



安徽省药事管理
质量控制中心

安徽省医疗机构及其工作人员 合理检查合理用药合理用药 专项行动方案（2023-2025年）

之合理用药行动方案解读

安徽省药事管理质量控制中心

2023年5月26日



2023: 《关于印发促进医疗机构及其工作人员合理检查合理用药合理治疗专项行动方案（2023-2025年）的通知》

(皖卫医秘[2023]38号)

安徽省卫生健康委员会

皖卫医秘〔2023〕38号

关于印发促进医疗机构及其工作人员合理检查合理用药合理治疗专项行动方案（2023-2025年）的通知

各市及省直管县卫生健康委，省属各医疗机构：

为推动学习贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想主题教育走深走实，持续改善医疗服务，规范诊疗行为，加强医德医风建设，经研究，决定在全省开展促进医疗机构及其工作人员合理检查、合理用药、合理治疗专项行动。现将《促进医疗机构及其工作人员合理检查合理用药合理治疗专项行动方案（2023-2025年）》印发给你们，请认真抓好贯彻落实。



(信息公开形式：依申请公开)

促进医疗机构及其工作人员合理检查合理用药合理治疗专项行动方案（2023-2025年）

为推动学习贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想主题教育走深走实，持续改善医疗服务，规范诊疗行为，加强医德医风建设，坚决纠治医疗服务过程中检查、用药、治疗等方面不合理、不规范问题，防止损害患者利益和腐败行为发生，推动我省卫生健康事业高质量发展，决定在全省开展促进医疗机构及其工作人员合理检查、合理用药、合理治疗（以下简称“三合理”）专项行动，特制定本方案。

一、行动目标

坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的二十大精神，深入学习贯彻习近平总书记关于卫生健康和行风建设的系列重要论述，坚持问题导向，切实强化医疗服务监管和行风建设，严格规范医疗机构和医务人员诊疗与收费行为。通过三年行动，合理检查、合理用药、合理治疗的规范和要求在医疗机构得到全面落实，影响患者就医感受的突出问题、行业乱象基本消除，监管制度进一步完善，行风建设不断深化，医疗质量持续改进，群众看病就医的满意度和获得感明显提升。

二、实施范围及时间

(一) 实施范围：全省二级及以上医疗机构（含社会办医

合理用药涉及内容——重点治理问题

医疗机构层面

1. 是否按照要求加强**处方审核和处方点评**管理体系建设，有效开展处方审核和处方点评工作。
2. 是否建立健全相关制度，按照相关规定加强**抗菌药物、抗肿瘤药物、重点监控目录内药品、静脉输液、中药注射液、辅助用药、麻醉药品和精神药品**等临床应用管理。
3. 是否按要求开展**临床安全用药监测管理**工作，及时报告药品不良反应/事件、用药错误和药品质量事件并采取有效处置措施。

工作人员层面

是否按要求及时报告**药品不良反应/事件、用药错误和药品质量事件**并采取有效处置措施。

合理用药涉及内容——重点监测指标

01

抗菌药物使用强度（DDDs）

02

抗肿瘤靶向药物使用前分子病理检测率

03

中药注射液收入占比

04

住院患者单瓶输注肠外营养使用率



目录

一

重点治理问题-医疗机构层面

二

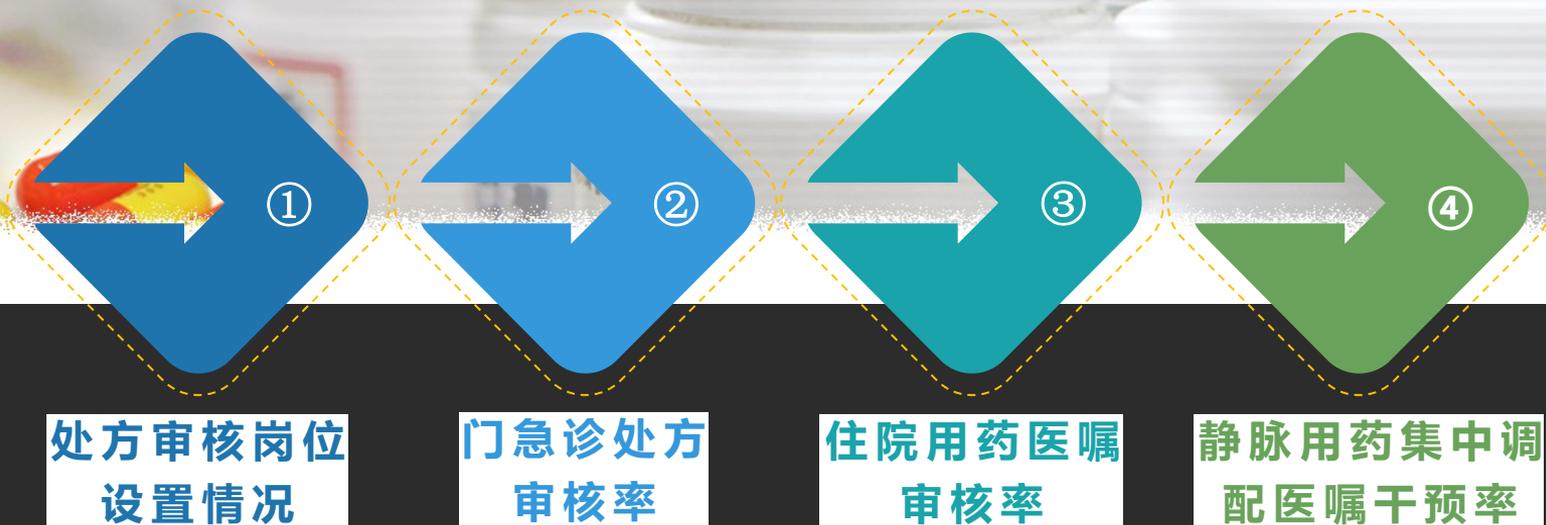
重点治理问题-工作人员层面

三

重点监测指标

重点治理问题——1.处方审核和处方点评管理体系建设

(1) 处方审核工作开展情况



(1) 处方审核工作开展情况

① 处方审核岗位设置情况

评估方法：查看医疗机构是否在**医疗流程中设置有药师进行处方审核环节**，并在计价收费或调配前药师完成处方审核，**留痕并有记录**；是否有**专人进行门、急诊处方审核**；是否有**专人进行住院用药医嘱审核**；核查处方审核的具体形式。

