

江苏省三级综合医院评审标准实施细则（2026 年版）

2026 年 9 月

编制说明

为进一步提高医院科学管理水平，按照国家卫生健康委《三级医院评审标准（2025年版）》（以下简称“国家版”）要求，结合我省实际情况，制定《江苏省三级综合医院评审标准实施细则（2026年版）》（以下简称“实施细则”）。本细则共两个部分，适用于三级综合医院，三级专科医院、二级综合医院可参照使用。

一、第一部分 前置要求

1.本部分共5节33个二级指标，内容包括：床位规模和科室设置、依法设置与执业、公益性责任和行风诚信、安全管理与重大事件和其他。

2.评审周期为四年，三级未定等医院及其他情形的三级医院评审周期按照《江苏省医院评审办法》相关要求确定。医院在评审周期内发生一项及以上情形的，延期一年评审。延期期间原等次取消，按照“未定等”管理。

3.省卫生健康委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违反前置要求的情况，征询时间不少于7个工作日。

二、第二部分：医疗服务能力与质量安全监测数据

（一）基本概况

本部分共设置5章、217个二级指标，内容包括：资源配置与运行数据指标、医疗服务能力与医院质量安全指标、重点专业质量控制指标、单病种（术种）质量控制指标和重点医疗技术临床应用质量控制指标。

第一章资源配置与运行数据指标 7 节 57 个二级指标，其中 1.7 医院管理制度建设及执行情况指标，需要在评审系统内提供佐证材料；第二章医疗服务能力与医院质量安全指标 3 节 57 个二级指标，其中“年度国家医疗质量安全目标改进情况”根据国家卫生健康委发布的年度指标进行动态调整；第三章重点专业质量控制指标 26 节 26 个二级指标；第四章单病种（术种）质量控制指标 56 节 56 个二级指标，其中 10 个国家三级公立医院绩效监测特定病种必须填报，其余 20 个单病种（术种）为各医院单病种上报例数前 20 位的病种；第五章重点医疗技术临床应用质量控制指标 3 节 21 个二级指标。

（二）数据采集原则

1. 指标数据采集为全评审周期。
2. 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。
3. 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。
4. 需要将同一指标不同年份的多个数据合并作为评审采信数据时，按照以下规则：

（1）规模类和配比类，中位数和最后一年的数据必须达标。

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

（三）数据来源

1. 卫生资源统计年报及相关报表

- 2.国家医疗质量管理与控制信息网（NCIS）
- 3.全国医院质量监测系统（HQMS）
- 4.国家公立医院绩效监测管理子系统
- 5.国家单病种质量管理与控制平台
- 6.中国人体器官分配与共享计算机系统（COTRS）
- 7.各器官移植专业国家质控中心相关系统
- 8.江苏省全民健康信息平台
- 9.江苏省卫生统计直报系统
- 10.江苏省卫生健康人力资源管理系统
- 11.江苏省各重点专业质量控制中心质控系统
- 12.江苏省限制类医疗技术综合监管平台
- 13.暂不能通过信息化方式直接采集的指标由医疗机构在江苏省医院评审系统上进行填报。

（四）符合程度判断原则

- 1.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。
- 2.连续监测指标，按照“区间赋分兼顾持续改进”的原则，根据同级同类医院基线情况确定是否符合。

（五）数据核查原则

1.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%。

2.医院应当根据现场评审专家组的要求，按照数据核查准备指引提供相关资料备查。

3.评审采信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为错误数据。

4.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。

5.错误数据条款占核查条款数量未达到 10%的，应当按核查后的数据结果再次计算。并根据错误数据占现场核查数据总数百分比，按下表进行惩罚性扣分（扣除第二部分最后评审分数的一定比例）。

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

（六）数据核查准备指引

1.医院应当准备所有纳入本轮评审标准的第二部分（医疗服务能力与质量安全监测数据）评审标准中涉及的数据目录清单。

2.该清单应当包含每个数据定义、数据源、采集方式、采集时间范畴，采集结果等要素，数据应当有负责部门，

有条件的应当设置汇总部门。

3.对于计算所得的数据，应当有可追溯的原始数据。

（七）疾病、手术名称与编码

本细则中引用的疾病名称与 ICD-10 编码采用国家卫生健康委发布的《疾病分类与代码国家临床版 2.0》（国卫办医函〔2019〕371 号）。手术名称与 ICD-9-CM-3 编码采用《手术操作分类代码国家临床版 3.0》（国卫办医函〔2019〕371 号）。

三、关于不适用条款的说明

1.医疗机构执业许可证中未登记的诊疗科目，评审时可申请为不适用条款。医疗机构执业许可证中已登记而实际未开展的诊疗科目，评审时不能申请为不适用条款。

2.被评审医院提出的不适用条款，须在提交评审申请材料中提出，并经省医院评审委员会及省卫生健康委员会审核确认后，方可列为不适用条款。

3.选择不适用条款后的符合比例计算：

有效参评条款总数 = 全部评审条款数量 - 经确认的不适用评审条款数量

评审条款符合比例 = (符合条款数 ÷ 有效参评条款总数) × 100%

四、评审结果判定原则

通过线上线下结合的方式，对二级指标符合情况开展等次判定：

- 1.判定为甲等的，评审条款符合比例不低于 90%。
- 2.判定为乙等的，评审条款符合比例不低于 80%。
- 3.判定为丙等的，评审条款符合比例不低于 70%。

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、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》等相关要求，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。

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、其他

(一)上传至江苏省全民健康信息平台的数据质量不能满足信息化评审条件。

(二)申报三级甲等医院的，国家公立医院绩效监测结果未达到前三年均在 B 及以上等次或最近一年在 B++及以上等次；申报三级乙等医院的，国家公立医院绩效监测结果未达到前三年均在 C+及以上等次或最近一年在 B 及以上等次；未参加国家公立医院绩效监测的，省级医院绩效监测成绩未达到相应等次。

(三)申报三级甲等的器官移植项目医院和规划医院，评审周期内年度遗体器官捐献成功案例少于 5 例，且 4 年累计少于 25 例；申报三级甲等的非器官移植项目医院和规划医院，遗体器官捐献成功案例 4 年累计少于 8 例，且年度向 OPO 报送的潜在器官捐献者人数/同期院内死亡人数 $<15\%$ ；申报三级乙等的非器官移植项目医院和规划医院，遗体器官捐献成功案例 4 年累计少于 4 例，且年度向 OPO 报送的潜在器官捐献者人数/同期院内死亡人数 $<15\%$ 。

(四)申报三级甲等的省市级医院具有省级临床重点专科数量少于 3 个、县区级医院和社会办医院具有省级临床重点专科数量少于 1 个且市级临床重点专科数量少于 5 个；申报三级乙等的医院具有市级临床重点专科数量少于 3 个。

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

一级指标	二级指标	评审要点	释义
1.1 床位配置	1.1.1 实际开放床位情况	1.1.1.1 实际开放床位数与核定床位数比值	医院实际开放床位数/核定床位数
1.2 卫生技术人员配备	1.2.1 卫生技术人员数与开放床位数比	1.2.1.1 卫生技术人员数与开放床位数比	年度卫生技术人员数与同期全院实际开放床位数的比值
	1.2.2 全院护士数与开放床位数比	1.2.2.1 全院护士数与开放床位数比	医疗机构执业护士人数与医疗机构实际开放床位数比。 医疗机构执业护士人数/同期实际开放床位数
	1.2.3 病区护士数与开放床位数比	1.2.3.1 病区护士数与开放床位数比	医疗机构病区执业护士人数与医疗机构实际开放床位数比。 医疗机构病区执业护士人数/同期实际开放床位数
	1.2.4 卫生技术人员结构	1.2.4.1 卫生技术人员职称结构	年度医院具有副高级职称及以上的卫生技术人员（医、药、护、技）/全院同期卫生技术人员总数×100% 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
		1.2.4.2 科室科主任高级职称比例	临床、医技科室科主任正高级职称人数/全部临床、医技科室数×100%
		1.2.4.3 硕士及以上医师比例	取得硕士及以上学位医师人数/全院医师人数×100% 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
	1.2.5 医院感染管理专职人员数与开放床位数比	1.2.5.1 医院感染管理专职人员数与开放床位数比	医院按实际开放床位数配备医院感染管理专职人员

一级指标	二级指标	评审要点	释义
	1.2.6 药学专业技术人员数与卫生专业技术人员数比	1.2.6.1 医师人数与药师人数比	医院注册医师总人数/医院药师总人数
		1.2.6.2 每百张病床临床药师人数	医院临床药师总人数/医院实际开放床位数×100
1.3 部分科室资源配置	1.3.1 儿科医师数占比	1.3.1.1 儿科医师数占比	医院注册的儿科在岗医师数/全院同期医师总数×100%
	1.3.2 三级甲等综合医院应当设置精神科	1.3.2.1 三级甲等综合医院应当设置精神科	设置精神类疾病相关专科，开展相应门诊、病房诊疗服务
	1.3.3 三级甲等综合医院精神科医师数占比	1.3.3.1 三级甲等综合医院精神科医师数占比	医院注册的精神科在岗医师数/全院同期医师总数×100%
	1.3.4 急诊医学科 固定急诊医师数占急诊在岗医师数的比例	1.3.4.1 急诊医学科固定急诊医师数占急诊在岗医师数的比例	注册的固定在急诊科的在岗医师人数/同期急诊科在岗医师总数×100%
	1.3.5 急诊医学科 固定急诊护士数占急诊在岗护士数的比例	1.3.5.1 急诊医学科固定急诊护士数占急诊在岗护士数的比例	注册地固定在急诊科的在岗护士人数/同期急诊科在岗护士总数×100%
	1.3.6 急诊科开放床位数	1.3.6 急诊科开放床位数	急诊科开放床位数，包括观察床、急诊病房、抢救床和 EICU 病房。观察床、病房床位≥50 张，EICU≥10 张，抢救床≥8 张
	1.3.7 重症医学科开放床位数占医院开放床位数的比例	1.3.7.1 重症医学科开放床位数占医院开放床位数的比例	重症医学科开放床位数/同期全院实际开放床位数。综合 ICU 床位数≥4%，专科 ICU 床位数≥2%，可转换 ICU 床位数≥4%。
	1.3.8 重症医学科医师数与重症医学科开放床位数比	1.3.8.1 重症医学科医师数与重症医学科开放床位数比	注册的重症医学科在岗医师人数与同期重症医学科实际开放床位数的比值

一级指标	二级指标	评审要点	释义
	1.3.9 重症医学科护士数与重症医学科开放床位数比	1.3.9.1 重症医学科护士数与重症医学科开放床位数比	注册的重症医学科在岗护士人数/同期重症医学科实际开放床位数
	1.3.10 麻醉科医师数与手术间数比	1.3.10.1 麻醉科医师数与手术间数比	麻醉科在岗注册医师人数与同期手术间数的比值
	1.3.11 麻醉科医师数与日均全麻手术台次比	1.3.11.1 麻醉科医师数与日均全麻手术台次比	麻醉科在岗注册医师人数与同期日均全麻手术台次的比值
	1.3.12 麻醉科医师数和手术科室医师数比	1.3.12.1 麻醉科医师数和手术科室医师数比	麻醉科在岗注册医师人数与手术科室医师人数的比值
	1.3.13 手术间麻醉护士数与实际开放手术台数量比	1.3.13.1 手术间麻醉护士数与实际开放手术台数量比	注册的手术间麻醉护士人数/同期手术间实际开放手术台数量
	1.3.14 中医科开放床位数占医院开放床位数的比例	1.3.14.1 中医科开放床位数占医院开放床位数的比例	中医科实际开放床位数占医院开放床位数的比例。 中医科包含中西医结合科
	1.3.15 中医科中医类别医师数与中医科开放床位数比（未开设中医科病房，本指标不适用）	1.3.15.1 中医科中医类别医师数与中医科开放床位数比	注册的中医科在岗中医类别医师人数与同期中医科实际开放床位数的比值
	1.3.16 中医科护士数与中医科开放床位数比（未开设中医科病房，本指标不适用）	1.3.16.1 中医科护士数与中医科开放床位数比	注册的中医科护士人数/同期中医科实际开放床位数
	1.3.17 康复医学科开放床位数占医院开放床位数的比例	1.3.17.1 康复医学科开放床位数占医院开放床位数的比例	康复科实际开放床位数/同期全院实际开放床位数
	1.3.18 康复医学科医师数与康复医学科开放床位数比	1.3.18.1 康复医学科医师数与康复医学科开放床位数比	注册的康复科在岗医师人数与同期康复科实际开放床位数的比值

