

湖南省三级医院评审标准 (2025年版)

标准修订与使用说明

一、标准修订说明

《三级医院评审标准（2022年版）湖南省实施细则》公布实施以来，在全省加强评审标准管理、规范评审行为、引导医院自我管理和健康可持续发展等方面发挥了重要作用。近年来，国家和省级相关数据收集平台日臻成熟，为进一步使用日常监测、客观指标、定量数据开展评审奠定了基础。为持续做好医院评审工作，保障医院评审工作要求与现行管理政策一致，充分发挥医院评审相关指标在推动医院加强日常管理、提升医疗质量安全水平等方面的作用，认真落实整治形式主义为基层减负若干规定要求，我委依据国家卫生健康委《三级医院评审标准（2025年版）》（详见国卫医政发〔2025〕4号文件），补充更新了近两年来新出台的法律法规规章和政策文件要求，对部分通用术语和编码进行修订完善，优化调整了功能定位、床位规模、科室设置、科研要求、医防融合、舆情管理、行风建设等方面的内容和指标，取消了“现场检查”部分，切实减轻医院评审工作负担。我委根据工作实际，制定了《湖南省三级医院评审标准（2025年版）》，稳妥有序推进医院评审工作。

本标准共两个部分 98 节，557 条指标。其中前置要求部分 5 节 31 条指标，主要为医院依法执业、落实功能定位和公益性要求、加强安全管理的情况；医疗服务能力与质量安全监测指标部

分 93 节 526 条指标，包括资源配置与运行、医疗服务能力与医院质量安全、重点专业质量控制、单病种（术种）质量控制、重点医疗技术临床应用质量控制等日常监测指标。标准中引用的疾病名称与 ICD-10 编码采用国家卫生健康委发布的《疾病分类与代码国家临床版 2.0（2022 汇总版）》；手术名称与 ICD-9-CM-3 编码采用《手术操作分类代码国家临床版 3.0（2022 汇总版）》，并按照《关于调整聚焦超声技术对应手术操作分类代码的通知》（国卫办医政函〔2025〕226 号）要求执行。

二、标准使用说明

（一）本标准适用于三级医院，二级医院可参照使用。三级公立医院原则上应当由省、市级政府举办。少数经济发展水平高、人口基数大的县，可以由县级政府或与地市级政府共同举办三级公立医院。三级医院应当坚持高标准建设，参照“十大功能定位”要求（十大功能定位：区域内群众危重症转诊会诊中心、突发事件紧急医学救援中心、帮扶基层医疗卫生机构的支持中心、医务人员进修培训首选中心、落实深化医改任务的改革中心、开展一二三级预防的防治结合中心、中西医并重的融合中心、以健康需求和应用为导向的科技创新中心、维护公益性和遵纪守法的示范中心、承担指令性任务的执行中心），落实好“大病不出省”的目标任务。

（二）评审周期为 4 年。我省三级医院评审标准（2025 年版）不再使用或变相使用“千分制”等评审方式。

（三）医院在评审周期内不得发生违反前置要求的情形。发生一项及以上情形的，延期一年评审。延期期间原等次取消，按照“未定等”管理。我委委托各市州卫生健康委对辖区内各参评医院（包括省卫生健康委联系医疗机构）的前置要求进行审查，并向有关部门和社会公开征询参评医院是否存在前置要求所列情形，征询时间不少于7个工作日；委托中南大学医院管理处按市州要求对中南大学湘雅医院、中南大学湘雅二医院、中南大学湘雅三医院进行审查和公开征询。各市州卫生健康委和中南大学医院管理处将审查结果提交我委进行最终确认。省卫生健康委直属医疗机构直接将评审申请材料报告我委，由我委按规定进行审查和公开征询。

（四）在符合前置要求的前提下，我委根据本地区信息化程度和相关数据监测基础性工作情况，结合医院类别和医院实际开展工作情况，确定纳入评审的指标范围，数据统计周期为全评审周期。具体参照以下原则执行：

1.指标选择原则。一是纳入评审的指标数量不低于国家标准的60%，包括质量、安全、能力、效率、运行等多个维度；26个重点专业质量控制指标和55个单病种（术种）质量控制指标全部纳入。二是提供国家医疗质量安全改进目标相关医疗服务的医院，将相关国家医疗质量安全改进目标全部纳入；开展限制类医疗技术、人体器官捐献、获取和移植技术的医院，将“重点医疗技术临床应用”相关指标纳入。

2.数据采信原则。一是行业政策在评审周期内发布的，数据从政策发布的第二年完整取值，当年不计入统计。二是按日、月、季获取的数据，采用均值计算当年的年度数据；按年度获取的数据，直接采用。三是需要将同一指标不同年份的多个数据合并时，按照以下规则采信：（1）规模类和配比类指标的中位数和最后一年的数据必须达标。（2）连续监测指标的数据趋势呈与管理目标方向一致的或呈波动型的，采用中位数或平均数；数据趋势呈与管理目标方向相反的，采用最差的数据。

3.符合程度判断原则。对规模类和配比类指标，按照“全或无”规则，比如“护床比”，达到标准认为符合，否则认为不符合；连续监测指标，按照“区间赋分兼顾持续改进”的原则，根据我省基线情况确定是否符合。

（五）我委根据工作实际，通过线上线下结合的方式，稳妥有序推进医院评审工作。评审结果判定为甲等的，评审条款符合比例不得低于 90%；判定为乙等的，评审条款符合比例不得低于 80%；判定为丙等的，评审条款符合比例不得低于 70%。评审结论需结合国家三级公立医院绩效监测结果确定等次。

（六）我委通过还原数据路径、多维度验证等适当方式，从数据生成、数据采集、数据治理、数据分析、数据报告等多个环节进行评审数据核查，聚焦数据真实性、准确性，坚持“可疑”数据优先原则，科学确定数据核查指标，兼顾章节和评审周期内各年份均衡性，核查条款数量比例不低于 20%。评审采信的医院

提供数据值与核查数据值差距在 10%以上（含正负）、医院无法提供原始数据或被认定为虚假数据的均视为错误数据。错误数据条款占核查条款数量超过 10%的，按照违反前置要求第三节第（五）条处理。

第一部分 前置要求

一、床位规模和科室设置

（一）未达到《医疗机构管理条例》及其实施细则、医疗机构基本标准所要求的条件。

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

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

（四）未落实医疗机构疾病预防控制责任，未在公立医院设立专兼职疾控监督员。

二、依法执业和规范服务

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

举办营利性医疗卫生机构；医疗卫生机构对外出租、承包医疗科室；公立医院承包、出租药房，向营利性企业托管药房，以任何形式开设营利性药店；非营利性医疗卫生机构向出资人、举办者分配或变相分配收益。

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

（三）违反《中华人民共和国药品管理法》《医疗器械监督管理条例》，违法违规采购或使用药品、设备、器械、耗材开展诊疗活动，造成严重后果；未经许可配置使用需要准入审批的大型医用设备。

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

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

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

（七）违反《中华人民共和国传染病防治法》《中华人民共和国生物安全法》《中华人民共和国食品安全法》《中华人民共和国突发公共卫生事件应对法》《突发公共卫生事件应急条例》，造成传染病传播、流行或其他严重后果；或其他重大违法违规事件，造成严重后果或情节严重；设立病原微生物实验室未依法取

得批准或者进行备案；卫生健康行政部门或监督执法机构近两年来对其进行传染病防治分类监督综合评价为重点监督单位（以两年来最近一次评价结果为准）；未依法履行传染病、食源性疾病报告等法定职责，造成严重后果。

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

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

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

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

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

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

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

情节严重。

三、公益性责任和行风诚信

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

（二）应当执行而未执行国家基本药物制度和分级诊疗政策。

（三）医院领导班子发生 1 起以上严重职务犯罪或严重违纪事件，或医务人员发生 3 起以上违反《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》的群体性事件（≥3 人/起），造成重大社会影响。

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

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

四、安全管理与重大事件

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

（二）发生重大医院感染事件、实验室生物安全事件或者血液安全事件，造成严重后果。

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

（四）发生瞒报、漏报重大医疗过失事件的行为。

（五）发生大规模医疗数据泄露或其他重大网络安全事件，造成严重后果。

（六）发生重大不良舆情，造成重大社会影响。

五、综合管理

（一）电子病历系统应用水平分级评价未达到 4 级及以上。

（二）医院信息互联互通工作未符合以下任何一种情形：

1.医院信息互联互通标准化成熟度测评达到四级及以上水平；

2.按照医院信息互联互通标准化成熟度四级要求提交测评申请，经国家或省级测评管理部门审核认定符合医院信息互联互通标准化成熟度测评方案相关要求。

第二部分 医疗服务能力与质量安全监测指标

数据来源：

- (1) 卫生资源统计年报及相关报表
- (2) 国家医疗机构、医师、护士电子化注册系统
- (3) 国家公立医院绩效监测管理平台
- (4) 国家医疗质量管理与控制信息网（NCIS）
- (5) 全国医院质量监测系统（HQMS）
- (6) 国家单病种质量管理与控制平台
- (7) 中国人体器官分配与共享计算机系统（COTRS）
- (8) 各器官移植专业国家质控中心相关系统
- (9) 省“三医一张网”信息平台
- (10) 省医学检查检验结果互认共享系统
- (11) 省级医疗技术临床应用信息化管理平台
- (12) 省级相关数据收集系统

