医用高压氧质量控制指标

（2022年版）

一、高压氧舱使用率

**定义：**高压氧舱月开舱次数（节假日除外）占月工作日（节假日除外）的比例，以此评价高压氧舱的使用率。

**计算公式：**

高压氧舱使用率= $\frac{高压氧月开舱次数}{当月工作日（次/天）}$

**意义：**从高压氧舱的使用率可以判断该医院高压氧治疗开展的现状。

二、高压氧舱设备运行完好率

**定义：**高压氧舱设备运行完好率是指每月氧舱完好运行的天数在每月工作日所占的比例。

**计算公式：**

氧舱运行完好率= $\frac{氧舱完好运行天数}{月工作日}$×100%

**意义：**氧舱运行完好率能够评估医院及科室的管理水平，氧舱运行完好率高的医院或科室说明平时的维护和保养到位，是氧舱管理的基本依据。

三、氧舱人员配置构成比

**定义：**高压氧治疗在岗医师数、护士数、技师数与舱位数（单人氧舱计算台数）的比例。

**计算公式：**

氧舱人员配置构成比（专职）=医师/护士/技师/舱位数

氧舱人员配置构成比（专职+兼职）=医师/护士/技师/舱位数

**意义：**反映医疗机构高压氧舱人员合理配置状态，是医用高压氧舱安全运行的重要保障指标。

四、高压氧治疗副反应发生率

**定义：** 每月高压氧治疗发生副反应的人数与同期接受高压氧治疗总人数之比。

**计算公式：**

高压氧治疗副反应发生率= $\frac{每月副反应发生人数}{同期接受高压氧治疗总人数}$×100%

**意义：**反应医疗机构高压氧规范化操作治疗质量的过程指标。可敦促高压氧舱规范化操作，以降低高压氧治疗副反应发生率。

五、高压氧治疗简易病历质量合格率

**定义：**随机抽查病历合格数占随机抽查病历总数之比。

**计算公式：**

病历质量合格率= 随机抽查病历合格数随机抽查病历总数（大于10份）×100%

**意义：**通过简易病历的抽查，了解该院高压氧治疗的疾病范围、疗效、治疗次数及副反应，反映高压氧治疗质控的过程指标之一。

六、患者满意度调查

**定义：**相应时段内接受高压氧治疗的患者对满意度的问卷调查满意率。

**计算公式：**

患者满意率= $\frac{接受调查的患者满意人数}{接受调查的总人数}$×100%

**意义:**体现高压氧治疗服务质量的重要指标。

七、高压氧治疗月急诊开舱次数

**定义：**每月急诊高压氧开舱次数。

**意义:**体现高压氧在急诊病人服务能力的重要指标。

八、单病种管理

（一）有害气体中毒治疗上报率

**定义：**每月登记到本医疗机构进行高压氧治疗的有害气体中毒人数、中毒程度及中毒原因，发现中毒至到医院就诊时间、到医院就诊时间至开始高压氧治疗时间、高压氧治疗方案，实时上报到省高压氧质控中心。

**计算公式：**

有害气体中毒治疗上报率= $\frac{月有害气体中毒治疗上报人数}{同期有害气体中毒治疗总人数}$×100%

**意义：**了解我省有害气体中毒原因，为寻找干预措施提供依据，同时对有害气体中毒救治进行同质化管理。

（二）有害气体中毒高压氧有效率

**定义：**有害气体中毒高压氧有效率为每月内接受高压氧治疗有效人数与同期内有害气体中毒接受高压氧治疗总人数之比。有效定义为患者生活能够自理。

**计算公式：**

有害气体中毒高压氧有效率=

$\frac{月有害气体中毒接受高压氧治疗患者有效人数}{同期内有害气体中毒接受高压氧治疗总人数}$×100%

**意义:**体现高压氧治疗对有害气体中毒的疗效，反映医疗机构对有害气体中毒的救治能力。

九、高压氧治疗各病种患者比例

**定义：**每月统计该院高压氧治疗患者人数和各病种患者人数，分别计算各分病种占比，列出排名前五位病种。该指标汇总主要了解各医院治疗患者的情况。

**计算公式：**

各病种占比= $\frac{各治疗病种患者人数}{同期高压氧治疗总人数}$×100%

**意义：**体现高压氧治疗患者的构成比。

十、每月超高压治疗率

**定义：**每月超高压治疗的人次数与同期接受高压氧治疗总人次之比。

**计算公式：**超高压治疗率= $\frac{每月超高压治疗人次}{同期接受高压氧治疗总人次}$×100%

**意义：**体现医疗机构高压氧个体化治疗的重要指标。

普外科医疗质量控制指标

（2022年版）

一、普外科医护比

**定义：**普外科固定在岗医师总数与固定在岗护士总数的比值。

**计算公式：**

普外科医护比= $\frac{固定在岗的医师总人数}{固定在岗的护士总人数}$×100%

**意义：**反映医疗机构普外科医护协同水平，医疗质量的重要基础性指标之一。

二、普外科医师与实际开放床位数比

**定义：**普外科固定在岗医师总数与普外科实际开放床位数之比。

**计算公式：**

普外科医师与实际开放床位数比= $\frac{固定在岗的普外科医师总数}{实际开放床位数}$×100%

**意义：**体现普外科医疗工作量和医师工作负荷关系的合理性，反映医疗机构普外科医疗质量的结构性指标。

三、医师职称结构比

**定义：**医疗机构固定在岗普外科医师中的高级职称人数、中级职称人数及初级职称人数的构成比。

**计算公式：**

普外科医师职称结构比= 高级职称人数：中级职称人数：初级职称人数

**意义：**反映普外科医师资源职称分布、储备的合理性，反映医疗机构普外科医师资源现状的结构性指标。

四 、CMI平均住院日

**定义：**经过治疗病例的技术难度水平（CMI）校正后的平均住院日指标。

**计算公式：**

CMI平均住院日=CMI×单位CMI住院日

**意义：**CMI校正后平均住院日为经过收治病例的平均难度校正后的平均住院日指标，可以排除因所收治病例技术难度差异对平均住院日计算的影响。可更客观反映普外科住院诊疗工作技术水平，医疗资源利用情况和总体医疗服务质量的综合指标。

五、手术患者占比

**定义：**手术患者占同期住院患者的比例。

**计算公式：**

手术患者占比= $\frac{住院手术患者人数}{同期住院总人数}$×100%

**意义：**普外科为外科性科室，手术患者构成比可反映医疗服务能力及医疗服务内涵构成。

六、非计划再次手术率

**定义：**医疗机构单位时间普外科手术后因并发症需再次手术的患者例数占同期手术患者总例数的比例（%）。

**计算公式：**

非计划再次手术率= $\frac{非计划再次手术例数}{同期手术总例数}$×100%

**意义：**反映该机构普外科医疗安全的重要指标之一。

七、非计划再次入院率（30天内）

**定义：**患者出院后 30天内非计划再次入院的比重。

**计算公式：**

非计划再次入院率= $\frac{30天内非计划再次入院例数}{同期总住院人数}$×100%

**意义：**评价外科性科室医疗安全的重要指标之一。

八、普外科微创手术比例

**定义：**机构单位时间内采用腹腔镜等完成微创手术例数占同期手术总例数的比例（%）。

**计算公式：**

微创手术比例= $\frac{微创手术人数}{同期手术患者总人数}$×100%

**意义：**反映该机构普外科医疗水平的过程指标。

九、普外科四级手术比例

**定义：**机构单位时间内四级手术完成例数占同期手术总例数的比例（%）

**计算公式：**

四级手术比例= $\frac{四级手术完成例数}{同期手术总例数}$×100%

**意义：**反映该机构普外科手术难易程度的重要指标。

十、规范化开展消化道肿瘤（以胃癌为例）根治性手术比例

