

国家卫生健康委员会办公厅

国卫办医政函〔2025〕227号

国家卫生健康委办公厅关于印发 医疗质量安全核心制度落实情况 监测指标(2025年版)的通知

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生健康委：

为贯彻落实《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》等文件要求，进一步加强医疗质量管理，保障医疗质量安全，我委制定了《医疗质量安全核心制度落实情况监测指标(2025年版)》。现印发给你们，供各级卫生健康行政部门和医疗机构在医疗质量安全管理工作使用。



(信息公开形式：主动公开)

医疗质量安全核心制度落实情况监测指标 (2025 年版)

指标一、患者入院 48 小时内转科的比例

定义：入院 48 小时内转科患者人次数占同期入院患者总人次数的比例。

计算公式：

患者入院 48 小时内转科的比例

$$= \frac{\text{入院 48 小时内转科患者人次数}}{\text{同期入院患者总人次数}} \times 100\%$$

说明：本指标不包括患者转入/转出 ICU 的情况。

意义：反映首诊医师和首诊科室对患者病情评估的充分性。

指标二、患者入院 8 小时内查房率

定义：入院 8 小时内开具检查或治疗医嘱的患者人次数占同期入院患者总人次数的比例。

计算公式：

患者入院 8 小时内查房率

$$= \frac{\text{入院 8 小时内开具检查或治疗医嘱的患者人次数}}{\text{同期入院患者总人次数}}$$

$\times 100\%$

意义：反映查房的及时性。

指标三、上级医师查房记录规范率

定义：住院患者病历中上级医师查房记录规范、完整的病例数量占同期住院患者病例总数量的比例。

计算公式：

上级医师查房记录规范率

$$= \frac{\text{住院患者病历中上级医师查房记录规范、完整的病例数量}}{\text{同期住院患者病例总数量}}$$

$\times 100\%$

意义：反映三级查房制度落实情况、查房记录的规范性和查房质量。

指标四、住院患者非计划手术率

定义：行非计划手术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：

住院患者非计划手术率

$$= \frac{\text{行非计划手术的住院患者人次数}}{\text{同期住院患者总人次数}} \times 100\%$$

意义：反映查房的质量。

指标五、急会诊及时到位率

定义：急会诊请求发出后，10分钟内到达现场的急会诊次数占同期急会诊总次数的比例。

计算公式：

急会诊及时到位率

$$= \frac{\text{急会诊记录中 10 分钟内到位的急会诊次数}}{\text{同期急会诊总次数}} \times 100\%$$

说明：急会诊范围包括当患者罹患疾病超出本科室诊疗范围和处置能力，且经评估可能随时危及生命，需要院内其他科室医师立刻协助诊疗、参与抢救所发出的会诊申请。

意义：反映急会诊制度执行的规范性。

指标六、急会诊有效率

定义：急会诊后开具相关医嘱的次数占同期急会诊总次数的比例。

计算公式：

$$\text{急会诊有效率} = \frac{\text{急会诊后开具相关医嘱的次数}}{\text{同期急会诊总次数}} \times 100\%$$

说明：本指标中急会诊后开具相关医嘱情况统计方法为在申请急会诊后 40 分钟内开具相关医嘱。

意义：反映急会诊意见的有效性和急会诊申请的合理性。

指标七、普通会诊及时完成率

定义：普通会诊 24 小时内完成次数占同期普通会诊总次数的比例。

计算公式：

普通会诊及时完成率

$$= \frac{\text{普通会诊 24 小时内完成次数}}{\text{同期普通会诊总次数}} \times 100\%$$

说明：病历中会诊医师电子签章时间即为会诊完成时间。

意义：反映普通会诊制度执行的规范性。

指标八、普通会诊有效率

定义：普通会诊结束后开具相关医嘱的次数占同期普通会诊总次数的比例。

计算公式：

普通会诊有效率

$$= \frac{\text{普通会诊结束后开具相关医嘱的次数}}{\text{同期普通会诊患者总次数}} \times 100\%$$

说明：本指标中普通会诊结束后开具相关医嘱情况统计方法为在申请普通会诊后 24 小时内开具相关医嘱。

意义：反映普通会诊意见的有效性和普通会诊申请的合理性。

指标九、手术患者特级护理/一级护理出院率

定义：手术患者出院时为特级护理/一级护理级别的患者数量占同期手术患者总数量的比例。

计算公式：

手术患者特级护理/一级护理出院率

$$= \frac{\text{手术患者出院时为特级护理/一级护理级别的患者数量}}{\text{同期手术患者总数量}}$$

× 100%

意义：反映对住院患者进行分级护理动态调整的情况。

指标十、四级手术患者手术当日床旁交接班占比

定义：四级手术患者手术当日进行床旁交接班的患者数量占同期进行四级手术的患者总数量的比例。

计算公式：

四级手术患者当日床旁交接班占比