第一章 资源配置与运行数据指标

一、床位配置

（一）核定床位数

（二）实际开放床位数

（三）总床位数、单体院区床位数、分院区数量及本评审周期内新增量

二、卫生技术人员配备

- (一) 卫生技术人员数与开放床位数比
- (二) 卫生技术人员职称结构
- (三) 医护比
- (四) 麻醉、儿科、重症、病理、中医医师占比
- (五) 医院住院医师首次参加医师资格考试通过率
- (六) 全院护士数与开放床位数比
- (七) 病区护士数与开放床位数比
- (八) 医院感染管理专职人员数与开放床位数比
- (九) 药学专业技术人员数与卫生专业技术人员数比

三、部分科室资源配置

(一) 精神科

- 1.三级甲等综合医院应当设置精神科
- 2.精神科医师数占比

(二) 急诊医学科

- 1.固定急诊医师数占急诊在岗医师数的比例
- 2.固定急诊护士数占急诊在岗护士数的比例

(三) 重症医学科

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

(四) 麻醉科

- 1.麻醉科医师数与手术间数比
- 2.麻醉科医师数与日均全麻手术台次比
- 3.麻醉科医师数和手术科室医师数比
- 4.手术间麻醉护士数与实际开放手术台数量比

（五）中医科

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

（六）康复医学科

- 1.康复医学科开放床位数占医院开放床位数的比例
- 2.康复医学科医师数与康复医学科开放床位数比
- 3.康复医学科康复师数与康复医学科开放床位数比
- 4.康复医学科护士数与康复医学科开放床位数比

（七）感染性疾病科

- 1.固定医师数占感染性疾病科在岗医师数的比例
- 2.固定护士数占感染性疾病科在岗护士数的比例
- 3.感染性疾病科开放床位数占医院开放床位数的比例
- 4.可转换感染性疾病床位数占医院开放床位数的比例

（八）全科医学科

三级甲等综合医院应当设置全科医学科

四、运行指标

（一）核定床位使用率

- (二) 开放床位使用率
- (三) 平均住院日
- (四) 每名执业医师日均住院工作负担
- (五) 门诊收入占医疗收入比例
- (六) 门诊收入中来自医保基金的比例
- (七) 住院收入占医疗收入比例
- (八) 住院收入中来自医保基金的比例
- (九) 医疗服务收入(不含药品、耗材、检查检验收入)占医疗收入比例
- (十) 辅助用药收入占比
- (十一) 人员支出占业务支出的比重
- (十二) 万元收入能耗支出
- (十三) 收支结余
- (十四) 资产负债率
- (十五) 重点监控高值医用耗材收入占比
- (十六) 医疗收入增幅
- (十七) 门诊次均费用增幅
- (十八) 门诊次均药品费用增幅
- (十九) 住院次均费用增幅
- (二十) 住院次均药品费用增幅
- (二十一) 基本药物采购品种数占比
- (二十二) 国家组织药品集中采购中标药品使用比例

(二十三) 医院承担培养医学人才的工作成效: 1.医院在医学人才培养方面的经费投入占比; 2.临床带教教师和指导医师接受教育教学培训占比; 3.医院医学教育专职管理人员数与医院教育培训学员数之比; 4.发表教学文章数与卫生技术人员数之比

五、科研指标

每百名卫生技术人员科研成果转化金额

六、信息化指标

(一) 三级医院应当接入“三医一张网”信息平台

(二) “三医一张网”信息平台数据质量评分

(三) 居民健康档案调阅次数

(四) 三级医院应当接入省医学检查检验结果互认共享系统

(五) 国家传染病智能监测预警前置软件采集数据质量评分

第二章 医疗服务能力与医院质量安全指标

一、医疗服务能力

(一) 收治病种数量 (ICD-10 四位亚目数量)

(二) 住院术种数量 (ICD-9-CM-3 四位细目数量)

(三) DRG-DRGs 组数

(四) DRG-CMI

(五) DRG 时间消耗指数

(六) DRG 费用消耗指数

(七) 门诊人次数与出院人次数比

(八) 下转患者人次数 (门急诊、住院)

(九) 日间手术占择期手术比例

(十) 出院患者手术占比

(十一) 出院患者微创手术占比

(十二) 出院患者四级手术比例

(十三) 特需医疗服务占比

(十四) 门诊患者平均预约诊疗率

(十五) 门诊患者预约后平均等待时间

(十六) 医疗新技术获评数量

(十七) 临床重点专科获评数量

二、医院质量安全指标

(一) 患者入院 48 小时内转科的比例

(二) 患者入院 8 小时内查房率

(三) 上级医师查房记录规范率

(四) 住院患者非计划手术率

(五) 急会诊及时到位率

(六) 急会诊有效率

(七) 普通会诊及时完成率

(八) 普通会诊有效率

(九) 手术患者特级护理/一级护理出院率：1.手术患者特级护理出院率；2.手术患者一级护理出院率

(十) 四级手术患者手术当日床旁交接班占比

（十一）非计划再次住院/手术患者疑难病例讨论完成率：1.非计划再次住院患者疑难病例讨论完成率；2.非计划再次手术患者疑难病例讨论完成率

（十二）非计划再次住院/手术患者疑难病例讨论记录完整率：1.非计划再次住院患者疑难病例讨论记录完整率；2.非计划再次手术患者疑难病例讨论记录完整率

（十三）高额异常费用患者进行疑难病例讨论的占比

（十四）急危重症患者抢救成功率

（十五）术前讨论完成率

（十六）术者参加术前讨论率

（十七）术前讨论计划手术一致率

（十八）实际手术术者与计划手术术者一致率

（十九）死亡病例讨论5日完成率

（二十）医务部门组织讨论的死亡病例与发生纠纷的死亡病例比值

（二十一）科主任主持死亡病例讨论率

（二十二）死亡患者病案上传率

（二十三）长期医嘱当日终止率

（二十四）手术医师手术时间重合率

（二十五）麻醉医师手术时间重合率

（二十六）四级手术与三级手术并发症发生率比

（二十七）四级手术与三级手术患者死亡率比

（二十八）四级手术术前多学科讨论完成率

（二十九）三、四级手术实际开展率

（三十）新技术新项目留存转化率

（三十一）危急值报告时间

（三十二）住院患者危急值当日及时处置率

（三十三）特殊使用级抗菌药物使用会诊率

（三十四）临床用血后评估记录率

（三十五）脑血管病急性期规范诊疗率

（三十六）肿瘤治疗前临床分期评估率

（三十七）静脉血栓栓塞症规范预防率：1.VTE 风险初始评估率；2.采取 VTE 规范预防措施比例

（三十八）感染性休克集束化治疗完成率：1.感染性休克 1h 集束化治疗（bundle）完成率；2.感染性休克 3h 集束化治疗（bundle）完成率；3.感染性休克 6h 集束化治疗（bundle）完成率

（三十九）医疗质量安全不良事件报告率：1.床均医疗质量安全不良事件报告率；2.每百名出院人次医疗质量安全不良事件报告例数

（四十）非计划重返手术室再手术率：1.手术患者术后 48 小时内非预期重返手术室再次手术率；2.手术患者术后 31 天内非预期重返手术室再次手术率

（四十一）医疗机构检查检验结果互认率

- (四十二) 患者住院总死亡率
- (四十三) 新生儿患者住院死亡率
- (四十四) 手术患者住院死亡率
- (四十五) 住院患者出院后 0-31 天非预期再住院率
- (四十六) DRG 低风险组病例死亡率

三、医疗安全指标（年度医院获得性指标）

- (一) 手术患者手术后肺栓塞发生率
- (二) 手术患者手术后深静脉血栓发生率
- (三) 手术患者手术后脓毒症发生率
- (四) 手术患者手术后出血或血肿发生率
- (五) 手术患者手术伤口裂开发生率
- (六) 手术患者手术后猝死发生率
- (七) 手术患者手术后呼吸衰竭发生率
- (八) 手术患者手术后生理/代谢紊乱发生率
- (九) 与手术/操作相关感染发生率
- (十) 手术过程中异物遗留发生率
- (十一) 手术患者麻醉并发症发生率
- (十二) 手术患者肺部感染与肺机能不全发生率
- (十三) 手术意外穿刺伤或撕裂伤发生率
- (十四) 手术后急性肾衰竭发生率
- (十五) 各系统/器官术后并发症发生率
- (十六) 植入物的并发症（不包括脓毒症）发生率

