

国家卫生健康委员会办公厅

国卫办医政函〔2024〕150 号

国家卫生健康委办公厅关于印发 急诊医学等 6 个专业医疗质量控制指标 (2024 年版)的通知

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生健康委：

为进一步加强医疗质量管理，规范临床诊疗行为，促进医疗服务的标准化、同质化，我委组织制修定了急诊医学等 6 个专业的医疗质量控制指标。现印发给你们，供各级卫生健康行政部门、相关专业质控组织和医疗机构在医疗质量管理与控制工作中使用。2015 年印发的《急诊专业医疗质量控制指标(2015 年版)》《病理专业医疗质量控制指标(2015 年版)》《医院感染管理质量控制指标(2015 年版)》同时废止。

各级各类医疗机构要充分利用相关医疗质量控制指标开展质量管理工作，不断提升医疗质量管理的科学化和精细化水平。各级卫生健康行政部门和相关专业质控中心要加强对本行政区域内医疗机构的培训和指导，推动医疗机构持续改进医疗质量。

附件：1. 急诊医学专业医疗质量控制指标(2024 年版)

2. 脑损伤评价医疗质量控制指标(2024 年版)
3. 病理专业医疗质量控制指标(2024 年版)
4. 放射影像专业医疗质量控制指标(2024 年版)
5. 门诊管理医疗质量控制指标(2024 年版)
6. 医院感染管理医疗质量控制指标(2024 年版)



(信息公开形式:主动公开)

附件 1

急诊医学专业医疗质量控制指标 (2024 年版)

指标一、急诊科医患比 (EM-SI-01)

定义：急诊科医师总数与同期急诊科接诊患者总人次之比。

计算公式：

$$\text{急诊科医患比} = \frac{\text{急诊科医师总数}}{\text{同期急诊科接诊患者总人次}} \times 10000\text{‰}$$

说明：本指标中急诊科医师是指在本医疗机构注册，全职从事急诊工作的执业医师。

意义：反映医疗机构急诊科医师资源配置情况。

指标二、急诊科护患比 (EM-SI-02)

定义：急诊科护士总数与同期急诊科接诊患者总人次之比。

计算公式：

$$\text{急诊科护患比} = \frac{\text{急诊科护士总数}}{\text{同期急诊科接诊患者总人次}} \times 10000\text{‰}$$

意义：反映医疗机构急诊科护士资源配置情况。

指标三、抢救室滞留时间（中位数）（EM-ME-03）

定义：将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。

计算公式：

抢救室滞留时间（中位数）= $X_{(n+1)/2}$ ， n 为奇数

抢救室滞留时间（中位数）= $(X_{n/2} + X_{n/2+1}) / 2$ ， n 为偶数

n 为一定时期进出抢救室患者总数， X 为抢救室滞留时间。

意义：反映急诊效率和急危重症救治质量。

指标四、急诊分级分诊执行率（EM-ME-04）

定义：急诊（预检分诊）执行分级分诊的患者例次占同期急诊接诊患者总例次的比例。

计算公式：

急诊分级分诊执行率

$$= \frac{\text{急诊（预检分诊）执行分级分诊的患者例次}}{\text{同期急诊接诊患者总例次}} \times 100\%$$

说明：急诊预检分诊要依据科学的标准进行准确分级，目前广泛使用的标准按病情危重程度将患者分为四级：I 级为急危患者，需要立即得到救治；II 级为急重患者，往往评估与救治同时进行；III 级为急症患者，需要短时间内得到诊治；IV 级为非急症患者或亚急症患者，在普通诊疗区顺序

就诊（下同）。

意义：反映急诊分级分诊的规范性。

指标五、急诊 IV 级患者静脉输液使用率（EM-ME-05）

定义：接受静脉输液治疗的急诊 IV 级患者例数占同期急诊就诊 IV 级患者总例数的比例。

计算公式：

急诊 IV 级患者静脉输液使用率

$$= \frac{\text{接受静脉输液治疗的急诊 IV 级患者例数}}{\text{同期急诊就诊 IV 级患者总例数}} \times 100\%$$

意义：反映急诊静脉输液治疗管理情况。

指标六、心肺复苏（CPR）质量监测率（EM-CA-06）

定义：进行 CPR 质量监测的患者例数占同期 CPR 患者总例数的比例。

计算公式：

$$\text{CPR 质量监测率} = \frac{\text{进行 CPR 质量监测的患者例数}}{\text{同期 CPR 患者总例数}} \times 100\%$$

说明：本指标中 CPR 质量监测主要包括按压质量监测（如按压深度、按压频率）和生理指标监测（如呼气末二氧化碳分压），至少监测其中一项指标可视为实施了 CPR 质量监测。

意义：心肺复苏过程性指标的监测有助于优化心肺复苏

质量、提高复苏成功率。

指标七、心脏骤停复苏成功率（EM-CA-07）

定义：复苏成功的心脏骤停患者人数占同期行 CPR 的心脏骤停患者总人数的比例。

计算公式：

院前心脏骤停复苏成功率

$$= \frac{\text{复苏成功的院前心脏骤停患者人数}}{\text{同期行 CPR 的院前心脏骤停患者总人数}} \times 100\%$$

院内心脏骤停复苏成功率

$$= \frac{\text{复苏成功的院内心脏骤停患者人数}}{\text{同期行 CPR 的院内心脏骤停患者总人数}} \times 100\%$$

说明：1. 本指标中复苏成功指胸外按压停止后自主循环（或 ECMO 支持下循环）维持 20min 及以上（下同）。同一患者单次就诊期间行多次心肺复苏术，有一次成功即视为成功。

2. 本指标中院内心脏骤停是指单次病程中心脏骤停事件首发于医院内，心脏骤停首次发生于其他地点则视为院前心脏骤停（下同）。

3. 抢救过程中患者家属（或委托人）要求不再进行心肺复苏者，不纳入统计（下同）。

意义：反映心脏骤停急诊救治能力和质量。

指标八、复苏成功后昏迷患者目标体温管理实施率 (EM-CA-08)