**定义：**达到以下手术质量标准的胃癌手术例数占同期胃癌手术总例数的比例（%）

**计算公式：**

规范化开展胃癌根治术比例

= $\frac{达到上述两条手术质量标准的胃癌手术例数}{同期开展胃癌手术总例数}$×100%

**意义：**反映普外科消化道肿瘤根治性手术达到规范的比例，是普外科重点病种医疗质量的过程性指标之一。

**注：**

1.所有可根治切除的进展期胃癌和部分淋巴结转移可能性较大的早期胃癌：采用D2 清扫作为胃癌根治术的标准术式。

2.淋巴结数目是目前临床上衡量胃癌根治手术淋巴结清扫质量的主要指标：根治术后送检淋巴结数目应不少于 16 枚。

 十一、阑尾切除手术腹腔镜占比

**定义：**急性阑尾炎行阑尾切除手术采用腹腔镜微创方式占所有阑尾切除手术患者例数的比例

**计算公式：**

阑尾切除手术腹腔镜占比

= $\frac{采用腹腔镜微创方式行阑尾切除术例数}{同期开展阑尾切除术例数}$×100%

**意义：**体现普外科基础微创手术理念和技能，反映医疗机构普外科医疗质量重点病种的过程性指标。

临床营养医疗质量控制指标

（2022年版）

一、临床营养科医（技）床比

**定义：**临床营养科固定在岗（本院）医师+技师的总数与同期医院编制床位数的比例。

**计算公式：**

临床营养科医（技）床比=

$\frac{临床营养科固定在岗（本院）医师+技师的总数}{同期医院编制床位数}$×100%

**意义：**反映医疗机构临床营养医疗质量的重要结构性指标之一。

**填报说明：**

1.临床营养科固定在岗（本院）医（技）师：①本院职工；②取得相应资质证书和（/或）执业证书；③能独立从事临床营养工作。

2.床位数为医疗机构编制（官方发布）床位数。

**填报要求**：每年填报一次。

二、营养风险筛查率

**定义：**以营养风险筛查量表NRS 2002（18~90岁人群）、MNA-SF（65岁以上老年人）或STAMP（0~18未成年人）等为标准，对住院患者现存或潜在的营养风险进行筛查。营养风险筛查率是指一定时间内进行营养风险筛查的患者数占同期住院患者总数的比率。

**计算公式：**

营养风险筛查率= $\frac{营养风险筛查总数}{同期住院患者总数}$×100%

**意义：**反映医疗机构临床营养医疗质量与安全诊疗的重要过程性指标之一。

**填报说明：**

1.以上三个量表为筛查工具获得的“营养风险”量度结果与患者的临床结局相关，具有循证医学基础，并且在回顾性和前瞻性临床研究中得到验证，是目前国内外很多指南推荐的首选的筛查工具。

2.营养风险筛查患者数：对上一月入院的患者进行营养风险筛查的总数。

3.同期住院患者总数：上一月入院患者的总数。

4.应在入院后24h内完成营养风险筛查。

**填报要求：**每月填报一次。

三、住院患者营养风险阳性率

**定义：**以营养风险筛查量表NRS 2002（18~90岁人群）、MNA-SF（65岁以上老年人）或STAMP（0~18未成年人）等为筛查标准，对住院患者现存或潜在的营养风险进行量度。住院患者营养风险筛查阳性率是指一定时间内存在营养风险（NRS 2002≥3分，MNA-SF≤11分，STAMP≥4分）的患者数量占同期进行营养风险筛查患者总数的比例。

**计算公式：**

住院患者营养风险阳性率=

$\frac{存在营养风险的患者总数}{同期筛查患者总数}$×100%

**意义：**反映医疗机构收治的，存在营养风险患者所占的比重，是反映医疗机构临床营养医疗质量与安全的重要过程性指标之一。

**填报说明：**

1.营养风险筛查患者：上一月入院的，进行营养风险筛查患者的总数。

2.存在营养风险患者：上一月营养风险筛查患者中评分为营养风险的患者总数。

**填报要求：**每月填报一次。

四、营养状况评价率

**定义：**营养评价率是指一定时间内对存在营养风险（采用，不限于NRS 2002≥3分，MNA-SF≤11分，STAMP≥4分）的患者进行营养状况评价的比例。

**计算公式：**

营养状况评价率= $\frac{营养评价的患者总数}{同期存在营养风险的患者总数}$×100%

**意义：**反映对具营养风险的患者进行营养状况评价的比重，是反映医疗机构临床营养医疗质量与安全的重要过程性指标之一。

**填报说明：**

1.营养评价的患者总数：对上一月入院的，进行营养评价患者的总数。

2.同期存在营养风险的患者总数：上一月入院的，进行营养风险筛查被判定为有营养风险的患者的总数。

**填报要求：**每月填报一次。

五、糖尿病膳食治疗率

**定义：**一定时间内，营养科医疗膳食配制室完成糖尿病膳食治疗的住院患者例数占同期糖尿病膳食医嘱住院患者总数的比例。

**计算公式：**

糖尿病膳食治疗率= $\frac{糖尿病膳食完成例数}{同期糖尿病膳食医嘱例数}$×100%

**意义：**反映医疗机构临床营养治疗水平与医疗安全的重要过程性指标之一。

**填报说明：**①糖尿病膳食完成数（人日）：医疗膳食配制室上一月每日糖尿病膳食完成量累加值。②同期糖尿病膳食医嘱人数（人日）：上一月每日糖尿病膳食医嘱人数累加值。

**填报要求：**每月填报一次。

六、营养门诊就诊率

**定义：**一定时间内，营养门诊就诊患者人数占同期医院全部门诊就诊患者总数的比例。

**计算公式：**

营养门诊就诊率= $\frac{营养门诊就诊人数}{同期医院门诊就诊总数}$×100%

**意义：**反映医疗机构临床营养治疗水平和能力的重要过程性指。

**填报要求**：每月填报一次。

七、营养门诊投诉发生率

**定义：**一定时间内，营养门诊治疗过程中发生投诉患者的例数占同期营养门诊就诊患者总例数的比例。

**计算公式：**

营养门诊投诉发生率= $\frac{营养门诊投诉发生例数}{同期营养门诊诊疗总例数}$×100%

**意义：**体现营养科医疗质量和服务水平，是反映医疗机构医疗质量的重要结果指标之一。

**填报要求：**每月填报一次。

八、肠内营养治疗不良事件发生率

**定义：**一定时间内，接受肠内营养治疗过程中发生不良事件的患者例数占同期进行肠内营养治疗患者总例数的比例。

**计算公式：**

肠内营养治疗不良事件发生率=

$\frac{肠内营养治疗不良事件例数}{同期肠内营养治疗总例数}$×100%

**意义：**体现肠内营养治疗质量和安全水平，是反映医疗机构医疗质量的重要结果指标之一。

**填报说明：**①肠内营养治疗不良事件发生例数：指肠内营养治疗过程中发生不良事件（包括处方的不合理；肠内营养液配制过程中未按处方医嘱配制、标签贴错等；营养液输注中堵管、脱管、感染、代谢紊乱等）的患者总例数。②同期肠内营养治疗总例数：同期全院接受肠内营养治疗（包括鼻胃管、鼻肠管、胃造瘘、空肠造瘘、口服营养补充剂）的患者总例数。

**填报要求：**每月填报一次。

九、医疗膳食治疗不良事件发生率

**定义：**一定时间内，全院医疗膳食（包括普通膳食、软食、半流质饮食、流质饮食及称重膳食）治疗过程中发生不良事件的患者例数占同期进行医疗膳食治疗患者总例数的比例。

**计算公式：**

医疗膳食治疗不良事件发生率=

$\frac{医疗膳食治疗不良事件发生例数}{同期医疗膳食治疗总例数}$×100%

**意义：**体现医疗膳食治疗质量和安全水平，是反映医疗机构医疗质量的重要结果指标之一。

**填报说明：**①医疗膳食治疗不良事件发生例数：指医疗膳食（包括普通膳食、软食、半流质饮食、流质饮食及称重膳食）治疗过程中发生不良事件（包括制作与医嘱单不符、发放错误、食物中毒等）的患者总例数。②同期膳食治疗总例数：同期全院医疗膳食治疗患者总例数。

