公立中医医院高质量发展评价指标（试行）

操作手册（2023版）

国家中医药管理局医政司

国家中医药管理局中西医结合与少数民族医药司

2023年11月

前 言

按照《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》要求，国家卫生健康委联合国家中医药局印发了《公立中医医院高质量发展评价指标（试行）》（以下简称《评价指标》）。为保证高质量发展评价工作规范化、标准化、同质化，国家中医药管理局组织编写了《公立中医医院高质量发展评价指标（试行）操作手册（2023版）》，供各地评价时使用。

一、编写思路

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，深入贯彻落实新发展理念，坚持以人民健康为中心，全面梳理有关政策要求，结合相关行政管理部门、研究机构、公立中医医院的意见建议，充分运用全国二级和三级公立中医医院绩效考核已有工作基础和研究成果，组织编写该手册。

二、主要内容

为了更好地明确公立中医医院高质量发展评价指标的数据统计口径，我们在操作手册中为每个指标赋予了释义，主要包括指标属性、计量单位、指标定义、计算方法（或评价方法）、指标说明、指标意义、指标导向、数据来源等内容，所有序号与《评价指标》中的序号保持一致。

相关资料和数据优先使用国家卫生健康委、国家中医药管理局相关系统及公立医院绩效考核管理平台已有数据。不能通过上述渠道获取的，由医院通过“公立医院绩效考核与高质量发展评价平台”进行报送，并与公立中医医院绩效考核相关数据同步采集、质控、计算、分析。公立中医医院绩效考核相关数据与最新版《公立医院绩效考核操作手册》保持一致。

三、使用说明

国家中医药管理局医政司和中西医结合与少数民族医药司使用《评价指标》对公立中医医院高质量发展试点医院的高质量发展成效进行评价分析，研究适用于各级各类公立中医医院高质量发展评价参考指标值或指标值区间。

各省份可根据反馈数据，按照属地化管理原则对辖区内公立中医医院高质量发展情况进行评价。在评价过程中，可综合考虑本地工作重点，以及各级各类公立中医医院特点和发展阶段，有针对性的制定评价要求和参照标准，更好的引导公立中医医院实现高质量发展。

**目 录**

[一、公立中医医院高质量发展评价指标一览表 1](#_Toc2803)

[二、党建引领相关指标 3](#_Toc18336)

[1.党委领导下的院长负责制落实情况 3](#_Toc5547)

[2.党组织和党员队伍建设情况 6](#_Toc11720)

[3.党建工作责任落实情况 10](#_Toc29544)

[三、能力提升相关指标 12](#_Toc31377)

[4.专科能力指数 12](#_Toc5932)

[5.中医医师规范化培训制度落实效果 16](#_Toc15498)

[6.住院手术患者围手术期中医治疗比例 19](#_Toc26256)

[7.医疗质量指数 21](#_Toc14087)

[8.住院患者中医优势病种覆盖率 27](#_Toc17210)

[9.中药饮片使用率 29](#_Toc10829)

[10.门诊散装中药饮片和小包装中药饮片处方比例 33](#_Toc1213)

[11.中医非药物疗法使用比例 36](#_Toc28257)

[四、结构优化相关指标 40](#_Toc3785)

[12.中医类别执业（助理）医师占比 40](#_Toc32007)

[13.以中医为主治疗的出院患者比例 44](#_Toc19865)

[14.出院手术患者三级/四级手术占比 47](#_Toc11504)

[15.出院手术患者微创手术占比 50](#_Toc29432)

[16.医疗服务收入（不含药品、耗材、检查检验收入）占医疗收入的比例 52](#_Toc12075)

[17.中医医疗服务项目收入占医疗收入比例 56](#_Toc24669)

[18.中药饮片收入占药品收入比例 58](#_Toc10584)

[19.人员经费占比 60](#_Toc20198)

[五、创新增效相关指标 63](#_Toc23082)

[20.智慧医院建设成效 63](#_Toc3139)

[21.万元收入能耗占比 69](#_Toc25401)

[22.每百名卫生技术人员中医药科研项目经费 71](#_Toc7111)

[六、文化聚力相关指标 73](#_Toc27194)

[23.患者满意度 73](#_Toc17725)

[24.医务人员满意度 75](#_Toc5391)

七、附件

附件1 指标解释联系人

附件2 中医优势病种清单

一、公立中医医院高质量发展评价指标一览表

| **序号** | **相关指标** | **指标属性** |
| --- | --- | --- |
| 1 | 党委领导下的院长负责制落实情况 | 定性 |
| 2 | 党组织和党员队伍建设情况 |
| 3 | 党建工作责任落实情况 |
| 4 | 专科能力指数 | 定量 |
| 5 | 中医医师规范化培训制度落实效果 |
| 6 | 住院手术患者围手术期中医治疗比例 |
| 7 | 医疗质量指数 |
| 8 | 住院患者中医优势病种覆盖率 |
| 9 | 中药饮片使用率 |
| 10 | 门诊散装中药饮片和小包装中药饮片处方比例 |
| 11 | 中医非药物疗法使用比例 |
| 12 | 中医类别执业（助理）医师占比 |
| 13 | 以中医为主治疗的出院患者比例 |
| 14 | 出院手术患者三级/四级手术占比 |
| 15 | 出院手术患者微创手术占比 |
| 16 | 医疗服务收入（不含药品、耗材、检查检验收入）占医疗收入的比例 |
| 17 | 中医医疗服务项目收入占医疗收入比例 |
| 18 | 中药饮片收入占药品收入比例 |
| 19 | 人员经费占比 |
| 20 | 智慧医院建设成效 |
| 21 | 万元收入能耗占比 |
| 22 | 每百名卫生技术人员中医药科研项目经费 |
| 23 | 患者满意度 |
| 24 | 医务人员满意度 | 定量 |

注：1.二级及以上公立中医医院、中西医结合医院应采用上述全部指标进行评价。评价公立民族医医院、中医专科医院高质量发展情况时，可根据医院特点选用部分考核指标。

2. 指标“中医医师规范化培训制度落实效果”的评价对象为被遴选为中医医师规范化培训基地的公立中医医院。指标“出院手术患者微创手术占比”、“出院手术患者三级手术占比、四级手术占比”、“每百名卫生技术人员中医药科研项目经费”的评价对象为三级公立中医医院。其余指标评价对象为二级及以上公立中医医院。

3. 用于公立中医医院高质量评价的微创手术目录、三级手术目录和四级手术目录与公立医院绩效考核所用目录一致，以国家统一规定纳入监测的手术目录为准。

4. 住院患者中医优势病种，指国家中医药管理局和中华医学会、中华中医药学会、中国中西医结合学会、中国民族医药学会推荐使用的中医诊疗方案和临床路径涉及病种。

二、党建引领相关指标

党建引领指标部分，共有二级指标3个，均为定性指标。

## 1.党委领导下的院长负责制落实情况

**【指标属性】**定性指标

**【计量单位】**无

**【指标定义】**

根据中共中央办公厅《关于加强公立医院党的建设工作的意见》（中办发〔2018〕35号）、国家卫生健康委党组《关于加强公立医院党的建设工作的意见实施办法》（国卫健党发〔2018〕29号）、《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18号）等文件要求，全国所有公立中医医院实行党委领导下的院长负责制。

**【评价方法】**

查阅文件资料。实行党委领导下的院长负责制的医院，提供佐证资料包括（不限于）：

（1）医院章程中相关内容：把“实行党委领导下的院长负责制”写入医院章程。

（2）医院党委会和院长办公会议事规则相关内容：“三重一大”等重大问题由院长办公会研究讨论，党委会研究作出决定。

（3）医院党委会会议纪要：每季度提供一份会议纪要，议定事项能够全面体现党委领导作用，体现党委在强化中医为主办院模式方面的领导作用。

未实行党委领导下的院长负责制的医院，提交未实行说明。

**【指标意义】**

实行党委领导下的院长负责制是公立中医医院内部领导体制的重大调整，是坚持和加强党对公立中医医院领导的必然要求。中共中央办公厅《关于加强公立医院党的建设工作的意见》（中办发〔2018〕35号）、国家卫生健康委党组《关于加强公立医院党的建设工作的意见实施办法》（国卫健党发〔2018〕29号）、《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18号）均明确要求，公立中医医院实行党委领导下的院长负责制，党委等院级党组织发挥把方向、管大局、作决策、促改革、保落实的领导作用。实行集体领导和个人分工负责相结合的制度，凡属重大问题都要按照集体领导、民主集中、个别酝酿、会议决定的原则，由党委集体讨论，作出决定，并按照分工抓好组织实施，支持院长依法依规独立负责地行使职权。党委书记主持党委全面工作，负责组织党委重要活动，协调党委领导班子成员工作，督促检查党委决策贯彻落实，支持院长开展工作。院长在医院党委领导下，一般作为法定代表人，全面负责医院医疗、教学、科研、行政管理工作。

**【指标导向】**监测比较。

**【数据来源】**医院填报。

## 2.党组织和党员队伍建设情况

**【指标属性】**定性指标

**【计量单位】**无

**【指标定义】**

根据中共中央办公厅《关于加强公立医院党的建设工作的意见》（中办发〔2018〕35号）、国家卫生健康委党组《关于加强公立医院党的建设工作的意见实施办法》（国卫健党发〔2018〕29号）、《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18号）等文件要求，着力提升公立中医医院基层党建工作水平，把党支部建设成为坚强战斗堡垒，抓好党支部书记选拔培养激励，做好发展党员和党员教育管理工作。

**【评价方法】**

提供医院实施临床医技科室党支部书记“双带头人”培育工程，建立健全把业务骨干培养成党员，把党员培养成医疗、教学、科研、管理骨干的“双培养”机制，党支部和党员发挥作用情况。具体包括：

（1）提供医院在岗卫生技术人员中的党员人数，同时提供医院同期在岗卫生技术人员总数。

（2）提供医院在岗高知群体中的党员人数，同时提供医院同期在岗高知群体人员总数。

（3）提供医院内设机构党支部数量、医院内设机构党支部书记是内设机构负责人的数量。

**【指标说明】**

（1）在岗：依据《2021国家卫生健康统计调查制度》，在岗是指在医院工作并由医院支付工资的人员。包括在编及合同制人员、派遣人员、返聘和临聘半年以上人员（如护士、医师等）。不包括离退休人员、退职人员、离开本单位仍保留劳动关系的人员、返聘和临聘不足半年人员。多点执业医师一律计入第1执业单位在岗职工数，不再计入第2、3执业单位在岗职工数。

