河南省康复医学质量控制中心

应知应会核心制度
（制度类）

2025 年 12 月

目录

共性内容

1. 医疗质量管理办法 ·····

2. 医疗技术临床应用管理办法 ·····

3. 医疗质量安全核心制度要点释义(第二版) ·····

4. 河南省医疗质量控制中心管理办法 ·····

5. 河南省全面提升医疗质量行动实施方案（2023-2025 年）····

6. 患者安全专项行动方案（2023-2025 年）·····

7. 2025 年国家医疗质量安全改进目标 ·····

8. 2025 年各专业质控工作改进目标 ·····

9. 国家三级公立医院绩效监测操作手册（2025 版）·····

个性内容

1. 河南省康复医学专业 2025 年质控工作改进目标工作方案····

2. 河南省康复医学质量控制中心调研指导评价细则 ·····

3. 市级质控中心述职评价细则 ·····

4. 河南省康复医学技术专业人员分级职责和能力建设标准·····

共性内容

医疗质量管理办法

(2016 年 9 月 25 日国家卫生和计划生育委员会令第 10 号公布 自 2016 年 11 月 1 日起施行)

第一章　总则

第一条 为加强医疗质量管理，规范医疗服务行为，保障医疗安全，根据有关法律法规，制定本办法。

第二条 本办法适用于各级卫生计生行政部门以及各级各类医疗机构医疗质量管理工作。

第三条 国家卫生计生委负责全国医疗机构医疗质量管理工作。

县级以上地方卫生计生行政部门负责本行政区域内医疗机构医疗质量管理工作。

国家中医药管理局和军队卫生主管部门分别在职责范围内负责中医和军队医疗机构医疗质量管理

工作。

第四条 医疗质量管理是医疗管理的核心，各级各类医疗机构是医疗质量管理的第一责任主体，应当全面加强医疗质量管理，持续改进医疗质量，保障医疗安全。

第五条 医疗质量管理应当充分发挥卫生行业组织的作用，各级卫生计生行政部门应当为卫生行业组织参与医疗质量管理创造条件。

第二章　组织机构和职责

第六条 国家卫生计生委负责组织或者委托专业机构、行业组织（以下称专业机构）制订医疗质量管理相关制度、规范、标准和指南，指导地方各级卫生计生行政部门和医疗机构开展医疗质量管理与控制工作。省级卫生计生行政部门可以根据本地区实际，制订行政区域医疗质量管理相关制度、规范和具体实

施方案。

县级以上地方卫生计生行政部门在职责范围内负责监督、指导医疗机构落实医疗质量管理有关规章制度。

第七条 国家卫生计生委建立国家医疗质量管理与控制体系，完善医疗质量控制与持续改进的制度和工作机制。

各级卫生计生行政部门组建或者指定各级、各专业医疗质量控制组织（以下称质控组织）落实医疗质量管理与控制的有关工作要求。

第八条 国家级各专业质控组织在国家卫生计生委指导下，负责制订全国统一的质控指标、标准和质量管理要求，收集、分析医疗质量数据，定期发布质控信息。

省级和有条件的地市级卫生计生行政部门组建相应级别、专业的质控组织，开展医疗质量管理与控制工作。

第九条 医疗机构医疗质量管理实行院、科两级责任制。

医疗机构主要负责人是本机构医疗质量管理的第一责任人;临床科室以及药学、护理、医技等部门（以下称业务科室）主要负责人是本科室医疗质量管理的第一责任人。

第十条 医疗机构应当成立医疗质量管理专门部门，负责本机构的医疗质量管理工作。

二级以上的医院、妇幼保健院以及专科疾病防治机构（以下称二级以上医院）应当设立医疗质量管理委员会。医疗质量管理委员会主任由医疗机构主要负责人担任，委员由医疗管理、质量控制、护理、医院感染管理、医学工程、信息、后勤等相关职能部门负责人以及相关临床、药学、医技等科室负责人组成，指定或者成立专门部门具体负责日常管理工作。 其他医疗机构应当设立医疗质量管理工作小组或者指定专（兼）职人员，负责医疗质量具体管理工作。

第十一条 医疗机构医疗质量管理委员会的主要职责是：

（一）按照国家医疗质量管理的有关要求，制订本机构医疗质量管理制度并组织实施；

（二）组织开展本机构医疗质量监测、预警、分析、考核、评估以及反馈工作，定期发布本机构质量管理信息；

（三）制订本机构医疗质量持续改进计划、实施方案并组织实施；

（四）制订本机构临床新技术引进和医疗技术临床应用管理相关工作制度并组织实施；

（五）建立本机构医务人员医疗质量管理相关法律、法规、规章制度、技术规范的培训制度，制订培训计划并监督实施；

（六）落实省级以上卫生计生行政部门规定的其他内容。

第十二条 二级以上医院各业务科室应当成立本

科室医疗质量管理工作小组，组长由科室主要负责人担任，指定专人负责日常具体工作。医疗质量管理工作小组主要职责是：

（一）贯彻执行医疗质量管理相关的法律、法规、规章、规范性文件和本科室医疗质量管理制度；

（二）制订本科室年度质量控制实施方案，组织开展科室医疗质量管理与控制工作；

（三）制订本科室医疗质量持续改进计划和具体落实措施；

（四）定期对科室医疗质量进行分析和评估，对医疗质量薄弱环节提出整改措施并组织实施；

（五）对本科室医务人员进行医疗质量管理相关法律、法规、规章制度、技术规范、标准、诊疗常规及指南的培训和宣传教育；

（六）按照有关要求报送本科室医疗质量管理相关信息。

第十三条 各级卫生计生行政部门和医疗机构应

当建立健全医疗质量管理人员的培养和考核制度，充分发挥专业人员在医疗质量管理工作中的作用。

第三章　医疗质量保障

第十四条 医疗机构应当加强医务人员职业道德教育，发扬救死扶伤的人道主义精神，坚持“以患者为中心”，尊重患者权利，履行防病治病、救死扶伤、保护人民健康的神圣职责。

第十五条 医务人员应当恪守职业道德，认真遵守医疗质量管理相关法律法规、规范、标准和本机构医疗质量管理制度的规定，规范临床诊疗行为，保障医疗质量和医疗安全。

第十六条 医疗机构应当按照核准登记的诊疗科目执业。卫生技术人员开展诊疗活动应当依法取得执业资质，医疗机构人力资源配备应当满足临床工作需要。

医疗机构应当按照有关法律法规、规范、标准要求，使用经批准的药品、医疗器械、耗材开展诊疗活动。

医疗机构开展医疗技术应当与其功能任务和技术能力相适应，按照国家关于医疗技术和手术管理有关规定，加强医疗技术临床应用管理。

第十七条 医疗机构及其医务人员应当遵循临床诊疗指南、临床技术操作规范、行业标准和临床路径等有关要求开展诊疗工作，严格遵守医疗质量安全核心制度，做到合理检查、合理用药、合理治疗。

第十八条 医疗机构应当加强药学部门建设和药事质量管理，提升临床药学服务能力，推行临床药师制，发挥药师在处方审核、处方点评、药学监护等合理用药管理方面的作用。临床诊断、预防和治疗疾病用药应当遵循安全、有效、经济的合理用药原则，尊重患者对药品使用的知情权。

第十九条 医疗机构应当加强护理质量管理，完

善并实施护理相关工作制度、技术规范和护理指南；加强护理队伍建设，创新管理方法，持续改善护理质量。

第二十条 医疗机构应当加强医技科室的质量管理，建立覆盖检查、检验全过程的质量管理制度，加强室内质量控制，配合做好室间质量评价工作，促进临床检查检验结果互认。

第二十一条 医疗机构应当完善门急诊管理制度，规范门急诊质量管理，加强门急诊专业人员和技术力量配备，优化门急诊服务流程，保证门急诊医疗质量和医疗安全，并把门急诊工作质量作为考核科室和医务人员的重要内容。

第二十二条 医疗机构应当加强医院感染管理，严格执行消毒隔离、手卫生、抗菌药物合理使用和医院感染监测等规定，建立医院感染的风险监测、预警以及多部门协同干预机制，开展医院感染防控知识的培训和教育，严格执行医院感染暴发报告制度。

第二十三条 医疗机构应当加强病历质量管理，建立并实施病历质量管理制度，保障病历书写客观、真实、准确、及时、完整、规范。

第二十四条 医疗机构及其医务人员开展诊疗活动，应当遵循患者知情同意原则，尊重患者的自主选择权和隐私权，并对患者的隐私保密。

第二十五条 医疗机构开展中医医疗服务，应当符合国家关于中医诊疗、技术、药事等管理的有关规定，加强中医医疗质量管理。

第四章　医疗质量持续改进

第二十六条 医疗机构应当建立本机构全员参与、覆盖临床诊疗服务全过程的医疗质量管理与控制工作制度。医疗机构应当严格按照卫生计生行政部门和质控组织关于医疗质量管理控制工作的有关要求，积极配合质控组织开展工作，促进医疗质量持续改

进。

医疗机构应当按照有关要求，向卫生计生行政部门或者质控组织及时、准确地报送本机构医疗质量安全相关数据信息。

医疗机构应当熟练运用医疗质量管理工具开展医疗质量管理与自我评价，根据卫生计生行政部门或者质控组织发布的质控指标和标准完善本机构医疗质量管理相关指标体系，及时收集相关信息，形成本机构医疗质量基础数据。

第二十七条 医疗机构应当加强临床专科服务能力建设，重视专科协同发展，制订专科建设发展规划并组织实施，推行“以患者为中心、以疾病为链条”的多学科诊疗模式。加强继续医学教育，重视人才培养、临床技术创新性研究和成果转化，提高专科临床服务能力与水平。

第二十八条 医疗机构应当加强单病种质量管理与控制工作，建立本机构单病种管理的指标体系，制

订单病种医疗质量参考标准，促进医疗质量精细化管理。

第二十九条 医疗机构应当制订满意度监测指标并不断完善，定期开展患者和员工满意度监测，努力改善患者就医体验和员工执业感受。

第三十条 医疗机构应当开展全过程成本精确管理，加强成本核算、过程控制、细节管理和量化分析，不断优化投入产出比，努力提高医疗资源利用效率。

第三十一条 医疗机构应当对各科室医疗质量管理情况进行现场检查和抽查，建立本机构医疗质量内部公示制度，对各科室医疗质量关键指标的完成情况予以内部公示。

医疗机构应当定期对医疗卫生技术人员开展医疗卫生管理法律法规、医院管理制度、医疗质量管理与控制方法、专业技术规范等相关内容的培训和考核。

医疗机构应当将科室医疗质量管理情况作为科

室负责人综合目标考核以及聘任、晋升、评先评优的重要指标。

医疗机构应当将科室和医务人员医疗质量管理情况作为医师定期考核、晋升以及科室和医务人员绩效考核的重要依据。

第三十二条 医疗机构应当强化基于电子病历的医院信息平台建设，提高医院信息化工作的规范化水平，使信息化工作满足医疗质量管理与控制需要，充分利用信息化手段开展医疗质量管理与控制。建立完善医疗机构信息管理制度，保障信息安全。

第三十三条 医疗机构应当对本机构医疗质量管理要求执行情况进行评估，对收集的医疗质量信息进行及时分析和反馈，对医疗质量问题和医疗安全风险进行预警，对存在的问题及时采取有效干预措施，并评估干预效果，促进医疗质量的持续改进。

第五章　医疗安全风险防范

第三十四条 国家建立医疗质量（安全）不良事件报告制度，鼓励医疗机构和医务人员主动上报临床诊疗过程中的不良事件，促进信息共享和持续改进。

医疗机构应当建立医疗质量（安全）不良事件信息采集、记录和报告相关制度，并作为医疗机构持续改进医疗质量的重要基础工作。

第三十五条 医疗机构应当建立药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件监测报告制度，并按照国家有关规定向相关部门报告。

第三十六条 医疗机构应当提高医疗安全意识，建立医疗安全与风险管理体系，完善医疗安全管理相关工作制度、应急预案和工作流程，加强医疗质量重点部门和关键环节的安全与风险管理，落实患者安全目标。医疗机构应当提高风险防范意识，建立完善相关制度，利用医疗责任保险、医疗意外保险等风险分担形式，保障医患双方合法权益。制订防范、处理医

疗纠纷的预案，预防、减少医疗纠纷的发生。完善投诉管理，及时化解和妥善处理医疗纠纷。

第六章　监督管理

第三十七条 县级以上地方卫生计生行政部门负责对本行政区域医疗机构医疗质量管理情况的监督检查。医疗机构应当予以配合，不得拒绝、阻碍或者隐瞒有关情况。

第三十八条 县级以上地方卫生计生行政部门应当建立医疗机构医疗质量管理评估制度，可以根据当地实际情况，组织或者委托专业机构，利用信息化手段开展第三方评估工作，定期在行业内发布评估结果。

县级以上地方卫生计生行政部门和各级质控组织应当重点加强对县级医院、基层医疗机构和民营医疗机构的医疗质量管理和监督。

第三十九条 国家卫生计生委依托国家级人口健康信息平台建立全国医疗质量管理与控制信息系统，对全国医疗质量管理的主要指标信息进行收集、分析和反馈。

省级卫生计生行政部门应当依托区域人口健康信息平台，建立本行政区域的医疗质量管理与控制信息系统，对本行政区域医疗机构医疗质量管理相关信息进行收集、分析和反馈，对医疗机构医疗质量进行评价，并实现与全国医疗质量管理与控制信息系统互连互通。

第四十条 各级卫生计生行政部门应当建立医疗机构医疗质量管理激励机制，采取适当形式对医疗质量管理先进的医疗机构和管理人员予以表扬和鼓励，积极推广先进经验和做法。

第四十一条 县级以上地方卫生计生行政部门应当建立医疗机构医疗质量管理情况约谈制度。对发生重大或者特大医疗质量安全事件、存在严重医疗质量

安全隐患，或者未按要求整改的各级各类医疗机构负责人进行约谈；对造成严重后果的，予以通报，依法处理，同时报上级卫生计生行政部门备案。

第四十二条 各级卫生计生行政部门应当将医疗机构医疗质量管理情况和监督检查结果纳入医疗机构及其主要负责人考核的关键指标，并与医疗机构校验、医院评审、评价以及个人业绩考核相结合。考核不合格的，视情况对医疗机构及其主要负责人进行处理。

第七章　法律责任

第四十三条 医疗机构开展诊疗活动超出登记范围、使用非卫生技术人员从事诊疗工作、违规开展禁止或者限制临床应用的医疗技术、使用不合格或者未经批准的药品、医疗器械、耗材等开展诊疗活动的，由县级以上地方卫生计生行政部门依据国家有关法

律法规进行处理。

第四十四条 医疗机构有下列情形之一的，由县级以上卫生计生行政部门责令限期改正；逾期不改的，给予警告，并处三万元以下罚款；对公立医疗机构负有责任的主管人员和其他直接责任人员，依法给予处分：

（一）未建立医疗质量管理部门或者未指定专（兼）职人员负责医疗质量管理工作的；

（二）未建立医疗质量管理相关规章制度的；

（三）医疗质量管理制度不落实或者落实不到位，导致医疗质量管理混乱的；

（四）发生重大医疗质量安全事件隐匿不报的；

（五）未按照规定报送医疗质量安全相关信息的；

（六）其他违反本办法规定的行为。

第四十五条 医疗机构执业的医师、护士在执业活动中，有下列行为之一的，由县级以上地方卫生计

生行政部门依据《执业医师法》、《护士条例》等有关法律法规的规定进行处理；构成犯罪的，依法追究刑事责任：

（一）违反卫生法律、法规、规章制度或者技术操作规范，造成严重后果的；

（二）由于不负责任延误急危患者抢救和诊治，造成严重后果的；

（三）未经亲自诊查，出具检查结果和相关医学文书的；

（四）泄露患者隐私，造成严重后果的；

（五）开展医疗活动未遵守知情同意原则的；

（六）违规开展禁止或者限制临床应用的医疗技术、不合格或者未经批准的药品、医疗器械、耗材等开展诊疗活动的；

（七）其他违反本办法规定的行为。

其他卫生技术人员违反本办法规定的，根据有关法律、法规的规定予以处理。

第四十六条 县级以上地方卫生计生行政部门未按照本办法规定履行监管职责，造成严重后果的，对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予行政处分。

第八章　附则

第四十七条 本办法下列用语的含义：

（一）医疗质量：指在现有医疗技术水平及能力、条件下，医疗机构及其医务人员在临床诊断及治疗过程中，按照职业道德及诊疗规范要求，给予患者医疗照顾的程度。

（二）医疗质量管理：指按照医疗质量形成的规律和有关法律、法规要求，运用现代科学管理方法，对医疗服务要素、过程和结果进行管理与控制，以实现医疗质量系统改进、持续改进的过程。

（三）医疗质量安全核心制度：指医疗机构及其

医务人员在诊疗活动中应当严格遵守的相关制度，主要包括：首诊负责制度、三级查房制度、会诊制度、分级护理制度、值班和交接班制度、疑难病例讨论制度、急危重患者抢救制度、术前讨论制度、死亡病例讨论制度、查对制度、手术安全核查制度、手术分级管理制度、新技术和新项目准入制度、危急值报告制度、病历管理制度、抗菌药物分级管理制度、临床用血审核制度、信息安全管理制度等。

（四）医疗质量管理工具：指为实现医疗质量管理目标和持续改进所采用的措施、方法和手段，如全面质量管理(TQC)、质量环(PDCA 循环)、品管圈(QCC)、疾病诊断相关组（DRGs）绩效评价、单病种管理、临床路径管理等。

第四十八条 本办法自 2016 年 11 月 1 日起施行。

医疗技术临床应用管理办法

第一章 总 则

第一条 为加强医疗技术临床应用管理，建立医疗技术准入和管理制度，促进医学科学发展和医疗技术进步，提高医疗质量，保障医疗安全，根据《执业医师法》、《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》等有关法律、法规和规章，制定本办法。

第二条 本办法所称医疗技术，是指医疗机构及其医务人员以诊断和治疗疾病为目的，对疾病作出判断和消除疾病、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诊断、治疗措施。

第三条 医疗机构开展医疗技术临床应用应当遵守本办法。医疗技术临床应用应当遵循科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理的原则。

第四条 医疗机构开展医疗技术应当与其功能任务相适应，具有符合资质的专业技术人员、相应的设备、设施和质量控制体系，并遵守技术管理规范。

第五条 国家建立医疗技术临床应用准入和管理制度，对医疗技术实行分类、分级管理。

第六条 卫生部负责全国医疗技术临床应用管理工作。县级以上地方卫生行政部门负责本辖区医疗技术临床应用监督管理工作。

第二章 医疗技术分类分级管理

第七条 医疗技术分为三类：

第一类医疗技术是指安全性、有效性确切，医疗机构通过常规管理在临床应用中能确保其安全性、有效性的技术。

第二类医疗技术是指安全性、有效性确切，涉及一定伦理问题或者风险较高，卫生行政部门应当加以控制管理的医疗技术。

第三类医疗技术是指具有下列情形之一，需要卫生行政部门加以严格控制管理的医疗技术：

（一）涉及重大伦理问题；

（二）高风险；

（三）安全性、有效性尚需经规范的临床试验研究进一步验证；

（四）需要使用稀缺资源；

（五）卫生部规定的其他需要特殊管理的医疗技术。

第八条 卫生部负责第三类医疗技术的临床应用管理工作。

第三类医疗技术目录由卫生部制定公布，并根据临床应用实际情况，予以调整。

第九条 省级卫生行政部门负责第二类医疗技术临床应用管理工作。

第二类医疗技术目录由省级卫生行政部门根据本辖区

情况制定并公布，报卫生部备案。

省级卫生行政部门不得将卫生部废除或者禁止使用的医疗技术列入本行政区医疗技术目录。

第十条 第一类医疗技术临床应用由医疗机构根据功能、任务、技术能力实施严格管理。

第十一条 医疗机构应当依法准予医务人员实施与其专业能力相适应的医疗技术。

第十二条 医疗机构开展的临床检验项目必须是卫生部公布的准予开展的临床检验项目。

第十三条 医疗机构不得在临床应用卫生部废除或者禁止使用的医疗技术。

第三章 医疗技术临床应用能力审核

第十四条 属于第三类的医疗技术首次应用于临床前，必须经过卫生部组织的安全性、有效性临床试验研究、论证及伦理审查。

第十五条 第二类医疗技术和第三类医疗技术临床应用前实行第三方技术审核制度。

对医务人员开展第一类医疗技术临床应用的能力技术审核，由医疗机构自行组织实施，也可以由省级卫生行政部门规定。

第十六条 卫生部指定或者组建的机构、组织（以下简称技术审核机构）负责第三类医疗技术临床应用能力技术审核

工作。

省级卫生行政部门指定或者组建的技术审核机构负责第二类医疗技术临床应用能力技术审核工作。

卫生部可以委托省级卫生行政部门组织对指定的第三类医疗技术进行临床应用能力技术审核工作。

第十七条 技术审核机构应当符合下列条件：

（一）有健全的组织机构和完善的管理体系；

（二）在医学专业领域具有权威性；

（三）学术作风科学、严谨、规范；

（四）省级以上卫生行政部门规定的其他条件。

第十八条 技术审核机构应当建立审核工作制度，制定并公布医疗技术临床应用能力技术审核程序，并根据工作需要建立专家库。

审核工作制度、程序和专家库名单报送指定其承担技术审核工作的卫生行政部门备案。

第十九条 技术审核机构专家库成员应当由医学、法学、伦理学、管理学等方面的人员组成，并符合下列条件：

（一）熟悉、掌握有关法律、法规和规章；

（二）具有良好的职业品德、专业知识和业务能力；

（三）受聘于医疗卫生机构、高等院校、科研机构或者法律服务机构，并担任相应高级专业技术职务3年以上；

（四）健康状况能够胜任评价工作；

（五）省级以上卫生行政部门规定的其他条件。

技术审核机构聘请上述人员进入专家库可以不受行政区域限制。

第二十条 专家库成员参加技术审核工作实行回避制度和责任追究制度。

第二十一条 医疗机构开展第二类医疗技术或者第三类医疗技术前，应当向相应的技术审核机构申请医疗技术临床应用能力技术审核。符合下列条件的医疗机构可以向技术审核机构提出医疗技术临床应用能力技术审核申请：