**填报要求：**每月填报一次。

风湿免疫科医疗质量控制指标

（2022年版）

一、激素、免疫抑制剂相关严重并发症发生率

**定义：**某机构某年风湿免疫科住院患者使用激素或免疫抑制剂后出现严重并发症的人数占同期该机构出院患者总数的比率（%）。

**计算公式：**

激素、免疫抑制剂相关严重并发症发生率=

$\frac{该年该机构住院患者使用激素或免疫抑制剂后出现严重并发症的人数}{该年该机构总出院人数}$×100%

**意义：**反映医疗机构激素及免疫制剂安全使用情况的指标。

**注：**严重并发症包括重症皮疹、重症感染、股骨头坏死、消化道出血、骨髓移植、肝肾衰竭、死亡等。

二、生物制剂使用率

**定义：**某机构某年风湿免疫科门诊及住院部患者使用生物制剂人数占同期该机构门诊及住院诊疗总患者数的比率（%）。

**计算公式：**

生物制剂使用率= $\frac{该年该机构门诊及住院患者生物试剂使用人数}{该年该机构门诊及住院诊疗总人数}$×100%

**意义：**反映医疗机构对新兴治疗措施应用情况指标，生物制剂作为风湿病的重要治疗措施，同时也是医疗费用的重大花费，监测规范使用既有利于患者的疾病控制，也有助于医保费用的统筹。

三、血浆置换/免疫吸附使用率

**定义：**某机构某年风湿免疫科住院患者采用血浆置换/免疫吸附的人数占同期该机构出院患者总数的比率（%）。

**计算公式：**

血浆置换/免疫吸附使用率= $\frac{该年该机构住院患者采用血浆置换的人数}{该年该机构总出院人数}$×100%

**意义：**反映风湿免疫机构危重症患者治疗情况的指标。

四、住院患者死亡率

**定义：**某机构某年风湿免疫科住院患者死亡人数占同期该机构出院患者总数的比率（%）。

**计算公式：**

住院患者死亡率= $\frac{该年该机构住院患者死亡人数}{该年该机构同期总出院人数}$×100%

**意义：**反映医疗机构总体医疗质量和危重患者救治情况的指标。

五、住院患者质子泵抑制剂使用率

**定义：**使用质子泵抑制剂的住院患者人次数占同期住院患者总人次数的比例。

**计算公式：**

住院患者质子泵抑制剂使用率=

$\frac{住院患者使用质子泵抑制剂人次数}{同期住院患者总人次数}$×100%

**意义：**反映医疗机构质子泵抑制剂使用情况。

**注：**同一患者同一次诊疗活动中使用质子泵抑制剂（不考虑品种、剂量、疗程等），记为1人次。

六、CMI平均住院日

**定义：**经过治疗病例的计数难度水平（CMI）校正后的平均住院日指标。

**计算公式：**

CMI平均住院日=CMI×单位CMI住院日

**意义：**为经治病例的平均难度校正后的平均住院日指标，可排除因疑难危重症病例导致平均住院日的差异，更客观的反映风湿免疫科住院诊疗水平，医疗资源利用情况及总体医疗服务质量的综合指标。

七、抢救成功率

**定义：**医疗机构某一时间范围内抢救成功例数占同期院内抢救总例数的比例。

**计算公式：**

抢救成功率= $\frac{抢救成功次数}{同期医院抢救的总次数}$×100%

**意义：**反映医疗机构抢救疑难危重症患者的能力。

八、糖皮质激素规范化使用率

**定义：**医疗机构某一时间范围内规范使用糖皮质激素的例数占同期院内糖皮质激素使用总例数的比例。

**计算公式：**

激素规范化使用率= $\frac{规范使用激素人次}{同期医院使用激素的总人次}$×100%

**意义：**反映医疗机构对糖皮质激素在风湿性疾病中应用指针及剂量调整的掌握能力。

**注：**参考国际或国内权威指南推荐，评估糖皮质激素的使用或剂量是否合理。

九、门诊人均费用

**定义：**医疗机构某一时间内门诊患者平均每人次费用。

**计算公式：**

门诊人均费用= $\frac{同期门诊总费用}{同期医院门诊总人次}$×100%

**意义：**反映医疗机构风湿病患者人均次门诊费用，有利于门诊控费。

十、住院人均费用

**定义：**医疗机构某一时间内住院患者平均每人次费用。

**计算公式：**

住院人均费用= $\frac{同期住院总费用}{同期医院住院总人次}$×100%

**意义：**反映医疗机构风湿病患者人均次住院费用，有利于住院控费。

血液专业医疗质量控制指标

（2022年版）

一、血液床护比例

**定义：**血液内科在岗护士总数占同期开放床位数的比例

**计算公式：**

血液床护比例=$\frac{在岗护士总数}{同期开放床位数}$×100%

**意义：**体现护士工作负荷，反映医疗机构血液内科医疗质量的结构性指标。

二、血液内科医患比

**定义：**开展血液内科临床诊疗工作，固定在岗（本院）医师熟练掌握血液内科疾病诊疗工作，为血液疾病患者提供规范化诊疗。

**计算公式：**

血液内科医患比= $\frac{血液内科固定在岗（本院）医师总数}{同期血液内科患者住院总例次数（例次）}$×100%

**意义：**体现诊疗量和医师负荷，反映医疗机构血液内科医疗质量的结构性指标。

三、医师学历结构比

**定义：**血液科固定在岗（本院）医师中硕士以上学位获得者数占医师总数的比例。

**计算公式：**

血液医师学历结构比= $\frac{硕士以上学位医师总数}{在岗医师总数}$×100%

**意义:** 反映医疗机构血液科科医师队伍实力的重要结构性指标之一。

四、医师职称结构比

**定义：**全院固定在岗血液科医师中的副高及副高以上职称人数占在岗医师总数的比例。

**计算公式：**

血液高级职称医师构成比= $\frac{副高医师以上职称医师总数}{在岗医师总数}$×100%

**意义:** 体现血液科医师资源职称分布及储备的合理性，反映医疗机构血液科医师资源现状的结构性指标。

五、血液床位使用率

