

三级医院评审标准 (2020 年版)

三级医院评审标准（2020年版）说明

《三级综合医院评审标准（2011年版）》公布实施9年以来，在指导各地加强评审标准管理、规范评审行为、引导医院自我管理和健康可持续发展等方面发挥了重要作用。为落实国务院行政审批制度改革要求，进一步充分发挥医院评审工作在推动医院落实深化医药卫生体制改革、健全现代医院管理制度、提高管理水平的导向和激励作用，助力分级诊疗体系建设，提高医院分级管理的科学化、规范化和标准化水平，努力实现“三个转变、三个提高”，在总结前期工作经验的基础上，按照“继承、发展、创新，兼顾普遍适用与专科特点”的原则，制定本标准。

本标准共3个部分101节，设置448条标准和监测指标。适用于三级医院，二级医院可参照使用。

第一部分为前置要求部分。共设3节25条评审前置条款。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。

第二部分为医疗服务能力与质量安全监测数据部分。共设74节240条监测指标。内容包括医院资源配置、质量、安全、服务、绩效等指标监测、DRG评价、单病种和重点医疗技术质控等日常监测数据，数据统计周期为全评审周期。本部分在评

审综合得分中的权重不低于 60%。指导各地由以现场检查、主观定性、集中检查为主的评审形式向以日常行为、客观指标、定量评价为主的评审工作模式转变。引导医院重视日常质量管理和绩效，减少突击迎检冲动。各省可根据本地区信息化程度和相关数据监测基础性工作情况，酌情调整相关数据监测内容和范围，所占权重不变。对于“第四章 单病种（术种）质量控制指标”和“第五章 重点医疗技术临床应用质量控制指标”，各省级卫生健康行政部门可根据评审医院级别、类别选择部分相关病种（术种）纳入评审内容。其中限制类医疗技术仅限于开展此类技术的医院，未开展的不纳入评审范围。

第三部分为现场检查部分。共设 24 节 183 条。用于对三级医院实地评审以及医院自我管理和持续改进。本部分在评审综合得分中的权重不高于 40%。与前版实地评审内容 354 条相比较，此次进行了较大幅度压缩。旨在最大限度减少实地评审工作量，提高工作效率；努力降低评审人员主观评价偏倚，提升标准可操作性和评审结果客观性。

本标准中引用的疾病名称与 ICD-10 编码采用我委发布的《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 编码采用我委发布的《手术操作分类代码国家临床版 2.0》（国卫办医函〔2019〕371 号）。

第一部分 前置要求

- 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

一、依法设置与执业

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

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

（三）违反《中华人民共和国执业医师法》《医疗机构管理条例》《护士条例》，使用非卫生技术人员从事医疗卫生技术工作。

（四）违反《中华人民共和国药品管理法》《医疗器械

监督管理条例》，违法违规采购或使用药品、设备、器械、耗材开展诊疗活动，造成严重后果；未经许可配置使用需要准入审批的大型医用设备。

（五）违反《中华人民共和国母婴保健法》，未取得母婴保健技术服务执业许可证开展相关母婴保健技术。

（六）违反《人体器官移植条例》，买卖人体器官或者从事与买卖人体器官有关的活动，未经许可开展人体器官获取与移植技术。

（七）违反《中华人民共和国献血法》，非法采集血液，非法组织他人出卖血液，出售无偿献血的血液。

（八）违反《中华人民共和国传染病防治法》，造成传染病传播、流行或其他严重后果；或其他重大医疗违规事件，造成严重后果或情节严重；卫生健康行政部门或监督执法机构近两年来对其进行传染病防治分类监督综合评价为重点监督单位（以两年来最近一次评价结果为准）。

（九）违反《医疗纠纷预防和处理条例》《医疗事故处理条例》，篡改、伪造、隐匿、毁灭病历资料，造成严重后果。

（十）违反《医疗技术临床应用管理办法》，将未通过技术评估与伦理审查的医疗新技术、禁止类医疗技术应用于临床，造成严重后果。

（十一）违反《麻醉药品和精神药品管理条例》《易制

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

（十二）违反《放射诊疗管理规定》，未取得放射诊疗许可从事放射诊疗工作，造成严重后果。

（十三）违反《中华人民共和国职业病防治法》，未依法开展职业健康检查或职业病诊断、未依法履行职业病与疑似职业病报告等法定职责，造成严重后果。

（十四）违反《中华人民共和国广告法》《医疗广告管理办法》，违规发布医疗广告，情节严重。

（十五）其他重大违法、违规事件，造成严重后果或情节严重。

二、公益性责任和行风诚信

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

（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 3 起以上严重职务犯罪或严重违纪事件，或医务人员发生 3 起以上违反《医疗卫生行风建设“九不准”》的群体性事件（≥3 人/起），造成重大社会影响。

（四）发生重大价格或收费违法事件，以及恶意骗取医保基金。

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

三、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，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。

第二部分 医疗服务能力与质量安全监测数据

- 资源配置与运行数据指标
- 医疗服务能力与医院质量安全指标
- 重点专业质量控制指标
- 单病种（术种）质量控制指标
- 重点医疗技术临床应用质量控制指标

第一章 资源配置与运行数据指标

（数据来源：卫生资源统计年报及相关报表）

一、床位配置

- （一）核定床位数
- （二）实际开放床位数
- （三）平均床位使用率

二、卫生技术人员配备

- （一）卫生技术人员数与开放床位数比
- （二）全院护士人数与开放床位数比
- （三）病区护士人数与开放床位数比
- （四）医院感染管理专职人员数与开放床位数比

三、相关科室资源配置

- （一）急诊医学科

1. 固定急诊医师人数占急诊在岗医师人数的比例
2. 固定急诊护士人数占急诊在岗护士人数的比例

（二）重症医学科

1. 重症医学科开放床位数占医院开放床位数的比例
2. 重症医学科医师人数与重症医学科开放床位数比
3. 重症医学科护士人数与重症医学科开放床位数比

（三）麻醉科

1. 麻醉科医师数与手术间数比
2. 麻醉科医师数与日均全麻手术台次比

（四）中医科

1. 中医科开放床位数占医院开放床位数的比例
2. 中医科中医类别医师人数与中医科开放床位数比
3. 中医科护士人数与中医科开放床位数比

（五）康复医学科

1. 康复科开放床位数占医院开放床位数的比例
2. 康复科医师人数与康复科开放床位数比
3. 康复科康复师人数与康复科开放床位数比
4. 康复科护士人数与康复科开放床位数比

（六）感染性疾病科

1. 固定医师人数占感染性疾病科在岗医师人数的比例
2. 固定护士人数占感染性疾病科在岗护士人数的比例
3. 感染性疾病科开放床位数占医院开放床位数的比例

4. 可转换感染性疾病床位数占医院开放床位数的比例

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

(二) 开放床位使用率

(三) 人员支出占业务支出的比重

五、科研指标

(一) 新技术临床转化数量

(二) 取得临床相关国家专利数量

第二章 医疗服务能力与医院质量安全指标

数据来源:

(1) 国家医疗质量管理与控制信息网 (NCIS)

(2) 全国医院质量监测系统 (HQMS)

(3) 各省级相关数据收集系统

一、医疗服务能力

(一) 收治病种数量 (ICD-10 四位亚目数量)

(二) 住院术种数量 (ICD-9-CM-3 四位亚目数量)

(三) DRG-DRGs 组数

(四) DRG-CMI

(五) DRG 时间指数

(六) DRG 费用指数

二、医院质量指标

(一) 年度国家医疗质量安全目标改进情况

(二) 患者住院总死亡率

(三) 新生儿患者住院死亡率

(四) 手术患者住院死亡率

(五) 住院患者出院后 0-31 天非预期再住院率

(六) 手术患者术后 48 小时/31 天内非预期重返手术室再次手术率

(七) ICD 低风险病种患者住院死亡率 (第一诊断为以下编码的患者, 可以同时存在其他诊断)

115 个低风险病种 ICD-10 (2019 v2.0) 编码如下:

序 号	ICD-10 编码类目	病种名称
1	A18	其他器官的结核
2	B00	疱疹病毒[单纯疱疹]感染
3	B02	带状疱疹
4	B08	其他以皮肤和粘膜损害为特征的病毒性感染, 不可归类在他处者
5	B18	慢性病毒性肝炎
6	C73	甲状腺恶性肿瘤
7	D13	消化系统其他和不明确部位的良性肿瘤
8	D16	骨和关节软骨良性肿瘤

9	D17	良性脂肪瘤样肿瘤
10	D18	血管瘤和淋巴管瘤，任何部位
11	D24	乳房良性肿瘤
12	D25	子宫平滑肌瘤
13	D27	卵巢良性肿瘤
14	D36	其他和未特指部位的良性肿瘤
15	D50	缺铁性贫血
16	D69	紫癜和其他出血性情况
17	E05	甲状腺毒症（甲状腺功能亢进症）
18	E07	甲状腺的其他疾患
19	E10	胰岛素依赖型糖尿病
20	E11	非胰岛素依赖型糖尿病
21	G40	癫痫
22	G45	短暂性大脑缺血性发作和相关的综合征
23	H02	眼睑的其他疾患
24	H11	结膜的其他疾患
25	H25	老年性白内障
26	H26	其他白内障
27	H33	视网膜脱离和断裂
28	H40	青光眼
29	H81	前庭功能疾患
30	H91	其他听觉丧失

31	I10	特发性（原发性）高血压
32	I20	心绞痛
33	I47	阵发性心动过速
34	I70	动脉粥样硬化
35	I80	静脉炎和血栓性静脉炎
36	I83	下肢静脉曲张
37	I84	痔
38	I86	其他部位的静脉曲张
39	I87	静脉的其他疾患
40	J04	急性喉炎和气管炎
41	J06	多发性和未特指部位的急性上呼吸道感染
		染
42	J20	急性支气管炎
43	J21	急性细支气管炎
44	J32	慢性鼻窦炎
45	J33	鼻息肉
46	J34	鼻和鼻窦的其他疾患
47	J35	扁桃体和腺样体慢性疾病
48	J38	声带和喉疾病，不可归类在他处者
49	J40	支气管炎，未特指为急性或慢性
50	J45	哮喘
51	K11	涎腺疾病

52	K12	口炎和有关损害
53	K21	胃-食管反流性疾病
54	K22	食管的其他疾病
55	K25	胃溃疡
56	K29	胃炎和十二指肠炎
57	K31	胃和十二指肠的其他疾病
58	K35	急性阑尾炎
59	K40	腹股沟疝
60	K52	其他非感染性胃肠炎和结肠炎
61	K60	肛门及直肠区的裂和瘻
62	K61	肛门和直肠区脓肿
63	K63	肠的其他疾病
64	K80	胆石症
65	L08	皮肤和皮下组织其他局部感染
66	M06	其他类风湿性关节炎
67	M13	其他关节炎
68	M17	膝关节病
69	M47	脊椎关节强硬
70	M48	其他脊椎病
71	M51	其他椎间盘疾患
72	M79	其他软组织疾患，不可归类在他处者
73	M87	骨坏死

