



云南省卫生健康委关于印发《三级医院评审标准（2020年版）云南省实施细则（试行）》的通知

云卫规〔2022〕1号

各州、市卫生健康委，委机关有关处室局，委所属和联系有关单位，云南大学附属医院：

为进一步推进全省医院评审评价体系和医院评审标准实施管理，全面提升医疗服务能力和管理水平，按照国家卫生健康委《三级医院评审标准（2020年版）》的标准要求，我委制定了《三级医院评审标准（2020年版）云南省实施细则（试行）》，现印发你们，请遵照执行。同时，《云南省卫生健康委办公室关于开展三级医院评审有关工作的通知》（云卫办医发〔2019〕8号）自本文件印发之日起废止。

联系人及电话：

委医政医管局：李贵敏 王勇 0871-67199352、67195127

省医评中心：朱怡璇 高华斌 0871-65395807、65335443

云南省卫生健康委
2022年3月4日

三级医院评审标准（2020年版） 云南省实施细则（试行）

说明：省卫生健康委结合我省实际，遵循“标准只升不降，周期全程追踪”的原则，组织专家对国家卫生健康委《三级医院评审标准（2020年版）》（以下简称《国家标准》）进行研讨解读，制定了《三级医院评审标准（2020年版）云南省实施细则（试行）》（以下简称《实施细则》），《实施细则》共设3个部分101节450条标准和监测指标。适用于三级医院（综合、专科），二级医院可参照使用。

一、第一部分为前置要求部分。我省在《国家标准》的基础上，结合我省情况，新增2条标准，为我省医疗机构信息化建设前置要求，共3节27条。医院在评审周期内发生一项及以上情形的，延期一年评审。延期期间原等次取消，按照“未定等”管理。旨在进一步发挥医院评审工作对于推动医院落实相关法律法规制度要求和改革政策的杠杆作用。

二、第二部分为医疗服务能力与质量安全监测数据部分。共设5章74节240条监测指标。内容包括医院资源配置、质量、安全、服务、绩效等指标监测、DRG评价、单病种和重点医疗技术质控等日常监测数据，数据统计周期为全评审周期。



此部分以客观指标的采集定量评价为主，各医疗机构要保证客观数据的真实性，涉及到数据核查存在问题的，视情节严重程度，予以惩罚性扣分，按照“第一部分前置要求”中第二节第五条采取“一票否决”处理。单病种（术种）限制类技术、器官移植技术等根据评审医院实际开展技



术情况进行评审。

三、第三部分为现场检查部分。共三章183条标准，我省在《国家标准》的基础上，结合我省实际制定现场检查标准实施细则。

四、赋分与计分规则

一是等级判定标准。实行千分制，第一部分前置要求实行一票否决，不占分数；第二部分在评审综合得分中的权重占60%，总分为600分；根据实际工作需要，将国家公立医院绩效考核满意度调查结果纳入到第二部分进行综合评分，其中满意度调查权重占10%，分值为100分。第三部分在评审综合得分中的权重占40%，总分为400分。采取“总分和第三部分相结合”的方式，判定相应等次。等次判定：甲等总分不少于900分且第三部分不少于360分。乙等总分不少于800分且第三部分不少于320分。丙等总分不少于700分且第三部分不少于280。总分低于700分，或第三部分不满足丙等以上条款要求的，判定为不合格，按未定等管理。

二是赋分规则。第二部分计分规则遵循规模类和配比类指标采用“全或无”原则，连续监测指标采用“区间赋分兼顾持续改进”原则。第三部分计分规则。采用实地检查符合程度进行打分。

五、数据采集方式

我委依托云南省医院质量监测与绩效评价平台（网址：www.yndrgs.cn:800）建立三级医院评审信息化平台。请各医院注册登陆云南省卫生健康委医院等级评审平台（网址：<http://221.213.41.28:8018>），登录账号与云南省医院质量监测与绩效评价平台一致，初始密码为1，登录后按照平台操作指引，在规定时间内逐一填报资源配置与运行数据指标、医疗服务能力与医院



质量安全指标、重点专业质量控制指标和重点医疗技术临床应用质量控制指标等数据信息。具体操作说明详见系统首页《医院等级评审平台用户手册》（进入系统首页自行下载）。

可通过信息化方式直接采集数据来源还包括国家医疗质量管理与控制信息网（NCIS）、国家单病种质量监测平台、全国医院质量监测系统（HQMS）、国家公立医院绩效考核管理平台、中国人体器官分配与共享计算机系统（COTRS）、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、医疗技术管理备案信息系统、云南省医院质量监测与绩效评价平台、云南省等级医院评审平台等。各医疗机构要重视相关信息系统数据填报的准确性、及时性、完整性，不断加强信息化建设，规范病历书写，提高病案首页填报质量，为本机构参加医院评审奠定基础。

六、专科医院细则

专科医院评审将根据专科特点，第二部分选取适合专科医院的指标进行评审，第三部分现场检查评审细则为通用标准，根据不同专科医院设置“不适用”条款，分值占比不变。



目 录

第一部分	前置条件	1
一、	依法设置与执业.....	1
二、	公益性责任和行风诚信.....	2
三、	安全管理与重大事件.....	3
第二部分	医疗服务能力与质量安全监测数据	4
第一章	资源配置与运行数据指标.....	4
第二章	医疗服务能力与医院质量安全指标.....	22
第三章	重点专业质量控制指标.....	59
第四章	单病种（术种）质量控制指标.....	207
第五章	重点医疗技术临床应用质量控制指标.....	221
第三部分	现场检查	238
第一章	医院功能与任务.....	238
第二章	临床服务质量与安全管理.....	240
第三章	医院管理.....	280

第一部分 前置条件

一、依法设置与执业

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

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

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

(四) 违反《中华人民共和国药品管理法》《医疗器械监督管理条例》，违法违规采购或使用药品、设备、器械、耗材开展诊疗活动，造成严重后果；未经许可配置使用需要准入审批的大型医用设备。

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

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

(七) 违反《中华人民共和国献血法》，非法采集血液，非法



组织他人出卖血液，出售无偿献血的血液。

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

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

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

（十一）违反《医疗机构药事管理规定》《麻醉药品和精神药品管理条例》《易制毒化学品管理条例》《处方管理办法》，违规购买、储存、调剂、开具、登记、销毁麻醉药品和第一类精神药品，使用未取得处方权的人员或被取消处方权的医师开具处方，造成严重后果。

（十二）违反《放射诊疗管理规定》，未取得放射诊疗许可从事放射诊疗工作，造成严重后果。

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

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

（十五）其他重大违法、违规事件，造成严重后果或情节严重。

二、公益性责任和行风诚信



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

(二) 应当执行而未执行国家基本药物制度和分级诊疗政策。

(三) 医院领导班子发生3起以上严重职务犯罪或严重违纪事件，或医务人员发生3起以上违反《医疗卫生行风建设“九不准”》的群体性事件（ ≥ 3 人/起），造成重大社会影响。

(四) 发生重大价格或收费违法事件，以及恶意骗取医保基金。

(五) 违反《中华人民共和国统计法》《医疗质量管理办法》《医学科研诚信和相关行为规范》相关要求，提供、报告虚假住院病案首页等医疗服务信息、统计数据、申报材料和科研成果，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) 未开展电子病历信息化建设评价，评审周期内未达到电子病历评级4级以上。

(七) 未执行分级诊疗制度，未按规定落实医疗信息互联互通的，未按要求向卫生行政部门上报医疗质量与安全信息数据并造成数据评价结果无法使用的。



第二部分 医疗服务能力与质量安全监测数据

第一章 资源配置与运行数据指标

数据来源：

云南省医院评审平台、国家公立医院绩效管理平台、国家医疗质量管理与控制信息网（NCIS）、医院填报。

一、床位配置

（一）核定床位数

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 张

【指标定义】

即编制床位，报告期末由卫生健康行政部门核定的床位数。

【计算方法】

以《医疗机构执业许可证》副本登记的床位数为准。

【指标导向】 监测达标

（二）实际开放床位数

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 张

【指标定义】

实有床位数，年末医院实有床位数。

【计算方法】

统计正规床、简易床、监护床、超过半年加床、正在消毒和修理的床位、因扩建或大修而停用的床位数。不包括产科新生儿床、接产室待产床、库存床、观察床、临时加床和病人陪侍床。

【指标导向】 监测达标

(三) 平均床位使用率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

报告期内实际占用总床日数与同期实际开放总床日数之比。

【计算方法】

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

【指标说明】

实际占用总床日数为报告期内医院各科每天夜晚12时实际占用病床数的总和。实际开放总床日数为报告期内医院各科每天夜晚12时实际开放病床数的总和，不论该床是否被患者占用，都应计算在内。

【指标导向】 监测达标

二、卫生技术人员配备

(一) 卫生技术人员数与开放床位数比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 比值 (X:1)

【指标定义】



报告期末卫生技术人员数与实际开放床位数之比。

【计算方法】

$$\text{卫生技术人员数与开放床位数比} = \frac{\text{医院卫生技术人员数}}{\text{实际开放床位数}}$$

【指标说明】

卫生技术人员数指报告期末医院中执业医师、执业助理医师、注册护士、药师（士）、检验及影像技师（士）、卫生监督员和见习医（药、护、技）师（士）等卫生专业人员之和。不包括从事管理工作的卫生技术人员（如院长、副院长、党委书记等），一律计入管理员。

【指标导向】 监测达标

（二） 全院护士人数与开放床位数比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 比值（X:1）

【指标定义】

报告期末注册护士人数与实际开放床位数之比。

【计算方法】

$$\text{全院护士人数与开放床位数比} = \frac{\text{全院护士人数}}{\text{全院实际开放床位数}}$$

【指标说明】

注册护士人数指报告期末医院中取得注册护士证书且实际从事护理工作的人员之和。不包括从事管理工作的注册护士。

【指标导向】 监测达标



（三）病区护士人数与开放床位数比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 比值（X:1）

【指标定义】

报告期末医院病区护士人数与实际开放床位数之比。

【计算方法】

$$\text{病区护士人数与开放床位数比} = \frac{\text{病区护士人数}}{\text{全院实际开放床位数}}$$

【指标说明】

病区护士人数指报告期末在医院住院病区从事护理工作的取得注册护士证书的人员之和。

【指标导向】 监测达标

（四）医院感染管理专职人员数与开放床位数比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 比值（X:1）

【指标定义】

报告期末医院感染管理专职人员数与实际开放床数之比。

【计算方法】

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

【指标说明】

医院感染管理专职人员指报告期末在医院从事感染管理专职人员之和。

【指标导向】 监测达标



三、相关科室资源配置

(一) 急诊医学科

1. 固定急诊医师人数占急诊在岗医师人数的比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

报告期末医院固定急诊医师人数与急诊在岗医师人数之比。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{固定急诊医师人数占急诊在岗医师人数的比例} \\ &= \frac{\text{医院固定在急诊科的在岗医师数}}{\text{医院急诊科在岗医师总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标说明】

(1) 医院固定急诊医师人数指报告期末第一执业地点为本医院的急诊科固定在岗医师人员之和。

(2) 固定医师指人员花名册及工资表均在该科室的医师。

(3) 急诊在岗医师人数指报告期末第一执业地点为本医院的急诊科在岗医师人员之和。包括报告期末医院非急诊科室固定医师而正在从事急诊工作的医师。

【指标导向】 监测达标

2. 固定急诊护士人数占急诊在岗护士人数的比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

报告期末医院固定急诊护士人数与急诊在岗护士人数之

比。

【计算方法】

固定急诊护士人数占急诊在岗护士人数的比例

$$= \frac{\text{医院注册的固定在急诊的在护士人数}}{\text{医院急诊科在岗护士总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

(1) 医院固定急诊护士人数指报告期末在医院急诊从事护理工作的注册护士人员之和。

(2) 固定护士指人员花名册及工资表均在该科室的护士。

(3) 急诊在岗护士人数指报告期末在医院急诊在岗护理工作的注册护士人员之和。包括报告期末医院非急诊科室固定护士而正在从事急诊护理工作的护士。

【指标导向】 监测达标

(二) 重症医学科

1. 重症医学科开放床位数占医院开放床位数的比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

报告期末医院重症医学科实际开放床位数与医院实际开放床位数之比。

【计算方法】

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

【指标说明】

报告期末医院重症医学科实际开放床位数包括正规床、超过半



年的加床、正在消毒和修理的床位、因扩建或大修而停用的床位。不包括库存床、临时加床。

【指标导向】 监测达标

2. 重症医学科医师人数与重症医学科开放床位数比

【指标定义】 定量指标

【计量单位】 比值 (X:1)

【指标定义】

报告期末医院重症医学科医师人数与重症医学科实际开放床位数之比。

【计算方法】

$$\text{重症医学科医师人数与重症医学科开放床位数比} = \frac{\text{医院重症医学科在岗医师数}}{\text{重症医学科实际开放床位数}}$$

【指标说明】

报告期末第一执业地点为本医院的重症医学科在岗医师人员之和。

【指标导向】 监测达标

3. 重症医学科护士人数与重症医学科开放床位数比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 比值 (X:1)

【指标定义】

报告期末医院重症医学科护士人数与重症医学科实际开放床位数之比。

【计算方法】

重症医学科护士人数与重症医学科实际开放床位数比 = $\frac{\text{医院注册的重症医学科在岗护士数}}{\text{重症医学科实际开放床位数}}$

【指标说明】

重症医学科护士人数指报告期末在医院重症医学科从事护理工作的注册护士人员之和。

【指标导向】 监测达标

(三) 麻醉科

1. 麻醉科医师数与手术间数比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 比值 (X:1)

【指标定义】

报告期末医院麻醉科医师数与手术间数之比。

【计算方法】

$$\text{麻醉科医师数与手术间数比} = \frac{\text{医院麻醉科医师数}}{\text{医院手术室实际开放间数}}$$

【指标说明】

医院麻醉科医师数指报告期末第一执业地点为本医院的麻醉科在岗医师人员之和。医院手术间指报告期末医院手术室实际开放的手术间数。

【指标导向】 监测比较

2. 麻醉科医师数与日均全麻手术台次比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 比值 (X:1)

【指标定义】



报告期末医院麻醉科医师数与日均全麻手术台次之比。

【计算方法】

$$\text{麻醉科医师数与日均全麻手术台次比} = \frac{\text{医院麻醉科医师数}}{\text{医院日均全麻手术台次数}}$$

【指标说明】

日均全麻手术台次指同期平均每天全麻手术台次数。

【指标导向】 监测比较

(四) 中医科

1. 中医科开放床位数占医院开放床位数的比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

报告期末医院中医科实际开放床位数与医院实际开放床位数之比。

【计算方法】

$$\text{中医科开放床位数占医院开放床位数的比例} = \frac{\text{中医科实际开放床位数}}{\text{医院实际开放床位数}} \times 100\%$$

【指标说明】

报告期末医院中医科实际开放床位数包括正规床、简易床、监护床、超过半年的加床、正在消毒和修理的床位、因扩建或大修而停用的床位。不包括库存床、观察床、临时加床和病人家属陪待床。

【指标导向】 监测达标

2. 中医科中医类别医师人数与中医科开放床位数比



【指标属性】 定量指标

【计量单位】 比值 (X:1)

【指标定义】

报告期末医院中医科中医类医师人数与中医科实际开放床位数之比。

【计算方法】

中医科中医类别医师人数与中医科开放床位 = $\frac{\text{医院注册的中医科在岗中医类别医师人数}}{\text{同期中医科实际开放床位数}}$

【指标说明】

医院中医科中医类医师人数指报告期末第一执业地点为本医院的中医科中医类别医师人员之和。

【指标导向】 监测达标

3. 中医科护士人数与中医科开放床位数比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 比值 (X:1)

【指标定义】

报告期末医院中医科护士人数与中医科实际开放床位数之比。

【计算方法】

中医科医师护士人数与中医科开放床位数比 = $\frac{\text{医院注册的中医科在岗护士人数}}{\text{中医科实际开放床位数}}$

【指标说明】

医院中医科护士指报告期末医院中医科从事护理工作的注册护士人员之和。

【指标导向】 监测达标



（五）康复医学科

1. 康复科开放床位数占医院开放床位数的比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

报告期末医院康复科实际开放床位数与医院实际开放床位数之比。

【计算方法】

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

【指标说明】

报告期末医院康复科实际开放床位数包括正规床、简易床、监护床、超过半年的加床、正在消毒和修理的床位、因扩建或大修而停用的床位。不包括库存床、观察床、临时加床和病人家属陪待床。

【指标导向】 监测达标

2. 康复科医师人数与康复科开放床位数比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 比值（X:1）

【指标定义】

报告期末医院康复科医师人数与康复科实际开放床位数之比。

【计算方法】

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

【指标说明】



医院康复医师人数指报告期末第一执业地点为本医院的在岗康复科医师人员之和。

【指标导向】 监测达标

3. 康复科康复师人数与康复科开放床位数比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 比值 (X:1)

【指标定义】

报告期末医院康复师人数与康复科实际开放床位数之比。

【计算方法】

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

【指标说明】

医院康复师指报告期末第一执业地点为本医院的康复科在岗康复技师人员之和。

【指标导向】 监测达标

4. 康复科护士人数与康复科开放床位数比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 比值 (X:1)

【指标定义】

报告期末医院康复科护士人数与康复科实际开放床位数之比。

【计算方法】

$$\text{康复科护士人数与康复科开放床位数比} = \frac{\text{康复科在岗护士人数}}{\text{康复科实际开放床位数}}$$



【指标说明】

报告期末在医院康复科从事护理工作的注册护士人员之和。

【指标导向】 监测达标

(六) 感染性疾病科

1. 固定医师人数占感染性疾病科在岗医师人数的比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

报告期末医院固定感染性疾病科医师人数与感染性疾病科在岗医师人数之比。

【计算方法】

固定医师人数占感染性疾病科在岗医师人数的比例

$$= \frac{\text{在医院注册的固定在感染性疾病科的在岗医师人数}}{\text{医院感染性疾病科在岗医师总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

(1) 医院固定感染性疾病科医师人数指报告期末第一执业地点为本医院的感染性疾病科固定医师人员之和。

(2) 固定医师指人员花名册及工资表均在该科室的医师。

(3) 感染性疾病科在岗医师人数指报告期末第一执业地点为本医院的感染性疾病科在岗医师人员之和。包括报告期末医院非感染性疾病科固定医师而正在从事感染性疾病科工作的医师。

【指标导向】 监测比较

2. 固定护士人数占感染性疾病科在岗护士人数的比例



【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

报告期末固定感染性疾病科护士人数与感染性疾病科在岗护士人数之比。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{固定护士人数占感染性疾病科在岗护士的比例} \\ &= \frac{\text{在医院注册的感染性疾病科的在岗护士总数}}{\text{医院感染性疾病科在岗护士总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标说明】

（1）固定护士人数指报告期末在医院感染性疾病科从事护理工作的注册护士人员之和。

（2）固定护士指人员花名册及工资表均在该科室的护士。

（3）感染性疾病科在岗护士人数指报告期末在医院感染性疾病科在岗护理工作的注册护士人员之和。括报告期末医院非感染性疾病科固定护士而正在从事感染性疾病科护理工作的护士。

【指标导向】 监测比较

3. 感染性疾病科开放床位数占医院开放床位数的比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

报告期末医院感染性疾病科实际开放床位数与医院实际开放床位数之比。

【计算方法】



感染性疾病科开放床位数占医院开放床位数的比例 = $\frac{\text{感染性疾病科开放床位数}}{\text{医院开放床位数}} \times 100\%$

【指标说明】

感染性疾病科开放床位数指报告期末医院感染性疾病科实际开放床位数。包括正规床、简易床、监护床、超过半年的加床、正在消毒和修理的床位、因扩建或大修而停用的床位。不包括库存床、观察床、临时加床和病人家属陪待床。

【指标导向】 监测比较

4. 可转换感染性疾病床位数占医院开放床位数的比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

报告期末可转换感染性疾病床位数与医院开放床位数之比。

【计算方法】

可转换感染性疾病床位数占医院开放床位数的比例 = $\frac{\text{可转换感染性疾病床位数}}{\text{医院开放床位数}} \times 100\%$

【指标说明】

可转换感染性疾病床位数指报告期末医院非感染性疾病科病床可用于临时收治感染性疾病患者的床位之和。

【指标导向】 监测比较

四、运行指标

（一）相关手术科室年手术人次占其出院人次比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

报告期内出院患者手术人数与出院人次之比。

【计算方法】

$$\text{相关手术科室年手术人次占其出院人次比例} = \frac{\text{出院患者手术人数}}{\text{出院人次}} \times 100\%$$

【指标说明】

1. 出院患者手术人数指报告期内出院患者手术人数之和。同一次住院就诊期间患有同一疾病或不同疾病施行多次手术患者，按 1 人统计。统计单位以人数计算，总数为手术和介入治疗人数累加求和。

2. 出院人次指报告期内医院所有住院后出院的人次数。包括医嘱离院、医嘱转其他医疗机构、非医嘱离院、死亡及其他离院人数，不含家庭病床撤床人数。

【指标导向】 逐步提高

（二）开放床位使用率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

报告期内实际占用病床数与同期实际开放总床日数之比。

【计算方法】

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

【指标说明】

1. 实际占用总床日数为报告期内医院各科每天夜晚12时实际占

用病床数的总和。

2. 实际开放总床日数为报告期内医院各科每天夜晚12时实际开放病床数的总和，不论该床是否被患者占用，都应计算在内。

【指标导向】 监测达标

(三) 人员支出占业务支出的比重(人员经费占比)

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比(%)

【指标定义】

报告期内人员经费占医疗活动费用的比例。

【计算方法】

$$\text{人员支出占业务支出的比重} = \frac{\text{人员经费}}{\text{医疗活动费用}} \times 100\%$$

【指标说明】

1. 人员经费指报告期内人员经费之和。人员经费包括医院全部人员发生的费用。财政项目拨款经费和科教项目经费支付的人员劳务费、专家咨询费等人员经费不在本指标计算范围内。

2. 医疗活动费用指报告期内医疗活动费用之和。医疗活动费用包括业务活动费用(不含财政项目拨款经费和科教经费)、单位管理费用(不含财政项目拨款经费和科教经费)、经营费用、资产处置费用、上缴上级费用、对附属单位补助费用、所得税费用、其他费用。

【指标导向】 逐步提高



五、科研指标

（一）新技术临床转化数量

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 个

【指标定义】

报告期内新技术临床转化数之和。

【计算方法】

医院新开展的应用于临床的技术数。

【指标导向】 逐步提高

（二）取得临床相关国家专利数量

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 个

【指标定义】

报告期内取得临床相关国家专利数之和。

【计算方法】

医院临床获得国家专利数量。

【指标导向】 逐步提高

第二章 医疗服务能力与医院质量安全指标

数据来源：

国家医疗质量管理与控制信息网（NCIS）、全国医院质量监测系统（HQMS）、国家公立医院绩效管理平台、云南省医疗质量监测与绩效评价平台、医院填报。

一、医疗服务能力

（一）收治病种数量（ICD-10四位亚目数量）

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 个

【指标定义】

报告期内医院住院病种（ICD-10四位亚目数量）数量。

【计算方法】

根据 ICD-10 四位亚目，从病案首页中统计主要诊断数量。

【指标导向】 监测比较

（二）住院术种数量（ICD-9-CM-3四位亚目数量）

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 个

【指标定义】

报告期内医院住院术种病种（ICD-9-CM-3）数量。

【计算方法】

根据ICD-9-CM-3四位亚目，从病案首页中统计主要手术数量。



【指标导向】 监测比较

(三) DRG-DRGs 组数

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 组

【指标定义】

采用云南省医院质量监测与绩效评价平台测算产生的 DRG 分组类型，主要考核年度医院疾病收治范围。

【计算方法】

医院病例数经过 DRG 分组器的运算可以分入“k”个 DRG，即是该医院的 DRG 组数量。

【指标导向】 监测比较

(四) DRG-CMI

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 无

【指标定义】

采用云南省医院质量监测与绩效评价平台测算产生的 CMI 值（病例组合指数），主要考核年度医院疾病收治的平均难度。

【计算方法】

参照 DRG 评价标准计算方法。

【指标导向】 逐步提高

(五) DRG 时间消耗指数



【指标属性】 定量指标

【计量单位】 无

【指标定义】

采用云南省医院质量监测与绩效评价平台测算产生的时间消耗指数,主要考核年度医院治疗疾病花费的时间长短。

【计算方法】

参照 DRG 评价标准计算方法。

【指标导向】 逐步降低

(六) DRG 费用消耗指数

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 无

【指标定义】

采用云南省医院质量监测与绩效评价平台测算产生的费用消耗指数,主要考核年度医院治疗疾病花费的费用高低。

【计算方法】

参照 DRG 评价标准计算方法。

【指标导向】 逐步降低

二、医疗质量指标

(一) 年度国家医疗质量安全目标改进情况

1. 急性 ST 段抬高型心肌梗死再灌注治疗率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

报告期内发病 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 治疗的患者数占同期发病12小时内的STEMI 患者总数的比例。

【计算方法】

急性ST段抬高型心肌梗死再灌注治疗率

$$= \frac{\text{发病12小时内给予静脉溶栓或PCI的STEMI患者数}}{\text{同期发病12小时内的STEMI患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

2. 急性脑梗死再灌注治疗率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

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

【计算方法】

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

【指标导向】 逐步提高

3. 肿瘤治疗前临床 TNM 分期评估率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】 报告期内住院肿瘤患者治疗前完成临床TNM分期

评估病例数占同期住院肿瘤患者人次的比例（重点关注肺癌、胃癌、肝癌、结直肠癌、乳腺癌 5 个病种）。

【计算方法】

肿瘤治疗前临床TNM分期评估率

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

【指标导向】 逐步提高

4. 住院患者抗菌药物治疗前病原学送检率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

报告期内住院患者使用抗菌药物治疗前病原学送检病例数占同期使用抗菌药物治疗病例总数的比例。

【计算方法】

住院患者抗菌药物治疗前病原学送检率

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

【指标说明】

检验项目包括：细菌培养、真菌培养；降钙素原检测、白介素-6检测、真菌 1-3-β-D 葡聚糖检测（G试验）等。

【指标导向】 逐步提高

5. 静脉血栓栓塞症规范预防率

【指标属性】 定量指标



【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

(1)VTE风险评估率：报告期内接受 VTE 风险评估的出院患者人次与同期出院患者人次的比例；

(2)采取VTE恰当预防措施比率：报告期内采取 VTE 恰当预防措施的出院患者人次与同期 VTE 风险评估为高危和/或中危出院患者人次的比例。

【计算方法】

$$1. \text{VTE风险评估率} = \frac{\text{接受VTE风险评估的出院患者人次}}{\text{同期出院患者人次}} \times 100\%$$

$$2. \text{采取VTE恰当预防措施比率} = \frac{\text{采取VTE恰当预防措施的出院患者总例数}}{\text{VTE风险评估为高危和
或中危的出院患者人次}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

6. 病案首页主要诊断编码正确率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

(1)报告期内住院病案首页中主要诊断编码正确的病案数占同期检查出院病案总数的比例；

(2)报告期内病案首页中主要诊断选择正确的病历数占同期检查出院病案总数的比例。

【计算方法】

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



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

【指标导向】 逐步提高

7. 医疗质量安全不良事件报告率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

（1）床均医疗质量安全不良事件报告率：报告期内医疗质量安全不良事件报告例数与同期开放床位数的之比；

（2）每百名出院人次医疗质量安全不良事件报告率：报告期内医疗质量安全不良事件报告例数与同期出院患者人次之比。

【计算方法】

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

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

【指标导向】 监测比较

8. 住院患者静脉输液使用率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

报告期内使用静脉输液的住院患者数占同期出院患者总数的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

静脉输液包括静脉滴注和静脉推注。疫苗、溶媒、局麻、封闭、结膜下、肌肉、皮下、球后注射药、皮试液等不列入静脉输液的统计范围。同一患者使用多种静脉输注药物（含中药注射剂），记为 1 例。为便于统计，使用静脉输液的住院患者数和住院患者总数均以出院患者的人数计算。

【指标导向】 监测比较

9. 血管内导管相关血流感染发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 例/千导管日

【指标定义】

报告期内使用血管内导管住院患者中新发血管内导管相关血流感染发生例数与占同期患者使用血管内导管留置总天数的比例。

【计算方法】

$$\text{血管内导管相关血流感染发生率} = \frac{\text{血管内导管相关血流感染发生例次数}}{\text{同期患者使用血管内导管留置总天数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

10. 阴道分娩并发症发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

报告期内阴道分娩并发症发生人数占同期阴道分娩产妇总人数的比例。

【计算方法】

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

【指标导向】 逐步降低

(二) 患者住院总死亡率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

报告期内住院总死亡患者人数占同期出院患者总人次的比例。

【计算方法】

$$\text{患者住院总死亡率} = \frac{\text{住院总死亡患者人数}}{\text{同期出院患者总人次}} \times 100\%$$

【指标说明】

住院总死亡患者人数：病案首页中“离院方式”判定为“5死亡”的病例总数。

【指标导向】 逐步降低

(三) 新生儿患者住院死亡率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

报告期内新生儿住院死亡人数占同期新生儿出院患者人次的比



例。

【计算方法】

$$\text{新生儿住院患者死亡率} = \frac{\text{新生儿住院死亡人数}}{\text{同期新生儿出院患者人次}} \times 100\%$$

【指标说明】

新生儿住院人次：所有入院日期减出生日期小于等于28天的新生儿病例。

【指标导向】 逐步降低

（四）手术患者住院死亡率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

报告期内手术患者住院死亡人数占同期手术患者出院人次的比例。

【计算方法】

$$\text{手术患者住院死亡率} = \frac{\text{手术患者住院死亡人数}}{\text{同期手术患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标说明】

1. 手术包括手术和介入。
2. 在本次住院期间施行一次或多次手术，均按 1 例统计。

【指标导向】 逐步降低

（五）住院患者出院后 0-31 天非预期再住院率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

报告期内出院后 0-31 天非预期再住院患者人次占同期出院患者总人次（除死亡患者外）的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{住院患者出院后0-31天非预期再住院率} \\ &= \frac{\text{出院后0-31天非预期再住院患者人次}}{\text{同期出院患者总人次(除死亡患者外)}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标说明】

1. 住院患者出院后非预期再住院判定：（需同时满足以下两条条件）

①同一医院，同一患者，第一次入院“是否31天再入院计划”为无或缺失。

②主要诊断亚目相同（即前四位，不含小数点）

2. 排除主要诊断和其他诊断为：

①肿瘤放疗患者：ICD-10编码为Z51.0放射治疗疗程，

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

【指标导向】 逐步降低

（六）手术患者术后48小时/31天内非预期重返手术室再次手术率

1. 手术患者术后 48 小时内非预期重返手术室再次手术率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

报告期内手术患者手术后 48 小时内因各种原因导致患者需进行的计划外再次手术占同期出院患者手术例数的比例。

【计算方法】

$$\text{手术患者术后48小时内非预期重返手术室再次手术率} \\ = \frac{\text{手术患者术后48小时内非预期重返手术室再次手术例数}}{\text{同期出院患者手术例数}} \times 100\%$$

【指标说明】

1. 手术患者非计划重返手术室再次手术判定：（需同时满足以下两条条件）

- ①同一医院，同一患者，同一次住院中。
- ②手术后非计划重返手术室进行第二次或两次以上手术的。

2. 排除诊疗计划中已确认计划分期手术者除外，如排除整形外科手术、皮瓣皮管手术等手术后重返手术室者。

【指标导向】逐步降低

2. 手术患者术后 31 天内非预期重返手术室再次手术率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

报告期内手术患者手术后 31 天内因各种原因导致患者需进行的计划外再次手术占同期出院患者手术例数的比例。

【计算方法】

$$\text{手术患者术后31天内非预期重返手术室再次手术率} \\ = \frac{\text{手术患者术后31天内预期重返手术室再次手术例数}}{\text{同期出院患者手术例数}} \times 100\%$$



【指标导向】 逐步降低

(七) ICD 低风险病种患者住院死亡率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

报告期内低风险病种患者死亡人次占同期低风险病种患者出院人次的比例。

【计算方法】

$$\text{低风险病种患者住院死亡率} = \frac{\text{ICD低风险病种住院患者死亡病例数}}{\text{ICD低风险病种出院患者病例总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

(八) DRGs 低风险组患者住院死亡率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

报告期内DRGs低风险组患者死亡人次占同期DRGs低风险组患者出院人次的比例。

【计算方法】

$$\text{DRGs低风险组患者住院死亡率} = \frac{\text{DRGs低风险组死亡病例数}}{\text{DRGs低风险组出院患者病例总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

三、医疗安全指标（年度获得性指标）



(一) 手术患者手术后肺栓塞发生例数和发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

报告期内手术患者手术后肺栓塞发生例数占同期手术患者出院人次的比例。

【计算方法】

$$\text{手术患者手术后肺栓塞发生率} = \frac{\text{手术患者手术后肺栓塞发生例数}}{\text{同期手术患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标说明】

手术患者手术后肺栓塞发生例数：（需同时满足以下两条件）

(1) 住院病案首页的主要诊断或其他诊断以ICD-10：“I26.9”开头。

(2) 对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”且判定为手术患者的病例数总和。

【指标导向】 逐步降低

(二) 手术患者手术后深静脉血栓发生例数和发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

报告期内手术患者手术后深静脉血栓发生例数占同期手术患者出院人次的比例；

【计算方法】

$$\text{手术后患者手术后深静脉血栓发生率} = \frac{\text{手术患者手术后深静脉血栓发生例数}}{\text{同期手术患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标说明】

手术患者手术后深静脉血栓发生例数：（需同时满足以下两条条件）

（1）住院病案首页的主要诊断或其他诊断以ICD-10：“I80.2，I82.8”开头。

（2）对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”且判定为手术患者的病例数总和。

【指标导向】 逐步降低

（三）手术患者手术后败血症发生例数和发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

报告期内手术患者手术后败血症发生例数占同期手术患者出院人次的比例。

【计算方法】

$$\text{手术患者手术后败血症发生率} = \frac{\text{手术患者手术后败血症发生例数}}{\text{同期手术患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标说明】

手术患者手术后败血症发生例数：（需同时满足以下两条件）

（1）出院患者，住院病案首页的主要诊断或其他诊断以ICD-10：“A40.0至A40.9，A41.0至A41.9，T81.411”开头。

（2）对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”且判定手

术患者的病例数总和。

【指标导向】 逐步降低

(四) 手术患者手术后出血或血肿发生例数和发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

报告期内手术患者手术后出血或血肿发生例数占同期手术患者出院人次的比例。

【计算方法】

$$\text{手术患者术后出血或血肿发生率} = \frac{\text{手术患者手术后出血或血肿发生例数}}{\text{同期手术患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标说明】

手术患者手术后出血或血肿发生例数：（需同时满足以下两条件）

(1) 住院病案首页的主要诊断或其他诊断以ICD-10：“T81.0”开头。

(2) 对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”且判定为手术患者的病例数总和。

【指标导向】 逐步降低

(五) 手术患者手术伤口裂开发生例数和发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

报告期内手术患者手术伤口裂开发生例数占同期手术患者出院人次的比例。

【计算方法】

$$\text{手术患者手术伤口裂开发生率} = \frac{\text{手术患者手术伤口裂开发生例数}}{\text{同期手术患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标说明】

手术患者手术伤口裂开发生例数需同时满足以下两条件：

(1) 住院病案首页的主要诊断或其他诊断以ICD-10：“T81.3”开头。

(2) 对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”且判定为手术患者的病例数总和。

【指标导向】 逐步降低

(六) 手术患者手术后猝死发生例数和发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

报告期内手术患者手术后猝死发生例数占同期手术患者出院人次的比例。

【计算方法】

$$\text{手术患者手术后猝死发生率} = \frac{\text{手术患者手术后猝死发生例数}}{\text{同期手术患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标说明】

手术患者手术后猝死发生例数需同时满足以下两条件：

(1) 住院病案首页的主要诊断或其他诊断以ICD-10：

“R96.0, R96.1, I46.1”开头。

(2) 对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”且判定为手术患者的病例数总和。

【指标导向】 逐步降低

(七) 手术患者手术后呼吸衰竭发生例数和发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

报告期内手术患者手术后呼吸衰竭发生例数占同期手术患者出院人次的比例。

【计算方法】

$$\text{手术患者手术后呼吸衰竭发生率} = \frac{\text{手术患者手术后呼吸衰竭发生例数}}{\text{同期手术患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标说明】

手术患者手术后呼吸衰竭发生例数需同时满足以下两条件：

(1) 病案首页的主要诊断或其他诊断以 ICD-10：“J96.0, J96.1, J96.9”开头。

(2) 对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”且判定为手术患者的病例数总和。

【指标导向】 逐步降低

(八) 手术患者手术后生理/代谢紊乱发生例数和发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

报告期内手术患者手术后生理/代谢紊乱发生例数占同期手术患者出院人次的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{手术患者手术后生理/代谢紊乱发生率} \\ &= \frac{\text{手术患者手术后生理/代谢紊乱发生例数}}{\text{同期手术患者出院人次}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标说明】

手术患者手术后生理/代谢紊乱发生例数需同时满足以下两条条件：

(1) 住院病案首页的主要诊断或其他诊断以ICD-10：“E89.0至E89.9”开头。

(2) 对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”且判定为手术患者的病例数总和。

【指标导向】 逐步降低

(九) 与手术/操作相关感染发生例数和发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

报告期内与手术/操作相关感染发生例数占同期手术/操作患者出院人次的比例

【计算方法】

$$\text{与手术/操作相关感染发生率} = \frac{\text{与手术/操作相关感染发生例数}}{\text{同期手术操作患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标说明】

手术/操作相关感染发生例数需同时满足以下两条件：

(1) 住院病案首页的主要诊断或其他诊断以ICD-10：“T81.4”开头。

(2) 对应的，主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”且判定为手术患者的病例数总和。

【指标导向】 逐步降低

(十) 手术过程中异物遗留发生例数和发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

报告期内手术过程中异物遗留发生例数占同期手术患者出院人次的比例。

【计算方法】

$$\text{手术过程中异物遗留发生率} = \frac{\text{手术过程中异物遗留发生例数}}{\text{同期手术患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标说明】

手术过程中异物遗留发生例数需同时满足以下两条件：

(1) 住院病案首页的主要诊断或其他诊断以ICD-10：“T81.5, T81.6”开头。

(2) 对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”且判定为手术患者的病例数总和。

【指标导向】 逐步降低

(十一) 手术患者麻醉并发症发生例数和发生率



【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

报告期内手术患者麻醉并发症发生例数占同期手术患者出院人次的比例。

【计算方法】

$$\text{手术患者麻醉并发症发生率} = \frac{\text{手术患者麻醉并发症发生例数}}{\text{同期手术患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标说明】

手术患者麻醉并发症发生例数需同时满足以下两条件：

（1）住院病案首页的主要诊断或其他诊断以ICD-10：“T88.2至T88.5”开头。

（2）对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”且判定为手术患者的病例数总和。

【指标导向】 逐步降低

（十二）手术患者肺部感染与肺机能不全发生例数和发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

报告期内手术患者肺部感染与肺机能不全发生例数占同期手术患者出院人次的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{手术患者肺部感染与肺机能不全发生率} \\ &= \frac{\text{手术患者肺部感染与肺机能不全发生例数}}{\text{同期手术患者出院人次}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标说明】

手术患者肺部感染与肺机能不全发生例数需同时满足以下两条条件：

(1) 住院病案首页的主要诊断或其他诊断以ICD-10：“J95.1至J95.9,J98.4”开头。

(2) 对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”且判定为手术患者的病例数总和。

【指标导向】 逐步降低

(十三) 手术意外穿刺伤或撕裂伤发生例数和发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

报告期内手术意外穿刺伤或撕裂伤发生例数占同期手术患者出院人次的比例。

【计算方法】

$$\text{手术意外穿刺伤或撕裂伤发生率} = \frac{\text{手术意外穿刺伤或撕裂伤发生例数}}{\text{同期手术患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标说明】

手术意外穿刺伤或撕裂伤发生例数需同时满足以下两条件：

(1) 住院病案首页的主要诊断或其他诊断以ICD-10：“T81.2”开头。

(2) 对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”且判定为手术患者的病例数总和。

【指标导向】 逐步降低



(十四) 手术后急性肾衰竭发生例数和发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

报告期内手术后急性肾衰竭发生例数占同期手术患者出院人次的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

手术患者手术后急性肾衰竭发生例数需同时满足以下两条件：

(1) 住院病案首页的主要诊断或其他诊断以ICD-10：“N17.0至N17.9,N99.0”开头。

(2) 对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”且判定为手术患者的病例数总和。

【指标导向】 逐步降低

(十五) 各系统/器官术后并发症发生例数和发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

报告期内各系统/器官术后并发症发生例数占同期各系统/器官手术例数的比例。

【计算方法】

各系统/器官术后并发症发生率

$$= \frac{\text{手术患者消化、循环、神经、眼和附器、耳和乳突、肌肉骨骼、泌尿生殖、口腔等系统/器官术后并发症发生例数}}{\text{同期手术患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标说明】