（2）卫生技术人员：依据《2021国家卫生健康统计调查制度》，卫生技术人员包括执业医师、执业助理医师、注册护士、药师（士）、检验及影像技师（士）、卫生监督员和见习医（药、护、技）师（士）等卫生专业人员，包括从事临床或监督工作并同时从事管理工作的人员（如院长、书记等）。还包括根据《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》（国家卫生和计划生育委员会令第15号）规定，取得《中医（专长）医师执业证书》的人员。

（3）党员：含中共正式党员和预备党员。

（4）高知：具有研究生学历或具有副高级及以上专业技术职称。其中，具有副高及以上职称是指获得职称资格，包括未聘用和已聘用。

（5）内设机构：根据医院“三定方案”，或经过医院党委批准成立的机构，包括医院行政部门、党务工作机构以及其他职能部门和业务科室。

（6）内设机构负责人：包括内设机构正、副职负责人，如科室主任、副主任，党委办公室主任、副主任等。特殊情况由医院组织人事部门认定。

**【指标意义】**

体现了公立中医医院基层党组织的凝聚力、感召力和战斗力，反映了医院基层党组织战斗堡垒作用和党员先锋模范作用发挥情况，反映了医院党委对基层党组织建设的重视程度。

中共中央办公厅《关于加强公立医院党的建设工作的意见》（中办发〔2018〕35号）明确要求，抓好党支部书记选拔培养激励，党支部书记一般应当由内设机构负责人中的党员担任。《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18号）指出，全面提升公立中医医院党组织和党员队伍建设质量，推进党支部标准化规范化建设。建立党支部参与人才引进、队伍建设、职称职级晋升、绩效考核、薪酬分配、评奖评优等重大事项讨论决策的制度机制，把好政治关、医德医风关。实施党支部书记“双带头人”培育工程。国家卫生健康委党组《关于加强公立医院党的建设工作的意见实施办法》（国卫健党发〔2018〕29号）要求，抓好发展党员工作，注重发展医疗专家、学科带头人、优秀青年医务人员入党。健全常态化联系培养机制，在严格标准、程序的同时，优化、改进考察办法，及时把符合党员条件的“高知”和优秀青年吸收入党。

**【指标导向】**监测比较。

**【数据来源】**医院填报。

## 3.党建工作责任落实情况

**【指标属性】**定性指标

**【计量单位】**无

**【指标定义】**

中共中央办公厅《关于加强公立医院党的建设工作的意见》（中办发〔2018〕35号）明确指出，医院党委承担党建工作主体责任，强化党建工作保障，建立健全党务工作机构，配齐配强专职党务工作人员。《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18号）也明确，公立中医医院党委承担党建工作主体责任。

**【评价方法】**

提供医院党委落实党建工作主体责任的相关情况。具体包括年度医院专职党务工作人员数量，同期医院职工总数。

**【指标说明】**

（1）专职党务工作人员：是指医院专职从事党委办公室、组织、宣传、统战、纪检及党建研究工作等党务工作的人员，包括医院党委书记、专职副书记、纪委书记以及一些医院设置的专职党总支书记，也包括工青妇等群团组织的专职工作人员。

（2）医院职工总数：是指医院所有职工数量，含离退休职工、在岗不在编职工。

**【指标意义】**

体现了医院党委对党建工作的重视程度和保障力度。中共中央办公厅《关于加强公立医院党的建设工作的意见》（中办发〔2018〕35号）要求，建立健全党务工作机构，三级医院一般应当单独设立；党员较少、规模较小的医院，党务工作机构可合并设立，也可与行政相应机构合署办公。按照医院职工总数的一定比例，配齐配强专职党务工作人员，并比照医院同级行政管理人员落实相关待遇。推动党务工作队伍专业化职业化建设。国家卫生健康委党组《关于加强公立医院党的建设工作的意见实施办法》（国卫健党发〔2018〕29号）要求，按照不低于职工总数的0.5%，配齐配强专职党务工作人员，并比照医院同级行政管理人员落实相关待遇。

**【指标导向】**监测比较。

**【数据来源】**医院填报。

三、能力提升相关指标

能力提升指标部分，共有二级指标8个，均为定量指标。

## 4.专科能力指数

**【指标属性】定量指标**

**【计量单位】**无

**【指标定义】**

基于疾病病种[[1]](#footnote-0)种类数、例数及疑难程度，手术操作种类数[[2]](#footnote-1)、例数及疑难程度，中医主病病种种类数及例数，出院患者平均住院日、次均费用、住院病死率等得分，综合计算公立中医医院相关专科能力指数[[3]](#footnote-2)。包括：

（1）病种例数：考核年度各专科所纳入具有代表性病种的出院人数之和，计量单位：人。

（2）中医主病病种例数：考核年度各专科所纳入具有代表性中医主病病种的出院人数之和，计量单位：人。

（3）平均住院日：考核年度所纳入病种的平均住院时间，计量单位：天。

（4）次均费用：考核年度所纳入病种的出院患者平均住院费用，计量单位：元。

（5）病死率：考核年度所纳入病种的患者死亡人数占同期同病种出院人数的比例，计量单位：百分比（%）。

**【计算方法】**

**某中医主病病种例数**=符合纳入条件的中医主病诊断病种出院人数累加求和

**【指标说明】**

（1）分子：

分子1：某病种出院患者占用总床日数指考核年度某病种所有出院人数的住院床日之和。

分子２：某病种总出院费用指考核年度某病种患者住院期间发生的与诊疗有关的所有费用之和。

分子３：某病种死亡人数指考核年度某病种出院病案首页中离院方式为“死亡”（代码为5）的人数之和。

（2）分母：所有指标均为某病种同期总出院人数。

（3）所有病种或手术名称及编码均以最新的疾病分类代码和手术操作分类代码国家临床版为基准。所有中医主病病种名称及编码均以《中医病证分类与代码》（GB/T15657-2021）为基准。**【指标意义】**

基于病种质量管理是一种标准化的、以病种（或手术）为单位而进行的医疗质量管理，达到提高医疗质量和促进医疗资源合理利用的目的；具有相同疾病（或手术）诊断名称的一类患者运用相同指标进行医院间比较，可反映各医院诊疗能力、技术水平和费用等的差异性。

《关于印发全面提升县级医院综合能力工作方案（2018-2020年）的通知》（国卫医发〔2018〕37号）要求，县级医院提升专科服务能力，重点提升对县域内常见病、多发病以及地方病的诊疗能力；重点加强儿科、精神科、老年病专业、康复医学科、传染性疾病科、急诊科、重症医学科等学科建设，并将急诊科与院前急救体系有效衔接，提升急危患者抢救与转运能力。《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18号）明确提出，以加强临床专科建设作为“引领公立医院高质量发展新趋势”的重要内容。以满足重大疾病临床需求为导向建设临床专科，重点发展重症、肿瘤、心脑血管、呼吸、消化、感染、儿科、麻醉、影像、病理、检验等临床专科，以专科发展带动诊疗能力和水平提升。加强中医优势专科建设，在“双一流”建设中加强相关学科建设。《国务院办公厅关于印发“十四五”中医药发展规划的通知》（国办发〔2022〕5号）指出，增强疾病治疗能力。开展国家中医优势专科建设，以满足重大疑难疾病防治临床需求为导向，做优做强骨伤、肛肠、儿科、皮肤科、妇科、针灸、推拿及脾胃病、心脑血管病、肾病、肿瘤、周围血管病等中医优势专科专病，巩固扩大优势，带动特色发展。同时改善少数民族医医院基础设施条件，加强少数民族医医院专科能力、制剂能力和信息化能力建设。

**【指标导向】**监测比较。

**【数据来源】**中医病案首页；国家卫生健康委公立医院绩效考核管理平台。

## 5.中医医师规范化培训制度落实效果

**【指标属性】**定量指标

**【计量单位】**分值

**【指标定义】**

考核医院中医医师规范化培训的制度落实情况。

**【计算方法】**

根据中医医师规范化培训质量和相关政策落实情况等综合计算结果。包括以下必备条件和细化指标(该指标评价对象为遴选为住院医师规范化培训基地的公立中医医院)。

**【指标说明】**

（1）住院医师规范化培训制度落实的必备条件包括：医院党委实施对住院医师规范化培训工作的全面领导，建立党委统一领导、党政齐抓共管、部门各负其责的领导体制和工作机制。医院当年接受国家或省级住院医师规范化培训基地评估、专项资金审计等未出现评估或审计不合格被通报的情况。

（2）住院医师规范化培训制度落实的细化指标包括基本条件、保障措施、培训管理和培训质量4个方面。在基本条件方面，重点关注医院党委及党建和团建工作对住培制度落实的重视程度，教学管理体系建设情况，教学资源建设情况；在保障措施方面，重点关注对于住培工作相关政策制度的落实情况，师资体系建设，住院医师培训期间待遇、“两个同等对待”落实情况；在培训管理方面，重点关注住院医师招收情况，住培工作的质量控制情况；在培训质量方面，重点关注住培人员考核结果及满意度情况。

**【指标意义】**

《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》明确要求“建立健全住院医师、专科医师规范化培训制度”。《中华人民共和国医师法》（中华人民共和国主席令第59号）明确“国家建立健全住院医师规范化培训制度，健全临床带教激励机制，保障住院医师培训期间待遇，严格培训过程管理和结业考核”。

2017年，国务院办公厅印发《关于深化医教协同进一步推进医学教育改革与发展的意见》（国办发〔2017〕63号），明确提出要“落实并加快完善住院医师规范化培训制度，健全临床带教激励机制，加强师资队伍建设，严格培训过程管理和结业考核，持续加强培训质量建设”。2020年，国务院办公厅印发《关于加快医学教育创新发展的指导意见》（国办发〔2020〕34号），要求“对面向社会招收的培训对象，住培基地依法与其签订劳务合同，明确培训期间双方权利义务，劳动合同到期后依法终止，培训对象自主择业。面向社会招收的普通高校应届毕业生培训对象培训合格当年在医疗卫生机构就业的，在招聘、派遣、落户等方面，按当年应届毕业生同等对待。对经住培合格的本科学历临床医师，在人员招聘、职称晋升、岗位聘用、薪酬待遇等方面，与临床医学、中医专业学位硕士研究生同等对待”（简称两个“同等对待”）。“健全住院医师规范化培训制度。推进毕业后医学教育基地认证和继续医学教育学分认证，将住培结业考核通过率、年度业务水平测试结果等作为住培基地质量评估的核心指标，对住培结业理论考核通过率连续2年排名全国后5%位次的专业基地予以减招”。