74	N02	复发性和持续性血尿
75	N04	肾病综合征
76	N10	急性肾小管-间质肾炎
77	N13	梗阻性和反流性尿路病
78	N20	肾和输尿管结石
79	N40	前列腺增生
80	N43	鞘膜积液和精子囊肿
81	N45	睾丸炎和附睾炎
82	N80	子宫内膜异位症
83	N83	卵巢、输卵管和阔韧带的非炎性疾患
84	000	异位妊娠
85	002	受孕的其他异常产物
86	020	妊娠早期出血
87	026	为主要与妊娠有关的其他情况给予的孕 产妇医疗
88	035	为已知或可疑胎儿异常和损害给予的孕 产妇医疗
89	036	为其他已知或可疑的胎儿问题给予的孕 产妇医疗
90	042	胎膜早破
91	047	假临产
92	060	早产

93	069	产程和分娩并发脐带并发症
94	080	单胎顺产
95	082	经剖宫产术的单胎分娩
96	099	可归类在他处的孕产妇的其他疾病并发于妊娠、分娩和产褥期
97	P23	先天性肺炎
98	P59	其他和未特指原因所致的新生儿黄疸
99	P91	新生儿的其他大脑障碍
100	Q35	腭裂
101	R42	头晕和眩晕
102	R56	惊厥，不可归类在他处者
103	S00	头部浅表损伤
104	S22	肋骨、胸骨和胸部脊柱骨折
105	S42	肩和上臂骨折
106	S52	前臂骨折
107	S62	在腕和手水平的骨折
108	S82	小腿（包括踝）骨折
109	S83	膝关节和韧带脱位、扭伤和劳损
110	T14	身体未特指部位的损伤
111	T18	消化道内异物
112	Z34	正常妊娠监督
113	Z47	其他矫形外科的随诊医疗

114 Z48 其他手术的随诊医疗

115 Z51 其他医疗照顾

(八) DRGs 低风险组患者住院死亡率

三、医疗安全指标 (年度医院获得性指标)

(一) 手术患者手术后肺栓塞发生例数和发生率

ICD-10 编码: I26.9 的手术出院患者

(二) 手术患者手术后深静脉血栓发生例数和发生率

ICD-10 编码: I80.2, I82.8 的手术出院患者

(三) 手术患者手术后败血症发生例数和发生率

ICD-10 编码: A40.0 至 A40.9, A41.0 至 A41.9, T81.411

的手术出院患者

(四) 手术患者手术后出血或血肿发生例数和发生率

ICD-10 编码: T81.0 的手术出院患者

(五) 手术患者手术伤口裂开发生例数和发生率

ICD-10 编码: T81.3 的手术出院患者

(六) 手术患者手术后猝死发生例数和发生率

ICD-10 编码: R96.0, R96.1, I46.1 的手术出院患者

(七) 手术患者手术后呼吸衰竭发生例数和发生率

ICD-10 编码: J96.0, J96.1, J96.9 的手术出院患者

(八) 手术患者手术后生理/代谢紊乱发生例数和发生

率

ICD-10 编码：E89.0 至 E89.9 的手术出院患者

（九）与手术/操作相关感染发生例数和发生率

ICD-10 编码：T81.4 的手术出院患者

（十）手术过程中异物遗留发生例数和发生率

ICD-10 编码：T81.5, T81.6 的手术出院患者

（十一）手术患者麻醉并发症发生例数和发生率

ICD-10 编码：T88.2 至 T88.5 的手术出院患者

（十二）手术患者肺部感染与肺机能不全发生例数和发生率

ICD-10 编码：J95.1 至 J95.9, J98.4 的手术出院患者

（十三）手术意外穿刺伤或撕裂伤发生例数和发生率

ICD-10 编码：T81.2 的手术出院患者

（十四）手术后急性肾衰竭发生例数和发生率

ICD-10 编码：N17.0 至 N17.9, N99.0 的手术出院患者

（十五）各系统/器官术后并发症发生例数和发生率

1. 消化：K91.0 至 K91.9 的手术出院患者

2. 循环：I97.0, I97.1, I97.8, I97.9 的手术出院患者

3. 神经：G97.0, G97.1, G97.2, G97.8, G97.9, I60 至 I64 的手术出院患者

4. 眼和附器：H59.0, H59.8, H59.9 的手术出院患者

5. 耳和乳突：H95.0, H95.1, H95.8, H95.9 的手术出院患者

6. 肌肉骨骼：M96.0 至 M96.9 的手术出院患者
7. 泌尿生殖：N98.0 至 N98.3, N98.8, N98.9, N99.0 至 N99.9 的手术出院患者
8. 口腔：K11.4, S04.3, S04.5, T81.2 的手术出院患者
(十六) 植入物的并发症 (不包括脓毒症) 发生例数和发生率
 1. 心脏和血管：T82.0 至 T82.9 的手术出院患者
 2. 泌尿生殖道：T83.0 至 T83.9 的手术出院患者
 3. 骨科：T84.0 至 T84.9 的手术出院患者
 4. 其他：T85.0 至 T85.9 的手术出院患者(十七) 移植的并发症发生例数和发生率
ICD-10 编码：T86.0 至 T86.9 的手术出院患者
(十八) 再植和截肢的并发症发生例数和发生率
ICD-10 编码：T87.0 至 T87.6 的手术出院患者
(十九) 介入操作与手术后患者其他并发症发生例数和发生率
ICD-10 编码：T81.1, T81.7, T81.8, T81.9 的介入操作及手术出院患者
(二十) 新生儿产伤发生例数和发生率
ICD-10 编码：P10.0 至 P10.9, P11.0 至 P11.9, P12.0 至 P12.9, P13.0 至 P13.9, P14.0 至 P14.9, P15.0 至 P15.9, A33 的新生儿

（二十一）阴道分娩产妇产程和分娩并发症发生例数和发生率

ICD-10 编码：070.1，070.2，070.3，070.9，071.0 至 071.9，072.0，072.1，072.2，072.3，073.0，073.1，074.0 至 074.9，075.0 至 075.9，086.0 至 086.8，087.0 至 087.9，088.0 至 088.8，089.0 至 089.9，090.1 至 090.9，A34 的阴道分娩产妇

（二十二）剖宫产分娩产妇产程和分娩并发症发生例数和发生率

ICD-10 编码：071.0 至 071.9，072.0，072.1，072.2，072.3，073.0，073.1，074.0 至 074.9，075.0 至 075.9，086.0 至 086.8，087.0 至 087.9，088.0 至 088.8，089.0 至 089.9，090.1 至 090.9，095，A34 的剖宫产分娩产妇

（二十三）2 期及以上院内压力性损伤发生例数和发生率

ICD-10 编码：L89.1，L89.2，L89.3，L89.9 的出院患者

（二十四）输注反应发生例数和发生率

ICD-10 编码：T80.0，T80.1，T80.2，T80.8，T80.9 的出院患者

（二十五）输血反应发生例数和发生率

ICD-10 编码：T80.0 至 T80.9 的输血出院患者

（二十六）医源性气胸发生例数和发生率

ICD-10 编码：J93.8，J93.9，J95.8，T81.218 的出院患者

（二十七）住院患者医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生例数和发生率

ICD-10 编码：S32.4，S32.7，S32.8，S72.0 至 S72.9，S73.0，S73.1 的出院患者

（二十八）住院 ICU 患者呼吸机相关性肺炎发生例数和发生率

ICD-10 编码：J95.802 的 ICU 出院患者

（二十九）住院 ICU 患者血管导管相关性感染发生例数和发生率

ICD-10 编码：T82.700x001 的使用血管导管 ICU 出院患者

（三十）住院 ICU 患者导尿管相关性尿路感染发生例数和发生率

ICD-10 编码：T83.500x003 的使用导尿管 ICU 出院患者

（三十一）临床用药所致的有害效应（不良事件）发生例数和发生率

1. 全身性抗菌药物的有害效应：Y40.0 至 Y40.9 的出院患者

2. 降血糖药物的有害效应：Y42.3 的出院患者

3. 抗肿瘤药物的有害效应：Y43.1, Y43.3 的出院患者
 4. 抗凝剂的有害效应：Y44.2, Y44.3, Y44.4, Y44.5 的出院患者
 5. 镇痛药和解热药的有害效应：Y45.0 至 Y45.9 的出院患者
 6. 心血管系统用药的有害效应：Y52.0 至 Y52.9 的出院患者
 7. 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
- (三十二) 血液透析所致并发症发生例数和发生率
- ICD-10 编码：T80.6, T80.8, T80.9, T82.4, T82.7 的血液透析出院患者

第三章 重点专业质量控制指标

数据来源：

- (1) 国家医疗质量管理与控制信息网 (NCIS)
- (2) 全国医院质量监测系统 (HQMS)
- (3) 各省级相关数据收集系统

一、麻醉专业医疗质量控制指标 (2015 年版)

- (一) 麻醉科医患比
- (二) 各 ASA 分级麻醉患者比例

- (三) 急诊非择期麻醉比例
- (四) 各类麻醉方式比例
- (五) 麻醉开始后手术取消率
- (六) 麻醉后监测治疗室 (PACU) 转出延迟率
- (七) PACU 入室低体温率
- (八) 非计划转入 ICU 率
- (九) 非计划二次气管插管率
- (十) 麻醉开始后 24 小时内死亡率
- (十一) 麻醉开始后 24 小时内心跳骤停率
- (十二) 术中自体血输注率
- (十三) 麻醉期间严重过敏反应发生率

二、重症医学专业医疗质量控制指标 (2015 年版)

- (一) ICU 患者收治率和 ICU 患者收治床日率
- (二) 急性生理与慢性健康评分 (APACHE II 评分) ≥ 15 分患者收治率 (入 ICU 24 小时内)
- (三) 感染性休克 3h 集束化治疗 (bundle) 完成率
- (四) 感染性休克 6h 集束化治疗 (bundle) 完成率
- (五) ICU 抗菌药物治疗前病原学送检率
- (六) ICU 深静脉血栓 (DVT) 预防率
- (七) ICU 患者预计病死率
- (八) ICU 患者标化病死指数
- (九) ICU 非计划气管插管拔管率

- (十) ICU 气管插管拔管后 48h 内再插管率
- (十一) 非计划转入 ICU 率
- (十二) 转出 ICU 后 48h 内重返率
- (十三) ICU 呼吸机相关性肺炎 (VAP) 发病率
- (十四) ICU 血管内导管相关血流感染 (CRBSI) 发病率
- (十五) ICU 导尿管相关泌尿系统感染 (CAUTI) 发病率

三、急诊专业医疗质量控制指标 (2015 年版)

- (一) 急诊科医患比
- (二) 急诊科护患比
- (三) 急诊各级患者比例
- (四) 抢救室滞留时间中位数
- (五) 急性心肌梗死 (STEMI) 患者平均门药时间及门药时间达标率
- (六) 急性心肌梗死 (STEMI) 患者平均门球时间及门球时间达标率
- (七) 急诊抢救室患者死亡率
- (八) 急诊手术患者死亡率
- (九) ROSC 成功率
- (十) 非计划重返抢救室率

四、临床检验专业医疗质量控制指标 (2015 年版)

- (一) 标本类型错误率
- (二) 标本容器错误率

- (三) 标本采集量错误率
- (四) 血培养污染率
- (五) 抗凝标本凝集率
- (六) 检验前周转时间中位数
- (七) 室内质控项目开展率
- (八) 室内质控项目变异系数不合格率
- (九) 室间质评项目参加率
- (十) 室间质评项目不合格率
- (十一) 实验室间比对率 (用于无室间质评计划检验项目)