各系统/器官术后并发症发生例数需同时满足以下两条件：

(1) 住院病案首页的主要诊断或其他诊断以ICD-10：消化（K91.0至K91.9的手术出院患者）、循环（I97.0，I97.1，I97.8，I97.9的手术出院患者）、神经（G97.0，G97.1，G97.2，G97.8，G97.9，I60至I64的手术出院患者）、眼和附器（H59.0，H59.8，H59.9的手术出院患者）、耳和乳突（H95.0，H95.1，H95.8，H95.9的手术出院患者）、肌肉骨骼（M96.0至M96.9的手术出院患者）、泌尿生殖（N98.0至N98.3，N98.8，N98.9，N99.0至N99.9的手术出院患者）、口腔（K11.4，S04.3，S04.5，T81.2的手术出院患者）等系统/器官术后并发症发生例数；

(2) 对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”且判定为手术患者的病例数总和。

【指标导向】逐步降低

(十六) 植入物的并发症（不包括脓毒症）发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

报告期内植入物的并发症（不包括脓毒症）发生例数占同期植入物手术患者出院人次的比例。

【计算方法】



植入物的并发症(不包括脓毒症)发生率

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

【指标说明】

植入物的并发症(不包括脓毒症)发生例数需同时满足以下两条件:

(1) 住院病案首页的主要诊断或其他诊断以ICD-10: 手术患者心脏和血管(T82.0至T82.9的手术出院患者)泌尿生殖道(T83.0至T83.9的手术出院患者)、骨科(T84.0至T84.9的手术出院患者)及其他(T85.0至T85.9的手术出院患者)。

(2) 对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”且判定为手术患者的病例数总和。

【指标导向】 逐步降低

(十七) 移植的并发症发生例数和发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比(%)

【指标定义】

报告期内移植的并发症发生例数占同期进行移植的出院患者人数的比例。

【计算方法】

$$\text{移植的并发症发生率} = \frac{\text{移植并发症发生例数}}{\text{同期进行移植的患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标说明】

移植的并发症发生例数需同时满足以下两条件:

(1) 住院病案首页的主要诊断或其他诊断以ICD-10: “T86.0至T86.9”开头。

(2) 对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”且判定为手术患者的病例数总和。

【指标导向】 逐步降低

(十八) 再植和截肢的并发症发生例数和发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

报告期内再植和截肢的并发症发生例数占同期进行再植和截肢的出院患者人数的比例。

【计算方法】

$$\text{再植和截肢的并发症发生率} = \frac{\text{再植和截肢并发症发生例数}}{\text{同期再植和截肢患者出院人次}} \times 100\%$$

【指标说明】

再植和截肢的并发症发生例数需同时满足以下两条件：

(1) 住院病案首页的主要诊断或其他诊断以ICD-10：“T87.0至T87.6”开头。

(2) 对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”且判定为手术患者的病例数总和。

【指标导向】 逐步降低

(十九) 介入操作与手术后患者其他并发症发生例数和发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

报告期内介入操作与手术后患者其他并发症发生例数占同期进行介入操作与手术的出院患者人数的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{介入操作与手术后患者其他并发症发生率} \\ &= \frac{\text{介入操作与手术后患者其他并发症发生例数}}{\text{同期介入操作与手术患者出院人次}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标说明】

介入操作与手术后患者其他并发症发生例数需同时满足以下两条条件：

(1) 住院病案首页的主要诊断或其他诊断以ICD-10：“T81.1, T81.7, T81.8, T81.9”开头。

(2) 主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”且判定为介入操作及手术的病例数总和。

【指标导向】 逐步降低

(二十) 新生儿产伤发生例数和发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

报告期内发生产伤的新生儿出院患者人次占同期活产儿人数的比例。

【计算方法】

$$\text{新生儿产伤发生率} = \frac{\text{发生产伤的新生儿出院患者人次}}{\text{同期活产儿人次}} \times 100\%$$

【指标说明】

发生产伤的新生儿患者需同时满足以下两条件：

(1) 入院日期减出生日期小于等于28天。

(2) 住院病案首页的主要诊断或其他诊断以ICD-10：“P10.0至P10.9，P11.0至P11.9，P12.0至P12.9，P13.0至至P13.9，P14.0至P14.9，P15.0至至P15.9，A33”开头。

【指标导向】 逐步降低

(二十一) 阴道分娩产妇产程和分娩并发症发生例数和发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

报告期内阴道分娩产妇产程和分娩并发症发生例数占同期阴道分娩产妇出院人次的比例。

【计算方法】

阴道分娩产妇产程和分娩并发症发生率

$$= \frac{\text{阴道分娩产妇产程和分娩并发症发生例数}}{\text{同期阴道分娩出院产妇人数}} \times 100\%$$

【指标说明】

阴道分娩产妇产程和分娩并发症发生例数需同时满足以下两条件：

(1) 住院阴道分娩产妇，住院病案首页的主要诊断编码或其他诊断编码以ICD-10：“070.1，070.2，070.3，070.9，071.0至071.9，072.0，072.1，072.2，072.3，073.0，073.1，074.0至074.9，075.0至075.9，086.0至086.8，087.0至087.9，088.0至088.8，089.0至089.9，090.1至090.9，A34”开头。



(2) 对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”的病例数总和。

【指标导向】 逐步降低

(二十二) 剖宫产分娩产妇产程和分娩并发症发生例数和发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

报告期内剖宫产分娩产妇产程和分娩并发症发生例数占同期剖宫产分娩产妇人次的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

剖宫产分娩产妇产程和分娩并发症发生例数需同时满足以下两条条件：

(1) 住院剖宫产分娩产妇，住院病案首页的主要诊断编码或其他诊断编码以ICD-10：“071.0至071.9, 072.0, 072.1, 072.2, 072.3, 073.0, 073.1, 074.0至074.9, 075.0至075.9, 086.0至086.8, 087.0至087.9, 088.0至088.8, 089.0至089.9, 090.1至090.9, A34”开头。

(2) 对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”的病例数总和。



【指标导向】 逐步降低

(二十三) 2 期及以上院内压力性损伤发生例数及发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

报告期内2期及以上院内压力性损伤发生例数占同期住院人数的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

2期及以上院内压力性损伤发生例数需同时满足以下两条件：

(1) 住院病案首页的主要诊断或其他诊断以ICD-10：“L89.1，L89.2，L89.3，L89.9”开头。

(2) 对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”的病例数总和。

【指标导向】 逐步降低

(二十四) 输注反应发生例数和发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

报告期内出院患者输注反应发生例数占同期接受输注出院患者人次的比例。

【计算方法】

$$\text{输注反应发生率} = \frac{\text{发生输注反应的出院患者例次}}{\text{同期接受输注的出院患者人次}} \times 100\%$$

【指标说明】

输注反应发生例数住院病案首页的主要诊断或其他诊断以 ICD-10：“T80.0，T80.1，T80.2，T80.8，T80.9”开头的病例数总和。

【指标导向】 逐步降低

(二十五) 输血反应发生例数和发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

报告期内发生输血反应的出院患者例次占同期出院患者输血人次的比例。

【计算方法】

$$\text{输血反应发生率} = \frac{\text{发生输血反应的出院患者例次}}{\text{同期出院患者输血总例次}} \times 100\%$$

【指标说明】

发生输血反应的出院患者人次需同时满足以下两条件：

(1) 住院病案首页的主要诊断或其他诊断以 ICD-10：“T80.0 至 T80.9”开头的出院患者；

(2) 对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”的病例数总和。

【指标导向】 逐步降低

(二十六) 医源性气胸发生例数和发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

报告期内发生医源性气胸的出院患者人次占同期出院患者人次的比例。

【计算方法】

$$\text{医源性气胸发生率} = \frac{\text{发生医源性气胸出院患者人次}}{\text{同期出院患者人次}} \times 100\%$$

【指标说明】

发生医源性气胸的出院患者人次需同时满足以下两条件：

(1) 住院病案首页的主要诊断或其他诊断以ICD-10：“J93.8, J93.9, J95.8, T81.218”开头的出院患者；

(2) 对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”的病例数总和。

【指标导向】 逐步降低

(二十七) 住院患者医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生例数和发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

报告期内住院患者医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生例数占同期出院患者人次的比例。

【计算方法】

$$= \frac{\text{住院患者医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生例数}}{\text{同期住院患者跌倒/坠床发生例数}} \times 100\%$$

【指标说明】

住院患者医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生例数需同时满足以下两条件：

(1) 住院病案首页的主要诊断或其他诊断以ICD-10：“S32.4, S32.7, S32.8, S72.0至S72.9, S73.0, S73.1”开头。

(2) 对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”的病例数总和。

【指标导向】 逐步降低

(二十八) 住院ICU患者呼吸机相关性肺炎发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

报告期内住院ICU患者呼吸机相关性肺炎发生例数占同期住院ICU患者人次的比例。

【计算方法】

$$\text{住院ICU患者呼吸机相关性肺炎发生率} = \frac{\text{住院ICU患者呼吸机相关性肺炎发生例数}}{\text{同期住院ICU患者人次}} \times 100\%$$

【指标说明】

1. 住院ICU患者所指的ICU（重症医学）包括CCU、NICU、PICU、SICU、综合ICU、麻醉复苏室等全院所有ICU单元中的ICU患者。
2. 同一患者同一次住院多次转入ICU按1人统计，包括入院、转科、出院等多种情况。

3. 住院ICU患者呼吸机相关性肺炎发生例数需同时满足以下两条条件：

(1) ICU住院患者住院病案首页的主要诊断或其他诊断ICD-10为：“J95.802”。

(2) 对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”的病例数总和。

【指标导向】 逐步降低

(二十九) 住院ICU患者血管导管相关性感染发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

报告期内住院ICU患者血管导管相关性感染发生例数占同期住院ICU患者人次的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{住院ICU患者血管导管相关性感染发生率} \\ &= \frac{\text{住院ICU患者血管导管相关性感染发生例数}}{\text{同期住院ICU患者人次}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标说明】

1. 住院ICU患者所指的ICU（重症医学）包括CCU、NICU、PICU、SICU、综合ICU、麻醉复苏室等全院所有ICU单元中的ICU患者。

2. 同一患者同一次住院多次转入ICU按1人统计，包括入院、转科、出院等多种情况。

3. 住院ICU患者血管导管相关性感染发生例数需同时满足以下两条条件：



(1) 住院病案首页主要诊断或其他诊断ICD-10为“T82.700x001”的使用血管导管的ICU出院患者。

(2) 对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”的病例数总和。

【指标导向】 逐步降低

(三十) 住院ICU患者导尿管相关性尿路感染发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

报告期内住院ICU患者导尿管相关性尿路感染发生例数占同期住院ICU患者人次的比例。

【计算方法】

住院ICU患者导尿管相关性尿路感染发生率

$$= \frac{\text{住院ICU患者导尿管相关性尿路感染发生例数}}{\text{同期住院ICU患者人次}} \times 100\%$$

【指标说明】

1. 住院ICU患者所指的ICU（重症医学）包括CCU、NICU、PICU、SICU、综合ICU、麻醉复苏室等全院所有ICU单元中的ICU患者。
2. 同一患者同一次住院多次转入ICU按1人统计，包括入院、转科、出院等多种情况。
3. 住院ICU患者导尿管相关性尿路感染发生例数需同时满足以下两条件：

(1) 住院患者入住ICU，并使用留置导尿管者，住院病案首页的主要诊断或其他诊断以ICD-10：T83.500x003的使用导尿管ICU出院

患者，伴有ICD-9-CM-3：“57.94留置导尿管插入、57.95留置导尿管置换”；

(2) 对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”且判定为ICU患者的病例数总和。

【指标导向】 逐步降低

(三十一) 临床用药所致的有害效应(不良事件)发生例数和发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比(%)

【指标定义】

报告期内临床用药所致的有害效应(不良事件)发生例数占同期临床用药出院患者人次数比例；

【计算方法】

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

【指标说明】

1. 临床用药所致的有害效应发生例数需同时满足以下两条件：

(1) 住院病案首页的主要诊断或其他诊断以ICD-10：全身性抗菌药物(Y40.0至Y40.9的出院患者)、降血糖药物(Y42.3的出院患者)、抗肿瘤药物(Y43.1,Y43.3的出院患者)、抗凝剂(Y44.2,Y44.3,Y44.4,Y44.5的出院患者)、镇痛药和解热药(Y45.0至Y45.9的出院患者)、心血管系统用药(Y52.0至Y52.9的出院患者)X线造影剂及其他诊断性制剂(Y57.5, Y57.6的出院患者)等有害效应发

生例数；

(2) 对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”的病例数总和。

2. 临床用药出院患者人次数：住院患者中使用全身性抗菌药物、降血糖药物、抗肿瘤药物、抗凝剂、镇痛药和解热药、心血管系统用药、X 线造影剂及其他诊断性制剂等出院患者人次。

【指标导向】 逐步降低

(三十二) 血液透析所致并发症发生例数和发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

报告期内血液透析所致并发症发生例数占同期血液透析人次的比例。

【计算方法】

$$\text{血液透析所致并发症发生率} = \frac{\text{住院患者血液透析所致并发症发生例数}}{\text{同期血液透析出院患者人次}} \times 100\%$$

【指标说明】

血液透析所致并发症发生例数需同时满足以下两条件：

(1) 住院病案首页的主要诊断或其他诊断以 ICD-10：“T80.6, T80.8, T80.9, T82.4, T82.7”开头的出院患者；

(2) 对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”的病例数总和。

【指标导向】 逐步降低

第三章 重点专业质量控制指标

数据来源:

国家医疗质量管理与控制信息网（NCIS）、国家公立医院绩效考核管理平台、国家临床检验质控中心质控平台、全国医院质量监测系统（HQMS）、云南省医院质量监测与绩效评价平台、省级以上临床检验质控中心质控平台、医院填报。

一、麻醉专业医疗质量控制指标

（一）麻醉科与手术科室医师人数比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 比值（1:X）

【指标定义】

麻醉科固定在岗（本院）医师人数与手术科室固定在岗（本院）医师总数的比例。不包括实习学生、统招研究生、规培住院医师（外院）、进修生。

【计算方法】

$$\text{麻醉科与手术科室医师人数比} = \frac{\text{麻醉科固定在岗(本院)医师人数}}{\text{手术科固定在岗(本院)医师总数}}$$

【指标导向】 监测比较

（二）麻醉科医护比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 比值（1:X）



【指标定义】

麻醉科固定在岗（本院）护士人数与麻醉科固定在岗（本院）医师人数之比。均不包括实习学生、研究生、规培住院医师（外院）、进修生。

【计算方法】

$$\text{麻醉科护士人数与医师人数比} = \frac{\text{麻醉科固定在岗(本院)护士人数}}{\text{麻醉科固定在岗(本院)医师人数}}$$

【指标导向】 监测比较

（三）麻醉科医患比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

报告期内麻醉科固定在岗（本院）医师总数与同期麻醉科完成麻醉总例次数（万例次）的之比。

【计算方法】

$$\text{麻醉科医患比} = \frac{\text{麻醉科固定在岗(本院)医师人数}}{\text{同期麻醉科完成麻醉总例次数(万例次)}} \times 100\%$$

【指标说明】

麻醉科固定在岗（本院）医师总数不包括在院培训或进修的基地住院医师、进修医生、研究生。

【指标导向】 监测比较

（四）各ASA分级麻醉患者比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

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

【计算方法】

$$1. \text{ASA分级(I级)麻醉患者比例} = \frac{\text{ASA分级(I级)麻醉患者数}}{\text{同期各ASA分级麻醉患者总数}} \times 100\%$$

$$2. \text{ASA分级(II级)麻醉患者比例} = \frac{\text{ASA分级(II级)麻醉患者数}}{\text{同期各ASA分级麻醉患者总数}} \times 100\%$$

$$3. \text{ASA分级(III级)麻醉患者比例} = \frac{\text{ASA分级(III级)麻醉患者数}}{\text{同期各ASA分级麻醉患者总数}} \times 100\%$$

$$4. \text{ASA分级(IV级)麻醉患者比例} = \frac{\text{ASA分级(IV级)麻醉患者数}}{\text{同期各ASA分级麻醉患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

（五）急诊非择期麻醉比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

报告期内急诊非择期手术所实施的麻醉数占同期麻醉总数的比例。

【计算方法】

$$\text{急诊非择期麻醉比例} = \frac{\text{急诊非择期手术所实施的麻醉数}}{\text{同期麻醉总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

（六）各类麻醉方式比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

报告期内各类麻醉方式占同期麻醉总数的比例。

【计算方法】

1. 椎管内麻醉比例 = $\frac{\text{实施椎管内麻醉患者总数}}{\text{同期麻醉总数}} \times 100\%$
2. 插管全麻比例 = $\frac{\text{实施插管全麻患者总数}}{\text{同期麻醉总数}} \times 100\%$
3. 非插管全麻比例 = $\frac{\text{实施非插管全麻患者总数}}{\text{同期麻醉总数}} \times 100\%$
4. 复合麻醉比例 = $\frac{\text{实施复合麻醉患者总数}}{\text{同期麻醉总数}} \times 100\%$
5. 其他麻醉比例 = $\frac{\text{实施其他麻醉患者总数}}{\text{同期麻醉总数}} \times 100\%$

【指标说明】

麻醉方式分为5类：

1. 椎管内麻醉：椎管内麻醉：包括硬膜外麻醉，腰麻，腰硬联合麻醉，骶麻，鞍麻；
2. 插管全麻：包括支气管插管全麻，气管插管全麻，喉罩全麻，喉罩+气管插管全麻；
3. 复合麻醉：包括插管全麻+椎管内麻醉，非插管全麻+椎管内麻醉；插管全麻+神经阻滞，非插管全麻+神经阻滞，椎管内麻醉+神经阻滞；
4. 其他麻醉方式：包括神经阻滞，局麻强化MAC，其他。

【指标导向】 监测比较

（七）麻醉开始后手术取消率

【指标属性】 定量指标



【计量单位】 千分比（‰）

【指标定义】

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

【计算方法】

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

【指标导向】 逐步降低

（八）麻醉后监测治疗室（PACU）转出延迟率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 千分比（‰）

【指标定义】

指入 PACU 超过3小时的患者数占同期入PACU 患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{麻醉后监测治疗室(PACU)转出延迟率} = \frac{\text{入PACU超过3小时的患者数}}{\text{同期入PACU患者总数}} \times 1000\%$$

【指标导向】 逐步降低

（九）PACU 入室低体温率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

PACU 入室低体温是指患者入 PACU 第一次测量体温低于 35.5℃。PACU 入室低体温率，是指 PACU 入室低体温患者数占同期入 PACU 患者总数的比例。体温测量的方式推荐为红外耳温枪。

【计算方法】

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

【指标导向】 逐步降低

(十) 非计划转入 ICU 率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

非计划转入 ICU 是指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。

【计算方法】

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

【指标导向】 逐步降低

(十一) 非计划二次气管插管率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

非计划二次气管插管是指在患者术后气管插管拔除后 6 小时内，

非计划再次行气管插管术。非计划二次气管插管率，是指非计划二次气管插管患者数占同期术后气管插管拔除患者总数的比例。

【计算方法】

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

【指标导向】 逐步降低

(十二) 麻醉开始后 24 小时内死亡率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

麻醉开始后 24 小时内死亡患者数占同期麻醉患者总数的比例。患者死亡原因包括患者本身病情严重、手术、麻醉以及其他任何因素。

【计算方法】

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

【指标导向】 逐步降低

(十三) 麻醉开始后 24 小时内心跳骤停率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

麻醉开始后 24 小时内心跳骤停是指麻醉开始后 24 小时内非医疗目的的心脏停跳。麻醉开始后 24 小时内心跳骤停率，是指麻

醉开始后 24 小时内心跳骤停患者数占同期麻醉患者总数的比例。患者心跳骤停原因包括患者本身病情严重、手术、麻醉以及其它任何因素。

【计算方法】

$$\text{麻醉开始后24小时内心跳骤停率} = \frac{\text{麻醉开始后24小时内心跳骤停患者数}}{\text{同期麻醉患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

(十四) 术中自体血输注率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

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

【计算方法】

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

【指标导向】 逐步提高

(十五) 麻醉期间严重过敏反应发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 千分比 (‰)

【指标定义】

严重过敏反应是指发生循环衰竭和/或严重气道反应(痉挛、

水肿)，明显皮疹，需要使用肾上腺素治疗的过敏反应。麻醉期间严重过敏反应是指麻醉期间各种原因导致的严重过敏反应。麻醉期间严重过敏反应发生率，是指麻醉期间严重过敏反应发生例数占同期麻醉总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{麻醉期间严重过敏反应发生率} = \frac{\text{麻醉期间严重过敏反应发生例数}}{\text{同期麻醉总例数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

二、重症医学专业医疗质量控制指标

（一）ICU 患者收治率和 ICU 患者收治床日率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

ICU 患者收治率是指 ICU 收治患者总数占同期医院收治患者总数的比例。ICU 患者收治床日率是指 ICU 收治患者总床日数占同期医院收治患者总床日数的比例。同一患者同一次住院多次转入 ICU，记为“多人次”。

【计算方法】

$$\text{ICU 患者收治率} = \frac{\text{ICU 收治患者总数}}{\text{同期医院收治患者总数}} \times 100\%$$

$$\text{ICU 患者收治床日率} = \frac{\text{ICU 收治患者总床日数}}{\text{同期医院收治患者总床日数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较



(二) 急性生理与慢性健康评分(APACHE II 评分) ≥ 15 分患者收治率(入ICU 24小时内)

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

入 ICU 24 小时内, APACHE II 评分 ≥ 15 分患者数占同期ICU 收治患者总数的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{APACHE II 评分} \geq 15 \text{ 分患者收治率(入ICU24小时内)} \\ & = \frac{\text{APACHE II 评分} \geq 15 \text{ 分患者数}}{\text{同期ICU收治患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】 监测比较

(三) 感染性休克 3h 集束化治疗(bundle)完成率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

感染性休克 3h 集束化治疗(bundle): 是指感染性休克诊断后 3 小时内完成测量乳酸浓度; 抗菌药物治疗前进行血培养; 予以广谱抗菌药物; 低血压或乳酸 $\geq 4\text{mmol/L}$ 给予 30ml/kg 晶体液进行目标复苏。

感染性休克 3h 集束化治疗(bundle) 完成率: 是指入 ICU 诊断为感染性休克并全部完成 3h bundle 的患者数占同期入 ICU 诊断为感染性休克患者总数的比例。不包括住 ICU 期间后续新发生的感染性休克病例。



【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{感染性休克3h集束化治疗(bundle)完成率} \\ = & \frac{\text{入ICU诊断为感染性休克并全部完成3hbundle的患者数}}{\text{同期入ICU诊断为感染性休克患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】 逐步提高

(四) 感染性休克 6h 集束化治疗(bundle)完成率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

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

感染性休克6h集束化治疗(bundle)完成率:是指入ICU诊断为感染性休克全部完成 6h bundle 的患者数占同期入 ICU 诊断为感染性休克患者总数的比例。不包括住 ICU 期间后续新发生的感染性休克病例。

【计算方法】

感染性休克6h集束化治疗(bundle)完成率

$$\begin{aligned} & \text{入ICU诊断为感染性休克并} \\ & \text{全部完成6h bundle的患者数} \\ = & \frac{\text{同期入ICU诊断为感染性休克患者总数}}{\text{同期入ICU诊断为感染性休克患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】 逐步提高

(五) ICU 抗菌药物治疗前病原学送检率



【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

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

病原学检验标本包括：各种微生物培养、降钙素原、白介素-6等感染指标的血清学检验。

【计算方法】

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

【指标导向】 逐步提高

(六) ICU 深静脉血栓 (DVT) 预防率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

进行深静脉血栓 (DVT) 预防的 ICU 患者数占同期 ICU 收治患者总数的比例。深静脉血栓预防措施包括药物预防 (肝素或低分子肝素抗凝)、机械预防 (肢体加压泵、梯度压力弹力袜等) 以及下腔静脉滤器等。

【计算方法】

$$\text{ICU深静脉血栓(DVT)预防率} = \frac{\text{进行深静脉血栓(DVT)预防的ICU患者数}}{\text{同期ICU收治患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

(七) ICU 患者预计病死率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

通过患者疾病危重程度 (APACHE II 评分) 来预测的可能病死率。患者死亡危险性 (R) 的公式: $\ln(R/1-R) = -3.517 + (\text{APACHE II 评分} \times 0.146) + 0.603$ (仅限于急诊手术后患者) + 患者入 ICU 的主要疾病得分 (按国际标准)。ICU 患者预计病死率是指 ICU 收治患者预计病死率的总和与同期 ICU 收治患者总数的比值。

【计算方法】

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

【指标导向】 监测比较

(八) ICU 患者标化病死指数

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

通过患者疾病危重程度校准后的病死率, 为 ICU 患者实际病死率与同期 ICU 患者预计病死率的比值。ICU 实际病死率为 ICU 死亡患者数 (包括因不可逆疾病而自动出院的患者) 占同期 ICU 收治患者总数的比例, 除外入院时已脑死亡, 因器官捐献而收治 ICU 的患者。

【计算方法】

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



【指标导向】 监测比较

(九) ICU 非计划气管插管拔管率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

非计划气管插管拔管例数占同期ICU 患者气管插管拔管总数的比例。

【计算方法】

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

【指标导向】 逐步降低

(十) ICU 气管插管拔管后 48h 内再插管率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

气管插管计划拔管后 48h 内再插管例数占同期 ICU 患者管插管拔管总例数的比例。不包括非计划气管插管拔管后再插管。

【计算方法】

$$\text{ICU气管插管拔管后48h内再插管率} = \frac{\text{气管插管计划拔管后48h内再插管例数}}{\text{同期ICU患者气管插管拔管总例数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

(十一) 非计划转入ICU 率

【指标属性】 定量指标



【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

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

【计算方法】

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

【指标导向】 逐步降低

(十二) 转出 ICU 后 48h 内重返率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

转出 ICU 后 48h 内重返 ICU 的患者数占同期转出 ICU 患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{转出ICU后48小时内重返率} = \frac{\text{转出ICU后48h重返ICU的患者数}}{\text{同期转出ICU患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

(十三) ICU 呼吸机相关性肺炎(VAP)发病率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 例/千机械通气日

【指标定义】

VAP 发生例数占同期 ICU 患者有创机械通气总天数的比例。

【计算方法】

$$\text{ICU呼吸机相关性肺炎(VAP)发生率} = \frac{\text{VAP发生例数}}{\text{同期ICU患者有创机械通气总天数}} \times 1000\%$$

【指标导向】 逐步降低

(十四) ICU 血管内导管相关血流感染(CRBSI)发病率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 例/千导管日

【指标定义】

CRBSI 发生例数占同期 ICU 患者血管内导管留置总天数的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} \text{ICU血管内导管相关血流感染(CRBSI)发病率} \\ = \frac{\text{CRBSI发生例数}}{\text{同期ICU患者血管内导管留置总天数}} \times 1000\% \end{aligned}$$

【指标导向】 逐步降低

(十五) ICU 导尿管相关泌尿系统感染(CAUTI)发病率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 例/千导尿管日

【指标定义】

CAUTI 发生例数占同期 ICU 患者导尿管留置总天数的比例。

【计算方法】

$$\text{ICU导尿管相关泌尿系统感染(CAUTI)发病率} = \frac{\text{CAUTI发生例数}}{\text{同期ICU患者导尿管留置总天数}} \times 1000\%$$



【指标导向】 逐步降低

三、急诊专业医疗质量控制指标

(一) 急诊科医患比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

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。

【计算方法】

$$\text{急诊科医患比} = \frac{\text{急诊科固定在岗(本院)医师总数}}{\text{同期急诊科接诊患者总数(万人次)}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

(二) 急诊科护患比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

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

【计算方法】

$$\text{急诊科护患比} = \frac{\text{急诊科固定在岗(本院)护士(师)总数}}{\text{同期急诊科接诊患者总数(万人次)}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

(三) 急诊各级患者比例



【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

急诊患者病情分级：Ⅰ级是濒危患者，Ⅱ级是危重患者，Ⅲ级是急症患者，Ⅳ级是非急症患者。

急诊各级患者比例：是指急诊科就诊的各级患者总数占同期急诊科就诊患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{急诊各级患者比例} = \frac{\text{急诊科就诊的各级患者总数}}{\text{同期急诊科就诊患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

(四) 抢救室滞留时间中位数

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 小时

【指标定义】

抢救室滞留时间是指急诊抢救室患者从进入抢救室到离开抢救室（不包括死亡患者）的时间（以小时为单位）。抢救室滞留时间中位数是指将急诊抢救室患者从进入抢救室到离开抢救室（不包括死亡患者）的时间由长到短排序后取其中位数。

【计算方法】

$$\text{抢救室滞留时间中位数} = X_{\frac{(n+1)}{2}}, n \text{ 为奇数}$$

$$\text{抢救室滞留时间中位数} = \frac{X_{\frac{n}{2}} + X_{\frac{n}{2}+1}}{2}, n \text{ 为偶数}$$

注：n为急诊抢救室患者数，X为抢救室滞留时间。



【指标导向】 逐步降低

(五) 急性心肌梗死(STEMI)患者平均门药时间及门药时间达标率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 分钟；百分比 (%)

【指标定义】

急性心肌梗死 (STEMI) 患者平均门药时间：是指行溶栓药物治疗的急性心肌梗死 (STEMI) 患者从进入急诊科到开始溶栓药物治疗的平均时间。

急性心肌梗死 (STEMI) 患者门药时间达标：是指在溶栓药物时间窗（发病 12 小时）内，就诊的急性心肌梗死 (STEMI) 患者门药时间在 30 分钟内。

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

【计算方法】

急性心肌梗死患者平均门药时间

$$= \frac{\text{行溶栓药物治疗的急性心肌梗死患者的门药时间总和}}{\text{同期行溶栓药物治疗的急性心肌梗死患者总数}} \times 100\%$$

急性心肌梗死患者门药时间达标率

$$= \frac{\text{急性心肌梗死患者门药时间达标的患者数}}{\text{同期就诊时在溶栓药物时间窗内应行溶栓药物治疗的急性心肌梗死患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较；逐步提高



(六) 急性心肌梗死(STEMI)患者平均门球时间及门球时间达标率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 分钟；百分比（%）

【指标定义】

急性心肌梗死（STEMI）患者平均门球时间：是指行急诊PCI 的急性心肌梗死（STEMI）患者，从进入急诊科到开始PCI 的平均时间。急性心肌梗死（STEMI）患者门球时间达标是指在 PCI 时间窗（发病 12 小时）内，就诊的急性心肌梗死（STEMI）门球时间在 90 分钟内。

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

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{急性心肌梗死患者平均门球时间} \\ &= \frac{\text{行急诊PCI的急性心肌梗死患者的门球时间总和}}{\text{同期行急诊PCI的急性心肌梗死患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} & \text{急性心肌梗死患者门球时间达标率} \\ &= \frac{\text{急性心肌梗死患者门球时间达标的患者数}}{\text{同期就诊时在PCI时间窗内应行PCI的急性心肌梗死患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】 监测比较；逐步提高。

(七) 急诊抢救室患者死亡率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

急诊抢救室患者死亡是指患者从进入急诊抢救室开始 72 小时内死亡（包括因不可逆疾病而自动出院的患者）。急诊抢救室患者死亡率是指急诊抢救室患者死亡总数占同期急诊抢救室抢救患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{急诊抢救室患者死亡率} = \frac{\text{急诊抢救室患者死亡总数}}{\text{同期急诊抢救室抢救患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

（八）急诊手术患者死亡率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

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

【计算方法】

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

【指标导向】 逐步降低

（九）ROSC 成功率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）



【指标定义】

ROSC（心肺复苏术后自主呼吸循环恢复）成功是指急诊呼吸心脏骤停患者，心肺复苏术（CPR）后自主呼吸循环恢复超过 24 小时。ROSC 成功率是指 ROSC 成功总例次数占同期急诊呼吸心脏骤停患者行心肺复苏术总例次数的比例。同一患者 24 小时内行多次心肺复苏术，记为“一例次”。

【计算方法】

$$\text{ROSC成功率} = \frac{\text{ROSC成功总例次数}}{\text{同期急诊呼吸心脏骤停患者行心肺复苏术总例次数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

（十）非计划重返抢救室率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

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

【计算方法】

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

【指标导向】 逐步降低

四、临床检验专业医疗质量控制指标

（一）标本类型错误率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）



【指标定义】

类型不符合要求的标本数占同期标本总数的比例。

【计算方法】

$$\text{标本类型错误率} = \frac{\text{类型不符合要求的标本数}}{\text{同期标本总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

(二) 标本容器错误率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

采集容器不符合要求的标本数占同期标本总数的比例。

【计算方法】

$$\text{标本容器错误率} = \frac{\text{采集容器不符合要求的标本数}}{\text{同期标本总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

(三) 标本采集量错误率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

采集量不符合要求的标本数占同期标本总数的比例。

【计算方法】

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

【指标导向】 逐步降低



(四) 血培养污染率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

污染的血培养标本数占同期血培养标本总数的比例。

【计算方法】

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

【指标导向】 逐步降低

(五) 抗凝标本凝集率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

凝集的标本数占同期需抗凝的标本总数的比例。

【计算方法】

$$\text{抗凝标本凝集率} = \frac{\text{凝集的标本数}}{\text{同期需抗凝的标本数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

(六) 检验前周转时间中位数

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 分钟

【指标定义】

检验前周转时间是指从标本采集到实验室接收标本的时间

(以分钟为单位)。检验前周转时间中位数,是指将检验前周转时间由长到短排序后取其中位数。

【计算方法】

检验前周转时间中位数 = $X_{\frac{(n+1)}{2}}$, n为奇数

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

注: n为检验表本数, X为检验前周转时间

【指标导向】 逐步降低

(七) 室内质控项目开展率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

开展室内质控的检验项目数占同期检验项目总数的比例。

【计算方法】

$$\text{室内质控开展率} = \frac{\text{开展室内质控的检验项目数}}{\text{同期检验项目总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

(八) 室内质控项目变异系数不合格率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

室内质控项目变异系数高于要求的检验项目数占同期对室内质控项目变异系数有要求的检验项目总数的比例。

【计算方法】

室内质控项目变异系数不合格率

$$= \frac{\text{室内质控项目变异系数高于要求的检验项目数}}{\text{同期对室内质控项目变异系数有要求的检验项目总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（九）室间质评项目参加率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

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

【计算方法】

$$\text{室间质评项目参加率} = \frac{\text{参加室间质评的检验项目数}}{\text{同期对特定机构已开展的室间质评项目总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（十）室间质评项目不合格率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

室间质评不合格的检验项目数占同期参加室间质评检验项目总数的比例。

【计算方法】

$$\text{室间质评不合格率} = \frac{\text{室间质评不合格的检验项目数}}{\text{同期参加室间质评检验项目总数}} \times 100\%$$



【指标导向】 逐步降低

(十一) 实验室间比对率 (用于无室间质评计划检验项目)

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

执行实验室间比对的检验项目数占同期无室间质评计划检验项目总数的比例。

【计算方法】

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

【指标导向】 逐步提高

(十二) 实验室内周转时间中位数

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 分钟

【指标定义】

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

【计算方法】

$$\text{实验室内周转时间中位数} = \frac{X_{(n+1)}}, n \text{ 为奇数}$$

$$\text{实验室内周转时间中位数} = \frac{X_{\frac{n}{2}} + X_{\frac{n}{2}+1}}{2}, n \text{ 为偶数}$$

注: n为检验表本数, X为检验前周转时间

【指标导向】 逐步降低

(十三) 检验报告不正确率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

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

【计算方法】

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

【指标导向】 逐步降低

(十四) 危急值通报率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

危急值是指除外检查仪器或试剂等技术原因出现的表明患者可能正处于生命危险的边缘状态，必须立刻进行记录并第一时间报告给该患者主管医师的检验结果。危急值通报率是指已通报的危急值检验项目数占同期需要通报的危急值检验项目总数的比例。

【计算方法】

$$\text{危急值通报率} = \frac{\text{已通报的危急值检验项目数}}{\text{同期需要通报的危急值检验项目总数}} \times 100\%$$



【指标导向】 逐步提高

(十五) 危急值通报及时率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

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

【计算方法】

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

【指标导向】 逐步提高

五、病理专业医疗质量控制指标

(一) 每百张病床病理医师数

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 人

【指标定义】

平均每 100 张实际开放病床病理医师的数量。

【计算方法】

$$\text{每百张病床病理医师数} = \frac{\text{病理医师数}}{\text{同期该医疗机构实际开放床位数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

(二) 每百张病床病理技术人员数



【指标属性】 定量指标

【计量单位】 人

【指标定义】

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

【计算方法】

$$\text{每百张病床病理技术人员数} = \frac{\text{病理技术人员数}}{\text{本院实际开放病床数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

(三) 标本规范化固定率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

标本规范化固定是指病理标本及时按行业推荐方法切开，以足量10%中性缓冲福尔马林充分固定。有特殊要求者可使用行业规范许可的其它固定液。标本规范化固定率是指规范化固定的标本数占同期标本总数的比例。

【计算方法】

$$\text{标本规范化固定率} = \frac{\text{规范化固定的标本数}}{\text{同期标本总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

(四) HE 染色切片优良率

【指标属性】 定量指标



【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

HE 染色优良切片是指达到行业优良标准要求的 HE 染色切片。HE 染色切片优良率，是指 HE 染色优良切片数占同期 HE 染色切片总数的比例。

【计算方法】

$$\text{HE染色切片优良率} = \frac{\text{HE染色优良切片数}}{\text{同期HE染色切片总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

（五）免疫组化染色切片优良率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

免疫组化染色优良切片是指达到行业优良标准要求的免疫组化染色切片。免疫组化染色切片优良率，是指免疫组化染色优良切片数占同期免疫组化染色切片总数的比例。

【计算方法】

$$\text{免疫组化切片染色优良率} = \frac{\text{免疫组化染色优良切片数}}{\text{同期免疫组化染色切片总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

（六）术中快速病理诊断及时率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

在规定时间内，完成术中快速病理诊断报告的标本数占同期术中快速病理诊断标本总数的比例。规定时间是指单例标本术中快速病理诊断报告在收到标本后 30 分钟内完成。若前一例标本术中快速病理诊断报告未完成，新标本术中快速病理诊断报告在收到标本后 45 分钟内完成。

【计算方法】

$$\text{术中快速病理诊断及时率} = \frac{\text{在规定时间内完成术中快速病理诊断报告的标本数}}{\text{同期术中快速病理诊断标本总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

(七) 组织病理诊断及时率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

在规定时间内，完成组织病理诊断报告的标本数占同期组织病理诊断标本总数的比例。规定时间是指穿刺、内窥镜钳取活检的小标本，自接收标本起，≤3 个工作日发出病理报告；其他类型标本自接收标本起，≤5 个工作日发出病理报告；需特殊处理、特殊染色、免疫组化染色、分子检测的标本，按照有关行业标准增加相应的工作日。

【计算方法】

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

【指标导向】 逐步提高

(八) 细胞病理诊断及时率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

在规定时间内，完成细胞病理诊断报告的标本数占同期细胞病理诊断标本总数的比例。规定时间是指自接收标本起，≤2 个工作日发出细胞病理诊断报告；需特殊处理、特殊染色、免疫组化染色、分子检测的标本，按照有关行业标准增加相应的工作日。

【计算方法】

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

【指标导向】 逐步提高

（九）各项分子病理检测室内质控合格率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

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

【计算方法】

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

【指标导向】 逐步提高

（十）免疫组化染色室间质评合格率



【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

免疫组化染色室间质评合格，是指参加省级以上病理质控中心组织的免疫组化染色室间质评，并达到合格标准。免疫组化染色室间质评合格率，是指免疫组化染色室间质评合格次数占同期免疫组化染色室间质评总次数的比例。

【计算方法】

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

【指标导向】 逐步提高

（十一）各项分子病理室间质评合格率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

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

【计算方法】

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

【指标导向】 逐步提高

（十二）细胞学病理诊断质控符合率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

细胞学原病理诊断与抽查质控诊断符合的标本数占同期抽查质控标本总数的比例。抽查标本数应占总阴性标本数至少5%。

【计算方法】

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

【指标导向】 逐步提高

（十三）术中快速诊断与石蜡诊断符合率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

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

【计算方法】

$$\text{术中快速诊断与石蜡诊断符合率} = \frac{\text{术中快速诊断与石蜡诊断符合标本数}}{\text{同期术中快速诊断标本总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

六、医院感染管理医疗质量控制指标

（一）医院感染发病（例次）率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）



【指标定义】

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

【计算方法】

$$\text{医院感染发病(例次)率} = \frac{\text{医院感染新发病例(例次)数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

（二）医院感染现患（例次）率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

确定时段或时点住院患者中，医院感染患者（例次）数占同期住院患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{医院感染现患(例次)率} = \frac{\text{确定时段或时点住院患者中医院感染患者(例次)数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

（三）医院感染病例漏报率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】



应当报告而未报告的医院感染病例数占同期应报告医院感染病例总数的比例。

【计算方法】

$$\text{医院感染病例漏报率} = \frac{\text{应当报告而未报告的医院感染病例数}}{\text{同期应报告医院感染病例总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

