

江苏省三级老年病医院评审标准实施细则 (2026年版)

2026年3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）》和《江苏省三级综合医院评审标准（2023年版）实施细则》要求，结合我省实际情况，制定《江苏省三级老年病医院评审标准（2026年版）实施细则》（以下简称“实施细则”）。本细则共两个部分，适用于三级老年病医院，二级老年病医院可参照使用。三级老年病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），落实好老年健康服务相关目标任务。

一、第一部分 前置要求

1. 本部分共4节31条，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等。

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。旨在进一步发挥医院评审工作对于推动医院落实相关法律法规制度要求和改革政策的杠杆作用。

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7章，231个项目，497个指标，包含资源配置与运行数据指标、医疗服务能力与医院质量安全指标、重点专业质量控制指标、单病种（术种）质量控制指标、重点医疗技术临床应用质量控制指标、经济运营指标、线下核查。

（二）指标遴选原则

1. 维度全面。数据包括质量、安全、能力、效率、运行等维度。

2. 专业均衡。纳入23个重点专业质量控制指标和19个单病种（术种）质量控制标准进行监测。

3. 质量优先。优先选择数据质量普遍较高的监测指标。

4. 突出特色。继续对省级限制类技术、临床专科一般技术和重点技术情况开展评价，促使医疗机构加强自身建设，紧紧围绕提高医疗技术水平，带动医疗服务质量提升，保障医疗质量和患者安全。

5. 动态调整。结合国家和我省卫生健康工作重点、医院管理实际等，监测指标将进行动态调整。

（三）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。

（四）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. 国家三级公立医院绩效监测管理平台
5. 国家单病种质量监测平台
6. 国家医疗机构、医师、护士电子化注册系统
7. 全国卫生健康财务年报
8. 中国人体器官分配与共享计算机系统（COTRS）
9. 各器官移植专业质控中心相关系统
10. 江苏省全民健康信息平台
11. 江苏省卫生统计直报系统
12. 江苏省卫生健康人力资源管理系统
13. 江苏省各重点专业质量控制中心质控系统

（五）评审规则

1. 规模类和配比类指标。执行“全或无”规则，符合要求为“A”或“B”，不符合要求为“C”。
2. 连续监测指标，按照“区间赋分兼顾持续改进”原则评价。
3. 评审员从数据生成、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，对各条款的符合程度进行判断。评审方法包括记录查看、员工访谈、现场检查、病历（案）检查。

4. 根据指标重要程度达到标准分别给予 A、B、C 三档进行评价，有 A 的条款为核心条款。不适用条款为 D。

（六）数据核查原则

1. 线下核查时，应当对本部分数据进行复核，复核数据比例不少于医院上报数据的 20%。

2. 医院应当根据线下核查专家组的要求，按照数据核查准备指引提供相关资料备查。

3. 医院提供值与核查真实值差距在 10%以上（含正负）、无法提供原始数据或被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，其中老年特色质量监测指标错误数据条款占核查条款数量超过 15%的，按照违反前置要求第三节第（六）条处理。

（七）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“第二部分 医疗服务能力与质量安全监测数据”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、采集时间范畴和采集结果等要素，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。

（八）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（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）》。

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. 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同意、省卫生健康委员会医政处批准后，方可列为不适用条款。

3. 排除不适用条款后的计算方式：

实际 A+B 占比 = (实际得 A 条款数 + 实际得 B 条款数) / 实际总条款数 × 100%

实际 A 达标率 = 实际得 A 条款数 / 实际 A 总条款数 × 100%

四、评审结果判定原则

1. 判定为甲等的，A+B 占比 ≥ 90%，且 A 达标率 ≥ 75%；

2. 判定为乙等的，A+B 占比 ≥ 80%，且 A 达标率 ≥ 70%；

3. 判定为丙等的，A+B 占比 ≥ 70%，且 A 达标率 ≥ 65%。

目录

第一部分 前置要求	7
一、床位规模和科室设置	7
二、依法设置与执业	7
三、公益性责任和行风诚信	8
四、安全管理与重大事件	8
第二部分 医疗服务能力与质量安全监测数据	9
第一章 资源配置与运行数据指标	9
一、床位配置	9
二、卫生技术人员配备	9
三、部分科室资源配置	11
四、运行指标	12
五、科研指标	13
六、教育教学	13
七、信息化指标	14
第二章 医疗服务能力与医院质量安全指标	15
一、医疗服务能力	15
二、医院质量安全指标	15
三、老年患者医疗服务及质量安全指标	19
第三章 重点专业质量控制指标	21
一、急诊专业医疗质量控制指标	21
二、老年重症医学专业医疗质量控制指标	22

三、老年呼吸内科专业医疗质量控制指标	23
四、老年神经系统疾病医疗质量控制指标	23
五、老年肾病专业医疗质量控制指标	24
六、老年心血管系统疾病相关专业医疗质量控制指标	25
七、老年康复医学专业医疗质量控制指标	26
八、老年临床营养专业医疗质量控制指标	27
九、肿瘤专业医疗质量控制指标	28
十、麻醉专业医疗质量控制指标	28
十一、疼痛专业医疗质量控制指标	29
十二、感染性疾病专业医疗质量控制指标	30
十三、临床检验专业医疗质量控制指标	30
十四、临床用血医疗质量控制指标	31
十五、病理专业医疗质量控制指标	31
十六、超声诊断专业医疗质量控制指标	33
十七、放射影像专业医疗质量控制指标	34
十八、健康体检与管理专业医疗质量控制指标	34
十九、药事管理专业医疗质量控制指标	35
二十、护理专业医疗质量控制指标	36
二十一、医院感染管理医疗质量控制指标	37
二十二、病案管理质量控制指标	38
二十三、门诊管理医疗质量控制指标	38
第四章 老年病医院主要单病种质量控制指标	40
一、19 个病种目录	40
二、考核指标	42
第五章 重点医疗技术临床应用质量控制指标	43
一、限制性医疗技术质控指标	43

二、人体器官捐献、获取与移植技术	44
三、其他重点医疗技术质量控制指标	44
四、老年病医院临床专科医疗服务能力	45
第六章 经济运营指标	47
一、资源效率	47
二、收支结构	47
三、费用控制	49
四、财务管理	51
第七章 线下核查	52
一、开展老年健康连续性医疗服务及“安宁疗护”服务	52
二、医院功能定位	54
三、临床服务质量与安全管理	55
四、医院管理	62

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) 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，视情况参加或不予评审。

(三) 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、依法设置与执业

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

(五) 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。

(六) 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。

(七) 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。

(八) 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。

(九) 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) 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。

(十一) 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。

(十二) 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。

(十三) 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帮扶、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 and 科研成果，情节严重。

(六) 未签约帮扶基层医疗机构或医院医联体含医养结合机构。

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。

(七) 未获评江苏省优秀老年友善医疗机构。

第二部分 医疗服务能力与质量安全监测数据

第一章 资源配置与运行数据指标

项目	指标	指标释义
一、床位配置		
(一) 核定床位数	1.1.1.1 核定床位数	由卫生健康行政部门核定的医院编制床位数。
(二) 评审周期内新增量	1.1.2.1 评审周期内新增量	在评审周期内医院新增的床位数量。
(三) 实际开放床位数	1.1.3.1 实际开放床位数	医院实际开放床位数，指年底固定实有床位数量，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数。不包括库存床、观察床、临时加床和病人陪侍床。
(四) 单体院区床位数	1.1.4.1 单体院区床位数	单体院区床位数指单个独立院区的实际开放床位，不包括分院区、分支机构或其他地理位置分散的院区。
(五) 分院区数量	1.1.5.1 分院区数量	分院区数量是指原有院区（主院区）以外的其他地址，以新设或者并购等方式设立的，具有一定床位规模的院区的数量。
(六) 开放床位使用率	1.1.6.1 开放床位使用率	开放床位使用率=年度医院期内实际占用总床日数/同期实际开放总床日数×100%
二、卫生技术人员配备		
(一) 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开放床位数比=年度全院卫生技术人员数/同期全院实际开放床位数
(二) 全院护士人数与开放床位数比	1.2.2.1 全院护士人数与开放床位数比	年度全院护士人数与开放床位数比=年度全院注册护士人数/同期全院实际开放床位数
(三) 病区护士人数与	1.2.3.1 全院病区护士人数	年度病区护士数与实际开放床位数比=年度全院各病区注册护士人数/同期全院实际开放床位

项目	指标	指标释义
开放床位数比	与开放床位数比	数
(四)医院感染管理专职人员数	1.2.4.1 医院感染管理专职人员数	年度医院感染管理专职人员数=4+(医院实际开放床位数-500)/200 医院感染管理专职人员是指专门从事医院感染管理的工作人员,是经过省级以上卫生健康行政部门指定的医院感染管理培训单位的培训,并取得省级卫生健康行政部门颁发的《医院感染管理专业岗位培训证书》的医院感染管理专业技术人员。
(五)卫生技术人员结构	1.2.5.1 麻醉、重症、病理、中医医师占比	麻醉(重症、病理、中医)医师占比=医院注册的麻醉(重症、病理、中医)在岗医师数/全院同期医师总数×100% 重症医师指注册在综合ICU的医师。
	1.2.5.2 从事公共卫生工作的人员数	统计科室为“公共卫生科”的专职或兼职人员数(公共卫生职能可挂靠相关职能科室)。
	1.2.5.3 医护比	医护比=年度医院注册执业(助理)医师总数/全院同期注册护士总数
	1.2.5.4 卫生技术人员职称结构	卫生技术人员职称结构=医院具有副高级职称及以上的卫生技术人员数/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。
	1.2.5.5 卫生技术人员人数占全院总人数的比例	卫生技术人员人数占全院总人数的比例=卫生技术人员数/全院总人数×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。
	1.2.5.6 医师与实际开放床位的比例	医师与实际开放床位的比例=医师人数/实际开放床位数 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。
	1.2.5.7 临床科室科主任高级职称比例	临床科室科主任高级职称比例=临床科室科主任副高及以上职称人数/全部临床科室数×100%
	1.2.5.8 医技科室科主任高级职称比例	医技科室科主任高级职称比例=医技科室科主任副高及以上职称人数/全部医技科室数×100%
	1.2.5.9 硕士及以上医师比例	硕士及以上医师比例=具有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。硕士及以上学位指硕士、博士。

项目	指标	指标释义
(六)药学专业技术人员数与卫生专业技术人员数比	1.2.6.1 药学专业技术人员数与卫生专业技术人员数比	药学专业技术人员数与卫生专业技术人员数比=医院药学专业技术人员人数/医院卫生专业技术人员数×100%
	1.2.6.2 每百张病床临床药师人数	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 临床药师应当具有高等学校临床药学专业或者药学专业本科毕业以上学历, 并应当经过规范化培训。
三、部分科室资源配置		
(一) 急诊医学科	1.3.1.1 固定急诊医师人数占急诊在岗医师人数的比例	固定急诊医师人数占急诊在岗医师人数的比例=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%
	1.3.1.2 固定急诊护士人数占急诊在岗护士人数的比例	固定急诊护士人数占急诊在岗护士人数的比例=注册的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%
	1.3.1.3 急诊医学科开放床位数占医院开放床位数的比例	急诊医学科开放床位数占医院开放床位数的比例=急诊医学科开放床位数/同期全院实际开放床位数×100% 急诊医学科开放床位数包括观察床、急诊病房、EICU 病房、抢救床。
(二) 重症医学科	1.3.2.1 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×100% 重症医学科指独立设科的重症监护病房。
	1.3.2.2 重症医学科医师人数与重症医学科开放床位数比	重症医学科医师人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/同期重症医学科实际开放床位数
	1.3.2.3 重症医学科护士人数与重症医学科开放床位数比	重症医学科护士人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
(三) 麻醉科	1.3.3.1 麻醉科医师数与手术间数比	麻醉科医师数与手术间数比=注册的麻醉科在岗医师人数/同期手术间数

项目	指标	指标释义
	1.3.3.2 麻醉科医师和手术科室医师比	麻醉科医师数和手术科室医师比例=注册的麻醉科在岗医师人数/手术科室医师人数
	1.3.3.3 手术室护士与手术床(台)比	手术室护士与手术床(台)比=手术室护理人员人数/手术床(台)数
(四) 康复医学科	1.3.4.1 康复科开放床位数占医院开放床位数的比例	康复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×100%
	1.3.4.2 康复科医师人数与康复科开放床位数比	康复科医师人数与康复科开放床位数比=注册的康复科在岗医师人数/同期康复科实际开放床位数
	1.3.4.3 康复科康复师人数与康复科开放床位数比	康复科康复师人数与康复科开放床位数比=康复科在岗康复师人数/同期康复科实际开放床位数
	1.3.4.4 康复科护士人数与康复科开放床位数比	康复科护士人数与康复科开放床位数比=注册的康复科在岗护士人数/同期康复科实际开放床位数
(五) 老年医学科	1.3.5.1 老年医学科开放床位占医院开放床位数的比例	老年医学科开放床位数占医院开放床位数的比例=老年医学科实际开放床位数/同期全院实际开放床位数×100%
	1.3.5.2 老年医学科医师人数与老年医学科开放床位数比	老年医学科医师人数与同期老年医学科开放床位数比=注册的老年医学科在岗医师人数/同期老年医学科实际开放床位数
	1.3.5.3 老年医学科护士人数与老年医学科开放床位数比	老年医学科护士人数与同期老年医学科开放床位数比=注册的老年医学科在岗护士人数/老年医学科实际开放床位数
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	1.4.1.1 出院患者手术占比	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%
	1.4.1.2 出院患者微创手术占比	出院患者微创手术占比=出院患者微创手术台次数/同期出院患者手术台次数×100%
	1.4.1.3 出院患者四级手术	出院患者四级手术比例=出院患者四级手术台次数/同期出院患者手术台次数×100%

项目	指标	指标释义
	比例	
	1.4.1.4 日间手术占择期手术比例	日间手术占择期手术比例=日间手术台次数/同期出院患者择期手术总台次数×100% 日间手术按医院实际开展数统计。
(二) 服务效率	1.4.2.1 出院患者平均住院天数	出院患者平均住院天数=出院患者占用总床日/同期出院患者人数
	1.4.2.2 门诊患者预约后平均等待时间	门诊患者预约后平均等待时间=Σ[进入诊室诊疗的时钟时间-到达分诊台或通过信息系统(自助机、APP等)报到的时钟时间]/预约诊疗人次数。进入诊室诊疗的时钟时间可以取医生通过分诊叫号系统呼叫患者的时间。
五、科研指标		
(一) 每百名卫生技术人员科研经费	1.5.1.1 每百名卫生技术人员科研经费	每百名卫生技术人员科研项目经费=本年度科研项目立项经费总金额/同期卫生技术人员总数×100
六、教育教学		
(二) 省级及以上科研项目数量	1.5.2.1 市、厅级及以上科研课题	统计每年市、厅级及以上级别课题数量,无经费的指导性课题不统计。
(一) 人才培养	1.6.1.1 医院接受其他医院(尤其是对口支援医院、医联体内医院)进修并返回原医院独立工作人员占比	医院接受其他医院进修人员并返回原医院独立工作人员占比=(对口支援医院进修人数+医联体内医院进修人数+其他医院进修人数)/医院同期招收进修总人数×100%
	1.6.1.2 承担继续医学教育项目数	统计每年度承担省级及以上继续医学教育项目数(项)。
(二) 学科建设	1.6.2.1 开展老年医学研究和人才培养情况	统计评审周期内医院是否为市级及以上老年医学培训基地并有培训学员或高等院校研究所且有老年医学相关科研成果。 市级及以上老年医学培训基地包括:国家级老年医学人才医师/护士培训(江苏班)、市级及以上老年专科护士培训基地或实践基地人才培养工作。
	1.6.2.2 国家老年医学中心	统计评审周期内医院取得的国家老年医学中心(含分中心、协同单位)或国家老年区域医疗中