为贯彻落实国家有关法律和文件要求，巩固落实住院医师规范化培训制度，夯实卫生健康人才基础，有必要建立对培训基地的常态化评估考核机制，指导推动培训基地落实住院医师规范化培训主体责任，建立完善的培训基地组织管理体系和培训体系，健全教学激励与约束机制，严格住院医师培训过程管理，持续提升培训质量。

**【指标导向】**监测比较。

**【数据来源】**中国医师协会；国家中医药管理局中医师资格认证中心。

## 6.住院手术患者围手术期中医治疗比例

**【指标属性】**定量指标

**【计量单位】**百分比（%）

**【指标定义】**

考核年度所有住院手术[[4]](#footnote-3)患者围手术期应用中医治疗[[5]](#footnote-4)人次数占同期住院手术患者总人次数的比例。

【**计算方法**】

【**指标说明**】

（1）分子：住院手术患者围手术期应用中医治疗人次数是指考核年度所有住院后出院手术患者中使用中药、中医非药物疗法的人数，统计中医住院病案首页住院费用部分中项目5中医类费用＞0元，或项目7中药类费用＞0元的人次数。按出院病历统计。一次住院期间同时使用2种及以上中医治疗方法的，按1人次计算。

（2）分母：住院手术患者总人次数是指出院患者手术人数，即同一次住院就诊期间患有同一疾病或不同疾病施行多次手术患者，按1人统计。统计单位以人数计算，总数为手术和介入治疗[[6]](#footnote-5)人数累加求和。

（3）所有手术名称及编码均以最新的手术操作分类代码国家临床版为基准。

【**指标意义**】

《三级中医医院评审标准（2017年版）》《三级中西医结合医院评审标准（2017年版）》《三级民族医医院评审标准（2017年版）》（国中医药办医政发〔2017〕26号）明确“手术科室制定至少3个常见病种围手术期中医诊疗方案，手术病例能正确配合使用中医药治疗”。将围手术期中医治疗纳入考核指标，使中医药、中医医疗技术应用覆盖所有临床科室，特别是手术科室，并以此作为提高手术效果、改善患者生存质量措施，强化中医药、中医非药物疗法在以手术为主要治疗方法的患者中的应用，反映手术患者使用中医药的情况。

【**指标导向**】逐步提高。

【**数据来源**】中医病案首页；国家卫生健康委公立医院绩效考核管理平台。

## 7.医疗质量指数

**【指标属性】**定量指标

**【计量单位】**无

【**指标定义**】

基于理法方药使用一致[[7]](#footnote-6)的出院患者比例、手术患者并发症[[8]](#footnote-7)发生率、I类切口[[9]](#footnote-8)手术部位感染[[10]](#footnote-9)率、抗菌药物使用强度（DDDs[[11]](#footnote-10)）等，综合计算公立中医医院医疗质量指数。包括：

（1）理法方药使用一致的出院患者比例：考核年度抽查出院患者中理法方药使用一致的人次数占同期抽查出院患者总人次数的比例。计量单位：百分比（%）。

（2）手术患者并发症发生率：考核年度择期手术患者发生并发症例数占同期出院的手术患者人数的比例。计量单位：百分比（%）。

（3）I类切口手术部位感染率：考核年度发生I类切口手术部位感染人次数占同期I类切口手术台次数的比例。计量单位：百分比（%）。

（4）抗菌药物使用强度（DDDs）：考核年度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】**

**【指标说明】**

（1）分子：

分子1：考核年度抽查出院患者中理法方药使用一致的人次数是指考核年度抽查的归档病历中全部病程记录均符合理法方药一致[[12]](#footnote-12)的出院患者人次数。

分子2：手术患者并发症发生例数是指择期手术和择期介入治疗患者并发症发生人数。仅统计择期手术后，并发于手术或手术后的疾病或情况的人数。统计中医住院病案首页中出院诊断符合“手术并发症诊断相关名称”且该诊断入院病情为“无”（代码为4）的病例。同一患者在同一次住院发生多个入院病情为“无”的择期手术后并发症，按1人统计。

分子3：I类切口手术部位感染人次数即出院患者手术为I类切口且中医住院病案首页中切口愈合等级字段填报为“丙级愈合”[[13]](#footnote-13)（代码为3）选项的人数。同一患者同一次住院有多个I类切口丙级愈合手术，按1人统计。

分子4：本年度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：

分母1：出院患者总人次数是指住院后出院的人数，包括医嘱离院、医嘱转其他医疗机构、非医嘱离院、死亡及其他[[14]](#footnote-14)人数，不含家庭病床撤床人数。同期抽查出院患者总人次数是指医院按照管理要求抽查的同期归档病历总数。

分母2：分母：同期出院的手术患者人数是指同期出院患者择期手术人数。统计单位以人数计算，总数为实施择期手术和介入治疗人数累加求和。

分母3：同期I类切口手术台次数是指同期出院患者手术为I类切口人数，同一患者同一次住院多个I类切口手术，按1人统计。

分母4：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）的抽查病历要求：医院管理部门应随机抽查考核年度出院病历2％，且绝对数不少于100份病历；抽查病历的科室应涵盖医院设有病房的临床科室数的80%。

（4）所有病种或手术名称及编码均以最新的疾病分类代码和手术操作分类代码国家临床版为基准。

**【指标意义】**

提升医疗质量和安全管理是扎实推进公立中医医院高质量发展的关键。《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18号）要求，持续改进医疗质量管理体系和标准体系，提高不同地区、不同级别公立中医医院医疗服务同质化水平。

《关于印发公立医院高质量发展促进行动（2021-2025年）的通知》（国卫医发〔2021〕27号）要求，完善医疗质量管理与控制体系，加强各级质控中心建设与管理，不断巩固十八项医疗质量安全核心制度。以年度“国家医疗质量安全改进目标”为指引，推进目标管理。实施手术质量安全、病案内涵提升等相关专项行动。推进二级及以上公立中医医院病案首页、医学名词、疾病诊断编码、手术操作编码实现“四统一”，充分利用信息化手段开展医疗质量管理与控制，加快公立中医医院临床路径管理制度建设。

《医疗质量安全核心制度要点》（国卫医发〔2018〕8号）病历管理制度基本要求明确“医疗机构应当建立住院及门急诊病历管理和质量控制制度，严格落实国家病历书写管理和应用的相关规定，建立病历质量检查、评估和反馈机制”。理法方药是中医学关于诊断与治疗操作规范的四大要素，理法方药一致性体现了中医辨证论治的准确性，反映中医理论与临床相结合水平，体现中医医疗的规范与安全性，是中医医疗质量与安全的基本要求。

《国家卫生健康委 国家中医药管理局关于开展全面提升医疗质量行动（2023-2025年）的通知》（国卫医政发〔2023〕12号）要求通过专项行动，降低手术并发症、麻醉并发症、围手术期死亡等负性事件发生率，及时发现和消除手术质量安全隐患。到2025年末，住院患者手术后获得性指标发生率不高于7.5‰。

**【指标导向】**监测比较。

**【数据来源】**中医病案首页；国家卫生健康委公立医院绩效考核管理平台。

## 8.住院患者中医优势病种覆盖率

**【指标属性】**定量指标

**【计量单位】**百分比（%）

**【指标定义】**

考核年度医院中医优势病种出院人数占同期出院人数的比例。

**【计算方法】**

**【指标说明】**

（1）分子：是指国家中医药管理局推荐使用的中医诊疗方案和临床路径涉及病种的出院人数。

（2）分母：同期出院人数是指考核年度内所有住院后出院的人数，包括医嘱离院、医嘱转其他医疗机构、非医嘱离院、死亡及其他人数。不含家庭病床撤床人数。

（3）纳入本次考核的住院患者中医优势病种清单，指国家中医药管理局和中华医学会、中华中医药学会、中国中西医结合学会、中国民族医药学会推荐使用的中医诊疗方案和临床路径涉及病种。各省份可结合中医优势病种清单，根据本地实际，依据“只增不减”的原则，制定本省份清单用于省份内监测评价。

**【指标意义】**

《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18号）明确要求，制定一批中医特色诊疗方案。作为中医药传承创新发展的重要抓手，中医优势病种一直受到党和国家的高度重视，《中共中央 国务院关于促进中医药传承创新发展的意见》（中发办〔2019〕43号）专门部署相关工作，要求用3年左右时间，筛选50个中医治疗优势病种；聚焦癌症、心脑血管病、糖尿病、感染性疾病、老年痴呆和抗生素耐药问题等，开展中西医协同攻关，到2022年形成并推广50个左右中西医结合诊疗方案。《国务院办公厅关于印发“十四五”中医药发展规划的通知》（国办发〔2022〕5号）明确要求，制定完善并推广实施一批中医优势病种诊疗方案和临床路径，逐步提高重大疑难疾病诊疗能力和疗效水平。开展基于中医优势病种覆盖的绩效评价，引导公立中医医院回归功能定位，进一步推进深化医药卫生体制改革，规范诊疗行为，保障医疗质量与安全。

**【指标导向】**监测比较。

**【数据来源】**中医病案首页；国家卫生健康委公立医院绩效考核管理平台。

## 9.中药饮片使用率

**【指标属性】**定量指标

**【计量单位】**百分比（%）

【**指标定义**】

中药饮片使用率由门诊和住院两部分构成：

（1）考核年度所有门诊就诊患者应用中药饮片的人次数占门诊总人次数的比例。

（2）考核年度所有住院后出院患者中应用中药饮片的人次数占出院患者总人次数的比例。

【**计算方法**】

**延伸指标1**

**延伸指标2**

【**指标说明**】

（1）分子

分子1：门诊患者应用中药饮片人次数是指门诊患者在一次诊疗过程中使用散装中药饮片、小包装中药饮片和中药配方颗粒剂和/或医疗机构中药制剂的人数。如同日同科同1人同次就诊开具2张以上散装中药饮片处方、小包装中药饮片处方、中药配方颗粒处方的，按1人次计算。

分子2：出院患者应用中药饮片人次数是指考核年度所有住院后出院患者中使用过中药饮片的人次数。统计中医住院病案首页住院费用部分 “中草药”＞0元的人次数。按出院病历统计。一次住院期间同时采用外用、口服等2种及以上治疗方法而使用中药饮片的，按1人次计算。

