

三级医院评审标准（2022年版）
江西省实施细则

第二部分 医疗服务能力与质量安全监测数据

江西省卫生健康委员会

2023年6月

目 录

第二部分 综合医院监测数据.....	1
第一章 资源配置与运行数据指标.....	1
1.1 床位配置.....	1
1.2 卫生技术人员配备.....	1
1.3 相关科室资源配置.....	3
1.4 运行指标.....	7
1.5 科研指标.....	8
第二章 医疗服务能力与医院质量安全指标.....	10
2.1 医疗服务能力.....	10
2.2 医院质量指标.....	12
2.3 医疗安全指标(年度医院获得性指标).....	15
第三章 重点专业质量控制指标.....	29
3.1 麻醉专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2022〕161号).....	29
3.2 重症医学专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2015〕252号).....	36
3.3 急诊专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2015〕252号).....	40
3.4 临床检验专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2015〕252号).....	43
3.5 病理专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2015〕252号).....	46

3.6	医院感染管理医疗质量控制指标(国卫办医函〔2015〕252号)	49
3.7	临床用血质量控制指标(国卫办医函〔2019〕620号)	54
3.8	呼吸内科专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2019〕854号)	56
3.9	产科专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2019〕854号)	60
3.10	神经系统疾病医疗质量控制指标(国卫办医函〔2020〕13号)	62
3.11	肾病专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2020〕13号)	83
3.12	护理专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2020〕654号)	93
3.13	药事管理专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2020〕654号)	99
3.14	病案管理质量控制指标(国卫办医函〔2021〕28号)	105
3.15	心血管系统疾病相关专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2021〕70号)	113
3.16	超声诊断专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2022〕161号)	137
3.17	康复医学专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2022〕161号)	142
3.18	临床营养专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2022〕161号)	146
第四章	单病种(术种)质量控制指标	151
第五章	重点医疗技术临床应用质量控制指标	172
5.1	国家限制类医疗技术(国卫办医发〔2022〕6号)	172
5.2	人体器官捐献、获取与移植技术	205
5.3	消化内镜诊疗技术医疗质量控制指标(国卫办医函〔2022〕161号)	220

附件一：2021 年度国家医疗质量安全目标.....	225
附件二：2022 年度国家医疗质量安全目标.....	229
附件三：2023 年度国家医疗质量安全目标.....	234

第二部分医疗服务能力与质量安全监测数据-评审标准实施细则-数据统计周期为全评审周期-综合医院

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
	第一章				1	资源配置与运行数据指标	116.0分																
	第一章	一、			1.1	床位配置	15分																
计分项	第一章	一、	(一)		1.1.1	核定床位数	5.0分	三级综合性医院≥500张，专科医院符合医疗机构基本标准(试行)要求	国务院办公厅关于印发全国医疗卫生服务体系规划纲要(2015—2020年)的通知(国办发〔2015〕14号)；医疗机构基本标准(试行)	监测达标	数据评价+数据核验	(1)查卫生健康行政部门有效文件；(2)查医院统计报表；(3)床位使用率按实际开放与核定床位数的高位数计算。	三级综合性医院>500张，专科医院符合医疗机构基本标准(试行)要求，得5分。不符合标准得0分。	国家卫生健康统计信息网络直报系统	评审数据收集系统	医院填报	年	张	即编制床位，由卫生健康行政部门核定的床位数。	以《医疗机构执业许可证》副本登记的床位数为准。			
计分项	第一章	一、	(二)		1.1.2	实际开放床位数	5.0分	实际开放床位数大于核定床位数，原则上不超过核定床位数的115%，或有相应措施减少实际开放床位数且实际开放床位数呈下降趋势	三级综合医院医疗服务能力指南(2016年版)(国卫办医函〔2016〕936号)；浙江省综合医院等级评审标准(2019版)	监测达标	数据评价+数据核验	(1)查卫生健康行政部门有效文件；(2)查医院统计报表；(3)床位使用率按实际开放与核定床位数的高位数计算。	三级综合性医院>500张，专科医院符合医疗机构基本标准(试行)要求；实际开放床位数大于核定床位数的，原则上不超过核定床位数的115%，或有相应措施减少实际开放床位数且实际开放床位数呈下降趋势；得5分。如实际开放床位数超过核定床位数的115%，每超阈值1%，扣0.5分。	国家卫生健康统计信息网络直报系统	评审数据收集系统	医院填报	年	张	实有床位数，指年底固定实有床位数。	统计正规床、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。不包括产科新生儿床、接产室待产床、库存床、观察床、临时加床和病人陪侍床。			
计分项	第一章	一、	(三)		1.1.3	床位使用率	5分	93~97%	三级综合医院医疗服务能力指南(2016年版)(国卫办医函〔2016〕936号)	监测达标	数据评价+数据核验	(1)查卫生健康行政部门有效文件；(2)查医院统计报表。	年开放床位使用率93~97%，得5分，每偏离合理区间5%，扣0.5分。	国家卫生健康统计信息网络直报系统	评审数据收集系统	医院填报	年	百分比(%)	每天使用床位与实有床位的比率，即实际占用的总床日数与同期实际开放的总床日数之比。	床位使用率=实际占用的总床日数/同期实际开放的总床日数×100%	实际占用的总床日数	同期实际开放的总床日数	
	第一章	二、			1.2	卫生技术人员配备	10.0分																

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件	
计分项	第一章	二、	(一)		1.2.1	卫生技术人员数与开放床位数比	4.0分	≥ 1.2:1	三级综合医院医疗服务能力指南(2016年版)(国卫办医函〔2016〕936号)	监测达标	数据评价+数据核验	(1)评审前季度末统计报表; (2)现场抽查人事档案及资料; (3)实际开放与核定床位数不一致的,取高位数。	卫生技术人员与实际开放床位数之比≥ 1.2:1,得4分。不符合标准得0分。	国家卫生统计信息网络直报系统	评审数据收集系统	医院填报	年	比值(X:1)	卫生技术人员数与同期全院实际开放床位数之比。	卫生技术人员数与开放床位数比=全院卫生技术人员数/同期全院实际开放床位数:1	全院卫生技术人员数。卫生技术人员是指卫生事业机构支付工资的全部职工中现任职务为卫生技术工作的专业人员,不包括非卫生技术人员,但包括在医院行政后勤其他部门工作的卫生技术人员数,与医院的总职工人数与开放床位数比是不同的涵义。	同期全院实际开放床位数。开放床位数不是编制床位数或核定床位数,是指实际开放床位数。		
计分项	第一章	二、	(二)		1.2.2	全院护士人数与开放床位数比	2.0分	≥ 0.6:1	江西省医院评审标准(2008版)	监测达标	数据评价+数据核验	(1)评审前季度末统计报表; (2)现场抽查人事档案及资料; (3)实际开放与核定床位数不一致的,取高位数。	全院护士人数与开放床位数比≥ 0.6:1,得2分。不符合标准得0分。	国家卫生统计信息网络直报系统	评审数据收集系统	医院填报	年	比值(X:1)	全院注册护士人数与实际开放床位数比。	全院护士人数与开放床位数比=全院注册护士人数/同期全院实际开放床位数:1	全院注册护士人数。全院护士人数指医院注册护士总数,即国家医疗机构、医师、护士电子化注册系统显示已激活状态的护士总数。	同期全院实际开放床位数。		
计分项	第一章	二、	(三)		1.2.3	病区护士人数与开放床位数比	1.0分	≥ 0.4:1	国家卫生健康委办公厅《关于进一步加强医疗机构护理工作的通知》(国卫办医发〔2020〕11号)≥ 0.5:1; 三级综合医院评审标准(2011版)≥ 0.4:1; 江西省数据调研情况	监测达标	数据评价+数据核验	(1)查医院统计报表; (2)现场抽查人事档案及资料; (3)实际开放与核定床位数不一致的,取高位数。	病区护士人数与开放床位数比≥ 0.4:1,得1分。不符合标准得0分。	国家卫生统计信息网络直报系统	评审数据收集系统	医院填报	年	比值(X:1)	全院各病区注册护士人数与实际开放床位数比	病区护士人数与实际开放床位数比=全院各病区注册护士人数/同期全院实际开放床位数:1	全院各病区注册护士人数	同期全院实际开放床位数		
计分项	第一章	二、	(四)		1.2.4	医院感染管理专职人员数与开放床位数比	1.0分	1:200~250	《医院感染监测规范》:医院应按每200~250张实际开放病床,配备1名医院感染专职人员	1:200~250	数据评价+数据核验	(1)查医院统计报表; (2)现场抽查人事档案及资料。	医院感染管理专职人员数与开放床位数比达1:250,得1分。不符合标准得0分。	国家卫生统计信息网络直报系统	评审数据收集系统	医院填报	年	比值(1:X)	医院感染管理专职人员数包括院感专职人员临床专业人数、院感专职人员护理专业人数、院感专职人员公共卫生专业人数、院感专职人员管理专业人数、院感专职人员其他专业人数。	医院感染管理专职人员数与开放床位数比=医院感染管理专职人员数/同期全院实际开放床位数:1	医院感染管理专职人员数	同期全院实际开放床位数		
计分项	第一章	二、	(五)		1.2.5	药学专业技术人员数与卫生专业技术人员数比	1.0分	≥ 8%	《医疗机构药事管理规定》(卫医政发〔2011〕11号)	监测达标	数据评价+数据核验	(1)查医院统计报表; (2)现场抽查人事档案及资料。	药学专业技术人员数与卫生专业技术人员数比≥ 8%,得1分。不符合标准得0分。	国家卫生统计信息网络直报系统	评审数据收集系统	医院填报	年	百分比(%)	药学专业技术人员是指按照有关规定取得药学专业任职资格的由医疗机构聘任的在职人员。	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/同期卫生专业技术人员数× 100%	药学专业技术人员数	同期卫生专业技术人员数		

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件	
计分项、增补项	第一章	二、	(增一)		1.2.Z1	公共卫生工作专职人员数	1.0分	三级公立医院≥5人	《江西省人民政府办公厅关于加强公立医院公共卫生职能建设的实施意见》(赣府厅发〔2021〕21号)	监测达标	数据评价+数据核验	(1)评审前季度末统计报表;(2)现场抽查人事档案及资料。	三级公立医院≥5人。符合评分标准得1分。不符合标准得0分。	国家卫生统计信息网络直报系统	评审数据收集系统	医院填报	年	人	从事公共卫生工作的专职人员数。					
	第一章	三、			1.3	相关科室资源配置	18.0分																	
	第一章	三、	(一)		1.3.1	急诊医学科	2.0分																	
计分项	第一章	三、	(一)	1	1.3.1.1	固定急诊医师人数占急诊在岗医师人数的比例	1.0分	≥75%	卫生部关于印发《急诊科建设与管理指南(试行)》的通知(卫医政发〔2009〕50号)	监测达标	数据评价+数据核验	(1)查医院统计报表;(2)现场抽查人事档案及资料;(3)现场抽查排班表、归档病历。	固定急诊医师人数占急诊在岗医师人数的比例≥75%,得1分。不符合标准得0分。	国家卫生统计信息网络直报系统	评审数据收集系统	医院填报	年	百分比(%)	固定急诊医师人数在同期急诊科在岗医师总数所占的比例。	固定急诊医师人数占急诊在岗医师人数的比例=注册的固定急诊科在岗医师人数/同期急诊科在岗医师总数×100%	注册的固定急诊科在岗医师人数	同期急诊科在岗医师总数		
计分项	第一章	三、	(一)	2	1.3.1.2	固定急诊护士人数占急诊在岗护士人数的比例	1.0分	≥75%	卫生部关于印发《急诊科建设与管理指南(试行)》的通知(卫医政发〔2009〕50号)	监测达标	数据评价+数据核验	(1)查医院统计报表;(2)现场抽查人事档案及资料;(3)现场抽查排班表、归档病历。	固定急诊护士人数占急诊在岗护士人数的比例≥75%,得1分。不符合标准得0分。	国家卫生统计信息网络直报系统	评审数据收集系统	医院填报	年	百分比(%)	固定急诊护士人数在同期急诊科在岗护士总数所占的比例。	固定急诊护士人数占急诊在岗护士人数的比例=注册的固定急诊科在岗护士人数/同期急诊科在岗护士总数×100%	注册的固定急诊科在岗护士人数	同期急诊科在岗护士总数		
	第一章	三、	(二)		1.3.2	重症医学科	3.0分																	
计分项	第一章	三、	(二)	1	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	1.0分	三级医院2~8%	卫生部办公厅关于印发《重症医学科建设与管理指南(试行)》的通知(卫办医政发〔2009〕23号)	监测达标	数据评价+数据核验	(1)查医院统计报表;(2)实地考察中心监护室、独立设科的重症监护病房、专科监护室。	三级医院≥2%;得1分。不符合标准得0分。	国家卫生统计信息网络直报系统	评审数据收集系统	医院填报	年	百分比(%)	重症医学科开放床位数占同期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%	重症医学科开放床位数(包括中心监护室、独立设科的重症监护病房、专科监护室)	同期全院实际开放床位数		
计分项	第一章	三、	(二)	2	1.3.2.2	重症医学科医师人数与重症医学科开放床位数的比	1.0分	≥0.8:1	卫生部办公厅关于印发《重症医学科建设与管理指南(试行)》的通知(卫办医政发〔2009〕23号)	监测达标	数据评价+数据核验	(1)查医院统计报表;(2)现场抽查人事档案及资料;(3)实地考察中心监护室、独立设科的重症监护病房、专科监护室。	重症医学科医师人数与重症医学科开放床位数比≥0.8:1,得1分。不符合标准得0分。	国家卫生统计信息网络直报系统	评审数据收集系统	医院填报	年	比值(X:1)	重症医学科医师人数与重症医学科开放床位数的比。	重症医学科医师人数/同期重症医学科实际开放床位数:1	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		

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第一章	三、	(二)	3	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	1.0分	≥2.5~3:1	卫生部办公厅关于印发《重症医学科建设与管理指南(试行)》的通知》(卫办医政发〔2009〕23号),三级综合医院评审标准实施细则(2011版)	监测达标	数据评价+数据核验	(1)查医院统计报表; (2)现场抽查人事档案及资料; (3)实地考察中心监护室、独立设科的重症监护病房、专科监护室。	重症医学科护士人数与重症医学科开放床位数比≥2.5:1,得1分。不符合标准得0分。	国家卫生统计信息网络直报系统	评审数据收集系统	医院填报	年	比值(X:1)	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:1	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	
	第一章	三、	(三)		1.3.3	麻醉科	2.0分																
计分项	第一章	三、	(三)	1	1.3.3.1	麻醉科医师数与手术间数比	1.0分	≥2:1	三级综合医院评审标准实施细则(2011版)	监测达标	数据评价+数据核验	(1)查医院统计报表; (2)现场抽查人事档案及资料; (3)实地考察麻醉科、手术室。	麻醉科医师数与手术间数比≥2:1,每张手术台配备一名麻醉住院医师及一名主治医师及以上的麻醉医师,得1分。不符合标准得0分。	国家卫生统计信息网络直报系统	评审数据收集系统	医院填报	年	比值(X:1)	麻醉科医师数与同期手术间数比。	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:1	注册的麻醉科在岗医师人数	同期手术间数	
计分项	第一章	三、	(三)	2	1.3.3.2	麻醉科医师数与日均全麻手术台次比	0.5分	≥0.8:1	江西省数据调研情况	监测达标	数据评价+数据核验	(1)查医院统计报表; (2)现场抽查人事档案及资料; (3)江西省医院管理综合评价平台调取数据。	麻醉科医师数与日均全麻手术台次比≥0.8:1,得0.5分。不符合标准得0分。	国家卫生统计信息网络直报系统	评审数据收集系统	医院填报	年	比值(X:1)	麻醉科医师数与同期日均全麻手术台次比。	麻醉科医师数与日均全麻手术台次比=注册的麻醉科在岗医师人数/同期日均全麻手术台次:1	注册的麻醉科在岗医师人数	同期日均全麻手术台次	
计分项	第一章	三、	(三)	3	1.3.3.3	麻醉科医师和手术科室医师比	0.25分	三级医院≥1:3	《三级医院评审标准(2020年版)江西省实施细则》:三级综合医院麻醉科医师和手术科室医师比例达到1:3	监测达标	数据评价+数据核验	(1)查医院统计报表; (2)现场抽查人事档案及资料; (3)江西省医院管理综合评价平台调取数据。	麻醉科医师和手术科室医师比:三级医院≥1:3,得0.25分。不符合标准得0分。	国家卫生统计信息网络直报系统	评审数据收集系统	医院填报	年	比值(1:X)	麻醉科医师人数与同期手术科室医师人数比	麻醉科医师人数与同期手术科室医师人数比=注册的麻醉科在岗医师人数/同期注册的手术科室在岗医师人数	注册的麻醉科在岗医师人数	同期注册的手术科室在岗医师人数	
计分项	第一章	三、	(三)	4	1.3.3.4	手术间麻醉护士与实际开放手术台的数量比	0.25分	≥1:2	《三级医院评审标准(2020年版)江西省实施细则》:每两个麻醉单元必须全程有1名麻醉护理人员参与	监测达标	数据评价+数据核验	(1)查医院统计报表; (2)现场抽查人事档案及资料; (3)江西省医院管理综合评价平台调取数据。	手术间麻醉护士与实际开放手术台的数量比≥1:2,得0.25分。不符合标准得0分。	国家卫生统计信息网络直报系统	评审数据收集系统	医院填报	年	比值(1:X)	手术间麻醉护士人数与同期实际开放手术台的数量比	手术间麻醉护士人数与同期实际开放手术台的数量比=注册的在岗手术间麻醉护士人数/同期实际开放麻醉手术台的数量	注册的在岗手术间麻醉护士人数	同期实际开放麻醉手术台的数量	
	第一章	三、	(四)		1.3.4	中医科	3.0分																

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第一章	三、	(四)	1	1.3.4.1	中医科开放床位数占医院开放床位数的比例	1.0分	综合医院≥5%	《综合医院中医临床科室基本标准》(国中医药发〔2009〕6号)	监测达标	数据评价+数据核验	(1)查医院统计报表;(2)实地考察中医科。	综合医院中医科开放床位数占医院开放床位数的比例≥5%,得1分。不符合标准得0分。	国家卫生统计信息网络直报系统	评审数据收集系统	医院填报	年	百分比(%)	中医科开放床位数占同期医院开放床位数的比例。	中医科开放床位数占同期全院实际开放床位数×100%	中医科实际开放床位数	同期全院实际开放床位数	
计分项	第一章	三、	(四)	2	1.3.4.2	中医科中医类别医师人数与中医科开放床位数比	1.0分	综合医院≥0.4:1	《综合医院中医临床科室基本标准》(国中医药发〔2009〕6号)	监测达标	数据评价+数据核验	(1)查医院统计报表;(2)现场抽查人事档案及资料;(3)实地考察中医科。	中医科中医类别医师人数与中医科开放床位数比≥0.4:1,得1分。不符合标准得0分。	国家卫生统计信息网络直报系统	评审数据收集系统	医院填报	年	比值(X:1)	中医科中医类别医师人数与同期中医科开放床位数比。	中医科中医类别医师人数/同期中医科实际开放床位数:1	注册的中医科在岗中医类别医师人数	同期中医科实际开放床位数	
计分项	第一章	三、	(四)	3	1.3.4.3	中医科护士人数与中医科开放床位数比	1.0分	综合医院≥0.4:1	《综合医院中医临床科室基本标准》(国中医药发〔2009〕6号)	监测达标	数据评价+数据核验	(1)查医院统计报表;(2)现场抽查人事档案及资料;(3)实地考察中医科。	中医科中医类别护士人数与中医科开放床位数比≥0.4:1,得1分。不符合标准得0分。	国家卫生统计信息网络直报系统	评审数据收集系统	医院填报	年	比值(X:1)	中医科护士人数与同期中医科开放床位数比。	中医科护士人数/同期中医科实际开放床位数:1	注册的中医科在岗中医类别护士人数	同期中医科实际开放床位数	
	第一章	三、	(五)		1.3.5	康复医学科	4.0分																
计分项	第一章	三、	(五)	1	1.3.5.1	康复科开放床位数占医院开放床位数的比例	1.0分	综合医院2~5%	《综合医院康复医学科基本标准(试行)》	监测达标	数据评价+数据核验	(1)查医院统计报表;(2)实地考察康复医学科。	康复科开放床位数占医院开放床位数的比例≥2%,得1分。不符合标准得0分。	国家卫生统计信息网络直报系统	评审数据收集系统	医院填报	年	百分比(%)	康复科开放床位数占同期医院开放床位数的比例。	康复科开放床位数占同期全院实际开放床位数×100%	康复科实际开放床位数	同期全院实际开放床位数	综合医院康复医学科基本标准(试行)
计分项	第一章	三、	(五)	2	1.3.5.2	康复科医师人数与康复科开放床位数比	1.0分	综合医院≥0.25:1	《综合医院康复医学科基本标准(试行)》	监测达标	数据评价+数据核验	(1)查医院统计报表;(2)现场抽查人事档案及资料;(3)实地考察康复医学科。	康复科医师人数与康复科开放床位数比≥0.25:1,得1分。不符合标准得0分。	国家卫生统计信息网络直报系统	评审数据收集系统	医院填报	年	比值(X:1)	康复科医师人数与同期康复科开放床位数比。	康复科医师人数/同期康复科实际开放床位数:1	注册的康复科在岗医师人数	同期康复科实际开放床位数	综合医院康复医学科基本标准(试行)
计分项	第一章	三、	(五)	3	1.3.5.3	康复科康复师人数与康复科开放床位数比	1.0分	综合医院≥0.5:1	《综合医院康复医学科基本标准(试行)》	监测达标	数据评价+数据核验	(1)查医院统计报表;(2)现场抽查人事档案及资料;(3)实地考察康复医学科。	康复科康复师人数与康复科开放床位数比≥0.5:1,得1分。不符合标准得0分。	国家卫生统计信息网络直报系统	评审数据收集系统	医院填报	年	比值(X:1)	康复科康复师人数与同期康复科开放床位数比。	康复科康复师人数/同期康复科实际开放床位数:1	康复科在岗康复师人数	同期康复科实际开放床位数	综合医院康复医学科基本标准(试行)

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第一章	三、	(五)	4	1.3.5.4	康复科护士人数与康复科开放床位数比	1.0分	综合医院 ≥ 0.3:1	《综合医院康复医学科基本标准(试行)》	监测达标	数据评价+数据核验	(1)查医院统计报表;(2)现场抽查人事档案及资料;(3)实地考察康复医学科。	康复科护士人数与康复科开放床位数比 ≥ 0.3:1, 得1分。不符合标准得0分。	国家卫生统计信息网络直报系统	评审数据收集系统	医院填报	年	比值(X:1)	康复科护士人数与同期康复科开放床位数比。	康复科护士人数与同期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:1	注册的康复科在岗护士人数	同期康复科实际开放床位数	综合医院康复医学科基本标准(试行)
	第一章	三、	(六)		1.3.6	感染性疾病科	4.0分																
计分项	第一章	三、	(六)	1	1.3.6.1	固定医师人数占感染性疾病科在岗医师人数的比例	1.0分	≥ 75%		监测达标	数据评价+数据核验	(1)查医院统计报表;(2)现场抽查人事档案及资料;(3)现场抽查排班表、归档病历。	固定医师人数占感染性疾病科在岗医师人数的比例 ≥ 75%, 得1分。不符合标准得0分。	国家卫生统计信息网络直报系统	评审数据收集系统	医院填报	年	百分比(%)	固定在感染性疾病科医师人数占同期感染性疾病科在岗医师总数的比例。	固定医师人数占感染性疾病科在岗医师人数的比例=注册的固定在感染性疾病科的在岗医师人数/同期感染性疾病科在岗医师总数 × 100%	注册的固定在感染性疾病科的在岗医师人数	同期感染性疾病科在岗医师总数	
计分项	第一章	三、	(六)	2	1.3.6.2	固定护士人数占感染性疾病科在岗护士人数的比例	1.0分	≥ 75%		监测达标	数据评价+数据核验	(1)查医院统计报表;(2)现场抽查人事档案及资料;(3)现场抽查排班表、归档病历。	固定护士人数占感染性疾病科在岗护士人数的比例 ≥ 75%, 得1分。不符合标准得0分。	国家卫生统计信息网络直报系统	评审数据收集系统	医院填报	年	百分比(%)	固定在感染性疾病科护士人数与同期感染性疾病科在岗护士总数之比。	固定护士人数占感染性疾病科在岗护士人数的比例=注册的固定在感染性疾病科的在岗护士人数/同期感染性疾病科在岗护士总数 × 100%	注册的固定在感染性疾病科的在岗护士人数	同期感染性疾病科在岗护士总数	
计分项	第一章	三、	(六)	3	1.3.6.3	感染性疾病科开放床位数占医院开放床位数的比例	1.0分		(1)三级医院:2~8%或40张床,床位使用率以85%为宜,至少保留1张空床以备应急使用,全年床位使用率超过85%时必须扩大规模。(2)国家传染病区域医疗中心: ≥ 10%。 江西省卫生健康委员会《关于开展2014年医院评审不定期重点评价工作的通知》中的《江西省感染性疾病科建设与管理评价标准》;国家卫生健康委办公厅《关于印发国家传染病医学中心及国家传染病区域医疗中心设置标准的通知》(国卫办医函〔2020〕767号)	监测达标	数据评价+数据核验	(1)查医院统计报表;(2)实地考察感染性疾病科。	(1)三级医院: ≥ 2%或 ≥ 40张床,床位使用率以85%为宜,至少保留1张空床以备应急使用,全年床位使用率超过85%时必须扩大规模。(2)国家传染病区域医疗中心: ≥ 10%。符合评分标准得1分。不符合标准得0分。	国家卫生统计信息网络直报系统	评审数据收集系统	医院填报	年	百分比(%)	感染性疾病科开放床位数占同期医院开放床位数的比例。	感染性疾病科开放床位数占医院开放床位数的比例=感染性疾病科实际开放床位数/同期全院实际开放床位数 × 100%	感染性疾病科实际开放床位数	同期全院实际开放床位数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第一章	三、	(六)	4	1.3.6.4	可转换感染性疾病床位数占医院开放床位数的比例	1.0分	(1) 非传染病救治定点(后备)医院: 5~10%。 (2) 传染病救治后备医院: 10~20%。 (3) 传染病救治定点医院及省级重大传染病重症医疗救治基地: 20~40%。	国家发展改革委、国家卫生健康委、国家中医药局《关于印发公共卫生防控救治能力建设方案的通知》(发改社会〔2020〕735号); 国家卫生健康委办公厅《关于印发国家传染病医学中心及国家传染病区域医疗中心设置标准的通知》(国卫办医函〔2020〕767号); 江西省发展改革委等8家单位印发《关于加快提升公共卫生防控救治能力的实施方案》的通知	监测达标	数据评价+数据核验	(1) 查医院统计报表; (2) 实地考察感染性疾病科。	(1) 非传染病救治定点(后备)医院: $\geq 5\%$; (2) 传染病救治后备医院: $\geq 10\%$; (3) 传染病救治定点医院及省级重大传染病重症医疗救治基地: $\geq 20\%$ 。 符合评分标准得1分。不符合标准得0分。	国家卫生健康统计信息网络直报系统	评审数据收集系统	医院填报	年	百分比(%)	可转换感染性疾病床位数占同期医院开放床位数的比例。	可转换感染性疾病床位数占医院开放床位数的比例=可转换感染性疾病开放床位数/同期全院实际开放床位数 $\times 100\%$	可转换感染性疾病开放床位数	同期全院实际开放床位数	
	第一章	四、			1.4	运行指标	30分																
计分项	第一章	四、	(一)		1.4.1	相关手术科室年手术人次占其出院人次比例	10.0分	年外科手术人次占外科出院人次比例 $\geq 65\%$	三级综合医院医疗服务能力指南(2016年版)(国卫办医函〔2016〕936号); 国家三级公立医院绩效考核操作手册(2020版); 江西省数据调研情况	逐步提高	数据评价+数据核验	从江西省医院管理综合评价平台调取评审前四年数据。	(1) 外科手术人次占外科出院人次比例 $\geq 65\%$, 得10分。 (2) 评审前四年该指标呈现上升趋势, 得10分。 (3) 根据评审前一年度该指标全省分级分类排名, 从高到低分A、B、C、D、E层次, 依次给予10分、9分、8分、7分、6分。三项评分标准中, 取该医院得分高的一项。	江西省医院管理综合评价平台		自动抓取	年	百分比(%)	相关手术科室年手术人次占其出院人次比例。	相关手术科室年手术人次占其出院人次比例=相关手术科室出院患者手术台次数/相关手术科室同期患者出院总人数 $\times 100\%$	相关手术科室出院患者手术台次数	相关手术科室同期患者出院总人数	三级综合医院医疗服务能力指南(2016年版)(国卫办医函〔2016〕936号); 国家三级公立医院绩效考核操作手册(2020修订版)
计分项	第一章	四、	(二)		1.4.2	开放床位使用率	5分	93~97%	三级综合医院医疗服务能力指南(2016年版)(国卫办医函〔2016〕936号)	监测达标	数据评价+数据核验	(1) 查卫生健康行政部门有效文件; (2) 查医院统计报表。	年开放床位使用率93~97%, 得5分, 每偏离合理区间5%, 扣0.5分。	国家卫生健康统计信息网络直报系统	评审数据收集系统	医院填报	年	百分比(%)	每天使用床位与实有床位的比率, 即实际占用的总床日数与同期实际开放的总床日数之比。	开放床位使用率=实际占用的总床日数/同期实际开放的总床日数 $\times 100\%$	实际占用的总床日数	同期实际开放的总床日数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第一章	四、	(三)		1.4.3	人员支出占业务支出的比重	15.0分	≥35%	国家三级公立医院绩效考核操作手册(2020版);江西省数据调研情况	逐步提高	数据评价+数据核验	查评审前四年医院统计报表。	(1)人员支出占业务支出的比重≥35%,得15分。(2)评审前四年该指标呈现上升趋势,得15分。(3)根据评审前一年度该指标全省分级分类排名,从高到低分A、B、C、D、E层次,依次给予15分、14分、13分、12分、11分。三种评分标准中,取该医院得分高的一种。	国家卫生统计信息网络直报系统	评审数据收集系统	医院填报	年	百分比(%)	年度人员经费占医疗活动费用的比例。	人员支出占业务支出的比重=人员经费/同期医疗活动费用×100%	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经费(不含财政项目拨款经费和科教经费)、专家咨询费等人员经费不在本指标计算范围内。	同期医疗活动费用,包括业务活动费用(不含财政项目拨款经费和科教经费)、单位管理费用(不含财政项目拨款经费和科教经费)、经营费用、资产处置费用、上缴上级费用、对附属单位补助费用、所得税费用、其他费用。	国家三级公立医院绩效考核操作手册(2020修订版)
	第一章	五、			1.5	科研指标	15.0分																
计分项、增补项	第一章	五、	(增一)		1.5.Z1	医疗机构科研经费投入占年度总收入的比例	6.0分	2021年度(含)之前科研经费投入占年度总收入≥1%。2022年度之后科研经费投入占年度总收入≥2%。	1.《关于增加卫生科技投入的决定》(赣卫科发〔1996〕207号) 2.《江西省卫生健康委关于加快推进卫生健康科技创新的指导意见》(赣卫科教字〔2021〕16号)	监测达标	数据评价+数据核验	查看评审前四年统计报表及佐证资料。	2021年度(含)之前科研经费投入占年度总收入≥1%。2022年度之后科研经费投入占年度总收入≥2%。符合评分标准得6分。不符合标准得0分。	国家卫生统计信息网络直报系统	评审数据收集系统	医院填报	年	百分比(%)	医疗机构科研经费投入占年度总收入的比例。	医疗机构科研经费投入占年度总收入的比例=医疗机构科研经费投入/年度总收入×100%	医疗机构科研经费投入	年度总收入	
计分项、增补项	第一章	五、	(增二)		1.5.Z2	省级及以上科研项目数量或省级及以上医学科技奖励	3.0分	(1)省级医院:承担国家级科研项目≥8项或获省级及以上医学科技奖励二等奖及以上奖励数量≥1项目。 (2)其他医院:承担省级及以上科研项目≥5项或获省级及以上医学科技奖励三等奖及以上奖励数量≥1项目。	国家三级公立医院绩效考核操作手册(2020版);浙江省综合医院等级评审标准(2019版);江西省数据调研情况	逐步提高	数据评价+数据核验	查看评审前四年统计报表及佐证资料。	(1)省级医院:承担国家级科研项目≥8项或获省级及以上医学科技奖励二等奖及以上奖励数量≥1项目。符合评分标准得3分。不符合标准得0分。 (2)其他医院:承担省级及以上科研项目≥5项或获省级及以上医学科技奖励三等奖及以上奖励数量≥1项目。符合评分标准得3分。不符合标准得0分。	国家卫生统计信息网络直报系统	评审数据收集系统	医院填报	年	项	(1)承担省级及以上科研项目是指考核年度承担的省级及以上科研项目,含自然科学基金项目,包含本年成功立项和在研的省级项目数量,要求本院为主研单位。 (2)获省级及以上医学科技奖励二等奖及以上奖励数量是指考核年度获省级及以上医学科技奖励二等奖及以上奖励数量。				

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件	
计分项	第一章	五、	(一)		1.5.1	新技术临床转化数量	3.0分	(1)省级医院:每百名卫生技术人员科研成果转化金额≥25万元。 (2)其他医院:每百名卫生技术人员科研成果转化金额≥10万元。	国家三级公立医院绩效考核操作手册(2020版);浙江省综合医院等级评审标准(2019版);江西省数据调研情况	逐步提高	数据评价+数据核验	查看评审前四年统计报表及佐证资料。	(1)省级医院:每百名卫生技术人员科研成果转化金额≥25万元。符合评分标准得3分;每少1万,扣0.12分。 (2)其他医院:每百名卫生技术人员科研成果转化金额≥10万元。符合评分标准得3分;每少1万,扣0.3分。	国家卫生健康信息网络直报系统	评审数据收集系统	医院填报	年	万元	每百名卫生技术人员科研成果转化金额是年度科技成果转化合同、协议成交金额总数(以实际到账金额统计)。	每百名卫生技术人员科研成果转化金额=年度科技成果转化金额/同期医院卫生技术人员总数×100	年度科技成果转化总金额,是指年度医院科研成果转化合同、协议成交金额总数(以实际到账金额统计)。	同期医院卫生技术人员总数,包括医、药、护、技四类在岗人员,包含行政职能科室工作的四类人员。		
计分项	第一章	五、	(二)		1.5.2	取得临床相关国家专利数量	3.0分	(1)省级医院:每百名卫生技术人员获国家专利数≥8项。 (2)其他医院:每百名卫生技术人员获国家专利数≥3项。	浙江省综合医院等级评审标准(2019版);江西省数据调研情况	逐步提高	数据评价+数据核验	查看评审前四年统计报表及佐证资料。	(1)省级医院:每百名卫生技术人员获国家专利数≥8项。 (2)其他医院:每百名卫生技术人员获国家专利数≥3项。符合评分标准得3分。每少1项,省级医院扣0.375分,其他医院扣1.0分。	国家卫生健康信息网络直报系统	评审数据收集系统	医院填报	年	项	年度每百名卫生技术人员获国家专利数。	年度每百名卫生技术人员获国家专利数=本年度医院获国家专利总项数/同期卫生技术人员总数×100	本年度医院获国家专利总项数,包括与临床相关的专利法规定的可以获得专利保护的三种发明创造形式:发明专利、实用新型专利和外观设计专利。	同期医院卫生技术人员总数,包括医、药、护、技四类在岗人员,包含行政职能科室工作的四类人员。		
	第一章	增一、			1.Z1	电子病历应用评价分级	8.0分																	
计分项、增补项	第一章	增一、	(一)		1.Z1.1	电子病历应用评价分级	8.0分	4级		监测达标	数据评价+数据核验	查看相关文件或有效证件。	电子病历应用评价分级达4级,得8分。		评审数据收集系统	医院填报	年	级	电子病历应用评价分级					
	第一章	增二、			1.Z2	公立医院绩效考核评价	20.0分																	
计分项、增补项	第一章	增二、	(一)		1.Z2.1	公立医院绩效考核评价总成绩排名	20.0分		江西省数据调研情况	逐步提高	数据评价	查看评审前四年可获取的公立医院绩效考核评价报告。	(1)国家监测指标等级位于A等,得20分。 (2)评审前可获取的年度报告显示在全国的排名呈正向趋势,得20分。 (3)根据评审前最近一次年度报告该指标全省分级分类排名,从高到低分A、B、C、D、E层次,依次给予20分、19分、18分、17分、16分。三种评分标准中,取该医院得分高的一种。	国家公立医院绩效考核管理平台	评审数据收集系统	查询	年	等,层次	公立医院绩效考核评价中,国家监测指标总成绩在全国同级同类医院中的排名					

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件	
	第二章				2	医疗服务能力与医院质量安全指标	219.0分																	
	第二章	一、			2.1	医疗服务能力	84.0分																	
计分项	第二章	一、	(一)		2.1.1	收治病种数量(ICD-10四位亚目数量)	5.0分	三级医院≥1348种	江西省数据调研情况	逐步提高	数据评价	从江西省医院管理综合评价平台调取评审前四年数据。	(1)三级医院≥1348种,得5分。(2)评审前四年该指标呈现上升趋势,得5分。(3)根据评审前一年度该指标全省分级分类排名,从高到低分A、B、C、D、E层次,依次给予5分、4.5分、4分、3.5分、3分。三种评分标准中,取该医院得分高的一种。	江西省医院管理综合评价平台		自动抓取	年	种	收治病种数量(ICD-10四位亚目数量)	按照主诊断为检索范围,各医院主诊断编码亚目去重统计产生的种数。				
计分项	第二章	一、	(二)		2.1.2	住院术种数量(ICD-9-CM-3四位亚目数量)	5.0分	三级医院≥521种	江西省数据调研情况	逐步提高	数据评价	从江西省医院管理综合评价平台调取评审前四年数据。	(1)三级医院≥521种,得5分。(2)评审前四年该指标呈现上升趋势,得5分。(3)根据评审前一年度该指标全省分级分类排名,从高到低分A、B、C、D、E层次,依次给予5分、4.5分、4分、3.5分、3分。三种评分标准中,取该医院得分高的一种。	江西省医院管理综合评价平台		自动抓取	年	种	住院术种数量(ICD-9-CM-3四位亚目数量)	按照主手术为检索范围,主手术判断条件是一份病例中所有手术编码中存在属性为“手术”或者“介入”的,选择最高级别即为主手术。主手术去重统计产生的种数。				
计分项	第二章	一、	(三)		2.1.3	DRG-DRGs组数	10.0分	三级医院≥500组	江西省数据调研情况;浙江省综合医院等级评审标准(2019版)	逐步提高	数据评价	查评审前四年江西省卫生健康委DRG绩效评价数据。	(1)三级医院≥500组,得10分。(2)评审前四年该指标呈现上升趋势,得10分。(3)根据评审前一年度该指标全省分级分类排名,从高到低分A、B、C、D、E层次,依次给予10分、9.5分、9分、8.5分、8分。三种评分标准中,取该医院得分高的一种。	江西省医院管理综合评价平台		自动抓取	年	数值	运用DRG分组器测算产生的DRG分组,即某机构或区域,分到的DRG组个数,主要反应医院收治病例所覆盖疾病类型的范围。	去重计数。				

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件	
计分项	第二章	一、	(四)		2.1.4	DRG-CMI	20.0分	CMI值≥1	江西省数据调研情况	逐步提高	数据评价	查评审前四年江西省卫生健康委DRG绩效评价数据。	(1) DRG-CMI值≥1, 得20分。(2) 评审前四年该指标呈现上升趋势, 得20分。(3) 根据评审前一年度该指标全省分级分类排名, 从高到低分A、B、C、D、E层次, 依次给予20分、19分、18分、17分、16分。三种评分标准中, 取该医院得分高的一种。	江西省医院管理综合评价平台		自动抓取	年	数值	运用DRG分组器测算产生CMI值(病例组合指数), 即某个医院的例均权重, 主要反应医院疾病收治难度。	评价范围内DRG总量的均值。				
计分项	第二章	一、	(五)		2.1.5	DRG时间指数	8.0分	≤1	江西省数据调研情况	逐步降低	数据评价	查评审前四年江西省卫生健康委DRG绩效评价数据。	(1) DRG时间指数≤1, 得8分。(2) 评审前四年该指标呈现下降趋势, 得8分。(3) 根据评审前一年度该指标全省分级分类排名, 从低到高分A、B、C、D、E层次, 依次给予8分、7.5分、7分、6.5分、6分。三种评分标准中, 取该医院得分高的一种。	江西省医院管理综合评价平台		自动抓取	年	数值	运用DRG分组器测算产生的时间消耗指数, 主要反应医院治疗疾病所花费的时间, 用于评价在同等诊疗难度水平下的效率运行情况。	时间消耗指数=Σ(医院各DRGs各组平均住院日比×各DRGs各组病例数)/医院总入组病例数	医院各DRGs各组平均住院日比×各DRGs各组病例数之和	医院总入组病例数		
计分项	第二章	一、	(六)		2.1.6	DRG费用指数	8.0分	≤1	江西省数据调研情况	逐步降低	数据评价	查评审前四年江西省卫生健康委DRG绩效评价数据。	(1) DRG费用指数≤1, 得8分。(2) 评审前四年该指标呈现下降趋势, 得8分。(3) 根据评审前一年度该指标全省分级分类排名, 从低到高分A、B、C、D、E层次, 依次给予8分、7.5分、7分、6.5分、6分。三种评分标准中, 取该医院得分高的一种。	江西省医院管理综合评价平台		自动抓取	年	数值	运用DRG分组器测算产生的费用消耗指数, 主要反应医院治疗疾病所花费的费用, 用于评价在同等诊疗难度水平下的效率运行情况。	费用消耗指数=Σ(医院各DRGs各组费用比×各DRGs各组病例数)/医院总入组病例数	医院各DRGs各组费用比×各DRGs各组病例数之和	医院总入组病例数		

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件	
计分项、增补项	第二章	一、	(增一)		2.1.Z1	DRG总量	8.0分		江西省数据调研情况	监测比较	数据评价	查评审前四年江西省卫生健康委DRG绩效评价数据。	(1)评审前四年该指标呈现上升趋势，得8分。(2)根据评审前一年度该指标全省分级分类排名，从高到低分A、B、C、D、E层次，依次给予7分、6.5分、6分、5.5分、6分。两种评分标准中，取该医院得分高的一种。	江西省医院管理综合评价平台		自动抓取	年	数值	运用DRG分组器测算产生的总量，用于评价医院医疗工作的量。	DRG总量=Σ(某组权重RW×该DRG组病例数)				
计分项、增补项	第二章	一、	(增二)		2.1.Z2	三四级手术占比	10.0分	≥20%	江西省数据调研情况	逐步提高	数据评价	(1)查评审前四年江西省卫生健康委DRG绩效评价数据；(2)手术分级按照DRG系统计算。	三级甲等：三四级手术占比≥20%；三级乙等：三四级手术占比≥12%。每下降1%，三级甲等扣2分，三级乙等扣1分。	江西省医院管理综合评价平台		自动抓取	年	百分比(%)	出院患者实施三四级手术人数占同期出院患者手术总人数之比，主要反应医院手术难度水平。	三四级手术占比=出院患者三四级手术人数/同期出院患者手术总人数	出院患者三四级手术人数	同期出院患者手术总人数		
计分项、增补项	第二章	一、	(增三)		2.1.Z3	疑难病例RW值≥2的本院病种占比	10.0分	≥4%	江西省数据调研情况	逐步提高	数据评价	查评审前四年江西省卫生健康委DRG绩效评价数据。	疑难病例RW值≥2的本院病种占比：三级甲等≥4%，三级乙等≥2%得7分。每下降0.5%，三级甲等扣1分，三级乙等扣0.5分。	江西省医院管理综合评价平台		自动抓取	年	百分比(%)	RW≥2的人次数占同期该院总出院人次数之比，主要反应医院诊疗疑难病例的占比。	疑难病例RW值≥2的本院病种占比=RW≥2的出院患者人次数/同期出院患者总人次数	RW≥2的出院患者人次数	同期出院患者总人次数		
	第二章	二、			2.2	医院质量指标	80.0分																	
计分项	第二章	二、	(一)		2.2.1	年度国家医疗质量安全目标改进情况	40.0分(4.0分/项)			逐步提高或逐步降低	数据评价+数据核验	(1)查2021年一季度至评审前一季度医院统计报表；(2)数据核验。	(1)有数据收集上报，得3.2分/项。(2)有数据收集上报，数据呈现改善趋势，得4分。(3)有数据收集上报，评审前一季度该指标全省分级分类排名，从优到劣分A、B、C、D、E层次，依次给予4分、3.8分、3.6分、3.4分、3.2分。三种评分标准中，取该医院得分高的一种。		评审数据收集系统	医院填报(每季度)	季	百分比(%)	实时参照国家卫健委发布的文件，如《国家卫生健康委办公厅关于印发2021年国家医疗质量安全改进目标的通知》(国卫办医函〔2021〕76号)。	实时参照国家卫健委发布的文件，如《国家卫生健康委办公厅关于印发2021年国家医疗质量安全改进目标的通知》(国卫办医函〔2021〕76号)。	实时参照国家卫健委发布的文件，如《国家卫生健康委办公厅关于印发2021年国家医疗质量安全改进目标的通知》(国卫办医函〔2021〕76号)。	实时参照国家卫健委发布的文件，如《国家卫生健康委办公厅关于印发2021年国家医疗质量安全改进目标的通知》(国卫办医函〔2021〕76号)。		

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第二章	二、	(二)		2.2.2	患者住院总死亡率	5.0分			逐步降低	数据评价	从江西省医院管理综合评价平台调取评审前四年数据。	(1)评审前四年该指标呈现下降趋势,得5分。(2)根据评审前一年度该指标全省分级分类排名,从低到高分A、B、C、D、E层次,依次给予5分、4.8分、4.6分、4.4分、4.2分。两种评分标准中,取该医院得分高的一种。	江西省医院管理综合评价平台		自动抓取	年	百分比(%)	住院总死亡患者人数占同期出院患者总人次的比例。	患者住院总死亡率=住院总死亡患者人数/同期出院患者总人次×100%	住院总死亡患者人数	同期出院患者总人次	
计分项	第二章	二、	(三)		2.2.3	新生儿患者住院死亡率	5.0分			逐步降低	数据评价	从江西省医院管理综合评价平台调取评审前四年数据。	(1)评审前四年该指标呈现下降趋势,得5分。(2)根据评审前一年度该指标全省分级分类排名,从低到高分A、B、C、D、E层次,依次给予5分、4.5分、4分、3.5分、3分。两种评分标准中,取该医院得分高的一种。	江西省医院管理综合评价平台		自动抓取	年	百分比(%)	新生儿患者住院死亡人数占同期新生儿患者出院人次的比例。	新生儿患者住院死亡率=新生儿患者住院死亡人数/同期新生儿患者出院人次×100%	新生儿患者住院死亡人数(新生儿且死亡人数)	同期新生儿患者出院人次	
计分项	第二章	二、	(四)		2.2.4	手术患者住院死亡率	5.0分			逐步降低	数据评价	从江西省医院管理综合评价平台调取评审前四年数据。	(1)评审前四年该指标呈现下降趋势,得5分。(2)根据评审前一年度该指标全省分级分类排名,从低到高分A、B、C、D、E层次,依次给予5分、4.8分、4.6分、4.4分、4.2分。两种评分标准中,取该医院得分高的一种。	江西省医院管理综合评价平台		自动抓取	年	百分比(%)	手术患者住院死亡人数占同期手术患者出院人次的比例。	手术患者住院死亡率=手术患者住院死亡人数/同期手术患者出院人次×100%	手术患者住院死亡人数(术后且死亡的人数)	同期手术患者出院人次	
计分项	第二章	二、	(五)		2.2.5	住院患者出院后0-31天非预期再住院率	5.0分			逐步降低	数据评价+数据核验	(1)查2021年一季度至评审前一季度医院统计报表;(2)现场抽查病历,核验病案首页信息填写情况。	(1)该指标呈现下降趋势,得5分。(2)评审前一季度该指标全省分级分类排名,从低到高分A、B、C、D、E层次,依次给予5分、4.8分、4.6分、4.4分、4.2分。两种评分标准中,取该医院得分高的一种。	评审数据收集系统		医院填报(每季度)	季	百分比(%)	出院后0-31天非预期再住院患者人次占同期出院患者总人次(除死亡患者外)的比例。	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%	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)	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件	
计分项	第二章	二、	(六)	1	2.2.6.1	手术患者术后48小时/31天内非预期重返手术室再次手术率(手术患者术后48小时内非预期重返手术室再次手术率)	2.5分			逐步降低	数据评价+数据核验	(1)查2021年一季度至评审前一季度医院统计报表; (2)现场抽查病历,核验病案首页信息填写情况。	(1)该指标呈现下降趋势,得2.5分。 (2)评审前一季度该指标全省分级分类排名,从低到高分A、B、C、D、E层次,依次给予2.5分、2.4分、2.3分、2.2分、2.1分。两种评分标准中,取该医院得分高的一种。	评审数据收集系统	医院填报(每季度)	季	百分比(%)	手术患者手术后48小时内因各种原因导致患者需进行的计划外再次手术例数占同期出院患者手术例数的比例。	手术患者术后48小时内非预期重返手术室再次手术例数/同期出院患者手术例数×100%	手术患者手术后48小时内非预期重返手术室再次手术例数	同期出院患者手术例数			
计分项	第二章	二、	(六)	2	2.2.6.2	手术患者术后48小时/31天内非预期重返手术室再次手术率(手术患者术后48小时-31天内非预期重返手术室再次手术率)	2.5分			逐步降低	数据评价+数据核验	(1)查2021年一季度至评审前一季度医院统计报表; (2)现场抽查病历,核验病案首页信息填写情况。	(1)该指标呈现下降趋势,得2.5分。 (2)评审前一季度该指标全省分级分类排名,从低到高分A、B、C、D、E层次,依次给予2.5分、2.4分、2.3分、2.2分、2.1分。两种评分标准中,取该医院得分高的一种。	评审数据收集系统	医院填报(每季度)	季	百分比(%)	手术患者手术后31天内因各种原因导致患者需进行的计划外再次手术例数占同期出院患者手术例数的比例。	手术患者术后31天内非预期重返手术室再次手术例数/同期出院患者手术例数×100%	手术患者手术后48小时-31天内非预期重返手术室再次手术例数	同期出院患者手术例数			
不计分项	第二章	二、	(七)		2.2.7	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)				逐步降低	数据评价	查评审前四年江西省卫生健康委DRG绩效评价数据。		江西省医院管理综合评价平台		自动抓取	年	百分比(%)	年度医院出院患者中低风险病种出现死亡数量占出院人次中低风险病种总人数的比例。 115个低风险病种ICD-10(2019v2.0)编码按照国家卫健委《三级医院评审标准(2020年版)》	ICD低风险病种住院患者死亡病例数/ICD低风险病种出院患者病例总数×100%	ICD低风险病种住院患者死亡病例数	ICD低风险病种出院患者病例总数	国家卫健委《三级医院评审标准(2020年版)》	
计分项	第二章	二、	(八)		2.2.8	DRGs低风险组患者住院死亡率	15.0分			逐步降低	数据评价	查评审前四年江西省卫生健康委DRG绩效评价数据。	追踪评审前四年数据,每出现1例低风险死亡病例,扣0.25分。	江西省医院管理综合评价平台		自动抓取	年	百分比(%)	运用DRGs分组器测算产生低风险组病例,其死亡率是指该组死亡的病例数占低风险组全部病例数量的比例。	DRGs低风险组患者住院死亡率=DRG低风险组死亡例数/DRG低风险组总病例数×100% 低风险组计算过程:首先计算所有DRGs覆盖病例的死亡率,对死亡率取自然对数,处在负1倍标准差以外的DRG组为低风险组	DRG低风险组死亡例数	DRG低风险组总病例数		

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件	
	第二章	三、			2.3	医疗安全指标(年度医院获得性指标)	45.0分 (1.45分/项)			逐步降低	数据评价+数据核验	(1)从江西省医院管理综合评价平台调取数据。(2)现场抽查病历,核验病案首页信息填写情况。	每项指标评分方法如下。(1)在病案首页上客观如实填写指标相关信息,得1.2分。(2)在病案首页上客观如实填写指标相关信息,指标数据呈改善趋势,得1.45分。(3)在病案首页上客观如实填写指标相关信息,评审前一年度该指标全省分级分类排名,从低到高分A、B、C、D、E层次,依次给予1.45分、1.35分、1.3分、1.25分、1.2分。	江西省医院管理综合评价平台		自动抓取	年		手术病例的定义:是指某病案中所有手术编码对照国家2.0版手术库,其类型只要有属于“手术”或“介入”的即为手术病例					
计分项	第二章	三、	(一)		2.3.1	手术患者手术后肺栓塞发生例数和发生率(ICD-10编码: I26的手术出院患者)												例数,百分比(%)	(1)手术患者手术后肺栓塞发生例数(ICD-10编码: I26的手术出院患者)。 (2)手术患者手术后肺栓塞发生例数占同期手术出院患者人次的比例。	手术患者手术后肺栓塞发生率=手术患者手术后肺栓塞发生例数/同期手术出院患者人次×100%	手术患者手术后肺栓塞发生例数(分子条件增加入院病情为4,择期手术)	同期手术出院患者人次[总手术人次基础上排除妊娠、分娩、新生儿患者(出生天数小于等于28)]		
计分项	第二章	三、	(二)		2.3.2	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)												例数,百分比(%)	(1)手术患者手术后深静脉血栓发生例数(ICD-10编码: I80.2, I82.8的手术出院患者)。 (2)手术患者手术后深静脉血栓患者发生例数占同期手术出院患者人次的比例。	手术患者手术后深静脉血栓发生率=手术患者手术后深静脉血栓发生例数/同期手术出院患者人次×100%	手术患者手术后深静脉血栓发生例数(分子条件增加入院病情为4,择期手术)	同期手术出院患者人次[总手术人次基础上排除妊娠、分娩、新生儿患者(出生天数小于等于28)]		

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第二章	三、	(三)		2.3.3	手术患者手术后脓毒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, B37.700, B49.x00x019的手术出院患者)												例数, 百分比(%)	(1)手术患者手术后脓毒症发生例数(ICD-10编码: A40.0至A40.9, A41.0至A41.9, T81.411, B37.700, B49.x00x019的手术出院患者)。 (2)手术患者手术后脓毒症发生例数占同期手术出院患者人次的比例。	手术患者手术后脓毒症发生率=手术患者手术后脓毒症发生例数/同期手术出院患者人次×100%	手术患者手术后脓毒症发生例数(分子条件增加入院病情为4, 择期手术)	同期手术出院患者人次[总手术人次基础上排除妊娠、分娩、新生儿患者(出生天数小于等于28)]	
计分项	第二章	三、	(四)		2.3.4	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)												例数, 百分比(%)	(1)手术患者手术后出血或血肿发生例数(ICD-10编码: T81.0的手术出院患者)。 (2)手术患者手术后出血或血肿发生例数占同期手术患者出院人次的比例。	手术患者手术后出血或血肿发生率=手术患者手术后出血或血肿发生例数/同期手术出院患者人次×100%	手术患者手术后出血或血肿发生例数(分子条件增加入院病情为4, 择期手术)	同期手术出院患者人次[总手术人次基础上排除妊娠、分娩、新生儿患者(出生天数小于等于28)]	
计分项	第二章	三、	(五)		2.3.5	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)												例数, 百分比(%)	(1)手术患者手术伤口裂开发生例数(ICD-10编码: T81.3的手术出院患者)。 (2)手术患者手术伤口裂开发生例数占同期手术出院患者人次的比例。	手术患者手术伤口裂开发生率=手术患者手术伤口裂开发生例数/同期手术出院患者人次×100%	手术患者手术伤口裂开发生例数(分子条件增加入院病情为4, 择期手术)	同期手术出院患者人次[总手术人次基础上排除妊娠、分娩、新生儿患者(出生天数小于等于28)]	
计分项	第二章	三、	(六)		2.3.6	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)												例数, 百分比(%)	(1)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)。 (2)手术患者手术后猝死发生例数占同期手术出院患者人次的比例。	手术患者手术后猝死发生率=手术患者手术后猝死发生例数/同期手术出院患者人次×100%	手术患者手术后猝死发生例数(分子条件增加入院病情为4, 择期手术)	同期手术出院患者人次[总手术人次基础上排除妊娠、分娩、新生儿患者(出生天数小于等于28)]	
计分项	第二章	三、	(七)		2.3.7	手术患者手术后呼吸衰竭发生例数和发生率(ICD-10编码: J95.800x004, J96.0, J96.1, J96.9的手术出院患者)												例数, 百分比(%)	(1)手术患者手术后呼吸衰竭发生例数(ICD-10编码: J96.0, J96.1, J96.9, J95.800x004的手术出院患者)。 (2)手术患者手术后呼吸衰竭发生例数占同期手术出院患者人次的比例。	手术患者手术后呼吸衰竭发生率=手术患者手术后呼吸衰竭发生例数/同期手术出院患者人次×100%	手术患者手术后呼吸衰竭发生例数(分子条件增加入院病情为4, 择期手术)	同期手术出院患者人次[总手术人次基础上排除妊娠、分娩、新生儿患者(出生天数小于等于28)]	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第二章	三、	(八)		2.3.8	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)												例数, 百分比(%)	(1) 手术患者手术后生理/代谢紊乱发生例数(ICD-10编码: E89.0至E89.9的手术出院患者)。 (2) 手术患者手术后生理/代谢紊乱发生例数占同期手术出院患者人次的比例。	手术患者手术后生理/代谢紊乱发生率=(手术患者手术后生理/代谢紊乱发生例数)/同期手术出院患者人次×100%	手术患者手术后生理/代谢紊乱发生例数(分子条件增加入院病情为4, 择期手术)	同期手术出院患者人次[总手术人次基础上排除妊娠、分娩、新生儿患者(出生天数小于等于28)]	
计分项	第二章	三、	(九)		2.3.9	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)												例数, 百分比(%)	(1) 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)。 (2) 与手术/操作相关感染发生例数占同期手术/操作出院患者人次的比例。	与手术/操作相关感染发生率=(与手术/操作相关感染发生例数)/同期手术出院患者人次×100%	与手术/操作相关感染发生例数(分子条件增加入院病情为4, 择期手术)	同期手术出院患者人次[总手术人次基础上排除妊娠、分娩、新生儿患者(出生天数小于等于28)]	
计分项	第二章	三、	(十)		2.3.10	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)												例数, 百分比(%)	(1) 手术过程中异物遗留发生例数(ICD-10编码: T81.5, T81.6的手术出院患者)。 (2) 手术过程中异物遗留发生例数占同期手术出院患者人次的比例。	手术过程中异物遗留发生率=手术过程中异物遗留发生例数/同期手术出院患者人次×100%	发生手术过程中异物遗留发生例数(分子条件增加入院病情为4, 择期手术)	同期手术出院患者人次[总手术人次基础上排除妊娠、分娩、新生儿患者(出生天数小于等于28)]	
计分项	第二章	三、	(十一)		2.3.11	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)												例数, 百分比(%)	(1) 手术患者麻醉并发症发生例数(ICD-10编码: T88.2至T88.5的手术出院患者)。 (2) 手术患者麻醉并发症发生例数占同期手术出院患者人次的比例。	手术患者麻醉并发症发生率=手术患者麻醉并发症发生例数/同期手术出院患者人次×100%	手术患者麻醉并发症发生例数(分子条件增加入院病情为4, 择期手术)	同期手术出院患者人次[总手术人次基础上排除妊娠、分娩、新生儿患者(出生天数小于等于28)]	
计分项	第二章	三、	(十二)		2.3.12	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J95.4, J95.8, J95.9, J98.4, J15至J16, J18的手术出院患者)												例数, 百分比(%)	(1) 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J95.4, J95.8, J95.9, J98.4, J15至J16, J18的手术出院患者)。 (2) 手术患者肺部感染与肺机能不全发生例数占同期手术出院患者人次的比例。	手术患者肺部感染与肺机能不全发生率=手术患者肺部感染与肺机能不全发生例数/同期手术出院患者人次×100%	手术患者肺部感染与肺机能不全发生例数(分子条件增加入院病情为4, 择期手术)	同期手术出院患者人次[总手术人次基础上排除妊娠、分娩、新生儿患者(出生天数小于等于28)]	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件		
计分项	第二章	三、	(十三)		2.3.13	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)												例数, 百分比(%)	(1) 手术意外穿刺伤或撕裂伤发生例数(ICD-10编码: T81.2的手术出院患者)。 (2) 手术意外穿刺伤或撕裂伤发生例数占同期手术出院患者人次的比例。	手术意外穿刺伤或撕裂伤发生率=手术意外穿刺伤或撕裂伤发生例数/同期手术出院患者人次×100%	手术意外穿刺伤或撕裂伤发生例数(分子条件增加入院病情为4, 择期手术)	同期手术出院患者人次[总手术人次基础上排除妊娠、分娩、新生儿患者(出生天数小于等于28)]			
计分项	第二章	三、	(十四)		2.3.14	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)												例数, 百分比(%)	(1) 手术后急性肾衰竭发生例数(ICD-10编码: N17.0至N17.9, N99.0的手术出院患者)。 (2) 手术后急性肾衰竭发生例数占同期手术出院患者人次的比例。	手术后急性肾衰竭发生率=手术后急性肾衰竭发生例数/同期手术出院患者人次×100%	手术后急性肾衰竭发生例数(分子条件增加入院病情为4, 择期手术)	同期手术出院患者人次[总手术人次基础上排除妊娠、分娩、新生儿患者(出生天数小于等于28)]			
计分项	第二章	三、	(十五)		2.3.15	各系统/器官术后并发症发生例数和发生率												例数, 百分比(%)	(1) 系统/器官术后并发症发生例数 (2) 手术患者消化、循环、神经、眼和附器、耳和乳突、肌肉骨骼、泌尿生殖、口腔等系统/器官术后并发症发生例数占同期手术出院患者人次的比例。 (3) 按照指标整体计算, 包括以下所有分项的手术出院患者。	各系统/器官术后并发症发生率=各系统/器官术后并发症发生例数/同期手术出院患者人次×100%	各系统/器官术后并发症发生例数(分子条件增加入院病情为4, 择期手术)	同期手术出院患者人次[总手术人次基础上排除妊娠、分娩、新生儿患者(出生天数小于等于28)]			
计分项	第二章	三、	(十五)	1	2.3.15.1	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)													消化: K91.0至K91.9的手术出院患者						
计分项	第二章	三、	(十五)	2	2.3.15.2	各系统/器官术后并发症发生例数和发生率(2. 循环: I97.0, I97.1, I97.8, I97.9的手术出院患者)														循环: I97.0, I97.1, I97.8, I97.9, 的手术出院患者					

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第二章	三、	(十五)	3	2.3.1 5.3	各系统/器官术后并发症发生例数和发生率(3.神经: G97.0, G97.1, G97.2, G97.8, G97.9, I60至I64的手术出院患者)													神经: G97.0, G97.1, G97.2, G97.8, G97.9, I60至I64的手术出院患者				
计分项	第二章	三、	(十五)	4	2.3.1 5.4	各系统/器官术后并发症发生例数和发生率(4.眼和附器: H59.0, H59.8, H59.9的手术出院患者)													眼和附器: H59.0, H59.8, H59.9的手术出院患者				
计分项	第二章	三、	(十五)	5	2.3.1 5.5	各系统/器官术后并发症发生例数和发生率(5.耳和乳突: H95.0, H95.1, H95.8, H95.9的手术出院患者)													耳和乳突: H95.0, H95.1, H95.8, H95.9的手术出院患者				
计分项	第二章	三、	(十五)	6	2.3.1 5.6	各系统/器官术后并发症发生例数和发生率(6.肌肉骨骼: M96.0至M96.9的手术出院患者)													肌肉骨骼: M96.0至M96.9的手术出院患者				
计分项	第二章	三、	(十五)	7	2.3.1 5.7	各系统/器官术后并发症发生例数和发生率(7.泌尿生殖: N98.0至N99.9的手术出院患者)													泌尿生殖: N98.0至N99.9的手术出院患者				

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件		
计分项	第二章	三、	(十五)	8	2.3.15.8	各系统/器官术后并发症发生例数和发生率(8.口腔: K11.4, T81.2的手术出院患者)													口腔: K11.4, T81.2的手术出院患者						
计分项	第二章	三、	(十六)		2.3.16	植入物的并发症(不包括脓毒症)发生例数和发生率													(1) 植入物的并发症(不包括脓毒症)发生例数(ICD-10编码: T82.0至T82.9或T83.0至T83.9或T84.0至T84.9或T85.0至T85.9的手术出院患者。 (2) 手术患者心脏和血管、泌尿生殖道、骨科及其他植入物的并发症(不包括脓毒症)发生例数占同期接受该类植入物的手术人次的比例。	植入物的并发症(不包括脓毒症)发生率=植入物的并发症(不包括脓毒症)发生例数/同期接受该类植入物的手术出院患者人次×100%	植入物的并发症(不包括脓毒症)发生例数(分子条件增加入院病情为4, 择期手术)	同期接受该类植入物的手术出院患者人次。手术编码有35.05-35.09、35.2、36.06、36.07、36.1、37.70-37.77、37.8、00.5、00.6、55.12、55.93、55.94、56.92-56.94、57.17、59.94、57.94-57.97、58.93、59.72、59.8、59.93、76.7、00.70-00.73、78.5、03.53、79.1、79.3、84.51-84.56、81.2、84.52、81.5、81.65、81.66、81.71、81.73、81.74、81.80、81.81、81.84、81.88、82.7、83.92、84.4、84.6、84.8、02.22、02.31-02.35、02.39、02.93、13.71、11.6、85.53、85.54、85.33、85.35、38.95、86.07其中任何一种即为接受该类植入物手术的总手术人次量;再排除妊娠、分娩、新生儿患者(出生天数小于等于28)			

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第二章	三、	(十六)	1	2.3.1 6.1	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)													心脏和血管: T82.0至T82.9的手术出院患者				
计分项	第二章	三、	(十六)	2	2.3.1 6.2	植入物的并发症(不包括脓毒症)发生例数和发生率(2.泌尿生殖道: T83.0至T83.9的手术出院患者)													泌尿生殖道: T83.0至T83.9的手术出院患者				
计分项	第二章	三、	(十六)	3	2.3.1 6.3	植入物的并发症(不包括脓毒症)发生例数和发生率(3.骨科: T84.0至T84.9的手术出院患者)													骨科: T84.0至T84.9的手术出院患者				
计分项	第二章	三、	(十六)	4	2.3.1 6.4	植入物的并发症(不包括脓毒症)发生例数和发生率(4.其他: T85.0至T85.9的手术出院患者)													其他: T85.0至T85.9的手术出院患者				
合理缺项	第二章	三、	(十七)		2.3.1 7	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)													(1)移植的并发症发生例数(ICD-10编码: T86.0至T86.9的手术出院患者)。 (2)移植的并发症发生例数占同期接受移植手术出院患者人次的比例。	移植的并发症发生率=移植的并发症发生例数/同期移植手术出院患者人次×100%	移植的并发症发生例数(分子条件增加入院病情为4,择期手术)	同期移植手术出院患者人次[手术编码有41.0、55.6、55.97、37.51、33.6、50.5、02.04、78.0、76.91其中任何一种即为接受移植手术的总手术人次,再排除妊娠、分娩,新生儿患者(出生天数小于等于28)]	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第二章	三、	(十八)		2.3.18	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)												例数, 百分比(%)	(1)再植和截肢的并发症发生例数(ICD-10编码: T87.0至T87.6的手术出院患者)。(2)再植和截肢并发症发生例数占同期再植和截肢手术出院患者人次的比例。	再植和截肢的发生率=再植和截肢的并发症发生例数/同期再植和截肢手术出院患者人次×100%	再植和截肢的并发症发生例数(分子条件增加入院病情为4, 择期手术)	同期再植和截肢手术出院患者人次[手术编码84.0至84.3其中任何一种即为接受再植和截肢的总手术人次, 再排除妊娠、分娩、新生儿患者(出生天数小于等于28)]	
计分项	第二章	三、	(十九)		2.3.19	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)												例数, 百分比(%)	(1)介入操作与手术后患者其他并发症发生例数(ICD-10编码: T81.1, T81.7, T81.8, T81.9的介入操作及手术出院患者)。(2)介入操作与手术后患者其他并发症发生例数占同期介入操作与手术出院患者人次的比例。	介入操作与手术后患者其他并发症发生率=介入操作与手术后患者其他并发症发生例数/同期进行介入操作和手术的出院患者人次×100%	介入操作与手术后患者其他并发症发生例数(分子条件增加入院病情为4, 择期手术)	同期进行介入操作和手术的出院患者人次(排除妊娠、分娩、新生儿患者)	
计分项	第二章	三、	(二十)		2.3.20	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的新生儿)												例数, 百分比(%)	(1)新生儿产伤发生例数(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的新生儿)。(2)发生产伤的新生儿出院患者人次占同期活产儿人数的比例。	新生儿产伤发生率=发生产伤的新生儿出院患者人次/同期活产儿人数×100%	发生产伤的新生儿出院患者人次。所有诊断中有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中任何一种诊断且年龄天数<29天的患者人次量(分子条件增加入院病情为4, 择期手术)	同期活产儿人数[年龄<29天的出院患者总例数]	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第二章	三、	(二十一)		2.3.21	阴道分娩产妇分娩或产褥期并发症发生例数和发生率(ICD-10编码: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090.9,095,A34的阴道分娩产妇)												例数,百分比(%)	(1)阴道分娩产妇分娩或产褥期并发症发生例数(ICD-10编码: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090.9,095,A34的阴道分娩产妇)。 (2)阴道分娩产妇分娩或产褥期并发症发生例数占同期阴道分娩出院产妇人数的比例。	阴道分娩产妇分娩或产褥期并发症发生率=阴道分娩产妇分娩或产褥期并发症发生例数/同期阴道分娩出院产妇人数×100%	阴道分娩产妇分娩或产褥期并发症发生例数(分子条件增加入院病情为4,择期手术)	同期阴道分娩出院产妇人数(主诊断存在080,081,083,084的出院患者总人数即为阴道分娩产妇总人数)	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件	
计分项	第二章	三、	(二十二)		2.3.2 2	剖宫产分娩产妇分娩或产褥期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, 090.0, 090.2至090.9, 095, A34的剖宫产分娩产妇)												例数, 百分比(%)	(1)剖宫产分娩产妇分娩或产褥期并发症发生例数(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, 090.0, 090.2至090.9, 095, A34的剖宫产分娩产妇)。 (2)剖宫产分娩产妇分娩或产褥期并发症发生例数占同期剖宫产分娩出院产妇人数的比例。	剖宫产分娩产妇分娩或产褥期并发症发生例数和发生率=剖宫产分娩产妇分娩或产褥期并发症发生例数/同期剖宫产分娩出院产妇人数×100%	剖宫产分娩产妇分娩或产褥期并发症发生例数(分子条件增加入院病情为4, 择期手术)	同期剖宫产分娩出院产妇人数(主诊断存在082的出院患者总量即为剖宫产产妇总人数)		
计分项	第二章	三、	(二十三)		2.3.2 3	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)												例数, 百分比(%)	(1)2期及以上院内压力性损伤发生例数(ICD-10编码: L89.1, L89.2, L89.3, L89.9的出院患者)。 (2)2期及以上院内压力性损伤发生例数占同期出院患者人次的比例。	2期及以上院内压力性损伤发生率=2期及以上院内压力性损伤发生例数/同期出院患者人次×100%	2期及以上院内压力性损伤发生例数(分子条件增加入院病情为4)	同期出院患者人次[总出院人次基础上排除妊娠、分娩、新生儿患者(出生天数小于等于28)]		