- (十七) 移植的并发症发生率
- (十八) 再植和截肢的并发症发生率
- (十九) 介入操作与手术后患者其他并发症发生率
- (二十) 新生儿产伤发生率
- (二十一) 阴道分娩产妇分娩或产褥期并发症发生率
- (二十二) 剖宫产分娩产妇分娩或产褥期并发症发生率
- (二十三) 输注反应发生率
- (二十四) 输血反应发生率
- (二十五) 医源性气胸发生率
- (二十六) 住院患者医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生率
- (二十七) 住院 ICU 患者呼吸机相关肺炎发病率
- (二十八) 住院 ICU 患者血管导管相关血流感染发病率
- (二十九) 住院 ICU 患者导尿管相关尿路感染发病率
- (三十) 临床用药所致的有害效应(不良事件)发生率
- (三十一) 血液透析所致并发症发生率
- (三十二) 造成患者严重损害的医疗安全(不良)事件根因

分析率

- (三十三) 大型医用设备检查阳性率

- (三十四) 病历质控率: 1.在架病历质控率; 2.终末病历质

控率

- (三十五) 省级信访投诉例数

- (三十六) 医疗纠纷发生例数

- (三十七) 医德医风教育培训次数
- (三十八) 医德医风举报投诉案件调查处理结案率
- (三十九) “三基”水平测试: 1.“三基”水平测试参加率; 2.“三基”水平测试合格率
- (四十) 省紧急医学救援培训中心合格证师资人数

第三章 重点专业质量控制指标

一、临床用血质量控制指标 (国卫办医函〔2019〕620号)

- (一) 每千单位用血输血专业技术人员数
- (二) 《临床输血申请单》合格率
- (三) 受血者标本血型复查率
- (四) 输血相容性检测项目室内质控率
- (五) 输血相容性检测室间质评项目参加率
- (六) 千输血人次输血不良反应上报例数
- (七) 一二级手术台均用血量
- (八) 三四级手术台均用血量
- (九) 手术患者自体输血率
- (十) 出院患者人均用血量

二、呼吸内科专业医疗质量控制指标 (国卫办医函〔2019〕854号)

- (一) 急性肺血栓栓塞症 (PTE) 患者确诊检查比例
- (二) 急性 PTE 患者行深静脉血栓相关检查比例

- (三) 急性 PTE 患者行危险分层相关检查比例
 - (四) 住院期间行溶栓治疗的高危急性 PTE 患者比例
 - (五) 急性 PTE 患者住院期间抗凝治疗比例
 - (六) 急性 PTE 患者住院死亡率
 - (七) 急性 PTE 患者住院期间发生大出血比例
 - (八) 慢阻肺急性加重患者住院期间行动脉血气分析比例
 - (九) 慢阻肺急性加重患者住院期间胸部影像学检查比例
 - (十) 慢阻肺急性加重患者住院期间心电图检查比例
 - (十一) 慢阻肺急性加重患者住院期间超声心动图检查比例
 - (十二) 慢阻肺急性加重患者住院期间抗感染治疗前病原学送检比例
 - (十三) 慢阻肺急性加重患者住院期间雾化吸入支气管扩张剂应用比例
 - (十四) 慢阻肺急性加重患者住院死亡率
 - (十五) 使用有创机械通气的慢阻肺急性加重患者死亡率
 - (十六) 住院成人社区获得性肺炎 (CAP) 患者进行 CAP 严重程度评估的比例
 - (十七) CAP 患者住院期间抗感染治疗前病原学送检比例
 - (十八) CAP 患者住院死亡率
 - (十九) 住院 CAP 患者接受机械通气的比例
- 三、产科专业医疗质量控制指标 (国卫办医函〔2019〕854 号)

(一) 剖宫产率/初产妇剖宫产率/中转剖宫产率：1.剖宫产率；2.初产妇剖宫产率；3.中转剖宫产率

(二) 阴道分娩椎管内麻醉使用率

(三) 早产率/早期早产率：1.早产率；2.早期早产率

(四) 巨大儿发生率

(五) 严重产后出血发生率

(六) 严重产后出血患者输血率

(七) 孕产妇死亡活产比

(八) 妊娠相关子宫切除率

(九) 产后或术后非计划再次手术率

(十) 足月新生儿 5 分钟 Apgar 评分 < 7 分发生率

四、神经系统疾病医疗质量控制指标（国卫办医函〔2020〕13 号）

(一) 癫痫与惊厥癫痫持续状态

1.癫痫发作频率记录率

2.抗癫痫药物严重不良反应发生率

3.癫痫患者病因学检查完成率

4.癫痫患者择期手术在院死亡率

5.癫痫患者术后并发症发生率

6.癫痫患者术后病理明确率

7.癫痫手术患者出院时继续抗癫痫药物治疗率

8.惊厥性癫痫持续状态初始治疗标准方案应用率

9.难治性惊厥性癫痫持续状态患者麻醉药物应用率

10.在院惊厥性癫痫持续状态患者影像检查率

11.在院期间惊厥性癫痫持续状态患者病因明确率

12.惊厥性癫痫持续状态患者在院死亡率

（二）脑梗死

1.脑梗死患者神经功能缺损评估率

2.发病 24 小时内脑梗死患者急诊就诊 30 分钟内完成头颅 CT 影像学检查率

3.发病 24 小时内脑梗死患者急诊就诊 45 分钟内临床实验室检查完成率

4.发病 4.5 小时内脑梗死患者静脉溶栓率

5.静脉溶栓的脑梗死患者到院到给药时间小于 60 分钟的比例

6.发病 6 小时内前循环大血管闭塞性脑梗死患者血管内治疗率

7.发病 24 小时内前后循环大血管闭塞性脑梗死患者血管内治疗率

8.脑梗死患者入院 48 小时内抗血小板药物治疗率

9.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

10.住院期间脑梗死患者他汀类药物治疗率

11.脑梗死患者康复评估率

12.出院时脑梗死患者抗栓/他汀类药物治疗率：（1）出院时脑梗死患者抗栓治疗率；（2）出院时脑梗死患者他汀类药物治疗率

13.出院时合并高血压/糖尿病/房颤的脑梗死患者降压/降糖药物/抗凝治疗率：（1）出院时合并高血压的脑梗死患者降压治疗率；（2）出院时合并糖尿病的脑梗死患者降糖药物治疗率；（3）出院时合并房颤的脑梗死患者抗凝治疗率

（三）帕金森病

- 1.住院帕金森病患者规范诊断率
- 2.住院帕金森病患者完成头颅 MRI 或 CT 检查率
- 3.住院帕金森病患者进行临床分期的比例
- 4.住院帕金森病患者全面神经功能缺损评估率

（四）颈动脉支架置入术

- 1.颈动脉支架置入术患者术前 mRS 评估率
- 2.颈动脉支架置入术患者术前颈动脉无创影像评估率
- 3.颈动脉支架置入术手术指征符合率：（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；（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
- 4.颈动脉支架置入术技术成功率
- 5.颈动脉支架置入术并发症发生率
- 6.颈动脉支架置入术患者卒中和死亡发生率：（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；（2）颈动脉

支架置入术患者术后 30 天卒中和死亡发生率

（五）脑血管造影术

- 1.脑血管造影术（DSA）前无创影像评估率
- 2.脑血管造影术造影阳性率
- 3.脑血管造影术严重并发症发生率
- 4.脑血管造影术穿刺点并发症发生率
- 5.脑血管造影术死亡率

五、肾病专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2020〕13号）

（一）IgA 肾病

- 1.肾活检患者术前检查完成率
- 2.肾脏病理切片染色规范率
- 3.IgA 肾病患者病理分型诊断率
- 4.IgA 肾病患者 RAS 阻断剂的使用率
- 5.IgA 肾病患者随访完成率
- 6.IgA 肾病患者血压控制达标率
- 7.肾功能恶化率
- 8.治疗 6 个月后 24 小时尿蛋白<1g 的患者比例
- 9.肾活检严重并发症发生率
- 10.激素、免疫抑制剂治疗的严重并发症发生率

（二）血液净化技术

- 1.治疗室消毒合格率：（1）血液透析治疗室消毒合格率；

(2) 腹膜透析治疗室消毒合格率

2.透析用水生物污染检验合格率

3.新入血液透析患者血源性传染病标志物检验完成率

4.血液透析患者尿素清除指数 (Kt/V) 和尿素下降率 (URR) 控制率

5.腹膜透析患者尿素清除指数 (Kt/V) 及总内生肌酐清除率 (Ccr) 控制率

6.透析患者 β_2 微球蛋白定时检验完成率: (1) 维持性血液透析患者 β_2 微球蛋白定时检验完成率; (2) 腹膜透析患者 β_2 微球蛋白定时检验完成率

