

# 住院病案首页数据质量管理与控制指标

(2016年版)

## 一、住院病案首页填报完整率

**定义：**住院病案首页填报完整率是指首页必填项目完整填报的病案份数占同期出院病案总数的比例。

住院病案首页项目填报完整率是指 n 份病案首页填报的必填项目之和占 n 份病案首页全部必填项目总数的比例。

### 计算公式：

$$\text{病案首页填报完整率} = \frac{\text{首页必填项目完整填报的病案份数}}{\text{检查出院病案总数}} \times 100\%$$

$$\text{病案首页项目填报完整率} = \frac{\text{n 份病案首页填报的必填项目之和}}{\text{n 份病案首页全部必填项目总数}} \times 100\%$$

**意义：**反映医疗机构填报住院病案首页的总体情况，是衡量住院病案首页数据质量的基础指标，是应用首页数据客观评价医院服务能力和医疗质量的工作基础。

## 二、主要诊断选择正确率

**定义：**主要诊断选择正确的病案数占同期出院病案总数的比例。

### 计算公式：

$$\text{主要诊断选择正确率} = \frac{\text{病案首页主要诊断选择正确的病案数}}{\text{检查出院病案总数}} \times 100\%$$

**意义：**主要诊断是病种质量管理、临床路径管理的数据基础，也是应用 DRGs 这一评价工具对医院进行绩效评估的重要依据。主要诊断选择正确率是评估诊疗措施适宜性的重

要指标，反映医疗机构及其医师的临床能力及诊治水平。

### 三、主要手术及操作选择正确率

**定义：**主要手术及操作选择正确的病案数占同期有手术及操作的出院病案总数的比例。

**计算公式：**

$$\text{主要手术及操作选择正确率} = \frac{\text{主要手术及操作选择正确的病案数}}{\text{检查有手术及操作的出院病案总数}} \times 100\%$$

**意义：**主要手术及操作信息是病种质量管理、临床路径管理的数据基础，也是对医院进行技术能力及绩效评价的重要依据。

### 四、其他诊断填写完整正确率

**定义：**其他诊断填写完整正确的病案数占同期出院病案总数的比例。

**计算公式：**

$$\text{其他诊断填写完整正确率} = \frac{\text{其他诊断填写完整正确的病案数}}{\text{检查出院病案总数}} \times 100\%$$

**意义：**其他诊断（包括并发症和合并症）体现患者疾病的危重及复杂程度，是保障诊断相关分组（DRGs）客观准确的重要数据。其他诊断填写完整正确率能够更客观地反映医疗机构及其医师的临床能力及诊治水平。

### 五、主要诊断编码正确率

**定义：**主要诊断编码正确的病案数占同期出院病案总数的比例。

**计算公式：**

$$\text{主要诊断编码正确率} = \frac{\text{主要诊断编码正确的病案数}}{\text{检查出院病案总数}} \times 100\%$$

**意义：**主要诊断编码正确率是反映医疗机构病案编码质量的重要指标，对正确统计医院及地区疾病谱、支撑 DRGs 分组和医疗机构绩效评估均具有重要意义。

## 六、其他诊断编码正确率

**定义：**其他诊断编码正确的病案数占同期出院病案总数的比例。

**计算公式：**

$$\text{其他诊断编码正确率} = \frac{\text{其他诊断编码正确的病案数}}{\text{检查出院病案总数}} \times 100\%$$

**意义：**其他诊断编码正确率是反映医疗机构病案编码质量的重要指标，对正确统计医院及地区疾病谱、支撑 DRGs 分组和医疗机构绩效评估均具有重要意义。

## 七、手术及操作编码正确率

**定义：**手术及操作编码正确的病案数占同期有手术及操作记录的出院病案总数的比例。

**计算公式：**

$$\text{手术及操作编码正确率} = \frac{\text{手术及操作编码正确的病案数}}{\text{检查有手术及操作记录的出院病案总数}} \times 100\%$$

**意义：**手术及操作编码正确率是反映医疗机构病案编码质量的重要指标，对重要病种质量评价、临床路径质量分析具有重要意义。编码员应当根据国际疾病分类规则对临床实施的手术操作准确编写 ICD-9-CM-3 手术操作代码。

## 八、病案首页数据质量优秀率

**定义：**病案首页数据质量优秀的病案数占同期出院病案总数的比例。

**计算公式：**

$$\text{病案首页数据质量优秀率} = \frac{\text{病案首页数据质量优秀的病案数}}{\text{检查出院病案总数}} \times 100\%$$

