河南省三级医院评审标准实施细则

（2022 年版）

为进一步发挥医院评审工作在推动医院落实深化医药卫生体制改革、健全现代医院管理制度、提高管理水平的导向和激励作用，助力分级诊疗体系建设，提高医院分级管理的科学化、规范化、标准化和精益化水平，努力实现“三个转变、三个提高”，依据国家卫生健康委《三级医院评审标准（2020 年版）》和《三级医院评审标准（2020 年版）实施细则》，遵循“继承、发展、创新，兼顾普遍适用与专科特点”的原则，制定《河南省三级医院评审标准实施细则（2022 年版）》（以下简称《实施细则》），适用于河南省各类三级医院（不含妇幼保健院、中医系统医院）。

一、细则结构

本《实施细则》共涉及 3 部分，第一部分前置要求共 4 节 28 条，第二部分监测指标共 5 章 85 节 325 条，第三部分现场评审共 6 章 58 节 222 条。

（一）前置要求（第一部分）

前置要求共设置 4 节 28 条，结合实际在国家 25 条前置标准基础上增加 3 条，分别为发热门诊设置、医院绩效考核和智能医

废部署等要求。本部分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。评审周期为4年，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。

（二）医疗服务能力与质量安全监测数据（第二部分）

第二部分医疗服务能力与质量安全监测数据共设置5章85节325条。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。第一章资源配置与运行数据指标共5节20条；第二章医疗服务能力与医院质量安全指标共3节47条；第三章重点专业质量控制指标共19节238条；第四章单病种（术种）质量控制指标共56个单病种（术种）；第五章重点医疗技术临床应用质量控制指标共2节20条。此部分为客观指标的采集定量评价为主，各参评医院要保证数据的真实性。单病种（术种）、限制类技术、器官移植技术等根据参评医院的实际开展技术情况进行评审。

（三）现场评审（第三部分）

现场评审部分共设置6章58节222条。

第一章医院管理与持续改进共15节80条，含财务与价格管理专业的现场评审内容。第二章医疗质量保障与安全管理及持续改进共14节79条，含临床营养管理专业的现场评审内容。第三章护理质量保障与安全管理及持续改进共8节11条。第四章感

染防控管理与持续改进共7节9条。第五章重点部门管理与持续改进共9节9条，包括手术部、产房、重症医学科、新生儿病室、血液净化（透析）室、内镜诊疗部、口腔科门诊、消毒供应中心、静脉用药调配中心管理与持续改进。第六章医技质量保障与持续改进共5节34条，包括药事管理与临床药学服务质量保障及持续改进、医学检验质量保障与持续改进、临床用血管理与持续改进、医学影像质量保障与持续改进、病理管理与持续改进5个专业的现场评审内容。

《实施细则》内容较前整合、压缩、简化，用于对三级医院现场评审以及医院自我管理和持续改进，旨在最大限度减少实地评审工作量，提高工作效率，提升《实施细则》的可操作性、实用性、可比性和评审结果的客观性。其中，三级专科医院评审时将结合专科特点选择适用要点进行现场评审。

二、评审程序

（一）第一阶段

在参评医院按照《实施细则》第一部分《前置要求》自查的基础上，由卫生健康委相关部门对参评医院对照《实施细则》第一部分《前置要求》进行逐条审核，并向有关部门（前置要求涉及的发展改革、生态环境、医保等相关部门）和社会公开征询参评医院是否存在违反前置条件的情况，征询时间不少于7个工作日。原则上，省级参评三级医院由省卫生健康委负责审核、征询工作，其余三级医院由省辖市卫生健康委负责审核、征询工

作，并出具参评医院是否存在违反《实施细则》第一部分《前置要求》条件的说明。

（二）第二阶段

在参评医院《实施细则》第一部分《前置要求》通过的前提下，要求参评医院登录“河南省医院等级评审系统”，进行《实施细则》第二部分《医疗服务能力与质量安全监测数据》的数据填报，已在国家卫生统计信息网络直报系统、全国医疗质量控制调查监测平台（NCIS）、全国医院质量监测系统（HQMS）、国家单病种质量监测平台、其他省级及以上数据收集、监测平台报送过的数据在河南省医院等级评审系统填报时需保持一致，未在上述平台报送过的指标由参评医院按照要求自行填报。由系统依据评分办法和评审等次认定标准进行评价。

（三）第三阶段

在第二阶段评价结果合格的前提下，由河南省各相关专业医院评审员赴参评医院进行第三部分现场评审。现场核查遵循原则与结果应用：一是现场评审时将对部分前置要求、医疗服务能力与质量安全监测数据进行复核，复核数据比例不低于参评医院上报数据的20%。二是医院应根据现场评审的要求，按照数据复核准备指引提供相关资料备查。三是发现前置要求不属实，直接停止评审，评定为不合格。

三、赋分与结果判定规则

（一）赋分规则

为便于评价，实行“双千分制”。

1. 第一部分为一票否决项，不设分值。

2. 第二部分按1000分进行赋分，本部分在评审综合得分中的权重为60%，即评价结果将按照总得分率的60%进行换算。其中：第一章资源配置与运行数据指标部分共160分；第二章医疗服务能力与医院质量安全指标部分共280分；第三章重点专业质量控制指标部分共330分；第四章单病种（术种）质量控制指标部分共160分；第五章重点医疗技术临床应用质量控制指标部分共70分。第二部分在规模类和配置类指标方面，执行“全或无”规则，达到标准予以“满分”，否则计为“零分”；连续监测指标按照“区间赋分兼顾持续改进”原则给分。

3. 第三部分1000分，本部分在评审综合得分中的权重为40%，即评价结果将按照总得分率的40%进行换算。其中：第一章医院管理与持续改进部分共340分；第二章医疗质量保障与安全管理及持续改进部分共230分；第三章护理质量保障与安全管理及持续改进部分共80分；第四章感染防控管理与持续改进部分共55分；第五章重点部门管理与持续改进部分共115分；第六章医技质量保障与持续改进部分共180分。第三部分按照现场评审的各条款符合程度赋分。针对可能由于区域卫生规划与医院功能任务的限制，或是由政府特别控制，需要审批，而不能自行决定即可开展的项目，相关医院根据实际情况可作为可选项。

（二）评审结果判定规则

评审按照《实施细则》三个部分依次进行评价，评审过程

中任意一个环节评价为“不合格”，则不进入下一环节，评审结果为“不合格”。采取“不计总分、第二、三部分结合”的方式，判定相应等次必须同时满足以下两个条件：甲等，第二、三部分得分率均不低于90%；乙等，第二、三部分得分率均不低于80%；丙等，第二、三部分得分率均不低于70%；否则判定为不合格。

（三）加分条款判定规则

鼓励医院积极、规范开展人体器官捐献工作，普及人体器官捐献知识，传播器官捐献理念。凡医院合法合规成功捐献人体器官，每例加5分，成功捐献人体器官>3例，从第4例开始每例加6分。

四、现场数据核查要求

（一）数据核查准备指引

1. 参评医院应准备所有纳入医院评审标准的“第二部分医疗服务能力与质量安全监测数据”和“第三部分现场评审”标准中涉及的数据目录清单。

2. 数据清单应当包含但不限于每个数据定义、数据源、采集方式、采集时间范畴、采集结果等要素。

3. 对于计算所得的数据，应当有可追溯的原始数据。

（二）数据核查原则

1. 参评医院提供值与核查真实值差距在10%以上（含正负）、无法提供原始数据或被评审员、数据核查员认定为虚假数

据的均视为错误数据。

2. 所有错误数据，按核查后的数据结果再次计算，参与计算的成员包括但不限于评审员、数据核查员、医院相关负责人。根据错误数据占现场核查数据总数百分比，按下表进行惩罚性扣分（扣除第二部分最后评审分数的一定比例）。

错误数据比例	惩罚性扣分比例
1%（含）－2%	5%
2%（含）－5%	10%
5%（含）－10%	20%
10%（含）以上	不予通过

五、现场评审方法

评审员采用下列评审方法对《实施细则》内容逐项进行符合程度判断：

【查阅文件、资料】查看医院发布的文件和资料（含科室/部门），如职责、规章制度（工作制度、管理制度、核心制度）、流程、预案、规范、计划、方案、报告、总结等；同时包括医院和科室/部门的工作记录、讨论记录、考试（考核）记录、培训记录、会议记录、签到等资料，不包括患者个人相关的资料。

【现场检查】评审现场通过目视检查医院和科室/部门的设备设施、环境、标识标牌、员工行为和协作，对照《实施细则》和医院要求评判符合程度。

【调查访谈】一是指评审员现场对员工进行访谈，提问和讨论，包括集体访谈等。二是指评审员对患者或家属开展访谈。

【个案追踪】采用真实患者（所选择的真实患者通常是接受过多学科或复杂服务的患者）分析医院所提供治疗、护理和服务的过程，以评估各学科、科室、项目、服务之间相互关系，以及他们在所提供的治疗和服务中的重要功能，旨在追踪某一患者在医院接收诊疗服务的全过程。

【系统追踪】以个案追踪为基础的医院现场评审评价方法，用于评价各诊疗环节之间的整合与协调、各学科和各部门之间的沟通，以发现各环节的潜在问题。系统追踪评价的三个方面是数据利用、感染预防与控制以及用药管理。

【员工操作】评审现场要求员工完成特定操作的内容。

【模拟操作】评审员在一定时间、特定区域要求员工模拟完成指定操作的内容。

【模拟演练】评审员现场评审、追踪医院应急体系、应急管理能力、应急救援能力、应急保障能力、医院协同应对能力及各类应急预案是否符合纳入日常工作管理中的要求，根据评审细则条款中内容，要求条款中涉及的相关人员结合日常开展应急培训，如休克、猝死、大面积停电、水灾、火灾等应急预案，模拟现场情景及其后续的发展情景，通过实际决策、行动和操作，完成真实应急响应的全过程，从而评价和检验医院应对突发事件的临场组织指挥、人员调配、急救类医学装备调配、应急物资调

配、应急处置技能和后勤保障等应急能力。

【问卷调查】问卷调查是指通过制定详细周密的问卷，要求被调查者据此进行回答以收集资料的方法。调查人员按照调查目的，在特定地点，向相关人员发放调查问卷，并进行回收。

【病历检查】评审现场对运行病历进行检查。

【病案检查】评审员提前或现场对特定归档病案进行检查。

【数据核查】同“数据核查原则”。

六、三级专科医院评审

（一）三级各专科医院评审按《实施细则》执行，不另行制定实施细则。

（二）现场评审相关条款不在专科医院执业范围或不符合专科医院设置要求，作为“不适用条款”。

七、三级社会办医院评审

三级社会办医院按《实施细则》执行，不另行制定实施细则。因所有制形式差异等与公立医院不同部分的条款，作为“不适用条款”。

目　　录

第一部分　前置要求 …… 16
一、依法设置与执业 …… 16
二、公益性责任和行风诚信 …… 17
三、安全管理与重大事件 …… 17
四、发热门诊设置、医院绩效考核和智能医废部署 …… 18
第二部分　医疗服务能力与质量安全监测数据 …… 19
第一章　资源配置与运行数据指标 …… 19
一、床位配置 …… 19
二、卫生技术人员配备 …… 20
三、相关科室资源配置 …… 21
四、运行指标 …… 26
五、科研指标 …… 27
第二章　医疗服务能力与医院质量安全 …… 29
一、医疗服务能力 …… 29
二、医院质量指标 …… 31
三、医疗安全指标 …… 41
第三章　重点专业质量控制指标 …… 53
一、麻醉专业医疗质量控制指标（2022 年版） …… 53
二、重症医学专业医疗质量控制指标 …… 62
三、急诊专业医疗质量控制指标 …… 67
四、临床检验专业医疗质量控制指标 …… 71
五、病理专业医疗质量控制指标 …… 75
六、医院感染管理医疗质量控制指标 …… 79
七、临床用血医疗质量控制指标 …… 83
八、呼吸内科专业医疗质量控制指标 …… 86
九、产科专业医疗质量控制指标 …… 95

十、神经系统疾病医疗质量控制指标 …… 99
十一、肾病专业医疗质量控制指标 …… 128
十二、护理专业医疗质量控制指标（2020 年版） …… 139
十三、药事管理专业医疗质量控制指标 …… 150
十四、病案管理医疗质量控制指标 …… 157
十五、心血管系统疾病相关专业医疗质量控制指标 …… 167
十六、康复医学专业医疗质量控制指标 …… 202
十七、超声诊断专业医疗质量控制指标（2022 年版） …… 209
十八、临床营养专业医疗质量控制指标（2022 年版） …… 215
十九、消化内镜诊疗技术医疗质量控制指标（2022 年版） …… 219
第四章　单病种（术种）质量控制指标（56 个） …… 226
第五章　重点医疗技术临床应用质量控制指标 …… 234
一、国家限制类医疗技术 …… 234
二、人体器官捐献、获取与移植技术 …… 274
第三部分　现场评审 …… 302
第一章　医院管理与持续改进 …… 302
一、医院功能与任务 …… 302
二、坚持医院公益性 …… 306
三、完成政府指令性任务 …… 308
四、医院质量安全管理与持续改进 …… 312
五、医院服务 …… 318
六、管理职责与决策执行机制 …… 326
七、人力资源管理 …… 330
八、财务与价格管理 …… 336
九、信息管理与网络安全 …… 342
十、医学装备管理 …… 346
十一、后勤保障管理 …… 351
十二、安全生产风险隐患双重预防管理 …… 363
十三、应急管理 …… 365
十四、科研教学与图书管理 …… 367

十五、行风与文化建设管理 …… 371
第二章　医疗质量保障与安全管理及持续改进 …… 373
十六、诊疗质量保障与持续改进 …… 373
十七、临床路径与单病种质量管理与持续改进 …… 379
十八、医疗质量安全核心制度 …… 381
十九、医疗技术临床应用管理 …… 405
二十、医疗安全风险防范 …… 414
二十一、急诊管理与持续改进 …… 416
二十二、手术管理与持续改进 …… 421
二十三、麻醉管理与持续改进 …… 425
二十四、介入诊疗管理与持续改进 …… 427
二十五、中医诊疗质量保障与持续改进 …… 428
二十六、康复治疗管理与持续改进 …… 430
二十七、精神障碍诊疗管理与持续改进 …… 431
二十八、临床营养管理与持续改进 …… 433
二十九、医用氧舱管理与持续改进 …… 438
第三章　护理质量保障与安全管理及持续改进 …… 440
三十、护理管理组织体系 …… 440
三十一、护理质量管理与持续改进 …… 441
三十二、护理人力资源管理 …… 442
三十三、护理岗位管理 …… 443
三十四、护理绩效考核 …… 444
三十五、优质护理服务与支持保障 …… 445
三十六、临床护理质量与持续改进 …… 446
三十七、患者安全风险防范 …… 448
第四章　感染防控管理与持续改进 …… 449
三十八、预检分诊与感染性疾病科门诊管理与持续改进 …… 449
三十九、感染防控组织管理体系与制度建设 …… 453
四十、感染监测与持续改进 …… 454
四十一、风险评估与持续改进 …… 455

四十二、医院消毒、灭菌和隔离工作与持续改进 …… 456
四十三、手卫生管理与持续改进 …… 457
四十四、多重耐药菌管理与侵入性器械/操作相关感染防控 …… 458
第五章　重点部门管理与持续改进 …… 460
四十五、手术部管理与持续改进 …… 462
四十六、产房管理与持续改进 …… 463
四十七、重症医学科管理与持续改进 …… 464
四十八、新生儿病室管理与持续改进 …… 466
四十九、血液净化（透析）室管理与持续改进 …… 467
五十、内镜诊疗部管理与持续改进 …… 470
五十一、口腔科门诊管理与持续改进 …… 471
五十二、消毒供应中心管理与持续改进 …… 472
五十三、静脉用药调配中心管理与持续改进 …… 475
第六章　医技质量保障与持续改进 …… 477
五十四、药事管理与临床药学服务质量保障及持续改进 …… 477
五十五、医学检验质量保障与持续改进 …… 490
五十六、临床用血管理与持续改进 …… 496
五十七、医学影像质量保障与持续改进 …… 500
五十八、病理管理与持续改进 …… 508

第一部分　前置要求

一、依法设置与执业

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

（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

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

（十七）应当执行而未执行国家基本药物制度和分级诊疗政策。

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

（十九）发生重大价格或收费违法事件，以及恶意骗取医保基金。

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

三、安全管理与重大事件

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

（二十二）发生重大医院感染事件，造成严重后果。

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

（二十四）发生瞒报、漏报重大医疗过失事件的行为。

（二十五）发生大规模医疗数据泄露或其他重大网络安全事件，造成严重后果。

四、发热门诊设置、医院绩效考核和智能医废部署

（二十六）三级综合医院、儿童专科医院发热门诊设置及管理未达到《发热门诊设置管理规范》要求的。

（二十七）参加评审的上一年度国家三级公立医院绩效考核监测指标等级未达到B级，和（或）河南省DRG考核成绩排名在全省同类医院中排名在后三分之一。

（二十八）未建立系统完备、高效实用、智能服务、安全可靠的现代化医疗废弃物管理体系和实现医疗废弃物产生、收集、暂存、移交、处置全链条信息化管理，数据不能实时上传省“智能医废”监管平台。

第二部分　医疗服务能力与质量安全监测数据

●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

●单病种（术种）质量控制指标

●重点医疗技术临床应用质量控制指标

第一章　资源配置与运行数据指标

数据来源：

（1）卫生资源统计年报及相关报表

（2）国家公立医院绩效管理平台

（3）国家医疗质量管理与控制信息网（NCIS）

（4）医师/护士执业注册系统

（5）河南省医疗服务质量和绩效分析评价平台

（6）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，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，指年底固定实有床位数量。

【计算方法】医院实际开放床位数即实有床位数，指年底固定实有床位，包括正

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

【指标导向】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】实际占用的总床日数与同期实际开放的总床日数的比例。

【计算方法】

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

【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】医院卫生技术人员数与同期全院实际开放床位数之比。

【计算方法】

$$\text{卫生技术人员数与开放床位数比} = \frac{\text{医院卫生技术人员数}}{\text{同期全院实际开放床位数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测达标

（二）全院护士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】医院注册护士人员数与同期全院实际开放床位数之比。

【计算方法】

$$\text{全院护士人员数与开放床位数比} = \frac{\text{医院注册护士人员数}}{\text{同期全院实际开放床位数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测达标

（三）病区护士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】全院各病区注册护士人员总数与同期全院实际开放床位数之比。

【计算方法】

$$\text{病区护士人数与开放床位数比} = \frac{\text{全院各病区注册护士人员总数}}{\text{同期全院实际开放床位数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测达标

（四）医护比

【指标属性】定量指标

【计量单位】比值（1:X）

【指标定义】医院注册医师人员数与同期注册护士人员数之比。

【计算方法】

$$\text{医护比} = \frac{\text{医院注册医师人员数}}{\text{同期注册护士人员数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测达标

（五）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】医院感染管理专职人员数与同期全院实际开放床位数之比。

【计算方法】

$$\text{医院感染管理专职人员数与开放床位数比} = \frac{\text{医院感染管理专职人员数}}{\text{同期全院实际开放床位数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测达标

（六）临床营养师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】医院临床营养师（包括营养医师、营养护士、营养技师）人员数与同期全院实际开放床位数之比。

【计算方法】

$$\text{临床营养师数与开放床位数比} = \frac{\text{医院临床营养师人员数}}{\text{同期全院实际开放床位数}} \times 100\%$$

【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】医院固定急诊医师数在同期急诊科在岗医师总数所占比例。

【计算方法】

$$\text{固定急诊医师人数占急诊在岗医师人数的比例} = \frac{\text{医院注册的固定在急诊科的在岗医师数}}{\text{同期医院急诊科在岗医师总数}} \times 100\%$$

【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】医院固定急诊护士数在同期急诊科在岗护士总数所占的比例。

【计算方法】

$$\text{固定急诊护士人数占急诊在岗护士人数的比例} = \frac{\text{医院注册的固定在急诊科的在岗护士数}}{\text{同期医院急诊科在岗护士总数}} \times 100\%$$

【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】重症医学科开放床位数占同期医院实际开放床位数的比例。

【计算方法】

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

【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

【指标属性】定量指标

【计量单位】比值（X:1）

【指标定义】医院重症医学科医师总数与同期重症医学科实际开放床位数之比。

【计算方法】

$$\text{重症医学科医师人数与重症医学科开放床位数比} = \frac{\text{医院注册的重症医学科在岗医师数}}{\text{同期重症医学科实际开放床位数}} \times 100\%$$

【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】医院重症医学科护士数与同期重症医学科实际开放床位数之比。

【计算方法】

$$\text{重症医学科护士人数与重症医学科开放床位数比} = \frac{\text{医院注册的重症医学科在岗护士数}}{\text{同期重症医学科实际开放床位数}} \times 100\%$$

【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】医院麻醉科医师数与同期医院手术部手术间数之比。

【计算方法】

$$\text{麻醉科医师数与手术间数比} = \frac{\text{医院注册的麻醉科在岗医师数}}{\text{同期医院手术间数}} \times 100\%$$

【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（1:X）

【指标定义】医院麻醉科医师数与同期医院日均全麻手术台次之比。

【计算方法】

$$\text{麻醉科医师数与日均全麻手术台次比} = \frac{\text{医院注册的麻醉科在岗医师数}}{\text{同期医院日均全麻手术台次数}} \times 100\%$$

【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】中医科开放床位数占同期医院实际开放床位数的比例。

【计算方法】

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

【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】医院中医科中医类别医师人数与同期中医科实际开放床位数之比。

【计算方法】

$$\text{中医科中医类别医师人数与中医科开放床位数比} = \frac{\text{医院注册的中医科在岗中医类别医师人数}}{\text{同期中医科实际开放床位数}} \times 100\%$$

【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】医院中医科护士人数与同期中医科实际开放床位数之比。

【计算方法】

$$\text{中医科护士人数与中医科开放床位数比} = \frac{\text{医院注册的中医科在岗护士人数}}{\text{同期中医科实际开放床位数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测达标

（五）康复医学科

1. 康复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】康复医学科开放床位数占同期医院实际开放床位数的比例。

【计算方法】

$$\text{康复医学科开放床位数占医院开放床位数的比例} = \frac{\text{康复医学科开放床位数}}{\text{同期全院实际开放床位数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测达标

2. 康复医学科医师人数与康复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】医院康复医学科医师人数与同期康复医学科实际开放床位数之比。

【计算方法】

$$\text{康复医学科医师人数与康复医学科开放床位数比} = \frac{\text{医院注册的康复医学科在岗医师人数}}{\text{同期康复医学科实际开放床位数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测达标

3. 康复医学科康复治疗师人数与康复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】医院康复医学科康复治疗师人数与同期康复医学科实际开放床位数之比。

【计算方法】

$$\text{康复医学科康复治疗师人数与康复医学科开放床位数比} = \frac{\text{康复医学科在岗的康复治疗师人数}}{\text{同期康复医学科实际开放床位数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测达标

4. 康复医学科护士人数与康复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】医院康复医学科在岗护士人数与同期康复医学科实际开放床位数之比。

【计算方法】

$$\text{康复医学科护士人数与康复医学科开放床位数比} = \frac{\text{医院注册的康复医学科在岗的护士人数}}{\text{同期康复医学科实际开放床位数}} \times 100\%$$

【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】医院固定在感染性疾病科医师人数占同期感染性疾病科在岗医师总数的比例。

【计算方法】

$$\text{固定医师人数占感染性疾病科在岗医师人数的比例} = \frac{\text{医院注册的固定在感染性疾病科的在岗医师人数}}{\text{同期医院感染性疾病科在岗医师总数}} \times 100\%$$

【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】固定在感染性疾病科护士人数与同期感染性疾病科在岗护士总数之比。

【计算方法】

$$\text{固定护士人数占感染性疾病科在岗护士人数的比例}=\frac{\text{医院注册的固定在感染性疾病科的在岗护士总人数}}{\text{同期医院感染性疾病科在岗护士总数}}\times 100\%$$

【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】感染性疾病科开放床位数占同期医院实际开放床位数的比例。

【计算方法】

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

【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】可转换感染性疾病床位数占同期医院实际开放床位数的比例。

【计算方法】

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

【指标导向】监测比较

四、运行指标

（一）出院患者手术占比

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】考核年度出院患者施行手术治疗人次数占同期出院患者总人次数的比例。

【计算方法】

$$\text{出院患者手术占比}=\frac{\text{出院患者手术人数}}{\text{同期出院人次总数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】出院患者手术人数，同一次住院就诊期间患有同一疾病或不同疾病施行多次手术患者，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。同期出院患者总人次数是指出院人数。手术和介入治疗统计按照《手术操作分类代码国家临床版3.0》的目录实施。根据《关于印发医疗机构手术分级管理办法（试行）的通知》（卫办医政发〔2012〕94号）规定，手术是指医疗机构及其医务人员使用手术器械在人体局部进行操作，以去除病变组织、修复损伤、移植组织或器官、植入医疗器械、缓解病痛、改善机体功能或形态等为目的的诊断或者治疗措施。介入治疗即不切开暴露病灶的情况下，在血管、皮肤上作微小通道，或经人体原有的管道，在影像设备（血管造影机、透视机、CT、MR、B超等）的引导下对病灶局部进行治疗的创伤最小的治疗方法，包括：心血管介入、外周血管介入、神经血管介入、综合介入。

（二）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】相关手术科室年手术人次数占同期相关手术科室出院人次总数的比例。

【计算方法】

$$\text{相关手术科室年手术人次占其出院人次比例}=\frac{\text{相关手术科室年手术人次数}}{\text{同期相关手术科室出院人次}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（三）人员支出占业务支出的比重

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】年度人员经费占医疗活动费用的比例。

【计算方法】

$$\text{人员支出占业务支出的比重}=\frac{\text{年度人员经费}}{\text{同期医疗活动经费}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

五、科研指标

（一）新技术临床转化数量

1. 每百名卫生技术人员科研项目经费

【指标属性】定量指标

【计量单位】万元

【指标定义】年度每百名卫生技术人员立项的科研经费总金额。

【计算方法】

$$\text{每百名卫生技术人员科研项目经费} = \frac{\text{本年度科研项目立项经费总金额}}{\text{同期医院卫生技术人员总数}} \times 100$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】科研项目经费以当年立项批复或签订合同的项目金额为准，包括纵向（国家、部/委、省、辖市等政府或者上级主管部门下达的课题项目）和横向（非政府机构或者上级单位，含 GCP 临床试验）的科研项目，不含院内课题和院内匹配经费，不含适宜技术推广、新技术引进、学科建设、平台建设、工作室建设、科普宣传、科研相关奖励等经费。卫生技术人员包括医、药、护、技四类在岗人员，包含在行政职能科室工作的四类人员。

2. 每百名卫生技术人员科研成果转化金额

【指标属性】定量指标

【计量单位】万元

【指标定义】年度每百名卫生技术人员科研成果转化的金额数。

【计算方法】

$$\text{每百名卫生技术人员科研成果转化金额} = \frac{\text{本年度科技成果转化总金额}}{\text{同期医院卫生技术人员总数}} \times 100$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】科技成果转化总金额是指考核年度医院科研成果转化合同、协议成交金额总数（以实际到账金额统计）。无科研转化，填“0”。

（二）取得临床相关国家专利数量

1. 每百名卫生技术人员发明专利数量

【指标属性】定量指标

【计量单位】项

【指标定义】年度每百名卫生技术人员发明专利数。

【计算方法】

$$\text{每百名卫生技术人员发明专利数量} = \frac{\text{本年度医院发明专利总项数}}{\text{同期医院卫生技术人员总数}} \times 100$$

【指标导向】逐步提高

2. 每百名卫生技术人员实用新型专利数量

【指标属性】定量指标

【计量单位】项

【指标定义】年度每百名卫生技术人员实用新型专利数。

【计算方法】

$$每百名卫生技术人员实用新型专利数量=\frac{本年度医院实用新型专利总项数}{同期医院卫生技术人员总数}\times 100$$

【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：

（1）国家医疗质量管理与控制信息网（NCIS）

（2）全国医院质量监测系统（HQMS）

（3）国家公立医院绩效考核平台

（4）河南省医疗服务质量与绩效分析评价平台

（5）河南省医院感染监测网

（6）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】医院收治病种（ICD－10 四位亚目）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】医院住院术种（ICD－9－CM－3 四位亚目）数量。

【计算方法】从病案首页中统计主要手术（ICD－9－CM－3 四位亚目）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】运用 DRG 分组器测算产生的 DRG 分组，主要考核年度医院疾病收治范围。

【计算方法】医院病例数经过 DRG 分组器的运算可以分入“N”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】运用 DRG 分组器测算产生的 CMI 值（病例组合指数），主要考核年度医院疾病收治难度。

【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】运用 DRG 分组器测算产生的时间消耗指数，主要考核年度医院治疗疾病所花费的时间。

【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】运用 DRG 分组器测算产生的费用消耗指数，主要考核年度医院治疗疾病所花费的费用。

【计算方法】参照 DRG 评价标准计算方法。

【指标导向】逐步降低

（七）DRG－CM

【指标属性】定量指标

【计量单位】无

【指标定义】运用 DRG 分组器测算收治病例所有权重的和，反映了医疗机构总的工作量。

【计算方法】

$$\text{DRG 总量} = \sum（\text{某组权重 RW} * \text{该 DRG 组病例数}）$$

【指标导向】逐步提高

二、医院质量指标

（一）年度国家医疗质量安全目标改进情况

1. 急性 ST 段抬高型心肌梗死再灌注治疗率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】发病 12 小时内的急性 STEMI 患者给予经皮冠状动脉介入治疗（PCI）或静脉溶栓治疗的患者数占发病 12 小时内的急性 STEMI 患者总数的比例。首选 PCI 治疗。

【计算方法】

$$\text{急性ST段抬高型心肌梗死再灌注治疗率} = \frac{\text{发病12小时内给予静脉溶栓或PCI的急性STEMI患者数}}{\text{同期发病12小时内的急性STEMI患者总数}} \times 100\%$$

【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】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】

$$\text{急性脑梗死再灌注治疗率} = \frac{\text{发病6小时内接受静脉溶栓和/或血管内治疗的急性脑梗死患者数}}{\text{同期发病6小时内的急性脑梗死患者总数}} \times 100\%$$

【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】肿瘤治疗前开展临床 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】

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

$$\text{肺癌治疗前临床 TNM 分期评估率} = \frac{\text{住院肺癌患者治疗前完成临床 TNM 分期评估例数}}{\text{同期住院肺癌患者人次}} \times 100\%$$

$$\text{胃癌治疗前临床 TNM 分期评估率} = \frac{\text{住院胃癌患者治疗前完成临床 TNM 分期评估例数}}{\text{同期住院胃癌患者人次}} \times 100\%$$

$$\text{肝癌治疗前临床 TNM 分期评估率} = \frac{\text{住院肝癌患者治疗前完成临床 TNM 分期评估例数}}{\text{同期住院肝癌患者人次}} \times 100\%$$

$$\text{结直肠癌治疗前临床 TNM 分期评估率} = \frac{\text{住院结直肠癌患者治疗前完成临床 TNM 分期评估例数}}{\text{同期住院结直肠癌患者人次}} \times 100\%$$

$$\text{乳腺癌治疗前临床 TNM 分期评估率} = \frac{\text{住院乳腺癌患者治疗前完成临床 TNM 分期评估例数}}{\text{同期住院乳腺癌患者人次}} \times 100\%$$

【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】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。检验项目包括：各种微生物培养（细菌培养、真菌培养），降钙素原检测、白介素 -6 检测、G 试验、GM 试验等。

【计算方法】

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

【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】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；接受出血风险评估的出院患者人次与同期出院患者人次的比例；实施 VTE 规范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】

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

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

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

【指标导向】逐步提高

6. 感染性休克集束化治疗完成率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】诊断为感染性休克并全部完成集束化治疗的患者数占同期诊断为感染性休克的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{感染性休克 1h 集束化治疗完成率} = \frac{\text{诊断为感染性休克并 1h 完成集束化治疗的患者数}}{\text{同期诊断为感染性休克的患者总数}} \times 100\%$$

$$\text{感染性休克 3h 集束化治疗完成率} = \frac{\text{诊断为感染性休克并 3h 完成集束化治疗的患者数}}{\text{同期诊断为感染性休克的患者总数}} \times 100\%$$

【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】医疗质量安全不良事件报告率包括床均医疗质量安全不良事件报告率和每百名出院人次医疗质量安全不良事件报告率。

【计算方法】

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

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

【指标导向】监测比较

8. 非计划重返手术室再手术率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】非计划重返手术室再次手术是指患者在同一次住院期间，因各种原

因导致患者需进行计划外再次手术，包括因手术或特殊诊治操作造成严重并发症必须再次施行手术；以及由于患者病情发展或出现严重术后并发症而需要再次进行手术。非计划重返手术室再手术率是指在同一次住院期间，非计划重返手术室再次手术患者人数占同期手术总例数的比例。

【计算方法】

$$非计划重返手术室再手术率=\frac{非计划重返手术室再次手术患者人数}{同期手术总例数}\times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

9. 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出院患者总数的比例。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。

【计算方法】

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

【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】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】

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

【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】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】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】

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

【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】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】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】

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

【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】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】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】年度医院出院患者中低风险病种死亡数量占出院人次中低风险病种总人数的比例。

【计算方法】

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

【指标导向】逐步降低

115 个低风险病种 ICD－10（2019 v2.0）编码如下（第一诊断为以下编码的患者，可以同时存在其他诊断）：

序号	ICD－10 编码类目	病种名称
1	A18	其他器官的结核
2	B00	疱疹病毒［单纯疱疹］感染
3	B02	带状疱疹
4	B08	其他以皮肤和粘膜损害为特征的病毒性感染，不可归类在他处者
5	B18	慢性病毒性肝炎
6	C73	甲状腺恶性肿瘤
7	D13	消化系统其他和不明确部位的良性肿瘤
8	D16	骨和关节软骨良性肿瘤
9	D17	良性脂肪瘤样肿瘤
10	D18	血管瘤和淋巴管瘤，任何部位
11	D24	乳房良性肿瘤
12	D25	子宫平滑肌瘤
13	D27	卵巢良性肿瘤
14	D36	其他和未特指部位的良性肿瘤
15	D50	缺铁性贫血
16	D69	紫癜和其他出血性情况
17	E05	甲状腺毒症（甲状腺功能亢进症）
18	E07	甲状腺的其他疾患
19	E10	胰岛素依赖型糖尿病
20	E11	非胰岛素依赖型糖尿病
21	G40	癫痫
22	G45	短暂性大脑缺血性发作和相关的综合征
23	H02	眼睑的其他疾患
24	H11	结膜的其他疾患
25	H25	老年性白内障
26	H26	其他白内障

序号	ICD－10 编码类目	病种名称
27	H33	视网膜脱离和断裂
28	H40	青光眼
29	H81	前庭功能疾患
30	H91	其他听觉丧失
31	I10	特发性（原发性）高血压
32	I20	心绞痛
33	I47	阵发性心动过速
34	I70	动脉粥样硬化
35	I80	静脉炎和血栓性静脉炎
36	I83	下肢静脉曲张
37	I84	痔
38	I86	其他部位的静脉曲张
39	I87	静脉的其他疾患
40	J04	急性喉炎和气管炎
41	J06	多发性和未特指部位的急性上呼吸道感染
42	J20	急性支气管炎
43	J21	急性细支气管炎
44	J32	慢性鼻窦炎
45	J33	鼻息肉
46	J34	鼻和鼻窦的其他疾患
47	J35	扁桃体和腺样体慢性疾病
48	J38	声带和喉疾病，不可归类在他处者
49	J40	支气管炎，未特指为急性或慢性
50	J45	哮喘
51	K11	涎腺疾病
52	K12	口炎和有关损害
53	K21	胃－食管反流性疾病

序号	ICD－10 编码类目	病种名称
54	K22	食管的其他疾病
55	K25	胃溃疡
56	K29	胃炎和十二指肠炎
57	K31	胃和十二指肠的其他疾病
58	K35	急性阑尾炎
59	K40	腹股沟疝
60	K52	其他非感染性胃肠炎和结肠炎
61	K60	肛门及直肠区的裂和瘘
62	K61	肛门和直肠区脓肿
63	K63	肠的其他疾病
64	K80	胆石症
65	L08	皮肤和皮下组织其他局部感染
66	M06	其他类风湿性关节炎
67	M13	其他关节炎
68	M17	膝关节病
69	M47	脊椎关节强硬
70	M48	其他脊椎病
71	M51	其他椎间盘疾患
72	M79	其他软组织疾患，不可归类在他处者
73	M87	骨坏死
74	N02	复发性和持续性血尿
75	N04	肾病综合征
76	N10	急性肾小管－间质肾炎
77	N13	梗阻性和反流性尿路病
78	N20	肾和输尿管结石
79	N40	前列腺增生
80	N43	鞘膜积液和精子囊肿

序号	ICD－10 编码类目	病种名称
81	N45	睾丸炎和附睾炎
82	N80	子宫内膜异位症
83	N83	卵巢、输卵管和阔韧带的非炎性疾患
84	O00	异位妊娠
85	O02	受孕的其他异常产物
86	O20	妊娠早期出血
87	O26	为主要与妊娠有关的其他情况给予的孕产妇医疗
88	O35	为已知或可疑胎儿异常和损害给予的孕产妇医疗
89	O36	为其他已知或可疑的胎儿问题给予的孕产妇医疗
90	O42	胎膜早破
91	O47	假临产
92	O60	早产
93	O69	产程和分娩并发脐带并发症
94	O80	单胎顺产
95	O82	经剖宫产术的单胎分娩
96	O99	可归类在他处的孕产妇的其他疾病并发于妊娠、分娩和产褥期
97	P23	先天性肺炎
98	P59	其他和未特指原因所致的新生儿黄疸
99	P91	新生儿的其他大脑障碍
100	Q35	腭裂
101	R42	头晕和眩晕
102	R56	惊厥，不可归类在他处者
103	S00	头部浅表损伤
104	S22	肋骨、胸骨和胸部脊柱骨折
105	S42	肩和上臂骨折
106	S52	前臂骨折

序号	ICD－10 编码类目	病种名称
107	S62	在腕和手水平的骨折
108	S82	小腿（包括踝）骨折
109	S83	膝关节和韧带脱位、扭伤和劳损
110	T14	身体未特指部位的损伤
111	T18	消化道内异物
112	Z34	正常妊娠监督
113	Z47	其他矫形外科的随诊医疗
114	Z48	其他手术的随诊医疗
115	Z51	其他医疗照顾

（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】年度运用 DRGs 分组器测算产生低风险组病例，其死亡率是指该组死亡的病例数占低风险组全部病例数量的比例。

【计算方法】

$$\text{DRGs 低风险组死亡率} = \frac{\text{DRGs 低风险组死亡例数}}{\text{DRGs 低风险组总病例数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

三、医疗安全指标

（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】住院病案首页的主要诊断或其他诊断以 ICD－10 编码：I26.9 开头，且对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”的手术患者肺栓塞发生例数；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】住院病案首页的主要诊断或其他诊断以 ICD－10 编码：I80.2，I82.8 开头，且对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”的手术患者手术后深静脉血栓发生例数；手术患者手术后深静脉血栓患者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】住院病案首页的主要诊断或其他诊断以 ICD－10 编码：A40.0 至 A40.9，A41.0 至 A41.9，T81.411 开头，且对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”的手术患者手术后败血症发生例数；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】住院病案首页的主要诊断或其他诊断以 ICD－10 编码：T81.0 开头，且对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”的手术出院患者手术后出血或血肿发生例数；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】

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

【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】住院病案首页的主要诊断或其他诊断以 ICD－10 编码：T81.3 开头，且对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”的手术患者手术伤口裂开发生例数；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】住院病案首页的主要诊断或其他诊断以 ICD－10 编码：R96.0，R96.1，I46.1 开头，且对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”的手术患者手术后猝死发生例数；手术患者手术后猝死发生例数占同期手术出院人次的比例。

【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】住院病案首页的主要诊断或其他诊断以 ICD－10 编码：J96.0，J96.1，J96.9 开头，且对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”的手术患者手术后呼吸衰竭发生例数；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】住院病案首页的主要诊断或其他诊断以 ICD－10 编码：E89.0 至 E89.9 开头，且对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”的手术患者手术后生理/代谢紊乱发生例数；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】

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

【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】住院病案首页的主要诊断或其他诊断以 ICD－10 编码：T81.4 开头，且对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”的与手术/操作相关感染发生例数；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】住院病案首页的主要诊断或其他诊断以 ICD－10 编码：T81.5，T81.6 开头，且对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”的手术患者手术过程中异物遗留发生例数；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】住院病案首页的主要诊断或其他诊断以 ICD－10 编码：T88.2 至 T88.5 开头，且对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”的手术患者麻醉并发症发生例数；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】住院病案首页的主要诊断或其他诊断以 ICD－10 编码：J95.1 至 J95.9，J98.4 开头，且对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”的手术患者肺部感染与肺机能不全发生例数；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】

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

【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】住院病案首页的主要诊断或其他诊断以 ICD－10 编码：T81.2 开头，且对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”的手术患者手术意外穿刺伤或撕裂伤发生例数；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】

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

【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】住院病案首页的主要诊断或其他诊断以 ICD－10 编码：N17.0 至 N17.9，N99.0 开头，且对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”的手术患者手术后急性肾衰竭发生例数；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】住院病案首页的主要诊断或其他诊断包含手术患者消化（以 K91.0 至 K91.9 开头的手术出院患者）、循环（以 I97.0，I97.1，I97.8，I97.9 开头的手术出院患者）、神经（以 G97.0，G97.1，G97.2，G97.8，G97.9，I60 至 I64 开头的手术出院患者）、眼和附器（以 H59.0，H59.8，H59.9 开头的手术出院患者）、耳和乳突（以 H95.0，H95.1，H95.8，H95.9 开头的手术出院患者）、肌肉骨骼（以 M96.0 至 M96.9 开头的手术出院患者）、泌尿生殖（以 N98.0 至 N98.3，N98.8，N98.9，N99.0 至 N99.9 开头的手术出院患者）、口腔（以 K11.4，S04.3，S04.5，T81.2 开头的手术出院患者）等，且对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”的系统/器官术后并发症发生例数；手术患者消化、循环、神经、眼和附器、耳和乳突、肌肉骨骼、泌尿生殖、口腔等系统/器官术后并发症发生例数占同期手术患者出院人次的比例。

【计算方法】

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

【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】住院病案首页的主要诊断或其他诊断包含手术患者心脏和血管（以 T82.0 至 T82.9 开头的手术出院患者）、泌尿生殖道（以 T83.0 至 T83.9 开头的手术出院患者）、骨科（以 T84.0 至 T84.9 开头的手术出院患者）及其他（以 T85.0 至 T85.9 开头的手术出院患者），且对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”的植入物的并发症（不包括脓毒症）发生例数；手术患者心脏和血管、泌尿生殖道、骨科及其他植入物的并发症（不包括脓毒症）发生例数占同期手术患者出院人次的比例。

【计算方法】

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

【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】住院病案首页的主要诊断或其他诊断以 ICD－10 编码：T86.0 至 T86.9 开头，且对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”的手术出院患者并发症发生例数；移植并发症发生例数占同期移植患者出院人次的比例。

【计算方法】

$$\text{移植的并发症发生率} = \frac{\text{移植的并发症发生例数}}{\text{同期移植患者出院人次}} \times 100\%$$

【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】住院病案首页的主要诊断或其他诊断以 ICD－10 编码：T87.0 至 T87.6 开头，且对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”的再植和截肢并发症发生例数；再植和截肢并发症发生例数占同期再植和截肢患者出院人次的比例。

【计算方法】

$$再植和截肢的并发症发生率=\frac{再植和截肢的并发症发生例数}{同期再植和截肢患者出院人次}\times100\%$$

【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】住院病案首页的主要诊断或其他诊断以 ICD－10 编码：T81.1，T81.7，T81.8，T81.9 开头，且对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”的介入操作与手术后患者其他并发症发生例数；介入操作与手术后患者其他并发症发生例数占同期介入操作与手术患者出院人次的比例。

【计算方法】

$$介入操作与手术后患者其他并发症发生率=\frac{介入操作与手术后患者其他并发症发生例数}{同期介入操作与手术后患者出院人次}\times100\%$$

【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】住院病案首页的主要诊断或其他诊断以 ICD－10 编码：P10.0 至 P10.9，P11.0 至 P11.9，P12.0 至 P12.9，P13.0 至 P13.9，P14.0 至 P14.9，P15.0 至 P15.9，A33 开头，且对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”的发生产伤的新生儿出院患者人次；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】

$$新生儿产伤发生率=\frac{发生产伤的新生儿出院患者人次}{同期活产儿人数}\times100\%$$

【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】住院病案首页的主要诊断或其他诊断以 ICD－10 编码：O70.1，O70.2，O70.3，O70.9，O71.0 至 O71.9，O72.0，O72.1，O72.2，O72.3，O73.0，O73.1，O74.0 至 O74.9，O75.0 至 O75.9，O86.0 至 O86.8，O87.0 至 O87.9，

O88.0 至 O88.8，O89.0 至 O89.9，O90.1 至 O90.9，A34 开头，且对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”的阴道分娩产妇产程和分娩并发症发生例数；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出院产妇人数的比例。

【计算方法】

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

【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】住院病案首页的主要诊断或其他诊断以 ICD－10 编码 O71.0 至 O71.9，O72.0，O72.1，O72.2，O72.3，O73.0，O73.1，O74.0 至 O74.9，O75.0 至 O75.9，O86.0 至 O86.8，O87.0 至 O87.9，O88.0 至 O88.8，O89.0 至 O89.9，O90.1 至 O90.9，O95，A34 开头，且对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”的剖宫产分娩产妇产程和分娩并发症发生例数；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出院人数的比例。

【计算方法】

$$\text{剖宫产分娩产妇产程和分娩并发症发生率} = \frac{\text{剖宫产分娩产妇产程和分娩并发症发生例数}}{\text{同期剖宫产分娩出院产妇人数}} \times 100\%$$

【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和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】住院病案首页的主要诊断或其他诊断以 ICD－10 编码：L89.1，L89.2，L89.3，L89.9 开头，且对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”的出院患者 2 期及以上院内压力性损伤发生例数；2 期及以上院内压力性损伤新发病例数占同期出院患者人次的比例。

【计算方法】

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

【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】住院病案首页的主要诊断或其他诊断以 ICD－10 编码：T80.0，T80.1，T80.2（不含 T80.200x001），T80.8，T80.9 开头，且对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”的出院患者输注反应发生例次；出院患者输注反应发生例次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】住院病案首页的主要诊断或其他诊断以 ICD－10 编码：T80.0 至 T80.9 开头，且对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”的发生输血反应的出院患者例次；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】

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

【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】住院病案首页的主要诊断或其他诊断以 ICD－10 编码：J93.8，J93.9，J95.8，T81.218 开头，且对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”的发生医源性气胸出院患者人次；发生医源性气胸出院患者人次以同期出院患者人次的比例。

【计算方法】

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

【指标导向】逐步降低

（二十七）住院患者医院内跌倒/坠床所致髋部骨折发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】住院病案首页的主要诊断或其他诊断以 ICD－10 编码：S32.4，S32.7，S32.8，S72.0 至 S72.9，S73.0，S73.1 开头，且对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”的住院患者医院内跌倒/坠床所致髋部骨折发生例数；住院患者医院内跌倒/坠床所致髋部骨折发生例数占同期住院患者跌倒/坠床发生例数的比例。

【计算方法】

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

【指标导向】逐步降低

（二十八）住院 ICU 患者呼吸机相关性肺炎发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】例/千机械通气日

【指标定义】住院病案首页的主要诊断或其他诊断以 ICD－10 编码：J95.802 开头，且对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”的使用呼吸机 ICU 出院患者，呼吸机相关性肺炎发生例数；住院 ICU 患者呼吸机相关性肺炎例次数占同期出院 ICU 患者有创机械通气总天数的比例。

【计算方法】

$$\text{住院 ICU 患者呼吸机相关性肺炎发生率}=\frac{\text{住院 ICU 患者呼吸机相关性肺炎发生例次数}}{\text{同期出院 ICU 患者有创机械通气总天数}}\times 1000‰$$

【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例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】例/千导管日

【指标定义】住院病案首页的主要诊断或其他诊断以 ICD－10 编码：T82.700x001 开头，且对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”的使用血管导管 ICU 出院患者，血管导管相关性感染发生例数；住院 ICU 患者血管导管相关性感染例次数占同期出院 ICU 患者血管内导管留置总天数的比例。

【计算方法】

$$\text{住院 ICU 患者血管导管相关性感染发生率}=\frac{\text{住院 ICU 患者血管导管相关性感染发生例次数}}{\text{同期出院 ICU 患者血管内导管留置总天数}}\times 1000‰$$

【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例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】例/千导尿管日

【指标定义】住院病案首页的主要诊断或其他诊断以 ICD－10 编码：T83.500x003 开头，且对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”的使用导尿管 ICU 出院患者，导尿管相关性尿路感染发生例数；住院 ICU 患者导尿管相关性尿路感染例次数占同期出院 ICU 患者导尿管留置总天数的比例。

【计算方法】

$$\text{住院ICU患者导尿管相关性尿路感染发生率} = \frac{\text{住院ICU患者导管相关性尿路感染发生例次数}}{\text{同期出院ICU患者导尿管留置总天数}} \times 1000‰$$

【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】住院患者的病案首页中主要诊断或其他诊断包含全身性抗菌药物（以 Y40.0 至 Y40.9 开头的出院患者）、降血糖药物（以 Y42.3 开头的出院患者）、抗肿瘤药物（以 Y43.1，Y43.3 开头的出院患者）、抗凝剂（以 Y44.2，Y44.3，Y44.4，Y44.5 开头的出院患者）、镇痛药和解热药（以 Y45.0 至 Y45.9 开头的出院患者）、心血管系统用药（以 Y52.0 至 Y52.9 开头的出院患者）、X 线造影剂及其他诊断性制剂（以 Y57.5，Y57.6 开头的出院患者）等，且对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”的有害效应发生例数；住院患者中全身性抗菌药物、降血糖药物、抗肿瘤药物、抗凝剂、镇痛药和解热药、心血管系统用药、X 线造影剂及其他诊断性制剂等有害效应发生例数占同期出院患者人次。

【计算方法】

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

【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】住院病案首页的主要诊断或其他诊断以 ICD－10 编码：T80.6，

T80.8，T80.9，T82.4，T82.7 开头，且对应的主要诊断或其他诊断入院病情等于“无”的住院患者血液透析所致并发症发生例数；住院患者血液透析所致并发症发生例数占同期血液透析出院患者人次的比例。

【计算方法】

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

【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：

（1）国家医疗质量管理与控制信息网（NCIS）

（2）全国医院质量监测系统（HQMS）

（3）国家公立医院绩效考核平台

（4）脑血管病大数据平台

（5）胸痛中心数据填报平台

（6）国家卫生健康委临床检验中心（NCCL）

（7）全国血液净化登记系统

（8）国家护理质量数据平台

（9）河南省医院感染监测网

（10）河南省医疗服务质量与绩效分析评价平台

（11）河南省临检中心

（12）河南省各专业质控平台

（13）医院填报

一、麻醉专业医疗质量控制指标（2022 年版）

（一）麻醉科医护比

【指标属性】定量指标

【计量单位】比值（X:1）

【指标定义】麻醉科护士人数与麻醉科医师人数之比。

【计算方法】

$$\text{麻醉科医护比} = \frac{\text{麻醉科护士总数}}{\text{麻醉科医师总数}}$$

【指标导向】监测达标

【指标说明】麻醉科护士是指专职配合麻醉医师开展麻醉宣教、心理护理、物品准备、信息核对、体位摆放、管路护理、仪器设备管理等护理工作的护士，不包括其他由麻醉科统一管理的手术室护士。

（二）麻醉医师人均年麻醉例次数

【指标属性】定量指标

【计量单位】比值（X:1）

【指标定义】单位时间内，麻醉科固定在岗医师平均完成的麻醉例次数。

【计算方法】

$$\text{麻醉医师人均年麻醉例次数} = \frac{\text{麻醉科年麻醉总例次数}}{\text{同期麻醉科固定在岗医师总数}}$$

【指标导向】监测比较

【指标说明】麻醉科固定在岗医师总数是指在医疗机构内参与临床麻醉工作的本院麻醉科医师，不包含规培住院医师（外院）、进修生、支援医师及多点执业医师。

（三）手术室外麻醉占比

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，手术室（含日间手术室）外实施的麻醉例次数占同期麻醉总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{手术室外麻醉占比} = \frac{\text{单位时间内手术室外实施的麻醉例次数}}{\text{同期麻醉总例次数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

【指标说明】手术室外麻醉是指由麻醉医师实施的凡不是在手术室和日间手术室内的各类型麻醉。

（四）择期手术麻醉前访视率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{择期手术麻醉前访视} = \frac{\text{单位时间内择期手术患者进入手术室前完成麻醉前访视的例次数}}{\text{同期麻醉科完成择期手术麻醉总例次数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测达标

（五）入室后手术麻醉取消率

【指标属性】定量指标

【计量单位】千分比（‰）

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

【计算方法】

$$\text{入室后手术麻醉取消率} = \frac{\text{单位时间内患者入室后至麻醉开始前手术麻醉取消的例次数}}{\text{同期入室后拟手术麻醉总例次数}} \times 1000‰$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】1. 入室是指患者进入手术室（包括术前等待区）或手术室外麻醉单元准备实施麻醉。

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

（六）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】单位时间内，麻醉开始后手术开始前手术取消的例次数占同期麻醉总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{麻醉开始后手术取消率} = \frac{\text{单位时间内麻醉开始后手术开始前手术取消的例次数}}{\text{同期麻醉总例次数}} \times 1000‰$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】麻醉开始是指麻醉医师开始给予患者麻醉药物。

（七）全身麻醉术中体温监测率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，手术麻醉期间接受体温监测（连续监测或间断监测）

的全身麻醉（以下简称全麻）例次数占同期全麻总例次数的比例。

【计算方法】

$$全身麻醉术中体温监测率=\frac{单位时间内手术麻醉期间接受体温监测的全麻例次数}{同期全麻总例次数}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（八）术中主动保温率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$术中主动保温率=\frac{单位时间内手术麻醉期间采取主动保温措施全麻例次数}{同期全麻总例次数}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

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

（九）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】单位时间内，手术麻醉中接受自体血（包括自体全血及自体血红细胞）输注患者数占同期麻醉中接受输血治疗患者总数的比例。

【计算方法】

$$术中自体血输注率=\frac{单位时间内手术麻醉中接受自体血输注患者数}{同期麻醉中接受输血治疗患者总数}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（十）手术麻醉期间低体温发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{手术麻醉期间低体温发生率}=\frac{\text{单位时间内手术麻醉期间低体温患者数（医疗目的的控制性降温除外）}}{\text{同期接受体温监测的麻醉患者总数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

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

（十一）术中牙齿损伤发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】千分比（‰）

【指标定义】单位时间内，发生术中牙齿损伤的例次数占同期插管全身麻醉总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{术中牙齿损伤发生率}=\frac{\text{单位时间内发生术中牙齿损伤的例次数}}{\text{同期插管全身麻醉总例次数}}\times 1000‰$$

【指标导向】逐步降低

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

（十二）麻醉期间严重反流误吸发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】万分比（‱）

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

【计算方法】

$$\text{麻醉期间严重反流误吸发生率}=\frac{\text{单位时间内麻醉期间严重反流误吸发生例次数}}{\text{同期麻醉科完成麻醉总例次数}}\times 10000‱$$

【指标导向】逐步降低

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

（十三）计划外建立人工气道发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】千分比（‰）

【指标定义】单位时间内，计划外建立人工气道的麻醉科患者数占同期麻醉科患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{计划外建立人工气道发生率} = \frac{\text{单位时间内计划外建立人工气道的麻醉科患者数}}{\text{同期麻醉科患者总数}} \times 1000‰$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】计划外建立人工气道是指患者进入手术室后直至离开手术室前，因呼吸骤停或严重呼吸抑制等而进行的人工气道的建立，包括气管插管、喉罩置入和紧急气管造口术。

（十四）术中心脏骤停率

【指标属性】定量指标

【计量单位】万分比（‱）

【指标定义】单位时间内，术中心脏骤停患者数占同期麻醉科患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{术中心脏骤停率} = \frac{\text{单位时间内术中心脏骤停患者数}}{\text{同期麻醉科患者总数}} \times 10000‱$$

【指标导向】逐步降低

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

（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】万分比（‱）

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

【计算方法】

$$\text{麻醉期间严重过敏反应发生率} = \frac{\text{单位时间内麻醉期间发生严重过敏反应的例次数}}{\text{同期麻醉科完成麻醉总例次数}} \times 10000‱$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】麻醉期间严重过敏反应是指各种原因导致的需要立即使用肾上腺素抢救的过敏反应。

（十六）全身麻醉术中知晓发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】千分比（‰）

【指标定义】单位时间内，发生全身麻醉术中知晓例次数占同期全身麻醉总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{全身麻醉术中知晓发生率} = \frac{\text{单位时间内发生全身麻醉术中知晓例次数}}{\text{同期全身麻醉总例次数}} \times 1000‰$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】全身麻醉术中知晓是指在全身麻醉过程中发生意识的恢复，病人对周围环境或声音存在着一定程度的感知与记忆，全身麻醉后病人能回忆术中发生的事情，并能告知有无疼痛等情况。

（十七）PACU 入室低体温发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，PACU 入室低体温患者数占同期入 PACU 患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{PACU 入室低体温发生率} = \frac{\text{单位时间内 PACU 入室低体温患者数}}{\text{同期入 PACU 患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】PACU 入室低体温是指患者入 PACU 第一次测量体温低于 36℃。

（十八）麻醉后 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】单位时间内，入 PACU 超过 2 小时的患者数占同期入 PACU 患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{麻醉后 PACU 转出延迟率} = \frac{\text{单位时间内入 PACU 超过 2 小时的患者数}}{\text{同期入 PACU 患者总数}} \times 1000‰$$

【指标导向】逐步降低

（十九）非计划二次气管插管率

【指标属性】定量指标

【计量单位】千分比（‰）

【指标定义】单位时间内，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】

$$非计划二次气管插管率=\frac{单位时间内非计划二次气管插管患者数}{同期术后气管插管拔除患者总数}\times 1000‰$$

【指标导向】逐步降低

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

（二十）麻醉患者非计划转入 ICU 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，非计划转入 ICU 的麻醉患者数占同期麻醉患者总数的比例。

【计算方法】

$$非计划转入\ ICU\ 率=\frac{单位时间内非计划转入\ ICU\ 的麻醉患者数}{同期麻醉患者总数}\times 1000‰$$

【指标导向】逐步降低

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

（二十一）术后镇痛满意率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，麻醉科术后镇痛随访视觉模拟评分（VAS）≤3 分患者数占同期麻醉科术后镇痛患者总数的比例。

【计算方法】

$$术后镇痛满意率=\frac{单位时间内麻醉科术后镇痛随访\ VAS\leqslant 3\ 分患者数}{同期麻醉科术后镇痛患者总数}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（二十二）区域阻滞麻醉后严重神经并发症发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】万分比（‱）

【指标定义】单位时间内，区域阻滞麻醉后严重神经并发症发生例数占同期区域

阻滞麻醉总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{区域阻滞麻醉后严重神经并发症发生率}=\frac{\text{单位时间内区域阻滞麻醉后严重神经并发症发生例数}}{\text{同期区域阻滞麻醉总例数}}\times 10000‰$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】区域阻滞（包括椎管内麻醉和外周神经阻滞）麻醉后严重神经并发症，是指在区域阻滞麻醉后新发的重度头痛、局部感觉异常（麻木或异感）、运动异常（肌无力甚至瘫痪）等，持续超过 72 小时，并排除其他病因者。

（二十三）全身麻醉气管插管拔管后声音嘶哑发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】万分比（‰）

【指标定义】单位时间内，全身麻醉气管插管拔管后声音嘶哑发生例次数占同期全身麻醉气管插管总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{全身麻醉气管插管拔管后声音嘶哑发生率}=\frac{\text{单位时间内全身麻醉气管插管拔管后声音嘶哑发生例次数}}{\text{同期全身麻醉气管插管总例次数}}\times 10000‰$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】全身麻醉气管插管拔管后声音嘶哑，是指新发的、在拔管后 72 小时内没有恢复的声音嘶哑，排除咽喉、颈部以及胸部手术等原因。

（二十四）麻醉后新发昏迷发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】万分比（‰）

【指标定义】单位时间内，全身麻醉后新发昏迷发生例次数占同期非颅脑手术全身麻醉总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{麻醉后新发昏迷发生率}=\frac{\text{单位时间内全身麻醉后新发昏迷发生例次数}}{\text{同期非颅脑手术全身麻醉总例次数}}\times 10000‰$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】全身麻醉后新发昏迷是指麻醉前清醒患者（格拉斯哥昏迷评分为 15 分），接受全身麻醉下非颅脑手术后没有苏醒，持续昏迷（格拉斯哥昏迷评分≤8 分）超过 24 小时。除外因医疗目的给予镇静催眠者。

（二十五）麻醉后 24 小时内患者死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】万分比（‱）

【指标定义】单位时间内，麻醉后 24 小时内死亡患者数占同期麻醉患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{麻醉后 24 小时内患者死亡率} = \frac{\text{单位时间内麻醉后 24 小时内死亡患者数}}{\text{同期麻醉患者总数}} \times 10000‱$$

【指标导向】逐步降低

（二十六）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

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】

$$\text{APACHE Ⅱ评分≥15 分患者收治率（入 ICU 24 小时内）} = \frac{\text{APACHE Ⅱ评分≥15 分患者数}}{\text{同期 ICU 收治患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

【指标说明】具有信息化自动收集能力的医院建议直接提取 APACHE Ⅱ评分，并按照 <10 分，10－15 分，15－20 分，20－25 分，>25 分进行分层分析。

（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≥4mmol/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】

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

【指标导向】逐步提高

【指标说明】感染性休克是指诊断为感染性休克或脓毒性休克，ICD－10 编码范围包括：R57.200、A41.900x003。

（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；脓毒性休克或乳酸≥4mmol/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】

$$\text{感染性休克 6h 集束化治疗（bundle）完成率} = \frac{\text{入 ICU 诊断为感染性休克并全部完成 6h bundle 的患者数}}{\text{同期入 ICU 诊断为感染性休克患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】感染性休克是指诊断为感染性休克或脓毒性休克，ICD－10 编码范围包括：R57.200、A41.900x003。

（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。检验项目包括：各种微生物培养（如细菌培养、真菌培养）、降钙素原检测、白介素－6 检测、G 试验、GM 试验等。

【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：In（R/1 - R） = -3.517 +（APACHE Ⅱ评分 × 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】

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

【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 患者气管插管拔管总例数的比例。不包括非计划气管插管拔管后再插管。

【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】

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

【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 发生例次数占同期 ICU 患者有创机械通气总天数的比例。

【计算方法】

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

【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 发生例次数（ICD－10 编码：T82.700x001 的使用血管导管 ICU 出院患者）占同期 ICU 患者血管内导管留置总天数的比例。

【计算方法】

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

【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 发生例次数（ICD－10 编码：T83.500x003 的使用导尿管 ICU 出院患者）占同期 ICU 患者导尿管留置总天数的比例。

【计算方法】

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

【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】监测达标

（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】监测达标

（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】

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

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

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

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

【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】

$$抢救室滞留时间中位数 = X_{(n+1)/2}，n 为奇数$$

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

注：n 为急诊抢救室患者数，X 为抢救室滞留时间

【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】

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

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

【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）患者门球时间在 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】

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

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

【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】

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

【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】

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

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

注：n为检验标本数，X为检验前周转时间

【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】

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

【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】

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

【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实验室已开展且同时特定机构（国家、省级等）已组织的室间质评项目总数的比例。

【计算方法】

$$室间质评项目参加率=\frac{参加室间质评的检验项目数}{同期实验室已开展且同时特定机构已组织的室间质评项目总数}\times 100\%$$

【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】

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

【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】

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

【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】

$$实验室内周转时间中位数=X_{(n+1)/2}，n\text{ 为奇数}$$

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

注：n 为检验标本数，X 为实验室内周转时间

【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】

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

【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】

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

【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师交流的时间）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】

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

【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】

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

【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】

$$每百张病床病理技术人员数 = \frac{病理技术人员数}{同期该医疗机构实际开放床位数/100}$$

【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】

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

【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 染色优良切片优良率，是指 HE 染色优良切片数占同期 HE 染色切片总数的比例。

【计算方法】

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

【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】

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

【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：耐碳青霉烯类肠杆菌科细菌（CRE）、耐甲

氧西林金黄色葡萄球菌（MRSA）、耐万古霉素肠球菌（VRE）、耐碳青霉烯鲍曼不动杆菌（CRABA）、耐碳青霉烯铜绿假单胞菌（CRPAE）。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】多重耐药菌感染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】

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

【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】监测比较

（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。检验项目包括：各种微生物培养（如细菌培养、真菌培养），降钙素原检测、白介素－6 检测、G 试验、GM 试验等。

【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】逐步提高

（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类切口手术病例抗菌药物预防性使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】Ⅰ类切口手术预防性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】

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

【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】使用血管内导管的住院患者中新发血管内导管相关血流感染的发病率。

【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率。

【计算方法】

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

【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率。

【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】

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

【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】符合用血条件且填写规范的《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】

$$《临床输血申请单》合格率=\frac{符合用血条件且填写规范的申请单数量}{同期输血科（血库）接收的申请单总数}\times 100\%$$

【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】

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

【指标导向】监测达标

（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】

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

【指标导向】监测达标

（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】

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

【指标导向】监测达标

（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】

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

【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血量。此处仅统计红细胞成分及全血用量。

【计算方法】

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

【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和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】

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

【指标导向】逐步提高

（十）出院患者人均用血量

【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血量。此处仅统计红细胞成分及全血用量。

【计算方法】

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

【指标导向】逐步降低

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】

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

【指标导向】逐步提高

【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。

（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】

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

【指标导向】逐步提高

【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】

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

【指标导向】逐步提高

【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。

（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】

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

【指标导向】监测比较

【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 ≥ 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。

（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】逐步提高

（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】

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

【指标导向】逐步降低

【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。

（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】

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

【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】

$$\text{慢阻肺急性加重患者住院期间超声心动图检查比例}=\frac{\text{住院期间进行超声心动图检查慢阻肺急性加重患者数}}{\text{同期住院慢阻肺急性加重患者总数}}\times 100\%$$

【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】

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

【指标导向】逐步提高

【指标说明】病原学检查包括下列检查之一：至少 1 种上/下呼吸道标本或体液标本（如鼻/咽拭子、痰、肺泡灌洗液、胸腔积液、全血、尿、支气管粘膜组织、肺组织、淋巴结等）进行的细菌涂片和培养、或非典型病原体检测、或病毒检测（可采用 PCR 技术或免疫荧光检测技术等）。

（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】

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

【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，使用有创机械通气治疗的慢阻肺急性加重患者死亡人数占同期住院使用有创机械通气治疗的慢阻肺急性加重患者总数的比例。

【计算方法】

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

【指标导向】逐步降低

（十六）慢阻肺患者住院期间肺功能检查比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，住院期间行肺功能检查的慢阻肺患者数占同期住院慢阻肺患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{慢阻肺患者肺功能检查率} = \frac{\text{进行肺功能检查的慢阻肺住院患者数}}{\text{同期医院收治的慢阻肺住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（十七）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】

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

【指标导向】逐步提高

【指标说明】常用 CAP 严重程度评分系统

评分系统	预测指标和计算方法	风险评分
CURB－65 评分	共 5 项指标，满足 1 项得 1 分： （1）意识障碍；（2）尿素氮 > 7mmol/L；（3）呼吸频率 30 次/min；（4）收缩压 < 90mmHg 或舒张压≤60mmHg；（5）年龄≥65 岁	评估死亡风险 0～1 分：低危； 2 分：中危； 3～5 分：高危
CRB－65 评分	共 4 项指标，满足 1 项得 1 分： （1）意识障碍；（2）呼吸频率≥30 次/min；（3）收缩压 < 90mmHg 或舒张压≤60mmHg；（4）年龄≥65 岁	评估死亡风险 0 分：低危，门诊治疗； 1－2 分：中危，建议住院或严格随访下院外治疗； ≥3 分：高危，应住院治疗

评分系统	预测指标和计算方法	风险评分
PS1 评分	年龄（女性 -10 分）加所有危险因素得分总和： （1）居住在养老院（+10 分） （2）基础疾病：肿瘤（+30 分）；肝病（+20 分）；充血性心力衰竭（+10 分）；脑血管疾病（+10 分）；肾病（+10 分） （3）体征：意识状态改变（+20 分）；呼吸频率≥30 次/min（+20 分）；收缩压 <90mmHg（+20 分）；体温 <35℃或≥40℃（+15 分）；脉搏≥125 次/min（+10 分） （4）实验室检查：动脉血 pH <7.35（+30 分）；血尿素氮 1mmol/L（+20 分）；血钠 <130mmol/L（+20 分）；血糖≥14mmol/L（+10 分）；红细胞压积（Hct）<30%（+10 分）；PaO_2 <60mmHg（或指氧饱和度 <90%）（+10 分） （5）胸部影像：胸腔积液（+10 分）	评估死亡风险 低危：Ⅰ级（<50 岁，无基础疾病）；Ⅱ级（≤70 分）； Ⅲ级（71 - 90 分）； 中危：Ⅳ级（9 - 130 分）； 高危：Ⅴ级（>130 分）； Ⅳ和Ⅴ级需要住院治疗
CURXO 评分	主要指标： （1）动脉血 pH <7.30；（2）收缩压 <9mmHg 次要指标： （1）呼吸频率 >30 次/min；（2）意识障碍；（3）血尿素 >11mmol/L；（4）PaO_2 <54mmHg 或氧合指数 <250mmHg；（5）年龄≥80 岁；（6）X 线片示多叶或双侧肺受累	符合 1 项主要指标或 2 项以上次要指标，为重症 CAP
SMART - COP 评分	下列所有危险因素得分总和： 收缩压 <90mmHg（+2 分）；X 线片多肺叶受累（+1 分）；血清白蛋白 <35g/L（+1 分）；呼吸率≥30 次/min（>50 岁）或≥25 次/min（≤50 岁）（+1 分）；心率≥125 次（+1 分）； 新发的意识障碍（+1 分）； 低氧血症（+2 分）：PaO_2 <70mmHg 或指氧饱和度≤93% 或氧合指数 <333mmHg（≤50 岁）；PaO_2 <60mmHg 或指氧饱和度≤90% 或氧合指数 <250mmHg（>50 岁）；动脉血 pH <7.35（+2 分）	0 - 2 分：低风险 3 - 4 分：中度风险 5 - 6 分：高风险 7 - 8 分：极高风险。

本表内容参考《中国成人社区获得性肺炎诊断和治疗指南（2016 年版）》

（十八）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】

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

【指标导向】监测比较

【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－65 评分 0 分、或者 PSI 评分≤90 分的患者。

（十九）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】

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

【指标导向】逐步提高

【指标说明】病原学检查包括下列检查之一：至少 1 种上/下呼吸道标本或体液标本（如鼻/咽拭子、痰、肺泡灌洗液、胸腔积液、全血、尿、支气管粘膜组织、肺组织、淋巴结等）进行的细菌涂片和培养、或非典型病原体检测、或病毒检测（可采用 PCR 技术或免疫荧光检测技术等）。

（二十）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

（二十一）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≥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≥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≥4000g）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

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

（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≥

1000ml）的产妇人数占同期分娩产妇（分娩孕周≥28 周）总人数的比例。

【计算方法】

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

【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≥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】

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

【指标导向】逐步提高

（七）孕产妇死亡活产比

【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，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】

$$孕产妇死亡活产比=\frac{孕产妇死亡人数}{同期活产数}\times\frac{100000}{100000}$$

【指标导向】逐步降低

【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。

（八）妊娠相关子宫切除率

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

【计算方法】

$$\text{妊娠相关子宫切除率} = \frac{\text{妊娠相关子宫切除人数}}{\text{同期分娩产妇总人数}} \times \frac{100000}{100000}$$

【指标导向】监测比较

【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。

（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】

$$\text{产后或术后非计划再次手术率} = \frac{\text{产后或术后非计划再次手术人数}}{\text{同期分娩产妇总人数}} \times \frac{100000}{100000}$$

【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】

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

【指标导向】逐步降低

【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。

十、神经系统疾病医疗质量控制指标

（一）癫痫与惊厥性癫痫持续状态

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】

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

【指标导向】逐步提高

【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）痫性发作，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》。

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】

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

【指标导向】逐步提高

【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》。

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】

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

【指标导向】逐步降低

【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。

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（普通或视频长程脑电图）的人数占同期住院癫痫患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{癫痫患者病因学检查完成率} = \frac{\text{完成神经影像学检查及脑电图学相关检查的住院癫痫患者数}}{\text{同期住院癫痫患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【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。

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】

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

【指标导向】逐步提高

【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。

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 次关于癫痫及其治疗如何影响避孕或妊娠的咨询者占同期育龄期女性住院癫痫患者的比例。

【计算方法】

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

【指标导向】逐步提高

【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。

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】

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

【指标导向】逐步降低

【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。

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】

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

【指标导向】逐步降低

【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。

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】

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

【指标导向】逐步提高

【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。

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】

$$\text{癫痫手术患者出院时继续抗癫痫药物治疗率} = \frac{\text{癫痫手术患者出院时继续抗癫痫药物治疗的癫痫手术患者人数}}{\text{同期住院行癫痫手术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【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。

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】

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

【指标导向】逐步提高

【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》。

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】

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

【指标导向】逐步提高

【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》。

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】

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

【指标导向】逐步提高

【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》。

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】

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

【指标导向】监测达标

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】

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

【指标导向】逐步提高

【指标说明】神经影像学检查指头部 MRI 或 CT 检查。

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】

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

【指标导向】逐步提高

【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。

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】

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

【指标导向】逐步提高

【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。

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】

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

【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】

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

【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】

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

【指标导向】逐步提高

【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。

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】

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

【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】

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

【指标导向】逐步提高

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】

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

【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】

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

【指标导向】逐步提高

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】

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

【指标导向】逐步提高

【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、双嘧达莫、阿昔单抗、替罗非班、依替非巴肽等。

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】

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

【指标导向】逐步提高

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】

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

【指标导向】逐步提高

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

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】

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

【指标导向】逐步提高

【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。

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】

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

【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】

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

【指标导向】逐步提高

【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、依度沙班等。

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】

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

【指标导向】逐步提高

【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）、纤维内镜吞咽功能检查（FEES）等。

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】

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

【指标导向】逐步提高

【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。

15. 出院时脑梗死患者抗栓/他汀类药物治疗率

（1）出院时脑梗死患者抗栓治疗率

【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。

【计算方法】

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

【指标导向】逐步提高

（2）出院时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，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】

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

【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/降糖药物/抗凝药物治疗的合并高血压/糖尿病/房颤的脑梗死患者数，占同期合并高血压/糖尿病/房颤的住院脑梗死患者总数的比例。

【计算方法】

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

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

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

【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】

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

【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】

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

【指标导向】逐步提高

【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、支架置入术等。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。

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】

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

【指标导向】逐步提高

【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。

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】

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

【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】

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

【指标导向】逐步提高

【指标说明】成功再灌注指改良脑梗死溶栓分级（mTICI）为 2b/3 级。

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】

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

【指标导向】逐步提高

【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。

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】

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

【指标导向】逐步降低

【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。

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】

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

【指标导向】逐步降低

【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。

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】

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

【指标导向】逐步提高

【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》。

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】

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

【指标导向】逐步提高

【指标说明】良好神经功能预后定义为 mRS 评分 0－2。

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】

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

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

【指标导向】逐步降低

【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。

（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】

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

【指标导向】逐步提高

【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。

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，进行头颅 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】

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

【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】

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

【指标导向】逐步提高

【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。

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】

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

【指标导向】逐步提高

【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。

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】

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

【指标导向】逐步提高

【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）。

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】

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

【指标导向】逐步提高

【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。

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】

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

【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】

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

【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】

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

【指标导向】逐步提高

【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。

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】

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

【指标导向】逐步提高

【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。

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】

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

【指标导向】逐步提高

【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。

（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】

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

【指标导向】逐步提高

【指标说明】mRS 参照《中国脑血管病临床管理指南》。

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】

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

【指标导向】逐步提高

【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。

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】

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

$$\text{无症状颈动脉狭窄患者颈动脉支架置入术手术指征符合率}=\frac{\text{无症状颈动脉狭窄患者行颈动脉支架植入术符合手术指征治疗人数}}{\text{同期无症状颈动脉狭窄患者行颈动脉支架置入术总人数}}\times 100\%$$

$$\text{症状性颈动脉狭窄患者颈动脉支架置入术手术指征符合率}=\frac{\text{症状性颈动脉狭窄患者行颈动脉支架植入术符合手术指征治疗人数}}{\text{同期症状性颈动脉狭窄患者行颈动脉支架置入术总人数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【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）。

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】

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

$$\text{颈动脉支架置入术患者术前双重抗血小板药物治疗率}=\frac{\text{颈动脉支架置入术患者术前双重抗血小板药物治疗人数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者总数}}\times 100\%$$

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

【指标导向】逐步提高

【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。

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】

$$\text{颈动脉支架置入术保护装置使用率} = \frac{\text{颈动脉支架置入术使用保护装置人数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【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。

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】

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

【指标导向】逐步提高

【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≤30%且术后血流mTICI分级3级。

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】

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

【指标导向】逐步降低

【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。

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】

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

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

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

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

【指标导向】逐步提高

【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。

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】

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

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

【指标导向】逐步降低

【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。

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完成 30 天/1 年随访人数的比例。

【计算方法】

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

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

【指标导向】逐步降低

【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。

（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】

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

【指标导向】逐步提高

【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 等。

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】

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

【指标导向】逐步提高

【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、碘比醇等），非离子等渗双体对比剂（碘克沙醇等）。

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】

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

【指标导向】逐步提高

【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。

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】

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

【指标导向】逐步提高

【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、血管破裂出血等。

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】

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

【指标导向】逐步降低

【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。

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】

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

【指标导向】逐步降低

【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；血管迷走神经反射等。

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】

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

【指标导向】逐步降低

【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。

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】

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

【指标导向】逐步提高

【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。

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】

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

【指标导向】逐步提高

【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。

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】

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

【指标导向】监测比较

【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。

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】

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

【指标导向】逐步提高

【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。

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】

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

【指标导向】逐步提高

【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。

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】

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

【指标导向】逐步提高

【指标说明】血压 <130/80mmHg，要求收缩压和舒张压均达标。

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】

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

【指标导向】逐步降低

【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。

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】

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

【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】

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

【指标导向】逐步降低

【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。

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】

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

【指标导向】逐步降低

【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。

（二）血液净化技术

第一部分 医院感染控制指标

1. 治疗准备室消毒合格率

【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）/腹膜透析室治疗准备室消毒合格的月份数量

在当年所占的比例。

【计算方法】

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

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

【指标导向】监测达标

【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≤10.0CFU/cm^2。

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】

$$\text{透析用水生物污染检验（细菌菌落数检测）合格率} = \frac{\text{透析用水细菌菌落数检测合格的月份数量}}{12} \times 100\%$$

$$\text{透析用水生物污染检验（内毒素检测）合格率} = \frac{\text{透析用水内毒素检测合格的季度数量}}{4} \times 100\%$$

【指标导向】监测达标

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

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】

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

【指标导向】监测达标

【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。

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】

$$\text{维持性血液透析患者血源性传染病标志物检验完成率}=\frac{\text{每6个月，完成血源性传染病标志物检验的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}}\times 100\%$$

【指标导向】监测达标

【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。

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】每年维持性血液透析患者中新发生乙型肝炎和/或丙型肝炎的比例。

【计算方法】

$$\text{维持性血液透析患者的乙型肝炎和丙型肝炎发病率}=\frac{\text{维持性血液透析患者中每年新增乙型肝炎和/或丙型肝炎患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

第二部分 透析质量管理指标

6. 维持性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】

$$\text{血液透析 Kt/V 和 URR 控制率}=\frac{\text{spKt/V}>1.2\text{ 且 URR}>65\%\text{ 的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

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 ㎡/周的腹膜透析患者比例。

【计算方法】

$$\text{腹膜透析患者 Kt/V 及总 Ccr 控制率} = \frac{\text{Kt/V}\geqslant 1.7/\text{周且总 Ccr}\geqslant 50\text{L}/1.73\ \text{㎡}/\text{周的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】总 Ccr 包括残肾 Ccr 和腹膜透析 Ccr。

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】

$$\text{维持性血液透析患者 β2 微球蛋白定时检验完成率} = \frac{\text{每 6 个月，完成 β2 微球蛋白检验的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\%$$

$$\text{腹膜透析患者 β2 微球蛋白定时检验完成率} = \frac{\text{每 6 个月，完成 β2 微球蛋白检验的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

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，透析间期体重平均增长 <5% 的维持性血液透析患者比例。

【计算方法】

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

【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】

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

【指标导向】逐步提高

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】

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

【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】

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

【指标导向】监测比较

【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的患者。

第三部分 透析并发症管理指标

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】

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

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

【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】

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

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

【指标导向】逐步提高

【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。以上所有检查均完成定义为完成检查。

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】

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

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

【指标导向】逐步提高

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】

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

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

【指标导向】逐步提高

【指标说明】应同时完成血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度检测。

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】

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

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

【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】

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

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

【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】

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

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

【指标导向】逐步提高

【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。

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≥110g/L的维持性血液透析/腹膜透析患者比例。

【计算方法】

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

$$\text{腹膜透析患者肾性贫血控制率} = \frac{\text{血红蛋白}\geq 110\text{g/L 的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\%$$

【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】

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

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

【指标导向】逐步提高

【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。

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≥35g/L 的维持性血液透析/腹膜透析患者比例。

【计算方法】

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

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

【指标导向】监测比较

十二、护理专业医疗质量控制指标（2020 年版）

（一）床护比

1. 医疗机构床护比

【指标属性】定量指标

【计量单位】比值（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】

$$\text{医疗机构床护比 } 1\text{∶X} = 1\text{∶}\frac{\text{医疗机构执业护士人数}}{\text{同期实际开放床位数}}$$

【指标导向】监测达标

2. 病区床护比

【指标属性】定量指标

【计量单位】比值（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病区执业护士人数的比。

【计算方法】

$$\text{病区床护比（1∶X）} = 1\text{∶}\frac{\text{医疗机构病区执业护士人数}}{\text{同期全院实际开放床位数}}$$

【指标导向】监测达标

3. 重症医学科床护比

【指标属性】定量指标

【计量单位】比值（1∶X）

【指标定义】单位时间内，重症医学科实际开放床位与所配备的执业护士人数的比。

【计算方法】

$$\text{重症医学科床护比（1∶X）} = 1\text{∶}\frac{\text{重症医学科执业护士人数}}{\text{同期重症医学科实际开放床位数}}$$

【指标导向】监测达标

4. 儿科病区床护比

【指标属性】定量指标

【计量单位】比值（1∶X）

【指标定义】单位时间内，儿科病区实际开放床位与儿科病区所配备的执业护士人数的比。

【计算方法】

$$\text{儿科病区床护比（1∶X）} = 1\text{∶}\frac{\text{儿科病区执业护士人数}}{\text{同期儿科病区实际开放床位数}}$$

【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≥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。

（3）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）。

（4）重症医学科指独立设置的收治危重患者的科室或病区，其人员管理和使用应当独立于其他科室或病区。

包含：综合重症监护病房（综合 ICU）、独立的专科重症监护病房（如：呼吸科重症监护病房（RICU）、新生儿重症监护病房（NICU）等）。

排除：科室内部设立的重症监护病床、与其他科室或病区存在人员交叉管理使用的重症监护病区。

（5）儿科病区指独立设置的收治儿童患者（小于等于 18 岁）的病区。

包含：儿童呼吸、消化、神经、泌尿、血液、内分泌等内外科疾病的儿童病区。

排除：新生儿病区、新生儿重症监护病区（NICU）、儿童重症监护病区（PICU）、儿科门诊、急诊等。

（二）护患比

1. 白班平均护患比

【指标属性】定量指标

【计量单位】比值（1:X）

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

【计算方法】

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

【指标导向】监测达标

2. 夜班平均护患比

【指标属性】定量指标

【计量单位】比值（1:X）

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

【计算方法】

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

【指标导向】监测比较

【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

【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】

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

【指标导向】监测比较

【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、检查床日数和治疗床日数。

（四）不同级别护士配置占比

【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和在病区工作、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】

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

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

【指标导向】监测比较

【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。

（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】

$$\text{护士离职率} = \frac{\text{护士离职人数}}{\left(\begin{array}{c}\text{期初医疗机构}\\ \text{执业护士总人数}\end{array} + \begin{array}{c}\text{期末医疗机构}\\ \text{执业护士总人数}\end{array}\right)/2} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【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。

（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】

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

【指标导向】监测比较

【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。

（七）住院患者跌倒发生率

1. 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】

$$\text{住院患者跌倒发生率} = \frac{\text{住院患者跌倒例次数}}{\text{同期住院患者实际占用床日数}} \times 1000‰$$

【指标导向】逐步降低

【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）。

2. 住院患者跌倒伤害占比

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】跌倒伤害指住院患者跌倒后造成不同程度的伤害甚至死亡。住院患者跌倒伤害占比指单位时间内住院患者跌倒伤害例次数占住院患者发生的跌倒例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{住院患者跌倒伤害占比} = \frac{\text{住院患者跌倒伤害总例次数}}{\text{同期住院患者跌倒例次数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】跌倒伤害总例次数为轻度、中度、重度例次数和跌倒死亡例数四项之和，应小于或等于跌倒发生总例次数。

轻度（严重程度 1 级）指住院患者跌倒导致青肿、擦伤、疼痛，需要冰敷、包扎、伤口清洁、肢体抬高、局部用药等。

中度（严重程度 2 级）指住院患者跌倒导致肌肉或关节损伤，需要缝合、使用皮肤胶、夹板固定等。

重度（严重程度 3 级）指住院患者跌倒导致骨折、神经或内部损伤，需要手术、石膏、牵引等。

死亡指住院患者因跌倒受伤而死亡，而不是由于引起跌倒的生理事件本身而致死。

排除：无伤害的跌倒。

（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】

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

【指标导向】逐步降低

【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。

（2）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。

（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

$$\text{气管导管（气管插管、气管切开）非计划拔管率}=\frac{\text{气管导管（气管插管、气管切开）非计划拔管例次数}}{\text{同期气管导管（气管插管、气管切开）留置总日数}}\times 1000‰$$

②经口、经鼻胃肠导管非计划拔管率

$$\text{经口、经鼻胃肠导管非计划拔管率}=\frac{\text{经口、经鼻胃肠导管非计划拔管例次数}}{\text{同期经口、经鼻胃肠导管留置总日数}}\times 1000‰$$

③导尿管非计划拔管率

$$\text{导尿管非计划拔管率}=\frac{\text{导尿管非计划拔管例次数}}{\text{同期导尿管留置总日数}}\times 1000‰$$

④中心静脉导管（CVC）非计划拔管率

$$\text{CVC 非计划拔管率}=\frac{\text{CVC 非计划拔管例次数}}{\text{同期 CVC 留置总日数}}\times 1000‰$$

⑤经外周置入中心静脉导管（PICC）非计划拔管率

$$\text{PICC 非计划拔管率}=\frac{\text{PICC 非计划拔管例次数}}{\text{同期 PICC 留置总日数}}\times 1000‰$$

【指标导向】逐步降低

【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：医师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。

（十）导管相关感染发生率

1. 导尿管相关尿路感染（CAUTI）发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】例/千导尿管日

【指标定义】单位时间内，留置导尿管患者中发生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】

$$\text{导尿管相关尿路感染发生率} = \frac{\text{留置导尿管患者中尿路感染例次数}}{\text{同期患者导尿管留置总日数}} \times 1000‰$$

【指标导向】逐步降低

【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

【指标属性】定量指标

【计量单位】例/千导管日

【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】

$$\text{CVC 相关血流感染发生率} = \frac{\text{CVC 相关血流感染例次数}}{\text{同期患者 CVC 留置总日数}} \times 1000‰$$

