患者 数,占同期高血压患 院患者总数的比例。 (心血管风险评估是 指完成了心脏、肾 脏、血管、眼底四项 检查中的两项及 以上)	计算方法	心血管风险评估率= 住院期间接受心血 管风险评估的高血 压患者数/同期高血 压住院患者总数× 100%
编号	242	指标名称	3. 原发性醛固酮 增多症检测规 范率	指标导向	逐步提高	标准		评分 规则	连续监 测指标	分值	0.25	数据生成 方式	医院填报	计量 单位	百分比 (%)	定义	单位时间内,住院期 间接受规范检测原 发性醛固酮增多症 患者总数的比例。 (规范检测原发性 醛固酮增多症患者 数,占同期原发性 醛固酮增多症患者 总数的比例。)(规 范:停用影响肾素 活性物质至少2 周(利尿剂及甘草提 炼物至少4周)后进 行监测,停药期间可 使用α受体阻滞剂 及非二氢吡啶类钙 拮抗剂控制血压)	计算方法	原发性醛固酮增多 症规范检测率= 住院期间接受 规范检测原发性 醛固酮增多症患 者数/同期原 发性醛固酮增 多症患者总数× 100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
243	4. 原发性醛固酮增多症确诊试验开展率	逐步提高		连续监测指标	0.25	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,住院期间接受确诊的原发性醛固酮增多症患者的比例。(确诊试验包括卡托普利试验、生理盐水输注试验、口服高钠饮食、氟氢可的松试验。)	原发性醛固酮增多症确诊试验开展率= $\frac{\text{住院期间接受确诊的原发性醛固酮增多症患者数}}{\text{同期住院确诊的原发性醛固酮增多症患者总数}} \times 100\%$
(五) 冠状动脉旁路移植术									
244	1. 单纯冠状动脉旁路移植术住院死亡率	逐步降低		连续监测指标	0.25	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,行冠状动脉旁路移植术患者中,行冠状动脉旁路移植术死亡的患者数占同期行冠状动脉旁路移植术患者总数的比例。	单纯冠状动脉旁路移植术住院死亡率= $\frac{\text{行冠状动脉旁路移植术死亡的患者数}}{\text{同期行冠状动脉旁路移植术的患者总数}} \times 100\%$

编号	245	指标名称	2. 单侧冠状动脉旁路移植术中发生率	指标导向	逐步降低	标准		评分规则	连续监测指标	分值	0.25	数据生成方式	医院填报	计量单位	百分比 (%)	定义	单位时间内,行单侧冠状动脉旁路移植术患者数,占同期行单侧冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。	计算方法	$\frac{\text{单侧冠状动脉旁路移植术中发生率}}{\text{同期行单侧冠状动脉旁路移植术的患者总数}} \times 100\%$
编号	246	指标名称	3. 单侧冠状动脉旁路移植手术非计划二次手术率	指标导向	逐步降低	标准		评分规则	连续监测指标	分值	0.25	数据生成方式	医院填报	计量单位	百分比 (%)	定义	单位时间内,行单侧冠状动脉旁路移植手术非计划二次手术的患者数,占同期行单侧冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。	计算方法	$\frac{\text{单侧冠状动脉旁路移植手术非计划二次手术患者数}}{\text{同期行单侧冠状动脉旁路移植术的患者总数}} \times 100\%$

247	4. 单侧冠状动脉旁路移植术后急性发生	逐步降低			连续监测指标	0.25	医院填报	百分比 (%)	定义 单位时间内,行单侧冠状动脉旁路移植术后急性发生的患者数,占同期行单侧冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。(术后急性肾衰竭是指血清肌酐值是最前基线值的3.0倍;或血肌酐值增至 $\geq 4.0\text{mg / dl}$ ( $\geq 353.6\mu\text{mol/l}$ );或开始肾脏替代治疗(下同))。	计算方法 单侧冠状动脉旁路移植术后急性发生患者数/同期行单侧冠状动脉旁路移植术患者总数 $\times 100\%$
(六)二尖瓣手术										
248	1. 二尖瓣手术住院死亡率	逐步降低			连续监测指标	0.25	医院填报	百分比 (%)	定义 单位时间内,行二尖瓣手术住院死亡的患者数,占同期行二尖瓣手术患者总数的比例。	计算方法 二尖瓣手术住院死亡患者数/同期行二尖瓣手术患者总数 $\times 100\%$

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
249	2. 二尖瓣手术后脑卒中发生率	逐步降低		连续监测指标	0.25	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,行二尖瓣手术的患者数,占同期二尖瓣手术的患者总数的比例。	$\frac{\text{二尖瓣手术后脑卒中患者数}}{\text{同期行二尖瓣手术患者总数}} \times 100\%$
250	3. 二尖瓣手术非计划二次手术率	逐步降低		连续监测指标	0.25	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,行二尖瓣手术的患者数,占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例。	$\frac{\text{二尖瓣手术非计划二次手术患者数}}{\text{同期行二尖瓣手术患者总数}} \times 100\%$
251	4. 二尖瓣手术出院抗凝药物使用率	逐步提高		连续监测指标	0.25	医院填报	百分比 (%)	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。	$\frac{\text{二尖瓣手术出院抗凝药物使用患者数}}{\text{同期行二尖瓣手术患者总数}} \times 100\%$
(七) 主动脉瓣手术									
252	1. 主动脉瓣手术住院死亡率	逐步降低		连续监测指标	0.25	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,行主动脉瓣手术住院死亡的患者数,占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例。	$\frac{\text{主动脉瓣手术住院死亡患者数}}{\text{同期行主动脉瓣手术患者总数}} \times 100\%$

253	2. 主动脉瓣手术后卒中发生率	逐步降低			连续监测指标	0.25	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,行主动脉瓣手术的患者数,占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例。	计算方法 主动脉瓣手术后卒中发生率=行主动脉瓣手术的患者数/同期行主动脉瓣手术的患者总数×100%
254	3. 主动脉瓣二次非计划手术率	逐步降低			连续监测指标	0.25	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,行主动脉瓣二次手术的患者数,占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例。	计算方法 主动脉瓣二次非计划手术率=行主动脉瓣二次手术的患者数/同期行主动脉瓣手术的患者总数×100%
255	4. 主动脉瓣手术出院抗凝药物使用率	逐步提高			连续监测指标	0.25	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,行主动脉瓣抗凝药物的患者数,占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例。	计算方法 主动脉瓣手术出院抗凝药物使用率=行主动脉瓣手术出院使用抗凝药物的患者数/同期行主动脉瓣手术的患者总数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
(八)先天性介入治疗技术									
256	1. 先天性介入治疗成功率	逐步提高		连续监测指标	0.25	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,行先天性介入治疗成功的患者数,占同期行的先天性介入治疗的患者总数的比例。(1、先天性包括房间隔缺损(ASD)、室间隔缺损(VSD)、动脉导管未闭(PDA)及肺动脉瓣狭窄(PS)(下同)。2、治疗成功指通过介入手段治疗先天性畸形或明显改善其血流动力学,且未发生严重并发症)	先天性介入治疗成功率=先行先天性介入治疗成功的患者数/同期行的先天性介入治疗的患者总数×100%

编号	257	指标名称	1. 先天性心脏病封堵器脱落 2. 先天性心脏病封堵器脱落发生率	指标导向	逐步降低	标准		评分规则	连续监测指标	分值	0.25	数据生成方式	医院填报	计量单位	百分比 (%)	定义	单位时间内,行先天性心脏病封堵器脱落的患者数,占同期行先天性心脏病封堵器脱落的患者总数的比例。(1、所有尝试介入治疗的患者;2、封堵器脱落及PDA术后经影像学检查证实异常。包括:封堵器偏置导致残余血流;封堵器偏置导致反流;右室流出道狭窄;封堵器脱落入右心房、左右心室、肺动脉、主动脉及其分支)	计算方法	$\frac{\text{先天性心脏病封堵器脱落患者数}}{\text{同期行先天性心脏病封堵器治疗患者总数}} \times 100\%$
----	-----	------	-------------------------------------	------	------	----	--	------	--------	----	------	--------	------	------	---------	----	--	------	--

258	3. 先心病介入治疗心脏压塞发生率	逐步降低			连续监测指标	0.25	医院填报	百分比 (%)	定义 单位时间内,行先心病介入治疗的患者数,占同期行先心病介入治疗的患者总数的比例。	计算方法 先心病介入治疗心脏压塞发生率=先行先心病介入治疗的患者数/同期行先心病介入治疗的患者总数×100%
259	4. 先心病介入治疗住院死亡率	逐步降低			连续监测指标	0.25	医院填报	百分比 (%)	定义 单位时间内,行先心病介入治疗住院死亡的患者数,占同期行先心病介入治疗的患者总数的比例。	计算方法 先心病介入治疗住院死亡率=先行先心病介入治疗住院死亡的患者数/同期行先心病介入治疗的患者总数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
(九)冠心病介入治疗技术									
260	1. 冠脉介入治疗后即刻造影成功率	逐步提高		连续监测指标	0.15	医院填报	百分比 (%)	单位时间内, 冠脉介入治疗后即刻造影成功的例数, 占同期接受冠脉介入治疗的总例数的比例。(冠脉造影成功是指残余狭窄 < 20% 或单纯经导管成形(PTCA)后病变残余狭窄 < 50%, 且冠状动脉血流心肌梗死溶栓(TIMI)分级 3 级。)	冠脉介入治疗后即刻造影成功率 = $\frac{\text{冠脉介入治疗后即刻造影成功的例数}}{\text{同期接受冠脉介入治疗的总例数}} \times 100\%$
261	2. 冠脉介入治疗临床成功率	逐步提高		连续监测指标	0.15	医院填报	百分比 (%)	单位时间内, 冠脉介入治疗后临床成功的例数, 占同期接受冠脉介入治疗的总例数的比例。(冠脉介入治疗符合即刻造影标准, 且 24 小时内无死亡。)	冠脉介入治疗临床成功率 = $\frac{\text{冠脉介入治疗临床成功的例数}}{\text{同期接受冠脉介入治疗的总例数}} \times 100\%$

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
262	3. 冠脉介入治疗住院死亡率	逐步降低		连续监测指标	0.2	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,本次接受冠脉介入治疗的患者数,占同期接受冠脉介入治疗的患者总数的比例。	$\frac{\text{冠脉介入治疗住院患者死亡数}}{\text{冠脉介入治疗住院患者总数}} \times 100\%$
263	4. 择期冠脉介入治疗住院死亡率	逐步降低		连续监测指标	0.2	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,择期冠脉介入治疗的患者数,占同期接受冠脉介入治疗的患者总数的比例。(择期指除ST段抬高型心肌梗死(STEMI)患者接受直接介入治疗(PCI)以及非ST段抬高型急性冠脉综合征(NSTEACS)患者接受的急诊介入治疗(PCI)以外的介入治疗)	$\frac{\text{择期冠脉介入治疗住院患者死亡数}}{\text{择期冠脉介入治疗住院患者总数}} \times 100\%$

264	5. STEMI 患者发病 12 小时内接受直接 PCI 率	逐步提高			标准	评分规则 连续监测指标	0.15	数据生成方式 医院填报	计量单位 百分比 (%)	定义 STEMI 患者发病 12 小时内接受直接 PCI 的患者数,占同期发病 12 小时内到院的 STEMI 患者总数的比例。	计算方法 STEMI 患者发病 12 小时内接受直接 PCI 率=STEMI 患者发病 12 小时内接受直接 PCI 的患者数/同期发病 12 小时内到院的 STEMI 患者总数×100%
265	6. 接受 PCI 治疗的高危综合 (NSTEACS) 患者进行危险分层的比率	逐步提高			标准	评分规则 连续监测指标	0.15	数据生成方式 医院填报	计量单位 百分比 (%)	定义 接受 PCI 治疗的 NSTE ACS 患者数,占同期接受 PCI 治疗的 NSTE ACS 患者总数的比例。	计算方法 接受 PCI 治疗的高危综合 (NSTEACS) 患者进行危险分层的比率=接受 PCI 治疗的 NSTEACS 患者数/同期接受 PCI 治疗的 NSTEACS 患者总数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
(十)心律失常介入治疗技术									
266	1. 心脏植入型电子器械(CIED)植入术住院死亡率	逐步降低		连续监测指标	0.25	医院填报	百分比 (%)	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。(CIED包括心脏永久起搏器(PM)、植入型心律转复除颤器(ICD)、心脏再同步化治疗(CRTP)、心脏再同步化治疗除颤器(CRTD); CIED植入术包括CIED新植入、CIED更换以及CIED升级手术。)	心脏植入型电子器械(CIED)植入术住院死亡率=行CIED植入术住院期间死亡的患者数/同期行CIED植入术的患者总数×100%
267	2. CIED植入术心脏压塞发生率	逐步降低		连续监测指标	0.25	医院填报	百分比 (%)	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。	CIED植入术心脏压塞发生率=行CIED植入术发生心脏压塞的患者数/同期行CIED植入术的患者总数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
268	3. 阵发性室上性心动过速(PSVT)导管消融治疗成功率	逐步提高		连续监测指标	0.25	医院填报	百分比(%)	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。	阵发性室上性心动过速(PSVT)导管消融治疗成功率=行PSVT导管消融治疗成功的患者数/同期行PSVT导管消融治疗的患者总数×100%
269	4. 导管消融治疗住院死亡率	逐步降低		连续监测指标	0.25	医院填报	百分比(%)	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。	导管消融治疗住院死亡率=行导管消融治疗住院期间死亡的患者数/同期行导管消融治疗的总患者数×100%
<b>十五、超声诊断专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2022〕161号)(10分)</b>									
270	(一)住院超声检查申请48小时内完成率	逐步提高		连续监测指标	2	医院填报	百分比(%)	单位时间内,在临床开具住院超声检查报告并出具临床检查申请单的比例。	住院超声检查申请48小时内完成率=单具住院超声检查报告并出具住院超声检查申请单总数/同期临床检查申请总数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
271	(二)超声危急值10分钟内通报完成率	逐步提高		连续监测指标	1.5	医院填报	百分比 (%)	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。(1.超声检查危急影像提示以下超声诊断:疑似肝脏、脾脏、肾脏破裂出血;疑似宫外孕破裂并腹腔内出血;急性胆囊炎考虑胆囊肿化脓并急性穿孔;晚期妊娠出现羊水过少并胎儿心率过快(>160次/min)或过慢(<110次/min);子宫破裂;胎盘早剥、前置胎盘并活动性出血;首次发现心功能减退(LVEF<35%);心包积液合并心脏压塞;主动脉夹层;主动脉瘤破裂;心脏破裂;心脏游离血栓;急性上下肢动脉栓塞;瓣膜置换术后卡瓣。2.超声检查结束并出具报告后,需将危急值检查结果10分钟内通报给临床医生。)	超声危急值10分钟内通报完成率=单位时间内10分钟内完成通报的超声危急值例数/同期超声危急值总例数×100%

编号	272	(三) 超声报告书写合格率	逐步提高	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
					连续监测指标	1.5	医院填报	百分比 (%)	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。(具有下列情况之一者视为不合格报告: 1. 报告单无具有资质医生签名的; 2. 未包含申请单开具项目检查的; 3. 报告单中的描述与结论不一致的; 4. 报告单存在明显错误的, 包括: 所查脏器缺失, 但报告为正常; 报告描述检查器官、部位、病变的方位(左右、上下、前后)、单位、数据错误; 未删除与超声报告有歧义的模式板文字; 报告单患者姓名、性别、住院号(就诊号)与实际不符或缺失)	$\text{超声报告书写合格率} = \frac{\text{单位时间内超声检查报告书写合格的数量}}{\text{同期超声检查报告总数}} \times 100\%$