- (十二) 实验室内周转时间中位数
- (十三) 检验报告不正确率
- (十四) 危急值通报率
- (十五) 危急值通报及时率

五、病理专业医疗质量控制指标 (2015 年版)

- (一) 每百张病床病理医师数
- (二) 每百张病床病理技术人员数
- (三) 标本规范化固定率
- (四) HE 染色切片优良率
- (五) 免疫组化染色切片优良率
- (六) 术中快速病理诊断及时率
- (七) 组织病理诊断及时率

- (八) 细胞病理诊断及时率
- (九) 各项分子病理检测室内质控合格率
- (十) 免疫组化染色室间质评合格率
- (十一) 各项分子病理室间质评合格率
- (十二) 细胞学病理诊断质控符合率
- (十三) 术中快速诊断与石蜡诊断符合率

六、医院感染管理医疗质量控制指标（2015 年版）

- (一) 医院感染发病（例次）率
- (二) 医院感染现患（例次）率
- (三) 医院感染病例漏报率
- (四) 多重耐药菌感染发现率
- (五) 多重耐药菌感染检出率
- (六) 医务人员手卫生依从率
- (七) 住院患者抗菌药物使用率
- (八) 抗菌药物治疗前病原学送检率
- (九) I 类切口手术部位感染率
- (十) I 类切口手术抗菌药物预防使用率
- (十一) 血管内导管相关血流感染发病率
- (十二) 呼吸机相关肺炎发病率
- (十三) 导尿管相关泌尿系感染发病率

七、临床用血质量控制指标（2019 年版）

- (一) 每千单位用血输血专业技术人员数

- (二)《临床输血申请单》合格率
- (三)受血者标本血型复查率
- (四)输血相容性检测项目室内质控率
- (五)输血相容性检测室间质评项目参加率
- (六)千输血人次输血不良反应上报例数
- (七)一二级手术台均用血量
- (八)三四级手术台均用血量
- (九)手术患者自体输血率
- (十)出院患者人均用血量

八、呼吸内科专业医疗质量控制指标（2019年版）

- (一)急性肺血栓栓塞症（PTE）患者确诊检查比例
- (二)急性PTE患者行深静脉血栓相关检查比例
- (三)急性PTE患者行危险分层相关检查比例
- (四)住院期间行溶栓治疗的高危急性PTE患者比例
- (五)急性PTE患者住院期间抗凝治疗比例
- (六)急性PTE患者住院死亡率
- (七)急性PTE患者住院期间发生大出血比例
- (八)慢阻肺急性加重患者住院期间行动脉血气分析比例
- (九)慢阻肺急性加重患者住院期间胸部影像学检查比例
- (十)慢阻肺急性加重患者住院期间心电图检查比例

(十一) 慢阻肺急性加重患者住院期间超声心动图检查比例

(十二) 慢阻肺急性加重患者住院期间抗感染治疗前病原学送检比例

(十三) 慢阻肺急性加重患者住院期间雾化吸入支气管扩张剂应用比例

(十四) 慢阻肺急性加重患者住院死亡率

(十五) 使用有创机械通气的慢阻肺急性加重患者死亡率

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

(十七) 低危 CAP 患者住院比例

(十八) CAP 患者住院期间抗感染治疗前病原学送检比例

(十九) CAP 患者住院死亡率

(二十) 住院 CAP 患者接受机械通气的比例

九、产科专业医疗质量控制指标 (2019 年版)

(一) 剖宫产/初产妇剖宫产率

(二) 阴道分娩椎管内麻醉使用率

(三) 早产/早期早产率

(四) 巨大儿发生率

(五) 严重产后出血发生率

(六) 严重产后出血患者输血率

(七) 孕产妇死亡活产比

(八) 妊娠相关子宫切除率

(九) 产后或术后非计划再次手术率

(十) 足月新生儿 5 分钟 Apgar 评分 < 7 分发生率

十、神经系统疾病医疗质量控制指标 (2020 年版)

(一) 癫痫与惊厥癫痫持续状态

1. 癫痫发作频率记录率

2. 抗癫痫药物规范服用率

3. 抗癫痫药物严重不良反应发生率

4. 癫痫患者病因学检查完成率

5. 癫痫患者精神行为共患病筛查率

6. 育龄期女性癫痫患者妊娠宣教执行率

7. 癫痫患者择期手术在院死亡率

8. 癫痫患者术后并发症发生率

9. 癫痫患者术后病理明确率

10. 癫痫手术患者出院时继续抗癫痫药物治疗率

11. 惊厥性癫痫持续状态发作控制率

12. 惊厥性癫痫持续状态初始治疗标准方案应用率

13. 难治性惊厥性癫痫持续状态患者麻醉药物应用率

14. 难治性惊厥性癫痫持续状态患者气管插管或机械通气应用率

15. 在院惊厥性癫痫持续状态患者脑电监测率
16. 在院惊厥性癫痫持续状态患者影像检查率
17. 在院惊厥性癫痫持续状态患者脑脊液检查率
18. 在院期间惊厥性癫痫持续状态患者病因明确率
19. 惊厥性癫痫持续状态患者在院死亡率
20. 惊厥性癫痫持续状态患者随访（出院 30 天内）死亡率

（二）脑梗死

1. 脑梗死患者神经功能缺损评估率
2. 发病 24 小时内脑梗死患者急诊就诊 30 分钟内完成头颅 CT 影像学检查率
3. 发病 24 小时内脑梗死患者急诊就诊 45 分钟内临床实验室检查完成率
4. 发病 4.5 小时内脑梗死患者静脉溶栓率
5. 静脉溶栓的脑梗死患者到院到给药时间小于 60 分钟的比例
6. 发病 6 小时内前循环大血管闭塞性脑梗死患者血管内治疗率
7. 脑梗死患者入院 48 小时内抗血小板药物治疗率
8. 非致残性脑梗死患者发病 24 小时内双重强化抗血小板药物治疗率
9. 不能自行行走的脑梗死患者入院 48 小时内深静脉血

栓预防率

10. 脑梗死患者住院 7 天内血管评价率
11. 住院期间脑梗死患者他汀类药物治疗率
12. 住院期间合并房颤的脑梗死患者抗凝治疗率
13. 脑梗死患者吞咽功能筛查率
14. 脑梗死患者康复评估率
15. 出院时脑梗死患者抗栓/他汀类药物治疗率
16. 出院时合并高血压/糖尿病/房颤的脑梗死患者降压/降糖药物/抗凝治疗率
17. 脑梗死患者住院死亡率
18. 发病 24 小时内脑梗死患者血管内治疗率
19. 发病 24 小时内脑梗死患者血管内治疗术前影像学评估率
20. 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗 90 分钟内完成动脉穿刺率
21. 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗 60 分钟内成功再灌注率
22. 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后即刻再通率
23. 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术中新发部位栓塞发生率
24. 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后症状性

颅内出血发生率

25. 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后 90 天 mRS 评估率

26. 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后 90 天良好神经功能预后率

27. 发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后死亡率

(三) 帕金森病

1. 住院帕金森病患者规范诊断率

2. 住院帕金森病患者完成头颅 MRI 或 CT 检查率

3. 住院帕金森病患者进行急性左旋多巴试验评测率

4. 住院帕金森病患者进行临床分期的比例

5. 住院帕金森病患者全面神经功能缺损评估率

6. 住院帕金森病患者运动并发症筛查率

7. 住院帕金森病患者认知功能障碍筛查率

8. 住院帕金森病体位性低血压筛查率

9. 合并运动并发症的住院帕金森病患者 DBS 适应症筛选评估率

10. 住院帕金森病患者康复评估率

11. 住院帕金森病患者焦虑症状和抑郁症状筛查率

(四) 颈动脉支架置入术

1. 颈动脉支架置入术患者术前 mRS 评估率

2. 颈动脉支架置入术患者术前颈动脉无创影像评估率

3. 颈动脉支架置入术手术指征符合率
4. 颈动脉支架置入术患者术前规范化药物治疗率
5. 颈动脉支架置入术保护装置使用率
6. 颈动脉支架置入术技术成功率
7. 颈动脉支架置入术并发症发生率
8. 颈动脉支架置入术患者出院规范化药物治疗率
9. 颈动脉支架置入术患者卒中和死亡发生率
10. 颈动脉支架置入术患者术后同侧缺血性卒中发生率

（五）脑血管造影术

1. 脑血管造影术（DSA）前无创影像评估率
2. 脑血管造影术中非离子型对比剂应用率
3. 脑血管造影术造影时相完整率
4. 脑血管造影术造影阳性率
5. 脑血管造影术严重并发症发生率
6. 脑血管造影术穿刺点并发症发生率
7. 脑血管造影术死亡率

十一、肾病专业医疗质量控制指标（2020年版）

（一）IgA 肾病

1. 肾活检患者术前检查完成率
2. 肾脏病理切片染色规范率
3. IgA 肾病患者病理分型诊断率
4. IgA 肾病患者 RAS 阻断剂的使用率

5. IgA 肾病患者随访完成率
6. IgA 肾病患者血压控制达标率
7. 肾功能恶化率
8. 治疗 6 个月后 24 小时尿蛋白 $<1\text{g}$ 的患者比例
9. 肾活检严重并发症发生率
10. 激素、免疫抑制剂治疗的严重并发症发生率

(二) 血液净化技术

1. 治疗室消毒合格率
2. 透析用水生物污染检验合格率
3. 新入血液透析患者血源性传染病标志物检验完成率
4. 维持性血液透析患者血源性传染病标志物定时检验完成率
5. 维持性血液透析患者的乙型肝炎和丙型肝炎发病率
6. 血液透析患者尿素清除指数 (K_t/V) 和尿素下降率 (URR) 控制率
7. 腹膜透析患者尿素清除指数 (K_t/V) 及总内生肌酐清除率 (Ccr) 控制率
8. 透析患者 β_2 微球蛋白定时检验完成率
9. 血液透析患者透析间期体重增长控制率
10. 维持性血液透析患者的动静脉内瘘长期使用率
11. 腹膜透析患者腹膜平衡试验记录定时完成率
12. 腹膜透析退出患者治疗时间

13. 透析患者血常规定时检验率
14. 透析患者血液生化定时检验
15. 透析患者全段甲状旁腺素 (iPTH) 定时检验完成率
16. 透析患者的血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度定时检验完成率
17. 透析患者的血清前白蛋白定时检验完成率
18. 透析患者的 C 反应蛋白 (CRP) 定时检验完成率
19. 透析患者高血压控制率
20. 透析患者肾性贫血控制率
21. 透析患者慢性肾脏病-矿物质与骨异常 (CKD-MBD) 指标控制率
22. 透析患者血清白蛋白控制率

十二、护理专业医疗质量控制指标（2020 年版）

- （一）床护比
- （二）护患比
- （三）每住院患者 24 小时平均护理时数
- （四）不同级别护士配置占比
- （五）护士离职率
- （六）住院患者身体约束率
- （七）住院患者跌倒发生率
- （八）住院患者 2 期及以上院内压力性损伤发生率
- （九）置管患者非计划拔管率

- (十) 导管相关感染发生率
- (十一) 呼吸机相关性肺炎 (VAP) 发生率
- (十二) 护理级别占比

十三、药事管理专业医疗质量控制指标 (2020 年版)

