三级医院评审标准(2025年版)
西藏自治区实施细则

西藏自治区卫生健康委
2025年10月

目　录

标准修订与使用说明 ..... - 1 -
第一部分　前置要求 ..... - 5 -
第二部分　医疗服务能力与质量安全监测指标 ..... - 8 -
第一章　资源配置与运行数据指标 ..... - 8 -
一、床位配置 ..... - 8 -
二、卫生技术人员配备 ..... - 9 -
三、部分科室资源配置 ..... - 12 -
四、运行指标 ..... - 26 -
五、科研指标 ..... - 30 -
六、信息化指标 ..... - 32 -
第二章　医疗服务能力与医院质量安全指标 ..... - 32 -
一、医疗服务能力 ..... - 32 -
二、医院质量安全指标 ..... - 35 -
三、医疗安全指标（年度医院获得性指标） ..... - 61 -
第三章　重点专业质量控制指标 ..... - 86 -
一、临床检验专业医疗质量控制指标（国卫办医政函〔2025〕333 号） ..... - 86 -
二、临床用血质量控制指标（国卫办医函〔2019〕620 号） ..... - 93 -
三、呼吸内科专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2019〕854 号） ..... - 99 -
四、产科专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2019〕854 号） ..... - 109 -
五、神经系统疾病医疗质量控制指标（国卫办医函〔2020〕13 号） ..... - 116 -
六、肾病专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2020〕13 号） ..... - 159 -
七、护理专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2020〕654 号） ..... - 182 -
八、药事管理专业医疗质量控制指标（国卫办医政函〔2025〕333 号） ..... - 195 -
九、病案管理质量控制指标（国卫办医函〔2021〕28 号） ..... - 207 -
十、心血管系统疾病相关专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2021〕70 号） - 224 -
十一、超声诊断专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2022〕161 号） ..... - 277 -
十二、康复医学专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2022〕161 号） ..... - 285 -
十三、临床营养专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2022〕161 号） ..... - 296 -
十四、麻醉专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2022〕161 号） ..... - 302 -
十五、肿瘤专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2023〕66 号） ..... - 316 -
十六、感染性疾病专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2023〕404 号） .... - 374 -
十七、健康体检与管理专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2023〕404 号） - 379 -
十八、疼痛专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2023〕404 号） ..... - 383 -
十九、整形美容专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2023〕404 号） ..... - 390 -
二十、急诊医学专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2024〕150 号） ..... - 394 -
二十一、脑损伤评价医疗质量控制指标（国卫办医函〔2024〕150 号） ..... - 403 -
二十二、病理专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2024〕150 号） ..... - 409 -
二十三、放射影像专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2024〕150 号） .... - 415 -
二十四、门诊管理医疗质量控制指标（国卫办医函〔2024〕150 号） ..... - 418 -
二十五、医院感染管理医疗质量控制指标（国卫办医函〔2024〕150 号） .... - 424 -
二十六、重症医学专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2024〕338 号） .... - 431 -
第四章　单病种（术种）质量控制指标 ..... - 441 -
第五章　重点医疗技术临床应用质量控制指标 ..... - 450 -
一、限制类技术 ..... - 450 -
国家限制类技术临床应用管理规范（2022 年版） ..... - 452 -
二、人体器官捐献、获取与移植技术 ..... - 506 -
三、其他重点医疗技术质量控制指标 ..... - 555 -

标准修订与使用说明

一、标准修订说明

《三级医院评审标准（2022年版）》及其实施细则公布实施以来，在指导我区加强医院评审管理、规范评审行为、引导医院自我管理和健康可持续发展等方面发挥了重要作用。近年来，国家和自治区相关数据收集平台日臻成熟，为进一步使用日常监测、客观指标、定量数据开展评审奠定了基础。为指导我区持续做好医院评审工作，保障医院评审工作要求与现行管理政策一致，充分发挥医院评审相关指标在推动医院加强日常管理、提升医疗质量安全水平等方面的作用，同时落实中办、国办印发的《整治形式主义为基层减负若干规定》精神，按照国家卫健委《三级医院评审标准（2025年版）》，在我区2022年版评审标准及其实施细则基础上，制定了《三级医院评审标准（2025年版）西藏自治区实施细则》。本细则切实减轻医院评审工作负担，补充更新了近两年来新出台的法律法规规章和政策文件要求，对部分通用术语和编码进行修订完善，优化调整了功能定位、床位规模、科室设置、科研要求、医防融合、舆情管理、行风建设等方面的内容和指标，取消了“现场检查”部分。

本标准共两个部分98节235条指标。其中前置要求部分5节32条指标，主要为医院依法执业、落实功能定位和公益性要求、加强安全管理的情况；医疗服务能力与质量安全监测指标部分93节203条1307款指标，包括资源配置与运行、医疗服务能力与医院质量安全、重点专业质量控制、单病种（术种）质量控制、重点医疗技术临床应用质量控制等日常监测指标。标准中引用的疾病名称与ICD-10编码采用国家卫健委发布的《疾病分类与代码国家临床版2.0（2022汇总版）》；手术名称与ICD-9-CM-3编码采用《手术操作分类代码国家临床版3.0（2022汇总版）》。

二、标准使用说明

（一）本标准适用于全区三级医院，二级医院可参照使用。三级公立医院原则上应当由自治区、市级政府举办。少数经济发展水平高、人口基数大或区域卫生规划的县（市、区），可以由县级政府或与地市级政府共同举办三级公立医院。三级医院应当坚持高标准建设，参照“十大功能定位”要求（十大功能定位：区域内群众危重症转诊会诊中心、突发事件紧急医学救援中心、帮扶基层医疗卫生机构的支持

中心、医务人员进修培训首选中心、落实深化医改任务的改革中心、开展一二三级预防的防治结合中心、中西医并重的融合中心、以健康需求和应用为导向的科技创新中心、维护公益性和遵纪守法的示范中心、承担指令性任务的执行中心），落实好“大病不出自治区”的目标任务。

（二）评审周期为4年。医院在评审周期内不得发生违反前置要求的情形。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。自治区卫生健康委员会负责全区三级医院的评审，二级甲等医院的终审；各地市卫生健康委员会负责辖区二级甲等医院的初评，二级乙等医院的评审。各级卫生健康行政部门应当在收到医院提交的评审申请材料后，向有关部门和社会公开征询参评医院是否存在前置要求所列情形，征询时间不少于7个工作日。

（三）在符合前置要求的前提下，数据统计周期为全评审周期。具体参照以下原则执行：

1.纳入指标数量。一是第一部分前置条款指标部分全部纳入评审。二是第二部分医疗服务能力与质量安全监测指标部分91节154条792款指标纳入评审，其中26个重点专业质量控制指标中纳入25个，55个单病种（术种）质量控制指标纳入26个病种（术种）。三是提供国家医疗质量安全改进目标相关医疗服务的医院，必须将相关国家医疗质量安全改进目标全部纳入；开展限制类医疗技术、人体器官捐献、获取和移植技术的医院，必须将“重点医疗技术临床应用”相关指标纳入。

2.数据采信原则。一是行业政策在评审周期内发布的，数据从政策发布的第二年完整取值，当年不计入统计。二是按日、月、季获取的数据，采用均值计算当年的年度数据；按年度获取的数据，直接采用。三是需要将同一指标不同年份的多个数据合并时，按照以下规则采信：

（1）规模类和配比类指标的中位数和最后一年的数据必须达标；

（2）连续监测指标的数据趋势呈与管理目标方向一致的或呈波动型的，采用中位数或平均数；数据趋势呈与管理目标方向相反的，采用最差的数据。

3.符合判断原则。对规模类和配比类指标，按照“全或无”规则，比如“护床比”，达到标准认为符合，否则认为不符合；连续监测指标，按照“区间赋分兼顾持续改进”的原则，根据全区基线情况判定

是否符合。具体判定原则如下：

（1）指标导向“符合标准”类判定原则：此类指标是国家卫健委及相关法律、法规、条例、规范、指南、专业要求等公开公示文件中明确的定量指标，参评医院规模类和配比类指标最后一年的数据必须达标，符合相关标准即判定为符合，否则为不符合；

（2）指标导向“监测比较”类判定原则：此类指标按照“区间赋分兼顾持续改进”的原则，通过监测数据变化判定符合与不符合；

（3）指标导向“逐步提高”类判定原则：此类指标是国家卫健委及相关法律、法规、条例、规范、指南、专业要求、基线数据等明确要求逐年提高，且此类数据密切关联患者安全与医疗质量，评审周期内此类数据逐年提升或最后一年达到国家相关专业质量控制要求或数据变化最后一年数据高于评审周期内数据均值即判定为符合，否则为不符合；

（4）指标导向“逐步降低”类判定原则：此类指标是国家卫健委及相关法律、法规、条例、规范、指南、专业要求、基线数据等明确要求逐年降低，且此类数据密切关联患者安全和医疗质量，评审周期内此类数据逐年降低或最后一年达到国家相关专业质量控制要求或数据变化最后一年数据低于评审周期内数据均值即判定为符合，否则为不符合；

4.其他特殊说明：一是按照千日统计的数据在评审周期内合并，不再按照年度填报。二是医院新开展业务数据采集从开展业务次月开始统计。三是医院未设中医科，但设有藏医科，将藏医科数据纳入中医科统计。四是因不可抗力因素导致参评医院某年度数据出现较大波动，该年度数据仅作参考，不纳入判定计算值。五是检验、病理等与第三方合作的检查项目数据予以采信。

（四）全区等级医院评审通过线上数据审核，线下数据核查的方式，稳妥有序推进。三级医院评审结果判定为甲等的，评审条款符合比例不得低于纳入指标的90%；判定为乙等的，评审条款符合比例不得低于纳入指标的80%；二级医院评审结果判定为甲等的，评审条款符合比例不得低于纳入指标的60%；判定为乙等的，评审条款符合比例不得低于纳入指标的50%。

（五）全区等级医院评审通过还原数据路径、多维度验证等适当方式，从数据生成、数据采集、数据治理、数据分析、数据报告等多个环节进行评审数据核查，聚焦数据真实性、准确性，坚持“可疑”

数据优先原则，科学确定数据核查指标，兼顾章节和评审周期内各年份均衡性，核查条款数量比例不低于20%。评审采信的医院提供数据值与核查数据值差距在10%以上（含正负）、医院无法提供原始数据或被认定为虚假数据的均视为错误数据。错误数据条款占核查条款数量超过10%的，按照违反前置要求第三节第（五）条处理。

第一部分　前置要求

一、床位规模和科室设置

（一）未达到《医疗机构管理条例》及其实施细则或不符合区域卫生发展规划、医疗机构执业许可证、医疗机构基本标准所要求的条件。

（二）三级综合医院未按规定设置儿科、感染性疾病科、病理科、老年医学科，以及公共卫生科（职能科室）或者预防保健科等直接从事疾病预防控制工作的科室。

（三）在评审标准发布后，违反医疗机构设置规划和《关于规范公立医院分院区管理的通知》，新增规模导致总床位数、单体院区床位数、分院区数量超标的，不予评审。在评审标准发布前，医院的总床位数、单体院区床位数、分院区数量超标的，应当经省级卫生健康行政部门评估后，视情参加或不予评审。

（四）未落实医疗机构疾病预防控制责任，未在公立医院设立专兼职疾控监督员。

二、依法执业和规范服务

（一）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，诊疗活动超出诊疗科目登记范围；政府举办的医疗卫生机构与其他组织投资设立非独立法人资格的医疗卫生机构，与社会资本合作举办营利性医疗卫生机构；医疗卫生机构对外出租、承包医疗科室；公立医院承包、出租药房，向营利性企业托管药房，以任何形式开设营利性药店；非营利性医疗卫生机构向出资人、举办者分配或变相分配收益。

（二）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。

（三）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。

（四）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。

（五）违反《人体器官捐献和移植条例》，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。

（六）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。

（七）违反《中华人民共和国传染病防治法》《中华人民共和国生物安全法》《中华人民共和国食品安全法》《突发公共卫生事件应急条例》，造成传染病传播、流行或其他严重后果；或其他重大违法违规事件，造成严重后果或情节严重；设立病原微生物实验室未依法取得批准或者进行备案；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）；未依法履行传染病、食源性疾病报告等法定职责，造成严重后果。

（八）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。

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

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

（十二）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。

（十三）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。

（十四）其他从事非法代孕、出具虚假出生医学证明、违规收受红包回扣、泄露患者隐私等违法违规事件，造成严重后果或情节严重。

三、公益性责任和行风诚信

（一）应当完成而未完成万名医师下乡、三级医院对口帮扶、高海拔帮扶、县域医共体、对口支援、组团帮扶、巡回医疗、援外医疗、突发公共事件医疗救援、公共卫生任务等政府指令性工作。

（二）应当执行而未执行国家基本药物制度和分级诊疗政策。

（三）医院领导班子发生1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。

（四）未按照《中华人民共和国预算法》等法律法规相关要求加强医院财务和收支管理，出现经济运行风险并造成严重后果；发生重大价格或收费违法事件，以及恶意骗取医保基金。

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

（六）未贯彻落实《医务人员职业道德准则（2025年版）》，在评审周期内发生违反医务人员职业道德事件，造成重大社会影响。

四、安全管理与重大事件

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

（二）发生重大医院感染事件或者实验室生物安全事件，造成严重后果。

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

（四）发生瞒报、漏报重大医疗过失事件的行为。

（五）发生大规模医疗数据泄露或其他重大网络安全事件，造成严重后果。

（六）发生重大不良舆情，造成重大社会影响。

五、综合管理

（一）未落实公立医院绩效考核相关工作要求。

（二）三级医院未达到电子病历系统应用水平分级评价4级及以上（国家卫生健康委医院管理研究所智慧医院分级评价平台评价结果的基础上以省级现场复核通报为准）；二级医院未达到电子病历系统应用水平分级评价3级及以上（国家卫生健康委医院管理研究所智慧医院分级评价平台评价结果为准）。

第二部分　医疗服务能力与质量安全监测指标

第一章　资源配置与运行数据指标

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】

是指由卫生健康行政部门核定的床位数，即编制床位数。

【计算方法】医疗机构执业许可证（副本）登记的床位数为准。

【指标说明】

《医疗机构基本标准（试行）》（1994 年版）：三级综合医院住院床位总数应在 500 张以上或符合区域卫生规划。

【指标意义】

反映医疗机构级别和规模。

【指标导向】符合标准

【数据来源】医院填报

（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、监护床、超过六个月加床、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】监测比较

【数据来源】医院填报

（三）总床位数、单体院区床位数、分院区数量及本评审周期内新增量

【指标属性】定量指标

【计量单位】张

【指标定义】

单体医院总床位数、单体院区床位数、分院区数量及本评审周期内新增量，单体医院床位数之和≤核定床位数。

【指标说明】

在评审标准发布后，违反医疗机构设置规划和《关于规范公立医院分院区管理的通知》，新增规模导致总床位数、单体院区床位数、分院区数量超标的，不予评审。在评审标准发布前，医院的总床位数、单体院区床位数、分院区数量超标的，应当经省级卫生健康行政部门评估后，视情参加或不予评审。

【指标导向】符合标准

【数据来源】医院填报

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】

是指统计周期内医院卫生技术人员数与实际开放床位数的比值。

【计算方法】

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

【指标说明】

（1）分子：卫生技术人员包括医、药、护、技四类在岗人员，包含行政后勤科室中仍从事相关技术工作上述四类人员。

（2）在岗人员即在编及合同制人员、返聘和临聘本单位六个月及以上人员，不包括离退休人员、退职人员、离开本单位仍保留劳动关系人员、返聘和临聘不足六个月人员。

【指标意义】

卫生技术人员与实际开放床位之比≥1.15：1

【指标导向】符合标准

【数据来源】国家三级公立医院绩效监测平台

【信息化提取建议】医院人力资源管理信息系统

（二）全院护士人数与开放床位数比

【指标属性】定量指标

【计量单位】比值（X：1）

【指标定义】

是指医院所配备的执业护士人数与统计周期内医院实际开放床位数的比值。

【计算方法】

$$\text{全院护士人数与开放床位数比}=\frac{\text{医院执业护士总人数}}{\text{同期医院实际开放床位数}}$$

【指标说明】

（1）分子：依据国家卫生健康委办公厅《护理专业医疗质量控制指标（2020年版）》，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、其他护理岗位护士、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）本手册中临床护理岗位包括病房、门急诊、手术室、血液净化、助产、特检科等岗位的护士及护士长；护理管理岗位包括护理部人员、科护士长、护士长；其他护理岗位包括供应室、培训中心、静配中心、营养科、院感科等岗位的护士及护士长。

【指标意义】

反映医院实际开放床位和护理人力的匹配关系，评价医疗机构基本护理人力配备情况。

国家卫生计生委办公厅颁布的《三级综合医院医疗服务能力指南（2016年版）》（国卫办医函〔2016〕936号）中明确提出，护理岗位人员与实际开放床位之比≥0.5∶1。

【指标导向】符合标准

【数据来源】国家三级公立医院绩效监测平台

【信息化提取建议】医院人力资源管理信息系统

（三）病区护士人数与开放床位数比

【指标属性】定量指标

【计量单位】比值（X∶1）

【指标定义】

是指医院所配备的病区执业护士人数与统计周期内病区开放床位数的比值。

【计算方法】

$$\text{病区护士人数与开放床位数比}=\frac{\text{医院病区执业护士总人数}}{\text{同期医院实际开放床位数}}$$

【指标说明】

《护理专业医疗质量控制指标（2020年版）》中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）。

分子：医院所有病区护理岗位的执业护士总人数，包括各个病区在护理岗位的病产假等各类休假护士、外出进修护士。

纳入群体：临床护理岗位、护理管理岗位、护理岗位的返聘护士、护理岗位的休假护士。

排除群体：未取得护士执业资格人员、未在本院注册的护士。

【指标意义】

反映病区实际开放床位和护理人力的匹配关系。评价病区基本护理人力配备情况。

国家卫生健康委办公厅《国家卫生健康委办公厅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）中提出，二级及以上医院全院病区护士与实际开放床位比≥0.4：1。

【指标导向】符合标准

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院人力资源管理信息系统

（四）医院感染管理专职人员数与开放床位数比

【指标属性】定量指标

【计量单位】比值（1：X）

【指标定义】

指医院配备的感染管理专职人员数与医院实际开放床位数的比值。

【计算方法】

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

【指标说明】

医院感染管理专职人员数是指医疗机构中专门从事医院感染相关监测、督查、指导、培训及管理的医务人员。

【指标意义】

（1）卫生部《医院感染监测标准》（中华人民共和国卫生行业标准WS/T312—2023）中要求每150～200张实际使用病床配备1名感控专职人员。

（2）国务院联防联控机制综合组《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）要求，非定点医院原则上按照每150-200张实际使用病床（含口腔综合治疗台）配备1名专职感控人员。100张以下实际使用病

床配备 2 名专职感控人员；100-500 张实际使用病床配备不少于 4 名专职感控人员；500 张以上实际使用病床，根据医疗机构类别，按照每增加 150-200 张实际使用病床增配 1 名专职感控人员；各科室应当至少指定 1 名医务人员，作为本科室的兼职感控人员，鼓励同时配备兼职感控医师和护士；实际使用病床数多于 50 张的科室，应当每 50 张床至少配备 1 名兼职感控人员。其他传染病医疗救治定点医疗机构感控人员配备数量，参照定点医院要求执行。

【指标导向】符合标准

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院人力资源管理信息系统

（五）药学专业技术人员数与卫生专业技术人员数比

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

是指药学专业技术人员数占同期医疗机构卫生专业技术人员总数的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

药学专业技术人员是指按照有关规定取得药学专业任职资格的由医疗机构聘任的在职在岗人员。

【指标意义】

反映医疗机构药学专业技术人员配备情况，是药事管理质量的重要结构性指标。医疗机构药学专业技术人员不得少于本机构卫生专业技术人员的 8%或每百张床配备（6-8）名药学专业技术人员。建立静脉用药调配中心（室）的，医疗机构应当根据实际需要另行增加药学专业技术人员数量。

【指标导向】符合标准

【数据来源】国家三级公立医院绩效监测平台

【信息化提取建议】医院人力资源管理系统提取

三、部分科室资源配置

（一）儿科

1.儿科医师数占比

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

监测年度医院儿科医师数量占全院同期医师总数的比例。

【计算方法】

$$\text{儿科医师数占比} = \frac{\text{医院注册的儿科医师数}}{\text{全院同期医师总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：监测年度医院注册的儿科专业医师（助理医师）的数量，即国家医疗机构、医师、护士电子化注册系统（简称电子化注册系统）显示已激活状态并在册的儿科专业医师的数量。

（2）分母：全院同期医师总数指监测年度医院注册医师（助理医师）总数，即电子化注册系统显示已激活状态并在册的医师总数。

（3）儿科专业医师数量可通过电子化注册系统查询、统计。儿科专业医师均需要在系统中完成注册激活且在医院执业。

（4）注册医师（助理医师）以主要执业机构进行统计。

（5）参加规范化培训的医师和未变更主要执业机构的进修人员，均不列入统计范围。

【指标意义】

反映当前儿科医师人力配备情况。

《“十三五”全国卫生计生人才发展规划》中七项主要任务之一是加强急需紧缺专业人才队伍建设，包括中医药，以及儿科、病理、麻醉、重症医学等各类急需紧缺专业。《“十四五”卫生健康人才发展规划》指出要突出特色，加强中医药人才队伍建设；要重点加强重症、肿瘤、心脑血管、呼吸、消化、感染、儿科、麻醉、影像、病理、检验等临床专（学）科人才培养和建设，带动诊疗能力和水平提升。《关于推进儿童医疗卫生服务高质量发展的意见》（国卫医政发〔2024〕1号）提出，到2025年，完善功能明确、布局合理、规模适当、富有效率的国家、区域、省、市、县级儿童医疗卫生服务体系。儿科医疗资源配置和服务均衡性逐步提高，每千名儿童拥有儿科执业（助理）医师数达到0.87人、床位数达到2.50张，儿童医疗卫生服务能力不断提升。

【指标导向】监测比较

【数据来源】国家三级公立医院绩效监测平台

【信息化提取建议】医师电子化注册系统

（二）精神科

1.三级甲等综合医院应当设置精神科

2.精神科医师数占比

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

监测年度医院精神科医师数量占全院同期医师总数的比例。

【计算方法】

$$\text{精神科医师数占比} = \frac{\text{医院注册的精神科在岗医师数}}{\text{全院同期医师总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：监测年度医院注册的精神科专业医师（助理医师）的数量，即国家医疗机构、医师、护士电子化注册系统（简称电子化注册系统）显示已激活状态并在册的精神科专业医师的数量。

（2）分母：全院同期医师总数指监测年度医院注册医师（助理医师）总数，即电子化注册系统显示已激活状态并在册的医师总数。

（3）精神科专业医师数量可通过电子化注册系统查询、统计。精神专业医师均需要在系统中完成注册激活且在医院执业。

（4）注册医师（助理医师）以主要执业机构进行统计。

（5）参加规范化培训的医师和未变更主要执业机构的进修人员，均不列入统计范围。

【指标意义】

反映当前精神科医师人力配备情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】国家三级公立医院绩效监测平台

【信息化提取建议】医师电子化注册系统

（三）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】

是指急诊医学科固定在岗（本院）医师人数占同期急诊在岗医师人数的比例。

【计算方法】

固定急诊医师人数占急诊在岗医师人数的比例

$$= \frac{\text{急诊医学科固定在岗（本院）医师人数}}{\text{同期急诊医学科在岗医师人数}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）固定在岗（本院）医师人数是指急诊医学科定科执业医师人数。

（2）急诊医学科在岗医师人数是指急诊医学科实际在岗执业医师人数。

【指标意义】

反映当前急诊医学科医师人力配备情况。

卫生部《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）第十六条：急诊科应当有固定的急诊医师，且≥在岗医师的75%，医师梯队结构合理。

【指标导向】符合标准

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院人力资源管理信息系统

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】

是指统计周期内急诊医学科固定执业护士人数占急诊医学科在岗执业护士人数比例。

【计算方法】

固定急诊护士人数占急诊在岗护士人数的比例

$$= \frac{\text{急诊医学科固定执业护士人数}}{\text{同期急诊医学科在岗执业护士人数}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：指急诊医学科定科执业护士人数。

（2）分母：除包含分子外还包括转科、临时帮忙、借调等。均包括急诊医学科的病产假等各类休假护士、外出进修护士。

【指标意义】

反映当前急诊医学科护理人力配备情况，评价急诊医学科基本护理人力资源配备情况，可进行同级别医院横向比较。

卫生部《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）第十八条：急诊科应当有固定的急诊护士，且不少于在岗护士的75%，护士结构梯队合理。

【指标导向】符合标准

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院人力资源管理信息系统

（四）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】

是指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】

重症医学科开放床位数占医院开放床位数的比例

$$= \frac{\text{重症医学科开放床位数}}{\text{同期医院实际开放床位数}} \times 100\%$$

【指标说明】

重症医学科指符合《重症医学科建设与管理指南》（卫办医政发〔2009〕23号）建设要求，由具有重症医学执业资格的重症医学专业人员管理的独立重症医学科(综合ICU)。不包括(内科或外科ICU)、心血管重症监护病房（CCU）、儿科重症监护病房（PICU）等重症监护病房（室）。

【指标意义】

临床专科发展水平是医院医疗服务能力的重要标志，该指标反映医院收治重症患者的能力。

国家卫健委关于印发《关于加强重症医学医疗服务能力建设的意见》国卫医政发〔2024〕14号的通知，推动重症医学科建设对提高危重疾病诊疗能力，完善国家公共卫生体系具有重大意义。重症医学科病床数量应符合医院功能任务和实际收治重症患者的需要，三级综合医院重症医学科床位数为医院病床总数的2%-4%，床位使用率以75%为宜，全年床位使用率平均超过85%时，应该适度扩大规模。重症医学科每天至少应保留1张空床以备应急使用。

【指标导向】符合标准

【数据来源】国家三级公立医院绩效监测平台

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】

是指重症医学科医师人数与重症医学科开放床位数的比值。

【计算方法】

重症医学科医师人数与重症医学科开放床位数比

$$= \frac{\text{重症医学科医师人数}}{\text{同期重症医学科实际开放床位数}}$$

【指标说明】

（1）重症医学科医师人数是指执业范围为重症医学专业的定科医师人数。

（2）重症医学科开放床位数是指综合 ICU 开放床位数。

【指标意义】

反映重症医学科实际开放床位和医师人力的匹配关系，确保重症医学科配置合理的人力资源。

卫生部《办公厅关于印发〈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）第七条：重症医学科必须配备足够数量、受过专门训练、掌握重症医学的基本理念、基础知识和基本操作技术，具备独立工作能力的医护人员。其中医师人数与床位数之比结合实际情况至少大于等于 0.6：1 以上。

【指标导向】符合标准

【数据来源】国家三级公立医院绩效监测平台

【信息化提取建议】医院人力资源管理信息系统

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】

是指重症医学科所配备的执业护士人数与统计周期内重症医学科实际开放床位数的比值。

【计算方法】

重症医学科护士人数与重症医学科开放床位数比

$$= \frac{\text{重症医学科职业护士人数}}{\text{同期重症医学科实际开放床位数}}$$

【指标说明】

分子：医院重症医学科岗位的执业护士人数，包括重症医学科岗位的病产假等各类休假护士、外出进修护士。

排除：未取得护士执业资格人员、未在本院注册的护士。

【指标意义】

反映重症医学科实际开放床位和护理人力的匹配关系。评价重症医学科基本护理人力资源配备情况，可进行同级别医院横向比较。

卫生部办公厅《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）第七条：重症医学科必须配备足够数量、受过专门训练、掌握重症医学的基本理念、基础知识和基本操作技术，具备独立工作能力的医护人员。护士人数与床位数之比应为2.5—3∶1以上。

【指标导向】符合标准

【数据来源】国家三级公立医院绩效监测平台

【信息化提取建议】医院人力资源管理信息系统

（五）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】

是指麻醉科固定在岗（本院）医师数与同期实施麻醉的手术间数的比值。

【计算方法】

$$\text{麻醉科医师数与手术间数比} = \frac{\text{麻醉科固定在岗（本院）医师总数}}{\text{同期实施麻醉的手术间数}}$$

【指标意义】

反映医疗机构麻醉医疗质量的重要结构性指标之一。应满足麻醉科医师人数与手术间数比≥1.5∶1。

【指标导向】符合标准

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院人力资源管理信息系统

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】

是指麻醉科固定在岗（本院）医师总数与同期麻醉科日均完成全身麻醉总数的比值。

【计算方法】

麻醉科医师数与日均全麻手术台次比 $=\frac{\text{麻醉科固定在岗（本院）医师总数}}{\text{同期麻醉科日均全麻手术例数}}$

【指标意义】

反映医疗机构人力资源配置、医师工作强度的指标。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院人力资源管理信息系统

3.麻醉科医师和手术科室医师比

【指标属性】定量指标

【计量单位】比值（1∶X）

【指标定义】

是指麻醉科固定在岗医师总数与同期手术科室医师总数的比值。

【计算方法】

麻醉科医师数与手术科室医师比 $=\frac{\text{麻醉科固定在岗医师总数}}{\text{同期手术科室医师总数}}$

【指标意义】

反映医疗机构麻醉科人力资源配置情况。《国家卫生健康委办公厅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）》中要求：三级综合医院麻醉科医师和手术科室医师比例逐步达到1∶3，开展手术室外麻醉（无痛诊疗）、日间手术麻醉、椎管内分娩镇痛、麻醉科门诊等工作应满足1∶3，未开展上述业务的应满足1∶4；二级及以下综合医院可根据诊疗情况合理确定比例，但不低于1∶5。专科医院以满足医疗服务需求为原则合理确定比例。麻醉科门诊的医师应当具备主治医师及以上专业技术资格。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院人力资源管理信息系统

4.手术间麻醉护士与实际开放手术台的数量比

【指标属性】定量指标

【计量单位】比值（X∶1）

【指标定义】

是指手术间麻醉护士人数与同期实际开放手术台数的比值。

【计算方法】

手术间麻醉护士与实际开放手术台的数量比 $=\frac{\text{手术间麻醉护士人数}}{\text{同期实际开放手术台数}}$

【指标意义】

反映医疗机构麻醉护士工作强度的指标。《国家卫生健康委办公厅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）》中关于麻醉专科护理工作要求：二级及以上医院麻醉科应加强专科护理队伍建设，提高麻醉护理服务专业化水平，手术间麻醉护士与实际开放手术台的数量比≥0.5：1。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院人力资源管理信息系统

（六）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】

是指中医科实际开放床位数占同期医院实际开放床位数的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

中医科开放床位数是指中医科实际开放床位数。二级综合医院和藏医院合并的可按此标准执行，否则不作要求。

【指标意义】

卫生部国家中医药管理局印发的《综合医院中医临床科室基本标准》（国中医药发〔2009〕6号）中要求，设立中医/藏医病床，床位数不低于医院标准床位数的3%。

【指标导向】符合标准

【数据来源】医院填报

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】

是指中医科中医类别医师人数与同期中医科实际开放床位数的

比值。

【计算方法】

中医科中医类别医师人数与中医科开放床位数比

$$= \frac{\text{中医科中医类别医师人数}}{\text{同期中医科实际开放床位数}}$$

【指标说明】

卫生部、国家中医药管理局《关于医师执业注册中执业范围的暂行规定》（卫医发〔2001〕169号）中中医类别医师包括中医、民族医、中西医结合医师。

国家中医药管理局《关于修订中医类别医师执业范围的通知》（国中医药发〔2006〕52号）对《关于医师执业注册中执业范围的暂行规定》（卫医发〔2001〕169号）中中医类别（包括中医、民族医、中西医结合）医师执业范围进行修订，在原有的中医类别医师执业范围中增设“全科医学专业”。

【指标意义】

卫生部国家中医药管理局印发的《综合医院中医临床科室基本标准》（国中医药发〔2009〕6号）要求每床至少配备0.4名中医类别医师。

【指标导向】符合标准

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院人力资源管理信息系统

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】

是指中医科执业护士人数与同期中医科实际开放床位数的比值。

【计算方法】

中医科护士人数与中医科开放床位数比 $= \frac{\text{中医科执业护士人数}}{\text{同期中医科实际开放床位数}}$

【指标说明】

分子：医院中医科岗位的执业护士总人数，包括中医科的病产假等各类休假护士、外出进修护士。

排除：未取得护士执业资格人员、未在本院注册的护士。

【指标意义】

反映中医科实际开放床位和护理人力的匹配关系。了解当前中医

科床位的护理人力配备情况，评估中医科基本护理人力资源配备情况，可进行同级别医院横向比较。

《综合医院中医临床科室基本标准》（国中医药发〔2009〕6号）中要求每床至少配备0.4名护士。

【指标导向】符合标准

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院人力资源管理信息系统

（七）康复医学科

1.康复科开放床位数占医院开放床位数的比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

是指康复医学科实际开放床位数占同期医院实际开放床位数的比例。

【计算方法】

康复科开放床位数占医院开放床位数比例

$$= \frac{\text{康复医学科实际开放床位数}}{\text{同期医院实际开放床位数}} \times 100\%$$

【指标说明】

康复科开放床位数是指康复医学科实际开放床位数。

【指标意义】

《综合医院康复医学科基本标准（试行）》（卫医政发〔2011〕47号）对三级综合医院康复医学科的要求：根据需求和当地康复医疗服务网络设定床位，应为医院总床位数的2%-5%，每床使用面积不少于6平方米，床间距不少于1.2米。

【指标导向】符合标准

【数据来源】医院填报

2.康复科医师人数与康复科开放床位数比

【指标属性】定量指标

【计量单位】比值（X：1）

【指标定义】

是指康复医学科医师人数与同期康复医学科实际开放床位数的比值。

【计算方法】

$$\text{康复科医师人数与康复科开放床位数比} = \frac{\text{康复医学科医师人数}}{\text{同期康复医学科实际开放床位数}}$$

【指标说明】

（1）康复科医师人数是指康复医学科执业医师定科人数。

（2）康复科开放床位数是指康复医学科实际开放床位数。

【指标意义】

《综合医院康复医学科基本标准（试行）》（卫医政发〔2011〕47号）要求，每床至少配备0.25名医师。

【指标导向】符合标准

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院人力资源管理信息系统

3.康复科康复师人数与康复科开放床位数比

【指标属性】定量指标

【计量单位】比值（X:1）

【指标定义】

是指康复医学科康复师人数与康复医学科实际开放床位数的比。

【计算方法】

$$\text{康复科康复师人数与康复科开放床位数比} = \frac{\text{康复医学科康复师人数}}{\text{同期康复医学科实际开放床位数}}$$

【指标说明】

（1）康复师人数是指康复医学科治疗师总人数。

（2）康复科开放床位数是指康复医学科实际开放床位数。

【指标意义】

《综合医院康复医学科基本标准（试行）》（卫医政发〔2011〕47号）要求，结合实际情况每床至少配备0.3名康复治疗师。

【指标导向】符合标准

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院人力资源管理信息系统

4.康复科护士人数与康复科开放床位数比

【指标属性】定量指标

【计量单位】比值（X:1）

【指标定义】

是指康复医学科所配备的执业护士人数与同期康复医学科实际开放床位数的比值。

【计算方法】

康复科护士人数与康复科开放床位数比 $= \frac{\text{康复医学科执业护士人数}}{\text{同期康复医学科实际开放床位数}}$

【指标说明】

分子:康复医学科执业护士人数是指康复医学科执业护士定科人数，包括康复医学科岗位的病产假等各类休假护士、外出进修护士。

【指标意义】

《综合医院康复医学科基本标准（试行）》（卫医政发〔2011〕47号）要求，每康复医学科病床至少配备0.3名护士。

【指标导向】符合标准

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院人力资源管理信息系统

（八）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】

是指感染性疾病科固定医师人数占同期感染性疾病科在岗医师人数的比例。

【计算方法】

固定医师人数占感染性疾病科在岗医师人数比

$= \frac{\text{感染性疾病科固定医师人数}}{\text{同期感染性疾病科在岗医师人数}} \times 100\%$

【指标说明】

（1）分子：指感染性疾病科执业医师定科人数。

（2）分母：指感染性疾病科实际在岗执业医师人数。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院人力资源管理信息系统

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】

是指感染性疾病科固定执业护士人数与同期感染性疾病科在岗执业护士人数的比例。

【计算方法】

固定护士人数占感染性疾病科在岗护士人数的比例

$$= \frac{\text{感染性疾病科固定执业护士人数}}{\text{同期感染性疾病科所有在岗执业护士人数}} \times 100\%$$

【指标说明】

感染性疾病科固定护士人数是指感染性疾病科执业护士定科人数。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院人力资源管理信息系统

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】

是指感染性疾病科实际开放床位数占同期医院实际开放床位数的比例。

【计算方法】

感染性疾病科开放床位数占医院开放床位数的比例

$$= \frac{\text{感染性疾病科实际开放床位数}}{\text{同期医院实际开放床位数}} \times 100\%$$

【指标导向】监测比较

【数据来源】国家三级公立医院绩效监测平台

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】

是指可转换感染性疾病床位数占同期医院开放床位数的比例。

【计算方法】

可转换感染性疾病床位数占医院开放床位数的比例

$$= \frac{\text{可转换感染性疾病床位数}}{\text{同期医院实际开放床位数}} \times 100\%$$

【指标说明】

可转换感染性疾病床位是指除感染性疾病开放床位外，符合或简易改造后符合“三区两通道”要求的床位。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

（九）全科医学科

1.三级甲等综合医院应当设置全科医学科

四、运行指标

（一）相关手术科室年手术人次占其出院人次比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

是指外科相关科室手术人次数占同期其出院患者人次数的比例。

【计算方法】

相关手术科室年手术人次占其出院人次比例

$$= \frac{\text{外科相关科室手术人次数}}{\text{同期其出院患者人次数}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）本指标相关手术科室统计范围为外科相关科室，产科及内科手术科室暂不统计。

（2）分子：外科相关科室手术人次数是指外科相关科室手术（含介入）人次数。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者，按1人次统计。

（3）分母：同期其出院患者手术人次数统计方法同分子。

【指标意义】

反映医疗机构外科科室收治病种结构及手术能力。《三级综合医院医疗服务能力指南（2016年版）》（国卫办医函〔2016〕936号）：年外科手术人次占外科出院人次比例≥65%。

【指标导向】符合标准

【数据来源】病案首页

（二）核定床位使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

统计周期内，实际占用总床日数与核定床位总床日数的比率

【计算方法】

$$\text{核定床位使用率} = \frac{\text{同期内实际占用的总床日数}}{\text{卫生行政部门批准的核定床位总床日数}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）本指标反映床位资源的利用效率。

（2）分子：统计周期内所有出院患者住院天数之和。

（3）分母：统计周期内卫生行政部门批准的核定床位数×统计周期内天数。

【指标意义】

反映医疗机构在区域内床位使用情况、医院运营状况、医疗服务能力、医院工作负荷。

【指标导向】监测比较

【数据来源】国家三级公立医院绩效监测平台

（三）开放床位使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

是指每天使用床位与实有床位的比率，即实际占用的总床日数与实际开放的总床日数之比。

【计算方法】

$$开放床位使用率=\frac{实际占用总床日数}{实际开放总床日数}\times 100\%$$

【指标说明】

（1）实际占用总床日数指医院各科室每日夜晚12点钟实际占用病床数（即每日夜晚12点钟的住院人数）总和。包括实际占用的临时床位，患者入院后于当晚12点钟以前死亡或者因故出院所占用的床位。不论该床是否被病人占用，都应计算在内。包括消毒和小修理等暂停使用的病床，超过半年的加床。不包括因病房扩建或大修而停用的病床及临时增设病床（半年以内）。

（2）《三级综合医院医疗服务能力指南（2016年版）》（国卫办医函〔2016〕936号）：年床位使用率 93%-97%，结合我区实际情况≥80%。

【指标意义】

床位使用率反映所设置病床实际使用频度的指标，用以衡量医院病床利用情况。

【指标导向】符合标准

【数据来源】国家三级公立医院绩效监测平台

（四）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】

在统计周期内，“人员支出占业务支出比重”以“人员经费占比”表述，即统计周期内人员经费占医疗活动费用的比例。

【计算方法】

$$人员经费占比=\frac{人员经费}{医疗活动费用}\times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：人员经费包括医院全部人员发生的费用（不含财政项目拨款经费和科教经费中人员发生的费用）。

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

（3）财政项目拨款经费和科教项目经费支付的人员劳务费、专家咨询费等人员经费不在本指标计算范围内。

（4）人员经费占比：根据《关于印发〈政府会计制度——行政事业单位会计科目和报表〉的通知》（财会〔2017〕25号）、《关于印发医院执行《政府会计制度——行政事业单位会计科目和报表》的补充规定和衔接规定的通知》（财会〔2018〕24号）有关要求，全国行政事业单位从2019年1月1日起执行《政府会计制度》。其中，关于收入、支出类会计科目的表述发生变化。根据《政府会计制度——行政事业单位会计科目和报表》和财务年报表保持一致的要求，在本考核年度，“人员支出占业务支出比重”以“人员经费占比”表述。

【指标意义】

《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）提出，建立起维护公益性、调动积极性、保障可持续的运行新机制。探索制定公立医院绩效工资总量核定办法，着力体现医务人员技术劳务价值，合理确定医务人员收入水平，并建立动态调整机制，做到多劳多得、优绩优酬，重点向临床一线、业务骨干、关键岗位以及支援基层和有突出贡献的人员倾斜。《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）、《关于进一步完善医疗卫生服务体系的意见》要求，改革薪酬分配制度，落实“允许医疗卫生机构突破现行事业单位工资调控水平，允许医疗服务收入扣除成本并按规定提取各项基金后主要用于人员奖励”

要求，合理确定、动态调整公立医院薪酬水平，合理确定人员支出占公立医院业务支出的比例。建立主要体现岗位职责和知识价值的薪酬体系，实行以岗定责、以岗定薪、责薪相适、考核兑现。在核定的薪酬总量内，公立医院可采取多种方式自主分配。医院可自主设立体现医疗行业特点、劳动特点和岗位价值的薪酬项目，充分发挥各项目的保障和激励作用，更加注重发挥薪酬制度的保障功能。《国务院办公厅关于印发〈深化医药卫生体制改革 2024 年重点工作任务〉的通知》（国办发〔2024〕29 号）要求深化公立医院薪酬制度改革。研究制定关于医疗服务收入内涵与薪酬制度衔接的办法。注重医务人员稳定收入和有效激励，进一步发挥薪酬制度的保障功能。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】国家三级公立医院绩效监测平台

（五）出院患者四级手术占比

【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四级手术台次数占同期出院患者手术台次数的比例。

【计算方法】

$$出院患者四级手术比例=\frac{出院患者四级手术台次数}{同期出院患者手术台次数}\times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：出院患者四级手术台次数是指出院患者住院期间实施四级手术和按照四级手术管理的介入诊疗人数之和。四级手术是指风险高、过程复杂、难度大的手术。参阅《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）。本指标四级手术参照国家公立医院绩效考核《四级手术目录》。

（2）分母：同期出院患者手术台次数是指出院患者手术（含介入）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者，按 1 人统计。

【指标意义】

《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）提出医疗机构应当开展与其级别和诊疗科目相适应的手术。三级医院重点开展三、四级手术。《关于印发控制公立医院医疗费用不合理增长的若干意见》（国卫体改发〔2015〕

89 号）要求对手术类型构成比进行监测比较，通过四级手术占比，衡量医院住院患者中实施复杂难度大的手术的情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】国家三级公立医院绩效监测平台

（六）病例组合指数（CMI）

【指标属性】定量指标

【计量单位】无

【指标定义】

CMI（病例组合指数）是医疗机构收治患者总权重与同期出院患者总例数之比。

【计算方法】

病例组合指数（CMI）

$$= \frac{\sum_{i=i}^{n} \text{（医疗机构某 DRG 组权重 X 该医疗机构该 DRG 的病例数）}}{\text{该医疗机构全体病例数}}$$

【指标说明】

数据来源于住院患者病案首页，利用 DRG 分组器计算

（1）分子：先计算医疗机构某病种组权重×该病种组例数得到该病种组合指数，医疗机构所有病种组合指数相加之和为该指标分子。

（2）分母：统计周期内，医疗机构入组总病例数。

【指标意义】

主要反映医疗机构的疾病收治难度。

【指标导向】监测比较

【数据来源】国家三级公立医院绩效监测平台

【信息化提取建议】从国家三级公立医院绩效考核系统、病案首页提取数据，利用 DRG 分组器计算。

五、科研指标

（一）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】元

【指标定义】

监测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】

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

【指标说明】

（1）分子：科研成果转化总金额是指监测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”。

（2）分母：此处卫生技术人员包括医、药、护、技四类在岗人员，包含从事临床或监督工作并同时从事管理工作的上述四类人员。

【指标意义】

该指标监测医院去规模化和创新成果应用能力。《关于加强卫生与健康科技成果转移转化工作的指导意见》（国卫科教发〔2016〕51号）指出，科技成果转移转化是卫生与健康科技创新的重要内容，是加强科技创新和卫生与健康事业发展紧密结合的关键环节，对推进“健康中国”建设具有重要意义。《国务院关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18号）强调推进推动科技成果转化，所获收益主要用于对作出重要贡献的人员给予奖励。健全职务发明制度。依托现有资源建设一批国家中医药临床研究和科技成果孵化转化基地，制定一批中医特色　诊疗方案，转化形成一批中医药先进装备、中药新药。加快发展商业健康保险，促进医疗新技术进入临床使用。《国家卫生健康委国家中医药管理局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）强调完善医学创新激励机制和以应用为导向的成果评价机制。依托国家医学中心和国家区域医疗中心建设一批高水平的医药、医疗设备和器械的临床研究基地和科研成果转化基地。支持公立医院牵头或参与联合建立研发机构、科研成果转移转化中心。《国家卫生健康委关于推动临床专科能力建设的指导意见》（国卫医政发〔2023〕22号）要求推动医疗技术创新发展。充分利用临床专科建设工　作中多学科融合的优势，围绕重大疾病和关键技术，以解决临床实际问题为导向，加强临床诊疗技术创新、应用研究和成果转化。有条件的医疗机构应当进一步强化临床与基础研究交叉融合、医工交叉融合等跨领域联合攻关，争取在再生医学、精准医疗、生物医学新技术等前沿热点领域取得突破，并实现高效转化，产出新技术、新产品、新药物、新疗法，促进科技自立自强。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院科研管理系统

六、信息化指标

（一）医院信息平台与自治区统筹区域全民健康信息等平台互通共享情况

【指标属性】定性指标

【指标说明】

为持续推进我区等级医院评审工作，加强建设公立医院绩效考核监测系统、等级医院评审系统等为核心的医院信息化建设，实现医院信息平台与自治区统筹区域全民健康信息平台互通共享。

【指标意义】

医院信息化建设作为现代医院发展的核心支柱和关键能力，医院信息平台与自治区统筹区域全民健康信息等平台互通共享，是促进全区卫生健康事业高质量发展的核心。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

第二章　医疗服务能力与医院质量安全指标

一、医疗服务能力

（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】

收治病种数量是指医疗机构诊治疾病编码覆盖 ICD-10 数量（以 ICD-10 四位亚目计算）。

【计算方法】

收治病种数量以主要诊断的 ICD-10 编码前四位汇总计算。

【指标说明】

住院患者病案首页主要诊断编码覆盖 ICD-10 数量（按照四位数计算）

【指标意义】

反映医疗机构的诊治服务范围。

【指标导向】监测比较

【数据来源】病案首页

（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】
住院术种数量是指医疗机构手术及操作编码覆盖 ICD-9-CM-3 数量（以 ICD-9-CM-3 四位亚目计算）。
【计算方法】
手术操作以 ICD-9-CM-3 编码前 4 位汇总计算。
【指标说明】
住院患者病案首页所有手术操作编码覆盖 ICD-9-CM-3 前四位数量。
【指标意义】
主要反映医疗机构的手术服务范围。
【指标导向】监测比较
【数据来源】病案首页

（三）DRG-DRGs 组数

【指标属性】定量指标
【计量单位】个
【指标定义】
DRG-DRGs 组数是指医疗机构收治病例的 DRG 组的总数。
【计算方法】利用 DRG 分组器，计算产生的 DRG 分组组数。
【指标说明】利用 DRG 分组器，对病案首页中的数据进行 DRG 分组，计算覆盖的 DRG 组的数量。
【指标意义】
反映医疗机构收治疾病的范围。
【指标导向】监测比较
【数据来源】病案首页

（四）DRG-CMI

【指标属性】定量指标
【计量单位】无
【指标定义】
CMI（病例组合指数）是医疗机构收治患者总权重与同期出院患者总例数之比。
【计算方法】
病例组合指数（CMI）

$$= \frac{\sum_{i=i}^{n} \text{（医疗机构某 DRG 组权重 X 该医疗机构该 DRG 的病例数）}}{\text{该医疗机构全体病例数}}$$

【指标说明】

数据来源于住院患者病案首页，利用 DRG 分组器计算

（1）分子：先计算医疗机构某病种组权重×该病种组例数得到该病种组合指数，医疗机构所有病种组合指数相加之和为该指标分子。

（2）分母：统计周期内，医疗机构入组总病例数。

【指标意义】

主要反映医疗机构的疾病收治难度。

【指标导向】监测比较

【数据来源】病案首页

（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】

DRG 时间指数代表医疗机构治疗同类疾病所消耗的时间资源。

【计算方法】

DRG 时间指数

$$= \frac{\sum_{i=i}^{n} \text{（医疗机构各 DRG 组平均住院日 X 该医疗机构该 DRG 的病例数）}}{\text{该医疗机构全体病例数}}$$

【指标说明】

计算步骤：

①计算区域各 DRG 组的平均住院日；

②计算医疗机构各 DRG 组的平均住院日；

③计算医疗机构各 DRG 组平均住院日之比；

医疗机构各 DRG 组平均住院日比＝医疗机构各 DRG 组平均住院日/区域各 DRG 组平均住院日。

【指标意义】

利用 DRG 时间指数评价医疗机构的绩效，反映医疗机构的服务效率。

如果医疗机构治疗疾病的住院时间越长，则医疗机构的 DRG 时间指数就会越大。如果计算值在 1 左右表示接近平均水平；小于 1，表示医疗住院时间较短；大于 1，表示住院时间较长。

【指标导向】监测比较

【数据来源】病案首页

（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】

DRG 费用指数代表医疗机构治疗同类疾病所消耗的费用。

【计算方法】

$$\text{DRG 费用指数} = \frac{\sum_{i=i}^{n} \text{（医疗机构某 DRG 组费用比 X 该医疗机构该 DRG 的病例数）}}{\text{该医疗机构全体病例数}}$$

【指标说明】

计算步骤：

①计算区域各 DRG 组的平均费用；

②计算医疗机构各 DRG 组的平均费用；

③计算医疗机构各 DRG 组费用比；

医疗机构各 DRG 组费用比＝医疗机构各 DRG 组平均费用/区域各 DRG 组平均费用。

【指标意义】

利用 DRG 费用指数评价医疗机构的绩效，考核医疗机构治疗同类疾病所花费的费用。

如果医疗机构治疗疾病的住院花费越多，则医疗机构的 DRG 费用指数就会越大。如果计算值在 1 左右表示接近平均水平；小于 1，表示医疗费用较低；大于 1，表示医疗费用较高。

【指标导向】监测比较

【数据来源】病案首页

二、医院质量安全指标

（一）医疗质量安全核心制度落实情况

1.患者入院 48 小时内转科的比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

入院 48 小时内转科患者人次数占同期入院患者总人次数的比例。

【计算方法】

患者入院 48 小时内转科的比例 ＝

$$\frac{\text{入院48小时内专科患者人次数}}{\text{同期入院患者总人次数}}\times 100\%$$

【指标说明】

本指标不包括患者转入/转出ICU的情况。

【指标意义】

反映首诊医师和首诊科室对患者病情评估的充分性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院HIS系统。

2.患者入院8小时内查房率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

入院8小时内开具检查或治疗医嘱的患者人次数占同期入院患者总人次数的比例。

【计算方法】

患者入院8小时内查房率

$$=\frac{\text{入院8小时内开具检查或治疗医嘱的患者人次数}}{\text{同期入院患者总人次数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映查房的及时性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院HIS系统

3.上级医师查房记录规范率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

住院患者病历中上级医师查房记录规范、完整的病例数量占同期住院患者病例总数量的比例。

【计算方法】

上级医师查房记录规范率

$$=\frac{\text{住院患者病历中上级医师查房记录规范、完整的病例数量}}{\text{同期住院患者病例总数量}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映三级查房制度落实情况、查房记录的规范性和查房质量。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

4.住院患者非计划手术率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

行非计划手术的住院患者人次数占同期住院患者总人次数的比例。

【计算方法】

$$\text{住院患者非计划手术率}=\frac{\text{行非计划手术的住院患者人次数}}{\text{同期住院患者总人次数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映查房的质量。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院手麻系统

5.急会诊及时到位率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

急会诊请求发出后，10 分钟内到达现场的急会诊次数占同期急会诊总次数的比例。

【计算方法】

$$\text{急会诊及时到位率}=\frac{\text{急会诊请求发出后，10 分钟内到位的急会诊次数}}{\text{同期急会诊总次数}}\times 100\%$$

【指标说明】

急会诊范围包括当患者罹患疾病超出本科室诊疗范围和处置能力，且经评估可能随时危及生命，需要院内其他科室医师立刻协助诊疗、参与抢救所发出的会诊申请。

【指标意义】

反映急会诊制度执行的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

6.急会诊有效率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

急会诊后开具相关医嘱的次数占同期急会诊总次数的比例。

【计算方法】

$$急会诊有效率=\frac{急会诊后开具相关医嘱的次数}{同期急会诊总次数}\times 100\%$$

【指标说明】

本指标中急会诊后开具相关医嘱情况统计方法为在申请急会诊后 40 分钟内开具相关医嘱。

【指标意义】

反映急会诊意见的有效性和急会诊申请的合理性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

7.普通会诊及时完成率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

普通会诊 24 小时内完成次数占同期普通会诊总次数的比例。

【计算方法】

$$普通会诊及时完成率=\frac{普通会诊\ 24\ 小时内完成次数}{同期普通会诊总次数}\times 100\%$$

【指标说明】

病历中会诊医师电子签章时间即为会诊完成时间。

【指标意义】

反映普通会诊制度执行的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

8.普通会诊有效率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

普通会诊结束后开具相关医嘱的次数占同期普通会诊总次数的比例。

【计算方法】

$$普通会诊有效率=\frac{普通会诊结束后开具相关医嘱的次数}{同期普通会诊总次数}\times 100\%$$

【指标说明】

本指标中普通会诊结束后开具相关医嘱情况统计方法为在申请普通会诊后 24 小时内开具相关医嘱。

【指标意义】

本指标中普通会诊结束后开具相关医嘱情况统计方法为在申请普通会诊后 24 小时内开具相关医嘱。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

9.手术患者特级护理/一级护理出院率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

手术患者出院时为特级护理/一级护理级别的患者数量占同期手术患者总数量的比例。

【计算方法】

手术患者特级护理/一级护理出院率

$$=\frac{手术患者出院时为特级护理/一级护理的患者数量}{同期手术患者总数量}\times 100\%$$

【指标意义】

反映对住院患者进行分级护理动态调整的情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

10.四级手术患者手术当日床旁交接班占比

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

四级手术患者手术当日进行床旁交接班的患者数量占同期进行四级手术的患者总数量的比例。

【计算方法】

四级手术患者当日床旁交接班占比

$$= \frac{\text{四级手术患者当日进行床旁交接班的患者数量}}{\text{同期进行四级手术的患者总数量}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）本指标中四级手术是指按各医疗机构制定的本机构手术分级管理目录中按四级手术管理的手术/操作。

（2）手术当日进行床旁交接班应当具备相关纸质或影像记录。

【指标意义】

反映交接班制度落实和管理情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

11.非计划再次（住院+手术患者）疑难病例讨论完成率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

对非计划再次（住院+手术患者）进行疑难病例讨论的数量占同期非计划再次（住院+手术）的数量的比例。

【计算方法】

非计划再次（住院+手术患者）疑难病例讨论完成率

$$= \frac{\text{对非计划再次（住院+手术患者）进行疑难病例讨论数量}}{\text{同期非计划再次（住院+手术）的数量}} \times 100$$

【指标意义】

反映疑难病例讨论制度落实和管理情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

12.非计划再次（住院+手术患者）疑难病例讨论记录完整率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

对非计划再次（住院+手术患者）进行疑难病例讨论并将讨论结论记入病历的数量占同期对非计划再次（住院+手术患者）进行疑难病例讨论的数量的比例。

【计算方法】

非计划再次（住院+手术患者）疑难病例讨论记录完整率

$$=\frac{\text{对非计划再次（住院+手术患者）进行疑难病例讨论并将结论计入病历的数量}}{\text{同期非计划再次（住院+手术患者）进行疑难病例讨论的数量}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映疑难病例讨论制度落实和管理情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

13.高额异常费用患者进行疑难病例讨论的占比

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

对产生高额异常费用患者进行疑难病例讨论的数量占同期高额异常费用患者数量的比例。

【计算方法】

高额异常费用患者进行疑难病例讨论的占比

$$=\frac{\text{对产生高额异常费用患者进行疑难病例讨论的数量}}{\text{同期高额异常费用患者数量}}\times 100\%$$

【指标说明】

高额异常费用患者是指一个住院周期内产生的医疗费用在20万元以上的患者(各地可根据本辖区实际情况划定高额异常费用患者的费用额度）。

【指标意义】

反映疑难病例讨论制度落实和管理情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

14.急危重症患者抢救成功率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

急危重症患者抢救成功的例次数占同期急危重症患者抢救的总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{急危重症患者抢救成功率}=\frac{\text{急危重症患者抢救成功的例次数}}{\text{同期急危重症患者抢救的总例次数}}\times 100\%$$

【指标说明】

本指标中抢救成功指急危重患者经抢救后存活超过24小时或存

活至下一次抢救开始。

【指标意义】

反映急危重症患者救治质量。

【指标导向】监测比较

【数据来源】病案首页

15.术前讨论完成率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

完成术前讨论的手术例数占同期手术总例数的比例。

【计算方法】

$$术前讨论完成率=\frac{完成术前讨论的手术例数}{同期手术总例数}\times 100\%$$

【指标说明】

除以抢救生命为目的的急诊手术外，术前讨论完成时间晚于手术医嘱开具时间和手术同意书签署时间的病例视为未完成术前讨论。

【指标意义】

反映术前讨论完成情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

16.术者参加术前讨论率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

术者参加术前讨论的手术例数占同期进行术前讨论手术总例数的比例。

【计算方法】

$$术者参加术前讨论率=\frac{术者参加术前讨论的手术例数}{同期进行术前讨论手术总例数}\times 100\%$$

【指标说明】

本指标中术者是指手术的主要完成人。

【指标意义】

反映术前讨论规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

17.术前讨论计划手术一致率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

实际开展手术与术前讨论计划手术一致的手术例数占同期手术总例数的比例。

【计算方法】

术前讨论计划手术一致率

$$= \frac{\text{实际开展手术与术前讨论计划手术一致的手术例数}}{\text{同期手术总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】

反映术前讨论质量。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

18.实际手术术者与计划手术术者一致率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

实际开展手术术者与计划手术术者一致的手术例数占同期手术总例数的比例。

【计算方法】

实际手术术者与计划手术术者一致率

$$= \frac{\text{实际开展手术术者与计划手术术者一致的手术例数}}{\text{同期手术总例数}} \times 100\%$$

【指标意义】

反映手术管理的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

19.死亡病例讨论 5 日完成率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

患者死亡5个工作日内完成死亡病例讨论的病例数量占同期死亡病例总数量的比例。

【计算方法】

死亡病例讨论5日完成率

$$= \frac{\text{患者死亡5个工作日内完成死亡病例讨论的病例数量}}{\text{同期死亡病例总数量}} \times 100\%$$

【指标意义】

反映死亡病例讨论制度落实和管理情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院HIS系统

20.医务部门组织讨论的死亡病例与发生纠纷的死亡病例比值

【指标属性】定量指标

【计量单位】（X:1）

【指标定义】

医务部门组织进行死亡病例讨论的病例数量与同期发生医疗纠纷的死亡病例数量的比值。

【计算方法】

医务部门组织讨论的死亡病例与发生纠纷的死亡病例比值

$$= \frac{\text{医务部门组织进行死亡病例讨论的病例数量}}{\text{同期发生医疗纠纷的死亡病例数量}}$$

【指标意义】

反映死亡病例讨论制度落实和管理情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

21.科主任主持死亡病例讨论率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

死亡病例讨论由科主任主持的病例数量占同期死亡病例总数量的比例。

【计算方法】

科主任主持死亡病例讨论率

$$= \frac{\text{死亡病例讨论由科主任主持的病例数量}}{\text{同期死亡病例总数量}} \times 100\%$$

【指标意义】

反映死亡病例讨论制度落实和管理情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

22.死亡患者病案上传率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

按要求完整上传本机构死亡患者病案的数量占同期应上传死亡患者病案总数量的比例。

【计算方法】

$$\text{死亡患者病案上传率} = \frac{\text{按要求完整上传本机构死亡患者病案的数量}}{\text{同期应上传死亡患者病案总数量}} \times 100\%$$

【指标说明】

应上传死亡患者病案是指根据医院质量监测系统（HQMS）每月反馈各医疗机构须上传的死亡患者病案清单中的所有病案信息。

【指标意义】

反映开展死亡病案上报工作的落实和管理情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

23.长期医嘱当日终止率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

开具长期医嘱后当日终止执行的医嘱数量占同期开具长期医嘱总数量的比例。

【计算方法】

$$\text{长期医嘱当日终止率} = \frac{\text{开具长期医嘱后当日终止执行的医嘱数量}}{\text{同期开具长期医嘱总数量}} \times 100\%$$

【指标意义】

反映查对制度的落实和管理情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

24.手术医师手术时间重合率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

同一时间内手术医师为同一人的手术例数占同期住院患者手术总例数的比例。

【计算方法】

$$手术医师手术时间重合率=\frac{同一时间内手术医师为同一人的手术例数}{同期住院患者手术总例数}\times 100\%$$

【指标说明】

本指标中“同一时间”是指手术未结束时间与其他手术开始时间重合。（下同）

【指标意义】

反映手术医师参与手术安全核查情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【数据提取建议】医院 HIS 系统