273	(四)门诊超声报告阳性率	监测比较	标准	连续监测指标	1.5	医院填报	百分比 (%)	定义 单位时间内,门诊超声发现的报告数,占同期总报告数的比例。(1. 按照一份报告统计,如果一个检查部位,有一项阳性或多项阳性结果,按1例阳性报告统计。2. 该指标不包括健康体检相关超声报告。)	计算方法 门诊超声报告阳性率=单位时间内门诊超声发现的报告数/同期门诊超声报告总数×100%
274	(五)住院超声报告阳性率	监测比较	标准	连续监测指标	1.5	医院填报	百分比 (%)	定义 单位时间内,住院超声发现的报告数,占同期总报告数的比例。(按照一份报告统计,如果一个检查部位,有一项阳性或多项阳性结果,按1例阳性报告统计。)	计算方法 住院超声报告阳性率=单位时间内住院超声发现的报告数/同期住院超声报告总数×100%

编号	275	(六)超声诊断符合率	指标导向 逐步提高	标准	评分规则 连续监测指标	分值 2	数据生成方式 医院填报	计量单位 百分比(%)	定义 单位时间内,超声诊断与病理诊断符合的例数,占同期病理诊断总数的比例。(1.对统计超声诊断或临床最终手术或术后病理诊断、临床随访指标、动态影像学检查和其它病例讨论等佐证,进行综合分析确定,作为诊断标准。)	计算方法 $\frac{\text{超声诊断符合率}=\text{单位时间内超声诊断与病理诊断符合例数}}{\text{同期病理诊断总例数}} \times 100\%$
----	-----	------------	--------------	----	----------------	---------	----------------	----------------	---	--

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
<b>十六、康复医学专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2022〕161号)(10分)</b>									
276	(一)脑卒中患者早期康复介入率	逐步提高		连续监测指标	1	医院填报	百分比(%)	单位时间内,接受早期康复介入的住院患者总数的比例。(1.统计范围内所有住院患者,下同。2.脑卒中患者在康复时间应体征稳定、生命体征稳定、神经功能缺损症状在48小时内。)	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患者数/同期住院脑卒中患者总数×100%
277	(二)脊髓损伤患者早期康复介入率	逐步提高		连续监测指标	1	医院填报	百分比(%)	单位时间内,接受早期康复介入的住院患者总数的比例。(脊髓损伤早期康复介入应在临床专科处置完成后48小时内。)	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患者数/同期住院脊髓损伤患者总数×100%

编号	278	指标名称	(三)髌、膝关节置换术后患者早期康复介入率	指标导向	逐步提高	标准		评分规则	连续监测指标	分值	1	数据生成方式	医院填报	计量单位	百分比 (%)	定义	单位时间内,接受早期髌、膝关节置换术后患者占同期置换术后髌、膝关节置换术总人数的比例。(髌、膝患者首次关节置换当在24小时内。)	计算方法	$\frac{\text{髌、膝关节置换术后患者早期康复介入率}}{\text{髌、膝关节置换术后患者占同期置换术后髌、膝关节置换术总人数}} \times 100\%$
编号	279	指标名称	(四)日常生活能力(ADL)改善率	指标导向	监测比较	标准		评分规则	连续监测指标	分值	1	数据生成方式	医院填报	计量单位	百分比 (%)	定义	单位时间内,ADL改善的住院患者占同期住院患者总数的比例。(ADL评定包括但不限于Barthel指数、改良Barthel指数等)	计算方法	$\frac{\text{日常生活能力(ADL)改善的住院患者数/同期住院患者数}}{\text{住院患者总数}} \times 100\%$

编号	280	(五)脊髓损伤患者ADL改善率	监测比较	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
			监测比较		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,ADL改善的脊髓损伤患者占住院总数的比例。包括但不限于Barthel指数、改良Barthel指数、脊髓功能独立性评分(SCIM)等。	脊髓损伤患者ADL改善率=单位时间内ADL改善的脊髓损伤患者数/同期住院脊髓损伤患者总数×100%
	281	(六)卒中患者ADL改善率	监测比较		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,ADL改善的卒中患者占住院总数的比例。包括但不限于Barthel指数、改良Barthel指数等。	卒中患者ADL改善率=单位时间内ADL改善的卒中患者数/同期住院卒中患者总数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
282	(七) 脑卒中患者运动功能评定率	逐步提高		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	单位时间内, 进行运动功能评定的脑卒中患者数占同期脑卒中患者总数的比例。(运动功能评定包括但不限于Brunnstrom分期、Fugl-Meyer运动功能评分、上田敏偏瘫功能评价Rivermead运动指数评分等。)	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脑卒中患者数/同期脑卒中患者总数×100%
283	(八) 脑卒中患者语言功能评定率	逐步提高		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	单位时间内, 进行言语功能评定的脑卒中患者数占同期脑卒中患者总数的比例。(言语功能评定包括但不限于失语症筛查表、BDAE、WAB、Frenchay评定等。)	脑卒中患者语言功能评定率=单位时间内进行言语功能评定的脑卒中患者数/同期脑卒中患者总数×100%

编号	284	指标名称	(九) 卒中患者吞咽功能评定率	指标导向	逐步提高	标准		评分规则	连续监测指标	分值	0.5	数据生成方式	医院填报	计量单位	百分比 (%)	定义	单位时间内, 进行吞咽医学科患者总数的比例。但不包括饮水试验、容积-粘度吞咽测试(V-VST)、视频X线透视吞咽镜检查(VFSS)、纤维内镜检查(FEES)等。	计算方法	卒中患者吞咽功能评定率=单位时间内进行吞咽医学科住院患者数/同期卒中患者总数×100%
编号	285	指标名称	(十) 脊髓损伤患者神经功能评定率	指标导向	逐步提高	标准		评分规则	连续监测指标	分值	0.5	数据生成方式	医院填报	计量单位	百分比 (%)	定义	单位时间内, 进行脊髓损伤医学科患者总数的比例。是指进行神经功能评定(ASIA)和ASIA平面损伤分级(AIS)评定。	计算方法	脊髓损伤患者神经功能评定率=单位时间内进行脊髓损伤医学科住院患者数/同期脊髓损伤患者总数×100%

编号	286	指标名称	逐步提高	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
		(十一)髓、膝关节置换术后患者功能评定率	逐步提高		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,进行术后功能评定的患者数占同期置换术后患者总数的比例。(说明:评定包括但不限于HHS评分、HSS评分、KneeScore评分等。)	髓、膝关节置换术后患者功能评定率=单位时间内进行术后医学科住院置换术后功能评定的患者数/同期置换术后患者数×100%
	287	(十二)卒中后肩痛发生率	逐步降低		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,发生肩痛的卒中患者数占同期卒中患者总数的比例。(脑卒中包括杂症(肩手综合征)、肩部软组织疾病或损伤等。)	卒中后肩痛发生率=单位时间内发生卒中患者数/同期卒中患者数×100%

编号	288	指标名称 (十三)脑卒中 后肩痛预防 实施率	指标导向 逐步提高	标准	评分 规则 连续监 测指标	分值 0.5	数据生成 方式 医院填报	计量 单位 百分比 (%)	定义 单位时间内,进行脑 卒中预防的 脑卒中患者 占同期脑 卒中患者 总数的 比例。	计算方法 脑卒中后肩痛预防 实施率=单位时间内 进行预防的脑卒中 患者数/同期脑卒 中患者总数× 100%
289	(十四)脊髓损伤 患者泌尿系 感染发生率	逐步降低		连续监 测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,发生泌 尿系感染的患者 占同期脊髓损伤 患者总数的比例。	脊髓损伤患者泌尿 系感染发生率=单 位时间内发生泌尿 系感染的脊髓损伤 患者数/同期脊髓 损伤患者总数× 100%	
290	(十五)住院患 者静脉血栓 栓塞发生率	逐步降低		连续监 测指标	1	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,发生静 脉血栓栓塞的患 者占同期住院患 者的比例。(静 脉血栓栓塞包 括深静脉血栓 形成和肺血栓 栓塞。)	住院患者静脉血 栓栓塞发生率=单 位时间内发生静 脉血栓栓塞的患 者数/同期住院 患者总数×100%	

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
<b>十七、临床营养专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2022〕161号)(10分)</b>									
291	(一) 营养科医床比	监测比较		连续监测指标	1	医院填报	比值(X:1)	营养师总数与实际开放床位之比。 (说明:营养师或取得临床、公共卫生等执业医师资格,在本医疗机构注册并从事医师工作的营养师在职人员。)	营养师医床比=营养师机构实际开放床位
292	(二) 营养科护士比	监测比较		连续监测指标	1	医院填报	比值(X:1)	营养师护士总数与实际开放床位之比。 (营养师护士指取得护士(师)执业资格,在本医疗机构注册并从事护士(师)工作的营养师在职人员。)	营养师护士比=营养师机构实际开放床位
293	(三) 营养科技床比	监测比较		连续监测指标	1	医院填报	比值(X:1)	营养师科技师总数与实际开放床位之比。 (营养师科技师指取得相关专业技师资格,在本医疗机构注册并从事技师工作的营养师在职人员。)	营养师科技师比=营养师机构实际开放床位

编号	294	指标名称	(四)住院患者 营养筛查率	指标导向	逐步提高	标准		评分 规则	连续监 测指标	分值	1	数据生成 方式	医院填报	计量 单位	百分比 (%)	定义	完成住院患者营养筛查例数占同期住院患者总数的比例。(1.由医师或营养师采用筛查工具,进行筛查。2.筛查与筛查风险因素出现相关并发病症(如感染、住院费用增加等)的风险不良,而非指发生营养不良的风险与临床密切相关,并可监测患者营养治疗果。)	计算方法	$\frac{\text{住院患者营养风险筛查率}}{\text{完成营养风险筛查住院患者总数}} \times 100\%$
----	-----	------	------------------	------	------	----	--	----------	------------	----	---	------------	------	----------	------------	----	--	------	---

编号	295	指标名称	(五)存在院患者 营养治疗率	指标导向	逐步提高	标准		评分规则	连续监测指标	分值	1	数据生成方式	医院填报	计量单位	百分比 (%)	定义	经营养风险筛查,存在院患者营养治疗率=存在院患者营养治疗人数/存在院患者总数×100% 存在院患者营养治疗率=存在院患者营养治疗人数/存在院患者总数×100% 存在院患者营养治疗率=存在院患者营养治疗人数/存在院患者总数×100%	计算方法	
----	-----	------	-------------------	------	------	----	--	------	--------	----	---	--------	------	------	------------	----	---	------	--

编号	296	指标名称	(六)糖尿病患者住院营养评估率	指标导向	逐步提高	标准		评分规则	连续监测指标	分值	1	数据生成方式	医院填报	计量单位	百分比 (%)	定义	进行营养评估的糖尿病患者住院比例。(营养评估采用膳食、人体测量、实验室检测(间接能量代谢测定和人体成分分析)等技术对糖尿病患者营养状况进行综合性评定。)	计算方法	$\frac{\text{糖尿病患者住院营养评估的糖尿病患者总数}}{\text{糖尿病患者住院总数}} \times 100\%$
----	-----	------	-----------------	------	------	----	--	------	--------	----	---	--------	------	------	---------	----	--	------	--

编号	297	指标名称	(七)糖尿病患者住院治疗率	指标导向	逐步提高	标准		评分规则	连续监测指标	分值	1	数据生成方式	医院填报	计量单位	百分比 (%)	定义	接受治疗的糖尿病患者占同期住院糖尿病患者总数的比例。(通过膳食、肠内或肠外途径为患者提供能量和营养素,以达到调整机体代谢、改善营养状况、增强抵抗力、促进康复和痊愈等目的。营养治疗遵循个体化动态调整原则,根据不同疾病或代谢状态,确定患者每日能量、营养素的供给量和比例,并按照标准操作程序进行配制送至病区。)	计算方法	$\text{糖尿病患者住院治疗率} = \frac{\text{接受治疗的糖尿病患者数}}{\text{同期住院糖尿病患者总数}} \times 100\%$
----	-----	------	---------------	------	------	----	--	------	--------	----	---	--------	------	------	---------	----	--	------	--



编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
299	(九)膳食不良事件治疗发生率	逐步降低		连续监测指标	1	医院填报	百分比 (%)	膳食不良事件占同期膳食中不良事件的比例。(说明:膳食事件与膳食制作不符、漏发、质量问题、食物中毒等。)实施过程中膳食不良事件占同期膳食中不良事件的比例。	$\frac{\text{膳食不良事件治疗例数}}{\text{膳食不良事件总例数}} \times 100\%$
300	(十)营养门诊投诉发生率	逐步降低		连续监测指标	1	医院填报	百分比 (%)	营养门诊投诉发生次数占同期治疗总人数的比例。	$\frac{\text{营养门诊投诉发生次数}}{\text{营养门诊治疗总人数}} \times 100\%$

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
<b>十八、麻醉专业医疗质量控制指标〔2022〕161号〕(10分)</b>									
301	(一)择期手术麻醉前访视率	逐步提高		连续监测指标	1	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,择期手术患者在进入手术室(含麻醉操作单元)前完成麻醉前访视(不等于麻醉前签字)的例数占择期手术麻醉总例数的比例。	择期手术麻醉前访视率=单位时间内择期手术患者进入手术室前完成麻醉前访视的例数/择期手术麻醉总例数×100%
302	(二)入室后手术麻醉取消率	逐步降低		连续监测指标	1	医院填报	千分比 (‰)	单位时间内,患者入室后至麻醉开始前,手术麻醉取消的例数占择期入室手术总例数的比例。(入室是指患者进入手术室(包括术前等待区)或手术室外麻醉单元准备后实施手术麻醉的总例数,包括取消的总例数,以多次计)	入室后手术麻醉取消率=单位时间内患者入室后手术麻醉取消的例数/择期入室手术麻醉总例数×1000‰

编号	303	指标名称	(三)全身麻醉术中体温和监测	指标导向	逐步提高	标准		评分规则	连续监测指标	分值	0.5	数据生成方式	医院填报	计量单位	百分比 (%)	定义	单位时间内,手术麻醉期间接受监测(连续监测)的全身麻醉(以下简称全麻)例数占同期全麻总例数的比例。	计算方法	全身麻醉术中体温和监测例数/同期全麻总例数×100%
编号	304	指标名称	(四)术中主动保温率	指标导向	逐步提高	标准		评分规则	连续监测指标	分值	0.5	数据生成方式	医院填报	计量单位	百分比 (%)	定义	单位时间内,手术保温措施(全程主动保温)全麻总例数占同期全麻总例数的比例。(主动保温措施包括:使用充气升温装置等;使用升温保护装置;使用升温液;使用升温装置加温后再灌注。)	计算方法	术中主动保温率=单位时间内手术保温措施全麻总例数/同期全麻总例数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
305	(五) 手术麻醉期间低体温发生率	逐步降低		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	单位时间内, 手术麻醉期间低体温发生率(医疗目的除外)占同期接受体温监测的比例。体温患者总数的比例。手术麻醉期间低体温是指患者进入手术室开始至患者转出手术室或麻醉后返回治疗(PACU)病房前核心体温监测于36℃(连续监测或体温持续≥30分钟或间断监测连续两次低体温且间隔时间≥30分钟)。	手术麻醉期间低体温发生率=单位时间内手术患者数(医疗目的除外)/同期接受体温监测的患者总数×100%
306	(六) 术中牙齿损伤发生率	逐步降低		连续监测指标	0.5	医院填报	千分比 (‰)	单位时间内, 发生术中牙齿损伤的例数占同期插管全身麻醉总例数的比例。(术中牙齿损伤是指患者从麻醉开始至麻醉结束过程中发生的牙齿损伤, 包括牙齿脱落、松动等。气管内导管属于麻醉全身麻醉。)。	术中牙齿损伤发生率=单位时间内发生术中牙齿损伤的例数/同期插管全身麻醉总例数×1000‰