（2）分母

分母1：门诊总人次数[[15]](#footnote-15)仅以门诊挂号数统计。不包括急诊患者、健康体检者。

分母2：出院患者总人次数[[16]](#footnote-16)是指出院人数，即考核年度内所有住院后出院的人数，包括医嘱离院、医嘱转其他医疗机构、非医嘱离院、死亡及其他人数，不含家庭病床撤床人数。

（3）延伸指标1：门诊患者医疗机构中药制剂使用率分子为门诊患者在一次诊疗过程中使用医疗机构中药制剂的人数。如同日同科同一人同次就诊开具2张以上医疗机构中药制剂处方的，按1人次计算。分母为门诊总人次，不包括急诊患者、健康体检者。

（4）延伸指标2：延伸指标：住院患者医疗机构中药制剂使用率分子为所有住院后出院患者使用过医疗机构中药制剂的人数。统计中医住院病案首页住院费用部分“医疗机构中药制剂”＞0元的人次数。按出院病历统计。一次住院期间同时采用外用、口服等2种及以上治疗方法而使用医疗机构中药制剂的，按1人次计算。

（5）民族医医院[[17]](#footnote-17)本指标考核含门诊/出院患者医疗机构民族药制剂和民族药饮片（含原料药、卡嚓药）的使用率。

【**指标意义**】

《中华人民共和国中医药法》（中华人民共和国主席令第59号）明确规定中医医疗机构主要提供中医药服务。《国家卫生计生委 国家中医药管理局关于同步推进公立中医医院综合改革的实施意见》（国中医药医政发〔2015〕33号）明确三级中医医院主要是充分利用中医药技术方法和现代科学技术，提供急危重症、疑难复杂疾病的中医诊疗服务和中医优势病种的中医门诊诊疗服务。二级中医医院主要是充分利用中医药技术方法和现代科学技术，提供区域内常见病、多发病、慢性病的中医诊疗，急危重症患者的抢救，疑难复杂疾病向上转诊服务。《中华人民共和国中医药法》（中和人民共和国主席令 第59号）第三十一条国家鼓励医疗机构根据本医疗机构临床用药需要配置和使用中药制剂，支持传统工艺配制中药制剂。医疗机构中药制剂是中医类医疗机构为满足诊疗需求,严格按照国家政策法规,以临床疗效明显的中药处方为基础,通过一系列研究与审批过程,仅限医院内部或固定单位使用的药品，体现了中医地域特色、医院特色、专科特色和医生的临床经验，是中医临床用药的重要组成部分。散装中药饮片、小包装中药饮片、中药配方颗粒剂、医疗机构中药制剂的使用率反映了临床医师运用中医临床诊疗思维、辨证施治的情况，体现医院提供的全程中医药服务，也是中医医院评审、中医优势专科等评价中医药特色服务的核心指标之一。

【指标导向】监测比较。

【数据来源】中医病案首页；国家卫生健康委公立医院绩效考核管理平台。

## 10.门诊散装中药饮片和小包装中药饮片处方比例

【**指标属性**】定量指标

【**计量单位**】百分比（%）

【**指标定义**】

考核年度门诊散装中药饮片[[18]](#footnote-18)和小包装中药饮片[[19]](#footnote-19)处方数占门诊处方总数的比例。

【**计算方法**】

【**指标说明**】

（1）分子：门诊散装中药饮片和小包装中药饮片处方数（张）是指门诊所有散装中药饮片和小包装中药饮片处方总数。处方数量按药房处方数统计。不含中药配方颗粒处方。不含急诊处方。

（2）分母：门诊处方总数是指门诊所有药物处方总数，包括中成药（含医疗机构中药制剂[[20]](#footnote-20)）、散装中药饮片、小包装中药饮片、中药配方颗粒处方和西药处方。门诊处方总数按药房处方数统计。不含急诊处方。

（3）民族医医院[[21]](#footnote-21)本指标不纳入评价。

【**指标意义**】

《中共中央 国务院关于促进中医药传承创新发展的意见》（中发办〔2019〕43号）提出中医药服务机构要“强化以中医药服务为主的办院模式和服务功能，建立健全体现中医药特点的现代医院管理制度”。《中医药发展战略规划纲要（2016-2030年）》（国发〔2016〕15号）明确“坚持和发扬中医药特色优势，坚持中医药原创思维”。国家药监局、国家中医药局、国家卫生健康委、国家医保局《关于结束中药配方颗粒试点工作的公告》（2021年第22号）提出“坚持中药饮片的主体地位”。散装中药饮片和小包装中药饮片采用传统的煎煮工艺，是中医临床辨证施治的重要物质基础。中药饮片处方是中医药的精华之一，体现临床医师的中医临床诊疗思维和中医用药的特点和优势，是中医药服务的重要载体。国家鼓励并倡导使用中药饮片，确保传统中药饮片的主体地位。门诊散装中药饮片和小包装中药饮片处方占比主要反映了门诊医师运用中医临床诊疗思维、辨证施治、采用需煎煮后使用的传统中药饮片的情况，也是中医医院评审、中医优势专科评价中体现中医药特色服务等的核心指标之一，用于衡量医院办院方向和目标。

【**指标导向**】监测比较

【**数据来源**】国家卫生健康委公立医院绩效考核管理平台。

## 11.中医非药物疗法使用比例

【**指标属性**】定量指标

【**计量单位**】百分比（%）

【**指标定义**】

中医非药物疗法使用比例由门诊和住院两部分构成：

1. 考核年度门诊患者中使用中医非药物疗法诊疗总人次数（按挂号人次数统计）占同期门诊总人次数的比例。

（2）考核年度所有住院后出院患者中使用过中医非药物疗法的人次数占同期出院患者总人次数的比例。

【计算方法】

【**指标说明**】

（1）分子

分子1：门诊中医非药物[[22]](#footnote-22)疗法总人次数是指门诊接受中医非药物疗法诊疗的人次总数（按挂号人次统计）。如门诊患者同日同科（一个号）同一人接受2种及以上中医医疗技术的，按1人次计算。

分子2：出院患者使用中医非药物疗法人次数是指考核年度所有住院后出院患者中使用中医医疗技术的人次数。以中医住院病案首页住院费用部分的中医治疗费用[[23]](#footnote-23)＞0元的人次数统计。按出院病历统计。一次住院期间同时使用2种及以上中医医疗技术，按1人次计算。

（2）分母

分母1：门诊总人次数[[24]](#footnote-24)按门诊挂号数统计。不包括急诊患者、健康体检者。

分母2：出院患者总人次数是指出院人数，即考核年度内所有住院后出院的人数，包括医嘱离院、医嘱转其他医疗机构、非医嘱离院、死亡及其他人数。不含家庭病床撤床人数。

【**指标意义**】

《中华人民共和国中医药法》（中华人民共和国主席令第59

号）明确“开展中医药服务，应当以中医药理论为指导，运用中医药技术方法”。《中共中央 国务院关于促进中医药传承创新发展的意见》（中发办〔2019〕43号）提出“加快中医药循证医学中心建设，用3年左右时间，筛选50个中医治疗优势病种和100项适宜技术、100个疗效独特的中药品种，及时向社会发布”、“制定中医药典籍、技术和方药名录”、“加强中医医院康复科建设，在其他医院推广中医康复技术”。《国务院办公厅关于印发“十四五”中医药发展规划的通知》（国办发〔2022〕5号）提出“大力发展中医非药物疗法，充分发挥其在常见病、多发病和慢性病防治中的独特作用”。《中医药发展战略规划纲要（2016—2030年）》（国发〔2016〕15 号）中提出“大力发展中医非药物疗法，充分发挥其在常见病、多发病和慢性病防治中的独特作用”。国家中医药管理局《关于中医医院加强中医综合治疗的通知》（国中医药政发〔2013〕37 号）明确：中医非药物疗法是在中医理论指导下，根据患者的具体情况、疾病不同阶段，合理地选择多样化的中医治疗技术、手段和方法，融药物和非药物于一体的综合治疗手段，以及注重从整体观出发，采取个性化辨证论治的治疗方式，可以最大限度地发挥中医整体治疗优势，提高中医临床疗效，缩短病程，提高生存质量。门诊和住院患者使用中医非药物疗法比例体现医院应用中医医疗技术的能力，也是中医医院评审、中医优势专科评价中体现中医药特色的核心指标之一。

【**指标导向**】监测比较

【**数据来源**】中医病案首页；国家卫生健康委公立医院绩效考核管理平台。

四、结构优化相关指标

结构优化指标部分，共有二级指标8个，均为定量指标。

## 12.中医类别执业（助理）医师占比

【**指标属性**】定量指标

【**计量单位**】百分比（%）

【**指标定义**】

考核年度医院中医类别执业（助理）医师数量占全院同期医院执业（助理）医师总数的比例。

【**计算方法**】

延伸指标

【**指标说明**】

（1）分子：考核年度医院注册的中医类别执业（助理）医师[[25]](#footnote-25)的数量，即国家医疗机构、医师、护士电子化注册系统[[26]](#footnote-26) (简称电子化注册系统)显示已激活状态并在册的中医专业、中西医结合专业、民族医专业、中医（专长）医师的数量。不含“西学中”人员。

（2）分母：医院执业（助理）医师总数指考核年度医院注册医师（助理医师）总数，即电子化注册系统显示已激活状态并在册的医师总数。

（3）延伸指标：分子西学中人数为考核年度经过2年以上系统中医药知识和技能培训[[27]](#footnote-27)并取得相应证书临床类别医师总人数。分母执业（助理）医师总数指考核年度医院注册医师（助理医师）总数，即电子化注册系统显示已激活状态并在册的医师总数。

（4）注册医师（助理医师）在多家机构注册[[28]](#footnote-28)，以主要执业机构进行统计。

（5）参加规范化培训的医师如果未确定执业范围和未变更主要执业地点的进修人员，均不列入统计范围。

【**指标意义**】

《中华人民共和国中医药法》（中华人民共和国主席令第59号）明确规定“中医医疗机构配备医务人员应当以中医药专业技术人员为主，主要提供中医药服务”。国家中医药管理局《关于中医医院发挥中医药特色优势加强人员配备的通知》（国中医药函〔2009〕148号）明确规定了“中医类别执业医师（含执业助理医师）占执业医师比例不低于60%”；“原则上每个临床科室执业医师中至少有60%中医类别执业医师（口腔科、手术科室除外）。”《国务院办公厅关于印发“十四五”中医药发展规划的通知》（国办发〔2022〕5号）将二级以上公立中医医院中医类别执业（助理）医师比例到2025年达到60%作为主要发展指标。