说明：**专人是指**取得**药师及以上药学专业技术职务任职资格**，具有**3年及以上门急诊或病区处方调剂工作经验**，**接受过处方审核相应岗位的专业知识培训并考核合格的**，从事处方审核工作的药师。

(1) 处方审核工作开展情况

② 门急诊处方审核率

I. 门诊处方审核率

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

评估方法： 统计指定时间段药品收费前药师审核门诊处方人次数与同期门诊处方总人次数，计算百分率；现场随机抽查相关门诊处方20张，查看是否有审核记录，若无记录，此项不得分。

II. 急诊处方审核率

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

评估方法： 统计指定时间段药品收费前药师审核急诊处方人次数与同期急诊处方总人次数，计算百分率；现场随机抽查相关急诊处方20张，查看是否有审核记录，若无记录，此项不得分。

注： 若医疗机构无法分别统计门诊和急诊处方审核率，则合并统计门急诊处方审核率。

(1) 处方审核工作开展情况

③ 住院用药医嘱审核率

计算公式：

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

评估方法：统计指定时间段药品调配前药师审核住院患者用药医嘱条目数与同期住院患者用药医嘱总条目数，计算百分率；现场随机抽查审核覆盖范围内的10位住院患者用药医嘱，查看是否有审核记录，有1例无记录，此项不得分。

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。

(1) 处方审核工作开展情况

④ 静脉用药集中调配医嘱干预率

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

评估方法：统计指定时间段医师同意修改的不适宜静脉用药集中调配医嘱总条目数，计算百分率；现场随机抽查静脉用药对不适宜静脉用药进行干预，是否有与处方医生沟通反馈，无记录，此

根据《静脉用药调配中心建设与管理指南（试行）》危害药品：是指能产生职业暴露危险或者危害的药品，即具有遗传毒性、致癌性、致畸性，或对生育有损害作用以及在低剂量下可产生严重的器官或其他方面毒性的药品。

注：①使用肠外营养液和危害药品未实行集中调配与供应的，此项不得分。**危害药物实行集中调配供应，肠外营养均通过使用工业化多腔袋调配与供应，肠外营养液视为集中调配。**

②无静脉用药调配中心的，考核其静脉用药医嘱干预率（静脉用药医嘱干预率=医师同意修改的不适宜静脉用药医嘱条目数/同期静脉用药医嘱总条目数×100%）

(2) 处方点评工作开展情况



(2) 处方点评工作开展情况

① 专项处方点评

评估方法：现场查看针对本机构临床用药存在的突出问题开展专项点评，如特定药品（抗菌药物、抗肿瘤药物、重点监控目录内药品、静脉输液、中药注射剂、辅助用药、麻精药品等）、特定疾病或特定专科/医师用药开展专项处方点评工作情况。

② 门诊处方点评率

计算公式：

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

评估方法：统计指定时间段点评的门诊处方人次数与同期门诊处方总人次数，计算百分率。

(2) 处方点评工作开展情况

③ 门诊处方合格率

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

评估方法：统计指定时间段合格的门诊处方人次数与同期点评门诊处方总人次数，计算百分率。

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。

④ 急诊处方点评率

计算公式：
$$\text{急诊处方点评率} = \frac{\text{点评的急诊处方人次数}}{\text{同期门急诊处方总人次数}} \times 100\%$$

评估方法：统计指定时间段点评的急诊处方人次数与同期急诊处方总人次数，计算百分率。

(2) 处方点评工作开展情况

⑤ 急诊处方合格率

计算公式：

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

评估方法：统计指定时间段合格的急诊处方人次数与同期点评急诊处方总人次数，计算百分率。

说明：

①若医疗机构无法分别统计门诊和急诊处方点评率与合格率，则合并统计门急诊处方点评率与合格率。

计算公式：门急诊处方点评率=点评的门急诊处方人次数/同期门急诊处方总人次数×100%。

门急诊处方合格率=合格的门急诊处方人次数/同期点评门急诊处方总人次数×100%。

②点评处方数包括考核年度内点评的门急诊处方数、住院患者未在医嘱中的处方数和出院带药处方数，不包括出院患者住院医嘱。处方点评包括整体和专项点评。

③处方总人次数按药房处方人次数统计，包括门急诊处方、住院患者未在医嘱中的处方和住院患者出院带药处方。

(2) 处方点评工作开展情况

⑥ 点评出院患者医嘱比例

计算公式：

$$\text{点评出院患者医嘱比例} = \frac{\text{出院患者住院医嘱点评数}}{\text{同期出院人数}} \times 100\%$$

评估方法：统计指定时间段点评的出院患者住院医嘱点评数与同期出院人数，计算百分率。

说明：①出院患者住院医嘱点评数按点评的人数（即病历份数）统计，同一患者在同一次住院期间多个医嘱的处方点评，按1人统计。处方点评包括整体和专项点评。

②同期出院人数，不包括出院患者在住院期间未使用药物者。

注：仅考核设有病房的医疗机构。

重点治理问题——2.相关药品临床应用管理

(1) 抗菌药物使用和管理



(1) 抗菌药物使用和管理

① 门诊抗菌药物使用率

计算公式：

$$\text{门诊抗菌药物使用率} = \frac{\text{门诊患者使用抗菌药物人次}}{\text{同期门诊总人次}} \times 100\%$$

评估方法：统计指定时间段所有门诊患者使用抗菌药物人次与同期门诊总人次，计算百分率。

评估要求：

- ①儿童、传染病医院：不高于25%。
- ②三级、二级、口腔、妇产医院：不高于20%。
- ③整形外科医院：不高于15%。
- ④肿瘤、美容医院：不高于10%。
- ⑤精神病、眼科医院：不高于5%。