**定义：**血液科住院患者人次占同期开放床位数的比例。

**计算公式：**血液床位使用率= $\frac{住院患者人数}{同期开放床位数}$×100%

**意义：**体现血液科科床位使用情况。

六、合理输血率

**定义：**血液病房合理输血例次占同期输血总例次的比例。

**计算公式：**合理输血率=$\frac{合理输血患者总例次}{同期输血总例次}$×100%

**意义：**体现输血的合理应用，是反应医疗机构血液病患者用血规范的过程指标。

七、急性早幼粒细胞白血病（APL））病死率

**定义:** 血液病房APL患者死亡人数占收治的急性早幼粒细胞白血病人数的比例。

**计算公式：**

APL病死率= $\frac{APL死亡人数}{同期APL患者总数}$×100%

**意义：**反映医疗机构血液内科医疗质量的重要结果性指标之一。

八、CMI平均住院日

**定义：**经过治疗病例的技术难度水平（CMI）校正后的平均住院日。

**计算公式：**

CMI平均住院日= CMI×单位CMI住院日

**意义：**排除因收治病人难度差异对住院时间影响，体现血液内科住院诊疗工作效率和工作技术水平的综合指标。

九、院内感染发生率

**定义：**血液内科病房发生院内感染的例次占同期血液病患者的比例。

**计算公式：**

血液科病房院内感染发生率= $\frac{院内感染总例次}{同期血液病患者}$×100%

**意义：**反映单位时间内血液科院感总体发生情况，体现科室医疗质量、综合管理能力。

十、抗菌药物使用DDDs率

**定义：**平均每日每百张床位所消耗抗菌药物的DDD 数，用于测算住院人群暴露于抗菌药物的广度、强度。

**计算公式：**

抗菌药物使用DDDs率= ×100%

**意义:**反映血液科医疗质量的过程指标之一。

**注：**同期收治患者人天数=同期出院患者人数×同期患者平均住院天数。

十一、血细胞单采机使用率

**定义：**血细胞单采机年正常开机进行血细胞分离例次（节假日除外）占一年总工作日（节假日除外）的比例。

**计算公式：**血细胞单采机使用率= $\frac{正常开机使用例次}{年工作日总天数}$

**意义：**血细胞单采机使用率是体现设备管理和使用效率的重要指标。

十二、自体造血干细胞移植术率

**定义：**所有血液病患者中接受自体移植的患者的比例。

**计算公式：**

自体造血干细胞移植术率=

$\frac{接受自体移植患者总数}{同期血液内科患者住院总例次数（例次）}$×100%

**意义：**反映医疗机构血液科自体移植治疗开展情况的重要结构性指标之一。

十三、异基因造血干细胞移植术率

**定义：**所有血液病患者中接受异体移植的患者的比例。

**计算公式：**

异基因造血干细胞移植术率=

$\frac{接受异体移植患者总数}{同期血液内科患者住院总例次数（例次）}$×100%

**意义：**反映医疗机构血液科异体移植开展情况的重要结构性指标之一。

十四、造血干细胞移植术率

**定义：**所有血液病患者中接受移植的患者的比例。

**计算公式：**

造血干细胞移植术率=

$\frac{接受移植患者总例次}{同期血液内科患者住院总例次数（例次）}$×100%

**意义：**反映医疗机构血液科造血干细胞移植开展情况的重要结构性指标之一。

泌尿外科医疗质量控制指标

（2022年版）

一、泌尿外科医患比

**定义：**泌尿外科固定在岗（本院）医师总数占同期泌尿外科住院总例次数（百例次）的比例。

**计算公式：**

泌尿外科医患比=

$\frac{泌尿外科固定在岗\left（本院\right）医师总数}{同期泌尿外科住院总例次数（百例次）}$×100%

**意义：**反映医疗机构泌尿外科医疗资源的重要结构性指标之一。

二、泌尿外科护患比

**定义：**泌尿外科固定在岗（本院）护士（师）总数占同期泌尿外科住院总例次数（百例次）的比例。

**计算公式：**

泌尿外科护患比= $\frac{泌尿外科固定在岗（本院）护士（师）总数}{期泌尿外科住院总例次数（百例次）}$×100%

**意义：**反映医疗机构泌尿外科医疗资源的重要结构性指标之一。

三、中高级职称医师构成比

**定义：**泌尿外科固定在岗（本院）中高级职称医师人数与总医师人数之比。

**计算公式：**

中高级职称医师构成比= $\frac{固定在岗（本院）中高级职称医师人数}{固定在岗\left（本院\right）医师总人数}$×100%

**意义：**中高级职称医师是医疗活动中的骨干，是反映医疗机构人员配置及服务能力的指标之一。

四、一类切口预防性抗菌药物使用率

**定义：**一定期限内一类切口手术预防性使用抗生素在所有一类切口手术中所占比例。

**计算公式：**

一类切口预防性抗菌药物使用率=

$\frac{一类切口手术预防性使用抗菌药物患者例次}{一类切口手术患者例次}$×100%

**意义：**是衡量抗菌药物临床应用合理性的重要指标，按照国家卫计委抗菌药物使用指导原则规定，外科手术预防用药目的为预防手术后切口感染，以及清洁-污染或污染手术后手术部位感染及术后可能发生的全身性感染。除感染高危因素外，Ⅰ类切口手术原则上不需预防性使用抗菌药物。

五、CMI值校正后的平均住院日

**定义：**CMI是医院的例均权重，跟医院收治的病例类型有关，值高被认为医院收治病例的评价难度较大；平均住院日支出院患者占用总床日数与出院患者人数的比例。

**计算公式：**

CMI值校正后的平均住院日= $\frac{出院患者占用总床日数}{出院患者人数\*CMI}$×100%

**意义：**平均住院日是反映医疗资源利用情况和医院总体医疗服务质量的综合指标，是评价医院工作效率和效益、医疗质量和技术水平的综合指标，全面地反映医院的医、护、技力量和医院的管理水平。利用CMI矫正以后，可以得到获得一个单位的CMI（一个难度单位）时，出院患者所占用的床位日数，可以更好的反映收治病人的复杂性与床位的利用度。