25.麻醉医师手术时间重合率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

同一时间内手术麻醉医师为同一人的手术例数占同期住院患者手术总例数的比例。

【计算方法】

$$麻醉医师手术时间重合率=\frac{同一时间内手术麻醉医师为同一人的手术例数}{同期住院患者手术总例数}\times 100\%$$

【指标意义】

反映麻醉医师参与手术安全核查情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

26.四级手术与三级手术并发症发生率比

【指标属性】定量指标

【计量单位】（X:1）

【指标定义】

四级手术并发症发生率与三级手术并发症发生率的比。

【计算方法】

四级手术与三级手术并发症发生率比

=四级手术并发症发生率:三级手术并发症发生率

【指标说明】

（1）本指标中三、四级手术是指医疗机构根据实际情况制定的本机构手术分级管理目录中的手术级别，下同。

（2）本指标中手术并发症是指并发于手术或手术后的疾病或情况，包括：手术后肺栓塞、深静脉血栓、脓毒症、出血或血肿、伤口裂开、呼吸衰竭、生理/代谢紊乱、与手术/操作相关感染、手术过程中异物遗留、手术患者麻醉并发症、肺部感染与肺机能不全、手术意外穿刺伤或撕裂伤、手术后急性肾衰竭等。

【指标意义】

反映手术分级管理的合理性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】病案首页

27.四级手术与三级手术患者死亡率比

【指标属性】定量指标

【计量单位】（X:1）

【指标定义】

四级手术患者死亡率与三级手术患者死亡率的比。

【计算方法】

四级手术与三级手术患者死亡率比

=四级手术患者死亡率:三级手术患者死亡率

【指标说明】

各级手术患者死亡率为各级手术患者死亡人数占同期各级手术患者人数的比例。

【指标意义】

反映手术分级管理的合理性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】病案首页

28.四级手术术前多学科讨论完成率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

术前完成多学科讨论的四级手术例数占同期四级手术总例数的比例。

【计算方法】

$$四级手术术前多学科讨论完成率=\frac{四级手术术前多学科讨论完成例数}{同期四级手术总例数}\times 100\%$$

【指标说明】

限制类技术按照四级手术进行管理。

【指标意义】

反映四级手术术前多学科讨论制度执行情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

29.三、四级手术实际开展率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

实际开展的三、四级手术术种数占同期备案的三、四级手术术种数的比例。

【计算方法】

$$四级手术实际开展率=\frac{实际开展的三、四级手术术种数}{同期备案的三、四级手术术种数}\times 100\%$$

【指标说明】

本指标中的三、四级手术备案是指按《医疗机构手术分级管理办法》（国卫办医政发〔2022〕18 号）要求，向核发《医疗机构执业许可证》的卫生健康行政部门报送本机构三、四级手术管理目录信息。

【指标意义】

反映手术分级的合理性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

30.新技术新项目留存转化率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

在四年的评估周期内，医院新增的技术项目在第四年继续开展的比例。

【计算方法】

新技术新项目综合留存转化率= $\frac{A+C+E}{A+B+C+D+E+F}\times 100\%$

【指标说明】

在四年周期内，将以第一年技术项目种类数为基数，定义年度新增的技术、项目种类数为年度技术项目种类数减去第一年技术项目种类数。考核第二年和第三年新技术新项目种类数在第四年的继续开展情况。

A：第二年新增并在第三和第四年继续开展的技术项目种类数。

B：第二年新增并只在第三年继续开展的技术项目种类数。

C：第二年新增并只在第四年继续开展的技术项目种类数。

D：第二年新增并未在第三和第四年继续开展的技术项目种类数

E：第三年新增并在第四年继续开展的技术项目种类数。

F：第三年新增并未在第四年开展的技术项目种类数。

公式解释

分子（A+C+E）：

A：第二年新增并在第三和第四年继续开展的技术项目。

C：第二年新增并只在第四年继续开展的技术项目。

E：第三年新增并在第四年继续开展的技术项目。

分母（A+B+C+D+E+F）：

A+B+C+D：第二年新增的所有技术项目。

E+F：第三年新增的所有技术项目。

【指标意义】

反映新技术新项目应用的持续性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

31.危急值报告时间

【指标属性】定量指标

【计量单位】时间（分）

【指标定义】

将出现危急值到临床科室获取危急值的时间，由长到短排序后取

其中位数。

【计算方法】

危急值报告时间（中位数）=X(n+1)/2， n 为奇数

危急值报告时间（中位数）=（Xn/2+Xn/2+1）/2， n 为偶数

【指标说明】

（1）n 为实际报告的危急值项目数；X 为出现危急值到临床科室获取危急值的时间。

（2）分别计算住院、门诊、急诊危急值报告时间。

【指标意义】

反映危急值上报的效率。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院危急值管理系统

32.住院患者危急值当日及时处置率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

当日处置的住院患者危急值项目数占同期临床科室接获住院患者危急值项目数的比例。

【计算方法】

住院患者危急值当日及时处置率

$$=\frac{\text{当日处置的住院患者危急值项目数}}{\text{同期临床科室接获住院患者危急值项目数}}\times 100\%$$

【指标说明】

（1）本指标只统计住院患者危急值处置情况，不包括门急诊患者危急值。

（2）当日处置的危急值项目数以危急值出现当日的病程记录为准，若无记录则视为未处置。

【指标意义】

反映危急值规范化管理程度。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院危急值管理系统

33.特殊使用级抗菌药物使用会诊率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

特殊使用级抗菌药物使用医嘱与会诊记录相对应的医嘱数量占同期特殊使用级抗菌药物使用医嘱总数量的比例。

【计算方法】

特殊使用级抗菌药物使用会诊率

$$= \frac{\text{特殊使用级抗菌药物使用医嘱与会诊记录相对应的医嘱数量}}{\text{同期特殊使用级抗菌药物使用医嘱总数量}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）特殊使用级抗菌药物包括如第三、四代头孢菌素、碳青霉烯类、万古霉素等。

（2）使用医嘱与会诊记录相对应是指特殊使用级抗菌药物使用时经抗菌药物管理工作机构指定的专业技术人员会诊同意后，按程序合理使用抗菌药物。

【指标意义】

反映特殊使用级抗菌药物使用的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

34.临床用血后评估记录率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

输血治疗后规范书写评估输血记录例次数占同期临床输血治疗病例总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{临床用血后评估记录率} = \frac{\text{输血治疗后规范书写评估输血记录例次数}}{\text{同期临床输血治疗病例总例次数}} \times 100\%$$

【指标意义】

反映临床用血治疗的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院输血管理系统

35.术中自体血回输率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

术中使用自体血回输的患者数量占同期术中进行输血患者总数量的比例。

【计算方法】

$$术中自体血回输率=\frac{术中使用自体血回输的患者数量}{同期术中进行输血患者总数量}\times 100\%$$

【指标意义】

反映临床用血管理情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】病案首页

（二）年度国家医疗质量安全目标改进情况

1.目标一 提高急性ST段抬高型心肌梗死再灌注治疗率（2021年）

2.目标二 提高急性脑梗死再灌注治疗率（2021年）

3.目标三 提高肿瘤治疗前临床TNM分期评估率（2021年）

4.目标四 提高住院患者抗菌药物治疗前病原学送检率（2021年）

5.目标五 提高静脉血栓栓塞症规范预防率（2021年）

6.目标六 提高病案首页主要诊断编码正确率（2021年）

7.目标七 提高医疗质量安全不良事件报告率（2021年）

8.目标八 降低住院患者静脉输液使用率（2021年）

9.目标九 降低血管内导管相关血流感染发生率（2021年）

10.目标十 降低阴道分娩并发症发生率（2021年）

11.目标十一 提高感染性休克集束化治疗完成率（2022年）

12.目标十二 降低非计划重返手术室再手术率（2022年）

13.目标十三 降低住院患者围手术期死亡率（2023年）

14.目标十四 提高住院患者静脉输液规范使用率（2023年）

15.目标十五 提高四级手术术前多学科讨论完成率（2023年）

16.目标十六 提高关键诊疗行为相关记录完整率（2024年）

17.目标十七 提高医疗机构检查检验结果互认率（2025年）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

1.目标一 提高急性ST段抬高型心肌梗死再灌注治疗率

急性ST段抬高型心肌梗死再灌注治疗，是指对发病12小时内

的急性 STEMI 患者给予经皮冠状动脉介入治疗（PCI）或静脉溶栓治疗，首选 PCI 治疗。

2.目标二 提高急性脑梗死再灌注治疗率

急性脑梗死再灌注治疗，是指对发病 6 小时内的急性脑梗死患者给予静脉溶栓治疗和（或）血管内治疗。

3.目标三 提高肿瘤治疗前临床 TNM 分期评估率

提高肿瘤患者治疗前完成临床 TNM 分期评估的比例可以提高肿瘤患者诊疗方案的科学性、合理性，提升肿瘤患者诊疗效果和生存率。重点关注肺癌、胃癌、肝癌、结直肠癌、乳腺癌 5 个病种。

4.目标四 提高住院患者抗菌药物治疗前病原学送检率

提高抗菌药物治疗前病原学送检率（尤其是限制使用级以上抗菌药物），提升无菌性样本送检比例，可以有效提高抗菌药物使用的科学性和规范性，对遏制细菌耐药、提升治疗效果和保障人民群众健康权益具有重要意义。病原学检验项目包括：细菌培养、真菌培养；降钙素原检测、白介素-6 检测、真菌 1-3-β-D 葡聚糖检测（G 试验）等。

5.目标五 提高静脉血栓栓塞症规范预防率

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），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。采取 VTE 规范预防措施，是指患者住院期间接受 VTE 风险与出血风险评估，并根据评估情况按照有关临床指南规范给予预防措施（包括药物预防、机械预防等）。

6.目标六 提高病案首页主要诊断编码正确率

病案首页主要诊断填写正确，是指医师和病案管理人员按照规定，准确选择和规范填写住院病案首页中的主要诊断，并按照国家统一发布的疾病分类代码准确进行编码。

7.目标七 提高医疗质量安全不良事件报告率

医疗质量安全不良事件指在医疗机构内被工作人员主动发现的，或患者在接受诊疗服务过程中出现的，除了患者自身疾病自然过程之外的各种因素所致的不安全隐患、状态或造成后果的负性事件。

8.目标八 降低住院患者静脉输液使用率

静脉输液是现代药物治疗的重要给药途径，在治疗某些疾病和挽救患者方面具有不可替代的作用。但是，静脉输液治疗的不合理使用，

不仅不能改善患者治疗效果，还存在更多安全隐患，增加不必要的医疗成本。

9.目标九 降低血管内导管相关血流感染发生率

血管内导管相关血流感染是临床常见的医源性感染之一，感染因素涉及医护人员操作、护理、患者管理等诸多方面，为患者预后带来不利影响，造成沉重的经济负担。重点改善中心静脉导管（CVC）及经外周静脉置入中心静脉导管（PICC）的相关血流感染问题。

10.目标十 降低阴道分娩并发症发生率

《国家医疗服务与质量安全报告》显示，产妇阴道分娩并发症发生率近年来不断升高，严重威胁产科患者健康。降低其发生率对提升医疗质量，保障产妇和新生儿安全具有重要意义。

11.目标十一 提高感染性休克集束化治疗完成率

《国家医疗服务与质量安全报告》显示，我国感染性休克患者的集束化治疗仍有较大改进空间，提高感染性休克患者 1 小时和 3 小时集束化治疗完成率对保障患者生命安全具有重要意义。

12.目标十二 降低非计划重返手术室再手术率

非计划重返手术室再手术率是行业通用的反映手术质量安全的指标之一。其发生可能涉及术前评估不足、手术设计缺陷、手术操作失误或患者术后管理不到位等多种原因。降低其发生率对提高整体医疗质量安全水平具有重要意义。

13.目标十三 降低住院患者围手术期死亡率

住院患者围手术期死亡率是行业通用的反映手术质量安全的指标之一。死亡原因可能取决于患者的健康状态、手术类型、紧迫程度、技术能力、围术期管理水平等。《国家医疗服务与质量安全报告》数据显示，我国手术患者住院死亡率呈上升趋势，加强住院患者围手术期管理，落实手术相关管理制度，降低住院患者围手术期死亡率，对整体提高医疗质量安全水平具有重要意义。

本指标重点关注住院患者进行开放手术、介入治疗及内（窥）镜下治疗性操作在手术当日、术后 24 小时和 48 小时的死亡情况。

14.目标十四 提高住院患者静脉输液规范使用率

静脉输液是现代药物治疗的重要给药途径，在治疗某些疾病和挽救患者方面具有不可替代的作用。但是，静脉输液治疗的不合理使用，不仅不能改善患者治疗效果，还存在更多安全隐患，增加不必要的医疗成本。《国家医疗服务与质量安全报告》显示，我国二级以上医院

住院患者静脉输液使用率呈下降趋势，但仍存在静脉输液不合理使用的　情况，需要针对住院患者静脉输液使用情况探索质量改进长效机制，从多个维度综合评价，重点关注住院患者静脉输液使用率、每床日静脉输液使用频次、液体总量（毫升）和药品品种数量等指标，采取综合措施予以干预，以维护医疗安全和患者权益。

15.目标十五 提高四级手术术前多学科讨论完成率

国家卫生健康委颁布实施的《医疗机构手术分级管理办法》中明确医疗机构四级手术开展前必须进行多学科讨论。四级手术术前进行多学科讨论有助于汇聚各专业的技术力量，综合评估患者的风险/获益比，制定全面的诊疗计划及手术风险防范处置最佳方案，从而最大程度降低手术风险和并发症发生，保障手术质量和医疗安全。

16.目标十六 提高关键诊疗行为相关记录完整率

关键诊疗行为相关记录完整是指在接受治疗的出院患者病历中，对该诊疗行为相关的医嘱、病程记录、查房记录、讨论记录、知情同意书、安全核查表、评估或访视记录等内容符合《医疗质量安全核心制度要点》《病历书写基本规范》等文件要求。提高医疗机构关键诊疗行为相关记录的完整性与一致性，有助于规范诊疗流程，保障诊疗各个环节落实，为还原医疗过程、改进医疗质量安全奠定良好的基础。

17.目标十七 提高医疗机构检查检验结果互认率

检查检验是医疗服务中的一项重要内容。在不影响诊疗质量安全的前提下，实现不同医疗机构间的检查检验结果互认，有助于提高医疗资源利用率，控制医疗费用，提高诊疗效率，进一步改善人民群众就医体验。医疗机构检查检验结果互认率是指在一段时间内，医疗机构予以互认的检查检验结果（报告或影像资料）数量（以份为单位），占该时间段内来医疗机构就诊患者已有的检查检验结果数量的比例。纳入统计的项目范围以本地区互认项目目录为准，结合检查检验结果互通共享信息化工作开展统计监测。

【计算方法】

1.急性 ST 段抬高型心肌梗死再灌注治疗率

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

2.急性脑梗死再灌注治疗率

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

3.肿瘤治疗前临床 TNM 分期评估率

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

4.住院患者抗菌药物治疗前病原学送检率

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

5.静脉血栓栓塞症规范预防率

$$= \frac{\text{入院 24 小时内接受 VTE 风险评估的出院患者总例数}}{\text{同期出院患者人次数}} \times 100\%$$

6. 病案首页主要诊断编码正确率

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

7.医疗质量安全不良事件报告率$= \frac{\text{医疗质量安全不良事件报告例数}}{\text{同期出院患者人次数}} \times 100\%$

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

9. 血管内导管相关血流感染发生率$= \frac{\text{血管内导管相关血流感染发生例次数}}{\text{同期患者使用血管内导管留置总天数}} \times 1000‰$

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

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

12.非计划重返手术室再手术率$= \frac{\text{非计划重返手术室再次手术患者人数}}{\text{同期出院患者手术总人数}} \times 100\%$

13.住院患者围手术期死亡率$= \frac{\text{住院患者术后 24 小时和 48 小时内死亡人数}}{\text{同期出院手术患者人数}} \times 100\%$

14.住院患者静脉输液规范使用率$= \frac{\text{统计周期内住院患者静脉输液规范使用例数}}{\text{统计周期内住院患者静脉输液总数}} \times 100\%$

15.四级手术术前多学科讨论完成率$= \frac{\text{四级手术术前多学科讨论完成例数}}{\text{同期四级手术总例数}} \times 100\%$

16.关键诊疗行为相关记录完整率$= \frac{\text{完整的关键诊疗记录份数}}{\text{总关键诊疗行为记录份数}} \times 100\%$

17.医疗机构检查检验结果互认率$= \frac{\text{医疗机构予以互认的检查检验结果数量}}{\text{该时间段内就诊患者已有的检查检验结果数量}} \times 100\%$

【指标说明】

（1）为进一步加强医疗质量安全管理，持续提升医疗质量安全管理科学化、精细化水平，构建优质高效的医疗质量管理与控制体系，根据《医疗质量管理办法》，国家卫生健康委制定了年度《国家医疗质量安全改进目标》，主要涵盖心脑血管和肿瘤性疾病等重大疾病领域、病案质量和医院获得性事件等医疗管理领域，以及静脉输液率等问题比较突出的诊疗行为领域等方面。

（2）年度目标来源于国家发布的医疗质量安全管理制度、医疗质量控制指标、医疗技术临床应用管理规范或行业诊疗指南等相关政策

要求，是在基于对我国医疗质量安全情况客观量化分析，充分考虑科学性、时效性、可操作性的基础上，针对当前医疗质量安全领域突出或者共性存在的薄弱环节和关键领域提出的。

【指标意义】

根据医疗质量安全关键领域和薄弱环节制定年度国家医疗质量安全改进目标，并以此为切入点开展医疗质量安全系统改进工作，对引导医疗质量安全管理工作方向、激发医疗机构内生动力、广泛凝聚行业力量、提升医疗质量安全管理科学化和精细化水平具有重要意义。

【指标导向】指标 1-7、11、14-17 逐步提高，8-10、12、13 逐步降低。

【数据来源】医院填报、病案首页。

【信息化提取建议】医院 HIS 系统、院感系统、重症系统、手麻系统

（三）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】

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

【指标说明】

住院死亡人数：所有病案首页中“离院方式”判定为“5.死亡”患者的病例总数。

【指标意义】

反映医疗机构医疗质量与安全管理水平。

【指标导向】监测比较

【数据来源】病案首页

（四）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】

新生儿患者住院死亡人数占同期新生儿患者出院人数的比例

【计算方法】

新生儿患者住院死亡率＝ $\frac{\text{新生儿患者住院死亡人数}}{\text{同期新生儿患者出院总人次数}}\times 100\%$

【指标说明】

新生儿患者：所有入院日期减出生日期小于等于28天的新生儿病例。

【指标意义】

反映医疗机构新生儿患者医疗质量与安全管理水平。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

（五）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住院患者手术人数（病例数）的比例。

【计算方法】

手术患者住院死亡率＝ $\frac{\text{手术患者住院死亡人数}}{\text{同期出院患者手术人次数}}\times 100\%$

【指标说明】

（1）分子：即在住院期间施行手术和介入治疗（急诊或者择期手术）死亡患者人数。

（2）分母：即出院患者手术人数，同一次住院就诊期间患有同一疾病或不同疾病实施多次手术患者，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。

【指标意义】

反映医疗机构手术患者医疗质量与安全管理水平。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

（六）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】

是指住院患者出院后0-31天内非预期再住院患者人数占同期出院患者总人次（除死亡患者外）的比例。

【计算方法】

住院患者出院后 0-31 天非预期再住院率

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

【指标说明】

（1）分子：住院患者出院 31 天内非预期再住院患者人数=出院当天、出院 2-15 天及出院 16-31 天非预期再住院的患者人数之和。

（2）出院当天非预期再住院患者人数：是指在当天（0:00 点至 24:00）先办理出院，后办理住院手续非预期再住院患者。

（3）住院患者出院后非预期再住院判定：（同时满足以下条件）

①同一医院，同一患者，第一次入院“是否 31 天再入院计划”为无或缺失；

②主要诊断亚目相同（即前四位，不含小数点）。

排除主要诊断和其他诊断为：

① 肿瘤放疗患者：ICD-10 编码为 Z51.0 放射治疗疗程；

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

【指标意义】

反映医疗机构医疗质量与安全管理水平。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

（七）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

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

是指手术患者 48 小时/31 天内非预期重返手术室再次手术的人数占同期手术出院患者人数的比例。

【计算方法】

手术患者术后 48 小时内非预期重返手术室再次手术率

$$= \frac{\text{手术患者 48 小时内非预期重返手术室再次手术的人数}}{\text{同期出院患者手术人次数}} \times 100\%$$

手术患者术后 31 天内非预期重返手术室再次手术率

$$= \frac{\text{手术患者 31 天内非预期重返手术室再次手术的人数}}{\text{同期出院患者手术人次数}} \times 100\%$$

【指标说明】

手术患者非计划重返手术室再次手术判定：（同时满足以下条件）

①同一医院，同一患者，同一次住院中；

②手术后非计划重返手术室进行第二次或两次以上手术的。

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

【指标意义】

反映医疗机构医疗质量与安全管理水平。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统、手麻系统

（八）DRG 低风险组病例死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

DRG 低风险组病例死亡率是指运用 DRG 分组器测算产生低风险组死亡的患者数占低风险组全部患者数量的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

DRG（Diagnosis Related Groups）译为疾病诊断相关分组，是以主要诊断和主要治疗方式，年龄、性别、并发症和伴随疾病、出院转归和住院时间等信息为关键变量，将临床诊疗过程相近、医疗资源消耗相似的出院患者归类到同一个诊断相关组（DRG）。

低风险组病例：该组患者的死亡率低于负一倍标准差，其死亡风险则称为低风险的 DRG 组，即一旦发生死亡，死亡原因可能与疾病本身的相关度低，而与临床诊治管理过程相关度更高。通过低风险组病例死亡率衡量医院对住院患者所提供服务的安全和质量。

（1）分子：指低风险组出院患者死亡人数之和。

（2）分母：指低风险组出院人数之和。

（3）利用各 DRG 组病例的住院患者病死率对不同 DRG 组进行死亡风险分级。

住院患者基于 DRG 死亡风险分级及评分

分组	评分	分值描述
无	0 分	表示归属于该 DRG 组的病例没有出现死亡病例。
低风险组	1 分	表示住院患者病死率低于负一倍标准差。

		注：因考核指标的分母是住院患者，而非全人口，故用病死率来表述死亡患者所占百分比。
中低风险组	2 分	表示住院患者病死率在平均水平与负一倍标准差之间。
中高风险组	3 分	表示住院患者病死率在平均水平与正一倍标准差之间。
高风险组	4 分	表示住院患者病死率高于正的一倍标准差。

【指标意义】

反映医疗机构质量与安全管理水平，间接反映救治能力和临床诊疗过程管理水平。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】国家三级公立医院绩效监测平台

三、医疗安全指标（年度医院获得性指标）

（一）手术患者手术后肺栓塞发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】千分比（‰）

【指标定义】

手术患者手术后肺栓塞发生率是指手术后肺栓塞发生例数占同期出院患者手术人次数的比例。

【计算方法】

$$\text{手术患者手术后肺栓塞发生率}=\frac{\text{手术患者手术后肺栓塞发生例数}}{\text{同期出院患者手术人次数}}\times 1000‰$$

【指标说明】

（1）分子：统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10 编码：I26 且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。

（2）分母：同期出院患者手术人次数是指出院患者手术（含介入）人次数。

【指标意义】

反映医院围术期预防肺栓塞的能力，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

（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】千分比（‰）

【指标定义】

手术患者手术后深静脉血栓发生率是指手术患者手术后深静脉

血栓发生例数占同期出院的手术患者人次数的比例。

【计算方法】

手术患者手术后深静脉血栓发生率

$$=\frac{\text{手术患者手术后深静脉血栓发生例数}}{\text{同期出院的手术患者人次数}}\times 1000‰$$

【指标说明】

（1）分子：是指手术患者手术后深静脉血栓发生的例数。统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10 编码：I80.2，I82.8 且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。

（2）分母：同期出院患者手术人次数是指出院患者手术（含介入）人次数。

【指标意义】

反映医院围术期深静脉血栓预防能力，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

（三）手术患者手术后脓毒症发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】千分比（‰）

【指标定义】

手术患者手术后脓毒症发生率是指手术患者手术后脓毒症发生例数占同期出院的手术患者人次数的比例。

【计算方法】

手术患者手术后脓毒症发生率$=\frac{\text{手术患者手术后脓毒症发生例数}}{\text{同期出院的手术患者人次数}}\times 1000‰$

【指标说明】

（1）分子：是指手术患者手术后脓毒症发生例数，统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10 编码：A40.0 至 A40.9，A41.0 至 A41.9，T81.411，B37.700，B49.x00x019 且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。

（2）分母：同期出院患者手术人次数是指出院患者手术（含介入）人次数。

【指标意义】

反映医院手术后脓毒症预防能力，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

（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】千分比（‰）

【指标定义】

手术患者手术后出血或血肿发生率是指手术患者手术后出血或血肿发生例数占同期出院的手术患者人次数的比例。

【计算方法】

手术患者手术后出血或血肿发生率

$$=\frac{\text{手术患者手术后出血或血肿发生例数}}{\text{同期出院的手术患者人次数}}\times 1000‰$$

【指标说明】

（1）分子：是指手术患者手术后出血或血肿发生例数，统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断ICD-10编码：T81.0且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。

（2）分母：同期出院患者手术人次数是指出院患者手术（含介入）人次数。

【指标意义】

反映医院手术患者术后出血或血肿的预防能力，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

（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】千分比（‰）

【指标定义】

手术患者手术伤口裂开发生率是指手术患者手术伤口裂开发生例数占同期出院的手术患者人次数的比例。

【计算方法】

$$\text{手术患者手术伤口裂开发生率}=\frac{\text{手术患者手术伤口裂开发生例数}}{\text{同期出院的手术患者人次数}}\times 1000‰$$

【指标说明】

（1）分子：是指手术患者手术伤口裂开发生例数，统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断ICD-10编码：T81.3且入院病情为“无”

且判定为手术患者的病例数总和。

（2）分母：同期出院患者手术人次数是指出院患者手术（含介入）人次数。

【指标意义】

反映医院围手术期管理质量，是医疗安全质量管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

（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】千分比（‰）

【指标定义】

手术患者手术后猝死发生率是指手术患者手术后猝死发生例数占同期出院的手术患者人次数的比例。

【计算方法】

$$手术患者手术后猝死发生率=\frac{手术患者手术后猝死发生例数}{同期出院的手术患者人次数}\times 1000‰$$

【指标说明】

（1）猝死是指一个貌似健康的人，由于患有潜在的疾病或机能障碍，发生突然的、意外的非暴力死亡（自然死亡）。猝死的时间限度，目前一般指从开始发病（或病情突变）到死亡在24小时以内者。《法医学猝死尸体检验规范》（GA/T170-2019）

（2）分子：是指手术患者术中和术后发生猝死的例数，统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断ICD-10编码：R96.0，R96.1，I46.1且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。

（3）分母：同期出院患者手术人次数是指出院患者手术（含介入）人次数。

【指标意义】

反映医院围手术期管理质量，是医疗安全质量管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

（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】千分比（‰）

【指标定义】

手术患者手术后呼吸衰竭发生率是指手术患者手术后呼吸衰竭发生例数占同期出院的手术患者人次数的比例。

【计算方法】

$$手术患者手术后呼吸衰竭发生率=\frac{手术患者手术后呼吸衰竭发生例数}{同期出院的手术患者人次数}\times 1000‰$$

【指标说明】

（1）分子：是指手术患者手术后呼吸衰竭发生例数。统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10 编码：J95.800x004，J96.0，J96.1，J96.9 且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。

（2）分母：同期出院患者手术人次数是指出院患者手术（含介入）人次数。

【指标意义】

反映医院围手术期管理质量，是医疗质量管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

（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】千分比（‰）

【指标定义】

手术患者手术后生理/代谢紊乱发生率是指手术患者手术后生理/代谢紊乱发生例数占同期出院的手术患者人次数的比例。

【计算方法】

手术患者手术后生理/代谢紊乱发生率

$$=\frac{手术患者手术后生理/代谢紊乱发生例数}{同期出院的手术患者人次数}\times 1000‰$$

【指标说明】

（1）分子：是指手术患者手术后生理/代谢紊乱发生例数。统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10：E89.0 至 E89.9 且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。

（2）分母：同期出院患者手术人次数是指出院患者手术（含介入）人次数。

【指标意义】

反映医院围手术期管理质量，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

（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】千分比（‰）

【指标定义】

与手术/操作相关感染发生率是指手术/操作相关感染发生例数占同期出院的手术/操作患者人次数的比例。

【计算方法】

$$\text{与手术/操作相关感染发生率}=\frac{\text{与手术/操作相关感染发生例数}}{\text{同期出院手术/操作患者人次数}}\times 1000‰$$

【指标说明】

（1）分子：指手术/操作相关感染发生例数。统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10 编码：T81.4 且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。

（2）分母：同期出院患者手术人次数是指出院患者手术（含介入）人次数。

【指标意义】

反映医院感染控制质量，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

（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】千分比（‰）

【指标定义】

手术过程中异物遗留发生率是指所有手术患者发生手术过程中异物遗留的发生例数占同期出院的手术患者人次数的比例。

【计算方法】

$$\text{手术过程中异物遗留发生率}=\frac{\text{手术过程中异物遗留的发生例数}}{\text{同期出院的手术患者人次数}}\times 1000‰$$

【指标说明】

（1）分子：是指所有手术患者发生手术过程中异物遗留的发生例数。统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10：T81.5，T81.6 且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。

（2）分母：同期出院患者手术人次数是指出院患者手术（含介

入）人次数。

【指标意义】

反映医院手术质量，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

（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】千分比（‰）

【指标定义】

手术患者麻醉并发症发生率是指手术患者麻醉并发症发生例数占同期出院的手术患者人次数的比例。

【计算方法】

$$\text{手术患者麻醉并发症发生率}=\frac{\text{手术患者麻醉并发症发生例数}}{\text{同期出院的手术患者人次数}}\times 1000‰$$

【指标说明】

（1）分子：是指手术患者麻醉并发症发生例数。统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10 编码：T88.2 至 T88.5 且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。

（2）分母：同期出院患者手术人次数是指出院患者手术（含介入）人次数。

【指标意义】

反映医院手术麻醉质量，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

（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】千分比（‰）

【指标定义】

手术患者肺部感染与肺机能不全发生率是指手术患者肺部感染与肺机能不全发生例数占同期出院的手术患者人次数的比例。

【计算方法】

$$\text{手术患者肺部感染与肺机能不全发生率}=\frac{\text{手术患者肺部感染与肺机能不全发生例数}}{\text{同期出院的手术患者人次数}}\times 1000‰$$

【指标说明】

肺机能（功能）不全：肺的主要功能是与外界进行气体交换，通过其外呼吸功能不断给机体提供 O_2，排出 CO_2，以维持机体血气平衡和内环境稳定。肺的功能还包括屏障防御、免疫、代谢分泌等非呼吸功能。许多病理因素可导致肺的上述功能发生改变，从而引起肺部疾病和生命活动异常。

（1）分子：是指手术患者肺部感染与肺机能不全发生例。统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10 编码：J95.1 至 J95.4，J95.8，J95.9，J98.4，J15 至 J16，J18 且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。

（2）分母：同期出院患者手术人次数是指出院患者手术（含介入）人次数。

【指标意义】

反映医院手术患者肺部感染与肺机能不全的预防能力，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

（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】千分比（‰）

【指标定义】

手术意外穿刺伤或撕裂伤发生率是指手术患者发生医源性意外刺伤或撕裂伤的发生例数占同期出院的手术患者人次数的比例。

【计算方法】

$$\text{手术意外穿刺伤或撕裂伤发生率}=\frac{\text{手术意外穿刺伤或撕裂伤的发生例数}}{\text{同期出院的手术患者人次数}}\times 1000‰$$

【指标说明】

（1）分子：是指手术患者发生医源性意外刺伤或撕裂伤的出院患者人次。统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10：T81.2 且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。

（2）分母：同期出院患者手术人次数是指出院患者手术（含介入）人次数。

【指标意义】

反映医院手术发生意外的预防能力，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

（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】千分比（‰）

【指标定义】

手术后急性肾衰竭发生率是指手术患者手术后急性肾衰竭发生例数占同期出院患者手术人次数的比例。

【计算方法】

$$手术后急性肾衰竭发生率=\frac{手术后急性肾衰竭发生例数}{同期出院患者手术人次数}\times 1000‰$$

【指标说明】

（1）分子：是指手术患者手术后急性肾衰竭发生例数。统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10 编码：N17.0 至 N17.9，N99.0 且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。

（2）分母：同期出院患者手术人次数是指出院患者手术（含介入）人次数。

【指标意义】

反映医院手术后急性肾衰竭的预防能力，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

（十五）各系统/器官术后并发症发生例数和发生率

1.消化

【指标属性】定量指标

【计量单位】千分比（‰）

【指标定义】

消化系统术后并发症发生率是指手术患者手术后并发症发生例数占同期出院患者手术人次数的比例。

【计算方法】

$$消化系统术后并发症发生率=\frac{消化系统术后并发症发生例数}{同期出院患者手术人次数}\times 1000‰$$

【指标说明】

（1）分子：是指手术患者手术后并发症发生例数。统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断ICD-10:K91.0至K91.9且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。

（2）分母：同期出院患者手术人次数是指出院患者手术（含介入）人次数。

【指标意义】

反映医院手术质量，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

2.循环

【指标属性】定量指标

【计量单位】千分比（‰）

【指标定义】

循环系统术后并发症发生率是指循环系统手术患者手术后并发症发生例数占同期出院患者手术人次数的比例。

【计算方法】

$$\text{循环系统术后并发症发生率}=\frac{\text{循环系统术后并发症发生例数}}{\text{同期出院患者手术人次数}}\times 1000‰$$

【指标说明】

（1）分子：是指循环系统手术患者手术后并发症发生例数。统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断ICD-10编码:I97.0,I97.1,I97.8,I97.9且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。

（2）分母：同期出院患者手术人次数是指出院患者手术（含介入）人次数。

【指标意义】

反映医院手术质量，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

3.神经

【指标属性】定量指标

【计量单位】千分比（‰）

【指标定义】

神经系统术后并发症发生率是指神经系统手术患者手术后并发症发生例数占同期出院患者手术人次数的比例。

【计算方法】

神经系统术后并发症发生率=$\frac{\text{神经系统术后并发症发生例数}}{\text{同期出院患者手术人次数}}$×1000‰

【指标说明】

（1）分子：是指神经系统手术患者手术后并发症发生例数。统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断ICD-10编码:G97.0,G97.1，G97.2，G97.8，G97.9，I60至I64且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。

（2）分母：同期出院患者手术人次数是指出院患者手术（含介入）人次数。

【指标意义】

反映医院手术质量，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

4.眼和附器

【指标属性】定量指标

【计量单位】千分比（‰）

【指标定义】

眼和附器术后并发症发生率是指眼和附器手术患者手术后并发症发生例数占同期出院患者手术人次数的比例。

【计算方法】

眼和附器术后并发症发生率=$\frac{\text{眼和附器术后并发症发生例数}}{\text{同期出院患者手术人次数}}$×1000‰

【指标说明】

（1）分子：是指眼和附器手术患者手术后并发症发生例数。住院病案首页的主要诊断或其他诊断ICD-10编码：H59.0，H59.8，H59.9且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。

（2）分母：同期出院患者手术人次数是指出院患者手术（含介入）人次数。

【指标意义】

反映医院手术质量，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

5.耳和乳突

【指标属性】定量指标

【计量单位】千分比（‰）

【指标定义】

耳和乳突术后并发症发生率是指耳和乳突手术患者手术后并发症发生例数占同期出院患者手术人次数的比例。

【计算方法】

$$耳和乳突术后并发症发生率=\frac{耳和乳术后并发症发生例数}{同期出院患者手术人次数}\times 1000‰$$

【指标说明】

（1）分子：是指耳和乳突手术患者手术后并发症发生例数。统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断ICD-10编码:H95.0,H95.1,H95.8，H95.9且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。

（2）分母：同期出院患者手术人次数是指出院患者手术（含介入）人次数。

【指标意义】

反映医院手术质量，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

6.肌肉骨骼

【指标属性】定量指标

【计量单位】千分比（‰）

【指标定义】

肌肉骨骼术后并发症发生率是指肌肉骨骼手术患者手术后并发症发生例数占同期出院患者手术人次数的比例。

【计算方法】

$$肌肉骨骼术后并发症发生率=\frac{肌肉骨骼术后并发症发生例数}{同期出院患者手术人次数}\times 1000‰$$

【指标说明】

（1）分子：是指肌肉骨骼手术患者手术后并发症发生例数。统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断ICD-10编码：M96.0至M96.9且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。

（2）分母：同期出院患者手术人次数是指出院患者手术（含介入）人次数。

【指标意义】

反映医院手术质量，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

7.泌尿生殖

【指标属性】定量指标

【计量单位】千分比（‰）

【指标定义】

泌尿生殖系统术后并发症发生率是指泌尿生殖系统手术患者手术后并发症发生例数占同期出院患者手术人次数的比例。

【计算方法】

$$泌尿生殖系统术后并发症发生率=\frac{泌尿生殖系统术后并发症发生例数}{同期出院患者手术人次数}\times 1000‰$$

【指标说明】

（1）分子：是指泌尿生殖系统手术患者手术后并发症发生例数。统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断ICD-10：N98.0至N99.9且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。

（2）分母：同期出院患者手术人次数是指出院患者手术（含介入）人次数。

【指标意义】

反映医院手术质量，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

8.口腔

【指标属性】定量指标

【计量单位】千分比（‰）

【指标定义】

口腔术后并发症发生率是指口腔手术患者手术后并发症发生例数占同期出院患者手术人次数的比例。

【计算方法】

$$口腔术后并发症发生率=\frac{口腔术后并发症发生例数}{同期出院患者手术人次数}\times 1000‰$$

【指标说明】

（1）分子：是指口腔手术患者手术后并发症发生例数。统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断ICD-10：K11.4且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。

（2）分母：同期出院患者手术人次数是指出院患者手术（含介入）人次数。

【指标意义】

反映医院手术质量，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

（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】千分比（‰）

【指标定义】

植入物的并发症（不包括脓毒症）发生率是指手术患者手术后植入物的并发症发生例数占同期出院患者手术人次数的比例。

【计算方法】

植入物的并发症（不包括脓毒症）发生率

$$= \frac{\text{植入物的并发症（不包括脓毒症）发生例数}}{\text{同期出院患者手术人次数}} \times 1000‰$$

【指标说明】

（1）心脏和血管

分子：是指心脏和血管手术患者手术后植入物的并发症发生例数。统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10 编码：T82.0 至 T82.9 且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。

（2）泌尿生殖道

分子：是指泌尿生殖道手术患者手术后植入物的并发症发生例数。统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10：T83.0 至 T83.9 且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。

（3）骨科

分子：是指骨科手术患者手术后植入物的并发症发生例数。统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10：T84.0 至 T84.9 且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。

（4）其他

分子：是指其他手术患者手术后植入物的并发症发生例数。统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10 编码：T85.0 至 T85.9 且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。

分母：同期出院患者手术人次数是指出院患者手术（含介入）人次数。

【指标意义】

反映医院手术质量，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

（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】千分比（‰）

【指标定义】

移植的并发症发生率是指移植的并发症发生例数占同期出院患者手术人次数的比例。

【计算方法】

$$\text{移植的并发症发生率}=\frac{\text{移植的并发症发生例数}}{\text{同期出院患者手术人次数}}\times 1000‰$$

【指标说明】

（1）分子：是指移植的并发症发生例数。统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10：T86.0 至 T86.9 且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。

（2）分母：同期出院患者手术人次数是指出院患者手术（含介入）人次数。

【指标意义】

反映医院手术质量，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

（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】千分比（‰）

【指标定义】

再植和截肢的并发症发生率是指再植和截肢的并发症发生例数占同期出院患者手术人次数的比例。

【计算方法】

$$\text{再植和截肢的并发症发生率}=\frac{\text{再植和截肢的并发症发生例数}}{\text{同期出院患者手术人次数}}\times 1000‰$$

【指标说明】

（1）分子：是指再植和截肢的并发症发生例数。统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10：T87.0 至 T87.6 且入院病情为“无”且判定为手术患者的病例数总和。

（2）分母：同期出院患者手术人次数是指出院患者手术（含介

入）人次数。

【指标意义】

反映医院手术质量，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

（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】千分比（‰）

【指标定义】

介入操作与手术后患者其他并发症发生率是指介入操作与手术后患者其他并发症发生例数占同期出院患者手术人次数的比例。

【计算方法】

介入操作与手术后患者其他并发症发生率

$$=\frac{\text{介入操作与手术后患者其他并发症发生例数}}{\text{同期出院患者手术人次数}}\times 1000‰$$

【指标说明】

（1）分子：是指介入操作与手术后患者其他并发症发生例数。统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10：T81.1，T81.7，T81.8，T81.9 且入院病情为“无”且判定为介入操作或手术的病例数总和。

（2）分母：同期出院患者手术人次数是指出院患者手术（含介入）人次数。

【指标意义】

反映医院手术质量，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

（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】千分比（‰）

【指标定义】

剖宫产新生儿产伤的发生例数占同期剖宫产新生儿总人次数的比例。

【计算方法】

新生儿产伤发生率$=\frac{\text{剖宫产新生儿产伤的发生例数}}{\text{同期剖宫产新生儿总人次数}}\times 1000‰$

【指标说明】

（1）分子：是指发生产伤的新生儿人次。

统计入院日期减出生日期小于等于28天病例，住院病案首页的主要诊断或其他诊断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且入院病情为“无”的病例数总和。

（2）分母：同期剖宫产新生儿出院总人次数。新生儿为正常剖宫产分娩活产新生儿数，不包括器械助产、阴道分娩、先天性骨骼畸形等；只计算剖宫产造成新生儿产伤数。

【指标意义】

反映医院新生儿产伤预防能力,是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

（二十一）阴道分娩产妇分娩或产褥期并发症发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】千分比（‰）

【指标定义】

阴道分娩产妇分娩或产褥期并发症发生率是指阴道分娩产妇分娩或产褥期并发症发生例数占同期出院阴道分娩总人次数的比例。

【计算方法】

阴道分娩产妇分娩或产褥期并发症发生率

$$=\frac{\text{阴道分娩产妇或产褥期并发症发生例数}}{\text{同期出院阴道分娩总人次数}}\times 1000‰$$

【指标说明】

（1）分子：是指阴道分娩产妇分娩或产褥期并发症发生例数。统计住院阴道分娩产妇,住院病案首页的主要诊断编码或其他诊断编码ICD-10：O70.2，O70.3，O70.9，O71.0 至O71.9，O72.0，O72.1，O72.2，O72.3，O74.0 至O74.9，O75.0 至O75.6，O75.8，O75.9，O85.X，O86.0 至O86.8，O87.0 ，O87.1，O87.3至O87.9,O88.0 至O88.8,O89.0 至O89.9,O90.1 至O90.9，O95，A34 且入院病情为“无”的病例数总和。

（2）分母：同期出院阴道分娩总人次数。

【指标意义】

反映医院阴道分娩或产褥期并发症预防能力，是医疗质量安全管理

的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

（二十二）剖宫产分娩产妇分娩或产褥期并发症发生例数和发生率

【指标属性】定量指标

【计量单位】千分比（‰）

【指标定义】

剖宫产分娩产妇分娩或产褥期并发症发生率是指剖宫产分娩产妇分娩或产褥期并发症发生例数占同期出院剖宫产分娩或产褥期总人次数的比例。

【计算方法】

剖宫产分娩产妇分娩或产褥期并发症发生率

$$=\frac{\text{剖宫产分娩产妇分娩或产褥期的并发症发生例数}}{\text{同期出院剖宫产分娩或产褥期总人次数}}\times 1000‰$$

【指标说明】

（1）分子：是指剖宫产分娩产妇分娩或产褥期并发症发生例数。统计住院剖宫产分娩产妇，住院病案首页的主要诊断编码或其他诊断编码 ICD-10：O71.0 至 O71.9，O72.0，O72.1，O72.2，O72.3，O74.0 至 O74.9，O75.0 至 O75.6，O75.8，O75.9，O85.X，O86.0 至 O86.8，O87.0 ，O87.1，O87.3 至 O87.9，O88.0 至 O88.8，O89.0 至 O89.9，O90.0，O90.2 至 O90.9，O95，A34 且入院病情为“无”的病例数总和。

（2）分母：同期出院剖宫产分娩或产褥期总人次数。

【指标意义】

反映医院剖宫产分娩或产褥期并发症预防能力，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

（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】千分比（‰）

【指标定义】

是指住院患者 2 期及以上院内压力性损伤发生例数与同期出院患者总人次数的比例。

【计算方法】

2 期及以上院内压力性损伤发生率

$$= \frac{\text{住院患者 2 期及以上院内压力性损伤发生例数}}{\text{同期出院患者总人次数}} \times 1000‰$$

【指标说明】

（1）分子：患者入院 24 小时后新发的 2 期及以上压力性损伤例数。

①统计口径：住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10 编码：L89.1，L89.2，L89.3，L89.9 且入院病情为“无”的病例数总和。

②同一患者入院 24 小时后发生 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，按最高期别统计。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、黏膜压力性损伤。

（2）分母：同期出院患者总人次数。

【指标意义】

反映医院 2 期及以上院内压力性损伤预防能力，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

（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】千分比（‰）

【指标定义】

是指输注反应的发生例数占同期出院患者总人次数的比例。

【计算方法】

$$\text{输注反应发生率} = \frac{\text{输注反应的发生例数}}{\text{同期出院患者总人次数}} \times 1000‰$$

【指标说明】

（1）分子：是指发生输注反应的出院患者人次。统计口径：住院病案首页主要诊断或其他诊断 ICD-10 编码：T80.0，T80.1，T80.2，T80.8，T80.9 且入院病情为“无”的病例数总和。

（2）分母：同期出院患者总人次数。

【指标意义】

反映医院预防输注反应发生的能力，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

（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】千分比（‰）

【指标定义】

输血反应发生率是指输血反应的发生例数占同期出院输血患者总人次数的比例。

【计算方法】

$$\text{输血反应发生率}=\frac{\text{输血反应的发生例数}}{\text{同期输血出院患者总人次数}}\times 1000‰$$

【指标说明】

（1）分子：是指发生输血反应的出院患者人次。

统计口径：住院病案首页主要诊断或其他诊断 ICD-10 编码：T80.0 至 T80.9 且入院病情为“无”的病例数总和。

（2）分母：同期出院输血患者总人次数。统计病案首页中“血费＞0”。

【指标意义】

反映医院预防输血反应发生的能力，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

（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】千分比（‰）

【指标定义】

医源性气胸发生率是指医源性气胸的发生例数占同期出院患者总人次数的比例。

【计算方法】

$$\text{医源性气胸发生率}=\frac{\text{医源性气胸的发生例数}}{\text{同期出院患者总人次数}}\times 1000‰$$

【指标说明】

（1）分子：是指发生医源性气胸的出院患者人次。统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10 编码：J93.8，J93.9，J95.804，T81.218 且入院病情为“无”的病例数总和。

（2）分母：同期出院患者总人次数。

【指标意义】

反映医院预防医源性气胸的能力，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

（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】千分比（‰）

【指标定义】

住院患者医院内跌倒/坠床所致髋部骨折发生率是指住院患者发生跌倒/坠床所致髋部骨折发生例数占同期出院患者总人次数比例。

【计算方法】

住院患者医院内发生跌倒/坠床所致髋部骨折发生率

$$=\frac{\text{住院患者医院内发生跌倒/坠床所致髋部骨折发生例数}}{\text{同期出院患者总人次数}}\times 1000‰$$

【指标说明】

（1）分子：是指住院患者发生跌倒/坠床所致髋部骨折发生例数。统计住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10 编码：S32.1 至 S32.5，S32.7，S32.8，S71.8，S72.0 且相对应的入院病情为“无”的病例数总和。

（2）分母：同期出院患者总人次数。

【指标意义】

反映预防住院患者医院内跌倒/坠床所致髋部骨折的能力，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

（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】千分比（‰）

【指标定义】

住院 ICU 患者呼吸机相关性肺炎发生率是指 ICU 住院患者呼吸机相关性肺炎发生例数占同期 ICU 住院患者出院/转出人次数的比例。

【计算方法】

住院ICU患者呼吸机相关性肺炎发生率

$$=\frac{\text{ICU住院患者呼吸机相关性肺炎发生例数}}{\text{同期ICU住院患者出院/转出人次数}}\times 1000‰$$

【指标说明】

（1）分子：是指ICU住院患者使用有创呼吸机导致的相关性肺炎发生例数。统计口径：住院病案首页的主要诊断或其他诊断ICD-10编码：J95.802且入院病情为“无”，并在ICU使用持续侵入性机械性通气（ICD-9-CM-3:96.7）的出院患者。

（2）分母：同期住院ICU患者总人次数。本指标ICU包含独立重症医学科（综合ICU）、内科或外科ICU、心血管重症监护病房（CCU）、儿科重症监护病房（PICU）等所有ICU。

【指标意义】

反映医院预防住院ICU患者呼吸机相关性肺炎的能力，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

（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】千分比（‰）

【指标定义】

住院ICU患者血管导管相关性感染发生率是指住院ICU患者血管导管相关性感染发生例数占同期ICU住院患者出院/转出人次数的比例。

【计算方法】

住院ICU患者血管导管相关性感染发生率

$$=\frac{\text{ICU住院患者血管导管相关性感染发生例数}}{\text{同期ICU住院患者出院/转出人次数}}\times 1000‰$$

【指标说明】

（1）分子：住院患者入住ICU，并使用血管导管者，住院病案首页的主要诊断或其他诊断ICD-10编码为T82.700x001的使用血管导管ICU出院患者，且入院病情为“无”的在ICU使用以上操作的出院患者。

（2）分母：同期住院ICU患者总人次数。本指标ICU包含独立重症医学科（综合ICU）、内科或外科ICU、心血管重症监护病房（CCU）、儿科重症监护病房（PICU）等所有ICU。

【指标意义】

反映医院住院 ICU 患者血管导管相关性感染预防能力，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

（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】千分比（‰）

【指标定义】

住院 ICU 患者导尿管相关性尿路感染发生率是指住院 ICU 患者导尿管相关性尿路感染发生例数占同期 ICU 住院患者出院/转出人次数的比例。

【计算方法】

住院 ICU 患者导尿管相关性尿路感染发生率

$$= \frac{\text{ICU 患者导尿管相关性尿路感染发生例数}}{\text{同期 ICU 住院患者出院/转出人次数}} \times 1000‰$$

【指标说明】

（1）分子：ICU 患者导尿管相关性尿路感染发生例数。统计口径：住院病案首页的主要诊断或其他诊断 ICD-10 编码：T83.500x003 且入院病情为“无”的使用导尿管 ICU 出院患者。

（2）分母：同期住院 ICU 患者总人次数。本指标 ICU 包含独立重症医学科（综合 ICU）、内科或外科 ICU、心血管重症监护病房（CCU）、儿科重症监护病房（PICU）等所有 ICU。

【指标意义】

反映医院预防住院 ICU 患者导尿管相关性尿路感染能力，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

（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】千分比（‰）

【指标定义】

临床用药所致的有害效应（不良事件）发生例数和发生率是指临床用药所致的有害效应（不良事件）发生例数占同期出院患者总人次数的比例。

【计算方法】

1.全身性抗菌药物的有害效应发生率

$$=\frac{\text{全身性抗菌药物的有害效应发生例数}}{\text{同期出院患者总人次数}}\times 1000‰$$

2.降血糖药物的有害效应发生率

$$=\frac{\text{降血糖药物的有害效应发生例数}}{\text{同期出院患者总人次数}}\times 1000‰$$

3.抗肿瘤药物的有害效应发生率

$$=\frac{\text{抗肿瘤药物的有害效应发生例数}}{\text{同期出院患者总人次数}}\times 1000‰$$

4.抗凝剂的有害效应发生率

$$=\frac{\text{抗凝剂的有害效应发生例数}}{\text{同期出院患者总人次数}}\times 1000‰$$

5.镇痛药和解热药的有害效应发生率

$$=\frac{\text{镇痛药和解热药的有害效应发生例数}}{\text{同期出院患者总人次数}}\times 1000‰$$

6.心血管系统用药的有害效应发生率

$$=\frac{\text{心血管系统用药的有害效应发生例数}}{\text{同期出院患者总人次数}}\times 1000‰$$

7.X 线造影剂及其他诊断性制剂的有害效应发生率

$$=\frac{\text{X 线造影剂及其他诊断性制剂的有害效应发生例数}}{\text{同期出院患者总人次数}}\times 1000‰$$

【指标说明】

（1）分子：是指临床用药所致的有害效应（不良事件）发生例数。统计在出院病历首页的“主要诊断及其他诊断栏”，或者“损伤、中毒的外部原因栏”有下列 ICD-10 四位亚目编码的总例数。

住院患者临床用药所致的有害效应（不良事件）发生例数=全身性抗菌药物的有害效应（Y40.0 至 Y40.9）的出院患者例数+降血糖药物的有害效应（Y42.3）的出院患者例数+抗肿瘤药物有害效应（Y43.1，Y43.3）的出院患者例数+抗凝剂的有害效应（Y44.2 至 Y44.5）的出院患者例数+镇痛药和解热药的有害效应（Y45.0 至 Y45.9）的出院患者例数+心血管系统用药的有害效应（Y52.0 至 Y52.9）的出院患者例数+X 线造影剂及其他诊断性制剂的有害效应（Y57.5，Y57.6）的出院患者例数。

（2）分母：同期出院患者总人次数。

【指标意义】

反映医院临床用药所致的有害效应（不良事件）预防能力，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

（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】千分比（‰）

【指标定义】

血液透析所致并发症发生率是指血液透析所致并发症发生例数占同期血液透析出院患者总人次数的比例。

【计算方法】

$$\text{血液透析所致并发症发生率}=\frac{\text{血液透析所致并发症发生例数}}{\text{同期血液透析出院患者总人次数}}\times 1000‰$$

【指标说明】

（1）分子：是指血液透析所致并发症发生例数。统计出院诊断 ICD-10 编码为 T80.6，T80.8，T80.9，T82.4，T82.7 的出院患者。对应的，主要诊断和其他诊断入院病情等于“无”且判定为血液透析患者的病例数总和。

（2）分母：同期血液透析出院患者总人次数。

【指标意义】

反映医院血液透析所致并发症预防能力，是医疗质量安全管理的重要指标之一。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

第三章　重点专业质量控制指标

一、临床检验专业医疗质量控制指标（国卫办医政函〔2025〕333号）

（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】

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

【指标说明】

同一患者不同标本累计计算。

【指标意义】

反映所采集标本的类型符合要求的情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 LIS 系统

（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】

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

【指标说明】

同一患者不同标本累计计算。

【指标意义】

反映用于采集标本的容器符合要求的情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 LIS 系统

（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】

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

【指标说明】

同一患者不同标本累计计算。

【指标意义】

反映标本采集量符合要求的情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 LIS 系统

（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】

污染的血培养套数占同期血培养总套数的比例。

【计算方法】

$$\text{血培养污染率}=\frac{\text{污染的血培养套数}}{\text{同期血培养总套数}}\times 100\%$$

【指标说明】

一套血培养指一个患者一个穿刺点采集的一套样本。

【指标意义】

反映血培养过程操作的正确性。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 LIS 系统

（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】

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

【指标说明】

同一患者不同标本累计计算。

【指标意义】

反映标本采集过程抗凝剂使用正确性、标本采集规范性、混匀及时性等。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 LIS 系统

（六）标本拒收率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

不符合实验室标本接收条件而拒收的标本数占同期标本总数的比例。

【计算方法】

标本拒收率＝ $\frac{\text{不符合实验室标本接收条件而拒收的标本数}}{\text{同期标本总数}}\times 100\%$

【指标意义】

反映所采集标本符合接收条件的情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 LIS 系统

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

【指标说明】

实验室内同一检验项目在多个检测系统进行检测时，均应开展室内质量控制。统计该指标时检验项目的所有检测系统都应开展室内质

控，如某一检验项目有任一检测系统未开展室内质控，则该项目算作未开展，不计入计算公式的分子。

【指标意义】

反映实验室开展的检验项目中实施室内质控进行内部质量检测的覆盖度。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 LIS 系统

（八）室内质控项目变异系数不合格率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

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

【计算方法】

室内质控项目变异系数不合格率

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

【指标说明】

变异系数是检验项目检测系统不精密度的表征，代表检测结果的离散程度大小，计算公式为标准差除以测量均值。统计该指标时应将所有检测系统及所有质控品浓度水平均纳入统计，即对每一检验项目，统计各检测系统不同质控品浓度水平的变异系数，如有一个变异系数超过规定要求，就判定该项目变异系数不合格。

【指标意义】

反映实验室检验结果的精密度。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 LIS 系统

（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】

参加国家或省级临床检验中心组织的室间质评的检验项目数占同期实验室已开展且同时国家或省级临床检验中心已组织的室间质评检验项目总数的比例。

【计算方法】

室间质评项目参加率

$$=\frac{\text{参加国家或省级临床检验中心组织的室间质评的检验项目数}}{\text{同期实验室已开展且同时国家或省级临床检验中心已组织的室间质评检验项目总数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映实验室参加室间质评计划进行外部质量监测的情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】国家三级公立医院绩效监测平台、医院填报

（十）室间质评项目合格率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

参加国家或省级临床检验中心组织室间质评成绩合格的检验项目数占同期参加国家或省级临床检验中心组织的室间质评检验项目总数的比例。

【计算方法】

室间质评项目合格率

$$=\frac{\text{参加国家或省级临床检验中心组织室间质评成绩合格的检验项目数}}{\text{同期参加国家或省级临床检验中心组织的室间质评检验项目总数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映实验室参加室间质评计划的合格情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】国家三级公立医院绩效监测平台、医院填报

（十一）检验项目替代评价方法使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

无室间质评计划检验项目中使用替代评价方法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】

检验项目替代评价方法使用率

$$=\frac{\text{无室间质评计划检验项目中使用替代评价方法的检验项目数}}{\text{同期无室间质评计划检验项目总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

无室间质评计划的检验项目中实施替代评价方法包括：分割样品比对；利用质控品室内质量控制数据的实验室间比对；对患者数据百分位数（中位数）进行实验室间比对；结果的重新评价验证方法；替代微生物验证方法；来自临床相关研究的患者样品的分析；具有互换性参考物质、正确度验证质控品和生产厂家不同批号的校准品的分析；来自细胞或组织库中材料的分析等。

【指标意义】

反映无室间质评计划的检验项目中实施替代评价的情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

（十二）检验总周转时间第 90 百分位数

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分位数

【指标定义】

将检验总周转时间由短到长排序后取其第 90 百分位数。

【计算方法】

检验总周转时间第 90 百分位数：将 n 个检验标本的周转时间分为 100 等分，与 90%秩次相对应的时间即为周转时间第 90 百分位数，90%秩次以 0.9×（n+1）计算，若计算值为非整数，可四舍五入后取整。

注：n 为检验标本数。

【指标说明】

检验总周转时间是指实验室的所有标本从标本采集到发送报告的时间（以分钟为单位），其中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；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。实验室在实际工作中仍需要分别监测急诊、住院、门诊服务中具体检验项目的检验前和实验室内周转时间。

【指标意义】

反映标本运送、实验室检测及结果报告的及时性和效率。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 LIS 系统

（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】

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】

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

【指标说明】

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。

【指标意义】

反映实验室检验报告的正确性。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 LIS 系统

（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】

已通报的危急值数占同期需要通报的危急值总数的比例。

【计算方法】

$$危急值通报率=\frac{已通报的危急值数}{同期需要通报的危急值总数}\times 100\%$$

【指标说明】

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。危急值数以单个检验项目在单次检测中出现的危急值作为独立计数单位，但对同一标本/样品重复检测出现的危急值数计为 1。

【指标意义】

反映危急值通报情况。危急值通报率原则上要求 100%。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

（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】

通报时间符合规定的危急值数占同期需要通报的危急值总数的比例。

【计算方法】

$$危急值通报及时率=\frac{通报时间符合规定的危急值数}{同期需要通报的危急值总数}\times 100\%$$

【指标说明】

危急值通报时间是指从出现危急值到临床科室获取危急值的时间。

【指标意义】

反映危急值通报的及时性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

二、临床用血质量控制指标（国卫办医函〔2019〕620号）

（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】数值

【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。

【计算方法】

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

【指标说明】

（1）输血科（血库）专职专业技术人员是指本机构输血科（血库）在岗专业技术人员（含各类休假人员、外出规培进修人员）。输血科（血库）未独立的技术人员按照平均每天实际值班人员计算。

（2）医疗机构年度用血总单位数指医疗机构年度内使用全血、红细胞成分和血浆的总单位数，不包括自体输血。

（3）200ml全血为1单位，200ml全血制备的红细胞成分为1单位，200ml全血制备的血浆为1单位。

【指标意义】

反映医疗机构输血科人力资源配置情况，评价输血专业技术人员

配备是否与医疗机构功能、任务和规模等相适应。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院输血管理系统

（二）《临床输血申请单》合格率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

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

【计算方法】

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

【指标说明】

临床输血申请单包括各类红细胞、血浆、血小板及冷沉淀等血液成分的申请单；考虑到临床用血的合理性，此处特指常规临床输血申请单。

【指标意义】

反映医疗机构《临床输血申请单》填写及输血前评估的规范程度，体现医疗机构临床用血管理水平。

【指标导向】符合标准（100%）

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

（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】

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比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

受血者血液标本是指新采集的需要血型复核的标本，同一份标本多次配血仅需统计首次血型复查，复查血型包括 ABO 血型和 RhD

血型，必要时也包括不规则抗体筛查试验。

【指标意义】

评价医疗机构输血申请过程中是否规范开展受血者血液标本采集和检测的指标。

【指标导向】符合标准（100%）

【数据来源】 医院填报

【信息化提取建议】医院输血管理系统

（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比例。

【计算方法】

输血相容性检测项目室内质控

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

【指标说明】

仅评价开展的输血相容性检测项目，包括ABO血型正定型、ABO血型反定型、RhD血型、抗体筛查和交叉配血。

【指标意义】

反映医疗机构输血相容性检测项目室内质控的覆盖程度，是体现输血相容性检测日常质量管理的指标。

【指标导向】符合标准（100%）

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院输血管理系统

（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比例。

【计算方法】

输血相容性检测室间质评项目参加率

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

【指标说明】

（1）分子：参加国家卫生健康委临床检验中心组织的室间质评检测项目总数，相同项目计数一次。

（2）分母：医疗机构已经开展的检验项目与国家卫生健康委临床检验中心组织室间质评的检测项目中重叠的项目总数。

（3）评价项目包括 ABO 血型正定型、ABO 血型反定型、RhD 血型、抗体筛查和交叉配血。

【指标意义】

反映医疗机构开展输血相容性检测和参加输血相容性检测外部质量评价的情况，是体现输血相容性检测能力的重要指标之一。

【指标导向】符合标准（100%）

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院输血管理系统

（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】例数

【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】

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

【指标说明】

每张发血记录单计算为 1 输血人次。

【指标意义】

建立实施输血不良反应上报制度，提高医务人员对输血不良反应的识别和处理能力，通过分析和反馈实现临床用血管理的持续改进。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