(1) 抗菌药物使用和管理

② 急诊抗菌药物使用率

计算公式：

$$\text{急诊抗菌药物使用率} = \frac{\text{急诊患者使用抗菌药物人次}}{\text{同期急诊总人次}} \times 100\%$$

评估方法：统计指定时间段所有急诊患者使用抗菌药物人次与同期急诊总人次，计算百分率。

评估要求：

- ①儿童、口腔医院：不高于50%。
- ②三级、二级医院：不高于40%。
- ③传染病医院：不高于35%。
- ④妇产、整形外科医院：不高于20%。
- ⑤肿瘤、精神病、眼科、美容医院：不高于10%。

注：若门急诊未分开的医疗机构，此项指标按门诊计算。

(1) 抗菌药物使用和管理

③ 住院患者抗菌药物使用率

计算公式：

$$\text{住院患者抗菌药物使用率} = \frac{\text{住院患者使用抗菌药物总例数}}{\text{同期出院患者总例数}} \times 100\%$$

评估方法：统计指定时间段住院患者使用抗菌药物总例数与同期出院患者总例数，计算百分率。

评估要求：

- ①口腔医院：不高于70%。
- ②三级、二级、儿童、妇产医院：不高于60%。
- ③肿瘤、传染病、整形外科医院：不高于40%。
- ④美容医院：不高于30%。
- ⑤眼科医院：不高于20%。
- ⑥精神病医院：不高于5%。

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。

注：此项指标仅考核设有病房的医疗机构。

(1) 抗菌药物使用和管理

④ 住院患者抗菌药物使用强度

计算公式：

$$\text{住院患者抗菌药物使用强度} = \frac{\text{住院患者抗菌药物消耗量（累计DDD数）}}{\text{同期收治患者人天数}} \times 100\%$$

评估方法：统计指定时间段所有住院患者抗菌药物使用量（累计DDD数）与同期住院患者床日数，计算使用强度。

评估标准：

- ①三级、二级、口腔、妇产、传染病医院：不高于40。
- ②肿瘤、整形外科医院：不高于30。
- ③儿童、美容医院：不高于20。
- ④精神病、眼科医院：不高于5。

(1) 抗菌药物使用和管理

⑤ 住院患者特殊使用级抗菌药物使用量占比

计算公式：

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

评估方法：统计指定时间段住院患者特殊使用级抗菌药物使用量（累计DDD数）与同期住院患者抗菌药物使用量（累计DDD数），计算比例。

说明：特殊使用级抗菌药物是指医院纳入特殊使用级管理目录的抗菌药物。

注：此项指标仅考核设有病房且有特殊使用级抗菌药物的医疗机构。

(1) 抗菌药物使用和管理

⑥ 住院患者专档管理抗菌药物使用量占比计算公式：

$$\text{住院患者专档管理抗菌药物使用量占比} = \frac{\text{住院患者专档管理抗菌药物使用量（累计DDD数）}}{\text{同期住院患者抗菌药物使用量（累计DDD数）}} \times 100\%$$

评估方法：统计指定时间段住院患者专档管理抗菌药物使用量（累计DDD数）与同期住院患者抗菌药物使用量（累计DDD数），计算百分率。

说明：专档管理抗菌药物是指安徽省卫健委《关于加强碳青霉烯类等抗菌药物专档管理工作的通知》中要求实行专档管理的抗菌药物，包括碳青霉烯类、替加环素、糖肽类、**注射用**含酶抑制剂复合制剂。

注：此项指标仅考核设有病房且有专档管理抗菌药物的医疗机构。

(1) 抗菌药物使用和管理

⑦ I类切口手术抗菌药物预防使用率

计算公式:

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

评估方法: 统计指定时间段所有出院的I类切口手术预防使用抗菌药物的患者数与同期I类切口手术患者总数, 计算百分率。

评估要求: I类切口手术患者预防使用抗菌药物比例 $\leq 30\%$ 。

注: 此项指标仅考核开展I类切口手术的医疗机构。

(1) 抗菌药物使用和管理

⑧ β 内酰胺类抗菌药物皮肤试验管理

评估标准：①医疗机构参照《国家卫生健康委办公厅关于印发β内酰胺类抗菌药物皮肤试验指导原则（2021年版）的通知》（国卫办医函[2021]188号）要求，**建立相关管理制度**，规范本机构β内酰胺类抗菌药物皮肤试验的使用和判读，促进抗菌药物合理应用；

②**现场随机抽查5份使用头孢菌素类抗菌药物病历**（既往有明确的青霉素或头孢菌素I型过敏史患者，或药品说明书中规定需进行皮试的除外），**未参照指导原则执行的**，1例扣0.25分，扣完为止。

注：医疗机构规定使用头孢菌素前**必须进行**头孢菌素皮肤试验筛查的，此项**不得分**。

(1) 抗菌药物使用和管理

⑨ 门诊抗菌药物处方适宜率

计算公式：

$$\text{门诊抗菌药物处方适宜率} = \frac{\text{门诊抗菌药物处方中适宜处方数}}{\text{门诊抗菌药物处方总数}} \times 100\%$$

评估方法：现场抽查使用抗菌药物的门诊处方20张进行专项点评，统计适宜率。

评估要求：适宜率 \geq 75%。

说明：

按照处方点评有关要求，定期对门诊使用抗菌药物处方进行专项点评，通过点评对用药的适宜性进行评价，具体包括：适应证不适宜的，遴选的药品不适宜的，药品剂型或给药途径不适宜的，无正当理由不首选国家基本药物的，用法、用量不适宜的，联合用药不适宜的，重复给药的，有配伍禁忌或者不良相互作用的，其它用药不适宜情况的。