一级指标	二级指标	评审要点	释义
	1.3.19 康复医学科康复师数与康复医学科开放床位数比	1.3.19.1 康复医学科康复师数与康复医学科开放床位数比	康复科在岗康复师人数与同期康复科实际开放床位数的比值
	1.3.20 康复医学科护士数与康复医学科开放床位数比	1.3.20.1 康复医学科护士数与康复医学科开放床位数比	注册的康复医学科护士人数/同期康复医学科实际开放床位数×100%
	1.3.21 感染性疾病科固定医师数占感染性疾病科在岗医师数的比例	1.3.21.1 感染性疾病科固定医师数占感染性疾病科在岗医师数的比例	注册的固定在感染性疾病科的在岗医师人数/同期感染性疾病科在岗医师总数×100%
	1.3.22 感染性疾病科固定护士数占感染性疾病科在岗护士数的比例	1.3.22.1 感染性疾病科固定护士数占感染性疾病科在岗护士数的比例	注册地固定在感染性疾病科的在岗护士人数/同期感染性疾病科在岗护士总数×100%
	1.3.23 可转换感染性疾病床位数占医院开放床位数的比例	1.3.23.1 可转换感染性疾病床位数占医院开放床位数的比例	可转换感染性疾病开放床位数/同期全院实际开放床位数×100% 可转换床位指制定工作预案和改造方案，一旦发生群体性感染性疾病可在 48 小时之内按照传染病要求改造到位的床位。
	1.3.24 三级甲等综合医院应当设置全科医学科	1.3.24.1 三级甲等综合医院应当设置全科医学科	全科医学科属一级临床科室，应当满足独立科室建制的必备条件，符合全科医疗、教学、分级诊疗、双向转诊等功能定位，具有承担全科医疗、教学、科研的相应能力，适应全科医生培训需求。
1.4 运行指标	1.4.1 出院患者手术占比	1.4.1.1 出院患者手术占比	出院患者手术台次数/同期出院患者总人次×100%
	1.4.2 开放床位使用率	1.4.2.1 开放床位使用率	期内实际占用总床日数/同期实际开放总床日数×100%
	1.4.3 人员支出占业务支出的比重	1.4.3.1 人员支出占业务支出的比重	人员经费/医疗活动费用×100%

一级指标	二级指标	评审要点	释义
	1.4.4 出院患者四级手术占比	1.4.4.1 出院患者四级手术占比	出院患者四级手术台次数/同期出院患者手术台次数×100%
	1.4.5 资产负债率	1.4.5.1 资产负债率	负债合计/资产合计×100%
	1.4.6 万元收入能耗支出	1.4.6.1 万元收入能耗支出	年总能耗支出/年总收入×10000
	1.4.7 医疗服务收入占比	1.4.7.1 医疗服务收入(不含药品、卫生材料、检查检验收入)占医疗收入比例	医疗服务收入(不含药品、卫生材料、检查检验收入)/医疗收入×100% 经病例组合指数(Case Mix Index, CMI)校正
	1.4.8 次均费用增幅情况	1.4.8.1 门诊次均费用增幅	(本年度门诊患者次均费用-上一年度门诊患者次均费用)/上一年度门诊患者次均费用×100% (经 CMI 校正, 剔除有关项后的门诊次均费用增幅)
		1.4.8.2 门诊次均药品费用增幅	(本年度门诊患者次均药品费用-上一年度门诊患者次均药品费用)/上一年度门诊患者次均药品费用×100% (剔除有关项后的门诊次均药品费用增幅)
		1.4.8.3 住院次均费用增幅	(本年度出院患者次均费用-上一年度出院患者次均费用)/上一年度出院患者次均费用×100% (经 CMI 校正, 剔除有关项后的住院次均费用增幅)
		1.4.8.4 住院次均药品费用增幅	(本年度出院患者次均药品费用-上一年度出院患者次均药品费用)/上一年度出院患者次均药品费用×100% (剔除有关项后的住院次均药品费用增幅)
1.5 科研指标	1.5.1 每百名卫生技术人员科技成果转化金额	1.5.1.1 每百名卫生技术人员科技成果转化金额	年度科技成果转化总金额/同期医院卫生技术人员总数×100%
	1.5.2 开展临床试验的数量	1.5.2.1 开展药物、医疗器械临床试验的数量	年度开展药物、医疗器械临床试验的数量
1.6 信息化指	1.6.1 医院信息平台与省统筹	1.6.1.1 医院信息互联互通标准化成熟度评	医院信息互联互通标准化成熟度评级进行评价

一级指标	二级指标	评审要点	释义
标	区域全民健康信息等平台互通共享情况	级	
		1.6.1.2 医院影像系统与省统筹卫生健康云影像平台互通共享情况	影像匹配率、检查报告完整性、数据一致性、数据关联率、值域符合率、与省平台关联率等。
		1.6.1.3 医院检验系统与省统筹卫生健康云临床检验平台互通共享情况	检查报告完整性、数据一致性、数据关联率、值域符合率、与省平台关联率等。
1.7 医院管理制度建设及执行情况指标	1.7.1 依据医院的功能任务，确定医院的发展目标和中长期发展规划及执行情况	1.7.1.1 医院功能与任务，符合本区域发展规划	1.医院有明确的功能和任务，符合本区域发展规划； 2.具有提供全面连续的医疗护理、预防保健、康复医疗、临床教学及科研等能力； 3.完成政府、社会需要的指定事项、工作或年度政府指令性任务； 4.医院功能和任务与本地区发展规划相一致，分解落实到相对应的职能部门。
		1.7.1.2 制定医院中长期规划与年度计划，医院规模和发展目标与医院的功能任务一致	1.建立和完善医院的愿景和发展目标，制定医院中长期规划，并细化分解到年度计划； 2.中长期规划及年度计划的制定征求职工意见、各部门参与，经过院长办公会议、党委会讨论，并由职工代表大会审议通过； 3.医院规模和发展目标与医院的功能任务一致。
		1.7.1.3 医院有完善的组织架构和制度体系保障功能与任务实施	1.医院应当根据其功能、任务，设置合理的管理机构，满足管理工作需要，部门职能、职责划分明确； 2.根据法律法规、规章规范以及相关标准，结合本院实际，制定并动态完善各项规章制度，理清员工在落实制度时的职责。
	1.7.2 坚持医院的公益性，把	1.7.2.1 坚持医院的公益性，履行相应的社会	1.参加并完成政府部门指定的社会公益性任务；

一级指标	二级指标	评审要点	释义
	社会效益放在首位，履行相应的社会责任和义务情况	责任和义务	2.组织或参与社会团体开展社会公益性活动； 3.承担突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治。
		1.7.2.2 传染病预防控制工作领导小组及制度建设、报告首诊负责、传染病报告及疫情流调处置、传染病防治培训情况	1.成立由主要负责同志任组长的传染病预防控制工作领导小组，制定工作方案，明确岗位职责； 2.建立传染病疫情信息监测报告管理制度，执行首诊负责制； 3.法定传染病报告率、报告及时率和信息准确率应达到100%； 4.发现甲类传染病、需按照甲类传染病管理的乙类传染病和突发原因不明的传染病时，应当对传染病患者、疑似患者、病原携带者进行流行病史采集并依法采取相应的隔离治疗和医学观察措施。
		1.7.2.3 帮扶基层医疗卫生机构	1.医联（共）体内建立双向转诊绿色通道； 2.组建基层特色科室孵化中心； 3.帮扶基层医疗卫生机构建设特色科室； 4.由基层医疗卫生机构的家庭医生优先预约安排住院床位； 5.在基层医疗卫生机构开设专家工作室和联合病房； 6.安排医联（共）体内基层医疗卫生机构卫技人员免费进修； 7.精准对接基层需要，依托基层卫生人员实训基地推广适宜卫生技术。 8.紧密型城市医疗集团和紧密型县域医共体牵头的三级、二级医院预留至少 20%的门诊号源优先向辖区基层医疗卫

一级指标	二级指标	评审要点	释义
			生机构开放。
	1.7.3 加强公立医院党的建设，加强医务人员职业道德教育，落实“九项准则”情况	1.7.3.1 切实加强党对公立医院的领导	1.公立医院加强党的建设，明确党委职责，充分发挥医院党委的领导作用，实施党委领导下的院长负责制，健全医院党委与行政领导班子议事决策制度； 2.公立医院应当在章程中明确党委职责，凡属重大问题按照集体领导、民主集中、个别酝酿、会议决定的原则，由党委集体讨论，作出决定，并按照分工抓好组织实施； 3.院长在医院党委领导下，全面负责医院医疗、教学、科研、行政管理工作。
		1.7.3.2 加强医务人员职业道德教育，弘扬社会主义核心价值观和新时代医疗卫生职业精神	1.医疗机构职业道德教育管理制度、体系健全，有工作计划并组织实施； 2.医疗机构制度、流程及年度工作计划体现新时代医疗卫生职业精神，弘扬社会主义核心价值观； 3.选树先进典型，宣传优秀事迹。
		1.7.3.3 建立行风建设与管理的组织和制度体系，完善工作机制，落实“九项准则”规定	1.医院建立并完善行风建设与管理的制度体系和工作机制； 2.有完善的行风建设组织体系，有行风管理的专门机构，有行风工作专（兼）职人员； 3.有行风建设管理职能部门间的协调工作机制，职能部门职责明确，分工协作； 4.职能部门对行风工作有检查、有考核，并定期进行评价、分析及整改，改进措施有成效。
	1.7.4 加强公立医院内部控制建设	1.7.4.1 加强公立医院内部控制建设，提升公立医院内部治理水平和公共服务效能	1.持续优化公立医院内部控制环境； 2.切实加强公立医院风险评估工作； 3.着力完善公立医院重点业务及高风险领域的内部控制措

一级指标	二级指标	评审要点	释义
			施； 4.全面提升公立医院内部控制的信息化水平； 5.强化公立医院内部控制的评价与整改； 6.定期按要求开展医院内部控制管理工作。
	1.7.5 医院安防工作相关制度及关键措施执行落实情况	1.7.5.1 建立完善医院安防工作相关制度，关键措施执行落实到位	1.建立医患纠纷排查化解机制，与公安机关建立通报会商机制； 2.建立人脸识别比对系统和高风险人员库，所有入口和重要部位安装具有抓拍功能的摄像头； 3.建立报警求助系统，所有医生诊室安装紧急报警装置或者在电脑上安装紧急报警软件； 4.医院主要入口或门诊、急诊入口通道安装安防设施； 5.组建多个最小应急单元，常态化开展应急演练。
	1.7.6 医院消防系统管理符合国家相关法律法规和标准	1.7.6.1 医院消防系统建设	1.消防管理职能部门健全、制度完善，岗位职责清晰，科室消防安全职责管理落实到人； 2.规范建立微型消防站及高层消防避难所，成立兼职消防队，定期组织演练 3.消防通道畅通，防火器材完好。重点部门、重要部位防范有监管，有记录； 4.对基建维修等施工项目进行消防安全监管，所有部门及建筑、通道均符合消防安全要求； 5.各科室、各部门对消防通道、员工消防知识和技能、防火器材等有自查，且责任到人； 6.定期开展检查、培训、演练等，提升医院检查消除火灾隐患能力、组织扑救初起火灾能力、组织人员疏散逃生能力、消防宣传教育培训能力。

一级指标	二级指标	评审要点	释义
		1.7.6.2 加强医院消防“六化”建设	1.网格化：织密监管网络，实现全覆盖；构建“横向到边、纵向到底”的监管体系； 2.专业化：提升监管与处置的核心能力；加强专业人才培养； 3.数字化：科技赋能，实现智慧消防；推广安消一体化信息管理平台，实现风险“早发现、早预警”； 4.全员化：压实责任，人人参与；建立从主要责任人到一线员工的全员安全生产岗位责任制； 5.实体化：夯实硬件与人员保障基础；加强“人防+技防+工程防”建设； 6.手册化：规范操作，让标准融入日常；员工依规操作，提升应急处置熟练度。
	1.7.7 医院医疗质量体系建设完备并有效开展质控活动	1.7.7.1 院科两级质量管理组织完备、符合规范	1.根据《医疗质量管理办法》，院级层面成立医疗、护理、院感、药事、临床用血、病案、伦理、医疗技术临床应用、医学装备管理委员会。各委员会人员组成符合职责要求； 2.各临床医技科室成立科室质量管理小组，组长由科室主要负责人担任，人员组成合理，并设有质控员。
		1.7.7.2 院级层面医疗质量管理指标体系完善，满足国家、省级卫生健康行政部门质量管理的要求	1.医院各临床及医技科室质量安全管理指标体系完善，指标至少包含：医疗、护理、医院感染、药学、输血、病案、伦理、病种质量、临床研究、设施设备、耗材管理、均次医疗费用等方面； 2.有医疗质量关键环节（如危急重患者管理、围手术期管理、输血与药物管理、有创诊疗操作等）的质控指标； 3.有重点部门（急诊科、手术室、血液透析室、内窥镜室、导管室、重症监护室、产房、新生儿病房、消毒供应中心