定义：实施目标体温管理的复苏成功后昏迷患者例数占同期复苏成功后昏迷患者总例数的比例。

计算公式：

$$\begin{aligned} & \text{复苏成功后昏迷患者目标体温管理实施率} \\ &= \frac{\text{实施目标体温管理的复苏成功后昏迷患者例数}}{\text{同期复苏成功后昏迷患者总例数}} \\ & \times 100\% \end{aligned}$$

说明：本指标中目标体温管理是指对复苏成功后仍昏迷的患者实施体温控制，维持体温 32℃-36℃ 至少 24 小时。

意义：反映心脏骤停自主循环恢复后管理的规范性。

指标九、心脏骤停患者出院存活率 (EM-CA-09)

定义：心脏骤停患者出院时存活人数占同期心脏骤停总人数的比例。

计算公式：

$$\begin{aligned} & \text{院前心脏骤停患者出院存活率} \\ &= \frac{\text{院前心脏骤停患者出院时存活人数}}{\text{同期院前心脏骤停总人数}} \times 100\% \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} & \text{院内心脏骤停患者出院存活率} \\ &= \frac{\text{院内心脏骤停患者出院时存活人数}}{\text{同期院内心脏骤停总人数}} \times 100\% \end{aligned}$$

意义：反映心脏骤停的综合救治能力。

指标十、脓毒性休克 1 小时内抗菌药物使用率(EM-SS-10)

定义：脓毒性休克 1 小时内使用抗菌药物的患者例数占同期脓毒性休克患者总例数的比例。

计算公式：

脓毒性休克 1 小时内抗菌药物使用率

$$= \frac{\text{脓毒性休克 1 小时内使用抗菌药物的患者例数}}{\text{同期脓毒性休克患者总例数}} \times 100\%$$

说明：本指标仅统计急诊就诊时即存在脓毒性休克的初诊患者，1 小时内使用抗菌药物指就诊 1 小时内给予抗菌药物治疗。

意义：反映脓毒性休克治疗中抗菌药物早期应用情况。

指标十一、急诊重症监护病房（EICU）脓毒性休克患者病死率（EM-SS-11）

定义：EICU 脓毒性休克患者死亡人数占同期 EICU 脓毒性休克患者总人数的比例。

计算公式：

EICU 脓毒性休克患者病死率

$$= \frac{\text{EICU 脓毒性休克患者死亡人数}}{\text{同期 EICU 脓毒性休克患者总人数}} \times 100\%$$

说明：1. 本指标适用于已设置 EICU 的急诊科。统计范围包括：患者收住 EICU、出院或死亡诊断含脓毒性休克/感染性休克的患者。

2. 本指标中分子为发生在 EICU 的脓毒性休克患者死亡，包括直接死亡原因为脓毒性休克和/或脓毒性休克并发症，以及因合并疾病加重死亡的脓毒性休克病例。

意义：反映 EICU 脓毒性休克救治质量。

指标十二、急诊创伤患者创伤量化评估率（EM-ET-12）

定义：急诊创伤患者应用创伤评分系统完成量化评估的例数占同期急诊创伤患者总例数的比例。

计算公式：

$$\begin{aligned} & \text{急诊创伤患者创伤量化评估率} \\ &= \frac{\text{急诊创伤患者应用创伤评分系统完成量化评估的例数}}{\text{同期急诊创伤患者总例数}} \\ & \times 100\% \end{aligned}$$

说明：本指标中创伤评分系统包括修正创伤评分（RTS）、简明损伤评分（AIS）、损伤严重程度评分（ISS）、创伤评分和损伤严重程度评分（TRISS）、国际分类损伤严重程度评分（ICISS）、创伤严重程度特征评分（ASCOT）等，至少使用上述一种评分进行创伤患者评估，即视为完成创伤量化评估。

意义：反映急诊创伤评估的规范性。

指标十三、严重创伤患者就诊—手术时间（中位数） (EM-ET-13)

定义：严重创伤患者从急诊就诊至开始施行手术时间由长到短排序后取中位数。

计算公式：

严重创伤患者从急诊就诊至开始施行手术的时间（中位数） = $X_{(n+1)/2}$ ， n 为奇数

严重创伤患者从急诊就诊至开始施行手术的时间（中位数） = $(X_{n/2} + X_{n/2+1}) / 2$ ， n 为偶数

n 为一定时期施行了手术的严重创伤患者总数， X 为严重创伤患者从急诊就诊至开始施行手术的时间。

说明：1. 本指标中严重创伤患者指 $ISS \geq 16$ 、 $RTS < 11$ 或发生创伤性休克的患者（至少符合其一，下同）。

2. 本指标中创伤性休克指因创伤而引起的休克，包括失血和非失血原因引起的休克。

3. 本指标中手术定义参照《医疗机构手术分级管理办法》，不包括气管插管、中心静脉置管。

意义：反映急诊创伤救治效率。

指标十四、严重创伤患者 24 小时存活率 (EM-ET-14)

定义：就诊 24 小时后存活的严重创伤患者人数占同期严重创伤患者总人数的比例。

计算公式：

$$\begin{aligned} & \text{严重创伤患者 24 小时存活率} \\ &= \frac{\text{就诊 24 小时后存活的严重创伤患者人数}}{\text{同期严重创伤患者总人数}} \times 100\% \end{aligned}$$

意义：反映急诊严重创伤的救治能力。

指标十五、急诊中心静脉置管早期血管并发症发生率 (EM-EP-15)

定义：急诊中心静脉置管发生早期血管并发症的例数占同期急诊中心静脉置管总例数的比例。

计算公式：

$$\begin{aligned} & \text{急诊中心静脉置管早期血管并发症发生率} \\ &= \frac{\text{急诊中心静脉置管发生早期血管并发症的例数}}{\text{同期急诊中心静脉置管总例数}} \\ & \times 100\% \end{aligned}$$

说明：本指标中心静脉置管早期血管并发症是指中心静脉导管置入时及置入 24 小时内发生的血管相关并发症，包括动脉损伤、严重出血、局部血肿、胸腔积血及腹膜后血肿等。

意义：反映急诊科中心静脉置管操作质量。

指标十六、体外膜肺氧合辅助心肺复苏 (ECPR) 实施时间 (中位数) (EM-EP-16)