（一）该项医疗技术符合相应卫生行政部门的规划；

（二）有卫生行政部门批准的相应诊疗科目；

（三）有在本机构注册的、能够胜任该项医疗技术临床应用的主要专业技术人员；

（四）有与开展该项医疗技术相适应的设备、设施和其他辅助条件；

（五）该项医疗技术通过本机构医学伦理审查；

（六）完成相应的临床试验研究，有安全、有效的结果；

（七）近 3 年相关业务无不良记录；

（八）有与该项医疗技术相关的管理制度和质量保障措施；

（九）省级以上卫生行政部门规定的其他条件。

第二十二条 医疗机构申请医疗技术临床应用能力技术

审核时，应当提交医疗技术临床应用可行性研究报告，内容包括：

（一）医疗机构名称、级别、类别、相应诊疗科目登记情况、相应科室设置情况；

（二）开展该项医疗技术的目的、意义和实施方案；

（三）该项医疗技术的基本概况，包括国内外应用情况、适应证、禁忌证、不良反应、技术路线、质量控制措施、疗效判定标准、评估方法，与其他医疗技术诊疗同种疾病的风险、疗效、费用及疗程比较等；

（四）开展该项医疗技术具备的条件，包括主要技术人员的执业注册情况、资质、相关履历，医疗机构的设备、设施、其他辅助条件、风险评估及应急预案；

（五）本机构医学伦理审查报告；

（六）其他需要说明的问题。

第二十三条有下列情形之一的，医疗机构不得向技术审核机构提出医疗技术临床应用能力技术审核申请：

（一）申请的医疗技术是卫生部废除或者禁止使用的；

（二）申请的医疗技术未列入相应目录的；

（三）申请的医疗技术距上次同一医疗技术未通过临床应用能力技术审核时间未满 12 个月的；

（四）省级以上卫生行政部门规定的其他情形。

第二十四条 未通过审核的医疗技术，医疗机构不得在

12 个月内向其他技术审核机构申请同一医疗技术临床应用能力再审核。

第二十五条 技术审核机构接到医疗机构医疗技术临床应用能力技术审核申请后，对于符合规定条件的，应当予以受理，并自受理之日起 30 日内，组织相关专业专家按照审核程序和医疗技术管理规范，对医疗机构进行医疗技术临床应用能力技术审核，并出具技术审核报告。

第二十六条 技术审核机构可以根据工作需要，向有关人员了解情况或者到现场核实有关情况。

第二十七条 医疗技术临床应用能力技术审核结论实行合议制。参加医疗技术临床应用能力技术审核的人员数量应当为 3 人以上单数，每位审核人员独立出具书面审核意见并署名。

技术审核机构根据半数以上审核人员的意见形成技术审核结论。技术审核机构对审核过程应当做出完整记录并留存备查，审核人员的审核意见与审核结论不同的应当予以注明。

技术审核机构应当确保技术审核工作的科学、客观、公正，并对审核结论负责。

第二十八条 技术审核机构应当自做出审核结论之日起 10 日内，将审核结论送达申请的医疗机构。

第二十九条 技术审核机构应当将医疗技术临床应用申

请材料、审核成员书面审核意见、审核成员信息、审核结论等材料予以永久保存。

第三十条 技术审核机构开展技术审核工作可以按照规定收取相关费用。

第三十一条 技术审核机构应当将审核结果报相应的卫生行政部门。

技术审核机构每年向指定其承担技术审核工作的卫生行政部门报告年度开展技术审核工作情况；未在规定时间报告年度工作情况的，卫生行政部门不再指定其承担技术审核工作。

第四章 医疗技术临床应用管理

第三十二条 省级卫生行政部门负责审定第二类医疗技术的临床应用。

卫生部负责审定第三类医疗技术的临床应用。

第三十三条 医疗机构同时具备下列条件时，省级以上卫生行政部门方可审定其开展通过临床应用能力技术审核的医疗技术：

（一）技术审核机构审核同意意见；

（二）有卫生行政部门核准登记的相应诊疗科目；

（三）该项医疗技术与医疗机构功能、任务相适应；

（四）符合相应卫生行政部门的规划；

（五）省级以上卫生行政部门规定的其他条件。

第三十四条 医疗机构开展通过临床应用能力技术审核的医疗技术，经相应的卫生行政部门审定后30日内到核发其《医疗机构执业许可证》的卫生行政部门办理诊疗科目项下的医疗技术登记。经登记后医疗机构方可在临床应用相应的医疗技术。

第三十五条 卫生行政部门应当在医疗机构《医疗机构执业许可证》副本备注栏注明相应专业诊疗科目及其项下准予登记的医疗技术，并及时向社会公告。

第三十六条 医疗机构应当有专门的部门负责医疗技术临床应用管理和第一类医疗技术临床应用能力技术审核工作。

第三十七条 医疗机构应当建立医疗技术分级管理制度和保障医疗技术临床应用质量、安全的规章制度，建立医疗技术档案，对医疗技术定期进行安全性、有效性和合理应用情况的评估。

第三十八条 医疗机构应当建立手术分级管理制度。根据风险性和难易程度不同，手术分为四级：

一级手术是指风险较低、过程简单、技术难度低的普通手术；

二级手术是指有一定风险、过程复杂程度一般、有一定技术难度的手术；

三级手术是指风险较高、过程较复杂、难度较大的手术；

四级手术是指风险高、过程复杂、难度大的重大手术。

第三十九条 医疗机构应当对具有不同专业技术职务任职资格的医师开展不同级别的手术进行限定，并对其专业能力进行审核后授予相应的手术权限。

第四十条 医疗机构应当自准予开展第二类医疗技术和第三类医疗技术之日起2年内，每年向批准该项医疗技术临床应用的卫生行政部门报告临床应用情况，包括诊疗病例数、适应证掌握情况、临床应用效果、并发症、合并症、不良反应、随访情况等。

必要时，相应的卫生行政部门可以组织专家进行现场核实。

第四十一条 医疗机构在医疗技术临床应用过程中出现下列情形之一的，应当立即停止该项医疗技术的临床应用，并向核发其《医疗机构执业许可证》的卫生行政部门报告：

（一）该项医疗技术被卫生部废除或者禁止使用；

（二）从事该项医疗技术主要专业技术人员或者关键设备、设施及其他辅助条件发生变化，不能正常临床应用；

（三）发生与该项医疗技术直接相关的严重不良后果；

（四）该项医疗技术存在医疗质量和医疗安全隐患；

（五）该项医疗技术存在伦理缺陷；

（六）该项医疗技术临床应用效果不确切；

（七）省级以上卫生行政部门规定的其他情形。

第四十二条 医疗机构出现第四十一条第（一）、（二）款情形的，负责医疗机构诊疗科目登记的卫生行政部门应当及时注销医疗机构诊疗科目项下的相应医疗技术登记，并向社会公告。

第四十三条 医疗机构出现第四十一条第（三）、（四）、（五）、（六）款情形的，批准该项医疗技术临床应用的卫生行政部门应当立即组织专家对医疗机构医疗技术临床应用情况进行复核。必要时，可以组织对医疗技术安全性、有效性进行论证。根据复核结果和论证结论，批准该项医疗技术临床应用的卫生行政部门及时做出继续或者停止临床应用该项医疗技术的决定，并对相应的医疗技术目录进行调整。

第四十四条 医疗机构出现下列情形之一的，应当报请批准其临床应用该项医疗技术的卫生行政部门决定是否需要重新进行医疗技术临床应用能力技术审核：

（一）与该项医疗技术有关的专业技术人员或者设备、设施、辅助条件发生变化，可能会对医疗技术临床应用带来不确定后果的；

（二）该项医疗技术非关键环节发生改变的；

（三）准予该项医疗技术诊疗科目登记后 1 年内未在临床应用的；

（四）该项医疗技术中止 1 年以上拟重新开展的。

第五章 监督管理

第四十五条 县级以上地方卫生行政部门应当加强对医疗机构医疗技术临床应用情况的监督管理。

第四十六条 县级以上卫生行政部门进行监督检查时，有权采取下列措施：

（一）进入工作现场了解情况，调查取证；

（二）查阅、复制有关资料；

（三）责令医疗机构立即改正违法违规行为。

第四十七条 卫生行政部门应当定期对医疗机构医疗技术临床应用情况进行审核。在定期审核过程中发现本办法第四十一条规定情形的，卫生行政部门要按照本办法第四十二、四十三条规定，做出是否注销医疗机构诊疗科目项下该项医疗技术登记、继续或者停止临床应用该项医疗技术的决定。

第四十八条 医疗机构违反本办法第三十四条规定，未经医疗机构诊疗科目项下医疗技术登记擅自在临床应用医疗技术的，由卫生行政部门按照《医疗机构管理条例》第四十七条的规定给予处罚。

第四十九条 医疗机构出现下列情形之一的，卫生行政部门不予医疗机构诊疗科目项下医疗技术登记；已经准予登记的，应当及时撤销医疗技术登记：

（一）在医疗技术临床应用能力技术审核过程中弄虚作假的；

（二）不符合相应卫生行政部门规划的；

（三）未通过医疗技术临床应用能力技术审核的；

（四）超出登记的诊疗科目范围的；

（五）医疗技术与其功能、任务不相适应的；

（六）虽通过医疗技术临床应用能力技术审核，但不再具备医疗技术临床应用条件的；

（七）省级以上卫生行政部门规定的其他情形。

第五十条 医疗机构出现下列情形之一的，卫生行政部门应当立即责令其改正；造成严重后果的，依法追究医疗机构主要负责人和直接责任人员责任：

（一）临床应用卫生部废除或者禁止使用的医疗技术的；

（二）违反本办法第十四条规定擅自临床应用新的第三类医疗技术的；

（三）临床应用未经医疗技术临床应用能力技术审核的医疗技术的；

（四）未按照本办法第四十条规定向卫生行政部门报告医疗技术临床应用情况的；

（五）未按照本办法第四十一条规定立即停止医疗技术临床应用的；

（六）未按照本办法第四十四条规定重新申请医疗技术临床应用能力技术审核，或者擅自临床应用需要重新进行医疗技术临床应用能力技术审核的医疗技术的；

（七）违反本办法其他规定的。

第五十一条 医疗机构准予医务人员超出其专业能力开展医疗技术给患者造成损害的，医疗机构承担相应的法律和经济赔偿责任；未经医疗机构批准，医务人员擅自临床应用医疗技术的，由医务人员承担相应的法律和经济赔偿责任。

第五十二条 医疗机构和执业医师在医疗技术临床应用过程中有违反《执业医师法》、《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》和《人体器官移植条例》等法律、法规行为的，按照有关法律、法规处罚。

第五十三条 省级以上卫生行政部门应当加强对技术审核机构技术审核工作的监督管理。技术审核机构出现下列情形之一的，指定其承担技术审核工作的卫生行政部门应当取消其技术审核机构资格：

（一）通过医疗技术临床应用能力技术审核的医疗机构不具备医疗技术临床应用能力的；

（二）超出技术审核权限或者超出省级以上卫生行政部门公布的医疗技术目录，进行医疗技术临床应用能力技术审核的；

（三）受理卫生部废除或者禁止使用医疗技术临床应用能力技术审核申请的；

（四）严重违反技术审核程序的；

（五）不能按照本办法规定完成技术审核工作的；

（六）省级以上卫生行政部门规定的其他情形。

技术审核机构在第（一）、（二）、（三）、（四）项情形下做出的审核结论，卫生行政部门不作为批准医疗机构医疗技术临床应用和诊疗科目项下医疗技术登记的依据；已经准予登记的，卫生行政部门应当及时予以撤销。

第五十四条 技术审核机构应当对参加技术审核工作的专家库成员进行年度考核，对年度考核不合格或者发现有下列情形之一的，取消其专家库成员资格，5 年内不再聘请其承担技术审核工作，并及时通报其所在单位及指定技术审核机构的卫生行政部门：

（一）在技术审核工作中不能科学、客观、公正地提出评价意见的；

（二）严重违反技术审核程序的；

（三）不能按照本办法规定完成技术审核工作的；

（四）在技术审核过程中弄虚作假、收受财物或者牟取其他不正当利益的；

（五）省级以上卫生行政部门规定的其他情形。

第五十五条 技术审核机构工作人员在技术审核过程中滥用职权、弄虚作假或者非法收受财物以及牟取其他不正当利益的，技术审核机构应当禁止其参与技术审核工作，并由其所在单位给予行政处分。技术审核机构 5 年内不得再聘任其参加技术审核工作。

第五十六条 卫生行政部门及其工作人员违反规定干预

技术审核工作的，上级卫生行政部门或者工作人员所在的卫生行政部门应当及时纠正；后果严重的，应当给予有关负责人和直接责任人员行政处分。

第六章 附 则

第五十七条 本办法发布前已经临床应用的第三类医疗技术，医疗机构应当在本办法实施后6个月内按照本办法规定向技术审核机构提出医疗技术临床应用能力技术审核申请。在本办法实施后6个月内没有提出技术审核申请或者卫生行政部门决定不予诊疗科目项下医疗技术登记的，一律停止临床应用第三类医疗技术。

本办法发布前已经临床应用的第一类医疗技术和第二类医疗技术临床应用能力技术审核与诊疗科目项下医疗技术登记由省级卫生行政部门规定。

第五十八条 异种干细胞治疗技术、异种基因治疗技术、人类体细胞克隆技术等医疗技术暂不得应用于临床。

第五十九条 第三类医疗技术临床试验管理办法由卫生部另行制定。

第六十条 法律、法规对医疗技术临床应用有专门规定的，从其规定。

第六十一条 本办法自2009年5月1日起施行。

附件：第三类医疗技术目录

第三类医疗技术目录

一、涉及重大伦理问题，安全性、有效性尚需经规范的临床试验研究进一步验证的医疗技术：克隆治疗技术、自体干细胞和免疫细胞治疗技术、基因治疗技术、中枢神经系统手术戒毒、立体定向手术治疗精神病技术、异基因干细胞移植技术、瘤苗治疗技术等。

二、涉及重大伦理问题，安全性、有效性确切的医疗技术：同种器官移植技术、变性手术等。

三、风险性高，安全性、有效性尚需验证或者安全性、有效性确切的医疗技术：利用粒子发生装置等大型仪器设备实施毁损式治疗技术，放射性粒子植入治疗技术，肿瘤热疗治疗技术，肿瘤冷冻治疗技术，组织、细胞移植技术，人工心脏植入技术，人工智能辅助诊断治疗技术等。

四、其他需要特殊管理的医疗技术：基因芯片诊断和治疗技术，断骨增高手术治疗技术，异种器官移植技术等。

医疗质量安全核心制度

要点释义

（第二版）

国家卫生健康委员会医政司　组织编写

中国人口出版社
China Population Publishing House
全国百佳出版单位

医疗质量安全核心制度要点释义

（第二版）

国家卫生健康委员会医政司　组织编写

中国人口出版社
China Population Publishing House
全国百佳出版单位

图书在版编目（CIP）数据

医疗质量安全核心制度要点释义：第二版 / 国家卫生健康委员会医政司组织编写 . -- 北京 ：中国人口出版社，2023.6

ISBN 978-7-5101-9191-6

Ⅰ . ①医… Ⅱ . ①国… Ⅲ . ①医疗质量管理 - 中国 Ⅳ . ①R197.323.4

中国国家版本馆 CIP 数据核字（2023）第 035296 号

医疗质量安全核心制度要点释义（第二版）

YILIAO ZHILIANG ANQUAN HEXIN ZHIDU YAODIAN SHIYI (DI-ERBAN)

国家卫生健康委员会医政司　组织编写

责任编辑　刘继娟
装帧设计　华兴嘉誉
责任印制　林　鑫　任伟英
出版发行　中国人口出版社
印　　刷　天津中印联印务有限公司
开　　本　787毫米 ×1092毫米　1/32
印　　张　8.75
字　　数　120 千字
版　　次　2018 年 10 月第 1 版　2023 年 6 月第 2 版
印　　次　2023 年 6 月第 1 次印刷
书　　号　ISBN 978-7-5101-9191-6
定　　价　58.00 元

电子信箱　rkcbs@126.com
总编室电话　（010）83519392
发行部电话　（010）83510481
传　　真　（010）83538190
地　　址　北京市西城区广安门南街 80 号中加大厦
邮政编码　100054

版权所有　侵权必究　　质量问题　随时退换

编委会

主　审：焦雅辉

副主审：邢若齐　李大川

主　编：马旭东

副主编：高嗣法　尹　畅

编写专家组成员（以姓氏笔画为序）：

王　平　王惠英　庄良金　刘秋生
孙　晖　孙　湛　李大江　李西英
李环廷　吴汉森　张　勤　陆　勇
陈　虹　陈海勇　周　帅　胥雪冬
徐　玲　崔永亮　景抗震　熊天威
潘胜东

审稿专家组成员（以姓氏笔画为序）：

付铁红　刘先夺　刘益兵　肖　伟
张振伟　胡　军　钮正春　洪　涛
姚瑞洁　黄　易　程传坤

导 言

党的二十大指出，高质量发展是全面建设社会主义现代化国家的首要任务，人民健康是民族昌盛和国家强盛的重要标志。国务院办公厅《关于推动公立医院高质量发展的意见》明确要求，要持续改进医疗质量管理体系和标准体系，提高不同地区、不同级别公立医院医疗服务同质化水平。加强医疗质量管理，保障医疗安全，是实现公立医院高质量发展的必要手段，是推动医疗卫生事业可持续发展的必要途径，也是维护人民群众健康权益的坚实保障。

2016年，国家卫生健康委颁布了《医疗质量管理办法》，推动医疗质量安全管理工作步入制度化、规范化管理轨道，并将

医疗机构及其医务人员应当严格遵守的，对保障医疗质量和患者安全具有决定性作用的一系列制度凝练为18项医疗质量安全核心制度。此后，又将具体工作要求进一步细化，形成《医疗质量安全核心制度要点》（以下简称《要点》）。

《要点》将多年来医疗卫生领域落实核心制度的共识和行之有效的经验做法进行了精炼概括，对每项核心制度实施的基本原则和关键环节提出了具体要求，对一些新的管理模式和工作要求进行了明确，为各级各类医疗机构制定和执行本机构的核心制度细则提供了基本遵循。考虑到全国各地、各级各类医疗机构的理解可能存在差异或偏差，为了更好地指导地方和医疗机构理解制度内涵，进一步提高制度的落实和执行效果，2018年10月，国家卫生健康委医政医管局组织编写并出版了《医疗质量安全核心制度要点释义》（以下简称《释义》）。

《释义》出版4年来，得到了广大医疗

机构和医务人员的广泛好评，在指导医疗机构积极落实核心制度、保障医疗质量安全方面发挥了重要作用。同时，在工作中我们也发现，部分医疗机构对《要点》还在一定程度上存在理解上的差异，对部分管理要求缺乏深层次的认识，导致在执行层面存在偏差。2022年9月，国家卫生健康委医政司委托国家卫生健康委医院管理研究所，组织国内多家医疗机构40余位权威专家对《释义》进行了修订和完善。为了保障修订稿的科学性和严肃性，又邀请了部分省份卫生健康行政部门具有丰富医政管理工作经验的行政管理人员和专家进行审校。本次修订，延续了上一版《释义》主要框架和表现形式，重点对实施以来，地方和医疗机构普遍反映的共性问题以及高质量发展背景下的一些新形势新业态的管理方式进行了阐释和说明，使核心制度的内涵更加清晰，更具有指导性和操作性，便于医疗机构和医务人员准确理解和执行落实。

为方便工作人员随身携带，仍然保留《释义》口袋工具书尺寸的设计。因时间和水平有限，书中如有不妥和疏漏之处，敬请各位专家和读者批评指正。

目 录

一、首诊负责制度…… 1
（一）定义 …… 1
（二）基本要求 …… 1
【释义】…… 2
1. 首诊负责制度的核心理念是什么？ …… 2
2. 何谓首诊责任主体？ …… 2
3. 何谓诊疗活动的连续性？ …… 2
4. 如何界定首位接诊医师？ …… 3
5. 何谓门、急诊一次就诊过程结束？ …… 3
6. 何谓诊疗过程中的不同阶段？ …… 4
7. 首诊医师如何保障医疗行为可追溯？ …… 5
8. 非本医疗机构诊疗科目范围内疾病，无法提供诊治，如何做到首诊负责？ …… 5
9. 如果借用他人信息挂号，是否承担首诊负责制的主体责任？ …… 5
10. 互联网医疗是否存在首诊责任？ …… 6

二、三级查房制度…… 7
（一）定义 …… 7
（二）基本要求 …… 7
【释义】…… 8
1. 何谓查房？ …… 8
2. 何谓患者评估？ …… 8
3. 医疗机构如何制定“患者评估管理制度和流程”？ …… 9
4. 何人可为患者提供评估服务？ …… 10
5. 如何使用患者评估的结果，指导医务人员的诊疗活动？ …… 11
6. 如何确立患者评估的时间框架？ …… 11
7. 如何理解三级查房？ …… 13
8. 为什么要实行科主任领导下的三级查房？ …… 14
9. 科室人力资源不足，如何实施三级查房？ …… 15
10. 如何理解各级医师的医疗决策和实施权限？ …… 16
11. 如何理解查房周期？ …… 17

12. 为什么要设置不同级别医师查房周期？ ·· 18
13. 是否每次查房都需要记录？ ····· 19
14. 查房行为规范包括哪些？ ····· 19
15. 尊重患者包括哪些内容？ ····· 20
16. 如何保护患者隐私？ ····· 20
17. 有条件的医疗机构如何开展护理查房？ ·· 21
18. 有条件的医疗机构如何开展药师查房？ ·· 21

三、会诊制度 ····· 23
（一）定义 ····· 23
（二）基本要求 ····· 23
【释义】 ····· 24
1. 为什么要开展会诊？ ····· 24
2. 在什么情况下需要会诊？ ····· 25
3. 为什么医疗机构内的多学科会诊要由医疗管理部门组织？ ····· 25
4. 在什么情形下可以发出急会诊申请？ ·· 26
5. 如何理解“会诊发出”？ ····· 26
6. 急会诊如何才能做到 10 分钟内到位？ 27
7. 请求会诊和受邀会诊医师应该具备什么

资质？ …… 27
8. 会诊单格式及填写规范应包含哪些基本要素？ …… 28
9. 医疗机构应该制定哪些类型的会诊流程？ · 29
10. 为什么要求会诊请求人员陪同会诊？ … 29
11. 会诊意见或建议的执行情况如何在病程记录中体现？ …… 30
12. 是否允许进行电话会诊？ …… 30
13. 国家对前往或邀请机构外会诊有哪些规定？ …… 30
14. 如何开展互联网医院会诊和远程会诊？ …… 31
15. 门诊疑难病例会诊如何开展？ …… 31
16. 会诊结束的标志是什么？ …… 31