- (一) 药学专业技术人员占比
- (二) 每百张床位临床药师人数
- (三) 处方审核率
- (四) 住院用药医嘱审核率
- (五) 静脉用药集中调配医嘱干预率
- (六) 门诊处方点评率
- (七) 门诊处方合格率
- (八) 住院患者药学监护率
- (九) 用药错误报告率
- (十) 严重或新的药品不良反应上报率
- (十一) 住院患者抗菌药物使用情况
- (十二) 住院患者静脉输液使用率
- (十三) 住院患者中药注射剂静脉输液使用率
- (十四) 急诊患者糖皮质激素静脉输液使用率
- (十五) 住院患者质子泵抑制剂注射剂静脉使用率

第四章 单病种 (术种) 质量控制指标

数据来源:

(1) 国家医疗质量管理与控制信息网 (NCIS)

(2) 全国医院质量监测系统 (HQMS)

(3) 国家单病种质量监测平台

(4) 各省级相关数据收集系统

注：具体指标见国家单病种质量监测平台，病种（术种）

具体编码如下：

一、急性心肌梗死（ST 段抬高型，首次住院）

主要诊断 ICD-10 编码：I21.0 至 I21.3，I21.9 的出院患者

二、心力衰竭

主要诊断原发病 ICD-10 编码：I05 至 I09，或 I11 至 I13，或 I20 至 I21，或 I40 至 I41，或 I42 至 I43 伴第二诊断为 I50 的出院患者

三、冠状动脉旁路移植术

主要手术 ICD-9-CM-3 编码：36.1 的手术出院患者

四、房颤

主要诊断 ICD-10 编码：I48 的出院患者

五、主动脉瓣置换术

主要手术 ICD-9-CM-3 编码：35.0，35.2 的手术出院患者

六、二尖瓣置换术

主要手术 ICD-9-CM-3 编码：35.02，35.12，35.23，35.24

的手术出院患者

七、房间隔缺损手术

主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 35.51, 35.52, 35.61, 35.71

的手术出院患者

八、室间隔缺损手术

主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 35.53, 35.55, 35.62, 35.72

的手术出院患者

九、脑梗死（首次住院）

主要诊断 ICD-10 编码: I63.0 至 I63.9 的出院患者

十、短暂性脑缺血发作

主要诊断 ICD-10 编码: G45.0 至 G45.9 的出院患者

十一、脑出血

主要诊断 ICD-10 编码: I61.0 至 I61.9 的出院患者

十二、脑膜瘤（初发，手术治疗）

主要诊断 ICD-10 编码: C70.0, C70.9, D32.0, D32.9, D42.9, 且伴 ICD-9-CM-3 编码: 01.51, 01.59 的手术出院患者

十三、胶质瘤（初发，手术治疗）

主要诊断 ICD-10 编码: C71, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 01.52 至 01.59 的手术出院患者

十四、垂体腺瘤（初发，手术治疗）

主要诊断 ICD-10 编码: D35.2, C75.1, D44.3, E22.0,

E23.6, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 07.61 至 07.69, 07.71, 07.72, 07.79 和 01.59 的手术出院患者

十五、急性动脉瘤性蛛网膜下腔出血(初发,手术治疗)

主要诊断 ICD-10 编码: I60.0 至 I60.9, 且伴主要手术 ICD-9-CM 编码: 01.3, 02.2, 02.3, 38.3, 38.4, 38.6, 39.5 的手术出院患者

十六、惊厥性癫痫持续状态

主要诊断 ICD-10 编码: G41.0, G41.8, G41.9 的出院患者

十七、帕金森病

主要诊断 ICD-10 编码: G20.x00 的出院患者

十八、社区获得性肺炎(成人,首次住院)

主要诊断 ICD-10 编码: J13 至 J16, J18; 年龄 ≥ 18 岁的出院患者

十九、社区获得性肺炎(儿童,首次住院)

主要诊断 ICD-10 编码: J13 至 J16, J18; 2 岁 \leq 年龄 < 18 岁的出院患儿

二十、慢性阻塞性肺疾病(急性发作,住院)

主要诊断 ICD-10 编码: J44.0, J44.1 的出院患者

二十一、哮喘(成人,急性发作,住院)

主要诊断 ICD-10 编码: J45, J46; 年龄 ≥ 18 岁的出院患者

二十二、哮喘（儿童，住院）

主要诊断 ICD-10 编码：J45，J46；2 岁 ≤ 年龄 < 18 岁的出院患儿

二十三、髋关节置换术

主要手术 ICD-9-CM-3 编码：00.7，81.51 至 81.53 的手术出院患者

二十四、膝关节置换术

主要手术 ICD-9-CM-3 编码：00.80 至 00.83，81.54，81.55 的手术出院患者

二十五、发育性髋关节发育不良（手术治疗）

主要诊断 ICD-10 编码：Q65.0 至 Q65.6，Q65.8，Q65.9，且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码：79.85，77.25，77.29；1 岁 ≤ 年龄 ≤ 8 岁（旧称先天性髋关节脱位）的手术出院患儿

二十六、剖宫产

主要手术 ICD-9-CM-3 编码：74.0，74.1，74.2，74.4，74.99 的手术出院患者

二十七、异位妊娠（手术治疗）

主要诊断 ICD-10 编码：000 开头，且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码：66.01，66.02，66.62，66.95，74.30 的手术出院患者

二十八、子宫肌瘤（手术治疗）

主要诊断 ICD-10 编码与名称：D25 开头，且伴主要手术

ICD-9-CM-3 编码： 68.29， 68.3 至 68.5， 68.9 的手术出院患者

二十九、肺癌（手术治疗）

主要诊断 ICD-10 编码： C34 开头， 且伴主要手术
ICD-9-CM-3 编码： 32.2 至 32.6， 32.9 的手术出院患者

三十、甲状腺癌（手术治疗）

主要诊断 ICD-10 编码： C73 开头， 且伴主要手术操作
ICD-9-CM-3 编码： 06.2 至 06.5 的手术出院患者

三十一、乳腺癌（手术治疗）

主要诊断 ICD-10 编码： C50 开头， 且伴主要手术
ICD-9-CM-3 编码： 85.2 至 85.4 的手术出院患者

三十二、胃癌（手术治疗）

主要诊断 ICD-10 编码： C16 开头， 且伴主要手术
ICD-9-CM-3 编码： 43.4 至 43.9 的手术出院患者

三十三、结肠癌（手术治疗）

主要诊断 ICD-10 编码： C18， D01.0； 且伴主要手术操作
ICD-9-CM-3 编码： 45.4， 45.73 至 45.79, 45.8 的手术出院患者

三十四、宫颈癌（手术治疗）

主要诊断 ICD-10 编码： C53 开头， 且伴主要手术
ICD-9-CM-3 编码： 67.2 至 67.4， 68.4 至 68.7 的手术出院患者

三十五、糖尿病肾病

主要诊断和其他诊断 ICD-10 编码: E10 至 E14, 且伴主要操作 ICD-9-CM-3 编码: 55.23 的非产妇出院患者

三十六、终末期肾病血液透析

主要诊断 ICD-10 编码: N18.0, 且伴主要操作 ICD-9-CM-3 编码: 38.95, 39.27, 39.42, 39.95 的血液透析患者

三十七、终末期肾病腹膜透析

主要诊断 ICD-10 编码: N18.0, 且伴主要操作 ICD-9-CM-3 编码: 54.98 的腹膜透析患者

三十八、舌鳞状细胞癌 (手术治疗)

主要诊断 ICD-10 编码: C01, C02, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 25.1 至 25.4, 40.4 的手术出院患者

三十九、腮腺肿瘤 (手术治疗)

主要诊断 ICD-10 编码: D11.0, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 26.2, 26.3 伴 04.42 的手术出院患者

四十、口腔种植术

主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 23.5, 23.6 的门诊或者 76.09, 76.91, 76.92, 22.79 的手术出院患者

四十一、原发性急性闭角型青光眼 (手术治疗)

主要诊断 ICD-10 编码: H26.2, H40.0, H40.2, H40.9 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 10.1, 10.49, 10.6, 10.91, 10.99, 12.11, 12.12, 12.64, 12.66, 12.67, 12.71 至 12.73,

12.79, 12.83, 12.85, 12.87, 12.91, 12.92, 12.99, 13.19,
13.3, 13.41, 13.59, 13.70, 13.71, 13.90, 14.73, 14.74,
14.79 的手术出院患者

四十二、复杂性视网膜脱离（手术治疗）

主要诊断 ICD-10 编码：E10.3, E11.3, E14.3, H33.0
至 H33.5, H59.8, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码：13.19,
13.3, 13.41, 13.42, 13.43, 13.59, 13.64, 13.65, 13.69,
13.70, 13.71, 13.73, 13.8, 13.90, 14.29, 14.31, 14.49,
14.51, 14.52, 14.53, 14.54, 14.59, 14.71, 14.72, 14.73,
14.75, 14.9 的手术出院患者

四十三、围手术期预防感染

主要手术 ICD-9-CM-3 编码如下的手术出院患者：

1. 甲状腺叶切除术：06.2 至 06.5
2. 膝半月软骨切除术：80.6
3. 晶状体相关手术：13.0 至 13.9
4. 腹股沟疝相关手术：17.11 至 17.13, 17.21 至 17.24,
53.00 至 53.17
5. 乳房组织相关手术：85.2 至 85.4
6. 动脉内膜切除术：38.1
7. 足和踝关节固定术和关节制动术：81.1
8. 其他颅骨切开术：01.24
9. 椎间盘切除术或破坏术：80.50 至 80.59

10. 骨折切开复位+内固定术： 03.53, 21.72, 76.72 至 76.79, 79.30 至 79.39

11. 关节脱位切开复位内固定术： 76.94, 79.8

12. 骨内固定不伴骨折复位术及置入装置去除： 78.5 至 78.6

13. 卵巢相关手术： 65.2 至 65.6

14. 肌腱相关手术： 83.11 至 83.14

15. 睾丸相关手术： 62.0 至 62.9

16. 阴茎相关手术： 64.0 至 64.4

17. 室间隔缺损修补术： 35.62

18. 房间隔缺损修补术： 35.61

19. 髋关节置换术： 00.7, 81.51 至 81.53

20. 膝关节置换术： 00.80 至 00.83, 81.54, 81.55

21. 冠状动脉旁路移植术： 36.1

22. 剖宫产： 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99

四十四、围手术期预防深静脉血栓栓塞

主要手术 ICD-9-CM-3 编码如下的手术出院患者：

1. 闭合性心脏瓣膜切开术： 35.00 至 35.04

2. 心脏瓣膜切开和其他置换术： 35.20 至 35.28

3. 脊柱颈融合术： 81.04 至 81.08

4. 脊柱再融合术： 81.34 至 81.38

5. 胃部分切除术伴胃十二指肠吻合术： 43.6

6. 胃部分切除术伴胃空肠吻合术： 43.7
7. 其他胃部分切除术： 43.8
8. 胃全部切除术： 43.9
9. 开放性和其他部分大肠切除术： 45.7
10. 腹会阴直肠切除术： 48.5
11. 直肠其他切除术： 48.6
12. 肝叶切除术： 50.3
13. 部分肾切除术： 55.4
14. 全部肾切除术： 55.5
15. 部分膀胱切除术： 57.6
16. 全部膀胱切除术： 57.7
17. 卵巢病损或卵巢组织的局部切除术或破坏术： 65.2
18. 单侧卵巢切除术： 65.3
19. 单侧输卵管-卵巢切除术： 65.4
20. 双侧卵巢切除术： 65.5
21. 双侧输卵管-卵巢切除术： 65.6
22. 子宫病损或组织的切除术或破坏术： 68.2
23. 经腹子宫次全切除术： 68.3
24. 经腹子宫全部切除术： 68.4
25. 阴道子宫切除术： 68.5
26. 经腹根治性子宫切除术： 68.6
27. 根治性阴道子宫切除术： 68.7