(1) 抗菌药物使用和管理

⑩ 住院抗菌药物医嘱适宜率

计算公式：

$$\text{住院抗菌药物医嘱适宜率} = \frac{\text{住院抗菌药物医嘱中适宜医嘱数}}{\text{住院抗菌药物医嘱总数}} \times 100\%$$

评估标准：现场抽查使用抗菌药物的住院病历20份进行专项点评，统计适宜率。

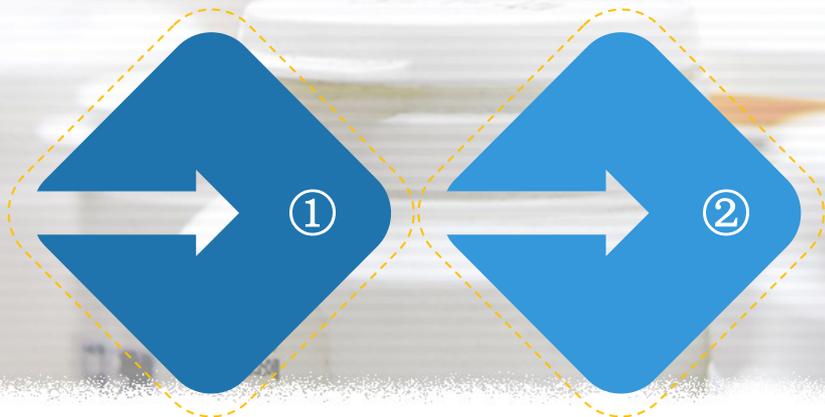
评估要求：适宜率 $\geq 75\%$ 。

说明：

按照处方点评有关要求，定期对住院使用抗菌药物医嘱进行专项点评，通过点评对用药的适宜性进行评价，具体包括：适应证不适宜的，遴选的药品不适宜的，药品剂型或给药途径不适宜的，无正当理由不首选国家基本药物的，用法、用量不适宜的，联合用药不适宜的，重复给药的，有配伍禁忌或者不良相互作用的，其它用药不适宜情况的。

注：此项指标仅考核设有病房且有抗菌药物的医疗机构。

(2) 抗肿瘤药物使用和管理



抗肿瘤药物管理
体系建设

抗肿瘤药物
临床应用管理

注：此项仅考核开展肿瘤诊疗、应用
抗肿瘤药物的各级各类的医疗机构。

(2) 抗肿瘤药物使用和管理

① 抗肿瘤药物管理体系建设

I. 抗肿瘤药物管理组织机构建设

评估标准：①开展肿瘤诊疗服务的二级以上医疗机构，应当在药事管理与药物治疗学委员会下设立抗肿瘤药物管理工作组，其他医疗机构如不具备设立抗肿瘤药物管理工作组条件，可由专（兼）职人员负责具体管理工作，有本机构文件；

②人员组成符合《抗肿瘤药物临床应用管理办法（试行）》要求。

II. 抗肿瘤药物临床应用知识培训

评估标准：①定期开展抗肿瘤药物规范化管理及合理应用知识培训、考核≥1次/年，有培训课件、培训考核记录；

②现场随机抽查临床医生、药师各2名，询问培训情况，知晓率100%。

(2) 抗肿瘤药物使用和管理

III. 抗肿瘤药物分级管理

评估标准：①有抗肿瘤药物分级管理制度；

②按照《关于安徽省医疗机构抗肿瘤药物分级管理目录制定的指导意见》，制定本医疗机构抗肿瘤药物分级管理目录。

IV. 抗肿瘤药物处方权限分级管理

评估标准：①医疗机构应根据医师的专业、职称、培训及考核情况、技术水平和医疗质量等，对医师开具限制使用级和普通使用级抗肿瘤药物处方的权限进行分级管理。

②临床医生经抗肿瘤药物规范化管理及应用培训，考核合格后授予相应级别处方权，并有授权文件。

(2) 抗肿瘤药物使用和管理

② 抗肿瘤药物临床应用管理

I. 抗肿瘤药物临床应用监测

评估标准：加入国家抗肿瘤药物临床应用监测网，并及时按要求上报数据，根据数据综合质量评级打分。

说明：此项仅考核登记肿瘤科的三级综合医院或肿瘤专科医院。

II. 限制使用级抗肿瘤药物使用率

计算公式：

$$(1) \text{ 门诊患者限制使用级抗肿瘤药物使用率} = \frac{\text{门诊患者限制使用级抗肿瘤药物处方数}}{\text{同期门诊患者抗肿瘤药物处方总数}} \times 100\%$$

$$(2) \text{ 住院患者限制使用级抗肿瘤药物使用率} = \frac{\text{住院患者限制使用级抗肿瘤药物医嘱条目数}}{\text{同期住院患者抗肿瘤药物医嘱条目总数}} \times 100\%$$

评估标准：统计指定时间段门诊患者限制使用级抗肿瘤药物处方数与同期门诊患者抗肿瘤药物处方总数，住院患者限制使用级抗肿瘤药物医嘱条目数与同期住院患者抗肿瘤药物医嘱条目总数，计算百分率。

(2) 抗肿瘤药物使用和管理

III. 抗肿瘤药物使用金额占比

计算公式:

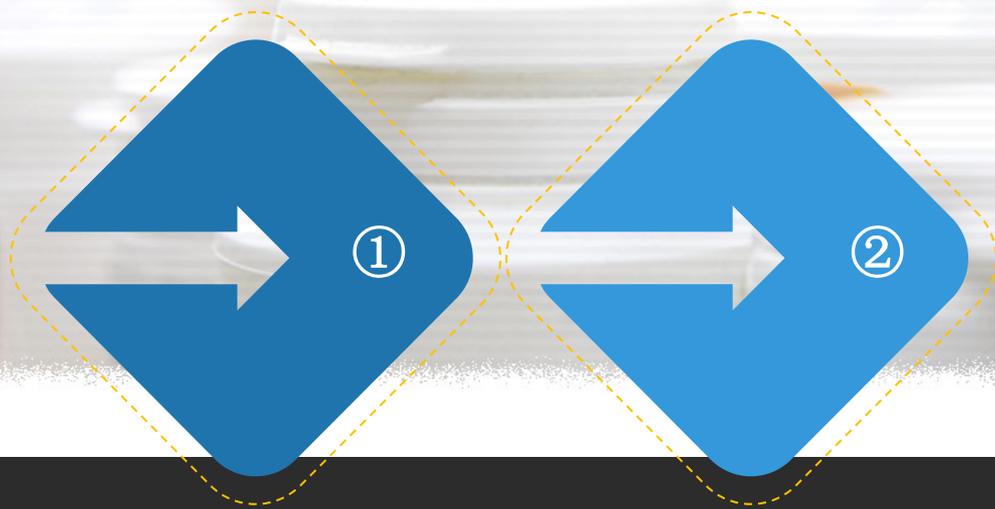
$$(1) \quad \text{抗肿瘤药物使用金额占比} = \frac{\text{抗肿瘤药物使用总金额}}{\text{同期药物使用总金额}} \times 100\%$$

$$(2) \quad \text{普通使用级抗肿瘤药物使用金额占比} = \frac{\text{普通使用级抗肿瘤药物使用金额}}{\text{同期抗肿瘤药物使用总金额}} \times 100\%$$

$$(3) \quad \text{限制使用级抗肿瘤药物使用金额占比} = \frac{\text{限制使用级抗肿瘤药物使用金额}}{\text{同期抗肿瘤药物使用总金额}} \times 100\%$$

评估标准: 统计指定时间段抗肿瘤药物使用总金额与同期药物使用总金额, 普通使用级抗肿瘤药物使用金额与同期抗肿瘤药物使用总金额, 限制使用级抗肿瘤药物使用金额与同期抗肿瘤药物使用总金额, 计算百分率。

(3) 重点监控目录内药品使用和管理



重点监控药品管理
制度与目录

国家重点监控药品
收入占比

(3) 重点监控目录内药品使用和管理

① 重点监控药品管理制度与目录

评估标准：按照《关于印发安徽省第一批重点监控合理用药药品目录（化药及生物制品）的通知》（皖卫医秘[2019]245号）要求，建立**本机构重点监控药品全程管理制度；制订本机构重点监控药品目录**，并按《国家卫生健康委办公厅关于印发国家重点监控合理用药药品目录调整工作规程的通知》（国卫办医函〔2021〕474号）要求，根据省目录的变化进行**动态调整**，记录完整

② 国家重点监控药品收入占比

计算公式：

$$\text{国家重点监控药品收入占比} = \frac{\text{重点监控药品收入}}{\text{同期药品总收入}} \times 100\%$$

评估方法：统计指定时间段重点监控药品收入与同期药品总收入，计算百分率。

(4) 静脉输液使用和管理



（4）静脉输液使用和管理

① 住院患者静脉输液使用率

计算公式：

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

评估方法：统计指定时间段使用静脉输液的住院患者数与同期住院患者总数，计算百分率。

说明：①静脉输液一般指供静脉滴注用的大容量（≥50mL）注射液，包括静脉滴注和泵入。疫苗、局麻、封闭、结膜下、肌肉、皮下、球后注射药等不列入静脉输液的统计范围。

②对于某些特殊患者（如儿童、新生儿、肾病患者等）静脉输液的使用量低于50mL时，仍属于静脉输液，纳入统计范围。

③同一患者使用多种静脉输注药物，记为1例。

④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考核时间范围内出院患者的人数计算。

注：此项指标仅考核设有病房的医疗机构。

（4）静脉输液使用和管理

② 住院患者静脉输液平均每床日使用袋（瓶）数

计算公式：

$$\text{住院患者静脉输液平均每床日使用袋（瓶）} = \frac{\text{住院患者使用静脉输液的数量（袋/瓶）}}{\text{同期住院患者实际占用总床日数}} \times 100\%$$

评估方法：统计指定时间段住院患者使用静脉输液的数量（袋/瓶）与同期住院患者实际占用总床日数，计算百分率。

说明：使用静脉输液的数量和住院患者总数均以考核时间范围内“出院患者”的数据计算。

注：此项指标仅考核设有病房的医疗机构。

(4) 静脉输液使用和管理

③ 急诊患者糖皮质激素静脉输液使用率

计算公式：

$$\text{急诊患者糖皮质激素静脉输液使用率} = \frac{\text{使用糖皮质激素注射剂静脉输液的急诊患者人次}}{\text{同期急诊患者总人次}} \times 100\%$$

评估方法：统计指定时间段急诊患者糖皮质激素静脉输液的人次数与同期急诊患者总数，计算百分率。

说明：①使用糖皮质激素注射剂静脉输液的急诊患者人次、同期急诊患者总人次均以考核时间范围内的数据计算。②对不能区分门急诊的医疗机构按门诊患者计算。

注：此项指标仅考核设有急诊的医疗机构。

(4) 静脉输液使用和管理

④ 住院患者质子泵抑制药注射剂静脉使用率

计算公式：

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

评估方法：统计指定时间段静脉使用质子泵抑制药注射剂的住院患者数与同期住院患者总数，计算百分率。

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、艾普拉唑等。

②为便于统计，使用质子泵抑制药注射剂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。

注：此项指标仅考核设有病房的医疗机构。

(4) 静脉输液使用和管理

⑤ 住院患者抗菌药物注射剂静脉输液使用率

计算公式：

$$\text{住院患者抗菌药物注射剂静脉输液使用率} = \frac{\text{使用抗菌药物注射剂静脉输液的住院患者数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$$

评估方法：统计指定时间段住院患者抗菌药物注射剂静脉输液的人次数与同期使用静脉输液的住院患者数，计算百分率。

说明：使用抗菌药物注射剂静脉输液的住院患者数和住院患者总数均以考核时间范围内“出院患者”的数据计算。

注：此项指标仅考核设有病房的医疗机构。

(4) 静脉输液使用和管理

⑥ 住院患者5-HT₃受体拮抗剂注射剂静脉输液使用率

计算公式：

$$\text{住院患者5-HT}_3\text{受体拮抗剂注射剂静脉使用率} = \frac{\text{使用5-HT}_3\text{受体拮抗剂注射剂静脉输液的住院患者数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$$

