

国家卫生健康委员会办公厅

国卫办医函〔2020〕654号

国家卫生健康委办公厅关于印发 药事管理和护理专业医疗质量控制指标 (2020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：

为进一步加强医疗质量管理，规范临床诊疗行为，促进医疗服务的标准化、同质化，我委组织制定了药事管理和护理专业医疗质量控制指标。现印发给你们，供各级卫生健康行政部门、相关专业质控中心和医疗机构在医疗质量管理与控制工作中使用。

各级各类医疗机构要充分利用相关质控指标开展质量管理工作，不断提升医疗质量管理的科学化和精细化水平。各省级卫生健康行政部门和相关专业质控中心要加强对辖区内医疗机构的培训和指导，采用信息化手段加强指标信息收集、分析和反馈，指导医疗机构持续改进医疗质量。

附件：1. 药事管理专业医疗质量控制指标(2020年版)

2. 护理专业医疗质量控制指标(2020年版)

国家卫生健康委办公厅

2020年6月31日

(信息公开形式：主动公开)

药事管理专业

医疗质量控制指标（2020年版）

指标一、药学专业技术人员占比（PHA-01）

定义：药学专业技术人员数占同期医疗机构卫生专业技术人员总数的比例。

计算公式：

$$\text{药学专业技术人员占比} = \frac{\text{药学专业技术人员数}}{\text{同期医疗机构卫生专业技术人员总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构药事管理质量的重要结构性指标。

说明：药学专业技术人员是指按照有关规定取得药学专业任职资格的由医疗机构聘任的在职人员。卫生专业技术人员是指由医疗机构聘任的在职卫生专业技术人员，不含后勤等辅助部门的人员。

指标二、每百张床位临床药师人数（PHA-02）

定义：每100张实际开放床位临床药师人数。

计算公式：

$$\text{每百张床位临床药师人数} = \frac{\text{临床药师人数}}{\text{同期实际开放床位数}} \times 100$$

意义：反映医疗机构临床药师配置情况。

说明：临床药师是指以系统药学专业知识为基础，并具有一定医学和相关专业基础知识与技能，直接参与临床用药，

促进药物合理应用和保护患者用药安全的药学专业技术人员。

指标三、处方审核率（PHA-03）

（一）门诊处方审核率（PHA-03A）。

定义：药品收费前药师审核门诊处方人次数占同期门诊处方总人次数的比例。

计算公式：

$$\text{门诊处方审核率} = \frac{\text{药品收费前药师审核门诊处方人次数}}{\text{同期门诊处方总人次数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构药师对门诊处方的审核情况。

（二）急诊处方审核率（PHA-03B）。

定义：药品收费前药师审核急诊处方人次数占同期急诊处方总人次数的比例。

$$\text{急诊处方审核率} = \frac{\text{药品收费前药师审核急诊处方人次数}}{\text{同期急诊处方总人次数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构药师对急诊处方的审核情况。

说明：（1）处方审核是指药学专业技术人员运用专业知识与实践技能，根据相关法律法规、规章制度与技术规范等，对医师在诊疗活动中为患者开具的处方，进行合法性、规范性和适宜性审核，并作出是否同意调配发药决定的药学技术服务。

(2) 急诊处方审核率仅统计急诊患者，急诊留观和抢救患者除外。

指标四、住院用药医嘱审核率 (PHA-04)

定义：药品调配前药师审核住院患者用药医嘱条目数占同期住院患者用药医嘱总条目数的比例。

计算公式：

$$\text{住院用药医嘱审核率} = \frac{\text{药品调配前药师审核住院患者用药医嘱条目数}}{\text{同期住院患者用药医嘱总条目数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构药师对住院用药医嘱的审核情况。

说明：为便于统计，住院患者用药医嘱（总）条目数均以出院患者用药医嘱（总）条目数计算。

指标五、静脉用药集中调配医嘱干预率 (PHA-05)

定义：药师审核静脉用药集中调配医嘱时发现不适宜医嘱，经过沟通，医师同意对不适宜静脉用药集中调配医嘱进行修改的医嘱条目数占同期静脉用药集中调配医嘱总条目数的比例。

计算公式：

$$\text{静脉用药集中调配医嘱干预率} = \frac{\text{医师同意修改的不适宜静脉用药集中调配医嘱条目数}}{\text{同期静脉用药集中调配医嘱总条目数}} \times 100\%$$