定义：ECPR 实施时间指从启动动静脉置管至体外循环开始运行的时间。将 ECPR 实施时间由长到短排序后取中位数。

计算公式：

ECPR 实施时间（中位数）= $X_{(n+1)/2}$ ，n 为奇数

ECPR 实施时间（中位数）= $(X_{n/2} + X_{n/2+1}) / 2$ ，n 为偶数

n 为一定时期内实施 ECPR 患者总数，X 为 ECPR 实施时间。

意义：反映 ECMO 辅助心肺复苏的质量和效率。

附件 2

脑损伤评价医疗质量控制指标 (2024 年版)

指标一、自发性脑出血患者电子计算机断层扫描血管成像 (CTA) 检查率 (BIE-ICH-01)

定义：行 CTA 的自发性脑出血患者例数占同期自发性脑出血患者总例数的比例。

计算公式：

自发性脑出血患者 CTA 检查率

$$= \frac{\text{行 CTA 的自发性脑出血患者例数}}{\text{同期自发性脑出血患者总例数}} \times 100\%$$

说明：本指标中自发性脑出血是指除外伤、明显的结构性原因（如血管畸形、囊状动脉瘤、易出血的肿瘤、手术）引起的原发性脑出血。

意义：反映医疗机构对自发性脑出血患者病因和风险评估情况。

指标二、自发性脑出血患者格拉斯哥昏迷量表 (GCS) 评估率 (BIE-ICH-02)

定义：完成 GCS 评分的自发性脑出血患者例数占同期自发性脑出血患者总例数的比例。

计算公式:

自发性脑出血患者 GCS 评估率

$$= \frac{\text{完成 GCS 评分的自发性脑出血患者例数}}{\text{同期自发性脑出血患者总例数}} \times 100\%$$

说明: 本指标中 GCS 评估应包括入院和出院前的评估, 具体标准参考《高血压性脑出血中国多学科诊治指南》和《中国脑出血诊治指南(2019)》。

意义: 反映医疗机构对自发性脑出血患者意识障碍评估的规范性。

附评分表:

睁眼	语言	运动
4-自发睁眼	5-正常交谈	6-按吩咐动作
3-语言吩咐睁眼	4-言语错乱	5-对疼痛刺激定位反应
2-疼痛刺激睁眼	3-只能说出(不恰当)单词	4-对疼痛刺激屈曲反应
1-无睁眼	2-只能发音	3-异常屈曲(去皮层状态)
	1-无发音	2-异常伸展(去脑状态)
		1-无反应

指标三、自发性脑出血患者改良 Rankin 量表(mRS)评估率(BIE-ICH-03)

定义: 完成 mRS 评估的自发性脑出血患者例数占同期自发性脑出血患者总例数的比例。

计算公式:

自发性脑出血患者 mRS 评估率

$$= \frac{\text{完成 mRS 评估的自发性脑出血患者例数}}{\text{同期自发性脑出血患者总例数}} \times 100\%$$

说明：本指标中 mRS 评估应包括入院和出院前的评估，具体标准参考《高血压性脑出血中国多学科诊治指南》和《中国脑出血诊治指南（2019）》。

意义：反映医疗机构对自发性脑出血患者进行全面功能评估的情况。

附评分表：

计分	描述
0	完全无症状
1	虽有症状但无残障，正常日常活动
2	轻度残障，无法维持发病前全部日常活动，但生活自理
3	中度残障，需要帮助，但可自行行走
4	中重度残障，无法自行行走或完成动作
5	重度残障，卧床，需日常护理
6	死亡

指标四、轻中度自发性脑出血患者紧急降压有效率 (BIE-ICH-04)

定义：行紧急降压治疗后有效缓解的轻中度自发性脑出血患者例数占同期行紧急降压治疗的轻中度自发性脑出血患者总例数的比例。

计算公式：

$$\begin{aligned} & \text{轻中度自发性脑出血患者紧急降压有效率} \\ &= \frac{\text{行紧急降压治疗后有效缓解的轻中度自发性脑出血患者例数}}{\text{同期行紧急降压治疗的轻中度自发性脑出血患者总例数}} \\ & \times 100\% \end{aligned}$$

说明：1. 本指标中轻中度自发性脑出血患者是指 GCS 评分 ≥ 5 分的自发性脑出血患者。

2. 本指标中紧急降压治疗是指收缩压在 150 ~ 220mmHg 的患者，在脑出血发生后 2 小时内开始连续静脉用药治疗。

3. 本指标中有效缓解是指在紧急降压治疗 1 小时内患者收缩压降低至 140mmHg 的目标并在住院期间维持在 130 至 150mmHg 范围内。

意义：反映医疗机构对轻中度自发性脑出血紧急降压治疗处理的有效性。

指标五、自发性脑出血患者随访率（BIE-ICH-05）

定义：完成 6 个月随访的自发性脑出血患者例数占同期自发性脑出血出院患者总例数的比例。

计算公式：

自发性脑出血患者随访率

$$= \frac{\text{完成 6 个月随访的自发性脑出血患者例数}}{\text{同期自发性脑出血出院患者总例数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构对自发性脑出血患者诊疗的延续性。

指标六、急性重型颅脑创伤患者有创颅内压力（ICP）监测率（BIE-TBI-06）

定义：行 ICP 监测的急性重型颅脑创伤患者例数占同期急性重型颅脑创伤患者总例数的比例。

计算公式:

急性重型颅脑创伤患者 ICP 监测率

$$= \frac{\text{行 ICP 监测的急性重型颅脑创伤患者例数}}{\text{同期急性重型颅脑创伤患者总例数}} \times 100\%$$

说明:本指标中急性重型颅脑创伤患者是指 GCS 评分 3~8 分的患者,参考《颅脑创伤患者脑监测技术中国专家共识》。

意义:反映医疗机构对急性重型颅脑创伤患者的客观评估的规范性。

指标七、急性颅脑创伤患者格拉斯哥昏迷量表 (GCS) 评估率 (BIE-TBI-07)

定义:完成 GCS 评估的急性颅脑创伤患者例数占同期急性颅脑创伤患者总例数的比例。

计算公式:

急性颅脑创伤患者 GCS 评估率

$$= \frac{\text{完成 GCS 评估的急性颅脑创伤患者例数}}{\text{同期急性颅脑创伤患者总例数}} \times 100\%$$

意义:反映医疗机构对急性颅脑创伤患者意识障碍评估的规范性。

指标八、急性颅脑创伤患者随访格拉斯哥结果评估量表 (GOS) 评估率 (BIE-TBI-08)

定义:随访中实施 6 个月 GOS 评估的急性颅脑创伤患者

例数占同期急性颅脑创伤出院患者总例数的比例。

计算公式:

$$\begin{aligned} & \text{急性颅脑创伤患者随访 GOS 评分率} \\ = & \frac{\text{急性颅脑创伤患者实施 6 个月随访 GOS 评分的数量}}{\text{同期急性颅脑创伤出院患者总例数}} \times 100\% \end{aligned}$$

意义: 反映医疗机构对急性颅脑创伤患者进行评估的延续性。

附评分表:

计分	描述
5	恢复良好恢复正常生活, 尽管有轻度缺陷
4	轻度残疾但可独立生活; 能在保护下工作
3	重度残疾清醒、残疾, 日常生活需要照料
2	植物生存仅有最小反应 (如随着睡眠/清醒周期, 眼睛能睁开)
1	死亡

指标九、急性脑梗死初诊患者脑血管影像学评估率 (BIE-CI-09)

定义: 完成脑血管影像学评估的急性脑梗死初诊患者例数占同期急性脑梗死初诊患者总例数的比例。

计算公式:

$$\begin{aligned} & \text{急性脑梗死初诊患者脑血管影像学评估率} \\ = & \frac{\text{完成脑血管影像学评估的急性脑梗死初诊患者例数}}{\text{同期急性脑梗死初诊患者总例数}} \times 100\% \end{aligned}$$

说明: 1. 本指标中脑血管影像学评估包括头颅 CTA 或磁共振血管成像 (MRA)。

2. 本指标中初诊是指患者在医疗机构首次被诊断为急性脑梗死。

意义：反映医疗机构对急性脑梗死初诊患者的影像学评估情况。

指标十、脑梗死患者康复治疗率（BIE-CI-10）

定义：接受康复治疗的脑梗死患者人数占同期脑梗死患者总人数的比例。

计算公式：

脑梗死患者康复治疗率

$$= \frac{\text{接受康复治疗的脑梗死患者人数}}{\text{同期脑梗死的患者总人数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构开展脑梗死患者康复治疗的情况。

附件 3

病理专业医疗质量控制指标 (2024 年版)

指标一、每百张床位病理医师数 (PATH-01)

定义：每 100 张实际开放床位病理医师人数。

计算公式：

$$\text{每百张床位病理医师数} = \frac{\text{病理医师人数}}{\text{同期实际开放床位数}} \times 100$$

意义：反映病理医师资源配置情况。

指标二、每百张床位病理技术人员数 (PATH-02)

定义：每 100 张实际开放床位病理技术人员数。

计算公式：

$$\text{每百张床位病理技术人员数} = \frac{\text{病理技术人员数}}{\text{同期实际开放床位数}} \times 100$$

说明：本指标中病理技术人员是指具有相应专业技术职务任职资格，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。

意义：反映病理技术人员资源配置情况。

指标三、标本规范化固定率 (PATH-03)

定义：规范化固定的标本例数占同期标本总例数的比例。

计算公式：

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

说明：本指标中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。

意义：反映病理标本处理的规范性。

指标四、苏木精-伊红染色法（Hematoxylin Eosinstaining, HE）染色切片优良率（PATH-04）

定义：HE 染色优良切片数占同期 HE 染色切片总数的比例。

计算公式：

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

说明：本指标中染色优良切片是指达到行业优良标准要求的染色切片，具体标准参照《临床技术操作规范-病理分册》或《CNAS-GL048 医学实验室组织病理学检查领域认可指南》。（下同）

意义：反映石蜡切片的染色、制片质量。

指标五、免疫组化染色切片优良率（PATH-05）

定义：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。

计算公式：

免疫组化染色切片优良率

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

意义：反映免疫组化染色、制片质量。

指标六、术中快速诊断及时率（PATH-06）

定义：规定时间内完成术中快速病理诊断的报告数占同期术中快速病理诊断报告总数的比例。

计算公式：

术中快速诊断及时率

$$= \frac{\text{规定时间内完成术中快速病理诊断的报告数}}{\text{同期术中快速病理诊断报告总数}} \times 100\%$$

说明：本指标中规定时间是指病理科在收到单例标本（取材块数 ≤ 3 块）后 30 分钟内完成诊断报告；若前一例标本诊断报告未完成，新标本诊断报告应在 45 分钟内完成。

意义：反映术中快速病理诊断的及时性。

指标七、组织病理诊断及时率（PATH-07）

定义：规定时间内完成组织病理诊断的报告数占同期组织病理诊断报告总数的比例。

计算公式:

组织病理诊断及及时率

$$= \frac{\text{规定时间内完成组织病理诊断的报告数}}{\text{同期组织病理诊断报告总数}} \times 100\%$$

说明: 本指标中规定时间是指病理科在收到穿刺、内窥镜钳取活检的小标本后, 3个工作日内完成诊断报告; 在收到其他类型标本后, 5个工作日内完成病理报告; 需特殊处理、特殊染色、免疫组化染色、分子检测的标本, 按照相关指南增加相应的工作日。

意义: 反映组织病理诊断的及时性。

指标八、细胞病理诊断及及时率 (PATH-08)

定义: 规定时间内完成细胞病理诊断的报告数占同期细胞病理诊断报告总数的比例。

计算公式:

细胞病理诊断及及时率

$$= \frac{\text{规定时间内完成细胞病理诊断的报告数}}{\text{同期细胞病理诊断报告总数的比例}} \times 100\%$$

说明: 本指标中规定时间是指病理科在收到细胞标本后, 2个工作日内完成诊断报告; 需特殊处理、特殊染色、免疫组化染色、分子检测的标本, 按照相关指南增加相应的工作日。