四、分级护理制度 …… 32
（一）定义 …… 32
（二）基本要求 …… 32
【释义】 …… 32
1. 何谓分级护理？ …… 32

2. 国家分级护理管理相关指导原则有哪些？ …… 34
3. 特级护理、一级护理、二级护理、三级护理的适用情况有哪些？ …… 35
4. 住院患者病情和（或）自理能力评估的内容有哪些？ …… 36
5. 如何明确标识护理级别？ …… 38

五、值班和交接班制度 …… 40
（一）定义 …… 40
（二）基本要求 …… 40
【释义】 …… 41
1. 为什么要建立“全院性医疗值班体系”？ …… 41
2. 值班和交接班如何体现诊疗活动的连续性？ …… 42
3. 如何理解“有条件的医院可以在医院总值班外，单独设置医疗总值班和护理总值班”？ …… 42
4. 医师与护理交接班记录的基本内容包括

哪些？ …… 43
5. 如何对医疗机构总值班进行管理？ …… 44
6. 何谓本机构执业医务人员？ …… 45
7. 何谓单独值班？ …… 46
8. 为什么非本机构执业医务人员不得单独值班？ …… 46
9. 医疗机构如何规定值班人员的值班时间和值班区域？ …… 47
10. 病区值班医师能参加择期手术吗？ …… 47
11. 病区值班医师能参加门诊吗？ …… 47
12. 值班医师遇到急会诊或紧急手术时怎么办？ …… 48
13. 交接班记录可以是电子版吗？需要打印出来吗？交接班记录的保存时限有什么要求？ …… 48

六、疑难病例讨论制度 …… 50
（一）定义 …… 50
（二）基本要求 …… 50
【释义】 …… 51
1. 医疗机构及临床科室如何明确疑难病例的

范围？ …… 51
2. 为什么强调参加疑难病例讨论成员中应当至少有2人具有主治及以上专业技术职务任职资格？ …… 52
3. 医疗机构疑难病例讨论记录文本应包括哪些内容？ …… 53
4. 如何发挥疑难病例讨论制度的作用？ … 53
5. 为什么疑难病例讨论制度原则上由科主任主持？ …… 54
6. 什么情况下由医疗管理部门人员主持疑难病例讨论？ …… 54
7. 什么情况下应该邀请相关科室人员或机构外人员参加？ …… 54
8. 医疗机构疑难病例讨论的频次应如何执行?·· 55

七、急危重患者抢救制度 …… 56
（一）定义 …… 56
（二）基本要求 …… 56
【释义】 …… 57
1. 医疗机构和临床科室如何明确急危重患者

范围？ …… 57
2. 如何规范抢救流程？ …… 58
3. 医疗机构的抢救资源包括哪些？ …… 59
4. 何谓抢救资源的配置及紧急调配机制？
…… 60
5. 如何确保各单元抢救设备和药品可用？
…… 61
6. 何谓绿色通道机制？包括哪些内容？ … 62
7. 急危重症患者多学科救治时的原则是什么？
…… 63
8. 为非本机构诊疗范围内的急危重患者转诊时提供的必要帮助包括哪些？ …… 63
9. 对抢救记录有何要求？ …… 64

八、术前讨论制度 …… 65
（一）定义 …… 65
（二）基本要求 …… 65
【释义】 …… 66
1. 为什么要求“除以紧急抢救生命为目的的急诊手术外，所有住院患者的手术必须

实施术前讨论”？ …… 66
2. 门诊手术如何进行术前讨论？ …… 67
3. 为什么要求术者必须参加术前讨论？ …… 67
4. 何谓手术组讨论、医师团队讨论、病区内讨论和全科讨论？ …… 68
5. 如何界定住院患者术前讨论参加人员的范围？ …… 68
6. 如何理解“必要时邀请医疗管理部门”和“相关科室参加术前讨论，或事先完成相关学科会诊”？ …… 69
7. 术前讨论的内容包括哪些？ …… 70
8. 术前讨论的结论记入病历，有何具体要求？ …… 70
9. 什么是术前讨论完成？术前讨论的结果由谁签名？ …… 71
10. 日间手术如何进行术前讨论？ …… 71
11. 如何理解“术前讨论完成后，方可开具手术医嘱，签署手术知情同意书”？ …… 71
12. 如何开展四级手术术前多学科讨论？ …… 72

九、死亡病例讨论制度 …… 74
（一）定义 …… 74
（二）基本要求 …… 74
【释义】 …… 75
1. 如何界定医疗机构内死亡病例具体范围和讨论主体？ …… 75
2. 死亡病例讨论制度要求的死亡讨论 1 周内完成，如何界定具体时限？ …… 75
3. 死亡讨论应在全科范围内进行，如何界定全科范围？ …… 75
4. 由谁担任死亡病例讨论的主持人？ …… 76
5. 记入病历的死亡病例讨论结果包括哪些内容？ …… 76
6. 医疗机构应及时对全部死亡病例进行汇总分析，此处的“及时”如何界定？ …… 76
7. 医疗机构对死亡病例汇总分析提出持续改进意见包括哪些方面？ …… 77
8. 死亡病例讨论结果如何记入病历？ …… 77

十、查对制度 …… 79
（一）定义 …… 79
（二）基本要求 …… 79
【释义】 …… 80
1. 查对制度的实施或执行人员包括哪些？ …… 80
2. 哪些临床诊疗行为需要进行复核查对？ …… 80
3. 如何查对患者身份？ …… 81
4. 如何落实口语化查对？ …… 81
5. 如何对昏迷、意识不清等无法表明自己身份的患者进行身份查对？ …… 82
6. 药学专业技术人员调剂处方时的查对包括哪些？ …… 83
7. 高警示药物调配发放和使用前的查对要注意什么？ …… 83
8. 病理查对包括哪些内容？ …… 83
9. 医疗器械、设施设备的查对包括哪些要点？ …… 84

十一、手术安全核查制度 …… 86
（一）定义 …… 86
（二）基本要求 …… 86
【释义】 …… 86
1. 手术安全核查的意义是什么？ …… 86
2. 国家有关规定中对手术安全核查过程和内容的关键点是什么？ …… 87
3. 医疗机构如何建立手术安全核查标准化流程？ …… 88
4. 如何建立手术部位识别标示制度与工作流程？ …… 88
5. 医疗机构如何执行手术安全核查表？ ·· 89
6. 医疗机构手术安全核查表如何实现本土化？ …… 91
7. 如何对手术安全核查制度的执行情况进行有效管理？ …… 92
8. 如何将手术安全核查表纳入病历？ …… 92
9. 如何对阴道分娩进行手术安全核查？ ·· 92

十二、手术分级管理制度 …… 94
（一）定义 …… 94
（二）基本要求 …… 94
【释义】 …… 95
1. 何谓手术分级？ …… 95
2. 为什么要把手术划分成四个级别来管理？ …… 96
3. 手术分级管理目录由谁制定？ …… 96
4. 医疗机构如何制定本机构的手术分级管理目录？ …… 97
5. 治疗性和诊断性的操作是否都要归入手术分级管理范围，并设立医师分级授权？ …… 99
6. 如何理解手术医师资质与授权管理？ ··100
7. 限制类技术如何执行手术分级管理？ ··101
8. 如何开展手术分级授权？ ……101
9. 医疗机构手术分级管理应注意的要点有哪些？ ……102
10. 医疗管理部门如何进行手术分级管理督查？ ……102

11. 如何管理紧急状态下的越级手术情况？……103
12. 手术授权管理与医师职称、职务有何关系？……104
13. 如何建立手术医师的技术档案？……104
14. 如何依托信息化做好手术分级管理？……105

十三、新技术和新项目准入制度……107
（一）定义……107
（二）基本要求……107
【释义】……108
1. 何谓新技术和新项目？……108
2. 新技术和新项目准入申报方式应该包括哪些内容？……109
3. 新技术和新项目管理期限是如何规定的？…111
4. 什么情况下新技术和新项目可转化为常规技术？……111
5. 医学伦理委员会和医疗技术临床应用管理委员会审核内容有哪些？……112

6. 新技术和新项目安全隐患和技术风险的处置预案包括哪些内容？ ……114
7. 如何界定开展新技术和新项目临床应用的专业人员范围？ ……114
8. 新技术和新项目质量控制的要点包括哪些？ ……114
9. 何谓全程追踪管理？ ……116
10. 如何实行动态评估管理？ ……116
11. 新技术和新项目开展中哪些情况需要报告？ ……117
12. 什么情况下需要中止新技术和新项目？ ……117
13. 医疗技术和诊疗项目临床应用清单应该包括哪些方面？ ……119
14. 邀请外院有资质或具备能力条件的医生来院，或者引进有资质或具备能力条件的医师进院后开展首次应用的新技术或新项目，是否需按照新技术和新项目的准入要求进行审查和监管？ ……119
15. 因患者病情亟需或以抢救生命为目的紧

急实施的临床研究或应用的新技术和新项目，如何规范开展？ ……120

十四、危急值报告制度 ……121

（一）定义 ……121

（二）基本要求 ……121

【释义】 ……122

1. 何谓危急值？ ……122

2. 哪些科室需设置危急值？ ……122

3. 如何合理设置危急值项目及阈值？ ……123

4. 危急值报告流程包括哪几个环节？ ……123

5. 如何报告门、急诊患者危急值？ ……125

6. 什么情况下需要对危急值项目进行重复检查、检验？ ……126

7. 如何实现报告流程无缝衔接且可追溯，并保证传递及时？ ……126

8. 是否可设置疾病相关的危急值项目和阈值？ ……127

9. 应如何报告外送检验或检查项目的危急值？ ……128

10. 临床科室接到危急值报告后的处理流程是什么？ ……129

十五、病历管理制度……131

（一）定义 ……131

（二）基本要求 ……131

【释义】……132

1. 病历管理制度中的医疗活动全过程具体包括哪些？ ……132

2. 哪些文书需医疗机构保存，有何具体要求？ ……132

3. “严格落实国家病历书写、管理和应用相关规定”，具体指哪些相关规定？ ……133

4. 病历质量检查、评估与反馈机制具体包括哪些方面？ ……133

5. 何谓病历书写时应当做到客观、真实、准确、及时、完整和规范？ ……134

6. 医疗机构应当保障病历资料安全的具体要求是什么？ ……134

7. 病历内容的记录与修改信息可追溯的具体

要求是什么？……135
8. 推行电子病历以及病历的无纸化有哪些注意事项？……136
9. 如何实施病历无纸化？……136
10. 患者的知情告知同意书等相关资料是否可以直接无纸化，而取消纸质版本？…140

十六、抗菌药物分级管理制度……141
（一）定义……141
（二）基本要求……141
【释义】……142
1. 抗菌药物分级原则是什么？……142
2. 是否有全国统一的抗菌药物分级管理目录？……143
3. 各级、各类医疗机构如何制定本机构抗菌药物分级管理目录？……144
4. 医疗机构可否使用未纳入省级抗菌药物分级管理目录中的抗菌药物？……144
5. 医师、药师如何获得抗菌药物处方权与调配权？……145

6. 抗菌药物临床应用知识和规范化管理培训和考核内容包括哪些？ ……147
7. 如何在临床使用特殊使用级抗菌药物？ ……147
8. 特殊使用级抗菌药物会诊专家库组成人员包括哪些？ ……148
9. 抗菌药物遴选、采购、处方、调剂、临床应用和药物评价等工作中需要遵循的相关文件规定有哪些？ ……149
10. 门诊可否使用特殊使用级抗菌药物？ ……150
11. 临床可否越级使用抗菌药物？ ……150

十七、临床用血审核制度 ……152
（一）定义 ……152
（二）基本要求 ……152
【释义】 ……153
1. 临床用血有哪些程序和环节？ ……153
2. 医疗机构如何落实临床用血审核制度？ ……153

3. 临床科室如何落实临床用血审核制度？……154
4. 如何建立医疗机构血液库存预警机制？……154
5. 临床用血量申请及审核有哪些要求？ …154
6. 如何进行血液的发放与接收的审核？ …155
7. 临床输血的“双人核对制度”指的是什么？ ……156
8. 输血全过程的血液管理制度主要包括哪些内容？ ……156
9. 输血前相关检测有哪些？ ……157
10. 输血前如何做好输血治疗知情同意？……158
11. 输血治疗病程记录包括哪些主要内容？……158
12. 输血不良反应监测和处置流程的主要内容有哪些？ ……159
13. 输血相容性检测实验室的管理的主要内容有哪些？ ……161

十八、信息安全管理制度 ……163
（一）定义 ……163
（二）基本要求 ……163
【释义】 ……165
1. 信息安全全流程系统性保障制度包括哪些方面？ ……165
2. 如何进行信息安全等级划分？ ……166
3. 医疗信息安全的组织架构及分工职责是什么？ ……167
4. 实施医疗机构信息安全管理问责制有哪些内容？ ……168
5. 如何建立与完善计算机信息系统的安全管理制度与流程？ ……169
6. 如何根据医疗机构患者诊疗信息安全风险评估的内容制定应急预案？ ……170
7. 医疗机构建立患者诊疗信息保护制度应当包含哪些方面？ ……171
8. 为什么要建立分级授权制度？ ……173
9. 员工授权管理制度包括哪些方面？ ……173

10. 如何防止医疗信息泄露、毁损和丢失？……175
11. 发生泄露事件后应急预案要点有哪些？……175
12. 如何建立患者诊疗信息安全事故责任的追溯机制？……176
13. 如何实施软件安全管理？……176
14. 医疗机构如何对医疗数据的使用、处理和披露进行管理？……177

附件 1　医疗质量管理办法……179
附件 2　医疗技术临床应用管理办法……200
附件 3　医疗机构手术分级管理办法……222
附件 4　《医疗质量管理办法》内容与医疗机构、临床科室工作关联图……236
附件 5　医疗质量安全核心制度、医疗重点环节和风险管理示意图……238

一、首诊负责制度

（一）定义

指患者的首位接诊医师（首诊医师）在一次就诊过程结束前或由其他医师接诊前，负责该患者全程诊疗管理的制度。医疗机构和科室的首诊责任参照医师首诊责任执行。

（二）基本要求

1. 明确患者在诊疗过程中不同阶段的责任主体。

2. 保障患者诊疗过程中诊疗服务的连续性。

3. 首诊医师应当做好医疗记录，保障医疗行为可追溯。

4. 非本医疗机构诊疗科目范围内疾病，应告知患者或其法定代理人，并建议患者前往相应医疗机构就诊。

【释义】

1. 首诊负责制度的核心理念是什么？

答：医疗机构在患者就诊时，为强化医疗质量和安全，应对该患者实施明确、连续的全流程诊疗管理，覆盖医疗机构内所有医务人员的行为，并在患者医疗记录上可追溯。首诊负责制明确了医疗活动的责任主体。

2. 何谓首诊责任主体？

答：是指医疗活动中承担相应诊疗义务和法律责任的医师、科室或医疗机构。

3. 何谓诊疗活动的连续性？

答：医疗机构的诊疗服务涉及医学的各个学科，是以专业化的团队来完成各种诊疗服务流程，医疗机构应遵照首诊负责制的要求，确保患者在就医过程中，各个诊疗服务流程连贯、清晰。诊疗活动的连续性具体体现在（但不限于）以下几点。

（1）对于急危重症需抢救的患者，应有医务人员的全程陪同（含监护）或/及陪同

转运，并积极抢救，必要时呼叫专科人员。

（2）对于普通患者，应当有医疗记录来体现所有的医疗行为是连续的，患者或其法定代理人自主放弃的除外。

4. 如何界定首位接诊医师？

答：（1）患者完成门急诊挂号并到达诊室后，首先接诊的科室为首诊科室，首位接诊医师为首诊医师。不包括医师接诊未挂号患者、患者所挂就诊号与所接触的医师不符或与科室（专科）不符的情况。

（2）急危重症需抢救的患者的首位接诊医师即为首诊医师，不受其是否挂号，挂号与医师、科室或专科不符的限制。

（3）涉及多科室的急、危重患者抢救，在未明确由哪一科室主管之前，除首诊科室主持诊治外，所有的有关科室须执行急、危重患者抢救制度，协同抢救，不得推诿，不得擅自离开。

5. 何谓门、急诊一次就诊过程结束？

答：就诊过程结束的标志有 4 种情形。

（1）门、急诊患者诊断明确，医师开具治疗医嘱且患者或其法定代理人知晓和接受处置方案。

（2）因诊疗需要，医师开具住院单，患者办理完成入院手续。

（3）门、急诊患者诊断不明确，应告知患者或其法定代理人后续诊治方案，做好书面记录，包括开具的检查、检验未完成的情况；预计当日工作时间内可完成并取得检查、检验结果的，应由该医师完成结果评估或书面记录告知患者如何完成结果评估。

（4）对于急危重症需抢救的患者，应确保患者及时妥善得到后续救治诊疗支持。

6. 何谓诊疗过程中的不同阶段？

答：患者从进院就诊，到门、急诊诊疗结束，或住院治疗从住院到出院，在这个全程诊疗过程中，可能涉及门、急诊阶段和/或住院阶段。诊疗阶段发生变化时，责任主体也随之发生改变。在门、急诊阶段一般由门、急诊出诊医师负责，住院阶段由所在科

室的主管医师负责。当患者接受各种诊疗措施时，由每一个诊疗手段的实施者对这个诊疗阶段承担首诊职责，该实施者包括所有医务人员，不限于医师。

7. 首诊医师如何保障医疗行为可追溯？

答：首诊医师接诊患者后，应当对其实施的诊疗行为履行告知义务，并及时完成医疗记录。

8. 非本医疗机构诊疗科目范围内疾病，无法提供诊治，如何做到首诊负责？

答：如果患者罹患非本医疗机构诊疗科目范围内的疾病，虽无法提供诊治，但必须先评估患者病情状况，判断其是否存在急危重症情况。如果患者病情平稳，应给患者提供适当的就医建议，履行告知义务并书写转诊医疗记录。对急危重症需抢救的患者应当按照急危重患者抢救制度进行诊疗。

9. 如果借用他人信息挂号，是否承担首诊负责制的主体责任？

答：如果就诊患者借用他人信息挂号，

医师有权拒绝接诊，不承担首诊负责制的主体责任。但若患者病情处于急危重症状态，医师须按未挂号患者予以接诊并承担首诊职责。

10. 互联网医疗是否存在首诊责任？

答：互联网医疗服务的首诊责任管理按照国家卫生健康委发布的《互联网诊疗管理办法（试行）》《互联网诊疗监管细则（试行）》等有关规定执行。

（胥雪冬、徐昕晔、李西英、李珊）

二、三级查房制度

（一）定义

指患者住院期间，由不同级别的医师以查房的形式实施患者评估、制定与调整诊疗方案、观察诊疗效果等医疗活动的制度。

（二）基本要求

1. 医疗机构实行科主任领导下的三个不同级别的医师查房制度。三个不同级别的医师可以包括但不限于主任医师或副主任医师—主治医师—住院医师。

2. 遵循下级医师服从上级医师，所有医师服从科主任的工作原则。

3. 医疗机构应当明确各级医师的医疗决策和实施权限。

4. 医疗机构应当严格明确查房周期。工作日每天至少查房2次，非工作日每天至少查房1次，三级医师中最高级别的医师每

周至少查房2次，中间级别的医师每周至少查房3次。术者必须亲自在术前和术后24小时内查房。

5. 医疗机构应当明确医师查房行为规范，尊重患者、注意仪表、保护隐私、加强沟通、规范流程。

6. 开展护理、药师查房的可参照上述规定执行。

【释义】

1. 何谓查房？

答：查房是指医护人员在病房里对住院患者实施患者评估、制定与调整诊疗方案、观察诊疗效果等医疗活动，其核心是检查、评估患者，了解、分析与预测患者疾病相关的信息，包括患者生理、心理、家庭和社会信息，旨在制定与调整诊疗方案，观察诊疗效果，开展医患沟通等医疗活动。

2. 何谓患者评估？

答：由具有法定资质的医师和护理人

员，按照制度、程序、诊疗指南或规范，对患者进行疾病诊断与评估，并结合患者心理、家庭和社会因素进行分析、综合判断，据其结果制订诊疗计划并实施规范的同质化服务。查房是最常见的患者评估方式，但不仅限于此形式。

3. 医疗机构如何制定“患者评估管理制度和流程”？

答：医疗机构应制定患者评估管理制度和流程，包括评估项目、评估人及资质、评估标准与内容、时限要求、记录文件格式等，且规定由医疗管理、护理管理等部门监管患者评估工作。

患者评估的重点范围至少应包含住院患者评估、手术前评估、麻醉风险评估、危重患者评估、危重患者营养评估、住院患者再评估、手术后评估、出院前评估等。

患者评估内容可以各不相同，可能需要由一位或多位有资质的人员完成，也可能在不同的时间点完成，但所有的评估结果都必

须在患者诊疗过程中完成。诊疗措施需要评估结果来决策时，该评估应当在诊疗措施实施前完成。

4. 何人可为患者提供评估服务?