意义：反映静脉用药集中调配医嘱质量与药学服务处方审核能力。

说明：按照《药品管理法》《处方管理办法》《医疗机构药事管理规定》《医疗机构处方审核规范》和《静脉用药集中调配质量管理规范》等法律与法规性文件，药师审核静脉用药集中调配医嘱发现不适宜时，应当及时与处方医师沟通，请其修改并签名。因病情需要的超剂量等特殊用药，医师应当再次确认签名。对用药错误医嘱而医师又拒绝修改的，药师应当拒绝调配。

指标六、门诊处方点评率（PHA-06）

定义：医疗机构点评的门诊处方人次数占同期门诊处方总人次数的比例。

计算公式：

$$\text{门诊处方点评率} = \frac{\text{点评的门诊处方人次数}}{\text{同期门诊处方总人次数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构药学服务质量的指标。

指标七、门诊处方合格率（PHA-07）

定义：合格的门诊处方人次数占同期点评门诊处方总人次数的比例。

计算公式：

$$\text{门诊处方合格率} = \frac{\text{合格的门诊处方人次数}}{\text{同期点评门诊处方总人次数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构门诊医师处方质量的重要指标。

说明：不合格处方包括不规范处方、用药不适宜处方及超常处方。

指标八、住院患者药学监护率（PHA-08）

定义：实施药学监护的住院患者数占同期住院患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{住院患者药学监护率} = \frac{\text{实施药学监护的住院患者数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映临床药师为住院患者提供药学服务的情况。

说明：（1）药学监护主要内容包括药学查房、制订监护计划、患者用药教育、药学会诊等在病历中记录的工作。

（2）为便于统计，实施药学监护的住院患者数和同期住院患者总数均以出院患者的人数计算。

指标九、用药错误报告率（PHA-09）

定义：医疗机构某一时间范围内报告给医疗机构管理部门的用药错误人次数占同期用药患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{用药错误报告率} = \frac{\text{报告给医疗机构管理部门的用药错误人次数}}{\text{同期用药患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构用药错误主动报告情况。

说明：（1）用药错误是指药品在临床使用及管理全过程中出现的、任何可以防范的用药疏失，这些疏失可以导致患

者发生潜在的或直接的损害。根据发生用药错误后果的严重程度将用药错误分为 9 级：

A 级：客观环境或条件可能引发错误(错误隐患)。

B 级：发生错误但未发给患者，或已发给患者但患者未使用。

C 级：患者已使用，但未造成伤害。

D 级：患者已使用，需要监测错误对患者的后果，并根据后果判断是否需要采取措施预防和减少伤害。

E 级：错误造成患者暂时性伤害，需要采取处置措施。

F 级：错误对患者的伤害可导致患者住院或延长患者住院时间。

G 级：错误导致患者永久性伤害。

H 级：错误导致患者生命垂危，须采取维持生命的措施(如心肺复苏、除颤、插管等)。

I 级：错误导致患者死亡。

(2) 同期用药患者总数指单位时间内门诊、急诊和住院患者用药人数总和。

指标十、严重或新的药品不良反应上报率 (PHA-10)

定义：医疗机构单位时间内上报的严重或新的药品不良反应人数占同期用药患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{严重或新的药品不良反应上报率} = \frac{\text{严重或新的药品不良反应上报人数}}{\text{同期用药患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构重视用药安全的指标。

说明：（1）严重药品不良反应：是指因使用药品引起以下损害情形之一的反应：

- 1) 导致死亡。
- 2) 危及生命。
- 3) 致癌、致畸、致出生缺陷。
- 4) 导致显著的或者永久的人体伤残或者器官功能的损伤。
- 5) 导致住院或者住院时间延长。
- 6) 导致其他重要医学事件，如不进行治疗可能出现上述所列情况的。

（2）新的药品不良反应：是指药品说明书中未载明的不良反应。说明书中已有描述，但不良反应发生的性质、程度、后果或者频率与说明书描述不一致或者更严重的，按照新的药品不良反应处理。

（3）同期用药患者总数指单位时间内门诊、急诊和住院患者用药人数总和。

指标十一、住院患者抗菌药物使用情况（PHA-11）

（一）住院患者抗菌药物使用率（PHA-11A）。

定义：住院患者使用抗菌药物人数占同期医疗机构住院患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{住院患者抗菌药物使用率} = \frac{\text{住院患者使用抗菌药物人数}}{\text{同期医疗机构住院患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构住院患者抗菌药物使用情况。