项目	指标	指标释义
	(含分中心、协同单位)或国家老年区域医疗中心(含分中心、协同单位)或省级及以上老年疾病临床医学研究中心(含分中心、协同单位)数。	心(含分中心、协同单位)或省级及以上老年疾病临床医学研究中心(含分中心、协同单位)数。
	1.6.2.3 省级及以上临床重点专科和重点学科	医院是否有省级及以上临床重点专科和重点学科。 统计评审周期末医院取得的省级及以上临床重点专科和重点学科数(个)(不含妇幼和中医条线)。
	1.6.2.4 国家医疗器械和药物临床试验机构(专业)数	统计评审周期内医院取得的国家医疗器械和药物临床试验机构(专业)数量。
	1.6.2.5 基层特色科室省级、市级孵化中心	医院有专科为基层特色科室省级、市级孵化中心。
七、信息化指标		
(一)医院信息平台互通共享情况	1.7.1.1 医院信息平台与省统筹区域全民健康信息平台互通共享情况	上传至省全民健康信息平台的数据质量得分。
	1.7.1.2 医院信息平台与省卫生健康云影像平台互通共享情况	上传至省卫生健康云影像平台的数据质量得分。
	1.7.1.3 医院信息平台与省卫生健康云临床检验平台互通共享情况	上传至省卫生健康云临床检验平台的数据质量得分。

第二章 医疗服务能力与医院质量安全指标

项目	指标	指标释义
一、医疗服务能力		
(一) 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)	根据 ICD-10 四位亚目, 从病案首页中统计所有诊断数量。
(二) 住院术种数量 (ICD-9-CM-3 四位亚目数量)	2.1.2.1 住院术种数量 (ICD-9-CM-3 四位亚目数量)	从病案首页中统计所有手术术种 (ICD-9-CM-3) 数量。
(三) DRG-DRGs 组数	2.1.3.1DRG-DRGs 组数	医院收治病例经过 DRG 分组器的测算, 能够分入“k”个 DRG, 即为该医院的 DRG 组数量, 用于统计医院收治疾病范围。
(四) DRG-CMI	2.1.4.1DRG-CMI	医院收治病例通过 DRG 分组器测算产生的 CMI 值 (病例组合指数), 用于评价医院疾病收治难度。
(五) DRG 时间指数	2.1.5.1DRG 时间指数	医院收治病例通过 DRG 分组器测算产生的时间消耗指数, 用于评价在同等诊疗难度水平下的效率运行情况。
(六) DRG 费用指数	2.1.6.1DRG 费用指数	医院收治病例通过 DRG 分组器测算产生的费用消耗指数, 用于评价在同等诊疗难度水平下的效率运行情况。
(七) “互联网+医疗健康”开展情况	2.1.7.1 互联网诊疗执业登记情况	统计经批准设置并同意开展互联网诊疗, 完成互联网诊疗活动的执业登记。
	2.1.7.2 开展互联网诊疗服务情况	开展互联网诊疗服务情况。
二、医院质量安全指标		
(一) 医疗质量安全核	2.2.1.1 患者入院 48 小时内	患者入院 48 小时内转科的比例=入院 48 小时内转科患者人次/同期入院患者总人次×100%

心制度落实情况监测 指标	转科的比例	(不包括患者转入/转出 ICU 的情况)
	2.2.1.2 患者入院 8 小时内查房率	患者入院 8 小时内查房率=入院 8 小时内开具检查或治疗医嘱的患者人次/同期入院患者总人次×100%
	2.2.1.3 急会诊及时到位率	急会诊及时到位率=急会诊记录中 10 分钟内到位的急会诊次数/同期急会诊总次数×100%
	2.2.1.4 普通会诊及时完成率	普通会诊及时完成率=普通会诊 24 小时内完成次数/同期普通会诊总次数×100% 病历中会诊医师电子签章时间即为会诊完成时间。
	2.2.1.5 手术患者特级护理/一级护理出院率	手术患者特级护理和一级护理出院率=手术患者出院时为特级护理和一级护理级别的患者数量/同期手术患者总数量×100%
	2.2.1.6 非计划再次住院/手术患者疑难病例讨论完成率	非计划再次住院和手术患者疑难病例讨论完成率=对非计划再次住院和手术患者进行疑难病例讨论的数量/同期非计划再次住院和手术的数量×100%
	2.2.1.7 高额异常费用患者进行疑难病例讨论的占比	高额异常费用患者进行疑难病例讨论的占比=对产生高额异常费用患者进行疑难病例讨论的数量/同期高额异常费用患者数量×100% 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。
	2.2.1.8 急危重症患者抢救成功率	急危重症患者抢救成功率=急危重症患者抢救成功的例次数/同期急危重症患者抢救的总例次数×100% 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。
	2.2.1.9 术前讨论完成率	术前讨论完成率=完成术前讨论的手术例数/同期手术总例数×100% 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。
	2.2.1.10 术者参加术前讨论率	术者参加术前讨论率=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×100% 术者是指手术的主要完成人。
	2.2.1.11 实际手术术者与计划手术术者一致率	实际手术术者与计划手术术者一致率=实际开展手术术者与计划手术术者一致的手术例数/同期手术总例数×100%
	2.2.1.12 死亡病例讨论 5 日完成率	死亡病例讨论 5 日完成率=患者死亡 5 个工作日内完成死亡病例讨论的病例数量/同期死亡病例总数量×100%
	2.2.1.13 科主任主持死亡病	科主任主持死亡病例讨论率=死亡病例讨论由科主任主持的病例数量/同期死亡病例总数量×

例讨论率	100%
2.2.1.14 死亡患者病案上传率	死亡患者病案上传率=按要求完整上传本机构死亡患者病案的数量/同期应上传死亡患者病案总数量×100% 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。
2.2.1.15 长期医嘱当日终止率	长期医嘱当日终止率=开具长期医嘱后当日终止执行的医嘱数量/同期开具长期医嘱总数量×100%
2.2.1.16 手术医师手术时间重合率	手术医师手术时间重合率=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×100% “同一时间”是指手术未结束时间与其他手术开始时间重合。
2.2.1.17 麻醉医师手术时间重合率	麻醉医师手术时间重合率=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×100%
2.2.1.18 三、四级手术实际开展率	三、四级手术实际开展率=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×100% 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。
2.2.1.19 危急值报告时间	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）= $(X_{n/2}+X_{n/2+1})/2$ ，n为偶数 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。
2.2.1.20 住院患者危急值当日及时处置率	住院患者危急值当日及时处置率=当日处置的住院患者危急值项目数/同期临床科室接获住院患者危急值项目数×100% 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。
2.2.1.21 特殊使用级抗菌药	特殊使用级抗菌药物使用会诊率=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

	物使用会诊率	$\frac{\text{同期特殊使用级抗菌药物使用医嘱总数量}}{\text{同期特殊使用级抗菌药物使用医嘱总数量}} \times 100\%$ 1. 特殊使用级抗菌药物包括：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。
	2.2.1.22 临床用血后评估记录率	$\frac{\text{临床用血后评估记录率} = \text{输血治疗后规范书写评估输血记录例次数}}{\text{同期临床输血治疗病例总例次数}} \times 100\%$
(二)年度国家医疗质量安全目标改进情况 (以评审周期四年内国家发布的安全目标改进指标为准,体现每个指标的持续改进)	2.2.2.1 提高急性脑梗死再灌注治疗率	$\frac{\text{急性脑梗死再灌注治疗率} = \text{发病 6 小时内接受静脉溶栓和 (或) 血管内治疗的急性脑梗死患者数}}{\text{同期发病 6 小时内的急性脑梗死患者总数}} \times 100\%$
	2.2.2.2 提高肿瘤首次治疗前临床 TNM 分期评估率	$\frac{\text{肿瘤首次治疗前临床 TNM 分期评估率} = \text{住院肿瘤患者首次治疗前完成临床 TNM 分期评估例数}}{\text{同期住院首次治疗的肿瘤患者人次}} \times 100\%$
	2.2.2.3 提高静脉血栓栓塞症规范预防率	$\frac{\text{VTE 规范预防率} = \text{采取 VTE 规范预防措施的出院患者人次}}{\text{VTE 风险评估为高危和中危的出院患者人次}} \times 100\%$
	2.2.2.4 感染性休克 3 小时集束化治疗 (3h bundle) 完成率	$\frac{\text{感染性休克 3h bundle 完成率} = \text{入 ICU 诊断为感染性休克并全部完成 3h bundle 的患者数}}{\text{同期入 ICU 诊断为感染性休克患者总数}} \times 100\%$ (不包括住 ICU 期间后续新发生的感染性休克病例)
	2.2.2.5 提高医疗质量安全不良事件报告率	$\frac{\text{每百名出院人次医院内部不良事件报告系统中收集的事件例数}}{\text{年度医院内部不良事件报告系统中收集的事件例数}} = \frac{\text{年度医院内部不良事件报告系统中收集的事件例数}}{\text{同期出院患者人次}} \times 100$
	2.2.2.6 非计划重返手术室再手术率	$\frac{\text{手术患者术后 31 天内非预期重返手术室再次手术率} = \text{手术患者手术后 31 天内非预期重返手术室再次手术例数}}{\text{同期出院患者手术例数}} \times 100\%$
	2.2.2.7 四级手术术前多学科讨论完成率	$\frac{\text{四级手术术前多学科讨论完成率} = \text{四级手术术前多学科讨论例数}}{\text{四级手术总例数}} \times 100\%$
(三)患者住院总死亡率	2.2.3.1 患者住院总死亡率	$\frac{\text{患者住院总死亡率} = \text{住院总死亡患者人数}}{\text{同期出院患者总人次}} \times 100\%$
(四)手术患者住院死亡率	2.2.4.1 手术患者住院死亡率	$\frac{\text{手术患者住院死亡率} = \text{手术患者住院死亡人数}}{\text{同期手术患者出院人次}} \times 100\%$
(五)手术患者术后	2.2.5.1 手术患者术后 48 小	$\frac{\text{手术患者术后 48 小时内非预期重返手术室再次手术率} = \text{手术患者术后 48 小时内非预期重返手}}$

48 小时内非预期重返手术室再次手术率	时内非预期重返手术室再次手术率	术室再次手术例数/同期出院患者手术例数×100%
(六)住院患者出院后 0~31 天非预期再住院率	2.2.6.1 住院患者出院后 0~31 天非预期再住院率	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/同期出院患者总人次(除死亡患者外)×100%
(七) DRG 低风险组患者住院死亡率	2.2.7.1 低风险组患者住院死亡率	年度低风险组患者住院死亡率=年度低风险组患者死亡人数/同期低风险组出院人数×100%
三、老年患者医疗服务及质量安全指标		
(一)住院老年患者占比	2.3.1.1 住院老年患者占比	住院老年患者占比=60 岁及以上出院人次/同期出院总人次×100%
	2.3.1.2 住院高龄老年患者占比	住院高龄老年患者占比=80 岁及以上出院人次/同期出院总人次×100%
(二)门诊老年患者占比	2.3.2.1 门诊老年患者占比	门诊老年患者占比=60 岁及以上门诊人次/同期门诊总人次×100%
(三)住院老年患者手术占比	2.3.3.1 住院老年手术患者占比	住院老年手术患者占比=60 岁及以上出院患者手术台次数/同期出院患者手术台次数×100%
	2.3.3.2 住院高龄老年手术患者占比	住院高龄老年手术患者占比=80 岁及以上出院患者手术台次数/同期出院患者手术台次数×100%
(四)老年患者风险评估	2.3.4.1 住院老年患者入院 8 小时内疼痛评估率	住院老年患者入院 8 小时内疼痛评估率=60 岁及以上住院患者入院 8 小时内完成疼痛评估的人次/同期 60 岁及以上出院总人次×100%
	2.3.4.2 住院老年患者营养风险筛查率	住院老年患者营养风险筛查率=60 岁及以上住院患者进行营养风险筛查的人次/同期 60 岁以上出院总人次×100%
	2.3.4.3 住院老年患者 VTE 风险评估率	住院老年患者 VTE 评估率=60 岁及以上住院患者进行 VTE 风险评估的人次/同期 60 岁及以上出院总人次×100%(排除 24h 出入院)
	2.3.4.4 老年患者术后回室交接后 30 分钟内首次疼痛评估率。	老年患者术后回室交接后 30 分钟内首次疼痛评估率=60 岁及以上术后患者回室交接后 30 分钟内完成疼痛程度评估的人次/同期 60 岁及以上手术总人数×100%

	2.3.4.5 老年住院患者跌倒发生率	老年住院患者跌倒发生率=60岁及以上住院患者跌倒例次数/同期60岁及以上住院患者实际占用床日数×1000‰
	2.3.4.6 老年住院患者2期及以上院内压力性损伤发生率	老年住院患者2期及以上院内压力性损伤发生率=60岁及以上住院患者2期及以上院内压力性损伤新发病例数/同期60岁及以上住院患者总数×100%
(五)老年患者质量安全指标	2.3.5.1 老年患者住院总死亡率	老年患者住院总死亡率=60岁及以上住院患者死亡人数/同期60岁及以上出院患者总人次×100%
	2.3.5.2 老年患者手术或介入操作并发症发生率	老年患者手术并发症发生率=60岁及以上患者手术或介入操作并发症发生例数/同期60岁及以上手术或介入操作患者人数×100% (参照三级医院评审标准中医疗安全指标中相关手术并发症的22个指标)

第三章 重点专业质量控制指标

项目	指标	指标释义
一、急诊专业医疗质量控制指标		
(一) 急诊科医患比	3.1.1.1 急诊科医患比	<p>急诊科医患比=急诊科在岗医师(人事关系隶属于急诊科以及在急诊科轮值的本院内外科医师)总数/同期急诊内外科患者总数(人次)</p> <p>(1)分子:急诊科在岗医师总数=1月份急诊科在岗医师总数+2月份急诊科在岗医师总数...+12月份急诊科固定在岗医师总数。</p> <p>(2)急诊科轮值是指和人事关系隶属于急诊科的医师排班相同。</p> <p>(3)内外科是指医院大内科和大外科,不包括儿科、妇产科、耳鼻喉、口腔科、眼科。</p>
(二) 急诊科护患比	3.1.2.1 急诊科护患比	<p>急诊科护患比=急诊科在岗护理人员(人事关系隶属于急诊科以及在急诊科轮值的本院护士(师)总数)/同期急诊内外科患者总数(人次)</p> <p>(1)分子:急诊科在岗护理人员总数=1月份急诊科在岗护理人员总数+2月份急诊科在岗护理人员总数...+12月份急诊科在岗护理人员总数。</p> <p>(2)急诊科轮值是指和人事关系隶属于急诊科的护士(师)排班相同。</p> <p>(3)内外科是指医院大内科和大外科,不包括儿科、妇产科、耳鼻喉、口腔科、眼科。</p>
(三) 信息系统中对急诊患者分级标识	3.1.3.1 急诊各级患者比例数据信息化	<p>查看获取急诊各级患者比例数据的信息系统。</p> <p>急诊患者病情分级: I级是濒危患者, II级是危重患者, III级是急症患者, IV级是非急症患者。</p>
(四) 急诊抢救室患者死亡率	3.1.4.1 急诊抢救室患者死亡率	<p>急诊抢救室患者死亡率=急诊抢救室患者死亡总数/同期急诊抢救室抢救患者总数×100%</p> <p>急诊抢救室患者死亡是指患者从进入急诊抢救室开始72小时内死亡(不包含院外死亡者)。</p>
(五) 急诊留观时间≥72小时病例率	3.1.5.1 急诊留观时间≥72小时病例率	<p>急诊留观时间≥72小时病例率=留观时间≥72小时病例数/同期总留观病例数×100%</p> <p>急诊留观时间是指从患者进入留观室开始到转出的时间(如无留观室,则从进入抢救室开始计算时间)。</p>
(六) 心肺复苏术后自主	3.1.6.1 心肺复苏术后自主	ROSC 总成功率=ROSC 成功总例次数/同期急诊心脏骤停患者行心肺复苏术总例次数×100%