7.血液透析患者透析期间体重增长控制率

8.维持性血液透析患者的动静脉内瘘长期使用率

9.腹膜透析患者腹膜平衡试验记录定时完成率

10.腹膜透析退出患者治疗时间

11.透析患者血常规定时检验率: (1) 维持性血液透析患者血常规定时检验率; (2) 腹膜透析患者血常规定时检验率

12.透析患者血液生化定时检验率: (1) 维持性血液透析患者血液生化定时检验率; (2) 腹膜透析患者血液生化定时检验率

13.透析患者全段甲状旁腺素 (iPTH) 定时检验完成率: (1) 维持性血液透析患者 iPTH 定时检验完成率; (2) 腹膜透析患者 iPTH 定时检验完成率

14.透析患者的血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度定时检验完成率：（1）维持性血液透析患者的血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度定时检验完成率；（2）腹膜透析患者的血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度定时检验完成率

15.透析患者的血清前白蛋白定时检验完成率：（1）维持性血液透析患者的血清前白蛋白定时检验完成率；（2）腹膜透析患者的血清前白蛋白定时检验完成率

16.透析患者的C反应蛋白（CRP）定时检验完成率：（1）维持性血液透析患者的C反应蛋白（CRP）定时检验完成率；（2）腹膜透析患者的C反应蛋白（CRP）定时检验完成率

17.透析患者高血压控制率：（1）维持性血液透析患者高血压控制率；（2）腹膜透析患者高血压控制率

18.透析患者肾性贫血控制率：（1）维持性血液透析患者肾性贫血控制率；（2）腹膜透析患者肾性贫血控制率

19.透析患者慢性肾脏病-矿物质与骨异常（CKD-MBD）指标控制率：（1）维持性血液透析患者CKD-MBD指标控制率；（2）腹膜透析患者CKD-MBD指标控制率

20.透析患者血清白蛋白控制率：（1）维持性血液透析患者血清白蛋白控制率；（2）腹膜透析患者血清白蛋白控制率

六、护理专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2020〕654号）

（一）护患比：1.白班平均护患比（1：X）；2.夜班平均护

患比（1：X）

（二）每住院患者 24 小时平均护理时数

（三）不同级别护士配置占比：1.病区 5 年以下护士占比；
2.病区 20 年及以上护士占比

（四）护士离职率

（五）住院患者身体约束率

（六）住院患者跌倒发生率：1.住院患者跌倒发生率；2.住院患者跌倒伤害占比

（七）住院患者 2 期及以上院内压力性损伤发生率

（八）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；2.经口、经鼻胃肠导管非计划拔管率；
3.导尿管非计划拔管率；4.中心静脉导管（CVC）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

（九）护理级别占比

（十）优质护理服务病房覆盖率

七、病案管理质量控制指标（国卫办医函〔2021〕28 号）

（一）住院病案管理人员月均负担出院患者病历数

（二）门诊病案管理人员月均负担门诊患者病历数

（三）病案编码人员月均负担出院患者病历数

（四）入院记录 24 小时内完成率

（五）手术记录 24 小时内完成率

（六）出院记录 24 小时内完成率

- (七) 病案首页 24 小时内完成率
- (八) CT/MRI 检查记录符合率
- (九) 病理检查记录符合率
- (十) 细菌培养检查记录符合率
- (十一) 抗菌药物使用记录符合率
- (十二) 恶性肿瘤化学治疗记录符合率
- (十三) 恶性肿瘤放射治疗记录符合率
- (十四) 手术相关记录完整率
- (十五) 植入物相关记录符合率
- (十六) 临床用血相关记录符合率
- (十七) 医师查房记录完整率
- (十八) 患者抢救记录及时完成率
- (十九) 出院患者病历 2 日归档率
- (二十) 出院患者病历归档完整率
- (二十一) 主要诊断填写正确率
- (二十二) 主要诊断编码正确率
- (二十三) 主要手术填写正确率
- (二十四) 主要手术编码正确率
- (二十五) 不合理复制病历发生率
- (二十六) 知情同意书规范签署率
- (二十七) 甲级病历率

八、心血管系统疾病相关专业医疗质量控制指标(国卫办医

函〔2021〕70号)

(一) 急性 ST 段抬高型心肌梗死

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

2.急性 STEMI 患者到院 1 小时内阿司匹林治疗率

3.急性 STEMI 患者到院 1 小时内 P2Y12 受体拮抗剂治疗率

4.发病 24 小时内急性 STEMI 患者再灌注治疗率

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

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

7.急性 STEMI 患者到院 24 小时内 β 受体阻滞剂治疗率

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

9.急性 STEMI 患者出院阿司匹林使用率

10.急性 STEMI 患者出院 P2Y12 受体拮抗剂使用率

11.急性 STEMI 患者出院 β 受体阻滞剂使用率

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

13.急性 STEMI 患者出院他汀类药物使用率

14.急性 STEMI 患者住院死亡率

15.急性 STEMI 患者出院后 30 天内非计划再入院率

16.急性 STEMI 患者 30 天死亡率

（二）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
- 2.非瓣膜性房颤患者出院抗凝药物使用率
- 3.瓣膜性房颤患者出院华法林使用率
- 4.房颤患者出血风险评估率
- 5.房颤患者左心耳封堵术并发症发生率

（三）心力衰竭

- 1.心力衰竭患者入院 24 小时内利钠肽检测率
- 2.心力衰竭患者入院 48 小时内心脏功能评估率
- 3.心力衰竭伴容量超负荷患者住院期间利尿剂治疗率
- 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
- 5.心力衰竭患者出院 β 受体阻滞剂使用率
- 6.心力衰竭患者出院醛固酮受体拮抗剂使用率
- 7.心力衰竭患者住院期间心脏再同步化治疗（CRT）使用率
- 8.心力衰竭患者住院死亡率
- 9.心力衰竭患者出院 30 天随访率
- 10.心力衰竭患者出院后 30 天内心力衰竭再入院率
- 11.心力衰竭患者出院后 30 天死亡率

（四）高血压

- 1.动态血压监测率
- 2.心血管风险评估率
- 3.原发性醛固酮增多症肾素醛固酮检测规范率
- 4.原发性醛固酮增多症确诊试验开展率

（五）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
- 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
- 3.单纯冠状动脉旁路移植术后胸骨深部感染发生率
- 4.单纯冠状动脉旁路移植术后脑卒中发生率
- 5.单纯冠状动脉旁路移植术非计划二次手术率
- 6.单纯冠状动脉旁路移植术后急性肾衰竭发生率
- 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
- 8.单纯冠状动脉旁路移植术围术期输血率
- 9.单纯冠状动脉旁路移植术中乳内动脉血管桥使用率
- 10.单纯冠状动脉旁路移植术后 24 小时内阿司匹林使用率
- 11.单纯冠状动脉旁路移植术出院他汀类药物使用率
- 12.单纯冠状动脉旁路移植术出院阿司匹林使用率
- 13.单纯冠状动脉旁路移植术出院 β 受体阻滞剂使用率

（六）二尖瓣手术

- 1.二尖瓣手术住院死亡率
- 2.二尖瓣手术后机械通气时间大于等于 24 小时发生率

3.二尖瓣手术后胸骨深部感染发生率

4.二尖瓣手术后脑卒中发生率

5.二尖瓣手术非计划二次手术率

6.二尖瓣手术后急性肾衰竭发生率

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

8.二尖瓣手术出院抗凝药物使用率

9.二尖瓣手术术中经食道超声使用率

（七）主动脉瓣手术

1.主动脉瓣手术住院死亡率

2.主动脉瓣手术后机械通气时间大于等于 24 小时发生率

3.主动脉瓣手术后胸骨深部感染发生率

4.主动脉瓣手术后脑卒中发生率

5.主动脉瓣手术非计划二次手术率

6.主动脉瓣手术后急性肾衰竭发生率

7.主动脉瓣手术出院抗凝药物使用率

8.主动脉瓣手术术中经食道超声使用率

9.主动脉瓣置换术人工瓣有效瓣膜面积指数大于 $0.85\text{cm}^2/\text{m}^2$ 发生率

（八）主动脉腔内修复术

1.主动脉腔内修复术住院死亡率

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

- 3.主动脉腔内修复术非计划二次手术率
- 4.主动脉腔内修复术后内漏发生率
- 5.主动脉腔内修复术后脑卒中发生率
- 6.主动脉腔内修复术后急性肾衰竭发生率
- 7.主动脉腔内修复术后脊髓损伤发生率
- 8.主动脉腔内修复术后心肌梗死发生率
- 9.主动脉腔内修复术 30 天内 CTA 复查率
- 10.主动脉腔内修复术后 30 天随访率
- 11.主动脉腔内修复术前 β 受体阻滞剂使用率
- 12.主动脉腔内修复术前他汀类药物使用率