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
不计分项	第二章	三、	(二十四)		2.3.24	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)												例数, 百分比(%)	(1)输注反应发生例数(ICD-10编码: T80.0, T80.1, T80.2, T80.8, T80.9的出院患者)。 (2)出院患者输注反应发生例次占同期接受输注出院患者人次的比例。	输注反应发生率=发生输注反应的出院患者例次/同期接受输注的出院患者人次	发生输注反应的出院患者例次(分子条件增加入院病情为4)	同期接受输注的出院患者人次[总出院人次基础上排除妊娠、分娩、新生儿患者(出生天数小于等于28)]	
计分项	第二章	三、	(二十五)		2.3.25	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)												例数, 百分比(%)	(1)输血反应发生例数(ICD-10编码: T80.0至T80.9的输血出院患者)。 (2)发生输血反应的出院患者例次占同期出院患者输血人次的比例。	输血反应发生率=发生输血反应的出院患者例次/同期出院患者输血人次×100%	发生输血反应的出院患者例次(分子条件增加入院病情为4)	同期出院患者输血人次[首页中“血费”字段存在非0的患者总人次即为输血总人次;再排除妊娠、分娩、新生儿患者(出生天数小于等于28)]	《临床输血技术规范》第三十三条;《医疗机构临床用血管理办法》第二十五条
计分项	第二章	三、	(二十六)		2.3.26	医源性气胸发生例数和发生率(ICD-10编码: J93.8, J93.9, J95.804, T81.218的出院患者)												例数, 百分比(%)	(1)医源性气胸发生例数(ICD-10编码: J93.8, J93.9, J95.804, T81.218的出院患者)。 (2)发生医源性气胸出院患者人次占同期出院患者人次的比例。	医源性气胸发生率=发生医源性气胸的出院患者人次/同期出院患者人次×100%	发生医源性气胸的出院患者人次(分子条件增加入院病情为4)	同期出院患者人次[总出院人次基础上排除妊娠、分娩、新生儿患者(出生天数小于等于28)]	
计分项	第二章	三、	(二十七)		2.3.27	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: S32.1至S32.5, S32.7, S32.8, S71.8, S72.0的出院患者)												例数, 百分比(%)	(1)住院患者医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生例数(ICD-10编码: S32.1至S32.5, S32.7, S32.8, S71.8, S72.0的出院患者)。 (2)住院患者医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生例数占同期出院患者人次的比例。	住院患者医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生率=住院患者医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生例数/同期出院患者人次×100%	住院患者医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生例数(分子条件增加入院病情为4)	同期出院患者人次[总出院人次基础上排除妊娠、分娩、新生儿患者(出生天数小于等于28)]	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第二章	三、	(二十八)		2.3.28	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)												例数, 例/千日机械通气日	(1) 住院ICU患者呼吸机相关性肺炎发生例数(ICD-10编码: J95.802的ICU出院患者)。(2) 住院ICU患者呼吸机相关性肺炎发生例数占同期住院ICU患者使用呼吸机人日数的比例。	住院ICU患者呼吸机相关性肺炎发生率=住院ICU患者呼吸机相关性肺炎发生例数/同期住院ICU患者使用呼吸机人日数×1000‰	住院ICU患者呼吸机相关性肺炎发生例数(分子条件增加入院病情为4)	同期住院ICU患者使用呼吸机人日数[同期住院ICU患者出院人次量; 再排除妊娠、分娩、新生儿患者(出生天数小于等于28)]	
计分项	第二章	三、	(二十九)		2.3.29	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)												例数, 例/千导管日	(1) 住院ICU患者血管导管相关性感染发生例数(ICD-10编码: T82.700x001的使用血管导管ICU出院患者)。(2) 住院ICU患者血管导管相关性感染发生例数占同期住院ICU患者留置血管导管人日数的比例。	住院ICU患者血管导管相关性感染发生率=住院ICU患者血管导管相关性感染发生例数/同期住院ICU患者留置血管导管人日数×1000‰	住院ICU患者血管导管相关性感染发生例数(分子条件增加入院病情为4)	同期住院ICU患者留置血管导管人日数[同期住院ICU患者出院人次量; 再排除妊娠、分娩、新生儿患者(出生天数小于等于28)]	
计分项	第二章	三、	(三十)		2.3.30	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)												例数, 例/千导管日	(1) 住院ICU患者导尿管相关性尿路感染发生例数(ICD-10编码: T83.500x003的使用导尿管ICU出院患者)。(2) 住院ICU患者导尿管相关性尿路感染发生例数占同期住院ICU患者留置导尿管人日数的比例。	住院ICU患者导尿管相关性尿路感染发生率=住院ICU患者导尿管相关性尿路感染发生例数/同期住院ICU患者留置导尿管人日数×1000‰	住院ICU患者导尿管相关性尿路感染发生例数(分子条件增加入院病情为4)	同期住院ICU患者留置导尿管人日数[同期住院ICU患者出院人次量; 再排除妊娠、分娩、新生儿患者(出生天数小于等于28)]	
计分项	第二章	三、	(三十一)		2.3.31	临床用药所致的有害效应(不良事件)发生例数和发生率												例数, 百分比(%)	(1) 临床用药所致的有害效应(不良事件)发生例数(ICD-10编码: Y40.0至Y40.9或Y42.3或Y43.1, Y43.3或Y44.2, Y44.3, Y44.4, Y44.5或Y45.0至Y45.9或Y57.5, Y57.6或T80.6, T80.8, T80.9, T82.4, T82.7的出院患者)。(2) 住院患者中全身性抗菌药物、降血糖药物、抗肿瘤药物、抗凝剂、镇痛药和解热药、心血管系统用药、X线造影剂及其他诊断性制剂等有害效应发生例数占同期出院患者人次的比例。	临床用药所致的有害效应发生率=临床用药所致的有害效应(不良事件)发生例数/同期出院患者人次×100%	临床用药所致的有害效应(不良事件)发生例数(分子条件增加入院病情为4)	同期出院患者人次[总出院人次基础上排除妊娠、分娩、新生儿患者(出生天数小于等于28)]	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第二章	三、	(三十一)	1	2.3.3 1.1	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)																	
计分项	第二章	三、	(三十一)	2	2.3.3 1.2	临床用药所致的有害效应(不良事件)发生例数和发生率(2. 降血糖药物的有害效应: Y42.3的出院患者)																	
计分项	第二章	三、	(三十一)	3	2.3.3 1.3	临床用药所致的有害效应(不良事件)发生例数和发生率(3. 抗肿瘤药物的有害效应: Y43.1, Y43.3的出院患者)																	
计分项	第二章	三、	(三十一)	4	2.3.3 1.4	临床用药所致的有害效应(不良事件)发生例数和发生率(4. 抗凝剂的有害效应: Y44.2, Y44.3, Y44.4, Y44.5的出院患者)																	
计分项	第二章	三、	(三十一)	5	2.3.3 1.5	临床用药所致的有害效应(不良事件)发生例数和发生率(5. 镇痛药和解热药的有害效应: Y45.0至Y45.9的出院患者)																	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件	
计分项	第二章	三、	(三十一)	6	2.3.3 1.6	临床用药所致的有害效应(不良事件)发生例数和发生率(6.心血管系统用药的有害效应: Y52.0至Y52.9的出院患者)																		
计分项	第二章	三、	(三十一)	7	2.3.3 1.7	临床用药所致的有害效应(不良事件)发生例数和发生率(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)																		
计分项	第二章	三、	(三十二)		2.3.3 2	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)												例数, 百分比(%)	(1) 血液透析所致并发症发生例数(ICD-10编码: T80.6, T80.8, T80.9, T82.4, T82.7的血液透析出院患者)。 (2) 住院患者血液透析所致并发症发生例数占同期血液透析出院患者人次的比例。	血液透析所致并发症发生率= 住院患者血液透析所致并发症发生例数/同期血液透析出院患者人次 × 100%	住院患者血液透析所致并发症发生例数[所有诊断编码中存在T80.6或T80.8或T80.9或T82.4或T82.7且手术编码中有39.95的出院人次量(分子条件增加入院病情为4)]	同期血液透析出院患者人次[手术编码中存在39.95的出院人次量; 再排除妊娠、分娩、新生儿患者(出生天数小于等于28)]		
	第二章	增一、			2. Z1	满意度评价	10.0分																	
计分项、增补项	第二章	增一、	(一)		2. Z1.1	门诊患者总体满意度	3.0分	≥90%	江西省数据调研情况	逐步提高	数据评价	国家卫生健康委满意度调查管理平台实时查看数据。	门诊患者总体满意度≥90%得3分, 每下降1%, 扣0.6分。	国家卫生健康委满意度调查管理平台	评审数据收集系统	医院填报	年	分值	患者在门诊就诊期间对医疗服务怀有的期望与其对医疗服务的实际感知的一致性程度。调查问题维度包括挂号体验、医患沟通、医务人员回应性、隐私保护、环境与标识等。	门诊患者满意度调查得分。				

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项、增补项	第二章	增一、	(二)		2.Z1.2	住院患者总体满意度	3.0分	≥90%	江西省数据调研情况	逐步提高	数据评价	国家卫生健康委满意度调查管理平台实时查看数据。	住院患者总体满意度≥90%得3分，每下降1%，扣0.6分。	国家卫生健康委满意度调查管理平台	评审数据收集系统	医院填报	年	分值	住院患者对医疗服务怀有的期望与其对医疗服务的实际感知的一致性程度。调查问题维度包括医患沟通、医务人员回应性、出入院手续和信息、疼痛管理、用药沟通、环境与标识、饭菜质量、对亲友态度等。	住院患者满意度调查得分。			
计分项、增补项	第二章	增一、	(三)		2.Z1.3	员工总体满意度(医务人员满意度)	4.0分	≥80%	江西省数据调研情况	逐步提高	数据评价	国家卫生健康委满意度调查管理平台实时查看数据。	员工总体满意度≥80%得4分，每下降1%，扣0.8分。	国家卫生健康委满意度调查管理平台	评审数据收集系统	医院填报	年	分值	医务人员满意度，医务人员对其所从事工作的总体态度，是医务人员对其需要满足程度。调查问题维度包括薪酬福利、发展晋升、工作内容与环境、上下级关系、同级关系等。	医务人员满意度调查得分。			
	第三章				3	重点专业质量控制指标	117.0分																
	第三章	一、			3.1	麻醉专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2022〕161号)	10.4分(0.4分/项)				数据评价+数据核验	(1)查2023年1月1日起至评审前季度末NCIS或评审数据收集系统；(2)数据核验。	每项指标评分标准如下：(1)有数据收集上报，得0.32分/项。(2)有数据收集上报，且数据呈现改善趋势，得0.4分/项。(3)有数据收集上报，且数据达到标杆值，得0.4分/项。(4)有数据收集上报，且该指标全省分级分类排名，位于中等水平以上，得0.4分/项。四种评分标准中，取该医院得分高的一种。	NCIS	评审数据收集系统	医院填报	年						麻醉专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2022〕161号)

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	一、	(一)		3.1.1	麻醉科医护比 (AQI-DNR-01)				监测比较								百分比 (%)	麻醉科护士人数与麻醉科医师人数之比。(麻醉科护士是指专职配合麻醉医师开展麻醉宣教、心理护理、物品准备、信息核对、体位摆放、管路护理、仪器设备管理等护理工作的护士,不包括其他由麻醉科统一管理的手术室护士。)	麻醉科医护比=麻醉科护士总数/麻醉科医师总数	麻醉科护士总数	麻醉科医师总数	
计分项	第三章	一、	(二)		3.1.2	麻醉医师人均年麻醉例次数 (AQI-ACC-02)				监测比较								比值 (X:1)	单位时间内,麻醉科固定在岗医师平均完成的麻醉例次数。(麻醉科固定在岗医师总数是指在医疗机构内参与临床麻醉工作的本院麻醉科医师,不包含规培住院医师(外院)、进修生、支援医师及多点执业医师。)	麻醉医师人均年麻醉例次数=麻醉科年麻醉总例次数/同期麻醉科固定在岗医师总数	麻醉科年麻醉总例次数	同期麻醉科固定在岗医师总数	
计分项	第三章	一、	(三)		3.1.3	手术室外麻醉占比 (AQI-PA0-03)				监测比较								百分比 (%)	单位时间内,手术室(含日间手术室)外实施的麻醉例次数占同期麻醉总例次数的比例。(手术室外麻醉是指由麻醉医生实施的凡不是在手术室和日间手术室内各类型麻醉。)	手术室外麻醉占比=单位时间内手术室外实施的麻醉例次数/同期麻醉总例次数×100%	单位时间内手术室外实施的麻醉例次数	同期麻醉总例次数	
计分项	第三章	一、	(四)		3.1.4	择期手术麻醉前访视率 (AQI-PVR-04)				逐步提高								百分比 (%)	单位时间内,择期手术患者在进入手术室(含麻醉操作单元)前完成麻醉前访视(不等同于麻醉前签字)的例次数占同期麻醉科完成择期手术麻醉总例次数的比例。	择期手术麻醉前访视率=单位时间内择期手术患者进入手术室前完成麻醉前访视的例次数/同期麻醉科完成择期手术麻醉总例次数×100%	单位时间内择期手术患者进入手术室前完成麻醉前访视的例次数	同期麻醉科完成择期手术麻醉总例次数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	一、	(五)		3.1.5	入室后手术麻醉取消率(AQI-CRB-05)				逐步降低								千分比(%)	单位时间内,患者入室后至麻醉开始前,手术麻醉取消的例次数占同期入室后拟手术麻醉总例次数的比例。(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。入室后拟手术麻醉总例次数包括取消和已施手术麻醉的总例次数(同一患者多次手术,以多例次计))	入室后手术麻醉取消率=单位时间内患者入室后至麻醉开始前手术麻醉取消的例次数/同期入室后拟手术麻醉总例次数×1000%	单位时间内患者入室后至麻醉开始前手术麻醉取消的例次数	同期入室后拟手术麻醉总例次数	
计分项	第三章	一、	(六)		3.1.6	麻醉开始后手术取消率(AQI-CRA-06)		≤5‰		逐步降低								千分比(%)	单位时间内,麻醉开始后手术开始前手术取消的例次数占同期麻醉总例次数的比例。(麻醉开始是指麻醉医师开始给予患者麻醉药物。)	麻醉开始后手术取消率=单位时间内麻醉开始后手术取消的例次数/同期麻醉总例次数×1000%	单位时间内麻醉开始后手术取消的例次数	同期麻醉总例次数	
计分项	第三章	一、	(七)		3.1.7	全身麻醉术中体温监测率(AQI-TMR-07)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,手术麻醉期间接受体温监测(连续监测或间断监测)的全身麻醉(以下简称全麻)例次数占同期全麻总例次数的比例。	全身麻醉术中体温监测率=单位时间内手术麻醉期间接受体温监测的全麻例次数/同期全麻总例次数×100%	单位时间内手术麻醉期间接受体温监测的全麻例次数	同期全麻总例次数	
计分项	第三章	一、	(八)		3.1.8	术中主动保温率(AQI-AWR-08)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,手术麻醉期间采取主动保温措施(全程连续主动保温或间断主动保温)全麻例次数占同期全麻总例次数的比例。(主动保温措施包括:使用充气升温装置等加温设备进行体温保护;使用输血输液加温装置加温至37℃后再输注。)	术中主动保温率=单位时间内手术麻醉期间采取主动保温措施全麻例次数/同期全麻总例次数×100%	单位时间内手术麻醉期间采取主动保温措施全麻例次数	同期全麻总例次数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	一、	(九)		3.1.9	术中自体血输注率(AQI-ATR-09)		≥ 30%		逐步提高								百分比(%)	单位时间内,手术麻醉中接受自体血(包括自体全血及自体红细胞)输注患者数占同期麻醉中接受输血治疗患者总数的比例。	术中自体血输注率=单位时间内手术麻醉中接受自体血输注患者数/同期麻醉中接受输血治疗患者总数×100%	单位时间内手术麻醉中接受自体血输注患者数	同期麻醉中接受输血治疗患者总数	
计分项	第三章	一、	(十)		3.1.10	手术麻醉期间低体温发生率(AQI-IHT-10)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,手术麻醉期间低体温患者数(医疗目的的控制性降温除外)占同期接受体温监测的麻醉患者总数的比例。(手术麻醉期间低体温是指患者进入手术间开始至患者自手术间或麻醉后监测治疗(PACU)返回病房前核心体温低于36℃(连续监测低体温持续≥30分钟或间断监测连续两次低体温且间隔时间≥30分钟。))	手术麻醉期间低体温发生率=单位时间内手术麻醉期间低体温患者数(医疗目的的控制性降温除外)/同期接受体温监测的麻醉患者总数×100%	单位时间内手术麻醉期间低体温患者数(医疗目的的控制性降温除外)	同期接受体温监测的麻醉患者总数	
计分项	第三章	一、	(十一)		3.1.11	术中牙齿损伤发生率(AQI-IDI-11)				逐步降低								千分比(‰)	单位时间内,发生术中牙齿损伤的例次数占同期插管全身麻醉总例次数的比例。(术中牙齿损伤是指患者从麻醉开始至麻醉结束过程中发生的牙齿损伤,包括牙齿脱落、松动等。气管内导管全麻及喉罩全麻均属于插管全身麻醉。)	术中牙齿损伤发生率=单位时间内发生术中牙齿损伤的例次数/同期插管全身麻醉总例次数×1000%	单位时间内发生术中牙齿损伤的例次数	同期插管全身麻醉总例次数	
计分项	第三章	一、	(十二)		3.1.12	麻醉期间严重反流误吸发生率(AQI-IRA-12)				逐步降低								万分比(‰‰)	单位时间内,麻醉期间严重反流误吸发生例次数占同期麻醉科完成麻醉总例次数的比例。(麻醉期间严重反流误吸是指麻醉期间发生的且在患者离开手术室/恢复室时呼吸空气指氧饱和度无法维持≥90%的反流误吸。)	麻醉期间严重反流误吸发生率=单位时间内麻醉期间严重反流误吸发生例次数/同期麻醉科完成麻醉总例次数×10000‰‰	单位时间内麻醉期间严重反流误吸发生例次数	同期麻醉科完成麻醉总例次数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	一、	(十三)		3.1.13	计划外建立人工气道发生率(AQI-IUA-13)				逐步降低								千分比(‰)	单位时间内,计划外建立人工气道的麻醉科患者数占同期麻醉科患者总数的比例。(计划外建立人工气道是指患者进入手术室后直至离开手术室前,因呼吸骤停或严重呼吸抑制等而进行的人工气道的建立,包括气管插管、喉罩置入和紧急气管造口术。)	计划外建立人工气道发生率=单位时间内计划外建立人工气道的麻醉科患者数/同期麻醉科患者总数×1000‰	单位时间内计划外建立人工气道的麻醉科患者数	同期麻醉科患者总数	
计分项	第三章	一、	(十四)		3.1.14	术中心脏骤停率(AQI-ICA-14)				逐步降低								万分比(‱)	单位时间内,术中心脏骤停患者数占同期麻醉科患者总数的比例。(术中心脏骤停是指麻醉开始后至患者离开手术室前非医疗目的的的心脏突然停止跳动,不包括患者麻醉开始前发生的心脏骤停。)	术中心脏骤停率=单位时间内术中心脏骤停患者数/同期麻醉科患者总数×10000‱	单位时间内术中心脏骤停患者数	同期麻醉科患者总数	
计分项	第三章	一、	(十五)		3.1.15	麻醉期间严重过敏反应发生率(AQI-ISA-15)		≤0.1‰		逐步降低								万分比(‱)	单位时间内,麻醉期间发生严重过敏反应的例次数占同期麻醉科完成麻醉总例次数的比例。(麻醉期间严重过敏反应是指各种原因导致的需要立即使用肾上腺素抢救的过敏反应。)	麻醉期间严重过敏反应发生率=单位时间内麻醉期间发生严重过敏反应的例次数/同期麻醉科完成麻醉总例次数×10000‱	单位时间内麻醉期间发生严重过敏反应的例次数	同期麻醉科完成麻醉总例次数	
计分项	第三章	一、	(十六)		3.1.16	全身麻醉术中知晓发生率(AQI-IAG-16)				逐步降低								千分比(‰)	单位时间内,发生全身麻醉术中知晓例次数占同期全身麻醉总例次数的比例。(全身麻醉术中知晓是指在全身麻醉过程中发生意识的恢复,病人对周围环境或声音存在着一定程度的感知与记忆,全身麻醉后病人能回忆术中发生的事情,并能告知有无疼痛等情况。)	全身麻醉术中知晓发生率=单位时间内发生全身麻醉术中知晓例次数/同期全身麻醉总例次数×1000‰	单位时间内发生全身麻醉术中知晓例次数	同期全身麻醉总例次数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	一、	(十七)		3.1.17	PACU入室低体温发生率(AQI-IHP-17)		≤2%		逐步降低								百分比(%)	单位时间内，PACU入室低体温患者数占同期入PACU患者总数的比例。(PACU入室低体温是指患者入PACU第一次测量体温低于36℃。)	PACU入室低体温发生率=单位时间内PACU入室低体温患者数/同期入PACU患者总数×100%	单位时间内PACU入室低体温患者数	同期入PACU患者总数	
计分项	第三章	一、	(十八)		3.1.18	麻醉后PACU转出延迟率(AQI-IDP-18)		≤30‰		逐步降低								千分比(‰)	单位时间内，入PACU超过2小时的患者数占同期入PACU患者总数的比例。	麻醉后PACU转出延迟率=单位时间内入PACU超过2小时的患者数/同期入PACU患者总数×1000‰	单位时间内入PACU超过2小时的患者数	同期入PACU患者总数	
计分项	第三章	一、	(十九)		3.1.19	非计划二次气管插管率(AQI-IUR-19)		≤1%		逐步降低								千分比(‰)	单位时间内，非计划二次气管插管患者数占同期术后气管插管拔除患者总数的比例。(非计划二次气管插管是指在患者术后气管插管拔除后6小时内，非计划再次行气管插管术，不包括因非计划二次手术而接受再次气管插管。)	非计划二次气管插管率=单位时间内非计划二次气管插管患者数/同期术后气管插管拔除患者总数×1000‰	单位时间内非计划二次气管插管患者数	同期术后气管插管拔除患者总数	
计分项	第三章	一、	(二十)		3.1.20	非计划转入ICU率(AQI-IUI-20)		≤10‰		逐步降低								千分比(‰)	单位时间内，非计划转入ICU的麻醉患者数占同期麻醉患者总数的比例。(非计划转入ICU是指在开始麻醉前并无术后转入ICU的计划，而术中或术后决定转入ICU。)	非计划转入ICU率=单位时间内非计划转入ICU的麻醉患者数/同期麻醉患者总数×1000‰	单位时间内非计划转入ICU的麻醉患者数	同期麻醉患者总数	
计分项	第三章	一、	(二十一)		3.1.21	术后镇痛满意率(AQI-ASR-21)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内，麻醉科术后镇痛随访视觉模拟评分(VAS)≤3分患者数占同期麻醉科术后镇痛患者总数的比例。	术后镇痛满意率=单位时间内麻醉科术后镇痛随访VAS≤3分患者数/同期麻醉科术后镇痛患者总数×100%	单位时间内麻醉科术后镇痛随访VAS≤3分患者数	同期麻醉科术后镇痛患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	一、	(二十二)		3.1.2 2	区域阻滞麻醉后严重神经并发症发生率(AQI-1SN-22)				逐步降低								万分比(‰)	单位时间内,区域阻滞麻醉后严重神经并发症发生例数占同期区域阻滞麻醉总例数的比例。(区域阻滞(包括椎管内麻醉和外周神经阻滞)麻醉后严重神经并发症,是指在区域阻滞麻醉后新发的重度头痛、局部感觉异常(麻木或异感)、运动异常(肌无力甚至瘫痪)等,持续超过72小时,并排除其他病因者。)	区域阻滞麻醉后严重神经并发症发生率=单位时间内区域阻滞麻醉后严重神经并发症发生例数/同期区域阻滞麻醉总例数×10000‰	单位时间内区域阻滞麻醉后严重神经并发症发生例数	同期区域阻滞麻醉总例数	
计分项	第三章	一、	(二十三)		3.1.2 3	全身麻醉气管插管拔管后声音嘶哑发生率(AQI-1HE-23)				逐步降低								万分比(‰)	单位时间内,全身麻醉气管插管拔管后声音嘶哑发生例次数占同期全身麻醉气管插管总例次数的比例。(全身麻醉气管插管拔管后声音嘶哑,是指新发的、在拔管后72小时内没有恢复的声音嘶哑,排除咽喉、颈部以及胸部手术等原因。)	全身麻醉气管插管拔管后声音嘶哑发生率=单位时间内全身麻醉气管插管拔管后声音嘶哑发生例次数/同期全身麻醉气管插管总例次数×10000‰	单位时间内全身麻醉气管插管拔管后声音嘶哑发生例次数	同期全身麻醉气管插管总例次数	
计分项	第三章	一、	(二十四)		3.1.2 4	麻醉后新发昏迷发生率(AQI-INC-24)				逐步降低								万分比(‰)	单位时间内,全身麻醉后新发昏迷发生例次数占同期非颅脑手术全身麻醉总例次数的比例。(全身麻醉后新发昏迷是指麻醉前清醒患者(格拉斯哥昏迷评分为15分),接受全身麻醉下非颅脑手术后没有苏醒,持续昏迷(格拉斯哥昏迷评分≤8分)超过24小时。除外因医疗目的给予镇静催眠者。)	麻醉后新发昏迷发生率=单位时间内全身麻醉后新发昏迷发生例次数/同期非颅脑手术全身麻醉总例次数×10000‰	单位时间内全身麻醉后新发昏迷发生例次数	同期非颅脑手术全身麻醉总例次数	
计分项	第三章	一、	(二十五)		3.1.2 5	麻醉后24小时内患者死亡率(AQI-TPM-25)				逐步降低								万分比(‰)	单位时间内,麻醉后24小时内死亡患者数占同期麻醉患者总数的比例。	麻醉后24小时内患者死亡率=单位时间内麻醉后24小时内死亡患者数/同期麻醉患者总数×10000‰	单位时间内麻醉后24小时内死亡患者数	同期麻醉患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	一、	(二十六)		3.1.26	阴道分娩椎管内麻醉使用率(AQI-EPD-26)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,阴道分娩产妇实施椎管内麻醉人数(不含术中剖宫产产妇人数)占同期阴道分娩产妇总人数(不含术中剖宫产产妇人数)的比例。	阴道分娩椎管内麻醉使用率=阴道分娩产妇实施椎管内麻醉人数/同期阴道分娩产妇总人数×100%	阴道分娩产妇实施椎管内麻醉人数	同期阴道分娩产妇总人数	
	第三章	二、			3.2	重症医学专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2015〕252号)	4.8分(0.4分/项)				数据评价+数据核验		(1)查2021年1月1日起至评审前季度末NCIS或评审数据收集系统;(2)数据核验。 每项指标评分标准如下:(1)有数据收集上报,得0.32分/项。(2)有数据收集上报,且数据呈现改善趋势,得0.4分/项。(3)有数据收集上报,且数据达到标杆值,得0.4分/项。(4)有数据收集上报,且该指标全省分级分类排名,位于中等水平以上,得0.4分/项。四种评分标准中,取该医院得分高的一种。	NCIS	评审数据收集系统	医院填报	年						重症医学专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2015〕252号)
计分项	第三章	二、	(一)	1	3.2.1.1	ICU患者收治率和ICU患者收治床日率(1.ICU患者收治率)				监测比较								百分比(%)	ICU患者收治率是指ICU收治患者总数占同期医院收治患者总数的比例。同一患者同一次住院多次转入ICU,记为“多人次”。	ICU患者收治率=ICU收治患者总数/同期医院收治患者总数×100%	ICU收治患者总数	同期医院收治患者总数	
计分项	第三章	二、	(一)	2	3.2.1.2	ICU患者收治率和ICU患者收治床日率(2.ICU患者收治床日率)				监测比较								百分比(%)	ICU患者收治床日率是指ICU收治患者总床日数占同期医院收治患者总床日数的比例。同一患者同一次住院多次转入ICU,记为“多人次”。	ICU患者收治床日率=ICU收治患者总床日数/同期医院收治患者总床日数×100%	ICU收治患者总床日数	同期医院收治患者总床日数	
计分项	第三章	二、	(二)		3.2.2	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)		≥60%	江西省数据及全国部分省市调研情况	逐步提高								百分比(%)	入ICU24小时内,APACHE II评分≥15分患者数占同期ICU收治患者总数的比例。	(APACHE II评分)≥15分患者收治率(入ICU24小时内)=APACHE II评分≥15分患者数/同期ICU收治患者总数×100%	APACHE II评分≥15分患者数	同期ICU收治患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
不计分项	第三章	二、	(三)		3.2.3	感染性休克3h集束化治疗(bundle)完成率		≥80%	2019年度重症医学专业医疗质量管理控制情况调查表;江西省数据及全国部分省市调研情况	逐步提高								百分比(%)	感染性休克3h集束化治疗(bundle),是指感染性休克诊断后3小时内完成:测量乳酸浓度;抗菌药物治疗前进行血培养;予以广谱抗菌药物;低血压或乳酸≥4mmol/L给予30ml/kg晶体液进行目标复苏。感染性休克3h集束化治疗(bundle)完成率,是指入ICU诊断为感染性休克并全部完成3h bundle的患者数占同期入ICU诊断为感染性休克患者总数的比例。不包括住ICU期间后续新发生的感染性休克病例。	感染性休克3h集束化治疗(bundle)完成率=入ICU诊断为感染性休克并全部完成3h bundle的患者数/同期入ICU诊断为感染性休克患者总数×100%	入ICU诊断为感染性休克并全部完成3h bundle的患者数	同期入ICU诊断为感染性休克患者总数。收治感染性休克的总人数指本单位同期内收治的感染性休克的总人数,同一患者每收治入ICU一次记1人数(如同一患者当年内2次收入ICU,记为2人数),如同一患者单次住ICU期间反复多次感染性休克也记为1人数。	
不计分项	第三章	二、	(四)		3.2.4	感染性休克6h集束化治疗(bundle)完成率		≥75%	江西省数据及全国部分省市调研情况	逐步提高								百分比(%)	感染性休克6h集束化治疗(bundle),是指在3h集束化治疗(bundle)的基础上加上:低血压对目标复苏效果差立即予以升压药;脓毒症休克或乳酸≥4mmol/L容量复苏后仍持续低血压,需立即测量CVP和ScvO ₂ ;初始乳酸高于正常患者需重复测量乳酸水平。感染性休克6h集束化治疗(bundle)完成率,是指入ICU诊断为感染性休克全部完成6h bundle的患者数占同期入ICU诊断为感染性休克患者总数的比例。不包括住ICU期间后续新发生的感染性休克病例。	感染性休克6h集束化治疗(bundle)完成率=入ICU诊断为感染性休克全部完成6h bundle的患者数/同期入ICU诊断为感染性休克患者总数×100%	入ICU诊断为感染性休克全部完成6h bundle的患者数	同期入ICU诊断为感染性休克患者总数。收治感染性休克的总人数指本单位同期内收治的感染性休克的总人数,同一患者每收治入ICU一次记1人数(如同一患者当年内2次收入ICU,记为2人数),如同一患者单次住ICU期间反复多次感染性休克也记为1人数。	
计分项	第三章	二、	(五)		3.2.5	ICU抗菌药物治疗前病原学送检率		≥80%	江西省数据及全国部分省市调研情况	逐步提高								百分比(%)	以治疗为目的使用抗菌药物的ICU住院患者,使用抗菌药物前病原学检验标本送检病例数占同期使用抗菌药物治疗病例总数的比例。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。	ICU抗菌药物治疗前病原学送检率=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%	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	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	二、	(六)		3.2.6	ICU深静脉血栓(DVT)预防率		≥70%	江西省数据及全国部分省市调研情况	逐步提高								百分比(%)	进行深静脉血栓(DVT)预防的ICU患者数占同期ICU收治患者总数的比例。深静脉血栓预防措施包括药物预防(肝素或低分子肝素抗凝)、机械预防(肢体加压泵、梯度压力弹力袜等)以及下腔静脉滤器等。	ICU深静脉血栓(DVT)预防率=进行深静脉血栓(DVT)预防的ICU患者数/同期ICU收治患者总数×100%	进行深静脉血栓(DVT)预防的ICU患者数	同期ICU收治患者总数	
不计分项	第三章	二、	(七)		3.2.7	ICU患者预计病死率				监测比较								百分比(%)	通过患者疾病危重程度(APACHE II评分)来预测的可能病死率。患者死亡危险性(R)的公式: $\ln(R/1-R) = -3.517 + (\text{APACHE II评分} \times 0.146) + 0.603$ (仅限于急诊手术后患者)+患者入ICU的主要疾病得分(按国际标准)。ICU患者预计病死率是指ICU收治患者预计病死率的总和与同期ICU收治患者总数的比值。	ICU患者预计病死率=ICU收治患者预计病死率总和/同期ICU收治患者总数×100%	ICU收治患者预计病死率总和	同期ICU收治患者总数	
不计分项	第三章	二、	(八)		3.2.8	ICU患者标化病死指数		≤60%	江西省数据及全国部分省市调研情况	逐步降低								百分比(%)	通过患者疾病危重程度校准后的病死率,为ICU患者实际病死率与同期ICU患者预计病死率的比值。ICU实际病死率为ICU死亡患者数(包括因不可逆疾病而自动出院的患者)占同期ICU收治患者总数的比例,除外入院时已脑死亡,因器官捐献而收治ICU的患者。	ICU患者标化病死指数=ICU患者实际病死率/同期ICU患者预计病死率×100%	ICU患者实际病死率	同期ICU患者预计病死率	
计分项	第三章	二、	(九)		3.2.9	ICU非计划气管插管拔管率				逐步降低								百分比(%)	非计划气管插管拔管例数占同期ICU患者气管插管拔管总数的比例。	ICU非计划气管插管拔管率=非计划气管插管拔管例数/同期ICU患者气管插管拔管总数×100%	非计划气管插管拔管例数	同期ICU患者气管插管拔管总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	二、	(十)		3.2.10	ICU气管插管拔管后48h内再插管率				逐步降低								百分比(%)	气管插管计划拔管后48h内再插管例数占同期ICU患者气管插管拔管总例数的比例。不包括非计划气管插管拔管后再插管。	ICU气管插管拔管后48h内再插管率=气管插管计划拔管后48h内再插管例数/同期ICU患者气管插管拔管总例数×100%	气管插管计划拔管后48h内再插管例数	同期ICU患者气管插管拔管总例数	
计分项	第三章	二、	(十一)		3.2.11	非计划转入ICU率				逐步降低								百分比(%)	非计划转入ICU是指非早期预警转入，或在开始麻醉诱导前并无术后转入ICU的计划，而术中或术后决定转入ICU。非计划转入ICU率是指非计划转入ICU患者数占同期转入ICU患者总数的比例。非计划转入ICU的原因应进行分层分析(缺乏病情恶化的预警、麻醉因素和手术因素等)。	非计划转入ICU率=非计划转入ICU患者数/同期转入ICU患者总数×100%	非计划转入ICU患者数	同期转入ICU患者总数	
计分项	第三章	二、	(十二)		3.2.12	转出ICU后48h内重返率				逐步降低								百分比(%)	转出ICU后48h内重返ICU的患者数占同期转出ICU患者总数的比例。	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%	转出ICU后48h内重返ICU的患者数	同期转出ICU患者总数	
计分项	第三章	二、	(十三)		3.2.13	ICU呼吸机相关性肺炎(VAP)发病率				逐步降低								例/千机械通气日	VAP发生例数占同期ICU患者有创机械通气总天数的比例。	ICU呼吸机相关性肺炎(VAP)发病率=VAP发生例数/同期ICU患者有创机械通气总天数×1000%	VAP发生例数	同期ICU患者有创机械通气总天数	
计分项	第三章	二、	(十四)		3.2.14	ICU血管内导管相关血流感染(CRBSI)发病率				逐步降低								例/千导管日	CRBSI发生例数占同期ICU患者血管内导管留置总天数的比例。	ICU血管内导管相关血流感染(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%	CRBSI发生例数	同期ICU患者血管内导管留置总天数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	二、	(十五)		3.2.15	ICU导尿管相关泌尿系统感染(CAUTI)发病率				逐步降低								例/千导尿管日	CAUTI发生例数占同期ICU患者导尿管留置总天数的比例。	ICU导尿管相关泌尿系统感染(CAUTI)发病率=CAUTI发生例数/同期ICU患者导尿管留置总天数×1000‰	CAUTI发生例数	同期ICU患者导尿管留置总天数	
	第三章	三、			3.3	急诊专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2015〕252号)	3.2分(0.4分/项)			数据评价+数据核验		(1)查2021年1月1日起至评审前季度末NCIS或评审数据收集系统;(2)数据核验。	每项指标评分标准如下:(1)有数据收集上报,得0.32分/项。(2)有数据收集上报,且数据呈现改善趋势,得0.4分/项。(3)有数据收集上报,且数据达到标杆值,得0.4分/项。(4)有数据收集上报,且该指标全省分级分类排名,位于中等水平以上,得0.4分/项。四种评分标准中,取该医院得分高的一种。	NCIS	评审数据收集系统	医院填报	年						急诊专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2015〕252号)
计分项	第三章	三、	(一)		3.3.1	急诊科医患比				监测比较								百分比(%)	急诊科固定在岗(本院)医师总数占同期急诊科接诊患者总数(万人次)的比例。	急诊科医患比=急诊科固定在岗(本院)医师总数/同期急诊科接诊患者总数(万人次)×100%	急诊科固定在岗(本院)医师总数	同期急诊科接诊患者总数(万人次)	
计分项	第三章	三、	(二)		3.3.2	急诊科护患比				监测比较								百分比(%)	急诊科固定在岗(本院)护士(师)总数占同期急诊科接诊患者总数(万人次)的比例。	急诊科护患比=急诊科固定在岗(本院)护士(师)总数/同期急诊科接诊患者总数(万人次)×100%	急诊科固定在岗(本院)护士(师)总数	同期急诊科接诊患者总数(万人次)	
计分项	第三章	三、	(三)		3.3.3	急诊各级患者比例		I级5~8%, II级10~23%, III级30~60%, IV级40~70%	专业质控中心调研	I级、II级、III级患者比例逐步提高, IV级患者比例逐步降低								百分比(%)	急诊患者病情分级: I级是濒危患者, II级是危重患者, III级是急症患者, IV级是非急症患者。急诊各级患者比例,是指急诊科就诊的各级患者总数占同期急诊科接诊患者总数的比例。	急诊各级患者比例=急诊科就诊的各级患者总数/同期急诊科接诊患者总数×100%	急诊科就诊的各级患者总数	同期急诊科接诊患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	三、	(四)		3.3.4	抢救室滞留时间中位数		0.33~8小时	专业质控中心调研	<8小时								小时	抢救室滞留时间是指急诊抢救室患者从进入抢救室到离开抢救室(不包括死亡患者)的时间(以小时为单位)。抢救室滞留时间中位数是指将急诊抢救室患者从进入抢救室到离开抢救室(不包括死亡患者)的时间由长到短排序后取其中位数。	抢救室滞留时间中位数 = $X_{(n+1)/2}$, n为奇数 抢救室滞留时间中位数 = $(X_{n/2}+X_{n/2+1})/2$, n为偶数, 注: n为急诊抢救室患者数, X为抢救室滞留时间。			
不计分项	第三章	三、	(五)		3.3.5	急性心肌梗死(STEMI)患者平均门药时间及门药时间达标率		门药时间达标率>60%		患者平均门药时间逐步降低,门药时间达标率逐步提高								分钟;百分比(%)	急性心肌梗死(STEMI)患者平均门药时间是指行溶栓药物治疗的急性心肌梗死(STEMI)患者从进入急诊科到开始溶栓药物治疗的平均时间。急性心肌梗死(STEMI)患者门药时间达标是指在溶栓药物时间窗(发病12小时内),就诊的急性心肌梗死(STEMI)患者门药时间在30分钟内。急性心肌梗死(STEMI)患者门药时间达标率是指急性心肌梗死(STEMI)患者门药时间达标的患者数占同期就诊时在溶栓药物时间窗内应行溶栓药物治疗的急性心肌梗死(STEMI)患者总数的比例。	急性心肌梗死(STEMI)患者门药时间达标率= 急性心肌梗死(STEMI)患者门药时间达标的患者数/同期就诊时在溶栓药物时间窗内应行溶栓药物治疗的急性心肌梗死(STEMI)患者总数×100%	急性心肌梗死(STEMI)患者门药时间达标的患者数	同期就诊时在溶栓药物时间窗内应行溶栓药物治疗的急性心肌梗死(STEMI)患者总数	
不计分项	第三章	三、	(六)		3.3.6	急性心肌梗死(STEMI)患者平均门球时间及门球时间达标率		门球时间达标率>60%		患者平均门球时间逐步降低,门球时间达标率逐步提高								分钟;百分比(%)	急性心肌梗死(STEMI)患者平均门球时间是指行急诊PCI的急性心肌梗死(STEMI)患者,从进入急诊科到开始PCI的平均时间。急性心肌梗死(STEMI)患者门球时间达标是指在PCI时间窗(发病12小时内),就诊的急性心肌梗死(STEMI)患者门球时间在90分钟内。急性心肌梗死(STEMI)患者门球时间达标率是指急性心肌梗死(STEMI)患者门球时间达标的患者数占同期就诊时在PCI时间窗内应行PCI的急性心肌梗死(STEMI)患者总数的比例。	急性心肌梗死(STEMI)患者门球时间达标率= 急性心肌梗死(STEMI)患者门球时间达标的患者数/同期就诊时在PCI时间窗内应行PCI的急性心肌梗死(STEMI)患者总数×100%	急性心肌梗死(STEMI)患者门球时间达标的患者数	同期就诊时在PCI时间窗内应行PCI的急性心肌梗死(STEMI)患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	三、	(七)		3.3.7	急诊抢救室患者死亡率		2~10%	专业质控中心调研	逐步降低								百分比(%)	急诊抢救室患者死亡是指患者从进入急诊抢救室开始72小时内死亡(包括因不可逆疾病而自动出院的患者)。急诊抢救室患者死亡率是指急诊抢救室患者死亡总数占同期急诊抢救室抢救患者总数的比例。	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%	急诊抢救室患者死亡总数	同期急诊抢救室抢救患者总数	
计分项	第三章	三、	(八)		3.3.8	急诊手术患者死亡率				逐步降低								百分比(%)	急诊手术患者死亡是指急诊患者接受急诊手术,术后1周内死亡,除外与手术无关的原发疾病引起的死亡。急诊手术患者死亡率是指急诊手术患者死亡总数占同期急诊手术患者总数的比例。	急诊手术患者死亡率=急诊手术患者死亡总数/同期急诊手术患者总数×100%	急诊手术患者死亡总数	同期急诊手术患者总数	
计分项	第三章	三、	(九)		3.3.9	ROSC成功率		5~10%	专业质控中心调研	逐步提高								百分比(%)	ROSC(心肺复苏术后自主呼吸循环恢复)成功是指急诊呼吸心脏骤停患者,心肺复苏术(CPR)后自主呼吸循环恢复超过24小时。ROSC成功率是指ROSC成功总例次数占同期急诊呼吸心脏骤停患者行心肺复苏术总例次数的比例。同一患者24小时内行多次心肺复苏术,记为“一例次”。	ROSC成功率=ROSC成功总例次数/同期急诊呼吸心脏骤停患者行心肺复苏术总例次数×100%	ROSC成功总例次数	同期急诊呼吸心脏骤停患者行心肺复苏术总例次数	
计分项	第三章	三、	(十)		3.3.10	非计划重返抢救室率				逐步降低								百分比(%)	因相同或相关疾病,72小时内非计划重返急诊抢救室患者总数占同期离开急诊抢救室(出院或转其他区域)患者总数的比例。	非计划重返抢救室率=72小时内非计划重返急诊抢救室患者总数/同期离开急诊抢救室患者总数×100%	72小时内非计划重返急诊抢救室患者总数	同期离开急诊抢救室患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
	第三章	四、			3.4	临床检验专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2015〕252号)	5.2分(0.4分/项)				数据评价+数据核验	(1)查2021年1月1日起至评审前季度末NCIS或评审数据收集系统;(2)数据核验。	每项指标评分标准如下:(1)有数据收集上报,得0.32分/项。(2)有数据收集上报,且数据呈现改善趋势,得0.4分/项。(3)有数据收集上报,且数据达到标杆值,得0.4分/项。(4)有数据收集上报,且该指标全省分级分类排名,位于中等水平以上,得0.4分/项。四种评分标准中,取该医院得分高的一种。	NCIS	评审数据收集系统	医院填报	年						临床检验专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2015〕252号)
计分项	第三章	四、	(一)		3.4.1	标本类型错误率	0.02%	江西省数据及全国部分省市调研情况	逐步降低		数据核验方法:调取LIS数据或现场检查登记本。							百分比(%)	类型不符合要求的标本数占同期标本总数的比例。	标本类型错误率=类型不符合要求的标本数/同期标本总数×100%	类型不符合要求的标本数	同期标本总数	
计分项	第三章	四、	(二)		3.4.2	标本容器错误率	0.05%	江西省数据及全国部分省市调研情况	逐步降低		数据核验方法:调取LIS数据或现场检查登记本。							百分比(%)	采集容器不符合要求的标本数占同期标本总数的比例。	标本容器错误率=采集容器不符合要求的标本数/同期标本总数×100%	采集容器不符合要求的标本数	同期标本总数	
计分项	第三章	四、	(三)		3.4.3	标本采集量错误率	0.1%	江西省数据及全国部分省市调研情况	逐步降低		数据核验方法:调取LIS数据或现场检查登记本。							百分比(%)	采集量不符合要求的标本数占同期标本总数的比例。	标本采集量错误率=采集量不符合要求的标本数/同期标本总数×100%	采集量不符合要求的标本数	同期标本总数	
不计分项	第三章	四、	(四)		3.4.4	血培养污染率	0.05%	江西省数据及全国部分省市调研情况	逐步降低		数据核验方法:调取LIS数据或现场检查登记本。							百分比(%)	污染的血培养标本数占同期血培养标本总数的比例。	血培养污染率=污染的血培养标本数/同期血培养标本总数×100%	污染的血培养标本数	同期血培养标本总数	
计分项	第三章	四、	(五)		3.4.5	抗凝标本凝集率	0.1%	江西省数据及全国部分省市调研情况	逐步降低		数据核验方法:调取LIS数据或现场检查登记本。							百分比(%)	凝集的标本数占同期需抗凝的标本总数的比例。	抗凝标本凝集率=凝集的标本数/同期需抗凝的标本总数×100%	凝集的标本数	同期需抗凝的标本总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	四、	(六)		3.4.6	检验前周转时间中位数		120分钟	江西省数据及全国部分省市调研情况	逐步降低		数据核验方法：调取LIS数据或现场检查登记本。						分钟	检验前周转时间是指从标本采集到实验室接收标本的时间(以分钟为单位)。检验前周转时间中位数，是指将检验前周转时间由长到短排序后取其中位数。	检验前周转时间中位数 $=X_{(n+1)/2}$ ，n为奇数 检验前周转时间中位数 $= (X_{n/2} + X_{n/2+1}) / 2$ ，n为偶数 注：n为检验标本数，X为检验前周转时间。			
计分项	第三章	四、	(七)		3.4.7	室内质控项目开展率		50~85%	江西省数据及全国部分省市调研情况	逐步提高		数据核验方法：现场检查质控数据。						百分比(%)	开展室内质控的检验项目数占同期检验项目总数的比例。	室内质控项目开展率=开展室内质控的检验项目数/同期检验项目总数×100%	开展室内质控的检验项目数	同期检验项目总数	
计分项	第三章	四、	(八)		3.4.8	室内质控项目变异系数不合格率		1%	江西省数据及全国部分省市调研情况	逐步降低		数据核验方法：现场检查质控数据。						百分比(%)	室内质控项目变异系数高于要求的检验项目数占同期对室内质控项目变异系数有要求的检验项目总数的比例。	室内质控项目变异系数不合格率=室内质控项目变异系数高于要求的检验项目数/同期对室内质控项目变异系数有要求的检验项目总数×100%	室内质控项目变异系数高于要求的检验项目数	同期对室内质控项目变异系数有要求的检验项目总数	
计分项	第三章	四、	(九)		3.4.9	室间质评项目参加率				逐步提高								百分比(%)	参加室间质评的检验项目数占同期特定机构(国家、省级等)已开展的室间质评项目总数的比例。	室间质评项目参加率=参加室间质评的检验项目数/同期特定机构已开展的室间质评项目总数×100%	参加室间质评的检验项目数	同期特定机构已开展的室间质评项目总数	
计分项	第三章	四、	(十)		3.4.10	室间质评项目不合格率				逐步降低								百分比(%)	室间质评不合格的检验项目数占同期参加室间质评检验项目总数的比例。	室间质评项目不合格率=室间质评不合格的检验项目数/同期参加室间质评检验项目总数×100%	室间质评不合格的检验项目数	同期参加室间质评检验项目总数	
计分项	第三章	四、	(十一)		3.4.11	实验室间比对率(用于无室间质评计划检验项目)				逐步提高								百分比(%)	执行实验室间比对的检验项目数占同期无室间质评计划检验项目总数的比例。	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%	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	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	四、	(十二)		3.4.1 2	实验室内周转时间中位数				逐步降低								分钟	实验室内周转时间是指从实验室收到标本到发送报告的时间(以分钟为单位)。实验室内周转时间中位数,是指将实验室内周转时间由长到短排序后取其中位数。 实验室内周转时间中位数= $X_{(n+1)/2}$, n为奇数 实验室内周转时间中位数= $(X_{n/2}+X_{n/2+1})/2$, n为偶数 注: n为检验标本数, X为实验室内周转时间。				
不计分项	第三章	四、	(十三)		3.4.1 3	检验报告不正确率				逐步降低								百分比(%)	检验报告不正确是指实验室已发出的报告,其内容与实际情况不相符,包括结果不正确、患者信息不正确、标本信息不正确等。检验报告不正确率是指实验室发出的不正确检验报告数占同期检验报告总数的比例。 检验报告不正确率=实验室发出的不正确检验报告数/同期检验报告总数×100%	实验室发出的不正确检验报告数	同期检验报告总数		
计分项	第三章	四、	(十四)		3.4.1 4	危急值通报率				逐步提高								百分比(%)	危急值是指除外检查仪器或试剂等技术原因出现的表明患者可能正处于生命危险的边缘状态,必须立刻进行记录并第一时间报告给该患者主管医师的检验结果。危急值通报率是指已通报的危急值检验项目数占同期需要通报的危急值检验项目总数的比例。 危急值通报率=已通报的危急值检验项目数/同期需要通报的危急值检验项目总数×100%	已通报的危急值检验项目数	同期需要通报的危急值检验项目总数		
计分项	第三章	四、	(十五)		3.4.1 5	危急值通报及时率				逐步提高								百分比(%)	危急值通报时间(从结果确认到与临床医生交流的时间)符合规定时间的检验项目数占同期需要危急值通报的检验项目总数的比例。 危急值通报及时率=危急值通报时间符合规定时间的检验项目数/同期需要危急值通报的检验项目总数×100%	危急值通报时间符合规定时间的检验项目数	同期需要危急值通报的检验项目总数		

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
	第三章	五、			3.5	病理专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2015〕252号)	5.2分(0.4分/项)				数据评价+数据核验	(1)查2021年1月1日起至评审前季度末NCIS或评审数据收集系统;(2)数据核验。	每项指标评分标准如下:(1)有数据收集上报,得0.32分/项。(2)有数据收集上报,且数据呈现改善趋势,得0.4分/项。(3)有数据收集上报,且数据达到标杆值,得0.4分/项。(4)有数据收集上报,且该指标全省分级分类排名,位于中等水平以上,得0.4分/项。四种评分标准中,取该医院得分高的一种。	NCIS	评审数据收集系统	医院填报	年						病理专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2015〕252号)
计分项	第三章	五、	(一)		3.5.1	每百张病床病理医师数		1~2人	浙江省综合医院等级评审标准(2019版)	逐步提高								人	平均每100张实际开放病床病理医师的数量。	每百张病床病理医师数=病理医师数/(同期该医疗机构实际开放床位数/100)	病理医师数	同期该医疗机构实际开放床位数/100	
计分项	第三章	五、	(二)		3.5.2	每百张病床病理技术人员数		1~2人	浙江省综合医院等级评审标准(2019版)	逐步提高								人	病理技术人员是指进行病理切片、染色、免疫组化及分子病理等工作的专业技术人员。每百张病床病理技术人员数,是指平均每100张实际开放病床病理技术人员的数量。	每百张病床病理技术人员数=病理技术人员数/(同期该医疗机构实际开放床位数/100)	病理技术人员数	同期该医疗机构实际开放床位数/100	
计分项	第三章	五、	(三)		3.5.3	标本规范化固定率		≥98%	江西省病理科建设与管理评价标准	逐步提高		数据核验方法:抽查送检单。						百分比(%)	标本规范化固定是指病理标本及时按行业推荐方法切开,以足量10%中性缓冲福尔马林充分固定。有特殊要求者可使用行业规范许可的其它固定液。标本规范化固定率是指规范化固定的标本数占同期标本总数的比例。	标本规范化固定率=规范化固定的标本数/同期标本总数×100%	规范化固定的标本数	同期标本总数	
计分项	第三章	五、	(四)		3.5.4	HE染色切片优良率		≥90%	江西省病理科建设与管理评价标准	逐步提高		数据核验方法:抽查月切片优良率的报表。						百分比(%)	HE染色优良切片是指达到行业优良标准要求的HE染色切片。HE染色优良切片优良率,是指HE染色优良切片数占同期HE染色切片总数的比例。	HE染色切片优良率=HE染色优良切片数/同期HE染色切片总数×100%	HE染色优良切片数	同期HE染色切片总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	五、	(五)		3.5.5	免疫组化染色切片优良率		≥90%	江西省病理科建设与管理评价标准	逐步提高		数据核验方法：抽查月切片优良率的报表。						百分比(%)	免疫组化染色优良切片是指达到行业优良标准要求的免疫组化染色切片。免疫组化染色优良切片优良率，是指免疫组化染色优良切片数占同期免疫组化染色切片总数的比例。	免疫组化染色切片优良率=免疫组化染色优良切片数/同期免疫组化染色切片总数×100%	免疫组化染色优良切片数	同期免疫组化染色切片总数	
计分项	第三章	五、	(六)		3.5.6	术中快速病理诊断及时率		≥90%	江西省病理科建设与管理评价标准	逐步提高		数据核验方法：从信息系统调取数据。	备注：(1)单例病例、单张切片报告时间30min内出报告；(2)每增加一个组织部位及切片时间需顺延10分钟；(3)同时送检多例冰冻时间顺延。					百分比(%)	在规定时间内，完成术中快速病理诊断报告的标本数占同期术中快速病理诊断标本总数的比例。规定时间是指单例标本术中快速病理诊断报告在收到标本后30分钟内完成。若前一例标本术中快速病理诊断报告未完成，新标本术中快速病理诊断报告在收到标本后45分钟内完成。	术中快速病理诊断及时率=在规定时间内完成术中快速病理诊断报告的标本数/同期术中快速病理诊断标本总数×100%	在规定时间内完成术中快速病理诊断报告的标本数	同期术中快速病理诊断标本总数	
计分项	第三章	五、	(七)		3.5.7	组织病理诊断及时率		≥95%	江西省病理科建设与管理评价标准	逐步提高		数据核验方法：从信息系统调取数据。	备注：(1)单做HE切片：小标本3-5个工作日；大标本5-7个工作日和疑难型报告(需做补采、重新制片及科室疑难讨论，报告时间需要顺延)。(2)HE+免疫组化或特染：需在HE报告时间基础上增加2-3个工作日。(3)HE+免疫组化或特染+分子检测(诊断需要)：需在HE报告时间基础上增加3-7个工作日。(4)遇到节假日报告时间需要顺延。					百分比(%)	在规定时间内，完成组织病理诊断报告的标本数占同期组织病理诊断标本总数的比例。规定时间是指穿刺、内窥镜钳取活检的小标本，自接收标本起，≤3个工作日发出病理报告；其他类型标本自接收标本起，≤5个工作日发出病理报告；需特殊处理、特殊染色、免疫组化染色、分子检测的标本，按照有关行业标准增加相应的工作日。	组织病理诊断及时率=在规定时间内完成组织病理诊断报告的标本数/同期组织病理诊断标本总数×100%	在规定时间内完成组织病理诊断报告的标本数	同期组织病理诊断标本总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	五、	(八)		3.5.8	细胞病理诊断及时率		≥95%	江西省病理科建设与管理评价标准	逐步提高		数据核验方法：从信息系统调取数据。	备注：(1)细胞病理诊断报告发出时间≤2天；(2)疑难病例或制作细胞蜡块的病例参照组织病理学要求。					百分比(%)	在规定时间内，完成细胞病理诊断报告的标本数占同期细胞病理诊断标本总数的比例。规定时间是指自接收标本起，≤2个工作日发出细胞病理诊断报告；需特殊处理、特殊染色、免疫组化染色、分子检测的标本，按照有关行业标准增加相应的工作日。	细胞病理诊断及时率=在规定时间内完成细胞病理诊断报告的标本数/同期细胞病理诊断标本总数×100%	在规定时间内完成细胞病理诊断报告的标本数	同期细胞病理诊断标本总数	
计分项	第三章	五、	(九)		3.5.9	各项分子病理检测室内质控合格率				逐步提高		数据核验方法：抽查专业小组数据统计上报情况。						百分比(%)	分子病理检测室内质控合格是指检测流程及结果达到行业标准要求。各项分子病理检测室内质控合格率，是指各项分子病理检测室内质控合格病例数占同期同种类型分子病理检测病例总数的比例。	各项分子病理检测室内质控合格率=各项分子病理检测室内质控合格病例数/同期同种类型分子病理检测病例总数×100%	各项分子病理检测室内质控合格病例数	同期同种类型分子病理检测病例总数	
计分项	第三章	五、	(十)		3.5.10	免疫组化染色室间质评合格率				逐步提高		数据核验方法：抽查国家质控中心评价情况。						百分比(%)	免疫组化染色室间质评合格，是指参加省级以上病理质控中心组织的免疫组化染色室间质评，并达到合格标准。免疫组化染色室间质评合格率，是指免疫组化染色室间质评合格次数占同期免疫组化染色室间质评总次数的比例。	免疫组化染色室间质评合格率=免疫组化染色室间质评合格次数/同期免疫组化染色室间质评总次数×100%	免疫组化染色室间质评合格次数	同期免疫组化染色室间质评总次数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	五、	(十一)		3.5.1 1	各项分子病理室间质评合格率				逐步提高		数据核验方法：抽查国家质控中心评价情况。						百分比(%)	分子病理室间质评合格，是指参加省级以上病理质控中心组织的分子病理室间质评，并达到合格标准。各项分子病理室间质评合格率，是指各项分子病理室间质评合格次数占同期同种分子病理室间质评总次数的比例。	各项分子病理室间质评合格数/同期同种分子病理室间质评总次数×100%	分子病理室间质评合格次数	同期同种分子病理室间质评总次数	
计分项	第三章	五、	(十二)		3.5.1 2	细胞学病理诊断质控符合率				逐步提高		数据核验方法：抽查专业小组数据统计上报情况。						百分比(%)	细胞学原病理诊断与抽查质控诊断符合的标本数占同期抽查质控标本总数的比例。抽查标本数应占总阴性标本数至少5%。	细胞学病理诊断质控符合率=细胞学原病理诊断与抽查质控诊断符合的标本数/同期抽查质控标本数×100%	细胞学原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	
计分项	第三章	五、	(十三)		3.5.1 3	术中快速诊断与石蜡诊断符合率		甲等>95%，乙等>90%	江西省病理科建设与管理评价标准	逐步提高		数据核验方法：抽查专业小组数据统计上报情况。						百分比(%)	术中快速诊断与石蜡诊断符合是指二者在良恶性病变的定性诊断方面一致。术中快速诊断与石蜡诊断符合率，是指术中快速诊断与石蜡诊断符合标本数占同期术中快速诊断标本总数的比例。	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标本数/同期术中快速诊断标本总数×100%	术中快速诊断与石蜡诊断符合标本数	同期术中快速诊断标本总数	
	第三章	六、			3.6	医院感染管理医疗质量控制指标(国卫办医函〔2015〕252号)	5.2分(0.4分/项)				数据评价+数据核验	(1)查2021年1月1日起至评审前季度末NCIS或评审数据收集系统；(2)数据核验。	每项指标评分标准如下：(1)有数据收集上报，得0.32分/项。(2)有数据收集上报，且数据呈现改善趋势，得0.4分/项。(3)有数据收集上报，且数据达到标杆值，得0.4分/项。(4)有数据收集上报，且该指标全省分级分类排名，位于中等水平以上，得0.4分/项。四种评分标准中，取该医院得分高的一种。	NCIS	评审数据收集系统	医院填报	年						医院感染管理医疗质量控制指标(国卫办医函〔2015〕252号)

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	六、	(一)		3.6.1	医院感染发病(例次)率		≤10%	三级综合医院医疗服务能力指南(2016年版)	逐步降低								百分比(%)	医院感染新发病例是指观察期间发生的医院感染病例,即观察开始时没有发生医院感染,观察开始后直至结束时发生的医院感染病例,包括观察开始时已发生医院感染,在观察期间又发生新的医院感染的病例。医院感染发病(例次)率是指住院患者中发生医院感染新发病例(例次)的比例。	医院感染发病(例次)率=医院感染新发病例(例次)数/同期住院患者总数×100%	医院感染新发病例(例次)数	同期住院患者总数	
计分项	第三章	六、	(二)		3.6.2	医院感染现患(例次)率		≤10%	医院管理评价指南(2008版)	逐步降低								百分比(%)	确定时段或时点住院患者中,医院感染患者(例次)数占同期住院患者总数的比例。	医院感染现患(例次)率=确定时段或时点住院患者中医院感染患者(例次)数/同期住院患者总数×100%	确定时段或时点住院患者中医院感染患者(例次)数	同期住院患者总数	
计分项	第三章	六、	(三)		3.6.3	医院感染病例漏报率		≤10%	医院管理评价指南(2008版)	逐步降低								百分比(%)	应当报告而未报告的医院感染病例数占同期应报告医院感染病例总数的比例。	医院感染病例漏报率=应当报告而未报告的医院感染病例数/同期应报告医院感染病例总数×100%	应当报告而未报告的医院感染病例数	同期应报告医院感染病例总数	
不计分项	第三章	六、	(四)		3.6.4	多重耐药菌感染发现率				逐步降低								百分比(%)	多重耐药菌主要包括:耐碳青霉烯类肠杆菌科细菌(CRE)、耐甲氧西林金黄色葡萄球菌(MRSA)、耐万古霉素肠球菌(VRE)、耐碳青霉烯鲍曼不动杆菌(CRABA)、耐碳青霉烯铜绿假单胞菌(CRPAE)。多重耐药菌感染发现率是指多重耐药菌感染患者数(例次数)与同期住院患者总数的比例。	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%	多重耐药菌感染患者数(例次数)	同期住院患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
不计分项	第三章	六、	(五)		3.6.5	多重耐药菌感染检出率				监测比较								百分比(%)	多重耐药菌检出菌株数与同期该病原体检出菌株总数的比例。	多重耐药菌感染检出率=多重耐药菌检出菌株数/同期该病原体检出菌株总数×100%	多重耐药菌检出菌株数	同期该病原体检出菌株总数	
计分项	第三章	六、	(六)		3.6.6	医务人员手卫生依从率		≥60%	《清洁的手，呵护健康(2015-2018年)》专项工作指导方案	逐步提高								百分比(%)	受调查的医务人员实际实施手卫生次数占同期调查中应实施手卫生次数的比例。	医务人员手卫生依从率=受调查的医务人员实际实施手卫生次数/同期调查中应实施手卫生次数×100%	受调查的医务人员实际实施手卫生次数	同期调查中应实施手卫生次数	
计分项	第三章	六、	(七)		3.6.7	住院患者抗菌药物使用率		≤60%(国家对各类别医院控制值有不同要求)	《关于进一步开展全国抗菌药物临床应用专项整治活动的通知》(卫办医政发〔2013〕37号),《2013年江西省抗菌药物临床应用专项整治活动方案》,《关于进一步加强抗菌药物临床应用管理工作的通知》(国卫办医发〔2015〕42号)等文件有要求	监测达标								百分比(%)	住院患者中使用抗菌药物(全身给药)患者数占同期住院患者总数的比例。	住院患者抗菌药物使用率=住院患者中使用抗菌药物(全身给药)患者数/同期住院患者总数×100%	住院患者中使用抗菌药物(全身给药)患者数	同期住院患者总数	
计分项	第三章	六、	(八)		3.6.8.1	抗菌药物治疗前病原学送检率[1.接受抗菌药物治疗的住院患者抗菌药物使用前病原微生物标本(合格标本)送检率]		≥30%	《关于进一步开展全国抗菌药物临床应用专项整治活动的通知》(卫办医政发〔2013〕37号),《2013年江西省抗菌药物临床应用专项整治活动方案》,《关于进一步加强抗菌药物临床应用管理工作的通知》(国卫办医发〔2015〕42号)等文件有要求	监测达标								百分比(%)	以治疗为目的使用抗菌药物的住院患者,使用抗菌药物前病原学检验标本送检病例数占同期使用抗菌药物治疗病例总数的比例。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。	抗菌药物治疗前病原学送检率=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%	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	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	六、	(八)	2	3.6.8.2	抗菌药物治疗前病原学送检率[2.接受限制使用级抗菌药物治疗的住院患者抗菌药物使用前病原微生物标本(合格标本)送检率]		≥50%	《关于进一步开展全国抗菌药物临床应用专项整治活动的通知》(卫办医政发〔2013〕37号),《2013年江西省抗菌药物临床应用专项整治活动方案》,《关于进一步加强抗菌药物临床应用管理工作的通知》(国卫办医发〔2015〕42号)等文件有要求	监测达标								百分比(%)	以治疗为目的使用限制级抗菌药物的住院患者,使用限制级抗菌药物前病原微生物检验标本送检病例数占同期使用限制使用级抗菌药物治疗住院患者总数的比例。病原微生物检验标本包括: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。	使用接受限制使用级抗菌药物治疗的住院患者治疗前病原微生物标本(合格标本)送检率=使用限制使用级抗菌药物治疗前病原微生物检验标本送检例数/同期使用限制使用级抗菌药物治疗的住院患者总例数×100%	使用限制使用级抗菌药物治疗前病原学微生物检验标本送检例数	同期使用限制使用级抗菌药物治疗的住院患者总例数	
计分项	第三章	六、	(八)	3	3.6.8.3	抗菌药物治疗前病原学送检率[3.接受特殊使用级抗菌药物治疗的住院患者抗菌药物使用前病原微生物标本(合格标本)送检率]		≥80%	《关于进一步开展全国抗菌药物临床应用专项整治活动的通知》(卫办医政发〔2013〕37号),《2013年江西省抗菌药物临床应用专项整治活动方案》,《关于进一步加强抗菌药物临床应用管理工作的通知》(国卫办医发〔2015〕42号)等文件有要求	监测达标								百分比(%)	以治疗为目的使用特殊级抗菌药物的住院患者,使用特殊级抗菌药物前病原微生物检验标本送检病例数占同期使用特殊级抗菌药物治疗住院患者总例数的比例。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。	使用接受特殊使用级抗菌药物治疗的住院患者治疗前病原微生物标本(合格标本)送检率=使用特殊使用级抗菌药物治疗前病原微生物检验标本送检例数/同期使用特殊使用级抗菌药物治疗的住院患者总例数×100%	使用特殊使用级抗菌药物治疗前病原学微生物检验标本送检例数	同期使用特殊使用级抗菌药物治疗的住院患者总例数	
计分项	第三章	六、	(九)		3.6.9	I类切口手术部位感染率		≤1.5%	医院管理评价指南(2008版)	逐步降低								百分比(%)	I类切口手术部位感染是指发生在I类(清洁)切口,即手术未进入炎症区,未进入呼吸、消化及泌尿生殖道,以及闭合性创伤手术符合上述条件的手术切口的感染,包括无植入物手术后30天内、有植入物手术后1年内发生的手术部位感染。I类切口手术部位感染率,是指发生I类切口手术部位感染病例数占同期接受I类切口手术患者总数的比例。	I类切口手术部位感染率=发生I类切口手术部位感染病例数/同期接受I类切口手术患者总例数×100%	发生I类切口手术部位感染病例数	同期接受I类切口手术患者总例数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	六、	(十)		3.6.10	I类切口手术抗菌药物预防使用率		≤30%，原则上不联合预防使用抗菌药物。其中，腹股沟疝修补术(包括补片修补术)、甲状腺疾病手术、乳腺疾病手术、关节镜检查手术、颈动脉内膜剥脱手术、颅骨肿物切除手术和经血管途径介入诊断手术患者原则上不预防使用抗菌药物。	《关于进一步开展全国抗菌药物临床应用专项整治活动的通知》(卫办医政发〔2013〕37号)，《2013年江西省抗菌药物临床应用专项整治活动方案》，《关于进一步加强抗菌药物临床应用管理工作的通知》(国卫办医发〔2015〕42号)	监测达标								百分比(%)	I类切口手术预防使用抗菌药物的患者数占同期I类切口手术患者总数的比例。	I类切口手术抗菌药物预防使用率=I类切口手术预防使用抗菌药物的患者数/同期I类切口手术患者总数×100%	I类切口手术预防使用抗菌药物的患者数	同期I类切口手术患者总数	
计分项	第三章	六、	(十一)		3.6.11	血管内导管相关血流感染发病率				逐步降低								例/千导管日	使用血管内导管住院患者中新发血管内导管相关血流感染的发病频率。	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‰	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	
计分项	第三章	六、	(十二)		3.6.12	呼吸机相关肺炎发病率				逐步降低								例/千机械通气日	使用呼吸机住院患者中新发呼吸机相关肺炎的发病频率。	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‰	呼吸机相关肺炎例次数	同期患者使用呼吸机总天数	
计分项	第三章	六、	(十三)		3.6.13	导尿管相关泌尿系感染发病率				逐步降低								例/千导尿管日	使用导尿管住院患者中新发导尿管相关泌尿系感染的发病频率。	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‰	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	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件	
	第三章	七、			3.7	临床用血质量控制指标(国卫办医函〔2019〕620号)	3.2分(0.4分/项)				数据评价+数据核验	(1)查2021年1月1日起至评审前季度末NCIS或评审数据收集系统; (2)数据核验。	每项指标评分标准如下:(1)有数据收集上报,得0.32分/项。(2)有数据收集上报,且数据呈现改善趋势,得0.4分/项。(3)有数据收集上报,且数据达到标杆值,得0.4分/项。(4)有数据收集上报,且该指标全省分级分类排名,位于中等水平以上,得0.4分/项。四种评分标准中,取该医院得分高的一种。	NCIS	评审数据收集系统	医院填报	年							临床用血质量控制指标(国卫办医函〔2019〕620号)
计分项	第三章	七、	(一)		3.7.1	每千单位用血输血专业技术人员数		输血科人员配置与床位数或与年输血量参考比例为:1:100(床)或1:1000单位(以红细胞成分计算)	三级综合医院评审标准实施细则(2011版)	逐步提高								千分比(‰)	输血科(血库)专职专业技术人员数与医疗机构年度每千单位用血数之比。医疗机构年度用血总单位数指医疗机构一年时间使用全血、红细胞成分和血浆的总单位数。	每千单位用血输血专业技术人员数=输血科(血库)专职专业技术人员数/(医疗机构年度用血总单位数/1000)	输血科(血库)专职专业技术人员数	医疗机构年度用血总单位数/1000		
计分项	第三章	七、	(二)		3.7.2	《临床输血申请单》合格率	100%		三级综合医院评审标准实施细则(2011版)	监测达标								百分比(%)	填写规范且符合用血条件的《临床输血申请单》数量占同期输血科(血库)接收的《临床输血申请单》总数的百分比。	《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《临床输血申请单》总数×100%	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《临床输血申请单》总数		
计分项	第三章	七、	(三)		3.7.3	受血者标本血型复查率	100%		《临床输血技术规范》第二十五条	逐步提高								百分比(%)	是指输血科(血库)对受血者血液标本复查血型的数量占同期接受受血者血液标本总数的百分比。	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%	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		
计分项	第三章	七、	(四)		3.7.4	输血相容性检测项目室内质控率	100%		三级综合医院评审标准实施细则(2011版)	逐步提高								百分比(%)	开展室内质控的输血相容性检测项目数占医疗机构开展的输血相容性检测项目总数的百分比。	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%	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		