意义: 反映细胞病理诊断的及时性。

指标九、分子病理检测室内质控合格率（PATH-09）

定义：分子病理检测室内质控合格报告数占同期分子病理检测报告总数的比例。

计算公式：

分子病理检测室内质控合格率

$$= \frac{\text{分子病理检测室内质控合格报告数}}{\text{同期分子病理检测报告总数}} \times 100\%$$

说明：本指标中室内质控合格是指检测流程及结果达到行业标准要求，具体标准参见中华病理学杂志上发表的专家共识与指南。

意义：反映分子病理诊断质量。

指标十、免疫组化染色室间质评合格率（PATH-10）

定义：免疫组化染色室间质评合格次数占同期参加免疫组化染色室间质评总次数的比例。

计算公式：

免疫组化染色室间质评合格率

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

说明：本指标中室间质评合格是指参加省级及以上病理质控中心、国际标准化组织（ISO）或中国合格评定国家认可委员会（CNAS）等质控机构组织的室间质评，并达到合格标准。（下同）

意义：反映免疫组化染色质量。

指标十一、分子病理室间质评合格率（PATH-11）

定义：分子病理室间质评合格次数占同期参加分子病理室间质评总次数的比例。

计算公式：

分子病理室间质评合格率

$$= \frac{\text{分子病理室间质评合格次数}}{\text{同期参加分子病理室间质评总次数}} \times 100\%$$

意义：反映分子病理诊断质量。

指标十二、细胞学病理诊断质控符合率（PATH-12）

定义：细胞学原病理诊断与抽查质控诊断符合的报告份数占同期抽查报告总份数的比例。

计算公式：

细胞学病理诊断质控符合率

$$= \frac{\text{细胞学原病理诊断与抽查质控诊断符合的报告份数}}{\text{同期抽查报告总份数}} \times 100\%$$

意义：反映细胞学病理诊断质量。

指标十三、术中快速诊断与石蜡诊断符合率（PATH-13）

定义：术中快速诊断与石蜡诊断符合的报告数占同期术中快速诊断报告总数的比例。

计算公式:

术中快速诊断与石蜡诊断符合率

$$= \frac{\text{术中快速诊断与石蜡诊断符合的报告数}}{\text{同期术中快速诊断报告总数}} \times 100\%$$

说明: 本指标中术中诊断符合是指在良恶性病变定性诊断一致。

意义: 反映术中快速诊断准确性。

附件 4

放射影像专业医疗质量控制指标 (2024 年版)

指标一、放射影像检查图像伪影率 (RQI-11A-01)

定义：放射影像检查出现不良伪影的例次数占同期放射影像检查总例次数的比例。

计算公式：

放射影像检查图像伪影率

$$= \frac{\text{放射影像检查出现不良伪影的例次数}}{\text{同期放射影像检查总例次数}} \times 100\%$$

说明：1. 本指标中放射影像检查包括电子计算机断层扫描（CT）和磁共振成像（MRI），每 1 份检查报告为 1 个检查例次，分别统计其伪影率。

2. 本指标中不良伪影是指在放射影像检查成像过程中产生的与被扫描组织结构无关的异常影像，这些异常影像降低了图像质量，影响对病变的分析诊断。

意义：反映放射影像检查的图像质量。

指标二、急诊放射影像检查报告 2 小时完成率 (RQI-RRC-02)

定义：2 小时内完成的急诊放射影像检查的报告份数占

同期急诊放射影像检查报告总份数的比例。

计算公式：

急诊放射影像检查报告 2 小时完成率

$$= \frac{\text{2 小时内完成的急诊放射影像检查报告份数}}{\text{同期急诊放射影像检查报告总份数}} \times 100\%$$

说明：1. 本指标中急诊放射影像检查是指急诊科开具的 X 线检查和 CT 检查。

2. 本指标中放射影像检查报告完成时间是指从患者开始接受 X 线或 CT 检查，到检查报告正式出具的时间。

意义：反映急诊放射影像检查报告出具的及时性。

指标三、放射影像报告书写规范率（RQI-RWS-03）

定义：书写规范的放射影像检查报告份数占同期放射影像检查报告总份数的比例。

计算公式：

放射影像报告书写规范率

$$= \frac{\text{书写规范的放射影像检查报告例数}}{\text{同期放射影像检查报告总例数}} \times 100\%$$

说明：本指标中书写规范的放射影像检查报告是指符合以下条件的报告：1. 有放射科医生签名；2. 结论（或印象）部分与影像描述部分内容相符；3. 无明显错误（包括：所查脏器缺如但报告为正常；报告描述检查器官、部位、方位、

单位、数据错误；未删除与放射影像报告有歧义的模板文字；患者信息与实际不符或缺失）。

意义：反映放射影像检查报告书写质量。

指标四、放射影像危急值 10 分钟内通报完成率 (RQI-RCV-04)

定义：发现放射影像危急值后 10 分钟内完成通报的病例数占同期放射影像危急值总例数的比例。

计算公式：

$$\text{放射影像危急值 10 分钟内通报完成率} = \frac{\text{发现放射影像危急值后 10 分钟内完成通报的病例数}}{\text{同期放射影像危急值总例数}} \times 100\%$$

说明：1. 本指标中放射影像检查危急值包括以下诊断：急性肺栓塞；急性主动脉夹层（DeBakey I 型、II 型）；急性主动脉瘤破裂；心包填塞；大量液/血/气胸；气管/支气管异物；急性脑梗死；急性脑出血；急性硬膜外/硬膜下出血；急性蛛网膜下腔出血；脑疝；消化道穿孔；腹腔内脏器破裂出血；绞窄性肠梗阻。

2. 本指标中危急值通报完成是指，根据所在医疗机构认可的通报流程，放射科医师完成向临床相关部门或临床医师的危急值通报，且双方都有通报时间、通报内容及通报/接收危急值人员的署名记录。

意义：反映放射影像危急值通报的及时性。

指标五、增强 CT 检查静脉对比剂外渗发生率
(RQI-ICME-05)