项目	指标	指标释义
主循环恢复成功率(在3.1.6.1和3.1.6.2中任选一条)	循环恢复(ROSC)总成功率	ROSC成功是指急诊心脏骤停患者,心肺复苏术(CPR)后自主循环恢复超过20分钟。同一患者24小时内行多次心肺复苏术,记为“一例次”。
	3.1.6.2可电击心律ROSC成功率	可电击心律ROSC成功率=初始为可电击心律ROSC成功总例次数/同期初始为可电击心律急诊心脏骤停患者行心肺复苏术总例次数×100% (1)ROSC成功是指急诊心脏骤停患者,CPR后自主循环恢复超过20分钟。 (2)初始可电击心律是指首次心电分析显示为无脉性室性心动过速、心室扑动或心室颤动。 (3)同一患者24小时内行多次心肺复苏术,记为“一例次”。
二、老年重症医学专业医疗质量控制指标		
(一)ICU床位使用率	3.2.1.1ICU床位使用率	ICU床位使用率=ICU实际占用总床日数/同期ICU实际开放总床日数×100% 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。
(二)急性生理与慢性健康评分(APACHE II评分)≥15分患者收治率(入ICU24小时内)	3.2.2.1APACHE II评分≥15分患者收治率(入ICU24小时内)	APACHE II评分≥15分患者收治率=APACHE II评分≥15分患者数/同期ICU收治患者总数×100%
(三)ICU抗菌药物治疗前病原学送检率	3.2.3.1ICU抗菌药物治疗前病原学送检率	ICU抗菌药物治疗前病原学送检率=ICU使用抗菌药物前病原学检验标本送检病例数/同期使用抗菌药物治疗病例总数×100% 病原学检验标本包括:各种微生物培养、降钙素原、白介素-6等感染指标的血清学检验。
(四)ICU深静脉血栓(DVT)预防率	3.2.4.1ICU深静脉血栓(DVT)预防率	DVT预防率=DVT预防的ICU患者数/同期ICU收治患者总数×100%
(五)转出ICU后48h内重返率	3.2.5.1转出ICU后48h内重返率	转出ICU后48h内重返率=转出ICU后48h内重返ICU的患者数/同期转出ICU患者总数×100%
(六)ICU呼吸机相关性肺炎(VAP)发病率	3.2.6.1ICU呼吸机相关性肺炎(VAP)发病率	VAP发病率=VAP发生例数/同期ICU患者有创机械通气总天数×1000%
(七)ICU血管内导管	3.2.7.1ICU血管内导管相关	CRBSI发病率=CRBSI发生例数/同期ICU患者血管内导管留置总天数×1000%

项目	指标	指标释义
相关血流感染（CRBSI）发病率	血流感染（CRBSI）发病率	
（八）ICU 质控指标信息化提取率	3.2.8.1 质控指标信息化提取率	质控指标信息化提取率 = 国家质控指标能通过信息化提取的项数 / 同期需要提取的总项数 × 100%
三、老年呼吸内科专业医疗质量控制指标		
（一）急性肺血栓栓塞症（诊断编码：I26.9（ I26.900x008 、 I26.900x009 、 I26.900x016 、 I26.900x018 除外））	3.3.1.1 急性肺血栓栓塞症（PTE）患者确诊检查比例	急性 PTE 患者确诊检查比例 = 急性 PTE 患者行确诊检查人数 / 同期急性 PTE 患者总数 × 100% 确诊检查指 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。
	3.3.1.2 急性 PTE 患者行深静脉血栓相关检查比例	急性 PTE 患者行深静脉血栓相关检查比例 = 急性 PTE 患者行深静脉血栓相关检查人数 / 同期急性 PTE 患者总数 × 100% 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。
（二）慢性阻塞性肺疾病急性加重（诊断编码：J44.0、J44.1）	3.3.2.1 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	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 = 住院慢阻肺急性加重患者抗感染治疗前病原学送检人数 / 同期住院慢阻肺急性加重患者总数 × 100%
	3.3.2.2 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	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 = 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 / 同期住院慢阻肺急性加重患者总数 × 100%
（三）住院成人社区获得性肺炎（诊断编码：包含 J13 至 J16，J18 且年龄大于等于 18 岁）	3.3.3.1 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	住院 CAP 患者进行 CAP 严重程度评估的比例 = 进行了 CAP 严重程度评估的住院 CAP 患者数 / 同期住院 CAP 患者总数 × 100% 评估使用 CURB-65 评分，PSI 评分等。
	3.3.3.2 CAP 患者住院期间抗感染治疗前病原学送检比例	CAP 患者住院期间抗感染治疗前病原学送检比例 = 抗感染治疗前行病原学送检的住院 CAP 患者数 / 同期住院 CAP 患者总数 × 100%
四、老年神经系统疾病医疗质量控制指标		
（一）脑梗死	3.4.1.1 发病 4.5 小时内有溶栓指征的脑梗死患者静脉溶栓率	发病 4.5 小时内有溶栓指征的脑梗死患者静脉溶栓率 = 发病 4.5 小时内有溶栓指征行静脉溶栓治疗的脑梗死患者数 / 同期发病 4.5 小时内有溶栓指征的到院脑梗死患者总数 × 100%

项目	指标	指标释义
	栓率	分子指首次病程记录中记录发病 4.5 小时内有溶栓指征的急诊行溶栓治疗的脑梗死患者人数。
	3.4.1.2 脑梗死患者神经功能缺损评估率	脑梗死患者神经功能缺损评估率=入院时行神经功能缺损 NIHSS 评估的脑梗死患者数/同期住院脑梗死患者总数×100% 分子指首次病程记录中使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人数。
	3.4.1.3 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	静脉溶栓的脑梗死患者 DNT 小于 60 分钟的比例=静脉溶栓 DNT 小于 60 分钟的脑梗死患者数/同期给予静脉溶栓治疗的脑梗死患者总数×100% 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。
(二) 颈动脉支架置入术	3.4.2.1 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/同期颈动脉支架置入术患者总数×100%
(三) 脑血管造影术	3.4.3.1 脑血管造影术严重并发症发生率	脑血管造影术严重并发症发生率=脑血管造影术发生严重并发症的患者数/同期行脑血管造影术的患者总数×100%
(四) 帕金森病	3.4.4.1 住院帕金森病患者有适应症进行急性左旋多巴试验评测率	住院帕金森病患者有适应症进行急性左旋多巴试验评测率=进行急性左旋多巴试验评测的住院帕金森病患者数/同期有适应症进行测评的帕金森病患者总数×100% 适应症: 诊断不明或需要手术的帕金森患者。 急性左旋多巴试验可以选择包括复方左旋多巴类药物在内的多种多巴胺能药物进行。
	3.4.4.2 住院帕金森病患者进行临床分期的比例	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/同期住院帕金森病患者总数×100% 临床分期是指 Hoehn-Yahr 分期。1 期: 累及单侧肢体; 2 期: 双侧肢体症状但无平衡障碍; 3 期: 轻至中度双侧症状, 姿势不稳, 不能从后拉试验中恢复, 但可自理; 4 期: 重度病残, 不需要帮助仍能站立和行走; 5 期: 坐轮椅或卧床, 完全依赖别人帮助。
五、老年肾病专业医疗质量控制指标		
(一) 慢性肾脏病和泌尿系统感染	3.5.1.1 IgA 肾病肾活检严重并发症发生率	IgA 肾病肾活检严重并发症发生率=肾活检发生严重并发症的 IgA 肾病患者数/同期完成肾活检术的 IgA 肾病患者总数×100% (1) IgA 肾病的 ICD10 编码: N02.801。

项目	指标	指标释义
		(2) “肾穿刺术”的 ICD10 编码：55.921。
	3.5.1.2 IgA 肾病患者肾素-血管紧张素系统 (RAS) 阻断剂的使用率	<p>IgA 肾病患者 RAS 阻断剂的使用率 = 使用 RAS 阻断剂的 IgA 肾病患者数 / 同期适合使用 RAS 阻断剂的 IgA 肾病患者数 × 100%</p> <p>(1) RAS 阻断剂是指血管紧张素转化酶抑制剂和血管紧张素受体拮抗剂，适应证为 24h 尿蛋白定量 > 1g 且病人可耐受、无 RAS 阻断剂应用禁忌证。禁忌证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 (GFR < 45ml/min) 或低血压状态。</p> <p>(2) IgA 肾病的 ICD10 编码：N02.801。</p>
(二) 维持性血液透析	3.5.2.1 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 = 完成血液透析患者血源性传染病标志物检验的患者数 / 同期所有维持性血液透析患者总数 × 100%
	3.5.2.2 血液透析患者肾性贫血控制率	维持性血液透析患者肾性贫血控制率 = 血红蛋白 ≥ 110g/L 的维持性血液透析患者数 / 同期维持性血液透析患者总数 × 100%
	3.5.2.3 血液透析患者慢性肾脏病矿物质与骨异常 (CKD-MBD) 控制率	维持性血液透析患者 CKD-MBD 控制率 = (2.50mmol/L ≥ 血钙 ≥ 2.10mmol/L 且 1.78mmol/L ≥ 血磷 ≥ 1.13mmol/L 且 600pg/ml ≥ 血 iPTH ≥ 130pg/ml) 的维持性血液透析患者数 / 同期维持性血液透析患者总数 × 100%
	3.5.2.4 维持性血液透析患者自体动静脉内瘘使用率	自体动静脉内瘘使用率 = 使用自体动静脉内瘘进行维持性血液透析患者数 / 同期维持性血液透析患者总数 × 100%
六、老年心血管系统疾病相关专业医疗质量控制指标		
(一) 急性心肌梗死医疗质量控制指标	3.6.1.1 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	<p>急性 STEMI 患者住院期间应用 UCG 评价 LVEF 的比例 = 住院期间通过超声心动图评价 LVEF 的急性 STEMI 患者数 / 同期急性 STEMI 患者总数 × 100%</p> <p>(1) 分子：住院期间通过二维超声心动图评价左心室射血分数 (LVEF) 的急性 STEMI 患者数。</p> <p>(2) 分母：同时期内，所有诊断为急性 STEMI 的患者总数 (病案首页上为“急性前壁心肌梗死”“急性下壁心肌梗死”等)。</p>
	3.6.1.2 急性 STEMI 患者出院抗血小板药物的使用率	急性 STEMI 患者抗血小板药物的使用率 = 出院使用抗血小板药物的急性 STEMI 患者数 / 同期急性 STEMI 患者总数 × 100%

项目	指标	指标释义
(二)心房颤动医疗质量控制指标	3.6.2.1 非瓣膜性心房颤动(房颤)患者血栓栓塞风险评估率	非瓣膜性心房颤动(房颤)患者血栓栓塞风险评估率=同期行血栓栓塞风险评估的非瓣膜性房颤患者数/同期非瓣膜性房颤患者总数×100% 血栓栓塞风险评估推荐采用CHA2DS2-VASc评分。
	3.6.2.2 房颤患者出血风险评估率	房颤患者出血风险评估率=行出血风险评估的房颤患者数/同期房颤患者总数×100% 出血风险评估推荐采用HAS-BLED评分、ORBIT评分或ABC评分等。
(三)心力衰竭医疗质量控制指标	3.6.3.1 心力衰竭心脏超声心动图检查率	心力衰竭心脏超声心动图检查率=当月心力衰竭的患者行心脏超声心动图检查的人数/同期心力衰竭患者总人数×100% 心力衰竭指诊断包含以下之一者:心功能III或IV级、KILLIP II级或III级或IV级、心功能不全、急性心力衰竭、慢性心力衰竭、心肌病。
	3.6.3.2 心力衰竭出院β受体阻滞剂应用率	心力衰竭β受体阻滞剂应用率=射血分数降低心力衰竭的患者应用β受体阻滞剂的人数/同期射血分数降低心力衰竭患者总人数×100% 射血分数降低心力衰竭指超声心动图检查中射血分数(EF)<40%的患者。
(四)高血压医疗控制指标	3.6.4.1 住院高血压患者出院血压达标率	住院高血压患者出院血压达标率=当月住院的高血压患者出院血压低于140/90mmHg的人数/同期住院的高血压患者总人数×100% 高血压指出院诊断包含高血压者(血压低于140/90mmHg指收缩压低于140mmHg同时舒张压低于90mmHg)。
(五)心律失常介入治疗技术医疗质量控制指标	3.6.5.1 心脏植入型电子器械(CIED)植入术住院死亡率	CIED植入术住院死亡率=行CIED植入术住院期间死亡的患者数/同期行CIED植入术的患者总数×100%
	3.6.5.2 导管消融治疗住院死亡率	导管消融治疗住院死亡率=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×100% 死亡原因包括心脏压塞、出血、感染、电风暴、心衰、心房食道瘘等。
七、老年康复医学专业医疗质量控制指标		
(一)住院脑卒中患者早期康复介入率	3.7.1.1 住院脑卒中患者早期康复介入率	住院脑卒中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脑卒中人数/同期住院急性脑卒中患者总数×100%

项目	指标	指标释义
		<p>(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。</p> <p>(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，包括急诊病区收治病人，临床专科住院病人，以及本科室收治的急性期病人。</p>
(二) 住院患者功能评定率	3.7.2.1 住院患者功能评定率	<p>住院患者功能评定率=住院患者功能评定人数/住院患者康复治疗人数×100%</p> <p>(1) 分子：住院患者功能评定人数是指单位时间内本科室的住院患者，以及在临床专科住院并接受康复诊疗的患者中，接受功能评定的总人数。</p> <p>(2) 分母：住院患者康复治疗人数是指单位时间内本科室的住院患者，以及在临床专科住院并接受康复诊疗的患者中，接受康复治疗的总人数。</p> <p>(3) 说明：功能评定包括但不限于意识、认知、言语、吞咽、运动、感觉、自主神经系统、情绪、日常生活活动能力、ICF等。</p>
(三) 并发症和不良事件发生率及预防率	3.7.3.1 住院患者静脉血栓栓塞症发生率	<p>住院患者静脉血栓栓塞症发生率=单位时间内发生静脉血栓栓塞症的康复医学科住院患者数/同期康复医学科住院患者总数×100%</p> <p>静脉血栓栓塞症包括深静脉血栓形成和肺血栓栓塞症。</p>
	3.7.3.2 住院患者静脉血栓栓塞症规范预防率	<p>住院患者静脉血栓栓塞症规范预防率=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/同期康复医学科住院患者总数×100%</p>
八、老年临床营养专业医疗质量控制指标		
(一) 营养科专业人员配置率	3.8.1.1 营养科医床比	<p>营养科医床比=营养科医师总数/同期医疗机构实际开放床位数</p> <p>(1) 分子：营养科医师总数即取得（临床/公卫/中医等）执业医师资格证书，医院按照医师技术职称聘任的营养科医师，以营养科全职在岗人员计。</p> <p>(2) 分母：同期医疗机构实际开放床位数，即当月医疗机构实有床位数量（实际开放床位）。</p>
(二) 住院患者营养风险筛查率	3.8.2.1 住院患者营养风险筛查率	<p>住院患者营养风险筛查率=完成营养风险筛查住院患者数/同期住院患者总数×100%</p>
(三) 住院患者营养评估率	3.8.3.1 住院患者营养评估率	<p>住院患者营养评估率=住院患者营养评估例数/同期出院患者总数×100%</p> <p>(1) 分子：住院患者中，由受过培训的营养医师、营养技师及营养专科护士通过膳食调查、体格检查、营养缺乏病检查、生物化学检查等方法，进行综合性营养评估的总人数。</p>

项目	指标	指标释义
		(2) 分母：同期出院患者总数。
(四) 住院营养风险患者营养治疗率	3.8.4.1 住院营养风险患者营养治疗率	<p>住院营养风险患者营养治疗率=进行营养治疗的营养风险筛查阳性患者总例数/同期住院患者营养风险筛查阳性总例数×100%</p> <p>(1) 分子指住院患者中，接受营养治疗（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）的患者总例数。</p> <p>(2) 分母指住院患者中，使用经验证的营养风险筛查工具评估为营养风险阳性/存在营养风险的患者总例数。</p>
九、肿瘤专业医疗质量控制指标		
(一) 抗肿瘤药物治疗前病理学或细胞学诊断率	3.9.1.1 抗肿瘤药物治疗前病理学或细胞学诊断率	抗肿瘤药物治疗前病理学或细胞学诊断率=接受抗肿瘤药物治疗前完成病理学或细胞学诊断的病例数/同期肿瘤科接受抗肿瘤药物治疗病例数×100%
(二) 出院病例中使用抗肿瘤药物治疗病例比例	3.9.2.1 出院病例中使用抗肿瘤药物治疗病例比例	出院病例中使用抗肿瘤药物治疗病例比例=使用抗肿瘤药物治疗病例数/同期肿瘤科所有出院病例数×100%
(三) 抗肿瘤药物治疗后疗效评估率	3.9.3.1 抗肿瘤药物治疗后疗效评估率	抗肿瘤药物治疗后疗效评估率=抗肿瘤药物治疗后评估疗效病例数/同期肿瘤科所有出院病例数×100%
十、麻醉专业医疗质量控制指标		
(一) 择期手术麻醉前访视率	3.10.1.1 择期手术麻醉前访视率	<p>择期手术麻醉前访视率=择期手术患者进入手术室前完成麻醉前访视的例次数/同期麻醉科完成择期手术麻醉总例次数×100%</p> <p>分子指单位时间内，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。</p>
(二) 入室后手术麻醉取消率	3.10.2.1 入室后手术麻醉取消率	<p>入室后手术麻醉取消率=患者入室后至麻醉开始前，手术麻醉取消的例次数/同期入室后拟手术麻醉总例次数×100%</p> <p>(1) 入室是指患者进入手术室（包括术前等待区）或手术室外麻醉单元准备实施麻醉。</p> <p>(2) 入室后拟手术麻醉总例次数包括取消和已施手术麻醉的。</p>

