前提：本章中标注“\*”的条款为本项目的实质性条款，投标人不满足的，将按照无效投标处理。

**壹. 项目概述**

1.项目概况：本项目共1个包，采购医疗质量管理系统。

2.标的名称及所属行业：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 标的名称 | 数量 | 所属行业 |
| 1 | 医疗质量管理系统 | 1套 | 软件和信息技术服务业 |

3.项目建设的总体目标：

利用医院的集成平台，通过统一的数据接口对质控数据进行抽取/转换/加载，建立以质控数据中心为基础的质控数据管理体系；建立政策执行、异常监控的督导监控体系。

建立以质量控制与分析为目标的数据中心并实现数据集成，将医院相关业务系统如LIS、HIS、病案管理系统等系统的业务数据抽取、清洗、转换等预处理方法，汇总至质控数据中心。

建立质量控制与管理平台，建立统一数据管理门户，整合医院各个业务数据，完成结构质量管理、环节质量控制、终末质量控制、科室质量管理。

4.整体要求

医疗质量管理系统平台是以医疗业务、数据仓库及相关的工具软件为核心基础，为医院提供一个分析平台环境。根据医院信息化建设的实际情况，结合质控平台需求，在不推翻医院原有信息系统的基础上，通过建设医院质量数据统一平台，整合医院已有各系统的系统数据，构建全院质量数据中心。考虑到医院所有用户的信息需要，为医院各类用户包括院领导、行政管理部门、医护人员提供统一的医疗信息咨询/检索/展现平台，建立全院协同运作模式，根据质量管理体系标准，结合医疗服务规章制度、诊疗常规等，识别影响医疗质量的要素，建立医疗质量控制指标体系。根据该体系，研究医疗质量实时控制的模式及持续改进机制，制定医疗质量管理信息系统的功能框架和建设规范。

5.模块清单：

|  |  |
| --- | --- |
| 一级模块 | 二级模块 |
| 结构质量管理 | 人员资质管理 |
| 医疗技术管理和追踪 |
| 质控员管理 |
| 治疗组管理 |
| 排班管理 |
| 科室角色和重点病种、重点手术统计 |
| 环节质量管理 | 制度执行 |
| 异常值监管 |
| 终末质量管理 | 补录平台 |
| 系统报表 |
| 科室质量管理 | 医疗质控计划 |
| 质控小组管理 |
| 医疗指标总结分析 |
| 院级PDCA管理循环 |
| 科室PDCA管理循环 |
| 质量活动记录 |
| 年度培训计划上报 |
| 科室医疗服务与质量安全报告 |
| 支持大屏展示 | 支持大屏展示 |

**贰. 商务要求**

\*1．交货期及地点

1.1 交货期：合同签订之日起7个月内完成系统开发、到货、安装、调试，进行项目初验，开始试运行。试运行2个月后组织终验。

1.2 交货地点: 金堂县第一人民医院。

\*2.付款方法和条件：合同签订后5个工作日，采购人向中标人支付合同金额40%作为预付款；项目验收合格后，采购人接收到中标人的票据凭证资料15个自然日内，向中标人付清合同金额的全部款项。

3.实施要求

要求提供具体的项目实施方案和测试方案，并采取相关技术措施保障工期的顺利完成；

4.售后服务要求

4.1 要求提供完整的售后服务方案和售后服务承诺函；

4.2投标人提供≧1年的质保和维保服务。维保期自双方代表在系统安装验收单上签字之日起计算。维保期内所发生的一切费用包括系统技术支持，系统维护或升级，人员交通，差旅服务等费用全部包含在中标价内。维保期满后，每年的维护费不得高于项目软件价格的10%；

4.3系统故障的响应时间：投标人提供7\*24小时技术支持热线电话（固话，手机）。当发生故障时，自报障时起算，1小时内响应，若远程维护无法解决，投标人的售后技术工程师应在4小时内到达现场处理故障。

4.4若中标人在维保期内对本项目中的系统功能有更新版本，应提供系统扩充、升级方面的技术支持服务，相关费用包含在投标价格中。

\*5. 交货时应提供以下技术资料（如涉及）

5.1提供安装说明；

5.2提供使用说明书、维护手册；

5.3其它相关技术资料。

6.培训要求

6.1 要求提供完整的培训方案及相应的培训服务承诺函；

6.2培训内容与课程要求：对系统的使用，操作，维护进行培训，并提供安装使用维护说明书，以确保采购人能够对系统熟悉，能够独立进行系统的日常维护和管理。培训所需一切资料由中标商提供。

\*6.3培训费用：培训过程中所发生的一切费用（含培训教材费）均包含在中标价内。

\*7.验收要求

7.1系统功能满足采购人与中标人双方签订的《用户需求说明》，并顺利上线试运行2个月。验收时采购人、中标人等项目相关方都必须在现场，验收完毕后，签署项目验收报告。

7.2 文档齐全，符合采购合同和招标文件及相关标准要求，包括下列文档：用户需求说明书、系统概要设计说明书、数据库设计说明书、测试报告、用户手册、项目实施计划、用户培训记录。

7.3验收项目包括按照采购合同和招标文件中所标明的软件系统，及相关的技术维护文档、培训教材、使用说明书等。

\*8.其他要求

8.1系统验收合格后1年维保期内若因政策调整，应为医院提供软件功能修改, 相关费用包含在投标价格中。维保期外收费另议。

8.2系统维保期内软件故障率不得超过7天，如达不到要求，每超过一天，维保期内相应延长10天。维保期内因系统本身缺陷造成各种故障应由中标人技术服务和维保, 由此产生的费用由中标人承担。

8.3不能使用加密狗或其它方式限制软件使用；

8.4第三方系统配合本项目所提供的接口开发与调试费用由本项目中标人承担。

**叁.技术、服务要求**

**一．总体技术要求**

1.基于面向服务的架构

遵循面向服务（SOA）的核心构架思想，采用组件化、面向服务的设计开发模式，采用以业务为驱动的自顶向下框架设计方法，以新建和整合相结合的系统建设方式进行总体设计。

2.根据不同维度构建数据模型

应实现从不同维度对数据进行应用。如：可从时间维度、病人视角、药品维度等对同一个数据进行检索和分析，检索条件和维度自定义挑选。

3.自定义数据报表生成

应能够自定义对数据进行重组，利用界面展示工具生成相应的报表信息。

**（一）.数据处理要求**

**1.数据采集**

**1.1数据源管理**

▲1.1.1支持对目前市面上各类数据库的数据源进行采集，包括Mysql、Postgresql、Oracle、Sqlserver、restFul接口等**（需提供产品功能界面截图加盖投标人公章）**；

▲1.1.2支持对数据源的创建，包括数据源类型、数据源名称、描述、IP主机名、端口、用户名、数据库等**（需提供产品功能界面截图加盖投标人公章）**；

1.1.3支持对数据源进行统一展示与管理，包括新增、删除、修改的设置等；

**1.2数据采集与集成**

1.2.1支持通过可视化界面方式设置工作流，通过拖拉的方式即可实现从源数据中抽取，并进行清洗、转换等预处理后存储至分析库的整个流程；

▲1.2.2支持多种方式设计数据集成工作流的节点，包括离线同步、工作表更新、Shell、存储过程、sql、http等**（需提供产品功能界面截图加盖投标人公章）**；

1.2.3支持工作流设置完毕后，对其进行保存和格式化，即可对其进行进一步的处理，包括运行、编辑、下线等；

▲1.2.4支持管理人员对已设置的工作流进行定时设置，包括起止时间、定时、采集失败后的策略、通知策略等**（需提供产品功能界面截图加盖投标人公章）**；

▲1.2.5支持管理人员对容错条数的设置**（需提供产品功能界面截图加盖投标人公章）**；

▲1.2.6支持管理人员能够对所有工作流进行总览，包括工作流的状态、提交时间、开始时间、结束时间、运行时间等**（需提供产品功能界面截图加盖投标人公章）**；

▲1.2.7支持管理人员查看所有ETL作业日志，当出现问题时能追溯**（需提供产品功能界面截图加盖投标人公章）**；

**2.数据处理**

▲2.1支持对项目涉及的采集信息进行总览，包括视图总数、数据表总数、总数据量、总使用容量、基础表占用容量、合表占用容量的统计信息**（需提供产品功能界面截图加盖投标人公章）**；