说明：为便于统计，住院患者使用抗菌药物人数和住院患者总数均以出院患者的人数计算。

（二）住院患者抗菌药物使用强度（PHA-11B）。

定义：住院患者平均每日每百张床位所消耗抗菌药物的DDD数。

计算公式：

$$\text{住院患者抗菌药物使用强度} = \frac{\text{住院患者抗菌药物使用量（累计 DDD 数）}}{\text{同期住院患者床日数}} \times 100$$

意义：反映医疗机构住院患者抗菌药物的使用情况。

说明：（1）DDD 又称“限定日剂量”，是指一个药品以主要适应证用于成年人的维持日剂量。DDD 值来源于 WHO 药物统计方法合作中心提供的 ATC Index。对于未给出明确 DDD

值的抗菌药物，参照国家卫生健康委抗菌药物临床应用监测网提供的数据。

(2) 住院患者床日数=平均住院天数×同期出院患者总数。

(三) 住院患者特殊使用级抗菌药物使用量占比 (PHA-11C)。

定义：住院患者特殊使用级抗菌药物使用量占同期住院患者抗菌药物使用量的比例。

计算公式：

$$\text{住院患者特殊使用级抗菌药物使用量占比} = \frac{\text{住院患者特殊使用级抗菌药物使用量 (累计 DDD 数)}}{\text{同期住院患者抗菌药物使用量 (累计 DDD 数)}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构特殊使用级抗菌药物的使用情况。

(四) I 类切口手术抗菌药物预防使用率 (PHA-11D)。

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：

$$\text{I 类切口手术抗菌药物预防使用率} = \frac{\text{I 类切口手术预防使用抗菌药物的患者数}}{\text{同期 I 类切口手术患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构抗菌药物预防用药情况。

指标十二、住院患者静脉输液使用率（PHA-12）

定义：使用静脉输液的住院患者数占同期住院患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{住院患者静脉输液使用率} = \frac{\text{使用静脉输液的住院患者数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构住院患者静脉输液的使用情况。

说明：（1）静脉输液包括静脉滴注和静脉推注。疫苗、溶媒、局麻、封闭、结膜下、肌肉、皮下、球后注射药、皮试液等不列入静脉输液的统计范围。

（2）同一患者使用多种静脉输注药物（含中药注射剂），记为1例。

（3）为便于统计，使用静脉输液的住院患者数和住院患者总数均以出院患者的人数计算。

指标十三、住院患者中药注射剂静脉输液使用率（PHA-13）

定义：使用中药注射剂静脉输液的住院患者数占同期住院患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{住院患者中药注射剂静脉输液使用率} = \frac{\text{使用中药注射剂静脉输液住院患者数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构住院患者中药注射剂静脉输液使用情况。

说明：（1）中药注射剂指批准文号为国药准字“Z”开头的注射剂。

（2）为便于统计，使用中药注射剂静脉输液住院患者数和住院患者总数均以出院患者数计算。

指标十四、急诊患者糖皮质激素静脉输液使用率（PHA-14）

定义：急诊静脉使用糖皮质激素的患者数占同期急诊患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{急诊患者糖皮质激素静脉输液使用率} = \frac{\text{急诊患者静脉使用糖皮质激素人数}}{\text{同期急诊患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构急诊患者静脉使用糖皮质激素情况。

说明：对不能区分门急诊的基层医疗机构按门诊患者计算。

指标十五、住院患者质子泵抑制剂注射剂静脉使用率（PHA-15）

定义：静脉使用质子泵抑制剂注射剂的住院患者数占同期住院患者总数的比例。

计算公式：

住院患者质子泵抑制药注射剂静脉使用率= $\frac{\text{静脉使用质子泵抑制药注射剂的住院患者数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$