六、手术患者构成比

**定义：**手术患者占同期住院患者的构成比。

**计算公式：**

手术患者构成比= $\frac{住院手术患者人次}{同期总住院人次}$×100%

**意义：**泌尿外科为外科性科室，手术患者构成比可反映医疗服务能力及医疗服务内涵构成。

七、三/四级手术构成比

**定义：**住院手术中三/四级手术例次占总手术例次的比重。

**计算公式：**

三/四级手术构成比=$\frac{三/四级手术例次}{占手术例次}$×100%

**意义：**用于评价医院住院患者的手术疑难程度，便于对不同医院人均住院费用和平均住院日等指标的差异化考核。

八、泌尿系肿瘤手术开放探查性手术占比

**定义：**机构某年泌尿外科择期手术中原计划行泌尿系肿瘤切除的患者，术中因探查发现肿瘤外侵严重而未能完成手术的患者例数占同期该病种手术患者总例数的比例（%）。

**计算公式：**

开放探查性手术占比= $\frac{年开放探查性手术台次}{年总手术台次}$×100%

**意义：**反映该机构泌尿外科医疗质量的过程指标，体现术前评估的准确性。

九、泌尿系结石手术开放手术占比

**定义：**机构某年泌尿外科择期手术中行开放泌尿系结石的患者占所有结石患者的比例（%）。

**计算公式：**

开放手术占比= $\frac{年开放结石手术台次}{年总结石手术台次}$×100%

**意义：**泌尿系结石是地市州病人量最大的病种，该指标反映该机构泌尿外科微创器械的配置是否达到、以及微创化的情况，能较好的反映该机构医疗质控和质量水平。

十、微创手术占比

**定义：**机构某年泌尿外科微创手术例数占同期全部手术患者总例数的比例（%）。

**计算公式：**

微创手术占比= $\frac{年微创手术台次}{年总手术台次}$×100%

**意义：**反映该机构泌尿外科医疗质量的过程指标，体现该区域或医疗机构医疗服务水平和设备保障情况。

十、非计划再次手术率

**定义：**患者手术后非计划再次手术的比重。

**计算公式：**

非计划再次手术率= $\frac{非计划再次手术例次}{同期总手术人次}$×100%

**意义：**评价外科性科室医疗安全的重要指标之一。

艾滋病治疗质量控制指标

（2022年版）

一、抗病毒治疗覆盖率

**定义：**国家艾滋病综合防治信息系统中，各地当年存活的HIV/AIDS中（成人和儿童）接受规范抗病毒治疗的比例。

**计算公式：**

治疗覆盖率= $\frac{在治人数}{现存活感染者和病人数}$×100%

**意义：**评价某地区新发感染率降低最直接的一项指标，较客观地反映出该地区艾滋病防控效果水平和质量。

**注：**

1.分母：现存活的HIV/AIDS人数。

2.分子：分母中在接受规范抗病毒治疗的人数（艾滋病综合防治信息系统中随访状态为在治）。

3.目标：≥91%。

二、抗病毒治疗成功率

**定义：**当年接受病毒载量检测的抗病毒治疗病人中病毒载量小于1000拷贝/毫升的比例。

**计算公式：**

治疗成功率= $\frac{VL小于1000拷贝/毫升的人数}{病毒载量检测人数}$×100%

**意义：**VL（病毒载量）是评价患者抗病毒治疗效果最及时和准确的指标，该指标的高低直接体现某地的抗病毒治疗管理水平及质量。

**注：**

1.分母：上一年底前开始抗病毒治疗且在当年年底前正在抗病毒治疗病人中接受病毒载量检测人数。

2.分子：分母中的抗病毒治疗病人病毒载量检测小于1000拷贝/毫升的人数。

3.目标：≥91%。

三、病毒载量检测比例

**定义：**上一年底前开始抗病毒治疗且在当年年底前正在抗病毒治疗的患者完成一次VL检测的人数比例。

**计算公式：**

VL检测送检率= $\frac{VL检测人数}{应检测人数}$×100%

**意义：**VL是评价患者抗病毒治疗效果最及时和准确的指标，四川省为每位艾滋病国家免费抗病毒治疗的患者每年提供一次免费VL检测。

**注：**

1.分母：应检测人数即为上一年底前开始抗病毒治疗且在当年年底前正在抗病毒治疗的患者人数。

2.分子：分母中的患者当年完成一次VL检测的人数。

3.目标：≥91%。

四、患者脱失再入组比例

**定义：**某抗病毒定点医疗机构/县（区）/州（市）/省截止上一年年底随访状态为脱失（包括失访和停药）的患者中被再次动员后正在进行抗病毒治疗的比例。

**计算公式：**

脱失再入组比例=

$\frac{\begin{array}{c}分母中的患者在当年的某一统计节点时，被再次动员后正在进行\\抗病毒治疗（随访状态为在治）的患者人数。\end{array}}{\begin{array}{c}某抗病毒定点医疗机构/县（区）/州（市）/省截止上一年年底随访\\状态为脱失（包括失访和停药）的患者人数\end{array}}$×100%

**意义：**评估某抗病毒定点医疗机构/县（区）/州（市）/省对脱失患者的再次动员入组能力。同时，通过对该指标的考核，也督促各级抗病毒治疗定点医疗机构加强患者的管理，减少脱失，减少耐药毒株的传播。

**注：**

1.分母：某抗病毒定点医疗机构/县（区）/州（市）/省上一年年底随访状态为脱失（包括失访和停药）的患者人数。

2.分子：分母中的患者在当年的某一统计节点时，被再次动员后正在进行抗病毒治疗（随访状态为在治）的患者人数。

**3.**目标：≥30%。

五、SMZ使用比例

**定义：**计算考核指标时（一般以月为时间节点）某抗病毒定点医疗机构/县（区）/州（市）/省当年新入组或随访的患者中，CD4有过低于200个/mm3 的“在治”患者在数据库中至少上报过使用一次SMZ的人数比例。

**计算公式：**

SMZ使用比例=

$\frac{分母中的患者当年在数据库中至少上报过使用一次SMZ的人数}{\begin{array}{c}计算考核指标时\left（一般以月为时间节点\right）某抗病毒定点\\医疗机构/县（区）/州（市）/省当年新入组或随访的患者人数。\end{array}}$×100%

**意义：**2021年中国艾滋病诊疗指南推荐，CD4+T细胞计数小于200个/mm3的感染者或病人使用SMZ能有效预防机会性感染的发生。若患者对该药不能耐受或者过敏，替代药品由氨苯砜。PCP患者经ART使CD4+T淋巴细胞增加到〉200/uL并持续≥6月时，可停止预防用药；接受ART, CD4+T淋巴细胞计数在100-200/uL，病毒载量持续低于检测下限3-6月，也可考虑停止预防用药。如CD4+T淋巴细胞计数再次降低到<200/uL时，应重启预防用药。

**注：**

1.分母：计算考核指标时（一般以月为时间节点）某抗病毒定点医疗机构/县（区）/州（市）/省当年新入组或随访的患者中，CD4有过低于200个/mm3 的“在治”患者人数。

2.分子：分母中的患者当年在数据库中至少上报过使用一次SMZ的人数。

3.目标：≥85%。

六、当年新入组治疗比例

**定义：**某一时间段内（一般以年为考核单位，但可以根据不同的时间进展来跟进任务完成进度），某抗病毒定点医疗机构/县（区）/州（市）/省当年新发现患者中入组进行抗病毒治疗（之前从未接受过抗病毒治疗）的患者人数比例。

**计算公式：**

当年新入组治疗比例=

$\frac{分母中的患者在当年的某一统计节点时，被纳入抗病毒治疗的患者人数}{某抗病毒定点医疗机构/县（区）/州（市）/省当年新发现患者的人数}$×100%

**意义：**艾滋病防治效果要取得明显的成效，传染源必须得要有效的控制，抗病毒治疗能在控制传染源、保护易感人群方面发挥有效作用，只有增加治疗人数的基础上才能使治疗覆盖面得到提高。该指标通常对入组患者的基线CD4情况进行分组，计算各组的构成比，以了解某抗病毒定点医疗机构/县（区）/州（市）/省患者获得抗病毒治疗时机的早晚。

**注：**目标：≥80%。

七、抗病毒治疗一年队列保持率

定义：新入组治疗的患者，治疗满一年时，还能继续接受抗病毒治疗的比例。

**计算公式：**

一年队列保持率=

$\frac{分母中的患者截止当年12月31日时随访状态为“在治”的患者人数。}{上一年度新入组的患者人数计算考核指标时（需排除入组以后转诊的患者人数）。}$×100%

意义：接受艾滋病国家免费抗病毒治疗患者发生脱失（停药和失访）主要发生在治疗的第一年内，加强对新入组患者的管理，能有效减少脱失和死亡。

**注：**

1.分母：上一年度新入组的患者人数计算考核指标时（需排除入住以后转诊的患者人数）。

2.分子：分母中的患者截止当年12月31日时随访状态为“在治”的患者人数。

其他情况：假如现在是2017年6月31日，欲计算截止当前的队列保持率，那么分母为2016年1-6月新入组的患者人数（排除转诊人数），分子为分母中的患者截止6月31日时随访状态为“在治”的患者人数。

3.目标：≥90%。

八、CD4细胞检测比例

**定义：**上一年底前开始抗病毒治疗且在当年年底前正在抗病毒治疗的患者完成一次CD4细胞检测的人数比例。

**计算公式：**

CD4细胞检测比例= $\frac{CD4检测人数}{应检测人数}$×100%

**意义：**CD4是评价患者免疫功能的一个指标之一，四川省为每位艾滋病国家免费抗病毒治疗的患者每年提供一次免费CD4检测。

**注：**

1.分母：应检测人数即为上一年底前开始抗病毒治疗且在当年年底前正在抗病毒治疗的患者人数。

2.分子：分母中的患者完成一次CD4细胞检测的人数。

3.目标：≥92%。

九、病毒载量超过200cop/ml患者的处理率

**定义：**（一般以月为时间节点）某抗病毒定点医疗机构/县（区）/州（市）/省随访状态为“在治”的患者经抗病毒治疗半年以上的病载超过200cop/ml患者得到处理所占的人数比例。

**计算公式：**

病毒载量超过200cop/ml患者的处理率=

$\frac{分母中的患者中病载不达标得到及时处理人数}{\begin{array}{c}计算指标时（一般以月为时间节点）某抗病毒定点医疗机构/\\县（区）/州（市）/省随访状态为“在治”的患者病载未达标人数\end{array}}$×100%