▲2.2支持在基础表的基础上，通过编写SQL语句的方式，生成新的合成表，且能查看合成表与基础表之间的血缘关系**（需提供产品功能界面截图加盖投标人公章）**；

**3.数据监控**

▲3.1支持对项目发起的调度任务进行统一监控，并以仪表盘等图表形式对整体情况进行展示**（需提供产品功能界面截图加盖投标人公章）**；

▲3.2支持对项目执行调度任务进行统一监控，并以仪表盘等图表形式对整体情况进行展示**（需提供产品功能界面截图加盖投标人公章）**；

**（二）商业智能(BI)引擎**

1.具备BI引擎，通过拖拉拽的形式生成数据报表，实现数据的自定义挖掘；

2.通过数据隔离，分配不同人员的数据权限；

3.通过报表工具的层层钻取和回溯实现报表的挖掘粒度控制；

| **序号** | **功能列表** | **技术要求** |
| --- | --- | --- |
| 1 | 系统管理与操作环境 | 支持纯Web化的操作环境，客户端不需要安装任何程序，通过浏览器及网络即可执行，支持不同的浏览器，包括chorme，IE10+,firefox，safari等。 提供超出闲置时间自动注销机制。当使用者账号闲置时间超过阈值时，系统自动执行注销动作。 提供角色定义及管理功能。可依照不同的角色权限来设定所属的安全机制。 |
| 2 | 报表管理环境 | 支持个人化设定。使用者可在无须依赖信息人员的情况下，自行将个人需求的分析结果制作成报表，可以进行上钻下钻，以及过滤条件查询等操作。支持自行定义所需的数据分析画面，以多重视窗模式(Multi-Parts)，让多数据表、多统计图、多数据源追踪等资讯可同时呈现在单一报表上。支持拖拉式的版面。数据表与统计图皆可通过拖拉方式来调整大小及位置，设计出呈现画面。提供存取安全控管机制，可由使用者自行决定报表分享内容及对象。  |
| 3 | 交叉分析表 | 提供维度式、阶层式、成员式等不限阶层的多维查询操作模式，并可执行行、列、数值等三个轴的弹性组合，包括数据分页、维度切片等多项功能。 提供多维度数据内任何使用者需要的比较方式，比较结果可以数值或图形的方式来呈现。比较逻辑更可依照维度成员或数值的不同，来依照使用者的需求自定义搭配。 可自行设定层级内排序以及跨层级排序模式，找出区域性及全局性的数据统计结果。同时提供自动产生名次栏位的功能。可提供没有数量限制之行、列数据轴的维度组合，使用者可以自行组成任意阶层的维度来达成分析的目的。使用者可通过操作公式设定界面来自行新增量值或维度成员。可提供使用者对维度内数据各阶层进行逐层分析（Drill-down & Drill-up）的功能，可在表格与图形中执行； 提供对于表格本身各个成员的显示格式设定，包括字形、大小、颜色、背景颜色等。对于数值数据提供各种格式化呈现方式，包括小数精确度、百分比呈现、币别金额呈现方式等，以及可依据不同的数值数据有不同的呈现方式。支持重新设计机制。支持红绿灯号显示机制的设定。提供灯号标注的直觉式管理辅助机制，还可依据不同的达成率来设定不同的图示或灯号显示。 |
| 4 | 决策分析图 | 提供统计图形产生方式。在交叉分析表中若有任意数据以统计图形的方式来呈现，都可以选用建立统计图形的功能，产生出对应该数据的统计图形，且可以拖拉方式调整图形的位置与大小。 提供表格、列表、折线/柱形、堆叠柱状、极坐标堆叠柱状统计图类型供使用者选用，并可在展示页面直接切换。 支持多表多图同步呈现。一个交叉分析表一次可对应多个统计图形；使用者可针对不同的量值数据，同时进行不同的统计分析。提供统计图呈现方法。使用者可自定义调整图形观察的视角与X/Y轴的角度。 支持图形可选择是否与交叉分析表同步互动。当使用者设计好某个统计图形，可以将统计图与交叉分析表的关联性冻结起来，当交叉分析表需要根据其它需求来分析并查询其它角度的数据时，该统计图并不会随着交叉分析表的操作而有所变化。提供图形中数据展开与钻取的操作，可以在图形的任意位置进行展开子阶、或是Drill-down与Drill-up的动作。 |

**（三）接口要求**

要求对接医院现有的集成平台，获取包括HIS、病案系统、电子病历等系统的数据,并从上述系统中读取医疗质量相关信息，存储至质控数据中心。

**（四）设计要求**

应提供可视化报表工具对分析的报表进行可视化展现。该可视化报表工具应满足：

▲1.可查看编辑日志，全局查询数据源、数据集、报表、看板等资源**（需提供产品功能界面截图加盖投标人公章）**；

▲2.支持通过编写SQL查询语句从数据源中预览数据，并拖拉拽生成数据模型，设置维度和指标支持直接采用拖曳方式从抽取的数据属性中设定多维分析模型，包括维度和分析指标**（需提供产品功能界面截图加盖投标人公章）**；

▲3.报表可进行不同层级的上下钻取，可直接在界面上追溯生成报表的sql统计语句**（需提供产品功能界面截图加盖投标人公章）**；

▲4.支持多种数据源、多种图表：需支持接入多种数据源，如jdbc、kylin、elasticsearch等**（需提供产品功能界面截图加盖投标人公章）**；

▲5.支持多种图表，如柱状图、散点图、雷达图、饼图等**（需提供产品功能界面截图加盖投标人公章）；**

6.支持自定义数据隔离，即以维度为最小颗粒度控制数据隔离，可根据不同的用户过滤统计的数据，如展示给不同科室用户的图表统计数据只包含该用户所在科室的数据；

7.用户只需要拖拉拽操作就可以生成各种类型的报表，并进行自定义深度的数据钻取，挖掘更深层次的数据；

**二.结构质量管理**

**（一）人员资质管理**

对医师资质、护理人员资质、医技人员资质、药剂人员资质进行管理，供其他相关业务系统的调用读取，结合医护岗位具体要求标准，对不符合资质的岗位安排给出提醒。主要功能点包括：医护人员资质管理（包括检索、添加与删除，人员与资质关系维护）、医院人员分类管理、人员资质和岗位管理。

1.人员基本信息维护

包括姓名、所在科室、人员类别（医师、护士、医技、药剂）、来院时间、执业类别、执业范围、执业证取得时间、聘用时间、聘用岗位、聘用职称、学位学历证书图片、资格证图片、执业证图片、职称证书图片、聘书图片、培训证书图片等。有录入时间，可根据时间新增记录，新增时可复制原有记录，修改后保存。人员相关信息可实现与医院相应的人事管理系统的数据底层对接，相同信息可关联读取。

▲2.处方权资质维护**（需提供产品功能界面截图加盖投标人公章）**

处方权类别包括住院病区处方权（具体病区名称）、门诊处方权（有或无）、急诊处方权（有或无）、抗菌药物分级处方权（非限制级、限制级、特殊使用级）、麻精药品处方权（有或无）、肿瘤药物处方权（有或无）。可对每位医生进行各类处方权的维护，包括每类处方权授予、修改和停止的时间。查询列表中显示各类处方权授予情况和授予时间。

3.手术分级资质维护

手术分级分为一级、二级、三级和四级。可对每位医生进行手术级别的维护，包括手术分级授予、修改和停止的时间。查询列表中显示各手术级别授予情况和授予时间。

▲4.人员学习、工作经历维护**（需提供产品功能界面截图加盖投标人公章）**

 维护信息包括：

教育经历：开始时间、结束时间、院校、专业、学位；

工作经历：开始时间、结束时间、工作单位、任职情况；

职称评定：开始时间、结束时间、单位、聘任职称；

培训经历：开始时间、结束时间、院校、培训单位、培训内容；

学术任职：开始时间、结束时间、院校、专业、学会名称、担任职务；

可在页面直接维护学习工作经历，并可查询既往维护记录。

5．医护人员资质检索

支持正向检索和逆向检索。正向检索通过科室检索人员，然后根据人员姓名检索该人员对应的人员资质，逆向检索先指定具体的资质名称、然后根据该资质检索所用拥有该资质的人员，进而根据人员检索该人员所属的科室。检索后显示检索结果列表，可生成下载EXCEL表。点击到具体人员名字，可以查询该人员的基本信息和所有资质情况。

\*6.人员资质监控

对接医院业务系统，监控业务人员是否存在超资质权限的医疗行为，如限制类药品、四级手术权限等，在业务系统给与实时提醒并记录违规行为。

提醒形式可设置等级，不提醒、提醒、警告、禁止。如果属于禁止等级，医生必须返回修改医嘱，否则医嘱无法生效。

违规行为记录明细到业务人员、患者信息、违规诊疗项目、时间等信息。

**（二）医疗技术管理和追踪**

对院内开展的手术、操作技术进行统一管理，维护技术相关规则、追踪统计技术应用病例。根据院科两级的不同权限，向院级管理人员及科室人员展示相应的功能及过滤数据。

1.医疗技术管理

1.1医疗技术库

建立医疗技术临床应用管理档案，可进行全院、各科室以及个人专业技术档案和每项技术开展人员、技术名目查询，可按科室、个人、技术名称、时间段等项目查询，其他内容包括：技术分类、技术相关配套内容。

1.2技术列表维护

维护内容有：技术名字、编码、类型、风险等级、是否已经被运用到医疗活动中等。

▲1.3技术临床应用病例追踪统计**（需提供产品功能界面截图加盖投标人公章）**

对技术运用的病例进行跟踪，记录相关数据包括：有权限开展该技术的业务人员；使用了该技术的病例列表，包括应用时间、疗效评估（治愈、好转、无效、恶化、死亡）等。

2.新技术管理

2.1新技术申请

科室医师在系统申请院内未开展的新技术，经过科级、院级审批后，系统生成该技术信息，并标注为新技术。

▲2.2新技术试开展数据支持**（需提供产品功能界面截图加盖投标人公章）**

试开展期间，系统记录新技术开展的医生信息、患者信息、病情转归（治愈、好转、无效、恶化、死亡）、并发症、平均住院费用、平均住院日、平均药占比等数据，为开展效果提供数据支持。

▲2.3新技术总结、评价、转归**（需提供产品功能界面截图加盖投标人公章）**

新技术过试开展期间，技术负责人可对新技术做阶段性总结，管理人员对总结进行评价。新技术负责人在系统提交转化申请，质控管理人员在系统审批后，选择变更类型，包括转变为常规技术、终止开展、延期、重新开展等。若该技术发生重大安全事件，可随时进行终止。

**（三）质控员管理**

对科室质控员进行任职和考核管理。根据院科两级的不同权限，向院级管理人员及科室人员展示相应的功能及过滤数据。

1.任职管理

科室医师发起质控员任职申请，提交至科主任，科主任接收到科室医师提交的质控员季度任职申请，并进行审批。

▲2.质控员考核**（需提供产品功能界面截图加盖投标人公章）**

医院定义考核项，生成质控员考核表，考核人员以点选的方式评分。

**（四）治疗组管理**

1.医疗组填报：科室医师填报医疗组信息，包括组长、组员人员信息，医疗组有限时间信息；

2.医疗组变更：医疗组未到重新申请时限，允许医疗组长提出变更请求，科室主任审批；

3.医疗组审批：由科室主任审批确认；

4.医疗组查阅：质控管理人员、科室人员均可以查阅医疗组信息；

5.汇总导出：各业务角色可导出各自权限下的医疗组数据；

**（五）排班管理**

1.临床排班

1.1值班人员排班表维护和展示

各临床、医技科室人员可在系统中上报排班信息。质控管理人员可在系统中查看各临床、医技科室的一线、二线、住院总、三线排班信息。

1.2手术室排班表展示

上报手术室各手术间的每天手术排班，显示各手术间手术安排情况。

1.3排班表查询

可按时间、科室、人员、手术间进行排班表查询。

2.质控排班

▲2.1排班设置**（需提供产品功能界面截图加盖投标人公章）**

管理人员给科室质控员安排工作任务的排班，内容包括：任务名称、类型、检查内容、检查周期、检查科室、要求完成日期等。

2.2排班发布

发布排班任务，对应的质控员会收到排班任务，在规定期间内完成排班任务。

2.3任务关闭

质控员完成任务后，管理人员有疑问可以继续修订排班，继续下发任务，没有疑问关闭排班

**（六）科室角色和重点病种、重点手术统计**

1.科室角色维护

科室角色包括国家临床重点专科、省级临床重点专科、市级临床重点专科、市编办授予的疾病诊疗中心、重点学科、示范单位等，包括获取时间维护。

2.重点病种和重点手术维护

可基于ICD码维护各科的重点病种和重点手术。

**三、环节质量管理**

**（一）制度执行**

质控管理人员根据周期内的检查内容，自定义组合制度库中的制度，并设置制度的被检科室，形成检查方案；质控管理人员及质控员针对已发布的方案开展检查，记录每次的检查情况；质控管理人员、科主任针对方案查看所属权限内的检查结果进行分析。