(四) 多重耐药菌感染发现率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

多重耐药菌主要包括：碳青霉烯类肠杆菌科细菌（CRE）耐甲氧西林金黄色葡萄球菌（MRSA）、耐万古霉素肠球菌（VRE）、耐碳青霉烯鲍曼不动杆菌（CRABA）、耐碳青霉烯铜绿假单胞菌（CRPAE）。多重耐药菌感染发现率是指多重耐药菌感染患者数（例次数）与同期住院患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{多重耐药菌感染发现率} = \frac{\text{多重耐药菌感染患者数(例次数)}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

(五) 多重耐药菌感染检出率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

多重耐药菌检出菌株数与同期该病原体检出菌株总数的比例。



【计算方法】

$$\text{多重耐药菌感染检出率} = \frac{\text{多重耐药菌检出菌株数}}{\text{同期该病原体检出菌株总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

(六) 医务人员手卫生依从率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

受调查的医务人员实际实施手卫生次数占同期调查中应实施手卫生次数的比例。

【计算方法】

$$\text{医务人员手卫生依从率} = \frac{\text{受调查的医务人员实际实施手卫生次数}}{\text{同期调查中应实施手卫生次数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

(七) 住院患者抗菌药物使用率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

住院患者中使用抗菌药物（全身给药）患者数占同期住院患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{住院患者抗菌药物使用率} = \frac{\text{住院患者中使用抗菌药物(全身给药)患者数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测达标



(八) 抗菌药物治疗前病原学送检率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

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

病原学检验标本包括：各种微生物培养、降钙素原、白介素-6等感染指标的血清学检验。

【计算方法】

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

【指标导向】 监测达标

(九) I 类切口手术部位感染率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

I类切口手术部位感染是指发生 I 类(清洁)切口，即手术未进入炎症区，未进入呼吸、消化及泌尿生殖道，以及闭合性创伤手术符合上述条件的手术切口的感染，包括无植入物手术后 30 天内、有植入物手术后 1 年内发生的手术部位感染。I 类切口手术部位感染率，是指发生 I 类切口手术部位感染病例数占同期 I 类切口手术患者总数的比例。

【计算方法】



$$\text{I类切口手术部位感染率} = \frac{\text{发生I类切口手术部位感染病例数}}{\text{同期I类切口手术患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

(十) I类切口手术抗菌药物预防使用率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

I类切口手术预防使用抗菌药物的患者数占同期I类切口手术患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{I类切口手术抗菌药物预防使用率} = \frac{\text{I类切口手术预防使用抗菌药物的患者数}}{\text{同期I类切口手术患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测达标

(十一) 血管内导管相关血流感染发病率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 例 / 千导管日 (‰)

【指标定义】

使用血管内导管住院患者中新发血管内导管相关血流感染的发病频率。

【计算方法】

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

【指标导向】 逐步降低

(十二) 呼吸机相关肺炎发病率

【指标属性】 定量指标



【计量单位】 例/千机械通气日（‰）

【指标定义】

使用呼吸机住院患者中新发呼吸机相关肺炎的发病频率。单位：例/千机械通气日。

【计算方法】

$$\text{呼吸机相关肺炎发生率} = \frac{\text{呼吸机相关肺炎例次数}}{\text{同期患者使用呼吸机总天数}} \times 1000\%$$

【指标导向】 逐步降低

（十三）导尿管相关泌尿系感染发病率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 例/千导尿管日（‰）

【指标定义】

使用导尿管住院患者中新发导尿管相关泌尿系感染的发病频率。单位：例/千导尿管日。

【计算方法】

$$\text{导尿管相关泌尿系感染发病率} = \frac{\text{导尿管相关泌尿系统感染例次数}}{\text{同期患者使用导尿管总天数}} \times 1000\%$$

【指标导向】 逐步降低

七、临床用血质量控制指标

（一）每千单位用血输血专业技术人员数

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 人

【指标定义】

输血科（血库）专职专业技术人员数与医疗机构年度每千单位



用血数之比。医疗机构年度用血总单位数指医疗机构一年时间使用全血、红细胞成分和血浆的总单位数。

【计算方法】

$$\text{每千单位用血输血专业技术人员数} = \frac{\text{输血科(血库)专职专业技术人员数}}{\frac{\text{医疗机构年度用血总单位数}}{1000}}$$

【指标导向】 监测达标

(二) 《临床输血申请单》合格率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

填写规范且符合用血条件的《临床输血申请单》数量占同期输血科(血库)接收的《临床输血申请单》总数的百分比。

【计算方法】

$$\text{《临床输血申请单》合格率} = \frac{\text{填写规范符合用血条件的申请单数}}{\text{同期输血科(血库)接受的申请单总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测达标

(三) 受血者标本血型复查率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

是指输血科(血库)对受血者血液标本复查血型的数量占同期接收受血者血液标本总数的百分比。

【计算方法】



$$\text{受血者标本血型复查率} = \frac{\text{受血者血液标本复查血型数}}{\text{同期接收受血者血液标本总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

(四) 输血相容性检测项目室内质控率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

开展室内质控的输血相容性检测项目数占医疗机构开展的输血相容性检测项目总数的百分比。

【计算方法】

$$\text{输血相容性检测项目室内质控率} = \frac{\text{开展室内质控的输血相容性检测项目数}}{\text{医疗机构开展的输血相容性检测项目总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

(五) 输血相容性检测室间质评项目参加率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

参加室间质评的输血相容性检测项目数占所参加的室间质评机构输血相容性检测室间质评项目总数的百分比。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{输血相容性检测室间质评项目参加率} \\ &= \frac{\text{参加室间质评的输血相容性检测项目数}}{\text{所参加的室间质评机构输血相容性检测室间质评项目总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】 逐步提高



(六) 千输血人次输血不良反应上报例数

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 例

【指标定义】

单位时间内，每千输血人次中输血不良反应上报例数。

【计算方法】

$$\text{千输血人次输血不良反应上报例数} = \frac{\text{输血不良反应上报例数}}{\text{输血总人次}} \times 1000$$

【指标导向】 监测比较

(七) 一二级手术台均用血量

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 U

【指标定义】

单位时间一级和二级手术台均用血量。此处仅统计红细胞成分及全血用量。

【计算方法】

$$\text{一二级手术台均用血量} = \frac{\text{一级和二级手术用血总单位数}}{\text{同期一级和二级手术总台数}}$$

【指标导向】 逐步降低

(八) 三四级手术台均用血量

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 U

【指标定义】

单位时间三级和四级手术台均用量。此处仅统计红细胞成分及全血用量。

【计算方法】

$$\text{三四级手术台均用量} = \frac{\text{三级和四级手术用血总单位数}}{\text{同期三级和四级手术总台数}}$$

【指标导向】 监测比较

(九) 手术患者自体输血率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

单位时间手术患者住院期间自体输血量占手术患者异体输血量 and 自体输血量之和的百分比。此处仅统计红细胞成分及全血用量。

【计算方法】

$$\text{手术患者自体输血率} = \frac{\text{手术患者自体输血总单位数}}{\text{同期手术患者异体输血单位数} + \text{自体输血单位数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

(十) 出院患者人均用量

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 U

【指标定义】

单位时间出院患者人均用量。此处仅统计红细胞成分及全血用量。

【计算方法】



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

【指标导向】 监测比较

八、呼吸内科专业医疗质量控制指标

(一) 急性肺血栓栓塞症(PTE)患者确诊检查比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

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

【计算方法】

$$\text{急性肺血栓栓塞症(PTE)患者确诊检查比例} = \frac{\text{急性PTE患者行确诊检查人数}}{\text{同期急性PTE患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

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

【指标导向】 逐步提高

(二) 急性PTE患者行深静脉血栓相关检查比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

单位时间内, 急性PTE患者行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。

【计算方法】

急性 PTE 患者行深静脉血栓相关检查比例

$$= \frac{\text{急性 PTE 患者行深静脉血栓相关检查人数}}{\text{同期急性 PTE 患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

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

(三) 急性 PTE 患者行危险分层相关检查比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

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

【计算方法】

$$\text{急性PTE患者行危险分层相关检查比例} = \frac{\text{急性PTE患者行危险分层相关检查人数}}{\text{同期急性PTE患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

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

【指标导向】 逐步提高

(四) 住院期间行溶栓治疗的高危急性 PTE 患者比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

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

【计算方法】

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

【指标说明】

高危急性 PTE 定义：患者出现休克或者持续性低血压为可疑高危急性 PTE。休克或者持续性低血压是指收缩压 < 90mmHg 和（或）下降 \geq 40mmHg，并持续 15 分钟以上，排除新发心律失常、血容量下降、脓毒血症。

【指标导向】 监测比较

（五）急性 PTE 患者住院期间抗凝治疗比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，急性 PTE 患者住院期间抗凝治疗人数与同期急性 PTE 患者总数的比值。

【计算方法】

$$\text{急性PTE患者住院期间抗凝治疗比例} = \frac{\text{急性PTE患者住院期间抗凝治疗人数}}{\text{同期急性PTE患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

（六）急性 PTE 患者住院死亡率



【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，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。

【计算方法】

$$\text{急性 PTE 患者住院死亡率} = \frac{\text{住院急性 PTE 患者死亡人数}}{\text{同期住院急性 PTE 患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

（七）急性 PTE 患者住院期间发生大出血比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，住院急性 PTE 患者发生大出血的人数与同期住院急性 PTE 患者总数的比值。

【计算方法】

$$\text{急性 PTE 患者住院期间发生大出血比例} = \frac{\text{急性 PTE 患者发生大出血的人数}}{\text{同期住院急性 PTE 患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

大出血定义：

- （1）致死性出血。
- （2）某些重要部位或器官的出血，如颅内、脊柱内、腹膜后、关节内、心包等，以及因出血引起的骨筋膜室综合征。
- （3）出血导致血流动力学不稳定，和（或）在 24~48 小时内引起的血红蛋白水平下降 20g/L 以上，或需要输至少 2 个单位全



血或红细胞。

(4)手术部位出血需要再次进行切开,关节镜或血管内介入等,或关节腔内出血致活动或伤口恢复推迟,使住院时间延长或伤口加深。

【指标导向】 逐步降低

(八)慢阻肺急性加重患者住院期间行动脉血气分析比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

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

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{慢阻肺急性加重患者住院期间行动脉血气分析比例} \\ &= \frac{\text{住院期间行动脉血气分析慢阻肺急性加重患者数}}{\text{同期住院慢阻肺急性加重患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】 逐步提高

(九)慢阻肺急性加重患者住院期间胸部影像学检查比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

单位时间内,住院期间行胸部影像学检查(X线/CT)的慢阻肺急性加重患者数占同期住院慢阻肺患者总数的比例。

【计算方法】



慢阻肺急性加重患者住院期间胸部影像学检查比例

$$= \frac{\text{住院期间行胸部影像学检查慢阻肺急性加重患者数}}{\text{同期住院慢阻肺急性加重患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

(十) 慢阻肺急性加重患者住院期间心电图检查比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

单位时间内,住院期间行心电图检查的慢阻肺急性加重患者数占同期住院慢阻肺患者总数的比例。

【计算方法】

慢阻肺急性加重患者住院期间心电图检查比例

$$= \frac{\text{住院期间进行心电图检查慢阻肺患者数}}{\text{同期住院慢阻肺患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

(十一) 慢阻肺急性加重患者住院期间超声心动图检查比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

单位时间内,住院期间行超声心动图检查的慢阻肺急性加重患者数占同期住院慢阻肺急性加重患者总数的比例。

【计算方法】

慢阻肺急性加重患者住院期间超声心动图检查比例

$$= \frac{\text{住院期间行超声心动图检查的慢阻肺急性加重患者数}}{\text{同期住院慢阻肺患者总数}} \times 100\%$$



【指标导向】 逐步提高

(十二)慢阻肺急性加重患者住院期间抗感染治疗前病原学送检比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

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

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{慢阻肺急性加重患者住院期间抗感染治疗前病原学送检比例} \\ &= \frac{\text{住院慢阻肺急性加重患者抗干扰治疗前病原学送检人数}}{\text{同期住院慢阻肺急性加重患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标说明】

病原学检查包括下列检查之一：痰/肺泡灌洗液涂片、培养，鼻/咽拭子病毒检测，血培养。

【指标导向】 逐步提高

(十三)慢阻肺急性加重患者住院期间雾化吸入支气管扩张剂应用比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

单位时间内，住院期间应用雾化吸入支气管扩张剂治疗的慢阻肺急性加重患者数占同期住院慢阻肺急性加重患者总数的比值。



【计算方法】

慢阻肺急性加重患者住院期间雾化吸入支气管扩张剂应用比例

$$= \frac{\text{住院期间应用物化吸入支气管扩张剂治疗的慢阻肺急性加重患者数}}{\text{同期住院慢阻肺急性加重患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

(十四) 慢阻肺急性加重患者住院死亡率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

单位时间内,住院慢阻肺急性加重患者死亡人数占同期住院慢阻肺急性加重患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{慢阻肺急性加重患者住院死亡率} = \frac{\text{住院慢阻肺急性加重患者死亡人数}}{\text{同期住院慢阻肺急性加重患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

(十五) 使用有创机械通气的慢阻肺急性加重患者死亡率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

单位时间内,住院慢阻肺急性加重患者死亡人数占同期住院慢阻肺急性加重患者总数的比例。

【计算方法】



使用有创机械通气慢阻肺急性加重患者死亡率

$$= \frac{\text{使用有创机械通气治疗的慢阻肺急性加重患者死亡人数}}{\text{同期住院使用有创机械通气的慢阻肺急性加重患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

(十六) 住院成人社区获得性肺炎 (CAP) 患者进行 CAP 严重程度评估的比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

单位时间内,进行了 CAP 严重程度评估的住院 CAP 患者数占同期住院 CAP 患者总数的比例。

【计算方法】

住院 CAP 患者进行 CAP 严重程度评估的比例

$$= \frac{\text{进行了 CAP 严重程度评估的住院 CAP 患者数}}{\text{同期住院 CAP 患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

(十七) 低危 CAP 患者住院比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

单位时间内,住院低危 CAP 患者数占同期住院 CAP 患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{住低危 CAP 患者住院比例} = \frac{\text{住院低危 CAP 患者数}}{\text{同期住院 CAP 患者总数}} \times 100\%$$



【指标说明】

低危 CAP 患者指的是采用上述某一 CAP 严重程度评分系统进行评估后死亡风险归为低危的患者，包括 CURB-65 评分 0-1 分、或者 CRB 评分 0 分、或者 PSI 评分 ≤ 90 分的患者。

【指标导向】 监测比较

(十八) CAP患者住院期间抗感染治疗前病原学送检比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

单位时间内，抗感染治疗前行病原学送检的住院 CAP 患者数占同期住院CAP 患者总数的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{住低危 CAP 患者者住院期间抗感染治疗前病原学送检比例} \\ &= \frac{\text{抗感染治疗前行病原学送检的住院 CAP 患者数}}{\text{同期住院 CAP 患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标说明】

病原学检查包括下列检查之一：痰/肺泡灌洗液/胸腔积液涂片、培养，鼻/咽拭子病毒检测，非典型病原体检测，血培养。

【指标导向】 逐步提高

(十九) CAP患者住院死亡率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】



单位时间内,住院 CAP 患者死亡人数与同期住院 CAP 患者总数的比值。

【计算方法】

$$\text{CAP 患者住院死亡率} = \frac{\text{住院 CAP 患者死亡人数}}{\text{同期住院 CAP 患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

(二十) 住院CAP患者接受机械通气的比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

单位时间内,住院期间接受机械通气(包括无创/有创机械通气)的 CAP 患者数与住院CAP 患者总数的比值。

【计算方法】

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

【指标导向】 监测比较

九、产科专业医疗质量控制指标

(一) 剖宫产/初产妇剖宫产率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

剖宫产率:单位时间内,剖宫产分娩产妇人数占同期分娩产妇(分娩孕周 \geq 28周)总人数的比例。

初产妇剖宫产率:单位时间内,初产妇(定义:妊娠 \geq 28周初次



分娩的产妇，既往无 28 周及以上孕周分娩史）实施剖宫产手术人数占同期初产妇总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{剖宫产率} = \frac{\text{剖宫产分娩产妇人数}}{\text{同期分娩产妇总人数}} \times 100\%$$

$$\text{初产妇剖宫产率} = \frac{\text{初产妇剖宫产人数}}{\text{同期初产妇总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

(二) 阴道分娩椎管内麻醉使用率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

单位时间内，阴道分娩产妇实施椎管内麻醉人数（不含术中转剖宫产产妇人数）占同期阴道分娩产妇总人数（不含术中转剖宫产产妇人数）的比例。

【计算方法】

$$\text{阴道分娩椎管内麻醉使用率} = \frac{\text{阴道分娩产妇实施椎管内麻醉人数}}{\text{同期阴道分娩产妇总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

(三) 早产/早期早产率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

早产率：单位时间内，早产（孕周在 28~36+6 周之间的分娩）



产妇人数占同期分娩产妇(分娩孕周 ≥ 28 周)总人数的比例。

早期早产率：单位时间内，早期早产（孕周在28~33+6周之间的分娩）产妇人数占同期分娩产妇(分娩孕周 ≥ 28 周)总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{早产率} = \frac{\text{早产产妇人数}}{\text{同期分娩产妇总人数}} \times 100\%$$
$$\text{早期早产率} = \frac{\text{早期早产产妇人数}}{\text{同期分娩产妇总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

(四) 巨大儿发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比(%)

【指标定义】

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

【计算方法】

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

【指标导向】 监测比较

(五) 严重产后出血发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比(%)

【指标定义】



单位时间内，发生严重产后出血（分娩 24 小时内出血量 \geq 1000ml）的产妇人数占同期分娩产妇（分娩孕周 \geq 28 周）总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{严重产后出血发生率} = \frac{\text{严重产后出血产妇人数}}{\text{同期分娩产妇总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

（六）严重产后出血患者输血率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，发生严重产后出血（分娩 24 小时内出血量 \geq 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】

$$\text{严重产后出血患者输血率} = \frac{\text{严重产后出血输血治疗人数}}{\text{同期严重产后出血患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

（七）孕产妇死亡活产比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

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



【计算方法】

$$\text{孕产妇死亡活产比} = \frac{\text{孕产妇死亡人数}}{\text{同期活产数}} \times 100\%$$

【指标说明】

(1) 活产数是指妊娠满 28 周及以上或出生体重达 1000 克及以上，娩出后有心跳、呼吸、脐带搏动、肌张力 4 项生命体征之一的新生儿数。

(2) 本指标仅适用于提供分娩服务的医疗机构。

【指标导向】 逐步降低

(八) 妊娠相关子宫切除率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

单位时间内，妊娠相关因素导致实施子宫切除人数占同期分娩产妇（分娩孕周 \geq 28 周）总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{妊娠相关子宫切除率} = \frac{\text{妊娠相关子宫切除人数}}{\text{同期分娩产妇总人数}} \times 100\%$$

【指标说明】

(1) 妊娠相关因素包括产前/产后出血、子宫破裂及感染等妊娠早期、中期和晚期出现的产科相关因素，不包括妇科肿瘤及其他妇科疾病相关因素。

(2) 本指标仅适用于提供分娩服务的医疗机构。

【指标导向】 逐步降低

(九) 产后或术后非计划再次手术率



【指标属性】 定量指标

【计量单位】 十万分比

【指标定义】

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

【计算方法】

$$\text{产后或术后非计划再次手术率} = \frac{\text{产后或术后发生非计划再次手术人数}}{\text{同期分娩产妇总人数}} \times \frac{10000}{10000}$$

【指标导向】 逐步降低

（十）足月新生儿 5 分钟 Apgar 评分 < 7 分发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，足月新生儿（分娩孕周 ≥ 37 周）出生后 5 分钟 Apgar 评分 < 7 分人数占同期内足月活产儿总数的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

（1）足月活产儿是指妊娠满 37 周及以上，娩出后有心跳、呼吸、脐带搏动、肌张力 4 项生命体征之一的新生儿。

（2）Apgar 评分具体标准为：

①皮肤颜色：评估新生儿肺部血氧交换的情况。全身皮肤呈粉



红色为 2 分，四肢末梢呈青紫色为 1 分，全身呈青紫色或苍白为 0 分。

②心率：评估新生儿心脏跳动的强度和节律性。心搏有力大于 100 次 / 分钟为 2 分，心搏微弱小于 100 次 / 分钟为 1 分，听不到心音为 0 分。

③呼吸：评估新生儿中枢和肺脏的成熟度。呼吸规律为 2 分，呼吸节律不齐（如浅而不规则或急促费力）为 1 分，没有呼吸为 0 分。

④肌张力：评估新生儿中枢反射及肌肉强健度。肌张力正常为 2 分，肌张力异常亢进或低下为 1 分，肌张力松弛为 0 分。

⑤反射：评估新生儿对外界刺激的反应能力。对弹足底或其他刺激大声啼哭为 2 分，低声抽泣或皱眉为 1 分，毫无反应为 0 分。

【指标导向】 逐步降低

十、神经系统疾病医疗质量控制指标

（一）癫痫与惊厥癫痫持续状态

1. 癫痫发作频率记录率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

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

【计算方法】

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



【指标说明】

(1) 癫痫指至少 2 次间隔 >24 小时的非诱发性（或反射性）癫痫发作，或确诊某种癫痫综合征。参考国际抗癫痫联盟（ILAE）发布的《ILAE 官方报告：癫痫实用定义》。

(2) 癫痫的发作分类包括：局灶性发作、全面性发作、不明起始部位发作、未能分类发作。参考 ILAE 发布的《癫痫发作类型的操作分类：国际抗癫痫联盟意见书》。

【指标导向】逐步提高

2. 抗癫痫药物规范服用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，住院癫痫患者（确诊 3 月及以上）中近 3 月按照癫痫诊断类型规范使用抗癫痫药物治疗的人数占同期住院癫痫患者（确诊 3 月及以上）人数的比例。

【计算方法】

$$\text{抗癫痫药物规范服用率} = \frac{\text{近 3 月规范使用抗癫痫药物治疗的住院癫痫患者(确诊 3 月及以上)数}}{\text{同期住院癫痫患者(确诊 3 月及以上)总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

规范使用抗癫痫药物指患者依照发作类型服用恰当的抗癫痫药物，按照规范剂量，规律服用抗癫痫药物 3 月及以上。参考中国成人癫痫患者长程管理共识专家协作组发布《关于成人癫痫患者长程管理的专家共识》。

【指标导向】逐步提高



3. 抗癫痫药物严重不良反应发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

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

【计算方法】

抗癫痫药物严重不良反应发生率

$$= \frac{\text{病程中发生抗癫痫药物严重不良反应的住院癫痫患者人次数}}{\text{同期住院癫痫患者总人次数}} \times 100\%$$

【指标说明】

抗癫痫药物严重不良反应指：使用抗癫痫药物后导致患者需前往门诊就诊，并减药、停药或对症处理；或导致患者需要住院治疗；或住院时间延长；或导致胎儿先天性畸形或出生缺陷。

【指标导向】 逐步降低

4. 癫痫患者病因学检查完成率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，住院癫痫患者完成神经影像学检查（如头颅CT 或核磁共振）及脑电图学相关检查（普通或长程视频脑电图）的人数占同期住院癫痫患者总数的比例。

【计算方法】



癫痫患者病因学检查完成率

$$= \frac{\text{完成神经影像学及脑电图血相关检查的住院癫痫患者数}}{\text{同期住院癫痫患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

神经影像学检查指头部 CT 或核磁共振检查，脑电图学相关检查包括常规头皮脑电图监测或长程视频脑电图监测。癫痫患者病因学检查应完成神经影像学检查及脑电图学相关检查。

【指标导向】逐步提高

5. 癫痫患者精神行为共患病筛查率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，住院癫痫患者完成共患病（抑郁症、焦虑症）筛查人数占同期住院癫痫患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{癫痫患者精神行为共患病筛查率} = \frac{\text{进行精神行为共患病筛查的住院癫痫患者数}}{\text{同期住院癫痫患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

癫痫患者精神行为共患病焦虑症、抑郁症筛查应使用经验证的中文版筛查量表。

【指标导向】逐步提高

6. 育龄期女性癫痫患者妊娠宣教执行率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）



【指标定义】

单位时间内，住院育龄期（18~44岁，月经周期正常）女性癫痫患者（或照料者）在一年内至少接受过1次关于癫痫及治疗如何影响避孕或妊娠咨询者占同期育龄期女性住院癫痫患者的比例。

【计算方法】

患者妊娠宣教执行率 = $\frac{\text{每年至少接受过1次关于癫痫及其治疗如何影响避孕或妊娠的咨询的育龄期女性住院癫痫患者(或其照料者)数}}{\text{同期住院育龄期女性癫痫患者总数}} \times 100\%$

【指标说明】

育龄期女性癫痫患者指确诊癫痫，且具有生育可能的女性（18~44岁）患者。育龄期女性患者（或其照料者）应每年至少接收一次关于癫痫及其治疗对避孕、妊娠可能的影响的咨询：包括生殖内分泌情况的评估或相应的药物调整；避孕教育；围孕期叶酸增补知识普及；孕期癫痫及抗癫痫药物潜在风险讨论；妊娠安全教育；哺乳知识普及；针对妊娠需求进行药物评估或调整及其他相关问题。

【指标导向】逐步提高

7. 癫痫患者择期手术在院死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，所有住院行癫痫择期手术的癫痫患者术后在院死亡率。

【计算方法】

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

【指标说明】

对两种及以上足量抗癫痫药物规范治疗失败的癫痫患者，应进行癫痫手术评估。癫痫手术评估检测包括：头皮脑电图检测、发作期视频脑电图检测、头部核磁共振、头部PET/CT 或 PET/MRI 及头部功能影像检测。对上述各项检测均提示一致的致痫灶，应行择期手术。

【指标导向】 逐步降低

8. 癫痫患者术后并发症发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，所有住院行癫痫手术的癫痫患者术后并发症发生率。

【计算方法】

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

【指标说明】

癫痫手术的术后并发症包括：脑脊液漏、脑积水、颅内/颅外感染（浅表或深部）、颅内或硬膜外脓肿、缺血性脑血管病、颅内血肿、静脉窦血栓形成、深静脉血栓形成、肺栓塞、肺部感染、代谢紊乱、语言障碍、记忆障碍、偏瘫、精神障碍、视野缺损。

【指标导向】 逐步降低

9. 癫痫患者术后病理明确率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，所有住院行癫痫病灶切除手术的癫痫患者术后病理结果明确率。

【计算方法】

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

【指标说明】

癫痫术后病理明确指规范确切的临床病理诊断，包括明确癫痫患者切除病灶的病理诊断为：皮质发育畸形、局灶性皮质发育不良、结节性硬化、海马硬化、灰质异位、肿瘤、软化灶、胶质瘢痕、炎症、血管畸形、感染性病变、非特异性改变等。

【指标导向】 逐步提高

10. 癫痫手术患者出院时继续抗癫痫药物治疗率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，所有住院行手术治疗的癫痫患者出院时继续抗癫痫药物治疗率。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{癫痫手术患者出院时继续抗癫痫药物治疗率} \\ & = \frac{\text{住院行手术治疗的癫痫患者出院时继续抗癫痫药物的患者数}}{\text{同期住院行癫痫手术的患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标说明】

癫痫手术患者出院时应按照既往药物治疗方案，规范服用抗癫痫药物。

【指标导向】 监测比较

11. 惊厥性癫痫持续状态发作控制率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，惊厥性癫痫持续状态患者中发作在接诊后 1 小时内得到控制的人数占同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。

【计算方法】

惊厥性癫痫持续状态发作控制率

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

【指标说明】

(1) 惊厥性癫痫持续状态是指，每次全身性强直-阵挛（GTC）发作持续5分钟以上；或2次以上，发作间期意识未能完全恢复。

(2) 惊厥性癫痫持续状态在接诊后经观察期、第一阶段、第二阶段和第三阶段治疗后按照标准流程已经到60分钟的时间点，已经使用了第三阶段治疗仍无法控制发作时为超级难治性惊厥性癫痫持续状态。因此，采用接诊后1小时（60分钟）作为评估癫痫持续状态发作控制率的时间点。治疗阶段流程图参考《成人全面性惊厥性癫痫持续状态治疗中国专家共识》。

【指标导向】 逐步提高

12. 惊厥性癫痫持续状态初始治疗标准方案应用率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，住院惊厥性癫痫持续状态患者中应用指南推荐的初始治疗标准方案治疗的患者数占同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。

【计算方法】

惊厥性癫痫持续状态初始治疗标准方案应用率

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

【指标说明】

初始治疗方案参考《成人全面性惊厥性癫痫持续状态治疗中国专家共识》。

【指标导向】 逐步提高

13. 难治性惊厥性癫痫持续状态患者麻醉药物应用率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，住院难治性惊厥性癫痫持续状态患者应用麻醉药物治疗的人数占同期住院难治性惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。

【计算方法】

难治性惊厥性癫痫持续状态患者麻醉药物应用率



$$= \frac{\text{应用麻醉药物治疗的住院难治性惊厥性癫痫持续状态患者数}}{\text{同期住院难治性惊厥性癫痫持续状态患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

(1) 难治性惊厥性癫痫持续状态定义为经过第一阶段和第二阶段治疗均无效，已经进入第三阶段治疗的患者。

(2) 麻醉药物指丙泊酚或咪达唑仑注射剂。

(3) 难治性惊厥性癫痫持续状态的治疗方案参考《成人全面性惊厥性癫痫持续状态治疗中国专家共识》。

【指标导向】 逐步提高

14. 难治性惊厥性癫痫持续状态患者气管插管或机械通气应用率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

单位时间内，收治入院的难治性惊厥性癫痫持续状态患者启动气管插管或机械通气治疗的人数占同期住院难治性惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{难治性惊厥性癫痫持续状态患者气管插管或机械通气应用率} = \frac{\text{启动气管插管或机械通气的难治性惊厥性癫痫持续状态住院患者数}}{\text{同期住院难治性惊厥性癫痫持续状态患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高



15. 在院惊厥性癫痫持续状态患者脑电监测率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，住院惊厥性癫痫持续状态患者中入院24小时内完成同步脑电监测的人数占同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{在院癫痫持续状态患者脑电监测率} = \frac{\text{入院 24 小时内完成同步脑电监测的惊厥性癫痫持续状态患者数}}{\text{同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

16. 在院惊厥性癫痫持续状态患者影像检查率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，住院惊厥性癫痫持续状态患者中入院72小时内完成神经影像学检查的人数占同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{在院惊厥性癫痫持续状态患者影像检查率} = \frac{\text{入院 72 小时内完成神经影像学检查的惊厥性癫痫持续状态患者数}}{\text{同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

神经影像学检查指头部MRI或CT检查。



【指标导向】 逐步提高

17. 在院惊厥性癫痫持续状态患者脑脊液检查率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，住院惊厥性癫痫持续状态患者中入院72小时内完成脑脊液相关病因学检查的人数占同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。

【计算方法】

在院惊厥性癫痫持续状态患者脑脊液检查率

$$= \frac{\text{入院72小时内完成脑脊液相关病因学检查的惊厥性癫痫持续状态患者数}}{\text{同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

(1) 脑脊液病因学检查指脑脊液常规、生化、细胞学及病原学检查。

(2) 入院 72 小时内及本次发病以来在院外完成的脑脊液病因学检查均纳入统计范围。

【指标导向】 逐步提高

18. 在院期间惊厥性癫痫持续状态患者病因明确率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，住院惊厥性癫痫持续状态患者中在院期间病因学明确的患者数占同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。

【计算方法】

在院期间惊厥性癫痫持续状态患者病因明确率

$$= \frac{\text{住院期间病因学明确的惊厥性癫痫持续状态患者数}}{\text{同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

惊厥性癫痫持续状态的病因包括感染、脑血管病、肿瘤、中毒/代谢紊乱等。

【指标导向】 逐步提高

19. 惊厥性癫痫持续状态患者在院死亡率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，住院惊厥性癫痫持续状态患者中院内死亡的患者数占同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。

【计算方法】

惊厥性癫痫持续状态患者在院死亡率

$$= \frac{\text{院内死亡的惊厥性癫痫持续状态住院患者数}}{\text{同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

20. 惊厥性癫痫持续状态患者随访（出院 30 天内）死亡率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）



【指标定义】

单位时间内，住院惊厥性癫痫持续状态患者中出院 30 天内死亡患者数占同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{惊厥性癫痫持续状态患者随访(出院30天内)死亡率} \\ &= \frac{\text{出院30天内死亡的惊厥性癫痫持续状态患者数}}{\text{同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】 逐步降低

(二) 脑梗死

1. 脑梗死患者神经功能缺损评估率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

单位时间内，入院时采用美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)进行神经功能缺损评估的脑梗死患者数，占同期住院脑梗死患者总数的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{脑梗死患者神经功能缺损评估率} \\ &= \frac{\text{入院时行神经功能缺损NIHSS评估的脑梗死患者数}}{\text{同期住院脑梗死患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标说明】

(1) 美国国立卫生研究院卒中量表 (NIHSS) 参照《中国脑血管病临床管理指南》的中文翻译版本。

(2) 脑梗死即缺血性卒中，采用《中国脑血管病临床管理指南》定义，是指因脑部血液循环障碍，缺血、缺氧所致的局限性脑组织

缺血性坏死或软化。

【指标导向】 逐步提高

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

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

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

【计算方法】

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

【指标导向】 逐步提高

3. 发病 24 小时内脑梗死患者急诊就诊 45 分钟内临床实验室检查完成率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

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



【计算方法】

发病24小时内脑梗死患者急诊就诊45分钟内临床实验室检查完成率

$$= \frac{\text{发病24小时内急诊就诊的脑梗死患者45分钟内获得临床实验室诊断信息的患者人数}}{\text{同期发病24小时内急诊就诊行实验室检查的脑梗死患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

4. 发病4.5小时内脑梗死患者静脉溶栓率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，发病 4.5 小时内静脉溶栓治疗的脑梗死患者数占同期发病 4.5 小时内到院的脑梗死患者总数的比例。

【计算方法】

发病4.5小时内脑梗死患者静脉溶栓率

$$= \frac{\text{发病4.5小时内静脉溶栓治疗的脑梗死患者数}}{\text{同期发病4.5小时到院的脑梗死患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

5. 静脉溶栓的脑梗死患者到院到给药时间小于 60 分钟的比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，从到院到给予静脉溶栓药物的时间（DNT）小于 60 分钟的脑梗死患者数，占同期给予静脉溶栓治疗的脑梗死患者总数的比例。



【计算方法】

静脉溶栓的脑梗死患者DNT小于60分钟的比例

$$= \frac{\text{静脉溶栓DNT小于60分钟的脑梗死患者数}}{\text{同期给与静脉溶栓治疗的脑梗死患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

6. 发病 6 小时内前循环大血管闭塞性脑梗死患者血管内治疗率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，在发病 6 小时内行血管内治疗的前循环大血管闭塞性脑梗死患者数，占同期发病 6 小时内到院的前循环大血管闭塞的脑梗死患者总数的比例。

【计算方法】

发病6小时内前循环大血管闭塞性脑梗死患者血管内治疗率

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

【指标导向】 监测比较

7. 脑梗死患者入院 48 小时内抗血小板药物治疗率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，入院 48 小时内给予抗血小板药物治疗的脑梗死患者数占同期住院脑梗死患者总数的比例。

【计算方法】



脑梗死患者入院48小时内抗血小板药物治疗率

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

【指标说明】

抗血小板药物包括阿司匹林、氯吡格雷、替格瑞洛、西洛他唑、吲哚布芬、双嘧哒莫、阿昔单抗、替罗非班、依替非巴肽。

【指标导向】 逐步提高

8. 非致残性脑梗死患者发病 24 小时内双重强化抗血小板药物治疗率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

单位时间内，发病 24 小时内给予阿司匹林和氯吡格雷强化抗血小板药物治疗的非致残性脑梗死（NIHSS≤3 分）患者数，占同期住院非致残性脑梗死患者总数的比例。

【计算方法】

非致残性脑梗死患者发病24小时内双重强化抗血小板药物治疗率

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

【指标导向】 监测比较

9. 不能自行行走的脑梗死患者入院 48 小时内深静脉血栓预防率

【指标属性】 定量指标



【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，不能自行行走的脑梗死患者入院 48 小时内给予深静脉血栓（DVT）预防措施的人数，占同期不能自行行走住院脑梗死患者的比例。

【计算方法】

不能自行行走的脑梗死患者入院 48 小时内 DVT 预防率

$$\begin{aligned} & \text{不能自行行走脑梗死患者入院 48 小时内} \\ & \text{给予深静脉血栓预防措施的人数} \\ & = \frac{\text{同期不能自行行走的住院脑梗死患者总数}}{\text{同期不能自行行走的住院脑梗死患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标说明】

深静脉血栓预防措施是指在常规治疗（阿司匹林和输液）基础上，联合间歇充气加压。

【指标导向】 逐步提高

10. 脑梗死患者住院 7 天内血管评价率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，脑梗死患者住院 7 天内完善颈部和颅内血管评价的人数占同期住院脑梗死患者的比例。

【计算方法】

$$\text{脑梗死患者住院7天内血管评价率} = \frac{\text{住院 7 天内完善血管评价的脑梗死患者数}}{\text{同期住院脑梗死患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】



(1) 颈部血管评价指颈部血管超声检查、颈部 CT 血管成像 (CTA) 检查、颈部对比剂增强磁共振血管成像 (CE-MRA) 检查或颈部数字减影血管造影 (DSA) 检查。

(2) 颅内血管评价指经颅多普勒 (TCD) 检查, 头部CTA、MRA、DSA检查。

【指标导向】 逐步提高

11. 住院期间脑梗死患者他汀类药物治疗率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

单位时间内, 住院期间使用他汀类药物治疗的脑梗死患者数占同期住院脑梗死患者总数的比例。

【计算方法】

住院期间脑梗死患者他汀类药物治疗率

$$= \frac{\text{住院期间使用他汀药物治疗的脑梗死患者数}}{\text{同期住院脑梗死患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

12. 住院期间合并房颤的脑梗死患者抗凝治疗率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

单位时间内, 脑梗死合并房颤患者住院期间使用抗凝药物治疗的人数占同期住院脑梗死合并房颤患者总数的比例。



【计算方法】

住院期间合并房颤的脑梗死患者抗凝治疗率

$$= \frac{\text{使用抗凝药物治疗的合并房颤的住院脑梗死患者数}}{\text{同期合并房颤的脑梗死住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

口服抗凝剂包括华法林、达比加群酯、利伐沙班、阿哌沙班、依度沙班。

【指标导向】 逐步提高

13. 脑梗死患者吞咽功能筛查率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，进食、水前进行吞咽功能筛查的住院脑梗死患者数，占同期住院治疗的脑梗死患者总数的比例。

【计算方法】

脑梗死患者吞咽功能筛查率

$$= \frac{\text{进食、水前进行吞咽功能筛查的住院脑梗死患者数}}{\text{同期住院脑梗死患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

吞咽功能筛查工具包括洼田饮水试验、洼田吞咽功能障碍评价、Gugging 吞咽功能评估表（GUSS）、视频 X 线透视吞咽检查（VFSS）、显微内镜吞咽功能检查（FEES）。

【指标导向】 逐步提高

14. 脑梗死患者康复评估率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，进行康复评估的住院脑梗死患者数，占同期住院治疗的脑梗死患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{脑梗死患者康复评估率} = \frac{\text{进行康复评估的住院脑梗死患者数}}{\text{同期脑梗死住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

康复评估是指康复科、康复治疗中心、多学科组成的卒中康复治疗小组或者康复专业人员给予的全面身体状况评估。

【指标导向】 逐步提高

15. 出院时脑梗死患者抗栓/他汀类药物治疗率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，出院时给予抗栓药物治疗（包括抗血小板药物和抗凝药物治疗）的脑梗死患者数占同期住院脑梗死患者总数的比例。

单位时间内，出院时给予他汀类药物治疗的脑梗死患者数占同期住院脑梗死患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{出院时脑梗死患者抗栓治疗率} = \frac{\text{出院时给予抗栓药物治疗的脑梗死患者数}}{\text{同期住院脑梗死患者总数}} \times 100\%$$

$$\text{出院时脑梗死患者他汀药物治疗率} = \frac{\text{出院时给予他汀药物治疗的脑梗死患者数}}{\text{同期住院脑梗死患者总数}} \times 100\%$$



【指标导向】 逐步提高

16. 出院时合并高血压/糖尿病/房颤的脑梗死患者降压/降糖药物/抗凝治疗率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，出院时给予降压药物治疗的合并高血压的脑梗死患者数，占同期合并高血压的住院脑梗死患者总数的比例。

单位时间内，出院时给予降糖药物治疗的合并糖尿病的脑梗死患者数占同期合并糖尿病的住院脑梗死患者总数的比例。

单位时间内，出院时给予抗凝药物治疗的合并房颤的脑梗死患者数占同期合并房颤的住院脑梗死患者总数的比例。

【计算方法】

出院时合并高血压的脑梗死患者降压治疗率

$$= \frac{\text{出院时给予降压药物治疗的合并高血压的脑梗死患者数}}{\text{同期合并高血压的住院脑梗死患者总数}} \times 100\%$$