（七）一二级手术台均用血量

【指标属性】定量指标

【计量单位】数值

【指标定义】

单位时间一级和二级手术台均用血量。

【计算方法】

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

【指标说明】

（1）用血量统计从本次入院开始至本次出院结束红细胞成分及全血用量（不包括自体输血用量）。200ml 全血为 1 单位；200ml 全血制备的红细胞成分为 1 单位。

（2）同一病人多次手术以病人的最高手术级别计算，最高级别有 N 台则记为 N 台。

【指标意义】

反映医疗机构一级和二级手术患者血液使用情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页

（八）三四级手术台均用血量

【指标属性】定量指标

【计量单位】数值

【指标定义】

单位时间三级和四级手术台均用血量。

【计算方法】

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

【指标说明】

（1）用血量统计从本次入院开始至本次出院结束红细胞成分及全血用量（不包括自体输血用量）。200ml 全血为 1 单位；200ml 全血制备的红细胞成分为 1 单位。

（2）同一病人多次手术以病人的最高手术级别计算，最高级别有 N 台则记为 N 台。

【指标意义】

反映医疗机构三四级手术患者血液使用情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页

（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】

单位时间内手术患者住院期间自体输血量占同期手术患者异体输血量和自体输血量之和的比例。

【计算方法】

手术患者自体输血率

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

【指标说明】

输血单位数仅统计红细胞成分及全血用量；200ml 全血为 1 单位；术中回收式自体输血以回输血量计算，100 毫升红细胞为 1 单位；贮存式和稀释式自体输血以 200 毫升全血为 1 单位；术前单采红细胞 100ml 为 1 单位。

【指标意义】

反映医疗机构血液保护技术的水平，通过开展自体输血可以有效降低异体血输注的风险。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页

（十）出院患者人均用血量

【指标属性】定量指标

【计量单位】数值

【指标定义】

医疗机构单位时间出院患者人均用血量。

【计算方法】

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

【指标说明】

（1）用血量仅统计红细胞成分及全血用量（不包括自体输血用量）。200ml 全血为 1 单位；200ml 全血制备的红细胞成分为 1 单位。

（2）同期出院人次以病人出院时间为准。

【指标意义】反映医疗机构住院患者血液使用情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页

三、呼吸内科专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2019〕854号）

（一）急性肺血栓栓塞症（PTE）患者确诊检查比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

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

【计算方法】

$$\text{急性PTE患者确诊检查比例}=\frac{\text{急性PTE患者行确诊检查的人数}}{\text{同期急性PTE患者总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

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

【指标意义】

确诊检查是诊断急性PTE不可或缺的条件，反映医疗机构对急性PTE规范诊断的能力。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院HIS系统

（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、放射性核素静脉显像、磁共振静脉造影、静脉造影中任一项。

【指标意义】

深静脉血栓相关检查对急性 PTE 诊断及选择治疗方案具有重要意义。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

（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】

急性 PTE 患者行危险分层相关检查比例

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

【指标说明】

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

肺血栓栓塞症危险分层

危险分层	休克或低血压	影像学 （右心室功能不全）	实验室指标 （心脏生物学标志物升高）
高危	+	+	+/-
中高危	-	+	+
中低危	-	+/-	-/+
低危	-	-	-

注：（1）右心功能不全（RVD）的诊断标准：影像学证据包括超声心动图或 CT 提示 RVD。①超声检查符合下述 2 项指标即可诊断 RVD；右心室扩张（右心室舒张末期内径/左心室舒张末期内径>1.0 或 0.9）；右心室前壁运动幅度减低（<5mm）；吸气时下腔静脉不萎陷；三尖瓣反流速度增快；估测三尖瓣反流压>30mmHg。②CTPA 检查符合以下条件也可诊断 RVD：四腔心层面发现的右心室扩张（右心室舒张末期内径/左心室舒张末期内径＞1.0 或 0.9）。

（2）心脏生物学标志物包括心肌损伤标志物（心脏肌钙蛋白 T 或 I）和心衰标志物（BNP、NT-proBNP）。

（3）上表“中低危”分层中影像学和实验室指标两者之一阳性。

【指标意义】

急性 PTE 危险分层是确诊后制定治疗方案的前提，具有重要指导意义。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

（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】

住院期间行溶栓治疗的高危急性 PTE 患者比例

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

【指标说明】

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）较基础血压下降≥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。

【指标意义】

溶栓治疗风险较高，仅适用于高危患者及中高危患者的补救治疗，该指标可反映医疗机构对溶栓治疗适应症的掌握情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

（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】

急性 PTE 患者住院期间抗凝治疗比例

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

【指标说明】

抗凝治疗包括口服抗凝药及皮下注射、静脉给予抗凝药物。

【指标意义】

反映医疗机构急性 PTE 患者治疗的规范程度。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

（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】

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

【指标说明】无

【指标意义】

反映医疗机构急性 PTE 患者疾病的严重程度及对急性 PTE 的救治能力。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

（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 患者发生与治疗相关的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】

急性 PTE 患者住院期间发生大出血比例

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

【指标说明】

大出血定义：

①致死性出血。

②某些重要部位或器官的出血，如颅内、脊柱内、腹膜后、关节内、心包等，以及因出血引起的骨筋膜室综合征。

③出血导致血流动力学不稳定，和（或）在 24～48 小时内引起的血红蛋白水平下降 20g/L 以上，或需要输至少 2 个单位全血或红细胞。

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

【指标意义】

反映医疗机构对急性 PTE 治疗水平。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

（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】

慢阻肺急性加重患者住院期间行动脉血气分析比例

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

【指标说明】

住院期间动脉血气分析包括入院前 24 小时内门急诊完成的检查。

【指标意义】

反映医疗机构对慢阻肺急性加重患者病情严重程度的评估比例。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

（九）慢阻肺急性加重患者住院期间胸部影像学检查比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

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

【计算方法】

慢阻肺急性加重患者住院期间胸部影像学检查比例

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

【指标说明】

住院期间行胸部影像学检查（X线/CT）包括本次急性加重后住院和门急诊完成的检查。

【指标意义】

反映医疗机构对慢性阻塞性肺疾病急性加重患者诊断的规范程度。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院PACS系统

（十）慢阻肺急性加重患者住院期间心电图检查比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

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

【计算方法】

慢阻肺急性加重患者住院期间心电图检查比例

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

【指标说明】

住院期间心电图检查包括入院前24小时内门急诊完成的检查。

【指标意义】

反映医疗机构对慢阻肺急性加重患者病情评估的规范程度。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院PACS系统

（十一）慢阻肺急性加重患者住院期间超声心动图检查比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，住院期间行超声心动图检查的慢阻肺急性加重患者

数占同期住院慢阻肺急性加重患者总数的比例。

【计算方法】

慢阻肺急性加重患者住院期间超声心动图检查比例

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

【指标说明】

住院期间行超声心动图检查包括本次急性加重后住院和门急诊完成的检查。

【指标意义】

反映医疗机构对慢阻肺急性加重患者病情评估的规范程度。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 PACS 系统

（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】

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

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

【指标说明】

病原学检验标本包括：各种微生物培养、降钙素原、白介素-6、真菌 1-3-β-D 葡聚糖检测（G 试验）等感染指标的血清学检验。

【指标意义】

反映医疗机构对慢阻肺急性加重患者的抗菌药物使用的规范性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 LIS 系统

（十三）慢阻肺急性加重患者住院期间雾化吸入支气管扩张剂应用比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

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

【计算方法】

慢阻肺急性加重患者住院期间雾化吸入支气管扩张剂应用比例

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

【指标说明】无

【指标意义】

反映医疗机构对慢阻肺急性加重期治疗的规范性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

（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】

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

【指标说明】无。

【指标意义】

反映慢阻肺急性加重患者疾病严重程度及医院急危重症救治水平。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

（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】

使用有创机械通气的慢阻肺急性加重患者死亡率

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

【指标说明】无。

【指标意义】

反映医疗机构对病情严重需要有创机械通气治疗的慢阻肺患者的救治能力。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

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

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

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

【计算方法】

住院 CAP 患者进行 CAP 严重程度评估的比例

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

【指标说明】

CAP 严重程度评估包括：PSI 评分、CRB-65 评分、SMART-COP 评分、CURB-65 评分。

【指标意义】

反映医疗机构对 CAP 患者诊疗的规范性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

（十七）低危 CAP 患者住院比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，住院低危 CAP 患者数占同期住院 CAP 患者总数的比例。

【计算方法】

$$低危CAP患者住院比例=\frac{住院低危CAP患者数}{同期住院CAP患者总数}\times100\%$$

【指标说明】

低危CAP患者指的是采用某一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，评估系统包括PSI评分、CRB-65、SMART-COP、CURB-65。

【指标意义】

反映医疗机构对CAP患者住院指征的把握能力以及对医疗资源的管理能力。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

（十八）CAP患者住院期间抗感染治疗前病原学送检比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，住院CAP患者抗感染治疗前病原学送检人数占同期住院CAP患者总数的比例。

【计算方法】

$$CAP患者住院期间抗感染治疗前病原学送检比例=\frac{住院期间CAP患者抗感染治疗前病原学送检人数}{同期住院CAP患者总数}\times100\%$$

【指标说明】

病原学检验标本包括：各种微生物培养、降钙素原、白介素-6、真菌1-3-β-D葡聚糖检测（G试验）等感染指标的血清学检验。

【指标意义】

反映医疗机构对CAP患者抗感染治疗的规范性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院LIS系统

（十九）CAP患者住院死亡率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，CAP患者死亡人数占同期CAP住院患者总数的比

例。

【计算方法】

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

【指标意义】

反映医疗机构对病情严重 CAP 患者的救治能力。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

（二十）住院 CAP 患者接受机械通气的比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，住院期间接受机械通气的 CAP 患者数与住院 CAP 患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{住院 CAP 患者接受机械通气的比例}=\frac{\text{使用机械通气治疗的住院 CAP 人数}}{\text{同期住院 CAP 患者总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

机械通气包括无创、有创机械通气。

【指标意义】

反映医疗机构住院 CAP 患者病情结构比例。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

四、产科专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2019〕854 号）

（一）剖宫产/初产妇剖宫产率

1.剖宫产率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

是指单位时间内，剖宫产分娩产妇人数占同期分娩产妇总人数的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

分娩产妇是指分娩孕周≥28 周的产妇，无论新生儿结局。

【指标意义】

反映妊娠干预情况，是产科质量重要过程指标。

【指标导向】监测比较

【数据来源】病案首页

2.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】

是指单位时间内初产妇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】

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

【指标说明】

初产妇是指妊娠≥28 周初次分娩的产妇,既往无 28 周及以上孕周分娩史。

【指标意义】

反映初产妇人群中剖宫产干预情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】病案首页

（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】

是指单位时间内阴道分娩产妇实施椎管内麻醉人数占同期阴道分娩产妇总人数的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

不含阴道分娩中转剖宫产产妇。

【指标意义】

反映产科助产服务质量重要的过程指标。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

（三）早产/早期早产率

1.早产率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

是指单位时间内早产产妇人数占同期分娩产妇总人数的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

（1）分子：早产产妇是指孕周在 $28\text{-}36^{+6}$ 周之间的分娩产妇。

（2）分娩产妇是指分娩孕周≥28 周的产妇，无论新生儿结局。

【指标意义】

在保障母儿安全的情况下降低早产率是产科质量管理的重要目标。

【指标导向】监测比较

【数据来源】病案首页

2.早期早产率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

是指单位时间内，早期早产产妇人数占同期分娩产妇总人数的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

（1）分子：早期早产产妇是指孕周在 $28\text{-}33^{+6}$ 周之间的分娩产妇。

（2）分娩产妇是指分娩孕周≥28 周的产妇，无论新生儿结局。

【指标意义】

早期早产率与新生儿远期不良结局密切相关，体现产科围产保健水平。

【指标导向】监测比较

【数据来源】病案首页

（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】

是指单位时间内，巨大儿人数占同期活产数的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

（1）分子：是指出生体重≥4000g 的新生儿人数

（2）分母：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。

【指标意义】

反映孕期体重管理的质量情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

（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】

是指单位时间内，发生严重产后出血的产妇人数占同期分娩产妇总人数的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

（1）分子：是指分娩 24 小时内出血量≥1000ml 的产妇。

（2）分娩产妇是指分娩孕周≥28 周的产妇，无论新生儿结局。

【指标意义】

反映产科质量的重要结果指标。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统。

（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】

是指单位时间内发生严重产后出血实施输血治疗人数占同期发生严重产后出血患者总数的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

（1）分子：是指分娩 24 小时内出血量≥1000ml 且实施输血治疗产妇。

（2）分母：是指分娩 24 小时内出血量≥1000ml 的产妇。

（3）分娩产妇是指分娩孕周≥28 周的产妇，无论新生儿结局。

【指标意义】

反映严重产后出血的发生情况及输血治疗的实施情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

（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】

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

【计算方法】

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

【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。

【指标意义】

反映医疗机构对严重母体疾病的处理及应急能力。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

（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】

是指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）分娩产妇是指分娩孕周≥28周的产妇，无论新生儿结局。

【指标意义】

产科子宫切除的实施多用于为了挽救致命性的产后出血，反映医疗机构处理严重产后出血的能力。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

（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】

是指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总人数的比例。

【计算方法】

产后或术后非计划再次手术率=

$$\frac{\text{足产后或术后发生非计划再次手术人数}}{\text{同期分娩产妇总人数}}\times\frac{100000}{100000}$$

【指标说明】

分娩产妇是指分娩孕周≥28 周的产妇，无论新生儿结局。

【指标意义】

反映医疗机构对于分娩过程处理及干预的有效性。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统。

（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】

是指单位时间内，足月新生儿出生后 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】

足月新生儿 5 分钟 Apgar 评分＜7 分发生率

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

【指标说明】

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

（2）Apgar 评分具体标准为：

①皮肤颜色：评估新生儿肺部血氧交换的情况。全身皮肤呈粉红色为 2 分，四肢末梢呈青紫色为 1 分，全身呈青紫色或苍白为 0 分。

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

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

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

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

【指标意义】

反映新生儿窒息高危因素的产前识别及产时复苏能力。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

五、神经系统疾病医疗质量控制指标（国卫办医函〔2020〕13号）

（一）癫痫与惊厥癫痫持续状态

1.癫痫发作频率记录率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

是指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】

癫痫发作频率记录率

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

【指标说明】

（1）癫痫指至少2次间隔>24小时的非诱发性（或反射性）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》。

【指标意义】

治疗癫痫的主要目标是减少发作频率。准确记录各种发作类型的发作频率是抗癫痫治疗的依据和基础，也与健康相关生活质量的改善密切相关，是反映癫痫治疗效果的重要过程指标之一。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院HIS/EMR系统

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】

是指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】

抗癫痫药物规范服用率

$$= \frac{\text{近3月按照癫痫诊断类型规范使用抗癫痫药物治疗的人数}}{\text{同期住院癫痫患者（确诊3月及以上）人数}} \times 100\%$$

【指标说明】

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

【指标意义】

减少癫痫发作频率与患者生活质量密切相关，对于每一例确诊的患者，均应采用抗癫痫药物控制癫痫发作。反映医疗机构使用抗癫痫药物规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS/EMR 系统

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】

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

【计算方法】

抗癫痫药物严重不良反应发生率

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

【指标说明】

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

【指标意义】

反映医疗机构合理使用抗癫痫药物的合理性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS/EMR 系统

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】

是指单位时间内，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】

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程视频脑电图监测。癫痫患者病因学检查应完成神经影像学检查及脑电图学相关检查。

【指标意义】

神经电生理及神经影像学是重要的明确癫痫病因的手段，其完成率反映医疗机构癫痫医疗质量。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS/EMR 系统

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】

是指单位时间内，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】

癫痫患者精神行为共患病筛查率

$$=\frac{\text{住院癫痫患者完成共患病（抑郁症、焦虑症）筛查人数}}{\text{同期住院癫痫患者总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

癫痫患者精神行为共患病焦虑症、抑郁症筛查应使用经验证的中

文版筛查量表。

【指标意义】

精神和行为障碍是所有癫痫患者及家庭的一个重要担忧和负担，其带来的社会负担及负面影响远远大于患者本身的发作情况。该指标体现医疗机构对癫痫患者抑郁症及焦虑症为主的精神疾病共病筛查情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS/EMR 系统

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】

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

【计算方法】

育龄期女性癫痫患者妊娠宣教执行率

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

【指标说明】

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

【指标意义】

癫痫与生育能力下降、妊娠风险增加以及新生儿畸形风险相关，该指标体现对育龄期女性癫痫患者的治疗方案计划性和管理水平。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS/EMR 系统

7.癫痫患者择期手术在院死亡率（NEU-EPI-07）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

是指单位时间内，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】

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

【指标说明】

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

【指标意义】

是反映医疗机构癫痫外科医疗质量的终点指标，体现了医疗机构癫痫外科的综合质量。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页

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】

是指单位时间内，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】

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

【指标说明】

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

【指标意义】

反映医疗机构癫痫外科手术术后并发症情况。控制术后并发症的

发生有利于患者早期恢复和长期预后。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页

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】

是指单位时间内，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】

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

【指标说明】

（1）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。

（2）2016 年 ILAE 工作组共识报告：《癫痫手术切除脑组织综合神经病理检查国际建议》要点中提出对从癫痫手术中获得的脑组织进行标准化的神经病理学检查，可以对患者癫痫病的临床病理基础进行分类。还将有助于预测患者接受良好或不利的术后癫痫发作控制的风险。

【指标意义】

反映医疗机构癫痫外科手术术后病理诊断明确情况。患者病理结果是后续治疗和预后的基石，明确病理结果，有助于患者长期治疗、随访及教育。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病理系统

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】

是指单位时间内，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】

癫痫手术患者出院时继续抗癫痫药物治疗率

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

【指标说明】

癫痫手术患者出院时应按照既往药物治疗方案，规范服用抗癫痫药物。

【指标意义】

反映医疗机构癫痫外科手术术后序贯治疗情况。完成癫痫手术治疗后，患者应该在专科医师指导下续抗癫痫药物治疗以达到更优的癫痫发作控制。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

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】

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

【计算方法】

惊厥性癫痫持续状态发作控制率

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

【指标说明】

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

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

【指标意义】

惊厥性癫痫持续状态治疗的主要目标是尽快控制痫性发作，减少神经损伤，与患者预后密切相关。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统

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】

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

【计算方法】

惊厥性癫痫持续状态初始治疗标准方案应用率

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

【指标说明】

初始治疗方案参考《成人全面性惊厥性癫痫持续状态治疗中国专家共识》。

【指标意义】

使用惊厥性癫痫持续状态的初始治疗标准方案尽快控制发作，减少神经损伤，与患者预后密切相关。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统

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】

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

【计算方法】

难治性惊厥性癫痫持续状态患者麻醉药物应用率

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

【指标说明】

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

（2）麻醉药物指丙泊酚或咪达唑仑注射剂。难治性惊厥性癫痫持续状态的治疗方案参考《成人全面性惊厥性癫痫持续状态治疗中国专家共识》。

【指标意义】

难治性惊厥性癫痫持续状态一线、二线治疗药物均无效，死亡率高，应在这类患者中应用麻醉药物控制发作。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

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】

是指单位时间内，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】

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

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

【指标意义】

难治性惊厥性癫痫持续状态需给予必要的生命支持，尤其是呼吸支持（气管插管或机械通气），防止因惊厥时间过长而导致不可逆的脑损伤和重要脏器损伤。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

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】

是指单位时间内，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】

在院惊厥性癫痫持续状态患者脑电监测率

$$= \frac{\text{入院 24 小时内完成同步脑电检测的惊厥癫痫持续状态患者数}}{\text{同期住院惊厥癫痫持续状态患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】

完成同步脑电监测是惊厥性癫痫持续状态患者临床评估的核心。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

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】

是指单位时间内，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】

在院惊厥性癫痫持续状态患者影像检查率

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

【指标意义】

神经影像检查是惊厥性癫痫持续状态患者病因诊断的重要手段。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

17.在院惊厥性癫痫持续状态患者脑脊液检查率（NEU-EPI-17）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

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

态患者总数的比例。

【计算方法】

在院惊厥性癫痫持续状态患者脑脊液检查率

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

【指标说明】

（1）脑脊液病因学检查指脑脊液常规、生化、细胞学及病原学检查。

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

【指标意义】

脑脊液检查是惊厥性癫痫持续状态患者病因诊断的重要手段。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

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】

是指单位时间内，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痫持续状态患者总数的比例。

【计算方法】

在院期间惊厥性癫痫持续状态患者病因明确率

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

【指标说明】

惊厥性癫痫持续状态的病因包括感染、脑血管病、肿瘤、中毒、代谢紊乱等。

【指标意义】

癫痫持续状态病因的筛查是临床治疗的重要依据，其完成率反映医疗机构癫痫医疗质量控制。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统

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】

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

【计算方法】

惊厥性癫痫持续状态患者在院死亡率

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

【指标意义】

惊厥性癫痫持续状态在院死亡率是评估在院癫痫持续状态治疗效果的终点指标。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页

20.惊厥性癫痫持续状态患者随访（出院30天内）死亡率（NEU-EPI-20）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

是指单位时间内，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】

惊厥性癫痫持续状态患者随访（出院30天内）死亡率

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

【指标意义】

惊厥性癫痫持续状态患者随访死亡率是短期内评估惊厥性癫痫持续状态治疗效果的终点指标。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

（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】

是指单位时间内，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】

脑梗死患者神经功能缺损评估率

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

【指标说明】

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

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

【指标意义】反映医疗机构收住院脑梗死患者病情评估开展情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

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】

是指单位时间内，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】

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

$$= \frac{\begin{array}{c}\text{发病 24 小时内急诊就诊行头颅 CT 影像学检查的脑梗死患者} \\ \text{30 分钟内获得头颅 CT 影像学诊断信息的患者数}\end{array}}{\text{同期发病 24 小时内急诊就诊行头颅 CT 影像学检查的脑梗死患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构对发病 24 小时内脑梗死患者及时检查评估的能力。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

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】

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

【计算方法】

发病 24 小时内脑梗死患者急诊就诊 45 分钟内临床实验室检查完成率

$$= \frac{\text{发病 24 小时内到急诊就诊脑梗死患者 45 分钟内获得临床实验室诊断信息的患者数}}{\text{同期发病 24 小时内到急诊就诊脑梗死患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构对急性脑梗死患者及时评估检查的能力。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

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】

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

【计算方法】

发病 4.5 小时内脑梗死患者静脉溶栓率

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

【指标意义】

反映医疗机构开展发病 4.5 小时内脑梗死患者静脉溶栓救治的能力。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

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】

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

【计算方法】

静脉溶栓的脑梗死患者 DNT 小于 60 分钟的比例

$$= \frac{\text{静脉溶栓药物的时间（DNT）小于 60 分钟的脑梗死患者数}}{\text{同期给予静脉溶栓治疗的脑梗死患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构对脑梗死患者救治的及时性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

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】

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

【计算方法】

发病 6 小时内前循环大血管闭塞性脑梗死患者血管内治疗率

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

【指标意义】

反映医疗机构开展急性脑梗死血管内治疗的能力。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

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】

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

【计算方法】

脑梗死患者入院 48 小时内抗血小板药物治疗率

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

【指标说明】

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

【指标意义】

反映脑梗死急性期规范化诊疗情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

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】

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

【计算方法】

非致残性脑梗死患者发病 24 小时内双重强化抗血小板药物治疗率

$$= \frac{\text{发病 24 小时内给予阿司匹林和氯吡格雷强化抗血小板药物治疗的非致残性脑梗死（NIHSS≤3 分）患者数}}{\text{同期住院非致残性脑梗死患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

《中国脑血管病临床管理指南》（第 2 版）中，“4.2 双联抗血小板治疗”，推荐意见：对于未接受静脉溶栓治疗的轻型卒中及高危 TIA 患者,在发病 24h 内启动双重抗血小板治疗[阿司匹林 100mg/d，联合氯吡格雷 75mg/d（首日负荷剂量为 300mg）]，并持续 21d，后可改成单药氯吡格雷 75mg/d，能显著降低 90d 的卒中复发（I类

推荐，A 级证据）。

【指标意义】

反映非致残性脑梗死急性期规范化诊疗情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

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】

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

【计算方法】

不能自行行走的脑梗死患者入院 48 小时内 DVT 预防率

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

【指标说明】

深静脉血栓预防措施是指在常规治疗(阿司匹林和输液)基础上，联合物理治疗、药物治疗。

【指标意义】

反映医疗机构减少住院期间并发症的诊疗措施执行情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 VTE 系统

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】

是指单位时间内,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】

脑梗死患者住院 7 天内血管评价率

$$= \frac{\text{住院 7 天内完善颈部和颅内血管评价的人数}}{\text{同期住院脑梗死患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

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

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

【指标意义】

反映脑梗死急性期规范化诊疗与评估情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

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】

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

【计算方法】

住院期间脑梗死患者他汀类药物治疗率

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

【指标意义】

反映脑梗死急性期规范化诊疗情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

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】

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

【计算方法】

住院期间合并房颤的脑梗死患者抗凝治疗率

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

【指标说明】

（1）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。

（2）《中国脑血管病临床管理指南》（第 2 版）中，“8.2 心源性卒中的管理”,对于大多数有心房颤动的 AIS 患者,在发病后 4~14d 内开始口服抗凝治疗是合理的（Ⅱa 类推荐，B 级证据）。

【指标意义】

反映脑梗死急性期规范化诊疗情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页

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】

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

【计算方法】

脑梗死患者吞咽功能筛查率

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

【指标说明】

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

【指标意义】

反映医疗机构减少住院期间并发症的诊疗措施执行情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

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】

是指单位时间内，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】

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

【指标说明】

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

【指标意义】

反映医疗机构开展脑梗死患者康复评估的能力。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

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】

是指单位时间内，出院时给予抗栓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】

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

【指标说明】

抗栓药物治疗包括抗血小板药物和抗凝药物治疗。

（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】

是指单位时间内，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】

出院时脑梗死患者他汀类药物治疗率

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

【指标意义】

反映脑梗死二级预防规范化诊疗情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

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

（1）出院时合并高血压的脑梗死患者降压治疗率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

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

【计算方法】

出院时合并高血压的脑梗死患者降压治疗率

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

（2）出院时合并糖尿病的脑梗死患者降糖药物治疗率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

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

【计算方法】

出院时合并糖尿病的脑梗死患者降糖药物治疗率

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

（3）出院时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】

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

【计算方法】

出院时合并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、依度沙班等药物。

【指标意义】

反映脑梗死二级预防规范化诊疗情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

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】

是指单位时间内，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】

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

【指标意义】

反映医疗机构脑梗死诊疗的整体水平。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

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】

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

【计算方法】

发病 24 小时内脑梗死患者血管内治疗率

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

【指标说明】

（1）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。

（2）脑梗死血管内治疗参考《中国急性缺血性脑卒中早期血管内介入诊疗指南（2022 年版）》《急性大血管闭塞性缺血性卒中血管内治疗中国专家共识（2019 年修订版）》推荐意见。

【指标意义】

反映医疗机构发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗的诊疗水平，以及医疗机构脑梗死患者救治能力。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

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】

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

【计算方法】

发病 24 小时内脑梗死患者血管内治疗术前影像学评估率

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

【指标说明】

（1）术前影像学评估包含 ASPECTS 评分和多模式影像。多模式影像可基于 CTA、CTP 及多模式磁共振成像评估。

（2）术前影像评估参考《急性缺血性卒中血管内治疗影像评估中国专家共识（2017 年版）》推荐意见。

【指标意义】

反映医疗机构发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术前规范化影像评估的现状。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

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】

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

【计算方法】

发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗 90 分钟内完成动脉穿刺率

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

【指标意义】

反映医疗机构脑梗死患者发病 24 小时内行血管内治疗流程管理水平。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

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】

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

【计算方法】

发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗 60 分钟内成功再灌注率

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

【指标说明】

成功再灌注是指改良脑梗死溶栓分级（mTICI）为 2b/3 级。

【指标意义】

反映医疗机构发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗技术水平。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院EMR系统

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】

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

【计算方法】

发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后即刻再通率

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

【指标说明】

靶血管成功再通是指脑血管造影显示成功再灌注，即mTICI分级为2b/3级。

【指标意义】

反映医疗机构发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗技术水平。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院EMR系统

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】

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

【计算方法】

发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术中新发部位栓塞发生率

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

【指标说明】

术中新发部位栓塞是指血管内治疗过程中，以前未受影响的区域发生新的栓塞，可能导致新的有症状的梗死，或需要对以前未受影响的血管进行额外治疗。

【指标意义】

反映医疗机构发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗技术水平。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统

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】

是指单位时间内，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】

发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后症状性颅内出血发生率

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

【指标说明】

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

【指标意义】

反映医疗机构发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗临床结局。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统

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】

是指单位时间内，行血管内治疗的发病 24 小时内脑梗死患者，术后 90 天随访行改良 Rankin 量表（mRS）评估比例。

【计算方法】

发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后 90 天 mRS 评估率

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

【指标说明】

（1）术后 90 天随访包括电话随访、网络随访、门诊随访、再次住院。

（2）mRS 参照《中国脑血管病临床管理指南》（第 2 版）。

【指标意义】

反映医疗机构发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗预后评估情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

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】

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

【计算方法】

发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后 90 天良好神经功能预后率

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

【指标说明】

（1）良好神经功能预后是指 mRS 评分 0-2 分。

（2）mRS 参照《中国脑血管病临床管理指南》（第 2 版）。

【指标意义】反映医疗机构发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后总体临床获益水平。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

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】

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

【计算方法】

（1）发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后住院期间死亡率

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

（2）发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后90天死亡率

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

【指标说明】

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

【指标意义】

反映医疗机构发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后不良预后指标。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

（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】

是指单位时间内进行规范诊断的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例。

【计算方法】

住院帕金森病患者规范诊断率

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

【指标说明】

规范诊断患者是指依据《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）》进行诊断的患

者。临床诊断标准会定期更新。

【指标意义】反映医疗机构对帕金森病患者诊断的规范性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

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】

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

【计算方法】

住院帕金森病患者完成头颅 MRI 或 CT 检查率

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

【指标意义】

反映医疗机构对于帕金森病患者诊断的规范性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

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】

是指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】

住院帕金森病患者进行急性左旋多巴试验评测率

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

【指标意义】反映医疗机构对帕金森病患者诊断的规范性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

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】

是指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】

住院帕金森病患者进行临床分期的比例

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

【指标说明】

临床分期是指Hoehn-Yahr分期。

【指标意义】

反映医疗机构对于帕金森病诊断的规范性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

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】

是指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】

住院帕金森病患者全面神经功能缺损评估率

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

【指标说明】

全面神经功能缺损评估包括：MDS-UPDRS 量表、UPDRS 量表。

【指标意义】反映医疗机构帕金森病规范诊疗水平。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

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】

住院帕金森病患者运动并发症筛查率

$$=\frac{\text{进行运动并发症（包括运动波动、异动症）筛查的住院帕金森病患者数}}{\text{同期住院帕金森病患者总数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构帕金森病规范诊疗水平。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

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】

住院帕金森病患者认知功能筛查率

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

【指标意义】

反映医疗机构帕金森病规范诊疗水平。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

8.住院帕金森病患者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】

住院帕金森病患者体位性低血压筛查率

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

【指标意义】

反映医疗机构帕金森病规范诊疗水平。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

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】

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

【计算方法】

合并运动并发症的住院帕金森病患者 DBS 适应症筛选评估率

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

【指标意义】

反映医疗机构帕金森病规范诊疗水平。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

10.住院帕金森病患者康复评估率参照临床分期

【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】

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

【指标意义】

反映医疗机构开展帕金森病患者康复评估的能力。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

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】

住院帕金森病患者焦虑症状和抑郁症状筛查率

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

【指标意义】

反映医疗机构帕金森病规范诊疗水平。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

（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（NEU-CAS-01）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

是指单位时间内，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】

颈动脉支架置入术患者术前 mRS 评估率

$$=\frac{\text{术前行改良 Rankin 量表(mRS)评估的颈动脉支架置入术患者数}}{\text{颈动脉支架置入术患者总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

mRS 参照《中国脑血管病临床管理指南》（第 2 版）。

【指标意义】

反映医疗机构对颈动脉支架置入术患者术前规范化评估的现状。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

2.颈动脉支架置入术患者术前颈动脉无创影像评估率（NEU-CAS-02）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

是指单位时间内，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】

颈动脉支架置入术患者术前颈动脉无创影像评估率

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

【指标说明】

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

【指标意义】

反映医疗机构对颈动脉支架置入术患者术前规范化评估的现状。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

3.颈动脉支架置入术患者手术指征符合率（NEU-CAS-03）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

是指单位时间内，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】

颈动脉支架置入术患者手术指征符合率

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

（1）无症状颈动脉狭窄患者颈动脉支架置入术手术指征符合率（NEU-CAS-03A）。

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

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

（2）症状性颈动脉狭窄患者颈动脉支架置入手术指征符合率（NEU-CAS-03B）。

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

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

【指标说明】

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

【指标意义】

反映医疗机构规范化开展颈动脉支架置入术情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统

4.颈动脉支架置入术患者术前规范化药物治疗率（NEU-CAS-04）

（1)颈动脉支架置入术患者术前规范化药物治疗率(NEU-CAS-04）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

是指单位时间内，颈动脉支架置入术患者术前规范化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】

颈动脉支架置入术患者术前规范化药物治疗率

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

【指标说明】

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

【指标意义】

反映医疗机构颈动脉支架置入术患者围术期规范化药物治疗现状。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

（2）颈动脉支架置入术患者术前双重抗血小板药物治疗率（NEU-CAS-04A）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

是指单位时间内，颈动脉支架置入术患者术前双重抗血小板药物治疗人数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。

【计算方法】

颈动脉支架置入术患者术前双重抗血小板药物治疗率

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

【指标说明】

术前双重抗血小板药物治疗指阿司匹林加氯吡格雷联合使用≥4

天，或者术前使用负荷量。

【指标意义】

反映医疗机构颈动脉支架置入术患者围术期规范化药物治疗现状。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

（3）颈动脉支架置入术患者术前他汀类药物治疗率（NEU-CAS-04B）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

是指单位时间内，颈动脉支架置入术患者术前他汀类药物治疗人数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。

【计算方法】

颈动脉支架置入术患者术前他汀类药物治疗率

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

【指标说明】

术前规范化使用他汀类药物治疗。

【指标意义】

反映医疗机构颈动脉支架置入术患者围术期规范化药物治疗现状。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

5.颈动脉支架置入术保护装置使用率（NEU-CAS-05）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

是指单位时间内，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】

颈动脉支架置入术保护装置使用率

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

【指标说明】

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

【指标意义】

反映医疗机构开展颈动脉支架置入术技术规范性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统

6.颈动脉支架置入术技术成功率（NEU-CAS-06）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

是指单位时间内，颈动脉支架置入术手术成功人数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

颈动脉支架置入术技术成功是指术后残余狭窄≤30%且术后血流 mTIC 分级 3 级。

【指标意义】

反映医疗机构开展颈动脉支架置入术技术水平。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统

7.颈动脉支架置入术并发症发生率（NEU-CAS-07）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

是指单位时间内，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】

颈动脉支架置入术并发症发生率

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

【指标说明】

颈动脉支架置入术并发症包含：

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

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

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

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

【指标意义】

反映医疗机构开展颈动脉支架置入术安全性指标。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

8.颈动脉支架置入术患者出院规范化药物治疗率（NEU-CAS-08）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

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

【计算方法】

（1）颈动脉支架置入术患者出院双重抗血小板药物治疗率（NEU-CAS-08A）

颈动脉支架置入术患者出院双重抗血小板药物治疗率

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

（2）颈动脉支架置入术患者出院他汀类药物治疗率（NEU-CAS-08B）

颈动脉支架置入术患者出院他汀类药物治疗率

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

（3）合并高血压的颈动脉支架置入术患者出院降压药物治疗率（NEU-CAS-08C）

合并高血压的颈动脉支架置入术患者出院降压药物治疗率

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

（4）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（NEU-CAS-08D）

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

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

【指标说明】

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

【指标意义】

反映医疗机构开展颈动脉支架置入术患者术后规范化药物治疗现状。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

9.颈动脉支架置入术患者卒中和死亡发生率（NEU-CAS-09）

【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 天内卒中和死亡人数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。

【计算方法】

（1）颈动脉支架置入术患者术后住院期间卒中和死亡发生率（NEU-CAS-09A）

颈动脉支架置入术患者术后住院期间卒中和死亡发生率

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

（2）颈动脉支架置入术患者术后 30 天内卒中和死亡发生率（NEU-CAS-09B）

颈动脉支架置入术患者术后 30 天卒中和死亡发生率

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

【指标说明】

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

【指标意义】

反映医疗机构开展颈动脉支架置入术不良预后指标。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

10.颈动脉支架置入术患者术后同侧缺血性卒中发生率（NEU-CAS-10）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

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

【计算方法】

（1）颈动脉支架置入术患者术后30天内同侧缺血性卒中发生率（NEU-CAS-10A）

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

（2）颈动脉支架置入术患者术后1年内同侧缺血性卒中发生率（NEU-CAS-10B）

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

【指标说明】

同侧缺血性卒中指靶血管供血区发生的缺血性卒中。

排除：靶血管供血区发生的TIA。

【指标意义】反映医疗机构开展颈动脉支架置入术患者临床结局。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

（五）脑血管造影术

1.脑血管造影术（DSA）术前无创影像评估率（NEU-DSA-01）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

是指单位时间内，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】

脑血管造影术前无创影像评估率

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

【指标说明】

无创影像评估包含：颈部血管彩超、颈动脉 CTA、颈动脉 MRA、颈动脉 CE-MRA、经颅多普勒超声（TCD）、颅内 MRA、颅内 CTA、颅内 MRV、颅内 CTV。

【指标意义】

反映医疗机构脑血管造影术的患者术前规范化评估现状。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

2.脑血管造影术中非离子型对比剂的应用率（NEU-DSA-02）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

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

【计算方法】

脑血管造影术中非离子型对比剂应用率

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

【指标说明】

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

【指标意义】

反映医疗机构脑血管造影术中对比剂应用情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

3.脑血管造影术造影时相完整率（NEU-DSA-03）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

是指单位时间内，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】

脑血管造影术中造影时相完整率

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

【指标说明】

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

【指标意义】

反映医疗机构脑血管造影术中操作规范情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

4.脑血管造影术造影阳性率（NEU-DSA-04）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

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

【计算方法】

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

【指标说明】

脑血管造影术检查有异常发现包括：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、颅脑外伤所致的各种脑外血肿、血管破裂出血。

【指标意义】

反映医疗机构脑血管造影术检查规范化诊疗情况，体现医疗机构造影术指征把握能力。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统

5.脑血管造影术严重并发症发生率（NEU-DSA-05）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

是指单位时间内，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】

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

【指标说明】

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

【指标意义】

反映医疗机构脑血管造影术的安全性。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

6.脑血管造影术穿刺点并发症发生率（NEU-DSA-06）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

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

【计算方法】

脑血管造影术穿刺点并发症发生率

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

【指标说明】

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

【指标意义】

反映医疗机构脑血管造影术的安全性。

【指标导向】逐步降低。

【数据来源】医院填报

7.脑血管造影术死亡率（NEU-DSA-07）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

是指单位时间内，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】

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

【指标说明】

脑血管造影术后住院期间死亡以病案首页信息为依据。

【指标意义】

反映医疗机构脑血管造影术的安全性。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

六、肾病专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2020〕13号）

（一）IgA肾病

1.肾活检患者术前检查完成率（NEP-IgA-01）

【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例数占同期肾活检患者总例数的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

肾活检前必需的检查项目包括：血常规、尿常规；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；24小时尿蛋白定量；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的为完成检查。

【指标意义】

反映医疗机构肾活检术前检查规范水平。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院病理系统

2.肾脏病理切片染色规范率（NEP-IgA-02）

【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例数占同期完成肾脏病理切片染色的患者总例数的比例。

【计算方法】

肾脏病理切片染色规范率

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

【指标说明】

（1）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；

（2）单位时间内同一患者多次重复肾活检按多次计算。

【指标意义】

反映医疗机构实验室肾脏病理切片染色水平。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院病理系统

3.IgA 肾病患者病理分型诊断率（NEP-IgA-03）

【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 肾病患者例数占同期完成肾脏病理诊断的 IgA 肾病患者总例数的比例。

【计算方法】

IgA 肾病患者病理分型诊断率

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

【指标说明】

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

Lee 分级

分级	评价内容
Ⅰ级	肾小球绝大多数正常，偶尔轻度系膜增宽（节段）伴和（或）不伴细胞增殖，肾小管和肾间质则没有改变。
Ⅱ级	肾小球示局灶系膜增殖和硬化（<50%），有罕见小的新月体，肾小管和肾间质无损害。
Ⅲ级	肾小球呈弥漫性系膜增殖和增宽（偶尔局灶节段），偶见小新月体和球囊粘连；局灶性肾间质水肿，偶见细胞浸润，罕见肾小管萎缩。
Ⅳ级	肾小球病变呈重度弥漫性系膜增殖和硬化，部分或全部肾小球硬化，可见新月体（<45%）。肾小管萎缩，肾间质浸润，偶见肾间质泡沫细胞。
Ⅴ级	肾小球病变的性质类似Ⅳ级，但更严重，肾小球新月体形成>45%；肾小管和肾间质病变类似于Ⅳ级，但更严重。

Haas 分型

分型	评价内容
Ⅰ（轻微病变）	肾小球仅有轻度系膜细胞增殖；无节段硬化，无新月体。
Ⅱ（FSGS 样病变）	肾小球呈现类似特发性 FSGS 样改变；伴肾小球系膜细胞轻度增殖；无新月体。
Ⅲ(局灶增殖性肾小球肾炎）	50％左右的肾小球细胞增殖，细胞增殖最初仅限于系膜区，或由于毛细血管内细胞增殖致肾小球毛细血管袢阻塞。可见新月体。绝大多数Ⅲ型病变示肾小球节段细胞增殖（有的患者可无此病变）。
Ⅳ（弥漫增殖性肾小球肾炎）	>50％的肾小球细胞增殖，像Ⅲ型病变一样细胞增殖可是节段或球性的，可见新月体。
Ⅴ(晚期慢性肾小球肾炎）	40%或以上的肾小球球性硬化，和/或≥40%的小管萎缩或小管数减少（PAS），组织学可表现为上述各种肾小球病变。

Oxford 分型

分型变量	评价内容
M（系膜增殖）	超过一半的肾小球系膜区超过3个系膜细胞记为M1，否则为M0。
E（内皮增殖）	肾小球毛细血管袢内细胞增殖引起袢腔狭窄记为E1，否则为 E0。
S（节段硬化）	节段硬化或球囊粘连记为S1，否则为S0。
T(肾小管萎缩/间质纤维化）	肾小管萎缩或间质纤维化面积占肾皮质0-25%记为T0，26-50%记为T1，>50%记为T2。
C(细胞/纤维细胞性新月体）	没有细胞/纤维细胞性新月体记为C0，细胞/纤维细胞性新月体比例<25%记为C1，细胞/纤维细胞性新月体比例

	≥25%记为 C2。

【指标意义】

反映医疗机构 IgA 肾病患者病理分型规范诊断水平。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院病理系统

4.IgA 肾病患者 RAS 阻断剂的使用率（NEP-IgA-04）

【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 阻断剂的患者例数占同期适合使用 RAS 阻断剂的 IgA 肾病患者总例数的比例。

【计算方法】

IgA 肾病患者 RAS 阻断剂的使用率

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

【指标说明】

肾素-血管紧张素系统（RAS）阻断剂适应证为 24h 尿蛋白定量>1g 且病人可耐受、无 RAS 阻断剂应用禁忌症。禁忌症为双侧肾动脉狭窄或只有单侧肾脏而肾动脉狭窄或重度肾功能不全或低血压状态。

【指标意义】

反映医疗机构 IgA 肾病患者基础治疗达标水平。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

5.IgA 肾病患者随访完成率（NEP-IgA-05）

【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例数占同期 IgA 肾病患者总例数的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

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

【指标意义】

反映医疗机构 IgA 肾病随访管理水平。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

6.IgA 肾病患者血压控制达标率（NEP-IgA-06）

【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 肾病患者例数占同期随访的 IgA 肾病患者总例数的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

控制达标是指血压＜130/80mmHg，要求收缩压和舒张压均达标。

【指标意义】

反映医疗机构 IgA 肾病患者血压管理水平。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

7.肾功能恶化率（NEP-IgA-07）

【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 肾病患者例数占同期随访 IgA 肾病患者总例数的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

血肌酐倍增指血肌酐升高至基线值的2倍及以上,基线值是治疗前患者血肌酐值。

【指标意义】

反映医疗机构IgA肾病患者的治疗水平和患者预后情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院HIS系统。

8.治疗6个月后24小时尿蛋白<1g的患者比例（NEP-IgA-08）

【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的患者例数占同期随访IgA肾病患者总例数的比例。

【计算方法】

治疗6个月后24小时尿蛋白<1g的患者比例

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

【指标意义】

反映医疗机构IgA肾病的治疗水平。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院HIS系统

9.肾活检严重并发症发生率（NEP-IgA-09）

【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IgA肾病患者例数占同期完成肾活检术IgA肾病患者总例数的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

严重并发症是指需要介入止血、肾切除方法干预治疗的并发症。

【指标意义】

反映医疗机构肾活检技术水平。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

10.激素、免疫抑制治疗的严重并发症发生率（NEP-IgA-10）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

应用激素、免疫抑制剂治疗6个月内出现严重并发症的IgA肾病患者例数占同期应用激素免疫抑制剂治疗的IgA肾病患者总例数的比例。

【计算方法】

激素、免疫抑制剂的严重并发症并发率

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

【指标说明】

严重并发症包含伴有呼吸衰竭的肺部感染、股骨头坏死、消化道大出血。

【指标意义】

反映医疗机构IgA肾病患者激素、免疫抑制剂的治疗水平。

【指标导向】监测比较

【数据来源】病案首页

（二）血液净化技术

1.治疗室消毒合格率

（1）血液透析治疗室消毒合格率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

血液透析治疗室消毒合格的月份数量在当年所占的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

（1）血液透析治疗室监测采样应在消毒完成后使用前进行；

（2）治疗室消毒合格标准为：空气平均菌落数≤4.0（5分钟）CFU/皿和物品表面平均菌落数≤10.0 CFU/cm^2，2项指标均符合为合格。

【指标意义】

反映医疗机构医院感染管理情况。

【指标导向】符合标准

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院血透系统

（2）腹膜透析治疗室消毒合格率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

腹膜透析治疗室消毒合格的月份数量在当年所占的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

（1）治疗室监测采样应在消毒完成后使用前进行；不得检出乙型溶血性链球菌、金黄色葡萄球菌及其他致病性微生物，在可疑污染环境下立即进行相应指标的检测。

（2）治疗室消毒合格标准为：空气平均菌落数≤4.0（5分钟）CFU/皿和物品表面平均菌落数≤10.0 CFU/cm^2，2项指标均符合为合格。

【指标意义】

反映医疗机构医院感染管理情况。

【指标导向】符合标准

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院血透系统

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】

血液透析室透析用水生物污染检验合格的月份数/季度数在当年所占的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

合格标准为：每月透析用水检验的细菌落数≤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《血液透析及相关治疗用水行业标准》（YY0793.2-2023）标准。

【指标意义】

反映医疗机构医院感染管理情况。

【指标导向】符合标准

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院血透系统

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，新入血液透析患者血源性传染病标志物检验完成例数占同期新入血液透析患者总数的比例。

【计算方法】

新入血液透析患者血源性传染病标志物检验完成率

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

【指标说明】

血源性传染病标志物包括乙型肝炎、丙型肝炎、梅毒及艾滋病。新入患者必须在透析前完成4种传染病标志物相关指标检测，才能计入“分子”。

【指标意义】

反映医疗机构医院感染管理情况。

【指标导向】符合标准

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院血透系统

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】

维持性血液透析患者每6个月完成血源性传染病标志物检验例数占同期维持性血液透析患者总数的比例。

【计算方法】

维持性血液透析患者血源性传染病标志物定时检验完成率

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

【指标说明】

血源性传染病标志物包括乙型肝炎、丙型肝炎、梅毒及艾滋病。需要完成4种传染病标志物相关指标检测才能计入“分子”。

【指标意义】

反映医疗机构医院感染管理情况。

【指标导向】符合标准

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院血透系统

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】

单位时间内，新发生乙型肝炎和丙型肝炎的维持性血液透析患者的例数占同期维持性血液透析患者总数的比例。

【计算方法】

维持性血液透析患者的乙型肝炎和丙型肝炎发病率

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

【指标说明】

分子是指乙型肝炎、丙型肝炎标志物阳性伴/不伴临床症状的患者。

【指标意义】

反映医疗机构医院感染管理情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院血透系统

6.血液透析患者尿素清除指数（Kt/V）和尿素下降率（URR）控制率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，单室Kt/V（spKt/V）>1.2且尿素下降率（URR）

>65%的维持性血液透析患者例数占同期维持性血液透析患者总例数的比例。

【计算方法】

血液透析 Kt/V 和 URR 控制率

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

【指标说明】

计算尿素下降率（URR）中尿素氮指标为同一次透析前后的化验指标。

【指标意义】

反映医疗机构的血液透析充分性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院血透系统

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/1.73m²/周的腹膜透析患者的例数占同期腹膜透析患者总例数的比例。

【计算方法】

腹膜透析 Kt/V 及总 Ccr 控制率

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

【指标说明】

总 Ccr 包括残肾 Ccr 和腹膜透析 Ccr。

【指标意义】

反映医疗机构的腹膜透析充分性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院血透系统

8.透析患者β2 微球蛋白定时检验完成率

（1）维持性血液透析患者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β_2微球蛋白检验的维持性血液透析患者的例数占同期维持性血液透析患者总例数的比例。

【计算方法】

维持性血液透析患者β_2微球蛋白定时检验完成率

$$=\frac{\text{每 6 个月完成β2 微球蛋白维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

无。

【指标意义】

反映医疗机构维持性血液透析患者慢性并发症的监测情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院血透系统

（2）腹膜透析患者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β_2微球蛋白检验的腹膜透析患者的例数占同期腹膜透析患者总例数的比例。

【计算方法】

腹膜透析患者β_2 微球蛋白定时检验完成率

$$=\frac{\text{每 6 个月完成β2 微球蛋白维持性腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构腹膜透析患者慢性并发症监测情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院血透系统

9.血液透析患者透析间期体重增长控制率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，透析间期体重增长＜5%的维持性血液透析患者的

例数占同期维持性血液透析患者总例数的比例。

【计算方法】

血液透析患者透析间期体重增长控制率

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

【指标意义】

反映医疗机构对维持性血液透析患者容量的管理情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院血透系统

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的例数占同期维持性血液透析患者总例数的比例。

【计算方法】

维持性血液透析患者的动静脉内瘘长期使用率

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

【指标说明】

同一动静脉内瘘是指内瘘手术术后未经过任何手术干预，包括溶栓、PTA 手术或开放性手术。

【指标意义】

反映医疗机构对血液透析患者动静脉内瘘的管理水平。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院血透系统

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的例数占同期腹膜透析患者总例数的比例。

【计算方法】

腹膜平衡试验记录定时完成率

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

【指标说明】无。

【指标意义】

反映医疗机构对腹膜透析患者腹膜功能的管理情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院血透系统

12.腹膜透析退出患者治疗时间

【指标属性】定量指标

【计量单位】月

【指标定义】

单位时间内，退出患者的平均腹膜透析时间。

【计算方法】

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

【指标说明】

退出患者是指退出腹膜透析治疗的患者，不包括因肾移植和肾功能恢复而退出患者。

【指标意义】

反映医疗机构腹膜透析技术生存的关键指标。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院血透系统

13.透析患者血常规定时检验率

（1）维持性血液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患者的例数占同期维持性血液透析患者总例数的比例。

【计算方法】

维持性血液透析患者血常规定时检验完成率

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

【指标说明】无。

【指标意义】

反映医疗机构对维持性血液透析患者透析状态、并发症评估情况及患者管理情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院血透系统

（2）腹膜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腹膜透析患者的例数占同期腹膜透析患者总例数的比例。

【计算方法】

腹膜透析患者血常规定时检验完成率

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

【指标说明】无。

【指标意义】

反映医疗机构对患者透析状态、并发症评估情况及患者管理情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院血透系统

14.透析患者血液生化定时检验率

（1）维持性血液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患者的例数占同期维持性血液透析患者总例数的比例。

【计算方法】

维持性血液透析患者血液生化定时检验完成率

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

【指标说明】

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

【指标意义】

反映医疗机构对维持性血液透析患者透析状态、并发症评估情况及患者管理情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院血透系统

（2）腹膜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腹膜透析患者的例数占同期腹膜透析患者总例数的比例。

【计算方法】

腹膜透析患者血液生化定时检验完成率

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

【指标说明】

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

【指标意义】

反映医疗机构对患者透析状态、并发症评估情况及患者管理。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院血透系统

15.透析患者全段甲状旁腺素（iPTH）定时检验率

（1）维持性血液透析患者iPTH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6个月完成全段甲状旁腺素（iPTH）检验的维持性血液透析患者的例数占同期维持性血液透析患者总例数的比例。

【计算方法】

维持性血液透析患者iPTH定时检验完成率

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

【指标说明】无

【指标意义】

反映医疗机构对维持性血液透析患者慢性肾脏病－矿物质与骨异常（CKD-MBD）评估管理情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院血透系统

（2）腹膜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）检验的腹膜透析患者的例数占同期腹膜透析患者总例数的比例。

【计算方法】

腹膜透析患者iPTH定时检验完成率

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

【指标意义】

反映医疗机构对患者慢性肾脏病－矿物质与骨异常（CKD-MBD）评估管理情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院血透系统

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

（1）维持性血液透析患者的血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度定时检验完成率

【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患者的例数占同期维持性血液透析患者总例数的比例。

【计算方法】

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

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

【指标说明】

应同时完成血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度检测。

【指标意义】

反映医疗机构对维持性血液透析患者肾性贫血评估管理情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院血透系统

（2）腹膜透析患者的血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度定时检验完成率

【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腹膜透析患者的例数占同期腹膜透析患者总例数的比例。

【计算方法】

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

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

【指标说明】

应同时完成血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度检测。

【指标意义】

反映医疗机构对患者肾性贫血评估管理情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院血透系统

17.透析患者的血清前白蛋白定时检验完成率

（1）维持性血液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患者的例数占同期维持性血液透析患者总例数的比例。

【计算方法】

维持性血液透析患者血清前白蛋白定时检验完成率

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

【指标意义】

反映医疗机构对维持性血液透析患者营养状态评估管理情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院血透系统

（2）腹膜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腹膜透析患者的例数占同期腹膜透析患者总例数的比例。

【计算方法】

腹膜透析患者血清前白蛋白定时检验完成率

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

【指标意义】

反映医疗机构对患者营养状态评估管理情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院血透系统

18.透析患者的C反应蛋白（CRP）定时检验完成率

（1）维持性血液透析患者的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患者的例数占同期维持性血液透析患者总例数的比例。

【计算方法】

维持性血液透析患者 CRP 定时检验完成率

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

【指标说明】无。

【指标意义】

反映医疗机构对维持性血液透析患者微炎症和营养状态评估管理情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院血透系统

（2）腹膜透析患者的 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）检验的腹膜透析患者的例数占同期腹膜透析患者总例数的比例。

【计算方法】

腹膜透析患者 CRP 定时检验完成率

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

【指标意义】

反映医疗机构对患者微炎症和营养状态评估管理情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院血透系统

19.透析患者高血压控制率

（1）维持性血液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患者的例数占同期维持性血液透析患者总例数的比例。

【计算方法】

维持性血液透析患者高血压控制率

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

【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。需要收缩压和舒张压同时达标。

【指标意义】

反映医疗机构对维持性血液透析患者高血压管理水平。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院血透系统

（2）腹膜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，血压控制达标的腹膜透析患者的例数占同期腹膜透析患者总例数的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

腹膜透析患者血压达标标准：血压<150/90mmHg。需要收缩压和舒张压同时达标。

【指标意义】

反映医疗机构对患者高血压管理情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院血透系统

20.透析患者肾性贫血控制率

（1）维持性血液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 的维持性血液透析患者的例数

占同期维持性血液透析患者总例数的比例。

【计算方法】

维持性血液透析患者肾性贫血控制率

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

【指标意义】

反映医疗机构对维持性血液患者肾性贫血管理情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院血透系统

（2）膜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 的腹膜透析患者的例数占同期腹膜透析患者总例数的比例。

【计算方法】

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

【指标意义】

反映医疗机构对患者肾性贫血管理情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院血透系统

21.透析患者慢性肾脏病－矿物质与骨异常（CKD-MBD）指标控制率

（1）维持性血液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患者的例数占同期维持性血液透析患者总例数的比例。

【计算方法】

维持性血液透析患者 CKD-MBD 指标控制率

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

【指标说明】

CKD-MBD 指标控制达标的定义：血钙水平在 2.1-2.5mmol/L、血磷水平在 1.13-1.78mmol/L、iPTH 水平在正常值上限 2-9 倍。需要 3 项指标同时达标。

【指标意义】

反映医疗机构对维持性血液透析患者 CKD-MBD 管理情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院血透系统

（2）腹膜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 指标控制达标的腹膜透析患者的例数占同期腹膜透析患者总例数的比例。

【计算方法】

腹膜透析患者 CKD-MBD 指标控制率

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

【指标说明】

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

【指标意义】

反映医疗机构对患者 CKD-MBD 管理情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院血透系统

22.透析患者血清白蛋白控制率

（1）维持性血液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 的维持性血液透析患者的例数占同期维持性血液透析患者总例数的比例。

【计算方法】

维持性血液透析患者血清白蛋白控制率

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

【指标意义】

反映医疗机构对维持性血液透析患者营养状况管理情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院血透系统

（2）腹膜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 的腹膜透析患者的例数占同期腹膜透析患者总例数的比例。

【计算方法】

腹膜透析患者血清白蛋白控制率

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

【指标意义】

反映医疗机构对患者营养状态管理情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院血透系统

七、护理专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2020〕654 号）

（一）床护比

【指标属性】定量指标

【计量单位】比值（X∶1）

【指标定义】

床护比是指实际开放床位数与所配备的执业护士人数的比值。本指标主要考核医疗机构床护比、病区床护比、重症医学科床护比、儿

科病区床护比。

【计算方法】

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

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

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

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

【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。

①包含：临床护理岗位护士、护理管理岗位护士、其他护理岗位护士、护理岗位的返聘护士、护理岗位的休假（含病产假）护士。

②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）开放床位数是指医院目前实际开放的床位，即实有床位数，指年底固定实有床位（《2021 国家卫生健康统计调查制度》）。

①包含：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。

②排除：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。

（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）依据《护理专业医疗质量控制指标（2020 年版）》，在本条指标中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。

包括：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。

【指标意义】

反映医疗机构实际开放床位和护理人力的匹配关系。了解当前实际开放床位所配备的护理人力配备状况，建立一种以实际开放床位为导向的护理人力配备管理模式，保障一定数量开放床位病区的基本护理人力配备。为医疗机构及其病区护理人力配备提供参考、评价指标。评价医疗机构、病区或重症医学科基本护理人力配备情况，可进行同级别医疗机构横向比较。

【指标导向】符合标准

【数据来源】国家三级公立医院绩效监测平台、医院填报

（二）护患比

【指标属性】定量指标

【计量单位】比值（1∶X）

【指标定义】

是指每天白班（或夜班）责任护士数之和与其负责照护的住院患者数之和的比。

【计算方法】

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

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

【指标说明】

（1）分子：统计周期内所有白班（或夜班）时段内护士护理患者总数。

（2）分母：统计周期内医院每天白班（或夜班）时段上班的直接护理患者的护士数总和。

（3）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。

（4）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）。

（5）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）。

（6）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。

【指标意义】

反映的是需要照护的住院患者数量和护理人力的匹配关系，评价医疗机构及各病区有效护士人力配备情况，进而建立一种以护理服务需求为导向，科学调配护理人力的管理模式，让需要照护的患者获得充足的护理服务，保障患者的安全和护理服务质量。关联护理结果质量指标分析，发现护患比对护理质量存在关联规律和影响，可进行同级别医疗机构的横向比较。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院护理管理系统

（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】

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

【指标说明】

（1）分子：统计周期内住院病区（有住院床位的科室）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）分母：统计周期内住院病区每天凌晨 0 点住院患者实际占用的床日数总和。

包含：占用的正规病床日数、占用的临时加床日数。

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

【指标意义】

反映每住院患者平均每天实际得到的护理时间，包括直接护理时数、间接护理时数、相关护理时数。监测每住院患者24小时平均护理时数可以帮助管理者了解患者所得到的护理服务时长，进而推算出护理工作负荷及患者所需的护理服务时数，指导管理者合理地调配护理人员，帮助促进护理工作效率提升，将更多护士工作时间用于照护患者。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院护理管理系统

（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年、≥20年的护士在病区执业护士中所占的比例。

【计算方法】

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

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

【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、外出进修）护士。

【指标意义】

工作年限可以在一定程度反应护理人员能力水平。分析不同级别护士的配置，旨在让护理管理者关注护理团队的数量和规模的同时，还要关注护理团队的能力结构。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院护理管理系统

（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】

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

【指标说明】

（1）分子：统计周期内医疗机构中所有在护理岗位工作的执业护士自愿离职的人数总和。

包含：自愿离职的执业护士。

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。

（2）分母：统计周期内医疗机构执业护士总人数，即统计周期初医疗机构执业护士人数与统计周期末医疗机构执业护士人数之和÷2。

【指标意义】

反映医疗机构组织与护理队伍是否稳定的重要指标。衡量护士人力资源流动状况，了解护士离职的现状，分析离职原因及对组织结构和护理质量造成的影响，为管理者制定人员招聘和培训计划，改善管理策略等方面提供依据。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

（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】

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

【指标说明】

（1）分子：统计周期内住院患者身体约束的总日数。

（2）分母：统计周期内住院病区每天凌晨0点住院患者实际占用的床日数总和。

（3）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。

（4）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。如身体约束患者从医院A科转入B科，身体约束日作为1日计算，由转出科室记录约束日数。

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

【指标意义】

通过对住院患者身体约束率的监测，医疗机构或护理部门能够及时获得身体约束率、约束导致的不良事件和约束的其他相关信息。通过医疗机构管理团队和医务人员的共同努力，找到有效的替代措施，努力降低身体约束率或使身体约束更具合理化，减少因身体约束带来的负性质量问题，从而提高住院患者的安全，提高人文护理质量。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院护理管理系统

（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】

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

【指标说明】

（1）分子：统计周期内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）分母：统计周期内住院病区每天凌晨0点住院患者实际占用的床日数总和。

【指标意义】

通过对住院患者跌倒发生指标的监测，了解所在医疗机构或部门的跌倒发生率和伤害占比。通过根本原因分析和有效的对策实施，可以降低患者跌倒的风险及跌倒发生率，保障患者安全。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】不良事件管理系统

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】

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】

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

【指标说明】

（1）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。

（2）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。程度分级：

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。

【指标意义】

通过对住院患者跌倒发生指标的监测，了解所在医疗机构或部门的跌倒发生率和伤害占比。通过根本原因分析和有效地对策实施，可以降低导致患者跌倒的风险及跌倒发生率，保障患者安全。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院护理管理系统

（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】

住院患者2期及以上院内压力性损伤发生率

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

【指标说明】

（1）分子：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、黏膜压力性损伤。

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）分母：住院患者总数为统计周期期初在院患者数与单位时

间内新入院患者数之和。

包含：所有办理住院手续的患者。

排除：办理住院手续但实际未到达病区患者；母婴同室新生儿。

【指标意义】

反映医疗机构院内压力性损伤发生的现状，与同级医疗机构进行横向比较，评价医疗机构压力性损伤管理的质量。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

（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

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

（2）经口、经鼻胃肠导管非计划拔管率

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

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

（4）中心静脉导管（CVC）非计划拔管率

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

（5）经外周置入中心静脉导管（PICC）非计划拔管率

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

【指标说明】

（1）某导管非计划拔管例次数指单位时间内留置某类导管的住院患者发生该类导管非计划拔管的例次数。同一住院患者在单位时间内发生的导管非计划拔管例次数按实际发生频次计算。

包含：患者自行拔除的导管；各种原因导致的导管滑脱；因导管

质量问题及导管堵塞等情况需要提前拔除的导管；因导管相关感染需提前拔除的导管。

排除：医生根据患者病情转归程度，达到拔除导管指征，医嘱拔除导管；导管留置时间达到上限，应拔除或更换导管；非住院患者拔管，如门诊患者和急诊抢救患者。

（2）某导管留置总日数指单位时间内住院患者留置某类导管的日数之和。留置导管每跨越0点1次计作1日，当天置入并拔除的不统计。带管入院患者以入院当日开始，每跨越0点1次计作1日；带管出院患者以出院日期为止。

包含：住院患者留置某类导管处于长期医嘱执行状态的日数。

排除：一次性插管患者插管日数、门急诊等非住院病区置管患者的留置日数。

【指标意义】

有助于及时发现导管非计划拔管的现状、趋势、特征及危险因素，为其预防、控制和制定质量改进目标提供科学依据，提升医护团队服务的规范性、专业性。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院重症系统

（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】千分比（‰）

【指标定义】

单位时间内，留置导尿管患者中尿路感染例次数与患者导尿管留置总日数的千分比。

【计算方法】

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

【指标说明】

（1）分子：统计周期内住院患者留置导尿管期间或拔除导尿管48h内发生的泌尿系统感染例次数。同一患者在统计周期内发生导尿管相关尿路感染例次数以按实际发生频次计算。

（2）分母：统计周期内住院患者留置导尿管的日数总和。

包含：留置导尿管。

排除：临时导尿。

【指标意义】

反映医疗机构感染控制的现状，与护理人员消毒隔离、无菌技术和手卫生执行等情况密切相关。

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】千分比（‰）

【指标定义】

单位时间内，中心静脉导管（CVC）相关血流感染发生例次数与患者 CVC 留置总日数的千分比。

【计算方法】

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

【指标说明】

（1）分子：统计周期内住院患者留置 CVC 期间或拔除 CVC48 小时内发生的原发性血流感染例次数。同一患者在统计周期发生的 CVC 相关血流感染发生例次数按实际发生频次计算。

（2）分母：统计周期内住院患者留置 CVC 的日数总和。

包含：留置 CVC。

排除：当天置入并拔除的 CVC。

【指标意义】

反映中心静脉导管相关血流感染情况与医疗机构感染防控情况，与医护人员的消毒隔离、无菌技术和手卫生执行等情况密切相关。

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】千分比（‰）

【指标定义】

单位时间内，经外周置入中心静脉导管（PICC）相关血流感染发生例次数与患者 PICC 留置总日数的千分比。

【计算方法】

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

【指标说明】

（1）分子：统计周期内住院患者留置 PICC 期间或拔除 PICC48 小时内发生的原发性血流感染例次数。同一患者在统计周期内发生的

PICC 相关血流感染发生例次数按实际发生频次计算。

（2）分母：统计周期内住院患者留置 PICC 的日数总和。

包含：留置 PICC.