**▲1.制度检查要点库（需提供产品功能界面截图加盖投标人公章）**

以18项核心制度为核心的制度检查规则库，以树状结构体现制度检查要点、扣分标准，支持医院管理人员自定义维护。

▲2.**检查方案（需提供产品功能界面截图加盖投标人公章）**

根据检查周期、检查对象、检查内容，制定检查方案，并追踪检查方案状态、流程、结果。

**3.检查记录**

3.1添加检查记录：检查人员（质控员、科主任、质控管理人员）根据检查表单，添加检查记录，统一检查周期内，允许存在多份检查记录，根据检查表单定义的检查项填写应扣分数及备注，允许临时保存，提交后不允许质控员、科主任修改；

3.2查询检查记录：检查人员（质控员、科主任、质控管理人员）可查询权限范围内的检查记录；

3.3修改检查记录：质控管理人员可修改检查记录分数；

**▲4.检查结果（需提供产品功能界面截图加盖投标人公章）**

按照方案，科室，周期三个维度来会汇总计算检查记录，形成检查结果，展示科室的检查得分情况。

**5.制度分析**

针对制度检查总得分进行统计分析，加以图表展示。

**6.趋势分析**

针对方案内的被检科室得分进行趋势分析，加以图表展示；

导出：支持导出时间趋势图形；

**7.核心制度梳理**

**7.1首诊制度管理**

通过抽查病历，检查记录病历首诊情况

首诊制度质控指标：

初诊医生接诊是否及时

患者病情是否危重

病情是否需要会诊

会诊医生是否及时到达

接诊后处理是否恰当

诊断是否明确

是否需要转院

是否对患者（家属）进行转院告知

患者转院前处理是否恰当

**7.2三级查房制度**

通过抽查病历，记录病历三级查房执行情况

三级查房质控指标：

经治医师病程首记是否8小时内完成

主治医师是否48小时内首次查房

副主任医师或主任医师查房每周1-2次

**7.3会诊管理**

会诊制度指标：

是否组织会诊（科间、急诊、科内、院内、院外）

会诊专业是否合适

会诊时限是否符合要求（急会诊10分钟内，普通会诊48小时）

会诊手续是否齐全

会诊记录单是否完整详实

会诊意见是否采纳

**7.4分级护理制度管理**

通过抽查病历，根据病历核查患者护理级别是否符合，记录分级护理制度执行情况

分级护理指标：

对患者护理分级是否正确

**7.5值班与交接班管理**

通过不定期查岗等，检查科室值班情况，并将发现的问题记录至科室质量档案

值班与交接班制度指标：

是否每日有交接班记录

危重患者、新入院患者、当日或次日手术患者、对医疗服务有争议的患者，是否床边交接班

值班期间是否需要经治医师或上级医师处置

**7.6疑难病历讨论管理**

每年定期上传疑难病例讨论安排和讨论资料，实时向管理部门推送

疑难病例讨论制度指标：

是否属于疑难病例

是否组织开展疑难病例讨论

科主任是否参加

疑难病例讨论记录是否符合规范要求

疑难（危重）病例讨论的诊疗意见是否落实

讨论记录是否存档

**7.7急危重患者抢救制度管理**

对急危重患者病历，核查并记录急危重患者抢救制度执行情况

急危重患者抢救制度指标：

急诊危重患者且不宜搬动，是否就地抢救

急诊患者是否需要手术

如需手术，是否立即送入手术室

急诊医师是否向病房或手术医师直接交班

患者抢救是否有上级医师或科主任参与

是否下达病危通知且告知家属病情

是否书写抢救记录

抢救记录书写是否符合规范

抢救时间是否具体到分钟

抢救记录是否在规定时间内补记

抢救记录是否存档

7.8**术前讨论制度**

抽查手术病历，记录术前讨论记录执行情况

术前讨论记录管理指标：

是否进行术前小结

术前小结是否规范

是否进行术前讨论

是否书写术前讨论记录

术前讨论记录是否符合要求

是否书写麻醉师术前访视记录

麻醉师术前访视记录是否符合规范

**7.9死亡病历讨论制度**

核查死亡病例的病历，记录死亡病例讨论制度执行情况

死亡病例讨论制度指标：

是否告知死者近亲属尸检的权利

是否在死后一周内组织死亡病例讨论

死亡讨论记录是否完整详实

讨论记录是否存档

**7.10查对制度**

抽查病历，记录查对制度执行情况

查对制度管理指标：

是否在诊疗操作时进行查对

查对内容是否符合规范

是否将住院号或门诊ID号作为唯一标识

**7.11手术安全核查制度**

手术安全核查制度指标：

是否执行“三方”核查（签名为准）

手术安全核查时间点是否符合要求

每个时间点签名是否完整

产房分娩核查

手术安全核查表是否纳入病历管理

7.12**手术分级管理**

结合医院手术开展情况，建立手术分级目录库，实现信息化归口管理。医务办公室能在抽查病历质控时记录人员手术越级情况信息

手术分级管理指标：

医疗机构是否建立手术分级管理制度

医疗机构是否有资质开展本病例手术

手术医师是否有权限开展本病例手术

本病例开展的手术治疗是否符合相关规范

该病例的有创操作是否有科室资质授权

**7.13新技术新项目准入制度管理**

建立临床科室新技术新业务技术档案，记录新技术新业务申报目录、内外评审意见、获奖目录等管理

新技术、新项目准入制度管理指标：

本病例是否开展了第二类或限制性医疗技术

医疗机构是否有资质开展第二类或限制性医疗技术

相关医师是否有资格开展第二类或限制性医疗技术

相关医师实施的第二类或限制性医疗技术是否符合规范

医疗机构开展的第一类医疗技术是否符合规范

7.14**危急值报告制度管理**

危机值制度管理指标：

本例患者是否出现危急值

针对危急值的处置是否及时

针对危急值的处置是否规范

医护人员对危急值记录是否规范

**7.15病历管理制度**

抽查科室当月病历，并依据运行病历质量检查要点，记录检查存在的问题

本例病历资料是否完整

病历评分：根据时间位点、行为位点汇总展现病历完成情况（不展现具体病历内容）

**7.16抗菌药物分级管理制度**

抗菌药物分级管理指标：

使用抗菌药物的医师是否拥有相关资质

抗菌药物使用是否合理

抗菌药物使用是否规范

临床药师是否参与指导抗菌药物使用

**7.17临床用血审核制度**

根据各项管理办法对输血管理的要求，记录输血记录存在的问题。由输血科提供相关的问题记录。包括：输血病历管理、输血不良事件管理、以及输血相关指标公示等

临床用血审核制度指标：

本例患者是否有临床用血

本例患者是否有临床用血适应证

临床用血方案是否合理

临床用血流程是否规范

**7.18信息安全管理制度**

对医院信息化系统，信息安全核查

信息安全管理制度指标：

科室是否泄漏患者隐私

科室是否私接可移动存储设备

科室是否私自更改网络架构、私接无线网络

科室是否私自更改系统配置、安装卸载软件

**（二）异常值监管**

▲1.异常值干预管理：根据指标的特性设定管理功能，如主要超30天可以下发问询，主管医生回复超期原因；非计划手术可以人工标识手术为计划或非计划，并下发科室，科室二次确认或解释等**（需提供产品功能界面截图加盖投标人公章）**。

\*2.指标数据如下表格，包括但不限于以下指标：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **指标** | **定义** | **统计规则** |
| 住院超30天的患者列表 | 统计时间段内住院天数等于或大于30天，患者列表 | 入院时间与出院时间等于或大于30天 |
| 住院总费用超10万元的患者列表 | 统计时间段内住院总费用等于或大于10万，患者列表 | 患者入院费用等于或大于10万 |
| 同一次住院两次或两次以上手术的患者列表 | 统计时间内，同一次住院做过两次或两次以上手术的患者列表 | 统计时间内，同一次住院做过两次或两次以上手术的患者列表。仅手术和重要操作，剔除深静脉穿刺、气管插管、气管切开等抢救操作。（2次以上的新增一条记录） |
| 非计划再次手术的患者列表 | 按科室分类发给相关科室，相关科室确认后，被判定为非计划手术的患者列表 | 被判定为非计划再次手术的患者列表，用于终末指标统计 |
| 死亡患者 | 所有死亡患者 | 实时的死亡患者列表（质控科每天刷新昨天死亡的）。字段列表：患者姓名、住院号、年龄、入院科室、入院时间、手术科室、手术名称、手术时间、出院科室（死亡时）、死亡时间、死亡标记（由质控科选择：孕产妇、新生儿、术后死亡、PCI术后死亡、介入死亡….）上述字段可排序。利用死亡标记，质控科可以分类汇总 |
| 孕产妇死亡的列表 | 入院为孕妇，转归为死亡 | 1、实时：入院诊断为：孕X周，死亡2、终末：病案首页，诊断+转归，预防保健科的死亡卡 |
| 新生儿死亡的列表 | 新生儿，转归为死亡 | 1、实时：诊断为：新生儿（XXX子），死亡2、终末：病案首页 |
| 入院24小时内死亡的患者列表 | 入院后在24小时内死亡的患者 | 1、电子病历中，可直接实现：死亡时间与入院时间相差24小时以内2、现有系统实时获取：死亡医嘱与入院时间相差30小时 |
| 术后24小时内死亡的患者列表 | 手术或重要操作后24小时内死亡的患者列表 | 1、电子病历中，可直接实现：死亡时间与手术时间相差24小时以内2、现有系统实时获取，几种逻辑：（1）手术收费医嘱和死亡医嘱相差30小时（2）书写了手术记录和死亡记录，手术记录与死亡记录相差30小时 |
| 择期手术围手术期死亡的患者列表 | 择期手术后X天内死亡的患者 | 病案首页：1、有手术或重要操作（剔除深静脉穿刺、气管插管、气管切开等抢救操作）；2、为择期；3、术后X天4、死亡用于终末指标统计 |
| 胸痛PCI术后死亡 | 所有做过PCI手术后死亡的患者 | 1、住院期间做了PCI手术；2、死亡 |
| 急诊PCI术后死亡 | 急诊PCI手术后死亡的患者 | 病案首页：1、住院期间做了PCI手术；2、PCI手术为急诊；3、死亡 |
| 择期PCI术后死亡 | 择期PCI手术后死亡的患者 | 病案首页：1、住院期间做了PCI手术；2、PCI手术为择期；3、死亡 |
| 卒中介入手术后死亡 | 所有做过介入手术后死亡的患者 | 1、住院期间做了卒中介入手术；2、死亡 |
| 急诊卒中介入术后死亡 | 急诊介入术后死亡的患者 | 病案首页：1、住院期间做了卒中介入手术；2、手术为急诊；3、死亡 |
| 择期卒中介入术后死亡亡 | 择期介入术后死亡的患者 | 病案首页：1、住院期间做了卒中介入手术；2、手术为择期；3、死亡 |
| 转出ICU后48小时内再次转入ICU的患者列表 | 48小时内重返ICU的患者 | 统计时间内，同一次住院，转出ICU的时间和再次转入ICU的时间相差48小时以内。（2次以上的新增一条记录）质控科在此列表基础上，剔除为了收费重新转入的患者，最后被判定为重返的患者列表，用于终末指标统计 |
| 欠费患者 | 押金费用低于住院费用 | 欠费超过X万的患者列表 |
| 首次病程记录延迟 | 首次病程记录应8小时完成，超过12小时创建的病历清单 | 首次病程记录首次创建时间超过入院后12小时 |
| 入院记录延迟 | 入院记录应24小时完成，超过30小时创建的病历清单 | 入院记录首次创建时间超过入院后30小时 |
| 出院后补写手术记录（或手术记录延迟） | 手术记录应在术后24小时内完成，出院后再创建手术记录的病历清单（或手术后超过24小时书写手术记录） | 首次创建手术记录时间在出院时间之后（或手术记录首次创建时间超过手术后24小时） |
| 出院时没有任何病程记录 | 出院时没有任何病程记录的病历清单 | 所有病程记录首次创建时间在出院时间之后 |

