

国家卫生和计划生育委员会办公厅文件

国卫办医发〔2016〕24 号

国家卫生计生委办公厅关于印发 住院病案首页数据填写质量规范(暂行)和 住院病案首页数据质量管理与 控制指标(2016 版)的通知

各省、自治区、直辖市卫生计生委,新疆生产建设兵团卫生局:

为加强住院病案首页质量管理与控制,提高住院病案首页填写质量,我委在《卫生部关于修订住院病案首页的通知》(卫医政发〔2011〕84 号)中《住院病案首页部分项目填写说明》的基础上,组织制定了《住院病案首页数据填写质量规范(暂行)》和《住院病案首页数据质量管理与控制指标(2016 版)》(可从国家卫生计生委网站下载)。现印发给你们,请遵照执行。



(信息公开形式:主动公开)

住院病案首页数据填写质量规范（暂行）

第一章 基本要求

第一条 为提高住院病案首页数据质量，促进精细化、信息化管理，为医院、专科评价和付费方式改革提供客观、准确、高质量数据，提高医疗质量，保障医疗安全，依据《中华人民共和国统计法》、《病历书写基本规范》等相关法律法规，制定本规范。

第二条 住院病案首页是医务人员使用文字、符号、代码、数字等方式，将患者住院期间相关信息精炼汇总在特定的表格中，形成的病例数据摘要。

住院病案首页包括患者基本信息、住院过程信息、诊疗信息、费用信息。

第三条 住院病案首页填写应当客观、真实、及时、规范，项目填写完整，准确反映住院期间诊疗信息。

第四条 住院病案首页中常用的标量、称量应当使用国家计量标准和卫生行业通用标准。

第五条 住院病案首页应当使用规范的疾病诊断和手术操作名称。诊断依据应在病历中可追溯。

第六条 疾病诊断编码应当统一使用 ICD-10，手术和操作编码应当统一使用 ICD-9-CM-3。

使用疾病诊断相关分组（DRGs）开展医院绩效评价的地区，应当使用临床版 ICD-10 和临床版 ICD-9-CM-3。

第七条 医疗机构应当建立病案质量管理与控制工作制度，确保住院病案首页数据质量。

第二章 填写规范

第八条 入院时间是指患者实际入病房的接诊时间；出院时间是指患者治疗结束或终止治疗离开病房的时间，其中死亡患者是指其死亡时间；记录时间应当精确到分钟。

第九条 诊断名称一般由病因、部位、临床表现、病理诊断等要素构成。

出院诊断包括主要诊断和其他诊断（并发症和合并症）。

第十条 主要诊断一般是患者住院的理由，原则上应选择本次住院对患者健康危害最大、消耗医疗资源最多、住院时间最长的疾病诊断。

第十一条 主要诊断选择的一般原则

（一）病因诊断能包括疾病的临床表现，则选择病因诊断作为主要诊断。

（二）以手术治疗为住院目的的，则选择与手术治疗相一致的疾病作为主要诊断。

（三）以疑似诊断入院，出院时仍未确诊，则选择临床高度怀疑、倾向性最大的疾病诊断作为主要诊断。

（四）因某种症状、体征或检查结果异常入院，出院时诊断仍不明确，则以该症状、体征或异常的检查结果作为主要诊断。

（五）疾病在发生发展过程中出现不同危害程度的临床表现，

且本次住院以某种临床表现为诊治目的，则选择该临床表现作为主要诊断。

疾病的临终状态原则上不能作为主要诊断。

(六) 本次住院仅针对某种疾病的并发症进行治疗时，则该并发症作为主要诊断。

第十二条 住院过程中出现比入院诊断更为严重的并发症或疾病时，按以下原则选择主要诊断：

(一) 手术导致的并发症，选择原发病作为主要诊断。

(二) 非手术治疗或出现与手术无直接相关性的疾病，按第十条选择主要诊断。

第十三条 肿瘤类疾病按以下原则选择主要诊断：

(一) 本次住院针对肿瘤进行手术治疗或进行确诊的，选择肿瘤为主要诊断。

(二) 本次住院针对继发肿瘤进行手术治疗或进行确诊的，即使原发肿瘤依然存在，选择继发肿瘤为主要诊断。

(三) 本次住院仅对恶性肿瘤进行放疗或化疗时，选择恶性肿瘤放疗或化疗为主要诊断。