（九）先心病介入治疗技术

- 1.先心病介入治疗成功率
- 2.先心病介入治疗后严重房室传导阻滞发生率
- 3.先心病介入治疗封堵器移位或脱落发生率
- 4.先心病介入治疗溶血发生率
- 5.先心病介入治疗心脏压塞发生率
- 6.先心病介入治疗输血率
- 7.先心病介入治疗非计划二次手术率
- 8.先心病介入治疗住院死亡率

（十）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

2.冠脉介入治疗临床成功率

3.冠脉介入治疗住院死亡率

4.择期冠脉介入治疗住院死亡率

5.冠脉介入治疗严重并发症发生率

6.STEMI 患者发病 12 小时内接受直接 PCI 率

7.行直接 PCI 的 STEMI 患者到院至导丝通过靶血管（DTD）
平均时间

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

9.例次平均支架数

10.冠脉介入治疗术前双重抗血小板药物使用率

11.冠脉介入治疗住院期间他汀类药物使用率

（十一）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

2.CIED 植入术心脏压塞发生率

3.CIED 植入术导线脱位发生率

4.阵发性室上性心动过速（PSVT）导管消融治疗成功率

5.导管消融治疗后严重房室传导阻滞发生率

6.导管消融治疗心脏压塞发生率

7.导管消融治疗住院死亡率

九、超声诊断专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2022〕

161 号）

- (一) 超声医师月均工作量
- (二) 超声仪器质检率
- (三) 住院超声检查 48 小时内完成率
- (四) 超声危急值 10 分钟内通报完成率
- (五) 超声报告书写合格率
- (六) 乳腺病变超声报告进行乳腺影像报告和数据系统 (BI-RADS) 分类率
- (七) 门急诊超声报告阳性率
- (八) 住院超声报告阳性率
- (九) 超声筛查中胎儿重大致死性畸形的检出率
- (十) 超声诊断符合率
- (十一) 乳腺占位超声诊断准确率
- (十二) 颈动脉狭窄 ($\geq 50\%$) 超声诊断符合率
- (十三) 超声介入相关主要并发症发生率

十、康复医学专业医疗质量控制指标 (国卫办医函〔2022〕

161 号)

- (一) 脑卒中患者早期康复介入率
- (二) 脊髓损伤患者早期康复介入率
- (三) 髋、膝关节置换术后患者早期康复介入率
- (四) 日常生活活动能力 (ADL) 改善率
- (五) 脊髓损伤患者 ADL 改善率
- (六) 脑卒中患者 ADL 改善率

（七）康复评定率：1.脑卒中患者运动功能评定率；2.脑卒中患者言语功能评定率；3.脑卒中患者吞咽功能评定率；4.脊髓损伤患者神经功能评定率；5.髋、膝关节置换术后患者功能评定率

（八）住院患者静脉输液使用率

（九）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；2.脑卒中后肩痛预防实施率；3.脊髓损伤患者泌尿系感染发生率；4.脊髓损伤神经源性膀胱患者间歇性导尿实施率；5.住院患者静脉血栓栓塞症发生率；6.住院患者静脉血栓栓塞症规范预防率

十一、临床营养专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2022〕161号）

（一）营养科医床比

（二）营养科护床比

（三）营养科技床比

（四）住院患者营养风险筛查率

（五）存在营养风险住院患者营养治疗率

（六）糖尿病住院患者营养评估率

（七）糖尿病住院患者营养治疗率

（八）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；2.肠内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

(九) 营养门诊投诉发生率

十二、麻醉专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2022〕161号)

(一) 麻醉科医护比

(二) 手术室外麻醉占比

(三) 麻醉开始后手术取消率

(四) 术中自体血输注率

(五) 手术麻醉期间低体温发生率

(六) 术中心脏骤停率

(七) 麻醉期间严重过敏反应发生率

(八) PACU 入室低体温发生率

(九) 麻醉后 PACU 转出延迟率

(十) 非计划二次气管插管率

(十一) 区域阻滞麻醉后严重神经并发症发生率

(十二) 麻醉后 24 小时内患者死亡率

十三、肿瘤专业医疗质量控制指标(国卫办医政函〔2023〕66号)

(一) 乳腺癌

1.乳腺癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率

2.乳腺癌患者首次治疗前临床 TNM 分期检查评估策略符合率

3.乳腺癌患者非手术治疗前病理学诊断率

- 4.早期乳腺癌患者前哨淋巴结活检率
- 5.乳腺癌患者保乳术后放疗率
- 6.乳腺癌患者改良根治术后放疗率
- 7.局部晚期乳腺癌患者新辅助治疗率
- 8.晚期转移性乳腺癌患者首次治疗全身系统性治疗率
- 9.激素受体阳性乳腺癌患者术后接受辅助内分泌治疗率
- 10.接受抗 HER-2 靶向治疗的乳腺癌患者中 HER-2 阳性率
- 11.腋窝淋巴结清扫充分率
- 12.乳腺癌I类切口手术部位感染率

（二）肺癌

- 1.肺癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率
- 2.肺癌患者首次治疗前临床 TNM 分期检查评估策略符合率
- 3.肺癌患者非手术治疗前病理学诊断率
- 4.肺癌患者术后病理 TNM 分期率
- 5.肺癌切除术术中淋巴结清扫率
- 6.肺癌切除术术中纵隔淋巴结清扫充分率
- 7.III期肺癌患者初始治疗综合治疗率
- 8.肺癌患者精确放疗率
- 9.IV期肺癌患者首次抗肿瘤药物治疗一线推荐方案采用率
- 10.肺癌患者接受分子靶向治疗前基因检测阳性率
- 11.肺癌患者非手术治疗后疗效评价率
- 12.肺癌手术患者肿瘤完整切除（R0）率

13.肺癌患者术后院内死亡率

（三）肝癌

1.肝细胞癌患者首次治疗前临床中国肝癌分期诊断率

2.肝细胞癌患者首次治疗前临床中国肝癌分期检查策略符合率

3.肝内胆管癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率

4.肝内胆管癌患者首次治疗前临床 TNM 分期检查策略符合率

5.肝内胆管癌患者首次非手术治疗前病理学诊断率

6.肝内胆管癌患者术后病理 TNM 分期率

7.肝内胆管癌患者术中淋巴结清扫率

8.肝癌手术患者微创手术率

9.肝癌患者围手术期死亡率

10.中国肝癌分期IIb 和IIIa 期肝细胞癌患者首次治疗 TACE 治疗率

11.中晚期肝癌患者综合治疗率

12.肝癌患者精确放疗率

（四）宫颈癌

1.宫颈癌患者首次治疗前临床 FIGO 分期诊断率

2.宫颈癌患者首次治疗前临床 FIGO 分期检查评估策略符合率

3.宫颈癌患者首次治疗前病理学诊断率

- 4.早期宫颈癌根治性手术治疗患者淋巴结切除率
- 5.术后病理存在高危因素的宫颈癌患者接受同步放化疗率
- 6.术后病理存在符合 Sedlis 标准的中危因素宫颈癌患者放疗

率

- 7.中晚期宫颈癌患者首次治疗同步放化疗率
- 8.宫颈癌患者精确体外放疗率
- 9.宫颈癌患者精确近距离放疗率
- 10.宫颈癌患者增敏化疗采用标准方案率
- 11.宫颈癌手术患者并发症发生率
- 12.宫颈癌放疗患者近期并发症发生率

（五）胃癌

- 1.胃癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率
- 2.胃癌患者首次治疗前临床 TNM 分期检查评估策略符合率
- 3.胃癌患者首次治疗前病理学诊断率
- 4.胃癌患者术后病理 TNM 分期率
- 5.接受内镜治疗的胃癌患者术后切缘阳性率
- 6.I-III期胃癌患者手术治疗术中淋巴结清扫充分率
- 7.转移性胃癌患者首次治疗行手术治疗率
- 8.胃癌手术患者术前完成营养风险筛查与评估率
- 9.晚期转移性胃癌患者首次抗肿瘤药物治疗一线推荐方案

采用率

- 10.胃癌患者非手术治疗后疗效评价率

11.晚期转移性胃癌患者首次抗肿瘤药物治疗前病理生物标志物诊断率

（六）结直肠癌

1.结直肠癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率

2.结直肠癌患者首次治疗前临床 TNM 分期检查评估策略符合率

3.结直肠癌患者非手术治疗前病理学诊断率

4.首诊局部进展期直肠癌患者新辅助治疗率

5.结直肠癌患者靶向治疗和（或）免疫治疗前行基因检测和（或）分子检测率

6.术中淋巴结清扫充分率

7.首诊转移性结直肠癌患者首次化疗一线方案采用率

8.结直肠癌患者手术死亡率

9.结直肠癌患者术后 C 级吻合口瘘发生率

10.结直肠癌患者术后病理 TNM 分期率

11.结直肠癌患者非手术治疗后疗效评价率

12.结直肠癌手术患者非计划二次手术率

（七）食管癌

1.食管癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率

2.食管癌患者首次治疗前临床 TNM 分期检查评估策略符合率

3.食管癌患者首次抗肿瘤治疗前病理学诊断率

- 4.食管胃交界部癌 Siewert 分型率
- 5.食管癌患者新辅助治疗后手术治疗前分期评估率
- 6.临床分期为 T₃₋₄N₀ 和 T_{1-4a}N₊ 期的食管癌患者新辅助治疗率
- 7.食管癌患者根治性手术淋巴结清扫充分率
- 8.晚期食管/食管胃交界部腺癌患者首次抗肿瘤药物治疗前完成 HER-2 检测率