意义：反映医疗机构质子泵抑制药注射剂的使用情况。

说明：(1)质子泵抑制药包括奥美拉唑、艾司奥美拉唑、泮托拉唑、兰索拉唑、雷贝拉唑、艾普拉唑、**埃索美拉唑**。

(2)为便于统计，静脉使用质子泵抑制药注射剂的住院患者数和住院患者总数均以出院患者的人数计算。

护理专业

医疗质量控制指标（2020年版）

指标一、床护比（NQI-01）

（一）医疗机构床护比（NQI-01A）。

定义：单位时间内，医疗机构实际开放床位与医疗机构执业护士人数的比。

计算公式：

$$\text{医疗机构床护比（1: X）} = 1: \frac{\text{医疗机构执业护士人数}}{\text{同期实际开放床位数}}$$

（二）病区床护比（NQI-01B）。

定义：单位时间内，医疗机构实际开放床位与医疗机构病区执业护士人数的比。

计算公式：

$$\text{病区床护比（1: X）} = 1: \frac{\text{医疗机构病区执业护士人数}}{\text{同期实际开放床位数}}$$

（三）重症医学科床护比（NQI-01C）。

定义：单位时间内，重症医学科实际开放床位与所配备的执业护士人数的比。

计算公式：

$$\text{重症医学科床护比}(1: X) = 1: \frac{\text{重症医学科执业护士人数}}{\text{同期重症医学科实际开放床位数}}$$

(四) 儿科病区床护比 (NQI-01D)。

定义：单位时间内，儿科病区实际开放床位与儿科病区所配备的执业护士人数的比。

计算公式：

$$\text{儿科病区床护比}(1: X) = 1: \frac{\text{儿科病区执业护士人数}}{\text{同期儿科病区实际开放床位数}}$$

意义：反映医疗机构实际开放床位和护理人力的匹配关系。了解当前实际开放床位所配备的护理人力配备状况，建立一种以实际开放床位为导向的护理人力配备管理模式，保障一定数量开放床位病区的基本护理人力配备。为医疗机构及其病区护理人力配备提供参考、评价指标。评价医疗机构、病区或重症医学科基本护理人力配备情况，可进行同级别医疗机构横向比较。

说明：(1) 护士指取得护士执业资格、在本医疗机构注册并在护理岗位工作的护士。

包含：临床护理岗位护士、护理管理岗位护士、其它护理岗位护士、护理岗位的返聘护士、护理岗位的休假（含病产假）护士。

排除：医疗机构职能部门、后勤部门、医保等非护理岗位护士，未取得护士执业资格人员，未在本院注册的护士。

(2) 实际开放床位数指医疗机构实际长期固定开放的

床位数。

包含：编制床位数；除编制床位外，经医疗机构确认有固定物理空间和标准床单位配置、可以常规收治患者的床位数；开放时间 \geq 统计周期 1/2 的床位数。

排除：急诊抢救床位、急诊观察床位、手术室床位、麻醉恢复室床位、血液透析室床位、接产室的待产床和接产床、母婴同室新生儿床、检查床、治疗床、临时加床。

(3) 病区指医疗机构有实际住院床位的病区的总称(包含重症医学科)。

(4) 重症医学科指独立设置的收治危重患者的科室或病区，其人员管理和使用应当独立于其他科室或病区。

包含：综合重症监护病房(综合 ICU)、独立的专科重症监护病房(如：呼吸科重症监护病房(RICU)、新生儿重症监护病房(NICU)等)。

排除：科室内部设立的重症监护病床、与其他科室或病区存在人员交叉管理使用的重症监护病区。

(5) 儿科病区指独立设置的收治儿童患者(小于等于 18 岁)的病区。

包含：儿童呼吸、消化、神经、泌尿、血液、内分泌等内外科疾病的儿童病区。

排除：新生儿病区、新生儿重症监护病区(NICU)、儿童重症监护病区(PICU)、儿科门诊、急诊等。

指标二、护患比（NQI-02）

（一）白班平均护患比（NQI-02A）。

定义：单位时间内，每天白班责任护士数之和与其负责照护的住院患者数之和的比。

计算公式：

$$\text{白班平均护患比（1: X）} = 1: \frac{\text{每天白班护理患者数之和}}{\text{同期每天白班责任护士数之和}}$$

（二）夜班平均护患比（NQI-02B）。

定义：单位时间内，每天夜班责任护士数之和与其负责照护的住院患者数之和的比。

计算公式：

$$\text{夜班平均护患比（1: X）} = 1: \frac{\text{每天夜班护理患者数之和}}{\text{同期每天夜班责任护士数之和}}$$

意义：反映的是需要照护的住院患者数量和护理人力的匹配关系，评价医疗机构及各病区有效护士人力配备情况，进而建立一种以护理服务需求为导向，科学调配护理人力的管理模式，让需要照护的患者获得充足的护理服务，保障患者的安全和护理服务质量。关联护理结果质量指标分析，发现护患比对护理质量存在关联规律和影响，可进行同级别医疗机构的横向比较。