**意义：**确保患者病载超过200cop/ml及时得到处理，积极消除医疗安全隐患，确保医疗安全。

**注：**目标：200cop/ml<病毒载量<1000cop/ml，拿到报告后及时处理率≥90%；病毒载量〉1000cop/ml，拿到报告后及时处理率100%。

十、抗病毒药物不良反应处理率

**定义：**（一般以月为时间节点）某抗病毒定点医疗机构/县（区）/州（市）/省随访状态为“在治”的患者中出现肝功肾功血脂等一项或以上不良反应得到处理所占的人数比例。

**计算公式：**

不良反应处理率=

$\frac{\begin{array}{c}分母中的患者中出现肝功肾功血脂等一项或\\以上不良反应得到及时处理人数\end{array}}{\begin{array}{c}计算指标时\left（一般以月为时间节点\right）某抗病毒定点\\医疗机构/县（区）/州（市）/省随访状态为“在治”的\\患者出现肝功肾功血脂等一项或以上不良反应人数\end{array}}$×100%

**意义：**确保患者出现不良反应时及时得到处理，积极消除医疗安全隐患，确保医疗安全。

**注：**目标：≥90%。

十一、结核筛查率

**定义：**（一般以月为时间节点）某抗病毒定点医疗机构/县（区）/州（市）/省随访状态为“在治”的患者中作结核相关检查所占的人数比例。

**计算公式：**

结核筛查率=

$\frac{分母中的患者中作结核相关检查所占人数}{\begin{array}{c}计算指标时（一般以月为时间节点）某抗病毒定点\\医疗机构/县（区）/州（市）/省随访状态为“在治”的患者人数\end{array}}$×100%

**意义：**确保艾滋病患者合并结核能及时得到处理，积极消除双感隐患，确保患者治疗质量。

**注：**目标：≥95%。

十二、乙肝/丙肝筛查率

**定义：**（一般以月为时间节点）某抗病毒定点医疗机构/县（区）/州（市）/省随访状态为“在治”的患者中作乙肝/丙肝检查所占的人数比例。

**计算公式：**

乙肝/丙肝筛查率=

$\frac{分母中的患者中作乙肝/丙肝检查所占人数}{\begin{array}{c}计算指标时（一般以月为时间节点）某抗病毒定点\\医疗机构/县（区）/州（市）/省随访状态为“在治”的患者人数\end{array}}$×100%

**意义：**确保艾滋病患者合并乙肝/丙肝及时得到处理，积极消除医疗安全隐患，确保医疗安全。

**注：**目标：≥95%。

十三、依从性教育率

**定义：**（一般以月为时间节点）某抗病毒定点医疗机构/县（区）/州（市）/省随访状态为“在治”的患者中作依从性教育所占的人数比例。

**计算公式：**

依从性教育率=

$\frac{分母中的患者中作依从性教育所占人数}{\begin{array}{c}计算指标时（一般以月为时间节点）某抗病毒定点\\医疗机构/县（区）/州（市）/省随访状态为“在治”的患者人数\end{array}}$×100%

**意义：**确保艾滋病患者入组动员治疗前及时得到依从性教育，一旦启动抗病毒治疗，使患者服药依从性得到持续提高，治疗效果得到充分保障，治疗质量得到持续提高。

**注：**目标：≥95%。

整形美容医疗质量控制指标

（2022年版）

一、结构性指标

（一）医师与实际开放床位数比

**定义：**在岗执业医师人数与实际开放床位数之比。

**计算公式：**

医师与实际开放床位数比= $\frac{固定在岗执业医师人数}{实际开放床位数}$ ×100%

**意义：**体现诊疗量和医师负荷关系的合理性，反映医疗机构诊疗质量的结构性指标。

（二）护士与实际开放床位数比

**定义：**固定在岗护士人数与实际开放床位数之比。

**计算公式：**

护士与实际开放床位数比= $\frac{固定在岗护士人数}{实际开放床位数}$ ×100%

**意义：**体现护理工作量和护士工作负荷关系的合理性，反映医疗机构护理质量的结构性指标。。

（三）医师职称结构比

**定义：**全院固定在岗医师中的高级职称人数、中 级职称人数及初级职称人数的构成比。

**计算公式：**

医师职称结构比=高级职称人数:中级职称人数:初级职称人数。

**意义：**体现医师资源职称分布及储备的合理性，反映医疗机构医师资源现状的结构性指标。

（四）护士资源职称结构比

**定义：**全院固定在岗护士中的高级职称人数、中 级职称人数及初级职称人数的构成比。

**计算公式：**

护士资源职称结构比=高级职称人数:中级职称人数:初级职称人数。

**意义：**体现护理资源职称分布及储备的合理性，反映医疗机构精神科护理资源现状的结构性指标。

二、过程性指标

（一）专科门诊量

**定义：**计算相应时段内提供门诊服务的人次数。

**意义：**体现门诊的工作量，反映医疗机构提供门诊服务的能力。

（二）出院病人次数

**定义：**计算相应时段内出院患者人次数。

**意义：**体现住院诊疗服务的工作量，反映医疗机构提供住院卫生服务的能力。

（三）住院患者抗菌药物使用强度(AUD)

**定义：**以平均每日每百张床位所消耗抗菌药物的 DDD 数 (即 DDD/100人天)表示。

**计算公式：**

住院患者抗菌药物使用强度=

$\frac{住院患者抗菌药物消耗量(累计 DDD 数)}{同期收治患者人天数}$ ×100%

**意义：**是控制住院患者抗菌药物使用的重要指标。

**注：**1.抗菌药物消耗量(累计 DDD 数)=所有抗菌药物DDD数的和。2.同期收治患者人天数=同期出院患者人数×同期患者平均住院天数。

（四）I类切口手术抗菌药物预防使用率

**定义：**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。

**计算公式：**

I类切口手术抗菌药物预防使用率=

$\frac{I类切口手术预防用抗菌药物总例数}{同期I类切口手术总例数}$×100%

**意义：**是衡量抗菌药物临床应用合理性的重要指标，按照国家卫计委抗菌药物使用指导原则规定，外科手术预防用药目的为预防手术后切口感染，以及清洁-污染或污染手术后手术部位感染及术后可能发生的全身性感染。I类切口手术通常不需预防使用抗菌药物，I类切口手术患者预防使用抗菌药物比例不超过30%。

（五）出院后14天内非计划再入院率

**定义：**1.机构某年患出院后14天内非计划再入院率； 2.机构某年患者出院后14天内非计划再次入院人数占同期该机构出院患者总数的比例。

**计算公式：**

出院后14天内非计划再入院率=

$\frac{同期机构出院后14天内非计划再入院例数}{同期该机构出院总数}$×100%

**意义：**反映该医疗机构非计划再次入院控制的医疗质量，是过程指标。

（六）非计划重返手术率

**定义：**机构某年非计划重返手术室再次手术患者人数占同期该机构手术例数的比例。

**计算公式：**

非计划重返手术率= $\frac{同期机构非计划重返手术室再次手术例数}{同期机构手术例数}$×100%

**意义：**反映该医疗机构手术的医疗质量，是质量控制过程指标。

（七）择期手术患者手术并发症发生率(肺栓塞，深静脉血栓、败血症、出血或血肿，伤口裂开、猝死、呼吸衰竭、骨折、 生理/代谢紊乱、肺部感染、泌尿道感染、人工气道脱出)

**定义：**机构某年择期手术患者手术并发症发生的人数占同期该机构出院患者总数的比例。

**计算公式：**

择期手术患者手术并发症发生率=

$\frac{同期机构手术患者择期手术并发症发生例数}{同期该机构出院患者总数}$×100%

**意义：**反映该机构手术质量管理，是医疗质量控制的过程指标。

（八）注射美容中治疗术后并发症发生率(在A型肉毒毒素治疗中：与注射创伤相关的局部淤血、肿胀、疼痛；上睑下垂、眼睑感觉障碍和眼睑水肿；复试、斜视；咬肌异常突起；在透明质酸治疗中：血管栓塞；注射治疗后疼痛、局部红肿、瘙痒和淤斑；局部感染；皮下硬结)