【指标导向】逐步降低

【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

【指标属性】定量指标

【计量单位】例/千导管日

【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】

$$\text{PICC 相关血流感染发生率} = \frac{\text{PICC 相关血流感染例次数}}{\text{同期患者 PICC 留置总日数}} \times 1000‰$$

【指标导向】逐步降低

【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】

$$\text{呼吸机相关性肺炎发生率} = \frac{\text{呼吸机相关性肺炎例次数}}{\text{同期住院患者有创机械通气总日数}} \times 1000‰$$

【指标导向】逐步降低

【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。

（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】

$$\text{特级护理占比} = \frac{\text{特级护理患者占用床日数}}{\text{住院患者实际占用床日数}} \times 100\%$$

$$\text{一级护理占比} = \frac{\text{一级护理患者占用床日数}}{\text{住院患者实际占用床日数}} \times 100\%$$

$$\text{二级护理占比} = \frac{\text{二级护理患者占用床日数}}{\text{住院患者实际占用床日数}} \times 100\%$$

$$\text{三级护理占比} = \frac{\text{三级护理患者占用床日数}}{\text{住院患者实际占用床日数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

【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。

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】

$$\text{药学专业技术人员占比} = \frac{\text{药学专业技术人员数}}{\text{同期医疗机构卫生专业技术人员总数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测达标

【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。

（二）每百张床位临床药师人数

【指标属性】定量指标

【计量单位】人

【指标定义】每 100 张实际开放床位临床药师人数。

【计算方法】

$$\text{每百张床位临床药师人数} = \frac{\text{临床药师人数}}{\text{同期实际开放床位数}} \times 100$$

【指标导向】监测达标

【指标说明】临床药师是指以系统药学专业知识为基础，并具有一定医学和相关专业基础知识与技能，直接参与临床用药，促进药物合理应用和保护患者用药安全的药学专业技术人员。

（三）门/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门诊、急诊处方人次数占同期门诊、急诊处方总人次数的比例。

【计算方法】

$$门诊处方审核率=\frac{药品收费前药师审核门诊处方人次数}{同期门诊处方总人次数}\times100\%$$

$$急诊处方审核率=\frac{药品收费前药师审核急诊处方人次数}{同期急诊处方总人次数}\times100\%$$

【指标导向】逐步提高

【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。

（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】

$$住院用药医嘱审核率=\frac{药品调配前药师审核住院患者用药医嘱条目数}{同期住院患者用药医嘱总条目数}\times100\%$$

【指标导向】逐步提高

【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。

（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】

$$静脉用药集中调配医嘱干预率=\frac{医师同意修改的不适宜静脉用药集中调配医嘱条目数}{同期静脉用药集中调配医嘱总条目数}\times100\%$$

【指标导向】监测比较

【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。

（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】

$$\text{门诊处方合格率} = \frac{\text{合格的门诊处方人次数}}{\text{同期点评门诊处方总人次数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【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。

（八）麻醉处方合格率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，合格的麻醉处方人次数占同期麻醉处方总人次数的比例。

【计算方法】

$$\text{麻醉处方合格率} = \frac{\text{合格的麻醉处方人次数}}{\text{同期麻醉处方总人次数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测达标

【指标说明】此处麻醉处方仅统计麻醉药品、第一类精神药品处方。

（九）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】

$$\text{住院患者药学监护率} = \frac{\text{实施药学监护的住院患者数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【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。

（十）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】

$$\text{用药错误报告率} = \frac{\text{报告给医疗机构管理部门的用药错误人次数}}{\text{同期用药患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【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。

（十一）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】

$$\text{严重或新的药品不良反应上报率}=\frac{\text{严重或新的药品不良反应上报人数}}{\text{同期用药患者总数}}\times 100\%$$

【指标导向】监测比较

【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。

（十二）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】

$$\text{住院患者抗菌药物使用率}=\frac{\text{住院患者使用抗菌药物人数}}{\text{同期医疗机构住院患者总数}}\times 100\%$$

【指标导向】监测比较

【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。

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 数值

【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】

$$\text{住院患者抗菌药物使用强度} = \frac{\text{住院患者抗菌药物使用量（累计 DDD 数）}}{\text{同期住院患者床日数}} \times 100$$

【指标导向】监测比较

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

（2）住院患者床日数 = 平均住院天数 × 同期出院患者总数。

3. 住院患者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】

$$\text{住院患者特殊使用级抗菌药物使用量占比} = \frac{\text{住院患者特殊使用级抗菌药物使用量（累计 DDD 数）}}{\text{同期住院患者抗菌药物使用量（累计 DDD 数）}} \times 100\%$$

【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】监测达标

（十三）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】

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

【指标导向】逐步降低

【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。

（十四）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】

$$\text{住院患者中药注射剂静脉输液使用率} = \frac{\text{使用中药注射剂静脉输液的住院患者数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】（1）中药注射剂指批准文号为国药准字“Z”开头的注射剂。

（2）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。

（十五）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】

$$\text{急诊患者糖皮质激素静脉输液使用率} = \frac{\text{急诊静脉使用糖皮质激素人数}}{\text{同期急诊患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

【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。

（十六）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药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】

$$\text{住院患者质子泵抑制药注射剂静脉使用率} = \frac{\text{静脉使用质子泵抑制药注射剂的住院患者数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

【指标说明】（1）质子泵抑制药包括奥美拉唑、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药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。

十四、病案管理质量控制指标

（一）人力资源配置指标

1. 住院病案管理人员月均负担出院患者病历数

【指标属性】定量指标

【计量单位】份

【指标定义】单位时间内，每名住院病案管理人员平均每月负担的出院患者病历份数。

【计算方法】

$$\text{住院病案管理人员月均负担出院患者病历数} = \frac{\text{出院患者病历总数}}{\text{同期住院病案管理人员实际工作总月数}}$$

【指标导向】监测比较

【指标说明】1. 住院病案管理人员是指专职从事住院病历回收、整理、扫描、装订、归档、复印、借阅、编码、统计及质量控制等工作的人员。2. 实际工作总月数等于每名工作人员实际工作月数的总和（下同）。

2. 门诊病案管理人员月均负担门诊患者病历数

【指标属性】定量指标

【计量单位】份

【指标定义】单位时间内，每名门诊病案管理人员平均每月负担的门诊患者病历份数。

【计算方法】

$$\text{门诊病案管理人员月均负担门诊患者病历数} = \frac{\text{门诊患者病历总数}}{\text{同期门诊病案管理人员实际工作总月数}}$$

【指标导向】监测比较

【指标说明】1. 门诊病案管理人员是指专职从事门诊病案资料整理、装订、归档、复印、借阅、编码、统计及质量控制等工作的人员。2. 门诊患者病历总数按同期门诊实际诊疗人次计算。

3. 病案编码人员月均负担出院患者病历数

【指标属性】定量指标

【计量单位】份

【指标定义】单位时间内，每名病案编码人员平均每月负担的出院患者病历数。

【计算方法】

$$\text{病案编码人员月均负担出院患者病历数} = \frac{\text{出院患者病历总数}}{\text{同期病案编码人员实际工作总月数}}$$

【指标导向】监测比较

【指标说明】病案编码人员是指对出院病历病案首页各数据项进行信息录入，包括对疾病、手术操作信息进行 ICD 编码及审核等工作的专业技术人员。

（二）病历书写时效性指标

1. 入院记录 24 小时内完成率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，入院记录在患者入院 24 小时内完成的住院患者病历数占同期住院患者病历总数的比例。

【计算方法】

$$\text{入院记录 24 小时内完成率} = \frac{\text{入院记录在患者入院后 24 小时内完成的住院患者病历数}}{\text{同期住院患者病历总数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测达标

2. 手术记录 24 小时内完成率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，手术记录在术后 24 小时内完成的住院患者病历数占同期住院患者手术患者病历总数的比例。

【计算方法】

$$手术记录24小时内完成率=\frac{手术记录在术后24小时内完成的住院患者病历数}{同期住院手术患者病历总数}\times100\%$$

【指标导向】监测达标

3. 出院记录 24 小时内完成率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，出院记录在患者出院后 24 小时内完成的病历数占同期出院患者病历总数的比例。

【计算方法】

$$出院记录24小时内完成率=\frac{出院记录在患者出院后24小时内完成的病历数}{同期出院患者病历总数}\times100\%$$

【指标导向】监测达标

4. 病案首页 24 小时内完成率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，病案首页在患者出院后 24 小时内完成的病历数占同期出院患者病历总数的比例。

【计算方法】

$$住院病案首页24小时内完成率=\frac{病案首页在患者出院后24小时内完成的病历数}{同期出院患者病历总数}\times100\%$$

【指标导向】逐步提高

（三）重大检查记录符合率

1. CT/MRI 检查记录符合率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，CT/MRI 检查医嘱、报告单、病程记录相对应的住院患者病历数占接受 CT/MRI 检查的住院患者病历总数的比例。

【计算方法】

$$\text{CT/MRI 检查记录符合率} = \frac{\text{CT/MRI 检查医嘱、报告单、病程记录相对应的住院病历数}}{\text{同期接受 CT/MRI 检查的住院病历总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】CT/MRI 检查医嘱、报告单、病程记录相对应是指在接受 CT/MRI 检查的住院患者病历中，CT/MRI 相关医嘱、报告单完整，检查结果及分析在病程记录中有相应记录。

2. 病理检查记录符合率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】在单位时间内，手术记录、病理检查报告单、病程记录相对应的病历数占同期开展病理检查的住院患者病历总数的比例。

【计算方法】

$$\text{病理检查记录符合率} = \frac{\text{手术记录、病理检查报告单、病程记录相对应的住院患者病历数}}{\text{同期开展病理检查的住院患者病历总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】手术记录、病理检查报告单、病程记录相对应是指在开展病理检查的住院患者病历中，病理检查报告单完整，取材情况和病理结果分别在手术记录、病程记录中有相应记录。

3. 细菌培养检查记录符合率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，细菌培养检查的医嘱、报告单、病程记录相对应的病历数占同期开展细菌培养检查的住院患者病历总数的比例。

【计算方法】

$$\text{细菌培养检查记录符合率} = \frac{\text{细菌培养检查的医嘱、报告单、病程记录相对应的住院患者病历数}}{\text{同期开展细菌培养检查的住院患者病历总数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测达标

【指标说明】细菌培养检查的医嘱、报告单、病程记录相对应是指在开展细菌培养检查的住院患者病历中，细菌培养检查相关医嘱、报告单完整，培养结果及分析在病程记录中有相应记录。

（四）诊疗行为记录符合率

1. 抗菌药物使用记录符合率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，抗菌药物使用医嘱、病程记录相对应的住院患者病历数占同期使用抗菌药物的住院患者病历总数的比例。

【计算方法】

$$\text{抗菌药物使用记录符合率} = \frac{\text{抗菌药物使用医嘱、病程记录相对应的住院患者病历数}}{\text{同期使用抗菌药物的住院患者病历总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】1. 抗菌药物使用医嘱、病程记录相对应是指在使用抗菌药物治疗的住院患者病历中，抗菌药物使用相关医嘱单完整，使用情况在病程记录中有相应记录。2. 抗菌药物的范围见《抗菌药物临床应用管理办法》（卫生部令第 84 号）。

2. 恶性肿瘤化学治疗记录符合率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，恶性肿瘤化学治疗医嘱、病程记录相对应的住院患者病历数占同期接受恶性肿瘤化学治疗的住院患者病历总数的比例。

【计算方法】

$$\text{恶性肿瘤化学治疗记录符合率} = \frac{\text{恶性肿瘤化学治疗医嘱、病程记录相对应的住院患者病历数}}{\text{同期接受恶性肿瘤化学治疗的住院患者病历总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】恶性肿瘤化学治疗医嘱、病程记录相对应是指在接受恶性肿瘤化学治疗的住院患者病历中，化学治疗医嘱完整，治疗情况在病程记录中有相应记录。

3. 恶性肿瘤放射治疗记录符合率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，恶性肿瘤放射治疗医嘱（治疗单）、病程记录相对应的住院患者病历数占同期接受恶性肿瘤放射治疗的住院患者病历总数的比例。

【计算方法】

$$\text{恶性肿瘤放射治疗记录符合率}=\frac{\text{恶性肿瘤放射治疗医嘱（治疗单）、病程记录相对应的住院患者病历数}}{\text{同期开展恶性肿瘤放射治疗的住院患者病历总数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】恶性肿瘤放射治疗医嘱（治疗单）、病程记录相对应是指在接受恶性肿瘤放射治疗的住院患者病历中，放射治疗医嘱（治疗单）完整，治疗情况在病程记录中有相应记录。

4. 手术相关记录完整率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】手术相关的医嘱、术前讨论、术前小结、手术相关知情同意书（手术知情同意书、麻醉知情同意书、输血知情同意书、高值医用耗材知情选择同意书）、手术风险评估表、手术安全核查表、麻醉记录单、手术护理记录单、手术记录、术后首次病程记录相对应的病历份数占同期住院手术患者病历总数的比例。

【计算方法】

$$\text{手术操作相关记录符合率}=\frac{\text{手术相关记录完整的住院手术患者病历数}}{\text{同期住院手术患者病历总数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】手术相关记录完整是指在接受手术治疗的住院患者病历中，手术医嘱、术前讨论、手术记录、手术安全核查表等手术相关内容符合《医疗质量安全核心制度要点》（国卫医发〔2018〕8 号）《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11 号）等文件要求。

5. 植入物相关记录符合率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，植入物相关的记录符合的住院患者病历份数占同期使用植入物的住院患者病历总数的比例。

【计算方法】

$$\text{植入物相关记录符合率} = \frac{\text{植入物相关记录符合的住院患者病历数}}{\text{同期使用植入物的住院患者病历总数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测达标

【指标说明】植入物相关记录符合是指植入物条形码齐全，植入物种类和数量等情况在手术记录或病程记录中有相应记录。

6. 临床用血相关记录符合率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，临床用血相关记录符合的住院患者病历数占同期存在临床用血的住院患者病历总数的比例。

【计算方法】

$$\text{临床用血相关记录符合率} = \frac{\text{临床用血相关记录符合的住院患者病历数}}{\text{同期存在临床用血的住院患者病历总数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测达标

【指标说明】临床用血相关记录符合是指输血知情同意书、医嘱、输血记录单等相关内容符合《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11 号）《医疗机构临床用血管理办法》（卫生部令第 85 号）等文件要求。

7. 医师查房记录完整率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，医师查房记录完整的住院患者病历数占同期住院患者病历总数的比例。

【计算方法】

$$\text{医师查房记录完整率} = \frac{\text{医师查房记录完整的住院患者病历数}}{\text{同期住院患者病历总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】医师查房记录完整是指医师查房记录符合《医疗质量安全核心制度要点》（国卫医发〔2018〕8 号）《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11 号）要求。

8. 患者抢救记录及时完成率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，抢救记录及时完成的住院患者病历数占同期接受抢救的住院患者病历总数的比例。

【计算方法】

$$\text{患者抢救记录及时完成率} = \frac{\text{抢救记录及时完成的住院患者病历数}}{\text{同期接受抢救的住院患者病历总数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测达标

【指标说明】抢救记录及时完成是指抢救记录的书写时限和内容符合《医疗质量安全核心制度要点》（国卫医发〔2018〕8 号）《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11 号）要求。

（五）病历归档质量指标

1. 出院患者病历 2 日归档率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{出院患者病历 2 个工作日归档率} = \frac{\text{2 个工作日内完成归档的出院患者病历数}}{\text{同期出院患者病历总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

2. 出院患者病历归档完整率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，归档病历内容完整的出院患者病历数占同期出院患者病历总数的比例。

【计算方法】

$$\text{出院患者病历归档完整率} = \frac{\text{归档病历内容完整的出院患者病历数}}{\text{同期出院患者病历总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】病历内容完整是指归档病历内容符合《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11 号）要求。

3. 主要诊断填写正确率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，病案首页中主要诊断填写正确的出院患者病历数占同期出院患者病历总数的比例。

【计算方法】

$$\text{主要诊断填写正确率} = \frac{\text{病案首页中主要诊断填写正确的出院患者病历数}}{\text{同期出院患者病历总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

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

4. 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】单位时间内，病案首页中主要诊断编码正确的出院患者病历数占同期出院患者病历总数的比例。

【计算方法】

$$\text{主要诊断编码正确率} = \frac{\text{病案首页中主要诊断编码正确的出院患者病历数}}{\text{同期出院患者病历总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】主要诊断编码正确是指主要诊断编码符合国家统一发布的最新的《疾病分类与代码国家临床版》要求。

5. 主要手术填写正确率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，病案首页中主要手术填写正确的出院患者病历数占同期出院手术患者病历总数的比例。

【计算方法】

$$\text{主要手术填写正确率} = \frac{\text{病案首页中主要手术填写正确的出院患者病历数}}{\text{同期出院手术患者病历总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】主要手术填写正确是指主要手术填写符合《卫生部关于修订住院

病案首页的通知》（卫医政发〔2011〕84号）《国家卫生计生委办公厅关于印发住院病案首页数据填写质量规范（暂行）》（国卫办医发〔2016〕24号）相关要求。

6. 主要手术编码正确率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，病案首页中主要手术编码正确的出院患者病历数占同期出院手术患者病历总数的比例。

【计算方法】

$$\text{主要手术编码正确率} = \frac{\text{病案首页中主要手术编码正确的出院患者病历数}}{\text{同期出院手术患者病历总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】主要手术编码正确是指主要手术编码符合国家统一发布的最新的《手术操作与分类代码国家临床版》有关要求。

7. 不合理复制病历发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，出现不合理复制病历内容的出院患者病历数占同期出院患者病历总数的比例。

【计算方法】

$$\text{不合理复制病历发生率} = \frac{\text{出现不合理复制病历内容的出院患者病历数}}{\text{同期出院患者病历总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】不合理复制病历内容是指首次病程记录病例特点与入院记录、现病史完全相同；拟诊讨论部分重复病例特点；2次以上病程记录完全相同；同科同种疾病拟诊讨论内容完全相同。

8. 知情同意书规范签署率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，规范签署知情同意书的出院患者病历数占同期存在知情同意书签署的出院患者病历总数的比例。

【计算方法】

$$\text{知情同意书规范签署率} = \frac{\text{规范签署知情同意书的出院患者病历数}}{\text{同期存在知情同意书签署的出院患者病历总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】规范签署知情同意书是指病历中各类知情同意书签署符合《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11 号）《医疗纠纷预防和处置条例》（中华人民共和国国务院令 第 701 号）有关规定。

9. 甲级病历率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，出院患者甲级病历数占同期出院患者病历总数的比例。

【计算方法】

$$\text{甲级病历率} = \frac{\text{出院患者甲级病历数}}{\text{同期出院患者病历总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

十五、心血管系统疾病相关专业医疗质量控制指标

（一）急性 ST 段抬高型心肌梗死

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

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{急性 STEMI 患者到院 10 分钟内完成 12 导联（及以上）心电图检查率} = \frac{\text{到院 10 分钟内完成 12 导联（及以上）心电图检查的急性 STEMI 患者数}}{\text{同期急性 STEMI 患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】到院指到达急诊或门诊（下同）

2. 急性 STEMI 患者到院 1 小时内阿司匹林治疗率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，到院 1 小时内给予阿司匹林治疗的急性 STEMI 患者数，占同期急性 STEMI 患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{急性 STEMI 患者到院 1 小时内阿司匹林治疗率} = \frac{\text{到院 1 小时内给予阿司匹林治疗的急性 STEMI 患者数}}{\text{同期急性 STEMI 患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

3. 急性 STEMI 患者到院 1 小时内 P2Y12 受体拮抗剂治疗率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，到院 1 小时内给予 P2Y12 受体拮抗剂治疗的急性 STEMI 患者数，占同期急性 STEMI 患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{急性 STEMI 患者到院 1 小时内 P2Y12 受体拮抗剂治疗率} = \frac{\text{到院 1 小时内给予 P2Y12 受体拮抗剂治疗的急性 STEMI 患者数}}{\text{同期急性 STEMI 患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

4. 发病 24 小时内急性 STEMI 患者再灌注治疗率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，发病 24 小时内接受再灌注治疗的急性 STEMI 患者数，占同期发病 24 小时内急性 STEMI 患者。

【计算方法】

$$\text{发病 24 小时内急性 STEMI 患者再灌注治疗率} = \frac{\text{发病 24 小时内接受再灌注治疗的急性 STEMI 患者数}}{\text{同期发病 24 小时内急性 STEMI 患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】再灌注治疗方式包括：经皮冠状动脉介入治疗（PCI）或静脉溶栓。

5. 发病 24 小时内急性 STEMI 患者到院 90 分钟内进行直接经皮冠状动脉介入治疗（PCI）的比例

【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 小时内急性 STEMI 患者中，从到院至进行直接 PCI 治疗导丝通过靶血管（Door to Device，DTD）的时间小于等于 90 分钟的患者数，占同期发病 24 小时内急性 STEMI 患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{发病 24 小时内急性 STEMI 患者到院 90 分钟内进行直接 PCI 的比例} = \frac{\text{发病 24 小时内急性 STEMI 患者中 DTD 的时间小于等于 90 分钟的患者数}}{\text{同期发病 24 小时内急性 STEMI 患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

6. 发病 24 小时内急性 STEMI 患者到院 30 分钟内给予静脉溶栓治疗的比例

【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 小时内急性 STEMI 患者中，从到院至给予静脉溶栓药物（Door to Needle，DTN）时间小于等于 30 分钟的患者数，占同期发病 24 小时内接受静脉溶栓治疗的急性 STEMI 患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{发病 24 小时内急性 STEMI 患者到院 30 分钟内给予静脉溶栓治疗的比例} = \frac{\text{发病 24 小时内急性 STEMI 患者中 DTN 时间小于等于 30 分钟的患者数}}{\text{同期发病 24 小时内接受静脉溶栓治疗的急性 STEMI 患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

7. 急性 STEMI 患者到院 24 小时内 β 受体阻滞剂治疗率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，到院 24 小时内给予 β 受体阻滞剂治疗的急性 STEMI 患者数，占同期急性 STEMI 患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{急性 STEMI 患者到院 24 小时内 β 受体阻滞剂治疗率} = \frac{\text{到院 24 小时内给予 β 受体阻滞剂治疗的急性 STEMI 患者数}}{\text{同期急性 STEMI 患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

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

（LVEF）的比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，住院期间通过 UCG 评价 LVEF 的急性 STEMI 患者数，占同期急性 STEMI 患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{急性 STEMI 患者住院期间应用 UCG 评价 LVEF 的比例} = \frac{\text{住院期间通过 UCG 评价 LVEF 的急性 STEMI 患者数}}{\text{同期急性 STEMI 患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

9. 急性 STEMI 患者出院阿司匹林使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，出院使用阿司匹林的急性 STEMI 患者数，占同期急性 STEMI 患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{急性 STEMI 患者出院阿司匹林使用率} = \frac{\text{出院使用阿司匹林的急性 STEMI 患者数}}{\text{同期急性 STEMI 患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

10. 急性 STEMI 患者出院 P2Y12 受体拮抗剂使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，出院使用 P2Y12 受体拮抗剂的急性 STEMI 患者数，占同期急性 STEMI 患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{急性 STEMI 患者出院 P2Y12 受体拮抗剂使用率} = \frac{\text{出院使用 P2Y12 受体拮抗剂的急性 STEMI 患者数}}{\text{同期急性 STEMI 患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

11. 急性 STEMI 患者出院 β 受体阻滞剂使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，出院使用 β 受体阻滞剂的急性 STEMI 患者数，占同

期急性 STEMI 患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{急性 STEMI 患者出院 β 受体阻滞剂使用率} = \frac{\text{出院使用 β 受体阻滞剂的急性 STEMI 患者数}}{\text{同期急性 STEMI 患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

12. 急性 STEMI 患者出院血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）或血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂（ARB）使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，出院使用 ACEI 或 ARB 的急性 STEMI 患者数，占同期急性 STEMI 患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{急性 STEMI 患者出院 ACEI/ARB 使用率} = \frac{\text{出院使用 ACEI/ARB 的急性 STEMI 患者数}}{\text{同期急性 STEMI 患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

13. 急性 STEMI 患者出院他汀类药物使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，出院使用他汀类药物的急性 STEMI 患者数，占同期急性 STEMI 患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{急性 STEMI 患者出院他汀类药物使用率} = \frac{\text{出院使用他汀类药物的急性 STEMI 患者数}}{\text{同期急性 STEMI 患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

14. 急性 STEMI 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，住院期间死亡的急性 STEMI 患者数，占同期急性 STEMI 患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{急性 STEMI 患者住院死亡率} = \frac{\text{住院期间死亡的急性 STEMI 患者数}}{\text{同期急性 STEMI 患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

15. 急性 STEMI 患者出院后 30 天内非计划再入院率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，出院后 30 天内，原先无计划再入院，而因任何原因再次入院的急性 STEMI 患者数，占同期出院的急性 STEMI 患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{急性 STEMI 患者出院后 30 天内非计划再入院率} = \frac{\text{出院后 30 天内，原先无计划再入院，而因任何原因再次入院的急性 STEMI 患者数}}{\text{同期出院的急性 STEMI 患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】再次入院的医疗机构不限。

16. 急性 STEMI 患者 30 天死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，确诊急性 STEMI 后 30 天死亡的急性 STEMI 患者数，占同期急性 STEMI 患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{急性 STEMI 患者 30 天死亡率} = \frac{\text{确诊急性 STEMI 后 30 天死亡的急性 STEMI 患者数}}{\text{同期急性 STEMI 患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（二）心房颤动

1. 非瓣膜性心房颤动（房颤）患者血栓栓塞风险评估率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{非瓣膜性房颤患者血栓栓塞风险评估率} = \frac{\text{行血栓栓塞风险评估的非瓣膜性房颤患者数}}{\text{同期非瓣膜性房颤患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】血栓栓塞风险评估推荐采用 CHA2DS2 – VASc 评分。

2. 非瓣膜性房颤患者出院抗凝药物使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{非瓣膜性房颤患者出院抗凝药物使用率} = \frac{\text{出院使用抗凝药物的非瓣膜性房颤患者数}}{\text{同期非瓣膜性房颤患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

3. 瓣膜性房颤患者出院华法林使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{瓣膜性房颤患者出院华法林使用率} = \frac{\text{出院使用华法林的瓣膜性房颤患者数}}{\text{同期瓣膜性房颤患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

4. 房颤患者出血风险评估率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行出血风险评估的房颤患者数，占同期房颤患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{房颤患者出血风险评估率} = \frac{\text{行出血风险评估的房颤患者数}}{\text{同期房颤患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】出血风险评估推荐采用 HAS – BLED 评分、ORBIT 评分或 ABC 评分等。

5. 房颤患者左心耳封堵术并发症发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，左心耳封堵术中及术后发生并发症的房颤患者数，占同期行左心耳封堵的房颤患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{房颤患者左心耳封堵术并发症发生率} = \frac{\text{左心耳封堵术中及术后发生并发症的房颤患者数}}{\text{同期行左心耳封堵的房颤患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】左心耳封堵术并发症指：（1）影像学检查确诊的穿刺部位假性动脉瘤；（2）影像学检查确诊的穿刺部位动静脉瘘；（3）左心耳封堵术中以及术后 72 小时内新发或增多的心包积液，且合并下列情况之一：行心包穿刺引流、行外科修补；（4）术中及术后 72 小时内的脑卒中；（5）封堵器脱位。

（三）心力衰竭

1. 心力衰竭患者入院 24 小时内利钠肽检测率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，入院 24 小时内进行利钠肽检测的心力衰竭患者数，占同期心力衰竭患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{心力衰竭患者入院 24 小时内利钠肽检测率} = \frac{\text{入院 24 小时内进行利钠肽检测的心力衰竭患者数}}{\text{同期心力衰竭患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】利钠肽检测包括 N 末端 B 型利钠肽原（NT－proBNP）和 B 型利钠肽（BNP）。

2. 心力衰竭患者入院 48 小时内心脏功能评估率

【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 48 小时内进行超声心动图检查的心力衰竭患者数，占同期心力衰竭患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{心力衰竭患者入院48小时内心脏功能评估率}=\frac{\text{入院48小时内进行超声心动图检查的心力衰竭患者数}}{\text{同期心力衰竭患者总数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

3. 心力衰竭伴容量超负荷患者住院期间利尿剂治疗率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{心力衰竭伴容量超负荷患者住院期间利尿剂治疗率}=\frac{\text{住院期间接受利尿剂治疗的心力衰竭伴容量超负荷患者数}}{\text{同期心力衰竭伴容量超负荷患者总数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

4. 心力衰竭患者出院血管紧张素转化酶抑制剂（ACEI）或血管紧张素受体阻断剂（ARB）或血管紧张素受体脑啡肽酶抑制剂（ARNI）使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，出院使用 ACEI 或 ARB 或 ARNI 的心力衰竭患者数，占同期心力衰竭患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{心力衰竭患者出院ACEI/ARB/ARNI使用率}=\frac{\text{出院使用ACEI/ARB/ARNI的心力衰竭患者数}}{\text{同期心力衰竭患者总数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

5. 心力衰竭患者出院 β 受体阻滞剂使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，出院使用 β 受体阻滞剂的心力衰竭患者数，占同期心力衰竭患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{心力衰竭患者出院}\beta\text{受体阻滞剂使用率}=\frac{\text{出院使用}\beta\text{受体阻滞剂的心力衰竭患者数}}{\text{同期心力衰竭患者总数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

6. 心力衰竭患者出院醛固酮受体拮抗剂使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，出院使用醛固酮受体拮抗剂的心力衰竭患者数，占同期心力衰竭患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{心力衰竭患者出院醛固酮受体拮抗剂使用率}=\frac{\text{出院使用醛固酮受体拮抗剂的心力衰竭患者数}}{\text{同期心力衰竭患者总数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

7. 心力衰竭患者住院期间心脏再同步化治疗（CRT）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，住院期间给予 CRT 治疗的心力衰竭患者数，占同期心力衰竭患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{心力衰竭患者住院期间 CRT 使用率}=\frac{\text{住院期间给予 CRT 治疗的心力衰竭患者数}}{\text{同期心力衰竭患者总数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

8. 心力衰竭患者住院死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，住院期间死亡的心力衰竭患者数，占同期心力衰竭患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{心力衰竭患者住院死亡率}=\frac{\text{住院期间死亡的心力衰竭患者数}}{\text{同期心力衰竭患者总数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

9. 心力衰竭患者出院 30 天随访率

【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 30 天随访的心力衰竭患者数，占同期出院心力衰竭患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{心力衰竭患者出院 30 天随访率} = \frac{\text{出院 30 天随访的心力衰竭患者数}}{\text{同期出院心力衰竭患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】随访方式包括但不限于电话随访、网络随访、门诊随访。

10. 心力衰竭患者出院后 30 天内心力衰竭再入院率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，出院后 30 天内因心力衰竭再入院的心力衰竭患者数，占同期出院的心力衰竭患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{心力衰竭患者出院后 30 天内心力衰竭再入院率} = \frac{\text{出院后 30 天内因心力衰竭再入院的心力衰竭患者数}}{\text{同期出院的心力衰竭患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

11. 心力衰竭患者出院后 30 天死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，出院后 30 天内死亡的心力衰竭患者数，占同期出院的心力衰竭患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{心力衰竭患者出院后 30 天死亡率} = \frac{\text{出院后 30 天内死亡的心力衰竭患者数}}{\text{同期出院的心力衰竭患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（四）高血压

1. 动态血压监测率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{动态血压监测率} = \frac{\text{住院期间接受动态血压监测的高血压患者数}}{\text{同期高血压住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】动态血压监测是指通过自动血压测量仪器监测血压水平。

2. 心血管风险评估率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{心血管风险评估率} = \frac{\text{住院期间接受心血管风险评估的高血压患者数}}{\text{同期高血压住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】心血管风险评估是指完成了心脏、肾脏、血管、眼底四项检查中的两项及以上。

3. 原发性醛固酮增多症肾素醛固酮检测规范率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{原发性醛固酮增多症肾素醛固酮检测规范率} = \frac{\text{住院期间接受规范检测肾素醛固酮的原发性醛固酮增多症患者数}}{\text{同期原发性醛固酮增多症住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

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

4. 原发性醛固酮增多症确诊试验开展率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{原发性醛固酮增多症确诊试验开展率}=\frac{\text{住院期间接受确诊试验检查的原发性醛固酮增多症患者数}}{\text{同期原发性醛固酮增多症住院患者总数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】确诊试验包括卡托普利试验、生理盐水输注试验、口服高钠饮食、氟氢可的松试验。

（五）冠状动脉旁路移植术

1. 单纯冠状动脉旁路移植术住院死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{单纯冠状动脉旁路移植术住院死亡率}=\frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术住院期间死亡的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

2. 单纯冠状动脉旁路移植术后机械通气时间大于等于 24 小时发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术后连续机械通气时间大于等于 24 小时的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{单纯冠状动脉旁路移植术后机械通气时间大于等于 24 小时发生率}=\frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术后连续机械通气时间大于等于 24 小时的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】拔管后再次机械通气时间不计算在内。

3. 单纯冠状动脉旁路移植术后胸骨深部感染发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术后发生胸骨深部感染的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{单纯冠状动脉旁路移植术后胸骨深部感染发生率}=\frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术后发生胸骨深部感染的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】胸骨深部感染包括肌肉、骨骼和纵膈的感染。

4. 单纯冠状动脉旁路移植术后脑卒中发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{单纯冠状动脉旁路移植术后脑卒中发生率}=\frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术后发生脑卒中的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

5. 单纯冠状动脉旁路移植术非计划二次手术率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{单纯冠状动脉旁路移植术非计划二次手术率} = \frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术后非计划二次手术的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

6. 单纯冠状动脉旁路移植术后急性肾损伤发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术后发生急性肾损伤的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{单纯冠状动脉旁路移植术后急性肾损伤发生率} = \frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术后发生急性肾损伤的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】术后急性肾损伤统计范围：是指术后最高血清肌酐值是术前基线值的3.0倍；或血肌酐值增至≥4.0mg/dl（≥353.6μmol/l）；或开始肾脏替代治疗（下同）。

7. 单纯冠状动脉旁路移植术前24小时β受体阻滞剂使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术前24小时内使用β受体阻滞剂的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{单纯冠状动脉旁路移植术前24小时β受体阻滞剂使用率} = \frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术前24小时内使用β受体阻滞剂的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

8. 单纯冠状动脉旁路移植术围术期输血率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术围术期输血的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{单纯冠状动脉旁路移植术围术期输血率}=\frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术围术期输血的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】围术期指术中及术后住院的全部过程；血制品指异体全血、红细胞、血小板、新鲜冰冻血浆和冷沉淀。

9. 单纯冠状动脉旁路移植术中乳内动脉血管桥使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术中使用乳内动脉血管桥的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{单纯冠状动脉旁路移植术中乳内动脉血管桥使用率}=\frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术中使用乳内动脉血管桥的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】乳内动脉血管桥包括左侧原位乳内动脉血管桥、右侧原位乳内动脉血管桥以及游离乳内动脉血管桥。

10. 单纯冠状动脉旁路移植术后 24 小时内阿司匹林使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术后 24 小时内使用阿司匹林的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{单纯冠状动脉旁路移植术后 24 小时内阿司匹林使用率}=\frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术后 24 小时内使用阿司匹林的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

11. 单纯冠状动脉旁路移植术出院他汀类药物使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术出院使用他汀类药物的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{单纯冠状动脉旁路移植术出院他汀类药物使用率}=\frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术出院使用他汀类药物的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

12. 单纯冠状动脉旁路移植术出院阿司匹林使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术出院使用阿司匹林的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{单纯冠状动脉旁路移植术出院阿司匹林使用率}=\frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术出院使用阿司匹林的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

13. 单纯冠状动脉旁路移植术出院 β 受体阻滞剂使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术出院使用 β 受体阻滞剂的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{单纯冠状动脉旁路移植术出院 β 受体阻滞剂使用率}=\frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术出院使用 β 受体阻滞剂的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（六）二尖瓣手术

1. 二尖瓣手术住院死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{二尖瓣手术住院死亡率} = \frac{\text{行二尖瓣手术住院期间死亡的患者数}}{\text{同期行二尖瓣手术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

2. 二尖瓣手术后机械通气时间大于等于 24 小时发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行二尖瓣手术后连续机械通气时间大于等于 24 小时的患者数，占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{二尖瓣手术后机械通气时间大于等于 24 小时发生率} = \frac{\text{行二尖瓣手术后连续机械通气时间大于等于 24 小时的患者数}}{\text{同期行二尖瓣手术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】拔管后再次机械通气时间不计算在内。

3. 二尖瓣手术后胸骨深部感染发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行二尖瓣手术后发生胸骨深部感染的患者数，占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{二尖瓣手术后胸骨深部感染发生率} = \frac{\text{行二尖瓣手术后发生胸骨深部感染的患者数}}{\text{同期行二尖瓣手术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】胸骨深部感染包括肌肉、骨骼和纵膈的感染。

4. 二尖瓣手术后脑卒中发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行二尖瓣手术后发生脑卒中的患者数，占同期行二尖

瓣手术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{二尖瓣手术后脑卒中发生率} = \frac{\text{行二尖瓣手术后发生脑卒中的患者数}}{\text{同期行二尖瓣手术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

5. 二尖瓣手术非计划二次手术率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{二尖瓣手术非计划二次手术率} = \frac{\text{行二尖瓣手术后非计划二次手术的患者数}}{\text{同期行二尖瓣手术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

6. 二尖瓣手术后急性肾损伤发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行二尖瓣手术后发生急性肾损伤的患者数，占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{二尖瓣手术急性肾损伤发生率} = \frac{\text{行二尖瓣手术后发生急性肾损伤的患者数}}{\text{同期行二尖瓣手术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

7. 因退行性病变导致二尖瓣关闭不全的患者二尖瓣修复术治疗率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，因退行性病变导致二尖瓣关闭不全行二尖瓣修复术的患者数，占同期因退行性病变导致二尖瓣关闭不全行二尖瓣手术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{因退行性病变导致二尖瓣关闭不全的患者二尖瓣修复术治疗率} = \frac{\text{因退行性病变导致二尖瓣关闭不全行二尖瓣修复术的患者数}}{\text{同期因退行性病变导致二尖瓣关闭不全行二尖瓣手术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】排除接受过心脏或胸外科手术或前纵隔放射性治疗的患者。

8. 二尖瓣手术出院抗凝药物使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{二尖瓣手术出院抗凝药物使用率} = \frac{\text{行二尖瓣手术出院使用抗凝药物的患者数}}{\text{同期行二尖瓣手术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

9. 二尖瓣手术术中经食道超声使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，二尖瓣手术术中使用经食道超声的患者数，占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{二尖瓣手术术中经食道超声使用率} = \frac{\text{二尖瓣手术术中使用经食道超声的患者数}}{\text{同期行二尖瓣手术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（七）主动脉瓣手术

1. 主动脉瓣手术住院死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{主动脉瓣手术住院死亡率} = \frac{\text{行主动脉瓣手术住院期间死亡的患者数}}{\text{同期行主动脉瓣手术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

2. 主动脉瓣手术后机械通气时间大于等于 24 小时发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行主动脉瓣手术后连续机械通气时间大于等于 24 小时的患者数，占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{主动脉瓣手术后机械通气时间大于等于 24 小时发生率}=\frac{\text{行主动脉瓣手术后连续机械通气时间大于等于 24 小时的患者数}}{\text{同期行主动脉瓣手术的患者总数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】拔管后再次机械通气时间不计算在内。

3. 主动脉瓣手术后胸骨深部感染发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行主动脉瓣手术后发生胸骨深部感染的患者数，占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{主动脉瓣手术后胸骨深部感染发生率}=\frac{\text{行主动脉瓣手术后发生胸骨深部感染的患者数}}{\text{同期行主动脉瓣手术的患者总数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】胸骨深部感染包括肌肉、骨骼和纵膈的感染。

4. 主动脉瓣手术后脑卒中发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行主动脉瓣手术后发生脑卒中的患者数，占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{主动脉瓣手术后脑卒中发生率}=\frac{\text{行主动脉瓣手术后发生脑卒中的患者数}}{\text{同期行主动脉瓣手术的患者总数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

5. 主动脉瓣手术非计划二次手术率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行主动脉瓣手术后非计划二次手术的患者数，占同期

行主动脉瓣手术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{主动脉瓣手术非计划二次手术率} = \frac{\text{行主动脉瓣手术后非计划二次手术的患者数}}{\text{同期行主动脉瓣手术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

6. 主动脉瓣手术后急性肾损伤发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行主动脉瓣手术后发生急性肾损伤的患者数，占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{主动脉瓣手术急性肾损伤发生率} = \frac{\text{行主动脉瓣手术后发生急性肾损伤的患者数}}{\text{同期行主动脉瓣手术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

7. 主动脉瓣手术出院抗凝药物使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{主动脉瓣手术出院抗凝药物使用率} = \frac{\text{行主动脉瓣手术出院使用抗凝药物的患者数}}{\text{同期行主动脉瓣手术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

8. 主动脉瓣手术术中经食道超声使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，主动脉瓣手术术中使用经食道超声的患者数，占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{主动脉瓣手术术中经食道超声使用率} = \frac{\text{行主动脉瓣手术术中使用经食道超声的患者数}}{\text{同期行主动脉瓣手术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

9. 主动脉瓣置换术人工瓣有效瓣膜面积指数大于 0.85cm^2/m^2 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，主动脉瓣置换术中人工主动脉瓣有效瓣膜面积指数大于 0.85cm^2/m^2 的患者数，占同期行主动脉瓣置换术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{主动脉瓣置换术人工瓣有效瓣膜面积指数大于 0.85cm}^2/\text{m}^2\text{ 发生率} = \frac{\text{主动脉瓣置换术中人工主动脉瓣有效瓣膜面积指数大于 0.85cm}^2/\text{m}^2\text{ 的患者数}}{\text{同期行主动脉瓣手术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】主动脉瓣有效瓣膜面积指数 = 人工瓣膜有效瓣口面积（cm^2）/患者体表面积（m^2）。

（八）主动脉腔内修复术

1. 主动脉腔内修复术住院死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行主动脉腔内修复术住院期间死亡的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{主动脉腔内修复术住院死亡率} = \frac{\text{行主动脉腔内修复术住院期间死亡的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

2. 主动脉腔内修复术后机械通气时间大于等于 24 小时发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行主动脉腔内修复术后连续机械通气时间大于等于 24 小时的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{主动脉腔内修复术后机械通气时间大于等于 24 小时发生率} = \frac{\text{行主动脉腔内修复术后连续机械通气时间大于等于 24 小时的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】拔管后再次机械通气时间不计算在内。

3. 主动脉腔内修复术非计划二次手术率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行主动脉腔内修复术后非计划二次手术的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{主动脉腔内修复术非计划二次手术率} = \frac{\text{行主动脉腔内修复术后非计划二次手术的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】非计划二次手术包括主动脉和入路血管的再次手术，手术方式包括开放和腔内手术，均为同一次住院期间或术后 30 天内发生。

4. 主动脉腔内修复术后内漏发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行主动脉腔内修复术后住院期间检查发现内漏的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{主动脉腔内修复术后内漏发生率} = \frac{\text{行主动脉腔内修复术后住院期间检查发现内漏的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】内漏的评价以住院期间最后一次主动脉 CTA/DSA 检查为准。

5. 主动脉腔内修复术后脑卒中发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行主动脉腔内修复术后发生脑卒中的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{主动脉腔内修复术后脑卒中发生率} = \frac{\text{行主动脉腔内修复术后发生脑卒中的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

6. 主动脉腔内修复术后急性肾损伤发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行主动脉腔内修复术后发生急性肾损伤的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{主动脉腔内修复术后急性肾损伤发生率} = \frac{\text{行主动脉腔内修复术后发生急性肾损伤的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

7. 主动脉腔内修复术后脊髓损伤发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行主动脉腔内修复术后发生脊髓损伤的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{主动脉腔内修复术后脊髓损伤发生率} = \frac{\text{行主动脉腔内修复术后发生脊髓损伤的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】脊髓损伤表现为下肢肌力为 0 – 4 级，且较术前减低：（1）0 级，下肢无法运动；（2）1 级，下肢可以运动，但不能对抗肢体的重力；（3）2 级，下肢能够对抗肢体的重力进行运动；（4）3 级，在协助下可以站立；（5）4 级，在协助下可以行走；（6）正常下肢肌力。

8. 主动脉腔内修复术后心肌梗死发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行主动脉腔内修复术后发生心肌梗死的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{主动脉腔内修复术后心肌梗死发生率} = \frac{\text{行主动脉腔内修复术后发生心肌梗死的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

9. 主动脉腔内修复术 30 天内 CTA 复查率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行主动脉腔内修复术 30 天内进行主动脉 CTA 复查的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{主动脉腔内修复术 30 天内 CTA 复查率} = \frac{\text{行主动脉腔内修复术 30 天内进行主动脉 CTA 复查的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

10. 主动脉腔内修复术后 30 天随访率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行主动脉腔内修复术后 30 天进行随访的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{主动脉腔内修复术后 30 天随访率} = \frac{\text{行主动脉腔内修复术后 30 天进行随访的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】术后 30 天随访包括但不限于门诊随访、电话随访及 CTA 随访；随访时间窗为术后 30 ± 7 天。

11. 主动脉腔内修复术前 β 受体阻滞剂使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行主动脉腔内修复术前使用 β 受体阻滞剂的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{主动脉腔内修复术前 β 受体阻滞剂使用率} = \frac{\text{行主动脉腔内修复术前使用 β 受体阻滞剂的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

12. 主动脉腔内修复术前他汀类药物使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行主动脉腔内修复术前使用他汀类药物的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{主动脉腔内修复术前他汀类药物使用率}=\frac{\text{行主动脉腔内修复术前使用他汀类药物的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（九）先心病介入治疗技术

1. 先心病介入治疗成功率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{先心病介入治疗成功率}=\frac{\text{行先心病介入治疗成功的患者数}}{\text{同期行先心病介入治疗的患者总数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】1、先心病包括房间隔缺损（ASD）、室间隔缺损（VSD）、动脉导管未闭（PDA）及肺动脉瓣狭窄（PS）（下同）。2、治疗成功指通过介入手段治疗先心病后，达到治愈原先天性畸形或明显改善其血流动力学，且未发生严重并发症。

2. 先心病介入治疗后严重房室传导阻滞发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行 ASD/VSD 介入治疗术中或术后发生严重房室传导阻滞的患者数，占同期行 ASD/VSD 介入治疗的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{先心病介入治疗后严重房室传导阻滞发生率}=\frac{\text{行 ASD/VSD 介入治疗术中或术后发生严重房室传导阻滞的患者数}}{\text{同期行 ASD/VSD 介入治疗的患者总数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】1、本指标适用于所有尝试行介入治疗的 ASD/VSD 患者。2、严重房室传导阻滞指二度Ⅱ型、高度和三度房室传导阻滞。

3. 先心病介入治疗封堵器移位或脱落发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{先心病介入治疗封堵器移位或脱落发生率}=\frac{\text{行先心病介入治疗发生封堵器移位或脱落的患者数}}{\text{同期行先心病介入治疗的患者总数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】1、本指标适用于所有尝试行介入治疗的 ASD、VSD 及 PDA 患者。2、封堵器移位或脱落指 ASD、VSD 及 PDA 介入治疗术中或术后经影像学检查证实封堵器位置发生异常。包括：封堵器偏移造成残余分流；封堵器偏移导致房室瓣或半月瓣反流、右室流出道狭窄；封堵器脱入左右心房、左右心室、肺动脉、主动脉及其分支。

4. 先心病介入治疗溶血发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行先心病介入治疗发生溶血的患者数，占同期行先心病介入治疗的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{先心病介入治疗溶血发生率}=\frac{\text{行先心病介入治疗发生溶血的患者数}}{\text{同期行先心病介入治疗的患者总数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】1、本指标适用于所有尝试行介入治疗的 ASD、VSD 及 PDA 患者。2、溶血指血浆游离血红蛋白≥40mg/L。

5. 先心病介入治疗心脏压塞发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行先心病介入治疗发生心脏压塞的患者数，占同期行

先心病介入治疗的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{先心病介入治疗心脏压塞发生率} = \frac{\text{行先心病介入治疗发生心脏压塞的患者数}}{\text{同期行先心病介入治疗的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

6. 先心病介入治疗输血率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行先心病介入治疗后给予输血的患者数，占行先心病介入治疗的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{先心病介入治疗输血率} = \frac{\text{行先心病介入治疗后给予输血的患者数}}{\text{同期行先心病介入治疗的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】输血指先心病介入治疗术后由于各种原因输注红细胞、血浆及血小板。

7. 先心病介入治疗非计划二次手术率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行先心病介入治疗后非计划二次手术的患者数，占同期行先心病介入治疗的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{先心病介入治疗非计划二次手术率} = \frac{\text{行先心病介入治疗后非计划二次手术的患者数}}{\text{同期行先心病介入治疗的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

8. 先心病介入治疗住院死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行先心病介入治疗住院期间死亡的患者数，占同期行先心病介入治疗的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{先心病介入治疗住院死亡率} = \frac{\text{行先心病介入治疗住院期间死亡的患者数}}{\text{同期行先心病介入治疗的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（十）冠心病介入治疗技术

1. 冠脉介入治疗术后即刻冠状动脉造影成功率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，冠脉介入治疗术后即刻冠状动脉造影成功的例数，占同期接受冠脉介入治疗的总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{冠脉介入治疗术后即刻冠状动脉造影成功率} = \frac{\text{冠脉介入治疗术后即刻冠状动脉造影成功的例数}}{\text{同期接受冠脉介入治疗的总例数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】冠状动脉造影成功是指支架术后病变残余狭窄 <20% 或单纯经皮冠状动脉腔内血管成形术（PTCA）后病变残余狭窄 <50%，且冠状动脉血流心肌梗死溶栓（TIMI）分级 3 级。

2. 冠脉介入治疗临床成功率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{冠脉介入治疗临床成功率} = \frac{\text{冠脉介入治疗临床成功的例数}}{\text{同期接受冠脉介入治疗的总例数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

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

3. 冠脉介入治疗住院死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，本次接受冠脉介入治疗住院期间死亡的患者数，占同

期接受冠脉介入治疗的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{冠脉介入治疗住院死亡率} = \frac{\text{本次接受冠脉介入治疗住院期间死亡的患者数}}{\text{同期接受冠脉介入治疗的总例数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

4. 择期冠脉介入治疗住院死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{择期冠脉介入治疗住院死亡率} = \frac{\text{择期冠脉介入治疗本次住院期间死亡的患者数}}{\text{同期接受择期冠脉介入治疗的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

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

5. 冠脉介入治疗严重并发症发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，接受冠脉介入治疗住院期间发生严重并发症的患者数，占同期接受冠脉介入治疗的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{冠脉介入治疗严重并发症发生率} = \frac{\text{接受冠脉介入治疗住院期间发生严重并发症的患者数}}{\text{同期接受冠脉介入治疗的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】严重并发症是指急性心肌梗死、急性或亚急性支架内血栓、心脏压塞、恶性心律失常、需要输血或危及生命的出血事件。

6. STEMI 患者发病 12 小时内接受直接 PCI 率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{STEMI 患者发病 12 小时内接受直接 PCI 率} = \frac{\text{STEMI 患者发病 12 小时内接受直接 PCI 的患者数}}{\text{同期发病 12 小时内到院的 STEMI 患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

7. 行直接 PCI 的 STEMI 患者到院至导丝通过靶血管（DTD）平均时间

【指标属性】定量指标

【计量单位】分钟

【指标定义】STEMI 患者行直接 PCI 的 DTD 时间总和与 STEMI 患者行直接 PCI 的总例数的比值。

【计算方法】

$$\text{行直接 PCI 的 STEMI 患者 DTD 平均时间} = \frac{\text{STEMI 患者行直接 PCI 的 DTD 时间总和}}{\text{STEMI 患者行直接 PCI 的总例数}}$$

【指标导向】监测比较

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

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】接受 PCI 治疗的 NSTE ACS 患者进行危险分层的患者数，占同期接受 PCI 治疗的 NSTE ACS 患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{接受 PCI 治疗的 NSTE ACS 患者进行危险分层的比率} = \frac{\text{接受 PCI 治疗的 NSTE ACS 患者进行危险分层的患者数}}{\text{同期接受 PCI 治疗的 NSTE ACS 患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

9. 例次平均支架数

【指标属性】定量指标

【计量单位】个

【指标定义】平均每例次手术中置入支架的个数。

【计算方法】

$$\text{例次平均支架数} = \frac{\text{植入冠脉总支架数}}{\text{同期接受冠脉介入治疗的总病例数}}$$

【指标导向】监测比较

10. 冠脉介入治疗术前双重抗血小板药物使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，冠脉介入治疗术前使用双重抗血小板药物的患者数，占同期接受冠脉介入治疗的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{冠脉介入治疗术前双重抗血小板药物使用率} = \frac{\text{冠脉介入治疗术前使用双重抗血小板药物的患者数}}{\text{同期接受冠脉介入治疗的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

11. 冠脉介入治疗住院期间他汀类药物使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，冠脉介入治疗住院期间使用他汀类药物的患者数，占同期接受冠脉介入治疗的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{冠脉介入治疗住院期间他汀类药物使用率} = \frac{\text{冠脉介入治疗住院期间使用他汀类药物的患者数}}{\text{同期接受冠脉介入治疗的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（十一）心律失常介入治疗技术

1. 心脏植入型电子器械（CIED）植入术住院死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{CIED 植入术住院死亡率} = \frac{\text{行 CIED 植入术住院期间死亡的患者数}}{\text{同期行 CIED 植入术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

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

2. CIED 植入术心脏压塞发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{CIED 植入术心脏压塞发生率} = \frac{\text{行 CIED 植入术发生心脏压塞的患者数}}{\text{同期行 CIED 植入术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

3. CIED 植入术导线脱位发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行 CIED 植入术发生导线脱位的患者数，占同期行 CIED 植入术的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{CIED 植入术导线脱位发生率} = \frac{\text{行 CIED 植入术发生导线脱位的患者数}}{\text{同期行 CIED 植入术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】导线脱位指 CIED 植入术后住院期间发生导线脱位并且需行电极导线调整术。导线脱位可以通过心电图，胸片和起搏器程控检查等明确诊断。

4. 阵发性室上性心动过速（PSVT）导管消融治疗成功率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{PSVT 导管消融治疗成功率} = \frac{\text{行 PSVT 导管消融治疗成功的患者数}}{\text{同期行 PSVT 导管消融治疗的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

5. 导管消融治疗后严重房室传导阻滞发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行导管消融治疗术中或术后发生严重房室传导阻滞的患者数，占同期行导管消融治疗的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{导管消融治疗后严重房室传导阻滞发生率} = \frac{\text{行导管消融治疗术中或术后发生严重房室传导阻滞的患者数}}{\text{同期行导管消融治疗的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】严重房室传导阻滞指二度Ⅱ型、高度和三度房室传导阻滞。

6. 导管消融治疗心脏压塞发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，行导管消融治疗发生心脏压塞的患者数，占同期行导管消融治疗的患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{导管消融治疗心脏压塞发生率} = \frac{\text{行导管消融治疗发生心脏压塞的患者数}}{\text{同期行导管消融治疗的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

7. 导管消融治疗住院死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{导管消融治疗住院死亡率} = \frac{\text{行导管消融治疗住院期间死亡的患者数}}{\text{同期行导管消融治疗的患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

十六、康复医学专业医疗质量控制指标

（一）康复医学科床位占比

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】康复医学科开放床位数占同期医院开放床位数的比例。

【计算方法】

$$康复医学科床位占比=\frac{康复医学科开放床位数}{同期医院开放床位数}\times 100\%$$

【指标导向】监测达标

（二）康复医学科医师床配比

【指标属性】定量指标

【计量单位】比值（X:1）

【指标定义】康复医学科每张实际开放病床配备的康复医师数量。

【计算方法】

$$康复医学科医师床配比=\frac{康复医学科医师人数}{同期康复医学科病房开放床位数}$$

【指标导向】监测达标

【指标说明】康复医师指在本医疗机构注册，专门从事康复医疗工作的执业医师。

（三）康复医学科护士床配比

【指标属性】定量指标

【计量单位】比值（X:1）

【指标定义】康复医学科平均实际开放病床配备的护士数量。

【计算方法】

$$康复医学科护士床配比=\frac{康复医学科护士人数}{同期康复医学科病房开放床位数}$$

【指标导向】监测达标

（四）康复医学科治疗师床配比

【指标属性】定量指标

【计量单位】比值（X:1）

【指标定义】康复医学科每张实际开放病床配备的治疗师数量。

【计算方法】

$$\text{康复医学科治疗师床配比} = \frac{\text{康复医学科治疗师人数}}{\text{同期康复医学科病房开放床位数}}$$

【指标导向】监测达标

（五）脑卒中患者早期康复介入率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{脑卒中患者早期康复介入率} = \frac{\text{单位时间内接受早期康复介入的住院脑卒中患者数}}{\text{同期住院脑卒中患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】1. 统计范围包括医疗机构内所有符合相关条件的住院患者，下同。

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

（六）脊髓损伤患者早期康复介入率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{脊髓损伤患者早期康复介入率} = \frac{\text{单位时间内接受早期康复介入的住院脊髓损伤患者数}}{\text{同期住院脊髓损伤患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】脊髓损伤早期康复介入首次诊疗时间应当在临床专科处置完成后 48 小时内。

（七）髋、膝关节置换术后患者早期康复介入率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{髋、膝关节置换术后患者早期康复介入率}=\frac{\text{单位时间内接受早期康复介入的住院髋、膝关节置换术后患者数}}{\text{同期住院髋、膝关节置换术后患者总数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

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

（八）日常生活活动能力（ADL）改善率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{ADL 改善率}=\frac{\text{单位时间内 ADL 改善的康复医学科住院患者数}}{\text{同期康复医学科住院患者总数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】ADL 评定包括但不限于 Barthel 指数、改良 Barthel 指数等。

（九）脊髓损伤患者 ADL 改善率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{脊髓损伤患者 ADL 改善率}=\frac{\text{单位时间内 ADL 改善的康复医学科住院脊髓损伤患者数}}{\text{同期康复医学科住院脊髓损伤患者总数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

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

（十）脑卒中患者 ADL 改善率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，ADL 改善的康复医学科住院脑卒中患者数占同期康

复医学科住院脑卒中患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{脑卒中患者ADL改善率}=\frac{\text{单位时间内ADL改善的康复医学科住院脑卒中患者数}}{\text{同期康复医学科住院脑卒中患者总数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】ADL评定包括但不限于Barthel指数、改良Barthel指数等。

（十一）康复评定率

1. 脑卒中患者运动功能评定率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{脑卒中患者运动功能评定率}=\frac{\text{单位时间内进行运动功能评定的康复医学科住院脑卒中患者数}}{\text{同期康复医学科住院脑卒中患者总数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

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

2. 脑卒中患者言语功能评定率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，进行言语功能评定的康复医学科住院脑卒中患者数占同期康复医学科住院脑卒中患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{脑卒中患者言语功能评定率}=\frac{\text{单位时间内进行言语功能评定的康复医学科住院脑卒中患者数}}{\text{同期康复医学科住院脑卒中患者总数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

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

3. 脑卒中患者吞咽功能评定率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，进行吞咽功能评定的康复医学科住院脑卒中患者数占同期康复医学科住院脑卒中患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{脑卒中患者吞咽功能评定率} = \frac{\text{单位时间内进行吞咽功能评定的康复医学科住院脑卒中患者数}}{\text{同期康复医学科住院脑卒中患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】吞咽功能评定包括但不限于洼田饮水试验、容积－粘度吞咽测试（V－VST）、视频X线透视吞咽检查（VFSS）、纤维内镜吞咽功能检查（FEES）等。

4. 脊髓损伤患者神经功能评定率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{脊髓损伤患者神经功能评定率} = \frac{\text{单位时间内进行神经功能评定的康复医学科住院脊髓损伤患者数}}{\text{同期康复医学科住院脊髓损伤患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

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

5. 髋、膝关节置换术后患者功能评定率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{髋、膝关节置换术后患者功能评定率} = \frac{\text{单位时间内进行术后功能评定的康复医学科住院髋、膝关节置换术后患者数}}{\text{同期康复医学科住院髋、膝关节置换术后患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】评定包括但不限于 HHS 评分、HSS 评分、Knee Score 评分等。

（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】单位时间内，接受静脉输液治疗的康复医学科住院患者数占同期康复医学科住院患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{住院患者静脉输液使用率} = \frac{\text{单位时间内接受静脉输液治疗的康复医学科住院患者数}}{\text{同期康复医学科住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（十三）并发症和不良事件发生率及预防实施率

1. 脑卒中后肩痛发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{脑卒中后肩痛发生率} = \frac{\text{单位时间内康复医学科住院期间发生肩痛的住院脑卒中患者数}}{\text{同期康复医学科住院脑卒中患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

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

2. 脑卒中后肩痛预防实施率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{脑卒中后肩痛预防实施率} = \frac{\text{单位时间内进行脑卒中后肩痛预防的康复医学科住院脑卒中患者数}}{\text{同期康复医学科住院脑卒中患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

3. 脊髓损伤患者泌尿系感染发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{脊髓损伤患者泌尿系感染发生率}=\frac{\text{单位时间内康复医学科住院期间发生泌尿系感染的脊髓损伤患者数}}{\text{同期康复医学科住院脊髓损伤患者总数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

4. 脊髓损伤神经源性膀胱患者间歇性导尿实施率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，康复医学科住院脊髓损伤神经源性膀胱患者中进行间歇性导尿的人数占同期康复医学科住院脊髓损伤神经源性膀胱患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{脊髓损伤神经源性膀胱患者间歇性导尿实施率}=\frac{\text{单位时间内进行间歇性导尿的康复医学科住院脊髓损伤神经源性膀胱患者数}}{\text{同期康复医学科住院脊髓损伤神经源性膀胱患者总数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

5. 住院患者静脉血栓栓塞症发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，康复医学科进行静脉血栓栓塞症规范预防的住院患者数占同期康复医学科住院患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{住院患者静脉血栓栓塞症发生率}=\frac{\text{单位时间内发生静脉血栓栓塞症的康复医学科住院患者数}}{\text{同期康复医学科住院患者总数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】静脉血栓栓塞症包括深静脉血栓形成和肺血栓栓塞症。

6. 住院患者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】单位时间内，康复医学科进行静脉血栓栓塞症规范预防的住院患者数占同期康复医学科住院患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{住院患者静脉血栓栓塞症规范预防率} = \frac{\text{单位时间内进行静脉血栓栓塞症规范预防的康复医学科住院患者数}}{\text{同期康复医学科住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

十七、超声诊断专业医疗质量控制指标（2022 年版）

（一）超声医师月均工作量

【指标属性】定量指标

【计量单位】报告例数/月

【指标定义】单位时间内，每名超声医师每月平均承担的工作量。

【计算方法】

$$\text{超声医师月均工作量} = \frac{\text{超声科年总工作量}}{\text{超声医师数} \times 12 \text{ 个月}}$$

【指标导向】监测比较

【指标说明】1. 超声科年总工作量是指超声科医师发出的超声报告单总数量。

2. 超声医师是指取得《医师执业证书》，在本机构专职从事超声诊疗工作且每年工作天数不少于 6 个月的医师。

（二）超声仪器质检率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，完成质检的超声仪器数占同期本机构在用超声仪器总数的比例。

【计算方法】

$$\text{超声仪器质检率} = \frac{\text{单位时间内完成质检的超声仪器数}}{\text{同期本机构在用超声仪器总数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测达标

【指标说明】超声仪器质检是指每年由国家认定的计量检测机构对超声仪器进行

计量和成像质量质检。

（三）住院超声检查48小时内完成率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{住院超声检查48小时内完成率}=\frac{\text{单位时间内在临床开具住院超声检查申请48h内完成检查并出具超声检查报告的例数}}{\text{同期临床开具住院超声检查申请单总数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（四）超声危急值10分钟内通报完成率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{超声危急值10分钟内通报完成率}=\frac{\text{单位时间内10分钟内完成通报的超声危急值例数}}{\text{同期超声危急值总例数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

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

2. 超声检查结束并出具报告后，需将危急值检查结果10分钟内通报给临床医师。

（五）超声报告书写合格率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，超声检查报告书写合格的数量占同期超声检查报告总数的比例。

【计算方法】

$$\text{超声报告书写合格率} = \frac{\text{单位时间内超声检查报告书写合格的数量}}{\text{同期超声检查报告总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】具有下列情况之一者视为不合格报告：

1. 报告单无具有资质医师签名的；

2. 未包含申请单开具项目检查的；

3. 报告单中的描述与结论不一致的；

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

（六）乳腺病变超声报告进行乳腺影像报告和数据系统（BI－RADS）分类率

【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 BI－RADS 分类的乳腺病变超声报告数，占同期乳腺病变超声报告总数的比例。

【计算方法】

$$\text{乳腺病变超声报告进行 BI－RADS 分类率} = \frac{\text{单位时间内进行 BI－RADS 分类的乳腺病变超声报告数}}{\text{同期乳腺病变超声报告总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】采用 BI－RADSR 分类，真阳性及真阴性参照 ACR BI－RADSR Ultrasound 2013。

（七）门急诊超声报告阳性率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{门急诊超声报告阳性率} = \frac{\text{单位时间内门急诊超声报告中有异常发现的报告数}}{\text{同期门急诊超声报告总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

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

2. 该指标不包括健康体检相关超声报告。

（八）住院超声报告阳性率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{住院超声报告阳性率} = \frac{\text{单位时间内住院超声报告中有异常发现的报告数}}{\text{同期住院超声报告总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

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

（九）超声筛查中胎儿重大致死性畸形的检出率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，在超声筛查中检出胎儿重大致死性畸形的孕妇人数，占同期超声产检的孕妇总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{超声筛查中胎儿重大致死性畸形的检出率} = \frac{\text{单位时间内超声筛查中检出胎儿重大致死性畸形的孕妇人数}}{\text{同期超声产检的孕妇总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

【指标说明】1. 胎儿重大致死性畸形包括无脑儿、严重脑膨出、严重的开放性脊柱裂、严重的胸腹壁缺损内脏外翻、单腔心、致死性软骨发育不全。

2. 该指标的统计按孕妇人数计算。同一孕妇（含多胎）行多次超声检查，按 1 人次计算。

3. 本指标仅适用于提供产检服务的医疗机构。

（十）超声诊断符合率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{超声诊断符合率} = \frac{\text{单位时间内超声诊断与病理或临床诊断符合例数}}{\text{同期超声诊断有对应病理或临床诊断总例数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】1. 只统计超声诊断有对应病理诊断或临床最终诊断的例数。

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

（十一）乳腺占位超声诊断准确率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，乳腺超声诊断为乳腺癌或非乳腺癌与病理检验结果相一致的例数，占同期行超声诊断为乳腺占位并送病理检验总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{乳腺占位超声诊断准确率} = \frac{\text{单位时间内乳腺超声诊断为乳腺癌或非乳腺癌与病理检验结果相一致的例数}}{\text{同期行超声诊断为乳腺占位并送病理检验总例数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】1. 采用 BI－RADS®分类，真阳性及真阴性参照 ACR BI－RADS® Ultrasound 2013。

超声活检结果	阳性（1 年内组织学诊断为乳腺癌）	阴性（活检良性或 1 年内未发现恶行）
阳性（BI－RADS4 类、5 类）	真阳性	假阳性
阴性（BI－RADS1 类、2 类、3 类）	假阳性	真阴性

2. 纳入同期进行乳腺超声检查并通过穿刺或切除活检获得明确病理诊断结果的病例；排除超声无法定性或未定性的病例；排除无病理诊断或病理诊断不明确的病例。

3. 以最终病理诊断为参考标准。

（十二）颈动脉狭窄（≥50%）超声诊断符合率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，超声诊断为颈动脉狭窄（≥50%）与 DSA 或 CTA 等其他影像结果相符合的例数，占同期超声诊断颈动脉狭窄（≥50%）并可获得 DSA 或 CTA 等其他影像结果总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{颈动脉狭窄（≥50%）超声诊断符合率} = \frac{\text{单位时间内超声诊断为颈动脉狭窄≥50\%与DSA或CTA等其他影像结果相符合的例数}}{\text{同期超声诊断颈动脉狭窄≥50\%并可获得DSA或CTA等其他影像结果的总例数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】超声诊断颈动脉狭窄的侧别、狭窄血管名称及狭窄程度的分级与 DSA 或 CTA 等其他影像结果相符合才纳入符合例数。

（十三）超声介入相关主要并发症发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，超声介入相关主要并发症发生的例数，占同期超声介入总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{超声介入相关主要并发症发生率} = \frac{\text{单位时间内超声介入相关主要并发症发生的例数}}{\text{同期超声介入总例数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】1. 纳入统计的超声介入包括穿刺活检、抽吸、引流、插管、注药治疗、消融等超声引导下的穿刺与治疗。

2. 主要并发症包括：出血、感染、邻近脏器损伤、神经损伤、针道种植等。

十八、临床营养专业医疗质量控制指标（2022 年版）

（一）营养科医床比

【指标属性】定量指标

【计量单位】比值（X:1）

【指标定义】营养科医师总数与同期医疗机构实际开放床位数之比。

【计算方法】

$$营养科医床比 = \frac{营养科医师总数}{同期医疗机构实际开放床位数}$$

【指标导向】逐步提高

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

（二）营养科护床比

【指标属性】定量指标

【计量单位】比值（X:1）

【指标定义】营养科护士总数与同期医疗机构实际开放床位数之比。

【计算方法】

$$营养科护床比 = \frac{营养科护士总数}{同期医疗机构实际开放床位数}$$

【指标导向】逐步提高

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

（三）营养科技床比

【指标属性】定量指标

【计量单位】比值（X:1）

【指标定义】营养科技师总数与同期医疗机构实际开放床位数之比。

【计算方法】

$$营养科技床比 = \frac{营养科技师总数}{同期医疗机构实际开放床位数}$$

【指标导向】逐步提高

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

（四）住院患者营养风险筛查率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】完成营养风险筛查住院患者数占同期住院患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{住院患者营养风险筛查率} = \frac{\text{完成营养风险筛查住院患者数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】1. 营养风险筛查指由受过相关培训的医师采用经验证的营养风险筛查工具，进行营养风险筛查。

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

3. 营养风险与临床结局密切相关，并可监测患者营养治疗效果。

（五）存在营养风险住院患者营养治疗率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{存在营养风险住院患者营养治疗率} = \frac{\text{存在营养风险并接受营养治疗的住院患者数}}{\text{同期存在营养风险住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】1. 存在营养风险指使用经验证的营养风险筛查工具评估为营养风险阳性。

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

（六）糖尿病住院患者营养评估率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】进行营养评估的糖尿病住院患者数占同期糖尿病住院患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{糖尿病住院患者营养评估率} = \frac{\text{进行营养评估的糖尿病住院患者数}}{\text{同期糖尿病住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

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

（七）糖尿病住院患者营养治疗率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】接受营养治疗的糖尿病住院患者数占同期糖尿病住院患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{糖尿病住院患者营养治疗率} = \frac{\text{接受营养治疗的糖尿病住院患者数}}{\text{同期糖尿病住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

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

（八）使用胰岛素治疗的糖尿病住院患者营养治疗后胰岛素使用剂量减少率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】接受营养治疗后，胰岛素使用剂量减少的糖尿病住院患者数占同期使用胰岛素治疗并接受营养治疗的糖尿病住院患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{使用胰岛素治疗的糖尿病住院患者营养治疗后胰岛素使用剂量减少率} = \frac{\text{营养治疗后胰岛素使用剂量减少的糖尿病住院患者数}}{\text{同期使用胰岛素治疗并接受营养治疗的糖尿病住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（九）营养治疗不良事件发生率

1. 肠外营养治疗不良事件发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】实施肠外营养治疗过程中不良事件发生例数占同期实施肠外营养治疗总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{肠外营养治疗不良事件发生率} = \frac{\text{实施肠外营养治疗不良事件发生例数}}{\text{同期实施肠外营养治疗总例数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】肠外营养治疗不良事件主要包括：治疗过程不良事件，包括导管相关并发症，代谢相关并发症。其中导管相关并发症包括置管导致的机械损伤、感染、静脉血栓；代谢相关并发症包括液体量超负荷、糖、电解质代谢紊乱、肝脏损伤、酸碱平衡失调等。配制过程不良事件，如营养液配制与医嘱单不符、药品过期、无菌操作不规范等。运送过程不良事件，如漏发、错发、未注意适当保存等。

2. 肠内营养治疗不良事件发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】实施肠内营养治疗过程中不良事件发生例数占同期实施肠内营养治疗总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{肠内营养治疗不良事件发生率} = \frac{\text{实施肠内营养治疗不良事件发生例数}}{\text{同期实施肠内营养治疗总例数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

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

3. 膳食营养治疗不良事件发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】实施膳食营养治疗过程中不良事件发生例数占同期实施膳食营养治疗总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{膳食营养治疗不良事件率} = \frac{\text{实施膳食营养治疗不良事件发生例数}}{\text{同期实施膳食营养治疗总例数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

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

（十）营养门诊投诉发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】营养门诊诊疗过程中投诉发生人次数占同期营养门诊诊疗总人次数的比例。

【计算方法】

$$\text{营养门诊投诉发生率} = \frac{\text{营养门诊诊疗投诉发生人次数}}{\text{同期营养门诊诊疗总人次数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

十九、消化内镜诊疗技术医疗质量控制指标（2022 年版）

（一）消化内镜中心医师年均工作量

【指标属性】定量指标

【计量单位】比值（X:1）

【指标定义】消化内镜中心医师每年平均承担的工作量。

【计算方法】

$$\text{消化内镜中心医师年均工作量} = \frac{\text{消化内镜中心年诊疗例次数}}{\text{消化内镜中心医师数}}$$

【指标导向】监测比较

【指标说明】消化内镜中心医师是指在本机构注册的从事消化内镜诊疗的医师。

（二）四级消化内镜诊疗技术占比

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$四级消化内镜诊疗技术占比=\frac{单位时间内消化内镜中心开展四级消化内镜诊疗技术例次数}{同期消化内镜诊疗总例次数}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

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

（三）三级消化内镜诊疗技术占比

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$三级消化内镜诊疗技术占比=\frac{单位时间内消化内镜中心开展三级消化内镜诊疗技术例次数}{同期消化内镜诊疗总例次数}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

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

（四）上消化道内镜检查完整率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，上消化道内镜检查完整的例次数占同期上消化道内镜检查总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{上消化道内镜检查完整率} = \frac{\text{单位时间内上消化道内镜检查完整的例次数}}{\text{同期上消化道内镜检查总例次数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】上消化道内镜检查完整是指对食管上段、中段、下段，贲门、胃底、胃体、胃角、胃窦、幽门，十二指肠球部、降段等部位完整观察并留图。

（五）结肠镜检查肠道准备优良率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，肠道准备优良的结肠镜检查例次数占同期结肠镜检查总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{结肠镜检查肠道准备优良率} = \frac{\text{单位时间内肠道准备优良的结肠镜检查例次数}}{\text{同期结肠镜检查总例次数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】肠道准备优良是指根据波士顿量表，每段肠道的评分≥2 分。

（六）结肠镜盲肠插镜成功率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，结肠镜检查到达盲肠例次数占同期结肠镜检查总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{结肠镜盲肠插镜成功率} = \frac{\text{单位时间内结肠镜检查到达盲肠例次数}}{\text{同期结肠镜检查总例次数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

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

（七）结肠镜退镜检查时间≥6 分钟率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，结肠镜检查退镜检查时间≥6 分钟的例次数占同期结肠镜检查总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{结肠镜退镜检查时间≥6 分钟率}=\frac{\text{单位时间内结肠镜检查退镜检查时间≥6 分钟的例次数}}{\text{同期结肠镜检查总例次数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（八）内镜下逆行胰胆管造影术（ERCP）选择性深插管成功率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，ERCP 选择性深插管成功的例次数占同期 ERCP 总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{ERCP 选择性深插管成功率}=\frac{\text{单位时间内 ERCP 选择性深插管成功的例次数}}{\text{同期 ERCP 总例次数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】ERCP 选择性深插管成功是指 ERCP 术中对目标胆管或胰管选择性深插管成功。本指标适用于胃肠道解剖正常、无十二指肠乳头手术史的患者。

（九）超声内镜（EUS）检查完整率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，EUS 检查完整的例次数占同期 EUS 检查总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{EUS 检查完整率}=\frac{\text{单位时间内 EUS 检查完整的例次数}}{\text{同期 EUS 检查总例次数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】EUS 检查完整是指对消化道或胆胰相关结构完整观察、留图清晰（消化道 EUS 应完整显示消化道各层次及相关病变的起源、结构；胆胰 EUS 应完整显示胆管、胰管等解剖结构）并详细描述病变大小、病变与血管关系等相关内容。

（十）磁控胶囊胃镜检查完整率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，磁控胶囊胃镜检查完整例次数占同期磁控胶囊胃镜检查总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{磁控胶囊胃镜检查完整率} = \frac{\text{单位时间内磁控胶囊胃镜检查完整例次数}}{\text{同期磁控胶囊胃镜检查总例次数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】磁控胶囊胃镜检查完整是指检查中对贲门、胃底、胃体、胃角、胃窦、幽门各部位完整观察并留图记录。

（十一）消化内镜相关严重并发症发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，发生消化内镜相关严重并发症的诊疗例次数占同期消化内镜诊疗总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{消化内镜相关严重并发症发生率} = \frac{\text{单位时间内发生消化内镜相关严重并发症的诊疗例次数}}{\text{同期消化内镜诊疗总例次数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】消化内镜相关严重并发症包括严重出血、术后重症胰腺炎、全身感染、穿孔转外科手术修补、致残、致死或其他需外科手术干预的情况。

1. 严重出血指术后三天内血红蛋白降低 30g/L 以上，或需输血、外科手术/DSA 止血。

2. 术后重症胰腺炎指消化内镜诊疗导致的伴有局部或全身并发症、或有器官功能衰竭的胰腺炎。

3. 全身感染指具有 2 项（或以上）下述临床表现：1）体温 $>38℃$ 或 $<36℃$；2）心率 >90 次/分；3）呼吸频率 >20 次/分或 $PaCO_2<32mmHg$；4）外周血白细胞 $>12\times10^9/L$ 或 $<4\times10^9/L$ 或未成熟细胞 $>10\%$。

（十二）食管癌早期诊断率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{食管癌早期诊断率} = \frac{\text{单位时间内上消化道内镜检查发现早期食管癌患者数}}{\text{同期上消化道内镜检查发现食管癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】本指标中早期食管癌指病灶局限于黏膜层，无论有无区域淋巴结转移。

（十三）胃癌早期诊断率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{胃癌早期诊断率} = \frac{\text{单位时间内上消化道内镜检查发现早期胃癌患者数}}{\text{同期上消化道内镜检查发现胃癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】本指标中早期胃癌指病灶局限于黏膜层或黏膜下层，无论有无淋巴结转移。

（十四）结直肠腺瘤检出率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，至少检出一枚结直肠腺瘤的结肠镜检查患者数占同期结肠镜检查患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{结直肠腺瘤检出率} = \frac{\text{单位时间内至少检出一枚结直肠腺瘤的结肠镜检查患者数}}{\text{同期结肠镜检查患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（十五）结直肠癌早期诊断率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{结直肠癌早期诊断率} = \frac{\text{单位时间内结肠镜检查发现早期结直肠癌患者数}}{\text{同期结肠镜检查发现结直肠癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】本指标中早期结直肠癌指病灶局限于黏膜层或黏膜下层，无论有无淋巴结转移。

（十六）消化道早癌内镜黏膜下剥离术（ESD）完整切除率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，消化道早癌 ESD 完整切除的例次数占同期消化道早癌 ESD 总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{消化道早癌 ESD 完整切除率} = \frac{\text{单位时间内消化道早癌 ESD 完整切除的例次数}}{\text{同期消化道早癌 ESD 总例次数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】ESD 完整切除是指 ESD 达到 R0 切除，即整块切除标本术后病理学诊断达到水平切缘和垂直切缘均阴性。高级别上皮内瘤变行 ESD 的患者应当纳入统计。

（十七）ERCP 胆总管结石清除成功率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，ERCP 胆总管结石清除成功例次数占同期 ERCP 胆总管结石清除总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{ERCP 胆总管结石清除成功率} = \frac{\text{单位时间内 ERCP 胆总管结石清除成功例次数}}{\text{同期 ERCP 胆总管结石清除总例次数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】ERCP 胆总管结石清除成功是指单次 ERCP 取石操作致胆总管结石完全取净无残留。未进行取石操作、直接放置支架、碎石后取石等不计入。

（十八）超声内镜引导下胰腺细针穿刺术（EUS－FNA）标本病理阳性率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，EUS－FNA 标本病理阳性的例次数占同期临床诊断为胰腺恶性肿瘤的患者行 EUS－FNA 的总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{EUS－FNA 标本病理阳性率} = \frac{\text{单位时间内 EUS－FNA 标本病理阳性的例次数}}{\text{同期临床诊断为胰腺恶性肿瘤的患者行 EUS－FNA 的总例次数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】EUS－FNA 标本病理阳性是指找到异型细胞或癌细胞。

第四章　单病种（术种）质量控制指标

数据来源：

（1）国家医疗质量管理与控制信息网（NCIS）

（2）全国医院质量监测系统（HQMS）

（3）国家单病种质量监测平台

（4）河南省医疗服务质量与绩效分析评价平台

注：具体指标见国家单病种质量监测平台，病种（术种）具体编码如下：

一、急性心肌梗死（ST 段抬高型，首次住院）

主要诊断 ICD－10 编码：I21.0 至 I21.3，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、冠状动脉旁路移植术

主要手术 ICD－9－CM－3 编码：36.1 的手术出院患者。

四、房颤

主要诊断 ICD－10 编码：I48 的出院患者。

五、主动脉瓣置换术

主要手术 ICD－9－CM－3 编码：35.0，35.2 的手术出院患者。

六、二尖瓣置换术

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

者。

七、房间隔缺损手术

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

八、室间隔缺损手术

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

九、脑梗死（首次住院）

主要诊断 ICD－10 编码：I63.0 至 I63.9 的出院患者。

十、短暂性脑缺血发作

主要诊断 ICD－10 编码：G45.0 至 G45.9 的出院患者。

十一、脑出血

主要诊断 ICD－10 编码：I61.0 至 I61.9 的出院患者。

十二、脑膜瘤（初发，手术治疗）

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

十三、胶质瘤（初发，手术治疗）

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

十四、垂体腺瘤（初发，手术治疗）

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

十五、急性动脉瘤性蛛网膜下腔出血（初发，手术治疗）

主要诊断 ICD－10 编码：I60.0 至 I60.9，且伴主要手术 ICD－9－CM－3 编码：01.3，02.2，02.3，38.3，38.4，38.6，39.5 的手术出院患者。

十六、惊厥性癫痫持续状态

主要诊断 ICD－10 编码：G41.0，G41.8，G41.9 的出院患者。

十七、帕金森病

主要诊断 ICD－10 编码：G20.x00 的出院患者。

十八、社区获得性肺炎（成人，首次住院）

主要诊断 ICD－10 编码：J13 至 J16，J18；年龄≥18 岁的出院患者。

十九、社区获得性肺炎（儿童，首次住院）

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

二十、慢性阻塞性肺疾病（急性发作，住院）

主要诊断 ICD－10 编码：J44.0，J44.1 的出院患者。

二十一、哮喘（成人，急性发作，住院）

主要诊断 ICD－10 编码：J45，J46；年龄≥18 岁的出院患者。

二十二、哮喘（儿童，住院）

主要诊断 ICD－10 编码：J45，J46；2 岁≤年龄＜18 岁的出院患儿。

二十三、髋关节置换术

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

二十四、膝关节置换术

主要手术 ICD－9－CM－3 编码：00.80 至 00.83，81.54，81.55 的手术出院患者。

二十五、发育性髋关节发育不良（手术治疗）

主要诊断 ICD－10 编码：Q65.0 至 Q65.6，Q65.8，Q65.9，且伴主要手术ICD－9－CM－3 编码：79.85，77.25，77.29；1 岁≤年龄≤8 岁（旧称先天性髋关节脱位）的手术出院患儿。

二十六、剖宫产

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

二十七、异位妊娠（手术治疗）

主要诊断 ICD－10 编码：O00 开头，且伴主要手术 ICD－9－CM－3 编码：66.01，66.02，66.62，66.95，74.30 的手术出院患者。

二十八、子宫肌瘤（手术治疗）

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

二十九、肺癌（手术治疗）

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

三十、甲状腺癌（手术治疗）

主要诊断 ICD－10 编码：C73 开头，且伴主要手术操作 ICD－9－CM－3 编码：06.2 至 06.5 的手术出院患者。

三十一、乳腺癌（手术治疗）

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

三十二、胃癌（手术治疗）

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

三十三、结肠癌（手术治疗）

主要诊断 ICD－10 编码：C18，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。

三十四、宫颈癌（手术治疗）

主要诊断 ICD－10 编码：C53 开头，且伴主要手术 ICD－9－CM－3 编码：67.2 至 67.4，68.4 至 68.7 的手术出院患者。

三十五、糖尿病肾病

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

三十六、终末期肾病血液透析

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

三十七、终末期肾病腹膜透析

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

三十八、舌鳞状细胞癌（手术治疗）

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

三十九、腮腺肿瘤（手术治疗）

主要诊断 ICD－10 编码：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、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 的手术出院患者。

四十一、原发性急性闭角型青光眼（手术治疗）

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

四十二、复杂性视网膜脱离（手术治疗）

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

四十三、围手术期预防感染

主要手术 ICD－9－CM－3 编码如下的手术出院患者：

1. 甲状腺叶切除术：06.2 至 06.5
2. 膝半月软骨切除术：80.6
3. 晶状体相关手术：13.0 至 13.9
4. 腹股沟疝相关手术：17.11 至 17.13，17.21 至 17.24，53.00 至 53.17
5. 乳房组织相关手术：85.2 至 85.4
6. 动脉内膜切除术：38.1
7. 足和踝关节固定术和关节制动术：81.1
8. 其他颅骨切开术：01.24
9. 椎间盘切除术或破坏术：80.50 至 80.59
10. 骨折切开复位＋内固定术：03.53，21.72，76.72 至 76.79，79.30 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

四十四、围手术期预防深静脉血栓栓塞

主要手术 ICD－9－CM－3 编码如下的手术出院患者：

1. 闭合性心脏瓣膜切开术：35.00 至 35.04

2. 心脏瓣膜切开和其他置换术：35.20 至 35.28

3. 脊柱颈融合术：81.04 至 81.08

4. 脊柱再融合术：81.34 至 81.38

5. 胃部分切除术伴胃十二指肠吻合术：43.6

6. 胃部分切除术伴胃空肠吻合术：43.7

7. 其他胃部分切除术：43.8

8. 胃全部切除术：43.9

9. 开放性和其他部分大肠切除术：45.7

10. 腹会阴直肠切除术：48.5

11. 直肠其他切除术：48.6

12. 肝叶切除术：50.3

13. 部分肾切除术：55.4

14. 全部肾切除术：55.5

15. 部分膀胱切除术：57.6

16. 全部膀胱切除术：57.7

17. 卵巢病损或卵巢组织的局部切除术或破坏术：65.2

18. 单侧卵巢切除术：65.3

19. 单侧输卵管－卵巢切除术：65.4

20. 双侧卵巢切除术：65.5

21. 双侧输卵管－卵巢切除术：65.6

22. 子宫病损或组织的切除术或破坏术：68.2

23. 经腹子宫次全切除术：68.3

24. 经腹子宫全部切除术：68.4

25. 阴道子宫切除术：68.5

26. 经腹根治性子宫切除术：68.6

27. 根治性阴道子宫切除术：68.7

28. 盆腔脏器去除术：68.8

29. 髋关节置换术：00.7，81.51 至 81.53

30. 膝关节置换术：00.80 至 00.83，81.54，81.55

31. 冠状动脉旁路移植术：36.1

四十五、住院精神疾病

主要诊断 ICD－10 编码：F00－F99 的出院患者。

四十六、中高危风险患者预防静脉血栓栓塞症

需要落实预防静脉血栓措施的重点患者：

1. 入住 ICU 的患者。

2. 中高危风险患者。

四十七、感染性休克早期治疗

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

四十八、儿童急性淋巴细胞白血病（初始诱导化疗）

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

四十九、儿童急性早幼粒细胞白血病（初始化疗）

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

五十、甲状腺结节（手术治疗）

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

五十一、HBV 感染分娩母婴阻断

主要诊断 ICD－10 编码：O98.4，Z22.5＋O80 至 O84＋Z37；且伴①阴道分娩操作 ICD－9－CM－3 编码 72.0 至 72.9，73.0，73.1，73.21，73.4 至 73.6，73.9；或②剖宫产手术 ICD－9－CM－3 编码：74.0，74.1，74.2，74.4，74.99 的出院患者。