$$= \frac{\text{四级手术患者当日进行床旁交接班的患者数量}}{\text{同期进行四级手术的患者总数量}}$$

× 100%

说明：1. 本指标中四级手术是指按各医疗机构制定的本机构手术分级管理目录中按四级手术管理的手术/操作。

2. 手术当日进行床旁交接班应当具备相关纸质或影像记录。

意义：反映交接班制度落实和管理情况。

指标十一、非计划再次住院/手术患者疑难病例讨论完成率

定义：对非计划再次住院/手术患者进行疑难病例讨论的数量占同期非计划再次住院/手术的数量比例。

计算公式:

非计划再次住院/手术患者疑难病例讨论完成率

$$= \frac{\text{对非计划再次住院/手术患者进行疑难病例讨论的数量}}{\text{同期非计划再次住院/手术的数量}}$$

× 100%

意义: 反映疑难病例讨论制度落实和管理情况。

指标十二、非计划再次住院/手术患者疑难病例讨论记录完整率

定义: 对非计划再次住院/手术患者进行疑难病例讨论并将讨论结论记入病历的数量占同期对非计划再次住院/手术患者进行疑难病例讨论的数量的比例。

计算公式:

非计划再次住院/手术患者疑难病例讨论记录完整率

$$= \frac{\text{对非计划再次住院/手术患者进行疑难病例讨论并将讨论结论记入病历的数量}}{\text{同期对非计划再次住院/手术患者进行疑难病例讨论的数量}}$$

× 100%

意义: 反映疑难病例讨论制度落实和管理情况。

指标十三、高额异常费用患者进行疑难病例讨论的占比

定义: 对产生高额异常费用患者进行疑难病例讨论的数量占同期高额异常费用患者数量的比例。

计算公式:

高额异常费用患者进行疑难病例讨论的占比

$$= \frac{\text{对产生高额异常费用患者进行疑难病例讨论的数量}}{\text{同期高额异常费用患者数量}} \times 100\%$$

说明：高额异常费用患者是指一个住院周期内产生的医疗费用在 20 万元以上的患者（各地可根据本辖区实际情况划定高额异常费用患者的费用额度）。

意义：反映疑难病例讨论制度落实和管理情况。

指标十四、急危重症患者抢救成功率

定义：急危重症患者抢救成功的例次数占同期急危重症患者抢救的总例次数的比例。

计算公式：

危急重症患者抢救成功率

$$= \frac{\text{急危重症患者抢救成功的例次数}}{\text{同期急危重症患者抢救的总例次数}} \times 100\%$$

说明：本指标中抢救成功指急危重患者经抢救后存活超过 24 小时或存活至下一次抢救开始。

意义：反映急危重症患者救治质量。

指标十五、术前讨论完成率

定义：完成术前讨论的手术例数占同期手术总例数的比例。

计算公式：

$$\text{术前讨论完成率} = \frac{\text{完成术前讨论的手术例数}}{\text{同期手术总例数}} \times 100\%$$

说明：除以抢救生命为目的的急诊手术外，术前讨论完成时间晚于手术医嘱开具时间和手术同意书签署时间的病例视为未完成术前讨论。

意义：反映术前讨论完成情况。

指标十六、术者参加术前讨论率

定义：术者参加术前讨论的手术例数占同期进行术前讨论手术总例数的比例。

计算公式：

术者参加术前讨论率

$$= \frac{\text{术者参加术前讨论的手术例数}}{\text{同期进行术前讨论手术总例数}} \times 100\%$$

说明：本指标中术者是指手术的主要完成人。

意义：反映术前讨论规范性。

指标十七、术前讨论计划手术一致率

定义：实际开展手术与术前讨论计划手术一致的手术例数占同期手术总例数的比例。

计算公式：

术前讨论计划手术一致率

$$= \frac{\text{实际开展手术与术前讨论计划手术一致的手术例数}}{\text{同期手术总例数}} \times 100\%$$

意义：反映术前讨论质量。

指标十八、实际手术术者与计划手术术者一致率

定义：实际开展手术术者与计划手术术者一致的手术例数占同期手术总例数的比例。

计算公式：

实际手术术者与计划手术术者一致率

$$= \frac{\text{实际开展手术术者与计划手术术者一致的手术例数}}{\text{同期手术总例数}}$$

$\times 100\%$

意义：反映手术管理的规范性。

指标十九、死亡病例讨论 5 日完成率

定义：患者死亡 5 个工作日内完成死亡病例讨论的病例数量占同期死亡病例总数量的比例。

计算公式：

死亡病例讨论 5 日完成率

$$= \frac{\text{患者死亡 5 个工作日内完成死亡病例讨论的病例数量}}{\text{同期死亡病例总数量}} \times 100\%$$

意义：反映死亡病例讨论制度落实和管理情况。

指标二十、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

定义：医务部门组织进行死亡病例讨论的病例数量与同期发生医疗纠纷的死亡病例数量的比值。

计算公式：

$$\text{医务部门组织讨论的死亡病例与发生纠纷的死亡病例比值} = \frac{\text{医务部门组织进行死亡病例讨论的病例数量}}{\text{同期发生医疗纠纷的死亡病例数量}}$$