国务院《中医药发展战略规划纲要（2016—2030年）》（国发〔2016〕15号）“鼓励西医离职学习中医”。国家中医药局、教育部、人力资源社会保障部、国家卫生健康委《关于加强新时代中医药人才工作的意见》（国中医药人教发〔2022〕4号）提出“大力推进西医学习中医”，“完善西医学习中医制度”。《三级中西结合医院评审标准（2017版）》（国中医药办医政发〔2017〕26号）明确要求：中西医结合医院中医类别执业医师（含执业助理医师）和经过2年以上中医药知识和技能系统培训的临床类别医师占执业医师总数的比例≥60%，其中中医类别执业医师≥30%。

配备充足的中医药人员是为中医医院充分发挥中医药优势和作用奠定人才队伍基础，是振兴中医药事业发展、发挥中医药特色优势的重要举措，是提高中医医院中医药服务能力和水平，更好地为群众提供安全、有效、方便的中医药服务的重要保证。因此，国家中医药管理局始终把中医医院人员配备情况作为中医医院评价和检查工作的重要指标，也是中医医院评审、中医优势专科评价的核心指标。中医类别执业医师占比反映医院中医类别执业（助理）医师配备情况，各级中医药主管部门要将中医类别执业（助理）医师占比纳入中医医院评审、公立中医医院绩效考核、评价等工作，适当加大权重，发挥指挥棒作用。

【**指标导向**】逐步提高。

【**数据来源**】国家医疗机构、医师、护士电子化注册系统、国家卫生健康委公立医院绩效考核管理平台。

## 13.以中医为主治疗的出院患者比例

【**指标属性**】定量指标

【**计量单位**】百分比（%）

【**指标定义**】

考核年度以中医为主治疗的出院患者人次数占同期出院患者总人次数的比例。

【**计算方法**】

【**指标说明**】

（1）分子

分子1：中医药治疗费用是指住院后出院患者中医住院病案首页住院费用部分的项目5中医类（中医和少数民族医医疗服务）中的（13）中医治疗、（14）中医其他（除外中药特殊调配加工、辨证施膳）和项目7中药类中的（16）中成药费（含医疗机构中药制剂费）、（17）中草药费之和。

分子2：中医医院以中医为主治疗的出院患者人次数是指出院患者的住院费用中中医药治疗费用占住院治疗费用大于等于60%的出院患者人次数，按出院病历统计。

（2）分母

分母1：住院治疗费用是指患者住院期间中医药治疗费用与其他治疗费用[[29]](#footnote-29)之和。

分母2：出院患者总人次数是指出院人数，即考核年度内所有住院后出院的人数，包括医嘱离院、医嘱转其他医疗机构、非医嘱离院、死亡及其他人数。不含家庭病床撤床人数。

【**指标意义**】

《中共中央 国务院关于促进中医药传承创新发展的意见》（中发办〔2019〕43号）“强化以中医药服务为主的办院模式和服务功能，建立健全体现中医药特点的现代医院管理制度”。《中医药发展战略规划纲要（2016—2030年）》（国发〔2016〕15号）重点任务中提出“切实提高中医医疗服务能力。”《关于加强新时代少数民族医药工作的若干意见》（国中医药医政发〔2018〕15号）重点任务中提出“切实提高少数民族医药医疗服务能力。”以中医为主治疗的出院患者比例能客观地评价医院使用中医药方法治疗疾病的能力与水平，是衡量医院中医治疗疾病的主要指标，也是目前中医医院核心竞争力的体现。

【**指标导向**】逐步提高。

【**数据来源**】中医病案首页、国家卫生健康委公立医院绩效考核管理平台。

## 14.出院手术患者三级/四级手术占比

**【指标属性】**定量指标

**【计量单位】**百分比（%）

**【指标定义】**

考核年度出院手术患者施行三级手术[[30]](#footnote-30)或四级手术[[31]](#footnote-31)人数占同期出院患者手术人数的比例。

【**计算方法】**

**【指标说明】**

1. 分子：

分子1：出院手术患者三级手术人数为出院患者住院期间实施三级手术和按照三级手术管理的介入诊疗人数之和。

分子2：出院手术患者四级手术人数是指出院患者住院期间实施四级手术和按照四级手术管理的介入诊疗人数之和。

1. 分母：同期出院患者手术人数是指出院患者手术（含介入）人数。
2. 同一次住院就诊期间患有同一疾病或不同疾病施行多次手术者，按1人统计。

（4）纳入本次考核的三、四级手术结合《手术操作分类代

码国家临床版 3.0》和大数据统计结果形成，由国家统一制定，仅用于国家公立中医医院高质量发展评价，并嵌入公立中医医院绩效考核信息系统。

（5）本年度，出院手术患者三/四级手术占比的评价对象为三级公立中医医院。

（6）对国家医学中心（中医类）、国家区域医疗中心（中医项目）、省级区域中医医疗中心等提出相应级别的差异化要求。

**【指标意义】**

《关于印发医疗机构手术分级管理办法的通知》（国卫医政发〔2022〕18号）提出医疗机构应当根据其功能定位、医疗服务能力水平和诊疗科目制定手术分级管理目录，进行分级管理。《关于印发控制公立医院医疗费用不合理增长的若干意见》（国卫体改发〔2015〕89号）要求对手术类型构成比进行监测比较，通过四级手术占比，衡量医院住院患者中实施复杂难度大的手术的情况。《国家卫生健康委办公厅关于印发心血管疾病介入等4个介入类诊疗技术临床应用管理规范的通知》（国卫办医函〔2019〕828号），对心血管疾病介入、综合介入、外周血管介入和神经血管介入4个介入类诊疗技术临床应用管理规范进行了修订。该修订强化了医疗机构的主体责任，加强了对相关技术临床应用的事中事后监管措施，明确要求医疗机构将相关技术纳入手术分级管理。《国家卫生健康委办公厅关于印发医疗机构手术分级管理办法的通知》（卫办医政发〔2022〕18号）提出医疗机构应当定期组织评估术者手术技术临床应用能力，包括手术技术能力、手术质量安全、围手术期管理能力、医患沟通能力等，重点评估新获得四级手术权限的术者。根据评估结果动态调整手术权限，并纳入个人专业技术档案管理，四级手术评估周期原则上不超过一年。

**【指标导向】**逐步提高。

【**数据来源**】中医病案首页；国家卫生健康委公立医院绩效考核管理平台。

## 15.出院手术患者微创手术占比

**【指标属性】**定量指标

**【计量单位】**百分比（%）

**【指标定义】**

考核年度出院患者施行微创手术[[32]](#footnote-32)人数占同期出院患者手术人数的比例。

**【计算方法】**

**【指标说明】**

（1）分子：出院患者微创手术人数是出院患者住院期间施行微创手术的人数。

（2）分母：同期出院患者手术人数是指出院患者手术（含介入）人数。

（3）同一次住院就诊期间患有同一疾病或不同疾病施行多次微创手术者，按1人统计。

（4）纳入本次考核的微创手术目录，将利用腹腔镜、胸腔镜、纵隔镜、神经内镜、关节镜等现代医疗器械及相关设备经非自然腔道入路进行的微创手术，结合《手术操作分类代码国家临床版 3.0》和大数据统计结果形成，由国家统一制定，用于国家公立中医医院高质量发展考核和公立中医医院绩效考核，并嵌入三级公立中医医院绩效考核信息系统。

（5）本年度，出院手术患者微创手术占比的评价对象为三级公立中医医院。

（6）对国家医学中心（中医类）、国家区域医疗中心（中医项目）、省级区域中医医疗中心等提出相应级别的差异化要求。

**【指标意义】**

微创手术降低了传统手术对人体的伤害，具有创伤小、疼痛轻、恢复快的优越性，极大地减少了疾病给患者带来的不便和痛苦，更注重患者的心理、社会、生理（疼痛）、精神、生活质量的改善与康复，减轻患者的痛苦。合理选择微创技术适应症、控制相关技术风险促进微创技术发展。

**【指标导向】**逐步提高。

【**数据来源**】中医病案首页、国家卫生健康委公立医院绩效考核管理平台。

## 16.医疗服务收入（不含药品、耗材、检查检验）占医疗收入的比例

**【指标属性】**定量指标

**【计量单位】**百分比（%）

**【指标定义】**

考核年度医疗服务收入（不包含药品、耗材、检查检验收入）占医疗收入的比例。

**【计算方法】**

**【指标说明】**

（1）分子：医疗服务收入包括挂号收入、床位收入、诊察收入、治疗收入、手术收入、护理收入等。不包括药品、耗材（即卫生材料）、检查检验收入。

（2）分母：医疗收入是指医院开展医疗服务活动取得的收入，包括门急诊收入、住院收入和结算差额。

**【指标意义】**

该指标用于反映医院收入结构。《国务院办公厅关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》（国办发〔2015〕38号）要求，规范临床检查、诊断、治疗、使用药物和植（介）入类医疗器械行为。在降低药品、医用耗材费用和取消药品加成的同时，降低大型医用设备检查治疗价格，合理调整体现医务人员技术劳务价值的医疗服务价格。从侧面反映医院所在地医疗服务价格合理性，尤其是取消药品和医用耗材加成后调整医疗服务价格的情况。《国务院办公厅印发关于加快中医药特色发展若干政策措施的通知》（国办发〔2021〕3号）、国家医疗保障局、国家中医药管理局《关于医保支持中医药传承创新发展的指导意见》（医保函〔2021〕229号）提出完善中医药服务价格政策，建立目标导向的中医服务价格项目管理机制，优化现有中医价格项目，完善新增中医服务价格项目管理政策，丰富中医价格项目。对来源于古代经典、至今仍广泛应用、疗效确切的中医传统技术以及创新性、经济性优势突出的中医新技术，简化新增价格项目审核程序，开辟绿色通道。建立健全灵敏有度的价格动态调整机制，及时开展调价评估，在医疗服务价格动态调整中重点考虑中医医疗服务项目，优先将功能疗效明显、患者广泛接受、特色优势突出、体现劳务价值、应用历史悠久，成本和价格明显偏离的中医医疗服务项目纳入调价范围。