出院时合并糖尿病的脑梗死患者降糖药物治疗率

$$= \frac{\text{出院时给予降糖药物治疗的合并糖尿病的脑梗死患者数}}{\text{同期合并糖尿病的住院脑梗死患者总数}} \times 100\%$$

出院时合并房颤的脑梗死患者抗凝治疗率

$$= \frac{\text{出院时给予抗凝药物治疗的合并房颤的脑梗死患者数}}{\text{同期合并房颤的住院脑梗死患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

17. 脑梗死患者住院死亡率

【指标属性】 定量指标



【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，在住院期间死亡的脑梗死患者数占同期住院脑梗死患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{脑梗死患者住院死亡率} = \frac{\text{住院期间死亡的脑梗死}}{\text{同期住院脑梗死患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

18. 发病24小时内脑梗死患者血管内治疗率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，发病 24 小时内行血管内治疗脑梗死患者数与同期收治发病 24小时内脑梗死患者总数的比例。

【计算方法】

发病 24 小时内脑梗死患者血管内治疗率

$$= \frac{\text{发病 24 小时内行血管内治疗的脑梗死患者数}}{\text{同期收治发病 24 小时内脑梗死患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

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

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

【指标导向】 逐步提高

19. 发病24小时内脑梗死患者血管内治疗术前影像学评估率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术前行影像学评估人数占发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗人数的比例。

【计算方法】

发病 24 小时内脑梗死患者血管内治疗术前影像学评估率

$$= \frac{\text{发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术前行影像学评估人数}}{\text{同期发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗人数}} \times 100\%$$

【指标说明】

术前影像学评估包含 ASPECTS 评分和多模式影像。ASPECTS 评分是一种基于 CT 检查的简单、可靠和系统的早期缺血改变评价方法，也可通过 CTP 及 MRI DWI 计算。多模式影像可基于 CTA、CTP 及多模式磁共振成像评估。

【指标导向】 逐步提高

20. 发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗90分钟内完成动脉穿刺率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗者中，从入院到完成动脉穿刺时间（DPT）在 90 分钟内的患者所占比例。



【计算方法】

发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗90分钟内完成动脉穿刺率

$$= \frac{\text{发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗从入院到完成动脉穿刺在90分钟内人数}}{\text{同期发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗人数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

21. 发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗60分钟内成功再灌注率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗者中，从完成动脉穿刺到成功再灌注时间（PRT）在60分钟内的患者所占比例。

【计算方法】

发病 24 小时内脑梗死患者血管内治疗60分钟内成功再灌注率

$$= \frac{\text{发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗从完成动脉穿刺到成功再灌注时间在60分钟内人数}}{\text{同期发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗人数}} \times 100\%$$

【指标说明】

成功再灌注指改良脑梗死溶栓分级（mTICI）为 2b/3 级。

【指标导向】 逐步提高

22. 发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后即刻再通率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】



单位时间内，发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗者中，术后即刻脑血管造影提示靶血管成功再通的患者所占比例。

【计算方法】

发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后即刻再通率

$$= \frac{\text{发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后即刻脑血管造影提示靶血管成功再通人数}}{\text{同期发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗人数}} \times 100\%$$

【指标说明】

靶血管成功再通指脑血管造影显示成功再灌注，即 mTICI 分级为 2b/3 级。

【指标导向】 逐步提高

23. 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术中新发部位栓塞发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

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

【计算方法】

发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术中新发部位栓塞发生率

$$= \frac{\text{发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术中发生新发部位栓塞人数}}{\text{同期发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗人数}} \times 100\%$$

【指标说明】

术中新发部位栓塞指血管内治疗过程中，以前未受影响的区域



发生新的栓塞，可能导致新的有症状的梗死，或需要对以前未受影响的血管进行额外治疗。

【指标导向】 逐步降低

24. 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后症状性颅内出血发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗者中，术后住院期间发生症状性颅内出血（sICH）的患者所占比例。

【计算方法】

$$\text{发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后症状性颅内出血发生率} = \frac{\text{发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后住院期间发生症状性颅内出血人数}}{\text{同期发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗人数}} \times 100\%$$

【指标说明】

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

【指标导向】 逐步降低

25. 发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后90天mRS评估率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗者中，



术后 90 天随访行改良 Rankin 量表（mRS）评估的患者所占比例。

【计算方法】

发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后 90 天 mRS 评估率

$$= \frac{\text{发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后 90 天行 mRS 评估人数}}{\text{同期发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗人数}} \times 100\%$$

【指标说明】

(1) 术后 90 天随访包括电话随访、网络随访、门诊随访、再次住院。

(2) mRS 参照《中国脑血管病临床管理指南》。

【指标导向】 逐步提高

26. 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后 90 天良好神经功能预后率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗并在术后 90 天行 mRS 评估的患者中，达到良好神经功能预后的患者所占比例。

【计算方法】

发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后 90 天良好神经功能预后率

$$= \frac{\text{发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗并在术后90天行mRS评估达良好神经功能预后人数}}{\text{同期发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗并在术后90天行mRS评估的患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

良好神经功能预后定义为 mRS 评分 0-2。

【指标导向】 逐步提高

27. 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后死亡率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

单位时间内，发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗者中，术后住院期间、术后 90 天死亡的患者所占比例。

【计算方法】

(1) 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后住院期间死亡率。

发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后住院期间死亡率

$$= \frac{\text{发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后住院期间死亡人数}}{\text{同期发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗人数}} \times 100\%$$

(2) 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后 90 天死亡率。

发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后 90 天死亡率

$$= \frac{\text{发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后90天死亡人数}}{\text{2a同期发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗人数}} \times 100\%$$

【指标说明】

术后随访包括电话随访、网络随访、门诊随访、再次住院。术后住院期间死亡以病案首页信息为依据。

【指标导向】 逐步降低



（三）帕金森病

1. 住院帕金森病患者规范诊断率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，使用国际运动障碍疾病协会标准（2015年版）或中国帕金森病的诊断标准（2016年版）进行诊断的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例。

【计算方法】

住院帕金森病患者规范诊断率

$$= \frac{\text{使用国际运动障碍疾病协会标准(2015年版)或中国帕金森病的诊断标准(2016年版)诊断的住院帕金森病患者数}}{\text{同期住院帕金森病患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

帕金森病的最终诊断依靠病理诊断或尸检诊断。此处的诊断标准为临床诊断标准，参见国际运动障碍疾病协会（MDS）标准（2015年版）诊断或中国帕金森病的诊断标准（2016版）。临床诊断标准会定期更新。

【指标导向】 逐步提高

2. 住院帕金森病患者完成头颅 MRI或 CT 检查率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】



单位时间内，进行头部 MRI 或CT 检查的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例。

【计算方法】

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

【指标导向】 逐步提高

3. 住院帕金森病患者进行急性左旋多巴试验评测率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，进行急性左旋多巴试验评测的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{住院帕金森病患者进行急性左旋多巴试验评测率} \\ &= \frac{\text{进行急性左旋多巴试验评测的住院帕金森病患者数}}{\text{同期住院帕金森病患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标说明】

多巴胺能反应性评测按照国际运动障碍疾病协会帕金森病诊断标准中推荐的方法进行。急性左旋多巴试验可以选择包括复方左旋多巴类药物在内的多种多巴胺能药物进行。测评的目的是为了进一步明确诊断和指导下一步治疗以及脑深部电刺激（DBS）术前评估。

【指标导向】 逐步提高

4. 住院帕金森病患者进行临床分期的比例



【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，进行临床分期的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{住院帕金森病患者进行临床分期的比例} = \frac{\text{进行临床分期的住院帕金森病患者数}}{\text{同期住院帕金森病患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

临床分期是指 Hoehn-Yahr 分期。1 期：累及单侧肢体；2 期：双侧肢体症状但无平衡障碍；3 期：轻至中度双侧症状，姿势不稳，不能从后拉试验中恢复，但可自理；4 期：重度病残，不需要帮助仍能站立和行走；5 期：坐轮椅或卧床，完全依赖别人帮助。

【指标导向】 逐步提高

5. 住院帕金森病患者全面神经功能缺损评估率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，进行全面神经功能缺损评估的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{住院帕金森病患者全面神经功能缺损评估率} \\ &= \frac{\text{进行全面神经功能缺损评估的住院帕金森病患者数}}{\text{同期住院帕金森病患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标说明】



全面神经功能缺损评估包括：MDS-UPDRS 量表（国际运动障碍疾病协会统一的帕金森病评分量表）、UPDRS 量表（统一帕金森病评分量表）。

【指标导向】 逐步提高

6. 住院帕金森病患者运动并发症筛查率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，进行运动并发症（包括运动波动、异动症）筛查的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{住院帕金森病患者运动并发症筛查率} \\ &= \frac{\text{进行运动并发症筛查的住院帕金森病患者数}}{\text{同期住院帕金森病患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标说明】

运动并发症的筛查、评估方法参照国际运动障碍疾病协会推荐量表。

【指标导向】 逐步提高

7. 住院帕金森病患者认知功能障碍筛查率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，进行认知功能障碍筛查的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例。认知功能障碍筛查至少包括



MMSE 和 MoCA 量表评测。

【计算方法】

$$\text{住院帕金森病患者认知功能筛查率} = \frac{\text{进行认知功能筛查的住院帕金森病患者数}}{\text{同期住院帕金森病患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

8. 住院帕金森病体位性低血压筛查率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，进行体位性低血压筛查的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{住院帕金森病患者体位性低血压筛查率} \\ &= \frac{\text{进行体位性低血压筛查的住院帕金森病患者数}}{\text{同期住院帕金森病患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】 逐步提高

9. 合并运动并发症的住院帕金森病患者 DBS 适应症筛选评估率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

进行DBS（脑深部电刺激）适应症筛选评估的合并运动并发症的住院帕金森病患者数占同期合并运动并发症的住院帕金森病患者总数的比例。



【计算方法】

合并运动并发症的住院帕金森病患者 DBS 适应症筛选评估率

$$= \frac{\text{进行 DBS 筛选的合并运动并发症的住院帕金森病患者数}}{\text{同期合并运动并发症的住院帕金森病患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

DBS 适应症筛选评估方法参照中华医学会脑深部电刺激治疗帕金森病的专家共识。

【指标导向】 逐步提高

10. 住院帕金森病患者康复评估率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

单位时间内，进行康复评估的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{住院帕金森病患者康复评估率} = \frac{\text{进行康复评估的住院帕金森病患者数}}{\text{同期住院帕金森病患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

康复评估是指康复科、康复治疗中心或者康复专业人员进行的功能评估。

【指标导向】 逐步提高

11. 住院帕金森病患者焦虑症状和抑郁症状筛查率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)



【指标定义】

单位时间内，进行焦虑症状和抑郁症状筛查的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{住院帕金森病患者焦虑症状和抑郁症状筛查率} \\ &= \frac{\text{进行焦虑症状和抑郁症状筛查的住院帕金森病患者数}}{\text{同期住院帕金森病患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标说明】

对住院帕金森病患者进行心理筛查主要包括焦虑和抑郁的筛查，参照国际运动障碍疾病协会推荐量表。

【指标导向】 逐步提高

（四）颈动脉支架置入术

1. 颈动脉支架置入术患者术前 mRS 评估率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，术前行改良 Rankin 量表(mRS)评估的颈动脉支架置入术患者数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

mRS 参照《中国脑血管病临床管理指南》。

【指标导向】 逐步提高



2. 颈动脉支架置入术患者术前颈动脉无创影像评估率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，术前行颈动脉无创影像评估的颈动脉支架置入术患者数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

颈动脉无创影像评估包含：颈部血管彩超、颈动脉 CTA、颈动脉 CE-MRA、颈动脉 MRA。

【指标导向】 逐步提高

3. 颈动脉支架置入术手术指征符合率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，符合手术指征的颈动脉支架置入术患者数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】



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

【指标导向】 逐步提高

4. 颈动脉支架置入术患者术前规范化药物治疗率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，颈动脉支架置入术患者术前规范化药物（双重抗血小板药物 + 他汀类药物）治疗人数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{颈动脉支架置入术患者术前规范化药物治疗率} \\ &= \frac{\text{颈动脉支架置入术患者术前规范化药物治疗人数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标说明】

术前规范化药物治疗指使用双重抗血小板药物和他汀类药物治疗。术前双重抗血小板药物治疗指阿司匹林加氯吡格雷联合使用 ≥ 4 天，或者术前使用负荷量。

【指标导向】 逐步提高

5. 颈动脉支架置入术保护装置使用率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，颈动脉支架置入术使用保护装置人数占颈动脉支



架置入术患者总数的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{颈动脉支架置入术患者术前他汀类药物治疗率} \\ &= \frac{\text{颈动脉支架置入术患者术前他汀类药物治疗人数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标说明】

颈动脉支架置入术保护装置包含：远端滤伞保护装置，远端球囊保护装置，近端球囊保护装置，近端逆转流保护装置。

【指标导向】 逐步提高

6. 颈动脉支架置入术技术成功率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，颈动脉支架置入术技术成功人数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{颈动脉支架置入术技术成功率} = \frac{\text{颈动脉支架置入术技术成功人数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

颈动脉支架置入术技术成功定义为术后残余狭窄 $\leq 30\%$ 且术后血流 mTICI分级 3 级。

【指标导向】 逐步提高

7. 颈动脉支架置入术并发症发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，发生并发症的颈动脉支架置入术患者数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{颈动脉支架置入术并发症发生率} = \frac{\text{发生并发症的颈动脉支架置入术患者数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

颈动脉支架置入术并发症包含：

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

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

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

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

【指标导向】 逐步降低

8. 颈动脉支架置入术患者出院规范化药物治疗率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，出院时给予规范化药物治疗的颈动脉支架置入术患者数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。



【计算方法】

(1) 颈动脉支架置入术患者出院双重抗血小板药物治疗率。

颈动脉支架置入术患者出院双重抗血小板药物治疗率

$$= \frac{\text{出院时给予双重抗血小板药物治疗的颈动脉支架置入术患者数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者总数}} \times 100\%$$

(2) 颈动脉支架置入术患者出院他汀类药物治疗率。

颈动脉支架置入术患者出院他汀类药物治疗率

$$= \frac{\text{出院时给予他汀类药物治疗的颈动脉支架置入术患者数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者总数}} \times 100\%$$

(3) 合并高血压的颈动脉支架置入术患者出院降压药物治疗率。

合并高血压的颈动脉支架置入术患者出院降压药物治疗率

$$= \frac{\text{出院时给予降压药物治疗的合并高血压的颈动脉支架置入术患者数}}{\text{同期合并高血压的颈动脉支架植入术患者总数}} \times 100\%$$

(4) 合并糖尿病的颈动脉支架置入术患者出院降糖药物治疗率。

合并糖尿病的颈动脉支架置入术患者出院降糖药物治疗率

$$= \frac{\text{出院时给予降糖药物治疗的合并糖尿病的颈动脉支架置入术患者数}}{\text{同期合并糖尿病的颈动脉支架植入术患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

术后出院时给予规范化药物治疗包含：双重抗血小板药物；他汀类药物；合并高血压的颈动脉支架置入术患者术后出院时给予降压药物治疗；合并糖尿病的颈动脉支架置入术患者术后出院时给予降糖药物治疗。

【指标导向】 逐步提高

9. 颈动脉支架置入术患者卒中和死亡发生率



【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，颈动脉支架置入术患者术后住院期间、术后30 天卒中和死亡人数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。

【计算方法】

(1) 颈动脉支架置入术患者术后住院期间卒中和死亡发生率

颈动脉支架置入术患者术后住院期间卒中和死亡发生率

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

(2) 颈动脉支架置入术患者术后 30 天卒中和死亡发生率

颈动脉支架置入术患者术后30天卒中和死亡发生率

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

【指标说明】

术后随访包括电话随访、网络随访、门诊随访、再次住院。术后住院期间死亡以病案首页信息为依据。

【指标导向】 逐步降低

10. 颈动脉支架置入术患者术后同侧缺血性卒中发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

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



【计算方法】

(1) 颈动脉支架置入术患者术后 30 天同侧缺血性卒中发生率。

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

(2) 颈动脉支架置入术患者术后 1 年同侧缺血性卒中发生率。

$$\begin{aligned} & \text{颈动脉支架置入术患者术后同侧缺血性卒中人数} \\ &= \frac{\text{动脉支架置入术患者术后1年发生同侧缺血性脑卒中人数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者完成术后1年随访人数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标说明】

同侧缺血性卒中指靶血管供血区发生的缺血性卒中。

排除：靶血管供血区发生的 TIA。

【指标导向】 逐步降低

(五) 脑血管造影术

1. 脑血管造影术 (DSA) 前无创影像评估率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

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

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{脑血管造影术(DSA)前无创影像评估率} \\ &= \frac{\text{脑血管造影术前完善无创影像评估的患者数}}{\text{同期行脑血管造影术的患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标说明】

无创影像评估包含：颈部血管彩超、颈动脉 CTA、颈动脉 MRA、



颈动脉 CE-MRA、经颅多普勒超声（TCD）、颅内 MRA、颅内 CTA、颅内 MRV、颅内 CTV。

【指标导向】 逐步提高

2. 脑血管造影术中非离子型对比剂应用率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，脑血管造影术中应用非离子型对比剂的患者数占行脑血管造影术的患者总数的比例。

【计算方法】

脑血管造影术中非离子型对比剂应用率

$$= \frac{\text{脑血管造影术中应用非离子型对比剂的患者数}}{\text{同期行脑血管造影术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

非离子型对比剂包含：非离子型高渗单体对比剂（碘普罗胺、碘海醇、碘帕醇、碘佛醇、碘美普尔、碘比醇），非离子等渗双体对比剂（碘克沙醇）。

【指标导向】 逐步提高

3. 脑血管造影术造影时相完整率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，脑血管造影术中靶血管造影显示时相完整的患者

数占行脑血管造影术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{脑血管造影术造影时相完整率} \\ &= \frac{\text{脑血管造影术中靶血管造影显示时相完整的患者数}}{\text{同期行脑血管造影术的患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标说明】

脑血管造影术中靶血管造影显示时相完整指动脉期、毛细血管期、静脉期、静脉窦期均显影。

【指标导向】 逐步提高

4. 脑血管造影术造影阳性率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

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

【计算方法】

$$\text{脑血管造影术造影阳性率} = \frac{\text{脑血管造影术检查有异常发现的患者数}}{\text{同期行脑血管造影术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

脑血管造影术检查有异常发现包含：动脉粥样硬化、栓塞、狭窄、闭塞、动脉瘤、动静脉畸形、动静脉瘘、静脉窦闭塞、静脉窦狭窄、血管变异、颅内占位性病变、颅脑外伤所致各种脑外血肿、血管破裂出血。

【指标导向】 监测比较



5. 脑血管造影术严重并发症发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，脑血管造影术发生严重并发症的患者数占行脑血管造影术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{脑血管造影术严重并发症发生率} = \frac{\text{脑血管造影术发生严重并发症的患者数}}{\text{同期行脑血管造影术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

严重并发症是指导致死亡或健康状况严重恶化的并发症，包括致命的疾病或者伤害、身体结构或者身体功能的永久性缺陷、需住院治疗或者延长住院时间、需要进行医疗或者手术介入以避免对身体结构或者身体功能造成永久性缺陷。

【指标导向】 逐步降低

6. 脑血管造影术穿刺点并发症发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，脑血管造影术后住院期间发生穿刺点并发症的患者数占行脑血管造影术的患者总数的比例。

【计算方法】

脑血管造影术穿刺点并发症发生率

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



【指标说明】

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

【指标导向】 逐步降低

7. 脑血管造影术死亡率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，脑血管造影术后住院期间死亡患者数占行脑血管造影术的患者总数的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

脑血管造影术后住院期间死亡以病案首页信息为依据。

【指标导向】 逐步降低

十一、肾病专业医疗质量控制指标

（一）IgA 肾病

1. 肾活检患者术前检查完成率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

肾活检患者 2 周内完成全部相关术前检查的比例。

【计算方法】



$$\text{肾活检患者术前检查完成率} = \frac{\text{2周内完成术前检查的肾活检患者数}}{\text{同期肾活检患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

肾活检前必需的检查项目包括：

- (1) 血常规、尿常规。
- (2) 肝肾功能、凝血功能、感染性疾病筛查（乙肝、丙肝、梅毒、HIV）、补体 C3、免疫球蛋白 IgA、血型。
- (3) 24 小时尿蛋白定量。
- (4) 超声检查（包括双肾形态和大小、输尿管和膀胱），以上所有检查均完成定义为完成检查。

【指标导向】 逐步提高

2. 肾脏病理切片染色规范率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

肾活检术后 2 周内规范完成肾脏病理切片染色的患者比例。

【计算方法】

$$\text{肾脏病理切片染色规范率} = \frac{\text{肾活检术后2周内规范完成肾脏病理切片染色患者数}}{\text{同期完成肾脏病理切片染色的患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

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

【指标导向】 逐步提高



3. IgA 肾病患者病理分型诊断率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

肾活检术后 2 周内完成肾脏病理分型诊断的 IgA 肾病患者比例。

【计算方法】

IgA 肾病患者病理分析诊断率

$$= \frac{\text{肾活检术后2周内完成肾脏病理分型诊断的IgA肾病患者数}}{\text{同期完成肾脏病理分型诊断IgA的患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

病理分型为 Lee 分级、Haas分型或 Oxford 分型中的任意一种即可。

【指标导向】 监测比较

4. IgA 肾病患者 RAS 阻断剂的使用率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

适合使用RAS 阻断剂的IgA 肾病患者中使用RAS 阻断剂的比例。

【计算方法】

$$\text{IgA肾病患者RAS阻断剂使用率} = \frac{\text{使用RAS阻断剂的IgA肾病患者数}}{\text{同期适合使用RAS阻断剂的IgAs肾病患者数}} \times 100\%$$

【指标说明】

肾素-血管紧张素系统（RAS）阻断剂是指血管紧张素转化酶抑制剂如贝那普利、福辛普利、培哚普利等和血管紧张素受体拮抗剂如氯沙坦、厄贝沙坦、替米沙坦等，适应症为24h尿蛋白定量>1g且病人可耐受、无



RAS 阻断剂应用禁忌症。禁忌症为双侧肾动脉狭窄或只有单侧肾脏而肾动脉狭窄或重度肾功能不全或低血压状态。

【指标导向】 监测比较

5. IgA 肾病患者随访完成率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

IgA 肾病患者完成随访的患者比例。

【计算方法】

$$\text{IgA肾病患者随访完成率} = \frac{\text{完成随访的IgA肾病患者数}}{\text{同期IgA肾病患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

随访内容包含：（1）每 3 个月完成 IgA 肾病患者尿常规、24 小时尿蛋白定量（或Up/Ucr）检查。（2）每6 个月完成 IgA 肾病患者血常规、肾功能、肝功能、血钾、空腹血糖检查。

【指标导向】 逐步提高

6. IgA 肾病患者血压控制达标率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

血压 <130/80mmHg 的 IgA 肾病患者占同期随访的 IgA 肾病患者总数的比例。

【计算方法】



$$\text{IgA肾病患者血压控制达标率} = \frac{\text{血压} < 130/80\text{mmHg的IgA肾病患者数}}{\text{同期随访的IgA肾病患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

血压 < 130/80mmHg，要求收缩压和舒张压均达标。

【指标导向】 监测比较

7. 肾功能恶化率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

治疗 6 个月后，血肌酐倍增的IgA 肾病患者比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

血肌酐倍增指血肌酐升高至基线值的 2 倍，基线值是治疗前患者血肌酐值。

【指标导向】 监测比较

8. 治疗 6 个月后 24 小时尿蛋白 < 1g 的患者比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

IgA 肾病随访患者中治疗 6 个月后 24 小时尿蛋白 < 1g 的患者比例。

【计算方法】

治疗后6个月后24小时尿蛋白 < 1g的患者比例

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

【指标导向】 监测比较

9. 肾活检严重并发症发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

肾活检发生严重并发症的患者比例。

【计算方法】

$$\text{肾活检严重并发症发生率} = \frac{\text{肾活检发生严重并发症的IgA肾病患者数}}{\text{同期完成肾活检术的IgA肾病患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

严重并发症是指需要介入止血、肾切除方法干预治疗的并发症。

【指标导向】 逐步降低

10. 激素、免疫抑制剂治疗的严重并发症发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

IgA 肾病患者应用激素、免疫抑制剂 6 个月内出现严重并发症的比例。

【计算方法】

激素、免疫抑制剂治疗的严重并发症发生率

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



【指标说明】

严重并发症包含伴有呼吸衰竭的肺部感染、股骨头坏死、消化道出血。

【指标导向】 逐步降低

(二) 血液净化技术

1. 治疗室消毒合格率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

血液透析室(中心)/腹膜透析室治疗室消毒合格的月份数量在当年所占的比例。

【计算方法】

(1) 血液透析治疗室消毒合格率。

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

(2) 腹膜透析治疗室消毒合格率。

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

【指标说明】

合格标准为：空气平均菌落数 ≤ 4.0 (5 分钟) CFU/皿和物品表面平均菌落数 ≤ 10.0 CFU/cm²。

【指标导向】 逐步提高

2. 透析用水生物污染检验合格率



【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

血液透析室（中心）的透析用水生物污染检验合格的月份/季度在当年所占的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

合格标准为：每月透析用水检验的细菌落数 $\leq 100\text{CFU/mL}$ ，每3个月检验的内毒素 $\leq 0.25\text{EU/mL}$ ，2项指标均符合为合格；并符合《血液透析和相关治疗用水》（YY0572-2015）标准。

【指标导向】 逐步提高

3. 新入血液透析患者血源性传染病标志物检验完成率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，完成血源性传染病标志物检验的新入血液透析患者比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{新入血液透析患者血源性传染病标志物检验完成率} \\ &= \frac{\text{新入血液透析患者血源性传染病标志物检验的患者数}}{\text{同期新入血液透析患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标说明】

血源性传染病标志物检测包括乙型肝炎、丙型肝炎、梅毒及艾



滋病检测。需要完成 4 种疾病相关指标检测。

【指标导向】 逐步提高

4. 维持性血液透析患者血源性传染病标志物定时检验完成率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

每 6 个月，完成血源性传染病标志物检验的维持性血液透析患者比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{维持性血液透析患者血源性传染病标志物定时检验完成率} \\ &= \frac{\text{每 6 个月完成血源性传染病标志物检验的患者数}}{\text{同期新入血液透析患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标说明】

血源性传染病标志物检测包括乙型肝炎、丙型肝炎、梅毒及艾滋病检测。需要完成 4 种疾病相关指标检测。

【指标导向】 逐步提高

5. 维持性血液透析患者的乙型肝炎和丙型肝炎发病率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

每年新发生乙型肝炎和丙型肝炎的维持性血液透析患者比例。

【计算方法】



维持性血液透析患者的乙型肝炎和丙型肝炎发病率

$$= \frac{\text{维持性血液透析患者中每年新增乙型肝炎和丙型肝炎患者数}}{\text{同期新入血液透析患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

6. 血液透析患者尿素清除指数 (Kt/V) 和尿素下降率 (URR) 控制率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

单位时间内, 单室 Kt/V (spKt/V) >1.2 且尿素下降率 (URR) > 65%的维持性血液透析患者比例。

【计算方法】

血液透析Kt/V和URR 控制率

$$= \frac{\text{spKt/V} > 1.2 \text{ 且 URR} > 65\% \text{ 的维持性血液透析患者数}}{\text{同期新入血液透析患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

7. 腹膜透析患者尿素清除指数(Kt/V)及总内生肌酐清除率(Ccr)控制率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

单位时间内, Kt/V ≥1.7/周且总 Ccr ≥50L/1.73 m²/周的腹膜透析患者比例。

【计算方法】



腹膜透析Kt/V及总 Ccr 控制率

$$= \frac{\text{Kt/V} \geq 1.7 \text{周且总 Ccr} \geq 50\text{L}/1.73\text{m}^2/\text{周的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

总 Ccr 包括残肾Ccr 和腹膜透析 Ccr。

【指标导向】 监测比较

8. 透析患者 β2 微球蛋白定时检验完成率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

每 6 个月，完成 β2 微球蛋白检验的维持性血液透析/腹膜透析患者比例。

【计算方法】

(1) 维持性血液透析患者 β2 微球蛋白定时检验完成率。

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

(2) 腹膜透析患者 β2 微球蛋白定时检验完成率。

$$\begin{aligned} & \text{腹膜透析患者} \beta 2 \text{微球蛋白定时检验完成率} \\ & = \frac{\text{每6个月完成} \beta 2 \text{微球蛋白腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标导向】 监测比较

9. 血液透析患者透析间期体重增长控制率

【指标属性】 定量指标



【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，透析间期体重增长<5%的维持性血液透析患者比例。

【计算方法】

血液透析患者透析间期体重增长控制率

$$= \frac{\text{透析间期体重增长} < 5\% \text{的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

10. 维持性血液透析患者的动静脉内瘘长期使用率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，同一动静脉内瘘持续使用时间>2年的维持性血液透析患者比例。

【计算方法】

维持性血液透析患者动静脉内瘘长期使用率

$$= \frac{\text{同一动静脉内瘘持续使用时间} > 2 \text{年的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

11. 腹膜透析患者腹膜平衡试验记录定时完成率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

每 6 个月，完成腹膜平衡试验记录的腹膜透析患者比例。



【计算方法】

腹膜平衡试验记录定时完成率

$$= \frac{\text{6个月内完成腹膜平衡试验记录的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

12. 腹膜透析退出患者治疗时间

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 月

【指标定义】

单位时间内，退出患者的平均腹膜透析时间。

【计算方法】

$$\text{退出患者治疗时间} = \frac{\text{退出患者腹膜透析病人月总和}}{\text{同期退出腹膜透析患者数}}$$

【指标说明】

退出患者是指退出腹膜透析治疗的患者，不包括因肾移植和肾功能恢复而退出患者。

【指标导向】 监测比较

13. 透析患者血常规定时检验率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

每3个月，完成血常规检验的维持性血液透析/腹膜透析患者比例。

【计算方法】



(1) 维持性血液透析患者血常规定时检验率。

维持性血液透析患者血常规定时检验完成率

$$= \frac{\text{每3个月完成血常规检验的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\%$$

(2) 腹膜透析患者血常规定时检验率。

腹膜透析患者血常规定时检验完成率

$$= \frac{\text{每3个月完成血常规检验的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

14. 透析患者血液生化定时检验率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

每 3 个月，完成血液生化检验的维持性血液透析/腹膜透析患者比例。

【计算方法】

(1) 维持性血液透析患者血液生化定时检验率

维持性血液透析患者血液生化定时检验完成率

$$= \frac{\text{每3个月完成血液生化检验的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析}} \times 100\%$$

(2) 腹膜透析患者血液生化定时检验率。

腹膜透析患者血液生化定时检验完成率

$$= \frac{\text{每3个月完成血液生化检验的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】



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

【指标导向】 逐步提高

15. 透析患者全段甲状旁腺素（iPTH）定时检验完成率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

每6个月，完成全段甲状旁腺素（iPTH）检验的维持性血液透析/腹膜透析患者比例。

【计算方法】

（1）维持性血液透析患者 iPTH 定时检验完成率。

$$\begin{aligned} & \text{维持性血液透析患者iPTH定时检验完成率} \\ &= \frac{\text{每6个月完成iPTH检验的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

（2）腹膜透析患者 iPTH 定时检验完成率。

$$\text{腹膜透析患者iPTH定时检验完成率} = \frac{\text{每6个月完成PTH检验的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

16. 透析患者的血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度定时检验完成率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】



每6个月，完成血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度检验的维持性血液透析/腹膜透析患者比例。

【计算方法】

(1) 维持性血液透析患者的血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度定时检验完成率。

$$\begin{aligned} & \text{维持性血液透析患者血清蛋白和转铁蛋白饱和度定时检验完成率} \\ &= \frac{\text{每6个月完成血清蛋白和转铁蛋白饱和度的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \\ & \times 100\% \end{aligned}$$

(2) 腹膜透析患者的血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度定时检验完成率。

$$\begin{aligned} & \text{腹膜透析患者血清蛋白和转铁蛋白饱和度定时检验完成率} \\ &= \frac{\text{每6个月完成血清蛋白和转铁蛋白饱和度的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标说明】

应同时完成血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度检测。

【指标导向】 逐步提高

17. 透析患者的血清前白蛋白定时检验完成率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

每6个月，完成血清前白蛋白检验的维持性血液透析/腹膜透析患者比例。

【计算方法】

(1) 维持性血液透析患者的血清前白蛋白定时检验完成率。



维持性血液透析患者的血清前白蛋白定时检验完成率

$$= \frac{\text{每6个月完成血清前白蛋白检验的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\%$$

(2) 腹膜透析患者的血清前白蛋白定时检验完成率。

腹膜透析患者的血清前白蛋白定时检验完成率

$$= \frac{\text{每6个月完成血清前白蛋白检验的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

18. 透析患者的 C 反应蛋白 (CRP) 定时检验完成率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

每 6 个月，完成 C 反应蛋白 (CRP) 检验的维持性血液透析/腹膜透析患者比例。

【计算方法】

(1) 维持性血液透析患者的 C 反应蛋白 (CRP) 定时检验完成率。

维持性血液透析患者CRP定时检验完成率

$$= \frac{\text{每6个月完成CRP检验的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\%$$

(2) 腹膜透析患者的 C 反应蛋白 (CRP) 定时检验完成率。

$$\text{腹膜透析患者CRP定时检验完成率} = \frac{\text{每6个月完成CRP检验的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高



19. 透析患者高血压控制率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，血压控制达标的维持性血液透析/腹膜透析患者比例。

【计算方法】

(1) 维持性血液透析患者高血压控制率。

$$\text{维持性血液透析患者高血压控制率} = \frac{\text{血压控制达标的维持性血液析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\%$$

(2) 腹膜透析患者高血压控制率。

$$\text{腹膜透析患者高血压控制率} = \frac{\text{血压控制达标的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

血液透析患者血压达标标准：60岁以下患者透析前血压 < 140/90mmHg；60岁以上患者透析前血压 < 160/90mmHg。腹膜透析患者血压达标标准：血压 < 150/90mmHg。需要收缩压和舒张压同时达标。

【指标导向】 逐步提高

20. 透析患者肾性贫血控制率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，血红蛋白 $\geq 110\text{g/L}$ 的维持性血液透析/腹膜透析

患者比例。

【计算方法】

(1) 维持性血液透析患者肾性贫血控制率。

维持性血液透析患者肾性贫血控制率

$$= \frac{\text{血红蛋白} \geq 110\text{g/L 的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\%$$

(2) 腹膜透析患者肾性贫血控制率。

$$\text{腹膜透析患者肾性贫血控制率} = \frac{\text{血红蛋白} \geq 100\text{g/L 的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

21. 透析患者慢性肾脏病-矿物质与骨异常 (CKD-MBD) 指标控制率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

单位时间内，CKD-MBD 指标控制达标的维持性血液透析/腹膜透析患者比例。

【计算方法】

(1) 维持性血液透析患者 CKD-MBD 指标控制率。

维持性血液透析患者CKB - MBD指标控制达标率

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

(2) 腹膜透析患者 CKD-MBD 指标控制率。

腹膜透析患者CKB - MBD指标控制达标率

$$= \frac{\text{CKB - MBD指标控制达标的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

CKD-MBD 指标控制达标的定义：血钙水平在2.10-2.50mmol/L、血磷水平在 1.13-1.78mmol/L、iPTH 水平在正常值上限 2-9 倍。需要 3 项指标同时达标。

【指标导向】 逐步提高

22. 透析患者血清白蛋白控制率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，血清白蛋白 $\geq 35\text{g/L}$ 的维持性血液透析/腹膜透析患者比例。

【计算方法】

(1) 维持性血液透析患者血清白蛋白控制率。

维持性血液透析患者血清白蛋白控制率

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

(2) 腹膜透析患者血清白蛋白控制率。

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

【指标导向】 监测比较



十二、护理专业医疗质量控制指标

(一) 床护比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 1:X

【指标定义】

单位时间内, 医疗机构实际开放床位与医疗机构执业护士人数的比。

【计算方法】

$$\text{医疗机构床护比}(1:X) = 1: \frac{\text{医疗机构执业护士数}}{\text{同期实际开放床位数}}$$

【指标导向】 监测达标

【指标说明】

(1) 护士指取得护士执业资格、在本医疗机构注册并在护理岗位工作的护士。

包含: 临床护理岗位护士、护理管理岗位护士、其它护理岗位护士、护理岗位的返聘护士、护理岗位的休假(含病产假)护士。

排除: 医疗机构职能部门、后勤部门、医保等非护理岗位护士, 未取得护士执业资格人员, 未在本院注册的护士。

(2) 实际开放床位数指医疗机构实际长期固定开放的床位数。

包含: 编制床位数; 除编制床位外, 经医疗机构确认有固定物理空间和标准床单位配置、可以常规收治患者的床位数; 开放时间 \geq 统计周期 1/2 的床位数。

排除: 急诊抢救床位、急诊观察床位、手术室床位、麻醉恢复室床位、血液透析室床位、接产室的待产床和接产床、母婴同室新生儿床、检查床、治疗床、临时加床。



(二) 护患比

1. 白班平均护患比

【指标定义】单位时间内，每天白班责任护士数之和与其负责照护的住院患者数之和的比。

【计算方法】

$$\text{白班护患比(1:X)} = 1: \frac{\text{每天白班护理患者数之和}}{\text{同期每天白班责任护士数之和}}$$

2. 夜班平均护患比

【指标定义】单位时间内，每天夜班责任护士数之和与其负责照护的住院患者数之和的比。

【计算方法】

$$\text{夜班护患比(1:X)} = 1: \frac{\text{每天夜班护理患者数之和}}{\text{同期每天夜班责任护士数之和}}$$

【指标说明】

因各医疗机构护理班次存在差异，统计时以 8 小时为一个班次标准工作时长，责任护士每工作 8 小时计为 1 名护士人力，患者每被护理 8 小时计为 1 名患者护理工作量。

(1) 责任护士指直接护理患者的执业护士。某班责任护士数 = 某班次时段内所有责任护士上班小时数之和 ÷ 8。

排除：治疗护士、办公班护士、配药护士和护士长（一般情况下，护士长不计算在内，当护士长承担了责任护士的工作时才计算在内）。

(2) 护理患者数：单位时间内护理住院患者的护理工作量。某白班护理患者数 = (白班接班时在院患者数 + 白班时段内新入院患

者数) × (白班时长 ÷ 8)。某夜班护理患者数 = (夜班接班时在院患者数 + 夜班时段内新入院患者数) × (夜班时长 ÷ 8)。

(3) 患者指住院患者，包含所有办理住院手续的患者。不包括办理住院手续但实际未到达病区患者；母婴同室新生儿。

(三) 每住院患者 24 小时平均护理时数

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 小时/床日

【指标定义】

单位时间内，医疗机构病区执业护士实际上班小时数与住院患者实际占用床日数的比。

【计算方法】

$$\text{每住院患者24小时平均护理时数} = \frac{\text{医疗机构病区执业护士实际上班小时数}}{\text{同期住院患者实际占用床日数}}$$

【指标说明】

(1) 医疗机构病区执业护士实际上班小时数为单位时间内医疗机构病区所有执业护士实际上班小时数之和。

包含：病区护士上班小时数、病区护士长上班小时数、病区返聘护士上班小时数、执业地点变更到医疗机构的规培/进修护士上班小时数。

排除：未取得护士执业资格人员上班小时数、非病区护士上班小时数，如手术室、门诊、血液透析室等。

(2) 住院患者实际占用床日数即为单位时间内医疗机构各科室每天 0 点住院患者实际占用的床日数总和。

包含：占用的正规病床日数、占用的临时加床日数。

排除：占用的急诊抢救床日数、急诊观察床日数、手术室床日数、麻醉恢复室床日数、血液透析室床日数、接产室的待产床和接产床的床日数、母婴同室新生儿床日数、检查床床日数和治疗床床日数。

【指标导向】 监测比较

(四) 不同级别护士配置占比

1. 病区 5 年以下护士占比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

单位时间内，在病区工作、工作年限 < 5 年的护士在病区执业护士中所占的比例。

【计算方法】

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

【指标导向】 监测比较

2. 病区 20 年及以上护士占比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

单位时间内，在病区工作、工作年限 ≥ 20 年的护士在病区执业护士中所占的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

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

(2) 病区指医疗机构有实际住院床位的病区的总称（包含重症医学科）。

(3) 病区护士指取得护士执业资格、在本医疗机构注册并在病区护理岗位工作的护士。

包含：病区临床护理岗位护士、病区护士长（副护士长）病区护理岗位的休假（含病产假）的护士。

【指标导向】 监测比较

（五）护士离职率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，某医疗机构护士离职人数与执业护士总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{护士离职率} = \frac{\text{护士离职人数}}{\frac{\text{期初医疗机构执业护士总数} + \text{期末医疗机构执业护士总数}}{2}} \times 100\%$$