排除：当天置入并拔除的 PICC。

【指标意义】

反映经外周置入中心静脉导管相关血流感染情况与医疗机构感染防控情况，与医护人员的消毒隔离、无菌技术和手卫生执行等情况密切相关。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院感染管理系统

（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】千分比（‰）

【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】

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

【指标说明】

（1）分子：统计周期内住院患者建立人工气道（气管插管或气管切开）接受机械通气 48h 后发生肺炎的例次数，机械通气撤机、拔管后 48h 内出现的肺炎也属于 VAP 范畴。同一患者在统计周期内发生的呼吸机相关肺炎例次数按实际发生频次计算。

（2）分母：统计周期内所监测住院患者经人工气道（包括气管插管和气管切开）接呼吸机辅助通气的日数总和。

（3）有创机械通气：需要通过气管插管或气管切开建立有创人工气道进行机械通气的方法。

包含：有创机械通气。

排除：无创机械通气和手术麻醉气管插管。

【指标意义】

反映呼吸机相关性肺炎情况与医疗机构感染防控情况，与医护人员的消毒隔离、无菌技术和手卫生执行等情况密切相关。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院感染管理系统

（十二）护理级别占比

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，医疗机构某级别护理患者占用床日数与住院患者实际占用床日数的百分比。

【计算方法】

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

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

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

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

【指标说明】

（1）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。

（2）患者的护理级别是由医生和护士共同确定。同一患者一天内护理级别有变化时，只能计算一次，以统计时点的护理级别为准。

【指标意义】

反映患者病情的轻重缓急及护理需求和护理工作量，可以帮助管理者推算出护理工作负荷，是合理安排护理人力资源的重要依据，对临床护理管理和人力调配起着指导作用。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院HIS系统

八、药事管理专业医疗质量控制指标（国卫办医政函〔2025〕333号）

（一）医师人数与药师人数之比

【指标属性】定量指标

【计量单位】X：1

【指标定义】

医院注册医师总人数与医院药师总人数之比。

【计算方法】

$$医师人数与药师人数之比=\frac{医院注册医师总人数}{医院药师总人数}$$

【指标说明】

（1）医院注册医师总人数是指国家医师电子化注册系统显示已激活状态并承担相关岗位任务的在岗（助理）医师总人数，以主要执业机构进行统计。

（2）医院药师总人数是指按照有关规定取得药学专业任职资格（主任药师、副主任药师、主管药师、药师、药士），并承担药学相关岗位任务的在岗人员。在岗人员包括在编及合同制人员、派遣人员、返聘和临聘本单位半年以上人员，不包括离退休人员、退职人员、离开本单位仍保留劳动关系人员、返聘和临聘不足半年人员。

【指标意义】

反映医院药学专业人力资源配置情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

（二）每百张床位临床药师人数

【指标属性】定量指标

【计量单位】人数

【指标定义】

每100张实际开放床位配备的临床药师人数。

【计算方法】

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

【指标说明】

（1）临床药师是指经过临床药学专业培训，直接参与临床药物治疗管理（包括审核所在科室的用药医嘱；参加联合查房与会诊，与医师共同优化药物治疗方案；开展药学监护和药物重整；为患者提供用药咨询和用药教育；开展患者出院带药指导；其他药学服务工作等），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。

（2）实际开放床位数即实有床位数，指统计周期内固定实有床位（非编制床位），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。

【指标意义】

反映医院临床药师配备情况，三级医院临床药师原则上每百张实际开放床位不少于1—2名。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】国家三级公立医院绩效监测平台

（三）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的处方数占同期处方总数的比例。

【计算方法】

$$门诊处方审核率=\frac{药品收费前药师审核门诊处方数}{同期门诊处方总数}\times 100\%$$

$$急诊处方审核率=\frac{药品收费前药师审核急诊处方数}{同期急诊处方总数}\times 100\%$$

$$住院患者用药医嘱审核率=\frac{药品收费前药师审核住院患者用药医嘱条目数}{同期住院患者用药医嘱总条目数}\times 100\%$$

【指标说明】

（1）审核的处方包括纸质处方、电子处方和医疗机构病区用药医嘱单。

（2）处方审核方式包括人工审核、合理用药软件初审结合人工复核方式。

（3）为便于统计，住院患者的有关数据均通过调查时间范围内出院患者的数据计算，下同。

【指标意义】

反映医院药师对处方审核职责的落实情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院合理用药系统

（四）处方点评情况

1.处方点评率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

实施点评的处方数占同期处方总数的比例。

【计算方法】

$$门诊处方点评率=\frac{实施点评的门诊处方数}{同期门诊处方总数}\times 100\%$$

$$急诊处方点评率=\frac{实施点评的急诊处方数}{同期急诊处方总数}\times 100\%$$

$$住院患者用药医嘱点评率=\frac{实施点评的出院病历数}{同期出院病历总数}\times 100\%$$

$$重点监控合理用药药品住院患者用药医嘱点评率=\frac{实施点评的使用重点监控合理用药药品的出院病历数}{同期使用重点监控合理用药药品的出院病历总数}\times 100\%$$

【指标说明】

（1）依据《医院处方点评管理规范（试行）》，医院药学部门应当会同医疗管理部门，根据医院诊疗科目、科室设置、技术水平、诊疗量等实际情况，确定具体抽样方法和抽样率，其中门急诊处方的抽样率不应少于总处方量的1‰，且每月点评处方绝对数不应少于100张；病房（区）医嘱单的抽样率（按出院病历数计）不应少于1%，且每月点评出院病历绝对数不应少于30份；同期点评的病历应覆盖各省重点监控合理用药药品目录内的全部药品品种。

（2）重点监控合理用药药品是指国家或省级卫生健康行政部门公布的在监控期内的重点监控合理用药药品目录内品种，下同。

【指标意义】

反映医院实施处方点评工作的情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院合理用药系统

2.处方合理率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

点评为合理的处方数占同期点评处方总数的比例。

【计算方法】

$$门诊处方合理率=\frac{点评为合理的门诊处方数}{同期点评门诊处方总数}\times 100\%$$

$$\text{急诊处方合理率}=\frac{\text{点评为合理的急诊处方数}}{\text{同期点评急诊处方总数}}\times 100\%$$

$$\text{住院患者用药医嘱合理率}=\frac{\text{点评为合理的出院病历数}}{\text{同期点评出院病历总数}}\times 100\%$$

$$\text{重点监控合理用药药品住院患者用药医嘱合理率}=\frac{\text{点评为合理的使用重点监控合理用药药品的出院病历数}}{\text{同期点评使用重点监控合理用药药品的出院病历总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

（1）不合理处方包括不规范处方、用药不适宜处方及超常处方。

（2）依据《医院处方点评管理规范（试行）》，病房（区）用药医嘱的点评应当以患者住院病历为依据，实施综合点评。

【指标意义】

反映医院处方质量和处方管理情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院合理用药系统

（五）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人次数占同期住院患者总人次数的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

（1）药学监护主要内容包括药学查房、制订监护计划、患者用药教育、药学会诊、血药浓度监测等。本指标统计本医疗机构实施药学监护（需有药学监护记录）的住院患者人次数。

（2）同一住院患者一次住院期间接受药学监护计为1人次数。

【指标意义】

反映临床药师为住院患者提供药学服务的情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

（六）住院患者静脉用药情况

1.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人次数占同期住院患者总人次数的比例。

【计算方法】

$$住院患者静脉输液使用率=\frac{使用静脉输液的住院患者人次数}{同期住院患者总人次数}\times 100\%$$

【指标说明】

（1）静脉输液是指静脉给药≥50mL 的用药行为，包括静脉滴注和泵入等。对于某些特殊患者（如儿童、新生儿、肾病等对液体输入量有限制的患者）静脉输液的使用量低于 50mL 时，仍属于静脉输液，纳入统计范围。

（2）本指标统计治疗性静脉输液，排除单纯用于诊断评估的静脉给药行为，下同。

（3）同一位患者一次住院期间使用 1 种或多种静脉输注药物，记为 1 人次数。

（4）使用静脉输液的住院患者人次数和住院患者总人次数均以统计周期内“出院患者”的人次数计算。统计周期内同一位患者住院 2 次，应记为 2 人次，下同。

【指标意义】

反映住院患者静脉输液的使用情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院合理用药系统

2.住院患者静脉输液床日占比

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

住院患者使用静脉输液床日数占同期住院患者实际占用总床日数的比例。

【计算方法】

$$住院患者静脉输液床日占比=\frac{住院患者使用静脉输液床日数}{同期住院患者实际占用总床日数}\times 100\%$$

【指标说明】

（1）住院患者使用静脉输液床日数是指所有住院患者使用静脉输液天数的总和。

（2）同期住院患者实际占用总床日数指同期所有住院患者的住院天数总和，如同一日同一张床位住院2人次，则按2床日统计，下同。

【指标意义】

反映住院患者静脉输液的使用情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

3.住院患者静脉输液平均每床日使用体积

【指标属性】定量指标

【计量单位】mL

【指标定义】

住院患者使用静脉输液的总体积（mL）与同期住院患者实际占用总床日数的比值。

【计算方法】

$$\text{住院患者静脉输液平均每床日使用体积}=\frac{\text{住院患者使用静脉输液总体积（mL）}}{\text{同期住院患者实际占用总床日数}}$$

【指标说明】

统计静脉输液总体积（mL）时，应根据成组医嘱内容，计算溶媒及加入药品的体积（mL）累计之和。

【指标意义】

反映住院患者静脉输液的使用情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

4.Ⅰ类切口手术经静脉预防使用抗菌药物时长≤24小时比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

Ⅰ类切口手术经静脉输液方式预防使用抗菌药物时长≤24小时的患者人次数占同期Ⅰ类切口手术患者总人次数的比例。

【计算方法】

$$\text{Ⅰ类切口手术经静脉预防使用抗菌药物时长≤24小时比例}=\frac{\text{Ⅰ类切口手术经静脉输液方式预防使用抗菌药物时长≤24小时的患者人次数}}{\text{同期Ⅰ类切口手术患者总人次数}}\times 100\%$$

【指标说明】

1.根据《抗菌药物临床应用指导原则（2015版）》要求，抗菌药物的有效覆盖时间应包括整个手术过程。手术时间较短（＜2小时）的清洁手术术前给药一次即可。如手术时间超过3小时或超过所用药物半衰期的2倍以上，或成人出血量超过1500mL，术中应追加一次。Ⅰ类切口手术的预防用药时间不超过24小时，心脏手术可视情况延长至48小时。过度延长用药时间并不能进一步提高预防效果，且预防用药时间超过48小时，耐药菌感染机会增加。

2.同一位患者一次住院期间进行Ⅰ类切口手术，记为1人次。

【指标意义】

反映住院患者通过静脉给药方式预防使用抗菌药物的合理性。

【指标导向】符合标准

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院合理用药系统

5.Ⅱ类切口手术经静脉预防使用抗菌药物时长≤24小时比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

Ⅱ类切口手术经静脉输液方式预防使用抗菌药物时长≤24小时的患者人次数占同期Ⅱ类切口手术患者总人次数的比例。

【计算方法】

Ⅱ类切口手术经静脉预防使用抗菌药物时长≤24小时比例

$$=\frac{\text{Ⅱ类切口手术经静脉输液方式预防使用抗菌药物时长≤24小时的患者人次数}}{\text{同期Ⅱ类切口手术患者总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

（1）本指标中的Ⅱ类切口手术包含以下几种：①剖宫产，主要手术ICD-9-CM-3编码为74.0、74.1、74.2、74.4、74.99；②肺癌手术切除，主要诊断ICD-10编码以C34开头，且主要手术ICD-9-CM-3编码为32.2-32.6、32.9；③阑尾切除手术，主要手术ICD-9-CM-3编码为47.01、47.09；④胆囊切除手术，主要手术ICD-9-CM-3编码为51.21-51.24。

（2）根据《抗菌药物临床应用指导原则（2015版）》要求，抗菌药物的有效覆盖时间应包括整个手术过程。Ⅱ类切口手术的预防用药时间为24小时。过度延长用药时间并不能进一步提高预防效果，且预防用药时间超过48小时，耐药菌感染机会增加。

（3）同一位患者一次住院期间进行Ⅱ类切口手术，记为1人次。

【指标意义】

反映住院患者通过静脉给药方式预防使用抗菌药物的合理性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院合理用药系统

6.住院患者人均静脉用药品种数

【指标属性】定量指标

【计量单位】种

【指标定义】

住院患者接受静脉用药治疗的药品品种总数与同期接受静脉用药治疗的住院患者人次数的比值。

【计算方法】

$$\text{住院患者人均静脉用药品种数}=\frac{\text{住院患者接受静脉用药治疗的药品品种总数}}{\text{同期接受静脉用药治疗的住院患者人次数}}$$

【指标说明】

（1）静脉用药的给药方法包括静脉推注、静脉滴注、静脉泵入等。所有接受静脉用药的住院患者均纳入统计范畴，不受给药体积的限制。

（2）本指标统计治疗性静脉用药，排除单纯用于诊断评估的静脉用药行为。

（3）住院患者静脉用药品种数以品规计算，且剔除静脉用药成组医嘱中单纯作为溶媒的药品。例如：某住院患者在住院期间先后使用盐酸左氧氟沙星注射液（2mL）+0.9%氯化钠注射液50mL和盐酸左氧氟沙星氯化钠注射液（100mL），则该患者静脉用药品种数计为2。

（4）住院患者接受静脉用药治疗的药品品种总数按同期每位住院患者静脉用药的品种数累加计算。例如：住院期间患者A使用3种药品，患者B使用2种药品，则静脉用药品种总数计为3+2=5。

【指标意义】

反映住院患者静脉用药品种情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院合理用药系统

7.住院患者静脉输液泵使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

通过输液泵接受治疗性静脉用药的住院患者人次数占同期住院患者总人次数的比例。

【计算方法】

$$\text{住院患者静脉输液泵使用率}=\frac{\text{使用静脉输液泵的住院患者人次数}}{\text{同期住院患者总人次数}}\times 100\%$$

【指标说明】

（1）输液泵指预期通过泵产生的正压来控制输入患者体内的液体流量的设备。采用输液泵实施治疗性静脉用药的住院患者，其用药人次均纳入统计，不受给药体积限制。

（2）同一位患者一次住院期间通过输液泵接受1种或多种治疗性静脉用药，记为1人次数。

【指标意义】

反映住院患者静脉输液泵的使用情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院合理用药系统

（七）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】

使用抗菌药物的住院患者人次数占同期住院患者总人次数的比例。

【计算方法】

$$\text{住院患者抗菌药物使用率}=\frac{\text{使用抗菌药物的住院患者人次数}}{\text{同期住院患者总人次数}}\times 100\%$$

【指标说明】

同一位患者一次住院期间使用1种或多种抗菌药物，记为1人次数。

【指标意义】

反映住院患者抗菌药物使用情况。指标值：综合医院住院患者抗菌药物使用率不超过60%，口腔医院不超过70%，肿瘤医院不超过

40%，儿童医院不超过60%，精神病医院不超过5%，妇产医院（含妇幼保健院）不超过60%。

【指标导向】符合标准

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院合理用药系统

2.住院患者抗菌药物使用强度（DDDs）

【指标属性】定量指标

【计量单位】DDD

【指标定义】

住院患者平均每日每百张床位所消耗抗菌药物的DDD数。

【计算方法】

住院患者抗菌药物使用强度（DDDs）

$$=\frac{\text{住院患者抗菌药物实际消耗量（累计 DDD 数）}}{\text{同期住院患者实际占用总床日数}}\times 100$$

住院患者特殊使用级抗菌药物使用强度（DDDs）

$$=\frac{\text{住院患者特殊使用级抗菌药物实际消耗量（累计 DDD 数）}}{\text{同期住院患者实际占用总床日数}}\times 100$$

【指标说明】

（1）住院患者抗菌药物消耗量（累计DDD数）=所有抗菌药物消耗量的总和，某个抗菌药物的消耗量=该抗菌药物使用总量（g）/该抗菌药物DDD值。DDD值又称“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ATCIndex。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的说明。

（2）住院患者抗菌药物消耗量仅统计调查周期内住院患者在院期间抗菌药物实际消耗量情况，只用于皮试的抗菌药物使用量不纳入统计，住院患者出院带药不纳入统计。

（3）特殊使用级抗菌药物指列入各省级卫生健康行政部门公布的特殊使用级抗菌药物目录内的药品。

【指标意义】

反映住院患者抗菌药物消耗情况。指标值：综合医院住院患者抗菌药物使用强度不超过40DDDs，口腔医院不超过 40DDDs，肿瘤医院不超过30DDDs，儿童医院不超过20DDDs（按照成人规定日剂量标准计算），精神病医院不超过 5DDDs，妇产医院（妇幼保健

院）不超过 40DDDs。

【指标导向】符合标准

【数据来源】国家三级公立医院绩效监测平台

（八）严重或新的药品不良反应上报比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

上报的严重或新的药品不良反应例数占同期上报药品不良反应总例数的比例。

【计算方法】

严重或新的药品不良反应上报比例

$$=\frac{\text{上报的严重或新的药品不良反应例数}}{\text{同期上报药品不良反应总例数}}\times 100\%$$

【指标说明】

（1）严重药品不良反应：是指因使用药品引起以下损害情形之一的反应：①导致死亡；②危及生命；③致癌、致畸、致出生缺陷；④导致显著的或者永久的人体伤残或者器官功能的损伤；⑤导致住院或者住院时间延长；⑥导致其他重要医学事件，如不进行治疗可能出现上述所列情况的。

（2）新的药品不良反应：是指药品说明书中未载明的不良反应。或说明书中已有描述，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。

【指标意义】

反映医院严重或新的药品不良反应主动报告情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】国家药品不良反应监测系统

（九）用药错误报告率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

报告给医院管理部门的发生用药错误的人次数占同期用药患者总人次数的比例。

【计算方法】

用药错误报告率=$\frac{\text{报告给医院管理部门的发生用药错误的人次数}}{\text{同期用药患者总人次数}}\times 100\%$

【指标说明】

（1）用药错误是指药品在临床使用及管理全过程中出现的、任何可以防范的用药疏失，这些疏失可以导致患者发生潜在的或直接的损害。根据发生用药错误后果的严重程度将用药错误分为9级，统计C-I级：

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）同期用药患者总人次数指调查时间范围内门诊、急诊和住院患者用药人次数总和。

【指标意义】

反映医院用药错误主动报告情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】不良事件上报系统提取

九、病案管理质量控制指标（国卫办医函〔2021〕28号）

（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/人/月

【指标定义】

单位时间内，每名住院病案管理人员每月平均负担的出院患者病历数。

【计算方法】

住院病案管理人员实际工作总月数

$$=\frac{\text{出院患者病历总数}}{\text{同期住院病案管理人员实际工作总月数}}\times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：指出院人数。包括医嘱离院、医嘱转其他医疗机构、非医嘱离院、死亡及其他人数，不含家庭病床撤床人数。

（2）分母：指同期每名工作人员实际工作月数的总和。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。

【指标意义】

反映医院住院病案管理人员工作强度，是医院病案管理质量控制的重点指标之一。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

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/人/月

【指标定义】

单位时间内，每名门诊病案管理人员每月平均负担的门诊患者病历数。

【计算方法】

门诊病案管理人员月均负担门诊患者病历数

$$=\frac{\text{门诊患者病历总数}}{\text{同期门诊病案管理人员实际工作总月数}}\times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：指门诊实际诊疗人次。即以门诊挂号数统计，不包括急诊患者、健康查体者。

（2）分母：指同期每名工作人员实际工作月数的总和。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。

【指标意义】

反映医院门诊病案管理人员工作强度，是医院病案管理质量控制的重点指标之一。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

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/人/月

【指标定义】

单位时间内，每名病案编码人员每月平均负担的出院患者病历数。

【计算方法】

病案编码人员月均负担出院患者病历数

$$=\frac{\text{出院患者病历总数}}{\text{同期病案编码人员实际工作总月数}}\times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：指出院人数。包括医嘱离院、医嘱转其他医疗机构、非医嘱离院、死亡及其他人数，不含家庭病床撤床人数。

（2）分母：指同期每名病案编码人员实际工作月数的总和。病案编码人员是指住院编码人员，即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。

【指标意义】

反映医院住院病案编码人员工作强度，是医院病案管理质量控制的重点指标之一。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

（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】

入院记录 24 小时内完成率

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

【指标说明】

（1）分子：指入院记录在患者入院 24 小时内完成的住院患者病历总数。入院时间是自入院办理入院手续后实际入住病房的公元纪年日期和时间；记录完成时间为相应医师签名确认的公元纪年日期和

时间。

（2）分母：指同期出院人数。包括医嘱离院、医嘱转其他医疗机构、非医嘱离院、死亡及其他人数，不含家庭病床撤床人数。

【指标意义】

反映病案书写的时效性，是病历书写与管理基本规范要求之一。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

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

$$=\frac{\text{手术记录在术后 24 小时内完成的住院患者病历数}}{\text{同期住院手术患者病历总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：指手术记录在术后 24 小时内完成的住院患者病历总数。术后时间为患者住院期间结束手术时的公元纪年日期和时间；记录完成时间为相应医师签名确认的公元纪年日期和时间。同一患者同一次住院多次手术者,手术记录 24 小时内完成情况均须符合要求。

（2）分母：指同期出院患者手术人数。同一患者同一次住院实施多次手术者，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。

【指标意义】

反映病案书写的时效性，是病历书写与管理基本规范要求之一。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

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

$$=\frac{\text{出院记录在患者出院后 24 小时内完成的病历数}}{\text{同期出院患者病历总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：指出院记录在患者出院后24小时内完成的病历总数。出院时间为患者实际办理出院手续时(死亡患者是指其死亡时间)的公元纪年日期和时间;记录完成时间为相应医师签名确认的公元纪年日期和时间。

（2）分母：指同期出院人数。包括医嘱离院、医嘱转其他医疗机构、非医嘱离院、死亡及其他人数，不含家庭病床撤床人数。

【指标意义】

反映病案书写的时效性，是病历书写与管理基本规范要求之一。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院HIS系统

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】

病案首页24小时内完成率

$$=\frac{\text{病案首页在患者出院后 24 小时内完成的病历数}}{\text{同期出院患者病历总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：指病案首页在患者出院后24小时内完成的病历总数。出院时间为患者实际办理出院手续时(死亡患者是指其死亡时间)的公元纪年日期和时间。病案首页完成时间为相应医师提交确认的公元纪年日期和时间。

（2）分母：指同期出院人数。包括医嘱离院、医嘱转其他医疗机构、非医嘱离院、死亡及其他人数，不含家庭病床撤床人数。

【指标意义】

反映病案书写的时效性，是病历书写与管理基本规范要求之一。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

（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】

CT/MRI 检查记录符合率

$$=\frac{\text{CT/MRI 检查医嘱、报告单、病程记录相对应的住院患者病历数}}{\text{接受 CT/MRI 检查的住院患者病历总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：指接受 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的病历总数。同一患者同一次住院多次接受 CT/MRI 检查者，相应记录均须符合要求。

（2）分母：指同期出院患者接受 CT/MRI 检查的病历总数。

【指标意义】

反映病案书写的完整性、规范性，是病历书写与管理基本规范要求之一。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

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】

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

【计算方法】

病理检查记录符合率

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

【指标说明】

（1）分子：指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的住院病历总数。同一患者同一次住院多次开展病理检查者，相应记录均须符合要求。

（2）分母：指同期出院患者开展病理检查的病历总数。

【指标意义】

反映病案书写的完整性、规范性，是病历书写与管理基本规范要求之一。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

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、病程记录相对应的住院患者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】

细菌培养检查记录符合率

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

【指标说明】

（1）分子：指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的住院病历总数。同一患者同一次住院多次开展细菌培养检查者，相应记录均须符合要求。

（2）分母：指同期出院患者开展细菌培养检查的病历总数。

【指标意义】

反映病案书写的完整性、规范性，是病历书写与管理基本规范要求之一。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

（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】

抗菌药物使用记录符合率

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

【指标说明】

（1）分子：指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的住院病历总数。同一患者同一次住院多次使用抗菌药物治疗者，相应记录均须符合要求。

抗菌药物范围见《抗菌药物临床应用管理办法》（卫生部令第84号）。

（2）分母：同期出院患者使用抗菌药物治疗的病历总数。

【指标意义】

反映病案书写的完整性、规范性，是病历书写与管理基本规范要求之一。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

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】

恶性肿瘤化学治疗记录符合率

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

【指标说明】

（1）分子：指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的住院病历总数。特殊情况下，同一患者同一次住院多次接受恶性肿瘤化学治疗者，相应记录均须符合要求。

（2）分母：同期出院患者接受恶性肿瘤化学治疗的病历总数。

【指标意义】

反映病案书写的完整性、规范性，是病历书写与管理基本规范要求之一。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

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】

恶性肿瘤放射治疗记录符合率

$$=\frac{\text{恶性肿瘤放射治疗医嘱(治疗 单)、病程记录相对应的住院患者病历数}}{\text{同期接受恶性肿瘤放射治疗的住院患者病历总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：指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的住院病历总数。特殊情况下，同一患者同一次住院多次接受恶性肿瘤放射治疗者，相应记录均须符合要求。

（2）分母：同期出院患者接受恶性肿瘤放射治疗的病历总数。

【指标意义】

反映病案书写的完整性、规范性，是病历书写与管理基本规范要求之一。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

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】

单位时间内，手术相关记录完整的住院手术患者病历数占同期住院手术患者病历总数的比例。

【计算方法】

$$手术相关记录完整率=\frac{手术相关记录完整的住院手术患者病历数}{同期住院手术患者病历总数}\times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：指接受手术治疗的住院患者病历中，手术医嘱、术前讨论结论、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）、《医疗质量安全核心制度要点释义》（第2版）、《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11号）等要求的住院病历总数。同一患者同一次住院多次手术者，手术相关记录均须符合要求。

（2）分母：指同期出院患者手术人数。同一患者同一次住院实施多次手术者，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。

【指标意义】

反映病案书写的完整性、规范性，是病历书写与管理基本规范要求之一。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

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，植入物相关记录符合的住院患者病历数占同期使用植入物的住院患者病历总数的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

（1）分子：指使用植入物的住院患者病历中，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的住院病历总数。同一患者同一次住院多次使用植入物者，植入物相关记录均须符合要求。

（2）分母：同期出院患者使用植入物的病历总数。

【指标意义】

反映病案书写的完整性、规范性，是病历书写与管理基本规范要求之一。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

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】

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

【指标说明】

（1）分子：指存在临床用血的住院患者病历中，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）等要求的住院病历总数。同一患者同一次住院多次用血者，临床用血相关记录均须符合要求。

（2）分母：同期出院患者存在临床用血的病历总数。

【指标意义】

反映病案书写的完整性、规范性，是病历书写与管理基本规范要求之一。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

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】

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

【指标说明】

（1）分子：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）、《医疗质量安全核心制度要点释义》（第2版）、《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11号）等要求的住院病历总数。

（2）分母：指同期出院人数。包括医嘱离院、医嘱转其他医疗机构、非医嘱离院、死亡及其他人数，不含家庭病床撤床人数。

【指标意义】

反映病案书写的完整性、规范性，是病历书写与管理基本规范要求之一。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

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】

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

【指标说明】

（1）分子：指接受抢救的住院患者病历中，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）、《医疗质量安全核心制度要点释义》（第2版）、《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11号）等要求的住院病历总数。同一患者同一次住院多次抢救者，抢救记录均须符合要求。

（2）分母：同期出院患者接受抢救的病历总数。

【指标意义】

反映病案书写的完整性、规范性，是病历书写与管理基本规范要求之一。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

（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】

$$出院患者病历2日归档率=\frac{2个工作日内完成归档的出院患者病历数}{同期出院患者病历总数}\times100\%$$

【指标说明】

（1）分子：指病历归档日期减去患者出院日期≤2日的出院患者病历总数。不包括死亡病历。

（2）分母：指同期出院人数。包括医嘱离院、医嘱转其他医疗机构、非医嘱离院、死亡及其他人数。不包括死亡人数。

【指标意义】

反映病案书写的完整性、规范性，是病历书写与管理基本规范要求之一。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

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】

$$出院患者病历归档完整率=\frac{归档病历内容完整的出院患者病历数}{同期出院患者病历总数}\times100\%$$

【指标说明】

（1）分子：指归档病历内容符合《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11号）要求的出院患者病历总数。

（2）分母：指同期出院人数。包括医嘱离院、医嘱转其他医疗机构、非医嘱离院、死亡及其他人数，不含家庭病床撤床人数。

【指标意义】

反映病案书写的完整性、规范性，是病历书写与管理基本规范要求之一。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

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】

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

【指标说明】

（1）分子：指病案首页中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）和住院病案首页数据质量管理与控制指标（2016年版）的通知》（国卫办医发〔2016〕24号）等规范的出院患者病历总数。

（2）分母：指同期出院人数。包括医嘱离院、医嘱转其他医疗机构、非医嘱离院、死亡及其他人数，不含家庭病床撤床人数。

【指标意义】

反映病案首页填写的准确性、规范性，是病历书写与管理基本规范要求之一。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】病案首页

【信息化提取建议】医院HIS系统

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】

主要诊断编码正确率

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

【指标说明】

（1）分子：指病案首页中主要诊断编码正确且符合国家最新发布的《疾病分类与代码国家临床版2.0》的出院患者病历总数。主要诊断编码正确指主要诊断编码遵循国际疾病分类规则，正确地反映和还原医疗过程。

（2）分母：指同期出院人数。包括医嘱离院、医嘱转其他医疗机构、非医嘱离院、死亡及其他人数，不含家庭病床撤床人数。

【指标意义】

反映病案首页填写准确性、规范性，是病历书写与管理基本规范要求之一。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】病案首页

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】

主要手术填写正确率

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

【指标说明】

（1）分子：指病案首页中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）和住院病案首页数据质量管理与控制指标（2016年版）的通知》（国卫办医发〔2016〕24号）等规范的出院患者病历总数。

（2）分母：指同期出院患者手术人数。同一患者同一次住院实施多次手术者，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。

【指标意义】

反映病案首页填写准确性、规范性，是病历书写与管理基本规范要求之一。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】病案首页

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】

主要手术编码正确率

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

【指标说明】

（1）分子：指病案首页中主要手术编码正确且符合国家最新发布的《疾病分类与代码国家临床版2.0》的出院患者病历总数。主要手术编码正确指主要手术编码遵循《手术操作分类代码国家临床版3.0》，正确地反映和还原医疗过程。

（2）分母：指同期出院患者手术人数。同一患者同一次住院实施多次手术者，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。

【指标意义】

反映病案首页填写的准确性、规范性，是病历书写与管理基本规范要求之一。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】病案首页

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】

不合理复制病历发生率

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

【指标说明】

（1）分子：指存在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等情形的出院患者病历总数。

（2）分母：指同期出院人数。包括医嘱离院、医嘱转其他医疗机构、非医嘱离院、死亡及其他人数，不含家庭病床撤床人数。

【指标意义】

反映病案书写的规范性，是病历书写与管理基本规范要求之一。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

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】

知情同意书规范签署率

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

【指标说明】

（1）分子：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）等规范的出院患者病历总数。同一患者同一次住院多次存在知情同意书签署者，签署情况均须符合要求。

（2）分母：同期出院患者存在知情同意书签署的病历总数。

【指标意义】

反映病案书写的规范性，是病历书写与管理基本规范要求之一。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

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，甲级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】

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

【指标说明】

（1）分子：指根据病历质量评定标准评价为甲级的出院患者病历总数。

（2）分母：指同期出院人数。包括医嘱离院、医嘱转其他医疗机构、非医嘱离院、死亡及其他人数，不含家庭病床撤床人数。

【指标意义】

反映病案书写的质量，甲级病历率应≥90%。

【指标导向】符合标准

【数据来源】病案首页

十、心血管系统疾病相关专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2021〕70号）

（一）急性ST段抬高型心肌梗死（16项指标）

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（CVD-STEMI-01）

【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】

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

【指标说明】

（1）分子：STEMI患者到院（急诊分诊），10分钟内完成心电图的患者数量。

（2）分母：同期诊断为急性STEMI患者的数量。

【指标意义】

反映急诊科STEMI救治流程的规范化。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

2.急性 STEMI 患者到院 1 小时内阿司匹林治疗率（CVD-STEMI-02）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

急性 STEMI 患者到院 1 小时内阿司匹林治疗率是指单位时间内，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】

急性 STEMI 患者到院 1 小时内阿司匹林治疗率

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

【指标说明】

到院 1 小时内给予阿司匹林治疗的急性 STEMI 患者数：STEMI 患者到院（急诊分诊）后，1 小时内服用阿司匹林的患者数量。

【指标意义】

评价 STEMI 急性期规范化诊疗情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

3.急性 STEMI 患者到院 1 小时内 P2Y12 受体拮抗剂治疗率（CVD-STEMI-03）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

急性 STEMI 患者到院 1 小时内 P2Y12 受体拮抗剂治疗率是指单位时间内，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】

急性 STEMI 患者到院 1 小时内 P2Y12 受体拮抗剂治疗率

$$=\frac{\text{到院 1 小时内给予 P2Y12 受体拮抗剂的急性 STEMI 患者数}}{\text{同期到院的急性 STEMI 患者总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

到院 1 小时内给予 P2Y12 受体拮抗剂治疗的急性 STEMI 患者数：STEMI 患者到院（急诊分诊）后，1 小时内服用 P2Y12 受体拮抗剂的患者数量。

【指标意义】

评价 STEMI 急性期规范化诊疗情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

4.发病 24 小时内急性 STEMI 患者再灌注治疗率（CVD-STEMI-04）

【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 患者总数的比例。

【计算方法】

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。

【指标意义】

评价医院对急性 STEMI 患者救治的规范性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

5.发病 12 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（CVD-STEMI-05）

【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 12 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12小时内急性STEMI患者总数的比例。

【计算方法】

发病12小时内急性STEMI患者到院90分钟内进行直接PCI的比例

$$=\frac{\text{发病12小时内急性STEMI患者中DTD时间小于90分钟的患者数}}{\text{同期发病12小时内急性STEMI患者总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

发病12小时内到院的急性STEMI患者中，DTD时间小于等于90分钟的患者数：发病12小时以内的STEMI患者到院（急诊分诊）后，PCI术中导丝通过靶血管的时间小于等于90分钟。

【指标意义】

评价医院对急性 STEMI 患者救治的及时性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

6.发病12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（CVD-STEMI-06）

【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12小时内急性STEMI患者中，从到院至给予静脉溶栓药物（Door to Needle，DTN）时间小于等于30分钟的患者数，占同期发病12小时内急性STEMI患者总数的比例。

【计算方法】

发病12小时内急性STEMI患者到院30分钟内给予静脉溶栓的比例

$$=\frac{\text{发病12小时内急性STEMI患者中DTN时间小于30分钟的患者数}}{\text{同期发病12小时内急性STEMI患者总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

发病12小时内到院的急性STEMI患者中，DTN时间小于等于30分钟的患者数：发病12小时以内的STEMI患者到院（急诊分诊）后，接受静脉溶栓治疗，入门至溶栓药物给药时间差小于等于30分钟。

【指标意义】

评价医院对急性 STEMI 患者救治的及时性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

7.急性 STEMI 患者到院 24 小时内β受体阻滞剂治疗率（CVD-STEMI-07）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

急性STEMI患者到院24小时内β受体阻滞剂治疗率是指单位时间内，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】

急性 STEMI 患者到院 24 小时内β受体阻滞剂治疗率

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

【指标说明】

到院 24 小时内给予β受体阻滞剂治疗的急性 STEMI 患者数：STEMI 患者到院（急诊分诊）后，24 小时内使用β受体阻滞剂的患者数量。

【指标意义】

评价 STEMI 急性期规范化诊疗情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

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（CVD-STEMI-08）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

急性STEMI患者住院期间应用UCG评价LVEF评估率是指单位时间内，住院期间应用 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】

急性 STEMI 患者住院期间应用 UCG 评价 LVEF 的比例

$$=\frac{\text{住院期间接受 UCG 评估 LVET 的急性 STEMI 患者数}}{\text{同期急性 STEMI 患者总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

院期间应用 UCG 评价 LVEF 的急性 STEMI 患者数:急性 STEMI 患者住院期间，接受 UCG 评估心脏功能的患者数量。

【指标意义】

评价 STEMI 急性期规范化诊疗情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

9.急性 STEMI 患者出院阿司匹林使用率（CVD-STEMI-09）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

急性 STEMI 患者出院阿司匹林使用率是指单位时间内，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】

急性 STEMI 患者出院阿司匹林使用率

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

【指标说明】

出院使用阿司匹林的急诊 STEMI 患者数：住院的急性 STEMI 患者，出院医嘱中下达使用阿司匹林的患者数量。

【指标意义】

评价 STEMI 二级预防情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

10.急性 STEMI 患者出院 P2Y12 受体拮抗剂使用率（CVD-STEMI-10）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

急性STEMI患者出院P2Y12受体拮抗剂使用率是指单位时间内，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】

急性 STEMI 患者出院 P2Y12 受体拮抗剂使用率

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

【指标说明】

出院使用 P2Y12 受体拮抗剂的急诊 STEMI 患者数：住院的急性 STEMI 患者，出院医嘱中下达使用 P2Y12 受体拮抗剂的患者数量。

【指标意义】

评价 STEMI 二级预防情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

11.急性 STEMI 患者出院β受体阻滞剂使用率（CVD-STEMI-11）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

急性 STEMI 患者出院β受体阻滞剂使用率是指单位时间内，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】

急性 STEMI 患者出院β受体阻滞剂使用率

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

【指标说明】

出院使用β受体阻滞剂的急诊 STEMI 患者数：住院的急性 STEMI 患者，出院医嘱中下达使用β受体阻滞剂的患者数量。

【指标意义】

评价 STEMI 二级预防情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

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（CVD-STEMI-12）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

急性 STEMI 患者出院 ACEI/ARB 使用率是指单位时间内，出院使用 ACEI/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】

急性 STEMI 患者出院 ACEI/ARB 使用率

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

【指标说明】

出院使用 ACEI/ARB 的急诊 STEMI 患者数：住院的急性 STEMI 患者，出院医嘱中下达使用 ACEI/ARB 的患者数量。

【指标意义】

评价 STEMI 二级预防情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

13.急性 STEMI 患者出院他汀类药物使用率（CVD-STEMI-13）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

急性 STEMI 患者出院他汀类药物使用率是指单位时间内，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】

急性 STEMI 患者出院他汀类药物使用率

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

【指标说明】

出院使用他汀类药物的急诊 STEMI 患者数：住院的急性 STEMI 患者，出院医嘱中下达使用他汀类药物的患者数量。

【指标意义】

评价 STEMI 二级预防情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

14.急性 STEMI 患者住院死亡率（CVD-STEMI-14）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

急性 STEMI 患者住院死亡率是指单位时间内，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】

急性 STEMI 患者住院死亡率

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

【指标说明】

住院期间死亡的急诊 STEMI 患者数：住院的急性 STEMI 患者，病案首页出院状态为死亡的患者数量。

【指标意义】

评价 STEMI 诊疗的整体情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

15.急性 STEMI 患者出院后 30 天内非计划再入院率（CVD-STEMI-15）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

急性 STEMI 患者出院后 30 天内非计划再入院率是指单位时间内，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】

急性 STEMI 患者出院后 30 天内非计划再入院率

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

【指标说明】

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：可通过全省病案首页信息查询 STEMI 患者再次住院情况。

【指标意义】

评价 STEMI 诊疗的整体情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

16.急性 STEMI 患者 30 天死亡率（CVD-STEMI-16）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

急性 STEMI 患者 30 天死亡率是单位时间内，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】

急性 STEMI 患者 30 天死亡率

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

【指标说明】

可通过医院的随访登记结合全区死因登记，查询患者 30 天死亡率。

【指标意义】

评价 STEMI 诊疗的整体情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

（二）心房颤动 （5 项指标）

1.非瓣膜性心房颤动（房颤）患者血栓栓塞风险评估率（CVD-AF-01）

【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】

非瓣膜性房颤患者血栓栓塞风险评估率

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

【指标说明】

（1）分子：应用CHA2DS2-VASc评分进行血栓栓塞风险评估的非瓣膜性房颤患者数。

（2）分母：同期出院患者非瓣膜性房颤患者总数。

【指标意义】

评价非瓣膜性房颤患者评估的规范性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

2.非瓣膜性房颤患者出院抗凝药物使用率（CVDAF-02）

【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】

非瓣膜性房颤患者出院抗凝药物使用率

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

【指标说明】

（1）分子：出院使用抗凝药物的非瓣膜性房颤患者数。

（2）分母：同期出院患者非瓣膜性房颤患者总数。

【指标意义】

评价非瓣膜性房颤患者治疗的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

3.瓣膜性房颤患者出院华法林使用率（CVD-AF-03）

【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】

瓣膜性房颤患者出院华法林使用率

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

【指标说明】

（1）分子：出院使用华法林抗凝治疗的瓣膜性房颤患者数。

（2）分母：同期出院患者瓣膜性房颤患者总数。

【指标意义】

评价瓣膜性房颤患者治疗的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

4.房颤患者出血风险评估率（CVD-AF-04）

【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】

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

【指标说明】

（1）分子：使用HAS-BLED评分进行房颤患者出血风险评估的患者数

（2）分母：瓣膜性及非瓣膜性房颤患者总数。

【指标意义】

评价瓣膜性房颤患者抗凝治疗并发症的规范性，减少治疗的出血风险。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

5.房颤患者左心耳封堵术并发症发生率（CVD-AF-05）

【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】

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

【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。

【指标意义】

评价房颤左心耳封堵手术安全性。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

（三）心力衰竭 （11 项指标）

1.心力衰竭患者入院 24 小时内利钠肽检测率（CVD-HF-01）

【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】

心力衰竭患者入院 24 小时内利钠肽检测率

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

【指标说明】

（1）分子：进行 N 末端 B 型利钠肽原（NT-proBNP）或 B 型利钠肽（BNP）检测的心衰患者数。

（2）分母：同期心力衰竭患者总数。

【指标意义】

评价心力衰竭患者评估规范性、及时性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

2.心力衰竭患者入院 48 小时内心脏功能评估率（CVD-HF-02）

【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】

心力衰竭患者入院48小时内心脏功能评估率

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

【指标说明】

（1）分子：入院48小时内超声心动图检查进行心功能评估的心力衰竭患者数。

（2）分母：同期心力衰竭患者总数。

【指标意义】

评价心力衰竭患者评估规范性、及时性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院HIS系统

3.心力衰竭伴容量超负荷患者住院期间利尿剂治疗率（CVD-HF-03）

【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】

心力衰竭伴容量超负荷患者住院期间利尿剂治疗率

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

【指标说明】

（1）分子：住院期间心力衰竭伴容量超负荷患者接受利尿剂治疗数量。

（2）分母：同期心力衰竭伴容量超负荷患者总数。

【指标意义】

评价医院救治心力衰竭患者的规范性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院HIS系统

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（CVD-HF-04）

【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】

心力衰竭患者出院 ACEI/ARB/ARNI 使用率

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

【指标说明】

（1）分子：出院时使用 ACEI 或 ARB 或 ARNI 的心力衰竭患者数量。

（2）分母：出院时心力衰竭患者总数。

【指标意义】

评价医院救治心力衰竭患者的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

5.心力衰竭患者出院β受体阻滞剂使用率（CVD-HF-05）

【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】

心力衰竭患者出院β受体阻滞剂使用率

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

【指标说明】

（1）分子：出院时使用β受体阻滞剂的心力衰竭患者数量。

（2）分母：出院时心力衰竭患者总数。

【指标意义】

评价医院救治心力衰竭患者的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

6.心力衰竭患者出院醛固酮受体拮抗剂使用率（CVD-HF-06）

【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】

心力衰竭患者出院醛固酮受体拮抗剂使用率

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

【指标说明】

（1）分子：出院时使用醛固酮受体拮抗剂的心力衰竭患者数量。

（2）分母：出院时心力衰竭患者总数。

【指标意义】

评价医院救治心力衰竭患者的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

7.心力衰竭患者住院期间心脏再同步化治疗（CRT）使用率（CVD-HF-07）

【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】

心力衰竭患者住院期间 CRT 使用率

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

【指标说明】

（1）分子：住院期间给予 CRT 治疗的心力衰竭患者数量。

（2）分母：同期心力衰竭患者总数。

【指标意义】

评价医院救治心力衰竭患者的情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

8.心力衰竭患者住院死亡率（CVD-HF-08）

【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】

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

【指标说明】

（1）分子：住院期间死于心力衰竭的患者数量。

（2）分母：同期心力衰竭患者总数。

【指标意义】

评价心力衰竭患者救治效果。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

9.心力衰竭患者出院 30 天随访率（CVD-HF-09）

【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】

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

【指标说明】

（1）分子：出院后 30 天随访的心力衰竭患者数量。随访方式包括但不限于电话随访、网络随访、门诊随访。

（2）分母：同期出院的心力衰竭患者总数。

【指标意义】

评价医院对心力衰竭患者出院后的管理情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

10.心力衰竭患者出院后30天内心力衰竭再入院率（CVD-HF-10）

【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】

心力衰竭患者出院后30天内心力衰竭再入院率

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

【指标说明】

（1）分子：出院后30天内因心力衰竭再入院的心力衰竭患者数量。

（2）分母：同期出院的心力衰竭患者总数。

【指标意义】

评价医院对心力衰竭患者出院后的管理情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

11.心力衰竭患者出院后30天死亡率（CVD-HF-11）

【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】

心力衰竭患者出院后30天死亡率

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

【指标说明】

（1）分子：出院后30天内死亡的心力衰竭患者数量。

（2）分母：同期出院的心力衰竭患者总数。

【指标意义】

评价医院对心力衰竭患者出院后的管理情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

（四）高血压（4 项指标）

1.动态血压监测率（CVD-HT-01）

【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】

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

【指标说明】

（1）分子：应用动态血压监测测量血压的患者数。动态血压监测是指通过自动血压测量仪器监测患者 24h血压水平。

（2）分母：同期高血压住院患者总数。

【指标意义】

评价医院对高血压患者规范评估情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

2.心血管风险评估率（CVD-HT-02）

【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】

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

【指标说明】

（1）分子：住院期间接受心血管风险评估的高血压患者数。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。

（2）分母：同期高血压住院患者总数。

【指标意义】

评价医院对高血压患者规范评估情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

3.原发性醛固酮增多症肾素醛固酮检测规范率（CVD-PA-03）

【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】

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。

【指标意义】

评价医院对原发性醛固酮增多症诊治的规范性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

4.原发性醛固酮增多症确诊试验开展率（CVD-PA-04）

【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】

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。

【指标意义】

评价医院对原发性醛固酮增多症诊治的规范性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

（五）冠状动脉旁路移植术（13 项指标）

1.单纯冠状动脉旁路移植术住院死亡率（CVD-CA BG-01）

【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】

单纯冠状动脉旁路移植术住院死亡率

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

【指标意义】

通过冠状动脉旁路移植术的住院死亡率，评价手术诊疗质量。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

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（CVD-CABG-02）

【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】

单纯冠状动脉旁路移植术后机械通气时间≥24h发生率

$$=\frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术后连续机械通气时间≥24h的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

拔管后再次机械通气时间不计算在内。

【指标意义】

评价手术诊疗质量。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

3.单纯冠状动脉旁路移植术后胸骨深部感染发生率（CVD-CABG-03）

【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】

单纯冠状动脉旁路移植术后胸骨深部感染发生率

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

【指标说明】

胸骨深部感染包括肌肉、骨骼和纵膈的感染。

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院院感系统

4.单纯冠状动脉旁路移植术后脑卒中发生率（CVD-CABG-04）

【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】

单纯冠状动脉旁路移植术后脑卒中发生率

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

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

5.单纯冠状动脉旁路移植术非计划二次手术率（CVD-CABG-05）

【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】

单纯冠状动脉旁路移植术非计划二次手术率

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

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。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。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

6.单纯冠状动脉旁路移植术后急性肾衰竭发生率（CVD-CABG-06）

【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衰竭的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。

【计算方法】

单纯冠状动脉旁路移植术后急性肾衰竭发生率

$$=\frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术后发生急性肾衰竭的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

术后急性肾衰竭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）。

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

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（CVD-CABG-07）

【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】

单纯冠状动脉旁路移植术前24hβ受体阻滞剂使用率

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

【指标意义】

评价单纯冠状动脉旁路移植术二级预防情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院HIS系统

8.单纯冠状动脉旁路移植术围术期输血率（CVD-CABG-08）

【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】

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。

【指标意义】

评价围术期血制品使用情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

9.单纯冠状动脉旁路移植术中乳内动脉血管桥使用率（CVD-CABG-09）

【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】

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。

【指标意义】

评价手术血管桥选择的规范性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

10.单纯冠状动脉旁路移植术后 24 小时内阿司匹林使用率（CVD-CABG-10）

【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】

单纯冠状动脉旁路移植术后 24h内阿司匹林使用率

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

【指标意义】

评价单纯冠状动脉旁路移植术二级预防情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

11.单纯冠状动脉旁路移植术出院他汀类药物使用率（CVD-CABG-11）

【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】

单纯冠状动脉旁路移植术出院他汀类药物使用率

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

【指标意义】

评价单纯冠状动脉旁路移植术二级预防情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统。

12.单纯冠状动脉旁路移植术出院阿司匹林使用率（CVD-CABG-12）

【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】

单纯冠状动脉旁路移植术出院阿司匹林使用率

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

【指标意义】

评价单纯冠状动脉旁路移植术二级预防情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

13.单纯冠状动脉旁路移植术出院β受体阻滞剂使用率（CVD-CABG-13）

【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】

单纯冠状动脉旁路移植术出院β受体阻滞剂使用率

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

【指标意义】

评价单纯冠状动脉旁路移植术二级预防情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

（六）二尖瓣手术（9 项指标）

1.二尖瓣手术住院死亡率（CVD-MVS-01）

【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】

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

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

2.二尖瓣手术后机械通气时间大于等于 24 小时发生率（CVD-MVS-02）

【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】

二尖瓣手术后机械通气时间≥24h发生率

$$=\frac{\text{行二尖瓣手术后连续机械通气时间≥24h的患者数}}{\text{同期行二尖瓣手术的患者总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

拔管后再次机械通气时间不计算在内。

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

3.二尖瓣手术后胸骨深部感染发生率（CVD-MVS- 03）

【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】

二尖瓣手术后胸骨深部感染发生率

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

【指标说明】

胸骨深部感染包括肌肉、骨骼和纵膈的感染。

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院院感系统

4.二尖瓣手术后脑卒中发生率（CVD-MVS-04）

【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】

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

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

5.二尖瓣手术非计划二次手术率（CVD-MVS-05）

【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】

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

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统、手麻系统

6.二尖瓣手术后急性肾衰竭发生率（CVD-MVS-06）

【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衰竭的患者数，占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例。

【计算方法】

二尖瓣手术后急性肾衰竭发生率

$$=\frac{\text{行二尖瓣手术后发生急性肾衰竭的患者数}}{\text{同期行二尖瓣手术的患者总数}}\times 100\%$$

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

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（CVD-MVS-07）

【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】

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。

【指标意义】

评价手术方法选择的规范性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

8.二尖瓣手术出院抗凝药物使用率（CVD-MVS-08）

【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】

二尖瓣手术出院抗凝药物使用率

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

【指标意义】

评价二尖瓣手术二级预防情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

9.二尖瓣手术术中经食道超声使用率（CVD-MVS-09）

【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】

二尖瓣手术术中经食道超声使用率

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

【指标意义】

评价手术过程规范性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

（七）主动脉瓣手术（9 项指标）

1.主动脉瓣手术住院死亡率（CVD-AVS-01）

【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】

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

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

2.主动脉瓣手术后机械通气时间大于等于 24 小时发生率（CVD-AVS-02）

【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】

主动脉瓣手术后机械通气时间≥24h发生率

$$=\frac{\text{行主动脉瓣手术后连续机械通气时间≥24h的患者数}}{\text{同期行主动脉瓣手术的患者总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

拔管后再次机械通气时间不计算在内。

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

3.主动脉瓣手术后胸骨深部感染发生率（CVD-AVS-03）

【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】

主动脉瓣手术后胸骨深部感染发生率

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

【指标说明】

胸骨深部感染包括肌肉、骨骼和纵膈的感染。

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院院感系统

4.主动脉瓣手术后脑卒中发生率（CVD-AVS-04）

【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】

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

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

5.主动脉瓣手术非计划二次手术率（CVD-AVS-05）

【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】

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

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统、手麻系统

6.主动脉瓣手术后急性肾衰竭发生率（CVD-AVS-06）

【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衰竭的患者数，占同

期行主动脉瓣手术的患者总数的比例。

【计算方法】

主动脉瓣手术后急性肾衰竭发生率

$$=\frac{\text{行主动脉瓣手术后发生急性肾衰竭的患者数}}{\text{同期行主动脉瓣手术的患者总数}}\times 100\%$$

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

7.主动脉瓣手术出院抗凝药物使用率（CVD-AVS-07）

【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】

主动脉瓣手术出院抗凝药物使用率

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

【指标意义】

评价主动脉瓣手术二级预防情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

8.主动脉瓣手术术中经食道超声使用率（CVD-AVS-08）

【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】

主动脉瓣手术术中经食道超声使用率

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

【指标意义】

评价手术过程规范性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

9.主动脉瓣置换术人工瓣有效瓣膜面积指数大于 0.85cm²/m² 发生率（CVD-AVS-09）

【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 0.85cm²/m² 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】

主动脉瓣置换术人工瓣有效瓣膜面积指数＞0.85cm²/m² 发生率

$$=\frac{\text{主动脉瓣置换术中人工主动脉瓣有效瓣膜面积指数＞0.85cm2/m2 的患者数}}{\text{同期行主动脉瓣置换术的患者总数}}\times 100\%$$

【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（cm²）/患者体表面积（m²）。

【指标意义】

评价人工瓣膜大小选择的规范性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

（八）主动脉腔内修复术（12 项指标）

1.主动脉腔内修复术住院死亡率（CVD-EAR-01）

【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】

主动脉腔内修复术住院死亡率

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

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

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（CVD-EAR-02）

【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】

主动脉腔内修复术后机械通气时间≥24h发生率

$$=\frac{\text{行主动脉腔内修复术后连续机械通气时间≥24h的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

拔管后再次机械通气时间不计算在内。

【指标意义】

评价手术诊疗质量。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

3.主动脉腔内修复术非计划二次手术率（CVD-EAR-03）

【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】

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。

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统、手麻系统

4.主动脉腔内修复术后内漏发生率（CVD-EAR-04）

【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】

主动脉腔内修复术后内漏发生率

$$=\frac{\text{行主动脉腔内修复术后住院期间发生内漏的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}}\times 100\%$$

【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。

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

5.主动脉腔内修复术后脑卒中发生率（CVD-EAR-05）

【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】

主动脉腔内修复术后脑卒中发生率

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

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

6.主动脉腔内修复术后急性肾衰竭发生率（CVD-EAR-06）

【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衰竭的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。

【计算方法】

主动脉腔内修复术后急性肾衰竭发生率

$$=\frac{\text{行主动脉腔内修复术后发生急性肾衰竭的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}}\times 100\%$$

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

7.主动脉腔内修复术后脊髓损伤发生率（CVD-EAR-07）

【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】

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。

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

8.主动脉腔内修复术后心肌梗死发生率（CVD-EAR-08）

【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】

主动脉腔内修复术后心肌梗死发生率

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

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

9.主动脉腔内修复术 30 天内 CTA 复查率（CVD-EAR-09）

【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】

主动脉腔内修复术后 30 天内CTA复查率

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

【指标意义】

评价手术随访规范性和及时性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

10.主动脉腔内修复术后 30 天随访率（CVD-EAR-10）

【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】

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。

【指标意义】

评价手术随访规范性和及时性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

11.主动脉腔内修复术前β受体阻滞剂使用率（CVD-EAR-11）

【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】

主动脉腔内修复术前β受体阻滞剂使用率

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

【指标意义】

评价主动脉腔内修复术临床用药情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

12.主动脉腔内修复术前他汀类药物使用率（CVD-EAR-12）

【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】

主动脉腔内修复术前他汀类药物使用率

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

【指标意义】

评价主动脉腔内修复术临床用药情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

（九）先心病介入治疗技术（8 项指标）

1.先心病介入治疗成功率（CVD-CHD-01）

【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）。

（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。

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

2.先心病介入治疗后严重房室传导阻滞发生率（CVD-CHD-02）

【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】

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。

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

3.先心病介入治疗封堵器移位或脱落发生率（CVD-CHD-03）

【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】

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。

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

4.先心病介入治疗溶血发生率（CVD-CHD-04）

【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。

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

5.先心病介入治疗心脏压塞发生率（CVD-CHD-05）

【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】

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

【指标说明】

心脏压塞是指术中以及术后72小时内经影像学检查证实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。不包括术后发现的少量心包积液且无临床症状者。