**意义：**病案首页数据质量优秀率是全面反映病案首页数据填报质量的主要指标。医疗机构应当对住院病案首页数据质量进行全面管理，使首页内容填报全面、准确。

## 九、医疗费用信息准确率

**定义：**医疗费用信息准确的病案数占同期出院病案总数的比例。

**计算公式：**

$$\text{医疗费用信息准确率} = \frac{\text{医疗费用信息准确的病案数}}{\text{检查出院病案总数}} \times 100\%$$

**意义：**医疗费用信息准确率是医疗费用分析的重要指标，用于评价医院是否启用标准收费字典库及按照收费分类要求进行信息系统改造，并对照接口标准准确上传住院医疗费用信息。

## 十、病案首页数据上传率

**定义：**上传首页数据的病案数占同期出院病案总数的比例。

**计算公式：**

$$\text{病案首页信息上传率} = \frac{\text{上传首页数据的病案数}}{\text{同期出院病案总数}} \times 100\%$$

**意义：**病案首页数据上传率是反映医疗机构首页数据导

出及信息上传的完整性，是利用首页数据客观评价医院服务能力和医疗质量的工作基础。

- 附件： 1. 住院病案首页必填项目列表  
2. 住院病案首页数据质量评分标准

## 附件 1

## 住院病案首页必填项目列表

序号	项目	信息分类	序号	项目	信息分类
1	医疗机构	住院信息	39	ABO 血型	诊疗信息
2	组织机构代码	诊疗信息	40	Rh 血型	诊疗信息
3	第 次住院	住院信息	41	(主要手术) 名称	诊疗信息
4	入院途径	住院信息	42	(主要手术) 级别	诊疗信息
5	入院时间	住院信息	43	(主要手术) 切口愈合等级	诊疗信息
6	入院科别	住院信息	44	(主要手术) 麻醉方式	诊疗信息
7	(入院) 病房	住院信息	45	(入院前) 颅脑损伤时间	诊疗信息
8	转科科别	住院信息	46	(入院后) 颅脑损伤时间	诊疗信息
9	出院时间	住院信息	47	(重症监护室) 名称	诊疗信息
10	出院科别	住院信息	48	(重症监护室) 进入时间	诊疗信息
11	(出院) 病房	住院信息	49	(重症监护室) 转出时间	诊疗信息
12	实际住院天数	住院信息	50	医疗付费方式	患者信息
13	科主任	住院信息	51	病案号	患者信息
14	主任(副主任) 医师	住院信息	52	姓名	患者信息
15	主治医师	住院信息	53	性别	患者信息
16	住院医师	住院信息	54	出生日期	患者信息
17	责任护士	住院信息	55	年龄	患者信息
18	编码员	住院信息	56	国籍	患者信息
19	(主要手术) 日期	住院信息	57	出生地(省、市、县)	患者信息
20	(主要手术) 术者	住院信息	58	籍贯	患者信息
21	(主要手术) I 助	住院信息	59	民族	患者信息
22	(主要手术) II 助	住院信息	60	身份证号	患者信息
23	(主要手术) 麻醉医师	住院信息	61	职业	患者信息
24	离院方式	住院信息	62	婚姻	患者信息

25	是否有 31 天内再次入院计划	住院信息	63	现住址（省、市、县、街道）	患者信息
26	日常生活能力评定量表得分 （入院）	住院信息	64	现住址电话	患者信息
27	日常生活能力评定量表得分 （出院）	住院信息	65	现住址邮编	患者信息
28	门急诊诊断	诊疗信息	66	户口地址（省、市、县、街道）	患者信息
29	门急诊诊断编码	诊疗信息	67	户口地址邮编	患者信息
30	（主要出院诊断）名称	诊疗信息	68	工作单位及地址	患者信息
31	（主要出院诊断）入院病情	诊疗信息	69	工作单位电话	患者信息
32	（主要出院诊断）疗效	诊疗信息	70	工作单位邮编	患者信息
33	（主要出院诊断）编码	诊疗信息	71	联系人姓名	患者信息
34	损伤中毒的外部原因	诊疗信息	72	联系人关系	患者信息
35	损伤中毒的外部原因编码	诊疗信息	73	联系人地址	患者信息
36	病理号（有一次住院多个标本 的可能）	诊疗信息	74	联系人电话	患者信息
37	病理诊断	诊疗信息	75	住院总费用	费用信息
38	有无药物过敏	诊疗信息	76	自付费用	费用信息

注：必填栏不能为空项，没有可填写内容时填写“-”

## 附件 2

## 住院病案首页数据质量评分标准

检查项目	项目类别	项目数	评分项	分值	减分
患者基本信息 (18分)	A类	2	新生儿入院体重	4	
			新生儿出生体重	4	
	B类	1	病案号	2	
	C类	4	性别	1	
			出生日期	1	
			年龄	1	
	D类	20	医疗付费方式	1	
D类	20	健康卡号、患者姓名、出生地、籍贯、民族、身份证号、职业、婚姻状况、现住址、电话号码、邮编、户口地址及邮编、工作单位及地址、单位电话及邮编、联系人姓名、关系、地址、电话号码。	0.5分/项，减至4分为止		
住院过程信息 (26分)	A类	1	离院方式	4	
	B类	5	入院时间	2	
			出院时间	2	
			实际住院天数	2	
			出院科别	2	
			是否有31天内再住院计划	2	
	C类	3	入院途径	1	
入院科别			1		
转科科别			1		
诊疗信息 (50分)	A类	6	出院主要诊断	4	
			主要诊断编码	4	
			其他诊断	1分/项，减至4分为止	
			其他诊断编码	1分/项，减至4分为止	
			主要手术或操作名称	4	
			主要手术或操作编码	4	
	B类	8	入院病情	2	
			病理诊断	2	
			病理诊断编码	2	
			切口愈合等级	2	
			颅脑损伤患者昏迷时间	2	



			其他手术或操作名称	0.5分/项, 减至2分为止	
			其他手术或操作编码	0.5分/项, 减至2分为止	
			手术及操作日期	2	
	C类	3	门(急)诊诊断	1	
			门(急)诊诊断疾病编码	1	
			麻醉方式	1	
	D类	12	损伤(中毒)外部原因及疾病编码、病理诊断及编码和病历号、药物过敏史、尸检记录、血型及Rh标识、手术级别、术者、第一助手。	0.5/项, 减至3分为止	
费用信息 (6分)	A类	1	总费用	4	
	D类	10	综合医疗服务类、诊断类、治疗类、康复类、中医类、西药类、中药类、血液和血制品类、耗材类、其他类。	每项0.5分, 减至2分为止	

总分 100分

减分

实际得分

检查人员:

检查时间