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
307	(七)麻醉期间严重反流发生率	逐步降低		连续监测指标	0.5	医院填报	万分比 (‰)	单位时间内,麻醉期间发生严重反流占麻醉总例数的比例。(麻醉期间是指在患者入室/恢复室/手术室空气氧饱和度≥90%的无反流误吸。)	$\frac{\text{麻醉期间严重反流误吸发生率}}{\text{单位时间内严重反流误吸发生率}} \times 10000\%$
308	(八)麻醉开始后手术取消率	逐步降低		连续监测指标	1	医院填报	千分比 (‰)	单位时间内,麻醉开始后手术取消的例数占麻醉总例数的比例。(麻醉是指给予患者麻醉药物。)	$\frac{\text{麻醉开始后手术取消的例数}}{\text{单位时间内麻醉开始后手术取消的总例数}} \times 1000\%$
309	(九)PACU入室低温率	逐步降低		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,PACU入室低温患者数占同期PACU患者总数的比例。(PACU入室低温是指患者入PACU第一次测量体温低于36℃。)	$\frac{\text{PACU入室低温患者数}}{\text{单位时间内PACU入室低温患者总数}} \times 100\%$

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
310	(十)非计划转入ICU率	逐步降低		连续监测指标	1	医院填报	千分比(‰)	单位时间内,非计划转入ICU的麻醉患者总数占同期麻醉患者总数的比例。(非计划在开始麻醉前并无术后转入ICU的计划,而术中或术后决定转入ICU。)	非计划转入ICU率=单位时间内非计划转入ICU的麻醉患者总数/同期麻醉患者总数×1000‰
311	(十一)非计划二次气管插管率	逐步降低		连续监测指标	1	医院填报	千分比(‰)	单位时间内,非计划二次气管插管患者总数占同期患者总数的比例。(非计划在气管插管后6小时内,非计划再次行气管插管术,不包括因非计划二次气管插管再次气管插管。)	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/同期术后气管插管拔除患者总数×1000‰
312	(十二)麻醉开始后24小时内死亡率	逐步降低		连续监测指标	1	医院填报	万分比(‱)	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。	麻醉后24小时内患者死亡率=单位时间内麻醉后24小时内死亡患者数/同期麻醉患者总数×10000‱

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
313	(十三)术中中心脏骤停率	逐步降低		连续监测指标	0.5	医院填报	万分比 (‰)	单位时间内,术中中心心脏骤停患者数占同期心脏骤停患者总数的比例。(术中中心心脏骤停是指麻醉开始后至患者非意外死亡前心脏突然停止跳动,不包括患者麻醉开始骤停。)	$\text{术中中心心脏骤停率} = \frac{\text{单位时间内术中中心心脏骤停患者数}}{\text{同期心脏骤停患者总数}} \times 10000\%$
314	(十四)麻醉期间严重过敏反应发生率	逐步降低		连续监测指标	0.5	医院填报	万分比 (‰)	单位时间内,麻醉期间发生的严重过敏反应占同期麻醉总例数的比例。(麻醉期间发生的严重过敏反应是指需要立即抢救的肾上腺素敏感反应。)	$\text{麻醉期间严重过敏反应发生率} = \frac{\text{单位时间内发生的严重过敏反应例数}}{\text{同期麻醉总例数}} \times 10000\%$

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
第四章 单病种(术种)质量控制指标[本章5条监测指标,其中51个单病种(术种)均包含病例上报率、平均住院日、次均费用、病死率4个监测指标,共205条监测指标,总分值120分]									
315	(一)单病种(术种)开展项目数量	监测达标		规模或配比较	18	自动抓取	个	单位时间内医疗机构开展的单病种(术种)项目数量。	以病案首页提取的数据为准
316	(二)病例上报率	逐步提高		连续监测指标	54	自动抓取	百分比(%)	单位时间内,符合单病种上报质量的病例数占同期纳入的病种数和的比例。	病例上报率=年度内符合单病种上报条件的国家平台符合条件的病例数/同期纳入的病种数×100%
317	(三)平均住院日	逐步降低		连续监测指标	14.4	自动抓取	天	单位时间内,符合单病种出院患者平均住院时间。	平均住院日=某病种出院患者占用总床位数/同期某病种例数

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
318	(四)次均费用	监测比较		连续监测指标	14.4	自动抓取	元	单位时间内,符合单病种纳入院患者平均住院费用。	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数
319	(五)病死率	逐步降低		连续监测指标	19.2	自动抓取	百分比(%)	单位时间内,符合单病种纳入院患者死亡人数占同期同病种出院人数的比例。	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数
<b>第五章 重点医疗技术临床应用质量控制指标(本章共3节82条监测指标,总分值48分)</b>									
<b>一、国家限制类医疗技术(国卫办医发〔2022〕6号)(24分)</b>									
<b>(一)异基因造血干细胞移植技术临床应用质量控制指标</b>									
320	1. 异基因造血干细胞移植入率	逐步提高		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比(%)	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计数 $>0.5 \times 10^9/L$ 与血小板 $>20 \times 10^9/L$ 连续稳定三天以上)的患者例数占同期移植患者总例数的比例。	异基因造血干细胞移植入率=异基因造血干细胞移植术后100天内实现造血重建的患者例数/同期异基因造血干细胞移植患者总例数 $\times 100\%$

编号	321	指标名称	2. 重度(Ⅲ-Ⅳ度)急性移植病发生率	指标导向	逐步降低	标准		评分规则	连续监测指标	分值	0.5	数据生成方式	医院填报	计量单位	百分比(%)	定义	急性移植病(aGVHD),是指造血干细胞移植后100天内,由于移植物的免疫反应而引起的主要表现为皮疹、腹泻和黄疽,是造血干细胞移植的主要并发原因。重度(Ⅲ-Ⅳ度)急性移植病发生率,是指造血干细胞移植术后发生急性移植病者例数占造血干细胞移植者总例数的比例。	计算方法	$\frac{\text{重度(Ⅲ-Ⅳ度)急性移植病发生率}}{\text{造血干细胞移植者总例数}} \times 100\%$
----	-----	------	---------------------	------	------	----	--	------	--------	----	-----	--------	------	------	--------	----	---	------	---

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
322	3. 慢性移植物抗宿主病发生率	逐步降低		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	慢性移植物抗宿主病(cGVHD),是指造血干细胞移植术后,由于移植物抗宿主反应而引起的慢性移植物抗宿主病。慢性移植物抗宿主病发生率,是指造血干细胞移植术后发生造血干细胞移植患者同期造血干细胞移植例数占同期造血干细胞移植例总数的比例。	慢性移植物抗宿主病发生率=异基因造血干细胞移植例数/造血干细胞移植患者同期造血干细胞移植例数×100%
323	4. 异基因造血干细胞移植总体生存率	逐步提高		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	异基因造血干细胞移植后1年随访(失访者按未存活者统计)尚存活的造血干细胞移植例数占同期造血干细胞移植例总数的比例。	异基因造血干细胞移植总体生存率=异基因造血干细胞移植后1年随访尚存活的造血干细胞移植例数/同期造血干细胞移植例数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
<b>(二)同种胰岛移植技术临床应用质量控制指标</b>									
324	1.胰岛纯度	逐步提高		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	采用双硫脲 (DTZ) 染色法进行胰岛计数。胰岛纯度是指 DTZ 染色阳性的胰岛团数占纯化的胰岛团总数的比例。	胰岛纯度=DTZ 染色阳性胰岛数/纯化的胰岛团总数×100%
325	2.总胰岛当量	逐步提高		连续监测指标	0.5	医院填报	ml	胰岛当量(Islet equivalent quantity, IEQ) 是一种胰岛计数方法,一个直径150μm的胰岛为1个胰岛当量。总胰岛当量是指样本中胰岛当量总数。	总胰岛当量=(3次计数的胰岛当量(IEQ)之和/3)×20×样本量(ml)
326	3.胰岛活率	逐步提高		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	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。	胰岛活率=活胰岛数/胰岛总数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
327	4. 移植后有效 率(1年、3 年、5年)	逐步提高		连续监 测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	符合下列条件之一 同种胰岛移植术后 患者,可认为移植后 有效: 1. 糖基化血红蛋白 <7.0%; 2. 无严重低血糖(血 糖浓度低于 3.9mmol/l); 3. 血清C-肽水平≥ 0.3ng/mL; 4. 胰岛素用量较术 前减少>30%。 移植后有效率是指 同种胰岛移植治疗 后1年、3年和5年随 访,移植后有效的患 者数占同期同种胰 岛移植治疗患者总 数的比例。	移植后有效率(1年) =1年内移植后有效 的患者数/同期同种 胰岛移植治疗患者 总数×100%
	4.1 移植后有效 率(1年)								

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
	4.2 移植后有效率(3年)								移植后有效率(3年)=3年内移植后有效的患者数/同期同种胰岛移植治疗患者总数×100%
	4.3 移植后有效率(5年)								移植后有效率(5年)=5年内移植后有效的患者数/同期同种胰岛移植治疗患者总数×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									
328	1. 符合规定的来源移植比例	逐步提高		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比(%)	符合规定的来源移植植物数占同期移植植物总数的比例。	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/同期移植植物总数×100%
329	2. 术中移植微生物培养阳性率	逐步降低		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比(%)	术中移植微生物(细菌、真菌、支原体等)培养阳性数占同期术中移植微生物培养总数的比例。	术中移植微生物培养阳性率=术中移植微生物培养阳性样本数/同期术中移植微生物培养总数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
330	3. 围手术期并发症发生率	逐步降低		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	围手术期并发症是指术后30天内发生的系统性感染、败血症、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占同期系统手术例数、围手术期并发症占同期系统手术例数的比例。	围手术期并发症发生率=围手术期并发症发生的例数/同期系统手术总例数×100%
331	4. 微创手术比例	逐步提高		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	微创手术比例是指同期系统手术中微创手术所占的比例。	微创手术比例=微创手术例数/同期系统手术总例数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
<b>(四)同种异体角膜移植技术临床应用质量控制指标</b>									
332	1. 同种异体角膜移植成功率	逐步提高		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	同种异体角膜移植成功是指通过手术达到预期目的(增视性、治疗性、美容性等),植片与床对合良好,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种异体角膜移植总数的比例。	同种异体角膜移植成功率=同种异体角膜移植成功的例数/同种异体角膜移植总数×100%
333	2. 角膜原发疾病控制率	逐步提高		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	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种异体角膜移植总数的比例。	角膜原发疾病控制率=术后角膜原发疾病基本改善或治愈的例数/同种异体角膜移植总数×100%



编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
	4.2.3 角膜组织存活率								3年内角膜组织存活率=3年内随访尚存活期的角膜组织数/同期同种角膜组织总数×100%
<b>(五) 性别重置技术临床应用质量控制指标</b>									
336	1. 尿瘘发生率	逐步降低		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	性别重置术后尿瘘发生的例数占同期重置术总数的比例。	尿瘘发生率=性别重置术后尿瘘发生的例数/同期性别重置术总数×100%
337	2. 再造尿道狭窄率	逐步降低		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	年内狭窄男性发生的例数占同期重置术总数的比例。	再造尿道狭窄率=性别重置术后半年内狭窄男性发生的例数/同期重置术总数×100%
338	3. 再造阴道狭窄率	逐步降低		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	年内狭窄女性发生的例数占同期重置术总数的比例。	再造阴道狭窄率=性别重置术后半年内狭窄女性发生的例数/同期重置术总数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
339	4. 直肠阴道瘘发生率	逐步降低		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	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。	直肠阴道瘘发生率=性别重置术后发生直肠阴道瘘的例数/同期性别重置手术总例数×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									
340	1. 病理诊断率	逐步提高		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	接受放射治疗前或病理诊断的质子或重离子患者占同期放射治疗总数的比例。	病理诊断率=接受放射治疗前或病理诊断的质子或重离子患者数/同期放射治疗患者总数×100%
341	2. 治疗方案完成率	逐步提高		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	实施放射治疗的患者,完成既定治疗方案的重离子患者占同期放射治疗总数的比例。	治疗方案完成率=完成既定治疗方案的重离子患者数/同期放射治疗患者总数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
342	3. 不良反应发生率	逐步降低		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	不良反应是指按照常用药物毒性标准 (common toxicity criteria, CTC) ≥3 级的副反应。不良反应发生率或重者的患者, 发生不良反应的子患者或重者治疗比例。	不良反应发生率=发生不良反应的患重者数/同期治疗患者总数×100%
343	4.6 个月内死亡率	逐步降低		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	6 个月内死亡是指患者从第一次接受质子治疗或重者子治疗起, 6 个月内死亡。6 个月内死亡是指实施质子治疗或重者患者占同期治疗患者或重者患者总数的比例。	6 个月内死亡率=6 个月内死亡的患重者数/同期治疗患者总数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
<b>(七)放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标</b>									
344	1. 术后放射剂 量验证率	逐步提高		连续监测 指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	术后放射剂验证,是指放射剂植入术后,并通过影像学检查,植入治疗放射性粒子系统完成放射剂植入治疗,并验证放射性粒子植入治疗后的患者占同期放射剂植入治疗总例数的比例。	术后放射剂验证率=术后完成放射剂量验证的患者例数/同期放射剂植入治疗总例数×100%
345	2. 术中及术后 30天内主要并 发症发生率	逐步降低		连续监测 指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	放射剂植入术后30天内发生主要并发症的例数占同期放射剂植入治疗总例数的比例。	术中及术后30天内主要并发症发生率=放射剂植入术后30天内发生主要并发症的例数/同期放射剂植入治疗总例数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
346	3. 放射性粒子植入治疗有效率	逐步提高		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	放射性粒子植入治疗有效,是指对放射性粒子植入术后进行疗效评价,按照实体瘤疗效评价新标准(RECIST)达到完全缓解、部分缓解、肿瘤稳定状态。放射性粒子植入治疗有效率,是指放射性粒子的患者例数占治疗总例数的比例。	放射性粒子植入治疗有效率=放射性粒子植入治疗有效的患者例数/同期放射性粒子植入治疗总例数×100%
347	4. 术后30天内全因死亡率	逐步降低		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	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。	术后30天内全因死亡率=放射性粒子植入术后30天内全因死亡患者例数/同期放射性粒子植入治疗总例数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
<b>(八)肿瘤消融治疗技术临床应用质量控制指标</b>									
348	1. 肿瘤消融治疗完成率	逐步提高		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	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。	肿瘤消融治疗完成率=实际完成消融治疗的病灶总数/同期计划完成消融治疗的病灶总数×100%
349	2. 肿瘤消融治疗后局部病灶有效控制率	逐步提高		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	肿瘤消融治疗后局部病灶有效控制的例次数占同期肿瘤消融治疗总例次数的比例。	肿瘤消融治疗后局部病灶有效控制率=肿瘤消融治疗后局部病灶有效控制的例次数/同期肿瘤消融治疗总例次数×100%
350	3. 肿瘤消融治疗后30天内严重并发症发生率	逐步降低		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	肿瘤消融治疗后30天内严重并发症发生率是指30天内发生的严重并发症例数占治疗总例数的比例。包括导致住院时间延长、需要进一步住院治疗或者临床处理、致死或者死亡等。	肿瘤消融治疗后30天内严重并发症发生率=30天内严重并发症例数/治疗总例数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
	3.1 肿瘤消融治疗后30天内严重并发症发生率(大量出血发生率)								大量出血发生率=肿瘤消融治疗大量出血发生的例次数/同期肿瘤消融治疗总例次数×100%
	3.2 肿瘤消融治疗后30天内严重并发症发生率(严重气胸发生率)								严重气胸发生率=肿瘤消融治疗严重气胸发生的例次数/同期肿瘤消融治疗总例次数×100%
	3.3 肿瘤消融治疗后30天内严重并发症发生率(邻近重要脏器损伤发生率)								邻近重要脏器损伤发生率=肿瘤消融治疗邻近重要脏器损伤发生的例次数/同期肿瘤消融治疗总例次数×100%
	3.4 肿瘤消融治疗后30天内严重并发症发生率(严重感染发生率)								严重感染发生率=肿瘤消融治疗严重感染发生的例次数/同期肿瘤消融治疗总例次数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
351	4. 肿瘤消融治疗后30天内死亡率	逐步降低		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	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。	$\frac{\text{肿瘤消融治疗后30天内死亡患者数}}{\text{同期肿瘤消融治疗患者总数}} \times 100\%$
(九) 心室辅助技术临床应用质量控制指标									
352	1. 术后30天死亡率	逐步降低		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	心室辅助装置植入术后30天内死亡患者数(不论何原因)占同期心室辅助装置植入患者总数的比例。	$\frac{\text{术后30天死亡率(心室辅助装置植入(介入)术后30天内全因死亡患者数/同期心室辅助装置植入(介入)患者总数}} \times 100\%$