五十二、主动脉腔内修复术（EAR）

主要手术 ICD－9－CM－3 编码：39.71，39.73，39.78 的手术出院患者。

五十三、急性肺血栓栓塞症（PTE）

主要诊断或其他诊断 ICD－10 编码：I26.9 的出院患者。

五十四、急性呼吸窘迫综合征（ARDS）

主要诊断或其他诊断 ICD－10 编码：J80.x、J81.x、O99.5、J95.8 的出院患者。

五十五、体外膜肺氧合（ECMO）

五十六、重症急性胰腺炎（AP）

以上单病种，各监测 4 条一级指标，分别为平均住院日、次均费用、死亡率、病例上报率，解释具体为：

（一）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】

$$\text{平均住院日} = \frac{\text{某病种出院患者总住院时间}}{\text{同期某病种例数}}$$

【指标导向】逐步降低

（二）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】逐步降低

（三）死亡率

【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】

$$死亡率=\frac{某病种死亡人数}{同期某病种例数}\times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（四）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】

$$病例上报率=\frac{年度内符合单病种纳入条件的某病种上报至国家单病种质量监测平台的病例数}{同期符合单病种纳入条件的该病种出院人数累加求和}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

第五章　重点医疗技术临床应用质量控制指标

数据来源：

（1）国家医疗质量管理与控制信息网（NCIS）

（2）全国医院质量监测系统（HQMS）

（3）中国人体器官分配与共享计算机系统（COTRS）

（4）各器官移植专业国家质控中心相关系统

（5）国家单病种质控管理平台

（6）河南省医疗技术临床应用管理信息

（7）医院填报

一、国家限制类医疗技术

（一）异基因造血干细胞移植技术临床应用质量控制指标（2022 年版）

1. 异基因造血干细胞移植适应证符合率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】异基因造血干细胞移植术适应证选择正确的例数占同期异基因造血干细胞移植术总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{异基因造血干细胞移植适应证符合率} = \frac{\text{异基因造血干细胞移植术适应证选择正确的例数}}{\text{同期异基因造血干细胞移植术总例数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

2. 异基因造血干细胞移植植入率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】异基因造血干细胞移植术后 100 天内，实现造血重建（患者外周血中性粒细胞 $>0.5\times10^9$/L 与血小板 $>20\times10^9$/L 连续稳定三天以上）的患者例次数占同期异基因造血干细胞移植患者总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{异基因造血干细胞移植植入率} = \frac{\text{异基因造血干细胞移植术后 100 天内实现造血重建的患者例次数}}{\text{同期异基因造血干细胞移植患者总例次数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

3. 重度（Ⅲ－Ⅳ度）急性移植物抗宿主病发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{重度（Ⅲ－Ⅳ度）急性移植物抗宿主病发生率} = \frac{\text{异基因造血干细胞移植术后发生重度（Ⅲ－Ⅳ度）急性移植物抗宿主病患者例次}}{\text{同期异基因造血干细胞移植患者总例次数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

4. 慢性移植物抗宿主病发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{慢性移植物抗宿主病发生率} = \frac{\text{异基因造血干细胞移植术后发生慢性移植物抗宿主病患者例次数}}{\text{同期异基因造血干细胞移植患者总例次数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

5. 异基因造血干细胞移植相关死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】异基因造血干细胞移植术后 100 天内非复发死亡患者数占同期异基因造血干细胞移植患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{异基因造血干细胞移植相关死亡率} = \frac{\text{异基因造血干细胞移植术后 100 天内非复发死亡患者数}}{\text{同期异基因造血干细胞移植患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

6. 异基因造血干细胞移植总体生存率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】异基因造血干细胞移植后 1 年随访（失访者按未存活患者统计）尚存活的患者数占同期异基因造血干细胞移植患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{异基因造血干细胞移植总体生存率} = \frac{\text{异基因造血干细胞移植后 1 年随访尚存活的患者数}}{\text{同期异基因造血干细胞移植患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

7. 异基因造血干细胞移植无病生存率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】异基因造血干细胞移植后 1 年随访（失访者按未存活患者统计）无病存活的患者数占同期异基因造血干细胞移植患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{异基因造血干细胞移植无病生存率} = \frac{\text{异基因造血干细胞移植后 1 年随访无病存活的患者数}}{\text{同期异基因造血干细胞移植患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

8. 平均住院日

【指标属性】定量指标

【计量单位】天

【指标定义】实施异基因造血干细胞移植治疗的患者出院时占用总床日数与同期异基因造血干细胞移植治疗患者出院人数之比。

【计算方法】

$$\text{平均住院日} = \frac{\text{实施异基因造血干细胞移植治疗的患者出院时占用总床日数}}{\text{同期异基因造血干细胞移植治疗患者出院人数}}$$

【指标导向】逐步降低

9. 平均住院费用

【指标属性】定量指标

【计量单位】元

【指标定义】年度内实施异基因造血干细胞移植治疗的患者出院时住院总费用与同期异基因造血干细胞移植治疗患者出院人数之比。

【计算方法】

$$\text{平均住院费用} = \frac{\text{实施异基因造血干细胞移植治疗的患者出院时住院总费用}}{\text{同期异基因造血干细胞移植治疗患者出院人数}}$$

【指标导向】逐步降低

10. 平均住院药费

【指标属性】定量指标

【计量单位】元

【指标定义】年度内实施异基因造血干细胞移植治疗的患者出院时住院药品总费

用与同期异基因造血干细胞移植治疗患者出院人数之比。

【计算方法】

$$\text{平均住院药费} = \frac{\text{实施异基因造血干细胞移植治疗的患者出院时住院药品总费用}}{\text{同期异基因造血干细胞移植治疗患者出院人数}}$$

【指标导向】逐步降低

（二）同种胰岛移植技术临床应用质量控制指标（2022 年版）

1. 胰岛纯度

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】采用双硫腙（DTZ）染色法进行胰岛计数。胰岛纯度是指 DTZ 染色阳性的胰岛数占纯化的细胞团总数的比例。

【计算方法】

$$\text{胰岛纯度} = \frac{\text{DTZ 染色阳性胰岛数}}{\text{纯化的细胞团总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

2. 总胰岛当量

【指标属性】定量指标

【计量单位】ml

【指标定义】胰岛当量（Islet Equivalent Quantity，IEQ）是一种胰岛计数方法，一个直径 150μm 的胰岛为 1 个胰岛当量，总胰岛当量是指样本中胰岛当量总数。

【计算方法】

$$\text{总胰岛当量} = \frac{\text{3 次计数的胰岛当量 IEQ 之和}}{3} \times 20 \times \text{样本量（ml）}$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】参考 Lembert 等的方法，用显微镜测量镜检计数的胰岛细胞团直径，计算每 50 微升溶液中 DTZ 染色阳性的胰岛细胞团的 IEQ，按 IEQ 表换算为相当于直径 150μm 的 IEQ，再按以下公式计算总 IEQ。总 IEQ =（3 次计数的 IEQ 之和/3）×20 × 样本量（mL）。

3. 胰岛活率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】采用活细胞染色技术进行胰岛计数胰岛活率是指活胰岛数占胰岛总数的比例。

【计算方法】

$$\text{胰岛活率} = \frac{\text{活胰岛数}}{\text{胰岛总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

4. 胰岛产物微生物培养/基因检测阳性率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】胰岛产物微生物（细菌、真菌、支原体等）培养/基因检测阳性的样本数占同期胰岛产物微生物培养/基因检测总样本数的比例。

【计算方法】

$$\text{胰岛产物微生物培养/基因检测阳性率} = \frac{\text{胰岛产物微生物培养/基因检测阳性的样本数}}{\text{同期胰岛产物微生物培养/基因检测总样本数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

5. 围手术期并发症发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】围手术期并发症是指同种胰岛移植治疗术后 30 天内发生的并发症，包括出血、感染、门静脉血栓形成等。围手术期并发症发生率是指围手术期并发症发生的例次数占同期同种胰岛移植治疗总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{围手术期并发症发生率} = \frac{\text{围手术期并发症发生的例次数}}{\text{同期同种胰岛移植治疗总例次数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

6. 术后死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】术后死亡是指实施同种胰岛移植治疗的患者，在术后住院期间内死亡（包括因不可逆疾病而自动出院的患者）。术后死亡率是指术后死亡患者人数占同期同种胰岛移植治疗患者总数的比例。

【计算方法】

$$术后死亡率=\frac{术后死亡患者人数}{同期同种胰岛移植治疗患者总数}\times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

7. 患者随访率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】同种胰岛移植治疗后1、3、5年内完成随访的例次数占同期同种胰岛移植治疗总例次数的比例。

【计算方法】

$$患者随访率=\frac{同种胰岛移植治疗后一定时间内完成随访的例次数}{同期同种胰岛移植治疗总例次数}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

8. 移植后有效率（1年、3年、5年）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】符合下列条件之一的同种胰岛移植术后患者，可认为移植后有效：

1. 糖基化血红蛋白 $<7.0\%$；

2. 无严重低血糖（血糖浓度低于3.9mmol/l）；

3. 血清C－肽水平 $\geqslant 0.3$ng/mL；

4. 胰岛素用量较术前减少 $>30\%$。

移植后有效率是指同种胰岛移植治疗后1年、3年和5年随访，移植后有效的患者数占同期同种胰岛移植治疗患者总数的比例。

【计算方法】

$$移植后有效率=\frac{一定时间内移植后有效的患者数}{同期同种胰岛移植治疗患者总数}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（三）同种异体运动系统结构性组织移植技术临床应用质量控制指标（2022年版）

1. 符合规定的来源移植物比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】符合规定的来源移植物数占同期移植物总数的比例。

【计算方法】

$$\text{符合规定的来源移植物比例} = \frac{\text{符合规定的来源移植物数}}{\text{同期移植物总数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

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

2. 术中移植物微生物培养阳性率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{术中移植物微生物培养阳性率} = \frac{\text{术中移植物微生物培养阳性的样本数}}{\text{同期术中移植物微生物培养总样本数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

3. 围手术期并发症发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{围手术期并发症发生率} = \frac{\text{围手术期并发症发生的例次数}}{\text{同期同种异体运动系统结构性组织移植手术总例次数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

4. 微创手术比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】微创同种异体运动系统结构性组织移植手术例次数占同期同种异体

运动系统结构性组织移植手术总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{微创手术比例}=\frac{\text{微创同种异体运动系统结构性组织移植手术例次数}}{\text{同期同种异体运动系统结构性组织移植手术总例次数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

5. 患者随访率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】同种异体运动系统结构性组织移植后，1、3、5 年内完成随访的例次数占同期同种异体运动系统结构性组织移植手术总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{患者随访率}=\frac{\text{一定时间内完成随访的例次数}}{\text{同期同种异体运动系统结构性组织移植手术总例次数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（四）同种异体角膜移植技术临床应用质量控制指标（2022 年版）

1. 成分供体使用率

（1）同种异体角膜内皮移植供体使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】用于临床同种异体角膜内皮移植的供体材料数占同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数的比例。

【计算方法】

$$\text{同种异体角膜内皮移植供体使用率}=\frac{\text{用于临床同种异体角膜内皮移植的供体材料数}}{\text{同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数}}\times 100\%$$

【指标导向】监测比较

（2）同种异体穿透角膜移植供体使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】用于临床同种异体穿透角膜移植的供体材料数占同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数的比例。

【计算方法】

$$\text{同种异体穿透角膜移植供体使用率} = \frac{\text{用于临床同种异体穿透角膜移植的供体材料数}}{\text{同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

（3）同种异体板层角膜移植供体使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】用于临床同种异体板层角膜移植的供体材料数占同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数的比例。

【计算方法】

$$\text{同种异体板层角膜移植供体使用率} = \frac{\text{用于临床同种异体板层角膜移植的供体材料数}}{\text{同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

（4）同种异体角膜缘干细胞移植供体使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】用于临床同种异体角膜缘干细胞移植的供体材料数占同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数的比例。

【计算方法】

$$\text{同种异体角膜缘干细胞移植供体使用率} = \frac{\text{用于临床同种异体角膜缘干细胞移植的供体材料数}}{\text{同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

2. 同种异体角膜移植成功率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$同种异体角膜移植成功率=\frac{同种异体角膜移植成功的例数}{同期同种异体角膜移植总例数}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

3. 角膜植片透明率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】角膜植片透明是指同种异体角膜移植术后，植片保持透明，或植片与植床对合良好无脱落。角膜植片透明率是指角膜植片透明的例数占同期同种异体角膜移植总例数的比例。

【计算方法】

$$角膜植片透明率=\frac{角膜植片透明的例数}{同期同种异体角膜移植总例数}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

4. 角膜原发疾病控制率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$角膜原发疾病控制率=\frac{术后角膜原发疾病基本改善或治愈的例数}{同期同种异体角膜移植总例数}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

5. 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】同种异体角膜移植术后发生并发症（排斥反应、眼部感染、青光眼等）的例数占同期同种异体角膜移植总例数的比例。

【计算方法】

$$并发症发生率=\frac{同种异体角膜移植术后发生并发症的例数}{同期同种异体角膜移植总例数}\times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

6. 术后视力提高率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{术后视力提高率} = \frac{\text{术后视力提高的例数}}{\text{同期同种异体角膜移植总例数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

7. 诊断符合率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】诊断符合是指同种异体角膜移植患者的术后诊断（包括病理诊断）与入院诊断符合。诊断符合率是指诊断符合的例数占同期同种异体角膜移植总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{诊断符合率} = \frac{\text{诊断符合的例数}}{\text{同期同种异体角膜移植总例数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

8. 患者随访率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】同种异体角膜移植术后 1、3 年内完成随访的例次数占同期同种异体角膜移植手术总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{患者随访率} = \frac{\text{同种异体角膜移植术后一定时间内完成随访的例次数}}{\text{同期同种异体角膜移植手术总例次数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

9. 角膜组织存活率（1 年、3 年）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】同种异体角膜移植术后，1、3 年随访（失访者按角膜组织未存活

统计）尚存活的角膜组织数占同期同种异体角膜移植角膜组织总数的比例。

【计算方法】

$$角膜组织存活率=\frac{一定时间内随访尚存活的角膜组织数}{同期同种异体角膜移植角膜组织总数}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（五）性别重置技术临床应用质量控制指标（2022 年版）

1. 术中输血率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】性别重置技术手术对象术中接受 400ml 及以上输血治疗的手术例数占同期性别重置技术总例数的比例。

【计算方法】

$$术中输血率=\frac{\begin{array}{c}性别重置技术手术对象术中接受\\400ml\ 及以上输血治疗的手术例数\end{array}}{同期性别重置技术总例数}\times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

2. 术后输血率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】性别重置技术手术对象术后接受 400ml 及以上输血治疗的例数占同期性别重置技术总例数的比例。

【计算方法】

$$术后输血率=\frac{\begin{array}{c}性别重置技术手术对象术后接受\\400ml\ 及以上输血治疗的手术例数\end{array}}{同期性别重置技术总例数}\times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

3. 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】性别重置技术手术对象术中接受 400ml 及以上自体血（包括自体全血及自体血红细胞）输注例数占同期术中接受 400ml 及以上输血治疗的总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{术中自体血输注率} = \frac{\text{术中接受400ml及以上自体血（包括自体全血及自体红细胞）输注例数}}{\text{同期术中接受400ml及以上输血治疗的总例数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

4. 术后1年随访率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】性别重置术后1年完成随访的例数占同期性别重置手术总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后1年随访率} = \frac{\text{性别重置术后1年完成随访的例数}}{\text{同期性别重置手术总例数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

5. 术后2周内感染率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】性别重置术后2周内发生感染的例数占同期性别重置手术总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后2周内感染率} = \frac{\text{性别重置术后2周内发生感染的例数}}{\text{同期性别重置手术总例数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

6. 尿瘘发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】性别重置术后尿瘘发生的例数占同期性别重置手术总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{尿瘘发生率} = \frac{\text{性别重置术后尿瘘发生的例数}}{\text{同期性别重置手术总例数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

7. 再造尿道狭窄率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{再造尿道狭窄率} = \frac{\text{性别重置术后半年内发生再造尿道狭窄的例数}}{\text{同期女变男性别重置手术总例数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

8. 再造阴道狭窄率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{再造阴道狭窄率} = \frac{\text{性别重置术后半年内发生再造阴道狭窄的例数}}{\text{同期男变女性别重置手术总例数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

9. 直肠阴道瘘发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】性别重置术后发生直肠阴道瘘的例数占同期性别重置手术总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{直肠阴道瘘发生率} = \frac{\text{性别重置术后发生直肠阴道瘘的例数}}{\text{同期性别重置手术总例数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

10. 皮瓣坏死发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】性别重置术后，再造器官应用的皮瓣发生坏死（部分或全部）的例数占同期性别重置手术总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{皮瓣坏死发生率} = \frac{\text{性别重置术后再造器官应用的皮瓣发生坏死的例数}}{\text{同期性别重置手术总例数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

11. 术后 1 周内死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】术后 1 周内死亡是指性别重置手术对象术后 1 周内死亡（包括因不可逆疾病而自动出院）。术后 1 周内死亡率是指术后 1 周内手术对象死亡人数占同期性别重置手术对象总数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后 1 周内死亡率} = \frac{\text{术后 1 周内手术对象死亡人数}}{\text{同期性别重置手术对象总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（六）质子和重离子加速器放射治疗技术临床应用质量控制指标（2022 年版）

1. 病理诊断率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】实施质子或重离子放射治疗前有明确病理诊断的患者数占同期质子或重离子放射治疗患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{病理诊断率} = \frac{\text{接受质子或重离子放射治疗前有明确病理诊断的患者数}}{\text{同期质子或重离子放射治疗患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

2. 临床 TNM 分期比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】根据 AJCC/UICC 临床 TNM 分期标准，对于接受质子或重离子放射治疗的患者进行分期。临床 TNM 分期比例是指对实施质子或重离子放射治疗的患者进行各临床 TNM 分期的患者数占同期质子或重离子放射治疗患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{临床 TNM 分期比例} = \frac{\text{进行各临床 TNM 分期的患者数}}{\text{同期质子或重离子放射治疗患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

3. MDT 执行率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】MDT 执行率是指实施质子或重离子放射治疗的患者，治疗前执行 MDT 的患者数占同期质子或重离子放射治疗患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{MDT 执行率} = \frac{\text{治疗前执行 MDT 的患者数}}{\text{同期质子或重离子放射治疗患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

4. 治疗方案完成率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{治疗方案完成率} = \frac{\text{完成既定治疗方案的患者数}}{\text{同期质子或重离子放射治疗患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

5. 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】不良反应是指按照放射治疗协作组（Radiation Therapy Oncology Group，RTOG）≥3 级的副反应。不良反应发生率是指实施质子或重离子放射治疗的患者，发生不良反应的患者数占同期质子或重离子放射治疗患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{不良反应发生率} = \frac{\text{发生不良反应的患者数}}{\text{同期质子或重离子放射治疗患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

6. 6 个月内死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】6 个月内死亡是指患者从第一次接受质子或重离子放射治疗起，6

个月之内死亡。6 个月内死亡率是指实施质子或重离子放射治疗的患者，6 个月内死亡的患者数占同期质子或重离子放射治疗患者总数的比例。

【计算方法】

$$6\text{ 个月内死亡率} = \frac{6\text{ 个月内死亡的患者数}}{\text{同期质子或重离子放射治疗患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

7. 患者随访率（1 年、2 年、5 年）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】质子或重离子放射治疗后一定时间（1 年、2 年、5 年）内完成随访的例次数占同期质子或重离子放射治疗总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{患者随访率} = \frac{\text{质子或重离子放射治疗后一定时间内完成随访的例次数}}{\text{同期质子或重离子放射治疗总例次数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（七）放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标（2022 年版）

1. 植入指征正确率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】放射性粒子植入治疗技术应用适应证选择正确的例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{植入指征正确率} = \frac{\text{放射性粒子植入治疗技术应用适应证选择正确的例数}}{\text{同期放射性粒子植入治疗总例数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】应用放射性粒子植入治疗技术应当符合肿瘤临床分期的诊断指标，包括：

（1）局部晚期肿瘤已失去手术机会（前列腺癌除外）。

（2）肿瘤最大径≤7cm。

（3）手术后、放疗后肿瘤复发或转移，肿瘤转移灶数目≤5 个，单个转移灶直径≤5cm。

（4）患者一般身体状况卡氏评分 70 分以上。

（5）拟经皮穿刺者有进针路径。

（6）肿瘤空腔脏器（食道、胆道、门静脉等）出现恶性梗阻。

（7）无严重穿刺禁忌证。

（8）患者预计生存期≥3 个月。

（9）患者拒绝其他治疗。

1 –3 项指标中至少符合 2 项，且 4 –9 项指标中至少符合 3 项即为适应证选择正确。

2. 术前制订治疗计划率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】术前制订治疗计划，是指放射性粒子植入治疗前，根据患者影像学表现和病理学类型，使用放射性粒子植入治疗计划系统完成植入治疗计划（包括靶区设计、处方剂量、粒子活度等）的制订工作。术前制订治疗计划率，是指放射性粒子植入治疗前，完成植入治疗计划制订的患者例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{术前制订治疗计划率} = \frac{\text{术前完成植入治疗计划（TPS）的患者例数}}{\text{同期放射性粒子植入治疗总例数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

3. 术后放射剂量验证率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{术后放射剂量验证率} = \frac{\text{术后完成放射剂量验证的患者例数}}{\text{同期放射性粒子植入治疗总例数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

4. 术中及术后 30 天内主要并发症发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

（1）穿刺相关主要并发症发生率

$$\text{穿刺相关主要并发症总发生率}=\frac{\text{发生穿刺操作相关主要并发症的例数}}{\text{同期放射性粒子植入治疗总例数}}\times 100\%$$

$$\text{感染发生率}=\frac{\text{发生穿刺相关感染患者例数}}{\text{同期放射性粒子植入治疗总例数}}\times 100\%$$

$$\text{出血发生率}=\frac{\text{发生穿刺相关出血患者例数}}{\text{同期放射性粒子植入治疗总例数}}\times 100\%$$

$$\text{气胸发生率}=\frac{\text{发生穿刺相关气胸并发症患者例数}}{\text{同期肺部实体肿瘤放射性粒子植入例数}}\times 100\%$$

$$\text{神经损伤发生率}=\frac{\text{发生穿刺相关神经损伤并发症患者例数}}{\text{同期放射性粒子植入治疗总例数}}\times 100\%$$

（2）放射性损伤相关主要并发症发生率

$$\text{放射性损伤相关主要并发症总发生率}=\frac{\text{发生放射性损伤相关主要并发症的例数}}{\text{同期放射性粒子植入治疗总例数}}\times 100\%$$

$$\text{皮肤溃疡发生率}=\frac{\text{发生放射相关皮肤溃疡并发症患者例数}}{\text{同期浅表肿瘤放射性粒子植入例数}}\times 100\%$$

$$\text{放射性肺炎发生率}=\frac{\text{发生放射性肺炎并发症患者例数}}{\text{同期肺部实体肿瘤放射性粒子植入例数}}\times 100\%$$

$$\text{放射性脊髓炎发生率}=\frac{\text{发生放射性脊髓炎并发症患者例数}}{\text{同期骨组织或其邻近组织实体肿瘤放射性粒子植入例数}}\times 100\%$$

$$\text{放射性膀胱炎发生率}=\frac{\text{发生放射性膀胱炎并发症患者例数}}{\text{同期盆腔实体肿瘤放射性粒子植入例数}}\times 100\%$$

$$\text{放射性肠炎发生率}=\frac{\text{发生放射性肠炎并发症患者例数}}{\text{同期腹腔脏器肿瘤放射性粒子植入例数}}\times 100\%$$

$$\text{放射性脑坏死发生率}=\frac{\text{发生放射相关脑坏死并发症患者例数}}{\text{同期颅内肿瘤放射性粒子植入例数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】主要并发症包括穿刺相关和放射性损伤相关并发症。

（1）穿刺相关主要并发症包括与穿刺相关的感染、出血、气胸、神经损伤。气

胸发生率仅用于肺部实体肿瘤放射性粒子植入病例。神经损伤发生率仅用于坐骨神经等周围神经干区域肿瘤放射性粒子植入病例。

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

5. 放射性粒子植入治疗有效率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】放射性粒子植入治疗有效是指对放射性粒子植入术后进行疗效评价，按照实体瘤疗效评价新标准（Response Evaluation Criteria in Solid Tumors，RECIST）达到完全缓解、部分缓解、肿瘤稳定状态。放射性粒子植入治疗有效率，是指放射性粒子植入治疗有效的患者例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{放射性粒子植入治疗有效率} = \frac{\text{放射性粒子植入治疗有效的患者例数}}{\text{同期放射性粒子植入治疗总例数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】实体瘤疗效评价新标准主要包括以下几项：

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

（2）部分缓解：靶病灶最大径之和减少≥30%，至少维持4周。

（3）肿瘤稳定：靶病灶最大径之和缩小未达到部分缓解，或增大未达到肿瘤进展。

（4）肿瘤进展：靶病灶最大径之和至少增加20%，或者出现新病灶。

6. 术后30天内全因死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{术后 30 天内全因死亡率} = \frac{\text{放射性粒子植入术后 30 天内死亡患者例数}}{\text{同期放射性粒子植入治疗总例数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

7. 患者随访率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】放射性粒子植入治疗后各随访时间点完成随访的例次数占同期放射性粒子植入治疗总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{患者随访率} = \frac{\text{放射性粒子植入治疗后一定时间内完成随访的例次数}}{\text{同期放射性粒子植入治疗总例次数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】实体瘤疗效评价新标准主要包括以下几项：

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

（2）部分缓解：靶病灶最大径之和减少≥30%，至少维持 4 周。

（3）肿瘤稳定：靶病灶最大径之和缩小未达到部分缓解，或增大未达到肿瘤进展。

（4）肿瘤进展：靶病灶最大径之和至少增加 20%，或者出现新病灶。

8. 患者术后生存率（2 个月、6 个月、1 年）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】放射性粒子植入治疗后某一时间（2 个月、6 个月、1 年）随访（失访者按未存活患者统计）尚存活的患者数占同期放射性粒子植入治疗患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{患者术后生存率} = \frac{\text{放射性粒子植入治疗后某一时间随访尚存活的患者数}}{\text{同期放射性粒子植入治疗患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（八）肿瘤消融治疗技术临床应用质量控制指标（2022 年版）

1. 肿瘤消融治疗指征正确率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】实施肿瘤消融治疗的患者，符合治疗指征的例次数占同期肿瘤消融治疗总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{肿瘤消融治疗指征正确率} = \frac{\text{符合治疗指征的例次数}}{\text{同期肿瘤消融治疗总例次数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】肿瘤消融治疗指征：

（1）凝血酶原活动度（PTA）＞50%。

（2）无器官功能障碍（按相应器官功能进行评价），如肝功能 Child A、B 级。

（3）体能状态评分（ECOG 方法）分级≤2 级。

（4）麻醉评估：病情分级≤Ⅲ级（美国麻醉医师协会病情分级标准）。

满足上述四项并符合相应肿瘤消融治疗适应证，为肿瘤消融治疗指征选择正确。

2. 肿瘤消融治疗完成率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{肿瘤消融治疗完成率} = \frac{\text{实际完成消融治疗的病灶总数}}{\text{同期计划完成消融治疗的病灶总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

3. 肿瘤消融治疗后局部病灶有效控制率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】肿瘤消融治疗后局部病灶有效控制的例次数占同期肿瘤消融治疗总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{肿瘤消融治疗后局部病灶有效控制率} = \frac{\text{肿瘤消融治疗后局部病灶有效控制的例次数}}{\text{同期肿瘤消融治疗总例次数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】肿瘤消融治疗指征：

（1）凝血酶原活动度（PTA）＞50%。

（2）无器官功能障碍（按相应器官功能进行评价），如肝功能 Child A、B 级。

（3）体能状态评分（ECOG 方法）分级≤2 级。

（4）麻醉评估：病情分级≤Ⅲ级（美国麻醉医师协会病情分级标准）。

满足上述四项并符合相应肿瘤消融治疗适应证，为肿瘤消融治疗指征选择正确。

4. 肿瘤消融治疗后 30 天内严重并发症发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】肿瘤消融治疗后 30 天内严重并发症发生率是指肿瘤消融治疗后 30 天内严重并发症发生的例次数占同期肿瘤消融治疗总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{大量出血发生率} = \frac{\text{肿瘤消融治疗大量出血发生的例次数}}{\text{同期肿瘤消融治疗总例次数}} \times 100\%$$

$$\text{严重气胸发生率} = \frac{\text{肿瘤消融治疗严重气胸发生的例次数}}{\text{同期肿瘤消融治疗总例次数}} \times 100\%$$

$$\text{邻近重要脏器损伤发生率} = \frac{\text{肿瘤消融治疗临近重要脏器损伤发生的例次数}}{\text{同期肿瘤消融治疗总例次数}} \times 100\%$$

$$\text{严重感染发生率} = \frac{\text{肿瘤消融治疗严重感染发生的例次数}}{\text{同期肿瘤消融治疗总例次数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】肿瘤消融治疗发生的严重并发症定义：包括导致患者护理级别提升或住院时间延长、需要进一步住院治疗或者临床处理、致残或者死亡等。

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

【计算方法】

$$\text{肿瘤消融治疗后30天内死亡率} = \frac{\text{肿瘤消融治疗后30天内死亡患者数}}{\text{同期肿瘤消融治疗患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

6. 患者随访率（6月、1年、2年、3年、5年）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】肿瘤消融治疗后一定时间（6月、1年、2年、3年、5年）内完成随访的例次数占同期肿瘤消融治疗总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{患者随访率} = \frac{\text{肿瘤消融治疗后一定时间内完成随访的例次数}}{\text{同期肿瘤消融治疗总例次数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

7. 平均住院日

【指标属性】定量指标

【计量单位】天

【指标定义】实施肿瘤消融治疗的患者出院时占用总床日数与同期肿瘤消融治疗患者出院人数之比。

【计算方法】

$$\text{平均住院日} = \frac{\text{实施肿瘤消融治疗的患者出院时占用总床日数}}{\text{同期肿瘤消融治疗患者出院人数}}$$

【指标导向】逐步降低

8. 甲状腺肿瘤消融治疗

（1）甲状腺良性肿瘤消融治疗占比

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】甲状腺肿瘤消融治疗患者，术前应行病理活组织检查明确诊断。甲状腺良性肿瘤消融治疗例次占甲状腺良、恶性肿瘤消融治疗总例次的百分比。

【计算方法】

$$\text{甲状腺良性肿瘤消融治疗占比} = \frac{\text{甲状腺良性肿瘤消融治疗的例次数}}{\text{同期甲状腺良、恶性肿瘤消融治疗总例次数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（2）小于2cm甲状腺良性肿瘤消融治疗占比

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】甲状腺肿瘤消融治疗患者，术前应行病理活组织检查明确诊断。小于2cm甲状腺良性肿瘤消融治疗占甲状腺良性肿瘤消融治疗的百分比。

【计算方法】

$$\text{小于2cm甲状腺良性肿瘤消融治疗占比} = \frac{\text{小于2cm甲状腺良性肿瘤消融治疗占比}}{\text{同期甲状腺良性肿瘤消融治疗总例次数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（九）心室辅助技术临床应用质量控制指标（2022年版）

1. 心室辅助技术应用适应证选择正确率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】心室辅助技术应用适应证选择正确的例数占同期心室辅助装置应用总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{心室辅助技术应用适应证选择正确率} = \frac{\text{心室辅助技术应用适应证选择正确的例数}}{\text{同期心室辅助装置应用总例数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】心室辅助技术应用适应证为心脏功能衰竭D期（难治性终末期心衰），应当符合下列12项标准中任意5项。

（1）心排指数 $<2.0 L/m^2$。

（2）最大氧耗量 $<14 ml/kg \cdot min$。

（3）6分钟步行试验 $<150 m$。

（4）NT－proBNP $>5000 pg/ml$。

（5）经心衰预后模型评估预计生存期小于1年。

（6）经6个月正规抗心衰药物治疗无效。

（7）肺毛细血管楔压 $>18 mmHg$。

（8）大剂量（$>15 ug/kg \cdot min$）或者两种以上静脉心血管活性药物下循环功能难以维持。

（9）混合静脉血氧饱和度 $<65\%$。

（10）需要依靠IABP或者ECMO等临时心室辅助下维持循环。

（11）近 6 个月内因心脏衰竭急性发作住院超过 2 次。

（12）其他治疗手段无法延续生命，或是生活质量存在严重障碍的患者，通过参加治疗能提高生活质量，能够进行长期居家治疗。

2. 心室辅助装置有效撤除率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】心室辅助装置有效撤除，是指心脏功能衰竭 D 期应用心室辅助装置的患者，经积极治疗后心功能改善而撤除心室辅助装置。心室辅助装置有效撤除率，是指有效撤除心室辅助装置例次数占同期心室辅助装置应用总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{心室辅助装置有效撤除率} = \frac{\text{有效撤除心室辅助装置例次数}}{\text{同期心室辅助装置应用总例次数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

3. 术后 30 天死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{术后 30 天死亡率} = \frac{\text{心室辅助装置植（介）入术后 30 天内全因死亡患者数}}{\text{同期心室辅助装置植（介）入患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

4. 心室辅助桥接到心脏移植率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】心室辅助桥接到心脏移植，是指患者心脏功能衰竭 D 期应用心室辅助装置持续治疗期间，桥接到心脏移植手术治疗。心室辅助桥接到心脏移植率，是指心室辅助桥接到心脏移植例数占同期心室辅助装置应用总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{心室辅助桥接到心脏移植率} = \frac{\text{心室辅助桥接到心脏移植例数}}{\text{同期心室辅助装置应用总例数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

5. 术中及术后 30 天内主要并发症发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{菌血症和败血症发生率} = \frac{\text{发生菌血症和败血症感染患者数}}{\text{同期心室辅助装置植（介）入患者总数}} \times 100\%$$

$$\text{纵隔感染发生率} = \frac{\text{发生纵膈感染患者数}}{\text{同期心室辅助装置植（介）入患者总数}} \times 100\%$$

$$\text{驱动线缆感染发生率} = \frac{\text{发生驱动线缆感染患者数}}{\text{同期心室辅助装置植（介）入患者总数}} \times 100\%$$

$$\text{内脏出血发生率} = \frac{\text{发生内脏出血患者数}}{\text{同期心室辅助装置植（介）入患者总数}} \times 100\%$$

$$\text{非计划性手术发生率} = \frac{\text{发生非计划性手术患者数}}{\text{同期心室辅助装置植（介）入患者总数}} \times 100\%$$

$$\text{溶血发生率} = \frac{\text{发生溶血并发症患者数}}{\text{同期心室辅助装置植（介）入患者总数}} \times 100\%$$

$$\text{血栓栓塞发生率} = \frac{\text{发生血栓栓塞并发症患者数}}{\text{同期心室辅助装置植（介）入患者总数}} \times 100\%$$

$$\text{右心功能衰竭发生率} = \frac{\text{发生右心功能衰竭患者数}}{\text{同期心室辅助装置植（介）入患者总数}} \times 100\%$$

$$\text{神经系统并发症发生率} = \frac{\text{发生神经系统并发症患者数}}{\text{同期心室辅助装置植（介）入患者总数}} \times 100\%$$

$$\text{肾功能衰竭发生率} = \frac{\text{发生肾功能衰竭患者数}}{\text{同期心室辅助装置植（介）入患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】主要并发症包括菌血症和败血症感染、纵隔感染、驱动线缆感染、内脏出血、非计划性手术、溶血、血栓栓塞、右心功能衰竭、神经系统并发症、肾功能衰竭、机械故障。

6. 术后随访率（1 年、3 年、5 年）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】心室辅助装置植（介）入后，1、3、5 年内完成随访的例次数占同期心室辅助装置植（介）入总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后随访率} = \frac{\text{心室辅助装置植（介）入后一定时间内完成随访的例次数}}{\text{同期心室辅助装置植（介）入后总例次数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

7. 患者术后生存率（1 年、3 年、5 年）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】心室辅助装置植（介）入后，1、3、5 年内随访（失访者按未存活患者统计）尚存活的患者数占同期心室辅助装置植（介）入患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{患者术后生存率} = \frac{\text{心室辅助装置植（介）入后一定时间内随访尚存活的患者数}}{\text{同期心室辅助装置植（介）入患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（十）人工智能辅助治疗技术临床应用质量控制指标（2022 年版）

1. 平均术前准备时间

【指标属性】定量指标

【计量单位】分钟

【指标定义】从开始麻醉至手术医师开始实施人工智能辅助治疗技术的平均时间（以分钟为单位）。

【计算方法】

$$\text{平均术前准备时间} = \frac{\text{人工智能辅助治疗技术术前准备时间总和}}{\text{同期人工智能辅助治疗技术患者总数}}$$

【指标导向】监测比较

2. 平均手术时间

【指标属性】定量指标

【计量单位】分钟

【指标定义】同一术种从手术医师开始实施人工智能辅助治疗技术到手术完成的平均时间（以分钟为单位）。

【计算方法】

$$\text{平均手术时间} = \frac{\text{同一术种人工智能辅助治疗技术手术时间总和}}{\text{同一术种同期人工智能辅助治疗技术患者总数}}$$

【指标导向】监测比较

3. 重大并发症发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】同一术种实施人工智能辅助治疗技术的患者，术中、术后（住院期间内）发生重大并发症（包括需有创处理的术后出血、重要脏器损伤及功能不全、重症感染、吻合口瘘、麻醉意外等）的例数占同期人工智能辅助治疗技术总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{重大并发症发生率} = \frac{\text{同一术种术中、术后发生重大并发症的例数}}{\text{同一术种同期人工智能辅助治疗技术总例数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

4. 手术中转率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{手术中转率} = \frac{\text{同一术种术中因各种原因转为其它手术方式的例数}}{\text{同一术种同期人工智能辅助治疗技术总例数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

5. 术中设备不良事件发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{术中设备不良事件发生中转率} = \frac{\text{术中发生设备不良事件的例数}}{\text{同期人工智能辅助治疗技术总例数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

6. 术中及术后死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】术中及术后死亡是指实施人工智能辅助治疗技术的患者，术中及术后（住院期间内）死亡，包括因不可逆疾病而自动出院的患者。术中及术后死亡率是指同一术种术中及术后患者死亡人数占同期实施人工智能辅助治疗技术患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{术中及术后死亡率} = \frac{\text{同一术种术中及术后患者死亡人数}}{\text{同一术种同期实施人工智能辅助治疗技术患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

7. 各专业月手术量及人工智能辅助治疗技术比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{人工智能辅助治疗技术比例} = \frac{\text{实施人工智能辅助治疗技术的例次数}}{\text{同期该类疾病手术治疗总例次数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

8. 平均住院日

【指标属性】定量指标

【计量单位】天

【指标定义】同一病种实施人工智能辅助治疗技术的患者总床日数与同期实施人工智能辅助治疗技术的患者出院人数之比。

【计算方法】

$$\text{平均住院日} = \frac{\text{实施人工智能辅助治疗技术的患者总床日数}}{\text{同期实施人工智能辅助治疗技术的患者出院人数}}$$

【指标导向】逐步降低

（十一）体外膜肺氧合（ECMO）技术临床应用质量控制指标（2022 年版）

注：患者纳入标准：

V－A ECMO：①各种原因引起的心源性休克：心指数小于 2.0L/min/m^2 或/和 LVEF＜30%，收缩压＜90mmHg，肺毛细血管楔压≥24mmHg，依赖两者以上大量血管活性药物，静脉血氧饱和度小于 55%，有酸中毒表现；②心跳骤停需 ECPR；③顽固性室性心律失常；④难以脱离体外循环。

V－V ECMO：①严重 ARDS：在最优的机械通气条件下（FiO_2≥0.8，潮气量为 6ml/kg 理想体重，PEEP≥5cmH_2O，且无禁忌症），保护性通气和俯卧位通气效果不佳，并符合以下之一，应尽早考虑评估实施 V－V ECMO 支持：（1）PaO_2/FiO_2＜50mmHg 超过 3 小时；（2）PaO_2/FiO_2＜80mmHg 超过 6 小时；（3）FiO_2＝100%，PaO_2/FiO_2＜100mmHg；（4）动脉血 pH＜7.25 且 $PaCO_2$＞60mmHg 超过 6 小时，且呼吸频率＞35 次/分；（5）呼吸频率＞35 次/分时，动脉血 pH＜7.2 且平台压＞30cmH_2O 或驱动压＞15cmH_2O；②严重气道梗阻性疾病：无创或有创机械通气无效，出现严重呼吸性酸中毒甚至影响血流动力学时，可考虑评估实施 V－V ECMO 或体外二氧化碳清除（$ECCO_2R$）；③特殊呼吸系统疾病围术期（如肺移植、气道肿物等）：如术中呼吸支持方式无法维持通气及氧合，可评估实施 V－V ECMO。

ECPR：实施常规心肺复苏 15 分钟不能恢复自主心律，心跳骤停 1 小时之内者。

1. ECMO 有效撤除率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{ECMO 有效撤除率}=\frac{\text{有效撤除 ECMO 例次数}}{\text{同期 ECMO 应用总例次数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

2. 30 天全因死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】ECMO 应用后 30 天内死亡患者数（不论何种原因）占同期 ECMO

应用患者总数的比例。

【计算方法】

$$30\text{ 天全因死亡率} = \frac{\text{ECMO 应用后 30 天内全因死亡患者数}}{\text{同期 ECMO 应用患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

3. 一年生存率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{一年生存率} = \frac{\text{ECMO 应用后 1 年随访尚存活的患者数}}{\text{同期 ECMO 应用患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

4. 机械故障指标

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】无

【计算方法】

$$\text{氧合器故障发生率} = \frac{\text{氧合器故障例次数}}{\text{同期 ECMO 应用氧合器例次数}} \times 100\%$$

$$\text{循环管路进气发生率} = \frac{\text{循环管路进气患者例次数}}{\text{同期 ECMO 应用患者例次数}} \times 100\%$$

$$\text{泵头故障发生率} = \frac{\text{发生泵头故障患者例次数}}{\text{同期 ECMO 应用泵头例次数}} \times 100\%$$

$$\text{停泵故障发生率} = \frac{\text{发生停泵故障患者例次数}}{\text{同期 ECMO 应用患者例次数}} \times 100\%$$

$$\text{意外脱管发生率} = \frac{\text{发生管路脱落例次数}}{\text{同期 ECMO 应用管路例次数}} \times 100\%$$

$$\text{置管意外发生率} = \frac{\text{发生置管意外例次数}}{\text{同期 ECMO 应用患者例次数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】

氧合器故障包括①血栓；②血浆渗漏；③漏血；④氧合欠佳等需氧合器更换或

终止 ECMO。

循环管路进气故障包括①管路静脉端操作；②病人静脉端输液；③插管和管道连接；④气穴现象等导致的循环管道动静脉进气。

泵头故障包括①泵头破裂；②泵头血栓；③不能正常工作。

停泵故障包括①断电；②备用电源耗尽；③机器故障。

意外脱管包括①管道连接处松弛；②非同步搬运挣脱。

置管意外包括①插管方向和位置错误；②插管松脱，拔出；③插管扭折；④血管损伤；影响 ECMO 正常工作。

5. 术中及术后 30 天内患者主要并发症发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$出血发生率=\frac{发生出血并发症例次数}{同期\ ECMO\ 应用例次数}\times 100\%$$

$$溶血发生率=\frac{发生溶血并发症例次数}{同期\ ECMO\ 应用例次数}\times 100\%$$

$$血栓栓塞发生率=\frac{发生血栓栓塞并发症例次数}{同期\ ECMO\ 应用例次数}\times 100\%$$

$$下肢缺血坏死发生率=\frac{发生下肢缺血坏死例次数}{同期\ ECMO\ 应用例次数}\times 100\%$$

$$神经系统并发症发生率=\frac{发生神经系统并发症例次数}{同期\ ECMO\ 应用例次数}\times 100\%$$

$$血源性感染发生率=\frac{发生血源性感染例次数}{同期\ ECMO\ 应用例次数}\times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

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

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

溶血是指应用 ECMO 期间，排除出血、血液稀释等原因导致的血色素下降幅度

>2g/dL，且血浆游离血红蛋白>5mg/dL。

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

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

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

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

（十二）自体器官移植技术临床应用质量控制指标（2022年版）

1. 自体器官移植手术指标

（1）冷缺血时间比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】冷缺血时间比例为冷缺血时间在6h（小时）以内、6－12h和12h以上三个时间段中的自体器官移植手术例数分别占同期自体器官移植总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{冷缺血时间比例}=\frac{\text{冷缺血时间在一定时间内的自体器官移植手术例数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}}\times 100\%$$

【指标导向】监测比较

（2）无器官期时间比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】无器官期时间比例为无器官期时间在6h以内、6－12h和12h以上三个时间段中的自体器官移植手术例数分别占同期自体器官移植总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{无器官期时间比例}=\frac{\text{无器官期时间在一定时间内的自体器官移植手术例数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}}\times 100\%$$

【指标导向】监测比较

（3）手术时间比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】手术时间比例为手术时间在10h以内、10－20h和20h以上三个时间段中的自体器官移植手术例数分别占同期自体器官移植术总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{手术时间比例} = \frac{\text{手术时间在一定时间内的自体器官移植手术例数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

（4）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】自体器官移植手术术中出血量在2000ml及以上的手术例数占同期自体器官移植术总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{术中大出血发生率} = \frac{\text{术中出血量在2000ml及以上的手术例数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（5）术中输血率（红细胞）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】术中输血率指自体器官移植术中输入红细胞例数占同期器官移植术总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{术中输血率（红细胞）} = \frac{\text{术中输入红细胞例数}}{\text{同期器官移植术总例数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（6）平均术中输血量（红细胞）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】平均术中输血量指自体器官移植术中输入红细胞总量与同期自体器官移植术总例数之比。

【计算方法】

$$\text{平均术中输血量（红细胞）} = \frac{\text{术中输入红细胞总量}}{\text{同期自体器官移植术总例数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

2. 自体器官移植术成功率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{自体器官移植术成功率} = \frac{\text{自体器官移植术成功的例数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

3. 术后主要严重并发症指标

（1）术后早期器官功能不全发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】自体器官移植术后发生早期器官功能不全的手术例数占同期自体器官移植术总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后早期器官功能不全发生率} = \frac{\text{术后发生早期器官功能不全的手术例数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

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

【计算方法】

$$\text{术后非计划二次手术率} = \frac{\text{术后发生非计划二次手术的手术例数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（3）术后血管并发症发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{术后血管并发症发生率} = \frac{\text{发生一定时间内发生血管并发症的手术例数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】血管并发症包括动脉、静脉系统的狭窄、血栓、出血。

（4）Clavien－Ⅲ级及以上并发症发生率（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】自体器官移植术后发生 Clavien－Ⅲ级及以上并发症的手术例数占同期自体器官移植术总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{Clavien－Ⅲ级及以上并发症发生率} = \frac{\text{术后发生 Clavien－III 级及以上并发症的手术例数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】并发症 Clavien 系统分级如下：

Ⅰ级 术后常见原因导致的不需要特殊药物、手术、内镜及放射干预的临床症状。允许适当的治疗包括：对症药物（止吐药、解热药、镇痛药、利尿药）、电解质类及物理治疗。也包括床边打开感染的切口。

Ⅱ级 需要除Ⅰ级干预药物以外的药物治疗（包括如胃瘫营养支持治疗，扩容血色素缓慢下降输血治疗等）。

Ⅲ级 需要手术、内镜及放射干预。

Ⅲa 级 不需要在基础麻醉下进行的干预措施。

Ⅲb 级 需要在基础麻醉下进行的干预措施。

Ⅳ级 威胁生命的并发症，包括中枢神经系统并发症，需要进入 ICU 治疗。

Ⅳa 级 单器官功能障碍（包括透析）。

Ⅳb 级 多器官功能障碍。

Ⅴ级 患者死亡。

中枢神经系统并发症包括：脑出血、缺血性卒中、蛛网膜下腔出血，但不包括短暂性脑缺血发作（TIA）。

（5）术后耐药菌感染发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】自体器官移植术后发生耐药菌感染的手术例数占同期自体器官移植术总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后耐药菌感染发生率} = \frac{\text{术后发生耐药菌感染的手术例数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】多重耐药肺炎克雷伯杆菌、大肠杆菌、阴沟肠杆菌、嗜麦芽寡养单胞菌、鲍曼不动杆菌、铜绿假单胞菌感染纳入耐药菌感染统计，其余暂不做统计。

4. 患者术后生存指标

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

【计算方法】

$$\text{术后早期死亡率} = \frac{\text{术后 30 天内患者全因死亡例数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（2）30 天内非计划再次入院率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】自体器官移植术后 30 天内因手术或原发疾病非计划性再次入院治疗例数占同期自体器官移植术总例数的比例。

【计算方法】

$$30\text{ 天内非计划再次入院率} = \frac{\text{术后 30 天内因手术或原发疾病非计划性再次入院治疗例数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（3）原发器官疾病术后复发率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】自体器官移植术后，1、3、5 年内原发器官疾病复发患者数占同期自体器官移植患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{原发器官疾病术后复发率} = \frac{\text{术后一定时间内原发器官疾病复发患者数}}{\text{同期自体器官移植患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

5. 术后全身系统严重并发症发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】术后全身系统严重并发症是指自体器官移植术患者，术后发生的心脑血管意外（如心肌梗死、缺血性脑卒中、脑出血等）、肺栓塞、呼吸衰竭、肾衰竭、深静脉血栓、肝功能衰竭等并发症。术后全身系统严重并发症发生率是指术后发生全身系统严重并发症的患者数占同期自体器官移植术患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后全身系统严重并发症发生率} = \frac{\text{术后发生全身系统严重并发症的患者数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

6. 患者随访率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】自体器官移植术后 1、3、5 年内完成随访的例次数占同期自体器官移植术总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{患者随访率} = \frac{\text{术后一定时间内完成随访的例次数}}{\text{同期自体器官移植术总例次数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

7. 术后长期生存率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】自体器官移植术后，1、3、5 年内随访存活的患者数（失访者按未存活患者统计）占同期自体器官移植术患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后长期生存率} = \frac{\text{术后一定时间内随访存活的患者数}}{\text{同期自体器官移植术患者总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

二、人体器官捐献、获取与移植技术

（一）向人体器官获取组织报送的潜在器官捐献者人数与院内死亡人数比

【指标属性】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】

$$\text{向人体器官获取组织报送的潜在器官捐献者人数与院内死亡人数比} = \frac{\text{向人体器官获取组织报送的潜在器官捐献人数}}{\text{同期院内死亡人数}} \times 100\%$$

【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（2019 年版）

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】

$$器官捐献转化率=\frac{年度获取捐献者数量}{同期潜在捐献者总数}\times 100\%$$

【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】

$$平均器官产出率=\frac{年度移植器官数量}{同期器官捐献者总数}\times 100\%$$

【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】

$$DBD/DCD/DBCD\ 占比=\frac{年度\ DBD/DCD/DBCD\ 数量}{同期器官捐献者总数}\times 100\%$$

【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】

$$获取器官利用率=\frac{用于移植的器官数量}{同期获取器官总数}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

5. 器官病理检查率

（1）捐献器官获取前活检率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】捐献器官获取前对捐献器官进行活体组织病理检查的数量占同期获取器官的比例。

【计算方法】

$$\text{捐献器官获取前活检率} = \frac{\text{获取前活检器官数量}}{\text{同期获取器官总数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

（2）捐献器官获取后活检率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】捐献器官获取后移植前对捐献器官进行活体组织病理检查的数量占同期获取器官的比例。

【计算方法】

$$\text{捐献器官获取后活检率} = \frac{\text{获取后移植前活检器官数量}}{\text{同期获取器官总数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

6. 边缘供器官比率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】边缘供器官（定义和标准见备注）数量占同期获取器官总数的比例。

【计算方法】

$$\text{边缘器官比率} = \frac{\text{边缘供器官数量}}{\text{同期获取器官总数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

7. 器官保存液病原菌培养阳性率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】OPO 获取的器官其保存液中病原菌培养阳性者器官数占器官获取

总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{器官保存液病原菌培养阳性率} = \frac{\text{病原菌培养阳性者例数}}{\text{同期获取器官总例数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

8. 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、DBCD 来源器官 PNF 发生率。

【计算方法】

$$\text{总 PNF 发生率} = \frac{\text{年度 PNF 病例数}}{\text{同期移植病例总数}} \times 100\%$$

$$\text{（DBD/DCD/DBCD）PNF 发生率} = \frac{\text{年度（DBD/DCD/DBCD）PNF 病例数}}{\text{同期（DBD/DCD/DBCD）移植病例总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

9. 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】

$$\text{总 DGF 发生率} = \frac{\text{年度 DGF 病例数}}{\text{同期移植病例总数}} \times 100\%$$

$$\text{（DBD/DCD/DBCD）DGF 发生率} = \frac{\text{年度（DBD/DCD/DBCD）DGF 病例数}}{\text{同期（DBD/DCD/DBCD）移植病例总数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

备注：

边缘供器官定义及标准

边缘供器官是指移植后存在较高原发性移植物无功能或功能低下以及迟发性移植物失活风险的捐献器官。

（一）边缘供肝标准。

具有下列特征之一的属于边缘供肝：

1. 年龄 >65 岁的捐献者肝脏；

2. 供肝大泡性脂肪变 >30% 或捐献者身体质量指数（BMI）>30kg/m^2；

3. 心脏死亡捐献者肝脏或脑心双死亡捐献者肝脏（功能性热缺血时间 >20 分钟），或供肝冷缺血时间 >12 小时；

4. 脑死亡供体中在重症监护病房所待时间 >7 天，且获取时有多器官功能不全，血清总胆红素、血清转氨酶持续高于正常 3 倍以上；

5. 血流动力学的危险因素，包括：长期的低血压（舒张压 <60mmHg，>2 小时），应用多巴胺 10μg/（kg·min），超过 6 小时以维持血压；或需要 2 种缩血管药物维持血压达 6 小时以上；

6. 血钠浓度始终高于 155mmol/L。

此外，ABO 血型不相容供肝、劈裂式供肝以及血清病毒学阳性、不能解释病死原因、患有肝外恶性疾病、活动性的细菌感染、高风险的生活方式等捐献肝脏也被纳入边缘供肝的范畴。

（二）边缘供肾标准。

具有下列特征之一的属于边缘供肾：

1. 年龄 >60 岁，或年龄 50～60 岁且符合以下情况中的 2 项：（1）捐献前血清肌酐（Scr）水平 >1.5mg/dL；（2）有高血压病史，死于高血压脑卒中；

2. 年龄≤3 岁捐献肾脏，用于成人移植；

3. BMI >30kg/m^2；

4. 高血压蛋白尿 > +；

5. 糖尿病肾病Ⅱ期以内；

6. 捐献肾脏热缺血时间 15～30 分钟、冷缺血时间 24 小时以上。

（三）边缘供心标准。

具有下列特征之一的属于边缘供心：

1. 捐献者年龄大≥50 岁；

2. 捐献心脏冷缺血时间 >6 小时；

3. 器官捐献者与接受者体重比值 <0.8；

4. 器官捐献者与接受者血型相容但不一致；

5. 捐献者存在感染，但已经控制，血培养结果均为阴性，心脏直视检查无感染

性心内膜炎；

6. 捐献心脏结构轻度异常，如左室壁轻度肥厚（ <14mm）、轻度瓣膜反流、易于矫治的先天性心脏病如卵圆孔未闭、冠脉动脉粥样硬化但无明显狭窄等；

7. 捐献心脏功能异常：经充分调整，左心室射血分数 <60% 但 >40%，存在室壁运动异常等；

8. 其他可能导致移植物衰竭的因素：心肌酶异常升高、捐献者正性肌力药物剂量大、心肺复苏时间长等。

（四）边缘供肺标准。

具有下列特征之一的属于边缘供肺：

1. ABO 血型不同但相容；

2. 60 岁 < 年龄 <70 岁；

3. 250mmHg < PaO_2 <300mmHg（FiO_2 =1.0，PEEP =5cmH_2O）；

4. 胸片肺野内有少量到中等量的渗出影；

5. 器官捐献者与接受者匹配度较差但可以根据具体情况进行供肺减容或肺叶移植；

6. 胸部外伤但肺氧合满意；

7. 存在轻微的误吸或者脓毒症经治疗维护后改善；

8. 气道内存在脓性分泌物经治疗维护后改善；

9. 有痰标本细菌培养阳性，但排除泛耐药或者全耐药的细菌；

10. 多次维护评估后不合格的捐献肺脏获取后经离体肺灌注修复后达标；

11. 捐献肺脏冷缺血时间 >9 小时，原则上不超过 12 小时。

10. 亲属间活体捐献者重大并发症发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】亲属间活体捐献者，术后 30 天内发生的重大并发症的人数占同期亲属间活体捐献者总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{亲属间活体捐献者重大并发症发生率} = \frac{\text{亲属间活体捐献者术后30天内重大并发症发生人数}}{\text{同期亲属间活体捐献者总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

（四）肝脏移植技术医疗质量控制指标

1. 肝癌肝脏移植指标

（1）肝癌肝脏移植受者比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】肝癌肝脏移植受者人数占同期肝脏移植手术受者总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{肝癌肝脏移植受者比例}=\frac{\text{肝癌肝脏移植受者人数}}{\text{同期肝脏移植手术受者总人数}}\times 100\%$$

【指标导向】监测比较

（2）单发肿瘤，直径不超过 5cm 的肝癌肝脏移植受者比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单发肿瘤，直径不超过 5cm 的肝癌肝脏移植受者人数占同期肝癌肝脏移植手术受者总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{单发肿瘤，直径不超过 5cm 的肝癌肝脏移植受者比例}=\frac{\text{单发肿瘤，直径不超过 5cm 的肝癌肝脏移植受者人数}}{\text{同期肝癌肝脏移植手术受者总人数}}\times 100\%$$

【指标导向】监测比较

（3）多发肿瘤，肿瘤数目不超过 3 个，最大直径不超过 3cm 的肝癌肝脏移植受者比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】多发肿瘤，肿瘤数目不超过 3 个，最大直径不超过 3cm 的肝癌肝脏移植受者人数占同期肝癌肝脏移植手术受者总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{多发肿瘤，肿瘤数目不超过 3 个，最大直径不超过 3cm 的肝癌肝脏移植受者比例}=\frac{\text{多发肿瘤，肿瘤数目不超过 3 个，最大直径不超过 3cm 的肝癌肝脏移植受者人数}}{\text{同期肝癌肝脏移植手术受者总人数}}\times 100\%$$

【指标导向】监测比较

2. 肝脏移植手术指标

（1）冷缺血时间比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】冷缺血时间比例为冷缺血时间在不超过 6 小时（h），6 – 12h 和 12h 以上三个时间段中的肝脏移植手术人数分别占同期肝脏移植手术总人数的比例。

【计算方法】

1. 冷缺血时间≤6h 比例

$$\text{冷缺血时间}\leqslant 6\text{h 比例} = \frac{\text{冷缺血时间不超过 6h 的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

2. 6h < 冷缺血时间≤12h 比例

$$6\text{h} < \text{冷缺血时间}\leqslant 12\text{h 比例} = \frac{\text{冷缺血时间在 6 – 12h 的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

3. 冷缺血时间 > 12h 比例

$$\text{冷缺血时间} > 12\text{h 比例} = \frac{\text{冷缺血时间在 12h 以上的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

（2）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

$$\text{无肝期}\leqslant 60\text{min 比例} = \frac{\text{无肝期不超过 60min 的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

2. 60min < 无肝期≤120min 比例

$$60\text{min} < \text{无肝期}\leqslant 120\text{min 比例} = \frac{\text{无肝期在 60 – 120min 的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

3. 无肝期 > 120min 比例

$$\text{无肝期} > 120\text{min 比例} = \frac{\text{无肝期 120min 以上的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

（3）手术时间比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】手术时间比例为手术时间在不超过6h，6－10h和10h以上三个时间段中的肝脏移植手术人数分别占同期肝脏移植手术总人数的比例。

【计算方法】

1. 手术时间≤6h比例

$$手术时间\leqslant 6h\ 比例=\frac{手术时间不超过6h\ 的手术人数}{同期肝脏移植手术总人数}\times 100\%$$

2. 6h＜手术时间≤10h比例

$$6h<手术时间\leqslant 10h\ 比例=\frac{手术时间在6-10h\ 的手术人数}{同期肝脏移植手术总人数}\times 100\%$$

3. 手术时间＞10h比例

$$手术时间>10h\ 比例=\frac{手术时间在10h\ 以上的手术人数}{同期肝脏移植手术总人数}\times 100\%$$

【指标导向】监测比较

（4）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】

$$术中大出血发生率=\frac{\begin{array}{c}成人肝脏移植手术受者术中出血\\量在2000ml\ 及以上的手术人数\end{array}}{同期成人肝脏移植手术总人数}\times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

3. 术后主要并发症指标

（1）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】

$$\text{术后 EAD 发生率} = \frac{\text{发生 EAD 的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】符合下列一个或多个标准的病例视为发生 EAD：

（1）术后第 7 天总胆红素（TB）≥171umol/L（10mg/dL）。

（2）术后第 7 天国际标准化比值（INR）≥1.6（应用抗凝药物原因除外）。

（3）术后 7 天内谷丙转氨酶（ALT）或谷草转氨酶（AST）＞2000IU/L。

（2）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

【指标说明】非计划二次手术是指同一次住院期间，因各种原因导致受者进行的计划外再次手术。

（3）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

【指标说明】血管并发症包括肝动脉、肝静脉和门静脉系统的狭窄、血栓、出血。

（4）术后超急性排斥反应、急性排斥反应发生率（1 周内、1 月内、6 月内、1 年内）

【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超急性排斥反应、急性排斥反应的手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后超急性/急性排斥反应发生率} = \frac{\text{发生超急性/急性排斥反应的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】超急性排斥反应指移植肝脏与受体血管接通后数分钟至 24 小时内发生的排斥反应，根据肝脏活检病理结果判定排斥反应。

（5）术后胆道并发症发生率（1 月内、6 月内、1 年内）

【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胆道并发症的手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后胆道并发症发生率} = \frac{\text{术后发生胆道并发症的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】胆道并发症指具有临床表现，有影像学依据，需要进行手术或介入性治疗的胆道狭窄、梗阻、胆瘘、胆汁瘤、胆结石、胆泥形成及 Odds 括约肌功能障碍。

（6）术后耐药菌感染发生率（1 周内、1 月内、6 月内、1 年内）

【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耐药菌感染的手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后耐药菌感染发生率} = \frac{\text{发生耐药菌感染的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】多重耐药肺炎克雷伯杆菌、大肠杆菌、阴沟肠杆菌、嗜麦芽寡养单

胞菌、鲍曼不动杆菌、铜绿假单胞菌感染纳入耐药菌感染统计，其余暂不做统计。

4. 受者术后生存指标

（1）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

（2）受者术后生存率（1 年、3 年、5 年）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】肝脏移植某一时间（1 年、3 年、5 年）随访尚存活的受者人数占同期肝脏移植手术受者总人数的比例。

【计算方法】

1. 良性肝病肝脏移植受者术后生存率

$$\text{良性肝病肝脏移植受者术后生存率} = \frac{\text{肝脏移植术后某一时间随访尚存活的良性肝病受者人数}}{\text{同期良性肝病肝脏移植手术受者总人数}} \times 100\%$$

2. 肝癌肝脏移植受者术后生存率

$$\text{肝癌肝脏移植受者术后生存率} = \frac{\text{肝脏移植术后某一时间随访尚存活的肝癌肝脏移植受者人数}}{\text{同期肝癌肝脏移植手术受者总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（3）肝癌肝脏移植受者术后无瘤生存率（1 年、3 年、5 年）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】肝癌肝脏移植某一时间（1 年、3 年、5 年）无瘤存活的受者人数占同期肝癌肝脏移植手术受者总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{肝癌肝脏移植受者术后无瘤生存率} = \frac{\text{肝癌肝脏移植受者移植后某一时间无瘤存活的受者人数}}{\text{同期肝癌肝脏移植手术受者总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

5. 中国肝移植注册系统（CLTR）数据报送质量指标

（1）数据完整度

【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】

$$\text{数据完整度} = \frac{\Sigma \text{ 每例肝脏移植病例数据完整度得分}}{\text{同期肝脏移植总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（2）数据及时性

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】完成肝脏移植手术后 72 小时内向 CLTR 系统报送的病例数占同期肝脏移植总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{数据及时性} = \frac{\text{术后 72 小时内报送的病例数}}{\text{同期肝脏移植总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（3）数据真实性

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】向 CLTR 系统所报送数据的真实性总得分与同期肝脏移植总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{数据真实性} = \frac{\Sigma \text{ 每例肝脏移植病例数据真实性得分}}{\text{同期肝脏移植总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】数据真实性采取加权赋分，依据以下两项内容进行考察，各占 50%：

（1）查看所有病例相关数据报送情况是否合理，例如身高、体重、热缺血时间、冷缺血时间、手术时间、无肝期时间等重要参数是否在合理的阈值。

（2）按比例随机抽取各移植中心报送 CLTR 系统的肝脏移植病例，数据管理员提供所抽取病例的生存情况证明（如最近一次检查化验单）上交至国家肝脏移植质控中心，根据重要参数比对情况给出真实性得分。各中心随机抽取病例数的标准如下图：

肝脏移植受者真实性抽取例数标准

统计时段内移植总数（例）	抽取比例（%）	抽取总数（例）
<10	100	—
10－50	—	10
50－100	20	—
>100	—	20

（4）有效随访率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】肝脏移植手术后在 CLTR 系统中报送的有效随访例次数占同期肝脏移植应完成总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{有效随访率} = \frac{\sum \dfrac{\text{每例肝移植病例一定时间内完成的有效随访次数}}{\text{同期每例肝脏移植病例应完成的有效随访次数}}}{\text{同期肝脏移植总人数}} \times 100\%$$

术后时间	时间段末应随访次数
1 月	4 次
1－3 月	8 次
3－6 月	11 次
6－12 月	14 次
1－2 年	18 次
2－5 年	24 次
>5 年	* *

＊＊术后时间5年后，每半年随访一次，应随访次数依次累积。

【指标导向】逐步提高

（5）受者失访率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】肝脏移植手术后一定时间内失访的受者人数占同期肝脏移植手术受者总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{受者失访率} = \frac{\text{肝脏移植手术后一定时间内失访的受者人数}}{\text{同期肝脏移植手术受者总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】在CLTR系统中标记为“失访”的受者视为失访，除标记为“死亡”、“存活，再移植”的受者外，超过1年未更新随访状态的受者也视为失访。

（五）肾脏移植技术医疗质量控制指标

1. 冷热缺血时间

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】热缺血时间≤10分钟（min）、冷缺血时间≤24小时（h）的肾脏移植人数分别占同期肾脏移植总人数的比例。

【计算方法】

1. 热缺血时间≤10min的比例

$$\text{热缺血时间}\leqslant 10\text{min 的比例} = \frac{\text{热缺血时间}\leqslant 10\text{min 的人数}}{\text{同期肾脏移植总人数}} \times 100\%$$

2. 冷缺血时间≤24h的比例

$$\text{冷缺血时间}\leqslant 24\text{h 的比例} = \frac{\text{冷缺血时间}\leqslant 24\text{h 的人数}}{\text{同期肾脏移植总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

【指标说明】

（1）热缺血时间：从供体心跳停止或肾动脉阻断（亲属间活体捐献）到冷灌注的时间。

（2）冷缺血时间：从供肾冷灌注开始到植入体内恢复血液再灌注的时间。

2. 亲属间活体捐献者重大并发症发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】亲属间活体肾脏捐献者，术后 30 天内发生的重大并发症的人数占同期亲属间活体肾脏捐献者总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{亲属间活体捐献者重大并发症发生率} = \frac{\text{亲属间活体肾脏捐献者术后30天内重大并发症发生人数}}{\text{同期亲属间活体肾脏移植总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】亲属间活体捐献者重大并发症包括围手术期死亡和 2000ml 以上的大出血。

3. 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

4. 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】

$$\text{DGF发生率} = \frac{\text{肾脏移植术后DGF受者人数}}{\text{同期肾脏移植总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【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 400μmol/L 以下。

5. 血管并发症发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】肾脏移植术后 1 年内发生血管并发症的受者人数占同期肾脏移植总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{血管并发症发生率} = \frac{\text{肾脏移植术后 1 年内血管并发症的受者人数}}{\text{同期肾脏移植总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】肾脏移植术后血管并发症主要包括：移植肾动静脉破裂和血栓、移植肾动脉狭窄、移植肾动脉瘤。

6. 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】

$$\text{急性排斥反应发生率} = \frac{\text{肾脏移植术后 1 年内急性排斥反应的受者人数}}{\text{同期肾脏移植总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【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。

7. 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】

$$\text{术后感染发生率} = \frac{\text{肾脏移植术后 100 天内发生感染的受者人数}}{\text{同期肾脏移植总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【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。

8. 中国肾脏移植科学登记系统（CSRKT）数据报送质量指标

（1）数据完整度

【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】

$$\text{数据完整度} = \frac{\text{所有病例的完整度得分累计值}}{\text{同期肾脏移植总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【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%。

（2）数据及时性

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】完成肾脏移植手术后 72 小时内向 CSRKT 系统报送患者数占同期肾脏移植总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{数据及时性} = \frac{\text{术后 72 小时内报送的患者数}}{\text{同期肾脏移植总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

（3）数据真实性

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】向 CSRKT 系统所报送数据的真实性总得分与同期肾脏移植总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{数据真实性} = \frac{\Sigma \text{ 每例肾脏移植病例数据真实性得分}}{\text{同期肾脏移植总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】数据真实性采取加权赋分，依据以下两项内容进行考察，各占 50%：

（1）查看所有病例相关数据报送情况是否合理，例如身高、体重、热缺血时间、冷缺血时间、手术时间、术后并发症等重要参数是否在合理的阈值。

（2）按比例随机抽取各移植中心报送 CSRKT 系统的肾脏移植病例，数据管理员提供所抽取病例的生存情况证明（如最近一次检查化验单）上交至国家肾脏移植质控中心，根据重要参数比对情况给出真实性得分。各中心随机抽取病例数的标准如下图：

肾脏移植受者真实性抽取例数标准

统计时段内移植总数（例）	抽取比例（%）	抽取总数（例）
<10	100	—
10 – 50	—	10
50 – 100	20	—
>100	—	20

（4）受者总体随访质量

【指标属性】定量指标

【计量单位】分值

【指标定义】该医疗机构所有病例的随访质量得分的平均值。

【计算方法】

$$\text{受者总体随访质量} = \frac{\text{随访质量得分总和}}{\text{该机构同期肾脏移植总人数}}$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】每例肾脏移植的随访质量得分 =（实际随访次数/应随访次数）×（实际录入的随访参数/应录入的随访参数）。

9. 移植肾生存率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】接受肾脏移植手术后，在某段时间（1 年、3 年、5 年等），移植肾脏的生存率。

【计算方法】采用乘积极限法（Kaplan – Meier 法）计算

【指标导向】逐步提高

【指标说明】生存率需要和生存概率加以区别。例如：已知某医疗机构在术后 1

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

（六）心脏移植技术医疗质量控制指标

1. 伦理委员会决议通过率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{伦理委员会决议通过率} = \frac{\text{通过伦理委员会讨论的心脏移植手术人数}}{\text{同期心脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

【指标说明】具备心脏移植机构的单位必须根据相关规定成立器官移植技术临床应用伦理委员会，在实施心脏移植手术前，需要经过伦理委员会充分论证实施手术的合理性和必要性。

2. 术前有创肺动脉压监测率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，术前进行有创肺动脉压监测的人数占心脏移植总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{术前有创肺动脉压监测率} = \frac{\text{术前进行有创肺动脉压监测的人数}}{\text{同期心脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

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

3. 术前心肺运动试验检查率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

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

【计算方法】

$$\text{术前 CPET 检查率} = \frac{\text{术前进行 CPET 检查的心脏移植手术人数}}{\text{同期心脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】对不存在心肺运动试验禁忌证的移植候选者，采用该试验进行心脏移植入选评估，心肺运动试验检查能够帮助了解移植受者心脏以外器官功能状况是否正常或及时治疗纠正。

4. 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】

$$\text{供体心脏缺血时间小于等于 6 小时的比例} = \frac{\text{供体心脏缺血时间小于等于 6 小时的心脏移植例数}}{\text{同期心脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【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。

5. 术中术后生命支持应用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】单位时间内，心脏移植术中术后使用体外膜肺氧合（ECMO）、主动脉内球囊反搏（IABP）和连续性肾脏替代治疗（CRRT）的人数占同期心脏移植总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{ECMO 应用率} = \frac{\text{术中术后使用 ECMO 的心脏移植手术人数}}{\text{同期心脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

$$\text{IABP 应用率} = \frac{\text{术中术后使用 IABP 的心脏移植手术人数}}{\text{同期心脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

$$\text{CRRT 应用率} = \frac{\text{术中术后使用 CRRT 的心脏移植手术人数}}{\text{同期心脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

6. 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

7. 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】

$$\text{术后并发症发病率} = \frac{\text{术后出现并发症的心脏移植人数}}{\text{同期心脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【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。

8. 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

9. 术后存活率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】根据术后随访数据计算心脏移植术后 30 天、1 年、3 年、5 年和 10 年存活的心脏移植受者人数占同期应随访心脏移植总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{心脏移植术后（30 天、1 年、3 年、5 年、10 年）存活率} = \frac{\text{术后（30 天、1 年、3 年、5 年、10 年）存活的心脏移植人数}}{\text{同期应随访心脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】心脏移植术后受者管理的目标是指导受者认识疾病，提高依从性，协助随访医师识别排斥反应，减少并发症和治疗，以获得长期生存和较高的生活质量。医疗机构应建立心脏移植术后随访档案，积极引导受者进行定期随访。

10. 中国心脏移植注册登记数据报送质量指标

（1）数据完整度

【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】

$$\text{数据完整度} = \frac{\Sigma \text{ 每例心脏移植手术上报数据完整度得分}}{\text{同期心脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】完整度得分由中国心脏移植质注册登记系统要求填报的移植手术主要参数计算。

（2）数据及时性

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】完成心脏移植手术后 72 小时内向中国心脏移植注册系统报送病例数占同期心脏移植总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{数据及时性} = \frac{\text{及时报送数据的手术例数}}{\text{同期心脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】每例心脏移植手术要求在术后 72 小时内在中国心脏移植注册系统进行数据填报，超过 72 小时为不及时填报。

（3）随访完整度

【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的随访数据完整度得分与同期心脏移植总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{随访完整度} = \frac{\Sigma\ \text{每例心脏移植受者出院随访数据完整度得分}}{\text{同期心脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】心脏移植受者出院后需要定期接受随访，随访完整度得分根据上报到中国心脏移植注册系统受者随访的数据完整度总分计算。

（七）肺脏移植技术医疗质量控制指标

1. 肺脏移植绝对适应证占比

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】符合临床肺脏移植手术绝对适应证的手术人数占同期肺脏移植手术总数的比例。

【计算方法】

$$\text{肺脏移植绝对适应证占比} = \frac{\text{符合肺脏移植手术绝对适应证的手术人数}}{\text{同期肺脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】（1）肺脏移植绝对适应证范围：慢性终末期肺疾病患者经过最优化、最合理治疗，肺功能仍进行性降低，无进一步的内科或外科治疗可能，2 年内因肺部疾病致死的风险极高（ >50%），即应考虑肺脏移植。（2）肺脏移植绝对适应证包括：慢性阻塞性肺疾病（COPD）、α1 抗胰蛋白酶缺乏/肺气肿、间质性肺疾病（ILD）、囊性纤维化（CF）/支气管扩张、肺动脉高压（PAH）等。其中 ILD 包括特发性间质性肺炎和风湿免疫疾病或其他因素继发的间质性肺病。

2. 热缺血时间≤1 分钟（min）比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】热缺血时间≤1min 的肺脏移植手术人数占同期肺脏移植手术总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{热缺血时间}\leq 1\text{min 比例} = \frac{\text{热缺血时间}\leq 1\text{min 的肺脏移植手术人数}}{\text{同期肺脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

3. 冷缺血时间≤12 小时（h）比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】冷缺血时间≤12 小时的肺脏移植手术人数占同期肺脏移植手术总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{冷缺血时间}\leq 12\text{h 比例} = \frac{\text{冷缺血时间}\leq 12\text{h 的肺脏移植手术人数}}{\text{同期肺脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

【指标说明】冷缺血时间是指从供体获取时肺动脉阻断到受体移植时肺动脉开放时的时间。

4. 术中异体输血≤1000 毫升（ml）手术比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】术中输入异体血≤1000ml 的肺脏移植手术例数（包括未输血例数）占同期肺脏移植手术例数的比例。

【计算方法】

$$\text{术中异体输血}\leq 1000\text{ml 的手术比例} = \frac{\text{术中输入异体血}\leq 1000\text{ml 的肺脏移植手术人数}}{\text{同期肺脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

5. 术后二次开胸率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】肺脏移植术后一个月内再次开胸的人数占同期肺脏移植总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后二次开胸率} = \frac{\text{肺脏移植术后一个月内再次开胸的人数}}{\text{同期肺脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

6. 术后 3 个月内感染发生率

【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 3 个月内发生感染的人数占同期肺脏移植总人数的比例。

【计算方法】

1. 术后 3 个月内细菌感染发生率

$$\text{术后 3 个月内细菌感染发生率} = \frac{\text{肺脏移植术后 3 个月内发生细菌感染的人数}}{\text{同期肺脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

2. 术后 3 个月内真菌感染发生率

$$\text{术后 3 个月内真菌感染发生率} = \frac{\text{肺脏移植术后 3 个月内发生真菌感染的人数}}{\text{同期肺脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

3. 术后 3 个月内病毒感染发生率

$$\text{术后 3 个月内病毒感染发生率} = \frac{\text{肺脏移植术后 3 个月内发生病毒感染的人数}}{\text{同期肺脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】肺脏移植术后感染主要包括细菌感染、真菌感染及病毒感染。细菌感染包括血流感染、肺部感染、支气管感染、吻合口感染，常见致病菌包括多重耐药肺炎克雷伯菌、鲍曼不动杆菌和铜绿假单胞菌；真菌感染以曲霉感染为主，包括支气管感染、吻合口感染、侵袭性肺部感染和全身播散性感染；病毒感染包括 CMV 感染、社区获得性呼吸道病毒感染。其中社区获得性呼吸道病毒感染病原体包括：小 RNA 病毒（鼻病毒、肠病毒），冠状病毒科（冠状病毒），副黏病毒科（呼吸道合胞病毒、副流感病毒和肺炎病毒），正黏病毒科（流行性感冒病毒 A、B），腺病毒科（腺病毒）。

7. 术后 6 个月内气道吻合口并发症发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】肺脏移植术后6个月内发生气道吻合口并发症的人数占同期肺脏移植总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后6个月内气道吻合口并发症发生率}=\frac{\text{术后6个月内发生气道吻合口并发症的肺脏移植人数}}{\text{同期肺脏移植手术总人数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步降低

【指标说明】气道吻合并发症包括缺血坏死、裂开、狭窄和软化。

8. 诊断符合率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】诊断符合的人数占同期肺脏移植总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{诊断符合率}=\frac{\text{肺脏移植术后病理诊断与入院诊断符合的人数}}{\text{同期肺脏移植手术总人数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】诊断符合是指肺脏移植患者的术后病理诊断与入院诊断相符合。

9. 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】

$$\text{术后（6月、1年、3年、5年、10年）存活率}=\frac{\text{肺脏移植术后（6月、1年、3年、5年、10年）随访尚存活的肺脏移植患者数}}{\text{同期肺脏移植手术总人数}}\times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

10. 中国肺脏移植注册登记数据报送质量指标

（1）数据完整度

【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】

$$\text{数据完整度} = \frac{\Sigma \text{ 每例肺脏移植手术上报数据完整度得分}}{\text{同期肺脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【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。

（2）数据及时性

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】完成肺脏移植手术后 72 小时内向中国肺脏移植注册系统报送病例数占同期肺脏移植总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{数据及时性} = \frac{\text{及时报送数据的肺脏移植手术例数}}{\text{同期肺脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】每例肺移植手术要求在术后 72 小时内在中国肺移植注册系统进行数据填报，超过 72 小时为不及时填报。

（3）随访完整度

【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的肺脏移植术后随访的例次数占同期肺脏移植术后应当进行随访的总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{患者随访率} = \frac{\text{肺脏移植术后随访的例次数}}{\text{同期肺脏移植术后应进行随访的总例次数}} \times 100\%$$