**四.终末质量管理**

**（一）补录平台**

▲1.系统无法对接自动提取的数据，系统支持通过补录任务进行任务补录。管理人员建立补录指标，并设置指标的补录周期，补录责任人。补录责任人在系统中定义补录数据，使终末指标库更加完善**（需提供产品功能界面截图加盖投标人公章）**。

\***（二）系统报表**

1.按业务类型提取系统监控报表，包括但不限于以下报表：

1.1关注指标监控追踪分析

1.2医院整体运行基本监测指标

1.3医院日常运营数据

1.4住院医疗质量与安全监测指标

1.5合理用药监测指标

1.6合理用血监测指标

1.7医院感染控制监测指标

1.8临床路径和单病种质量控制监测指标

1.9特殊科室质量监测指标

1.10公立医院控费监测指标

1.11医疗技术监测指标

1.12重点学科监测指标

1.13病案质量管理

1.14门诊质量管理指标

**2.关注指标监控追踪分析**

**2.1药占比增幅监控分析**

2.1.1门诊药占比监控预警分析

2.1.2科室医生用药多指标跟踪

2.1.3用药金额与门诊收入异常增幅监控

**2.2合理床位配置监控预测分析**

2.2.1床位相关指标的综合分析

2.2.2工作效率调整科室床位合理配置

2.2.3增加指标后运用秩合法优化调整床位分配

**2.3医改前后相关指标对比分析**

2.3.1医改前后费用结构变化分析

2.3.2医改前后药费的对比分析

**3.医院整体运行基本监测指标**

通过医院运行基本监测指标，监测与了解医院日常运行的基本情况。可在此界面显示：

3.1全院业务量信息

3.1.1当天各科床位使用情况，包括当天床位数，空床多少张，各科出院人次。

3.1.2当天各手术室安排情况，手术台次，各手术间手术安排（科室、主刀）。

3.1.3当天CT、MR工作量。

3.1.4当天心彩超工作量。

3.2异常质量数据

3.3重大事件信息

根据权限查看医疗安全（不良）事件、输血不良反应、药物不良反应、非计划再次手术、特殊患者（住院超过30天、费用大于10万）上报情况。

**4.医院日常运营数据**

**4.1统计功能设定**

指标可分别按时间段、科室条件进行搜索可设置基准值，应有环比、同比、与基准值比较的展示

**4.2资源配置**

4.2.1实际开放床位、重症医学科实际开放床位、急诊留观实际开放床位

4.2.2全院员工总数、卫生技术人员数（医师数、护理人员数、医技人数）；各科员工数、卫生技术人员数（医师数、护理人员数、医技人数）

4.2.3医院医用建筑面积

**4.3工作负荷**

有全院数据，下拉可显示各科数据

4.3.1门诊人次、健康体检人次、急诊人次、留观人次

4.3.2住院患者入院人次、出院人次，出院患者实际占用总床日

4.3.3住院手术人次、年门诊手术人次

**4.4工作效率**

4.4.1出院患者平均住院日

4.4.2平均每张床位工作日

4.4.3床位使用率（%）

4.4.4床位周转次数

**4.5治疗质量**

4.5.1急诊收治入院人次、比例

4.5.2 CD型病例数，病例率

4.5.3住院患者死亡人次，病死率；自动出院人次，占比

4.5.4新生儿患者住院死亡率

4.5.5住院危重抢救例数、死亡例数，抢救成功率

4.5.6急诊科危重抢救例数、死亡例数，抢救成功率

4.5.7住院手术例数、死亡例数，占比

4.5.8择期手术48H内死亡人次

4.5.9手术冰冻与石蜡诊断符合例数

4.5.10恶性肿瘤手术前诊断与术后病理诊断符合例数

4.5.11 1天内重返住院率

4.5.12 15天内重返住院率

4.5.13 30天内重返住院率

4.5.14住院超过30天、费用超10万元的患者上报率住院超过30天、费用超10万元的患者清单

**4.6患者负担**

4.6.1每门诊人次费用（元），其中药费（元）

4.6.2每住院人次费用（元），其中药费（元）

4.6.3每重点病种（手术）次均费用（元）（省卫计委要求的具体病种）

**4.7资产运营**

4.7.1流动比率、速动比率

4.7.2医疗收入/百元固定资产

4.7.3业务支出/百元业务收入

4.7.4资产负债率

4.7.5固定资产总值

4.7.6医疗收入中药品收入、医用材料收入比率

**4.8科研成果**

4.8.1国内论文数ISSN、国内论文数及被引用数次（以中国科技核心期刊发布信息为准）、SCI收录论文数/每百张开放床位

4.8.2承担与完成国家、省级科研课题数/每百张开放床位

4.8.3获得国家、省级科研基金额度/每百张开放床位

**5.住院医疗质量与安全监测指标**

为了解住院患者医疗质量与安全的总体情况，是以重返率（再住院与再手术）、死亡率（住院死亡与术后死亡）、安全指标（并发症与患者安全）三类结果质量为重点

**5.1住院疾病质量控制**

住院重点疾病监测指标报表（月报、季报、年报）：

从时间（年度、季度、月度），全院、科室、医院提供的住院重点疾病来统计总例数、死亡例数、病死率、1日重返住院例数、1日重返住院率、15日内重返住院例数、15日重返住院率、31天内重返住院例数、31天内重返住院率、平均住院日、平均住院费用，各指标值、同比、环比、平均住院费用动态变化曲线图。