编号	353	2. 心室辅助桥接到心脏移植率	指标导向 监测比较	标准	评分规则 连续监测指标	分值 0.5	数据生成方式 医院填报	计量单位 百分比 (%)	定义 心室辅助桥接到心脏移植,是指患者心室辅助桥接到心脏移植手术期间,桥接到心室辅助桥手术治疗的。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桥接到心脏移植例总数的比例。	计算方法 $\frac{\text{心室辅助桥接到心脏移植例数}}{\text{同期心室辅助桥接到心脏移植例数}} \times 100\%$
354	3. 术中及术后30天内主要并发症发生率	逐步降低			连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	心室辅助装置植入(介入)患者中,术后30天内,发生主要并发症的患者数占同期心室辅助装置植入(介入)患者总数的比例	术中及术后30天内主要并发症发生率= $\frac{\text{心室辅助装置植入(介入)患者中及术后30天内,发生主要并发症的患者数}}{\text{同期心室辅助装置植入(介入)患者总数}} \times 100\%$

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
355	4. 患者术后生存率(1年,3年,5年)	逐步提高		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	心室辅助装置植入患者按未存活的患者统计尚同期心室辅助装置植入患者总数的比例。	
	4.1 患者术后生存率(1年)								患者术后生存率(1年)=心室辅助装置随访尚存活的患者数/同期心室辅助装置数×100%
	4.2 患者术后生存率(3年)								患者术后生存率(3年)=心室辅助装置随访尚存活的患者数/同期心室辅助装置数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
	4.3 患者术后生存率(5年)								患者术后生存率(5年)=心室辅助装置随访尚存活的患者数/同期心室辅助装置数×100%
<b>(十)人工智能辅助治疗技术临床应用质量控制指标</b>									
356	1. 手术中转率	逐步降低		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	同一智能辅助治疗的患者,术中因其它方式的例数占同期治疗的比例。	手术中转率=同一智能辅助治疗的患者中因其它方式的例数/同期治疗患者总数×100%
357	2. 术中设备不良事件发生率	逐步降低		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	实施人工智能辅助治疗的患者,术中发生设备不良事件(是指实施治疗过程中,机器人手术系统发生影响手术器械意外故障、手术器械损坏等)的例数占同期治疗患者总数的比例。	术中设备不良事件发生率=术中发生设备不良事件的例数/同期治疗患者总数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
358	3. 术中及术后死亡率	逐步降低		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	术中及术后死亡是指实施人工智能辅助治疗及术后(住院期间内)死亡,包括因不可逆疾病而自动出院的患者。术中及术后死亡率是指术中及术后患者死亡人数占同期实施人工智能辅助治疗患者总数比例。	术中及术后死亡率= $\frac{\text{同一患者术中及术后死亡人数}}{\text{同一患者同期实施人工智能辅助治疗患者总数}} \times 100\%$
359	4. 各专业手术智能辅助治疗比例	监测比较		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	各专业手术量是指各专业(普通外科、泌尿外科、胸外科、心脏大血管外科、神经外科等)每个月开展人工智能辅助治疗(机器人手术系统辅助实施手术,下同)技术的例数。人工智能辅助治疗同一类型疾病,实施人工智能辅助治疗技术的例数占同期治疗总例数的比例。	各专业手术智能辅助治疗比例= $\frac{\text{专业手术智能辅助治疗例数}}{\text{专业手术总例数}} \times 100\%$

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
<b>(十一)体外膜肺氧合(ECMO)技术临床应用质量控制指标</b>									
360	1. ECMO有效撤除率	逐步提高		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	ECMO有效撤除,是指应用ECMO的者,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例数占同期ECMO应用例总数的比例。	$\text{ECMO有效撤除率} = \frac{\text{有效撤除ECMO例数}}{\text{同期ECMO应用总例次数}} \times 100\%$
361	2. 30天全因死亡率	逐步降低		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	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。	$30\text{天全因死亡率} = \frac{\text{ECMO应用后30天内全因死亡患者数}}{\text{同期ECMO应用患者总数}} \times 100\%$
362	3. 一年生存率	逐步提高		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	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。	$\text{一年生存率} = \frac{\text{ECMO应用后1年随访尚存活的患者数}}{\text{同期ECMO应用患者总数}} \times 100\%$

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
363	4 术后30天内患者主要并发症发生率	逐步降低		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	ECMO术中及术后30天内,发生主要并发症的患者数/同期ECMO应用例次数的比例。	
	4.1 术后30天内患者主要并发症(出血)发生率								出血发生率=发生出血并发症例次数/同期ECMO应用例次数×100%
	4.2 术后30天内患者主要并发症(溶血)发生率								溶血发生率=发生溶血并发症例次数/(同期ECMO应用例次数)×100%
	4.3 术后30天内患者主要并发症(血栓栓塞)发生率								血栓栓塞发生率=发生血栓栓塞并发症例次数/同期ECMO应用例次数×100%
	4.4 术后30天内患者主要并发症(下肢缺血)死亡率								下肢缺血死亡率=发生下肢缺血死亡并发症例次数/同期ECMO应用例次数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
	4.5 术中及术后30天内患者主要并发症发生率(神经系统并发症发生率)								神经系统并发症发生率=发生神经系统并发症例次数/同期ECMO应用例次数×100%
	4.6 术中及术后30天内患者主要并发症发生率(血源性感染发生率)								血源性感染发生率=发生血源性感染例次数/同期ECMO应用例次数×100%
(十二)自体器官移植技术临床应用质量控制指标									
364	1. 自体器官移植术成功率	逐步提高		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比(%)	自体器官移植术成功率是指移植手术达到预期目标,预留器官血流正常,修复及重建,移植后功能正常。自体器官移植术成功的例数占自体器官移植术总例数的比例。	自体器官移植术成功率=自体器官移植术成功的例数/同期自体器官移植术总例数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
365	2. 术后非计划二次手术率	逐步降低		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	术后非计划二次手术是指在同一种住院期间,因各种原因导致患者需进行计划外再次手术。术后非计划二次手术率是指术后发生的二次手术例数/同期手术总例数。	$\frac{\text{术后非计划二次手术例数}}{\text{同期手术总例数}} \times 100\%$
366	3. 术后血管并发症发生率	逐步降低		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	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自体器官移植总例数占同期手术总例数的比例。(血管并发症包括动脉、静脉系统的狭窄、血栓、出血)	$\frac{\text{术后血管并发症发生例数}}{\text{同期手术总例数}} \times 100\%$

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
367	4. 术后早期死亡率	逐步降低		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	自体器官移植术后30天内患者全因(不论何种原因)死亡器官数占同期自体器官移植术总例数的比例。	术后早期死亡率=术后30天内患者全因死亡例数/同期自体器官移植术总例数×100%
<b>二、人体器官捐献、获取与移植技术(18分)</b>									
368	(一) 向人体器官获取潜在捐献者人数与潜在捐献者死亡人数之比	逐步提高		连续监测指标	2	医院填报	百分比 (%)	医疗机构向人体器官获取潜在捐献者人数占同期院内死亡人数的比例。	向人体器官获取潜在捐献者人数/同期院内死亡人数×100%
369	(二) 实现器官捐献的人数与院内死亡人数之比	逐步提高		连续监测指标	2	医院填报	百分比 (%)	实现器官捐献的人数占医疗结构同期院内死亡人数的比例。	实现器官捐献的人数/实现器官捐献的人数/同期院内死亡人数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
<b>(三) 人体器官获取组织质量控制指标(国卫办医函[2019]197号)</b>									
370	1. 平均器官产出率	逐步提高		连续监测指标	1	医院填报	百分比 (%)	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。	平均器官产出率=完成移植的器官数量/同期器官捐献者总数×100%
371	2. 器官保存液病原菌阳性率	逐步降低		连续监测指标	1	医院填报	百分比 (%)	OPO 获取的器官培养液中原菌占器官总数的比例。	器官保存液病原菌培养阳性率=病原菌培养阳性者指数/器官获取总数 × 100%
<b>(四) 肝脏移植技术医疗质量控制指标(国卫办医函[2020]443号)</b>									
372	1. 肝癌肝脏移植受者比例	监测比较		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	肝癌肝脏移植受者人数占同期肝脏移植总数的比例。	肝癌肝脏移植受者比例=肝癌肝脏移植受者人数/同期肝脏移植总数×100%
373	2. 术中大出血发生率	逐步降低		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	成人肝脏移植手术中出血量在2000ml及以上的手术人数占同期肝脏移植总数的比例。	术中大出血发生率=成人肝脏移植手术中出血量在2000ml及以上的手术人数/同期成人肝脏移植手术总数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
374	3. 术后早期肝功能不全(EAD)发生率	逐步降低		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比(%)	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。	术后EAD发生率=发生EAD的手术人数/同期肝脏移植手术总人数×100%
375	4. 术后非计划二次手术率	逐步降低		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比(%)	肝脏移植手术后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。	术后非计划二次手术率=进行非计划二次手术的手术人数/同期肝脏移植手术总人数×100%
376	5. 术后血管并发症发生率(1周内、1月内、3月内)	逐步降低		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比(%)	肝脏移植术后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。	
	5.1 术后血管并发症发生率(1周内)								术后血管并发症发生率=1周内发生血管并发症的手术人数/同期肝脏移植手术总人数×100%
	5.2 术后血管并发症发生率(1月内)								术后血管并发症发生率=1月内发生血管并发症的手术人数/同期肝脏移植手术总人数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
	5.3 术后血管并发症发生率(3月内)								术后血管并发症发生率=3月内发生血管并发症的手术人数/同期肝脏移植手术总人数×100%
377	6. 术后早期死亡率	逐步降低		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比(%)	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。	术后早期死亡率=肝脏移植术后30天内受者全因死亡人数/同期肝脏移植手术受者总人数×100%
(五) 肾脏移植技术医疗质量控制指标(国卫办医函〔2020〕443号)									
378	1. 术后30天内死亡率	逐步降低		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比(%)	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。	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/同期肾脏移植总人数×100%
379	2. 移植肾功能延迟恢复发生率	逐步降低		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比(%)	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发生率=肾脏移植术后发生DGF受者人数/同期肾脏移植总人数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
380	3. 血管并发症发生率	逐步降低		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	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。	$\frac{\text{血管并发症发生后1年内发生血管并发症的受者人数}}{\text{同期肾脏移植总人数}} \times 100\%$
381	4. 急性排斥反应发生率	逐步降低		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	肾脏移植术后1年内急性排斥反应的受者人数占同期肾脏移植总人数的比例。	$\frac{\text{急性排斥反应发生后1年内发生急性排斥反应的受者人数}}{\text{同期肾脏移植总人数}} \times 100\%$
382	5. 术后感染发生率	逐步降低		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	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。	$\frac{\text{术后感染发生率=肾脏移植术后100天内发生感染的受者人数}}{\text{同期肾脏移植总人数}} \times 100\%$
383	6. 移植肾生存率	逐步提高		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	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。

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
(六)心脏移植技术医疗质量控制指标(国卫办医函[2020]443号)									
384	1. 伦理委员会决议通过率	监测达标	100%	规模或配比类	0.5	医院填报	百分比 (%)	单位时间内, 术前经医疗结构讨论通过的心脏移植患者数占心脏移植总人数的比例。	伦理委员会决议通过率=通过伦理委员会讨论的心脏移植手术人数/同期心脏移植手术总人数×100%
385	2. 术前有创肺动脉压监测率	逐步提高		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	单位时间内, 术前行有创肺动脉压监测的人数占心脏移植总人数的比例。	术前有创肺动脉压监测率=术前行有创肺动脉压监测的人数/同期心脏移植手术总人数×100%
386	3. 术前心肺运动试验检查率	逐步提高		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	单位时间内, 术前行心肺运动试验(CPET)检查的心脏移植人数占心脏移植总人数的比例。	术前CPET检查率=术前行CPET检查的心脏移植手术人数/同期心脏移植手术总人数×100%
387	4. 供体心脏缺血于6小时的例数	逐步提高		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	单位时间内, 医疗结构获取的供体心脏缺血于6小时的心脏移植例数占总例数的比例。	供体心脏缺血时间小于6小时的例数/供体心脏缺血于6小时的心脏移植例数/同期心脏移植手术总例数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
388	5. 术后院内死亡率	逐步降低		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	单位时间内,心脏移植手术开始至出院全期因死亡人数占总人数比例。	$\frac{\text{术后院内死亡者手术全期死亡人数}}{\text{同期心脏移植手术总人数}} \times 100\%$
389	6. 心脏移植术后(30天、1年、3年、5年、10年)存活率	逐步提高		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	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术者人数占同期随访心脏移植总人数的比例。	
	6.1 心脏移植术后30天存活率								$\frac{\text{心脏移植术后30天存活的心脏移植人数}}{\text{同期随访心脏移植手术总人数}} \times 100\%$
	6.2 心脏移植术后1年存活率								$\frac{\text{心脏移植术后1年存活的心脏移植人数}}{\text{同期随访心脏移植手术总人数}} \times 100\%$

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
	6.3 心脏移植术后3年存活率								心脏移植术后3年存活率=术后3年存活的心脏移植人数/同期应随访心脏移植手术总人数×100%
	6.4 心脏移植术后5年存活率								心脏移植术后5年存活率=术后5年存活的心脏移植人数/同期应随访心脏移植手术总人数×100%
	6.5 心脏移植术后10年存活率								心脏移植术后10年存活率=术后10年存活的心脏移植人数/同期应随访心脏移植手术总人数×100%
(七) 肺脏移植技术医疗质量控制指标(国卫办医函〔2020〕443号)									
390	1. 术中异体输血≤1000毫升(ml)手术比例	逐步提高		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比(%)	术中异体输血≤1000ml的手术比例=术中异体输血≤1000ml的手术例数/同期肺脏移植手术总例数×100%	术中异体输血≤1000ml的手术比例=术中异体输血≤1000ml的手术例数/同期肺脏移植手术总例数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
391	2. 术后二次开胸率	逐步降低		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	肺移植术后一个月内再次开胸的人数/同期肺移植总人数。	$\frac{\text{肺移植术后一个月内再次开胸的人数}}{\text{同期肺移植总人数}} \times 100\%$
392	3. 术后3个月内感染发生率	逐步降低		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	肺移植术后3个月内发生感染的人数/同期肺移植总人数。	$\frac{\text{肺移植术后3个月内发生细菌、真菌、病毒感染的总人数}}{\text{同期肺移植总人数}} \times 100\%$
393	4. 术后6个月内气道吻合口并发症发生率	逐步降低		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	肺移植术后6个月内气道吻合口并发症的人数/同期肺移植总人数。	$\frac{\text{肺移植术后6个月内发生气道吻合口并发症的总人数}}{\text{同期肺移植总人数}} \times 100\%$
394	5. 诊断符合率	逐步提高		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比 (%)	诊断符合的人数/同期肺移植总人数。	$\frac{\text{诊断符合的总人数}}{\text{同期肺移植总人数}} \times 100\%$