《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18号）要求，稳妥有序试点探索医疗服务价格优化。建立健全适应经济社会发展、更好发挥政府作用、医疗机构充分参与、体现技术劳务价值的医疗服务价格形成机制。统筹兼顾医疗发展需要和各方承受能力，调控医疗服务价格总体水平。建立灵敏有序的价格动态调整机制，定期开展调价评估，达到启动条件的要稳妥有序调整医疗服务价格，理顺比价关系，支持公立中医医院优化收入结构，提高医疗服务收入（不含药品、耗材、检查、化验收入）占医疗收入的比例。加快审核新增医疗服务价格项目。《关于深化公立医院薪酬制度改革的指导意见》（人社部发〔2021〕52号）进一步指出，各地要拓宽深化公立医院薪酬制度改革经费渠道，深入推进医疗、医保、医药“三医”联动改革，推进全面取消药品耗材加成、药品耗材集中带量采购、医疗服务价格优化、医保支付方式改革、药品耗材使用监管等改革，逐步提高诊疗、中医、护理、手术等医疗服务收入在医疗收入在医疗收入中的比例，支持深化公立医院薪酬制度改革。《国务院深化医药卫生体制改革领导小组关于深入推广福建省三明市经验深化医药卫生体制改革的实施意见》（国医改发〔2021〕2号）提出，建立健全与经济社会发展相协调、与各方承受能力相适应的公立医院医药费用合理增长机制、以大型公立医院为重点，加强医疗服务、药品、检查检验等费用增长监测，将医药费用控制情况纳入对公立医院院长的考核评价指标、推动各级公立医院均衡有序发展，将医疗服务收入占比纳入三级公立中医医院绩效考核指标，能够引导医疗机构强化内部管理，规范诊疗行为，控制药品和耗材不合理使用，逐步优化收入结构。《国务院办公厅关于进一步完善医疗卫生服务体系的意见》要求，健全服务购买机制，深化医疗服务价格改革，建立分类管理、医院参与、科学确定、动态调整的医疗服务价格机制。

**【指标导向】**逐步提高。

**【数据来源】**全国卫生健康财务年报；国家卫生健康委公立医院绩效考核管理平台。

## 17.中医医疗服务项目收入占医疗收入比例

**【指标属性】**定量指标

**【计量单位】**百分比（%）

**【指标定义】**

考核年度中医医疗服务项目收入占医疗收入的比例。

**【计算方法】**

**【指标说明】**

（1）分子：中医医疗服务项目[[33]](#footnote-33)收入是指在医疗服务活动中，按照国家或各省的医疗机构医疗服务项目收费标准所取得的中医及少数民族医的医疗服务项目收入，包括门急诊收入和住院收入。不含中药收入。

（2）分母：医疗收入是指医院开展医疗服务活动取得的收入，包括门急诊收入、住院收入和结算差额。

**【指标意义】**

《中华人民共和国中医药法》（中华人民共和国主席令第 59号）明确规定中医医疗机构主要提供中医药服务；在疾病预防与控制中积极运用中医药理论和技术方法。《中共中央 国务院关于促进中医药传承创新发展的意见》（中发办〔2019〕43 号）提出“加快中医药循证医学中心建设，用3年左右时间，筛选50个中医治疗优势病种和100项适宜技术、100个疗效独特的中药品种，及时向社会发布”，“制定中医药典籍、技术和方药名录”，“加强中医医院康复科建设，在其他医院推广中医康复技术”。国务院办公厅《关于印发“十四五”中医药发展规划的通知》（国办发〔2022〕5号）指出，挖掘整理并推广应用安全有效的中医医疗技术。中医医疗服务项目收入占医疗收入比例反映医院收入结构，体现医师在门急诊和住院诊疗中运用中医非药物疗法辨证施治的情况。

【**指标导向**】逐步提高。

**【数据来源】**全国卫生健康财务年报；国家卫生健康委公立医院绩效考核管理平台。

## 18.中药饮片收入占药品收入比例

**【指标属性】**定量指标

**【计量单位】**百分比（%）

**【指标定义】**

考核年度中药饮片收入占药品收入的比例。

**【计算方法】**

**【指标说明】**

（1）分子：本指标中药饮片收入包括考核年度内门急诊、住院的散装中药饮片收入、小包装中药饮片收入、中药配方颗粒剂收入之和。

（2）分母：药品收入是指同期门急诊和住院药品总收入，包括中药收入和西药收入。

（3）民族医医院[[34]](#footnote-34)本指标不纳入评价。

**【指标意义】**

散装中药饮片收入、小包装中药饮片收入、中药配方颗粒剂收入占药品收入比例反映医院药品收入结构，体现中医特色和优势。

**【指标导向】**逐步提高。

**【数据来源】**全国卫生健康财务年报；国家卫生健康委公立医院绩效考核管理平台。

## 19.人员经费占比

**【指标属性】**定量指标

**【计量单位】**百分比（%）

**【指标定义】**

考核年度人员经费[[35]](#footnote-35)占医疗活动费用的比例。

**【计算方法】**

**延伸指标：**

**【指标说明】**

（1）分子：人员经费包括医院全部人员发生的费用（不含财政项目拨款经费和科教经费中人员发生的费用）。

（2）分母：医疗活动费用包括业务活动费用（不含财政项目拨款经费和科教经费）、单位管理费用（不含财政项目拨款经费和科教经费）、经营费用、资产处置费用、上缴上级费用、对附属单位补助费用、所得税费用、其他费用。

（3）财政项目拨款经费和科教项目经费支付的人员劳务费、专家咨询费等人员经费不在本指标计算范围内。

（4）延伸指标：反映公立中医医院固定薪酬占比情况。固定薪酬是医生的工资中没有绩效的部分，每月（年）领取固定的薪水。此指标包括基本工资、津贴补贴和社保公积金等。

**【指标意义】**

《国务院办公厅关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》（国办发〔2015〕38号）提出，探索制定公立医院绩效工资总量核定办法，着力体现医务人员技术劳务价值，合理确定医务人员收入水平，并建立动态调整机制，做到多劳多得、优绩优酬，重点向临床一线、业务骨干、关键岗位以及支援基层和有突出贡献的人员倾斜。《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18号）要求，改革薪酬分配制度，落实“允许医疗卫生机构突破现行事业单位工资调控水平，允许医疗服务收入扣除成本并按规定提取各项基金后主要用于人员奖励”要求，合理确定、动态调整公立医院薪酬水平，合理确定人员支出占公立医院业务支出的比例。建立主要体现岗位职责和知识价值的薪酬体系，实行以岗定责、以岗定薪、责薪相适、考核兑现。在核定的薪酬总量内，公立医院可采取多种方式自主分配。医院可自主设立体现医疗行业特点、劳动特点和岗位价值的薪酬项目，充分发挥各项目的保障和激励作用，更加注重发挥薪酬制度的保障功能。《国务院办公厅关于进一步完善医疗卫生服务体系的意见》要求，深化薪酬制度改革。落实“允许医疗卫生机构突破现行事业单位工资调控水平，允许医疗服务收入扣除成本并按规定提取各项基金后主要用于人员奖励”要求，建立健全适应医疗卫生行业特点的薪酬制度。全面深化公立医院薪酬制度改革。

**【指标导向】**逐步提高。

**【数据来源】**全国卫生健康财务年报；国家卫生健康委公立医院绩效考核管理平台；医院填报。

五、创新增效相关指标

创新增效指标部分，共有二级指标3个，均为定量指标。

## 20.智慧医院建设成效

**【指标属性】**定量指标

**【计量单位】**无

**【指标定义】**

评价医疗机构智慧医疗建设情况。

**【计算方法】**

公立中医医院电子病历系统应用水平、智慧服务、智慧管理“三位一体”智慧医院建设的综合结果。

**【指标说明】**

（1）电子病历应用功能水平分级：按照《关于印发电子病历系统应用水平分级评价管理办法（试行）及评价标准（试行）的通知》（国卫办医函〔2018〕1079号）要求，电子病历系统应用水平划分为0-8共9个等级，10个角色，39个评价项目。

① 9个等级：每一等级的标准包括电子病历各个局部系统的要求和对医疗机构整体电子病历系统的要求。

0级：未形成电子病历系统

1级：独立医疗信息系统建立

2级：医疗信息部门内部交换

3级：部门间数据交换

4级：全院信息共享，初级医疗决策支持

5级：统一数据管理，中级医疗决策支持

6级：全流程医疗数据闭环管理，高级医疗决策支持

7级：医疗安全质量管控，区域医疗信息共享

8级：健康信息整合，医疗安全质量持续提升

② 10个角色：病房医师、病房护士、门诊医师、检查科室、检验处理、治疗信息处理、医疗保障、病历管理、电子病历基础、信息利用。

③ 39个评价项目：病房医嘱处理、病房检验申请、病房检验报告、病房检查申请、病房检查报告、病房病历记录、病人管理与评估、医嘱执行、护理记录、处方书写、门诊检验申请、门诊检验报告、门诊检查申请、门诊检查报告、门诊病历记录、申请与预约、检查记录、检查报告、检查图像、标本处理、检验结果记录、报告生成、一般治疗记录、手术预约与登记、麻醉信息、监护数据、血液准备、配血与用血、门诊药品调剂、病房药品配置、病历质量控制、电子病历文档应用、病历数据存储、电子认证与签名、基础设施与安全管控、系统灾难恢复体系、临床数据整合、医疗质量控制、知识获取及管理。

（2）智慧服务分级：按照《国家卫生健康委办公厅关于印发医院智慧服务分级评估标准体系（试行）的通知》（国卫办医函〔2019〕236号）要求，对医院应用信息化为患者提供智慧服务的功能和患者感受到的效果两个方面进行评估，分为0-5共6个等级，5个类别共17个评估项目。

① 6个等级：每一等级的标准包括对医院应用信息化为患者提供智慧服务的功能和患者感受到的效果两个方面。

0级：医院没有或极少应用信息化手段为患者提供服务

1级：医院应用信息化手段为门急诊或住院患者提供部分服务

2级：医院内部的智慧服务初步建立

3级：联通医院内外的智慧服务初步建立

4级：医院智慧服务基本建立

5级：基于医院的智慧医疗健康服务基本建立

② 5个类别：诊前服务、诊中服务、诊后服务、全程服务、基础与安全。

③ 17个评价项目：诊疗预约、急救衔接、转诊服务、信息推送、标识与导航、患者便利保障服务、患者反馈、患者管理、药品调剂与配送、家庭服务、基层医师指导、费用支付、智能导医、健康宣教、远程医疗、安全管理、服务监督。