【指标导向】逐步提高

【指标说明】肺脏移植受者出院后需要定期（每半年一次）接受随访。

（八）其他器官移植技术医疗质量控制指标

评审标准	评审要点	评审方法	得分
第一章　医院管理与持续改进（340 分）			
一、医院功能与任务（12 分）			
1. 医院的功能与任务，符合本区域卫生健康发展规划。医院各部门、各科室和通用医疗服务场所的命名规范，标识清晰、规范、醒目、易懂。			
【概述】 医院主要提供疾病诊治，特别是急危重症和疑难病症的诊疗，突发事件医疗处置和救援以及健康教育等医疗卫生服务，并开展医学教育、医疗卫生人员培训、医学科学研究和对基层医疗卫生机构的业务指导等工作。医院的功能是指医院所具有的对社会提供特定价值的能力，包括但不限于医疗、教学、科研和预防保健。医院的任务是完成政府、社会需要的或指定的事项、工作。医院的功能与任务应符合本区域卫生健康发展规划。医院各部门、各科室和通用医疗服务场所的命名应规范，标识应清晰、规范、醒目、易懂（双语标识：中文、英文）。			
依据但不限于： 《关于下发医疗机构诊疗科目名录的通知》（卫医发〔1994〕第 27 号，1994. 9. 5） 《医疗机构内通用医疗服务场所的命名》（WS/T527－2016，2017. 11. 1 实施） 《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》（自 2020 年 6 月 1 日起施行） 《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18 号，2021. 5. 14） 《关于印发公立医院高质量发展促进行动（2021－2025 年）的通知》国卫医发〔2021〕27 号，2021. 9. 14） 《关于印发“十四五”国家临床专科能力建设规划的通知》（国卫医发〔2021〕31 号，2021. 10. 9） 《关于印发医疗机构设置规划指导原则（2021－2025 年）的通知》（国卫医发〔2022〕3 号，2022. 1. 12） 《关于抓好推动公立医院高质量发展意见落实的通知》（国医改秘函〔2022〕6 号，2022. 2. 9） 《关于规范公立医院分院区管理的通知》（国卫医发〔2022〕7 号，2022. 2. 24） 《医疗机构管理条例》（2022 年 3 月 29 日修订，自 2022 年 5 月 1 日起施行）			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
1. 医院的功能与任务，符合本区域卫生健康发展规划。医院各部门、各科室和通用医疗服务场所的命名规范，标识清晰、规范、醒目、易懂。（4 分）	1. 医院的功能与任务符合卫生健康发展需求、医疗机构设置规划和医疗机构基本标准。 2. 医院诊疗科目符合卫生健康行政部门规定的三级医院基本标准。《医疗机构执业许可证》一级、二级诊疗科目设置齐全。医院开展的诊疗活动须与核准登记或者备案的诊疗科目相一致。 3. 各科室的命名符合医疗机构诊疗科目名录要求，与《医疗机构执业许可证》登记的诊疗科目相符。 4. 医院通用医疗服务场所的命名符合相关要求。各科室、各部门、各场所标识标牌清晰、规范、醒目、易懂（双语标识：中文、英文），与服务区域功能或路径相符。 5. 医院应根据自身功能定位，结合实际确定医院临床专科能力建设方向，制定医院临床专科能力建设规划，加强人才队伍建设，提升医疗技术能力和医疗质量水平。医院评审周期内排序前十位手术的手术级别应以三级、四级手术为主，排序前十位的收治病种应以急危重症、疑难病症为主。	查阅文件、资料 现场检查	
2. 制定医院中长期发展规划与年度工作计划，医院规模和发展目标与医院的功能任务一致。			
【概述】 医院应立足于医院的功能与任务，建立和完善医院的愿景和发展目标，制定医院中长期发展规划，并细化分解到年度工作计划。医院中长期发展规划和年度工作计划应符合医院高质量发展的要求，有推动“三个转变、三个提高”的具体措施，逐步实现发展方式从规模扩张转向提质增效，运行模式从粗放管理转向精细化管理，资源配置从注重物质要素转向更加注重人才技术要素。医院规模和发展目标与医院的功能任务一致。			
依据但不限于： 《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》（自 2020 年 6 月 1 日起施行） 《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18 号，2021. 5. 14） 《关于印发公立医院高质量发展促进行动（2021－2025 年）的通知》（国卫医发〔2021〕27 号，2021. 9. 14） 《关于抓好推动公立医院高质量发展意见落实的通知》（国医改秘函〔2022〕6 号，2022. 2. 9）			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
2. 制定医院中长期发展规划与年度工作计划，医院规模和发展目标与医院的功能任务一致。（2 分）	1. 结合实际制定医院五年发展规划、三年行动计划及年度工作计划，并经职工代表大会或院长办公会通过。 2. 医院中长期发展规划和年度工作计划符合医院高质量发展的要求，有推动“三个转变、三个提高”的具体措施，逐步实现发展方式从规模扩张转向提质增效，运行模式从粗放管理转向精细化管理，资源配置从注重物质要素转向更加注重人才技术要素。 3. 医院规模和发展目标与医院的功能任务一致，充分体现医院的宗旨与愿景，并采取多形式、多途径公示和宣传。 4. 员工知晓医院宗旨、愿景、目标及功能任务。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈	
3. 医院有承担服务区域内急危重症和疑难病症诊疗的仪器设施设备、技术梯队与处置能力。			
【概述】 提供急危重症和疑难病症的诊疗是三级医院的基本功能任务。医院应针对本区域内常见的急危重症和疑难病症合理配置仪器设施设备、技术梯队，并通过岗前培训、专业岗位培训、规范化培训和继续教育等方式，持续提升卫生技术人员服务能力和水平。建立针对疑难复杂疾病、突发传染病等重大疾病的救治与管理制度，形成患者接诊、治疗、转诊、管理的科学流程。			
依据但不限于： 《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》（自 2020 年 6 月 1 日起施行） 《关于印发公立医院高质量发展促进行动（2021－2025 年）的通知》（国卫医发〔2021〕27 号，2021. 9. 14） 《关于印发“十四五”国家临床专科能力建设规划的通知》（国卫医发〔2021〕31 号，2021. 10. 9）			
3. 医院有承担服务区域内急危重症和疑难病症诊疗的仪器设施设备、技术梯队与处置能力。（3 分）	1. 具备承担服务区域内急危重症和疑难病症诊疗的仪器设施设备、技术梯队。 2. 具备承担服务区域急危重症和疑难病症诊疗的处置能力，提供 24 小时急危重症诊疗服务。 3. 建立针对疑难复杂疾病、突发传染病等重大疾病的救治与管理制度，形成患者接诊、治疗、转诊、管理的科学流程。不断加强胸痛、卒中、创伤等救治中心建设，构建快速、高效、广覆盖的急危重症医疗救治体系。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
4. 遵守国家法律、法规，严格执行各级政府制定的应急预案，按照平战结合、平急结合、防治结合的要求，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。			
【概述】 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是医院必须具备的能力和责任，医院应严格执行各级政府制定的应急预案，按照应急统一指挥开展应急处置，完成政府指令性任务。			
依据但不限于： 《国家突发公共事件总体应急预案》（2006. 1. 8） 《中华人民共和国突发事件应对法》（自 2007 年 11 月 1 日起施行） 《突发公共卫生事件应急条例》（2011 年 1 月 8 日修订） 《关于印发突发事件卫生应急预案管理办法的通知》（国卫应急发〔2017〕36 号，自 2017 年 6 月 9 日起施行） 《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》（自 2020 年 6 月 1 日起施行） 《河南省突发公共卫生事件应急办法》（自 2021 年 6 月 10 日起施行） 《关于印发河南省突发事件总体应急预案（试行）的通知》（豫政〔2021〕23 号，自 2021 年 8 月 19 日起实施） 《关于印发河南省突发公共卫生事件应急预案的通知》（豫政办〔2022〕34 号，自 2022 年 4 月 11 日起实施）			
4. 遵守国家法律、法规，严格执行各级政府制定的应急预案，按照平战结合、平急结合、防治结合的要求，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。（3 分）	1. 遵守国家法律、法规，严格执行各级政府制定的应急预案，按照平战结合、平急结合、防治结合的要求，建立健全应对突发公共卫生事件与重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治响应机制，定期组织应急预案培训与演练。 2. 医院紧急医疗救援与紧急救治的物资储备充足、完备，在有效期内，且便于转运、携带。 3. 建立医院突发公共卫生事件和重大事故灾害医疗救治专业技术队伍，承担突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治工作。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 员工操作 模拟演练	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
二、坚持医院公益性（3 分）			
5. 坚持医院的公益性，履行相应的社会责任和义务。承担援疆、援藏、为下级医院培养卫生技术人员等政府指令性任务，制定并落实相关制度、方案，并有具体措施予以保障。			
【概述】 医疗卫生与健康事业应坚持以人民为中心，为人民健康服务。医疗卫生事业应坚持公益性原则。医院的公益性包括但不限于保障公民的健康需要，提供公平可及、优质高效的医疗卫生服务。承担援疆、援藏、为下级医院培养卫生技术人员等政府指令性任务是医院公益性的体现，医院应制定并落实相关制度、方案，并有具体措施予以保障。			
依据但不限于： 《国务院办公厅关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》（国办发〔2015〕38 号，2015. 5. 6） 《关于开展制定医院章程试点工作的指导意见》（国卫办医发〔2018〕12 号，2018. 5. 14） 《关于印发公立医院章程范本的通知》（国卫办医函〔2019〕871 号，2019. 12. 3） 《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》（自 2020 年 6 月 1 日起施行） 《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18 号，2021. 5. 14）			
5. 坚持医院的公益性，履行相应的社会责任和义务。承担援疆、援藏、为下级医院培养卫生技术人员等政府指令性任务，制定并落实相关制度、方案，并有具体措施予以保障。（3 分）	1. 医院章程中有坚持以人民为中心、为人民健康服务、坚持医院公益性、把社会效益放在首位的具体描述。医院文化建设和服务宗旨、发展规划体现医院的公益性，把维护人民群众健康权益放在第一位。 2. 制定并落实保障基本医疗服务的制度与规定；有以患者为中心、优化质量、保障安全、改进服务、降低成本、改善患者就医体验的具体措施并落实。医院住院和门诊患者次均费用年均增幅低于河南省 GDP 年均增幅。 3. 承担援疆、援藏、为下级医院培养卫生技术人员等政府指令性任务，有指定部门和人员负责，制定并落实相关制度、方案，有具体措施予以保障。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 数据核查 系统追踪	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
6. 贯彻落实《人体器官移植条例》《关于进一步推进人体器官捐献工作的意见》等要求，鼓励医院开展人体器官捐献工作。医院应积极、规范开展人体器官捐献工作，加大宣传推动力度，普及人体器官捐献知识，传播器官捐献的理念。			
【概述】 人体器官捐献是社会公益性事业，它挽救生命、惠及民生，是事关人民群众根本利益的大事；它彰显博爱、倡导奉献，是事关社会文明进步的大事。人体器官移植是挽救终末期器官衰竭患者的重要手段，构建完善的人体器官捐献移植体系能够造福于患者。人体器官捐献应遵循自愿、无偿的原则。医院要高度重视，积极支持、开展人体器官捐献工作，加大宣传推动力度，普及人体器官捐献知识，传播器官捐献的理念，提高社会、公民对人体器官捐献重要性及科学性的认识。			
依据但不限于： 《人体器官移植条例》（自 2007 年 5 月 1 日起施行） 中国红十字会总会卫生部《关于进一步推进人体器官捐献工作的意见》（中红字〔2012〕39 号，2012. 8. 1） 《关于印发人体器官获取组织基本要求和质量控制指标的通知》（国卫办医函〔2019〕197 号，2019. 2. 26） 《关于印发人体捐献器官获取与分配管理规定的通知》（国卫医发〔2019〕2 号，自 2019 年 3 月 1 日起施行） 河南省卫生健康委等三部门《关于印发河南省人体器官捐献与获取管理规定（试行）的通知》（豫卫医〔2019〕29 号，自 2019 年 7 月 26 日起施行） 《关于印发人体器官移植技术临床应用管理规范（2020 年版）的通知》（国卫办医函〔2020〕705 号，自 2020 年 8 月 24 日起施行） 中国红十字会总会国家卫生健康委《关于印发人体器官捐献登记管理办法的通知》（中红字〔2021〕1 号，自 2021 年 1 月 7 日起施行） 《关于印发 2022 年国家医疗质量安全改进目标的通知》（国卫办医函〔2022〕58 号，2022. 3. 1）			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
6. 贯彻落实《人体器官移植条例》《关于进一步推进人体器官捐献工作的意见》等要求，鼓励医院开展人体器官捐献工作。医院应积极、规范开展人体器官捐献工作，加大宣传推动力度，普及人体器官捐献知识，传播器官捐献的理念。（加分项）	1. 贯彻落实《人体器官移植条例》《关于进一步推进人体器官捐献工作的意见》等要求，鼓励医院开展人体器官（肾脏、肝脏、心脏、肺脏、胰腺、小肠）捐献工作。医院应积极推进人体器官捐献工作的开展，多形式、多渠道进行宣传，普及人体器官捐献知识，传播器官捐献的理念。 2. 在重症医学科、神经内科、神经外科、急诊科、儿科等醒目位置设置专栏、展板或利用视频等，普及器官捐献知识，传播器官捐献理念，提高社会、公民对人体器官捐献重要性及科学性的认识。医院及其医务人员应积极配合、规范开展人体器官捐献工作，参加相关培训。发现潜在捐献者时，主动向省级卫生健康行政部门指定的服务区域内的人体器官获取组织（OPO）报告。医院要将人体器官捐献工作纳入科室评先和个人评优评先考核指标。 3. **合法合规成功捐献人体器官，每例加 5 分；成功捐献人体器官 >3 例，从第 4 例开始每例加 6 分。** 4. 按照要求制定并规范监测人体器官捐献、获取与移植技术质量控制指标。采用医疗质量管理工具进行科学管理与评估，加强质控指标应用和数据收集、分析、反馈。 **重点核查：**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实现器官捐献的人数与院内死亡人数比。	查阅资料 现场检查 调查访谈 数据核查 系统追踪	
三、完成政府指令性任务（10 分）			
7. 将对口支援下级医院和支援社区卫生服务工作、慢性病管理工作纳入院长目标责任制与医院年度工作计划，有实施方案，明确专人负责。			
【概述】 对口支援工作是医院公益性的体现，医院应将其纳入院长目标责任制和医院年度工作计划，持续提升受援医院外转率高、就医需求大的常见病、多发病的诊疗能力，以及急危重症患者的抢救能力、重大疫情防控救治能力、重大突发公共事件应急处置能力等。社区卫生健康服务是城市卫生工作的重要组成部分，是实现人人享有基本医疗卫生服务目标的基础环节。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
依据但不限于： 《“健康中国2030”规划纲要》（2016. 10. 25） 《国务院关于实施健康中国行动的意见》（国发〔2019〕13号，2019. 6. 24） 《关于推进健康中原行动的实施意见》（豫政〔2019〕26号，2019. 12. 12） 《健康中原行动推进委员会关于印发健康中原行动（2020—2030年）的通知》（豫健委〔2020〕2号，2020. 5. 18） 中共中央办公厅国务院办公厅印发《关于加快推进乡村人才振兴的意见》（中办发〔2021〕9号，2021. 2. 23） 《关于印发河南省城市医院对口支援县乡医疗机构工作方案（2021－2025年）的通知》（豫卫医〔2021〕22号，2021. 6. 2） 国家卫生健康委等五部门《关于印发“十四五”时期三级医院对口帮扶县级医院工作方案的通知》（国卫医函〔2021〕262号，2021. 12. 16）			
7. 将对口支援下级医院和支援社区卫生服务工作、慢性病管理工作纳入院长目标责任制与医院年度工作计划，有实施方案，明确专人负责。（3分）	1. 将对口支援下级医院和支援社区卫生服务工作、慢性病管理工作纳入院长目标责任制管理和医院年度工作计划。 2. 根据受援医院的实际情况，双方制定具体的技术指导、人才培养及管理帮扶目标和实施方案，签订《对口支援工作协议书》，明确帮扶职责、目标、任务、工作岗位，建立考核机制，定期考核评估帮扶效果。 3. 制定并落实慢性病管理的具体实施方案。 4. 有指定部门和专门人员负责对口支援下级医院和支援社区卫生服务工作、慢性病管理工作。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈	
8. 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、报告等任务。定期对员工进行传染病、食源性疾病防治知识、技能培训与处置演练。			
【概述】 医院承担与医疗救治有关的传染病防治工作和责任区域内的传染病预防工作。医院应根据相关法律、法规，承担传染病、食源性疾病的发现、救治、报告等任务。定期对员工进行传染病、食源性疾病防治知识、技能培训与处置演练。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
依据但不限于： 《中华人民共和国突发事件应对法》（自 2007 年 11 月 1 日起施行） 《突发公共卫生事件应急条例》（2011 年 1 月 8 日修订） 《中华人民共和国传染病防治法》（2013 年 6 月 29 日修正） 《关于印发食源性疾病监测报告工作规范（试行）的通知》（国卫食品发〔2019〕59 号，自 2020 年 1 月 1 日起施行） 《中华人民共和国食品安全法》（2021 年 4 月 29 日修正） 《河南省突发公共卫生事件应急办法》（自 2021 年 6 月 10 日起施行）			
8. 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、报告等任务。定期对员工进行传染病、食源性疾病防治知识、技能培训与处置演练。（5 分）	1. 根据相关法律、法规、规章等，结合实际制定传染病、食源性疾病发现、救治、报告等制度、流程和规范。 2. 建立食源性疾病监测报告工作制度，指定具体部门和人员负责食源性疾病监测报告工作，做好食源性疾病信息的登记、审核检查、网络报告等管理工作。 3. 定期对员工进行传染病、食源性疾病防治知识、技能培训与处置演练。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 员工操作	
9. 加强医联体建设，实行分级诊疗，建立并落实双向转诊制度与相关服务流程，提升医联体内基层医疗卫生机构服务能力，促进优质医疗资源扩容和下沉。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
【概述】 医联体建设应坚持以人民健康为中心，优化资源结构布局，引导优质医疗资源下沉，推进疾病预防、治疗、管理相结合，逐步实现医疗质量同质化管理。医联体包括但不限于城市医疗集团、县域医疗共同体（或县域医疗卫生共同体）、专科联盟和远程医疗协作网。医院应重视和加强医联体建设，实行分级诊疗，建立并落实双向转诊制度与相关服务流程，提升医联体内基层医疗卫生机构服务能力，促进优质医疗资源扩容和下沉。			
依据但不限于： 《国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》（国办发〔2015〕70 号，2015. 9. 8） 《国务院办公厅关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》（国办发〔2017〕32 号，2017. 4. 23） 《关于进一步做好分级诊疗制度建设有关重点工作的通知》（国卫医发〔2018〕28 号，2018. 8. 7） 《关于印发医疗联合体管理办法（试行）的通知》（国卫医发〔2020〕13 号，自 2020 年 8 月 1 日起施行）			
9. 加强医联体建设，实行分级诊疗，建立并落实双向转诊制度与相关服务流程，提升医联体内基层医疗卫生机构服务能力，促进优质医疗资源扩容和下沉。（2 分）	1. 根据国家医联体建设相关要求，参与医联体建设并制定相关规划。医联体建设应坚持以人民健康为中心，优化资源结构布局，引导优质医疗资源下沉，推进疾病预防、治疗、管理相结合，逐步实现医疗质量同质化管理。 2. 实行分级诊疗，建立健全并有效落实双向转诊制度与相关服务流程。牵头医院应逐步减少常见病、多发病、病情稳定的慢性病患者比例，主动将急性病恢复期患者、术后恢复期患者及危重症稳定期患者及时转诊至下级医疗卫生机构继续治疗和康复，为患者提供疾病诊疗—康复—长期护理连续性服务。同时负责医联体内医疗质量管理，按照有关规定、标准加强医疗质量管理，提升区域内医疗质量同质化水平。 3. 牵头医院应充分发挥技术辐射带动作用，加强对成员单位的指导，通过专科共建、教育培训协同合作、科研项目协作等多种方式，重点帮扶提升成员单位医疗服务能力与管理水平。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
四、医院质量安全管理与持续改进（33 分）			
依据但不限于： 《医疗质量管理办法》（自 2016 年 11 月 1 日起施行） 《关于印发医疗质量安全核心制度要点的通知》（国卫医发〔2018〕8 号，2018. 4. 18） 《国务院办公厅关于加强三级公立医院绩效考核工作的意见》（国办发〔2019〕4 号，2019. 1. 16） 《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》（自 2020 年 6 月 1 日起施行） 《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18 号，2021. 5. 14） 《关于印发公立医院高质量发展促进行动（2021－2025 年）的通知》（国卫医发〔2021〕27 号，2021. 9. 14） 《关于抓好推动公立医院高质量发展意见落实的通知》（国医改秘函〔2022〕6 号，2022. 2. 9） 《关于印发 2022 年国家医疗质量安全改进目标的通知》（国卫办医函〔2022〕58 号，2022. 3. 1）			
10. 有医院质量与安全管理体系，落实医院质量管理主体责任，实行医院质量管理院、科两级责任制。			
【概述】 根据《医疗质量管理办法》等要求，实行医院质量管理院、科两级责任制，建立健全全院、全程和全员的医院质量与安全管理体系，包括组织架构、部门分工、制度、职责、流程等。各部门根据职责分工制定工作计划并落实，定期开展检查、督导、评价、数据采集与分析反馈，通过风险管控和绩效奖惩等措施推动医院质量持续改进。			
10. 有医院质量与安全管理体系，落实医院质量管理主体责任，实行医院质量管理院、科两级责任制。（2 分）	1. 建立医院质量与安全管理体系，医院质量管理组织架构体现决策层、控制层、执行层，人员组成合理，职责明确。 2. 落实医院质量与安全管理主体责任，实行医院质量管理院、科两级责任制。结合实际制定并落实医院质量与安全管理方案，包括但不限于质量与安全管理目标、质控数据指标、考核标准、考核办法等。 3. 有效落实国家医疗质量安全改进目标和各专业质控工作改进目标，着力推进目标管理，以目标为切入点开展医疗质量安全系统改进工作，持续提升医疗质量安全管理水平。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 数据核查 系统追踪	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
11. 设立医院质量与安全管理委员会，人员组成合理，职责明确。医院质量与安全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。			
【概述】 医院质量与安全管理委员会负责承接、配合各级质控组织开展质量与安全工作，并发挥统筹协调作用。医院质量与安全管理委员会人员组成合理，职责明确。			
11. 设立医院质量与安全管理委员会，人员组成合理，职责明确。医院质量与安全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。（6 分）	1. 医院质量与安全管理委员会人员组成合理，职责明确，并由指定部门具体负责日常工作。医院质量与安全管理委员会负责承接、配合各级质控组织开展工作，并统筹协调各质量与安全管理委员会开展质量与安全管理工作。 2. 医院各质量与安全管理委员会健全、人员组成合理、职责明确，各质量与安全管理委员会包括但不限于医疗质量与安全管理委员会、护理质量与安全管理委员会、医疗技术临床应用管理委员会、医学伦理委员会、感染预防与控制委员会、药事管理与药物治疗学委员会、临床用血管理委员会、生物安全委员会、病案管理委员会、医学装备管理委员会、医疗器械临床使用管理委员会、医用耗材管理委员会、运营管理委员会、全面预算管理委员会、价格管理委员会等。 3. 各委员会定期进行检查、评价、考核、指导、分析、反馈，并督导整改措施的落实，实施跟踪问效。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈	
12. 医院各科室、各部门成立质量与安全管理小组，人员组成合理，职责明确。			
【概述】 医院各科室、各部门应成立质量与安全管理小组，科主任（部门负责人）是本科室（部门）质量与安全管理第一责任人，结合医院质量与安全管理方案，制定本科室（部门）质量与安全管理工作计划并组织落实。定期对本科室（部门）质量与安全管理工作进行自查，针对存在问题制定整改措施，持续改进有成效。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
12. 医院各科室、各部门成立质量与安全管理小组，人员组成合理，职责明确。（6 分）	1. 医院各科室、各部门成立质量与安全管理小组，人员组成合理，职责明确。科主任（部门负责人）为第一责任人，负责本科室（部门）质量与安全管理工作。 2. 结合医院质量与安全管理方案，制定本科室（部门）质量与安全管理工作计划并组织落实。 3. 科室（部门）对质量与安全管理工作进行自查，针对存在问题、薄弱环节等，有效落实改进措施，持续改进工作。 4. 主管部门定期对科室（部门）质量与安全管理工作进行检查、评价、考核、指导、分析、反馈，并督导整改措施的落实，实施跟踪问效。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈	
13. 建立健全质量与安全管理人员培训和考核制度，充分发挥专业人员在质量与安全管理工作中的作用。			
【概述】 医院质量与安全管理具有专业和管理双重属性，专业人员是医院质量与安全管理工作的主体，须接受专门的管理知识与技能培训，包括但不限于管理学知识、管理工具应用、数据管理和必要的统计分析等培训。医院要建立质量与安全管理知识与技能培训考核制度，持续提升质量管理的能力和水平。			
13. 建立健全质量与安全管理人员培训和考核制度，充分发挥专业人员在质量与安全管理工作中的作用。（3 分）	1. 结合实际建立健全并落实医院质量与安全管理人员知识与技能培训考核制度，有计划、有方案。 2. 医院领导、职能部门管理人员及科室（部门）质量管理小组人员等质量与安全管理人员，要接受全面质量管理培训与教育；能够运用质量管理方法与工具开展质量管理与自我评价。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 员工操作	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
14. 建立医院质量内部现场检查和公示制度。			
【概述】 内部现场检查和公示是医院开展医院质量自我管理、公开质量信息、督促员工自我改进的重要方法，有助于调动科室（部门）和员工质量持续改进工作的积极性。			
14. 建立医院质量内部现场检查和公示制度。（3 分）	1. 建立并落实医院质量内部现场检查制度。 2. 建立医院质量内部公示、通报制度，对各科室（部门）医院质量关键指标的完成情况予以内部公示、通报。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 数据核查 系统追踪	
15. 强化基于电子病历和医院管理为核心的医院信息平台建设，满足医院质量管理与控制工作需要。			
【概述】 医院质量管理相关数据指标信息是开展医院质量管理与控制工作的基础，医院应利用信息化手段快速、准确地获取相关数据指标，促进医院质量管理工作科学化、标准化、精细化程度的持续改进和提升。			
依据但不限于： 《关于印发医院信息平台应用功能指引的通知》（国卫办规划函〔2016〕1110 号，2016. 10. 18） 《关于印发电子病历应用管理规范（试行）的通知》（国卫办医发〔2017〕8 号，自 2017 年 4 月 1 日起施行） 《关于印发医院信息化建设应用技术指引（2017 年版）的通知》（国卫办规划函〔2017〕1232 号，2017. 12. 13） 《关于印发全国医院信息化建设标准与规范（试行）的通知》（国卫办规划发〔2018〕4 号，2018. 4. 2） 《关于进一步推进以电子病历为核心的医疗机构信息化建设工作的通知》（国卫办医发〔2018〕20 号，2018. 8. 22） 《国务院办公厅关于加强三级公立医院绩效考核工作的意见》（国办发〔2019〕4 号，2019. 1. 16） 《关于印发全国医院数据上报管理方案（试行）的通知》（国卫办规划函〔2019〕380 号，2019. 4. 19） 《关于印发全国医院上报数据统计分析指标集（试行）的通知》（国卫办规划函〔2019〕383 号，2019. 4. 23） 《关于印发医院信息互联互通标准化成熟度测评方案（2020 年版）的通知》（国卫统信便函〔2020〕30 号，2020. 7. 30） 《中华人民共和国数据安全法》（自 2021 年 9 月 1 日起施行） 《关键信息基础设施安全保护条例》（自 2021 年 9 月 1 日起施行） 《中华人民共和国个人信息保护法》（自 2021 年 11 月 1 日起施行）			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
《关于印发2022年国家医疗质量安全改进目标的通知》（国卫办医函〔2022〕58号，2022.3.1） 《关于印发医疗机构检查检验结果互认管理办法的通知》（国卫医发〔2022〕6号，自2022年3月1日起施行） 《关于印发国家三级公立医院绩效考核操作手册（2022版）的通知》（国卫办医函〔2022〕92号，2022.3.30）			
15. 强化基于电子病历和医院管理为核心的医院信息平台建设，满足医院质量管理与控制工作需要。（4分）	1. 按照医院信息化建设标准与规范要求，加强以电子病历为核心的医院信息平台建设。基于电子病历和医院管理为核心的医院信息平台建设符合《全国医院信息化建设标准与规范（试行）》等要求，功能具备《医院信息平台应用功能指引》等要求，技术符合《医院信息化建设应用技术指引（2017年版）》等要求。 2. 医院信息平台能够提供医院质量管理与控制工作所需的数据信息，数据符合《全国医院数据上报管理方案（试行）》《全国医院上报数据统计分析指标集（试行）》等要求。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 数据核查 系统追踪 病历检查 病案检查	
16. 定期对医院质量信息数据指标进行评估，开展内部验证并及时分析和反馈；对医院质量问题和医疗安全风险进行评估、排查、预警，采取有效干预措施管控风险并评估效果，促进医院质量持续改进。			
【概述】 医院质量管理是一个持续改进的过程，需要定期进行评估，以便掌握当前工作情况，及时调整下一步工作方向和重点，对医院质量问题和医疗安全风险进行评估、排查、预警，采取有效干预措施管控风险并评估效果。适时对医院质量信息数据指标开展内部验证，保障质量信息数据指标真实、可信、有效、可用，为医院决策提供科学支持。			
16. 定期对医院质量信息数据指标进行评估，开展内部验证并及时分析和反馈；对医院质量问题和医疗安全风险进行评估、排查、预警，采取有效干预措施管控风险并评估效果，促进医院质量持续改进。（4分）	1. 定期对医院质量信息数据指标进行评估，开展内部验证并及时分析和反馈。 2. 对医疗质量问题和医疗安全风险进行评估、排查、预警，采取有效干预措施管控风险并评估效果，保障质量信息数据指标真实、可信、有效、可用，为医院决策提供科学支持，促进医疗质量的持续改进。	查阅资料 现场检查 调查访谈 数据核查 系统追踪	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
17. 建立非惩罚性医院质量（安全）不良事件信息采集、记录和报告相关制度和激励机制。对医院质量（安全）不良事件等进行统计分析、信息共享和持续改进。			
【概述】 医院质量（安全）不良事件管理是医疗安全的核心内容，医院须建立非惩罚性医院质量（安全）不良事件报告制度与流程，通过对医院质量（安全）不良事件的收集、分析、反馈，促进医院质量持续改进和提升。			
依据但不限于： 《医疗质量管理办法》（自 2016 年 11 月 1 日起施行） 《“健康中国 2030”规划纲要》（2016. 10. 25） 《关于进一步加强患者安全管理工作的通知》（国卫办医发〔2018〕5 号，2018. 4. 12） 《关于进一步加强医疗机构护理工作的通知》（国卫办医发〔2020〕11 号，2020. 8. 21） 《医疗器械监督管理条例》（自 2021 年 6 月 1 日起施行）			
17. 建立非惩罚性医院质量（安全）不良事件信息采集、记录和报告相关制度和激励机制。对医院质量（安全）不良事件等进行统计分析、信息共享和持续改进。（5 分）	1. 建立非惩罚性医院质量（安全）不良事件报告制度与流程，对医院质量（安全）不良事件的信息采集、记录、报告等有明确规定；相关部门职责明确。 2. 有医院质量（安全）不良事件分类目录，员工知晓。鼓励主动上报医院质量（安全）不良事件，建立激励机制。 3. 有便于报告医院质量（安全）不良事件的平台和途径。 4. 建立持续改进医院质量（安全）不良事件相关因素的机制，对医院质量（安全）不良事件等进行统计分析、反馈利用、信息共享，查找医院质量与安全管理上存在的漏洞和薄弱环节，持续改进，并有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 数据核查 系统追踪	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
五、医院服务（40 分）			
依据但不限于： 《安全标志及其使用导则》（GB2894－2008，2009. 10. 1 实施） 《医院急诊科规范化流程》（WS/T390－2012，2013. 2. 1 实施） 《医疗机构患者活动场所及坐卧设施安全要求》（WS444－2014，2014. 12. 1 实施） 《综合医院建筑设计规范》（GB51039－2014，2015. 8. 1 实施） 《消防安全标志第一部分：标志》（GB13495. 1－2015，2015. 8. 1 实施） 《病原微生物实验室生物安全标识》（WS589－2018，2018. 8. 1 实施） 《医疗纠纷预防和处理条例》（自 2018 年 10 月 1 日起施行） 《医疗机构门急诊医院感染管理规范》（WS/T591－2018，2018. 11. 1 实施） 《国务院办公厅关于加强三级公立医院绩效考核工作的意见》（国办发〔2019〕4 号，2019. 1. 16） 《关于开展医疗卫生机构厕所整洁专项行动的通知》（国卫办规划函〔2019〕295 号，2019. 3. 18） 《医疗机构投诉管理办法》（自 2019 年 4 月 10 日起施行） 《关于进一步完善预约诊疗制度加强智慧医院建设的通知》（国卫办医函〔2020〕405 号，2020. 5. 21） 《河南省医疗纠纷预防与处理办法》（自 2020 年 9 月 1 日起施行） 《关于印发河南省提升医疗服务十大举措的通知》（豫卫医〔2021〕9 号，2021. 3. 7） 《关于印发河南省提升医疗服务十大举措评价细则（2021 年版）的通知》（豫卫医函〔2021〕86 号，2021. 7. 5） 《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18 号，2021. 5. 14） 《关于实施进一步便利老年人就医举措的通知》（国卫办医函〔2021〕311 号，2021. 6. 15） 《综合医院建设标准》（建标 110－2021，自 2021 年 7 月 1 日起施行） 《关于规范使用院前医疗急救标识的通知》（国卫办医函〔2021〕475 号，2021. 8. 30） 《关于印发医疗机构投诉接待处理“十应当”的通知》（国卫办医函〔2021〕485 号，2021. 9. 3） 国家卫生健康委等八部门《关于推进医院安全秩序管理工作的指导意见》（国卫医发〔2021〕28 号，2021. 9. 22） 《关于印发医疗卫生机构信息公开基本目录的通知》（国卫办政务发〔2022〕1 号，2022. 1. 14） 《关于印发医疗机构检查检验结果互认管理办法的通知》（国卫医发〔2022〕6 号，自 2022 年 3 月 1 日起施行） 《关于印发医疗机构门诊质量管理暂行规定的通知》（国卫办医发〔2022〕8 号，自 2022 年 6 月 6 日起施行）			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
18. 建立门诊质量管理制度，完善门诊质量管理体系。把门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。			
【概述】 门诊质量管理是指按照门诊质量形成的规律和有关法律、法规要求，运用现代科学管理方法，对门诊服务要素、过程和结果进行管理与控制，以实现门诊质量持续改进的过程。加强医院门诊质量管理，能够提高门诊医疗服务质量，保障医疗安全。门诊工作的主体是临床各科室医务人员，把门诊工作质量纳入临床各科室质量管理范围符合疾病诊疗规律和管理要求，有助于提高门诊医疗质量和服务水平。			
18. 建立门诊质量管理制度，完善门诊质量管理体系。把门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。（7 分）	1. 落实《医疗机构门诊质量管理暂行规定》，将门诊质量管理纳入医疗质量管理工作体系。 2. 建立完善门诊质量管理制度，包括但不限于：医务人员出诊管理制度、号源管理制度、预检分诊制度、门诊医疗文书管理制度、多学科（MDT）门诊制度、特需门诊制度、门诊转诊制度、门诊手术管理制度、门诊突发事件应急预案等。 3. 加强门诊疑难病例管理，建立并有效落实门诊疑难病例会诊制度，提供门诊疑难病例会诊服务，保障患者得到及时诊治。加强门诊就医秩序、门诊临床危急值、药事服务、门诊手术和有创诊疗、门诊静脉输液治疗等管理，保障患者医疗安全。 4. 加强门诊病历等医疗文书管理，开展门诊病历点评及质量控制工作，保障门诊病历内容客观、真实、准确、及时、完整、规范。 5. 在门诊相关区域合理配置抢救仪器设备、药品、物品等，包括但不限于：抢救车（抢救药品、物品等齐全，在有效期内）、简易呼吸器、给氧装置、负压吸引装置等，并确保处于备用状态。医务人员能够及时获取并正确使用。 6. 把门诊工作质量纳入临床各科室质量管理范围，并作为考核科室和医务人员的重要内容。 7. 加强日常监督检查，定期收集、分析、反馈门诊质量数据，推动门诊质量持续改进。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 病历检查 数据核查 系统追踪	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
19. 加强门诊专业人员和技术力量配备，根据门诊患者流量和突发事件调配医疗资源。对门诊医务人员开展相关专业技术和技能培训。			
【概述】 充足的专业人员是确保门诊医疗服务质量与安全的基础，医院应统筹调配资源，在保障门诊服务质量的基础上，提高资源利用效率。持续加强人员培训，提高门诊人员诊疗能力和应对突发紧急情况的能力。			
19. 加强门诊专业人员和技术力量配备，根据门诊患者流量和突发事件调配医疗资源。对门诊医务人员开展相关专业技术和技能培训。（2 分）	1. 针对地域、季节特点，根据门诊患者流量配备适宜数量的门诊专业人员和技术力量，满足门诊患者诊疗需求。 2. 有针对门诊患者流量变化及突发事件的人员、设备等医疗资源的调配机制。合理分流患者，有措施保障门诊重点区域和高峰时段的诊疗秩序和连贯性，缩短患者无效等候时间。定期分析门诊流量和突发事件情况，及时调整门诊医疗资源配置。 3. 对门诊医务人员开展相关专业技术和技能培训，提高其诊疗能力和应对突发紧急情况的能力。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 员工操作 模拟演练	
20. 实施多渠道、多形式的分时段和中长期预约诊疗服务，改善患者就医体验，逐步提高患者预约就诊比例。及时公开医务人员出诊信息。			
【概述】 预约诊疗服务工作是医院以患者为中心开展医疗服务的重要改革措施，对于方便群众就医、提高医疗服务水平具有重大意义。实施预约诊疗服务，有利于患者进行就医咨询，提前安排就医计划，减少候诊时间，也有利于医院提升管理水平，提高工作效率和医疗质量。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
20. 实施多渠道、多形式的分时段和中长期预约诊疗服务，改善患者就医体验，逐步提高患者预约就诊比例。及时公开医务人员出诊信息。（5 分）	1. 制定预约诊疗工作制度和流程，有指定部门和人员负责预约诊疗工作。 2. 有信息化预约管理平台和检查、检验集中预约平台，实现预约号源统一管理与动态调配。至少提供三种以上的预约方式，如：网站、手机、自助机、服务窗口、诊间、河南省预约挂号平台（118114）等。 3. 实施分时段及中长期预约诊疗服务。有提高患者到院 30 分钟内就诊率、引导患者有序就诊、减少院内等候时间、减少人员聚集的具体措施。 4. 提高医技科室工作效率，缩短检验、内镜、超声、CT、核磁等检查的预约等候时间，提供门诊检验检查集中预约、自助预约、诊间预约等多种形式的预约服务，提供一站式检验检查预约服务。 5. 以多种方式向患者提供医务人员出诊信息并及时更新，变动出诊时间要提前公告，方便患者及时获取相关信息。 6. 制定医务人员出诊管理制度，建立门诊医务人员按时出诊考核机制。特殊情况无法出诊有替代方案并及时告知患者。 7. 主管部门有检查、分析、反馈；持续改进有成效。门诊患者平均预约诊疗率逐步提高，门诊患者预约后平均等待时间逐步降低。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 员工操作 数据核查 系统追踪	
21. 优化就诊环境，就诊环境安全、舒适、温馨、清洁。门诊布局科学、合理，符合相关标准和规范，满足工作需要。			
【概述】 医院应营造安全、舒适、温馨、清洁的就诊环境。门诊布局科学、合理，其建筑布局、功能流程、人、物、洁污及流向应符合传染病防控、感染防控、疫情防控和医院卫生学等要求。			
21. 优化就诊环境，就诊环境安全、舒适、温馨、清洁。门诊布局科学、合理，符合相关标准和规范，满足工作需要。（3 分）	1. 门诊布局科学、合理，其建筑布局、功能流程、人、物、洁污及流向应符合传染病防控、感染防控、疫情防控和医院卫生学等要求。 2. 就诊环境安全、舒适、温馨、清洁。候诊区及候诊椅设置合理；能为老年人、残疾人、孕产妇等特殊患者提供积极、适宜的服务。 3. 在显著位置有建筑平面图、就诊指南、服务标识、价格公示等。 4. 医院安全防护设施设置规范，安全警示标志醒目。道路、地面平坦；所有坡道双向设置扶手，有温馨提示（轮椅推患者下坡请倒行，平车推患者下坡请保持头高位）；电梯轿厢、强磁场设备区域等设置醒目警示标志。	查阅资料 现场检查 调查访谈	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
22. 采取有效措施落实《河南省提升医疗服务十大举措》，为患者提供“一站式”综合服务，进一步提升医疗服务，改进医疗服务流程，推动各项便民、惠民医疗服务措施落地见效，增强群众看病就医获得感。			
【概述】 医院要结合实际有效落实《河南省提升医疗服务十大举措》《河南省提升医疗服务十大举措评价细则》，增强主动服务意识，进一步提升医疗服务，改进医疗服务流程，为患者提供“一站式”综合服务，提升便民服务能力，使各项便民惠民措施落地见效，努力使诊疗更加安全、就诊更加便利、沟通更加畅通、体验更加舒适，推动医疗服务高质量发展，持续改善患者就医体验，进一步增强人民群众看病就医的幸福感和获得感。			
22. 采取有效措施落实《河南省提升医疗服务十大举措》，为患者提供“一站式”综合服务，进一步提升医疗服务，改进医疗服务流程，推动各项便民、惠民医疗服务措施落地见效，增强群众看病就医获得感。（7 分）	1. 有效落实《河南省卫生健康委关于印发河南省提升医疗服务十大举措的通知》《关于印发河南省提升医疗服务十大举措评价细则（2021 年版）的通知》，结合实际细化、实化、量化具体措施，确保各项措施可落实、可操作、可执行、见成效。 （1）预约服务精准化。 （2）支付方式多样化。 （3）门诊取药便捷化。 （4）综合服务集中化。 （5）多学科诊疗（MDT）高效化。 （6）远程医疗常态化。 （7）用血费用报销简约化。 （8）病案复印便民化。 （9）膳食服务科学化。 （10）公共厕所洁净化。 2. 设立门诊服务中心（台），为患者提供就诊接待、引导、医保、物价、异地转诊咨询及慢病相关政策咨询等“一站式”综合服务。按照不少于日均门诊量 0.2% 的比例配备门诊导医人数或智能引导设备数量。相关人员熟知各项业务指引和服务流程。 3. 有各种便民设施与服务。提供轮椅、平车（推车）、饮用水、包裹寄存、针线包、老花镜、笔、纸等便民服务；提供检验检查结果自助打印、代邮寄、电话或网络反馈服务。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
23. 完善患者入院、出院、转科、转院制度与流程，加强转科、转院患者的交接管理，定期检查、评估相关流程，确保流程通畅和连贯。			
【概述】 医院应明确患者入院、出院、转科、转院等服务管理制度与流程，加强患者交接管理，及时传递相关病历与信息，为患者提供连续诊疗服务。			
23. 完善患者入院、出院、转科、转院制度与流程，加强转科、转院患者的交接管理，定期检查、评估相关流程，确保流程通畅和连贯。（3 分）	1. 有患者入院、出院、转科、转院等服务管理制度与流程，并落实。定期检查、评估相关流程，确保流程通畅和连贯，保障患者安全。 2. 患者转运前，医护人员根据病情、转运时间、方式等因素，完成转运风险评估，对在转运中可能出现的风险进行防范；对生命体征不稳定或可能出现不稳定的患者，医护人员应陪同转运，并做好充分的应急准备。 3. 加强转科、转院患者的交接管理，及时传递相关病历与信息，有交接流程和交接清单，过程有记录，可追溯。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪	
24. 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，建立并落实出院患者随访制度。			
【概述】 出院患者管理是医疗服务的延伸，对促进患者康复和提高患者生活质量具有重要意义。医院应加强健康教育，规范出院医嘱和康复指导，建立并落实随访制度。			
24. 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，建立并落实出院患者随访制度。（2 分）	1. 加强出院患者健康教育，普及相关健康知识。 2. 为出院患者提供规范的出院医嘱和康复指导意见，在出院记录中体现。 3. 建立出院患者随访制度并组织实施，有患者随访记录，便于医务人员医疗服务流程和医疗措施的持续改进。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 病历检查 病案检查	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
25. 建立健全医患沟通机制，完善并落实投诉管理制度，落实首诉负责制。投诉相关信息用于医院质量与安全管理的持续改进。			
【概述】 医患沟通是医院服务的组成部分，医院应有效落实《医疗机构投诉管理办法》，实施首诉负责制，建立健全医患沟通机制和投诉管理制度，持续改进医院服务质量。			
25. 建立健全医患沟通机制，完善并落实投诉管理制度，落实首诉负责制。投诉相关信息用于医院质量与安全管理的持续改进。（4 分）	1. 医院投诉的接待处理工作应贯彻“以患者为中心”的理念，遵循合法、公正、及时、便民的原则。贯彻落实《医疗机构投诉接待处理“十应当”》，建立健全医患沟通机制，完善并落实投诉管理制度。 2. 设置投诉管理部门，在投诉接待处理场所醒目位置公示《医疗机构投诉接待处理“十应当”》，主动接受监督。 3. 设置专门的投诉接待场所，在医院显著位置公示投诉接待时间、地点、联系方式和投诉处理程序。 4. 建立“一站式”投诉解决模式，实施首诉负责制，达到统一受理、统一调查、统一协调、统一办理、统一反馈要求。对投诉处置有明确时限规定，告知患者投诉处置结果。 5. 结合实际制定投诉分类标准，从投诉内容、科室部门、时间、人群等不同维度进行定期汇总、分析投诉相关信息，梳理普遍性、焦点性问题，进行系统原因分析，提出改进措施并落实，建立持续改进机制，形成“投诉—分析—整改—避免发生”的闭环管理模式。 6. 主管部门定期汇总、分析投诉信息，并与绩效考核、医师定期考核、评优评先等相结合。对共性的投诉问题组织开展警示教育，持续改进医院质量安全。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪	
26. 落实《医疗纠纷预防和处理条例》，建立健全并有效落实医疗质量安全管理制度，制定医疗纠纷应急处置预案，加强医疗风险管理，完善医疗风险的识别、评估和防控措施的落实，优化服务流程，提高服务水平。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
【概述】 国家建立医疗质量安全管理体系，深化医药卫生体制改革，规范诊疗活动，改善医疗服务，提高医疗质量，预防、减少医疗纠纷。医院及其医务人员在诊疗活动中应坚持以患者为中心，加强人文关怀，严格遵守医疗卫生法律、法规、规章和诊疗相关规范、常规，恪守职业道德，强化医疗风险管控，完善医疗风险的识别、评估和防控措施的落实，优化服务流程，提高服务水平。			
26. 落实《医疗纠纷预防和处理条例》，建立健全并有效落实医疗质量安全管理制度，制定医疗纠纷应急处置预案，加强医疗风险管理，完善医疗风险的识别、评估和防控措施的落实，优化服务流程，提高服务水平。（3 分）	1. 落实《医疗纠纷预防和处理条例》《河南省医疗纠纷预防与处理办法》等，有效识别、评估医院内部存在的医疗风险点，根据负性事件发生的概率、严重性等指标对医疗风险进行分级管控。 2. 建立健全并有效落实医疗质量安全管理制度，设置医疗服务质量监控部门或配备专（兼）职人员，加强对诊断、治疗、护理、药事、检查等工作的规范化管理，加强医疗信息化建设，实现电子病历互联互通、交互共享，优化服务流程，提高服务水平。 3. 制定医疗纠纷应急处置预案，明确医院负责人、科室（部门）负责人和医务人员在医疗纠纷处理中的职责，规范医疗纠纷处理程序。 4. 加强对医务人员医疗卫生法律、法规、规章和诊疗指南、规范的培训，提高其专业素养，加强职业道德教育。医务人员在诊疗活动中应坚持以患者为中心，加强人文关怀，严格遵守医疗卫生法律、法规、规章和诊疗相关规范、常规，恪守职业道德，践行医疗服务承诺。 5. 员工知晓本科室（部门）、本岗位的医疗风险及风险防控措施，包括但不限于医疗风险的知识培训、预警、控制、避让和风险分担等。 6. 定期检查医疗风险的防控措施落实情况，及时消除隐患。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 系统追踪	
27. 定期开展患者和员工满意度调查和监测，制定满意度监测指标，改善患者就医体验和员工感受。			
【概述】 满意度管理是医院提升社会效益、改进工作的途径之一。医院定期开展患者和员工满意度调查和监测，持续改进医院工作，不断改善患者就医体验，充分调动员工工作积极性。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
27. 定期开展患者和员工满意度调查和监测，制定满意度监测指标，改善患者就医体验和员工感受。（4 分）	1. 制定并不断完善满意度调查内容和监测指标，指定部门和人员负责满意度调查工作，职责明确。 2. 定期组织开展多渠道、多形式的满意度调查，包括但不限于： （1）门、急诊患者满意度调查。 （2）住院患者满意度调查。 （3）出院患者满意度调查。 （4）临床科室对医技科室（医学检验、临床用血、医学影像、病理、药学、手术部、消毒供应中心等）满意度调查。 （5）医师对护士满意度调查。 （6）员工对院领导满意度调查（包括但不限于员工对院领导科学民主决策、三重一大事项等的落实）。 （7）临床、医技科室对后勤保障服务满意度调查。 3. 临床科室定期召开住院患者工休座谈会，记录详实、完整。 4. 及时对满意度调查的结果进行收集、汇总、分析和监测，制定并落实改进措施，不断改进医院工作。 5. 患者满意度、员工满意度持续提升，患者就医体验、员工感受不断改善。	查阅资料 现场检查 调查访谈 数据核查 系统追踪 问卷调查	
六、管理职责与决策执行机制（18 分）			
依据但不限于： 《医疗质量管理办法》（自 2016 年 11 月 1 日起施行） 《国务院办公厅关于建立现代医院管理制度的指导意见》（国办发〔2017〕67 号，2017. 7. 14） 《关于建立现代医院管理制度的实施意见》（豫政办〔2018〕4 号，2018. 1. 12） 《关于开展制定医院章程试点工作的指导意见》（国卫办医发〔2018〕12 号，2018. 5. 14） 《中共河南省委办公厅关于加强全省公立医院党的建设工作的实施意见》（2018. 12. 26） 《中华人民共和国政府信息公开条例》（2019 年 4 月 3 日修订，自 2019 年 5 月 15 日起施行） 《关于印发公立医院章程范本的通知》（国卫办医函〔2019〕871 号，2019. 12. 3） 国家卫生健康委办公厅《关于做好收费目录公示工作的通知》（2020. 1. 18）			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
《护士条例》（2020 年 3 月 27 日修订） 《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》（自 2020 年 6 月 1 日起施行） 《国务院办公厅关于印发公共企事业单位信息公开规定制定办法的通知》（国办发〔2020〕50 号，自 2021 年 1 月 1 日起施行） 《中华人民共和国民法典》（自 2021 年 1 月 1 日起施行） 《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18 号，2021. 5. 14） 《关于印发公立医院高质量发展促进行动（2021－2025 年）的通知》（国卫医发〔2021〕27 号，2021. 9. 14） 《关于印发医疗卫生机构信息公开基本目录的通知》（国卫办政务发〔2022〕1 号，2022. 1. 14） 国家卫生健康委等三部门《关于印发医疗卫生机构信息公开管理办法的通知》（国卫办发〔2021〕43 号，自 2022 年 2 月 1 日起施行） 《中华人民共和国医师法》（自 2022 年 3 月 1 日起施行） 《医疗机构管理条例》（2022 年 3 月 29 日修订，自 2022 年 5 月 1 日起施行） 《河南省卫生健康委关于印发“医心向党医路前行”活动方案的通知》（豫卫医〔2022〕13 号，2022. 6. 9）			
28. 制定医院章程，建立医院内部决策执行机制。加强和改进公立医院领导人员管理。			
【概述】 医院章程是医院依法自主办院、实施管理、履行公益性的基本纲领和行为准则。医院应依据章程制定内部管理制度及规范性文件、提供医疗卫生服务、建立管理机制，不断满足人民群众的健康需求，增强人民群众看病就医的获得感和医务人员职业荣誉感。			
28. 制定医院章程，建立医院内部决策执行机制。加强和改进公立医院领导人员管理。（2 分）	1. 建立权责清晰、管理科学、治理完善、运行高效、监督有力的现代医院管理制度。结合实际制定医院章程，建立医院内部决策执行机制，提高医疗卫生服务能力和运行效率。 2. 以医院章程为统领，建立健全内部管理机构、管理制度、议事规则、办事程序等，规范内部管理结构和权力运行规则。 3. 加强和改进公立医院领导人员管理。	查阅文件、资料 调查访谈	
29. 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。深入开展“医心向党医路前行”活动，推动党建工作和业务工作互促进、双提升。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
【概述】 切实加强党对公立医院的领导是健全现代医院管理制度、推动实施健康中国战略的举措。公立医院应在章程中明确党委职责，凡属重大问题都要按照集体领导、民主集中、个别酝酿、会议决定的原则，由党委集体讨论，作出决定，并按照分工抓好组织实施，支持院长依法依规独立负责地行使职权。院长在医院党委领导下，全面负责医院医疗、教学、科研、行政管理工作。深入开展“医心向党医路前行”活动，通过党建和业务深度融合，引导医务人员坚持人民至上、生命至上，不忘医者初心，牢记健康使命，推动医院高质量发展。			
29. 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。深入开展“医心向党医路前行”活动，推动党建工作和业务工作互促进、双提升。（4 分）	1. 实施党委领导下的院长负责制，明确党委职责，充分发挥党委把方向、管大局、作决策、促改革、保落实的领导作用。 2. 健全医院党委与行政领导班子议事决策制度。把党建工作要求写入医院章程。明确党委研究讨论医院重大问题的机制。 3. 结合实际落实《河南省卫生健康委关于印发“医心向党医路前行”活动方案的通知》要求，强化理论武装，坚持党建引领，践行初心使命。坚持党建工作和业务工作同部署、同推进、同落实，推动党建工作和业务工作互促进、双提升。发挥共产党员先锋模范作用，激发广大党员在疫情防控和智能医废提速战、绩效考核争先战、电子病历升级战等重点工作中争先锋、作表率。弘扬正能量，持续提升医疗质量。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈	
30. 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。			
【概述】 医院应根据其功能与任务，设置合理的管理机构，满足管理工作需要，部门职能、职责划分明确。根据法律、法规、规章、规范以及相关标准，结合实际制定并动态完善各项规章制度，理清员工在落实制度时的职责。各级管理人员按分工履职，部门、科室之间有连贯的、畅通的沟通和协调机制。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
30. 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。（4 分）	1. 根据医院功能与任务，设置合理的管理机构，部门职能、职责明确。 2. 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，履行协调职能，提高工作效率。 3. 根据法律、法规、规章、规范、标准等，结合实际制定并及时修订完善医院各项规章制度（管理制度、工作制度、核心制度）和岗位职责。 4. 有明确的制度管理规定和管理程序，即：医院各项规章制度及岗位职责的制定、审核、批准、发布、修订、废止等有统一的管理规定和程序。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 系统追踪	
31. 建立并有效落实全员学习教育培训制度，定期对员工进行政策法规、管理能力、专业技能和质量安全培训与教育。			
【概述】 树立全员学习、终身学习理念，建立员工通过多种形式和渠道终身学习机制，积极推动学习型医院建设，将终身学习作为医院文化建设的重要组成部分。健全医院培训制度，定期对员工进行政策法规、管理能力、专业技能和质量安全培训与教育。			
31. 建立并有效落实全员学习教育培训制度，定期对员工进行政策法规、管理能力、专业技能和质量安全培训与教育。（3 分）	1. 建立并有效落实全员学习教育培训制度。 2. 定期对员工进行政策法规、管理能力、专业技能、质量安全等培训与教育，有考核机制。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 员工操作	
32. 规范医院信息公开工作。按照国家有关规定和要求，主动公开医院资质类、服务类相关信息，及时向员工公开相关信息。加强院务公开管理，按照国家有关规定和要求，向社会、患者及员工公开相关信息。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
【概述】 医院信息公开是构建和谐医患关系、促进医院科学管理和解决群众就医热点难点问题的一项重要措施。医院应按照国家有关规定和要求，坚持合法合规、真实准确、便民实用、及时主动的原则，规范医院信息公开工作，提高医疗卫生服务水平，方便公民、法人和其他社会组织获得医院的服务信息。及时向员工公开相关信息，落实员工的知情权、参与权、表达权、监督权。院务公开是医院管理的一项基本制度，医院应加强院务公开管理，通过院务公开工作加强社会公众监督和医院员工民主监督。			
32. 规范医院信息公开工作。按照国家有关规定和要求，主动公开医院资质类、服务类相关信息，及时向员工公开相关信息。加强院务公开管理，按照国家有关规定和要求，向社会、患者及员工公开相关信息。（5 分）	1. 规范医院信息公开工作，建立健全医院信息公开工作制度与程序，对医院公开信息的范围形式、审核发布、管理维护、咨询回应等有明确规定。按照国家保密法律法规等相关规定对拟公开信息进行保密审核。 2. 有指定部门负责医院信息公开工作，职责明确。 3. 结合实际制定医院信息公开目录（资质类、服务类），采取现场咨询、网站交流平台、热线电话、移动客户端等多种途径，主动公开医院相关信息。 4. 加强院务公开管理，制定并落实院务公开制度和程序。按照国家有关规定和要求，向社会、患者及员工公开相关信息。 5. 向员工公开相关信息内容包括但不限于：医院重大决策、重要干部任免、重大项目投资及大额资金使用情况；医院运营管理、人事管理、领导班子和党风廉政建设情况等。有多种途径征求和收集员工对公开信息具体内容的意见与建议，体现尊重员工知情权，保障员工民主权利。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈	
七、人力资源管理（28 分）			
33. 建立健全以聘用制度和岗位管理制度为主的人力资源管理制度。医院人力资源配备应满足医院功能、任务、规模、诊疗工作和质量安全管理工作需要。			
【概述】 人力资源管理是医院管理的重要内容。管好人才，在于定岗科学、配备合理、职责明确，充分发挥人的主观能动性，让员工能够在医院的建设发展中，感受到个人能力的成长。医院的人力资源配备应满足医院功能、任务、规模、诊疗工作和质量安全管理工作需要。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
依据但不限于： 《医疗技术临床应用管理办法》（自 2018 年 11 月 1 日起施行） 《护士条例》（2020 年 3 月 27 日修订） 《关于进一步加强医疗机构护理工作的通知》（国卫办医发〔2020〕11 号，2020. 8. 21） 《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18 号，2021. 5. 14） 《关于进一步加强医疗机构感控人员配备管理相关工作的通知》（联防联控机制综发〔2021〕88 号，2021. 8. 20） 《中华人民共和国医师法》（自 2022 年 3 月 1 日起施行）			
33. 建立健全以聘用制度和岗位管理制度为主的人力资源管理制度。医院人力资源配备应满足医院功能、任务、规模、诊疗工作和质量安全管理工作需要。（5 分）	1. 建立健全以聘用制度和岗位管理制度为主要内容的人力资源管理制度，设置人力资源管理部门。 2. 人力资源配备符合国家有关规定，满足医院功能、任务、规模、诊疗工作和质量安全管理工作需要。 3. 落实岗位管理制度，合理设置岗位，科学编制岗位责任书，岗位职责明确。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 系统追踪	
34. 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，建立卫生专业技术人员档案。			
【概述】 卫生专业技术人员资质的认定、聘用、考核、评价管理体系应以公开透明为基本原则。医院采用科学的评估机制，为每位卫生专业技术人员建立档案。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
依据但不限于： 《医疗机构管理条例实施细则》（2017 年 2 月 21 日修正，自 2017 年 4 月 1 日起施行） 《医疗技术临床应用管理办法》（自 2018 年 11 月 1 日起施行） 《中华人民共和国药品管理法》2019 年 8 月 26 日修订，自 2019 年 12 月 1 日起施行） 《护士条例》（2020 年 3 月 27 日修订） 《关于进一步加强医疗机构护理工作的通知》（国卫办医发〔2020〕11 号，2020. 8. 21） 《中华人民共和国档案法》（2020 年 6 月 20 日修订，自 2021 年 1 月 1 日起施行） 人力资源社会保障部等三部门《关于深化卫生专业技术人员职称制度改革的指导意见》（人社部发〔2021〕51 号，2021. 6. 30） 《中华人民共和国医师法》（自 2022 年 3 月 1 日起施行） 《医疗机构管理条例》（2022 年 3 月 29 日修订，自 2022 年 5 月 1 日起施行）			
34. 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，建立卫生专业技术人员档案。（4 分）	1. 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，建立并落实相关制度和流程。 2. 为每位卫生专业技术人员建立档案，包括但不限于：经审核的执业证书、资格证书、学历、学位、教育、培训、考试（考核）以及授权与再授权的文件等。 3. 根据岗位职责、技术能力等定期实施聘用、授权与再授权管理，资料完整、齐全。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 病历检查 病案检查	
35. 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。			
【概述】 贯彻落实《公立医院领导人员管理暂行办法》，加强和改进公立医院领导人员管理和职业化培训，完善选拔任用和管理监督机制，建设一支符合好干部标准的高素质领导人员队伍。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
35. 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。（2 分）	1. 贯彻落实《公立医院领导人员管理暂行办法》（中组发〔2017〕5 号，自 2017 年 1 月 13 日起施行），加强医院行政领导人员职业化培训。 2. 注重优化医院领导班子结构，增强班子整体功能。实行任期目标责任制。	查阅文件、资料 调查访谈	
36. 医院注重员工教育培训和能力建设，有卫生专业技术人员岗前培训、住院医师规范化培训、继续医学教育、梯队建设和政府指令性培训任务相关管理制度并组织实施。			
【概述】 教育培训是建设一支素质高、能力强的人才队伍，营造良好的人才发展环境，保障医院高质量发展的重要措施。医院应加强岗前培训、住院医师规范化培训、继续医学教育等工作，完成政府指令性培训任务，把员工能力建设作为人力资源管理的重要组成部分。			
依据但不限于： 《国务院办公厅关于建立现代医院管理制度的指导意见》（国办发〔2017〕67 号，2017. 7. 14） 《护士条例》（2020 年 3 月 27 日修订） 《关于进一步加强医疗机构护理工作的通知》（国卫办医发〔2020〕11 号，2020. 8. 21） 《国务院办公厅关于加快医学教育创新发展的指导意见》（国办发〔2020〕34 号，2020. 9. 17） 《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18 号，2021. 5. 14） 《关于进一步加强医疗机构感控人员配备管理相关工作的通知》（联防联控机制综发〔2021〕88 号，2021. 8. 20） 《中华人民共和国医师法》（自 2022 年 3 月 1 日起施行）			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
36. 医院注重员工教育培训和能力建设，有卫生专业技术人员岗前培训、住院医师规范化培训、继续医学教育、梯队建设和政府指令性培训任务相关管理制度并组织实施。（5 分）	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、梯队建设和政府指令性培训任务相关管理制度并组织实施。 2. 有年度实施方案，提供培训条件及专项经费支持，有完善的管理档案。 3. 把卫生专业技术人员培训质量与数量作为绩效考核、职称晋升、评优评先的重要内容。 4. 把员工能力建设作为人力资源管理的重要组成部分。落实“两个同等对待”要求，对经住院医师规范化培训合格的本科学历临床医师，在人员招聘、职称晋升、岗位聘用、薪酬待遇等方面，与临床医学、口腔医学、中医专业学位硕士研究生同等对待。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈	
37. 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、应急预案等，员工（含第三方服务人员）上岗前均接受职业安全防护教育。			
【概述】 保障员工安全是医院的基本义务。医院应梳理可能发生职业危险的场所、过程，通过员工培训、配置相应的设施设备，防范职业工作对员工的伤害，制定相应的应急预案。			
依据但不限于： 《中华人民共和国特种设备安全法》（自 2014 年 1 月 1 日起施行） 《放射诊疗管理规定》（2016 年 1 月 19 日修正） 《中华人民共和国劳动法》（2018 年 12 月 29 日修改） 《中华人民共和国职业病防治法》（2018 年 12 月 29 日修改） 《放射性同位素与射线装置安全和防护条例》（2019 年 3 月 2 日修订） 《艾滋病防治条例》（2019 年 3 月 2 日修订） 《护士条例》（2020 年 3 月 27 日修订） 《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》（自 2020 年 6 月 1 日起施行） 《工作场所职业卫生管理规定》（自 2021 年 2 月 1 日起施行） 《中华人民共和国安全生产法》（2021 年 6 月 10 日修正，自 2021 年 9 月 1 日起施行）			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
37. 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、应急预案等，员工（含第三方服务人员）上岗前均接受职业安全防护教育。（6 分）	1. 设置或指定职业卫生管理部门（疾病预防控制或公共卫生管理部门），配备专职或兼职人员，负责本单位的职业病防治工作。 2. 为员工提供符合法律、法规、规章、国家职业卫生标准和卫生要求的工作环境和条件。 3. 建立健全并落实职业安全防护相关制度与措施、应急预案、职业暴露处理流程、血液体液溅洒处理流程等。职业安全防护设施、设备及物品配置符合国家相关要求。规范配置职业暴露处理箱、血液体液溅洒处理箱等，用物配置齐全，工作人员熟练掌握。 4. 开展员工（含第三方服务人员）上岗前职业安全防护教育，制定培训考核制度并落实。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 员工操作 模拟操作	
38. 关注员工身体和心理健康，保障员工合法健康权益。			
【概述】 医院应积极关心员工的身体和心理健康状态，及时开展员工身体和心理健康评估，落实保障员工健康权益的措施。			
依据但不限于： 《关于坚持以人民健康为中心推动医疗服务高质量发展的意见》（国卫医发〔2018〕29 号，2018. 8. 7） 《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》（自 2020 年 6 月 1 日起施行） 国家卫生健康委等三部门《关于建立保护关心爱护医务人员长效机制的指导意见》（国卫人发〔2021〕13 号，2021. 4. 13） 《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18 号，2021. 5. 14）			
38. 关注员工身体和心理健康，保障员工合法健康权益。（3 分）	1. 建立保护关心爱护员工的长效机制，关注员工身体和心理健康，保障员工权益。 2. 切实为医务人员提供良好的工作和值班休息条件，科学合理设置办公室、更衣室、值班室（男、女）、工作人员配餐间等，营造良好的诊疗工作环境。 3. 合理配备医务人员，科学安排诊疗、护理班次，保障医务人员合理休息、休假时间。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
39. 医院应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、评优评先的重要指标，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。			
【概述】 落实院科两级管理，实施目标责任制，根据医院、科室发展需求和科室现状，对科室医疗质量管理提出量化的具体要求，并作为科室负责人聘任、晋升、评优评先的重要指标，同时作为医师定期考核、晋升的重要依据。			
39. 医院应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、评优评先的重要指标，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 分）	1. 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、评优评先的重要指标。 2. 将科室和医务人员医疗质量管理情况作为医师定期考核、晋升的重要依据。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈	
八、财务与价格管理（30 分）			
依据但不限于： 《总会计师条例》（2011 年 1 月 8 日修订） 财政部卫生部《关于印发医院财务制度的通知》（财社〔2010〕306 号，自 2012 年 1 月 1 日起在全国执行） 《中华人民共和国政府采购法》（2014 年 8 月 31 日修正） 《中华人民共和国政府采购法实施条例》（自 2015 年 3 月 1 日起施行） 国家卫生计生委等三部门《关于加快推进三级公立医院建立总会计师制度的意见》（国卫财务发〔2017〕31 号，2017. 5. 19） 《国务院办公厅关于建立现代医院管理制度的指导意见》（国办发〔2017〕67 号，2017. 7. 14） 《中华人民共和国会计法》（2017 年 11 月 4 日修正，自 2017 年 11 月 5 日起施行） 《中华人民共和国招标投标法》（2017 年 12 月 27 日修正，自 2017 年 12 月 28 日起施行）			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
《卫生计生系统内部审计工作规定》（自 2018 年 1 月 1 日起施行） 《关于内部审计工作的规定》（自 2018 年 3 月 1 日起施行） 《关于坚持以人民健康为中心推动医疗服务高质量发展的意见》（国卫医发〔2018〕29 号，2018. 8. 7） 《中共中央国务院关于全面实施预算绩效管理的意见》（中发〔2018〕34 号，2018. 9. 1） 《中华人民共和国预算法》（2018 年 12 月 29 日修正） 《关于贯彻实施政府会计准则制度的通知》（财会〔2018〕21 号，自 2019 年 1 月 1 日起施行） 《中华人民共和国招标投标法实施条例》（2019 年 3 月 2 日修订） 《会计基础工作规范》（2019 年 3 月 14 日修改） 《关于印发医疗机构内部价格行为管理规定的通知》（国卫财务发〔2019〕64 号，自 2019 年 12 月 26 日起施行） 《关于印发河南省政府集中采购目录及标准（2020 年版）的通知》（豫财购〔2020〕4 号，2020. 3. 9） 《中华人民共和国预算法实施条例》（2020 年 8 月 3 日修订，自 2020 年 10 月 1 日起施行） 《关于加强公立医院运营管理的指导意见》（国卫财务发〔2020〕27 号，2020. 12. 21） 《关于印发事业单位成本核算基本指引的通知》（财会〔2019〕25 号，自 2021 年 1 月 1 日起施行） 《关于印发公立医院全面预算管理制度实施办法的通知》（国卫财务发〔2020〕30 号，自 2021 年 1 月 1 日起施行） 《关于印发公立医院内部控制管理办法的通知》（国卫财务发〔2020〕31 号，自 2021 年 1 月 1 日起施行） 《中华人民共和国民法典》（自 2021 年 1 月 1 日起施行） 《关于印发公立医院成本核算规范的通知》（国卫财务发〔2021〕4 号，自 2021 年 1 月 26 日起施行） 《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18 号，2021. 5. 14） 《关于印发政府采购需求管理办法的通知》（财库〔2021〕22 号，自 2021 年 7 月 1 日起施行） 人力资源社会保障部等五部门《关于深化公立医院薪酬制度改革的指导意见》（人社部发〔2021〕52 号，2021. 7. 6） 《关于印发进一步加强卫生健康行业内部审计工作若干意见的通知》（国卫财务发〔2022〕9 号，2022. 3. 2）			
40. 执行《中华人民共和国会计法》《政府会计准则制度》《医院财务制度》等相关法律、法规，财务部门设置合理，人员配备到位，岗位职责明确，财务管理制度健全，会计核算、运营管理、资产管理规范。三级公立医院实行总会计师制度。			
【概述】 医院财务管理是医院业务管理的重要组成部分，涉及到医院的各个业务环节，加强医院财务管理对促进医院健康发展具有重要作用。医院财务部门设置合理，人员配备到位，岗位职责明确，财务管理制度健全，会计核算、运营管理、资产管理规范。三级公立医院实行总会计师制度。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
40. 执行《中华人民共和国会计法》《政府会计准则制度》《医院财务制度》等相关法律、法规，财务部门设置合理、人员配备到位，岗位职责明确，财务管理制度健全，会计核算、运营管理、资产管理规范。三级公立医院实行总会计师制度。（5 分）	1. 医院财务管理实行统一领导、集中管理。规范设置财务管理部门，人员配备合理，岗位职责明确。 2. 三级公立医院落实总会计师制度，设置总会计师岗位，职责明确。 3. 结合实际建立健全并落实预算、成本、价格、绩效、资产等财务管理规章制度。 4. 落实《中华人民共和国会计法》《会计基础工作规范》，严格执行国家统一的会计制度。会计凭证、会计账簿、财务会计报告等符合国家会计制度的规定。医院会计核算规范，账账、账表、账实相符，会计信息及时准确。 5. 成立医院运营管理委员会，人员组成合理，职责明确。建立科学决策、分工负责、协同落实、分析评价、沟通反馈的运营管理机制，明确运营管理牵头部门，完善相关制度，实质开展运营管理工作。 6. 医院资产实行归口管理，建立健全资产管理制度，涵盖资产购置、保管、使用、核算和处置等内容。建立流动资产、非流动资产等各类资产工作流程及业务规范。建立健全非流动资产“三账一卡”制度。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 员工操作 系统追踪	
41. 按照《中华人民共和国预算法》和相关预算管理规定编制和执行预算，加强预算管理、监督和绩效考评。			
【概述】 建立健全全面预算管理是现代医院管理制度的重要组成部分，预算管理有助于规范医院经济运行，提高资金使用和资源利用效率。医院全面预算管理组织体系健全，预算编制、管理规范。			
41. 按照《中华人民共和国预算法》和相关预算管理规定编制和执行预算，加强预算管理、监督和绩效考评。（4 分）	1. 医院全面预算管理组织体系健全，人员组成合理，职责明确。 2. 建立健全并落实预算管理制度；预算编制、审批、执行、调整、决算的分析考核流程及业务规范。 3. 加强预算论证、编制、审批、下达、执行等关键环节的管控。加强预算管理、监督和绩效考评。 4. 医院所有经济活动全部纳入预算管理。 5. 建立分析制度，编制年度预算分析报告和财务分析报告。将预算绩效考核结果作为内部业务综合考核、资源配置、年度评比等的重要依据。 6. 建立全面预算信息公开制度，确定信息公开的时间、内容、程度、方式和程序。 7. 科室（部门）有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 系统追踪	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
42. 医院应重视和加强成本核算工作，优化资源配置，控制运行成本，发挥成本核算在成本控制和绩效评价中的作用，提升管理水平和运营效率。			
【概述】 医院成本是指医院特定的成本核算对象所发生的资源耗费，包括人力资源耗费，房屋及建筑物、设备、材料、产品等有形资产耗费，知识产权等无形资产耗费，以及其他耗费。医院成本核算是指医院对其业务活动中实际发生的各种耗费，按照确定的成本核算对象和成本项目进行归集、分配，计算确定各成本核算对象的总成本、单位成本等，并向有关使用者提供成本信息的工作。医院应规范成本核算工作，优化资源配置，发挥成本核算在成本控制和绩效评价中的作用，提升管理水平和运营效率。			
42. 医院应重视和加强成本核算工作，优化资源配置，控制运行成本，发挥成本核算在成本控制和绩效评价中的作用，提升管理水平和运营效率。（5 分）	1. 落实《关于印发公立医院成本核算规范的通知》等，成立医院成本核算工作领导小组，人员组成合理，职责明确。 2. 明确医院成本核算部门，职责明确。 3. 制订医院成本核算工作方案及相关工作制度。确定成本核算的对象和方法，规范开展成本核算工作。 4. 各科室（部门）应设立兼职成本核算员，按照成本核算要求，及时、完整报送本科室（部门）成本核算相关数据，并确保数据的真实性和准确性，做好本科室（部门）成本管理和控制。 5. 医院信息化系统满足包括科室（部门）成本、诊次成本、床日成本、医疗服务项目成本、病种成本、DRG 成本等成本核算工作需要。 6. 定期编制成本报表，数据真实准确。有年度成本核算报告。结合经济运行等相关信息，开展成本核算结果分析，制订成本控制措施，提出改进建议，充分发挥成本核算在成本控制和绩效评价中的作用。 7. 科室（部门）有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 系统追踪	
43. 落实《医疗机构内部价格行为管理规定》等，建立健全价格管理制度及体系，成立医院价格管理委员会，设立价格管理部门；有效落实价格公示制度、费用清单制度、医疗服务价格自查制度，规范内部价格行为管理。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
【概述】 内部价格行为管理是指对医院诊疗工作中发生的医疗服务项目、药品和医用耗材等价格行为的内部管理。医院应建立健全价格管理制度及体系，成立医院价格管理委员会，设立价格管理部门；有效落实价格公示制度、费用清单制度、医疗服务价格自查制度，规范内部价格行为管理。			
43. 落实《医疗机构内部价格行为管理规定》等，建立健全价格管理制度及体系，成立医院价格管理委员会，设立价格管理部门；有效落实价格公示制度、费用清单制度、医疗服务价格自查制度，规范内部价格行为管理。（5 分）	1. 落实《医疗机构内部价格行为管理规定》等，建立健全价格管理体系，成立医院价格管理委员会，人员组成合理，职责明确。 2. 明确医院价格管理部门，专职医疗服务价格工作人员配备合理。各科室（部门）设置兼职医疗服务价格工作人员，职责明确。 3. 建立并落实价格公示制度。采用官网、电子触摸屏、电子显示屏、公示栏、公示牌、价目表等方式，在服务场所显著位置公示常用医疗服务项目、药品、医用耗材的价格，保障患者的查询权和知情权；价格发生变动时，及时调整公示内容。在服务场所显著位置公布医院价格咨询、投诉电话。 4. 建立并落实费用清单（含电子清单）制度，包括但不限于：医疗服务项目、药品、医用耗材的名称和编码、单价、计价单位、数量、金额等。 5. 建立并落实医疗服务价格自查制度。价格管理部门每月按出入院患者人数的一定比例，随机抽取住院、出院病历和费用清单进行核查并记录。针对有待改进的工作提出整改意见和建议。 6. 建立健全并落实价格管理信息化制度。加强医疗服务价格电子信息档案管理，包括但不限于电子文件的存储、备份及保管。 7. 科室（部门）有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 员工操作	
44. 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、货物、基建、服务等采购制度和流程，加强集中采购管理。			
【概述】 医院应建立健全采购管理制度，严格遵守政府采购及药品、耗材和医疗设备等集中采购规定，坚持质量优先、价格合理、阳光操作、严格监管的原则，建立药品、耗材、设备、货物、基建、服务等采购制度和流程，加强集中采购管理，有效防范和管控内部运营风险，促进医院服务效能和内部治理水平不断提高。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
44. 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。（4 分）	1. 贯彻落实采购管理相关法律、法规、规章等，明确医院采购管理部门；明确各类采购业务的审批权限，履行审批程序，建立采购、资产、医务、医保、财务、内部审计、纪检监察等部门的相互协调和监督制约机制。 2. 合理设置医院采购业务关键岗位，配备关键岗位人员，明确岗位职责权限，确保采购预算编制与审定、采购需求制定与内部审批、招标文件准备与复核、合同签订与验收、采购验收与保管、付款审批与付款执行、采购执行与监督检查等不相容岗位相互分离。 3. 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。 4. 建立健全采购管理制度，严格遵守政府采购及药品、耗材和医疗设备等集中采购规定，坚持质量优先、价格合理、阳光操作、严格监管的原则，涵盖采购预算与计划、需求申请与审批、过程管理、验收入库等。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 系统追踪	
45. 医院应建立体现岗位职责的薪酬体系，实行同岗同酬、多劳多得、优绩优酬。以综合绩效考核为依据，突出服务质量、数量，逐步扩大分配，提高员工待遇。严禁向科室和医务人员下达创收指标，医务人员薪酬不得与药品、卫生材料、检查、化验等业务收入挂钩。			
【概述】 医院要贯彻落实《关于深化公立医院薪酬制度改革的指导意见》等，建立体现岗位职责的薪酬体系，实行以岗定责、以岗定薪、责薪相适、考核兑现。合理确定内部薪酬结构，实行同岗同酬、多劳多得、优绩优酬的分配制度，进一步发挥薪酬制度的保障功能，充分调动员工积极性。			
45. 医院应建立体现岗位职责的薪酬体系，实行同岗同酬、多劳多得、优绩优酬。以综合绩效考核为依据，突出服务质量、数量，逐步扩大分配，提高员工待遇。严禁向科室和医务人员下达创收指标，医务人员薪酬不得与药品、卫生材料、检查、化验等业务收入挂钩。（4 分）	1. 建立体现岗位职责的薪酬体系，制定并落实同岗同酬、多劳多得、优绩优酬的分配制度，体现医、护、技、药、管等岗位差异，兼顾不同科室之间的平衡，向关键和紧缺岗位、高风险和高强度岗位、高层次人才、业务骨干和做出突出成绩的医务人员倾斜。 2. 建立健全绩效考核制度，将岗位职责履行、工作量、服务质量、行为规范、医疗质量安全、医疗费用控制、医德医风和患者满意度等纳入考核指标。 3. 绩效考核与分配方案要广泛听取员工意见，经职工代表大会讨论通过。 4. 医院严禁向科室和医务人员下达创收指标，医务人员薪酬不得与药品、卫生材料、检查、化验等业务收入挂钩。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
46. 按照法律、法规、规章等，签署委托服务合同（协议），明确双方的权利和义务；有对对外委托服务项目质量与安全实施监督管理的具体措施。			
【概述】 对外委托服务是医院根据自身条件和业务发展需要，合理利用社会资源，将有限的资源关注于医院重点发展方向，对一些非医疗专业性的工作实施外包，从而节约相关资源的服务。医院应对外包服务商的能力、服务质量进行全面的评估，对委托服务合同（协议）的内容要严格审核把关，同时对与医院医疗服务有连续性关联的委托项目制订严格的质量监控措施。			
46. 按照法律、法规、规章等，签署委托服务合同（协议），明确双方的权利和义务；有对对外委托服务项目质量与安全实施监督管理的具体措施。（3 分）	1. 按照法律、法规、规章等，在对外包服务商的能力、服务质量进行全面的评估的基础上，签署对外委托服务合同（协议），明确双方的权利和义务。 2. 建立医院对外委托服务项目的评估遴选、管理、退出及监督考核机制，有具体的管理制度和办法。 3. 有院领导、主管部门负责对外委托服务项目的管理；相关科室（部门）负责对外委托服务项目的日常管理，对对外委托服务的能力、水平、质量、效果等实施全过程监督管理。 4. 对在医院内的受托服务项目的人员进行岗前培训、在职培训教育，掌握消防安全管理、感染防控、传染病防控、疫情防控等相关知识与技能。有培训计划、方案、通知、课件、考试考核等。 5. 科室（部门）有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 系统追踪	
九、信息管理与网络安全（18 分）			
依据但不限于： 《中华人民共和国统计法》（2009 年 6 月 27 日修订，自 2010 年 1 月 1 日起施行） 《关于印发医院信息平台应用功能指引的通知》（国卫办规划函〔2016〕1110 号，2016. 10. 18） 《关于印发电子病历应用管理规范（试行）的通知》（国卫办医发〔2017〕8 号，自 2017 年 4 月 1 日起施行） 《中华人民共和国网络安全法》（自 2017 年 6 月 1 日起施行）			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
《关于印发医院信息化建设应用技术指引（2017 年版）的通知》（国卫办规划函〔2017〕1232 号，2017. 12. 13） 《关于印发全国医院信息化建设标准与规范（试行）的通知》（国卫办规划发〔2018〕4 号，2018. 4. 2） 《关于印发国家健康医疗大数据标准、安全和服务管理办法（试行）的通知》（国卫规划发〔2018〕23 号，自 2018 年 7 月 12 日起施行） 《关于进一步推进以电子病历为核心的医疗机构信息化建设工作的通知》（国卫办医发〔2018〕20 号，2018. 8. 22） 《关于印发电子病历系统应用水平分级评价管理办法（试行）及评价标准（试行）的通知》（国卫办医函〔2018〕1079 号，2018. 12. 3） 《关于印发医院智慧服务分级评估标准体系（试行）的通知》（国卫办医函〔2019〕236 号，2019. 3. 5） 《关于落实卫生健康行业网络信息与数据安全责任的通知》（国卫办规划发〔2019〕8 号，2019. 3. 8） 《中华人民共和国电子签名法》（2019 年 4 月 23 日修正） 《信息安全技术网络安全等级保护基本要求》（GB/T22239 - 2019，2019. 12. 1 实施） 《关于进一步完善预约诊疗制度加强智慧医院建设的通知》（国卫办医函〔2020〕405 号，2020. 5. 21） 《关于印发医院信息互联互通标准化成熟度测评方案（2020 年版）的通知》（国卫统信便函〔2020〕30 号，2020. 7. 30） 《关于印发全国公共卫生信息化建设标准与规范（试行）的通知》（国卫办规划发〔2020〕21 号，2020. 12. 1） 《关于印发医院智慧管理分级评估标准体系（试行）的通知》（国卫办医函〔2021〕86 号，2021. 3. 15） 《中华人民共和国数据安全法》（自 2021 年 9 月 1 日起施行） 《关键信息基础设施安全保护条例》（自 2021 年 9 月 1 日起施行） 《医疗机构感染监测基本数据集》（WS670—2021，2021. 10. 1 实施） 《药品采购使用管理分类代码与标识码》（WS/T778 - 2021，2021. 10. 1 实施） 《中华人民共和国个人信息保护法》（自 2021 年 11 月 1 日起施行）			
47. 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部门，建立各部门间的组织协调机制，制定信息化发展规划，有与信息化建设配套的相关管理制度。			
【概述】 信息化建设是现代医院管理不可或缺的部分。医院应不断提升信息化建设与管理水平，完善信息化建设管理组织架构，根据信息化建设标准及相关规定，制定与医院发展相适应的信息化建设规划，加强各部门的协同联动。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
47. 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部门，建立各部门间的组织协调机制，制定信息化发展规划，有与信息化建设配套的相关管理制度。（3 分）	1. 建立以院长为核心的医院信息化建设领导小组，明确承担信息化建设管理工作的部门和人员。 2. 制定信息化发展总体规划，强化顶层设计，将信息化建设发展纳入医院中长期发展规划和年度工作计划。 3. 建立完善并落实信息化建设相关规章制度，建立各部门间的组织协调机制。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈	
48. 医院信息系统能够系统、连续、准确地采集、存储、传输、处理相关信息，为医院管理、临床诊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，实现信息的互联互通、交互共享。			
【概述】 随着信息技术的发展及医院运行机制的转变，医院信息系统已成为现代化医院必不可少的重要基础设施。医院应依托信息平台，加强信息系统标准化、规范化建设，强化数据的协同共享，实现临床与管理系统间的互联互通、交互共享。			
48. 医院信息系统能够系统、连续、准确地采集、存储、传输、处理相关信息，为医院管理、临床诊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，实现信息的互联互通、交互共享。（5 分）	1. 医院信息系统能够系统、连续、准确地采集、存储、传输、处理相关信息。 2. 医院信息系统能够为医院管理、临床诊疗和服务提供包括决策支持类的信息技术支撑。 3. 根据国家相关规定，实现信息的互联互通、交互共享。	查阅资料 现场检查 调查访谈 员工操作	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
49. 落实《中华人民共和国网络安全法》，实施国家信息安全等级保护制度，实行信息系统按等级保护分级管理，保障网络信息安全，保护患者隐私。推动系统运行维护的规范化管理，落实突发事件响应机制，保障业务的连续性。			
【概述】 信息安全是医院管理和医疗质量与安全管理的核心内容。医院应根据相关法律、法规和规章等，有效落实国家信息安全等级保护制度，建立突发事件处置响应机制，保护患者隐私，规范信息系统运行。			
49. 落实《中华人民共和国网络安全法》，实施国家信息安全等级保护制度，实行信息系统按等级保护分级管理，保障网络信息安全，保护患者隐私。推动系统运行维护的规范化管理，落实突发事件响应机制，保障业务的连续性。（6 分）	1. 落实《中华人民共和国网络安全法》《中华人民共和国数据安全法》，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。 2. 严格执行信息安全和健康医疗数据保密相关规定，实行信息系统操作权限分级管理，严格管理患者信息、诊疗数据等，保护患者隐私。 3. 加强系统运行维护的规范化管理，定期对信息系统开展信息网络检查，落实突发事件响应机制，保障业务的连续性。 4. 加强信息系统安全防护，做好医疗数据安全存储和容灾备份，防控患者医疗信息泄露风险。患者信息等敏感数据要储存在境内。医院信息安全管理部门要加强对电子病历数据传输、共享应用的监督指导和安全监管，建立健全患者信息等敏感数据对外共享的安全评估制度，确保信息安全。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 员工操作	
50. 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。			
【概述】 医院应按照有关要求，及时、准确上报医院基本运行状况、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，确保数据真实可靠、可追溯。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
50. 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。（4分）	1. 根据《中华人民共和国统计法》与卫生健康行政部门规定，完成医院基本运行状况、医疗质量安全、医疗技术、诊疗信息和临床用药监测信息等相关数据报送工作。 2. 有医院内部数据核查制度，确保数据真实可靠、可追溯。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 数据核查 系统追踪 病历检查 病案检查	
十、医学装备管理（25分）			
依据但不限于： 《关于印发医疗卫生机构医学装备管理办法的通知》（卫规财发〔2011〕24号，自2011年3月24日起施行） 《中华人民共和国特种设备安全法》（自2014年1月1日起施行） 《医疗器械使用质量监督管理办法》（自2016年2月1日起施行） 国家食品药品监督管理局《关于发布医疗器械冷链（运输、贮存）管理指南的公告》（自2016年9月19日起执行） 《中华人民共和国计量法实施细则》（2018年3月19日修订） 国家卫生健康委国家药品监督管理局《关于印发大型医用设备配置与使用管理办法（试行）的通知》（国卫规划发〔2018〕12号，自2018年5月22日起施行） 国家食品药品监督管理局《关于发布医疗器械分类目录的公告》（自2018年8月1日起施行） 《中华人民共和国计量法》（2018年10月26日修正） 《医疗器械不良事件监测和再评价管理办法》（自2019年1月1日起施行） 《关于印发医疗机构医用耗材管理办法（试行）的通知》（国卫医发〔2019〕43号，自2019年9月1日起施行） 《医疗器械安全管理》（WS/T654－2019，2020.5.1实施） 《医疗器械临床使用管理办法》（自2021年3月1日起施行）			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
《医疗器械监督管理条例》（2020 年 12 月 21 日修订，自 2021 年 6 月 1 日起施行） 《中华人民共和国安全生产法》（2021 年 6 月 10 日修正，自 2021 年 9 月 1 日起施行） 国家药监局《关于实施医疗器械临床试验质量管理规范有关事项的通告》（2022. 3. 30） 国家药监局国家卫生健康委《关于发布医疗器械临床试验质量管理规范的公告》（修订，自 2022 年 5 月 1 日起施行） 《特种设备生产和充装单位许可规则》（TSG07－2019，第 1 号修改单，自 2022 年 6 月 1 日起施行）			
51. 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，人员配备合理，制定常规与大型医学装备配置方案。医学装备部门建立质量安全小组，使用科室（部门）将医学装备纳入科室管理。			
【概述】 医院应规范加强医学装备管理，促进医学装备合理配置、安全有效使用，医学装备管理应遵循“统一领导、归口管理、分级负责、权责一致”的原则，提高管理效能，保障医院可持续健康发展。			
51. 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，人员配备合理，制定常规与大型医学装备配置方案。医学装备部门建立质量安全小组，使用科室（部门）将医学装备纳入科室管理。（5 分）	1. 根据“统一领导、归口管理、分级负责、权责一致”原则，医学装备管理实行院领导、医学装备管理部门和使用科室（部门）三级管理制度，医学装备管理委员会人员组成合理，职责明确。 2. 设置医学装备管理部门，依据功能任务科学、合理配备医学工程及其他专业技术人员，职责明确。 3. 依据全国卫生系统医疗器械仪器设备分类与代码，建立医院医学装备分类、分户电子账目，实行信息化管理。健全医学装备档案管理制度，按照集中统一管理的原则，做到档案齐全、账目明晰、完整准确。 4. 建立健全医学装备论证、决策、购置、验收、使用、保养、维修、应用分析、更新、资产处置制度与流程。 5. 加强大型医学装备配置管理，制定常规与大型医学装备配置方案。单价在五十万元及以上的医学装备有可行性论证。 6. 建立医学装备部门与使用科室（部门）共同管理医学装备的机制。 7. 医学装备部门建立质量安全小组，有自查、分析，对存在问题有整改。医学装备使用科室（部门）将医学装备纳入科室（部门）管理。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 系统追踪	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
52. 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。			
【概述】 大型医用设备配置需符合区域卫生规划原则，充分兼顾技术的先进性、适宜性和可及性，实现区域卫生资源共享，不断提高设备使用率。			
52. 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 分）	1. 建立医学装备使用评价制度。根据医院功能定位和发展规划，开展大型医用设备使用、功能开发、社会效益、成本效益等分析评价工作，促进大型医用设备合理应用。 2. 配置大型医用设备应符合国家大型医用设备配置规划，与医院功能定位、临床服务需求相适应，具有相应的技术条件、配套设施，具备相应资质、能力的专业技术人员，并经省级以上卫生健康行政部门批准，取得大型医用设备配置许可证。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 数据核查 系统追踪	
53. 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。			
【概述】 医院应建立医疗器械临床使用风险管理制度，落实医疗器械临床使用安全事件监测与报告制度，对大型医疗器械以及植入和介入类医疗器械开展临床使用评价，对存在安全隐患的医疗器械立即停止使用。			
53. 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。（6 分）	1. 严格依据国家有关规定和操作规程，加强医学装备安全有效使用管理。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安全有效使用情况应予以监控。有医学装备质量保障措施，医学装备须计（剂）量准确，安全防护、性能指标合格方可使用。 2. 贯彻落实《医疗器械安全管理》等标准，强化医疗器械安全管理，制定医疗器械管理制度，包括但不限于：临床使用前的验收制度、日常维护（包括检查、校准）制度、维修制度、人员培训考核制度、临床使用部门管理制度、医疗器械医疗损害事件报告与处理制度、抢救和生命支持医疗器械紧急调配制度、医疗器械处置管理制度、医疗器械安全与质量评价制度、医疗器械安全与性能状态标识管理制度等。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 员工操作 病历检查 病案检查	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
53. 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。（6 分）	3. 根据医疗器械的临床使用预期目的、技术要求及发生故障或误操作时可能造成的危害程度，参照国家《医疗器械分类目录》，对医疗器械进行风险等级分类，并建立各个风险等级的器械品目，分类管理。制定相应的管理目标和管理制度。 4. 制定并落实医疗器械临床使用安全监测和报告制度与流程（包括但不限于生命支持类、急救类、植入类、辐射类、灭菌类和大型医疗器械等）。 5. 急救、手术和生命支持等高风险医疗器械应在机身粘贴（或悬挂）安全与性能状态标识，分为**合格证**（绿色；设备号、检测日期、有效日期、检测人）、**停用证**（红色；设备号、停用日期、检测人）、**临时故障证**（黄色；设备号、故障日期、粘贴人），标识齐全、规范。 6. 诊疗中使用植入类和介入类医疗器械时，要将医疗器械的名称、关键性技术参数、合格证等信息，以及与使用质量安全密切相关的必要信息记载（粘贴）到病历等相关记录（粘贴单）中。 7. 医学装备管理部门对需要定期检查、检验、校准、保养、维护的医疗器械，应按照产品说明书的要求进行检查、检验、校准、保养、维修并予以记录，及时进行分析、评估，确保医疗器械处于良好状态，保障使用质量。 8. 主管部门定期分析、评估医疗器械临床使用安全事件，提出干预和改进措施，指导临床合理使用医疗器械；根据安全事件风险程度，发布风险预警，立即暂停或终止高风险器械使用。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 员工操作 病历检查 病案检查	
54. 加强医疗仪器设备管理和使用人员的培训，为保障医疗仪器设备安全、有效使用提供技术支持与咨询服务。			
【概述】 医院应组织开展医疗仪器设备管理和使用人员规范化培训与考核，为保障医疗仪器设备安全、有效使用提供技术支持与咨询服务。			
54. 加强医疗仪器设备管理和使用人员的培训，为保障医疗仪器设备安全、有效使用提供技术支持与咨询服务。（2 分）	1. 建立并落实医疗仪器设备使用人员操作培训和考核制度。 2. 规范人工智能医疗器械临床使用，加强人工智能医疗器械临床使用培训。 3. 医学装备管理部门为临床使用的医疗仪器设备提供技术支持、业务指导、安全保障与咨询服务，有医疗仪器设备使用手册、操作流程、清洁消毒流程。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 员工操作	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
55. 有保障医学装备处于完好状态的制度与措施，急救、生命支持类医学设备要始终处于备用状态；建立医院医学装备应急调配机制。			
【概述】 医院要建立完善保障医学装备处于完好状态的制度与措施，急救、生命支持类仪器设备要始终处于备用状态；建立医院医学装备应急调配机制，保障诊疗工作的正常开展。			
55. 有保障医学装备处于完好状态的制度与措施，急救、生命支持类医学设备要始终处于备用状态；建立医院医学装备应急调配机制。（4 分）	1. 有保障医学装备处于完好状态的制度与具体措施。有全院医学装备清单。 2. 医学装备管理部门对全院医学装备保养、维修、维护、校验、强检等实施统一管理。定期对放射诊疗设备和检测仪表进行稳定性检测、校正和维护保养；新安装、大维修或更换重要部件后按要求进行验收检测，合格后方可启用。 3. 建立与医院功能任务相匹配的医学装备应急调配机制，制定急救、生命支持类医学装备应急预案，装备故障时有紧急替代流程，优先保障急救、生命支持类医学装备的应急调配，保障紧急救援工作需要。医院急救、生命支持类医学装备始终处于备用状态。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 员工操作 模拟演练	
56. 贯彻落实《医疗机构医用耗材管理办法（试行）》，加强对医用耗材的采购、储存、使用、追溯、监测、评价、监督等进行全过程、全流程、全系统管理，促进医用耗材科学、合理使用。			
【概述】 医院应结合实际贯彻落实《医疗机构医用耗材管理办法（试行）》，坚持以患者为中心，加强对医用耗材的采购、储存、使用、追溯、监测、评价、监督等进行全过程、全流程、全系统管理，促进医用耗材科学、合理使用，保障患者身体健康。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
56. 贯彻落实《医疗机构医用耗材管理办法（试行）》，加强对医用耗材的采购、储存、使用、追溯、监测、评价、监督等进行全过程、全流程、全系统管理，促进医用耗材科学、合理使用。（5 分）	1. 落实《医疗机构医用耗材管理办法（试行）》等，设立医用耗材管理委员会，人员组成合理，职责明确。指定医用耗材的具体管理部门，负责医用耗材的遴选、采购、验收、存储、发放，以及临床使用、监测、评价等专业技术服务等日常管理工作。 2. 对医用耗材临床使用实施分级分类管理。 3. 医用耗材需冷链管理的，应严格落实冷链管理要求，明确专人负责验收、储存和发放工作，确保各环节温度可追溯。 4. 落实医用耗材临床应用登记制度，使医用耗材信息、患者信息以及诊疗相关信息相互关联，确保使用的医用耗材向前可溯源、向后可追踪。 5. 加强医疗质量控制，对医用耗材尤其是重点监控医用耗材的临床使用情况设立质控点，纳入医疗质量控制体系。 6. 结合单病种管理、临床路径管理、支付管理、绩效管理等工作，持续提高医用耗材合理使用水平，保障医疗质量和医疗安全。 7. 医用耗材不良事件监测与报告工作机制健全，流程规范，报告质量和数量符合相关规定。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 数据核查 系统追踪	
十一、后勤保障管理（70 分）			
57. 有后勤保障管理组织、规章制度与人员岗位职责。后勤保障服务坚持以健康为中心、以患者为中心，满足诊疗工作需求，保障医院正常运行。			
【概述】 医院后勤保障管理组织健全，规章制度完善，人员岗位职责明确，后勤保障服务坚持以健康为中心、以患者为中心，满足诊疗工作需求，保障医院正常运行。			
57. 有后勤保障管理组织、规章制度与人员岗位职责。后勤保障服务坚持以健康为中心、以患者为中心，满足诊疗工作需求，保障医院正常运行。（2 分）	1. 后勤保障管理组织机构健全，规章制度完善，人员岗位职责明确。 2. 后勤保障部门有为患者、临床及医技科室提供后勤保障服务的具体措施，提供 24 小时的下收、下送、下修等后勤保障服务。患者、科室（部门）、员工对后勤服务满意度持续提升。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 系统追踪	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
58. 贯彻落实《中华人民共和国特种设备安全法》等相关法律、法规和标准，加强特种设备安全工作，预防特种设备事故，保障医院正常运行和患者安全。特种设备操作人员持证上岗，按技术操作规程工作。			
【概述】 医院要贯彻落实《中华人民共和国特种设备安全法》等相关法律、法规和标准，建立健全特种设备岗位责任、隐患治理、应急救援等安全管理制度，制定操作规程，保障特种设备安全运行。特种设备操作人员实行持证上岗，严格遵照技术操作规程开展工作。			
依据但不限于： 《特种设备安全监察条例》（2009 年 1 月 24 日修改，自 2009 年 5 月 1 日起施行） 《特种设备作业人员监督管理办法》（2010 年 11 年 23 日修改，2011 年 7 月 1 日起施行） 《中华人民共和国特种设备安全法》（自 2014 年 1 月 1 日起施行） 《特种设备作业人员考核规则》（TSGZ6001－2019，自 2019 年 6 月 1 日起施行） 《关于印发有限空间作业安全指导手册和 4 个专题系列折页的通知》（应急厅函〔2020〕299 号，2020. 10. 29） 《中华人民共和国安全生产法》（2021 年 6 月 10 日修正，自 2021 年 9 月 1 日起施行） 《特种设备生产和充装单位许可规则》（TSG07－2019，第 1 号修改单，自 2022 年 6 月 1 日起施行）			
58. 贯彻落实《中华人民共和国特种设备安全法》等相关法律、法规和标准，加强特种设备安全工作，预防特种设备事故，保障医院正常运行和患者安全。特种设备操作人员持证上岗，按技术操作规程工作。（6 分）	1. 贯彻落实《中华人民共和国特种设备安全法》等相关法律、法规和标准，建立健全特种设备（包括但不限于锅炉、压力容器〈含气瓶〉、压力管道、电梯等）岗位责任、隐患治理、应急救援等安全管理制度，制定操作规程，保障特种设备安全运行。 2. 制定特种设备故障应急预案及特种设备事故应急预案，并定期组织演练。 3. 按照国家有关规定配备特种设备安全管理人员、检测人员和作业人员，并对其进行必要的安全教育和技能培训。 4. 特种设备安全管理人员、检测人员和作业人员应按照国家有关规定取得相应资格，方可从事相关工作，并严格执行安全技术规范和管理制度，保证特种设备安全。 5. 建立特种设备安全技术档案。对使用的特种设备进行经常性维护保养和定期自行检查，有记录；对使用的特种设备的安全附件、安全保护装置进行定期校验、检修，有记录。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 员工操作	
59. 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和诊疗服务需要。特种作业人员持证上岗。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
【概述】 医院有控制与降低能源消耗的具体措施，有效合理利用能源，提高能源利用效率，降低能源消耗，保护和改善环境。医院水、电、气、物资供应等后勤保障满足医院运行和诊疗服务需要，提供24小时后勤保障服务。特种作业是指容易发生事故，对操作者本人、他人的安全健康及设备、设施的安全可能造成重大危害的作业。应急管理部门向经专门的安全技术培训并考核合格的特种作业人员颁发许可证照，特种作业人员取得《中华人民共和国特种作业操作证》后，方可上岗作业。			
依据但不限于： 《公共机构节能条例》（2017年3月1日修订） 《国务院办公厅关于建立现代医院管理制度的指导意见》（国办发〔2017〕67号，2017.7.14） 《中华人民共和国节约能源法》（2018年10月26日修改） 《高耗能特种设备节能监督管理办法》（2020年10月23日修订） 《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18号，2021.5.14） 《全国一体化政务服务平台电子证照特种作业操作证》（C0210－2021，2021.11.15实施）			
59. 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和诊疗服务需要。特种作业人员持证上岗。（12分）	1. 有控制与降低能源消耗的具体措施，增强员工控制与降低能源消耗的意识，提高能源利用效率，保护和改善环境。 2. 有水、电、气等后勤保障的操作规范，合理配备人员，职责明确。制定医院水、电、气等后勤保障应急预案，并组织演练。 3. 水、电、气供应的关键部位和机房等须设置符合要求的警示标示；张贴或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。 4. 特种作业人员取得《中华人民共和国特种作业操作证》后，方可上岗作业。 5. 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。 6. 物资供应满足医院正常运行和诊疗服务需要。有适宜的物资存量管理及应急物资采购预案。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 数据核查 系统追踪 员工操作 模拟演练	
60. 为患者、员工提供膳食服务，保障饮食卫生安全。			
【概述】 食品安全是医院后勤管理的重点，保障患者和员工身体健康，是维护医院运行的关键前提。后勤管理部门应按照国家食品卫生要求，切实履行相应职责，以人员培训为重点，强化检查和抽考，着力解决从业人员规范操作、食品安全管理员能力提升；以餐饮后厨为重点，突出重点区域检查，着力加强餐饮环境卫生管理；以进货查验为重点，履行进货查验记录义务，着力解决食品安全责任追溯问题；以餐饮具清洗消毒为重点，着力解决食品安全制度执行问题。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
60. 为患者、员工提供膳食服务，保障饮食卫生安全。（8 分）	1. 设置营养健康食堂（员工）、营养健康餐厅（患者），建筑布局、功能流程、人物流向、设备设施等符合饮食卫生要求和工作需要；取得《食品经营许可证》；按照《餐饮食品营养标识指南》，对所提供的餐饮食品进行营养标示。 2. 落实相关民族政策要求，独立设置清真食堂。清真食堂的采购、烹饪等主要岗位须有少数民族员工监督，其炊具、器具等应与普通灶分开，保证专用。 3. 设立营养健康管理委员会，人员组成合理，职责明确，指定部门和专职人员负责医院膳食服务。以人员培训为重点，强化检查和抽考，着力解决从业人员规范操作、食品安全管理员能力提升；以餐饮后厨为重点，突出重点区域检查，着力加强餐饮环境卫生管理；以进货查验为重点，履行进货查验记录义务，着力解决食品安全责任追溯问题；以餐饮具清洗消毒为重点，着力解决食品安全制度执行问题。 4. 建立健全并落实营养健康食堂、营养健康餐厅和清真食堂规章制度、餐饮具清洗消毒贮存的操作标准程序。食品及原料的采购、储藏、配料、加工、食品留样、售卖等符合卫生管理和食品安全要求。 5. 营养健康管理制度落实到位。定期组织开展营养健康食堂、营养健康餐厅负责人、营养指导人员、营养配餐员和营养厨师等营养健康知识、传染病防控、感染防控、疫情防控、食品安全、食物采购、储藏、烹饪以及“三减”等知识与技能培训；营养厨师同时接受低盐、低油、低糖菜品制作技能培训。有考核，有记录。 6. 参照《餐饮服务食品安全操作规范》要求，做好食品留样等工作，科室（部门）有自查、分析，保证餐饮食品安全，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。 7. 营养健康食堂、营养健康餐厅、清真食堂实行外包服务的，医院应与第三方服务机构签订委托服务合同（协议），明确双方的权利和义务。明确主管部门和负责人，对其能力、水平、质量、效果等实施全过程监管。（**参照财务与价格管理“46. 有对对外委托服务项目质量与安全实施监督管理的具体措施”**）	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 系统追踪	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
61. 按照有关法律法规，规范管理医疗废物。建立健全医疗废物管理责任制，落实主体责任。医疗废物的分类收集、运送、暂存、交接和人员职业安全防护等符合规范。加强相关人员培训。			
【概述】 实现医疗废物无害化、减量化、资源化是医疗废物管理的目标。医院应建立医疗废物管理责任制，落实主体责任，加强组织领导，健全组织架构，完善工作机制，建立规章制度，落实岗位职责。规范医疗废物的分类收集、运送、暂存、交接和人员职业防护等各环节管理，加强相关人员培训，制定相应应急预案，落实职业防护，保障安全。			
依据但不限于： 《医疗卫生机构医疗废物管理办法》（自 2003 年 10 月 15 日起施行） 《卫生部关于产妇分娩后胎盘处理问题的批复》（卫政法发〔2005〕123 号，2005. 3. 31） 《医疗废物专用包装袋、容器和警示标志标准》（HJ421－2008，2008. 4. 1 实施） 《医疗废物管理条例》（2011 年 1 月 8 日修订） 《中华人民共和国传染病防治法》（2013 年 6 月 29 日修正） 国家卫生计生委办公厅等八部门《关于在医疗机构推进生活垃圾分类管理的通知》（国卫办医发〔2017〕30 号，2017. 9. 4） 国家卫生计生委办公厅等五部门《关于进一步规范医疗废物管理工作的通知》（国卫办医发〔2017〕32 号，2017. 9. 13） 《关于进一步加强医疗机构感染预防与控制工作的通知》（国卫办医函〔2019〕480 号，2019. 5. 18） 国家卫生健康委等十部门《关于印发医疗机构废弃物综合治理工作方案的通知》（国卫医发〔2020〕3 号，2020. 2. 24） 生态环境部等五部门《国家危险废物名录（2021 年版）》（自 2021 年 1 月 1 日起施行） 《中华人民共和国固体废物污染环境防治法》（2020 年 4 月 29 日修订，自 2021 年 9 月 1 日起施行） 国家卫生健康委生态环境部《关于印发医疗废物分类目录（2021 年版）的通知》（国卫医函〔2021〕238 号，自 2021 年 11 月 25 日起施行） 《关于印发静脉用药调配中心建设与管理指南（试行）的通知》（国卫办医函〔2021〕598 号，自 2021 年 12 月 10 日起施行） 《关于印发河南省 2022 年“智能医废”提速战工作实施方案的通知》（豫卫医〔2022〕6 号，2022. 3. 18） 《污水中新型冠状病毒富集浓缩和核酸检测方法标准》（WST799—2022，2022. 3. 24 实施）			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
61. 按照有关法律法规，规范管理医疗废物。建立健全医疗废物管理责任制，落实主体责任。医疗废物的分类收集、运送、暂存、交接和人员职业安全防护等符合规范。加强相关人员培训。（12 分）	1. 建立健全医疗废物管理责任制，落实主体责任，加强组织领导，健全组织架构，完善工作机制，建立规章制度，落实岗位职责。医院法定代表人为医院医疗废物管理第一责任人。 2. 制定并完善医疗废物分类收集、转运、暂存、交接流程，配备专门人员负责检查、督促，落实医疗废物管理工作要求。结合实际贯彻落实《河南省 2022 年“智能医废”提速战工作实施方案》，实现医疗废弃物产生、收集、暂存、移交、处置全链条信息化管理，数据实时上传省“智能医废”监管平台。 3. 依据《医疗废物分类目录》制定具体的分类收集清单，实施相应的分类管理流程，重点加强感染性废物、损伤性废物、病理性废物、药物性废物和化学性废物等的分类管理。医疗废物的包装符合《医疗废物专用包装袋、容器和警示标志标准》等要求。 4. 使用防渗漏、防遗撒的医疗废物专用运送工具（污物车），按照确定的医院内部医疗废物运送时间、路线，将医疗废物收集、运送至医疗废物暂存处。运送工具使用后应在指定地点及时消毒和清洁。 5. 病原微生物实验室废弃的病原体培养基、标本、菌种和毒种保存液及其容器，应在产生地点进行压力蒸汽灭菌或者使用其他方式消毒后，按感染性废物收集处理。隔离传染病患者或者疑似传染病患者产生的医疗废物应使用双层医疗废物包装袋盛装。开展污水中新型冠状病毒富集浓缩和核酸检测时，实验过程中产生的所有废弃物（包括剩余水样）均应经有效灭菌后再按医疗废物进行分类处理。 6. 放射性固体废物、废液及患者的放射性排出物应单独收集，与其他废物、废液分开存放，按照国家相关规定处理。 7. 静脉用药调配中心产生的危害药品等医疗废物分类管理，废针头和空安瓿等按损伤性废物管理，涉及使用危害药品的其他废物（输液瓶/袋、注射器等）按药物性废物管理，做到分类收集、包装，每日交由医院医疗废物运送人员。**危害药品：**是指能产生职业暴露危险或者危害的药品，即具有遗传毒性、致癌性、致畸性，或对生育有损害作用以及在低剂量下可产生严重的器官或其他方面毒性的药品。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 数据核查 系统追踪 员工操作	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
61. 按照有关法律法规，规范管理医疗废物。建立健全医疗废物管理责任制，落实主体责任。医疗废物的分类收集、运送、暂存、交接和人员职业安全防护等符合规范。加强相关人员培训。（12 分）	8. 医疗废物暂存处应远离医疗区、食品加工区和人员活动区以及生活垃圾存放场所，满足空间充足、运输方便、专人管理、监控覆盖的原则，警示标识醒目，安全措施落实到位；设施、设备应定期严密消杀、消毒、清洁。建立科学的电子化入库、出库制度，实现与医疗废物集中处置单位专用运输车的无缝衔接。 9. 医疗废物应交由持有危险废物经营许可证的医疗废物集中处置单位处置，建立交接登记制度，按照医疗废物的种类、数量做好交接登记，登记资料至少保存 4 年。制定并严格执行危险废物转移联单管理制度，规范填写《危险废物转移联单》（医疗废物专用）。 10. 禁止转让、买卖医疗废物；禁止在运送过程中丢弃医疗废物；禁止在非贮存地点倾倒、堆放医疗废物或者将医疗废物混入其他废物和生活垃圾。 11. 定期开展培训，强化相关人员的法制意识、责任意识，提高规范管理医疗废物的能力。重点加强对医疗废物分类收集、转运、暂存、交接等工作人员的培训和管理。制定医疗废物流失、泄漏、扩散等意外事故的应急预案并定期演练，严格落实职业安全防护措施，定期进行健康检查。 12. 科室（部门）有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 数据核查 系统追踪 员工操作	
62. 污水管理和处置符合规定。			
【概述】 保护水环境是每个单位和公民的义务。医院应重视和加强污水管理和处置，依法取得排污许可证，规范排污行为，控制污染物排放，保护和改善生态环境。			
依据但不限于： 《关于发布医院污水处理技术指南的通知》（环发〔2003〕197 号，2003. 12. 10） 《医疗机构水污染物排放标准》（GB18466 – 2005，2006. 1. 1 实施） 《中华人民共和国水污染防治法》（2017 年 6 月 27 日修改，自 2018 年 1 月 1 日起施行） 《排污许可管理办法（试行）》（2019 年 8 月 22 日修改）			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
《排污许可管理条例》（自2021年3月1日起施行） 生态环境部办公厅等五部门《关于加快补齐医疗机构污水处理设施短板提高污染治理能力的通知》（环办水体〔2021〕19号，2021.8.24） 河南省生态环境厅等五部门《关于印发河南省加快补齐医疗机构污水处理设施短板提高污染治理能力工作方案的通知》（豫环文〔2021〕172号，2021.11.30） 《污水中新型冠状病毒富集浓缩和核酸检测方法标准》（WST799—2022，2022.3.24实施）			
62. 污水管理和处置符合规定。（4分）	1. 落实生态环境部等五部门《关于加快补齐医疗机构污水处理设施短板提高污染治理能力的通知》等要求，依法取得排污许可证，将污水处理设施运行维护纳入医院日常管理工作。 2. 制定并完善污水处理管理制度和岗位职责，有专人负责污水处理工作，经相关培训合格后方可上岗。 3. 建立健全污水处理设施运行台账制度，规范记录进出水水量、水质、消毒药剂类型和使用量等信息，台账记录保存期限符合要求。按照排污许可证规定和有关标准规范，依法开展自行监测并保存原始监测记录。 4. 污水中新型冠状病毒富集浓缩和核酸检测符合《污水中新型冠状病毒富集浓缩和核酸检测方法标准》。水样的采集要根据采样场所排水系统分布情况，重点选取污水排水口、内部管网汇集处等关键位置对未经消杀处理的污水进行采样。样本采集后应在现场使用75%酒精对采样瓶外表面进行消毒，然后将采样瓶装入密封采样袋中，对密封采样袋外表面再次进行消毒，并尽快将样本送至实验室，运输过程中确保0℃~4℃条件下冷藏运输。污水样本采集时个人防护要求应符合《新冠肺炎疫情期间特定人群个人防护指南》要求。实验过程中产生的所有废弃物（包括剩余水样）均应经有效灭菌后再按医疗废物进行分类处理。 5. 加强职业安全防护，为工作人员配备工作服、手套、面罩、护目镜、防毒面具以及急救用品等。鼓励医院提高污水处理设施自动化运行水平，减少工作人员直接或间接接触污水的风险。 6. 科室（部门）有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 数据核查 系统追踪 员工操作	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
63. 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，监控室设置及管理符合相关标准。			
【概述】 医院安全防范体系建设应按照预防与处置相结合，传统方法与现代科技相结合，安防系统建设与社会综合治理相结合，安检与便民相结合，平急贯通、警医联动的原则，协同配合、系统推进，分类施策、突出重点，推动医院安保组织更加健全，医院安全管理制度更加规范，风险预警机制更加高效，应急处置机制更加完善，及时消除医院安全隐患，有效维护医院正常诊疗秩序。			
依据但不限于： 《关于加强医疗机构麻醉药品和第一类精神药品管理的通知》（国卫办医发〔2020〕13 号，2020. 9. 11） 国家卫生健康委等八部门《关于推进医院安全秩序管理工作的指导意见》（国卫医发〔2021〕28 号，2021. 9. 22）			
63. 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，监控室设置及管理符合相关标准。（5 分）	1. 落实《关于推进医院安全秩序管理工作的指导意见》等要求，加强医院安全秩序管理组织机构和制度建设，健全安全秩序管理工作领导机制，加强专职保卫部门力量，提高专业化水平。医院主要负责人是本院安全秩序管理的第一责任人。 2. 制定落实风险排查、安全防控、守护巡查、应急处置、教育培训、定期检查等安全保卫工作制度。 3. 加强医院物防设施建设。为在岗保卫人员和保安员配备必要的通讯设备和防护器械。医院供水、供电、供气、供热、供氧、重点环境、重点科室、重点部门（财务、档案室、信息中心机房、库房、药品一级和二级库房、麻醉药品存放处、新生儿病室等）、易燃易爆物品存放库房等重点要害部位应按照相关规定、标准安装安全防护设施。 4. 加强医院技防系统建设。按照相关国家标准和行业标准，建立完善入侵报警系统、视频监控系统、出入口控制系统和电子巡查系统等，并实现系统间互联互通。设置安全监控中心，对医院技防系统的安全信息进行集中统一管理，实现医院内公共区域、重点区域视频监控全覆盖。 5. 视频监控室设置符合国家相关标准，视频监控系统运行良好，系统时间误差≤30 秒；视频保存时间≥90 日，麻精药品相关视频保存时间≥180 日。视频监控系统出现故障时能在 1 小时内现场响应，2 小时内解决现场故障。有完整、规范的视频监管记录和维修记录。 6. 强化医院警务室建设，为警务室提供必要的工作条件，明确工作职责。 7. 提高医务人员安全意识和自我防护能力，针对医务人员不同岗位，开展有针对性的安全防范教育和技能培训，提高医务人员安全防范意识和应对突发事件能力。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 系统追踪	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
64. 医院消防系统管理符合国家相关法律、法规和标准。			
【概述】 医院应遵守消防安全管理相关法律、法规、规章，执行相关强制性消防标准，规范消防行为，落实主体责任，明确责任部门，履行消防职责。组织开展全院全员消防安全知识与技能培训，持续加强消防安全工作。			
依据但不限于： 《建筑消防设施的维护管理》（GB25201－2010，2011.3.1 实施） 《消防控制室通用技术要求》（GB25506－2010，2011.7.1 实施） 《国务院关于加强和改进消防工作的意见》（国发〔2011〕46 号，2011.12.30） 《综合医院建筑设计规范》（GB51039－2014，2015.8.1 实施） 《消防安全标志第一部分：标志》（GB13495.1－2015，2015.8.1 实施） 国家卫生健康委等三部门《关于印发医疗机构消防安全管理九项规定（2020 年版）的通知》（国卫办发〔2020〕1 号，自 2020 年 1 月 8 日起施行） 《医疗机构消防安全管理》（WS308—2019，2020.5.1 实施） 《中华人民共和国消防法》（2021 年 4 月 29 日修正） 《关于贯彻实施新修改〈中华人民共和国消防法〉全面实行公众聚集场所投入使用营业前消防安全检查告知承诺管理的通知》（应急〔2021〕34 号，2021.5.11） 国家广播电视总局应急管理部《关于印发应急广播管理暂行办法的通知》（广电发〔2021〕37 号，自 2021 年 6 月 7 日起施行） 《高层民用建筑消防安全管理规定》（自 2021 年 8 月 1 日起施行） 《中华人民共和国安全生产法》（2021 年 6 月 10 日修正，自 2021 年 9 月 1 日起施行） 《人员密集场所消防安全管理》（GB/T40248－2021，2021121 实施）			
64. 医院消防系统管理符合国家相关法律、法规和标准。（10 分）	1. 严格落实消防安全管理主体责任，建立逐级消防安全责任制，明确各岗位消防安全职责，层层签订责任书。 2. 制定并落实消防安全教育、培训，防火巡查、检查，消防设施管理等消防安全管理规章制度。 3. 设置消防安全管理部门，人员配备合理，岗位职责明确。各科室（部门）主要负责人为本科室（部门）消防安全第一责任人，设立消防安全员。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 员工操作 模拟演练	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
64. 医院消防系统管理符合国家相关法律、法规和标准。（10 分）	4. 对全院全员开展消防安全知识与技能培训。 5. 医院消防设施、器材配置齐全，定期进行检查、检测、维护和保养，确保灵敏、可靠，有效运行；有记录。主要消防设施设备上张贴维护保养、检测情况记录卡。消防设施、器材设置规范醒目的标识，消防通道、安全出口和消防重点部位设置警示提示标识，符合《消防安全标志第一部分：标志》要求。根据需要设立微型消防站。 6. 明确巡查人员、重点巡查部位、重点巡查内容，每日组织开展防火巡查，每月和重要节假日、重大活动前至少组织 1 次防火检查和消防设施联动运行测试。 7. 消防安全重点部位（门诊、急诊、手术部、重症医学科、病区、药品库房、病案库房、实验室、供氧站、放射机房、变配电室、消防控制室等）应设置明显的标志，标明“消防安全重点部位”及其消防安全责任人，落实相应管理规定。根据实际需要配备相应的灭火器材、装备和个人防护器材，制定和完善事故应急处置操作程序，每日进行防火巡查，每月定期开展防火检查。 8. 制定灭火和应急疏散预案，明确每班次、各岗位人员及其报警、疏散和扑救初起火灾的职责；每半年至少演练 1 次。配备相应的轮椅、担架（含楼梯担架）等疏散工具，对无自理能力和行动不便的患者逐一明确疏散救护人员。 9. 消防控制室（视频监控室）实行 24 小时值班，每班不少于 2 人。消防值班人员应持有《消防行业特有工种职业资格证书》，掌握消防控制室相关设备的功能及操作规程，接到火灾警报后能够快速、规范响应。 10. 科室（部门）有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 员工操作 模拟演练	
65. 医院危险品管理符合国家相关法律、法规和标准。			
【概述】 医院应加强易燃易爆物品、危险化学品、放射性物品等危险品的管控，防止和减少危险品事故。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
依据但不限于： 《药品类易制毒化学品管理办法》（自 2010 年 5 月 1 日起施行） 《危险化学品安全管理条例》（2013 年 12 月 7 日修订） 《中华人民共和国固体废物污染环境防治法》（2020 年 4 月 29 日修订，自 2020 年 9 月 1 日起施行） 《关于加强医疗机构麻醉药品和第一类精神药品管理的通知》（国卫办医发〔2020〕13 号，2020. 9. 11） 生态环境部等五部门《国家危险废物名录（2021 年版）》（自 2021 年 1 月 1 日起施行） 《中华人民共和国安全生产法》（2021 年 6 月 10 日修正，自 2021 年 9 月 1 日起施行）			
65. 医院危险品管理符合国家相关法律、法规和标准。（6 分）	1. 设置危险品安全管理部门，建立健全危险品管理制度和人员岗位职责。 2. 有医院危险品安全管理相关规章制度与流程。制定相应的危险品安全事件应急预案，并组织演练。相关人员熟悉预案及处置程序。 3. 操作人员熟悉岗位职责和危险品安全管理要求。 4. 有全院的危险品种类与目录清单、统一的危险品标志。实验室固体废物属于危险废物的，应按照危险废物管理。有危险品专用库房或专用储存柜（箱），储存区域设有防盗设施和视频监控装置。麻醉药品和第一类精神药品、毒性药品采用双锁保险柜或智能调配柜储存。储存剧毒化学品、易制爆危险化学品的专用区域，设置相应技术防范设施。 5. 危险品专用区域的安全设施设备定期进行检测、检验。 6. 有危险品采购、使用、消耗等登记资料，出入库台账清晰，账物相符，可溯源。 7. 科室（部门）有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 数据核查 系统追踪 员工操作	
66. 为患者提供安全、舒适、温馨、清洁的医院环境，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。			
【概述】 良好的医院环境不但能够保障医疗秩序，促进患者康复，而且能够更好地体现“以人为本”的医院文化。医院应为患者提供清洁、温馨、舒适的就医环境，符合爱国卫生运动等相关要求。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
依据但不限于： 《中华人民共和国传染病防治法》（2013 年 6 年 29 日修正） 《医疗机构患者活动场所及坐卧设施安全要求》（WS444－2014，2014. 12. 1 实施） 《综合医院建筑设计规范》（GB51039－2014，2015. 8. 1 实施） 《关于开展医疗卫生机构厕所整洁专项行动的通知》（国卫办规划函〔2019〕295 号，2019. 3. 18） 《河南省爱国卫生条例》（自 2020 年 6 月 3 日起施行） 《关于进一步加强无烟医疗卫生机构建设工作的通知》（国卫规划函〔2020〕306 号，2020. 7. 23） 《国务院关于深入开展爱国卫生运动的意见》（国发〔2020〕15 号，2020. 11. 14） 《关于印发河南省提升医疗服务十大举措的通知》（豫卫医〔2021〕9 号，2021. 3. 7） 《综合医院建设标准》（建标 110－2021，自 2021 年 7 月 1 日起施行）			
66. 为患者提供安全、舒适、温馨、清洁的医院环境，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。（5 分）	1. 深入开展爱国卫生运动，落实好医院病媒生物防治、健康宣传、厕所环境整洁、无烟医院建设等各项重点任务，为患者提供安全、舒适、温馨、清洁的医院环境。 2. 美化、硬化、绿化达到医院环境标准要求。 3. 开展卫生间整洁专项行动，建立卫生间卫生长效管理机制。卫生间设施设备齐全，标识醒目规范，环境干净整洁无味。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈	
十二、安全生产风险隐患双重预防管理（10 分）			
依据但不限于： 《关于实施遏制重特大事故工作指南构建双重预防机制的意见》（安委办〔2016〕11 号，2016. 10. 9） 《生产安全事故应急条例》（自 2019 年 4 月 1 日起施行） 《生产安全事故应急预案管理办法》（2019 年 7 月 11 日修正，自 2019 年 9 月 1 日起施行） 《河南省安全生产条例》（自 2019 年 10 月 1 日起施行） 《河南省安全生产风险管控与隐患治理办法》（自 2020 年 1 月 31 日起施行） 《关于印发 2020 年全省卫生健康系统全面推进安全生产风险隐患双重预防体系建设工作实施方案的通知》（豫卫办〔2020〕38 号，2020. 4. 28） 《中华人民共和国安全生产法》（2021 年 6 月 10 日修正，自 2021 年 9 月 1 日起施行）			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
67. 建立健全医院安全生产风险隐患双重预防体系，有效实施安全生产风险管控与隐患治理。			
【概述】 双重预防体系建设是安全生产工作最重要的举措。医院应建立符合自身实际的双重预防体系，明确责任和目标，细化任务和措施，准确把握安全生产的特点和规律，坚持风险预控、关口前移，全面推行安全风险分级管控，进一步强化隐患排查治理，推进事故预防工作科学化、信息化、标准化，实现把风险控制在隐患形成之前、把隐患消灭在事故前面。			
67. 建立健全医院安全生产风险隐患双重预防体系，有效实施安全生产风险管控与隐患治理。（5 分）	1. 结合实际建立健全医院安全生产风险隐患双重预防体系。建立双重预防体系建设领导组织架构，人员组成合理，职责明确。 2. 将风险管控纳入安全生产责任制，履行风险管控责任，坚持风险管控与事故隐患治理的源头防范、系统治理、依法监管。 3. 有双重预防体系建设实施方案，明确指导思想、工作目标、工作任务、措施和职责等。 4. 制定并落实符合双重预防体系建设标准要求的风险分级管控制度、隐患排查治理制度、运行考核制度、岗位安全操作规程等。 5. 有双重预防体系培训计划，分层次、分阶段组织培训，并考核。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈	
68. 全面开展安全风险辨识，科学评定安全风险等级，完善隐患排查治理，有效管控安全风险。			
【概述】 对医院内安全风险进行全面辨识和评估，根据风险分布情况和可能造成的危害程度，确定区域安全风险等级，并根据不同等级的安全风险，采取有针对性的管控措施，实行差异化管理；对高风险等级区域，实施重点监控，健全覆盖医院运行各环节的安全风险分级管控体系，完善隐患排查治理，有效管控安全风险。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
68. 全面开展安全风险辨识，科学评定安全风险等级，完善隐患排查治理，有效管控安全风险。（5 分）	1. 全面开展安全风险辨识，制定风险评价分级标准，科学评估，确定风险等级；根据风险辨识和分级结果，实施风险分级管控。编制医院风险管控清单、隐患排查标准清单，并与风险点等级保持一致。 2. 有医院风险分布图、作业安全风险比较图。 3. 在醒目位置和重点区域设置安全风险公告栏，制作岗位安全风险告知卡，标明主要安全风险、可能引发事故隐患类别、事故后果、管控措施、应急措施及报告方式等。 4. 制作《岗位风险管控应知应会卡》《岗位事故应急处置卡》等，对存在重大风险的工作场所和岗位，要设置明显警示标志，工作人员掌握本岗位风险管控措施及事故应急处置程序。 5. 科室（部门）有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅资料 现场检查 调查访谈 系统追踪 员工操作	
十三、应急管理（21 分）			
依据但不限于： 《国家突发公共事件总体应急预案》（2006. 1. 8） 《中华人民共和国突发事件应对法》（自 2007 年 11 月 1 日起施行） 《突发公共卫生事件应急条例》（2011 年 1 月 8 日修订） 《中华人民共和国防洪法》（2016 年 7 月 2 日修正） 《关于印发突发事件卫生应急预案管理办法的通知》（国卫应急发〔2017〕36 号，自 2017 年 6 月 9 日起施行） 《关于加强应急预案管理工作的通知》（豫应急办〔2019〕91 号，2019. 9. 26） 《关于印发突发事件应急预案的通知》（豫应急办〔2020〕63 号，自 2020 年 6 月 2 日起施行） 《国务院办公厅关于加强城市内涝治理的实施意见》（国办发〔2021〕11 号，2021. 4. 8） 《中华人民共和国消防法》（2021 年 4 月 29 日修正） 《河南省突发公共卫生事件应急办法》（自 2021 年 6 月 10 日起施行） 《关于印发河南省突发事件总体应急预案（试行）的通知》（豫政〔2021〕23 号，自 2021 年 8 月 19 日起实施） 《中华人民共和国安全生产法》（2021 年 6 月 10 日修正，自 2021 年 9 月 1 日起施行） 《关于印发河南省突发公共卫生事件应急预案的通知》（豫政办〔2022〕34 号，自 2022 年 4 月 11 日起实施）		