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

6.先心病介入治疗输血率（CVD-CHD-06）

【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。

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院输血管理系统

7.先心病介入治疗非计划二次手术率（CVD-CHD-07）

【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】

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

【指标说明】

非计划二次手术是指在患者同一次住院期间，因各种原因导致患者需进行计划外再次手术，原因分为医源性因素，即手术操作造成严重并发症必须施行再次手术；以及非医源性因素，即由于患者病情发展或出现严重术后并发症而需要进行再次手术。

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统、手麻系统。

8.先心病介入治疗住院死亡率（CVD-CHD-08）

【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】

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

【指标说明】

住院期间因先心病介入治疗导致的死亡。

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

（十）冠心病介入治疗技术（11 项指标）

1.冠脉介入治疗术后即刻冠状动脉造影成功率（CVD-PCI-01）

【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】

冠脉介入治疗术后即刻冠状动脉造影成功率

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

【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（TIMI分级）3 级。

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

2.冠脉介入治疗临床成功率（CVD-PCI-02）

【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。

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】病案首页

3.冠脉介入治疗住院死亡率（CVD-PCI-03）

【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】

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

【指标说明】

（1）分子：住院期间接受冠脉介入治疗的死亡患者数，包括急诊PCI及择期PCI术。

（2）分母：同期接受冠脉介入治疗的患者总数。

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

4.择期冠脉介入治疗住院死亡率（CVD-PCI-04）

【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】

择期冠脉介入治疗住院死亡率

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

【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。

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

5.冠脉介入治疗严重并发症发生率（CVD-PCI-05）

【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】

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。

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

6.STEMI 患者发病 12 小时内接受直接 PCI 率（CVD-PCI-06）

【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】

STEMI患者发病 12 小时内接受直接PCI率

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

【指标说明】

（1）分子：STEMI患者发病 12 小时内接受直接PCI的患者数。

（2）分母：同期发病 12 小时内到院的STEMI患者总数。

【指标意义】

评价STEMI救治及时性和规范性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

7.行直接 PCI 的 STEMI 患者到院至导丝通过靶血管球囊扩张（DTB）平均时间（CVD-PCI-07）

【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DTB时间总和与STEMI患者行直接PCI的总例数的比值。

【计算方法】

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

【指标说明】

（1）分子：STEMI患者行直接PCI的DTB时间总和。

（2）分母：STEMI患者行直接PCI的总例数。

【指标意义】

评价 STEMI 救治及时性。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

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（CVD-PCI-08）

【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】

接受PCI治疗的NSTE　ACS患者进行危险分层的比率

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

【指标说明】

非ST段抬高型急性冠脉综合征（NSTE-ACS）患者根据病情分为极高危、高危、中危及低危。根据患者危险分层决定2h、24h、72h行冠脉介入治疗。

【指标意义】

评价NSTE　ACS治疗规范性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

9.例次平均支架数（CVD-PCI-09）

【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】

$$\text{例次平均支架数}=\frac{\text{植入冠脉总支架数}}{\text{同期接受冠脉介入治疗的总病例数}}$$

【指标说明】

（1）分子：植入冠脉内支架总数。

（2）分母：同期接受冠脉介入治疗的总例数。

【指标意义】

评价支架使用合理性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

10.冠脉介入治疗术前双重抗血小板药物使用率（CVD-PCI-10）

【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】

冠脉介入治疗术前双重抗血小板药物使用率

$$=\frac{\text{冠脉介入治疗术前使用双重抗血小板药物的患者数}}{\text{同期接受冠脉介入治疗的患者总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

双重抗血小板药物包括阿司匹林或吲哚布芬联合氯吡格雷或替格瑞洛。单药抗血小板患者不计算在内。

【指标意义】

评价冠脉介入治疗临床用药情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

11.冠脉介入治疗住院期间他汀类药物使用率（CVD-PCI-11）

【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】

冠脉介入治疗住院期间他汀类药物使用率

$$=\frac{\text{冠脉介入治疗住院期间使用他汀类药物的患者数}}{\text{同期接受冠脉介入治疗的患者总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：冠脉介入治疗住院期间使用降脂类他汀类药物的患者数。

（2）分母：同期接受冠脉介入治疗的患者总数。

【指标意义】

评价冠脉介入治疗临床用药情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

（十一）心律失常介入治疗技术（7 项指标）

1.心脏植入型电子器械(CIED)植入术住院死亡率(CVD-CIED-01)

【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】

$$\text{CIED植入术住院死亡率}=\frac{\text{行CIED植入术住院期间死亡的患者数}}{\text{同期行CIED植入术的患者总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

CIED包括心脏永久起搏器(PM)、植入型心律转复除颤器(ICD)、心脏再同步化治疗（CRTP）、心脏再同步化治疗除颤器（CRTD）；CIED 植入术包括CIED新植入、CIED更换以及CIED升级手术。

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

2.CIED 植入术心脏压塞发生率（CVD-CIED-02）

【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】

$$\text{CIED植入术心脏压塞发生率}=\frac{\text{行CIED植入术发生心脏压塞的患者数}}{\text{同期行CIED植入术的患者总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

心脏压塞是指术中以及术后72小时内经影像学检查证实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。不包括术后发现的少量心包积液且无临床症状者。

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

3.CIED 植入术导线脱位发生率（CVD-CIED-03）

【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。

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

4.阵发性室上性心动过速（PSVT）导管消融治疗成功率(CVD-CAIT-04)

【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】

$$\text{PSVT导管消融治疗成功率}=\frac{\text{行PSVT导管消融治疗成功的患者数}}{\text{同期行PSVT导管消融治疗的患者总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

导管消融治疗成功是指术中电生理检查诱发出有意义心律失常，并且通过导管消融治疗消除心律失常，消融术后再行电生理检查未再能诱发该心律失常。

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

5.导管消融治疗后严重房室传导阻滞发生率（CVD-CAIT-05）

【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】

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。

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

6.导管消融治疗心脏压塞发生率（CVD-CAIT-06）

【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】

导管消融治疗心脏压塞发生率

$$=\frac{\text{行导管消融治疗发生心脏压塞的患者数}}{\text{同期行导管消融治疗的患者总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

心脏压塞是指经影像学检查证实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。不包括术后发现的少量心包积液且无临床症状者。

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

7.导管消融治疗住院死亡率（CVD-CAIT-07）

【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】

$$导管消融治疗住院死亡率=\frac{行导管消融治疗住院期间死亡的患者数}{同期行导管消融治疗的患者总数}\times 100\%$$

【指标说明】

行导管消融治疗患者住院期间发生死亡。

【指标意义】

评价手术诊疗质量情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

十一、超声诊断专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2022〕161号）

（一）超声医师月均工作量（US-HR-01）

【指标属性】定量指标

【计量单位】例/人

【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】

$$超声医师月均工作量=\frac{超声科年总工作量}{超声医师数\times 12\ 个月}$$

【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不少于6个月的医师。

【指标意义】

反映超声医师的工作负荷水平。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院PACS系统

（二）超声仪器质检率（US-EQ-01）

【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】

$$超声仪器质检率=\frac{单位时间内完成质检的超声仪器数}{同期本机构在用超声仪器总数}\times 100\%$$

【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，医疗机构每年必须100%完成质检。

【指标意义】

反映超声仪器质量安全的重要指标。

【指标导向】符合标准

【数据来源】医院填报

（三）住院超声检查 48 小时内完成率（US-TL-01）

【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】

$$住院超声检查\ 48\ 小时内完成率=\frac{单位时间内在临床开具住院超声检查申请\ 48\ 小时内完成检查并出具超声检查报告的例数}{同期临床开具住院超声检查申请单总数}\times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：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。

（2）分母：同期临床开具住院超声检查申请单总数。

【指标意义】

反映住院超声检查的及时性、合理性。

【指标导向】符合标准≥80%

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 PACS 系统

（四）超声危急值 10 分钟内通报完成率（US-CV-01）

【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】

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生。

【指标意义】

反映超声危急值通报的及时性。

【指标导向】符合标准100%

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院危急值系统

（五）超声报告书写合格率（US-RE-01）

【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】

超声报告书写合格率$=\frac{\text{单位时间内超声检查报告书写合格的数量}}{\text{同期超声检查报告数}}\times 100\%$

【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生签名的；

（2）未包含申请单开具项目检查的；

（3）报告单中的描述与结论不一致的；

（4）报告单存在明显错误的，包括：所查脏器缺如但报告为正常；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。

【指标意义】

反映超声检查报告书写质量。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 PACS 系统

（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（US-RE-BR-01）

【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】

乳腺病变超声报告进行 BI-RADS 分类率

$$=\frac{\text{单位时间内进行 BI-RADS 分类的乳腺病变超声报告数}}{\text{同期乳腺病变超声报告总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：单位时间内进行BI−RADS分类的乳腺病变超声报告数。

（2）分母：同期乳腺病变超声报告总数。

【指标意义】

反映乳腺超声报告规范性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 PACS 系统

（七）门急诊超声报告阳性率（US-DR-01）

【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】

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。

【指标意义】

反映临床医生开具超声检查的合理性和超声检查结果的准确性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 PACS 系统

（八）住院超声报告阳性率（US-DR-02）

【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】

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。

【指标意义】

反映临床医生开具超声检查的合理性和超声检查结果的准确性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 PACS 系统

（九）超声筛查中胎儿重大致死性畸形的检出率（US-DR-OB-01）

【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】

超声筛查中胎儿重大致死性畸形的检查率

$$=\frac{\text{单位时间内在超声筛查中检出胎儿重大致死性畸形的孕妇人数}}{\text{同期超声产检的孕妇总人数}}\times 100\%$$

【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。

【指标意义】

反映胎儿重大致死性出生缺陷在超声筛查中的检出情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 PACS 系统

（十）超声诊断符合率（US-DI-01）

【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】

$$\text{超声诊断符合率}=\frac{\text{单位时间内超声诊断与病理或临床诊断符合的例数}}{\text{同期超声诊断有对应病理或临床诊断总例数}}\times 100\%$$

【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、其他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。

【指标意义】

反映超声诊断质量。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

（十一）乳腺占位超声诊断准确率（US-DI-BR-01）

【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】

乳腺占位超声诊断正确率

$$=\frac{\text{单位时间内乳腺超声诊断为乳腺癌或非乳腺癌与病理检验结果相一致的例数}}{\text{同期行超声诊断为乳腺占位并送病理检验总例数}}\times 100\%$$

【指标说明】

（1）采用BI-RADS®分类，真阳性及真阴性参照ACRBI-RADS® Ultrasound 2013。

活检结果 / 超声	阳性（1年内组织学诊断为乳腺癌）	阴性（活检良性或1年内未发现恶性）
阳性（BI-RADS 4类、5类）	真阳性	假阳性
阴性（BI-RADS 1类、2类、3类）	假阴性	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。

【指标意义】

反映乳腺超声诊断准确性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

（十二）超颈动脉狭窄（≥50%）超声诊断符合率（US-DI-VA-01）

【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】

颈动脉狭窄（≥50%）超声诊断符合率例

$$=\frac{\text{单位时间内超声诊断为颈动脉狭窄（≥50%）与 DSA 与 CTA 等其他影像结果相符合的例数}}{\text{同期超声诊断颈动脉狭窄（≥50%）并可获得 DSA 或 CTA 等其他影像结果总例数}}\times 100\%$$

【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。

【指标意义】

反映颈动脉超声诊断质量。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

（十三）超声介入相关主要并发症发生率（US-INCO-01）

【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】

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。

【指标意义】

反映医疗机构开展超声介入的医疗质量。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

十二、康复医学专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2022〕161号）

（一）康复医学科床位占比（REH-RES-01）

【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】

$$\text{康复医学科床位占比}=\frac{\text{康复医学科开放床位数}}{\text{同期医院开放床位数}}\times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：康复医学科开放床位数。

（2）分母：同期医院开放床位数。

【指标意义】

反映康复医学科床位资源配置情况。

【指标导向】符合标准（2%-5%）

【数据来源】医院填报

（二）康复医学科医师床配比（REH-HR-01）

【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】

$$\text{康复医学科医师床配比}=\frac{\text{康复医学科医师人数}}{\text{同期康复医学科病房开放床位数}}$$

【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。

【指标意义】

反映康复医学科医师资源配置情况。

【指标导向】符合标准（0.25：1）

【数据来源】医院填报

（三）康复医学科护士床配比（REH-HR-02）

【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】

$$康复医学科护士床配比=\frac{康复医学科护士人数}{同期康复医学科病房开放床位数}$$

【指标说明】

（1）分子：康复医学科护士人数。

（2）分母：同期康复医学科病房开放床位数。

【指标意义】

反映康复医学科护士资源配置情况。

【指标导向】符合标准（0.3：1）

【数据来源】医院填报

（四）康复医学科治疗师床配比（REH-HR-03）

【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】

$$康复医学科治疗师床配比=\frac{康复医学科治疗师人数}{同期康复医学科病房开放床位数}$$

【指标说明】

（1）分子：康复医学科治疗师人数。

（2）分母：同期康复医学科病房开放床位数。

【指标意义】

反映康复医学科治疗师资源配置情况。

【指标导向】符合标准（0.3：1）

【数据来源】医院填报

（五）脑卒中患者早期康复介入率（REH-ER-01）

【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】

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。

【指标意义】

早期康复介入对脑卒中患者功能转归具有重要意义。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

（六）脊髓损伤患者早期康复介入率（REH-ER-02）

【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】

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。

【指标意义】

早期康复介入对脊髓损伤患者功能转归具有重要意义。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

（七）髋、膝关节置换术后患者早期康复介入率（REH-ER-03）

【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】

髋、膝关节置换术后患者早期康复介入率

$$=\frac{\text{超声单位时间内接受早期康复介入的住院髋、膝关节置换术后患者数}}{\text{同期住院髋、膝关节置换术后患者总数}}\times 100\%$$

【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。

【指标意义】

早期康复介入对髋、膝关节置换术后患者功能转归具有重要意义。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

（八）日常生活活动能力（ADL）改善率（REH-ADL-01）

【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】

$$\text{ADL 改善率}=\frac{\text{单位时间内 ADL 改善的康复医学科住院患者数}}{\text{同期康复医学科住院患者总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

ADL评定包括但不限于Barthel指数、改良Barthel指数等。

【指标意义】

反映康复治疗后患者功能改善情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

（九）脊髓损伤患者 ADL 改善率（REH-ADL-02）

【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】

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。

【指标意义】

反映康复治疗后脊髓损伤患者功能改善情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

（十）脑卒中患者 ADL 改善率（REH-ADL-03）

【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】

脑卒中患者 ADL 改善率

$$=\frac{\text{单位时间内 ADL 改善的康复医学科住院脑卒中患者数}}{\text{同期康复医学科住院脑卒中患者总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

ADL评定包括但不限于Barthel指数、改良Barthel指数等。

【指标意义】

反映康复治疗后脑卒中患者功能改善情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

（十一）康复评定率

1.脑卒中患者运动功能评定率（REH-EVA-01）

【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】

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。

【指标意义】

运动功能评定对判断脑卒中患者运动功能损伤严重程度、制定治疗方案、评定康复疗效及判断预后有重要意义。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

2.脑卒中患者言语功能评定率（REH-EVA-02）

【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】

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。

【指标意义】

言语功能评定对判断脑卒中患者言语功能损伤严重程度、制定治疗方案、评定康复疗效及判断预后有重要意义。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

3.脑卒中患者吞咽功能评定率（REH-EVA-03）

【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】

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。

【指标意义】

吞咽功能评定对判断脑卒中患者吞咽功能损伤严重程度、制定治疗方案、评定康复疗效及判断预后有重要意义。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

4.脊髓损伤患者神经功能评定率（REH-EVA-04）

【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】

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。

【指标意义】

NLI和AIS评定对判断脊髓损伤严重程度、制定治疗方案、评定康复疗效及判断预后有重要意义。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

5.髋、膝关节置换术后患者肢体功能评定率（REH-EVA-05）

【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】

髋、膝关节置换术后患者功能评定率

$$= \frac{\text{单位时间内进行术后功能评定的康复医学科住院髋。膝关节置换术后患者数}}{\text{同期康复医学科住院髋、膝关节置换术后患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

评定包括但不限于HHS评分、HSS评分、Knee Score评分等。

【指标意义】

髋、膝关节置换术后康复评定对判断髋、膝关节置换术后患者肢体功能、制定治疗方案、评定康复疗效及判断预后有重要意义。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

（十二）住院患者静脉输液使用率（REH-IVG-01）

【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】

住院患者静脉输液使用率

$$= \frac{\text{单位时间内接受静脉输液治疗的康复医学科住院患者数}}{\text{同期康复医学科住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：单位时间内接受静脉输液治疗的康复医学科住院患者数。

（2）分母：同期康复医学科住院患者总数。

【指标意义】

静脉输液治疗的不合理使用存在安全隐患，增加不必要的医疗成本，需要进行监测。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

（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（REH-AE-01）

【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】

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。

【指标意义】

反映脑卒中患者康复质量。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

2.脑卒中后肩痛预防实施率（REH-AE-02）

【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】

脑卒中后肩痛预防实施率

$$=\frac{\text{单位时间内进行脑卒中后肩痛预防的康复医学科住院脑卒中患者数}}{\text{同期康复医学科住院脑卒中患者总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：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。

（2）分母：同期康复医学科住院脑卒中患者总数。

【指标意义】

脑卒中后肩痛严重影响患者上肢功能预后，予以规范的预防可有效降低其发生率。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

3.脊髓损伤患者泌尿系感染发生率（REH-AE-03）

【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】

脊髓损伤患者泌尿系感染发生率

$$=\frac{\text{单位时间内康复医学科住院期间发生泌尿系感染的脊髓损伤患者数}}{\text{同期康复医学科住院脊髓损伤患者总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：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。

（2）分母：同期康复医学科住院脊髓损伤患者总数。

【指标意义】

泌尿系感染是脊髓损伤康复期常见并发症，应当予以重点关注。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院院感系统

4.脊髓损伤神经源性膀胱患者间歇性导尿实施率（REH-AE-04）

【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】

脊髓损伤神经源性膀胱患者间歇性导尿实施率

$$=\frac{\text{单位时间内进行间歇性导尿的康复医学科住院脊髓损伤神经源性膀胱患者数}}{\text{同期康复医学科住院脊髓损伤神经源性膀胱患者总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：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。

（2）分母：同期康复医学科住院脊髓损伤神经源性膀胱患者总数。

【指标意义】

间歇性导尿是神经源性膀胱处理的首选技术，可减少泌尿系感染的发生率。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

5.住院患者静脉血栓栓塞症发生率（REH-AE-05）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，新发生静脉血栓栓塞症的康复医学科住院患者数占同期康复医学科住院患者总数的比例。

【计算方法】

住院患者静脉血栓栓塞症发生率

$$= \frac{\text{单位时间内新发生静脉血栓栓塞症的康复医学科住院患者数}}{\text{同期康复医学科住院患者总数}} \times 100\%$$

【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。

【指标意义】

静脉血栓栓塞症是康复医学科常见并发症，严重者可导致患者非预期死亡，应当予以关注。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

6.住院患者静脉血栓栓塞症规范预防率（REH-AE-06）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，进行静脉血栓栓塞症规范预防的康复医学科住院患者数占同期康复医学科住院患者总数的比例。

【计算方法】

住院患者静脉血栓栓塞症规范预防率

$$= \frac{\text{单位时间内进行静脉血栓栓塞症规范预防的康复医学科住院患者数}}{\text{同期康复医学科住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：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。

（2）分母：同期康复医学科住院患者总数。

【指标意义】

静脉血栓栓塞症是康复医学科常见并发症，严重者可导致患者非预期死亡，予以规范预防可以降低其发生率。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

十三、临床营养专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2022〕161号）

（一）营养科医床比（NUT-S-01）

【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】

$$\text{营养科医床比} = \frac{\text{营养科医师总数}}{\text{同期医疗机构实际开放床位数}}$$

【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。

【指标意义】

反映医疗机构营养科医师资源配置情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

（二）营养科护床比（NUT-S-02）

【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】

$$\text{营养科护床比} = \frac{\text{营养科护士总数}}{\text{同期医疗机构实际开放床位数}}$$

【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。

【指标意义】

反映医疗机构营养科护士资源配置情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

（三）营养科技床比（NUT-S-03）

【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。

【指标意义】

反映医疗机构营养科技师资源配置情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

（四）住院患者营养风险筛查率（NUT-P-01）

【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】

$$住院患者营养风险筛查率=\frac{完成营养风险筛查住院患者数}{同期住院患者总数}\times 100\%$$

【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。

【指标意义】

反映医疗机构对住院患者营养状况重视程度及营养风险筛查的规范开展情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

（五）存在营养风险住院患者营养治疗率（NUT-P-02）

【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】

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。

【指标意义】

反映医疗机构营养治疗覆盖率及规范开展情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

（六）糖尿病住院患者营养评估率（NUT-P-03）

【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】

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。

【指标意义】

反映糖尿病住院患者营养评估工作的覆盖率和规范开展情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

（七）糖尿病住院患者营养治疗率（NUT-P-04）

【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】

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。

【指标意义】

反映糖尿病住院患者营养治疗的覆盖率和规范开展情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

（八）使用胰岛素治疗的糖尿病住院患者营养治疗后胰岛素使用剂量减少率（NUT-O-01）

【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】

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

$$= \frac{\text{使用剂量减少的糖尿病住院患者数}}{\text{同期使用胰岛素治疗并接受营养治疗的糖尿病住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：使用剂量减少的糖尿病住院患者数。

（2）分母：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。

【指标意义】

反映糖尿病患者营养治疗效果。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

（九）营养治疗不良事件发生率（NUT-O-02）

1.肠外营养治疗不良事件发生率（NUT-O-02A）

【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。

【指标意义】

反映肠外营养治疗专业技术水平和管理质量。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院不良事件上报系统

2.肠内营养治疗不良事件发生率（NUT-O-02B）

【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】

$$肠内营养治疗不良事件发生率=\frac{实施肠内营养治疗不良事件发生例数}{同期实施肠内营养治疗总例数}\times 100\%$$

【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。

【指标意义】

反映肠内营养治疗专业技术水平和管理质量。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院不良事件上报系统

3.膳食营养治疗不良事件发生率（NUT-O-02C）

【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】

$$膳食营养治疗不良事件率=\frac{实施膳食营养治疗不良事件发生例数}{同期实施膳食营养治疗总例数}\times 100\%$$

【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。

【指标意义】

反映膳食营养治疗专业技术水平和管理质量。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院不良事件上报系统

（十）营养门诊投诉发生率（NUT-O-03）

【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】

$$营养门诊投诉发生率=\frac{营养门诊诊疗投诉发生人次数}{同期营养门诊治疗总人次数}\times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：营养门诊诊疗投诉发生人次数。

（2）分母：同期营养门诊治疗总人次数。

【指标意义】

反映营养门诊专业技术水平和管理质量。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

十四、麻醉专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2022〕161号）

（一）麻醉科医护比（AQI-DNR-01）

【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】

$$麻醉科医护比=\frac{麻醉科护士总数}{麻醉科医师总数}$$

【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。

【指标意义】

反映麻醉科人员配备情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

（二）麻醉医师人均年麻醉例次数（AQI-ACC-02）

【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。

【指标意义】

反映麻醉医师工作负荷。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院手麻系统

（三）手术室外麻醉占比（AQI-PAO-03）

【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】

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

【指标说明】

手术室外麻醉是指由麻醉医生实施的凡不是在手术室和日间手术室内的各类型麻醉。

【指标意义】

反映医疗机构麻醉医疗工作的结构组成。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院手麻系统

（四）择期手术麻醉前访视率（AQI-PVR-04）

【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】

择期手术麻醉前访视

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

【指标说明】

（1）分子：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。

（2）分母：同期麻醉科完成择期手术麻醉总例次数。

【指标意义】

反映医疗机构择期手术麻醉质量。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院手麻系统

（五）入室后手术麻醉取消率 (AQI-CRB-05)

【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】

入室后手术麻醉取消率

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

【指标说明】

（1）分子：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）分母：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）。

【指标意义】

体现术前准备和麻醉访视的质量、手术科室和麻醉科的管理水平。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院手麻系统

（六）麻醉开始后手术取消率（AQI-CRA-06）

【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】

麻醉开始后手术取消

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

【指标说明】

麻醉开始是指麻醉医师开始给予患者麻醉药物。

【指标意义】

反映医疗机构麻醉质量。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院手麻系统

（七）全身麻醉术中体温监测率（AQI-TMR-07）

【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

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

【指标说明】

（1）分子：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。

（2）分母：同期全麻总例次数。

【指标意义】

术中体温监测有助于早期发现低体温、恶性高热等并发症，可以显著改善患者预后。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院手麻系统

（八）术中主动保温率（AQI-AWR-08）

【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

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

【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。

【指标意义】

术中主动保温有助于降低手术麻醉期间低体温发生率，可以显著改善患者预后。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院手麻系统

（九）术中自体血输注率（AQI-ATR-09）

【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】

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

【指标说明】

（1）分子：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。

（2）分母：同期麻醉中接受输血治疗患者总数。

【指标意义】

反映医疗机构医疗质量。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院手麻系统

（十）手术麻醉期间低体温发生率（AQI-IHT-10）

【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】

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

【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 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）。

【指标意义】

反映医疗机构麻醉质量。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院手麻系统

（十一）术中牙齿损伤发生率（AQI-IDI-11）

【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】

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

【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。

【指标意义】

术中牙齿损伤是与麻醉医生密切相关的重要并发症，应当予以密切关注。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院手麻系统

（十二）麻醉期间严重反流误吸发生率（AQI-IRA-12）

【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】

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

【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。

【指标意义】

反映医疗机构麻醉质量。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院手麻系统

（十三）计划外建立人工气道发生率（AQI-IUA-13）

【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】

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。

【指标意义】

反映医疗机构麻醉质量管理和（或）手术质量。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院手麻系统

（十四）术中心脏骤停率（AQI-ICA-14）

【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。

【指标意义】

反映医疗机构医疗质量。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院手麻系统

（十六）全身麻醉术中知晓发生率（AQI-IAG-16）

【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】

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

【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。

【指标意义】

反映医疗机构麻醉质量。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院手麻系统

（十五）麻醉期间严重过敏反应发生率（AQI-ISA-15）

【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】

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

【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。

【指标意义】

对麻醉期间严重过敏反应的及时识别与救治，反映医疗机构麻醉质量。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院手麻系统

（十七）PACU 入室低体温发生率（AQI-IHP-17）

【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】

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

【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℃。

【指标意义】

体现围手术期体温保护情况，反映医疗机构麻醉质量。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院手麻系统

（十八）麻醉后 PACU 转出延迟率（AQI-IDP-18）

【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】

$$\text{麻醉后 PACU 转出延迟率} = \frac{\text{单位时间内入 PACU 超过 2 小时的患者数}}{\text{同期入 PACU 患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：单位时间内入PACU超过2小时的患者数

（2）分母：同期入PACU患者总数。

【指标意义】

体现手术和麻醉管理水平，反映医疗机构麻醉质量。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院手麻系统

（十九）非计划二次气管插管率（AQI-IUR-19）

【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】

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

【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。

【指标意义】

反映医疗机构麻醉质量管理和（或）手术质量。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院手麻系统

（二十）非计划转入 ICU 率（AQI-IUI-20）

【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】

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

【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。

【指标意义】

反映医疗机构麻醉质量。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

（二十一）术后镇痛满意率（AQI-ASR-21）

【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】

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

【指标说明】

（1）分子：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。

（2）分母：同期麻醉科术后镇痛患者总数。

【指标意义】

反映医疗机构围手术期急性疼痛服务质量。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

（二十二）区域阻滞麻醉后严重神经并发症发生率（AQI-ISN-22）

【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。

【指标意义】

反映医疗机构麻醉质量。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院手麻系统、病案首页

（二十三）全身麻醉气管插管拔管后声音嘶哑发生率（AQI-IHE-23）

【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】

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。

【指标意义】

反映医疗机构麻醉质量。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院手麻系统

（二十四）麻醉后新发昏迷发生率（AQI-INC-24）

【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】

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。

【指标意义】

反映医疗机构麻醉质量。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

（二十五）麻醉后 24 小时内患者死亡率（AQI-TPM-25）

【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】

麻醉后 24 小时内患者死亡率

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

【指标说明】

（1）分子：单位时间内麻醉后24小时内死亡患者数。

（2）分母：同期麻醉患者总数。

【指标意义】

反映医疗机构医疗质量。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页

（二十六）阴道分娩椎管内麻醉使用率（AQI-EPD-26）

【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】

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

【指标说明】

（1）分子：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）。

（2）分母：同期阴道分娩产妇总人数（不含术中转剖宫产产妇人数）。

【指标意义】

体现医疗机构满足无痛分娩需求的程度和对产妇的人文关怀。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

十五、肿瘤专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2023〕66 号）

（一）乳腺癌

1.乳腺癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率（CA-BC-01）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

首次治疗前完成临床 TNM 分期诊断的乳腺癌患者数占接受首次治疗的乳腺癌患者总数的比例。

【计算方法】

乳腺癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率

＝$\frac{\text{首次治疗前完成临床 TNM 分期诊断的乳腺癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的乳腺癌患者总数}}$×100%

【指标说明】

（1）首次治疗指针对肿瘤开展的手术、放疗、化疗、靶向治疗、内分泌治疗、免疫治疗等，不包括为明确诊断或病情而采取的穿刺、活检、检查等诊疗措施（下同）。

（2）分期方法参见国家卫生健康委发布的《乳腺癌诊疗指南（2022 年版）》（下同）。

【指标意义】

治疗前全面评价病情是肿瘤规范化治疗的基础。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页、抗肿瘤药物监测平台

2.乳腺癌患者首次治疗前临床TNM分期检查评估策略符合率（CA-BC-02）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

首次治疗前临床TNM分期检查评估符合策略的乳腺癌患者数占接受首次治疗的乳腺癌患者总数的比例。

【计算方法】

乳腺癌患者首次治疗前临床TNM分期检查评估策略符合率

$$= \frac{\text{首次治疗前临床TNM分期检查评估符合策略的乳腺癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的乳腺癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

临床TNM分期检查评估符合策略是指符合基本策略1或基本策略2。

基本策略1：（① 或 ② 或 ③）＋④＋⑤；

基本策略2：（① 或 ② 或 ③）＋⑥；

①乳腺超声；②乳腺X线（钼靶）；③乳腺核磁；④胸部CT；⑤腹部超声（或CT或核磁）；⑥PET-CT。

【指标意义】

反映评估病情的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页、抗肿瘤药物监测平台

3.乳腺癌患者非手术治疗前病理学诊断率（CA-BC-03）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

首次非手术治疗前完成病理学诊断的乳腺癌患者数占接受首次非手术治疗的乳腺癌患者总数的比例。

【计算方法】

乳腺癌患者非手术治疗前病理学诊断率

$$= \frac{\text{首次非手术治疗前完成病理学诊断的乳腺癌患者数}}{\text{同期接受首次非手术治疗的乳腺癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

本指标的非手术治疗包括放疗、化疗、靶向治疗、内分泌治疗、免疫治疗等治疗。

【指标意义】

明确病理诊断是肿瘤综合治疗方案选择的基础。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页、抗肿瘤药物监测平台

4.早期乳腺癌患者前哨淋巴结活检率（CA-BC-04）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

行前哨淋巴结活检手术的早期乳腺癌患者数占早期乳腺癌手术患者总数的比例。

【计算方法】

早期乳腺癌患者前哨淋巴结活检率

$$= \frac{\text{行前哨淋巴结活检手术的早期乳腺癌患者数}}{\text{同期早期乳腺癌手术患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

本指标早期乳腺癌指临床分期为 $T_{1\text{-}2}N_0M_0$ 的乳腺癌。

【指标意义】

提高腋窝淋巴结清扫术的合理性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

5.乳腺癌患者保乳术后放疗率（CA-BC-05）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

行术后放疗的乳腺癌保乳术患者数占乳腺癌保乳术患者总数的比例。

【计算方法】

乳腺癌患者保乳术后放疗率$= \frac{\text{行术后放疗的乳腺癌保乳术患者数}}{\text{同期乳腺癌保乳术患者总数}} \times 100\%$

【指标意义】

反映乳腺癌患者保乳术后治疗的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

6.乳腺癌患者改良根治术后放疗率（CA-BC-06）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

乳腺癌改良根治术后行放疗的患者数占乳腺癌改良根治术患者总数的比例。

【计算方法】

局部晚期乳腺癌患者新辅助治疗率

$$= \frac{\text{乳腺癌改良根治术后行放疗的患者数}}{\text{同期乳腺癌改良根治术患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

本指标统计范围为改良根治术后病理分期为 $T_{3\text{-}4}$ 或者淋巴结转移≥4 个的乳腺癌患者。

【指标意义】

反映乳腺癌改良根治术后患者治疗的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

7.局部晚期乳腺癌患者新辅助治疗率（CA-BC-07）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

接受新辅助治疗的局部晚期乳腺癌患者数占局部晚期乳腺癌患者总数的比例。

【计算方法】

局部晚期乳腺癌患者新辅助治疗率

$$= \frac{\text{接受新辅助治疗的局部晚期乳腺癌患者数}}{\text{同期局部晚期乳腺癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

本指标的局部晚期乳腺癌指临床分期为 III 期（不含 $T_3N_1M_0$）的乳腺癌，新辅助治疗包含化疗、靶向治疗、内分泌治疗等治疗措施；治疗方法参见国家卫生健康委发布的《乳腺癌诊疗指南（2022 年

版）》。

【指标意义】

反映乳腺癌局部晚期患者治疗的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统

8.晚期转移性乳腺癌患者首次治疗全身系统性治疗率（CA-BC-08）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

首次治疗接受全身系统性治疗的晚期转移性乳腺癌患者数占首次治疗的晚期转移性乳腺癌患者总数的比例。

【计算方法】

晚期转移性乳腺癌患者首次治疗全身系统性治疗率

$$= \frac{\text{首次治疗接受全身系统性治疗的晚期转移性乳腺癌患者数}}{\text{同期首次治疗的晚期转移性乳腺癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

本指标的晚期转移性乳腺癌患者指临床分期为 M_1 的乳腺癌患者。全身系统性治疗指抗肿瘤药物治疗，包括化疗、靶向治疗、免疫治疗、内分泌治疗。

【指标意义】

反映晚期乳腺癌治疗的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统

9.激素受体阳性乳腺癌患者术后接受辅助内分泌治疗率（CA-BC-09）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

术后接受辅助内分泌治疗的激素受体阳性乳腺癌患者数占术后激素受体阳性的乳腺癌患者总数的比例。

【计算方法】

激素受体阳性乳腺癌患者术后接受辅助内分泌治疗率

$$= \frac{\text{术后接受辅助内分泌治疗的激素受体阳性乳腺癌患者数}}{\text{同期术后激素受体阳性的乳腺癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】

反映乳腺癌治疗的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统

10.接受抗 HER-2 靶向治疗的乳腺癌患者中 HER-2 阳性率（CA-BC-10）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

接受抗 HER-2 靶向治疗且 HER-2 阳性的乳腺癌患者数占接受抗 HER-2 靶向治疗的乳腺癌患者总数的比例。

【计算方法】

接受抗 HER-2 靶向治疗的乳腺癌患者中 HER-2 阳性率

$$= \frac{\text{接受抗 HER - 2 靶向治疗且 HER - 2 阳性的乳腺癌患者数}}{\text{同期接受抗 HER - 2 靶向治疗的乳腺癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】

体现 HER-2 靶向药物使用的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS/EMR 系统

11.腋窝淋巴结清扫充分率（CA-BC-11）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

清扫腋窝淋巴结数量≥10 个的乳腺癌患者数占行腋窝淋巴结清扫术的乳腺癌患者总数的比例。

【计算方法】

腋窝淋巴结清扫充分率

$$= \frac{\text{清扫腋窝淋巴结数量≥10 个的乳腺癌患者数}}{\text{同期行腋窝淋巴结清扫术的乳腺癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】

反映乳腺癌患者术中清扫腋窝淋巴结的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统、病理系统

12.乳腺癌Ⅰ类切口手术部位感染率（CA-BC-12）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

发生Ⅰ类切口手术部位感染的乳腺癌患者数占乳腺癌Ⅰ类切口手术患者总数的比例。

【计算方法】

乳腺癌Ⅰ类切口手术部位感染率

$$= \frac{\text{发生Ⅰ类切口手术部位感染的乳腺癌患者数}}{\text{同期乳腺癌Ⅰ类切口手术患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】

反映医院感染管理和防控情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院院感系统

（二）肺癌

1.肺癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率（CA-LC-01)

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

首次治疗前完成临床 TNM 分期诊断的肺癌患者数占接受首次治疗的肺癌患者总数的比例。

【计算方法】

肺癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率

$$= \frac{\text{首次治疗前完成临床 TNM 分期诊断的肺癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的肺癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）首次治疗指针对肿瘤开展的手术、放疗、化疗、靶向治疗、免疫治疗等治疗，不包括为明确诊断或病情而采取的穿刺、活检、检查等诊疗措施（下同）。

（2）分期方法参见国家卫生健康委发布的《原发性肺癌诊疗指

南（2022年版）》（下同）。

【指标意义】

治疗前全面评价病情是肿瘤规范化治疗的基础。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页

2.肺癌患者首次治疗前临床TNM分期检查评估策略符合率(CA-LC-02)

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

首次治疗前临床TNM分期检查评估符合策略的肺癌患者数占接受首次治疗的肺癌患者总数的比例。

【计算方法】

肺癌患者首次治疗前临床TNM分期检查评估策略符合率

$$=\frac{\text{首次治疗前临床TNM分期检查评估符合策略的肺癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的肺癌患者总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

临床TNM分期检查符合策略是指符合基本策略1或基本策略2。

基本策略1：胸部CT+颈部CT（或颈部超声）+骨扫描+腹部CT（或腹部超声）+脑部CT（或脑部 MRI）；

基本策略2：全身PET-CT±脑部MRI。

【指标意义】

反映评估病情的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页、抗肿瘤药物监测平台

3.肺癌患者非手术治疗前病理学诊断率（CA-LC-03）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

首次非手术治疗前完成病理学诊断的肺癌患者数占接受首次非手术治疗的肺癌患者总数的比例。

【计算方法】

肺癌患者非手术治疗前病理学诊断率

$$= \frac{\text{首次非手术治疗前完成病理学诊断的肺癌患者数}}{\text{同期接受首次非手术治疗的肺癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

本指标的非手术治疗指针对肿瘤开展的，包括放疗、化疗、靶向治疗、免疫治疗等治疗。

【指标意义】

明确病理诊断是肿瘤综合治疗方案选择的基础。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院病理系统、EMR 系统

4.肺癌患者术后病理 TNM 分期率（CA-LC-04）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

肺癌患者手术治疗后完成病理 TNM 分期的患者数占手术治疗的肺癌患者总数的比例。

【计算方法】

肺癌患者术后病理 TNM 分期率

$$= \frac{\text{肺癌患者手术治疗后完成病理 TNM 分期的患者数}}{\text{同期手术治疗的肺癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】

术后病理评估是肿瘤病理类型、病理 TNM 分期、术后辅助治疗及预后判断的重要依据。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院病理系统

5.肺癌切除术术中淋巴结清扫率（CA-LC-05）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

肺癌切除术术中接受淋巴结清扫的患者数占行肺癌切除术的患者总数的比例。

【计算方法】

肺癌切除术术中淋巴结清扫率

$$= \frac{\text{肺癌切除术术中接受淋巴结清扫的患者数}}{\text{同期行肺癌切除术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】

淋巴结清扫是术后准确病理分期和达到完全性切除的重要保证，反映肺癌手术规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统、病理系统

6.肺癌切除术术中纵隔淋巴结清扫充分率（CA-LC-06）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

肺癌切除术术中纵隔淋巴结清扫站数≥3 站的患者数占肺癌切除术的患者总数的比例。

【计算方法】

肺癌切除术术中纵隔淋巴结清扫充分率

$$= \frac{\text{肺癌切除术术中纵隔淋巴结清扫站数}\geq 3\text{站的患者数}}{\text{同期肺癌切除术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】

淋巴结充分清扫是术后准确病理分期和达到完全性切除的重要保证，反映肺癌手术规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统、病理系统

7.Ⅲ期肺癌患者初始治疗综合治疗率（CA-LC-07）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

初始治疗行综合治疗的Ⅲ期肺癌患者数占初始治疗的Ⅲ期肺癌患者总数的比例。

【计算方法】

Ⅲ期肺癌患者初始治疗综合治疗率

$$= \frac{\text{初始治疗行综合治疗的Ⅲ期肺癌患者数}}{\text{同期初始治疗的Ⅲ期肺癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

综合治疗定义为局部治疗（手术治疗和/或放射治疗）+系统性治疗（泛指抗肿瘤药物治疗）。

【指标意义】

反映局部晚期肺癌多学科综合治疗质量。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统、EMR 系统、病案首页

8.肺癌患者精确放疗率（CA-LC-08）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

行精确放疗的肺癌患者数占接受放疗的肺癌患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{肺癌患者精确放疗率}=\frac{\text{行精确放疗的肺癌患者数}}{\text{同期接受放疗的肺癌患者总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

适用于肺癌的精确放疗技术包括：调强适形放疗（IMRT）、影像引导调强适形放疗（IGRT）、剂量引导调强适形放疗（DGRT）、螺旋断层放疗（TOMO）、三维适形放疗（3DCRT）、立体定向放疗（SRT）/立体定向体部放疗（SBRT）、术中放疗（IORT）、容积调强弧形放疗（VMAT）、质子放疗、重离子放疗。

【指标意义】

反映肺癌患者放疗准确性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统

9.Ⅳ期肺癌患者首次抗肿瘤药物治疗一线推荐方案采用率（CA-LC-09）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

诊断为Ⅳ期的肺癌患者首次抗肿瘤药物治疗采用 一线推荐方案的患者数占Ⅳ期肺癌患者首次接受抗肿瘤药 物治疗患者总数的比例。

【计算方法】

Ⅳ期肺癌患者首次抗肿瘤药物治疗一线推荐方案采用率

$$= \frac{\text{Ⅳ期肺癌患者首次抗肿瘤药物治疗采用一线推荐方案的患者数}}{\text{同期Ⅳ期肺癌患者首次接受抗肿瘤药物治疗患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

一线推荐方案参见国家卫生健康委发布的《原发性肺癌诊疗指南（2022 年版）》。

【指标意义】

反映晚期肺癌患者抗肿瘤药物治疗的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统

10.肺癌患者接受分子靶向治疗前基因检测阳性率（CA-LC-10）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

肺癌患者接受分子靶向治疗前基因检测显示驱动基因突变阳性的患者数占接受分子靶向治疗的肺癌患者总数的比例。

【计算方法】

肺癌患者接受分子靶向治疗前基因检测阳性率

$$= \frac{\text{接受分子靶向治疗前基因检测显示驱动基因突变阳性的肺癌患者数}}{\text{同期接受分子靶向治疗的肺癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】

反映肺癌患者分子靶向治疗的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统、病理系统

11.肺癌患者非手术治疗后疗效评价率（CA-LC-11）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

肺癌患者接受非手术治疗后完成疗效评价的患者数占接受非手术治疗的肺癌患者总数的比例。

【计算方法】

肺癌患者非手术治疗后疗效评价率

$$= \frac{\text{非手术治疗后完成疗效评价的肺癌患者数}}{\text{同期非手术治疗的肺癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

疗效评价方法参见国家卫生健康委发布的《原发性肺癌诊疗指南（2022 年版）》及实体瘤疗效评估标准（Response Evaluation Criteria In Solid Tumour，REC IST）。

【指标意义】

反映诊疗过程的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

12.肺癌手术患者肿瘤完整切除（R0）率（CA-LC-12）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

肺癌手术患者肿瘤完整切除（R0）的患者数占肺癌手术患者总数的比例。

【计算方法】

肺癌手术患者肿瘤完整切除（R0）率

$$= \frac{\text{肺癌手术患者肿瘤完整切除（R0）的患者数}}{\text{同期肺癌手术患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】

反映医院综合诊疗技术能力。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统、病理系统

13.肺癌患者术后院内死亡率（CA-LC-13）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

肺癌手术患者术后发生院内死亡的患者数占肺癌手术患者总数的比例。

【计算方法】

肺癌患者术后院内死亡率

$$= \frac{\text{肺癌手术患者术后发生院内死亡的患者数}}{\text{同期肺癌手术患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】

反映肺癌手术质量安全情况。

【指标导向】逐步降低
【数据来源】医院填报
【信息化提取建议】病案首页

（三）肝癌

1.肝细胞癌患者首次治疗前临床中国肝癌分期诊断率（CA-CNLC-01）

【指标属性】定量指标
【计量单位】百分比（%）
【指标定义】

首次治疗前完成临床中国肝癌分期诊断的肝细胞癌患者数占接受首次治疗的肝细胞癌患者总数的比例。

【计算方法】

肝细胞癌患者首次治疗前临床中国肝癌分期诊断率

$$= \frac{\text{首次治疗前完成临床中国肝癌分期诊断的肝细胞癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的肝细胞癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）首次治疗指针对肿瘤开展的手术、放疗、化疗、靶向治疗、免疫治疗等治疗，不包括为明确诊断或病情而采取的穿刺、活检、检查等诊疗措施（下同）。

（2）分期方法参见国家卫生健康委发布的《原发性肝癌诊疗指南（2022版）》（下同）。

【指标意义】

治疗前全面评价病情是规范化治疗的基础。

【指标导向】监测比较
【数据来源】医院填报
【信息化提取建议】病案首页

2.肝细胞癌患者首次治疗前临床中国肝癌分期检查策略符合率（CA-CNLC-02）

【指标属性】定量指标
【计量单位】百分比（%）
【指标定义】

首次治疗前完成临床中国肝癌分期检查评估符合策略的肝细胞癌患者数占接受首次治疗的肝细胞癌患者总数的比例。

【计算方法】

肝细胞癌患者首次治疗前临床中国肝癌分期检查策略符合率

$$= \frac{\text{首次治疗前完成临床中国肝癌分期检查评估符合策略的肝细胞癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的肝细胞癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

临床中国肝癌分期检查策略至少包括上腹部增强 MRI 或增强 CT+腹部彩超+胸部 CT。

【指标意义】

反映评估病情的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页、抗肿瘤药物监测平台

3.肝内胆管癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率（CA-CNLC-03）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

首次治疗前完成临床 TNM 分期诊断的肝内胆管癌患者数占接受首次治疗的肝内胆管癌患者总数的比例。

【计算方法】

肝内胆管癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率

$$= \frac{\text{首次治疗前完成临床 TNM 分期诊断的肝内胆管癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的肝内胆管癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】

治疗前全面评价病情是规范化治疗的基础。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页

4.肝内胆管癌患者首次治疗前临床 TNM 分期检查策略符合率（CA-CNLC-04）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

首次治疗前完成临床 TNM 分期检查评估符合策略的肝内胆管癌患者数占接受首次治疗的肝内胆管癌患者总数的比例。

【计算方法】

肝内胆管癌患者首次治疗前临床 TNM 分期检查策略符合率

$$= \frac{\text{首次治疗前完成临床 TNM 分期检查评估符合策略的肝内胆管癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的肝内胆管癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

临床 TNM 分期检查策略至少包括上腹部增强 MRI 或增强 CT+腹部彩超+胸部 CT。

【指标意义】

反映评估病情的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页、抗肿瘤药物监测平台

5.肝内胆管癌患者首次非手术治疗前病理学诊断率（CA-CNLC-05）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

首次非手术治疗前完成病理学诊断的肝内胆管癌患者数占接受首次非手术治疗的肝内胆管癌患者总数的比例。

【计算方法】

肝内胆管癌患者首次非手术治疗前病理学诊断率

$$= \frac{\text{首次非手术治疗前完成病理学诊断的肝内胆管癌患者数}}{\text{同期接受首次非手术治疗的肝内胆管癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

本指标的非手术治疗是指经皮穿刺的局部治疗如肝动脉化疗栓塞术（TACE）、消融治疗（射频、微波、无水乙醇注射、冷冻、高强度超声聚焦消融、激光消融、不可逆 电穿孔等）、放射治疗及系统治疗（化疗、靶向药物、免疫检查点抑制剂、生物治疗）等。

【指标意义】

反映肝内胆管癌诊治规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页、病理系统

6.肝内胆管癌患者术后病理 TNM 分期率（CA-CNLC-06）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

肝内胆管癌患者手术后完成病理 TNM 分期的患者数占接受手术治疗的肝内胆管癌患者总数的比例。

【计算方法】

肝内胆管癌患者术后病理 TNM 分期率

$$= \frac{\text{肝内胆管癌患者手术后完成病理 TNM 分期的患者数}}{\text{同期接受手术治疗的肝内胆管癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】

术后病理 TNM 分期是肿瘤分型、分期、预后评价的重要依据。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页、病理系统

7.肝内胆管癌患者术中淋巴结清扫率（CA-CNLC-07）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

手术切除的肝内胆管癌患者术中接受淋巴结清扫的患者数占接受手术切除的肝内胆管癌患者总数的比例。

【计算方法】

肝内胆管癌患者术中淋巴结清扫率

$$= \frac{\text{手术切除的肝内胆管癌患者术中接受淋巴结清扫的患者数}}{\text{同期接受手术切除的肝内胆管癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】

淋巴结清扫是术后准确病理 TNM 分期和根治性切除的重要保证，反映肝内胆管癌手术规范程度。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统

8.肝癌手术患者微创手术率（CA-CNLC-08）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

肝癌患者实施微创手术人次数占同期肝癌患者手术人次数的比例。

【计算方法】

肝癌手术患者微创手术率＝$\frac{\text{肝癌患者实施微创手术人次数}}{\text{同期肝癌患者手术人次数}}\times 100\%$

【指标意义】

反映医疗机构外科微创技术应用情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页

9.肝癌患者围手术期死亡率（CA-CNLC-09）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

住院期间围手术期死亡的肝癌患者数占接受手术治疗的肝癌患者总数的比例。

【计算方法】

肝癌患者围手术期死亡率＝$\frac{\text{住院期间围手术期死亡的肝癌患者数}}{\text{同期接受手术治疗的肝癌患者总数}}\times 100\%$

【指标意义】

反映肝癌手术和麻醉质量安全情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页

10.中国肝癌分期 IIb 和 IIIa 期肝细胞癌患者首次治疗 TACE 治疗率（CA-CNLC-10）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

中国肝癌分期 IIb 和 IIIa 期肝细胞癌患者首次治疗行 TACE 治疗的患者数占中国肝癌分期 IIb 和 IIIa 期肝细胞癌首次治疗患者总数的比例。

【计算方法】

中国肝癌分期 IIb 和 IIIa 期肝细胞癌患者首次治疗 TACE 治疗率

＝$\frac{\text{中国肝癌分期 IIb 和 IIIa 期肝细胞癌患者首次治疗行 TACE 治疗的患者数}}{\text{同期中国肝癌分期 IIb 和 IIIa 期肝细胞癌首次治疗患者总数}}\times 100\%$

【指标意义】

反映肝癌规范化治疗情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页、EMR 系统

11.中晚期肝癌患者综合治疗率（CA-CNLC-11）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

中晚期肝癌患者接受综合治疗的患者数占中晚期肝癌患者总数的比例。

【计算方法】

中晚期肝癌患者综合治疗率

$$= \frac{\text{中晚期肝癌患者接受综合治疗的患者数}}{\text{同期中晚期肝癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）本指标的中晚期指临床分期为①中国肝癌（CNLC）分期：IIa、IIb、IIIa、IIIb、Ⅳ期的肝细胞癌（HCC）；②TNM 分期：II、IIIA、IIIB、IV 期的肝内胆管癌（ICC）。

（2）综合治疗指整个疾病过程中至少接受下述两种方式的治疗：手术治疗（肝移植、肝切除、术中局部治疗等）、消融（射频、微波和冷冻等）治疗、无水酒精瘤内注射、介入治疗、放疗、化疗、靶向治疗、免疫治疗等。

【指标意义】

反映中晚期肝癌诊疗规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页、EMR 系统

12.肝癌患者精确放疗率（CA-CNLC-12）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

行精确放疗的肝癌患者数占接受放疗的肝癌患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{肝癌患者精确放疗率} = \frac{\text{行精确放疗的肝癌患者数}}{\text{同期接受放疗的肝癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

适用于肝癌的精确放疗技术包括图像引导放疗或立体定向放疗，即三维适形放射治疗（3D-CRT）、调强适形放射治疗（IMRT）、体部立体定向放射治疗（SBRT）、容积弧形调强放射治疗（VMAT）、影像引导调强适形放射治疗（IGRT）、螺旋断层放射治疗（TOMO）、质子远距离放射治疗、重离子放疗、中子远距离放射治疗、X 刀放射治疗、多源光子放射外科治疗、伽马刀放射外科治疗、立体定向γ放射治疗、钴-60 放射治疗、粒子放射外科治疗、其他立体定向放射外科治疗。

【指标意义】

反映肝癌放射治疗的精确性和规范化程度。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页、EMR 系统

（四）宫颈癌

1.宫颈癌患者首次治疗前临床 FIGO 分期诊断率（CA-CC-01）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

首次治疗前完成临床 FIGO 分期诊断的宫颈癌患者数占接受首次治疗的宫颈癌患者总数的比例。

【计算方法】

宫颈癌患者首次治疗前临床 FIGO 分期诊断率

$$= \frac{\text{首次治疗前完成临床 FIGO 分期诊断的宫颈癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的宫颈癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）首次治疗指针对肿瘤开展的手术、放疗、化疗、 靶向治疗、免疫治疗等治疗，不包括为明确诊断或病情而采取的穿刺、活检、检查等诊疗措施。下同。

（2）分期方法参见国家卫生健康委发布的《宫颈癌诊疗指南（2022 年版）》。下同。

【指标意义】

治疗前全面评价病情是肿瘤规范化治疗的基础。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页

2.宫颈癌患者首次治疗前临床 FIGO 分期检查评估策略符合率 (CA-CC-02)

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

首次治疗前临床 FIGO 分期检查评估符合策略的宫颈癌患者数占接受首次治疗的宫颈癌患者总数的比例。

【计算方法】

宫颈癌患者首次治疗前临床 FIGO 分期检查评估策略符合率

$$= \frac{\text{首次治疗前临床 FIGO 分期检查评估符合策略的宫颈癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的宫颈癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

临床FIGO分期检查评估符合策略是指符合基本策略1或基本策略2。

基本策略 1：盆腔 MRI+颈胸腹盆腔增强 CT+妇科检查；

基本策略 2：盆腔 MRI+全身 PET-CT+妇科检查。

【指标意义】

反映评估病情的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页、抗肿瘤药物监测平台

3.宫颈癌患者首次治疗前病理学诊断率（CA-CC-03）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

首次治疗前完成病理学诊断的宫颈癌患者数占接受首次治疗的宫颈癌患者总数的比例。

【计算方法】

宫颈癌患者首次治疗前病理学诊断率

$$= \frac{\text{首次治疗前完成病理学诊断的宫颈癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的宫颈癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】

反映宫颈癌治疗的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页、病理系统

4.早期宫颈癌根治性手术治疗患者淋巴结切除率（CA-CC-04）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

早期宫颈癌根治术中接受淋巴结切除（包含前哨淋巴结切除）的宫颈癌患者数占早期宫颈癌根治性手术患者总数的比例。

【计算方法】

早期宫颈癌根治性手术治疗患者淋巴结切除率

$$= \frac{\text{早期宫颈癌根治术中接受淋巴结切除的宫颈癌患者数}}{\text{同期早期宫颈癌根治性手术患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

本指标早期宫颈癌指临床分期为IA_1伴 LVSI、$IA_2 \sim IIA_2$期的宫颈癌。

【指标意义】

反映早期宫颈癌根治性手术的质量。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统、病理系统

5.术后病理存在高危因素的宫颈癌患者接受同步放化疗率（CA-CC-05）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

接受同步放化疗的术后病理存在高危因素的宫颈癌患者数占术后病理存在高危因素的宫颈癌患者总数的比例。

【计算方法】

术后病理存在高危因素的宫颈癌患者接受同步放化疗率

$$= \frac{\text{接受同步放化疗的术后病理存在高危因素的宫颈癌患者数}}{\text{同期术后病理存在高危因素的宫颈癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

术后病理高危因素包括：淋巴结转移、切缘阳性或宫旁受侵。

【指标意义】

反映宫颈癌患者术后辅助治疗的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

6.术后病理存在符合 Sedlis 标准的中危因素宫颈癌患者放疗率 (CA-CC-06)

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

接受放疗的术后病理存在符合 Sedlis 标准的中危因素宫颈癌患者数占术后病理存在符合 Sedlis 标准的中危因素宫颈癌患者总数的比例。

【计算方法】

术后病理存在符合 Sedlis 标准的中危因素宫颈癌患者放疗率

$$= \frac{\text{接受放疗的术后病理存在符合 Sedlis 标准的中危因素宫颈癌患者数}}{\text{同期术后病理存在符合 Sedlis 标准的中危因素宫颈癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

符合 Sedlis 标准的中危因素参见国家卫生健康委发布的《宫颈癌诊疗指南（2022 年版）》。

【指标意义】

反映宫颈癌患者术后辅助治疗的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统

7.中晚期宫颈癌患者首次治疗同步放化疗率（CA-CC-07）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

首次治疗接受同步放化疗的中晚期宫颈癌患者数占接受首次治疗的中晚期宫颈癌患者总数的比例。

【计算方法】

中晚期宫颈癌患者首次治疗同步放化疗率

$$= \frac{\text{首次治疗接受同步放化疗的中晚期宫颈癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的中晚期宫颈癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

本指标的中晚期宫颈癌指临床分期为ⅡB~ⅣA 期的宫颈癌。

【指标意义】

反映中晚期宫颈癌治疗的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

8.宫颈癌患者精确体外放疗率（CA-CC-08）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

行精确体外放疗的宫颈癌患者数占接受体外放疗的宫颈癌患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{宫颈癌患者精确体外放疗率}=\frac{\text{行精确体外放疗的宫颈癌患者数}}{\text{同期接受体外放疗的宫颈癌患者总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

适用于宫颈癌的精确体外放疗技术包括三维适形放疗、调强放疗、容积弧形调强放疗、立体定向放疗、螺旋断层放疗。

【指标意义】

反映宫颈癌患者体外放疗的质量。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

9.宫颈癌患者精确近距离放疗率（CA-CC-09）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

行精确近距离放疗技术的宫颈癌患者数占接受近距离放疗的宫颈癌患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{宫颈癌患者精确近距离放疗率}=\frac{\text{行精确近距离放疗技术的宫颈癌患者数}}{\text{同期接受近距离放疗的宫颈癌患者总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

精确近距离放疗是指包含治疗计划设计（三维计划）的腔内或插植放疗，并采用螺旋 CT 模拟定位、磁共振模拟定位、超声引导、超声定位技术行图像引导。

【指标意义】

反映宫颈癌患者近距离放疗的质量。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统

10.宫颈癌患者增敏化疗采用标准方案率（CA-CC-10）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

采用推荐的标准增敏化疗方案的同步放化疗治疗的宫颈癌患者数占接受同步放化疗治疗的宫颈癌患者总数的比例。

【计算方法】

宫颈癌患者增敏化疗采用标准方案率

$$=\frac{\text{采用标准增敏化疗方案的同步放化疗治疗的宫颈癌患者数}}{\text{同期接受同步放化疗治疗的宫颈癌患者总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

推荐的标准增敏化疗方案：顺铂周疗。详见国家卫生健康委发布的《宫颈癌诊疗指南（2022 年版）》。

【指标意义】

反映宫颈癌同步放化疗治疗的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统

11.宫颈癌手术患者并发症发生率（CA-CC-11）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

发生并发症的宫颈癌手术患者数占宫颈癌手术患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{宫颈癌手术患者并发症发生率}=\frac{\text{发生并发症的宫颈癌手术患者数}}{\text{同期宫颈癌手术患者总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

宫颈癌手术并发症包括：（1）一般并发症 ：淋巴囊肿、淋巴水肿、尿潴留、感染、静脉血栓、手术后伤口裂开、术后血肿；（2）严重并发症：肠梗阻、输尿管瘘、膀胱阴道瘘、直肠阴道瘘、手术后

大出血、败血症、手术中发生或由于手术造成的休克、死亡。

【指标意义】

反映宫颈癌手术质量安全情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

12.宫颈癌放疗患者近期并发症发生率（CA-CC-12）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

在放疗期间及放疗结束后3个月之内发生放疗相关并发症的宫颈癌患者数占宫颈癌放疗患者总数的比例。

【计算方法】

宫颈癌放疗患者近期并发症发生率

$$=\frac{\text{发生近期并发症的宫颈癌放疗患者数}}{\text{同期宫颈癌放疗患者总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

宫颈癌放疗近期并发症包括：（1）全身反应：头痛、眩晕、乏力、食欲不振、恶心、呕吐、白细胞减少、血小板减少；（2）直肠反应：里急后重、腹泻、粘液便、大便疼痛、便血；（3）膀胱反应：尿频、尿急、尿痛、血尿；（4）内照射相关反应：出血、子宫穿孔、肠瘘、肠炎；（5） 阴道炎：阴道黏膜水肿、阴道充血、阴道疼痛、阴道分泌物增多、外阴炎。

【指标意义】

反映宫颈癌放疗技术能力和质量安全情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页

（五）胃癌

1.胃癌患者首次治疗前临床TNM分期诊断率（CA-GC-01）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

首次治疗前完成临床TNM分期诊断的胃癌患者数占接受首次治疗的胃癌患者总数的比例。

【计算方法】

胃癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率

$$= \frac{\text{首次治疗前完成临床 TNM 分期诊断的胃癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的胃癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）首次治疗指针对肿瘤开展的手术、放疗、化疗、靶向治疗、免疫治疗等治疗，不包括为明确诊断或病情而采取的穿刺、活检、检查等诊疗措施。下同。

（2）分期方法参见国家卫生健康委发布的《胃癌诊疗指南（2022 年版）》。下同。

【指标意义】

治疗前全面评价病情是肿瘤规范化治疗的基础。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页

2.胃癌患者首次治疗前临床 TNM 分期检查评估策略符合率（CA-GC-02）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

首次治疗前临床 TNM 分期检查评估符合策略的胃癌患者数占接受首次治疗的胃癌患者总数的比例。

【计算方法】

胃癌患者首次治疗前临床 TNM 分期检查评估策略符合率

$$= \frac{\text{首次治疗前临床 TNM 分期检查评估符合策略的胃癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的胃癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