项目	指标	指标释义
		(3) 总例次数(同一患者多次手术, 以多例次计)。
(三)非计划二次气管插管率	3.10.3.1 非计划二次气管插管率	非计划二次气管插管率=非计划二次气管插管患者数/同期术后气管插管拔除患者总数×100% 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。
(四)麻醉科术后镇痛满意率	3.10.4.1 麻醉科术后镇痛满意率	麻醉科术后镇痛满意率=麻醉科开展实施的术后镇痛随访VAS≤3分患者数/同期麻醉科开展实施的术后镇痛患者总数×100%
(五)麻醉术中体温监测率	3.10.5.1 麻醉术中体温监测率	麻醉术中体温监测率=手术麻醉期间接受体温监测(连续监测或间断监测)的麻醉例次数/同期麻醉总例次数×100%
(六)麻醉后麻醉相关严重并发症发生率	3.10.6.1 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率=麻醉后麻醉相关严重并发症发生例数/同期麻醉总例数×100% 麻醉后麻醉相关严重并发症包括: 麻醉期间心跳骤停、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、全麻术中失血、麻醉后心肌梗塞、麻醉后新发昏迷、麻醉后肺栓塞、麻醉后24小时内患者死亡等。
十一、疼痛专业医疗质量控制指标		
(一)癌症疼痛管理指标	3.11.1.1 癌症疼痛患者24h内疼痛全面评估完成率	癌症疼痛患者24h内疼痛全面评估完成率=入院24h内完成疼痛全面评估的癌症疼痛患者例数/同期癌症疼痛住院患者总例数×100% 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。 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。
	3.11.1.2 住院中重度癌症疼痛患者阿片类药物使用率	住院中重度癌症疼痛患者阿片类药物使用率=使用阿片类药物治疗中重度疼痛的住院癌症患者例数/同期中重度疼痛的住院癌症患者总例数×100% 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。
	3.11.1.3 癌症疼痛治疗有效率	癌症疼痛治疗有效率=入院治疗后有效缓解的癌症疼痛患者例数/同期住院治疗的癌症疼痛患者总例数×100% 备注: 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

项目	指标	指标释义
		少到3次/天以下；⑤功能改善（包括运动功能、消化功能改善）。
十二、感染性疾病专业医疗质量控制指标		
（一）门诊流感患者抗菌药物使用率	3.12.1.1 门诊流感患者抗菌药物使用率	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/同期门诊流感患者总例数×100%
（二）抗流感病毒药物使用前流感病原学诊断阳性率	3.12.2.1 抗流感病毒药物使用前流感病原学诊断阳性率	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/同期使用抗流感病毒药物患者总例数×100% 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。
（三）感染性腹泻患者抗菌药物使用率	3.12.3.1 感染性腹泻患者抗菌药物使用率	感染性腹泻患者抗菌药物使用率=使用抗菌药物治疗的感染性腹泻患者例数/同期感染性腹泻患者总例数×100% 本指标统计范围包括门急诊患者和住院患者。
十三、临床检验专业医疗质量控制指标		
（一）检验前质量控制指标	3.13.1.1 急诊检验项目检验前周转时间中位数	急诊检验项目检验前周转时间中位数。 （1）检验前周转时间是指从标本采集到实验室接收标本的时间（以分钟为单位）。 （2）检验前周转时间中位数是指将检验前周转时间由长到短排序后取其中位数。 （3） $X_{(n+1)/2}$ ，n为奇数。 （4） $(X_{n/2}+X_{n/2+1})/2$ ，n为偶数。 （5）n为检验标本数，X为实验室内周转时间。
（二）检验中质量控制指标	3.13.2.1 室内质控项目开展率	室内质控项目开展率=开展室内质控项目数/检验项目总数×100%
	3.13.2.2 室内质控项目变异系数不合格率	室内质控项目变异系数不合格率=室内质控项目变异系数不合格数/已开展室内质控项目总数×100%
	3.13.2.3 室间质评项目参加率	室间质评项目参加率=国家临检中心室间质评项目参加数/已有国家临检中心室间质评项目总数×100%
	3.13.2.4 室间质评项目合格率	室间质评项目合格率=每年参加国家临检中心室间质评合格项目数/参加国家临检中心室间质评项目总数×100%

项目	指标	指标释义
	3.13.2.5 实验室间比对率 (用于无室间质评计划检验项目)	实验室间比对率=执行实验室间比对的检验项目数/同期无室间质评计划检验项目总数×100%
(三) 检验后质量控制指标	3.13.3.1 危急值通报率	危急值通报率=已通报危急值数/需要通报危急值总数×100%
	3.13.3.2 危急值通报及时率	危急值通报及时率=通报时间满足规定的检验项目危急值数/同期需要通报的检验项目危急值总数×100% 危急值通报时间指从结果确认到与临床医生交流的时间。
十四、临床用血医疗质量控制指标		
(一) 《临床输血申请单》合格率	3.14.1.1 《临床输血申请单》合格率	《临床输血申请单》合格率=填写规范且符合用血条件的申请单数/同期输血科(血库)接收的申请单总数×100%
(二) 受血者标本血型复查率	3.14.2.1 受血者标本血型复查率	受血者标本血型复查率=受血者血液标本复查血型数/同期接收的受血者血液标本总数×100%
(三) 输血相容性检测项目室内质控率	3.14.3.1 输血相容性检测项目室内质控率	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/医疗机构开展的输血相容性检测项目总数×100%
(四) 输血相容性检测室间质评项目参加率	3.14.4.1 输血相容性检测室间质评项目参加率	输血相容性检测室间质评项目参加率=参加室间质评的输血相容性检测项目数/所参加的国家及省级室间质评机构输血相容性检测室间质评项目总数×100% 输血相容性室间质评检测项目包括5项: ABO正定型、ABO反定型、RhD血型, 不规则抗体筛查和交叉配血。
(五) 输血相容性检测室间质评项目合格率	3.14.5.1 输血相容性检测室间质评项目合格率	输血相容性检测室间质评项目合格率=参加室间质评的输血相容性检测合格项目数/所参加的国家及省级室间质评输血相容性检测室间质评项目总数×100% 输血相容性室间质评检测项目包括5项: ABO正定型、ABO反定型、RhD血型, 不规则抗体筛查和交叉配血。
十五、病理专业医疗质量控制指标		
(一) 每百张病床病理医师和技术人员数量	3.15.1.1 每百张病床病理医师数	每百张病床病理医师=(病理医师数量/同期医疗机构实际开放床位数)×100

项目	指标	指标释义
	3.15.1.2 每百张病床病理技术人员数	每百张病床病理技术人员数量 = (病理技术人员数量 / 同期医疗机构实际开放床位数) × 100
(二) 标本规范化固定率	3.15.2.1 标本规范化固定率	标本规范化固定率 = 规范化固定的标本数 / 同期标本总数 × 100% 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他固定液。
(三) 免疫组化切片优良率	3.15.3.1 免疫组化切片优良率	免疫组化切片优良率 = IHC 染色优良切片数 / 同期 IHC 染色切片总数 × 100% 免疫组化染色优良切片是指达到行业优良标准要求的 IHC 染色切片。
(四) 常规标本组织病理报告及时率	3.15.4.1 常规小标本组织病理报告及时率	常规小标本组织病理报告及时率 = 在规定时间内完成常规活检小标本组织病理诊断报告的标本数 / 同期所有常规活检小标本组织病理诊断标本总数 × 100% 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; 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。
	3.15.4.2 常规大标本组织病理报告及时率	常规大标本组织病理报告及时率 = 在规定时间内完成常规切除大标本组织病理诊断报告的标本数 / 同期所有常规切除大标本组织病理诊断标本总数 × 100% 规定时间是指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。
	3.15.4.3 细胞病理诊断及时率	细胞病理诊断及时率 = 在规定时间内审核完成细胞学标本病理诊断报告的标本数 / 同期所有细胞学病理诊断标本总数 × 100% 规定时间是指细胞学标本, 自接收标本起, ≤ 2 个工作日发出细胞病理报告; 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。
(五) 病理室间质评参加率	3.15.5.1 病理室间质评参加率	病理室间质评参加率 = 病理室间质评参加项目数 / 同期发布病理室间质评总项目数 × 100% (1) 分子: 科室常规开展项目参加病理室间质评项目数。 (2) 分母: 同期发布相关项目病理室间质评总项目数。 (3) 病理室间质评参加项目数, 是指科室常规开展项目参加省级和国家病理质控中心/临床检验中心的相关项目病理室间质评的项目数。

项目	指标	指标释义
		(4) 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、基于原位杂交和PCR 等平台的分子病理、免疫组化项目等。
(六) 病理室间质评合格率	3. 15. 6. 1 病理室间质评合格率	病理室间质评合格率=病理室间质评合格项目/同期参加病理室间质评总项目×100% (1) 病理室间质评合格，是指参加省级及以上级别病理质控中心/临床检验中心组织的各项病理室间质评，并达到合格标准。 (2) 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。
(七) 细胞学病理诊断质控符合率	3. 15. 7. 1 细胞学病理诊断质控符合率	细胞学病理诊断质控符合率=细胞学病理诊断与抽查质控诊断符合的标本数/同期抽查质控标本总数×100%
(八) 术中快速诊断与石蜡诊断符合率	3. 15. 8. 1 术中快速诊断与石蜡诊断符合率	术中快速诊断与石蜡诊断符合率=术中快速诊断与石蜡诊断符合的报告数/同期术中快速诊断报告总数×100% 术中诊断符合是指在良恶性病变定性诊断一致。
十六、超声诊断专业医疗质量控制指标		
(一) 住院超声检查 48 小时内完成率	3. 16. 1. 1 住院超声检查 48 小时内完成率	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/同期临床开具住院超声检查申请单总数×100%
(二) 超声危急值 10 分钟内通报完成率	3. 16. 2. 1 超声危急值 10 分钟内通报完成率	超声危急值 10 分钟内通报完成率=单位时间内 10 分钟内完成通报的超声危急值例数/同期超声危急值总例数×100%
(三) 超声报告质量	3. 16. 3. 1 超声报告书写合格率	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/同期超声检查报告总数×100%
	3. 16. 3. 2 超声诊断符合率	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例数/同期超声诊断有对应病理或临床诊断总例数×100%
(四) 超声介入相关主要并发症发生率	3. 16. 4. 1 超声介入相关主要并发症发生率	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/同期超声介入总例数×100% (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。

项目	指标	指标释义
		(2) 主要并发症包括：出血、感染、邻近脏器损伤、神经损伤、针道种植等。
十七、放射影像专业医疗质量控制指标		
(一) 急诊放射影像检查报告 2 小时完成率	3.17.1.1 急诊放射影像检查报告 2 小时完成率	<p>急诊放射影像检查报告 2 小时完成率 = 2 小时内完成的急诊放射影像检查报告份数 / 同期急诊放射影像检查报告总份数 × 100%</p> <p>(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。</p> <p>(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，到检查报告书写完成的时间。</p>
(二) 放射影像报告书书写规范率	3.17.2.1 放射影像报告书书写规范率	<p>放射影像报告书书写规范率 = 书写规范的放射影像检查报告例数 / 同期放射影像检查报告总例数 × 100%</p> <p>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模板文字；患者信息与实际不符或缺失）。</p>
(三) 放射影像危急值 10 分钟内通报完成率	3.17.3.1 放射影像危急值 10 分钟内通报完成率	<p>放射影像危急值 10 分钟内通报完成率 = 发现放射影像危急值后 10 分钟内完成通报的病例数 / 同期放射影像危急值总例数 × 100%</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
十八、健康体检与管理专业医疗质量控制指标		
(一) 高级职称医师签署报告率	3.18.1.1 高级职称医师签署报告率	高级职称医师签署报告率 = 高级职称医师签署健康体检报告主检结论的例数 / 同期健康体检报告总数 × 100%

项目	指标	指标释义
		高级职称医师是指具有副主任医师及以上专业技术职务任职资格的内科或外科执业医师。
(二) 高危异常结果通知率	3.18.2.1 高危异常结果通知率	高危异常结果通知率=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×100% 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。
(三) 重要异常结果随访率	3.18.3.1 重要异常结果随访率	重要异常结果随访率=完成重要异常结果随访人数/同期检出重要异常结果总人数×100% 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。
十九、药事管理专业医疗质量控制指标		
(一) 处方/医嘱质量评价(审核率、点评)	3.19.1.1 门诊处方审核率	门诊处方审核率=药品收费前药师审核门诊处方人次数/同期门诊处方总人次数×100%
	3.19.1.2 门诊处方点评率	门诊处方点评率=点评的门诊处方人次数/同期门诊处方总人次数×100%
	3.19.1.3 门诊处方合格率	门诊处方合格率=合格的门诊处方人次数/同期点评门诊处方总人次数×100% 不合格处方包括:不规范处方、用药不适宜处方及超常处方。
	3.19.1.4 住院用药医嘱审核率	住院用药医嘱审核率=药品调配前药师审核住院患者用药医嘱条目数/同期住院患者用药医嘱总条目数×100% 住院患者用药医嘱(总)条目数均以出院患者用药医嘱(总)条目数计算。
	3.19.1.5 住院患者用药医嘱点评率	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%
(二) 严重或新的药品不良反应上报比例	3.19.2.1 严重或新的药品不良反应上报比例	严重或新的药品不良反应上报比例=上报的严重或新的药品不良反应例数/同期上报药品不良反应总例数×100% (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。

项目	指标	指标释义
(三)住院患者抗菌药物使用情况	3.19.3.1 住院患者抗菌药物使用率	住院患者抗菌药物使用率=住院患者使用抗菌药物人数/同期医疗机构住院患者总数×100% 住院患者使用抗菌药物人数和住院患者总数均以出院患者的人数计算。
	3.19.3.2 住院患者抗菌药物使用强度	住院患者抗菌药物使用强度=住院患者抗菌药物使用量(累计 DDD 数)/同期收治患者人天数×100 (1) 住院患者抗菌药物使用量(累计 DDD 数),指住院患者在院期间抗菌药物应用情况,不包括住院患者出院带药。 (2) 人天数:指所有出院者占用总床日数。
(四)住院患者药学监护率	3.19.4.1 住院患者药学监护率	住院患者药学监护率=实施药学监护的住院患者人次数/同期住院患者总人数×100% (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、血药浓度监测等在药学监护记录的工作。 (2) 实施药学监护的住院患者数和同期住院患者总数均以出院患者的人数计算。
二十、护理专业医疗质量控制指标		
(一)护患比	3.20.1.1 白班平均护患比	白班平均护患比(1:X)=1:(每天白班护理患者数之和/同期每天白班责任护士数之和)
	3.20.1.2 夜班平均护患比	夜班平均护患比(1:X)=1:(每天夜班护理患者数之和/同期每天夜班责任护士数之和)
(二)不同级别护士配置占比	3.20.2.1 医院20年及以上在岗护士(年龄≤60周岁)	医院20年及以上在岗护士(年龄≤60周岁)占比=医院工作年限≥20年的在岗执业护士人数/同期医院在岗执业护士总人数×100%
(三)置管患者非计划拔管率	3.20.3.1 气管导管(气管插管、气管切开)非计划拔管率	气管导管(气管插管、气管切开)非计划拔管率=住院患者气管导管(气管插管、气管切开)非计划拔管例次数/同期住院患者气管导管(气管插管、气管切开)留置总日数×1000%
	3.20.3.2 老年住院患者胃肠管(经口鼻)非计划拔管发生率	老年住院患者胃肠管(经口鼻)非计划拔管发生率=60岁及以上住院患者胃肠管(经口鼻)非计划拔管例次数/同期60岁及以上住院患者鼻肠管(经口鼻)留置总日数×1000%
(四)老年住院患者相关血流感染发生率	3.20.4.1 老年住院患者 CVC 相关血流感染发生率	老年住院患者 CVC 相关血流感染发生率=60岁及以上住院患者 CVC 相关血流感染例次数/同期60岁及以上住院患者 CVC 留置总日数×1000%
	3.20.4.2 老年住院患者 PICC	老年住院患者 PICC 相关血流感染发生率=60岁及以上住院患者 PICC 相关血流感染例次数/同期