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
395	6. 术后(6月、1年、3年、5年、10年)生存率	逐步提高		连续监测指标	0.5	医院填报	百分比(%)	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。	
	6.1 术后6月生 存率								术后6月生存率=肺脏移植术后6月随访尚存活的肺脏移植患者数/同期肺脏移植总人数×100%
	6.2 术后1年生 存率								术后1年生存率=肺脏移植术后1年随访尚存活的肺脏移植患者数/同期肺脏移植总人数×100%
	6.3 术后3年生 存率								术后3年生存率=肺脏移植术后3年随访尚存活的肺脏移植患者数/同期肺脏移植总人数×100%

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
	6.4 术后5年生存率								术后5年生存率=随访尚存活的肺脏移植患者数/同期肺脏移植总人数×100%
	6.5 术后10年生存率								术后10年生存率=随访尚存活的肺脏移植患者数/同期肺脏移植总人数×100%

### 三、其他重点医疗技术质量控制指标(6分)

#### 消化内镜诊疗技术医疗质量控制指标(国卫办医函[2022]161号)

396	1. 四级消化内镜诊疗技术占比	逐步提高		连续监测指标	1	医院填报	百分比(%)	单位时间内,消化内镜中心开展四级内镜诊疗同期例数占同期例数比例。	四级消化内镜诊疗技术占比=单位时间内四级内镜诊疗次数/同期四级内镜诊疗总次数×100%
-----	-----------------	------	--	--------	---	------	--------	----------------------------------	---

编号	指标名称	指标导向	标准	评分规则	分值	数据生成方式	计量单位	定义	计算方法
397	2. 三级消化内镜诊疗技术占比	逐步提高		连续监测指标	1	医院填报	百分比 (%)	单位时间内, 消化内镜中心开展诊疗次数占同期总诊疗次数的比例。	三级消化内镜诊疗技术占比=单位时间内开展诊疗次数/同期总诊疗次数×100%
398	3. 结肠镜盲肠插镜成功率	逐步提高		连续监测指标	1	医院填报	百分比 (%)	单位时间内, 结肠镜检查占同期总例数的比例。(结肠镜盲肠插镜成功是指内镜到达盲肠并留于无解剖异常或结直肠外科史的受检者。)	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数/同期总例数×100%
399	4. 食管癌早期诊断率	逐步提高		连续监测指标	1	医院填报	百分比 (%)	单位时间内, 食管癌早期患者数占同期总例数的比例。(早期食管癌指局限于黏膜层, 无论有无淋巴结转移。)	食管癌早期诊断率=单位时间内食管癌早期患者数/同期总例数×100%

400	5. 胃癌早期诊断率	逐步提高			连续监测指标	1	医院填报	百分比 (%)	单位时间内, 上消化道胃镜检查患者中, 早期胃癌患者所占的比例。(早期胃癌指病灶局限于黏膜层或黏膜下层, 无论有无淋巴结转移。)	定义	胃癌早期诊断率=单位时间内上消化道胃镜检查早期发现患者数/同期上消化道胃镜检查患者总数 × 100%	计算方法
401	6. 结肠直肠癌早期诊断率	逐步提高			连续监测指标	1	医院填报	百分比 (%)	单位时间内, 结肠直肠癌患者中, 早期结肠直肠癌患者所占的比例。	定义	结肠直肠癌早期诊断率=单位时间内结肠镜检查早期发现患者数/同期结肠镜检查患者总数 × 100%	计算方法

## 第三部分 现场检查

### 第一章 医院功能与任务

评审标准(条)		细则(款)
<p><b>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</b></p> <p>(一)医院的功能与任务,符合本区域卫生发展规划。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p>	B	1.1 医院的宗旨、愿景、目标、功能与任务符合区域卫生发展规划。
	B	1.2 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≥90%;各项工作围绕功能任务开展,并取得成效。
	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。
	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;开展危重病人的联合查房。
	B	3.2 医院提供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 建立针对疑难复杂疾病、突发传染病等重大疾病的救治与管理制度,形成患者接诊、治疗、转诊、管理的科学流程。不断加强胸痛、卒中、创伤等救治中心建设,构建快速、高效、广覆盖的急危重症医疗救治体系。

评审标准(条)		细则(款)
<p>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</p> <p>(四)坚持医院的公益性,履行相应的社会责任和义务。</p> <p>(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。</p> <p>(六)按照《国家基本药物临床应用指南》和《国家处方集》及医疗机构药品使用管理有关规定,规范医师处方行为,优先合理使用基本药物。</p>	B	4.1 建立保障基本医疗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 完成政府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公益性任务项目或活动。
	B	4.3 医疗机构住院和门诊患者平均医疗费用年均增幅低于本省 GDP 年均增幅。
	A	5.1 根据相关法律、法规、规章等,结合实际制定传染病、食源性疾病发现、救治、报告等制度、流程和规范。
	A	5.2 严格执行预检分诊,有效开展传染病和食源性疾病的发现、救治、报告、预防与控制等工作。
	A	5.3 定期对员工进行传染病、食源性疾病预防知识、技能培训与处置演练。
	A	6.1 有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 主管部门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。
	A	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。

评审标准(条)	细则(款)
<b>三、促进医疗资源下沉,完成政府指令性任务</b>	
(七)加强医联体建设,实行分级诊疗,建立与实施双向转诊制度与相关服务流程,提升医联体内基层医疗机构服务能力。	A 7.1 实行分级诊疗,建立有效双向转诊机制,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 7.2 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。
	B 7.3 医联体内基层医疗机构服务能力得到提升,优质医疗资源得到有效扩容和下沉。
(八)将对口支援下级医院和支援社区卫生服务工作、慢性病管理纳入院长目标责任制与医院年度工作计划;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。	A 8.1 将对口支援和支援社区卫生服务工作、慢性病管理纳入院长目标责任制与医院年度工作计划;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、慢性病管理等工作,对工作开展情况进行检查、分析、反馈,实现对口支援工作目标。
(九)承担援疆援藏、健康扶贫、为下级医院培养卫生技术人员等政府指令性任务,制订相关的制度、方案,并有具体措施予以保障。	A 9.1 承担援疆、援藏、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、方案和经费保障。
	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。

评审标准(条)		细则(款)
<b>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</b>		
<p>(十)遵守国家法律、法规,严格执行各级政府制定的应急预案,按照“平战结合、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。</p>	A	<p>10.1 遵守国家法律、法规,严格执行各级政府制定的应急预案,按照“平战结合、平急结合、防治结合”的要求,建立健全应对突发公共卫生事件与重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治响应机制,定期组织应急预案培训与演练。</p>
	A	<p>10.2 建立医院突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救治专业队伍,承担突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救治与紧急救治工作。</p>
	A	<p>10.3 配备符合“平战结合、防治结合”需求的建筑设施和人流、物流路线及物资准备,以实现“平战”功能的快速响应、及时转换。</p>

## 第二章 临床服务质量与安全

评审标准(条)		细则(款)
<p><b>一、医疗质量管理体系和工作机制</b></p>		
<p>(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。</p>	B	<p>11.1 建立医疗质量管理体系,有医院医疗质量管理组织架构图,能清楚反映医院质量管理组织结构。实行医疗质量管理院、科两级责任制。医院质量管理组织健全,主要包括:医疗质量管理委员会、各相关管理委员会、各职能部门、科室质量管理小组等。</p>
	A	<p>11.2 有医院医疗质量管理制度和实施方案,方案包括医院质量管理目标、质量指标、考核项目、考核标准、考核办法等并组织实施。</p>
<p>(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。</p>	A	<p>12.1 医院有医疗质量管理委员会,主任委员由医院主要负责人担任,委员由医疗管理、质量控制、护理、医院感染管理、医学工程、信息、后勤等相关职能部门负责人以及相关临床、药学、医技等科室负责人组成,由质量管理部具体负责日常工作,职责明确;有工作制度、工作计划、工作记录,委员会定期召开会议。</p>
	A	<p>12.2 设立医疗质量管理专门部门,负责医院的医疗质量管理工作,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;承接、配合各级质控组织开展工作,并发挥统筹协调作用。</p>

评审标准(条)		细则(款)
(十三)各业务科室成立本科室医疗质量管理小组,人员组成和职责符合《医疗质量管理办法》要求。	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小组,职责清晰,有计划和工作记录,可追溯。
	A	13.2科室定期进行质量与安全培训与教育;对科室医疗质量进行分析和评估、整改。
(十四)建立健全医疗质量管理、考核制度和培训考核制度,充分发挥专业人员在医疗质量管理工作中的作用。	B	14.1建立健全医疗质量管理、考核制度和培训考核制度,有记录,有记录。培训内容至少包括管理学知识、管理工具应用、数据管理和统计分析等。
	B	14.2有相关制度措施调动专业人员参与质量管理的积极性,充分发挥专业人员在医疗质量管理工作中的作用。
(十五)遵循临床诊疗指南、医疗技术操作规范、医学伦理规范、行业标准和临床路径等有关要求开展诊疗工作。	B	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病、多发病的诊疗规范和技术操作流程,适时更新并培训;并严格遵循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。
	A	15.2有开展临床路径工作所必要的组织体系与明确的职责,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有保护患者隐私权的相关制度和具体措施,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。

评审标准(条)		细则(款)
(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,管理人员熟练掌握管理工具的应用,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重视专科协同和中西医共同发展,加强临床专科服务能力建设,制订专科建设发展规划并组织实施。
	A	19.2建立多学科协作与支持机制,提供专科诊疗支持;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,制定相应工作流程并落实。
	B	19.3主管职能部门履行监管职责,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。	B	20.1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。
(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医院应有指定的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,定期收集院内对外对医院服务意见和建议,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。

评审标准(条)		细则(款)
(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制定医疗质量督查、内部公示制度,定期开展院、科两级质量监督导检查。
	B	22.2医院对各科室医疗质量关键指标的完成情况定期内部公示,不断改进质量。
(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。	B	23.1有基于电子病历的医院信息平台,符合国家相关标准和规范。
	A	23.2信息系统能准确收集、整理医疗质量控制指标所需的相关数据资料,实现院内互联互通。
(二十四)对医疗质量管理要求执行情况定期进行定期评估,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有指定的医院医疗质量信息发布部门,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进行内部验证,并及时分析和反馈。
	B	24.2定期对医疗质量问题和医疗安全风险有分析、反馈、预警、干预;促进医疗质量持续改进。
<b>二、医疗质量安全核心制度</b>		
(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制定符合医院实际的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。
	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。

评审标准(条)		细则(款)
(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级查房制度。三个不同级别的医师包括但不限于主任医师或副主任医师-主治医师-住院医师。
	B	27.2 依照三级查房制度,明确各级医师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的相关规定并落实。
(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,并按规定记录。会诊或邀请院外会诊,应当严格遵照国家有关规定执行。	A	28.1 制定院内、外会诊管理相关制度与流程,明确各类会诊人员的资质和时间要求,并落实。
	B	28.2 医院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 主管职能部门履行监管职责,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。	A	29.1 制定分级护理管理制度和工作标准,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,护理级别实时在病历、患者一览表及床头卡有明确标识。
	B	29.4 主管职能部门和临床科室对分级护理落实情况有追踪和改进成效评价。

评审标准(条)		细则(款)
<p>(三十)建立值班与交接班制度。有全院性医疗值班体系,明确值班岗位职责、人员资质和人数并保证常态运行。实行医院总值班制度,总值班人员需接受培训并考核合格。医院及科室值班表应当全院公开,值班表应当涵盖与患者诊疗相关的所有岗位和时间。值班人员资质和值班记录应当符合规定。非本机构执业医务人员不得单独值班。值班期间所有的诊疗活动必须及时记入病历。</p>	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。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可值班,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。职能部门对值班与交接班制度履行监管职责。
<p>(三十一)交接班内容应当专册记录,并由交班人员和接班人员共同签字确认。四级手术患者手术当日和急危重患者必须床旁交班。</p>	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 主管职能部门履行监管职责,定期评价、分析、反馈、整改。
<p>(三十二)建立疑难病例讨论制度。医院和科室应当确定疑难病例的范围,明确参与讨论人员范围、组成和流程要求。讨论内容专册记录,讨论结论记入病历。</p>	B	32.1 实行院内疑难病例讨论制度,明确讨论范围(包括但不限于出现以下情形的患者:没有明确诊断或诊疗方案难以确定、疾病在应有明确疗效的周期内未能达到预期疗效、非计划再次住院和非计划再次手术、出现可能危及生命或造成器官功能严重损害的并发症等)、主持人、人员组成、流程和记录要求。
	B	32.2 讨论内容应专册记录,讨论结论载入病历中,主持人需审核并签字。
	B	32.3 主管职能部门履行监管职责,定期评价、分析、反馈、整改。

评审标准(条)		细则(款)
	B	33.1 实行急危重患者抢救制度,明确抢救人员资质、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。
(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	33.2 建立抢救资源配置与紧急调配机制。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;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学科紧急抢救协作机制。
	B	33.3 抢救记录需6小时内准确记入病历中,时间具体到分钟,主持者审核并签字。
	A	33.4 医院建立急危重患者相关绿色通道,明确进入绿色通道情形及绿色通道的运行机制。
	B	33.5 主管职能部门履行监管职责,定期评价、分析、反馈、整改。
	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。
(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	34.2 明确术前讨论流程,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。
	B	34.3 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。
	A	34.4 主管职能部门履行监管职责,定期评价、分析、反馈、整改。

评审标准(条)		细则(款)
(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 死亡病例讨论应当在本科范围内进行,由科主任或指定负责人主持。
	A	35.2 死亡病例讨论在患者死亡 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。
	B	35.3 死亡病例讨论结果记入病历,讨论内容专册记录。
	A	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、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 医院建立查对制度,内容涵盖患者身份识别、临床诊疗行为、药品、标本、医疗设备设施运行、医疗环境安全等方面。
	B	36.2 医疗器械、设备设施、药品、标本等查对要求按照国家有关规定和标准执行。
	A	36.3 正确使用“腕带”识别患者身份,在诊疗活动中,至少同时使用姓名、年龄、住院号或病案号等两种以上方式核对患者身份,确保对正确的患者实施正确的操作,床号不得用于查对。
	B	36.4 主管职能部门和临床科室对查对制度执行情况有追踪和绩效评价,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,将产房分娩安全核查内容。手术安全核查过程和内容由国家有关规定执行。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与流程。实施“三方核查”,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与工作流程。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 主管职能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。

评审标准(条)		细则(款)
(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 建立手术分级管理制度及手术分级管理目录,制度本机构手术医师资质与授权管理制度及规范文件,按照手术名称授权。
	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。
(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后开展临床应用。	B	39.1 建立符合法律法规要求的新技术和新项目审批流程,并落实。
	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技术人员范围,所有新技术和新项目均有授权。	B	40.1 明确开展新技术和新项目临床应用的专业技术人员范围,所有新技术和新项目均有授权。
	A	40.2 对可能存在的安全隐患或技术风险开展论证并制定相应预案。
	A	40.3 建立新技术和新项目临床应用动态评估制度,对新技术和新项目实施全程追踪管理、质量控制和动态评估。

评审标准(条)		细则(款)
<p>(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。</p>	B	<p>41.1 建立危急值报告制度和工作流程,临床、医技、主管职能部门共同制定危急值清单并适时调整,相关人员熟知并遵循上述制度和工作流程。</p>
	A	<p>41.2 建立住院和门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。</p>
	B	<p>41.3 主管职能部门履行监管职责,定期评价、分析、反馈、整改,确保危急值报告制度的正确执行。</p>
<p>(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。建立门诊、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,病历内容与修改信息可追溯。</p>	A	<p>42.1 建立病案管理体系,落实分类编码的相关规定。</p>
	A	<p>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。</p>
	A	<p>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。</p>
	B	<p>42.4 医院应当有保障病历资料安全及病案信息安全的相关制度。</p>
<p>(四十三)实施电子病历的医院,应当建立电子病历的建立、记录、修改、使用、存储、传输、质控、安全管理等管理制度。</p>	B	<p>43.1 建立电子病历的建立、记录、修改、使用、存储、传输、质控、安全管理等管理制度,且符合电子病历相关管理规定。</p>
	B	<p>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管理控制功能,能满足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。</p>