临床 TNM 分期检查评估符合策略：腹部增强 CT/ MRI+胸部平扫 CT+盆腔增强 CT/MRI。

【指标意义】

反映病情评估的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页、抗肿瘤药物监测平台

3.胃癌患者首次治疗前病理学诊断率（CA-GC-03）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

首次治疗前完成病理学诊断的胃癌患者数占首次治疗的胃癌患者总数的比例。

【计算方法】

胃癌患者首次治疗前病理学诊断率

$$= \frac{\text{首次治疗前完成病理学诊断的胃癌患者数}}{\text{同期首次治疗的胃癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】

反映胃癌诊疗的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页、病理系统

4.胃癌患者术后病理 TNM 分期率（CA-GC-04）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

手术治疗后完成病理 TNM 分期的胃癌患者数占接受手术治疗的胃癌患者总数的比例。

【计算方法】

胃癌患者术后病理 TNM 分期率

$$= \frac{\text{手术治疗后完成病理 TNM 分期的胃癌患者数}}{\text{同期接受手术治疗的胃癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】

反映胃癌诊疗的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页、病理系统

5.接受内镜治疗的胃癌患者术后切缘阳性率（CA-GC-05）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

接受内镜治疗术后病理提示切缘阳性的胃癌患者数占接受内镜治疗的胃癌患者总数的比例。

【计算方法】

接受内镜治疗的胃癌患者术后切缘阳性率

$$= \frac{\text{接受内镜治疗术后病理提示切缘阳性的胃癌患者数}}{\text{同期接受内镜治疗的胃癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】

反映胃癌内镜治疗质量。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病理系统

6.I-III 期胃癌患者手术治疗术中淋巴结清扫充分率（CA-GC-06）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

I-III 期手术治疗术中淋巴结清扫总数≥16 枚的胃癌患者数占接受手术治疗的 I-III 期胃癌患者总数的比例。

【计算方法】

I-III 期胃癌患者手术治疗术中淋巴结清扫充分率

$$= \frac{\text{I-III 期手术治疗术中淋巴结清扫总数≥ 16 枚的胃癌患者数}}{\text{同期接受手术治疗的 I-III 期胃癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】

淋巴结清扫是术后准确病理分期和达到根治性切除的重要保证，反映胃癌手术规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统

7.转移性胃癌患者首次治疗行手术治疗率（CA-GC-07）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

首次治疗行手术治疗的转移性胃癌患者数占接受首次治疗的转移性胃癌患者总数的比例。

【计算方法】

转移性胃癌患者首次治疗行手术治疗率

$$= \frac{\text{首次治疗行手术治疗的转移性胃癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的转移性胃癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

本指标中转移性胃癌患者指临床分期为 IVB 期的胃癌患者。

【指标意义】

反映转移性胃癌治疗规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页

8.胃癌手术患者术前完成营养风险筛查与评估率（CA-GC-08）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

术前实际完成营养风险筛查与评估的胃癌手术患者数占胃癌手术患者总数的比例。

【计算方法】

胃癌手术患者术前完成营养风险筛查与评估率

$$= \frac{\text{术前实际完成营养风险筛查与评估的胃癌手术患者数}}{\text{同期胃癌手术患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

使用 PG-SGA 或 NRS-2002 进行营养风险筛查与评估的患者。

【指标意义】

营养风险筛查及评估是指导营养支持治疗的重要依据，也是保障胃癌患者手术安全的重要措施。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统

9.晚期转移性胃癌患者首次抗肿瘤药物治疗一线推荐方案采用率（CA-GC-09）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

晚期转移性胃癌首次抗肿瘤药物治疗采用一线推荐方案的患者数占晚期转移性胃癌首次抗肿瘤药物治疗的患者总数的比例。

【计算方法】

晚期转移性胃癌患者首次抗肿瘤药物治疗一线推荐方案采用率

$$= \frac{\text{晚期转移性胃癌首次抗肿瘤药物治疗采用一线推荐方案的患者数}}{\text{同期晚期转移性胃癌首次抗肿瘤药物治疗的患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

一线推荐方案参见国家卫生健康委发布的《胃癌诊疗指南(2022年版)》。

【指标意义】

反映胃癌患者抗肿瘤药物治疗的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统

10.胃癌患者非手术治疗后疗效评价率（CA-GC-10）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

接受非手术治疗后完成疗效评价的胃癌患者数占接受非手术治疗的胃癌患者总数的比例。

【计算方法】

胃癌患者非手术治疗后疗效评价率

$$= \frac{\text{接受非手术治疗后完成疗效评价的胃癌患者数}}{\text{同期接受非手术治疗的胃癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】

反映医院评估治疗的规范性。疗效评价方法参见国家卫生健康委发布的《胃癌诊疗指南（2022 年版）》。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统

11.晚期转移性胃癌患者首次抗肿瘤药物治疗前病理生物标志物诊断率 (CA-GC-11)

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

晚期转移性胃癌首次抗肿瘤药物治疗前完成病理生物标志物诊断的患者数占晚期转移性胃癌首次抗肿瘤药物治疗的患者总数的比例。

【计算方法】

晚期转移性胃癌患者首次抗肿瘤药物治疗前病理生物标志物诊断率

$$= \frac{\text{晚期转移性胃癌首次抗肿瘤药物治疗前完成病理生物标志物诊断的患者数}}{\text{同期晚期转移性胃癌首次抗肿瘤药物治疗的患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

病理生物标志物诊断包括免疫组化染色、特殊染色和基因检测，如:人类表皮生长因子受体 2(HER-2 亦称为 Neu、ErbB-2、CD340、分化群 340、p185）免疫组化检测或 FISH 检测；错配基因修复蛋白（MLH1、PMS2、MSH2、MSH6）免疫组化检测和（或）MSI 检测；EBV 原位杂交 EBER 检测；程序性死亡受体配体（PD-L1）免疫组化染色检测和（或）基因检测。

【指标意义】

反映胃癌诊治规范程度，指导首次治疗策略选择。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统、病理系统

（六）结直肠癌

1.结直肠癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率（CA-CRC-01）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

首次治疗前完成临床 TNM 分期诊断的结直肠癌患者数占接受首次治疗的结直肠癌患者总数的比例。

【计算方法】

结直肠癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率

$$= \frac{\text{首次治疗前完成临床 TNM 分期诊断的结直肠癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的结直肠癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）首次治疗指针对肿瘤开展的手术、放疗、化疗、靶向治疗、免疫治疗等治疗，不包括为明确诊断或病情而采取的穿刺、活检、检查等诊疗措施。下同。

（2）分期方法参见《AJCC 癌症分期指南（第 8 版）》（下同）。

【指标意义】

治疗前全面评价病情是肿瘤规范化治疗的基础。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页

2.结直肠癌患者首次治疗前临床 TNM 分期检查评估策略符合率 (CA-CRC-02)

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

首次治疗前临床 TNM 分期检查评估符合策略的结直肠癌患者数占接受首次治疗的结直肠癌患者总数的比例。

【计算方法】

结直肠癌患者首次治疗前临床 TNM 分期检查评估策略符合率

$$= \frac{\text{首次治疗前临床 TNM 分期检查评估符合策略的结直肠癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的结直肠癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

临床 TNM 分期检查符合基本策略：胸部增强 CT+腹部增强 CT+盆腔增强 CT。

【指标意义】

反映病情评估的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页、抗肿瘤药物监测平台

3. 结直肠癌患者非手术治疗前病理学诊断率（CA-CRC-03）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

首次非手术治疗前完成病理学诊断的结直肠癌患者数占接受首次非手术治疗的结直肠癌患者总数的比例。

【计算方法】

结直肠癌患者非手术治疗前病理学诊断率

$$= \frac{\text{首次非手术治疗前完成病理学诊断的结直肠癌患者数}}{\text{同期接受首次非手术治疗的结直肠癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

本指标的非手术治疗包括放疗、化疗、靶向治疗、免疫治疗等治疗。

【指标意义】

反映结直肠癌治疗规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统、病理系统

4.首诊局部进展期直肠癌患者新辅助治疗率（CA-CRC-04）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

首诊局部进展期直肠癌患者实际接受新辅助治疗的患者数占首诊局部进展期直肠癌患者接受手术治疗的患者总数的比例。

【计算方法】

首诊局部进展期直肠癌患者新辅助治疗率

$$= \frac{\text{首诊局部进展期直肠癌患者实际接受新辅助治疗的患者数}}{\text{同期首诊局部进展期直肠癌患者接受手术治疗的患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

本指标的局部进展期直肠癌指临床分期为 $T_{3+}N_{+}M_{0}$ 的直肠癌。

【指标意义】

反映直肠癌治疗的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统

5.结直肠癌患者靶向治疗和（或）免疫治疗前行基因检测和（或）分子检测率（CA-CRC-05）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

结直肠癌患者靶向治疗和（或）免疫治疗前行基因检测和（或）分子检测的患者数占接受靶向治疗和（或）免疫治疗的结直肠癌患者总数的比例。

【计算方法】

结直肠癌患者靶向治疗和（或）免疫治疗前行基因检测和（或）分子检测率

$$= \frac{\text{结直肠癌患者靶向治疗和（或）免疫治疗前行基因检测和（或）分子检测的患者数}}{\text{同期接受靶向治疗和（或）免疫治疗的结直肠癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】

反映结直肠癌治疗的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统、病理系统

6.术中淋巴结清扫充分率（CA-CRC-06）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

术中清扫淋巴结数量≥12 枚的结直肠癌患者数占行结直肠癌手术治疗患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{术中淋巴结清扫充分率}=\frac{\text{术中清扫淋巴结数量}\geq 12\text{ 枚的结直肠癌患者数}}{\text{同期行结直肠癌手术治疗患者总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

除外新辅助治疗患者。

【指标意义】

淋巴结清扫是术后准确病理分期和达到根治性切除的重要保证，反映结直肠癌手术治疗的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统

7.首诊转移性结直肠癌患者首次化疗一线方案采用率（CA-CRC-07）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

首次化疗采用一线方案的首诊转移性结直肠癌患者数占首次接受化疗的首诊转移性结直肠癌患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{首诊转移性结直肠癌患者首次化疗一线方案采用率}=\frac{\text{首次化疗采用一线方案的首诊转移性结直肠癌患者数}}{\text{同期首次接受化疗的首诊转移性结直肠癌患者总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

一线化疗方案参见《中国临床肿瘤学会（CSCO）结直肠癌诊疗指南 2022 版》。

【指标意义】

反映结直肠癌患者化疗方案选择的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统

8.结直肠癌患者手术死亡率（CA-CRC-08）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

结直肠癌手术术中死亡的患者数占接受手术治疗的结直肠癌患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{结直肠癌患者手术死亡率}=\frac{\text{结直肠癌手术术中死亡的患者数}}{\text{同期接受手术治疗的结直肠癌患者总数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映结直肠癌手术治疗质量。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页

9.结直肠癌患者术后 C 级吻合口瘘发生率（CA-CRC-09）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

结直肠癌手术治疗后发生 C 级吻合口瘘的患者数占接受手术治疗结直肠癌患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{结直肠癌患者术后 C 级吻合口瘘发生率}=\frac{\text{结直肠癌手术治疗后发生 C 级吻合口瘘的患者数}}{\text{同期接受手术治疗结直肠癌患者总数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映结直肠癌手术质量。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统

10.结直肠癌患者术后病理 TNM 分期率（CA-CRC-10）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

结直肠癌患者术后完成病理 TNM 分期的患者数占结直肠癌手术治疗的患者总数的比例。

【计算方法】

结直肠癌患者术后病理 TNM 分期率

$$= \frac{\text{结直肠癌患者术后完成病理 TNM 分期的患者数}}{\text{同期结直肠癌手术治疗的患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】

反映结直肠癌诊疗规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页

11.结直肠癌患者非手术治疗后疗效评价率（CA-CRC-11）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

非手术治疗后完成疗效评价的结直肠癌患者数占接受非手术治疗的结直肠癌患者总数的比例。

【计算方法】

结直肠癌患者非手术治疗后疗效评价率

$$= \frac{\text{非手术治疗后完成疗效评价的结直肠癌患者数}}{\text{同期接受非手术治疗的结直肠癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】

反映结直肠癌诊疗规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统

12.结直肠癌手术患者非计划二次手术率（CA-CRC-12）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

在同一次住院期间，行结直肠癌手术后非计划二次手术的患者数占结直肠癌手术患者总数的比例。

【计算方法】

结直肠癌手术患者非计划二次手术率

$$= \frac{\text{行结直肠癌手术后非计划二次手术的患者数}}{\text{同期结直肠癌手术患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】

反映结直肠癌手术技术能力和质量安全情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统、手麻系统

（七）食管癌

1.食管癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率（CA-EC-01）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

首次治疗前完成临床 TNM 分期诊断的食管癌患者数占接受首次治疗的食管癌患者总数的比例。

【计算方法】

食管癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率

$$= \frac{\text{首次治疗前完成临床 TNM 分期诊断的食管癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的食管癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）首次治疗指针对肿瘤开展的手术、放疗、化疗、靶向治疗、免疫治疗等治疗，不包括为明确诊断或病情而采取的穿刺、活检、检查等诊疗措施。下同。

（2）分期方法参见国家卫生健康委发布的《食管癌诊疗指南（2022 年版）》。下同。

【指标意义】

治疗前全面评价病情是肿瘤规范化治疗的基础。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页

2.食管癌患者首次治疗前临 TNM 分期检查评估策略符合率（CA-EC-02）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

首次治疗前临床TNM分期检查评估符合策略的食管癌患者数占接受首次治疗的食管癌患者总数的比例。

【计算方法】

食管癌患者首次治疗前临床TNM分期检查评估策略符合率

$$= \frac{\text{首次治疗前临床TNM分期检查评估符合策略的食管癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的食管癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

临床TNM分期检查评估符合策略是指符合基本策略1或基本策略2。

基本策略1：（胸部+上腹部）CT+颈部彩超/颈部CT+胃镜；

基本策略2：PET-CT+胃镜。

【指标意义】

反映病情评估的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页、抗肿瘤药物监测平台

3.食管癌患者首次抗肿瘤治疗前病理学诊断率（CA-EC-03）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

首次抗肿瘤治疗前完成病理学诊断的食管癌患者数占接受首次抗肿瘤治疗的食管癌患者总数的比例。

【计算方法】

食管癌患者首次抗肿瘤治疗前病理学诊断率

$$= \frac{\text{首次抗肿瘤治疗前完成病理学诊断的食管癌患者数}}{\text{同期接受首次抗肿瘤治疗的食管癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】

反映食管癌诊治规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页、病理系统

4.食管胃交界部癌 Siewert 分型率（CA-EC-04）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

进行 Siewert 分型的食管胃交界部癌患者数占食管胃交界部癌患者总数的比例。

【计算方法】

食管胃交界部癌 Siewert 分型率

$$= \frac{\text{进行 Siewert 分型的食管胃交界部癌患者数}}{\text{同期食管胃交界部癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

Siewert 分型参见国家卫生健康委发布的《食管癌诊疗指南（2022 年版）》。

【指标意义】

反映食管胃交界部癌外科治疗的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页、病理系统

5.食管癌患者新辅助治疗后手术治疗前分期评估率（CA-EC-05）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

新辅助治疗后手术治疗前进行分期评估的食管癌患者数占新辅助治疗后接受手术治疗的食管癌患者总数的比例。

【计算方法】

食管癌患者新辅助治疗后手术治疗前分期评估率

$$= \frac{\text{新辅助治疗后手术治疗前进行分期评估的食管癌患者数}}{\text{同期新辅助治疗后接受手术治疗的食管癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】

反映食管癌新辅助治疗后手术治疗规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页、病理系统

6.临床分期为 $T_{3\text{-}4}$ N_0 和 $T_{1\text{-}4a}N_+$ 期的食管癌患者新辅助治疗率（CA-EC-06）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

临床分期为 $T_{3\text{-}4}N_0$ 和 $T_{1\text{-}4a}N_+$ 期行新辅助治疗的食管癌患者数占临床分期为 $T_{3\text{-}4}N_0$ 和 $T_{1\text{-}4a}N_+$ 期的食管癌患者总数的比例。

【计算方法】

临床分期 $T_{3\text{-}4}N_0$ 和 $T_{1\text{-}4a}N_+$ 期的食管癌患者新辅助治疗率

$$= \frac{\text{临床分期为 } T_{3\text{-}4}N_0 \text{ 和 T1-4aN+ 期行新辅助治疗的食管癌患者数}}{\text{同期临床分期为 T3-4 N0 和 T1-4aN+ 期的食管癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】

新辅助治疗是规范综合治疗的重要组成部分，反映局部晚期食管癌综合治疗的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统

7.食管癌患者根治性手术淋巴结清扫充分率（CA-EC-07）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

食管癌根治性手术术中淋巴结清扫个数≥15 枚的患者数占食管癌根治性手术患者总数的比例。

【计算方法】

食管癌患者根治性手术淋巴结清扫充分率

$$= \frac{\text{食管癌根治性手术术中淋巴结清扫个数≥ 15 枚的患者数}}{\text{同期食管癌根治性手术患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】

淋巴结清扫是术后准确病理分期和达到根治性切除的重要保证，反映食管癌手术规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统

8.晚期食管/食管胃交界部腺癌患者首次抗肿瘤药物治疗前完成 HER-2 检测率（CA-EC-08）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

接受首次抗肿瘤药物治疗前进行HER-2检测的晚期食管/食管胃

交界部腺癌患者数占接受首次抗肿瘤药物治疗的晚期食管/食管胃交界部腺癌患者总数的比例。

【计算方法】

晚期食管/食管胃交界部腺癌患者首次抗肿瘤药物治疗前完成 HER-2 检测率

$$= \frac{\text{接受首次抗肿瘤药物治疗前进行 HER - 2 检测的晚期食管/食管胃交界部腺癌患者数}}{\text{接受首次抗肿瘤药物治疗的晚期食管/食管胃交界部腺癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

本指标晚期食管/食管胃交界部腺癌患者指临床分期为ⅣB 期的食管癌/食管胃交界部腺癌患者。

【指标意义】

反映晚期食管/食管胃交界部腺癌患者抗肿瘤药物治疗的规范程度。

【指标导向】监测比较

【数据来源】病案首页

【信息化提取建议】病案首页、EMR、HIS 系统

9.食管癌患者精确放疗率（CA-EC-09）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

行精确放疗的食管癌患者数占接受放疗的食管癌患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{食管癌精确放疗率} = \frac{\text{行精确放疗的食管癌患者数}}{\text{同期接受放疗的食管癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

食管癌的精确放疗技术包括调强适形放疗（IMRT）、影像引导放疗（IGRT）、剂量引导放疗（DGRT）、螺旋断层放疗（TOMO）、立体定向放疗（SBRT）、术中放疗（IORT）、容积旋转调强放疗（VMAT）、质子放疗、重离子放疗等放疗方式。

【指标意义】

反映食管癌放疗质量控制情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统

10.食管癌根治性放疗剂量规范率（CA-EC-10）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

实际完成放疗剂量≥50Gy 的根治性放疗食管癌患者数占拟行根治性放疗食管癌患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{食管癌根治性放疗剂量规范率} = \frac{\text{根治性放疗剂量≥50Gy 的食管癌患者数}}{\text{同期拟行根治性放疗的食管癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】

反映食管癌放疗质量控制情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统

（八）甲状腺癌

1.甲状腺癌患者手术治疗前甲状腺血清学检测评估率（CA-TC-01）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

甲状腺癌患者手术治疗前行甲状腺血清学检测患者数占接受手术治疗的甲状腺癌患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{甲状腺癌患者手术治疗前评估率} = \frac{\text{甲状腺癌患者手术治疗前行甲状腺血清学检测患者数}}{\text{同期接受手术治疗的甲状腺癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

甲状腺癌血清学检测内容应包括：游离 T4+游离 T3+促甲状腺激素+血清甲状腺球蛋白+抗甲状腺球蛋白抗 体±甲状腺过氧化物酶抗体±癌胚抗原±甲状旁腺激素±降钙素±促甲状腺素受体抗体。

【指标意义】

反映甲状腺癌诊治规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

2.甲状腺癌患者手术前细胞病理学检查率（CA-TC-02）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

甲状腺癌手术治疗前完成细胞病理学检查的患者数占接受手术治疗的甲状腺癌患者总数的比例。

【计算方法】

甲状腺癌患者手术前细胞病理学检查率

$$= \frac{\text{甲状腺癌手术治疗前完成细胞病理学检查的患者数}}{\text{同期接受手术治疗的甲状腺癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】

反映甲状腺癌诊治规范程度。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

3.甲状腺癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率（CA-TC-03）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

首次治疗前完成临床 TNM 分期诊断的甲状腺癌患者数占接受首次治疗的甲状腺癌患者总数的比例。

【计算方法】

甲状腺癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率

$$= \frac{\text{首次治疗前完成临床 TNM 分期诊断的甲状腺癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的甲状腺癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）首次治疗指针对肿瘤开展的手术、放疗、化疗、靶向治疗、免疫治疗等治疗，不包括为明确诊断或病情而采取的穿刺、活检、检查等诊疗措施（下同）。

（2）分期方法参见国家卫生健康委发布的《甲状腺癌诊疗指南（2022 年版）》（下同）。

【指标意义】

治疗前全面评价病情是肿瘤规范化治疗的基础。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页

4.甲状腺癌患者首次治疗前临床 TNM 分期检查评估策略符合率（CA-TC-04）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

首次治疗前临床 TNM 分期检查评估符合策略的甲状腺癌患者数占接受首次治疗的甲状腺癌患者总数的比例。

【计算方法】

甲状腺癌患者首次治疗前临床 TNM 分期检查评估策略符合率

$$= \frac{\text{首次治疗前临床 TNM 分期检查评估符合策略的甲状腺癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的甲状腺癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

临床 TNM 分期检查评估符合策略：甲状腺超声+胸部 CR（或胸部 CT）±颈部增强 CT±PET-CT。

【指标意义】

反映病情评估的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页、抗肿瘤药物监测平台

5.甲状腺癌全切术后甲状旁腺功能评估率（CA-TC-05）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

甲状腺癌全切术后行甲状旁腺功能评估的患者数占甲状腺癌行全切手术患者总数的比例。

【计算方法】

甲状腺癌全切术后甲状旁腺功能评估率

$$= \frac{\text{甲状腺癌全切术后行甲状旁腺功能评估的患者数}}{\text{同期甲状腺癌行全切手术患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

甲状旁腺功能评估内容为术后行甲状旁腺激素和血钙检测。

【指标意义】

反映甲状腺癌术后管理规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS/EMR 系统

6.甲状腺癌患者术后病理 TNM 分期率（CA-TC-06）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

甲状腺癌手术治疗后完成病理 TNM 分期的患者数占甲状腺癌手术的患者总数的比例。

【计算方法】

甲状腺癌患者术后病理 TNM 分期率

$$= \frac{\text{甲状腺癌手术治疗后完成病理 TNM 分期的患者数}}{\text{同期甲状腺癌手术的患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】

反映甲状腺癌诊治规范程度。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页、病理系统

7.分化型甲状腺癌 ^{131}I 治疗前生化评估率（CA-TC-07）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

分化型甲状腺癌 ^{131}I 治疗前行生化检测的住院患者数占分化型甲状腺癌 ^{131}I 治疗住院患者总数的比例。

【计算方法】

分化型甲状腺癌 ^{131}I 治疗前生化评估率

$$= \frac{\text{分化型甲状腺癌 131 I 治疗前行生化检测的住院患者数}}{\text{同期分化型甲状腺癌 131 I 治疗住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

^{131}I 治疗前生化检测内容至少要包括：促甲状腺激素（TSH）、血清甲状腺球蛋白（Tg）、抗甲状腺球蛋白抗体（TgAb）。

【指标意义】

反映甲状腺癌 ^{131}I 治疗规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS/EMR 系统

8.分化型甲状腺癌 ^{131}I 治疗后 ^{131}I 全身显像率（CA-TC-08）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

^{131}I 治疗后行 ^{131}I 全身显像的分化型甲状腺癌住院患者数占分化型甲状腺癌 ^{131}I 治疗住院患者总数的比例。

【计算方法】

分化型甲状腺癌 ^{131}I 治疗后 ^{131}I 全身显像率

$$= \frac{\text{131I 治疗后行 131I 全身显像的分化型甲状腺癌住院患者数}}{\text{同期分化型甲状腺癌 131I 治疗住院患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】

反映甲状腺癌诊治规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS/PACS 系统

9.甲状腺癌术后血肿清除治疗率（CA-TC-09）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

甲状腺癌术后血肿清除治疗患者数占甲状腺癌手术患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{甲状腺癌术后血肿清除治疗率} = \frac{\text{甲状腺癌术后血肿清除治疗患者数}}{\text{同期甲状腺癌手术患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】

反映甲状腺癌手术治疗质量安全情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

10.甲状腺癌术后切口感染率（CA-TC-10）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

甲状腺癌术后切口感染患者数占甲状腺癌手术患者总数的比例。

【计算方法】

$$甲状腺癌术后切口感染率=\frac{甲状腺癌术后切口感染患者数}{同期甲状腺癌手术患者总数}\times 100\%$$

【指标意义】

反映甲状腺癌手术治疗质量安全情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院院感系统

11.甲状腺癌患者术后发声质量评估率（CA-TC-11）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

甲状腺癌术后评估发声质量患者数占甲状腺癌手术患者总数的比例。

【计算方法】

甲状腺癌患者术后发声质量评估率

$$=\frac{甲状腺癌术后评估发声质量患者数}{同期甲状腺癌手术患者总数}\times 100\%$$

【指标意义】

反映甲状腺癌术后管理规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统

（九）前列腺癌

1.前列腺癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率（CA-PCA-01）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

首次治疗前完成临床 TNM 分期诊断的前列腺癌患者数占接受首次治疗的前列腺癌患者总数的比例。

【计算方法】

前列腺癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率

$$= \frac{\text{首次治疗前完成临床 TNM 分期诊断的前列腺癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的前列腺癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）首次治疗指针对肿瘤开展的手术、放疗、化疗、靶向治疗、免疫治疗、内分泌治疗等治疗，不包括为明确诊断或病情而采取的穿刺、活检、检查等诊疗措施。下同。

（2）分期方法参见国家卫生健康委发布的《前列腺癌诊疗指南（2022 年版）》。下同。

【指标意义】

治疗前全面评价病情是肿瘤规范化治疗的基础。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页

2.前列腺癌患者首次治疗前临床 TNM 分期检查评估策略符合率（CA-PCA-02）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

首次治疗前临床 TNM 分期检查评估符合策略的前列腺癌患者数占接受首次治疗的前列腺癌患者总数的比例。

【计算方法】

前列腺癌患者首次治疗前临床 TNM 分期检查评估策略符合率

$$= \frac{\text{首次治疗前临床 TNM 分期检查评估符合策略的前列腺癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的前列腺癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

临床 TNM 分期检查评估符合策略是指符合基本策略 1 或基本策略 2。

基本策略 1：胸部影像（CT 或 X 线）+腹部影像（CT 或腹部超声）+盆腔影像（MRI 或 CT 或经直肠超声）+全身骨显像；

基本策略 2：全身 PET-CT。

【指标意义】

反映病情评估的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页、抗肿瘤药物监测平台

3.前列腺癌患者首次非手术治疗前病理学诊断率（CA-PCA-03）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

首次非手术治疗前完成病理学诊断的前列腺癌患者数占接受首次非手术治疗的前列腺癌患者总数的比例。

【计算方法】

前列腺癌患者首次非手术治疗前病理学诊断率

$$=\frac{\text{首次非手术治疗前完成病理学诊断的前列腺癌患者数}}{\text{同期接受首次非手术治疗的前列腺癌患者总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

非手术治疗指针对肿瘤开展的放疗、化疗、靶向治疗、内分泌治疗、免疫治疗等治疗。

【指标意义】

反映前列腺癌诊疗规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页、病理系统

4.前列腺癌患者术后病理 TNM 分期率（CA-PCA-04）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

经手术治疗后完成明确病理 TNM 分期的前列腺癌患者数占手术治疗的前列腺癌患者总数的比例。

【计算方法】

前列腺癌患者术后病理 TNM 分期率

$$=\frac{\text{手术治疗后完成病理 TNM 分期的前列腺癌患者数}}{\text{同期手术治疗的前列腺癌患者总数}}\times 100\%$$

【指标意义】

术后病理评估是肿瘤类型、分期、预后因素的重要依据，反映前列腺癌诊疗规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页、病理系统

5.M_0 期前列腺癌患者根治性精确放疗率（CA-PCA-05）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

行根治性精确放疗的 M_0 期前列腺癌患者数占接受根治性放疗的 M_0 期前列腺癌患者总数的比例。

【计算方法】

M_0 期前列腺癌患者根治性精确放疗率

$$= \frac{\text{行根治性精确放疗的 M0 期前列腺癌患者数}}{\text{同期接受根治性放疗的 M0 期前列腺癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

根治性精确放疗包括：调强适形放疗（IMRT）、影像引导的放疗（IGRT）、剂量引导调强适形放疗（DGRT）、螺旋断层放疗（TOMO）、三维适形放疗（3DCRT）、立体定向放疗（SBRT）、 容积调强弧形放疗（VMAT）、质子放疗、重离子放疗、磁共振加速器自适应放疗、近距离治疗（包括低剂量率照射 LDR 和高剂量率照射 HDR）、术中放疗（IORT）。

【指标意义】

反映局限期前列腺癌患者放疗质量。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统

6.III 期前列腺癌患者初始治疗行综合治疗率（CA-PCA-06）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

III 期初始治疗行综合治疗的前列腺癌患者数占 III 期初始治疗的前列腺癌患者总数的比例。

【计算方法】

III 期前列腺癌患者初始治疗行综合治疗率

$$= \frac{\text{III 期初始治疗行综合治疗的前列腺癌患者数}}{\text{同期 III 期初始治疗的前列腺癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】

反映局部晚期前列腺癌综合治疗规范性和质量。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统

7.Ⅳ期前列腺癌患者首次化疗一线方案采用率（CA-PCA-07）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

Ⅳ期首次化疗采用一线方案的前列腺癌患者数占Ⅳ期首次化疗的前列腺癌患者总数的比例。

【计算方法】

Ⅳ期前列腺癌患者首次化疗一线方案采用率

$$= \frac{\text{Ⅳ期首次化疗采用一线方案的前列腺癌患者数}}{\text{同期Ⅳ期首次化疗的前列腺癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

推荐的一线治疗方案参见国家卫生健康委发布的《前列腺癌诊疗指南（2022 年版）》。

【指标意义】

反映前列腺癌患者化疗方案选择的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统

8.转移性激素敏感性前列腺癌患者首次抗肿瘤药物治疗采用一线方案率（CA-PCA-08）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

转移性激素敏感性前列腺癌患者首次抗肿瘤药物治疗采用推荐的一线方案的患者数占转移性激素敏感性前列腺癌患者首次抗肿瘤药物治疗的患者总数的比例。

【计算方法】

转移性激素敏感性前列腺癌患者首次抗肿瘤药物治疗采用一线方案率$= \frac{\text{转移性激素敏感性前列腺癌患者首次抗肿瘤药物治疗采用一线方案的患者数}}{\text{同期转移性激素敏感性前列腺癌患者首次抗肿瘤药物治疗的患者总数}} \times 100\%$

【指标说明】

一线治疗方案参见国家卫生健康委发布的《前列腺癌诊疗指南（2022 年版）》。

【指标意义】

反映前列腺癌患者抗肿瘤药物治疗规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

9.前列腺癌患者非手术治疗后疗效评价率（CA-PCA-09）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

非手术治疗后完成疗效评价的前列腺癌患者数占接受非手术治疗的前列腺癌患者总数的比例。

【计算方法】

前列腺癌患者非手术治疗后疗效评价率

$$= \frac{\text{非手术治疗后完成疗效评价的前列腺癌患者数}}{\text{同期接受非手术治疗的前列腺癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

疗效评价参见国家卫生健康委发布的《前列腺癌诊疗指南(2022年版）》。

【指标意义】

反映前列腺癌治疗的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统

10.前列腺癌患者围手术期死亡率（CA-PCA-10）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

住院期间围手术期死亡的前列腺癌患者数占接受手术治疗的前列腺癌患者总数的比例。

【计算方法】

前列腺癌患者围手术期死亡率

$$= \frac{\text{住院期间围手术期死亡的前列腺癌患者数}}{\text{同期接受手术治疗的前列腺癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】

反映前列腺癌手术质量安全情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页

（十）肾癌

1.肾癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率（CA-RCC-01）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

首次治疗前完成临床 TNM 分期诊断的肾癌患者数占接受首次治疗的肾癌患者总数的比例。

【计算方法】

肾癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率

$$= \frac{\text{首次治疗前完成临床 TNM 分期诊断的肾癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的肾癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）首次治疗指针对肿瘤开展的手术、放疗、化疗、靶向治疗、免疫治疗等治疗，不包括为明确诊断或病情而采取的穿刺、活检、检查等诊疗措施。下同。

（2）分期方法参见国家卫生健康委发布的《肾癌诊疗指南（2022 年版）》。下同。

【指标意义】

反映治疗前全面评价病情，有助于提高诊疗方案的科学性、合理性，是肾癌规范化治疗的基础。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页

2.肾癌患者首次治疗前临床 TNM 分期检查评估策略符合率（CA-RCC-02）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

首次治疗前临床 TNM 分期检查评估符合策略的肾癌患者数占接受首次治疗的肾癌患者总数的比例。

【计算方法】

肾癌患者首次治疗前临床 TNM 分期检查评估策略符合率

$$= \frac{\text{首次治疗前临床TNM分期检查评估符合策略的肾癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的肾癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

临床TNM分期检查评估符合策略是指符合基本策略1或基本策略2。

基本策略1：腹部增强CT/腹部增强核磁+腹部彩超+胸部CT平扫/胸部X线；

基本策略2：PET-CT。

【指标意义】

反映病情评估的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页、抗肿瘤药物监测平台

3.肾癌患者首次非手术治疗前病理学诊断率（CA-RCC-03）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

首次非手术治疗前完成病理学诊断的肾癌患者数占接受首次非手术治疗的肾癌患者总数的比例。

【计算方法】

肾癌患者首次非手术治疗前病理学诊断率

$$= \frac{\text{首次非手术治疗前完成病理学诊断的肾癌患者数}}{\text{同期接受首次非手术治疗的肾癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

非手术治疗包括化疗、免疫、放疗、消融治疗等。

【指标意义】

反映肾癌诊治规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院HIS系统、病理系统

4.肾癌患者术后病理TNM分期率（CA-RCC-04）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

手术治疗后完成病理TNM分期的肾癌患者数占接受手术治疗的

肾癌患者总数的比例。

【计算方法】

肾癌患者术后病理 TNM 分期率

$$= \frac{\text{手术治疗后完成病理 TNM 分期的肾癌患者数}}{\text{同期接受手术治疗的肾癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】

反映肾癌治疗的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页、病理系统

5.肾癌手术患者接受微创手术治疗率（CA-RCC-05）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

接受微创手术治疗的肾癌患者数占接受手术治疗的肾癌患者总数的比例。

【计算方法】

肾癌手术患者接受微创手术治疗率

$$= \frac{\text{接受微创手术治疗的肾癌患者数}}{\text{同期接受手术治疗的肾癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

微创手术指腹腔镜（包括机器人辅助腹腔镜）下的肾根治切除或肾部分切除。

【指标意义】

反映医疗机构外科微创技术应用情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统、手麻系统

6.T1a 期肾癌患者接受肾部分切除手术率（CA-RCC-06）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

接受肾部分切除手术治疗的 T1a 期肾癌患者数占接受手术治疗的 T1a 期肾癌患者总数的比例。

【计算方法】

T1a 期肾癌患者接受肾部分切除手术率

$$= \frac{\text{接受肾部分切除手术治疗的 T1a 期肾癌患者数}}{\text{同期接受手术治疗的 T1a 期肾癌患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构早期肾癌治疗规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统、手麻系统

7.肾癌手术患者术中及术后输血率（CA-RCC-07）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

术中及术后输血的肾癌患者数占接受肾癌手术患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{肾癌手术患者术中及术后输血率} = \frac{\text{术中及术后输血的肾癌患者数}}{\text{同期肾癌手术患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构外科技术水平及手术安全性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院输血管理系统

8.肾癌患者围手术期死亡率（CA-RCC-08）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

住院期间围手术期死亡的肾癌患者数占接受手术治疗的肾癌患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{肾癌患者围手术期死亡率} = \frac{\text{住院期间围手术期死亡的肾癌患者数}}{\text{同期肾癌手术患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】

反映手术和麻醉质量安全情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页、手麻系统

9.晚期肾癌患者接受系统治疗率（CA-RCC-09）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

晚期肾癌患者接受系统治疗的患者数占晚期肾癌患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{晚期肾癌患者接受系统治疗率}=\frac{\text{晚期肾癌患者接受系统治疗的患者数}}{\text{同期晚期肾癌患者总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

本指标晚期肾癌患者指临床分期为Ⅳ期的肾癌患者。系统治疗指靶向药物、免疫治疗、化疗、放疗及减瘤性肾切除术。

【指标意义】

反映晚期肾癌治疗规范化。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

10.肾癌患者系统治疗后疗效评价率（CA-RCC-10）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

接受系统治疗后完成疗效评价的肾癌患者数占接受系统治疗的肾癌患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{肾癌患者系统治疗后疗效评价率}=\frac{\text{接受系统治疗后完成疗效评价的肾癌患者数}}{\text{同期接受系统治疗的肾癌患者总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

疗效评价参见国家卫生健康委发布的《肾癌诊疗指南（2022年版）》。

【指标意义】

反映系统治疗的规范化。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院EMR系统

11.肾癌手术患者并发症发生率（CA-RCC-11）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

肾癌手术患者并发症发生的人次数占出院肾癌患者手术人次数的比例。

【计算方法】

$$肾癌手术患者并发症发生率=\frac{肾癌手术患者并发症发生的人次数}{同期出院肾癌手术患者人次数}\times 100\%$$

【指标说明】

手术并发症指：（1）切口脂肪液化、感染或切口裂开；（2）出血、血尿、漏尿、腹腔感染；（3）肠梗阻、肠瘘、肠坏死；（4）肝功能不全、肝功能衰竭、消化道出血、肾功能不全、心功能不全、心力衰竭、心律失常、心肌梗死、脑血管意外；（5）肺部感染、败血症、呼吸功能不全、呼吸衰竭、肺栓塞、深静脉血栓。

【指标意义】

反映肾癌手术技术能力和质量安全情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页

十六、感染性疾病专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2023〕404号）

（一）抗流感病毒药物使用前流感病原学诊断阳性率（ID-FLU-01）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

使用抗流感病毒药物前流感病原学诊断阳性的患者例数占使用抗流感病毒药物患者总例数的比例。

【计算方法】

$$抗流感病毒药物使用前流感病原学诊断阳性率=\frac{使用抗流感病毒药物前流感病原学诊断阳性的患者例数}{同期使用抗流感病毒药物患者总例数}\times 100\%$$

【指标说明】

本指标的抗流感病毒药物包括：奥司他韦、扎那米韦、帕拉米韦、

玛巴洛沙韦、阿比多尔等。

【指标意义】

反映抗流感病毒药物使用及管理情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 LIS 系统

（二）门诊流感患者抗菌药物使用率（ID-FLU-02）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

门诊流感患者使用抗菌药物治疗例数占同期门诊流感患者总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{门诊流感患者抗菌药物使用率}=\frac{\text{门诊流感患者使用抗菌药物治疗例数}}{\text{同期门诊流感患者总例数}}\times 100\%$$

【指标说明】

本指标统计的抗菌药物使用方式包括：口服、肌肉注射、静脉滴注、静脉注射等全身给药（下同）。

【指标意义】

反映医疗机构门诊流感患者抗菌药物使用及管理情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院合理用药系统

（三）住院流感患者抗菌药物使用率（ID-FLU-03）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

住院流感患者使用抗菌药物治疗例数占同期住院流感患者总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{住院流感患者抗菌药物使用率}=\frac{\text{住院期间使用抗菌药物治疗的流感患者例数}}{\text{同期住院流感患者总例数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构流感住院患者抗菌药物使用及管理情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院合理用药系统

（四）住院流感重症患者死亡率（ID-FLU-04）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

住院流感重症死亡患者数占同期住院流感重症患者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{住院流感重症患者死亡率}=\frac{\text{住院流感重症死亡患者数}}{\text{同期住院流感重症患者总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

流感重症指符合《流行性感冒诊疗方案（2020年版）》重症或危重症诊断标准。

【指标意义】

反映医疗机构对流感重症患者的诊疗质量。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页

（五）感染性腹泻患者病原学诊断阳性率（ID-ID-01）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

病原学诊断结果为阳性的感染性腹泻患者例数占同期诊断为感染性腹泻的患者总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{感染性腹泻患者病原学诊断阳性率}=\frac{\text{病原学诊断结果为阳性的感染性腹泻患者例数}}{\text{同期诊断为感染性腹泻的患者总例数}}\times 100\%$$

【指标说明】

（1）感染性腹泻是指各种细菌、病毒、真菌、寄生虫等病原体感染导致的腹泻，包括：霍乱、伤寒、副伤寒、细菌性痢疾、阿米巴痢疾和其他感染性腹泻病（下同）。

（2）本指标中病原学诊断包括：血培养，粪便培养，粪便镜检，细菌、病毒、真菌、寄生虫等病原体核酸、抗原、抗体检测。

【指标意义】

反映感染性腹泻患者诊疗质量。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 LIS 系统

（六）感染性腹泻患者抗菌药物使用率（ID-ID-02）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

使用抗菌药物治疗的感染性腹泻患者例数占同期感染性腹泻患者总例数的比例。

【计算方法】

感染性腹泻患者抗菌药物使用率

$$= \frac{\text{使用抗菌药物治疗的感染性腹泻患者例数}}{\text{同期感染性腹泻患者总例数}} \times 100\%$$

【指标说明】

本指标统计范围包括门诊患者和住院患者。

【指标意义】

反映医疗机构感染性腹泻患者抗菌药物使用及管理情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院合理用药系统

（七）感染性腹泻患者口服补液盐（ORS）使用率（ID-ID-03）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

使用口服补液盐（ORS）治疗的感染性腹泻患者例数占同期行补液治疗的感染性腹泻患者总例数的比例。

【计算方法】

感染性腹泻患者口服补液盐（ORS）使用率

$$= \frac{\text{使用口服补液盐（ORS）治疗的感染性腹泻患者例数}}{\text{同期行补液治疗的感染性腹泻患者总例数}} \times 100\%$$

【指标说明】

根据 WHO 腹泻指南推荐儿童腹泻患者和有轻中度脱水的成人腹泻患者优先使用口服补液，首选 ORS。

【指标意义】

反映感染性腹泻患者补液治疗的合理性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统、病案首页

（八）丙型肝炎病毒（HCV）抗体阳性患者丙型肝炎病毒核酸（HCV-RNA）检测率（ID-HC-01）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

首次检出 HCV 抗体阳性的患者中行 HCV-RNA 检测的人数占同期首次检出 HCV 抗体阳性的患者总人数的比例。

【计算方法】

HCV 抗体阳性患者 HCV-RNA 检测率

$$= \frac{\text{首次检出 HCV 抗体阳性患者行 HCV-RNA 检测的人数}}{\text{同期首次检出 HCV 抗体阳性患者总人数}} \times 100\%$$

【指标说明】

HCV-RNA 检测包括定性和/或定量检测。

【指标意义】

反映丙型肝炎的早诊早治能力及规范化管理。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 LIS 系统、病案首页

（九）HCV-RNA 阳性患者抗病毒治疗率（ID-HC-02）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

行抗病毒治疗的HCV-RNA阳性患者人数占同期HCV-RNA阳性患者总人数的比例。

【计算方法】

HCV-RNA 阳性患者抗病毒治疗率

$$= \frac{\text{行抗病毒治疗的 HCV-RNA 阳性患者人数}}{\text{同期 HCV-RNA 阳性患者总人数}} \times 100\%$$

【指标说明】

本指标中的抗病毒治疗包括使用以下任一种复方制剂或一组联

合用药。复方制剂包括：索磷布韦/维帕他韦、索磷布韦/维帕他韦/伏西瑞韦、来迪派韦/索磷布韦、艾尔巴韦/格拉瑞韦；联合用药包括：依米他韦+索磷布韦、达诺瑞韦+拉维达韦、可洛派韦+索磷布韦。

【指标意义】

反映医疗机构丙型肝炎治疗的规范化和及时性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS/EMR 系统

（十）护士血源性职业暴露率（ID-N-01）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

发生血源性职业暴露护士人数占同期护士总数的比例。

【计算方法】

$$\text{护士血源性职业暴露率}=\frac{\text{发生血源性职业暴露护士人数}}{\text{同期护士总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

护士血源性职业暴露是指护士在从事职业活动中，通过眼、口、鼻及其他黏膜、破损皮肤或非胃肠道接触（针刺、人咬伤、擦伤和割伤等途径穿透皮肤或黏膜屏障）含血源性病原体的血液或其他潜在传染性物质的状态。主要包含被病原体污染的锐器伤和皮肤、黏膜的直接暴露两类。

【指标意义】

血源性职业暴露是医疗机构中最常见的也是后果最严重的职业暴露类型，降低其发生是质量管理的重点。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院院感系统

十七、健康体检与管理专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2023〕404 号）

（一）高级职称医师签署报告率（HCHM-PR-01）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

高级职称医师签署健康体检报告主检结论的例数占同期健康体检报告总数的比例。

【计算方法】

高级职称医师签署报告率

$$= \frac{\text{高级职称医师签署健康体检报告主检结论的例数}}{\text{同期健康体检报告总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

本指标中高级职称医师是指具有副主任医师以上专业技术职务任职资格的内科或外科执业医师。

【指标意义】

反映体检报告质量管理情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院体检系统

（二）健康体检问卷完成率（HCHM-PR-02）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

完成健康体检问卷人数占同期健康体检总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{健康体检问卷完成率} = \frac{\text{完成健康体检问卷人数}}{\text{同期健康体检总人数}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）健康体检问卷应包括个人基本信息、健康史、生活方式（包括饮食、吸烟、饮酒、运动锻炼）等内容，参考中华医学会健康管理学分会制定的《健康体检基本项目专家共识》。

（2）健康体检问卷是健康体检项目的基本组成部分。对发现疾病线索和健康隐患、开展健康评估、提供预防建议具有重要意义。

【指标意义】

反映体检基础质量和规范性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院体检系统

（三）超声医师日均负担超声检查部位数（HCHM-PR-03）

【指标属性】定量指标

【计量单位】个/日

【指标定义】

超声医师日均负担超声检查部位数。

【计算方法】

$$超声医师日均负担超声检查部位数=\frac{超声检查部位总数}{同期超声医师岗位数\times 实际工作日}$$

【指标说明】

超声检查部位包括：甲状腺、乳腺、腹部（肝胆胰脾）、泌尿系（双肾、输尿管、膀胱、前列腺（男性））、子宫及附件（女性）、颈动脉、心脏等。

【指标意义】

超声检查是健康体检的重要检查项目，此指标可以反映超声医师的工作效率和工作质量。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 PACS 系统

（四）大便标本留取率（HCHM-PR-04）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

留取大便标本的健康体检人次数占同期开具健康体检大便常规检查项目总人次数的比例。

【计算方法】

$$大便标本留取率=\frac{留取大便标本的健康体检人次数}{同期开具健康体检大便常规检查项目总人次数}\times 100\%$$

【指标说明】

大便常规是健康体检常规检查的基本项目，可以用于感染、炎症、消化道出血等消化道疾病的筛查，同时也是结直肠癌普查筛检最为简便、经济的手段。

【指标意义】

反映体检基础质量和规范性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院体检系统

（五）健康体检报告平均完成时间（HCHM-PR-05）

【指标属性】定量指标

【计量单位】天

【指标定义】

健康体检报告完成时间总和与同期健康体检报告总数的比值。

【计算方法】

$$健康体检报告平均完成时间=\frac{健康体检报告完成时间总和}{同期健康体检报告总数}$$

【指标说明】

本指标中健康体检报告完成时间是指受检者体检项目全部检查完成后到出具体检报告的时间（天）。

【指标意义】

反映健康体检机构健康体检报告出具的及时性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院体检系统

（六）高危异常结果通知率（HCHM-OU-01）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

高危异常结果通知率是指完成高危异常结果通知人数占同期检出高危异常结果总人数的比例。

【计算方法】

$$高危异常结果通知率=\frac{完成高危异常结果通知人数}{同期检出高危异常结果总人数}\times 100\%$$

【指标说明】

本指标中高危异常结果为《健康体检重要异常结果管理专家共识》中的A类指标和各医疗机构的临床危急值。发现高危异常结果后，应立即处置并及时通知受检者本人及家属，及时就诊治疗。对高危异常结果及时进行通知，是保障受检者安全的重要措施。

【指标意义】

反映健康体检机构发现和处置受检者出现高危异常结果的应急能力。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院体检系统

（七）重要异常结果随访率（HCHM-OU-02）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

完成重要异常结果随访的人数占同期检出重要异常结果总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{重要异常结果随访率}=\frac{\text{完成重要异常结果随访人数}}{\text{同期检出重要异常结果总人数}}\times 100\%$$

【指标说明】

本指标中重要异常结果参考中华医学会健康管理学分会制订的《健康体检重要异常结果管理专家共识》，涵盖高危异常结果指标。

【指标意义】

反映健康体检机构对重要异常结果随访的规范性和医疗质量管理水平。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院体检系统

十八、疼痛专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2023〕404号）

（一）疼痛科医师床位比（PM-SI-01）

【指标属性】定量指标

【计量单位】（1∶X）

【指标定义】

疼痛科医师人数与病区实际开放床位数之比。

【计算方法】

$$\text{疼痛科医师床位比}=\frac{\text{疼痛科医师人数}}{\text{病区实际开放床位数}}$$

【指标说明】

本指标中疼痛科医师是指在本医疗机构注册，全职从事疼痛科治疗工作的执业医师。

【指标意义】

反映医疗机构疼痛科医师资源配置情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

（二）疼痛科护士床位比（PM-SI-02）

【指标属性】定量指标

【计量单位】（1∶X）

【指标定义】

疼痛科护士人数与病区实际开放床位数之比。

【计算方法】

$$\text{疼痛科护士床位比}=\frac{\text{疼痛科护士人数}}{\text{病区实际开放床位数}}$$

【指标意义】

反映医疗机构疼痛科护士资源配置情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

（三）住院患者入院 8h 内疼痛程度评估完成率（PM-SI-03）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

入院 8 小时内完成疼痛程度评估的住院患者例数占同期住院患者总例数的比例。

【计算方法】

住院患者入院 8h 内疼痛程度评估完成率

$$=\frac{\text{入院 8 小时内完成疼痛程度评估的住院患者例数}}{\text{同期住院患者总例数}}\times 100\%$$

【指标说明】

疼痛程度评估是指采用视觉模拟评分量表（VAS）、数字评分量表（NRS）、口述分级法（VRS）、改良面部表情疼痛评估工具（FPS-R）等工具进行疼痛评估。

【指标意义】

反映医疗机构对住院患者疼痛评估的及时性、规范性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

（四）带状疱疹后神经痛（PHN）初诊患者一线药物使用率（PM-PHN-01）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

使用一线药物进行治疗的 PHN 初诊患者数占同期 PHN 初诊患者总数的比例。

【计算方法】

PHN 初诊患者一线药物使用率

$$= \frac{\text{使用一线药物进行治疗的 PHN 初诊患者数}}{\text{同期 PHN 初诊患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）本指标中带状疱疹后神经痛（PHN）是指患急性带状疱疹皮疹愈合 30 天后仍遗留有累及区域的疼痛，国家临床版 2.0 疾病诊断编码（4 位编码）为 B02.2（下同）。

（2）本指标中初诊是指患者在医疗机构首次被诊断为带状疱疹后神经痛。

（3）本指标中 PHN 一线治疗药物是指按照《周围神经病理 性疼痛诊疗中国专家共识》《带状疱疹相关性疼痛全程管理专家共识》等国内外相关的规范、指南及专家共识，推荐作为 PHN 治疗首选的药物种类，如钙离子通道调节剂、钠离子通道阻断剂和抗抑郁药等。

【指标意义】

反映医疗机构对 PHN 患者诊疗的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS/EMR 系统

（五）PHN 治疗有效率（PM-PHN-02）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

治疗后有效缓解的 PHN 患者例数占同期治疗的 PHN 患者总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{PHN 治疗有效率} = \frac{\text{治疗后有效缓解的 PHN 患者例数}}{\text{同期治疗的 PHN 患者总例数}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）PHN 治疗分为非手术治疗和手术治疗，分别统计其有效率。

（2）本指标中手术治疗包括：脊髓神经根射频消融术

（04.2x05）、三叉神经射频消融术（04.2x07）、三叉神经半月节射频热凝术（04.2x08）、肋间神经射频消融术（04.2x11）等颅和周围神经破坏术（04.2x），脊髓神经刺激器导线置入或置换（03.9300）、周围神经刺激器导线置入或置换（04.9200）、完全可植入型的输注泵置入（86.0600）、输注泵置入术（86.0601）；非手术治疗是指除上述手术治疗外的其他治疗。（下同）

（3）本指标中治疗有效缓解是指PHN患者住院治疗1周后，使用 VAS或NRS对治疗的效果进行评价，疼痛评分较基线降低 ≥30%。

【指标意义】

反映医疗机构对PHN患者的诊疗质量。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院EMR系统

（六）PHN患者手术并发症发生率（PM-PHN-03）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

PHN患者行手术治疗发生并发症的例数占同期PHN患者手术治疗总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{PHN患者手术并发症发生率}=\frac{\text{PHN患者行手术治疗发生并发症的例数}}{\text{同期PHN患者手术治疗总例数}}\times 100\%$$

【指标说明】

本指标中手术并发症是指出现的与手术相关的感染、出血、气胸、神经功能障碍、器官组织损伤、全脊髓麻醉。

【指标意义】

反映医疗机构手术治疗PHN的安全性。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页

（七）PHN患者精神心理评估率（PM-PHN-04）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

进行精神心理评估的 PHN 患者例数占同期 PHN 的患者总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{PHN 患者精神心理评估率} = \frac{\text{进行精神心理评估的 PHN 患者例数}}{\text{同期诊断为 PHN 的患者总例数}} \times 100\%$$

【指标说明】

本指标中精神心理评估是指采用焦虑筛查量表（GAD-7）、抑郁筛查量表（PHQ-9）或其他测试量表，对 PHN 患者的精神心理状态进行评估。

【指标意义】

反映医疗机构对 PHN 患者诊疗的全面性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统

（八）癌症疼痛患者 24h 内疼痛全面评估完成率（PM-CP-01）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

入院 24 小时内完成疼痛全面评估的癌症疼痛患者例数占同期癌症疼痛住院患者总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{癌症疼痛患者 24h 内疼痛全面评估完成率} = \frac{\text{入院 24h 内完成疼痛全面评估的癌症疼痛患者例数}}{\text{同期癌症疼痛住院患者总例数}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）本指标中癌症疼痛的国家临床版 2.0 疾病诊断编码（4 位编码）包括：R52.1、R52.2、R52.9（下同）

（2）本指标中疼痛全面评估是指使用简明疼痛评估量表（BPI）等方法对患者的疼痛程度、性质、部位等方面进行全面评估。

【指标意义】

反映医疗机构对癌症疼痛患者评估的规范性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统

（九）中重度癌症疼痛患者阿片类药物使用率（PM-CP-02）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

使用阿片类药物治疗中重度疼痛的癌症患者例数占同期中重度疼痛的癌症患者总例数的比例。

【计算方法】

中重度癌症疼痛患者阿片类药物使用率

$$= \frac{\text{使用阿片类药物治疗中重度疼痛的癌症患者例数}}{\text{同期中重度疼痛的癌症患者总例数}} \times 100\%$$

【指标说明】

本指标中中重度疼痛的癌症患者是指使用 VAS 或 NRS 评分≥4 分的癌症疼痛患者。（下同）

【指标意义】

反映医疗机构对癌症疼痛患者治疗的规范性。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS/EMR 系统

（十）癌症疼痛治疗有效率（PM-CP-03）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

治疗后有效缓解的癌症疼痛患者例数占同期治疗的癌症疼痛患者总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{癌症疼痛治疗有效率} = \frac{\text{治疗后有效缓解的癌症疼痛患者例数}}{\text{同期治疗的癌症疼痛患者总例数}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）癌症疼痛治疗分为非手术治疗和手术治疗，分别统计其有效率。

（2）本指标中手术治疗包括：脊髓神经根射频消融术（04.2x05）、三叉神经射频消融术（04.2x07）、三叉神经半月节射频热凝术（04.2x08）、肋间神经射频消融术（04.2x11）等颅和周围神经的破坏术（04.2x），脊髓神经刺激器导线置入或置换（03.9300）、周围神经刺激器导线置入或置换（04.9200）、完全可植入型的输注泵置入（86.0600）、输注泵置入术（86.0601）；

非手术治疗是指除上述手术治疗外的其他治疗。（下同）

（3）本指标中有效缓解是指治疗后效果满足以下条件之一：①持续性疼痛数字化评分降低到3分以下；②持续性疼痛数字化评分降低50%以上；③止痛药物剂量减少50%以上；④爆发痛减少到3次/天以下；⑤功能改善（包括运动功能、消化功能改善）。

【指标意义】

反映医疗机构对癌症疼痛患者的诊疗质量。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院EMR系统

（十一）癌症疼痛患者术后院内死亡率（PM-CP-04）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

行手术治疗的癌症疼痛患者术后住院期间全因死亡人数占同期行手术治疗的癌症疼痛患者总人数的比例。

【计算方法】

癌症疼痛患者术后院内死亡率

$$= \frac{\text{行手术治疗的癌症疼痛患者术后住院期间全因死亡人数}}{\text{同期行手术治疗的癌症疼痛患者总人数}} \times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构手术治疗癌症疼痛的规范性。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页

（十二）中重度癌症疼痛患者7天随访率（PM-CP-05）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

出院后7天内完成随访的中重度疼痛的癌症患者例数占同期出院的中重度疼痛的癌症患者总数的比例。

【计算方法】

中重度癌症疼痛患者7天随访率

$$= \frac{\text{出院后7天内完成随访的中重度疼痛的癌症患者例数}}{\text{同期出院的中重度疼痛的癌症患者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构对癌症疼痛患者诊疗护理的延续性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

十九、整形美容专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2023〕404号）

（一）整形美容手术Ⅰ类切口围手术期预防性抗生素使用率（PCS-PAR-01）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

整形美容手术Ⅰ类切口围手术期预防性抗生素使用患者例数占同期整形美容手术Ⅰ类切口患者总例数的比例。

【计算方法】

Ⅰ类切口围手术期预防性抗生素使用率

$$=\frac{\text{整形美容手术Ⅰ类切口围手术期预防性抗生素使用患者例数}}{\text{同期整形美容手术Ⅰ类切口患者总例数}}\times 100\%$$

【指标说明】

（1）本指标中统计的Ⅰ类切口手术包括：重睑术、睑袋成形术、脂肪抽吸术、吸脂填充术、面部提拉术、假体隆乳术、乳房再造术、体表良恶性肿瘤切除术、瘢痕修整术、毛发移植术。（下同）

（2）本指标统计的抗菌药物使用方式包括：口服、肌肉注射、静脉滴注、静脉注射等全身给药。

【指标意义】

反映整形美容手术患者Ⅰ类手术切口预防性抗生素使用情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院合理用药系统

（二）整形美容手术切口甲级愈合率（PCS-AHR-02）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

整形美容手术切口甲级愈合患者例数占同期整形美容手术患者

总例数的比例。

【计算方法】

整形美容手术切口甲级愈合率 = $\frac{\text{整形美容手术切口甲级愈合患者例数}}{\text{同期整形美容手术患者总例数}} \times 100\%$

【指标意义】

反映整形美容手术患者切口愈合情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页

（三）假体植入手术早期手术部位感染发生率（PCS-S II-03）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

行假体植入手术后30天内发生手术部位感染的患者例数占同期行假体植入手术的患者总例数的比例。

【计算方法】

假体植入手术早期手术部位感染发生率

$= \frac{\text{行假体植入手术后 30 天内发生手术部位感染的患者例数}}{\text{同期行假体植入手术的患者总例数}} \times 100\%$

【指标说明】

（1）患者住院、随访、复诊中发现的手术部位感染均纳入统计。

（2）本指标中假体植入手术包括：乳腺癌术后扩张器乳房再造术、乳腺癌术后假体乳房再造术、假体隆乳术、假体隆鼻术、假体隆鼻基底术、假体隆颏术、具有金属植入体的骨性轮廓重塑术。

【指标意义】

反映整形美容假体植入手术质量安全情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院EMR系统

（四）毛发移植术后早期毛囊炎发生率（PCS-EFH-04）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

行毛发移植术后发生早期毛囊炎的患者例数占同期行毛发移植

术的患者总例数的比例。

【计算方法】

毛发移植术后早期毛囊炎发生率

$$= \frac{\text{行毛发移植术后发生早期毛囊炎的患者例数}}{\text{同期行毛发移植术的患者总例次}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）患者住院、随访、复诊中发现的早期毛囊炎均纳入统计。

（2）本指标中早期毛囊炎是指术后 10 天内发生且数量≥10 个毛囊单位。

【指标意义】

反映毛发移植术质量。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统

（五）重睑术二次手术率（PCS-SDE-05）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

行重睑术后二次手术修复的患者例数占同期行重睑术的患者总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{重睑术后二次手术比例} = \frac{\text{行重睑术后二次手术修复的患者例数}}{\text{同期行重睑术的患者总例数}} \times 100\%$$

【指标说明】

本指标中二次手术修复是指重睑术后因患者不满意、并发症等原因再次行手术修复。

【指标意义】

反映重睑术手术质量。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统、手麻系统

（六）阴道紧缩术直肠损伤发生率（PCS-R IV-06）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

行阴道紧缩术后发生直肠损伤的患者例数占同期行阴道紧缩术的患者总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{阴道紧缩术直肠损伤发生率}=\frac{\text{行阴道紧缩术后发生直肠损伤的患者例数}}{\text{同期行阴道紧缩术的患者总例数}}\times 100\%$$