意义：反映死亡病例讨论制度落实和管理情况。

指标二十一、科主任主持死亡病例讨论率

定义：死亡病例讨论由科主任主持的病例数量占同期死亡病例总数量的比例。

计算公式：

科主任主持死亡病例讨论率

$$= \frac{\text{死亡病例讨论由科主任主持的病例数量}}{\text{同期死亡病例总数量}} \times 100\%$$

意义：反映死亡病例讨论制度落实和管理情况。

指标二十二、死亡患者病案上传率

定义：按要求完整上传本机构死亡患者病案的数量占同期应上传死亡患者病案总数量的比例。

计算公式：

死亡患者病案上传率

$$= \frac{\text{按要求完整上传本机构死亡患者病案的数量}}{\text{同期应上传死亡患者病案总数量}} \times 100\%$$

说明：应上传死亡患者病案是指根据医院质量监测系统（HQMS）每月反馈各医疗机构须上传的死亡患者病案清单中的所有病案信息。

意义：反映开展死亡病案上报工作的落实和管理情况。

指标二十三、长期医嘱当日终止率

定义：开具长期医嘱后当日终止执行的医嘱数量占同期开具长期医嘱总数量的比例。

计算公式：

长期医嘱当日终止率

$$= \frac{\text{开具长期医嘱后当日终止执行的医嘱数量}}{\text{同期开具长期医嘱总数量}} \times 100\%$$

意义：反映查对制度的落实和管理情况。

指标二十四、手术医师手术时间重合率

定义：同一时间内手术医师为同一人的手术例数占同期住院患者手术总例数的比例。

计算公式：

手术医师手术时间重合率

$$= \frac{\text{同一时间内手术医师为同一人的手术例数}}{\text{同期住院患者手术总例数}} \times 100\%$$

说明：本指标中“同一时间”是指手术未结束时间与其他手术开始时间重合。（下同）

意义：反映手术医师参与手术安全核查情况。

指标二十五、麻醉医师手术时间重合率

定义：同一时间内手术麻醉医师为同一人的手术例数占同期住院患者手术总例数的比例。

计算公式：

麻醉医师手术时间重合率

$$= \frac{\text{同一时间内手术麻醉医师为同一人的手术例数}}{\text{同期住院患者手术总例数}} \times 100\%$$

意义：反映麻醉医师参与手术安全核查情况。

指标二十六、四级手术与三级手术并发症发生率比

定义：四级手术并发症发生率与三级手术并发症发生率的比。

计算公式：

四级手术与三级手术并发症发生率比

$$= \frac{\text{四级手术并发症发生率}}{\text{三级手术并发症发生率}}$$

说明：1. 本指标中三、四级手术是指医疗机构根据实际情况制定的本机构手术分级管理目录中的手术级别，下同。

2. 本指标中手术并发症是指并发于手术或手术后的疾病或情况，包括：手术后肺栓塞、深静脉血栓、脓毒症、出血或血肿、伤口裂开、呼吸衰竭、生理/代谢紊乱、与手术/操作相关感染、手术过程中异物遗留、手术患者麻醉并发症、肺部感染与肺机能不全、手术意外穿刺伤或撕裂伤、手术后急性肾衰竭等。

意义：反映手术分级管理的合理性。

指标二十七、四级手术与三级手术患者死亡率比

定义：四级手术患者死亡率与三级手术患者死亡率的比。

计算公式：

四级手术与三级手术患者死亡率比

$$= \frac{\text{四级手术患者死亡率}}{\text{三级手术患者死亡率}}$$

说明：各级手术患者死亡率为各级手术患者死亡人数占同期各级手术患者人数的比例。

意义：反映手术分级管理的合理性。

指标二十八、四级手术术前多学科讨论完成率

定义：术前完成多学科讨论的四级手术例数占同期四级

手术总例数的比例。

计算公式：

四级手术术前多学科讨论完成率

$$= \frac{\text{术前完成多学科讨论的四级手术例数}}{\text{同期四级手术总例数}} \times 100\%$$

说明：限制类技术按照四级手术进行管理。

意义：反映四级手术术前多学科讨论制度执行情况。

指标二十九、三、四级手术实际开展率

定义：实际开展的三、四级手术术种数占同期备案的三、四级手术术种数的比例。

计算公式：

三、四级手术实际开展率

$$= \frac{\text{实际开展的三、四级手术术种数}}{\text{同期备案的三、四级手术术种数}} \times 100\%$$

说明：本指标中的三、四级手术备案是指按《医疗机构手术分级管理办法》（国卫办医政发〔2022〕18号）要求，向核发《医疗机构执业许可证》的卫生健康行政部门报送本机构三、四级手术管理目录信息。