- 9.食管癌患者精确放疗率
- 10.食管癌根治性放疗剂量规范率

（八）甲状腺癌

- 1.甲状腺癌患者手术治疗前甲状腺血清学检测评估率
- 2.甲状腺癌患者手术前细胞病理学检查率
- 3.甲状腺癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率
- 4.甲状腺癌患者首次治疗前临床 TNM 分期检查评估策略符合率

- 5.甲状腺癌全切术后甲状旁腺功能评估率
- 6.甲状腺癌患者术后病理 TNM 分期率
- 7.分化型甲状腺癌 ¹³¹I 治疗前生化评估率
- 8.分化型甲状腺癌 ¹³¹I 治疗后 ¹³¹I 全身显像率
- 9.甲状腺癌术后血肿清除治疗率
- 10.甲状腺癌术后切口感染率
- 11.甲状腺癌患者术后发声质量评估率

（九）前列腺癌

- 1.前列腺癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率
- 2.前列腺癌患者首次治疗前临床 TNM 分期检查评估策略符合率
- 3.前列腺癌患者首次非手术治疗前病理学诊断率
- 4.前列腺癌患者术后病理 TNM 分期率
- 5.M₀ 期前列腺癌患者根治性精确放疗率
- 6.III 期前列腺癌患者初始治疗行综合治疗率
- 7.IV 期前列腺癌患者首次化疗一线方案采用率
- 8.转移性激素敏感性前列腺癌患者首次抗肿瘤药物治疗采用一线方案率
- 9.前列腺癌患者非手术治疗后疗效评价率
- 10.前列腺癌患者围手术期死亡率

（十）肾癌

- 1.肾癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率
- 2.肾癌患者首次治疗前临床 TNM 分期检查评估策略符合率
- 3.肾癌患者首次非手术治疗前病理学诊断率
- 4.肾癌患者术后病理 TNM 分期率
- 5.肾癌手术患者接受微创手术治疗率
- 6.T1a 期肾癌患者接受肾部分切除手术率
- 7.肾癌手术患者术中及术后输血率
- 8.肾癌患者围手术期死亡率
- 9.晚期肾癌患者接受系统治疗率

10.肾癌患者系统治疗后疗效评价率

11.肾癌手术患者并发症发生率

十四、感染性疾病专业医疗质量控制指标（国卫办医政函〔2023〕404号）

（一）抗流感病毒药物使用前流感病原学诊断阳性率

（二）门诊流感患者抗菌药物使用率

（三）住院流感患者抗菌药物使用率

（四）住院流感重症患者死亡率

（五）感染性腹泻患者病原学诊断阳性率

（六）感染性腹泻患者抗菌药物使用率

（七）丙型肝炎病毒（HCV）抗体阳性患者丙型肝炎病毒核酸（HCV-RNA）检测率

（八）HCV-RNA 阳性患者抗病毒治疗率

（九）护士血源性职业暴露率

十五、健康体检与管理专业医疗质量控制指标（国卫办医政函〔2023〕404号）

（一）高级职称医师签署报告率

（二）健康体检问卷完成率

（三）超声医师日均负担超声检查部位数

（四）大便标本留取率

（五）健康体检报告平均完成时间

（六）高危异常结果通知率

（七）重要异常结果随访率

十六、疼痛专业医疗质量控制指标（国卫办医政函〔2023〕404号）

（一）疼痛科医师床位比

（二）疼痛科护士床位比

（三）住院患者入院 8h 内疼痛程度评估完成率

（四）带状疱疹后神经痛（PHN）初诊患者一线药物使用率

（五）PHN 治疗有效率

（六）PHN 患者手术并发症发生率

（七）PHN 患者精神心理评估率

（八）癌症疼痛患者 24h 内疼痛全面评估完成率

（九）中重度癌症疼痛患者阿片类药物使用率

（十）癌症疼痛治疗有效率

（十一）癌症疼痛患者术后院内死亡率

（十二）中重度癌症疼痛患者 7 天随访率

十七、整形美容专业医疗质量控制指标（国卫办医政函〔2023〕404号）

（一）整形美容手术I类切口围手术期预防性抗生素使用率

（二）整形美容手术切口甲级愈合率

（三）假体植入手术早期手术部位感染发生率

（四）毛发移植术后早期毛囊炎发生率

（五）重睑术二次手术率

（六）阴道紧缩术直肠损伤发生率

（七）皮瓣血管危象早期识别率

（八）皮瓣血管危象发生率

十八、急诊专业医疗质量控制指标（国卫办医政函〔2024〕150号）

（一）急诊科医患比

（二）急诊科护患比

（三）抢救室滞留时间（中位数）

（四）急诊分级分诊执行率

（五）急诊IV级患者静脉输液使用率

（六）心肺复苏（CPR）质量监测率

（七）心脏骤停复苏成功率：1.院前心脏骤停复苏成功率；
2.院内心脏骤停复苏成功率

（八）心脏骤停患者放弃抢救率：1.院前心脏骤停患者放弃抢救率；2.院内心脏骤停患者放弃抢救率

（九）复苏成功后昏迷患者目标体温管理实施率

（十）心脏骤停患者出院存活率：1.院前心脏骤停患者出院存活率；2.院内心脏骤停患者出院存活率

（十一）脓毒性休克1小时内抗菌药物使用率

（十二）急诊重症监护病房（EICU）脓毒性休克患者病死率

（十三）急诊创伤患者创伤量化评估率

(十四) 严重创伤患者就诊 - 手术时间 (中位数)

(十五) 严重创伤患者 24 小时存活率

(十六) 急诊中心静脉置管早期血管并发症发生率

十九、脑损伤评价医疗质量控制指标 (国卫办医政函〔2024〕150 号)

(一) 自发性脑出血患者电子计算机断层扫描血管成像 (CTA) 检查率

(二) 自发性脑出血患者格拉斯哥昏迷量表 (GCS) 评估率

(三) 自发性脑出血患者改良 Rankin 量表 (mRS) 评估率

(四) 轻中度自发性脑出血患者紧急降压有效率

(五) 自发性脑出血患者随访率

(六) 急性重型颅脑创伤患者有创颅内压力 (ICP) 监测率

(七) 急性颅脑创伤患者格拉斯哥昏迷量表 (GCS) 评估率

(八) 急性颅脑创伤患者随访格拉斯哥结果评估量表 (GOS) 评估率

(九) 急性脑梗死初诊患者脑血管影像学评估率

(十) 脑梗死患者康复治疗率

二十、病理专业医疗质量控制指标 (国卫办医政函〔2024〕150 号)

(一) 每百张病床病理医师数

(二) 每百张病床病理技术人员数

(三) 标本规范化固定率

（四）苏木精-伊红染色法（Hematoxylin Eosinstaining, HE）
染色切片优良率

（五）免疫组化染色切片优良率

（六）术中快速诊断及时率

（七）组织病理诊断及时率

（八）细胞病理诊断及时率

（九）分子病理检测室内质控合格率

（十）免疫组化染色室间质评合格率

（十一）分子病理室间质评合格率

（十二）细胞学病理诊断质控符合率

（十三）术中快速诊断与石蜡诊断符合率

二十一、放射影像专业医疗质量控制指标（国卫办医政函〔2024〕150号）

（一）放射影像检查图像伪影率

（二）急诊放射影像检查报告2小时完成率

（三）放射影像报告书写规范率

（四）放射影像危急值10分钟内通报完成率

（五）增强CT检查静脉对比剂外渗发生率

（六）PI-RADS分类率

（七）BI-RADS分类率

二十二、门诊管理医疗质量控制指标（国卫办医政函〔2024〕150号）

- (一) 门诊电子病历使用率
- (二) 门诊标准诊断使用率
- (三) 门诊准时出诊率
- (四) 门诊停诊率
- (五) 门诊化疗病历记录完整率
- (六) 门诊化疗严重不良反应发生率
- (七) 门诊化疗患者静脉治疗相关不良事件发生率
- (八) 门诊危急值 30 分钟内通报完成率
- (九) 门诊静脉采血相关差错发生率
- (十) 门诊手术并发症发生率
- (十一) 每千门诊诊疗人次不良事件发生率