评审标准(条)		细则(款)
(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,并组织实施。	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、调剂和药物评价的管理制度和具体操作流程,并组织实施。
方、调剂、临床应用和药物评价的管理制度和具体操作流程,确定抗菌药物处方权限和医师处方权限,并定期调整。	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。
目录、医师处方权限和医师处方权限,并定期调整、实施。	A	44.3 确定抗菌药物分级管理目录,确定医师抗菌药物处方权限和会诊权限,有医师处方权限目录,并定期调整、实施。
(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,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	45.1 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。
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,完善管理机制和具体流程。保障急救用血治疗需要。	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 主管职能部门和科室能按照制度和流程要求检查落实情况,定期进行总结分析,对存在问题及时整改。
	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第一责任人,科主任是本科室患者信息安全第一责任人。
(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第一责任人。依法依规建立覆盖患者诊疗信息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。	B	46.2 依法依规建立覆盖患者诊疗信息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。

评审标准(条)		细则(款)
(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。为员工使用患者诊疗信息提供便利和安全保障。
<b>三、医疗技术临床应用管理</b>		
(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医院开展医疗技术服务应当与其技术能力相适应,包括但不限于对医务人员的技能要求,对相应的药品、设备设施功能要求,对开展该项医疗技术的环境要求。
	A	48.2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,并在实际工作中予以体现。
(四十九)医院在医疗质量管理委员会下设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。	A	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。
	B	50.1开展医疗技术临床应用应当具有符合要求的诊疗科目。遵守相关技术临床应用管理规范。
(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	50.2开展相关医疗技术的人员具备相应资质、权限,相应的设备、设施等符合要求。
	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,对重点指标定期分析和反馈,持续改进。

评审标准(条)	细则(款)
(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。	<p>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。</p> <p>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。</p>
(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。	<p>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。</p> <p>A 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。</p>
(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。	<p>B 53.1 制定本机构医疗技术临床应用管理目录并及时调整,目录应当包括本院开展临床应用的所有医疗技术。</p> <p>A 53.2 对医疗技术临床应用管理目录内的手术进行分级管理,有手术分级目录,并根据手术开展情况定期调整。</p>
(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。	<p>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,授予或者取消相应的手术级别和具体手术项目权限。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
(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。	<p>B 55.1 建立医务人员医疗技术临床应用管理档案,内容包括但不限于准予医务人员开展的医疗技术目录、医疗质量情况、医疗技术差错事故、医疗技术培训考核情况等。</p> <p>A 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。</p>

评审标准(条)		细则(款)
(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,并通过伦理审查。	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评估,重点评估限制类技术的患者评估(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。评估遵循科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理的原则,评估指标量化。	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。评估遵循科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理的原则,评估指标量化。
	A	57.2 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。
	B	58.1 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,需符合国家和省级管理要求。
(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。	A	58.2 有信息系统为医疗技术质量控制指标数据分析提供保障支持,相关部门对质量控制指标进行数据收集、验证及发布。
	B	58.3 临床、医技科室质量与安全管理工作定期对质量控制指标数据进行行分析、改进。
	B	58.4 主管职能部门履行监管职责,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。

评审标准(条)		细则(款)
(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。
	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,进行管理理论学习及方法的培训,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 按照规定,出现以下情形时应当立即停用:(1)被国家卫生健康委列为“禁止类技术”的医疗技术;(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的;(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后果的;(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、安全或者伦理缺陷的。
	A	61.2 前款停用的医疗技术,属于限制类技术的,上报属地和省级卫生健康行政部门,主动申请撤销备案,并向社会公示。
(六十二)医院按照要求,及时、准确、完整地在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 按照要求,及时、准确、完整地在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	62.2 主管职能部门对上报情况定期进行分析反馈,不断改进上报质量。

评审标准(条)		细则(款)
(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。
	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。
	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。制定培训方案和计划,按照培训方案和计划开展培训工作和结业考核。
	B	64.2 加强培训师的管理,严格按照统一的培训大纲和教材制定培训方案和计划并落实;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。
<b>四、医疗安全风险防范</b>  (六十五)以减少诊疗活动对患者伤害为目标,建立医疗质量(安全)不良事件信息采集、记录、报告制度和激励管理机制。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,明确相关部门职责。
	A	65.2 对不良事件实施分级、分类管理,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。
	B	65.3 以减少诊疗活动对患者伤害为目标,鼓励主动上报医疗质量(安全)不良事件,建立激励机制。
	A	65.4 主管职能部门定期对不良事件及管理缺陷进行统计分析,建立数据库,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。

评审标准(条)		细则(款)
<p>(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。</p>	A	66.1 落实《医疗纠纷预防和处理条例》《贵州省医疗纠纷预防和处理办法》，加强医疗风险管理，有医疗风险管理方案并定期修订。
	A	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。完善医疗风险的防控措施，定期检查措施落实情况，及时消除隐患。
	B	66.3 员工知晓本部门及本岗位医疗风险，并有针对性的风险防控措施，包括但不限于医疗风险的知识培训、预警、控制、避让和风险分担等措施。
<p>(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。</p>	B	67.1 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。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。
	A	67.2 加强医院物防设施建设，为在岗保卫人员和保安员配备必要的通讯设施和防护器械。医院供水、供电、易燃易爆物品存放等重点要害部位安装安全防护设施。
	B	67.3 加强医院技防系统建设，建立完善入侵报警系统、视频监控系统和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。
	B	67.4 强化医院警务室建设，三级医院和有条件的二级医院设立警务室，配备必要警力；尚不具备条件的根据情况在周边设立治安岗亭(巡逻必到点)。

评审标准(条)		细则(款)
(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。	A	68.1 落实《医疗机构投诉管理办法》有关要求,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 设置投诉管理部门,实施“首诉负责制”,并向社会公开。
	B	68.3 对投诉处置有明确时限规定,告知患者投诉处置结果。
(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和医疗器械不良事件监测报告制度,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。	A	68.4 定期分析相关投诉信息,以共性的投诉问题开展警示教育并制定防范措施,持续改进医疗质量安全。
	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与流程,并落实。
	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。
(七十)有对深静脉血栓中高危患者评估、识别、预防、诊断和处置的制度并开展全员培训。	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。
	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 有深静脉血栓评估、识别、预防、诊断和处置流程,并借助信息化手段对住院患者进行VTE风险评估并落实评估。
(七十)有对深静脉血栓中高危患者评估、识别、预防、诊断和处置的制度并开展全员培训。	B	70.3 高危科室制定本科室VTE防治管理制度,专科应急预案,并不断优化。
	B	70.4 主管职能部门定期开展质控,监督检查、分析、反馈与改进。

评审标准(条)		细则(款)
(七十一)关注院内安全,有针对心跳骤停、昏迷、跌倒等高风险事件的应急处置措施和救护机制,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。	B	71.1 全院分区负责及时提供紧急救治和生命支持服务,有针对心跳骤停、昏迷、跌倒等高风险事件的应急处置措施和救护机制。
	A	71.2 定期开展针对性培训与演练,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 各科室对心跳骤停、昏迷、跌倒等高风险意外事件及时自查、根因分析、提出有针对性改进措施,降低意外事件的发生。
	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。
	B	72.1 制定控制分娩疼痛和减少分娩损伤的制度并落实。
	A	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。
	A	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。
<b>五、诊疗质量保障与持续改进</b>		
	B	73.1 门、急诊布局科学、合理,体现“以患者为中心”的理念,流程有序、连贯、便捷,符合相关规定。急诊科诊室人口通畅,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 制定门、急诊管理制度和工作流程,并落实。
	A	73.3 有门、急诊突发事件应急处置预案,并定期组织应急预案培训与演练。

评审标准(条)		细则(款)
(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,满足门、急诊工作需要。
	B	74.2 根据门、急诊就诊患者流量变化和突发事件制定医疗资源调配方案或应急预案。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、急诊医务人员技术和技能的年度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。
	A	75.2 通过预检,有效分诊疑似传染病、发热等患者。
	A	75.3 规范设置预检分诊场所,通风良好,相对独立,标识导向醒目易懂。
	B	75.4 分诊台有消毒隔离条件和必要的防护用品,工作人员采取必要的防护措施,配置快速鉴别病情的相关医疗设备。
	B	76.1 把门、急诊工作质量纳入临床各科室质量管理范围。
(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	76.2 有门、急诊工作质量指标,对质量管理工作有分析、改进。
	B	76.3 将门、急诊服务质量纳入科室和医务人员的考核内容,并落实。

评审标准(条)		细则(款)
<p>(七十七)有急危重症患者“绿色通道”。建立院前急救、院内急诊与住院或转诊的连续性医疗服务流程,并定期进行评价和持续改进。</p>	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续性医疗服务,包括但不限于涉及病种、流程、财务和标识等内容。
	B	77.2 员工知晓绿色通道的实施范围及流程。
	A	77.3 有急危重症患者住院备用床、备手术室的机制,定期调整备用床数量,满足急危重症患者住院及手术需求。
	B	77.4 主管职能部门定期督导评价,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。
<p>(七十八)有创伤、脑卒中、急性心肌梗死、高危孕产妇及新生儿等急危重症病种和重点人群服务规范和流程。</p>	A	78.1 对创伤、急性心肌梗死、脑卒中、高危孕产妇及新生儿等急危重症病种的服务规范流程与服务时限有明文规定,并落实。
	A	78.2 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。
	A	78.3 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。
<p>(七十九)优化门、急诊服务,实施多种形式的预约诊疗服务,逐步提高患者预约就诊比例。及时公开出诊信息。开展多学科诊疗,方便患者就医。</p>	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 有制度与流程支持在门诊开展多学科诊疗,提高患者就医质量。

评审标准(条)	B	细则(款)
(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 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 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,定期检查,及时维护。有各种便民措施与服务,相关人员熟知服务流程。
	B	80.3 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。
(八十一)完善患者入院、出院、转科、转院服务管理制度和标准,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。	A	81.1 医院有完善的患者入院、出院、转科、转院的管理工作制度和标准,转科、转院交接管理执行到位且有记录。
	A	81.2 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	81.3 临床科室定期对上述制度、流程执行情况自查、整改。主管职能部门定期督导、检查、评价、反馈、改进。
(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。	A	82.1 有构建适老化就医环境的举措,优化老年人进入医疗机构的预检流程。
	A	82.2 提供多渠道预约挂号服务,提供方便老年人预约挂号的方式,优化线上线下服务流程。
(八十三)加强出院患者健康教育,为出院患者提供规范的出院医嘱和康复指导意见,建立出院患者随访制度并组织实施。	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、上门随访、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。

评审标准(条)	细则(款)
<p>(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。</p>	<p>B 84.1 根据法律法规和行业指南,建立各专科常见疾病的临床诊疗规范和技术操作流程,并及时更新。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,员工知晓并落实。</p>
	<p>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。</p>
	<p>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。</p>
<p>(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。</p>	<p>B 85.1 开展住院患者营养筛查、评价、诊断和治疗。逐步开展住院患者营养筛查工作,了解患者营养状况。建立以营养筛查—评价—诊断—治疗为基础的规范化临床营养治疗路径,依据营养阶梯治疗原则对营养不良的住院患者进行营养治疗,并定期对其效果开展评价。</p>
	<p>B 85.2 为患者提供营养膳食指导,提供营养配餐和治疗饮食,满足患者治疗需要。</p>
	<p>A 85.3 营养科积极参与多学科诊疗,组建营养支持团队;接受特殊、疑难、危重、大手术及多学科诊疗患者的营养会诊;按需提供营养支持方案,按规定记入病历。</p>
<p>(八十六)实施手术患者评估制度,合理制订诊疗和手术方案。建立重大手术报告审批制度,有急诊手术管理措施,保障急诊手术安全。</p>	<p>B 85.4 主管职能部门履行监管职责,持续改进。</p>
	<p>A 86.1 建立手术患者评估与术前讨论制度,为每位手术患者制订适宜的手术治疗计划或诊疗方案。</p>
	<p>A 86.2 建立重大手术审批目录、重大手术报告审批管理的制度与流程,员工知晓。</p>
<p>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。</p>	

评审标准(条)		细则(款)
<p>(八十七)手术的全过程情况,术后注意事项,手术后治疗、观察与护理情况及时、准确地记入病历;手术的离体组织必须做病理学检查,明确术后诊断。</p>	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 术后首次病程记录中注明术后治疗计划、注意事项,并落实。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。
	A	87.3. 有离体组织的病理学检查的规定与流程,并落实;在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、讨论的规定与程序,其结果有结果。
	B	87.4 科室对上述工作有自查、分析、整改,主管职能部门履行监管职责,定期对上述工作检查、分析、反馈、改进。
<p>(八十八)完善日间手术质量安全管理制度和评估并向社会公开本院日间手术病种和技术目录,明确手术适应证范围、麻醉方式、主要风险。加强日间手术病历管理,重视日间手术患者宣教和随访。</p>	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,明确日间手术的适应证范围、麻醉方式。
	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 制订相应的日间手术质控指标,定期评估日间手术病种和技术的风险。

评审标准(条)		细则(款)
<p>(八十九)手术麻醉人员配置合理。实行患者麻醉前病情评估制度。有麻醉后复苏室,规范全程监测并记录麻醉后患者恢复状态,防范麻醉并发症的措施到位。制定术后镇痛治疗管理规范 and 流程并严格执行。</p> <p>(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。</p>	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需求;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;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,并持续改进。
	B	89.6 制定术后镇痛治疗管理规范 and 流程并严格执行。
	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,主管职能部门履行监管职责,定期开展麻醉质量评价与改进。
	B	90.1 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;有完善的工作人员培训计划并落实。
	A	90.2 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。工作人员配置、梯队结构合理,满足工作需要,按计划对全体人员开展传染病防治、消毒隔离、标准预防等相关知识的培训和考核,记录完整,并有培训效果评价。
	B	90.3 定期对院感相关制度及流程、标准预防措施的落实情况自查,发现问题及时改进。主管职能部门履行监管职责,定期评价、分析、反馈、整改,感染性疾病收治符合规范。

评审标准(条)		细则(款)
(九十一)实施精神类疾病治疗的医院与医师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 根据法律法规和行业指南制订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 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。
(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病提供多学科联合诊疗服务,有常见并发病的预防规范与风险防范流程,有相关培训教育,员工知晓。	B	92.1 有为精神障碍患者共病其他躯体疾病提供多学科联合诊疗服务能力的管理规定,确保此类患者得到及时有效的治疗。
	B	92.2 有常见并发病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。主管职能部门定期督导。
(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规范要求。按照技术规范开展质量控制。有介入诊疗器械登记制度,保证器械来源可追溯。	B	93.1 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规范要求。
	B	93.2 介入医师具备相应的资质和授权,并定期学习和培训。
	B	93.3 根据法律法规和行业指南制定介入诊疗操作规范并定期修订,按照技术规范开展质量控制。
	A	93.4 建立质量控制指标管理介入诊疗操作流程,定期汇总质控结果,分析反馈,持续改进。
	A	93.5 对介入诊疗器械实施全流程管理,有介入诊疗器械登记制度,一次性器械条码纳入病历,保证器械来源可追溯。

评审标准(条)		细则(款)
(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。有质量管理程度、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病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 and 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相关要求,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国标,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,记录完整,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》。
	B	95.4 主管部门履行监管职责,透析液、透析用水监测资料完整,针对发现的问题要有分析、评价、反馈、整改。