(四) 本次住院针对肿瘤并发症或肿瘤以外的疾病进行治疗的，选择并发症或该疾病为主要诊断。

第十四条 产科的主要诊断应当选择产科的主要并发症或合并症。没有并发症或合并症的，主要诊断应当由妊娠、分娩情况构成，包括宫内妊娠周数、胎数(G)、产次(P)、胎方位、胎儿和分娩情况等。

第十五条 多部位损伤，以对健康危害最大的损伤或主要治疗的损伤作为主要诊断。

第十六条 多部位灼伤，以灼伤程度最严重部位的诊断为主要诊断。在同等程度灼伤时，以面积最大部位的诊断为主要诊断。

第十七条 以治疗中毒为主要目的的，选择中毒为主要诊断，临床表现为其他诊断。

第十八条 其他诊断是指除主要诊断以外的疾病、症状、体征、病史及其他特殊情况，包括并发症和合并症。

并发症是指一种疾病在发展过程中引起的另一种疾病，后者即为前者的并发症。

合并症是指一种疾病在发展过程中出现的另外一种或几种疾病，后发生的疾病不是前一种疾病引起的。合并症可以是入院时已存在，也可以是入院后新发生或新发现的。

第十九条 填写其他诊断时，先填写主要疾病并发症，后填写合并症；先填写病情较重的疾病，后填写病情较轻的疾病；先填写已治疗的疾病，后填写未治疗的疾病。

第二十条 下列情况应当写入其他诊断：

入院前及住院期间与主要疾病相关的并发症；现病史中涉及的疾病和临床表现；住院期间新发生或新发现的疾病和异常所见；对本次住院诊治及预后影响的既往疾病。

第二十一条 由于各种原因导致原诊疗计划未执行、且无其他治疗出院的，原则上选择拟诊疗的疾病为主要诊断，并将影响原诊疗计划执行的原因（疾病或其他情况等）写入其他诊断。

第二十二条 手术及操作名称一般由部位、术式、入路、疾病性质等要素构成。

多个术式时，主要手术首先选择与主要诊断相对应的手术。一般是技术难度最大、过程最复杂、风险最高的手术，应当填写在首页手术操作名称栏中第一行。

既有手术又有操作时，按手术优先原则，依手术、操作时间顺序逐行填写。

仅有操作时，首先填写与主要诊断相对应的、主要的治疗性操作（特别是有创的治疗性操作），后依时间顺序逐行填写其他操作。

第三章 填报人员要求

第二十三条 临床医师、编码员及各类信息采集录入人员，在填写病案首页时应当按照规定的格式和内容及时、完整和准确填报。

第二十四条 临床医师应当按照本规范要求填写诊断及手术操作等诊疗信息，并对填写内容负责。

第二十五条 编码员应当按照本规范要求准确编写疾病分类与手术操作代码。临床医师已作出明确诊断，但书写格式不符合疾病分类规则的，编码员可按分类规则实施编码。

第二十六条 医疗机构应当做好住院病案首页费用归类，确保每笔费用类别清晰、准确。

第二十七条 信息管理人员应当按照数据传输接口标准及时上传数据，确保住院病案首页数据完整、准确。

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：

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

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

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

序号	项目	信息分类	序号	项目	信息分类
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

医院名称

患者姓名

病案号

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	
			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

抄送：国家中医药管理局，军委后勤保障部卫生局，武警总部后勤部卫生部，委相关直属单位，委管医院。

国家卫生计生委办公厅

2016年6月2日印发

校对：马旭东