答：由执业医师和注册护士，或是经医疗机构授权的其他岗位卫生技术人员实施对患者的评估工作。

执行患者评估工作的应是在本机构注册的执业医师和注册护士，或是经医疗机构授权的其他岗位卫生技术人员。医疗机构对具备资质的医师、护士及相关专业的卫生技术人员进行评估标准与内容、时限要求、记录文件格式等内容的培训与教育。

患者评估和再评估是一个医疗质量管理的重点过程，它要求评估者受过专业教育、训练，具有专门的知识和技能。因此，对进行各种评估的人员的资格要求和职责必须以书面形式加以规定。

特别要对进行急诊患者评估的人员资格进行明确规定。

每一个专科必须在执业范围、相关的法律法规或要求的资格证书规定的范围内进行患者评估。

5. 如何使用患者评估的结果，指导医务人员的诊疗活动？

答：医务人员应当及时对患者进行初次评估与再评估，明确患者的医疗和护理服务需求，并将评估结果记入住院病历中。

患者评估资料供临床科室直接负责患者诊疗、护理工作的医师、护士合理使用，为制定诊疗（手术）方案（计划）和会诊、讨论提供支持，使用过程中应注意保护患者隐私。

为了尽快给予患者正确治疗，首次患者评估必须尽快完成。医疗机构应规定各科完成患者评估的时间框架，尤其是医疗和护理评估。

6. 如何确立患者评估的时间框架？

答：患者评估的时间框架取决于许多因素，包括医疗机构为患者提供的服务类型、

治疗的复杂程度、持续时间及治疗过程中的病情动态变化。医疗机构可以对不同的部门和服务规定不同的患者评估时间框架。参与患者服务的相关人员能及时获得这些评估信息。至少包括但不限于以下内容。

（1）在紧急情况下，患者的初次医疗和护理评估可能仅限于对患者显而易见的需求和状况的评估。当紧急手术前没有时间为急诊手术患者记录完整的病史和体检时，在病历中必须有一个包含术前诊断的简要病情记录。

（2）初次医疗和护理评估结果在患者入院后24小时内或根据病情在更短的时间内完成，应明确患者最紧急或最重要的治疗需求。

（3）根据急诊科患者需求和病情初次评估决定患者去向，包括回家休养、留观、收入住院、转院等。

（4）在麻醉或手术、介入治疗前应完成相关评估记录。

（5）对急、危重症患者的评估。应及时完成是否应进入重症医学科诊疗的评估。

（6）诊疗过程中应及时对患者进行再评估，以判断患者对治疗的反应，适时调整医疗、护理方案，或根据评估结果确定出院或转院。

（7）住院时间一个月以上或明显超过本科室平均住院天数的患者，应每月或及时进行一次再评估。

（8）患者评估结果应记录在病历中。

7. 如何理解三级查房？

答：三级查房，重在表明对于每一位住院患者都必须有三种不同级别的医师开展查房活动。医疗机构应当根据本机构医师队伍和管理体制建立本机构的三级查房和相应的诊疗体系。所谓三种级别，即分别具有高级、中级和初级三个不同层次或资质的医师，包括但不限于主任医师 / 副主任医师—主治医师—住院医师。

8. 为什么要实行科主任领导下的三级查房？

答：《医疗质量管理办法》规定科室主任是科室医疗质量安全的第一责任人，所有本科室的诊疗活动应在科主任领导下完成，实行分级分层管理。

科主任根据科室/病区床位、工作量、医师的专业资质层次和能力等要素可组建若干个医疗团队（或称主诊医师制、医疗组长制、主任医师制等），指定医疗团队的负责人（含医疗组长、主诊医师和带组的主任医师/副主任医师等），中间级别和最低级别的医师可参照职称、个人技术能力等因素选拔和认定，报医疗管理部门审核和相关委员会批准并定期调整。科主任可以同时担任医疗团队的负责人。

医疗团队的负责人应对本团队经治患者的诊疗活动承担责任；为确保医疗质量与安全，医疗管理部门应对各级各类人员有明确的岗位职责与技能要求。

医疗团队的组织模式可以多样化，应根据本机构的功能任务、专业设置、医疗资源分布以及科研教学需求等要素，确立适合于本医疗机构运行需要的三级查房和诊疗责任体系，应采用本机构官方文件形式予以公布，医疗管理部门应履行监管责任。

9. 科室人力资源不足，如何实施三级查房？

答：医疗机构应当根据本机构医疗服务能力提供的实际情况，结合当地患者的医疗需求合理设置临床科室，积极配置相关科室必需的人力资源。

对不能满足每一位住院患者必须有三个不同级别的医师进行诊疗管理的专业部门/科室，医疗机构可采用专业类别相同或相近的专业部门/科室合并运行，或实行大外科、大内科管理体制开展医疗活动。确无法满足要求的，应当停止提供相关住院诊疗服务。

10. 如何理解各级医师的医疗决策和实施权限？

答：医疗行为权限分为两种：医疗决策权限和医疗实施权限。

医疗决策权限是指医师或医疗团队根据患者评估和医疗机构、医疗团队或医师个人的诊治能力制定患者个性化的诊疗方案，一般情况下，对于门、急诊患者，限于具备独立承担责任能力的门、急诊医师；对于住院患者，限于科主任、医疗团队负责人或医疗管理部门指定的医师。医疗决策权限的具体内容在不同医疗场所可有不同，以保证医疗质量与安全为目标，由医疗机构和所在专科共同制定。

医疗实施权限是指患者的诊疗方案制定后，逐项予以实施的权限，每一位医师应当根据其个人能力经医疗机构授权后方可拥有相应权限。

医疗行为的医疗决策权限包括但不限于诊疗方案的制定与确认，特别是手术（含介

入、内镜下手术）、麻醉等高风险操作的决策权；医疗行为的实施权限包括但不限于处方权、特殊药品处方权、会诊权、手术（含介入、内镜下手术）、麻醉等高风险操作的实施权等，部分实施权限与决策权限是重叠的。

医疗机构应重视对本机构各级医师医疗决策和实施权限的评价与授予工作，有本医疗机构发布的工作制度与实施管理文件，根据医疗机构功能定位、医疗技术复杂性和医师个人能力不同，通过相关的组织与评估流程，对不同的医师授予不同的医疗行为的决策权限和实施权限，记入个人技术档案，相关信息在医疗机构内部予以公布。

医疗机构应对各级医师的医疗决策权限和实施权限开展定期及不定期的评估，并根据评估结果进行动态调整。

11. 如何理解查房周期？

答：所有患者必须有三个不同级别的医师来实施查房等诊疗管理，医疗机构应当严

格明确查房周期，不能少于《要点》规定的要求。作为住院患者，工作日每天至少接受查房2次，非工作日每天至少接受查房1次。作为医师，可以一个医师完成查房，也可以几个医师共同查房；其中，最高级别的医师每周至少查房2次，中间级别的医师每周至少查房3次。

《要点》中规定的查房频次是最低要求，科室和医师应当根据患者病情和工作需要，对病情危重或病情变化存在不确定性的患者提高查房频次，以保障医疗质量安全。

12. 为什么要设置不同级别医师查房周期？

答：患者住院期间，限于病情的个体性和诊疗措施的落实，不可避免地出现病情的变化甚至恶化，定期或根据病情不定期查房是随时、及时了解患者病情变化的基本措施，同时，医师的个人专业知识及行为倾向也难以避免存在病情观察遗漏或片面等情况，多人、多次查房是尽量避免这类情况发

生的重要手段。

13. 是否每次查房都需要记录?

答：查房过程或结果，原则上应当在当天的病历记录中有所体现，病情稳定时可以每 2~3 天合并记录一次，除了上级医师履行管理职责、审核病历中补录或修改的内容外，不允许倒记（先前的病程记录记录在后发生的病程记录之后）和随意补记（抢救记录除外），病情不稳定时应随时记录。医嘱作为病历的一部分也可以体现诊疗行为的可追溯性，但重要的医嘱（如抢救患者、主要诊疗措施、与诊疗规范不一致的医嘱）应当在病程记录中说明其合理性和必要性。

14. 查房行为规范包括哪些?

答：医疗机构应当明确本机构的查房行为规范，包括但不限于以下几项。

（1）上级医师查房一般有下级医师陪同。

（2）查房前，医师应当了解患者病情变化和检查、检验结果。

（3）首次查房时，医师应当对患者做

自我介绍。

（4）医师要仪容端正、衣着整齐。

（5）查房时，仅限于谈及医疗及与该患者疾病治疗相关的话题。

15. 尊重患者包括哪些内容？

答：包括但不限于以下几项。

（1）尊重患者的知情权和隐私权。

（2）尊重患者的诊疗选择权，主动提供替代方案并陈述优缺点供患者或其法定代理人选择时参考。

（3）不得有侮辱、歧视性语言。

（4）在患者心理、家庭承受能力可及的范围内实施诊疗活动，以保护患者的尊严。

16. 如何保护患者隐私？

答：检查患者身体时应当适当遮挡，避免无关人员窥视，不可在公开场合谈论患者相关信息。

患者病情、治疗及预后等情况应与其本人或其法定代理人沟通，并予以说明，不得向其他无关人员泄露。

17. 有条件的医疗机构如何开展护理查房?

答：护理查房是指不同级别的护理人员按照护理程序开展患者评估，提出护理解决方案的护理活动，以保证患者照护过程中的质量和安全，进行护理工作协调，提高护理工作效率。

护理主管部门应当根据本机构的护理队伍及能力对本机构的护理查房体系（含级别和架构、人员资质等）予以确认，并明确各级护理查房内容和频次。

医疗机构应积极推动护士、医师或/和药师等人员联合查房，更加有利于患者诊疗决策的全面性、综合性，以及促进团队沟通和体现集体合作精神。

18. 有条件的医疗机构如何开展药师查房?

答：临床药师通过参加医师查房或单独查房，了解患者病情及治疗情况，参与临床医师的药物治疗方案的制定、执行和修改，

为患者提供用药教育、用药咨询等药学监护服务，为医疗团队提供药学技术支持，其目的是促进合理用药，减少药物治疗风险。

药师查房主要针对重点患者（例如，多病多药、脏器功能不全、术前术后、药物治疗毒副作用较大、对已有药物疗效不佳的危重患者、应长期用药但依从性不佳等）进行，全面监护药物疗效及不良反应。

医疗机构应积极推动药师、医师和护士等人员联合查房，更加有利于患者诊疗决策的科学性，以及促进团队沟通和体现集体合作精神。

（张勤、尹畅、钱莎莎、
刘秋生、李礼安）

三、会诊制度

（一）定义

会诊是指出于诊疗需要，由本科室以外或本机构以外的医务人员协助提出诊疗意见或提供诊疗服务的活动。规范会诊行为的制度称为会诊制度。

（二）基本要求

1. 按会诊范围，会诊分为机构内会诊和机构外会诊。机构内多学科会诊应当由医疗管理部门组织。

2. 按病情紧急程度，会诊分为急会诊和普通会诊。机构内急会诊应当在会诊请求发出后10分钟内到位，普通会诊应当在会诊发出后24小时内完成。

3. 医疗机构应当统一会诊单格式及填写规范，明确各类会诊的具体流程。

4. 原则上，会诊请求人员应当陪同完

成会诊，会诊情况应当在会诊单中记录。会诊意见的处置情况应当在病程中记录。

5. 前往或邀请机构外会诊，应当严格遵照国家有关规定执行。

【释义】

1. 为什么要开展会诊？

答：根据《中华人民共和国民法典》《中华人民共和国刑法》的规定，医师必须按照疾病的诊疗规范开展医疗活动。

医学的专科化发展决定一名医师不可能对所有疾病都具备相应的诊治能力，因此专科专治是给予患者同质化诊疗的基础。同时，一位患者就诊时往往患有多种疾病，需同时开展诊疗，鉴于疾病诊疗规范和指南往往有定期或不定期的更新和修订，医师不可能知晓其所有经治疾病的所有诊疗规范的动态变化，多学科合作是规范诊疗和保障医疗质量以及患者安全的重要举措。因此，如果医师不熟悉本专科以外疾病的诊疗规范，除

急诊抢救患者外，应经上级医师查房同意提请他科会诊。

2. 在什么情况下需要会诊？

答：《中华人民共和国医师法》第二十二条规定，医师在注册的执业范围内，按照有关规范进行医学诊查、疾病调查、医学处置、出具相应的医学证明文件，选择合理的医疗、预防、保健方案。

如果患者所患疾病属于执业范围之外，应通过会诊转至相关科室开展诊疗；患者罹患本科疾病的基础上并伴随有执业范围外的疾病需要同时治疗，应在积极治疗本专业范围疾病的基础上，请求会诊协助诊疗或严格按照该疾病的诊疗规范实施诊疗。

医疗机构应有院内会诊管理相关制度与流程，包括会诊医师资质与职责、会诊时限、会诊记录书写等要求。

3. 为什么医疗机构内的多学科会诊要由医疗管理部门组织？

答：多学科会诊是指同时邀请两个及以

上学科参与的会诊，需要涉及跨部门/科室、跨专业领域的活动，为了确保多学科会诊的效率与质量，应由医疗管理部门负责组织会诊。具体有以下几个优势：一是可以提高会诊的效率和及时性；二是便于有效协调院内相关医疗资源；三是对会诊质量进行有效监管；四是对参与多学科会诊医师的资质进行把关等。

4. 在什么情形下可以发出急会诊申请？

答：当患者罹患疾病超出了本科室诊疗范围和处置能力，且经评估可能随时危及生命，需要院内其他科室医师立刻协助诊疗、参与抢救，此种情形可以发出急会诊申请，并要求受邀科室医师 10 分钟内到达。为了避免造成有限的医疗资源浪费，提高急会诊的质量与效率，邀请会诊的医师需要严格把握急会诊指征。同时，医疗机构应当对急会诊的申请予以监管。

5. 如何理解“会诊发出”？

答：根据医疗机构自身实际情况制定制

度与流程，明确“会诊发出”的定义，可以以电话呼叫、电子或纸质申请单发出等形式进行定义。医疗管理部门需明确本机构“会诊申请收到”的定义，即以接听电话，收到电子、纸质申请单等形式进行定义。

急会诊必须采用即发即达的通知方式，如电话通知，急会诊的申请单不需送达应邀会诊科室。

6. 急会诊如何才能做到 10 分钟内到位?

答：医疗机构应当重视急会诊的 10 分钟到位原则，制定急会诊到位流程，定期组织演练；保证有效的通信方式、急会诊院内行走路径、电梯快速运送等畅通；合理调配医务人员以确保急会诊及时到位。

急会诊记录单应明确记录邀请会诊时间和会诊到达时间，并具体到分钟。

7. 请求会诊和受邀会诊医师应该具备什么资质?

答：请求会诊和受邀会诊医师的业务水平是会诊质量的重要保障，医疗管理部门应

对会诊相关医师的资质进行规定，以保证会诊质量，提高会诊双方及患者的满意度。

普通会诊应由主治及以上技术职称医师或三级查房医师中的中级及以上的医师提出；多学科会诊的请求人员原则上为科主任、主诊医师、医疗组长、带组的主任医师等医师；邀请机构外专家会诊原则上应征得科主任同意及医疗管理部门批准。非特殊原因，不得越级开展工作。

普通会诊受邀医师应当具有主治医师资质或医疗管理部门认定的医师。急会诊的请求医师和受邀医师不受资质限制，但应首选在岗的最高资质医师。

8. 会诊单格式及填写规范应包含哪些基本要素？

答：会诊单至少应由以下几个要素组成，住院号/就诊卡号、姓名、性别、年龄、简要病情及诊疗情况、会诊目的、申请人签名、申请时间（时间记录到分）、会诊意见或建议、会诊人签名及会诊完成时间（时间

记录到分）。

9. 医疗机构应该制定哪些类型的会诊流程?

答：医疗机构制定的会诊流程包括但不限于以下类型。

（1）机构内普通会诊流程。

（2）机构内急会诊流程。

（3）机构内多学科会诊流程（含全院大会诊）。

（4）邀请机构外专家会诊流程。

（5）被邀请至外机构会诊流程。

（6）远程会诊流程。

10. 为什么要求会诊请求人员陪同会诊?

答：会诊是一个短时间完成的诊疗协商过程，为便于受邀会诊医师尽快并准确了解会诊患者的病情，请求会诊人员应向受邀会诊医师介绍患者基本情况和诊疗过程，并清晰、准确表明会诊目的、会诊要求，以便提高会诊效率。急会诊请求方必须全程陪同。

会诊请求人员陪同会诊，也是对受邀会

诊医师的尊重。

11. 会诊意见或建议的执行情况如何在病程记录中体现？

答：会诊请求人员应当在病历中将会诊意见或建议的执行情况进行记录，对未执行的会诊意见或建议应在病程记录中注明理由。

12. 是否允许进行电话会诊？

答：医疗机构内的会诊，属于医师诊疗行为范畴，依据《中华人民共和国医师法》规定，必须亲自诊查、调查，并按照规定及时填写病历等医学文书，故医师必须到现场亲自诊查患者，不允许以电话形式进行会诊。若遇有紧急抢救，可以在电话中先进行病情交流，同时尽快赶到现场会诊。电话交流不能代替急会诊 10 分钟内到位的要求。

13. 国家对前往或邀请机构外会诊有哪些规定？

答：参照原卫生部于 2005 年 4 月颁布的《医师外出会诊管理暂行规定》执行。

14. 如何开展互联网医院会诊和远程会诊?

答：按照国家卫生健康委于2018年颁布的《互联网医院管理办法（试行）》《互联网诊疗管理办法（试行）》《远程医疗服务管理规范（试行）》执行。

15. 门诊疑难病例会诊如何开展?

答：医疗机构应当按照《医疗机构门诊质量管理暂行规定》，根据自身实际情况，制定门诊疑难病例会诊管理相关制度和流程，明确本机构门诊疑难病例会诊的范围、会诊的形式及会诊的程序。

16. 会诊结束的标志是什么?

答：受邀会诊医师根据本次会诊情况完成会诊意见书写视为本次会诊结束。

（李西英、李珊、胥雪冬、
徐昕晔、李明）

四、分级护理制度

（一）定义

指医护人员根据住院患者病情和（或）自理能力对患者进行分级别护理的制度。

（二）基本要求

1. 医疗机构应当按照国家分级护理管理相关指导原则和护理服务工作标准，制定本机构分级护理制度。

2. 原则上，护理级别分为特级护理、一级护理、二级护理、三级护理4个级别。

3. 医护人员应当根据患者病情和（或）自理能力变化动态调整护理级别。

4. 患者护理级别应当明确标识。

【释义】

1. 何谓分级护理？

答：分级护理是指患者在住院期间，医

护人员根据患者病情和（或）自理能力进行分级别护理。护理级别依据患者病情和自理能力分为四个级别：特级护理、一级护理、二级护理和三级护理。临床护士应实施与患者病情和（或）自理能力相适应的护理级别，并给予相对应的标识提示，从而保障患者安全，提高护理质量。

分级护理制度作为重要的护理工作制度之一，在保证护理服务质量、确定临床护理人员编制、合理配置护理人力资源、制定护理服务收费标准等方面发挥着重要的作用。2013 年，原国家卫生计生委颁布了中华人民共和国卫生行业标准 WS/T 431–2013《护理分级》，明确了分级护理的定义、基本要求以及患者自理能力的评估依据及标准。为使分级护理在临床上更具有可操作性，推进医疗机构临床护理服务质量持续改进，促进优质护理服务持久、深入发展，原国家卫生计生委又对分级护理制度的定义、核心要点、护理要求、制度督查量化及落实流程进

行了补充和细化。

2. 国家分级护理管理相关指导原则有哪些?

答：原卫生部1982年颁布的《医院工作制度》中规定：患者入院后，应根据病情决定其护理级别，划分为特级、一级、二级、三级护理4个级别。2009年原卫生部印发的《综合医院分级护理指导原则（试行）》中提出，依据疾病的轻重缓急和患者的自理能力来确定护理级别，首次将患者的自理能力引入分级护理之中。如何确定患者的自理能力，在文件中没有统一的标准。

2013年，原国家卫生计生委颁布了中华人民共和国卫生行业标准WS/T 431-2013《护理分级》，明确了采用Barthel指数评定量表对日常生活活动进行评定，根据Barthel指数总分，确定自理能力等级，并提出临床护士应根据患者的护理分级和医师制订的诊疗计划，为患者提供护理服务，根据患者护理分级安排具备相应能力的护士。

为各级各类医疗机构制定和执行本机构分级护理制度及护理工作服务标准提供了基本遵循。

可见，患者护理级别的确定应是在医护充分沟通之后，由医生开具护理级别医嘱，护士有效执行，并做到能级对应。

3. 特级护理、一级护理、二级护理、三级护理的适用情况有哪些?

答：护理级别由医护人员根据患者病情和（或）自理能力进行评定。

特级护理：适用于维持生命，实施抢救性治疗的重症监护患者；病情危重，随时可能发生病情变化需要进行监护、抢救的患者。

一级护理：适用于病情趋向稳定的重症患者；病情不稳定或随时可能发生变化的患者；手术后或者治疗期间需要严格卧床的患者；自理能力重度依赖的患者。

二级护理：适用于病情趋于稳定或未明确诊断前，仍需观察，且自理能力轻度依赖

的患者；病情稳定，仍需卧床，且自理能力轻度依赖的患者；病情稳定或处于康复期，且自理能力中度依赖的患者。

三级护理：适用于病情稳定或处于康复期，且自理能力轻度依赖或无须依赖的患者。

4. 住院患者病情和（或）自理能力评估的内容有哪些？

答：住院患者的病情由主治医师进行评定，分为病危/抢救、病重/病情不稳定、病情稳定/康复期，需根据病情变化及时评定。

患者自理能力采用Barthel指数评定量表对日常生活活动，包括进食、洗澡、修饰、穿衣、控制大便、控制小便、如厕、床椅转移、平地行走、上下楼梯10个项目进行评定（见表4-1），将各项得分相加即为总分，根据总分，将自理能力分为重度依赖、中度依赖、轻度依赖和无须依赖四个等级（见表4-2）。患者新入院（转入）、出

院、手术当天、术后第一天时，护士需对患者进行自理能力评分，当出现其他特殊情况，如病情变化等需重新评分。

表 4-1　Barthel 指数（BI）评定量表

序号	项目	完全独立	需部分帮助	需极大帮助	完全依赖
1	进食	10	5	0	–
2	洗澡	5	0	–	–
3	修饰	5	0	–	–
4	穿衣	10	5	0	–
5	控制大便	10	5	0	–
6	控制小便	10	5	0	–
7	如厕	10	5	0	–
8	床椅转移	15	10	5	0
9	平地行走	15	10	5	0
10	上下楼梯	10	5	0	–

Barthel 指数分：分

注：①根据患者的实际情况，在每个项目对应的得分上画√。②引自 WS/T 431–2013《护理分级》。

表 4-2　自理能力分级

自理能力等级	等级划分标准	需要照护程度
重度依赖	总分≤ 40 分	全部需要他人照护
中度依赖	总分 41 ~ 60 分	大部分需他人照护
轻度依赖	总分 61 ~ 99 分	少部分需他人照护
无须依赖	总分 100 分	无须他人照护

注：引自 WS/T 431–2013《护理分级》。

5. 如何明确标识护理级别？

答：为了更好地落实各级别护理要求，各医疗机构应明确各级护理标识，护理标识需在患者床头卡、床位图（含电子信息卡）等患者信息载体中体现，使其在护士临床工作中发挥显著的提醒作用。当患者护理级别出现变化时需同步调整护理标识。

由于我国医疗机构众多，各医疗机构传统习惯差异较大，建议用颜色来表示护理级别，包括但不限于以下几种。

（1）特级护理（特护）一般用红色标记，其护理的对象是病情危重或重大手术后的随时可能发生意外，需要严密观察和加强

照护的患者。

（2）一级护理用粉红色标记，表示重点护理，但不派专人守护。

（3）二级护理用蓝色标记，表示病情无危险性，主要是照顾病情稳定的重症恢复期患者，年老体弱、生活不能完全自理、不宜多活动的患者。

（4）三级护理是普通护理，用绿色标记或不做任何标记。

（李环廷、魏丽丽、王平、
林箐、余双彬）

五、值班和交接班制度

（一）定义

指医疗机构及其医务人员通过值班和交接班机制保障患者诊疗过程连续性的制度。

（二）基本要求

1. 医疗机构应当建立全院性医疗值班体系，包括临床、医技、护理部门以及提供诊疗支持的后勤部门，明确值班岗位职责并保证常态运行。

2. 医疗机构实行医院总值班制度，有条件的医院可以在医院总值班外，单独设置医疗总值班和护理总值班。总值班人员需接受相应的培训并经考核合格。

3. 医疗机构及科室应当明确各值班岗位职责、值班人员资质和人数。值班表应当在全院公开，值班表应当涵盖与患者诊疗相关的所有岗位和时间。

4. 当值医务人员中必须有本机构执业的医务人员，非本机构执业医务人员不得单独值班。当值人员不得擅自离岗，休息时应当在指定的地点休息。

5. 各级值班人员应当确保通讯畅通。

6. 四级手术患者手术当日和急危重患者必须床旁交班。

7. 值班期间所有的诊疗活动必须及时记入病历。

8. 交接班内容应当专册记录，并由交班人员和接班人员共同签字确认。

【释义】

1. 为什么要建立“全院性医疗值班体系”？

答：患者的诊疗活动是一个连续性工作过程，医疗机构有连续工作要求的部门或科室均应安排专人值班，以保障诊疗活动正常进行。除了临床、医技、护理等岗位外，信息系统保障部门与提供水、电、气、消防及

其他公用设施应急保障的后勤相关部门也应安排值守。

2. 值班和交接班如何体现诊疗活动的连续性？

答：值班和交接班的连续性，包括医师间、护士间以及医护间的患者诊疗信息传递。由于部分医疗机构存在医疗值班和护理值班两套单独的值班体系，不能完全保证随时获取同一患者的信息，因此，医疗机构应设置定期的医护联合交班来实现患者信息的沟通与交流。

3. 如何理解“有条件的医院可以在医院总值班外，单独设置医疗总值班和护理总值班”？

答：医院总值班是医疗机构行政部门在非工作时间承担行政领导协调职责的值班机制，考虑到非工作时间，不仅仅有行政相关的事项需要处置，更多的是处置与医疗相关的专业事项，行政科室人员对临床工作并不熟悉，难以对医疗相关的事项进行及时有效

的协调。因此，对一些在非工作时间，医疗相关事项协调需求较多的医疗机构，在相关人力资源基本满足要求的情况下，可另外设置医疗总值班和护理总值班，以提高总值班的协调效率。

医疗总值班在非工作时间承担由医疗管理部门负责的职责。护理总值班在非工作时间承担由护理管理部门负责的职责。

4. 医师与护理交接班记录的基本内容包括哪些?

