

医疗质量安全核心制度落实情况监测指标（2025年版）

相关制度	序号	指标名称	指标说明
首诊负责制	1	患者入院48小时转科的比例	本指标不包括患者转入/转出ICU的情况。 反映首诊科室对患者病情评估的充分性，转科率过高可能提示分诊流程缺陷
三级医师查房制度	2	患者入院8小时内查房率	考核入院后首次查房的及时性，目标值≥95%。
	3	上级医师查房记录规范率	评估查房记录的完整性(如病情分析、诊疗意见)，目标值≥95%。
	4	住院患者非计划手术率	反映查房质量，非计划手术率越低，说明术前评估越充分。
医疗会诊管理制度	5	急会诊及时到位率	急会诊范围包括当患者罹患疾病超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。 要求10分钟内到位，反映急会诊响应速度，目标值≥95%。
	6	急会诊有效率	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。 会诊后40分钟内开具医嘱的比例，体现会诊有效性，目标值≥95%。
	7	普通会诊有效率	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。 会诊后24小时内开具医嘱的比例，反映临床转化能力。
	8	普通会诊及时完成率	病历中会诊医师电子签章时间即为会诊完成时间。 24小时内完成会诊的比例，目标值≥95%。
分级护理制度	9	手术患者特级护理/一级护理出院率	反映术后护理级别动态调整的合理性，目标值≥95%。
值班和交接班制度	10	四级手术患者当日床旁交接班占比	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。 要求四级手术患者当日完成床旁交接班并留存记录，目标值100%
疑难病例讨论制度	11	非计划再次住院/手术患者疑难病例讨论完成率	对非计划事件强制讨论的比例，目标值≥95%。
	12	非计划再次住院/手术患者疑难病例讨论记录完整率	讨论结论记入病历的完整率，目标值≥95%
	13	高额异常费用患者进行疑难病例讨论的占比	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）。 针对高额费用患者(如单次住院费用>20万元)的讨论比例。
急危重患者抢救制度	14	危急重症患者抢救成功率	本指标中抢救成功指危急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。 抢救后存活超24小时的比例，反映综合救治水平。
术前讨论制度	15	术前讨论完成率	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。 除急诊手术外，术前讨论完成率100%。
	16	术者参加术前讨论率	本指标中术者是指手术的主要完成人。 手术主要完成人参与讨论的比例，目标值100%。
	17	术前讨论计划手术一致率	实际手术与计划一致的比例，避免术中随意变更。
	18	实际手术术者与计划手术术者一致率	防范“越级手术”或资质不符问题。

相关制度	序号	指标名称	指标说明
死亡病例讨论制度	19	死亡病例讨论5日完成率	患者死亡5个工讨论记录完整并记入病历的比例，目标值100%
	20	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	医务部门主动组织讨论的病例数与纠纷病例数的比值。
	21	科主任主持死亡病例讨论率	讨论记录完整并记入病历的比例，目标值100%。
	22	死亡患者病案上传率	应上传死亡患者病案是指根据医院质量监测系（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。
查对制度	23	长期医嘱当日终止率	
手术安全核查制度	24	手术医师手术时间重合率	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）
	25	麻醉医师手术时间重合率	
手术分级管理制度	26	四级手术与三级手术并发症发生率比	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。
	27	四级手术与三级手术患者死亡率比	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。
	28	四级手术术前多学科讨论完成率	限制类技术按照四级手术进行管理。
	29	三、四级手术实际开展率	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。
新技术和新项目准入制度	30	新技术新项目综合留存转化率	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。 确保新技术新项目通过审批的比例。
危急值报告制度	31	危急值报告时间	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。 反映危急值报告的时效性。
	32	住院患者危急值当日及时处置率	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 确保危急值处理记录的完整性。
抗菌药物分级管理制度	33	特殊使用级抗菌药物使用会诊率	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。
临床用血审核制度	34	临床用血后评估记录率	
	35	术中自体血回输率	