一级指标	二级指标	评审要点	释义
			等)的质控指标。
		1.7.7.3 科室层面定期开展质量控制、临床诊疗指南和技术操作规范培训	1.科室质控组织有计划、有总结、有活动记录; 2.科室质控组织有年度质量安全监管指标、目标,如质量指标、效率指标、单病种质量指标、合理用药监测指标等,并定期开展监管; 3.针对存在的质量安全问题,改进有成效,有改进案例; 4.科室定期开展临床诊疗指南和技术操作规范培训。
		1.7.7.4 院科二级质控组织运用 PDCA 工具和根因分析法开展质量控制活动	院科二级质控组织运用 PDCA 工具和根因分析法等质量管理工具开展质量控制活动。
		1.7.7.5 质控对象年度考核	省级质控中心依据相应管理办法对质控对象进行年度考核的结果。
	1.7.8 药事管理核心制度建设与执行情况	1.7.8.1 建立与完善医院药事管理组织,有工作职责、制度和计划,并落实	1.设立药事管理与药物治疗学委员会及若干相关的药事管理工作组,人员组成规范,制度完善,职责明确,有协调机制。每年召开工作会议不少于4次,有完整的相关资料; 2.建立药事管理及临床药学服务工作制度、职责、操作规程并及时修订。有药事法律法规、相关制度和合理用药知识的宣传、教育、培训,医务人员熟悉相关内容; 3.药事管理与药物治疗学委员会下设的各工作小组定期对组内工作开展情况进行专项检查,有保证制度、流程落实的相关措施; 4.有年度计划和工作总结,有数据及结果分析,运用质量管理工具开展药事质量管理工作,体现药事管理工作的落实及持续改进。
		1.7.8.2 加强药品管理,建立药品全流程监测系统,保障药品质量和供应;“特殊管理药	1.药品遴选、采购、验收、储存、调剂、召回等制度健全; 2.建立药品全流程监测系统。开展药品临床综合评价,科

一级指标	二级指标	评审要点	释义
		品”组织架构健全，制度完善，各环节管理措施得当	学遴选药品，定期评估药品采、供情况。药品管理和调剂流程规范，对特殊患者进行用药指导。药品召回有处置流程和应急预案； 3.医务、药学、门诊部等职能部门对调剂工作有督导检查、追踪评价，持续改进有成效； 4.“特殊管理药品”按照法律法规、行政规章制定相应的管理制度，组织架构健全，制度完善，有应急预案，有培训、考核，授予相应处方权； 5.“特殊管理药品”有安全设施，存放区域、标识和贮存方法符合相关规定，环节管理措施得当，实现来源可查、去向可追、责任可究的全程闭环式可追溯管理，并将临床科室麻精药品合理用药情况纳入医疗质量管理考核指标； 6.职能部门对“特殊管理药品”进行督导检查、总结、反馈，有改进措施，持续改进有成效。
		1.7.8.3 实施临床药师制，加强临床药师队伍建设和培训，积极参与临床药物治疗，促进合理用药，拓展药学服务范围	1.医院成立临床药师制工作领导小组，有临床药师培养计划，并纳入医院医疗技术人员培养计划，药学部有临床药师继续教育培训计划并落实； 2.临床药师全职从事临床药物治疗工作，包括药学查房、药物重整、制订监护计划、患者用药教育、药学会诊、血药浓度监测及报告解读、药学门诊等服务，体现相应作用，促进合理用药，拓展药学服务范围，各项工作记录完整。积极参与临床路径与 DRG 等相关工作，不断拓展药学服务范围； 3.临床药学工作开展有计划、督查和总结，存在问题有反馈及改进措施，促进合理用药有成效。

一级指标	二级指标	评审要点	释义
	1.7.9 有完善的护理管理体系，落实优质护理	1.7.9.1 护理管理委员会及多部门协调机制	1.有护理管理委员会，成员符合要求，研究护理工作中的关键事项和问题，并提出解决方案和支持保障措施； 2.护理工作五年规划、年度计划目标明确，符合医院总体规划、护理实际和学科发展方向，并纳入全院性文件中； 3.实行三级管理制度，各级护理管理岗位任职条件和职责明确，推动护理质量与安全的提升和护理专业的发展； 4.建立有效的多部门协调机制，落实工作方案。
		1.7.9.2 护理质量与安全管理体系健全有效	1.成立护理质量与安全委员会，全面负责医院护理质量管理； 2.建立护理部一科一病区或护理部一病区护理质量与安全组织架构图，按相关要求和专科特点开展护理质量管理； 3.常规、流程、操作并发症预防、应急预案等符合行业发展及临床需求，能起到指导和引领临床护理工作的作用； 4.根据相关文件、指南、标准、专科特点和本标准要求制定并监测护理质量和安全敏感指标，有明确目标和达标措施； 5.应用信息系统采集质量安全指标数据，至少按季度进行汇总、分析、公布，并采取针对性改进措施； 6.按省护理专业质控中心要求及时、准确上报护理质量监测平台，并分析改进； 7.持续质量改进成效明显。
		1.7.9.3 护理人力资源管理体系健全有效	1.严格落实《护士条例》等法律法规相关要求； 2.落实《江苏省实施医院护士岗位管理指导意见（2024年版）》相关要求； 3.以临床服务能力和专业技术水平为指标，对护士实行分

一级指标	二级指标	评审要点	释义
			层级管理，建立并落实分级晋阶、分级培训、分级使用规范； 4.有机动护士储备库，紧急调配有效，人员能力符合紧急调配岗位需求； 5.排班应体现患者病情与护士能力相适应、护士能力搭配、人性化管理、动态弹性等原则； 6.建立“临床导向，风险强度导向、以质为先”的绩效考核机制，并与晋升晋级、奖金、培训挂钩； 7.建立智能化的人力资源管理系统，高效高质完成以上工作。
		1.7.9.4 有明确的护理学科发展规划	1.有促进护理学科发展的具体计划和落地方案，计划纳入医院、护理工作规划和计划； 2.有护理人才培养方案及保障措施，每百张床位市级及以上专科护士占比≥ 2名； 3.建立以指标为牵引的专科质量提升计划，系统落实1个专病，成效明显； 4.至少有1项改革创新项目落地临床应用，并取得良好成效。
		1.7.9.5 全面开展优质护理服务，保证临床护理质量	1.优质护理服务覆盖率100%； 2.有深化优质护理服务的方案及激励机制； 3.实施责任制整体护理模式，以解决患者健康问题和改善健康结局程度为导向，提供个性化、专科化护理措施，并体现持续改进； 4.护理服务主动、及时，体现人文关怀； 5.开展优质护理的保障措施到位；

一级指标	二级指标	评审要点	释义
	1.7.10 落实医院感染预防控制标准与规范，开展医院感染监测并持续改进		6.护理记录格式和内容符合江苏省病历书写规范要求； 7.至少在2个科室开展免陪照护服务，符合文件要求； 8.结合专业特点，开展优质护理服务特色项目，有成效； 9.患者对护理工作满意度 $\geq 90\%$ 。
		1.7.10.1 有医院感染管理委员会及多部门协调机制	1.建立医院感染管理委员会； 2.建立多部门协调机制； 3.将医院感染管理纳入医院总体工作规划和质量与安全管理目标，制定和落实工作计划。
		1.7.10.2 落实医院感染标准预防	1.有院、科两级对标准预防规范执行情况的监管，对存在问题有分析、反馈和整改建议； 2.按规范、产品说明书要求定期对消毒设备设施、消毒剂的消毒或灭菌效果进行监测，并有记录； 3.环境卫生学监测频次符合医院感染防控要求； 4.医疗废物的分类收集、运送、暂存、登记和交接符合要求。
		1.7.10.3 开展医院感染监测工作，定期对感染监测的数据进行统计分析、反馈，持续改进	1.定期对医院感染管理医疗质量控制指标及其变化趋势进行统计分析、反馈和持续改进； 2.定期开展医院感染风险评估，针对感染较高风险的科室制定针对性的预防控制措施，体现质量持续改进； 3.制定医院感染暴发应急处置预案并定期演练。
		1.7.10.4 对重点部门、重点环节、重点人群开展监测并持续改进	1.制定重点部门、重点环节、重点人群与高危因素的监测计划，包含监测范围、监测方法、监测内容和监测质量控制要求等并组织实施； 2.科室对感染监测数据有自查，对存在的问题有总结、有分析；

一级指标	二级指标	评审要点	释义
			3.主管部门对监测情况进行定期核查指导，对存在的问题及时反馈，并提出整改建议。
	1.7.11 落实《医疗技术临床应用管理办法》，依法依规开展医疗技术	1.7.11.1 建立与完善医院医疗技术管理组织，有工作职责、制度和计划，并落实	1.医院成立医疗技术临床应用管理委员会，由医务、质量管理、药学、护理、院感、设备等部门负责人和具有高级技术职务任职资格的临床、管理、伦理等相关专业人员进行组成；委员会负责人应为医疗机构负责人。医疗技术临床应用管理委员会制定年度计划并落实，有工作记录，可追溯； 2.医院建立医疗技术临床应用管理制度，主要包括但不限于所开展技术的手术目录管理、手术分级管理、医师授权管理、质量控制管理、动态评估等制度。 医院要建立医疗技术负面清单管理制度，对禁止类技术和限制类技术实行分类管理； 3.医疗技术管理档案保存完整。
		1.7.11.2 医院开展限制性医疗技术应当履行自我评估和备案程序	1.医院开展限制类技术，应当按照《医疗技术临床应用管理办法》进行自我评估，内容包括但不限于对医院、开展人员、技术管理、设备设施和环境等方面的基本要求； 2.医院开展限制性医疗技术应当履行规范的申请、审批流程，至少包括科室、伦理委员会、医疗技术临床应用管理委员会等审批； 3.开展限制性医疗技术应落实限制类医疗技术动态管理要求，依据规定按时向省级或设区直辖市卫生行政部门办理备案、撤销备案手续。备案材料至少包括：开展临床应用的限制类技术名称和所具备的条件及有关评估材料；本机构伦理委员会和医疗技术临床应用管理委员会的论证材料；技术负责人（限于在本机构注册的执业医师）资质证

一级指标	二级指标	评审要点	释义
			明材料； 4.医院按照要求，及时、准确、完整地向全国和省级医疗技术临床应用信息化管理平台逐例报送限制类技术开展情况数据信息。
		1.7.11.3 落实医疗技术临床应用管理制度	1.落实医疗技术临床应用论证制度。对已证明安全有效，但属本院首次应用的医疗技术的临床技术能力和安全保障能力进行论证，有论证报告或证明；对每项进入临床应用的医疗新技术新项目建立档案，全程记录新技术运用过程、开展情况、不良反应等，加强新技术新项目质量控制，实施全程追踪管理和动态评估； 2.落实医疗技术临床应用评估制度。遵循科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理医疗技术评估原则，建立评估量化指标体系，至少包括：接受该项医疗技术的患者评估（适应证和禁忌证、临床应用效果和患者生存质量、不良反应、死亡、医疗事故）、环境评估和设备设施评估等。职能部门定期对限制类技术进行质量安全和技术保证能力评估，并根据评估结果及时调整医院医疗技术临床应用管理目录； 3.以限制类技术为重点，落实医疗技术临床应用质量控制制度； 4.对医疗技术临床应用管理目录内的手术进行分级管理，有分级手术目录，并根据手术开展情况定期调整； 6.建立医师手术授权制度，根据医师的专业能力、临床实践、手术质量安全和培训情况，授予或者取消相应的手术级别和具体手术项目权限。

一级指标	二级指标	评审要点	释义
		1.7.11.4 医院建有医务人员医疗技术临床应用管理档案，内容包括但不限于：准予医务人员开展医疗技术目录、医疗质量情况、医疗技术差错、医疗技术培训考核情况等	1.医院有专门部门负责医务人员医疗技术临床应用管理档案的管理和维护； 2.档案内容涵盖准予医务人员开展医疗技术目录、医疗质量情况、医疗技术差错事故、医疗技术培训考核情况等； 3.医疗技术临床应用管理记录纳入个人专业技术档案，包含医师资格证、执业证、职称证、学历学位证、进修和培训证明、年度考核结果、执业范围以及各类证书变更情况等。
		1.7.11.5 建立医疗技术临床应用规范化培训制度。重视医疗技术临床应用管理人才队伍的建设和培养	1.有完整的医疗技术临床应用规范化培训制度、工作流程； 2.职能部门制定完整的培训大纲、培训计划和考核标准，培训内容涵盖法律法规、规章规范以及专项技术等知识的学习； 3.对医疗技术管理人员定期开展培训，包括医院和科室两个管理层； 4.医院承担限制类技术临床应用规范化培训基地工作。
	1.7.12 医院实验室项目的质量与安全管理符合要求	1.7.12.1 实施全院临床检验实验室项目统一管理	全院临床检验实验室检验项目统一管理，包括但不限于：项目准入、目录管理、收费标准、委托外送、项目废止等流程统一管理，确保实验室项目设置的合理性、规范性与一致性。
		1.7.12.2 建立并落实床旁快速检验（Point-of-Care Testing, POCT）管理制度	1.全院 POCT 设备统一管理； 2.加强试剂和设备准入、人员培训、人员授权、质量控制、结果记录、数据上传等环节管理，确保 POCT 结果准确、可追溯、符合临床需求； 3.室内质控覆盖率达 100%； 4.定期开展比对，比对率 100%。