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	七、	(五)		3.7.5	输血相容性检测室间质评项目参加率		100%	三级综合医院评审标准实施细则(2011版)	逐步提高								百分比(%)	参加室间质评的输血相容性检测项目数占所参加的室间质评机构输血相容性检测室间质评项目总数的百分比。	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/所参加的室间质评机构输血相容性检测室间质评项目总数×100%	参加室间质评的输血相容性检测项目数	所参加的室间质评机构输血相容性检测室间质评项目总数	
计分项	第三章	七、	(六)		3.7.6	千输血人次输血不良反应上报例数				监测比较								千分比(‰)	单位时间内,每千输血人次中输血不良反应上报例数。	千输血人次输血不良反应上报例数=输血不良反应上报例数/(输血人次/1000)	输血不良反应上报例数	输血人次/1000	
不计分项	第三章	七、	(七)		3.7.7	一二级手术台均用量				监测比较								U	单位时间一级和二级手术台均用量。此处仅统计红细胞成分及全血用量。	一二级手术台均用量=一级和二级手术用血总单位数/同期一级和二级手术总台次	一级和二级手术用血总单位数	同期一级和二级手术总台次	
不计分项	第三章	七、	(八)		3.7.8	三四级手术台均用量				监测比较								U	单位时间三级和四级手术台均用量。此处仅统计红细胞成分及全血用量。	三四级手术台均用量=三级和四级手术用血总单位数/同期三级和四级手术总台次	三级和四级手术用血总单位数	同期三级和四级手术总台次	
计分项	第三章	七、	(九)		3.7.9	手术患者自体输血率		≥25%	三级综合医院评审标准实施细则(2011版)	逐步提高								百分比(%)	单位时间手术患者住院期间自体输血量占手术患者异体输血量 and 自体输血量之和的百分比。此处仅统计红细胞成分及全血用量。	手术患者自体输血率=手术患者自体输血总单位数/(同期手术患者异体输血单位数+自体输血单位数)×100%	手术患者自体输血总单位数	同期手术患者异体输血单位数+自体输血单位数	
计分项	第三章	七、	(十)		3.7.10	出院患者人均用血量				监测比较								U	单位时间出院患者人均用血量。此处仅统计红细胞成分及全血用量。	出院患者人均用血量=出院患者用血总单位数/同期出院患者人次	出院患者用血总单位数	同期出院患者人次	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
	第三章	八、			3.8	呼吸内科专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2019〕854号)	6.4分(0.4分/项)				数据评价+数据核验		(1)查2021年1月1日起至评审前季度末NCIS或评审数据收集系统;(2)数据核验。 每项指标评分标准如下:(1)有数据收集上报,得0.32分/项。(2)有数据收集上报,且数据呈现改善趋势,得0.4分/项。(3)有数据收集上报,且数据达到标杆值,得0.4分/项。(4)有数据收集上报,且该指标全省分级分类排名,位于中等水平以上,得0.4分/项。四种评分标准中,取该医院得分高的一种。	NCIS	评审数据收集系统	医院填报	年						呼吸与危重症医学科专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2019〕854号)
计分项	第三章	八、	(一)		3.8.1	急性肺血栓栓塞症(PTE)患者确诊检查比例		>85%	专业质控中心调研	逐步提高								百分比(%)	单位时间内,出院诊断为急性PTE患者行确诊检查的人数与同期急性PTE患者总数的比值。	急性肺血栓栓塞症(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%	急性PTE患者行确诊检查人数	同期急性PTE患者总数	
计分项	第三章	八、	(二)		3.8.2	急性PTE患者行深静脉血栓相关检查比例		>80%	专业质控中心调研	逐步提高								百分比(%)	单位时间内,急性PTE患者行深静脉血栓相关检查的人数与同期急性PTE患者总数的比值。	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%	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	
不计分项	第三章	八、	(三)		3.8.3	急性PTE患者行危险分层相关检查比例		>90%	专业质控中心调研	逐步提高								百分比(%)	单位时间内,急性PTE患者行危险分层相关检查的人数与同期急性PTE患者总数的比值。	急性PTE患者行危险分层相关检查比例=急性PTE患者行危险分层相关检查的人数/同期急性PTE患者总数×100%	急性PTE患者行危险分层相关检查的人数	同期急性PTE患者总数	
计分项	第三章	八、	(四)		3.8.4	住院期间行溶栓治疗的高危急性PTE患者比例		>70%	专业质控中心调研	逐步提高								百分比(%)	单位时间内,住院期间行溶栓治疗的高危急性PTE患者数与同期行溶栓治疗的急性PTE患者总数的比值。	住院期间行溶栓治疗的高危急性PTE患者比例=住院期间行溶栓治疗的高危急性PTE患者数/同期行溶栓治疗的急性PTE患者总数×100%	住院期间行溶栓治疗的高危急性PTE患者数	同期行溶栓治疗的急性PTE患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	八、	(五)		3.8.5	急性PTE患者住院期间抗凝治疗比例		>95%	专业质控中心调研	逐步提高								百分比(%)	单位时间内，急性PTE患者住院期间抗凝治疗人数与同期急性PTE患者总数的比值。	急性PTE患者住院期间抗凝治疗比例=急性PTE患者住院期间抗凝治疗人数/同期急性PTE患者总数×100%	急性PTE患者住院期间抗凝治疗人数	同期急性PTE患者总数	
计分项	第三章	八、	(六)		3.8.6	急性PTE患者住院死亡率		<2%	专业质控中心调研	逐步降低								百分比(%)	单位时间内，住院急性PTE患者死亡人数与同期住院急性PTE患者总数的比值。	急性PTE患者住院死亡率=住院急性PTE患者死亡人数/同期住院急性PTE患者总数×100%	住院急性PTE患者死亡人数	同期住院急性PTE患者总数	
计分项	第三章	八、	(七)		3.8.7	急性PTE患者住院期间发生大出血比例		<10%	专业质控中心调研	逐步降低								百分比(%)	单位时间内，住院急性PTE患者发生大出血的人数与同期住院急性PTE患者总数的比值。	急性PTE患者住院期间发生大出血比例=急性PTE患者发生大出血的人数/同期住院急性PTE患者总数×100%	急性PTE患者发生大出血的人数	同期住院急性PTE患者总数	
计分项	第三章	八、	(八)		3.8.8	慢阻肺急性加重患者住院期间行动脉血气分析比例		>90%	专业质控中心调研	逐步提高								百分比(%)	单位时间内，住院期间至少进行一次动脉血气分析的慢阻肺急性加重患者数占同期住院慢阻肺急性加重患者总数的比例。	慢阻肺急性加重患者住院期间行动脉血气分析比例=住院期间行动脉血气分析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%	住院期间行动脉血气分析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	
计分项	第三章	八、	(九)		3.8.9	慢阻肺急性加重患者住院期间胸部影像学检查比例		>80%	专业质控中心调研	逐步提高								百分比(%)	单位时间内，住院期间行胸部影像学检查(X线/CT)的慢阻肺急性加重患者数占同期住院慢阻肺患者总数的比例。	慢阻肺急性加重患者住院期间胸部影像学检查比例=住院期间行胸部影像学检查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%	住院期间行胸部影像学检查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	
计分项	第三章	八、	(十)		3.8.10	慢阻肺急性加重患者住院期间心电图检查比例		>95%	专业质控中心调研	逐步提高								百分比(%)	单位时间内，住院期间行心电图检查的慢阻肺急性加重患者数占同期住院慢阻肺患者总数的比例。	慢阻肺急性加重患者住院期间心电图检查比例=住院期间进行心电图检查慢阻肺患者数/同期住院慢阻肺患者总数×100%	住院期间进行心电图检查慢阻肺患者数	同期住院慢阻肺患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	八、	(十一)		3.8.1 1	慢阻肺急性加重患者住院期间超声心动图检查比例		>80%	专业质控中心调研	逐步提高								百分比(%)	单位时间内，住院期间进行超声心动图检查的慢阻肺急性加重患者数占同期住院慢阻肺急性加重患者总数的比例。	慢阻肺急性加重患者住院期间超声心动图检查比例=住院期间进行超声心动图检查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%	住院期间进行超声心动图检查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	
计分项	第三章	八、	(十二)		3.8.1 2	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		接受抗菌药物治疗的住院患者: ≥30%，接受限制使用级抗菌药物治疗的住院患者: ≥50%，接受特殊使用抗菌药物治疗的住院患者: ≥80%。	《2012年全国抗菌药物临床应用专项整治活动方案》	逐步提高								百分比(%)	单位时间内，住院慢阻肺急性加重患者抗感染治疗前病原学送检人数占同期住院慢阻肺急性加重患者总数的比例。	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%	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	
计分项	第三章	八、	(十三)		3.8.1 3	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		>80%	专业质控中心调研	逐步提高								百分比(%)	单位时间内，住院期间应用雾化吸入支气管扩张剂治疗的慢阻肺急性加重患者数占同期住院慢阻肺急性加重患者总数的比值。	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%	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	
计分项	第三章	八、	(十四)		3.8.1 4	慢阻肺急性加重患者住院死亡率		<1%	专业质控中心调研	逐步降低								百分比(%)	单位时间内，住院慢阻肺急性加重患者死亡人数占同期住院慢阻肺急性加重患者总数的比例。	慢阻肺急性加重患者住院死亡率=住院慢阻肺急性加重患者死亡人数/同期住院慢阻肺急性加重患者总数×100%	住院慢阻肺急性加重患者死亡人数	同期住院慢阻肺急性加重患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	八、	(十五)		3.8.15	使用有创机械通气的慢阻肺急性加重患者死亡率		<10%	专业质控中心调研	逐步降低								百分比(%)	单位时间内，使用有创机械通气治疗的慢阻肺急性加重患者死亡人数占同期住院使用有创机械通气治疗的慢阻肺急性加重患者总数的比例。	使用有创机械通气的慢阻肺急性加重患者死亡率=使用有创机械通气治疗的慢阻肺急性加重患者死亡人数/同期住院使用有创机械通气的慢阻肺急性加重患者总数×100%	使用有创机械通气治疗的慢阻肺急性加重患者死亡人数	同期住院使用有创机械通气的慢阻肺急性加重患者总数	
不计分项	第三章	八、	(十六)		3.8.16	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		>90%	专业质控中心调研	逐步提高								百分比(%)	单位时间内，进行了CAP严重程度评估的住院成人CAP患者数占同期住院成人CAP患者总数的比例。	住院成人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成人CAP患者数/同期住院成人CAP患者总数×100%	进行了CAP严重程度评估的住院成人CAP患者数	同期住院成人CAP患者总数	
不计分项	第三章	八、	(十七)		3.8.17	低危CAP患者住院比例		<30%	专业质控中心调研	逐步降低								百分比(%)	单位时间内，住院低危CAP患者数占同期住院CAP患者总数的比例。	低危CAP患者住院比例=住院低危CAP患者数/同期住院CAP患者总数×100%	住院低危CAP患者数	同期住院CAP患者总数	
计分项	第三章	八、	(十八)		3.8.18	CAP患者住院期间抗感染治疗前病原学送检比例				逐步提高								百分比(%)	单位时间内，抗感染治疗前病原学送检的住院CAP患者数占同期住院CAP患者总数的比例。	CAP患者住院期间抗感染治疗前病原学送检比例=抗感染治疗前病原学送检的住院CAP患者数/同期住院CAP患者总数×100%	抗感染治疗前病原学送检的住院CAP患者数	同期住院CAP患者总数	
计分项	第三章	八、	(十九)		3.8.19	CAP患者住院死亡率		<2%	专业质控中心调研	逐步降低								百分比(%)	单位时间内，住院CAP患者死亡人数与同期住院CAP患者总数的比值。	CAP患者住院死亡率=住院CAP患者死亡人数/同期住院CAP患者总数×100%	住院CAP患者死亡人数	同期住院CAP患者总数	
不计分项	第三章	八、	(二十)		3.8.20	住院CAP患者接受机械通气的比例				逐步提高								百分比(%)	单位时间内，住院期间接受机械通气(包括无创/有创机械通气)的CAP患者数与住院CAP患者总数的比值。	住院CAP患者接受机械通气的比例=住院期间接受机械通气的CAP患者数/同期住院CAP患者总数×100%	住院期间接受机械通气的CAP患者数	同期住院CAP患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
	第三章	九、			3.9	产科专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2019〕854号)	4.8分(0.4分/项)				数据评价+数据核验	(1)查2021年1月1日起至评审前季度末NCIS或评审数据收集系统; (2)数据核验。	每项指标评分标准如下:(1)有数据收集上报,得0.32分/项。(2)有数据收集上报,且数据呈现改善趋势,得0.4分/项。(3)有数据收集上报,且数据达到标杆值,得0.4分/项。(4)有数据收集上报,且该指标全省分级分类排名,位于中等水平以上,得0.4分/项。四种评分标准中,取该医院得分高的一种。	NCIS	评审数据收集系统	医院填报	年						产科专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2019〕854号)
计分项	第三章	九、	(一)	1	3.9.1.1	剖宫产/初产妇剖宫产率(1.剖宫产率)				监测比较								百分比(%)	单位时间内,剖宫产分娩产妇人数占同期分娩产妇(分娩孕周≥28周)总人数的比例。	剖宫产率=剖宫产分娩产妇人数/同期分娩产妇总人数×100%	剖宫产分娩产妇人数	同期分娩产妇总人数	
计分项	第三章	九、	(一)	2	3.9.1.2	剖宫产/初产妇剖宫产率(2.初产妇剖宫产率)				监测比较								百分比(%)	单位时间内初产妇(定义:妊娠≥28周初次分娩的产妇,既往无28周及以上孕周分娩史)实施剖宫产手术人数占同期初产妇总人数的比例。	初产妇剖宫产率=初次剖宫产人数/同期初产妇总人数×100%	初次剖宫产人数	同期初产妇总人数	
计分项	第三章	九、	(二)		3.9.2	阴道分娩椎管内麻醉使用率				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,阴道分娩产妇实施椎管内麻醉人数(不含术中剖宫产产妇人数)占同期阴道分娩产妇总人数(不含术中剖宫产产妇人数)的比例。	阴道分娩椎管内麻醉使用率=阴道分娩产妇实施椎管内麻醉人数/同期阴道分娩产妇总人数×100%	阴道分娩产妇实施椎管内麻醉人数	同期阴道分娩产妇总人数	
计分项	第三章	九、	(三)	1	3.9.3.1	早产/早期早产率(1.早产率)				监测比较								百分比(%)	单位时间内,早产(孕周在28~36+6周之间的分娩)产妇人数占同期分娩产妇(分娩孕周≥28周)总人数的比例。	早产率=早产产妇人数/同期分娩产妇总人数×100%	早产产妇人数	同期分娩产妇总人数	
计分项	第三章	九、	(三)	2	3.9.3.2	早产/早期早产率(2.早期早产率)				监测比较								百分比(%)	单位时间内,早期早产(孕周在28~33+6周之间的分娩)产妇人数占同期分娩产妇(分娩孕周≥28周)总人数的比例。	早期早产率=早期早产产妇人数/同期分娩产妇总人数×100%	早期早产产妇人数	同期分娩产妇总人数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	九、	(四)		3.9.4	巨大儿发生率				监测比较								百分比(%)	单位时间内,巨大儿(出生体重4000g)人数占同期活产数的比例。	巨大儿发生率=巨大儿人数/同期活产数×100%	巨大儿人数	同期活产数	
计分项	第三章	九、	(五)		3.9.5	严重产后出血发生率				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,发生严重产后出血(分娩24小时内出血量≥1000ml)的产妇人数占同期分娩产妇(分娩孕周≥28周)总人数的比例。	严重产后出血发生率=严重产后出血产妇人数/同期分娩产妇总人数×100%	严重产后出血产妇人数	同期分娩产妇总人数	
计分项	第三章	九、	(六)		3.9.6	严重产后出血患者输血率				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,发生严重产后出血(分娩24小时内出血量≥1000ml)实施输血治疗(含自体输血)人数占同期发生严重产后出血患者总数的比例。	严重产后出血患者输血率=严重产后出血输血治疗人数/同期严重产后出血患者总数×100%	严重产后出血输血治疗人数	同期严重产后出血患者总数	
计分项	第三章	九、	(七)		3.9.7	孕产妇死亡活产比				逐步降低								十万分比	单位时间内,孕产妇在孕产期至产后42天内因各种原因造成的孕产妇死亡人数占同期活产数的比例。	孕产妇死亡活产比=(孕产妇死亡人数/同期活产数)×(100000/100000)	孕产妇死亡人数	同期活产数	
计分项	第三章	九、	(八)		3.9.8	妊娠相关子宫切除率				逐步降低								十万分比	单位时间内,妊娠相关因素导致实施子宫切除人数占同期分娩产妇(分娩孕周≥28周)总人数的比例。	妊娠相关子宫切除率=(妊娠相关子宫切除人数/同期分娩产妇总人数)×(100000/100000)	妊娠相关子宫切除人数	同期分娩产妇总人数	
计分项	第三章	九、	(九)		3.9.9	产后或术后非计划再次手术率				逐步降低								十万分比	单位时间内,产妇在同一次住院期间,产后或术后因各种原因导致患者需重返手术室进行计划外再次手术(含介入手术)的人数占同期分娩产妇(分娩孕周≥28周)总人数的比例。	产后或术后非计划再次手术率=(产后或术后发生非计划再次手术人数/同期分娩产妇总人数)×(100000/100000)	产后或术后发生非计划再次手术人数	同期分娩产妇总人数	
计分项	第三章	九、	(十)		3.9.10	足月新生儿5分钟Apgar评分<7分发生率				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,足月新生儿(分娩孕周≥37周)出生后5分钟Apgar评分<7分人数占同期内足月活产儿总数的比例。	足月新生儿5分钟Apgar评分<7分发生率=足月新生儿5分钟Apgar评分<7分人数/同期足月活产儿总数×100%	足月新生儿5分钟Apgar评分<7分人数	同期足月活产儿总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件	
	第三章	十、			3.10	神经系统疾病医疗质量控制指标(国卫办医函〔2020〕13号)	14分(0.4分/项)				数据评价+数据核验	(1)查2021年1月1日起至评审前季度末NCIS或评审数据收集系统; (2)数据核验。	每项指标评分标准如下: (1)有数据收集上报,得0.32分/项。(2)有数据收集上报,且数据呈现改善趋势,得0.4分/项。(3)有数据收集上报,且数据达到标杆值,得0.4分/项。(4)有数据收集上报,且该指标全省分级分类排名,位于中等水平以上,得0.4分/项。四种评分标准中,取该医院得分高的一种。	NCIS	评审数据收集系统	医院填报	年							神经系统疾病医疗质量控制指标(国卫办医函〔2020〕13号)
不计分项	第三章	十、	(一)	1	3.10.1.1	癫痫与惊厥癫痫持续状态(1.癫痫发作频率记录率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,住院癫痫患者中各种发作类型的发作频率均得到记录的人数占同期住院癫痫患者总数的比例。	癫痫发作频率记录率=各种发作类型的发作频率均得到记录的住院癫痫患者数/同期住院癫痫患者总数×100%	各种发作类型的发作频率均得到记录的住院癫痫患者数	同期住院癫痫患者总数		
不计分项	第三章	十、	(一)	2	3.10.1.2	癫痫与惊厥癫痫持续状态(2.抗癫痫药物规范服用率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,住院癫痫患者(确诊3月及以上)中近3月按照癫痫诊断类型规范使用抗癫痫药物治疗的人数占同期住院癫痫患者(确诊3月及以上)人数的比例。	抗癫痫药物规范服用率=近3月规范使用抗癫痫药物治疗的住院癫痫患者(确诊3月及以上)数/同期住院癫痫患者(确诊3月及以上)总数×100%	近3月规范使用抗癫痫药物治疗的住院癫痫患者(确诊3月及以上)数	同期住院癫痫患者(确诊3月及以上)总数		
不计分项	第三章	十、	(一)	3	3.10.1.3	癫痫与惊厥癫痫持续状态(3.抗癫痫药物严重不良反应发生率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,住院癫痫患者病程中发生抗癫痫药物严重不良反应的人次数与同期住院癫痫患者总人次数的比值。抗癫痫药物严重不良反应指:使用抗癫痫药物后导致患者需前往门诊就诊,并减药、停药或对症处理;或导致患者需要住院治疗;或住院时间延长;或导致胎儿先天性畸形或出生缺陷。	抗癫痫药物严重不良反应发生率=病程中发生抗癫痫药物严重不良反应的住院癫痫患者人次数/同期住院癫痫患者总人次数的比值。	病程中发生抗癫痫药物严重不良反应的住院癫痫患者人次数	同期住院癫痫患者总人次数的比值。		

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
不计分项	第三章	十、	(一)	4	3.10.1.4	癫痫与惊厥癫痫持续状态(4. 癫痫患者病因学检查完成率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内, 住院癫痫患者完成神经影像学检查(如头颅CT或核磁共振)及脑电图学相关检查(普通或视频长程脑电图)的人数占同期住院癫痫患者总数的比例。 神经影像学检查指头部CT或核磁共振检查, 脑电图学相关检查包括常规头皮脑电图监测或长程视频脑电图监测。癫痫患者病因学检查应完成神经影像学检查及脑电图学相关检查。	癫痫患者病因学检查完成率=完成神经影像学及脑电图学相关检查的住院癫痫患者数/同期住院癫痫患者总数×100%	完成神经影像学及脑电图学相关检查的住院癫痫患者数	同期住院癫痫患者总数	
不计分项	第三章	十、	(一)	5	3.10.1.5	癫痫与惊厥癫痫持续状态(5. 癫痫患者精神行为共患病筛查率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内, 住院癫痫患者完成共患病(抑郁症、焦虑症)筛查人数占同期住院癫痫患者总数的比例。	癫痫患者精神行为共患病筛查率=进行精神行为共患病筛查的住院癫痫患者数/同期住院癫痫患者总数×100%	进行精神行为共患病筛查的住院癫痫患者数	同期住院癫痫患者总数	
不计分项	第三章	十、	(一)	6	3.10.1.6	癫痫与惊厥癫痫持续状态(6. 育龄期女性癫痫患者妊娠宣教执行率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内, 住院育龄期(18~44岁, 月经周期正常)女性癫痫患者(或照料者)在一年内至少接受过1次关于癫痫及治疗如何影响避孕或妊娠的咨询的育龄期女性住院癫痫患者的比例。	育龄期女性癫痫患者妊娠宣教执行率=每年至少接受过1次关于癫痫及其治疗如何影响避孕或妊娠的咨询的育龄期女性住院癫痫患者(或其照料者)数/同期住院育龄期女性癫痫患者总数×100%	每年至少接受过1次关于癫痫及其治疗如何影响避孕或妊娠的咨询的育龄期女性住院癫痫患者(或其照料者)数	同期住院育龄期女性癫痫患者总数	
不计分项	第三章	十、	(一)	7	3.10.1.7	癫痫与惊厥癫痫持续状态(7. 癫痫患者择期手术在院死亡率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内, 所有住院行癫痫择期手术的癫痫患者术后在院死亡率。	癫痫患者择期手术在院死亡率=行癫痫择期手术后在院死亡患者数/同期住院行癫痫择期手术的患者总数×100%	行癫痫择期手术后在院死亡患者数	同期住院行癫痫择期手术的患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
不计分项	第三章	十、	(一)	8	3.10.1.8	癫痫与惊厥癫痫持续状态(8.癫痫患者术后并发症发生率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,所有住院行癫痫手术的癫痫患者术后并发症发生率。癫痫手术的术后并发症包括:脑脊液漏、脑积水、颅内/颅外感染(浅表或深部)、颅内或硬膜外脓肿、缺血性脑血管病、颅内血肿、静脉窦血栓形成、深静脉血栓形成、肺栓塞、肺部感染、代谢紊乱、语言障碍、记忆障碍、偏瘫、精神障碍、视野缺损。	癫痫患者术后并发症发生率=行癫痫手术后在院并发症发生人数/同期住院行癫痫手术的患者总数×100%	行癫痫手术后在院并发症发生人数	同期住院行癫痫手术的患者总数	
不计分项	第三章	十、	(一)	9	3.10.1.9	癫痫与惊厥癫痫持续状态(9.癫痫患者术后病理明确率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,所有住院行癫痫病灶切除手术的癫痫患者术后病理结果明确率。	癫痫患者术后病理明确率=行癫痫手术后病理明确患者数/同期住院行癫痫手术的患者总数×100%	行癫痫手术后病理明确患者数	同期住院行癫痫手术的患者总数	
不计分项	第三章	十、	(一)	10	3.10.1.10	癫痫与惊厥癫痫持续状态(10.癫痫手术患者出院时继续抗癫痫药物治疗率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,所有住院行手术治疗的癫痫患者出院时继续抗癫痫药物治疗率。	癫痫手术患者出院时继续抗癫痫药物治疗率=出院时继续抗癫痫药物治疗的癫痫手术患者数/同期住院行癫痫手术的患者总数×100%	出院时继续抗癫痫药物治疗的癫痫手术患者数	同期住院行癫痫手术的患者总数	
不计分项	第三章	十、	(一)	11	3.10.1.11	癫痫与惊厥癫痫持续状态(11.惊厥性癫痫持续状态发作控制率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,惊厥性癫痫持续状态患者中发作在接诊后1小时内得到控制的人数占同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。	惊厥性癫痫持续状态发作控制率=发作在接诊后1小时内得到控制的惊厥性癫痫持续状态患者数/同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数×100%	发作在接诊后1小时内得到控制的惊厥性癫痫持续状态患者数	同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数	
不计分项	第三章	十、	(一)	12	3.10.1.12	癫痫与惊厥癫痫持续状态(12.惊厥性癫痫持续状态初始治疗方案应用率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,住院惊厥性癫痫持续状态患者中应用指南推荐的初始治疗方案治疗的患者数占同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。	惊厥性癫痫持续状态初始治疗方案应用率=应用标准初始治疗方案治疗的住院惊厥性癫痫持续状态患者数/同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数×100%	应用标准初始治疗方案治疗的住院惊厥性癫痫持续状态患者数	同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
不计分项	第三章	十、	(一)	13	3.10.1.13	癫痫与惊厥癫痫持续状态(13.难治性惊厥性癫痫持续状态患者麻醉药物应用率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,住院难治性惊厥性癫痫持续状态患者应用麻醉药物治疗的人数占同期住院难治性惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。	难治性惊厥性癫痫持续状态患者麻醉药物应用率=应用麻醉药物治疗的住院难治性惊厥性癫痫持续状态患者数/同期住院难治性惊厥性癫痫持续状态患者总数×100%	应用麻醉药物治疗的住院难治性惊厥性癫痫持续状态患者数	同期住院难治性惊厥性癫痫持续状态患者总数	
不计分项	第三章	十、	(一)	14	3.10.1.14	癫痫与惊厥癫痫持续状态(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)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,收治入院的难治性惊厥性癫痫持续状态患者启动气管插管或机械通气治疗的人数占同期住院难治性惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。	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=启动气管插管或机械通气的难治性惊厥性癫痫持续状态住院患者数/同期住院难治性惊厥性癫痫持续状态患者总数×100%	启动气管插管或机械通气的难治性惊厥性癫痫持续状态住院患者数	同期住院难治性惊厥性癫痫持续状态患者总数	
不计分项	第三章	十、	(一)	15	3.10.1.15	癫痫与惊厥癫痫持续状态(15.在院惊厥性癫痫持续状态患者脑电监测率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,住院惊厥性癫痫持续状态患者中入院24小时内完成同步脑电监测的人数占同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。	在院惊厥性癫痫持续状态患者脑电监测率=入院24小时内完成同步脑电监测的惊厥性癫痫持续状态患者数/同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数×100%	入院24小时内完成同步脑电监测的惊厥性癫痫持续状态患者数	同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数	
不计分项	第三章	十、	(一)	16	3.10.1.16	癫痫与惊厥癫痫持续状态(16.在院惊厥性癫痫持续状态患者影像检查率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,住院惊厥性癫痫持续状态患者中入院72小时内完成神经影像学检查的人数占同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。	在院惊厥性癫痫持续状态患者影像检查率=入院72小时内完成神经影像学检查的惊厥性癫痫持续状态患者数/同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数×100%	入院72小时内完成神经影像学检查的惊厥性癫痫持续状态患者数	同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
不计分项	第三章	十、	(一)	17	3.10.1.17	癫痫与惊厥癫痫持续状态(17.在院惊厥性癫痫持续状态患者脑脊液检查率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,住院惊厥性癫痫持续状态患者中入院72小时内完成脑脊液相关病因学检查的人数占同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。	在院惊厥性癫痫持续状态患者脑脊液检查率=入院72小时内完成脑脊液相关病因学检查的惊厥性癫痫持续状态患者数/同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数×100%	入院72小时内完成脑脊液相关病因学检查的惊厥性癫痫持续状态患者数	同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数	
不计分项	第三章	十、	(一)	18	3.10.1.18	癫痫与惊厥癫痫持续状态(18.在院期间惊厥性癫痫持续状态患者病因明确率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,住院惊厥性癫痫持续状态患者中在院期间病因学明确的患者数占同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。	在院期间惊厥性癫痫持续状态患者病因明确率=在院期间病因学明确的惊厥性癫痫持续状态患者数/同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数×100%	住院期间病因学明确的惊厥性癫痫持续状态患者数	同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数	
不计分项	第三章	十、	(一)	19	3.10.1.19	癫痫与惊厥癫痫持续状态(19.惊厥性癫痫持续状态患者在院死亡率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,住院惊厥性癫痫持续状态患者中院内死亡的患者数占同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。	惊厥性癫痫持续状态患者在院死亡率=院内死亡的惊厥性癫痫持续状态住院患者数/同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数×100%	院内死亡的惊厥性癫痫持续状态住院患者数	同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数	
不计分项	第三章	十、	(一)	20	3.10.1.20	癫痫与惊厥癫痫持续状态[20.惊厥性癫痫持续状态患者随访(出院30天内)死亡率]				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,住院惊厥性癫痫持续状态患者中出院30天内死亡患者数占同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。	惊厥性癫痫持续状态患者随访(出院30天内)死亡率=出院30天内死亡的惊厥性癫痫持续状态患者数/同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数×100%	出院30天内死亡的惊厥性癫痫持续状态患者数	同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件	
计分项	第三章	十、	(二)		3.10.2	脑梗死	11.6分 (0.4分/项)				数据评价+数据核验	(1)查2021年1月1日起至评审前季度末NCIS或评审数据收集系统; (2)数据核验。	每项指标评分标准如下: (1)有数据收集上报,得0.32分/项。(2)有数据收集上报,且数据呈现改善趋势,得0.4分/项。(3)有数据收集上报,且数据达到标杆值,得0.4分/项。(4)有数据收集上报,且该指标全省分级分类排名,位于中等水平以上,得0.4分/项。四种评分标准中,取该医院得分高的一种。	NCIS	评审数据收集系统	医院填报	年							
计分项	第三章	十、	(二)	1	3.10.2.1	脑梗死(1.脑梗死患者神经功能缺损评估率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,入院时采用美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)进行神经功能缺损评估的脑梗死患者数,占同期住院脑梗死患者总数的比例。	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%	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		
计分项	第三章	十、	(二)	2	3.10.2.2	脑梗死(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)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,发病24小时内急诊就诊行头颅CT影像学检查的脑梗死患者中,30分钟内获得头颅CT影像学诊断信息的患者所占的比例。	发病24小时内急诊就诊的脑梗死患者30分钟内获得头颅CT影像学诊断信息的人数/同期发病24小时内急诊就诊行头颅CT影像学检查的脑梗死患者总数×100%	发病24小时内急诊就诊的脑梗死患者30分钟内获得头颅CT影像学诊断信息的人数	同期发病24小时内急诊就诊行头颅CT影像学检查的脑梗死患者总数		

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十、	(二)	3	3.10.2.3	脑梗死(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)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,发病24小时内到急诊就诊行实验室检查(包括血常规、血糖、凝血、电解质、肝肾功能)的脑梗死患者中,45分钟内获得临床实验室诊断信息的人数/同期发病24小时内急诊就诊行实验室检查的脑梗死患者总数×100%	发病24小时内急诊就诊脑梗死患者45分钟内获得临床实验室诊断信息的人数	同期发病24小时内急诊就诊行实验室检查的脑梗死患者总数		
计分项	第三章	十、	(二)	4	3.10.2.4	脑梗死(4.发病4.5小时内脑梗死患者静脉溶栓率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,发病4.5小时内静脉溶栓治疗的脑梗死患者数占同期发病4.5小时内到院的脑梗死患者总数的比例。	发病4.5小时内静脉溶栓治疗的脑梗死患者数/同期发病4.5小时内到院的脑梗死患者总数×100%	发病4.5小时内静脉溶栓治疗的脑梗死患者数	同期发病4.5小时内到院的脑梗死患者总数	
计分项	第三章	十、	(二)	5	3.10.2.5	脑梗死(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)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,从到院到给予静脉溶栓药物的时间(DNT)小于60分钟的脑梗死患者数,占同期给予静脉溶栓治疗的脑梗死患者总数的比例。	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%	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	
计分项	第三章	十、	(二)	6	3.10.2.6	脑梗死(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)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,在发病6小时内行血管内治疗的前循环大血管闭塞性脑梗死患者数,占同期发病6小时内到院的前循环大血管闭塞性脑梗死患者总数的比例。	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=发病6小时内行血管内治疗的前循环大血管闭塞性脑梗死患者数/同期发病6小时内到院的前循环大血管闭塞性脑梗死患者总数×100%	发病6小时内行血管内治疗的前循环大血管闭塞性脑梗死患者数	同期发病6小时内到院的前循环大血管闭塞性脑梗死患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十、	(二)	7	3.10.2.7	脑梗死(7. 脑梗死患者入院48小时内抗血小板药物治疗率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内, 入院48小时内给予抗血小板药物治疗的脑梗死患者数占同期住院脑梗死患者总数的比例。	脑梗死患者入院48小时内抗血小板药物治疗率=入院48小时内给予抗血小板药物治疗的脑梗死患者数/同期住院脑梗死患者总数×100%	入院48小时内给予抗血小板药物治疗的脑梗死患者数	同期住院脑梗死患者总数	
计分项	第三章	十、	(二)	8	3.10.2.8	脑梗死(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)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内, 发病24小时内给予阿司匹林和氯吡格雷强化抗血小板药物治疗的非致残性脑梗死(NIHSS≤3分)患者数, 占同期住院非致残性脑梗死患者总数的比例。	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=发病24小时内给予双重强化抗血小板治疗的非致残性脑梗死患者数/同期住院非致残性脑梗死患者总数×100%	发病24小时内给予双重强化抗血小板治疗的非致残性脑梗死患者数	同期住院非致残性脑梗死患者总数	
计分项	第三章	十、	(二)	9	3.10.2.9	脑梗死(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)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内, 不能自行行走的脑梗死患者入院48小时内给予深静脉血栓(DVT)预防措施的人数, 占同期不能自行行走住院脑梗死患者的比例。	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=不能自行行走脑梗死患者入院48小时内给予深静脉血栓预防措施的人数/同期不能自行行走的住院脑梗死患者总数×100%	不能自行行走脑梗死患者入院48小时内给予深静脉血栓预防措施的人数	同期不能自行行走的住院脑梗死患者总数	
计分项	第三章	十、	(二)	10	3.10.2.10	脑梗死(10. 脑梗死患者住院7天内血管评价率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内, 脑梗死患者住院7天内完善颈部和颅内血管评价的人数占同期住院脑梗死患者的比例。	脑梗死患者住院7天内血管评价率=住院7天内完善血管评价的脑梗死患者数/同期住院脑梗死患者总数×100%	住院7天内完善血管评价的脑梗死患者数	同期住院脑梗死患者总数	
计分项	第三章	十、	(二)	11	3.10.2.11	脑梗死(11. 住院期间脑梗死患者他汀类药物治疗率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内, 住院期间使用他汀类药物治疗的脑梗死患者数占同期住院脑梗死患者总数的比例。	住院期间脑梗死患者他汀类药物治疗率=住院期间使用他汀药物治疗的脑梗死患者数/同期住院脑梗死患者总数×100%	住院期间使用他汀药物治疗的脑梗死患者数	同期住院脑梗死患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十、	(二)	12	3.10.2.12	脑梗死(12.住院期间合并房颤的脑梗死患者抗凝治疗率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,脑梗死合并房颤患者住院期间使用抗凝药物治疗的人数占同期住院脑梗死合并房颤患者总数的比例。	住院期间合并房颤的脑梗死患者抗凝治疗率=使用抗凝药物治疗的合并房颤的住院脑梗死患者数/同期合并房颤的脑梗死住院患者总数×100%	使用抗凝药物治疗的合并房颤的住院脑梗死患者数	同期合并房颤的脑梗死住院患者总数	
计分项	第三章	十、	(二)	13	3.10.2.13	脑梗死(13.脑梗死患者吞咽功能筛查率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,进食、水前进行吞咽功能筛查的住院脑梗死患者数,占同期住院治疗的脑梗死患者总数的比例。	脑梗死患者吞咽功能筛查率=进食、水前进行吞咽功能筛查的住院脑梗死患者数/同期住院脑梗死患者总数×100%	进食、水前进行吞咽功能筛查的住院脑梗死患者数	同期住院脑梗死患者总数	
计分项	第三章	十、	(二)	14	3.10.2.14	脑梗死(14.脑梗死患者康复评估率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,进行康复评估的住院脑梗死患者数,占同期住院治疗的脑梗死患者总数的比例。	脑梗死患者康复评估率=进行康复评估的住院脑梗死患者数/同期脑梗死住院患者总数×100%	进行康复评估的住院脑梗死患者数	同期脑梗死住院患者总数	
计分项	第三章	十、	(二)	15.1	3.10.2.15.1	脑梗死(15.出院时脑梗死患者抗栓/他汀类药物治疗率)15.1出院时脑梗死患者抗栓治疗率				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,出院时给予抗栓药物治疗(包括抗血小板药物和抗凝药物治疗)的脑梗死患者数占同期住院脑梗死患者总数的比例。	出院时脑梗死患者抗栓治疗率=出院时给予抗栓药物治疗的脑梗死患者数/同期住院脑梗死患者总数×100%	出院时给予抗栓药物治疗的脑梗死患者数	同期住院脑梗死患者总数	
计分项	第三章	十、	(二)	15.2	3.10.2.15.2	脑梗死(15.出院时脑梗死患者抗栓/他汀类药物治疗率)15.2出院时脑梗死患者他汀类药物治疗率				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,出院时给予他汀类药物治疗的脑梗死患者数占同期住院脑梗死患者总数的比例。	出院时脑梗死患者他汀类药物治疗率=出院时给予他汀药物治疗的脑梗死患者数/同期住院脑梗死患者总数×100%	出院时给予他汀药物治疗的脑梗死患者数	同期住院脑梗死患者总数	
计分项	第三章	十、	(二)	16.1	3.10.2.16.1	脑梗死(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)16.1出院时合并高血压的脑梗死患者降压治疗率				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,出院时给予降压药物治疗的合并高血压的脑梗死患者数,占同期合并高血压的住院脑梗死患者总数的比例。	出院时合并高血压的脑梗死患者降压治疗率=出院时给予降压药物治疗的合并高血压的脑梗死患者数/同期合并高血压的住院脑梗死患者总数×100%	出院时给予降压药物治疗的合并高血压的脑梗死患者数	同期合并高血压的住院脑梗死患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十、	(二)	16.2	3.10.2.16.2	脑梗死(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)16.2出院时合并糖尿病的脑梗死患者降糖药物治疗率				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,出院时给予降糖药物治疗的合并糖尿病的脑梗死患者数占同期合并糖尿病的住院脑梗死患者总数的比例。	出院时合并糖尿病的脑梗死患者降糖药物治疗率=出院时给予降糖药物治疗的合并糖尿病的脑梗死患者数/同期合并糖尿病的住院脑梗死患者总数×100%	出院时给予降糖药物治疗的合并糖尿病的脑梗死患者数	同期合并糖尿病的住院脑梗死患者总数	
计分项	第三章	十、	(二)	16.3	3.10.2.16.3	脑梗死(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)16.3出院时合并房颤的脑梗死患者抗凝治疗率				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,出院时给予抗凝药物治疗的合并房颤的脑梗死患者数占同期合并房颤的住院脑梗死患者总数的比例。	出院时合并房颤的脑梗死患者抗凝治疗率=出院时给予抗凝药物治疗的合并房颤的脑梗死患者数/同期合并房颤的住院脑梗死患者总数×100%	出院时给予抗凝药物治疗的合并房颤的脑梗死患者数	同期合并房颤的住院脑梗死患者总数	
计分项	第三章	十、	(二)	17	3.10.2.17	脑梗死(17.脑梗死患者住院死亡率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,在住院期间死亡的脑梗死患者数占同期住院脑梗死患者总数的比例。	脑梗死患者住院死亡率=住院期间死亡的脑梗死患者数/同期住院脑梗死患者总数×100%	住院期间死亡的脑梗死患者数	同期住院脑梗死患者总数	
计分项	第三章	十、	(二)	18	3.10.2.18	脑梗死(18.发病24小时内脑梗死患者血管内治疗率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,发病24小时内行血管内治疗脑梗死患者数与同期收治发病24小时内脑梗死患者总数的比例。	发病24小时内脑梗死患者血管内治疗率=发病24小时内行血管内治疗的脑梗死患者数/同期收治发病24小时内脑梗死患者总数×100%	发病24小时内行血管内治疗的脑梗死患者数	同期收治发病24小时内脑梗死患者总数	
计分项	第三章	十、	(二)	19	3.10.2.19	脑梗死(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)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术前影像学评估人数占发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗人数的比例。	发病24小时内脑梗死患者血管内治疗术前影像学评估率=发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术前影像学评估人数/同期发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术前影像学评估人数×100%	发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术前影像学评估人数	同期发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗人数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十、	(二)	20	3.10.2.20	脑梗死(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)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗者中,从入院到完成动脉穿刺时间(DPT)在90分钟内的患者所占比例。	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=发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗从入院到完成动脉穿刺在90分钟内的患者人数/同期发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗人数×100%	发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗从入院到完成动脉穿刺在90分钟内人数	同期发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗人数	
计分项	第三章	十、	(二)	21	3.10.2.21	脑梗死(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)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗者中,从完成动脉穿刺到成功再灌注时间(PRT)在60分钟内的患者所占比例。	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=发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗从完成动脉穿刺到成功再灌注时间在60分钟内人数/同期发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗人数×100%	发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗从完成动脉穿刺到成功再灌注时间在60分钟内人数	同期发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗人数	
计分项	第三章	十、	(二)	22	3.10.2.22	脑梗死(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)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗者中,术后即刻脑血管造影提示靶血管成功再通的患者所占比例。	发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后即刻再通率=发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后即刻脑血管造影提示靶血管成功再通人数/同期发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗人数×100%	发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后即刻脑血管造影提示靶血管成功再通人数	同期发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗人数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
不计分项	第三章	十、	(二)	23	3.10.2.23	脑梗死(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)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗者中,术中新发部位栓塞的患者所占比例。	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=发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术中发生新发部位栓塞人数/同期发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗人数×100%	发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术中发生新发部位栓塞人数	同期发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗人数	
计分项	第三章	十、	(二)	24	3.10.2.24	脑梗死(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)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗者中,术后住院期间发生症状性颅内出血(sICH)的患者所占比例。	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=发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后住院期间发生症状性颅内出血人数/同期发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗人数×100%	发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后住院期间发生症状性颅内出血人数	同期发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗人数	
计分项	第三章	十、	(二)	25	3.10.2.25	脑梗死(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)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗者中,术后90天随访行改良Rankin量表(mRS)评估的患者所占比例。	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=发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后90天行mRS评估人数/同期发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗人数×100%	发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后90天行mRS评估人数	同期发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗人数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
不计分项	第三章	十、	(二)	26	3.10.2.26	脑梗死(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)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗并在术后90天行mRS评估的患者中,达到良好神经功能预后的患者所占比例。	发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗并在术后90天行mRS评估达良好神经功能预后人数/同期发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗并在术后90天行mRS评估的患者总数×100%	发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗并在术后90天行mRS评估达良好神经功能预后人数	同期发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗并在术后90天行mRS评估的患者总数	
计分项	第三章	十、	(二)	27.1	3.10.2.27.1	脑梗死(27.发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后死亡率)27.1发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后住院期间死亡率				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后住院期间死亡的患者所占比例。	发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后住院期间死亡率=发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后住院期间死亡人数/同期发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗人数×100%	发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后住院期间死亡人数	同期发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗人数	
计分项	第三章	十、	(二)	27.2	3.10.2.27.2	脑梗死(27.发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后死亡率)27.2发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后90天死亡率				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后90天死亡的患者所占比例。	发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后90天死亡率=发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后90天死亡人数/同期发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗人数×100%	发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗术后90天死亡人数	同期发病24小时内脑梗死患者行血管内治疗人数	
不计分项	第三章	十、	(三)	1	3.10.3.1	帕金森病(1.住院帕金森病患者规范诊断率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,使用国际运动障碍疾病协会标准(2015年版)或中国帕金森病的诊断标准(2016年版)进行诊断的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例。	住院帕金森病患者规范诊断率=使用国际运动障碍疾病协会标准(2015年版)或中国帕金森病的诊断标准(2016年版)进行诊断的住院帕金森病患者数/同期住院帕金森病患者总数×100%	使用国际运动障碍疾病协会标准(2015年版)或中国帕金森病的诊断标准(2016年版)诊断的住院帕金森病患者数	同期住院帕金森病患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
不计分项	第三章	十、	(三)	2	3.10.3.2	帕金森病(2.住院帕金森病患者完成头颅MRI或CT检查率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,进行头部MRI或CT检查的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例。	住院帕金森病患者完成头颅MRI或CT检查率=进行头颅MRI或CT检查的住院帕金森病患者数/同期住院帕金森病患者总数×100%	进行头颅MRI或CT检查的住院帕金森病患者数	同期住院帕金森病患者总数	
不计分项	第三章	十、	(三)	3	3.10.3.3	帕金森病(3.住院帕金森病患者进行急性左旋多巴试验评测率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,进行急性左旋多巴试验评测的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例。	住院帕金森病患者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/同期住院帕金森病患者总数×100%	进行急性左旋多巴试验评测的住院帕金森病患者数	同期住院帕金森病患者总数	
不计分项	第三章	十、	(三)	4	3.10.3.4	帕金森病(4.住院帕金森病患者进行临床分期的比例)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,进行临床分期的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例。	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%	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	
不计分项	第三章	十、	(三)	5	3.10.3.5	帕金森病(5.住院帕金森病患者全面神经功能缺损评估率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,进行全面神经功能缺损评估的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例。	住院帕金森病患者全面神经功能缺损评估率=进行全面神经功能缺损评估的住院帕金森病患者数/同期住院帕金森病患者总数×100%	进行全面神经功能缺损评估的住院帕金森病患者数	同期住院帕金森病患者总数	
不计分项	第三章	十、	(三)	6	3.10.3.6	帕金森病(6.住院帕金森病患者运动并发症筛查率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,进行运动并发症(包括运动波动、异动症)筛查的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例。	住院帕金森病患者运动并发症筛查率=进行运动并发症筛查的住院帕金森病患者数/同期住院帕金森病患者总数×100%	进行运动并发症筛查的住院帕金森病患者数	同期住院帕金森病患者总数	
不计分项	第三章	十、	(三)	7	3.10.3.7	帕金森病(7.住院帕金森病患者认知功能障碍筛查率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,进行认知功能障碍筛查的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例。认知功能障碍筛查至少包括MMSE和MoCA量表评测。	住院帕金森病患者认知功能障碍筛查率=进行认知功能障碍筛查的住院帕金森病患者数/同期住院帕金森病患者总数×100%	进行认知功能障碍筛查的住院帕金森病患者数	同期住院帕金森病患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
不计分项	第三章	十、	(三)	8	3.10.3.8	帕金森病(8.住院帕金森病体位性低血压筛查率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,进行体位性低血压筛查的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例。	住院帕金森病体位性低血压筛查率=进行体位性低血压筛查的住院帕金森病患者数/同期住院治疗帕金森病患者总数×100%	进行体位性低血压筛查的住院帕金森病患者数	同期住院治疗帕金森病患者总数	
不计分项	第三章	十、	(三)	9	3.10.3.9	帕金森病(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)				逐步提高								百分比(%)	进行DBS(脑深部电刺激)适应症筛选评估的合并运动并发症的住院帕金森病患者数占同期合并运动并发症的住院帕金森病患者总数的比例。	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=进行DBS筛选的合并运动并发症的住院帕金森病患者数/同期合并运动并发症的住院帕金森病患者总数×100%	进行DBS筛选的合并运动并发症的住院帕金森病患者数	同期合并运动并发症的住院帕金森病患者总数	
不计分项	第三章	十、	(三)	10	3.10.3.10	帕金森病(10.住院帕金森病患者康复评估率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,进行康复评估的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例。康复评估是指康复科、康复治疗中心或者康复专业人员进行的功能评估。	住院帕金森病患者康复评估率=进行康复评估的住院帕金森病患者数/同期住院帕金森病患者总数×100%	进行康复评估的住院帕金森病患者数	同期住院帕金森病患者总数	
不计分项	第三章	十、	(三)	11	3.10.3.11	帕金森病(11.住院帕金森病患者焦虑症状和抑郁症状筛查率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,进行焦虑症状和抑郁症状筛查的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例。	住院帕金森病患者焦虑症状和抑郁症状筛查率=进行焦虑症状和抑郁症状筛查的住院帕金森病患者数/同期住院帕金森病患者总数×100%	进行焦虑症状和抑郁症状筛查的住院帕金森病患者数	同期住院帕金森病患者总数	
不计分项	第三章	十、	(四)	1	3.10.4.1	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)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,术前行改良Rankin量表(mRS)评估的颈动脉支架置入术患者数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。	颈动脉支架置入术患者术前mRS评估率=术前行mRS评估的颈动脉支架置入术患者数/同期颈动脉支架置入术患者总数×100%	术前行mRS评估的颈动脉支架置入术患者数	同期颈动脉支架置入术患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
不计分项	第三章	十、	(四)	2	3.10.4.2	颈动脉支架置入术(2.颈动脉支架置入术患者术前颈动脉无创影像评估率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,术前行颈动脉无创影像评估的颈动脉支架置入术患者数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。	颈动脉支架置入术患者术前颈动脉无创影像评估率=术前行颈动脉无创影像评估的颈动脉支架置入术患者数/同期颈动脉支架置入术患者总数×100%	术前行颈动脉无创影像评估的颈动脉支架置入术患者数	同期颈动脉支架置入术患者总数	
不计分项	第三章	十、	(四)	3	3.10.4.3	颈动脉支架置入术(3.颈动脉支架置入术手术指征符合率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,符合手术指征的颈动脉支架置入术患者数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。	颈动脉支架置入术手术指征符合率=符合手术指征的颈动脉支架置入术患者数/同期颈动脉支架置入术患者总数×100%	符合手术指征的颈动脉支架置入术患者数	同期颈动脉支架置入术患者总数	
不计分项	第三章	十、	(四)	3.1	3.10.4.3.1	颈动脉支架置入术(3.颈动脉支架置入术手术指征符合率) 3.1无症状颈动脉狭窄患者颈动脉支架置入术手术指征符合率				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,无症状颈动脉狭窄患者行颈动脉支架置入术符合手术指征治疗人数占无症状颈动脉狭窄患者行颈动脉支架置入术总人数的比例。	无症状颈动脉狭窄患者行颈动脉支架置入术手术指征符合率=无症状颈动脉狭窄患者行颈动脉支架置入术符合手术指征治疗人数/同期无症状颈动脉狭窄患者行颈动脉支架置入术总人数×100%	无症状颈动脉狭窄患者行颈动脉支架置入术符合手术指征治疗人数	同期无症状颈动脉狭窄患者行颈动脉支架置入术总人数	
不计分项	第三章	十、	(四)	3.2	3.10.4.3.2	颈动脉支架置入术(3.颈动脉支架置入术手术指征符合率) 3.2症状性颈动脉狭窄患者颈动脉支架置入术手术指征符合率				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,症状性颈动脉狭窄患者行颈动脉支架置入术符合手术指征治疗人数占症状性颈动脉狭窄患者行颈动脉支架置入术总人数的比例。	症状性颈动脉狭窄患者行颈动脉支架置入术手术指征符合率=症状性颈动脉狭窄患者行颈动脉支架置入术符合手术指征治疗人数/同期症状性颈动脉狭窄患者行颈动脉支架置入术总人数×100%	症状性颈动脉狭窄患者行颈动脉支架置入术符合手术指征治疗人数	同期症状性颈动脉狭窄患者行颈动脉支架置入术总人数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
不计分项	第三章	十、	(四)	4	3.10.4.4	颈动脉支架置入术(4.颈动脉支架置入术患者术前规范化药物治疗率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,颈动脉支架置入术患者术前规范化药物(双重抗血小板药物+他汀类药物)治疗人数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。术前规范化药物治疗指使用双重抗血小板药物和他汀类药物治疗。术前双重抗血小板药物治疗指阿司匹林加氯吡格雷联合使用≥4天,或者术前使用负荷量。	颈动脉支架置入术患者术前规范化药物治疗率=颈动脉支架置入术患者术前规范化药物治疗人数/同期颈动脉支架置入术患者总数×100%	颈动脉支架置入术患者术前规范化药物治疗人数	同期颈动脉支架置入术患者总数	
不计分项	第三章	十、	(四)	4.1	3.10.4.4.1	颈动脉支架置入术(4.颈动脉支架置入术患者术前规范化药物治疗率) 4.1颈动脉支架置入术患者术前双重抗血小板药物治疗率				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,颈动脉支架置入术患者术前双重抗血小板药物治疗人数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。	颈动脉支架置入术患者术前双重抗血小板药物治疗率=颈动脉支架置入术患者术前双重抗血小板药物治疗人数/同期颈动脉支架置入术患者总数×100%	颈动脉支架置入术患者术前双重抗血小板药物治疗人数	同期颈动脉支架置入术患者总数	
不计分项	第三章	十、	(四)	4.2	3.10.4.4.2	颈动脉支架置入术(4.颈动脉支架置入术患者术前规范化药物治疗率) 4.2颈动脉支架置入术患者术前他汀类药物治疗率				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,颈动脉支架置入术患者术前他汀类药物治疗人数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。	颈动脉支架置入术患者术前他汀类药物治疗率=颈动脉支架置入术患者术前他汀类药物治疗人数/同期颈动脉支架置入术患者总数×100%	颈动脉支架置入术患者术前他汀类药物治疗人数	同期颈动脉支架置入术患者总数	
不计分项	第三章	十、	(四)	5	3.10.4.5	颈动脉支架置入术(5.颈动脉支架置入术保护装置使用率)				监测比较								百分比(%)	单位时间内,颈动脉支架置入术使用保护装置人数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。 说明:颈动脉支架置入术保护装置包含:远端滤伞保护装置,远端球囊保护装置,近端球囊保护装置,近端逆转流保护装置。	颈动脉支架置入术保护装置使用率=颈动脉支架置入术使用保护装置人数/同期颈动脉支架置入术患者总数×100%	颈动脉支架置入术使用保护装置人数	同期颈动脉支架置入术患者总数	
不计分项	第三章	十、	(四)	6	3.10.4.6	颈动脉支架置入术(6.颈动脉支架置入术技术成功率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,颈动脉支架置入术技术成功人数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。	颈动脉支架置入术技术成功率=颈动脉支架置入术技术成功人数/同期颈动脉支架置入术患者总数×100%	颈动脉支架置入术技术成功人数	同期颈动脉支架置入术患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
不计分项	第三章	十、	(四)	7	3.10.4.7	颈动脉支架置入术(7.颈动脉支架置入术并发症发生率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,发生并发症的颈动脉支架置入术患者数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。 颈动脉支架置入术并发症包含:(1)心血管并发症:颈动脉窦压力反射包括心动过缓、低血压和血管迷走神经反应;持续的低血压;围术期心肌梗死、心衰。 (2)缺血性并发症:栓子脱落栓塞、血栓形成、血管痉挛、动脉夹层等导致TIA和缺血性卒中。(3)颅内出血:脑过度灌注综合征、高血压脑出血(主要位于基底节部位)、脑梗死后出血转化、合并颅内出血性疾患、血管穿孔。 (4)其他并发症:支架释放失败、支架变形、支架释放后移位、穿刺部位损伤、造影剂肾病。	颈动脉支架置入术并发症发生率=发生并发症的颈动脉支架置入术患者数/同期颈动脉支架置入术患者总数×100%	发生并发症的颈动脉支架置入术患者数	同期颈动脉支架置入术患者总数	
不计分项	第三章	十、	(四)	8.1	3.10.4.8.1	颈动脉支架置入术(8.颈动脉支架置入术患者出院规范化药物治疗率) 8.1颈动脉支架置入术患者出院双重抗血小板药物治疗率				逐步提高								百分比(%)	颈动脉支架置入术患者出院规范化药物治疗率指单位时间内,出院时给予规范化药物治疗的颈动脉支架置入术患者数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。 颈动脉支架置入术患者出院双重抗血小板药物治疗率指单位时间内出院时给予双重抗血小板药物治疗的颈动脉支架置入术患者数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。	颈动脉支架置入术患者出院双重抗血小板药物治疗率=出院时给予双重抗血小板药物治疗的颈动脉支架置入术患者数/同期颈动脉支架置入术患者总数×100%	出院时给予双重抗血小板药物治疗的颈动脉支架置入术患者数	同期颈动脉支架置入术患者总数	
不计分项	第三章	十、	(四)	8.2	3.10.4.8.2	颈动脉支架置入术(8.颈动脉支架置入术患者出院规范化药物治疗率) 8.2颈动脉支架置入术患者出院他汀类药物治疗率				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,出院时给予他汀类药物治疗的颈动脉支架置入术患者数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。	颈动脉支架置入术患者出院他汀类药物治疗率=出院时给予他汀类药物治疗的颈动脉支架置入术患者数/同期颈动脉支架置入术患者总数×100%	出院时给予他汀类药物治疗的颈动脉支架置入术患者数	同期颈动脉支架置入术患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
不计分项	第三章	十、	(四)	8.3	3.10.4.8.3	颈动脉支架置入术(8.颈动脉支架置入术患者出院规范化药物治疗率)8.3合并高血压的颈动脉支架置入术患者出院降压药物治疗率				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,出院时给予降压药物治疗的合并高血压的颈动脉支架置入术患者数占合并高血压的颈动脉支架置入术患者总数的比例。	合并高血压的颈动脉支架置入术患者出院降压药物治疗率=出院时给予降压药物治疗的合并高血压的颈动脉支架置入术患者数/同期合并高血压的颈动脉支架置入术患者总数×100%	出院时给予降压药物治疗的合并高血压的颈动脉支架置入术患者数	同期合并高血压的颈动脉支架置入术患者总数	
不计分项	第三章	十、	(四)	8.4	3.10.4.8.4	颈动脉支架置入术(8.颈动脉支架置入术患者出院规范化药物治疗率)8.4合并糖尿病的颈动脉支架置入术患者出院降糖药治疗率				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,出院时给予降糖药物治疗的合并糖尿病的颈动脉支架置入术患者数占合并糖尿病的颈动脉支架置入术患者总数的比例。	合并糖尿病的颈动脉支架置入术患者出院降糖药治疗率=出院时给予降糖药物治疗的合并糖尿病的颈动脉支架置入术患者数/同期合并糖尿病的颈动脉支架置入术患者总数×100%	出院时给予降糖药物治疗的合并糖尿病的颈动脉支架置入术患者数	同期合并糖尿病的颈动脉支架置入术患者总数	
不计分项	第三章	十、	(四)	9.1	3.10.4.9.1	颈动脉支架置入术(9.颈动脉支架置入术患者卒中和死亡发生率)9.1颈动脉支架置入术患者术后住院期间卒中和死亡发生率				逐步降低								百分比(%)	颈动脉支架置入术患者卒中和死亡发生率指单位时间内,颈动脉支架置入术患者术后住院期间、术后30天卒中和死亡人数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。颈动脉支架置入术患者术后住院期间卒中和死亡发生率指单位时间内,颈动脉支架置入术患者术后住院期间卒中和死亡人数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。术后随访包括电话随访、网络随访、门诊随访、再次住院。术后住院期间死亡以病案首页信息为依据。	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%	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	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
不计分项	第三章	十、	(四)	9.2	3.10.4.9.2	颈动脉支架置入术(9.颈动脉支架置入术患者卒中和死亡发生率)9.2颈动脉支架置入术患者术后30天卒中和死亡发生率				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,颈动脉支架置入术患者术后30天卒中和死亡人数占颈动脉支架置入术患者完成术后30天随访人数的比例。	颈动脉支架置入术患者术后30天卒中和死亡发生率=颈动脉支架置入术患者术后30天卒中和死亡人数/同期颈动脉支架置入术患者完成术后30天随访人数×100%	颈动脉支架置入术患者术后30天卒中和死亡人数	同期颈动脉支架置入术患者完成术后30天随访人数	
不计分项	第三章	十、	(四)	10.1	3.10.4.10.1	颈动脉支架置入术(10.颈动脉支架置入术患者术后同侧缺血性卒中发生率)10.1颈动脉支架置入术患者术后30天同侧缺血性卒中发生率				逐步降低								百分比(%)	颈动脉支架置入术患者术后同侧缺血性卒中发生率指单位时间内,颈动脉支架置入术患者术后30天、术后1年发生同侧缺血性卒中人数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。 颈动脉支架置入术患者术后30天同侧缺血性卒中发生率指单位时间内,颈动脉支架置入术患者术后30天发生同侧缺血性卒中人数占颈动脉支架置入术患者完成术后30天随访人数。	颈动脉支架置入术患者术后30天同侧缺血性卒中发生率=颈动脉支架置入术患者术后30天发生同侧缺血性卒中人数/同期颈动脉支架置入术患者完成术后30天随访人数×100%	颈动脉支架置入术患者术后30天发生同侧缺血性卒中人数	同期颈动脉支架置入术患者完成术后30天随访人数	
不计分项	第三章	十、	(四)	10.2	3.10.4.10.2	颈动脉支架置入术(10.颈动脉支架置入术患者术后同侧缺血性卒中发生率)10.2颈动脉支架置入术患者术后1年同侧缺血性卒中发生率				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,颈动脉支架置入术患者术后1年发生同侧缺血性卒中人数占颈动脉支架置入术患者完成术后1年随访人数的比例。	颈动脉支架置入术患者术后1年同侧缺血性卒中发生率=颈动脉支架置入术患者术后1年发生同侧缺血性卒中人数/同期颈动脉支架置入术患者完成术后1年随访人数×100%	颈动脉支架置入术患者术后1年发生同侧缺血性卒中人数	同期颈动脉支架置入术患者完成术后1年随访人数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十、	(五)		3.10.5	脑血管造影术	2.4分 (0.4分/项)				数据评价+数据核验	(1)查2021年1月1日起至评审前季度末NCIS或评审数据收集系统; (2)数据核验。	每项指标评分标准如下: (1)有数据收集上报,得0.32分/项。(2)有数据收集上报,且数据呈现改善趋势,得0.4分/项。(3)有数据收集上报,且数据达到标杆值,得0.4分/项。(4)有数据收集上报,且该指标全省分级分类排名,位于中等水平以上,得0.4分/项。四种评分标准中,取该医院得分高的一种。	NCIS	评审数据收集系统	医院填报	年						
计分项	第三章	十、	(五)	1	3.10.5.1	脑血管造影术[1.脑血管造影术(DSA)前无创影像评估率]				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,脑血管造影术前完善无创影像评估人数占行脑血管造影术的患者总数的比例。	脑血管造影术(DSA)前无创影像评估率=脑血管造影术前完善无创影像评估的患者数/同期行脑血管造影术的患者总数×100%	脑血管造影术前完善无创影像评估的患者数	同期行脑血管造影术的患者总数	
不计分项	第三章	十、	(五)	2	3.10.5.2	脑血管造影术(2.脑血管造影术中非离子型对比剂应用率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,脑血管造影术中应用非离子型对比剂的患者数占行脑血管造影术的患者总数的比例。	脑血管造影术中非离子型对比剂应用率=脑血管造影术中应用非离子型对比剂的患者数/同期行脑血管造影术的患者总数×100%	脑血管造影术中应用非离子型对比剂的患者数	同期行脑血管造影术的患者总数	
计分项	第三章	十、	(五)	3	3.10.5.3	脑血管造影术(3.脑血管造影术造影时相完整率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,脑血管造影术中靶血管造影显示时相完整的患者数占行脑血管造影术的患者总数的比例。	脑血管造影术造影时相完整率=脑血管造影术中靶血管造影显示时相完整的患者数/同期行脑血管造影术的患者总数×100%	脑血管造影术中靶血管造影显示时相完整的患者数	同期行脑血管造影术的患者总数	
计分项	第三章	十、	(五)	4	3.10.5.4	脑血管造影术(4.脑血管造影术造影阳性率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,脑血管造影术检查有异常发现的患者数占行脑血管造影术的患者总数的比例。	脑血管造影术造影阳性率=脑血管造影术检查有异常发现的患者数/同期行脑血管造影术的患者总数×100%	脑血管造影术检查有异常发现的患者数	同期行脑血管造影术的患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件	
计分项	第三章	十、	(五)	5	3.10.5.5	脑血管造影术(5.脑血管造影术严重并发症发生率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,脑血管造影术发生严重并发症的患者数占行脑血管造影术的患者总数的比例。	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%	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		
计分项	第三章	十、	(五)	6	3.10.5.6	脑血管造影术(6.脑血管造影术穿刺点并发症发生率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,脑血管造影术后住院期间发生穿刺点并发症的患者数占行脑血管造影术的患者总数的比例。	脑血管造影术后住院期间发生穿刺点并发症的患者数/同期行脑血管造影术的患者总数×100%	脑血管造影术后住院期间发生穿刺点并发症的患者数	同期行脑血管造影术的患者总数		
计分项	第三章	十、	(五)	7	3.10.5.7	脑血管造影术(7.脑血管造影术死亡率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,脑血管造影术后住院期间死亡患者数占行脑血管造影术的患者总数的比例。	脑血管造影术后住院期间死亡患者数/同期行脑血管造影术的患者总数×100%	脑血管造影术后住院期间死亡患者数	同期行脑血管造影术的患者总数		
	第三章	十一、			3.11	肾病专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2020〕13号)	11.2分(0.4分/项)				数据评价+数据核验		(1)查2021年1月1日起至评审前季度末NCIS或评审数据收集系统;(2)数据核验。	NCIS	评审数据收集系统	医院填报	年							肾病专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2020〕13号)
												每项指标评分标准如下:(1)有数据收集上报,得0.32分/项。(2)有数据收集上报,且数据呈现改善趋势,得0.4分/项。(3)有数据收集上报,且数据达到标杆值,得0.4分/项。(4)有数据收集上报,且该指标全省分级分类排名,位于中等水平以上,得0.4分/项。四种评分标准中,取该医院得分高的一种。												