答：医师交接班记录包括交班医师对需要交班的患者病情及诊疗情况进行简要总结的记录，该记录应当在交班前由交班医师书写完成；接班医师应在交接班记录上签字确认，并注明签字时间（精确到分钟）以体现交接班时间可追溯。

需要交班的患者应包括但不限于：新入院患者诊断未明或评估后病情不稳定，急危重患者，当日接受手术及侵入性操作患者，有当日检查、检验结果为危急值的患者及其

他需特别注意的患者。另外，可以根据本科室的患者特点，再增列其他的交班内容。

急危重患者和当日四级手术的患者，因情况特殊并且需随时评估，必须床旁交班，给予口头详尽叙述交接班内容以及相关的注意事项，并将交接班内容及注意事项及时记录到交接班记录册当中。

值班人员应在下班前对值班期间患者的重要处置记录于交接班记录中。

护理交接班记录可以包括但不限于交班或接班日期、患者姓名、性别、年龄；新入院患者应包括入院时间、主诉、入院情况、入院诊断、以往简要诊疗经过；非当日入院需要交班的患者应包括目前病情变化、目前诊断及交班注意事项或接班诊疗计划，必要时包括饮食情况、睡眠情况、情绪变化、并发症观察、手术准备、检查准备、护理措施落实等内容。

5. 如何对医疗机构总值班进行管理？

答：医疗机构应建立医院总值班管理与

工作体系，制定医院总值班管理制度（包括岗位职责、值班人员资质、值班人数、通信联系工具、交接班机制及记录内容清单等），明确主管部门并履行管理职责；对值班人员进行上岗前培训，考核合格后才能参与值班。

6. 何谓本机构执业医务人员？

答："本机构执业医务人员"是指注册在本医疗机构（含区域注册）且接受本机构人力资源管理部门管理的医务人员。进修医务人员、对口帮扶医务人员等按照国家医务人员注册相关规定不需做注册变更的，经医疗管理部门考核合格后可按本机构执业医务人员管理参与值班。但进修医师在进修期间的前 3 个月，原则上不安排单独值班。

非本医疗机构的规培人员符合下列条件：①取得执业医师证书；②在本医疗机构注册；③在本机构规培满 1 年。经医疗管理部门考核合格后，可按本机构执业医务人员管理参与值班。

属于本医疗机构编制内的规培人员，应

根据其临床能力，由科室申请，医疗管理部门审批后可以安排单独值班，但应该有一定的加强培训阶段，具体培训时间由本机构确定。

7. 何谓单独值班？

答：单独值班是独立承担医疗机构所设的各类值班岗位的工作，即由具备岗位资质的个人，独立决策处理值班期间全部业务，并对其决策和处理的工作负责。

当值医务人员必须是有本机构执业资质的执业医师及经医疗管理部门认定许可的进修医师、符合条件的规培人员和对口帮扶医师，其他医务人员不得单独值班。

乡镇医疗机构的执业助理医师，经医疗管理部门认定后允许在本机构单独值班。

8. 为什么非本机构执业医务人员不得单独值班？

答：非本机构执业医务人员存在流动性大、能力水平参差不齐、责任界定不清等情况，所以不能单独值班，只能在上级医师的带领下参与值班，不得顶岗单独值班。

9. 医疗机构如何规定值班人员的值班时间和值班区域?

答：医疗机构及各科室部门应结合本机构及本科实际情况，根据各个值班岗位职责对值班时间和值班区域以文件形式予以明确，以确保医疗工作的连续性和处置的及时性。

值班人员排班表在适当范围内提前公开，不得擅自离岗，接班人员未到岗完成交接班前，交班人员不得离岗，直到接班人员到岗完成交接班后方可离开。

10. 病区值班医师能参加择期手术吗?

答：值班岗位职责应包含本科室所有患者的非预期事件的处置，往往带有突然性，值班医师应当随时待命，因此本科室或病区值班医师原则上不得参与择期手术，若因专业需要必须参加时，应有相同或更高级别资质医师接替值班并在岗，告知当班护士，同时报备医疗管理部门后方可参加。

11. 病区值班医师能参加门诊吗?

答：正常工作时间，原则上不得安排值

班医师参加门诊工作。因特殊情况确需值班医师参加门诊工作的，应当报科室主任或病区主任或上级医师批准，并确认有相同或更高级别资质的本科人员替班并承担相应值班责任。

12. 值班医师遇到急会诊或紧急手术时怎么办？

答：处置急会诊或急诊手术等紧急情况是值班医生的职责，医疗机构应当在值班制度中予以明确，并根据本机构实际情况指导各科室合理安排值班力量，保障患者紧急医疗需求得到及时处置以及值班区域相关正常医疗工作的连续性和及时性。必要时，值班医师应当报告医院（医疗）总值班或医疗管理部门启动相关应急预案。

13. 交接班记录可以是电子版吗？需要打印出来吗？交接班记录的保存时限有什么要求？

答：可以使用电子交接班记录。已实现电子签名的交接班记录，不需要打印；没有

电子签名的，需要打印并完成签名。电子交接班记录的书写要求同纸质交接班记录，且修改情况应在系统中留痕，可追溯。交接班记录按照临床使用需求时限保存。

（王平、林箐、王惠英、
李环廷、魏丽丽）

六、疑难病例讨论制度

（一）定义

指为尽早明确诊断或完善诊疗方案，对诊断或治疗存在疑难问题的病例进行讨论的制度。

（二）基本要求

1. 医疗机构及临床科室应当明确疑难病例的范围，包括但不限于出现以下情形的患者：没有明确诊断或诊疗方案难以确定、疾病在应有明确疗效的周期内未能达到预期疗效、非计划再次住院和非计划再次手术、出现可能危及生命或造成器官功能严重损害的并发症等。

2. 疑难病例均应由科室或医疗管理部门组织开展讨论。讨论原则上应由科主任主持，全科人员参加。必要时邀请相关科室人员或机构外人员参加。

3. 医疗机构应统一疑难病例讨论记录的格式和模板。讨论内容应专册记录，主持人需审核并签字。讨论的结论应当记入病历。

4. 参加疑难病例讨论成员中应当至少有2人具有主治及以上专业技术职务任职资格。

【释义】

1. 医疗机构及临床科室如何明确疑难病例的范围?

答：尽早识别疑难病例是落实疑难病例讨论制度的前提条件，应从院、科两级层面明确疑难病例的识别标准。

（1）医疗机构应根据本机构诊疗范围及医疗技术水平，明确本医疗机构疑难病例识别的基本指征，并要求全体医务人员知晓。识别疑难病例的基本指征，至少应包括以下情形。

①患者当前有明确的症状体征，但没有

明确的诊断或诊疗方案难以确定。

②疾病在应有明确疗效的周期内未能达到预期疗效。

③非计划再次住院和非计划再次手术。

④出现可能危及生命或造成器官功能严重损害的并发症等。

（2）临床科室应当在本医疗机构疑难病例识别基本指征范围的基础上，根据专业学科特点和诊疗常规，进一步细化、明确本科室的疑难病例识别标准。

2. 为什么强调参加疑难病例讨论成员中应当至少有 2 人具有主治及以上专业技术职务任职资格？

答：疑难病例的疾病情况比一般疾病更复杂，诊疗过程所需要的医疗技术条件和支持要求也更高，为尽早明确诊断或完善诊疗方案，所组织的疑难病例讨论会必须由具备较强临床能力的医师参加，主治及以上专业技术职务任职资格人员具有较为完备的理论知识和丰富的临床经验，对疑难病例具有

较强的判断能力和诊治能力，是能够提出合理诊疗方案的基本保障。同时，医疗机构及其临床科室应组织足够的人员数量及技术力量，保障疑难病例讨论内容的全面性和科学性。

3. 医疗机构疑难病例讨论记录文本应包括哪些内容?

答：疑难病例讨论记录内容应包括但不限于患者基本信息，讨论时间、地点、参加人（其他科室人员应注明学科、职称）、主持人、记录人，讨论过程中各发言人发言要点，讨论结论（主要是指后续诊疗方案），主持人审核签字。讨论结论记入病历。

4. 如何发挥疑难病例讨论制度的作用?

答：一是要妥善解决患者本次就诊需要处理的医疗问题，保障患者当次就医全过程的安全和诊疗质量。二是要强化疑难病例经验积累意识，不断提高医师个人、科室乃至医疗机构层面对同类疑难病例的诊疗水平。三是要在医疗机构内适时交流疑难病例诊疗

经验，促进医疗能力和技术水平全面提升。

5. 为什么疑难病例讨论制度原则上由科主任主持？

答：科主任是本科室医疗质量管理的第一责任人，有责任对科室疑难病例的诊疗工作进行协调与把关，因此疑难病例讨论理应由科主任主持。在科主任公差期间，应向医疗管理部门备案，由其指定科室负责人承担疑难病例讨论主持职责。

6. 什么情况下由医疗管理部门人员主持疑难病例讨论？

答：患者病情复杂、症状体征超出本科常见症状体征范围、需要多学科共同参与的，或有机构外人员参加的，应由医疗管理部门人员主持。

7. 什么情况下应该邀请相关科室人员或机构外人员参加？

答：解决疑难病例所需要的诊疗能力或医疗设备条件，超出本科室或本医疗机构的诊疗范围或能力范围，应邀请相关科室或医

疗机构外人员参加疑难病例讨论，确保能够为患者制定相对全面的诊疗方案。

8. 医疗机构疑难病例讨论的频次应如何执行？

答：疑难病例讨论的频次由各临床科室根据本科室诊治患者的实际情况确定。

（崔永亮、刘花、景抗震、
孟繁荣、孙佳璐）

七、急危重患者抢救制度

（一）定义

指为控制病情、挽救生命，对急危重患者进行抢救并对抢救流程进行规范的制度。

（二）基本要求

1. 医疗机构及临床科室应当明确急危重患者的范围，包括但不限于出现以下情形的患者：病情危重，不立即处置可能存在危及生命或出现重要脏器功能严重损害；生命体征不稳定并有恶化倾向等。

2. 医疗机构应当建立抢救资源配置与紧急调配的机制，确保各单元抢救设备和药品可用。建立绿色通道机制，确保急危重患者优先救治。医疗机构应当为非本机构诊疗范围内的急危重患者的转诊提供必要的帮助。

3. 临床科室急危重患者的抢救，由现场级别和年资最高的医师主持。紧急情况下

医务人员参与或主持急危重患者的抢救，不受其执业范围限制。

4. 抢救完成后6小时内应当将抢救记录记入病历，记录时间应具体到分钟，主持抢救的人员应当审核并签字。

【释义】

1. 医疗机构和临床科室如何明确急危重患者范围?

答：根据本机构或科室常见疾病谱情况来确定，可以包括但不限于病情危重、不立即处置可能存在危及生命或出现重要脏器功能严重损害的患者；生命体征不稳定并有恶化倾向患者等。

（1）患者急性起病，诊断未明，根据其症状的诊疗流程，必须立即处置，否则可能导致重要脏器功能损害或危及生命。

（2）患者急性起病，诊断明确，根据诊疗规范必须立即处置，否则可能延误最佳治疗时机或危及生命，如有明确治疗时间窗

的疾病。

（3）患者生命体征不稳定并有恶化倾向。

（4）出现检验或检查结果危急值，必须紧急处置的患者。

（5）患者出现其他预计可能出现严重后果，必须紧急处置的病情。

2. 如何规范抢救流程？

答：急危重患者的抢救是需要紧急、规范、高效落实的医疗行为，争分夺秒把握抢救时机是关键。程式化的抢救流程图、清单式的急危重症患者抢救流程目录，能够更为有效地避免医务人员在紧张的抢救过程中疏漏必要的处置，进一步规范诊疗行为。

医疗机构应组织临床科室梳理常见的急危重症目录，根据诊疗规范、诊疗指南、操作规范和医学伦理规范等，制定符合本机构实际的程式化的抢救流程图，简明扼要标注时限要求、如何获取抢救资源等；可能涉及紧急使用的抢救设施设备，应于该设备恰当位置展示使用步骤流程。归集急危重症患者

抢救流程，形成清单式目录。根据知晓和执行情况开展针对性培训、督查、评估，持续改进抢救流程，提高抢救规范性、成功率。

对于心脏骤停患者进行心肺复苏术等抢救时不仅需要医务人员知晓的抢救流程图，可适当张贴于医疗机构内相应位置，向患者及其家属普及急危重症知识与技能，提升社会知晓度与参与度。

3. 医疗机构的抢救资源包括哪些？

答：医疗机构的抢救资源包括但不限于以下几项：

（1）抢救人员：所有医务人员均应接受抢救技能培训，掌握抢救基本理论、基础知识和基本抢救操作技能（包括但不限于心肺复苏等），具备独立抢救能力，并注意培养专科抢救人员（包括心包穿刺术、气道开放技术、动/静脉穿刺置管术、心电复律、呼吸机使用等），有条件时建立应急医疗分队，紧急状态时能立即到位、开展抢救。

（2）抢救药品：根据医疗机构内不同

区域常见急危重疾病的抢救流程和本区域常见急危重疾病抢救时需要在极短时间内应用的药物进行配备，可以包括但不限于心肺复苏药物、呼吸兴奋药、血管活性药、利尿及脱水药、抗心律失常药、镇静药、止血药、平喘药等。

（3）抢救设备：根据医疗机构常见急危重症疾病抢救时需要配备的设备进行配置，包括但不限于吸氧设备、简易呼吸器、除颤设备、心电图机、心电监护仪、负压吸引设备、心肺支持设备、洗胃机、便携式超声仪和快速床旁检验设备等。

（4）临床科室可设置抢救区域和抢救床位。

4. 何谓抢救资源的配置及紧急调配机制？

答：医疗机构应当建立抢救资源相关配置制度，保证抢救人员、药品、设备等按医疗区域需要进行合理配置。当相关的抢救人员、药品、设备等抢救资源不能满足本区域临时抢救所需时，医疗机构应有相关紧急调

配制度，保证人员、药品、设备等抢救资源能够迅速调用，形成固定的紧急调配流程，并定期进行演练。紧急调配机制可以包括但不限于以下几项。

（1）有人员紧急调配的制度、规定和执行方案，定期演练，可建立机构内应急医疗分队（人员均有相应资质、抢救技能）。

（2）有抢救用药保障制度。

（3）有医疗设备紧急调配制度，定期演练。

（4）有应急床位统一调配机制。

（5）有多科室紧急抢救协作制度，急救服务体系中相关部门（包括急诊科、各临床及医技科室、药房、挂号收费等）责任明确。

5. 如何确保各单元抢救设备和药品可用？

答：医疗机构应有机制将本区域内抢救设备安置于固定的、便捷可及的位置，定期维护和巡查，始终保持待用状态；各单元医务人员知晓抢救设备位置、使用方法，知晓

抢救设备缺乏或故障时替代设备的调配流程。

抢救药品种类和数量能满足本区域常见的急危重症患者抢救需要；各单元医务人员知晓抢救用药使用流程、补药流程和应急预案。

6. 何谓绿色通道机制？包括哪些内容？

答：医疗机构“绿色通道”是指医疗机构为急危重症患者提供的快捷高效的服务系统。它所救治患者的理念是：以患者为中心，对急、危重症患者按照“优先处置转运”及“先及时救治，后补交费用”的原则救治，确保急诊救治及时有效。医疗机构应有各部门间的协作机制，职责任务明确，参与救治人员符合资质。

进入绿色通道的患者或机制可以包括但不限于以下内容。

（1）病种或人群绿色通道：可疑传染病、重点病种（包括但不限于，严重创伤、急性心肌梗死、急性心力衰竭、急性脑卒中、急性颅脑损伤、急性呼吸衰竭等）及重症孕产妇、重症新生儿的紧急救治。

（2）流程绿色通道：如院前、分诊、就诊、会诊、手术、药物治疗、输血治疗、检验、影像学检查、收治入院、转运等环节优先处理的机制；突发应急事件处理流程。

（3）财务绿色通道，先抢救后付费制度。

（4）绿色通道标识。

7. 急危重症患者多学科救治时的原则是什么？

答：急危重症患者涉及多发性损伤或多脏器病变的患者，应及时请专科医师会诊，并由现场主持抢救的最高资质和资历的医师主持多学科会诊。根据会诊意见，由可能威胁到患者生命最主要的疾病所属专业科室接收患者，并负责组织抢救，如落实救治科室存在争议，应立即通知医疗管理部门予以协调确认。

8. 为非本机构诊疗范围内的急危重患者转诊时提供的必要帮助包括哪些？

答：（1）转运前，应完成患者评估，履行告知义务，根据评估结果决定转运方式。转运途中配备可及的生命支持设备，医疗机

构间的转运可联系有资质的专业转运机构来完成。

（2）转送患者要有完善的病情与资料交接，保障患者得到连贯抢救。

（3）有与相关合作医疗机构建立转接服务的机制。

9. 对抢救记录有何要求？

答：抢救记录是指患者病情危重，采取抢救措施时所做的记录。

抢救记录内容包括病情变化情况、抢救时间及措施、参加抢救的医务人员姓名等，要做到及时记录，抢救时间应当具体到分钟。

因抢救急危重症患者，未能及时书写病历或录入医嘱的，有关医务人员应当在抢救结束后6小时内据实补记和补录，并加以注明。

危重症患者应及时向患方告病危，记录与患方沟通的说明。

（刘秋生、李礼安、吴汉森、张勤、高梦阳）

八、术前讨论制度

（一）定义

指以降低手术风险、保障手术安全为目的，在患者手术实施前，医师必须对拟实施手术的手术指征、手术方式、预期效果、手术风险和处置预案等进行讨论的制度。

（二）基本要求

1. 除以紧急抢救生命为目的的急诊手术外，所有住院患者手术必须实施术前讨论，术者必须参加。

2. 术前讨论的范围包括手术组讨论、医师团队讨论、病区内讨论和全科讨论。临床科室应当明确本科室开展的各级手术术前讨论的范围并经医疗管理部门审定。全科讨论应当由科主任或其授权的副主任主持，必要时邀请医疗管理部门和相关科室参加。患者手术涉及多学科或存在可能影响手术的合

并症的，应当邀请相关科室参与讨论，或事先完成相关学科的会诊。

3. 术前讨论完成后，方可开具手术医嘱，签署手术知情同意书。

4. 术前讨论的结论应当记入病历。

【释义】

1. 为什么要求“除以紧急抢救生命为目的的急诊手术外，所有住院患者的手术必须实施术前讨论”？

答：术前讨论是指手术前在上级医师主持下，对拟实施手术方式和术中可能出现的问题及应对措施所做的讨论。讨论内容包括但不限于术前准备情况、手术指征、手术方案、可能出现的意外及防范措施。

进行术前讨论是医疗机构和医务人员的基本义务，体现审慎、严谨、科学的态度，是围手术期管理的关键环节之一，也是保障手术患者医疗质量安全的重要举措。需要进行住院手术的患者，病情较为复杂或有一定

的风险，术前讨论可集思广益，帮助术者明确手术指征和方案，从而降低手术风险和并发症的发生率，保障患者安全。本要点明确不需术前讨论的仅限于紧急抢救生命的急诊手术，其他急诊手术均应完成术前讨论。

住院患者的术前讨论同样应包括日间手术，在医学影像下的介入诊疗、内镜下的手术等有创操作或手术。

2. 门诊手术如何进行术前讨论?

答：门诊手术患者的术前讨论形式，由参加门诊手术的医师及相关人员在术前共同进行讨论，讨论地点和方式不限。原则上在门诊病历上清楚记录诊断、手术适应证和禁忌证、手术方式、麻醉方式、注意事项等内容。

3. 为什么要求术者必须参加术前讨论?