【指标说明】

离职指自愿离职。

排除：因退休、死亡或被辞退而离开医疗机构的护士；在同一医疗机构岗位调整的护士。

【指标导向】 逐步降低

(六) 住院患者身体约束率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

单位时间内，住院患者身体约束日数与住院患者实际占用床日数的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

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

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

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

【指标导向】 监测比较

(七) 住院患者跌倒发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 千分比（‰）

【指标定义】

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

【计算方法】

$$\text{住院患者跌倒发生率} = \frac{\text{住院患者跌倒次数}}{\text{同期住院患者实际占用总床日数}} \times 1000\%$$

【指标说明】

统计住院患者在医疗机构任何场所发生的跌倒例次数。同一患者多次跌倒按实际发生例次计算。

包含：坠床。

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

【指标导向】 逐步降低

（八）住院患者 2 期及以上院内压力性损伤发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

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

【计算方法】

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

【指标说明】



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

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

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

住院患者总数为统计周期期初在院患者数与单位时间内新入院患者数之和。

包含：所有办理住院手续的患者。

排除：办理住院手续但实际未到达病区患者；母婴同室新生儿。

【指标导向】逐步降低

(九) 置管患者非计划拔管率

【指标属性】定量指标

【计量单位】千分比（‰）

【指标定义】

非计划拔管又称意外拔管，是指住院患者有意造成或任何意外所致的拔管，即医护人员非诊疗计划范畴内的拔管。某类导管非计划拔管率指单位时间内住院患者发生某类导管非计划拔管的例次数与该类导管留置总日数的千分比。



【计算方法】

1. 气管导管（气管插管、气管切开）非计划拔管率

$$\begin{aligned} & \text{气管导管(气管插管、气管切开)非计划拔管率} \\ &= \frac{\text{气管导管(气管插管、气管切开)非计划拔管例次}}{\text{同期气管导管(气管插管、气管切开)留置总日数}} \times 1000\% \end{aligned}$$

2. 经口、经鼻胃肠导管非计划拔管率

$$\text{经口、经鼻胃肠导管非计划拔管率} = \frac{\text{经口、经鼻胃肠导管非计划拔管例次}}{\text{同期经口、经鼻胃肠导管留置总日数}} \times 1000\%$$

3. 导尿管非计划拔管率

$$\text{导尿管非计划拔管率} = \frac{\text{导尿管非计划拔管例次}}{\text{同期导尿管留置总日数}} \times 1000\%$$

4. 中心静脉导管（CVC）非计划拔管率

$$\text{CVC非计划拔管率} = \frac{\text{CVC非计划拔管例次}}{\text{同期CVC留置总日数}} \times 1000\%$$

5. 经外周置入中心静脉导管（PICC）非计划拔管率

$$\text{PICC非计划拔管率} = \frac{\text{PICC非计划拔管例次}}{\text{同期PICC留置总日数}} \times 1000\%$$

【指标说明】

(1)某导管非计划拔管例次数指单位时间内留置某类导管的住院患者发生该类导管非计划拔管的例次数。同一住院患者在单位时间内发生的导管非计划拔管例次数按实际发生频次计算。

包含：患者自行拔除的导管；各种原因导致的导管滑脱；因导管质量问题



及导管堵塞等情况需要提前拔除的导管；因导管相关感染需提前拔除的导管。

排除：医生根据患者病情转归程度，达到拔除导管指征，医嘱拔除导管；导管留置时间达到上限，应拔除或更换导管；非住院患者拔管，如门诊患者和急诊抢救患者。

(2) 某导管留置总日数指单位时间内住院患者留置某类导管的日数之和。留置导管每跨越 0 点 1 次计作 1 日，当天置入并拔除的不统计。带管入院患者以入院当日开始，每跨越 0 点 1 次计作 1 日；带管出院患者以出院日期为止。

包含：住院患者留置某类导管处于长期医嘱执行状态的日数。

排除：一次性插管患者插管日数、门急诊等非住院病区置管患者的留置日数。

【指标导向】 逐步降低

(十) 导管相关感染发生率

1. 导尿管相关尿路感染 (CAUTI) 发生率。

【计量单位】 千分比 (‰)

【指标定义】

单位时间内，留置导尿管患者中尿路感染例次数与患者导尿管留置总日数的千分比。

【计算方法】

$$\text{导尿管相关尿路感染发生率} = \frac{\text{留置导尿管患者中尿路感染例次数}}{\text{同期患者导尿管留置总日数}} \times 1000\%$$

【指标说明】

同一患者在单位时间内发生的导尿管相关尿路感染例次数以实际发生频次计算。



2. 中心静脉导管（CVC）相关血流感染发生率。

【计量单位】千分比（‰）

【指标定义】

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

【计算方法】

$$\text{CVC 相关血流感染发生率} = \frac{\text{CVC 相关血流感染例次数}}{\text{同期患者 CVC 留置总日数}} \times 1000\%$$

【指标说明】

同一患者在单位时间内发生的中心静脉导管（CVC）相关血流感染例次数以实际发生频次计算。

3. 经外周置入中心静脉导管（PICC）相关血流感染发生率。

【计量单位】千分比（‰）

【指标定义】

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

【计算方法】

$$\text{PICC 相关血流感染发生率} = \frac{\text{PICC 相关血流感染例次数}}{\text{同期患者 PICC 留置总日数}} \times 1000\%$$

【指标说明】

同一患者在单位时间内发生的经外周置入中心静脉导管（PICC）相关血流感染例次数以实际发生频次计算。

（十一）呼吸机相关性肺炎（VAP）发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 例/千机械通气日（‰）

【指标定义】

单位时间内，呼吸机相关性肺炎例次数与住院患者有创机械通气总日数的千分比。

【计算方法】

$$\text{呼吸机相关性肺炎发生率} = \frac{\text{呼吸机相关性肺炎例次数}}{\text{同期住院患者有创机械通气总日数}} \times 1000\%$$

【指标说明】

同一患者在单位时间内发生呼吸机相关性肺炎例次数以实际发生频次计算。

【指标导向】 监测比较

（十二）护理级别占比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，医疗机构某级别护理患者占用床日数与住院患者实际占用床日数的百分比。

【计算方法】

1. 特级护理占比

$$\text{特级护理占比} = \frac{\text{特级护理患者占用床日数}}{\text{住院患者实际占用床日数}} \times 100\%$$

2. 一级护理占比

$$\text{特级护理占比} = \frac{\text{一级护理患者占用床日数}}{\text{住院患者实际占用床日数}} \times 100\%$$

3. 二级护理占比

$$\text{二级护理占比} = \frac{\text{二级护理患者占用床日数}}{\text{住院患者实际占用床日数}} \times 100\%$$

4. 三级护理占比

$$\text{三级护理占比} = \frac{\text{三级护理患者占用床日数}}{\text{住院患者实际占用床日数}} \times 100\%$$

【指标说明】

患者的护理级别是由医生和护士共同确定。某级别护理患者占用床日数指单位时间内执行该级别护理的患者占用的床日数之和，即单位时间内每天 0 点统计各级别护理患者数，分别累计求和。同一患者一天内护理级别有变化时，只能计算一次，以统计时点的护理级别为准。

【指标导向】 监测比较

十三、药事管理专业医疗质量控制指标

（一）药学专业技术人员占比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

药学专业技术人员数占同期医疗机构卫生专业技术人员总数的比例。

【计算方法】



$$\text{药学专业技术人员占比} = \frac{\text{药学专业技术人员数}}{\text{同期医疗机构卫生专业技术人员总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

药学专业技术人员是指按照有关规定取得药学专业任职资格的由医疗机构聘任的在职人员。卫生专业技术人员是指由医疗机构聘任的在职卫生专业技术人员，不含后勤等辅助部门的人员。

【指标导向】监测达标

(二) 每百张床位临床药师人数

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比 (%)

【指标定义】

每 100 张实际开放床位临床药师人数。

【计算方法】

$$\text{每百张床位临床药师人数} = \frac{\text{临床药师人数}}{\text{同期实际开放床位数}} \times 100\%$$

【指标说明】

临床药师是指以系统药学专业基础知识为基础，并具有一定医学和相关专业基础知识与技能，直接参与临床用药，促进药物合理应用和保护患者用药安全的药学专业技术人员。

【指标导向】监测达标

(三) 处方审核率

1. 门诊处方审核率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比 (%)

【指标定义】

药品收费前药师审核门诊处方人次数占同期门诊处方总人次数的比例。

【计算方法】

$$\text{门诊处方审核率} = \frac{\text{药品收费前药师审核门诊处方人次数}}{\text{同期门诊处方总人次数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

2. 急诊处方审核率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

药品收费前药师审核急诊处方人次数占同期急诊处方总人次数的比例。

【计算方法】

$$\text{急诊处方审核率} = \frac{\text{药品收费前药师审核急诊处方人次数}}{\text{同期急诊处方总人次数}} \times 100\%$$

【指标说明】

(1) 处方审核是指药学专业技术人员运用专业知识与实践技能，根据相关法律法规、规章制度与技术规范等，对医师在诊疗活动中为患者开具的处方，进行合法性、规范性和适宜性审核，并作出是否同意调配发药决定的药学技术服务。

(2) 急诊处方审核率仅统计急诊患者，急诊留观和抢救患者除外。

【指标导向】 逐步提高



(四) 住院用药医嘱审核率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

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

【计算方法】

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

【指标说明】

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

【指标导向】 逐步提高

(五) 静脉用药集中调配医嘱干预率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

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

【计算方法】

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

【指标说明】

按照《药品管理法》《处方管理办法》《医疗机构药事管理规定》《医疗机构处方审核规范》和《静脉用药集中调配质量管理规范》等法律与法规性文件，药师审核静脉用药集中调配医嘱发现不适宜时，应当及时与处方医师沟通，请其修改并签名。因病情需要的超剂量等特殊用药，医师应当再次确认签名。对用药错误医嘱而医师又拒绝修改的，药师应当拒绝调配。

【指标导向】 监测比较

(六) 门诊处方点评率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

医疗机构点评的门诊处方人次数占同期门诊处方总人次数的比例。

【计算方法】

$$\text{门诊处方点评率} = \frac{\text{点评的门诊处方人次数}}{\text{同期门诊处方总人次数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

(七) 门诊处方合格率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

合格的门诊处方人次数占同期点评门诊处方总人次数的比例。

【计算方法】



$$\text{门诊处方合格率} = \frac{\text{合格的门诊处方人次数}}{\text{同期点评门诊处方总人次数}} \times 100\%$$

【指标说明】

不合格处方包括不规范处方、用药不适宜处方及超常处方。

【指标导向】 逐步提高

(八) 住院患者药学监护率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

实施药学监护的住院患者数占同期住院患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{住院患者药学监护率} = \frac{\text{实施药学监护的住院患者数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

(1) 药学监护主要内容包括药学查房、制订监护计划、患者用药教育、药学会诊等在病历中记录的工作；

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

【指标导向】 逐步提高

(九) 用药错误报告率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

医疗机构某一时间范围内报告给医疗机构管理部门的用药错误

人次数占同期用药患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{用药错误报告率} = \frac{\text{报告给医疗机构管理部门的用药错误人次数}}{\text{同期用药患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

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

A 级：客观环境或条件可能引发错误（错误隐患）。

B 级：发生错误但未发给患者，或已发给患者但患者未使用。

C 级：患者已使用，但未造成伤害。

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

E 级：错误造成患者暂时性伤害，需要采取处置措施。

F 级：错误对患者的伤害可导致患者住院或延长患者住院时间。

G 级：错误导致患者永久性伤害。

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

I 级：错误导致患者死亡。

(2) 同期用药患者总数指单位时间内门诊、急诊和住院患者用药人数总和。

【指标导向】逐步降低

(十) 严重或新的药品不良反应上报率

【指标属性】定量指标



【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

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

【计算方法】

$$\text{严重或新的药品不良反应上报率} = \frac{\text{严重或新的药品不良反应上报人数}}{\text{同期用药患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）严重药品不良反应：是指因使用药品引起以下损害情形之一的反应：

- 1) 导致死亡。
- 2) 危及生命。
- 3) 致癌、致畸、致出生缺陷。
- 4) 导致显著的或者永久的人体伤残或者器官功能的损伤。
- 5) 导致住院或者住院时间延长。

6) 导致其他重要医学事件，如不进行治疗可能出现上述所列情况的。

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

（3）同期用药患者总数指单位时间内门诊、急诊和住院患者用药人数总和。

【指标导向】 监测比较

（十一）住院患者抗菌药物使用情况

1. 住院患者抗菌药物使用率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

住院患者使用抗菌药物人数占同期医疗机构住院患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{住院患者抗菌药物使用率} = \frac{\text{住院患者使用抗菌药物人数}}{\text{同期医疗机构住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

为便于统计，住院患者使用抗菌药物人数和住院患者总数均以出院患者的人数计算。

【指标导向】 监测比较

2. 住院患者抗菌药物使用强度

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 DDD

【指标定义】

住院患者平均每日每百张床位所消耗抗菌药物的 DDD 数。

【计算方法】

$$\text{住院患者抗菌药物使用强度} = \frac{\text{住院患者抗菌药物使用量(累计DDD数)}}{\text{同期住院患者床日数}} \times 100\%$$

【指标说明】

(1) DDD 又称“限定日剂量”，是指一个药品以主要适应证用于成年人的维持日剂量。DDD 值来源于 WHO 药物统计方法合作中心

提供的 ATC Index。对于未给出明确 DDD 值的抗菌药物，参照国家卫生健康委抗菌药物临床应用监测网提供的数据。

(2) 住院患者床日数 = 平均住院天数 × 同期出院患者总数。

【指标导向】 监测比较

3. 住院患者特殊使用级抗菌药物使用量占比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

住院患者特殊使用级抗菌药物使用量占同期住院患者抗菌药物使用量的比例。

【计算方法】

住院患者特殊使用级抗菌药物使用量占比

$$= \frac{\text{住院患者特殊使用级抗菌药物使用量(累计DDD数)}}{\text{同期住院患者抗菌药物使用量(累计DDD数)}} \times 100\%$$

【指标导向】 监测比较

4. I类切口手术抗菌药物预防使用率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

I类切口手术预防使用抗菌药物的患者数占同期I类切口手术患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{I类切口手术抗菌药物预防使用率} = \frac{\text{I类切口手术预防使用抗菌药物的患者数}}{\text{同期I类切口手术患者总数}} \times 100\%$$



【指标导向】 监测比较

(十二) 住院患者静脉输液使用率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

使用静脉输液的住院患者数占同期住院患者总数的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

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

(2) 同一患者使用多种静脉输注药物(含中药注射剂)记为1例。

(3) 为便于统计,使用静脉输液的住院患者数和住院患者总数均以出院患者的人数计算。

【指标导向】 监测比较

(十三) 住院患者中药注射剂静脉输液使用率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

使用中药注射剂静脉输液的住院患者数占同期住院患者总数的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

中药注射剂指批准文号为国药准字“Z”开头的注射剂。

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

【指标导向】 监测比较

（十四）急诊患者糖皮质激素静脉输液使用率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

急诊静脉使用糖皮质激素的患者数占同期急诊患者总数的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

对不能区分门急诊的基层医疗机构按门诊患者计算。

【指标导向】 监测比较

（十五）住院患者质子泵抑制药注射剂静脉使用率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】



静脉使用质子泵抑制剂注射剂的住院患者数占同期住院患者总数的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

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

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

【指标导向】 监测比较



第四章 单病种（术种）质量控制指标

数据来源：

国家医疗质量管理与控制信息网（NCIS）、全国医院质量监测系统（HQMS）、国家单病种质量监测平台、云南省医院质量监测与绩效评价平台。

一、急性心肌梗死（ST 段抬高型，首次住院）

主要诊断 ICD-10 编码：I21.0 至 I21.3，I21.9 的出院患者

二、心力衰竭

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

三、房颤

主要诊断 ICD-10 编码：I48 的出院患者

四、脑梗死（首次住院）

主要诊断 ICD-10 编码：I63.0 至 I63.9 的出院患者

五、短暂性脑缺血发作

主要诊断 ICD-10 编码：G45.0 至 G45.9 的出院患者

六、脑出血

主要诊断 ICD-10 编码：I61.0 至 I61.9 的出院患者

七、惊厥性癫痫持续状态

主要诊断 ICD-10 编码：G41.0，G41.8，G41.9 的出院患者

八、帕金森病

主要诊断 ICD-10 编码：G20.x00 的出院患者

九、社区获得性肺炎（成人，首次住院）



主要诊断 ICD-10 编码: J13 至J16, J18; 年龄 ≥ 18 岁的出院患者
十、社区获得性肺炎（儿童，首次住院）

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

十一、慢性阻塞性肺疾病（急性发作，住院）

主要诊断 ICD-10 编码: J44.0, J44.1 的出院患者

十二、哮喘（成人，急性发作，住院）

主要诊断 ICD-10 编码: J45, J46; 年龄 ≥ 18 岁的出院患者

十三、哮喘（儿童，住院）

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

十四、糖尿病肾病

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

十五、住院精神疾病

主要诊断 ICD-10 编码: F00-F99 的出院患者

十六、感染性休克早期治疗

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

十七、儿童急性淋巴细胞白血病（初始诱导化疗）

主要诊断 ICD-10 编码: C91.0, 且伴主要操作 ICD-9-CM-3 编码: 99.25 的出院患儿

十八、儿童急性早幼粒细胞白血病（初始化疗）

主要诊断 ICD-10 编码: C92.4, 且伴主要操作 ICD-9-CM-3 编码:



99.25 的出院患儿

十九、HBV 感染分娩母婴阻断

主要诊断 ICD-10 编码：098.4, Z22.5+080 至 084+Z37；且伴①阴道分娩操作 ICD-9-CM-3 编码 72.0 至 72.9, 73.0, 73.1, 73.2, 73.4 至 73.6, 73.9；或②剖宫产手术 ICD9-CM-3 编码：74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99 的出院患者

以上 19 个单病种（一至十九），各监测 4 条一级指标，分别为病例上报率、平均住院日、次均费用、病死率，共 76 条一级指标。指标解释具体为：

（一）病例上报率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

年度内符合单病种纳入条件的某病种上报至国家单病种质量监测平台的病例数占同期符合单病种纳入条件的同病种病例数累加求和的比例。

【计算方法】

$$\text{病例上报率} = \frac{\text{年度内符合单病种纳入条件的某病种上报至国家单病种质量检测平台的病例数}}{\text{同期符合单病种纳入条件的该病种出院人数累加求和}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

（二）平均住院日



【指标属性】 定量指标

【计量单位】 天

【指标定义】

年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间。

【计算方法】

$$\text{平均住院日} = \frac{\text{某病种出院患者占用总床日数}}{\text{同期某病种例数}}$$

【指标导向】 逐步降低

(三) 次均费用

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 元

【指标定义】

年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院费用。

【计算方法】

$$\text{次均费用} = \frac{\text{某病种总出院费用}}{\text{同期某病种例数}}$$

【指标导向】 监测比较

(四) 病死率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者死亡人数占同



期同病种出院人数的比例。

【计算方法】

$$\text{病死率} = \frac{\text{某病种死亡人数}}{\text{同期某病种例数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

二十、冠状动脉旁路移植术

主要手术ICD-9-CM-3 编码：36.1 的手术出院患者

二十一、主动脉瓣置换术

主要手术 ICD-9-CM-3 编码：35.0，35.2 的手术出院患者

二十二、二尖瓣置换术

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

二十三、房间隔缺损手术

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

二十四、室间隔缺损手术

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

二十五、脑膜瘤（初发，手术治疗）

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

二十六、胶质瘤（初发，手术治疗）



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

二十七、垂体腺瘤（初发，手术治疗）

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

二十八、急性动脉瘤性蛛网膜下腔出血（初发，手术治疗）

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

二十九、髋关节置换术

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

三十、膝关节置换术

主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 00.80 至 00.83, 81.54, 81.55 的手术出院患者

三十一、发育性髋关节发育不良（手术治疗）

主要诊断 ICD-10 编码: Q65.0 至 Q65.6, Q65.8, Q65.9, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 79.85, 77.25, 77.29; 1 岁 ≤ 年龄 ≤ 8 岁（旧称先天性髋关节脱位）的手术出院患儿三十二、剖宫产主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99 的手术出院患者

三十三、异位妊娠（手术治疗）

主要诊断 ICD-10 编码: 000 开头, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 66.01, 66.02, 66.62, 66.95, 74.30 的手术出院患者

三十四、子宫肌瘤（手术治疗）



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

三十五、肺癌（手术治疗）

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

三十六、甲状腺癌（手术治疗）

主要诊断 ICD-10 编码: C73 开头, 且伴主要手术操作 ICD-9-CM-3 编码: 06.2 至 06.5 的手术出院患者

三十七、乳腺癌（手术治疗）

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

三十八、胃癌（手术治疗）

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

三十九、结肠癌（手术治疗）

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

四十、宫颈癌（手术治疗）

主要诊断 ICD-10 编码: C53 开头, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 67.2 至 67.4, 68.4 至 68.7 的手术出院患者

四十一、舌鳞状细胞癌（手术治疗）

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

四十二、腮腺肿瘤（手术治疗）



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

四十三、原发性急性闭角型青光眼（手术治疗）

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

四十四、复杂性视网膜脱离（手术治疗）

主要诊断 ICD-10 编码: E10.3, E11.3, E14.3, H33.0 至 H33.5, H59.8, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 13.19, 13.3, 13.41, 13.42, 13.43, 13.59, 13.64, 13.65, 13.69, 13.70, 13.71, 13.73, 13.8, 13.90, 14.29, 14.31, 14.49, 14.51, 14.52, 14.53, 14.54, 14.59, 14.71, 14.72, 14.73, 14.75, 14.9 的手术出院患者

四十五、甲状腺结节（手术治疗）

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

以上 26 个单病种（二十至四十五），各监测 5 条一级指标，分别为病例上报率、平均住院日、次均费用、病死率、手术患者并发症发生率，共 130 条一级指标。指标解释具体为：

（一）病例上报率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】



年度内符合单病种纳入条件的某病种上报至国家单病种质量监测平台的病例数占同期符合单病种纳入条件的同病种病例数累加求和的比例。

【计算方法】

病例上报率

$$= \frac{\text{年度内符合单病种纳入条件的某病种上报至国家单病种质量监测平台的病例数}}{\text{同期符合单病种纳入条件的该病种出院人数累加和}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

(二) 平均住院日

【指标属性】定量指标

【计量单位】天

【指标定义】

年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间。

【计算方法】

$$\text{平均住院日} = \frac{\text{某病种出院患者占用总床日数}}{\text{同期某病种例数}}$$

【指标导向】逐步降低

(三) 次均费用

【指标属性】定量指标

【计量单位】元

【指标定义】

年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院费用。



【计算方法】

$$\text{次均费用} = \frac{\text{某病种总出院费用}}{\text{同期某病种例数}}$$

【指标导向】 监测比较

(四) 病死率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者死亡人数占同期同病种出院人数的比例。

【计算方法】

$$\text{病死率} = \frac{\text{某病种死亡人数}}{\text{同期某病种例数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

(五) 手术患者并发症发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

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

【计算方法】

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

【指标说明】



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

【指标导向】 逐步降低

四十六、终末期 肾病血液透析

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

四十七、终末期肾病腹膜透析

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

四十八、口腔种植术

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

四十九、围手术期预防感染

主要手术ICD-9-CM-3 编码如下的手术出院患者：

1. 甲状腺叶切除术：06.2 至 06.5
2. 膝半月软骨切除术：80.6
3. 晶状体相关手术：13.0 至 13.9
4. 腹股沟疝相关手术：17.11 至 17.13, 17.21 至 17.24, 53.00 至 53.17
5. 乳房组织相关手术：85.2 至 85.4



6. 动脉内膜切除术：38.1
7. 足和踝关节固定术和关节制动术：81.1
8. 其他颅骨切开术：01.24
9. 椎间盘切除术或破坏术：80.50 至 80.59
10. 骨折切开复位+内固定术：03.53，21.72，76.72 至76.79，79.30 至 79.39
11. 关节脱位切开复位内固定术：76.94，79.8
12. 骨内固定不伴骨折复位术及置入装置去除：78.5 至78.6
13. 卵巢相关手术：65.2 至 65.6
14. 肌腱相关手术：83.11 至 83.14
15. 睾丸相关手术：62.0 至 62.9
16. 阴茎相关手术：64.0 至 64.4
17. 室间隔缺损修补术：35.62
18. 房间隔缺损修补术：35.61
19. 髋关节置换术：00.7，81.51 至 81.53
20. 膝关节置换术：00.80 至 00.83，81.54，81.55
21. 冠状动脉旁路移植术：36.1
22. 剖宫产：74.0，74.1，74.2，74.4，74.99

五十、围手术期预防深静脉血栓栓塞

主要手术 ICD-9-CM-3 编码如下的手术出院患者：

1. 闭合性心脏瓣膜切开术：35.00 至35.04
2. 心脏瓣膜切开和其他置换术：35.20 至35.28
3. 脊柱颈融合术：81.04 至81.08
4. 脊柱再融合术：81.34 至81.38



5. 胃部分切除术伴胃十二指肠吻合术：43.6
6. 胃部分切除术伴胃空肠吻合术：43.7
7. 其他胃部分切除术：43.8
8. 胃全部切除术：43.9
9. 开放性和其他部分大肠切除术：45.7
10. 腹会阴直肠切除术：48.5
11. 直肠其他切除术：48.6
12. 肝叶切除术：50.3
13. 部分肾切除术：55.4
14. 全部肾切除术：55.5
15. 部分膀胱切除术：57.6
16. 全部膀胱切除术：57.7
17. 卵巢病损或卵巢组织的局部切除术或破坏术：65.2
18. 单侧卵巢切除术：65.3
19. 单侧输卵管-卵巢切除术：65.4
20. 双侧卵巢切除术：65.5
21. 双侧输卵管-卵巢切除术：65.6
22. 子宫病损或组织的切除术或破坏术：68.2
23. 经腹子宫次全切除术：68.3
24. 经腹子宫全部切除术：68.4
25. 阴道子宫切除术：68.5
26. 经腹根治性子宫切除术：68.6
27. 根治性阴道子宫切除术：68.7
28. 盆腔脏器去除术：68.8



29. 髋关节置换术：00.7，81.51 至 81.53

30. 膝关节置换术：00.80 至 00.83，81.54，81.55

31. 冠状动脉旁路移植术：36.1

五十一、中高危风险患者预防静脉血栓栓塞症

需要落实预防静脉血栓措施的重点患者：

1. 入住 ICU 的患者

2. 中高危风险患者

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

（一）病例上报率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

年度内符合单病种纳入条件的某病种上报至国家单病种质量监测平台的病例数占同期符合单病种纳入条件的同病种病例数累加求和的比例。

【计算方法】

病例上报率

$$= \frac{\text{年度内符合单病种纳入条件的某病种上报至国家单病种质量监测平台的病例数}}{\text{同期符合单病种纳入条件的该病种出院人数累加求和}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

五十二、病种上报覆盖率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

按要求上报至国家单病种质量监测平台的病种数的比例。（符合国家卫生健康委《单病种质量管理与控制技术方案（2020年版）》51个病种纳入标准的都应按要求上报）

【计算方法】

$$\text{病种上报覆盖率} = \frac{\text{病例上报率达到30%以上的病种数}}{\text{应按要求上报至国家单病种质量监测平台的病种数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

第五章 重点医疗技术临床应用质量控制指标

数据来源：

国家医疗质量管理与控制信息网(NCIS)、全国医院质量监测系统(HQMS)、医疗技术临床应用管理信息系统、中国人体器官分配与共享计算机系统(COTRS)、云南省医院质量监测与绩效评价平台、医院填报。

一、国家限制类医疗技术

国家限制类医疗技术参照国家最新目录，共监测 4 条组合性一级指标，分别为备案完成率、系统填报率、死亡率、并发症发生率。指标解释具体为：

(一) 备案完成率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

医疗机构已完成备案的国家限制类医疗技术项目数占实际开展国家限制类医疗技术项目数的比例。

【计算方法】

$$\text{备案完成率} = \frac{\text{医疗机构已完成备案国家限制类医疗技术项目数}}{\text{实际开展国家限制类医疗技术项目数}} \times 100\%$$

【指标说明】

对某项限制类医疗技术，医疗机构内多个科室开展的均算1项，备案完成率需达100%。

【指标导向】 监测达标

(二) 系统填报率



【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

医疗机构在医疗技术临床应用管理信息系统上填报的所有国家限制类医疗技术病例总数占同期实际开展所有国家限制类医疗技术病例总数的比例。

【计算方法】

$$\text{系统填报率} = \frac{\text{医疗机构在医疗技术临床应用管理信息系统上填报的所有国家限制类医疗技术病例总数}}{\text{同期实际开展所有国家限制类医疗技术病例总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

（三）死亡率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】 实施国家限制类医疗技术的患者死亡总人数占同期实施国家限制类医疗技术的患者出院总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{死亡率} = \frac{\text{实施国家限制类医疗技术的患者死亡总人数}}{\text{同期实施国家限制类医疗技术的患者出院总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

（四）并发症发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）



【指标定义】

实施国家限制类医疗技术的患者发生并发症总人数与同期实施国家限制类医疗技术的患者出院总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{并发症发生率} = \frac{\text{实施国家限制类医疗技术的患者发生并发症总人数}}{\text{同期实施国家限制类医疗技术的患者出院总人数}} \times 100\%$$

【指标说明】

限制类医疗技术并发症是指并发于实施限制类医疗技术或实施后的疾病或情况，包括：手术后出血或血肿、手术后伤口裂开、肺部感染、肺栓塞、深静脉栓塞、败血症、猝死、手术中发生或由于手术造成的休克、手术后血管并发症、痿、呼吸衰竭、骨折、生理/代谢紊乱、人工气道意外脱出等。

【指标导向】逐步降低

二、省限制类医疗技术

省级限制类医疗技术参照云南省最新目录，共监测 4 条组合性一级指标，分别为备案完成率、系统填报率、死亡率、并发症发生率，指标解释同国家级限制类技术。

三、人体器官捐献、获取与移植技术

(一) 向人体器官获取组织报送的潜在器官捐献者人数与院内死亡人数比

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比 (%)



【指标定义】

医疗机构向人体器官获取组织报送的潜在器官捐献人数占同期院内死亡人数的比例。

【计算方法】

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

【指标导向】 逐步提高

(二) 实现器官捐献的人数与院内死亡人数比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

实现器官捐献的人数占医疗机构同期院内死亡人数的比例。

【计算方法】

$$\text{实现器官捐献的人数与院内死亡人数比} = \frac{\text{实现器官捐献的人数}}{\text{同期院内死亡人数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

(三) 人体器官获取组织质量控制指标

1. 器官捐献转化率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

在人体器官获取组织(OPO)服务区域内,年度完成器官获取的



器官捐献者数量占潜在捐献者总数的比例。

【计算方法】

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

【指标导向】 逐步提高

2. 平均器官产出率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

在 OPO 服务区域内，年度获取并完成移植的器官数量与器官捐献者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{平均器官产出率} = \frac{\text{年度移植器官数量}}{\text{同期器官捐献者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

3. 器官捐献分类占比

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

脑死亡来源器官捐献者(DBD)、心脏死亡来源器官捐献者(DCD)、脑心双死亡来源器官捐献者(DBCD)数量分别占同期器官捐献者总数的比例。



【计算方法】

$$(DBD、DCD、DBCD)占比 = \frac{\text{年度}(DBD、DCD、DBCD)\text{数量}}{\text{同期器官捐献者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 DBD 占比逐步提高，DCD、DBCD 占比逐步降低

4. 获取器官利用率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

器官获取后用于移植的器官数量占同期获取器官总数的比例。

【计算方法】

$$\text{获取器官利用率} = \frac{\text{用于移植的器官数量}}{\text{同期获取器官总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

5. 移植器官原发性无功能发生率（PNF发生率）

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

同年度捐献器官移植术后 PNF 并发症发生比例，包括总PNF 发生率、DBD 来源器官 PNF 发生率、DCD 来源器官 PNF 发生率、BDCD 来源器官 PNF 发生率。

【计算方法】

$$\text{总PNF发生率}(\%) = \frac{\text{年度PNF病例数}}{\text{同期移植病例总数}} \times 100\%$$



$$(DBD/DCD/DBCD)PNF发生率(\%) = \frac{\text{年度}(DBD/DCD/DBCD)PNF\text{病例数同期}}{\text{同期}DBD/DCD/(DBCD)\text{移植病例总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

6. 移植器官术后功能延迟性恢复发生率（DGF发生率）

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

同年度捐献器官移植术后 DGF 并发症发生比例，包括总DGF 发生率、DBD 来源器官 DGF 发生率、DCD 来源器官 DGF 发生率、DBCD 来源器官 DGF 发生率。

【计算方法】

$$\text{总DGF发生率}(\%) = \frac{\text{年度DGF病例数}}{\text{同期移植病例总数}} \times 100\%$$

$$(DBD/DCD/DBCD)DGF发生率(\%) = \frac{\text{年度}(DBD/DCD/DBCD)DGF\text{病例数同期}}{(DBD/DCD/DBCD)\text{移植病例总数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

（四）肝脏移植技术医疗质量控制指标

1. 无肝期比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】



无肝期比例为无肝期时间不超过60分钟(min),60-120min和120min以上三个时间段中的肝脏移植手术人数分别占同期肝脏移植手术总人数的比例。

【计算方法】

①无肝期≤60min 比例(LIT-02-02A)

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

②60min<无肝期≤120min 比例(LIT-02-02B)

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

③无肝期>120min 比例(LIT-02-02C)

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

【指标导向】 ①逐步提高, ②逐步降低

2. 术中大出血发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比(%)

【指标定义】

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

【计算方法】

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

【指标导向】 逐步降低



3. 术后早期肝功能不全（EAD）发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

肝脏移植手术后发生EAD 的手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后 EAD 发生率} = \frac{\text{发生EAD的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

【指标说明】

符合下列一个或多个标准的病例视为发生EAD：

- (1) 术后第 7 天总胆红素（TB） $\geq 171 \mu\text{mol/L}$ （10mg/dL）。
- (2) 术后第 7 天国际标准化比值（INR） ≥ 1.6 （应用抗凝药物原因除外）。
- (3) 术后7 天内谷丙转氨酶（ALT）或谷草转氨酶（AST） $> 2000 \text{ IU/L}$ 。

【指标导向】 逐步降低

4. 术后非计划二次手术率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

肝脏移植手术后发生非计划二次手术的手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。

【计算方法】



$$\text{术后非计划二次手术率} = \frac{\text{进行非计划二次手术的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

5. 术后血管并发症发生率（1 周内、1 月内、3 月内）

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

肝脏移植手术后发生血管并发症的手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后血管并发症发生率} = \frac{\text{发生血管并发症的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

6. 术后早期死亡率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

肝脏移植术后 30 天内受者全因死亡人数占同期肝脏移植手术受者总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后早期死亡率} = \frac{\text{肝脏移植术后30天内受者全因死亡人数}}{\text{同期肝脏移植手术受者总人数}} \times 100\%$$



【指标导向】 逐步降低

7. 中国肝移植注册系统（CLTR）数据报送完整度

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

向CLTR 系统所报送数据的完整度累计值与同期肝脏移植总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{数据完整度} = \frac{\sum \text{每例肝脏移植病历数据完整度得分}}{\text{同期肝脏移植总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

（五）肾脏移植技术医疗质量控制指标

1. 术后 30 天内死亡率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

肾脏移植术后30 天内受者全因死亡人数占同期肾脏移植总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后30天死亡率} = \frac{\text{肾脏移植术后30天内受者全因死亡人数}}{\text{同期肾脏移植总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

2. 移植肾功能延迟恢复发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

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

【计算方法】

$$\text{DGF发生率} = \frac{\text{肾脏移植术后发生 DGF 受者人数}}{\text{同期肾脏移植总人数}} \times 100\%$$

【指标说明】

DGF是指肾脏移植术后一周内需要透析治疗或术后一周血肌酐未下降至 $400 \mu\text{mol/L}$ 以下。

【指标导向】 逐步降低

3. 急性排斥反应发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

肾脏移植术后 1 年内发生急性排斥反应受者人数占同期肾脏移植总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{急性排斥反应发生率} = \frac{\text{肾脏移植术后 1 年内发生急性排斥反应受者人数}}{\text{同期肾脏移植总人数}} \times 100\%$$

【指标说明】

急性排斥反应，是肾脏移植术后最常见的一种排斥反应，一般



发生在肾脏移植术后几个小时至 6 个月内，临床上表现为发热、全身不适、移植肾肿大和疼痛，同时伴有移植肾功能突然减退。

【指标导向】 逐步降低

4. 术后感染发生率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

肾脏移植术后 100 天内发生感染的受者人数占同期肾脏移植总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后感染发生率} = \frac{\text{肾脏移植术后100天内发生感染的受者人数}}{\text{同期肾脏移植总人数}} \times 100\%$$

【指标说明】

肾脏移植术后无症状的下尿路感染不在统计之列。

【指标导向】 逐步降低

5. 中国肾脏移植科学登记系统（CSRKT）数据报送完整度

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

向 CSRKT 系统报送数据的完整度得分累计值与同期肾脏移植总人数的比例。

【计算方法】



$$\text{数据完整度} = \frac{\text{所有病例的完整度得分累计值}}{\text{同期肾脏移植总人数}}$$

【指标说明】

每例肾脏移植报送数据的完整度得分=(实际录入的重要参数的数量/规定录入的重要参数总数量)×100%。

【指标导向】 逐步提高

(六) 心脏移植技术医疗质量控制指标

1. 供体心脏缺血时间小于等于 6 小时的比例

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比 (%)

【指标定义】

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

【计算方法】

$$\text{供体心脏缺血时间小于等于6小时的比例} = \frac{\text{供体心脏缺血时间小于等于6小时的心脏移植例数}}{\text{同期心脏移植手术总例数}} \times 100\%$$

【指标说明】

供体心脏缺血时间: 从供体心脏的获取开始灌注到心脏移植手术后开始供血的时间。

【指标导向】 逐步降低

2. 术后机械通气时间小于等于 48 小时的比例

【指标属性】 定量指标



【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，心脏移植手术受者术后接受机械通气的时间小于等于 48 小时的人数占心脏移植总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后机械通气时间小于等于48小时的比例} = \frac{\text{术后机械通气时间} < \text{小于等于 48 小时的人数}}{\text{同期心脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步提高

3. 术后并发症发病率

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，心脏移植手术受者术后（自手术开始至出院）发生的手术相关并发症人数占同期心脏移植总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后并发症发病率} = \frac{\text{术后出现并发症的心脏移植人数}}{\text{同期心脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

【指标说明】

手术相关并发症包括术后感染、心脏骤停、二次气管插管，气管切开和二次开胸手术。术后感染包括移植术后的细菌，真菌和病毒感染。

【指标导向】 逐步降低

4. 术后院内死亡率

【指标属性】 定量指标



【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

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

【计算方法】

$$\text{术后院内死亡率} = \frac{\text{心脏移植手术受者术后全因死亡人数}}{\text{同期心脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】 逐步降低

5. 中国心脏移植注册登记数据报送完整度

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

向中国心脏移植注册系统报送数据的完整度得分与同期心脏移植总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{数据完整度} = \frac{\sum \text{每例心脏移植手术上报数据完整度得分}}{\text{同期心脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

【指标说明】

完整度得分由中国心脏移植注册系统要求填报的移植手术主要参数计算。

【指标导向】 逐步提高

（七）肺脏移植技术医疗质量控制指标

1. 术后（6月、1年、3年、5年、10年）生存率

【指标属性】 定量指标



【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

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

【计算方法】

术后(6月、1年、3年、5年、10年)生存率=

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

【指标导向】 逐步提高

2. 中国肺脏移植注册登记数据报送完整度

【指标属性】 定量指标

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

向中国肺脏移植注册系统报送数据的完整度得分与同期肺脏移植总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{数据完整度} = \frac{\text{每例肺脏移植手术上报数据完整度得分}}{\text{同期肺脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

【指标说明】

完整度得分由中国肺脏移植注册登记系统要求填报的移植手术主要参数计算。



【指标导向】逐步提高

第三部分 现场检查

- 医院功能与任务
- 临床服务质量与安全管理
- 医院管理

条款代码	分值	评审条款	条款序号	评审细则	评分
1.1.1	3	医院的功能与任务，符合本区域卫生发展规划。	1.1.1.1	综合医院编制和开放床位数大于600张；专科医院编制和开放床位数大于300张。	1
			1.1.1.2	卫生技术人员与开放床位数之比大于等于1.2:1。专科医院优于同类平均值值得1分，低于平均值但位于前75%，得0.5分。	1
			1.1.1.3	诊疗科目符合卫生行政部门规定的三级医院设置标准并获得执业许可登记。三级综合医院须开设有康复科和老年医学科。	1
1.1.2	2	制定医院中长期规划与年度计划，医院规模和发展目标与医院的功能任务一致。	1.1.2.1	医院制定有五年发展规划和年度工作计划。	0.5
			1.1.2.2	中长期规划和年度计划符合国家对三级医院的要求，对实现“三个转变三个提高”有明确的要求和具体的目标值。	0.5
			1.1.2.3	医院前十位病种50%以上符合三级医院收治标准。	0.5
			1.1.2.4	医院前十位手术50%以上符合三级医院收治标准。	0.5
1.1.3	3	医院有承担服务区域内急危重症和疑难疾病诊疗的设施设备、技术梯队与处置能力。	1.1.3.1	医院有承担服务区域内急危重症和疑难疾病诊疗的设施设备、技术梯队与处置能力。	1
			1.1.3.2	综合医院急诊科独立设置，承担本区域急危重症的诊疗；专科医院有符合	0.5