项目	指标	指标释义
	相关血流感染发生率	60岁及以上住院患者 PICC 留置总日数×1000%
二十一、医院感染管理医疗质量控制指标		
(一) 医院感染发病(例次)率	3.21.1.1 医院感染发病率	医院感染发病率=医院感染新发病例数/同期住院患者总数×100%
(二) 抗菌药物治疗前病原学送检率	3.21.2.1 医院感染诊断相关病原学送检率	医院感染诊断相关病原学送检率=完成医院感染诊断相关病原学送检的病例数/同期发生医院感染病例总数×100% 医院感染诊断相关病原学送检指住院期间开具《常见病原学检验相关项目目录》中微生物培养及药敏试验、显微镜检查、免疫学检测以及分子快速诊断检验项目并完成标本采集。
	3.21.2.2 住院患者联合使用重点抗菌药物前病原学送检率	住院患者联合使用重点抗菌药物前病原学送检率=接受两个或以上重点抗菌药物联合使用前病原学送检病例数/同期住院患者中接受两个或以上重点抗菌药物联合使用病例数×100% (1)联合使用重点药物前病原学送检是指在联合使用重点抗菌药物治疗前开具病原学检验项目并完成相关标本采集(包括细菌培养、真菌培养;真菌 1-3-β-D 葡聚糖检测(G 试验)等)。 (2)重点抗菌药物是指碳青霉烯类、糖肽类、替加环素、利奈唑胺、多黏菌素、头孢哌酮舒巴坦、抗真菌类。
(三) 多重耐药菌检出率	3.21.3.1 多重耐药菌检出率	多重耐药菌检出率=多重耐药菌检出菌株数/同期该病原体检出菌株总数×100% (1)多重耐药菌主要包括:耐碳青霉烯类大肠埃希菌(CREC)、耐甲氧西林金黄色葡萄球菌(MRSA)、耐碳青霉烯肺炎克雷伯菌(CRKP)、耐碳青霉烯鲍曼不动杆菌(CRABA)、耐碳青霉烯铜绿假单胞菌(CRPAE)。 (2)根据去重原则,同一患者首次检出的同一菌种(含耐药与非耐药)纳入分母,同一患者首次检出的同一耐药菌种纳入分子,不考虑耐药表型的变化。 (3)不同的多重耐药菌分别计算。 (4)医院相应监测数据使用 CMI 值校正(监测数据/CMI)后,与标准对比。
(四) 多重耐药菌感染发现率	3.21.4.1 多重耐药菌感染发现率	多重耐药菌感染发现率=(多重耐药菌感染患者数(例次数))/同期住院患者总数×100% (1)多重耐药菌种类同 3.21.3.1。 (2)医院相应监测数据使用 CMI 值校正(监测数据/CMI)后,与标准对比。

项目	指标	指标释义
(五) 血管内导管相关血流感染发病率	3.21.5.1 血管内导管相关血流感染发病率	血管内导管相关血流感染发病率=血管内导管相关血流感染例次数/同期患者使用血管内导管留置总天数×1000%。 (1)分母是以患者为统计单位的血管内导管留置总天数,而非患者每根血管内导管留置总天数。 单位:例/千导管日。 (2)医院相应监测数据使用 CMI 值校正(监测数据/CMI)后,与标准对比。
(六) 呼吸机相关肺炎发病率	3.21.6.1 呼吸机相关肺炎发病率	呼吸机相关肺炎发病率=呼吸机相关肺炎例次数/同期患者使用呼吸机总天数×1000%。 医院相应监测数据使用 CMI 值校正(监测数据/CMI)后,与标准对比。
(七) 导尿管相关泌尿系感染发病率	3.21.7.1 导尿管相关泌尿系感染发病率	导尿管相关泌尿系感染发病率=导尿管相关泌尿系感染例次数/同期患者使用导尿管总天数×1000%。 医院相应监测数据使用 CMI 值校正(监测数据/CMI)后,与标准对比。 单位:例/千导尿管日。
二十二、病案管理质量控制指标		
(一) 病历书写时效性指标	3.22.1.1 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。
	3.22.1.2 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。
(二) 病历归档质量指标	3.22.2.1 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。
	3.22.2.2 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。
	3.22.2.3 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。
二十三、门诊管理医疗质量控制指标		
(一) 门诊危急值 30 分钟内通报完成率	3.23.1.1 门诊危急值 30 分钟内通报完成率	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/同期全部门诊危急值例数×100%

项目	指标	指标释义
		<p>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。</p>
(二)门诊静脉采血相关差错发生率	3. 23. 2. 1 门诊静脉采血相关差错发生率	<p>门诊静脉采血相关差错发生率=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×100%</p> <p>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)。</p>
(三)门诊准时出诊率	3. 23. 3. 1 门诊准时出诊率	<p>门诊准时出诊率=医务人员准时出诊的门诊单元数/同期出诊门诊单元总数×100%</p> <p>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。</p>

第四章 老年病医院主要单病种质量控制指标

第四章老年病医院主要单病种质量控制指标 19 节 57 条，评价考核老年病医院 19 个主要病种，各监测 4 条指标（病例例数、平均住院日、均次费用、死亡率），病历例数仅用于筛选参与评审的单病种。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，各病种评价指标为平均住院日、次均费用、病死率。老年病医院主要单病种若某一病种未开展，该病种所有指标按 D 计算。

一、19 个病种目录

一、心血管系统疾病/手术	
（一）急性心肌梗死（ST 段抬高型，首次住院）（STEMI）★	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（AF）	主要诊断或第二诊断 ICD-10 编码：I48 的出院患者
二、神经系统疾病/手术	
（一）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
（二）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
（三）脑出血	主要诊断 ICD-10 编码：I61.0 至 I61.9 的出院患者
（四）帕金森病	主要诊断 ICD-10 编码：G20.x00 的出院患者
三、呼吸系统疾病	
（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）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
四、运动系统疾病/手术	

(一) 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) 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
五、肿瘤 (手术治疗)	
(一) 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
(二) 胃癌 (手术治疗)	主要诊断 ICD-10 编码: C16 开头, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 43.4 至 43.9 的手术出院患者
(三) 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
六、泌尿系统疾病/操作	
(一) 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
(二) 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
七、其他疾病/手术	
(一) 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

(二) 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
(三) 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

二、考核指标

项目	指标	指标释义
(一) 单病种	4.1.1.1 平均住院日	平均住院日=某病种出院患者占用总床日数/同期某病种例数
	4.1.1.2 均次费用	均次费用=某病种总出院费用/同期某病种例数
	4.1.1.3 死亡率	死亡率=(某病种死亡人数/同期某病种例数)×100%

第五章 重点医疗技术临床应用质量控制指标

项目	指标	指标释义
一、限制性医疗技术质控指标		
(一) 限制性医疗技术的开展情况	5.1.1.1 国家限制类医疗技术上报率	国家限制类医疗技术上报率=上报的国家限制类医疗技术病例数/开展的国家级限制性医疗技术病例总数×100%
(二) 限制性医疗技术数据质量控制	5.1.2.1 质控数据上报的完整率	质控数据上报的完整率=上报的限制性医疗技术的质控数据量/应填报的质控数据量×100%
	5.1.2.2 质控数据上报的及时率	质控数据上报的及时率=及时上报的限制性医疗技术的质控数据量/应填报的质控数据量×100%
	5.1.2.3 质控数据上报的准确率	质控数据上报的准确率=准确上报的限制性医疗技术的质控数据量/应填报的质控数据量×100%
(三) 国家限制类医疗技术	5.1.3.1 异基因造血干细胞移植技术	每个技术临床应用质量控制指标先按照5分计算,对医院所开展的各项技术的得分加总,然后计算医院每个技术临床应用质量控制指标的平均值,高于全省同类同级别医院均值得A,否则得C。 《国家限制类技术临床应用管理规范(2022版)》中,各技术临床应用质量控制指标。
	5.1.3.2 同种胰岛移植技术	
	5.1.3.3 同种异体运动系统结构性组织移植技术	
	5.1.3.4 同种异体角膜移植技术	
	5.1.3.5 性别重置技术	
	5.1.3.6 质子和重离子加速器放射治疗技术	
	5.1.3.7 放射性粒子植入治疗技术	
	5.1.3.8 肿瘤消融治疗技术	
	5.1.3.9 心室辅助技术	
	5.1.3.10 人工智能辅助治疗技术	
	5.1.3.11 体外膜肺氧合(ECMO)技术	
	5.1.3.12 自体器官移植技术	

项目	指标	指标释义
(四) 省级限制性医疗技术	5.1.4.1 同种异体皮肤移植技术	每个技术临床应用质量控制指标先按照 10 分计算，对院所开展的各项技术的得分加总，然后计算医院每个技术临床应用质量控制指标的平均值，高于全省同类同级别医院均值得 A，否则得 C。 《江苏省限制类技术临床应用管理规范（2023 版）》中，各技术临床应用质量控制指标。
	5.1.4.2 肿瘤深部热疗和全身热疗	
	5.1.4.3 颅颌面畸形颅面外科矫治	
	5.1.4.4 口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治	
	5.1.4.5 心血管疾病介入诊疗技术	
	5.1.4.6 自体造血干细胞移植	
	5.1.4.7 全身高能 X 线（及钴 60 γ 线）照射技术	
	5.1.4.8 人工耳蜗植入术	
	5.1.4.9 神经血管介入诊疗技术	
	5.1.4.10 呼吸内镜诊疗技术（四级）	
	5.1.4.11 鼻科内镜诊疗技术（四级）	
	5.1.4.12 咽喉科内镜诊疗技术（四级）	
	5.1.4.13 消化内镜诊疗技术（四级）	
二、人体器官捐献、获取与移植技术		
(一) 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	向人体器官获取组织报送潜在器官捐献者。
	5.2.1.2 开展器官捐献或遗体捐献工作	开展器官捐献或遗体捐献工作。
三、其他重点医疗技术质量控制指标		
(一) 消化内镜诊疗技术医疗质量控制指标	5.3.1.1 上消化道内镜检查完整率	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×100% 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。
	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/同期结肠镜检查总例次数×100%

项目	指标	指标释义
		肠道准备优良是指根据波士顿量表，每段肠道的评分 ≥ 2 分。
	5.3.1.3 结肠镜盲肠插镜成功率	单位时间内，结肠镜检查到达盲肠例次数/同期结肠镜检查总例次数 $\times 100\%$ 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。
	5.3.1.4 消化内镜相关严重并发症发生率	单位时间内，发生消化内镜相关严重并发症的诊疗例次数/同期消化内镜诊疗总例次数 $\times 1000\%$
	5.3.1.5 消化道早癌内镜黏膜下剥离术（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/同期消化道早癌 ESD 总例次数 $\times 100\%$ 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。

四、老年病医院临床专科医疗服务能力（省级临床重点专科必须按照重点科室指标参评，非省级临床重点专科可自主申请按照重点科室指标或一般科室指标参评）

（其中 24 项为老年病医院必备临床专科医疗服务能力，以★标注；6 项为支撑临床专科医疗服务能力，以✱标注；必备和支撑科室必须参加考核，其他 9 个专科中如果医院有设置可选 3 个按必备科室进行考核，未设置相关科室可不考核）

（一）★心血管内科医疗服务能力	（二）★呼吸与危重症学科医疗服务能力	（三）★消化内科医疗服务能力	（四）★内分泌科医疗服务能力
（五）★肾脏内科医疗服务能力	（六）★神经内科医疗服务能力	（七）★老年医学科医疗服务能力	（八）★普通外科医疗服务能力

(九) ★胸外科医疗服务能力	(十) ★骨科医疗服务能力	(十一) ★神经外科医疗服务能力	(十二) ★泌尿外科医疗服务能力
(十三) ★麻醉科医疗服务能力	(十四) ★急诊医学科医疗服务能力	(十五) ★重症医学科医疗服务能力	(十六) ★肿瘤科医疗服务能力
(十七) ★康复医学科医疗服务能力	(十八) ★医学影像科医疗服务能力	(十九) ★超声医学科医疗服务能力	(二十) ★医学检验科医疗服务能力
(二十一) ★输血科医疗服务能力	(二十二) ★药剂科医疗服务能力	(二十三) ★病理科医疗服务能力	(二十四) ★营养科医疗服务能力
(二十五) *妇科医疗服务能力	(二十六) *眼科医疗服务能力	(二十七) *耳鼻喉头颈外科医疗服务能力	(二十八) *口腔科医疗服务能力
(二十九) *皮肤科医疗服务能力	(三十) *疼痛科医疗服务能力	(三十一) 血液内科医疗服务能力	(三十二) 风湿免疫内科医疗服务能力
(三十三) 心脏大血管外科医疗服务能力	(三十四) 烧伤科医疗服务能力	(三十五) 整形外科医疗服务能力	(三十六) 血管外科医疗服务能力
(三十七) 感染性疾病科医疗服务能力	(三十八) 介入放射科医疗服务能力	(三十九) 核医学科医疗服务能力	

临床专科医疗服务能力考核指标:

指标	指标释义
5.4.1.1 一般科室技术开展率	一般科室技术开展率=开展的技术种类数/科室的医疗技术水平标准中技术种类数×100%
5.4.1.2 重点科室技术开展率	重点科室技术开展率=开展的技术种类数/科室的医疗技术水平标准中技术种类数×100%

第六章 经济运营指标

项目	指标	指标释义
一、资源效率		
(一) 资产负债率	6.1.1.1 资产负债率	资产负债率=负债合计/资产合计×100%
(二) 百元固定资产医疗收入(不含药品、卫生材料收入)	6.1.2.1 百元固定资产医疗收入(不含药品、卫生材料收入)	百元固定资产医疗收入(不含药品、卫生材料收入)=医疗收入(不含药品、卫生材料收入)/[(期初固定资产+期末固定资产)/2]×100
(三) 每职工平均医疗收入(不含药品、卫生材料收入)	6.1.3.1 每职工平均医疗收入(不含药品、卫生材料收入)	每职工平均医疗收入(不含药品、卫生材料收入)=医疗收入(不含药品、卫生材料收入)/平均在职职工人数 (1) 医疗收入(不含药品、卫生材料收入)是指医院开展医疗服务活动取得的不含药品、卫生材料的收入。 (2) 平均在职职工人数是指考核期间在职职工人数各月的平均数。
二、收支结构		
(一) 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	6.2.1.1 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)占比=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% (1) 医疗服务收入包括挂号收入、床位收入、诊察收入、治疗收入、手术收入、护理收入等,不包括药品、卫生材料、检查检验收入。 (2) 分母是指医院开展医疗服务活动取得的收入,包括门急诊收入、住院收入和结算差额。
(二) 卫生材料收入占比	6.2.2.1 卫生材料收入占比	卫生材料收入占比=卫生材料收入/医疗收入×100% (1) 卫生材料总收入包括门急诊、住院卫生材料收入。 (2) 分母是指医院开展医疗服务活动取得的收入,包括门急诊收入、住院收入和结算差额。
(三) 人员支出占业务支出比重	6.2.3.1 人员支出占业务支出比	人员支出占业务支出比重=人员经费/医疗活动费用×100%

项目	指标	指标释义
	重	<p>(1) 人员经费包括医院全部人员发生的费用。财政项目拨款经费和科教项目经费支付的人员劳务费、专家咨询费等人员经费不在本指标计算范围内。</p> <p>(2) 分母包括业务活动费用(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。</p>
(四) 药品收入占比	6.2.4.1 药品收入占比	<p>药品收入占比=药品收入/医疗收入×100%</p> <p>(1) 药品总收入包括门急诊、住院药品收入。</p> <p>(2) 分母指医院开展医疗服务活动取得的收入,包括门急诊收入、住院收入和结算差额。</p>
(五) 万元收入能耗支出	6.2.5.1 万元收入能耗支出	<p>万元收入能耗支出=年总能耗支出/年总收入×10000</p> <p>(1) 年总能耗指考核年度医院发生的水、电、气、热等能耗支出之和。</p> <p>(2) 年总收入包括财政拨款收入、事业收入、上级补助收入、附属单位上缴收入、经营收入、非同级财政拨款收入、投资收益、捐赠收入、利息收入、租金收入、其他收入等全部收入。</p>
(六) 百元医疗收入(不含药品收入)消耗卫生材料费用	6.2.6.1 百元医疗收入(不含药品收入)消耗卫生材料费用	<p>百元医疗收入(不含药品收入)消耗卫生材料费用=卫生材料费用/医疗收入(不含药品收入)×100</p> <p>(1) 分子是指医院卫生材料的总支出,包含财政项目、科教项目经费形成的卫生材料费用。</p> <p>(2) 分母是指医院开展医疗服务活动取得的不含药品的收入,包括门急诊收入、住院收入和结算差额。</p>
(七) 医疗盈余率	6.2.7.1 医疗盈余率	<p>医疗盈余率=医疗盈余/医疗活动收入×100%</p> <p>(1) 医疗盈余=“财政拨款收入”下“财政基本拨款收入”+“事业收入”下“医疗收入”+“上级补助收入”+“附属单位上缴收入”+“经营收入”+“非同级财政拨款收入”+“投资收益”+“捐赠收入”+“利息收入”+“租金收入”+“其他收入”-“业务活动费用”下“财政基本拨款经费”和“其他经费”-“单位管理费用”项目下“财政基本拨款经费”和“其他经费”-“经营费用”</p>