（3）智慧管理分级：按照《国家卫生健康委办公厅关于印发医院智慧管理分级评估标准体系（试行）的通知》（国卫办医函〔2021〕86号）要求，针对医院管理的核心内容，从智慧管理的功能和效果两个方面进行评估，评估结果分为0级至5级。

0级：无医院管理信息系统。手工处理医院管理过程中的各种信息，未使用信息系统。

1级：开始运用信息化手段开展医院管理。使用信息系统处理医院管理的有关数据，所使用的软件为通用或专用软件，但不具备数据交换共享功能。

2级：初步建立具备数据共享功能的医院管理信息系统。在管理部门内部建立信息处理系统，数据可以通过网络在部门内部各岗位之间共享并进行处理。

3级：依托医院管理信息系统实现初级业务联动。管理部门之间可以通过网络传送数据，并采用任意方式（如界面集成、调用信息系统数据等）获得本部门之外所需的数据。本部门信息系统的数据可供其他部门共享使用，信息系统能够依据基础字典库进行数据交换。

4级：依托医院管理信息系统实现中级业务联动。通过数据接口方式实现医院管理、医疗、护理、患者服务等主要管理系统（如会计、收费、医嘱等系统）数据交换。管理流程中，信息系统实现至少 1 项业务数据的核对与关联检查功能。

5级：初步建立医院智慧管理信息系统，实现高级业务联动与管理决策支持功能。各管理部门能够利用院内的医疗、护理、患者服务、运营管理等系统，完成业务处理、数据核对、流程管理等医院精细化管理工作。建立医院智慧管理数据库，具备管理指标自动生成、管理信息集成展示、管理工作自动提示等管理决策支持功能。

**【指标意义】**

为加快智慧医院建设，基于医院智慧服务分级评估标准体系，指导医院以问题和需求为导向持续加强信息化建设、提供智慧服务。同时通过评估电子病历应用对医院管理各环节的实际作用与效果，全面评估医疗机构现阶段电子病历系统应用所达到的水平。

《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18号）、《国务院办公厅关于印发“十四五”中医药发展规划的通知》（国办发〔2022〕5号）、《国家中医药管理局关于印发“十四五”中医药信息化发展规划的通知》（国中医药规财函〔2022〕238号）要求强化信息化支撑作用，推进电子病历、智慧服务、智慧管理“三位一体”的智慧医院建设和医院信息标准化建设。《关于印发公立医院高质量发展促进行动（2021-2025年）的通知》（国卫医发〔2021〕27号）明确要求将信息化作为医院基本建设的优先领域，到2025年，建成一批发挥示范引领作用的智慧医院，线上线下一体化医疗服务模式形成，医疗服务区域均衡性进一步增强。

**【指标导向】**逐步提高。

**【数据来源】**国家卫生健康委医院管理研究所智慧医院分级评价平台；国家卫生健康委公立医院绩效考核管理平台。

## 21.万元收入能耗占比

**【指标属性】**定量指标

**【计量单位】**吨标煤/万元

**【指标定义】**

万元收入能耗占比指医院年总能耗支出与年总收入的比值，即每万元收入消耗的吨标煤数量。

**【计算方法】**

**【指标说明】**

（1）分子：年总能耗指考核年度医院发生的水、电、气、热等能耗折算成吨标煤后之和[[36]](#footnote-36)。

（2）分母：年总收入包括“财政拨款收入”、“事业收入”、“上级补助收入”、“附属单位上缴收入”、“经营收入”、“非同级财政拨款收入”、“投资收益”、“捐赠收入”、“利息收入”、“租金收入”、“其他收入”等全部收入。

**【指标意义】**

《关于开展“公立医疗机构经济管理年”活动的通知》（国卫财务函〔2020〕262号）、《关于在全国范围内持续开展“公立医疗机构经济管理年”活动的通知》（国卫财务函〔2022〕72号）提出牢固树立“过紧日子”理念，将日常业务管理与严控一般性支出、节约资源成本同部署、同落实、同监管、同评价，确保全员参与、全流程管控。引导医院进一步加强节能管理工作，推进节约型医院建设，实现节能减排的目标，合理降低医院运行成本，提升精细化管理水平。

**【指标导向】**逐步降低。

**【数据来源】**全国卫生健康财务年报（其中“年总能耗”由医院填报）；国家卫生健康委公立医院绩效考核管理平台。

## 22.每百名卫生技术人员中医药科研项目经费

**【指标属性】**定量指标

**【计量单位】**元

**【指标定义】**

考核年度每百名卫生技术人员[[37]](#footnote-37)立项的中医药科研经费总金额。

**【计算方法】**

**每百名卫生技术人员中医药科研项目[[38]](#footnote-38)经费**

**【指标说明】**

（1）分子：中医药科研项目经费以当年立项批复或签订合同的中医药科研项目金额为准，包括纵向〔国家、部/委、省、直辖市等政府或者上级主管部门下达的课题项目〕和横向（非政府机构或者上级单位，含GCP临床试验）中医药科研项目。不含院内课题和院内匹配经费。不含适宜技术推广、新技术引进、学科建设、平台建设、工作室建设、科普宣传、中医药科研相关奖励等费用。

（2）分母：卫生技术人员包括医、药、护、技四类在岗人员，包含在行政职能科室工作的四类人员。

**【指标意义】**

考核医院中医药科研创新能力。《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18号）要求推进医学技术创新。面向生命科学、生物医药科技前沿，面向国家战略需求和医药卫生领域重大科学问题，加强基础和临床研究，推动原创性疾病预防诊断治疗新技术、新产品、新方案和新策略等的产出，强化科研攻关对重大疫情和突发公共卫生事件应对的支撑作用。《中共中央 国务院关于促进中医药传承创新发展的意见》（中发办〔2019〕43号）提出“发挥中医药原创优势、推动我国生命科学实现创新突破”，将“加快推进中医药科研和创新”列为重点任务之一。

**【指标导向】**逐步提高。

**【数据来源】**医院填报；国家卫生健康委公立医院绩效考核管理平台。

六、文化聚力相关指标

文化聚力指标部分，共有二级指标2个，均为定量指标。

## 23.患者满意度

**【指标属性】**定量指标

**【计量单位】**分值

**【指标定义】**

患者满意度评价患者对医疗服务怀有的期望与其对医疗服务的实际感知的一致性程度，包括门诊患者满意度、住院患者满意度。

**【计算方法】**

患者满意度调查得分。

**【指标说明】**

（1）门诊患者满意度问卷维度包括挂号体验、医患沟通、医务人员回应性、隐私保护、环境与标识等。

（2）住院患者满意度问卷维度包括医患沟通、医务人员回应性、出入院手续和信息、疼痛管理、用药沟通、环境与标识、饭菜质量、对亲友态度等。

（3）满意度评价作为医院绩效考核指标的组成部分，仅考察医院可控可改进的部分（医院本身的绩效），不包括影响患者就医体验但医院不可控的部分，比如服务价格。

**【指标意义】**

根据《关于印发进一步改善医疗服务行动计划的通知》（国卫医发〔2015〕2号）、《关于印发进一步改善医疗服务行动计划（2018-2020年）》（国卫医发〔2017〕73号）及《国家卫生计生委办公厅关于开展医院满意度调查试点工作的通知》（国卫办医函〔2017〕849号）要求，医院应当制订满意度监测指标并不断完善，将患者满意度作为加强内部运行机制改革、促进自身健康发展的有效抓手，有针对性地改进服务，着力构建患者满意度调查长效工作机制，为患者提供人性化服务和人文关怀。《关于印发公立医院高质量发展促进行动（2021-2025年）的通知》（国卫医发〔2021〕27号）要求，建立健全满意度管理制度，落实《关于开展改善就医感受提升患者体验主题活动的通知》（国卫医政发〔2023〕11号）要求，提升就医患者体验。

**【指标导向】**逐步提高。

**【数据来源】**国家卫生健康委满意度调查平台；国家卫生健康委公立医院绩效考核管理平台。

## 24.医务人员满意度

**【指标属性】**定量指标

**【计量单位】**分值

**【指标定义】**

医务人员满意度考核医务人员对其所从事工作的总体态度，即医务人员对其需要的满足程度。

**【计算方法】**

医务人员满意度调查得分。

**【指标说明】**

调查问题维度包括薪酬福利、发展晋升、工作内容与环境、上下级关系、同级关系等**。**

**【指标意义】**

根据《关于印发进一步改善医疗服务行动计划的通知》（国卫医发〔2015〕2号）、《关于印发进一步改善医疗服务行动计划（2018-2020年）》（国卫医发〔2017〕73号）及《国家卫生计生委办公厅关于开展医院满意度调查试点工作的通知》（国卫办医函〔2017〕849号）要求，各级卫生健康行政部门、中医药主管部门和医疗机构要关心关爱医务人员，充分发挥健康中国建设主力军作用，提高医务人员满意度，调动医务人员积极性，减少人员频繁流动等问题，使医务人员更好地为患者服务。《关于印发公立医院高质量发展促进行动（2021-2025年）的通知》（国卫医发〔2021〕27号）要求，建立健全满意度管理制度。