 云南省卫生健康委员会行政规范性文件

				自身功能定位的急诊服务。	
			1.1.3.3	综合医院重症医学科床位占医院实际开放总床位的5%及以上；专科医院有急诊病人处置的床位服务。	0.5
			1.1.3.4	与急诊诊疗相关的部门可提供24小时急诊诊疗服务。	1
1.2.1	3	坚持医院的公益性，履行相应的社会责任和义务。	1.2.1.1	医院文化建设和服务宗旨、院训、发展规划体现坚持公立医院公益性，把维护人民群众健康权益放在第一位。	0.5
			1.2.1.2	参加并完成各级卫生行政部门指定的社会公益项目，包括健康扶贫、基层医疗卫生事业项目、边远地区医疗服务援助项目、多种形式社会公益性活动。	1
			1.2.1.3	将对口支援县医院和乡镇卫生院及支援社区卫生服务工作纳入院长目标责任制与医院年度工作计划，有实施方案，专人负责。	0.5
			1.2.1.4	承担政府分配的指令性任务，制定相关的制度、培训方案，并有具体措施予以保障。	1
1.2.2	2	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。定期对全体义务人员进行传染病、食源性疾病预防知识	1.2.2.1	医院有专门的部门和科室承担传染病、食源性疾病的发现、救治、报告、预防等任务。	0.5
			1.2.2.2	法定传染病报告率100%。	0.5
			1.2.2.3	年度食源性疾病预防知识达到国家相关要求。	0.5
			1.2.2.4	年度开展医务人员传染病和食源性疾病预防知识培训不少于4次，全员培训不少于1次；年度开展传染病、食源性疾病预防知识演练至少1次。	0.5

 云南省卫生健康委员会行政规范性文件

		和技能培训与处置演练。			
1.2.3	2	按照《国家基本药物临床应用指南》《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。	1.2.3.1	有贯彻落实《国家基本药物临床应用指南》和《国家处方集》、优先使用国家基本药物的相关规定；《国家基本药物目录》中的品种优先纳入“药品处方集”和“基本用药供应目录”，有相应的采购、库存量。	1
			1.2.3.2	有措施促进医师优先合理使用基本药物，规范处方行为，并定期对全院基本药物使用情况进行评价与反馈；全院基本药物品种及使用金额比例符合省级卫生行政部门的规定。医疗机构无违规开办药房、违规要求患者院外采购药品和医用耗材等行为。	1
1.3.1	2	加强医联体建设，实行分级诊疗，建立实施双向转诊制度及相关服务流程，提升医联体基层医疗机构服务能力，促进优质医疗资源扩容和下沉。	1.3.1.1	医院建立和落实分级诊疗制度、方案、措施和流程。	0.5
			1.3.1.2	明确管理部门和职责，健全转诊标准。	0.5
			1.3.1.3	落实城市医疗集团、专科联盟、远程医疗/医共体网络建设措施。	0.5
			1.3.1.4	双向转诊率逐年提升，医联体内区/县医院医疗服务能力逐步提升。	0.5
1.3.2	2	将对口支援下级医院和支援社区卫生服务工作、慢性病管理纳入院长目标责任制与医院年度工作计划，有实施方案，由专人负责。	1.3.2.1	支援区/县医院工作纳入医院年度工作计划，落实具体实施方案。	0.5
			1.3.2.2	有专门部门和人员负责区/县医院支援协调工作，健全工作职责。	0.5
			1.3.2.3	针对受援医院的需求，实施系统的技术指导、人才培养及管理帮扶。	0.5
			1.3.2.4	将支援下级医院服务的工作纳入各级人员的晋升考核。	0.5
1.3.3	2	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，制定相关的制度、方案，并有具体措施予	1.3.3.1	承担对口支援贫困区/县医院任务，落实健康扶贫工作目标任务。	0.5
			1.3.3.2	制定为贫困区/县医院培育人才制度、计划、方案。	0.5
			1.3.3.3	落实一对一导师制、学员满意度调查和考核等保障制度。	0.5
			1.3.3.4	为贫困区/县医院培养的人才填补相应专业技术空白。	0.5

 云南省卫生健康委员会行政规范性文件

		以保障。（社会办医可选）			
1.4	3	遵守国家法律、法规，严格执行各级政府制定的应急预案，按照“平战结合、防治结合”的要求加强建设，承担突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治工作。	1.4.1	根据《中华人民共和国突发事件应对法》《中国传染病防治法》《国家突发事件总体应急预案》等相关法律法规承担突发事件的发现、救治、报告、预防等任务。	0.5
			1.4.2	建立和落实突发事件应急管理组织领导和应急响应体系。	0.5
			1.4.3	开展灾害脆弱性分析，据此健全医院应急预案，组织培训演练。	0.5
			1.4.4	执行重大传染病救治和重大事故灾害紧急医疗救援与紧急救治职责。	0.5
2.1.1	2	有医疗质量管理体系，落实医疗质量管理主体责任，实行医疗质量管理院、科两级责任制。	2.1.1.1	建立明确的医疗质量管理体系，有明确的体系架构，有医疗质量管理委员会及下设医疗护理、院感、药事等专业质量管理委员会。医院的主要负责人是医疗质量管理的第一责任人。	0.5
			2.1.1.2	有明确的体系运行机制，有记录证明体系运行常态化，医疗质量管理专门部门，配置充足人力，负责医院的医疗质量管理工作。	0.5
			2.1.1.3	落实医疗质量管理主体责任，实行院、科两级责任制。院、科两级责任制体现在各自的职责中，负责人知晓本人的职责。	0.5
			2.1.1.4	医疗质量管理专门部门负责医院的医疗质量管理工作，医疗、护理、院感、药事等管理部门履行本领域医疗质量管理职责。临床科室以及药学、护理、医技等部门（以下称业务科室）主要负责人是本科室医疗质量管理的第一责任人。	0.5
2.1.2	2	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	2.1.2.1	设立医疗质量管理委员会，且医疗质量管理委员会委员由医疗管理、质量控制、护理、医院感染管理、病案管理、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。	0.5

 云南省卫生健康委员会行政规范性文件

		理委员会负责承接、配合各级质控组织开展工作，并发挥统筹协调作用。	2.1.2.2	有独立的医疗质量管理部门具体负责日常管理工作。	0.5
			2.1.2.3	医疗质量管理委员会职责符合《医疗质量管理办法》第十一条要求，有工作制度、工作计划、工作记录。	0.5
			2.1.2.4	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。	0.5
2.1.3	2	各业务科室成立本科室医疗质量管理工作小组，人员组成和职责符合《医疗质量管理办法》要求。	2.1.3.1	各业务科室成立医疗质量管理工作小组并开展相关工作，制定工作计划，有工作记录，可追溯。	0.5
			2.1.3.2	科室医疗质量管理工作小组指定专人负责日常具体工作。	0.5
			2.1.3.3	明确医疗质量管理工作小组人员组成及其职责。	0.5
			2.1.3.4	医疗质量管理工作小组主要职责符合《医疗质量管理办法》第十二条的要求。	0.5
2.1.4	2	建立健全医疗质量管理培训考核制度和考核制度，充分发挥专业人员在医疗质量管理中的作用。	2.1.4.1	有院、科两级医疗质量管理培训考核制度和考核制度。	0.5
			2.1.4.2	有医疗质量管理培训考核计划和考核记录。	1
			2.1.4.3	医疗质量管理培训考核记录应用质量管理工具指导科室开展质量管理活动并有实例记录。	0.5
2.1.5	2	遵循临床诊疗指南、医疗技术操作规范、行业标准和临床路径等有关要求开展诊疗工作。	2.1.5.1	参照最新的临床诊疗指南、医疗技术操作规范、行业标准制定医院各专业适用的临床诊疗指南、医疗技术操作规范及相关程序并且实时更新。	1
			2.1.5.2	制定的临床诊疗指南、医疗技术操作规范及相关程序对医务人员进行培训与教育，以指导医务人员的诊疗活动。	0.5
			2.1.5.3	临床路径符合最新的临床诊疗指南、医疗技术操作规范的要求，实施情况达到相关要求，定期进行自查和督查。	0.5
2.1.6	2	开展诊疗活动应当遵循患者知	2.1.6.1	医院有相关制度保障，开展诊疗活动应当遵循患者知情同意原则，履行告	0.5



云南省卫生健康委员会行政规范性文件

		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。		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。	
			2.1.6.2	医务人员在诊疗活动中尊重患者的知情同意权，履行告知义务，对患者或其近亲属、授权委托人进行病情、诊断、医疗措施和医疗风险的告知。同时尊重患者的自主选择权，能提供不同的诊疗方案，并取得其书面同意。不宜向患者说明的，应当向患者的近亲属或授权委托人说明，说明内容应有记录，并取得书面同意。	0.5
			2.1.6.3	对医务人员进行维护患者合法权益的培训，医务人员掌握告知技巧、采用患者易懂的方式进行医患沟通。了解不同民族、种族、国籍以及不同宗教患者的不同习惯。自觉保护患者隐私，除法律规定外未经本人同意不得向他人泄露患者情况。	0.5
			2.1.6.4	保护患者隐私的相关设施完善。有私密性良好的诊疗环境和医患沟通及知情告知场所，在患者进行暴露躯体检查时提供保护隐私的措施，多人病室各病床之间有间隔设施。	0.5
2.1.7	2	建立医院全员参与、覆盖临床诊疗服务全过程的医疗质量管理与控制工作制度。	2.1.7.1	医院有能够覆盖本院医疗过程的完善的质量管理制度，并有明确的核心制度。	0.5
			2.1.7.2	有医疗质量关键环节（如急危重患者管理、围手术期管理、输血与药物管理、有创诊疗操作等）的管理标准与措施。	0.5
			2.1.7.3	有重点部门（急诊科、手术室、血液透析室、重症病房、内窥镜室、导管室、产房、新生儿病房等）的管理标准与措施。	0.5
			2.1.7.4	医务人员知晓本岗位相关的质量管理标准及措施，并落实。	0.5
2.1.8	3	熟练运用医疗质量管理工具开	2.1.8.1	医院领导、职能部门管理人员、科室质控人员掌握管理常用技术工具，会	1

 云南省卫生健康委员会行政规范性文件

		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。		运用PDCA、QCC、RCA等。能提供运用医疗质量管理工具开展医疗质量管理与自我评价的相关资料。	
			2.1.8.2	医院根据卫生行政部门或者质控组织发布的质控指标和标准，国家医疗质量安全改进目标相关指标，完善医院医疗质量管理相关指标体系，及时收集相关信息，形成医院医疗质量基础数据。	1
			2.1.8.3	有指定部门负责收集和处理相关数据，信息数据集中归口管理，有信息数据库，能自动根据质量管理相关指标要求生成质量统计。	1
2.1.9	2	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，制定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。	2.1.9.1	制订医院临床专科建设发展规划并组织实施。	0.5
			2.1.9.2	医院有国家级临床重点专科或省级临床医学中心（分中心）。	0.5
			2.1.9.3	重视专科协同和中医共同发展，有具体的专科协同管理措施和中西医协同发展的具体举措。	0.5
			2.1.9.4	推行多学科诊疗模式，有措施及记录，能体现“以患者为中心，以疾病为链条”的诊疗模式。	0.5
2.1.10	3	加强单病种质量管理与控制工作，建立本院单病种管理的指标和质量参考标准体系，促进医疗质量精细化管理。	2.1.10.1	有指定部门负责开展单病种质量管理与控制工作，并按按时完成单病种质量信息上报工作。	0.5
			2.1.10.2	将单病种质量管理工作纳入医院质量管理体系、规范临床诊疗行为及加强质量管理的重要内容。	0.5
			2.1.10.3	建立本院单病种管理指标和质量参考标准体系，有单病种质量管理信息平台，能够进行实时监测。	1
			2.1.10.4	对单病种质量信息进行分析、反馈、改进，促进医疗质量精细化管理。	1
2.1.11	2	制定满意度监测指标并不断完善，定期开展患者和员工满意	2.1.11.1	定期开展患者和员工满意度调查工作，并有满意度调查结果的汇总分析和应用。	1

 云南省卫生健康委员会行政规范性文件

		度监测，改善患者就医体验和员工执业感受。	2.1.11.2	评审周期内员工满意度保持较高水平或逐年上升。	0.5
			2.1.11.3	评审周期内患者满意度一直保持较高水平或逐年上升。	0.5
2.1.12	3	建立本院各科室医疗质量内部现场检查和公示制度。	2.1.12.1	有医院医疗质量现场检查和公示制度，对各科室医疗质量关键指标进行内部公示。	0.5
			2.1.12.2	有医院医疗质量现场检查评价标准。	0.5
			2.1.12.3	开展医疗质量现场检查，有记录。	1
			2.1.12.4	根据现场检查结果进行分析、总结、反馈及改进。	0.5
			2.1.12.5	对现场检查结果进行公示。	0.5
2.1.13	2	强化基于电子病历的医院信息平台建设，满足医疗质量管理与控制工作需要。	2.1.13.1	加强医院基于电子病历的信息平台建设，至少达电子病历应用功能水平分级4级（三级甲等要达到5级及以上）。	1
			2.1.13.2	医院信息化建设能够满足医疗质量管理与控制工作的数据抓取、汇总和分析等需求。	1
2.1.14	3	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。	2.1.14.1	有医疗质量管理要求执行情况定期评估的机制并落实。	0.5
			2.1.14.2	医院有验证数据的流程程序并执行，以确保监测数据的可靠性和有效性。	0.5
			2.1.14.3	对医疗质量信息数据及时分析和反馈，分析过程中会使用统计工具和技术。	1
			2.1.14.4	对医疗质量问题和医疗安全风险进行预警和干预，对存在问题及时采取有效干预措施，评估干预效果。	0.5
			2.1.14.5	有资料显示医疗质量持续改进。	0.5
2.2.1	2	医院应当落实《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制	2.2.1.1	医院制度符合《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》等制度的要求且符合医院实际。	0.5

 云南省卫生健康委员会行政规范性文件

		度要点》要求，制定发布本院医疗质量安全核心制度，并组织全员培训。	2.2.1.2	制定并发布本院医疗质量安全核心制度。	0.5
			2.2.1.3	有本院医疗质量安全核心制度培训与教育的计划、培训记录、考核记录。	0.5
			2.1.2.4	医务人员对岗位相关医疗核心制度的知晓率>90%。	0.5
2.2.2	2	建立首诊负责制度。明确在诊疗过程中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。	2.2.2.1	医院制定《首诊负责制度》，明确在诊疗过程中不同阶段的责任主体，确保患者在就医过程中，各个诊疗服务流程连贯、清晰，在患者医疗记录上可追溯。	1
			2.2.2.2	对《首诊负责制度》进行培训，医疗管理部门对该制度执行情况进行督查，确保医务人员知晓，并在诊疗过程中遵照执行。	1
2.2.3	2	建立三级查房制度。实行科主任领导下的三个不同级别的医师查房制度，严格明确查房周期。明确各级医师的医疗决策和实施权限。	2.2.3.1	医院制定《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、各级医师的医疗决策和实施权限、医师查房行为规范，开展护理、药师查房的可参照执行。	1
			2.2.3.2	对《三级查房制度》进行培训，医疗管理部门对该制度执行情况进行督查，确保医务人员知晓，并在诊疗过程中遵照执行。	1
2.2.4	2	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，并按规范进行记录。	2.2.4.1	医院制定《会诊制度》，明确院内会诊、院外会诊、多学科会诊、远程会诊、急会诊和普通会诊等的具体流程要求，包括会诊医师资质与职责，会诊时限，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，并按规范进行记录。	1
			2.2.4.2	对《会诊制度》进行培训，医疗管理部门对该制度执行情况进行督查，确保医务人员知晓，并在诊疗过程中遵照执行。	1
2.2.5	2	建立分级护理制度。按照国家分级护理管理相关指导原则和护理服务工作标准，规范各级	2.2.5.1	有分级护理制度，患者的护理级别与病情相符，并根据患者的情况变化进行动态调整，有相应级别标识。	0.5
			2.2.5.2	责任护士掌握所管患者的护理级别及相应护理内容，并按要求落实相应的	1

 云南省卫生健康委员会行政规范性文件

		别护理的内容。合理动态调整护理级别，护理级别应当明确标识。	2.2.5.3	护理措施。 科室、主管部门对分级护理质量有监管和持续改进。	0.5
2.2.6	2	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必须及时记入病历。	2.2.6.1	医院制定和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必须及时记入病历。	1
			2.2.6.2	对《值班与交接班制度》进行培训，主管部门对该制度执行情况进行督查，确保医务人员知晓，并在诊疗过程中遵照执行。	1
2.2.7	2	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。	2.2.7.1	交接班内容应当专册记录，明确医师和护理交接班记录基本内容，并由交班人员和接班人员共同签字确认，注明签字时间（精确到分钟）。	1
			2.2.7.2	四级手术患者手术当日和急危重患者必须床旁交班。应定期进行医护联合交班来实现患者信息的沟通与交流。	1
2.2.8	2	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	2.2.8.1	医院制定《疑难病例讨论制度》，医院和科室应当确定疑难病例的范围，明确参与讨论人员范围、职务职称要求、组织和流程要求。统一疑难病例	1

 云南省卫生健康委员会行政规范性文件

		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。		讨论记录的格式和模板，讨论内容专册记录，讨论结论记入病历。	
			2.2.8.2	对《疑难病例讨论制度》进行培训，医疗管理部门对该制度执行情况进行督查，确保医务人员知晓，并在诊疗过程中遵照执行。	1
2.2.9	2	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。	2.2.9.1	医院制定《急危重患者抢救制度》，医院和科室应当确定急危重患者的范围，医院建立抢救资源配置与紧急调配机制，确保各单元抢救设备和药品可用，建立绿色通道机制，确保急危重患者优先救治。抢救完成后6小时内应当将抢救记录记入病历。	1
			2.2.9.2	对《急危重患者抢救制度》进行培训，医疗管理部门对该制度执行情况进行督查，确保医务人员知晓，并在诊疗过程中遵照执行。	1
2.2.10	2	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。（未开展手术治疗的专科医院可选）	2.2.10.1	医院制定《术前讨论制度》。医院应当明确不同术前讨论范围的参加人员范围、讨论内容和流程（包括住院及门诊手术，日间手术按住院手术要求进行术前讨论）。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。	1
			2.2.10.2	对《术前讨论制度》进行培训，医疗管理部门对该制度执行情况进行督查，确保医务人员知晓，并在诊疗过程中遵照执行。	1
2.2.11	2	建立死亡病历讨论制度。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	2.2.11.1	医院制定《死亡病例讨论制度》。医院应明确死亡病例讨论范围、参加人员、时限，讨论情况应当统一制定模板进行专册记录，讨论结果应当记入病历。	1

		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。	2.2.11.2	对《死亡病例讨论制度》进行培训，医疗管理部门对该制度执行情况进行督查，确保医务人员知晓，并在诊疗过程中遵照执行。医院应当监测全院死亡病例并至少每季度进行汇总分析，不定期对短时间内死亡人数超过常态死亡发生趋势的情况应快速启动汇总分析，提出持续改进意见。	1
2.2.12	2	建立查对制度。医院查对制度应当涵盖患者身份识别、临床诊疗行为、设备设施运行和医疗环境安全等方面。医疗器械、设施、药品、标本等查对要求按照国家有关规定和标准执行。	2.2.12.1	医院制定《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。每项医疗行为都必须至少使用两种身份查对方式对患者身份进行识别。医疗器械、设施、药品、标本等查对要求按照国家有关规定和标准执行。	1
			2.2.12.2	对《查对制度》进行培训，医疗管理部门对该制度执行情况进行督查，确保医务人员知晓，并在诊疗过程中遵照执行。	1
2.2.13	2	建立手术安全核查制度。建立手术安全核查制度和标准化流程，将产房分娩核查纳入核查内容。手术安全核查过程和内容由国家有关规定执行。手术安全核查表纳入病历。（未开展手术治疗的专科医院可选）	2.2.13.1	医院制定《手术安全核查制度》。医院应建立手术安全核查标准化流程、住院分娩产妇建立并使用产科分娩安全核查表。手术安全核查过程和内容由国家有关规定执行。明确手术部位标识相关规定与流程，手术安全核查表纳入病历。	1
			2.2.13.2	对《手术安全核查制度》进行培训，医疗管理部门对该制度执行情况建立可靠的管理监测方法，纳入医疗质量安全考核进行有效管理。	1
2.2.14	2	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	2.2.14.1	医院制定《手术分级管理制度》。建立手术分级管理工作机制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，建立周期性医师手术能力评价与再授权机制。限制类技术涉及手术的，必须先符合相应的技术规范要求方可纳入手术分级管理目录。	1

 云南省卫生健康委员会行政规范性文件

		力进行定期评估，根据评估结果对手术权限进行动态调整。 (未开展手术治疗的专科医院可选)	2.2.14.2	对《手术分级管理制度》进行培训，医疗管理部门对应建立手术分级监管系统，对手术分级管理执行和落实情况进行事前、事中、事后管理。	1
2.2.15	2	建立新技术和新项目准入制度。建立本院医疗技术临床应用目录并定期更新。建立新技术和新项目审批流程，所有新技术和新项目必须通过本院医学伦理委员会和医疗技术临床应用管理委员会审核同意后开展临床应用。	2.2.15.1	有医院医疗技术临床应用目录，对医疗技术实行分级分类管理。	0.5
			2.2.15.2	有新技术、新项目准入管理制度。	0.5
			2.2.15.3	有新技术、新项目的立项、论证、审批流程。	0.5
			2.2.15.4	医院开展的医疗技术经过医院医学伦理委员会和医疗技术临床应用管理委员会讨论通过，无违规擅自开展医疗技术案例。	0.5
2.2.16	2	明确开展新技术和新项目临床应用的专业人员范围、论证可能存在的安全隐患或技术风险并制定相应预案。建立新技术和新项目临床应用动态评估制度，对新技术和新项目实施全程追踪管理、质量控制和动态评估。	2.2.16.1	建立新技术、新项目临床应用动态评估制度。	0.5
			2.2.16.2	对开展新技术、新项目的人员资质、设备设施、其他辅助条件、风险评估、保障患者安全措施及风险应急处置预案进行审核。	1
			2.2.16.3	对新技术、新项目的安全、质量、疗效、经济型进行全程追踪管理和动态评估。	0.5

 云南省卫生健康委员会行政规范性文件

2.2.17	2	建立危急值报告制度。制定可能危及患者生命的各项检查、检验结果危急值清单并定期调整。分别建立住院和门急诊患者危急值报告具体管理流程和记录规范，确保危急值信息传递各环节无缝对接和关键要素可追溯。临床危急值信息专册登记。	2.2.17.1	医院制定《危急值报告制度》。制定可能危及患者生命的各项检查、检验结果危急值清单并定期调整，包括开展床边检验项目的临床科室，外送的检验标本或检查项目存在危急值项目的，医院应当和相关机构协商危急值的通知方式，建立可追溯的危急值报告流程，包括核实、通知、记录、报告、复查等。分别建立住院和门急诊患者危急值报告具体管理流程和记录规范，确保危急值信息传递各环节无缝对接和关键要素可追溯。统一制定临床危急值信息登记专册和模板。	1
			2.2.17.2	对《危急值报告制度》进行培训，医疗管理部门应建立危急值闭环管理监督流程，实现对危急值的全过程监管。	1
2.2.18	2	建立病历管理制度。严格落实国家有关法律法规以及病历书写、分类编码、管理与应用相关规定，建立门急诊及住院病历规范书写、管理和质量控制制度。医院应当保障病历资料安全，病历内容记录与修改信息可追溯。	2.2.18.1	医院制定《病历管理制度》。严格落实国家有关法律法规以及病历书写、分类编码、管理与应用相关规定，建立门急诊及住院病历规范书写、管理和质量控制制度。医院应当保障病历资料安全，病历内容记录与修改信息可追溯。	1
			2.2.18.2	对《病历管理制度》进行培训，主管部门对门急诊及住院病历书写、分类编码、保管、修改、借阅、复制、封存、解封、检查、评估、反馈等进行监督管理，并持续改进。	1
2.2.19	2	实施电子病历的医院，应当建立电子病历的建立、记录、修改、使用、存储、传输、质控、安全等级保护等管理制度。	2.2.19.1	实施电子病历系统管理。	0.5
			2.2.19.2	实施结构化电子病历系统管理。	0.5
			2.2.19.3	有电子病历操作、存储、传输、质控、安全管理制度。	1

2.2.20	3	建立抗菌药物分级管理制度。严格按照《抗菌药物临床应用管理办法》等有关规定，建立本院抗菌药物遴选、采购、处方、调剂、临床应用和药物评价的管理制度和具体操作流程，确定抗菌药物分级管理目录、医师抗菌药物处方权限和医师会诊权限，并定期调整。	2.2.20.1	设立抗菌药物管理工作组和临床应用管理专业技术团队，人员构成、职责任务符合《抗菌药物临床应用管理办法》相关要求；医院抗菌药物管理各项质控指标符合国家要求；参加省、市或全国抗菌药物临床应用监测网和细菌耐药监测网。	1
			2.2.20.2	有抗菌药物临床应用和管理实施细则及抗菌药物分级管理制度，有明确的医师抗菌药物处方权限和特殊使用级抗菌药物会诊权限，有信息化管理手段落实抗菌药物分级管理；有抗菌药物临床应用的管理、监测与评价制度，有评价标准；对碳青霉烯类抗菌药物及替加环素等特殊使用级抗菌药物实施专档管理；有细菌耐药预警和通报机制，对监测结果有评价分析，对临床应用有定期点评分析，对不合理使用有检查、干预和改进措施；有检验（临床微生物室）、院感、药学三方联合完成的细菌耐药情况分析对策报告，每季度一次。	1
			2.2.20.3	有围手术期预防性应用抗菌药物管理制度，对各类手术围术期预防性应用抗菌药物进行规范管理，重点关注 I、II 类切口手术的预防用药，品种选择、用药时机、疗程、术中追加符合相关规定。	0.5
			2.2.20.4	贯彻落实《β 内酰胺类抗菌药物皮肤试验指导原则》，制定实施细则并合理开展皮肤试验。制订合理的医院抗菌药物采购目录，品种、品规符合规定且定期自查、调整；凡采购目录发生变化时，需向发证的卫生行政部门备案；目录外抗菌药物临时采购符合规定；无违规购用情况。	0.5
2.2.21	2	建立临床用血审核制度。应当严格落实国家关于医疗机构临床用血的有关规定，设立临床	2.2.21.1	设立有临床用血管理委员会或工作组并履行相应职责。	0.5
			2.2.21.2	制定有包括输血全过程的医院临床用血审核制度。	0.5
			2.2.21.3	制定有临床合理用血的评估、评价、审批制度和实施记录。	0.5



云南省卫生健康委员会行政规范性文件

		用血管理委员会或工作组，制定本院临床合理用血管理制度，完善管理机制和具体流程。保障急救用血治疗需要。（未开展输血治疗的专科医院可选）	2.2.21.4	制定有紧急、特殊抢救用血的应对预案和流程。	0.5
2.2.22	2	建立信息安全管理制。明确医院主要负责人是患者诊疗信息安全管理第一责任人，依法依规建立覆盖患者诊疗信息管理全流程的制度和技保障体系。	2.2.22.1	有医院信息安全领导机构并明确医院主要负责人为第一责任人。	1
			2.2.22.2	有全流程覆盖患者信息安全管理制和技术保障措施。	1
2.2.23	2	确保实现本院患者诊疗信息管理全流程的安全性、真实性、连续性、完整性、稳定性、时效性、溯源性。对员工使用患者诊疗信息实行授权管理，明晰权责，为员工使用患者诊疗信息提供便利和安保障。	2.2.23.1	有员工使用患者信息授权管理规定，规定符合国家相关政策要求。	1
			2.2.23.2	有员工使用患者信息授权管理系统功能，管理系统在提供使用便利的同时，有患者隐私保护的相关规定。	1
2.3.1	2	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、积极、符合伦理	2.3.1.1	医疗技术服务项目符合医院执业许可证中诊疗科目范围要求，与其技术能力相适应。	1
			2.3.1.2	医疗技术服务项目应有科学性、安全性、规范性、有效性、积极性的分析、符合伦理的原则。	1

 云南省卫生健康委员会行政规范性文件

		的原则。			
2.3.2	2	医院在医疗质量管理委员会下设立医疗技术临床应用管理专门组织。人员组成和功能任务符合《医疗技术临床应用管理办法》要求。	2.3.2.1	医院在医疗质量管理委员会下有设立医疗技术临床应用管理专门组织。	1
			2.3.2.2	专门组织人员由医务、质量管理、药学、护理、院感、设备等部门负责人和具有高级技术职务任职资格的临床、管理、伦理等相关专业组成。	0.5
			2.3.2.3	专门组织的负责人由医疗机构主要负责人担任，由医务部门负责日常工作，并履行其职责。	0.5
2.3.3	2	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。	2.3.3.1	医院开展医疗技术临床应用符合医院执业许可证中的诊疗科目，有相应人员、设备、设施清单。	1
			2.3.3.2	所开展的医疗技术建立质量控制体系，并遵守相应技术临床应用管理规范；有医疗技术临床质量管理指标，定期分析反馈，持续改进。	1
2.3.4	2	医院开展限制类医疗技术，应当按照《医疗技术临床应用管理办法》履行自我评估和备案程序。	2.3.4.1	有医疗技术临床应用管理制度。	1
			2.3.4.2	医院开展限制类医疗技术，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。	1
2.3.5	2	未经伦理委员会审查通过的医疗技术，特别是限制类医疗技术和存在重大伦理风险的医疗技术，不得应用于临床。	2.3.5.1	有医院伦理委员会和医疗技术伦理审核工作制度。	1
			2.3.5.2	不应用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于临床。	1
2.3.6	2	制定本机构医疗技术临床应用管理目录并及时调整，对目录内的手术进行分级管理。	2.3.6.1	制定本机构医疗技术临床应用目录。	0.5
			2.3.6.2	根据国家卫生健康委发布的医疗技术，本机构新开展的医疗技术及时调整目录。	0.5

 云南省卫生健康委员会行政规范性文件

			2.3.6.3	建立手术分级管理制度,有手术分级目录。并根据手术开展情况定期调整。	1
2.3.7	2	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。(未开展手术治疗的专科医院可选)	2.3.7.1	建立医师手术授权、动态评估、动态管理制度。	0.5
			2.3.7.2	根据医师的专业能力、临床实践、手术质量安全和培训情况,对医师进行手术项目及手术级别授予或者取消的明细。	1
			2.3.7.3	手术记录中无越级手术或未经授权擅自开展手术的案例。	0.5
2.3.8	2	医院依法准予医务人员实施与其专业能力相适应的医疗技术,并为医务人员建立医疗技术临床应用管理档案,纳入个人专业技术档案管理。	2.3.8.1	医院根据医务人员的执业类别,技术职称,工作能力等审核准予开展与其专业能力相符合的医疗技术。	1
			2.3.8.2	医院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并适时进行动态调整。	1
2.3.9	2	建立医疗技术临床应用论证制度。对已证明安全有效,但属本院首次应用的医疗技术,应当组织开展技术能力和安全保障能力论证并进行伦理审查。	2.3.9.1	建立医疗技术临床应用论证制度。	1
			2.3.9.2	属本院首次应用的医疗技术(已证明安全有效),需经医疗技术临床应用管理组织进行技术能力和安全保障能力论证,并经伦理委员会进行伦理审查。	1
2.3.10	2	建立医疗技术临床应用评估制度,对限制类技术的质量安全和技术保证能力进行重点评	2.3.10.1	建立医疗技术临床应用评估制度。	1
			2.3.10.2	对开展限制类技术的质量安全和技术保证能力进行重点评估,并根据评估结果及时调整本院医疗技术临床应用管理目录。	0.5

 云南省卫生健康委员会行政规范性文件

		估，并根据评估结果及时调整本院医疗技术临床应用管理目录、医师相关临床应用权限和有关管理要求。	2.3.10.3	及时调整医师限制类技术临床应用权限。	0.5
2.3.11	2	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。	2.3.11.1	建立医疗技术临床应用质量控制制度。	1
			2.3.11.2	以限制类技术为重点，制定本院医疗技术质量控制指标。	0.5
			2.3.11.3	有对医疗技术临床应用数据收集、分析与反馈，持续改进技术临床应用质量。	0.5
2.3.12	2	建立医疗技术临床应用规范化培训制度。重视医疗技术临床应用管理人才队伍的建设和培养。	2.3.12.1	建立医疗技术临床应用规范化培训制度。	1
			2.3.12.2	有医疗技术临床应用管理人才队伍的建设和培养方案及相应技术目录。	1
2.3.13	2	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。	2.3.13.1	医院有开展的限制类技术目录、手术分级管理目录。	1
			2.3.13.2	医院开展的限制类技术目录、手术分级目录和限制类技术临床应用情况纳入医院院务公开范围，接受社会监督。	1
2.3.14	2	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。	2.3.14.1	医院建立停止医疗技术临床应用的管理制度。	1
			2.3.14.2	对停止使用的医疗技术临床应用按规定履行报告程序。	1
2.3.15	2	医院按照要求，及时、准确、	2.3.15.1	医院建立开展限制类技术数据库。	1

 云南省卫生健康委员会行政规范性文件

		完整地向全国和省级医疗技术临床应用信息化管理平台逐例报送限制类技术开展情况数据信息。	2.3.15.2	按照要求,及时、准确、完整地向全国和省级医疗技术临床应用信息化管理平台逐例报送限制类技术开展情况数据信息。	1
2.3.16	2	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。	2.3.16.1	医院承担限制类技术临床应用规范化培训工作的,应当于首次发布招生公告之日起3个工作日内,向省级卫生行政部门备案。	1
			2.3.16.2	制定培训方案向社会公开。	1
2.3.17	2	医院承担限制类技术临床应用规范化培训工作的,应当建立培训规章制度及流程,明确岗位职责和管理要求,加强学员管理,建立学员培训档案,按照培训方案和计划开展培训工作,保障培训质量。	2.3.17.1	医院承担限制类技术临床应用规范化培训工作的培训基地,建立培训规章制度及流程,明确岗位职责和管理要求。	0.5
			2.3.17.2	建立医师培训档案。	0.5
			2.3.17.3	建立学员培训档案,按照培训方案和计划开展培训工作,保障培训质量。	1
2.4.1	3	以减少诊疗活动对患者的伤害为目标,建立医疗质量(安全)不良事件信息采集、记录和报告相关制度和激励机制。有对本院医疗质量(安全)不良事	2.4.1.1	有主动报告医疗安全(不良)事件的制度与可执行的工作流程,有途径便于医务人员报告医疗安全(不良)事件,有指定部门统一收集、核查医疗安全(不良)事件。有指定部门向相关机构上报医疗安全(不良)事件。	0.5
			2.4.1.2	有对员工进行不良事件报告制度的教育和培训。	0.5
			2.4.1.3	每百张床位不良事件年报告数 ≥ 20 件。	0.5

 云南省卫生健康委员会行政规范性文件

		件及管理缺陷进行统计分析、信息共享和持续改进机制。	2.4.1.4	建立有医务人员主动报告的激励机制，对不良事件呈报实行非惩罚制度；严格执行《重大医疗过失行为和医疗事故报告制度》的规定，激励措施有效执行。	0.5
			2.4.1.5	定期分析医疗安全信息，对重大不安全事件要有根本原因分析。应用安全信息分析和改进结果，持续完善和优化医院患者安全管理方案或制度规范。	0.5
			2.4.1.6	建立院内网络医疗安全（不良）事件直报系统及数据库，利用信息化手段加强管理，持续改进安全（不良）事件报告系统的敏感性，有效降低漏报率，能对改进措施的执行情况进行评估。	0.5
2.4.2	3	落实《医疗纠纷预防和处理条例》，加强医疗风险管理，完善医疗风险的识别、评估和防控措施并定期检查落实情况，及时消除隐患。	2.4.2.1	有医疗纠纷预防和处理制度与流程，医务人员熟悉医疗纠纷处理流程。	0.5
			2.4.2.2	有对医务人员进行医疗卫生法律、法规、规章和诊疗相关规范、常规的培训，开展医疗纠纷典型案例和职业道德教育，每年至少1次。	0.5
			2.4.2.3	制定医疗风险识别、评估和防控措施。	0.5
			2.4.2.4	建立医疗风险事前管理机制，主动防范突发风险。	0.5
			2.4.2.5	科室对发生的每例纠纷认真总结分析，制定改进措施。	0.5
			2.4.2.6	职能部门定期对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。	0.5
2.4.3	2	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。	2.4.3.1	贯彻落实《医院投诉管理办法（试行）》，建立健全医患沟通机制和投诉管理制度及明确的处理流程，实行“首诉负责制”，设立或指定专门部门统一接受、处理患者和医务人员投诉，在规定时间内处理并答复投诉人。	0.5
			2.4.3.2	妥善处理医疗纠纷，有医疗纠纷范围界定、处理制度与操作流程；有法律顾问、律师提供相关法律支持，相关人员熟悉流程并履行相应职责；建立新闻发言人制度。	0.5

			2.4.3.3	通过各种形式，在显要地点公布投诉管理部门、地点、接待时间及其联系方式，同时公布上级部门投诉电话，建立健全投诉档案；配置完善的录音录像设施的投诉接待室；有完整的投诉登记，包括书面、音像档案资料，体现投诉处理的全过程。	0.5
			2.4.3.4	多种形式对员工进行《医疗纠纷防范及处理条例》的专门培训（每年至少1次），开展典型案例教育，有完整相关资料，并有培训效果评价。根据患者和员工的投诉情况改进医疗服务质量，提高管理水平。将投诉与绩效考核、医师考核和职能部门工作评价相结合，并通过投诉管理，提高患者和员工对医疗服务和医院管理的满意率。	0.5
2.4.4	3	建立药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件监测报告制度，定期评估相关事件并及时反馈临床，按照国家有关规定向相关部门报告。	2.4.4.1	有药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件监测报告制度与程序。定期评估相关事件并及时反馈临床，重点监测非预期（新发现）的、严重的药物不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事，有原始记录。将患者发生的相关药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件如实记入病历中。	1
			2.4.4.2	发生严重药品不良反应、药害事件和医疗器械不良事件，积极进行临床救治，做好医疗记录，保存好相关药品、物品的留样，并对事件进行及时的调查、分析，按规定上报卫生行政部门和药品、医疗器械监督管理部门。	1
			2.4.4.3	对药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件实行信息化管理。重视药品不良反应监测哨点医院建设，积极推进主动监测工作的开展，使用主动监测软件。通过国家医疗器械不良事件监测系统上报医疗器械不良事件。有鼓励药品不良反应、药害事件和医疗器械不良事件报告的措施并落实。	1
2.4.5	3	有对深静脉血栓中高危患者评	2.4.5.1	有深静脉血栓防治实施方案，成立深静脉血栓防治管理委员会，院领导为	0.5

		估、识别、预防、诊断和处置的制度和流程并开展全员培训。		VTE防治工作领导人。	
			2.4.5.2	建立院科两级深静脉血栓防治体系，运用多学科联合诊疗（MTD）模式进行防治，并规范落实。	0.5
			2.4.5.3	定期对医务人员开展深静脉血栓防培训（每年至少1次），对核心科室每年至少2次培训，并有培训记录和考核。	0.5
			2.4.5.4	积极开展住院病人VTE防治宣传教育，对住院患者VTE风险评估率 $\geq 80\%$ 。	0.5
			2.4.5.5	VTE发生科室对VTE事件进行认真总结分析，持续改进。	0.5
			2.4.5.6	有明确的职能部门对VTE防治工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。	0.5
2.4.6	3	关注院内安全，有针对心跳骤停、昏迷、跌倒等高风险意外事件的应急措施和救护机制，保障全院任何区域内均能及时提供紧急救治和生命支持服务。	2.4.6.1	有患者跌倒、坠床等意外事件的上报管理制度、处理预案与工作流程，并有防止患者跌倒、坠床的措施、标识、设备、设施。	0.5
			2.4.6.2	有心跳骤停、昏迷等突发事件的应急救治措施及抢救预案。	0.5
			2.4.6.3	有全院各楼层生命支持设备分布图及应急调配机制。	0.5
			2.4.6.4	有对心跳骤停、昏迷等高风险意外事件的三基培训和考核方案，每年至少1次。	0.5
			2.4.6.5	医院对心跳骤停、昏迷等高风险事件应急抢救演练，每年至少1次，门诊、急诊医技科室等核心科室每年至少2次。	0.5
			2.4.6.6	有明确职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。	0.5
2.4.7	2	关注分娩安全，有控制分娩疼痛和减少分娩损伤的制度、技术规范 and 流程。（未开展分娩服务的专科医院可选）	2.4.7.1	有安全分娩的制度、技术规范、流程，有减少分娩损伤的制度，有分娩意外的抢救预案，并认真落实。	0.5
			2.4.7.2	每半年对会阴侧切率、剖宫产率、子宫切除等分娩质量指标进行总结分析，持续改进分娩质量。	0.5