二十三、医院感染管理医疗质量控制指标（国卫办医政函〔2024〕150 号）

- (一) 医疗机构工作人员手卫生依从率
- (二) 千日医院感染例次发病率
- (三) 医院感染现患（例次）率
- (四) 新生儿千日医院感染例次发病率
- (五) 千日特定多重耐药菌医院感染例次发病率
- (六) 住院患者联合使用重点抗菌药物治疗前病原学送检率
- (七) 住院患者Ⅰ类切口手术抗菌药物预防使用率
- (八) 住院患者Ⅰ类切口手术部位感染率
- (九) 血管导管相关血流感染发病率

(十) 呼吸机相关肺炎发病率

(十一) 导尿管相关尿路感染发病率

(十二) 血液透析相关感染发生率

二十四、重症医学专业医疗质量控制指标（国卫办医政函〔2024〕338号）

(一) ICU 床位使用率

(二) 急性生理与慢性健康评分（APACHEII评分） ≥ 15 分患者收治率

(三) 抗菌药物治疗前病原学送检率

(四) 深静脉血栓（DVT）预防率

(五) 中重度急性呼吸窘迫综合征（ARDS）患者俯卧位通气实施率

(六) ICU 镇痛评估率

(七) ICU 镇静评估率

(八) ICU 患者标化病死指数

(九) ICU 非计划气管插管拔管率

(十) ICU 气管插管拔管后 48h 内再插管率

(十一) 非计划转入 ICU 率

(十二) 转出 ICU 后 48h 内重返率

(十三) ICU 急性脑损伤患者意识评估率

(十四) 48h 内肠内营养（EN）启动率

二十五、药事管理专业医疗质量控制指标（国卫办医政函

〔2025〕333号)

(一) 医师人数与药师人数之比

(二) 每百张床位临床药师人数

(三) 处方审核率: 1.门诊处方审核率; 2.急诊处方审核率;
3.住院患者用药医嘱审核率

(四) 处方点评率: 1.门诊处方点评率; 2.急诊处方点评率;
3.住院患者用药医嘱点评率; 4.重点监控合理用药药品住院患者
用药医嘱点评率

(五) 处方合理率: 1.门诊处方合理率; 2.急诊处方合理率;
3.住院患者用药医嘱合理率; 4.重点监控合理用药药品住院患者
用药医嘱合理率

(六) 住院患者药学监护率

(七) 住院患者静脉用药情况: 1.住院患者静脉输液使用率;
2.住院患者静脉输液床日占比; 3.住院患者静脉输液平均每床日
使用体积; 4.I类切口手术经静脉预防使用抗菌药物时长 ≤ 24 小时
比例; 5.II类切口手术经静脉预防使用抗菌药物时长 ≤ 24 小时比
例

(八) 住院患者抗菌药物使用情况: 1.住院患者抗菌药物使
用率; 2.住院患者抗菌药物使用强度(DDD_s); 3.住院患者特殊
使用级抗菌药物使用强度(DDD_s)

(九) 严重或新的药品不良反应上报比例

(十) 用药错误报告率

二十六、临床检验专业医疗质量控制指标（国卫办医政函〔2025〕333号）

- （一）标本类型错误率
- （二）标本容器错误率
- （三）标本采集量错误率
- （四）血培养污染率
- （五）抗凝标本凝集率
- （六）标本拒收率
- （七）室内质控项目开展率
- （八）室内质控项目变异系数不合格率
- （九）室间质评项目参加率
- （十）室间质评项目合格率
- （十一）检验项目替代评价方法使用率
- （十二）检验总周转时间第90百分位数
- （十三）检验报告不正确率
- （十四）危急值通报率
- （十五）危急值通报及时率

第四章 单病种（术种）质量控制指标

55个单病种（术种）按照《三级医院评审标准（2025年版）》（国卫医政发〔2025〕4号），分别监测“病种例数、平均住院日、次均费用、病死率”4个指标。

一、急性心肌梗死（ST 段抬高型，首次住院）

主要诊断 ICD-10 编码：I21.0 至 I21.3 的出院患者。

二、心力衰竭

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

三、冠状动脉旁路移植术

主要手术 ICD-9-CM-3 编码：36.1 的手术出院患者。

四、房颤

主要诊断 ICD-10 编码：I48 的出院患者。

五、主动脉瓣置换术

主要手术 ICD-9-CM-3 编码：35.0，35.2 的手术出院患者。

六、二尖瓣置换术

主要手术 ICD-9-CM-3 编码：35.02，35.12，35.23，35.24 的手术出院患者。

七、房间隔缺损手术

主要手术 ICD-9-CM-3 编码：35.51，35.52，35.61，35.71 的手术出院患者。

八、室间隔缺损手术

主要手术 ICD-9-CM-3 编码：35.53，35.55，35.62，35.72 的手术出院患者。

九、主动脉腔内修复术

主要手术 ICD-9-CM-3 编码：39.73，39.78，39.71 的手术出

院患者。

十、脑梗死（首次住院）

主要诊断 ICD-10 编码：I63.0 至 I63.9 的出院患者。

十一、短暂性脑缺血发作

主要诊断 ICD-10 编码：G45.0 至 G45.9 的出院患者。

十二、脑出血

主要诊断 ICD-10 编码：I61.0 至 I61.9 的出院患者。

十三、脑膜瘤（初发，手术治疗）

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

十四、胶质瘤（初发，手术治疗）

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

十五、垂体腺瘤（初发，手术治疗）

主要诊断 ICD-10 编码：D35.2, C75.1, D44.3, E22.0, E23.6,
且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码：07.61 至 07.69, 07.71, 07.72,
07.79 和 01.59 的手术出院患者。

十六、急性动脉瘤性蛛网膜下腔出血（初发，手术治疗）

主要诊断 ICD-10 编码：I60.0 至 I60.9, 且伴主要手术
ICD-9-CM-3 编码：01.3, 02.2, 02.3, 38.3, 38.4, 38.6, 39.5
的手术出院患者。

十七、惊厥性癫痫持续状态

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

十八、帕金森病

主要诊断 ICD-10 编码：G20.x00 的出院患者。

十九、社区获得性肺炎（成人，首次住院）

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

二十、社区获得性肺炎（儿童，首次住院）

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

二十一、慢性阻塞性肺疾病（急性发作，住院）

主要诊断 ICD-10 编码：J44.0，J44.1 的出院患者。

二十二、急性肺血栓栓塞症

主要诊断及其他诊断的第一诊断 ICD-10 编码：I26.9 的出院患者。

二十三、哮喘（成人，急性发作，住院）

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

二十四、哮喘（儿童，住院）

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

二十五、髋关节置换术

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

二十六、膝关节置换术

主要手术 ICD-9-CM-3 编码：00.80 至 00.84，81.54，81.55 的手术出院患者。

二十七、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。

二十八、剖宫产

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

二十九、异位妊娠（手术治疗）

主要诊断 ICD-10 编码：O00 开头，且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码：65.01，66.01，66.02，66.62，66.95，74.3x 的手术出院患者。

三十、子宫肌瘤（手术治疗）

主要诊断 ICD-10 编码与名称：D25 开头，且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码：68.29，68.3 至 68.5，68.9 的手术出院患者。

三十一、肺癌（手术治疗）

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

三十二、甲状腺癌（手术治疗）

主要诊断 ICD-10 编码：C73 开头，且伴主要手术操作

ICD-9-CM-3 编码: 06.2 至 06.6 的手术出院患者。

三十三、乳腺癌（手术治疗）

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

三十四、胃癌（手术治疗）

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

三十五、结肠癌（手术治疗）

主要诊断 ICD-10 编码: C18, 且伴主要手术操作 ICD-9-CM-3 编码: 17.31 至 17.36, 17.39, 45.4, 45.73 至 45.79, 45.8 的手术出院患者。

三十六、宫颈癌（手术治疗）

主要诊断 ICD-10 编码: C53 开头, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码: 67.2 至 67.4, 68.4 至 68.8 的手术出院患者。

三十七、糖尿病肾病

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

三十八、终末期肾病血液透析

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

三十九、终末期肾病腹膜透析

主要诊断 ICD-10 编码: N18.0, 且伴主要操作 ICD-9-CM-3

编码：54.98 的腹膜透析患者。

四十、舌鳞状细胞癌（手术治疗）

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

四十一、腮腺肿瘤（手术治疗）

主要诊断 ICD-10 编码：D10.5, D11.0, D33.2, C07, C10.2, C71.9, 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码：26.2, 26.3 伴 04.03, 04.04, 04.42, 40.29 的手术出院患者。

四十二、口腔种植术

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

四十三、原发性急性闭角型青光眼（手术治疗）

主要诊断 ICD-10 编码：H26.2, H40.0, H40.2, H40.9 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码：10.1, 10.49, 10.6, 10.91, 10.99, 12.11, 12.12, 12.64, 12.66, 12.67, 12.71 至 12.73, 12.79, 12.83, 12.85, 12.87, 12.91, 12.92, 12.99, 13.19, 13.3, 13.41, 13.59, 13.70, 13.71, 13.90, 14.73, 14.74, 14.79 的手术出院患者。