一级指标	二级指标	评审要点	释义
		1.7.12.3 外送检验项目全流程管理	1.外送机构资质符合要求； 2.遴选流程合理、合规； 3.项目目录动态管理； 4.定期监控外送项目质量； 5.标本采集至结果报告等的质量管理，确保标本安全、结果准确、信息安全且可追溯，追溯率 100%。
	1.7.13 推动创新药高质量发展	1.7.13.1 满足人民群众多元化就医用药需求，推动创新药高质量发展	医疗机构于收到省“创新药”药品目录 1 个月内召开药事会，根据《关于做好创新药械进院使用的通知》要求及时调整机构用药目录，保障临床诊疗需求和患者合理用药权益。
	1.7.14 落实省卫生行政管理部门年度重点工作	1.7.14.1 落实省卫生行政管理部门年度重点工作	制定有效措施，积极落实省卫生行政管理部门年度重点工作，年度工作有成效。
	1.7.15 “三合理一规范”执行情况	医院按照临床诊疗指南、临床技术操作规范和行业标准以及医学伦理规范等有关要求，合理进行检查、用药、诊疗，规范收费	1.按照临床诊疗指南、临床技术操作规范和行业标准以及医学伦理规范等有关要求，制定“合理检查、用药、诊疗，规范收费”的制度及工作方案； 2.常态化开展全员培训，提升合规执业意识及能力； 3.建立多部门联合机制，采取多种形式进行“三合理一规范”督查； 4.建立不规范不合理诊疗行为约谈机制； 5.将不合理诊疗行为纳入医务人员定期考核和绩效考核体系。

第二章 医疗服务能力与医院质量安全指标

一级指标	二级指标	评审要点	释义
2.1 医疗服务能力	2.1.1 收治病种数量（ICD-10 四位亚目数量）	2.1.1.1 收治病种数量（ICD-10 四位亚目数量）	
	2.1.2 住院术种数量	2.1.2.1 住院术种数量	
	2.1.3 DRG-DRGs 组数	2.1.3.1 DRG-DRGs 组数	
	2.1.4 DRG-CMI	2.1.4.1 DRG-CMI	
	2.1.5 DRG 时间指数	2.1.5.1 DRG 时间指数	
	2.1.6 DRG 费用指数	2.1.6.1 DRG 费用指数	
2.2 医院质量安全指标	2.2.1 医疗质量安全核心制度	2.2.1.1 十八项医疗质量核心制度数据情况	按照国家卫健委发布的医疗质量安全核心制度 35 项监测指标，医院填报能够落实指标的条目数
		2.2.1.2 十八项医疗质量核心制度执行情况	医疗质量安全核心制度 35 项监测指标落实执行情况
	2.2.2 规范开展诊疗活动	2.2.2.1 诊疗指南更新率	近 5 年内更新的科室指南数量/科室使用指南总数×100%
		2.2.2.2 知情同意制度落实完备性	医院制定的必须取得书面知情同意的诊疗项目清单的完备性，参照《病历书写基本规范》《医疗纠纷预防和处理条例》等要求，如实施手术、麻醉、有创诊疗操作、特殊检查、特殊治疗（如化疗、放疗）、使用血液制品、贵重药品、高值耗材前、临床试验等。

一级指标	二级指标	评审要点	释义
		2.2.2.3 知情同意规范执行率	抽查, 1.知情同意签署率: 规定必须签署的项目, 实际签署的比例。 2.知情同意书内容完整率: 患者信息、诊断、方案、替代方案、医师签名、日期等关键要素的完整率。
	2.2.3 临床专科能力建设	2.2.3.1 省级临床重点专科数量	省级临床重点专科数量, 且数量不比上一周期减少。
	2.2.4 年度国家医疗质量安全目标改进情况	2.2.4.1 年度国家医疗质量安全目标改进成效	国家医疗质量安全改进目标有成效, 有数据说明。
	2.2.5 患者住院总死亡率	2.2.5.1 患者住院总死亡率	住院总死亡患者人数与同期出院患者总人次的比例。(含非医嘱离院)
	2.2.6 新生儿患者住院死亡率	2.2.6.1 新生儿患者住院死亡率	新生儿住院死亡人数与同期新生儿出院患者人次的比例。
	2.2.7 手术患者住院死亡率	2.2.7.1 手术患者住院死亡率	手术患者住院死亡人数与同期手术患者出院人次的比例。
	2.2.8 住院患者出院后 0-31 天非预期再住院率	2.2.8.1 住院患者出院后 0-31 天非预期再住院率	出院后 0-31 天非预期再住院患者人次与同期出院患者总人次(除死亡患者外)的比例。
	2.2.9 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	2.2.9.1 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	手术患者手术后 48 小时/31 天内因各种原因导致患者需进行的计划外再次手术例数与同期出院患者手术例数的比例。
2.3 医疗安全指标	2.2.10DRG 低风险组病例死亡率	2.2.10.1DRG 低风险组病例死亡率	监测年度运用 DRG 分组器测算产生低风险组病例, 其死亡率是指该组死亡的病例数占低风险组全部病例数量的比例。计算方法: 低风险死亡例数/低风险组病例数×100%
	2.3.1 手术患者手术后肺栓塞发生例数和发生率	2.3.1.1 手术患者手术后肺栓塞发生例数和发生率	I26 的手术出院患者发生例数和发生率
	2.3.2 手术患者手术后深静脉血栓发生例数和发生率	2.3.2.1 手术患者手术后深静脉血栓发生例数和发生率	I80.2, I82.8 的手术出院患者发生例数和发生率

一级指标	二级指标	评审要点	释义
	2.3.3 手术患者手术后脓毒症发生例数和发生率	2.3.3.1 手术患者手术后脓毒症发生例数和发生率	A40.0 至 A40.9, A41.0 至 A41.9, T81.411, B37.700, B49.x00x019 的手术出院患者发生例数和发生率
	2.3.4 手术患者手术后出血或血肿发生例数和发生率	2.3.4.1 手术患者手术后出血或血肿发生例数和发生率	T81.0 的手术出院患者发生例数和发生率
	2.3.5 手术患者手术伤口裂开发生例数和发生率	2.3.5.1 手术患者手术伤口裂开发生例数和发生率	T81.3 的手术出院患者发生例数和发生率
	2.3.6 手术患者手术后猝死发生例数和发生率	2.3.6.1 手术患者手术后猝死发生例数和发生率	R96.0, R96.1, I46.1 的手术出院患者发生例数和发生率
	2.3.7 手术患者手术后呼吸衰竭发生例数和发生率	2.3.7.1 手术患者手术后呼吸衰竭发生例数和发生率	J95.800x004, J96.0, J96.1, J96.9 的手术出院患者发生例数和发生率
	2.3.8 手术患者手术后生理/代谢紊乱发生例数和发生率	2.3.8.1 手术患者手术后生理/代谢紊乱发生例数和发生率	E89.0 至 E89.9 的手术出院患者发生例数和发生率
	2.3.9 手术过程中异物遗留发生例数和发生率	2.3.9.1 手术过程中异物遗留发生例数和发生率	T81.5, T81.6 的手术出院患者发生例数和发生率
	2.3.10 手术患者麻醉并发症发生例数和发生率	2.3.10.1 手术患者麻醉并发症发生例数和发生率	T88.2 至 T88.5 的手术出院患者发生例数和发生率
	2.3.11 手术患者肺部感染与肺机能不全发生例数和发生率	2.3.11.1 手术患者肺部感染与肺机能不全发生例数和发生率	J95.1 至 J95.4, J95.8, J95.9, J98.4, J15 至 J16, J18 的手术出院患者发生例数和发生率
	2.3.12 手术意外穿刺伤或撕裂伤发生例数和发生率	2.3.12.1 手术意外穿刺伤或撕裂伤发生例数和发生率	T81.2 的手术出院患者发生例数和发生率
	2.3.13 手术后急性肾衰竭发生例数和发生率	2.3.13.1 手术后急性肾衰竭发生例数和发生率	N17.0 至 N17.9, N99.0 的手术出院患者发生例数和发生率

一级指标	二级指标	评审要点	释义
	2.3.14 消化系统术后并发症发生例数和发生率	2.3.14.1 消化系统术后并发症发生例数和发生率	K91.0 至 K91.9 的手术出院患者发生例数和发生率
	2.3.15 循环系统术后并发症发生例数和发生率	2.3.15.1 循环系统术后并发症发生例数和发生率	I97.0, I97.1, I97.8, I97.9 的手术出院患者发生例数和发生率
	2.3.16 神经系统术后并发症发生例数和发生率	2.3.16.1 神经系统术后并发症发生例数和发生率	G97.0, G97.1, G97.2, G97.8, G97.9, I60 至 I64 的手术出院患者发生例数和发生率
	2.3.17 眼和附器术后并发症发生例数和发生率	2.3.17.1 眼和附器术后并发症发生例数和发生率	H59.0, H59.8, H59.9 的手术出院患者发生例数和发生率
	2.3.18 耳和乳突术后并发症发生例数和发生率	2.3.18.1 耳和乳突术后并发症发生例数和发生率	H95.0, H95.1, H95.8, H95.9 的手术出院患者发生例数和发生率
	2.3.19 肌肉骨骼术后并发症发生例数和发生率	2.3.19.1 肌肉骨骼术后并发症发生例数和发生率	M96.0 至 M96.9 的手术出院患者发生例数和发生率
	2.3.20 泌尿生殖系统术后并发症发生例数和发生率	2.3.20.1 泌尿生殖系统术后并发症发生例数和发生率	N98.0 至 N99.9 的手术出院患者发生例数和发生率
	2.3.21 口腔术后并发症发生例数和发生率	2.3.21.1 口腔术后并发症发生例数和发生率	K11.4 的手术出院患者发生例数和发生率
	2.3.22 心脏和血管植入物的并发症（不包括脓毒症）发生例数和发生率	2.3.22.1 心脏和血管植入物的并发症（不包括脓毒症）发生例数和发生率	T82.0 至 T82.9 的手术出院患者发生例数和发生率
	2.3.23 泌尿生殖道植入物的并发症（不包括脓毒症）发生例数和发生率	2.3.23.1 泌尿生殖道植入物的并发症（不包括脓毒症）发生例数和发生率	T83.0 至 T83.9 的手术出院患者发生例数和发生率

一级指标	二级指标	评审要点	释义
	2.3.24 骨科植入物的并发症（不包括脓毒症）发生例数和发生率	2.3.24.1 骨科植入物的并发症（不包括脓毒症）发生例数和发生率	T84.0 至 T84.9 的手术出院患者发生例数和发生率
	2.3.25 其他植入物的并发症（不包括脓毒症）发生例数和发生率	2.3.25.1 其他植入物的并发症（不包括脓毒症）发生例数和发生率	T85.0 至 T85.9 的手术出院患者发生例数和发生率
	2.3.26 再植和截肢的并发症发生例数和发生率	2.3.26.1 再植和截肢的并发症发生例数和发生率	T87.0 至 T87.6 的手术出院患者发生例数和发生率
	2.3.27 介入操作与手术后患者其他并发症发生例数和发生率	2.3.27.1 介入操作与手术后患者其他并发症发生例数和发生率	T81.1, T81.7, T81.8, T81.9 的介入操作及手术出院患者发生例数和发生率
	2.3.28 新生儿产伤发生例数和发生率	2.3.28.1 新生儿产伤发生例数和发生率	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 的新生儿发生例数和发生率
	2.3.29 阴道分娩产妇分娩或产褥期并发症发生例数和发生率	2.3.29.1 阴道分娩产妇分娩或产褥期并发症发生例数和发生率	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 的阴道分娩产症发生例数和发生率
	2.3.30 剖宫产分娩产妇分娩或产褥期并发症发生例数和发生率	2.3.30.1 剖宫产分娩产妇分娩或产褥期并发症发生例数和发生率	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 的剖宫产分娩产妇发生例数和发生率