28. 盆腔脏器去除术： 68.8

29. 髋关节置换术： 00.7, 81.51 至 81.53

30. 膝关节置换术： 00.80 至 00.83, 81.54, 81.55

31. 冠状动脉旁路移植术： 36.1

四十五、住院精神疾病

主要诊断 ICD-10 编码： F00-F99 的出院患者

四十六、中高危风险患者预防静脉血栓栓塞症

需要落实预防静脉血栓措施的重点患者：

1. 入住 ICU 的患者

2. 中高危风险患者

四十七、感染性休克早期治疗

主要诊断/其他诊断 ICD-10 编码： A02.1, A22.7, A32.7, A40.1 至 A40.9, A41.0 至 A41.9, A42.7, A54.8, B37.7, R57.2 的出院患者

四十八、儿童急性淋巴细胞白血病（初始诱导化疗）

主要诊断 ICD-10 编码： C91.0, 且伴主要操作 ICD-9-CM-3 编码： 99.25 的出院患儿

四十九、儿童急性早幼粒细胞白血病（初始化疗）

主要诊断 ICD-10 编码： C92.4, 且伴主要操作 ICD-9-CM-3 编码： 99.25 的出院患儿

五十、甲状腺结节（手术治疗）

主要诊断 ICD-10 编码： D34, E04.0, E04.1, E04.2,

且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 06.2 至 06.5 的手术出院患者

五十一、HBV 感染分娩母婴阻断

主要诊断 ICD-10 编码: 098.4, Z22.5+080 至 084+Z37;
且伴①阴道分娩操作 ICD-9-CM-3 编码 72.0 至 72.9, 73.0, 73.1, 73.21, 73.4 至 73.6, 73.9; 或②剖宫产手术 ICD 9-CM-3 编码: 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99 的出院患者

第五章 重点医疗技术临床应用质量控制指标

数据来源:

- (1) 国家医疗质量管理与控制信息网 (NCIS)
- (2) 全国医院质量监测系统 (HQMS)
- (3) 中国人体器官分配与共享计算机系统 (COTRS)
- (4) 各器官移植专业国家质控中心相关系统

一、国家限制类医疗技术 (数据来源: 各省级医疗技术临床应用信息化管理平台)

(一) 造血干细胞移植技术临床应用质量控制指标 (2017 年版)

1. 造血干细胞移植适应证符合率
2. 异基因造血干细胞移植植入率
3. 重度 (III-IV 度) 急性移植物抗宿主病发生率
4. 慢性移植物抗宿主病发生率

5. 异基因造血干细胞移植相关死亡率
6. 异基因造血干细胞移植总体生存率
7. 异基因造血干细胞移植无病生存率
8. 平均住院日
9. 平均住院费用
10. 平均住院药费

(二) 同种胰岛移植技术临床应用质量控制指标 (2017年版)

1. 胰岛纯度
2. 总胰岛当量
3. 胰岛活率
4. 胰岛产物微生物培养阳性率
5. 胰岛产物内毒素超标率
6. 围手术期并发症发生率
7. 术后死亡率
8. 患者随访率
9. 移植后有效率 (1年、3年、5年)

(三) 同种异体运动系统结构性组织移植技术临床应用质量控制指标 (2017年版)

1. 各类来源移植物比例
2. 术中移植物微生物培养阳性率
3. 围手术期并发症发生率

4. 移植后临床满意率
5. 移植后影像学和电生理学评估优良率
6. 微创手术比例
7. 患者随访率

（四）同种异体角膜移植技术临床应用质量控制指标

（2017年版）

1. 供体使用率
2. 成分供体使用率
3. 同种异体角膜移植成功率
4. 角膜植片透明率
5. 角膜原发疾病控制率
6. 并发症发生率
7. 术后视力提高率
8. 诊断符合率
9. 患者随访率
10. 角膜组织存活率（1年、3年）

（五）同种异体皮肤移植技术临床应用质量控制指标

（2017年版）

1. 深度创面比例
2. 异体移植皮肤面积比例
3. 异体移植皮肤成活率
4. 异体移植皮肤感染率

5. 自异体皮肤混合移植率
6. 救治成功率
7. 活体供体供皮区平均愈合时间
8. 活体供体供皮区并发症发生率
9. 活体供体平均住院日
10. 受体平均住院日

(六) 性别重置技术临床应用质量控制指标(2017年版)

1. 术中输血率
2. 术后输血率
3. 术中自体血输注率
4. 手术对象满意度
5. 术后1年随访率
6. 术后2周内感染率
7. 尿瘘发生率
8. 再造尿道狭窄率
9. 再造阴道狭窄率
10. 直肠阴道瘘发生率
11. 皮瓣坏死发生率
12. 术后1周内死亡率

(七) 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(2017年版)

1. 适应证符合率

2. 病理诊断率
3. 临床 TNM 分期比例
4. MDT 执行率
5. 知情同意书签署率
6. 治疗方案完成率
7. 不良反应发生率
8. 6 个月内死亡率
9. 患者随访率（1 年、2 年、5 年）
10. 在线 IGRT 使用率
11. 输出射束精度达标率
12. 输出剂量精度达标率
13. 能量精度达标率
14. 放疗计划三维验证达标率
15. 设备开机率（半年、1 年）

（八）放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标

（2017 年版）

1. 植入指征正确率
2. 术前制订治疗计划率
3. 术后放射剂量验证率
4. 术中及术后 30 天内主要并发症发生率
5. 放射性粒子植入治疗有效率
6. 术后 30 天内全因死亡率

7. 患者随访率

8. 患者术后生存率（2 个月、4 个月、半年、1 年、2 年）

（九）肿瘤深部热疗和全身热疗技术临床应用质量控制指标（2017 年版）

1. 适应证符合率

2. 肿瘤热疗治疗温度和时间选择正确率

3. 围手术期并发症发生率

4. 术后死亡率

5. 实体肿瘤热疗有效率与控制率

6. 实体肿瘤坏死率

7. 胸（腹、盆）腔积液消退率

8. 患者生活质量改善率

（十）肿瘤消融治疗技术临床应用质量控制指标（2017 年版）

1. 肿瘤消融治疗指征正确率

2. 肿瘤消融治疗完成率

3. 肿瘤消融治疗后临床症状有效缓解率

4. 肿瘤消融治疗后局部病灶有效控制率

5. 肿瘤消融治疗后 30 天内严重并发症发生率

6. 肿瘤消融治疗后 30 天内死亡率

7. 患者随访率（6 月、1 年、2 年、3 年、5 年）

8. 患者术后生存率（6 月、1 年、3 年、5 年）

9. 平均住院日

(十一) 心室辅助技术临床应用质量控制指标 (2017 年版)

1. 心室辅助技术应用适应证选择正确率
2. 心室辅助装置有效撤除率
3. 术后 30 天死亡率
4. 心室辅助转换心脏移植率
5. 术中及术后 30 天内主要并发症发生率
6. 术后随访率 (1 年、3 年)
7. 患者术后生存率 (1 年、3 年)

(十二) 人工智能辅助诊断技术临床应用质量控制指标 (2017 年版)

1. 诊断准确率
2. 信息采集准确率
3. 人工智能辅助诊断平均时间
4. 人工智能辅助诊断增益率

(十三) 人工智能辅助治疗技术临床应用质量控制指标 (2017 年版)

1. 平均术前准备时间
2. 平均手术时间
3. 重大并发症发生率
4. 手术中转率

5. 术中设备不良事件发生率
6. 术中及术后死亡率
7. 各专业月手术量及人工智能辅助治疗技术比例
8. 平均住院日

(十四) 颅颌面畸形颅面外科矫治技术临床应用质量控制指标 (2017 年版)

1. 医患比
2. 各类手术患者比例
3. 正颌术前正畸比例
4. 颅眶外科手术术前 CT 检查率
5. 术前计算机辅助设计系统使用率
6. 意外骨折发生率
7. 输血率
8. 术中自体血输注率
9. 失血性休克发生率
10. 术后并发症发生率
11. 非计划二次手术率
12. 术后抢救率、术后抢救成功率
13. 术中及术后死亡率

(十五) 口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治技术临床应用质量控制指标 (2017 年版)

1. 诊断符合率

2. 术后手术部位感染率
3. 术后血肿手术探查率
4. 血管危象手术探查率
5. 手术探查后皮瓣成活率
6. 术后脑脊液漏发生率
7. 术后颅内感染发生率
8. 术后全身系统严重并发症发生率
9. 术后抢救率、术后抢救成功率
10. 术后死亡率

二、人体器官捐献、获取与移植技术

(一) 向人体器官获取组织报送的潜在器官捐献者人数与院内死亡人数比

(二) 实现器官捐献的人数与院内死亡人数比

(三) 人体器官获取组织质量控制指标

1. 器官捐献转化率
2. 平均器官产出率
3. 器官捐献分类占比
4. 获取器官利用率
5. 器官病理检查率
6. 边缘供器官比率
7. 器官保存液病原菌培养阳性率
8. 移植器官原发性无功能发生率

9. 移植器官术后功能延迟性恢复发生率

(四) 肝脏移植技术医疗质量控制指标 (2020 年版)

1. 肝癌肝脏移植指标

(1) 肝癌肝脏移植受者比例

(2) 单发肿瘤，直径不超过 5cm 的肝癌肝脏移植受者比例

(3) 多发肿瘤，肿瘤数目不超过 3 个，最大直径不超过 3cm 的肝癌肝脏移植受者比例

2. 肝脏移植手术指标

(1) 冷缺血时间比例

(2) 无肝期比例

(3) 手术时间比例

(4) 术中大出血发生率

3. 术后主要并发症指标

(1) 术后早期肝功能不全 (EAD) 发生率

(2) 术后非计划二次手术率

(3) 术后血管并发症发生率 (1 周内、1 月内、3 月内)

(4) 术后超急性排斥反应、急性排斥反应发生率 (1 周内、1 月内、6 月内、1 年内)

(5) 术后胆道并发症发生率 (1 月内、6 月内、1 年内)

(6) 术后耐药菌感染发生率 (1 周内、1 月内、6 月内、1 年内)

4. 受者术后生存指标
 - (1) 术后早期死亡率
 - (2) 受者术后生存率 (1 年、3 年、5 年)
 - (3) 肝癌肝脏移植受者术后无瘤生存率 (1 年、3 年、5 年)
5. 中国肝移植注册系统 (CLTR) 数据报送质量指标
 - (1) 数据完整度
 - (2) 数据及时性
 - (3) 数据真实性
 - (4) 有效随访率
 - (5) 受者失访率
- (五) 肾脏移植技术医疗质量控制指标 (2020 年版)
 1. 冷热缺血时间
 2. 亲属间活体捐献者重大并发症发生率
 3. 术后 30 天内死亡率
 4. 移植肾功能延迟恢复发生率
 5. 血管并发症发生率
 6. 急性排斥反应发生率
 7. 术后感染发生率
 8. 中国肾脏移植科学登记系统 (CSRKT) 数据报送质量指标
 - (1) 数据完整度