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
不计分项	第三章	十一、	(一)	1	3.11.1.1	IgA肾病(1. 肾活检患者术前检查完成率)				逐步提高								百分比(%)	肾活检患者2周内完成全部相关术前检查的比例。 肾活检前必需的检查项目包括：(1)血常规、尿常规。(2)肝肾功能、凝血功能、感染性疾病筛查(乙肝、丙肝、梅毒、HIV)、补体C3、免疫球蛋白IgA、血型。(3)24小时尿蛋白定量。(4)超声检查(包括双肾形态和大小、输尿管和胱)，以上所有检查均完成定义为完成检查。	肾活检患者术前检查完成率=2周内完成术前检查的肾活检患者数/同期肾活检患者总数×100%	2周内完成术前检查的肾活检患者数	同期肾活检患者总数	
不计分项	第三章	十一、	(一)	2	3.11.1.2	IgA肾病(2. 肾脏病理切片染色规范率)				逐步提高								百分比(%)	肾活检术后2周内规范完成肾脏病理切片染色的患者比例。 病理切片染色至少包括：光镜染色(HE、PAS、Masson、PASM)和免疫荧光染色(IgG、IgA、IgM、C3、C4或C1q、Fib)，以上所有染色均完成定义为染色规范。	肾脏病理切片染色规范率=肾活检术后2周内规范完成肾脏病理切片染色患者数/同期完成肾脏病理切片染色的患者总数×100%	肾活检术后2周内规范完成肾脏病理切片染色患者数	同期完成肾脏病理切片染色的患者总数	
不计分项	第三章	十一、	(一)	3	3.11.1.3	IgA肾病(3. IgA肾病患者病理分型诊断率)				逐步提高								百分比(%)	肾活检术后2周内完成肾脏病理分型诊断的IgA肾病患者比例。	IgA肾病患者病理分型诊断率=肾活检术后2周内完成肾脏病理分型诊断的IgA肾病患者数/同期完成肾脏病理诊断的IgA肾病患者总数×100%	肾活检术后2周内完成肾脏病理分型诊断的IgA肾病患者数	同期完成肾脏病理诊断的IgA肾病患者总数	
不计分项	第三章	十一、	(一)	4	3.11.1.4	IgA肾病(4. IgA肾病患者RAS阻断剂的使用率)				逐步提高								百分比(%)	适合使用RAS阻断剂的IgA肾病患者中使用RAS阻断剂的比例。	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%	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	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
不计分项	第三章	十一、	(一)	5	3.11.1.5	IgA肾病(5. IgA肾病患者随访完成率)				逐步提高								百分比(%)	IgA肾病患者完成随访的患者比例。 随访内容包括：(1)每3个月完成IgA肾病患者尿常规、24小时尿蛋白定量(或Up/Ucr)检查。(2)每6个月完成IgA肾病患者血常规、肾功能、肝功能、血钾、空腹血糖检查。	IgA肾病患者随访完成率=完成随访的IgA肾病患者数/同期IgA肾病患者总数×100%	完成随访的IgA肾病患者数	同期IgA肾病患者总数	
不计分项	第三章	十一、	(一)	6	3.11.1.6	IgA肾病(6. IgA肾病患者血压控制达标率)				逐步提高								百分比(%)	血压<130/80mmHg的IgA肾病患者占同期随访的IgA肾病患者总数的比例。	IgA肾病患者血压控制达标率=血压<130/80mmHg的IgA肾病患者数/同期随访的IgA肾病患者总数×100%	血压<130/80mmHg的IgA肾病患者数	同期随访的IgA肾病患者总数	
不计分项	第三章	十一、	(一)	7	3.11.1.7	IgA肾病(7. 肾功能恶化率)				逐步降低								百分比(%)	治疗6个月后，血肌酐倍增的IgA肾病患者比例。	肾功能恶化率=治疗6个月后，血肌酐倍增的IgA肾病患者数/同期随访的IgA肾病患者总数×100%	治疗6个月后，血肌酐倍增的IgA肾病患者数	同期随访的IgA肾病患者总数	
不计分项	第三章	十一、	(一)	8	3.11.1.8	IgA肾病(8. 治疗6个月后24小时尿蛋白<1g的患者比例)				逐步提高								百分比(%)	IgA肾病随访患者中治疗6个月后24小时尿蛋白<1g的患者比例。	治疗6个月后24小时尿蛋白<1g的IgA肾病患者数/同期随访的IgA肾病患者总数×100%	治疗6个月后，24小时尿蛋白<1g的IgA肾病患者数	同期随访的IgA肾病患者总数	
不计分项	第三章	十一、	(一)	9	3.11.1.9	IgA肾病(9. 肾活检严重并发症发生率)				逐步降低								百分比(%)	肾活检发生严重并发症的患者比例。	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%	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	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
不计分项	第三章	十一、	(一)	10	3.11.1.10	IgA肾病(10.激素、免疫抑制剂治疗的严重并发症发生率)				逐步降低								百分比(%)	IgA肾病患者应用激素、免疫抑制剂6个月内出现严重并发症的比例。 严重并发症包含伴有呼吸衰竭的肺部感染、股骨头坏死、消化道出血。	激素、免疫抑制剂治疗的严重并发症发生率=应用激素、免疫抑制剂治疗6个月内出现严重并发症的IgA肾病患者数/同期应用激素、免疫抑制剂治疗的IgA肾病患者总数×100%	应用激素、免疫抑制剂治疗6个月内出现严重并发症的IgA肾病患者数	同期应用激素、免疫抑制剂治疗的IgA肾病患者总数	
	第三章	十一、	(二)		3.11.2	血液净化技术	11.2分(0.4分/项)			数据评价+数据核验			每项指标评分标准如下：(1)有数据收集上报，得0.32分/项。(2)有数据收集上报，且数据呈现改善趋势，得0.4分/项。(3)有数据收集上报，且数据达到标杆值，得0.4分/项。(4)有数据收集上报，且该指标全省分级分类排名，位于中等水平以上，得0.4分/项。四种评分标准中，取该医院得分高的一种。	NCIS	评审数据收集系统	医院填报	年						
不计分项	第三章	十一、	(二)	1	3.11.2.1	血液净化技术(1.治疗室消毒合格率)				逐步提高								百分比(%)	血液透析室(中心)/腹膜透析室治疗室消毒合格的月份数量在当年所占的比例。	(1)血液透析治疗室消毒合格率=血液透析治疗室消毒合格的月份数量/12×100%； (2)腹膜透析治疗室消毒合格率=腹膜透析治疗室消毒合格的月份数量/12×100%	血液透析治疗室(腹膜透析治疗室)消毒合格的月份数量	12	
计分项	第三章	十一、	(二)	2	3.11.2.2	血液净化技术(2.透析用水生物污染检验合格率)				逐步提高								百分比(%)	血液透析室(中心)的透析用水生物污染检验合格的月份/季度在当年所占的比例。	透析用水生物污染检验合格率=透析用水生物污染检验合格月份数量(或季度数量)/12(或4)×100%	透析用水生物污染检验合格月份数量(或季度数量)	12(或4)	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十一、	(二)	3	3.11.2.3	血液净化技术(3.新入血液透析患者血源性传染病标志物检验完成率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,完成血源性传染病标志物检验的新入血液透析患者比例。	新入血液透析患者血源性传染病标志物检验完成率=新入血液透析患者血源性传染病标志物检验的患者数/同期新入血液透析患者总数×100%	新入血液透析患者血源性传染病标志物检验的患者数	同期新入血液透析患者总数	
计分项	第三章	十一、	(二)	4	3.11.2.4	血液净化技术(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)				逐步提高								百分比(%)	每6个月,完成血源性传染病标志物检验的维持性血液透析患者比例。	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=每6个月完成血源性传染病标志物检验的患者数/同期维持性血液透析患者总数×100%	每6个月完成血源性传染病标志物检验的患者数	同期维持性血液透析患者总数	
计分项	第三章	十一、	(二)	5	3.11.2.5	血液净化技术(5.维持性血液透析患者的乙型肝炎和丙型肝炎发病率)				逐步降低								百分比(%)	每年新发生乙型肝炎和丙型肝炎的维持性血液透析患者比例。	维持性血液透析患者的乙型肝炎和丙型肝炎发病率=维持性血液透析患者中每年新增乙型肝炎和丙型肝炎患者数/同期维持性血液透析患者总数×100%	维持性血液透析患者中每年新增乙型肝炎和丙型肝炎患者数	同期维持性血液透析患者总数	
计分项	第三章	十一、	(二)	6	3.11.2.6	血液净化技术[6.血液透析患者尿素清除指数(Kt/V)和尿素下降率(URR)控制率]				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,单室Kt/V(spKt/V) > 1.2且尿素下降率(URR) > 65%的维持性血液透析患者比例。	血液透析患者尿素清除指数(Kt/V)和尿素下降率(URR)控制率 =spKt/V > 1.2且URR > 65%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%	spKt/V > 1.2且URR > 65%的维持性血液透析患者数	同期维持性血液透析患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十一、	(二)	7	3.11.2.7	血液净化技术[7.腹膜透析患者尿素清除指数(Kt/V)及内生肌酐清除率(Ccr)控制率]				逐步提高								百分比(%)	单位时间内, Kt/V ≥ 1.7/周且总Ccr ≥ 50L/1.73m ² /周的腹膜透析患者比例。	腹膜透析患者尿素清除指数(Kt/V)及内生肌酐清除率(Ccr)控制率=Kt/V ≥ 1.7/周且总Ccr ≥ 50L/1.73m ² /周的腹膜透析患者数/同期腹膜透析患者总数 × 100%	Kt/V ≥ 1.7/周且总Ccr ≥ 50L/1.73m ² /周的腹膜透析患者数	同期腹膜透析患者总数	
计分项	第三章	十一、	(二)	8.1	3.11.2.8.1	血液净化技术(8.透析患者β2微球蛋白定时检验完成率)8.1维持性血液透析患者β2微球蛋白定时检验完成率				逐步提高								百分比(%)	每6个月, 完成β2微球蛋白检验的维持性血液透析患者比例。	维持性血液透析患者β2微球蛋白定时检验完成率=每6个月完成β2微球蛋白维持性血液透析患者数/同期维持性血液透析患者总数 × 100%	每6个月完成β2微球蛋白维持性血液透析患者数	同期维持性血液透析总数	
计分项	第三章	十一、	(二)	8.2	3.11.2.8.2	血液净化技术(8.透析患者β2微球蛋白定时检验完成率)8.2腹膜透析患者β2微球蛋白定时检验完成率				逐步提高								百分比(%)	每6个月, 完成β2微球蛋白检验的腹膜透析患者比例。	腹膜透析患者β2微球蛋白定时检验完成率=每6个月完成β2微球蛋白腹膜透析患者数/同期腹膜透析患者总数 × 100%	每6个月完成β2微球蛋白腹膜透析患者数	同期腹膜透析患者总数	
计分项	第三章	十一、	(二)	9	3.11.2.9	血液净化技术(9.血液透析患者透析间期体重增长控制率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内, 透析间期体重增长 < 5%的维持性血液透析患者比例。	血液透析患者透析间期体重增长控制率=透析间期体重增长 < 5%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%	透析间期体重增长 < 5%的维持性血液透析患者数	同期维持性血液透析患者总数	
计分项	第三章	十一、	(二)	10	3.11.2.10	血液净化技术(10.维持性血液透析患者的动静脉内瘘长期使用率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内, 同一动静脉内瘘持续使用时间 > 2年的维持性血液透析患者比例。	维持性血液透析患者的动静脉内瘘长期使用率=同一动静脉内瘘持续使用时间 > 2年的维持性血液透析患者数/同期维持性血液透析患者总数 × 100%	同一动静脉内瘘持续使用时间 > 2年的维持性血液透析患者数	同期维持性血液透析患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十一、	(二)	11	3.11.2.11	血液净化技术(11.腹膜透析患者腹膜平衡试验记录按时完成率)				逐步提高								百分比(%)	每6个月,完成腹膜平衡试验记录的腹膜透析患者比例。	腹膜透析患者腹膜平衡试验记录按时完成率=6个月内完成腹膜平衡试验记录的腹膜透析患者数/同期腹膜透析患者总数×100%	6个月内完成腹膜平衡试验记录的腹膜透析患者数	同期腹膜透析患者总数	
计分项	第三章	十一、	(二)	12	3.11.2.12	血液净化技术(12.腹膜透析退出患者治疗时间)				监测比较								月	单位时间内,退出患者的平均腹膜透析时间。	腹膜透析退出患者治疗时间=退出患者腹膜透析病人月总和/同期退出腹膜透析患者数	退出患者腹膜透析病人月总和	同期退出腹膜透析患者数	
计分项	第三章	十一、	(二)	13.1	3.11.2.13.1	血液净化技术(13.透析患者血常规定时检验率)13.1维持性血液透析患者血常规定时检验率				逐步提高								百分比(%)	每3个月,完成血常规检验的维持性血液透析患者比例。	维持性血液透析患者血常规定时检验率=每3个月完成血常规检验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%	每3个月完成血常规检验的维持性血液透析患者数	同期维持性血液透析患者总数	
计分项	第三章	十一、	(二)	13.2	3.11.2.13.2	血液净化技术(13.透析患者血常规定时检验率)13.2腹膜透析患者血常规定时检验率				逐步提高								百分比(%)	每3个月,完成血常规检验的腹膜透析患者比例。	腹膜透析患者血常规定时检验率=每3个月完成血常规检验的腹膜透析患者数/同期腹膜透析患者总数×100%	每3个月完成血常规检验的腹膜透析患者数	同期腹膜透析患者总数	
计分项	第三章	十一、	(二)	14.1	3.11.2.14.1	血液净化技术(14.透析患者血液生化定时检验)14.1维持性血液透析患者血液生化定时检验率				逐步提高								百分比(%)	每3个月,完成血液生化检验的维持性血液透析患者比例。	维持性血液透析患者血液生化定时检验率=每3个月完成血液生化检验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%	每3个月完成血液生化检验的维持性血液透析患者数。血液生化项目包括采集血清检测谷丙转氨酶、谷草转氨酶、白蛋白、肌酐、尿素氮、尿酸、钾、钠、钙、磷、葡萄糖、甘油三酯、总胆固醇。	同期维持性血液透析患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十一、	(二)	14.2	3.11.2.14.2	血液净化技术(14.透析患者血液生化定时检验)14.2腹膜透析患者血液生化定时检验率				逐步提高								百分比(%)	每3个月,完成血液生化检验的腹膜透析患者比例。	腹膜透析患者血液生化定时检验率=每3个月完成血液生化检验的腹膜透析患者数/同期腹膜透析患者总数×100%	每3个月完成血液生化检验的腹膜透析患者数。血液生化项目包括采集血清检测谷丙转氨酶、谷草转氨酶、白蛋白、肌酐、尿素氮、尿酸、钾、钠、钙、磷、葡萄糖、甘油三酯、总胆固醇。	同期腹膜透析患者总数	
计分项	第三章	十一、	(二)	15.1	3.11.2.15.1	血液净化技术(15.透析患者全段甲状旁腺素(iPTH)定时检验完成率)15.1维持性血液透析患者iPTH定时检验完成率				逐步提高								百分比(%)	每6个月,完成全段甲状旁腺素(iPTH)检验的维持性血液透析患者比例。	维持性血液透析患者iPTH定时检验完成率=每6个月完成iPTH检验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%	每6个月完成iPTH检验的维持性血液透析患者数	同期维持性血液透析患者总数	
计分项	第三章	十一、	(二)	15.2	3.11.2.15.2	血液净化技术[15.透析患者全段甲状旁腺素(iPTH)定时检验完成率]15.2腹膜透析患者iPTH定时检验完成率				逐步提高								百分比(%)	每6个月,完成全段甲状旁腺素(iPTH)检验的腹膜透析患者比例。	腹膜透析患者iPTH定时检验完成率=每6个月完成iPTH检验的腹膜透析患者数/同期腹膜透析患者总数×100%	每6个月完成iPTH检验的腹膜透析患者数	同期腹膜透析患者总数	
不计分项	第三章	十一、	(二)	16.1	3.11.2.16.1	血液净化技术(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)16.1维持性血液透析患者血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度定时检验完成率				逐步提高								百分比(%)	每6个月,完成血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度检验的维持性血液透析患者比例。	维持性血液透析患者血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度定时检验完成率=每6个月完成血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度检验的维持性血液透析患者数/同期维持性血液透析患者总数×100%	每6个月完成血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度检验的维持性血液透析患者数	同期维持性血液透析患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
不计分项	第三章	十一、	(二)	16.2	3.11.2.16.2	血液净化技术(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)16.2腹膜透析患者血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度定时检验完成率				逐步提高								百分比(%)	每6个月,完成血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度检验的腹膜透析患者比例。	腹膜透析患者血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度定时检验完成率=每6个月完成血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度检验的腹膜透析患者数/同期腹膜透析患者总数×100%	每6个月完成血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度检验的腹膜透析患者数	同期腹膜透析患者总数	
不计分项	第三章	十一、	(二)	17.1	3.11.2.17.1	血液净化技术(17.透析患者的血清前白蛋白定时检验完成率)17.1维持性血液透析患者血清前白蛋白定时检验完成率				逐步提高								百分比(%)	每6个月,完成C反应蛋白(CRP)检验的维持性血液透析患者比例。	维持性血液透析患者血清前白蛋白定时检验完成率=每6个月完成血清前白蛋白检验的维持性血液透析患者数/同期维持性血液透析患者总数×100%	每6个月完成血清前白蛋白检验的维持性血液透析患者数	同期维持性血液透析患者总数	
不计分项	第三章	十一、	(二)	17.2	3.11.2.17.2	血液净化技术(17.透析患者的血清前白蛋白定时检验完成率)17.2腹膜透析患者血清前白蛋白定时检验完成率				逐步提高								百分比(%)	每6个月,完成C反应蛋白(CRP)检验的腹膜透析患者比例。	腹膜透析患者血清前白蛋白定时检验完成率=每6个月完成血清前白蛋白检验的腹膜透析患者数/同期腹膜透析患者总数×100%	每6个月完成血清前白蛋白检验的腹膜透析患者数	同期腹膜透析患者总数	
计分项	第三章	十一、	(二)	18.1	3.11.2.18.1	血液净化技术[18.透析患者的C反应蛋白(CRP)定时检验完成率]18.1维持性血液透析患者的C反应蛋白(CRP)定时检验完成率				逐步提高								百分比(%)	每6个月,完成C反应蛋白(CRP)检验的维持性血液透析患者比例。	维持性血液透析患者的C反应蛋白(CRP)定时检验完成率=每6个月完成CRP检验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%	每6个月完成CRP检验的维持性血液透析患者数	同期维持性血液透析患者总数	
计分项	第三章	十一、	(二)	18.2	3.11.2.18.2	血液净化技术[18.透析患者的C反应蛋白(CRP)定时检验完成率]18.2腹膜透析患者的C反应蛋白(CRP)定时检验完成率				逐步提高								百分比(%)	每6个月,完成C反应蛋白(CRP)检验的腹膜透析患者比例。	腹膜透析患者的C反应蛋白(CRP)定时检验完成率=每6个月完成CRP检验的腹膜透析患者数/同期腹膜透析患者总数×100%	每6个月完成CRP检验的腹膜透析患者数	同期腹膜透析患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十一、	(二)	19.1	3.11.2.19.1	血液净化技术(19.透析患者高血压控制率)19.1维持性血液透析患者高血压控制率				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,血压控制达标的维持性血液透析患者比例。	维持性血液透析患者高血压控制率=血压控制达标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%	血压控制达标的维持性血液透析患者数	同期维持性血液透析患者总数	
计分项	第三章	十一、	(二)	19.2	3.11.2.19.2	血液净化技术(19.透析患者高血压控制率)19.2腹膜透析患者高血压控制率				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,血压控制达标的腹膜透析患者比例。	腹膜透析患者高血压控制率=血压控制达标的腹膜透析患者数/同期腹膜透析患者总数×100%	血压控制达标的腹膜透析患者数	同期腹膜透析患者总数	
计分项	第三章	十一、	(二)	20.1	3.11.2.20.1	血液净化技术(20.透析患者肾性贫血控制率)20.1维持性血液透析患者肾性贫血控制率				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,血红蛋白≥110g/L的维持性血液透析患者比例。	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%	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	
计分项	第三章	十一、	(二)	20.2	3.11.2.20.2	血液净化技术(20.透析患者肾性贫血控制率)20.2腹膜透析患者肾性贫血控制率				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,血红蛋白≥110g/L的腹膜透析患者比例。	腹膜透析患者肾性贫血控制率=血红蛋白≥110g/L的腹膜透析患者数/同期腹膜透析患者总数×100%	血红蛋白≥110g/L的腹膜透析患者数	同期腹膜透析患者总数	
计分项	第三章	十一、	(二)	21.1	3.11.2.21.1	血液净化技术[21.透析患者慢性肾脏病-矿物质与骨异常(CKD-MBD)指标控制率]21.1维持性血液透析患者CKD-MBD指标控制率				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,CKD-MBD指标控制达标的维持性血液透析患者比例。	维持性血液透析患者CKD-MBD指标控制率=CKD-MBD指标控制达标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%	CKD-MBD指标控制达标的维持性血液透析患者数	同期维持性血液透析患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十一、	(二)	21.2	3.11.2.21.2	血液净化技术[21.透析患者慢性肾脏病-矿物质与骨异常(CKD-MBD)指标控制率] 21.2腹膜透析患者CKD-MBD指标控制率				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,CKD-MBD指标控制达标的腹膜透析患者比例。	腹膜透析患者CKD-MBD指标控制率=CKD-MBD指标控制达标的腹膜透析患者数/同期腹膜透析患者总数×100%	CKD-MBD指标控制达标的腹膜透析患者数	同期腹膜透析患者总数	
计分项	第三章	十一、	(二)	22.1	3.11.2.22.1	血液净化技术(22.透析患者血清白蛋白控制率) 22.1维持性血液透析患者血清白蛋白控制率				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,血清白蛋白≥35g/L的维持性血液透析患者比例。	维持性血液透析患者血清白蛋白控制率=血清白蛋白≥35g/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%	血清白蛋白≥35g/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	
计分项	第三章	十一、	(二)	22.2	3.11.2.22.2	血液净化技术(22.透析患者血清白蛋白控制率) 22.2腹膜透析患者血清白蛋白控制率				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,血清白蛋白≥35g/L的腹膜透析患者比例。	腹膜透析患者血清白蛋白控制率=血清白蛋白≥35g/L的腹膜透析患者数/同期腹膜透析患者总数×100%	血清白蛋白≥35g/L的腹膜透析患者数	同期腹膜透析患者总数	
	第三章	十二、			3.12	护理专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2020〕654号)	10.4分(0.4分/项)			数据评价+数据核验		(1)查2021年1月1日起至评审前季度末NCIS或评审数据收集系统; (2)数据核验。	每项指标评分标准如下:(1)有数据收集上报,得0.32分/项。(2)有数据收集上报,且数据呈现改善趋势,得0.4分/项。(3)有数据收集上报,且数据达到标杆值,得0.4分/项。(4)有数据收集上报,且该指标全省分级分类排名,位于中等水平以上,得0.4分/项。四种评分标准中,取该医院得分高的一种。	NCIS	评审数据收集系统	医院填报	年						护理专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2020〕654号)

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件	
计分项	第三章	十二、	(一)	1	3.12.1.1	床护比(1. 医疗机构床护比)		$\geq 0.6:1$	江西省医院评审标准(2008版)	监测达标								比值(1:X)	单位时间内, 医疗机构实际开放床位与医疗机构执业护士人数的比。	医疗机构床护比(1: X)=1:(医疗机构执业护士人数/同期实际开放床位数)	医疗机构执业护士人数。 护士指取得护士执业资格、在本医疗机构注册并在护理岗位工作的护士。 包含: 临床护理岗位护士、护理管理岗位护士、其它护理岗位护士、护理岗位的返聘护士、护理岗位的休假(含病产假)护士。 排除: 医疗机构职能部门、后勤部门、医保等非护理岗位护士, 未取得护士执业资格人员, 未在本院注册的护士。	医疗机构实际长期固定开放的床位数。 包含: 编制床位数; 除编制床位外, 经医疗机构确认有固定物理空间和标准床位配置、可以常规收治患者的床位数; 开放时间 \geq 统计周期1/2的床位数。	同期实际开放床位数。 实际开放床位数指医疗机构实际长期固定开放的床位数。 包含: 编制床位数; 除编制床位外, 经医疗机构确认有固定物理空间和标准床位配置、可以常规收治患者的床位数; 开放时间 \geq 统计周期1/2的床位数。 排除: 急诊抢救床位、急诊观察床位、手术室床位、麻醉恢复室床位、血液透析室床位、接产室的待产床和接产床、母婴同室新生儿床、检查床、治疗床、临时加床。	
计分项	第三章	十二、	(一)	2	3.12.1.2	床护比(2. 病区床护比)		$\geq 0.4:1$	国家卫生健康委办公厅《关于进一步加强医疗机构护理工作的通知》(国卫办医发〔2020〕11号) $\geq 0.5:1$; 三级综合医院评审标准(2011版) $\geq 0.4:1$; 江西省数据调研情况	监测达标								比值(1:X)	单位时间内, 医疗机构实际开放床位与医疗机构病区执业护士人数的比。 病区指医疗机构有实际住院床位的病区的总称(包含重症医学科)。	病区床护比(1: X)=1:(医疗机构病区执业护士人数/同期实际开放床位数)	医疗机构病区执业护士人数	同期实际开放床位数		

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十二、	(一)	3	3.12.1.3	床护比(3.重症医学科床护比)		≥ 2.5 ~ 3:1	卫生部办公厅关于印发《重症医学科建设与管理指南(试行)》的通知》(卫办医政发〔2009〕23号),三级综合医院评审标准实施细则(2011版)	监测达标								比值(1:X)	单位时间内,重症医学科实际开放床位与重症医学科所配备的执业护士人数的比。 重症医学科指独立设置的收治危重患者的科室或病区,其人员管理和使用应当独立于其他科室或病区。 包含:综合重症监护病房(综合ICU)、独立的专科重症监护病房(如:呼吸科重症监护病房(RICU)、新生儿重症监护病房(NICU)等)。 排除:科室内部设立的重症监护病床、与其他科室或病区存在人员交叉管理使用的重症监护病区。	重症医学科床护比(1:X)=1:(重症医学科执业护士人数/同期重症医学科实际开放床位数)	重症医学科执业护士人数	同期重症医学科实际开放床位数	
计分项	第三章	十二、	(一)	4	3.12.1.4	床护比(4.儿科病区床护比)				监测比较								比值(1:X)	单位时间内,儿科病区实际开放床位与儿科病区所配备的执业护士人数的比。 儿科病区指独立设置的收治儿童患者(小于等于18岁)的病区。 包含:儿童呼吸、消化、神经、泌尿、血液、内分泌等内外科疾病的儿童病区。 排除:新生儿病区、新生儿重症监护病区(NICU)、儿童重症监护病区(PICU)、儿科门诊、急诊等。	儿科病区床护比(1:X)=1:(儿科病区执业护士人数/同期儿科病区实际开放床位数)	儿科病区执业护士人数	同期儿科病区实际开放床位数	
计分项	第三章	十二、	(二)	1	3.12.2.1	护患比(1.白班平均护患比)				监测比较								比值(1:X)	单位时间内,每天白班责任护士数之和与其负责照护的住院患者数之和的比。	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)	每天白班护理患者数之和	同期每天白班责任护士数之和	
计分项	第三章	十二、	(二)	2	3.12.2.2	护患比(2.夜班平均护患比)				监测比较								比值(1:X)	单位时间内,每天夜班责任护士数之和与其负责照护的住院患者数之和的比。	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)	每天夜班护理患者数之和	同期每天夜班责任护士数之和	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十二、	(三)		3.12.3	每住院患者24小时平均护理时数				监测比较								小时/床日	单位时间内，医疗机构病区执业护士实际上班小时数与住院患者实际占用床日数的比。	每住院患者24小时平均护理时数=医疗机构病区执业护士实际上班小时数/同期住院患者实际占用床日数	医疗机构病区执业护士实际上班小时数	同期住院患者实际占用床日数	
计分项	第三章	十二、	(四)	1	3.12.4.1	不同级别护士配置占比(1.病区5年以下护士占比)				监测比较								百分比(%)	单位时间内，在病区工作、工作年限<5年的护士在病区执业护士中所占的比例。	病区5年以下护士占比=病区工作年限<5年的护士总数/同期病区执业护士总人数×100%	病区工作年限<5年的护士总数	同期病区执业护士总人数	
计分项	第三章	十二、	(四)	2	3.12.4.2	不同级别护士配置占比(2.病区20年及以上护士占比)				监测比较								百分比(%)	单位时间内，在病区工作、工作年限≥20年的护士在病区执业护士中所占的比例。	病区20年及以上护士占比=病区工作年限≥20年的护士总数/同期病区执业护士总人数×100%	病区工作年限≥20年的护士总数	同期病区执业护士总人数	
计分项	第三章	十二、	(五)		3.12.5	护士离职率				逐步降低								百分比(%)	单位时间内，某医疗机构护士离职人数与执业护士总人数的比例。	护士离职率=护士离职人数/[（期初医疗机构执业护士总人数+期末医疗机构执业护士总人数）/2]×100%	护士离职人数。离职指自愿离职。排除：因退休、死亡或被辞退而离开医疗机构的护士；在同一医疗机构岗位调整的护士。	(期初医疗机构执业护士总人数+期末医疗机构执业护士总人数)/2	
计分项	第三章	十二、	(六)		3.12.6	住院患者身体约束率				监测比较								百分比(%)	单位时间内，住院患者身体约束日数与住院患者实际占用床日数的比例。	住院患者身体约束率=住院患者身体约束日数/同期住院患者实际占用床日数×100%	住院患者身体约束日数	同期住院患者实际占用床日数	
计分项	第三章	十二、	(七)	1	3.12.7.1	住院患者跌倒发生率(1.住院患者跌倒发生率)				逐步降低								千分比(‰)	单位时间内，住院患者发生跌倒例次数(包括造成或未造成伤害)与住院患者实际占用床日数的千分比。	住院患者跌倒发生率=住院患者跌倒例次数/同期住院患者实际占用床日数×1000‰	住院患者跌倒例次数	同期住院患者实际占用床日数	
计分项	第三章	十二、	(七)	2	3.12.7.2	住院患者跌倒发生率(2.住院患者跌倒伤害占比)				逐步降低								百分比(%)	跌倒伤害指住院患者跌倒后造成不同程度的伤害甚至死亡。住院患者跌倒伤害占比指单位时间内住院患者跌倒伤害例次数占住院患者发生的跌倒例次数的比例。	住院患者跌倒伤害占比=住院患者跌倒伤害总例次数/同期住院患者跌倒例次数×100%	住院患者跌倒伤害总例次数	同期住院患者跌倒例次数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十二、	(八)		3.12.8	住院患者2期及以上院内压力性损伤发生率				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,住院患者2期及以上院内压力性损伤新发病例数与住院患者总数的比例。	住院患者2期及以上院内压力性损伤发生率=住院患者2期及以上院内压力性损伤新发病例数/同期住院患者总数×100%	住院患者2期及以上院内压力性损伤新发病例数	同期住院患者总数	
计分项	第三章	十二、	(九)	1	3.12.9.1	置管患者非计划拔管率[1.气管导管(气管插管、气管切开)非计划拔管率]				逐步降低								千分比(‰)	非计划拔管又称意外拔管,是指住院患者有意造成或任何意外所致的拔管,即医护人员非诊疗计划范畴内的拔管。某类导管非计划拔管率指单位时间内住院患者发生某类导管非计划拔管的例次数与该类导管留置总日数的千分比。	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)非计划拔管例次数/同期气管导管(气管插管、气管切开)留置总日数×1000‰	单位时间内住院患者发生某类导管非计划拔管的例次数	同期该类导管留置总日数	
计分项	第三章	十二、	(九)	2	3.12.9.2	置管患者非计划拔管率(2.经口、经鼻胃肠导管非计划拔管率)				逐步降低								千分比(‰)	非计划拔管又称意外拔管,是指住院患者有意造成或任何意外所致的拔管,即医护人员非诊疗计划范畴内的拔管。某类导管非计划拔管率指单位时间内住院患者发生某类导管非计划拔管的例次数与该类导管留置总日数的千分比。	经口、经鼻胃肠导管非计划拔管率=经口、经鼻胃肠导管非计划拔管例次数/同期经口、经鼻胃肠导管留置总日数×1000‰	经口、经鼻胃肠导管非计划拔管例次数	同期经口、经鼻胃肠导管留置总日数	
计分项	第三章	十二、	(九)	3	3.12.9.3	置管患者非计划拔管率(3.导尿管非计划拔管率)				逐步降低								千分比(‰)	非计划拔管又称意外拔管,是指住院患者有意造成或任何意外所致的拔管,即医护人员非诊疗计划范畴内的拔管。某类导管非计划拔管率指单位时间内住院患者发生某类导管非计划拔管的例次数与该类导管留置总日数的千分比。	导尿管非计划拔管率=导尿管非计划拔管例次数/同期导尿管留置总日数×1000‰	导尿管非计划拔管例次数	同期导尿管留置总日数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十二、	(九)	4	3.12.9.4	置管患者非计划拔管率[4.中心静脉导管(CVC)非计划拔管率]				逐步降低								千分比(%)	非计划拔管又称意外拔管,是指住院患者有意造成或任何意外所致的拔管,即医护人员非诊疗计划范畴内的拔管。某类导管非计划拔管率指单位时间内住院患者发生某类导管非计划拔管的例次数与该类导管留置总日数的千分比。	中心静脉导管(CVC)非计划拔管率=中心静脉导管(CVC)非计划拔管例次数/同期中心静脉导管(CVC)留置总日数×1000%	中心静脉导管(CVC)非计划拔管例次数	同期中心静脉导管(CVC)留置总日数	
计分项	第三章	十二、	(九)	5	3.12.9.5	置管患者非计划拔管率[5.经外周置入中心静脉导管(PICC)非计划拔管率]				逐步降低								千分比(%)	非计划拔管又称意外拔管,是指住院患者有意造成或任何意外所致的拔管,即医护人员非诊疗计划范畴内的拔管。某类导管非计划拔管率指单位时间内住院患者发生某类导管非计划拔管的例次数与该类导管留置总日数的千分比。	经外周置入中心静脉导管(PICC)非计划拔管率=经外周置入中心静脉导管(PICC)非计划拔管例次数/同期经外周置入中心静脉导管(PICC)留置总日数×1000%	经外周置入中心静脉导管(PICC)非计划拔管例次数	同期经外周置入中心静脉导管(PICC)留置总日数	
计分项	第三章	十二、	(十)	1	3.12.10.1	导管相关感染发生率[1.导尿管相关尿路感染(CAUTI)发生率]				逐步降低								例/千导管日	单位时间内,留置导尿管患者中尿路感染例次数与患者导尿管留置总日数的千分比。	导尿管相关尿路感染发生率=留置导尿管患者中尿路感染例次数/同期患者导尿管留置总日数×1000%	留置导尿管患者中尿路感染例次数	同期患者导尿管留置总日数	
计分项	第三章	十二、	(十)	2	3.12.10.2	导管相关感染发生率[2.中心静脉导管(CVC)相关血流感染发生率]				逐步降低								例/千导管日	单位时间内,中心静脉导管(CVC)相关血流感染发生例次数与患者CVC留置总日数的千分比。	CVC相关血流感染发生率=CVC相关血流感染例次数/同期患者CVC留置总日数×1000%	CVC相关血流感染例次数	同期患者CVC留置总日数	
计分项	第三章	十二、	(十)	3	3.12.10.3	导管相关感染发生率[3.经外周置入中心静脉导管(PICC)相关血流感染发生率]				逐步降低								例/千导管日	单位时间内,经外周置入中心静脉导管(PICC)相关血流感染发生例次数与患者PICC留置总日数的千分比。	PICC相关血流感染发生率=PICC相关血流感染例次数/同期患者PICC留置总日数×1000%	PICC相关血流感染例次数	同期患者PICC留置总日数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十二、	(十一)		3.12.11	呼吸机相关性肺炎(VAP)发生率				逐步降低								例/千机械通气日	单位时间内,呼吸机相关性肺炎例次数与住院患者有创机械通气总日数的千分比。	呼吸机相关性肺炎(VAP)发生率=呼吸机相关性肺炎例次数/同期住院患者有创机械通气总日数×1000‰	呼吸机相关性肺炎例次数	同期住院患者有创机械通气总日数	
不计分项	第三章	十二、	(十二)	1	3.12.12.1	护理级别占比(1.特级护理占比)				监测比较								百分比(%)	单位时间内,医疗机构某级别护理患者占用床日数与住院患者实际占用床日数的百分比。	特级护理占比=特级护理患者占用床日数/住院患者实际占用床日数×100%	特级护理患者占用床日数	住院患者实际占用床日数	
计分项	第三章	十二、	(十二)	2	3.12.12.2	护理级别占比(2.一级护理占比)				监测比较								百分比(%)	单位时间内,医疗机构某级别护理患者占用床日数与住院患者实际占用床日数的百分比。	一级护理占比=一级护理患者占用床日数/住院患者实际占用床日数×100%	一级护理患者占用床日数	住院患者实际占用床日数	
计分项	第三章	十二、	(十二)	3	3.12.12.3	护理级别占比(3.二级护理占比)				监测比较								百分比(%)	单位时间内,医疗机构某级别护理患者占用床日数与住院患者实际占用床日数的百分比。	二级护理占比=二级护理患者占用床日数/住院患者实际占用床日数×100%	二级护理患者占用床日数	住院患者实际占用床日数	
计分项	第三章	十二、	(十二)	4	3.12.12.4	护理级别占比(4.三级护理占比)				监测比较								百分比(%)	单位时间内,医疗机构某级别护理患者占用床日数与住院患者实际占用床日数的百分比。	三级护理占比=三级护理患者占用床日数/住院患者实际占用床日数×100%	三级护理患者占用床日数	住院患者实际占用床日数	
	第三章	十三、			3.13	药事管理专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2020〕654号)	9.2分(0.4分/项)			数据评价+数据核验			每项指标评分标准如下:(1)有数据收集上报,得0.32分/项。(2)有数据收集上报,且数据呈现改善趋势,得0.4分/项。(3)有数据收集上报,且数据达到标杆值,得0.4分/项。(4)有数据收集上报,且该指标全省分级分类排名,位于中等水平以上,得0.4分/项。四种评分标准中,取该医院得分高的一种。	NCIS	评审数据收集系统	医院填报	年						药事管理专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2020〕654号)

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十三、	(一)		3.13.1	药学专业技术人员占比		药学专业技术人员数占本院卫技人员总数的8%	《医疗机构药事管理规定》(卫医政发〔2011〕11号)	监测达标								百分比(%)	药学专业技术人员数占同期医疗机构卫生专业技术人员总数的比例。	药学专业技术人员数/同期医疗机构卫生专业技术人员总数×100%	药学专业技术人员是指按照有关规定取得药学专业任职资格的由医疗机构聘任的在职人员。	同期医疗机构卫生专业技术人员总数。卫生专业技术人员是指由医疗机构聘任的在职卫生专业技术人员,不含后勤等辅助部门的人员。	《医疗机构药事管理规定》
计分项	第三章	十三、	(二)		3.13.2	每百张床位临床药师人数		三级医院临床药师总数不少于5名	《医疗机构药事管理规定》(卫医政发〔2011〕11号)	监测达标								人	每100张实际开放床位临床药师人数。	每百张床位临床药师人数=临床药师人数/同期实际开放床位数×100	临床药师人数。临床药师是指以系统药学专业知识为基础,并具有一定医学和相关专业基础知识与技能,直接参与临床用药,促进药物合理应用和保护患者用药安全的药学专业技术人员。	同期实际开放床位数	《国家三级公立医院绩效考核操作手册(2020版)》
计分项	第三章	十三、	(三)	1	3.13.3.1	处方审核率(1.门诊处方审核率)		100%	《医疗机构处方审核规范》(国卫办医发〔2018〕14号)	逐步提高								百分比(%)	药品收费前药师审核门诊处方人次数占同期门诊处方总人次数的比例。	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%	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	
计分项	第三章	十三、	(三)	2	3.13.3.2	处方审核率(2.急诊处方审核率)		100%	《医疗机构处方审核规范》(国卫办医发〔2018〕14号)	逐步提高								百分比(%)	药品收费前药师审核急诊处方人次数占同期急诊处方总人次数的比例。	急诊处方审核率=药品收费前药师审核急诊处方人次数/同期急诊处方总人次数×100%	药品收费前药师审核急诊处方人次数。	同期急诊处方总人次数。仅统计急诊患者,急诊留观和抢救患者除外。	
计分项	第三章	十三、	(四)		3.13.4	住院用药医嘱审核率		100%	《医疗机构处方审核规范》(国卫办医发〔2018〕14号)	逐步提高								百分比(%)	药品调配前药师审核住院患者用药医嘱条目数占同期住院患者用药医嘱总条目数的比例。	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%	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,均以出院患者用药医嘱(总)条目数计算。	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十三、	(五)		3.13.5	静脉用药集中调配医嘱干预率				监测比较								百分比(%)	药师审核静脉用药集中调配医嘱时发现不适宜医嘱,经过沟通,医师同意对不适宜静脉用药集中调配医嘱进行修改的医嘱条目数占同期静脉用药集中调配医嘱总条目数的比例。	静脉用药集中调配医嘱干预率=医师同意修改的不适宜静脉用药集中调配医嘱条目数/同期静脉用药集中调配医嘱总条目数×100%	医师同意修改的不适宜静脉用药集中调配医嘱条目数	同期静脉用药集中调配医嘱总条目数	
计分项	第三章	十三、	(六)		3.13.6	门诊处方点评率		每月对>25%医师的处方进行点评;每位接受点评的医师被点评处方(医嘱)数量不少于50份处方(和50条医嘱)	《关于进一步加强抗菌药物临床应用管理工作的通知》(国卫办医发〔2015〕42号)	逐步提高								百分比(%)	医疗机构点评的门诊处方入次数占同期门诊处方总入次数的比例。	门诊处方点评率=点评的门诊处方入次数/同期门诊处方总入次数×100%	点评的门诊处方入次数	同期门诊处方总入次数	
计分项	第三章	十三、	(七)		3.13.7	门诊处方合格率		≥95%	三级综合医院评审标准实施细则(2011版)	逐步提高								百分比(%)	合格的门诊处方入次数占同期点评门诊处方总入次数的比例。	门诊处方合格率=合格的门诊处方入次数/同期点评门诊处方总入次数×100%	合格的门诊处方入次数	同期点评门诊处方总入次数	
计分项	第三章	十三、	(八)		3.13.8	住院患者药学监护率				逐步提高								百分比(%)	实施药学监护的住院患者数占同期住院患者总数的比例。	住院患者药学监护率=实施药学监护的住院患者数/同期住院患者总数×100%	实施药学监护的住院患者数	同期住院患者总数	
不计分项	第三章	十三、	(九)		3.13.9	用药错误报告率				监测比较								百分比(%)	医疗机构某一时间范围内报告给医疗机构管理部门的用药错误入次数占同期用药患者总数的比例。	用药错误报告率=报告给医疗机构管理部门的用药错误入次数/同期用药患者总数×100%	报告给医疗机构管理部门的用药错误入次数	同期用药患者总数(单位时间内门诊、急诊和住院患者用药人数总和)	
不计分项	第三章	十三、	(十)		3.13.10	严重或新的药品不良反应上报率				监测比较								百分比(%)	医疗机构单位时间内上报的严重或新的药品不良反应入次数占同期用药患者总数的比例。	严重或新的药品不良反应上报率=严重或新的药品不良反应上报入人数/同期用药患者总数×100%	严重或新的药品不良反应上报入人数	同期用药患者总数(单位时间内门诊、急诊和住院患者用药人数总和)	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十三、	(十一)	1	3.13.11.1	住院患者抗菌药物使用情况(1.住院患者抗菌药物使用率)		≤60%【国家对各类别医院控制值有不同要求】	《关于进一步开展全国抗菌药物临床应用专项整治活动的通知》(卫办医政发〔2013〕37号),《2013年江西省抗菌药物临床应用专项整治活动方案》,《关于进一步加强抗菌药物临床应用管理工作的通知》(国卫办医发〔2015〕42号)等文件有要求	监测达标								百分比(%)	住院患者中使用抗菌药物(全身给药)患者数占同期医疗机构住院患者总数的比例。	住院患者抗菌药物使用率=住院患者中使用抗菌药物(全身给药)患者数/同期医疗机构住院患者总数×100%	住院患者中使用抗菌药物(全身给药)患者数	同期医疗机构住院患者总数	
计分项	第三章	十三、	(十一)	2	3.13.11.2	住院患者抗菌药物使用情况(2.住院患者抗菌药物使用强度)		国家对各类别医院控制值有不同要求(三级综合医院≤40DDDs)	《关于进一步开展全国抗菌药物临床应用专项整治活动的通知》(卫办医政发〔2013〕37号),《2013年江西省抗菌药物临床应用专项整治活动方案》,《关于进一步加强抗菌药物临床应用管理工作的通知》(国卫办医发〔2015〕42号)	监测达标								DDD	住院患者平均每日每张床位所消耗抗菌药物的DDD数。	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)/同期住院患者床日数×100%	住院患者抗菌药物使用量(累计DDD数)	同期住院患者床日数	
计分项	第三章	十三、	(十一)	3	3.13.11.3	住院患者抗菌药物使用情况(3.住院患者特殊使用级抗菌药物使用量占比)		国家对各类别医院控制值有不同要求	《关于进一步开展全国抗菌药物临床应用专项整治活动的通知》(卫办医政发〔2013〕37号),《2013年江西省抗菌药物临床应用专项整治活动方案》,《关于进一步加强抗菌药物临床应用管理工作的通知》(国卫办医发〔2015〕42号)	监测比较								百分比(%)	住院患者特殊使用级抗菌药物使用量占比:住院患者特殊使用级抗菌药物使用量占同期住院患者抗菌药物使用量的比例。	住院患者特殊使用级抗菌药物使用量占比=住院患者特殊使用级抗菌药物使用量(累计DDD数)/同期住院患者抗菌药物使用量(累计DDD数)×100%	住院患者特殊使用级抗菌药物使用量(累计DDD数)	同期住院患者抗菌药物使用量(累计DDD数)	药事管理专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2020〕654号)

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十三、	(十一)	4	3.13.11.4	住院患者抗菌药物使用情况(4.I类切口手术抗菌药物预防使用率)		≤30%，原则上不联合预防使用抗菌药物。其中，腹股沟疝修补术(包括补片修补术)、甲状腺疾病手术、乳腺疾病手术、关节镜检查手术、颈动脉内膜剥脱手术、颅骨肿物切除手术和经血管途径介入诊断手术患者原则上不预防使用抗菌药物。	《关于进一步开展全国抗菌药物临床应用专项整治活动的通知》(卫办医政发〔2013〕37号)，《2013年江西省抗菌药物临床应用专项整治活动方案》，《关于进一步加强抗菌药物临床应用管理工作的通知》(国卫办医发〔2015〕42号)	监测达标								百分比(%)	I类切口手术预防使用抗菌药物的患者数占同期I类切口手术患者总数的比例。	I类切口手术抗菌药物预防使用率=I类切口手术预防使用抗菌药物的患者数/同期I类切口手术患者总数×100%	I类切口手术预防使用抗菌药物的患者数	同期I类切口手术患者总数	
计分项、增补项	第三章	十三、	(增一)		3.13.Z1	门诊患者抗菌药物使用率(%)		国家对各别医院控制值有不同要求(三级综合医院≤20%)	《关于进一步加强抗菌药物临床应用管理工作的通知》(国卫办医发〔2015〕42号)文件有要求	监测达标								百分比(%)	门诊患者使用抗菌药物人数占同期医疗机构门诊患者总数的比例。	门诊患者抗菌药物使用率=(门诊患者使用抗菌药物人次/同期门诊患者总人次)×100%	门诊患者使用抗菌药物人次	同期门诊患者总人次	
计分项、增补项	第三章	十三、	(增二)		3.13.Z2	急诊患者抗菌药物使用率(%)		国家对各别医院控制值有不同要求(三级综合医院≤40%)	《关于进一步加强抗菌药物临床应用管理工作的通知》(国卫办医发〔2015〕42号)文件有要求	监测达标								百分比(%)	急诊患者使用抗菌药物人数占同期医疗机构急诊患者总数的比例。	急诊患者抗菌药物使用率=(急诊患者使用抗菌药物人次/同期急诊患者总人次)×100%	急诊患者使用抗菌药物人次	同期急诊患者总人次	
计分项、增补项	第三章	十三、	(增三)		3.13.Z3	住院患者抗菌药物静脉输液占比				逐步降低								百分比(%)	住院患者抗菌药物使用静脉输液的患者人数占同期住院患者使用输液总数的比例。	住院患者抗菌药物静脉输液占比=住院患者使用静脉输液的患者例数/同期住院患者使用输液总例数×100%	住院患者使用静脉输液的患者例数	同期住院患者使用输液总例数	《关于进一步加强抗菌药物临床应用管理工作的通知》(国卫办医发〔2015〕42号)文件有要求。
计分项、增补项	第三章	十三、	(增四)		3.13.Z4	门诊患者静脉输液使用率				逐步降低								百分比(%)	使用静脉输液的门诊就诊患者人数占同期门诊患者总数的比例。静脉输液包括静脉滴注和静脉推注。	门诊患者静脉输液使用率=使用静脉输液的门诊患者数/同期门诊患者总数×100%	使用静脉输液的门诊患者数	同期门诊患者总数	《关于进一步加强抗菌药物临床应用管理工作的通知》(国卫办医发〔2015〕42号)文件有要求。