答：术前讨论过程中，术者听取和接受其他医师的建议和意见，有助于查漏补缺，消除思维惯性或盲区，形成合理的手术方案，降低手术风险。

4. 何谓手术组讨论、医师团队讨论、病区内讨论和全科讨论？

答：医疗机构根据本院手术规模及手术医师业务能力，可以有以下几种术前讨论模式。

手术组讨论，是指计划参与该手术的医师及相关成员参加的术前讨论。

医师团队讨论，是指医疗机构授权的医疗组全体成员（包括主诊医师带组的全体成员，主任医师/副主任医师或医疗组长带组的全体成员等）参加的术前讨论。

病区内讨论，是指在由同一科室的两个或以上医师团队组成的病房管理相对区域内所有医疗团队参加的讨论。

全科讨论，是指本科室全体成员参与的讨论。

5. 如何界定住院患者术前讨论参加人员的范围？

答：临床科室应根据本科室手术分级管理目录、科室人员（医疗团队）配置、技术水平、既往手术效果等情况，确定各种住院

患者手术前的术前讨论参加人员的范围，并交医疗管理部门审批后实施。术前讨论参加人员范围应当遵循科学、必要、适宜的原则。

新开展手术、高风险手术、毁损性手术、非计划重返手术室再手术、可能存在或已存在医患争议或纠纷的手术、患者伴有重要脏器功能衰竭的手术，应当纳入全科讨论范围。

6. 如何理解“必要时邀请医疗管理部门”和“相关科室参加术前讨论，或事先完成相关学科会诊”？

答：对新开展手术、高风险手术、毁损性手术、非计划重返手术室再手术、存在医患争议或纠纷的手术、患者伴有重要脏器功能衰竭的手术、可能涉及紧缺医疗资源调用或医疗纠纷防范等情况时，可邀请医疗管理部门参与讨论。

由于患者病情复杂，可能存在患者重要脏器功能不耐受拟开展的手术、手术涉及多

学科或存在可能增加手术风险或影响手术效果的合并症、手术方式需要其他科室参与等情况，应当邀请相关科室参加术前讨论，或事先完成相关科室的会诊。

7. 术前讨论的内容包括哪些？

答：术前讨论的内容包括但不限于以下几项：患者术前病情及承受能力评估（包括但不限于生理、心理和家庭、社会因素）；临床诊断和诊断依据；手术指征与禁忌证、拟行术式及替代治疗方案；手术风险评估；术中、术后注意事项，可能出现的风险及应对措施；术前准备情况；是否需要分次完成手术；围手术期护理具体要求；麻醉方式与麻醉风险等。

8. 术前讨论的结论记入病历，有何具体要求？

答：术前讨论的结论包括：临床诊断、手术指征、拟行术式、麻醉方式、术中术后可能出现的风险及应对措施；特殊的术前准备内容；术中、术后应当充分注意的事项

等。术前讨论结论可以以病程记录、术前小结等形式体现，并在患者进入手术室前完成。术前讨论时间和记录时间不一致时，应记录实际讨论时间。

9. 什么是术前讨论完成？术前讨论的结果由谁签名？

答：术前讨论的结论由手术患者的管床医师记录，记入病历的内容由本手术的术者签名确认，表示术前讨论完成。

10. 日间手术如何进行术前讨论？

答：由于日间手术患者系住院患者，非门诊手术，故应按照住院手术患者进行术前讨论，基于其特殊的诊疗模式，建议按照手术组讨论或者医师团队讨论形式进行术前讨论。

11. 如何理解“术前讨论完成后，方可开具手术医嘱，签署手术知情同意书”？

答：术前讨论的实质就是决定手术是否实施并确认相关细节，因此原则上术前讨论后才能开具手术医嘱，签署手术知情同意

书，并开始术前准备。

12. 如何开展四级手术术前多学科讨论？

答：术前讨论是保障手术质量和患者安全的重要措施，根据《医疗纠纷预防与处理条例》第十四条规定，开展手术、特殊检查、特殊治疗等具有较高医疗风险的诊疗活动，医疗机构应当提前预备应对方案，主动防范突发风险。四级手术具备风险高、过程复杂、难度大、资源消耗多或涉及重大伦理风险等属性，《医疗机构手术分级管理办法》第二十二条指出，医疗机构应当建立四级手术术前多学科讨论制度，实施每例四级手术前，应对患者承受能力、手术指征与禁忌证、拟行术式及替代治疗方案、预期效果、手术风险评估和处置预案等组织多学科讨论，确定手术方案。

对基础状况差或诊断不明的患者，术前多学科讨论可增加与诊断相关的医技科室、涉及患者重要器官功能不全治疗的临床科室、涉及围手术期管理的相关科室等共同制

定围手术期管理方案，并将手术安全保障措施，如重大手术审批、术后监测方案等要求纳入，提高手术质量，保障患者安全。多学科讨论原则上应采取线下方式进行。

（徐玲、郑双江、吴汉森、
孙湛、丁昉）

九、死亡病例讨论制度

（一）定义

指为全面梳理诊疗过程、总结和积累诊疗经验、不断提升诊疗服务水平，对医疗机构内死亡病例的死亡原因、死亡诊断、诊疗过程等进行讨论的制度。

（二）基本要求

1. 死亡病例讨论原则上应当在患者死亡1周内完成。尸检病例在尸检报告出具后1周内必须再次讨论。

2. 死亡病例讨论应当在全科范围内进行，由科主任主持，必要时邀请医疗管理部门和相关科室参加。

3. 死亡病例讨论情况应当按照本机构统一制定的模板进行专册记录，由主持人审核并签字。死亡病例讨论结果应当记入病历。

4. 医疗机构应当及时对全部死亡病例进行汇总分析，并提出持续改进意见。

【释义】

1. 如何界定医疗机构内死亡病例具体范围和讨论主体？

答：指在医疗机构门、急诊区域内已有医务人员接诊后发生死亡的患者或在住院期间发生死亡的患者需进行死亡讨论，门、急诊死亡患者由最终接诊医师所在科室完成死亡病例讨论。

2. 死亡病例讨论制度要求的死亡讨论1周内完成，如何界定具体时限？

答：本制度所指“1周内”是指5个工作日内。

3. 死亡讨论应在全科范围内进行，如何界定全科范围？

答：全科范围是指设置科室主任的临床专科范围，参加讨论的医师应当包括本科室在岗的全部医师，进修医师、规培医师、护

理人员、实习人员可以参加或旁听。如果死亡病例病情及死亡原因复杂，或涉及本专科以外的其他专科，或经多学科诊治，则需要邀请相关科室副主任医师以上职称医师参加。

4. 由谁担任死亡病例讨论的主持人？

答：死亡病例讨论由患者死亡时所在科室发起，由科主任主持，若科主任在患者死亡后1周内因故均不在岗，则由其向医疗管理部门申请指定并经同意后，由本科室副主任或指定人员主持。接受了多学科诊治的死亡患者，需要进行多学科讨论，则由医疗管理部门负责人主持。

5. 记入病历的死亡病例讨论结果包括哪些内容？

答：记入病历的死亡病例讨论结果包括讨论时间、地点、主持人、死亡诊断、死亡原因等。

6. 医疗机构应及时对全部死亡病例进行汇总分析，此处的“及时”如何界定？

答：医疗机构应明确死亡病例汇总分

析的责任部门，根据医疗机构常态发生的死亡人数分布确定汇总分析的周期。定期是指至少每季度进行一次全院性的死亡汇总分析；不定期是指对于短时间内死亡人数偏离常态死亡发生趋势的情况应快速启动汇总分析。

7. 医疗机构对死亡病例汇总分析提出持续改进意见包括哪些方面？

答：持续改进意见包括对诊断、治疗及抢救整个医疗过程中存在的缺陷提出的改进意见及措施；对现有制度流程及可能存在的系统安全等问题进行的改进及优化；有针对性地开展医疗质量安全核心制度、专业技术、基本技能等学习培训等。

8. 死亡病例讨论结果如何记入病历？

答：如病历尚未归档，可延迟死亡病历的归档时间，待死亡病例讨论完成后再归档；如病历已归档，则履行归档病案修改流程，报医疗管理部门批准后启封归档病案，加入死亡病例讨论结果。无论采用

哪种方式，医院应当明确本院采用统一的流程。

（景抗震、孟繁荣、崔永亮、刘花）

十、查对制度

（一）定义

指为防止医疗差错，保障医疗安全，医务人员对医疗行为和医疗器械、设施、药品等进行复核查对的制度。

（二）基本要求

1. 医疗机构的查对制度应当涵盖患者身份识别、临床诊疗行为、设备设施运行和医疗环境安全等相关方面。

2. 每项医疗行为都必须查对患者身份。应当至少使用两种身份查对方式，严禁将床号作为身份查对的标识。为无名患者进行诊疗活动时，须双人核对。用电子设备辨别患者身份时，仍需口语化查对。

3. 医疗器械、设施、药品、标本等查对要求按照国家有关规定和标准执行。

【释义】

1. 查对制度的实施或执行人员包括哪些?

答：查对制度适用的对象包括但不限于以下人员。

（1）医师；

（2）护理人员；

（3）药学专业技术人员；

（4）其他医务人员（包括康复治疗、临床营养、临床检验、病理、放射影像等技术人员）；

（5）行政管理人员（包括医疗器械设施设备管理人员、病历复印等行政管理人员）。

2. 哪些临床诊疗行为需要进行复核查对?

答：患者身份错误事实上可以发生在诊断和治疗的任何阶段。患者可能是在镇静状态、意识不清或没有充分集中注意力；也可能是在住院过程中更换床位、房间或病房；或患者因听力障碍或其他情况都可能导致在确认患者身份时出现差错。

医疗机构内针对具体患者个人的医疗行

为和环节，包括但不限于开具和执行医嘱、给药、手术/操作、麻醉、输血、检验标本采集、检查、发放营养膳食、接送转运患者、检验检查结果/报告等环节的行为均需要进行复核查对。

3. 如何查对患者身份?

答：身份查对包括患者姓名、住院号（门急诊号）、身份证号（或护照号或其他身份ID）、出生年月日以及电子设备身份认证（包括腕带或其他可穿戴设备上的二维码、条形码、芯片等）等，至少使用两种身份查对方式确认患者身份，如姓名+住院号、姓名+门急诊号等。核对姓名时，请患者主动陈述本人姓名以便确认。禁止使用病房号或床位号进行身份核对。医用腕带信息可替代患者床头卡信息，但仍需患者以口语化方式，如陈述自己姓名以确认身份。

4. 如何落实口语化查对?

答：用电子设备识别患者身份时，仍须进行口语化查对。查对时应通过开放式提

问，如“您叫什么名字？”请患者陈述自己的姓名，而不是用诱导式提问，如“您是否是某某？”等问题来确认患者的姓名。

5. 如何对昏迷、意识不清等无法表明自己身份的患者进行身份查对？

答：医务人员对无法陈述姓名的患者进行身份查对时，可由其陪同人员陈述患者姓名，并按患者姓名和住院号（或门、急诊号等）等两种以上身份查对方式实施查对确认并及时佩戴腕带；对无法陈述姓名且无人陪伴的患者可以性别、就诊月日和24小时制的时分为患者临时命名，通过临时命名和住院号（或门、急诊号等）建立就诊信息和腕带，并由双人进行查对确认。如某位身份不明男性患者于2021年12月01日上午6点30分就诊（男12010630），患者的识别码为“男12010630+住院号（或门、急诊号等）”。待患者身份确认后，由指定人员采集患者的身份识别信息，核对无误后更改腕带等相关信息。

6. 药学专业技术人员调剂处方时的查对包括哪些?

答：包括“四查十对”：查处方，对科别、姓名、年龄；查药品，对药名、剂型、规格、数量；查配伍禁忌，对药品性状、用法用量；查用药合理性，对临床诊断。

7. 高警示药物调配发放和使用前的查对要注意什么?

答：高警示药物调配发放和使用前要实行双人核对，在夜间，本岗位只有一人的情况下，采用单人双次复核查对和两次签字形式。

8. 病理查对包括哪些内容?

答：（1）接收检查申请单时，要核查申请单填写是否齐全、临床诊断及检查目的是否清楚。

（2）标本接收和取材时要核对申请单号码与标本号码是否一致、标本号码与病理编码是否唯一。

（3）取材后医师与技术人员交接时要

核对组织块数量，出片时要核对切片数量及号码是否正确。

（4）切片观察和出具报告时要核对患者姓名、病区、病床号、住院号、送检材料和部位是否与申请单一致。

（5）外借病理切片时要再次核对患者姓名、病理号和病理诊断是否正确。还片时要核对会诊意见是否与原诊断一致，并做好记录。

9. 医疗器械、设施设备的查对包括哪些要点？

答：医疗器械、设施管理部门应定期对医疗设施设备开展巡查及保养工作，并做好相应记录，以确保医疗工作正常开展。巡查频率较高的设备，可委托临床科室代为巡查，但需规范巡查流程，承担巡查职责的医务人员必须经过医疗器械、设施管理部门的定期培训，并考核通过后才能开展巡查。

生命支持类设备应有该设备是否运行正常的明示标记。

医护人员在使用前应核查医疗器械是否在有效期范围内，在每日使用前做好日常检查与清洁工作，并做好相应记录。使用后应严格按照医疗器械相关保养说明完成保养。

（孙晖、李迪、王惠英、
熊天威、元丽）

十一、手术安全核查制度

（一）定义

指在麻醉实施前、手术开始前和患者离开手术室前对患者身份、手术部位、手术方式等进行多方参与的核查，以保障患者安全的制度。

（二）基本要求

1. 医疗机构应当建立手术安全核查制度和标准化流程。

2. 手术安全核查过程和内容按国家有关规定执行。

3. 手术安全核查表应当纳入病历。

【释义】

1. 手术安全核查的意义是什么？

答：手术是指医疗机构及其医务人员以诊断、治疗疾病为目的，在人体局部开展去

除病变组织、修复损伤、重建形态或功能、移植细胞组织或器官、植入医疗器械等医学操作的医疗技术。手术治疗应尽量避免对患者造成不必要的损害，实施过程中要求确保“正确的患者、正确的麻醉、正确的手术部位、正确的手术方式”，手术安全核查是保障这4个基本要求的必要手段。因此，医疗机构必须建立手术安全核查制度并认真组织落实，在系统层面有效降低手术差错发生概率，保障医疗质量与患者安全。

2. 国家有关规定中对手术安全核查过程和内容的关键点是什么?

答：根据2010年版《手术安全核查制度》（卫办医政发〔2010〕41号）的要求，医疗机构执行手术安全核查至少应包括以下内容。

（1）所有手术患者均应配戴标示有患者身份识别信息的标识，并按照本机构的要求，做好手术标记。

（2）确认正确的患者、正确的麻醉、

正确的手术部位和正确的手术方式。

（3）确认用药和输血。

（4）确认手术用物。

3. 医疗机构如何建立手术安全核查标准化流程?

答：医疗机构应按照国家有关规定，结合本机构实际情况对手术安全核查各环节信息核对要点、核对方法与记录形式、工作衔接程序等做出统一明确的规定，并以机构内规范文件的形式将上述覆盖手术全过程的信息核对操作流程固定下来，要求机构内全员遵照执行。

4. 如何建立手术部位识别标示制度与工作流程?

答：医疗机构具备手术部位识别标示相关制度与流程，是手术安全核查的标志性内容。

对涉及有双侧、多重结构（手指、脚趾、病灶部位）、多平面部位（脊柱）的手术时，对手术侧或部位有规范统一的标记。

建议对所有住院手术都实施手术标记，医疗机构应对手术的标记方法、标记颜色、标记实施者及患者参与有统一明确的规定。

医疗管理部门、护理管理部门应定期、不定期地对手术患者在送达术前准备室或手术室前是否完成手术标记进行监督与管理，提出持续改进的措施并加以落实。

5. 医疗机构如何执行手术安全核查表？

答：医疗机构执行手术安全核查表应注意以下关键内容。

（1）明确手术团队中的术者、麻醉医师、手术室护士三方核查人员的职责，确保在手术过程中不遗漏手术安全核查表任何一个安全步骤。应明确各环节三方核查人员中负责发起安全核查的协调人，由其按照安全核查表项目逐一提问，三方人员逐一口头回答各自相关内容，共同确认。协调人可由麻醉医师全程担任或根据本机构临床实际具体规定。

（2）明确手术安全核查表三个时段的

具体执行内容，明确各核查信息项目“为什么做”及“如何做”。

①麻醉实施前，安全核查的关键内容是确认手术患者身份、手术部位、术式名称以及相关的术前准备是否完成。

②切开皮肤前，安全核查的关键内容是确保三方核查人员在各自专业角度关键问题上的再次沟通、风险预警及相应准备。

③患者离开手术室前，安全核查的关键内容是确保准确的手术物品清点及标本处置、术后注意事项等。

（3）其他需要注意的问题。

①手术安全核查强调口头确认手术安全核查表的所有项目，应避免把核查表仅当作书面文件使用，不得流于形式。

②避免核查内容不完整或核查人员缺席，手术团队各成员应高度负责，按照制度要求就手术安全问题进行认真问答、充分沟通，避免简单或草率。

③要注意预防性抗菌药物给药时间等信

息的核查，应按照《抗菌药物临床应用指导原则》等文件的要求执行，尽量减少手术部位感染的风险。

④不足三方参与的手术或有创操作，可根据实际参与手术或操作的人员情况进行核查并签字。

6. 医疗机构手术安全核查表如何实现本土化？

答：世界卫生组织（WHO）在推荐使用手术安全核查表时建议："各地可根据自身情况对手术安全核查表进行适当修订，但是原则和精髓应当予以保留。"各医疗机构在修订手术安全核查表时，须坚持手术安全核查项目只增不减、规范要求就高不就低的原则，制定适用于本机构的具体手术安全核查表范本。但同时应强调，医疗机构在实现手术安全核查表本土化的过程中，要注意避免使核查表内容过于复杂而难以操作。

7. 如何对手术安全核查制度的执行情况进行有效管理？

答：手术安全核查制度的执行情况应纳入医疗机构医疗质量安全考核的有效管理。

执行手术安全核查应强调重在内涵、重在落实、重在核查与交流，通过核查工作来强化手术患者的安全。医疗机构应在日常质量安全管理工作中将手术安全核查情况作为考核内容之一，并建立可靠的管理监测方法（如利用信息化手段提供相应质控数据支持等），促进和激励这项工作的落实。

8. 如何将手术安全核查表纳入病历？

答：手术安全核查表作为对手术安全核查工作的客观记录，按照2010年版《手术安全核查制度》（卫办医政发〔2010〕41号）的要求，住院患者《手术安全核查表》应归入病历中保管，非住院患者《手术安全核查表》由手术室负责保存一年。

9. 如何对阴道分娩进行手术安全核查？

答：由于阴道分娩的操作具有特殊性，

为确保产妇和新生儿得到最安全的分娩服务，国家卫生健康委于2020年发布了《进一步加强产科专业医疗质量安全管理的通知》（国卫办医函〔2020〕626号），要求各级各类医疗机构加强产房分娩安全核查工作，并按照《产房分娩安全核查表》的时间段，在产妇确定临产、准备接产及分娩后2小时等3个时间节点对本机构所有经阴道试产的产妇逐项进行核查，按照产程进展动态评估，由医生及助产士确认并签名。

（熊天威、元丽、张勤、
孙晖、李迪）

十二、手术分级管理制度

（一）定义

指为保障患者安全，按照手术风险程度、复杂程度、难易程度和资源消耗不同，对手术进行分级管理的制度。

（二）基本要求

1. 按照手术风险性和难易程度不同，手术分为四级。具体要求按照国家有关规定执行。

2. 医疗机构应当建立手术分级管理工作制度和手术分级管理目录。

3. 医疗机构应当建立手术分级授权管理机制，建立手术医师技术档案。

4. 医疗机构应当对手术医师能力进行定期评估，根据评估结果对手术权限进行动态调整。

【释义】

1. 何谓手术分级?

答：手术是指医疗机构及其医务人员以诊断、治疗疾病为目的，在人体局部开展去除病变组织、修复损伤、重建形态或功能、移植细胞组织或器官、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。

根据手术风险程度、难易程度、资源消耗程度或伦理风险不同，手术分为四级。

一级手术是指风险较低、过程简单、技术难度低的手术。

二级手术是指有一定风险、过程复杂程度一般、有一定技术难度的手术。

三级手术是指风险较高、过程较复杂、难度较大、资源消耗较多的手术。

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。

医疗机构应当根据相关法律法规的规定、本机构目前开展的手术情况、医务人员

的技术能力和围手术期管理能力等因素制定本机构手术分级管理目录。

2. 为什么要把手术划分成四个级别来管理?

答：把手术分为四个级别进行管理，是为适应新时期医疗机构高质量发展的要求，激发医疗机构加强自我管理的主动性，指导医疗机构持续提升管理的科学化、精细化、标准化水平的具体举措。不同手术，其手术风险程度、难易程度、资源消耗程度、伦理风险等要素均不同，不加以区分进行管理，会造成医疗资源和管理成本不合理投入。将手术划分为四个级别进行精细化管理，可以最大限度地发挥医疗资源和管理成本作用，规避手术风险，提高手术质量，确保患者安全。

手术分级管理也符合手术医师技术能力成长规律，有助于建立手术医师的成长目标，不断缩小技术能力水平差距，促进外科医师的全面发展。

3. 手术分级管理目录由谁制定?

答：我国幅员辽阔，各级各类医疗机构

受发展水平、地理位置、接诊病种等多种因素影响，诊疗能力和技术水平存在较大差异。

《医疗机构手术分级管理办法》第六条规定，医疗机构承担手术分级管理主体责任，应根据本机构的功能定位、诊疗科目、接诊患者疾病谱、学科发展方向、医疗技术能力等制定手术分级管理目录，规范手术管理。

4. 医疗机构如何制定本机构的手术分级管理目录?