四十四、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。

四十五、围手术期预防感染

主要手术 ICD-9-CM-3 编码如下的手术出院患者：

（一）甲状腺叶切除术：06.2 至 06.5

（二）膝半月软骨切除术：80.6

（三）晶状体相关手术：13.0 至 13.9

（四）腹股沟疝相关手术：17.11 至 17.13, 17.21 至 17.24,
53.00 至 53.17

（五）乳房组织相关手术：85.2 至 85.4

（六）动脉内膜切除术：38.1

（七）足和踝关节固定术和关节制动术：81.1

（八）其他颅骨切开术：01.24

（九）椎间盘切除术或破坏术：80.50 至 80.59

（十）骨折切开复位+内固定术：03.53, 21.72, 76.72 至 76.79,
79.31 至 79.39

（十一）关节脱位切开复位内固定术：76.94, 79.8

（十二）骨内固定不伴骨折复位术及置入装置去除：78.5 至
78.6

（十三）卵巢相关手术：65.2 至 65.6

（十四）肌腱相关手术：83.11 至 83.14

（十五）睾丸相关手术：62.0 至 62.9

- (十六) 阴茎相关手术: 64.0 至 64.4, 64.9
- (十七) 室间隔缺损修补术: 35.62
- (十八) 房间隔缺损修补术: 35.61
- (十九) 髋关节置换术: 00.7, 81.51 至 81.53
- (二十) 膝关节置换术: 00.80 至 00.83, 81.54, 81.55
- (二十一) 冠状动脉旁路移植术: 36.1
- (二十二) 剖宫产: 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99

四十六、围手术期预防深静脉血栓栓塞

主要手术 ICD-9-CM-3 编码如下的手术出院患者:

- (一) 闭合性心脏瓣膜切开术: 35.00 至 35.04
- (二) 心脏瓣膜切开和其他置换术: 35.20 至 35.28
- (三) 脊柱颈融合术: 81.04 至 81.08
- (四) 脊柱再融合术: 81.34 至 81.38
- (五) 胃部分切除术伴胃十二指肠吻合术: 43.6
- (六) 胃部分切除术伴胃空肠吻合术: 43.7
- (七) 其他胃部分切除术: 43.8
- (八) 胃全部切除术: 43.9
- (九) 开放性和其他部分大肠切除术: 45.7
- (十) 腹会阴直肠切除术: 48.5
- (十一) 直肠其他切除术: 48.6
- (十二) 肝叶切除术: 50.3
- (十三) 部分肾切除术: 55.4

- (十四) 全部肾切除术: 55.5
- (十五) 部分膀胱切除术: 57.6
- (十六) 全部膀胱切除术: 57.7
- (十七) 卵巢病损或卵巢组织的局部切除术或破坏术: 65.2
- (十八) 单侧卵巢切除术: 65.3
- (十九) 单侧输卵管-卵巢切除术: 65.4
- (二十) 双侧卵巢切除术: 65.5
- (二十一) 双侧输卵管-卵巢切除术: 65.6
- (二十二) 子宫病损或组织的切除术或破坏术: 68.2
- (二十三) 经腹子宫次全切除术: 68.3
- (二十四) 经腹子宫全部切除术: 68.4
- (二十五) 阴道子宫切除术: 68.5
- (二十六) 经腹根治性子宫切除术: 68.6
- (二十七) 根治性阴道子宫切除术: 68.7
- (二十八) 盆腔脏器去除术: 68.8
- (二十九) 髋关节置换术: 00.7, 81.51 至 81.53
- (三十) 膝关节置换术: 00.80 至 00.83, 81.54, 81.55
- (三十一) 冠状动脉旁路移植术: 36.1

四十七、住院精神疾病

主要诊断 ICD-10 编码: F00 至 F99 的出院患者

四十八、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:

(一) 入住 ICU 的患者

(二) 中高危风险患者

四十九、感染性休克（脓毒症）早期治疗

主要诊断/其他诊断 ICD-10 编码：A02.1，A22.7，A32.7，A40.1 至 A40.9，A41.0 至 A41.9，A42.7，A54.8，B37.7，R57.2，R57.8，R65.9 的出院患者。

五十、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、O99.5、J95.8 的出院患者。

五十一、急性重症胰腺炎（初始治疗）

主要诊断 ICD-10 编码：K85.0 至 K85.9 急性重症胰腺炎的出院患者。

五十二、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 的出院患儿（年龄<18 岁）。

五十三、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 的出院患儿（年龄<18 岁）。

五十四、甲状腺结节（手术治疗）

主要诊断 ICD-10 编码：D34，E04.0，E04.1，E04.2，E04.9 且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码：06.2 至 06.5 的手术出院患者。

五十五、HBV 感染分娩母婴阻断

主要诊断 ICD-10 编码：O98.4，Z22.5+O80 至 O84+Z37；且伴①阴道分娩操作 ICD-9-CM-3 编码：72.0 至 72.9，73.0，73.1，73.21，73.4 至 73.6，73.9；或②剖宫产手术 ICD-9-CM-3 编码：74.0，74.1，74.2，74.4，74.99 的出院患者。

第五章 重点医疗技术临床应用质量控制指标

一、国家限制类医疗技术（国卫办医发〔2022〕6 号）

- （一）备案完成率
- （二）系统填报率
- （三）死亡率
- （四）并发症发生率

二、人体器官捐献、获取与移植技术

（一）人体器官捐献

1.三级医院应当设置人体器官捐献服务站

2.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

3.实现器官捐献的人数与院内死亡人数比

（二）人体器官获取组织质量控制指标（国卫办医函〔2019〕197 号）

- 1.器官捐献转化率
- 2.平均器官产出率
- 3.器官捐献分类占比

- 4.获取器官利用率
- 5.器官保存液病原菌培养阳性率
- 6.移植器官原发性无功能（PNF）发生率
- 7.移植器官术后功能延迟性恢复（DGF）发生率

（三）肝脏移植技术医疗质量控制指标（国卫办医函〔2020〕443号）

- 1.无肝期 $\leq 60\text{min}$ 比例
- 2.术中大出血发生率
- 3.术后早期肝功能不全（EAD）发生率
- 4.术后非计划二次手术率
- 5.术后1月内血管并发症发生率
- 6.术后1月内胆道并发症发生率
- 7.术后6月内胆道并发症发生率
- 8.术后早期死亡率
- 9.受者术后1年生存率
- 10.中国肝脏移植注册系统（CLTR）数据报送完整度

（四）肾脏移植技术医疗质量控制指标（国卫办医函〔2020〕443号）

- 1.术后30天内死亡率
- 2.移植肾功能延迟恢复发生率
- 3.血管并发症发生率
- 4.急性排斥反应发生率

5.术后感染发生率

6.移植肾 1 年内生存率

7.中国肾脏移植科学登记系统（CSRKT）数据报送完整度

（五）心脏移植技术医疗质量控制指标（国卫办医函〔2020〕

443 号）

1.供体心脏缺血时间 ≤ 6 小时的比例

2.术后机械通气时间 ≤ 48 小时的比例

3.术后并发症发病率

4.术后院内死亡率

5.中国心脏移植注册登记系统数据报送完整度

（六）肺脏移植技术医疗质量控制指标（国卫办医函〔2020〕

443 号）

1.术后 1 年生存率

2.术后二次开胸率

3.术后 3 个月内感染发生率

4.术后 6 个月内气道吻合口并发症发生率

5.中国肺脏移植注册登记系统数据报送完整度

三、消化内镜诊疗技术医疗质量控制指标（国卫办医函

〔2022〕161 号）

（一）消化内镜中心医师年均工作量

（二）四级消化内镜诊疗技术占比

（三）三级消化内镜诊疗技术占比

- (四) 上消化道内镜检查完整率
- (五) 结肠镜检查肠道准备优良率
- (六) 结肠镜盲肠插镜成功率
- (七) 结肠镜退镜检查时间 ≥ 6 分钟率
- (八) 内镜下逆行胰胆管造影术(ERCP)选择性深插管成功率
- (九) 超声内镜(EUS)检查完整率
- (十) 胶囊胃镜检查完整率
- (十一) 消化内镜相关严重并发症发生率
- (十二) 食管癌早期诊断率
- (十三) 胃癌早期诊断率
- (十四) 结直肠腺瘤检出率
- (十五) 结直肠癌早期诊断率
- (十六) 消化道早癌内镜黏膜下剥离术(ESD)完整切除率
- (十七) ERCP胆总管结石清除成功率
- (十八) 超声内镜引导下胰腺细针穿刺术(EUS-FNA)标本病理阳性率