**定义：**机构某年行美容注射患者注射相关并发症发生的人数占同期该机构行美容注射患者总数的比例。

**计算公式：**

注射美容中治疗术后并发症发生率=

$\frac{同期机构行美容注射患者注射相关并发症发生例数}{同期该机构美容注射患者总数}$×100%

**意义：**反映该机构美容注射治疗安全程度及质量管理，是医疗质量控制的过程指标。

（九）眼整形再次修复率

**定义：**机构某年行眼整形术后需再次修复例数占同期该机构行眼整形患者总数的比例。

**计算公式：**

眼整形再次修复率= $\frac{同期机构行眼整形术后需再次修复例数}{同期该机构眼整形患者总数}$×100%

**意义：**反映该机构眼整形术后患者对治疗及美学改善的满意程度，是医疗质量控制的过程指标。

（十）鼻整形再次修复率

**定义：**机构某年行鼻整形术后需再次修复例数占同期该机构行鼻整形患者总数的比例。

**计算公式：**

鼻整形再次修复率= $\frac{同期机构行鼻整形术后需再次修复例数}{同期该机构鼻整形患者总数}$×100%

**意义：**反映该机构鼻整形术后患者对治疗及美学改善的满意程度，是医疗质量控制的过程指标。

（十一）激光术后色素沉着发生率

**定义：**机构某年行激光治疗患者中发生色素沉着例数占同期该机构行激光治疗患者总数的比例。

**计算公式：**

激光术后色素沉着发生率=

$\frac{同期机构行激光治疗患者中发生色素沉着例数}{同期该机构激光治疗患者总数}$×100%

**意义：**色素沉着是激光治疗后最常见的并发症，多见于治疗能量选择不适当，该指标反映该机构激光治疗安全性，是医疗质量控制的过程指标。

烧伤外科医疗质量控制指标

（2022年版）

一、烧伤科每月床位使用率

**定义：**烧伤科每月床位的使用率。

**计算公式：**

烧伤科每月床位使用率=$\frac{烧伤病床使用数}{烧伤病床总数}$×100%

**意义：**反映医疗机构烧伤科医疗资源的利用指标之。

二、预防性气管切开率

**定义：**某时段内烧伤合并吸入性损伤患者施行预防性气管切开的比例。

**计算公式：**

预防性气管切开率=$\frac{预防性气管切开患者数}{烧伤合并吸入性损伤患者总数}$×100%

**意义：**烧伤合并吸入性损伤可能因病程进展出现呼吸道梗阻，是否预防性气管切开是对患者受伤环境、烧伤部位、气道损伤的综合判断。该比例反应医疗机构对于烧伤合并吸入性损伤患者伤情处理的合理性，体现烧伤科医师的业务水平。

三、烧伤休克期肾功能障碍发生率

**定义：**烧伤后烧伤休克期内，烧伤患者发生肾功能衰竭占同期烧伤患者的比例。

**计算公式：**

肾功能衰竭发生率=$\frac{发生肾功能衰竭的烧伤患者}{同期烧伤患者总数}$×100%

**意义：**体现烧伤科医师对于烧伤患者补液治疗的业务水平。

四、重度、特重度烧伤患者收治率

**定义：**烧伤科接治重度、特重度烧伤患者占同期烧伤患者的比例。

**计算公式：**

重度、特重度烧伤患者收治率=$\frac{重度、特重度烧伤患者人数}{烧伤患者}$×100%

**意义：**体现烧伤科的地区影响力以及其本身的烧伤救治能力。

**注：**

1.重度烧伤：烧伤总面积31%-50%；或III度烧伤面积11%-20% ；或II度、III度烧伤面积虽不到上述百分比，但己发生休克、合并较重的吸人性损伤和复合伤等。

2.特重烧伤:烧伤总面积 50% 以上；或III度烧伤 20% 以上。

3.烧伤严重程度分度采用1970年上海全国烧伤会议标准进行划分，目前《外科学》等多部教材仍采用该标准进行分类。

五、重度、特重度烧伤患者死亡率

**定义：**烧伤科接治重度、特重度烧伤患者在同期重度及以上烧伤患者中发生死亡的比例。

**计算公式：**

重度、特重度烧伤患者死亡率=$\frac{重度、特重度烧伤患者死亡人数}{重度、特重度烧伤患者收治总数}$×100%

**意义：**重度、特重度烧伤患者的死亡率能够较为合理、有效的反应烧伤机构在烧伤救治方面的总体水平以及业务能力。

**注：**烧伤严重程度分类采用1970年上海全国烧伤会议标准进行划分，目前《外科学》等多部教材仍采用该标准进行分类。

六、二重感染发生率

**定义：**某一时段内，发生二重感染的烧伤患者占同期烧伤患者的比重。

**计算公式：**

二重感染发生率=$\frac{二重感染例数}{烧伤患者收治总数}$×100%

**意义：**二重感染发生率反应医师使用抗生素的适应症、用药时长的合理性以及规范性。

七、烧伤创面切削痂手术率

**定义：**深Ⅱ°以上烧伤病患施行切削痂术占同期深Ⅱ°、Ⅲ°患者的比例。

**计算公式：**

切削痂手术率=$\frac{切削痂例数}{同期深Ⅱ°、Ⅲ°烧伤患者总例数}$×100%

**意义：**反应深度烧伤创面的主动修复能力。

八、翻身床、悬浮床使用率

**定义：**某时段内，使用烧伤翻身床、悬浮床的患者占比。

**计算公式：**

翻身床、悬浮床使用率=$\frac{翻身床、悬浮床使用例数}{烧伤患者总例数}$×100%

**意义：**翻身床、悬浮床的使用反应烧伤机构/科室对于大面积烧伤/易受压创面的护理能力。

九、平均住院日

**定义：**出院患者占用总床日数与出院患者人数的比例。

**计算公式：**

平均住院日=$\frac{出院患者占用总床日数}{出院患者人数}$×100%

**意义：**反应医疗机构医疗资源利用情况、住院诊疗工作效率和医院总体医疗服务质量的综合指标。

十、早期康复治疗介入率

**定义：**早期进行康复治疗的烧伤患者病例数与烧伤住院患者总人数的比例。

**计算公式：**

平均住院日=$\frac{早期康复治疗患者例数}{烧伤住院患者总例数}$×100%

**意义：**对烧伤患者综合治疗的评价指标。

肿瘤性疾病医疗质量质控指标

（2022年版）

一、肿瘤科医患比

**定义：**开展肿瘤科临床诊疗工作，固定在岗（本院）医师熟练掌握恶性肿瘤诊断、分期、规范治疗方法及癌痛患者全面疼痛筛查、评估方法，熟练掌握各种抗癌药物（化疗药物、靶向药物、免疫检测点抑制剂等）及止痛药物（NSAIDs、对乙酰氨基酚、阿片类药物）的特性、使用方法以及不良反应的处理方法，能够独立开展恶性肿瘤规范治疗及癌痛患者疼痛评估和治疗工作，为肿瘤患者提供合理的、规范化治疗，年收治恶性肿瘤患者有一定例次。