【指标说明】

本指标中阴道紧缩术直肠损伤是指阴道紧缩手术导致的直肠破裂、直肠阴道瘘、直肠出血等直肠组织损伤。

【指标意义】

反映医疗机构阴道紧缩术的安全性。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页

（七）皮瓣血管危象早期识别率（PCS-VC-07）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

皮瓣移植术后48小时内准确识别皮瓣血管危象的例数占同期行皮瓣移植术后皮瓣发生血管危象的患者总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{皮瓣血管危象早期识别率}=\frac{\text{皮瓣移植术后 48 小时内准确识别皮瓣血管危象的例数}}{\text{同期行皮瓣移植术后皮瓣发生血管危象的患者总例数}}\times 100\%$$

【指标说明】

（1）本指标中统计的手术包括：游离皮瓣移植术、带蒂皮瓣移植术。

（2）本指标中皮瓣血管危象是指术后出现动脉痉挛、堵塞或者静脉堵塞（下同）。皮瓣血管危象的临床表现及判断标准如下表。

表 1 皮瓣血管危象及判断标准

观察指标	动脉危象	静脉危象
皮瓣颜色	苍白	紫黑
皮瓣温度	与正常组织温差＞2℃	与正常组织温差＞2℃

组织肿胀	不明显	肿胀加深
毛细血管充盈时间	时间＞3s	时间＜1s
针刺试验	少	迅速流出淤血

【指标意义】

本指标反映皮瓣移植手术后皮瓣血管危象早期识别的情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统

（八）皮瓣血管危象发生率（PCS-VC-08）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

行皮瓣移植术后发生皮瓣血管危象的患者例数占同期行皮瓣移植术的患者总例数的比例。

【计算方法】

$$皮瓣血管危象发生率=\frac{行皮瓣移植术后发生皮瓣血管危象的患者例数}{同期行皮瓣移植术的患者总例数}\times 100\%$$

【指标意义】

反映皮瓣移植手术质量。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】病案首页

二十、急诊医学专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2024〕150号）

（一）急诊科医患比（EM-SI-01）

【指标属性】定量指标

【计量单位】万分比（‱）

【指标定义】

急诊科医师总数与同期急诊科接诊患者总人次之比。

【计算方法】

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

【指标说明】

本指标中急诊科医师是指在本医疗机构注册，全职从事急诊工作的执业医师。

【指标意义】

反映医疗机构急诊科医师资源配置情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统、急诊系统

（二）急诊科护患比（EM-SI-02）

【指标属性】定量指标

【计量单位】万分比（‰）

【指标定义】

急诊科护士总数与同期急诊科接诊患者总人次之比。

【计算方法】

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

【指标意义】

反映医疗机构急诊科护士资源配置情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统、急诊系统

（三）抢救室滞留时间（中位数）（EM-ME-03）

【指标属性】定量指标

【计量单位】分钟

【指标定义】

将患者从进入抢救室到离开抢救室（不包括死亡患者）的时间由长到短排序后取其中位数。

【计算方法】

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）= (Xn/2+Xn/2+1)/2，n 为偶数

n 为一定时期进出抢救室患者总数，X 为抢救室滞留时间。

【指标意义】

反映急诊效率和急危重症救治质量。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统、急诊系统

（四）急诊分级分诊执行率（EM-ME-04）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

急诊（预检分诊）执行分级分诊的患者例次占同期急诊接诊患者总例次的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

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

【指标意义】

反映急诊分级分诊的规范性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统、急诊系统

（五）急诊Ⅳ级患者静脉输液使用率（EM-ME-05）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

接受静脉输液治疗的急诊Ⅳ级患者例数占同期急诊就诊Ⅳ级患者总例数的比例。

【计算方法】

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

【指标意义】

反映急诊静脉输液治疗管理情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统、急诊系统

（六）心肺复苏（CPR）质量监测率（EM-CA-06）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

进行 CPR 质量监测的患者例数占同期 CPR 患者总例数的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

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

【指标意义】

心肺复苏过程性指标的监测有助于优化心肺复苏质量、提高复苏成功率。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统、急诊系统

（七）心脏骤停复苏成功率（EM-CA-07）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

复苏成功的心脏骤停患者人数占同期行 CPR 的心脏骤停患者总人数的比例。

【计算方法】

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

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

【指标说明】

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

（2）本指标中院内心脏骤停是指单次病程中心脏骤停事件首发

于医院内,心脏骤停首次发生于其他地点则视为院前心脏骤停(下同)。

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

【指标意义】

反映心脏骤停急诊救治能力和质量。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统、急诊系统

（八）复苏成功后昏迷患者目标体温管理实施率（EM-CA-08）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

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

【计算方法】

复苏成功后昏迷患者目标体温管理实施率

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

【指标说明】

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

【指标意义】

反映心脏骤停自主循环恢复后管理的规范性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统、急诊系统

（九）心脏骤停患者出院存活率（EM-CA-09）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

心脏骤停患者出院时存活人数占同期心脏骤停总人数的比例。

【计算方法】

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

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

【指标意义】

反映心脏骤停的综合救治能力。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统、急诊系统

（十）脓毒性休克 1 小时内抗菌药物使用率（EM-SS-10）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

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

【计算方法】

脓毒性休克 1 小时内抗菌药物使用率

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

【指标说明】

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

【指标意义】

反映脓毒性休克治疗中抗菌药物早期应用情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统、急诊系统

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

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

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

【计算方法】

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

【指标说明】

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

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

【指标意义】

反映EICU脓毒性休克救治质量。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院HIS系统、急诊系统

（十二）急诊创伤患者创伤量化评估率（EM-ET-12）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

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

【计算方法】

急诊创伤患者创伤量化评估率

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

【指标说明】

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

【指标意义】

反映急诊创伤评估的规范性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院HIS系统、急诊系统

（十三）严重创伤患者就诊到手术时间（中位数）（EM-ET-13）

【指标属性】定量指标

【计量单位】分钟

【指标定义】

严重创伤患者从急诊就诊至开始施行手术时间由长到短排序后取中位数。

【计算方法】

严重创伤患者从急诊就诊至开始施行手术的时间（中位数）

= X(n+1)/2，n 为奇数

严重创伤患者从急诊就诊至开始施行手术的时间（中位数）

= (Xn/2+Xn/2+1)/2，n 为偶数

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

【指标说明】

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

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

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

【指标意义】

反映急诊创伤救治效率。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统、急诊系统

（十四）严重创伤患者 24 小时存活率（EM-ET-14）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

就诊 24 小时后存活的严重创伤患者人数占同期严重创伤患者总人数的比例。

【计算方法】

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

【指标意义】

反映急诊严重创伤的救治能力。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统、急诊系统

（十五）急诊中心静脉置管早期血管并发症发生率（EM-EP-15）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

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

【计算方法】

急诊中心静脉置管早期血管并发症发生率

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

【指标说明】

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

【指标意义】

反映急诊科中心静脉置管操作质量。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统、急诊系统

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

【指标属性】定量指标

【计量单位】分钟

【指标定义】

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

【计算方法】

ECPR 实施时间（中位数）= X(n+1)/2，n 为奇数

ECPR 实施时间（中位数）= (Xn/2+Xn/2+1)/2，n 为偶数

n 为一定时期内实施 ECPR 患者总数，X 为 ECPR 实施时间。

【指标意义】

反映 ECMO 辅助心肺复苏的质量和效率。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统、急诊系统

二十一、脑损伤评价医疗质量控制指标（国卫办医函〔2024〕150号）

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

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

行 CTA 的自发性脑出血患者例数占同期自发性脑出血患者总例数的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

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

【指标意义】

反映医疗机构对自发性脑出血患者病因和风险评估情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 PACS 系统

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

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

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

【计算方法】

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

【指标说明】

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

【指标意义】

反映医疗机构对自发性脑出血患者意识障碍评估的规范性。

附评分表:

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

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统

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

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比(%)

【指标定义】

完成mRS评估的自发性脑出血患者例数占同期自发性脑出血患者总例数的比例。

【计算方法】

自发性脑出血患者 mRS 评估率

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

【指标说明】

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

附评分表:

计分	描述
0	完全无症状

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

【指标意义】

反映医疗机构对自发性脑出血患者进行全面功能评估的情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统

（四）轻中度自发性脑出血患者紧急降压有效率（BIE-ICH-04）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

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

【计算方法】

轻中度自发性脑出血患者紧急降压有效率

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

【指标说明】

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

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

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

【指标意义】

反映医疗机构对轻中度自发性脑出血紧急降压治疗处理的有效性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统

（五）自发性脑出血患者随访率（BIE-ICH-05）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

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

【计算方法】

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

【指标意义】

反映医疗机构对自发性脑出血患者诊疗的延续性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

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

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

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

【计算方法】

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

【指标说明】

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

【指标意义】

反映医疗机构对急性重型颅脑创伤患者的客观评估的规范性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院HIS系统、医院EMR系统、重症监护系统

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

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

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

【计算方法】

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

【指标意义】

反映医疗机构对急性颅脑创伤患者意识障碍评估的规范性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统

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

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

随访中实施 6 个月 GOS 评估的急性颅脑创伤患者例数占同期急性颅脑创伤出院患者总例数的比例。

【计算方法】

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

【指标意义】

反映医疗机构对急性颅脑创伤患者进行评估的延续性。

附评分表

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

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统

（九）急性脑梗死初诊患者脑血管影像学评估率（BIE-CI-09）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

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

【计算方法】

急性脑梗死初诊患者脑血管影像学评估率

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

【指标说明】

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

（2）本指标中初诊是指患者在医疗机构首次被诊断为急性脑梗死。

【指标意义】

反映医疗机构对急性脑梗死初诊患者的影像学评估情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统

（十）脑梗死患者康复治疗率（BIE-CI-10）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

接受康复治疗的脑梗死患者人数占同期脑梗死患者总人数的比例。

【计算方法】

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

【指标意义】

反映医疗机构开展脑梗死患者康复治疗的情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 EMR 系统

二十二、病理专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2024〕150号）

（一）每百张床位病理医师数（PATH-01）

【指标属性】定量指标

【计量单位】人

【指标定义】

每100张实际开放床位病理医师人数。

【计算方法】

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

【指标意义】

反映病理医师资源配置情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

（二）每百张床位病理技术人员数（PATH-02）

【指标属性】定量指标

【计量单位】人

【指标定义】

每100张实际开放床位病理技术人员数。

【计算方法】

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

【指标说明】

本指标中病理技术人员是指具有相应专业技术职务任职资格，进行病理切片、染色、免疫组化及分子病理等工作的专业技术人员。

【指标意义】

反映病理技术人员资源配置情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

（三）标本规范化固定率（PATH-03）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

规范化固定的标本例数占同期标本总例数的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

本指标中标本规范化固定是指病理标本及时按行业推荐方法切开，以足量10%中性缓冲福尔马林充分固定；有特殊要求者可使用行业规范许可的其它固定液。

【指标意义】

反映病理标本处理的规范性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院病理系统

（四）苏木精-伊红染色法（Hematoxy lin Eos instaining，HE）染色切片优良率（PATH-04）

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

【指标说明】

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

【指标意义】

反映石蜡切片的染色、制片质量。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院病理系统

（五）免疫组化染色切片优良率（PATH-05）

【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数占同期免疫组化染色切片总数的比例。

【计算方法】

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

【指标意义】

反映免疫组化染色、制片质量。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院病理系统

（六）术中快速诊断及时率（PATH-06）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

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

【计算方法】

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

【指标说明】

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

【指标意义】

反映术中快速病理诊断的及时性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院病理系统

（七）组织病理诊断及时率（PATH-07）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

规定时间内完成组织病理诊断的报告数占同期组织病理诊断报告总数的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

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

【指标意义】

反映组织病理诊断的及时性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院病理系统

（八）细胞病理诊断及时率（PATH-08）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

规定时间内完成细胞病理诊断的报告数占同期细胞病理诊断报告总数的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

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

【指标意义】

反映细胞病理诊断的及时性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院病理系统

（九）分子病理检测室内质控合格率（PATH-09）

【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报告数占同期分子病理检测报告总数的比例。

【计算方法】

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

【指标意义】

同期分子病理检测报告总数。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

（十）免疫组化染色室间质评合格率（PATH-10）

【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次数占同期参加免疫组化染色室间质评总次数的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

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

【指标意义】

反映免疫组化染色质量。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

（十一）分子病理室间质评合格率（PATH-11）

【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次数占同期参加分子病理室间质评总次数的比例。

【计算方法】

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

【指标意义】

反映分子病理诊断质量。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

（十二）细胞学病理诊断质控符合率（PATH-12）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

细胞学原病理诊断与抽查质控诊断符合的报告份数占同期抽查报告总份数的比例。

【计算方法】

细胞学病理诊断质控符合率

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

【指标意义】

反映细胞学病理诊断质量。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院病理系统

（十三）术中快速诊断与石蜡诊断符合率（PATH-13）

【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的报告数占同期术中快速诊断报告总数的比例。

【计算方法】

术中快速诊断与石蜡诊断符合率

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

【指标说明】

本指标中术中诊断符合是指在良恶性病变定性诊断一致。

【指标意义】

反映术中快速诊断准确性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院病理系统

二十三、放射影像专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2024〕150号）

（一）放射影像检查图像伪影率（RQI-IIA-01）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

放射影像检查出现不良伪影的例次数占同期放射影像检查总例次数的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

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

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

【指标意义】

反映放射影像检查的图像质量。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院PACS系统

（二）急诊放射影像检查报告2小时完成率（RQI-RRC-02）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

2小时内完成的急诊放射影像检查的报告份数占同期急诊放射影像检查报告总份数的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

（1）本指标中急诊放射影像检查是指急诊科开具的X线检查和

CT 检查。

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

【指标意义】

反映急诊放射影像检查报告出具的及时性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 PACS 系统

（三）放射影像报告书写规范率（RQI-RWS-03）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（ % ）

【指标定义】

书写规范的放射影像检查报告份数占同期放射影像检查报告总份数的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

本指标中书写规范的放射影像检查报告是指符合以下条件的报告：

（1）有放射科医生签名；

（2）结论（或印象）部分与影像描述部分内容相符；

（3）无明显错误（包括：所查脏器缺如但报告为正常；报告描述检查器官、部位、方位、单位、数据错误；未删除与放射影像报告有歧义的模板文字；患者信息与实际不符或缺失）。

【指标意义】

反映放射影像检查报告书写质量。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 PACS 系统

（四）放射影像危急值 10 分钟内通报完成率（RQI-RCV-04）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

发现放射影像危急值后 10 分钟内完成通报的病例数占同期放射

影像危急值总例数的比例。

【计算方法】

放射影像危急值 10 分钟内通报完成率

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

【指标说明】

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

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

【指标意义】

反映放射影像危急值通报的及时性，原则上要求达到 100%。

【指标导向】符合标准

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 PACS 系统

（五）增强 CT 检查静脉对比剂外渗发生率（RQI-ICME-05）

【指标属性】定量指标

【计量单位】千分比（‰）

【指标定义】

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

【计算方法】

增强 CT 检查静脉对比剂外渗发生率

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

【指标说明】

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

【指标意义】

反映增强 CT 静脉穿刺质量。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 PACS 系统

（六）**PI-RADS 分类率（RQI-RCR-06）**

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

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

【计算方法】

前列腺病变磁共振行 PI − RADS 分类率

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

【指标意义】

反映前列腺磁共振报告规范性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 PACS 系统

（七）**BI-RADS 分类率（RQI-RCR-07）**

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

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

【计算方法】

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

【指标意义】

反映乳腺钼靶报告规范性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 PACS 系统

二十四、门诊管理医疗质量控制指标（国卫办医函〔2024〕150 号）

（一）门诊电子病历使用率（**BOQI-EMR-01**）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

门诊电子病历份数与同期门诊总人次数的比例。

【计算方法】

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

【指标意义】

反映医疗机构门诊信息化建设情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

（二）门诊标准诊断使用率（OQI-SD-02）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

使用标准诊断的门诊病历份数占同期门诊病历总份数的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

本指标中标准诊断是指符合《疾病分类与代码国家临床版》中规范的诊断。

【指标意义】

反映门诊病历书写规范性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

（三）门诊准时出诊率（OQI-OC-03）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

医务人员准时出诊的门诊单元数占同期出诊门诊单元总数的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

本指标中的出诊单元是指医务人员一次出诊时所在的半个工作日。

【指标意义】

反映门诊医务人员准时出诊情况。

【指标导向】符合标准

【数据来源】医院填报

（四）门诊停诊率（OQI-OC-04）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

停诊的门诊单元数占同期计划门诊单元数的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

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

【指标意义】

反映门诊医疗资源利用和管理情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

（五）门诊化疗病历记录完整率（OQI-CTH-05）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

记录完整的门诊化疗病历份数占同期门诊化疗病历总份数的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

门诊化疗病历记录应当包括但不限于：

（1）化疗前 TNM 分期；

（2）化疗方案（包括化疗方案名称、药物剂量等）；

（3）化疗反应；

（4）各类知情同意书；

（5）相关辅助检验检查结果；

（6）随访建议等。

【指标意义】

反映门诊化疗病历书写质量。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

（六）门诊化疗严重不良反应发生率（OQI-CTH-06）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

发生严重不良反应的门诊化疗患者人次数占同期门诊化疗患者总人次数的比例。

【计算方法】

门诊化疗严重不良反应发生率

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

【指标说明】

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

【指标意义】

反映门诊化疗质量。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院不良事件上报系统

（七）门诊化疗患者静脉治疗相关不良事件发生率（OQI-CTH-07）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

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

【计算方法】

门诊化疗患者静脉治疗相关不良事件发生率

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

【指标说明】

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

【指标意义】

反映门诊化疗患者静脉治疗质量安全管理情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院不良事件上报系统

（八）门诊危急值 30 分钟内通报完成率（OQI-AE-08）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

30 分钟内完成通报的门诊危急值例数占同期门诊危急值总例数的比例。

【计算方法】

门诊危急值 30 分钟内通报完成率

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

【指标说明】

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

【指标意义】

反映对门诊危急值通报的及时性，原则上要求达到 100%。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

（九）门诊静脉采血相关差错发生率（OQI-AE-09）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

门诊静脉采血相关差错发生例数占同期门诊静脉采血总例数的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

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

【指标意义】

反映门诊静脉采血质量。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

（十）门诊手术并发症发生率（OQI-AE-10）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

门诊患者手术发生并发症的例数占同期门诊患者手术总例数的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

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

【指标意义】

反映门诊手术质量。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

（十一）每千门诊诊疗人次不良事件发生率（OQI-AE-11）

【指标属性】定量指标

【计量单位】千分比（‰）

【指标定义】

发生门诊不良事件例数占同期门诊诊疗人次数的比例。

【计算方法】

$$每千门诊诊疗人次不良事件发生率=\frac{发生门诊不良事件例数}{同期门诊诊疗人次数}\times 1000‰$$

【指标说明】

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

【指标意义】

反映门诊不良事件发生情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院不良事件上报系统

二十五、医院感染管理医疗质量控制指标（国卫办医函〔2024〕150号）

（一）感控专职人员床位比（**HAIQI-RF IB-01**）

【指标属性】定量指标

【计量单位】（1∶X）

【指标定义】

感控专职人员数与实际开放床位数的比值。

【计算方法】

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

【指标说明】

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

（2）本指标中实际开放床位数指医疗机构实际长期固定开放的床位数，包括：编制床位数；除编制床位外，经医疗机构确认有固定物理空间和标准床单位配置、可以常规收治患者的床位数；开放时间≥统计周期1/2的床位数；口腔综合治疗台数。排除：急诊抢救床位、急诊观察床位、手术室床位、麻醉恢复室床位、血液透析室床位、接产室的待产床和接产床、母婴同室新生儿床、检查床、治疗床、临时

加床。

【指标意义】

反映医疗机构感控人力配置情况。

【指标导向】符合标准

【数据来源】医院填报

（二）医疗机构工作人员手卫生依从率（HAIQI-CHH-02）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

医疗机构工作人员实际执行手卫生时机数占同期应执行手卫生时机数的比例。

【计算方法】

医疗机构工作人员手卫生依从率

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

【指标说明】

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

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

【指标意义】

反映医疗机构工作人员手卫生意识和执行情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院院感系统

（三）千日医院感染例次发病率（HAIQI-IHAI-03）

【指标属性】定量指标

【计量单位】千分比（‰）

【指标定义】

每1000个患者住院日中新发生医院感染的频次。

【计算方法】

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

【指标说明】

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

（2）本指标中新发病例是指统计周期内发生的医院感染病例。（下同）

（3）患者住院期间发生多次医院感染，计为多个例次。（下同）

【指标意义】

反映医院感染总体发病情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院院感系统

（四）新生儿千日医院感染例次发病率（HAIQI-IHAIN-04）

【指标属性】定量指标

【计量单位】千分比（‰）

【指标定义】

每1000个新生儿患者住院日中新发生医院感染的频次。

【计算方法】

$$\text{新生儿千日医院感染例次发病率}=\frac{\text{新生儿医院感染新发病例例次数}}{\text{同期新生儿住院患者累计住院天数}}\times 1000‰$$

【指标说明】

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

（2）新生儿出生体重是指新生儿出生后1小时内首次称得的重量。

【指标意义】

反映医疗机构新生儿医院感染总体发病情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院院感系统

（五）千日特定多重耐药菌医院感染例次发病率（HAIQI-IMDROs-05）

【指标属性】定量指标

【计量单位】千分比（‰）

【指标定义】

每 1000 个患者住院日中新发生特定多重耐药菌医院感染的频次。

【计算方法】

千日特定多重耐药菌医院感染例次发病率

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

【指标说明】

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

（2）患者同一次住院期间同一感染部位重复检出同一菌株，计为 1 个例次。

【指标意义】

反映医疗机构内特定多重耐药菌感染的情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院院感系统

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

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

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

【计算方法】

住院患者联合使用重点抗菌药物治疗前病原学送检率

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

【指标说明】

（1）本指标中使用抗菌药物治疗是指用药目的为“治疗”的全身给药，给药途径包括：口服、皮下注射、肌内注射、静脉滴注、静脉

注射。

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

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

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

【指标意义】

反映医疗机构住院患者重点抗菌药物联合应用的规范性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院院感系统

（七）住院患者Ⅰ类切口手术抗菌药物预防使用率（HAIQI-RPAS-07）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

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

【计算方法】

住院患者Ⅰ类切口手术抗菌药物预防使用率

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

【指标说明】

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

（2）本指标中预防性使用抗菌药物是指用药目的为“预防”的全

身给药，给药途径包括：口服、皮下注射、肌内注射、静脉滴注、静脉注射。

【指标意义】

反映医疗机构住院患者Ⅰ类切口手术中预防使用抗菌药物的情况。

【指标导向】符合标准

【数据来源】病案首页

（八）住院患者Ⅰ类切口手术部位感染率（HAIQI-SSI-08）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

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

【计算方法】

住院患者Ⅰ类切口手术部位感染率

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

【指标说明】

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

【指标意义】

反映医疗机构对住院患者Ⅰ类切口手术的医院感染防控和管理情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

（九）血管导管相关血流感染发病率（HAIQI-VCABSI-09）

【指标属性】定量指标

【计量单位】千分比（‰）

【指标定义】

每1000个血管导管使用天数中新发生相关血流感染的频次。

【计算方法】

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

【指标说明】

（1）本指标中血管导管包括中心静脉导管（CVC）、经外周置

入中心静脉导管（PICC）、输液港（PORT）、脐静脉导管。

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

【指标意义】

反映医疗机构血管导管相关血流感染情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院院感系统

（十）呼吸机相关肺炎发病率（HAIQI-VAP-10）

【指标属性】定量指标

【计量单位】千分比（‰）

【指标定义】

每 1000 个有创呼吸机使用天数中新发生相关肺炎的频次。

【计算方法】

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

【指标说明】

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

【指标意义】

反映医疗机构呼吸机相关肺炎感染情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院院感系统

（十一）导尿管相关尿路感染发病率（HAIQI-CAUTI-11）

【指标属性】定量指标

【计量单位】千分比（‰）

【指标定义】

每 1000 个导尿管使用天数中新发生相关尿路感染的频次。

【计算方法】

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

【指标说明】

本指标中相关尿路感染是指住院患者在留置导尿管期间或拔除

导尿管 48 小时内发生的尿路感染。

【指标意义】

反映医疗机构导尿管相关尿路感染情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院院感系统

（十二）血液透析相关感染发生率（HAIQI-IHDI-12）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

血液透析患者新发生相关感染的例次数占同期血液透析总人数的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

（1）本指标中血液透析患者包括门诊和住院患者。

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

【指标意义】

反映医疗机构血液透析相关感染情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院院感系统

二十六、重症医学专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2024〕338号）

（一）ICU 床位使用率（ICU-01）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

ICU 实际占用总床日数与同期 ICU 实际开放总床日数之比。

【计算方法】

$$\text{ICU 床位使用率}=\frac{\text{ICU 实际占用总床日数}}{\text{同期 ICU 实际开放总床日数}}\times 100\%$$

【指标说明】

本指标中的ICU包括综合ICU和各专科ICU等所有重症医学救治单元，不含可转化ICU，下同。

【指标意义】

反映医院重症床位资源使用效率。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院重症系统

（二）ICU医师床位比（ICU-02）

【指标属性】定量指标

【计量单位】（X：1）

【指标定义】

ICU医师总数与ICU实际开放床位数之比。

【计算方法】

$$\text{ICU医师床位比} = \frac{\text{ICU医师总数}}{\text{ICU实际开放床位数}}$$

【指标说明】

本指标中ICU医师是指主要执业机构为本机构，全职从事ICU工作的执业医师。

【指标意义】

反映医院ICU人力资源配置。

【指标导向】符合标准

【数据来源】医院填报

（三）ICU护士床位比（ICU-03）

【指标属性】定量指标

【计量单位】（X：1）

【指标定义】

ICU护士总数与ICU实际开放床位数之比。

【计算方法】

$$\text{ICU护士床位比} = \frac{\text{ICU护士总数}}{\text{ICU实际开放床位数}}$$

【指标说明】

本指标中ICU护士是指在本医疗机构注册，全职从事ICU工作的护士。

【指标意义】

反映医院 ICU 人力资源配置。

【指标导向】符合标准

【数据来源】医院填报

（四）急性生理与慢性健康评分（APACHEⅡ评分）≥15 分患者收治率（ICU-04）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

入 ICU 后首次 APACHEⅡ评分≥15 分患者人数占同期 ICU 收治患者总数的比例。

【计算方法】

APACHEⅡ评分≥15 分患者收治率

$$= \frac{\text{入 ICU 后首次 APACHEⅡ评分 ≥ 15 分患者人数}}{\text{同期 ICU 收治患者总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

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

【指标意义】

反映 ICU 收治患者的病情危重程度。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

（五）感染性休克患者集束化治疗（bundle）完成率（ICU-05）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

入 ICU 诊断为感染性休克并完成 bundle 的患者人数占同期入 ICU 诊断为感染性休克的患者总人数的比例。

【计算方法】

感染性休克患者 bundle 完成率

$$= \frac{\text{入 ICU 诊断为感染性休克并完成 bundle 的患者人数}}{\text{同期入 ICU 诊断为感染性休克的患者总人数}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）本指标中完成 bundle 是指按照《拯救脓毒症运动：国际

脓毒症与脓毒性休克管理指南（2021 版）》在相应时间节点完成对应的感染性休克集束化治疗措施，可以根据实际情况分别计算 1 小时、3 小时和 6 小时的完成率。

（2）本指标中感染性休克患者不包括在 ICU 期间新发生的感染性休克病例。

（3）本指标中感染性休克患者不包括儿童。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

（六）抗菌药物治疗前病原学送检率（ICU-06）

【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前病原学送检的 ICU 患者人数占同期使用抗菌药物治疗的 ICU 患者总人数的比例。

【计算方法】

抗菌药物治疗前病原学送检率

$$= \frac{\text{以治疗为目的使用抗菌药物前病原学送检的 ICU 患者人数}}{\text{同期使用抗菌药物治疗的 ICU 患者总人数}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）本指标中以治疗为目的使用抗菌药物是指用药目的为“治疗”的全身给药，给药途径包括：口服、皮下注射、肌内注射、静脉滴注、静脉注射。

（2）本指标统计的病原学检验需在药物治疗前开具医嘱并完成相关标本采集。具体项目包括：

①微生物培养及药敏试验；

②显微镜检查；

③免疫学检测；

④分子快速诊断；

⑤相关标志物检验（不包括降钙素原、白介素-6）。

【指标意义】

反映 ICU 患者抗菌药物使用的规范性，原则上应达到 100%。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

（七）深静脉血栓（DVT）预防率（ICU-07）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

进行 DVT 预防的 ICU 患者人数占同期 ICU 患者总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{DVT 预防率}=\frac{\text{进行 DVT 预防的 ICU 患者人数}}{\text{同期 ICU 患者总人数}}\times 100\%$$

【指标说明】

本指标中深静脉血栓预防措施包括药物预防（肝素或低分子肝素等抗凝药物，如依诺肝素、那曲肝素以及利伐沙班等口服抗凝剂）、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。

【指标意义】

反映 ICU 患者 DVT 的预防情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

（八）中重度急性呼吸窘迫综合征（ARDS）患者俯卧位通气实施率（ICU-08）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

中重度 ARDS 患者中实施俯卧位通气治疗的人数占应实施俯卧位通气治疗的中重度 ARDS 患者总人数的比例。

【计算方法】

中重度 ARDS 患者俯卧位通气实施率

$$=\frac{\text{ICU 中重度 ARDS 患者中实施俯卧位通气治疗的人数}}{\text{同期 ICU 应实施俯卧位通气治疗的中重度 ARDS 患者总人数}}\times 100\%$$

【指标说明】

（1）本指标中应实施俯卧位通气治疗的中重度 ARDS 患者标准参考《欧洲重症医学会急性呼吸窘迫综合征指南：定义、表型和呼吸支持策略》。

（2）俯卧位通气治疗原则参考《急性呼吸窘迫综合征患者俯卧位通气治疗规范化流程》。

【指标意义】

反映 ARDS 患者的规范治疗。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

（九）**ICU 镇痛评估率（CU-09）**

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

进行镇痛评估的 ICU 患者人数占同期 ICU 患者总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{ICU 镇痛评估率}=\frac{\text{进行镇痛评估的 ICU 患者人数}}{\text{同期 ICU 患者总人数}}\times 100\%$$

【指标说明】

本指标中镇痛评估是指采用数字评分量表（NRS）、重症监护疼痛观察工具（CPOT）或行为疼痛量表（BPS）等工具进行镇痛评估。

【指标意义】

反映门诊静脉采血质量。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

（十）**ICU 镇静评估率 ICU-10)**

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

进行镇静评估的 ICU 患者人数占同期 ICU 患者总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{ICU 镇静评估率}=\frac{\text{进行镇静评估的 ICU 患者人数}}{\text{同期 ICU 患者总人数}}\times 100\%$$

【指标说明】

本指标中镇静评估是指采用 Richmond 躁动镇静量表（RASS）、镇定躁动评分（SAS）等工具进行镇静评估。

【指标意义】

反映对重症患者镇静评估情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

（十一）ICU 患者标化病死指数（ICU-11）

【指标属性】定量指标

【计量单位】比值

【指标定义】

ICU 患者实际病死率与同期 ICU 患者预计病死率的比值。

【计算方法】

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

$$\text{ICU 患者预计病死率}=\frac{\text{ICU 患者死亡危险性总和}}{\text{同期 ICU 收治患者总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

（1）本指标中 ICU 死亡患者包括因不可逆疾病而自动出院的患者，不包括入院时已脑死亡，因器官捐献而收治 ICU 的患者。

（2）ICU 患者死亡危险性（R）的计算规则：ln（R/1-R）=-3.517+（APACHEⅡ评分×0.146）+患者入 ICU 的主要疾病得分（按国际标准）+0.603（仅限于急诊手术后患者）；ICU 患者死亡危险性总和为同期所有 ICU 患者死亡危险性的和。

【指标意义】

反映 ICU 整体诊疗水平。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

（十二）ICU 非计划气管插管拔管率（ICU-12）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

ICU 患者非计划气管插管拔管例数占同期 ICU 患者气管插管拔管总例数的比例。

【计算方法】

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

【指标意义】

反映 ICU 的管理水平。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

（十三）ICU 气管插管拔管后 48h 再插管率（ICU-13）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

ICU 患者气管插管拔管后 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。

【计算方法】

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

【指标意义】

反映对 ICU 患者脱机拔管指征的把握能力。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

（十四）非计划转入 ICU 率（ICU-14）

【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 的手术患者人数占同期转入 ICU 的手术患者总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{非计划转入 ICU 率} = \frac{\text{非计划转入 ICU 的手术患者人数}}{\text{同期转入 ICU 的手术患者总人数}} \times 100\%$$

【指标说明】

本指标中非计划转入 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，而在术中或术后决定转入 ICU。

【指标意义】

反映医疗机构医疗质量的重要结果指标之一。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

（十五）转出 ICU 后 48h 内重返率（ICU-15）

【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的患者人数占同期转出ICU的患者总人数的比例。

【计算方法】

$$转出ICU后48h重返率=\frac{转出ICU后48h内重返ICU的患者人数}{同期转出ICU的患者总人数}\times100\%$$

【指标意义】

反映对ICU患者转出ICU指征的把握能力。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院HIS系统

（十六）ICU呼吸机相关肺炎（VAP）发病率（ICU-16）

【指标属性】定量指标

【计量单位】千分比（‰）

【指标定义】

ICU患者每1000个有创呼吸机使用天数中新发生相关肺炎的频次。

【计算方法】

$$ICU呼吸机相关肺炎发病率=\frac{ICU相关肺炎新发病例例次数}{同期ICU患者有创呼吸机累计使用天数}\times1000‰$$

【指标说明】

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

【指标意义】

反映ICU感控、有创机械通气及管理能力。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院HIS系统

（十七）ICU血管导管相关血流感染（CRBSI）发病率（ICU-17）

【指标属性】定量指标

【计量单位】千分比（‰）

【指标定义】

ICU患者每1000个血管导管使用天数中新发生相关血流感染的频次。

【计算方法】

ICU血管导管相关血流感染发病率

$$= \frac{\text{ICU相关血流感染新发病例例次数}}{\text{同期ICU患者血管导管累计使用天数}} \times 1000‰$$

【指标说明】

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

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

【指标意义】

反映ICU感控、血管内导管留置及管理能力。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院HIS系统

（十八）ICU急性脑损伤患者意识评估率（ICU-18）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

ICU内完成意识评估的急性脑损伤患者人数占同期ICU急性脑损伤患者总人数的比例。

【计算方法】

ICU急性脑损伤患者意识评估率

$$= \frac{\text{ICU内完成意识评估的急性脑损伤患者人数}}{\text{同期ICU急性脑损伤患者总人数}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）本指标中急性脑损伤患者统计范围包括：①原发性神经系统疾病患者，具体为：创伤性颅脑损伤、脑梗塞、蛛网膜下腔出血、脑出血、颅内感染、脑肿瘤、癫痫患者；②非原发性神经系统疾病患者，具体为：心肺复苏术后、缺血缺氧性脑病、热射病、代谢性脑病、肝性脑病、肺性脑病、肾性脑病患者；③颅脑影像学检查结果报告异常患者。

（2）本指标中意识评估是指完成格拉斯哥昏迷量表（GCS）或

全面无反应性量表（FOUR）。

【指标意义】

反映对急性脑损伤患者的评估规范性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

（十九）48h 内肠内营养（EN）启动率（ICU-19）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

入住 ICU 超过 48h 的患者中 48h 内启动 EN 的患者人数占同期入住 ICU 超过 48h 的患者总人数的比例。

【计算方法】

$$48h\text{内肠内营养启动率} = \frac{\text{入住 ICU 超过 48h 的患者中 48h 内启动 EN 的患者人数}}{\text{同期入住 ICU 超过 48h 的患者总人数}} \times 100\%$$

【指标说明】

患者 EN 启动前应排除 EN 禁忌证，参考《中国成人患者肠外肠内营养临床应用指南（2023 版）》。前并无术后转入 ICU 的计划，而在术中或术后决定转入 ICU。

【指标意义】

反映营养治疗的规范性和对肠内营养启动指征的把握能力。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院 HIS 系统

第四章　单病种（术种）质量控制指标

单病种(术种)质控指标监测要求按照国家卫生健康委发布的《单病种质量监测信息项（2020年版）》及最新规定执行，本手册通过质量控制、资源消耗、数据填报进行评价，每个单病种（术种）评价指标为3条，5个监测指标。

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）、天、元、人、百分比（%）

【指标定义】

（一）质量控制

病死率：考核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。

（二）资源消耗

1.平均住院日：考核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。

2.次均费用：考核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。

（三）数据填报

1.单病种例数：考核年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和。

2.病例上报率：年度内符合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/同期某病种例数。

【计算方法】

$$\text{病死率}=\frac{\text{某病种死亡人数}}{\text{同期某病种例数}}\times 100\%$$

$$\text{平均住院日}=\frac{\text{某病种出院患者占用总床日数}}{\text{同期某病种例数}}$$

$$\text{次均费用}=\frac{\text{某病种总出院费用}}{\text{同期某病种例数}}$$

$$\text{病例上报率}=\frac{\text{报至国家单病种质量监测平台的病例数}}{\text{同期符合单病种纳入条件的该病种出院人数累加求和}}\times 100\%$$

同期某病种例数=同期符合纳入条件的某病种出院人数

【指标说明】

（1）分子：

分子1：某病种死亡人数是指考核年度某病种出院患者病案首页中离院方式为“死亡”（代码为5）的人数之和。

分子2：某病种出院患者占用总床日数是指考核年度某病种所有出院人数的住院床日之和。

分子3：某病种总出院费用是指考核年度某病种患者住院期间发生的与诊疗有关的所有费用之和。

（2）分母：同期某病种例数是指考核年度符合纳入条件的某病种出院人数。

（3）单病种提取需符合《疾病分类与代码国家临床版2.0》及《手术操作分类代码国家临床版3.0》要求。单病种提取包括疾病和手术，病种例数按照“出院人数”统计，手术例数则按照“手术人数”统计。

【指标意义】

单病种质量管理是一种标准化的、以病种（或手术）为单位而进行的全程医疗质量管理的新方法，它以明确诊断标准的单疾病（或手术）种类为一个质量评价单位，通过对疾病诊疗全过程，包括诊断、检查、治疗、治疗效果以及医疗费用等，实施标准化控制，达到提高医疗质量和促进医疗资源合理利用的目的具有相同疾病（或手术）诊断名称的一类患者运用相同指标进行医院间比较，可反映各医院的诊疗能力、技术水平和费用等差异性。

【指标导向】

每一单病种病死率：监测比较

每一单病种平均住院日：监测比较

每一单病种次均费用：监测比较

每一单病种例数：监测比较

每一单病种病例上报率：监测比较

【指标来源】病案首页、NCIS

【信息化提取建议】病案首页

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的出院患者

二、心力衰竭

主要诊断ICD-10编码：I05至I09，或I11至I13，或I20至I21，或I40至I41，或I42至I43伴第二诊断为I50的出院患者

三、房颤

主要诊断或第二诊断ICD-10编码：I48的出院患者

四、腹腔镜胆囊切除术

主要手术ICD-9-CM-3编码：51.23的手术出院患者

五、胃溃疡合并出血

主要诊断 ICD-10 编码：K25.000、K25.001、K25.400、K25.401 的出院患者

六、腹腔镜阑尾切除术

主要手术 ICD-9-CM-3 编码：47.0100 的手术出院患者

七、上消化道出血

主要诊断 ICD-10 编码：K92.201、K92.202、K92.203、K92.207、K92.208 的出院患者

八、直疝

主要诊断 ICD-10 编码：K40.302、K40.303、K40.305、K40.315、K40.402、K40.900×004、K40.902，且伴主要操作 ICD-9-CM-3 编码：17.1100×001、17.2100、17.2100×001、53.0100、53.0100×001、53.0101、53.0300、53.0301、53.0302 的手术出院患者

九、斜疝

主要诊断 ICD-10 编码：K40.301、K40.304、K40.306、K40.900×003、K40.901，且伴主要操作 ICD-9-CM-3 编码：17.1200、17.1200×001、17.2200×001、53.0102、53.0201、53.0202、53.0203、53.0301、53.0400、53.0401 的手术出院患者

十、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

十一、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

十二、脑出血

主要诊断 ICD-10 编码：I61.0 至 I61.9 的出院患者

十三、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

十四、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

十五、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

十六、急性动脉瘤性蛛网膜下腔出血（初发，手术治疗）

主要诊断 ICD-10 编码：I60.0 至 I60.9，且伴主要手术 ICD-9-CM 编码：01.3，02.2，02.3，38.3，38.4，38.6，39.5 的手术出院患者

十七、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

十八、主动脉腔内修复术

主要手术 ICD-9-CM-3 编码：39.73，39.78，39.71 的手术出院患者

十九、高原性肺水肿

主要诊断 ICD-10 编码：T70.201 的出院患者

二十、自发性气胸

主要诊断 ICD-10 编码：J93.0-J93.1 的出院患者

二十一、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

二十二、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

二十三、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

二十四、急性肺血栓栓塞症（急性发作，住院）

主要诊断 ICD-10 编码：I26.0 至 I26.9 的出院患者

二十五、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

二十六、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

二十七、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

二十八、膝关节置换术

主要手术 ICD-9-CM-3 编码：00.80 至 00.84，81.54，81.55 的手术出院患者

二十九、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；18 个月≤年龄≤8 岁（旧称先天性髋关节脱位）的手术出院患儿

三十、剖宫产

主要手术 ICD-9-CM-3 编码：74.0，74.1，74.2，74.4，74.99 的手术出院患者

三十一、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：65.01，66.01，66.02，66.62，66.95，74.3x 的手术出院患者

三十二、子宫肌瘤（手术治疗）

主要诊断 ICD-10 编码与名称：D25 开头，且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码：68.29，68.3 至 68.5，68.9 的手术出院患者

三十三、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

三十四、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 06.6 的手术出院患者

三十五、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

三十六、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

三十七、结肠癌（手术治疗）

主要诊断 ICD-10 编码：C18；且伴主要手术操作 ICD-9-CM-3 编码：17.31 至 17.36，17.39，45.4， 45.73 至 45.79，45.8 的手术出院患者

三十八、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 68.8 的手术出院患者

三十九、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

四十、终末期肾病血液透析

主要诊断 ICD-10 编码：N18.0，且伴主要操作 ICD-9-CM-3 编码：38.95，39.27，39.42，39.95 的血液透析患者

四十一、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

四十二、舌鳞状细胞癌（手术治疗）

主要诊断 ICD-10 编码：C01，C02，且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码：25.1 至 25.4，40.4 的手术出院患者

四十三、腮腺肿瘤（手术治疗）

主要诊断 ICD-10 编码：D10.5，D11.0，D33.2，C07，C10.2，C71.9，且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码：26.2，26.3 伴 04.03，04.04，04.42，40.29 的手术出院患者

四十四、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

四十五、白内障囊外摘除术（手术治疗）

主要诊断 ICD-10 编码：H25 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码：13.5900×001 的手术出院患者

四十六、白内障超声乳化抽吸术（手术治疗）

主要诊断 ICD-10 编码：H25 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码：13.4100×001 的手术出院患者

四十七、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76.79,79.31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64.4，64.9
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

四十八、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

四十九、住院精神疾病

主要诊断 ICD-10 编码：F00-F99 的出院患者

五十、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

五十一、感染性休克（脓毒症）早期治疗

主要诊断/其他诊断 ICD-10 编码：A02.1,A22.7,A32.7,A40.0 至 A40.9，A41.0 至 A41.9，A42.7，A54.8，B37.7，R57.2，R57.8，R65.9 的出院患者

五十二、急性呼吸窘迫综合症

主要诊断/其他诊断 ICD-10 编码：J80.X 的出院患者

五十三、重症急性胰腺炎（初始治疗）

主要诊断 ICD-10 编码：K85.0-9 的出院患者

五十四、甲状腺结节（手术治疗）

主要诊断 ICD-10 编码：D34，E04.0，E04.1，E04.2，E04.9 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码：06.2 至 06.5 的手术出院患者

五十五、**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；或伴②剖宫产手术 ICD9-CM-3 编码：74.0，74.1，74.2，74.4，74.99 的出院患者

第五章　重点医疗技术临床应用质量控制指标

一、限制类技术

限制类技术目录参照国家最新目录，日常管理严格按照相关质量控制指标执行（国家 2022 年版）。本手册选取以下指标进行评价：国家限制类技术开展项目数量、备案完成率及每项技术的系统填报率、平均住院日、死亡率。

【指标属性】定量指标

【计量单位】项、百分比（%）、百分比（%）、天、百分比（%）

【指标定义】

（一）国家限制类技术开展项目数量：医疗机构实际开展国家限制类医疗技术项目数量。

（二）备案完成率：医疗机构已完成备案的国家限制类医疗技术项目数占实际开展国家限制类医疗技术项目数的比例。

（三）每项技术质量控制监测指标

1.某项技术系统填报率：医疗机构在医疗技术临床应用管理信息系统上填报的某项技术病例总数占同期该技术实际开展病例总数的比例。

2.某项技术平均住院日：实施某项技术治疗的患者出院时占用总床日数与同期实施该技术治疗患者出院总人次之比。

3.某项技术患者死亡率：实施某项技术的患者死亡总人数占同期实施某技术的患者出院总人次的比例。

【计算方法】

（一）国家限制类技术开展项目数量

（二）备案完成率$=\frac{\text{医疗机构已完成备案的国家限制类医疗技术项目数}}{\text{实际开展国家限制类医疗技术项目数}}\times 100\%$

（三）每项技术质量控制监测指标

1.某项技术系统填报率

$=\frac{\text{在医疗技术临床应用管理信息系统上填报的某项技术病例总数}}{\text{实际开展国家限制类医疗技术项目数}}\times 100\%$

2.某项技术平均住院日＝$\frac{\text{实施某项技术治疗的患者出院时占用总床日数}}{\text{同期实施该技术治疗患者出院总人次}}$

3.某项技术患者死亡率＝$\frac{\text{实施某项技术的患者死亡总人数}}{\text{同期实施该技术的患者出院总人次}}\times 100\%$

【指标说明】

备案完成率：对某项限制类医疗技术，医疗机构内多个科室开展的均算1项，备案完成率需达100%。

【指标意义】

综合反映医疗机构开展国家限制类医疗技术的规范性、数据上报质量、运行效率及医疗技术水平和医疗技术的安全性。

【指标导向】

（一）国家限制类技术开展项目数量：监测比较。

（二）备案完成率：符合标准（100%）。

（三）每项技术质量控制监测指标

1.某项技术系统填报率：监测比较。

2.某项技术平均住院日：监测比较。

3.某项技术患者死亡率：监测比较。

【数据来源】医疗技术临床应用管理信息系统、病案首页、医院填报。

【信息化提取建议】病案首页

国家限制类技术临床应用管理规范

（2022 年版）

（一）异基因造血干细胞移植技术临床应用质量控制指标

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】

异基因造血干细胞移植适应证符合率

$$=\frac{\text{异基因造血干细胞移植术适应证选择正确的例数}}{\text{同期造血干细胞移植术总例数}}\times 100\%$$

【指标意义】

体现医疗机构开展造血干细胞移植技术时，严格掌握适应证的程度，是反映医疗机构造血干细胞移植技术医疗质量的重要过程性指标之一。

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】

异基因造血干细胞移植植入率

$$=\frac{\text{异基因造血干细胞移植术后100天内实现造血重建的患者例次数}}{\text{同期异基因造血干细胞移植患者总例次数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构造血干细胞移植技术水平的重要指标之一。

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】

重度（Ⅲ-Ⅳ度）急性移植物抗宿主病发生率

$$=\frac{\text{发生重度Ⅲ-Ⅳ度急性移植物抗宿主病患者例次数}}{\text{同期异基因造血干细胞移植患者总例次数}}\times 100\%$$

【指标意义】

体现医疗机构对不同移植方式造血干细胞移植术后aGVHD预防水平，是反映医疗机构造血干细胞移植技术医疗质量的重要过程性指标之一。

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】

慢性移植物抗宿主病发生率

$$=\frac{\text{异基因造血干细胞移植术后慢性移植物抗宿主病患者例次数}}{\text{同期异基因造血干细胞移植患者总例次数}}\times 100\%$$

【指标意义】

体现医疗机构对造血干细胞移植术后 cGVHD 预防水平，是反映医疗机构造血干细胞移植技术医疗质量的重要过程性指标之一。

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】

异基因造血干细胞移植相关死亡率

$$=\frac{\text{异基因造血干细胞移植术后 100 天内非复发死亡患者数}}{\text{同期异基因造血干细胞移植患者总数}}\times 100\%$$

【指标意义】

体现医疗机构对造血干细胞移植术后患者的综合管理水平，是反映医疗机构造血干细胞移植技术医疗质量的重要结果指标之一。

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】

异基因造血干细胞移植总体生存率

$$=\frac{\text{异基因造血干细胞移植后1年随访尚存活的患者数}}{\text{同期异基因造血干细胞移植患者总数}}\times 100\%$$

【指标意义】

体现医疗机构造血干细胞移植技术水平,是反映医疗机构造血干细胞移植技术医疗质量的重要结果指标之一。

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】

异基因造血干细胞移植无病生存率

$$=\frac{\text{异基因造血干细胞移植后1年随访无病存活的患者数}}{\text{同期异基因造血干细胞移植患者总数}}\times 100\%$$

【指标意义】

体现医疗机构造血干细胞移植技术水平,是反映医疗机构造血干细胞移植技术医疗质量的重要结果指标之一。

8.平均住院日

【指标属性】定量指标

【计量单位】日

【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】

$$\text{平均住院日}=\frac{\text{实施异基因造血干细胞移植治疗的患者出院时占用总床日数}}{\text{同期异基因造血干细胞移植治疗患者出院人数}}$$

【指标意义】

体现医疗机构造血干细胞移植技术的效率,是反映医疗机构造血干细胞移植技术医疗质量的重要结果指标之一。

9.平均住院费用

【指标属性】定量指标

【计量单位】元

【指标定义】

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】

$$\text{平均住院费用}=\frac{\text{实施异基因造血干细胞移植治疗的患者出院时住院总费用}}{\text{同期异基因造血干细胞移植治疗患者出院人数}}$$

【指标意义】

体现医疗机构造血干细胞移植技术的社会经济学效益,是反映医疗机构造血干细胞移植技术医疗质量的重要结果指标之一。

10.平均住院药费

【指标属性】定量指标

【计量单位】元

【指标定义】

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】

$$\text{平均住院药费}=\frac{\text{实施异基因造血干细胞移植治疗的患者出院时住院药品总费用}}{\text{同期异基因造血干细胞移植治疗患者出院人数}}$$

【指标意义】

体现医疗机构造血干细胞移植技术的社会经济学效益,是反映医疗机

构造血干细胞移植技术医疗质量的重要结果指标之一。

（二）同种胰岛移植技术临床应用质量控制指标

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】

$$胰岛纯度=\frac{DTZ染色阳性的胰岛数}{纯化的细胞团总数}\times 100\%$$

【指标意义】

反映胰岛纯化效果，体现胰岛提取技术水平的指标。

2.总胰岛当量

【指标属性】定量指标

【指标定义】

胰岛当量（IsletEquivalentQuantity，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。（见注）

【计算方法】

$$总胰岛当量=\frac{3次计数的胰岛当量（IEQ）之和}{3}\times 20\times 样本量（ml）$$

【指标意义】

用于计算获取胰岛数量，体现胰岛提取技术水平的指标。

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】

$$胰岛活率=\frac{活胰岛数}{胰岛总数}\times 100\%$$

【指标意义】

用于评价获取胰岛中活细胞的比例，体现胰岛提取技术水平的指标。

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】

胰岛产物微生物培养/基因监测阳性率

$$=\frac{胰岛产物微生物培养/基因检测阳性的样本数}{同期胰岛产物微生物培养/基因检测总样本数}\times 100\%$$

【指标意义】

用于评价获取胰岛产物的生物安全性。

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】

$$围手术期并发症发生率=\frac{围手术期并发症发生的例次数}{同期同种胰岛移植治疗总例次数}\times 100\%$$

【指标意义】

用于评价同种胰岛移植治疗技术的安全性。

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】

$$术后死亡率=\frac{术后患者死亡人数}{同期同种胰岛移植治疗患者总数}\times 100\%$$

【指标意义】

用于评价同种胰岛移植治疗安全性。

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】

$$患者随访率=\frac{同种胰岛移植治疗后一定时间内完成随访的例次数}{同期同种胰岛移植治疗总例次数}\times 100\%$$

【指标意义】

反映同种胰岛移植治疗患者的远期疗效及管理水平。

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≥0.3ng/mL；

（4）胰岛素用量较术前减少＞30%。

移植后有效率是指同种胰岛移植治疗后1年、3年和5年随访，移植后有效的患者数占同期同种胰岛移植治疗患者总数的比例。

【计算方法】

$$移植后有效率=\frac{一定时间内移植后有效的患者数}{同期同种胰岛移植治疗患者总数}\times 100\%$$

【指标意义】

反映同种胰岛移植治疗患者的远期疗效。

注：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）。

（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

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。（见注）

【计算方法】

$$符合规定的来源移植物比例=\frac{符合规定的来源移植物数}{同期移植物总数}\times 100\%$$

【指标意义】

反映移植物来源的规范性。

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】

$$\text{术中移植物微生物培养阳性率}=\frac{\text{术中移植物微生物培养阳性的样本数}}{\text{同期术中移植物微生物培养总样本数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映同种异体运动系统结构性组织移植术中感染风险。

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】

$$\text{围手术期并发症发生率}=\frac{\text{围手术期并发症发生的例次数}}{\text{同期同种异体运动系统结构性组织移植手术总例次数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映同种异体运动系统结构性组织移植手术的安全性。

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】

$$\text{微创手术比例}=\frac{\text{微创同种异体运动系统结构性组织移植手术例次数}}{\text{同期同种异体运动系统结构性组织移植手术总例次数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映同种异体运动系统结构性组织移植手术水平。

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】

$$\text{患者随访率}=\frac{\text{一定时间内完成随访的例次数}}{\text{同期同种异体运动系统结构性组织移植手术总例次数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映同种异体运动系统结构性组织移植治疗患者的远期疗效及管理水平。

注：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。

（四） 同种异体角膜移植技术临床应用质量控制指标

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】

同种异体角膜内皮移植供体使用率

$$=\frac{\text{用于临床同种异体角膜内皮移植的供体材料数}}{\text{同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映供体材料的质量及医疗技术水平。

（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】

同种异体穿透角膜移植供体使用率

$$=\frac{\text{用于临床同种异体穿透角膜移植的供体材料数}}{\text{同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映供体材料的质量及医疗技术水平。

（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】

同种异体板层角膜移植供体使用率

$$=\frac{\text{用于临床同种异体板层角膜移植的供体材料数}}{\text{同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映供体材料的质量及医疗技术水平。

（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】

同种异体角膜缘干细胞移植供体使用率

$$=\frac{\text{用于临床同种异体角膜缘干细胞移植的供体材料数}}{\text{同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映供体材料的质量及医疗技术水平。

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】

$$同种异体角膜移植成功率=\frac{同种异体角膜移植成功的例数}{同期同种异体角膜移植总例数}\times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构同种异体角膜移植技术水平。

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】

$$角膜植片透明率=\frac{角膜植片透明的例数}{同期同种异体角膜移植总例数}\times 100\%$$

【指标意义】

反映供体材料的质量及医疗技术水平。

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】

$$角膜原发疾病控制率=\frac{术后角膜原发疾病基本改善或治愈的例数}{同期同种异体角膜移植总例数}\times 100\%$$

【指标意义】

反映同种异体角膜移植术后角膜原发疾病的控制情况。

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】

$$\text{并发症发生率}=\frac{\text{同种异体角膜移植术后发生并发症的例数}}{\text{同期同种异体角膜移植总例数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构同种异体角膜移植技术水平的重要指标之一。

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】

$$\text{术后视力提高率}=\frac{\text{术后视力提高的例数}}{\text{同期同种异体角膜移植总例数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映同种异体角膜移植术后视力改善情况。

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】

$$\text{诊断符合率}=\frac{\text{诊断符合的例数}}{\text{同期同种异体角膜移植总例数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构同种异体角膜移植患者入院诊断的准确性。

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】

$$\text{患者随访率}=\frac{\text{同种异体角膜移植术后一定时间内完成随访的例次数}}{\text{同期同种异体角膜移植手术总例次数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映同种异体角膜移植患者的远期疗效及管理水平。

9.角膜组织存活率

【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】

$$\text{角膜组织存活率}=\frac{\text{一定时间内随访尚存活的角膜组织数}}{\text{同期同种异体角膜移植角膜组织总数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映同种异体角膜移植患者的远期疗效。

（五）性别重置技术临床应用质量控制指标

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】

$$术中输血率=\frac{性别重置技术手术对象术中接受400ml及以上输血治疗的手术例数}{同期性别重置技术总例数}\times100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构性别重置技术水平的重要指标之一。

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】

$$术后输血率=\frac{性别重置技术手术对象术后接受400ml及以上输血治疗的例数}{同期性别重置技术总例数}\times100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构性别重置技术水平的重要指标之一。

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】

术中自体血输注率

$$=\frac{\text{术中接受 400ml 及以上自体血（包括自体全血及自体血红细胞）输注例数}}{\text{同期术中接受 400ml 及以上输血治疗的总例数}}\times 100\%$$

【指标意义】

自体血的应用可以显著降低异体输血带来的风险,是反映医疗机构医疗质量的重要结构性指标之一。

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】

$$\text{术后 1 年随访率}=\frac{\text{性别重置术后 1 年完成随访的例数}}{\text{同期性别重置手术总例数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映性别重置技术手术对象的远期疗效及管理水平。

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】

术后 2 周内感染率=$\frac{\text{性别重置术后 2 周内发生感染的例数}}{\text{同期性别重置手术总例数}}\times 100\%$

【指标意义】

反映医疗机构性别重置技术水平和安全性重要指标之一。

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】

尿瘘发生率=$\frac{\text{性别重置术后尿瘘发生的例数}}{\text{同期性别重置手术总例数}}\times 100\%$

【指标意义】

反映医疗机构性别重置技术水平和安全性重要指标之一。

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】

再造尿路狭窄率=$\frac{\text{性别重置术后半年内发生再造尿道狭窄的例数}}{\text{同期女变男性别重置手术总例数}}\times 100\%$

【指标意义】

反映医疗机构性别重置技术水平和安全性重要指标之一。

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】

$$再造阴道狭窄率=\frac{性别重置术后半年内发生再造阴道狭窄的例数}{同期男变女性别重置手术总例数}\times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构性别重置技术水平和安全性重要指标之一。

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】

$$直肠阴道瘘发生率=\frac{性别重置术后发生直肠阴道瘘发生的例数}{同期性别重置手术总例数}\times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构性别重置技术水平和安全性重要指标之一。

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】

$$皮瓣坏死发生率=\frac{性别重置术后再造器官应用的皮瓣发生坏死的例数}{同期性别重置手术总例数}\times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构性别重置技术水平和安全性重要指标之一。

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】

$$\text{术后 1 周内死亡率}=\frac{\text{术后 1 周内手术对象死亡人数}}{\text{同期性别重置手术对象总数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构性别重置技术水平和安全性重要指标之一。

（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

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】

接受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】

$$\text{病理诊断率}=\frac{\text{接受质子或重离子放射治疗前有明确病理诊断的患者数}}{\text{同期质子或重离子放射治疗患者总数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构质子或重离子放射治疗的规范性。

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】

$$\text{临床 TNM 分期比例}=\frac{\text{进行各临床 TNM 分期的患者数}}{\text{同期质子或重离子放射治疗患者总数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构质子或重离子放射治疗的规范性。

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】

$$\text{MDT 执行率}=\frac{\text{治疗前执行 MDT 的患者数}}{\text{同期质子或重离子放射治疗患者总数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构质子或重离子放射治疗的规范性。

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】

$$治疗方案完成率=\frac{完成既定治疗方案的患者数}{同期质子或重离子放射治疗患者总数}\times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构质子或重离子放射治疗的规范性。

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】

$$不良反应发生率=\frac{发生不良反应的患者数}{同期质子或重离子放射治疗患者总数}\times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构质子或重离子放射治疗的安全性。

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】

$$6\text{个月内死亡率}=\frac{6\text{个月内死亡的患者数}}{同期质子或重离子放射治疗患者总数}\times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构质子或重离子放射治疗的安全性和患者适应证选择的合理性。

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】

质子或重离子放射治疗后一定时间（1、2、5年）内完成随访的例次数占同期质子或重离子放射治疗总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{患者随访率}=\frac{\text{质子或重离子放射治疗后一定时间内完成随访的例次数}}{\text{同期质子或重离子放射治疗总例次数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映质子或重离子放射治疗患者的远期疗效及医疗机构的管理水平。

（七）放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标

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。（见注1）

【计算方法】

$$\text{植入指征正确率}=\frac{\text{放射性粒子植入治疗技术应用适应证选择正确的例数}}{\text{同期放射性粒子植入治疗总例数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构开展放射性粒子植入治疗技术时严格掌握适应证的程度,是反映医疗机构放射性粒子植入治疗技术医疗质量的重要过程性指标之一。

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】

$$\text{术前制订治疗计划率}=\frac{\text{术前完成植入治疗计划（TPS）制订的患者例数}}{\text{同期放射性粒子植入治疗总例数}}\times 100\%$$

【指标意义】

体现术前对患者病情整体评估，并根据患者病情确定适宜治疗方案的情况，是反映医疗机构放射性粒子植入治疗技术医疗质量的重要过程性指标之一。

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】

$$\text{术后放射剂量验证率}=\frac{\text{完成术后放射剂量验证的患者例数}}{\text{同期放射性粒子植入治疗总例数}}\times 100\%$$