(2) 数据及时性

(3) 数据真实性

(4) 受者总体随访质量

9. 移植肾生存率

(六) 心脏移植技术医疗质量控制指标 (2020 年版)

1. 伦理委员会决议通过率

2. 术前有创肺动脉压监测率

3. 术前心肺运动试验检查率

4. 供体心脏缺血时间小于等于 6 小时的比例

5. 术中术后生命支持应用率

6. 术后机械通气时间小于等于 48 小时的比例

7. 术后并发症发病率

8. 术后院内死亡率

9. 术后存活率

10. 中国心脏移植注册登记数据报送质量指标

(1) 数据完整度

(2) 数据及时性

(3) 随访完整度

(七) 肺脏移植技术医疗质量控制指标 (2020 年版)

1. 肺脏移植绝对适应证占比

2. 热缺血时间 ≤ 1 分钟 (min) 比例

3. 冷缺血时间 ≤ 12 小时 (h) 比例

4. 术中异体输血 ≤ 1000 毫升 (ml) 手术比例
5. 术后二次开胸率
6. 术后 3 个月内感染发生率
7. 术后 6 个月内气道吻合口并发症发生率
8. 诊断符合率
9. 术后 (6 月、1 年、3 年、5 年、10 年) 生存率
10. 中国肺脏移植注册登记数据报送质量指标
 - (1) 数据完整度
 - (2) 数据及时性
 - (3) 随访完整度
- (八) 其他器官移植技术医疗质量控制指标

第三部分 现场检查

- 医院功能与任务
- 临床服务质量与安全管理
- 医院管理

第一章 医院功能与任务

一、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

(一) 医院的功能与任务，符合本区域卫生发展规划。

(二) 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。

(三) 医院有承担服务区域内急危重症和疑难疾病诊疗的设施设备、技术梯队与处置能力。

二、坚持医院的公益性，把社会效益放在首位，履行相应的社会责任和义务

(四) 坚持医院的公益性，履行相应的社会责任和义务。

(五) 根据《中华人民共和国传染病防治法》《中华人民共和国食品安全法》和《突发公共卫生事件应急条例》等相关法律法规承担传染病、食源性疾病的发现、救治、报告、预防等任务。定期对全体医务人员进行传染病、食源性疾病预防知识和技能培训与处置演练。

(六) 按照《国家基本药物临床应用指南》和《国家处方集》及医疗机构药品使用管理有关规定，规范医师处方行为，优先合理使用基本药物。

三、促进医疗资源下沉，完成政府指令性任务

(七) 加强医联体建设，实行分级诊疗，建立与实施双向转诊制度与相关服务流程，提升医联体内基层医疗机构服务能力，促进优质医疗资源扩容和下沉。

(八) 将对口支援下级医院和支援社区卫生服务工作、慢性病管理纳入院长目标责任制与医院年度工作计划，有实施方案，由专人负责。

(九) 承担援疆援藏、健康扶贫、为下级医院培养卫生技术人员等政府指令性任务，制订相关的制度、方案，并有具体措施予以保障。

四、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

(十) 遵守国家法律、法规，严格执行各级政府制定的应急预案，按照“平战结合、防治结合”的要求加强建设，承担突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治工作。

第二章 临床服务质量与安全管理

一、医疗质量管理体系和工作机制

(十一) 有医疗质量管理体系，落实医疗质量管理主体责任，实行医疗质量管理院、科两级责任制。

(十二) 设立医疗质量管理委员会，人员组成和职责符合《医疗质量管理办法》要求。医疗质量管理委员会负责承接、配合各级质控组织开展工作，并发挥统筹协调作用。

(十三) 各业务科室成立本科室医疗质量管理工作小组，人员组成和职责符合《医疗质量管理办法》要求。

(十四) 建立健全医疗质量管理培训考核制度，充分发挥专业人员在医疗质量管理工作中的作用。

(十五) 遵循临床诊疗指南、医疗技术操作规范、行业

标准和临床路径等有关要求开展诊疗工作。

（十六）开展诊疗活动应当遵循患者知情同意原则，履行告知义务，尊重患者的自主选择权和隐私权，尊重民族习惯和宗教信仰，并对患者的隐私保密。完善保护患者隐私的设施和管理措施。

（十七）建立医院全员参与、覆盖临床诊疗服务全过程的医疗质量管理与控制工作制度。

（十八）熟练运用医疗质量管理工具开展医疗质量管理与自我评价，完善本院医疗质量管理相关指标体系，掌握本院医疗质量基础数据。

（十九）加强临床专科服务能力建设，重视专科协同和中西医共同发展，制订专科建设发展规划并组织实施，推行“以患者为中心、以疾病为链条”的多学科诊疗模式。

（二十）加强单病种质量管理与控制工作，建立本院单病种管理的指标和质量参考标准体系，促进医疗质量精细化管理。

（二十一）制订满意度监测指标并不断完善，定期开展患者和员工满意度监测，改善患者就医体验和员工执业感受。

（二十二）建立本院各科室医疗质量内部现场检查和公示制度。

（二十三）强化基于电子病历的医院信息平台建设，满

足医疗质量管理与控制工作需要。

（二十四）对医疗质量管理要求执行情况进行定期评估，对医疗质量信息数据开展内部验证并及时分析和反馈，对医疗质量问题和医疗安全风险进行预警和干预，对存在的问题及时采取有效干预措施，评估干预效果，促进医疗质量持续改进。

二、医疗质量安全核心制度

（二十五）医院应当落实《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》要求，制定发布本院医疗质量安全核心制度，并组织全员培训。

（二十六）建立首诊负责制度。明确在诊疗过程不同阶段的责任主体，保障患者诊疗服务连续性和医疗行为可追溯。

（二十七）建立三级查房制度。实行科主任领导下的三个不同级别的医师查房制度，严格明确查房周期。明确各级医师的医疗决策和实施权限。

（二十八）建立会诊制度。明确各类会诊的具体流程和时间要求，统一会诊单格式及填写规范。会诊请求人员应当陪同完成会诊，并按规定进行记录。

（二十九）建立分级护理制度。按照国家分级护理管理相关指导原则和护理服务工作标准，规范各级别护理的内容。合理动态调整护理级别，护理级别应当明确标识。

（三十）建立值班与交接班制度。有全院性医疗值班体系，明确值班岗位职责、人员资质和人数并保证常态运行。实行医院总值班制度，总值班人员需接受培训并考核合格。医院及科室值班表应当全院公开，值班表应当涵盖与患者诊疗相关的所有岗位和时间。值班人员资质和值班记录应当符合规定。非本机构执业医务人员不得单独值班。值班期间所有的诊疗活动必须及时记入病历。

（三十一）交接班内容应当专册记录，并由交班人员和接班人员共同签字确认。四级手术患者手术当日和急危重患者必须床旁交班。

（三十二）建立疑难病例讨论制度。医院和科室应当确定疑难病例的范围，明确参与讨论人员范围、组成和流程要求。讨论内容专册记录，讨论结论记入病历。

（三十三）建立急危重患者抢救制度。医院和科室应当确定急危重患者的范围，医院建立抢救资源配置与紧急调配机制和绿色通道机制。抢救完成后6小时内应当将抢救记录记入病历。

（三十四）建立术前讨论制度。医院应当明确不同术前讨论形式的参加人员范围和流程。科室应当明确本科室开展的各级手术术前讨论的范围并经医疗管理部门审定。术前讨论的结论记入病历。

（三十五）建立死亡病例讨论制度。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。死亡病例讨论范围、参加人员、时限和记录应当符合规定。

（三十六）建立查对制度。医院查对制度应当涵盖患者身份识别、临床诊疗行为、设备设施运行和医疗环境安全等方面。医疗器械、设施、药品、标本等查对要求按照国家有关规定和标准执行。

（三十七）建立手术安全核查制度。建立手术安全核查制度和标准化流程，将产房分娩核查纳入核查内容。手术安全核查过程和内容按国家有关规定执行。手术安全核查表纳入病历。

（三十八）建立手术分级管理制度。建立手术分级管理工作制度和手术分级管理目录。建立手术分级授权管理机制和手术医师技术档案。医院应当对手术医师能力进行定期评估，根据评估结果对手术权限进行动态调整。

（三十九）建立新技术和新项目准入制度。建立本院医疗技术临床应用目录并定期更新。建立新技术和新项目审批流程，所有新技术和新项目必须通过本院医学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。

（四十）明确开展新技术和新项目临床应用的专业人员范围、论证可能存在的安全隐患或技术风险并制定相应预案。建立新技术和新项目临床应用动态评估制度，对新技术和新项目实施全程追踪管理、质量控制和动态评估。

（四十一）建立危急值报告制度。制定可能危及患者生命的各项检查、检验结果危急值清单并定期调整。分别建立住院和门急诊患者危急值报告具体管理流程和记录规范，确保危急值信息传递各环节无缝对接和关键要素可追溯。临床危急值信息专册登记。

（四十二）建立病历管理制度。严格落实国家有关法律法规以及病历书写、分类编码、管理与应用相关规定，建立门急诊及住院病历规范书写、管理和质量控制制度。医院应当保障病历资料安全，病历内容记录与修改信息可追溯。

（四十三）实施电子病历的医院，应当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。

（四十四）建立抗菌药物分级管理制度。严格按照《抗菌药物临床应用管理办法》等有关规定，建立本院抗菌药物遴选、采购、处方、调剂、临床应用和药物评价的管理制度和具体操作流程，确定抗菌药物分级管理目录、医师抗菌药物处方权限和医师会诊权限，并定期调整。

（四十五）建立临床用血审核制度。应当严格落实国家关于医疗机构临床用血的有关规定，设立临床用血管理委员会或工作组，制定本院临床合理用血管理制度，完善管理机制和具体流程。保障急救用血治疗需要。

（四十六）建立信息安全管理。明确医院主要负责

人是患者诊疗信息安全管理第一责任人，依法依规建立覆盖患者诊疗信息管理全流程的制度和技術保障体系。

（四十七）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。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、医疗技术临床应用管理

（四十八）医院开展医疗技术服务应当与其技术能力相适应。医疗技术临床应用应当遵循科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理的原则。

（四十九）医院在医疗质量管理委员会下设立医疗技术临床应用管理专门组织。人员组成和功能任务符合《医疗技术临床应用管理办法》要求。

（五十）医院开展医疗技术临床应用应当具有符合要求的诊疗科目、人员、设备、设施和质量控制体系，并遵守相关技术临床应用管理规范。

（五十一）医院开展限制类医疗技术，应当按照《医疗技术临床应用管理办法》履行自我评估和备案程序。

（五十二）未经伦理委员会审查通过的医疗技术，特别是限制类医疗技术和存在重大伦理风险的医疗技术，不得应用于临床。

（五十三）制定本机构医疗技术临床应用管理目录并及

时调整，对目录内的手术进行分级管理。

（五十四）建立医师手术授权与动态管理制度，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。

（五十五）医院依法准予医务人员实施与其专业能力相适应的医疗技术，并为医务人员建立医疗技术临床应用管理档案，纳入个人专业技术档案管理。

（五十六）建立医疗技术临床应用论证制度。对已证明安全有效，但属本院首次应用的医疗技术，应当组织开展技术能力和安全保障能力论证并进行伦理审查。

（五十七）建立医疗技术临床应用评估制度，对限制类技术的质量安全和技术保证能力进行重点评估，并根据评估结果及时调整本院医疗技术临床应用管理目录、医师相关技术临床应用权限和有关管理要求。