说明：因各医疗机构护理班次存在差异，统计时以8小时为一个班次标准工作时长，责任护士每工作8小时计为1

名护士人力,患者每被护理 8 小时计为 1 名患者护理工作量。

(1) 责任护士指直接护理患者的执业护士。某班责任护士数=某班次时段内所有责任护士上班小时数之和 \div 8。

排除: 治疗护士、办公班护士、配药护士和护士长(一般情况下,护士长不计算在内,当护士长承担了责任护士的工作时才计算在内)。

(2) 护理患者数: 单位时间内护理住院患者的护理工作量。某白班护理患者数=(白班接班时在院患者数+白班时段内新入院患者数) \times (白班时长 \div 8)。某夜班护理患者数=(夜班接班时在院患者数+夜班时段内新入院患者数) \times (夜班时长 \div 8)。

(3) 患者指住院患者,包含所有办理住院手续的患者。不包括办理住院手续但实际未到达病区患者;母婴同室新生儿。

指标三、每住院患者 24 小时平均护理时数 (NQI-03)

定义: 单位时间内,医疗机构病区执业护士实际上班小时数与住院患者实际占用床日数的比。

计算公式:

$$\text{每住院患者 24 小时平均护理时数} = \frac{\text{医疗机构病区执业护士实际上班小时数}}{\text{同期住院患者实际占用床日数}}$$

说明: (1) 医疗机构病区执业护士实际上班小时数为单位时间内医疗机构病区所有执业护士实际上班小时数之和。

包含：病区护士上班小时数、病区护士长上班小时数、病区返聘护士上班小时数、执业地点变更到医疗机构的规培/进修护士上班小时数。

排除：未取得护士执业资格人员上班小时数、非病区护士上班小时数，如手术室、门诊、血液透析室等。

(2) 住院患者实际占用床日数即为单位时间内医疗机构各科室每天 0 点住院患者实际占用的床日数总和。

包含：占用的正规病床日数、占用的临时加床日数。

排除：占用的急诊抢救床日数、急诊观察床日数、手术室床日数、麻醉恢复室床日数、血液透析室床日数、接产室的待产床和接产床的床日数、母婴同室新生儿床日数、检查床床日数和治疗床床日数。

意义：反映每住院患者平均每天实际得到的护理时间，包括直接护理时数、间接护理时数、相关护理时数。监测每住院患者 24 小时平均护理时数可以帮助管理者了解患者所得到的护理服务时长，进而推算出护理工作负荷及患者所需的护理服务时数，指导管理者合理地调配护理人员，帮助促进护理工作效率提升，将更多护士工作时间用于照护患者。

指标四、不同级别护士配置占比 (NQI-04)

(一) 病区 5 年以下护士占比 (NQI-04A)。

定义：单位时间内，在病区工作、工作年限 < 5 年的护

士在病区执业护士中所占的比例。

计算公式：

$$\text{病区 5 年以下护士占比} = \frac{\text{病区工作年限} < 5 \text{ 年的护士总数}}{\text{同期病区执业护士总人数}} \times 100\%$$

(二) 病区 20 年及以上护士占比 (NQI-04B)。

定义：单位时间内，在病区工作、工作年限 ≥ 20 年的护士在病区执业护士中所占的比例。

计算公式：

$$\text{20 年及以上护士占比} = \frac{\text{病区工作年限} \geq 20 \text{ 年的护士总数}}{\text{同期病区执业护士总人数}} \times 100\%$$

意义：工作年限可以在一定程度反应护理人员能力水平。分析不同级别护士的配置，旨在让护理管理者关注护理团队的数量和规模的同时，还要关注护理团队的能力结构。

说明：(1) 工作年限：指护士在医疗机构注册以后的工作时间。包括在其他医疗机构参加工作的时间、试用期。不包括实习期、待业期。

(2) 病区指医疗机构有实际住院床位的病区的总称(包含重症医学科)。

(3) 病区护士指取得护士执业资格、在本医疗机构注册并在病区护理岗位工作的护士。

包含：病区临床护理岗位护士、病区护士长(副护士长)、病区护理岗位的休假(含病产假)护士。

指标五、护士离职率(NQI-05)

定义：单位时间内，某医疗机构护士离职人数与执业护士总人数的比例。

计算公式：

$$\text{护士离职率} = \frac{\text{护士离职人数}}{(\text{期初医疗机构执业护士总人数} + \text{期末医疗机构执业护士总人数}) / 2} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构组织与护理队伍是否稳定的重要指标。衡量护士人力资源流动状况，了解护士离职的现状，分析离职原因及对组织结构和护理质量造成的影响，为管理者制定人员招聘和培训计划，改善管理策略等方面提供依据。