答:《医疗机构手术分级管理办法》第十一条明确了应根据手术风险程度、难易程度、资源消耗程度或伦理风险等因素将手术分为四级。《医疗机构手术分级管理办法》第十二条指出，手术风险包括麻醉风险、手术主要并发症发生风险、围手术期死亡风险等;手术难度包括手术复杂程度、患者状态、手术时长、术者资质要求以及手术所需人员配置、所需手术器械和装备复杂程度等;资源消耗程度指手术过程中所使用的医疗资源的种类、数量与稀缺程度;伦理风险指人的社会伦

理关系在手术影响下产生伦理负效应的可能。

医疗机构可组织手术科室、手术室、病案室、物价部门等相关部门，根据《手术操作分类代码国家临床版》，结合学科现状、专业、物价政策等，梳理目前开展全部手术的清单。借助质量管理工具与信息化手段，统筹各专业质控指标、年度质量安全改进目标等，对包括但不限于麻醉并发症、手术主要并发症、手术时长、输血量等因素进行量化、客观评价；对手术复杂程度，手术所需人员配置，消耗医疗资源的种类、数量以及可能产生的伦理负效应等进行非量化、主观评价。在此基础上，充分、科学评估本机构手术风险程度、难易程度、资源消耗程度或伦理风险等因素分别对应的级别，确定本机构手术分级管理目录，其中所有手术需与《手术操作分类代码国家临床版》一一对应。《医疗机构手术分级管理办法》第十五条规定，医疗机构应动态调整手术分级管理目录，提升信息化思维，通过医疗质量评价数

据等，判断本机构开展手术的效果和手术并发症等情况，采取相应提升或降低级别等管理策略，实现保障手术质量安全的目的。

应当强调一点，根据《医疗机构手术分级管理办法》第三条：本办法所称手术分级管理是指医疗机构以保障手术质量安全为目的，对本机构开展的手术进行分级，并对不同级别手术采取相应管理策略的过程。因此，本机构制定的手术分级管理目录有极强而明确的管理目的，与其他管理目的手术分级目录完全不同。因此，医疗机构内部可以存在不同管理目的的多套手术分级目录。

5. 治疗性和诊断性的操作是否都要归入手术分级管理范围，并设立医师分级授权？

答：手术分级管理是指医疗机构以保障手术质量安全为目的，根据手术风险程度、难易程度、资源消耗程度和伦理风险，对本机构开展的手术进行分级，并对不同级别手术采取相应管理策略的过程。因此只要符合手术定义的操作，无论其目的如何，都应归

入手术分级管理范围。

6. 如何理解手术医师资质与授权管理？

答：医疗机构进行手术医师资质与授权管理是保障手术质量、患者安全的基础和必需的手段。手术医师资质是医疗机构对医师是否具备相应级别手术能力的认可。手术医师授权是指医疗机构根据手术级别、专业特点、术者专业技术岗位和手术技术临床应用能力及培训情况综合评估后授予术者相应的手术权限。

医疗机构应根据自身的功能任务与医疗资源的实际状况，依照卫生健康行政部门授予的医院级别、核定的诊疗科目和推荐的手术分级管理目录，在明确本机构手术分级管理目录的基础上，制定本机构手术医师资质与授权管理制度及规范文件。

手术分级授权管理制度必须落实到本机构每一位医师，并建立周期性医师手术能力评价与再授权机制，确保每一位医师的实际能力与其手术资质与授权情况相一致。三、四级手术应当逐项授予术者手术权限。对于

非主执业机构注册的医务人员，其手术授权管理应当与本机构医务人员保持一致。

7. 限制类技术如何执行手术分级管理？

答：医疗机构开展省级以上限制类技术项目涉及手术的，按照《医疗技术临床应用管理办法》第十一条要求，应按照相应医疗技术临床应用管理规范进行自我评估，符合条件的可以开展临床应用，并于开展首例临床应用之日起15个工作日内，向核发其《医疗机构执业许可证》的卫生行政部门备案，完成备案后，医疗机构方可将其纳入本机构手术分级管理目录。按照《医疗机构手术分级管理办法》二十条规定，医疗机构开展的省级以上限制类医疗技术中涉及的手术，按照四级手术进行管理。

8. 如何开展手术分级授权？

答：医疗机构应建立本机构手术分级管理制度与工作流程并持续改进。

医师手术分级授权工作内容及流程包括但不限于：个人申请→科室进行评估与考

核→医疗管理部门复核→医疗技术临床应用管理组织审核批准→医疗机构行文公布→纳入医师个人技术档案。

9. 医疗机构手术分级管理应注意的要点有哪些?

答:（1）医疗机构应对本机构开展的每一种手术进行授权管理，而不是仅仅按照手术分级对医师进行授权。

（2）手术分级授权管理应落实到每一位手术医师。

（3）手术医师的手术权限与其资质、能力相符。

（4）医疗机构应根据医师的手术技能、手术数量、手术效果、手术质量与安全指标、开展手术的年限，结合技术职称以及医师定期考核结果对医师手术资质与授权实施动态管理。

10. 医疗管理部门如何进行手术分级管理督查?

答：医疗机构应建立手术分级监督管理

系统，使其医疗管理部门能够在事前、事中和事后管理阶段全面掌握临床科室及医师对手术分级管理制度的执行与落实情况，特别是限制类技术、急诊手术和本机构重点监管技术项目的相关情况。

医疗管理部门应在手术分级管理过程中充分利用信息化手段，加强对手术医嘱、手术通知单、麻醉记录单等运行环节的检查，重点关注手术医师资质与手术级别是否一致、是否存在越级手术情况、临床科室和部门内部自查自纠情况以及问题督查意见是否落实等。

11. 如何管理紧急状态下的越级手术情况?

答：医疗机构应建立关于患者生命安全处于紧急状态下的越级手术管理制度，明确规定针对急危重症患者抢救生命安全的紧急手术范围。

遇有急危重症患者确需行急诊手术以挽救生命时，如现场无相应手术资质的医师，其他医师可以越级开展紧急手术，但同

时应向本机构医疗管理部门（夜间向医院总值班或医疗总值班）报告。医疗管理部门在接到报告后，应立即协调有资质的医师前往现场。如手术尚未结束，由该有资质的医师接续完成手术；如手术已经完成，则由其对手术情况进行分析评估并指导后续治疗方案。

12. 手术授权管理与医师职称、职务有何关系？

答：手术分级授权与医师职称、职务并非完全对应，授权评估应根据医师手术能力、已开展手术效果、发生的手术并发症以及存在的风险、隐患等情况进行综合评估。手术授权原则上不得与术者职称、职务挂钩。

13. 如何建立手术医师的技术档案？

答：（1）医疗机构的医疗与人力资源管理部门应为本机构内每一名手术医师建立个人技术考评档案，并存有手术医师个人的资质文件（经审核的医师执业证书、文凭、学

位、教育和培训等资料复印件）。

（2）手术医师的技术档案中，应记录的内容包括但不限于：医师开展手术的年限、手术数量、手术效果、手术质量与安全指标完成情况，科室对手术医师年度考核结果等。

（3）手术医师技术档案应至少每年更新一次，由医疗与人力资源管理部门共同负责管理与使用，相关文件按照档案管理的有关要求进行保存。

14. 如何依托信息化做好手术分级管理？

答：二级以上医疗机构应当充分利用信息化手段加强手术分级管理，全面掌握科室对手术分级管理制度的执行与落实情况，加强对手术医嘱、手术通知单、麻醉记录单等环节的检查，重点核查手术权限、限制类技术、急诊手术和本机构重点监管技术项目的相关情况。

医疗机构层面的手术分级管理信息化模块包括但不限于手术分级管理目录数据

库、手术资质授权人员数据库、三四级手术档案、手术相关不良事件数据库以及手术审核、论证管理模块等。

（陆勇、周帅、胡柯嘉、张勤、陈海勇、李妍）

十三、新技术和新项目准入制度

（一）定义

指为保障患者安全，对于本医疗机构首次开展临床应用的医疗技术或诊疗方法实施论证、审核、质控、评估全流程规范管理的制度。

（二）基本要求

1. 医疗机构拟开展的新技术和新项目应当为安全、有效、经济、适宜、能够进行临床应用的技术和项目。

2. 医疗机构应当明确本机构医疗技术和诊疗项目临床应用清单并定期更新。

3. 医疗机构应当建立新技术和新项目审批流程，所有新技术和新项目必须经过本机构相关技术管理委员会和医学伦理委员会审核同意后，方可开展临床应用。

4. 新技术和新项目临床应用前，要充分论证可能存在的安全隐患或技术风险，并制定相应预案。

5. 医疗机构应当明确开展新技术和新项目临床应用的专业人员范围，并加强新技术和新项目质量控制工作。

6. 医疗机构应当建立新技术和新项目临床应用动态评估制度，对新技术和新项目实施全程追踪管理和动态评估。

7. 医疗机构开展临床研究的新技术和新项目按照国家有关规定执行。

【释义】

1. 何谓新技术和新项目？

答："新技术和新项目"是指在本医疗机构范围内首次应用于临床的诊断和治疗技术。主要包括但不限于以下几点。

（1）临床上首次开展应用的诊疗技术方法或手段（包括新诊疗设备的临床应用，使用新试剂的诊断项目）。

（2）常规开展的医疗技术在新诊疗项目的或领域中的临床应用。

（3）其他可能对人体健康产生影响的新的侵入性的诊断和治疗等。

医疗机构应建立医疗技术临床应用论证和评估制度。对已证明安全有效，但属本机构首次应用的医疗技术，应当组织论证，重点论证本医疗机构技术能力和安全保障能力，必要时邀请外院专家参加论证，通过论证的方可开展。

对于试用或新购置用于非新技术和新项目的设备或试剂，请参照《医疗器械临床使用管理办法（国家卫生健康委员会令第8号）》，由医疗器械临床使用管理委员会组织进行评估和论证，无须经过医疗新技术和新项目委员会重复评估论证。

2. 新技术和新项目准入申报方式应该包括哪些内容？

答：基于全国各医疗机构功能任务及管理体制与模式存在差异及不同，很难用一个

流程来要求，建议但不限于以下内容。

科室应有计划地组织开展年度新技术的申报工作，拟申报的新技术必须符合本机构《医疗机构执业许可证》中登记的诊疗科目。

对当年拟开展新技术和新项目的临床、医技科室，由科室讨论后提交《新技术和新项目准入申报表》。

涉及多科合作开展的新技术和新项目，有主导科室的，由主导科室负责组织填报《新技术和新项目准入申报表》；没有主导科室的，由医疗管理部门组织讨论协调，并确定主导科室。

开展的新技术和新项目属于国家和省级卫生健康行政部门规定的“限制类技术”目录之中的，应按照国家和省级卫生健康行政部门相关规定执行。需要向全国和省级医疗技术临床应用信息化管理平台逐例报送“限制类技术”开展情况。

3. 新技术和新项目管理期限是如何规定的?

答：新技术和新项目管理期限是指从获得批准开展之日起至转为常规技术项目的时间。医疗机构可根据新技术和新项目难易程度、成熟度、效果观察周期等确定观察例数和管理期限。一般情况下，安全性、有效性肯定的成熟技术，如已获国家批准的检查、检验类项目，管理周期一般为半年到一年；安全性、有效性需要进一步观察的技术，如手术类技术，应考虑手术效果的观察周期，管理周期一般为 1~2 年或更长。具体时间和例数可由申请科室提出，医疗技术临床应用管理委员会审核后确定。

4. 什么情况下新技术和新项目可转化为常规技术?

答：开展时间和观察例数达到管理要求的新技术和新项目，临床科室可以向医疗技术临床应用管理委员会提出转为常规技术的申请。医疗技术临床应用管理委员会对技

术开展情况、疗效、并发症及不良事件发生情况进行评估，必要时邀请外院专家参加，证实其应用过程安全、有效，可转为常规技术。

转为常规技术后，应有新技术和新项目推广的培训，确保所有应用该新技术和新项目的人员具备同样的实施能力，至少有不少于一个上述管理期限的重点观察过程，并进行专项监督管理，以避免推广过程中出现可避免的负性事件。

5. 医学伦理委员会和医疗技术临床应用管理委员会审核内容有哪些?

答：医学伦理委员会审核内容包括但不限于：申报者的资质、新技术和新项目是否符合科学性和伦理原则；被实施者可能遭受的风险程度与预期受益相比是否合理；知情同意方式，被实施者权利保护。新技术和新项目临床应用申请原则上应在医学伦理委员会审核通过后再提交医疗技术临床应用管理委员会审核论证。

医疗技术临床应用管理委员会对科室申报的新技术和新项目进行审核，审核内容包括但不限于以下内容。

（1）是否符合国家相关法律法规和规章制度、诊疗规范及操作常规。

（2）是否具有可行性、安全性和效益性。

（3）所涉及的医疗仪器、药品、试剂等，是否已具备开展新技术和新项目的条件。

（4）参与人员的专业能力和职称及针对该项目的分工及职责，是否能够满足开展该新技术和新项目需要。

（5）是否有医疗技术风险防范预案或/和医疗技术损害处置流程，对可能造成的不良后果、并发症及相应的防范措施。

其中，已经论证安全、有效且国内已有医疗机构转常规开展的诊疗技术或检查、检验项目，可根据实际情况通过快速审查的形式进行伦理审查。

6. 新技术和新项目安全隐患和技术风险的处置预案包括哪些内容？

答：应包括但不限于技术/项目负责人，项目组成员；可能出现的并发症和不良反应及预防措施和处置措施（包括消除致害因素、补救措施、多科协调诊治）；报告流程；技术中止的情形等。

7. 如何界定开展新技术和新项目临床应用的专业人员范围？

答：新技术和新项目应当限于获得医疗技术临床应用管理委员会批准的团队或个人实施，在未明确其效果并转为常规技术和项目前，其他人员不得实施，但被批准的团队或个人应当在新技术和新项目实施前对相关人员进行通报和培训，使相关人员知晓新技术和新项目实施的各种后果，便于应急处置。

8. 新技术和新项目质量控制的要点包括哪些？

答：临床应用新技术和新项目质量控制的要点包括但不限于以下内容。

（1）经批准开展的新技术和新项目，实行科室主任负责制，督促项目负责人按计划执行并取得预期效果，医疗管理部门履行监管责任。

（2）实施该项新技术和新项目过程中的医师应向患者及其委托人履行告知义务，尊重患者及委托人的意见，在征得其同意并在相应知情同意书上签字后方可实施。

（3）科室质控小组对开展的新技术和新项目进行定期追踪，督察项目的进展情况，及时发现医疗技术风险，并督促及时采取相应控制措施，将医疗技术风险降到最低程度。

（4）项目负责人至少每3个月将新技术和新项目的开展情况（诊疗病例数、适应证掌握情况、临床应用效果、并发症、不良反应、随访情况等）和科室质控小组的质控评价意见，由科主任报医疗管理部门，建立技术档案。

（5）医疗技术临床应用管理委员会应

定期或不定期对全院开展的新技术进行全程管理和评价，并将结果反馈科室。

9. 何谓全程追踪管理？

答：全程追踪管理是指对新技术和新项目申报、开展和使用及开展和使用后的疗效观察整个过程的管理。管理关键环节包括申请准入管理、实施情况监管（包括诊疗病例数，适应证掌握情况，临床应用效果、并发症和不良反应的发生情况）、疗效追踪管理、中止情形管理等。

10. 如何实行动态评估管理？

答：对新技术和新项目实行动态评估管理是指医疗机构应定期对新技术和新项目实施情况开展评估活动。重点评估新技术和新项目的质量安全情况和技术保证能力，根据评估结果及时调整本机构新技术和新项目的开展和监管。对存在严重质量安全问题或者不再符合有关技术管理要求的，应立即停止。

首次评估应在新技术和新项目开始使用3个月内进行。之后评估间隔时间应根据新

技术和新项目的特点和开展例数等，一般每3个月至半年进行一次评估。转为常规技术和项目前，原则上要有两次以上评估。

11. 新技术和新项目开展中哪些情况需要报告?

答：开展的新技术和新项目，实行科室主任负责制，当出现以下任意一项，必须及时报告医疗管理部门。

（1）该新技术和新项目出现并发症或不良反应。

（2）因人员、设备等各种客观因素造成新技术和新项目不能继续开展的。

（3）申请科室认为需要暂停或中止此项新技术和新项目的。

（4）当出现重大情况（致死、致残、致重要脏器严重功能损害或致医疗纠纷等）应立即同步报告医疗机构负责人。

12. 什么情况下需要中止新技术和新项目?

答：开展的新技术和新项目，实行科室主任负责制，督促项目负责人按计划执行并

取得预期效果。在新技术和新项目临床应用过程中出现下列情形之一的，应当立即停止该项新技术和新项目的临床应用。

（1）该项新技术和新项目被卫生健康行政部门废除或者禁止使用。

（2）从事该项新技术和新项目主要专业技术人员或关键设备、设施及其他辅助条件发生变化，不能正常临床应用。

（3）发生与该项新技术和新项目直接相关的严重不良后果。

（4）该项新技术和新项目存在医疗质量和医疗安全隐患。

（5）该项新技术和新项目存在新近发现的伦理缺陷。

（6）该项新技术和新项目临床应用效果与申请时不相符。

（7）新近证实为未经临床研究论证的新技术和新项目。

（8）省级以上卫生健康行政部门规定的其他情形。

13. 医疗技术和诊疗项目临床应用清单应该包括哪些方面?

答：医疗机构应依据本机构功能任务和技术能力水平情况，列明哪些医疗技术和诊疗项目可在本机构内开展，并建立明细清单，采用本机构官方文件形式予以公布，纳入“院务公开”范围公开。

清单内容包括：技术/项目的名称、类别（限制类、非限制类）、项目级别（如有）、适用科室、目前状态（正常运行、暂停/中止、终止）等。

医疗技术和诊疗项目临床应用清单，不包括新技术和新项目目录，后者应单列并单独管理。

14. 邀请外院有资质或具备能力条件的医生来院，或者引进有资质或具备能力条件的医师进院后开展首次应用的新技术或新项目，是否需按照新技术和新项目的准入要求进行审查和监管?

答：需要。新技术和新项目开展的论证

范围不仅仅是诊疗医师资质和技术能力，需同时评估所涉及的医疗仪器、药品、试剂、环境和其他参与人员的专业技术能力等，是否满足开展新技术和新项目的条件。

15. 因患者病情亟需或以抢救生命为目的紧急实施的临床研究或应用的新技术和新项目，如何规范开展？

答：为保障患者诊疗安全，在未对质量安全情况和技术保证能力进行评估的前提下，均不建议开展。如遇紧急情况，可组织快速论证或邀请有资质的医师会诊救治。

（陈海勇、李妍、陈虹、陆勇、
周帅、胡柯嘉）

十四、危急值报告制度

（一）定义

指对提示患者处于生命危急状态的检查、检验结果建立复核、报告、记录等管理机制，以保障患者安全的制度。

（二）基本要求

1. 医疗机构应当分别建立住院和门急诊患者危急值报告具体管理流程和记录规范，确保危急值信息准确，传递及时，信息传递各环节无缝衔接且可追溯。

2. 医疗机构应当制定可能危及患者生命的各项检查、检验结果危急值清单并定期调整。

3. 出现危急值时，出具检查、检验结果报告的部门报出前，应当双人核对并签字确认，夜间或紧急情况下可单人双次核对。对于需要立即重复检查、检验的项目，应当

及时复检并核对。

4. 外送的检验标本或检查项目存在危急值项目的，医院应当和相关机构协商危急值的通知方式，并建立可追溯的危急值报告流程，确保临床科室或患方能够及时接收危急值。

5. 临床科室任何接收到危急值信息的人员应当准确记录、复读、确认危急值结果，并立即通知相关医师。

6. 医疗机构应当统一制定临床危急值信息登记专册和模板，确保危急值信息报告全流程的人员、时间、内容等关键要素可追溯。

【释义】

1. 何谓危急值？

答：危急值是指提示患者可能处于生命危急状态的检查、检验结果。临床医护人员根据情况需要给予积极干预措施或治疗。

2. 哪些科室需设置危急值？

答：医疗机构内能够出具检查、检验报

告的科室，应当根据其出具的检查、检验结果是否可能存在危及患者生命的状态，梳理可能存在的危急值，包括但不限于检验科、临床实验室、医学影像科、电生理室、内窥镜室、血液药物浓度检测部门等从事各种检查、检验的医技科室以及开展床边检验项目的临床科室。

3. 如何合理设置危急值项目及阈值？

答：各医疗机构应根据行业指南，结合本机构收治患者的病情特点，科学制定符合实际需要的危急值项目和阈值。通常由科室提出，医疗管理部门组织专家审核、确定，并在全院范围内公布。根据临床需要和实践总结，定期更新和完善危急值项目及阈值。

4. 危急值报告流程包括哪几个环节？

答：医技检查、检验部门工作人员发现危急值的管理流程，建议包括但不限于以下环节。

（1）核实：按照本部门操作规范、流程及相关质量控制标准，对检查、检验的各

个环节进行核查。如无异常，立即通知临床科室。

（2）通知：检查、检验者将核实后的危急值以最快的通信方式，如电话，立即通知临床科室，并可同时通过医院信息系统在医师或护士工作站界面进行提醒告知。电话通知时要求接听人复述结果，以免发生差错。

（3）记录：检查、检验者通知临床科室后，报告人应将危急值患者姓名、科室、住院号（或门急诊号）、收样时间、检查结果、检验结果、报告人姓名、报告时间、接收报告科室、接收人姓名、接收报告时间等信息记录在《危急值报告记录本》上。

临床科室在获取危急值后，应在《危急值接获登记本》上登记危急值相关信息，内容参照上述报告记录本。

（4）报告：当临床科室是护士接获危急值时，应以最快的速度报告经治医师或值班医师，并在《危急值接获登记本》记录报

告信息和报告时间。

（5）复查：若临床科室发现危急值与患者病情不相符时，医技科室应与临床科室共同查找原因，必要时可以重新进行检查、检验。

《危急值报告记录本》和《危急值接获登记本》亦可采用信息化手段记录。

危急值报告遵循谁报告谁记录，谁接收谁记录的原则。若通过电话向临床科室报告危急值，电话5分钟内无人接听和应答，应迅速向医疗管理部门（夜间或节假日为医院总值班/医疗总值班）报告。

5. 如何报告门、急诊患者危急值?

答：医疗机构应当根据本医疗机构实际情况，制定门、急诊患者危急值管理制度，建立门、急诊危急值报告的闭环流程，明确责任部门和责任人员，将危急值信息及时、准确通知到经治医师和患者，并为患者就诊就医提供建议和院内绿色通道安排。

无法联系到患者或家属时，应及时向医

疗管理部门（夜间或节假日为医院总值班/医疗总值班）报备，相关人员应积极协助寻找患者，做好相应记录。

6. 什么情况下需要对危急值项目进行重复检查、检验?

答：出现危急值结果时，医技科室要核对标本和申请单是否吻合，检验仪器和检验过程是否正常，在确认检验过程各环节无异常的情况下，可先将危急值结果发出。临床医师在接到危急值后，若认为该结果与患者病情不符，应立即复查。

7. 如何实现报告流程无缝衔接且可追溯，并保证传递及时?