通过ICD10编码、关键诊断词、科室、时间段等限定条件进行多重选择筛选，生成相应条件下特定病种的住院疾病质量控制情况。

**5.2住院手术质量控制**

住院重点手术监测指标报表（月报、季报、年报）：

总例数、死亡例数、病死率、术后非预期再手术例数、术后非预期再手术率、平均住院日、平均住院费用、平均住院费用动态变化曲线图。

通过ICD-9-CM-3手术编码、关键诊断词、科室、时间段等限定条件进行多重选择筛选，生成相应条件下特定手术的住院疾病质量控制情况。

**5.3手术并发症与患者安全指标**

5.3.1住院患者压疮发生率及严重程度

5.3.2医院内跌倒/坠床发生率及伤害严重程度

5.3.3择期手术后并发症（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、人工气道意外脱出）发生率

5.3.3.1手术并发症（严重但可治疗）导致的死亡

5.3.3.2手术后伤口裂开

5.3.3.3手术后肺栓塞或深静脉血栓

5.3.3.4手术后出血或血肿

5.3.3.5手术后髋关节骨折

5.3.3.6手术后生理与代谢紊乱

5.3.3.7手术后呼吸衰竭

5.3.3.8手术后败血症

5.3.4产伤发生率

5.3.4.1产伤——新生儿

5.3.4.2产伤——器械辅助阴道分娩

5.3.4.3产伤——非器械辅助阴道分娩

5.3.5因用药错误导致患者死亡发生率

5.3.6输血/输液反应发生率

5.3.7手术过程中异物遗留发生率

5.3.8医源性气胸发生率

5.3.9医源性意外穿刺伤或撕裂伤发生率

5.3.10综合介入诊疗年死亡率、神经血管介入诊疗死亡率、择期心血管疾病介入诊疗技术相关死亡率

5.3.11非计划再次手术患者清单

**5.4手术相关指标**

5.4.1效率指标

5.4.1.1手术人次

5.4.1.2手术人次占出院人次比例

5.4.1.3一级、二级、三级、四级手术例数，各级手术构成比

5.4.1.4日间手术开展例数、占比

5.4.1.5术前平均住院日

5.4.2质量指标

5.4.2.1手术安全核查完成率

5.4.2.2首台手术准时开台率

5.4.2.3接台手术平均时间

5.4.2.4非计划再次手术上报率

**6.合理用药监测指标**

**6.1日常监测指标**

6.1.1门诊注射剂处方数/每百张门诊处方（%）

6.1.2药费收入占医疗总收入比重（%）

6.1.3特殊药物费用情况：中草药、阿片类药物、腹膜透析液使用金额、占比。

6.1.4不合理用药率

**6.2抗菌药物监测指标**

6.2.1抗菌药物处方数/每百张门诊处方（%）

6.2.2抗菌药物占西药出库总金额比重（%）

6.2.3常用抗菌药物种类与可提供药敏试验种类比例（%）

6.2.4 I类切口抗菌药物使用率

6.2.5住院病人抗菌药物使用率

6.2.6特殊使用级抗菌药物使用量占比

6.2.7住院患者抗菌药物使用强度

6.2.8接受抗菌药物治疗的住院患者抗菌药物使用前微生物送检率

6.2.9住院患者抗菌药物静脉输液占比

**7.合理用血监测指标**

7.1异体输血患者人均输血量/上年度用血量比

7.2输血适应证合格率

7.3成分输血率

7.4自体输血率（回收式、贮存式）

7.5输血前检测率

7.6输血申请单审核率

7.7输血申请单合格率

7.8大量用血报批审核率（一次申请用血量>=1600ml）

7.9质控临床科室合理用血审核率

7.10输血前评估指征或监测指标符合率

7.11发血单合格率

7.12输血记录单合格率

7.13血液出入库记录完整率

7.14血液有效期内使用率

7.15输血治疗同意书签署率

7.16输血不良反应例数

**8.医院感染控制和传染病质量监测指标**

**8.1常监测指标**

8.1.1医院感染发生率

8.1.2医院感染漏报率

8.1.3手卫生抽查合格率

8.1.4多重耐药菌管理率

8.1.5传染病漏报率

**8.2医院感染类型监测指标**

8.2.1呼吸机相关肺炎发病率（‰）

8.2.2留置导尿管相关泌尿系感染发病率（‰）

8.2.3血管导管相关血流感染率（‰）

8.2.4不同感染风险指数手术部位感染发病率（％）

8.2.4.1 0级手术例数/季/年感染例数

8.2.4.1.1浅层组织手术

8.2.4.1.2深部组织手术

8.2.4.1.3器官手术

8.2.4.1.4腔隙内手术

8.2.4.2 Ⅰ级手术例数/季/年感染例数

8.2.4.2.1浅层组织手术

8.2.4.2.2深部组织手术

8.2.4.2.3器官手术

8.2.4.2.4腔隙内手术

8.2.4.3 Ⅱ级手术例数/季/年感染例数

8.2.4.3.1浅层组织手术

8.2.4.3.2深部组织手术

8.2.4.3.3器官手术

8.2.4.3.4腔隙内手术

8.2.4.4 Ⅲ级手术例数/季/年感染例数

8.2.4.4.1浅层组织手术

8.2.4.4.2深部组织手术

8.2.4.4.3器官手术

8.2.4.4.4腔隙内手术

**9.临床路径和单病种质量控制监测指标**

**9.1临床路径质量控制指标**

9.1.1开展临床路径病种数目

9.1.2入组率

9.1.3完成率

9.1.4按临床路径管理人次占出院人次比例

9.1.5变异统计，变异退出率，变异退出原因统计

9.1.6平均住院日，住院费用，手术费用、药费、入径药费占总费用比例、入径次均检查费用、出院患者总费用、出院患者总药费

9.1.7 15天内重返住院并进入同一路径例数

**9.2单病种质量控制指标**

9.2.1单病种统计报表

从时间（年度、季度、月度）、全院、科室、患者、来统计并发症发生率、治愈好转率、死亡率、平均住院日、人均费用

9.2.2专科危重病种统计表

从时间（年度、季度、月度），全院、科室、患者来统计并发症发生率、治愈好转率、死亡率、平均住院日、人均费用

9.2.3单病种质量及费用统计表

从时间（年度、季度、月度、日），全院、科室、单病种名称、患者来统计并发症发生率、治愈好转率、死亡率、平均住院日、人均费用

**10.八大病种质量控制指标**

**10.1急性心肌梗死AMI（ICD 10 I21．0-I21．3，I21．4，I21．9）**

**AMI-1** 到达医院后使用阿司匹林和氯吡格雷（有禁忌证除外）的时间

**AMI-2** 到达医院后首次心功能评价的时间与结果

**AMI-2．1** 左心室功能评价：在病历记录中患者入院24 小时内、出院前均有左（右）心室功能评估。包括Ｘ线胸片与超声心动图评价左心室内径和射血分数（ＬＶＥＦ），并说明左（右）心室功能障碍程度。

**AMI-2．2** 危险评分：ＳＴＥＭI危险评分方法或ＮＳＴＥＭI危险评分方法或ＮＳＴＥＭI危险分层。

**AMI-3** 实施再灌注治疗（仅适用于ＳＴＥＭI）再灌注治疗适应证：仅限于心电图（ＥＣＧ）有 ＳＴ段抬高或左束支阻滞（ＬＢＢＢ）的AMI患者。

**AMI-3．1** 到院后实施溶栓治疗的时间（有适应证，无禁忌证）来医院（急诊室）至溶栓的时间在（door-to-needle time <30’）30 分钟以内。

**AMI-3．2** 到院后实施ＰＣI治疗的时间（有适应证，无禁忌证）来医院（急诊室）至的ＰＣI时间在（door-to-needle time <90’）90 分钟以内。

**AMI-3．3** 需要急诊ＰＣI患者，但本院无条件实施时，转院的时间确保患者能获得规范的诊疗服务。

**AMI-4** 到达医院后使用首剂β-受体阻滞剂（有适应证，无禁忌证者）的时间未使用者，病历中对具体原因有记录。

**AMI-5** 住院期间使用阿司匹林、氯吡格雷、β受体阻滞剂、ＡＣＥI（有适应证，无禁忌证者）未使用者，病历中对具体原因有记录。

**AMI-6** 住院期间血脂评价对急性心肌梗死患者在住院期间应进行低密度脂蛋白胆固醇的检测与评估，根据危险分层选择他汀类降脂治疗（有适应证，无禁忌证者）。

**AMI-7** 出院时继续使用阿司匹林、氯吡格雷、β-受体阻滞剂、ＡＣＥI、他汀类药物有明示。未使用者，病历中对具体原因有记录。

**AMI-8** 住院期间为患者提供急性心肌梗死的健康教育的内容与时机。戒烟和饮食控制健康辅导、再灌注治疗的护理与教育、控制危险因素、坚持二级预防。

**AMI-9** 患者住院天数与住院费用出院时情况。

**AMI-10** 患者对服务满意度评价结果。

**10.2急性心力衰竭（ICD10 I05-I09，I11-I13，I20-I25，伴I50）**

**HF-1** 到达医院后首次心功能评价的时间与结果

左心室功能评价：在病历记录中患者入院24 小时内、出院前均有左（右）心室功能评估。包括：Ｘ线胸片与超声心动图评价左心室内径和射血分数（ＬＶＥＦ），并说明左（右）心室功能障碍程度。

心功能评估：实施ＮＹＨＡ心功能分级或6分钟步行试验。

**HF-2** 到达医院后使用血管紧张素转换酶（ＡＣＥ）抑制剂或β-受体阻滞剂的时间（有适应证，无禁忌证者）

**HF-3** 出院时继续使用血管紧张素转换酶（ＡＣＥ）抑制剂或β-受体阻滞剂。

**HF-4** 住院期间为患者提供心力衰竭的健康教育的内容与时机。

积极治疗基础心脏病及瓣膜病（包括介入治疗、外科手术）建议；实施控制危险因素的指导；戒烟、戒酒、限盐、适量饮食、控制液体等宣教指导有记录。

**HF-5** 患者住院天数与住院费用。

患者住院天数与住院费用，出院时情况。

**HF-6** 患者对服务满意度评价结果。

**10.3社区获得性肺炎CAP--住院、成人（ICD10 Ｊ13- Ｊ15，Ｊ18．1）**

**CAP-1** 到达医院后首次病情严重程度评估的时间与结果

判定是否符合住院标准（重症肺炎诊断标准或收住IＣＵ标准）与病情严重程度评估 （严重指数ＰＳI评分，或ＣＵＲＢ-66 评分）。

**CAP-2** 重症患者、入住IＣＵ患者实施氧合评估的时间。

低氧血症是严重肺炎的一个重要指标，也是预后不良的独立危险因素，吸氧可以降低低氧血症肺炎患者的病死率。患者至少在住院前或住院24 小时内（吸氧前）接受动脉血气分析或指脉血氧仪检查。

**CAP-3** 重症患者、入住IＣＵ患者实施病原学检查的时间。

危重肺炎患者进行病原学检测与诊断可以提供重要的微生物学信息，帮助选择适当的抗菌药物，降低患者病死率。

**CAP-4** 起始抗菌药物种类（经验性用药）选择

免疫功能正常患者开始24 小时抗菌药物选择要符合指南要求。

**CAP-5** 入院后患者接受首剂抗菌药物治疗的时间

抗生素治疗要尽早开始，首剂抗生素治疗争取在诊断肺炎后4 小时内使用。

**CAP-6** 初始治疗后评价无效，重复病原学检查的时间

初始治疗72小时无效定义为：症状无改善或一度改善又恶化。对于这种患者，要重复病原学（包括痰、胸水、支气管灌洗液细菌培养，真菌培养和抗酸杆菌检查；或尿抗原检查；或双份血清抗体检查），审慎调整抗菌药物，并排除并发症或非感染因素。

**CAP-7** 抗菌药物（输注、或注射）使用天数要符合指南要求。

**CAP-8** 住院期间为患者提供戒烟咨询与肺炎的健康辅导的内容与时机吸烟的肺炎患者在住院期间要接受健康教育与咨询。

**CAP-9** 患者住院天数与住院费用

患者住院天数与住院费用，出院时情况。

**CAP-10** 患者对服务满意度评价结果

**10.4脑梗死STK（ICD 10 I 63）**

**STK-1** 到院后接诊流程：到院后实施神经功能缺失评估的时间与结果；到院后实施头颅ＣＴ等检查的时间。患者接诊流程，是在到达医院急诊15 分钟内获得，由神经内科专业医师或具有神经系统功能评估技能的急诊医师提供的神经系统功能评估；在医嘱下达后的45 分钟内获得神经影像（头部ＣＴ）、临床实验室（血常规、凝血功能、血生化、电解质）、ＥＣＧ 和胸部Ｘ 线检查的结果，即患者在“绿色通道”的上述服务全部时限应小于60 分钟。

**STK-2** 到院后实施静脉应用组织纤溶酶原激活剂（ｔ-ＰＡ）或尿激酶应用的评估时间（发病4.5 小时/6 小时内患者）所有在医院发生缺血性卒中症状和出现卒中症状4.5 小时/6 小时以内的患者进行评估，无溶栓治疗禁忌证的急性期的例数，应考虑给予静推（IＶ）ｔ-ＰＡ或尿激酶。