说明：离职指自愿离职。

排除：因退休、死亡或被辞退而离开医疗机构的护士；在同一医疗机构岗位调整的护士。

指标六、住院患者身体约束率(NQI-06)

定义：单位时间内，住院患者身体约束日数与住院患者实际占用床日数的比例。

计算公式：

$$\text{住院患者身体约束率} = \frac{\text{住院患者身体约束日数}}{\text{同期住院患者实际占用床日数}} \times 100\%$$

意义：身体约束以避免自我伤害、非计划拔管、坠床等保障患者安全为目的，是在医疗机构部分领域经常采取的护理行为。通过对住院患者身体约束率的监测，医疗机构或护理部门能够及时获得身体约束率、约束导致的不良事件和约

束的其他相关信息。通过根本原因分析，找到过度使用身体约束的影响因素。通过医疗机构管理团队和医务人员的共同努力，找到有效的替代措施，努力降低身体约束率或使身体约束更具合理化，减少因身体约束带来的负性质量问题，从而提高住院患者的安全，提高人文护理质量。

说明：（1）身体约束是指通过使用相关器具或设备附加在或临近于患者的身体（该器具或设备不能被患者自行控制或轻易移除），限制其身体或身体某部位自由活动和（或）触及自己身体的某部位。

（2）单位时间内每位住院患者每天不论约束 1 个或多个部位、不论约束时长，均计为 1 日。

排除：术中因体位需要的约束；麻醉恢复室的约束；药物约束；床档约束（为预防患者坠床等原因使用护栏固定于床边两侧）；因疾病需要的空间约束；矫形器、模型固定器、牵引器等治疗设施的固定；儿童注射临时制动；新生儿日常包裹。

指标七、住院患者跌倒发生率（NQI-07）

（一）住院患者跌倒发生率（NQI-07A）。

定义：单位时间内，住院患者发生跌倒例次数（包括造成或未造成伤害）与住院患者实际占用床日数的千分比。

计算公式：

$$\text{住院患者跌倒发生率} = \frac{\text{住院患者跌倒例次数}}{\text{同期住院患者实际占用床日数}} \times 1000\%$$

意义：患者发生跌倒可能造成伤害，导致严重甚至危及生命的后果。通过对住院患者跌倒发生指标的监测，了解所在医疗机构或部门的跌倒发生率和伤害占比。通过根本原因分析和有效的对策实施，可以降低患者跌倒的风险及跌倒发生率，保障患者安全。

说明：统计住院患者在医疗机构任何场所发生的跌倒例次数。同一患者多次跌倒按实际发生例次计算。

包含：坠床。

排除：非医疗机构场所发生的跌倒、非住院患者（门诊、急诊留观室等）发生的跌倒、住院患儿生理性跌倒（小儿行走中无伤害跌倒）。

（二）住院患者跌倒伤害占比（NQI-07B）。

定义：跌倒伤害指住院患者跌倒后造成不同程度的伤害甚至死亡。住院患者跌倒伤害占比指单位时间内住院患者跌倒伤害例次数占住院患者发生的跌倒例次数的比例。

计算公式：

$$\text{住院患者跌倒伤害占比} = \frac{\text{住院患者跌倒伤害总例次数}}{\text{同期住院患者跌倒例次数}} \times 100\%$$

意义：患者发生跌倒可能造成伤害，导致严重甚至危及生命的后果。通过对住院患者跌倒发生指标的监测，了解所

在医疗机构或部门的跌倒发生率和伤害占比。通过根本原因分析和有效的对策实施，可以降低导致患者跌倒的风险及跌倒发生率，保障患者安全。

说明：跌倒伤害总例次数为轻度、中度、重度例次数和跌倒死亡例数四项之和，应小于或等于跌倒发生总例次数。

轻度（严重程度 1 级）指住院患者跌倒导致青肿、擦伤、疼痛，需要冰敷、包扎、伤口清洁、肢体抬高、局部用药等。

中度（严重程度 2 级）指住院患者跌倒导致肌肉或关节损伤，需要缝合、使用皮肤胶、夹板固定等。

重度（严重程度 3 级）指住院患者跌倒导致骨折、神经或内部损伤，需要手术、石膏、牵引等。

死亡指住院患者因跌倒受伤而死亡，而不是由于引起跌倒的生理事件本身而致死。

排除：无伤害的跌倒。

指标八、住院患者 2 期及以上院内压力性损伤发生率（NQI-08）

定义：单位时间内，住院患者 2 期及以上院内压力性损伤新发病例数与住院患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{住院患者 2 期及以上院内压力性损伤发生率} = \frac{\text{住院患者 2 期及以上院内压力性损伤新发病例数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构院内压力性损伤发生的现状，与同