定义：增强 CT 检查静脉注射对比剂外渗的例数占同期增强 CT 检查总例数的比例。

计算公式：

增强 CT 检查静脉对比剂外渗发生率

$$= \frac{\text{增强 CT 检查静脉对比剂外渗发生例数}}{\text{同期增强 CT 检查总例数}} \times 1000\%$$

说明：本指标中对比剂外渗是指行对比剂静脉注射的增强 CT 检查时及检查后，出现碘对比剂外渗或外漏。

意义：反映增强 CT 静脉穿刺质量。

指标六、PI-RADS 分类率 (RQI-RCR-06)

定义：行 PI-RADS 分类的前列腺病变磁共振报告份数，占同期前列腺病变磁共振报告总份数的比例。

计算公式：

前列腺病变磁共振行 PI-RADS 分类率

$$= \frac{\text{行 PI-RADS 分类的前列腺病变磁共振报告份数}}{\text{同期前列腺病变磁共振报告总份数}} \times 100\%$$

意义：反映前列腺磁共振报告规范性。

指标七、BI-RADS 分类率 (RQI-RCR-07)

定义：行 BI-RADS 分类的乳腺钼靶报告份数，占同期乳腺病变钼靶报告总份数的比例。

计算公式：

乳腺钼靶行 BI - RADS 分类率

$$= \frac{\text{行 BI - RADS 分类的乳腺钼靶报告份数}}{\text{同期乳腺钼靶报告总份数}} \times 100\%$$

意义：反映乳腺钼靶报告规范性。

附件 5

门诊管理医疗质量控制指标 (2024 年版)

指标一、门诊电子病历使用率 (OQI-EMR-01)

定义：门诊电子病历份数与同期门诊总人次数的比例。

计算公式：

$$\text{门诊电子病历使用率} = \frac{\text{门诊电子病历份数}}{\text{同期门诊总人次}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构门诊信息化建设情况。

指标二、门诊标准诊断使用率 (OQI-SD-02)

定义：使用标准诊断的门诊病历份数占同期门诊病历总份数的比例。

计算公式：

$$\text{门诊标准诊断使用率} = \frac{\text{使用标准诊断的门诊病历份数}}{\text{同期门诊病历总份数}} \times 100\%$$

说明：本指标中标准诊断是指符合《疾病分类与代码国家临床版》中规范的诊断。

意义：反映门诊病历书写规范性。

指标三、门诊准时出诊率 (OQI-OC-03)

定义：医务人员准时出诊的门诊单元数占同期出诊门诊单元总数的比例。

计算公式：

$$\text{门诊准时出诊率} = \frac{\text{医务人员准时出诊的门诊单元数}}{\text{同期出诊门诊单元总数}} \times 100\%$$

说明：本指标中的出诊单元是指医务人员一次出诊时所在的半个工作日。

意义：反映门诊医务人员准时出诊情况。

指标四、门诊停诊率（001-00-04）

定义：停诊的门诊单元数占同期计划门诊单元数的比例。

计算公式：

$$\text{门诊停诊率} = \frac{\text{停诊的门诊单元数}}{\text{同期计划门诊单元数}} \times 100\%$$

说明：本指标中的停诊单元是指按计划应当出诊，但开放预约号源后因各种原因未出诊，同时未安排同专业、同级别及以上医师代替出诊的单元数。

意义：反映门诊医疗资源利用和管理情况。

指标五、门诊化疗病历记录完整率（001-CTH-05）

定义：记录完整的门诊化疗病历份数占同期门诊化疗病历总份数的比例。

计算公式：

门诊化疗病历记录完整率

$$= \frac{\text{记录完整的门诊化疗病历份数}}{\text{同期门诊化疗病历总份数}} \times 100\%$$

说明：门诊化疗病历记录应当包括但不限于：1. 化疗前 TNM 分期；2. 化疗方案（包括化疗方案名称、药物剂量等）；3. 化疗反应；4. 各类知情同意书；5. 相关辅助检验检查结果；6. 随访建议等。

意义：反映门诊化疗病历书写质量。

指标六、门诊化疗严重不良反应发生率（OQI-CTH-06）

定义：发生严重不良反应的门诊化疗患者人次数占同期门诊化疗患者总人次数的比例。

计算公式：

门诊化疗严重不良反应发生率

$$= \frac{\text{发生严重不良反应的门诊化疗患者人次数}}{\text{同期门诊化疗患者总人次数}} \times 100\%$$

说明：本指标中门诊化疗严重不良反应是指在化疗期间和随访中出现 ≥ 3 级的治疗相关不良反应，具体参考《常见不良反应术语评定标准（CTCAE）5.0 版》。

意义：反映门诊化疗质量。

指标七、门诊化疗患者静脉治疗相关不良事件发生率（OQI-CTH-07）

定义： 发生静脉治疗相关不良事件的门诊化疗患者人次占同期行静脉治疗的门诊化疗患者总人次数的比例。

计算公式：

$$\begin{aligned} & \text{门诊化疗患者静脉治疗相关不良事件发生率} \\ &= \frac{\text{发生静脉治疗相关不良事件的门诊化疗患者人次}}{\text{同期行静脉治疗的门诊化疗患者总人次}} \times 100\% \end{aligned}$$

说明： 本指标中静脉治疗相关不良事件是指给药错误、药物外渗、由药物引发的 2 级及以上静脉炎（具体参考 INS 静脉炎分级标准）。

意义： 反映门诊化疗患者静脉治疗质量安全管理情况。

指标八、门诊危急值 30 分钟内通报完成率（OQI-AE-08）

定义： 30 分钟内完成通报的门诊危急值例数占同期门诊危急值总例数的比例。

计算公式：

$$\begin{aligned} & \text{门诊危急值 30 分钟内通报完成率} \\ &= \frac{\text{30 分钟内完成通报的门诊危急值例数}}{\text{同期全部门诊危急值例数}} \times 100\% \end{aligned}$$