项目	指标	指标释义
		<p>—“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”。</p> <p>(2)分母包括财政基本收入、医疗收入、上级补助收入、附属单位上缴收入、经营收入、非同级财政拨款收入、投资收益、捐赠收入、利息收入、租金收入、其他收入，不包括财政项目拨款收入和科教收入。</p>
三、费用控制		
(一)剔除有关项后的门诊次均费用增幅	6.3.1.1 剔除有关项后的门诊次均费用增幅	<p>剔除有关项后的门诊次均费用增幅=(本年度剔除有关项后的门诊次均医药费用—上一年度剔除有关项后的门诊次均医药费用)/上一年度剔除有关项后的门诊次均医药费用×100%</p> <p>门诊患者次均费用=门诊收入/门诊人次</p> <p>(1)门诊收入是指医院开展门急诊医疗服务活动取得的收入，包括门诊、急诊、健康体检收入等。</p> <p>(2)门诊人次为门急诊总诊疗人次，包括门诊、急诊、健康体检人次等。</p> <p>(3)剔除有关项后的门诊次均费用增幅：用于反映剔除散装中药饮片、小包装中药饮片、中药配方颗粒剂、医疗机构中药制剂、罕见病用药收入，长期处方产生的药品收入，纳入创新药应用指导目录中药品收入，以及纳入国家医保目录中谈判类药物收入后的门诊次均费用增幅情况。具体剔除方式详见国家三级医院绩效监测上报口径。</p>
(二)剔除有关项后的门诊次均药品费用增幅	6.3.2.1 剔除有关项后的门诊次均药品费用增幅	<p>剔除有关项后的门诊次均药品费用增幅=(本年度剔除有关项后的门诊次均药品费用—上一年度剔除有关项后的门诊次均药品费用)/上一年度剔除有关项后的门诊次均药品费用×100%</p> <p>门诊患者次均药品费用=门诊药品收入/门诊人次</p> <p>(1)门诊药品收入是指医院开展门急诊医疗服务活动取得的药品收入。</p> <p>(2)门诊人次为门急诊总诊疗人次，包括门诊、急诊、健康体检人次等。</p> <p>(3)剔除有关项后的门诊次均药品费用增幅：用于反映剔除散装中药饮片、小包装中药饮片、中药配方颗粒剂、医疗机构中药制剂、罕见病用药收入，长期处方产生的药品收入，纳入创新药应用指导目录中药品收入，以及纳入国家医保目录中谈判类药物收入后的门诊次均药品费用增幅情况。具体剔除方式详见</p>

项目	指标	指标释义
		国家三级医院绩效监测上报口径。
(三) 剔除有关项后的住院次均费用增幅	6.3.3.1 剔除有关项后的住院次均费用增幅	<p>剔除有关项后的住院次均费用增幅 = (本年度剔除有关项后的住院次均医药费用 - 上一年度剔除有关项后的住院次均医药费用) / 上一年度剔除有关项后的住院次均医药费用 × 100%</p> <p>出院患者次均费用 = (住院收入 / 实际占用总床日数) × (出院患者实际占用总床日数 / 出院人数)</p> <p>(1) 住院收入是指医院开展住院医疗服务活动取得的收入。</p> <p>(2) 出院者实际占用总床日数指出院者(包括正常分娩, 未产出院, 住院经检查无病出院、未治出院及健康人进行人工流产或绝育手术后正常出院者)住院日数的总和。</p> <p>(3) 实际占用总床日数是指医院各科室每日夜晚 12 点实际占用的病床数(即每日夜晚 12 点住院患者人数)总和, 包括实际占用的临时加床在内, 不包括家庭病床占用床日数。</p> <p>(4) 出院人数反映医院所有住院后出院的人数, 包括出院病人数, 正常分娩, 未产出院, 住院经检查无病出院、未治出院及健康人进行人工流产或绝育手术后正常出院者。</p> <p>(5) 剔除有关项后的住院次均费用增幅: 用于反映剔除散装中药饮片、小包装中药饮片、中药配方颗粒剂、医疗机构中药制剂、罕见病用药收入, 纳入创新药应用指导目录中药品收入, 以及纳入国家医保目录中谈判类药物收入后的住院次均费用增幅情况。具体剔除方式详见国家三级医院绩效监测上报口径。</p>
(四) 剔除有关项后的住院次均药品费用增幅	6.3.4.1 剔除有关项后的住院次均药品费用增幅	<p>剔除有关项后的住院次均药品费用增幅 = (本年度剔除有关项后的住院次均药品费用 - 上一年度剔除有关项后的住院次均药品费用) / 上一年度剔除有关项后的住院次均药品费用 × 100%</p> <p>住院患者次均药品费用 = (住院药品收入 / 实际占用总床日数) × (出院患者实际占用总床日数 / 出院人数)</p> <p>(1) 住院药品收入是指医院开展住院医疗服务活动取得的药品收入。</p> <p>(2) 剔除有关项后的住院次均药品费用增幅: 用于反映剔除散装中药饮片、小</p>

项目	指标	指标释义
		包装中药饮片、中药配方颗粒剂、医疗机构中药制剂、罕见病用药收入，纳入创新药应用指导目录中药品收入，以及纳入国家医保目录中谈判类药物收入后的住院次均药品费用增幅情况。具体剔除方式详见国家三级医院绩效考核监测上报口径。
四、财务管理		
(一) 预算执行率	6.4.1.1 预算收入执行率	预算收入执行率=本期实际收入总额/(本期预算收入总额±预算收入调整额)×100% (1) 分子：财务报表收入费用表中的本期收入。 (2) 分母：部门预算批复的本期预算收入加减批复的预算收入调整额。
	6.4.1.2 预算支出执行率	预算支出执行率=本期实际支出总额/(本期预算支出总额±预算支出调整额)×100% (1) 分子：财务报表收入费用表中的本期费用。 (2) 分母：部门预算批复的本期预算支出加减批复的预算支出调整额。
(二) 管理费用率	6.4.2.1 管理费用率	管理费用率=单位管理费用/医院总费用×100% (1) 分子：单位管理费用是指医院费用支出明细表中的单位管理费用，包括财政项目拨款经费和科教经费形成的单位管理费用。 (2) 分母：医院总费用是指医院本期费用总额，包括“业务活动费用”“单位管理费用”“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”和“其他费用”项目。

第七章 线下核查

一、开展老年健康连续性医疗服务及“安宁疗护”服务

项目	指标
(一) 老年友善文化建设	7.1.1.1 ①在医疗机构愿景或文化中有关心、关爱老年人，保障老年人权益，维护老年人尊严等内容，并能有效传达；②在机构内部开展尊老、敬老、爱老等活动；③以方便老年人阅读和浏览的方式向老年人展示各类便民服务信息；④为老年患者提供全过程、个性化的就医指导与支持。
	7.1.1.2 ①有构建适老化就医环境的系统性规划与投入；②符合老年友善医疗机构中对老年友善环境建设的标准（门急诊和病区配备轮椅、平车等辅助移乘设备，取用便捷；主出入口设老年人临时停车区及安全标识；出入口、门、台阶、坡道等设施及信息标识符合无障碍要求；医院内标识简明、地面防滑；病房温馨整洁，配有时钟和提示板，温湿度适中，家具稳固）。
	7.1.1.3 ①优化智能终端与线上服务界面，使其符合老年人使用习惯；②有解决影响老年患者就诊的“数字鸿沟”等问题的措施，如电话预约、志愿者服务等。
	7.1.1.4 ①树立老年友善服务理念，优化老年人就医流程，提供多渠道预约挂号服务方便老年人；②建立贯穿就医全流程的老年友善服务优先通道；③鼓励医疗机构通过医联体、互联网等手段将服务延伸至老年患者家中。
	7.1.1.5 营造老年友好型医疗服务环境，①对于多病共存的老年患者提供慢病处方服务；②为老年人提供用药咨询等服务保障老年患者用药安全；③开展老年人群重点慢性病、老年综合征的早期筛查和健康指导工作；④开展老年患者心脏康复治疗等特色服务。
	7.1.1.6 ①积极开展面向老年人的健康教育工作，针对老年人健康问题开展义诊、讲座、微信公众号等多种形式的健康教育活动；②积极参与并完成省、市政府指令性健康教育活动，主动拓展健康教育的社会辐射范围与创新模式。
	7.1.1.7 ①提供专业的非药物干预与人文关怀；②规范开展安宁疗护服务；③开展临终关怀与预嘱的标准化沟通。
	7.1.1.8 开展老年人相关特色护理服务，①开设老年护理相关门诊；②延续性护理，推动老年护理服务延伸至社区和家庭；③互联网+护理服务，提供线上护理咨询、远程监测等服务；④居家护理服务。
(二) 承担老年医学人才培养工作	7.1.2.1 ①根据省、市卫健委等上级部门的要求，完成老年医学人才培养、老年人能力评估师等工作；②有指定部门、人员负责培训工作。

项目	指标
	7.1.2.2 ①通过运营、签约、合作等方式，提供医养结合服务；②开展医养结合教学、培训、科研等工作；③在医养结合领域发挥行业引领与示范作用。
	7.1.2.3 ①开发与利用互联网等信息平台技术促进基层慢病诊疗与管理工作的开展；②帮助基层单位积极申报并获得省、市、区级基层特色科室、医联体协作专科项目等；③积极组织编写适合基层单位使用的教材、适宜技术操作规范、专家共识或指南，并在基层推广使用。
	7.1.2.4 ①开展老年护理人才培养，培训内容涵盖老年综合评估、老年综合征管理等核心领域；②帮助基层开展老年常见症状护理、康复护理、失智照护等护理适宜技术；③接受培养的护士回本单位后能开展老年综合评估及专科特色评估，正确运用护理评估工具识别老年高风险状态，强化老年综合征的早期预警。
（三）建立安宁疗护服务规范和流程	7.1.3.1 ①安宁疗护诊疗活动符合规范，由经过专门培训的安宁疗护团队执行；②开展镇痛及其他症状控制相关技术项目；③开展心理支持和人文关怀，尊重其社会文化与宗教信仰需求，并有病历完整记录；④动态评估患者状况并及时调整照护方案。
（四）老年医疗安全风险防范	7.1.4.1 ①落实老年患者围手术期安全管理技术规范及流程，减少手术损伤；②规范进行老年围手术期评估及安全核查。
	7.1.4.2 ①有设区市及以上卫生健康行政部门认定的创伤、卒中、胸痛中心。②严格执行胸痛、卒中、创伤救治诊疗指南、规范和操作流程，有明确的胸痛、卒中和创伤各重点环节救治时间节点要求；③有急诊服务体系中相关部门职责，尤其对复杂多病共患的老年患者诊治职责有明确要求；④重点病种老年患者，尤其是合并有多科疾病的老年患者得到连贯、及时、有效救治，无推诿现象。
（五）规范开展老年医学相关工作	7.1.5.1 ①老年医学科作为医院的一级临床科室，取得省、市级重点专科；②老年医学科至少有3名高级职称医师具有老年医学专业医师资格证书或有老年医学培训证书，至少有2名老年专科护士或接受老年护理专业培训的护士；③设有独立的病区；④设立老年医学科门诊；⑤常规开设老年医学科专家门诊。
	7.1.5.2 ①设置老年综合评估室，评估室需有足够空间开展评估工作，老年综合评估室应配备体重计、握力计，评估量表、人体成分分析仪等工具；②能够运用信息化系统开展老年综合评估工作；③从事老年综合评估的医务人员应接受过相关培训，切实开展评估工作并改进；④护理人员应作为核心成员参与评估与计划制定；⑤老年医学科相关病区的国家护理质量数据平台监测的质量指标如非计划拔管、跌倒等，纳入考核。
	7.1.5.3 ①参与老年医疗服务网络建设；②落实老年适宜技术下沉基层，帮扶基层医疗卫生机构逐步提高老年基层医疗服务能力。

项目	指标
	7.1.5.4 ①老年医学科应对全院老年医学整体医疗模式进行推广与指导，强化老年综合征的早期识别与预警，协助制定综合诊疗方案，维持老年患者躯体功能状态；②开展相应老年特色诊疗服务及老年营养、老年康复、临床药学等多学科团队整合照护模式。
(六) 规范开展康复医学相关工作	7.1.6.1 ①康复医学科设有独立的康复病区；②设立康复医学科门诊；③有老年疾病相关的康复医学科专家/专病门诊，有康复专科护士或接受康复专业培训的护士。
	7.1.6.2 ①科室设置康复评估室和康复治疗室，配备相应设备，开展评估工作；②从事康复评估的医务人员应取得专业技术资格，切实开展评估工作并改进。
	7.1.6.3 ①康复医学科取得省、市级临床重点专科或省级临床重点专科建设单位；②参与老年医疗服务网络建设；③落实老年康复技术下沉基层，帮扶基层医疗卫生机构逐步提高基层康复医疗服务能力。
	7.1.6.4 ①具有开展老年疾病的早期、中期、长期康复的能力；②定期对诊疗方案的实施情况和临床疗效进行分析、总结和评价，持续改进有成效；③制定老年康复护理常规及操作规程，执行标准化、专业化的老年康复护理服务。

二、医院功能定位

项目	指标
(一) 医院有明确的功能和任务	7.2.1.1 ①医院功能任务与发展规划符合地区要求，前十病种与老年疾病相关占比为 70%；②制定中长期规划并分解至年度计划；③中长期规划经职工代表会议、党委会讨论通过；④科室设置、设备配置与发展规划相匹配。
	7.2.1.2 ①基本药物采购品种数占比符合省卫生健康行政部门规定；②基本药物使用金额占比符合省卫生健康行政部门规定；③门诊患者基本药物处方占比符合省卫生健康行政部门规定；④住院患者基本药物使用率符合省卫生健康行政部门规定。
	7.2.1.3 ①对承担援疆援藏援青援陕、乡村振兴指令性任务的人员，在同等条件下在评优晋升方面给予政策支持；②承担相关政府指令性任务。
	7.2.1.4 ①医院有专科建设发展规划；②科室根据医院总体规划制定本科室专科建设发展规划，并落实；③重视专科协同和中西医共同发展，特别是在多学科诊疗模式中的应用。
	7.2.1.5 ①医院有指定的主管部门负责满意度工作；②定期开展患者满意度院内自我监测；③制定改进措施，有数据显示患者就医体验得到改善。
(二) 承担疑难危重症救治和紧急医疗救援工作	7.2.2.1 ①具有承担区域内急危重症和疑难疾病的处置能力，能提供 24 小时急危重症的诊疗服务；②员工掌握本专业急救救治操作流程与规范。