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项、增补项	第三章	十三、	(增五)	1	3.13.25.1	基本药物配备使用比例(1.基本药物采购品种数占比)		三级综合性和中医医疗机构达到37%以上,其中省直三级综合性和中医医疗机构应达到33%以上。	《国家三级公立医院绩效考核操作手册(2020版)》《关于调整江西省公立医疗机构基本药物配备使用比例要求的通知》	逐步提高								百分比(%)	医疗机构使用基本药物的品种数量占本机构药品使用目录的比例。	基本药物采购品种数占比=医院采购基本药物品种数/医院同期采购药品品种总数×100%	医院采购基本药物品种数	医院同期采购药品品种总数	《关于调整江西省公立医疗机构基本药物配备使用比例要求的通知》
计分项、增补项	第三章	十三、	(增五)	2	3.13.25.2	基本药物配备使用比例(2.基本药物配备使用金额比例)		三级综合性和中医医疗机构达到37%以上,其中省直三级综合性和中医医疗机构应达到33%以上。	《国家三级公立医院绩效考核操作手册(2020版)》《关于调整江西省公立医疗机构基本药物配备使用比例要求的通知》	逐步提高								百分比(%)	医疗机构使用基本药物的金额占本机构药品使用总金额的比例。	基本药物配备使用金额比例=医院配备使用基本药物金额/医院同期全部药品配备使用总金额×100%	医院配备使用基本药物金额	医院同期全部药品配备使用总金额	《关于调整江西省公立医疗机构基本药物配备使用比例要求的通知》
不计分项、增补项	第三章	十三、	(增六)		3.13.26	抗肿瘤药物使用金额占比				监测比较								百分比(%)	抗肿瘤药物使用总金额占同期药物使用总金额的占比。抗肿瘤药物使用金额占比与医疗机构诊治的病种范围、患者病理生理情况及经济能力相关,医疗机构可以利用该指标做自我对照比较分析。	抗肿瘤药物使用金额占比=(抗肿瘤药物使用总金额/同期药物使用总金额)×100%	抗肿瘤药物使用总金额	同期药物使用总金额	
不计分项、增补项	第三章	十三、	(增七)		3.13.27	不合理处方占比		<1%	《关于印发<医院处方点评管理规范(试行)>的通知》卫医管发〔2010〕28号	逐步降低								百分比(%)	单位时间内医疗机构不合理处方数占同期处方总数的比例。反映医疗机构用药合理性及处方点评情况。	不合理处方比例=(不合理处方总数/同期处方总数)×100%	不合理处方总数。不合理处方包括:不规范处方、不适宜处方、超常处方	同期处方总数	
计分项	第三章	十三、	(十二)		3.13.12	住院患者静脉输液使用率				逐步降低								百分比(%)	使用静脉输液的住院患者数占同期住院患者总数的比例。为便于统计,使用静脉输液的住院患者数和住院患者总数均以出院患者的人数计算。	住院患者静脉输液使用率=使用静脉输液的住院患者数/同期住院患者总数×100%	使用静脉输液的住院患者数	同期住院患者总数	
计分项	第三章	十三、	(十三)		3.13.13	住院患者中药注射剂静脉输液使用率				监测比较								百分比(%)	使用中药注射剂静脉输液的住院患者数占同期住院患者总数的比例。为便于统计,使用中药注射剂静脉输液住院患者数和住院患者总数均以出院患者数计算。	住院患者中药注射剂静脉输液使用率=使用中药注射剂静脉输液住院患者数/同期住院患者总数×100%	使用中药注射剂静脉输液住院患者数。中药注射剂指批准文号为国药准字“Z”开头的注射剂。	同期住院患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十三、	(十四)		3.13.14	急诊患者糖皮质激素静脉输液使用率				监测比较								百分比(%)	急诊静脉使用糖皮质激素的患者数占同期急诊患者总数的比例。	急诊患者糖皮质激素静脉输液使用率=急诊患者静脉使用糖皮质激素人数/同期急诊患者总数×100%	急诊患者静脉使用糖皮质激素人数	同期急诊患者总数。 对不能区分门诊急诊的基层医疗机构按门诊患者计算。	
计分项	第三章	十三、	(十五)		3.13.15	住院患者质子泵抑制剂静脉注射剂使用率				监测比较								百分比(%)	静脉使用质子泵抑制剂注射剂的住院患者数占同期住院患者总数的比例。为便于统计，静脉使用质子泵抑制剂注射剂的住院患者数和住院患者总数均以出院患者的人数计算。	住院患者质子泵抑制剂注射剂静脉使用率=静脉使用质子泵抑制剂注射剂的住院患者数/同期住院患者总数×100%	静脉使用质子泵抑制剂注射剂的住院患者数。 质子泵抑制剂包括奥美拉唑、艾司奥美拉唑、泮托拉唑、兰索拉唑、雷贝拉唑、艾普拉唑、埃索美拉唑。	同期住院患者总数	
	第三章	十四、			3.14	病案管理质量控制指标(国卫办医函〔2021〕28号)	5.4分(0.2分/项)			数据评价+数据核验		(1)查2022年1月1日起至评审前季度末NCIS或评审数据收集系统; (2)数据核验。	每项指标评分标准如下:(1)有数据收集上报,得0.16分/项。(2)有数据收集上报,且数据呈现改善趋势,得0.2分/项。(3)有数据收集上报,且数据达到标杆值,得0.2分/项。(4)有数据收集上报,且该指标全省分级分类排名,位于中等水平以上,得0.2分/项。四种评分标准中,取该医院得分高的一种。	NCIS	评审数据收集系统	医院填报	年						病案管理质量控制指标(国卫办医函〔2021〕28号)
计分项	第三章	十四、	(一)	1	3.14.1.1	人力资源配置指标(1.住院病案管理人员月均负担出院患者病历数)				监测比较								份/月	单位时间内,每名住院病案管理人员每月平均负担的出院患者病历数(1.住院病案管理人员是指专职从事住院病历回收、整理、扫描、装订、归档、复印、借阅、编码、统计及质量控制等工作的人员。2.实际工作总月数等于每名工作人员实际工作月数的总和。)	住院病案管理人员月均负担出院患者病历数=出院患者病历总数/同期住院病案管理人员实际工作总月数	出院患者病历总数	同期住院病案管理人员实际工作总月数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十四、	(一)	2	3.14.1.2	人力资源配置指标(2.门诊病案管理人员月均负担门诊患者病历数)				监测比较								份/月	单位时间内,每名门诊病案管理人员每月平均负担的门诊患者病历数(1.门诊病案管理人员是指专职从事门诊病案资料整理、装订、归档、复印、借阅、编码、统计及质量控制等工作的人员。2.门诊患者病历总数按同期门诊实际诊疗人次计算。)	门诊病案管理人员月均负担门诊患者病历数=门诊患者病历总数/同期门诊病案管理人员实际工作总月数	门诊患者病历总数	同期门诊病案管理人员实际工作总月数	
计分项	第三章	十四、	(一)	3	3.14.1.3	人力资源配置指标(3.病案编码人员月均负担出院患者病历数)				监测比较								份/月	单位时间内,每名病案编码人员每月平均负担的出院患者病历数。(病案编码人员是指对出院病历病案首页各数据项进行信息录入,包括对疾病、手术操作信息进行ICD编码及审核等工作的专业技术人员。)	病案编码人员月均负担出院患者病历数=出院患者病历总数/同期病案编码人员实际工作总月数	出院患者病历总数	同期病案编码人员实际工作总月数	
计分项	第三章	十四、	(二)	1	3.14.2.1	病历书写时效性指标(1.入院记录24小时内完成率)				逐步提高								百分比(%)	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。	入院记录24小时内完成率=入院记录在患者入院24小时内完成的住院患者病历数/同期住院患者病历总数×100%	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	同期住院患者病历总数	
计分项	第三章	十四、	(二)	2	3.14.2.2	病历书写时效性指标(2.手术记录24小时内完成率)				逐步提高								百分比(%)	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。	手术记录24小时内完成率=手术记录在术后24小时内完成的住院患者病历数/同期住院手术患者病历总数×100%	手术记录在术后24小时内完成的住院患者病历数	同期住院手术患者病历总数	
计分项	第三章	十四、	(二)	3	3.14.2.3	病历书写时效性指标(3.出院记录24小时内完成率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,出院记录在患者出院后24小时内完成的病历数占同期出院患者病历总数的比例。	出院记录24小时内完成率=出院记录在患者出院后24小时内完成的病历数/同期出院患者病历总数×100%	出院记录在患者出院后24小时内完成的病历数	同期出院患者病历总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十四、	(二)	4	3.14.2.4	病历书写时效性指标(4.病案首页24小时内完成率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,病案首页在患者出院后24小时内完成的病历数占同期出院患者病历总数的比例。	病案首页24小时内完成率=病案首页在患者出院后24小时内完成的病历数/同期出院患者病历总数×100%	病案首页在患者出院后24小时内完成的病历数	同期出院患者病历总数	
计分项	第三章	十四、	(三)	1	3.14.3.1	重大检查记录符合率(1.CT/MRI检查记录符合率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,CT/MRI检查医嘱、报告单、病程记录相对应的住院患者病历数占接受CT/MRI检查的住院患者病历总数的比例(CT/MRI检查医嘱、报告单、病程记录相对应是指在接受CT/MRI检查的住院患者病历中,CT/MRI相关医嘱、报告单完整,检查结果及分析在病程记录中有相应记录。)	CT/MRI检查记录符合率=(CT/MRI检查医嘱、报告单、病程记录相对应的住院患者病历数)/(同期接受CT/MRI检查的住院患者病历总数)×100%	CT/MRI检查医嘱、报告单、病程记录相对应的住院患者病历数	同期接受CT/MRI检查的住院患者病历总数	
计分项	第三章	十四、	(三)	2	3.14.3.2	重大检查记录符合率(2.病理检查记录符合率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,手术记录、病理检查报告单、病程记录相对应的住院患者病历数占同期开展病理检查的住院患者病历总数的比例。(手术记录、病理检查报告单、病程记录相对应是指在开展病理检查的住院患者病历中,病理检查报告单完整,取材情况和病理结果分别在手术记录、病程记录中有相应记录。)	病理检查记录符合率=手术记录、病理检查报告单、病程记录相对应的住院患者病历数/同期开展病理检查的住院患者病历总数×100%	手术记录、病理检查报告单、病程记录相对应的住院患者病历数	同期开展病理检查的住院患者病历总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十四、	(三)	3	3.14.3.3	重大检查记录符合率(3.细菌培养检查记录符合率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,细菌培养检查的医嘱、报告单、病程记录相对应的住院患者病历数占同期开展细菌培养检查的住院患者病历总数的比例。(细菌培养检查的医嘱、报告单、病程记录相对应是指在开展细菌培养检查的住院患者病历中,细菌培养检查相关医嘱、报告单完整,培养结果及分析在病程记录中有相应记录。)	细菌培养检查记录符合率=细菌培养检查的医嘱、报告单、病程记录相对应的住院患者病历数/同期开展细菌培养检查的住院患者病历总数×100%	细菌培养检查的医嘱、报告单、病程记录相对应的住院患者病历数	同期开展细菌培养检查的住院患者病历总数	
计分项	第三章	十四、	(四)	1	3.14.4.1	诊疗行为记录符合率(1.抗菌药物使用记录符合率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,抗菌药物使用医嘱、病程记录相对应的住院患者病历数占同期使用抗菌药物的住院患者病历总数的比例。(1.抗菌药物使用医嘱、病程记录相对应是指在使用抗菌药物治疗的住院患者病历中,抗菌药物使用相关医嘱单完整,使用情况在病程记录中有相应记录。2.抗菌药物的范围见《抗菌药物临床应用管理办法》(卫生部令第84号)。)	抗菌药物使用记录符合率=抗菌药物使用医嘱、病程记录相对应的住院患者病历数/同期使用抗菌药物的住院患者病历总数×100%	抗菌药物使用医嘱、病程记录相对应的住院患者病历数	同期使用抗菌药物的住院患者病历总数	
计分项	第三章	十四、	(四)	2	3.14.4.2	诊疗行为记录符合率(2.恶性肿瘤化学治疗记录符合率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,恶性肿瘤化学治疗医嘱、病程记录相对应的住院患者病历数占同期接受恶性肿瘤化学治疗的住院患者病历总数的比例。(恶性肿瘤化学治疗医嘱、病程记录相对应是指在接受恶性肿瘤化学治疗的住院患者病历中,化学治疗医嘱完整,治疗情况在病程记录中有相应记录。)	恶性肿瘤化学治疗记录符合率=恶性肿瘤化学治疗医嘱、病程记录相对应的住院患者病历数/同期接受恶性肿瘤化学治疗的住院患者病历总数×100%	恶性肿瘤化学治疗医嘱、病程记录相对应的住院患者病历数	同期接受恶性肿瘤化学治疗的住院患者病历总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十四、	(四)	3	3.14.4.3	诊疗行为记录符合率(3.恶性肿瘤放射治疗记录符合率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,恶性肿瘤放射治疗医嘱(治疗单)、病程记录相对应的住院患者病历数占同期接受恶性肿瘤放射治疗的住院患者病历总数的比例。(恶性肿瘤放射治疗医嘱(治疗单)、病程记录相对应是指在接受恶性肿瘤放射治疗的住院患者病历中,放射治疗医嘱(治疗单)完整,治疗情况在病程记录中有相应记录。)	恶性肿瘤放射治疗记录符合率=恶性肿瘤放射治疗医嘱(治疗单)、病程记录相对应的住院患者病历数/同期开展恶性肿瘤放射治疗的住院患者病历总数×100%	恶性肿瘤放射治疗医嘱(治疗单)、病程记录相对应的住院患者病历数	同期开展恶性肿瘤放射治疗的住院患者病历总数	
计分项	第三章	十四、	(四)	4	3.14.4.4	诊疗行为记录符合率(4.手术相关记录完整率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,手术相关记录完整的住院手术患者病历数占同期住院手术患者病历总数的比例。(手术相关记录完整是指在接受手术治疗的住院患者病历中,手术医嘱、术前讨论结论、手术记录、手术安全核查表等手术相关内容符合《医疗质量安全核心制度要点》(国卫医发〔2018〕8号)《病历书写基本规范》(卫医政发〔2010〕11号)等文件要求。)	手术相关记录完整率=手术相关记录完整的住院手术患者病历数/同期住院手术患者病历总数×100%	手术相关记录完整的住院手术患者病历数	同期住院手术患者病历总数	
计分项	第三章	十四、	(四)	5	3.14.4.5	诊疗行为记录符合率(5.植入物相关记录符合率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,植入物相关记录符合的住院患者病历数占同期使用植入物的住院患者病历总数的比例。(植入物相关记录符合是指植入物条形码齐全,植入物种类和数量等情况在手术记录或病程记录中有相应记录。)	植入物相关记录符合率=植入物相关记录符合的住院患者病历数/同期使用植入物的住院患者病历总数×100%	植入物相关记录符合的住院患者病历数	同期使用植入物的住院患者病历总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十四、	(四)	6	3.14.4.6	诊疗行为记录符合率(6.临床用血相关记录符合率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,临床用血相关记录符合的住院患者病历数占同期存在临床用血的住院患者病历总数的比例。(临床用血相关记录符合是指输血知情同意书、医嘱、输血记录单等相关内容符合《病历书写基本规范》(卫医政发〔2010〕11号)《医疗机构临床用血管理办法》(卫生部令第85号)等文件要求。)	临床用血相关记录符合率=临床用血相关记录符合的住院患者病历数/同期存在临床用血的住院患者病历总数×100%	临床用血相关记录符合的住院患者病历数	同期存在临床用血的住院患者病历总数	
计分项	第三章	十四、	(四)	7	3.14.4.7	诊疗行为记录符合率(7.医师查房记录完整率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,医师查房记录完整的住院患者病历数占同期住院患者病历总数的比例。(医师查房记录完整是指医师查房记录符合《医疗质量安全核心制度要点》(国卫医发〔2018〕8号)《病历书写基本规范》(卫医政发〔2010〕11号)要求。)	医师查房记录完整率=医师查房记录完整的住院患者病历数/同期住院患者病历总数×100%	医师查房记录完整的住院患者病历数	同期住院患者病历总数	
计分项	第三章	十四、	(四)	8	3.14.4.8	诊疗行为记录符合率(8.患者抢救记录及时完成率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,抢救记录及时完成的住院患者病历数占同期接受抢救的住院患者病历总数的比例。(抢救记录及时完成是指抢救记录的书写时限和内容符合《医疗质量安全核心制度要点》(国卫医发〔2018〕8号)《病历书写基本规范》(卫医政发〔2010〕11号)要求。)	患者抢救记录及时完成率=抢救记录及时完成的住院患者病历数/同期接受抢救的住院患者病历总数×100%	抢救记录及时完成的住院患者病历数	同期接受抢救的住院患者病历总数	
计分项	第三章	十四、	(五)	1	3.14.5.1	病历归档质量指标(1.出院患者病历2日归档率)				逐步提高								百分比(%)	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。	出院患者病历2日归档率=2个工作日内完成归档的出院患者病历数/同期出院患者病历总数×100%	2个工作日内完成归档的出院患者病历数	同期出院患者病历总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十四、	(五)	2	3.14.5.2	病历归档质量指标(2.出院患者病历归档完整率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内, 归档病历内容完整的出院患者病历数占同期出院患者病历总数的比例。(病历内容完整是指归档病历内容符合《病历书写基本规范》(卫医政发〔2010〕11号)要求。)	出院患者病历归档完整率=归档病历内容完整的出院患者病历数/同期出院患者病历总数×100%	归档病历内容完整的出院患者病历数	同期出院患者病历总数	
计分项	第三章	十四、	(五)	3	3.14.5.3	病历归档质量指标(3.主要诊断填写正确率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内, 病案首页中主要诊断填写正确的出院患者病历数占同期出院患者病历总数的比例。(主要诊断填写正确是指主要诊断填写符合《卫生部关于修订住院病案首页的通知》(卫医政发[2011]84号)《国家卫生计生委办公厅关于印发住院病案首页数据填写质量规范(暂行)》(国卫办医发[2016]24号)要求。)	主要诊断填写正确率=病案首页中主要诊断填写正确的出院患者病历数/同期出院患者病历总数×100%	病案首页中主要诊断填写正确的出院患者病历数	同期出院患者病历总数	
计分项	第三章	十四、	(五)	4	3.14.5.4	病历归档质量指标(4.主要诊断编码正确率)				逐步提高								百分比(%)	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。(主要诊断编码正确是指主要诊断编码符合国家统一发布的最新的《疾病分类与代码国家临床版》要求。)	主要诊断编码正确率=病案首页中主要诊断编码正确的出院患者病历数/同期出院患者病历总数×100%	病案首页中主要诊断编码正确的出院患者病历数	同期出院患者病历总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十四、	(五)	5	3.14.5.5	病历归档质量指标(5.主要手术填写正确率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,病案首页中主要手术填写正确的出院患者病历数占同期出院手术患者病历总数的比例。(主要手术操作填写正确是指主要手术填写符合《卫生部关于修订住院病案首页的通知》(卫医政发〔2011〕84号)《国家卫生计生委办公厅关于印发住院病案首页数据填写质量规范(暂行)》(国卫办医发〔2016〕24号)相关要求。)	主要手术填写正确率=病案首页中主要手术填写正确的出院患者病历数/同期出院手术患者病历总数×100%	病案首页中主要手术填写正确的出院患者病历数	同期出院手术患者病历总数	
计分项	第三章	十四、	(五)	6	3.14.5.6	病历归档质量指标(6.主要手术编码正确率)				逐步提高								百分比(%)	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。(主要手术编码正确是指主要手术编码符合国家统一发布的最新的《手术操作与分类代码国家临床版》有关要求。)	主要手术编码正确率=病案首页中主要手术编码正确的出院患者病历数/同期出院手术患者病历总数×100%	病案首页中主要手术编码正确的出院患者病历数	同期出院手术患者病历总数	
计分项	第三章	十四、	(五)	7	3.14.5.7	病历归档质量指标(7.不合理复制病历发生率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,出现不合理复制病历内容的出院患者病历数占同期出院患者病历总数的比例。(不合理复制病历内容是指首次病程记录病例特点与入院记录、现病史完全相同;拟诊讨论部分重复病例特点;2次以上病程记录完全相同;同科同种疾病拟诊讨论内容完全相同。)	不合理复制病历发生率=出现不合理复制病历内容的出院患者病历数/同期出院患者病历总数×100%	出现不合理复制病历内容的出院患者病历数	同期出院患者病历总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十四、	(五)	8	3.14.5.8	病历归档质量指标(8.知情同意书规范签署率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,规范签署知情同意书的出院患者病历数占同期存在知情同意书签署的出院患者病历总数的比例。(规范签署知情同意书是指病历中各类知情同意书签署符合《病历书写基本规范》(卫医政发〔2010〕11号)《医疗纠纷预防和处置条例》(中华人民共和国国务院令701号)有关规定。)	知情同意书规范签署率=规范签署知情同意书的出院患者病历数/同期存在知情同意书签署的出院患者病历总数×100%	规范签署知情同意书的出院患者病历数	同期存在知情同意书签署的出院患者病历总数	
计分项	第三章	十四、	(五)	9	3.14.5.9	病历归档质量指标(9.甲级病历率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,甲级出院患者病历数占同期出院患者病历总数的比例。	甲级病历率=甲级出院患者病历数/同期出院患者病历总数×100%	甲级出院患者病历数	同期出院患者病历总数	
	第三章	十五、			3.15	心血管系统疾病相关专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2021〕70号)	9.0分(0.2分/项)			数据评价+数据核验		(1)查2022年1月1日起至评审前季度末NCIS或评审数据收集系统;(2)数据核验。	每项指标评分标准如下:(1)有数据收集上报,得0.16分/项。(2)有数据收集上报,且数据呈现改善趋势,得0.2分/项。(3)有数据收集上报,且数据达到标杆值,得0.2分/项。(4)有数据收集上报,且该指标全省分级分类排名,位于中等水平以上,得0.2分/项。四种评分标准中,取该医院得分高的一种。	NCIS	评审数据收集系统	医院填报	年						心血管系统疾病相关专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2021〕70号)
	第三章	十五、	(一)		3.15.1	急性ST段抬高型心肌梗死																	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十五、	(一)	1	3.15.1.1	急性ST段抬高型心肌梗死[1.急性ST段抬高型心肌梗死(STEMI)患者到院10分钟内完成12导联(及以上)心电图检查率]				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,到院10分钟内完成12导联(及以上)心电图检查的急性STEMI患者数,占同期急性STEMI患者总数的比例。(到院指到达急诊或门诊)	急性STEMI患者到院10分钟内完成12导联(及以上)心电图检查率=到院10分钟内完成12导联(及以上)心电图检查的急性STEMI患者数/同期急性STEMI患者总数×100%	到院10分钟内完成12导联(及以上)心电图检查的急性STEMI患者数	同期急性STEMI患者总数	
计分项	第三章	十五、	(一)	2	3.15.1.2	急性ST段抬高型心肌梗死(2.急性STEMI患者到院1小时内阿司匹林治疗率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,到院1小时内给予阿司匹林治疗的急性STEMI患者数,占同期急性STEMI患者总数的比例。	急性STEMI患者到院1小时内阿司匹林治疗率=到院1小时内给予阿司匹林治疗的急性STEMI患者数/同期急性STEMI患者总数×100%	到院1小时内给予阿司匹林治疗的急性STEMI患者数	同期急性STEMI患者总数	
计分项	第三章	十五、	(一)	3	3.15.1.3	急性ST段抬高型心肌梗死(3.急性STEMI患者到院1小时内P2Y12受体拮抗剂治疗率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,到院1小时内给予P2Y12受体拮抗剂治疗的急性STEMI患者数,占同期急性STEMI患者总数的比例。	急性STEMI患者到院1小时内P2Y12受体拮抗剂治疗率=到院1小时内给予P2Y12受体拮抗剂治疗的急性STEMI患者数/同期急性STEMI患者总数×100%	到院1小时内给予P2Y12受体拮抗剂治疗的急性STEMI患者数	同期急性STEMI患者总数	
计分项	第三章	十五、	(一)	4	3.15.1.4	急性ST段抬高型心肌梗死(4.发病24小时内急性STEMI患者再灌注治疗率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,发病24小时内接受再灌注治疗的急性STEMI患者数,占同期发病24小时内急性STEMI患者总数的比例。(再灌注治疗方式包括:经皮冠状动脉介入治疗(PCI)或静脉溶栓。)	发病24小时内急性STEMI患者再灌注治疗率=发病24小时内接受再灌注治疗的急性STEMI患者数/同期发病24小时内急性STEMI患者总数×100%	发病24小时内接受再灌注治疗的急性STEMI患者数	同期发病24小时内急性STEMI患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十五、	(一)	5	3.15.1.5	急性ST段抬高型心肌梗死[5.发病24小时内急性STEMI患者到院90分钟内进行直接经皮冠状动脉介入治疗(PCI)的比例]				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,发病24小时内急性STEMI患者中从到院至进行直接PCI治疗导线通过靶血管(DoortoDevice, DTD)的时间小于等于90分钟的患者数,占同期发病24小时内急性STEMI患者总数的比例。	发病24小时内急性STEMI患者到院90分钟内进行直接经皮冠状动脉介入治疗(PCI)的比例=发病24小时内急性STEMI患者中DTD的时间小于等于90分钟的患者数/同期发病24小时内急性STEMI患者总数×100%	发病24小时内急性STEMI患者中DTD的时间小于等于90分钟的患者数	同期发病24小时内急性STEMI患者总数	
计分项	第三章	十五、	(一)	6	3.15.1.6	急性ST段抬高型心肌梗死(6.发病24小时内急性STEMI患者到院30分钟内给予静脉溶栓治疗的比例)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,发病24小时内急性STEMI患者中,从到院至给予静脉溶栓药物(DoortoNeedle, DTN)时间小于等于30分钟的患者数,占同期发病24小时内接受静脉溶栓治疗的急性STEMI患者总数的比例	发病24小时内急性STEMI患者到院30分钟内给予静脉溶栓治疗的比例=发病24小时内急性STEMI患者中DTN时间小于等于30分钟的患者数/同期发病24小时内接受静脉溶栓治疗的急性STEMI患者总数×100%	发病24小时内急性STEMI患者中DTN时间小于等于30分钟的患者数	同期发病24小时内接受静脉溶栓治疗的急性STEMI患者总数	
计分项	第三章	十五、	(一)	7	3.15.1.7	急性ST段抬高型心肌梗死(7.急性STEMI患者到院24小时内β受体阻滞剂治疗率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,到院24小时内给予β受体阻滞剂治疗的急性STEMI患者数,占同期急性STEMI患者总数的比例。	急性STEMI患者到院24小时内β受体阻滞剂治疗率=到院24小时内给予β受体阻滞剂治疗的急性STEMI患者数/同期急性STEMI患者总数×100%	到院24小时内给予β受体阻滞剂治疗的急性STEMI患者数	同期急性STEMI患者总数	
计分项	第三章	十五、	(一)	8	3.15.1.8	急性ST段抬高型心肌梗死[8.急性STEMI患者住院期间应用超声心动图(UCG)评价左心室射血分数(LVEF)的比例]				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,住院期间通过UCG评价LVEF的急性STEMI患者数,占同期急性STEMI患者总数的比例。	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=住院期间通过UCG评价LVEF的急性STEMI患者数/同期急性STEMI患者总数×100%	住院期间通过UCG评价LVEF的急性STEMI患者数	同期急性STEMI患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十五、	(一)	9	3.15.1.9	急性ST段抬高型心肌梗死(9.急性STEMI患者出院阿司匹林使用率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,出院使用阿司匹林的急性STEMI患者数,占同期急性STEMI患者总数的比例。	急性STEMI患者出院阿司匹林使用率=出院使用阿司匹林的急性STEMI患者数/同期急性STEMI患者总数×100%	出院使用阿司匹林的急性STEMI患者数	同期急性STEMI患者总数	
计分项	第三章	十五、	(一)	10	3.15.1.10	急性ST段抬高型心肌梗死(10.急性STEMI患者出院P2Y12受体拮抗剂使用率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,出院使用P2Y12受体拮抗剂的急性STEMI患者数占同期急性STEMI患者总数的比例。	急性STEMI患者出院P2Y12受体拮抗剂使用率=出院使用P2Y12受体拮抗剂的急性STEMI患者数/同期急性STEMI患者总数×100%	出院使用P2Y12受体拮抗剂的急性STEMI患者数	同期急性STEMI患者总数	
计分项	第三章	十五、	(一)	11	3.15.1.11	急性ST段抬高型心肌梗死(11.急性STEMI患者出院β受体阻滞剂使用率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,出院使用β受体阻滞剂的急性STEMI患者数,占同期急性STEMI患者总数的比例。	急性STEMI患者出院β受体阻滞剂使用率=出院使用β受体阻滞剂的急性STEMI患者数/同期急性STEMI患者总数×100%	出院使用β受体阻滞剂的急性STEMI患者数	同期急性STEMI患者总数	
计分项	第三章	十五、	(一)	12	3.15.1.12	急性ST段抬高型心肌梗死[12.急性STEMI患者出院血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)或血管紧张素II受体拮抗剂(ARB)使用率]				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,出院使用ACEI或ARB的急性STEMI患者数,占同期急性STEMI患者总数的比例。	急性STEMI患者出院血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)或血管紧张素II受体拮抗剂(ARB)使用率=出院使用ACEI或ARB的急性STEMI患者数/同期急性STEMI患者总数×100%	出院使用ACEI或ARB的急性STEMI患者数	同期急性STEMI患者总数	
计分项	第三章	十五、	(一)	13	3.15.1.13	急性ST段抬高型心肌梗死(13.急性STEMI患者出院他汀类药物使用率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,出院使用他汀类药物的急性STEMI患者数,占同期急性STEMI患者总数的比例。	急性STEMI患者出院他汀类药物使用率=出院使用他汀类药物的急性STEMI患者数/同期急性STEMI患者总数×100%	出院使用他汀类药物的急性STEMI患者数	同期急性STEMI患者总数	
计分项	第三章	十五、	(一)	14	3.15.1.14	急性ST段抬高型心肌梗死(14.急性STEMI患者住院死亡率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,住院期间死亡的急性STEMI患者数,占同期急性STEMI患者总数的比例。	急性STEMI患者住院死亡率=住院期间死亡的急性STEMI患者数/同期急性STEMI患者总数×100%	住院期间死亡的急性STEMI患者数	同期急性STEMI患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十五、	(一)	15	3.15.1.15	急性ST段抬高型心肌梗死(15.急性STEMI患者出院后30天内非计划再入院率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,出院后30天内,原先无计划再入院,而因任何原因再次入院的急性STEMI患者数,占同期出院的急性STEMI患者总数的比例。(再次入院的医疗机构不限)	急性STEMI患者出院后30天内非计划再入院率=出院后30天内,原先无计划再入院,而因任何原因再次入院的急性STEMI患者数/同期出院的急性STEMI患者总数×100%	出院后30天内,原先无计划再入院,而因任何原因再次入院的急性STEMI患者数	同期出院的急性STEMI患者总数	
不计分项	第三章	十五、	(一)	16	3.15.1.16	急性ST段抬高型心肌梗死(16.急性STEMI患者30天死亡率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,确诊急性STEMI后30天死亡的急性STEMI患者数,占同期急性STEMI患者总数的比例。	急性STEMI患者30天死亡率=确诊急性STEMI后30天死亡的急性STEMI患者数/同期急性STEMI患者总数×100%	确诊急性STEMI后30天死亡的急性STEMI患者数	同期急性STEMI患者总数	
	第三章	十五、	(二)		3.15.2	心房颤动																	
计分项	第三章	十五、	(二)	1	3.15.2.1	心房颤动[1.非瓣膜性心房颤动(房颤)患者血栓栓塞风险评估率]				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,行血栓栓塞风险评估的非瓣膜性房颤患者数,占同期非瓣膜性房颤患者总数的比例。(血栓栓塞风险评估推荐采用CHA2DS2-VASc评分。)	非瓣膜性心房颤动(房颤)患者血栓栓塞风险评估率=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%	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	
计分项	第三章	十五、	(二)	2	3.15.2.2	心房颤动(2.非瓣膜性房颤患者出院抗凝药物使用率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,出院使用抗凝药物的非瓣膜性房颤患者数,占同期非瓣膜性房颤患者总数的比例。	非瓣膜性房颤患者出院抗凝药物使用率=出院使用抗凝药物的非瓣膜性房颤患者数/同期非瓣膜性房颤患者总数×100%	出院使用抗凝药物的非瓣膜性房颤患者数	同期非瓣膜性房颤患者总数	
计分项	第三章	十五、	(二)	3	3.15.2.3	心房颤动(3.瓣膜性房颤患者出院华法林使用率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,出院使用华法林的瓣膜性房颤患者数,占同期瓣膜性房颤患者总数的比例。	瓣膜性房颤患者出院华法林使用率=出院使用华法林的瓣膜性房颤患者数/同期瓣膜性房颤患者总数×100%	出院使用华法林的瓣膜性房颤患者数	同期瓣膜性房颤患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十五、	(二)	4	3.15.2.4	心房颤动(4.房颤患者出血风险评估率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,行出血风险评估的房颤患者数,占同期房颤患者总数的比例。(出血风险评估推荐采用HAS-BLED评分、ORBIT评分或ABC评分等)	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%	行出血风险评估的房颤患者数	同期房颤患者总数	
计分项	第三章	十五、	(二)	5	3.15.2.5	心房颤动(5.房颤患者左心耳封堵术并发症发生率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,左心耳封堵术中及术后发生并发症的房颤患者数,占同期行左心耳封堵的房颤患者总数的比例。(左心耳封堵术并发症指:(1)影像学检查确诊的穿刺部位假性动脉(2)影像学检查确诊的穿刺部位动静脉;(3)左心耳封堵术中以及术后72小时内新发或增多的心包积液,且合并下列情况之一:行心包穿刺引流、行外科修补;(4)术中及术后72小时内的脑卒中;(5)封堵器脱位。)	房颤患者左心耳封堵术并发症发生率=左心耳封堵术中及术后发生并发症的房颤患者数/同期行左心耳封堵的房颤患者总数×100%	左心耳封堵术中及术后发生并发症的房颤患者数	同期行左心耳封堵的房颤患者总数	
	第三章	十五、	(三)		3.15.3	心力衰竭																	
计分项	第三章	十五、	(三)	1	3.15.3.1	心力衰竭(1.心力衰竭患者入院24小时内利钠肽检测率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,入院24小时内进行利钠肽检测的心力衰竭患者数,占同期心力衰竭患者总数的比例。(利钠肽检测包括N末端B型利钠肽原(NT-proBNP)和B型利钠肽(BNP)。)	心力衰竭患者入院24小时内利钠肽检测率=入院24小时内进行利钠肽检测的心力衰竭患者数/同期心力衰竭患者总数×100%	入院24小时内进行利钠肽检测的心力衰竭患者数	同期心力衰竭患者总数	
计分项	第三章	十五、	(三)	2	3.15.3.2	心力衰竭(2.心力衰竭患者入院48小时内心脏功能评估率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,入院48小时内进行超声心动图检查的心力衰竭患者数,占同期心力衰竭患者总数的比例。	心力衰竭患者入院48小时内心脏功能评估率=入院48小时内进行超声心动图检查的心力衰竭患者数/同期心力衰竭患者总数×100%	入院48小时内进行超声心动图检查的心力衰竭患者数	同期心力衰竭患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十五、	(三)	3	3.15.3.3	心力衰竭(3.心力衰竭伴容量超负荷患者住院期间利尿剂治疗率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,住院期间接受利尿剂治疗的心力衰竭伴容量超负荷患者数,占同期心力衰竭伴容量超负荷患者总数的比例。	心力衰竭伴容量超负荷患者住院期间利尿剂治疗率=住院期间接受利尿剂治疗的心力衰竭伴容量超负荷患者数/同期心力衰竭伴容量超负荷患者总数×100%	住院期间接受利尿剂治疗的心力衰竭伴容量超负荷患者数	同期心力衰竭伴容量超负荷患者总数	
计分项	第三章	十五、	(三)	4	3.15.3.4	心力衰竭[4.心力衰竭患者出院血管紧张素转化酶抑制剂(ACEI)或血管紧张素受体阻断剂(ARB)或血管紧张素受体脑啡肽酶抑制剂(ARNI)使用率(CVD-HF-04)]				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,出院使用ACEI或ARB或ARNI的心力衰竭患者数,占同期心力衰竭患者总数的比例。	心力衰竭患者出院血管紧张素转化酶抑制剂(ACEI)或血管紧张素受体阻断剂(ARB)或血管紧张素受体脑啡肽酶抑制剂(ARNI)使用率=出院使用ACEI或ARB或ARNI的心力衰竭患者数/同期心力衰竭患者总数×100%	出院使用ACEI或ARB或ARNI的心力衰竭患者数	同期心力衰竭患者总数	
计分项	第三章	十五、	(三)	5	3.15.3.5	心力衰竭[5.心力衰竭患者出院β受体阻滞剂使用率]				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,出院使用β受体阻滞剂的心力衰竭患者数,占同期心力衰竭患者总数的比例。	心力衰竭患者出院β受体阻滞剂使用率=出院使用β受体阻滞剂的心力衰竭患者数/同期心力衰竭患者总数×100%	出院使用β受体阻滞剂的心力衰竭患者数	同期心力衰竭患者总数	
计分项	第三章	十五、	(三)	6	3.15.3.6	心力衰竭(6.心力衰竭患者出院醛固酮受体拮抗剂使用率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,出院使用醛固酮受体拮抗剂的心力衰竭患者数,占同期心力衰竭患者总数的比例。	心力衰竭患者出院醛固酮受体拮抗剂使用率=出院使用醛固酮受体拮抗剂的心力衰竭患者数/同期心力衰竭患者总数×100%	出院使用醛固酮受体拮抗剂的心力衰竭患者数	同期心力衰竭患者总数	
计分项	第三章	十五、	(三)	7	3.15.3.7	心力衰竭[7.心力衰竭患者住院期间心脏再同步化治疗(CRTT)使用率]				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,住院期间给予CRT治疗的心力衰竭患者数,占同期心力衰竭患者总数的比例。	心力衰竭患者住院期间心脏再同步化治疗(CRTT)使用率=住院期间给予CRT治疗的心力衰竭患者数/同期心力衰竭患者总数×100%	住院期间给予CRT治疗的心力衰竭患者数	同期心力衰竭患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十五、	(三)	8	3.15.3.8	心力衰竭(8.心力衰竭患者住院死亡率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,住院期间死亡的心力衰竭患者数,占同期心力衰竭患者总数的比例。	心力衰竭患者住院死亡率=住院期间死亡的心力衰竭患者数/同期心力衰竭患者总数×100%	住院期间死亡的心力衰竭患者数	同期心力衰竭患者总数	
计分项	第三章	十五、	(三)	9	3.15.3.9	心力衰竭(9.心力衰竭患者出院30天随访率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,出院30天随访的心力衰竭患者数,占同期出院心力衰竭患者总数的比例。(随访方式包括但不限于电话随访、网络随访、门诊随访。)	心力衰竭患者出院30天随访率=出院30天随访的心力衰竭患者数/同期出院心力衰竭患者总数×100%	出院30天随访的心力衰竭患者数	同期出院心力衰竭患者总数	
计分项	第三章	十五、	(三)	10	3.15.3.10	心力衰竭(10.心力衰竭患者出院后30天内心力衰竭再入院率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,出院后30天内因心力衰竭再入院的心力衰竭患者数,占同期出院的心力衰竭患者总数的比例。	心力衰竭患者出院后30天内心力衰竭再入院率=出院后30天内因心力衰竭再入院的心力衰竭患者数/同期出院的心力衰竭患者总数×100%	出院后30天内因心力衰竭再入院的心力衰竭患者数	同期出院的心力衰竭患者总数	
不计分项	第三章	十五、	(三)	11	3.15.3.11	心力衰竭(11.心力衰竭患者出院后30天死亡率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,出院后30天内死亡的心力衰竭患者数,占同期出院的心力衰竭患者总数的比例。	心力衰竭患者出院后30天死亡率=出院后30天内死亡的心力衰竭患者数/同期出院的心力衰竭患者总数×100%	出院后30天内死亡的心力衰竭患者数	同期出院的心力衰竭患者总数	
	第三章	十五、	(四)		3.15.4	高血压																	
计分项	第三章	十五、	(四)	1	3.15.4.1	高血压(1.动态血压监测率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,住院期间接受动态血压监测的高血压患者数,占同期高血压住院患者总数的比例。(动态血压监测是指通过自动血压测量仪器监测血压水平。)	动态血压监测率=住院期间接受动态血压监测的高血压患者数/同期高血压住院患者总数×100%	住院期间接受动态血压监测的高血压患者数	同期高血压住院患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十五、	(四)	2	3.15.4.2	高血压(2.心血管风险评估率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,住院期间接受心血管风险评估的高血压患者数,占同期高血压住院患者总数的比例。(心血管风险评估是指完成了心脏、肾脏、血管、眼底四项检查中的两项及以上。)	心血管风险评估率=住院期间接受心血管风险评估的高血压患者数/同期高血压住院患者总数×100%	住院期间接受心血管风险评估的高血压患者数	同期高血压住院患者总数	
计分项	第三章	十五、	(四)	3	3.15.4.3	高血压(3.原发性醛固酮增多症肾素醛固酮检测规范率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,住院期间接受规范检测肾素醛固酮的原发性醛固酮增多症患者数,占同期原发性醛固酮增多症住院患者总数的比例。(规范检测肾素醛固酮:停用影响肾素醛固酮检测药物至少2周(利尿剂及甘草提炼物至少4周)后进行监测,停药期间可使用α受体阻滞剂及非二氢吡啶类钙拮抗剂控制血压。)	原发性醛固酮增多症肾素醛固酮检测规范率=住院期间接受规范检测肾素醛固酮的原发性醛固酮增多症患者数/同期原发性醛固酮增多症患者总数×100%	住院期间接受规范检测肾素醛固酮的原发性醛固酮增多症患者数	同期原发性醛固酮增多症住院患者总数	
计分项	第三章	十五、	(四)	4	3.15.4.4	高血压(4.原发性醛固酮增多症确诊试验开展率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,住院期间接受确诊试验检查的原发性醛固酮增多症患者数,占同期原发性醛固酮增多症住院患者总数的比例。(确诊试验包括卡托普利试验、生理盐水输注试验、口服高钠饮食、氟氢可的松试验。)	原发性醛固酮增多症确诊试验开展率=住院期间接受确诊试验检查的原发性醛固酮增多症患者数/同期原发性醛固酮增多症住院患者总数×100%	住院期间接受确诊试验检查的原发性醛固酮增多症患者数	同期原发性醛固酮增多症住院患者总数	
	第三章	十五、	(五)		3.15.5	冠状动脉旁路移植术																	
不计分项	第三章	十五、	(五)	1	3.15.5.1	冠状动脉旁路移植术(1.单纯冠状动脉旁路移植术住院死亡率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,行单纯冠状动脉旁路移植术住院期间死亡的患者数,占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。	单纯冠状动脉旁路移植术住院死亡率=行单纯冠状动脉旁路移植术住院期间死亡的患者数/同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数×100%	行单纯冠状动脉旁路移植术住院期间死亡的患者数	同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
不计分项	第三章	十五、	(五)	2	3.15.5.2	冠状动脉旁路移植术(2.单纯冠状动脉旁路移植术后机械通气时间大于等于24小时发生率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,行单纯冠状动脉旁路移植术后连续机械通气时间大于等于24小时的患者数,占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。(拔管后再次机械通气时间不计算在内。)	单纯冠状动脉旁路移植术后机械通气时间大于等于24小时发生率=行单纯冠状动脉旁路移植术后连续机械通气时间大于等于24小时的患者数/同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数×100%	行单纯冠状动脉旁路移植术后连续机械通气时间大于等于24小时的患者数	同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数	
不计分项	第三章	十五、	(五)	3	3.15.5.3	冠状动脉旁路移植术(3.单纯冠状动脉旁路移植术后胸骨深部感染发生率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,行单纯冠状动脉旁路移植术后发生胸骨深部感染的患者数,占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。(胸骨深部感染包括肌肉、骨骼和纵膈的感染。)	单纯冠状动脉旁路移植术后胸骨深部感染发生率=行单纯冠状动脉旁路移植术后发生胸骨深部感染的患者数/同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数×100%	行单纯冠状动脉旁路移植术后发生胸骨深部感染的患者数	同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数	
不计分项	第三章	十五、	(五)	4	3.15.5.4	冠状动脉旁路移植术(4.单纯冠状动脉旁路移植术后脑卒中发生率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,行单纯冠状动脉旁路移植术后发生脑卒中的患者数,占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。	单纯冠状动脉旁路移植术后脑卒中发生率=行单纯冠状动脉旁路移植术后发生脑卒中的患者数/同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数×100%	行单纯冠状动脉旁路移植术后发生脑卒中的患者数	同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数	
不计分项	第三章	十五、	(五)	5	3.15.5.5	冠状动脉旁路移植术(5.单纯冠状动脉旁路移植术非计划二次手术率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,行单纯冠状动脉旁路移植术后非计划二次手术的患者数,占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。	单纯冠状动脉旁路移植术非计划二次手术率=行单纯冠状动脉旁路移植术后非计划二次手术的患者数/同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数×100%	行单纯冠状动脉旁路移植术后非计划二次手术的患者数	同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
不计分项	第三章	十五、	(五)	6	3.15.5.6	冠状动脉旁路移植术(6.单纯冠状动脉旁路移植术后急性肾衰竭发生率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,行单纯冠状动脉旁路移植术后发生急性肾衰竭的患者数,占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。(术后急性肾衰竭是指术后最高血清肌酐值是术前基线值的3.0倍;或血肌酐值增至≥4.0mg/dl(≥353.6μmol/l);或开始肾脏替代治疗(下同)。)	单纯冠状动脉旁路移植术后急性肾衰竭发生率=行单纯冠状动脉旁路移植术后发生急性肾衰竭的患者数/同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数×100%	行单纯冠状动脉旁路移植术后发生急性肾衰竭的患者数	同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数	
不计分项	第三章	十五、	(五)	7	3.15.5.7	冠状动脉旁路移植术(7.单纯冠状动脉旁路移植术前24小时β受体阻滞剂使用率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,行单纯冠状动脉旁路移植术前24小时内使用β受体阻滞剂的患者,占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。	单纯冠状动脉旁路移植术前24小时β受体阻滞剂使用率=行单纯冠状动脉旁路移植术前24小时内使用β受体阻滞剂的患者数/同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数×100%	行单纯冠状动脉旁路移植术前24小时内使用β受体阻滞剂的患者数	同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数	
不计分项	第三章	十五、	(五)	8	3.15.5.8	冠状动脉旁路移植术(8.单纯冠状动脉旁路移植术围术期输血率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,行单纯冠状动脉旁路移植术围术期输血的患数,占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。(围术期指术中及术后住院的全部过程;血制品指异体全血、红细胞、血小板、新鲜冰冻血浆和冷沉淀。)	单纯冠状动脉旁路移植术围术期输血率=行单纯冠状动脉旁路移植术围术期输血的患数/同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数×100%	行单纯冠状动脉旁路移植术围术期输血的患数	同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
不计分项	第三章	十五、	(五)	9	3.15.5.9	冠状动脉旁路移植术(9.单纯冠状动脉旁路移植术中乳内动脉血管桥使用率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,行单纯冠状动脉旁路移植术中乳内动脉血管桥的患者数,占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。(乳内动脉血管桥包括左侧原位乳内动脉血管桥、右侧原位乳内动脉血管桥以及游离乳内动脉血管桥。)	单纯冠状动脉旁路移植术中乳内动脉血管桥使用率=行单纯冠状动脉旁路移植术中乳内动脉血管桥的患者数/同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数×100%	行单纯冠状动脉旁路移植术中乳内动脉血管桥的患者数	同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数	
不计分项	第三章	十五、	(五)	10	3.15.5.10	冠状动脉旁路移植术(10.单纯冠状动脉旁路移植术后24小时内阿司匹林使用率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,行单纯冠状动脉旁路移植术后24小时内使用阿司匹林的患者的患者数,占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。	单纯冠状动脉旁路移植术后24小时内阿司匹林使用率=行单纯冠状动脉旁路移植术后24小时内使用阿司匹林的患者的患者数/同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数×100%	行单纯冠状动脉旁路移植术后24小时内使用阿司匹林的患者的患者数	同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数	
不计分项	第三章	十五、	(五)	11	3.15.5.11	冠状动脉旁路移植术(11.单纯冠状动脉旁路移植术出院他汀类药物使用率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,行单纯冠状动脉旁路移植术出院使用他汀类药物的患者数,占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。	单纯冠状动脉旁路移植术出院他汀类药物使用率=行单纯冠状动脉旁路移植术出院使用他汀类药物的患者数/同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数×100%	行单纯冠状动脉旁路移植术出院使用他汀类药物的患者数	同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数	
不计分项	第三章	十五、	(五)	12	3.15.5.12	冠状动脉旁路移植术(12.单纯冠状动脉旁路移植术出院阿司匹林使用率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,行单纯冠状动脉旁路移植术出院使用阿司匹林的患者的患者数,占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。	单纯冠状动脉旁路移植术出院阿司匹林使用率=行单纯冠状动脉旁路移植术出院使用阿司匹林的患者的患者数/同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数×100%	行单纯冠状动脉旁路移植术出院使用阿司匹林的患者的患者数	同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
不计分项	第三章	十五、	(五)	13	3.15.5.13	冠状动脉旁路移植术(13.单纯冠状动脉旁路移植术出院β受体阻滞剂使用率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,行单纯冠状动脉旁路移植术出院使用β受体阻滞剂的患者数,占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。	单纯冠状动脉旁路移植术出院β受体阻滞剂使用率=行单纯冠状动脉旁路移植术出院使用β受体阻滞剂的患者/同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数×100%	行单纯冠状动脉旁路移植术出院使用β受体阻滞剂的患者	同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数	
	第三章	十五、	(六)		3.15.6	二尖瓣手术																	
不计分项	第三章	十五、	(六)	1	3.15.6.1	二尖瓣手术(1.二尖瓣手术住院死亡率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,行二尖瓣手术住院期间死亡的患者数,占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例。	二尖瓣手术住院死亡率=行二尖瓣手术住院期间死亡的患者数/同期行二尖瓣手术的患者总数×100%	行二尖瓣手术住院期间死亡的患者数	同期行二尖瓣手术的患者总数	
不计分项	第三章	十五、	(六)	2	3.15.6.2	二尖瓣手术后机械通气时间大于等于24小时发生率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,行二尖瓣手术后连续机械通气时间大于等于24小时的患者数,占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例。(拔管后再次机械通气时间不计算在内。)	二尖瓣手术后机械通气时间大于等于24小时发生率=二尖瓣手术后连续机械通气时间大于等于24小时的患者数/同期行二尖瓣手术的患者总数×100%	二尖瓣手术后连续机械通气时间大于等于24小时的患者数	同期行二尖瓣手术的患者总数	
不计分项	第三章	十五、	(六)	3	3.15.6.3	二尖瓣手术后胸骨深部感染发生率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,行二尖瓣手术后发生胸骨深部感染的患者数,占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例。(胸骨深部感染包括肌肉、骨骼和纵膈的感染。)	二尖瓣手术后胸骨深部感染发生率=行二尖瓣手术后发生胸骨深部感染的患者数/同期行二尖瓣手术的患者总数×100%	行二尖瓣手术后发生胸骨深部感染的患者数	同期行二尖瓣手术的患者总数	
不计分项	第三章	十五、	(六)	4	3.15.6.4	二尖瓣手术后脑卒中发生率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,行二尖瓣手术后发生脑卒中的患者数,占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例。	二尖瓣手术后脑卒中发生率=行二尖瓣手术后发生脑卒中的患者数/同期行二尖瓣手术的患者总数×100%	行二尖瓣手术后发生脑卒中的患者数	同期行二尖瓣手术的患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
不计分项	第三章	十五、	(六)	5	3.15.6.5	二尖瓣手术(5.二尖瓣手术非计划二次手术率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,行二尖瓣手术后非计划二次手术的患者数,占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例。	二尖瓣手术非计划二次手术率=行二尖瓣手术后非计划二次手术的患者数/同期行二尖瓣手术的患者总数×100%	行二尖瓣手术后非计划二次手术的患者数	同期行二尖瓣手术的患者总数	
不计分项	第三章	十五、	(六)	6	3.15.6.6	二尖瓣手术(6.二尖瓣手术后急性肾衰竭发生率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,行二尖瓣手术后发生急性肾衰竭的患者数,占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例。	二尖瓣手术后急性肾衰竭发生率=行二尖瓣手术后发生急性肾衰竭的患者数/同期行二尖瓣手术的患者总数×100%	行二尖瓣手术后发生急性肾衰竭的患者数	同期行二尖瓣手术的患者总数	
不计分项	第三章	十五、	(六)	7	3.15.6.7	二尖瓣手术(7.因退行性病变导致二尖瓣关闭不全的患者二尖瓣修复术治疗率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,因退行性病变导致二尖瓣关闭不全行二尖瓣修复术的患者数,占同期因退行性病变导致二尖瓣关闭不全行二尖瓣手术的患者总数的比例。(排除接受过心脏或胸外科手术或前纵隔放射性治疗的患者。)	因退行性病变导致二尖瓣关闭不全的患者二尖瓣修复术治疗率=因退行性病变导致二尖瓣关闭不全行二尖瓣修复术的患者数/同期因退行性病变导致二尖瓣关闭不全行二尖瓣手术的患者总数×100%	因退行性病变导致二尖瓣关闭不全行二尖瓣修复术的患者数	同期因退行性病变导致二尖瓣关闭不全行二尖瓣手术的患者总数	
不计分项	第三章	十五、	(六)	8	3.15.6.8	二尖瓣手术(8.二尖瓣手术出院抗凝药物使用率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,行二尖瓣手术出院使用抗凝药物的患者数,占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例。	二尖瓣手术出院抗凝药物使用率=行二尖瓣手术出院使用抗凝药物的患者数/同期行二尖瓣手术的患者总数×100%	行二尖瓣手术出院使用抗凝药物的患者数	同期行二尖瓣手术的患者总数	
不计分项	第三章	十五、	(六)	9	3.15.6.9	二尖瓣手术(9.二尖瓣手术中经食道超声使用率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,二尖瓣手术中使用经食道超声的患者数,占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例。	二尖瓣手术中经食道超声使用率=二尖瓣手术中使用经食道超声的患者数/同期行二尖瓣手术的患者总数×100%	二尖瓣手术中使用经食道超声的患者数	同期行二尖瓣手术的患者总数	
	第三章	十五、	(七)		3.15.7	主动脉瓣手术																	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
不计分项	第三章	十五、	(七)	1	3.15.7.1	主动脉瓣手术(1.主动脉瓣手术住院死亡率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,行主动脉瓣手术住院期间死亡的患者数,占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例。	主动脉瓣手术住院死亡率=行主动脉瓣手术住院期间死亡的患者数/同期行主动脉瓣手术的患者总数×100%	行主动脉瓣手术住院期间死亡的患者数	同期行主动脉瓣手术的患者总数	
不计分项	第三章	十五、	(七)	2	3.15.7.2	主动脉瓣手术(2.主动脉瓣手术后机械通气时间大于等于24小时发生率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,行主动脉瓣手术后连续机械通气时间大于等于24小时的患者数,占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例。(拔管后再次机械通气时间不计算在内。)	主动脉瓣手术后机械通气时间大于等于24小时发生率=行主动脉瓣手术后连续机械通气时间大于等于24小时的患者数/同期行主动脉瓣手术的患者总数×100%	行主动脉瓣手术后连续机械通气时间大于等于24小时的患者数	同期行主动脉瓣手术的患者总数	
不计分项	第三章	十五、	(七)	3	3.15.7.3	主动脉瓣手术(3.主动脉瓣手术后胸骨深部感染发生率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,行主动脉瓣手术后发生胸骨深部感染的患者数,占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例。(胸骨深部感染包括肌肉、骨骼和纵膈的感染。)	主动脉瓣手术后胸骨深部感染发生率=行主动脉瓣手术后发生胸骨深部感染的患者数/同期行主动脉瓣手术的患者总数×100%	行主动脉瓣手术后发生胸骨深部感染的患者数	同期行主动脉瓣手术的患者总数	
不计分项	第三章	十五、	(七)	4	3.15.7.4	主动脉瓣手术(4.主动脉瓣手术后脑卒中发生率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,行主动脉瓣手术后发生脑卒中的患者数,占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例。	主动脉瓣手术后脑卒中发生率=行主动脉瓣手术后发生脑卒中的患者数/同期行主动脉瓣手术的患者总数×100%	行主动脉瓣手术后发生脑卒中的患者数	同期行主动脉瓣手术的患者总数	
不计分项	第三章	十五、	(七)	5	3.15.7.5	主动脉瓣手术(5.主动脉瓣手术非计划二次手术率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,行主动脉瓣手术后非计划二次手术的患者数,占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例。	主动脉瓣手术非计划二次手术率=行主动脉瓣手术后非计划二次手术的患者数/同期行主动脉瓣手术的患者总数×100%	行主动脉瓣手术后非计划二次手术的患者数	同期行主动脉瓣手术的患者总数	
不计分项	第三章	十五、	(七)	6	3.15.7.6	主动脉瓣手术(6.主动脉瓣手术后急性肾衰竭发生率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,行主动脉瓣手术后发生急性肾衰竭的患者数,占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例。	主动脉瓣手术后急性肾衰竭发生率=行主动脉瓣手术后发生急性肾衰竭的患者数/同期行主动脉瓣手术的患者总数×100%	行主动脉瓣手术后发生急性肾衰竭的患者数	同期行主动脉瓣手术的患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
不计分项	第三章	十五、	(七)	7	3.15.7.7	主动脉瓣手术(7.主动脉瓣手术出院抗凝药物使用率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,行主动脉瓣手术出院使用抗凝药物的患者数,占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例。	主动脉瓣手术出院抗凝药物使用率=行主动脉瓣手术出院使用抗凝药物的患者数/同期行主动脉瓣手术的患者总数×100%	行主动脉瓣手术出院使用抗凝药物的患者数	同期行主动脉瓣手术的患者总数	
不计分项	第三章	十五、	(七)	8	3.15.7.8	主动脉瓣手术(8.主动脉瓣手术术中经食道超声使用率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,主动脉瓣手术术中经食道超声使用率=主动脉瓣手术术中经食道超声的患者数/同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例。	主动脉瓣手术术中经食道超声使用率=主动脉瓣手术术中经食道超声的患者数/同期行主动脉瓣手术的患者总数×100%	主动脉瓣手术术中经食道超声的患者数	同期行主动脉瓣手术的患者总数	
不计分项	第三章	十五、	(七)	9	3.15.7.9	主动脉瓣手术(9.主动脉瓣置换术人工瓣有效瓣膜面积指数大于0.85cm ² /m ² 发生率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,主动脉瓣置换术人工瓣有效瓣膜面积指数大于0.85cm ² /m ² 的患者数,占同期行主动脉瓣置换术的患者总数的比例。(主动脉瓣有效瓣膜面积指数=人工瓣膜有效瓣口面积(cm ²)/患者体表面积(m ² 。))	主动脉瓣置换术人工瓣有效瓣膜面积指数大于0.85cm ² /m ² 发生率=主动脉瓣置换术人工瓣有效瓣膜面积指数大于0.85cm ² /m ² 的患者数/同期行主动脉瓣置换术的患者总数×100%	主动脉瓣置换术人工瓣有效瓣膜面积指数大于0.85cm ² /m ² 的患者数	同期行主动脉瓣置换术的患者总数	
	第三章	十五、	(八)		3.15.8	主动脉腔内修复术																	
不计分项	第三章	十五、	(八)	1	3.15.8.1	主动脉腔内修复术(1.主动脉腔内修复术住院死亡率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,行主动脉腔内修复术住院期间死亡的患者数,占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。	主动脉腔内修复术住院死亡率=行主动脉腔内修复术住院期间死亡的患者数/同期行主动脉腔内修复术的患者总数×100%	行主动脉腔内修复术住院期间死亡的患者数	同期行主动脉腔内修复术的患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
不计分项	第三章	十五、	(八)	2	3.15.8.2	主动脉腔内修复术(2. 主动脉腔内修复术后机械通气时间大于等于24小时发生率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,行主动脉腔内修复术后连续机械通气时间大于等于24小时的患数,占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。(拔管后再次机械通气时间不计算在内。)	主动脉腔内修复术后机械通气时间大于等于24小时发生率=行主动脉腔内修复术后连续机械通气时间大于等于24小时的患者数/同期行主动脉腔内修复术的患者总数×100%	行主动脉腔内修复术后连续机械通气时间大于等于24小时的患者数	同期行主动脉腔内修复术的患者总数	
不计分项	第三章	十五、	(八)	3	3.15.8.3	主动脉腔内修复术(3. 主动脉腔内修复术非计划二次手术率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,行主动脉腔内修复术后非计划二次手术的患数,占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。(非计划二次手术包括主动脉和入路血管的再次手术,手术方式包括开放和腔内手术,均为同一次住院期间或术后30天内发生。)	主动脉腔内修复术非计划二次手术率=行主动脉腔内修复术后非计划二次手术的患者数/同期行主动脉腔内修复术的患者总数×100%	行主动脉腔内修复术后非计划二次手术的患者数	同期行主动脉腔内修复术的患者总数	
不计分项	第三章	十五、	(八)	4	3.15.8.4	主动脉腔内修复术(4. 主动脉腔内修复术后内漏发生率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,行主动脉腔内修复术后住院期间检查发现内漏的患者数,占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。(内漏的评价以住院期间最后一次主动脉CTA/DSA检查为准。)	主动脉腔内修复术后内漏发生率=行主动脉腔内修复术后住院期间检查发现内漏的患者数/同期行主动脉腔内修复术的患者总数×100%	行主动脉腔内修复术后住院期间检查发现内漏的患者数	同期行主动脉腔内修复术的患者总数	
不计分项	第三章	十五、	(八)	5	3.15.8.5	主动脉腔内修复术(5. 主动脉腔内修复术后脑卒中发生率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,行主动脉腔内修复术后发生脑卒中的患者数,占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。	主动脉腔内修复术后脑卒中发生率=行主动脉腔内修复术后发生脑卒中的患者数/同期行主动脉腔内修复术的患者总数×100%	行主动脉腔内修复术后发生脑卒中的患者数	同期行主动脉腔内修复术的患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
不计分项	第三章	十五、	(八)	6	3.15.8.6	主动脉腔内修复术(6.主动脉腔内修复术后急性肾衰竭发生率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,行主动脉腔内修复术后发生急性肾衰竭的患数,占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。	主动脉腔内修复术后急性肾衰竭发生率=行主动脉腔内修复术后发生急性肾衰竭的患数/同期行主动脉腔内修复术的患者总数×100%	行主动脉腔内修复术后发生急性肾衰竭的患者数	同期行主动脉腔内修复术的患者总数	
不计分项	第三章	十五、	(八)	7	3.15.8.7	主动脉腔内修复术(7.主动脉腔内修复术后脊髓损伤发生率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,行主动脉腔内修复术后发生脊髓损伤的患者数,占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。(脊髓损伤表现为下肢肌力为0-4级,且较术前减低:(1)0级,下肢无法运动;(2)1级,下肢可以运动,但不能对抗肢体的重力;(3)2级,下肢能够对抗肢体的重力进行运动;(4)3级,在协助下可以站立;(5)4级,在协助下可以行走;(6)正常下肢肌力。)	主动脉腔内修复术后脊髓损伤发生率=行主动脉腔内修复术后发生脊髓损伤的患者数/同期行主动脉腔内修复术的患者总数×100%	行主动脉腔内修复术后发生脊髓损伤的患者数	同期行主动脉腔内修复术的患者总数	
不计分项	第三章	十五、	(八)	8	3.15.8.8	主动脉腔内修复术(8.主动脉腔内修复术后心肌梗死发生率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,行主动脉腔内修复术后发生心肌梗死的患者数,占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。	主动脉腔内修复术后心肌梗死发生率=行主动脉腔内修复术后发生心肌梗死的患者数/同期行主动脉腔内修复术的患者总数×100%	行主动脉腔内修复术后发生心肌梗死的患者数	同期行主动脉腔内修复术的患者总数	
不计分项	第三章	十五、	(八)	9	3.15.8.9	主动脉腔内修复术(9.主动脉腔内修复术30天内CTA复查率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,行主动脉腔内修复术30天内进行主动脉CTA复查的患者数,占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。	主动脉腔内修复术30天内CTA复查率=行主动脉腔内修复术30天内进行主动脉CTA复查的患者数/同期行主动脉腔内修复术的患者总数×100%	行主动脉腔内修复术30天内进行主动脉CTA复查的患者数	同期行主动脉腔内修复术的患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
不计分项	第三章	十五、	(八)	10	3.15.8.10	主动脉腔内修复术(10.主动脉腔内修复术后30天随访率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,行主动脉腔内修复术后30天进行随访的患者数,占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。(术后30天随访包括但不限于门诊随访、电话随访及CTA随访;随访时间窗为术后30±7天。)	主动脉腔内修复术后30天随访率=行主动脉腔内修复术后30天进行随访的患者数/同期行主动脉腔内修复术的患者总数×100%	行主动脉腔内修复术后30天进行随访的患者数	同期行主动脉腔内修复术的患者总数	
不计分项	第三章	十五、	(八)	11	3.15.8.11	主动脉腔内修复术(11.主动脉腔内修复术前β受体阻滞剂使用率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,行主动脉腔内修复术前使用β受体阻滞剂的患者数,占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。	主动脉腔内修复术前β受体阻滞剂使用率=行主动脉腔内修复术前使用β受体阻滞剂的患者数/同期行主动脉腔内修复术的患者总数×100%	行主动脉腔内修复术前使用β受体阻滞剂的患者数	同期行主动脉腔内修复术的患者总数	
不计分项	第三章	十五、	(八)	12	3.15.8.12	主动脉腔内修复术(12.主动脉腔内修复术前他汀类药物使用率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,行主动脉腔内修复术前使用他汀类药物的患者数,占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。	主动脉腔内修复术前他汀类药物使用率=行主动脉腔内修复术前使用他汀类药物的患者数/同期行主动脉腔内修复术的患者总数×100%	行主动脉腔内修复术前使用他汀类药物的患者数	同期行主动脉腔内修复术的患者总数	
	第三章	十五、	(九)		3.15.9	先心病介入治疗技术																	
不计分项	第三章	十五、	(九)	1	3.15.9.1	先心病介入治疗技术(1.先心病介入治疗成功率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,行先心病介入治疗成功的患者数,占同期行先心病介入治疗的患者总数的比例。(1、先心病包括房间隔缺损(ASD)、室间隔缺损(VSD)、动脉导管未闭(PDA)及肺动脉瓣狭窄(PS)(下同)。2、治疗成功指通过介入手段治疗先心病后,达到治愈原先天性畸形或明显改善其血流动力学,且未发生严重并发症。)	先心病介入治疗成功率=行先心病介入治疗成功的患者数/同期行先心病介入治疗的患者总数×100%	行先心病介入治疗成功的患者数	同期行先心病介入治疗的患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
不计分项	第三章	十五、	(九)	2	3.15.9.2	先心病介入治疗技术(2.先心病介入治疗后严重房室传导阻滞发生率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,行ASD/VSD介入治疗中或术后发生严重房室传导阻滞的患者数,占同期ASD/VSD介入治疗的患者总数的比例。(1、本指标适用于所有尝试行介入治疗的ASD/VSD患者。2、严重房室传导阻滞指二度II型、高度和三度房室传导阻滞。)	先心病介入治疗后严重房室传导阻滞发生率=行ASD/VSD介入治疗中或术后发生严重房室传导阻滞的患者数/同期行ASD/VSD介入治疗的患者总数×100%	行ASD/VSD介入治疗中或术后发生严重房室传导阻滞的患者数	同期行ASD/VSD介入治疗的患者总数	
不计分项	第三章	十五、	(九)	3	3.15.9.3	先心病介入治疗技术(3.先心病介入治疗封堵器移位或脱落发生率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,行先心病介入治疗发生封堵器移位或脱落的患者数,占同期行先心病介入治疗的患者总数的比例。(1、本指标适用于所有尝试行介入治疗的ASD、VSD及PDA患者。2、封堵器移位或脱落指ASD、VSD及PDA介入治疗中或术后经影像学检查证实封堵器位置发生异常。包括:封堵器偏移造成残余流;封堵器偏移导致房室瓣或半月瓣反流、右室流出道狭窄;封堵器脱入左右心房、左右心室、肺动脉、主动脉及其分支。)	先心病介入治疗封堵器移位或脱落发生率=行先心病介入治疗发生封堵器移位或脱落的患者数/同期行先心病介入治疗的患者总数×100%	行先心病介入治疗发生封堵器移位或脱落的患者数	同期行先心病介入治疗的患者总数	
不计分项	第三章	十五、	(九)	4	3.15.9.4	先心病介入治疗技术(4.先心病介入治疗溶血发生率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,行先心病介入治疗发生溶血的患者数,占同期行先心病介入治疗的患者总数的比例。(1、本指标适用于所有尝试行介入治疗的ASD、VSD及PDA患者。2、溶血指血浆游离血红蛋白≥40mg/L。)	先心病介入治疗溶血发生率=行先心病介入治疗发生溶血的患者数/同期行先心病介入治疗的患者总数×100%	行先心病介入治疗发生溶血的患者数	同期行先心病介入治疗的患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
不计分项	第三章	十五、	(九)	5	3.15.9.5	先心病介入治疗技术(5.先心病介入治疗心脏压塞发生率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,行先心病介入治疗发生心脏压塞的患者数,占同期行先心病介入治疗的患者总数的比例。	先心病介入治疗心脏压塞发生率=行先心病介入治疗发生心脏压塞的患者数/同期行先心病介入治疗的患者总数×100%	行先心病介入治疗发生心脏压塞的患者数	同期行先心病介入治疗的患者总数	
不计分项	第三章	十五、	(九)	6	3.15.9.6	先心病介入治疗技术(6.先心病介入治疗输血率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,行先心病介入治疗后给予输血的患者数,占行先心病介入治疗的患者总数的比例。(输血指先心病介入治疗术后由于各种原因输注红细胞、血浆及血小板。)	先心病介入治疗输血率=行先心病介入治疗后给予输血的患者数/同期行先心病介入治疗的患者总数×100%	行先心病介入治疗后给予输血的患者数	同期行先心病介入治疗的患者总数	
不计分项	第三章	十五、	(九)	7	3.15.9.7	先心病介入治疗技术(7.先心病介入治疗非计划二次手术率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,行先心病介入治疗后非计划二次手术的患者数,占同期行先心病介入治疗的患者总数的比例。	先心病介入治疗非计划二次手术率=先心病介入治疗非计划二次手术患者数/同期行先心病介入治疗非计划二次手术的患者数/同期行先心病介入治疗的患者总数×100%	行先心病介入治疗后非计划二次手术的患者数	同期行先心病介入治疗的患者总数	
不计分项	第三章	十五、	(九)	8	3.15.9.8	先心病介入治疗技术(8.先心病介入治疗住院死亡率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,行先心病介入治疗住院期间死亡的患者数,占同期行先心病介入治疗的患者总数的比例。	先心病介入治疗住院死亡率=行先心病介入治疗住院期间死亡的患者数/同期行先心病介入治疗的患者总数×100%	行先心病介入治疗住院期间死亡的患者数	同期行先心病介入治疗的患者总数	
	第三章	十五、	(十)		3.15.10	冠心病介入治疗技术																	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十五、	(十)	1	3.15.10.1	冠心病介入治疗技术(1.冠脉介入治疗术后即刻冠状动脉造影成功率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,冠脉介入治疗术后即刻冠状动脉造影成功的例数,占同期接受冠脉介入治疗的总例数的比例。(冠状动脉造影成功是指支架术后病变残余狭窄<20%或单纯经皮冠状动脉腔内血管成形(PTCA)后病变残余狭窄<50%,且冠状动脉血流心肌梗死溶栓(TIMI)分级3级。)	冠脉介入治疗术后即刻冠状动脉造影成功率=冠脉介入治疗术后即刻冠状动脉造影成功的例数/同期接受冠脉介入治疗的总例数×100%	冠脉介入治疗术后即刻冠状动脉造影成功的例数	同期接受冠脉介入治疗的总例数	
计分项	第三章	十五、	(十)	2	3.15.10.2	冠心病介入治疗技术(2.冠脉介入治疗临床成功率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,冠脉介入治疗临床成功的例数,占同期接受冠脉介入治疗的总例数的比例。(冠脉介入治疗临床成功是指符合术后即刻冠状动脉造影成功标准,且24小时内无死亡。)	冠脉介入治疗临床成功率=冠脉介入治疗临床成功的例数/同期接受冠脉介入治疗的总例数×100%	冠脉介入治疗临床成功的例数	同期接受冠脉介入治疗的总例数	
计分项	第三章	十五、	(十)	3	3.15.10.3	冠心病介入治疗技术(3.冠脉介入治疗住院死亡率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,本次接受冠脉介入治疗住院期间死亡的患者数,占同期接受冠脉介入治疗的患者总数的比例。	冠脉介入治疗住院死亡率=本次接受冠脉介入治疗住院期间死亡的患者数/同期接受冠脉介入治疗的患者总数×100%	本次接受冠脉介入治疗住院期间死亡的患者数	同期接受冠脉介入治疗的患者总数	
计分项	第三章	十五、	(十)	4	3.15.10.4	冠心病介入治疗技术(4.择期冠脉介入治疗住院死亡率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,择期冠脉介入治疗本次住院期间死亡的患者数,占同期接受择期冠脉介入治疗的患者总数的比例。(择期冠脉介入治疗是指除ST段抬高型心肌梗死(STEMI)患者接受的直接经皮冠状动脉介入治疗(PCI)以及非ST段抬高型急性冠脉综合征(NSTEACS)患者接受的急诊经皮冠状动脉介入治疗(PCI)以外的介入治疗。)	择期冠脉介入治疗住院死亡率=择期冠脉介入治疗本次住院期间死亡的患者数/同期接受择期冠脉介入治疗的患者总数×100%	择期冠脉介入治疗本次住院期间死亡的患者数	同期接受择期冠脉介入治疗的患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十五、	(十)	5	3.15.10.5	冠心病介入治疗技术(5.冠脉介入治疗严重并发症发生率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,接受冠脉介入治疗住院期间发生严重并发症的患者数,占同期接受冠脉介入治疗的患者总数的比例。(严重并发症是指急性心肌梗死、急性或亚急性支架内血栓、心脏压塞、恶性心律失常、需要输血或危及生命的出血事件。)	冠脉介入治疗严重并发症发生率=接受冠脉介入治疗住院期间发生严重并发症的患者数/同期接受冠脉介入治疗的患者总数×100%	接受冠脉介入治疗住院期间发生严重并发症的患者数	同期接受冠脉介入治疗的患者总数	
计分项	第三章	十五、	(十)	6	3.15.10.6	冠心病介入治疗技术(6.STEMI患者发病12小时内接受直接PCI率)				逐步提高								百分比(%)	STEMI患者发病12小时内接受直接PCI的患者数,占同期发病12小时内到院的STEMI患者总数的比例。	STEMI患者发病12小时内接受直接PCI率=STEMI患者发病12小时内接受直接PCI的患者数/同期发病12小时内到院的STEMI患者总数×100%	STEMI患者发病12小时内接受直接PCI的患者数	同期发病12小时内到院的STEMI患者总数	
计分项	第三章	十五、	(十)	7	3.15.10.7	冠心病介入治疗技术[7.行直接PCI的STEMI患者到院至导丝通过靶血管(DTD)平均时间]				逐步降低								百分比(%)	STEMI患者行直接PCI的DTD时间总和与STEMI患者行直接PCI的总例数的比值。	行直接PCI的STEMI患者到院至导丝通过靶血管(DTD)平均时间=STEMI患者行直接PCI的DTD时间总和/STEMI患者行直接PCI的总例数×100%	STEMI患者行直接PCI的DTD时间总和	STEMI患者行直接PCI的总例数	
计分项	第三章	十五、	(十)	8	3.15.10.8	冠心病介入治疗技术[8.接受PCI治疗的非ST段抬高型急性冠脉综合征(NSTE ACS)患者进行危险分层的比率]				逐步提高								百分比(%)	接受PCI治疗的NSTE ACS患者进行危险分层的患者数,占同期接受PCI治疗的NSTE ACS患者总数的比例。	接受PCI治疗的非ST段抬高型急性冠脉综合征(NSTE ACS)患者进行危险分层的比率=接受PCI治疗的患者数/同期接受PCI治疗的患者数×100%	接受PCI治疗的NSTE ACS患者进行危险分层的患者数	同期接受PCI治疗的NSTE ACS患者总数	
计分项	第三章	十五、	(十)	9	3.15.10.9	冠心病介入治疗技术(9.例次平均支架数)				监测比较								百分比(%)	平均每例次手术中置入支架的个数。	例次平均支架数=植入冠脉总支架数/同期接受冠脉介入治疗的总病例数×100%	植入冠脉总支架数	同期接受冠脉介入治疗的总病例数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十五、	(十)	10	3.15.10.10	冠心病介入治疗技术(10.冠脉介入治疗术前双重抗血小板药物使用率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,冠脉介入治疗术前使用双重抗血小板药物的患者数,占同期接受冠脉介入治疗的患者总数的比例。	冠脉介入治疗术前双重抗血小板药物使用率=冠脉介入治疗术前使用双重抗血小板药物的患者数/同期接受冠脉介入治疗的患者总数×100%	冠脉介入治疗术前使用双重抗血小板药物的患者数	同期接受冠脉介入治疗的患者总数	
计分项	第三章	十五、	(十)	11	3.15.10.11	冠心病介入治疗技术(11.冠脉介入治疗住院期间他汀类药物使用率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,冠脉介入治疗住院期间使用他汀类药物的患者数,占同期接受冠脉介入治疗的患者总数的比例。	冠脉介入治疗住院期间使用他汀类药物的患者数/同期接受冠脉介入治疗的患者总数×100%	冠脉介入治疗住院期间使用他汀类药物的患者数	同期接受冠脉介入治疗的患者总数	
	第三章	十五、	(十一)		3.15.11	心律失常介入治疗技术																	
不计分项	第三章	十五、	(十一)	1	3.15.11.1	心律失常介入治疗技术[1.心脏植入型电子器械(CIED)植入术住院死亡率]				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,行CIED植入术住院期间死亡的患者数,占同期行CIED植入术的患者总数的比例。(CIED包括心脏永久起搏器(PM)、植入型心律转复除颤器(ICD)、心脏再同步化治疗(CRTP)、心脏再同步化治疗除颤器(CRTD);CIED植入术包括CIED新植入、CIED更换以及CIED升级手术。)	心脏植入型电子器械(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%	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	
不计分项	第三章	十五、	(十一)	2	3.15.11.2	心律失常介入治疗技术(2.CIED植入术心脏压塞发生率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,行CIED植入术发生心脏压塞的患者数,占同期行CIED植入术的患者总数的比例。	CIED植入术心脏压塞发生率=行CIED植入术发生心脏压塞的患者数/同期行CIED植入术的患者总数×100%	行CIED植入术发生心脏压塞的患者数	同期行CIED植入术的患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
不计分项	第三章	十五、	(十一)	3	3.15.11.3	心律失常介入治疗技术(3.CIED植入术导线脱位发生率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,行CIED植入术发生导线脱位的患者数,占同期行CIED植入术的患者总数的比例。(导线脱位指CIED植入术后住院期间发生导线脱位并且需行电极导线调整术。导线脱位可以通过心电图,胸片和起搏器程控检查等明确诊断。)	$\text{CIED植入术导线脱位发生率} = \frac{\text{行CIED植入术发生导线脱位的患者数}}{\text{同期行CIED植入术的患者总数}} \times 100\%$	行CIED植入术发生导线脱位的患者数	同期行CIED植入术的患者总数	
不计分项	第三章	十五、	(十一)	4	3.15.11.4	心律失常介入治疗技术[4.阵发性室上性心动过速(PSVT)导管消融治疗成功率]				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,行PSVT导管消融治疗成功的患者数,占同期行PSVT导管消融治疗的患者总数的比例。	$\text{阵发性室上性心动过速(PSVT)导管消融治疗成功率} = \frac{\text{行PSVT导管消融治疗成功的患者数}}{\text{同期行PSVT导管消融治疗的患者总数}} \times 100\%$	行PSVT导管消融治疗成功的患者数	同期行PSVT导管消融治疗的患者总数	
不计分项	第三章	十五、	(十一)	5	3.15.11.5	心律失常介入治疗技术(5.导管消融治疗后严重房室传导阻滞发生率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,行导管消融治疗术中或术后发生严重房室传导阻滞的患者数,占同期行导管消融治疗的患者总数的比例。(严重房室传导阻滞指二度II型、高度和三度房室传导阻滞。)	$\text{导管消融治疗后严重房室传导阻滞发生率} = \frac{\text{行导管消融治疗术中或术后发生严重房室传导阻滞的患者数}}{\text{同期行导管消融治疗的患者总数}} \times 100\%$	行导管消融治疗术中或术后发生严重房室传导阻滞的患者数	同期行导管消融治疗的患者总数	
不计分项	第三章	十五、	(十一)	6	3.15.11.6	心律失常介入治疗技术(6.导管消融治疗心脏压塞发生率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,行导管消融治疗发生心脏压塞的患者数,占同期行导管消融治疗的患者总数的比例。	$\text{导管消融治疗心脏压塞发生率} = \frac{\text{行导管消融治疗发生心脏压塞的患者数}}{\text{同期行导管消融治疗的患者总数}} \times 100\%$	行导管消融治疗发生心脏压塞的患者数	同期行导管消融治疗的患者总数	
不计分项	第三章	十五、	(十一)	7	3.15.11.7	心律失常介入治疗技术(7.导管消融治疗住院死亡率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,行导管消融治疗住院期间死亡的患者数,占同期行导管消融治疗的患者总数的比例。	$\text{导管消融治疗住院死亡率} = \frac{\text{行导管消融治疗住院期间死亡的患者数}}{\text{同期行导管消融治疗的患者总数}} \times 100\%$	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	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件	
	第三章	十六、			3.16	超声诊断专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2022〕161号)	2.6分(0.2分/项)				数据评价+数据核验	(1)查2023年1月1日起至评审前季度末NCIS或评审数据收集系统;(2)数据核验。	每项指标评分标准如下:(1)有数据收集上报,得0.16分/项。(2)有数据收集上报,且数据呈现改善趋势,得0.2分/项。(3)有数据收集上报,且数据达到标杆值,得0.2分/项。(4)有数据收集上报,且该指标全省分级分类排名,位于中等水平以上,得0.2分/项。四种评分标准中,取该医院得分高的一种。	NCIS	评审数据收集系统	医院填报	年							超声诊断专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2022〕161号)
计分项	第三章	十六、	(一)		3.16.1	超声医师月均工作量				监测比较							份/月	单位时间内,每名超声医师每月平均承担的工作量。(1.超声科年总工作量是指超声科医师发出的超声报告单总数量。2.超声医师是指取得《医师执业证书》,在本机构专职从事超声诊疗工作且每年工作天数不少于6个月的医师。)	超声医师月均工作量=超声科年总工作量/(超声医师数×12个月)	超声科年总工作量	超声医师数×12个月			
计分项	第三章	十六、	(二)		3.16.2	超声仪器质检率				逐步提高							百分比(%)	单位时间内,完成质检的超声仪器数占同期本机构在用超声仪器总数的比例。(超声仪器质检是指每年由国家认定的计量检测机构对超声仪器进行计量和成像质量质检。)	超声仪器质检率=单位时间内完成质检的超声仪器数/同期本机构在用超声仪器总数×100%	单位时间内完成质检的超声仪器数	同期本机构在用超声仪器总数			
计分项	第三章	十六、	(三)		3.16.3	住院超声检查48小时内完成率				逐步提高							百分比(%)	单位时间内,在临床开具住院超声检查申请48小时内完成检查并出具超声检查报告的例数,占同期临床开具住院超声检查申请单总数的比例。	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48h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%	单位时间内在临床开具住院超声检查申请48h内完成检查并出具超声检查报告的例数	同期临床开具住院超声检查申请单总数			

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十六、	(四)		3.16.4	超声危急值10分钟内通报完成率				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,10分钟内完成通报的超声危急值例数占同期超声危急值总例数的比例。(1.超声检查危急值是指超声检查影像提示以下超声诊断:疑似肝脏、脾脏、肾脏破裂出血;疑似宫外孕破裂并腹腔内出血;急性胆囊炎考虑胆囊化脓并急性穿孔;晚期妊娠出现羊水过少并胎儿心率过快(>160次/min)或过慢(<110次/min);子宫破裂;胎盘早剥、前置胎盘并活动性出血;首次发现心功能减退(LVEF<35%);心包积液合并心脏压塞;主动脉夹层;主动脉瘤破裂;心脏破裂;心脏游离血栓;急性上下肢动脉栓塞;瓣膜置换术后卡瓣。2.超声检查结束并出具报告后,需将危急值检查结果10分钟内通报给临床医生。)	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%	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	
计分项	第三章	十六、	(五)		3.16.5	超声报告书写合格率				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,超声检查报告书写合格的数量占同期超声检查报告总数的比例。(具有下列情况之一者视为不合格报告:1.报告单无具有资质医生签名的;2.未包含申请单开具项目检查的;3.报告单中的描述与结论不一致的;4.报告单存在明显错误的,包括:所查脏器缺如但报告为正常;报告描述检查器官、部位、病变的方位(左右、上下、前后)、单位、数据错误;未删除与超声报告有歧义的模板文字;报告单患者姓名、性别、住院号(就诊号)与实际不符或缺失。)	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%	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	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十六、	(六)		3.16.6	乳腺病变超声报告进行乳腺影像报告和数据系统(BI-RADS)分类率				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,进行BI-RADS分类的乳腺病变超声报告数,占同期乳腺病变超声报告总数的比例。	乳腺病变超声报告进行乳腺影像报告和数据系统(BI-RADS)分类率=单位时间内进行BI-RADS分类的乳腺病变超声报告数/同期乳腺病变超声报告总数×100%	单位时间内进行BI-RADS分类的乳腺病变超声报告数	同期乳腺病变超声报告总数	
计分项	第三章	十六、	(七)		3.16.7	门急诊超声报告阳性率				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,门急诊超声报告中有异常发现的报告数,占同期门急诊超声报告总数的比例。(1.指标按照报告份数统计,如果一份报告中含有多个检查部位,有一项阳性或多项阳性结果,按1例阳性报告统计。2.该指标不包括健康体检相关超声报告。)	门急诊超声报告阳性率=单位时间内门急诊超声报告中有异常发现的报告数/同期门急诊超声报告总数×100%	单位时间内门急诊超声报告中有异常发现的报告数	同期门急诊超声报告总数	
计分项	第三章	十六、	(八)		3.16.8	住院超声报告阳性率				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,住院超声报告中有异常发现的报告数,占同期住院超声报告总数的比例。(指标按照报告份数统计,如果一份报告中含有多个检查部位,有一项阳性或多项阳性结果,按1例阳性报告统计。)	住院超声报告阳性率=单位时间内住院超声报告中有异常发现的报告数/同期住院超声报告总数×100%	单位时间内住院超声报告中有异常发现的报告数	同期住院超声报告总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十六、	(九)		3.16.9	超声筛查中胎儿重大致死性畸形的检出率				逐步提高								百分比(%)	单位时间内，在超声筛查中检出胎儿重大致死性畸形的孕妇人数，占同期超声产检的孕妇总人数的比例。(1.胎儿重大致死性畸形包括无脑儿、严重脑膨出、严重的开放性脊柱裂、严重的胸腹壁缺损内脏外翻、单腔心、致死性软骨发育不全。2.该指标的统计按孕妇人数计算。同一孕妇(含多胎)行多次超声检查，按1人次计算。3.本指标仅适用于提供产检服务的医疗机构。)	超声筛查中胎儿重大致死性畸形的检出率=单位时间内超声筛查中检出胎儿重大致死性畸形的孕妇人数×100%	单位时间内超声筛查中检出胎儿重大致死性畸形的孕妇人数	同期超声产检的孕妇总人数	
计分项	第三章	十六、	(十)		3.16.10	超声诊断符合率				逐步提高								百分比(%)	单位时间内，超声诊断与病理或临床诊断符合的例数，占同期超声诊断有对应病理或临床诊断总例数的比例。(1.只统计超声诊断有对应病理诊断或临床最终诊断的例数。2.以手术诊断或术后病理诊断、临床检验指标、动态随访结局、其它影像学检查佐证和病例讨论等确定，进行综合分析后作为诊断标准。)	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%	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	
计分项	第三章	十六、	(十一)		3.16.11	乳腺占位超声诊断准确率				逐步提高								百分比(%)	单位时间内，乳腺超声诊断为乳腺癌或非乳腺癌与病理检验结果相一致的例数，占同期行超声诊断为乳腺占位并送病理检验总例数的比例。(1.采用BI-RADS®分类，真阳性及真阴性参照ACRBIRADS®Ultrasound2013。2.纳入同期进行乳腺超声检查并通过穿刺或切除活检获得明确病理诊断结果的病例；排除超声无法定性或未定性的病例；排除无病理诊断或病理诊断不明确的病例。3.以最终病理诊断为参考标准。)	乳腺占位超声诊断准确率=单位时间内乳腺超声诊断为乳腺癌或非乳腺癌与病理检验结果相一致的例数/同期行超声诊断为乳腺占位并送病理检验总例数×100%	单位时间内乳腺超声诊断为乳腺癌或非乳腺癌与病理检验结果相一致的例数	同期行超声诊断为乳腺占位并送病理检验总例数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十六、	(十二)		3.16.12	颈动脉狭窄(≥50%)超声诊断符合率				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,超声诊断为颈动脉狭窄(≥50%)与DSA或CTA等其他影像结果相符合的例数,占同期超声诊断颈动脉狭窄(≥50%)并可获得DSA或CTA等其他影像结果总例数的比例。(超声诊断颈动脉狭窄的侧别、狭窄血管名称及狭窄程度的分级与DSA或CTA等其他影像结果相符合才纳入符合例数。)	颈动脉狭窄(≥50%)超声诊断符合率=单位时间内超声诊断为颈动脉狭窄≥50%与DSA或CTA等其他影像结果相符合的例数/同期超声诊断颈动脉狭窄≥50%并可获得DSA或CTA等其他影像结果的总例数×100%	单位时间内超声诊断为颈动脉狭窄≥50%与DSA或CTA等其他影像结果相符合的例数	同期超声诊断颈动脉狭窄≥50%并可获得DSA或CTA等其他影像结果的总例数	
计分项	第三章	十六、	(十三)		3.16.13	超声介入相关主要并发症发生率				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,超声介入相关主要并发症发生的例数,占同期超声介入总例数的比例。(1.纳入统计的超声介入包括穿刺活检、抽吸、引流、插管、注药治疗、消融等超声引导下的穿刺与治疗。2.主要并发症包括:出血、感染、邻近脏器损伤、神经损伤、针道种植等。)	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%	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	
	第三章	十七、			3.17	康复医学专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2022〕161号)	4.4分(0.2分/项)			数据评价+数据核验			每项指标评分标准如下:(1)有数据收集上报,得0.16分/项。(2)有数据收集上报,且数据呈现改善趋势,得0.2分/项。(3)有数据收集上报,且数据达到标杆值,得0.2分/项。(4)有数据收集上报,且该指标全省分级分类排名,位于中等水平以上,得0.2分/项。四种评分标准中,取该医院得分高的一种。	NCIS	评审数据收集系统	医院填报	年						康复医学专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2022〕161号)