**STK-3** 到院后使用首剂阿司匹林或氯吡格雷的时间。所有无禁忌证脑梗死患者，在入院48 小时内服用阿司匹林（有禁忌证者使用氯吡格雷）。

**STK-4** 到院后实施吞咽困难评价的时间吞咽困难所致误吸是并发肺炎重要危险因素，在给予饮食、进食、口服药之前进行吞咽困难评价。

**STK-5** 到院后实施血脂评价与使用他汀类药物（有适应证，无禁忌证者）的时间在住院期间应进行低密度脂蛋白胆固醇的检测与评估，对于ＬＤＬＣ（≥ 100 ｍｇ / ｄｌ）升高的患者应进行降脂治疗。

**STK-6** 住院期间接受血管功能评价的时间

住院的卒中患者应在住院1 周内接受血管功能评价，包括有ＴＣＤ/ ＣＴ灌注/ ＭＲＡ等项目。

**STK-7** 预防深静脉血栓的时间

不能下床活动的患者在入院2 天后应给予预防深静脉血栓的措施。

**STK-8** 康复评价与实施的时间

无禁忌证者都需进行康复评价与康复训练。

**STK-9** 出院时继续使用阿司匹林或氯吡格雷

如无禁忌证应继续予阿司匹林或氯吡格雷进行二级预防。

**STK-10** 住院期间与出院后伴有房颤的脑梗死患者口服抗凝剂（华法林）的治疗心源性脑梗死（房颤、金属瓣膜）无禁忌证的患者推荐使用华法林。非心源性脑梗死患者不推荐使用华法林进行二级预防。

**STK-11** 住院期间为患者提供戒烟咨询与脑梗死健康教育的内容与时机对住院期间所有患者都需进行戒烟或者进行戒烟辅导；卒中教育与培训，控制危险因素。

**STK-12** 患者住院天数与住院费用

患者住院天数与住院费用，出院时情况。

**STK-13** 患者对服务满意度评价结果

**10.5髋关节置换术（ICD9-CM-3 81．51-52）、膝关节置换术（ICD9-CM-3 81．54）**

**H/K-1** 实施手术前关节功能评估的时间与结果髋关节Harris 、膝关节HSS评分，评价术前与术后功能情况。

**H/K-2** 预防性抗菌药物选择与应用时机遵照《抗菌药物临床应用指导原则》“人工关节置换”属于外科无菌切口预防用药范围，规范选择抗菌药物，术前1 小时内给药，如果手术时间超过3 小时，可于手术中给予第2 剂，无并发感染者术后96～120小时内停药。

**H/K-3** 实施预防手术后深静脉血栓与肺栓塞的时间手术后深静脉血栓形成与肺栓塞是危及生命的严重并发症，遵照《人工全髋、膝关节置换术DVT方案》规范使用药物预防。H/K-4 手术输血量单侧手术输血量小于400ml，评价手术操作出血与补充血液情况。

**H/K-5** 术后康复治疗的时间

评价术后早期康复治疗方案实施与功能评定。

**H/K-6** 手术后并发症发生的时间

手术后出现并发症，如深静脉血栓和肺栓塞等生理和代谢紊乱。

评价术前全身机体情况，是否因原有内科疾病治疗不及时，而增加术后康复的难度。

**H/K-7** 住院期间为患者提供髋、膝关节置换术健康教育的内容与时机为患者提供在髋、膝关节置换手术前、术后与出院时的健康教育。

**H/K-8** 切口Ⅰ/一类切口（无菌）手术应为Ⅰ/甲级愈合。

**H/K-9** 患者住院天数与住院费用

缩短术前住院日、无并发症患者住院21 天内出院。

患者住院天数与住院费用，出院时情况。

**H/K-10** 患者对服务满意度评价结果

10.6**冠状动脉旁路移植术CABG（ICD9-CM-3 36．1）**

**CABG-1** 实施手术前风险评估的时间与结果

实施手术前风险评估与术前准备用药，以风险评分5分以上作为判定疑难复杂手术的标准。

**CABG-2** 符合手术适应证与急症手术指征

根据手术前评价，确认冠状动脉旁路移植手术适应证与急症手术指征。

**CABG-3** 使用乳房内动脉

选择搭桥的旁路血管是手术重要步骤，关系到手术重要质量，左乳房内动脉（左胸廓内动脉）术后十年通畅率可达95%，应优先使用乳房内动脉，或是根据情况选用其他旁路血管。

**CABG-4** 预防性抗菌药物选择与应用时机

遵照《抗菌药物临床应用指导原则》“冠状动脉旁路移植术”属于外科无菌切口预防用药范围，规范选择抗菌药物，术前1 小时内给药，如果手术时间超过3 小时，可于手术中给予第2 剂，无并发感染者术后96～120 小时内停药。

**CABG-5**术后活动性出血或血肿的再手术时间

**CABG-6**手术后发生并发症的时间

**CABG-7** 住院期间为患者提供冠状动脉旁路移植术健康教育的内容与时机

为患者提供在冠状动脉旁路移植手术前、术后与出院时的健康教育。

**CABG-8** 切口Ⅰ/甲级愈合

一类切口（无菌）手术应为Ⅰ/甲级愈合。

**CABG-9** 患者住院天数与住院费用

对于无术后并发症及其他伴随疾病的患者住院21 天内出院。

患者住院天数与住院费用，出院时情况。

**CABG-10** 患者对服务满意度评价结果

**10.7围术期预防感染（PIP）**

**PIP-1** 手术前预防性抗菌药物选用符合规范要求。

对象选择：适用1～12 项手术名称与ICD9-CM-3。

指标类型：过程指标。

指标改善：比值提高。

设置理由：按照卫生部《抗菌药物临床应用指导原则》、《普通外科Ⅰ类（清洁）切口手术围术期预防用抗菌药物管理实施细则》和《剖宫产手术围术期预防用抗菌药物管理实施细则》的要求，首选使用“一、二代头孢菌素”作为预防性用药。若使用其他类抗菌药物，在病历中有充分说明理由与指征的记录。

分子：首选使用“一、二代头孢菌素”作为预防性用药的病例数。

分母：I类切口预防性抗菌药物使用的病例总数。

除外病例：

在病历中的主要诊断与次要诊断为感染者。

有记录明示手术前患者正处在使用非指定的抗菌药物治疗感染的进程之中。

临床医师认为有使用此类抗菌药物治疗的禁忌证者。

**PIP-2** 预防性抗菌药物在手术前一小时内使用

对象选择：适用1～12 项手术名称与ICD9-CM-3。

指标类型：过程指标。

指标改善：比值提高。

设置理由：按照卫生部《抗菌药物临床应用指导原则》的要求，预防性抗菌药物在手术前1 小时内开始使用，即是指抗菌药物进入手术患者体内的时间至手术切皮时间。若将万古霉素或喹诺酮类药物用于预防，则为手术前2 小时。

分子：手术前1 小时内开始使用的例数。

分母：Ⅰ类切口预防性抗菌药物使用的病例总数。

除外病例：

在病历中的主要诊断与次要诊断为感染者。

有记录明示手术前患者正处在使用抗菌药物治疗感染的进程之中。

临床医师认为有使用此类抗菌药物治疗的禁忌证者。

**PIP-3** 手术超过三小时或失血量大于1500ｍｌ，术中可给予第二剂。

对象选择：适用1～12 项手术名称与ICD9-CM-3。

指标类型：过程指标。

指标改善：比值提高。

设置理由：按照卫生部《抗菌药物临床应用指导原则》的要求，手术时间超过3 小时，或双侧关节同时手术，或术中出血量超过1500 毫升者，术中应追加1 剂，以维持血药浓度。

公式一：

分子：手术时间超过3 小时追加1 剂的例数。

分母：所选范围内手术时间超过3 小时的例数。

公式二：

分子：术中出血量超过1500 毫升追加1 剂的例数。

分母：术中出血量超过1500 毫升的例数。

**PIP-4** 择期手术在结束后24、48、72 小时内停止预防性抗菌药物使用的时间。

对象选择：适用1～12 项手术名称与ICD9-CM-3。

指标类型：过程指标。

指标改善：比值提高。

设置理由：按照卫生部《抗菌药物临床应用指导原则》的要求，外科患者在手术结束后24 小时，停止预防性抗菌药物使用；心脏外科、脑外科、骨关节置换等深部大型手术在手术结束后48～72 小时，停止预防性抗菌药物使用；未按要求停止使用，用药时间超过规定者应在病程记录中