评审标准	评审要点	评审方法	得分
69. 成立医院应急工作领导小组，建立医院应急指挥系统，落实责任，建立并不断完善医院应急管理机制。			
【概述】 医院应建立统一领导、分级负责、反应及时、规范有序、科学高效的应急体系，持续增强应急管理能力、应急救援能力、应急保障能力、社会协同应对能力，全面提高医院应对各类突发事件的能力和水平。			
69. 成立医院应急工作领导小组，建立医院应急指挥系统，落实责任，建立并不断完善医院应急管理机制。（3分）	1. 成立应急工作领导小组，建立医院应急指挥系统，不断完善医院应急管理机制；明确主管部门负责日常应急管理工作，职责清晰。 2. 医院应急队伍人员构成合理，职责明确，相关人员熟悉应急预案及处置流程。 3. 有信息报告和信息发布相关制度；有新闻发言人制度，根据法律、法规和有关部门授权进行信息发布。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈	
70. 明确医院需要应对的主要突发事件策略，制定和完善各类应急预案，提高快速反应能力。			
【概述】 医院根据既往发生的事件和可能出现的突发事件，制定和完善各类应急预案，并将突发事件预防纳入日常工作管理中。			
70. 明确医院需要应对的主要突发事件策略，制定和完善各类应急预案，提高快速反应能力。（8分）	1. 组织有关人员对医院面临的各种潜在风险加以识别，进行风险评估和分类排序，明确应对的重点及策略。 2. 有灾害脆弱性分析报告，对突发事件可能造成的影响以及医院的承受能力进行系统分析，提出加强医院应急管理的措施。 3. 制定和完善各类突发事件的医院总体应急预案、专项应急预案和科室（部门）应急预案，提高快速反应能力。 4. 定期进行灾害脆弱性分析，调整应对重点，修订相应预案，并开展再培训与教育。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 员工操作 模拟演练	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
71. 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。			
【概述】 医院应通过定期应急培训和演练，提高各级、各类人员的应急素质和医院的整体应急能力。同时，演练也有助于考察预案的连续性、落地性，帮助医院持续改进预案内容。			
71. 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。（6 分）	1. 医院适时组织对各级、各类人员进行应急相关法律、法规、预案及应急知识、技能和能力的培训，持续提升应急素质和医院整体应急能力。 2. 有开展各类突发事件的总体预案和专项预案的应急演练；有应对大规模传染病暴发等突发公共卫生事件的综合演练。	查阅资料 现场检查 调查访谈 员工操作 模拟演练	
72. 合理储备应急物资和设备。			
【概述】 医院应制定应急物资和设备储备计划，有适量应急物资储备，有应对应急物资、设备短缺的紧急供应渠道。			
72. 合理储备应急物资和设备。（4 分）	1. 制定医院应急物资和设备储备计划，有应急物资和设备的管理制度、审批程序与紧急供应保障措施，并建立应对应急物资、设备短缺的紧急供应渠道。 2. 有医院应急物资和设备储备目录（清单），有应急物资使用登记；定期对应急物资（确保在有效期内）和设备（确保处于备用状态）进行维护、保养，有记录。 3. 主管部门定期对应急物资和设备的储备进行检查，有分析、反馈。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈	
十四、科研教学与图书管理（15 分）			
73. 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。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
【概述】 科研水平是衡量医院核心竞争力和未来发展能力的重要参考指标，在医院发展过程中起着举足轻重的作用。医院应建立鼓励全员参与科研工作的制度和办法，并在资源投入上予以实际支持。			
依据但不限于： 国家卫生计生委等五部门《关于全面推进卫生与健康科技创新的指导意见》（国卫科教发〔2016〕50 号，2016. 9. 30） 《“健康中国 2030”规划纲要》（2016. 10. 25） 《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》（自 2016 年 12 月 1 日起施行） 《国务院办公厅关于加强三级公立医院绩效考核工作的意见》（国办发〔2019〕4 号，2019. 1. 16） 《国务院关于实施健康中国行动的意见》（国发〔2019〕13 号，2019. 6. 24） 《国家科学技术奖励条例》（2020 年 10 月 7 日修订，自 2020 年 12 月 1 日起施行） 国家卫生健康委等三部门《关于印发医学科研诚信和相关行为规范的通知》（国卫科教发〔2021〕7 号，自 2021 年 1 月 27 日起施行） 《国务院办公厅关于完善科技成果评价机制的指导意见》（国办发〔2021〕26 号，2021. 7. 16） 《国务院办公厅关于改革完善中央财政科研经费管理的若干意见》（国办发〔2021〕32 号，2021. 8. 5） 《中华人民共和国科学技术进步法》（2021 年 12 月 24 日修订，自 2022 年 1 月 1 日起施行） 国家药监局国家卫生健康委《关于发布医疗器械临床试验质量管理规范的公告》（自 2022 年 5 月 1 日起施行）			
73. 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 分）	1. 有鼓励全员参与科研工作的制度和办法。 2. 有促进科研成果转化的制度和激励措施。 3. 提供适当的经费、条件、设施和人员支持科研工作。 4. 主管部门对科研工作有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 数据核查 系统追踪	
74. 开展药物、医疗器械临床试验以及研究者发起的医学（临床）研究应符合《药物临床试验质量管理规范》《医疗器械临床试验质量管理规范》等相关规定。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
依据但不限于： 国家卫生计生委等三部门《关于印发医疗卫生机构开展临床研究项目管理办法的通知》（国卫医发〔2014〕80号，自2014年10月16日起施行） 《实验动物管理条例》（2017年3月1日修订） 国务院应对新冠肺炎疫情联防联控机制科研攻关组印发《关于规范医疗机构开展新型冠状病毒肺炎药物治疗临床研究的通知》（2020. 2. 24） 国家药监局国家卫生健康委《关于发布药物临床试验质量管理规范的公告》（自2020年7月1日起施行） 国家药监局国家卫生健康委《关于发布医疗器械临床试验质量管理规范的公告》（自2022年5月1日起施行）			
【概述】 开展药物、医疗器械临床试验以及研究者发起的医学（临床）研究，应充分考虑受试者权益保护，加强对相关试验产品以及干预手段的管理，保证研究方案科学、符合伦理，研究过程规范，结果真实、科学和可追溯。			
74. 开展药物、医疗器械临床试验以及研究者发起的医学（临床）研究应符合《药物临床试验质量管理规范》《医疗器械临床试验质量管理规范》等相关规定。（4分）	1. 开展药物临床试验应符合《药物临床试验质量管理规范》等相关规定。取得国家药物临床试验机构相关资质；遵守医学伦理规范，依法通过伦理审查，取得知情同意。 2. 建立完善药物临床试验机构相关制度，明确职责；有相应的设施设备，按照标准操作规程开展工作。 3. 加强对医疗器械临床试验的管理，开展医疗器械临床试验应符合《医疗器械临床试验质量管理规范》的相关规定。 4. 开展研究者发起的医学（临床）研究应符合《医疗卫生机构开展临床研究项目管理办法》的相关规定。 5. 开展的临床试验及医学（临床）研究应按要求在国家医学研究登记备案信息系统及时进行备案。 6. 主管部门对临床试验及医学（临床）研究项目实施全过程监管，注重维护临床试验过程中受试者权益，加强对相关试验产品以及干预手段的管理，保证研究方案科学、符合伦理，研究过程规范，结果真实、科学和可追溯。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈	
75. 开展涉及人的生物医学研究应经医学伦理委员会审查。医学伦理委员会的人员组成、日常管理和审查工作应符合《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》等规定。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
【概述】 医院应设立医学伦理委员会，并采取有效措施保障医学伦理委员会独立开展伦理审查工作，所有涉及人的生物医学研究必须通过医学伦理委员会审查。医学伦理委员会应建立伦理审查工作制度或操作规程，人员组成、日常管理和审查工作应符合《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》等规定，保证伦理审查过程独立、客观、公正。			
75. 开展涉及人的生物医学研究应经医学伦理委员会审查。医学伦理委员会的人员组成、日常管理和审查工作应符合《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》等规定。（3 分）	1. 开展涉及人的生物医学研究须经医院医学伦理委员会审查。 2. 制定完善的医学伦理审查工作制度或操作规程。有保障医学伦理委员会独立开展伦理审查工作的措施并有效落实。 3. 医学伦理委员会的人员组成、日常管理和审查工作应符合《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》等规定。	查阅文件、资料 调查访谈	
76. 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。			
【概述】 医学教育是卫生健康事业发展的重要基石。承担临床医学教育任务的医院应重视教学师资的培训，投入适宜的设备、设施资源，符合教育教学标准要求。			
76. 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 分）	1. 承担临床医学教育任务的医院师资、教学管理干部取得相应资质认可并符合有关教育教学标准要求。 2. 设备、设施等资源配置符合有关教育教学标准要求。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈	
77. 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，开展多层次多样化的读者服务工作，提高信息资源的利用率。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
【概述】 医学及相关学科的图书和文献是临床、教学、科研和管理的重要参考资料，医院应有计划、有重点地收集、存贮、加工、传递医学文献信息，承担医学信息的支持、保障和引导功能，通过对临床医学知识信息资源进行加工、整理，开展多层次多样化的读者服务工作，提高信息资源的利用率。			
77. 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，开展多层次多样化的读者服务工作，提高信息资源的利用率。（2 分）	1. 根据临床、教学、科研和管理的需要，有计划、有重点地收集国内外各种医学及相关学科的图书和文献。 2. 开展多层次多样化的读者服务工作，提高信息资源的利用率。	查阅资料 现场检查 调查访谈	
十五、行风与文化建设管理（7 分）			
依据但不限于： 《国务院办公厅关于建立现代医院管理制度的指导意见》（国办发〔2017〕67 号，2017. 7. 14） 《关于建立现代医院管理制度的实施意见》（豫政办〔2018〕4 号，2018. 1. 12） 《护士条例》（2020 年 3 月 27 日修订） 《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18 号，2021. 5. 14） 《关于印发全国医疗机构及其工作人员廉洁从业行动计划（2021－2024 年）的通知》（国卫医函〔2021〕169 号，2021. 8. 6） 国家卫生健康委等三部门《关于印发医疗机构工作人员廉洁从业九项准则的通知》（国卫医发〔2021〕37 号，2021. 11. 12） 《中华人民共和国医师法》（自 2022 年 3 月 1 日起施行）			
78. 医院应加强医务人员职业道德教育，弘扬和践行社会主义核心价值观和敬佑生命、救死扶伤、甘于奉献、大爱无疆的崇高职业精神，坚持以患者为中心，遵守行业规范，恪守医德，尊重患者权利，努力提高专业水平和服务质量。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
【概述】 职业道德是医务人员应当具备的职业品质和行为规范。医院应深入开展医务人员职业道德、法制纪律教育，切实提高医务人员医德医风水平，弘扬和践行社会主义核心价值观，敬佑生命、救死扶伤、甘于奉献、大爱无疆的崇高职业精神，以及生命至上、举国同心、舍生忘死、尊重科学、命运与共的伟大抗疫精神，坚持以患者为中心，遵守行业规范，恪守医德，尊重患者权利，努力提高专业水平和服务质量。			
78. 医院应加强医务人员职业道德教育，弘扬和践行社会主义核心价值观和敬佑生命、救死扶伤、甘于奉献、大爱无疆的崇高职业精神，坚持以患者为中心，遵守行业规范，恪守医德，尊重患者权利，努力提高专业水平和服务质量。（2 分）	1. 教育引导员工弘扬和践行社会主义核心价值观、崇高职业精神和伟大抗疫精神，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，遵守行业规范，恪守医德，努力提高专业水平和服务质量。 2. 有落实职业道德规范要求、社会主义核心价值观、崇高职业精神、伟大抗疫精神内涵和尊重患者权利的具体措施。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈	
79. 落实医务人员医德考评制度，建立行风建设与管理的组织和制度体系，完善工作机制。			
【概述】 行风建设关系到医疗行业面貌，关系到医院服务水平和服务质量，同时也关系到广大人民群众基本健康权益。医院应建立完善行风建设与管理的制度体系和工作机制，加强医德医风建设，提高医务人员职业道德素质和医疗服务水平，建立对医务人员规范有效的激励和约束机制。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
79. 落实医务人员医德考评制度，建立行风建设与管理的组织和制度体系，完善工作机制。（3 分）	1. 贯彻执行《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见（试行）》，结合实际制定具体实施办法，细化、量化考评内容和标准，考评结果记入医德档案。医德考评结果与员工的晋职晋级、岗位聘用、评优评先、绩效考核、医师定期考核等相结合。 2. 建立行风建设与管理的组织和制度体系，完善工作机制，提升行风管理软硬件水平，创新行风监管治理举措，引导形成风清气正的行业环境。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈	
80. 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。			
【概述】 医院文化是医院生存和发展的内在推动力，是提高医院核心竞争力的动力源泉。优秀的医院文化能够凝聚人心、促进创新，提高医院的服务质量和服务效率，推动医院可持续发展，从而提升医院员工和人民群众的获得感。医院应将文化建设上升为医院的发展战略和长远目标，贯穿于医疗服务、队伍建设、学科建设、制度建设、学术研究、党建群团工作、安全生产、品牌形象、健康宣教等各方面。			
80. 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。（2 分）	1. 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。 2. 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。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈	
第二章　医疗质量保障与安全管理及持续改进（230 分）			
十六、诊疗质量保障与持续改进（25 分）			
81. 遵循临床诊疗指南及规范、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。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
【概述】 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是保障医疗质量安全的基础。医院应根据国家认可的临床诊疗指南、规范、标准、医学教材等，遵循循证医学原则，及时修订完善医院各专科（专业）常见疾病的临床诊疗指南和技术操作规范，并在组织开展培训的基础上，敦促、监督、指导医务人员在诊疗工作中依照相关规范开展医疗服务，保障医疗质量和患者安全。			
81. 遵循临床诊疗指南及规范、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。（3 分）	1. 根据国家认可的临床诊疗指南、规范、标准、医学教材等，遵循循证医学原则，制定并及时修订完善医院各专科（专业）常见疾病的临床诊疗指南和技术操作规范，并组织开展培训。 2. 医务人员遵循临床诊疗指南及规范、医疗技术操作规范、行业标准和临床路径等规范开展诊疗工作。 3. 实施质量控制，科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅资料 现场检查 调查访谈 模拟操作 病历检查 病案检查	
82. 推行“以患者为中心、以疾病为链条”的多学科诊疗模式，对疑难危重患者、恶性肿瘤患者等实施必要的多学科评估和综合诊疗（MDT）。			
【概述】 实施“以患者为中心、以疾病为链条”的多学科诊疗模式，是提升医院临床服务能力和诊疗技术水平，保障医疗质量和医疗安全的重要手段；医院应针对疑难危重患者、恶性肿瘤患者等，实施必要的多学科评估和综合诊疗（MDT），持续提升临床服务能力和复杂、疑难疾病的诊疗水平。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
82. 推行“以患者为中心、以疾病为链条”的多学科诊疗模式，对疑难危重患者、恶性肿瘤患者等实施必要的多学科评估和综合诊疗（MDT）。（2 分）	1. 医院建立有“以患者为中心，以疾病为链条”的多学科诊疗模式，制定并落实相关规章制度、流程与配套方案，规范开展多学科诊疗工作，持续提升临床服务能力和复杂、疑难疾病的诊疗水平。 2. 对疑难危重患者、恶性肿瘤患者等实施必要的多学科评估和综合诊疗。 3. 专科疾病诊治符合本科室诊治范围，达到专科诊治要求。当患者罹患疾病超出本科室诊疗范围和处置能力时，及时请求会诊。患者住院后诊断明确不属于本科室诊治范围，或根据其治疗方案需要转入其他科室的，应及时进行转科治疗。 4. 实施质量控制，科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 病历检查 病案检查	
83. 开展诊疗工作遵循患者知情同意原则，充分履行告知义务，尊重患者的自主选择权，保障患者合法权益。			
【概述】 医院和医务人员在诊疗工作中应维护、尊重患者的生命权、健康权、选择权、知情权、隐私权，履行告知义务；需要实施手术、特殊检查、特殊治疗的，医务人员应及时向患者说明医疗风险、替代医疗方案等情况，并取得知情同意。			
依据但不限于： 《医疗纠纷预防和处理条例》（自 2018 年 10 月 1 日起施行） 《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》（自 2020 年 6 月 1 日起施行） 《中华人民共和国民法典》（自 2021 年 1 月 1 日起施行） 《中华人民共和国医师法》（自 2022 年 3 月 1 日起施行） 《 医疗机构管理条例》（2022 年 3 月 29 日修订，自 2022 年 5 月 1 日起施行）			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
83. 开展诊疗工作遵循患者知情同意原则，充分履行告知义务，尊重患者的自主选择权，保障患者合法权益。（3分）	1. 医务人员在开展诊疗工作中，应遵循患者知情同意原则，履行告知义务，向患者说明病情和医疗措施，尊重患者的自主选择权。 2. 需要实施手术、临床试验，或者开展存在一定危险性、可能产生不良后果的特殊检查、特殊治疗的，应及时向患者说明医疗风险、替代医疗方案等情况，并取得其书面同意；在患者处于昏迷等无法自主作出决定的状态或者病情不宜向患者说明等情形下，应向患者的近亲属说明，并取得其书面同意。 3. 紧急情况下不能取得患者或其近亲属意见的，经医院负责人或者授权的负责人批准，可立即实施相应的医疗措施。	查阅资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 系统追踪 病历检查 病案检查	
84. 诊疗工作中尊重患者隐私权，对患者的隐私保密，完善保护患者隐私的设施和管理措施，保护患者隐私。尊重患者的民族习惯和宗教信仰。			
【概述】 医院和医务人员在诊疗工作中应维护、尊重患者的隐私权，尊重患者人格尊严，保护患者隐私，有保护患者隐私的设施和管理措施。尊重患者的民族习惯和宗教信仰。			
依据但不限于： 《医疗纠纷预防和处理条例》（自2018年10月1日起施行） 《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》（自2020年6月1日起施行） 《中华人民共和国民法典》（自2021年1月1日起施行） 《中华人民共和国医师法》（自2022年3月1日起施行） 《 医疗机构管理条例》（2022年3月29日修订，自2022年5月1日起施行）			
84. 诊疗工作中尊重患者隐私权，对患者的隐私保密，完善保护患者隐私的设施和管理措施，保护患者隐私。尊重患者的民族习惯和宗教信仰。（3分）	1. 有在诊疗工作中尊重患者隐私权、对患者隐私保密的具体要求，有完善的保护患者隐私的设施和管理措施。 2. 医务人员在提供诊疗服务中注重保护患者隐私。 3. 医务人员在诊疗工作中尊重患者的民族习惯和宗教信仰。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 系统追踪	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
85. 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规章制度。			
【概述】 医疗质量管理与控制涉及医院全院和诊疗服务全过程。医院应将所有人员、设施设备、环境纳入医疗质量管理和控制的范围，遵守法律、法规、规章，建立健全医院全员参与、覆盖临床诊疗服务全过程的医疗质量管理与控制规章制度。			
依据但不限于： 《医疗质量管理办法》（自 2016 年 11 月 1 日起施行） 《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18 号，2021. 5. 14）			
85. 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规章制度。（3 分）	1. 建立健全并有效落实全员参与、覆盖诊疗服务全过程的医疗质量管理与控制规章制度，并组织开展培训和教育。 2. 实施质量控制，科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈	
86. 熟练运用质量管理工具开展医疗质量管理与自我评价，完善医疗质量管理相关数据指标体系，掌握医疗质量基础数据。			
【概述】 运用管理工具是提升医疗质量管理工作效益和效率的有效方法；质控指标是开展医疗质量管理工作的基础性工具。医院应结合实际建立指标体系，明确数据定义、数据源、采集方式、采集时间范畴、采集结果等要素，医疗管理部门和质量管理部门应掌握医疗质量基础数据。医院应组织开展质量管理工具使用、应用培训，运用质量管理工具持续改进和提升医疗质量。			
依据但不限于： 《医疗质量管理办法》（自 2016 年 11 月 1 日起施行） 《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18 号，2021. 5. 14） 《关于印发 2022 年国家医疗质量安全改进目标的通知》（国卫办医函〔2022〕58 号，2022. 3. 1） 《关于印发超声诊断等 5 个专业医疗质量控制指标（2022 年版）的通知》（国卫办医函〔2022〕161 号，2022. 5. 11）			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
86. 熟练运用质量管理工具开展医疗质量管理与自我评价，完善医疗质量管理相关数据指标体系，掌握医疗质量基础数据。（5 分）	1. 医院组织开展质量管理工具使用、应用培训，熟练运用质量管理工具开展医疗质量管理控制与自我评价。 2. 依据《医疗服务能力与质量安全监测数据》《国家医疗质量安全改进目标》等，结合实际建立完善医疗质量管理相关数据指标体系，明确数据定义、数据源、采集方式、采集时间范畴、采集结果等要素，并进行汇总、分析、反馈和应用。 3. 相关人员掌握其岗位职责范围内的医疗质量基础数据。 4. 实施质量控制，科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 数据核查 系统追踪	
87. 加强临床专科服务能力建设，重视专科协同和中西医共同发展，制订专科建设发展规划并组织实施。			
【概述】 临床专科服务能力是医疗质量的核心。随着人口老龄化、疾病谱的改变，医院应加强临床专科服务能力建设，重视专科协同发展，制定专科建设发展规划并组织实施，促进各专业协同协调发展，提升疾病综合诊疗水平，改善患者就医体验，进一步增强人民群众获得感。			
依据但不限于： 《医疗质量管理办法》（自 2016 年 11 月 1 日起施行） 《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18 号，2021. 5. 14） 《关于印发“十四五”国家临床专科能力建设规划的通知》（国卫医发〔2021〕31 号，2021. 10. 9） 《关于印发 2022 年国家医疗质量安全改进目标的通知》（国卫办医函〔2022〕58 号，2022. 3. 1）			
87. 加强临床专科服务能力建设，重视专科协同和中西医共同发展，制订专科建设发展规划并组织实施。（4 分）	1. 制定切合学科发展趋势、满足社会需求和符合医院实际的专科建设发展规划。 2. 有指定部门负责专科建设发展规划的组织实施，定期对实施情况进行评估。 3. 科室有专科建设发展计划和具体实施方案。 4. 有重视专科协同和中西医共同发展的措施。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 系统追踪	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
88. 开展日间化疗服务应明确规定日间化疗服务适用范围，有安全管理制度及质量保证措施。			
【概述】 日间化疗服务是医院改善服务质量，提高医疗服务效率的新举措，医院应加强日间化疗管理，保证化疗质量与安全。			
88. 开展日间化疗服务应明确规定日间化疗服务适用范围，有安全管理制度及质量保证措施。（2 分）	1. 明确规定日间化疗服务适用范围。 2. 建立日间化疗的操作流程及质量控制指标，定期监测、分析并反馈，持续改进。 3. 实施质量控制，科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 调查访谈 个案追踪 数据核查 系统追踪 病历检查 病案检查	
十七、临床路径与单病种质量管理与持续改进（6 分）			
89. 有临床路径质量管理组织体系，制定临床路径管理工作制度，实施临床路径质量管理，规范临床诊疗行为，保障医疗质量与安全。			
【概述】 加强临床路径管理，是规范临床诊疗行为，提高医疗质量，保障医疗安全的重要手段；推进临床路径管理应当遵循与医疗质量控制和绩效考核相结合、与医疗机构信息化建设相结合的原则，引导医疗机构和医务人员规范诊疗行为，控制不合理医疗费用，持续改进临床路径管理工作。			
依据但不限于： 《关于印发医疗机构临床路径管理指导原则的通知》（国卫医发〔2017〕49 号，2017. 8. 30） 《关于进一步规范医疗行为促进合理医疗检查的指导意见》（国卫医发〔2020〕29 号，2020. 12. 29）			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
89. 有临床路径质量管理组织体系，制定临床路径管理工作制度，实施临床路径质量管理，规范临床诊疗行为，保障医疗质量与安全。（3 分）	1. 医院应建立临床路径质量管理组织体系，制定并执行临床路径管理工作制度，临床路径管理委员会、临床路径指导评价小组和临床路径实施小组人员组成合理、职责明确；有相关职能部门负责临床路径管理工作。 2. 将临床路径管理信息化纳入医院信息化整体建设，做到有机统一，互联互通，将临床路径有关文本嵌入信息系统。 3. 将临床路径质量管理工作纳入规范临床诊疗行为、加强医疗质量管理的重要内容，并与绩效考核相结合。临床路径管理的入径率、完成率逐步提高，变异率、退出率逐步降低。 4. 实施质量控制，科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 病历检查 病案检查	
90. 加强单病种质量管理与控制工作，建立医院单病种管理的指标和质量标准体系，促进医疗质量精细化管理。			
依据但不限于： 《医疗质量管理办法》（自 2016 年 11 月 1 日起施行） 《关于进一步加强单病种质量管理与控制工作的通知》（国卫办医函〔2020〕624 号，2020. 7. 23） 《关于进一步做好单病种质量监测数据填报工作的函》（国卫医质量便函〔2022〕125 号，2022. 5. 23）			
【概述】 单病种质量管理是医疗质量管理的重要部分，对提高医疗质量管理的精细化、科学化程度具有重要意义。单病种质量管理是国际上通用的医疗质量管理方式，通过收集、分析病种诊疗全过程的核心信息，进行纵向和横向比较，有助于规范医务人员的行为，提高医疗质量同质化程度。医院应重视和加强单病种质量管理与控制工作，建立医院单病种管理指标和质量标准体系，促进医疗质量精细化管理。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
90. 加强单病种质量管理与控制工作，建立医院单病种管理的指标和质量标准体系，促进医疗质量精细化管理。（3 分）	1. 将单病种质量管理与控制工作纳入医院医疗质量管理工作体系，建立健全单病种质量管理与控制工作制度。 2. 依据《医疗服务能力与质量安全监测数据—单病种（术种）质量控制指标》，建立医院单病种管理指标和质量标准体系，并开展应用。 3. 指定专人负责单病种质量管理和信息上报等工作，定期统计、分析、反馈单病种相关质量监测信息，指导临床持续改进诊疗质量。及时、全面、准确上报国家单病种质量管理与控制平台数据。 4. 实施质量控制，科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 数据核查 系统追踪 病历检查 病案检查	
十八、医疗质量安全核心制度（60 分）			
依据但不限于： 《关于印发临床输血技术规范的通知》（卫医发〔2000〕184 号，自 2000 年 10 月 1 日起实施） 《计算机信息系统安全保护等级划分准则》（GB17859－1999，2001. 1. 1 实施） 《医师外出会诊管理暂行规定》（自 2005 年 7 月 1 日起施行） 《关于印发综合医院分级护理指导原则（试行）的通知》（卫医政发〔2009〕49 号，自 2009 年 7 月 1 日施行） 《关于印发病历书写基本规范的通知》（卫医政发〔2010〕11 号，自 2010 年 3 月 1 日起施行） 《关于印发手术安全核查制度的通知》（卫办医政发〔2010〕41 号，2010. 3. 17） 《中华人民共和国计算机信息系统安全保护条例》（2011 年 1 月 8 日修订） 《关于印发卫生行业信息安全等级保护工作的指导意见的通知》（卫办发〔2011〕85 号，2011. 11. 29） 《抗菌药物临床应用管理办法》（自 2012 年 8 月 1 日起施行） 《关于印发医疗机构手术分级管理办法（试行）的通知》（卫办医政发〔2012〕94，自 2012 年 10 月 1 日起施行） 《关于印发医疗机构病历管理规定（2013 年版）的通知》（国卫医发〔2013〕31 号，自 2014 年 1 月 1 日起施行） 《护理分级》（WS/T431－2013，2014. 5. 1 实施） 《医疗质量管理办法》（自 2016 年 11 月 1 日起施行） 《关于印发电子病历应用管理规范（试行）的通知》（国卫办医发〔2017〕8 号，自 2017 年 4 月 1 日起施行） 《关于印发医疗质量安全核心制度要点的通知》（国卫医发〔2018〕8 号，2018. 4. 18） 《关于进一步推进以电子病历为核心的医疗机构信息化建设工作的通知》（国卫办医发〔2018〕20 号，2018. 8. 22）		