级医疗机构进行横向比较，评价医疗机构压力性损伤管理的质量。

说明：（1）单位时间内患者入院 24 小时后新发的 2 期及以上压力性损伤例数。院外带入压力性损伤患者，若入院 24 小时后新发生的 2 期及以上压力性损伤计作 1 例。同一患者单位时间内发生 1 处或多处 2 期及以上压力性损伤（包括在不同科室发生的压力性损伤），均计作 1 例，期别按最高期别统计。压力性损伤分期依照《美国国家压疮咨询委员会：压力性损伤定义与分期（2016 版）》界定。

包含：2 期及以上压力性损伤，深部组织损伤、不可分期、医疗器械相关性压力性损伤、粘膜压力性损伤。

排除：因动脉阻塞、静脉功能不全、糖尿病相关神经病变或失禁性皮炎等造成的皮肤损伤；社区获得性压力性损伤。

（2）住院患者总数为统计周期期初在院患者数与单位时间内新入院患者数之和。

包含：所有办理住院手续的患者。

排除：办理住院手续但实际未到达病区患者；母婴同室新生儿。

指标九、置管患者非计划拔管率（NQI-09）

定义：非计划拔管又称意外拔管，是指住院患者有意造成或任何意外所致的拔管，即医护人员非诊疗计划范畴内的

拔管。某类导管非计划拔管率指单位时间内住院患者发生某类导管非计划拔管的例次数与该类导管留置总日数的千分比。

计算公式：

(一) 气管导管(气管插管、气管切开)非计划拔管率。

$$\text{气管导管(气管插管、气管切开)非计划拔管率} = \frac{\text{气管导管(气管插管、气管切开)非计划拔管例次数}}{\text{同期气管导管(气管插管、气管切开)留置总日数}} \times 1000\%$$

(二) 经口、经鼻胃肠导管非计划拔管率。

$$\text{经口、经鼻胃肠导管非计划拔管率} = \frac{\text{经口、经鼻胃肠导管非计划拔管例次数}}{\text{同期经口、经鼻胃肠导管留置总日数}} \times 1000\%$$

(三) 导尿管非计划拔管率。

$$\text{导尿管非计划拔管率} = \frac{\text{导尿管非计划拔管例次数}}{\text{同期导尿管留置总日数}} \times 1000\%$$

(四) 中心静脉导管(CVC)非计划拔管率。

$$\text{CVC非计划拔管率} = \frac{\text{CVC非计划拔管例次数}}{\text{同期CVC留置总日数}} \times 1000\%$$

(五) 经外周置入中心静脉导管(PICC)非计划拔管率。

$$\text{PICC非计划拔管率} = \frac{\text{PICC非计划拔管例次数}}{\text{同期PICC留置总日数}} \times 1000\%$$

意义：有助于及时发现导管非计划拔管的现状、趋势、特征及危险因素，为其预防、控制和制定质量改进目标提供科学依据，提升医护团队服务的规范性、专业性。

说明：(1) 某导管非计划拔管例次数指单位时间内留置某类导管的住院患者发生该类导管非计划拔管的例次数。同一住院患者在单位时间内发生的导管非计划拔管例次数按实际发生频次计算。

包含：患者自行拔除的导管；各种原因导致的导管滑脱；

因导管质量问题及导管堵塞等情况需要提前拔除的导管；因导管相关感染需提前拔除的导管。

排除：医生根据患者病情转归程度，达到拔除导管指征，医嘱拔除导管；导管留置时间达到上限，应拔除或更换导管；非住院患者拔管，如门诊患者和急诊抢救患者。

（2）某导管留置总日数指单位时间内住院患者留置某类导管的日数之和。留置导管每跨越0点1次计作1日，当天置入并拔除的不统计。带管入院患者以入院当日开始，每跨越0点1次计作1日；带管出院患者以出院日期为止。