**【指标导向】**逐步提高。

**【数据来源】**国家卫生健康委满意度调查平台；国家卫生健康委公立医院绩效考核管理平台

1. 病种根据公立中医医院上报的中医住院病案首页数据测算结果确定。 [↑](#footnote-ref-0)
2. 手术操作种类根据公立中医医院上报的中医住院病案首页数据测算结果确定。 [↑](#footnote-ref-1)
3. 为规避病种间的差异程度，在进行计算时应进行标准化处理。 [↑](#footnote-ref-2)
4. 4.根据《医疗机构手术分级管理办法》（国卫医政发〔2022〕18号）规定，手术是指医疗机构及其医务人员以诊断或治疗疾病为目的，在人体局部进行操作，以去除病变组织、修复损伤、移植组织或器官、植入医疗器械等医学操作的医疗技术，手术应当经过临床研究论证且安全性、有效性确切。 [↑](#footnote-ref-3)
5. 5.围手术期是指围绕患者术前24小时至与本次手术有关的治疗基本结束的过程。含中医药治疗。中医药治疗包括中药内服或外用、中医医疗技术等。 [↑](#footnote-ref-4)
6. 介入治疗即在不切开暴露病灶的情况下，在血管、皮肤上做微小通道，或经人体原有管道，在影像设备（血管造影机、透视机、TC、MR、B超等）的引导下对病灶局部进行治疗的创伤最小的治疗方法，包括：心血管介入、外周血管介入、神经血管介入、综合介入。 [↑](#footnote-ref-5)
7. 理法方药使用一致是指中医住院病案的首次病程及病程记录中辨证、立法、选方、谴药一致。 [↑](#footnote-ref-6)
8. 手术并发症是指并发于手术或手术后的疾病或情况，本年度仅统计择期手术后，并发于手术或手术后的疾病或情况的人数，包括：手术后肺栓塞、深静脉血栓、脓毒症、出血或血肿、伤口裂开、猝死、呼吸衰竭、生理/代谢紊乱、与手术/操作相关感染、手术过程中异物遗留、手术患者麻醉并发症、肺部感染与肺机能不全、手术意外穿刺伤或撕裂伤、手术后急性肾衰竭等。参阅《卫生部办公厅关于印发<三级综合医院医疗质量管理与控制指标（2011年版）>的通知》（卫办医政函〔2011〕54号）和《国家卫生健康委关于印发<三级医院评审标准（2022年版）>及其实施细则的通知》 (国卫医政发〔2022〕31号)。 [↑](#footnote-ref-7)
9. I类切口是指手术切口为无菌切口。 [↑](#footnote-ref-8)
10. 手术切口感染包括表浅手术切口感染和深部手术切口感染。参阅《关于印发医院感染诊断标准（试行）的通知》（卫医发〔2001〕2号）。 [↑](#footnote-ref-9)
11. WHO在1969年制定了解剖-治疗-化学的药物[分类系统](https://baike.baidu.com/item/%E5%88%86%E7%B1%BB%E7%B3%BB%E7%BB%9F" \t "_blank)（anatomical therapeutic chemical，ATC），确定了将限定日剂量（DDD）作为用药频度分析的单位。抗菌药物使用强度DDDs指用于主要治疗目的的成人的药物平均日剂量。 [↑](#footnote-ref-10)
12. 理法方药使用一致的病历判断标准：全部病程记录均应符合理法方药一致，如果在首次病程记录或任意一次病程记录中，无论是应用散装中药饮片、小包装中药饮片、中药配方颗粒剂、中成药（含医疗机构中药制剂）、中医医疗技术在辨证、立法、选方、谴药存在不一致现象，或有医嘱，病程中无记录的现象，此份病历均视为理法方药不一致。 [↑](#footnote-ref-12)
13. I类切口丙级愈合是指无菌手术切口发生切口化脓的情况。切口愈合等级包括甲级愈合（切口愈合良好）、乙级愈合（切口愈合欠佳）、丙级愈合（切口化脓）和其他愈合（出院时切口愈合情况不确定）。参阅《卫生部关于修订住院病案首页的通知》（卫医政发〔2011〕84号）。 [↑](#footnote-ref-13)
14. 死亡及其他人数统计界定原则是（1）“死亡”包括已办住院手续后死亡者、未办理住院手续而实际上已收容入院的死亡者。（2）“其他”人数指正常分娩和未产出院者、未治和住院经检查无病出院者、无并发症的人工流产或绝育手术出院者。 [↑](#footnote-ref-14)
15. 参阅《2021国家卫生健康统计调查制度》。 [↑](#footnote-ref-15)
16. 参阅《2021国家卫生健康统计调查制度》。 [↑](#footnote-ref-16)
17. 参阅《三级民族医医院评审标准（2017年版）》（国中医药办医政发〔2017〕26号）。 [↑](#footnote-ref-17)
18. 散装中药饮片是中药饮片的传统应用形式，医疗机构一般以大包装的形式进行购入，中药学专业技术人员拆包装分散至斗柜或其他调配设备中，根据医师处方要求，调配，供患者煎煮后使用的中药饮片。 [↑](#footnote-ref-18)
19. 小包装中药饮片是指按照设定的剂量包装，能直接“数包”配方的中药饮片，供患者煎煮后使用。参阅《小包装中药饮片医疗机构应用指南》（国中医药办[2008]34号）。 [↑](#footnote-ref-19)
20. 医疗机构中药制剂是指取得省级药品监督部门的批准文号，或符合国家食品药品监督管理总局《关于对医疗机构应用传统工艺配制中药制剂实施备案管理的公告》（2018年第19号）要求备案的医疗机构中药制剂。不含未经批准的医疗机构院内协定处方。各省食品药品监督管理局医疗机构中药制剂批准号格式为X药制备字Z（M）+4位年号+4位顺序号；传统中药制剂备案号格式为X药制备字Z（M）+4位年号+4位顺序号+3位变更顺序号（首次备案3位变更顺序号为000）。X为省份简称，Z为传统中药制剂，M为传统民族药制剂。 [↑](#footnote-ref-20)
21. 参阅《三级民族医医院评审标准(2017年版)》（国中医药办医政发〔2017〕26号）。 [↑](#footnote-ref-21)
22. 中医非药物疗法是指以中医理论为指导，以诊断和治疗疾病为目的，能够消除疾病、缓解病情、减轻痛苦、改善功能、延长生命、帮助患者恢复健康而采取的技术方法，包括针刺、灸类、刮痧、拔罐、推拿等中医医疗技术。中医医疗技术参阅《中医医疗技术手册（2013普及版）》（国中医

    药医政医管便函〔2013〕81号）和《全国医疗服务价格项目规范(2012年版)》（发改价格〔2012〕1170号）中的中医医疗技术。 [↑](#footnote-ref-22)
23. 中医治疗费用是指中医住院病案首页中住院费用项目5中医类(中医，含少数民族医医疗服务）(13）中医治疗（中医外治、中医骨伤、针刺与灸法、中医推拿治疗、中医肛肠治疗、中医特殊治疗），（14）中医其他（除外中药特殊调配加工、辨证施膳）。参阅《中医住院病案首页数据填写质量管理规范（暂行）》（国中医药办医政发〔2017〕1号）。 [↑](#footnote-ref-23)
24. 参阅《2021国家卫生健康统计调查制度》。 [↑](#footnote-ref-24)
25. 中医类别执业医师含中医类别执业（助理）医师（包括中医专业、中西医结合专业、民族医专业）和中医（专长）医师。 [↑](#footnote-ref-25)
26. 参阅《关于印发医疗机构、医师、护士电子化注册管理规范（试行）等文件的通知》（国卫办医发〔2017〕18号）。 [↑](#footnote-ref-26)
27. 2年以上中医药知识和技能系统培训指经2年以上中医药院校教育，或经省级中医药管理部门认可批准的西医学习中医学习班学习培训（总学时时数不少于850学时）。参阅《三级中西医结合医院评审实施细则》（国中医药办医政发〔2017〕26 号）。 [↑](#footnote-ref-27)
28. 参阅《医师执业注册管理办法》（中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会令第13号）。 [↑](#footnote-ref-28)
29. 其他治疗费用包括中医住院病案首页住院费用中项目3治疗类：（9）非手术治疗项目费（临床物理治疗费）、（10）手术治疗费（麻醉费、手术费）；项目6西药类：（15）西药费（抗菌药物费）；项目8血液和血液制品类：（18）血费、（19）白蛋白类制品费、（20）球蛋白类制品费、（21）凝血因子类制品费、（22）细胞因子类制品费；项目9耗材类：（24）治疗用一次性医用材料费、（25）手术用一次性医用材料费。 [↑](#footnote-ref-29)
30. 三级手术指风险较高、过程较复杂、难度较大、资源消耗较多的手术。参阅《关于印发医疗机构手术分级管理办法的通知》（国卫医政发〔2022〕18号）。 [↑](#footnote-ref-30)
31. 四级手术是指风险高、过程复杂、难度大、资源消耗多或涉及重大伦理风险的手术。参阅《关于印发医疗机构手术分级管理办法的通知》（国卫医政发〔2022〕18号）。 [↑](#footnote-ref-31)
32. 微创手术是指出院患者在日间手术室或住院部手术室内、麻醉状态下的内科和外科腔镜手术、血管内和实质脏器的介入治疗，具有创伤小、疼痛轻、恢复快的特点。 [↑](#footnote-ref-32)
33. 中医医疗服务项目是指应用中医药理论和技术完成诊断治疗的医疗服务项目。参阅《全国医疗 服务价格项目规范（2012 年版）》（发改价格〔2012〕1170 号）。 [↑](#footnote-ref-33)
34. 参阅《三级民族医医院评审标准（2017年版）》（国中医药办医政发〔2017〕26号）。 [↑](#footnote-ref-34)
35. 根据《关于印发<政府会计制度——行政事业单位会计科目和报表>的通知》（财会〔2017〕25号）、《关于印发医院执行《政府会计制度——行政事业单位会计科目和报表》的补充规定和衔接规定的通知》（财会〔2018〕24号）有关要求，全国行政事业单位从2019年1月1日起执行《政府会计制度》。 [↑](#footnote-ref-35)
36. 电：1千瓦时＝0.1229×10-3吨标准煤，煤炭：1吨＝0.7143吨标准煤

    煤气：1立方米＝0.5714×10-3吨标准煤，天然气:1立方米＝1.33×10-3吨标准煤

    汽油：1吨=1.4714吨标准煤，煤油：1吨=1.4714吨标准煤，柴油：1吨=1.4571吨标准煤

    燃料油：1吨=1.4286吨标准煤，外购热力：1百万千焦=0.0341吨标准煤（按供热面积结算热力的单位：1个供暖季按面积每1平方米≈0.0310吨标煤）

    水：1吨=0.0857×10-3吨标准煤，液化石油气：1吨=1.7143吨标准煤，

    焦炭：1吨=0.9714吨标准煤。 [↑](#footnote-ref-36)
37. 卫生技术人员：依据《2021国家卫生健康统计调查制度》，卫生技术人员包括执业医师、执业助理医师、注册护士、药师（士）、检验及影像技师（士）、卫生监督员和见习医（药、护、技）师（士）等卫生专业人员，包括从事临床或监督工作并同时从事管理工作的人员（如院长、书记等）。还包括根据《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》（国家卫生和计划生育委员会令第15号）规定，取得《中医（专长）医师执业证书》的人员。 [↑](#footnote-ref-37)
38. 中医药科研项目内容包括中医临床研究、中医基础研究、中药研究和中医诊疗技术、设备研究等。 [↑](#footnote-ref-38)