说明理由。

公式一：

分子：在手术结束后24小时内，停止预防性抗菌药物使用的例数。

分母：所选范围内12 类手术的例数。

公式二：

分子：在手术结束后48小时内，停止预防性抗菌药物使用的例数。

分母：所选范围内12 类手术的例数（明确术前无感染者）。

公式三：

分子：在手术结束后72小时内，停止预防性抗菌药物使用的例数。

分母：所选范围内12 类手术的例数。

公式四：

分子：在手术结束后72小时之后，继续使用预防性抗菌药物的例数。

分母：所选范围内12 类手术的例数。

除外病例：

在主要或次要诊断中术前有感染或具备潜在高危感染因素者。

术前24～48 小时内接受抗菌药物治疗者。

在手术后2天，被确诊为感染者并行治疗者。

临床医师认为有继续使用抗菌药物进行治疗的适应证者，在病程记录中说明。

**PIP-5** 手术野皮肤准备与手术切口愈合

对象选择：适用1～12 项手术名称与ICD9-CM-3。

指标类型：过程指标。

指标改善：比值提高。

信息采集：追溯性调查住院病历医嘱记录或护理记录的信息。

对象选择：适用手术名称与ICD9-CM-3 范围同PIP-1。

公式一：

分子：在手术前选用各类备皮方法的例数。

分母：所选范围内12类手术的例数。

公式二：

分子：手术切口Ⅰ/甲级愈合的例数。

分母：所选范围内12类手术的例数。

公式三：

分子：选用各类备皮方法的手术切口Ⅰ/甲级愈合的例数。

分母：在手术前选用各类备皮方法的例数。

除外病例：

在主要或次要诊断中术前有感染或具备潜在高危感染因素者。

术前24～48 小时内接受抗菌药物治疗者。

在手术后2 天，被确诊为感染者并行治疗者。

适用手术与操作ICD9-CM-3 编码：

单侧甲状腺叶切除术ICD9-CM-3:06．2。

膝半月板切除术ICD9-CM-3: 80．6。

经腹子宫次全切除术ICD9-CM-3:68．3。

剖宫产术ICD9-CM-3:74．0，74．1，74．2。

腹股沟疝单侧/双侧修补术ICD9-CM-3: 53．0，53．1。

阑尾切除术ICD9-CM-3: 47．0。

腹腔镜下胆囊切除术ICD9-CM-3：51．23。

闭合性心脏瓣膜切开术ICD9-CM-3：35．00～35．04。

动脉内膜切除术ICD9-CM-3：38．1。

足和踝关节固定术和关节制动术ICD9-CM-3：81．11～81．18。

其他颅骨切开术ICD9-CM-3：01．24。

椎间盘切除术或破坏术ICD9-CM-3：80．50。

**10.8社区获得性肺炎--住院、儿童（ICD10 Ｊ13-Ｊ15，Ｊ18）**

10.8.1住院时病情严重程度评估。

10.8.2氧合评估。

10.8.3重症、入住IＣＵ患儿病原学检测。

10.8.4抗菌药物使用时机。

10.8.5起始抗菌药物选择符合规范。

10.8.6住院72 小时病情严重程度再评估。

10.8.7抗菌药物疗程（天数）。

10.8.8符合出院标准及时出院。

10.8.9疗效、住院天数、住院费用（元）。

10.8.10不含新生儿及1-12 个月婴儿肺炎。

11.**特殊科室质量监测指标**

**11.1重症医学(ICU)质量监测指标**

11.1.1 ICU抗菌药物治疗前病原学送检率

11.1.2急性生理与慢性健康评分（APACHEⅡ评分）≥15分患者收治率（入ICU24小时内）

11.1.3 ICU-1非预期的24/48 小时重返重症医学科率（%）

11.1.4 ICU -2呼吸机相关肺炎（ＶＡＰ）的预防率（‰）

11.1.5 ICU -3呼吸机相关肺炎（ＶＡＰ）发病率（‰）

11.1.6 ICU -4中心静脉置管相关血流感染发生率（‰）

11.1.7 ICU -5留置导尿管相关泌尿系感染发病率（‰）

11.1.8 ICU -6重症患者死亡率（%）

11.1.9 ICU -7重症患者压疮发生率（%）

11.1.10 ICU -8人工气道脱出例数

11.1.11 ICU深静脉血栓（DVT）预防率

11.1.12 ICU气管插管拔管后48h内再插管率

**12.麻醉质量监测指标**

麻醉：总例数、麻醉分级数

按每月、每季、每年，统计每类麻醉总例数、麻醉复苏（Steward 苏醒评分）管理、麻醉非预期的相关事件等监测指标，了解麻醉诊疗质量的总体情况。

12.1麻醉总例数（月/季/年）

12.1.1全身麻醉例数（月/季/年）。

其中：体外循环例数（月/季/年）。

12.1.2脊髓麻醉例数（月/季/年）。

12.1.3其他类麻醉例数（月/季/年）。

12.2由麻醉医师实施镇痛治疗例数（月/季/年）

12.2.1门诊患者例数（月/季/年）。

12.2.2住院患者例数（月/季/年）。

其中：手术后镇痛（月/季/年）。

12.3由麻醉医师实施心肺复苏治疗例数（月/季/年）

复苏成功例数（月/季/年）。

12.4麻醉复苏（Steward 苏醒评分）管理例数（月/季/年）

12.4.1进入麻醉复苏室例数（月/季/年）。

12.4.2离室时Steward 评分≥4 分例数（月/季/年）。

12.5麻醉非预期的相关事件例数（月/季/年）

12.5.1麻醉中发生未预期的意识障碍例数（月/季/年）。

12.5.2麻醉中出现氧饱和度重度降低例数（月/季/年）。

12.5.3全身麻醉结束时使用催醒药物例数（月/季/年）。

12.5.4麻醉中因误咽误吸引发呼吸道梗阻例数（月/季/年）。

12.5.5麻醉意外死亡例数（月/季/年）。

12.5.6其他非预期的相关事件例数（月/季/年）。

12.6麻醉分级（AS A病情分级）管理例数（月/季/年）

12.6.1 AS A -Ⅰ级例数（月/季/年）。

术后死亡例数（月/季/年）。

12.6.2 AS AＡ-Ⅱ级例数（月/季/年）。

术后死亡例数/季/年。

12.6.3 AS A -Ⅲ级例数（月/季/年）。

术后死亡例数/季/年。

12.6.4 AS A -Ⅳ级例数（月/季/年）。

术后死亡例（月/季/年）。

12.6.5 AS A -Ⅴ级例数（月/季/年）。

术后死亡例数（月/季/年）。

**13.急诊科质量监测指标**

13.1急诊人次、急诊留观人数，各级患者比例。

13.2急诊患者死亡例数、死亡率。

13.3急诊手术患者死亡例数、死亡率。

13.4进入急诊抢救室总人数、死亡例数、死亡率。

13.5急诊超72小时病人汇总表。

13.6急诊高危患者收住院比例

13.7抢救室滞留时间中位数。

13.8非计划重返抢救室率。

13.9 ROSC成功率。

13.10绿色通道停留时间（急性创伤、急性心肌梗死、急性心力衰竭、急性脑卒中、急性颅脑损伤、急性呼吸衰竭、宫外孕、多发伤等）

13.11急性心肌梗死（STEMI）患者平均门药时间。

13.12急性心肌梗死（STEMI）患者门药时间达标率

13.13急性心肌梗死（STEMI）患者平均门球时间

13.14急性心肌梗死（STEMI）患者门球时间达标率

14.**检验科质量监测指标**

14.1效率指标：

14.1.1开展检测项目数

14.1.2各专业组工作量（标本量）

14.1.3出具报告时间，时限符合率

14.2质量指标

14.2.1标本类型错误率

14.2.2标本容器错误率

14.2.3标本采集量错误率

14.2.4血培养污染率

14.2.5抗凝标本凝集率

14.2.6检验前周转时间中位数

14.2.7室内质控项目开展率

14.2.8室内质控项目变异系数不合格率

14.2.9室间质评项目参加率

14.2.10室间质评项目不合格率

14.2.11实验室间比对率（用于无室间质评计划检验项目）

14.2.12实验室内周转时间中位数

14.2.13检验报告不正确率

14.2.14危急值通报率

14.2.15危急值通报及时率

**15.病理科质量监测指标**

15.1效率指标：

15.1.1组织病理诊断例数

15.1.2冰冻快速诊断例数

15.1.3细胞病理学诊断例数

15.1.4分子病理检测例数

15.1.5常规活检报告时间、及时率

15.1.6快速冰冻切片报告时间、及时率

15.1.7手术切除标本报告时间

15.2质量指标

15.2.1标本规范化固定率

15.2.2HE染色切片优良率

15.2.3免疫组化染色切片优良率

15.2.4术中快速病理诊断及时率

15.2.5组织病理诊断及时率

15.2.6细胞病理诊断及时率

15.2.7各项分子病理检测室内质控合格率

15.2.8免疫组化染色室间质评合格率

15.2.9各项分子病理室间质评合格率

15.2.10细胞学病理诊断质控符合率

15.2.11术中快速诊断与石蜡诊断符合率

15.2.12临床诊断与病理诊断符合率

15.2.13病理与影像诊断符合率

15.2.14病理医生工作量

**16.放射科质量监测指标**

16.1效率指标：

16.1.1 X线检查量

16.1.2 CT检查量

16.1.3MRI检查量

16.1.4急诊床旁检查到位时间

16.1.5 造影预约时间

16.1.6 CT预约时间

16.1.7 MR预约时间

16.1.8 急诊放射科平片出报告时间

16.1.9普通放射科平片出报告时间

16.2质量指标

16.2.1 X光机检查阳性率

16.2.2 CT检查阳性率

16.2.3 MRI检查阳性率

16.2.4 CT、MRI图像优良率

16.2.5 CR、DR 图像优良率

16.2.6 CT、MRI检查正确诊断率

16.2.7检查报告错误例数、错误率

16.2.8 放射诊断与手术、病理或出院随访符合率

16.2.9 危急值通报率

16.2.10危急值通报及时率

**17.超声医学科质量监测指标**

17.1效率指标

17.1.1心彩超检查量

17.1.2腹部B超检查量

17.1.3妇科B超检查量

17.1.4急诊床旁检查到位时间

17.1.5心彩超预约时限

17.1.6腹部B超预约时限

17.1.7妇科B超预约时限

17.1.8普通B超出具报告时限

17.1.9急诊B超出具报告时限

17.2质量指标

17.2.1超声诊断符合率

17.2.2检查报告错误

17.2.3危急值通报率

17.2.4危急值通报及时率

**18.介入科质量监测指标**

18.1效率指标

18.1.1门诊介入工作量

18.1.2住院介入工作量

18.1.3介入次均费用

18.2质量指标

18.2.1介入诊疗病例适应症符合率

18.2.2术后患者诊治效果随访率

18.2.3手术事故

18.2.4导管相关性感染暴发例数、比例

18.2.5严重并发症发生 例数、发生率

18.2.6介入诊疗技术相关死亡率

18.2.7术前讨论执行率

18.2.8知情同意书执行率

18.2.9病历书写合格率

**19.医技科室质量监测指标**

19.1效率指标：

19.1.1检查项目的工作量

19.1.2检查项目预约时间

19.1.3出报告时间

19.2质量指标

19.2.1报告阳性率

19.2.2报告准确性、报告错误例数

19.2.3报告签发后24小时后修改明细表。

19.2.4并发症发生率

19.2.5危急值通报率

19.2.6危急值通报及时率

**20.控费监测指标**

20.1公立医院医疗费用控制16个主要指标的监测：

20.1.1门诊病人次均医疗费用

20.1.2住院病人人均医药费

20.1.3门诊病人次均医药费用增幅

20.1.4住院病人次均医药费用增幅

20.1.5普通门诊就诊人次占比

20.1.6住院的人次人头比

20.1.7手术类型构成比

20.1.8门诊收入占医疗收人的比重

20.1.9住院收人占医疗收人的比重

20.1.10药占比（不含中药饮片）

20.1.11检查和化验收入占医疗收入比重

20.1.12卫生材料收入占医疗收入比重

20.1.13挂号、诊察、床位、治疗、手术和护理收入总和占医疗收入比重

20.1.14百元医疗收入消耗的卫生材料费用

20.1.15平均住院日

20.1.16每百元门诊住院率

**21.医疗技术监测指标**

**21.1限制类技术指标**

运用了限制类技术的病例列表，包括应用时间、疗效评估（治愈、好转、无效、恶化、死亡）、并发症、住院费用、耗材费用、药品费用、住院日、运用技术第一操作者等。同时，可生成该类技术统计指标，包括例数、各类疗效率、平均住院日、次均费用、药占比、耗材比、并发症发生率等。亦可按技术第一操作者姓名搜索，统计其开展例数，各类疗效率、平均住院日、次均费用、药占比、耗材比等。

**21.2内镜诊疗技术统计**

从时间（年度、季度、月度），全院、科室、病案号、患者、入院时间、出院时间、主要诊断疾病名称、手术日期、主刀医生来统计例数。

**21.3新技术应用统计**

运用了新技术的病例列表，包括应用时间、疗效评估（治愈、好转、无效、恶化、死亡）、并发症、住院费用、耗材费用、药品费用、住院日、运用技术第一操作者等。同时，可生成该类技术统计指标，包括例数、各类疗效率、平均住院日、次均费用、药占比、耗材比、并发症发生率等。亦可按技术第一操作者姓名搜索，统计其开展例数，各类疗效率、平均住院日、次均费用、药占比、耗材比等。