评审标准	评审要点	评审方法	得分
《医疗质量安全核心制度要点释义》（2018. 10） 《医疗技术临床应用管理办法》（自 2018 年 11 月 1 日起施行） 《医疗机构临床用血管理办法》（2019 年 2 月 28 日修订） 《中华人民共和国电子签名法（2019 年修正）》（2019 年 4 月 23 日修正） 《关于进一步加强产科专业医疗质量安全管理的通知》（国卫办医函〔2020〕626 号，2020. 7. 23） 《关于印发全国公共卫生信息化建设标准与规范（试行）的通知》（国卫办规划发〔2020〕21 号，2020. 12. 1） 《关于印发进一步规范医疗行为促进合理医疗检查的指导意见的通知》（国卫医发〔2020〕29 号，2020. 12. 29） 《中华人民共和国民法典》（自 2021 年 1 月 1 日起施行） 《关于印发河南省抗菌药物临床应用分级管理目录（2021 年版）的通知》（豫卫医〔2021〕3 号，2021. 1. 25） 《关于进一步加强抗微生物药物管理遏制耐药工作的通知》（国卫医函〔2021〕73 号，2021. 4. 2） 《关于加快推进检查检验结果互认工作的通知》（国卫办医函〔2021〕392 号，2021. 7. 13） 《关于做好医疗机构临床用血数据上传工作的通知》（国卫医安全便函〔2021〕465 号，2021. 12. 7） 《关于印发医疗机构检查检验结果互认管理办法的通知》（国卫医发〔2022〕6 号，自 2022 年 3 月 1 日起施行） 《关于印发冠状动脉球囊成形术与支架植入术操作规范（2022 年版）和髋膝关节置换术操作规范（2022 年版）的通知》（国卫办医函〔2022〕77 号，2022 年 3 月 18 日） 《关于印发临床营养科建设与管理指南（试行）的通知》（国卫办医函〔2022〕76 号，2022. 3. 25） 《 医疗机构管理条例》（2022 年 3 月 29 日修订，自 2022 年 5 月 1 日起施行） 《关于印发超声诊断等 5 个专业医疗质量控制指标（2022 年版）的通知》（国卫办医函〔2022〕161 号，2022. 5. 11） 《输血相容性检测标准》（WS/T794 - 2022，2022. 6. 1 实施） 《儿科输血指南》（WS/T795 - 2022，2022. 6. 1 实施） 《围手术期患者血液管理指南》（WS/T796 - 2022，2022. 6. 1 实施） 《关于印发医疗机构门诊质量管理暂行规定的通知》（国卫办医发〔2022〕8 号，自 2022 年 6 月 6 日起施行）			
91. 医院应落实《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》等要求，制定完善医院医疗质量安全核心制度，并组织培训。			
【概述】 医院应认真贯彻落实《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》等要求，结合实际制定、完善、落实医疗质量安全核心制度和相关配套制度，细化工作流程，加强对医务人员的培训、教育和考核，使医疗质量安全核心制度真正融入诊疗工作和医院工作流程中，保障医疗质量和患者安全。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
91. 医院应落实《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》等要求，制定完善医院医疗质量安全核心制度，并组织培训。（3 分）	1. 贯彻落实《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》等要求，结合实际制定、完善医院医疗质量安全核心制度（至少增加：医嘱制度、处方制度、病历书写制度、传染病报告制度等）及相关配套制度，细化工作流程。 2. 组织开展医疗质量安全核心制度培训，资料详实。 3. 相关人员知晓医疗质量安全核心制度的内容及具体要求，并能规范执行。 4. 实施质量控制，科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 问卷调查	
92. 建立首诊负责制度。明确在诊疗过程不同阶段的责任主体，保障患者诊疗服务连续性和医疗行为可追溯。			
【概述】 首诊负责制度是指患者的首位接诊医师（首诊医师）在一次就诊过程结束前或由其他医师接诊前，全面负责该患者诊疗管理的制度。医院应有效贯彻落实首诊负责制度，保障患者诊疗服务的连续性和医疗行为可追溯。			
92. 建立首诊负责制度。明确在诊疗过程不同阶段的责任主体，保障患者诊疗服务连续性和医疗行为可追溯。（3 分）	1. 结合实际制定并落实首诊负责制度，明确患者在诊疗过程中不同阶段的责任主体（包括但不限于：门诊首诊医师、急诊首诊医师、住院所在科室的主管医师、对患者实施诊疗活动的医务人员，以及承担相应诊疗义务和责任的科室或医院等），确保患者的所有诊疗过程都有人负责。 2. 各责任主体对患者实施连续的全流程诊疗管理，包括检查、诊断、治疗、抢救、转科和转院等诊疗工作，履行告知义务，及时完成医疗记录，做好患者和相关医疗信息的交接，保障患者诊疗服务的连续性和医疗行为可追溯。 3. 复合伤或涉及多个专业的急危重症患者，在未明确所归属的主管科室之前，由首诊科室负责主持诊治，其他科室协同抢救，必要时由主管部门组织多学科诊疗。 4. 实施质量控制，科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 系统追踪 病历检查 病案检查	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
93. 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。			
【概述】 三级查房制度即患者住院期间，由不同级别的医师以查房的形式实施患者评估、制定与调整诊疗方案、观察诊疗效果等。医院实行科主任领导下的三个不同级别的医师查房，应明确医师查房的行为规范，做到尊重患者、保护隐私、加强沟通、规范流程。			
93. 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。（3 分）	1. 结合实际制定并落实三级查房制度。三个不同级别的医师包括但不限于主任医师或副主任医师、主治医师、住院医师。 2. 明确各级医师的医疗决策及实施权限，并动态调整。医疗行为的医疗决策权限包括但不限于诊疗方案的制定、更改与确认，特别是手术（含介入、内镜下手术等）、麻醉等高风险操作的决策权；医疗行为的实施权限包括但不限于处方权、会诊权、手术、麻醉等高风险操作的实施权等。 3. 严格明确查房周期。经治医师或值班医师应在患者住院 8 小时内查看患者，急诊患者应立即查看，工作日每日至少查房 2 次，非工作日每日至少查房 1 次；中间级别医师应在患者住院 48 小时内查房，每周至少查房 3 次；最高级别医师应在患者住院 72 小时内查房，每周至少查房 2 次；手术医师必须亲自在术前和术后 24 小时内查房。查房过程和结果应按要求及时在病历中记录。 4. 明确护理、药师和营养医师（经临床营养专业培训的医师）等查房的具体要求。 5. 实施质量控制，科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅资料 现场检查 调查访谈 病历检查 病案检查	
94. 建立会诊制度。明确各类会诊的时间、流程和要求，统一会诊单格式及书写规范。会诊请求人员应当陪同完成会诊，并按规定在病程记录中进行记录。			
【概述】 会诊是指根据患者病情及诊疗需要，由本科室以外或本院以外的医务人员通过会诊，协助提出诊疗意见或提供诊疗服务。医院应建立并落实会诊制度，明确各类会诊的时间、流程和要求，会诊情况应在会诊单中记录，会诊意见的采纳和处置情况应按要求及时记入病历。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
94. 建立会诊制度。明确各类会诊的时间、流程和要求，统一会诊单格式及书写规范。会诊请求人员应当陪同完成会诊，并按规定在病程记录中进行记录。（3分）	1. 医院制定并落实会诊制度，包括但不限于会诊类型、会诊时限、医师资质、会诊流程、会诊记录等要求。 2. 明确院内普通会诊、院内急会诊、院内多学科会诊（含全院大会诊）、邀请院外专家会诊、被邀请至外院会诊、远程会诊等各类会诊的具体流程和要求。 3. 急会诊在会诊请求发出后10分钟内到位，普通会诊在会诊请求发出后24小时内完成。会诊请求人员应陪同完成会诊。 4. 医院应统一会诊单格式及填写要求，至少包括会诊类型、患者住院号、姓名、性别、年龄、简要病情及诊疗情况、会诊目的、申请人签名、申请时间（记录到分钟）、会诊意见或建议、会诊医师的专业技术职务任职资格、签名及会诊完成时间（记录到分钟）。 5. 会诊情况应在会诊单中记录；会诊意见或建议的执行情况应在病程记录中记录，未执行的会诊意见或建议应在病程记录中注明理由。 6. 明确护理、药学、临床营养和各医技科室（病理、医学影像、医学检验等）会诊的具体要求。 7. 前往或邀请院外会诊，严格遵照国家有关规定执行。 8. 实施质量控制，科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅资料 调查访谈 模拟演练 病历检查 病案检查	
95. 建立分级护理制度。按照国家分级护理管理相关指导原则和护理服务工作标准，规范各级别护理的内容；根据患者情况合理动态调整护理级别，护理级别应当明确标识。			
【概述】 分级护理制度是指医护人员根据患者的病情和自理能力对患者进行分级别护理的制度。医院应按照国家分级护理指导原则和相关标准等要求，制定分级护理制度，明确各护理级别的护理原则、护理要点；根据患者病情和自理能力合理动态调整护理级别，应明确各护理级别标识（特级护理红色、一级护理粉色、二级护理蓝色、三级护理绿色或不做任何标记）。医护人员应严格落实分级护理制度，提高医疗护理质量，保障患者安全。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
95. 建立分级护理制度。按照国家分级护理管理相关指导原则和护理服务工作标准，规范各级别护理的内容；根据患者情况合理动态调整护理级别，护理级别应当明确标识。（3 分）	1. 依据国家分级护理指导原则、医疗质量安全核心制度要点和行业标准等，制定并落实分级护理制度，明确护理级别的评定及各护理级别的护理标准、护理要点、护理级别标识等。 2. 医护人员掌握分级护理制度相关要求，准确评估患者病情和自理能力，确定护理级别；并根据患者病情和自理能力的变化合理动态调整护理级别。 3. 护理级别应实时在床位图（住院患者一览表）、床旁卡等中有明确标识，并与长期医嘱的护理级别保持一致。 4. 实施质量控制，科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅资料 现场检查 调查访谈 病历检查	
96. 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符合规定。非本院执业的医务人员不得单独值班。值班期间的诊疗工作按要求及时记入病历。			
【概述】 值班与交接班制度是指医院及其工作人员通过值班和交接班机制保障患者诊疗过程连续性的制度。医院应制定并落实值班与交接班制度，保障诊疗工作和患者诊疗过程的连续性；明确值班岗位职责、值班人员资质，并根据职责内容、工作强度和实际需要合理安排人员，保证常态运行。医院总值班人员应经过培训并考核合格以满足总值班岗位要求。非本院执业医务人员不得单独值班。值班期间的诊疗工作按要求及时记入病历。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
96. 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符合规定。非本院执业医务人员不得单独值班。值班期间的诊疗工作按要求及时记入病历。（2 分）	1. 医院制定并落实值班与交接班制度。建立全院性医疗值班体系，包括临床、医技、护理、行政以及提供诊疗支持的后勤保障部门。 2. 明确各类值班人员岗位职责、人员资质、值班时间和人数要求，员工知晓。值班表提前公开，值班表应涵盖与患者诊疗相关的所有岗位和时间；非本院执业的医务人员不得单独值班。 3. 实行医院总值班制度，总值班人员需接受培训并考核合格。根据医院实际单独设置医疗总值班和护理总值班，分别承担在正常工作时间由医疗管理部门和护理管理部门负责的职责。 4. 医务人员值班期间的诊疗工作按要求及时记入病历。	查阅资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 系统追踪	
97. 交接班内容应专册记录，并由交班和接班人员共同签字确认。急危重患者和当日四级手术的患者必须床旁交接班。			
【概述】 患者的诊疗活动是一个连续性工作过程，医疗机构有连续工作要求的部门或科室均应安排交班和接班人员进行交接班，以确保患者诊疗信息的有效传递。交接班内容应专册记录，并由交班和接班人员共同签字确认。急危重患者和当日四级手术的患者因情况特殊并且需随时评估，必须床旁交接班。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
97. 交接班内容应专册记录，并由交班和接班人员共同签字确认。急危重患者和当日四级手术的患者必须床旁交接班。（2 分）	1. 值班与交接班制度应明确规定交接班的内容、形式、时间及签字等要求；交接班内容应专册记录，并由交班人员和接班人员共同签字确认。 2. 医师需要交班的患者包括但不限于：新入院患者，诊断未明或评估后病情不稳定患者，急危重患者，当日接受手术及侵入性操作患者，有当日检查、检验危急值的患者及其他需特别注意的患者。 3. 护理交接班记录包括但不限于：交接班时间，患者基本信息；新入院患者应包括入院时间、主诉、入院情况、入院诊断、以往简要诊疗过程；非当日入院需要交班的患者应包括目前病情变化、目前诊断及交班注意事项或接班诊疗计划，必要时包括饮食情况、睡眠情况、情绪变化、并发症观察、手术准备、检查准备、护理措施落实等内容。 4. 急危重患者和当日四级手术的患者必须床旁交接班，并将交接班内容及注意事项及时记录在交接班记录中。 5. 实施质量控制，科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅资料 现场检查 现场访谈 个案追踪 系统追踪 病历检查 病案检查	
98. 建立疑难病例讨论制度。医院和科室应确定疑难病例的范围，明确参与疑难病例讨论的人员范围、组成和流程等。讨论内容专册记录，讨论结论记入病历。			
【概述】 疑难病例讨论制度是为了尽早明确诊断或完善诊疗方案，对诊断或治疗存在疑难问题的病例进行讨论的制度。医院应制定并落实疑难病例讨论制度，提高疑难病例诊疗效果，保障医疗质量安全。医院和科室应确定疑难病例的范围，明确参与疑难病例讨论的人员范围、组成和流程等。讨论内容专册记录，讨论结论记入病历。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
98. 建立疑难病例讨论制度。医院和科室应确定疑难病例的范围，明确参与疑难病例讨论的人员范围、组成和流程等。讨论内容专册记录，讨论结论记入病历。（3 分）	1. 制定并落实疑难病例讨论制度。医院和科室应确定疑难病例的范围，包括但不限于出现以下情形的患者：没有明确诊断或诊疗方案难以确定、疾病在应有明确疗效的周期内未能达到预期疗效、非计划再次住院和非计划再次手术、出现可能危及生命或造成器官功能严重损害的并发症等。 2. 明确参与疑难病例讨论的人员范围、组成和流程等。讨论原则上应当由科主任主持，全科人员参加。讨论成员中应当至少有 2 人具有主治及以上专业技术职务任职资格。超出本科室或本院诊疗范围或诊治能力的，应邀请相关科室或院外人员参加；必要时由医疗管理部门组织讨论。 3. 疑难病例讨论内容专册记录，统一制定记录的格式和模板，内容包括但不限于患者基本信息、讨论时间、地点、参加人员、主持人、记录人、讨论过程中各发言人的发言要点，讨论结论（主要是指后续诊疗方案）、主持人审核签字。讨论结论记入病历。 4. 实施质量控制，科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅资料 调查访谈 个案追踪 病历检查 病案检查	
99. 建立急危重患者抢救制度。医院和科室应确定急危重患者的范围，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 小时内应将抢救记录记入病历。			
【概述】 急危重患者抢救制度是指为控制病情、挽救生命，对急危重患者进行抢救并对抢救流程进行规范的制度。医院应制定并落实急危重患者抢救制度，确定急危重患者的范围，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 小时内应将抢救记录记入病历。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
99. 建立急危重患者抢救制度。医院和科室应确定急危重患者的范围，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小时内应将抢救记录记入病历。（3分）	1. 建立并落实急危重患者抢救制度。医院和科室应确定急危重患者的范围，包括但不限于以下患者：病情危重，不立即处置可能存在危及生命或出现重要脏器功能严重损害；生命体征不稳定并有恶化倾向等。 2. 建立抢救资源配置机制，合理配置抢救资源。包括但不限于抢救人员、抢救药品、抢救物品、抢救仪器设备、抢救区域和抢救床位等。各临床科室规范设置抢救室、抢救车（药品、物品配置齐全，在有效期内），抢救仪器设备配置齐全，处于备用状态。 3. 建立抢救资源紧急调配机制，包括但不限于人员调配、抢救药品、抢救物品保障、仪器设备紧急调配、应急床位统一调配和多学科紧急抢救协作等。 4. 建立急危重患者急救绿色通道，明确救治范围、救治流程及运行机制。对急危重患者的院前救治、检诊分诊、就诊、住院、会诊、手术、药物治疗、输血治疗、医技检查、转运等环节实施优先处理。 5. 抢救完成后6小时内应将抢救记录记入病历，记录时间具体到分钟，主持抢救的人员审核并签字。 6. 实施质量控制，科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅资料 现场检查 调查访谈 模拟操作 病历检查 病案检查	
100. 建立术前讨论制度。医院应明确不同术前讨论形式的参加人员范围和流程。科室应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。			
【概述】 术前讨论制度是指以降低手术风险、保障手术安全为目的，在患者手术实施前，医师必须对拟实施手术的手术指征、手术名称、预期效果、手术风险和处置预案等进行讨论的制度。医院应制定并落实术前讨论制度，明确不同术前讨论形式的参加人员范围和流程。科室应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。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
100. 建立术前讨论制度。医院应明确不同术前讨论形式的参加人员范围和流程。科室应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。（3 分）	1. 制定并落实术前讨论制度，明确不同术前讨论形式的参加人员范围，包括手术组讨论、医师团队讨论、病区内讨论、全科讨论、多学科讨论。各临床科室应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。 2. 除以紧急抢救生命的急诊手术外，所有住院患者的手术必须实施术前讨论（包括日间住院手术、在医学影像下的介入诊疗、内镜下的手术等高危有创操作或手术）。门诊手术患者的术前讨论形式，应由参加门诊手术的医师及相关人员在术前共同进行讨论。 3. 明确术前讨论的流程，术前讨论完成后，术前讨论的结论记入病历，之后在临时医嘱中开具手术医嘱，并签署手术同意书、麻醉同意书、输血治疗知情同意书，根据需要签署高值医用耗材知情选择同意书。 4. 术前讨论的内容包括但不限于：患者术前病情评估、承受能力评估（包括但不限于患者生理、心理和家庭、社会因素）、临床诊断和诊断依据、手术指征与禁忌证、拟行手术方式及替代治疗方案、手术风险评估及应对措施、术前准备情况、围手术期注意事项、麻醉方式与麻醉风险等。 5. 实施质量控制，科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅资料 调查访谈 个案追踪 病历检查 病案检查	
101. 建立死亡病例讨论制度。医院应监测全院死亡病例并及时进行汇总分析，提出持续改进意见。死亡病例讨论范围、参加人员、时限和记录应符合规定。			
【概述】 死亡病例讨论制度是指医院为全面梳理诊疗过程，总结和积累诊疗经验，不断提升诊疗服务水平而对死亡病例的死亡原因、死亡诊断、诊疗过程等进行讨论的制度。医院应制定并落实死亡病例讨论制度，建立全面的死亡病例管理机制，监测全院死亡病例并及时进行汇总分析，规范开展死亡病例讨论以提出改进措施。为保障讨论效果，医院应对死亡病例讨论范围、参加人员、时限和记录作出明确规定。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
101. 建立死亡病例讨论制度。医院应监测全院死亡病例并及时进行汇总分析，提出持续改进意见。死亡病例讨论范围、参加人员、时限和记录应符合规定。（3 分）	1. 医院制定并落实死亡病例讨论制度；对参与讨论的人员范围、讨论流程、讨论内容、讨论完成时限、讨论记录书写等有具体要求。 2. 死亡病例讨论应在患者死亡后 1 周（5 个工作日）内完成；尸检病例在尸检报告出具后 1 周内再次进行讨论；特殊病例在患者临床死亡后 24 小时内讨论。 3. 死亡病例讨论应在全科范围内进行，由科主任主持，全科医务人员参加。死亡病例病情及死亡原因复杂（如猝死等非预期死亡病例或有争议的死亡病例），或涉及本科室以外其他学科，或经多学科诊治的，需邀请相关科室参加，由医疗管理部门负责人主持。 4. 死亡病例讨论应由主管医师或经治医师汇报病例摘要、诊治及抢救经过、初步认定死亡原因、死亡诊断等；参加讨论医师对病例诊疗过程的合理性发表意见，主持人总结发言，确认讨论达成的死亡诊断、死亡原因等结论。 5. 医院应统一制定死亡病例讨论记录的模板，规范记录死亡病例讨论内容，讨论结果记入病历。 6. 医疗管理部门定期对全院死亡病例进行汇总分析，短时间内死亡人数超过常态情况要适时汇总分析，并提出持续改进意见。死亡病例分析的持续改进意见包括但不限于针对诊断、治疗及抢救整个医疗过程中存在的缺陷提出改进措施；对现有制度、流程及可能存在的系统安全问题进行改进及优化；有针对性地开展医疗质量安全核心制度、专业技术、基本技能等培训学习。 7. 实施质量控制，科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅资料 个案追踪 数据核查 系统追踪 病历检查 病案检查	
102. 建立查对制度。医院查对制度应涵盖患者身份识别、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。			
【概述】 查对制度是指为防止医院质量（安全）不良事件发生，保障医疗安全，医务人员对患者身份、诊疗行为、医疗器械、设备设施、药品、标本等进行复核查对的制度。医院应建立并落实查对制度，避免或减少医院质量（安全）不良事件，保障医疗质量和患者安全。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
102. 建立查对制度。医院查对制度应涵盖患者身份识别、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。（3 分）	1. 制定并落实查对制度，内容包括但不限于患者身份识别、临床诊疗行为、设备设施运行和医疗环境安全等方面。 2. 落实患者身份识别制度，患者的身份查对不少于两种独立的核对方式，严禁将床号作为身份查对的标识。为无名患者进行诊疗活动时，须双人核对。住院患者使用腕带或电子设备识别身份时，还应进行口语化查对。 3. 落实临床诊疗行为查对制度，包括但不限于开具和执行医嘱，给药，麻醉，手术/操作，病理标本获取及交接，输血、检验标本采集及交接，各项检查，发放营养膳食，接送转运患者，检验/检查结果报告等环节。 4. 手术切除的离体组织须有离体时间、固定时间、送检时间登记，应查对患者姓名与切除组织名称、手术医师姓名和病理申请单相关信息等。 5. 高警示药物调配发放和使用前须实行双人核对，夜间本岗位只有一人的情况下，采用单人双次复核查对和两次签字形式。 6. 按照国家有关规定和标准落实医疗器械、设备设施运行和医疗环境安全等查对制度。 7. 实施质量控制，科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 系统追踪 模拟操作	
103. 建立手术安全核查制度和标准化流程，将产科分娩核查纳入核查范围。手术安全核查过程和内容按国家有关规定执行。手术安全核查表、产科分娩安全核查表分别纳入病历。			
【概述】 手术安全核查制度是指在麻醉实施前、手术开始前和患者离开手术间前对患者身份、手术部位、麻醉方式、手术名称等进行多方参与的核查，以保障患者安全的制度。医院应制定并落实手术安全核查制度，将产科分娩安全核查一并纳入核查范围，以保障医疗质量和患者（孕产妇）安全。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
103. 建立手术安全核查制度和标准化流程，将产科分娩核查纳入核查范围。手术安全核查过程和内容按国家有关规定执行。手术安全核查表、产科分娩安全核查表分别纳入病历。（3 分）	1. 制定并落实手术安全核查制度和标准化流程，制定统一格式的《手术安全核查表》；对参加核查的人员范围、核查内容、核查流程、核查形式等有具体要求。 2. 明确手术团队中手术医师、麻醉医师、手术部护士三方核查人员的职责，确保在麻醉实施前、手术开始前、患者离开手术间前分别完成三次手术安全核查，即时完成《手术安全核查表》填写。 3. 住院患者的《手术安全核查表》应归入住院病历；非住院患者的《手术安全核查表》由所在手术部负责保存一年。 4. 落实手术部位标识制度，凡涉及有双侧、多重结构（手指、脚趾、病灶部位）、多平面部位（脊柱）的手术时，对手术侧或部位有规范统一的标记，并对标记的方法、颜色、实施者及患者参与有统一明确的规定。患者进入手术部前完成手术部位标识，医疗和护理管理部门进行监督与管理，提出持续改进的措施并监督落实。 5. 将产科分娩安全核查纳入核查范围。对阴道分娩进行分娩安全核查，填写《产科分娩安全核查表》，并纳入病历。剖宫产分娩在进行手术安全核查的基础上另行分娩安全核查，同时填写《手术安全核查表》和《产科分娩安全核查表》，一并纳入病历。 6. 由手术医师实施局部麻醉的手术（包括但不限于局麻下的介入手术、内镜手术、计划生育手术等），由手术医师（兼麻醉医师）和手术室护士在手术开始前、完成后、离开手术间前，按照时间节点进行手术安全核查，填写专用的《局部麻醉手术安全核查表》；其他各种全身麻醉的手术均按照手术安全核查要求实施。 7. 实施质量控制，科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 病历检查 病案检查	
104. 建立手术分级管理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。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
【概述】 手术分级管理制度是指为保障患者安全，按照手术风险程度、复杂程度、难易程度和资源消耗不同，对手术进行分级管理的制度。医院应建立手术分级管理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，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。			
104. 建立手术分级管理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。（3 分）	1. 制定并落实手术分级管理制度。结合医院实际建立手术分级管理目录（含介入诊疗、内镜诊疗等），根据手术风险和难易程度不同，将手术分为四级；手术分级管理目录及时更新。 2. 明确手术分级授权制度及流程，包括但不限于：个人申请、科室进行评估与考核、医疗管理部门复核、医疗技术临床应用管理委员会审核批准、医疗机构行文公布、纳入医师个人技术档案。 3. 医院应对本院开展的每一种手术进行授权管理，手术分级授权管理必须落实到医院每一位手术医师，按照手术名称进行授权（含介入诊疗、内镜诊疗等），确保手术医师的手术权限与其资质、能力相符。 4. 医院应根据手术医师的手术技能、手术数量、手术效果、手术质量与安全指标、开展手术的年限，结合专业技术职务任职资格以及医师定期考核结果，定期对手术医师的手术资质与授权进行再评估，动态调整医师手术权限。 5. 建立手术医师技术档案，包括但不限于：医师开展手术的年限、手术数量、手术效果、手术质量与安全指标完成情况，以及科室对手术医师年度考核结果等。手术医师技术档案及时更新，由医疗与人力资源管理部门共同负责管理与使用，相关文件按照档案管理的有关要求进行保存。 6. 实施质量控制，科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 个案追踪 数据核查 系统追踪 病历检查 病案检查	
105. 建立新技术和新项目准入制度。建立医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医院医学伦理委员会和医疗技术临床应用管理委员会审核、论证同意后开展临床应用。			
【概述】 新技术和新项目准入制度是指为保障患者安全，对于医院首次开展临床应用的医疗技术或诊疗方法实施论证、审核、质控、评估全流程规范管理的制度。医院应制定并落实新技术和新项目准入制度，建立医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医院医学伦理委员会和医疗技术临床应用管理委员会审核、论证同意后，方可开展临床应用。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
105. 建立新技术和新项目准入制度。建立医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医院医学伦理委员会和医疗技术临床应用管理委员会审核、论证同意后开展临床应用。（2 分）	1. 制定并落实新技术和新项目准入制度。建立医院医疗技术临床应用目录并及时更新。 2. 制定并落实新技术和新项目审批流程。 3. 所有新技术和新项目必须通过医院医学伦理委员会和医疗技术临床应用管理委员会审核、论证同意后，方可开展临床应用。 —医学伦理委员会审核内容包括但不限于：申报者的资质、新技术和新项目是否符合科学性和伦理原则；被实施者可能遭受的风险程度与预期受益相比是否合理；知情同意方式，被实施者权利保护等。 —医疗技术临床应用管理委员会审核内容包括但不限于：是否符合国家相关法律法规和规章制度、诊疗规范及操作常规；是否具有可行性、安全性和效益性；所涉及的医疗设备、药品、试剂等，是否已具备开展新技术和新项目的条件；参与人员的专业能力和专业技术职务任职资格及针对该项目的分工及职责，是否能够满足开展该项新技术和新项目的需要；是否有医疗技术风险防范预案和医疗技术损害处置流程，对可能造成的不良后果、并发症有相应的防范措施。 4. 实施质量控制，科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 系统追踪 病历检查 病案检查	
106. 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。			
【概述】 新技术和新项目属于创新性、探索性的工作，应限定由具备相应能力的人员实施，最大限度发现安全隐患和技术风险，并制定相应的预案。医院应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，以明确新技术和新项目临床应用的质量安全情况，评估当前管理措施的有效性，持续改进存在问题。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
106. 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 分）	1. 明确开展新技术和新项目临床应用的专业人员范围，所有新技术和新项目实施人均有授权。 2. 对可能存在的安全隐患或技术风险开展论证并制定相应预案。 3. 建立新技术和新项目临床应用动态评估制度，对新技术和新项目实施全程追踪管理、质量控制和动态评估。 4. 对新技术和新项目实施全程追踪管理，管理关键环节包括但不限于申请准入管理、实施情况监管（包括诊疗病例数、适应证掌握情况、临床应用效果、并发症和不良反应情况等）、疗效追踪管理、中止情形管理等。 5. 对新技术和新项目的临床应用实施质量控制。科室质控小组定期进行追踪，医疗管理部门履行监管责任，医疗技术临床应用管理委员会应定期或不定期对全院开展的新技术和新项目进行管理和评价。 6. 医院定期对新技术和新项目实施情况开展动态评估，对存在严重质量安全问题或不再符合有关技术管理要求的，应立即停止。新技术和新项目转为常规技术前原则上要有两次以上评估。	查阅文件、资料 调查访谈 个案追踪 系统追踪 病历检查 病案检查	
107. 建立危急值报告制度。制定可能危及患者生命的各项检查、检验结果的危急值项目及阈值，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。			
【概述】 危急值报告制度是指对提示患者处于生命危急状态的检查、检验结果建立复核、报告、记录等管理机制，以保障患者安全的制度。医院制定并落实危急值报告制度，制定可能危及患者生命的各项检查、检验结果的危急值项目及阈值，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。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
107. 建立危急值报告制度。制定可能危及患者生命的各项检查、检验结果的危急值项目及阈值，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。（3 分）	1. 制定并落实危急值报告制度，建立住院、门诊、急诊、健康体检、外送项目的危急值报告具体管理制度和流程，并规范记录。 2. 科学制定符合实际需要的危急值项目和阈值，涵盖本院所有可能危及患者生命的检验、检查项目，包括但不限于：医学检验、医学影像、病理、电生理、内镜诊疗、血液药物浓度检测等从事各种检查、检验的医技科室以及开展床边检验项目的临床科室，特殊疾病可设置专项阈值。危急值项目和阈值清单定期更新并在全院公布。 3. 建立危急值报告的闭环管理流程和接获危急值后的处理流程，包括但不限于：核实结果、通知临床科室、记录危急值、核对患者信息、报告值班或经治医师、患者处理、再次复查等。危急值临床处理完毕后在病程记录中予以体现。 4. 建立统一、规范的《危急值报告记录本》（报告部门填写）和《危急值接获登记本》/《危急值接获处置登记本》（接获科室填写）并及时规范填写；确保危急值报告全过程涉及的患者信息、检验检查结果、报告与接收人、时间（精准到分钟）等关键要素记录完整可追溯。 5. 医院信息系统能自动识别和提示危急值，有网络监控功能，保障危急值报告和处置及时有效；检验、检查科室通过网络及时向临床科室发出危急值报告并有语音或醒目文字提示。 6. 实施质量控制，检验、检查科室和临床科室应定期检查危急值报告和处置工作；重点关注对患者病情有重大影响的危急值，如急性心肌梗死指标、肺栓塞指标、高钾、严重电解质紊乱指标等，追踪同一患者反复出现同种危急值处置的合理性和发生原因，并提出具体改进措施。医疗管理部门定期评估危急值报告制度的有效性，并进行分析评价。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 数据核查 系统追踪 模拟操作 病历检查 病案检查	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
108. 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、管理与应用等相关规定，建立门急诊及住院病历规范书写、管理和质量控制制度，保障病历资料安全，病历内容记录信息可追溯。			
【概述】 病历管理制度是指为准确反映医疗活动全过程，实现医疗服务行为可追溯，维护医患双方合法权益，保障医疗质量和医疗安全，对医疗文书的书写、质控、保存、使用等环节进行管理的制度。医院应制定并落实病历管理制度，严格落实国家有关法律法规以及病历书写、分类编码、管理与应用等相关规定，建立门急诊及住院病历规范书写、管理和质量控制制度，保障病历资料安全，病历内容记录信息可追溯。			
108. 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、管理与应用等相关规定，建立门急诊及住院病历规范书写、管理和质量控制制度，保障病历资料安全，病历内容记录信息可追溯。（2 分）	1. 制定并落实病历管理制度，至少涵盖门诊、急诊及住院病历规范书写、管理和质量控制相关制度。 2. 医院设置有病案管理部门，有专职人员负责病案管理工作，人员配置满足工作需要。 3. 医院应明确病历书写的格式、内容和时限，病历书写应做到客观、真实、准确、及时、完整、规范，病历内容记录信息可追溯。 4. 建立有完善的病历管理和质量控制体系，有病历质量检查、评估与反馈机制；能够落实分类编码的相关规定。 5. 有保护病历、病案和信息安全的相关制度，包括但不限于病历的保存、查阅、借阅、复制等管理要求；有防范病历篡改、伪造、隐匿、销毁、抢夺、窃取和丢失等措施；病案库房有防火、防盗、防尘、防湿、防蛀、防高温等设施和措施。 6. 临床科室指定专人负责病历书写质量控制。医疗管理部门定期抽查病历，进行病历等级评估，反馈检查结果，提出整改意见。病案管理部门设置专职或兼职病历评价人员，对每份出院病历实施质量检查。医院病案管理委员会定期评价全院病案质量，制定或修订完善病案管理规章制度。	查阅资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 系统追踪 病历检查 病案检查	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
109. 实施电子病历的医院，应制定电子病历的建立、记录、修改、使用、存储、传输、质控、安全等级保护等管理制度。			
【概述】 电子病历是指医务人员在诊疗工作中，使用信息系统生成的文字、符号、图表、图形、数字、影像等数字化信息，并能实现存储、管理、传输和重现的医疗记录，是病历的一种记录形式，包括门（急）诊病历和住院病历。医院应对电子病历的建立、记录、修改、使用、存储、传输、质控、安全等级保护等有全方位的管理和流程，并落实。			
109. 实施电子病历的医院，应制定电子病历的建立、记录、修改、使用、存储、传输、质控、安全等级保护等管理制度。（2 分）	1. 实施电子病历的医院，应制定电子病历管理制度，包括电子病历的建立、记录、修改、使用、存储、传输、质控、安全等级保护等内容。 2. 实施电子病历的医院，使用经过合法认证的电子签名，对操作人员进行身份识别，能够保存操作痕迹，准确记录操作时间和操作人信息。 3. 加强诊疗权限管理，将医师资格、护士资格、医师处方权、手术级别权限、抗菌药物处方权限等信息纳入电子病历信息系统，进行后台控制；对医务人员登录电子病历信息系统记录、查阅、修改病历信息和签署医疗文书等操作，应分级、分类设置权限，防止出现超出权限的诊疗行为。 4. 发挥临床诊疗决策支持功能。鼓励将临床路径、临床诊疗指南、技术规范和用药指南等嵌入电子病历信息系统，提高临床诊疗规范化水平。纳入的临床路径、临床诊疗指南、技术规范和用药指南等，应当经医院医疗质量管理委员会审核同意。 5. 实施质量控制，科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 系统追踪 病历检查 病案检查	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
110. 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，建立医院抗菌药物遴选、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。			
【概述】 抗菌药物分级管理制度是指根据抗菌药物的安全性、疗效、细菌耐药性和价格等因素，对抗菌药物临床应用进行分级管理的制度。医院应制定并落实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，建立医院抗菌药物遴选、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。			
110. 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，建立医院抗菌药物遴选、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 分）	1. 建立医院抗菌药物遴选、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。 2. 确定医院抗菌药物分级管理目录，抗菌药物分为非限制使用级、限制使用级与特殊使用级三级。 3. 确定医师抗菌药物处方权限和医师会诊权限，有医师权限目录，并定期调整。建立全院特殊使用级抗菌药物会诊专家库，按照规定规范特殊使用级抗菌药物使用流程。 4. 实施质量控制，科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅资料 调查访谈 个案追踪 系统追踪 病历检查 病案检查	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
111. 建立临床用血审核制度。严格落实国家关于医疗机构临床用血的有关规定，设立临床用血管理委员会，制定医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。			
【概述】 临床用血审核制度是指在临床用血全过程中，对与临床用血相关的各项程序和环节进行审核和评估，以保障患者临床用血安全的制度。医院应制定并落实临床用血审核制度，严格落实国家关于医疗机构临床用血的有关规定，设立临床用血管理委员会，制定医院临床合理用血管理制度，完善管理机制和具体流程，推进临床科学合理用血，保障临床用血安全和医疗质量。			
111. 建立临床用血审核制度。严格落实国家关于医疗机构临床用血的有关规定，设立临床用血管理委员会，制定医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。（3 分）	1. 制定并落实临床用血审核制度，严格执行国家关于医疗机构临床用血的有关规定。 2. 成立临床用血管理委员会，成员由医疗管理部门、护理管理部门、输血科、麻醉科、手术部、开展输血治疗的主要临床科室、医学检验科等科室负责人组成，职责明确，有相关工作记录。 3. 制定医院血液预订、接收、入库、储存、出库、库存预警、临床合理用血等管理制度，完善临床用血申请、审核、监测、分析、评估、改进等管理制度、机制和具体流程。定期对临床用血合理性进行监测、分析、评估，针对存在问题采取有效改进措施。 4. 建立保障急救用血治疗的机制及措施。 5. 除急救用血外，分三个层级对临床用血进行审核： （1）同一患者一日申请备血量少于 800 毫升的，由具有中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请，上级医师核准签发后，方可备血。 （2）同一患者一日申请备血量在 800 ~ 1600 毫升的，由具有中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请，经上级医师审核，科室主任核准签发后，方可备血。 （3）同一患者一日申请备血量达到或超过 1600 毫升的，由具有中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请，科室主任核准签发，并与输血科沟通后，报医疗管理部门批准，方可备血。 6. 临床输血治疗前，医师应向患者或其近亲属说明输血目的、方式和风险，签署《输血治疗知情同意书》并存入病历。	查阅资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 系统追踪 病历检查 病案检查	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
111. 建立临床用血审核制度。严格落实国家关于医疗机构临床用血的有关规定，设立临床用血管理委员会，制定医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。（3 分）	7. 临床科室医务人员接收到血库送来的血液时，须检查血袋上的采血日期、有效期，血/血制品有无凝血块/溶血、变色、气泡，血袋有无破损及封口是否严密，同时核对血袋上受血者和供血者的信息是否与交叉配血单上的信息相符。 8. 实施临床输血双人核对制度。输血前，由两名医护人员核对交叉配血报告单及血袋标签各项内容，检查血袋有无破损渗漏，血液颜色是否正常，检查血液制品和输血装置是否在有效期内，准确无误方可输血。输血时，由两名医护人员带病历共同到患者床旁核对患者姓名、性别、年龄、住院号（门、急诊号）、血型等，确认与配血报告相符，再次核对血液制品后，用符合标准的输血器进行输血。 9. 输血完成后及时书写输血治疗病程记录，内容包括但不限于输血原因、输注成分、血型和数量、输血前评估、输注过程观察情况、有无输血不良反应、不良反应的处置、输血后评估等，保障信息可追溯。 10. 实施质量控制，按照国家要求，制定医院的临床用血质量控制指标。科室有自查、分析，对存在问题有整改；输血科和医疗管理部门对临床用血评价指标进行汇总、分析，关注临床用血变化趋势，分析大量用血、特殊病例用血以及不合理用血的原因，提出整改措施；临床用血管理委员会定期将全院临床用血质控情况及评价结果进行通报，不断提高临床用血管理水平。	查阅资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 系统追踪 病历检查 病案检查	
112. 建立信息安全管理制度。明确医院主要负责人是患者诊疗信息安全管理第一责任人，依法依规建立覆盖患者诊疗信息管理全流程的制度和技术保障体系。			
【概述】 信息安全管理制度是指医疗机构按照信息安全管理的相关法律法规和技术标准，对医院患者诊疗信息的收集、存储、使用、传输、处理、发布等进行全流程系统性保障的制度。医院应制定并落实信息安全管理制度，明确医院主要负责人是患者诊疗信息安全管理第一责任人，依法依规建立覆盖患者诊疗信息管理全流程的制度和技术保障体系。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
112. 建立信息安全管理制度。明确医院主要负责人是患者诊疗信息安全管理第一责任人，依法依规建立覆盖患者诊疗信息管理全流程的制度和技术保障体系。（2 分）	1. 依法依规建立覆盖患者诊疗信息管理全流程的制度和技术保障体系，完善组织架构，明确管理部门；医院主要负责人是患者诊疗信息安全管理第一责任人。 2. 建立全面的信息安全管理制度，从责任分工、安全管理范围、信息访问权限、应急处置方法等方面建立制度体系。 3. 建立完整的信息安全技术体系，从信息产生、传输、存储、交换、调阅等各个环节，对用户身份识别、用户权限鉴别、网络入侵监测等方面进行安全管理。 4. 建立应急响应机制，定期评估信息安全风险，定期开展信息安全应急演练。	查阅资料 现场检查 调查访谈 模拟操作	
113. 确保实现医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全保障。			
【概述】 患者诊疗信息管理涉及患者权利的保护和诊疗服务的落实，医院信息系统应具备符合信息系统管理要求的安全性、真实性、连续性、完整性、稳定性、时效性、溯源性。员工获取患者诊疗信息应与其职责和实际工作相符，并经授权。员工知晓权利和责任。			
113. 确保实现医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全保障。（2 分）	1. 有保障患者诊疗信息全流程安全性、真实性、连续性、完整性、稳定性、时效性、溯源性的管理要求和具体措施。 2. 依据《电子病历应用管理规范（试行）》《电子病历系统应用水平分级评价标准（试行）》等，对操作人员使用患者诊疗信息实行授权管理，明晰使用权限和相关责任。 3. 有为员工使用患者诊疗信息提供便利和安全保障的具体措施。	查阅资料 现场检查 调查访谈	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
十九、医疗技术临床应用管理（35 分）			
依据但不限于： 《关于印发医疗机构手术分级管理办法（试行）的通知》（卫办医政发〔2012〕94 号，自 2012 年 10 月 1 日起施行） 《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》（自 2016 年 12 月 1 日起施行） 《关于印发医疗质量安全核心制度要点的通知》（国卫医发〔2018〕8 号，2018. 4. 18） 《医疗质量安全核心制度要点释义》（2018. 10） 《医疗技术临床应用管理办法》（自 2018 年 11 月 1 日起施行） 《关于印发国家限制类技术目录和临床应用管理规范（2022 年版）的通知》（国卫办医发〔2022〕6 号，2022. 3. 30） 《 医疗机构管理条例》（2022 年 3 月 29 日修订，自 2022 年 5 月 1 日起施行）			
114. 医院开展医疗技术服务应与其功能、任务、技术能力相适应。医疗技术临床应用遵循科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理的原则。			
【概述】 医疗技术是指医院及其医务人员以诊断和治疗疾病为目的，对疾病作出判断和消除疾病、缓解病情、减轻痛苦、改善功能、延长生命、帮助患者恢复健康而采取的医学专业手段和措施。开展医疗技术服务应与医院的功能、任务、技术能力相适应，坚持科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理的原则，保障医疗质量和患者安全，维护人民群众健康权益。			
114. 医院开展医疗技术服务应与其功能、任务、技术能力相适应。医疗技术临床应用遵循科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理的原则。（2 分）	1. 贯彻落实《医疗技术临床应用管理办法》，开展医疗技术服务应与医院的功能、任务、技术能力相适应，包括但不限于对医务人员的技能要求，对相应的药品、设备设施功能要求，对开展该项医疗技术的环境要求。 2. 医疗技术临床应用应遵循科学、安全、规范、有效、经济原则，并在实际工作中予以体现。 3. 医院开展医疗技术服务符合不伤害、有利、尊重和公平的伦理的原则。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 员工操作 病历检查 病案检查	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
115. 医院应贯彻落实《医疗技术临床应用管理办法》，设立医疗技术临床应用管理专门组织，人员组成合理，职责明确。			
【概述】 医院应贯彻落实《医疗技术临床应用管理办法》，设立医疗技术临床应用管理专门组织，人员组成合理，职责明确。加强医疗技术临床应用管理，促进医学科学发展和医疗技术进步，保障医疗质量和患者安全。			
115. 医院应贯彻落实《医疗技术临床应用管理办法》，设立医疗技术临床应用管理专门组织，人员组成合理，职责明确。（2 分）	1. 落实《医疗技术临床应用管理办法》，设立医疗技术临床应用管理的专门组织，由医疗管理、质量管理、药学、护理、感染防控、医学装备等部门负责人和具有高级专业技术职务任职资格的临床、管理、伦理等相关专业人员组成，职责明确。 2. 医疗技术临床应用管理组织的职责包括但不限于： （1）根据医疗技术临床应用管理相关的法律、法规、规章，制定医院医疗技术临床应用管理制度并组织实施。 （2）审定医院医疗技术临床应用管理目录和手术分级管理目录并及时调整。 （3）对首次应用于医院的医疗技术组织论证，对已经临床应用的医疗技术定期开展评估。 （4）定期检查医疗技术临床应用管理各项制度落实情况，并提出持续改进措施和要求。 3. 医疗技术临床应用管理专门组织履行医疗技术临床应用管理职责，有工作计划、工作记录，可追溯。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈	
116. 医院开展医疗技术临床应用应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。			
【概述】 医疗技术临床应用是指将经过临床研究论证且安全性、有效性确切的医疗技术应用于临床，用以诊断或者治疗疾病的过程。医院开展医疗技术临床应用应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。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
116. 医院开展医疗技术临床应用应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 分）	1. 医院开展医疗技术临床应用应与《医疗机构执业许可证》（副本）登记的诊疗科目一致。 2. 开展相关医疗技术的人员具备相应的资质、权限。 3. 开展相关医疗技术的仪器、设备、设施等配置齐全、功能完好、符合要求。 4. 建立医疗技术临床应用质量控制体系，有重点医疗技术实施路径或操作规范，有重点医疗技术临床应用质量管理的指标，定期分析和反馈，持续改进有成效。 5. 医院医疗技术临床应用遵守相关技术临床应用管理规范。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 数据核查 系统追踪	
117. 医院开展限制类技术，应按照《医疗技术临床应用管理办法》履行自我评估和备案程序。			
【概述】 医院应落实《医疗技术临床应用管理办法》，开展限制类技术应承担主体责任；开展限制类技术临床应用的，应按照相关医疗技术临床应用管理规范进行自我评估，及时向卫生健康行政部门备案。			
117. 医院开展限制类医疗技术，应按照《医疗技术临床应用管理办法》履行自我评估和备案程序。（2 分）	1. 医院开展限制类技术，应按照《医疗技术临床应用管理办法》进行自我评估，内容包括但不限于对医院、开展人员、技术管理、设备设施和环境等方面的基本要求。 2. 自我评估结果报医院医疗技术临床应用管理专门组织审核。 3. 开展首例临床应用后 15 个工作日内，向核发《医疗机构执业许可证》的卫生健康行政部门备案。	查阅文件、资料 调查访谈 病历检查 病案检查	
118. 拟开展存在重大伦理风险的医疗技术，应提请医学伦理委员会审议。未经医学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。			
【概述】 伦理审查是保护患者权利的必要手段，医院拟开展存在重大伦理风险的医疗技术，应提请医学伦理委员会审议；未经医学伦理委员会审查通过的医疗技术，特别是限制类医疗技术，不得应用于临床。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
118. 拟开展存在重大伦理风险的医疗技术，应提请医学伦理委员会审议。未经医学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 分）	1. 拟开展存在重大伦理风险的医疗技术，应提请医院医学伦理委员会审议。 2. 未经医学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。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 病历检查 病案检查	
119. 制定医院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。			
【概述】 建立医疗技术临床应用管理目录是医院开展医疗技术临床应用管理的基础。医院应梳理本院正在开展的各项医疗技术，编制成医疗技术临床应用管理目录，并根据技术的复杂程度、风险性等对目录内的手术进行分级管理。			
119. 制定医院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 分）	1. 结合实际制定医院医疗技术临床应用管理目录并及时调整，目录应包括医院开展临床应用的所有医疗技术。 2. 对医疗技术临床应用管理目录内的手术进行分级管理，有手术分级目录，并根据手术开展情况定期调整。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 病历检查 病案检查	
120. 有效落实手术分级管理制度，建立医师手术授权与动态管理机制，根据手术医师的专业能力、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。			
【概述】 医院应加强手术分级管理，规范手术行为，提高医疗质量，保障医疗安全，维护患者合法权益，有效落实手术分级管理制度，建立医师手术授权与动态管理机制，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。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
120. 有效落实手术分级管理制度，建立医师手术授权与动态管理机制，根据手术医师的专业能力、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。（2 分）	1. 有效落实手术分级管理制度，根据手术医师的专业能力、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。 2. 建立医师手术授权、手术质量监测与动态管理机制，明确取消和增加医师手术授权的情形，并有相应调整记录。	查阅文件、资料 现场检查 个案追踪 病历检查 病案检查	
121. 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。			
【概述】 医院应正确评估医务人员的专业能力，依法准予医务人员实施与其专业能力相适应的医疗技术，明确每一位医务人员的医疗技术实施范围，实施高风险诊疗技术授权管理，建立医务人员医疗技术临床应用管理档案，并纳入个人专业技术档案管理。			
121. 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。（3 分）	1. 落实《中华人民共和国医师法》《医疗技术临床应用管理办法》，依法准予医务人员实施与其专业能力相适应的医疗技术。 2. 对实施手术、麻醉、介入、内镜诊疗、有创操作等高风险诊疗技术的医务人员实行授权管理，有高风险诊疗技术目录。 3. 建立医务人员医疗技术临床应用管理档案，内容包括但不限于准予医务人员开展的医疗技术目录、高风险诊疗技术授权情况、医疗质量情况、医疗技术培训考核情况等。可结合实际纳入医务人员个人专业技术档案管理。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 数据核查 系统追踪 病历检查 病案检查	
122. 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，应组织开展技术能力和安全保障能力论证并进行伦理审查。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
【概述】 医疗技术的实施需要相应的技术能力和安全保障能力，医院应建立并落实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，应组织开展医疗技术能力和安全保障能力论证，通过论证的方可开展医疗技术临床应用。			
122. 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 分）	1. 建立并落实医疗技术临床应用论证制度。 2. 对已证明安全有效，但属本院首次应用的医疗技术，应组织开展医疗技术能力和安全保障能力评估论证。 3. 本院首次应用的医疗技术须通过伦理审查。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 病历检查 病案检查	
123. 建立医疗技术临床应用评估制度，对限制类技术的质量安全和技术保证能力进行重点评估，并根据评估结果及时调整本院医疗技术临床应用管理目录、医师相关技术临床应用权限和有关管理要求。			
【概述】 开展医疗技术临床应用评估，是保证医疗技术安全、有效、经济和符合伦理的重要手段。医院应建立医疗技术临床应用评估制度，对限制类技术开展重点评估，评估内容包括但不限于实施该项医疗技术的医务人员能力评估、该项医疗技术的患者评估、环境评估、设备设施和辅助条件等评估。评估结果用于及时调整医疗技术临床应用管理目录、医师的相关权限等。			
123. 建立医疗技术临床应用评估制度，对限制类技术的质量安全和技术保证能力进行重点评估，并根据评估结果及时调整本院医疗技术临床应用管理目录、医师相关技术临床应用权限和有关管理要求。(2 分)	1. 建立并落实医疗技术临床应用评估制度。 2. 遵循科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理的评估原则，量化评估指标。 3. 按照《国家限制类技术临床应用管理规范（2022 年版）》等要求，对限制类技术的质量安全和技术保证能力进行重点评估，评估内容包括但不限于接受该项医疗技术的患者评估、环境评估和设备设施评估等。 4. 根据评估结果及时调整本院医疗技术临床应用管理目录、医师相关技术临床应用权限和有关管理要求。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 数据核查 系统追踪 员工操作 病历检查 病案检查	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
124. 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，制定医院医疗技术质量控制指标，加强信息收集、分析与反馈，持续改进医疗技术临床应用质量。			
【概述】 医院应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，制定医疗技术临床应用质量控制指标，建立信息收集、分析与反馈，持续改进医疗技术临床应用质量。			
124. 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，制定医院医疗技术质量控制指标，加强信息收集、分析与反馈，持续改进医疗技术临床应用质量。（2 分）	1. 建立并落实医疗技术临床应用质量控制制度，覆盖医疗技术临床应用的全过程。 2. 以限制类技术为重点，制定符合国家和省级管理要求的医疗技术质量控制指标。 3. 根据医院开展的医疗技术，制定科室医疗技术临床应用质控指标，关注本科室日常开展的医疗技术。 4. 加强信息收集、分析与反馈，持续改进医疗技术临床应用质量。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 数据核查 系统追踪 病历检查 病案检查	
125. 建立医疗技术临床应用规范化培训制度，重视和加强医疗技术临床应用管理人才队伍的建设和培养。			
【概述】 医疗技术临床应用的规范化培训是保障医疗技术临床应用质量的重要措施。医院应建立医疗技术临床应用规范化培训制度，重视和加强医疗技术临床应用管理人才队伍的建设和培养，保障医疗技术临床应用质量。			
125. 建立医疗技术临床应用规范化培训制度，重视和加强医疗技术临床应用管理人才队伍的建设和培养。（2 分）	1. 建立并落实医疗技术临床应用规范化培训制度，有培训大纲、培训计划和考核标准，培训内容包括但不限于与医疗技术临床应用相关的法律、法规、规章、规范以及专项技术等。 2. 重视和加强医疗技术临床应用管理人才队伍的建设和培养，组织开展医疗技术临床应用相关的管理学理论及方法的培训，持续提升管理水平和能力。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
126. 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纳入医院院务公开范围，接受社会监督。			
【概述】 限制类技术目录、手术分级管理目录和限制类技术临床应用情况纳入医院院务公开范围，接受社会监督。			
126. 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纳入医院院务公开范围，接受社会监督。（2 分）	1. 医院限制类技术目录、手术分级管理目录纳入医院院务公开（社会公开）范围，接受监督。 2. 限制类技术临床应用情况纳入医院院务公开（社会公开）范围，接受监督。 3. 实时搜集社会监督反馈的意见或建议，制定并落实改进措施，持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 系统追踪	
127. 医院在医疗技术临床应用过程中，出现《医疗技术临床应用管理办法》规定的相关情形时，应立即停止该项医疗技术的临床应用，并按规定履行报告程序。			
【概述】 医院应重视和加强医疗技术临床应用管理，在医疗技术临床应用过程中，出现《医疗技术临床应用管理办法》规定的相关情形时，应立即停止该项医疗技术的临床应用，并按规定履行报告程序。			
127. 医院在医疗技术临床应用过程中，出现《医疗技术临床应用管理办法》规定的相关情形时，应立即停止该项医疗技术的临床应用，并按规定履行报告程序。（2 分）	1. 医院应重视和加强医疗技术临床应用管理，在医疗技术临床应用过程中，出现《医疗技术临床应用管理办法》规定的相关情形时，应立即停止该项医疗技术的临床应用，并按规定履行报告程序。 （1）被国家卫生健康委列为“禁止类技术”的医疗技术。 （2）从事该项医疗技术的主要专业技术人员或者关键设备设施及其他辅助条件发生变化，不能满足相关技术临床应用管理规范要求，或者影响临床应用效果的。 （3）该项医疗技术在本院应用过程中出现重大医疗质量、医疗安全或伦理问题，或者发生与技术相关的严重不良后果的。 （4）发现该项医疗技术临床应用效果不确切，或存在重大质量、安全或伦理缺陷的。 2. 停止限制类医疗技术的，应立即将有关情况向核发其《医疗机构执业许可证》的卫生健康行政部门报告，主动申请撤销备案，并向社会公示。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 病历检查 病案检查	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
128. 医院按照要求，及时、准确、完整地向国家、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。			
【概述】 限制类技术是医疗技术临床应用管理的重点内容，及时、准确、完整上报相关数据便于做好医疗技术临床应用评估，同时作为医院规范开展相应工作的依据。			
128. 医院按照要求，及时、准确、完整地向国家、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 分）	1. 建立医院医疗技术临床应用信息上报机制，及时、准确、完整地向国家、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. 建立医院数据信息内部验证机制，确保数据真实，符合上报要求。 3. 定期对相关信息上报情况进行收集、分析和反馈，持续提升医疗技术临床应用管理水平。	查阅资料 现场检查 调查访谈 数据核查 系统追踪 病历检查 病案检查	
129. 医院承担限制类技术临床应用规范化培训工作的，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。			
【概述】 限制类技术临床应用必须经过规范化培训，承担限制类技术临床应用规范化培训工作的医院应当符合国家和省级卫生健康行政部门规定的条件，有科学的培训方案，完成备案。			
129. 医院承担限制类技术临床应用规范化培训工作的，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 分）	1. 医院承担限制类技术临床应用规范化培训工作的，应达到国家和省级卫生健康行政部门规定的条件。 2. 有专门部门负责限制类技术临床应用规范化培训工作，明确岗位职责。 3. 按照国家或省级卫生健康行政部门统一的培训标准和要求，制定培训方案，培训内容包括但不限于相关技术的法律法规、规章制度、技术规范、操作技能、伦理道德教育、限制类技术质控指标、病历书写、患者随访等，并向社会公开。 4. 主管部门对医院承担限制类技术临床应用规范化培训工作全程监管，对发现的问题及时分析、反馈，对整改措施落实情况实施跟踪问效。	查阅资料 现场检查 调查访谈	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
130. 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。			
【概述】 医院建立限制类技术规范化培训的机制，明确相关的职责制度并落实，学员管理到位，按照培训方案和计划开展培训，培训质量有监测、分析和持续改进，确保达到培训目标。			
130. 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 分）	1. 建立健全限制类技术临床应用规范化培训工作规章制度及流程，明确相关职责和管理要求。 2. 严格按照培训方案和计划开展培训工作，培训教材和大纲满足培训要求，加强对培训导师的管理，保障培训质量。 3. 加强学员管理，建立学员培训档案，档案内容可以包括医师基本信息、培训的起止时间、参加相关技术诊疗工作或手术培训的例数、参与技术应用的质量安全情况、参与相关技术全过程管理的患者例数、考核结果等。 4. 相关管理人员和培训导师需知晓限制类技术临床应用规范化培训管理要求、培训方案及流程，并规范执行。 5. 学员完成培训后应当接受考核，考核包括过程考核和结业考核，过程考核包括但不限于医德医风、出勤、理论学习、日常临床实践、培训指标完成情况和参加业务学习情况等；结业考核包括理论考核和临床实践能力考核。 6. 实施质量控制，科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅资料 现场检查 调查访谈 模拟操作 系统追踪	
二十、医疗安全风险防范（8 分）			
131. 有对静脉血栓栓塞症（VTE）中高危患者评估、识别、预防、诊断、处置的制度和流程，并组织开展培训。			
【概述】 静脉血栓栓塞症（VTE）包括深静脉血栓形成（DVT）和肺血栓栓塞症（PTE），是导致患者非预期死亡的重要原因之一，严重危害患者安全。提高 VTE 规范预防率，实现 VTE 的早期干预，可以有效降低 VTE 的发生率、致残率及致死率。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
依据但不限于： 《中国医院质量安全管理第 2－24 部分：患者服务住院患者静脉血栓栓塞症防治》（团体标准 T/CHAS10－2－24－2018，2018. 12. 1 实施） 《关于印发 2022 年国家医疗质量安全改进目标的通知》（国卫办医函〔2022〕58 号，2022. 3. 1）			
131. 有对静脉血栓栓塞症（VTE）中高危患者评估、识别、预防、诊断、处置的制度和流程，并组织开展培训。（2 分）	1. 医院制定并落实静脉血栓栓塞症（VTE）中高危患者评估、识别、预防、诊断和处置制度及流程，纳入相关疾病诊疗规范并落实，同时组织开展培训。 2. 加强医疗风险管控，按照国家要求，结合实际落实静脉血栓风险评估，提高静脉血栓栓塞症规范预防率、ICU 深静脉血栓（DVT）预防率（重症医学专业医疗质量控制指标）、急性肺血栓栓塞症（PTE）患者确诊检查比例（呼吸内科专业医疗质量控制指标）等。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 数据核查 系统追踪 员工操作 病历检查 病案检查	
132. 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并建立救护机制，保障及时提供紧急救治和生命支持服务。			
【概述】 心跳骤停、昏迷和跌倒等高风险事件严重危及患者生命安全。医院应关注院内安全，有针对心跳骤停、昏迷、跌倒等高风险意外事件的应急措施并建立救护机制，保障及时提供紧急救治和生命支持服务。			
132. 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并建立救护机制，保障及时提供紧急救治和生命支持服务。（3 分）	1. 医院有针对心跳骤停、昏迷、跌倒等高风险意外事件的应急措施，建立救护机制，保障及时提供紧急救治和生命支持服务。 2. 定期组织开展应对高风险意外事件的应急演练，确保员工掌握处置要求，对员工高风险意外事件的处置能力进行培训及考核。 3. 保障全院任何区域内均能及时提供紧急救治和生命支持服务。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 员工操作 模拟操作 模拟演练	
133. 医院应开展分娩镇痛诊疗工作，关注分娩安全，规范分娩镇痛相关诊疗行为，建立并落实控制分娩疼痛和减少分娩损伤的制度、技术规范和流程，提升产妇分娩诊疗水平，提高围产期医疗服务质量。			
【概述】 医院应推广分娩镇痛诊疗工作，规范分娩镇痛相关诊疗行为，优化与完善医院分娩镇痛的整体管理流程，提升产妇分娩诊疗水平，提高围产期医疗服务质量。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
依据但不限于： 《关于开展分娩镇痛试点工作的通知》（国卫办医函〔2018〕1009号，2018.11.15） 《关于印发2022年国家医疗质量安全改进目标的通知》（国卫办医函〔2022〕58号，2022.3.1）			
133. 医院应开展分娩镇痛诊疗工作，关注分娩安全，规范分娩镇痛相关诊疗行为，建立并落实控制分娩疼痛和减少分娩损伤的制度、技术规范和流程，提升产妇分娩诊疗水平，提高围产期医疗服务质量。（3分）	1. 开展分娩镇痛诊疗工作，关注分娩安全，规范分娩镇痛相关诊疗行为，建立并落实控制分娩疼痛和减少分娩损伤的制度、技术规范和流程。 2. 定期组织开展医护人员培训，提高其分娩镇痛的理论水平和操作能力。 3. 制定控制分娩疼痛与减少分娩损伤的质控指标，分析相关因素并持续改进。 4. 相关科室负责人应加强对分娩镇痛工作的管理和监督，指定专人定期对分娩镇痛实施情况和存在的问题进行评估和反馈，不断改进工作方法，保证分娩镇痛的安全性，提高产妇的舒适度和满意度。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 数据核查 系统追踪 病历检查 病案检查	
二十一、急诊管理与持续改进（15分）			
依据但不限于： 《医院感染管理办法》（自2006年9月1日起施行） 《关于印发急诊科建设与管理指南（试行）的通知》（卫医政发〔2009〕50号，自2009年5月25日起施行） 《医院急诊科规范化流程》（WS/T390－2012，2013.2.1实施） 《国务院办公厅关于印发突发事件应急预案管理办法的通知》（国办发〔2013〕101号，2013.10.25） 《中国医院质量安全管理第2－3部分：患者服务急救绿色通道》（团体标准，T/CHAS10－2－3－2018，2018.7.1实施） 《医疗机构门急诊医院感染管理规范》（WS/T591－2018，2018.11.1实施） 《医院感染预防与控制评价规范》（WS/T592－2018，2018.11.1实施） 《院前急救机构与医院急诊科患者病情交接单》（WS/T621－2018，2019.4.1实施） 国家卫生健康委等九部门《关于印发进一步完善院前医疗急救服务指导意见的通知》（国卫医发〔2020〕19号，2020.9.17） 《河南省突发公共卫生事件应急办法》（自2021年6月10日起施行） 《关于规范使用院前医疗急救标识的通知》（国卫办医函〔2021〕475号，2021.8.30）			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
134. 急诊（医学）科建筑布局、功能流程等符合国家相关要求，能满足急诊急救工作需要。建立健全并有效落实急诊管理相关规章制度和流程、突发应急事件处置预案并组织实施。			
【概述】 急诊（医学）科是医院急症诊疗的首诊场所，也是社会医疗服务体系的重要组成部门，承担来院急诊患者的紧急诊疗服务，为患者及时获得后续的专科诊疗服务提供支持和保障。急诊（医学）科建筑布局、功能流程等符合国家相关要求，能满足急诊急救工作需要。建立急诊管理制度和工作流程、突发应急事件处置预案并组织实施，有效提升医疗急救服务能力。			
134. 急诊（医学）科建筑布局、功能流程等符合国家相关要求，能满足急诊急救工作需要。建立健全并有效落实急诊管理相关规章制度和流程、突发应急事件处置预案并组织实施。（4 分）	1. 急诊（医学）科建筑布局、功能流程等符合国家相关要求，与医院功能任务相适应，体现“以患者为中心”的理念，满足急诊急救工作需要。 2. 急诊（医学）科医疗区、支持区和停留区域设置合理。 **医疗区：**设置检诊分诊台、急诊诊室（急诊内科［卒中诊室、胸痛诊室］、急诊外科［创伤诊室］、急诊儿科等）、**应急过渡病室**（抢救设备、药品、物品配置齐全）、抢救室、创伤处置室、急诊注射室、急诊重症监护病房（EICU）、急诊留观室（含治疗准备室等）、污物间等。 **支持区：**设置急诊挂号缴费、急诊检验室、急诊药品调剂室、急诊彩超、急诊医学影像检查（就近设置）等。 **停留区域：**保证抢救室危重患者生命体征稳定后能及时转出，使其保持足够空间便于应对突来的其他危重患者急救。 根据需要设置急诊（医学）科医务人员更衣室（男、女）、值班室（男、女）、办公室、技能培训室（可共用）、应急物资库、库房、主任办公室、护士长办公室、污物间等辅助区域。 3. 急诊（医学）科应设在医院内便于患者迅速到达的区域，入口通畅，设有无障碍通道（安装扶手，且设置温馨提示：轮椅推患者下坡请倒行，平车推患者请保持头高位），方便轮椅、平车安全出入。设有救护车通道和专用停靠处。 4. 针对急诊患者病情严重程度及需要的急诊资源，实施“三区”（红区、黄区、绿区）、“四级”（濒危患者、危重患者、急症患者、非急症患者）的救治。 5. 急诊（医学）科应当有醒目的路标和标示（含标示灯箱），以方便和引导急诊患者就诊；与手术部、重症医学科等相连接的院内急救绿色通道标示设置醒目。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 员工操作 模拟操作 模拟演练	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
134. 急诊（医学）科建筑布局、功能流程等符合国家相关要求，能满足急诊急救工作需要。建立健全并有效落实急诊管理相关规章制度和流程、突发应急事件处置预案并组织实施。（4 分）	6. 建立健全并有效落实急诊管理相关规章制度和流程（工作流程、就诊流程、救治流程等），医务人员知晓并落实。 7. 有突发应急事件处置预案并组织实施。 8. 实施质量控制，科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 员工操作 模拟操作 模拟演练	
135. 急诊（医学）科仪器设备、药品及物品配置符合要求，满足急救工作需要。			
【概述】 根据《急诊科建设与管理指南（试行）》等要求，合理配置急诊（医学）科仪器设备、药品及物品，满足急救工作需要，日常管理符合要求。			
135. 急诊（医学）科仪器设备、药品及物品配置符合要求，满足急救工作需要。（3 分）	1. 急诊（医学）科仪器设备、药品及物品配置符合《急诊科建设与管理指南（试行）》等要求，满足急救工作需要。急救设备完好率 100%，处于应急备用状态。 2. 急诊（医学）科抢救室内设置医师、护士工作站，每张抢救床净使用面积 $>12m^2$，抢救床床头距墙距离 >1m；急救药品、物品、抢救仪器设备等配置齐全。抢救包配置（抢救包、胸穿包、腰穿包、腹穿包、置管包、导尿包、气管切开包［配置气管套管］、产包等）满足抢救工作需要；气管插管物品（气管插管、喉镜、简易呼吸器、面罩等型号齐全）、洗胃用物配置齐全，均在有效期内。 3. 实施质量控制，科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅资料 现场检查 调查访谈 模拟操作	
136. 加强急诊专业人员配备，配备足够数量，受过专门训练，掌握急诊医学的基本理论、基础知识和基本操作技能，具备独立工作能力的医务人员。对急诊医务人员开展技术和技能专业培训。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
【概述】 足够的急诊专业人员是保证急诊医疗服务质量安全的基础，医院应统筹调配资源，在保障急诊服务质量的基础上，提高资源利用效率。急诊（医学）科应配备足够数量，受过专门训练，掌握急诊医学基本理论、基础知识和基本操作技能，能够熟练及正确使用各种抢救设备，掌握各种抢救技能（包括高级心肺复苏技能），具备独立工作能力的急诊医师、急诊护士。			
136. 加强急诊专业人员配备，配备足够数量，受过专门训练，掌握急诊医学的基本理论、基础知识和基本操作技能，具备独立工作能力的医务人员。对急诊医务人员开展技术和技能专业培训。（2 分）	1. 根据急诊就诊患者流量，急诊（医学）科应配备足够数量，受过专门训练，掌握急诊医学基本理论、基础知识和基本操作技能，能够熟练及正确使用各种抢救设备，掌握各种抢救技能（包括高级心肺复苏技能），具备独立工作能力的急诊医师和急诊护士，满足急诊患者诊疗需求。 2. 急诊（医学）科固定的急诊医师不少于在岗医师的 75%，医师梯队结构合理。急诊抢救工作应由主治医师及以上人员主持与负责。急诊（医学）科主任由具备急诊医学副主任医师以上专业技术职务任职资格的医师担任。 3. 急诊（医学）科固定的急诊护理人员不少于在岗护理人员的 75%，护理人员梯队结构合理。急诊（医学）科护士长由具备主管护师以上专业技术职务任职资格和 3 年以上急诊临床护理工作经验的护士担任。 4. 急诊重症监护病房（EICU）由专职医师与护理人员负责，单独排班、值班。 5. 定期对急诊医务人员开展技术和技能专业培训，有培训记录。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 员工操作 模拟操作 病历检查 病案检查	
137. 医院应保障急诊服务的及时、安全、便捷、有效。根据急诊患者就诊人次、病种和突发事件调配医疗资源，做好资源调配。			
【概述】 急诊诊疗是紧急医疗服务体系的重要环节，急诊（医学）科执行急诊患者的常规诊疗、抢救工作，同时也承担重点病种和突发事件的紧急医疗任务。根据急诊患者就诊人次、病种和突发事件，医院应合理调配医疗资源，保障急诊服务的及时、安全、便捷、有效。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
137. 医院应保障急诊服务的及时、安全、便捷、有效，根据急诊患者就诊人次、病种和突发事件调配医疗资源，做好资源调配。（2 分）	1. 制定并落实统一规范的急诊（含抢救）服务流程，有明确的各科室（部门）职责分工与服务时限要求。 2. 急诊（医学）科实行 24 小时连贯不间断的急诊服务，保障急诊服务的及时、安全、便捷、有效。 3. 根据急诊患者就诊人次、病种和突发事件调配医疗资源，做好资源调配。有针对急诊就诊患者流量变化及突发事件的人员、设备等医疗资源的调配机制及应急预案。 4. 按照国家有关要求，制定并规范监测医院急诊专业医疗质量控制指标。 5. 实施质量控制，科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件 现场检查 调查访谈 员工操作 个案追踪 数据核查 系统追踪 病历检查 病案检查	
138. 有急危重症患者“绿色通道”。建立院前急救、院内急诊与住院或转诊的连贯性医疗服务流程，并定期进行评价和持续改进。有创伤、脑卒中、急性心肌梗死、高危孕产妇及新生儿等急危重症病种和重点人群服务规范和流程。			
【概述】 急救绿色通道是医院为挽救急危重症患者生命而设置的，用于紧急救治的诊疗过程。医院应为在短时间内发病、所患疾病可能在短时间内（ <6 小时）危及患者生命的急危重症患者开通绿色通道，包括但不限于急性创伤、急性心肌梗死、急性心力衰竭、急性肺栓塞、急性脑卒中、急性颅脑损伤、急性呼吸衰竭、高危孕产妇、新生儿急危重症等重点病种。医院应建立急救绿色通道管理制度，明确绿色通道救治范围、救治流程以及医护人员资质、职责与培训要求，同时建立急救绿色通道应急预案并组织演练。急救绿色通道以抢救患者生命为首要原则，先抢救后检查、先救治后缴费，所有环节优先诊治。			
138. 有急危重症患者“绿色通道”。建立院前急救、院内急诊与住院或转诊的连贯性医疗服务流程，并定期进行评价和持续改进。有创伤、脑卒中、急性心肌梗死、高危孕产妇及新生儿等急危重症病种和重点人群服务规范和流程。(4 分)	1. 建立急救绿色通道管理制度，明确绿色通道救治范围、救治流程以及医护人员资质、职责与培训要求，同时建立急救绿色通道应急预案并组织演练。 2. 明确纳入绿色通道管理的重点病种，包括但不限于急性创伤、急性心肌梗死、急性心力衰竭、急性肺栓塞、急性脑卒中、急性颅脑损伤、急性呼吸衰竭、高危孕产妇、新生儿急危重症等。重点病种相关科室及医务人员熟悉本科室重点病种急诊抢救流程和职责。 3. 有创伤、脑卒中、急性心肌梗死、高危孕产妇及新生儿等急危重症病种和重点人群服务规范和流程。 4. 建立急诊（医学）科、手术部、介入手术部（室）、重症医学科、各相关临床科室、医学检验科、医学影像科等多部门联动机制，满足急危重症患者住院及手术需求。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 数据核查 系统追踪 员工操作 模拟操作 病历检查 病案检查 模拟演练	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
138. 有急危重症患者“绿色通道”。建立院前急救、院内急诊与住院或转诊的连贯性医疗服务流程，并定期进行评价和持续改进。有创伤、脑卒中、急性心肌梗死、高危孕产妇及新生儿等急危重症病种和重点人群服务规范和流程。(4 分)	5. 建立院前急救、院内急诊与住院或转诊的连贯性医疗服务流程，急救绿色通道畅通。 6. 实施质量控制，科室有自查，主管部门有检查、分析、反馈。定期对急救绿色通道和医疗服务流程的连贯性、时效性进行汇总、分析，反馈并持续改进。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 数据核查 系统追踪 员工操作 模拟操作 病历检查 病案检查 模拟演练	
二十二、手术管理与持续改进（18 分）			
依据但不限于： 《关于印发医院手术部（室）管理规范（试行）的通知》（卫医政发〔2009〕90 号，自 2010 年 1 月 1 日起施行） 《关于印发手术安全核查制度的通知》（卫办医政发〔2010〕41 号，2010. 3. 17） 《关于印发病历书写基本规范的通知》（卫医政发〔2010〕11 号，自 2011 年 3 月 1 日起施行） 《关于印发医疗机构手术分级管理办法（试行）的通知》（卫办医政发〔2012〕94 号，自 2012 年 10 月 1 日起施行） 《关于印发医疗质量安全核心制度要点的通知》（国卫医发〔2018〕8 号，2018. 4. 18） 《中国医院质量安全管理第 2 - 9 部分：患者服务手术服务》（团体标准，T/CHAS10 - 2 - 9 - 2018，2018. 7. 1 实施） 《中国医院质量安全管理第 2 - 25 部分：患者服务日间手术》（团体标准，T/CHAS10 - 2 - 25 - 2018，2018. 7. 1 实施） 《医疗质量安全核心制度要点释义》（2018. 10） 《医疗技术临床应用管理办法》（自 2018 年 11 月 1 日起施行） 《关于印发麻醉科医疗服务能力建设指南（试行）的通知》（国卫办医函〔2019〕884 号，2019. 12. 9） 《关于印发第二批日间手术（操作）试点病种及术式推荐目录的通知》（国卫办医函〔2019〕904 号，2019. 12. 18） 《关于印发第一批日间手术病种手术操作规范（试行）的通知》（国卫办医函〔2020〕1 号，2020. 1. 2） 《关于印发日间手术推荐目录（2022 年版）的通知》（国卫办医函〔2022〕38 号，2022 年 1 月 28 日） 《关于印发医疗机构门诊质量管理暂行规定的通知》（国卫办医发〔2022〕8 号，自 2022 年 6 月 6 日起施行）			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
139. 规范进行手术患者病情评估，遵循诊疗规范，合理制定手术方案。建立重大手术审批制度。有急诊手术管理措施，保障急诊手术安全。			
【概述】 医院应规范进行手术患者病情评估，遵循诊疗规范，合理制定手术方案，降低手术风险，保障手术安全。建立重大手术审批制度，对风险高、难度大或涉及伦理风险等的重大手术实施报告审批管理。落实急诊手术管理措施，保障急诊手术安全。			
139. 规范进行手术患者病情评估，遵循诊疗规范，合理制定手术方案。建立重大手术审批制度。有急诊手术管理措施，保障急诊手术安全。（3 分）	1. 建立手术患者评估制度，规范进行手术患者病情评估。在患者评估的基础上，完成手术患者的术前讨论，合理制定手术方案。 2. 患者评估内容包括但不限于病史、体格检查、医学影像与医学检验报告、重要脏器功能和承受能力（包括但不限于患者生理、心理和家庭、社会因素）等综合评估。 3. 建立并严格落实重大手术报告审批制度和流程，明确重大手术的范围，员工知晓。 4. 有急诊手术管理措施，落实急诊手术优先和手术资源应急保障机制，保障急诊手术安全。 5. 实施质量控制，科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 个案追踪 系统追踪 员工操作 病历检查 病案检查	
140. 手术过程的相关记录真实、准确、完整，符合规范及相关要求。“手术风险评估表、手术安全核查表、麻醉记录单、手术护理记录单、手术记录、术后首次病程记录”等填写、书写规范。手术的离体组织必须做病理学检查，明确术后诊断。			
【概述】 医院应落实手术患者安全目标，正确识别患者身份，强化手术安全核查，确保手术患者、手术部位、手术名称正确，减少医院相关性感染，加强医务人员有效沟通，防范减少意外伤害。手术过程的相关记录真实、准确、完整，符合规范及相关要求。“手术风险评估表、手术安全核查表、麻醉记录单、手术护理记录单、手术记录、术后首次病程记录”等填写、书写规范。手术的离体组织必须做病理学检查，明确术后诊断。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