评审标准(条)		细则(款)
<p>(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管理,并严格执行。</p>	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 落实国家对放射治疗设备操作、维护、保养、强检的相关规定。
<p>(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。</p>	B	97.1 有放射诊疗规范与流程,定期修订并落实,保障医疗质量和安全。
	A	97.2 放射治疗前由主管医生、医学物理人员共同制定放射治疗计划,并及时调整治疗计划;对放射治疗有果评价;有放射治疗后患者随访。
	A	97.3 加强对放射治疗意外事件管理,有放射治疗意外应急预案并开展相关应急演练。
	B	97.4 放射治疗工作场所、放射性同位素储存场所的辐射水平符合国家有关规定。
<p>(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要求。</p>	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。
	A	98.2 特殊检查室卫生技术人员应依法获得资质,落实授权管理;相关设备按规定进行计量监测。
	B	98.3 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。
	B	98.4 由具备专业资质的执业医师出具诊断报告,解读检查结果。

评审标准(条)		细则(款)
<p>(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。有突发事件应急管理规范与应急预案并严格执行。</p>	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 有突发事件应急管理规范并落实;有相关应急预案并开展演练。
	B	100.1 有保证日间病房肿瘤化疗实施的必要条件,明确日间化疗服务适用范围,有安全管理制度及质量保证措施。
	B	100.2 有化疗药物集中配置的规定,并执行;参与化疗药物配置的人员必须经过培训并考核合格。
	A	100.3 建立日间化疗质量控制指标,定期监测、分析、反馈与改进。
<h3>六、护理质量保障与持续改进</h3>		
	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。
	B	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相关部门,并制定委员会职责和工作制度,定期研究护理质量与安全等问题,提出改进策略并落实。
	A	101.3 根据法律法规、行业标准、指南制定医院护理制度、护理常规和操作规程,定期修订。并根据科室执行落实情况,开展护理质量管理工

评审标准(条)		细则(款)
<p>(一百零二) 护理人员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员人力资源弹性调配。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员人力资源的预案。</p>	B	102.1 建立护士人力资源配置和弹性调配制度,护理人力资源配备与医院功能和任务相适应。
	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员人力资源弹性调配。原则上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员资源调配的预案,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。
<p>(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。有护理人员继续教育计划,保障措施到位,并有实施记录。</p>	B	103.1 医疗机构严格落实《护士条例》及《护士执业注册管理办法》等相关法律法规和规定;制定护理人员资质管理制度和审核程序,落实依法执业。
	B	103.2 建立护理岗位管理制度,有明确的护理人员管理规定。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,制定护理人员继续教育计划,保障措施到位,并有实施记录。
		104.1 建立科学绩效考核制度。绩效考核应以考核护理人员实际工作能力为核心,包括护理工作质量、服务质量、护理难度、技术要求、岗位职责履行、医疗质量安全、护士行为规范、医德医风及患者满意度等要素。
	B	104.2 绩效考核结果与护理人员的评价、晋升、薪酬分配相结合,体现同岗同酬、多劳多得、业绩优酬,调动护理人员工作积极性。
	B	104.3 主管职能部门定期对绩效考核落实情况进行督查、评价与改进。

评审标准(条)		细则(款)
(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。实施责任制整体护理,为患者提供全面、全程、专业、人性化、人性化的护理服务。	B	105.1 依据《护士条例》等相关法律法规和规定,规范护理工作。
	A	105.2 持续深化优质护理。医疗机构要全面实施优质护理服务,为患者提供全面、全程、专业、人性化、人性化的护理服务。
	A	105.3 落实责任制整体护理。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 主管职能部门定期督导、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 主管职能部门定期督导、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及处理规范。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;主管职能部门定期督导、检查、总结与反馈,有改进措施。

评审标准(条)		细则(款)
<p>(一百零九)按照《医院手术部(室)管理规范(试行)》《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(试行)》,完善手术部(室)、消毒供应中心(室)和新生儿病室等护理质量管理与监测相关规定及措施,组织实施并持续改进。</p>	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 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 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;主管职能部门定期督导、检查、总结与反馈,有改进措施。

评审标准(条)		细则(款)
<b>七、药事管理与临床药学服务质量保障与持续改进</b>		
<p>(一百一十)医院药事管理工作符合国家和药学部门设置以及人员配备符合国家相关法律法规、法规及规章制度的要求;建立与完善医院药事管理组织,完善药事管理与临床药学服务各项规章制度并组织实施。</p>	B	110.1 医院设立药事管理与药物治疗学相关组织,有工作职责、制度和计划;设立与本机构功能、任务、规模相适应的药学部门,并符合国家相关规定及标准。
	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	108.3 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。
<p>(一百一十一)加强药品管理,规范药品遴选、采购、储存、调剂、召回,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。</p>	A	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;有药品调剂、召回管理制度与流程。
	B	111.2 静脉药物调配中心和调配工作符合有关规定。
	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。
<p>(一百一十二)实施临床药师制,积极参与临床药物治疗,促进合理用药,拓展药学服务范围。加强临床药师队伍建设和培训,提高临床药学服务能力和水平。</p>	A	112.2 临床药师积极参与临床药物治疗,拓展药学服务范围,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;开展临床药理学和药理学应用研究。
	A	112.3 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。

评审标准(条)		细则(款)
<p>(一百一十三)按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和标准,加强抗菌药物、抗肿瘤药物、麻醉药品、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。</p>	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。
<p>(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。</p>	A	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。
<p>(一百一十五)建立药物监测和警戒制度,观察用药过程,监测用药结果,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。</p>	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,药品不良事件报告纳入医疗不良事件统一管理。药品不良反应及时上报国家药品不良反应监测系统。
	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。

评审标准(条)		细则(款)
<p><b>八、检查检验质量保障与持续改进</b></p> <p>(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。</p> <p>(一百一十七)从事临床检验、病理和医学影像诊断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。</p> <p>(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规范,遵照实施并准确记录。</p>	A	116.1 临床检验部门、病理部门、医学影像部门设置、布局、设备设施分别符合相应规范标准。
	A	116.2 临床检验部门、病理部门、医学影像部门的服务项目满足医院所设临床诊疗需要。
	B	116.3 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。
	A	117.1 临床检验、病理和医学影像诊断工作的专业技术人员应当具有相应的专业学历,并取得相应专业技术职务任职资格。
	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。
	A	118.1 科室主任为实验室安全第一责任人,临床检验、病理实验室和医学影像诊疗场所环境达标,符合要求,有完整的诊疗场所管理制度、安全程序,知晓并遵照实施、准确记录。
	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。

评审标准(条)		细则(款)
(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 检验、影像、病理报告格式规范、统一,报告时间符合要求。执行检验报告双签字制度(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。	A	120.1 有全面质量管理的相关规定并落实,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。
	B	121.3 有职业安全防护设施设备使用及安全防护培训。科室对环境保护及人员职业安全防护制度的落实有自查。各专业有相关安全程序和作业指导书。
	A	121.4 有各种职业暴露后应急响应管理制度、处理流程,并开展应急演练。

评审标准(条)		细则(款)
(一百二十二)建立健全本机构内的检查检验结果互认工作管理制度,加强人员培训,规范工作流程,为医务人员开展互认工作提供必要的设备及设施及保障措施。	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。
	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。
<b>九、输血管理与持续改进</b>		
	B	123.1 建立临床输血管理委员会,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,布局和设施设备符合国家相关要求;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。
	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。
	B	124.1 健全输血管理制度、临床用血评价制度、输血技术规范等制度,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,根据规定完成签订输血前知情同意、用血审批,开展输血前评估、输血过程中监控及输血后疗效评价,严格执行输血管理制度及输血技术规范。
	A	124.3 输血科每月对输血全过程质量管理情况进行分析、总结,反馈及改进。输血管理委员会对存在的问题与缺陷追踪评价,有改进成效。

评审标准(条)		细则(款)
<p>(一百二十五)建立与麻醉科和手术科室有效沟通,积极开展自体输血,严格掌握术中输血适应证,合理、安全输血。</p>	B	<p>125.1 建立与麻醉科、手术科室和相关多部门沟通协调机制,制定自体输血的流程与规范,积极开展自体输血。有开展自体输血的技术人员和设备条件,并能开展自体输血工作。</p>
	A	<p>125.2 严格掌握术中输血适应证、禁忌证,履行风险告知并签署知情同意书,合理、安全输血。</p>
	B	<p>125.3 主管职能部门定期督导、检查、反馈、改进。</p>
<p>(一百二十六)开展血液质量管理监控,制订、实施控制输血严重危害(输血传染病、严重不良反应)的方案。落实输血相容性检测管理制度和实验质量管理要求,确保输血安全。</p>	A	<p>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。</p>
	A	<p>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、输血传染性疾病的管理措施和上报制度,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。</p>
	B	<p>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。</p>
	A	<p>126.4 主管职能部门定期对上述工作进行督导、检查、分析、反馈、改进。</p>

评审标准(条)		细则(款)
<p><b>十、医院感染管理与持续改进</b></p> <p>(一百二十七)按照《医院感染管理办法》，建立医院感染管理组织，建立院感多部门协调机制。完善医院感染管理与控制制度，有医院感染事件应急预案并组织实施，开展医院感染预防控制知识与技能的全员培训和教育。</p>	A	<p>127.1 建立医院感染管理委员会，委员会由医院感染管理部门、医务部门、护理部门、临床科室、消毒供应室、手术室、临床检验部门、药事管理部门、设备管理部门、后勤管理部门及其他有关部门的主要负责人组成，主任委员由医院院长或者业务副院长担任。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，应专职从事医院感染防控工作。</p>
	A	<p>127.2 制定并及时完善医院感染管理和控制制度、应急预案，并落实；建立院感多部门协调机制，明确各部门职责，及时解决医疗机构感染防控工作工作中的实际问题。</p>
	A	<p>127.3 开展医院感染预防控制知识与技能的全员培训、考核，且在工作中正确运用，有落实医院感染管理制度的具体方案及实施过程记录，组织实施医院感染事件应急演练。</p>
	B	<p>127.4 临床、医技科室对落实医院感染管理制度的实施过程进行自查，并进行定期分析、整改。</p>
	A	<p>127.5 主管职能部门对院感工作的落实情况进行监管、反馈、整改。</p>
	A	<p>128.1 制定重点部门、重点环节、重点人群与高危因素监测计划，包括监测范围、监测方法、监测内容和监测质量控制要求。</p>
	A	<p>128.2 主管职能部门对监测结果进行分析，提出本院的医院感染高危因素，制定针对性措施，控制并降低医院感染风险。</p>

评审标准(条)		细则(款)
(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 定期对感染监测的数据进行统计分析、反馈,定期开展风险评估并持续改进诊疗流程,有相关报告或反馈记录。
	A	129.2 按照本医院感染防控制度规定的周期向全院发布全院感染监测数据,及时将感染监测的数据和分析反馈临床科室。
	A	129.3 主管职能部门对医院感染监测数据来源、数据真实性和可靠性进行追踪分析、总结、反馈,并进行横向比较,持续改进医院感染管理工作。
(一百三十)消毒、灭菌和隔离工作符合相关标准和规范要求,工作人员能获得并正确使用符合国家标准的消毒与防护用品;重点部门、重点部位的管理符合要求。	B	130.1 医院按照国家相关标准和规范的要求,开展消毒、灭菌和隔离工作。
	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。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,卫生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	131.2 定期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;科室定期对手卫生依从性、正确性进行监测、改进。
	A	131.3 主管职能部门履行监管职责,定期评价、分析、反馈、整改。

评审标准(条)		细则(款)
<p>(一百三十二)有多重耐药菌医院感染控制管理规范与程序,有多部门共同参与的多重耐药菌管理合作机制。应用微生物室检测和医院感染管理数据信息指导临床合理使用抗菌药物。</p>	A	<p>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,明确各职能部门的分工、职责和工作范围。</p>
	A	<p>132.2 开展多重耐药菌感染预防与控制知识培训,医务人员掌握相关知识和技能。</p>
	A	<p>132.3 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。</p>
	B	<p>132.4 主管职能部门定期检查指导,对存在的问题督促整改。</p>
<p>(一百三十三)建立侵入性器械/操作相关感染防控制度。有医院侵入性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作名录,制订相关防控措施并实施数据监测。</p>	B	<p>133.1 医院有建立侵入性器械/操作相关感染防控制度;侵入性器械操作相关感染防控主要包括但不限于血管导管相关血流感染、导尿管相关尿路感染、呼吸机相关肺炎和透析相关感染的预防与控制。</p>
	A	<p>133.2 医院建立有本机构诊疗活动中使用的侵入性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作名录。</p>
	B	<p>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。</p>

评审标准(条)		细则(款)
(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。加强相关人员的培训。	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。对上述工作人员开展相关法律法规、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。
	A	134.4 主管职能部门履行监管职责,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。
<b>十一、中医诊疗质量保障与持续改进</b>	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。主管职能部门定期评价、分析和反馈。
	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

评审标准(条)		细则(款)
<p><b>一、管理职责与决策执行机制</b></p> <p>(一百三十七)制定医院章程,建立医院内部决策执行机制。</p>	B	137.1有医院章程;有党委会和院长办公会议事规则。
	A	137.2以章程为依据,有完善的医院内部管理制度、规范性文件或流程,有培训、考核,相关人员知晓并落实。
	B	137.3建立健全科学高效的内部决策执行机制、激励、竞争和监督机制,提高医院运行效率。
<p>(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。</p>	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。

评审标准(条)		细则(款)	
<p>(一百三十九) 医院管理机构设置合理,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。</p>	B	139.1 医院管理机构设置合理,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。	
	A	139.2 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。	
	A	139.3 根据法律法规、规章规范以及相关标准,结合本院实际,制定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	139.4 定期组织对医院规章制度和岗位职责进行培训,员工知晓并落实。	
	B	139.5 各级管理人员按分工履行职责,建立多部门、科室间沟通与协调机制,履行协调职能,提高工作效率。	
	B	139.6 主管职能部门对规章制度、岗位职责落实加强监管,定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。	
	A	140.1 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,员工知晓。	
	A	140.2 定期对员工进行专业技能、质量安全培训与教育。	
	<p>(一百四十一) 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。</p>	B	141.1 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,面向向社会、院内公开的内容有明确的规定。
		A	141.2 有多种途径征求和收集员工对公开信息具体内容意见与建议,体现尊重员工知情权,保障员工民主权利。

评审标准(条)		细则(款)
(一百四十二)对对外委托服务项目质量与安全实施监督管理。	B	142.1 有对外委托服务项目的相关制度和管理办法;有主管部门与专人负责对外委托服务项目管理。
	A	142.2 对外委托服务合同中明确的双方权利和义务,以及服务内容 and 标准;有对外委托服务项目的监督考核机制,有考核记录,对违约事实根据合同落实违约责任。
<b>二、人力资源管理</b>		
(一百四十三)建立健全以聘用制度和岗位管理制度为主要内容的人力资源管理制度。医院人力资源配备应当满足医院功能任务和质量管理工作需要。	B	143.1 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	143.2 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管理工作需要。
(一百四十四)有公平透明的卫生专业技术人员资质的认定、聘用、考核、评价管理体系,建立专业技术人员技术档案。	A	144.1 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。
	A	144.2 建立专业技术人员技术档案,包括但不限于经审核的执业注册证、文凭、学位、聘用、教育培训和年度考核等资料。
	B	144.3 根据岗位职责、技术能力等定期实施聘用、授权和再授权管理。
	A	145.1 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工作。
(一百四十五)贯彻落实《公立医院领导人员管理暂行办法》,加强公立医院领导人员职业化培训。	B	145.2 有医院行政领导人员职业化培养教育制度、交流制度并落实。有行政领导人员职业化培训计划,实施任职培训、岗位培训、专题培训、内部轮岗、挂职锻炼、对口支援或者援外等多种方式的职业化培训。