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十七、	(一)		3.17.1	康复医学科床位占比		综合医院2~5%	《综合医院康复医学科基本标准(试行)》	监测达标	数据评价+数据核验	(1)查医院统计报表;(2)实地考察康复医学科。		国家卫生健康信息网络直报系统	评审数据收集系统	医院填报	年	百分比(%)	康复医学科开放床位数占同期医院开放床位数的比例。	康复医学科床位占比=康复医学科开放床位数/同期医院开放床位数×100%	康复医学科开放床位数	同期医院开放床位数	
计分项	第三章	十七、	(二)		3.17.2	康复医学科医师床配比		综合医院≥0.25:1	《综合医院康复医学科基本标准(试行)》	监测达标	数据评价+数据核验	(1)查医院统计报表;(2)现场抽查人事档案及资料;(3)实地考察康复医学科。		国家卫生健康信息网络直报系统	评审数据收集系统	医院填报	年	比值(X:1)	康复医学科每张实际开放病床配备的康复医师数量。(康复医师指在本医疗机构注册,专门从事康复医疗工作的执业医师。)	康复医学科医师床配比=康复医学科医师人数/同期康复医学科病房开放床位数	康复医学科医师人数	同期康复医学科病房开放床位数	
计分项	第三章	十七、	(三)		3.17.3	康复医学科护士床配比		综合医院≥0.3:1	《综合医院康复医学科基本标准(试行)》	监测达标	数据评价+数据核验	(1)查医院统计报表;(2)现场抽查人事档案及资料;(3)实地考察康复医学科。		国家卫生健康信息网络直报系统	评审数据收集系统	医院填报	年	比值(X:1)	康复医学科平均实际开放病床配备的护士数量。	康复医学科护士床配比=康复医学科护士人数/同期康复医学科病房开放床位数	康复医学科护士人数	同期康复医学科病房开放床位数	
计分项	第三章	十七、	(四)		3.17.4	康复医学科治疗师床配比		综合医院≥0.5:1	《综合医院康复医学科基本标准(试行)》	监测达标	数据评价+数据核验	(1)查医院统计报表;(2)现场抽查人事档案及资料;(3)实地考察康复医学科。		国家卫生健康信息网络直报系统	评审数据收集系统	医院填报	年	比值(X:1)	康复医学科每张实际开放病床配备的治疗师数量。	康复医学科治疗师床配比=康复医学科治疗师人数/同期康复医学科病房开放床位数	康复医学科治疗师人数	同期康复医学科病房开放床位数	
计分项	第三章	十七、	(五)		3.17.5	脑卒中患者早期康复介入率				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,接受早期康复介入的住院脑卒中患者数占同期住院脑卒中患者总数的比例。(1.统计范围包括医疗机构内所有符合相关条件的住院患者,下同。2.脑卒中早期康复介入首次诊疗时间应当在患者生命体征稳定、神经功能缺损症状稳定后48小时内。)	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患者数/同期住院脑卒中患者总数×100%	单位时间内接受早期康复介入的住院脑卒中患者数	同期住院脑卒中患者总数	
计分项	第三章	十七、	(六)		3.17.6	脊髓损伤患者早期康复介入率				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,接受早期康复介入的住院脊髓损伤患者数占同期住院脊髓损伤患者总数的比例。(脊髓损伤早期康复介入首次诊疗时间应当在临床专科处置完成后48小时内。)	脊髓损伤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脊髓损伤患者数/同期住院脊髓损伤患者总数×100%	单位时间内接受早期康复介入的住院脊髓损伤患者数	同期住院脊髓损伤患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十七、	(七)		3.17.7	髋、膝关节置换术后患者早期康复介入率				逐步提高								百分比(%)	单位时间内，接受早期康复介入的住院髋、膝关节置换术后患者数占同期住院髋、膝关节置换术后患者总数的比例。(髋、膝关节置换术后患者早期康复介入首次诊疗时间应当在关节置换术后24小时内。)	髋、膝关节置换术后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髋、膝关节置换术后患者数/同期住院髋、膝关节置换术后患者总数×100%	单位时间内接受早期康复介入的住院髋、膝关节置换术后患者数	同期住院髋、膝关节置换术后患者总数	
计分项	第三章	十七、	(八)		3.17.8	日常生活活动能力(ADL)改善率				逐步提高								百分比(%)	单位时间内，ADL改善的康复医学科住院患者数占同期康复医学科住院患者总数的比例。(ADL评定包括但不限于Barthel指数、改良Barthel指数等)	日常生活活动能力(ADL)改善率=单位时间内ADL改善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%	单位时间内ADL改善的康复医学科住院患者数	同期康复医学科住院患者总数	
计分项	第三章	十七、	(九)		3.17.9	脊髓损伤患者ADL改善率				逐步提高								百分比(%)	单位时间内，ADL改善的康复医学科住院脊髓损伤患者数占同期康复医学科住院脊髓损伤患者总数的比例。(ADL评定包括但不限于Barthel指数、改良Barthel指数、脊髓功能独立性评定(SCIM)等。)	脊髓损伤患者ADL改善率=单位时间内ADL改善的康复医学科住院脊髓损伤患者数/同期康复医学科住院脊髓损伤患者总数×100%	单位时间内ADL改善的康复医学科住院脊髓损伤患者数	同期康复医学科住院脊髓损伤患者总数	
计分项	第三章	十七、	(十)		3.17.10	脑卒中患者ADL改善率				逐步提高								百分比(%)	单位时间内，ADL改善的康复医学科住院脑卒中患者数占同期康复医学科住院脑卒中患者总数的比例。(ADL评定包括但不限于Barthel指数、改良Barthel指数等。)	脑卒中患者ADL改善率=单位时间内ADL改善的康复医学科住院脑卒中患者数/同期康复医学科住院脑卒中患者总数×100%	单位时间内ADL改善的康复医学科住院脑卒中患者数	同期康复医学科住院脑卒中患者总数	
计分项	第三章	十七、	(十一)	1	3.17.11.1	康复评定率(1.脑卒中患者运动功能评定率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内，进行运动功能评定的康复医学科住院脑卒中患者数占同期康复医学科住院脑卒中患者总数的比例。(运动功能评定包括但不限于Brunnstrom分期、Fugl-Meyer运动功能评分、上田敏偏瘫功能评价Rivermead运动指数评分等。)	脑卒中患者运动功能评定率=单位时间内进行运动功能评定的康复医学科住院脑卒中患者数/同期康复医学科住院脑卒中患者总数×100%	单位时间内进行运动功能评定的康复医学科住院脑卒中患者数	同期康复医学科住院脑卒中患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十七、	(十一)	2	3.17.11.2	康复评定率(2.脑卒中患者言语功能评定率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,进行言语功能评定的康复医学科住院脑卒中患者数占同期康复医学科住院脑卒中患者总数的比例。(言语功能评定包括但不限于失语症筛查表、BDAE、WAB、Frenchay评定等。)	脑卒中患者言语功能评定率=单位时间内进行言语功能评定的康复医学科住院脑卒中患者数/同期康复医学科住院脑卒中患者总数×100%	单位时间内进行言语功能评定的康复医学科住院脑卒中患者数	同期康复医学科住院脑卒中患者总数	
计分项	第三章	十七、	(十一)	3	3.17.11.3	康复评定率(3.脑卒中患者吞咽功能评定率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,进行吞咽功能评定的康复医学科住院脑卒中患者数占同期康复医学科住院脑卒中患者总数的比例。(吞咽功能评定包括但不限于洼田饮水试验、容积-粘度吞咽测试(V-VST)、视频X线透视吞咽检查(VFSS)、纤维内窥镜吞咽功能检查(FEES)等。)	脑卒中患者吞咽功能评定率=单位时间内进行吞咽功能评定的康复医学科住院脑卒中患者数/同期康复医学科住院脑卒中患者总数×100%	单位时间内进行吞咽功能评定的康复医学科住院脑卒中患者数	同期康复医学科住院脑卒中患者总数	
计分项	第三章	十七、	(十一)	4	3.17.11.4	康复评定率(4.脊髓损伤患者神经功能评定率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,进行神经功能评定的康复医学科住院脊髓损伤患者数占同期康复医学科住院脊髓损伤患者总数的比例。(神经功能评定是指进行神经损伤平面(NLI)和ASIA损伤分级(AIS)评定。)	脊髓损伤患者神经功能评定率=单位时间内进行神经功能评定的康复医学科住院脊髓损伤患者数/同期康复医学科住院脊髓损伤患者总数×100%	单位时间内进行神经功能评定的康复医学科住院脊髓损伤患者数	同期康复医学科住院脊髓损伤患者总数	
计分项	第三章	十七、	(十一)	5	3.17.11.5	康复评定率(5.髌、膝关节置换术后患者功能评定率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,进行术后功能评定的康复医学科住院髌、膝关节置换术后患者数占同期康复医学科住院髌、膝置换术后患者总数的比例。(说明:评定包括但不限于HHS评分、HSS评分、KneeScore评分等。)	髌、膝关节置换术后患者功能评定率=单位时间内进行术后功能评定的康复医学科住院髌、膝关节置换术后患者数/同期康复医学科住院髌、膝关节置换术后患者总数×100%	单位时间内进行术后功能评定的康复医学科住院髌、膝关节置换术后患者数	同期康复医学科住院髌、膝关节置换术后患者总数	
计分项	第三章	十七、	(十二)		3.17.12	住院患者静脉输液使用率				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,接受静脉输液治疗的康复医学科住院患者数占同期康复医学科住院患者总数的比例。	住院患者静脉输液使用率=单位时间内接受静脉输液治疗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%	单位时间内接受静脉输液治疗的康复医学科住院患者数	同期康复医学科住院患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十七、	(十三)	1	3.17.13.1	并发症和不良事件发生率及预防实施率(1.脑卒中后肩痛发生率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,发生肩痛的康复医学科住院脑卒中患者数占同期康复医学科住院脑卒中患者总数的比例。(脑卒中后肩痛包括复杂性区域疼痛综合征(肩手综合征)、肩部软组织疾病或损伤等。)	脑卒中后肩痛发生率=单位时间内康复医学科住院期间发生肩痛的住院脑卒中患者数/同期康复医学科住院脑卒中患者总数×100%	单位时间内康复医学科住院期间发生肩痛的住院脑卒中患者数	同期康复医学科住院脑卒中患者总数	
计分项	第三章	十七、	(十三)	2	3.17.13.2	并发症和不良事件发生率及预防实施率(2.脑卒中后肩痛预防实施率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,进行脑卒中后肩痛预防的康复医学科住院脑卒中患者数占同期康复医学科住院脑卒中患者总数的比例。	脑卒中后肩痛预防实施率=单位时间内进行脑卒中后肩痛预防的康复医学科住院脑卒中患者数/同期康复医学科住院脑卒中患者总数×100%	单位时间内进行脑卒中后肩痛预防的康复医学科住院脑卒中患者数	同期康复医学科住院脑卒中患者总数	
计分项	第三章	十七、	(十三)	3	3.17.13.3	并发症和不良事件发生率及预防实施率(3.脊髓损伤患者泌尿系感染发生率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,发生泌尿系感染的康复医学科住院脊髓损伤患者数占同期康复医学科住院脊髓损伤患者总数的比例。	脊髓损伤患者泌尿系感染发生率=单位时间内康复医学科住院期间发生泌尿系感染的脊髓损伤患者数/同期康复医学科住院脊髓损伤患者总数×100%	单位时间内康复医学科住院期间发生泌尿系感染的脊髓损伤患者数	同期康复医学科住院脊髓损伤患者总数	
计分项	第三章	十七、	(十三)	4	3.17.13.4	并发症和不良事件发生率及预防实施率(4.脊髓损伤神经源性膀胱患者间歇性导尿实施率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,康复医学科住院脊髓损伤神经源性膀胱患者中进行间歇性导尿的人数占同期康复医学科住院脊髓损伤神经源性膀胱患者总数的比例。	脊髓损伤神经源性膀胱患者间歇性导尿实施率=单位时间内进行间歇性导尿的康复医学科住院脊髓损伤神经源性膀胱患者数/同期康复医学科住院脊髓损伤神经源性膀胱患者总数×100%	单位时间内进行间歇性导尿的康复医学科住院脊髓损伤神经源性膀胱患者数	同期康复医学科住院脊髓损伤神经源性膀胱患者总数	
计分项	第三章	十七、	(十三)	5	3.17.13.5	并发症和不良事件发生率及预防实施率(5.住院患者静脉血栓栓塞症发生率)				逐步降低								百分比(%)	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占同期康复医学科住院患者总数的比例。(静脉血栓栓塞症包括深静脉血栓形成和肺血栓栓塞症。)	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%	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	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十七、	(十三)	6	3.17.13.6	并发症和不良事件发生率及预防实施率(6.住院患者静脉血栓栓塞症规范预防率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,进行静脉血栓栓塞症规范预防的康复医学科住院患者数占同期康复医学科住院患者总数的比例。	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%	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	
	第三章	十八、			3.18	临床营养专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2022〕161号)	2.4分(0.2分/项)			数据评价+数据核验			(1)查2023年1月1日起至评审前季度末NCIS或评审数据收集系统;(2)数据核验。 每项指标评分标准如下:(1)有数据收集上报,得0.16分/项。(2)有数据收集上报,且数据呈现改善趋势,得0.2分/项。(3)有数据收集上报,且数据达到标杆值,得0.2分/项。(4)有数据收集上报,且该指标全省分级分类排名,位于中等水平以上,得0.2分/项。四种评分标准中,取该医院得分高的一种。	NCIS	评审数据收集系统	医院填报	年						临床营养专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2022〕161号)
计分项	第三章	十八、	(一)		3.18.1	营养科医床比				监测比较								比值(X:1)	营养科医师总数与同期医疗机构实际开放床位数之比。(说明:营养科医师指取得临床、公共卫生或中医等医师执业资格,在本医疗机构注册并从事医师工作的营养科在职人员。)	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	营养科医师总数	同期医疗机构实际开放床位数	
计分项	第三章	十八、	(二)		3.18.2	营养科护床比				监测比较								比值(X:1)	营养科护士总数与同期医疗机构实际开放床位数之比。(营养科护士指取得护士(师)执业资格,在本医疗机构注册并从事护士(师)工作的营养科在职人员。)	营养科护床比=营养科护士总数/同期医疗机构实际开放床位数	营养科护士总数	同期医疗机构实际开放床位数	
计分项	第三章	十八、	(三)		3.18.3	营养科技床比				监测比较								比值(X:1)	营养科技师总数与同期医疗机构实际开放床位数之比。(营养科技师指取得相关专业技术资格,在本医疗机构注册并从事技师工作的营养科在职人员。)	营养科技床比=营养科技师总数/同期医疗机构实际开放床位数	营养科技师总数	同期医疗机构实际开放床位数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十八、	(四)		3.18.4	住院患者营养风险筛查率				逐步提高								百分比(%)	完成营养风险筛查住院患者数占同期住院患者总数的比例。(1.营养风险筛查指由受过相关培训的医师采用经验证的营养风险筛查工具,进行营养风险筛查。2.营养风险指现存或潜在的与营养因素相关的导致患者出现不利临床结局(如感染相关并发症发生率增高、住院时间延长、住院费用增加等)的风险,而非指发生营养不良的风险。3.营养风险与临床结局密切相关,并可监测患者营养治疗效果。)	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%	完成营养风险筛查住院患者数	同期住院患者总数	
计分项	第三章	十八、	(五)		3.18.5	存在营养风险住院患者营养治疗率				逐步提高								百分比(%)	经营营养风险筛查,存在营养风险并接受营养治疗的住院患者数占同期存在营养风险住院患者总数的比例。(1.存在营养风险指使用经验证的营养风险筛查工具评估为营养风险阳性。2.营养治疗是指通过膳食、肠内或肠外途径为患者提供能量和营养素,以达到调整机体代谢、改善营养状况、增强抵抗力、促进康复和痊愈等目的。营养治疗遵循个体化动态调整原则,根据不同疾病或代谢状态,确定患者每日能量、营养素的供给量和比例,并按照标准操作规程进行配制送至病区。)	存在营养风险住院患者营养治疗率=存在营养风险并接受营养治疗的住院患者数/同期存在营养风险住院患者总数×100%	存在营养风险并接受营养治疗的住院患者数	同期存在营养风险住院患者总数	
计分项	第三章	十八、	(六)		3.18.6	糖尿病住院患者营养评估率				逐步提高								百分比(%)	进行营养评估的糖尿病住院患者数占同期糖尿病住院患者总数的比例。(营养评估指采用膳食评估、人体测量、实验室检查和人体代谢检测(间接能量代谢测定和人体成分分析)等技术对糖尿病患者的营养状况进行综合性评定。)	糖尿病住院患者营养评估率=进行营养评估的糖尿病住院患者数/同期糖尿病住院患者总数×100%	进行营养评估的糖尿病住院患者数	同期糖尿病住院患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十八、	(七)		3.18.7	糖尿病住院患者营养治疗率				逐步提高								百分比 (%)	接受营养治疗的糖尿病住院患者数占同期糖尿病住院患者总数的比例。 (营养治疗是指通过膳食、肠内或肠外途径为患者提供能量和营养素,以达到调整机体代谢、改善营养状况、增强抵抗力、促进康复和痊愈等目的。营养治疗遵循个体化动态调整原则,根据不同疾病或代谢状态,确定患者每日能量、营养素的供给量和比例,并按照标准操作规程进行配制送至病区。)	糖尿病住院患者营养治疗率=接受营养治疗的糖尿病住院患者数/同期糖尿病住院患者总数×100%	接受营养治疗的糖尿病住院患者数	同期糖尿病住院患者总数	
计分项	第三章	十八、	(八)		3.18.8	使用胰岛素治疗的糖尿病住院患者营养治疗后胰岛素使用剂量减少率				逐步提高								百分比 (%)	接受营养治疗后,胰岛素使用剂量减少的糖尿病住院患者数占同期使用胰岛素治疗并接受营养治疗的糖尿病住院患者总数的比例。	使用胰岛素治疗的糖尿病住院患者营养治疗后胰岛素使用剂量减少率=胰岛素使用剂量减少的糖尿病住院患者数/同期使用胰岛素治疗并接受营养治疗的糖尿病住院患者总数×100%	胰岛素使用剂量减少的糖尿病住院患者数	同期使用胰岛素治疗并接受营养治疗的糖尿病住院患者总数	
计分项	第三章	十八、	(九)	1	3.18.9.1	营养治疗不良事件发生率(1.肠外营养治疗不良事件发生率)				逐步降低								百分比 (%)	实施肠外营养治疗过程中不良事件发生例数占同期实施肠外营养治疗总例数的比例。(肠外营养治疗不良事件主要包括:治疗过程不良事件,包括导管相关并发症,代谢相关并发症。其中导管相关并发症包括置管导致的机械损伤、感染、静脉血栓;代谢相关并发症包括液体量超负荷、糖、电解质代谢紊乱、肝脏损伤、酸碱平衡失调等。配制过程不良事件,如营养液配制与医嘱单不符、药品过期、无菌操作不规范等。运送过程不良事件,如漏发、错发、未注意适当保存等。)	肠外营养治疗不良事件发生率=实施肠外营养治疗不良事件发生例数/同期实施肠外营养治疗总例数×100%	实施肠外营养治疗不良事件发生例数	同期实施肠外营养治疗总例数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第三章	十八、	(九)	2	3.18.9.2	营养治疗不良事件发生率(2.肠内营养治疗不良事件发生率)				逐步降低								百分比(%)	实施肠内营养治疗过程中不良事件发生例数占同期实施肠内营养治疗总例数的比例。(肠内营养不良事件主要包括:治疗过程不良事件,包括胃肠道并发症、代谢并发症、感染并发症和置管并发症等。其中胃肠道并发症最多见,主要包括腹胀、腹泻、恶心、呕吐、反流等,代谢并发症主要是脱水、高血糖、电解质紊乱等;感染并发症包括肠道菌群异位、吸入性肺炎等;置管并发症包括长期经鼻置管导致的鼻翼部糜烂、咽喉部溃疡、声音嘶哑、鼻窦炎、中耳炎等。配制过程不良事件,如营养液配制与医嘱单不符、食品质量及卫生问题、称重错误、无菌操作不规范等。运送过程不良事件,如漏发、错发、未注意适当保存等。)	肠内营养治疗不良事件发生率=实施肠内营养治疗不良事件发生例数/同期实施肠内营养治疗总例数×100%	实施肠内营养治疗不良事件发生例数	同期实施肠内营养治疗总例数	
计分项	第三章	十八、	(九)	3	3.18.9.3	营养治疗不良事件发生率(3.膳食营养治疗不良事件发生率)				逐步降低								百分比(%)	实施膳食营养治疗过程中不良事件发生例数占同期实施膳食营养治疗总例数的比例。(说明:膳食营养治疗不良事件主要包括膳食制作与膳食医嘱(食谱)不符、发放错误、漏发、食品质量及卫生问题、食用后出现胃肠道反应、食物中毒等。)	膳食营养治疗不良事件发生率=实施膳食营养治疗不良事件发生例数/同期实施膳食营养治疗总例数×100%	实施膳食营养治疗不良事件发生例数	同期实施膳食营养治疗总例数	
计分项	第三章	十八、	(十)		3.18.10	营养门诊投诉发生率				逐步降低								百分比(%)	营养门诊诊疗过程中投诉发生人次占同期营养门诊诊疗总人次数的比例。	营养门诊投诉发生率=营养门诊诊疗投诉发生人次/同期营养门诊诊疗总人次×100%	营养门诊诊疗投诉发生人次	同期营养门诊诊疗总人次	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件							
	第四章				4	单病种(术种)质量控制指标	108.0分(选38个病种),除第四十三、四十四、四十六节外,各病种的指标赋分规则如下。每个病种赋3分,其中质量控制类指标占1分,资源消耗类指标占2分。质量控制类指标考核病例上报率,资源消耗类指标考核例数、平均住院日、次均费用、病死率。				数据评价+数据核验	除第四十三、四十四、四十六节外,各病种的指标检查方法如下。 (1)质量控制类指标-病例上报率从国家单病种质量监测平台收集自2021年1月1日起至评审前季度末的数据。 (2)资源消耗类指标从江西省医院管理综合评价平台调取评审前四年数据,如病案首页信息不完整或不规范,导致某数据不能纳入评分,则不能获得该项数据指标应得分。	除第四十三、四十四、四十六节外,各病种的指标评分标准如下: 1. 质量控制类指标评分标准如下: (1)有病例上报得0.8分。(2)病例上报率达中位数以上,得1.0分。(3)病例上报率持续提升,得1.0分。三种评分标准中,取该医院得分高的一种。 2. 资源消耗类指标: 按照每单病种2.0分给予。例数1.4分、平均住院日0.2分、次均费用0.2分、病死率0.2分。按照中位数为分界,中位数以上得满分,中位数以下则例数1.2分、平均住院日0.16分、次均费用0.16分、病死率0.16分。	国家单病种质量监测平台+江西省医院管理综合评价平台	评审数据收集系统	医院填报+自动抓取	除第四十三、四十四、四十六节外。 (1)质量控制类指标病例上报率: 季; (2)资源消耗类指标: 年。	主要手术的定义: 对所有手术编码中首先提取手术类和介入类,选择最高级别为主要手术,其次选择治疗性操作最高级别为主要手术,最后选择诊断性操作最高级别为主要手术												《国家卫生健康委办公厅关于进一步加强单病种质量管理与控制工作的通知》(国卫办医函〔2020〕624号)
	第四章			指标说明1		单病种(术种)质量控制指标(1.病例上报率)				逐步提高								百分比(%)	病例上报率=符合单病种纳入条件的某病种上报至国家单病种质量监测平台的病例数/同期符合单病种纳入条件的同病种出院人数累加求和的比例。	符合单病种纳入条件的某病种上报至国家单病种质量监测平台的病例数/同期符合单病种纳入条件的同病种出院人数累加求和×100%	符合单病种纳入条件的同病种出院人数累加求和									

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
	第四章				指标说明2	单病种(术种)质量控制指标(2.平均住院日)				逐步降低								天	单位时间内,符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间。	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	某病种出院患者占用总床日数	同期某病种例数	
	第四章				指标说明3	单病种(术种)质量控制指标(3.次均费用)				逐步降低								元	单位时间内,符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院费用。	次均费用=某病种总出院费用/同期某病种例数	某病种总出院费用	同期某病种例数	
	第四章				指标说明4	单病种(术种)质量控制指标(4.病死率)				逐步降低								百分比(%)	单位时间内,符合单病种纳入条件的某病种出院患者死亡人数占同期同病种出院人数的比例。	病死率=某病种死亡人数/同期某病种例数	某病种死亡人数	同期某病种例数	
计分项	第四章	一、			4.1	急性心肌梗死(ST段抬高型,首次住院)(主要诊断ICD-10编码:I21.0至I21.3的出院患者)												复合	主要诊断ICD-10编码:I21.0至I21.3的出院患者				
计分项	第四章	二、			4.2	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)												复合	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				
心血管病医院计分项、综合医院不计分	第四章	三、			4.3	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)												复合	主要手术ICD-9-CM-3编码:36.1的手术出院患者				
计分项	第四章	四、			4.4	房颤(主要诊断或第二诊断ICD-10编码:I48的出院患者)												复合	主要诊断或第二诊断ICD-10编码:I48的出院患者				

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
心血管病医院计分项、综合医院不计分	第四章	五、			4.5	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)												复合	主要手术ICD-9-CM-3编码: 35.0, 35.2的出院患者				
心血管病医院计分项、综合医院不计分	第四章	六、			4.6	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)												复合	主要手术ICD-9-CM-3编码: 35.02, 35.12, 35.23, 35.24的出院患者				
儿童医院、心血管病医院计分项、综合医院不计分	第四章	七、			4.7	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)												复合	主要手术ICD-9-CM-3编码: 35.51, 35.52, 35.61, 35.71的出院患者				
儿童医院、心血管病医院计分项、综合医院不计分	第四章	八、			4.8	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)												复合	主要手术ICD-9-CM-3编码: 35.53, 35.55, 35.62, 35.72的出院患者				
计分项	第四章	九、			4.9	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)												复合	主要诊断ICD-10编码: I63.0至I63.9的出院患者				
计分项	第四章	十、			4.10	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)												复合	主要诊断ICD-10编码: G45.0至G45.9的出院患者				

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第四章	十一、			4.11	脑出血(主要诊断ICD-10编码: I61.0至I61.9的出院患者)												复合	主要诊断ICD-10编码: I61.0至I61.9的出院患者				
计分项	第四章	十二、			4.12	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)												复合	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的出院患者				
不计分项	第四章	十三、			4.13	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)												复合	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的出院患者				
不计分项	第四章	十四、			4.14	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)												复合	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的出院患者				

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第四章	十五、			4.15	急性动脉瘤性蛛网膜下腔出血(初发,手术治疗)(主要诊断ICD-10编码: I60.0至I60.9, 且伴主要手术ICD-9-CM-3编码: 01.3, 02.2, 02.3, 38.3, 38.4, 38.6, 39.5的手术出院患者)												复合	主要诊断ICD-10编码: I60.0至I60.9, 且伴主要手术ICD-9-CM-3编码: 01.3, 02.2, 02.3, 38.3, 38.4, 38.6, 39.5的出院患者				
计分项	第四章	十六、			4.16	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)												复合	主要诊断ICD-10编码: G41.0, G41.8, G41.9的出院患者				
计分项	第四章	十七、			4.17	帕金森病(主要诊断ICD-10编码: G20.x00的出院患者)												复合	主要诊断ICD-10编码: G20.x00的出院患者				
计分项	第四章	十八、			4.18	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)												复合	主要诊断ICD-10编码: J13至J16, J18; 年龄≥18岁的出院患者				
计分项	第四章	十九、			4.19	社区获得性肺炎(儿童,首次住院)(主要诊断ICD-10编码: J13至J16, J18; 2岁≤年龄<18岁的出院患儿)												复合	主要诊断ICD-10编码: J13至J16, J18; 2岁≤年龄<18岁的出院患儿				
计分项	第四章	二十、			4.20	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)												复合	主要诊断ICD-10编码: J44.0, J44.1的出院患者				

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第四章	二十一、			4.21	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)												复合	主要诊断ICD-10编码: J45, J46; 年龄≥18岁的出院患者				
儿童医院计分项、综合医院不计分	第四章	二十二、			4.22	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)												复合	主要诊断ICD-10编码: J45, J46; 2岁≤年龄<18岁的出院患儿				
计分项	第四章	二十三、			4.23	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)												复合	主要手术ICD-9-CM-3编码: 00.7, 81.51至81.53的出院患者				
计分项	第四章	二十四、			4.24	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)												复合	主要手术ICD-9-CM-3编码: 00.80至00.84, 81.54, 81.55的出院患者				
儿童医院计分项、综合医院不计分	第四章	二十五、			4.25	发育性髋关节发育不良(手术治疗)[主要诊断ICD-10编码: Q65.0至Q65.6, Q65.8, Q65.9, 且伴主要手术ICD-9-CM-3编码: 79.85, 77.25, 77.29; 18个月≤年龄≤8岁(旧称先天性髋关节脱位)的手术出院患儿]												复合	主要诊断ICD-10编码: Q65.0至Q65.6, Q65.8, Q65.9, 且伴主要手术ICD-9-CM-3编码: 79.85, 77.25, 77.29; 18个月≤年龄≤8岁的出院患儿				

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第四章	二十六、			4.26	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)												复合	主要手术ICD-9-CM-3编码: 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99的出院患者				
计分项	第四章	二十七、			4.27	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: 65.01, 66.01, 66.02, 66.62, 66.95, 74.3x的手术出院患者)												复合	主要诊断ICD-10编码: 000开头, 且伴主要手术ICD-9-CM-3编码: 65.01, 66.01, 66.02, 66.62, 66.95, 74.3x的出院患者				
计分项	第四章	二十八、			4.28	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)												复合	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的出院患者				
计分项	第四章	二十九、			4.29	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)												复合	主要诊断ICD-10编码: C34, D02.2开头, 且伴主要手术ICD-9-CM-3编码: 32.2至32.6, 32.9的出院患者				

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第四章	三十、			4.30	甲状腺癌(手术治疗)(主要诊断ICD-10编码: C73开头, 且伴主要手术操作ICD-9-CM-3编码: 06.2至06.6的手术出院患者)												复合	主要诊断ICD-10编码: C73开头, 且伴主要手术操作ICD-9-CM-3编码: 06.2至06.6的出院患者				
计分项	第四章	三十一、			4.31	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, 85.4的手术出院患者)												复合	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, 85.4的出院患者				
计分项	第四章	三十二、			4.32	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)												复合	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的出院患者				
计分项	第四章	三十三、			4.33	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)												复合	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的出院患者				

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第四章	三十四、			4.34	宫颈癌(手术治疗)(主要诊断 ICD-10 编码: C53 开头, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 67.2 至 67.4, 68.4 至 68.8 的手术出院患者)												复合	主要诊断 ICD-10 编码: C53 开头, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 67.2 至 67.4, 68.4 至 68.8 的出院患者				
不计分项	第四章	三十五、			4.35	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)												复合	主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				
计分项	第四章	三十六、			4.36	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)												复合	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				
计分项	第四章	三十七、			4.37	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)												复合	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				

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
口腔医院计分项、综合医院不计分	第四章	三十八、			4.38	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)												复合	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				
口腔医院计分项、综合医院不计分	第四章	三十九、			4.39	腮腺肿瘤(手术治疗)(主要诊断 ICD-10 编码: D10.5, D11.0, D33.2, C07, C10.2, C71.9, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 26.2, 26.3 伴 04.03, 04.04, 04.42, 40.29 的手术出院患者)												复合	手术治疗(主要诊断 ICD-10 编码: D10.5, D11.0, D33.2, C07, C10.2, C71.9, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 26.2, 26.3 伴 04.03, 04.04, 04.42, 40.29 的出院患者)				
口腔医院计分项、综合医院不计分	第四章	四十、			4.40	口腔种植术(主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 23.5, 23.6 的门诊患者或者 76.09, 76.91, 76.92, 22.79 的手术出院患者)												复合	主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 23.5, 23.6 的门诊患者或者 76.09, 76.91, 76.92, 22.79 的手术出院患者				

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件		
计分项	第四章	四十一			4.41	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)												复合	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的出院患者						

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件		
眼科 医院 计分 项、 综合 医院 不计 分	第四 章	四十二 、			4.42	复杂性视网膜脱离(手术治疗)(主要诊断 ICD-10 编码: E10.3, E11.3, E14.3, H33.0至 H33.5, H59.8,且伴 主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 13.19, 13.3, 13.41, 13.42, 13.43, 13.59, 13.64, 13.65, 13.69, 13.70, 13.71, 13.72, 13.8, 13.90, 14.29, 14.31, 14.49, 14.51, 14.52, 14.53, 14.54, 14.59, 14.71, 14.72, 14.73, 14.74, 14.75,14.9 的手术出院 患者)												复合	主要诊断 ICD-10 编 码: E10.3, E11.3, E14.3, H33.0至 H33.5, H59.8, 且伴主 要手术 ICD-9-CM-3 编 码: 13.19, 13.3, 13.41, 13.42, 13.43, 13.59, 13.64, 13.65, 13.69, 13.70, 13.71, 13.72, 13.8, 13.90, 14.29, 14.31, 14.49, 14.51, 14.52, 14.53, 14.54, 14.59, 14.71, 14.72, 14.73, 14.74, 14.75, 14.9的 出院患者						
计分 项	第四 章	四十三 、			4.43	围手术期预 防感染	1.0分				数据评价+ 数据核验		(1)质量控制 类指标-病例 上报率从国家 单病种质量监 测平台收集自 2021年1月1日 起至评审前季 度末的数据。 (2)江西省医 院管理综合评 价平台获取应 上报的病例数 。	国家单病 种质量监 测平台+江 西省医院 管理综合 评价平台	评审数据 收集系统	医院 填报 +自动 抓取	季								

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第四章	四十三、		1	4.43.1	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)																	
计分项	第四章	四十三、		2	4.43.2	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (2. 膝半月软骨切除术： 80.6)																	
计分项	第四章	四十三、		3	4.43.3	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (3. 晶状体相关手术： 13.0至13.9)																	
计分项	第四章	四十三、		4	4.43.4	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (4. 腹股沟疝相关手术： 17.11至17.13， 17.21至17.24， 53.00至53.17)																	
计分项	第四章	四十三、		5	4.43.5	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (5. 乳房组织相关手术： 85.2至85.4)																	
计分项	第四章	四十三、		6	4.43.6	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (6. 动脉内膜切除术： 38.1)																	
计分项	第四章	四十三、		7	4.43.7	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (7. 足和踝关节固定术和 关节制动术：81.1)																	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第四章	四十三、		8	4.43.8	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (8.其他颅骨切开术： 01.24)																	
计分项	第四章	四十三、		9	4.43.9	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (9.椎间盘切除术或破坏术： 80.50至80.59)																	
计分项	第四章	四十三、		10	4.43.10	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (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)																	
计分项	第四章	四十三、		11	4.43.11	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (11.关节脱位切开复位内固定术： 76.94, 79.8)																	
计分项	第四章	四十三、		12	4.43.12	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (12.骨内固定不伴骨折复位术及置入装置去除： 78.5至78.6)																	
计分项	第四章	四十三、		13	4.43.13	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (13.卵巢相关手术： 65.2至65.6)																	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第四章	四十三、		14	4.43.14	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (14.肌腱相关手术： 83.11至83.14)																	
计分项	第四章	四十三、		15	4.43.15	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (15.睾丸相关手术： 62.0至62.9)																	
计分项	第四章	四十三、		16	4.43.16	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (16.阴茎相关手术： 64.0至64.4, 64.9)																	
计分项	第四章	四十三、		17	4.43.17	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (17.室间隔缺损修补术： 35.62)																	
计分项	第四章	四十三、		18	4.43.18	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (18.房间隔缺损修补术： 35.61)																	
计分项	第四章	四十三、		19	4.43.19	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (19.髋关节置换术： 00.7, 81.51至81.53)																	
计分项	第四章	四十三、		20	4.43.20	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (20.膝关节置换术： 00.80至00.83, 81.54, 81.55)																	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件	
计分项	第四章	四十三、		21	4.43.21	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (21.冠状动脉旁路移植术：36.1)																		
计分项	第四章	四十三、		22	4.43.22	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (22.剖宫产：74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99)																		
计分项	第四章	四十四、			4.44	围手术期预防深静脉血栓栓塞	1.0分				数据评价+数据核验	(1)质量控制类指标-病例上报率从国家单病种质量监测平台收集自2021年1月1日起至评审前季度末的数据。 (2)江西省医院管理综合评价平台获取上报的病例数	根据病例上报率进行评分，标准如下： (1)有病例上报率达中位数以上，得1.0分。 (3)病例上报率持续提升，得1.0分。 三种评分标准中，取该医院得分高的一种。	国家单病种质量监测平台+江西省医院管理综合评价平台	评审数据收集系统	医院填报+自动抓取	季							
计分项	第四章	四十四、		1	4.44.1	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)																		
计分项	第四章	四十四、		2	4.44.2	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (2.心脏瓣膜切开和其他置换术：35.20至35.28)																		
计分项	第四章	四十四、		3	4.44.3	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (3.脊柱颈融合术：81.04至81.08)																		

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第四章	四十四、		4	4.44.4	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (4. 脊柱再融合术：81.34至81.38)																	
计分项	第四章	四十四、		5	4.44.5	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (5. 胃部分切除术伴胃十二指肠吻合术：43.6)																	
计分项	第四章	四十四、		6	4.44.6	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (6. 胃部分切除术伴胃空肠吻合术：43.7)																	
计分项	第四章	四十四、		7	4.44.7	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (7. 其他胃部分切除术：43.8)																	
计分项	第四章	四十四、		8	4.44.8	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (8. 胃全部切除术：43.9)																	
计分项	第四章	四十四、		9	4.44.9	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (9. 开放性和其他部分大肠切除术：45.7)																	
计分项	第四章	四十四、		10	4.44.10	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (10. 腹会阴直肠切除术：48.5)																	
计分项	第四章	四十四、		11	4.44.11	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (11. 直肠其他切除术：48.6)																	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第四章	四十四、		12	4.44.12	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (12. 肝叶切除术：50.3)																	
计分项	第四章	四十四、		13	4.44.13	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (13. 部分肾切除术：55.4)																	
计分项	第四章	四十四、		14	4.44.14	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (14. 全部肾切除术：55.5)																	
计分项	第四章	四十四、		15	4.44.15	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (15. 部分膀胱切除术：57.6)																	
计分项	第四章	四十四、		16	4.44.16	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (16. 全部膀胱切除术：57.7)																	
计分项	第四章	四十四、		17	4.44.17	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (17. 卵巢病损或卵巢组织的局部切除术或破坏术：65.2)																	
计分项	第四章	四十四、		18	4.44.18	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (18. 单侧卵巢切除术：65.3)																	
计分项	第四章	四十四、		19	4.44.19	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (19. 单侧输卵管-卵巢切除术：65.4)																	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第四章	四十四、		20	4.44.20	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (20. 双侧卵巢切除术： 65.5)																	
计分项	第四章	四十四、		21	4.44.21	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (21. 双侧输卵管-卵巢切除术： 65.6)																	
计分项	第四章	四十四、		22	4.44.22	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (22. 子宫病损或组织的切除术或破坏术： 68.2)																	
计分项	第四章	四十四、		23	4.44.23	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (23. 经腹子宫次全切除术： 68.3)																	
计分项	第四章	四十四、		24	4.44.24	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (24. 经腹子宫全部切除术： 68.4)																	
计分项	第四章	四十四、		25	4.44.25	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (25. 阴道子宫切除术： 68.5)																	
计分项	第四章	四十四、		26	4.44.26	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (26. 经腹根治性子宫切除术： 68.6)																	
计分项	第四章	四十四、		27	4.44.27	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (27. 根治性阴道子宫切除术： 68.7)																	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第四章	四十四、		28	4.44.28	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (28. 盆腔脏器去除术：68.8)																	
计分项	第四章	四十四、		29	4.44.29	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (29. 髋关节置换术：00.7, 81.51至81.53)																	
计分项	第四章	四十四、		30	4.44.30	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (30. 膝关节置换术：00.80至00.83, 81.54, 81.55)																	
计分项	第四章	四十四、		31	4.44.31	主要手术ICD-9-CM-3编码如下的手术出院患者： (31. 冠状动脉旁路移植术：36.1)																	
计分项	第四章	四十五、			4.45	住院精神疾病(主要诊断ICD-10编码：F00-F99的出院患者)																	
计分项	第四章	四十六、			4.46	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	1.0分				数据评价+数据核验		(1) 质量控制类指标-病例上报率从国家单病种质量监测平台收集自2021年1月1日起至评审前季度末的数据。 (2) 江西省医院管理综合评价平台获取上报的病例数。	国家单病种质量监测平台+江西省医院管理综合评价平台	评审数据收集系统	医院填报+自动抓取	季						

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件	
计分项	第四章	四十七、			4.47	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, A40.0 至 A40.9, A41.0 至 A41.9, A42.7, A54.8, B37.7, R57.2, R57.8, R65.9 的出院患者)												复合	主要诊断/其他诊断 ICD-10 编码: A02.1, A22.7, A32.7, A40.0 至 A40.9, A41.0 至 A41.9, A42.7, A54.8, B37.7, R57.2, R57.8, R65.9 的出院患者					
儿童医院计分项、综合医院不计分	第四章	四十八、			4.48	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: 03.92, 99.25; 年龄 <18 岁的出院患儿)												复合	主要诊断 ICD-10 编码: C91.0, 且伴主要操作 ICD-9-CM-3 编码: 03.92, 99.25; 年龄 <18 岁的出院患儿					
儿童医院计分项、综合医院不计分	第四章	四十九、			4.49	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: 03.92, 99.25; 年龄 <18 岁的出院患儿)												复合	主要诊断 ICD-10 编码: C92.4, 且伴主要操作 ICD-9-CM-3 编码: 03.92, 99.25; 年龄 <18 岁的出院患儿					

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第四章	五十、			4.50	甲状腺结节(手术治疗)(主要诊断 ICD-10 编码: D34, E04.0, E04.1, E04.2, E04.9 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 06.2 至 06.5 的手术出院患者)												复合	主要诊断 ICD-10 编码: D34, E04.0, E04.1, E04.2, E04.9 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 06.2 至 06.5 的出院患者				
计分项	第四章	五十一、			4.51	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; 或伴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)												复合	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; 或伴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				
不计分项、增补项	第四章	五十二、			4.52	主动脉腔内修复术(主要手术 ICD-9-CM-3 编码: : 39.73, 39.78, 39.71 的手术出院患者)												复合	主要手术 ICD-9-CM-3 编码: : 39.73, 39.78, 39.71 的手术出院患者				

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项、增补项	第四章	五十三、			4.53	急性肺血栓栓塞症(主要诊断及第一诊断ICD-10编码: I26.9的出院患者)												复合	主要诊断及第一诊断ICD-10编码: I26.9的出院患者				
计分项、增补项	第四章	五十四、			4.54	急性呼吸窘迫综合征(主要诊断及第一诊断ICD-10编码: J80.x、J81.x、099.5、J95.8的出院患者)												复合	主要诊断及第一诊断ICD-10编码: J80.x、J81.x、099.5、J95.8的出院患者				
计分项、增补项	第四章	五十五、			4.55	急性重症胰腺炎(初始治疗)(主要诊断ICD-10编码: K85.0-K85.9急性重症胰腺炎的出院患者)												复合	主要诊断ICD-10编码: K85.0-K85.9急性重症胰腺炎的出院患者				
	第五章				5	重点医疗技术临床应用质量控制指标	40.0分																
	第五章	一、			5.1	国家限制类医疗技术(国卫办医发〔2022〕6号)	24.0分																
合理缺项	第五章	一、	(一)		5.1.1	异基因造血干细胞移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	2.0分				数据评价+数据核验	(1)查自2021年1月1日起至评审前季度末江西省医疗技术临床应用信息化管理平台或评审数据收集系统;(2)现场数据核验。	(1)有数据收集上报,得1.6分。(2)有数据收集上报,且有指标呈现改善趋势,得2分。(3)有数据收集上报,且有指标达到标杆值,得2分。(4)有数据收集上报,且有指标在全省分级分类排名中处于中等水平以上,得2分。四种评分标准中,取该医院得分高的一种。每缺1项指标扣0.5分。	江西省医疗技术临床应用信息化管理平台	评审数据收集系统	医院填报	年						

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
合理 缺项	第五 章	一、	(一)	1	5.1.1.1	异基因造血干细胞移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(1.异基因造血干细胞移植适应证符合率)		参照技术规范、质控指标要求	异基因造血干细胞移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步提高								百分比(%)	异基因造血干细胞移植适应证选择正确的例数占同期异基因造血干细胞移植术总例数的比例。	异基因造血干细胞移植适应证符合率=异基因造血干细胞移植术适应证选择正确的例数/同期异基因造血干细胞移植术总例数×100%	异基因造血干细胞移植术适应证选择正确的例数	同期异基因造血干细胞移植术总例数	
合理 缺项	第五 章	一、	(一)	2	5.1.1.2	异基因造血干细胞移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(2.异基因造血干细胞移植植入率)		参照技术规范、质控指标要求	异基因造血干细胞移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步提高								百分比(%)	异基因造血干细胞移植术后100天内,实现造血重建(患者外周血中性粒细胞 $>0.5 \times 10^9/L$ 与血小板 $>20 \times 10^9/L$ 连续稳定三天以上)的患者例次数占同期异基因造血干细胞移植患者总例次数的比例。	异基因造血干细胞移植植入率=异基因造血干细胞移植术后100天内实现造血重建的患者例次数/同期异基因造血干细胞移植患者总例次数×100%	异基因造血干细胞移植术后100天内实现造血重建的患者例次数	同期异基因造血干细胞移植患者总例次数	
合理 缺项	第五 章	一、	(一)	3	5.1.1.3	异基因造血干细胞移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)[3.重度(III-IV度)急性移植物抗宿主病发生率]		参照技术规范、质控指标要求	异基因造血干细胞移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	急性移植物抗宿主病(aGVHD),是指造血干细胞移植术后100天内,由于移植物抗宿主反应而引起的免疫性疾病,主要表现为皮疹、腹泻和黄疸,是异基因造血干细胞移植的主要并发症和主要死亡原因。重度(III-IV度)急性移植物抗宿主病发生率,是指异基因造血干细胞移植术后发生重度(III-IV度)急性移植物抗宿主病患者例次数占同期异基因造血干细胞移植患者总例次数的比例。	重度(III-IV度)急性移植物抗宿主病发生率=异基因造血干细胞移植术后发生重度(III-IV度)急性移植物抗宿主病患者例次数/同期异基因造血干细胞移植患者总例次数×100%	重度(III-IV度)异基因造血干细胞移植术后发生急性移植物抗宿主病患者例次数	同期异基因造血干细胞移植患者总例次数	
合理 缺项	第五 章	一、	(一)	4	5.1.1.4	异基因造血干细胞移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(4.慢性移植物抗宿主病发生率)		参照技术规范、质控指标要求	异基因造血干细胞移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	慢性移植物抗宿主病(cGVHD),是指造血干细胞移植术100天后,由于移植物抗宿主反应而引起的慢性免疫性疾病。慢性移植物抗宿主病发生率,是指异基因造血干细胞移植术后发生慢性移植物抗宿主病患者例次数占同期异基因造血干细胞移植患者总例次数的比例。	慢性移植物抗宿主病发生率=异基因造血干细胞移植术后发生慢性移植物抗宿主病患者例次数/同期异基因造血干细胞移植患者总例次数×100%	异基因造血干细胞移植术后发生慢性移植物抗宿主病患者例次数	同期异基因造血干细胞移植患者总例次数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件	
合理缺项	第五章	一、	(一)	5	5.1.1.5	异基因造血干细胞移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(5.异基因造血干细胞移植相关死亡率)		参照技术规范、质控指标要求	异基因造血干细胞移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	异基因造血干细胞移植术后100天内非复发死亡患者数占同期异基因造血干细胞移植患者总数的比例。	异基因造血干细胞移植术后100天内非复发死亡患者数/同期异基因造血干细胞移植患者总数×100%	异基因造血干细胞移植术后100天内非复发死亡患者数	同期异基因造血干细胞移植患者总数		
合理缺项	第五章	一、	(一)	6	5.1.1.6	异基因造血干细胞移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(6.异基因造血干细胞移植总体生存率)		参照技术规范、质控指标要求	异基因造血干细胞移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步提高								百分比(%)	异基因造血干细胞移植后1年随访(失访者按未存活患者统计)尚存活的患者数占同期异基因造血干细胞移植患者总数的比例。	异基因造血干细胞移植后1年随访尚存活的患者数/同期异基因造血干细胞移植患者总数×100%	异基因造血干细胞移植后1年随访尚存活的患者数	同期异基因造血干细胞移植患者总数		
合理缺项	第五章	一、	(一)	7	5.1.1.7	异基因造血干细胞移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(7.异基因造血干细胞移植无病生存率)		参照技术规范、质控指标要求	异基因造血干细胞移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步提高								百分比(%)	异基因造血干细胞移植后1年随访(失访者按未存活患者统计)无病存活的患者数占同期异基因造血干细胞移植患者总数的比例。	异基因造血干细胞移植后1年随访无病存活的患者数/同期异基因造血干细胞移植患者总数×100%	异基因造血干细胞移植后1年随访无病存活的患者数	同期异基因造血干细胞移植患者总数		
合理缺项	第五章	一、	(一)	8	5.1.1.8	异基因造血干细胞移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(8.平均住院日)		参照技术规范、质控指标要求	异基因造血干细胞移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低									日/人	实施异基因造血干细胞移植治疗的患者出院时占用总床日数与同期异基因造血干细胞移植治疗患者出院人数之比。	平均住院日=实施异基因造血干细胞移植治疗的患者出院时占用总床日数/同期异基因造血干细胞移植治疗患者出院人数	实施异基因造血干细胞移植治疗的患者出院时占用总床日数	同期异基因造血干细胞移植治疗患者出院人数	
合理缺项	第五章	一、	(一)	9	5.1.1.9	异基因造血干细胞移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(9.平均住院费用)		参照技术规范、质控指标要求	异基因造血干细胞移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低									元/人	实施异基因造血干细胞移植治疗的患者出院时住院总费用与同期异基因造血干细胞移植治疗患者出院人数之比。	平均住院费用=实施异基因造血干细胞移植治疗的患者出院时住院总费用/同期异基因造血干细胞移植治疗患者出院人数	实施异基因造血干细胞移植治疗的患者出院时住院总费用	同期异基因造血干细胞移植治疗患者出院人数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
合理缺项	第五章	一、	(一)	10	5.1.1.10	异基因造血干细胞移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(10.平均住院药费)		参照技术规范、质控指标要求	异基因造血干细胞移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								元/人	实施异基因造血干细胞移植治疗的患者出院时住院药品总费用与同期异基因造血干细胞移植治疗患者出院人数之比。	平均住院药费=实施异基因造血干细胞移植治疗的患者出院时住院药品总费用/同期异基因造血干细胞移植治疗患者出院人数	实施异基因造血干细胞移植治疗的患者出院时住院药品总费用	同期异基因造血干细胞移植治疗患者出院人数	
合理缺项	第五章	一、	(二)		5.1.2	同种胰岛移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	2.0分				数据评价+数据核验		(1)查自2021年1月1日起至评审前季度末江西省医疗技术临床应用信息化管理平台或评审数据收集系统;(2)现场数据核验。 (1)有数据收集上报,得1.6分。(2)有数据收集上报,且有指标呈现改善趋势,得2分。(3)有数据收集上报,且有指标达到标杆值,得2分。(4)有数据收集上报,且有指标在全省分级分类排名中处于中等水平以上,得2分。四种评分标准中,取该医院得分高的一种。每缺1项指标扣0.5分。	江西省医疗技术临床应用信息化管理平台	评审数据收集系统	医院填报	年						
合理缺项	第五章	一、	(二)	1	5.1.2.1	同种胰岛移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(1.胰岛纯度)		参照技术规范、质控指标要求	同种胰岛移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步提高								百分比(%)	采用双硫脲(DTZ)染色法进行胰岛计数。胰岛纯度是指DTZ染色阳性的胰岛数占纯化的细胞团总数的比例。	胰岛纯度=DTZ染色阳性胰岛数/纯化的细胞团总数×100%	DTZ染色阳性胰岛数	纯化的细胞团总数	
合理缺项	第五章	一、	(二)	2	5.1.2.2	同种胰岛移植技术临床应用质量控制指标((2022年版)(2.总胰岛当量)		参照技术规范、质控指标要求	同种胰岛移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步提高								ml	胰岛当量(Isletequivalentquantity, IEQ)是一种胰岛计数方法,一个直径150μm的胰岛为1个胰岛当量。总胰岛当量是指样本中胰岛当量总数。	总胰岛当量=(3次计数的胰岛当量(IEQ)之和/3)×20×样本量(ml)	3次计数的胰岛当量(IEQ)之和	3	
合理缺项	第五章	一、	(二)	3	5.1.2.3	同种胰岛移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(3.胰岛活率)		参照技术规范、质控指标要求	同种胰岛移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步提高								百分比(%)	采用活细胞染色技术进行胰岛计数。胰岛活率是指活胰岛数占胰岛总数的比例。	胰岛活率=活胰岛数/胰岛总数×100%	活胰岛数	胰岛总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
合理 缺项	第五 章	一、	(二)	4	5.1.2. 4	同种胰岛移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(4.胰岛产物微生物培养/基因检测阳性率)		参照技术规范、质控指标要求	同种胰岛移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	胰岛产物微生物(细菌、真菌、支原体等)培养/基因检测阳性的样本数占同期胰岛产物微生物培养/基因检测总样本数的比例。	胰岛产物微生物培养阳性率=(胰岛产物微生物培养/基因检测阳性的样本数)/(同期胰岛产物微生物培养/基因检测总样本数)×100%	胰岛产物微生物培养/基因检测阳性的样本数	同期胰岛产物微生物培养/基因检测总样本数	
合理 缺项	第五 章	一、	(二)	5	5.1.2. 5	同种胰岛移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(5.围手术期并发症发生率)		参照技术规范、质控指标要求	同种胰岛移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	围手术期并发症是指同种胰岛移植治疗后30天内发生的并发症,包括出血、感染、门静脉血栓形成等。围手术期并发症发生率是指围手术期并发症发生的例次数占同期同种胰岛移植治疗总例次数的比例。	围手术期并发症发生率=围手术期并发症发生的例次数/同期同种胰岛移植治疗总例次数×100%	围手术期并发症发生的例次数	同期同种胰岛移植治疗总例次数	
合理 缺项	第五 章	一、	(二)	6	5.1.2. 6	同种胰岛移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(6.术后死亡率)		参照技术规范、质控指标要求	同种胰岛移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	术后死亡是指实施同种胰岛移植治疗的患者,在术后住院期间内死亡(包括因不可逆疾病而自动出院的患者)。术后死亡率是指术后死亡患者人数占同期同种胰岛移植治疗患者总数的比例。	术后死亡率=术后患者死亡人数/同期同种胰岛移植治疗患者总数×100%	术后患者死亡人数	同期同种胰岛移植治疗患者总数	
合理 缺项	第五 章	一、	(二)	7	5.1.2. 7	同种胰岛移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(7.患者随访率)		参照技术规范、质控指标要求	同种胰岛移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步提高								百分比(%)	同种胰岛移植治疗后1、3、5年内进行随访的例次数占同期同种胰岛移植治疗总例次数的比例。	患者随访率=同种胰岛移植治疗一定时间内完成随访的例次数/同期同种胰岛移植治疗总例次数×100%	同种胰岛移植治疗一定时间内完成随访的例次数	同期同种胰岛移植治疗总例次数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
合理 缺项	第五章	一、	(二)	8	5.1.2.8	同种胰岛移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)[8.移植后有效率(1年、3年、5年)]		参照技术规范、质控指标要求	同种胰岛移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步提高								百分比(%)	符合下列条件之一同种胰岛移植术后患者,可认为移植后有效: 1.糖基化血红蛋白<7.0%; 2.无严重低血糖(血糖浓度低于3.9mmol/L); 3.血清C-肽水平≥0.3ng/mL; 4.胰岛素用量较术前减少>30%。 移植后有效率是指同种胰岛移植治疗后1年、3年和5年随访,移植后有效的患者数占同期同种胰岛移植治疗患者总数的比例。	移植后有效率=一定时间内移植后有效的患者数/同期同种胰岛移植治疗患者总数×100%	一定时间内移植后有效的患者数	同期同种胰岛移植治疗患者总数	
合理 缺项	第五章	一、	(三)		5.1.3	同种异体运动系统结构性组织移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	2.0分				数据评价+数据核验	(1)查自2021年1月1日起至评审前季度末江西省医疗技术临床应用信息化管理平台或评审数据收集系统;(2)现场数据核验。	(1)有数据收集上报,得1.6分。(2)有数据收集上报,且有指标呈现改善趋势,得2分。(3)有数据收集上报,且有指标达到标杆值,得2分。(4)有数据收集上报,且有指标在全省分级分类排名中处于中等水平以上,得2分。四种评分标准中,取该医院得分高的一种。每缺1项指标扣0.5分。	江西省医疗技术临床应用信息化管理平台	评审数据收集系统	医院填报	年						
合理 缺项	第五章	一、	(三)	1	5.1.3.1	同种异体运动系统结构性组织移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(1.符合规定的来源移植比例)		参照技术规范、质控指标要求	同种异体运动系统结构性组织移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步提高								百分比(%)	符合规定的来源移植植物数占同期移植植物总数的比例。	符合规定的来源移植植物比例=符合规定的来源移植植物数/同期移植植物总数×100%	符合规定的来源移植植物数	同期移植植物总数	
合理 缺项	第五章	一、	(三)	2	5.1.3.2	同种异体运动系统结构性组织移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(2.术中移植微生物培养阳性率)		参照技术规范、质控指标要求	同种异体运动系统结构性组织移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	术中移植微生物(细菌、真菌、支原体等)培养阳性的样本数占同期术中移植微生物培养总样本数的比例。	术中移植微生物培养阳性率=术中移植微生物培养阳性的样本数/同期术中移植微生物培养总样本数×100%	术中移植微生物培养阳性的样本数	同期术中移植微生物培养总样本数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件	
合理 缺项	第五章	一、	(三)	3	5.1.3.3	同种异体运动系统结构性组织移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(3.围手术期并发症发生率)		参照技术规范、质控指标要求	同种异体运动系统结构性组织移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	围手术期并发症是指同种异体运动系统结构性组织移植术后30天内发生的并发症,包括感染、血栓形成、移植失败等。围手术期并发症发生率是指围手术期并发症发生的例次数占同期同种异体运动系统结构性组织移植手术总例次数的比例。	围手术期并发症发生率=围手术期并发症发生的例次数/同期同种异体运动系统结构性组织移植手术总例次数×100%	围手术期并发症发生的例次数	同期同种异体运动系统结构性组织移植手术总例次数		
合理 缺项	第五章	一、	(三)	4	5.1.3.4	同种异体运动系统结构性组织移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(4.微创手术比例)		参照技术规范、质控指标要求	同种异体运动系统结构性组织移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步提高								百分比(%)	微创同种异体运动系统结构性组织移植手术例次数占同期同种异体运动系统结构性组织移植手术总例次数的比例。	微创手术比例=微创同种异体运动系统结构性组织移植手术例次数/同期同种异体运动系统结构性组织移植手术总例次数×100%	微创同种异体运动系统结构性组织移植手术例次数	同期同种异体运动系统结构性组织移植手术总例次数		
合理 缺项	第五章	一、	(三)	5	5.1.3.5	同种异体运动系统结构性组织移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(5.患者随访率)		参照技术规范、质控指标要求	同种异体运动系统结构性组织移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步提高								百分比(%)	同种异体运动系统结构性组织移植后,1、3、5年内完成随访的例次数占同期同种异体运动系统结构性组织移植手术总例次数的比例。	患者随访率=一定时间内完成随访的例次数/同期同种异体运动系统结构性组织移植手术总例次数×100%	一定时间内完成随访的例次数	同期同种异体运动系统结构性组织移植手术总例次数		
合理 缺项	第五章	一、	(四)		5.1.4	同种异体角膜移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	2.0分				数据评价+数据核验		(1) 查自2021年1月1日起至评审前季度末江西省医疗技术临床应用信息化管理平台或评审数据收集系统;(2) 现场数据核验。	江西省医疗技术临床应用信息化管理平台	评审数据收集系统	医院填报	年							

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
合理缺项	第五章	一、	(四)	1.1	5.1.4.1.1	同种异体角膜移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(1.成分供体使用率)1.1同种异体角膜内皮移植供体使用率		参照技术规范、质控指标要求	同种异体角膜移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步提高								百分比(%)	用于临床同种异体角膜内皮移植的供体材料数占同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数的比例。	同种异体角膜内皮移植供体使用率=用于临床同种异体角膜内皮移植的供体材料数/同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数×100%	用于临床同种异体角膜内皮移植的供体材料数	同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数	
合理缺项	第五章	一、	(四)	1.2	5.1.4.1.2	同种异体角膜移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(1.成分供体使用率)1.2同种异体穿透角膜移植供体使用率		参照技术规范、质控指标要求	同种异体角膜移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步提高								百分比(%)	用于临床同种异体穿透角膜移植的供体材料数占同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数的比例。	同种异体穿透角膜移植供体使用率=用于临床同种异体穿透角膜移植的供体材料数/同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数×100%	用于临床同种异体穿透角膜移植的供体材料数	同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数	
合理缺项	第五章	一、	(四)	1.3	5.1.4.1.3	同种异体角膜移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(1.成分供体使用率)1.3同种异体板层角膜移植供体使用率		参照技术规范、质控指标要求	同种异体角膜移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步提高								百分比(%)	用于临床同种异体板层角膜移植的供体材料数占同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数的比例。	同种异体板层角膜移植供体使用率=用于临床同种异体板层角膜移植的供体材料数/同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数×100%	用于临床同种异体板层角膜移植的供体材料数	同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数	
合理缺项	第五章	一、	(四)	1.4	5.1.4.1.4	同种异体角膜移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(1.成分供体使用率)1.4同种异体角膜缘干细胞移植供体使用率		参照技术规范、质控指标要求	同种异体角膜移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步提高								百分比(%)	用于临床同种异体角膜缘干细胞移植的供体材料数占同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数的比例	同种异体角膜缘干细胞移植供体使用率=用于临床同种异体角膜缘干细胞移植的供体材料数/同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数×100%	用于临床同种异体角膜缘干细胞移植的供体材料数	同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数	
合理缺项	第五章	一、	(四)	2	5.1.4.2	同种异体角膜移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(2.同种异体角膜移植成功率)		参照技术规范、质控指标要求	同种异体角膜移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步提高								百分比(%)	同种异体角膜移植成功是指通过同种异体角膜移植手术达到预期目的(增视性、治疗性、美容性等),植片与植床对合良好无脱落。同种异体角膜移植成功率是指同种异体角膜移植成功的例数占同期同种异体角膜移植总例数的比例。	同种异体角膜移植成功率=同种异体角膜移植成功的例数/同期同种异体角膜移植总例数×100%	同种异体角膜移植成功的例数	同期同种异体角膜移植总例数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
合理 缺项	第五 章	一、	(四)	3	5.1.4. 3	同种异体角膜移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(3.角膜植片透明率)		参照技术规范、质控指标要求	同种异体角膜移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步 提高								百分比(%)	角膜植片透明是指同种异体角膜移植术后,植片保持透明,或植片与植床对合良好无脱落。角膜植片透明率是指角膜植片透明的例数占同期同种异体角膜移植总例数的比例。	角膜植片透明率=角膜植片透明的例数/同期同种异体角膜移植总例数×100%	角膜植片透明的例数	同期同种异体角膜移植总例数	
合理 缺项	第五 章	一、	(四)	4	5.1.4. 4	同种异体角膜移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(4.角膜原发疾病控制率)		参照技术规范、质控指标要求	同种异体角膜移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步 提高								百分比(%)	同种异体角膜移植术后,角膜原发疾病基本改善或治愈的例数占同期同种异体角膜移植总例数的比例。	角膜原发疾病控制率=术后角膜原发疾病基本改善或治愈的例数/同期同种异体角膜移植总例数×100%	术后角膜原发疾病基本改善或治愈的例数	同期同种异体角膜移植总例数	
合理 缺项	第五 章	一、	(四)	5	5.1.4. 5	同种异体角膜移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(5.并发症发生率)		参照技术规范、质控指标要求	同种异体角膜移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步 降低								百分比(%)	同种异体角膜移植术后发生并发症(排斥反应、眼部感染、青光眼等)的例数占同期同种异体角膜移植总例数的比例。	并发症发生率=同种异体角膜移植术后发生并发症的例数/同期同种异体角膜移植总例数×100%	同种异体角膜移植术后发生并发症的例数	同期同种异体角膜移植总例数	
合理 缺项	第五 章	一、	(四)	6	5.1.4. 6	同种异体角膜移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(6.术后视力提高率)		参照技术规范、质控指标要求	同种异体角膜移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步 提高								百分比(%)	术后视力提高是指同种异体角膜移植术后,视力提高视力表两行及以上。术后视力提高率是指术后视力提高的例数占同期同种异体角膜移植总例数的比例。	术后视力提高率=术后视力提高的例数/同期同种异体角膜移植总例数×100%	术后视力提高的例数	同期同种异体角膜移植总例数	
合理 缺项	第五 章	一、	(四)	7	5.1.4. 7	同种异体角膜移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(7.诊断符合率)		参照技术规范、质控指标要求	同种异体角膜移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步 提高								百分比(%)	诊断符合是指同种异体角膜移植患者的术后诊断(包括病理诊断)与入院诊断符合。诊断符合率是指诊断符合的例数占同期同种异体角膜移植总例数的比例。	诊断符合率=诊断符合的例数/同期同种异体角膜移植总例数×100%	诊断符合的例数	同期同种异体角膜移植总例数	
合理 缺项	第五 章	一、	(四)	8	5.1.4. 8	同种异体角膜移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(8.患者随访率)		参照技术规范、质控指标要求	同种异体角膜移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步 提高								百分比(%)	同种异体角膜移植术后1、3年进行随访的例次数占同期同种异体角膜移植手术总例次数的比例。	患者随访率=同种异体角膜移植术后一定时间内完成随访的例次数/同期同种异体角膜移植手术总例次数×100%	同种异体角膜移植术后一定时间内完成随访的例次数	同期同种异体角膜移植手术总例次数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件	
合理 缺项	第五 章	一、	(四)	9	5.1.4. 9	同种异体角膜移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(9.角膜组织存活率)		参照技术规范、质控指标要求	同种异体角膜移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步 提高								百分比(%)	同种异体角膜移植术后,1、3年随访(失访者按角膜组织未存活统计)尚存活的角膜组织数占同期同种异体角膜移植角膜组织总数的比例。	角膜组织存活率=一定时间内随访尚存活的角膜组织数/同期同种异体角膜移植角膜组织总数×100%	一定时间内随访尚存活的角膜组织数	同期同种异体角膜移植角膜组织总数		
合理 缺项	第五 章	一、	(五)		5.1.5	性别重置技术临床应用质量控制指标(2022年版)	2.0分				数据评价+ 数据核验	(1)查自2021年1月1日起至评审前季度末江西省医疗技术临床应用信息化管理平台或评审数据收集系统;(2)现场数据核验。	(1)有数据收集上报,得1.6分。(2)有数据收集上报,且有指标呈现改善趋势,得2分。(3)有数据收集上报,且有指标达到标杆值,得2分。(4)有数据收集上报,且有指标在全省分级分类排名中处于中等水平以上,得2分。四种评分标准中,取该医院得分高的一种。每缺1项指标扣0.5分。	江西省医 疗技术临 床应用信 息化管理 平台	评审数据 收集系统	医院报 表	年							
合理 缺项	第五 章	一、	(五)	1	5.1.5. 1	性别重置技术临床应用质量控制指标(2022年版)(1.术中输血率)		参照技术规范、质控指标要求	性别重置技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步 降低								百分比(%)	性别重置技术手术对象术中接受400ml及以上输血治疗的手术例数占同期性别重置技术总例数的比例。	术中输血率=性别重置技术手术对象术中接受400ml及以上输血治疗的手术例数/同期性别重置技术总例数×100%	性别重置技术手术对象术中接受400ml及以上输血治疗的手术例数	同期性别重置技术总例数		
合理 缺项	第五 章	一、	(五)	2	5.1.5. 2	性别重置技术临床应用质量控制指标(2022年版)(2.术后输血率)		参照技术规范、质控指标要求	性别重置技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步 降低								百分比(%)	性别重置技术手术对象术后接受400ml及以上输血治疗的例数占同期性别重置技术总例数的比例。	术后输血率=性别重置技术手术对象术后接受400ml及以上输血治疗的例数/同期性别重置技术总例数×100%	性别重置技术手术对象术后接受400ml及以上输血治疗的例数	同期性别重置技术总例数		
合理 缺项	第五 章	一、	(五)	3	5.1.5. 3	性别重置技术临床应用质量控制指标(2022年版)(3.术中自体血输注率)		参照技术规范、质控指标要求	性别重置技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步 提高								百分比(%)	性别重置技术手术对象术中接受400ml及以上自体血(包括自体全血及自体血细胞)输注例数占同期术中接受400ml及以上输血治疗的总例数的比例。	术中自体血输注率=性别重置技术手术对象术中接受400ml及以上自体血(包括自体全血及自体血细胞)输注例数/同期术中接受400ml及以上输血治疗的总例数×100%	性别重置技术手术对象术中接受400ml及以上自体血(包括自体全血及自体血细胞)输注例数	同期术中接受400ml及以上输血治疗的总例数		