140. 手术过程的相关记录真实、准确、完整，符合规范及相关要求。“手术风险评估表、手术安全核查表、麻醉记录单、手术护理记录单、手术记录、术后首次病程记录”等填写、书写规范。手术的离体组织必须做病理学检查，明确术后诊断。（10 分）	1. 手术过程的相关记录真实、准确、完整，符合规范及相关要求。 2. “手术风险评估表、手术安全核查表、麻醉记录单、手术护理记录单、手术记录、术后首次病程记录”等填写、书写规范。 3. 在麻醉实施前、手术开始前和患者离开手术间前，麻醉医师、手术医师、手术部巡回护士对患者身份、手术部位、手术名称等共同进行逐项核查，规范填写《手术安全核查表》并纳入病历。 4. **麻醉记录单**应另页书写，内容包括患者一般情况（姓名、性别、年龄、身高、体重、科别、住院号、日期、页码等）、术前情况（术前患者情况分级（ASA 分级）、手术类型、术前禁食、麻醉前用药、术前特殊情况、术前诊断、拟施手术、手术体位等）、术中情况（手术名称、手术医师、麻醉医师、器械护士、巡回护士、用药、术中监测、术中静脉输液和输注血液制品、标记及备注、麻醉小结、麻醉期间并发症及特殊或突发情况及处理等）、离室信息等。 5. **手术护理记录单**（手术清点记录）填写规范，内容包括但不限于：患者姓名、住院号、手术日期、手术名称等；手术开始时间、手术结束时间、患者离开手术间时间（细化到分钟），患者去向；手术开始前、关闭体腔前、关闭体腔后，巡回护士、器械护士双人核查、共同清点器械台上所有器械、敷料、用物；外来医疗器械的数量、植入物的具体名称及数量，并如实填写。无菌手术器械包（特指外来医疗器械、植入物）包外化学指示物（锅次、锅号、灭菌日期、有效期、器械包名称、生产厂家、患者姓名及住院号、使用科室、手术医师姓名、外来医疗器械数量、植入物的具体名称及数量、包装者、检查者等）粘贴于手术护理记录单。术前、术中、术后护理的相关情况如实填写，巡回护士和手术器械护士签名。手术护理记录单应在手术结束后即时完成，纳入病历。 6. **手术记录**应在手术结束后 24 小时内完成，由手术医师书写。特殊情况下可由第一助手完成手术记录并由手术医师审核签名，书写规范。详实记录手术经过、术中发现及处理等情况，内容包括但不限于：一般项目（患者姓名、性别、科别、住院号）、手术开始时间、手术结束时间、术前诊断、术中诊断、手术名称、麻醉方式、手术医师/助手/器械护士/麻醉医师姓名、手术经过、术中出现的情况及处理等，同时记录术中出血量、尿量、输液量、输入血液制品及自体血回输情况、手术结束时手术患者的生命体征等。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 员工操作 个案追踪 系统追踪 病历检查 病案检查	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
140. 手术过程的相关记录真实、准确、完整，符合规范及相关要求。“手术风险评估表、手术安全核查表、麻醉记录单、手术护理记录单、手术记录、术后首次病程记录”等填写、书写规范。手术的离体组织必须做病理学检查，明确术后诊断。（10 分）	7. **手术离体组织**（标本）必须做病理学检查，明确术后诊断。病理报告与术中快速冰冻切片检查及术后诊断不一致时，有追踪与讨论的规定与程序，有记录。包括但不限于：时间、科室、手术患者姓名、住院号、手术名称、手术医师、离体组织名称及数量、离体时间、固定时间（ <30 分钟，10% 中性缓冲福尔马林固定液固定，确保离体组织全置于固定液之中）、交接时间（ <2 小时，不含术中快速病理诊断）、交接双方签字等。 8. **术后首次病程记录**在手术结束后即时完成，书写规范。内容包括但不限于手术时间、术中诊断、麻醉方式、手术名称、手术简要经过、术后治疗计划及处理措施、术后应特别注意观察的事项等。 9. 手术医师在手术结束后 24 小时内查房并书写“手术医师查房记录”。 10. 术后应及时观察患者的生命体征及病程变化，积极预防并处理手术后并发症，规范记录手术后治疗、观察病情变化、手术效果、护理过程等情况。 11. **门诊手术记录**内容应当包括但不限于：手术时间、手术名称、手术级别、术前诊断、术后诊断、手术医师及助手姓名、麻醉方式、手术经过、手术离体组织（标本）去向等。 12. 实施质量控制，科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 员工操作 个案追踪 系统追踪 病历检查 病案检查	
141. 医院应建立并落实日间手术管理制度，完善日间手术质量安全管理制度和评估工作机制。制定并向社会公开医院日间手术病种和技术目录，明确手术适应证范围、麻醉方式等。加强日间手术病历管理，重视日间手术患者宣教和随访。			
【概述】 医院应建立并落实日间手术管理制度，明确日间手术服务目标、管理部门、服务模式、服务流程及服务内容，建立完善日间手术质量安全管理制度和评估工作机制，加强日间手术监管、培训、考核、评估，提高优质医疗资源的利用率，改善患者就医体验。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
141. 医院应建立并落实日间手术管理制度，完善日间手术质量安全管理制度和评估工作机制。制定并向社会公开医院日间手术病种和技术目录，明确手术适应证范围、麻醉方式等。加强日间手术病历管理，重视日间手术患者宣教和随访。（5 分）	1. 建立并落实日间手术管理制度，明确日间手术服务目标、管理部门、服务模式、服务流程及服务内容。完善日间手术质量安全管理制度和评估工作机制，明确部门负责日间手术管理。 2. 制定并向社会公开医院日间手术病种和手术目录。 3. 制定日间手术操作规范，明确日间手术的适应证范围等。 4. 加强日间手术病历管理，重视日间手术患者宣教和随访，有随访记录，可追溯。 5. 按照国家要求，制定医院的日间手术质控指标，定期评估日间手术病种和技术的风险。 6. 实施质量控制，科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 个案追踪 数据核查 系统追踪 病历检查 病案检查	
二十三、麻醉管理与持续改进（10 分）			
依据但不限于： 《关于医疗机构麻醉科门诊和护理单元设置管理工作的通知》（国卫办医函〔2017〕1191 号，自 2017 年 12 月 1 日起施行） 国家卫生健康委等七部门《关于印发加强和完善麻醉医疗服务意见的通知》（国卫医发〔2018〕21 号，2018. 8. 8） 《关于印发麻醉科医疗服务能力建设指南（试行）的通知》（国卫办医函〔2019〕884 号，2019. 12. 9） 《关于印发超声诊断等 5 个专业医疗质量控制指标（2022 年版）的通知》（国卫办医函〔2022〕161 号，2022. 5. 11）			
142. 重视和加强麻醉科队伍建设，配备充足的麻醉科医师、麻醉科护士等，职责明确。制定并落实患者麻醉前病情评估制度，履行麻醉知情同意，规范设置麻醉恢复室（PACU），对术后麻醉并发症进行评估和治疗，建设完善麻醉信息系统。			
【概述】 加强和完善麻醉医疗服务，是健康中国建设和卫生事业发展的重要内容，对于提升医疗服务能力，适应不断增长的医疗服务需求，满足人民日益增长的美好生活需要具有重要意义。医院应重视和加强麻醉医师培养和队伍建设，拓展麻醉医疗服务领域，保障麻醉医疗服务质量和安全。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
142. 重视和加强麻醉科队伍建设，配备充足的麻醉科医师、麻醉科护士等，职责明确。制定并落实患者麻醉前病情评估制度，履行麻醉知情同意，规范设置麻醉恢复室（PACU），对术后麻醉并发症进行评估和治疗，建设完善麻醉信息系统。（10分）	1. 贯彻落实国家关于加强和完善麻醉医疗服务的意见、提升麻醉科医疗服务能力建设等有关要求，加强麻醉科队伍建设，根据实际工作需要和国家有关规定，配备充足的麻醉科医师、麻醉科护士和医技人员，职责明确。 2. 重视和加强麻醉科护理服务，根据麻醉科护理工作岗位需求建设麻醉专科护理队伍，合理设置麻醉科总务护士、手术间护士、麻醉诱导室及麻醉恢复室护士等，明确职责，完善麻醉科护理人员的培训及考核。 3. 制定并落实患者麻醉前病情评估制度，包括但不限于： （1）明确患者麻醉前病情评估的重点范围。 （2）手术风险评估。 （3）术前麻醉准备。 （4）对临床诊断、脏器功能、拟施行的手术、麻醉方式与麻醉的风险等进行综合评估。 4. 履行麻醉知情同意，落实患者麻醉前的知情告知，包括但不限于治疗风险、优点及其他可能的选择。麻醉前由麻醉医师向患者、近亲属或授权委托人说明所选的麻醉方案及术后镇痛风险、益处和其他可供选择的方案，签署麻醉知情同意书并纳入病历。针对预期术中（麻醉中）可能需要医患沟通的，术前应当告知患方，明确术中的授权委托人。 5. 设置麻醉恢复室（PACU），人员、设备设施配置满足需求，规范全程监测并记录麻醉后患者恢复状态。麻醉恢复室床位设置符合要求；必须的仪器设备、物品配置齐全，满足需求。明确麻醉恢复室患者转入、转出标准及流程。 6. 对术后麻醉并发症进行评估和治疗，包括但不限于术后慢性疼痛、椎管内麻醉后头痛、椎管内麻醉或区域神经系统阻滞麻醉后神经并发症等。建立麻醉并发症的预防措施，开展麻醉并发症监测、分析与反馈，并持续改进。 7. 明确麻醉医师对手术患者进行麻醉术后访视的要求，规范填写麻醉术后访视记录单，包括但不限于手术患者姓名、性别、年龄、科室（病区）、住院号、患者一般情况、麻醉恢复情况、清醒时间、术后医嘱、是否拔除气管插管、术后镇痛及其他特殊情况等。麻醉术后访视记录单纳入病历。 8. 制定术后镇痛治疗管理规范和流程，并严格执行。 9. 根据麻醉医疗服务和管理需求，建设完善麻醉信息系统。按照国家要求，制定并监测医院麻醉专业医疗质量控制指标。 10. 实施质量控制，科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 数据核查 系统追踪 员工操作 病历检查 病案检查	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
二十四、介入诊疗管理与持续改进（6 分）			
依据但不限于： 《放射诊疗管理规定》（2016 年 1 月 19 日修订） 《关于印发心血管疾病介入等 4 个介入类诊疗技术临床应用管理规范的通知》（国卫办医函〔2019〕828 号，2019. 11. 15） 《放射诊断放射防护要求》（GBZ130 – 2020，2020. 10. 1 实施） 《医疗器械临床使用管理办法》（自 2021 年 3 月 1 日起施行） 《放射治疗放射防护要求》（GBZ121 – 2020，2021. 5. 1 实施） 《医疗器械监督管理条例》（自 2021 年 6 月 1 日起施行）			
143. 医院应规范介入诊疗技术临床应用，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。			
【概述】 医院应重视和加强介入诊疗技术管理，促进适宜技术推广，规范介入诊疗技术临床应用，保障医疗质量安全。			
143. 医院应规范介入诊疗技术临床应用，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。（3 分）	1. 介入诊疗技术项目与医院功能、任务相适应。所开展的介入诊疗技术项目（包括心血管疾病介入、神经血管介入、外周血管介入、综合介入等）与卫生健康行政部门核准登记的临床诊疗科目一致，并按要求进行备案。 2. 有与介入诊疗项目相关临床科室，能为介入诊疗的并发症与其他意外紧急情况处理提供技术支持。有介入诊疗科室与相关科室共同制定介入诊疗应急预案与工作流程，并定期组织演练。 3. 介入医师具备相应的资质和授权，定期接受专业及防护知识培训；建立个人剂量、职业健康管理档案。 4. 根据法律、法规、规章和行业指南等，制定并完善介入诊疗操作规范和诊疗指南，医务人员严格掌握介入诊疗技术的适应证和禁忌证，履行知情同意，保障患者安全。 5. 实施质量控制，科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 员工操作 个案追踪 模拟演练 病历检查 病案检查	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
144. 按照技术适应证规范技术操作并开展质量控制。有介入诊疗器械登记制度，保证器械来源可追溯。			
【概述】 医院应规范技术操作，严格掌握介入诊疗技术的适应证和禁忌证，对介入诊疗器械实施全流程管理，保障患者安全。			
144. 按照技术适应证规范技术操作并开展质量控制。有介入诊疗器械登记制度，保证器械来源可追溯。（3 分）	1. 对介入诊疗器械实施全流程管理，有介入诊疗器械登记制度。使用植入、介入类医疗器械的，应将医疗器械的名称、关键性技术参数、条形码等信息以及与使用质量安全密切相关的必要信息记载到病历等相关记录中，保证器械来源可追溯。 2. 一次性使用的医疗器械不得重复使用，对使用过的应按照国家有关规定销毁并记录。 3. 按照国家要求，制定并监测介入诊疗质量控制指标。定期进行收集、汇总、分析、反馈，持续改进有成效。 4. 实施质量控制，科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 个案追踪 数据核查 系统追踪 病历检查 病案检查	
二十五、中医诊疗质量保障与持续改进（5 分）			
依据但不限于： 《关于印发医疗机构中药煎药室管理规范的通知》（国中医药发〔2009〕3 号，自 2009 年 3 月 16 日起施行） 《关于印发医院中药房基本标准的通知》（国中医药发〔2009〕4 号，自 2009 年 3 月 16 日起施行） 《关于印发综合医院中医临床科室基本标准的通知》（国中医药发〔2009〕6 号，自 2009 年 3 月 16 日起施行） 《关于印发中医病历书写基本规范的通知》（国中医药医政发〔2010〕29 号，自 2010 年 7 月 1 日起施行） 《关于印发中医医院中医护理工作指南（试行）的通知》（国中医药医政发〔2010〕36 号，2010. 7. 21） 《关于印发综合医院中医药工作指南（试行）的通知》（国中医药医政发〔2011〕14 号，2011. 5. 3） 《中华人民共和国中医药法》（自 2017 年 7 月 1 日起施行） 《关于进一步加强综合医院中医药工作推动中西医协同发展的意见》（国卫医函〔2021〕126 号，2021. 6. 10）			
145. 中医诊疗科室设置应符合要求，规范设置中医门诊（不少于 3 个）、中医病区、中成药调剂室、中草药调剂室与中草药煎药室。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
【概述】 医院要总结新冠肺炎疫情防控医疗救治经验，提高对中西医协同工作重要性的认识，为中西医协同发展创造条件。中医诊疗科室设置应符合要求，规范设置中医门诊（不少于3个）、中医病区、中成药调剂室、中草药调剂室与中药煎药室，提升中医药服务的可及性和可得性，更好地满足广大人民群众日益增长的健康需求。			
145. 中医诊疗科室设置应符合要求，规范设置中医门诊（不少于3个）、中医病区、中成药调剂室、中草药调剂室与中草药煎药室。（3分）	1. 中医科（诊疗科目代码50）为医院的一级临床科室，中医诊疗科室设置应符合要求。 2. 设立中医门诊，门诊开设中医专业≥3个。 3. 根据医院规模和临床需要，设置规范的中成药调剂室（可与西药调剂室共同设置，调剂架固定）、中草药调剂室与中草药煎药室。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。 4. 中草药煎药室设置及设施、设备、容器等配置符合要求。 5. 实施质量控制，科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅资料 现场检查 调查访谈 系统追踪	
146. 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。			
【概述】 根据国家法律法规和行业规范等要求，制定中医诊疗规范并实施质量控制，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。			
146. 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分）	1. 建立并落实体现中医特色的诊疗规范。 2. 充分发挥中医特色，建立并完善中医与西医临床科室的协作机制，为患者提供适宜的诊疗服务。 3. 开展辨证施护，提供具有中医特色的优质护理服务、康复和健康指导。 4. 实施质量控制，科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 系统追踪 病历检查 病案检查	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
二十六、康复治疗管理与持续改进（5 分）			
依据但不限于： 《关于印发综合医院康复医学科建设与管理指南的通知》（卫医政发〔2011〕31 号，自 2011 年 4 月 14 日起施行） 《关于印发综合医院康复医学科基本标准（试行）的通知》（卫医政发〔2011〕47 号，2011. 5. 19） 国家卫生健康委等八部门《关于印发加快推进康复医疗工作发展意见的通知》（国卫医发〔2021〕19 号，2021. 6. 8） 《关于印发超声诊断等 5 个专业医疗质量控制指标（2022 年版）的通知》（国卫办医函〔2022〕161 号，2022. 5. 11）			
147. 规范设置康复医学科，建立各项管理制度与诊疗指南、规范，强化康复医疗专业人员岗位培训。			
【概述】 康复医学科是在康复医学理论指导下，应用功能评定和物理治疗、作业治疗、言语治疗、心理康复、传统康复治疗、康复工程等康复医学诊断和治疗技术，为患者提供全面、系统的康复医学专业诊疗服务的临床科室。康复医疗工作是卫生健康事业的重要组成部分。加快推进康复医疗工作发展对全面推进健康中国建设、健康中原建设，实施积极应对人口老龄化国家战略，保障和改善民生具有重要意义。			
147. 规范设置康复医学科，建立各项管理制度与诊疗指南、规范。（2 分）	1. 康复医学科（诊疗科目代码 21）为三级综合医院必设的临床科室，独立设置门诊和病区，至少设置具备临床康复评定功能的物理治疗室、作业治疗室、言语治疗室、传统康复治疗室、康复工程室等。 2. 制定完善并落实康复医疗工作制度、服务指南和技术规范，规范临床康复医疗服务行为，提高康复医疗服务的专业性和规范性，进一步增进医疗效果。 3. 强化康复医疗专业人员岗位培训，建立以需求为导向，以岗位胜任力为核心的康复医疗专业人员培训机制。根据医院功能定位和康复医疗临床需求，有计划、分层次地开展培训，提升康复医疗服务能力。加强对全体医务人员康复医疗基本知识的培训，增强康复医疗早介入、全过程的意识，将康复理念贯穿于疾病预防、诊疗、康复等全过程。 4. 实施质量控制，科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 员工操作 个案追踪 系统追踪 病历检查 病案检查	
148. 开展临床早期康复介入服务，有康复意外紧急处置预案，有定期的康复治疗与训练效果评定标准与程序。			
【概述】 医院应重视和加强对康复医学科的建设和管理，规范服务，逐步提高康复医疗服务能力和水平，推动康复医疗服务高质量发展，满足人民群众多样化、差异化、个性化的康复医疗服务需求。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
148. 开展临床早期康复介入服务，有康复意外紧急处置预案。有定期的康复治疗与训练效果评定标准与程序。（3 分）	1. 康复医师对每位康复患者有明确诊断与功能评估，并制订康复治疗计划。包括但不限于伤病诊断、肢体运动功能评定、活动和参与能力评定、生存质量评定、运动及步态分析、平衡测试、作业分析评定、言语及吞咽功能评定、心肺功能评定、心理测验、认知感知觉评定、肌电图与临床神经电生理学检查等。 2. 推进康复与临床多学科合作模式。开展康复医疗与外科、神经科、骨科、心血管、呼吸、重症、中医等临床相关学科紧密合作模式。以患者为中心，强化康复早期介入，推动加速康复医学科建设，将康复贯穿于疾病诊疗全过程，提高医疗效果，促进患者快速康复和功能恢复。 3. 制定并落实康复过程意外紧急处置预案与流程。 4. 实施质量控制，科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 员工操作 个案追踪 系统追踪 病历检查 病案检查 模拟演练	
二十七、精神障碍诊疗管理与持续改进（5 分）			
依据但不限于： 《关于做好综合医院精神科门诊设置有关工作的通知》（卫办医政发〔2013〕36 号，2013. 5. 3） 《关于精神科从业医师执业注册有关事项的通知》（国卫办医函〔2014〕605 号，2014. 7. 2） 《中华人民共和国精神卫生法》（2018 年 4 月 27 日修正） 《关于印发严重精神障碍管理治疗工作规范（2018 年版）的通知》（国卫疾控发〔2018〕13 号，2018. 5. 28） 国家卫生健康委等七部门《关于印发加强和完善精神专科医疗服务意见的通知》（2020. 9. 28） 《关于印发精神障碍诊疗规范（2020 年版）的通知》（国卫办医函〔2020〕945 号，2020. 11. 23）			
149. 实施精神障碍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；明确精神障碍诊疗服务范围并为患者提供适当的医疗保护措施，向其监护人或授权委托人提供医疗保护措施的知情同意和教育。			
【概述】 医院应贯彻落实《中华人民共和国精神卫生法》，规范精神卫生服务，维护精神障碍患者的合法权益，预防和治疗精神障碍，促进精神障碍患者康复。精神障碍的诊断治疗，应遵循维护患者合法权益，尊重患者人格尊严的原则，保障患者在现有条件下获得良好的精神卫生服务。医院及医务人员应遵循精神障碍诊断标准和治疗规范，制定治疗方案并向精神障碍患者或者其监护人（或授权委托人）告知治疗方案或治疗方法、目的以及可能产生的后果。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
149. 实施精神障碍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；明确精神障碍诊疗服务范围并为患者提供适当的医疗保护措施，向其监护人或授权委托人提供医疗保护措施的知情同意和教育。（2 分）	1. 实施精神障碍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；开展服务项目和诊疗技术符合相关规范。 2. 明确精神障碍诊疗服务范围，根据法律、法规、规章、标准和行业指南等，制定并遵循精神障碍诊断标准和治疗规范。医务人员应向精神障碍患者或者其监护人（或授权委托人）告知治疗方案或治疗方法、目的以及可能产生的后果。 3. 制定并落实规范的患者安全保护措施。实施保护性医疗措施应严格掌握适用指征，遵循标准操作规范，并在实施后告知患者或其监护人（或授权委托人）。向其监护人或授权委托人提供医疗保护措施的知情同意和教育。 4. 实施质量控制，科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 员工操作 个案追踪 系统追踪 病历检查 病案检查	
150. 为精神障碍患者提供多学科联合诊疗服务；有常见并发症的预防规范与风险防范流程，有相关培训教育；为精神障碍患者提供出院康复指导与随访。			
【概述】 精神障碍患者治疗时间长，沟通交流能力较差，对躯体疾患的症状表述存在困难和偏差，需要多学科联合诊疗以准确识别病情，予以适宜治疗。实施精神障碍诊疗的医院应加强精神障碍患者诊治的全环节管理，梳理精神障碍患者的常见并发症和医疗风险，制定规范的预防流程和防范措施，针对医务人员、患者监护人或授权委托人开展相关培训教育，指导预防措施的落实，规范开展出院康复指导与随访。			
150. 为精神障碍患者提供多学科联合诊疗服务；有常见并发症的预防规范与风险防范流程，有相关培训教育；为精神障碍患者提供出院康复指导与随访。（3 分）	1. 制定并落实精神障碍患者提供多学科联合诊疗服务的管理制度和流程，相关科室为多学科联合诊疗提供支持服务。相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。 2. 对多学科联合诊疗疗效评价，根据评价情况持续改进诊疗工作。 3. 有常见并发症的预防规范与风险防范措施，防范措施落实到位，有相关培训教育，员工知晓。 4. 为精神障碍患者提供出院康复指导，在评估患者及其监护人或授权委托人认知能力的基础上，运用有效的沟通方式，使其掌握出院后康复治疗与护理事项。规范精神障碍患者出院后随访，有记录，可追溯。 5. 实施质量控制，科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 调查访谈 个案追踪 系统追踪 病历检查 病案检查	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
二十八、临床营养管理与持续改进（25 分）			
依据但不限于： 《河南省清真食品管理办法》（自 2005 年 3 月 16 日起施行） 《关于印发病历书写基本规范的通知》（卫医政发〔2010〕11 号，自 2010 年 3 月 1 日起施行） 《河南省少数民族权益保障条例》（自 2010 年 7 月 30 日起施行） 河南省民族事务委员会等八部门《关于进一步加强全省清真食品管理工作的通知》（豫族〔2013〕65 号，2013. 9. 30） 国务院食品安全委员会办公室等五部门《关于规范清真食品生产经营活动的通知》（食安办〔2014〕6 号，2014. 2. 26） 《关于印发电子病历应用管理规范（试行）的通知》（国卫办医发〔2017〕8 号，自 2017 年 4 月 1 日起施行） 《国务院办公厅关于印发国民营养计划（2017—2030 年）的通知》（国办发〔2017〕60 号，2017. 6. 30） 《关于发布餐饮服务食品安全操作规范的公告》（自 2018 年 10 月 1 日起施行） 《关于印发食源性疾病监测报告工作规范（试行）的通知》（国卫食品发〔2019〕59 号，自 2020 年 1 月 1 日起施行） 《关于印发餐饮食品营养标识指南等 3 项指南的通知》（国卫办食品函〔2020〕975 号，2020. 12. 4） 《中华人民共和国食品安全法》（2021 年 4 月 29 日修正） 《关于印发食品安全风险监测管理规定的通知》（国卫食品发〔2021〕35 号，自 2021 年 11 月 4 日起实施） 《关于印发临床营养科建设与管理指南（试行）的通知》（国卫办医函〔2022〕76 号，自 2022 年 3 月 18 日起施行） 《关于印发超声诊断等 5 个专业医疗质量控制指标（2022 年版）的通知》（国卫办医函〔2022〕161 号，2022. 5. 11）			
151. 规范设置临床营养科，并具备与医院规模、功能和任务相适应的诊疗场所、专业人员和设备设施，保障临床营养诊疗工作有效开展。			
【概述】 营养治疗是临床综合诊疗的重要组成部分，对提高诊疗效果、促进患者康复、保障患者安全具有重要作用。临床营养科为独立开展临床营养诊疗服务的临床科室，医院应按照《临床营养科建设与管理指南（试行）》要求，重视和加强临床营养科的规范化建设和管理，并具备与其规模、功能和任务相适应的诊疗场所、专业人员和设备设施，完善相关工作制度，保障临床营养诊疗工作有效开展。			
151. 规范设置临床营养科，并具备与医院规模、功能和任务相适应的诊疗场所、专业人员和设备设施，保障临床营养诊疗工作有效开展。（6 分）	1. 医院应按照《临床营养科建设与管理指南（试行）》要求，规范设置临床营养科，职责明确。 2. 临床营养科应具备与医院规模、功能和任务相适应的诊疗场所、专业人员和设备设施，营养门诊、肠内营养配制室、医疗膳食配制室等设置合理，并完善相关工作制度。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 员工操作 病历检查 病案检查	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
151. 规范设置临床营养科，并具备与医院规模、功能和任务相适应的诊疗场所、专业人员和设备设施，保障临床营养诊疗工作有效开展。（6 分）	3. 营养门诊设置合理。营养门诊身高体重计、握力计、皮褶厚度仪、测量软尺、听诊器、血压计、代谢车、人体成分分析仪、食物模型等设施设备和物品配置满足工作需求。 4. 肠内营养配制室设置符合要求。其建筑布局、功能流程合理，仪器设施设备配置合理，制剂品种齐全，满足临床需要。合理配置匀浆机（胶体磨）、捣碎机、微波炉、电磁炉、冰箱、净化工作台、操作台、紫外线灯、药品柜、清洗消毒设备、蒸锅、天平、量杯量筒及各种配制容器等设备。结合实际配置净水机、自动灌装设备等。 5. 医疗膳食配制室设置符合要求。医疗膳食配制室建筑布局、功能流程合理。配置食品加工、制作、冷藏、冷冻、储存、运送的各种炊具及设备，天平、量杯等称量器具配置齐全。 6. 按要求规范开展肠外营养配制。规范管理、监督肠外营养执行。 7. 遵守有关法律法规、规章制度，遵循相关诊疗指南、规范、规程、标准、临床路径等，优化、完善相关服务流程，规范开展临床营养诊疗工作。 8. 加强临床营养科的质量管理，制订完善质量控制标准，不断规范临床营养诊疗活动，保障医疗质量与安全。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 员工操作 病历检查 病案检查	
152. 营养专业技术人员配备合理。加强对医务人员的临床营养相关知识与技能的培训。			
【概述】 医院临床营养科应当加强科室内部建设，确保专业技术人员层次、结构合理，岗位责任分工明确，推动科室内及相关科室间团队协作，优化、完善相关服务流程。结合实际制定学科人才培养和岗位培训计划，不断提高临床营养专业相关人员的业务素质和专业水平。将临床营养诊疗相关知识、技能纳入医务人员继续教育、技能培训、考核范畴，并定期进行评估。			
152. 营养专业技术人员配备合理。加强对医务人员的临床营养相关知识与技能的培训。（5 分）	1. 加强临床营养科内部建设，确保专业技术人员层次、结构合理，岗位责任分工明确。 （1）经临床营养专业培训的医师，可按照有关规定规范开展临床营养诊疗活动。 （2）经临床营养专业教育或培训的营养专业技术人员，按照有关规定规范开展营养咨询、营养筛查及评估、肠内营养配制、医疗膳食配置、营养宣教等工作。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 员工操作	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
152. 营养专业技术人员配备合理。加强对医务人员的临床营养相关知识与技能的培训。（5 分）	（3）临床营养科负责人应具备营养专业或医学专业副主任医师以上专业技术职务任职资格。 （4）结合实际，合理配备营养厨师、营养配餐员，职责明确。 2. 制订临床营养学科人才培养和岗位培训计划，不断提高临床营养专业相关人员的业务素质和专业水平。 3. 重视和加强对医务人员临床营养相关知识与技能的培训、考核。 （1）将临床营养诊疗相关知识、技能纳入医务人员继续教育、技能培训、考核范畴，并定期进行评估。 （2）新入职医务人员 100% 接受临床营养相关知识与技能培训。 （3）加强有关工作人员营养筛查技能培训，指导其规范使用营养筛查工具，确保有关工作人员能够及时完成营养筛查工作并做好相关记录。 （4）制订并落实治疗膳食相关培训计划。开展对医护人员治疗膳食相关专业知识培训；对治疗膳食制备部门各级各类人员进行培训。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 员工操作	
153. 建立健全并落实营养工作规章制度、营养诊疗指南和技术操作规范。			
【概述】 医院临床营养科应建立健全营养工作规章制度，认真遵守有关法律法规、规章制度，遵循相关诊疗指南、规范、规程、标准、临床路径等，规范开展临床营养诊疗工作。建立健全医疗膳食及肠内营养制备部门相关岗位工作人员健康档案、食品原料档案、餐具消毒制度、食品留样制度和卫生检查制度等。			
153. 建立健全并落实营养工作规章制度、营养诊疗指南和技术操作规范。（3 分）	1. 建立健全并落实临床营养工作规章制度、营养诊疗指南和技术操作规范。 2. 建立健全并有效落实营养筛查制度、营养评估制度、营养会诊制度、营养查房制度、值班和交接班制度、医疗膳食医嘱执行制度、医疗膳食配送及监管制度、食品安全管理制度、餐前检查制度、食品采购供应和加工制度、食品留样制度、库房管理制度、感染防控制度、餐具清洁消毒制度、卫生检查制度、手卫生管理制度等。 3. 建立并落实从业人员健康管理制度。建立健全医疗膳食及肠内营养制备部门相关岗位工作人员健康档案、食品原料档案。患有国家卫生健康行政部门规定的有碍食品安全疾病的人员，不得从事接触直接入口食品的工作。从事接触直接入口食品工作的人员应每年进行健康检查，取得健康证明后方可上岗工作。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 员工操作 病历检查 病案检查	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
153. 建立健全并落实营养工作规章制度、营养诊疗指南和技术操作规范。（3 分）	4. 科室（部门）有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 员工操作 病历检查 病案检查	
154. 规范开展住院患者营养筛查及营养评估工作。对特殊、疑难、危重及大手术患者提供营养会诊。组建临床科室营养支持团队，提高临床营养诊疗水平。			
【概述】 医院应按照《营养筛查及评估工作规范（试行）》的有关要求，规范开展营养筛查及评估工作。临床营养科应根据临床需求，参与特殊、疑难、危重及大手术患者会诊，或加入 MDT 团队，并按照有关规定规范书写、保存病历等医疗文书，利用信息化手段提高医疗服务效率和决策水平，并加强相关诊疗信息统计分析。			
154. 规范开展住院患者营养筛查及营养评估工作。对特殊、疑难、危重及大手术患者提供营养会诊。组建临床科室营养支持团队，提高临床营养诊疗水平。（6 分）	1. 认真落实《营养筛查及评估工作规范（试行）》，规范开展营养筛查及评估工作。明确营养筛查工具、对象、操作人员、责任人、时间与频率、责任部门，完善营养诊疗流程、管理规范和质量改进措施，提升营养筛查的同质化、标准化、规范化。首诊医师是营养筛查的第一责任人。 2. 建立从营养筛查到营养诊疗的闭环管理流程，落实以**营养筛查—营养评估—营养诊断—营养治疗（肠外、肠内、膳食营养治疗）—营养状况监测**为基础的规范化临床营养诊疗流程。 3. 患者入院 24 小时内，主管（值班）医师规范进行营养筛查，经筛查确定存在营养风险的，及时申请营养评估。营养评估应当在接收到申请后 24 小时内进行；营养筛查、评估有关记录应当纳入病历管理，并对存在营养风险的患者规范实施营养干预。 4. 提高住院患者营养评估率。营养评估应当综合考虑患者一般情况、膳食调查、人体测量、人体组成测定、代谢检测、生化检验、临床检查等内容。通过营养评估推动营养诊疗、规范营养药物和特殊医学用途配方食品应用。 5. 建立高质量的临床营养诊疗体系，推广多学科诊疗模式，健全激励机制，组建营养支持团队，有效落实临床营养诊疗流程，提高临床综合治疗效果。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 员工操作 病历检查 病案检查	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
154. 规范开展住院患者营养筛查及营养评估工作。对特殊、疑难、危重及大手术患者提供营养会诊。组建临床科室营养支持团队，提高临床营养诊疗水平。（6 分）	6. 临床营养科加入 MDT 团队参与多学科诊疗；接受特殊、疑难、危重、大手术及多学科诊疗患者的营养会诊；按需提供医疗膳食、肠内、肠外营养建议或处方；按照有关规定规范书写、保存病历等医疗文书；利用信息化手段提高医疗服务效率和决策水平，并加强相关诊疗信息统计分析。 7. 医院应将临床营养科纳入信息化建设范畴整体推进。开展对住院患者营养筛查及评估工作的质量控制，定期统计营养筛查率、营养评估率、糖尿病膳食治疗率等，并进行分析、反馈、利用，持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 员工操作 病历检查 病案检查	
155. 为患者提供营养配餐、医疗膳食服务和肠内营养支持，满足患者治疗需要。			
【概述】 临床营养科按需提供医疗膳食、肠内、肠外营养建议或处方，规范管理医疗膳食业务，规范指导特殊医学用途食品使用，满足患者治疗需要。规范开展肠内营养配制、医疗膳食配置等工作。			
155. 为患者提供营养配餐、医疗膳食服务和肠内营养支持，满足患者治疗需要。（3 分）	1. 按照临床营养诊疗指南、技术操作规范和临床营养师制定的营养支持方案，规范开展肠内营养配制工作。 2. 为住院患者提供科学、规范、适合其病情治疗需要的各类膳食服务；对有诊疗特殊需要的患者提供诊断膳食、治疗膳食等服务；落实治疗膳食工作标准，种类齐全、配方完善。 3. 落实配送餐饮服务措施，满足患者疾病诊疗需求。 4. 科室（部门）有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅资料 现场检查 调查访谈 员工操作 病历检查 病案检查	
156. 为患者提供营养膳食指导，开展营养与健康宣传教育和营养相关慢性病的营养防治工作。			
【概述】 医院临床营养科应为患者提供营养膳食指导，开展多渠道、多形式的营养与健康宣传教育，推动高血压、糖尿病、脑卒中及癌症等营养相关慢性病的营养防治。临床营养科开设营养门诊，在工作日须正常应诊，为有需求的特殊人群和各种疾病患者提供营养咨询和营养治疗。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
156. 为患者提供营养膳食指导，开展营养与健康宣传教育和营养相关慢性病的营养防治工作。（2 分）	1. 营养门诊在工作日须正常应诊，临床营养师为有需求的孕产妇、肥胖等特殊人群提供科学的营养指导和饮食建议；对各种疾病患者进行营养评估、营养诊断、营养治疗及营养咨询和宣教。 2. 为患者提供营养咨询、膳食指导和营养宣教的措施落实到位，开展多渠道、多形式的营养与健康宣传教育。 3. 科室（部门）有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅资料 现场检查 调查访谈 病历检查 病案检查	
二十九、医用氧舱管理与持续改进（7 分）			
157. 医用氧舱的准入、设置与布局符合国家颁布的法律、法规、行业技术标准，依法获得《特种设备使用登记证（医用氧舱）》。			
【概述】 医用氧舱是提供用于高压氧治疗所需高压环境的高气压容器，是高压氧治疗的主要设备。医用氧舱的运行直接关系着患者的健康与安全。医用氧舱的准入、设置与布局要符合国家相关要求，确保临床使用安全。			
157. 医用氧舱的准入、设置与布局符合国家颁布的法律、法规、行业技术标准，依法获得《特种设备使用登记证（医用氧舱）》。（2 分）	1. 有管理部门颁发的《特种设备使用登记证（医用氧舱）》，并在有效期内。 2. 医用氧舱布局合理，设立患者更衣室、候诊区、氧舱室、诊断室、抢救室、医护办公室、机房；同时设置工作人员更衣室、库房、污物间等，根据需要设置值班室。 3. 医院严格按照原设计规范，未自行改变舱体结构、供（排）氧系统和供（排）气系统，未改变医用氧舱加压介质和增加舱内吸氧端口等。	查阅资料 现场检查 调查访谈	
158. 有医用氧舱安全管理、安全操作等制度，有各级各类人员岗位职责。工作人员配置合理，能履行岗位职责，对进舱人员进行安全教育。			
【概述】 医用氧舱的安全管理工作是医用氧舱日常安全运行和安全治疗的重要保障。建立健全医用氧舱安全管理机制，严格遵守医用氧舱安全管理、安全操作等制度，合理配置工作人员，对进舱人员进行安全教育，是保障患者安全和有效治疗的重要举措。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
158. 有医用氧舱安全管理、安全操作等制度，有各级各类人员岗位职责。工作人员配置合理，能履行岗位职责，对进舱人员进行安全教育。（3 分）	1. 医用氧舱人员配置（医师、护理人员、操作人员、维护人员等）满足日常诊疗工作需求，上岗人员均取得相应资质。 2. 制定并落实医用氧舱各项管理制度、安全操作规程、岗位职责、医疗护理常规，相关人员熟知。 3. 制定并落实进舱人员安全教育制度，相关人员知晓安全教育制度与教育内容，包括但不限于： （1）严禁将火种（如：打火机、火柴、电子产品及可能导致静电火花的材料或玩具等）及易燃、易爆、有毒、有害、易挥发物品（如汽油、油脂、发胶、含易燃制剂的喷雾剂等）带入舱内。 （2）勿将手表、钢笔、真空杯等与治疗无关的物品带入舱内。 （3）患者进舱治疗前应主动、如实报告身体状况（如感冒、病情变化、服药等情况），并排空大、小便。 4. 制定并落实控制氧浓度的制度与流程，工作人员熟知并严格按规范操作，知晓本岗位的履职要求 （1）空气加压舱内氧浓度必须控制在 23% 以下。 （2）超过时必须进行空气置换，置换 3 分钟后如达不到要求，应立即停止使用，并采取相应处理措施。 5. 掌握高压氧治疗的适应证和禁忌证，有完整的工作流程及工作记录。 6. 实施质量控制，科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 员工操作	
159. 按规定定期检验医用氧舱，开展高压氧治疗质量评价。制定紧急情况时的处理措施和应急方案，并定期进行演练。			
【概述】 医用氧舱作为一种载人的特种设备，要按照规定定期检验，保障医用氧舱的安全运行。医院应制定紧急情况时的处理措施和应急方案并定期演练，以保障患者治疗安全。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
159. 按规定定期检验医用氧舱，开展高压氧治疗质量评价。制定紧急情况时的处理措施和方案，并定期演练。（2 分）	1. 按规定对医用氧舱进行年度检查和定期检验，相关资料完整，设备处于良好状态。 2. 制定预防各种舱内紧急意外情况的应急预案及处理措施，明确相关人员职责。定期组织应急预案培训与演练，相关人员熟练掌握紧急情况时的处理流程和要求。 3. 运用适宜的评价方式与质量管理工具，定期对医用氧舱的治疗质量进行评价。 4. 实施质量控制，科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 调查访谈 员工操作 数据核查 系统追踪 模拟操作 模拟演练	
第三章　护理质量保障与持续改进（80 分）			
三十、护理管理组织体系（5 分）			
160. 加强对护理工作的领导及组织管理，完善护理管理体系，护理管理委员会人员组成合理，职责明确。贯彻护理管理相关法律、法规、规章、标准及疾病护理常规、护理技术操作规程等，研究制定护理工作发展规划，定期研究护理工作发展中的困难问题，并提出解决方案和支持保障措施。			
【概述】 医院护理工作直接服务于患者，关系到医院护理质量和患者安全，关系到人民群众的身体健康和就医感受。医院要重视和加强护理工作的组织管理，护理管理委员会人员组成合理，职责明确。贯彻护理管理相关法律、法规、规章、标准及疾病护理常规、护理技术操作规程等，研究制定护理工作发展规划，定期研究护理工作发展中的困难问题，并提出解决方案和支持保障措施。			
依据但不限于： 《关于印发促进护理服务业改革与发展指导意见的通知》（国卫医发〔2018〕20 号，2018. 6. 21） 河南省卫生健康委等十二部门《关于促进护理服务业改革与发展的实施意见》（豫卫医〔2019〕30 号，2019. 7. 26） 《关于进一步加强医疗机构护理工作的通知》（国卫办医发〔2020〕11 号，2020. 8. 21） 《关于印发全国护理事业发展规划（2021－2025 年）的通知》（国卫医发〔2022〕15 号，2022. 4. 29）			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
160. 加强对护理工作的领导及组织管理，完善护理管理体系，护理管理委员会人员组成合理，职责明确。贯彻护理管理相关法律、法规、规章、标准及疾病护理常规、护理技术操作规程等，研究制定护理工作发展规划，定期研究护理工作发展中的困难问题，并提出解决方案和支持保障措施。（5 分）	1. 将护理工作发展纳入医院整体发展规划，定期组织研究并解决护理工作发展中的困难问题。 2. 成立护理管理委员会，人员组成合理，至少涵盖人事、财务、医务、护理、感染防控、信息、后勤、医学装备等相关部门主要负责人。医院主要负责人或分管护理工作的负责人担任主任委员。 3. 护理管理委员会职责明确，贯彻护理管理相关法律、法规、规章、标准及疾病护理常规、护理技术操作规程等，研究制定医院护理工作发展规划，定期研究护理工作发展中的困难问题，并提出解决方案和支持保障措施。 4. 建立简捷高效的护理管理体系。实行护理部主任/副主任、科护士长、护士长三级管理体制，明确各级护理管理岗位任职条件。有护理工作发展规划、年度计划，符合医院总体规划和护理学科发展方向并有效执行，有总结评价。	查阅文件、资料 调查访谈	
三十一、护理质量管理与持续改进（10 分）			
161. 建立护理质量与安全管理委员会，依据法律、法规、规章、标准等，结合实际制定医院护理规章制度、疾病护理常规、基础护理和专科护理技术操作规程。实施护理质量控制与管理，充分利用相关质控指标开展质量管理工作，持续改进和提升护理质量。			
【概述】 医院应重视和加强护理质量控制与管理工作。落实《医疗质量管理办法》的要求，建立护理质量与安全管理委员会，组织架构体现决策层、控制层、执行层，人员组成合理，职责明确。依据法律、法规、规章、标准等，结合实际制定并落实医院护理规章制度、疾病护理常规、基础护理和专科护理技术操作规程。充分利用相关质控指标开展质量管理工作，持续改进和提升护理质量科学化和精细化管理水平。			
依据但不限于： 《医疗质量管理办法》（自 2016 年 11 月 1 日起施行） 《关于学习贯彻习近平总书记重要指示精神进一步加强护士队伍建设的通知》（国卫医发〔2020〕7 号，2020. 5. 20） 《关于印发药事管理和护理专业医疗质量控制指标（2020 年版）的通知》（国卫办医函〔2020〕654 号，2020. 8. 4） 《关于进一步加强医疗机构护理工作的通知》（国卫办医发〔2020〕11 号，2020. 8. 21）			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
161. 建立护理质量与安全管理委员会，依据法律、法规、规章、标准等，结合实际制定医院护理规章制度、疾病护理常规、基础护理和专科护理技术操作规程。实施护理质量控制与管理，充分利用相关质控指标开展质量管理工作，持续改进和提升护理质量。（10 分）	1. 护理质量与安全管理委员会人员组成合理，职责明确，并由专门部门具体负责日常工作。 2. 护理质量与安全管理委员会定期组织对护理质量与安全工作进行检查、评价、考核、指导、分析、反馈，并督导整改措施的落实情况。 3. 制定并落实年度护理质量与安全管理工作计划及方案，包括但不限于护理专业医疗质量控制指标、国家医疗质量安全改进目标（护理质控工作改进目标）、护理质量管理目标、质控指标、考核标准、考核办法等。 4. 按要求明确医院护理质量控制指标及评价标准，持续改进和提升护理质量。 5. 依据法律、法规、规章、标准等，结合实际制定、完善、落实医院护理规章制度、疾病护理常规、基础护理和专科护理技术操作规程，实施护理质量控制与管理。 6. 定期开展护理专业医疗质量控制指标数据的监测、收集、汇总、分析和反馈，制定并落实改进措施，持续改进护理质量。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 数据核查 系统追踪	
三十二、护理人力资源管理（5 分）			
162. 护士人力资源配备与医院的功能和任务相适应，有护理单元护理人员的配备原则，根据各临床科室特点、患者病情轻重及护理级别比例、床位使用率、护理工作量和技术要素等，对护士人力资源实行弹性调配，满足临床护理服务需求。建立护士人力资源库，有紧急状态下护士人力资源调配预案。			
【概述】 合理的护士人力资源配备，是保障患者安全和质量的基础。医院应重视和加强护士人力资源配备与管理，按照国家规定，结合医院的功能、任务和规模，合理配备护士人力资源，建立护士人力资源库。同时，应结合各病区（专业）特点、护理级别比例、床位使用率、护理工作量和技术要素等，对护士人力资源实行弹性调配，满足临床护理服务需求。			
依据但不限于： 《关于实施医院护士岗位管理的指导意见》（卫医政发〔2012〕30 号，2012. 4. 28） 《关于开展优质护理服务评价工作的通知》（国卫办医函〔2014〕522 号，2014. 6. 16） 《关于进一步加强医疗机构护理工作的通知》（国卫办医发〔2020〕11 号，2020. 8. 21） 《关于印发全国护理事业发展规划（2021－2025 年）的通知》（国卫医发〔2022〕15 号，2022. 4. 29）			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
162. 护士人力资源配备与医院的功能和任务相适应，有护理单元护理人员的配备原则，根据各临床科室特点、患者病情轻重及护理级别比例、床位使用率、护理工作量和技术要素等，对护士人力资源实行弹性调配，满足临床护理服务需求。建立护士人力资源库，有紧急状态下护士人力资源调配预案。（5 分）	1. 医院应重视和加强护士人力资源配备与管理，落实国家有关加强医疗机构护理工作的要求，建立健全医院护士人力资源配备和弹性调配制度，保障临床护理需求。 2. 医院护士人力资源配备应与医院的功能、任务与规模相适应，有护理单元及各重点部门（科室）护理人员的配备原则；根据临床科室特点、患者病情轻重和临床护理工作量，按照责任制整体护理的工作模式配备数量适宜、层级合理的护士。 3. 根据各病区（专业）特点、患者病情轻重及护理级别比例、床位使用率、护理工作量和技术要素等，对护士人力资源实行弹性调配。根据临床工作实际需要，护理部（科护士长）动态调配护理人员，满足临床护理服务需求。 4. 结合实际制定医院护士人力紧急调配预案，确保有效应对突发事件或特殊情况下临床护理的紧急需要。 5. 有护士人力资源调配的应急预案，并有演练。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 数据核查 系统追踪	
三十三、护理岗位管理（10 分）			
163. 护理人员依法执业，实行分层级管理，有护理人员管理规定、岗位管理制度，明确岗位设置、岗位职责、岗位技术能力要求和工作标准。有护理人员在职继续医学教育计划，保障措施到位，并有实施记录。			
【概述】 医院应按照“因需设岗、以岗择人、按岗聘用、科学管理”的原则，建立护理岗位管理制度，实施护士岗位管理，实现护士从身份管理转变为岗位管理。医院要结合实际科学设置护士岗位，实施基于护理岗位的护士人力配备、培训、考核等，保障措施到位。			
依据但不限于： 《护士条例》（2020 年 3 月 27 日修订） 《护士执业注册管理办法》（自 2008 年 5 月 12 日起施行） 《关于实施医院护士岗位管理的指导意见》（卫医政发〔2012〕30 号，2012. 4. 28） 《关于开展优质护理服务评价工作的通知》（国卫办医函〔2014〕522 号，2014. 6. 16） 《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》（自 2020 年 6 月 1 日起施行） 《关于进一步加强医疗机构护理工作的通知》（国卫办医发〔2020〕11 号，2020. 8. 21） 《关于印发全国护理事业发展规划（2021－2025 年）的通知》（国卫医发〔2022〕15 号，2022. 4. 29）			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
163. 护理人员依法执业，实行分层级管理，有护理人员管理规定、岗位管理制度，明确岗位设置、岗位职责、岗位技术能力要求和工作标准。有护理人员在职继续医学教育计划，保障措施到位，并有实施记录。（10 分）	1. 贯彻落实《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》《护士条例》及《护士执业注册管理办法》等要求，制定护理人员资质管理制度和审核程序，落实依法执业。 2. 建立健全护理岗位管理制度，明确岗位设置、岗位职责、岗位技术能力要求和工作标准。按照“因需设岗、以岗择人、按岗聘用、科学管理”的原则，实施护理岗位管理，实现护士从身份管理转变为岗位管理。 3. 结合实际科学设置护理岗位，实施基于护理岗位的护士人力配备、培训、考核等。凡不具备护理工作特点和任务、不含护理职责的岗位，如党政工团、财务、医保、后勤等部门的工作岗位均不属于护理岗位。 4. 制定护理人员管理规定，根据临床护理能力、专业技术水平、工作年限、专业技术职务任职资格和学历等实行护士分层级管理，各层级护士职业晋升路径及标准清晰。 5. 建立以岗位需求为导向、以岗位胜任力为核心的护士培训制度。根据医院的发展、功能、任务、护理岗位需求和专科特点，制定并落实护理人员在职继续医学教育计划，保障措施到位，确保新入职护士、专科护士（重症监护、手术、急诊急救、肿瘤、血液净化、卒中、助产、老年、母婴、康复、静脉治疗、伤口造口、精神卫生、消毒供应、心血管、儿科、传染病等）、护理管理人员等培训到位，并有实施记录。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈	
三十四、护理绩效考核（5 分）			
164. 建立基于护理工作量、护理质量、行为规范、医德医风和患者满意度，结合护理难度、技术要求等要素，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评先、晋升、薪酬分配相结合，充分调动护理人员积极性。			
【概述】 护理绩效考核是医院管理部门基于护理工作目标和绩效标准而采取的一种管理方式。医院应建立健全护士绩效考核指标体系，突出岗位职责履行、临床工作量、服务质量、行为规范、医疗质量安全、医德医风和患者满意度等指标，将考核结果与护士岗位聘用、职称晋升、个人薪酬挂钩，做到多劳多得、优绩优酬，充分调动护理人员积极性。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
依据但不限于： 《关于印发促进护理服务业改革与发展指导意见的通知》（国卫医发〔2018〕20号，2018.6.21） 河南省卫生健康委等十二部门《关于促进护理服务业改革与发展的实施意见》（豫卫医〔2019〕30号，2019.7.26） 《关于进一步加强医疗机构护理工作的通知》（国卫办医发〔2020〕11号，2020.8.21）			
164. 建立基于护理工作量、护理质量、行为规范、医德医风和患者满意度，结合护理难度、技术要求等要素，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评先、晋升、薪酬分配相结合，充分调动护理人员积极性。（5分）	1. 建立基于护理工作量、质量、患者满意度并结合护理难度、技术要求等要素为核心的绩效考核制度。绩效考核制度应当充分征求护理人员的意见和建议，并能提供多种途径方便查询。 2. 绩效考核结果应与护理人员的评优评先、晋职晋级、岗位聘用、薪酬分配等相结合，体现同岗同酬、多劳多得、优绩优酬，充分调动护理人员积极性。	查阅文件、资料 调查访谈 数据核查 系统追踪	
三十五、优质护理服务与支持保障（10分）			
165. 持续深化优质护理。落实护理核心制度，做实责任制整体护理，夯实基础护理质量，提高专科护理服务水平，强化护理人文关怀，优化护理服务流程，实现优质护理服务扩面提质，有效提升患者获得感。			
【概述】 医院要全面深化“以患者为中心”的服务理念，做实责任制整体护理，夯实基础护理质量，强化护理人文关怀，优化护理服务流程，实现优质护理服务扩面提质，有效提升患者获得感，促进护理工作更加贴近临床、贴近患者、贴近社会。			
依据但不限于： 《关于开展优质护理服务评价工作的通知》（国卫办医函〔2014〕522号，2014.6.16） 《关于进一步加强医疗机构护理工作的通知》（国卫办医发〔2020〕11号，2020.8.21） 《关于印发公立医院高质量发展促进行动（2021－2025年）的通知》（国卫医发〔2021〕27号，2021.9.14） 《关于印发全国护理事业发展规划（2021－2025年）的通知》（国卫医发〔2022〕15号，2022.4.29）			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
165. 持续深化优质护理。落实护理核心制度，做实责任制整体护理，夯实基础护理质量，提高专科护理服务水平，强化护理人文关怀，优化护理服务流程，实现优质护理服务扩面提质，有效提升患者获得感。（10 分）	1. 医院高度重视优质护理服务工作，将其作为“一把手”工程，定期专题研究优质护理服务存在的问题。制定并落实切实可行的优质护理服务工作实施方案，明确和落实医院各有关部门的职责分工，实施目标管理。 2. 全面深化“以患者为中心”的服务理念，推进优质护理服务保障措施落实到位。 3. 实施静脉用药调配、住院患者单剂量口服药摆药服务、标本收取、血液制品下送、后勤“三下”（下收、下送、下修）服务、医学装备的日常维护及保养、医用耗材及办公用品的下送等，服务到临床，保障护理质量和患者安全，改善患者就医体验。 4. 各病区治疗准备室、治疗室、处置室、仪器设备间、污物间设置及管理规范；治疗车、多功能抢救车、口服药车、换药车、晨晚间护理车等配置齐全，根据需要配置标本采集车，满足工作需求。 5. 做实责任制整体护理，持续改善临床护理服务质量，责任护士分管一定数量的患者，为患者提供专业照护、病情观察、治疗措施、心理护理、健康教育等服务，夯实基础护理质量，提高专科护理服务水平，手术部、康复医学科、血管外科、重症医学科、骨外科等科室，根据患者疾病特点，使用符合病情需要的医用体位垫，保障患者安全及舒适。强化护理人文关怀，优化护理服务流程，有效提升患者获得感。 6. 优质护理服务扩面提质，应覆盖门诊、急诊、手术部、介入手术室、血液净化（透析）室、消毒供应中心等部门，病房覆盖率达到 100%。 7. 主管部门定期检查优质护理服务落实情况，有分析、反馈及改进建议，持续改进有成效。	查阅资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 系统追踪 问卷调查 病历检查	
三十六、临床护理质量与持续改进（25 分）			
166. 落实分级护理制度，明确护理级别的评定、各级别的护理标准、护理要点、护理级别标识。为患者提供基础护理服务和护理专业技术服务，有危重患者护理常规，护理措施落实到位。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
【概述】 医院应重视和加强临床护理工作，制定并落实分级护理制度，规范临床分级护理及护理服务内涵，为患者提供基础护理服务和护理专业技术服务，持续提升护理质量和护理服务水平，保障患者安全。			
依据但不限于： 《关于印发综合医院分级护理指导原则（试行）的通知（卫医政发〔2009〕49号，自2009年7月1日施行）》 《护理分级》（WS/T431－2013，2014.5.1实施） 《关于开展优质护理服务评价工作的通知》（国卫办医函〔2014〕522号，2014.6.16） 《关于印发医疗质量安全核心制度要点的通知》（国卫医发〔2018〕8号，2018.4.18） 《关于进一步加强医疗机构护理工作的通知》（国卫办医发〔2020〕11号，2020.8.21）			
166. 落实分级护理制度，明确护理级别的评定、各级别的护理标准、护理要点、护理级别标识。为患者提供基础护理服务和护理专业技术服务，有危重患者护理常规，护理措施落实到位。（10分）	1. 依据国家分级护理指导原则、医疗质量安全核心制度要点和行业标准等，制定并落实分级护理制度，明确护理级别的评定、各级别的护理标准、护理要点、护理级别标识（特级护理红色、一级护理粉色、二级护理蓝色、三级护理绿色或不作任何标记）。 2. 护理级别应在床位图（住院患者一览表）、床头（尾）卡有明确标识，并与长期医嘱的护理级别保持一致。 3. 护理人员掌握分级护理制度相关要求，采用Barthel指数评定量表对患者日常生活活动进行评定，根据Barthel指数总分，确定自理能力等级。医护人员根据患者病情和生活自理能力的变化合理动态调整护理级别。 4. 护理人员根据患者的护理级别落实分级护理要点和诊疗计划，遵守临床护理技术操作规程和疾病护理常规，按照护理程序开展护理工作，护理措施符合患者实际需要。 5. 护理人员掌握并落实危重患者护理常规。 6. 实施护理质量控制，科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈；持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 系统追踪 病历检查	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
167. 护理查房、护理会诊、值班和交接班、病例讨论、查对、手术安全核查、危急值报告、临床用血审核、病历管理、信息安全管理等制度按照国家和医院医疗质量安全核心制度执行。			
167. 护理查房、护理会诊、值班和交接班、病例讨论、查对、手术安全核查、危急值报告、临床用血审核、病历管理、信息安全管理等制度按照国家和医院医疗质量安全核心制度执行。（10 分）	护理查房、护理会诊、值班和交接班、病例讨论、查对、手术安全核查、危急值报告、临床用血审核、病历管理、信息安全管理等制度按照国家和医院医疗质量安全核心制度执行。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 系统追踪 病历检查 病案检查	
168. 有临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范。有紧急意外情况的护理应急预案和处理流程，有培训与演练。			
【概述】 医院应制定临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范和紧急意外情况下的护理应急处理流程，护理人员知晓相关的护理技术并发症和紧急意外情况的预防和处理流程，有效预防和处理临床护理技术操作常见并发症，保障护理质量和患者安全。			
168. 有临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范。有紧急意外情况的护理应急预案和处理流程，有培训与演练。（5 分）	1. 制定临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范和紧急意外情况下的护理应急处理流程，护理人员知晓相关的护理技术并发症和紧急意外情况的预防和处理流程。 2. 制定患者突发昏迷、心脏骤停等紧急意外情况的护理应急预案和处理流程，适时组织相关培训与演练，护理人员知晓并掌握。 3. 科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈，持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 员工操作 模拟演练	
三十七、患者安全风险防范（10 分）			
169. 制定并落实压力性损伤风险评估与报告制度，有压力性损伤诊疗及护理规范，落实预防压力性损伤的有效护理措施。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
【概述】 医院应建立压力性损伤风险评估与报告制度，对患者的病情、意识状态、营养状况、肢体活动能力、自理能力、排泄情况及合作程度等风险因素进行评估，实施恰当及个性化的预防压力性损伤护理措施，减少或去除其危险因素，增加患者舒适度，提高护理服务水平。			
169. 制定并落实压力性损伤风险评估与报告制度，有压力性损伤诊疗及护理规范，落实预防压力性损伤的有效护理措施。（5 分）	1. 制定并落实压力性损伤风险评估与报告制度，有压力性损伤诊疗及护理规范，护理人员知晓并落实。 2. 对住院患者进行病情、意识状态、营养状况、肢体活动能力、自理能力、排泄情况及合作程度等发生压力性损伤的风险评估，并依据风险程度及病情变化实施动态评估。 3. 科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈，持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 数据核查 系统追踪 病历检查 病案检查	
170. 对住院患者进行跌倒、坠床风险评估，制定并落实住院患者跌倒、坠床等风险评估及预防的基本要求和措施，减少跌倒、坠床的发生。			
【概述】 为住院患者进行跌倒、坠床风险评估，正确识别坠床与跌倒风险因素，熟悉掌握跌倒、坠床预防及处理流程，采取有效措施，体现多部门协作，减少患者跌倒、坠床的发生。			
170. 对住院患者进行跌倒、坠床风险评估，制定并落实住院患者跌倒、坠床等风险评估及预防的基本要求和措施，减少跌倒、坠床的发生。（5 分）	1. 对住院患者进行跌倒、坠床风险评估，制定并落实跌倒、坠床等风险评估及预防措施，并体现多部门协作，护理人员知晓并落实。 2. 护理人员根据跌倒、坠床风险等级及风险因素采取针对性的预防措施，并进行动态评估，增加评估的及时性和全面性，及时调整预防措施。 3. 主动告知患者跌倒、坠床风险及防范措施并有记录。对儿童、老年、孕妇、行动不便和残疾等特殊患者，采取适当措施防止跌倒、坠床，如警示标识、语言提醒、搀扶或提供帮助等。 4. 根据患者跌倒、坠床等意外事件的总结分析，完善防范措施，保障患者安全。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 数据核查 系统追踪 病历检查 病案检查	
第四章　感染防控管理与持续改进（55 分）			
三十八、预检分诊与感染性疾病科门诊管理与持续改进（7 分）			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
171. 制定并有效落实预检分诊制度，门诊、急诊规范设置预检分诊点（处），完善预检分诊制度与流程。			
【概述】 医院应重视加强预检分诊工作，完善预检分诊制度与流程。通过预检，有效分诊疑似传染病患者，防止医院内交叉感染，保障人民群众身体健康和生命安全。			
依据但不限于： 《医疗机构传染病预检分诊管理办法》（自2005年2月28日起施行） 《医疗机构门急诊医院感染管理规范》（WS/T591－2018，2018.11.1实施） 《关于进一步加强医疗机构感染预防与控制工作的通知》（国卫办医函〔2019〕480号，2019.5.18） 《关于加强重点地区重点医院发热门诊管理及医疗机构内感染防控工作的通知》（国卫办医函〔2020〕102号，2020.2.3） 《关于进一步巩固成果提高医疗机构新冠肺炎防控和救治能力的通知》（联防联控机制综发〔2020〕141号，2020.4.10） 《关于完善发热门诊和医疗机构感染防控工作的通知》（国卫办医函〔2020〕507号，2020.6.28） 《关于疫情常态化防控下规范医疗机构诊疗流程的通知》（联防联控机制医疗发〔2020〕272号，2020.7.10） 《关于进一步做好常态化疫情防控下医疗机构感染防控工作的通知》（联防联控机制综发〔2020〕269号，2020.12.22） 《河南省突发公共卫生事件应急办法》（自2021年6月10日起施行） 《关于印发医疗机构内新型冠状病毒感染预防与控制技术指南（第三版）的通知》（联防联控机制综发〔2021〕96号，2021.9.8）			
171. 制定并有效落实预检分诊制度，门诊、急诊规范设置预检分诊点（处），完善预检分诊制度与流程。（2分）	1. 重视并加强预检分诊工作，完善预检分诊制度与流程。 2. 在门诊各入口处醒目位置规范设置预检分诊点（处），标识明确，相对独立，通风良好。合理配置医用测温设施、防护用品等。必要时（疫情期间）可在医院入口处增设预检分诊场所进行预检。公示门诊预检分诊流程。门诊预检分诊点（处）承担正常工作时间的预检分诊工作。 3. 急诊（医学）科检诊分诊处（台）同时承担预检分诊功能，必要时建立临时预检点（处）进行预检分诊，用物配置齐全。公示急诊预检分诊流程。急诊检诊（预检）分诊处（台）实行24小时服务。 4. 从事预检、分诊的工作人员接诊患者时，应采取标准预防的措施。如怀疑其患有传染病时，应依据其传播途径选择并使用适宜的防护用品，并正确指导患者使用适宜的防护用品。防护用品应符合国家相关标准要求。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
171. 制定并有效落实预检分诊制度，门诊、急诊规范设置预检分诊点（处），完善预检分诊制度与流程。（2 分）	5. 患者信息登记项目完善，内容详实。包括但不限于时间、姓名、性别、年龄、身份证号、联系方式、常住地址、体温、流行病学史、主要症状和体征、去向等。 6. 从事预检分诊工作的医护人员应具有一定临床经验，上岗前应接受传染病防治、感染防控、疫情防控等知识与技能、相关制度及流程等培训并考核合格。 7. 科室（部门）有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪	
172. 按要求规范设置感染性疾病科门诊。发热门诊、肠道门诊建筑布局、功能流程、人物、医患、洁污及流向符合传染病防控、感染防控、疫情防控和医院卫生学等要求，对就诊患者实施闭环管理；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。			
【概述】 医院应重视和加强感染性疾病科门诊建设与管理工作，规范设置感染性疾病科门诊，提高其对传染病的筛查、预警和防控能力及感染性疾病的诊疗水平，实现对传染病的早发现、早报告、早治疗，及时控制传染病的传播，有效救治感染性疾病，保护人民群众身体健康。感染性疾病科门诊建筑布局、功能流程、人物、医患、洁污及流向符合传染病防控、感染防控、疫情防控和医院卫生学等要求，对就诊患者实施闭环管理。			
依据但不限于： 《关于二级以上综合医院感染性疾病科建设的通知》（卫医发〔2004〕292 号，2004. 9. 3） 《中华人民共和国传染病防治法》（2013 年 6 月 29 日修正） 《综合医院建筑设计规范》（GB51039－2014，2015. 8. 1 实施） 《医院负压隔离病房环境控制要求》（GB/T35428－2017，2018. 7. 1 实施） 《关于完善发热门诊和医疗机构感染防控工作的通知》（国卫办医函〔2020〕507 号，2020. 6. 28） 《关于印发＜发热门诊设置管理规范＞＜新冠肺炎定点救治医院设置管理规范＞的通知》（联防联控机制医疗发〔2021〕80 号，2021. 9. 13）			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
172. 按要求规范设置感染性疾病科门诊。发热门诊、肠道门诊建筑布局、功能流程、人物、医患、洁污及流向符合传染病防控、感染防控、疫情防控和医院卫生学等要求，对就诊患者实施闭环管理；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。(5分)	1. 感染性疾病科门诊（发热门诊、肠道门诊等）应遵循“平战结合”的原则，在满足日常感染性疾病诊疗服务及医院自身发展需求同时，具有应对重大疫情的能力。 2. 感染性疾病科门诊建筑布局、区域划分、区域内房间设置，人物、医患、洁污及流向符合传染病防控、感染防控、疫情防控和医院卫生学等要求。 3. 发热门诊应设置于独立区域的独立建筑，标示醒目，具备独立出入口。医院门口、门诊大厅和院区内相关区域要设立醒目的指示标示，内容包括但不限于发热门诊方位、行走线路、接诊范围及注意事项等。 4. 发热门诊清洁区、缓冲区、污染区设置规范。污染区主要包括预检分诊、候诊区、挂号缴费（可采用智能挂号缴费）、药品调剂室（可配置自动取药机）、检验室、诊室（儿童诊室、成人诊室、备用诊室、特殊诊室）、标本采集室、抢救室、治疗室、输液室、彩超室、CT室、仪器设备间（库房）、污物间、卫生间等。 5. 发热门诊规范设置隔离留观区，留观室不少于10～15间，按单人单间收治患者，内设独立卫生间。同时设置治疗准备室、患者配餐间、污物间，有条件可设护士站等。 6. 发热门诊的基础类、抢救及生命支持类、检验类、放射类等医疗设备及消毒隔离、信息化设备配置符合有关规定，满足工作需求。 7. 感染性疾病科门诊人员配备符合相关规定，满足工作需求。结合实际完善并落实感染性疾病科门诊各项规章制度与流程、岗位职责；公示感染性疾病患者就诊流程。工作人员严格按照传染病防治有关规定和诊疗规范，规范接诊和治疗感染性疾病患者。 8. 要配备专职保洁人员，并有针对性地开展感染防控培训及考核，不得由医务人员或其他病区保洁人员兼职发热门诊保洁工作。清洁区、缓冲区、污染区的保洁用具禁止混用。 9. 制定并落实培训计划。发热门诊全体工作人员要接受传染病防控、感染防控、疫情防控、个人防护等知识和技能培训。所有工作人员须经穿脱防护用品、手卫生等知识和技能考核合格后上岗。医务人员要进行传染病诊治等相关业务培训，切实提高疾病早期识别和规范化诊疗水平。 10. 科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
三十九、感染防控组织管理体系与制度建设（10 分）			
173. 建立健全感染预防与控制管理组织及感染防控多部门协调机制。完善感染预防与控制制度，有医院感染事件应急预案并组织演练，开展感染预防与控制知识与技能全员培训和教育。			
【概述】 感染预防与控制工作是保障医院质量和医院安全的底线要求，是开展诊疗工作中必须履行的基本职责。做好感染防控工作对于全面落实健康中国、健康中原战略部署、切实维护人民群众身体健康、促进经济社会可持续发展具有重大意义。医院要建立体系完整、功能完善、职责明确、运转高效的感染预防与控制组织体系，强化感染防控底线思维，坚守感染防控底线要求，有效落实感染防控相关制度与措施，提高感染性疾病诊疗防控能力，预防控制感染性疾病传播，最大限度降低感染发生，防范化解感染暴发风险。			
依据但不限于： 《医院感染管理办法》（自 2006 年 9 月 1 日起施行） 《关于印发医院感染暴发报告及处置管理规范的通知》（卫医政发〔2009〕73 号，自 2009 年 10 月 1 日起施行） 《医院感染监测规范》（WS/T312－2009，2009. 12. 1 实施） 《医院感染暴发控制指南》（WS/T524－2016，2017. 1. 15 实施） 《病区医院感染管理规范》（WS/T510－2016，2017. 6. 1 实施） 《医院感染预防与控制评价规范》（WS/T592－2018，2018. 11. 1 实施） 《关于进一步加强医疗机构感染预防与控制工作的通知》（国卫办医函〔2019〕480 号，2019. 5. 18） 《关于进一步完善医疗机构感染预防与控制工作机制的通知》（联防联控机制医疗发〔2021〕71 号，2021. 8. 14） 《关于建立完善医疗机构感染预防与控制工作四项机制的通知》（豫疫情防指办〔2021〕80 号，2021. 8. 19） 《关于进一步加强医疗机构感控人员配备管理相关工作的通知》（联防联控机制综发〔2021〕88 号，2021. 8. 20）			
173. 建立健全感染预防与控制管理组织及感染防控多部门协调机制。完善感染预防与控制制度，有医院感染事件应急预案并组织演练，开展感染预防与控制知识与技能全员培训和教育。（10 分）	1. 医院一把手是感染防控工作的第一责任人。建立健全感染预防与控制管理组织及感染防控多部门协调机制。 2. 感染预防与控制委员会（决策层）人员组成合理，主任委员由医院院长或党委书记担任。委员会人员组成包括但不限于感染防控部门、人事部门、医疗管理部门、护理部门、临床科室、手术部、消毒供应中心、医学检验、药事管理部门、医学装备、后勤保障管理部门等，职责明确，并落实。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 系统追踪	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
173. 建立健全感染预防与控制管理组织及感染防控多部门协调机制。完善感染预防与控制制度，有医院感染事件应急预案并组织演练，开展感染预防与控制知识与技能全员培训和教育。（10 分）	3. 独立设置感染预防与控制部门（控制层），原则上按照每实际开放 150～200 张病床配备 1 名感染防控专职人员；感染防控部门负责人在感染防控岗位工作 5 年以上，有副高以上专业技术职务任职资格。新冠肺炎定点救治医院感染防控人员配备数量应保持在非定点救治医院的 1.5～2 倍。感染预防与控制部门职责明确，并落实。 4. 临床科室（部门）、医技科室应规范设置感染预防与控制小组（执行层），科室（部门）负责人是感染防控的第一责任人，职责明确，并落实。 5. 将感染防控工作纳入医院领导班子重要议事日程，每月至少组织召开一次感染防控工作专题会，遇到特殊情况要及时召开会议，认真听取工作汇报，及时研究、协调和解决有关感染防控工作的问题，积极防范化解感染暴发风险，筑牢医院安全防控屏障，最大限度减少感染发生。 6. 依据感染防控相关法律、法规、规章、规范、标准等，结合实际建立健全并有效落实感染防控相关制度、流程，并贯彻于所有诊疗服务中。相关制度包括但不限于：感染防控分级管理制度、感染防控监测及报告管理制度、感染防控标准预防措施执行管理制度、感染防控风险评估制度、多重耐药菌感染预防与控制制度、侵入性器械/操作相关感染防控制度、感染防控培训教育制度、医院感染暴发报告及处置制度、医院传染病相关感染预防与控制制度及医务人员感染性病原体职业暴露预防、处置及上报制度等。 7. 依据国家相关要求，结合实际制定感染暴发应急处置预案并组织演练。 8. 制定全院全员感染防控知识与技能培训大纲和培训计划，每年至少开展 1 次感染防控相关法律、法规、规章、规范、标准等知识和技能专项培训。培训对象覆盖全体医务人员以及管理、后勤（包括外包服务）等人员，培训内容针对不同岗位特点设定，并组织培训效果考核。参加培训情况以及考核结果纳入医师定期考核、护士执业注册、药学、医技以及其他人员档案管理，并与职称晋升、绩效分配、评优评先等挂钩。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 系统追踪	
四十、感染监测与持续改进（8 分）			
174. 加强感染监测工作，规范开展重点部门、重点环节、重点人群、重点部位与高危险因素监测，控制并降低感染风险。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
【概述】 开展感染监测工作是做好感染预防与控制科学化、精准化管理的基础与前提。医院应规范开展全院综合性监测和目标性监测，将监测结果有效应用于医疗质量安全持续改进的实践，为医院感染的预防、控制和管理提供科学依据。			
依据但不限于： 《医院感染管理办法》（自 2006 年 9 月 1 日起施行） 《医院感染监测规范》（WS/T312－2009，2009. 12. 1 实施） 《医院感染管理信息系统基本功能规范》（WS/T547－2017，2017. 12. 1 实施） 《医院感染预防与控制评价规范》（WS/T592－2018，2018. 11. 1 实施） 《关于进一步加强医疗机构感染预防与控制工作的通知》（国卫办医函〔2019〕480 号，2019. 5. 18） 《医疗机构感染监测基本数据集》（WS670－2021，2021. 10. 1 实施）			
174. 加强感染监测工作，规范开展重点部门、重点环节、重点人群、重点部位与高危险因素监测，控制并降低感染风险。（8 分）	1. 加强感染监测工作，有感染监测计划，结合实际规范开展全院综合性监测和目标性监测，监测范围覆盖所有高风险科室和环节。 2. 制定并落实重点部门、重点环节、重点人群、重点部位与高危险因素监测计划，有效控制并降低感染风险。临床科室结合实际开展感染监测。 3. 明确医院感染监测的管理与要求、监测的类型、指标、方法以及监测结果的反馈等。 4. 每年组织开展感染患病率调查，调查方法规范，资料齐全。 5. 按照《医疗机构感染监测基本数据集》等相关要求，医院信息系统能够对数据来源、数据真实性和可靠性提供支持作用，满足全院综合性监测和目标性监测管理需求。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 数据核查 系统追踪	
四十一、风险评估与持续改进（4 分）			
175. 规范监测医院感染危险因素、医院感染率及其变化趋势，适时开展风险评估并持续改进；定期通报医院感染监测结果并加强横向比较。			
【概述】 医院应建立有效的医院感染监测与通报制度，明确各级感染防控组织职责分工，对监测和报告制度的执行情况进行定期监督、检查。针对检查中发现的问题，分析发生医院感染的危险因素，采取针对性的预防与控制措施，并将医院感染监测控制质量纳入医疗质量管理考核体系。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
依据但不限于： 《医院感染监测规范》（WS/T312－2009，2009.12.1 实施） 《医院感染预防与控制评价规范》（WS/T592－2018，2018.11.1 实施） 《关于进一步加强医疗机构感染预防与控制工作的通知》（国卫办医函〔2019〕480 号，2019.5.18）			
175. 规范监测医院感染危险因素、医院感染率及其变化趋势，适时开展风险评估并持续改进；定期通报医院感染监测结果并加强横向比较。（4 分）	1. 医院根据感染危险因素的监测结果、感染率趋势变化等，定期对感染高风险相关因素进行风险评估；根据风险评估结果，合理设定或调整干预目标和策略，采取基于循证证据的干预措施。 2. 有监测信息收集与反馈渠道。主管部门定期（至少每季度）发布感染监控信息，对感染危险因素、感染监测数据、感染率及变化趋势等进行汇总、分析、总结、反馈与通报，有改进意见及建议，对存在问题进行督促整改。 3. 监测结果能够有效应用于医疗质量安全持续改进的实践，为医院感染的预防、控制和管理提供科学依据。将感染监测质量、结果评价及数据利用等纳入医疗质量安全管理考核体系。 4. 按要求上报感染监测信息。加强与国家、省级等监测平台报告监测数据的横向比较，持续改进提升感染防控水平。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 数据核查 系统追踪	
四十二、医院消毒、灭菌和隔离工作与持续改进（10 分）			
176. 制定并落实环境清洁与消毒制度、针对不同传播途径疾病的隔离管理规定及操作规程、职业暴露处理流程、血液体液溅洒处理流程等。规范开展使用中消毒剂的有效浓度监测、生物监测及消毒效果监测。			
【概述】 医院应加强消毒管理，制定科学、可操作的环境清洁与消毒制度、针对不同传播途径疾病的隔离管理规定及操作规程、职业暴露处理流程、血液体液溅洒处理流程等，预防和控制感染性疾病的传播。			
依据但不限于： 《医院感染管理办法》（自 2006 年 9 月 1 日起施行） 《医院隔离技术规范》（WS/T311－2009，2009.12.1 实施） 《医疗机构消毒技术规范》（WS/T367－2012，2012.8.1 实施） 《医院消毒卫生标准》（GB15982－2012，2012.11.1 实施）			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
《中华人民共和国传染病防治法》（2013 年 6 月 29 日修正） 《医疗机构环境表面清洁与消毒管理规范》（WS/T512－2016，2017. 6. 1 实施） 《消毒管理办法》（2017 年 12 月 26 日修订） 《医院感染预防与控制评价规范》（WS/T592－2018，2018. 11. 1 实施） 《关于进一步加强医疗机构感染预防与控制工作的通知》（国卫办医函〔2019〕480 号，2019. 5. 18） 《关于印发消毒剂使用指南的通知》（国卫办监督函〔2020〕147 号，2020. 2. 18）			
176. 制定并落实环境清洁与消毒制度、针对不同传播途径疾病的隔离管理规定及操作规程、职业暴露处理流程、血液体液溅洒处理流程等。规范开展使用中消毒剂的有效浓度监测、生物监测及消毒效果监测。（10 分）	1. 依据感染防控相关法律、法规、规章、规范、标准等，结合实际修订完善并落实医院和各科室（部门）环境清洁与消毒制度。 2. 制定并执行针对不同传播途径疾病的隔离管理规定及操作规程，在标准预防的基础上，针对不同传播途径的疾病实施相应的隔离与预防措施，为工作人员配置符合国家标准并在有效期内的消毒与防护用品，工作人员能够正确掌握隔离技术。 3. 规范配置血液体液溅洒处理箱、职业暴露处理箱等，用物配置齐全，有流程，工作人员熟练掌握。职业暴露登记、上报、处理、随访等资料齐全，并进行阶段性分析改进和评价。 4. 规范开展使用中消毒剂的有效浓度监测、生物监测及消毒效果监测。按要求开展紫外线灯管的辐照强度监测，并记录。 5. 科室（部门）有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 模拟操作	
四十三、手卫生管理与持续改进（5 分）			
177. 落实《医务人员手卫生规范》，完善医院手卫生管理制度。规范、合理配置有效、便捷的手卫生设施，加强手卫生制度落实情况监管。			
【概述】 医院应加强手卫生行为的指导与管理，将手卫生纳入医疗质量考核，制定并落实手卫生管理制度，手卫生设施配置规范、合理、便捷；开展手卫生的全员培训，工作人员掌握手卫生知识和正确的手卫生方法；定期开展手卫生效果监测，提高手卫生依从性、正确率。			
依据但不限于： 《关于进一步加强医疗机构感染预防与控制工作的通知》（国卫办医函〔2019〕480 号，2019. 5. 18） 《医务人员手卫生规范》（WS/T313－2019，2020. 6. 1 实施）			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
177. 落实《医务人员手卫生规范》，完善医院手卫生管理制度。规范、合理配置有效、便捷的手卫生设施，加强手卫生制度落实情况监管。（5 分）	1. 根据《医务人员手卫生规范》，制定并落实手卫生管理制度。 2. 规范、合理配置有效、便捷的手卫生设施，并与诊疗工作相匹配，有手卫生相关要求（手清洁、手消毒、外科刷手、外科手消毒操作规程等）的宣教、图示。 **手卫生设施包括但不限于：** （1）非手触式水龙头开关。 （2）洗手液。 （3）干手纸巾。 （4）生活垃圾装放容器。 （5）手卫生流程示意图（含手卫生时机）。 3. 定期开展手卫生知识全员培训，工作人员掌握手卫生知识和正确的手卫生方法。 4. 定期开展手卫生效果监测，手卫生消毒效果应达到如下要求： **卫生手消毒：**细菌菌落总数≤10CFU/cm^2 **外科手消毒：**细菌菌落总数≤5CFU/cm^2 5. 感染防控部门、感染防控小组规范开展手卫生依从性及正确率调查。使用质量管理工具定期对调查结果进行总结、分析与评价，并提出改进措施。工作人员手卫生依从率及正确率得到持续提升。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 模拟操作	
四十四、多重耐药菌管理与侵入性器械/操作相关感染防控（11 分）			
178. 制定多重耐药菌感染控制管理制度与流程及感染防控措施，建立多部门共同参与的多重耐药菌管理协作机制。应用微生物室检测和感染监测数据信息指导临床合理使用抗微生物药物。			
【概述】 多重耐药菌感染管理涉及抗菌药物应用与管理、感染防控、微生物检测、感染诊疗及护理等多个专业，应建立多学科、多部门协作机制，通过应用微生物室检测和感染监测数据信息指导，促进临床合理使用抗微生物药物。			
依据但不限于： 《关于印发多重耐药菌医院感染预防与控制技术指南（试行）的通知》（卫办医政发〔2011〕5 号，2011. 1. 17） 《关于进一步加强医疗机构感染预防与控制工作的通知》（国卫办医函〔2019〕480 号，2019. 5. 18）			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
178. 制定多重耐药菌感染控制管理制度与流程及感染防控措施，建立多部门共同参与的多重耐药菌管理协作机制。应用微生物室检测和感染监测数据信息指导临床合理使用抗微生物药物。（5 分）	1. 针对多重耐药菌医院感染的诊断、监测、预防和控制等各个环节，结合医院实际，制定多重耐药菌感染控制管理制度及感染防控措施，实施监管与改进。 2. 建立由医疗管理部门牵头的医院多重耐药菌管理协作机制，医学检验、药学、感染防控、护理及临床科室等部门共同参与，有具体落实方案，职责明确。各部门信息畅通，定期召开联席会议，对监测结果、存在问题进行分析、反馈。 3. 对医务人员进行预防控制多重耐药菌感染相关知识与技能培训，医务人员知晓并落实多重耐药菌感染防控措施。 4. 病原微生物实验室检测能力满足临床对多重耐药菌检测及抗微生物药物敏感性、耐药模式以及同源性分析的需求。医院信息系统支持相关信息的快捷获取。 5. 病原微生物实验室和药学部门定期反馈细菌耐药和抗微生物药物相关监测报告，包括但不限于： （1）耐药菌的趋势与抗菌药物敏感性报告；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等。 （2）细菌耐药监测及预警报告以及细菌耐药监测趋势图。 （3）临床治疗性使用抗微生物药物的微生物送检率年度统计分析。 （4）临床治疗性使用抗微生物药物种类与微生物监测种类年度统计分析。 6. 多重耐药菌医院感染控制有效，抗微生物药物使用合理。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 数据核查 系统追踪	
179. 建立侵入性器械/操作相关感染防控制度。有医院侵入性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作名录，制定相关防控措施并实施数据监测。			
【概述】 医院应重视和加强侵入性器械/操作相关感染防控工作，建立侵入性诊疗器械相关感染防控制度、手术及其他侵入性操作相关感染防控制度，有效降低器械相关感染发生率、手术部位感染，保障医疗质量和患者安全。			
依据但不限于： 《关于进一步加强医疗机构感染预防与控制工作的通知》（国卫办医函〔2019〕480 号，2019. 5. 18）			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
179. 建立侵入性器械/操作相关感染防控制度。有医院侵入性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作名录，制定相关防控措施并实施数据监测。（6 分）	1. 制定完善侵入性器械、手术及其他侵入性诊疗操作（包括介入诊疗操作、内镜诊疗操作、CT/超声等引导下穿刺诊疗操作等）感染防控制度及措施，医务人员知晓并落实。 2. 结合实际建立侵入性器械、手术及其他侵入性诊疗操作名录。 3. 规范开展侵入性器械、手术相关感染病例的目标性监测，采取针对性的感染防控措施，对感染防控措施执行依从性进行监测。 4. 科室（部门）对预防与控制措施落实情况有自查，针对存在问题有整改；主管部门对监测及落实情况进行定期检查指导，对存在问题及时分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 数据核查 系统追踪	