评审标准(条)		细则(款)
(一百四十六)有卫生专业技术人员岗前培训、住院医师规范化培训、继续医学教育、梯队建设和政府指令性培训任务相关管理制度并组织实施。把员工能力建设作为人力资源管理的重要组成部分。	A	146.1有实施卫生专业技术人员岗前培训制度、继续教育和政府指令性培训任务相关管理制度及实施方案并落实,管理档案完善,有培训条件及专项经费支持。
	B	146.2有住院医师培训基地资质的医院,设专职人员负责此项工作,有经费、师资、设备设施等资源保障。有开展实施住院医师规范化培训工作的计划并实施。
	A	146.3有人才培养计划,有重点学科(或专科)培育与支持措施,包括经费投入、人才梯队建设。把员工能力建设作为人力资源管理的重要组成部分。人才培养、重点学科(或专科)建设规划纳入院长年度和任期目标责任考核的重要目标。
(一百四十七)贯彻与执行《中华人民共和国劳动法》等法律法规、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	147.1按照《中华人民共和国劳动法》《中华人民共和国职业病防治法》等法律法规、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。
	B	147.2上岗前有职业安全防护教育,有培训和考核制度。
	A	147.3医院设置或指定职业卫生管理机构或组织,配备专职或兼职人员,负责本单位的职业病防治工作。
	B	147.4按职业危险性程度制定分级防护的规定,配备防护设施设备和用品。员工健康档案完善。

评审标准(条)		细则(款)
(一百四十八)关注员工身体和心理 健康,保障员工合法权益。	B	148.1 有保障员工身体和心理健康的措施并落实;有指定部门负责员工健康管理,定期为员工健康体检,建立员工健康档案;定期开展医务人员心理健康评估,有突发事件心理危机干预机制;医院配备相应舒缓员工压力的设施设备及场所。
	B	148.2 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。按国家规定享受带薪年假。
	B	148.3 有医疗纠纷预防和处理机制,依法严厉打击医闹、暴力伤医等涉医违法犯罪行为,保护医务人员安全。有措施保障医务人员享有社会保险与福利。
	A	149.1 将科室医疗质量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	149.2 将科室和医务人员医疗质量管理情况作为医师定期考核、晋升的重要依据。
	A	149.3 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。
<b>三、财务和价格管理</b>		
(一百五十)执行《中华人民共和国会计法》《政府会计准则》《医院财务制度》等相关法律法规,财务机构设置合理、财务管理制度健全,人员配置合理,岗位职责明确,会计核算规范,三级公立公立医院实行总会计师制度。	B	150.1 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	150.2 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。
	A	150.3 三级公立公立医院实行总会计师制度。

评审标准(条)		细则(款)
<p>(一百五十一)按照《中华人民共和国预算法》和相关预算管理规定的编制和执行预算,加强预算管理、监督和绩效考评。</p>	B	151.1按照《中华人民共和国预算法》和相关预算管理规定的编制和执行预算,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	151.2实行全面预算管理,医院所有经济活动全部纳入预算管理。
<p>(一百五十二)实行全成本核算管理,控制运行成本和医院债务规模,降低财务风险,优化投入产出比,提高资产利用效率。</p>	A	152.1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	152.2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。
<p>(一百五十三)落实《医疗机构内部价格公示为管理规定》,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。</p>	B	153.1确保医院内部价格管理部门建设和人员配备达到管理规定要求;全面落实医疗服务价格公示制度,提高收费透明度。
	B	153.2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;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。
<p>(一百五十四)执行《中华人民共和国政府采购法》、《中华人民共和国招标投标法》及政府采购相关规定,建立药品、耗材、设备、基建、货物、服务等采购制度和流程,有严格管理和审批程序。</p>	B	154.1执行《中华人民共和国政府采购法》、《中华人民共和国招标投标法》及政府采购相关规定,建立药品、耗材、设备、基建、货物、工程、服务等采购制度和流程,有严格管理和审批程序。
	A	154.2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。

评审标准(条)		细则(款)
<p>(一百五十五)医院实行同工同酬、多劳多得、优绩优酬的分配制度。以综合绩效考核为依据,突出服务质量、数量,逐步扩大分配,提高员工待遇,个人分配不得与业务收入直接挂钩。</p>	B	155.1 医院落实同工同酬、多劳多得、优绩优酬的绩效分配制度;明确规定个人收入不与药品、卫生材料、检查、化验等业务收入直接挂钩。
	A	155.2 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。
<p><b>四、信息管理</b></p> <p>(一百五十六)建立以院长为核心的医院信息化建设领导小组,有负责信息管理的专职机构,建立各部门间的组织协调机制,制订信息化发展规划,有与信息化建设配套的相关管理制度。</p> <p>(一百五十七)医院信息系统能够系统、连续、准确地采集、存储、传输、处理相关信息,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。</p>	A	156.1 建立以院长为核心的医院信息化建设领导小组,有负责信息管理的专门部门,职责明确,人才结构合理。
	A	156.2 有医院信息化建设的中长期规划和年度实施计划。制定信息化建设配套的相关管理制度。
	B	156.3 建立医院信息部门与各部门的沟通协调机制,并落实。
	A	156.4 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。
	A	157.1 医院信息系统能够系统、连续、准确地采集、存储、传输、处理相关信息。
	A	157.2 医院信息系统能够为医院管理、临床医疗和服务提供包括决策支持类的信息技术支撑。
	A	157.3 根据国家相关规定,实现信息互联互通、交互共享。

评审标准(条)		细则(款)	
<p>(一百五十八)落实《中华人民共和国网络安全法》，实施国家信息安全等级保护制度，实行信息安全等级保护管理，保障网络安全，保护患者隐私。推动系统运行维护的规范化、标准化、制度化，落实应急响应机制，保证业务的连续性。</p>	A	158.1 落实《中华人民共和国网络安全法》，实施国家信息安全等级保护制度，有信息安全等级保护长效机制。具有防泄密系统，安全管理记录，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	158.2 实行信息系统按等级保护管理，信息安全采用电子身份认证、权限控制(包括数据库和运用系统)，有保护病人隐私的相关规定并得到有效落实。	
	B	158.3 医院行政管理权限、医疗业务授权得到信息化支持。	
	B	158.4 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。	
	<p>(一百五十九)根据《中华人民共和国统计法》与卫生健康行政部门规定，完成医院基本运行状况、医疗质量安全、医疗技术、诊疗信息和临床数据报送工作，确保数据真实可靠、可追溯。</p>	A	159.1 根据《中华人民共和国统计法》与卫生健康行政部门规定，完成医院基本运行状况、医疗质量安全、医疗技术、诊疗信息和临床数据监测信息等相关数据报送工作。
		A	159.2 有内部数据核查制度，确保数据真实可靠、可追溯。
<p><b>五、医学装备管理</b></p>			
	B	160.1 建立医学装备管理体系，成立医学装备管理相关组织，职责明确并能落实。	
	B	160.2 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	160.3 有购买医学设备的管理规定及执行流程，有常规与大型医学装备配置方案。	

评审标准(条)		细则(款)
(一百六十一)根据医院功能定位和发展规划,有大型医用设备使用、功能开发、社会效益、成本效益等分析评价。	B	161.1 根据医院功能定位和发展规划,鼓励与规范大型医用设备使用、功能开发。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	161.2 开展大型医用设备的社会效益、成本效益等分析评价。
	A	161.3 配置大型医用设备应当符合国务院卫生健康主管部门制定的大型医用设备配置规划,与功能定位、临床服务需求相适应,具有相应的技术条件、配套设施和具备相应资质、能力的专业技术人员,并经省级以上卫生健康主管部门批准,取得大型医用设备配置许可证。
(一百六十二)加强医学装备安全管理,有明确的医疗器械临床使用安全控制与风险管理工作制度与流程。建立医疗器械临床使用安全事件监测与报告机制。	A	162.1 加强医学装备安全管理,有明确的医疗器械临床使用安全控制与风险管理工作制度与流程。
	A	162.2 建立医疗器械临床使用安全事件监测与报告机制。
	B	163.1 有医疗仪器设备管理和使用人员的培训及考核制度,并落实。
(一百六十三)加强医疗仪器设备管理和使用人员的培训,为医疗器械临床合理使用提供技术支持与咨询服务。	B	163.2 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	163.3 医疗设备操作手册随设备存放,供方便查阅。
	B	164.1 有保障医学装备处于完好状态的相关制度和规范。
(一百六十四)建立保障医学装备处于完好状态的制度与规范,对于急救、生命支持系统仪器设备要始终保持在用状态,建立全院应急调配机制。	A	164.2 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	164.3 建立全院应急设备的调配机制。

评审标准(条)		细则(款)
(一百六十五)依据国家相关规定,加强对医用耗材的溯源、不良事件监测与报告的管理。	A	165.1 依据国家相关规定,加强对医用耗材的溯源管理。
	A	165.2 医用耗材不良事件监测与报告工作机制健全,流程规范,报告质量和数量符合相关规定。
(一百六十六)医学装备部门与使用部门共同管理医学装备,医学装备部门建立质量安全小组,使用部门将医学装备纳入科室管理。	B	166.1 建立医学装备部门与使用部门共同管理医学装备的机制并落实。科室指定专人负责医学装备维护保养。
	B	166.2 医学装备部门建立质量安全小组,负责全院医疗设备使用和管理。将定期检查的医学装备管理情况纳入科室管理,并设专职或兼职人员负责医学装备日常工作。
<b>六、后勤保障管理</b>		
(一百六十七)有后勤保障管理组织、规章制度与人员岗位职责。后勤保障服务能够坚持“以患者为中心”,满足医疗服务流程需要,注重员工合理需求。	B	167.1 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	167.2 后勤保障服务能够坚持“以患者为中心”,满足医疗服务流程保障支持的需要。
	B	167.3 定期征求员工合理需求,不断提高员工获得感。
(一百六十八)后勤专业人员及特种设备操作人员持证上岗,按技术操作规程工作。	B	168.1 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	168.2 操作人员应熟悉并掌握相关岗位的技术操作规程,按技术操作规程开展工作,科室不定期开展自检、自查改进工作。
	B	168.3 主管职能部门定期检查、监管,有效改进,无安全事故发生。

评审标准(条)		细则(款)
(一百六十九)控制与降低能源消耗,水、电、气、物资供应等后勤保障满足医院运行需要。	A	169.1控制与降低能源消耗。
	A	169.2水、电、气、物资供应等后勤保障满足医院运行需要。
(一百七十)为员工提供膳食服务,保障饮食卫生安全。	B	170.1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	170.2膳食服务外包的,应签订相关合同,主管职能部门按合同规定进行督导、检查、考核。
	A	170.3建立以食品卫生为核心的餐饮服务质量管理体系,保障食品卫生安全,有突发食品卫生安全事件应急预案,并开展演练,无食品安全事件发生。
(一百七十一)医疗废物、废液管理和处置符合医院感染管理要求。污水管理和处置符合规定。	A	171.1有医疗废物管理相关部门,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。使用后未被污染的一次性塑料(玻璃)输液瓶(袋)的回收与处置符合要求。
	B	171.2医废、污水处理人员经过相关法律法规和专业技术、安全防护以及紧急处理等知识的培训,考核合格。
	B	171.3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		171.4主管职能部门定期对医疗废物、污水处置工作落实情况开展监督评价、反馈、整改,并有记录。

评审标准(条)		细则(款)
(一百七十二)医院消防系统、特种设备、危险品管理符合国家相关法律法规和标准。	A	172.1 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	172.2 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,消防器材(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	172.3 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	172.4 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	172.5 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;
	(一百七十三)为患者提供清洁、温馨、舒适的医院环境,符合爱国卫生运动相关要求,美化、硬化、绿化达到医院环境标准要求。	B
B		173.2 医院标识清晰,便民措施到位,通畅老年人就诊便利通道,构建适老化就医环境,美化、硬化、绿化达到医院环境标准要求。
B		173.3 符合无烟医院的标准,无烟环境布置及室内全面禁烟、烟控监督巡查、烟控宣传教育、控烟劝阻、院内禁止出售烟草产品等方面达到要求。

评审标准(条)		细则(款)
<b>七、应急管理</b>		
(一百七十四)成立医院应急工作领导小组,建立医院应急指挥系统,落实责任,建立并不断完善医院应急管理机制。	B	174.1 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。
	A	174.2 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机制。
	B	175.1 主管职能部门定期组织开展灾害脆弱性分析,明确医院需要应对的主要突发事件策略。
(一百七十五)明确医院需要应对的主要突发事件策略,制定和完善各类应急预案,提高快速反应能力。	A	175.2 有医院应对各类突发事件的总体预案和部门预案,明确启动、响应、报告、处置等流程,定期修订、补充和完善各类应急预案。对各类应急预案开展培训与教育,提高快速反应能力。
	B	175.3 主管职能部门定期督导、检查、反馈,并检查整改落实情况。
	B	176.1 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。
(一百七十六)开展应急培训和演练,提高各级、各类人员的应急素质和医院的整体应急能力。	A	176.2 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	176.3 主管职能部门对应急培训和演练工作有检查、考核、监督与改进。

评审标准(条)		细则(款)
(一百七十七)合理进行应急物资和设备的储备。	B	177.1 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	177.2 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	177.3 主管职能部门定期对应急物资和设备储备有检查与监管。
<b>八、科研教学与图书管理</b>	B	178.1 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	178.2 医院有鼓励将研究成果转化的支持政策,并能提供案例。
(一百七十九)开展药物、医疗器械临床试验应当符合《药物临床试验质量管理规范》《医疗器械临床试验质量管理规范》;开展研究者发起的临床试验符合《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试验管理办法(试行)》等相关规定。	B	179.1 开展药物、医疗器械临床试验以及研究者发起的临床研究应当具有国家药物、医疗器械临床试验机构资质,必须开展医学伦理审查,过程资料完整,并严格按照管理制度与标准操作规程执行。
	B	179.2 对研究者、受试者相关制度的执行有监督和保障措施,并有相应记录;保证受试者在试验期间出现的不良事件得到适当的治疗。
	B	179.3 规范临床试验药品、器械的管理,接收、贮存、分发、回收、退还及未使用的处置等管理应当遵守相应的规定并保存记录。
	B	179.4 研究者将实验数据真实、准确、完整、及时、合法地记录于研究病历和病例报告表,实验记录规范、完整。

评审标准(条)		细则(款)
<p>(一百八十)开展涉及人的生物医学研究应经伦理委员会审查。伦理委员会的人员组成、日常管理和审查工作应符合《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》规定。</p>	B	<p>180.1 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。</p>
	A	<p>180.2 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。</p>
	B	<p>180.3 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。</p>
<p>(一百八十一)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标准要求,并取得相应资质认可。</p>	B	<p>181.1 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标准要求。</p>
	B	<p>181.2 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育标准要求。</p>
<p>(一百八十二)根据临床、教学、科研和管理的需要,有计划、有重点地收集国内外各种医学及相关学科的图书和文献,开展多层次多种方式的读者服务工作,提高信息资源的利用率。</p>	B	<p>182.1 根据临床、教学、科研和管理的需要,有计划、有重点地收集国内外各种医学及相关学科的图书和文献。</p>
	B	<p>182.2 开展多层次多种方式的读者服务工作,提高信息资源的利用率。</p>

评审标准(条)		细则(款)
<p><b>九、行风与文化建设管理</b></p> <p>(一百八十三)医院应当加强医务人员职业道德教育,弘扬社会主义核心价值观和新时代医疗卫生职业精神,在医疗工作中予以体现。</p> <p>“以患者为中心”,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。</p> <p>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。</p>	A	183.1 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,在医疗工作中予以体现。
	B	183.2 坚持“以患者为中心”,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	183.3 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。
	B	184.1 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规范。
	B	184.2 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。
	B	185.1 贯彻执行《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见(试行)》,建立行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。
<p>(一百八十四)重视医院文化建设,建立医院文化建设制度,把医院文化培育成核心竞争力,逐步建立以患者为中心、注重医疗质量安全根植于医院服务理念的特色价值取向和行为规范。</p>	B	185.2 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	185.3 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。
	B	185.4 临床医技科室定期开展《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》自查自纠,并认真整改。
	B	185.5 主管职能部门定期督导、评价、反馈医德医风检查结果,并整改。
	B	