（五十八）建立医疗技术临床应用质量控制制度，以限制类技术为重点，制定本院医疗技术质量控制指标，加强信息收集、分析与反馈，持续改进技术临床应用质量。

（五十九）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。

（六十）医院开展的限制类技术目录、手术分级管理目录和限制类技术临床应用情况应当纳入医院院务公开范围，接受社会监督。

（六十一）医院按照规定停止出现相关情形的医疗技术临床应用，并按规定履行报告程序。

（六十二）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。

（六十三）医院承担限制类技术临床应用规范化培训工作的，应当达到国家和省级卫生健康行政部门规定的条件，制定培训方案并向社会公开，同时履行备案程序。

（六十四）医院承担限制类技术临床应用规范化培训工作的，应当建立培训规章制度及流程，明确岗位职责和管理要求，加强学员管理，建立学员培训档案，按照培训方案和计划开展培训工作，保障培训质量。

四、医疗安全风险防范

（六十五）以减少诊疗活动对患者的伤害为目标，建立医疗质量（安全）不良事件信息采集、记录和报告相关制度和激励机制。有对本院医疗质量（安全）不良事件及管理缺陷进行统计分析、信息共享和持续改进机制。

（六十六）落实《医疗纠纷预防和处理条例》，加强医疗风险管理，完善医疗风险的识别、评估和防控措施并定期检查落实情况，及时消除隐患。

（六十七）建立健全医患沟通机制和投诉管理制度。实行“首诉负责制”。投诉相关信息用于医疗质量管理的持续

改进。

（六十八）建立药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件监测报告制度，定期评估相关事件并及时反馈临床，按照国家有关规定向相关部门报告。

（六十九）有对深静脉血栓中高危患者评估、识别、预防、诊断和处置的制度和流程并开展全员培训。

（七十）关注院内安全，有针对心跳骤停、昏迷、跌倒等高风险意外事件的应急措施和救护机制，保障全院任何区域内均能及时提供紧急救治和生命支持服务。

（七十一）关注分娩安全，有控制分娩疼痛和减少分娩损伤的制度、技术规范 and 流程。

五、诊疗质量保障与持续改进

（七十二）门、急诊（含发热、肠道门诊，下同）布局符合相关规定，能满足临床管理工作。建立门、急诊管理制度和 workflow、突发应急事件处置预案并组织实施。

（七十三）加强门、急诊专业人员和技术力量配备，根据门、急诊就诊患者流量和突发事件调配医疗资源，做好资源调配。对门、急诊医务人员开展技术和技能专业培训。

（七十四）实行预检分诊制度，门、急诊规范设置预检分诊场所，完善预检分诊流程。

（七十五）把门、急诊工作质量纳入临床各科室质量管理范围，作为考核科室和医务人员的重要内容。

（七十六）有急危重症患者“绿色通道”。建立院前急救、院内急诊与住院或转诊的连贯性医疗服务流程，并定期进行评价和持续改进。

（七十七）有创伤、脑卒中、急性心肌梗死、高危孕产妇及新生儿等急危重症病种和重点人群服务规范和流程。

（七十八）优化门、急诊服务，实施多种形式的预约诊疗服务，逐步提高患者预约就诊比例。及时公开出诊信息。开展多学科诊疗，方便患者就医。

（七十九）优化就诊环境。就诊环境清洁、舒适、安全。为患者提供就诊接待、引导、咨询服务。急诊与门诊候诊区、医技部门等均有清晰、规范、醒目、易懂的标识。

（八十）完善患者入院、出院、转科、转院服务管理工作制度和标准，为急诊患者入院制定合理、便捷的相关制度与流程。加强转科、转院患者的交接管理。

（八十一）加强出院患者健康教育，为出院患者提供规范的出院医嘱和康复指导意见，建立出院患者随访制度并组织实施。

（八十二）建立各专科常见疾病的临床诊疗规范和技术操作流程，由具有法定资质的医务人员按照制度、程序、规范和流程对患者进行疾病诊断、评估并制定诊疗计划。对疑难危重患者、恶性肿瘤患者，实施必要的多学科评估和综合诊疗。

（八十三）对住院患者实施营养评估，为患者提供营养膳食指导，提供营养配餐和治疗饮食，满足患者治疗需要。对特殊、疑难、危重及大手术患者提供营养会诊，按需提供营养支持方案，并记入病历。

（八十四）实施手术患者评估制度，合理制订诊疗和手术方案。建立重大手术报告审批制度，有急诊手术管理措施，保障急诊手术安全。

（八十五）手术的全过程情况，术后注意事项，手术后治疗、观察与护理情况及时、准确地记入病历；手术的离体组织必须做病理学检查，明确术后诊断。

（八十六）完善日间手术质量安全管理制度和评估工作机制。制定并向社会公开本院日间手术病种和技术目录，明确手术适应证范围、麻醉方式、主要风险。加强日间手术病历管理，重视日间手术患者宣教和随访。

（八十七）手术麻醉人员配置合理。实行患者麻醉前病情评估制度。有麻醉后复苏室，规范全程监测并记录麻醉后患者恢复状态，防范麻醉并发症的措施到位。制定术后镇痛治疗管理规范 and 流程并严格执行。

（八十八）根据《传染病防治法》等相关法律、法规要求设置感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊，其建筑规范、医疗设备和设施、人员符合规定。按计划对工作人员进行相关培训。

（八十九）实施精神类疾病治疗的医院与医师需具备卫生健康行政部门规定的诊疗科目及医师资质；医院明确精神类治疗服务范围并为患者提供适当的医疗保护措施，向近亲属或授权委托人提供医疗保护措施的知情同意和教育。

（九十）实施精神类疾病治疗的医院为精神障碍者的其他躯体疾患提供多学科联合诊疗服务，有常见并发症的预防规范与风险防范流程，有相关培训教育。为精神障碍者提供出院康复指导与随访。

（九十一）医院开展介入诊疗技术，专业设置、人员配备及其设备、设施符合《放射诊疗管理规定》和相关介入诊疗技术管理规范要求。按照技术适应证规范技术操作并开展质量控制。有介入诊疗器械登记制度，保证器械来源可追溯。

（九十二）开展血液净化技术应当符合相关法律、法规及行业管理要求。有质量管理制度、安全保障措施和紧急处理预案。

（九十三）血液透析机与水处理设备符合要求。透析液的配制符合要求，透析用水化学污染物、透析液细菌及内毒素检测达标。血液透析器复用执行《血液透析器复用操作规范》。

（九十四）开展放射治疗技术应当依法取得《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配置许可证》，布局、设备设施符合《放射诊疗管理规定》和国家相关标准。有放射治疗装

置操作和维护维修制度、质量保证和检测制度和放射防护制度，并严格执行。

（九十五）实施放射治疗应当有明确的规范与流程，有医学物理人员参与制订治疗计划，保证放射治疗定位精确与计量准确。有放射治疗意外应急预案及处置措施。

（九十六）医院开展诊断核医学、脑电图、肌电图等特殊诊疗技术，应当符合国家法律、法规及卫生健康行政部门规章标准的要求。

（九十七）特殊检查室设计及空间区域划分应符合特殊检查需求。能将有害光、射线、磁场限制在检查患者所需的范围，避免医务人员及其他人员接触有害物质。有突发意外事故管理规范与应急预案并严格执行。

（九十八）开展日间化疗服务应当明确规定日间化疗服务适用范围，集中配置化疗药物，有安全管理制度及质量保证措施。

六、护理质量保障与持续改进

（九十九）建立扁平高效的护理管理体系，建立护理质量与安全管理委员会，依据法律法规、行业指南、标准，制定护理制度、常规和操作规程，实施护理质量管理工作。

（一百）护理人力资源配备与医院功能和任务相适应，有护理单元护理人员的配置原则，以临床护理工作量为基础，根据收住患者特点、护理级别比例、床位使用情况对护

理人力资源实行弹性调配。有紧急状态下调配护理人力资源的预案。

（一百零一）护理人员依法执业，实行分层级管理，有护理人员管理规定、实行岗位管理制度，明确岗位设置、岗位职责、岗位技术能力要求和工作标准。有护理人员在职继续医学教育计划，保障措施到位，并有实施记录。

（一百零二）建立基于护理工作量、质量、患者满意度并结合护理难度、技术要求等要素并以考核护理人员实际工作能力为核心的绩效考核制度，考核结果与护理人员的评优、晋升、薪酬分配相结合，调动护理人员积极性。

（一百零三）依据《护士条例》等相关法律法规和规定，规范护理工作，落实优质护理服务。实施责任制整体护理，为患者提供全面、全程、专业、人性化的护理服务。

（一百零四）根据《综合医院分级护理指导原则》《护理分级》（WS/T 431-2013）的原则和要求，进行护理分级，并且按护理级别实施分级护理。有危重患者护理常规，护理措施落实到位。

（一百零五）护理文书、护理查房、护理会诊和护理病例讨论制度参照《医疗质量安全核心制度要点》执行。

（一百零六）有临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范。有紧急意外情况的护理应急预案和处理流程，有培训与演练。

(一百零七)按照《医院手术部(室)管理规范(试行)》《医院消毒供应中心管理规范》《新生儿病室建设与管理指南(试行)》和《医疗机构新生儿安全管理制度(试行)》，完善手术部(室)、消毒供应中心(室)和新生儿病室等护理质量管理与监测相关规定及措施，组织实施并持续改进。

七、药事管理与临床药学服务质量保障与持续改进

(一百零八)医院药事管理工作和药学部门设置以及人员配备符合国家相关法律、法规及规章制度的要求；建立与完善医院药事管理组织，完善药事管理与临床药学服务各项规章制度并组织实施。

(一百零九)加强药品管理，规范药品遴选、采购、储存、调剂，建立全流程监测系统，保障药品质量和供应。静脉药物调配中心和调配工作符合有关规定。

(一百一十)实施临床药师制，积极参与临床药物治疗，促进合理用药，拓展药学服务范围。加强临床药师队伍建设和培训，提高临床药学服务能力和水平。

(一百一十一)按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和标准，加强抗菌药物、麻醉药品和精神药品、毒性药品、放射性药品、抗肿瘤药物、激素类药物、重点监控药物、基本药物、中药注射剂临床应用规范化管理。