评估方法：统计指定时间段静脉使用止吐药注射剂的住院患者数与同期住院患者总数，计算百分率。

说明：①5-HT₃受体拮抗剂主要包括昂丹司琼、格拉司琼、托烷司琼、帕洛诺司琼、阿扎司琼等。

②使用5-HT₃受体拮抗剂注射剂静脉输液的住院患者数和同期住院患者总数均以考核时间范围内“出院患者”数据计算。

注：此项指标仅考核设有病房的医疗机构。

(4) 静脉输液使用和管理

⑦ 住院患者中药注射剂静脉输液使用率

计算公式：

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

评估方法：统计指定时间段使用中药注射剂静脉输液住院患者数与同期住院患者总数，计算百分率。

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。

注：此项指标设有病房且有中药注射剂的医疗机构。

(4) 静脉输液使用和管理

⑧ 门诊患者中药注射剂静脉输液使用率

计算公式:

$$\text{门诊患者中药注射剂静脉输液使用率} = \frac{\text{使用中药注射剂静脉输液门诊患者人次}}{\text{同期门诊患者总人次}} \times 100\%$$

评估方法: 统计指定时间段使用中药注射剂静脉输液门诊患者数与同期门诊患者总数, 计算百分率。

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使用中药注射剂静脉输液的门诊患者人次、同期门诊患者总人次均以考核时间范围内的数据计算。

(4) 静脉输液使用和管理

⑨ 住院患者肠外营养使用情况

注：此项指标仅考核设有病房且有肠外营养的医疗机构。

I. 住院患者肠外营养使用率

计算公式：

$$\text{住院患者肠外营养使用率} = \frac{\text{使用肠外营养的住院患者数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$$

说明：①使用肠外营养的住院患者数：通过单瓶输注（即任一脂肪乳或氨基酸以单瓶或串输形式）、工业化多腔袋、配置的全合一营养液三者之一方式给予肠外营养的患者人次。

②配制的全合一营养液是指将处方中的碳水化合物、氨基酸、脂肪乳、电解质、微量元素、维生素等成分，按规定的操作规程混合于一个输液袋中。

③统计工业化多腔袋使用情况时，单独使用工业化多腔袋或在工业化多腔袋中添加其他药物，均视为使用工业化多腔袋。

(4) 静脉输液使用和管理

II. 住院患者单瓶输注肠外营养使用率

计算公式：

$$\text{住院患者单瓶输注肠外营养使用率} = \frac{\text{单瓶输注肠外营养的住院患者数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$$

说明：单瓶输注肠外营养患者数：任一脂肪乳或氨基酸以单瓶或序贯或串输形式进行静脉输注的患者人次。

III. 住院患者肠外营养使用合理性

评估方法：现场随机抽取10份使用肠外营养的病例进行用药医嘱点评。查看是否进行营养风险筛查，适应证是否符合NRS2002 \geq 3分，肠内营养禁忌症或肠内营养不能满足患者60%的能量和蛋白需求，及配伍和相关营养参数的合理性。1份不合理扣0.5分，扣完为止。

说明：①配伍适宜性：参考中华医学会肠外肠内营养学会发布的《规范肠外营养液配制》，评价处方是否有配伍禁忌、一价和二价阳离子浓度等。

②相关营养参数的合理性包含合适的液体量、能量、蛋白质（氨基酸）量、糖脂比、热氮比、渗透压

(5) 麻醉和精神药品

① 特殊管理药品管理体系建设

评估标准： I. 二级以上医疗机构药事管理与药物治疗学委员会下设特殊管理药品管理工作组，其他医疗机构药事管理与药物治疗学组应指定专（兼）职人员负责本机构特殊管理药品的日常工作，**麻醉科、手术室、肿瘤科等使用量大的临床科室要建立麻精药品管理组织，有文件；**根据《安徽省医疗机构麻醉药品和精神药品管理规定（2021年版）》建立相关管理制度；
II. 特殊管理药品管理工作组或专（兼）职人员负责定期对特殊管理药品的管理情况进行**督查，有反馈及整改。**

a. 每季度应督查1次。

b. 督查应覆盖特殊管理药品采购、验收、储存、保管、发放、调剂、使用与安全管理等环节管理。

c. 督查有总结、反馈、改进措施、跟踪管理等记录。

(5) 麻醉和精神药品

② 麻醉药品、第一类精神的使用和管理

注：

①此项指标仅考核使用麻醉药品和第一类精神药品的医疗机构。

②对麻醉药品、精神药品管理的评估，按照《安徽省医疗机构麻醉药品和精神药品管理规定（2021年版）》（皖卫医发[2021]7号）相关要求进行评估。

I. 基数管理

评估标准：①抽查药房和临床科室（重点抽查麻醉科、手术室、肿瘤科等使用量大的临床科室）的基数表，三级基数管理是否按要求进行申报、审批，基数表一式三份，保持一致。

②抽查任一药房和临床科室（重点抽查麻醉科、手术室、肿瘤科等使用量大的临床科室）2个品规的备用基数，是否账物相符。

(5) 麻醉和精神药品

II. 电子印鉴卡的使用和管理

评估标准：查看是否按电子印鉴卡使用流程进行麻醉药品和第一类精神药品的**采购申请、计划确认、进销存上报、医师信息备案、印鉴卡相关信息变更申请、报损申请、注销**等操作。

注：符合条件（有电脑和网络）的医疗机构未实施电子印鉴卡，此项不得分。

III. 五专管理

评估标准：①抽查**20张**麻醉药品和第一类精神药品处方进行点评，1张不合格扣0.5分，扣完为止；

②抽查药房（临床科室）**1张**麻醉药品和第一类精神药品处方，**追踪五专管理与批号管理的相关情况与记录**（包括入库验收登记本、进出库专用账册、交接班记录本、药品消耗及回收登记本、不合格药品记录、专用处方等）是否符合要求。