一级指标	二级指标	评审要点	释义
	2.3.31 输注反应发生例数和发生率	2.3.31.1 输注反应发生例数和发生率	T80.0, T80.1, T80.2, T80.8, T80.9 的出院患者发生例数和发生率
	2.3.32 输血反应发生例数和发生率	2.3.32.1 输血反应发生例数和发生率	T80.0 至 T80.9 的输血出院患者发生例数和发生率
	2.3.33 医源性气胸发生例数和发生率	2.3.33.1 医源性气胸发生例数和发生率	J93.8, J93.9, J95.804, T81.218 的出院患者发生例数和发生率
	2.3.34 全身性抗菌药物的有害效应	2.3.34.1 全身性抗菌药物的有害效应	Y40.0 至 Y40.9 的出院患者发生例数和发生率
	2.3.35 降血糖药物的有害效应	2.3.35.1 降血糖药物的有害效应	Y42.3 的出院患者发生例数和发生率
	2.3.36 抗肿瘤药物的有害效应	2.3.36.1 抗肿瘤药物的有害效应	Y43.1, Y43.3 的出院患者发生例数和发生率
	2.3.37 抗凝剂的有害效应	2.3.37.1 抗凝剂的有害效应	Y44.2, Y44.3, Y44.4, Y44.5 的出院患者发生例数和发生率
	2.3.38 镇痛药和解热药的有害效应	2.3.38.1 镇痛药和解热药的有害效应	Y45.0 至 Y45.9 的出院患者发生例数和发生率
	2.3.39 心血管系统用药的有害效应	2.3.39.1 心血管系统用药的有害效应	Y52.0 至 Y52.9 的出院患者发生例数和发生率
	2.3.40 X 线造影剂及其他诊断性制剂的有害效应	2.3.40.1 X 线造影剂及其他诊断性制剂的有害效应	Y57.5, Y57.6 的出院患者发生例数和发生率
	2.3.41 血液透析所致并发症发生例数和发生率	2.3.41.1 血液透析所致并发症发生例数和发生率	T80.6, T80.8, T80.9, T82.4, T82.7 出院患者发生例数和发生率

第三章 重点专业质量控制指标

一级指标	二级指标	评审要点	释义
3.1 临床检验专业医疗质量控制指标	3.1.1 临床检验专业医疗质量控制指标	3.1.1.1 室内质控项目开展率	开展室内质控的检验项目数占同期检验项目总数的比例。
		3.1.1.2 室间质评项目参加率	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。
		3.1.1.3 室间质评项目合格率	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。
		3.1.1.4 检验项目替代评价方法使用率	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。
		3.1.1.5 危急值通报率	已通报的危急值数占同期需要通报的危急值总数的比例。
3.2 临床用血质量控制指标	3.2.1 临床用血质量控制指标	3.2.1.1 《临床输血申请单》合格率	填写规范且符合用血条件的《临床输血申请单》数量占同期输血科（血库）接收的《临床输血申请单》总数的百分比
		3.2.1.2 输血相容性检测项目室内质控率	开展室内质控的输血相容性检测项目数占医疗机构开展的输血相容性检测项目总数的百分比。
		3.2.1.3 输血相容性检测室间质评项目参加率	参加国家和省级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项目总数的百分比。
		3.2.1.4 输血相容性检测室间质评项目合格率	参加国家和省级室间质评的输血相容性检测合格项目数占所参加的室间质评机构输血相容性检测项目总数的百分比。

一级指标	二级指标	评审要点	释义
		3.2.1.5 手术患者自体输血率	单位时间手术患者住院期间自体输血量占手术患者异体输血量之和的百分比。此处仅统计红细胞成分及全血用量。
3.3 呼吸内科专业医疗质量控制指标	3.3.1 呼吸内科专业医疗质量控制指标	3.3.1.1 急性肺血栓栓塞症（PTE）患者危险分层相关检查比例	单位时间内，急性PTE患者行危险分层相关检查人数占同期急性PTE患者总数的比例。
		3.3.1.2 慢阻肺急性加重患者入院病情评估比例	单位时间内，慢阻肺急性加重患者入院病情评估人数占同期慢阻肺急性加重患者总数的比例。
		3.3.1.3 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	单位时间内，住院CAP患者行CAP严重程度评估人数占同期住院CAP患者总数的比例。
		3.3.1.4 支气管哮喘急性发作患者病情严重程度分级比例	单位时间内，住院期间行病情严重程度分级的哮喘患者人数占住院哮喘患者总数的比例。
3.4 产科专业医疗质量控制指标	3.4.1 产科专业医疗质量控制指标	3.4.1.1 剖宫产率	单位时间内，剖宫产分娩产妇人数占同期分娩产妇（分娩孕周≥28周）总人数的比例。
		3.4.1.2 初产妇剖宫产率	单位时间内，初产妇（定义：妊娠≥28周初次分娩的产妇，既往无28周及以上孕周分娩史）实施剖宫产手术人数占同期初产妇总人数的比例。
		3.4.1.3 巨大儿发生率	单位时间内，巨大儿（出生体重≥4000g）人数占同期活产数的比例。
		3.4.1.4 严重产后出血发生率	单位时间内，发生严重产后出血（分娩24小时内出血量≥1000ml）的产妇人数占同期分娩产妇（分娩孕周≥28周）总人数的比例。
		3.4.1.5 产后或术后非计划再次手术率	单位时间内，产妇在同一次住院期间，因产后或术后各种原因需重返手术室进行计划外再次手术（含介入手术）的人数占同期分娩产妇（分娩孕周≥28周）总人数的比例。

一级指标	二级指标	评审要点	释义
3.5 神经系统疾病医疗质量控制指标	3.5.1 神经系统疾病医疗质量控制指标	3.5.1.1 抗癫痫药物规范服用率	近 3 月规范使用抗癫痫药物治疗的住院癫痫患者（确诊 3 月及以上）数占同期住院癫痫患者（确诊 3 月及以上）总数的比例 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。
		3.5.1.2 发病 4.5 小时内脑梗死患者静脉溶栓率	发病 4.5 小时内静脉溶栓治疗的脑梗死患者数占同期发病 4.5 小时到院的脑梗死患者总数的比例 分子指首次病程记录中记录发病 4.5 小时内急诊行溶栓治疗的脑梗死患者人数
		3.5.1.3 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	静脉溶栓入院至溶栓时间（Door-to-Needle Time, 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 分子指绿色通道节点表显示静脉溶栓 DNT 小于 60 分钟的脑梗死患者数。
		3.5.1.4 颈动脉支架置入术患者卒中和死亡发生率	颈动脉支架置入术患者术后住院期间卒中和死亡人数占同期颈动脉支架置入术患者总数的比例
		3.5.1.5 住院帕金森病患者进行临床分期的比例	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
3.6 肾病专业医疗质量控制指标	3.6.1 肾病专业医疗质量控制指标	3.6.1.1 血液透析患者每 6 个月血源性传染病标志物检验完成率	血液透析患者每 6 个月血源性传染病标志物检验完成率：完成血源性传染病标志物检验的维持性血液透析患者数占同期门诊所有维持性血液透析患者总数的百分率 血液透析患者血源性传染病年度转阳事件数：四项血源性传染病（乙肝、丙肝、梅毒、艾滋病）标志物任何一项由阴性转阳性的事件数

一级指标	二级指标	评审要点	释义
		3.6.1.2 血液净化用中心静脉导管相关血液感染发生率	年度统计周期内，每 1000 个导管留置日中新发生的、与血液净化用中心静脉导管相关的原发性血流感染频次。 感染判定：导管留置期间或拔除后 48h 内出现的且与其他部位感染无关的血流感染
		3.6.1.3 维持性透析患者肾性贫血控制率	血红蛋白 $\geq 110\text{g/L}$ 的维持性血液透析和维持性腹膜透析患者数占同期维持性血液透析和维持性腹膜透析患者总数的百分率
		3.6.1.4 维持性透析患者血磷控制率	$1.78\text{mmol/L} \geq \text{血磷} \geq 1.13\text{mmol/L}$ 的维持性血液透析患者和维持性腹膜透析患者数占同期维持性血液透析患者和维持性腹膜透析患者总数的百分率
		3.6.1.5 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	$\text{Kt/V} \geq 1.7/\text{周}$ 且总 $\text{Ccr} \geq 50\text{L}/1.73\text{m}^2/\text{周}$ 的腹膜透析患者数占同期检测该项指标的腹膜透析患者总数的百分率
3.7 护理专业医疗质量控制指标	3.7.1 护理专业医疗质量控制指标	3.7.1.1 住院患者跌倒致 2 级及以上伤害发生例数和发生率	统计周期内，住院患者跌倒致 2 级及以上伤害总例次数与住院患者实际占用床日数的比例。 计算方法： 住院患者跌倒致 2 级及以上伤害发生率=住院患者跌倒致 2 级及以上伤害总例次数/同期住院患者实际占用床日数 $\times 1000\%$
		3.7.1.2 住院患者 2 期及以上院内压力性损伤发生例数和发生率	统计周期内，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=住院患者 2 期及以上院内压力性损伤新发病例数/同期住院患者总数 $\times 100\%$

一级指标	二级指标	评审要点	释义
		3.7.1.3 气管导管（气管插管、气管切开）非计划拔管率	统计周期内，住院患者发生气管导管非计划拔管的例次数与气管导管留置总日数的比例。 计算方法： $\text{气管导管（气管插管、气管切开）非计划拔管率} = \frac{\text{住院患者气管导管（气管插管、气管切开）非计划拔管例次数}}{\text{同期住院患者气管导管（气管插管、气管切开）留置总日数}} \times 1000\%$
		3.7.1.4 经外周置入中心静脉导管（PICC）非计划拔管率	统计周期内，住院患者发生经外周置入中心静脉导管（PICC）非计划拔管的例次数与经外周置入中心静脉导管（PICC）留置总日数的比例。 计算方法： $\text{经外周置入中心静脉导管（PICC）非计划拔管率} = \frac{\text{住院患者 PICC 非计划拔管例次数}}{\text{同期住院患者 PICC 留置总日数}} \times 1000\%$
		3.7.1.5 中心静脉导管（CVC）非计划拔管率	统计周期内，住院患者发生中心静脉导管（CVC）非计划拔管的例次数与中心静脉导管（CVC）留置总日数的比例。 计算方法： $\text{中心静脉导管（CVC）非计划拔管率} = \frac{\text{住院患者 CVC 非计划拔管例次数}}{\text{同期住院患者 CVC 留置总日数}} \times 1000\%$
		3.7.1.6 急性心肌梗死患者便秘发生率	统计周期内，急性心肌梗死住院患者发生便秘例数与急性心肌梗死住院患者总例数的比例。 计算方法： $\text{急性心肌梗死患者便秘发生率} = \frac{\text{急性心肌梗死住院患者发生便秘例数}}{\text{同期急性心肌梗死住院患者总例数}} \times 100\%$

一级指标	二级指标	评审要点	释义
		3.7.1.7 卒中相关性肺炎（SAP）发生率	统计周期内，住院脑卒中患者新发生肺炎例数与住院脑卒中患者总数的比例。 卒中相关性肺炎（SAP）发生率=住院脑卒中患者新发肺炎例数/同期住院脑卒中患者总数×100%
3.8 药事管理 专业医疗质 量控制指标	3.8.1 药事管理专业医疗质量控制指标	3.8.1.1 严重或新的药品不良反应上报率	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。 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。
		3.8.1.2 门急诊麻醉第一类精神药品处方/住院患者麻醉第一类精神药品医嘱合格率	定义：点评为合理的麻醉、第一类精神药品处方数占同期点评麻醉、第一类精神药品处方总数的比例。 计算公式： 1.门急诊麻醉第一类精神药品处方合格率=点评为合格的麻醉第一类精神药品处方/同期点评的麻醉第一类精神药

一级指标	二级指标	评审要点	释义
			品处方总数×100% 2.住院患者麻醉第一类精神药品医嘱合格率=点评为合格的麻醉第一类精神药品医嘱/同期点评的麻醉第一类精神药品医嘱总数×100%
		3.8.1.3 门急诊处方/住院患者用药医嘱审核率	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。 计算公式： 1.门诊处方审核率=药品收费前药师审核门诊处方数/同期门诊处方总数×100% 2.急诊处方审核率=药品收费前药师审核急诊处方数/同期急诊处方总数×100% 3.住院患者用药医嘱审核率=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×100%
		3.8.1.4 门急诊处方/住院患者用药医嘱点评率	定义：实施点评的处方数占同期处方总数的比例。 计算公式： 1.门诊处方点评率=实施点评的门诊处方数/同期门诊处方总数×100% 2.急诊处方点评率=实施点评的急诊处方数/同期急诊处方总数×100% 3.住院患者用药医嘱点评率=实施点评的出院病历数/同期出院病历总数×100%
		3.8.1.5 住院患者抗菌药物使用强度	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。 计算公式：住院患者抗菌药物使用强度=住院患者抗菌药

一级指标	二级指标	评审要点	释义
			物实际消耗量（累计DDD数）/同期住院患者实际占用总床日数×100 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ATC Index。对于未给出明确DDD值的抗菌药物，参照国家卫生健康委抗菌药物临床应用监测网的说明。 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.使用强度数值：经CMI值校验
		3.8.1.6 住院患者药学监护率	定义：实施药学监护的住院患者人次占同期住院患者总人次数的比例。 计算公式：住院患者药学监护率=实施药学监护的住院患者人次/同期住院患者总人次×100% 1.药学监护主要包括药学查房、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。 2.同一住院患者一次住院期间接受药学监护计为1人次。