第五章　重点部门管理与持续改进（115 分）

【概述】

手术部、介入手术部（室）、产房、重症医学科、新生儿病室、血液净化（透析）室、内镜诊疗部、口腔科、消毒供应中心等是感染预防与控制过程中需要重点关注的、具有感染率高或引发感染风险高等特点的重点部门/科室。医院应重视和加强重点部门/科室的管理，注重过程管理和环节控制，主动进行系统风险排查和治理，有效落实医疗质量安全核心制度、感染防控制度及措施，持续提升医疗质量和服务水平，改善患者就医体验。

依据但不限于：

《关于产妇分娩后胎盘处理问题的批复》（卫政法发〔2005〕123 号，2005. 3. 31）

《医院感染管理办法》（自 2006 年 9 月 1 日起施行）

《关于印发重症医学科建设与管理指南（试行）的通知》（卫办医政发〔2009〕23 号，2009. 2. 13）

《关于印发新生儿病室建设与管理指南（试行）的通知》（卫医政发〔2009〕123 号，自 2009 年 12 月 25 日起施行）

《关于印发医院手术部（室）管理规范（试行）的通知》（卫医政发〔2009〕90 号，自 2010 年 1 月 1 日起施行）

《关于对医疗机构血液透析室实行执业登记管理的通知》（卫医政发〔2010〕32 号，自 2010 年 3 月 12 日起施行）

《关于印发医疗机构血液透析室管理规范的通知》（卫医政发〔2010〕35 号，自 2010 年 3 月 23 日起施行）

《血液透析设备》（YY0054 - 2010，2012. 6. 1 实施）

《血液透析和相关治疗用水处理设备技术要求第 1 部分：用于多床透析》（YY0793. 1 - 2010，2012. 6. 1 实施）

《医疗机构消毒技术规范》（WS/T367 - 2012，2012. 8. 1 实施）

《医院消毒卫生标准》（GB15982 - 2012，2012. 11. 1 实施）

《传递窗》（JG/T382 - 2012，2012. 11. 1 实施）

评审标准	评审要点	评审方法	得分
《关于印发口腔种植技术管理规范的通知》（卫办医政发〔2013〕32号，2013.4.23） 《血液透析和相关治疗用水处理设备技术要求第2部分：用于单床透析》（YY0793.2－2011，2013.6.1实施） 《关于印发加强产科安全管理十项规定的通知》（国卫办妇幼发〔2013〕15号，2013.9.3） 《关于印发医疗机构新生儿安全管理制度（试行）的通知》（国卫办医发〔2014〕21号，2014.3.14） 《医院洁净手术部建筑设计规范》（GB50333－2013，2014.6.1实施） 《综合医院建筑设计规范》（GB51039－2014，2015.8.1实施） 《血液透析及相关治疗用水》（YY0572－2015，2017.1.1实施） 《血液透析及相关治疗用浓缩物》（YY0598－2015，2017.1.1实施） 《重症监护病房医院感染预防与控制规范》（WS/T509－2016，2017.6.1实施） 《软式内镜清洗消毒技术规范》（WS507－2016，2017.6.1实施） 《口腔器械消毒灭菌技术操作规范》（WS506－2016，2017.6.1实施） 《医院消毒供应中心第1部分：管理规范》（WS310.1－2016，2017.6.1实施） 《医院消毒供应中心第2部分：清洗消毒及灭菌技术操作规范》（WS310.2－2016，2017.6.1实施） 《医院消毒供应中心第3部分：清洗消毒及灭菌效果监测标准》（WS310.3－2016，2017.6.1实施） 《消毒管理办法》（2017年12月26日修订） 《关于印发医疗质量安全核心制度要点的通知》（国卫医发〔2018〕8号，2018.4.18） 《关于印发医疗消毒供应中心等三类医疗机构基本标准和管理规范（试行）的通知》（国卫医发〔2018〕11号，2018.5.17） 《医院感染预防与控制评价规范》（WS/T592－2018，2018.11.1实施） 《关于印发丙型肝炎病毒（HCV－RNA）检测结果转阴患者血液透析管理方案的通知》（国卫办医函〔2018〕1000号，2018.11.13） 《连续性血液净化设备》（YY0645－2018，2019.1.1实施） 《关于进一步加强医疗机构感染预防与控制工作的通知》（国卫办医函〔2019〕480号，2019.5.18） 《关于印发消毒剂使用指南的通知》（国卫办监督函〔2020〕147号，2020.2.18） 《医务人员手卫生规范》（WS/T313－2019，2020.6.1实施） 《综合医院建设标准》（建标110－2021，自2021年7月1日起施行） 《关于印发医疗机构内新型冠状病毒感染预防与控制技术指南（第三版）的通知》（联防联控机制综发〔2021〕96号，2021.9.8） 《医疗机构感染监测基本数据集》（WS670－2021，2021.10.1实施） 《药品采购使用管理分类代码与标识码》（WS/T778－2021，2021.10.1实施） 《关于印发血液净化标准操作规程（2021版）的通知》（国卫办医函〔2021〕552号，2021.11.8） 《关于印发医疗废物分类目录（2021年版）的通知》（国卫医函〔2021〕238号，自2021年11月25日起施行）			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
《关于印发静脉用药调配中心建设与管理指南（试行）的通知》（国卫办医函〔2021〕598号，自2021年12月10日起施行） 《现场消毒评价标准》（WS/T797－2022，2022.6.1实施） 《消毒剂消毒效果定性试验标准应用稀释法》（WS/T798－2022，2022.6.1实施） 《消毒器械灭菌效果评价方法》（GB/T15981－2021，2022.7.1实施）			
四十五、手术部管理与持续改进（20分）			
180. 按照《医院手术部（室）管理规范（试行）》等要求，完善手术部（包括病房手术部、门诊手术室/日间手术室、介入手术部（室）、眼科准分子手术室、妇科门诊手术室等）质量管理与监测相关规定及措施，组织实施并持续改进。			
180. 按照《医院手术部（室）管理规范（试行）》等要求，完善手术部（包括病房手术部、门诊手术室/日间手术室、介入手术部（室）、眼科准分子手术室、妇科门诊手术室等）质量管理与监测相关规定及措施，组织实施并持续改进。（20分）	1. 手术部建筑布局合理，区域划分明确（非限制区、半限制区、限制区），标示清楚；区域内房间设置，人物、医患、洁污及流向等符合传染病防控、感染防控、疫情防控及医院卫生学等要求。各区域医疗用房、工作用房、辅助用房设置齐全。 **半限制区：**设置术前准备间、麻醉准备间、药品准备间、器械准备间、麻醉恢复室（PACU）、铅衣间、石膏间、洁具间等。 **限制区：**设置隔离（负压）手术间（前、后缓冲室设置合理）、手术间（若干）、无菌物品存放间、一次性无菌物品存放间、仪器设备间、刷手区（处）等。 根据实际工作需要在半限制区或限制区设置麻醉诱导间。 2. 刷手区（处）宜设置在手术间附近；专用洗手池大小、高矮适宜，每日进行清洁消毒；每一手术间应＞2个洗手水龙头，采用非手触式开关，外科手消毒设施配备齐全；医护人员外科刷手、外科手消毒操作规范。 3. 根据手术量及工作需要，手术部合理配备器械护士、巡回护士、辅助工作人员和工程技术人员，有明确的资质及岗位技术能力要求。 4. 手术部各项规章制度、技术操作规程、感染防控措施落实到位。防护用品配置齐全。医务人员知晓手术部感染预防与控制工作的主要内容与履职要求。 5. 工作人员着装规范，知晓各区域功能、要求并有效执行。 6. 追踪手术患者从进入手术区域到手术开台的全过程。规范铺置无菌器械台，确保无菌单四周下垂＞30cm，距地面＞20cm。 7. 无菌医疗用品（重复使用、一次性使用）、消毒物品及清洁物品使用及管理规范。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 员工操作 病历检查	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
180. 按照《医院手术部（室）管理规范（试行）》等要求，完善手术部（包括病房手术部、门诊手术室/日间手术室、介入手术部（室）、眼科准分子手术室、妇科门诊手术室等）质量管理与监测相关规定及措施，组织实施并持续改进。（20 分）	8. 有手术患者标本管理制度，规范标本的固定、登记、暂存、送检等流程，有记录。 9. 产妇分娩后胎盘的处理符合国家相关规定，管理规范。 10. 仪器设备（麻醉机、呼吸机、器械台、敷料台、喉镜等）及防辐射用物（铅衣、铅帽、铅眼镜、铅围脖等）清洁、消毒与存放符合要求。 11. 连台手术之间、当天手术全部完毕后，对手术间及时进行清洁与消毒。 12. 使用后手术器械预处理、应急手术器械处理符合要求。 13. 定期开展环境卫生学监测，检验报告内容详实。 14. 科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 员工操作 病历检查	
四十六、产房管理与持续改进（5 分）			
181. 产房建筑布局合理，区域划分明确，诊疗工作规范，各项措施落实到位。			
181. 产房建筑布局合理，区域划分明确，诊疗工作规范，各项措施落实到位。（5 分）	1. 产房应独立设置，临近产科病房、NICU 和新生儿病室。建筑布局合理，区域划分明确（非限制区、半限制区、限制区），标示清楚；区域内房间设置，人物、医患、洁污及流向等符合传染病防控、感染防控、疫情防控及医院卫生学等要求。 **半限制区：**设置生理待产室、隔离待产室，各待产室内均设置卫生间；治疗准备室、医师办公室、观察室（根据实际需要）、洁具间等。 **限制区：**设置生理分娩室、隔离分娩室。若分娩室单人单间的，每间使用面积≥25m^2；若分娩室设置 2 张或以上分娩床，每张分娩床使用面积≥20m^2。无菌物品存放间（压力蒸汽灭菌手术器械包、无菌敷料包和一次性无菌物品分柜存放）、刷手区（处）。根据实际需要设置手术间。 2. 产房应有调温、控湿设备。分娩室温度维持在 24～26℃，相对湿度维持在 50%～60%，新生儿辐射台温度维持在 30～32℃。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 员工操作	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
181. 产房建筑布局合理，区域划分明确，诊疗工作规范，各项措施落实到位。（5 分）	3. 产房各项规章制度、技术操作规程、感染防控措施落实到位。防护用品配置齐全。医务人员知晓感染防控工作的主要内容与履职要求。工作人员着装规范，知晓各区域功能、要求并有效执行。 4. 产妇分娩后胎盘的处理符合国家相关规定，管理规范。 5. 分娩结束后应及时对分娩室空气、物体表面、地面进行清洁、消毒。 6. 定期开展环境卫生学监测，检验报告内容详实。 7. 科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 员工操作	
四十七、重症医学科管理与持续改进（25 分）			
182. 重症医学科（包括 ICU、CCU、RICU、NICU、PICU、EICU 等）建筑布局、设施设备、专业人员设置及感染防控符合《重症医学科建设与管理指南（试行）》《重症监护病房医院感染预防与控制规范》《医院感染预防与控制评价规范》等要求，建立完善并落实各项规章制度、岗位职责和相关技术规范、操作规程，明确质量管理与监测相关规定及措施，持续提升医学监护和救治技术水平。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
182. 重症医学科（包括 ICU、CCU、RICU、NICU、PICU、EICU 等）建筑布局、设施设备、专业人员设置及感染防控符合《重症医学科建设与管理指南（试行）》《重症监护病房医院感染预防与控制规范》《医院感染预防与控制评价规范》等要求，建立完善并落实各项规章制度、岗位职责和相关技术规范、操作规程，明确质量管理与监测相关规定及措施，持续提升医学监护和救治技术水平。（25 分）	1. 各专科重症监护病房（室）建筑布局合理，医疗区域、医疗辅助用房区域、污物处理区域和医务人员生活辅助用房区域应相对独立，区域内房间设置及人物、医患、洁污及流向等符合传染病防控、感染防控、疫情防控及医院卫生学等要求。RICU 应设置负压隔离病室，用于收治经空气传播的感染患者。 2. 重症医学科监护病床设置应符合医院功能任务和实际收治重症患者的需要，重症医学科床位使用率以 75% 为宜，全年床位使用率平均超过 85% 时，应适度扩大规模。重症医学科每日至少应保留 1 张空床以备应急使用。 3. 医疗区域每张监护床使用面积≥15m^2（NICU≥6m^2），床间距 >1 ~1.2m。至少配置一个单间病室（规范设置前、后缓冲室），使用面积 >18m^2（NICU >9.5m^2），用于收治隔离患者（新生儿）。医疗区域温度维持在24℃ ±1.5℃，相对湿度维持在 30% ~60%。区域内禁止摆放干花、鲜花和盆栽土培植物。 4. 应设置足够的非手触式洗手设施和速干手消毒剂，洗手设施与重症监护床位比例应≥1：2，单间病房每床设置 1 套。 5. 重症医学科须配备足够数量、经过严格的专业理论知识与技术培训并考核合格的医护人员。监护医师人数与监护床位数之比应 >0.8：1，监护护士人数与监护床位数之比应 >3：1。合理配备适当数量的辅助人员。 6. 建立健全并严格执行重症医学科各项规章制度、岗位职责和相关技术规范、操作规程。明确重症医学科收治患者的范围、转入标准、转入流程、转出标准和转出流程。 7. 重症医学科的患者由重症医学科医师负责管理，患者病情治疗需要时，其他专科医师应及时提供会诊。 8. 对入住重症医学科的患者应进行疾病严重度评估，为评价重症医学科资源使用的适宜性与诊疗质量提供依据。 9. 建立、完善重症医学科信息管理系统，保证重症医学科及时获得检查检验结果、质量管理与医院感染监测的相关信息。 10. 重症医学科医务人员知晓感染防控工作的主要内容与履职要求，感染防控措施落实到位。有效落实预防与控制呼吸机相关肺炎、中央导管相关血流感染、导尿管相关尿路感染、手术部位感染等措施。加强多重耐药菌感染患者管理，感染患者隔离措施落实到位，医务人员了解其前五位的感染病原微生物及耐药情况。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 数据核查 系统追踪 员工操作 模拟操作 病历检查 病案检查	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
182. 重症医学科（包括 ICU、CCU、RICU、NICU、PICU、EICU 等）建筑布局、设施设备、专业人员设置及感染防控符合《重症医学科建设与管理指南（试行）》《重症监护病房医院感染预防与控制规范》《医院感染预防与控制评价规范》等要求，建立完善并落实各项规章制度、岗位职责和相关技术规范、操作规程，明确质量管理与监测相关规定及措施，持续提升医学监护和救治技术水平。（25 分）	11. PICU、NICU（含新生儿病室）除达到重症医学科要求外，还应做到： （1）设置独立的配奶间及奶具处理间、配餐间，内部设施、物品配置符合要求，且管理规范。 （2）奶瓶、奶嘴应一人一用一灭菌；使用后奶瓶、奶嘴、配奶用具等清洗、干燥后，交由消毒供应中心进行压力蒸汽灭菌。清洗用具、装放容器、包装物应保持清洁、干燥。一次性奶瓶一次性使用。 （3）患儿餐（饮）具应一用一清洗一消毒，干燥保存。 （4）应分设一般、隔离患儿洗澡（沐浴）间，固定专用洗澡设施，标示清楚。洗澡池、洗托架（浴托）等每次使用后应进行清洗、消毒，保持清洁、干燥。 （5）洗澡用小毛巾、大浴巾等应一用一清洁一灭菌。 （6）眼药水（膏）等应固定患儿（含新生儿）使用。 （7）婴儿培养箱（暖箱）管理规范。婴儿培养箱（暖箱）表面应每日清洁，注水槽内的湿化液应为无菌水，每 24 小时更换。每周及患儿出院后培养箱实施终末清洁、消毒，干燥备用；如遇污染，应随时更换。空气过滤材料每 2 个月更换一次，破损时及时更换。 12. 定期开展环境卫生学监测，检验报告内容详实。 13. 按照要求监测医院重症医学专业医疗质量控制指标。 14. 科室（部门）有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 数据核查 系统追踪 员工操作 模拟操作 病历检查 病案检查	
四十八、新生儿病室管理与持续改进（5 分）			
183. 按照《新生儿病室建设与管理指南（试行）》《医疗机构新生儿安全管理制度（试行）》等要求，完善新生儿病室质量管理与监测相关规定及措施，组织实施并持续改进。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
183. 按照《新生儿病室建设与管理指南（试行）》《医疗机构新生儿安全管理制度（试行）》等要求，完善新生儿病室质量管理与监测相关规定及措施，组织实施并持续改进。（5 分）	1. 新生儿病室建筑布局、区域划分及区域内房间设置，人物、医患、洁污及流向符合传染病防控、感染防控、疫情防控及医院卫生学等要求，做到洁、污区域分开，功能流程合理。 2. 新生儿病室床位数应满足患儿医疗救治的需要。无陪护病室每床净使用面积≥3m^2，床间距≥1m。有陪护病室应单人单间，净使用面积≥12m^2。 3. 新生儿病室医护人员配备符合国家要求，岗位职责明确。 （1）医师应有 1 年以上儿科工作经验，并经过新生儿专业培训 6 个月以上，熟练掌握新生儿窒息复苏等基本技能和新生儿病室感染防控知识与技能，具备独立处置新生儿常见疾病的基本能力。 （2）护士经过新生儿专业培训并考核合格，掌握新生儿常见疾病的护理技能、新生儿急救操作技术和新生儿病室感染防控知识与技能。 4. 制定并完善新生儿病室各项规章制度、疾病护理常规、护理技术操作规程、相关诊疗技术规范、各类突发事件应急预案和处置流程。医护人员知晓并落实。 5. 制定并落实新生儿病室感染防控相关制度和流程，有效降低感染风险。 6. 制定并落实新生儿安全管理制度，新生儿身份识别使用腕带 100%。 7. 科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 员工操作 模拟操作	
四十九、血液净化（透析）室管理与持续改进（15 分）			
184. 血液净化（透析）室建筑布局合理，人员配备及设施、设备配置符合要求，完善质量管理、诊疗规范与质量安全指标、监测等规定，加强管理，保障患者安全。			
184. 血液净化（透析）室建筑布局合理，人员配备及设施、设备配置符合要求，完善质量管理、诊疗规范与质量安全指标、监测等规定，加强管理，保障患者安全。（15 分）	1. 血液净化（透析）室应具有卫生健康行政部门核准的肾病学专业诊疗科目；按照《关于对医疗机构血液透析室实行执业登记管理的通知》要求进行执业登记。 2. 认真落实《关于对医疗机构血液透析室实行执业登记管理的通知》《医疗机构血液透析室基本标准（试行）》《医疗机构血液透析管理规范》《血液净化标准操作规程（2021 版）》等。血液净化（透析）室设置或血液透析机数量发生变化时，应按照有关规定进行变更。《医疗机构执业许可证》（副本）“备注”中登记的透析机台数和实际情况一致。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 数据核查 系统追踪 员工操作 模拟操作	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
184. 血液净化（透析）室建筑布局合理，人员配备及设施、设备配置符合要求，完善质量管理、诊疗规范与质量安全指标、监测等规定，加强管理，保障患者安全。（15 分）	3. 血液净化（透析）室建筑布局合理，区域划分明确。分设普通透析治疗区、隔离透析治疗区，区域内房间设置，人物、医患、洁污及流向符合传染病防控、感染防控、疫情防控及医院卫生学等要求。 4. 至少有 2 名执业医师，其中至少有 1 名具有肾脏病学中级以上专业技术职务任职资格。20 台血液透析机以上，每增加 10 台血液透析机至少增加 1 名执业医师。血液净化（透析）室负责人应当由具备肾脏病学副高及以上专业技术职务任职资格的执业医师担任。 5. 每台血液透析机至少配备 0. 65 名护士；血液净化（透析）室护士长或护理组长应由具备一定透析护理工作经验的中级以上专业技术职务任职资格的注册护士担任。 6. 应配备具有相关资质的专职工程师/技师负责设备运行、维护与管理。工程师/技师应具备较好的电气基本原理与操作技能，参与相关专业的知识与技能培训。 7. 医、护、技岗位职责明确。医师、护士和工程师/技师应具有 3 个月以上三级医院血液透析工作经历或培训经历。有保障岗位设置、人员培训和设备的管理措施。 8. 血液净化（透析）室设施设备配置符合要求。 （1）透析治疗区域应光线充足，保持良好通风，配备空气消毒设施。每张血液透析床间距≥1m。 （2）每个透析单元应当配置电源插座组及安全保护装置、反渗水供给接口、透析废液排水接口等。 （3）每个透析治疗区域均应配置符合要求的手卫生设施，其位置和数量应满足工作和感染防控的需要。 （4）配备满足工作需要的中心供氧装置、负压吸引装置、心脏除颤器、喉镜、简易呼吸器、抢救车（抢救药品、物品齐全，均在有效期内）等。 （5）一次性使用血液透析器及透析管路等器材存放、使用及废弃等符合要求。 （6）配置的个人防护用品满足工作需求。 （7）信息化设备：至少配置 1 台连接互联网的电脑。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 数据核查 系统追踪 员工操作 模拟操作	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
184. 血液净化（透析）室建筑布局合理，人员配备及设施、设备配置符合要求，完善质量管理、诊疗规范与质量安全指标、监测等规定，加强管理，保障患者安全。（15 分）	9. 血液透析机配置、水处理设施设置符合要求。 （1）血液净化设备应具有国家药品监督管理局颁发的注册证等，符合相关标准要求。 （2）每一台血液净化设备（包括水处理设备、血液透析机、血液透析滤过机等）均应编号并建立档案，档案内容包括但不限于透析机的相关信息、故障、维修、保养、实际使用时间等。 （3）水处理间使用面积应大于水处理设施面积的 1.5 倍。地面应进行防水处理，并设置地漏；水处理设备应避免日光直射；应维持适宜的室温，保证室内通风良好。 （4）水处理设备符合国家标准要求。有设备档案与记录，至少包括水处理设备的出厂信息（技术信息和操作信息）、消毒和冲洗记录、设备仪器运行登记记录和定期维修保养记录。 （5）反渗水供应线路上禁止设开放式储水装置，有防止二次污染的措施。 （6）中心供液配制室应位于透析室清洁区内相对独立区域，周围无污染源，符合《医院消毒卫生标准》Ⅲ类环境。保持环境清洁，每日空气消毒 1 次。配制室房间的选择应满足供液系统安装的要求。 10. 血液净化（透析）室各项规章制度、技术操作规程、感染防控措施落实到位。医务人员知晓血液净化（透析）室感染防控工作的主要内容与履职要求。 11. 建立合理、规范的血液透析治疗流程，制定并落实血液净化（透析）患者接诊、登记相关制度，实施患者实名制管理。 12. 接受血液净化（透析）患者其血源性传染病标志物检测符合要求。 （1）首次开始血液透析的患者、由其他血液净化（透析）室或血液透析中心转入或近期接受血液制品治疗的患者，在透析治疗前必须进行乙型肝炎病毒、丙型肝炎病毒、梅毒螺旋体及人类免疫缺陷病毒标志物（包括抗原和/或抗体）的检测；至少 3 个月内重复检测传染病标志物；长期透析的患者应每 6 个月检查 1 次乙型肝炎病毒、丙型肝炎病毒、梅毒螺旋体及人类免疫缺陷病毒标志物，保留原始记录并登记。 （2）乙型肝炎病毒、丙型肝炎病毒、梅毒螺旋体、艾滋病病毒感染的患者应分别在各自隔离透析治疗区（间）接受血液透析（专机）。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 数据核查 系统追踪 员工操作 模拟操作	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
184. 血液净化（透析）室建筑布局合理，人员配备及设施、设备配置符合要求，完善质量管理、诊疗规范与质量安全指标、监测等规定，加强管理，保障患者安全。（15 分）	13. 制定常见并发症（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、体外循环凝血等）紧急处理流程；定期总结分析，有改进措施。 14. 制定并落实透析液和透析用水质量监测制度，监测记录完整。 （1）透析液和透析粉符合国家标准要求；透析液实施集中供给的，透析液配制应符合要求。 （2）透析用水化学污染物（每年）、透析液细菌总数（每月）及内毒素（每季度）检测合格。 15. 规范开展环境卫生学监测（每月），检验报告内容详实。 16. 按照要求明确、规范监测血液净化技术医疗质量控制指标，定期进行统计分析，并按时上报。 17. 科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 数据核查 系统追踪 员工操作 模拟操作	
五十、内镜诊疗部管理与持续改进（10 分）			
185. 内镜诊疗部门功能流程符合相关规范要求，完善质量监测及措施，持续改进有成效。			
185. 内镜诊疗部门功能流程符合相关规范要求，完善质量监测及措施，持续改进有成效。（10 分）	1. 内镜诊疗部门建筑布局合理，房间设置及功能流程等符合要求。 2. 遵循集中设置、统一管理的原则，内镜诊疗区域内至少设置接诊室（台）、患者候诊室（区）、治疗室、内镜（胃镜、肠镜、支气管镜、喉镜等）诊疗室（面积应≥20m^2）、麻醉恢复室（观察室）、内镜清洗消毒室、水处理间、储镜室（内镜与附件储存）、仪器设备间（库房）、污物间、卫生间等。 3. 若膀胱镜检查术、宫腔镜检查术、经内镜逆行性胰胆管造影术（ERCP）等设置在内镜诊疗区域内，应符合手术区域管理相关要求。 4. 内镜诊疗部各项规章制度、技术操作规程、感染防控措施落实到位。职业安全防护用品配置齐全。医务人员知晓内镜诊疗部门感染防控工作的主要内容与履职要求。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 员工操作 模拟操作	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
185. 内镜诊疗部门功能流程符合相关规范要求，完善质量监测及措施，持续改进有成效。（10 分）	5. 规范配置软式内镜清洗消毒设施及用物，满足工作需求。包括但不限于清洗池、测漏仪器、全管道灌流器、各种内镜专用刷、压力水枪、压力气枪、水温计、量杯、计时器、干燥台、转运车（内镜及附件运送容器）等。**不同系统软式内镜的清洗消毒设施及用物禁止混用。** 6. 完善软式内镜清洗消毒流程，规范操作。使用后内镜应立即规范进行床旁预处理。**酶洗液须现用现配，每清洗一条内镜后应更换酶洗液。** 7. 内镜清洗、消毒及灭菌等工作符合规范要求，登记项目齐全，记录内容详实。包括但不限于时间、患者姓名、血源性传染病标志物检测结果、内镜名称及编号、测漏结果、手工/内镜清洗消毒机清洗消毒起、止时间（需记录每一个清洗步骤的起、止时间）、消毒剂有效浓度监测结果、消毒剂更换时间、操作者签名等。 8. 定期（至少每季度）开展内镜清洗、消毒效果监测；检验报告内容详实。 9. 科室（部门）有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 员工操作 模拟操作	
五十一、口腔科门诊管理与持续改进（10 分）			
186. 口腔科门诊功能流程合理，规章制度健全，岗位职责明确，诊疗工作规范，持续改进有成效。			
186. 口腔科门诊功能流程合理，规章制度健全，岗位职责明确，诊疗工作规范，持续改进有成效。（10 分）	1. 口腔科门诊建筑布局、房间设置、功能流程等合理，符合相关要求。 2. 口腔诊室设置合理。口腔综合治疗台设置规范，使用面积满足诊疗工作需求，诊查单元每牙椅中距 >1.8m，椅中心距墙 >1.2m，设置便捷的手卫生设施。 3. 口腔科门诊各项规章制度、技术操作规程、感染防控措施落实到位。医务人员知晓口腔科门诊感染防控工作的主要内容与履职要求。 4. 医务人员着装规范。防护用品配置齐全，提供诊疗服务过程中应规范使用护目镜或防护面屏、胸巾等。 5. 按照《医疗机构口腔诊疗器械消毒技术操作规范》《口腔器械消毒灭菌技术操作规范》等要求，重复使用诊疗器械、器具及物品的清洗、消毒及灭菌等工作规范，保障诊疗质量和患者安全。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 员工操作	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
186. 口腔科门诊功能流程合理，规章制度健全，岗位职责明确，诊疗工作规范，持续改进有成效。（10 分）	6. 口腔诊疗器械按照危险程度进行分类管理。 （1）拔牙器械、牙周器械、根管器具、手术器械、牙科车针等高度危险性物品应灭菌。 （2）检查器械、正畸用器械、修复用器械、各类填充器、银汞合金输送器等中度危险性物品应灭菌或高水平消毒。 （3）调刀、橡皮调拌碗、打孔器、技工钳等低度危险性物品应中、低水平消毒。 7. 建立完善的种植门诊病历，其书写与管理符合《病历书写基本规范》等要求。种植门诊病历包括 X 线检查记录、手术记录、治疗记录、使用材料（含种植体）登记记录、复诊记录等。 8. 开展口腔种植诊疗技术，应当与医院功能、任务相适应，符合《口腔种植技术管理规范》要求，规范口腔种植技术临床应用行为，加强口腔种植技术医疗质量管理与控制，保障医疗质量和医疗安全。 （1）口腔种植外科治疗的诊室须是独立的诊疗间。口腔种植诊疗的诊室除具备基本诊疗设备、附属设施外并装备口腔种植动力系统、种植外科器械、种植修复器械及相关专用器械。 （2）医师按照规定定期接受口腔种植技术临床应用能力评价和临床应用效果评估，包括病例选择、手术成功率、严重并发症、药物并发症、医疗事故发生情况、术后患者管理、患者生活质量以及随访情况和病历质量等。 （3）使用经国家药品监督管理部门审批的口腔种植技术所需的材料、器械、设备。建立口腔种植技术医用器材登记制度，保证器材来源可追溯。在病历中手术记录部分留存介入医用器材条形码或者其他合格证明文件。 9. 科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 员工操作	
五十二、消毒供应中心管理与持续改进（15 分）			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
187. 认真落实医院消毒供应中心《管理规范》《清洗消毒及灭菌技术操作规范》《清洗消毒及灭菌效果监测标准》等，完善消毒供应中心质量管理与监测相关规定及措施，组织实施并持续改进。采用第三方提供消毒灭菌服务的医院，应符合《医疗消毒供应中心等三类医疗机构基本标准和管理规范（试行）》等要求，并实施全过程监管。			
187. 认真落实医院消毒供应中心《管理规范》《清洗消毒及灭菌技术操作规范》《清洗消毒及灭菌效果监测标准》等，完善消毒供应中心质量管理与监测相关规定及措施，组织实施并持续改进。采用第三方提供消毒灭菌服务的医院，应符合《医疗消毒供应中心等三类医疗机构基本标准和管理规范（试行）》等要求，并实施全过程监管。（15 分）	1. 消毒供应中心实施集中管理。医院所有重复使用的诊疗器械、器具和物品应由消毒供应中心统一回收，集中清洗、消毒、灭菌和供应。制定并落实消毒供应中心集中管理的方案与计划，研究、解决实施中的问题。 2. 根据医院消毒供应中心实际工作量及岗位需求，科学合理配备执业护士、灭菌员和其他工作人员。工作人员应当接受与其岗位职责相适应的岗位培训。 3. 将消毒供应中心纳入医院的建设规划，与医院的规模、任务和发展规划相适应；同时纳入医院信息化建设规划，采用数字化信息系统对消毒供应中心进行管理。 4. 消毒供应中心建筑布局合理、区域划分明确，标示清楚；区域内房间设置，人物、洁污及流向等符合传染病防控、感染防控、疫情防控及医院卫生学等要求。各工作区域功能与实际工作内容符合；工作人员着装规范，知晓各区域功能、要求并有效执行。 5. 工作区域、辅助区域设置符合要求。工作区域（去污区、检查包装及灭菌区［含独立的敷料库房、敷料制备间、敷料包装间］、无菌物品存放区）应遵循物品由污到洁，不交叉、不逆流，空气流向由洁到污的原则；工作区域间应设物品传递窗（具有互锁功能）。 6. 根据医院规模、任务及工作量，合理配置清洗消毒和灭菌设备及配套设施。 **（1）清洗消毒设备及设施：**污物回收器具、分类台、手工清洗池、压力水枪、压力气枪、超声清洗装置、干燥设备及机械清洗消毒设备、洗眼器。 **（2）检查、包装设备：**器械检查台、包装台、器械柜、敷料柜、包装材料切割机、医用热封机、清洁物品装载设备及带光源放大镜、压力气枪、绝缘检测仪等。 **（3）灭菌设备及设施：**压力蒸汽灭菌器，无菌物品装、卸载设备设施等。根据需要配备灭菌蒸汽发生器、干热灭菌、低温灭菌及相应的监测设备，并设有配套的辅助设备。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 员工操作	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
187. 认真落实医院消毒供应中心《管理规范》《清洗消毒及灭菌技术操作规范》《清洗消毒及灭菌效果监测标准》等，完善消毒供应中心质量管理与监测相关规定及措施，组织实施并持续改进。采用第三方提供消毒灭菌服务的医院，应符合《医疗消毒供应中心等三类医疗机构基本标准和管理规范（试行）》等要求，并实施全过程监管。（15 分）	（4）应配有水处理设备。 （5）**应配有低温灭菌设备，宜在（环氧乙烷、过氧化氢低温等离子、低温甲醛蒸汽灭菌等）工作区域配置相应环境有害气体浓度超标报警器。** 7. 消毒供应中心包装材料、医用清洗剂等耗材配置、使用及清洗用水与灭菌蒸汽用水质量符合要求，保证消毒供应中心的水、电、压缩空气及蒸汽的供给和质量，定期进行设施、管道的维护和检修；定期对消毒供应中心使用的数字仪表（压力表、温度表）等进行校验并记录备查。 8. 加强高风险医疗器械安全管理，建立植入物与外来医疗器械专岗负责制，人员相对固定。 9. 建立健全并落实消毒供应中心岗位职责、操作规程、质量管理、监测、器械管理、设备管理、感染防控、职业安全防护等规章制度和突发事件应急预案。个人防护用品、职业暴露处理箱等配置齐全，工作人员规范使用。 10. 建立质量管理追溯制度，完善质量控制过程的相关记录；定期对工作质量进行分析，持续改进有成效。 11. 建立消毒供应中心与相关科室（部门）联系制度，主动征求意见和建议，有反馈、落实。 12. 制定并落实清洗、消毒、灭菌效果监测制度，专人负责质量监测工作；有清洗消毒及灭菌效果监测的原始记录与报告，资料详实。 13. 相关部门保障到位，护理管理、感染防控、医学装备及后勤管理等部门，履行对消毒供应中心的相应管理职责，保障消毒供应工作顺利开展。 14. 医院应制定并落实对第三方服务机构的管理制度，至少包括重复使用诊疗器械、器具和物品交接与质量检查、验收及追溯等制度。 15. 第三方服务机构应提供卫生健康行政部门审批文件，其设置与管理应符合相关要求，为医院提供重复使用诊疗器械、器具和物品的消毒供应服务，保障重复使用的诊疗器械、器具和物品的安全。 16. 医院应与第三方服务机构签订委托协议，明确双方的责任、权利和义务。并对重复使用诊疗器械、器具和物品的回收、运输、清洗、消毒、灭菌操作流程等进行安全风险评估。制定并落实定期联系制度，对意见和建议有反馈和改进措施，资料详实。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 员工操作	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
187. 认真落实医院消毒供应中心《管理规范》《清洗消毒及灭菌技术操作规范》《清洗消毒及灭菌效果监测标准》等，完善消毒供应中心质量管理与监测相关规定及措施，组织实施并持续改进。采用第三方提供消毒灭菌服务的医院，应符合《医疗消毒供应中心等三类医疗机构基本标准和管理规范（试行）》等要求，并实施全过程监管。（15 分）	17. 医院应分别设置独立的使用后诊疗器械、器具和物品收集暂存间（区）及无菌（消毒）物品交接发放、存放间，且互不交叉、相对独立。无菌物品存放间温度低于24℃，相对湿度低于70%。科室使用后的器械、器具和物品应及时进行预处理。 18. 部门有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 员工操作	
五十三、静脉用药调配中心管理与持续改进（10 分）			
188. 贯彻落实《国家卫生健康委办公厅关于印发静脉用药调配中心建设与管理指南（试行）的通知》，静脉用药调配中心建设与管理符合《静脉用药调配中心建设基本要求》《静脉用药集中调配质量监测技术规范》《静脉用药集中调配技术操作规范》等要求，临床静脉用药集中调配行为规范，保障用药安全，促进合理用药。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
188. 贯彻落实《国家卫生健康委办公厅关于印发静脉用药调配中心建设与管理指南（试行）的通知》，静脉用药调配中心建设与管理符合《静脉用药调配中心建设基本要求》《静脉用药集中调配质量监测技术规范》《静脉用药集中调配技术操作规范》等要求，临床静脉用药集中调配行为规范，保障用药安全，促进合理用药。（10 分）	1. 医院静脉用药调配中心应符合《国家卫生健康委办公厅关于印发静脉用药调配中心建设与管理指南（试行）的通知》要求，由卫生健康行政部门组织技术审核、验收，合格后方可调配静脉用药，并在《医疗机构执业许可证》（副本）“备注”中记录。 2. 静脉用药调配中心建筑布局合理，洁净区、非洁净控制区和辅助工作区设置和使用面积符合要求；各功能区域房间设置，人物、洁污流向等应符合感染防控及医院卫生学等要求，不交叉。 3. 静脉用药调配人员配备符合国家要求： （1）静脉用药调配中心负责人，应由具有药学专业中级及以上专业技术职务任职资格、具有药品调剂工作经验和管理能力的药师担任。 （2）负责静脉用药医嘱审核的人员，应具有 3 年及以上门急诊或病区处方调剂工作经验、药师及以上专业技术职务任职资格。 （3）负责摆药贴签核对、加药混合调配的人员，应具有药士及以上专业技术职务任职资格。负责成品输液核查的人员，应具有药师及以上专业技术职务任职资格，不得由非药学专业技术人员从事此项工作。 （4）从事静脉用药集中调配工作的药学专业技术人员，均应经岗位专业知识和技术操作规范培训并考核合格。 （5）与静脉用药调配工作相关的人员，每年至少进行一次健康检查，建立健康档案。 4. 静脉用药调配适用于肠外营养液、危害药品（肿瘤化疗药品和细胞毒药品等）和抗菌药物等其他静脉用药调剂的全过程。静脉用药调配中心应当建立用药医嘱电子信息系统，电子信息系统应当符合有关规定，实现与 HIS 系统信息以及医师、护士工作站信息交互传递与合理处置。 5. 成品输液应放置于转运箱内，加锁或贴封条后填写成品输液发送信息并签名，转运至各临床科室（病区），规范交接手续。 6. 建立健全静脉用药调配中心各项规章制度、岗位职责和相关技术规范、操作规程，并严格执行落实。 7. 制定并落实静脉用药调配感染防控相关制度及清洁消毒操作规程。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 员工操作	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
188. 贯彻落实《国家卫生健康委办公厅关于印发静脉用药调配中心建设与管理指南（试行）的通知》，静脉用药调配中心建设与管理符合《静脉用药调配中心建设基本要求》《静脉用药集中调配质量监测技术规范》《静脉用药集中调配技术操作规范》等要求，临床静脉用药集中调配行为规范，保障用药安全，促进合理用药。（10 分）	8. 定期对用药调配中心洁净区不同洁净级别区域进行空气和水平层流洁净台、生物安全柜等物体表面以及医务人员手消毒效果进行监测（每季度），检验报告内容详实。 9. 静脉用药调配中心相关应急预案健全，包括但不限于：危害药品溢出，水、电、信息系统与洁净设备等故障及火灾等。全体人员熟练掌握相关应急预案及处理措施，确保各项预案的可行性。 10. 按照《医疗废物分类目录（2021 年版）》要求，对医疗废物进行正确分类，规范管理，医疗废物交接记录内容详实。 11. 按照要求规范监测“静脉用药集中调配医嘱干预率”。 12. 实施质量控制，科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 员工操作	
第六章　医技质量保障与持续改进（180 分）			
五十四、药事管理与药学服务质量保障及持续改进（50 分）			
依据但不限于： 《关于加强药物滥用监测工作的通知》（国药监安〔2001〕438 号，2001. 9. 25） 《反兴奋剂条例》（自 2004 年 3 月 1 日起施行） 《处方管理办法》（自 2007 年 5 月 1 日起施行） 《药品召回管理办法》（自 2007 年 12 月 10 日起施行） 《关于印发加强基本药物质量监督管理规定的通知》（国食药监法〔2009〕632 号，自 2009 年 9 月 22 日起施行） 《关于印发医院处方点评管理规范（试行）的通知》（卫医管发〔2010〕28 号，2010. 2. 10） 《关于印发静脉用药集中调配质量管理规范的通知》（卫办医政发〔2010〕62 号，2010. 4. 20） 《药品类易制毒化学品管理办法》（自 2010 年 5 月 1 日起施行）			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
《关于印发二、三级综合医院药学部门基本标准（试行）的通知》（卫医政发〔2010〕99号，2010.12.3） 《关于印发糖皮质激素类药物临床应用指导原则的通知》（卫办医政发〔2011〕23号，2011.2.16） 卫生部等三部门《关于印发医疗机构药事管理规定的通知》（卫医政发〔2011〕11号，自2011年3月1日起施行） 《药品不良反应报告和监测管理办法》（自2011年7月1日起施行） 《关于印发医疗机构药品监督管理办法（试行）的通知》（国食药监安〔2011〕442号，自2011年10月11日起施行） 《抗菌药物临床应用管理办法》（自2012年8月1日起施行） 国家卫生计生委办公厅国家中医药管理局办公室《关于做好急（抢）救药品采购供应工作的通知》（国卫办药政发〔2015〕3号，2015.1.6） 《关于完善公立医院药品集中采购工作的指导意见》（国办发〔2015〕7号，2015.2.9） 国家卫生计生委办公厅国家中医药管理局办公室《关于进一步加强抗菌药物临床应用管理工作的通知》（国卫办医发〔2015〕42号，2015.7.24） 国家卫生计生委办公厅等三部门《关于印发抗菌药物临床应用指导原则（2015年版）的通知》（国卫办医发〔2015〕43号，2015.7.24） 《麻醉药品和精神药品管理条例》（2016年2月6日修订） 《关于修改药品经营质量管理规范的决定》（自2016年7月13起施行） 国务院医改办等八部门《关于在公立医疗机构药品采购中推行“两票制”的实施意见（试行）的通知》（国医改办发〔2016〕4号，2016.12.26） 《关于印发电子病历应用管理规范（试行）的通知》（国卫办医发〔2017〕8号，自2017年4月1日起施行） 国家卫生健康委员会办公厅等三部门《关于印发医疗机构处方审核规范的通知》（国卫办医发〔2018〕14号，自2018年6月29日起施行） 《国务院办公厅关于完善国家基本药物制度的意见》（国办发〔2018〕88号，2018.9.13） 国家卫生健康委员会国家中医药管理局《关于印发国家基本药品目录（2018年版）的通知》（国卫药政发〔2018〕31号，自2018年11月1日起施行） 国家卫生健康委国家中医药管理局《关于加快药学服务高质量发展的意见》（国卫医发〔2018〕45号，2018.11.21） 《关于印发国家组织药品集中采购和使用试点方案的通知》（国办发〔2019〕2号，2019.1.1） 国家卫生健康委国家中医药局《关于进一步加强公立医疗机构基本药物配备使用管理的通知》（国卫药政发〔2019〕1号，2019.1.10） 《国务院办公厅关于加强三级公立医院绩效考核工作的意见》（国办发〔2019〕4号，2019.1.16） 《关于持续做好抗菌药物临床应用管理工作的通知》（国卫办医发〔2019〕12号，2019.3.29） 《中华人民共和国药品管理法》（自2019年12月1日起施行）			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
国家卫生健康委等六部门《关于印发加强医疗机构药事管理促进合理用药的意见的通知》（国卫医发〔2020〕2 号，2020. 2. 21） 《医疗机构消防安全管理》（WS308－2019，2020. 5. 1 实施） 《关于持续做好抗菌药物临床应用管理工作的通知》（国卫办医发〔2020〕8 号，2020. 7. 20） 《关于进一步加强药品不良反应监测评价体系和能力建设的意见》（国药监药管〔2020〕20 号，2020. 7. 28） 《关于加强医疗机构麻醉药品和第一类精神药品管理的通知》（国卫办医发〔2020〕13 号，2020. 9. 11） 《关于印发质子泵抑制剂临床应用指导原则（2020 年版）的通知》（国卫办医函〔2020〕973 号，2020. 12. 3） 《关于印发河南省抗菌药物临床应用分级管理目录（2021 年版）的通知》（豫卫医〔2021〕3 号，2021. 1. 25） 《关于印发抗肿瘤药物临床应用管理办法（试行）的通知》（国卫医函〔2020〕487 号，自 2021 年 3 月 1 日起施行） 《关于进一步加强抗微生物药物管理遏制耐药工作的通知》（国卫医函〔2021〕73 号，2021. 4. 2） 《关于印发 β 内酰胺类抗菌药物皮肤试验指导原则（2021 年版）的通知》（国卫办医函〔2021〕188 号，2021. 4. 13） 国家医保局国家卫生健康委《关于建立完善国家医保谈判药品“双通道”管理机制的指导意见》（医保发〔2021〕28 号，2021. 4. 22） 《关于印发抗肿瘤药物临床合理应用管理指标（2021 年版）的通知》（国卫办医函〔2021〕336 号，2021. 6. 17） 《关于规范开展药品临床综合评价工作的通知》（国卫办药政发〔2021〕16 号，2021. 7. 21） 国家卫生健康委办公厅国家医保局办公室《关于印发长期处方管理规范（试行）的通知》（国卫办医发〔2021〕17 号，自 2021 年 8 月 10 日起施行） 《关于印发“提高住院患者抗菌药物治疗前病原学送检率”专项行动指导意见的函》（国卫医研函〔2021〕198 号，2021. 10. 28） 《关于印发静脉用药调配中心建设与管理指南（试行）的通知》（国卫办医函〔2021〕598 号，自 2021 年 12 月 10 日起施行） 《关于印发 2022 年国家医疗质量安全改进目标的通知》（国卫办医函〔2022〕58 号，2022. 3. 1） 《关于进一步加强用药安全管理提升合理用药水平的通知》（国卫医函〔2022〕122 号，2022. 7. 27）		
189. 依据《国家基本药物临床应用指南》《中国国家处方集》《国家基本药物处方集》及医院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。			
【概述】 国家基本药物制度是药品供应保障体系的基础，是医疗卫生领域基本公共卫生服务的重要内容。医院应根据功能任务和诊疗需求，加强基本药物的配置使用管理，保障临床基本用药需求；规范医师处方行为，优先合理使用基本药物，强化以基本药物为重点的药物临床综合评价，指导临床安全合理用药。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
189. 依据《国家基本药物临床应用指南》《中国国家处方集》《国家基本药物处方集》及医院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。（4 分）	1. 制定并完善优先使用国家基本药物的相关规定及监督体系。 2. 制定医院基本药物临床应用管理办法。 3. 将基本药物优先列入医院“药品处方集”和“基本用药供应目录”，有相应的采购、库存量。 4. 在提供诊疗服务、实施临床路径、单病种管理的过程中应首选基本药物。医院信息系统具备对基本药物进行标识，提示医师优先使用的功能。 5. 结合实际科学设置临床科室基本药物使用指标。门诊患者基本药物处方占比、住院患者基本药物使用率、基本药物采购品种数占比、基本药物使用金额比例应逐年提高。 6. 对基本药物临床使用的安全性、有效性、经济性等开展综合评价，依据评价结果调整完善药品采购目录、改进临床合理用药。 7. 实施质量控制，科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 数据核查 系统追踪	
190. 建立完善并落实药品不良反应、药品损害事件监测报告制度及药物监测和警戒制度。观察用药过程，监测用药效果，定期评估相关监测结果并及时反馈临床，不良反应情况应记录入病历，采取有效措施减少和防止药品不良事件的重复发生，确保临床用药安全。按照有关规定向相关部门报告。			
【概述】 医院应重视和加强药品不良反应、药品损害事件的监测报告及开展药物监测和警戒工作，建立完善并落实药品不良反应、药品损害事件监测报告制度及药物监测和警戒制度。发生药品严重不良事件、用药错误后，应当积极救治患者，做好用药过程的观察与记录，并进行药品追溯和质量评估，查清原因，必要时暂停使用所涉药物，并按有关规定及时报告。定期分析评估相关监测结果并及时反馈临床，采取有效措施减少和防止药品不良事件的重复发生，确保临床用药安全。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
190. 建立完善并落实药品不良反应、药品损害事件监测报告制度及药物监测和警戒制度。观察用药过程，监测用药效果，定期评估相关监测结果并及时反馈临床，不良反应情况应记录入病历，采取有效措施减少和防止药品不良事件的重复发生，确保临床用药安全。按照有关规定向相关部门报告。（5 分）	1. 制定并落实药品不良反应与药品损害事件监测报告制度与流程。有鼓励药品不良反应、药品损害事件报告的措施。 2. 制定药品不良反应、药品损害事件处理应急预案，定期组织演练。 3. 建立并落实药物监测和警戒制度，实现药品不良反应监测信息与国家药品监管数据共享平台的对接。有明确的药物警戒范围和预警措施，对相关人员进行培训、考核。 4. 医师、药师、护士及其他相关工作人员相互配合对患者用药情况进行监测，观察用药过程，监测用药效果。发现药品不良反应、药品损害事件后，在积极救治患者的同时，向药学部门或医院质量（安全）不良事件监测平台报告，并做好观察与记录。 5. 重点监测非预期（新发现）的、严重的药物不良反应。发生严重药品不良反应或药品损害事件，医务人员积极进行临床救治，如实记入病历中，并保存好相关药品、物品的留样。 6. 组织对药品不良反应、药品损害事件进行及时调查、分析，并按规定上报卫生健康行政部门和药品监督管理部门。 7. 建立药品不良反应、药品损害事件监测报告信息平台。药学部门为药品不良反应、药品损害事件的管理部门，定期（至少每季度）对医院发生的药品不良反应、药品损害事件进行汇总、分析、评价、反馈，采取有效措施减少和防止药品不良事件的重复发生，确保临床用药安全。并按有关规定向相关部门报告，与医院质量（安全）不良事件实施统一管理。 8. 及时研判用药风险并反馈临床。及时收集分析本机构之外更大范围的药品不良反应监测数据，并将分析评估情况及时反馈至临床，充分发挥警示提醒作用，形成不良反应报告源于临床、服务于临床的良性循环。 9. 发现药品质量问题时，药学部门应立即进行药品追溯和质量评估，查清原因，必要时可立即暂停使用相关药品。 10. 实施质量控制，科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 系统追踪 模拟演练	
191. 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、规章等要求；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。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
【概述】 加强医院药事管理，是建立健全现代医院管理制度的重要内容，是加强医疗卫生服务综合监管的重要举措。药学部门是医院提供药学专业技术服务的重要部门，药师是提供药学专业技术服务的重要医务人员，以合理用药为核心的药事服务是诊疗工作的重要内容。医院应重视和加强药事管理工作和药学部门管理，合理配备药学专业技术人员，发展以患者为中心、以合理用药为核心的临床药师队伍，促进临床合理用药，不断提高药学服务质量和药物治疗水平，保障临床用药安全。			
191. 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、规章等要求；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。（5 分）	1. 医院药事管理与药物治疗学委员会人员组成合理，下设抗菌药物、抗肿瘤药物、麻醉、精神药品、处方点评、不良反应等管理工作组，职责明确，有相应工作制度，日常工作由药学部门负责。 2. 依据法律、法规、规章、行业指南、标准等，建立药事管理相关规章制度、岗位职责、操作规程，并组织实施。 3. 有药品采购、贮存、调剂管理制度，贮存药品的场所、设施与设备符合有关规定。依据法律法规，建立和完善“麻醉药品、精神药品、放射性药品、医疗用毒性药品”等特殊药品及药品类易制毒化学品的使用与管理的规章制度。 4. 制定医院“药品处方集”和“基本用药供应目录”；有药品遴选制度，遵循“一品两规”要求；有抗菌药物、抗肿瘤药物、血液制剂、生物制剂、高警示药品及质子泵抑制剂临床使用管理办法。 5. 药学部人员岗位设置和药学人员配备符合相关要求。药学专业技术人员数量不得少于医院卫生专业技术人员总数的 8%。临床药师数量不少于 5 名，其中 1 人为抗感染相关专业。强化临床药师配备，围绕患者需求和临床治疗特点开展专科药学服务。临床药师要积极参与临床治疗，为住院患者提供用药医嘱审核、参与治疗方案制订、用药监测与评估以及用药教育等服务。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪	
192. 加强药品管理，规范药品遴选、采购、贮存、调剂、召回流程，建立全流程监测系统，保障药品质量和供应。			
【概述】 医院应建立覆盖药品遴选、采购、贮存、调剂、发放、使用、召回等全过程的监测系统，实现药品来源、去向可追溯。按照药品贮存相关规定，设置与药品贮存条件相一致的场所并配置相关设施设备，定期对库存药品进行养护与质量检查，确保药品的质量与供应。对药品的调剂过程进行管理，防止调配差错，保障患者用药安全。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
192. 加强药品管理，规范药品遴选、采购、贮存、调剂、召回流程，建立全流程监测系统，保障药品质量和供应。（10 分）	1. 制定并落实药品遴选制度与流程、药品采购供应管理制度与流程，有适宜的药品储备量。 2. 规范落实“两票制”、药品集中招标采购、药品集中带量采购、国家医保谈判药品等相关政策及要求。 3. 制定并落实药品贮存管理制度，按照药品贮存相关规定，设置与药品贮存条件相一致的场所并配置相关设施设备。 4. 药品库房实施分库（分设西药库、中成药库，西药与中成药库可共设；中药饮片库独立设置）、分区、分类存放药品；按药品质量状态实行色标管理，落实“五区三色”管理（红色为不合格区，黄色为退货区和待验区，绿色为合格区和发货区）。易燃、易爆、强腐蚀性等危险性药品应当另设库房单独存放，并设置必要的安全设施，制订相关的工作制度和应急预案。药品库房使用面积符合相关规定，满足工作需求。 5. 药品贮存应满足保障药品质量安全的必要条件：有冷藏、避光、通风、防潮、防火、防虫、防鼠、防盗设施和措施。根据药品的性质、特点分别设置冷藏库（柜）、阴凉库（柜）、常温库等。有必要的冷链监控设施；需要避光储存的药品有避光设施。 6. 药品按批号堆码，不同批号的药品不得混垛。垛间距≥5cm，与库房内墙、顶、温度调控设备及管道等设施间距≥30cm，与地面间距≥10cm。 7. 药品库房内明敷电气线路时，应穿金属管或敷设在封闭式金属线槽内，堆放的药品应与电闸、电气线路保持安全距离。药品库房内宜采用低温照明灯具。 8. 药品库房由药学专业技术人员负责管理。定期对库存药品进行养护与质量检查。建立药品效期管理制度。药品发放应遵循“近效期先出”的原则。 9. 建立覆盖药品遴选、采购、贮存、调剂、发放、使用、召回等全过程的监测系统，实现药品来源、去向可追溯。 10. 建立看似、听似等易混淆药品的目录和管理制度。看似、听似药品、一品多规格或多剂型药品应分开存放，并有明确的标识。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 系统追踪 员工操作	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
192. 加强药品管理，规范药品遴选、采购、贮存、调剂、召回流程，建立全流程监测系统，保障药品质量和供应。（10 分）	11. 结合实际制定并落实高警示药品目录、分级和管理制度，高警示药品实行统一标识和专区域存放管理。需冷藏保存的高警示药品，存放处须有“高警示药品”警示标识。A 级高警示药品要警示到最小包装（使用科室）。高警示药品标识可嵌入电子处方系统、医嘱处理系统和处方调配系统。 12. 建立并落实备用药品管理制度；对全院的急救等备用药品的贮存、管理、使用、补充等有统一规定。有全院各科室（病区）备用药品目录（含药品名称、规格、基数等），满足诊疗工作需求。 13. 制定并落实药品调剂制度和药品调剂操作规程。处方经审核判定为合理的，按照操作规程调剂处方药品；对于不规范处方、用药不适宜处方及超常处方等，应及时与处方医师沟通并督促修改。向患者交付药品时，按照处方用法或者药品说明书，进行用药交待与指导，包括每种药品的用法、用量、注意事项等。 14. 住院药品调剂室对注射剂须按日剂量调剂配发；可单剂量摆药的口服制剂须实行单剂量调配，并配发至临床科室（病区）。临床科室（病区）须配置口服药车。（3 分） 15. 制定并落实药品召回管理制度与处置流程。药品存在质量问题或其他安全隐患的，及时召回并妥善保存，有记录。按规定及时报告有关部门。 16. 建立药品质量监控体系，药品质量管理相关制度健全。有药品质量监督管理组织，明确专门部门负责药品质量的日常管理工作。 17. 建立完善的药品管理信息系统，与医院整体信息系统联网运行；对药品价格及其调整、医保属性等信息实现综合管理。 18. 实施质量控制，科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 系统追踪 员工操作	
193. 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。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
【概述】 临床药师是指具有系统的药学、药物治疗学以及相关医学专业知识与技能，了解疾病与药物治疗原则，与医疗团队成员合作，参与临床药物治疗工作，为患者提供药学专业技术服务的卫生技术人员。医院应实施临床药师制，加强临床药师队伍建设，提高临床药学服务能力和水平。			
193. 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。（10 分）	1. 建立临床药师制，为临床合理用药提供药学专业技术服务。在药学部门设置临床药学科，按规定配备专职临床药师，明确岗位职责。 2. 临床药师开展药学查房，主要针对脏器功能不全、药物治疗毒副作用较大、应长期用药但依从性不佳、对已有药物疗效不佳等患者实施药学监护并建立药历，促进合理用药，减少药物治疗风险。 3. 进行个体化给药方案的研究与监测，临床药师参与临床路径、单病种标准的制定和质控工作。建立健全临床药师与临床医师协作机制，提高合理用药水平。 4. 建立系统化的临床药师培养体系，制定并落实临床药师培养计划，并纳入医院卫生技术人员培养计划，持续提升药师队伍职业能力。 5. 临床药师开展药学监护相关工作记录规范、包括但不限于：药师查房记录、药师会诊记录、用药教育记录、医嘱干预记录、用药咨询记录。鼓励以药师工作站或其他信息化手段记录监护内容。 6. 实施质量控制，科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 系统追踪	
194. 按照有关法律、法规、部门规章及临床用药指南和标准，加强麻醉药品和精神药品、毒性药品、放射性药品、抗肿瘤药物、糖皮质激素类药物、重点监控药物、基本药物、中药注射剂临床应用规范化管理。			
【概述】 认真贯彻落实国家对麻醉药品和精神药品、毒性药品、放射性药品、抗肿瘤药物、糖皮质激素类药物及基本药物等制定的相关管理制度，加强重点监控药物、中药注射剂等药物的应用与管理。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
194. 按照有关法律、法规、部门规章及临床用药指南和标准，加强麻醉药品和精神药品、毒性药品、放射性药品、抗肿瘤药物、糖皮质激素类药物、重点监控药物、基本药物、中药注射剂临床应用规范化管理。（5 分）	1. 医院是麻醉药品、精神药品等特殊管理药品临床应用管理的责任主体，主要负责人应履行第一责任人的职责。完善医院特殊管理药品管理制度。 2. 按照有关法律、法规、规章等的相关规定，对麻醉药品和精神药品、毒性药品、放射性药品、抗肿瘤药物、糖皮质激素类药物、重点监控药物、基本药物、中药注射剂等进行管理和监督使用。 3. 对麻醉药品和第一类精神药品等特殊管理药品实行“三级”（药库、调剂室、临床科室/病区）和“五专”管理，实施批号管理；有基数管理的，每日执行清点结算制度。 有“毒、麻、精”药品实行批号管理的制度与程序，开具的药品可溯源到患者。按规范要求回收、销毁空安瓿，并记录数量、批号。放射性药品按有关规定执行。 4. 门诊、急诊、住院部药品调剂室面积、设施设备配置等符合标准、管理规范。门诊、急诊、住院部药品调剂室和麻醉科、内镜诊疗部等配置麻醉药品和第一类精神药品的重点部门，要采用双锁、密码专用保险柜或麻醉药品和第一类精神药品智能调配柜储存，储存区域设有防盗设施和安全监控系统。麻醉药品和第一类精神药品的使用及回收（空安瓿）管理要做到日清日结、账物相符。对癌痛等需长期门诊使用麻醉药品和第一类精神药品的慢性病患者，应当通过信息化或建立门（急）诊病历等方式，详细记录每次取药的病情评估及处方情况。 5. 结合实际制定并落实医院糖皮质激素类药物临床应用指南，有糖皮质激素类药物的分级管理目录。医务人员规范使用糖皮质激素类药物，用药依据充分，剂量及疗程合理，监测不良反应并记录。 6. 按照《抗肿瘤药物临床应用管理办法（试行）》要求，对抗肿瘤药物实行分级管理。设立抗肿瘤药物管理工作组，建立抗肿瘤药物遴选和评估制度，根据医院肿瘤疾病诊疗需求制订抗肿瘤药物供应目录，并定期调整。 7. 加强重点监控药物、中药注射剂的临床应用管理，制定并落实重点监控药物、中药注射剂管理制度，有重点监控药物目录，临床应用与说明书、“临床诊疗指南”及“临床路径”等相符。定期对重点监控药物、中药注射剂的处方进行点评，实施临床应用监测与预警。 8. 实施质量控制，科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 系统追踪 病历检查 病案检查	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
195. 加强抗菌药物临床应用管理，规范抗菌药物临床应用行为，提高抗菌药物临床应用水平，促进临床合理应用抗菌药物，遏制细菌耐药。			
【概述】 抗菌药物的应用涉及临床各科室（病区），合理应用抗菌药物是提高疗效、降低不良反应发生率以及减少或延缓细菌耐药发生的关键。医院应重视和加强抗菌药物临床应用管理，规范抗菌药物临床应用行为，提高抗菌药物临床应用水平，促进临床合理应用抗菌药物，遏制细菌耐药，保障医疗质量和医疗安全。			
195. 加强抗菌药物临床应用管理，规范抗菌药物临床应用行为，提高抗菌药物临床应用水平，促进临床合理应用抗菌药物，遏制细菌耐药。（6 分）	1. 药事管理与药物治疗学委员会下设的抗菌药物管理工作组，由医务、药学、感染性疾病、临床微生物、护理、感染防控等部门负责人和具有相关专业高级专业技术职务任职资格的人员组成，职责明确；医务、药学等部门共同负责日常管理工作。 抗菌药物管理工作组工作职责包括但不限于： （1）贯彻执行抗菌药物管理相关的法律、法规、规章，制定医院抗菌药物管理制度并组织实施。 （2）审议医院抗菌药物供应目录，制定抗菌药物临床应用相关技术性文件，并组织实施。 （3）对医院抗菌药物临床应用与细菌耐药情况进行监测，定期分析、评估、上报监测数据并发布相关信息，提出干预和改进措施。 （4）对医务人员进行抗菌药物管理相关法律、法规、规章制度和技术规范培训，组织对患者合理使用抗菌药物的宣传教育。 2. 建立并完善抗菌药物遴选、采购、处方、调剂、临床应用和药物评价等相关管理制度。 3. 制定医院抗菌药物供应目录并定期调整。抗菌药物供应目录须向卫生健康行政部门备案。 4. 制定并落实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医师会诊权限、特殊使用级抗菌药物临床应用程序。 5. 制定并落实围手术期预防性应用抗菌药物管理制度。预防性使用抗菌药物的品种选择、给药时机、用药时限等符合要求。重点加强清洁手术（I 类切口）围手术期预防性使用抗菌药物管理。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 数据核查 系统追踪	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
195. 加强抗菌药物临床应用管理，规范抗菌药物临床应用行为，提高抗菌药物临床应用水平，促进临床合理应用抗菌药物，遏制细菌耐药。（6 分）	6. 配备感染性疾病专业医师，负责对各临床科室抗菌药物临床应用进行技术指导，参与抗菌药物临床应用管理工作。 7. 配备抗感染专业等相关专业临床药师，负责对抗菌药物临床应用提供技术支持，指导患者合理使用抗菌药物，参与抗菌药物临床应用管理工作。 8. 医师、药师须接受抗菌药物管理相关法律、法规、规章和技术规范等培训。医师经培训并考核合格后，方可获得相应的处方权；药师经培训并考核合格后，方可获得抗菌药物调剂资格。 9. 严格控制特殊使用级抗菌药物使用。特殊使用级抗菌药物不得在门诊使用。临床应用特殊使用级抗菌药物应当严格掌握用药指征，经抗菌药物管理工作组指定的专业技术人员会诊同意后，由具有相应处方权的医师开具处方。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。 10. 提高住院患者抗菌药物治疗前病原学送检率。根据临床微生物标本检测结果合理选用抗菌药物，接受抗菌药物治疗的住院患者，抗菌药物使用前病原学检测标本送检率≥50%；发生医院感染的患者，医院感染诊断相关病原学检测标本送检率≥90%；接受两个或以上重点药物联用的住院患者，联合使用前病原学检测标本送检率100%。 11. 开展抗菌药物临床应用监测工作，分析医院及临床各专业科室抗菌药物使用情况，评估抗菌药物使用适宜性；对抗菌药物使用趋势进行分析，对抗菌药物不合理使用情况应当及时采取有效干预措施。对抗菌药物处方、医嘱实施点评，点评结果与医师定期考核、绩效考核等相结合。 12. 参加全国、省抗菌药物临床应用监测网和细菌耐药监测网；门诊、住院患者抗菌药物的使用率、使用强度等相关指标符合国家抗菌药物管理相关规定；有干预前、后分析报告，体现持续改进。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪 数据核查 系统追踪	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
196. 依据《处方管理办法》等有关规定，规范开展处方（医嘱）前置审核和处方（医嘱）点评，并持续改进。			
【概述】 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、规章与技术规范等，对医师在诊疗工作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。 处方点评是根据相关法规、技术规范等，对处方书写的规范性及药物临床使用的适宜性（用药适应证、药物选择、给药途径、用法用量、药物相互作用、配伍禁忌等）进行评价，发现存在或潜在的问题，制定并实施干预和改进措施，促进临床药物合理应用的过程。医院应依照《医疗机构处方审核规范》《医院处方点评管理规范（试行）》等有关规定，规范开展处方审核和处方点评，并持续改进，促进临床合理用药，保障患者用药安全。			
196. 依据《处方管理办法》等有关规定，规范开展处方（医嘱）前置审核和处方（医嘱）点评，并持续改进。（5 分）	1. 医师开具处方和药师审核处方应当遵循安全、有效、经济的原则。结合实际制定医院临床用药规范、指南，为处方审核提供依据。 2. 按照《处方管理办法》等要求，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、药师审核处方/调剂药品有明确规定。医师处方（医嘱）签名与留样保持一致，对电子签名有相应的管理措施。 3. 制定医院处方前置审核和处方点评制度及实施细则，规范开展处方审核和点评，有点评结果分析评价以及干预措施。将处方点评结果纳入相关科室及其工作人员绩效考核和年度考核指标，建立健全相关的奖惩制度。 4. 由符合规定的药学专业技术人员对处方进行合法性、规范性、适宜性审核。经审核判定为合理处方，药师在纸质处方上手写签名，或在电子处方上进行电子签名；经审核判定为不合理处方，由药师负责联系处方医师，请其确认或重新开具处方，并再次进入处方审核流程。 5. 药师在审核长期处方、提供咨询服务、调剂药品时，如发现药物治疗相关问题或患者存在用药安全隐患，需要进行长期处方调整、药物重整等干预时，应立即与处方医师进行沟通、处理。 6. 医院设有用药咨询窗口或药学门诊，由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等工作。 7. 实施质量控制，科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。定期进行分析评价，持续改进工作有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 个案追踪	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
五十五、医学检验质量保障与持续改进（30 分）			
依据但不限于： 《医疗卫生机构医疗废物管理办法》（自 2003 年 10 月 15 日起施行） 《关于印发医务人员艾滋病病毒职业暴露防护工作指导原则（试行）的通知》（卫医发〔2004〕108 号，自 2004 年 6 月 1 日起实施） 《关于印发医疗机构临床实验室管理办法的通知》（卫医发〔2006〕73 号，自 2006 年 6 月 1 日起施行） 《临床实验室设计总则》（GB/T20469－2006，2007. 2. 1 实施） 《实验室生物安全通用要求》（GB19489－2008，2009. 7. 1 实施） 《血源性病原体职业接触防护导则》（GBZ/T213－2008，2009. 9. 1 实施） 《医疗废物管理条例》（2011 年 1 月 8 日修订） 《结核病防治管理办法》（自 2013 年 3 月 24 日起施行） 《关于印发职业暴露感染艾滋病病毒处理程序规定的通知》（国卫办疾控发〔2015〕38 号，自 2015 年 7 月 8 日起施行） 《临床实验室质量指标》（WS/T496－2017，2017. 7. 1 实施） 《病原微生物实验室生物安全通用准则》（WS233－2017，2018. 2. 1 实施） 《病原微生物实验室生物安全管理条例》（2018 年 3 月 19 日修正） 《关于印发医疗质量安全核心制度要点的通知》（国卫医发〔2018〕8 号，2018. 4. 18） 《临床微生物学检验标本的采集和转运》（WS/T640－2018，2019. 6. 1 实施） 《临床检验室间质量评价》（WS/T644－2018，2019. 6. 1 实施） 《临床检验定量测定室内质量控制》（WS/T641－2018，2019. 6. 1 实施） 《关于修订医疗机构临床实验室管理办法有关内容的通知》（国卫办医函〔2020〕560 号，自 2020 年 7 月 10 日起施行） 《静脉血液标本采集指南》（WS/T661－2020，2020. 10. 1 实施） 国家卫生健康委等八部门《关于印发进一步规范医疗行为促进合理医疗检查的指导意见的通知》（国卫医发〔2020〕29 号，2020. 12. 29） 《中华人民共和国生物安全法》（自 2021 年 4 月 15 日起施行） 国家卫生健康委生态环境部《关于印发医疗废物分类目录（2021 年版）的通知》（国卫医函〔2021〕238 号，自 2021 年 11 月 25 日起施行） 《即时检验质量和能力的要求》（GB/T29790－2020/ISO22870：2016，2021. 12. 1 实施） 国家卫生健康委等四部门《关于印发医疗机构检查检验结果互认管理办法的通知》（国卫医发〔2022〕6 号，自 2022 年 3 月 1 日起施行）			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
197. 医学（临床）检验实验室建筑布局、功能流程、人、物及洁污流向合理、符合要求，设施设备配置符合规范标准，服务满足临床需要。			
【概述】 医学（临床）检验实验室设置、管理与医院的功能、任务及规模相符，建筑布局、功能流程、人、物及洁污流向合理、符合要求，设施设备配置符合规范标准，服务满足临床需要。			
197. 医学（临床）检验实验室建筑布局、功能流程、人、物及洁污流向合理、符合要求，设施设备配置符合规范标准，服务满足临床需要。（3 分）	1. 医学（临床）检验实验室（以下评审要点中简称为“实验室”）集中设置，统一管理，资源共享。按照《医疗机构执业许可证》（副本）核准登记的诊疗科目开展工作。 2. 实验室建筑布局、功能流程、人、物及洁污流向合理、符合生物安全管理、传染病防控、感染防控、医院卫生学等要求，生物安全防护措施与其生物安全备案级别相适应。严格划分清洁区、缓冲区、污染区，区域内房间设置、使用面积等满足工作需要。 3. 实验室有门禁管理系统。结核病检测实验室至少应达到 P2 实验室标准。 4. 实验室手卫生设施配置符合要求。规范配置洗眼装置、紧急喷淋装置、职业暴露处理箱、血液体液溅洒处理箱。 5. 实验室仪器设备配置符合相应规范标准，与开展的检验项目相匹配，使用的仪器、试剂和耗材应当符合国家有关规定。 6. 实验室应保证检测系统的完整性和有效性，对需要校准的检验仪器、器材和对临床检验结果有影响的辅助设备定期进行校准。 7. 科室（部门）有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 模拟操作	
198. 急诊（医学）科规范设置急诊检验室，提供 24 小时急诊检验服务。开展必须的检验项目，满足急诊诊疗需求。			
【概述】 医院应按照《急诊科建设与管理指南（试行）》等要求，规范设置急诊检验室，其使用面积满足急诊检验工作需求，提供 24 小时急诊检验服务，报告时间符合国家相关规定。医学检验人员熟悉危急值报告项目和流程。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
198. 急诊（医学）科规范设置急诊检验室，提供 24 小时急诊检验服务。开展必须的检验项目，满足急诊诊疗需求。（3 分）	1. 急诊（医学）科规范设置急诊检验室，使用面积满足急诊检验工作需求。 2. 急诊检验室提供 24 小时急诊检验服务。开展的检验项目满足急诊诊疗需求，急诊检验项目报告时间符合国家相关规定。 3. 制定并落实危急值报告制度与流程，开展培训、考试及考核，相关记录资料完整。根据临床各专科不同病种制定危急值报告项目和范围，并向全院公布。根据临床需求定期调整危急值项目清单。 4. 医学检验人员熟悉危急值报告项目和流程。当发现危急值时需先复检审核，确认无误后即刻将危急值结果报告给临床科室相关人员，经双方复读确认后做好记录。 5. 科室（部门）有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 数据核查 系统追踪 员工操作 模拟操作	
199. 从事医学检验技术工作的人员应该按照有关规定取得相应专业技术职务任职资格。			
【概述】 医院应加强医学检验科人力资源配备与管理。从事医学检验技术工作的人员应按照有关规定取得相应专业技术职务任职资格。			
199. 从事医学检验技术工作的人员应该按照有关规定取得相应专业技术职务任职资格。（4 分）	1. 医学检验技术人员应具备必要的专业知识和能力，获得相应专业技术职务任职资格。 2. 从事临床核酸和基因检验、HIV 初筛（确证）实验、产前筛查实验、新生儿疾病筛查检验等特殊岗位人员，应具备符合国家规定的资质方可独立开展工作。 3. 医学检验科负责人具备检验专业副高及以上专业技术职务任职资格。 4. 医学检验技术人员严格遵守管理制度，在权限范围内按照岗位职责完成工作任务。 5. 科室（部门）有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 员工操作	
200. 建立健全并严格执行、遵守医学（临床）检验实验室管理制度、安全程序、标准操作流程和技术操作规范，具备保障临床检验质量的能力。			
【概述】 医院应建立医学（临床）检验试验室管理制度、安全程序、标准操作流程和技术操作规范，重点关注生产安全和生物安全防护。定期修订相关规章制度，保障临床检验质量，有可追溯的工作记录。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
200. 建立健全并严格执行、遵守医学（临床）检验实验室管理制度、安全程序、标准操作流程和技术操作规范，具备保障临床检验质量的能力。（5 分）	1. 建立健全并落实实验室各项管理制度和安全程序。 2. 有临床检验标准操作流程和技术操作规范，遵照实施并准确记录。 3. 科室（部门）有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 员工操作	
201. 医学（临床）检验报告及时、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、及时的检验信息服务。按照国家有关要求，规范开展检验结果互认工作。			
【概述】 医学（临床）检验实验室应建立临床检验报告审核制度，保证临床检验报告的准确、及时和信息完整，保护患者隐私。建立临床沟通机制，提供便捷、及时的检验信息服务。按照“以保障质量安全为底线，以质量控制合格为前提，以降低患者负担为导向，以满足诊疗需求为根本，以接诊医师判断为标准”的原则，开展检验结果互认工作。			
201. 医学（临床）检验报告及时、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、及时的检验信息服务。按照国家有关要求，规范开展检验结果互认工作。（4 分）	1. 医学（临床）检验报告及时、准确、规范，并严格执行审核制度。 2. 医学检验报告单格式与内容规范、统一，包括但不限于： （1）实验室名称、患者姓名、性别、年龄、住院号或门诊号、科室（病区）、床号、诊断。 （2）申请医师、标本类型、标本采集时间、接收（送检）时间、报告时间。 （3）检验项目、检验结果和单位、生物参考区间、异常结果提示。 （4）检验者、复核者签名。 3. 医学（临床）检验报告应使用中文或者国际通用的、规范的缩写。有措施保证检验报告结果的及时、准确。 4. 有效落实《关于印发医疗机构检查检验结果互认管理办法的通知》（国卫医发〔2022〕6 号），开展检验结果互认工作。 5. 有计算机信息管理服务系统，具备自主预约检验、检验报告自助查询、自助打印等功能。 6. 建立和临床的沟通机制，根据临床需求开展相应服务。实验室应提供临床检验结果的解释和咨询服务。 7. 科室（部门）有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 员工操作 病历检查 病案检查	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
202. 落实全面质量管理与改进制度，开展室内质量控制，并参加室间质量评价活动。			
【概述】 医学（临床）检验实验室建立全面质量管理和持续改进机制，按照要求对开展项目进行室内质量控制，定期参加室间质量评价或进行实验室间结果比对，记录可追溯。			
202. 落实全面质量管理与改进制度，开展室内质量控制，并参加室间质量评价活动。（4分）	1. 落实实验室全面质量管理与改进制度，规范开展室内质量控制，每年定期参加室间质量评价。 2. 结合工作实际制定实验室质量管理文件，包括但不限于质量手册、程序文件和标准操作规程（SOP）。全面落实各项质量管理措施，各项质量控制记录完整。 3. 室内质量控制记录完整，内容主要包括质控品，质控频度，质控方法，质控图，失控判断规则，失控原因分析及采取的纠正措施，质控数据管理要求等。 4. 依据相关要求参加室间质量评价并获得合格证书。对无法提供相应室间质量评价计划的项目，采取实验室间结果比对等替代方案进行质量控制，并对该方案进行评价以保证结果的准确性，有相关记录。对于室间质量评价不合格的项目，应及时查找原因，采取纠正措施。 5. 按照要求制定并规范监测临床检验专业医疗质量控制指标。 6. 科室（部门）有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 员工操作 数据核查 系统追踪	
203. 有规定对所有 POCT 项目开展室内质量控制并参加室间质量评价。相关检验设备（含即时检验设备）按要求定期检测或比对。			
【概述】 医院根据临床实际需要，合理设置并严格准入 POCT 项目。开展即时检验（POCT）应严格遵守质量管理措施，人员需先培训，经考试、考核合格并授权方可开展工作。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
203. 有规定对所有POCT项目开展室内质量控制并参加室间质量评价。相关检验设备（含即时检验设备）按要求定期检测或比对。（3分）	1. 医院根据临床实际需要，合理设置并严格准入POCT项目。医疗管理部门负责组织对开展POCT的相关人员进行培训、考核及授权，全面实施动态管理。 2. 所有POCT项目按照要求开展室内质量控制，参加室间质量评价并获得合格证书。对未开展室间质量评价计划的项目，应采用仪器、方法和人员操作等比对方式，以保证实验结果的准确。有比对工作记录。 3. 报告单应注明“POCT检验项目”，其格式、内容及要求参照医学检验报告单。 4. 即时检验设备按照要求定期检测或比对，保证设备运行正常。 5. 科室（部门）有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅资料 现场检查 调查访谈 员工操作	
204. 按照有关规定建立医学（临床）检验实验室环境保护、人员职业安全防护制度、生物安全管理相关制度，遵照实施并准确记录。生物安全管理体系健全。医学检验标本采集、转运、交接符合要求。			
【概述】 按照国家法律法规和行业规范，保障医学（临床）检验实验室的环境安全、生物安全和消防安全；按照国家法律法规和行业规范做好员工的职业安全和患者安全防护。			
204. 按照有关规定建立医学（临床）检验实验室环境保护、人员职业安全防护制度、生物安全管理相关制度，遵照实施并准确记录。生物安全管理体系健全。医学检验标本采集、转运、交接符合要求。（4分）	1. 按照国家法律、法规和行业规范，建立医学检验实验室相关制度、流程，保障环境安全、生物安全和消防安全。 2. 医院生物安全管理体系健全，生物安全管理委员会人员组成合理，职责明确。制定并落实生物安全管理相关制度。 3. 生物安全管理相关管理手册、程序文件、相关说明及操作规程、记录等完善，工作人员知晓并落实。 4. 根据工作人员的不同工作性质，按照生物防护级别规范配置必要的安全设备和防护用品。 5. 结合实际制定并落实医学检验标本采集、转运（规范配置标本转运箱）、标本交接流程；有标本接收、拒收和不合格标本记录，对标本能全程溯源。标本保存、处理符合要求。有培训、考核，相关资料完整。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 员工操作 模拟操作	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
204. 按照有关规定建立医学（临床）检验实验室环境保护、人员职业安全防护制度、生物安全管理相关制度，遵照实施并准确记录。生物安全管理体系健全。医学检验标本采集、转运、交接符合要求。(4 分)	6. 病原微生物实验室应符合国家生物安全相关标准和要求，分区合理，有警示标识。从事病原微生物实验活动，应严格遵守国家标准和实验室技术规范、操作规程等，采取安全防范措施。 7. 病原微生物实验室有专人负责菌（毒）种管理，操作规范，记录详实。废弃的病原体培养基、标本、菌种和毒种保存液及其容器，应在产生地点进行压力蒸汽灭菌或使用其它方式消毒后，按感染性废物收集暂存。记录详实。 8. 科室（部门）有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 员工操作 模拟操作	
五十六、临床用血管理与持续改进（20 分）			
依据但不限于： 《中华人民共和国献血法》（自 1998 年 10 月 1 日起施行） 《关于印发临床输血技术规范的通知》（卫医发〔2000〕184 号，自 2000 年 10 月 1 日起实施） 《关于印发医疗机构临床实验室管理办法的通知》（卫医发〔2006〕73 号，自 2006 年 6 月 1 日起施行） 《临床实验室室间质量评价要求》（GB/T20470－2006，2007. 2. 1 实施） 《综合医院建筑设计规范》（GB51039－2014，2015. 8. 1 实施） 《关于批准发布 GB/T13745－2009 <学科分类与代码 > 国家标准第 2 号修改单的公告》（自 2016 年 7 月 30 日起实施） 《关于印发血液安全技术核查指南（2017）的通知》（国卫办医发〔2017〕34 号，2017. 10. 11） 《医疗机构临床用血管理办法》（2019 年 2 月 28 日修订） 《内科输血》（WS/T622－2018，2019. 4. 1 实施） 《全血和成分血使用》（WS/T623－2018，2019. 4. 1 实施） 《输血反应分类》（WS/T624－2018，2019. 4. 1 实施） 《关于印发临床用血质量控制指标（2019 年版）的通知》（国卫办医函〔2019〕620 号，2019. 7. 12） 《关于修订医疗机构临床实验室管理办法有关内容的通知》（国卫办医函〔2020〕560 号，自 2020 年 7 月 10 日起施行） 国家卫生健康委医政医管局国家中医药管理局医政司《关于做好医疗机构临床用血数据上传工作的通知》（国卫医安全便函〔2021〕465 号，2021. 12. 7） 《输血相容性检测标准》（WS/T794－2022，2022. 6. 1 实施） 《儿科输血指南》（WS/T795－2022，2022. 6. 1 实施） 《围手术期患者血液管理指南》（WS/T796－2022，2022. 6. 1 实施）		

评审标准	评审要点	评审方法	得分
205. 落实《中华人民共和国献血法》《医疗机构临床用血管理办法》和《临床输血技术规范》等，具备为临床提供24小时临床用血服务的能力，满足临床工作需要。			
【概述】 医院按照国家相关法律、法规、规章、规范等建设输血科，人员配备、布局和设施设备配置应达到相关标准，建立相关制度和规范，建立储血供血机制，具备提供24小时输血服务的能力。			
205. 落实《中华人民共和国献血法》《医疗机构临床用血管理办法》和《临床输血技术规范》等，具备为临床提供24小时临床用血服务的能力，满足临床工作需要。（5分）	1. 贯彻落实临床用血相关法律、法规、规章、规范等，医院临床用血管理委员会人员组成合理，职责明确。 2. 结合实际制定完善并落实临床用血管理制度和工作规范。 3. 根据有关规定和用血需求，设置输血科。其建筑布局、功能流程、人、物及洁污流向合理，符合传染病防控、感染防控、医院卫生学等要求。输血科内房间设置、使用面积满足工作需要，应设置血液制品接收室、标本接收室、储血室、发血室、输血检验实验室、资料室、更衣室（含卫生间等）、值班室、办公室、库房、污物间等。 4. 输血科设施设备配置与医院的功能、任务和规模相适应，满足临床工作需要。 5. 输血科医师和专业技术人员合理配备，岗位职责明确，应满足工作需要及学科发展要求。 6. 提供24小时临床用血服务，满足临床工作需要。 7. 建立血液库存预警机制，根据工作需要制定血液库存量管理要求，能及时调配临床用血。 8. 科室（部门）有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 员工操作	
206. 有效落实临床用血审核制度，加强临床用血过程管理，严格掌握输血适应证，遵守输血技术操作规范，促进临床及时、安全、有效、科学用血。			
【概述】 根据法律法规和行业规范制定临床用血质量控制和管理标准，强化人员培训，加强过程管理，严格按照输血适应证开展临床用血工作。制定符合医院实际的输血技术操作规程并落实，规范输血前、后评估、评价记录和不良反应报告，促进临床及时、安全、有效、科学用血。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
206. 有效落实临床用血审核制度，加强临床用血过程管理，严格掌握输血适应证，遵守输血技术操作规范，促进临床及时、安全、有效、科学用血。（4 分）	1. 结合实际制定并贯彻落实临床用血审核制度，有特殊情况下紧急输血的相关规定与批准流程。 2. 临床医师严格掌握输血适应证，根据患者病情和实验室检测指标进行输血前评估，制定合理、安全的用血方案，按要求完成用血审批。 3. 输血前临床医师向患者或近亲属说明输血的目的、方式和风险，签署输血治疗知情同意书，完成血型血清学及相关血源性传染病标志物等输血前项目的检测。 4. 输血过程中密切观察患者生命体征，输血后对患者进行用血效果评价，有病程记录，内容包括但不限于输血原因、输注成分、血型和数量、输血前评估、输注过程观察情况、有无输血不良反应、不良反应的处置、输血后评估等，保障信息可追溯。 5. 医疗管理部门建立临床用血评价及公示制度，将临床用血情况纳入科室和医务人员工作质量考核指标体系。 6. 按照要求制定并规范监测临床用血质量控制指标。 7. 科室（部门）有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 员工操作 病历检查 病案检查	
207. 建立与麻醉科、手术部和手术科室沟通机制，积极开展自体输血，严格掌握术中输血适应证，合理、安全输血。			
【概述】 医院应建立与麻醉科、手术部和手术科室沟通机制，加强手术用血管理，积极开展并推广自体输血，建立自体输血标准和规范，开展自体输血质量控制。严格掌握术中输血适应证，合理安全用血。			
207. 建立与麻醉科、手术部和手术科室沟通机制，积极开展自体输血，严格掌握术中输血适应证，合理、安全输血。（3 分）	1. 制定完善并落实自体输血相关管理制度和技术规范，相关仪器设备配置齐全，积极开展自体输血，提高合理用血水平。 2. 对临床用血相关科室医务人员开展有关自体输血的血液保护知识与技能培训，资料详实。医务人员掌握血液保护相关技术并能积极开展工作。 3. 输血科与麻醉科、手术部和手术科室进行沟通，对择期（限期）手术、疑难输血、RhD 阴性或其他稀有血型等患者开展自体输血工作。麻醉医师和手术医师严格掌握术中输血适应证，合理、安全输血。 4. 科室（部门）有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 员工操作 病历检查 病案检查	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
208. 制定并落实血液质量监控管理制度、输血相容性检测制度及流程，血液冷链管理符合要求。输血管理信息系统涵盖临床用血全过程。			
【概述】 根据行业规范制定血液质量管理全过程监控机制并落实，对输血不良反应进行监控管理，制定防范输血严重危害的预案。储血环境符合相关标准和要求。建立临床用血不良事件监测报告制度。输血管理信息系统涵盖临床用血全过程。			
208. 制定并落实血液质量监控管理制度、输血相容性检测制度及流程，血液冷链管理符合要求。输血管理信息系统涵盖临床用血全过程。（4 分）	1. 临床用血科室重视和开展血液质量管理监控，制订、实施预防控制输血严重危害（输血传染疾病、严重不良反应）的方案。 2. 输血科制定并落实血液预定、接收、入出库核对、储存、库存预警和临床合理用血等管理制度，完善对临床用血的申请、审核、监测等分析记录。 3. 储血设施运行正常，血液储存温度符合相关要求，实施 24 小时温度监控。储血环境符合相关标准和要求。 4. 落实输血实验室管理制度和技术操作规范，为安全输血提供保障。 5. 建立临床用血不良事件监测报告制度。临床发现输血不良反应后，应积极救治患者，及时向有关部门报告，并做好观察和记录。主管部门调查分析临床用血不良事件，提出处理和改进措施。 6. 输血管理信息系统涵盖临床用血全过程，与医院信息系统联网，可提供输血病历、输血相关实验项目、检查结果及患者信息查询等功能。 7. 科室（部门）有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅文件、资料 现场检查 调查访谈 员工操作 病历检查 病案检查	
209. 开展室内质量控制，参加室间质量评价，有质量保证措施。			
【概述】 制定和落实输血相容性检测制度与流程，规范开展相容性输血实验。定期进行质量控制结果分析，对使用的仪器设备按要求定期进行校准，制定并落实专业技术培训计划，确保输血安全。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
209. 开展室内质量控制，参加室间质量评价，有质量保证措施。（4 分）	1. 按照要求开展室内质量控制并参加室间质量评价。室间质量评价结果获得合格证书，保存相关记录。 2. 定期进行质量控制结果分析，对存在问题落实改进措施。尚未开展室间质量评价的检验项目与其他实验室的同类项目进行比对，或者用其他方法验证其结果的准确性。 3. 对使用的仪器设备按要求定期进行校准、比对和性能验证，对方法学进行评价。 4. 制定并落实专业技术培训计划，实验人员具备解决疑难血型血清学问题的能力，保证用血安全。 5. 科室（部门）有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅资料 现场检查 调查访谈 员工操作	
五十七、医学影像质量保障与持续改进（40 分）			
依据但不限于： 《放射性废物安全管理条例》（自 2012 年 3 月 1 日起施行） 国家卫生计生委等四部门《关于印发职业病危害因素分类目录的通知》（国卫疾控发〔2015〕92 号，自 2015 年 11 月 17 日起施行） 《放射诊疗管理规定》（2016 年 1 月 19 日修正） 《关于印发医学影像诊断中心基本标准和管理规范（试行）的通知》（国卫医发〔2016〕36 号，2016. 7. 20） 《临床核医学患者防护要求》（WS533－2017，2017. 11. 1 实施） 《核和辐射事故医学应急处理导则》（GBZ/T279－2017，2017. 11. 1 实施） 《中华人民共和国职业病防治法》（2018 年 12 月 29 日修改） 《放射性同位素与射线装置安全和防护条例》（2019 年 3 月 2 日修订） 《放射性同位素与射线装置安全许可管理办法》（2019 年 8 月 22 日修改） 《关于印发心血管疾病介入等 4 个介入类诊疗技术临床应用管理规范的通知》（国卫办医函〔2019〕828 号，2019. 11. 15） 《放射诊断放射防护要求》（GBZ130－2020，2020. 10. 1 实施） 《核医学放射防护要求》（GBZ120－2020，2021. 5. 1 实施） 《放射治疗放射防护要求》（GBZ121－2020，2021. 5. 1 实施） 国家卫生健康委生态环境部《关于印发医疗废物分类目录（2021 年版）的通知》（国卫医函〔2021〕238 号，自 2021 年 11 月 25 日起施行）		

评审标准	评审要点	评审方法	得分
《放射治疗辐射安全与防护要求》（HJ1198－2021，2021. 12. 1 实施） 国家卫生健康委等四部门《关于印发医疗机构检查检验结果互认管理办法的通知》（国卫医发〔2022〕6 号，自 2022 年 3 月 1 日起施行） 《关于印发 2022 年国家医疗质量安全改进目标的通知》（国卫办医函〔2022〕58 号，2022. 3. 1） 《关于印发国家限制类技术目录和临床应用管理规范（2022 年版）的通知》（国卫办医发〔2022〕6 号，2022. 3. 30） 《关于印发超声诊断等 5 个专业医疗质量控制指标（2022 年版）的通知》（国卫办医函〔2022〕161 号，2022. 5. 11）			
210. 医学影像部门设置、布局、设施设备配置符合相应规范标准，满足临床服务需要。医学影像提供 24 小时急诊医学影像服务。建立并落实职业安全防护制度。			
【概述】 医院医学影像部门的设置、建筑布局、功能流程、人员配备、设施设备、服务项目等与医院的功能、任务和规模相适应，符合国家和行业规范标准。提供 24 小时急诊医学影像检查服务。职业安全防护制度落实到位。			
210. 医学影像部门设置、布局、设施设备配置符合相应规范标准，满足临床服务需要。医学影像提供 24 小时急诊医学影像服务。建立并落实职业安全防护制度。（6 分）	1. 医学影像科通过医疗机构执业诊疗科目许可登记，符合《放射诊疗管理规定》，取得《放射诊疗许可证》《辐射安全许可证》，开展的医学影像服务项目与医院的功能、任务一致，满足临床需要。 2. 医学影像（X 线诊断、CT、MRI、超声诊断、放射治疗、核医学、脑电图、肌电图、心电图等）部门的设置、布局、设施设备符合相应规范标准，服务项目满足临床诊疗需要。 3. X 线、CT、MRI、超声提供 24 小时 ×7 天的急诊检查服务。急诊医学影像检查报告时间符合要求。 4. 建立并落实职业安全防护制度。医学影像科工作人员按规定佩戴个人放射剂量计。有专人负责对放射剂量计进行发放、收集和监测结果登记、反馈等工作。结合实际建立个人剂量档案、职业健康管理档案。 5. 在影像检查室门口设置电离辐射警示标志；影像检查室和操作室应配置紧急照明装置。X 线诊断、CT、放射治疗、核医学等影像检查室防护门具备联动控制功能。 6. 磁共振检查室入口处设置铁磁性物质检测装置、强磁场区域警告标志；磁共振机房配置无磁性清洁灭火器。	查阅资料 现场检查 调查访谈	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
210. 医学影像部门设置、布局、设施设备配置符合相应规范标准，满足临床服务需要。医学影像提供 24 小时急诊医学影像服务。建立并落实职业安全防护制度。（6 分）	7. 各类影像检查统一编码，实现患者一人一个唯一编码管理。对进行医学影像检查患者的敏感部位实施辐射屏蔽防护。 8. 每日开机检查前对设施设备进行检测，确保设备性能稳定，并有记录。各医学影像检查室（机房）温度、相对湿度及室内通风装置符合相关要求。 9. 定期对医学影像（放射）机房及环境进行放射防护检测、监测和检查；辐射水平符合国家规定、标准。 10. 科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅资料 现场检查 调查访谈	
211. 从事医学影像诊断工作和技术工作的人员配备、资质符合要求，取得相应的专业技术职务任职资格。			
【概述】 从事医学影像诊断工作和技术工作的人员配备、资质符合要求，岗位职责明确。根据医院的功能、任务与设施设备的种类设置若干专业组；各专业组设置合理。			
211. 从事医学影像诊断工作和技术工作的人员配备、资质符合要求，取得相应的专业技术职务任职资格。（2 分）	1. 从事医学影像诊断工作和技术工作的人员配备、资质符合要求，取得相应的专业技术职务任职资格。岗位职责明确，工作人员知晓所在岗位履职要求。 2. 根据医院的功能、任务与设施设备的种类设置若干专业组；各专业组设置合理，职责明确。	查阅资料 现场检查 调查访谈	
212. 建立健全医学影像科各项规章制度、标准操作流程和技术操作规范等。医学影像工作区域合理配置抢救仪器设备、药品等。			
【概述】 医院医学影像科各项规章制度、标准操作流程和技术操作规范健全。制定完善突发事件应急预案，定期组织演练。医学影像工作区域合理配置抢救仪器设备、药品等。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
212. 建立健全医学影像科各项规章制度、标准操作流程和技术操作规范等。医学影像工作区域合理配置抢救仪器设备、药品等。（4 分）	1. 医学影像科各项规章制度、标准操作流程和技术操作规范等健全。工作人员知晓相关的规章制度，执行相关技术操作规范并准确记录。 2. 制定完善突发事件应急预案，定期组织演练。 3. 医学影像工作区域合理配置抢救仪器设备、药品等。包括但不限于：抢救车（抢救药品、物品齐全，在有效期内）、简易呼吸器、供氧装置、负压吸引装置等。工作人员掌握心肺复苏等基本急救技能。 4. 开展医学影像设备引导下经非血管途径对非血管疾病和肿瘤进行诊断和治疗的介入技术应符合《关于印发心血管疾病介入等 4 个介入类诊疗技术临床应用管理规范的通知》等要求。	查阅资料 现场检查 调查访谈 员工操作 模拟操作 模拟演练	
213. 建立医学影像质量管理体系；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、及时的检查信息服务。按照国家有关要求，规范开展检查结果互认工作。			
【概述】 医院应建立医学影像质量管理体系，制定并落实影像质量控制与评价制度、影像诊断项目相关的标准化操作规程，持续改进医学影像诊断质量。按照“以保障质量安全为底线，以质量控制合格为前提，以降低患者负担为导向，以满足诊疗需求为根本，以接诊医师判断为标准”的原则。			
213. 建立医学影像质量管理体系；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、及时的检查信息服务。按照国家有关要求，规范开展检查结果互认工作。（4 分）	1. 建立医学影像质量管理体系，制定并落实影像质量控制与评价制度、影像诊断项目相关的标准化操作规程，持续改进医学影像诊断质量。 2. 严格按照操作规范开展相关工作，建立合理、规范的影像检查流程，制定严格的接诊制度，施行患者实名制管理。 3. 规范开展医学影像图像质量评价工作。 4. 医学影像报告及时、准确、规范，并严格执行审核制度。对出具医学影像报告的具体时限有明确规定。 5. 定期进行影像诊断与手术、病理或出院诊断随访对比，统计影像诊断与临床诊断的符合率，提高诊断正确性。 6. 有效落实《关于印发医疗机构检查检验结果互认管理办法的通知》（国卫医发〔2022〕6 号），开展检查结果互认工作。	查阅资料 调查访谈 数据核查 系统追踪	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
213. 建立医学影像质量管理体系；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、及时的检查信息服务。按照国家有关要求，规范开展检查结果互认工作。（4 分）	7. 按照要求设定并规范监测医学影像质量控制指标。 8. 建立临床沟通机制，提供便捷、及时的检查信息服务。 9. 科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅资料 调查访谈 数据核查 系统追踪	
214. 医院开展放射诊疗工作应具有经核准登记的医学影像科诊疗科目；依法取得《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配置许可证》。放射治疗场所的建筑布局、配套的设施设备符合《放射诊疗管理规定》和国家相关标准。放射治疗、放射防护等规章制度健全，有放射防护应急处理预案。			
【概述】 放射治疗是指利用电离辐射的生物效应治疗肿瘤等疾病的技术。医院开展放射诊疗工作应具有经核准登记的医学影像科诊疗科目；依法取得《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配置许可证》。放射治疗场所的建筑布局、配套的设施设备符合《放射诊疗管理规定》和国家相关标准。放射治疗、放射防护等规章制度健全，具有放射防护应急处理预案。			
214. 医院开展放射诊疗工作应具有经核准登记的医学影像科诊疗科目；依法取得《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配置许可证》。放射治疗场所的建筑布局、配套的设施设备符合《放射诊疗管理规定》和国家相关标准。放射治疗、放射防护等规章制度健全，有放射防护应急处理预案。（5 分）	1. 医院开展放射诊疗工作应具有经核准登记的医学影像科诊疗科目。 2. 医院依法取得《放射诊疗许可证》（许可项目：放射治疗）与《大型医用设备配置许可证》。 3. 具有符合国家相关标准和规定的放射治疗场所和配套设施设备。 4. 合理配备具备相应资质的放射治疗工作相关的工作人员，岗位职责明确。按照有关规定和标准，对放射诊疗工作人员进行上岗前、在岗期间和离岗时的健康检查，定期进行专业及防护知识培训，并分别建立个人剂量、职业健康管理和教育培训档案。 5. 放射治疗各项规章制度、标准操作流程和技术操作规范健全。有放射治疗效果评价的规范与流程、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、放射防护应急处理预案。	查阅资料 现场检查 调查访谈 员工操作 模拟操作 模拟演练	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
214. 医院开展放射诊疗工作应具有经核准登记的医学影像科诊疗科目；依法取得《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配置许可证》。放射治疗场所的建筑布局、配套的设施设备符合《放射诊疗管理规定》和国家相关标准。放射治疗、放射防护等规章制度健全，有放射防护应急处理预案。（5 分）	6. 有对放射治疗工作场所、放射性同位素储存场所的安全管理制度。定期对放射治疗工作场所、放射性同位素储存场所、周围环境的辐射水平进行监测。放射治疗设备和场所设置醒目的警示标志。 7. 科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅资料 现场检查 调查访谈 员工操作 模拟操作 模拟演练	
215. 实施放射治疗应当有明确的规范与流程，有医学物理人员参与制订治疗计划，放射治疗定位精确与剂量准确。有放射治疗意外应急预案及处置措施。			
【概述】 医院开展的放射治疗项目满足患者治疗需求；实施放射治疗应制定放射治疗质量保证大纲，有明确的规范与流程，有医学物理人员参与制订治疗计划，放射治疗定位精确、剂量准确。			
215. 实施放射治疗应当有明确的规范与流程，有医学物理人员参与制订治疗计划，放射治疗定位精确与剂量准确。有放射治疗意外应急预案及处置措施。（5 分）	1. 医院开展的放射治疗项目满足患者治疗需求。 2. 实施放射治疗应制定放射治疗质量保证大纲，有明确的操作规范与流程、放射治疗效果评价的规范与流程，明确对模拟定位、靶区定义、处方剂量、治疗计划设计及验证、治疗实施的具体要求。 3. 在对患者实施放射治疗前，应进行影像学、病理学及其他相关检查，有明确的放射治疗适应证。对确需进行放射治疗的，签署知情同意书，制定科学的治疗计划，医学物理人员参与制订治疗计划。有放射治疗计划的确认流程，保障放射治疗定位精确与剂量准确。	查阅资料 现场检查 调查访谈 员工操作 模拟操作 模拟演练	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
215. 实施放射治疗应当有明确的规范与流程，有医学物理人员参与制订治疗计划，放射治疗定位精确与剂量准确。有放射治疗意外应急预案及处置措施。（5 分）	4. 放射治疗工作人员对患者进行放射治疗时，应遵守医疗照射正当化和放射防护最优化的原则，有明确的医疗目的，严格控制受照剂量；对邻近照射野的敏感器官和组织进行辐射屏蔽防护。 5. 放射治疗过程中，治疗现场至少应有 2 名放射诊疗工作人员，并密切注视治疗装置的显示及患者情况，及时解决治疗中出现的问题；严禁其他无关人员进入治疗场所。 6. 在放射治疗工作区域合理配置抢救仪器设备、药品等。包括但不限于：抢救车（抢救药品、物品齐全，在有效期内）、简易呼吸器、供氧装置、负压吸引装置等。工作人员掌握心肺复苏的基本技能和放射治疗意外的基本急救知识。 7. 有放射治疗意外应急预案及处置措施，并定期组织演练。工作人员熟悉应急预案及处置措施。 8. 科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅资料 现场检查 调查访谈 员工操作 模拟操作 模拟演练	
216. 医院开展核医学工作，应符合法律、法规、规章、标准等要求。			
【概述】 核医学是指利用放射性同位素诊断或治疗疾病或进行医学研究的技术。医院开展核医学工作，应符合法律、法规、规章、标准等要求。			
216. 医院开展核医学工作，应符合法律、法规、规章、标准等要求。（8 分）	1. 医院开展核医学工作应具有经核准登记的医学影像科诊疗科目。开展的核医学诊疗项目满足患者诊疗需求。 2. 医院依法取得《放射诊疗许可证》（许可项目：核医学）、《辐射安全许可证》《放射性药品使用许可证》等。 3. 核医学工作场所的布局便于开展工作，避免无关人员通过。控制区、监督区设置合理，管理措施落实到位。应按照非密封源工作场所分级规定进行分级，并采取相应防护措施。 4. 核医学工作场所按照相应标准设置多重安全联锁系统、剂量监测系统、影像监控、对讲装置和固定式剂量监测报警装置。设有专门的放射性同位素分装、注射、储存场所，放射性废物屏蔽设备和存放场所；配备活度计、放射性表面污染监测仪。	查阅资料 现场检查 调查访谈 数据核查 系统追踪 模拟操作	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
216. 医院开展核医学工作，应符合法律、法规、规章、标准等要求。（8 分）	5. 合理配备具备相应资质的核医学诊疗工作相关的工作人员，岗位职责明确。对工作人员进行上岗前、在岗期间和离岗时的健康检查，定期进行专业及防护知识培训，并分别建立个人剂量、职业健康管理和教育培训档案。 6. 遵守相应的操作规范、规程，有防止放射性同位素污染人体、设备、工作场所和环境的具体措施；按照有关标准的规定对接受体内放射性药物诊治的患者进行控制，避免其他患者和公众受到超过允许水平的照射。 7. 开展放射性粒子植入治疗技术临床应用，应符合《放射性粒子植入治疗技术临床应用管理规范（2022 年版）》要求。 8. 具有影像引导技术设备和放射粒子治疗计划系统。严格掌握放射性粒子治疗技术的适应症和禁忌症。实施肿瘤放射性粒子植入治疗技术前签署知情同意书。 9. 建立放射性粒子入库、库存、出库登记制度，保证放射性粒子来源去向可追溯。建立放射性粒子遗落、丢失、泄漏等情况的应急预案。 10. 按照要求设定并规范监测放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标。 11. 有放射性废物污染事故应急预案并定期演练。医用放射性废物管理按照国家有关法律、法规、标准和规定执行。 12. 科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅资料 现场检查 调查访谈 数据核查 系统追踪 模拟操作	
217. 医院开展脑电图、肌电图、心电图等特殊诊疗技术，应符合国家法律、法规、规章、标准等要求。特殊检查室设计及空间区域划分应符合特殊检查需求。			
【概述】 医院开展脑电图、肌电图、心电图等特殊诊疗技术，应符合国家法律、法规、规章、标准等要求，并与《医疗机构执业许可证》登记的医学影像科诊疗科目相一致。特殊检查室设计及空间区域划分应符合特殊检查需求。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
217. 医院开展脑电图、肌电图、心电图等特殊诊疗技术，应符合国家法律、法规、规章、标准等要求。特殊检查室设计及空间区域划分应符合特殊检查需求。（6 分）	1. 脑电图、肌电图、心电图等特殊诊疗技术，应符合国家法律、法规、规章、标准等要求，满足临床诊疗工作需求。特殊检查室设计及空间区域划分应符合特殊检查需求。 2. 医院开展脑电图、肌电图、心电图等特殊诊疗服务项目，应与《医疗机构执业许可证》登记的医学影像科诊疗科目相一致。 3. 医院对脑电图、肌电图、心电图等特殊检查部门的各级各类人员有明确的资质与能力要求，岗位职责明确。人员数量、人员梯队与所承担的工作任务相适应。医务人员知晓本岗位职责和履职要求。 4. 根据法律、法规和行业指南，建立健全特殊诊疗技术的诊疗方案及操作流程，建立质控标准，并有效落实。 5. 有突发事件应急预案并定期组织演练。 6. 科室有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅资料 现场检查 调查访谈 员工操作	
五十八、病理管理与持续改进（40 分）			
依据但不限于： 《使用有毒物品作业场所劳动保护条例》（自 2002 年 5 月 12 日起施行） 《工作场所职业病危害警示标识》（GBZ158－2003，2003. 12. 1 实施） 《传染病病人或疑似传染病病人尸体解剖查验规定》（自 2005 年 9 月 1 日起施行） 《关于印发病理科建设与管理指南（试行）的通知》（卫办医政发〔2009〕31 号，自 2009 年 3 月 6 日起执行） 《实验室生物安全通用要求》（GB19489－2008，2009. 7. 1 实施） 《危险化学品安全管理条例》（2013 年 12 月 7 日修订） 《关于印发麻醉等 6 个专业质控指标（2015 年版）的通知》（国卫办医函〔2015〕252 号，2015. 3. 31） 《综合医院建筑设计规范》（GB51039－2014，2015. 8. 1 实施） 《关于印发三级综合医院医疗服务能力指南（2016 年版）的通知》（国卫办医函〔2016〕936 号，2016. 8. 29） 《关于印发病理诊断中心基本标准和管理规范（试行）的通知》（国卫医发〔2016〕65 号，2016. 11. 21） 《中华人民共和国职业病防治法》（2018 年 12 月 29 日修改） 《工作场所职业卫生管理规定》（自 2021 年 2 月 1 日起施行） 《中华人民共和国消防法》（2021 年 4 月 29 日修正） 《中华人民共和国固体废物污染环境防治法》（2020 年 4 月 29 日修订，自 2021 年 9 月 1 日起施行） 《中华人民共和国医师法》（自 2022 年 3 月 1 日起施行） 《医疗机构管理条例》（2022 年 3 月 29 日修订，自 2022 年 5 月 1 日起施行）		

评审标准	评审要点	评审方法	得分
218. 病理科独立、集中设置，统一管理。建筑布局、功能流程等符合要求。病理科人员配备和岗位设置满足病理检查全流程及支持保障的需要，岗位职责明确。开展的病理检查与诊断项目满足临床工作需求。病理科仪器、设备、设施等配置符合相应规范标准。			
【概述】 病理科是疾病诊断的重要科室，负责对取自人体的各种器官、组织、细胞、体液及分泌物等标本，通过大体和显微镜观察，运用免疫组织化学、分子生物学、特殊染色以及电子显微镜等技术进行分析，结合患者的临床资料，做出疾病的病理诊断。病理科应独立、集中设置，统一管理。其建筑布局、功能流程等符合要求。人员配备和岗位设置满足病理检查全流程及支持保障的需要，岗位职责明确。开展的病理检查与诊断项目满足临床工作需求。病理科仪器、设备、设施等配置符合相应规范标准。			
218. 病理科独立、集中设置，统一管理。建筑布局、功能流程等符合要求。病理科人员配备和岗位设置满足病理检查全流程及支持保障的需要，岗位职责明确。开展的病理检查与诊断项目满足临床工作需求。病理科仪器、设备、设施等配置符合相应规范标准。（15 分）	1. 医院应重视和加强病理科的建设和管理，具备与其功能、任务和规模相适应的场所、设施、设备和人员等条件。 2. **病理科须设置在独立的区域，自成一区。实施集中设置、统一管理。（5 分）** 3. 病理科建筑布局、功能流程、区域划分及区域内房间设置、人物及洁污流向等符合生物安全、感染防控、传染病防控、医院卫生学等要求。 4. 病理科区域划分明确，区域内房间设置合理，满足工作需求。在醒目位置规范设置警示标识。 规范设置标本接收室、报告发放室、标本检材室、标本存放室、组织脱水室、常规病理技术室、术中快速病理检查与诊断室、细胞病理技术室、免疫组织化学染色技术室、组织化学染色技术室、核酸原位杂交室、荧光原位杂交室、临床基因扩增检验实验室、危化品库房、污物间等。有条件的可设置细胞培养室、流式细胞实验室、染色体核型分析室等。 病理诊断室、会诊室（远程会诊、疑难病例病理会诊）、病理档案室等设置合理。 结合实际设置男、女更衣室（含卫生间等）、值班室、库房、多功能室、主任办公室、污物间等。 5. 病理科宜邻近手术部。结合实际**设置标本预处理室**（紧邻手术部，通过具有互锁功能的传递窗传递、交接离体组织；使用面积 > 16 ㎡）。亦可**设置内部专用升降梯，**传送离体组织。 6. 病理科人员配备和岗位设置满足病理检查全流程及支持保障的需要，岗位职责明确，管理规范。病理科专业技术人员取得相应专业技术职务任职资格。病理医师按照每百张病床配备 1 ~ 2 人；病理技术人员和辅助人员按照与医师 1:1 的比例配备。	查阅资料 现场检查 调查访谈	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
218. 病理科独立、集中设置，统一管理。建筑布局、功能流程等符合要求。病理科人员配备和岗位设置满足病理检查全流程及支持保障的需要，岗位职责明确。开展的病理检查与诊断项目满足临床工作需求。病理科仪器、设备、设施等配置符合相应规范标准。（15 分）	7. 开展的病理检查与诊断项目满足临床工作需求。包括但不限于活体组织病理检查与诊断、细胞病理检查与诊断、术中快速病理检查与诊断、病理学会诊、分子病理学检查与诊断等。开展的关键技术包括但不限于免疫组织化学染色、组织化学染色、原位杂交、基于 PCR 和基因测序（获得“临床基因扩增检验实验室技术验收合格证书”）等技术的组织/细胞中病原体基因检测、肿瘤精准诊断和精准治疗相关基因检测。结合实际开展尸体解剖病理检查。 8. 病理科仪器、设备、设施等配置符合相应规范标准，满足病理检查、质控工作和职业安全防护需要。 9. 科室（部门）有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅资料 现场检查 调查访谈	
219. 建立健全并落实病理科规章制度、安全程序、标准操作流程和技术操作规范；病理档案保存和管理规范。制定生物安全事故和危险品、危险设施等意外事故的预防措施和应急预案。			
219. 建立健全并落实病理科规章制度、安全程序、标准操作流程和技术操作规范；病理档案保存和管理规范。制定生物安全事故和危险品、危险设施等意外事故的预防措施和应急预案。（5 分）	1. 建立健全并落实病理科规章制度、安全程序、标准操作流程和技术操作规范，保证病理检查与诊断质量。因诊断需要取自人体的组织应按病理送检项目要求，及时完整送病理科检查。科研项目取材遵循相关伦理原则，明确离体组织取材权限，满足病理诊断检测质量要求。 2. 病理科各项技术操作规范健全。包括但不限于： （1）病理标本接收。 （2）病理组织标本检材。 （3）病理组织脱钙处理。 （4）病理组织脱水。 （5）病理组织包埋。 （6）病理组织石蜡切片及染色。 （7）术中新鲜病理组织标本检材（术中快速冰冻病理诊断报告发出前，禁止有其他目的的标本采集行为）。	查阅资料 现场检查 调查访谈 员工操作 模拟操作 模拟演练	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
219. 建立健全并落实病理科规章制度、安全程序、标准操作流程和技术操作规范。病理档案保存和管理规范。制定生物安全事故和危险品、危险设施等意外事故的预防措施和应急预案。（5 分）	（8）快速冷冻切片及染色。 （9）病理细胞学制片及染色。 （10）细针穿刺细胞学检查。 （11）病理细胞包埋块制作、切片及染色。 （12）组织化学染色。 （13）免疫组织化学染色。 （14）免疫荧光检测。 （15）荧光原位杂交（FISH）检测。 （16）荧光定量 PCR 检测。 （17）组织/细胞 HPV 检测。 （18）基因测序。 （19）病理诊断。 3. 规范落实查对制度： —**接收病理检查申请单时，**核查申请单填写是否齐全、临床诊断及检查目的是否清楚。 —**标本接收和检材时，**核对申请单号码与标本号码是否一致、标本号码与病理编码是否唯一。 —**检材后病理医师与技术人员交接时，**核对病理编号和数量。 —**出片时，**核对切片编号及数量是否正确。 —**切片观察和出具报告时，**核对患者姓名、病区（科室）、床号、住院号、送检材料和部位是否与病理申请单一致。 —**外借病理切片时，**再次核对患者姓名、病理号和病理诊断是否正确。 —**还片时，**核对会诊意见是否与原诊断一致，并做好记录。 4. 病理档案保存和管理规范。组织切片、蜡块和阳性细胞涂片保存期限为 15 年，阴性细胞涂片保存期限为 1 年。存放符合要求；切片标签清晰、无霉变，蜡块标示清晰、无融化变形及虫蚀。 5. 有生物安全事故和危险品、危险设施等意外事故的预防措施和应急预案。 6. 科室（部门）有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅资料 现场检查 调查访谈 员工操作 模拟操作 模拟演练	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
220. 病理诊断报告及时、准确、规范，严格执行审核制度。建立病理与临床沟通机制，提供便捷、及时的诊断报告信息检索查询服务。			
【概述】 病理诊断报告质量是医疗质量的重要组成部分，有病理诊断报告规范及完成时限要求，确保病理诊断报告及时、准确和规范。建立病理与临床沟通机制，满足临床服务需求和解决临床诊疗困难，根据临床需求开展相应服务，提供便捷、及时的诊断报告信息检索查询服务。			
220. 病理诊断报告及时、准确、规范，严格执行审核制度。建立病理与临床沟通机制，提供便捷、及时的诊断报告信息检索查询服务。（5 分）	1. 病理诊断报告及时、准确、规范，严格执行审核制度。 2. 对病理诊断报告内容与格式有明确规定。包括但不限于： 病理号、患者姓名、性别、年龄、送检科室（病区）、门诊号和（或）住院号；标本取材部位、标本的大体描述（或大体图像）、镜下描述（或显微图像）和病理诊断；报告医师、审核医师签名，报告时间（细化到分钟）。 病理诊断报告内容的表述和书写准确和完整，用中文或者国际通用的规范术语。 3. 病理诊断与临床诊断不符合时，特别是涉及病变部位或病变性质的，需重新审核。 4. 病理诊断报告时限符合要求。 —穿刺、内窥镜钳取活检的小标本，自接收标本起，≤3 个工作日发出病理诊断报告；其他类型标本自接收标本起，≤5 个工作日发出病理诊断报告；细胞病理标本自接收标本起，≤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。 —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（以此类推顺延）。 5. 对细胞学筛查与细胞学诊断有相关的制度与流程；有细胞学标本采集的相关技术操作规范。穿刺细胞学标本的采集，由具备操作资质的病理医师或临床医师执行，并严格执行无菌技术操作规程。 6. 规范落实会诊制度。	查阅资料 现场检查 调查访谈 员工操作 模拟操作 模拟演练	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
220. 病理诊断报告及时、准确、规范，严格执行审核制度。建立病理与临床沟通机制，提供便捷、及时的诊断报告信息检索查询服务。(5 分)	7. 建立临床沟通机制，提供便捷、及时的病理检查信息服务。 8. 病理科具有覆盖病理检查全流程的病理信息化管理系统，包括病理标本管理、病理标本检材、各种技术工作管理、各种医嘱管理、病理诊断报告管理与传输、信息报送、质量控制、数字切片管理、远程会诊等，并为临床提供便捷及时的病理检查信息服务。 9. 科室（部门）有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅资料 现场检查 调查访谈 员工操作 模拟操作 模拟演练	
221. 落实病理全面质量管理与改进制度，开展病理室内质量控制和室间质量评价。			
【概述】 病理科建立全面质量管理和持续改进机制，开展室内质量控制和室间质量评价，记录可追溯。			
221. 落实病理全面质量管理与改进制度，开展病理室内质量控制和室间质量评价。(12 分)	1. 执行病理全面质量管理与改进制度，规范开展病理室内质量控制和室间质量评价；落实全面质量管理与改进措施。 2. 建立质量管理记录，包括标本接收、储存、处理、病理技术、病理诊断、报告发放以及试剂、耗材、仪器使用和校准，室内质量控制、室间质量评价结果等内容。质量管理记录保存期限至少为 2 年。 3. 有病理检查申请单书写的相关规定要求。包括但不限于患者姓名、性别、年龄、住院号、送检科室（病区）、日期；患者临床病史和其他（检验、影像）检查结果、手术所见及临床诊断；取材部位、标本名称及件数；既往曾做过病理检查者，需注明病理号和病理诊断结果；结核、肝炎、HIV 等传染性标本，需注明。送检医师姓名、联系方式等。妥善保存病理检查申请单。 4. 明确从病理标本采集到标本安全运送至病理科的相关规定与流程。有标本采集、固定、送达时间记录（精确到分钟）及标本交接的相关规定与程序。 5. 建立标本管理制度与流程。组织标本离体后应立即全部送检、且勿擅自剖开，并及时固定，组织标本离体到固定时间不宜超过 30 分钟。因科研工作需要新鲜组织标本，必须遵循医学伦理原则，在满足病理诊断的前提下由病理医师酌情取材。标本使用 10% 中性缓冲福尔马林固定液固定，确保标本全置于固定液之中。标本固定袋、容器配置符合要求，标识齐全。有完整的标本登记交接资料。	查阅资料 现场检查 调查访谈 数据核查 系统追踪	

评审标准	评审要点	评审方法	得分
221. 落实病理全面质量管理与改进制度，开展病理室内质量控制和室间质量评价。（12 分）	6. 建立组织标本预处理制度。空腔脏器、实质性脏器及实质性肿瘤组织标本必须按照规范及时剪开或切开，固定过夜，次日取材。 7. 病理标本检查和取材规范，有质控措施和记录。有病理医师承担标本检查和取材的相关制度与流程。取材后剩余的标本在标本储存柜中妥善保存至病理报告发出后 2 周。 8. 常规病理制片应规范操作，有质量控制措施和记录。有蜡块、切片、取材工作记录单三项核对的规定与程序。针对不同组织（如小活检、骨组织、淋巴结等），优化制片及染色流程，保证切片质量。 9. 落实相关制度与措施，保证术中快速冷冻切片（含快速石蜡切片）病理诊断及时、规范、准确。 10. 落实组织化学染色、免疫组织化学染色操作规范的相关制度与流程。 11. 有保证分子病理检查的操作规范和流程。 12. 加强质量控制和管理，认真开展室内质量控制，指定专（兼）职人员负责病理质量控制和管理。 13. 按规定参加病理检查项目室间质量评价，每年至少参加一次，并获得合格证书。 14. 按照要求制定并规范监测病理专业医疗质量控制指标。采用医疗质量管理工具进行科学管理，加强质控指标应用和医疗质量安全数据的收集、分析、反馈。以医疗质量安全情况为循证依据，开展针对性改进。 15. 科室（部门）有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅资料 现场检查 调查访谈 数据核查 系统追踪	
222. 按照有关规定建立病理科工作环境保护及人员职业安全防护制度，环境保护及人员职业安全防护符合规定。			
【概述】 按照国家法律法规和行业规范，保障病理科工作环境安全、生物安全和消防安全，并做好工作人员的职业安全和患者安全。			

评审标准	评审要点	评审方法	得分
222. 按照有关规定建立病理科工作环境保护及人员职业安全防护制度，环境保护及人员职业安全防护符合规定。（3 分）	1. 病理科按照生物防护级别配备必要的安全设备和个人防护用品，保证工作人员能够正确使用。 2. 病理检材室应按照“P2”级实验室设计，应有单独的非手触式流动水洗手池、洗手液及干手设施，洗眼器、冲淋装置、职业暴露处理箱；工作结束后进行卫生洗手及淋浴。病理科工作人员职业安全防护用品配置齐全，着装规范。 3. 制定并执行病理科工作环境安全保护相关规定。病理检材室（含病理标本存放室）应安装专业的空气净化设施设备；室内空气中甲醛浓度符合相关规定。组织脱水室、组织病理技术室、细胞病理技术室及病理档案室等有良好的通风及排毒设施，室内空气中甲醛和二甲苯浓度符合相关规定。 4. 落实《工作场所职业卫生管理规定》，委托具有相应资质的职业卫生技术服务机构，每年至少对病理科进行一次职业病危害因素检测，每 3 年至少进行一次职业病危害现状评价。 5. 有对工作中产生的化学性废物统一回收的制度与程序，并应交由具备相应资质的医疗废物处置单位或者危险废物处置单位等进行处置。严禁随意倾倒入下水道。 6. 建立完善并落实病理科危险化学品管理制度。 7. 建立病理科人员职业健康监护档案，定期进行体检。 8. 科室（部门）有自查、分析，对存在问题有整改；主管部门有检查、分析、反馈。持续改进有成效。	查阅资料 现场检查 调查访谈 员工操作 模拟操作 模拟演练	