**计算公式：**

肿瘤科医患比=$\frac{肿瘤科固定在岗（本院）医师总数}{同期肿瘤科患者住院总例次数（例次）}$×100%

**意义：**体现肿瘤科诊疗量和医师负荷，反映医疗机构肿瘤科医疗质量的结构性指标。

二、肿瘤构成比

**定义：**统计该院肿瘤患者人数和各病种患者人数，分别计算各分病种占比，列出排名前五位病种。该指标汇总主要了解四川省恶性肿瘤发病情况，与全国及全球比较有无不同。

**计算公式：**

各病种占比=$\frac{各瘤种患者人数}{肿瘤患者总人数}$×100%

**意义：**体现不同瘤种患者的构成比，提供预防、筛查及诊疗的重点区域及方向。

三、恶性肿瘤治疗前TNM分期评估率

**定义：**肿瘤住院患者治疗前完成临床分期评估的病例数占同期收治肿瘤住院患者病例数的比例。

**计算公式：**

1.肿瘤科室住院患者治疗前完成临床分期评估率

=$\frac{肿瘤住院患者治疗前完成临床分期评估的病例数}{同期收治的肿瘤住院患者病例数}$×100%

2.非肿瘤科室住院患者治疗前完成临床分期评估率

=$\frac{肿瘤住院患者治疗前完成临床分期评估的病例数}{同期收治的肿瘤住院患者病例数}$×100%

**意义：**体现医疗机构住院患者诊断、分期及规范治疗水平，是反映医疗机构诊疗质量的过程指标。应分别对肿瘤科室及非肿瘤科室的治疗前TNM分期评估率进行统计、对比及分析，加强多学科协作诊疗模式，重点加强对非肿瘤专业临床科室诊疗肿瘤疾病的管理。

四、恶性肿瘤TNM分期准确率

**定义：**根据最新版NCCN及CSCO指南要求，对住院的恶性肿瘤患者进行正确的诊断（病理诊断、分子分型）、分期（AJCC第八版分期）。对于有术后病理分期（pTNM）患者，采用术后病理分期（pTNM）为统一评价指标；若仅有临床分期（cTNM）无病理分期（pTNM）患者则采用临床分期作为评价指标。其中，一些特殊肿瘤的常用临床分期可采取与AJCC分期相结合的方式，例如：肝癌的中国肝癌分期（CNLC）和巴塞罗那分期（BCLC），小细胞肺癌退伍军人分期等；一些不适合做TNM 分期的恶性肿瘤，如间叶源性恶性肿瘤、原发癌不在口腔颌面部的恶性肿瘤等应予以剔除；以利于正确制定适合每个患者的个体化治疗方案。

**计算公式：**

恶性肿瘤TNM分期准确率

=$\frac{抽查恶性肿瘤患者TNM分期符合例数}{抽查恶性肿瘤病例总数}$×100%

**意义：**体现医疗机构对目前死亡率排名第一的恶性肿瘤的诊断、分期准确率情况，是反应医疗机构诊疗质量的过程指标。恶性肿瘤治疗前的准确分期是提高肿瘤患者诊疗方案的科学性、合理性的关键环节，是全面提升肿瘤患者诊疗效果和生存率的必要前提。

五、恶性肿瘤治疗规范率

**定义：**根据最新版NCCN及中国CSCO指南要求，对于初次诊断治疗的肿瘤患者，参照住院恶性肿瘤患者的诊断（病理诊断、分子分型）、分期（AJCC第八版结合常用临床分期），参考NCCN 及中国CSCO 指南正确制定适合不同患者的初次治疗的个体化和多学科综合治疗方案（手术、放疗、化疗、分子靶向治疗、免疫治疗等）。暂主要涉及肺癌、乳腺癌、结直肠癌、胃癌、肝癌五大瘤种进行抽查。

**计算公式：**

恶性肿瘤初次治疗规范治疗率=$\frac{符合恶性肿瘤规范治疗病例数}{抽查恶性肿瘤总病例数}$×100%

**意义：**体现对住院恶性肿瘤患者规范治疗及多学科综合治疗水平，是反映医疗机构诊疗质量的过程指标。

六、癌痛筛查率

**定义：**根据《2018年NCCN成人癌痛指南》、国家卫健委《癌症疼痛治疗规范（2018年版）》要求，肿瘤患者入院后医护人员应主动进行疼痛筛查，询问患者有无疼痛，以便下一步评估与治疗的进行。

**计算公式：**

疼痛筛查率=$\frac{进行癌痛常规筛查患者例数}{抽查癌症患者总例数}$×100%

**意义：**体现医疗机构对肿瘤患者的疼痛关注，是反应医疗机构癌痛诊疗质量的过程指标。

七、癌痛规范化治疗率

**定义：**根据WHO《三阶梯止痛五项原则》，口服为最常见的给药途径。阿片类控缓释药物临床使用日益广泛，对于疼痛相对稳定的患者可考虑以控缓释阿片药物作为背景用药的止痛方法，在出现爆发痛时，可给予速释阿片类药物对症处理。根据国家卫健委《癌症疼痛诊疗规范（2018年版）》,病人入院后，对于筛查有疼痛的患者应对其疼痛情况进行动态评估，记录用药种类、剂量滴定，按时记录疼痛程度及病情变化。病程记录应体现根据患者病情变化适时调整癌痛治疗方案。给予止痛治疗3天内或达到稳定缓解状态时的全面评估。对癌痛患者动态评估率不低于90%。根据国家卫健委《癌症疼痛诊疗规范（2018年版）》,准确评估患者病情，制定个体化治疗方案，因病施治。癌痛患者治疗3天之内将疼痛控制在(NRS评分)3分以下的患者人数与所有疼痛治疗患者数的比例不低于75%。

**计算公式：**

癌痛规范化治疗率=$\frac{符合癌痛规范治疗例数}{抽查癌痛患者例数}$×100%

**意义：**该指标是反应医疗机构癌痛诊疗质量的结果指标，也是反应医疗机构癌痛诊疗质量的过程指标。

八、癌痛患者随访率

**定义：**根据国家卫健委《癌症疼痛诊疗规范（2018年版）》要求,对接受癌痛规范化治疗的患者进行定期随访、癌痛评估并记录，保障患者得到持续、合理、有效的癌痛治疗。出院癌痛患者随访率不低于70%。统计患者出院后1周以内疼痛患者的随访记录。

**计算公式：**

出院疼痛患者随访率=$\frac{进行疼痛随访病例数}{抽查癌痛患者病例总数}$×100%

**意义：**该指标体现医疗机构对癌痛患者随访的工作，是反应医疗机构癌痛诊疗质量的结果指标。

九、强阿片药物配备（品种、品规、剂型）

**定义：**按照WHO止痛原则，根据国家卫健委《癌症疼痛诊疗规范（2018年版）》的要求，医疗机构应提供至少3个品种的阿片类止痛药物，以及纳洛酮等阿片类药物中毒解救药物，并能够按照处方调配药品，指导临床合理使用。

**意义：**医疗机构应提供必要、充分的止痛药物，当肿瘤患者入院后，根据患者疼痛的程度、性质等情况，临床医生能够合理的选择止痛药物，个体化的调整用药剂量、给药频率，防治不良反应，以期获得最佳止痛效果，属于结构性指标。

十、抗肿瘤药物配备（品种、品规）

**定义：**根据国家卫健委《恶性肿瘤合理用药指导》的要求，医疗机构应提供常见恶性肿瘤治疗所需的不同品种、品规的抗肿瘤药物（化疗、内分泌治疗、分子靶向治疗、免疫检测点药物以及辅助抗肿瘤药物，并能够按照患者不同情况，制定符合指南或专家共识的个体化治疗方案，指导临床合理用药。

**意义：**医疗机构应提供必要、充分的抗肿瘤药物和辅助治疗药物，当肿瘤患者入院后，根据患者诊断、分期、身体状况、经济条件及治疗愿望不同，临床医生能够合理的选择个体化的治疗策略，防治不良反应，以期获得最佳治疗效果，提高患者生活质量，该指标也属于结构性指标。

**注：**若为“单行”支付模式，则由患者到医保认定的购药点购买。

十一、MDT开展情况

**定义：**肿瘤多学科诊疗模式（MDT），是指针对某一种疾病，依托各个科室如内科、外科、影像科、放疗科、病理科等相关科室，进行临床讨论，汇集各学科前沿发展最新成果，制定出适合该患者的规范化、个体化诊疗方案。此模式可极大的提高医疗质量及医疗效率。我中心拟对省内各医疗机构MDT开展情况进行初步了解，对MDT所涉及瘤种及每年参加MDT病例人数进行初步统计。

**意义：**MDT开展所涉及瘤种及参与人数体现了医疗机构对恶性肿瘤规范化诊疗情况，是反应医疗机构恶性肿瘤诊疗质量的过程指标。

信息公开选项：主动公开