一级指标	二级指标	评审要点	释义
		3.8.1.7 住院患者静脉输液使用率	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。 计算公式：住院患者静脉输液使用率=使用静脉输液的住院患者人次数/同期住院患者总人次数×100% 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。 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，应计为2人次。
3.9 病案管理 质量控制指 标	3.9.1 病案管理质量控制指标	3.9.1.1 入院记录 24 小时内完成率	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。
		3.9.1.2 手术记录 24 小时内完成率	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。
		3.9.1.3 出院患者病历 2 日归档率	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。
		3.9.1.4 主要诊断编码正确率	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。
		3.9.1.5 主要手术编码正确率	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。

一级指标	二级指标	评审要点	释义
3.10 心血管系统疾病相关专业医疗质量控制指标	3.10.1 心血管系统疾病相关专业医疗质量控制指标	3.10.1.1 发病 24 小时内急性 STEMI 患者再灌注治疗率	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
		3.10.1.2 非瓣膜性心房颤动（房颤）患者血栓栓塞风险评估率	单位时间内，进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。
		3.10.1.3 心脏植入型电子器械（CIED）植入术严重并发症（住院死亡、导线脱位及心包填塞）发生率	单位时间内行心脏植入性装置治疗术中或术后发生严重并发症（住院死亡、心包填塞及导线脱位）的患者数占同期行植入装置治疗的患者总数的比例。
		3.10.1.4 住院高血压患者出院血压达标率	单位时间内住院高血压患者出院时血压达标比例。
		3.10.1.5 瓣膜手术住院死亡率	单位时间内，行瓣膜手术住院期间死亡的患者数，占同期行瓣膜手术的患者总数的比例。 瓣膜手术：二尖瓣生物瓣膜置换术（保留瓣下结构）35.2300x002、二尖瓣生物瓣膜置换术 35.2301、二尖瓣机械瓣膜置换术（保留瓣下结构）35.2400x002、二尖瓣机械瓣膜置换术 35.2401、主动脉瓣生物瓣膜置换术 35.2101、主动脉瓣机械瓣膜置换术 35.2201
		3.10.1.6 单纯冠状动脉旁路移植术中乳内动脉血管桥使用率	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，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。 冠状动脉旁路移植术（单乳房内动脉—冠状动脉旁路移植 36.1500、双乳房内动脉—冠状动脉旁路移植 36.1600、一根冠状动脉的（主动脉）冠状动脉旁路移植 36.1100、二根冠状动脉的（主动脉）冠状动脉旁路移植 36.1200、三根冠状动脉的（主动脉）冠状动脉旁路移植 36.1300、四根或以上冠状动脉的（主动脉）冠状动脉旁路移植

一级指标	二级指标	评审要点	释义
			36.1400)
		3.10.1.7 主动脉腔内修复术后脑卒中发生率	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的患者总数的比例。 主动脉腔内修复术（胸主动脉覆膜支架置入术（腋-腋、腋-颈、腋-腋-颈）HYBRID 复合手术 39.7300x004、胸主动脉支架置入术 39.7301、胸主动脉分支覆膜支架置入术 39.7302、胸主动脉覆膜支架腔内隔绝术 39.7303、胸主动脉开窗分支覆膜支架置入术 39.7800x001）
3.11 超声诊断专业医疗质量控制指标	3.11.1 超声诊断专业医疗质量控制指标	3.11.1.1 住院超声检查 48 小时内完成率	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。
		3.11.1.2 超声报告书写合格率	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。
		3.11.1.3 乳腺病变超声报告进行乳腺影像报告和数据系统（BIRADS）分类率	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。
		3.11.1.4 超声诊断符合率	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的总例数的比例。
		3.11.1.5 卵巢一附件病变超声报告 O-RADS 分类率	单位时间内，进行 O-RADS 分类的卵巢一附件病变超声报告数，占同期卵巢一附件超声报告总数的比例。
		3.11.1.6 超声介入相关主要并发症发生率	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百分比。
3.12 康复医学专业医疗	3.12 康复医学专业医疗质量控制指标	3.12.1.1 住院患者早期康复介入率	单位时间内，接受早期康复介入的住院患者数占同期住院康复治疗患者总数的比例。

一级指标	二级指标	评审要点	释义
质量控制指标		3.12.1.2 住院患者功能评定率	单位时间内,住院患者功能评定人数占同期住院康复治疗患者总数的比例。
		3.12.1.3 出院患者治疗有效率	单位时间内,功能障碍指标改善率 $\geq 50\%$ 的总人数占出院人数的比例。以入院录功能诊断的功能障碍指标改善率作为评判转归标准,如果涉及多个功能障碍,则以第一功能障碍作为评估对象。
3.13 临床营养专业医疗质量控制指标	3.13.1 临床营养专业医疗质量控制指标	3.13.1.1 住院患者营养风险筛查率	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。
		3.13.1.2 住院患者营养评估率	完成营养评估住院患者数占同期住院患者总数的比例。
		3.13.1.3 住院营养风险患者营养治疗率	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。
3.14 麻醉专业医疗质量控制指标	3.14.1 麻醉专业医疗质量控制指标	3.14.1.1 麻醉后麻醉相关严重并发症发生率	麻醉后麻醉相关严重并发症发生例数占同期麻醉总例数的比例。 包括严重过敏反应、区域阻滞麻醉后严重神经并发症、深静脉穿刺严重并发症、术中牙齿损伤、严重反流误吸、全麻术中知晓、麻醉后心肌梗塞、麻醉后新发昏迷、麻醉后肺栓塞等。
		3.14.1.2 麻醉后 PACU 苏醒延迟率	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。
		3.14.1.3 麻醉期间心跳骤停发生率	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。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。

一级指标	二级指标	评审要点	释义
		3.14.1.4 阴道分娩椎管内分娩镇痛使用率	单位时间内，阴道分娩接受椎管内分娩镇痛总人数（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
3.15 肿瘤专业医疗质量控制指标	3.15.1 肿瘤专业医疗质量控制指标	3.15.1.1 恶性肿瘤首次治疗前临床分期评估率	单位时间内，首次治疗前完成临床 TNM 分期诊断的恶性肿瘤患者数占接受首次治疗的恶性肿瘤患者总数的比例。 涉及癌种：乳腺癌、肺癌、肝癌、宫颈癌、胃癌、结直肠癌、食管癌、甲状腺癌、前列腺癌、肾癌。 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。 分期包括 TNM/FIGO/CNLC 分期。TNM 分期中“X”数量不超过 1，且 T 分期不可为“X”。 ICD 编码：乳腺癌 C50、肺癌 C34、肝癌 C22、宫颈癌 C53、胃癌 C16、结直肠癌 C18-C20、食管癌 C15、甲状腺癌 C73、前列腺癌 C61、肾癌 C64
		3.15.1.2 恶性肿瘤首次非手术治疗前病理学诊断率	单位时间内，首次非手术治疗前完成病理学诊断的恶性肿瘤患者数占接受首次非手术治疗的恶性肿瘤患者总数的比例。 乳腺癌、肺癌、肝内胆管癌、结直肠癌、前列腺癌、肾癌为首次非手术治疗前病理学诊断率，首次非手术治疗包括放射治疗、抗肿瘤药物治疗（含化学治疗、靶向治疗、免疫治疗）等抗肿瘤治疗。 宫颈癌、胃癌、食管癌为首次治疗前病理学诊断率，首次治疗包括手术治疗、放射治疗、抗肿瘤药物治疗（含化学治疗、靶向治疗、免疫治疗）等抗肿瘤治疗。

一级指标	二级指标	评审要点	释义
		3.15.1.3 术后病理 TNM 分期率	单位时间内，恶性肿瘤患者手术治疗后完成病理 TNM 分期的患者数占手术治疗的恶性肿瘤患者总数的比例。 涉及癌种：乳腺癌、肺癌、肝内胆管癌、胃癌、结直肠癌、甲状腺癌、前列腺癌、肾癌。 肺癌、乳腺癌、胃癌、结直肠癌、甲状腺癌病理 TNM 分期指：需明确记录 pT、pN 分期。 肝内胆管癌、前列腺癌、肾癌病理 TNM 分期指：病理报告中，允许出现 Nx 和 Mx（可不写），其余采集来源，需写明 pTNM 分期。
		3.15.1.4 首次靶向/免疫治疗前分子病理检测率	单位时间内，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。基因及对应靶向药物指： 1. EGFR 重排/融合/突变：吉非替尼、厄洛替尼、埃克替尼、达克替尼、阿法替尼、奥希替尼、阿美替尼、伏美替尼 2. ALK 重排/融合/突变/阳性：阿来替尼、塞瑞替尼、克唑替尼、恩沙替尼 3. ROS1/ROS-1 重排/融合/突变：克唑替尼 4. MET 重排/融合/突变：克唑替尼、赛沃替尼 5. RET 重排/融合/突变：普拉替尼 6. BRAFV600E 重排/融合/突变：达拉非尼、曲美替尼、维罗非尼。 单位时间内，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。抗 HER-2 靶向药物指：吡咯替尼、拉帕替尼、曲妥珠单抗、帕妥珠单抗、奈拉替尼、恩美曲妥珠单抗、

一级指标	二级指标	评审要点	释义
			伊尼妥单抗。 单位时间内，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。靶向和（或）免疫治疗药物指：西妥昔单抗、帕托珠单抗、曲妥珠单抗、维莫非尼、达拉非尼、曲美替尼、帕博利珠单抗、纳武利尤单抗、卡瑞利珠单抗、塞普利单抗、信迪利单抗、特瑞普利单抗、替雷利珠单抗、派安普利单抗、赛帕利单抗、杰诺单抗、阿特殊单抗、德瓦鲁单抗、恩沃利单抗。 单位时间内，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。抗肿瘤药物指： 1.化疗药物：5-氟尿嘧啶、卡培他滨、替吉奥、顺铂、奥沙利铂、紫杉醇、多西他赛、白蛋白紫杉醇、伊立替康、表阿霉素 2.靶向药物：曲妥珠单抗、阿帕替尼、雷莫芦单抗 3.免疫药物：帕博利珠单抗、纳武利尤单抗、特瑞普利单抗、信迪利单抗、卡瑞利珠单抗、替雷利珠单抗。
		3.15.1.5 术中淋巴结清扫规范率	单位时间内，肺癌切除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。肺癌淋巴结清扫指在“手术记录”或“病理检查记录”中清扫或切除1站及以上的淋巴结，即视为进行了清扫。 单位时间内，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。 单位时间内，手术切除的肝内胆管癌患者术中接受淋巴结

一级指标	二级指标	评审要点	释义
			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。肝内胆管癌淋巴结清扫指在“手术记录”或“病理检查记录”中描述到“淋巴结清扫”情况，即视为进行了清扫。 单位时间内，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。 单位时间内，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。
3.16 感染性疾病专业医疗质量控制指标	3.16.1 感染性疾病专业医疗质量控制指标	3.16.1.1 抗流感病毒药物使用前流感病原学诊断阳性率	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。
		3.16.1.2 门诊流感患者抗菌药物使用率	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。
		3.16.1.3 住院流感患者抗菌药物使用率	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。
		3.16.1.4 感染性腹泻患者病原学诊断阳性率	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。
		3.16.1.5 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	首次检出 HCV 抗体阳性的患者中行 HCV-RNA 检测的人数占同期在首次检出 HCV 抗体阳性的患者总人数的比例。
3.17 健康体检与管理专业医疗质量控制指标	3.17.1 健康体检与管理专业医疗质量控制指标	3.17.1.1 健康体检问卷完成率	完成健康体检问卷人数占同期健康体检总人数的比例。
		3.17.1.2 高危异常结果通知率	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，高危异常结果范围可参考《中华健康管理学杂志》2019 年 4 月第 13 卷第 2 期《重要异常结果管理专家共识》A 类

一级指标	二级指标	评审要点	释义
		3.17.1.3.重要异常结果随访率	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，重要异常结果范围可参考《中华健康管理学杂志》2019年4月第13卷第2期《重要异常结果管理专家共识》A+B类，重要异常结果包含高危异常结果。
3.18 疼痛专业医疗质量控制指标	3.18.1 疼痛专业医疗质量控制指标	3.18.1.1 住院患者入院8h内疼痛程度评估完成率	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。 备注：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。
		3.18.1.2 PHN 患者精神心理评估率	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。 备注：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。
		3.18.1.3 癌症疼痛患者24h内疼痛全面评估完成率	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。 备注：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。
		3.18.1.4 癌症疼痛治疗有效率	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。 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