三、临床服务质量与安全管理

项目	指标
(一)完善医疗质量管理体系，实行院科两级责任制	7.3.1.1 ①设立医疗质量管理相关委员会，各科室成立医疗质量管理小组，人员组成和职责符合《医疗质量管理办法》，严格执行《医疗质量安全核心制度落实情况监测指标》；②质控组织工作有成效，可追溯；③设置独立的质量与安全管理部门，能够利用信息系统开展医疗质量管理与控制工作作为各项质量管理与控制工作提供指标数据。④医院信息平台提供的指标数据符合《全国医院数据上报管理方案》《全国医院上报数据统计分析指标集》《江苏省健康信息平台共享数据集》的要求。
(二)落实医疗质量安全核心制度	7.3.2.1 ①建立首诊负责制度。明确在诊疗过程不同阶段的责任主体，确保患者的所有诊疗过程都有人负责；②各项诊疗过程、项目有转接机制，保障患者诊疗服务连续性；③医疗行为有记录，可追溯。
	7.3.2.2 ①实行科主任领导下的三个不同级别的医师查房制度；②严格明确查房周期。术者必须亲自在术前和术后 24 小时内查房；③明确各级医师的医疗决策和实施权限，有员工相关权限的授权目录，有落实、有定期调整。
	7.3.2.3 ①明确各类会诊的具体流程和时间要求，急会诊必须在 10 分钟之内到位，普通会诊应当在会诊发出后 24 小时内完成；②会诊请求人员应当陪同完成会诊；③医院统一会诊单格式及填写规范，员工知晓；④会诊情况和处置按规定进行记录，有定期的自查与督查。
	7.3.2.4 ①依据《综合医院分级护理指导原则（试行）》《护理分级》（WS/T 431-2023）的原则和要求，制定符合医院实际的护理分级制度；②根据患者病情与自理能力确定护理级别，根据病情变化及时调整护理级别；③护理级别应当实时在病历、患者一览表及床头卡有明确标识。
	7.3.2.5 ①有全院性医疗值班体系，值班人数应满足岗位职责需要；②实行医院总值班制度，总值班人员上岗前需接受培训并考核合格；③医院及科室值班表应当定期提前全院公开，值班人员资质和值班记录应当符合规定，非本机构执业医务人员不得单独值班；④值班期间所有的诊疗活动必须及时记入病历，有定期的自查与督查；⑤交接班内容应当专册记录，四级手术的患者手术当日和急危重患者必须床旁交班，并在交接班记录中予以体现。
	7.3.2.6 ①医院和科室应当确定疑难病例的范围；②明确参与疑难病例讨论的人员范围、组成和流程要求。讨论原则上应由科主任主持，全科人员参加。讨论成员中应当至少有 2 人具有主治医师及以上专业技术职务任职资格；③疑难病例讨论内容专册记录，主持人需审核并签字；④疑难病例讨论情况按《江苏省住院病历质量评定标准（2025 版）》要求记入病历，定期自查与督查。
	7.3.2.7 ①医院和科室应当确定急危重患者的范围；②建立抢救资源配置机制；③建立抢救资源紧急调配机制；④医院建立急危重患者相关绿色通道，明确进入绿色通道情形及绿色通道的运行机制；⑤抢救完成后 6 小时内应当将抢救记录记入病历，

项目	指标
	有定期自查与督查。
	7.3.2.8 ①明确不同术前讨论形式的参加人员范围；②明确术前讨论的流程，术前讨论完成后，方可开具手术医嘱，签署手术知情同意书；③科室明确本科室开展的各级手术术前讨论的范围并经医疗管理部门审定；④术前讨论情况按《江苏省住院病历质量评定标准（2025版）》要求记入病历，有定期自查与督查。
	7.3.2.9 ①医院应当监测全院死亡病例并及时进行汇总分析，提出持续改进意见；②死亡病例讨论在全科范围内完成，由科主任主持死亡病例讨论；③死亡病例讨论在患者死亡5日内完成，尸检病例在尸检报告出具后1周内必须再次讨论；④死亡病例讨论情况按《江苏省住院病历质量评定标准（2025版）》要求记入病历，讨论内容专册记录。
	7.3.2.10 ①医院建立患者身份识别制度，患者的身份查对不少于两种独立的核对方式，床号不得用于查对；②有临床诊疗行为的查对制度，包括但不限于开具和执行医嘱、给药、手术/操作、麻醉、输血、检验标本采集、检查、发放营养膳食、接送转运患者、检验检查结果/报告等环节；③建立医疗器械、设备设施运行和医疗环境安全等查对制度；④药品、标本等查对要求按照国家有关规定和标准执行。
	7.3.2.11 ①医院建有手术安全核查制度和标准化流程，手术安全核查过程和内容符合国家有关规定；②手术安全核查表纳入病历，有定期自查与督查。
	7.3.2.12 ①医院建有手术分级管理工作制度和手术分级管理目录；②建有手术医师资质与授权管理制度及规范性文件，按照手术名称授权；③手术分级授权管理制度必须落实到本机构每1位医师，确保每1位医师的实际能力与其手术资质与授权情况相一致；④建立手术医师技术档案；⑤技术管理部门定期对手术医师的手术能力进行再评估，动态调整医师手术权限。
	7.3.2.13 ①建立新技术和新项目准入制度和符合法律法规要求的审批流程并落实。建立本院医疗技术临床应用目录并定期更新；②所有新技术和新项目必须通过本院伦理委员会和医疗技术临床应用管理委员会审核同意后开展临床应用；③明确开展新技术和新项目临床应用的专业人员范围，所有新技术和新项目实施人均有授权；④对可能存在的安全隐患或技术风险开展论证并制定相应预案；⑤建立新技术和新项目临床应用动态评估制度，对新技术和新项目实施全程追踪管理、质量控制和动态评估。
	7.3.2.14 ①制定可能危及患者生命的各项检查、检验结果危急值清单并定期调整；②建立住院和门急诊患者危急值报告具体管理流程和记录规范；③确保危急值信息传递各环节无缝对接，每个环节都必须详细记录处理情况及处理时间，时间应精准到分钟；④临床危急值信息专册登记，患者信息、检验检查结果、报告与接收人、时间等关键要素可追溯。
	7.3.2.15 ①建立门急诊及住院病历规范书写、管理和质量控制制度，建立病历质量检查、评估与反馈机制；②病历书写应当

项目	指标
	做到客观、真实、准确、及时、完整、规范，并明确病历书写的格式、内容和时限，内容记录与修改信息可追溯；③建立病案管理体系，落实分类编码的相关规定，并有保护病历、病案和信息安全的相关制度；④建立电子病历的建立、记录、修改、使用、存储、传输、质控、安全等级保护等管理制度。
	7.3.2.16 ①建立本院抗菌药物遴选、采购、处方、调剂和药物评价的管理制度和具体操作流程；②建立本院抗菌药物临床应用的管理制度和具体操作流程；③确定抗菌药物分级管理目录，抗菌药物分为非限制使用级、限制使用级与特殊使用级三级，确定医师抗菌药物处方权限和医师会诊权限，有医师权限目录，并定期调整。
	7.3.2.17 ①建立临床用血管理委员会或工作组，有职责、工作计划、工作记录；②制定临床合理用血管理制度，完善管理机制和具体流程；③建立保障急救用血治疗的机制。
	7.3.2.18 ①建立信息安全管理；②有患者诊疗信息全流程管理的制度和技术保障体系；③确保实现本院患者诊疗信息管理全流程的安全性、真实性、连续性、完整性、稳定性、时效性、溯源性；④对员工使用患者诊疗信息实行授权管理，明晰权责。为员工使用患者诊疗信息提供便利和安全保障。
(三) 医院依法、依规开展医疗技术服务	7.3.3.1 ①在医疗质量管理委员会下常设医疗技术临床应用管理专门组织，由医务、质量管理、药学、护理、院感、设备等部门负责人和具有高级技术职务任职资格的临床、管理、伦理等相关专业组成；②医疗技术临床应用管理专门组织履行管理职责，并建立健全管理制度体系，主要包括手术目录管理、手术分级管理、医师授权管理、质量控制管理、技术档案管理、动态评估等制度；③医院开展医疗技术临床应用应当符合相关条件，并遵守管理规范。
	7.3.3.2 ①定期评估限制类技术的质量安全和技术保证能力，医疗技术临床应用管理专门组织对评估结果进行审核；②开展首例限制类技术临床应用后 15 个工作日内向卫生健康行政部门完成备案程序。
	7.3.3.3 ①将限制类技术目录、手术分级管理目录、临床应用情况纳入医院院务公开范围，向社会公开，接受社会监督；②动态调整目录内容。
	7.3.3.4 ①制定医疗技术停止标准及报告程序（限制类技术须包括不定期评估），发现问题立即停止，主动申请撤销备案并公示；②职能部门定期评估所有技术临床应用，落实整改。
(四) 门、急诊医疗质量保障和持续改进	7.3.4.1 ①门、急诊布局、流程符合要求；②鼓励医疗机构开设疼痛、睡眠、慢病管理等新型门诊，为老年人提供更加丰富的门诊诊疗服务；③实时监测门诊、急诊流量和及时处理突发医疗事件情况，并根据预判情况弹性调整处置方案。
	7.3.4.2 ①各部门、各科室按照医院统一规范的急诊（含抢救）服务流程执行；②抢救设施设备、物（药）品处于备用状态；③工作人员能够熟练掌握各种突发事件报告和处理流程。

项目	指标
	7.3.4.3 ①设置有发热门诊、肠道门诊；②其建筑规范、医疗设备和设施、人员符合相关法律法规要求。
(五)住院患者医疗质量保障和持续改进	7.3.5.1 ①提供 24 小时出入转院服务；②急危重患者先抢救并及时办理入院手续；③支持分时段或床边办理出院；④经治医师提供出院医嘱与康复指导并完整记录，开展多种形式随访（电话、电子邮件、信函、面谈等）。
	7.3.5.2 ①开展住院患者营养筛查与重点评估，建立营养治疗路径；②营养科参与多学科诊疗，方案记入病历。
	7.3.5.3 ①开展日间（放）化疗服务，建立日间化疗工作流程质控标准；②落实药物安全防护措施；③制定日间化疗激励机制，严格执行化疗药物集中配置规范。
(六)手术治疗管理与持续改进	7.3.6.1 ①术前合理制定手术方案，落实重大手术审批制度；②手术过程及术后治疗、病情变化、护理等规范记录于病历；③依照术后病情再评估结果，拟定术后康复/再手术/放化疗计划。
	7.3.6.2 建立术中快速冰冻切片检查与术后诊断不一致的追踪讨论程序，确保快速病理绿色通道通畅。
	7.3.6.3 ①麻醉后复苏室床位与手术台比不低于 1：3，每床设备配备符合要求，严格执行转入、转出标准；②实施麻醉前访视与高风险手术讨论，监测并分析麻醉并发症；③麻醉医师规范实施术后镇痛治疗并评价效果。
	7.3.6.4 ①开展的介入诊疗项目与人员资质合规；②设备符合《放射诊疗管理规定》；③介入器械条码溯源至病历。
(七)血液透析管理与持续改进	7.3.7.1 ①血液净化中心建筑布局流程合理，满足工作需要和感染控制要求；②血液净化中心/室负责人、血液净化中心/室护士长或护理组长应具备相应资格，医师、护士和技师配备符合相关规定；③配备满足工作需要的基本设备及血液净化信息管理系统；④急救设备齐全，职业防护物品完备；⑤拥有江苏省血液净化质控平台账户且有近 3 个月的填报记录。
	7.3.7.2 ①水处理设备和每台透析机应建立档案；②每年对水处理设备进行一次全面的维护、保养和检测；③透析液和透析用水中总氯、硬度、化学污染物、透析液细菌、内毒素等检测频率和质量均达标；④采用集中供液系统的血液透析中心须符合相关要求；⑤禁止任何血液透析器复用。
(八)药事管理与临床药学服务质量保障与持续改进	7.3.8.1 ①按规范要求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，并开展相关工作；②医院有临床药师培养计划；③临床药学工作聚焦老年患者多病共存、多重用药特点，开展老年患者药物治疗管理；④临床药学工作开展有计划、督查、总结，存在问题有反馈及改进措施，各项工作记录完整。
	7.3.8.2 ①开展药品临床综合评价，科学遴选药品，定期评估药品采购、储备情况，有分析报告及改进措施；②药品验收、储存管理制度健全，功能区域设置符合规定，药品按规定分类定位存放；③药品调剂制度和操作规程健全，差错报告制度完善，调剂流程规范合理，对特殊患者进行用药指导；④药品召回管理制度与处置流程健全，有应急预案；⑤建立健全全流程药品质量监测系统，有药品质量管理相关制度和药品质量报告途径与流程，加强环节管理，保障用药安全。

项目	指标
	7.3.8.3 ①“特殊管理药品”“抗菌药物”“抗肿瘤药物”“重点监控药物”管理符合相关规定；②医院对上述药品有培训、考核，授予相应处方权；③职能部门对上述药品管理工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施，持续改进有成效；④根据相关管理规定，开展处方点评和专项点评，并增加针对老年人潜在不适当用药（PIM）情况开展的专项处方点评；⑤医院合理用药指标持续改进。
	7.3.8.4 ①建立药物监测和警戒制度，严重不良事件处置有应急预案，有培训，有鼓励药品不良反应与药害事件报告的措施；②医院建立药品不良事件报告信息平台，与医疗安全（不良）事件统一管理，药品不良反应按要求上报国家药品不良反应监测中心；③不良反应情况应记入病历；④有用药安全与风险防范监测管理规定和相关措施、用药安全与风险防范处置流程及应对措施，能实施全程监控，定期总结分析，实现持续改进。
（九）检查检验管理与持续改进	7.3.9.1 ①临床检验部门、病理部门、医学影像部门设备设施符合《江苏省三级综合医院医疗技术水平标准（2023版）》项目开展要求，并实现院内信息互联互通；②科室工作人员应具有相应的专业学历，并取得相应专业技术职称任职资格和岗位培训合格证；③相关人员知晓本岗位的履职要求。
	7.3.9.2 ①诊疗场所符合生物安全的要求，水电气、消防、危化品、信息等实施安全管理并有实施和核查记录；②严格执行相关法律法规和规范的诊疗场所标准操作流程和技术操作规范；③开展有针对性地上岗、轮岗、定期培训及考核，对通过考核的人员予以适当授权。
	7.3.9.3 ①与临床科室建立有效的沟通机制，及时接受临床咨询与解答临床对结果的疑问；②临床检验和病理部门对标本能全程跟踪；③医学影像部门每月对图像质量和诊断报告质量检查，对存在的问题有改进措施。
	7.3.9.4 ①检验、病理部门的仪器、校准品、质控品等三证齐全，检验、检测仪器设备年度校准率达95%；②开展床旁快速检验（POCT）项目设备比对；③影像部门定期维护保养仪器设备，年度计量检测达100%；④配置与互认工作相匹配的设备设施，有互认标识的项目至少半年参加1次质量评价。
	7.3.9.5 ①特殊诊疗科目与服务项目经卫生健康行政部门核准，与执业许可证一致；②内镜检查室、呼吸功能检查室、脑电图、肌电图等特殊检查室设计及空间区域、人员、设备、仪器、药品配置符合相关要求。
（十）临床用血管理与持续改进	7.3.10.1 ①独立设置输血科/血库，人员、设施、设备符合医院功能任务和临床诊疗需求，提供24小时供血服务，岗位职责明确且执行到位；②落实输血前相容性检测项目操作规程（SOP），输血前血型和病毒感染筛查检测率达100%，不规则抗体筛查率达100%，开展2种不完全抗体检测方法；③每月召开质控会议，按省质控中心要求上报数据。
	7.3.10.2 ①建立输血管理信息系统，对血液预订、接收、入库、储存、出库及库存进行管理，供血能追踪溯源；②血液专用

项目	指标
	运输箱取血，专人运送；③病区无储血；④双人床边核对受血者与血液信息，严格执行输注时限；⑤输血不良反应及时上报，严重病例开展讨论。
(十一)护理管理与持续改进	7.3.11.1 ①构建简捷高效的护理管理体系，建立护理管理委员会和护理质量与安全管理委员会；②护理工作中长期规划、年度计划要符合医院总体规划；③主管部门、科室对规划有落实；④管理体系有效运行。
	7.3.11.2 ①有院一科一病区或院一病区护理质量与安全管理组织体系；②有护理质量与安全督查计划；③实施数据化指标管理并上报质量监测平台，应用信息化手段，保障护理质量数据完整、准确；④定期对护理质量与安全管理有督导、分析、反馈。
	7.3.11.3 ①实行护理人力资源动态调配，结合专科特点、护理级别比例、床位使用情况、护理工作量实行多种形式的弹性排班；②主管部门定期督导科室护理人力配置与资质管理工作。
	7.3.11.4 ①落实依法执业，有护理人员执业准入、特殊岗位资质审核规定与程序；②实施护理人员分层级管理，建立并实施以临床实际工作能力为主导的晋级考核制度和评价标准，明确晋级路径，实行动态管理；③不同岗位中不同层级护理人员能力标准符合《江苏省实施医院护士岗位管理指导意见（2024版）》中相关要求。
	7.3.11.5 ①落实以岗位需求为导向、以岗位胜任力为核心的护士培训工作，包括护士规范化培训、不同层级护士核心能力培训、护士继续教育、专科护士培训等；②落实分层级护理人员在职继续教育培训与考评制度；③主管部门、科室定期对相关工作有督查。
	7.3.11.6 ①建立“以质为先”的护士绩效考核体系，绩效考核结果与评优、晋升晋级、薪酬挂钩；②建立科学合理的护士薪酬分配机制，重点向高风险、高强度、任务重的临床一线护士岗位倾斜；③主管部门对绩效考核方案落实情况有监管。
	7.3.11.7 ①有推进改善护理服务的保障措施；②开展以技术为核心的专科护理，落实专科特色的护理服务，如老年与中医相融合的护理项目，依托护理主导的质量改进项目提升护理质量；③科室、主管部门对改善护理服务落实情况有监管。
	7.3.11.8 ①实施责任制整体护理工作模式；②根据患者病情和自理能力情况实施基础及专科护理，按照老年相关护理规范要求，实施护理技术操作，规范护理服务行为，确保护理质量和患者安全；③科室、主管部门定期对上述工作有督查、分析、反馈。
	7.3.11.9 ①落实三级查房制度；②组织开展护理疑难病例讨论、MDT 护理查房、会诊等；③规范记录诊疗护理过程；④主管部门定期督导、分析、反馈。