			2.4.7.3	有无痛分娩的制度、流程、技术操作规范。	0.5
			2.4.7.4	有明确的职能部门对无痛分娩开展进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。	0.5
2.5.1	3	门、急诊（含发热、肠道门诊，下同）布局符合相关规定，能满足临床管理工作需要。建立门、急诊管理制度和 workflows、突发应急事件处置预案并组织实施。	2.5.1.1	按照《医疗机构管理条例》、《急诊科建设规范》和《中华人民共和国传染病防治法》等有关法律法规，门、急诊（含发热、肠道门诊等）布局具统筹性、科学性及战略性原则（统筹性原则是指医疗机构要把发热门诊与感染性疾病科、呼吸科门诊、检验科、影像科、医院感染管理结合起来，统一考虑其空间布局、管理方式和运行机制；科学性原则是指发热门诊的位置设置、流程和运行管理要以医疗机构设置发热门诊目的为出发点；战略性原则是指发热门诊设置要充分考虑“平战”结合，日常运行资源的可调配性，应急战备的可扩充性）。实现患者闭环管理。	1
			2.5.1.2	根据医院《章程》，有保障门、急诊正常运行的管理制度和 workflows 及突发应急事件处置预案，组织实施记录完备。	1
			2.5.1.3	医院职能部门定期开展对“五大中心”、发热门诊、肠道门诊调研改进及质量控制工作。	1
2.5.2	2	加强门、急诊专业和技术力量配备，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、急诊义务人员开展技术和技能专业培训。	2.5.2.1	有固定的门、急诊专业技术人员保障临床诊疗工作，资源配置合理（8小时出诊医生日均接诊人次不超过50-60人次；门、急诊副高以上医生比例不低于当地同级医疗机构平均水平）。	1
			2.5.2.2	有加强门、急诊医疗资源调配的管理机制和突发事件应急处理机制并实施。	0.5
			2.5.2.3	定期开展持续提升门、急诊医务人员技术技能的培训，培训记录完善，有培训效果评价分析。	0.5

 云南省卫生健康委员会行政规范性文件

2.5.3	2	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。	2.5.3.1	根据《医疗机构传染病预检分诊管理办法》，制定传染病预检分诊制度、预检分诊流程图及转运路径等文件体系。	0.5
			2.5.3.2	门、急诊规范设置传染病预检分诊点，标识明确，通风良好；有专人值守，防护符合要求，物品配置齐全。	0.5
			2.5.3.3	有定期对医务人员进行传染病防治知识的培训记录，培训包括传染病防治的法律、法规以及传染病流行动态、诊断、治疗、预防、职业暴露的预防和处理等内容。	0.5
			2.5.3.4	预检分诊相关记录完善、存档，有问题分析评价和持续改进管理记录。	0.5
2.5.4	2	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。	2.5.4.1	医院有确定的职能部门开展对临床各科室的门、急诊质量考核工作。考核指标含《三级公立医院绩效考核》主要指标。	0.5
			2.5.4.2	考核指标客观，有目标，具有可操作性且考核应用于科室及医务人员。	0.5
			2.5.4.3	运用信息化监管平台并定期评价并持续改进，各项指标趋势向好。	1
2.5.5	2	有急危重症患者“绿色通道”。建立院前急救、院内急救与住院或转诊的连贯性医疗服务流程，并定期进行评价和持续改进。	2.5.5.1	有急危重症患者优先处置的制度和流程，有“绿色通道”病情分级诊治的相关规定。	0.5
			2.5.5.2	有院前急救与院内急诊“绿色通道”有效衔接工作流程。有急诊与住院连贯的医疗服务标准与流程。	0.5
			2.5.5.3	有急诊科与120急救中心、基层医疗机构急诊患者转接流程，保障患者得到连贯抢救治疗，保持绿色通道畅通。	0.5
			2.5.5.4	主管职能部门对急诊绿色通道实施情况定期督导检查、持续改进急诊抢救工作。	0.5
2.5.6	3	有创伤、脑卒中、急性心肌梗死、高危孕产妇及新生儿等急	2.5.6.1	有急性创伤、急性脑卒中、急性心肌梗死、高危孕产妇及新生儿等重点病种和重点人群的急诊服务流程。	1

 云南省卫生健康委员会行政规范性文件

		危重症病种和重点人群服务规范和流程。	2.5.6.2	有急危重症病种患者紧急会诊和优先入院抢救的相关规范、规定。	0.5
			2.5.6.3	急诊服务体系中相关部门（包括急诊科、各专业科室、各医技检查科室、药剂科以及挂号与收费等）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。	1
			2.5.6.4	有急危重症病种急诊抢救登记、总结、分析、反馈及持续改进措施。	0.5
2.5.7	2	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。	2.5.7.1	有预约诊疗工作制度和规范流程、有方便患者获取的门诊和预约服务公开的医疗信息、有出诊医师管理措施，变动出诊时间提前公告。	0.5
			2.5.7.2	有信息化预约管理平台、至少开展两种以上形式的预约诊疗服务，如电话、网络、现场等预约形式。	0.5
			2.5.7.3	不断提高预约就诊比例，门诊预约率达到门诊量 60%以上。对预约诊疗情况进行分析评价，持续改进预约工作。	0.5
			2.5.7.4	常态化的开展多学科诊疗业务。	0.5
2.5.8	2	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、瞩目、易懂的标识。	2.5.8.1	门诊就诊环境保持清洁、无安全隐患。	0.5
			2.5.8.2	有便民服务相关管理制度、措施和流程；门诊区域满足患者就诊需要，有配备适宜座椅的等候休息区。	0.5
			2.5.8.3	有专人为患者提供接待、咨询、引导等便民服务，并熟知各服务流程。	0.5
			2.5.8.4	标识与服务区域功能或路径完全相符；服务区域功能或路径变化后，及时变更标识。	0.5
2.5.9	2	完善患者入院、出院、转科、转院服务管理工作制度和标准，为急诊患者入院制定合理、便捷的相关制度与流程。加强	2.5.9.1	有完善的出入院、转科、转院管理制度，为患者提供连续的医疗服务。	1
			2.5.9.2	有为急诊患者入院提供合理、便捷的相关制度与流程。	1

 云南省卫生健康委员会行政规范性文件

		转科、转院患者的交接管理。			
2.5.10	2	加强出院患者健康教育，为出院患者提供规范的出院医嘱和康复指导意见，建立出院患者随访制度并组织实施。	2.5.10.1	有出院患者健康教育相关规定，为出院患者提供规范的出院医嘱及健康指导意见。	1
			2.5.10.2	有出院患者随访制度并组织实施。	1
2.5.11	3	建立各专科常见疾病的临床诊疗规范和技术操作流程，由具有法定资质的医务人员按照制度、程序、规范和流程对患者进行疾病诊断、评估并制定诊疗计划。对疑难危重患者、恶性肿瘤患者，实施必要的多学科评估和综合诊疗。	2.5.11.1	有各专科常见疾病的临床诊疗规范和技术操作流程。	1
			2.5.11.2	使用本学科新制定或最新更新的诊疗指南，先培训、后执行。	1
			2.5.11.3	对患者进行疾病诊断、评估、制定诊疗计划者必须具备法定资质。	0.5
			2.5.11.4	对疑难危重者、部分恶性肿瘤患者实施必要的多学科评估和综合诊疗。	0.5
2.5.12	2	对住院患者实施营养评估，为患者提供营养膳食指导，提供营养配餐和治疗饮食，满足患者治疗需要。对特殊、疑难、危重及大手术患者提供营养会诊，按需提供营养支持方案，并记入病历。	2.5.12.1	为患者提供营养膳食指导。	1
			2.5.12.2	对住院患者有营养评估，可提供营养餐及治疗饮食。	0.5
			2.5.12.3	对特殊、危重及大手术患者提供营养会诊并落实。	0.5
2.5.13	2	实施手术患者评估制度，合理制订诊疗和手术方案。建立重	2.5.13.1	实行手术评估制度，有术前讨论记录（抢救生命的急诊手术例外）。	0.5
			2.5.13.2	合理制定手术计划及方案，有规范全面的术前总结。	0.5

 云南省卫生健康委员会行政规范性文件

		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。（未开展手术治疗的专科医院可选）	2.5.13.3	实施重大手术报告审批管理。	0.5
			2.5.13.4	有急诊手术管理规定，有绿色通道保障措施。	0.5
2.5.14	2	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。（未开展手术治疗的专科医院可选）	2.5.14.1	按时完成手术记录、术后首次病程记录，开具规范的术后医嘱。	1
			2.5.14.2	对手术离体组织有明确的病理学检查规定与流程，均做病理学检查，明确诊断。	1
2.5.15	3	完善日间手术质量安全管理制度和评估工作机制。制定并向社会公开本院日间手术病种和技术目录，明确手术适应症范围、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。（未开展手术治疗的专科医院可选）	2.5.15.1	有完善的日间手术质量安全管理制度和督导。	1
			2.5.15.2	有评估工作机制及相应的总结分析。	0.5
			2.5.15.3	制定并向社会公开日间手术病种和技术目录。	0.5
			2.5.15.4	重视日间手术患者宣传和随访。	0.5
			2.5.15.5	日间手术病历管理规范。	0.5
2.5.16	3	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	2.5.16.1	麻醉人员配置合理，基本满足临床需要。	0.5
			2.5.16.2	麻醉医师人数与手术台比例不低于2:1。	0.5
			2.5.16.3	麻醉医师麻醉之前评估、之后随访。	0.5

 云南省卫生健康委员会行政规范性文件

		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。（未开展手术治疗的专科医院可选）	2.5.16.4	麻醉医师知晓麻醉意外与并发症处理规定和流程。	0.5
			2.5.16.5	设麻醉后复苏室，有完善的管理制度和转入转出标准，转出使用Steward评分标准并且全程记录。	0.5
			2.5.16.6	术后镇痛管理规范。	0.5
2.5.17	3	根据《传染病防治法》等相关法律、法规要求设置感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊，其建筑规范、医疗设备和设施、人员符合规定。按计划对工作人员进行相关培训。	2.5.17.1	设置感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊，其位置符合要求，布局合理、分区明确。	0.5
			2.5.17.2	有完善的规章制度与流程，岗位职责明确。	0.5
			2.5.17.3	具备必要的医疗设备设施以及防护物资。	0.5
			2.5.17.4	及时规范的报告疫情，网络直报有保障。	0.5
			2.5.17.5	落实培训计划，包括岗前培训、疫情报告、突发公共卫生事件等，并组织演练。	0.5
			2.5.17.6	按照《医疗废物管理条例》制定废物处理规定并执行。主管部门监管到位。	0.5
2.5.18	2	实施精神类疾病诊疗的医院与医师需具备卫生健康行政部门规定的诊疗科目及医师资质；医院明确精神类治疗服务范围并为患者提供适当的医疗保护措施，向近亲属或授权委托人提供医疗保护措施的知情同意和教育。	2.5.18.1	精神病专科医院与从事精神病专业的医师具有法定资质，诊疗项目符合行政部门审批规定。	0.5
			2.5.18.2	尊重患者及监护人的合法权益，履行告知义务。	0.5
			2.5.18.3	提供医疗保护措施。对患者进行风险评估，有风险控制策略。	0.5
			2.5.18.4	有无抽搐电休克等高风险技术操作授权管理制度，有医疗技术风险处置预案。	0.5
2.5.19	2	实施精神类疾病治疗的医院为	2.5.19.1	精神病专科医院对精神病患者其他躯体疑难病症有院内外会诊制度，可提	0.5

 云南省卫生健康委员会行政规范性文件

		精神障碍者的其他躯体疾患提供多学科联合诊疗服务，有常见并发症的预防规范与风险防范流程，有相关培训教育。为精神障碍者提供出院康复指导与随访。		供多学科联合诊疗服务。	1
			2.5.19.2	有常见并发症防治措施。	
			2.5.19.3	为精神障碍者提供出院康复指导，开展随访工作。	
2.5.20	2	医院开展介入诊疗技术，专业设置、人员配备及其设备、设施符合《放射诊疗管理规定》和相关介入诊疗技术管理规范要求。按照技术适应症规范技术操作并开展质量控制。有介入诊疗器械登记制度，保障器械来源可追溯。（未开展介入治疗的专科医院可选）	2.5.20.1	所开展的介入诊疗技术项目与卫生行政部门核准的临床诊疗科目一致并获取准入资格（包括技术准入和人员准入）。	0.5
			2.5.20.2	设备、设施符合《放射诊疗管理规定》及介入诊疗技术管理规范要求。	0.5
			2.5.20.3	制定介入诊疗各级各类人员岗位职责、技术操作规范与流程，组织人员培训并考核；掌握介入诊疗技术的适应证与禁忌证，并严格执行；对介入诊疗质量有定期评价和分析，并有记录。	0.5
			2.5.20.4	有介入诊疗器材购入、使用登记制度，器材来源可追溯。	0.5
2.5.21	3	开展血液净化技术应当符合相关法律、法规及行业管理要求。有质量管理制度、安全保障措施和紧急处理预案。（未开展血液净化技术的专科医院可选）	2.5.21.1	由卫生行政部门核准开展血液净化技术。	0.5
			2.5.21.2	按照规范设置医、护、技岗位并有明确的岗位职责，定期进行能力评价。	0.5
			2.5.21.3	分区布局、房屋、设施、设备符合规定。	0.5
			2.5.21.4	血液透析室有质量管理制度，对相关制度、岗位职责、技术规范、操作规程的落实情况进行检查，对血液透析室的重点环节和影响医疗安全的高危因素进行监测、分析和反馈，并持续改进。	0.5

 云南省卫生健康委员会行政规范性文件

			2.5.21.5	有紧急意外情况（停电、停水、火灾、地震等）的处理预案，有常见并发症（透析中低血压、肌肉痉挛、恶心和呕吐、头痛、胸痛和背痛、皮肤瘙痒、失衡综合征、透析器反应、心律失常、溶血、空气栓塞、发热、透析器破膜、体外循环凝血）的紧急处理流程。	0.5
			2.5.21.6	对应急预案与处理流程有演练（至少每年一次），有记录，有讨论与评价。	0.5
2.5.22	2	血液透析机与水处理设备符合要求。透析液的配制符合要求，透析用水化学污染物、透析液细菌及内毒素检测达标。血液透析器复用执行《血液透析器复用操作规范》。（未开展血液净化技术的专科医院可选）	2.5.22.1	血液透析机符合国标要求，水处理设备符合国标要求。	0.5
			2.5.22.2	各类透析器材管理符合国家标准，存放在符合条件的库房内，有提取使用流程与登记记录。	0.5
			2.5.22.3	有透析液和透析用水质量监测制度与执行的流程，有完整的水质量监测记录；透析液和透析粉符合国家标准，透析液配制有操作常规。	0.5
			2.5.22.4	医院无透析器复用的情况。	0.5
2.5.23	2	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、放射防护制度，并严格执行。（未开展放射治疗的医院可选）	2.5.23.1	具有卫生行政部门核准的“放射治疗”诊疗科目，机房建筑应取得国家的合格证书，有定期的核准与校验。	0.5
			2.5.23.2	放射治疗设备具有获得国家卫生行政管理部门核准的《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配置许可证》。	0.5
			2.5.23.3	有放射治疗装置的操作、维护维修和检测制度，放射场所设置明显的警示标识。	0.5
			2.5.23.4	定期对相关人员进行制度与流程的培训、考核，有记录。有患者与工作人员放射防护制度并落实，工作人员佩戴个人放射剂量计。	0.5
2.5.24	2	实施放射治疗应当有明确的规	2.5.24.1	有放射治疗管理的规章制度、放射治疗操作规范和流程，组织对相关人员进行	0.5

 云南省卫生健康委员会行政规范性文件

		范与流程，有医学物理人员参与制订治疗计划，保证方式至定位精确与计量准确。有放射治疗意外应急预案处置措施。（未开展放射治疗的医院可选）		进行的培训。	
			2.5.24.2	放射治疗前由主管医生、物理师共同制定放射治疗计划。开展疑难、危重症病例讨论，有对放射治疗效果和毒副作用的评价。	0.5
			2.5.24.3	有放射治疗定位精确与计量准确的相关程序。	0.5
			2.5.24.4	有放射治疗意外应急预案及处置措施。对相关人员进行培训及演练。	0.5
2.5.25	2	医院开展诊断核医学、脑电图、肌电图等特殊诊疗技术，应当符合国家法律、法规及卫生健康行政部门规章标准的要求。	2.5.25.1	特殊诊疗科目与服务项目经卫生行政部门核准，与执业许可证一致，使用经核准、可适用的技术，服务项目收费经物价部门批准。	1
			2.5.25.2	由被授权的、具备法定资质的卫生技术人员实施特殊诊疗服务。	0.5
			2.5.25.3	各种诊疗报告签署和发出均由具备专业资质（授权）的执业医师执行。	0.5
2.5.26	2	特殊检查室设计及空间区域划分应符合特殊检查需求。能将有害光、射线、磁场限制在检查患者所需的范围，避免医务人员及其他人员接触有害物质。有突发意外事故管理规范与应急预案并严格执行。	2.5.26.1	特殊检查室设计及空间区域划分应符合环境保护与人员防护规定，严格划分患者、检查人员、其他人员所在区域。	1
			2.5.26.2	有明确的突发意外事故管理规范与应急预案。	0.5
			2.5.26.3	对相关人员进行培训记录。至少每年演练一次，有记录。	0.5
2.5.27	2	开展日间化疗服务应当明确规定日间化疗服务适用范围，集中配置化疗药物，有安全管理制度及质量保证措施。（未开展日间化疗服务的医院可选）	2.5.27.1	开展日间化疗服务。	0.5
			2.5.27.2	有明确规定的日间化疗服务适用范围。	0.5
			2.5.27.3	集中配置化疗药物。	0.5
			2.5.27.4	有化疗药物配置的管理制度及质量保证措施。	0.5

 云南省卫生健康委员会行政规范性文件

2.6.1	3	建立扁平高效的护理管理体系，建立护理质量与安全委员会，依据法律法规、行业指南、标准，制定护理制度、常规和操作规程，实施护理质量管理工作。	2.6.1.1	护理管理组织体系完善，执行三级（院-科-病区）护理管理并有效运行，实行分级管理和考核，职责明确。	0.5
			2.6.1.2	建立护理质量与安全委员会，三级质控体系完整，人员职责明确。建立各项护理质控标准，定期检查、评价、分析、反馈和持续改进。	1
			2.6.1.3	按照护理专业医疗质量控制指标（2020年版）要求，有护理质量监测指标，监测数据指标体现持续改进有成效。	1
			2.6.1.4	依据法律法规、行业指南、标准，制定并适时修订护理制度、常规和操作规程等，有培训及考核。	0.5
2.6.2	2	护理人力资源配备与医院功能和任务相适应，有护理单元护理人员的配置原则，以临床护理工作量为基础，根据收住患者特点、护理级别比例、床位使用情况对护理人力资源实行弹性调配。有紧急状态下调配护理人力资源的预案。	2.6.2.1	护理单元护理人员按收住患者特点、护理级别比例、床位使用情况合理配置，护理人员分管患者级别符合护理人员能级水平，主管部门有监管和持续改进。	0.5
			2.6.2.2	临床护理岗位的护士数量占护士总数 $\geq 95\%$ ；各护理单元（病房、ICU、手术室、新生儿室、待产室、血透室等）护士与实际床位之比符合国家有关要求。	0.5
			2.6.2.3	各级护理管理部门有可操作性的紧急护理人力资源调配预案，保证紧急状态下护理人员调配工作落实到位。	0.5
			2.6.2.4	对调配方案中的预备人员有相应的技能培训和考核，可供紧急状态或特殊情况下调配使用。	0.5
2.6.3	2	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	2.6.3.1	依法执行护士准入管理，对各级护理人员执业资质、特殊护理岗位资质要求有审核规定与程序，主管部门有监管和持续改进。	0.5
			2.6.3.2	护士实行分层级管理，有岗位设置和岗位职责。明确护士层级能力要求、培养与考核，有统一护士分级管理档案。参照《新入职护士培训大纲》，	0.5

 云南省卫生健康委员会行政规范性文件

		力要求和工作标准。有护理人员在职继续医学教育计划，保障措施到位，并有实施记录。		开展新入职护士规范化培训。	
			2.6.3.3	根据医院功能与任务，建立护士在职继续教育培训与考评制度；科室、医院有护理人员在职继续教育培训和专科护士培训计划，培训内容结合临床需求，体现不同岗位、不同专业、不同层次护理人员的特点，合理使用专科护理人才，保障措施到位。主管部门对培训落实情况有监管和持续改进。	1
2.6.4	1	建立基于护理工作量、质量、患者满意度并结合护理难度、技术要求等要素并以考核护理人员实际工作能力为核心的绩效考核制度，考核结果与护理人员的评优、晋升、薪酬分配相结合，调动护理人员积极性。	2.6.4.1	有基于护理工作量、质量、难度、风险度、技术要求、患者满意度等要素的绩效考核方案，充分征求护士意见并知晓。	0.5
			2.6.4.2	绩效考核结果与护理人员评优、晋升、薪酬分配相结合并落实。	0.5
2.6.5	2	依据《护士条例》等相关法律法规和规定，规范护理工作，落实优质护理服务。实施责任制整体护理，为患者提供全面、全程、专业、人性化的护理服务。	2.6.5.1	有推进优质护理服务工作的保障制度及激励机制。根据专科特点，制定优质护理服务计划和措施，并有效落实。	0.5
			2.6.5.2	实施责任制整体护理，每名责任护士分管病人平均不超过8个，护士根据患者生理、心理、社会等特点，按照护理程序，全面评估患者病情与需求，实施个性化、专业化、连续性护理，为患者提供专科疾病健康指导。	1
			2.6.5.3	科室、主管部门对优质护理和责任制整体护理落实情况有监管和持续改进。	0.5
2.6.6	2	根据《综合医院分级护理指导原则》《护理分级》（WA/T 431—2013）的原则和要求，进行	2.6.6.1	根据患者病情和自理能力确定并实施不同级别的护理，为患者提供基础护理和专科护理技术与照顾服务。	0.5
			2.6.6.2	科室、主管部门对护理分级制度落实情况有监管和持续改进。	0.5

 云南省卫生健康委员会行政规范性文件

		护理分级，并且按护理级别实施分级护理。有危重患者护理常规，护理措施落实到位。	2.6.6.3	有危重患者护理常规、技术规范及应急预案，对危重患者有风险评估和安全防范措施，科室有危重患者护理培训与考核。	0.5
			2.6.6.4	科室、主管部门对危重患者护理措施落实情况有监管和持续改进。	0.5
2.6.7	2	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。	2.6.7.1	按照《病历书写基本规范》及云南省有关护理文件书写规范要求，制定医院护理文书书写质量标准，定期质量评价。	1
			2.6.7.2	定期进行护理查房、护理会诊、护理病例讨论并有记录，有效促进护理工作持续改进。	0.5
			2.6.7.3	对疑难护理问题有护理会诊并记录，对疑难护理问题进行护理会诊并有记录。	0.5
2.6.8	2	有临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范。有紧急意外情况的护理应急预案和处流程，有培训和演练。	2.6.8.1	有临床护理技术操作常见并发症的预防及处理规范。	0.5
			2.6.8.2	护理人员熟练掌握临床护理技术操作并发症的预防与处理。	0.5
			2.6.8.3	有患者用药、输血、治疗、标本采集、深静脉置管、围术期管理等重点环节的紧急意外情况应急处置流程和预案，定期开展应急预案的培训、演练。主管部门有监管和持续改进。	1
2.6.9	3	按照《医院手术部（室）管理规范（实行）》《医院消毒供应中心管理规范》《新生儿病室建设与管理指南（试行）》和《医疗机构新生儿安全管理制度（试行）》，完善手术部（室）、消毒供应中心（室）和新生儿病室等护理质量管理	2.6.9.1	手术室建筑布局合理，分区明确，标识清楚，符合功能流程合理和洁污区域分开的基本原则。建立手术室各项管理制度、岗位职责及操作规程，定期有考核及记录，根据手术量及工作需要，合理配备人员。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有效落实。有手术室感染预防与控制管理制度及专项质量管理考核标准，定期检查与监管，持续改进有成效。	1
			2.6.9.2	消毒供应中心建筑布局合理，设施、设备完善，符合相关规范要求。工作区域划分符合消毒隔离要求。实施集中管理，合理配备工作人员。有完善	1

 云南省卫生健康委员会行政规范性文件

		与监测相关规定及措施，科组长实施并持续改进。（未开展手术治疗和新生儿收治的医院可选）		的规章制度、工作职责和工作流程，与相关科室有联系制度，根据需要及时改进工作；有清洗、消毒、灭菌效果监测制度，符合消毒供应中心行业标准要求，质量控制过程记录符合追溯要求；有专项质量考核标准，定期检查与监管，结合岗位特点有培训及考核，持续改进有成效。	
			2.6.9.3	建立并落实新生儿病房医院感染预防和控制的制度和流程，新生儿病室建筑布局符合规定。床位设置满足患儿医疗救治需要，医护人员配备符合要求，实施责任制整体护理。有新生儿室各项工作制度和工作流程、岗位职责，护理常规及专业技术规范，有专项质量考核标准，定期检查与监管，持续改进有成效。有突出专科的突发事件应急预案并定期培训。	1
2.7.1	2	医院药事管理工作和药学部门设置以及人员配备符合国家相关法律、法规及规章制度的要求；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。	2.7.1.1	按照《医疗机构药事管理规定》的相关要求，设立药事管理与药物治疗学相关组织，职责明确，有相应的工作制度，人员组成符合规定。	0.5
			2.7.1.2	有药事管理相应的工作制度、操作规程及培训，医务人员熟练掌握；有优先使用国家集中采购中选药品的相关制度与措施；有临床用药具体评价方法，有改进措施和干预办法；医院每年用药金额排序前十位的药品与医院性质及承担的主要医疗任务相符合。	0.5
			2.7.1.3	各级药学专业技术人员岗位职责明确，熟悉并履行本岗位职责；从事药学各岗位工作的人员资质符合要求；具有药学（临床药学）专业全日制本科及以上学历的人员占比不低于药学专业技术人员的30%；药学部负责人应具有药学（临床药学）专业本科及以上学历、本专业高级技术职务任职资格；有药学专业技术人员培养、考核和管理相关规定，并有效执行；药学专业技术人员不少于本机构卫生专业技术人员的8%。	0.5

			2.7.1.4	临床药师具有高等学校临床药学专业或药学专业本科以上学历，经过规范化培训；落实人才梯队建设，具有副高级以上药学专业技术职务任职资格的，应当不低于13%，教学医院应当不低于15%；能承担相关的临床药学教育和药物临床应用研究任务。	0.5
2.7.2	3	加强药品管理，规范药品遴选、采购、储存、调剂，建立全流程监测系统，保障药品质量和供应。静脉药物调配中心和调配工作符合有关规定。	2.7.2.1	建立规范的药品遴选制度与程序，并严格执行；动态管理医院的“基本用药供应目录”，建立医院“药品处方集”；有药品采购供应管理制度与流程，供药渠道合法；药学部统一负责药品采购供应；定期检查总结药品采购供应制度的执行情况，每年至少两次，无违规采购；药品储备量与功能、任务和服务量相适应；根据药品用量评估药品储备情况，药品库存数量月周转1次以上。	0.5
			2.7.2.2	有药品贮存管理制度，定期对库存药品进行养护和质量检查，每月盘点、账实相符；药品贮存场所、设施与设备满足药品质量要求；药品有效期及病区备用药品管理符合医院规定；有适宜的合理用药监控软件系统；信息系统有抗菌药物、麻精药品、抗肿瘤药物等处方权限管理功能。	0.5
			2.7.2.3	参照有关临床用药指南、共识，建立高警示药品目录并制定管理制度，相关人员知晓；规范高警示药品标识、储存、调配、使用和账目管理，逐步实现利用信息化管理手段对高警示药品进行风险提示、实时监控、数据分析和信息交流。对包装相似、听似、看似药品、一品多规格或多剂型药品的存放，全院有统一的“警示标识”。建立急救药品管理制度，统一储存位置、统一规范管理、统一清单格式，保障抢救时及时获取。	0.5
			2.7.2.4	制定门诊、住院（含互联网医院）药品调剂制度和操作规程；开展收费前（或流转前）处方/医嘱审核、干预，记录完整；有药品调剂差错报告制度，有登记、分析及整改，记录完整；发出的药品标示有用法、用量和特	0.5

				殊注意事项；有口头用药交代或其它书面、视频用药指导资料；调剂药品实施双人核对制，急诊药房一人独立值班时有防止发药差错的核对措施，如双签字、调配时处方药品拍照事后核对、机器智能化核对等；药品如需分装调剂，应有操作规程和记录，分包装上有药品名称、规格、剂量、批号、有效期、分装日期等信息。对病房（区）口服药品实行单剂量配发，注射剂应按日剂量发药。	
			2.7.2.5	静脉用药调配符合《静脉用药集中调配质量管理规范》和《静脉用药集中调配操作规程》的规定；肠外营养液和静脉用危害药物由药学部集中调配，未设置静脉用药调配中心的医院在病房（区）分散调配一般静脉用药应按照上述规范制定管理制度并执行。	0.5
			2.7.2.6	有药品质量管理组织，药品质量管理相关制度及质量管理指标，职责明确；有明确的药品质量上报平台，记录完整；对因病情变化、医嘱调整而产生的病房（区）退药进行有效管理。制定药品召回管理制度，对存在质量问题的药品，应按规定及时报告有关部门并召回，妥善保存，保留原始记录；对调剂错误的药品，应及时追回；有针对患者用药召回的处置预案与流程。建立临床用药管理的相关制度或规定；病区对住院患者外购、自备药品有规范的管理流程，记录完整；有超说明书用药的管理规定与审批程序，记录完整；药学部对临床超说明书用药有监控措施，并定期进行评价。	0.5
2.7.3	2	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。	2.7.3.1	建立临床药师制，临床药师配备数量符合国家或省级相关规定，并全职专科从事临床药物治疗工作；至少在4类药物的临床应用中设有临床药师，其工作至少覆盖4个以上临床专业科室。	0.5
			2.7.3.2	对临床药师有培养计划及规范的培训管理，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体系，促进临床药学工作发展。	0.5

			2.7.3.3	临床药师按有关规定参与临床药物治疗相关工作的时间 $\geq 85\%$ ，开展药学查房、医嘱重整、审核处方和用药医嘱适宜性工作，对不合理用药及时进行干预，工作记录完整；对重点患者实施药学监护和建立药历，记录完整，体现本人用药分析能力和对患者实施持续药学监护的过程；参加病例讨论，提出用药意见和个体化药物治疗建议；参加院内疑难重症会诊和危重患者的救治；参与临床路径及单病种质量控制等药学部分工作；持续改进有成效，住院患者药学监护率不断提高。为临床医师、护士提供合理用药培训和咨询，开展药学门诊等，对患者进行用药教育，指导安全用药。	1
2.7.4	2	按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和标准，加强抗菌药物、麻醉药品和精神药品、毒性药品、放射性药品、抗肿瘤药物、激素类药物、重点监控药物、基本药物、中药注射剂临床应用规范化管理。	2.7.4.1	建立麻醉药品、精神药品、放射性药品、医疗用毒性药品等特殊管理药品及药品类易制毒化学品的使用管理制度并遵照执行，特殊管理药品及药品类易制毒化学品的存放区域、标识、贮存和购买符合相关规定；定期对相关人员进行规范培训、考核。	0.5
			2.7.4.2	特殊管理药品实行基数管理并每天清点结算；落实“麻醉药品、第一类精神药品”的“五专”管理，实行全程批号管理并可溯源到患者；回收、销毁空瓶数量、批号准确，记录完整；有特殊管理药品的应急预案；药学部每月对特殊管理药品自查、总结分析、整改。	0.5
			2.7.4.3	建立糖皮质激素类药物的临床使用指南或规范，相关人员知晓；临床用药依据充分，剂量疗程合理，监测不良反应。有抗肿瘤药物的使用指南或规范，相关人员知晓；建立抗肿瘤药物分级管理目录并执行；按照指南和规范使用抗肿瘤药物，临床用药依据充分。	0.5

			2.7.4.4	有重点监控药物、中药注射剂的管理制度，建立动态重点监控药品目录；重点监控药物、中药注射剂使用合理，临床应用与药品说明书、“临床诊疗指南”及“临床路径”等相符；定期对本院重点监控药物、中药注射剂的处方进行点评，实施临床使用监测与预警；临床科室对重点监控药物、中药注射剂的使用和管理有定期自查、总结分析、整改。	0.5
2.7.5	2	依照《处方管理办法》等有关规定，规范开展处方审核和处方点评，并持续改进。	2.7.5.1	制定医院处方管理制度，对注册执业医师处方权、医师开具处方、药师调剂处方有明确规定，实施电子签名的有相应管理措施；定期对医务人员进行处方管理法规及相关管理制度培训；处方开具规范、完整。	0.5
			2.7.5.2	依据《处方管理办法》的相关规定，药师及以上资质人员承担处方或医嘱的审核工作，对不规范处方、用药不适宜处方进行有效干预，及时与医生沟通；门诊药房设有用药咨询窗口（台、室）或临床药师开展药学门诊，有主管药师及以上人员提供合理用药咨询服务，有咨询记录，并针对患者咨询的常见问题开展合理用药宣传工作；不合理处方≤1%。	1
			2.7.5.3	制定医院处方点评制度及实施细则，处方点评组织健全，责任明确，对不合理用药进行干预；定期对门、急诊处方和出院病历进行点评，点评处方（病历）数符合相关规定；有特定药物或特定疾病的药物使用情况专项点评，每年至少开展4项，对发现的问题有改进；药学部定期发布处方评价指标与评价结果，通报超常预警情况；点评结果纳入医院质量考核评价。	0.5
2.7.6	2	建立药物监测和警戒制度，观察用药过程，监测用药效果，按规定报告药物不良反应并反馈临床，不良反应情况应记入病历。	2.7.6.1	临床落实药物监测和警戒制度，通过观察用药过程、监测用药效果，发现、评价、认识和预防药物不良作用或其他与药物相关的问题；重点监测非预期（新发现）的、严重的药物不良反应；发生不良反应时，如实记入病历中，并按规定上报；临床有完善的药品不良反应或药害事件应急管理预案，并对相关人员进行培训；发生严重药品不良反应或药害事件时，积极进行	1

 云南省卫生健康委员会行政规范性文件

				临床救治，做好医疗记录，保存好相关药品、物品的留样，按规定及时上报卫生行政部门和药品监督管理部门。	
			2.7.6.2	建立全院用药错误监控、预防、上报管理制度，管理部门明确；临床科室有观察用药过程、监测用药效果、及时发现用药错误的流程，并对相关人员进行培训；有用药错误应急管理预案，积极进行临床救治，做好医疗记录，保存好相关药品、物品的留样；有用药错误上报平台，发生用药错误按规定上报，记录完整。	0.5
			2.7.6.3	有突发事件药事管理应急预案，组织结构和人员职责具体明确，对突发事件善后工作及应急能力有明确规定。有突发事件医疗救治药品目录，应急药品具有可及性和质量保证，能有效保证及时提供。	0.5
2.8.1	2	临床检验部门、病理部门、医学影像部门设置布局、设备设施分别符合相应规范标准，服务满足临床需要。临床检验和医学影像提供24小时急诊诊断服务。	2.8.1.1	所有出具检验报告的部门均有明确的清洁区、半污染区、污染区，实验室分区合理、标识明显，有门禁系统，人员和物流通道走向合理。检验项目 ≥ 400 项，自检项目占所有开展项目的90%。能开展分子诊断项目，分子实验室通过验收。	0.5
			2.8.1.2	病理科工作场所 ≥ 300 平方米，布局合理。污染区、半污染区和清洁区划分明确，有缓冲区。服务项目满足临床工作需求，能开展石蜡切片、特殊染色、免疫组织化学染色、术中快速冰冻切片、细胞诊断学。（未开展病理服务的专科医院可选）	0.5
			2.8.1.3	医学影像科对机房设计、防护定期进行改进讨论，接受省卫生监督所定期检测，根据国家标准及时整改并记录。	0.5
			2.8.1.4	临床检验和医学影像科提供24小时的急诊服务，有完整的急诊工作流程和相应记录。影像科建立完整的急诊抢救制度及规范流程并严格执行。	0.5

2.8.2	2	从事临床检验、病理和医学影像诊断工作和技术工作的人员资质应该按照有关规定取得相应专业技术职务任职资格。	2.8.2.1	所有出具检验报告的人员有国家主管部门颁发的卫生专业技术资格证，分子生物学、HIV初筛实验室的人员经培训考核后持卫生行政主管部门颁发的上岗证。	0.5
			2.8.2.2	具有病理学诊断所规定资质的医师从事病理学诊断工作，穿刺细胞学标本的采集应由具该医疗操作资质的病理学医师或临床医师执行。细胞病理学筛查工作由具资质的细胞病理学筛查员承担；由具备病理专业资质的技术人员按流程完成制片工作。	0.5
			2.8.2.3	医学影像科技师具有大型设备上岗证，护士取得国家护士执业证，从事II类射线专职操作者需取得辐射安全与防护培训合格证，从事III类射线专职操作者，医院须组织培训并考核合格。	0.5
			2.8.2.4	签发诊断性报告者须同时具备临床执业医师资格证和执业证书，符合相应执业范围。出具病理诊断报告的医师具有临床执业医师资格并具备初级以上病理专业技术职务任职资格，经过病理诊断专业知识培训或专科进修学习1-3年。快速病理诊断医师应当具有中级以上病理学专业技术任职资格，并有5年医师病理阅片诊断经历。	0.5
2.8.3	2	有临床检验、病理实验室和医学影像诊疗场所管理制度、安全程序、标准操作流程和技术操作规范，遵照实施并准确记录。	2.8.3.1	所有出具检验报告的部门均有管理制度，包括严格的消毒及核查制度、生物安全柜使用维护、离心开盖操作、标本采集、锐器丢弃、水电气安全等安全管理流程及监督机制。	0.5
			2.8.3.2	对检验检查全过程以及包括常规病理制片、术中快速病理、免疫组化染色等所有开展项目均有操作规范或标准操作流程。	0.5
			2.8.3.3	医学影像诊疗场所所有设备有操作流程，有完整的安全管理制度，内容包括工作计划、安全隐患自查、设备安全管理、安全教育及演练等，有操作	0.5

				技术规范，要求遵照实施并准确记录。	
			2.8.3.4	上述所有SOP或技术规范有相应完整真实的记录。	0.5
2.8.4	2	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、及时的检查校验信息服务。	2.8.4.1	限时承诺报告时间并向临床和患者公布，报告单记录的采集、接收、报告时间符合规定，建立报告审核制度，报告单由有资质人员双签名。	0.5
			2.8.4.2	病理诊断流程应严格执行相关规定，实行三级复片和科内(院际间)疑难病例读片、会诊制度，有完善记录。病理诊断报告书书写规范，应签署阅片医师全名。相关病理资料规范、完整，并负责对出具报告提供解释说明。常规诊断报告准确率 $\geq 95\%$ 。有病理诊断报告补充或更改或迟发的管理制度与程序。有病理医师与临床医师随时沟通的相关制度与流程，并落实。	0.5
			2.8.4.3	影像报告由具备资质的医学影像专业医师出具，医学影像科有诊断报告书书写规范、审核制度与流程有重点病例随访与反馈相关制度，定期召开疑难病例分析与读片会。	0.5
			2.8.4.4	建立临床沟通交流机制和报告修改制度，有完善的PACS系统，系统运行良好，图像清晰，方便医生工作站调阅，同时医生工作站可查询检验检查报告。	0.5
2.8.5	3	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（含床旁检查校验设备）按照要求定期检测。	2.8.5.1	建立完整的质量管理体系，有质量手册、程序文件和相应标准操作规程，制定质量管理目标和实施细节并落实。	0.5
			2.8.5.2	定期对主要质量指标进行评估、总结、上报，并有持续改进措施和记录。	0.5
			2.8.5.3	有室内质量控制制度和流程，常规开展室内质控，能有效处理失控，制度落实记录完整，有质控小结等定期评估质控参数及失控率。保证病理标本采集到标本运送到病理科不出现差错，病理标本检查和取材规范，有质控措施和记录。	0.5