【指标意义】

体现术后对患者病情整体评估情况,是反映医疗机构放射性粒子植入治疗技术医疗质量的重要过程性指标之一。

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。（见注 2）

【计算方法】

（1）穿刺相关主要并发症发生率。

$$穿刺相关主要并发症总发生率=\frac{发生穿刺操作相关主要并发症的例数}{同期放射性粒子植入治疗总例数}\times 100\%$$

$$感染发生率=\frac{发生穿刺相关感染患者例数}{同期放射性粒子植入治疗总例数}\times 100\%$$

$$出血发生率=\frac{发生穿刺相关出血患者例数}{同期放射性粒子植入治疗总例数}\times 100\%$$

$$气胸发生率=\frac{发生穿刺相关气胸并发症患者例数}{同期肺部实体肿瘤放射性粒子植入例数}\times 100\%$$

$$神经损伤发生率=\frac{发生穿刺相关神经损伤并发症患者例数}{同期放射性粒子植入治疗总例数}\times 100\%$$

（2）放射性损伤相关主要并发症发生率。

放射性损伤相关主要并发症总发生率

$$=\frac{发生放射性损伤相关主要并发症的例数}{同期放射性粒子植入治疗总例数}\times 100\%$$

$$皮肤溃疡发生率=\frac{发生放射相关皮肤溃疡并发症患者例数}{同期浅表肿瘤放射性粒子植入例数}\times 100\%$$

$$放射性肺炎发生率=\frac{发生放射性肺炎并发症患者例数}{同期肺部实体肿瘤放射性粒子植入例数}\times100\%$$

$$放射性脊髓炎发生率=\frac{发生放射性脊髓炎并发症患者例数}{同期骨组织或其邻近组织实体肿瘤放射性粒子植入例数}\times100\%$$

$$放射性膀胱炎发生率=\frac{发生放射性膀胱炎并发症患者例数}{同期盆腔炎实体肿瘤放射性粒子植入例数}\times100\%$$

$$放射性肠炎发生率=\frac{发生放射性肠炎并发症患者例数}{同期腹腔脏器肿瘤放射性粒子植入例数}\times100\%$$

$$放射性脑坏死发生率=\frac{发生放射相关脑坏死并发症患者例数}{同期颅内肿瘤放射性粒子植入例数}\times100\%$$

【指标意义】

体现放射性粒子植入治疗技术安全性,是反映医疗机构放射性粒子植入治疗技术医疗质量的重要结果指标。

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。（见注 3）

【计算方法】

$$放射性粒子植入治疗有效率=\frac{放射性粒子植入治疗有效的患者例数}{同期放射性粒子植入治疗总例数}\times100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构开展放射性粒子植入治疗技术的效果,是反映医疗机构放射性粒子植入治疗技术医疗质量的重要结果指标之一。

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】

$$\text{术后 30 天内全因死亡率}=\frac{\text{放射性粒子植入术后 30 天内全因死亡患者例数}}{\text{同期放射性粒子植入治疗总例数}}\times 100\%$$

【指标意义】

体现放射性粒子植入治疗技术的安全性,是反映医疗机构放射性粒子植入治疗技术医疗质量的重要结果指标之一。

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（见注 4）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】

$$\text{患者随访率}=\frac{\text{放射性粒子植入治疗后一定时间内完成随访的例次数}}{\text{同期放射性粒子植入治疗总例次数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构对放射性粒子植入治疗出院患者的长期管理水平。

8.患者术后生存率

【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】

$$\text{患者术后生存率}=\frac{\text{放射性粒子植入治疗后某一时间随访尚存活的患者数}}{\text{同期放射性粒子植入治疗患者总数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构开展放射性粒子植入治疗的长期治疗效果。

注：

1.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.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。

3.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。

4.放射性粒子植入治疗随访的国际标准：治疗后半年内每 2 个月 1 次，治疗后半年至 2 年内每 3 个月 1 次，治疗后 2 年到 5 年每半年 1 次，5 年后每年 1 次。

（八）肿瘤消融治疗技术临床应用质量控制指标

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（见注 1）。

【计算方法】

$$\text{肿瘤消融治疗指征正确率}=\frac{\text{符合治疗指征的例次数}}{\text{同期肿瘤消融治疗总例次数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构肿瘤消融治疗技术的规范性。

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】

$$\text{肿瘤消融治疗完成率}=\frac{\text{实际完成消融治疗的病灶总数}}{\text{同期计划完成消融治疗的病灶总数}}\times 100\%$$

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（见注 2）。

【计算方法】

$$\text{肿瘤消融治疗后局部病灶有效控制率}=\frac{\text{肿瘤消融治疗后局部病灶有效控制的例次数}}{\text{同期肿瘤消融治疗总例次数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映肿瘤消融治疗后局部病灶的控制情况。

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(见注3)。

【计算方法】

$$大量出血发生率=\frac{肿瘤消融治疗大量出血发生的例次数}{同期肿瘤消融治疗总例次数}\times 100\%$$

$$严重气胸发生率=\frac{肿瘤消融治疗严重气胸发生的例次数}{同期肿瘤消融治疗总例次数}\times 100\%$$

$$临近重要脏器损伤发生率=\frac{肿瘤消融治疗临近重要脏器损伤发生的例次数}{同期肿瘤消融治疗总例次数}\times 100\%$$

$$严重感染发生率=\frac{肿瘤消融治疗严重感染发生的例次数}{同期肿瘤消融治疗总例次数}\times 100\%$$

【指标意义】

反映肿瘤消融治疗的安全性。

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、麻醉以及其他任何因素。

【计算方法】

$$肿瘤消融治疗后30天内死亡率=\frac{肿瘤消融治疗后30天内死亡患者数}{同期肿瘤消融治疗患者总数}\times 100\%$$

【指标意义】

反映肿瘤消融治疗的安全性。

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】

肿瘤消融治疗后一定时间（6个月、1年、2年、3年、5年）内完成随访的例次数占同期肿瘤消融治疗总例次数的比例。

【计算方法】

$$\text{患者随访率}=\frac{\text{肿瘤消融治疗后一定时间内完成随访的例次数}}{\text{同期肿瘤消融治疗总例次数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映肿瘤消融治疗患者的远期疗效及管理水平。

7.平均住院日

【指标属性】定量指标

【计量单位】日

【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】

$$\text{平均住院日}=\frac{\text{实施肿瘤消融治疗的患者出院时占用总床日数}}{\text{同期肿瘤消融治疗患者出院人数}}$$

【指标意义】

反映肿瘤消融治疗技术水平，是分析成本效益的重要指标之一。

8.甲状腺肿瘤消融治疗

【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。

【计算方法】

（1）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。

甲状腺良性肿瘤消融治疗占比

$$=\frac{\text{甲状腺良性肿瘤消融治疗的例次数}}{\text{同期甲状腺良、恶性肿瘤消融治疗总例次数}}\times 100\%$$

（2）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。

小于 2cm 甲状腺良性肿瘤消融治疗占比

$$=\frac{\text{小于 2cm 甲状腺良性肿瘤消融治疗的例次数}}{\text{同期甲状腺良性肿瘤消融治疗总例次数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反应甲状腺肿瘤消融治疗的临床规范化应用状况。

注：

1.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 ChildA、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.肿瘤局部病灶有效控制是指肿瘤消融治疗后 1 个月内，增强影像学检查证实肿瘤完全消融。

3.肿瘤消融治疗发生的严重并发症：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。

（九）心室辅助技术临床应用质量控制指标

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。（见注1）

【计算方法】

心室辅助技术应用适应证选择正确率

$$=\frac{\text{心室辅助技术应用适应证选择正确的例数}}{\text{同期心室辅助装置应用总例数}}\times 100\%$$

【指标意义】

体现医疗机构开展心室辅助技术时严格掌握适应证的程度，是反映医疗机构心室辅助技术医疗质量的重要过程性指标之一。

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】

$$\text{心室辅助装置有效撤除率}=\frac{\text{有效撤除心室辅助装置例次数}}{\text{同期心室辅助装置应用总例数}}\times 100\%$$

【指标意义】

体现应用心室辅助装置的治疗效果，是反映医疗机构心室辅助技术医疗质量的重要过程性指标之一。

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】

$$\text{术后 30 天内死亡率}=\frac{\text{心室辅助装置植（介）入术后 30 天内全因死亡患者数}}{\text{同期心室辅助装置介入患者总数}}\times 100\%$$

【指标意义】

体现应用心室辅助装置的治疗效果，是反映医疗机构心室辅助技术医疗质量的重要结果指标之一。

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】

$$\text{心室辅助桥接到心脏移植率}=\frac{\text{心室辅助桥接到心脏移植例数}}{\text{同期心室辅助装置应用总例数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映心室辅助装置应用后转归的重要过程指标。

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（见注 2）。

【计算方法】

$$菌血症和败血症发生率=\frac{发生菌血症和败血症感染患者数}{同期心室辅助装置植（介）入患者总数}\times100\%$$

$$纵隔感染发生率=\frac{发生纵隔感染患者数}{同期心室辅助装置植（介）入患者总数}\times100\%$$

$$驱动线缆感染发生率=\frac{发生驱动线缆感染患者数}{同期心室辅助装置植（介）入患者总数}\times100\%$$

$$内脏出血发生率=\frac{发生内脏出血患者数}{同期心室辅助装置植（介）入患者总数}\times100\%$$

$$非计划性手术发生率=\frac{发生非计划性手术患者数}{同期心室辅助装置植（介）入患者总数}\times100\%$$

$$溶血发生率=\frac{发生溶血并发症患者数}{同期心室辅助装置植（介）入患者总数}\times100\%$$

$$血栓栓塞发生率=\frac{发生血栓栓塞并发症患者数}{同期心室辅助装置植（介）入患者总数}\times100\%$$

$$右心功能衰竭发生率=\frac{发生右心功能衰竭患者数}{同期心室辅助装置植（介）入患者总数}\times100\%$$

$$神经系统并发症发生率=\frac{发生神经系统并发症患者数}{同期心室辅助装置植（介）入患者总数}\times100\%$$

$$肾功能衰竭发生率=\frac{发生肾功能衰竭患者数}{同期心室辅助装置植（介）入患者总数}\times100\%$$

【指标意义】

体现应用心室辅助装置的治疗安全性,是反映医疗机构心室辅助技术医疗质量的重要结果指标。

6.术后随访率

【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】

$$\text{术后随访率}=\frac{\text{心室辅助装置植（介）入后一定时间内完成随访的例次数}}{\text{同期心室辅助装置植（介）入总例次数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构对心室辅助技术治疗出院患者的长期管理水平。

7.患者术后生存率

【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】

$$\text{患者术后生存率}=\frac{\text{心室辅助装置植（介）入后一定时间内随访尚存活的患者数}}{\text{同期心室辅助装置植（介）入患者总数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构开展心室辅助技术的长期治疗效果。

注：

1.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＜2.0L/m2。

（2）最大氧耗量＜14ml/kg·min。

（3）6 分钟步行试验＜150m。

（4）NT-proBNP＞5000pg/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＞18mmHg。

（8）大剂量（>15ug/kg·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.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。

（十）人工智能辅助治疗技术临床应用质量控制指标

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】

$$\text{平均术前准备时间}=\frac{\text{人工智能辅助治疗技术术前准备时间总和}}{\text{同期人工智能辅助治疗技术患者总数}}$$

【指标意义】

反映人工智能辅助治疗技术术前准备的熟练程度。

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】

$$\text{平均手术时间}=\frac{\text{同一术种人工智能辅助治疗技术手术时间总和}}{\text{同一术种同期人工智能辅助治疗技术患者总数}}$$

【指标意义】

反映手术操作者人工智能辅助治疗技术熟练程度。

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】

$$\text{重大并发症发生率}=\frac{\text{同一术种术中、术后发生重大并发症的例数}}{\text{同一术种同期人工智能辅助治疗技术总例数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构人工智能辅助治疗技术水平及安全性。

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他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】

$$\text{手术中转率}=\frac{\text{同一术种术中因各种原因转为其他手术方式的例数}}{\text{同一术种同期人工智能辅助治疗技术总例数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构人工智能辅助治疗技术水平及规范性。

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】

$$术中设备不良事件发生率=\frac{术中发生设备不良事件的例数}{同期人工智能辅助治疗技术总例数}\times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构人工智能辅助治疗技术手术系统设备管理和维护能力，以及患者安全保障能力。

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】

$$术中及术后死亡率=\frac{同一术种术中及术后患者死亡人数}{同一术种同期人工智能辅助治疗技术患者总数}\times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构人工智能辅助治疗技术水平的重要结果指标之一。

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】

$$\text{人工智能辅助治疗技术比例}=\frac{\text{实施人工智能辅助治疗技术的例次数}}{\text{同期该类疾病手术治疗总例次数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构相关专业在选择人工智能辅助治疗技术的适宜性和科学性。

8.平均住院日

【指标属性】定量指标

【计量单位】日

【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】

$$\text{平均住院日}=\frac{\text{实施人工智能辅助治疗技术的患者总床日数}}{\text{同期实施人工智能辅助治疗技术的患者出院人数}}$$

【指标意义】

体现人工智能辅助治疗技术的效率，是反映医疗机构人工智能辅助治疗技术医疗质量的重要结果指标之一。

（十一）体外膜肺氧合（ECMO）技术临床应用质量控制指标

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】

$$\text{ECMO 有效撤除率}=\frac{\text{有效撤除 ECMO 例次数}}{\text{同期 ECMO 应用总例次数}}\times 100\%$$

【指标意义】

体现应用 ECMO 的治疗效果，是反映医疗机构 ECMO 医疗质量的重要过程性指标之一。

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】

$$\text{30 天全因死亡率}=\frac{\text{ECMO 应用后 30 天内全因死亡患者数}}{\text{同期 ECMO 应用患者总数}}\times 100\%$$

【指标意义】

体现应用 ECMO 的治疗效果，是反映医疗机构 ECMO 医疗质量的重要结果指标之一。

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】

$$一年生存率=\frac{ECMO\ 应用后\ 1\ 年随访尚存活的患者数}{同期\ ECMO\ 应用患者总数}\times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构开展 ECMO 的长期治疗效果。

4.机械故障指标

【计算方法】

$$氧合器故障发生率=\frac{氧合器故障例次数}{同期\ ECMO\ 应用氧合器例次数}\times 100\%$$

$$循环管路进气发生率=\frac{循环管路进气患者例次数}{同期\ ECMO\ 应用患者例次数}\times 100\%$$

$$泵头故障发生率=\frac{发生泵头故障患者例次数}{同期\ ECMO\ 应用泵头例次数}\times 100\%$$

$$停泵故障发生率=\frac{发生停泵故障患者例次数}{同期\ ECMO\ 应用患者例次数}\times 100\%$$

$$意外脱管发生率=\frac{发生管路脱落例次数}{同期\ ECMO\ 应用管路例次数}\times 100\%$$

$$置管意外发生率=\frac{发生置管意外例次数}{同期\ ECMO\ 应用患者例次数}\times 100\%$$

【指标意义】

体现应用 ECMO 的治疗安全性，是反映医疗机构 ECMO 医疗质量的重要结果指标。

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】

$$出血发生率=\frac{发生出血并发症例次数}{同期\ ECMO\ 应用例次数}\times 100\%$$

$$溶血发生率=\frac{发生溶血并发症例次数}{同期\ ECMO\ 应用例次数}\times 100\%$$

$$血栓栓塞发生率=\frac{发生血栓栓塞并发症例次数}{同期\ ECMO\ 应用例次数}\times 100\%$$

$$下肢缺血坏死发生率=\frac{发生下肢缺血坏死例次数}{同期\ ECMO\ 应用例次数}\times 100\%$$

$$神经系统并发症发生率=\frac{发生神经系统并发症例次数}{同期\ ECMO\ 应用例次数}\times 100\%$$

$$血源性感染发生率=\frac{发生血源性感染例次数}{同期\ ECMO\ 应用例次数}\times 100\%$$

【指标意义】

体现 ECMO 应用的治疗安全性，是反映医疗机构 ECMO 医疗质量的重要结果指标。

注：患者纳入标准：

V-AECMO：①各种原因引起的心源性休克：心指数小于 2.0L/min/m2 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-VECMO：①严重 ARDS：在最优的机械通气条件下（Fi02≥0.8，潮气量为 6ml/kg 理想体重，PEEP≥5cmH20，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-VECMO 支持：（1）Pa02/Fi02<50mmHg 超过 3 小时；（2）Pa02/Fi02<80mmHg 超过 6 小时；（3）Fi02=100%，Pa02/Fi02<100mmHg；（4）动脉血 pH<7.25 且 PaC02>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>30cmH20 或驱动压>15cmH20；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-VECMO 或体外二氧化碳清除（ECCO2R）；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-VECMO。
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。
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。
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

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】

$$\text{冷缺血时间比例}=\frac{\text{冷缺血时间在一定时间内的自体器官移植手术例数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}}\times 100\%$$

（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】

$$无器官期时间比例=\frac{无器官期时间在一定时间内的自体器官移植手术例数}{同期自体器官移植术总例数}\times 100\%$$

（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】

$$手术时间比例=\frac{手术时间在一定时间内的自体器官移植手术例数}{同期自体器官移植术总例数}\times 100\%$$

（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】

$$术中大出血发生率=\frac{术中出血量在2000ml及以上的手术例数}{同期自体器官移植术总例数}\times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构自体器官移植技术水平。

（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】

$$术中输血率（红细胞）=\frac{术中输入红细胞例数}{同期自体器官移植术总例数}\times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构自体器官移植技术水平。

（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】

$$平均术中输血量（红细胞）=\frac{术中输入红细胞总量}{同期自体器官移植术总例数}\times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构自体器官移植技术水平。

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】

$$自体器官移植成功率=\frac{自体器官移植术成功的例数}{同期自体器官移植术总例数}\times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构自体器官移植技术水平。

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】

$$术后早期器官功能不全发生率=\frac{术后发生早期器官功能不全的手术例数}{同期自体器官移植术总例数}\times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构自体器官移植技术水平和安全性。

（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】

$$术后非计划二次手术率=\frac{术后发生非计划二次手术的手术例数}{同期自体器官移植术总例数}\times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构自体器官移植术技术水平和安全性。

（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】

$$\text{术后血管并发症发生率}=\frac{\text{发生一定时间内发生血管并发症的手术例数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构自体器官移植技术水平和安全性。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。（见注）

【计算方法】

$$\text{Clavien-Ⅲ级及以上并发症发生率}=\frac{\text{术后发生 Clavien-Ⅲ级及以上并发症的手术例数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}}\times 100\%$$

（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】

$$术后耐药菌感染发生率=\frac{术后发生耐药菌感染的手术例数}{同期自体器官移植术总例数}\times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构自体器官移植技术水平和安全性。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】

$$术后早期死亡率=\frac{术后30天内患者全因死亡例数}{同期自体器官移植术总例数}\times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构自体器官移植技术水平和安全性。

（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

$$=\frac{\text{术后 30 天内因手术或原发疾病非计划性再次入院治疗例数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构自体器官移植术技术水平和安全性。

（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】

$$\text{原发器官疾病术后复发率}=\frac{\text{术后一定时间内原发器官疾病复发患者数}}{\text{同期自体器官移植患者总数}}\times 100\%$$

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】

术后全身系统严重并发症发生率

$$=\frac{\text{术后发生全身系统严重并发症的患者数}}{\text{同期自体器官移植患者总数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构自体器官移植技术水平的重要结果指标之一。

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】

$$患者随访率=\frac{术后一定时间内完成随访的例次数}{同期自体器官移植术总例次数}\times 100\%$$

【指标意义】

反映自体器官移植术患者的远期疗效及管理水平。

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】

$$术后长期生存率=\frac{术后一定时间内随访存活的患者数}{同期自体器官移植术患者总数}\times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构自体器官移植术技术水平、安全性和治疗有效性。

注：

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）。

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】

是指医疗机构向人体器官获取组织报送的潜在器官捐献者人数占同期院内死亡人数的比例。

【计算方法】

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

$$= \frac{\text{向人体器官获取组织报送的潜在器官捐赠者人数}}{\text{同期院内死亡人数}} \times 100\%$$

【指标意义】

体现器官捐献工作的能力。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】病案首页、中国人体器官分配与共享计算机系统（COTRS）。

【信息化提取建议】从病案首页统计信息

（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与院内死亡人数比是指医疗机构年度实现器官捐献的人数与院内死亡人数的比例。

【计算方法】

$$\text{实现器官捐献的人数与院内死亡人数比} = \frac{\text{年度实现器官捐献的人数}}{\text{同期院内死亡人数}} \times 100\%$$

【指标意义】

体现器官捐献工作的能力。

【指标导向】监测比较

【数据来源】病案首页、COTRS

【信息化提取建议】从病案首页统计信息

（三）人体器官获取组织质量控制指标（国卫办医函〔2019〕197号）

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】

器官捐献转化率是指在人体器官获取组织OPO服务区域内，年度完成器官获取的器官捐献者数量占潜在捐献者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{器官捐献转化率} = \frac{\text{年获取捐献者数量}}{\text{同期潜在捐献者总数}} \times 100\%$$

【指标意义】

体现器官捐献和OPO器官获取工作能力。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】COTRS

【信息化提取建议】从COTRS提取信息

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】

平均器官产出率是指在OPO服务区域内，年度获取并完成移植的器官数量与器官捐献者总数的比例。

【计算方法】

$$\text{平均器官产出率}=\frac{\text{年获移植器官数量}}{\text{同期器官捐献者总数}}\times 100\%$$

【指标意义】

体现器官捐献和OPO器官获取工作能力。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】COTRS

【信息化提取建议】从中国人体器官分配与共享计算机系统COTRS统计报表中汇总已完成捐献的器官利用情况。

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】

器官捐献分类占比是指脑死亡来源器官捐献者（DBD）、心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】

$$\text{（DBD/DCD/DBCD）占比}=\frac{\text{年获（DBD/DCD/DBCD）数量}}{\text{同期器官捐献者总数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映获取器官来源占比情况。

【指标导向】DBD占比逐步提高、DCD、DBCD占比逐步降低

【数据来源】COTRS

【信息化提取建议】从中国人体器官分配与共享计算机系统 COTRS 统计 COTRS 系统数据统计完成脑死亡来源器官献者（DBD）、心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。

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】

器官获取利用率是指器官获取后用于移植的器官数量占同期获取器官总数的比例。

【计算方法】

$$\text{获取器官利用率}=\frac{\text{用于移植的器官数量}}{\text{同期获取器官总数}}\times 100\%$$

【指标意义】

评价 OPO 对器官捐献供者维护、器官质量评估及转化为合适移植器官的能力。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】COTRS

【信息化提取建议】从中国人体器官分配与共享计算机系统 COTRS 统计器官获取后用于移植的器官数量与同期获取器官总数。

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】

捐献器官获取前活检率是指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】

$$\text{捐献器官获取活检率}=\frac{\text{获取前活检器官数量}}{\text{同期获取器官总数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映捐献器官获取前器官质量评估情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】从实施器官捐献者电子病历信息中统计获取前对捐献器官进行活体组织病理检查的数量。

（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】

捐献器官获取后活检率是指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】

$$\text{捐献器官获取后活检率}=\frac{\text{获取后移植前活检器官数量}}{\text{同期获取器官总数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映捐献器官获取后器官质量评估情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】从实施器官捐献者电子病历信息中统计获取后移植前对捐献器官进行活体组织病理检查的数量。

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】

边缘供器官比率是指边缘供器官数量占同期获取器官总数的比例。

【计算方法】

$$\text{边缘供器官比率}=\frac{\text{边缘供器官数量}}{\text{同期获取器官总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

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。

⑴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/m²；

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＜60mHg，＞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。

⑵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；

③BMI>30kg/m²；

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。

⑶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（＜14m）、轻度瓣膜反流、易于矫治的先天性心脏病如卵圆孔未闭、冠状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。

⑷边缘供肺标准。具有下列特征之一的属于边缘供肺：

①ABO血型不同但相容；

②60岁＜年龄＜70岁；

③250mmHg<PaO_2）＜300mmHg($Fi0_2$=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。

【指标意义】

评估 OPO 产出器官质量。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】从实施器官捐献者电子病历信息中综合评价得出捐献器官是否属于边缘器官。

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】

器官保存液病原菌培养阳性率是指 OPO 获取的器官其保存液中病原菌培养阳性者器官数占获取器官总例数的比例。

【计算方法】

$$\text{器官保存液病原菌培养阳性率}=\frac{\text{病原菌培养阳性者例数}}{\text{同期获取器官总例数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映获取器官的安全性。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】无

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】

移植器官原发性无功能发生率是指同年度捐献器移植术后 PNF 并发症发生比例。

【计算方法】

$$\text{总 PNF 发生率}=\frac{\text{年度 PNF 病例数}}{\text{同期移植病例总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

移植器官原发性无功能发生率包括总 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。

【指标意义】

反映 OPO 器官维护、质量评估能力。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】中国肝移植注册系统、中国肾移植科学登记系统、中国肺移植注册系统、中国心脏移植注册系统。

【信息化提取建议】从中国肝移植、肾移植、肺移植、心脏移植注册系统获取。

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】

移植器官术后功能延迟性恢复发生率是指同年度捐献器官移植术后 DGF 并发症发生比例。

【计算方法】

$$\text{总 DGF 发生率}=\frac{\text{获取 DGF 病例数}}{\text{同期移植总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

移植器官术后功能延迟性恢复发生率包括总 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。

【指标意义】

反映 OPO 器官维护、质量评估能力。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】中国肝移植注册系统、中国肾移植科学登记系统、中国肺移植注册系统、中国心脏移植注册系统。

【信息化提取建议】从中国肝移植、肾移植、肺移植、心脏移植注册系统获取。

（四）肝脏移植技术医疗质量控制指标（国卫办医函〔2020〕443号）

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】

肝癌肝脏移植受者比例是指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】

$$\text{肝癌肝脏移植受者比例}=\frac{\text{肝癌肝脏移植受者人数}}{\text{同期肝脏移植手术受者总人数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构肝癌肝移植受者情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】中国肝移植注册系统

【信息化提取建议】中国肝移植注册系统中数据导出肝癌肝脏移植受者人数与同期肝脏移植手术受者总人数。

（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比例指单发肿瘤、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比例。

【计算方法】

单发肿瘤、直径不超过5cm的肝脏肝移植受者

$$=\frac{\text{单发肿瘤，直径不超过 5cm 的肝癌肝移植受者人数}}{\text{同期肝癌肝脏移植手术受者总人数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构肝癌肝移植受者情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】中国肝移植注册系统

【信息化提取建议】可从中国肝移植注册系统中数据导出行肝癌肝移植手术受者中影像学检查结果为单发肿瘤，直径不超过 5cm 的患者数量。

（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比例是指多发肿瘤,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】

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

$$=\frac{\text{多发肿瘤，肿瘤数目不超过 3 个，最大直径不超过 3cm 的肝癌肝脏移植受者人数}}{\text{同期肝癌肝移植受者总人数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反应医疗机构肝癌肝脏移植受者情况。

【指标导向】监测比较

【数据来源】中国肝移植注册系统

【信息化提取建议】可从中国肝移植注册系统中导出行肝癌肝移植手术受者中影像学检查结果为多发肿瘤，肿瘤数目不超过 3 个，最大直径不超过 3cm 的肝癌患者数量。

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】

冷缺血时间比例是指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=$\frac{\text{冷缺血时间不超过 6h 的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}}\times 100\%$

（2）6h＜冷缺血时间≤12h比例=$\frac{\text{冷缺血时间 6-12h 的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}}\times 100\%$

（3）冷缺血时间＞12h比例=$\frac{\text{冷缺血时间 12h 以上的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}}\times 100\%$

【指标说明】

冷缺血时间是指从冷缺血开始至器官重新恢复血供的时间。整个过程器官都在低温环境中。

【指标意义】

通过监测手术相关指标，进行医疗机构横向和纵向比较，反应本医疗机构手术安全情况。

【指标导向】冷缺血时间≤6h比例逐步提高；6h＜冷缺血时间≤12h比例监测比较；冷缺血时间＞12h比例逐步降低。

【数据来源】中国肝移植注册系统

【信息化提取建议】可从中国肝移植注册系统中数据导出供体器官冷缺血各个时段的数量。

（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】

无肝期比例是指无肝期时间不超过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的比例=$\frac{\text{无肝期不超过60min的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术受者总人数}}\times 100\%$

（2）60min＜无肝期≤120min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=$\frac{\text{无肝期120min以上的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}}\times 100\%$

【指标说明】

无肝期是指肝移植手术时，从病肝门静脉血流阻断开始，至供肝门静脉血流开放结束的时期。

【指标意义】

通过监测手术相关指标，进行医疗机构横向和纵向比较，了解本医疗机构手术安全情况。

【指标导向】无肝期≤60min的比例逐步提高；60min＜无肝期≤120min比例监测比较；无肝期＞120min比例逐步降低。

【数据来源】中国肝移植注册系统

【信息化提取建议】可从中国肝移植注册系统中数据导出移植手术时无肝期各个时段的数量。

（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=$\frac{\text{手术时间不超过 6h 的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}}\times 100\%$

（2）6h＜手术时间≤10h 比例=$\frac{\text{手术时间 6-10h 的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}}\times 100\%$

（3）手术时间＞10h 比例=$\frac{\text{手术时间在 10h 以上的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}}\times 100\%$

【指标意义】

通过监测手术相关指标，进行医疗机构横向和纵向比较，了解本医疗机构手术安全情况。

【指标导向】手术时间≤6h 以及 6h＜手术时间≤10h 比例逐步提高；手术时间＞10h 比例逐步降低。

【数据来源】中国肝移植注册系统

【信息化提取建议】可从电子病历中手术麻醉时间中计算行肝脏移植手术的手术时间，分别统计肝移植手术时间为不超过 6h，6-10h 和 10h 以上三个时间段的手术数量。

（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】

术中大出血发生率是指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

=$\frac{\text{成人肝脏移植手术受者术中出血量在 2000ml 及以上手术人数}}{\text{同期成人肝脏移植手术总人数}}\times 100\%$

【指标意义】

通过监测手术相关指标，进行医疗机构横向和纵向比较，了解本医疗机构手术安全情况。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】中国肝移植注册系统

【信息化提取建议】从中国肝移植注册系统中数据导出功能导出出血量在2000ml及以上手术人数。

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】

术后早期肝功能不全（EAD）发生率是指肝脏移植手术后发生EAD的手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后 EAD 发生率}=\frac{\text{发生 EAD 的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}}\times 100\%$$

【指标说明】

符合下列一个或多个标准的病例视为发生EAD：

①术后第7天总胆红素（TB）≥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。

【指标意义】

反映的是术后并发症的发生比例，用于评价医疗机构肝脏移植技术的安全性，通过同级别医疗机构的横向比较，以及不同时间的纵向比较及时发现术后并发症的现状、趋势及危险因素，为其预防、控制和指定质量改进目标提供科学依据，提升医疗机构肝脏移植技术水平和术后管理质量。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】中国肝移植注册系统

【信息化提取建议】从中国肝移植注册系统中导出术后发生术后早期肝功能不全的数据。

（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值。

【计算方法】

$$术后非计划二次手术率=\frac{进行非计划二次手术的手术人次}{同期肝脏移植手术总人数}\times 100\%$$

【指标说明】

非计划二次手术是指在同一次住院期间,因各种原因导致受者需进行的计划外再次手术。

【指标意义】

反映的是术后并发症的发生比例,用于评价医疗机构肝脏移植技术的安全性,通过同级别医疗机构的横向比较,以及不同时间的纵向比较及时发现术后并发症的现状、趋势及危险因素,为其预防、控制和指定质量改进目标提供科学依据,提升医疗机构肝脏移植技术水平和术后管理质量。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】中国肝移植注册系统

【信息化提取建议】从中国肝移植注册系统中导出术后发生非计划二次手术的数据。

（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】

$$术后血管并发症发生率=\frac{发生血管并发症的手术人数}{同期肝脏移植手术总人数}\times 100\%$$

【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。

【指标意义】

反映的是术后并发症的发生比例,用于评价医疗机构肝脏移植技术的安全性,通过同级别医疗机构的横向比较,以及不同时间的纵向比较及时发现术后并发症的现状、趋势及危险因素,为其预防、控制和指定质量改进目标提供科学依据,提升医疗机构肝脏移植技术水平和术后管理质量。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】中国肝移植注册系统

【信息化提取建议】可从中国肝移植注册系统中导出术后发生血管并发症的数据,也可通过电子病历信息统计术后血管并发症发生数量,即行肝脏移植手术的患者病案首页出现血管并发症诊断,且入院病情为“无”。

(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】

$$术后超急性/急性排斥反应的发生率=\frac{发生超急性排斥反应、急性排斥反应的手术人数}{同期肝脏移植手术总人数}\times 100\%$$

【指标说明】

超急性排斥反应指移植肝脏与受者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。

【指标意义】

反映的是术后并发症的发生比例,用于评价医疗机构肝脏移植技术的安全性,通过同级别医疗机构的横向比较,以及不同时间的纵向比较及时发现术后并发症的现状、趋势及危险因素,为其预防、控制和指定质量改进目标提供科学依据,提升医疗机构肝脏移植技术水平和术后管理质量。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】中国肝移植注册系统

【信息化提取建议】从中国肝移植注册系统中导出术后发生超急性排斥反应、急性排斥反应的数据。

(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,需要进行手术或者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。

【指标意义】

反映的是术后并发症的发生比例,用于评价医疗机构肝脏移植技术的安全性,通过同级别医疗机构的横向比较,以及不同时间的纵向比较及时

发现术后并发症的现状、趋势及危险因素，为其预防、控制和指定质量改进目标提供科学依据，提升医疗机构肝脏移植技术水平和术后管理质量。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】中国肝移植注册系统

【信息化提取建议】可从中国肝移植注册系统中导出术后发生胆道并发症的数据，也可通过电子病历信息统计术后并发症发生数量，即行肝脏移植手术的患者病案首页出现胆道并发症诊断，且入院病情为“无”。

（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】

$$\text{术后耐药菌感染发生率}=\frac{\text{发生术后耐药菌感染的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}}\times 100\%$$

【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。

【指标意义】

反映的是术后并发症的发生比例，用于评价医疗机构肝脏移植技术的安全性，通过同级别医疗机构的横向比较，以及不同时间的纵向比较及时发现术后并发症的现状、趋势及危险因素，为其预防、控制和指定质量改进目标提供科学依据，提升医疗机构肝脏移植技术水平和术后管理质量。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】中国肝移植注册系统

【信息化提取建议】可从中国肝移植注册系统中导出术后发生耐药菌感染

的数据。

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】

$$\text{术后早期死亡率}=\frac{\text{肝脏移植术后30天内受者全因死亡人数}}{\text{同期肝脏移植手术受者总人数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映肝移植的中远期疗效，与医疗机构手术技术，术后医疗管理质量等情况密切相关，与同级医疗机构进行横向比较，评价医疗机构肝脏移植医疗技术与术后管理质量。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】中国肝移植注册系统

【信息化提取建议】可从中国肝移植注册系统中导出术后30天内受者全因死亡人数。

（2）受者术后生存率

【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

$$=\frac{\text{肝脏移植手术后某一时间随访尚存的良性肝病受者人数}}{\text{同期良性肝病肝脏移植手术受者总人数}}\times 100\%$$

（2）肝癌肝脏移植受者术后生存率

$$=\frac{\text{肝脏移植手术后某一时间随访尚存活的肝癌肝脏移植受者人数}}{\text{同期肝脏移植手术受者总人数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映肝移植的中远期疗效，与医疗机构手术技术，术后医疗管理质量等情况密切相关，与同级医疗机构进行横向比较，评价医疗机构肝脏移植医疗技术与术后管理质量。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】中国肝移植注册系统

【信息化提取建议】可从中国肝移植注册系统中导出肝脏移植术后某一时间（1年、3年、5年）随访尚存活的人数。

（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移植手术受者总人数的比值。

【计算方法】

肝癌肝脏移植受者术后无瘤生存率

$$=\frac{\text{肝癌肝脏移植受者移植后某一时间无瘤存活的受者人数}}{\text{同期肝癌肝脏移植手术受者总人数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映肝移植的中远期疗效，与医疗机构手术技术，术后医疗管理质量等情况密切相关，与同级医疗机构进行横向比较，评价医疗机构肝脏移植医疗技术与术后管理质量。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】中国肝移植注册系统

【信息化提取建议】可从中国肝移植注册系统中导出肝脏移植术后某一时间（1年、3年、5年）无瘤存活的人数。

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】

$$\text{数据完整度}=\frac{\sum \text{每例肝脏移植病例数据完整度得分}}{\text{同期肝脏移植总人数}}\times 100\%$$

【指标意义】

数据及时性、完整度和真实性反映医疗机构实施肝脏移植手术后数据报送的规范性、及时程度和数据质量以及医疗机构管理水平。提高数据质量有助于提高对各项指标分析的准确性，更明确地了解肝脏移植技术的现状和趋势，进行针对性的改进。长期随访与受者的中远期治疗密切相关，有效随访率和失访率，反映医疗机构肝脏移植术后中远期管理水平。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】中国肝移植注册系统

【信息化提取建议】从中国肝移植注册系统中提取。

（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】

$$数据及时性=\frac{术后\ 72\ 小时内报送的病例数}{同期肝脏移植总人数}\times 100\%$$

【指标意义】

数据及时性、完整度和真实性反映医疗机构实施肝脏移植手术后数据报送的规范性、及时程度和数据质量以及医疗机构管理水平。提高数据质量有助于提高对各项指标分析的准确性，更明确地了解肝脏移植技术的现状和趋势，进行针对性的改进。长期随访与受者的中远期治疗密切相关，有效随访率和失访率，反映医疗机构肝脏移植术后中远期管理水平。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】中国肝移植注册系统

【信息化提取建议】可从中国肝移植注册系统中提取。

（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】

$$数据真实性=\frac{\sum 每例肝脏移植病例数据真实性得分}{同期肝脏移植总人数}\times 100\%$$

【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

【指标意义】

数据及时性、完整度和真实性反映医疗机构实施肝脏移植手术后数据报送的规范性、及时程度和数据质量以及医疗机构管理水平。提高数据质量有助于提高对各项指标分析的准确性，更明确地了解肝脏移植技术的现状和趋势，进行针对性的改进。长期随访与受者的中远期治疗密切相关，有效随访率和失访率，反映医疗机构肝脏移植术后中远期管理水平。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】中国肝移植注册系统

【信息化提取建议】可从中国肝移植注册系统中提取。

（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】

$$\text{有效随访率}=\frac{\sum\frac{\text{每例肝脏移植病例一定时间内完成的有效随访次数}}{\text{同期每例肝脏移植病例应完成的有效随访次数}}}{\text{同期肝脏移植总人数}}\times 100\%$$

【指标说明】

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。

【指标意义】

数据及时性、完整度和真实性反映医疗机构实施肝脏移植手术后数据报送的规范性、及时程度和数据质量以及医疗机构管理水平。提高数据质量有助于提高对各项指标分析的准确性,更明确地了解肝脏移植技术的现状和趋势，进行针对性的改进。长期随访与受者的中远期治疗密切相关，有效随访率和失访率，反映医疗机构肝脏移植术后中远期管理水平。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】中国肝移植注册系统

【信息化提取建议】可从中国肝移植注册系统中提取。

（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。

【指标意义】

数据及时性、完整度和真实性反映医疗机构实施肝脏移植手术后数据报送的规范性、及时程度和数据质量以及医疗机构管理水平。提高数据质量有助于提高对各项指标分析的准确性，更明确地了解肝脏移植技术的现状和趋势，进行针对性的改进。长期随访与受者的中远期治疗密切相关，有效随访率和失访率，反映医疗机构肝脏移植术后中远期管理水平。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】中国肝移植注册系统

【信息化提取建议】可从中国肝移植注册系统中提取。

（五）肾脏移植技术医疗质量控制指标（2020 年版）

1.冷热缺血时间（KTS-01）

【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

$$\text{热缺血时间}\leq 10\text{min 的比例}=\frac{\text{热缺血时间}\leq 10\text{min 的人数}}{\text{同期肾脏移植总人数}}\times 100\%$$

（2）冷缺血时间≤24 h 的比例

冷缺血时间≤24 h 的比例 $=\frac{\text{冷缺血时间≤24h 的人数}}{\text{同期肾脏移植总人数}}\times 100\%$

【指标说明】

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。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。

【指标意义】

反映医疗机构肾脏移植技术水平和团队工作效率的重要过程指标之一。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】从电子病历手术记录信息中统计肾脏移植供体器官冷缺血各个时段的数量。

2.亲属间活体捐献者重大并发症发生率（KTS-02）

【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】

亲属间活体捐献者重大并发症发生率

$=\frac{\text{亲属间活体器官捐献者术后 30 天内重大并发症发生人数}}{\text{同期亲属活体肾脏移植总人数}}\times 100\%$

【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。

【指标意义】

反映医疗机构亲属间活体肾脏移植技术水平和安全性的重要结果指

标之一。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】从电子病历信息中统计亲属间活体肾脏捐献者术后发生围手术期死亡和2000ml以上的大出血的数量。

3.术后30天内死亡率（KTS-03）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

肾脏移植术后30天内受者全因死亡人数占同期肾脏移植总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后30天死亡率}=\frac{\text{肾脏移植术后30天内受者全因死亡人数}}{\text{同期肾脏移植总人数}}\times 100\%$$

【指标意义】

体现肾脏移植手术操作的水平与近期治疗效果， 用于评价医疗机构肾脏移植技术的安全性,是反映医疗机构肾脏移植技术水平的重要结果指标之一。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】中国肾移植科学登记系统

【信息化提取建议】从中国肾移植科学登记系统导出肾脏移植术后30天内死亡的受者数据。

4.移植肾功能延迟恢复发生率（KTS-04）

【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】

$$\text{DGF 发生率}=\frac{\text{肾脏移植后发生 DGF 受者人数}}{\text{同期肾脏移植总人数}}\times 100\%$$

【指标说明】

DGF 是指肾脏移植术后一周内需要透析治疗或术后一周血肌酐未下降至 400μmol/L 以下。

【指标意义】

是反映医疗机构肾脏移植技术水平的重要过程指标之一。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】中国肾移植科学登记系统

【信息化提取建议】从中国肾移植科学登记系统中提取术后发生移植肾功能延迟恢复（DGF）的受者数据。

5.血管并发症发生率（KTS-05）

【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】

$$\text{血管并发症发生率}=\frac{\text{肾脏移植术后 1 年内发生血管并发症的受者人数}}{\text{同期肾脏移植总人数}}\times 100\%$$

【指标说明】

肾脏移植术后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。

【指标意义】

反映医疗机构肾脏移植技术水平的重要过程指标之一。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】中国肾移植科学登记系统

【信息化提取建议】通过电子病历信息统计术后血管并发症发生数量，即行肾脏移植手术的患者病案首页出现血管并发症诊断，且入院病情为“无”。

6.急性排斥反应发生率（KTS-06）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

肾脏移植术后1年内发生急性排斥反应受者人数占同期肾脏移植总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{急性排斥反应发生率}=\frac{\text{肾脏移植术后1年内发生急性排斥反应受者人数}}{\text{同期肾脏移植总人数}}\times 100\%$$

【指标说明】

急性排斥反应，是肾脏移植术后最常见的一种排斥反应，一般发生在肾脏移植术后几个小时至6个月内，临床上表现为发热、全身不适、移植肾肿大和疼痛，同时伴有移植肾功能突然减退。

【指标意义】

反映医疗机构对肾脏移植术后急性排斥反应的防治水平，是体现医疗机构肾脏移植技术水平的重要过程指标之一。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】中国肾移植科学登记系统

【信息化提取建议】从中国肾移植科学登记系统中导出肾脏移植术后1年内发生急性排斥反应受者的数据。

7.术后感染发生率（KTS-06）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

肾脏移植术后100天内发生感染的受者人数占同期肾脏移植总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后感染发生率}=\frac{\text{肾脏移植术后 100 天内发生感染的受者人数}}{\text{同期肾脏移植总人数}}\times 100\%$$

【指标说明】

肾脏移植术后无症状的下尿路感染不在统计之列。

【指标意义】

体现医疗机构对肾脏移植术后感染的防治水平， 是反映医疗机构肾脏移植技术水平的重要过程指标之一。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】中国肾移植科学登记系统

【信息化提取建议】从中国肾移植科学登记系统中导出肾脏移植术后100天内发生感染的受者数据。

8.中国肾脏移植科学登记系统（CSRKT）数据报送质量指标（KTS-08）

（1）数据完整度（KTS-08-01 ）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

CSRKT 系统报送数据的完整度得分累计值与同期肾脏移植总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{数据完整度}=\frac{\text{所有病例的完整度得分累计值}}{\text{同期肾脏移植总人数}}$$

【指标说明】

每例肾脏移植报送数据的完整度得分=（实际录入的重要参数的数量/规定录入的重要参数总数量）×l00%。

【指标意义】

反映医疗机构实施肾脏移植手术后数据报送的完整性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】中国肾移植科学登记系统

【信息化提取建议】从中国肾移植科学登记系统中提取数据。

（2）数据及时性（KTS-08-02 ）

【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】

$$\text{数据及时性}=\frac{\text{术后 72 小时内报送的患者数}}{\text{同期肾脏移植总人数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构实施肾脏移植手术后，数据报送的及时程度。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】中国肾移植科学登记系统

【信息化提取建议】从中国肾移植科学登记系统中提取数据。

（3）数据真实性（KTS-08-03 ）

【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】

$$\text{数据真实性}=\frac{\sum \text{每例肾脏移植病例数据真实性得分}}{\text{同期肾脏移植总人数}}\times 100\%$$

【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表：

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

【指标意义】

反映医疗机构实施肾脏移植手术后，数据报送的质量及真实性程度。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】中国肾移植科学登记系统

【信息化提取建议】从中国肾移植科学登记系统中提取数据。

（4）受者总体随访质量（KTS-08-04）

【指标属性】定量指标

【计量单位】数值

【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】

$$\text{受者随访总体质量}=\frac{\text{随访质量得分总和}}{\text{该机构同期肾脏移植总人数}}$$

【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）。

【指标意义】

反映肾脏移植术后受者的远期预后及该医疗机构对受者的管理水平。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】中国肾移植科学登记系统

【信息化提取建议】从中国肾移植科学登记系统中提取数据。

9.移植肾生存率（KTS-09）

【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。

【计算公式】

采用乘积极限法（Kaplan-Meier 法）计算。

【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。

【指标意义】

体现医疗机构对肾脏移植术后受者的综合管理水平,是反映医疗机构肾脏移植技术水平的重要结果指标之一。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】中国肾移植科学登记系统

【信息化提取建议】从中国肾移植科学登记系统中提取数据。

（六）心脏移植技术医疗质量控制指标（2020 年版）

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】

$$伦理委员会决议通过率=\frac{通过伦理委员会讨论的心脏移植手术人数}{同期心脏移植手术总人数}\times 100\%$$

【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。伦理委员会决议通过率应达100%。

【指标意义】

该指标反映医疗机构实施心脏移植手术的规范性。

【指标导向】符合标准（100%）

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】无

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】

$$术前有创肺动脉压监测率=\frac{术前进行有创动脉压监测的人数}{同期心脏移植手术总人数}\times 100\%$$

【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。

【指标意义】

该指标反映医疗机构实施心脏移植手术术前评估的规范性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】中国心脏移植注册系统

【信息化提取建议】从中国心脏移植注册系统中导出心脏移植手术术前进行有创肺动脉压监测的数据。

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】

$$\text{术前 CPET 检查率}=\frac{\text{术前进行 CPET 检查的心脏移植手术人数}}{\text{同期心脏移植总人数}}\times 100\%$$

【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。

【指标意义】

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。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】从电子病历信息中统计心脏移植手术术前行心肺运动试验的病例数。

4.供体心脏缺血时间小于等于 6 小时的比例 (HTS-04)

【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】

供体心脏缺血时间小于等于6小时的比例

$$=\frac{\text{供体心脏的缺血时间}\leq 6\text{h 的心脏移植例数}}{\text{同期心脏移植总例数}}\times 100\%$$

【指标说明】

供体心脏缺血时间:从供体心脏的获取开始灌注到心脏移植手术后开始供血的时间。

【指标意义】

反映医疗机构心脏移植手术过程中供体心脏选择和维护的规范性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】中国心脏移植注册系统

【信息化提取建议】从中国心脏移植注册系统中导出供体心脏缺血时间及同期心脏移植手术数据。

5.术中术后生命支持应用率（HTS-05）

【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】

$$\text{ECMO 应用率}=\frac{\text{术中术后使用 ECMO 的心脏移植手术人数}}{\text{同期心脏移植手术总人数}}\times 100\%$$

$$\text{IABP 应用率}=\frac{\text{术中术后使用 IABP 的心脏移植手术人数}}{\text{同期心脏移植总人数}}\times 100\%$$

$$\text{CRRT 应用率}=\frac{\text{术中术后使用 CRRT 的心脏移植手术人数}}{\text{同期心脏移植总人数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构实施心脏移植手术的医疗质量。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】中国心脏移植注册系统

【信息化提取建议】从中国心脏移植注册系统中导出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）的病例数据。

6.术后机械通气时间小于等于 48 小时的比例 (HTS-06)

【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】

术后机械通气时间小于等于 48 小时的比例

$$=\frac{\text{术后机械通气时间}\leq 48\text{h 的比例}}{\text{同期心脏移植手术总人数}}\times 100\%$$

【指标意义】

该指标反映医疗机构实施心脏移植手术的医疗质量。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】中国心脏移植注册系统

【信息化提取建议】从中国心脏移植注册系统中导出心脏移植手术受者术后接受机械通气的时间数据。

7.术后并发症发病率（HTS-07 ）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

单位时间内，心脏移植手术受者术后（自手术开始至出院）发生的手术相关并发症人数占同期心脏移植总人数的比例。

【计算方法】

$$\text{术后并发症发病率}=\frac{\text{术后出现并发症的心脏移植人数}}{\text{同期心脏移植手术总人数}}\times 100\%$$

【指标说明】

手术相关并发症包括术后感染、心脏骤停、二次气管插管，气管切开和二次开胸手术。术后感染包括移植术后的细菌，真菌和病毒感染。

【指标意义】

反映医疗机构实施心脏移植手术的医疗质量。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】中国心脏移植注册系统

【信息化提取建议】从中国心脏移植注册系统中导出术后并发症人数。

8.术后院内死亡率（HTS-08 ）

【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】

$$\text{术后院内死亡率}=\frac{\text{心脏移植手术受者术后全因死亡人数}}{\text{同期心脏移植手术总人数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构实施心脏移植手术的医疗质量。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】中国心脏移植注册系统

【信息化提取建议】从中国心脏移植注册系统中导出术后全因死亡人数。

9.术后存活率（HTS-09 ）

【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】

心脏移植术后（30天、1年、3年、5年和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。

【指标意义】

反映医疗机构心脏移植术后的随访规范性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】中国心脏移植注册系统

【信息化提取建议】从中国心脏移植注册系统中导出心脏移植受者的随访数据。

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】

$$\text{数据完整度}=\frac{\text{每例心脏移植手术上报数据完整度得分}}{\text{同期心脏移植手术总人数}}\times 100\%$$

【指标说明】

完整度得分由中国心脏移植注册登记系统要求填报的移植手术主要参数计算。

【指标意义】

反映医疗机构实施心脏移植手术后数据报送的完整性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】中国心脏移植注册系统

【信息化提取建议】从中国心脏移植注册系统中提取。

（2）数据及时性（HTS-10-02）

【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。

【指标意义】

反映医疗机构实施心脏移植手术后，数据报送的及时程度。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】中国心脏移植注册系统

【信息化提取建议】从中国心脏移植注册系统中提取。

（3）随访完整度（HTS-10-03）

【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】

$$\text{随访完整度}=\frac{\text{每例心脏移植受者出院随访数据完整度得分}}{\text{同期心脏移植手术总人数}}\times 100\%$$

【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。

【指标意义】

反映心脏移植术后受者的远期预后及该医疗机构对受者的管理规范性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】中国心脏移植注册系统

【信息化提取建议】从中国心脏移植注册系统中提取。

（七）肺脏移植技术医疗质量控制指标（2020 年版）

1.肺脏移植绝对适应症占比（LUT-01）

【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症的手术人数占同期肺脏移植手术总数的比例。

【计算方法】

$$\text{肺脏移植绝对适应症占比}=\frac{\text{符合肺脏移植手术绝对适应症的手术人数}}{\text{同期肺脏移植手术总人数}}\times 100\%$$

【指标说明】

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。

肺脏移植绝对适应证包括：慢性阻塞性肺疾病（C0PD）、α_1 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。

【指标意义】

反映肺脏移植手术患者选择的合理性、规范性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】病案首页

【信息化提取建议】从电子病历信息中判定符合临床肺脏移植手术绝对适应症的手术人数。

2.热缺血时间≤1 分钟比例（LUT-02）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

热缺血时间≤1 分钟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】

$$\text{热缺血时间}\leq 1\text{ 分钟比例}=\frac{\text{热缺血时间}\leq 1\text{ 分钟的手术人数}}{\text{同期肺脏移植手术总人数}}\times 100\%$$

【指标说明】

热缺血指供体供血停止到开始灌注的时间。这一时间过长将对器官损害较严重。

【指标意义】

反映供体获取手术者的熟练程度及获取的及时性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】中国肺移植注册系统

【信息化提取建议】从中国肺移植注册系统导出热缺血时间≤1 分钟的肺脏移植手术数据。

3.冷缺血时间≤12 小时比例（LUT-03）

【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】

$$\text{冷缺血时间}\leq 12\text{ 小时比例}=\frac{\text{冷缺血时间}\leq 12\text{h 的手术人数}}{\text{同期肺脏移植手术总人数}}\times 100\%$$

【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的时间。

【指标意义】

反映手术者技术熟练程度及供体转运地点和时间的合理性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】中国肺移植注册系统

【信息化提取建议】从中国肺移植注册系统导出肺脏移植手术患者的供肺冷缺血数据。

4.术中异体输血≤1000 毫升手术比例（LUT-04）

【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】

术中异体输血≤1000 毫升手术占比

$$=\frac{\text{术中输入异体血≤1000ml 的肺脏移植手术例数}}{\text{同期肺脏移植手术总人数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映肺脏移植医疗技术水平以及异体输血适应证的掌握情况。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】中国肺移植注册系统

【信息化提取建议】从中国肺移植注册系统导出肺脏移植手术患者的异体输血数据。

5.术后二次开胸率（LUT-05）

【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】

$$\text{术后二次开胸率}=\frac{\text{肺脏移植术后一个月内再次开胸的人数}}{\text{同期肺脏移植手术总人数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构肺脏移植技术水平及术后管理水平。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】病案首页

【信息化提取建议】从病案首页信息中统计肺脏移植术后一个月内再次开胸的病例。

6.术后三个月内感染发生率（LUT-06）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

肺脏移植术后三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（LUT-06-01）

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（LUT-06-02）

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（LUT-06-03）

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）。

【指标意义】

反映肺脏移植术后管理水平。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】中国肺移植注册系统

【信息化提取建议】从中国肺移植注册系统导出肺脏移植术后感染患者数量。

7.术后六个月内气道吻合口并发症发生率（LUT-07）

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

肺脏移植术后六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】

术后六个月内气道吻合口并发症发生率

$$=\frac{\text{术后 6 个月内发生气道吻合口并发症的肺脏移植人数}}{\text{同期肺脏移植手术总人数}}\times 100\%$$

【指标说明】

气道吻合口并发症包括缺血性坏死、裂开、狭窄和软化。

【指标意义】

反映医疗机构肺脏移植技术水平及术后管理水平。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】中国肺移植注册系统

【信息化提取建议】从中国肺移植注册系统导出肺脏移植术后气道吻合口并发症患者数量。

8.诊断符合率（LUT-08）

【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】

$$\text{诊断符合率}=\frac{\text{肺脏移植术后病理诊断与入院诊断相符合的人数}}{\text{同期肺脏移植总人数}}\times 100\%$$

【指标说明】

肺脏移植患者的术后病理诊断与入院诊断相符合。

【指标意义】

反映医疗机构肺脏移植患者入院诊断的准确性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】病案首页

【信息化提取建议】从病案首页信息统计肺脏移植患者出院病理诊断与入院诊断是否符合。

9.术后（6月、1年、3年、5年、10年）生存率 （LUT-09）

【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）（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】

$$\text{术后（6月、1年、3年、5年、10年）生存率}=\frac{\text{肺脏移植术后（6月、1年、3年、5年、10年）随访尚存活的肺脏移植患者数}}{\text{同期肺脏移植总人数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映肺脏移植患者的近、远期疗效。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】中国肺移植注册系统

【信息化提取建议】从中国肺移植注册系统中导出肺脏移植术后（6月、1年、3年、5年、10年）尚存活的肺脏移植患者数。

10.中国肺脏移植注册登记数据报送质量指标（HTS-10）

（1）数据完整度（HTS-10-01）

【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】

$$\text{数据完整度}=\frac{\sum\text{每例肺脏移植手术上报数据完整度得分}}{\text{同期肺脏移植手术总人数}}\times 100\%$$

【指标说明】

完整度得分由中国肺脏移植注册登记系统要求填报的移植手术主要参数计算。

【指标意义】

反映医疗机构实施肺脏移植手术后数据报送的完整性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】中国肺移植注册系统

【信息化提取建议】从中国肺移植注册系统中提取。

（2）数据及时性（HTS-10-02）

【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】

$$\text{数据及时性}=\frac{\text{及时报送数据的肺脏移植手术例数}}{\text{同期肺脏移植手术总人数}}\times 100\%$$

【指标说明】

每例肺脏移植手术要求在术后72小时内在中国肺脏移植注册系统进

行数据填报，超过72小时为不及时填报。

【指标意义】

反映医疗机构实施肺脏移植手术后数据报送的及时性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】中国肺移植注册系统

【信息化提取建议】从中国肺移植注册系统中提取。

（3）随访完整度（HTS-10-03）

【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】

$$\text{患者随访率}=\frac{\text{肺脏移植术后随访的例次数}}{\text{同期肺脏移植术后应当进行随访的总例次数}}\times 100\%$$

【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。

【指标意义】

反映肺脏移植受者的远期预后及该医疗机构对受者的管理规范性。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】中国肺移植注册系统

【信息化提取建议】从中国肺移植注册系统中提取。

三、其他重点医疗技术质量控制指标

消化内镜诊疗技术医疗质量控制指标（国卫办医函〔2022〕161号）

（一）消化内镜中心医师年均工作量（CDEI-01）

【指标属性】定量指标

【计量单位】例次

【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。

【指标意义】

反映医疗机构消化内镜中心医师工作负荷。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院内镜系统

（二）四级消化内镜诊疗技术占比（CDEI-02）

【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】

$$\text{四级消化内镜诊疗技术占比}=\frac{\text{单位时间内消化内镜中心开展四级消化内镜诊疗技术例次数}}{\text{同期消化内镜诊疗总例次数}}\times 100\%$$

【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。

【指标意义】

反映医疗机构消化内镜诊疗质量。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院内镜系统

（三）三级消化内镜诊疗技术占比（CDEI-03）

【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

$$=\frac{\text{单位时间内消化内镜中心开展三级消化内镜诊疗技术例次数}}{\text{同期消化内镜诊疗总例次数}}\times 100\%$$

【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。

【指标意义】

反映医疗机构消化内镜诊疗质量。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院内镜系统

（四）上消化道内镜检查完整率（CDEI-04）

【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】

$$上消化道内镜检查完整率=\frac{单位时间内上消化道内镜检查完整的例次数}{同期上消化道内镜检查总例次数}\times 100\%$$

【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。

【指标意义】

反映医疗机构上消化道内镜技术临床应用质量。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院内镜系统

（五）结肠镜检查肠道准备优良率（CDEI-05）

【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】

$$结肠镜检查肠道准备优良率=\frac{单位时间内肠道准备优良的结肠镜检查例次数}{同期结肠镜检查总例次数}\times 100\%$$

【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。

【指标意义】

反映医疗机构结肠镜技术临床应用质量。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院内镜系统

（六）结肠镜盲肠插镜成功率（CDEI-06）

【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。

【指标意义】

反映医疗机构结肠镜技术临床应用质量。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院内镜系统

（七）结肠镜退镜检查时间≥6 分钟率（CDEI-07）

【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】

结肠镜退镜检查时间≥6 分钟率

$$=\frac{\text{单位时间内结肠镜检查退镜检查时间}\geq 6\text{ 分钟的例次数}}{\text{同期结肠镜检查总例次数}}\times 100\%$$

【指标意义】

反映医疗机构结肠镜技术临床应用质量。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院内镜系统

（八）内镜下逆行胰胆管造影术（ERCP）选择性深插管成功率（CDEI-08）

【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。

【指标意义】

反映医疗机构ERCP技术临床应用质量。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院内镜系统

（九）超声内镜（EUS）检查完整率（CDEI-9）

【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。

【指标意义】

反映医疗机构超声内镜技术临床应用质量。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院内镜系统

（十）磁控胶囊胃镜检查完整率（CDEI-10）

【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。

【指标意义】

反映医疗机构磁控胶囊胃镜技术临床应用质量。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院内镜系统

（十一）消化内镜相关严重并发症发生率（CDEI-11）

【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】

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>12×10^9/L 或<4×10^9/L 或未成熟细胞>10%。

【指标意义】

反映医疗机构消化内镜技术临床应用质量。

【指标导向】逐步降低

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院内镜系统

（十二）食管癌早期诊断率（CDEI-12）

【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。

【指标意义】

反映医疗机构上消化道内镜技术临床应用质量。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院内镜系统

（十三）胃癌早期诊断率（CDEI-13）

【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。

【指标意义】

反映医疗机构上消化道内镜技术临床应用质量。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院内镜系统

（十四）结直肠腺瘤检出率（CDEI-14）

【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】

$$\text{结直肠腺瘤检出率}=\frac{\text{单位时间内至少检出一枚结直肠腺瘤的结肠镜检查患者数}}{\text{同期结肠镜检查患者总数}}\times 100\%$$

【指标意义】

结直肠腺瘤是结直肠癌的高危因素，提高其检出率有助于早期预防结直肠癌。

【指标导向】监测比较

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院内镜系统

（十五）结直肠癌早期诊断率（CDEI-15）

【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。

【指标意义】

反映医疗机构结肠镜技术临床应用质量。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院内镜系统

（十六）消化道早癌内镜黏膜下剥离术（ESD）完整切除率（CDEI-16）

【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】

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。

【指标意义】

反映医疗机构 ESD 技术临床应用质量。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院内镜系统

（十七）ERCP 胆总管结石清除成功率（CDEI-17）

【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】

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。

【指标意义】

反映医疗机构 ERCP 临床应用质量。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院内镜系统

（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（CDEI-18）

【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】

EUS-FNA 标本病理阳性率

$$=\frac{\text{单位时间内 EUS-FNA 标本病理阳性的例次数}}{\text{同期临床诊断为胰腺恶性肿瘤的患者行 EUS-FNA 的总例次数}}\times 100\%$$

【指标说明】

EUS-FNA 标本病理阳性是指找到异型细胞或癌细胞。

【指标意义】

反映医疗机构超声内镜技术临床应用质量。

【指标导向】逐步提高

【数据来源】医院填报

【信息化提取建议】医院内镜系统