说明： 1. 本指标中门诊危急值是指门诊患者在各项检查、检验中发现的危急值。30 分钟内完成通报指发现危急值 30 分钟内通知到患者或家属。

意义： 反映对门诊危急值通报的及时性。

指标九、门诊静脉采血相关差错发生率（OQI-AE-09）

定义：门诊静脉采血相关差错发生例数占同期门诊静脉采血总例数的比例。

计算公式：

门诊静脉采血相关差错发生率

$$= \frac{\text{门诊静脉采血相关差错发生例数}}{\text{同期门诊静脉采血总例数}} \times 100\%$$

说明：本指标中静脉采血相关差错是指标本类型错误、标本容器错误、采集量不足或过多等，具体参考《临床实验室质量指标（WS/T496-2017）》。

意义：反映门诊静脉采血质量。

指标十、门诊手术并发症发生率（OQI-AE-10）

定义：门诊患者手术发生并发症的例数占同期门诊患者手术总例数的比例。

计算公式：

门诊手术并发症发生率

$$= \frac{\text{门诊患者手术发生并发症的例数}}{\text{同期门诊患者手术总例数}} \times 100\%$$

说明：本指标中手术并发症是指出现的与手术相关的感染、出血、伤口裂开、神经肌肉或器官组织损伤。

意义：反映门诊手术质量。

指标十一、每千门诊诊疗人次不良事件发生率
(OQI-AE-11)

定义：发生门诊不良事件例数占同期门诊诊疗人次数
的比例。

每千门诊诊疗人次不良事件发生率

$$= \frac{\text{发生门诊不良事件例数}}{\text{同期门诊诊疗人次数}} \times 1000\%$$

说明：本指标中门诊不良事件是指门诊患者在就诊时发
生的不良事件和在门诊区域内发生的不良事件。

意义：反映门诊不良事件发生情况。

附件 6

医院感染管理医疗质量控制指标 (2024 年版)

指标一、感控专职人员床位比 (HAIQI-RFIB-01)

定义：感控专职人员数与实际开放床位数的比值。

计算公式：

$$\text{感控专职人员床位比 (1:x)} = 1: \frac{\text{实际开放床位数}}{\text{同期感控专职人员数}}$$

说明：1. 本指标中感控专职人员指负责医疗机构医院感染管理工作的专职人员，不包括临床兼职感控医生（护士）及进修人员。

2. 本指标中实际开放床位数指医疗机构实际长期固定开放的床位数，包括：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；口腔综合治疗台数。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。

意义：反映医疗机构感控人力配置情况。

指标二、医疗机构工作人员手卫生依从率

(HAIQI-CHH-02)

定义：医疗机构工作人员实际执行手卫生时机数占同期应执行手卫生时机数的比例。

计算公式：

医疗机构工作人员手卫生依从率

$$= \frac{\text{医疗机构工作人员实际执行手卫生时机数}}{\text{同期应执行手卫生时机数}} \times 100\%$$

说明：1. 本指标中医疗机构工作人员包括：医疗机构内医务人员和直接或间接接触患者及环境的其他工作人员（如：保洁、护工等）。可分别统计医务人员和其他工作人员手卫生依从率。

2. 手卫生执行标准及依从性监测方法参照《医务人员手卫生规范》（WS/T 313—2019）。

意义：反映医疗机构工作人员手卫生意识和执行情况。

指标三、千日医院感染例次发病率（HAIQI-IHAI-03）

定义：每 1000 个患者住院日中新发生医院感染的频次。

计算公式：

$$\text{千日医院感染例次发病率} = \frac{\text{医院感染新发病例例次数}}{\text{同期住院患者累计住院天数}} \times 1000\%$$

说明：1. 本指标中医院感染指住院患者在医院内获得的感染，包括在住院期间发生的感染和在医院内获得出院后发生的感染，不包括入院前已开始或者入院时已处于潜伏期的

感染。(下同)

2. 本指标中新发病例是指统计周期内发生的医院感染病例。(下同)

3. 患者住院期间发生多次医院感染, 计为多个例次。(下同)

意义: 反映医院感染总体发病情况。

指标四、新生儿千日医院感染例次发病率 (HAIQI-IHAIN-04)

定义: 每 1000 个新生儿患者住院日中新发生医院感染的频次。

计算公式:

新生儿千日医院感染例次发病率

$$= \frac{\text{新生儿医院感染新发病例例次数}}{\text{同期新生儿住院患者累计住院天数}} \times 1000\%$$

说明: 1. 本指标中新生儿按出生体重分为: 超低出生体重儿 ($\leq 1000\text{g}$)、极低出生体重儿 ($1001 \sim 1500\text{g}$)、低出生体重儿 ($1501 \sim 2500\text{g}$), 其他体重儿 ($> 2500\text{g}$)。可分别统计其千日医院感染例次发病率。

2. 新生儿出生体重是指新生儿出生后 1 小时内首次称得的重量。

意义: 反映医疗机构新生儿医院感染总体发病情况。

指标五、千日特定多重耐药菌医院感染例次发病率 (HAIQI-IMDR0s-05)

定义：每 1000 个患者住院日中新发生特定多重耐药菌医院感染的频次。

计算公式：

千日特定多重耐药菌医院感染例次发病率

$$= \frac{\text{特定多重耐药菌医院感染新发病例例次数}}{\text{同期住院患者累计住院天数}} \times 1000\%$$

说明：1. 本指标中特定多重耐药菌是指耐甲氧西林金黄色葡萄球菌（MRSA）、耐万古霉素肠球菌（仅指屎肠球菌、粪肠球菌，VRE）、耐碳青霉烯类肺炎克雷伯菌（CRKP）、耐碳青霉烯类大肠埃希菌（CREC）、耐碳青霉烯类铜绿假单胞菌（CRPA）、耐碳青霉烯类鲍曼不动杆菌（CRAB）。可分别统计其千日医院感染例次发病率。

2. 患者同一次住院期间同一感染部位重复检出同一菌株，计为 1 个例次。

意义：反映医疗机构内特定多重耐药菌感染的情况。

指标六、住院患者联合使用重点抗菌药物治疗前病原学送检率 (HAIQI-RSEA-06)

定义：联合使用重点抗菌药物治疗前病原学送检的住院患者人数占同期联合使用重点抗菌药物治疗的住院患者总人数的比例。

计算公式:

$$\begin{aligned} & \text{住院患者联合使用重点抗菌药物治疗前病原学送检率} \\ &= \frac{\text{联合使用重点抗菌药物治疗前病原学送检的住院患者人数}}{\text{同期联合使用重点抗菌药物治疗的住院患者总人数}} \\ & \times 100\% \end{aligned}$$