一级指标	二级指标	评审要点	释义
			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）。
		3.18.1.5 疼痛科出院患者微创手术占比	疼痛科每年颈、腰椎椎间盘突出症、三叉神经痛、带状疱疹及疱疹后神经痛、椎体压缩性骨折、癌性疼痛等入院患者进行微创手术数占疼痛科年出院患者总数的比例。 本指标中的微创指疼痛科实际开展的专科基本诊疗项目除了超声引导等可视化神经阻滞技术、关节腔注射技术、疼痛/精神心理评估、冲击波物理治疗技术之外的9项技术。
3.19 整形美容专业医疗质量控制指标	3.19.1 整形美容专业医疗质量控制指标	3.19.1.1 整形美容手术切口甲级愈合率	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。
		3.19.1.2 重睑术二次手术率	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。
		3.19.1.3 假体植入手术早期手术部位感染发生率	行假体植入术后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。
		3.19.1.4 皮瓣移植并发症发生率	皮瓣移植术患者并发症发生人数占同期皮瓣移植术出院患者总人数。
		3.19.1.5 注射并发症发生率	行注射美容患者并发症例数占同期行注射美容患者总例数。
3.20 急诊医学专业医疗质量控制指标	3.20.1 急诊医学专业医疗质量控制指标	3.20.1.1 院前心脏骤停 ROSC 成功率	院前复苏成功的心脏骤停患者人数占同期行 CPR 的院前心脏骤停患者总人数的比例。
		3.20.1.2 抢救室滞留时间	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。
		3.20.1.3 院前心脏骤停出院存活率	院前心脏骤停患者出院时存活人数占同期院前心脏骤停

一级指标	二级指标	评审要点	释义
			总人数的比例。
		3.20.1.4 急诊分级分诊执行率	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。
3.21 病理专业医疗质量控制指标	3.21.1 病理专业医疗质量控制指标	3.21.1.1 组织病理诊断及时率	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，反映组织病理诊断的及时性。规定时间是指穿刺、内窥镜钳取活检的小标本，自接收标本起， ≤ 3 个工作日发出病理报告；各类型大标本自接收标本起， ≤ 5 个工作日发出病理报告；需特殊处理、特殊染色、免疫组织化学染色、分子检测的病例按照有关行业标准增加相应的工作日。
		3.21.1.2 细胞病理诊断及时率	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，反映细胞病理诊断的及时性。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。
		3.21.1.3 术中快速病理诊断及时率	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，反映术中快速病理诊断的及时性。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。
		3.21.1.4 病理室间质评合格率	病理室间质评合格项目数占同期参加病理室间质评总项目数。病理室间质评合格率，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

一级指标	二级指标	评审要点	释义
			合格标准。 病理室间质评覆盖范围：组织病理、细胞病理、常规技术、特殊染色、分子病理、免疫组化项目等。
		3.21.1.5 术中快速病理诊断与术后常规病理诊断符合率	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。本指标中术中诊断符合是指在良恶性病变定性诊断一致，反映术中快速诊断准确性。
3.22 放射影像专业医疗质量控制指标	3.22.1 放射影像专业医疗质量控制指标	3.22.1.1 CT 检查年阳性率	CT 检查年阳性例次数占同期 CT 检查总例次数的比例。
		3.22.1.2 磁共振检查年阳性率	磁共振检查年阳性例次数占同期磁共振检查总例次数的比例。
		3.22.1.3 急诊放射影像检查报告及时完成率	2 小时内完成的急诊放射影像检查报告份数占同期急诊放射影像检查报告总份数的比例。
		3.22.1.4 图像质量评分	对影像图像质量的综合评价，反映放射影像检查的图像质量。
		3.22.1.5 报告质量评分	对影像报告质量的综合评价，反映放射影像检查报告书写质量。
3.23 门诊管理医疗质量控制指标	3.23.1 门诊管理医疗质量控制指标	3.23.1.1 门诊标准诊断使用率（%）	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。
		3.23.1.2 门诊准时出诊率（%）	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。
		3.23.1.3 门诊危急值 30 分钟内通报完成率（%）	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。
		3.23.1.4 门诊患者平均预约诊疗率（%）	门诊患者预约诊疗人次数占总诊疗人次数比例。
		3.23.1.5 门诊 CT 检查当日完成率（%）	门诊 CT 检查当日完成数量占完成缴费的门诊 CT 检查申

一级指标	二级指标	评审要点	释义
			请单数量的比例
3.24 医院感染管理医疗质量控制指标	3.24.1 医院感染管理医疗质量控制指标	3.24.1.1 千日医院感染例次发病率	每 1000 个患者住院日中新发生医院感染的频次。 医院感染新发病例例次数/同期住院患者累计住院天数×1000‰
		3.24.1.2 千日 CRKP 医院感染例次发病率	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。 CRKP 医院感染新发病例例次数/同期住院患者累计住院天数×1000‰
		3.24.1.3 住院患者 I 类切口手术部位感染率	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。 住院患者 I 类切口手术发生手术部位感染的例次数/同期住院患者 I 类切口手术总例次数×100%
		3.24.1.4 血管导管相关血流感染发病率	每 1000 个血管导管使用天数中新发生相关血流感染的频次。 相关血流感染新发病例例次数/同期住院患者血管导管累计使用天数×1000‰
		3.24.1.5 呼吸机相关肺炎发病率	每 1000 个有创呼吸机使用天数中新发生相关肺炎的频次。 相关肺炎新发病例例次数/同期住院患者有创呼吸机累计使用天数×1000‰
		3.24.1.6 导尿管相关尿路感染发病率	每 1000 个导尿管使用天数中新发生相关尿路感染的频次。 相关尿路感染新发病例例次数/同期住院患者导尿管累计使用天数×1000‰

一级指标	二级指标	评审要点	释义
		3.24.1.7 住院患者联合使用重点抗菌药物治疗前病原学送检率	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/同期联合使用重点抗菌药物治疗的住院患者总人数×100%
		3.24.1.8 住院患者I类切口手术抗菌药物预防使用率	预防性使用抗菌药物的I类切口手术例次数/同期住院患者I类切口手术总例次数×100%
		3.24.1.9 新生儿千日医院感染例次发病率	新生儿医院感染新发病例例次数/同期新生儿住院患者累计住院天数×1000‰
		3.24.1.10 医疗机构工作人员手卫生依从率	实际执行手卫生时机数/同期应执行手卫生时机数×100%
3.25 重症医学专业医疗质量控制指标	3.25.1 重症医学专业医疗质量控制指标	3.25.1.1 ICU 床位使用率	ICU 实际占用总床日数与同期 ICU 实际开放总床日数之比。
		3.25.1.2 感染性休克 3h 集束化治疗 (bundle) 完成率	入 ICU 诊断为感染性休克并完成 3 小时 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
		3.25.1.3 中重度 ARDS 患者俯卧位通气实施率	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。
		3.25.1.4 ICU 标化病死指数	ICU 患者实际病死率与同期 ICU 患者预计病死率的比值。
		3.25.1.5 ICU 气管插管拔管后 48h 内再插管率	ICU 患者气管插管计划拔管后 48h 内再插管例数占同期 ICU 患者气管插管拔管总例数的比例。
3.26 核医学专业医疗质量控制指标	3.26.1 核医学专业医疗质量控制指标 (医院仅配置 PET/CT 或 SPECT/CT 其中一类设备时, 对应无设备的评审要点不适用)	3.26.1.1 反映核医学 SPECT 检查图像质量	SPECT 图像质量评价为合格的例数占同期 SPECT 图像质量评价总例数的比例。
		3.26.1.2 反映核医学 PET/CT 检查图像质量	PET/CT 图像质量评价为合格的例数占同期 PET/CT 图像质量评价总例数的比例。
		3.26.1.3 SPECT/CT 固有均匀性稳定性检测率	SPECT/CT 固有均匀性实际稳定性检测次数占 SPECT/CT 固有均匀性要求稳定性检测总次数的比例。

第四章 单病种（术种）/临床路径质量控制指标

医院上报 55 个病种，各监测 4 条指标（病例上报例数、平均住院日、次均费用、病死率），病例上报例数仅用于筛选参与评审的单病种。其中评价考核 30 个病种，10 个病种为三级公立医院绩效监测中“单病种质量控制”指标中所涉及的单病种，以“★”表示，剩下 20 个病种由各医院单病种上报例数从高到低排列，取前 20 个病种。各病种评价指标为平均住院日、次均费用、病死率。

一级指标	二级指标	评审要点	释义
4.1 急性心肌梗死（ST 段抬高型，首次住院）★	4.1.1 急性心肌梗死（ST 段抬高型，首次住院）	4.1.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	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。计算方法：某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数。 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。计算方法：某病种总出院费用/同期某病种例数。 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。计算方法：某病种死亡人数/同期某病种例数×100%
4.2 心力衰竭★	4.2.1 心力衰竭	4.2.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.3 冠状动脉旁路移植术★	4.3.1 冠状动脉旁路移植术	4.3.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.4 房颤	4.4.1 房颤	4.4.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.5 主动脉瓣置换术	4.5.1 主动脉瓣置换术	4.5.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.6 二尖瓣置换术	4.6.1 二尖瓣置换术	4.6.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.7 房间隔缺损手术	4.7.1 房间隔缺损手术	4.7.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.8 室间隔缺损手术	4.8.1 室间隔缺损手术	4.8.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.9 主动脉腔内修复术	4.9.1 主动脉腔内修复术	4.9.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.10 脑梗死（首次住院）★	4.10.1 脑梗死（首次住院）	4.10.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.11 短暂性脑缺血发作	4.11.1 短暂性脑缺血发作	4.11.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.12 脑出血	4.12.1 脑出血	4.12.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	

一级指标	二级指标	评审要点	释义
4.13 脑膜瘤（初发，手术治疗）	4.13.1 脑膜瘤（初发，手术治疗）	4.13.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.14 胶质瘤（初发，手术治疗）	4.14.1 胶质瘤（初发，手术治疗）	4.14.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.15 垂体腺瘤（初发，手术治疗）	4.15.1 垂体腺瘤（初发，手术治疗）	4.15.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.16 急性动脉瘤性蛛网膜下腔出血（初发，手术治疗）	4.16.1 急性动脉瘤性蛛网膜下腔出血（初发，手术治疗）	4.16.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.17 惊厥性癫痫持续状态	4.17.1 惊厥性癫痫持续状态	4.17.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.18 帕金森病	4.18.1 帕金森病	4.18.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.19 社区获得性肺炎（成人，首次住院）★	4.19.1 社区获得性肺炎（成人，首次住院）	4.19.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.20 社区获得性肺炎（儿童，首次住院）★	4.20.1 社区获得性肺炎（儿童，首次住院）	4.20.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.21 慢性阻塞性肺疾病（急性发作，住院）★	4.21.1 慢性阻塞性肺疾病（急性发作，住院）	4.21.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.22 急性肺血栓栓塞症	4.22.1 急性肺血栓栓塞症	4.22.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.23 哮喘（成人，急性发作，住院）	4.23.1 哮喘（成人，急性发作，住院）	4.23.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.24 哮喘（儿童，住院）	4.24.1 哮喘（儿童，住院）	4.24.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.25 髋关节置换术★	4.25.1 髋关节置换术	4.25.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.26 膝关节置换术★	4.26.1 膝关节置换术	4.26.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	

一级指标	二级指标	评审要点	释义
4.27 发育性髋关节发育不良(手术治疗)	4.27.1 发育性髋关节发育不良(手术治疗)	4.27.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.28 剖宫产★	4.28.1 剖宫产	4.28.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.29 异位妊娠(手术治疗)	4.29.1 异位妊娠(手术治疗)	4.29.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.30 子宫肌瘤(手术治疗)	4.30.1 子宫肌瘤(手术治疗)	4.30.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.31 肺癌(手术治疗)	4.31.1 肺癌(手术治疗)	4.31.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.32 甲状腺癌(手术治疗)	4.32.1 甲状腺癌(手术治疗)	4.32.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.33 乳腺癌(手术治疗)	4.33.1 乳腺癌(手术治疗)	4.33.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.34 胃癌(手术治疗)	4.34.1 胃癌(手术治疗)	4.34.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.35 结肠癌(手术治疗)	4.35.1 结肠癌(手术治疗)	4.35.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.36 宫颈癌(手术治疗)	4.36.1 宫颈癌(手术治疗)	4.36.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.37 糖尿病肾病	4.37.1 糖尿病肾病	4.37.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.38 终末期肾病血液透析	4.38.1 终末期肾病血液透析	4.38.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.39 终末期肾病腹膜透析	4.39.1 终末期肾病腹膜透析	4.39.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.40 舌鳞状细胞癌(手术治疗)	4.40.1 舌鳞状细胞癌(手术治疗)	4.40.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.41 腮腺肿瘤(手术治疗)	4.41.1 腮腺肿瘤(手术治疗)	4.41.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	