**22.重点学科监测指标**

包含但不限于麻醉专业、重症医学专业、急诊专业、临床检验专业、病理专业、医院感染管理专业、临床用血、呼吸内科专业、产科专业、神经系统专业、肾病专业、护理专业、药事管理等专业的重点监测指标。

22.1专科疑难病种统计

 从时间（年度、季度、月度）、全院、科室、患者、来统计并发症发生率、治愈好转率、死亡率、平均住院日、人均费用

22.2专科危重病种统计表

从时间（年度、季度、月度），全院、科室、患者来统计并发症发生率、治愈好转率、死亡率、平均住院日、人均费用

22.3单病种质量及费用统计表

从时间（年度、季度、月度、日），全院、科室、单病种名称、患者来统计并发症发生率、治愈好转率、死亡率、平均住院日、人均费用。

**23.病案质量管理**

**23.1病案首页质控**

病案首页填报完整率

病案首页项目填报完整率

主要诊断选择正确率

主要手术及操作选择正确率

其他诊断填写完整正确率

病案首页数据质量优秀率

医疗费用信息准确率

病案首页数据上传率

甲级病案率

重大诊断缺陷例数

重大治疗缺陷例数

重大知情告知缺陷例数

A级病例分型指标（例数）

B型病例分型指标（例数）

C型病例分型指标（例数）

D型病例分型指标（例数）

CD型病例率

**23.2病历书写日常质控**

23.2.1以下指标可由病案管理科每周、每月、每季度录入系统，系统展示柱状图

23.2.1.1终末病历质量，甲级、乙级、丙级病案率（全院、各科）

23.2.1.2环节病历质量，甲级、乙级、丙级病案率（全院、各科）

**24.门诊质量管理指标**

**门诊质量指标需求**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **指标名称** | **指标内容** | **指标需求** | **备注** |
| 出诊医生人数 | 当班出诊医生人数 | 维度：科室 | 　　因数据实时动态变化，故不作常规监测　　　 |
| 医生开诊登陆时间 | 医生首次登陆工作站时间 | 维度：医生 |
| 医生首次接诊时间 | 医生接诊首个病人时间 | 维度：医生 |
| 候诊人次 | 候诊人次 | 维度：科室、医生 |
| 平均接诊时间 | 医生平均接诊一个病人所用的时间 | 维度：科室、医生 |
| 在诊截号 | 医生当班临时截止挂号情况 | 维度：医生 |
| 等待取药人数 | 交费后等候取药的人数 | 维度：时间 |  |
| 等待缴费人数 | 就诊后等待缴费的人数 | 维度：时间 |  |
| 等待检查人数 | 登记后进入排队序列的人数 | 维度：时间、科室 |  |
| **实时监测+常规监测（日/周/月/自定义）** |
| 门诊人次 | 门诊就诊人次 | 维度：时间、科室、医生、挂号方式、挂号类别、病人性质、病人类别 | 挂号方式分为现场和预约； 挂号类别分为普通门诊、副主任门诊、主任门诊、特诊和名专家门诊； 病人性质分为初诊和复诊； 病人类别分为自费、公医和医保 |
| 急诊人次 | 急诊就诊人次 | 维度：时间、科室、危重分级（Ⅰ~Ⅳ级） | 　 |
| 平均每小时接诊人次 | 平均每小时接诊人次 | 维度：医生 | 　 |
| 出诊医生人次 | 门诊出诊医生人次 | 维度：时间、科室 | 　 |
| 预约率 | 就诊人次中预约挂号人次占比 | 维度：时间、科室、医生 | 　 |
| 复诊预约率 | 复诊人次中复诊预约挂号人次占比 | 维度：时间、科室、医生 | 　 |
| 爽约率 | 预约挂号人次未就诊的人次 | 维度：时间、科室 |  |
| 检查预约人次 | 检查预约人次 | 维度：时间、项目（B超、CT、MR等） | 　 |
| 门诊收入，含药品收入、检查化验收入、手术治疗收入 |  | 度：时间、科室、医生 |  |
| 门诊收入中药品收入、检查化验收入、手术治疗收入比率 | 门诊收入中药品收入、检查化验收入、手术治疗收入比率 | 维度：时间、科室、医生 | 药比计算参照医务部 |
| 结算人次 |  | 维度：时间 |  |
| 每门诊均次费用，其中药费 | 每门诊均次费用（元），其中药费（元） | 维度：时间、科室、医生 | 　 |
| 门诊病种例数 | 前30名门诊病种例数 | 维度：时间、科室 | 　 |
| 门诊注射人次 | 门诊注射人次 | 维度：时间、科室、诊断、注射药物类别、注射途径 | 注射途径分为：静脉输液、静脉推注、肌肉注射、皮下注射、皮试  |
| 患者对服务满意度评价结果 | 门诊患者对服务满意度评价结果 | 维度：时间、科室、医生 | 　 |
| 平均等待就诊时长 |  | 维度：时间、科室 |  |
| 退号人次 |  | 维度：时间、科室 |  |
| 医生出诊率 | 实际出诊次数/统计出诊次数 | 维度：时间、医生 | 该指标计算涉及一段时期的数据累计运算，需较长的观察时间，故不作日监测 |
| 医生准时出诊率 | 准时出诊次数/出诊次数 | 维度：时间、医生 |
| 停诊次数 | 长期停诊和临时停诊次数 | 维度：科室、医生 |  |
| 补诊次数 |  | 维度：科室、医生 |  |

五.**科室质量管理**

**（一）医疗质控计划**

1.质控管理部门向全院传达年度院级质控计划，为科室制定质控计划提供参考；科室可根据本科室实际情况制定年度质控计划，可参照院级质控计划。

2.功能需求：

新增院级计划、临时保存、计划发布、计划查询

**（二）质量与安全小组管理**

1.科室上报年份质控小组名单供质控科备案。

1.1新增：科室质控员填写本科室质控小组信息；

1.2质控员填写质控小组信息时，选择姓名后，自动根据人员基本信息带出职称、现任职务、联系电话；

1.3修改：科室质控员科针对本科室质控小组信息进行修改；

1.4删除：科室质控员可删除质控小组新信息；

1.5查询：质控管理人员可查询全院所有科室的质控小组信息，科室质控员仅可查询且操作本科室条目。

**（三）医疗指标总结分析**

针对不同科室，质控管理部门使用不同指标，根据目标情况与实际情况的对比，衡量科室医疗工作的质量。对于不达标的指标，科室需进行原因分析并提出改进措施。通过对科室医疗工作的分析、总结、改进。

1.定义监测指标

▲1.1质控管理部门定义不同科室的监测指标，并设置科室医疗服务与质量安全报告中，指标数据汇总表及未达标指标分析中指标的展示字段**（需提供产品功能界面截图加盖投标人公章）**。

▲1.2指标设置：按照科室、适用周期，在页面直接配置科室与指标关系，并可定义检测维度，如指标值+目标值+同比值+挑战值+门槛值等**（需提供产品功能界面截图加盖投标人公章）；**

1.3指标定义查询：按照指标库名称、适用时间、状态查询已存在的指标库；

2.指标监测

2.1查询：按照指标、周期、科室查询检测中的指标结果；

2.2目标值管理：可导入指标目标值，系统自动换算目标值完成情况；

2.3复制上年目标值：可直接复制上年度的指标目标值，继续沿用；

▲3.重点指标未达标分析**（需提供产品功能界面截图加盖投标人公章）**

科室分析本期内未达标的重点指标，并总结原因、提出改进措施。

功能需求：

责任科室可对未达标指标进行分析上报；

可进行常用于保存复用；

**（四）院级PDCA整改反馈**

质控管理人员可发起院级整改反馈，先由院级质控管理人员填写督导内容及存在的问题，再将质控活动分派给指定临床科室负责人，负责人接到任务后，需填写科室反馈及改进措施，提交给质控科审核，质控科审核为通过或不通过，如若不通过科室则要重新填写该任务，直至质控科通过为止，由质控科填写效果评价。

院级下发整改内容：

1.填写反馈信息：质控管理人员根据医院整体质量填写反馈信息，并选择整改负责人，支持自定义配置反馈问题清单；

2.自定义配置反馈问题清单：问题列表加载用户选择的时间范围内，该科室不达标的检查项，支持根据质控环节、检查类别筛选问题。用户可勾选本次反馈问题（可不选或多选）及填写反馈内容（必填）；

3.指定整改负责人：质控管理人员可指定院内人员为整改负责人，不受人员组织架构限制；

4.分派整改执行人：整改负责人可指定院内人员为整改执行人，包括其自身，不受人员组织架构限制；

5.审核改进措施报告：选择退回（整改执行人）或提交（下一步）操作，并填写意见；

6.填写效果评价：质控管理人员针对审核通过的改进措施报告填写效果评价。

**（五）科级PDCA整改反馈**

▲1.先由科室制定活动计划（按年制定计划），然后由小组成员填写质控活动，质控活动包含日常质控活动或是整改报告，填写完成后交予科室主任审核，审核通过后质控科可查阅所有科室的活动记录**（需提供产品功能界面截图加盖投标人公章）**；

2.质控部分发起的科室整改通知，科室可查看整改任务，填写相应的整改内容，发回给质控部门做审批。

**（六）质量活动记录**

1.记录科室质量管理过程中的会议、培训、检查等活动，作为质控管理记录文档。记录内容包括，活动名称、时间、负责人、参与人、活动内容、效果评价、附件等信息。

**（七）年度培训计划上报**

1.科室培训计划上报

科室管理人员或培训负责人员在系统上自行制定、上报年度培训计划，并可上传附件。

2.科室培训计划审核

院级管理人员可查阅科室上报的培训计划，可做相应的批示审核。

3.院级培训计划

院级管理人员可自行制定院级培训计划，并发布到全院，所有科室均可查阅计划。

**（八）科室质量安全报告**

**▲1.**系统根据预先设定的周期，自动生成科室质量报告，作为该周期内的科室质量管理工作总结。报告内容包括质量计划、质量与安全小组、质量活动记录，科室重点监控指标达成情况，未达成分析、PDCA整改过程等**（需提供产品功能界面截图加盖投标人公章）**。

**八、支持大屏展示**

1.质控系统支持对接医院大屏设备的展示需求，依据院长、医务部的管理角色，提取重点指标图形化展示。

2.大屏展示形式需具备表格、列表、折线图、柱状图、堆叠柱状、极坐标堆叠图等数据展现形式。