(一百一十二)依照《处方管理办法》等有关规定，规范开展处方审核和处方点评，并持续改进。

（一百一十三）建立药物监测和警戒制度，观察用药过程，监测用药效果，按规定报告药物不良反应并反馈临床，不良反应情况应记入病历。

八、检查检验质量保障与持续改进

（一百一十四）临床检验部门、病理部门、医学影像部门设置布局、设备设施分别符合相应规范标准，服务满足临床需要。临床检验和医学影像提供 24 小时急诊诊断服务。

（一百一十五）从事临床检验、病理和医学影像诊断工作和技术工作的人员资质应该按照有关规定取得相应专业技术职务任职资格。

（一百一十六）有临床检验、病理实验室和医学影像诊疗场所管理制度、安全程序、标准操作流程和技术操作规范，遵照实施并准确记录。

（一百一十七）临床检验、病理和医学影像报告及时、准确、规范，并严格执行审核制度。建立临床沟通机制，提供便捷、及时的检查检验信息服务。

（一百一十八）落实全面质量管理与改进制度，开展室内质量控制和室间质量评价。相关检查检验设备（含床旁检查检验设备）按照要求定期检测。

（一百一十九）按照有关规定建立临床检验、病理和医学影像环境保护及人员职业安全防护制度，遵照实施并准确记录。

九、输血管理与持续改进

（一百二十）落实《中华人民共和国献血法》《医疗机构临床用血管理办法》和《临床输血技术规范》等有关规定，医院应当具备为临床提供 24 小时输血服务的能力，满足临床工作需要。

（一百二十一）加强临床用血过程管理，严格掌握输血适应证和输血技术操作规范，促进临床安全、有效、科学输血。

（一百二十二）建立与麻醉科和手术科室有效沟通，积极开展自体输血，严格掌握术中输血适应证，合理、安全输血。

（一百二十三）开展血液质量管理监控，制订、实施控制输血严重危害（输血传染疾病、严重不良反应）的方案。落实输血相容性检测管理制度和实验质量管理要求，确保输血安全。

十、医院感染管理与持续改进

（一百二十四）按照《医院感染管理办法》，建立医院感染管理组织，建立院感多部门协调机制。完善医院感染管理与控制制度，有医院感染事件应急预案并组织实施，开展医院感染预防控制知识与技能的全员培训和教育。

（一百二十五）按照《医院感染监测规范》，加强重点部门、重点环节、重点人群与高危险因素监测，控制并降低

医院感染风险。

（一百二十六）医院感染管理组织要监测医院感染危险因素、医院感染率及其变化趋势，定期开展风险评估并持续改进诊疗流程；定期通报医院感染监测结果并加强横向比较。

（一百二十七）消毒、灭菌和隔离工作符合相关标准和规范要求，工作人员能获得并正确使用符合国家标准的消毒与防护用品；重点部门、重点部位的管理符合要求。

（一百二十八）按照《医务人员手卫生规范》，建立医院手卫生管理制度。正确、充分配置有效、便捷的手卫生设备和设施，加强手卫生落实情况监管。

（一百二十九）有多重耐药菌医院感染控制管理规范与程序，有多部门共同参与的多重耐药菌管理合作机制。应用微生物室检测和医院感染管理数据信息指导临床合理使用抗菌药物。

（一百三十）建立侵入性器械/操作相关感染防控制度。有医院侵入性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作名录，制订相关防控措施并实施数据监测。

（一百三十一）按照有关法律法规，建立医院医疗废物、废液管理责任制，健全组织架构、管理制度和工作机制，落实岗位职责。医疗废物的分类、收集、运送、暂存、转移、登记造册和操作人员职业防护等符合规范。加强相关人员培

训。

十一、中医诊疗质量保障与持续改进

（一百三十二）中医诊疗科室设置应当符合《综合医院中医临床科室基本标准》等文件的要求，所设置的中药房与中药煎药室应当符合相关法律法规的要求。

（一百三十三）建立中医诊疗规范，开展中医特色护理，提供具有中医特色的康复和健康指导等服务。

第三章 医院管理

一、管理职责与决策执行机制

（一百三十四）制定医院章程，建立医院内部决策执行机制。加强和改进医院领导人员管理。

（一百三十五）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。

（一百三十六）医院管理组织机构设置合理，根据法律法规、规章规范以及相关标准，结合本院实际，制定各项规章制度和岗位职责，并及时修订完善。各级管理人员按分工履行职责，建立部门、科室间沟通与协调机制。各部门和科室命名规范。

（一百三十七）医院建立全员学习机制，强化学习文化。定期对员工进行政策法规、管理能力、专业技能和质量安全

培训与教育。

（一百三十八）加强院务公开管理。按照国家有关规定向社会及员工公开信息。

（一百三十九）对对外委托服务项目质量与安全实施监督管理。

二、人力资源管理

（一百四十）建立健全以聘用制度和岗位管理制度为主要内容的人力资源管理制度。医院人力资源配备应当满足医院功能任务和质量安全管理工作需要。

（一百四十一）有公平透明的卫生专业技术人员资质的认定、聘用、考核、评价管理体系，建立专业技术人员档案。

（一百四十二）贯彻落实《公立医院领导人员管理暂行办法》，加强公立医院行政领导人员职业化培训。

（一百四十三）有卫生专业技术人员岗前培训、住院医师规范化培训、继续医学教育、梯队建设和政府指令性培训任务相关管理制度并组织实施。把员工能力建设作为人力资源管理的重要组成部分。

（一百四十四）贯彻与执行《中华人民共和国劳动法》等国家法律、法规的要求，建立与完善职业安全防护相关措施、应急预案、处理与改进的制度，上岗前有职业安全防护教育。

（一百四十五）关注员工身体和心理健康，保障员工合

法健康权益。

（一百四十六）医院应当将科室医疗质量管理情况作为科室负责人综合目标考核以及聘任、晋升、评先评优的重要指标，将科室和医务人员医疗质量管理情况作为医师定期考核、晋升的重要依据。

三、财务和价格管理

（一百四十七）执行《中华人民共和国会计法》《政府会计制度》《医院财务制度》等相关法律法规，财务机构设置合理、财务管理制度健全，人员配置合理，岗位职责明确，会计核算规范，三级公立医院实行总会计师制度。

（一百四十八）按照《中华人民共和国预算法》和相关预算管理规定编制和执行预算，加强预算管理、监督和绩效考评。

（一百四十九）实行全成本核算管理，控制运行成本和医院债务规模，降低财务风险，优化投入产出比，提高医疗资源利用效率。

（一百五十）落实《医疗机构内部价格行为管理规定》，全面落实医疗服务价格公示制度，提高收费透明度；完善医药收费复核制度；确保医药价格管理系统信息准确；规范新增医疗服务价格项目内部审核流程和申报程序。

（一百五十一）执行《中华人民共和国政府采购法》《中华人民共和国招标投标法》及政府采购相关规定，建立药品、

耗材、设备、基建、货物、服务等采购制度和流程，加强集中采购管理。

（一百五十二）医院实行同工同酬、多劳多得、优绩优酬的分配制度。以综合绩效考核为依据，突出服务质量、数量，逐步扩大分配，提高员工待遇。个人分配不得与业务收入直接挂钩。

四、信息管理

（一百五十三）建立以院长为核心的医院信息化建设领导小组，有负责信息管理的专职机构，建立各部门间的组织协调机制，制订信息化发展规划，有与信息化建设配套的相关管理制度。

（一百五十四）医院信息系统能够系统、连续、准确地采集、存储、传输、处理相关的信息，为医院管理、临床医疗和服务提供包括决策支持类的信息技术支撑，并根据国家相关规定，实现信息互联互通、交互共享。

（一百五十五）落实《中华人民共和国网络安全法》，实施国家信息安全等级保护制度，实行信息系统按等级保护分级管理，保障网络信息安全，保护患者隐私。推动系统运行维护的规范化管理，落实突发事件响应机制，保证业务的连续性。

（一百五十六）根据《中华人民共和国统计法》与卫生健康行政部门规定，完成医院基本运行状况、医疗质量安全、

医疗技术、诊疗信息和临床用药监测信息等相关数据报送工作，确保数据真实可靠、可追溯。

五、医学装备管理

（一百五十七）根据国家法律法规及相关规定，建立和完善医学装备管理组织架构，人员配置合理，制定常规与大型医学装备配置方案。

（一百五十八）根据医院功能定位和发展规划，有大型医用设备使用、功能开发、社会效益、成本效益等分析评价。

（一百五十九）加强医学装备安全管理，有明确的医疗器械临床使用安全控制与风险管理工作制度与流程。建立医疗器械临床使用安全事件监测与报告机制。

（一百六十）加强医疗仪器设备管理和使用人员的培训，为医疗器械临床合理使用提供技术支持与咨询服务。

（一百六十一）建立保障医学装备处于完好状态的制度与规范，对用于急救、生命支持系统仪器装备要始终保持在待用状态，建立全院应急调配机制。

（一百六十二）依据国家相关规定，加强对医用耗材的溯源、不良事件监测与报告的管理。

（一百六十三）医学装备部门与使用部门共同管理医学装备，医学装备部门建立质量安全小组，使用部门将医学装备纳入科室管理。

六、后勤保障管理

（一百六十四）有后勤保障管理组织、规章制度与人员岗位职责。后勤保障服务能够坚持“以患者为中心”，满足医疗服务流程需要，注重员工合理需求。

（一百六十五）后勤专业人员及特种设备操作人员持证上岗，按技术操作规程工作。

（一百六十六）控制与降低能源消耗，水、电、气、物资供应等后勤保障满足医院运行需要。

（一百六十七）为员工提供膳食服务，保障饮食卫生安全。

（一百六十八）医疗废物、废液管理符合医院感染管理要求。污水管理和处置符合规定。

（一百六十九）安全保卫组织健全，制度完善。安全保卫设备设施完好，重点环境、重点部位安装视频监控设施，监控室符合相关标准。

（一百七十）医院消防系统、特种设备、危险品管理符合国家相关法律法规和标准。

（一百七十一）为患者提供清洁、温馨、舒适的医院环境，符合爱国卫生运动相关要求，美化、硬化、绿化达到医院环境标准要求。

七、应急管理

（一百七十二）成立医院应急工作领导小组，建立医院应急指挥系统，落实责任，建立并不断完善医院应急管理的

机制。

（一百七十三）明确医院需要应对的主要突发事件策略，制定和完善各类应急预案，提高快速反应能力。

（一百七十四）开展应急培训和演练，提高各级、各类人员的应急素质和医院的整体应急能力。

（一百七十五）合理进行应急物资和设备的储备。

八、科研教学与图书管理

（一百七十六）有鼓励全员参与科研工作的制度和办法，促进科研成果向临床应用转化，并提供适当的经费、条件、设施和人员支持。

（一百七十七）开展药物、医疗器械临床试验以及研究者发起的临床研究应当符合《药物临床试验质量管理规范》《医疗器械临床试验质量管理规范》等相关规定。

（一百七十八）开展涉及人的生物医学研究应经伦理委员会审查。伦理委员会的人员组成、日常管理和审查工作应符合《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》规定。

（一百七十九）承担临床医学教育任务的医院师资、教学管理干部、设备、设施等资源配置符合有关教育教学标准要求，并取得相应资质认可。

（一百八十）根据临床、教学、科研和管理的需要，有计划、有重点地收集国内外各种医学及相关学科的图书和文献，开展多层次多种方式的读者服务工作，提高信息资源

的利用率。

九、行风与文化建设管理

（一百八十一）医院应当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，坚持“以患者为中心”，尊重患者权利，履行防病治病、救死扶伤、保护人民健康的神圣职责。

（一百八十二）重视医院文化建设，建立医院文化建设制度，把医院文化培育成核心竞争力，逐步建立以患者为中心、注重医疗质量安全根植于医院服务理念的特色价值取向和行为标准。

（一百八十三）执行《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见（试行）》，建立行风建设与管理的组织和制度体系，完善工作机制。