(5) 麻醉和精神药品

IV. 多余药品管理

评估标准:

- ①查看药房处理回收临床科室的合格多余药品流程及记录（包括回收登记本和退库申请表）。
- ②查看药库入库验收登记本和进出库专用账册，是否与药房退库的实际信息相符。

V. 安全管理

评估标准:

- ①查看药库、药房、临床科室（麻醉科、手术室、肿瘤科等），储存麻醉药品和第一类精神药品区域是否有**防盗设施和安全监控系统**；
- ②查看麻醉科、手术室等**使用量大的临床科室是否有视频监控装置，对残余液的处理进行全过程的监控，监控视频保存 ≥ 180 天**；抽查残余液处理记录，是否完整。

(5) 麻醉和精神药品

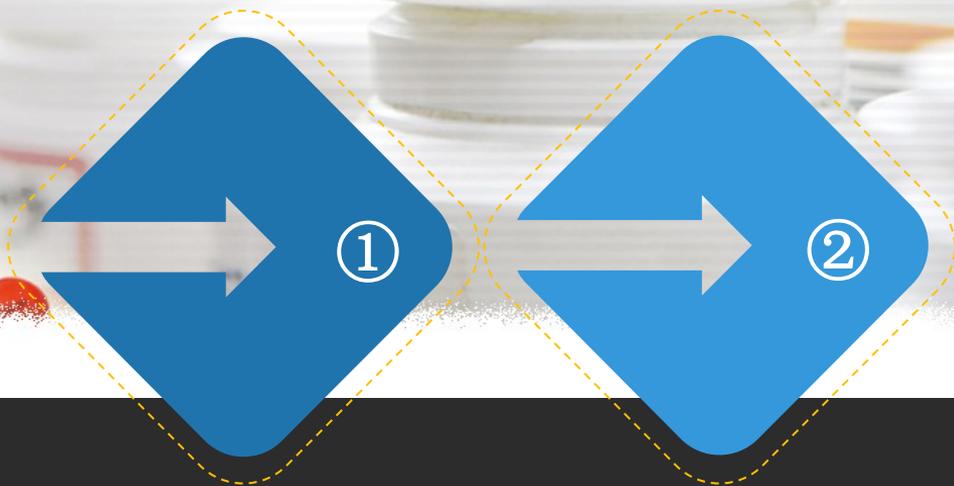
VI. 培训考核

评估标准：二级以上医疗机构应定期对本机构执业医师、药师与相关管理人员进行麻精药品管理与合理应用相关知识培训和考核；县级卫生健康行政部门负责组织或委托县级药事管理质量控制中心对基层医疗卫生机构相关医务与管理人员进行培训和考核，培训考核可采用多种方式进行，**每年不少于6学时。**

③第二类精神药品的使用和管理

评估标准：药库、药房第二类精神药品应专库（柜）存放，并设有防盗设施和安全监控系统；抽查20张第二类精神药品处方进行点评，1张不合格扣0.5分，扣完为止。

重点治理问题——3.临床安全用药监测管理



用药错误报告率

严重或新的药品
不良反应上报率

重点治理问题——3.临床安全用药监测管理

(1) 用药错误报告率

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

评估方法： 统计指定时间段报告给医疗机构管理部门的用药错误人次与同期用药患者总数，计算百分率。

评估标准： ①按照《安徽省临床安全用药监测管理实施细则（2017版）》，健全并落实用药安全相关制度，提高医药护技等人员防范用药错误的意识和能力，实施处方开具、调配、给药、用药的全流程管理；

②建立高警示药品、易混淆药品管理制度，对本机构内高警示药品及多个规格、看似、听似的易混淆药品，分别存放并设置警示标识；

③建立老年患者用药管理制度，针对不同风险水平的老年患者采取分级管理措施，加强用药交代和提醒，避免用错药；

④查看开展用药错误监测与报告相关资料，每月均有记录，能对用药错误不良事件及时分析评价，采取有效的防范措施，体现持续改进，降低用药风险，有记录；

⑤二级以上医疗机构应加入INRUD临床安全用药监测网，未入网或入网零报告的，此项不得分。



重点治理问题——3.临床安全用药监测管理

(2) 严重或新的药品不良反应上报率

① 严重或新的药品不良反应上报率

计算公式：

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

② 抗肿瘤药物严重或新的不良反应报告数量

计算公式：

$$\text{抗肿瘤药物严重或新的不良反应报告数量} = \text{门诊患者抗肿瘤药物严重或新的不良反应报告份数} + \text{住院患者抗肿瘤药物严重或新的不良反应报告份数}$$

③ 住院患者抗肿瘤药物严重或新的不良反应报告率

计算公式：

$$\text{住院患者抗肿瘤药物严重或新的不良反应报告率} = \frac{\text{住院患者抗肿瘤药物严重或新的不良反应报告份数}}{\text{同期住院使用抗肿瘤药物患者人次}} \times 100\%$$

重点治理问题——3.临床安全用药监测管理

评估标准：

- ①根据《药品管理法》《安徽省临床安全用药监测管理实施细则（2017版）》等有关要求，建立健全药品不良反应报告与监测制度。按规定做好药品不良反应的监测与报告，建立并保存药品不良反应报告及监测档案，对不良反应多、安全隐患突出的药品要及时依法依规清退出本机构用药供应目录，得0.5分；
- ②定期统计分析药品不良反应报告和监测资料，提出针对性改进目标，采取有效措施减少和防止药品不良反应的重复发生，得0.5分；
- ③密切关注国家有关部门、行业学协会、权威学术期刊等发布的药品不良反应监测信息，通过收集分析本机构之外更大范围的监测数据，尤其是新的、严重的药品不良反应，以评估药品安全性。将分析评估情况及时反馈至临床，充分发挥警示提醒作用，形成不良反应报告源于临床、服务于临床的良性循环，得0.5分；
- ④抽查考核周期内5例严重或新的药品不良反应报告，查看病历是否不良反应的发生、处理或救治工作的医疗记录，有记录得0.25分；
- ⑤查看上述5例严重或新的药品不良反应报告的监测与管理相关资料，能够及时分析评价，采取有效的防范措施，避免或减少药品不良反应的发生，降低用药风险，得0.25分。
- ⑥考核周期内严重或新的药品不良反应零报告不得分。