说明: 1. 本指标中使用抗菌药物治疗是指用药目的为“治疗”的全身给药, 给药途径包括: 口服、皮下注射、肌肉注射、静脉滴注、静脉注射。

2. 本指标中重点抗菌药物包括: 碳青霉烯类(亚胺培南、美罗培南、帕尼培南、比阿培南和厄他培南)、糖肽类(万古霉素、替考拉宁)、新型四环素类(替加环素、奥玛环素、依拉环素)、噁唑烷酮类(利奈唑胺、特地唑胺、康替唑胺)、黏菌素类(硫酸多黏菌素B、硫酸黏菌素、多黏菌素E甲磺酸盐)、 β -内酰胺类/ β -内酰胺酶抑制剂(头孢哌酮舒巴坦、头孢他啶阿维巴坦、哌拉西林钠他唑巴坦)、深部抗真菌药(伏立康唑、泊沙康唑、艾莎康唑、卡泊芬净、米卡芬净、两性霉素B及其脂质体)。

3. 本指标中联合使用是指患者在同一时间段内(≥ 1 个自然日), 使用两种或者两种以上品种的重点抗菌药物。

4. 本指标统计的病原学检验需在药物治疗前开具医嘱并完成相关标本采集。具体项目包括: (1) 微生物培养及药敏试验; (2) 显微镜检查; (3) 免疫学检测; (4) 分子快速诊断; (5) 相关标志物检验(不包括降钙素原、白介素-6)。

意义：反映医疗机构住院患者重点抗菌药物联合应用的规范性。

指标七、住院患者 I 类切口手术抗菌药物预防使用率 (HAIQI-RPAS-07)

定义：住院患者中预防性使用抗菌药物的 I 类切口手术例次数占同期住院患者 I 类切口手术总例次数的比例。

计算公式：

$$\begin{aligned} & \text{住院患者 I 类切口手术抗菌药物预防使用率} \\ &= \frac{\text{住院患者中预防性使用抗菌药物的 I 类切口手术例次数}}{\text{同期住院患者 I 类切口手术总例次数}} \\ & \times 100\% \end{aligned}$$

说明：1. 本指标中 I 类切口手术是指未进入炎症区，未进入呼吸、消化及泌尿生殖道的手术，不包含介入手术。（下同）

2. 本指标中预防性使用抗菌药物是指用药目的为“预防”的全身给药，给药途径包括：口服、皮下注射、肌肉注射、静脉滴注、静脉注射。

意义：反映医疗机构住院患者 I 类切口手术中预防使用抗菌药物的情况。

指标八、住院患者 I 类切口手术部位感染率 (HAIQI-SSI-08)

定义：住院患者 I 类切口手术发生手术部位感染的例次数占同期住院患者 I 类切口手术总例次数的比例。

计算公式：

$$\text{住院患者 I 类切口手术部位感染率} = \frac{\text{住院患者 I 类切口手术发生手术部位感染的例次数}}{\text{同期住院患者 I 类切口手术总例次数}} \times 100\%$$

说明：本指标统计范围包括无植入物的 I 类切口手术术后 30 天内和有植入物的 I 类切口手术术后 90 天内发生的手术部位感染。

意义：反映医疗机构对住院患者 I 类切口手术的医院感染防控和管理情况。

指标九、血管导管相关血流感染发病率 (HAIQI-VCABSI-09)

定义：每 1000 个血管导管使用天数中新发生相关血流感染的频次。

计算公式：

$$\text{血管导管相关血流感染发病率} = \frac{\text{相关血流感染新发病例例次数}}{\text{同期住院患者血管导管累计使用天数}} \times 1000\%$$

说明：1. 本指标中血管导管包括中心静脉导管（CVC）、经外周置入中心静脉导管（PICC）、输液港（PORT）、脐静脉导管。

2. 本指标中相关血流感染指住院患者在留置血管导管期间或拔除血管导管 48 小时内发生原发性的，且与其他部位存在的感染无关的血流感染。

意义：反映医疗机构血管导管相关血流感染情况。

指标十、呼吸机相关肺炎发病率（HAIQI-VAP-10）

定义：每 1000 个有创呼吸机使用天数中新发生相关肺炎的频次。

计算公式：

呼吸机相关肺炎发病率

$$= \frac{\text{相关肺炎新发病例例次数}}{\text{同期住院患者有创呼吸机累计使用天数}} \times 1000\%$$

说明：本指标中呼吸机相关肺炎是指住院患者在使用有创呼吸机期间或停止使用有创呼吸机 48 小时内发生的肺部感染。

意义：反映医疗机构呼吸机相关肺炎感染情况。

指标十一、导尿管相关尿路感染发病率（HAIQI-CAUTI-11）

定义：每 1000 个导尿管使用天数中新发生相关尿路感染的频次。

计算公式：

导尿管相关尿路感染发病率

$$= \frac{\text{相关尿路感染新发病例例次数}}{\text{同期住院患者导尿管累计使用天数}} \times 1000\%$$

说明：本指标中相关尿路感染是指住院患者在留置导尿管期间或拔除导尿管 48 小时内发生的尿路感染。

意义：反映医疗机构导尿管相关尿路感染情况。

指标十二、血液透析相关感染发生率（HAIQI-IHDI-12）

定义：血液透析患者新发生相关感染的例次数占同期血液透析总人数的比例。

计算公式：

血液透析相关感染发生率

$$= \frac{\text{血液透析患者新发生相关感染的例次数}}{\text{同期血液透析总人数}} \times 100\%$$

说明：1. 本指标中血液透析患者包括门诊和住院患者。

2. 本指标中相关感染是指血管导管相关血流感染、乙型病毒性肝炎、丙型病毒性肝炎、艾滋病和梅毒。各类型感染可分别统计。

意义：反映医疗机构血液透析相关感染情况。

抄送：有关委直属和联系单位，中华口腔医学会、中华护理学会，委属（管）医院，各国家级质控中心。

国家卫生健康委办公厅

2024 年 5 月 7 日印发

校对：高嗣法