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
合理缺项	第五章	一、	(五)	4	5.1.5.4	性别重置技术临床应用质量控制指标(2022年版)(4.术后1年随访率)		参照技术规范、质控指标要求	性别重置技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步提高								百分比(%)	性别重置术后1年完成随访的例数占同期性别重置手术总例数的比例。	术后1年随访率=性别重置术后1年完成随访的例数/同期性别重置手术总例数×100%	性别重置术后1年完成随访的例数	同期性别重置手术总例数	
合理缺项	第五章	一、	(五)	5	5.1.5.5	性别重置技术临床应用质量控制指标(2022年版)(5.术后2周内感染率)		参照技术规范、质控指标要求	性别重置技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	性别重置术后2周内发生感染的例数占同期性别重置手术总例数的比例。	术后2周内感染率=性别重置术后2周内发生感染的例数/同期性别重置手术总例数×100%	性别重置术后2周内发生感染的例数	同期性别重置手术总例数	
合理缺项	第五章	一、	(五)	6	5.1.5.6	性别重置技术临床应用质量控制指标(2022年版)(6.尿瘘发生率)		参照技术规范、质控指标要求	性别重置技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	性别重置术后尿瘘发生的例数占同期性别重置手术总例数的比例。	尿瘘发生率=性别重置术后尿瘘发生的例数/同期性别重置手术总例数×100%	性别重置术后尿瘘发生的例数	同期性别重置手术总例数	
合理缺项	第五章	一、	(五)	7	5.1.5.7	性别重置技术临床应用质量控制指标(2022年版)(7.再造尿道狭窄率)		参照技术规范、质控指标要求	性别重置技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	性别重置术后半年内发生再造尿道狭窄的例数占同期女变男性别重置手术总例数的比例。	再造尿道狭窄率=性别重置术后半年内发生再造尿道狭窄的例数/同期女变男性别重置手术总例数×100%	性别重置术后半年内发生再造尿道狭窄的例数	同期女变男性别重置手术总例数	
合理缺项	第五章	一、	(五)	8	5.1.5.8	性别重置技术临床应用质量控制指标(2022年版)(8.再造阴道狭窄率)		参照技术规范、质控指标要求	性别重置技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	性别重置术后半年内发生再造阴道狭窄的例数占同期男变女性别重置手术总例数的比例。	再造阴道狭窄率=性别重置术后半年内发生再造阴道狭窄的例数/同期男变女性别重置手术总例数×100%	性别重置术后半年内发生再造阴道狭窄的例数	同期男变女性别重置手术总例数	
合理缺项	第五章	一、	(五)	9	5.1.5.9	性别重置技术临床应用质量控制指标(2022年版)(9.直肠阴道瘘发生率)		参照技术规范、质控指标要求	性别重置技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	性别重置术后发生直肠阴道瘘的例数占同期性别重置手术总例数的比例。	直肠阴道瘘发生率=性别重置术后发生直肠阴道瘘的例数/同期性别重置手术总例数×100%	性别重置术后发生直肠阴道瘘的例数	同期性别重置手术总例数	
合理缺项	第五章	一、	(五)	10	5.1.5.10	性别重置技术临床应用质量控制指标(2022年版)(10.皮瓣坏死发生率)		参照技术规范、质控指标要求	性别重置技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	性别重置术后,再造器官应用的皮瓣发生坏死(部分或全部)的例数占同期性别重置手术总例数的比例。	皮瓣坏死发生率=性别重置术后再造器官应用的皮瓣发生坏死的例数/同期性别重置手术总例数×100%	性别重置术后再造器官应用的皮瓣发生坏死的例数	同期性别重置手术总例数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
合理缺项	第五章	一、	(五)	11	5.1.5.11	性别重置技术临床应用质量控制指标(2022年版)(11.术后1周内死亡率)		参照技术规范、质控指标要求	性别重置技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	术后1周内死亡是指性别重置手术对象术后1周内死亡(包括因不可逆疾病而自动出院)。术后1周内死亡率是指术后1周内手术对象死亡人数占同期性别重置手术对象总数的比例。	术后1周内死亡率=术后1周内手术对象死亡人数/同期性别重置手术对象总数×100%	术后1周内手术对象死亡人数	同期性别重置手术对象总数	
合理缺项	第五章	一、	(六)		5.1.6	质子和重离子加速器放射治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	2.0分				数据评价+数据核验	(1)查自2021年1月1日起至评审前季度末江西省医疗技术临床应用信息化管理平台或评审数据收集系统;(2)现场数据核验。	(1)有数据收集上报,得1.6分。(2)有数据收集上报,且有指标呈现改善趋势,得2分。(3)有数据收集上报,且有指标达到标杆值,得2分。(4)有数据收集上报,且有指标在全省分级分类排名中处于中等水平以上,得2分。四种评分标准中,取该医院得分高的一种。每缺1项指标扣0.5分。	江西省医疗技术临床应用信息化管理平台	评审数据收集系统	医院填报	年						
合理缺项	第五章	一、	(六)	1	5.1.6.1	质子和重离子加速器放射治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)(1.病理诊断率)		参照技术规范、质控指标要求	质子和重离子加速器放射治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步提高								百分比(%)	接受质子或重离子放射治疗前有明确病理诊断的患者数占同期质子或重离子放射治疗患者总数的比例。	病理诊断率=接受质子或重离子放射治疗前有明确病理诊断的患者数/同期质子或重离子放射治疗患者总数×100%	接受质子或重离子放射治疗前有明确病理诊断的患者数	同期质子或重离子放射治疗患者总数	
合理缺项	第五章	一、	(六)	2	5.1.6.2	质子和重离子加速器放射治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)(2.临床TNM分期比例)		参照技术规范、质控指标要求	质子和重离子加速器放射治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步提高								百分比(%)	根据AJCC/UICC临床TNM分期标准,对于接受质子或重离子放射治疗的患者进行分期。临床TNM分期比例是指对实施质子或重离子放射治疗的患者进行各临床TNM分期的患者数占同期质子或重离子放射治疗患者总数的比例。	临床TNM分期比例=进行各临床TNM分期的患者数/同期质子或重离子放射治疗患者总数×100%	进行各临床TNM分期的患者数	同期质子或重离子放射治疗患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
合理 缺项	第五 章	一、	(六)	3	5.1.6. 3	质子和重离子加速器放射治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)(3.MDT执行率)		参照技术规范、质控指标要求	质子和重离子加速器放射治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步提高								百分比(%)	MDT(Multidisciplinary Team)是指多学科综合治疗团队。MDT执行率是指实施质子或重离子放射治疗的患者,治疗前执行MDT的患者数占同期质子或重离子放射治疗患者总数的比例。	MDT执行率=治疗前执行MDT的患者数/同期质子或重离子放射治疗患者总数×100%	治疗前执行MDT的患者数	同期质子或重离子放射治疗患者总数	
合理 缺项	第五 章	一、	(六)	4	5.1.6. 4	质子和重离子加速器放射治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)(4.治疗方案完成率)		参照技术规范、质控指标要求	质子和重离子加速器放射治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步提高								百分比(%)	实施质子或重离子放射治疗的患者,完成既定治疗方案的患者数占同期质子或重离子放射治疗患者总数的比例。	治疗方案完成率=完成既定治疗方案的患者数/同期质子或重离子放射治疗患者总数×100%	完成既定治疗方案的患者数	同期质子或重离子放射治疗患者总数	
合理 缺项	第五 章	一、	(六)	5	5.1.6. 5	质子和重离子加速器放射治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)(5.不良反应发生率)		参照技术规范、质控指标要求	质子和重离子加速器放射治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	不良反应是指按照常用药物毒性标准(commontoxicitycriteria, CTC)≥3级的副反应。不良反应发生率是指实施质子或重离子放射治疗的患者,发生不良反应的患者数占同期质子或重离子放射治疗患者总数的比例。	不良反应发生率=发生不良反应的患者数/同期质子或重离子放射治疗患者总数×100%	发生不良反应的患者数	同期质子或重离子放射治疗患者总数	
合理 缺项	第五 章	一、	(六)	6	5.1.6. 6	质子和重离子加速器放射治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)(6.6个月内死亡率)		参照技术规范、质控指标要求	质子和重离子加速器放射治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	6个月内死亡是指患者从第一次接受质子或重离子放射治疗起,6个月之内死亡。6个月内死亡率是指实施质子或重离子放射治疗的患者,6个月内死亡的患者数占同期质子或重离子放射治疗患者总数的比例。	6个月内死亡率=6个月内死亡的患者数/同期质子或重离子放射治疗患者总数×100%	6个月内死亡的患者数	同期质子或重离子放射治疗患者总数	
合理 缺项	第五 章	一、	(六)	7	5.1.6. 7	质子和重离子加速器放射治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)(7.患者随访率)		参照技术规范、质控指标要求	质子和重离子加速器放射治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步提高								百分比(%)	质子或重离子放射治疗后一定时间(1年、2年、5年)内完成随访的例次数占同期质子或重离子放射治疗总例次数的比例。	患者随访率=质子或重离子放射治疗后一定时间内完成随访的例次数/同期质子或重离子放射治疗总例次数×100%	质子或重离子放射治疗后一定时间内完成随访的例次数	同期质子或重离子放射治疗总例次数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
合理 缺项	第五 章	一、	(七)		5.1.7	放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	2.0分						(1)有数据收集上报,得1.6分。(2)有数据收集上报,且有指标呈现改善趋势,得2分。(3)有数据收集上报,且有指标达到标杆值,得2分。(4)有数据收集上报,且有指标在全省分级分类排名中处于中等水平以上,得2分。四种评分标准中,取该医院得分高的一种。每缺1项指标扣0.5分。	江西省医疗技术临床应用信息化管理平台	评审数据收集系统	医院填报	年						
合理 缺项	第五 章	一、	(七)	1	5.1.7.1	放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)(1.植入指征正确率)		参照技术规范、质控指标要求	放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步提高								百分比(%)	放射性粒子植入治疗技术应用适应证选择正确的例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。	植入指征正确率=放射性粒子植入治疗技术应用适应证选择正确的例数/同期放射性粒子植入治疗总例数×100%	放射性粒子植入治疗技术应用适应证选择正确的例数	同期放射性粒子植入治疗总例数	
合理 缺项	第五 章	一、	(七)	2	5.1.7.2	放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)(2.术前制订治疗计划率)		参照技术规范、质控指标要求	放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步提高								百分比(%)	术前制订治疗计划,是指放射性粒子植入治疗前,根据患者影像学表现和病理学类型,使用放射性粒子植入治疗计划系统完成植入治疗计划的制订工作。术前制订治疗计划率,是指放射性粒子植入治疗前,完成植入治疗计划制订的患者例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。	术前制订治疗计划率=术前完成植入治疗计划(TPS)制订的患者例数/同期放射性粒子植入治疗总例数×100%	术前完成植入治疗计划(TPS)制订的患者例数	同期放射性粒子植入治疗总例数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
合理 缺项	第五章	一、	(七)	3	5.1.7.3	放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)(3.术后放射剂量验证率)		参照技术规范、质控指标要求	放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步提高								百分比(%)	术后放射剂量验证,是指放射性粒子植入术后进行影像学检查,并通过放射性粒子植入治疗计划系统完成放射剂量验证。术后放射剂量验证率,是指放射性粒子植入治疗后,完成术后放射剂量验证的患者例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。	术后放射剂量验证率=术后完成放射剂量验证的患者例数/同期放射性粒子植入治疗总例数×100%	完成术后放射剂量验证的患者例数	同期放射性粒子植入治疗总例数	
合理 缺项	第五章	一、	(七)	4.1	5.1.7.4.1	放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)(4.术中及术后30天内主要并发症发生率) 4.1穿刺相关主要并发症总发生率		参照技术规范、质控指标要求	放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	放射性粒子植入术中及术后30天内发生主要并发症的例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。	穿刺相关主要并发症总发生率=发生穿刺操作相关主要并发症的例数/同期放射性粒子植入治疗总例数×100%	发生穿刺操作相关主要并发症的例数	同期放射性粒子植入治疗总例数	
合理 缺项	第五章	一、	(七)	4.2	5.1.7.4.2	放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)(4.术中及术后30天内主要并发症发生率) 4.2感染发生率		参照技术规范、质控指标要求	放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	放射性粒子植入术中及术后30天内发生主要并发症的例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。	感染发生率=发生穿刺相关感染患者例数/同期放射性粒子植入治疗总例数×100%	发生穿刺相关感染患者例数	同期放射性粒子植入治疗总例数	
合理 缺项	第五章	一、	(七)	4.3	5.1.7.4.3	放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)(4.术中及术后30天内主要并发症发生率) 4.3出血发生率		参照技术规范、质控指标要求	放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	放射性粒子植入术中及术后30天内发生主要并发症的例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。	出血发生率=发生穿刺相关出血患者例数/同期肺部实体肿瘤放射性粒子植入例数×100%	发生穿刺相关出血患者例数	同期肺部实体肿瘤放射性粒子植入例数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
合理缺项	第五章	一、	(七)	4.4	5.1.7.4.4	放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)(4.术中及术后30天内主要并发症发生率)4.4气胸发生率		参照技术规范、质控指标要求	放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	放射性粒子植入术中及术后30天内发生主要并发症的例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。	气胸发生率=发生穿刺相关气胸并发症患者例数/同期肺部实体肿瘤放射性粒子植入例数×100%	发生穿刺相关气胸并发症患者例数	同期肺部实体肿瘤放射性粒子植入例数	
合理缺项	第五章	一、	(七)	4.5	5.1.7.4.5	放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)(4.术中及术后30天内主要并发症发生率)4.5神经损伤发生率		参照技术规范、质控指标要求	放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	放射性粒子植入术中及术后30天内发生主要并发症的例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。	神经损伤发生率=发生穿刺相关神经损伤并发症患者例数/同期放射性粒子植入治疗总例数×100%	发生穿刺相关神经损伤并发症患者例数	同期放射性粒子植入治疗总例数	
合理缺项	第五章	一、	(七)	4.6	5.1.7.4.6	放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)(4.术中及术后30天内主要并发症发生率)4.6放射性损伤相关主要并发症总发生率		参照技术规范、质控指标要求	放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	放射性粒子植入术中及术后30天内发生主要并发症的例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。	放射性损伤相关主要并发症总发生率=发生放射性损伤相关主要并发症的例数/同期放射性粒子植入治疗总例数×100%	发生放射性损伤相关主要并发症的例数	同期放射性粒子植入治疗总例数	
合理缺项	第五章	一、	(七)	4.7	5.1.7.4.7	放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)(4.术中及术后30天内主要并发症发生率)4.7皮肤溃疡发生率		参照技术规范、质控指标要求	放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	放射性粒子植入术中及术后30天内发生主要并发症的例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。	皮肤溃疡发生率=发生放射相关皮肤溃疡并发症患者例数/同期浅表肿瘤放射性粒子植入例数×100%	发生放射相关皮肤溃疡并发症患者例数	同期浅表肿瘤放射性粒子植入例数	
合理缺项	第五章	一、	(七)	4.8	5.1.7.4.8	放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)(4.术中及术后30天内主要并发症发生率)4.8放射性肺炎发生率		参照技术规范、质控指标要求	放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	放射性粒子植入术中及术后30天内发生主要并发症的例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。	放射性肺炎发生率=发生穿刺相关神经损伤并发症患者例数/同期肺部实体肿瘤放射性粒子植入例数×100%	发生穿刺相关神经损伤并发症患者例数	同期肺部实体肿瘤放射性粒子植入例数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
合理缺项	第五章	一、	(七)	4.9	5.1.7.4.9	放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)(4.术中及术后30天内主要并发症发生率)4.9放射性脊髓炎发生率		参照技术规范、质控指标要求	放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	放射性粒子植入术中及术后30天内发生主要并发症的例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。	放射性脊髓炎发生率=发生放射性脊髓炎并发症患者例数/同期骨组织或其邻近组织实体肿瘤放射性粒子植入例数×100%	发生放射性脊髓炎并发症患者例数	同期骨组织或其邻近组织实体肿瘤放射性粒子植入例数	
合理缺项	第五章	一、	(七)	4.10	5.1.7.4.10	放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)(4.术中及术后30天内主要并发症发生率)4.10放射性膀胱炎发生率		参照技术规范、质控指标要求	放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	放射性粒子植入术中及术后30天内发生主要并发症的例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。	放射性膀胱炎发生率=发生放射性膀胱炎并发症患者例数/同期盆腔实体肿瘤放射性粒子植入例数×100%	同期骨组织或其邻近组织实体肿瘤放射性粒子植入例数	同期盆腔实体肿瘤放射性粒子植入例数	
合理缺项	第五章	一、	(七)	4.11	5.1.7.4.11	放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)(4.术中及术后30天内主要并发症发生率)4.11放射性肠炎发生率		参照技术规范、质控指标要求	放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	放射性粒子植入术中及术后30天内发生主要并发症的例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。	放射性肠炎发生率=发生放射性肠炎并发症患者例数/同期腹腔脏器肿瘤放射性粒子植入例数×100%	发生放射性肠炎并发症患者例数	同期腹腔脏器肿瘤放射性粒子植入例数	
合理缺项	第五章	一、	(七)	4.12	5.1.7.4.12	放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)(4.术中及术后30天内主要并发症发生率)4.12放射性脑坏死发生率		参照技术规范、质控指标要求	放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	放射性粒子植入术中及术后30天内发生主要并发症的例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。	放射性脑坏死发生率=发生放射相关脑坏死并发症患者例数/同期颅内肿瘤放射性粒子植入例数×100%	发生放射相关脑坏死并发症患者例数	同期颅内肿瘤放射性粒子植入例数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
合理 缺项	第五章	一、	(七)	5	5.1.7.5	放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)(5.放射性粒子植入治疗有效率)		参照技术规范、质控指标要求	放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步提高								百分比(%)	放射性粒子植入治疗有效,是指对放射性粒子植入术后进行疗效评价,按照实体瘤疗效评价新标准(ResponseEvaluationCriteriaInSolidTumors, RECIST)达到完全缓解、部分缓解、肿瘤稳定状态。放射性粒子植入治疗有效率,是指放射性粒子植入治疗有效的患者例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。	放射性粒子植入治疗有效率=放射性粒子植入治疗有效的患者例数/同期放射性粒子植入治疗总例数×100%	放射性粒子植入治疗有效的患者例数	同期放射性粒子植入治疗总例数	
合理 缺项	第五章	一、	(七)	6	5.1.7.6	放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)(6.术后30天内全因死亡率)		参照技术规范、质控指标要求	放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	放射性粒子植入术后30天内死亡患者(不论何种原因)例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。	术后30天内全因死亡率=放射性粒子植入术后30天内全因死亡患者例数/同期放射性粒子植入治疗总例数×100%	放射性粒子植入术后30天内全因死亡患者例数	同期放射性粒子植入治疗总例数	
合理 缺项	第五章	一、	(七)	7	5.1.7.7	放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)(7.患者随访率)		参照技术规范、质控指标要求	放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步提高								百分比(%)	放射性粒子植入治疗后各随访时间点(见注4)完成随访的例次数占同期放射性粒子植入治疗总例次数的比例。	患者随访率=放射性粒子植入治疗后一定时间内完成随访的例次数/同期放射性粒子植入治疗总例次数×100%	放射性粒子植入治疗后一定时间内完成随访的例次数	同期放射性粒子植入治疗总例次数	
合理 缺项	第五章	一、	(七)	8	5.1.7.8	放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)(8.患者术后生存率)		参照技术规范、质控指标要求	放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步提高								百分比(%)	放射性粒子植入治疗后某一时间随访(失访者按未存活患者统计)尚存活的患者数占同期放射性粒子植入治疗患者总数的比例。	患者术后生存率=放射性粒子植入治疗后某一时间随访尚存活的患者数/同期放射性粒子植入治疗患者总数×100%	放射性粒子植入治疗后某一时间随访尚存活的患者数	同期放射性粒子植入治疗患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件	
合理缺项	第五章	一、	(八)		5.1.8	肿瘤消融治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	2.0分				数据评价+数据核验	(1)查自2021年1月1日起至评审前季度末江西省医疗技术临床应用信息化管理平台或评审数据收集系统；(2)现场数据核验。	(1)有数据收集上报，得1.6分。(2)有数据收集上报，且有指标呈现改善趋势，得2分。(3)有数据收集上报，且有指标达到标杆值，得2分。(4)有数据收集上报，且有指标在全省分级分类排名中处于中等水平以上，得2分。四种评分标准中，取该医院得分高的一种。每缺1项指标扣0.5分。	江西省医疗技术临床应用信息化管理平台	评审数据收集系统	医院填报	年							
合理缺项	第五章	一、	(八)	1	5.1.8.1	肿瘤消融治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)(1.肿瘤消融治疗指征正确率)		参照技术规范、质控指标要求	肿瘤消融治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步提高								百分比(%)	实施肿瘤消融治疗的患者，符合治疗指征的例次数占同期肿瘤消融治疗总例次数的比例。	肿瘤消融治疗指征正确率=符合治疗指征的例次数/同期肿瘤消融治疗总例次数×100%	符合治疗指征的例次数	同期肿瘤消融治疗总例次数		
合理缺项	第五章	一、	(八)	2	5.1.8.2	肿瘤消融治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)(2.肿瘤消融治疗完成率)		参照技术规范、质控指标要求	肿瘤消融治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步提高								百分比(%)	按照肿瘤消融计划，实际完成消融治疗的病灶总数占同期计划完成消融治疗的病灶总数的比例。	肿瘤消融治疗完成率=实际完成消融治疗的病灶总数/同期计划完成消融治疗的病灶总数×100%	实际完成消融治疗的病灶总数	同期计划完成消融治疗的病灶总数		
合理缺项	第五章	一、	(八)	3	5.1.8.3	肿瘤消融治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)(3.肿瘤消融治疗后局部病灶有效控制率)		参照技术规范、质控指标要求	肿瘤消融治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步提高								百分比(%)	肿瘤消融治疗后局部病灶有效控制的例次数占同期肿瘤消融治疗总例次数的比例。	肿瘤消融治疗后局部病灶有效控制率=肿瘤消融治疗后局部病灶有效控制的例次数/同期肿瘤消融治疗总例次数×100%	肿瘤消融治疗后局部病灶有效控制的例次数	同期肿瘤消融治疗总例次数		
合理缺项	第五章	一、	(八)	4.1	5.1.8.4.1	肿瘤消融治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)(4.肿瘤消融治疗后30天内严重并发症发生率)4.1大量出血发生率		参照技术规范、质控指标要求	肿瘤消融治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	肿瘤消融治疗后30天内严重并发症发生率是指肿瘤消融治疗后30天内严重并发症发生的例次数占同期肿瘤消融治疗总例次数的比例。	大量出血发生率=肿瘤消融治疗大量出血发生的例次数/同期肿瘤消融治疗总例次数×100%	肿瘤消融治疗大量出血发生的例次数	同期肿瘤消融治疗总例次数		

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
合理缺项	第五章	一、	(八)	4.2	5.1.8.4.2	肿瘤消融治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)(4.肿瘤消融治疗后30天内严重并发症发生率)4.2严重气胸发生率		参照技术规范、质控指标要求	肿瘤消融治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	肿瘤消融治疗后30天内严重并发症发生率是指肿瘤消融治疗后30天内严重并发症发生的例次数占同期肿瘤消融治疗总例次数的比例。	严重气胸发生率=肿瘤消融治疗严重气胸发生的例次数/同期肿瘤消融治疗总例次数×100%	肿瘤消融治疗严重气胸发生的例次数	同期肿瘤消融治疗总例次数	
合理缺项	第五章	一、	(八)	4.3	5.1.8.4.3	肿瘤消融治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)(4.肿瘤消融治疗后30天内严重并发症发生率)4.3邻近重要脏器损伤发生率		参照技术规范、质控指标要求	肿瘤消融治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	肿瘤消融治疗后30天内严重并发症发生率是指肿瘤消融治疗后30天内严重并发症发生的例次数占同期肿瘤消融治疗总例次数的比例。	邻近重要脏器损伤发生率=肿瘤消融治疗邻近重要脏器损伤发生的例次数/同期肿瘤消融治疗总例次数×100%	肿瘤消融治疗邻近重要脏器损伤发生的例次数	同期肿瘤消融治疗总例次数	
合理缺项	第五章	一、	(八)	4.4	5.1.8.4.4	肿瘤消融治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)(4.肿瘤消融治疗后30天内严重并发症发生率)4.4严重感染发生率		参照技术规范、质控指标要求	肿瘤消融治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	肿瘤消融治疗后30天内严重并发症发生率是指肿瘤消融治疗后30天内严重并发症发生的例次数占同期肿瘤消融治疗总例次数的比例。	严重感染发生率=肿瘤消融治疗严重感染发生的例次数/同期肿瘤消融治疗总例次数×100%	肿瘤消融治疗严重感染发生的例次数	同期肿瘤消融治疗总例次数	
合理缺项	第五章	一、	(八)	5	5.1.8.5	肿瘤消融治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)(5.肿瘤消融治疗后30天内死亡率)		参照技术规范、质控指标要求	肿瘤消融治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	肿瘤消融治疗后30天内死亡(包括因不可逆疾病而自动出院的患者)患者数占同期肿瘤消融治疗患者总数的比例。患者死亡原因包括患者本身病情严重、手术、麻醉以及其它任何因素。	肿瘤消融治疗后30天内死亡率=肿瘤消融治疗后30天内死亡患者数/同期肿瘤消融治疗患者总数×100%	肿瘤消融治疗后30天内死亡患者数	同期肿瘤消融治疗患者总数	
合理缺项	第五章	一、	(八)	6	5.1.8.6	肿瘤消融治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)(6.患者随访率)		参照技术规范、质控指标要求	肿瘤消融治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步提高								百分比(%)	肿瘤消融治疗后一定时间(6月、1年、2年、3年、5年)内完成随访的例次数占同期肿瘤消融治疗总例次数的比例。	患者随访率=肿瘤消融治疗后一定时间内完成随访的例次数/同期肿瘤消融治疗总例次数×100%	肿瘤消融治疗后一定时间内完成随访的例次数	同期肿瘤消融治疗总例次数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
合理缺项	第五章	一、	(八)	7	5.1.8.7	肿瘤消融治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)(7.平均住院日)		参照技术规范、质控指标要求	肿瘤消融治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								日/人	实施肿瘤消融治疗的患者出院时占用总床日数与同期肿瘤消融治疗患者出院人数之比。	平均住院日=实施肿瘤消融治疗的患者出院时占用总床日数/同期肿瘤消融治疗患者出院人数	实施肿瘤消融治疗的患者出院时占用总床日数	同期肿瘤消融治疗患者出院人数	
合理缺项	第五章	一、	(八)	8	5.1.8.8.1	肿瘤消融治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)(8.甲状腺肿瘤消融治疗)8.1甲状腺良性肿瘤消融治疗占比		参照技术规范、质控指标要求	肿瘤消融治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	监测比较								百分比(%)	甲状腺良性肿瘤消融治疗例次占甲状腺良、恶性肿瘤消融治疗总例次的百分比。	甲状腺良性肿瘤消融治疗的例次数/同期甲状腺良、恶性肿瘤消融治疗总例次数×100%	甲状腺良性肿瘤消融治疗的例次数	同期甲状腺良、恶性肿瘤消融治疗总例次数	
合理缺项	第五章	一、	(八)	8	5.1.8.8.2	肿瘤消融治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)(8.甲状腺肿瘤消融治疗)8.2小于2cm甲状腺良性肿瘤消融治疗占比		参照技术规范、质控指标要求	肿瘤消融治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	监测比较								百分比(%)	小于2cm甲状腺良性肿瘤消融治疗占甲状腺良性肿瘤消融治疗的百分比。	小于2cm甲状腺良性肿瘤消融治疗占比=小于2cm甲状腺良性肿瘤消融治疗的例次数/×100%	小于2cm甲状腺良性肿瘤消融治疗的例次数	同期甲状腺良性肿瘤消融治疗总例次数	
合理缺项	第五章	一、	(九)		5.1.9	心室辅助技术临床应用质量控制指标(2022年版)	2.0分				数据评价+数据核验		(1)查自2021年1月1日起至评审前季度末江西省医疗技术临床应用信息化管理平台或评审数据收集系统;(2)现场数据核验。	江西省医疗技术临床应用信息化管理平台	评审数据收集系统	医院填报	年						
合理缺项	第五章	一、	(九)	1	5.1.9.1	心室辅助技术临床应用质量控制指标(2022年版)(1.心室辅助技术应用适应证选择正确率)		参照技术规范、质控指标要求	心室辅助技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步提高								百分比(%)	心室辅助技术应用适应证选择正确的例数占同期心室辅助装置应用总例数的比例。	心室辅助技术应用适应证选择正确的例数/同期心室辅助装置应用总例数×100%	心室辅助技术应用适应证选择正确的例数	同期心室辅助装置应用总例数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
合理 缺项	第五章	一、	(九)	2	5.1.9.2	心室辅助技术临床应用质量控制指标(2022年版)(2.心室辅助装置有效撤除率)		参照技术规范、质控指标要求	心室辅助技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步提高								百分比(%)	心室辅助装置有效撤除,是指心脏功能衰竭D期应用心室辅助装置的患者,经积极治疗后心功能改善而撤除心室辅助装置。心室辅助装置有效撤除率,是指有效撤除心室辅助装置例次数占同期心室辅助装置应用总例次数的比例。	心室辅助装置有效撤除率=有效撤除心室辅助装置例次数/同期心室辅助装置应用总例次数×100%	有效撤除心室辅助装置例次数	同期心室辅助装置应用总例次数	
合理 缺项	第五章	一、	(九)	3	5.1.9.3	心室辅助技术临床应用质量控制指标(2022年版)(3.术后30天死亡率)		参照技术规范、质控指标要求	心室辅助技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	心室辅助装置植(介)入术后30天内死亡患者数(不论何种原因)占同期心室辅助装置植(介)入患者总数的比例。	术后30天死亡率=心室辅助装置植(介)入术后30天内全因死亡患者数/同期心室辅助装置植(介)入患者总数×100%	心室辅助装置植(介)入术后30天内全因死亡患者数	同期心室辅助装置植(介)入患者总数	
合理 缺项	第五章	一、	(九)	4	5.1.9.4	心室辅助技术临床应用质量控制指标(2022年版)(4.心室辅助桥接到心脏移植率)		参照技术规范、质控指标要求	心室辅助技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步提高								百分比(%)	心室辅助桥接到心脏移植,是指患者心脏功能衰竭D期应用心室辅助装置持续治疗期间,桥接到心脏移植手术治疗。心室辅助桥接到心脏移植率,是指心室辅助桥接到心脏移植例数占同期心室辅助装置应用总例数的比例。	心室辅助转换心脏移植率=心室辅助桥接到心脏移植例数/同期心室辅助装置应用总例数×100%	心室辅助桥接到心脏移植例数	同期心室辅助装置应用总例数	
合理 缺项	第五章	一、	(九)	5.1	5.1.9.5.1	心室辅助技术临床应用质量控制指标(2022年版)(5.术中及术后30天内主要并发症发生率)5.1菌血症和败血症发生率		参照技术规范、质控指标要求	心室辅助技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	心室辅助装置植(介)入术中及术后30天内,发生主要并发症的患者数占同期心室辅助装置植(介)入患者总数的比例。	菌血症和败血症发生率=发生菌血症和败血症感染患者数/同期心室辅助装置植(介)入患者总数×100%	发生菌血症和败血症感染患者数	同期心室辅助装置植(介)入患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
合理 缺项	第五章	一、	(九)	5.2	5.1.9.5.2	心室辅助技术临床应用质量控制指标(2022年版)(5.术中及术后30天内主要并发症发生率)5.2纵隔感染发生率		参照技术规范、质控指标要求	心室辅助技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	心室辅助装置植(介)入术中及术后30天内,发生主要并发症的患者数占同期心室辅助装置植(介)入患者总数的比例。	纵隔感染发生率=发生纵隔感染患者数/同期心室辅助装置植(介)入患者总数×100%	发生纵隔感染患者数	同期心室辅助装置植(介)入患者总数	
合理 缺项	第五章	一、	(九)	5.3	5.1.9.5.3	心室辅助技术临床应用质量控制指标(2022年版)(5.术中及术后30天内主要并发症发生率)5.3驱动线缆感染发生率		参照技术规范、质控指标要求	心室辅助技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	心室辅助装置植(介)入术中及术后30天内,发生主要并发症的患者数占同期心室辅助装置植(介)入患者总数的比例。	驱动线缆感染发生率=发生驱动线缆感染患者数/同期心室辅助装置植(介)入患者总数×100%	发生驱动线缆感染患者数	同期心室辅助装置植(介)入患者总数	
合理 缺项	第五章	一、	(九)	5.4	5.1.9.5.4	心室辅助技术临床应用质量控制指标(2022年版)(5.术中及术后30天内主要并发症发生率)5.4内脏出血发生率		参照技术规范、质控指标要求	心室辅助技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	心室辅助装置植(介)入术中及术后30天内,发生主要并发症的患者数占同期心室辅助装置植(介)入患者总数的比例。	内脏出血发生率=发生内脏出血患者数/同期心室辅助装置植(介)入患者总数×100%	发生内脏出血患者数	同期心室辅助装置植(介)入患者总数	
合理 缺项	第五章	一、	(九)	5.5	5.1.9.5.5	心室辅助技术临床应用质量控制指标(2022年版)(5.术中及术后30天内主要并发症发生率)5.5非计划性手术发生率		参照技术规范、质控指标要求	心室辅助技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	心室辅助装置植(介)入术中及术后30天内,发生主要并发症的患者数占同期心室辅助装置植(介)入患者总数的比例。	同期心室辅助装置植(介)入患者总数非计划性手术发生率=发生非计划性手术患者数/同期心室辅助装置植(介)入患者总数×100%	发生非计划性手术患者数	同期心室辅助装置植(介)入患者总数	
合理 缺项	第五章	一、	(九)	5.6	5.1.9.5.6	心室辅助技术临床应用质量控制指标(2022年版)(5.术中及术后30天内主要并发症发生率)5.6溶血发生率		参照技术规范、质控指标要求	心室辅助技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	心室辅助装置植(介)入术中及术后30天内,发生主要并发症的患者数占同期心室辅助装置植(介)入患者总数的比例。	溶血发生率=发生血栓栓塞并发症患者数/同期心室辅助装置植(介)入患者总数×100%	发生血栓栓塞并发症患者数	同期心室辅助装置植(介)入患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
合理缺项	第五章	一、	(九)	5.7	5.1.9.5.7	心室辅助技术临床应用质量控制指标(2022年版)(5.术中及术后30天内主要并发症发生率)5.7血栓栓塞发生率		参照技术规范、质控指标要求	心室辅助技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	心室辅助装置植(介)入术中及术后30天内,发生主要并发症的患者数占同期心室辅助装置植(介)入患者总数的比例。	血栓栓塞发生率=发生血栓栓塞并发症患者数/同期心室辅助装置植(介)入患者总数×100%	发生血栓栓塞并发症患者数	同期心室辅助装置植(介)入患者总数	
合理缺项	第五章	一、	(九)	5.8	5.1.9.5.8	心室辅助技术临床应用质量控制指标(2022年版)(5.术中及术后30天内主要并发症发生率)5.8右心功能衰竭发生率		参照技术规范、质控指标要求	心室辅助技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	心室辅助装置植(介)入术中及术后30天内,发生主要并发症的患者数占同期心室辅助装置植(介)入患者总数的比例。	右心功能衰竭发生率=发生右心功能衰竭患者数/同期心室辅助装置植(介)入患者总数×100%	发生右心功能衰竭患者数	同期心室辅助装置植(介)入患者总数	
合理缺项	第五章	一、	(九)	5.9	5.1.9.5.9	心室辅助技术临床应用质量控制指标(2022年版)(5.术中及术后30天内主要并发症发生率)5.9神经系统并发症发生率		参照技术规范、质控指标要求	心室辅助技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	心室辅助装置植(介)入术中及术后30天内,发生主要并发症的患者数占同期心室辅助装置植(介)入患者总数的比例。	神经系统并发症发生率=发生神经系统并发症患者数/同期心室辅助装置植(介)入患者总数×100%	发生神经系统并发症患者数	同期心室辅助装置植(介)入患者总数	
合理缺项	第五章	一、	(九)	5.10	5.1.9.5.10	心室辅助技术临床应用质量控制指标(2022年版)(5.术中及术后30天内主要并发症发生率)		参照技术规范、质控指标要求	心室辅助技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	心室辅助装置植(介)入术中及术后30天内,发生主要并发症的患者数占同期心室辅助装置植(介)入患者总数的比例。	肾功能衰竭发生率=发生肾功能衰竭患者数/同期心室辅助装置植(介)入患者总数×100%	发生肾功能衰竭患者数	同期心室辅助装置植(介)入患者总数	
合理缺项	第五章	一、	(九)	6	5.1.9.6	心室辅助技术临床应用质量控制指标(2022年版)(6.术后随访率)		参照技术规范、质控指标要求	心室辅助技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步提高								百分比(%)	心室辅助装置植(介)入后1、3、5年随访的例次数占同期心室辅助装置植(介)入总例次数的比例。	术后随访率=心室辅助装置植(介)入后一定时间内完成随访的例次数/同期心室辅助装置植(介)入总例次数×100%	心室辅助装置植(介)入后一定时间内完成随访的例次数	同期心室辅助装置植(介)入总例次数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
合理 缺项	第五章	一、	(九)	7	5.1.9.7	心室辅助技术临床应用质量控制指标(2022年版)(7.患者术后生存率)		参照技术规范、质控指标要求	心室辅助技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步提高								百分比(%)	心室辅助装置植(介)入后1、3、5年随访(失访者按未存活患者统计)尚存活的患者数占同期心室辅助装置植(介)入患者总数的比例。	患者术后生存率=心室辅助装置植(介)入后一定时间内随访尚存活的患者数/同期心室辅助装置植(介)入患者总数×100%	心室辅助装置植(介)入后一定时间内随访尚存活的患者数	同期心室辅助装置植(介)入患者总数	
合理 缺项	第五章	一、	(十)		5.1.10	人工智能辅助治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	2.0分				数据评价+数据核验	(1)查自2021年1月1日起至评审前季度末江西省医疗技术临床应用信息化管理平台或评审数据收集系统;(2)现场数据核验。	(1)有数据收集上报,得1.6分。(2)有数据收集上报,且有指标呈现改善趋势,得2分。(3)有数据收集上报,且有指标达到标杆值,得2分。(4)有数据收集上报,且有指标在全省分级分类排名中处于中等水平以上,得2分。四种评分标准中,取该医院得分高的一种。每缺1项指标扣0.5分。	江西省医疗技术临床应用信息化管理平台	评审数据收集系统	医院填报	年						
合理 缺项	第五章	一、	(十)	1	5.1.10.1	人工智能辅助治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)(1.平均术前准备时间)		参照技术规范、质控指标要求	人工智能辅助治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								分钟	从开始麻醉至手术医师开始实施人工智能辅助治疗技术的平均时间(以分钟为单位)。	平均术前准备时间=人工智能辅助治疗技术术前准备时间总和/同期人工智能辅助治疗技术患者总数	人工智能辅助治疗技术术前准备时间总和	同期人工智能辅助治疗技术患者总数	
合理 缺项	第五章	一、	(十)	2	5.1.10.2	人工智能辅助治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)(2.平均手术时间)		参照技术规范、质控指标要求	人工智能辅助治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								分钟	同一术种从手术医师开始实施人工智能辅助治疗技术到手术完成的平均时间(以分钟为单位)。	平均手术时间=同一术种人工智能辅助治疗技术手术时间总和/同一术种同期人工智能辅助治疗技术患者总数	同一术种人工智能辅助治疗技术手术时间总和	同一术种同期人工智能辅助治疗技术患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件	
合理 缺项	第五章	一、	(十)	3	5.1.1 0.3	人工智能辅助治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)(3.重大并发症发生率)		参照技术规范、质控指标要求	人工智能辅助治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	同一术种实施人工智能辅助治疗技术的患者,术中、术后(住院期间内)发生重大并发症(包括需有创处理的术后出血、重要脏器损伤及功能不全、重症感染、吻合口瘘、麻醉意外等)的例数占同期人工智能辅助治疗技术总例数的比例。	重大并发症发生率=同一术种术中、术后发生重大并发症的例数/同一术种同期人工智能辅助治疗技术总例数×100%	同一术种术中、术后发生重大并发症的例数	同一术种同期人工智能辅助治疗技术总例数		
合理 缺项	第五章	一、	(十)	4	5.1.1 0.4	人工智能辅助治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)(4.手术中转率)		参照技术规范、质控指标要求	人工智能辅助治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	同一术种实施人工智能辅助治疗技术的患者,术中因各种原因转为其它手术方式的例数占同期人工智能辅助治疗技术总例数的比例。	手术中转率=同一术种术中因各种原因转为其它手术方式的例数/同一术种同期人工智能辅助治疗技术总例数×100%	同一术种术中因各种原因转为其它手术方式的例数	同一术种同期人工智能辅助治疗技术总例数		
合理 缺项	第五章	一、	(十)	5	5.1.1 0.5	人工智能辅助治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)(5.术中设备不良事件发生率)		参照技术规范、质控指标要求	人工智能辅助治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	实施人工智能辅助治疗技术的患者,术中发生设备不良事件(是指实施人工智能辅助治疗技术过程中,机器人手术系统发生影响手术操作的事件,包括设备故障、手术器械意外损坏等)的例数占同期人工智能辅助治疗技术总例数的比例。	术中设备不良事件发生率=术中发生设备不良事件的例数/同期人工智能辅助治疗技术总例数×100%	术中发生设备不良事件的例数	同期人工智能辅助治疗技术总例数		
合理 缺项	第五章	一、	(十)	6	5.1.1 0.6	人工智能辅助治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)(6.术中及术后死亡率)		参照技术规范、质控指标要求	人工智能辅助治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低									百分比(%)	术中及术后死亡是指实施人工智能辅助治疗技术的患者,术中及术后(住院期间内)死亡,包括因不可逆疾病而自动出院的患者。术中及术后死亡率是指术中及术后患者死亡人数占同期实施人工智能辅助治疗技术患者总数的比例。	术中及术后死亡率=同一术种术中及术后患者死亡人数/同一术种同期实施人工智能辅助治疗技术患者总数×100%	同一术种术中及术后患者死亡人数	同一术种同期实施人工智能辅助治疗技术患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
合理 缺项	第五 章	一、	(十)	7	5.1.1 0.7	人工智能辅助治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)(7.各专月手术量及人工智能辅助治疗技术比例)		参照技术规范、质控指标要求	人工智能辅助治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	监测 比较								百分比(%)	各专月手术量是指各专月(普通外科、泌尿外科、胸外科、心脏大血管外科、妇科、骨科、神经外科等)每个月开展人工智能辅助治疗(机器人手术系统辅助实施手术,下同)技术的例数。人工智能辅助治疗技术比例是指同一类型疾病,实施人工智能辅助治疗技术的例次数占同期该类疾病手术治疗总例次数的比例。	各专月手术量及人工智能辅助治疗技术的例次数/同期该类疾病手术治疗总例次数×100%	实施人工智能辅助治疗技术的例次数	同期该类疾病手术治疗总例次数	
合理 缺项	第五 章	一、	(十)	8	5.1.1 0.8	人工智能辅助治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)(8.平均住院日)		参照技术规范、质控指标要求	人工智能辅助治疗技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步 降低								天	同一病种实施人工智能辅助治疗技术的患者总床日数与同期实施人工智能辅助治疗技术的患者出院人数的比例。	平均住院日=实施人工智能辅助治疗技术的患者总床日数/同期实施人工智能辅助治疗技术的患者出院人数×100%	实施人工智能辅助治疗技术的患者总床日数	同期实施人工智能辅助治疗技术的患者出院人数	
合理 缺项	第五 章	一、	(十一)		5.1.1 1	体外膜肺氧合(ECMO)技术临床应用质量控制指标(2022年版)	2.0分				数据评价+ 数据核验	(1)查自2021年1月1日起至评审前季度末江西省医疗技术临床应用信息化管理平台或评审数据收集系统;(2)现场数据核验。	(1)有数据收集上报,得1.6分。(2)有数据收集上报,且有指标呈现改善趋势,得2分。(3)有数据收集上报,且有指标达到标杆值,得2分。(4)有数据收集上报,且有指标在全省分级分类排名中处于中等水平以上,得2分。四种评分标准中,取该医院得分高的一种。每缺1项指标扣0.5分。	江西省医 疗技术临 床应用信 息化管理 平台	评审数据 收集系统	医院填 报	年						
合理 缺项	第五 章	一、	(十一)	1	5.1.1 1.1	体外膜肺氧合(ECMO)技术临床应用质量控制指标(2022年版)(1.ECMO有效撤除率)		参照技术规范、质控指标要求	体外膜肺氧合(ECMO)技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步 提高								百分比(%)	ECMO有效撤除,是指应用ECMO的者,经积极治疗后心/肺功能改善或器官移植而撤除ECMO,撤除ECMO后48小时患者仍存活。ECMO有效撤除率,是指有效撤除ECMO例次数占同期ECMO应用例次数的比例。	ECMO有效撤除率=有效撤除ECMO例次数/同期ECMO应用总例次数×100%	有效撤除ECMO例次数	同期ECMO应用总例次数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
合理 缺项	第五章	一、	(十一)	2	5.1.1 1.2	体外膜肺氧合 (ECMO) 技术临床应用质量控制指标 (2022 年版) (2. 30 天全因死亡率)		参照技术规范、质控指标要求	体外膜肺氧合 (ECMO) 技术临床应用质量控制指标 (2022 年版)	逐步降低								百分比 (%)	ECMO 应用后 30 天内死亡患者数 (不论何种原因) 占同期 ECMO 应用患者总数的比例。	30 天全因死亡率=ECMO 应用后 30 天内全因死亡患者数/同期 ECMO 应用患者总数 × 100%	ECMO 应用后 30 天内全因死亡患者数	同期 ECMO 应用患者总数	
合理 缺项	第五章	一、	(十一)	3	5.1.1 1.3	体外膜肺氧合 (ECMO) 技术临床应用质量控制指标 (2022 年版) (3. 一年生存率)		参照技术规范、质控指标要求	体外膜肺氧合 (ECMO) 技术临床应用质量控制指标 (2022 年版)	逐步提高								百分比 (%)	ECMO 应用后 1 年随访 (失访者按未存活患者统计) 尚存活的患者数占同期 ECMO 应用患者总数的比例。	一年生存率=ECMO 应用后 1 年随访尚存活的患者数/同期 ECMO 应用患者总数 × 100%	ECMO 应用后 1 年随访尚存活的患者数	同期 ECMO 应用患者总数	
合理 缺项	第五章	一、	(十一)	4.1	5.1.1 1.4.1	体外膜肺氧合 (ECMO) 技术临床应用质量控制指标 (2022 年版) (4. 机械故障指标) 4.1 氧合器故障发生率		参照技术规范、质控指标要求	体外膜肺氧合 (ECMO) 技术临床应用质量控制指标 (2022 年版)	逐步降低								百分比 (%)	氧合器故障发生率=氧合器故障例次数/同期 ECMO 应用氧合器例次数 × 100%	氧合器故障例次数	同期 ECMO 应用氧合器例次数		
合理 缺项	第五章	一、	(十一)	4.2	5.1.1 1.4.2	体外膜肺氧合 (ECMO) 技术临床应用质量控制指标 (2022 年版) (4. 机械故障指标) 4.2 循环管路进气发生率		参照技术规范、质控指标要求	体外膜肺氧合 (ECMO) 技术临床应用质量控制指标 (2022 年版)	逐步降低								百分比 (%)	循环管路进气发生率=循环管路进气患者例次数/同期 ECMO 应用患者例次数 × 100%	循环管路进气患者例次数	同期 ECMO 应用患者例次数		
合理 缺项	第五章	一、	(十一)	4.3	5.1.1 1.4.3	体外膜肺氧合 (ECMO) 技术临床应用质量控制指标 (2022 年版) (4. 机械故障指标) 4.3 泵头故障发生率		参照技术规范、质控指标要求	体外膜肺氧合 (ECMO) 技术临床应用质量控制指标 (2022 年版)	逐步降低								百分比 (%)	泵头故障发生率=发生泵头故障患者例次数/同期 ECMO 应用泵头例次数 × 100%	发生泵头故障患者例次数	同期 ECMO 应用泵头例次数		
合理 缺项	第五章	一、	(十一)	4.4	5.1.1 1.4.4	体外膜肺氧合 (ECMO) 技术临床应用质量控制指标 (2022 年版) (4. 机械故障指标) 4.4 停泵故障发生率		参照技术规范、质控指标要求	体外膜肺氧合 (ECMO) 技术临床应用质量控制指标 (2022 年版)	逐步降低								百分比 (%)	停泵故障发生率=发生停泵故障患者例次数/同期 ECMO 应用患者例次数 × 100%	发生停泵故障患者例次数	同期 ECMO 应用患者例次数		
合理 缺项	第五章	一、	(十一)	4.5	5.1.1 1.4.5	体外膜肺氧合 (ECMO) 技术临床应用质量控制指标 (2022 年版) (4. 机械故障指标) 4.5 意外脱管发生率		参照技术规范、质控指标要求	体外膜肺氧合 (ECMO) 技术临床应用质量控制指标 (2022 年版)	逐步降低								百分比 (%)	意外脱管发生率=发生管路脱落例次数/同期 ECMO 应用管路例次数 × 100%	发生管路脱落例次数	同期 ECMO 应用管路例次数		

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
合理缺项	第五章	一、	(十一)	4.6	5.1.1 1.4.6	体外膜肺氧合 (ECMO) 技术临床应用质量控制指标 (2022 年版) (4. 机械故障指标) 4.6 置管意外发生率		参照技术规范、质控指标要求	体外膜肺氧合 (ECMO) 技术临床应用质量控制指标 (2022 年版)	逐步降低								百分比 (%)		置管意外发生率=发生置管意外例次数/同期 ECMO 应用患者例次数 × 100%	发生置管意外例次数	同期 ECMO 应用患者例次数	
合理缺项	第五章	一、	(十一)	5.1	5.1.1 1.5.1	体外膜肺氧合 (ECMO) 技术临床应用质量控制指标 (2022 年版) (5. 术中及术后 30 天内患者主要并发症发生率) 5.1 出血发生率		参照技术规范、质控指标要求	体外膜肺氧合 (ECMO) 技术临床应用质量控制指标 (2022 年版)	逐步降低								百分比 (%)	ECMO 术中及术后 30 天内, 发生主要并发症的患者数占同期 ECMO 应用例次数的比例。	出血发生率=发生出血并发症例次数/同期 ECMO 应用例次数 × 100%	发生出血并发症例次数	同期 ECMO 应用例次数	
合理缺项	第五章	一、	(十一)	5.2	5.1.1 1.5.2	体外膜肺氧合 (ECMO) 技术临床应用质量控制指标 (2022 年版) (5. 术中及术后 30 天内患者主要并发症发生率) 5.2 溶血发生率		参照技术规范、质控指标要求	体外膜肺氧合 (ECMO) 技术临床应用质量控制指标 (2022 年版)	逐步降低								百分比 (%)	ECMO 术中及术后 30 天内, 发生主要并发症的患者数占同期 ECMO 应用例次数的比例。	溶血发生率=发生溶血并发症例次数/同期 ECMO 应用例次数 × 100%	发生溶血并发症例次数	同期 ECMO 应用例次数	
合理缺项	第五章	一、	(十一)	5.3	5.1.1 1.5.3	体外膜肺氧合 (ECMO) 技术临床应用质量控制指标 (2022 年版) (5. 术中及术后 30 天内患者主要并发症发生率) 5.3 血栓栓塞发生率		参照技术规范、质控指标要求	体外膜肺氧合 (ECMO) 技术临床应用质量控制指标 (2022 年版)	逐步降低								百分比 (%)	ECMO 术中及术后 30 天内, 发生主要并发症的患者数占同期 ECMO 应用例次数的比例。	血栓栓塞发生率=发生血栓栓塞并发症例次数/同期 ECMO 应用例次数 × 100%	发生血栓栓塞并发症例次数	同期 ECMO 应用例次数	
合理缺项	第五章	一、	(十一)	5.4	5.1.1 1.5.4	体外膜肺氧合 (ECMO) 技术临床应用质量控制指标 (2022 年版) (5. 术中及术后 30 天内患者主要并发症发生率) 5.4 下肢缺血坏死发生率		参照技术规范、质控指标要求	体外膜肺氧合 (ECMO) 技术临床应用质量控制指标 (2022 年版)	逐步降低								百分比 (%)	ECMO 术中及术后 30 天内, 发生主要并发症的患者数占同期 ECMO 应用例次数的比例。	下肢缺血坏死发生率=发生下肢缺血坏死例次数/同期 ECMO 应用例次数 × 100%	发生下肢缺血坏死例次数	同期 ECMO 应用例次数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
合理 缺项	第五 章	一、	(十 一)	5.5	5.1.1 1.5.5	体外膜肺氧合(ECMO)技术临床应用质量控制指标(2022年版)(5.术中及术后30天内患者主要并发症发生率)5.5神经系统并发症发生率		参照技术规范、质控指标要求	体外膜肺氧合(ECMO)技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	ECMO术中及术后30天内,发生主要并发症的患者数占同期ECMO应用例次数的比例。	神经系统并发症发生率=发生神经系统并发症例次数/同期ECMO应用例次数×100%	发生神经系统并发症例次数	同期ECMO应用例次数	
合理 缺项	第五 章	一、	(十 一)	5.6	5.1.1 1.5.6	体外膜肺氧合(ECMO)技术临床应用质量控制指标(2022年版)(5.术中及术后30天内患者主要并发症发生率)5.6血源性感染发生率		参照技术规范、质控指标要求	体外膜肺氧合(ECMO)技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	ECMO术中及术后30天内,发生主要并发症的患者数占同期ECMO应用例次数的比例。	血源性感染发生率=发生血源性感染例次数/同期ECMO应用例次数×100%	发生血源性感染例次数	同期ECMO应用例次数	
合理 缺项	第五 章	一、	(十 二)		5.1.1 2	自体器官移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	2.0分				数据评价+ 数据核验	(1)查自2021年1月1日起至评审前季度末江西省医疗技术临床应用信息化管理平台或评审数据收集系统;(2)现场数据核验。	(1)有数据收集上报,得1.6分。(2)有数据收集上报,且有指标呈现改善趋势,得2分。(3)有数据收集上报,且有指标达到标杆值,得2分。(4)有数据收集上报,且有指标在全省分级分类排名中处于中等水平以上,得2分。四种评分标准中,取该医院得分高的一种。每缺1项指标扣0.5分。	江西省医疗技术临床应用信息化管理平台	评审数据收集系统	医院填报	年						
合理 缺项	第五 章	一、	(十 二)	1.1	5.1.1 2.1.1	自体器官移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(1.自体器官移植手术指标)1.1冷缺血时间比例		参照技术规范、质控指标要求	自体器官移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	监测比较								百分比(%)	冷缺血时间比例为冷缺血时间在6h(小时)以内、6-12h和12h以上三个时间段中的自体器官移植手术例数分别占同期自体器官移植总例数的比例。	冷缺血时间比例=冷缺血时间在一定时间内的自体器官移植手术例数/同期自体器官移植术总例数×100%	冷缺血时间在一定时间内的自体器官移植手术例数	同期自体器官移植术总例数	
合理 缺项	第五 章	一、	(十 二)	1.2	5.1.1 2.1.2	自体器官移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(1.自体器官移植手术指标)1.2无器官期时间比例		参照技术规范、质控指标要求	自体器官移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	监测比较								百分比(%)	无器官期时间比例为无器官期时间在6h以内、6-12h和12h以上三个时间段中的自体器官移植手术例数分别占同期自体器官移植总例数的比例。	无器官期时间比例=无器官期时间在一定时间内的自体器官移植手术例数/同期自体器官移植术总例数×100%	无器官期时间在一定时间内的自体器官移植手术例数	同期自体器官移植术总例数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
合理缺项	第五章	一、	(十二)	1.3	5.1.1 2.1.3	自体器官移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(1.自体器官移植手术指标) 1.3手术时间比例		参照技术规范、质控指标要求	自体器官移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	监测比较								百分比(%)	手术时间比例为手术时间在10h以内、10-20h和20h以上三个时间段中的自体器官移植手术例数分别占同期自体器官移植术总例数的比例	手术时间比例=手术时间在一定时间内的自体器官移植手术例数/同期自体器官移植术总例数×100%	手术时间在一定时间内的自体器官移植手术例数	同期自体器官移植术总例数	
合理缺项	第五章	一、	(十二)	1.4	5.1.1 2.1.4	自体器官移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(1.自体器官移植手术指标) 1.4术中大出血发生率		参照技术规范、质控指标要求	自体器官移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	自体器官移植手术术中出血量在2000ml及以上的手术例数占同期自体器官移植术总例数的比例	术中大出血发生率=术中出血量在2000ml及以上的手术例数/同期自体器官移植术总例数×100%	术中出血量在2000ml及以上的手术例数	同期自体器官移植术总例数	
合理缺项	第五章	一、	(十二)	1.5	5.1.1 2.1.5	自体器官移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(1.自体器官移植手术指标) 1.5术中输血率(红细胞)		参照技术规范、质控指标要求	自体器官移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	术中输血率指自体器官移植术中输入红细胞例数占同期器官移植术总例数的比例	术中输血率(红细胞)=术中输入红细胞例数/同期自体器官移植术总例数×100%	术中输入红细胞例数	同期自体器官移植术总例数	
合理缺项	第五章	一、	(十二)	1.6	5.1.1 2.1.6	自体器官移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(1.自体器官移植手术指标) 1.6平均术中输血量(红细胞)		参照技术规范、质控指标要求	自体器官移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								单位/例	平均术中输血量指自体器官移植术中输入红细胞总量与同期自体器官移植术总例数之比	平均术中输血量(红细胞)=术中输入红细胞总量/同期自体器官移植术总例数	术中输入红细胞总量	同期自体器官移植术总例数	
合理缺项	第五章	一、	(十二)	2	5.1.1 2.2	自体器官移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(2.自体器官移植术成功率)		参照技术规范、质控指标要求	自体器官移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步提高								百分比(%)	自体器官移植术成功是指通过自体器官移植手术达到预期目标病灶彻底清除,预留器官脉管可靠修复及重建,再植后预留器官血流和功能正常。自体器官移植术成功率是指自体器官移植术成功的例数占同期自体器官移植术总例数的比例	自体器官移植术成功率=自体器官移植术成功的例数/同期自体器官移植术总例数×100%	自体器官移植术成功的例数	同期自体器官移植术总例数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
合理 缺项	第五章	一、	(十二)	3.1	5.1.1 2.3.1	自体器官移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(3.术后主要严重并发症指标) 3.1术后早期器官功能不全发生率		参照技术规范、质控指标要求	自体器官移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	自体器官移植术后发生早期器官功能不全的手术例数占同期自体器官移植术总例数的比例	术后早期器官功能不全发生率=术后发生早期器官功能不全的手术例数/同期自体器官移植术总例数×100%	术后发生早期器官功能不全的手术例数	同期自体器官移植术总例数	
合理 缺项	第五章	一、	(十二)	3.2	5.1.1 2.3.2	自体器官移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(3.术后主要严重并发症指标) 3.2术后非计划二次手术率		参照技术规范、质控指标要求	自体器官移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	术后非计划二次手术是指在同一次住院期间,因各种原因导致患者需进行的计划外再次手术。术后非计划二次手术率是指自体器官移植术后发生非计划二次手术的手术例数占同期自体器官移植术总例数的比例	术后非计划二次手术率=术后发生非计划二次手术的手术例数/同期自体器官移植术总例数×100%	术后发生非计划二次手术的手术例数	同期自体器官移植术总例数	
合理 缺项	第五章	一、	(十二)	3.3	5.1.1 2.3.3	自体器官移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(3.术后主要严重并发症指标) 3.3术后血管并发症发生率		参照技术规范、质控指标要求	自体器官移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	自体器官移植术后,1周、1个月、3个月内发生血管并发症的手术例数占同期自体器官移植术总例数的比例。(血管并发症包括动脉、静脉系统的狭窄、血栓、出血)	术后血管并发症发生率=发生一定时间内发生血管并发症的手术例数/同期自体器官移植术总例数×100%	发生一定时间内发生血管并发症的手术例数	同期自体器官移植术总例数	
合理 缺项	第五章	一、	(十二)	3.4	5.1.1 2.3.4	自体器官移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(3.术后主要严重并发症指标) 3.4 Clavien-级及以上并发症发生率(严重并发症发生率)		参照技术规范、质控指标要求	自体器官移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	自体器官移植术后发生Clavien-级及以上并发症的手术例数占同期自体器官移植术总例数的比例	Clavien-级及以上并发症发生率(严重并发症发生率)=术后发生Clavien-III级及以上并发症的手术例数/同期自体器官移植术总例数×100%	术后发生Clavien-III级及以上并发症的手术例数	同期自体器官移植术总例数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
合理缺项	第五章	一、	(十二)	3.5	5.1.1 2.3.5	自体器官移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(3.术后主要严重并发症指标)3.5术后耐药菌感染发生率		参照技术规范、质控指标要求	自体器官移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	自体器官移植术后发生耐药菌感染的手术例数占同期自体器官移植术总例数的比例(多重耐药肺炎克雷伯杆菌、大肠杆菌、阴沟肠杆菌、嗜麦芽寡养单胞菌、鲍曼不动杆菌、铜绿假单胞菌感染纳入耐药菌感染统计,其余暂不做统计)。	术后耐药菌感染发生率=术后发生耐药菌感染的手术例数/同期自体器官移植术总例数×100%	术后发生耐药菌感染的手术例数	同期自体器官移植术总例数	
合理缺项	第五章	一、	(十二)	4.1	5.1.1 2.4.1	自体器官移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(4.患者术后生存指标)4.1术后早期死亡率		参照技术规范、质控指标要求	自体器官移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	自体器官移植术后30天内患者全因(不论何种原因)死亡例数占同期自体器官移植术总例数的比例	术后早期死亡率=术后30天内患者全因死亡例数/同期自体器官移植术总例数×100%	术后30天内患者全因死亡例数	同期自体器官移植术总例数	
合理缺项	第五章	一、	(十二)	4.2	5.1.1 2.4.2	自体器官移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(4.患者术后生存指标)4.2 30天内非计划再次入院率		参照技术规范、质控指标要求	自体器官移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	自体器官移植术后30天内因手术或原发疾病非计划性再次入院治疗例数占同期自体器官移植术总例数的比例。	30天内非计划再次入院率=术后30天内因手术或原发疾病非计划性再次入院治疗例数/同期自体器官移植术总例数×100%	术后30天内因手术或原发疾病非计划性再次入院治疗例数	同期自体器官移植术总例数	
合理缺项	第五章	一、	(十二)	4.3	5.1.1 2.4.3	自体器官移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(4.患者术后生存指标)4.3原发器官疾病术后复发率		参照技术规范、质控指标要求	自体器官移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	自体器官移植术后,1、3、5年内原发器官疾病复发患者数占同期自体器官移植患者总数的比例。	原发器官疾病术后复发率=术后一定时间内原发器官疾病复发患者数/同期自体器官移植患者总数×100%	术后一定时间内原发器官疾病复发患者数	同期自体器官移植患者总数	
合理缺项	第五章	一、	(十二)	5	5.1.1 2.5	自体器官移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(5.术后全身系统严重并发症发生率)		参照技术规范、质控指标要求	自体器官移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步降低								百分比(%)	术后全身系统严重并发症是指自体器官移植术患者,术后发生的心脑血管意外(如心肌梗死、缺血性脑卒中、脑出血等)、肺栓塞、呼吸衰竭、肾衰竭、深静脉血栓、肝功能衰竭等并发症。术后全身系统严重并发症发生率是指术后发生全身系统严重并发症的患者数占同期自体器官移植术患者总数的比例。	术后全身系统严重并发症发生率=术后发生全身系统严重并发症的患者数/同期自体器官移植术患者总数×100%	术后发生全身系统严重并发症的患者数	同期自体器官移植术患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
合理缺项	第五章	一、	(十二)	6	5.1.1 2.6	自体器官移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(6.患者随访率)		参照技术规范、质控指标要求	自体器官移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步提高								百分比(%)	自体器官移植术后1、3、5年内完成随访的例次数占同期自体器官移植术总例次数的比例。	患者随访率=术后一定时间内完成随访的例次数/同期自体器官移植术总例次数×100%	术后一定时间内完成随访的例次数	同期自体器官移植术总例次数	
合理缺项	第五章	一、	(十二)	7	5.1.1 2.7	自体器官移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)(7.术后长期生存率)		参照技术规范、质控指标要求	自体器官移植技术临床应用质量控制指标(2022年版)	逐步提高								百分比(%)	自体器官移植术后,1、3、5年内随访存活的患者数(失访者按未存活患者统计)占同期自体器官移植术患者总数的比例。	术后长期生存率=术后一定时间内随访存活的患者数/同期自体器官移植术患者总数×100%	术后一定时间内随访存活的患者数	同期自体器官移植术患者总数	
	第五章	二、			5.2	人体器官捐献、获取与移植技术	16.0分																
计分项	第五章	二、	(一)		5.2.1	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	2.0分			逐步提高	数据评价+数据核验	(1)查自2021年1月1日起至评审前季度末COTRS或评审数据收集系统;(2)现场数据核验。	(1)有数据收集上报,得1.6分。(2)有数据收集上报,且有指标呈现改善趋势,得2分。(3)有数据收集上报,且有指标达到标杆值,得2分。(4)有数据收集上报,且有指标在全省分级分类排名中处于中等水平以上,得2分。四种评分标准中,取该医院得分高的一种。每缺1项指标扣0.5分。	COTRS	评审数据收集系统	医院填报	年	百分比(%)	医疗机构向人体器官获取组织报送的潜在器官捐献者人数占同期院内死亡人数的比例。	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=向人体器官获取组织报送的潜在器官捐献者人数/同期院内死亡人数×100%	向人体器官获取组织报送的潜在器官捐献者人数	同期院内死亡人数	
计分项	第五章	二、	(二)		5.2.2	实现器官捐献的人数与院内死亡人数比	2.0分			逐步提高	数据评价+数据核验	(1)查自2021年1月1日起至评审前季度末COTRS或评审数据收集系统;(2)现场数据核验。	(1)有数据收集上报,得1.6分。(2)有数据收集上报,且有指标呈现改善趋势,得2分。(3)有数据收集上报,且有指标达到标杆值,得2分。(4)有数据收集上报,且有指标在全省分级分类排名中处于中等水平以上,得2分。四种评分标准中,取该医院得分高的一种。每缺1项指标扣0.5分。	COTRS	评审数据收集系统	医院填报	年	百分比(%)	实现器官捐献的人数占医疗机构同期院内死亡人数的比例。	实现器官捐献的人数与院内死亡人数比=实现器官捐献的人数/同期院内死亡人数×100%	实现器官捐献的人数	同期院内死亡人数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件	
	第五章	二、	(三)		5.2.3	人体器官获取组织质量控制指标(国卫办医函〔2019〕197号)	2.0分				数据评价+数据核验	(1)查自2021年1月1日起至评审前季度末COTRS或评审数据收集系统;(2)现场数据核验。	(1)有数据收集上报,得1.6分。(2)有数据收集上报,且有指标呈现改善趋势,得2分。(3)有数据收集上报,且有指标达到标杆值,得2分。(4)有数据收集上报,且有指标在全省分级分类排名中处于中等水平以上,得2分。四种评分标准中,取该医院得分高的一种。每缺1项指标扣0.5分。	COTRS	评审数据收集系统	医院填报	年							
合理缺项	第五章	二、	(三)	1	5.2.3.1	人体器官获取组织质量控制指标(1.器官捐献转化率)				逐步提高								百分比(%)	在人体器官获取组织(OPO)服务区域内,年度完成器官获取的器官捐献者数量占潜在捐献者总数的比例。	器官捐献转化率=年度获取捐献者数量/同期潜在捐献者总数×100%	年度完成器官获取的器官捐献者数量	同期潜在捐献者总数		
合理缺项	第五章	二、	(三)	2	5.2.3.2	人体器官获取组织质量控制指标(2.平均器官产出率)				逐步提高								百分比(%)	在OPO服务区域内,年度获取并完成移植的器官数量与器官捐献者总数的比例。	平均器官产出率=年度获取并完成移植的器官数量/同期器官捐献者总数×100%	年度获取并完成移植的器官数量	同期器官捐献者总数		
合理缺项	第五章	二、	(三)	3	5.2.3.3	人体器官获取组织质量控制指标(3.器官捐献分类占比)				DBD占比逐步提高,DCD、DBCD占比逐步降低								百分比(%)	脑死亡来源器官捐献者(DBD)、心脏死亡来源器官捐献者(DCD)、脑心双死亡来源器官捐献者(DBCD)数量分别占同期器官捐献者总数的比例。	(DBD/DCD/DBCD)占比=年度(DBD/DCD/DBCD)数量/同期器官捐献者总数×100%	年度(DBD/DCD/DBCD)数量	同期器官捐献者总数		
合理缺项	第五章	二、	(三)	4	5.2.3.4	人体器官获取组织质量控制指标(4.获取器官利用率)				逐步提高								百分比(%)	器官获取后用于移植的器官数量占同期获取器官总数的比例。	获取器官利用率=用于移植的器官数量/同期获取器官总数×100%	用于移植的器官数量	同期获取器官总数		
合理缺项	第五章	二、	(三)	5.1	5.2.3.5.1	人体器官获取组织质量控制指标(5.器官病理检查率)5.1捐献器官获取前活检率				逐步提高								百分比(%)	捐献器官获取前活检率:捐献器官获取前对捐献器官进行活体组织病理检查的数量占同期获取器官的比例。	捐献器官获取前活检率=获取前活检器官数量/同期获取器官总数×100%	获取前活检器官数量	同期获取器官总数		

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
合理缺项	第五章	二、	(三)	5.2	5.2.3.5.2	人体器官获取组织质量控制指标(5.器官病理检查率)5.2捐献器官获取后活检率				逐步提高								百分比(%)	捐献器官获取后活检率:捐献器官获取后移植前对捐献器官进行活体组织病理检查的数量占同期获取器官的比例。	捐献器官获取后活检率=获取后移植前活体组织病理检查数量/同期获取器官总数×100%	获取后移植前活体组织病理检查数量	同期获取器官总数	
合理缺项	第五章	二、	(三)	6	5.2.3.6	人体器官获取组织质量控制指标(6.边缘供器官比率)				逐步降低								百分比(%)	边缘供器官数量占同期获取器官总数的比例。边缘供器官是指移植后存在较高原发性移植物无功能或功能低下以及迟发性移植物失活风险的捐献器官。	边缘供器官比率=边缘供器官数量/同期获取器官总数×100%	边缘供器官数量	同期获取器官总数	
合理缺项	第五章	二、	(三)	7	5.2.3.7	人体器官获取组织质量控制指标(7.器官保存液病原菌培养阳性率)				逐步降低								百分比(%)	OPO获取的器官其保存液中病原菌培养阳性者器官数占器官获取总例数的比例。	器官保存液病原菌培养阳性率=病原菌培养阳性者指数/器官获取总例数×100%	病原菌培养阳性者指数	同期器官获取总例数	
合理缺项	第五章	二、	(三)	8.1	5.2.3.8.1	人体器官获取组织质量控制指标(8.移植器官原发性无功能发生率)8.1总PNF发生率				逐步降低								百分比(%)	同年度捐献器官移植术后PNF并发症发生比例,包括总PNF发生率、DBD来源器官PNF发生率、DCD来源器官PNF发生率、DBCD来源器官PNF发生率。	总PNF发生率=年度(DBD/DCD/DBCD)PNF病例数/同期移植病例总数×100%	年度PNF病例数	同期移植病例总数	
合理缺项	第五章	二、	(三)	8.2	5.2.3.8.2	人体器官获取组织质量控制指标(8.移植器官原发性无功能发生率)8.2(DBD/DCD/DBCD)PNF发生率				逐步降低								百分比(%)	同年度捐献器官移植术后PNF并发症发生比例,包括总PNF发生率、DBD来源器官PNF发生率、DCD来源器官PNF发生率、DBCD来源器官PNF发生率。	(DBD/DCD/DBCD)PNF发生率=年度(DBD/DCD/DBCD)PNF病例数/同期移植病例总数×100%	年度(DBD/DCD/DBCD)PNF病例数	同期移植病例总数	
合理缺项	第五章	二、	(三)	9.1	5.2.3.9.1	人体器官获取组织质量控制指标(9.移植器官术后功能延迟性恢复发生率)9.1总DGF发生率				逐步降低								百分比(%)	同年度捐献器官移植术后DGF并发症发生比例,包括总DGF发生率、DBD来源器官DGF发生率、DCD来源器官DGF发生率、DBCD来源器官DGF发生率。	总DGF发生率=年度(DBD/DCD/DBCD)DGF病例数/同期移植病例总数×100%	年度DGF病例数	同期移植病例总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
合理缺项	第五章	二、	(三)	9.2	5.2.3.9.2	人体器官获取组织质量控制指标(9.移植器官术后功能延迟性恢复发生率) 9.2 (DBD/DCD/DBCD) DGF发生率				逐步降低								百分比(%)	同年度捐献器官移植术后DGF并发症发生率,包括总DGF发生率、DBD来源器官DGF发生率、DCD来源器官DGF发生率、DBCD来源器官DGF发生率。	(DBD/DCD/DBCD) DGF发生率=年度(DBD/DCD/DBCD) DGF病例数/同期移植病例总数×100%	年度(DBD/DCD/DBCD) DGF病例数	同期(DBD/DCD/DBCD) DGF移植病例总数	
合理缺项	第五章	二、	(四)		5.2.4	肝脏移植技术医疗质量控制指标(国卫办医函〔2020〕443号)	2.0分			数据评价+数据核验		(1)查自2021年1月1日起至评审前季度末中国肝移植注册系统或评审数据收集系统;(2)现场数据核验。	(1)有数据收集上报,得1.6分。(2)有数据收集上报,且有指标呈现改善趋势,得2分。(3)有数据收集上报,且有指标达到标杆值,得2分。(4)有数据收集上报,且有指标在全省分级分类排名中处于中等水平以上,得2分。四种评分标准中,取该医院得分高的一种。每缺1项指标扣0.5分。	中国肝移植注册系统	评审数据收集系统	医院填报	年						
合理缺项	第五章	二、	(四)	1.1	5.2.4.1.1	肝癌肝脏移植指标(1.1肝癌肝脏移植受者比例)				监测比较								百分比(%)	肝癌肝脏移植受者人数占同期肝脏移植手术受者总人数的比例。	肝癌肝脏移植受者比例=肝癌肝脏移植受者人数/同期肝脏移植手术受者总人数×100%	肝癌肝脏移植受者人数	同期肝脏移植手术受者总人数	
合理缺项	第五章	二、	(四)	1.2	5.2.4.1.2	肝癌肝脏移植指标(1.2单发肿瘤,直径不超过5cm的肝癌肝脏移植受者比例)				监测比较								百分比(%)	单发肿瘤,直径不超过5cm的肝癌肝脏移植受者人数占同期肝癌肝脏移植手术受者总人数的比例。	单发肿瘤,直径不超过5cm的肝癌肝脏移植受者比例=单发肿瘤,直径不超过5cm的肝癌肝脏移植受者人数/同期肝癌肝脏移植手术受者总人数×100%	单发肿瘤,直径不超过5cm的肝癌肝脏移植受者人数	同期肝癌肝脏移植手术受者总人数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
合理 缺项	第五章	二、	(四)	1.3	5.2.4.1.3	肝癌肝脏移植指标(1.3 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)				监测比较								百分比(%)	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=多发肿瘤, 肿瘤数目不超过3个, 最大直径不超过3cm的肝癌肝脏移植手术受者总人数的比例。	多发肿瘤, 肿瘤数目不超过3个, 最大直径不超过3cm的肝癌肝脏移植受者人数/同期肝癌肝脏移植手术受者总人数×100%	多发肿瘤, 肿瘤数目不超过3个, 最大直径不超过3cm的肝癌肝脏移植受者人数	同期肝癌肝脏移植手术受者总人数	
合理 缺项	第五章	二、	(四)	2.1	5.2.4.2.1	肝脏移植手术指标(2.1 冷缺血时间比例)				监测比较								百分比(%)	冷缺血时间在不超过6小(h), 6-12h和12h以上三个时间段中的肝脏移植手术人数分别占同期肝脏移植手术总人数的比例。	(1)冷缺血时间≤6h比例=冷缺血时间不超过6h的手术人数/同期肝脏移植手术总人数×100%; (2)6h<冷缺血时间≤12h比例=冷缺血时间在6-12h的手术人数/同期肝脏移植手术总人数×100%; (3)冷缺血时间>12h比例=冷缺血时间12h以上的手术人数/同期肝脏移植手术总人数×100%	(1)冷缺血时间不超过6h的手术人数; (2)冷缺血时间在6-12h的手术人数; (3)冷缺血时间12h以上的手术人数	同期肝脏移植手术总人数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件	
合理 缺项	第五章	二、	(四)	2.2	5.2.4.2.2	肝脏移植手术指标(2.2无肝期比例)				监测 比较								百分比(%)	无肝期时间不超过60分钟(min), 60-120min和120min以上三个时间段中的肝脏移植手术人数分别占同期肝脏移植手术总人数的比例。	(1) 无肝期 ≤ 60min比例=无肝期不超过60min的手术人数/同期肝脏移植手术总人数 × 100%; (2) 60min < 无肝期 ≤ 120min比例=无肝期在60-120min的手术人数/同期肝脏移植手术总人数 × 100%; (3) 无肝期 > 120min的比例=无肝期120min以上的手术人数/同期肝脏移植手术总人数 × 100%	(1) 无肝期不超过6min的手术人数; (2) 无肝期在60-120min的手术人数; (3) 无肝期120min以上的手术人数	同期肝脏移植手术总人数		
合理 缺项	第五章	二、	(四)	2.3	5.2.4.2.3	肝脏移植手术指标(2.3手术时间比例)				监测 比较								百分比(%)	手术时间在不超过6h, 6-10h和10h以上三个时间段中的肝脏移植手术人数分别占同期肝脏移植手术总人数的比例。	(1) 手术时间 ≤ 6h比例=手术时间不超过6h的手术人数/同期肝脏移植手术总人数 × 100%; (2) 6h < 手术时间 ≤ 10h比例=手术时间在6-10h的手术人数/同期肝脏移植手术总人数 × 100%; (3) 手术时间 > 10h比例=手术时间在10h以上的手术人数/同期肝脏移植手术总人数 × 100%	(1) 手术时间不超过6h的手术人数; (2) 手术时间在6-10h的手术人数; (3) 手术时间在10h以上的手术人数	同期肝脏移植手术总人数		