目录

一

重点治理问题-医疗机构层面

二

重点治理问题-工作人员层面

三

重点监测指标



➤ 通知要求:是否按要求及时报告**药品不良反应/事件、用药错误和药品质量事件**并采取有效处处置措施。

➤ 评估标准: 参照**重点治理问题—医疗机构层面—3.临床安全用药监测管理**



目录

一

重点治理问题-医疗机构层面

二

重点治理问题-工作人员层面

三

重点监测指标

1.抗菌药物使用强度（DDDs）

【指标定义】考核指定时间段通过成人抗菌药物的平均日剂量（Defined Daily Doses, DDDs）分析评价抗菌药物使用强度。DDD作为用药频度分析单位，不受治疗分类、剂型和不同人群的限制。

【计算方法】抗菌药物使用强度（DDDs）=住院患者抗菌药物消耗量（累计DDD数）/同期收治患者人天数×100。

【指标说明】

- （1）分子：仅考核住院患者在院期间抗菌药物应用情况，不包括住院患者出院带药。
- （2）分母：同期收治患者人天数即出院者占用总床日数，指所有出院人数的住院床日之和。包括正常分娩、未产出院、住院经检查无病出院、未治出院及健康人进行人工流产或绝育手术后正常出院者的住院床日数。
- （3）由于抗菌药物使用强度（DDDs）受多种因素影响，为使数据尽量可比，通过反映疾病复杂程度的病例组合指数（CMI）校正。

1.抗菌药物使用强度（DDDs）

【评估方式】 统计考核指定时间段住院患者抗菌药物消耗量（累计DDD数）与同期收治患者人天数，计算强度。

具体要求如下：

（1）三级、二级、口腔、妇产、传染病医院：不高于40；

（2）肿瘤、整形外科医院：不高于30；

（3）儿童、美容医院：不高于20；

（4）精神病、眼科医院：不高于5。

注：（1）此项指标仅考核设有病房的医疗机构。

（2）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.抗肿瘤靶向药物使用前分子病理检测率

【指标定义】考核指定时间段医疗机构抗肿瘤靶向药物使用前分子病理检测患者人次占同期初次使用抗肿瘤靶向药物患者人数的比例。

【计算方法】抗肿瘤靶向药物使用前分子病理检测率=抗肿瘤靶向药物使用前分子病理检测患者人次/同期初次使用抗肿瘤靶向药物患者人数×100%

【指标说明】

(1) 原则上，经组织或细胞学病理诊断确诊或特殊分子等病理检测成立的恶性肿瘤，才有指征使用抗肿瘤药物和抗肿瘤靶向药物。单纯依据患者的临床症状、体征和影像学结果得出临床诊断的肿瘤患者，没有抗肿瘤药物和抗肿瘤靶向药物的使用指征。(2) 对于某些难以获取病理诊断的肿瘤，如胰腺癌，其确诊可参照国家相关指南或规范执行。(3) 对于有明确靶点的抗肿瘤靶向药物，须进行相应靶点检测后方可使用。(4) 病理报告应具有可信性，需由具有相应资质的医疗机构出具病理诊断和检测报告，或病理会诊报告。(5) 其分母为初次使用抗肿瘤药物和抗肿瘤靶向药物治疗的患者人数。

2.抗肿瘤靶向药物使用前分子病理检测率

【评估方式】统计指定时间段抗肿瘤靶向药物使用前分子病理检测患者人次与同期初次使用抗肿瘤靶向药物患者人数，计算百分率。

若该机构 HIS无法统计，需写明理由，并导出指定时间段所有使用抗肿瘤靶向药物的病历号，随机等间距抽取10份病历，现场点评统计初次使用抗肿瘤靶向药物的病历数和抗肿瘤靶向药物使用前分子病理检测病历数。

3.中成药注射液收入占比

【指标定义】考核指定时间段医疗机构中成药注射液收入占同期药品总收入的比例。

【计算方法】 $\text{中成药注射液收入占比} = \text{中成药注射液收入} / \text{同期药品总收入} \times 100\%$

【指标说明】

(1) 分子：中成药注射液收入指医疗机构所有注射剂型的中成药统计的收入之和。

(2) 分母：同期药品总收入包括门急诊、住院药品收入。

【评估方式】统计指定时间段中成药注射液收入与同期药品总收入，计算比例。

注：中药注射剂指批准文号为**国药准字“Z”**开头的注射剂。

4.住院患者单瓶输注肠外营养使用率

【指标定义】考核指定时间段医疗机构单瓶输注肠外营养的住院患者数占同期住院患者总数的比例。

【计算方法】住院患者单瓶输注肠外营养使用率=单瓶输注肠外营养的住院患者数/同期住院患者总数×100%。

【指标说明】

(1) 单瓶输注肠外营养患者数是指通过单瓶输注方式（任一脂肪乳或氨基酸以单瓶或序贯或串输形式）给予肠外营养治疗的患者人次。(2) 单瓶输注复方氨基酸3AA、复方氨基酸6AA用于肝病、肝性脑病等专病治疗的不纳入单瓶输注肠外营养的住院患者数；若复方氨基酸3AA、复方氨基酸6AA作为肠外营养治疗使用，则应纳入单瓶输注肠外营养的住院患者数。

【评估方式】统计指定时间段单瓶输注肠外营养的住院患者数与同期住院患者总数，计算百分率。



安徽省药事管理
质量控制中心

谢谢关注