一级指标	二级指标	评审要点	释义
4.42 口腔种植术	4.42.1 口腔种植术	4.42.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.43 原发性急性闭角型青光眼（手术治疗）	4.43.1 原发性急性闭角型青光眼（手术治疗）	4.43.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.44 复杂性视网膜脱离（手术治疗）	4.44.1 复杂性视网膜脱离（手术治疗）	4.44.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.45 围手术期预防感染	4.45.1 围手术期预防感染	4.45.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.46 围手术期预防深静脉血栓栓塞	4.46.1 围手术期预防深静脉血栓栓塞	4.46.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.47 住院精神疾病	4.47.1 住院精神疾病	4.47.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.48 中高危风险患者预防静脉血栓栓塞症	4.48.1 中高危风险患者预防静脉血栓栓塞症	4.48.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.49 感染性休克（脓毒症）早期治疗	4.49.1 感染性休克（脓毒症）早期治疗	4.49.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.50 急性呼吸窘迫综合征	4.50.1 急性呼吸窘迫综合征	4.50.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.51 重症急性胰腺炎（初始治疗）	4.51.1 重症急性胰腺炎（初始治疗）	4.51.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.52 儿童急性淋巴细胞白血病（初始诱导化疗）	4.52.1 儿童急性淋巴细胞白血病（初始诱导化疗）	4.52.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.53 儿童急性早幼粒细胞白血病（初始化疗）	4.53.1 儿童急性早幼粒细胞白血病（初始化疗）	4.53.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.54 甲状腺结节（手术治疗）	4.54.1 甲状腺结节（手术治疗）	4.54.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	

一级指标	二级指标	评审要点	释义
4.55 HBV 感染分娩母婴阻断	4.55.1 HBV 感染分娩母婴阻断	4.55.1.1 平均住院日、次均费用、病死率	
4.56 临床路径管理	4.56.1 临床路径管理	临床路径管理病种的覆盖率、入径率、完成率	覆盖率：医院收治的前 200 位病种中，开展临床路径管理的病种的占比； 入径率：进入临床路径的患者人数占该病种同期所有出院患者总人数的比例； 完成率：入径后按标准路径治疗完成的患者人数占进入该临床路径入径的患者总人数的比例

第五章 重点医疗技术临床应用质量控制指标

一级指标	二级指标	评审要点	释义
5.1 国家限制类医疗技术质控指标	5.1.1 限制性医疗技术临床应用	5.1.1.1 依法依规开展限制性医疗技术	医疗机构开展限制性医疗技术,需向卫生行政部门完成备案。
		5.1.1.2 医院开展的限制性医疗技术数量	医疗机构开展的国家级限制性医疗技术的数量。
	5.1.2 限制性医疗技术数据质量控制	5.1.2.1 限制性医疗技术质控数据上报的完整率	实际上报的指标数量/同期应报指标数量 $\times 100\%$ 。
		5.1.2.2 限制性医疗技术质控数据上报的及时率	规定时间内实际上报的指标数量/同期应报指标数量 $\times 100\%$ 。
		5.1.2.3 限制性医疗技术质控数据上报的准确率	规定时间内上报的正确的指标数量/同期应报指标数量 $\times 100\%$ 。
	5.1.3 异基因造血干细胞移植技术	5.1.3.1 适应证符合率	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。
		5.1.3.2 知情同意书签署率	实施该技术治疗前签署知情同意书的患者数与同期接受该技术治疗患者出院人数之比。
		5.1.3.3 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。
		5.1.3.4 死亡率	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。
	5.1.4 同种胰岛移植技术临床应用质量控制指标	5.1.4.1 适应证符合率	同种胰岛移植技术适应证选择正确的例数占同期同种胰岛移植技术总例数的比例。
		5.1.4.2 知情同意书签署率	实施该技术治疗前签署知情同意书的患者数与同期接受

一级指标	二级指标	评审要点	释义
			该技术治疗患者出院人数之比。
		5.1.4.3 围手术期并发症发生率	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。
		5.1.4.4 术后死亡率	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。
	5.1.5 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	5.1.5.1 适应证符合率	同种异体运动系统结构性组织移植术适应证选择正确的例数占同期同种异体运动系统结构性组织移植术总例数的比例。
		5.1.5.2 知情同意书签署率	实施该技术治疗前签署知情同意书的患者数与同期接受该技术治疗患者出院人数之比。
		5.1.5.3 围手术期并发症发生率	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。
		5.1.5.4 死亡率	接受该技术治疗后死亡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。
	5.1.6 同种异体角膜移植技术临床应用质量控制指标	5.1.6.1 适应证符合率	同种异体角膜移植术适应证选择正确的例数占同种异体角膜移植术总例数的比例。
		5.1.6.2 知情同意书签署率	实施该技术治疗前签署知情同意书的患者数与同期接受该技术治疗患者出院人数之比。
		5.1.6.3 并发症发生率	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。

一级指标	二级指标	评审要点	释义
	5.1.7 性别重置技术临床应用质量控制指标	5.1.6.4 角膜组织存活率	同种异体角膜移植术后一定时间内随访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。
		5.1.7.1 适应证符合率	性别重置技术适应证选择正确的例数占性别重置技术总例数的比例。
		5.1.7.2 知情同意书签署率	实施该手术治疗前签署知情同意书的患者数与同期接受该手术治疗患者出院人数之比。
		5.1.7.3 并发症发生率	并发症包括：术后 2 周内发生感染、尿瘘、再造尿道狭窄、再造阴道狭窄、直肠阴道瘘、皮瓣坏死。并发症发生率指性别重置术后，再造器官发生并发症的例数占同期性别重置手术总例数的比例。
		5.1.7.4 术后 1 周内死亡率	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。
	5.1.8 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	5.1.8.1 适应证符合率	质子和重离子加速器放射治疗技术适应证选择正确的例数占质子和重离子加速器放射治疗技术总例数的比例。
		5.1.8.2 知情同意书签署率	实施该手术治疗前签署知情同意书的患者数与同期接受该手术治疗患者出院人数之比。
		5.1.8.3 不良反应发生率	按照放射治疗协作组 ≥ 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。
		5.1.8.4 6 个月内死亡率	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。
	5.1.9 放射性粒子植入治疗技	5.1.9.1 适应证符合率	放射性粒子植入治疗技术适应证选择正确的例数占放射

一级指标	二级指标	评审要点	释义
	术临床应用质量控制指标		性粒子植入治疗技术总例数的比例。
		5.1.9.2 知情同意书签署率	实施该技术治疗前签署知情同意书的患者数与同期接受该技术治疗患者出院人数之比。
		5.1.9.3 术中及术后 30 天内主要并发症发生率	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。
		5.1.9.4 术后 30 天内全因死亡率	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。
	5.1.10 肿瘤消融治疗技术临床应用质量控制指标	5.1.10.1 适应证符合率	肿瘤消融治疗技术适应证选择正确的例数占肿瘤消融治疗技术总例数的比例。
		5.1.10.2 知情同意书签署率	实施该技术治疗前签署知情同意书的患者数与同期接受该技术治疗患者出院人数之比。
		5.1.10.3 肿瘤消融治疗后 30 天内严重并发症发生率	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。
		5.1.10.4 肿瘤消融治疗后 30 天内死亡率	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。
	5.1.11 心室辅助技术临床应用质量控制指标	5.1.11.1 适应证符合率	心室辅助技术适应证选择正确的例数占心室辅助技术总例数的比例。
		5.1.11.2 知情同意书签署率	实施该技术治疗前签署知情同意书的患者数与同期接受该技术治疗患者出院人数之比。
		5.1.11.3 术中及术后 30 天内主要并发症发生率	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。

一级指标	二级指标	评审要点	释义
	5.1.12 人工智能辅助治疗技术临床应用质量控制指标	5.1.11.4 术后 30 天死亡率	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。
		5.1.12.1 适应证符合率	人工智能辅助治疗技术适应证选择正确的例数占人工智能辅助治疗技术总例数的比例。
		5.1.12.2 知情同意书签署率	实施该技术治疗前签署知情同意书的患者数与同期接受该技术治疗患者出院人数之比。
		5.1.12.3 重大并发症发生率	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。
		5.1.12.4 术中及术后死亡率	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。
	5.1.13 体外膜肺氧合（ECMO）技术临床应用质量控制指标	5.1.13.1 适应证符合率	体外膜肺氧合（ECMO）技术适应证选择正确的例数占体外膜肺氧合（ECMO）技术总例数的比例。
		5.1.13.2 知情同意书签署率	实施该技术治疗前签署知情同意书的患者数与同期接受该技术治疗患者出院人数之比。
		5.1.13.3 术中及术后 30 天内患者主要并发症发生率	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。
		5.1.13.4 30 天全因死亡率	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。
	5.1.14 自体器官移植技术临床应用质量控制指标	5.1.14.1 适应证符合率	自体器官移植技术适应证选择正确的例数占自体器官移植技术总例数的比例。

一级指标	二级指标	评审要点	释义
5.2 人体器官捐献、获取与移植技术		5.1.14.2 知情同意书签署率	实施该手术治疗前签署知情同意书的患者数与同期接受该手术治疗患者出院人数之比。
		5.1.14.3 术后全身系统严重并发症发生率	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。
		5.1.14.4 术后早期死亡率	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。
	5.2.1 非移植医院及其医务人员参与的人体器官捐献工作	5.2.1.1 向人体器官获取组织报送潜在器官捐献者死亡人数比	年度向 OPO 报送的潜在器官捐献者人数/同期院内死亡人数×100%。
		5.2.1.2 实现器官捐献的人数与院内死亡人数比例	年度院内完成器官捐献的人数/同期院内死亡人数×100%。
	5.2.2 移植医院及其医务人员参与的人体器官捐献工作	5.2.2.1 向人体器官获取组织报送潜在器官捐献者死亡人数比例	年度向 OPO 报送的潜在器官捐献者人数/同期院内死亡人数×100%。
		5.2.2.2 实现器官捐献的人数与院内死亡人数比例	年度院内完成器官捐献的人数/同期院内死亡人数×100%。
	5.2.3 肝脏移植技术医疗质量控制指标	5.2.3.1.肝脏移植平均手术时间比例	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。
		5.2.3.2.肝脏移植术中大出血发生率	成人肝脏移植手术受者术中出血量在 3000ml 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。
		5.2.3.3.术后 30 天内并发症率	年度 30 天内肝脏移植累计并发症人数/同期肝移植总数×100（反映的是术后并发症发生比例，用于评价医疗机构肝脏移植技术的安全性）。
		5.2.3.4.术后早期死亡率	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。

一级指标	二级指标	评审要点	释义
	5.2.4 肾脏移植技术医疗质量控制指标	5.2.4.1 活检证实的急性排斥反应发生率	肾脏移植术后 1 年内发生活检证实的急性排斥反应受者人数占同期肾脏移植总人数的比例。
		5.2.4.2 肾脏移植术后功能延迟性恢复发生率	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。
		5.2.4.3 肾脏移植术后感染发生率	肾脏移植术后 100 天内发生感染的受者人数占同期肾脏移植总人数的比例。
		5.2.4.4 术后 30 天内死亡率	肾脏移植术后 30 天内受者全因死亡人数占同期肾脏移植总人数的比例。
	5.2.5 心脏移植技术医疗质量控制指标	5.2.5.1 术前心肺运动试验检查率	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同期心脏移植总人数的比例。
		5.2.5.2 供体心脏缺血时间 ≤ 6 小时的比例	单位时间内, 医疗机构获取的供体心脏的缺血时间 ≤ 6 小时的心脏移植人数占同期心脏移植总人数的比例。
		5.2.5.3 术后并发症发生率	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。
		5.2.5.4 术后 30 天死亡率	单位时间内, 心脏移植手术受者术后全因死亡人数占同期心脏移植总人数的比例。
	5.2.6 肺脏移植技术医疗质量控制指标	5.2.6.1 双肺移植供肺冷缺血时间 ≤ 8 小时 (h) 比例	供肺冷缺血时间 ≤ 8 小时的双肺移植手术人数占同期双肺移植手术总人数的比例。
		5.2.6.2 术中异体输血 ≤ 800 毫升 (ml) 手术比例	术中输入异体血 ≤ 800 ml 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。
		5.2.6.3 术后出院前感染发生率	肺脏移植术后至出院前发生感染的人数占同期肺脏移植总人数的比例。
		5.2.6.4 围手术期 (30 天) 存活率	肺脏移植术后 (30 天) 随访 (失访者按未存活统计) 尚

一级指标	二级指标	评审要点	释义
			存活的肺脏移植患者数占同期肺脏移植总人数的比例。
5.3 消化内镜诊疗技术医疗质量控制指标	5.3.1 消化内镜诊疗技术医疗质量控制指标	5.3.1.1 食管癌早期诊断率	单位时间内上消化道内镜检查发现早期食管癌患者/同期上消化道内镜检查发现食管癌患者总数。
		5.3.1.2 结肠镜检查肠道准备优良率	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。
		5.3.1.3 结直肠腺瘤检出率	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。
		5.3.1.4 消化道早癌粘膜下剥离术(ESD)完整切除率	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。
		5.3.1.5 内镜下逆行胰胆管造影术(ERCP)选择性深插管成功率	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。