项目	指标
	7.3.11.10 ①落实临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范、护理技术操作培训和考核计划；②护理人员熟练掌握本岗位常见技术操作及并发症预防、处理流程；③有护理风险防范举措或预案，定期开展如患者突发误吸、昏迷、心脏骤停等应急演练；④科室、主管部门定期督查、分析、反馈。
	7.3.11.11 ①完善手术室各项工作制度、职责、护理常规及技术操作规范，落实手术患者安全相关流程；②消毒供应中心（室）通过验收且在有效期内；③落实设备管理、器械管理、职业防护等相关制度；④有手术室、消毒供应中心护理质量监测指标并实施定期监测；⑤科室、主管部门定期督查、分析、反馈。
(十二)医院感染管理与持续改进	7.3.12.1 ①建立医院感染管理组织，建立院感多部门协调机制；②制定并及时完善医院感染管理与控制制度并落实，制定医院感染事件防控应急预案并组织实施，医院制定全员医院感染防控知识与技能培训计划并落实；③加强重点部门、重点环节、重点人群与高危险因素监测，通报医院感染监测结果，定期开展风险评估，控制并降低医院感染风险。
	7.3.12.2 ①医院按照国家相关标准和规范要求，开展消毒、灭菌和隔离工作，重点部门、重点部位的医院感染管理应当符合相关标准和规范要求（内镜室、导管室、口腔科、血液净化中心、手术室、消毒供应中心、重症监护室、感染疾病科），医务人员正确使用符合国家标准的消毒与防护用品；②严格落实手卫生管理制度。
	7.3.12.3 ①有多重耐药菌医院感染控制管理规范与程序；②有多部门共同参与的多重耐药菌管理合作机制。
	7.3.12.4 落实医院侵入性器械/操作相关感染防控制度。
	7.3.12.5 ①有指定部门和人员负责管理传染病工作；②定期组织传染病、食源性疾病预防知识和技能的培训和演练，医务人员知晓率达100%，管理部门定期检查。
(十三)医疗安全风险防范	7.3.13.1 ①成立医疗质量（安全）不良事件专项工作组，明确统一牵头职能部门，牵头部门和相关职能部门职责分工明确；②落实鼓励主动上报医疗质量（安全）不良事件的制度；③专项工作组按季度/年度对不良事件及管理缺陷进行分析，并有持续改进案例；④按照国家有关规定及时向相关部门报告。
	7.3.13.2 ①落实针对院内风险点的防控机制（如心跳骤停、昏迷、老年患者跌倒、坠床、压力性损伤、误吸等）；②落实不同场景应急措施和流程；③院内生命支持类设备合理布放、配备，有紧急调配措施，有统一管理和监督，确保药械紧急调配有效。

项目	指标
	7.3.13.3 ①落实医患沟通机制和投诉管理制度，实行“首诉负责制”；②医院设立或指定专门的投诉管理部门统一接受、处理并答复投诉人；③及时处理投诉并按照规定时限要求向患者反馈相关处理情况或处理意见；④从系统层面持续改进质量安全。
	7.3.13.4 ①成立由医务、临床科室、护理等部门组成的静脉血栓栓塞症（VTE）管理工作小组；②落实VTE中高危患者评估、识别、预防、诊断和处置的制度和流程。
（十四）中医管理与持续改进	7.3.14.1 ①中医科作为医院的一级临床科室，且设立中医门诊，开设专业≥3个，门诊诊室的净使用面积不少于90平方米；②医院规范设置中药房或中药房采取社会化运营模式规范委托第三方加工，严格执行中医药行业标准规范，医院煎药室的管理符合《医疗机构中药煎药室管理规范》等文件要求。
	7.3.14.2 ①严格执行科室中医特色诊疗规范，开展中医康复特色诊疗项目，制定优势病种中医诊疗方案；②制定中医康复及护理宣教手册，对患者进行宣教和指导；③定期对优势病种诊疗方案的实施情况和中医临床疗效进行分析、总结和评价。

四、医院管理

项目	指标
（一）明确管理职责与决策执行机制	7.4.1.1 ①建立健全医院内部治理体系、议事规则、办事程序；②在章程中党委职责明确、全面实施党委领导下的院长负责制，院长在院党委领导下，全面负责医院医疗、教学、科研、行政管理工作；③院长办公会议议事决策规则明确；④党委会议议事决策规则明确。
	7.4.1.2 ①医院管理机构设置合理，部门职能、职责划分明确，与医院运行状况相符；②各级管理人员知晓工作职责并履行；③有多部门共同参与的联席会议或扩大的院长办公会议，会议有明确议题，有结果，有牵头部门并落实。
	7.4.1.3 ①有主管部门与专人负责对外委托服务项目管理，对外委托服务项目招投标符合规范，合同内容全面；②对外委托服务项目的监督考核有记录，对违约事实根据合同落实违约责任。
（二）人力资源管理	7.4.2.1 ①设立人力资源管理部门，职责清晰，规范填报信息系统；②专管部门动态监管卫生专业技术人员执业资格的准入、认定、变更；③按岗位职责、技术能力等定期实施聘用、授权和再授权管理。
	7.4.2.2 ①落实新员工完成岗前培训、继续医学教育、梯队建设等工作，为继续医学教育提供培训条件及专项经费支持；②制定人才发展规划，完善引才育才激励措施，落实“两个同等对待”政策要求。
	7.4.2.3 ①设立职业卫生管理机构；②上岗前培训考核职业安全防护；③定期开展职业暴露应急演练；④按职业危险性程度配备防护设施。

项目	指标
	7.4.2.4 ①将医疗质量管理纳入科室综合目标考核；②科室医疗质量管理情况作为科室负责人聘任、晋升、评先评优的重要指标，以及医师定期考核、晋升的重要依据。
(三) 财务与经济管理	7.4.3.1 ①财务部门负责人具备高级会计师以上专业技术职称且至少五年财务工作经历，设置总会计师，并按规定履行总会计师的职责和权利；②各级各类人员知晓本部门、本岗位的制度和职责，落实财务岗位轮转机制；③严格执行政府会计制度，财务会计与预算会计科目使用规范；④定期编制财务报告，年度财务报告按规定经过事务所审计；⑤有月度、季度、年度财务分析报告，满足管理决策需求。
	7.4.3.2 ①建立与完善内部控制，合理设置内部审计机构，配备内部审计人员，认真履行内审职责；②按照年度审计工作计划，对单位重大经济事项、重大项目投资决策、大额资金使用、财务预算管理等实施内部审计，落实长效整改机制，审计结果及整改情况经批准后在适当范围内通报。
	7.4.3.3 ①配置预算管理系统，实现全面预算管理，按规范程序进行预算编制、审批和调整，执行批复的预算，将年度预算考核结果作为内部业务综合考核、绩效考核的依据之一；②落实资产和负债管理，定期对医院资产负债进行分析评价，资产负债率、流动比率、速动比率等指标控制在合理范围内。
	7.4.3.4 ①成立成本核算领导小组和成本核算部门，明确工作职责，配备专职成本核算人员和成本核算系统，开展科室成本核算工作，按相关规定出具成本核算报表；②定期开展成本核算结果分析，相关分析报告运用于服务和支撑经济运营管理、绩效考核等。
	7.4.3.5 ①实行招标采购业务决策、实施和监督相分离，明确采购范围、采购方式、采购流程、质疑与投诉流程等；②严格执行管理和审批程序，药品、耗材按国家和省市相关规定执行采购，落实西药、耗材零加成政策，无违规采购。
	7.4.3.6 ①建立健全医院运营管理制度体系，建立科学合理的绩效考核评价机制，以综合绩效考核为依据，合理确定医院薪酬水平和绩效工资总量，建立动态调整机制；②绩效考核与分配方案经过职工代表大会或医院绩效管理委员会讨论通过。
	7.4.3.7 ①参保人员就医服务流程合理，适时监测医保费用运行情况，并落实考核，定期开展院内医保相关政策培训、考核，建立医保费用审核机制；②合理配置价格管理部门和人员，并明确职责，做好医疗服务价格自查抽检，及时纠正不规范收费行为；③全面落实价格公示制度，有价格投诉处理机制和处理流程；④新增医疗服务价格项目有内部申请、审核、复核、申报流程。
(四) 信息管理	7.4.4.1 ①制定与医院信息化水平相符的医院信息化建设中长期发展规划，并落实；②建立以院长为组长的医院信息化建设领导小组，设立专职的信息管理部门，信息化专业人员配置符合要求。

项目	指标
	7.4.4.2 ①建设满足医院管理、临床医疗决策支持的数据中心，应用智慧医疗和远程医疗服务系统；②电子病历系统应用水平达到较高水平（至少达到四级）；③数据及时、准确上传至江苏省全民健康信息平台。
	7.4.4.3 ①电子病历、集成平台、互联网医院等核心应用系统应通过信息系统安全等级保护三级测评（测评系统具体名称可整合），并每年进行1次；②医院网站等其他非核心应用系统应通过信息系统安全等级保护二级测评，并每两年进行1次。
（五）医学装备管理	7.4.5.1 ①设立由院领导负责的医学装备管理委员会，承担指导医疗器械临床使用管理和监督工作；②医学装备论证、决策、购置、验收、培训、使用、保养、维修、处置等工作流程符合规范；③单价在5万元及以上的医学装备档案集中统一管理，应用信息化技术实施医学装备全流程管理，职能部门有监管、分析、反馈报告，并有落实举措；④配置大型医用设备应当符合国务院卫生健康主管部门制定的大型医用设备配置规划。
	7.4.5.2 ①遵从安全操作使用流程，有医学装备质量保障要求，对暂停或终止使用的高风险器械有记录；②医疗器械不良事件上报数量和质量符合要求；③职能部门有监管并有落实举措。
	7.4.5.3 ①高压容器等特种设备和放射装置等特殊医学装备具有生产、安装合格证明以及根据规定必备的许可证明，管理人员与操作人员具有上岗资格；②清单上计量设备必须进行检测。
	7.4.5.4 ①对放射和诊断影像设备定期检查、维护、校准和监测，技术指标和安全、防护性能符合有关标准与要求，所有放射诊疗设备监测、相关机房环境安全符合要求；②有改进措施保障特种设备和特殊医学装备安全措施得到落实。
	7.4.5.5 ①对医用耗材的采购、出入库采用信息化管理，可追溯到每批产品的进货来源；②有高值医用耗材使用相关记录；③医用耗材不良事件监测与报告工作机制健全，流程规范。
（六）后勤管理	7.4.6.1 ①后勤专业人员和特种设备管理人员持证上岗；②定期开展安全教育、技术操作规范培训和继续教育；③特种设备需有培训及三级安全教育卡；④有维护、维修、验收记录，年检合格，使用部门有自查。
	7.4.6.2 ①定期进行万元收入能耗支出分析；②利用信息化手段对能源资源消耗情况实施智能化监管，具备分析、汇总、预警功能。
	7.4.6.3 ①有专职部门和人员负责医院膳食服务，膳食供应人员应持健康证上岗，供应商符合国家食品卫生法规要求，食品生产制作符合卫生管理要求；②落实食品留样等保障食品卫生管理相关制度和规范；③定期收集患者和员工对膳食服务的意见，并持续改善。
	7.4.6.4 ①有专门机构负责医疗废物、废液处理工作，对从事医疗废物处置工作的人员进行培训，定期考核；②使用医疗废物管理信息系统，实现对医疗废物实时、全程在线监控；③医疗废物暂存点设置要符合规范，有医疗废物、废液处置的应急

项目	指标
	<p>预案，定期组织培训、演练。</p> <p>7.4.6.5 ①受委托处置污水的单位应具备相应资质，污水处理系统设施设备运转正常，有运行日志与监测的原始记录；②实时监测医疗机构水污染排放状况，并上报至相关行政部门要求的信息系统；③定期将医院污水送第三方检测。</p> <p>7.4.6.6 ①建立完善的安全防范体系，消防设施器材完好有效，危险化学品管理符合规定；②医院领导班子定期听取安全生产工作情况汇报，研究制定改进措施。</p> <p>7.4.6.7 ①基建管理岗位明确，分工合理；②工程建设推行“四制”管理，基本建设总体规划符合医院发展思路和发展目标，得到政府或上级主管部门的批准；③经过各方专家论证并切实可行，持续与建设项目使用科室沟通。</p>
(七) 应急管理	<p>7.4.7.1 ①成立医院应急工作领导小组，明确牵头部门和协调机制，有医院应急管理组织架构；②制定负责人和总值班在应急工作中的职责与任务；③有需要应对的主要突发事件策略和应急预案，特别是自然灾害和突发公共卫生事件，相关人员知晓履职要求。</p> <p>7.4.7.2 ①开展应急相关法律法规、预案、知识和技能培训，医院定期（半年）开展应对高风险意外事件的综合应急演练；②落实相关人员掌握关键应急与防灾技能，预案知晓率 100%，职能部门对应急培训和演练中存在的问题有检查与监管。</p> <p>7.4.7.3 ①制订应急物资和设备储备计划，建立应急物资设备短缺的紧急供应渠道，按目录储备物资设备，管理规范，满足应急需求；②有人员、设备等医疗资源调配方案，有必备物资储备目录，有应急物资和设备的使用登记；③定期维护，确保有效，自查有记录，职能部门定期对应急物资和设备储备有检查与监管。</p>
(八) 科研管理	<p>7.4.8.1 ①有鼓励医务人员参与科研工作和促进科研成果转化的具体举措；②可提供网络版医学文献数据库全文、定题文献检索等信息服务工作。</p> <p>7.4.8.2 ①药物和医疗器械临床试验的流程规范；②有保存药物和医疗器械临床试验必备文件的场所和条件；③试验用药品和医疗器械的接收、供给、使用、储藏及剩余实物的处理过程有记录。</p> <p>7.4.8.3 ①执行相关临床研究管理办法与流程，医院有专职部门及人员进行临床研究管理；②作为组长单位开展的临床试验及临床研究在国家医学研究登记备案信息系统及时进行备案。</p> <p>7.4.8.4 ①伦理委员会的人员组成符合相关法规要求；②日常管理和审查工作符合相关法规要求。</p> <p>7.4.8.5 ①承担临床教学和实习任务；②能独立培养博士研究生；③能独立培养硕士研究生。</p>
(九) 行风建设	<p>7.4.9.1 ①医院媒体平台，各项制度、流程、规范落实措施能体现“以患者为中心”；②医务人员熟悉医疗机构从业人员行为规范，严格落实“九项准则”规定；③职能部门有检查与监管，改进措施落实到位，持续改进有成效。</p>

项目	指标
	7.4.9.2 ①有指定的部门负责年度医德考评工作，医德考评方案完善，量化标准科学，有多部门共同参与医德考评及结果共享机制，医德考评电子档案规范；②医德考评结果与医务人员晋职晋级、岗位聘用、评先评优、绩效考核、定期考核等直接挂钩；③相关职能部门年度工作有计划，日常工作有监管，持续改进有成效，改进措施落实到位。
	7.4.9.3 ①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，行风建设管理各职能部门间的工作机制协调顺畅；②认真接办信访投诉，建立规范有效的激励和约束机制，依法依规处理医务人员收受“红包”、回扣等损害群众利益的行为；③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。