 云南省卫生健康委员会行政规范性文件

			2.8.5.4	参加卫生部或省级室间质量评价或能力验证计划。对质评样品接收、检测、结果回报及分析改进措施进行明确规定并落实，特别是针对不合格项目有失控报告和纠正措施。	0.5
			2.8.5.5	所有相关检查检验设备、试剂和耗材，包括POCT项目，均有相应管理程序和针对检测设备运行、维护维修、校准或校验的周期、具体操作及完整的试剂耗材申购、使用记录。	0.5
			2.8.5.6	医院对POCT项目进行质量管理，有管理制度和程序文件、SOP文件。组织对POCT项目结果与检验科大型仪器检测结果的定期、系统比对并记录，提出改进措施并落实。	0.5
2.8.6	2	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。	2.8.6.1	取材室、制片室等的甲醛、二甲苯空间有害浓度应在规定范围内，由具资质检测机构每年检测一次。病理科工作中产生的废弃二甲苯、甲醛等液体，必须统一采用专用仪器回收处理或送具资质的机构回收处理，严禁随意倾倒入下水道。	0.5
			2.8.6.2	病理科接触有害物品的工作人员定期体检，辐射工作人员接受个人剂量检测。	0.5
			2.8.6.3	工作场所配备必需的生物安全设备和人员防护措施，配备急救药箱、洗眼器、冲淋装置及其它急救设施和耗材，定期监测检查确保以上设施可正常工作，定期培训并进行演练，确保人员能正确使用。	0.5
			2.8.6.4	有放射辐射安全保卫制度，内容涉及病人及工作人员防护、设备、科室安全管理。有受检者防护措施，对受检者敏感器官和组织进行屏蔽防护、定期对放射辐射防护存在的问题、原因进行分析，有整改措施并记录。	0.5
2.9.1	2	落实《中华人民共和国献血法》	2.9.1.1	根据临床用血需求，制订有合理的用血计划，并有计划符合性的分析。	0.5

 云南省卫生健康委员会行政规范性文件

		《医疗机构临床用血管理办法》和《临床输血技术规范》等有关规定，医院应当具备为临床提供24小时输血服务的能力，满足临床工作需要。（未开展输血治疗的医院可选）	2.9.1.2	制定有与医院需求相适应的安全储血量。	0.5
			2.9.1.3	具备为临床提供24小时输血服务的能力。	0.5
			2.9.1.4	有应急用血的后勤保障能力。	0.5
2.9.2	2	加强临床用血过程管理，严格掌握输血适应症和输血技术规范，促进临床安全、有效、科学用血。（未开展输血治疗的医院可选）	2.9.2.1	有输血前相关检测和输血知情告知的规定。	0.5
			2.9.2.2	严格掌握并执行输血适应症，能定期评价与分析用血趋势。	0.5
			2.9.2.3	具有输血全过程的相关操作规范（如标本采集、保存，输血核对、操作等）。	0.5
			2.9.2.4	输血治疗病程记录完整详细。	0.5
2.9.3	2	建立与麻醉科和手术科室有效沟通，积极开展自体输血，严格掌握术中输血适应症，合理、安全输血。（未开展输血治疗的医院可选）	2.9.3.1	开展对临床医师输血知识的教育与培训活动，促进临床合理用血。	0.5
			2.9.3.2	医院具备开展自体输血技术相关的条件。	0.5
			2.9.3.3	手术输血，手术记录、麻醉记录、护理记录、术后记录中出入血量要完整一致。	0.5
			2.9.3.4	术中输血，符合输血适应症的相关要求。	0.5
2.9.4	2	开展血液质量管理监控，制订、实施控制输血严重危害（输血传染疾病、严重不良反应）的方案。落实输血相容性检测管理制度和实验质量管理求，确保输血安全。（未开展输血治	2.9.4.1	有血液入库、贮存和发放的质量管理制度和实施记录。	0.5
			2.9.4.2	有控制输血严重危害（输血传染疾病、严重不良反应）的方案、流程和反馈记录。	0.5
			2.9.4.3	有输血相容性检测实验室的管理制度，执行输血技术操作规程。	0.5
			2.9.4.4	开展室内质量控制，参加输血相容性检测室间质评。有分析、记录，对不合格的项目有纠正措施。	0.5

 云南省卫生健康委员会行政规范性文件

		疗的医院可选)			
2.10.1	2	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。	2.10.1.1	有医院感染管理部门，配备专职人员，专职人员人数与医院实际开放床位数之比不小于1:250。	0.5
			2.10.1.2	有医院感染管理委员会，至少每年召开两次工作会议，有会议记录或简报。	0.5
			2.10.1.3	有根据相关法律法规不断修订和完善医院感染的预防和控制制度、应急预案。	0.5
			2.10.1.4	年度开展医院感染预防控制相关知识与技能培训和教育不少于4次，其中全员培训不少于1次。	0.5
2.10.2	3	按照《医院感染监测规范》，加强重点部门、重点环节、重点人群与高危因素监测，控制并降低医院感染风险。	2.10.2.1	监测的目录和内容完全符合《医院感染监测规范》要求。	1
			2.10.2.2	有医院感染监测记录及分析报告，查找存在问题，提出整改措施，改进有效。	0.5
			2.10.2.3	重症医学科导管相关性血流感染（CRBSI）千日感染率；呼吸机相关肺炎（VAP）千日感染率；尿路感染（UTI）千日感染率；I类切口感染率定期统计分析，有改进措施，控制有效。	1
			2.10.2.4	开展医院感染暴发处置演练，相关人员对医院感染暴发报告流程和处置预案知晓率达100%，按要求上报医院感染暴发事件。	0.5
2.10.3	2	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。	2.10.3.1	有对感染较高风险的科室与感染控制情况进行风险评估，每年至少完成1次。	0.5
			2.10.3.2	根据风险评估制定针对性的控制措施，持续改进诊疗流程。	1
			2.10.3.3	以书面形式定期通报感染监测结果，并与同级别医院横向比较。	0.5

 云南省卫生健康委员会行政规范性文件

2.10.4	2	消毒、灭菌和隔离工作符合相关标准和规范要求，工作人员能获得并正确使用符合国家标准消毒与防护用品；重点部门、重点部位的管理符合要求。	2.10.4.1	有满足消毒要求的合格的设备、设施与消毒剂，定期对有关设施设备、消毒剂进行检测。	0.5
			2.10.4.2	工作人员能获得并正确使用符合国家标准消毒与防护用品。	0.5
			2.10.4.3	重症医学科、新生儿病房、血透室、产房、手术室、导管室、内镜室、感染性疾病科、口腔科等严格执行消毒、灭菌和隔离制度和措施。	0.5
			2.10.4.4	医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌符合规范与标准的要求，有清洗消毒及灭菌效果监测的原始记录与报告。	0.5
2.10.5	2	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。	2.10.5.1	有手部卫生管理相关制度。	0.5
			2.10.5.2	手卫生设备和设施配置有效、齐全，使用便捷。	0.5
			2.10.5.3	加强手卫生监管，不断提高手卫生依从率和正确率。	1
2.10.6	2	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。应用微生物室监测和医院感染管理数据信息指导临床合理使用抗菌药物。	2.10.6.1	有对多重耐药菌控制落实的有效措施，包括手卫生措施、隔离措施、无菌操作、保洁与环境消毒的制度并落实。	1
			2.10.6.2	有临床科室、微生物实验室或检验部门、医院感染管理部门等在多重耐药菌管理方面的协作机制，有具体工作方案并实施。	0.5
			2.10.6.3	至少每季度向全院公布一次临床常见分离细菌菌株及其药敏情况，包括全院和重点部门多重耐药菌的检出变化情况和感染趋势等，指导临床合理使用抗菌素。	0.5
2.10.7	2	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	2.10.7.1	建立侵入性器械/操作相关感染防控制度。	0.5
			2.10.7.1	有医院侵入性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作目录。	0.5
			2.10.7.3	对侵入性器械/操作相关感染进行监测，数据来源真实可靠。	1

 云南省卫生健康委员会行政规范性文件

		诊疗操作名录，制订相关防控措施并实施数据监测。			
2.10.8	3	按照有关法律法规，建立医院医疗废物、废液管理责任制，健全组织架构、管理制度和工作机制，落实岗位职责。医疗废物的分类、收集、运送、暂存、转移、登记造册和操作人员职业防护等符合规范。加强相关人员培训。	2.10.8.1	有健全的医疗废物和污水处理管理规章制度和岗位职责。	0.5
			2.10.8.2	有专人负责医疗废物和污水处理工作，上岗前经过相关知识培训合格。	0.5
			2.10.8.3	医疗废物的收集、运送、暂存、转移、登记造册和操作人员职业防护等符合规范。	1
			2.10.8.4	污水处理系统通过环保部门评价，污水处理系统设施设备运转正常，有运行日志与监测的原始记录。	1
2.11.1	2	中医诊疗科室设置应当符合《综合医院中医临床科室基本标准》等文件的要求，所设置的中药房与中药煎药室应当符合相关法律法规的要求。	2.11.1.1	中医科为医院的一级临床科室并设立中医门诊。	0.5
			2.11.1.2	中医科医师具备中医类别任职资格；护士接受过中医药知识技能岗位培训。	0.5
			2.11.1.3	有中药质量管理的相关制度，对采购、验收、贮存、调剂、煎煮等环节实行质量控制。	0.5
			2.11.1.4	落实药物不良反应监测报告制度。（因医疗资源限制，中药房和煎药室实行外包服务的，应有服务质量保证，合同中应有质量保证与方便、快捷服务的条款。）	0.5
2.11.2	2	建立中医诊疗规范，开展中医特色护理，提供具有中医特色的康复和健康指导等服务。	2.11.2.1	有中医科的工作制度、岗位职责及体现中医特色的诊疗规范，并落实。	1
			2.11.2.2	有中医护理常规、操作规程，体现辨证施护和中医特色。	0.5
			2.11.2.3	为患者提供具有中医特色的康复和健康指导等服务。	0.5
3.1.1	2	制定医院章程，建立医院内部	3.1.1.1	根据医院的性质、定位、规模、功能与任务制定医院章程。	0.5

 云南省卫生健康委员会行政规范性文件

		决策执行机制。加强和改进医院领导人员管理。	3.1.1.2	以章程为统领，建立健全医院内部决策管理机构、管理制度、议事规则、执行机制与办事程序等。	0.5
			3.1.1.3	实行民主管理和科学决策，工作效率高，执行力强。	0.5
			3.1.1.4	加强医院各级管理人员培训，规范内部管理和权力运行规则并落实。	0.5
3.1.2	3	公立医院加强党的建设，明确党委职责，充分发挥医院党委的领导作用，实施党委领导下的院长负责制，健全医院党委与行政领导班子议事决策制度。	3.1.2.1	完善医院党组织设置和工作机制，增强政治功能，履行全面从严治党主体责任，加强医院党风廉政建设和反腐败工作。	0.5
			3.1.2.2	制定党委议事规则，有执行“三重一大”规定的制度。	0.5
			3.1.2.3	加强党建工作，重视行风建设并完善管理组织体系，有专（兼）职人员负责管理与考评，并与其他职能部门建立协调机制。	1
			3.1.2.4	实行党委领导下院长负责制，健全医院决策机制。院长全面负责医疗、教学、科研、行政管理工作。院长办公会议是医院行政、业务议事决策机构，对讨论研究事项作出决定。	1
3.1.3	3	医院管理组织机构设置合理，根据法律法规、规章规范以及相关标准，结合本院实际，制定各项规章制度和岗位职责，并及时修订完善。各级管理人员按分工履行职责，建立部门、科室间沟通与协调机制。各部门和科室命名规范。	3.1.3.1	有医院组织架构图，组织架构与医院规模、功能、任务及运行状况相符合。	1
			3.1.3.2	医院有统一的制度管理规定和管理程序。医院管理的规章制度、岗位职责、工作流程能及时修订并开展相关培训，管理人员知晓并执行。	1
			3.1.3.3	管理部门与科室命名规范，与提供的服务相符。管理部门职能划分明确，部门之间相互有沟通与协调。	1
3.1.4	2	医院建立全员学习机制，强化学习文化。定期对员工进行行政	3.1.4.1	建立医院全员学习培训规章制度，制定各级各类人员参加法律法规、管理知识及相关技能的培训计划。	0.5

 云南省卫生健康委员会行政规范性文件

		策法规、管理能力、专业技能和质量安全培训与教育。	3.1.4.2	建立并落实岗前培训制度。	0.5
			3.1.4.3	建立职工学习培训激励机制，保障学习的有效推动。	0.5
			3.1.4.4	员工均知晓与岗位有关的法律法规知识，专业技能和质量安全意识不断提高，管理部门能运用管理工具持续改进管理工作。	0.5
3.1.5	2	加强院务公开管理。按照国家有关规定向社会及员工公开信息。	3.1.5.1	健全以职工代表大会为基本形式的民主管理制度。工会依法组织职工参与医院的民主决策、民主管理和民主监督。	0.5
			3.1.5.2	有“院务公开领导小组”，有指定部门负责院务公开工作，有明确的工作职责。	0.5
			3.1.5.3	有院务公开工作制度与流程，有公开内容、形式、程序和时限。有多种途径征求和收集职工对公开信息具体内容的意见与建议，体现尊重员工知情权，保障员工民主权利。	0.5
			3.1.5.4	相关重大事项事前有论证，按管理权限和规定报批，依医院院务公开的要求予以公示。	0.5
3.1.6	2	对对外委托服务项目质量与安全实施监督管理。	3.1.6.1	有主管部门与专人负责对外委托服务项目质量与安全实施监督管理，制订项目的遴选、管理等相关制度和办法，有项目评估和监督考核机制。	0.5
			3.1.6.2	所有外托服务项目均有合同规定双方的权利和义务，以及服务的内容和标准。	0.5
			3.1.6.3	对外委托服务项目招投标符合规范。	0.5
			3.1.6.4	有年度对外委托服务项目质量与安全评估报告。	0.5
3.2.1	2	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	3.2.1.1	设置专职人力资源管理部门，组织健全，制度完善，能够满足临床服务与医院管理需要。	0.5

 云南省卫生健康委员会行政规范性文件

		管理制度。医院人力资源配备应当满足医院功能任务和质量安全管理工作需要。	3.2.1.2	医院人力资源配备及其结构符合卫生行政部门规定三级医院设置标准，满足医院功能任务：卫生技术人员与开放床位之比应不低于1.2:1；卫技人员占全院总人数 \geq 70%；在岗护士占卫生技术人员总数 \geq 50%；病房护士与开放床位之比应不低于0.4:1；医护比不低于1:1.25，专科医院优于同类平均值。	0.5
			3.2.1.3	有全员聘用制度，专业技术人员具备相应岗位的任职资格。	0.5
			3.2.1.4	建立各级各类岗位职责，相关人员对本部门、本岗位的履职要求知晓率 \geq 80%。	0.5
3.2.2	2	有公平透明的卫生专业技术人员资质的认定、聘用、考核、评价管理体系，建立专业技术人员档案。	3.2.2.1	专业技术人员具备相应岗位资质，执业注册地点在本院，没有跨专业、跨范围执业情况。	0.5
			3.2.2.2	有院内卫生专业技术人员聘期考核评价标准，并定期进行考核；按照聘用周期对卫生专业技术人员资质（包括：业务水平、工作成绩和职业道德）进行重新审核评估。	0.5
			3.2.2.3	建立卫生专业技术人员资质档案，有个人的资质文件（经审核的执业注册证、文凭、学位、教育和培训等资料复印件）。	1
3.2.3	2	贯彻落实《公立医院领导人员管理暂行办法》，加强公立医院行政领导人员职业化培训。	3.2.3.1	有公立医院行政领导人员职业化培训计划。	1
			3.2.3.2	有计划的落实情况。	1
3.2.4	2	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	3.2.4.1	有卫生专业技术人员岗前培训、住院医师规范化培训、继续医学教育、人才梯队建设和政府指令性培训任务的相关管理制度。	0.5
			3.2.4.2	有相关的职能部门负责岗前培训、住院医师规范化培训、继续医学教育、人才梯队建设和政府指令性培训任务的培训落实工作。	0.5

 云南省卫生健康委员会行政规范性文件

		并组织实施。把员工能力建设作为人力资源管理的重要组成部分。	3.2.4.3	相关的培训资料齐全。	0.5
			3.2.4.4	有培训质量评价或效果评价，并持续改进培训工作。	0.5
3.2.5	2	贯彻与执行《中华人民共和国劳动法》等国家法律、法规的要求，建立与完善职业安全防护相关措施、应急预案、处理与改进的制度，上岗前有职业安全防护教育。	3.2.5.1	有针对不同岗位对应的职业安全防护制度（医疗、护理、药剂、放射、实验室等）。	0.5
			3.2.5.2	有对应岗位的职业安全防护应急预案。	0.5
			3.2.5.3	有职业暴露损害的紧急处理程序和措施，处置流程明确；有职业暴露的完整登记、处置、随访等资料，并根据案例或阶段分析持续性改进职业防护工作。	0.5
			3.2.5.4	有职业安全防护和职业心理健康的教育培训，每年不少于1次；有职能部门负责职业安全管理规定的落实及职业安全监测制度并有监管记录。	0.5
3.2.6	3	关注员工身体和心理健康，保障员工合法健康权益。	3.2.6.1	建立专门部门维护职工合法权益。	1
			3.2.6.2	关爱员工身体健康，定期组织员工体检。	0.5
			3.2.6.3	有职工休假的相关制度并落实。	0.5
			3.2.6.4	有关爱员工的其它举措（不少于3项），并有具体的实施情况。	1
3.2.7	2	医院应当将科室医疗质量管理情况作为科室负责人综合目标考核以及聘任、晋升、评先评优的重要指标，将科室和医务人员医疗质量管理情况作为医师定期考核、晋升的重要依据。	3.2.7.1	医院有完整的基于国家公立医院绩效考核关键指标的医疗质量考评制度。	0.5
			3.2.7.2	医院与科室负责人签订的责任目标书中有与上述医疗质量考评体系相关的内容。	0.5
			3.2.7.3	科室负责人是科室医疗质量管理的第一责任人，医院有将科室医疗质量与科室负责人聘任、晋升、评优评先的重要依据的管理制度。	0.5
			3.2.7.4	医院有将医师医疗质量作为医师参加医师定考、职称晋升、职称聘任等的量化考核指标。	0.5

 云南省卫生健康委员会行政规范性文件

3.3.1	3	执行《中华人民共和国会计法》《政府会计制度》《医院财务制度》等相关法律法规，财务机构设置合理、财务管理制度健全，人员配置合理，岗位职责明确，会计核算规范，三级公立医院实行总会计师制度。	3.3.1.1	设置会计机构并统一管理医院财务会计工作。医院一切财务收支活动纳入财务部门统一管理，严禁医院、部门、科室设立账外账和“小金库”。	0.5
			3.3.1.2	建立健全财务管理制度，并根据政策变动和管理的需要及时修订，实现有效的财务会计管理与控制。	1
			3.3.1.3	合理设置会计岗位，有明确的岗位职责，岗位设置符合内部控制的要求。	0.5
			3.3.1.4	会计核算规范，有效发挥会计核算、监督、参与管理职能。	0.5
			3.3.1.5	三级公立医院实行总会计师制度。总会计师依据干部管理权限任命或聘任，是医院行政领导成员，协助医院主要行政领导开展工作，直接对医院主要行政领导负责。	0.5
3.3.2	2	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。	3.3.2.1	建立健全预算管理制度，明确管理办法、流程规范，并得到有效执行；成立预算组织机构，预算管理、决策、管理、执行功能分别得到体现。	0.5
			3.3.2.2	建立规范、严格的预算编制、审批、执行、控制、调整、监督和考核评价机制并落实。	0.5
			3.3.2.3	预算编制与执行细化到项目、部门；年度预算决算通过职代会报告。预算管理持续改进。	0.5
			3.3.2.4	将预算编制和执行情况纳入到绩效考评体系并落实。	0.5
3.3.3	2	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，提高医疗资源利用效率。	3.3.3.1	建立健全成本管理制度，按医院财务制度要求开展成本管理。	0.5
			3.3.3.2	按医院财务制度要求开展了相关成本核算，成本核算结果得到应用。	0.5
			3.3.3.3	以成本核算为基础，开展了成本分析，促进了成本控制。	0.5
			3.3.3.4	医院资产负债率逐年下降。	0.5
3.3.4	2	落实《医疗机构内部价格行为	3.3.4.1	建立医院价格管理体系，健全医疗机构内部的价格管理制度、业务流程、	0.5

 云南省卫生健康委员会行政规范性文件

		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。		考评指标及奖惩标准，并有效实施。按规定设置价格管理部门或岗位，配备价格工作人员，并履行相关职责。	
			3.3.4.2	对医疗机构价格的申报、调整、公示、执行、核查、考核、评价等全过程进行组织实施和管理，及时发现并纠正不规范收费行为并持续改进。	0.5
			3.3.4.3	工作流程合理，并通过信息化对价格进行管理和控制。医药价格数据库信息准确无误；价格调整记录能够在系统完整记录，数据处理过程中修改权限与修改痕迹得到控制。	0.5
			3.3.4.4	准确理解价格项目内涵、执行价格政策。开展医疗服务项目成本测算，并促进管理改进、降本增效；对新技术、新疗法进入医院前有收费论证和审核；对新增医疗服务价格项目、新增病种开展成本测算和价格审核，有意见和建议。	0.5
3.3.5	2	执行《中华人民共和国政府采购法》《中华人民共和国招标投标法》及政府采购相关规定，建立药品、耗材、设备、基建、货物、服务等采购制度和流程，加强集中采购管理。	3.3.5.1	严格执行《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。	0.5
			3.3.5.2	建立健全医院药品、耗材、设备、基建、货物、服务等采购制度和流程，并得到有效落实。	0.5
			3.3.5.3	采购业务归口管理，并实现按预算采购，采购相关岗位实现不相容岗位分离。	0.5
			3.3.5.4	建立合同管理制度，合同发起、审核、签订、履行、考核等程序完善有效。	0.5
3.3.6	3	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	3.3.6.1	绩效分配制度体现了同工同酬制度、多劳多得、优绩优酬，并落实。	1
			3.3.6.2	建立突出服务质量、效率、满意度等多维度的综合绩效考核评价体系，有	1

 云南省卫生健康委员会行政规范性文件

		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。		效促进了医院整体绩效的提升。	
			3.3.6.3	绩效分配政策中个人收入不与业务收入挂钩。	0.5
			3.3.6.4	人员支出占业务支出比重逐年提高。	0.5
3.4.1	2	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。	3.4.1.1	有以医院主要领导为核心的医院信息化建设领导小组。	0.5
			3.4.1.2	有负责信息管理的专职机构和安全管理负责人，并定期对从业人员进行网络安全教育、技术培训和技能考核。	0.5
			3.4.1.3	建立了各部门组织协调机制，有十四五期间信息化发展规划。	0.5
			3.4.1.4	有信息建设配套的机房、网络、安全等管理制度。	0.5
3.4.2	2	医院信息系统能够系统、连续、准确地采集、存储、传输、处理相关的信息，为医院管理、临床医疗和服务提供包括决策支持类的信息技术支撑，并根据国家相关规定，实现信息互联互通、交互共享。	3.4.2.1	医院信息系统能够系统、连续、准确地采集、存储、传输、处理相关的信息，正常运行。	1
			3.4.2.2	医院信息系统包含医院管理、临床医疗和服务提供决策支持的功能或者子系统。	1
			3.4.2.3	医院实现与上级主管部门、医保之间数据互联互通、包括数据上报、下传功能。	1
3.4.3	2	落实《中华人民共和国网络安全法》，实施国家信息安全等级保护制度，实行信息系统按等级保护分级管理，保障网络信息安全，保护患者隐私。推动系统运行维护的规范化管理，落实突发事件响应机制，	3.4.3.1	三级医院实行信息系统按等级保护分级管理，核心业务信息系统必须通过国家信息安全等级保护备案和测评，三级医院的核心业务信息系统等级认证须达到二级及以上。	1
			3.4.3.2	医院有突发应急响应机制和管理规定。	0.5
			3.4.3.3	医院有备用系统保证主体业务连续运行。	0.5

 云南省卫生健康委员会行政规范性文件

		保证业务的连续性。			
3.4.4	3	根据《中华人民共和国统计法》与卫生健康行政部门规定，完成医院基本运行状况、医疗质量安全、医疗技术、诊疗信息和临床用药监测信息等相关数据报送工作，确保数据真实可靠、可追溯。	3.4.4.1	按照上级规定完成医院基本运行状况、医疗质量安全、医疗技术、诊疗信息和临床用药监测信息数据上报。	1
			3.4.4.2	数据无差错，评审周期内未出现被卫生行政健康部门通报的情况。	1
			3.4.4.3	数据具有可追溯性，有安全性较高的历史存档，纸质存档有统计人员的签字留痕。	1
3.5.1	2	根据国家法律法规及相关规定，建立和完善医学装备管理组织架构，人员配置合理，制定常规与大型医学装备配置方案。	3.5.1.1	建立医学装备三级管理体系，成立院级领导、医学装备管理部门、相关部门人员和专家组成的医学装备委员会。有医学装备三级管理组织架构并落实。	0.5
			3.5.1.2	根据医院功能和任务需求，合理配备医学装备部门专人管理和专业技术人员。	0.5
			3.5.1.3	有常规与大型医学装备配置方案，遵循“统一领导、归口管理、分级负责、责权一致”原则，制定医学装备管理制度、工作流程和岗位职责，并执行。	1
3.5.2	2	根据医院功能定位和发展规划，有大型医用设备使用、功能开发、社会效益、成本效益等分析评价。	3.5.2.1	有医学装备购置论证相关制度与决策程序，大型医用设备能满足医院的功能定位和发展规划。	0.5
			3.5.2.2	单价在50万元及以上的医学装备有可行性论证，论证资料齐全。	0.5
			3.5.2.3	医学装备档案管理有制度与档案资料，落实档案、账目、账物相符、准确等管理规定。单价在5万元及以上的医学装备按照集中统一管理的原则。	0.5
			3.5.2.4	有医学装备使用评价相关制度。有大型医用设备使用、功能开发、社会效	0.5

 云南省卫生健康委员会行政规范性文件

				益、成本效益等分析评价。	
3.5.3	3	加强医学装备安全管理，有明确的医疗器械临床使用安全控制与风险管理工作制度与流程。建立医疗器械临床使用安全事件监测与报告机制。	3.5.3.1	有医学装备临床使用安全控制与风险管理、医疗器械临床使用安全监测和安全事件报告相关制度与流程，并落实。	0.5
			3.5.3.2	有医学装备质量保障要求，如：操作者自我检查，医学装备计（剂）量准确、安全防护、性能指标符合要求。对暂停或终止使用的高风险器械有记录。	0.5
			3.5.3.3	有生命支持类、急救类、植入类、辐射类、灭菌类和大型医用设备等医学装备临床使用安全监测与报告制度。	0.5
			3.5.3.4	临床及医技科室使用部门与医学装备管理部门人员知晓上述要求。	0.5
			3.5.3.5	使用部门和医学装备管理部门对医学装备、医疗器械安全管理有自查，有风险程度分析和使用情况的分析，有记录。主管部门有监管、分析、反馈。	1
3.5.4	2	加强医疗仪器设备管理和使用人员的培训，为医疗器械临床合理使用提供技术支持与咨询服务。	3.5.4.1	有保障常用仪器、设备和抢救物品使用者培训的制度、培训计划及具体课程安排。	0.5
			3.5.4.2	培训内容涵盖使用中可能出现的意外情况处理预案及措施。	0.5
			3.5.4.3	医疗装备部门为临床使用的医疗器械提供技术支持、业务指导、安全保障与咨询服务。提供医疗设备操作手册并随设备存放，供方便查阅。	0.5
			3.5.4.4	对设备操作人员的培训情况有考核。科室科室对培训效果有自查，主管部门有检查、分析、反馈。能提供相关记录。	0.5
3.5.5	2	建立保障医学装备处于完好状态的制度与规范，对用于急救、生命支持系统仪器装备要始终保持待用状态，建立全院应	3.5.5.1	有保障医学装备管理相关制度和规范。有全院装备配置和使用情况清单。	0.5
			3.5.5.2	医学装备管理部门对医学装备保养、维修、校验等实施统一管理，并指导操作人员履行日常保养和维护。有使用部门和医学装备管理部门对医学装备保障情况的登记资料。	0.5

 云南省卫生健康委员会行政规范性文件

		急调配机制。	3.5.5.3	各科室急救类、生命支持类装备时刻保持待用状态。	0.5
			3.5.5.4	有急救类、生命支持类医学装备应急预案与全院应急调配机制，医务人员知晓医疗装备应急管理与替代程序。主管部门对急救类、生命支持类装备完好情况和使用情况进行实时监控。	0.5
3.5.6	2	依据国家相关规定，加强对医用耗材的溯源、不良事件监测与报告的管理。	3.5.6.1	依据国家相关规定制订高值医用耗材（尤其高值医用耗材）、一次性使用的无菌器械及其他医用耗材管理制度及实施细则。	0.5
			3.5.6.2	对医用耗材（尤其高值医用耗材）、一次性使用的无菌器械和其他医用耗材的采购记录有管理，可追溯到每批产品的进货来源。	0.5
			3.5.6.3	有高值医用耗材使用程序与记录。有医用耗材使用不良事件报告与监测管理流程，并执行。	0.5
			3.5.6.4	主管和监管部门对高值医用耗材使用体现全程管理和监管。	0.5
3.5.7	2	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。	3.5.7.1	建立由医学装备部门负责人和相关设备技术人员共同组成的质量安全小组。	0.5
			3.5.7.2	部门管理人员接受医学装备管理基本技能培训，有质量管理基本知识。医学装备科室（或部门）使用人员接受基本技能培训，合格后方可上岗。	0.5
			3.5.7.3	医学装备使用科室（或部门）执行安装、验收、使用、存放、维修，保养、报废等相关管理制度，并设专职或兼职人员管理科室医学装备。	0.5
			3.5.7.4	医学装备科室（或部门）有医学装备日常管理工作和意外应急管理等相关制度，并执行。科室对维护保养和管理情况有自查、有记录。	0.5
3.6.1	2	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	3.6.1.1	组织机构健全，规章制度完善，岗位职责明确，体现“以病人为中心”，满足医疗服务流程需要。	0.5
			3.6.1.2	后勤人员知晓岗位职责和相关制度，有定期教育培训活动。	0.5

 云南省卫生健康委员会行政规范性文件

		心”，满足医疗服务流程需要，注重员工合理需求。	3.6.1.3	后勤保障部门有为患者、员工服务的具体措施并得到落实。	0.5
			3.6.1.4	患者、员工对服务工作满意度高。	0.5
3.6.2	2	后勤专业人员及特种设备操作人员持证上岗，按技术操作规程工作。	3.6.2.1	有水、电、气后勤保障操作规范，合理配置专业人员，职责明确，持证上岗。	0.5
			3.6.2.2	水、电、气供应的关键部位和机房有规范的警示标识，张贴和悬挂相关操作规范和设备设施的原理图，作业人员24小时值班制。	0.5
			3.6.2.3	有日常运行检查、定期定级维护保养，且台账清晰；有水、电、气等后勤保障应急预案，并组织演练。	0.5
			3.6.2.4	有明确的故障报修、排查、处理流程，有夜间、节假日出现故障时的联系维修方式和方法。	0.5
3.6.3	2	控制与降低能源消耗，水、电、气、物资供应等后勤保障满足医院运行需要。	3.6.3.1	有节能降耗、控制成本的计划、措施与目标并落实到相关科室与值班组。	1
			3.6.3.2	节能降耗工作有成效，万元收入能耗支出较上一评审周期下降（水、电、气、热等能耗折算为吨标煤下降）。	1
3.6.4	2	为员工提供膳食服务，保障饮食卫生安全。	3.6.4.1	有专职部门或专人负责医院膳食服务，并建立健全各项食品卫生安全管理制度和岗位职责。	1
			3.6.4.2	建立以食品卫生为核心的餐饮服务质量监管体系，保障食品安全，满足供应，开展监管评价。	1
3.6.5	2	医疗废物、废液管理符合医院感染管理要求。污水管理和处置符合规定。	3.6.5.1	有医疗废物和污水处理管理规章制度和岗位职责。	0.5
			3.6.5.2	污水处理系统符合相关法律法规的要求。	0.5
			3.6.5.3	有专人负责医疗废物和污水处理工作，上岗前经过相关知识培训合格。医疗机构可回收物回收率逐年上升。	0.5
			3.6.5.4	院感、总务、环保等主管部门对制度与岗位职责落实情况有监管评价和记	0.5

 云南省卫生健康委员会行政规范性文件

				录。	
3.6.6	2	安全保卫组织健全，制度完善。安全保卫设备设施完好，重点环境、重点部位安装视频监控设施，监控室符合相关标准。	3.6.6.1	安全保卫组织健全，制度完善；保卫科人员配备结构合理，岗位职责明确。	0.5
			3.6.6.2	有应急预案，定期组织演练。	0.5
			3.6.6.3	安全保卫设备设施完好，重点环境、重点部位安装视频监控设施，监控室符合相关标准。	0.5
			3.6.6.4	合理配置、使用视频监控资源。	0.5
3.6.7	2	医院消防系统、特种设备、危险品管理符合国家相关法律法规和标准。	3.6.7.1	有消防安全管理制度、教育制度和应急预案，有消防安全管理部门，有消防安全管理措施和管理人员岗位职责。	1
			3.6.7.2	消防通道通畅，消防器材（灭火器、消防栓）完好，防火区域隔离符合规范要求；加强消防安全重点部门、重要部位、特种设备、危险品管理防范与监管，有监管记录。	1
3.6.8	2	为患者提供清洁、温馨、舒适的医院环境，符合爱国卫生运动相关要求，美化、硬化、绿化达到医院环境标准要求。	3.6.8.1	医院环境优美、整洁、舒适，符合爱国卫生运动委员会和无烟医院相关要求。	1
			3.6.8.2	有爱国卫生运动委员会，有指定的部门和人员负责医院环境卫生工作，制订环境卫生工作计划并组织实施；医院获得政府有关部门关于环境卫生或绿化工作或无烟医院的表彰或称号。	1
3.7.1	2	成立医院应急工作领导小组，建立医院应急指挥系统，落实责任，建立并不断完善医院应急管理的机制。	3.7.1.1	有医院应急工作领导小组，负责医院应急管理。	0.5
			3.7.1.2	有医院应急指挥系统，院长是医院应急管理第一责任人，主管职能部门负责日常应急管理工作，在应急工作中有具体职责和任务。	0.5
			3.7.1.3	应急队伍的人员构成合理，职责明确，有应急演练或应急实践总结分析，对应急指挥系统的效能进行评价，持续改进应急管理工作。	1
3.7.2	2	明确医院需要应对的主要突发	3.7.2.1	制定医院应对各类突发事件的总体预案和部门预案，明确在应急状态下各	1

 云南省卫生健康委员会行政规范性文件

		事件策略，制定和完善各类应急预案，提高快速反应能力。		个部门的责任和各级各类人员的职责以及应急响应行动的程序。	
			3.7.2.2	编制医院应急预案手册，各部门各级各类人员知晓本部门和本岗位相关职责与流程。	0.5
			3.7.2.3	定期并及时修订总体预案和专项预案，持续改进。	0.5
3.7.3	2	开展应急培训和演练，提高各级、各类人员的应急素质和医院的整体应急能力。	3.7.3.1	各科室、各部门每年至少组织一次系统的防灾训练。	0.5
			3.7.3.2	相关人员掌握主要应急技能和防灾技能。	0.5
			3.7.3.3	有应对重大突发事件的医院内、外联合应急演练。	0.5
			3.7.3.4	有应对突发大规模传染病爆发等突发公共卫生事件的综合演练。	0.5
3.7.4	2	合理进行应急物资和设备的储备。	3.7.4.1	有应急物资和设备的储备计划。	0.5
			3.7.4.2	有应急物资和设备的管理制度、审批制度。	0.5
			3.7.4.3	有必备物资储备目录，有应急物资和设备的使用登记。	0.5
			3.7.4.4	应急物资和设备有定期维护，确保效期，自查有记录。	0.5
3.8.1	2	有鼓励全员参与科研工作的制度和办法，促进科研成果向临床应用转化，并提供适当的经费、条件、设施和人员支持。	3.8.1.1	有科研工作管理制度，有鼓励全院各类人员参与科研工作的具体措施。	0.5
			3.8.1.2	有科研经费支持及相应的科研条件与设施，设立科研支持基金和鼓励性科研的经费相关资料。	0.5
			3.8.1.3	有专门部门和人员对科研工作进行管理。	0.5
			3.8.1.4	评审周期内科研项目数量和科研支持经费与医院发展同步增加。	0.5
3.8.2	2	开展药物、医疗器械临床试验以及研究者发起的临床研究应当符合《药物临床试验质量管理规范》《医疗器械临床试验质量管理规范》等相关规	2.8.2.1	开展药物临床试验需有国家药物临床试验机构资质。	0.5
			2.8.2.2	按《药物临床试验质量管理规范》与《医疗器械临床试验质量管理规范》要求制定相应管理制度与流程，并执行。	0.5
			2.8.2.3	对研究者、受试者相关制度执行有监督和保障措施，并有可查询的安全记录；保证受试者在试验期间出现不良事件时得到适当的治疗。	0.5

 云南省卫生健康委员会行政规范性文件

		定。	2.8.2.4	研究者将数据真实、准确、完整、及时、合法地载入病历和病例报告表。	0.5
3.8.3	2	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、日程管理和审查工作应符合《涉及人的生物医学研究伦理审查办法规定》。	3.8.3.1	设立医院伦理委员会，并采取有效措施保障伦理委员会独立开展生物医学研究伦理审查工作。	0.5
			3.8.3.2	建立生物医学研究伦理审查工作制度及操作规程，保证伦理审查过程独立、客观、公正。	0.5
			3.8.3.3	生物医学研究项目必须经伦理委员会审查并批准。	0.5
			3.8.3.4	医院应当对本机构设立的伦理委员会开展的涉及人的生物医学研究伦理审查工作加强日常管理，定期评估伦理委员会的工作。	0.5
3.8.4	2	承担临床医学教育任务的医院师资、教学管理干部、设备、设施等资源配置符合有关教育教学标准要求，并取得相应资质认可。	3.8.4.1	医学院校附属医院或教学医院的教学师资、管理人员、设施设备需符合医学教育相关标准要求。教学师资应取得相应资质认可。	0.5
			3.8.4.2	有主管院领导，专门部门和专职人员、专业教研组、专（兼）职教师负责教学管理工作。有教学规划、资金投入和保障制度，并落实。	0.5
			3.8.4.3	完成本科临床教学与实习任务，资料完整。	0.5
			3.8.4.4	师资、设备设施、资金投入到位，教学管理规范。	0.5
3.8.5	2	根据临床、教学、科研和管理的需要，有计划、有重点地收集国内外各种医学及相关学科的图书和文献，开展多层次多种方式的读者服务工作，提高信息资源的利用率。	3.8.5.1	有医学图书馆工作制度和信息服务制度，能提供文献查询服务。	0.5
			3.8.5.2	图书馆由专人管理，基本设置和藏书数量能满足临床科研教学需求。	0.5
			3.8.5.3	可提供网络版医学文献数据库(中文、外文期刊库等)全文文献检索服务。	0.5
			3.8.5.4	开展定题检索、课题查新、信息编译和分析研究以及最新文献报道等信息服务工作，满足临床、教学、科研、管理和员工的文献信息需求。	0.5
3.9.1	2	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	3.9.1.1	有医德医风建设、考评和奖惩制度。	0.5
			3.9.1.2	有对医务人员进行职业道德教育的培训和相关记录。	0.5

 云南省卫生健康委员会行政规范性文件

		价值观和新时代医疗卫生职业精神，坚持“以患者为中心”，尊重患者权利，履行防病治病、救死护伤、保护人民健康的神圣职责。	3.9.1.3	逐步建立弘扬社会主义核心价值观和新时代医疗卫生职业精神，坚持“以患者为中心”，尊重患者权利，履行防病治病、救死护伤、保护人民健康的服务理念。	1
3.9.2	3	重视医院文化建设，建立医院文化建设制度，把医院文化培育成核心竞争力，逐步建立以患者为中心、注重医疗质量安全根植于医院服务理念的特色价值取向和行为标准。	3.9.2.1	有医院文化建设方案或计划。	0.5
			3.9.2.2	医院文化建设纳入医院建设发展规划。	0.5
			3.9.2.3	有指定部门负责文化建设工作，有具体落实措施。	0.5
			3.9.2.4	医院环境、员工行为规范体现医院文化特色。	0.5
			3.9.2.5	医院文化建设能够体现以患者为中心导向、根植于本院服务理念（如开展“优质护理服务”、“志愿者活动”等）。	1
3.9.3	2	执行《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见（试行）》，建立行风建设与管理的组织和制度体系，完善工作机制。	3.9.3.1	有医德医风管理组织体系，有主管部门负责管理与考评。	0.5
			3.9.3.2	有医德医风考评方案和量化标准，定期对医务人员进行考评。	0.5
			3.9.3.3	各级各类医务人员和窗口服务人员的岗位职责中，有医德医风的要求。	0.5
			3.9.3.4	严格执行首诊负责制、危重病人抢救制度和转诊转院等核心制度，文明行医，严禁推诿、拒诊病人。	0.5