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
合理 缺项	第五 章	二、	(四)	2.4	5.2.4. 2.4	肝脏移植手术指标(2.4术中大出血发生率)				逐步 降低								百分比(%)	成人肝脏移植手术受者术中出血量在2000ml及以上的手术人数占同期成人肝脏移植手术总人数的比例。	术中大出血发生率=成人肝脏移植手术受者术中出血量在2000ml及以上的手术人数/同期成人肝脏移植手术总人数×100%	成人肝脏移植手术受者术中出血量在2000ml及以上的手术人数	同期肝脏移植手术总人数	
合理 缺项	第五 章	二、	(四)	3.1	5.2.4. 3.1	术后主要并发症指标[3.1术后早期肝功能不全(EAD)发生率]				逐步 降低								百分比(%)	肝脏移植手术后发生EAD的手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。	术后EAD发生率=发生EAD的手术人数/同期肝脏移植手术总人数×100%	发生EAD的手术人数	同期肝脏移植手术总人数	
合理 缺项	第五 章	二、	(四)	3.2	5.2.4. 3.2	术后主要并发症指标(3.2术后非计划二次手术率)				逐步 降低								百分比(%)	肝脏移植手术后发生非计划二次手术的手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。	术后非计划二次手术率=进行非计划二次手术的手术人数/同期肝脏移植手术总人数×100%	进行非计划二次手术的手术人数	同期肝脏移植手术总人数	
合理 缺项	第五 章	二、	(四)	3.3	5.2.4. 3.3	术后主要并发症指标[3.3术后血管并发症发生率(1周内、1月内、3月内)]				逐步 降低								百分比(%)	肝脏移植手术后发生血管并发症的手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。	术后血管并发症发生率=发生血管并发症的手术人数/同期肝脏移植手术总人数×100%	发生血管并发症的手术人数	同期肝脏移植手术总人数	
合理 缺项	第五 章	二、	(四)	3.4	5.2.4. 3.4	术后主要并发症指标[3.4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)]				逐步 降低								百分比(%)	肝脏移植手术后发生超急性排斥反应、急性排斥反应的手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例	术后超急性排斥反应/急性排斥反应发生率=发生超急性排斥反应/急性排斥反应的手术人数/同期肝脏移植手术总人数×100%	发生超急性排斥反应/急性排斥反应的手术人数	同期肝脏移植手术总人数	
合理 缺项	第五 章	二、	(四)	3.5	5.2.4. 3.5	术后主要并发症指标[3.5术后胆道并发症发生率(1月内、6月内、1年内)]				逐步 降低								百分比(%)	肝脏移植手术后发生胆道并发症的手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。	术后胆道并发症发生率=术后发生胆道并发症的手术人数/同期肝脏移植手术总人数×100%	术后发生胆道并发症的手术人数	同期肝脏移植手术总人数	
合理 缺项	第五 章	二、	(四)	3.6	5.2.4. 3.6	术后主要并发症指标[3.6术后耐药菌感染发生率(1周内、1月内、6月内、1年内)]				逐步 降低								百分比(%)	肝脏移植手术后发生耐药菌感染的手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。	术后耐药菌感染发生率=术后发生耐药菌感染的手术人数/同期肝脏移植手术总人数×100%	术后发生耐药菌感染的手术人数	同期肝脏移植手术总人数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
合理缺项	第五章	二、	(四)	4.1	5.2.4.4.1	受者术后生存指标(4.1术后早期死亡率)				逐步降低								百分比(%)	肝脏移植术后30天内受者全因死亡人数占同期肝脏移植手术受者总人数的比例。	术后早期死亡率=肝脏移植术后30天内受者全因死亡人数/同期肝脏移植手术受者总人数×100%	肝脏移植术后30天内受者全因死亡人数	同期肝脏移植手术总人数	
合理缺项	第五章	二、	(四)	4.2	5.2.4.4.2	受者术后生存指标[4.2受者术后生存率(1年、3年、5年)]				逐步提高								百分比(%)	肝脏移植某一时间(1年、3年、5年)随访尚存活的受者人数占同期肝脏移植手术受者总人数的比例。	(1) 良性肝病肝脏移植受者术后生存率=肝脏移植某一时间随访尚存活的良性肝病受者人数/同期良性肝病肝脏移植手术受者总人数×100%; (2) 肝癌肝脏移植受者术后生存率=肝脏移植某一时间随访尚存活的肝癌肝病受者人数/同期肝癌肝病肝脏移植手术受者总人数×100%	(1) 肝脏移植某一时间随访尚存活的良性肝病受者人数; (2) 肝癌肝脏移植某一时间随访尚存活的肝癌肝病受者人数	(1) 同期良性肝病肝脏移植手术受者总人数; (2) 同期肝癌肝病肝脏移植手术受者总人数	
合理缺项	第五章	二、	(四)	4.3	5.2.4.4.3	受者术后生存指标[4.3肝癌肝脏移植受者术后无瘤生存率(1年、3年、5年)]				逐步提高								百分比(%)	肝癌肝脏移植某一时间(1年、3年、5年)无瘤存活的受者人数占同期肝癌肝脏移植手术受者总人数的比例。	肝癌肝脏移植受者术后无瘤生存率=肝癌肝脏移植后某一时间无瘤存活的受者人数/同期肝癌肝病肝脏移植手术受者总人数×100%	肝癌肝脏移植后某一时间无瘤存活的受者人数	同期肝癌肝病肝脏移植手术受者总人数	
合理缺项	第五章	二、	(四)	5.1	5.2.4.5.1	中国肝移植注册系统(CLTR)数据报送质量指标(5.1数据完整度)				逐步提高								百分比(%)	向CLTR系统所报送数据的完整度累计值与同期肝脏移植总人数的比例。	数据完整度=Σ每例肝脏移植病例数据完整度得分/同期肝脏移植总人数×100%	Σ每例肝脏移植病例数据完整度得分	同期肝脏移植总人数	
合理缺项	第五章	二、	(四)	5.2	5.2.4.5.2	中国肝移植注册系统(CLTR)数据报送质量指标(5.2数据及时性)				逐步提高								百分比(%)	完成肝脏移植手术后72小时内向CLTR系统报送的病例数占同期肝脏移植总人数的比例。	数据及时性=术后72小时内报送的病例数/同期肝脏移植总人数×100%	术后72小时内报送的病例数	同期肝脏移植总人数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件	
合理 缺项	第五章	二、	(四)	5.3	5.2.4.5.3	中国肝移植注册系统(CLTR)数据报送质量指标(5.3数据真实性)				逐步提高								百分比(%)	向CLTR系统所报送数据的真实性总得分与同期肝移植总人数的比例。	数据真实性=Σ每例肝移植病例数据真实性得分/同期肝移植总人数×100%	Σ每例肝移植病例数据真实性得分	同期肝移植总人数		
合理 缺项	第五章	二、	(四)	5.4	5.2.4.5.4	中国肝移植注册系统(CLTR)数据报送质量指标(5.4有效随访率)				逐步提高								百分比(%)	肝移植手术后在CLTR系统中报送的有效随访次数占同期肝移植应完成总例次数的比例。	有效随访率=Σ每例肝移植病例一定时间内完成的有效随访次数/(同期每例肝移植病例应完成的有效随访次数/同期肝移植总人数)×100%	Σ每例肝移植病例一定时间内完成的有效随访次数	(同期每例肝移植病例应完成的有效随访次数/同期肝移植总人数)		
合理 缺项	第五章	二、	(四)	5.5	5.2.4.5.5	中国肝移植注册系统(CLTR)数据报送质量指标(5.5受者失访率)				逐步降低								百分比(%)	肝移植手术后一定时间内失访的受者人数占同期肝移植手术受者总人数的比例。	受者失访率=肝移植手术后一定时间内失访的受者人数/同期肝移植手术受者总人数×100%	肝移植手术后一定时间内失访的受者人数	同期肝移植总人数		
合理 缺项	第五章	二、	(五)		5.2.5	肾脏移植技术医疗质量控制指标(国卫办医函〔2020〕443号)	2.0分			数据评价+数据核验		(1)查自2021年1月1日起至评审前季度末CSRKT或评审数据收集系统;(2)现场数据核验。		CSRKT	评审数据收集系统	医院填报	年							
合理 缺项	第五章	二、	(五)	1.1	5.2.5.1.1	冷热缺血时间(1.1热缺血时间≤10min的比例)				逐步提高								百分比(%)	热缺血时间≤10分钟(min)的肾脏移植人数分别占同期肾脏移植总人数的比例。	热缺血时间≤10min的比例=热缺血时间≤10min的人数/同期肾脏移植总人数×100%	热缺血时间≤10min的人数	同期肾脏移植总人数		
合理 缺项	第五章	二、	(五)	1.2	5.2.5.1.2	冷热缺血时间(1.2冷缺血时间≤24h的比例)				逐步提高								百分比(%)	冷缺血时间≤24小时(h)的肾脏移植人数分别占同期肾脏移植总人数的比例。	冷缺血时间≤24h的比例=冷缺血时间≤24h的人数/同期肾脏移植总人数×100%	冷缺血时间≤24h的人数	同期肾脏移植总人数		

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
合理缺项	第五章	二、	(五)	2	5.2.5.2	亲属间活体捐献者重大并发症发生率				逐步降低								百分比(%)	亲属间活体肾脏捐献者,术后30天内发生的重大并发症的人数占同期亲属间活体肾脏捐献者总人数的比例。	亲属间活体捐献者重大并发症发生率=亲属间活体器官捐献者术后30天内重大并发症发生人数/同期亲属活体肾脏移植总人数×100%	亲属间活体器官捐献者术后30天内重大并发症发生人数	同期亲属活体肾脏移植总人数	
合理缺项	第五章	二、	(五)	3	5.2.5.3	术后30天内死亡率				逐步降低								百分比(%)	肾脏移植术后30天内受者全因死亡人数占同期肾脏移植总人数的比例。	术后30天内死亡率=肾脏移植术后30天内受者全因死亡人数/同期肾脏移植总人数×100%	肾脏移植术后30天内受者全因死亡人数	同期肾脏移植总人数	
合理缺项	第五章	二、	(五)	4	5.2.5.4	移植肾功能延迟恢复发生率				逐步降低								百分比(%)	肾脏移植术后发生移植肾功能延迟恢复(DGF)的受者人数占同期肾脏移植总人数的比例。	DGF发生率=肾脏移植术后发生DGF受者人数/同期肾脏移植总人数×100%	肾脏移植术后发生DGF受者人数	同期肾脏移植总人数	
合理缺项	第五章	二、	(五)	5	5.2.5.5	血管并发症发生率				逐步降低								百分比(%)	肾脏移植术后1年内发生血管并发症的受者人数占同期肾脏移植总人数的比例。	血管并发症发生率=肾脏移植术后1年内发生血管并发症的受者人数/同期肾脏移植总人数×100%	肾脏移植术后1年内发生血管并发症的受者人数	同期肾脏移植总人数	
合理缺项	第五章	二、	(五)	6	5.2.5.6	急性排斥反应发生率				逐步降低								百分比(%)	肾脏移植术后1年内发生急性排斥反应受者人数占同期肾脏移植总人数的比例。	急性排斥反应发生率=肾脏移植术后1年内发生急性排斥反应受者人数/同期肾脏移植总人数×100%	肾脏移植术后1年内发生急性排斥反应受者人数	同期肾脏移植总人数	
合理缺项	第五章	二、	(五)	7	5.2.5.7	术后感染发生率				逐步降低								百分比(%)	肾脏移植术后100天内发生感染的受者人数占同期肾脏移植总人数的比例。	术后感染发生率=肾脏移植术后100天内发生感染的受者人数/同期肾脏移植总人数×100%	肾脏移植术后100天内发生感染的受者人数	同期肾脏移植总人数	
合理缺项	第五章	二、	(五)	8.1	5.2.5.8.1	中国肾脏移植科学登记系统(CSRKT)数据报送质量指标(8.1数据完整度)				逐步提高								百分比(%)	向CSRKT系统报送数据的完整度得分累计值与同期肾脏移植总人数的比例。	数据完整度=所有病例的完整度得分累计值/同期肾脏移植总人数	所有病例的完整度得分累计值	同期肾脏移植总人数	
合理缺项	第五章	二、	(五)	8.2	5.2.5.8.2	中国肾脏移植科学登记系统(CSRKT)数据报送质量指标(8.2数据及时性)				逐步提高								百分比(%)	完成肾脏移植手术后72小时内向CSRKT系统报送患者数占同期肾脏移植总人数的比例。	数据及时性=术后72小时内报送的患者数/同期肾脏移植总人数×100%	术后72小时内报送的患者数	同期肾脏移植总人数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件	
合理缺项	第五章	二、	(五)	8.3	5.2.5.8.3	中国肾脏移植科学登记系统(CSRKT)数据报送质量指标(8.3数据真实性)				逐步提高								百分比(%)	向CSRKT系统所报送数据的真实性总得分与同期肾脏移植总人数的比例。	数据真实性= $\frac{\sum \text{每例肾脏移植病例数据真实性得分}}{\sum \text{同期肾脏移植总人数}} \times 100\%$	$\sum \text{每例肾脏移植病例数据真实性得分}$	同期肾脏移植总人数		
合理缺项	第五章	二、	(五)	8.4	5.2.5.8.4	中国肾脏移植科学登记系统(CSRKT)数据报送质量指标(8.4受者总体随访质量)				逐步提高								百分比(%)	该医疗机构所有病例的随访质量得分的平均值。	受者总体随访质量=随访质量得分总和/该机构同期肾脏移植总人数	随访质量得分总和	同期肾脏移植总人数		
合理缺项	第五章	二、	(五)	9	5.2.5.9	移植肾生存率				逐步提高								百分比(%)	接受肾脏移植手术后,在某段时间(1年、3年、5年等),移植肾脏的生存率。	采用乘积极限法(Kaplan-Meier法)计算。				
合理缺项	第五章	二、	(六)		5.2.6	心脏移植技术医疗质量控制指标(国卫办医函〔2020〕443号)	2.0分			数据评价+数据核验			(1)查自2021年1月1日起至评审前季度末中国心脏移植注册登记系统或评审数据收集系统;(2)现场数据核验。	中国心脏移植注册登记系统	评审数据收集系统	医院填报	年							
合理缺项	第五章	二、	(六)	1	5.2.6.1	伦理委员会决议通过率				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,术前经医疗机构伦理委员会讨论通过的肾脏移植患者数占肾脏移植总人数的比例。	伦理委员会决议通过率= $\frac{\text{通过伦理委员会讨论的肾脏移植手术人数}}{\text{同期肾脏移植手术总人数}} \times 100\%$	通过伦理委员会讨论的肾脏移植手术人数	同期肾脏移植手术总人数		
合理缺项	第五章	二、	(六)	2	5.2.6.2	术前有创肺动脉压监测率				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,术前行有创肺动脉压监测的人数占肾脏移植总人数的比例。	术前行有创肺动脉压监测率= $\frac{\text{术前行有创肺动脉压监测的人数}}{\text{同期肾脏移植手术总人数}} \times 100\%$	术前行有创肺动脉压监测的人数	同期肾脏移植手术总人数		
合理缺项	第五章	二、	(六)	3	5.2.6.3	术前心肺运动试验检查率				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,术前行心肺运动试验(CPET)检查的肾脏移植人数占肾脏移植总人数的比例。	术前CPET检查率= $\frac{\text{术前行CPET检查的肾脏移植手术人数}}{\text{同期肾脏移植手术总人数}} \times 100\%$	术前行CPET检查的肾脏移植手术人数	同期肾脏移植手术总人数		

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
合理缺项	第五章	二、	(六)	4	5.2.6.4	供体心脏缺血时间小于等于6小时的比例				逐步提高								百分比(%)	单位时间内，医疗机构获取的供体心脏的缺血时间小于等于6小时的例数占总例数的比例。	供体心脏缺血时间小于等于6小时的比例=供体心脏缺血时间小于等于6小时的例数/同期心脏移植手术总例数×100%	供体心脏缺血时间小于等于6小时的例数	同期心脏移植手术总例数	
合理缺项	第五章	二、	(六)	5.1	5.2.6.5.1	术中术后生命支持应用率(5.1ECMO应用率)				监测比较								百分比(%)	单位时间内，心脏移植术中术后使用体外膜肺氧合(ECMO)的人数占同期心脏移植总人数的比例。	ECMO应用率=术中术后使用ECMO的心脏移植手术人数/同期心脏移植手术总人数×100%	术中术后使用ECMO的心脏移植手术人数	同期心脏移植手术总人数	
合理缺项	第五章	二、	(六)	5.2	5.2.6.5.2	术中术后生命支持应用率(5.2IABP应用率)				监测比较								百分比(%)	单位时间内，心脏移植术中术后使用主动脉内球囊反搏(IABP)的人数占同期心脏移植总人数的比例。	IABP应用率=术中术后使用IABP的心脏移植手术人数/同期心脏移植手术总人数×100%	术中术后使用IABP的心脏移植手术人数	同期心脏移植手术总人数	
合理缺项	第五章	二、	(六)	5.3	5.2.6.5.3	术中术后生命支持应用率(5.3CRRT应用率)				监测比较								百分比(%)	单位时间内，心脏移植术中术后使用连续性肾脏替代治疗(CRRT)的人数占同期心脏移植总人数的比例。	CRRT应用率=术中术后使用CRRT的心脏移植手术人数/同期心脏移植手术总人数×100%	术中术后使用CRRT的心脏移植手术人数	同期心脏移植手术总人数	
合理缺项	第五章	二、	(六)	6	5.2.6.6	术后机械通气时间小于等于48小时的比例				逐步提高								百分比(%)	单位时间内，心脏移植手术受者术后接受机械通气的时间小于等于48小时的人数占心脏移植总人数的比例。	术后机械通气时间小于等于48小时的比例=术后机械通气时间小于等于48小时的人数/同期心脏移植手术总人数×100%	术后机械通气时间小于等于48小时的人数	同期心脏移植手术总人数	
合理缺项	第五章	二、	(六)	7	5.2.6.7	术后并发症发病率				逐步降低								百分比(%)	单位时间内，心脏移植手术受者术后(自手术开始至出院)发生的手术相关并发症人数占同期心脏移植总人数的比例。	术后并发症发病率=术后出现并发症的心脏移植人数/同期心脏移植手术总人数×100%	术后出现并发症的心脏移植人数	同期心脏移植手术总人数	
合理缺项	第五章	二、	(六)	8	5.2.6.8	术后院内死亡率				逐步降低								百分比(%)	单位时间内，心脏移植手术受者术后(自手术开始至出院)全因死亡人数占同期心脏移植总人数的比例。	术后院内死亡率=心脏移植手术受者术后全因死亡人数/同期心脏移植手术总人数×100%	心脏移植手术受者术后全因死亡人数	同期心脏移植手术总人数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件	
合理缺项	第五章	二、	(六)	9	5.2.6.9	术后存活率				逐步提高								百分比 (%)	根据术后随访数据计算心脏移植术后30天、1年、3年、5年和10年存活的心脏移植受者人数占同期应随访心脏移植总人数的比例。	心脏移植术后(30天、1年、3年、5年、10年)存活率=术后30天、1年、3年、5年、10年存活的心脏移植人数/同期应随访心脏移植手术总人数×100%	术后(30天、1年、3年、5年、10年)存活的心脏移植人数	同期应随访心脏移植手术总人数		
合理缺项	第五章	二、	(六)	10.1	5.2.6.10.1	中国心脏移植注册登记数据报送质量指标(10.1数据完整度)				逐步提高								百分比 (%)	向中国心脏移植注册系统报送数据的完整度得分与同期心脏移植总人数的比例。	数据完整度=Σ每例心脏移植手术上报数据完整度得分/同期心脏移植手术总人数×100%	Σ每例心脏移植手术上报数据完整度得分	同期心脏移植手术总人数		
合理缺项	第五章	二、	(六)	10.2	5.2.6.10.2	中国心脏移植注册登记数据报送质量指标(10.2数据及时性)				逐步提高								百分比 (%)	完成心脏移植手术后72小时内向中国心脏移植注册系统报送病例数占同期心脏移植总人数的比例。	数据及时性=及时报送数据的手术例数/同期心脏移植手术总人数×100%	及时报送数据的手术例数	同期心脏移植手术总人数		
合理缺项	第五章	二、	(六)	10.3	5.2.6.10.3	中国心脏移植注册登记数据报送质量指标(10.3随访完整度)				逐步提高								百分比 (%)	向中国心脏移植注册系统报送的随访数据完整度得分与同期心脏移植总人数的比例。	随访完整度=每例心脏移植受者出院随访数据完整度得分/同期心脏移植手术总人数×100%	Σ每例心脏移植手术上报数据完整度得分	同期心脏移植手术总人数		
合理缺项	第五章	二、	(七)		5.2.7	肺脏移植技术医疗质量控制指标(国卫办医函〔2020〕443号)	2.0分			数据评价+数据核验		(1)查自2021年1月1日起至评审前季度末中国肺脏移植注册登记系统或评审数据收集系统;(2)现场数据核验。		中国肺脏移植注册登记系统	评审数据收集系统	医院填报	年							
合理缺项	第五章	二、	(七)	1	5.2.7.1	肺脏移植绝对适应证占比				逐步提高								百分比 (%)	符合临床肺脏移植手术绝对适应证的手术人数占同期肺脏移植手术总数的比例。	肺脏移植绝对适应证占比=符合肺脏移植手术绝对适应证的手术人数/同期肺脏移植手术总人数×100%	符合肺脏移植手术绝对适应证的手术人数	同期肺脏移植手术总人数		

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
合理 缺项	第五章	二、	(七)	2	5.2.7.2	热缺血时间≤1分钟(min)比例				逐步提高								百分比(%)	热缺血时间≤1min的肺脏移植手术人数占同期肺脏移植手术总人数的比例。	热缺血时间≤1分钟(min)比例=热缺血时间≤1min的肺脏移植手术人数/同期肺脏移植手术总人数×100%	热缺血时间≤1min的肺脏移植手术人数	同期肺脏移植手术总人数	
合理 缺项	第五章	二、	(七)	3	5.2.7.3	冷缺血时间≤12小时(h)比例				逐步提高								百分比(%)	冷缺血时间≤12小时的肺脏移植手术人数占同期肺脏移植手术总人数的比例。	冷缺血时间≤12h比例=冷缺血时间≤12h的肺脏移植手术人数/同期肺脏移植手术总人数×100%	冷缺血时间≤12h的肺脏移植手术人数	同期肺脏移植手术总人数	
合理 缺项	第五章	二、	(七)	4	5.2.7.4	术中异体输血≤1000毫升(ml)手术比例				逐步提高								百分比(%)	术中输入异体血≤1000ml的肺脏移植手术例数(包括未输血例数)占同期肺脏移植手术例数的比例。	术中异体输血≤1000ml手术比例=术中输入异体血≤1000ml的肺脏移植手术例数/同期肺脏移植手术总例数×100%	术中输入异体血≤1000ml的肺脏移植手术例数	同期肺脏移植手术总例数	
合理 缺项	第五章	二、	(七)	5	5.2.7.5	术后二次开胸率				逐步降低								百分比(%)	肺脏移植术后一个月内再次开胸的人数占同期肺脏移植总人数的比例。	术后二次开胸率=肺脏移植术后一个月内再次开胸的人数/同期肺脏移植手术总人数×100%	肺脏移植术后一个月内再次开胸的人数	同期肺脏移植手术总人数	
合理 缺项	第五章	二、	(七)	6	5.2.7.6	术后3个月内感染发生率				逐步降低								百分比(%)	肺脏移植术后3个月内发生感染的人数占同期肺脏移植总人数的比例。	术后3个月内感染发生率=肺脏移植术后3个月内发生细菌、真菌、病毒感染的人数/同期肺脏移植手术总人数×100%	肺脏移植术后3个月内发生细菌、真菌、病毒感染的人数	同期肺脏移植手术总人数	
合理 缺项	第五章	二、	(七)	7	5.2.7.7	术后6个月内气道吻合口并发症发生率				逐步降低								百分比(%)	肺脏移植术后6个月内发生气道吻合口并发症的人数占同期肺脏移植总人数的比例。	术后6个月内气道吻合口并发症发生率=术后6个月内发生气道吻合口并发症的肺脏移植人数/同期肺脏移植手术总人数×100%	术后6个月内发生气道吻合口并发症的肺脏移植人数	同期肺脏移植手术总人数	
合理 缺项	第五章	二、	(七)	8	5.2.7.8	诊断符合率				逐步提高								百分比(%)	诊断符合的人数占同期肺脏移植总人数的比例。	诊断符合率=肺脏移植术后病理诊断与入院诊断相符合的人数/同期肺脏移植总人数×100%	肺脏移植术后病理诊断与入院诊断相符合的人数	同期肺脏移植总人数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
合理 缺项	第五章	二、	(七)	9	5.2.7.9	术后(6月、1年、3年、5年、10年)生存率				逐步提高								百分比(%)	肺脏移植术后(6月、1年、3年、5年、10年)随访(失访者按未存活统计)尚存活的肺脏移植患者数占同期肺脏移植总人数的比例。	术后(6月、1年、3年、5年、10年)生存率=肺脏移植术后6月、1年、3年、5年、10年随访尚存活的肺脏移植患者数/同期肺脏移植总人数×100%	肺脏移植术后6月、1年、3年、5年、10年随访尚存活的肺脏移植患者数	同期肺脏移植总人数	
合理 缺项	第五章	二、	(七)	10.1	5.2.7.10.1	中国肺脏移植注册登记数据报送质量指标(10.1数据完整度)				逐步提高								百分比(%)	向中国肺脏移植注册系统报送数据的完整度得分与同期肺脏移植总人数的比例。	数据完整度=Σ每例肺脏移植手术上报数据完整度得分/同期肺脏移植手术总人数×100%	每例肺脏移植手术上报数据完整度得分	同期肺脏移植手术总人数	
合理 缺项	第五章	二、	(七)	10.2	5.2.7.10.2	中国肺脏移植注册登记数据报送质量指标(10.2数据及时性)				逐步提高								百分比(%)	完成肺脏移植手术后72小时内向中国肺脏移植注册系统报送病例数占同期肺脏移植总人数的比例。	数据及时性=及时报送数据的肺脏移植手术例数/同期肺脏移植手术总人数×100%	及时报送数据的肺脏移植手术例数	同期肺脏移植手术总人数	
合理 缺项	第五章	二、	(七)	10.3	5.2.7.10.3	中国肺脏移植注册登记数据报送质量指标(10.3随访完整度)				逐步提高								百分比(%)	向中国肺脏移植注册系统报送的肺脏移植术后随访的例次数占同期肺脏移植术后应当进行随访的总例次数的比例。	随访完整度=肺脏移植术后随访的例次数/同期肺脏移植手术总人数×100%	肺脏移植术后随访的例次数	同期肺脏移植手术总人数	
合理 缺项	第五章	三、			5.3	其他重点医疗技术质量控制指标	2.0分																

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件	
合理 缺项	第五章	三、	(一)		5.3.1	消化内镜诊疗技术医疗质量控制指标(国卫办医函〔2022〕161号)	2.0分				数据评价+ 数据核验	(1)查自2023年1月1日起至评审前季度末江西省医疗技术临床应用信息化管理平台或评审数据收集系统; (2)现场数据核验。	(1)有数据收集上报,得1.6分。(2)有数据收集上报,且有指标呈现改善趋势,得2分。(3)有数据收集上报,且有指标达到标杆值,得2分。(4)有数据收集上报,且有指标在全省分级分类排名中处于中等水平以上,得2分。四种评分标准中,取该医院得分高的一种。每缺1项指标扣0.5分。	江西省医疗技术临床应用信息化管理平台	评审数据收集系统	医院填报	年							
合理 缺项	第五章	三、	(一)	1	5.3.1.1	消化内镜诊疗技术医疗质量控制指标(1.消化内镜中心医师年均工作量)				监测比较								例次/人	消化内镜中心医师每年平均承担的工作量。(消化内镜中心医师是指在本机构注册的从事消化内镜诊疗的医师。)	消化内镜中心医师年均工作量=消化内镜中心年诊疗例次数/消化内镜中心医师数	消化内镜中心年诊疗例次数	消化内镜中心医师数		
合理 缺项	第五章	三、	(一)	2	5.3.1.2	消化内镜诊疗技术医疗质量控制指标(2.四级消化内镜诊疗技术占比)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,消化内镜中心开展四级消化内镜诊疗技术例次数占同期消化内镜诊疗总例次数的比例。	四级消化内镜诊疗技术占比=单位时间内消化内镜中心开展四级消化内镜诊疗技术例次数/同期消化内镜诊疗总例次数×100%	单位时间内消化内镜中心开展四级消化内镜诊疗技术例次数	同期消化内镜诊疗总例次数		
合理 缺项	第五章	三、	(一)	3	5.3.1.3	消化内镜诊疗技术医疗质量控制指标(3.三级消化内镜诊疗技术占比)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,消化内镜中心开展三级消化内镜诊疗技术例次数占同期消化内镜诊疗总例次数的比例。	三级消化内镜诊疗技术占比=单位时间内消化内镜中心开展三级消化内镜诊疗技术例次数/同期消化内镜诊疗总例次数×100%	单位时间内消化内镜中心开展三级消化内镜诊疗技术例次数	同期消化内镜诊疗总例次数		
合理 缺项	第五章	三、	(一)	4	5.3.1.4	消化内镜诊疗技术医疗质量控制指标(4.上消化道内镜检查完整率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,上消化道内镜检查完整的例次数占同期上消化道内镜检查总例次数的比例。(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。)	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%	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		

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
合理 缺项	第五 章	三、	(一)	5	5.3.1. 5	消化内镜诊疗技术医疗质量控制指标(5.结肠镜检查肠道准备优良率)				逐步 提高								百分比(%)	单位时间内,肠道准备优良的结肠镜检查例次数占同期结肠镜检查总例次数的比例。	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%	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	
合理 缺项	第五 章	三、	(一)	6	5.3.1. 6	消化内镜诊疗技术医疗质量控制指标(6.结肠镜盲肠插镜成功率)				逐步 提高								百分比(%)	单位时间内,结肠镜检查到达盲肠例次数占同期结肠镜检查总例次数的比例。(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。)	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×100%	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	
合理 缺项	第五 章	三、	(一)	7	5.3.1. 7	消化内镜诊疗技术医疗质量控制指标(7.结肠镜退镜检查时间≥6分钟率)				逐步 提高								百分比(%)	单位时间内,结肠镜检查退镜检查时间≥6分钟的例次数占同期结肠镜检查总例次数的比例。	结肠镜退镜检查时间≥6分钟率=单位时间内结肠镜检查退镜检查时间≥6分钟的例次数/同期结肠镜检查总例次数×100%	单位时间内结肠镜检查退镜检查时间≥6分钟的例次数	同期结肠镜检查总例次数	
合理 缺项	第五 章	三、	(一)	8	5.3.1. 8	消化内镜诊疗技术医疗质量控制指标[8.内镜下逆行胰胆管造影术(ERCP)选择性深插管成功率]				逐步 提高								百分比(%)	单位时间内,ERCP选择性深插管成功的例次数占同期ERCP总例次数的比例。(ERCP选择性深插管成功是指ERCP术中对目标胆管或胰管选择性深插管成功。本指标适用于胃肠道解剖正常、无十二指肠乳头手术史的患者。)	内镜下逆行胰胆管造影术(ERCP)选择性深插管成功率=单位时间内ERCP选择性深插管成功的例次数/同期ERCP总例次数×100%	单位时间内ERCP选择性深插管成功的例次数	同期ERCP总例次数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
合理缺项	第五章	三、	(一)	9	5.3.1.9	消化内镜诊疗技术医疗质量控制指标[9.超声内镜(EUS)检查完整率]				逐步提高								百分比(%)	单位时间内，EUS检查完整的例次数占同期EUS检查总例次数的比例。(EUS检查完整是指对消化道或胆胰相关结构完整观察、留图清晰(消化道EUS应完整显示消化道各层次及相关病变的起源、结构；胆胰EUS应完整显示胆管、胰管等解剖结构)并详细描述病变大小、病变与血管关系等相关内容。)	超声内镜(EUS)检查完整率=单位时间内EUS检查完整的例次数/同期EUS检查总例次数×100%	单位时间内EUS检查完整的例次数	同期EUS检查总例次数	
合理缺项	第五章	三、	(一)	10	5.3.1.10	消化内镜诊疗技术医疗质量控制指标(10.磁控胶囊胃镜检查完整率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内，磁控胶囊胃镜检查完整例次数占同期磁控胶囊胃镜检查总例次数的比例。(磁控胶囊胃镜检查完整是指检查中对贲门、胃底、胃体、胃角、胃窦、幽门各部位完整观察并留图记录。)	磁控胶囊胃镜检查完整率=单位时间内磁控胶囊胃镜检查完整例次数/同期磁控胶囊胃镜检查总例次数×100%	单位时间内磁控胶囊胃镜检查完整例次数	同期磁控胶囊胃镜检查总例次数	
合理缺项	第五章	三、	(一)	11	5.3.1.11	消化内镜诊疗技术医疗质量控制指标(11.消化内镜相关严重并发症发生率)				逐步降低								千分比(‰)	单位时间内，发生消化内镜相关严重并发症的诊疗例次数占同期消化内镜诊疗总例次数的比例。(消化内镜相关严重并发症包括严重出血、术后重症胰腺炎、全身感染、穿孔转外科手术修补、致残、致死或其他需外科手术干预的情况。1.严重出血指术后三天内血红蛋白降低30g/L以上，或需输血、外科手术/DSA止血。2.术后重症胰腺炎指消化内镜诊疗导致的伴有局部或全身并发症、或有器官功能衰竭的胰腺炎。3.全身感染指具有2项(或以上)下述临床表现：1)体温>38℃或<36℃；2)心率>90次/分；3)呼吸频率>20次/分或PaCO ₂ <32mmHg；4)外周血白细胞>12×10 ⁹ /L或<4×10 ⁹ /L或未成熟细胞>10%。)	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×1000%	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	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
合理缺项	第五章	三、	(一)	12	5.3.1.12	消化内镜诊疗技术医疗质量控制指标(12.食管癌早期诊断率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,上消化内镜检查发现早期食管癌患者数占同期上消化内镜检查发现食管癌患者总数的比例。(早期食管癌指病灶局限于黏膜层,无论有无区域淋巴结转移。)	食管癌早期诊断率=单位时间内上消化内镜检查发现早期食管癌患者数/同期上消化内镜检查发现食管癌患者总数×100%	单位时间内上消化内镜检查发现早期食管癌患者数	同期上消化内镜检查发现食管癌患者总数	
合理缺项	第五章	三、	(一)	13	5.3.1.13	消化内镜诊疗技术医疗质量控制指标(13.胃癌早期诊断率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,上消化内镜检查发现早期胃癌患者数占同期上消化内镜检查发现胃癌患者总数的比例。(早期胃癌指病灶局限于黏膜层或黏膜下层,无论有无淋巴结转移。)	胃癌早期诊断率=单位时间内上消化内镜检查发现早期胃癌患者数/同期上消化内镜检查发现胃癌患者总数×100%	单位时间内上消化内镜检查发现早期胃癌患者数	同期上消化内镜检查发现胃癌患者总数	
合理缺项	第五章	三、	(一)	14	5.3.1.14	消化内镜诊疗技术医疗质量控制指标(14.结肠腺瘤检出率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,至少检出一枚结肠腺瘤的结肠镜检查患者数占同期结肠镜检查患者总数的比例。	结肠腺瘤检出率=单位时间内至少检出一枚结肠腺瘤的结肠镜检查患者数/同期结肠镜检查患者总数×100%	单位时间内至少检出一枚结肠腺瘤的结肠镜检查患者数	同期结肠镜检查患者总数	
合理缺项	第五章	三、	(一)	15	5.3.1.15	消化内镜诊疗技术医疗质量控制指标(15.结肠癌早期诊断率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,结肠镜检查发现早期结肠癌患者数占同期结肠镜检查发现结肠癌患者总数的比例。	结肠癌早期诊断率=单位时间内结肠镜检查发现早期结肠癌患者数/同期结肠镜检查发现结肠癌患者总数×100%	单位时间内结肠镜检查发现早期结肠癌患者数	同期结肠镜检查发现结肠癌患者总数	
合理缺项	第五章	三、	(一)	16	5.3.1.16	消化内镜诊疗技术医疗质量控制指标[16.消化道早癌内镜黏膜下剥离术(ESD)完整切除率]				逐步提高								百分比(%)	单位时间内,消化道早癌ESD完整切除的例次数占同期消化道早癌ESD总例次数的比例。(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。)	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×100%	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	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
合理 缺项	第五章	三、	(一)	17	5.3.1.17	消化内镜诊疗技术医疗质量控制指标(17. ERCP胆总管结石清除成功率)				逐步提高								百分比(%)	单位时间内, ERCP胆总管结石清除成功例次数占同期ERCP胆总管结石清除总例次数的比例。(ERCP胆总管结石清除成功是指单次ERCP取石操作致胆总管结石完全取净无残留。未进行取石操作、直接放置支架、碎石后取石等不计入。)	ERCP胆总管结石清除成功率=单位时间内ERCP胆总管结石清除成功例次数/同期ERCP胆总管结石清除总例次数×100%	单位时间内ERCP胆总管结石清除成功例次数	同期ERCP胆总管结石清除总例次数	
合理 缺项	第五章	三、	(一)	18	5.3.1.18	消化内镜诊疗技术医疗质量控制指标[18. 超声内镜引导下胰腺细针穿刺术(EUS-FNA)标本病理阳性率]				逐步提高								百分比(%)	单位时间内, EUS-FNA标本病理阳性的例次数占同期临床诊断为胰腺恶性肿瘤的患者行EUS-FNA的总例次数的比例。(EUS-FNA标本病理阳性是指找到异型细胞或癌细胞。)	超声内镜引导下胰腺细针穿刺术(EUS-FNA)标本病理阳性率=单位时间内EUS-FNA标本病理阳性的例次数/同期临床诊断为胰腺恶性肿瘤的患者行EUS-FNA的总例次数×100%	单位时间内EUS-FNA标本病理阳性的例次数	同期临床诊断为胰腺恶性肿瘤的患者行EUS-FNA的总例次数	

第二部分医疗服务能力与质量安全监测数据-评审标准实施细则-数据统计周期为全评审周期-2021年度国家医疗质量安全目标

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件	
计分项	第二章	二、	(一)		2.2.1	年度国家医疗质量安全目标改进情况	40.0分(4.0分/项)			逐步提高或逐步降低	数据评价+数据核验		(1)有数据收集上报,得3.2分/项。 (2)有数据收集上报,数据呈现改善趋势,得4分。 (3)有数据收集上报,该指标全省分级分类排名,从优到劣分A、B、C、D、E层次,依次给予4分、3.8分、3.6分、3.4分、3.2分。三种评分标准中,取该医院得分高的一种。		评审数据收集系统	医院填报(每季度)	季	百分比(%)	实时参照国家卫健委发布的文件,如《国家卫生健康委办公厅关于印发2021年国家医疗质量安全改进目标的通知》(国卫办医函〔2021〕76号)。	实时参照国家卫健委发布的文件,如《国家卫生健康委办公厅关于印发2021年国家医疗质量安全改进目标的通知》(国卫办医函〔2021〕76号)。	实时参照国家卫健委发布的文件,如《国家卫生健康委办公厅关于印发2021年国家医疗质量安全改进目标的通知》(国卫办医函〔2021〕76号)。	实时参照国家卫健委发布的文件,如《国家卫生健康委办公厅关于印发2021年国家医疗质量安全改进目标的通知》(国卫办医函〔2021〕76号)。		《广东省卫生健康委关于印发<三级医院评审标准(2020年版)广东省实施细则>的通知》(粤卫医函〔2021〕46号)
	第二章	二、	(一)	1	2.2.1.1	2021年国家医疗质量安全目标(1.急性ST段抬高型心肌梗死再灌注治疗率)				逐步提高								百分比(%)	发病12小时内的急性STEMI患者给予经皮冠状动脉介入治疗(PCI)或静脉溶栓治疗,首选PCI治疗的患者数占发病12小时内的STEMI患者总数的比例。	急性ST段抬高型心肌梗死再灌注治疗率=发病12小时内给予静脉溶栓或PCI的STEMI患者数/同期发病12小时内的STEMI患者总数×100%	发病12小时内给予静脉溶栓或PCI的STEMI患者数	同期发病12小时内的STEMI患者总数		
	第二章	二、	(一)	2	2.2.1.2	2021年国家医疗质量安全目标(2.急性脑梗死再灌注治疗率)				逐步提高								百分比(%)	发病6小时内接受静脉溶栓治疗和(或)血管内治疗的急性脑梗死患者占同期发病6小时内的急性脑梗死患者总数的比例。	急性脑梗死再灌注治疗率=发病6小时内静脉溶栓和(或)血管内治疗的急性脑梗死患者数/同期发病6小时内的急性脑梗死患者总数×100%	发病6小时内静脉溶栓和(或)血管内治疗的急性脑梗死患者数	同期发病6小时内的急性脑梗死患者总数		
	第二章	二、	(一)	3	2.2.1.3	2021年国家医疗质量安全目标(3.肿瘤治疗前临床TNM分期评估率)				逐步提高								百分比(%)	肿瘤治疗前开展临床TNM分期评估病例数占同期住院肿瘤患者人次的比例(重点关注肺癌、胃癌、肝癌、结直肠癌、乳腺癌5个病种)。	肿瘤治疗前临床TNM分期评估率=住院患者肿瘤患者治疗前完成临床TNM分期评估例数/同期住院肿瘤患者人次×100%	住院患者肿瘤患者治疗前完成临床TNM分期评估例数	同期住院肿瘤患者人次		

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
	第二章	二、	(一)	4	2.2.1.4	2021年国家医疗质量安全目标(4.住院患者抗菌药物治疗前病原学送检率)		≥30%	《关于进一步开展全国抗菌药物临床应用专项整治活动的通知》(卫办医政发〔2013〕37号),《2013年江西省抗菌药物临床应用专项整治活动方案》,《关于进一步加强抗菌药物临床应用管理工作的通知》(国卫办医发〔2015〕42号)等文件有要求	监测达标								百分比(%)	住院患者使用抗菌药物治疗前病原学送检病例数占同期使用抗菌药物治疗病例总数的比例。检验项目包括:细菌培养、真菌培养;降钙素原检测、白介素-6检测、真菌1-3-β-D葡聚糖检测(G试验)等。	住院患者抗菌药物治疗前病原学送检率=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%	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	
	第二章	二、	(一)	5.1	2.2.1.5.1	2021年国家医疗质量安全目标(5.静脉血栓栓塞症规范预防率)5.1VTE风险评估率				逐步提高								百分比(%)	接受VTE风险评估的出院患者人次与同期出院患者人次的比例。	VTE风险评估率=接受VTE风险评估的出院患者人次/同期出院患者人次×100%	接受VTE风险评估的出院患者人次	同期出院患者人次	
	第二章	二、	(一)	5.2	2.2.1.5.2	2021年国家医疗质量安全目标(5.静脉血栓栓塞症规范预防率)5.2采取VTE恰当预防措施比率				逐步提高								百分比(%)	实施VTE规范预防措施的出院患者人次与同期VTE风险评估为高危和/或中危出院患者人次的比例。	采取VTE恰当预防措施比率=采取VTE恰当预防措施的出院患者总例数/VTE风险评估为高危和(或)中危的出院患者人次×100%	采取VTE恰当预防措施的出院患者总例数	VTE风险评估为高危和(或)中危的出院患者人次	
	第二章	二、	(一)	6.1	2.2.1.6.1	2021年国家医疗质量安全目标(6.病案首页主要诊断编码正确率)6.1病案首页主要诊断编码正确率				逐步提高								百分比(%)	住院病案首页中主要诊断编码正确的病案数占检查出院病案总数的比例。	病案首页主要诊断编码正确率=病案首页中主要诊断编码正确的病历数/检查出院病案总数×100%	病案首页中主要诊断编码正确的病历数	检查出院病案总数	
	第二章	二、	(一)	6.2	2.2.1.6.2	2021年国家医疗质量安全目标(6.病案首页主要诊断编码正确率)6.2病案首页主要诊断选择正确率				逐步提高								百分比(%)	病案首页中主要诊断选择正确的病历数占检查出院病案总数的比例。	病案首页主要诊断选择正确率=病案首页中主要诊断选择正确的病历数/检查出院病案总数×100%	病案首页中主要诊断选择正确的病历数	检查出院病案总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
	第二章	二、	(一)	7.1	2.2.1.7.1	2021年国家医疗质量安全目标(7.医疗质量安全不良事件报告率)7.1床均医疗质量安全不良事件报告率				监测比较								百分比(%)	医疗质量安全不良事件报告率包括床均医疗质量安全不良事件报告率和每名出院人次医疗质量安全不良事件报告率。	床均医疗质量安全不良事件报告率=医疗质量安全不良事件报告例数/同期开放床位数×100%	医疗质量安全不良事件报告例数	同期开放床位数	
	第二章	二、	(一)	7.2	2.2.1.7.2	2021年国家医疗质量安全目标(7.医疗质量安全不良事件报告率)7.2每名出院人次医疗质量安全不良事件报告率				监测比较								百分比(%)	医疗质量安全不良事件报告率包括床均医疗质量安全不良事件报告率和每名出院人次医疗质量安全不良事件报告率。	每名出院人次医疗质量安全不良事件报告率=医疗质量安全不良事件报告例数/同期出院患者人次×100%	医疗质量安全不良事件报告例数	同期出院患者人次	
	第二章	二、	(一)	8	2.2.1.8	2021年国家医疗质量安全目标(8.住院患者静脉输液使用率)				逐步降低								百分比(%)	使用静脉输液的住院患者数占同期出院患者总数的比例。静脉输液包括静脉滴注和静脉推注。疫苗、溶媒、局麻、封闭、结膜下、肌肉、皮下、球后注射药、皮试液等不列入静脉输液的统计范围。同一患者使用多种静脉输注药物(含中药注射剂),记为1例。为便于统计,使用静脉输液的住院患者数和住院患者总数均以出院患者的人数计算。	住院患者静脉输液使用率=使用静脉输液的住院患者数/同期出院患者总数×100%	使用静脉输液的住院患者数	同期出院患者总数	
	第二章	二、	(一)	9	2.2.1.9	2021年国家医疗质量安全目标(9.血管内导管相关血流感染发生率)				逐步降低								例/千导管日	使用血管内导管住院患者中新发血管内导管相关血流感染的发病频率。	血管内导管相关血流感染发生率=血管内导管相关血流感染发生例次数/同期患者使用血管内导管留置总天数×100%	血管内导管相关血流感染发生例次数	同期患者使用血管内导管留置总天数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
	第二章	二、	(一)	10	2.2.1.10	2021年国家医疗质量安全目标(10. 阴道分娩并发症发生率)				逐步降低								百分比(%)	阴道分娩并发症发生人数占同期阴道分娩产妇总人数的比例。	阴道分娩并发症发生率=阴道分娩并发症发生人数/同期阴道分娩产妇总人数×100%	阴道分娩并发症发生人数	同期阴道分娩产妇总人数	

第二部分医疗服务能力与质量安全监测数据-评审标准实施细则-数据统计周期为全评审周期-2022年度国家医疗质量安全目标

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件	
计分项	第二章	二、	(一)		2.2.1	年度国家医疗质量安全目标改进情况	40.0分 (4.0分/项)			逐步提高或逐步降低	数据评价+数据核验	(1)查2022年一季度至评审前一季度医院统计报表;(2)数据核验。	(1)有数据收集上报,得3.2分/项。 (2)有数据收集上报,数据呈现改善趋势,得4分。(3)有数据收集上报,该指标全省分级分类排名,从优到劣分A、B、C、D、E层次,依次给予4分、3.8分、3.6分、3.4分、3.2分。三种评分标准中,取该医院得分高的一种。		评审数据收集系统	医院填报(每季度)	季	百分比(%)	实时参照国家卫健委发布的文件,如《国家卫生健康委办公厅关于印发2022年国家医疗质量安全改进目标的通知》(国卫办医函〔2022〕58号)。	实时参照国家卫健委发布的文件,如《国家卫生健康委办公厅关于印发2022年国家医疗质量安全改进目标的通知》(国卫办医函〔2022〕58号)。	实时参照国家卫健委发布的文件,如《国家卫生健康委办公厅关于印发2022年国家医疗质量安全改进目标的通知》(国卫办医函〔2022〕58号)。			
	第二章	二、	(一)	1	2.2.1.1	2022年国家医疗质量安全目标[1.急性ST段抬高型心肌梗死再灌注治疗率(NIT-2022-I)]				逐步提高								百分比(%)	发病12小时内的急性STEMI患者给予经皮冠状动脉介入治疗(PCI)或静脉溶栓治疗,首选PCI治疗的患者数占发病12小时内的STEMI患者总数的比例。	急性ST段抬高型心肌梗死再灌注治疗率=发病12小时内给予静脉溶栓或PCI的STEMI患者数/同期发病12小时内的STEMI患者总数×100%	发病12小时内给予静脉溶栓或PCI的STEMI患者数	同期发病12小时内的STEMI患者总数		
	第二章	二、	(一)	2	2.2.1.2	2022年国家医疗质量安全目标[2.急性脑梗死再灌注治疗率(NIT-2022-II)]				逐步提高								百分比(%)	发病6小时内接受静脉溶栓治疗和(或)血管内治疗的急性脑梗死患者占同期发病6小时内的急性脑梗死患者总数的比例。	急性脑梗死再灌注治疗率=发病6小时内静脉溶栓和(或)血管内治疗的急性脑梗死患者数/同期发病6小时内的急性脑梗死患者总数×100%	发病6小时内静脉溶栓和(或)血管内治疗的急性脑梗死患者数	同期发病6小时内的急性脑梗死患者总数		
	第二章	二、	(一)	3	2.2.1.3	2022年国家医疗质量安全目标[3.肿瘤治疗前临床TNM分期评估率(NIT-2022-III)]				逐步提高								百分比(%)	肿瘤治疗前开展临床TNM分期评估病例数占同期住院肿瘤患者人次的比例(重点关注肺癌、胃癌、肝癌、结直肠癌、乳腺癌5个病种)。	肿瘤治疗前临床TNM分期评估率=住院患者肿瘤患者治疗前完成临床TNM分期评估例数/同期住院肿瘤患者人次×100%	住院患者肿瘤患者治疗前完成临床TNM分期评估例数	同期住院肿瘤患者人次		

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
	第二章	二、	(一)	4	2.2.1.4	2022年国家医疗质量安全目标[4.住院患者抗菌药物治疗前病原学送检率(NIT-2022-IV)]		≥30%	《关于进一步开展全国抗菌药物临床应用专项整治活动的通知》(卫办医政发〔2013〕37号),《2013年江西省抗菌药物临床应用专项整治活动方案》,《关于进一步加强抗菌药物临床应用管理工作的通知》(国卫办医发〔2015〕42号)等文件有要求	监测达标								百分比(%)	住院患者使用抗菌药物治疗前病原学送检病例数占同期使用抗菌药物治疗病例总数的比例。检验项目包括:细菌培养、真菌培养;降钙素原检测、白介素-6检测、真菌1-3-β-D葡聚糖检测(G试验)等。	住院患者抗菌药物治疗前病原学送检率=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%	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	
	第二章	二、	(一)	5.1	2.2.1.5.1	2022年国家医疗质量安全目标[5.静脉血栓栓塞症规范预防率(NIT-2022-V)]]5.1VTE风险评估率				逐步提高								百分比(%)	接受VTE风险评估的出院患者人次与同期出院患者人次的比例。	VTE风险评估率=接受VTE风险评估的出院患者人次/同期出院患者人次×100%	接受VTE风险评估的出院患者人次	同期出院患者人次	
	第二章	二、	(一)	5.2	2.2.1.5.2	2022年国家医疗质量安全目标[5.静脉血栓栓塞症规范预防率(NIT-2022-V)]]5.2采取VTE恰当预防措施比率				逐步提高								百分比(%)	实施VTE规范预防措施的出院患者人次与同期VTE风险评估为高危和/或中危出院患者人次的比例。	采取VTE恰当预防措施的出院患者总例数/VTE风险评估为高危和(或)中危的出院患者人次×100%	采取VTE恰当预防措施的出院患者总例数	VTE风险评估为高危和(或)中危的出院患者人次	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
	第二章	二、	(一)	6.1	2.2.1.6.1	2022年国家医疗质量安全目标(6.感染性休克集束化治疗完成率(NIT-2022-VI)6.1感染性休克3h集束化治疗(bundle)完成率				逐步提高								百分比(%)	感染性休克3h集束化治疗(bundle),是指感染性休克诊断后3小时内完成:测量乳酸浓度;抗菌药物治疗前进行血培养;予以广谱抗菌药物;低血压或乳酸 \geq 4mmol/L给予30ml/kg晶体液进行目标复苏。感染性休克3h集束化治疗(bundle)完成率,是指入院诊断为感染性休克并全部完成3h bundle的患者数占同期入院诊断为感染性休克患者总数的比例。不包括住院期间后续新发生的感染性休克病例。	感染性休克3h集束化治疗(bundle)完成率=入院诊断为感染性休克并全部完成3h bundle的患者数/同期入院诊断为感染性休克患者总数 \times 100%	入院诊断为感染性休克并全部完成3h bundle的患者数	同期入院诊断为感染性休克患者总数。收治感染性休克的总人数指本单位同期内收治的感染性休克的总人数,同一患者每收治入院一次记1人数(如同一患者当年内2次收入院,记为2人数),如同一患者单次住院期间反复多次感染性休克也记为1人数。	
	第二章	二、	(一)	6.2	2.2.1.6.2	2022年国家医疗质量安全目标(6.感染性休克集束化治疗完成率(NIT-2022-VI)6.2感染性休克6h集束化治疗(bundle)完成率				逐步提高								百分比(%)	感染性休克6h集束化治疗(bundle),是指在3h集束化治疗(bundle)的基础上加上:低血压对目标复苏效果差立即予以升压药;脓毒症休克或乳酸 \geq 4mmol/L容量复苏后仍持续低血压,需立即测量CVP和ScvO ₂ ;初始乳酸高于正常患者需重复测量乳酸水平。感染性休克6h集束化治疗(bundle)完成率,是指入院诊断为感染性休克全部完成6h bundle的患者数占同期入院诊断为感染性休克患者总数的比例。不包括住院期间后续新发生的感染性休克病例。	感染性休克6h集束化治疗(bundle)完成率=入院诊断为感染性休克全部完成6h bundle的患者数/同期入院诊断为感染性休克患者总数 \times 100%	入院诊断为感染性休克全部完成6h bundle的患者数	同期入院诊断为感染性休克患者总数。收治感染性休克的总人数指本单位同期内收治的感染性休克的总人数,同一患者每收治入院一次记1人数(如同一患者当年内2次收入院,记为2人数),如同一患者单次住院期间反复多次感染性休克也记为1人数。	
	第二章	二、	(一)	7.1	2.2.1.7.1	2022年国家医疗质量安全目标[7.医疗质量安全不良事件报告率(NIT-2022-VII)]7.1床均医疗质量安全不良事件报告率				监测比较								百分比(%)	医疗质量安全不良事件报告率包括床均医疗质量安全不良事件报告率和每名出院人次医疗质量安全不良事件报告率。	床均医疗质量安全不良事件报告率=医疗质量安全不良事件报告例数/同期开放床位数 \times 100%	医疗质量安全不良事件报告例数	同期开放床位数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
	第二章	二、	(一)	7.2	2.2.1.7.2	2022年国家医疗质量安全目标[7.医疗质量安全不良事件报告率(NIT-2022-VII)]7.2每百名出院人次医疗质量安全不良事件报告率				监测比较								百分比(%)	医疗质量安全不良事件报告率包括床均医疗质量安全不良事件报告率和每百名出院人次医疗质量安全不良事件报告率。	每百名出院人次医疗质量安全不良事件报告率=医疗质量安全不良事件报告例数/同期出院患者人次×100%	医疗质量安全不良事件报告例数	同期出院患者人次	
	第二章	二、	(一)	8.1	2.2.1.8.1	2022年国家医疗质量安全目标[8.非计划重返手术室再次手术率(NIT-2022-VIII)]8.1手术患者术后48小时内非预期重返手术室再次手术率				逐步降低								百分比(%)	手术患者手术后48小时内因各种原因导致患者需进行的计划外再次手术例数占同期出院患者手术例数的比例。	手术患者术后48小时内非预期重返手术室再次手术率=手术患者术后48小时内非预期重返手术室再次手术例数/同期出院患者手术例数×100%	手术患者手术后48小时内非预期重返手术室再次手术例数	同期出院患者手术例数	
	第二章	二、	(一)	8.2	2.2.1.8.2	2022年国家医疗质量安全目标[8.非计划重返手术室再次手术率(NIT-2022-VIII)]8.2手术患者术后31天内非预期重返手术室再次手术率				逐步降低								百分比(%)	手术患者手术后31天内因各种原因导致患者需进行的计划外再次手术例数占同期出院患者手术例数的比例。	手术患者术后31天内非预期重返手术室再次手术率=手术患者术后31天内非预期重返手术室再次手术例数/同期出院患者手术例数×100%	手术患者术后31天内非预期重返手术室再次手术例数	同期出院患者手术例数	
	第二章	二、	(一)	9	2.2.1.9	2022年国家医疗质量安全目标[9.住院患者静脉输液使用率(NIT-2022-IX)]				逐步降低								例/千导管日	使用静脉输液的住院患者数占同期出院患者总数的比例。静脉输液包括静脉滴注和静脉推注。疫苗、溶媒、局麻、封闭、结膜下、肌肉、皮下、球后注射药、皮试液等不列入静脉输液的统计范围。同一患者使用多种静脉输注药物(含中药注射剂),记为1例。为便于统计,使用静脉输液的住院患者数和住院患者总数均以出院患者的人数计算。	住院患者静脉输液使用率=使用静脉输液的住院患者数/同期出院患者总数×100%	使用静脉输液的住院患者数	同期出院患者总数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
	第二章	二、	(一)	10	2.2.1.10	2022年国家医疗质量安全目标[10. 阴道分娩并发症发生率(NIT-2022-X)]				逐步降低								百分比(%)	阴道分娩并发症发生人数占同期阴道分娩产妇总人数的比例。	阴道分娩并发症发生率=阴道分娩并发症发生人数/同期阴道分娩产妇总人数×100%	阴道分娩并发症发生人数	同期阴道分娩产妇总人数	

第二部分医疗服务能力与质量安全监测数据-评审标准实施细则-数据统计周期为全评审周期-2023年度国家医疗质量安全目标

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
计分项	第二章	二、	(一)		2.2.1	年度国家医疗质量安全目标改进情况	40.0分 (4.0分/项)			逐步提高或逐步降低	数据评价+数据核验	(1)查2023年一季度至评审前一季度医院统计报表;(2)数据核验。	(1)有数据收集上报,得3.2分/项。(2)有数据收集上报,数据呈现改善趋势,得4分。(3)有数据收集上报,该指标全省分级分类排名,从优到劣分A、B、C、D、E层次,依次给予4分、3.8分、3.6分、3.4分、3.2分。三种评分标准中,取该医院得分高的一种。		评审数据收集系统	医院填报(每季度)	季	百分比(%)	实时参照国家卫健委发布的文件,如《国家卫生健康委办公厅关于印发2023年国家医疗质量安全改进目标的通知》(国卫办医函〔2023〕45号)。	实时参照国家卫健委发布的文件,如《国家卫生健康委办公厅关于印发2023年国家医疗质量安全改进目标的通知》(国卫办医函〔2023〕45号)。	实时参照国家卫健委发布的文件,如《国家卫生健康委办公厅关于印发2023年国家医疗质量安全改进目标的通知》(国卫办医函〔2023〕45号)。	实时参照国家卫健委发布的文件,如《国家卫生健康委办公厅关于印发2023年国家医疗质量安全改进目标的通知》(国卫办医函〔2023〕45号)。	
	第二章	二、	(一)	1	2.2.1.1	2023年国家医疗质量安全目标[1.急性ST段抬高型心肌梗死再灌注治疗率(NIT-2023-I)]				逐步提高								百分比(%)	发病12小时内的急性STEMI患者给予经皮冠状动脉介入治疗(PCI)或静脉溶栓治疗,首选PCI治疗的患者数占发病12小时内的STEMI患者总数的比例。	急性ST段抬高型心肌梗死再灌注治疗率=发病12小时内给予静脉溶栓或PCI的STEMI患者数/同期发病12小时内的STEMI患者总数×100%	发病12小时内给予静脉溶栓或PCI的STEMI患者数	同期发病12小时内的STEMI患者总数	
	第二章	二、	(一)	2	2.2.1.2	2023年国家医疗质量安全目标[2.急性脑梗死再灌注治疗率(NIT-2023-II)]				逐步提高								百分比(%)	发病6小时内接受静脉溶栓治疗和(或)血管内治疗的急性脑梗死患者占同期发病6小时内的急性脑梗死患者总数的比例。	急性脑梗死再灌注治疗率=发病6小时内静脉溶栓和(或)血管内治疗的急性脑梗死患者数/同期发病6小时内的急性脑梗死患者总数×100%	发病6小时内静脉溶栓和(或)血管内治疗的急性脑梗死患者数	同期发病6小时内的急性脑梗死患者总数	
	第二章	二、	(一)	3	2.2.1.3	2023年国家医疗质量安全目标[3.肿瘤治疗前临床TNM分期评估率(NIT-2023-III)]				逐步提高								百分比(%)	肿瘤治疗前开展临床TNM分期评估病例数占同期住院肿瘤患者人次的比例(重点关注肺癌、胃癌、肝癌、结直肠癌、乳腺癌5个病种)。	肿瘤治疗前临床TNM分期评估率=住院患者肿瘤患者治疗前完成临床TNM分期评估例数/同期住院肿瘤患者人次×100%	住院患者肿瘤患者治疗前完成临床TNM分期评估例数	同期住院肿瘤患者人次	
	第二章	二、	(一)	4	2.2.1.4	2023年国家医疗质量安全目标[4.住院患者围手术期死亡率(NIT-2023-IV)]				逐步降低								百分比(%)	围手术期死亡率指围手术期死亡人数与同期手术总例数(次)之比,围手术期死亡是指在相关住院期间在手术室内接受1次或1次以上手术的患者在出院前因各种原因而导致的死亡。	围手术期死亡率=围手术期死亡人数/同期手术总例数×100%	围手术期死亡人数	同期手术总例数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
	第二章	二、	(一)	5.1	2.2.1.5.1	2023年国家医疗质量安全目标[5.医疗质量安全不良事件报告率(NIT-2023-V)]5.1床均医疗质量安全不良事件报告率				监测比较								百分比(%)	医疗质量安全不良事件报告率包括床均医疗质量安全不良事件报告率和每名出院人次医疗质量安全不良事件报告率。	床均医疗质量安全不良事件报告率=医疗质量安全不良事件报告例数/同期开放床位数×100%	医疗质量安全不良事件报告例数	同期开放床位数	
	第二章	二、	(一)	5.2	2.2.1.5.2	2023年国家医疗质量安全目标[5.医疗质量安全不良事件报告率(NIT-2023-V)]5.2每名出院人次医疗质量安全不良事件报告率				监测比较								百分比(%)	医疗质量安全不良事件报告率包括床均医疗质量安全不良事件报告率和每名出院人次医疗质量安全不良事件报告率。	每名出院人次医疗质量安全不良事件报告率=医疗质量安全不良事件报告例数/同期出院患者人次×100%	医疗质量安全不良事件报告例数	同期出院患者人次	
	第二章	二、	(一)	6	2.2.1.6.1	2023年国家医疗质量安全目标[6.住院患者静脉输液规范使用率(NIT-2023-VI)]6.1住院患者静脉输液使用率				逐步降低								例/千导管日	使用静脉输液的住院患者数占同期出院患者总数的比例。静脉输液包括静脉滴注和静脉推注。疫苗、溶媒、局麻、封闭、结膜下、肌肉、皮下、球后注射药、皮试液等不列入静脉输液的统计范围。同一患者使用多种静脉输注药物(含中药注射剂),记为1例。为便于统计,使用静脉输液的住院患者数和住院患者总数均以出院患者的人数计算。	住院患者静脉输液使用率=使用静脉输液的住院患者数/同期出院患者总数×100%	使用静脉输液的住院患者数	同期出院患者总数	
	第二章	二、	(一)	7	2.2.1.7	2023年国家医疗质量安全目标[7.四级手术术前多学科讨论完成率(NIT-2023-VII)]				逐步提高								百分比(%)	四级手术术前多学科讨论完成率是指四级手术术前完成了多学科讨论的患者数与同期四级手术总例数之比。	四级手术术前多学科讨论完成率=四级手术术前完成了多学科讨论的患者数/同期四级手术总例数×100%	四级手术术前完成了多学科讨论的患者数	同期四级手术总例数	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
	第二章	二、	(一)	8.1	2.2.1.8.1	2023年国家医疗质量安全目标(6.感染性休克集束化治疗完成率(NIT-2022-VI)8.1感染性休克3h集束化治疗(bundle)完成率				逐步提高								百分比(%)	感染性休克3h集束化治疗(bundle),是指感染性休克诊断后3小时内完成:测量乳酸浓度;抗菌药物治疗前进行血培养;予以广谱抗菌药物;低血压或乳酸 $\geq 4\text{mmol/L}$ 给予30ml/kg晶体液进行目标复苏。感染性休克3h集束化治疗(bundle)完成率,是指入院诊断为感染性休克并全部完成3h bundle的患者数占同期入院诊断为感染性休克患者总数的比例。不包括住院期间后续新发生的感染性休克病例。	感染性休克3h集束化治疗(bundle)完成率=入院诊断为感染性休克并全部完成3h bundle的患者数/同期入院诊断为感染性休克患者总数 $\times 100\%$	入院诊断为感染性休克并全部完成3h bundle的患者数	同期入院诊断为感染性休克患者总数。收治感染性休克的总人数指本单位同期内收治的感染性休克的总人数,同一患者每收治入院一次记1人数(如同一患者当年内2次入院,记为2人数),如同一患者单次住院期间反复多次感染性休克也记为1人数。	
	第二章	二、	(一)	8.2	2.2.1.8.2	2023年国家医疗质量安全目标(6.感染性休克集束化治疗完成率(NIT-2022-VI)8.2感染性休克6h集束化治疗(bundle)完成率				逐步提高								百分比(%)	感染性休克6h集束化治疗(bundle),是指在3h集束化治疗(bundle)的基础上加上:低血压对目标复苏效果差立即予以升压药;脓毒症休克或乳酸 $\geq 4\text{mmol/L}$ 容量复苏后仍持续低血压,需立即测量CVP和ScvO ₂ ;初始乳酸高于正常患者需重复测量乳酸水平。感染性休克6h集束化治疗(bundle)完成率,是指入院诊断为感染性休克全部完成6h bundle的患者数占同期入院诊断为感染性休克患者总数的比例。不包括住院期间后续新发生的感染性休克病例。	感染性休克6h集束化治疗(bundle)完成率=入院诊断为感染性休克全部完成6h bundle的患者数/同期入院诊断为感染性休克患者总数 $\times 100\%$	入院诊断为感染性休克全部完成6h bundle的患者数	同期入院诊断为感染性休克患者总数。收治感染性休克的总人数指本单位同期内收治的感染性休克的总人数,同一患者每收治入院一次记1人数(如同一患者当年内2次入院,记为2人数),如同一患者单次住院期间反复多次感染性休克也记为1人数。	
	第二章	二、	(一)	9.1	2.2.1.9.1	2023年国家医疗质量安全目标[5.静脉血栓栓塞症规范预防率(NIT-2023-IX)]9.1VTE风险评估率				逐步提高								百分比(%)	接受VTE风险评估的出院患者人次与同期出院患者人次的比例。	VTE风险评估率=接受VTE风险评估的出院患者人次/同期出院患者人次 $\times 100\%$	接受VTE风险评估的出院患者人次	同期出院患者人次	

类别	章编号	节编号	条编号	点编号	指标编号	指标名称	赋分	标杆值	标杆值依据	指标导向	评价方式	检查方法	评分标准	数据首选来源	数据备选来源	数据生成方式	数据获取频率	计量单位	定义	计算方法	分子	分母	参考文件
	第二章	二、	(一)	9.2	2.2.1.9.2	2023年国家医疗质量安全目标[9.静脉血栓栓塞症规范预防率(NIT-2023-IX)]9.2采取VTE恰当预防措施比率				逐步提高								百分比(%)	实施VTE规范预防措施的出院患者人次与同期VTE风险评估为高危和/或中危出院患者人次的比例。	采取VTE恰当预防措施的出院患者总例数/VTE风险评估为高危和(或)中危的出院患者人次×100%	采取VTE恰当预防措施的出院患者总例数	VTE风险评估为高危和(或)中危的出院患者人次	
	第二章	二、	(一)	10	2.2.1.10	2023年国家医疗质量安全目标[10.降低阴道分娩并发症发生率(NIT-2023-X)]				逐步降低								百分比(%)	阴道分娩并发症发生人数占同期阴道分娩产妇总人数的比例。	阴道分娩并发症发生率=阴道分娩并发症发生人数/同期阴道分娩产妇总人数×100%	阴道分娩并发症发生人数	同期阴道分娩产妇总人数	