意义：反映手术分级的合理性。

指标三十、新技术新项目留存转化率

定义：在四年的评估周期内，医院新增的技术项目在前四年继续开展的比例。

计算公式:

新技术新项目综合留存转化率

$$= \frac{A + C + E}{A + B + C + D + E + F} \times 100\%$$

说明: 在四年周期内, 将以第一年技术项目种类数为基数, 定义年度新增的技术、项目种类数为年度技术项目种类数减去第一年技术项目种类数。考核第二年和第三年新技术新项目种类数在第四年的继续开展情况。

A: 第二年新增并在第三和第四年继续开展的技术项目种类数。

B: 第二年新增并只在第三年继续开展的技术项目种类数。

C: 第二年新增并只在第四年继续开展的技术项目种类数。

D: 第二年新增并未在第三和第四年继续开展的技术项目种类数。

E: 第三年新增并在第四年继续开展的技术项目种类数。

F: 第三年新增并未在第四年开展的技术项目种类数。

公式解释

分子 (A + C + E):

A: 第二年新增并在第三和第四年继续开展的技术项目。

C: 第二年新增并只在第四年继续开展的技术项目。

E: 第三年新增并在第四年继续开展的技术项目。

分母 (A + B + C + D + E + F):

A+B+C+D: 第二年新增的所有技术项目。

E+F: 第三年新增的所有技术项目。

意义: 反映新技术新项目应用的持续性。

指标三十一、危急值报告时间

定义: 将出现危急值到临床科室获取危急值的时间, 由长到短排序后取其中位数。

计算公式:

危急值报告时间 (中位数)

$$= X(n+1)/2, n \text{ 为奇数}$$

危急值报告时间 (中位数)

$$= (X_{n/2} + X_{n/2+1})/2, n \text{ 为偶数}$$

说明: 1. n 为实际报告的危急值项目数; X 为出现危急值到临床科室获取危急值的时间。

2. 分别计算住院、门诊、急诊危急值报告时间。

意义: 反映危急值上报的效率。

指标三十二、住院患者危急值当日及时处置率

定义: 当日处置的住院患者危急值项目数占同期临床科室接获住院患者危急值项目数的比例。

计算公式:

住院患者危急值当日及时处置率

$$= \frac{\text{当日处置的住院患者危急值项目数}}{\text{同期临床科室接获住院患者危急值项目数}} \times 100\%$$

说明：1. 本指标只统计住院患者危急值处置情况，不包括门急诊患者危急值。

2. 当日处置的危急值项目数以危急值出现当日的病程记录为准，若无记录则视为未处置。

意义：反映危急值规范化管理程度。

指标三十三、特殊使用级抗菌药物使用会诊率

定义：特殊使用级抗菌药物使用医嘱与会诊记录相对应的医嘱数量占同期特殊使用级抗菌药物使用医嘱总数量的比例。

计算公式：

特殊使用级抗菌药物使用会诊率

$$= \frac{\text{特殊使用级抗菌药物使用医嘱与会诊记录相对应的医嘱数量}}{\text{同期特殊使用级抗菌药物使用医嘱总数量}} \times 100\%$$

说明：1. 特殊使用级抗菌药物包括如第三、四代头孢菌素、碳青霉烯类、万古霉素等。

2. 使用医嘱与会诊记录相对应是指特殊使用级抗菌药物使用时经抗菌药物管理工作机构指定的专业技术人员会

诊同意后，按程序合理使用抗菌药物。

意义：反映特殊使用级抗菌药物使用的规范性。

指标三十四、临床用血后评估记录率

定义：输血治疗后规范书写评估输血记录例次数占同期临床输血治疗病例总例次数的比例。

计算公式：

临床用血后评估记录率

$$= \frac{\text{输血治疗后规范书写评估输血记录例次数}}{\text{同期临床输血治疗病例总例次数}} \times 100\%$$

意义：反映临床用血治疗的规范性。

指标三十五、术中自体血回输率

定义：术中使用自体血回输的患者数量占同期术中进行输血患者总数量的比例。

计算公式：

术中自体血回输率

$$= \frac{\text{术中使用自体血回输的患者数量}}{\text{同期术中进行输血患者总数量}} \times 100\%$$

意义：反映临床用血管理情况。

国家卫生健康委办公厅

2025 年 5 月 30 日印发

校对:张 萌