包含：住院患者留置某类导管处于长期医嘱执行状态的日数。

排除：一次性插管患者插管日数、门急诊等非住院病区置管患者的留置日数。

指标十、导管相关感染发生率（NQI-10）

（一）导尿管相关尿路感染（CAUTI）发生率（NQI-10A）。

定义：单位时间内，留置导尿管患者中尿路感染例次数与患者导尿管留置总日数的千分比。

计算公式：

$$\text{导尿管相关尿路感染发生率} = \frac{\text{留置导尿管患者中尿路感染例次数}}{\text{同期患者导尿管留置总日数}} \times 1000 \%$$

意义：反映医疗机构感染控制的现状，与护理人员消毒隔离、无菌技术和手卫生执行等情况密切相关，与同级医疗

机构进行横向比较，评价医疗机构感染控制与护理管理质量。

说明：同一患者在单位时间内发生的导尿管相关尿路感染例次数以实际发生频次计算。

（二）中心静脉导管（CVC）相关血流感染发生率（NQI-10B）。

定义：单位时间内，中心静脉导管（CVC）相关血流感染发生例次数与患者 CVC 留置总日数的千分比。

计算公式：

$$\text{CVC 相关血流感染发生率} = \frac{\text{CVC 相关血流感染例次数}}{\text{同期患者 CVC 留置总日数}} \times 1000\%$$

意义：反映中心静脉导管相关血流感染情况与医疗机构感染防控情况，与医护人员的消毒隔离、无菌技术和手卫生执行等情况密切相关，与同级医疗机构进行横向比较，评价医疗机构感染控制与护理管理质量。

说明：同一患者在单位时间内发生的中心静脉导管（CVC）相关血流感染例次数以实际发生频次计算。

（三）经外周置入中心静脉导管（PICC）相关血流感染发生率（NQI-10C）。

定义：单位时间内，经外周置入中心静脉导管（PICC）相关血流感染发生例次数与患者 PICC 留置总日数的千分比。

计算公式：

$$\text{PICC 相关血流感染发生率} = \frac{\text{PICC 相关血流感染例次数}}{\text{同期患者 PICC 留置总日数}} \times 1000\%$$

意义：反映经外周置入中心静脉导管相关血流感染情况与医疗机构感染防控情况，与医护人员的消毒隔离、无菌技术和手卫生执行等情况密切相关，与同级医疗机构进行横向比较，评价医疗机构感染控制与护理管理质量。

说明：同一患者在单位时间内发生的经外周置入中心静脉导管（PICC）相关血流感染例次数以实际发生频次计算。

指标十一、呼吸机相关性肺炎（VAP）发生率（NQI-11）

定义：单位时间内，呼吸机相关性肺炎例次数与住院患者有创机械通气总日数的千分比。

计算公式：

$$\text{呼吸机相关性肺炎发生率} = \frac{\text{呼吸机相关性肺炎例次数}}{\text{同期住院患者有创机械通气总日数}} \times 1000\%$$

意义：反映呼吸机相关性肺炎情况与医疗机构感染防控情况，与医护人员的消毒隔离、无菌技术和手卫生执行等情况密切相关，与同级医疗机构进行横向比较，评价医疗机构感染控制与护理管理质量。

说明：同一患者在单位时间内发生呼吸机相关性肺炎例次数以实际发生频次计算。

指标十二、护理级别占比

定义：单位时间内，医疗机构某级别护理患者占用床日

数与住院患者实际占用床日数的百分比。

计算公式：

（一）特级护理占比。

$$\text{特级护理占比} = \frac{\text{特级护理患者占用床日数}}{\text{住院患者实际占用床日数}} \times 100\%$$

（二）一级护理占比。

$$\text{一级护理占比} = \frac{\text{一级护理患者占用床日数}}{\text{住院患者实际占用床日数}} \times 100\%$$

（三）二级护理占比。

$$\text{二级护理占比} = \frac{\text{二级护理患者占用床日数}}{\text{住院患者实际占用床日数}} \times 100\%$$

（四）三级护理占比。

$$\text{三级护理占比} = \frac{\text{三级护理患者占用床日数}}{\text{住院患者实际占用床日数}} \times 100\%$$

意义：反映患者病情的轻重缓急及护理需求和护理工作量，可以帮助管理者推算出护理工作负荷，是合理安排护理人力资源的重要依据，对临床护理管理和人力调配起着指导作用。

说明：患者的护理级别是由医生和护士共同确定。某级别护理患者占用床日数指单位时间内执行该级别护理的患者占用的床日数之和，即单位时间内每天 0 点统计各级别护理患者数，分别累计求和。同一患者一天内护理级别有变化时，只能计算一次，以统计时点的护理级别为准。