答：报告流程无缝衔接涉及报告（通知）、接收和记录三个环节。每个环节都必须详细记录处理情况及处理时间，时间应精准到分钟。

危急值报告（通知）人应以最快、有效的途径通知相关科室和医师。以信息化手段报送危急值后，若接收方不响应时，应有补

救报告措施，如短信发出无回复时，应采取电话提醒等补救措施，必要时直接派员将结果送达患者所在科室，避免遗漏执行。

危急值报告实行“谁报告谁记录，谁接收谁记录”原则，采取“双方”记录形式，即报告人与接收人及时、准确、完整记录规定信息，确保危急值报告的患者信息、时间、内容和接获人员等关键要素记录精确、完整；以信息化手段完成危急值通知、报告的医疗机构，该机制应是闭环的，即应当通过点击危急值信息来确认危急值已收到并记录接获时间，医疗管理部门予以统计危急值通知到临床接获的时间，完成危急值报告管理的监管。临床处理完毕后应及时在病程记录中予以体现，以实现报告流程无缝衔接且可追溯。

8. 是否可设置疾病相关的危急值项目和阈值?

答：可以。由于部分疾病患者对异常检查、检验结果的耐受程度远远高于一般疾病

的患者，当其某项检查、检验结果达到医疗机构设定的危急值时，并不需要紧急处理，对这类疾病患者可以制定与疾病相关的危急值。如慢性肾衰竭，接受透析的患者，其肌酐达到医疗机构设定的危急值时，是不需要立即处理的，医疗机构可以设立两个肌酐危急值阈值，一个适用于慢性肾衰竭以外的患者，一个适用于慢性肾衰竭患者。

设定的流程，由科室提出申请，医疗管理部门组织专家审核、确定，并在全院范围内公布并执行。

9. 应如何报告外送检验或检查项目的危急值?

答：外送的检验标本或检查项目存在危急值项目的，医疗机构应在外送标本或检查项目合作协议上明确危急值项目及阈值通知方式、责任部门和人员，建立以通知到患者为止的闭环的危急值报告流程，使患者及时得到危急值信息，其各项要求与对院内危急值报告的要求保持一致。

10. 临床科室接到危急值报告后的处理流程是什么?

答：临床科室接到危急值报告后的处理流程建议包括但不限于以下几项。

（1）核实信息：临床科室接听人核实危急值报告结果，核对患者基本信息，予以确认。

（2）记录信息：接听人及时将危急值患者的姓名、住院号（或门急诊号）、危急值项目及结果、接听人及时间（至分钟）等信息记录在《危急值接获记录本》上。

（3）报告医师：接听人核对后，应立即报告病房值班医师或经治医师。

（4）患者处理：接报医师应立即诊察患者，遵循急危重患者抢救流程，迅速采取相应的临床措施，及时书写病程记录，密切观察病情变化，做好交接班。

对于经过经治医师、值班医师诊察评估患者后不需立即处置的危急值，应在当日记录该信息，允许当日多个未处置的危急值信

息合并记录。

若单项危急值与输注的某种药物有直接关系，该药物目前仍在输注中，允许护士立即停止输注该药物。

（5）再次复查：患者处理后应适时复查危急值；若是临床科室发现危急值与患者病情不相符时，接报医师应与医技科室检查、检验报告人共同查找原因，必要时可以重新进行检查、检验。

（庄良金、洪亚玲、陈虹、
王惠英、陈轶坚）

十五、病历管理制度

（一）定义

指为准确反映医疗活动全过程，实现医疗服务行为可追溯，维护医患双方合法权益，保障医疗质量和医疗安全，对医疗文书的书写、质控、保存、使用等环节进行管理的制度。

（二）基本要求

1. 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、管理和应用相关规定，建立病历质量检查、评估与反馈机制。

2. 医疗机构病历书写应当做到客观、真实、准确、及时、完整、规范，并明确病历书写的格式、内容和时限。

3. 实施电子病历的医疗机构，应当建立电子病历的建立、记录、修改、使用、

存储、传输、质控、安全等级保护等管理制度。

4. 医疗机构应当保障病历资料安全，病历内容记录与修改信息可追溯。

5. 鼓励推行病历无纸化。

【释义】

1. 病历管理制度中的医疗活动全过程具体包括哪些？

答：医疗机构开展的医疗活动全过程包括门、急诊以及住院等整个诊疗过程。

2. 哪些文书需医疗机构保存，有何具体要求？

答：自2014年1月1日开始施行的《医疗机构病历管理规定》（国卫医发〔2013〕31号）中规定，门、急诊病历若是由医疗机构保管的，保存时间自患者就诊之日起不少于15年；住院病历保存时间自患者最后一次住院出院之日起不少于30年。

3.“严格落实国家病历书写、管理和应用相关规定”，具体指哪些相关规定？

答：主要包括但不限于《中华人民共和国民法典》《中华人民共和国刑法》《中华人民共和国医师法》《中华人民共和国电子签名法》《医疗纠纷预防和处理条例》《医疗事故处理条例》以及《医疗机构管理条例实施细则》《医疗机构病历管理规定》《病历书写基本规范》《住院病案首页数据填写质量规范（暂行）》《电子病历应用管理规范（试行）（2017版）》和《电子病历系统功能规范（试行）2010版》等对医疗文书书写的相关要求。《病历书写基本规范》与《医疗质量安全核心制度要点》不一致的，以《要点》为准。

4.病历质量检查、评估与反馈机制具体包括哪些方面？

答：医疗机构应当建立完善的病历管理制度及病历质量控制指标。临床各科室应指定专人负责病历书写质量控制。医疗管理部

门应定期抽查，根据病历书写规范要求和质量控制指标进行病历等级评估，并将检查结果通报，与考核管理挂钩，并提出具体整改意见，做好监督和定期反馈。

5. 何谓病历书写时应当做到客观、真实、准确、及时、完整和规范？

答：客观是指记录患者客观存在的信息；真实、准确是指记录的信息与实际发生的一致；及时是指按照相关规范的不同时限要求完成相应的病历内容书写；完整是指对诊疗活动全过程相关信息进行记录；规范是指记录内容和格式符合国家对病历书写、管理等相关法律法规、行业规范要求，医学术语应用得当，记录顺序符合逻辑。

6. 医疗机构应当保障病历资料安全的具体要求是什么？

答：医疗机构应建立病历资料安全管理制度，包括但不限于以下几项。

门、急诊病历：由医疗机构保管的，应在每次诊疗活动结束后首个工作日内归档。

住院病历：在患者住院期间，由所在病区统一保管，因工作需要需将住院病历带离病区时，应由病区指定的专门人员负责携带和保管。患者出院后，住院病历由病案管理部门或者专（兼）职人员统一保存、管理。

任何人不得随意涂改病历，严禁伪造、隐匿、销毁、抢夺、窃取病历。

患者病历的借阅、复制、封存和启封应遵照国家有关规定执行。

7. 病历内容的记录与修改信息可追溯的具体要求是什么？

答：病历内容的记录应规范、准确，尽量避免修改。纸质病历在书写中若出现错字、错句，应在错字、错句上用双横线标示，并注明修改人及修改时间，不得采用刀刮、胶贴、涂黑、剪贴等方法抹去原来的字迹。

医务人员修改住院电子病历时，系统应当进行身份识别、保存历次修改痕迹、准确的修改时间和修改人信息。

病历随患者出院经上级医师审核确认后

归档，归档后原则上不得修改。特殊情况下确需修改的，需经医疗管理部门批准后修改并保留修改人信息、修改时间和修改痕迹，相关审批文件一并随病案归档。

8. 推行电子病历以及病历的无纸化有哪些注意事项？

答：医疗机构应当按照病历管理相关规定，在患者门、急诊就诊结束或出院后，适时将电子病历转为归档状态，无纸化保存。具有可靠电子签名的电子病历无须打印和医务人员手工签字。电子病历保存期限同纸质病历。电子病历与纸质病历具有同等法律效力。

因存档等需要可以将电子病历打印后与非电子化的资料合并形成病案保存。打印的电子病历纸质版本应当统一规格、字体、格式等，其内容应与归档的电子病历完全一致。打印字迹应清楚易认、内容完整，符合病历保存期限和复印的要求。

9. 如何实施病历无纸化？

答：病历无纸化，是指将医疗机构传统

的纸质病历改为应用电子病历系统并实现电子病历无纸化保存。国家鼓励以电子病历为核心的医疗机构信息化建设，有助于提高医疗机构管理效率，提升医疗质量。实施病历无纸化，医疗机构应当明确下列问题。

（1）何谓电子病历与打印病历？

根据《电子病历应用管理规范（试行）》第三条的规定，电子病历是指医务人员在医疗活动过程中，使用信息系统生成的文字、符号、图表、图形、数字、影像等数字化信息，并能实现存储、管理、传输和重现的医疗记录，是病历的一种记录形式，包括门、急诊病历和住院病历。

根据《病历书写基本规范》第三十一条的规定，打印病历是指应用字处理软件编辑生成并打印的病历（如 Word 文档、WPS 文档等）。

（2）何谓可靠的电子签名？

根据《中华人民共和国电子签名法》第二条的规定，指数据电文中以电子形式所

含、所附用于识别签名人身份并表明签名人认可其中内容的数据。

根据《中华人民共和国电子签名法》第十三条的规定，电子签名同时符合下列条件的，视为可靠的电子签名：①电子签名制作数据用于电子签名时，属于电子签名人专有；②签署时电子签名制作数据仅由电子签名人控制；③签署后对电子签名的任何改动能够被发现；④签署后对数据电文内容和形式的任何改动能够被发现。

（3）医疗机构使用用户名/密码的认证方式应当具备哪些条件？

根据《电子病历系统功能规范》第八条的规定，电子病历系统的使用者必须经过规范的用户认证，至少支持用户名/密码、数字证书、指纹识别中的一种认证方式。医疗机构使用用户名/密码的认证方式应当告知医护人员确保本人用户名和密码不能外泄，对使用本人用户名产生的结果负责，同时需满足：①医疗机构采用用户名/密码认证方

式时，应要求用户必须修改初始密码，并提供密码强度认证规则验证功能，避免用户使用过于简单的密码。②设置密码有效期，用户使用超过有效期的密码不能登录系统。③设置账户锁定阈值时间，用户多次登录错误时，自动锁定该账户，管理员有权限解除账户锁定。④系统采用用户名/密码认证方式时，管理员有权限重置密码。

（4）电子病历中的电子签名需要第三方认证吗？

根据《中华人民共和国电子签名法》第十六条的规定，电子签名需要第三方认证的，由依法设立的电子认证服务提供者提供认证服务。

到目前为止，卫生健康行政部门没有特别要求电子病历中的电子签名必须通过第三方认证，所以，未做第三方认证的电子病历的电子签名仍可成为可靠的电子签名，但医疗机构应当对此予以确认，并对所有以用户名/密码认证方式作为电子签名的医疗文书

承担法律责任。

10. 患者的知情告知同意书等相关资料是否可以直接无纸化，而取消纸质版本？

答：根据《电子病历应用管理规范（试行）》（国卫办医发〔2017〕8号）第十八条的规定，医疗机构因存档等需要可以将电子病历打印后与非电子化的资料合并形成病案保存。具备条件的医疗机构可以对知情同意书、植入材料条形码等非电子化的资料进行数字化采集后纳入电子病历系统管理，原件另行妥善保存。一些信息化程度比较高的医疗机构，也可直接对知情同意书等采用无纸化记录，但应符合相关法律法规的要求，如数据证书的认证方式，或有患者或患方代理人指纹、电子签字等身体特征信息的保留以确认是患方的真实行为。

（潘胜东、徐莉、景抗震、
李大江、李念）

十六、抗菌药物分级管理制度

（一）定义

指根据抗菌药物的安全性、疗效、细菌耐药性和价格等因素，对抗菌药物临床应用进行分级管理的制度。

（二）基本要求

1. 根据抗菌药物的安全性、疗效、细菌耐药性和价格等因素，抗菌药物分为非限制使用级、限制使用级与特殊使用级三级。

2. 医疗机构应当严格按照有关规定建立本机构抗菌药物分级管理目录和医师抗菌药物处方权限，并定期调整。

3. 医疗机构应当建立全院特殊使用级抗菌药物会诊专家库，按照规定规范特殊使用级抗菌药物使用流程。

4. 医疗机构应当按照抗菌药物分级管理原则，建立抗菌药物遴选、采购、处方、调剂、临床应用和药物评价的管理制度和具体操作流程。

【释义】

1. 抗菌药物分级原则是什么？

答：为进一步加强抗菌药物临床应用管理，落实抗菌药物临床应用管理，根据原卫生部《抗菌药物临床应用管理办法》（2012年4月24日中华人民共和国卫生部令第84号发布），根据安全性、疗效、细菌耐药性、价格等因素，将抗菌药物分为三级。

非限制使用级：经过长期临床应用证明安全、有效，对病原菌耐药性影响较小，价格相对较低的抗菌药物。应是已列入基本药物目录，《国家处方集》和《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》收录的抗菌药物品种。

限制使用级：经长期临床应用证明安

全、有效，对病原菌耐药影响较大，或者价格相对较高的抗菌药物。

特殊使用级：具有明显或者严重不良反应，不宜随意使用；抗菌作用较强、抗菌谱广，经常或过度使用会使病原菌过快产生耐药的；疗效、安全性方面的临床资料较少，不优于现用药物的；新上市的，在适应证、疗效或安全性方面尚需进一步考证的、价格昂贵的抗菌药物。

2. 是否有全国统一的抗菌药物分级管理目录?

答：由于我国幅员辽阔，地区差异显著，细菌耐药性差异也非常显著，因此尚未形成全国统一的抗菌药物分级管理目录。

目前由省级卫生健康行政部门，根据本地区社会经济状况、疾病谱、细菌耐药性的情况，制定省级抗菌药物分级管理目录。

国家卫生健康委《关于持续做好抗菌药物临床应用管理有关工作的通知》（国卫办医发〔2018〕9号）中明确要求，加强儿

童、老年患者、孕产妇等抗菌药物临床应用管理。

3. 各级、各类医疗机构如何制定本机构抗菌药物分级管理目录?

答：各级各类医疗机构应结合本机构的情况，根据省级卫生健康行政主管部门制定的抗菌药物分级管理目录，制定本机构抗菌药物供应目录，原则上不能低于省级目录标准，并向核发其《医疗机构执业许可证》的卫生健康行政部门备案。

各医疗机构应根据院内抗菌谱定期调整分级目录，调整周期原则上为2年，最短不得少于1年。每次调整后15个工作日内向卫生健康行政部门备案。

4. 医疗机构可否使用未纳入省级抗菌药物分级管理目录中的抗菌药物?

答：未纳入省级抗菌药物分级管理目录中的抗菌药物，如符合国家相关规定，且有充分的循证医学证据，医疗机构也可采购使用，应参照省级抗菌药物分级管理目录中相

应药物对其临床应用进行分级管理，并向核发其《医疗机构执业许可证》的卫生健康行政部门备案。

5. 医师、药师如何获得抗菌药物处方权与调配权？

答：根据《抗菌药物临床应用管理办法》（中华人民共和国卫生部令第84号）第二十四条的规定，“具有高级专业技术职务任职资格的医师，可授予特殊使用级抗菌药物处方权；具有中级以上专业技术职务任职资格的医师，可授予限制使用级抗菌药物处方权；具有初级专业技术职务任职资格的医师、最低级别医师，在乡、镇、村的医疗机构独立从事一般执业活动的执业助理医师以及乡村医师，可授予非限制使用级抗菌药物处方权。药师经培训并考核合格后，方可获得抗菌药物调剂资格”。

上述授权均需经医疗机构培训并考核合格后方可授予。授权后要进行动态评估，不适应的要进行调整。

二级以上医疗机构应当定期（按年度）对医师和药师进行抗菌药物临床应用知识和规范化管理的培训。医师经本机构培训并考核合格后，方可获得相应的处方权。

其他医疗机构依法享有处方权的医师、乡村医师和从事处方调剂工作的药师，由县级以上地方卫生健康行政部门组织相关培训、考核。经考核合格的，授予相应的抗菌药物处方权或者抗菌药物调剂资格。

《国家卫生健康委办公厅关于持续做好抗菌药物临床应用管理工作的通知》（国卫办医发〔2020〕8号）规定，二级以上医院要严格落实《抗菌药物临床应用管理办法》要求，定期对医师和药师进行抗菌药物临床应用知识和规范化管理的培训。医师未经本机构培训并考核合格，不得授予抗菌药物处方权。医院不得单纯依据医师职称授予相应处方权限。卫生健康行政部门要结合医疗机构合理用药考核，进一步规范抗菌药物处方权的授予和管理，督促工作落实。

6. 抗菌药物临床应用知识和规范化管理培训和考核内容包括哪些?

答：应当包括但不限于以下内容。

（1）《药品管理法》《中华人民共和国医师法》《抗菌药物临床应用管理办法》《处方管理办法》《医疗机构药事管理规定》《抗菌药物临床应用指导原则》《国家基本药物处方集》《国家处方集》和《医疗机构处方点评管理规范（试行）》等相关法律、法规、规章和规范性文件。

（2）抗菌药物临床应用分级管理制度。

（3）常用抗菌药物的药理学特点与注意事项。

（4）常见细菌的耐药趋势与控制方法。

（5）抗菌药物不良反应的防治。

7. 如何在临床使用特殊使用级抗菌药物?

答：依照《抗菌药物临床应用指导原则》的规定，抗菌药物临床应用实行分级管理，处方权限与临床应用中有如下要求：

（1）特殊使用级抗菌药物的选用应从严控制。临床应用特殊使用级抗菌药物应当严格掌握用药指征，经抗菌药物管理工作机构指定的专业技术人员会诊同意后，按程序由具有相应处方权医师开具处方。

（2）特殊使用级抗菌药物不得在门诊使用。

（3）有下列情况之一可考虑越级应用特殊使用级抗菌药物：①感染病情严重者；②免疫功能低下患者发生感染时；③已有证据表明病原菌只对特殊使用级抗菌药物敏感的感染。使用时间限定在24小时之内，其后需要补办审办手续并由具有处方权限的医师完善处方手续。

8. 特殊使用级抗菌药物会诊专家库组成人员包括哪些？

答：依照《抗菌药物临床应用指导原则》的规定，抗菌药物临床应用实行分级管理，处方权限与临床应用中有如下要求。

特殊使用级抗菌药物会诊人员应由医疗

机构内部授权，具有抗菌药物临床应用经验的感染性疾病科、呼吸科、重症医学科、微生物检验科、药学部门等具有高级专业技术职务任职资格的医师和抗菌药物等相关专业临床药师担任。

9. 抗菌药物遴选、采购、处方、调剂、临床应用和药物评价等工作中需要遵循的相关文件规定有哪些?

答：2012 年,《抗菌药物临床应用管理办法》(卫生部令第 84 号)。

2015 年,《关于进一步加强抗菌药物临床应用管理工作的通知》(国卫办医发〔2015〕42 号)及其附件《抗菌药物临床应用管理评价指标及要求》。

2015 年,《关于印发抗菌药物临床应用指导原则(2015 年版)的通知》(国卫办医发〔2015〕43 号)及其附件《抗菌药物临床应用指导原则(2015 年版)》。

2018 年,《关于持续做好抗菌药物临床应用管理有关工作的通知》(国卫办医发

〔2018〕9号）。

2018年，《关于印发碳青霉烯类抗菌药物临床应用专家共识等3个技术文件的通知》（国卫办医函〔2018〕822号）。

2019年，《关于持续做好抗菌药物临床应用管理工作的通知》（国卫办医发〔2019〕12号）。

2020年，《关于持续做好抗菌药物临床应用管理工作的通知》（国卫办医发〔2020〕8号）。

2021年，《关于进一步加强抗微生物药物管理遏制耐药工作的通知》（国卫医函〔2021〕73号）。

各省、自治区、直辖市的抗菌药物临床应用分级管理目录。

10. 门诊可否使用特殊使用级抗菌药物？

答：特殊使用级抗菌药物不得在门诊使用。

11. 临床可否越级使用抗菌药物？

答：因抢救生命垂危的患者等紧急情

况，医师可以越级使用一日剂量的抗菌药物。越级使用抗菌药物应当详细记录用药指征，并应当于24小时内补办越级使用抗菌药物的必要手续。

有下列情况之一可考虑越级应用特殊使用级抗菌药物：①感染病情严重者；②免疫功能低下患者发生感染时；③已有证据表明病原菌只对特殊使用级抗菌药物敏感的感染。使用时间限定在24小时之内，其后需要补办会诊手续并且由具有处方权限的医师完善处方手续。

（王惠英、陈轶坚、庄良金、
洪亚玲、李成）

十七、临床用血审核制度

（一）定义

指在临床用血全过程中，对与临床用血相关的各项程序和环节进行审核和评估，以保障患者临床用血安全的制度。

（二）基本要求

1. 医疗机构应当严格落实国家关于医疗机构临床用血的有关规定，设立临床用血管理委员会或工作组，制定本机构血液预订、接收、入库、储存、出库、库存预警、临床合理用血等管理制度，完善临床用血申请、审核、监测、分析、评估、改进等管理制度、机制和具体流程。

2. 临床用血审核包括但不限于用血申请、输血治疗知情同意、适应证判断、配血、取血发血、临床输血、输血中观察和输血后管理等环节，并全程记录，保障信息可

追溯，健全临床合理用血评估与结果应用制度、输血不良反应监测和处置流程。

3. 医疗机构应当完善急救用血管理制度和流程，保障急救治疗需要。

【释义】

1. 临床用血有哪些程序和环节？

答：临床用血的关键环节及执行顺序一般包括：适应证判断、用血申请、输血治疗知情同意、配血、取血发血、输血前双人核对、临床输血、输血中观察和输血后管理等环节。

2. 医疗机构如何落实临床用血审核制度？

答：医疗机构应根据《医疗机构临床用血管理办法》，不断完善临床用血组织体系建设、血液管理制度建设以及临床合理用血管理制度建设，明确输血科、医务管理部门和临床科室职责，确保临床用血审核制度落到实处。

医疗机构对特殊情况下的紧急输血有相关规定与批准流程。

3. 临床科室如何落实临床用血审核制度？

答：临床科室及医务人员在具体诊疗工作中应严格遵守本机构临床用血管理相关制度，完善输血前评估工作，按照输血适应证申请与审核用血，注意节约血液资源，合理应用，杜绝不必要的输血，并保证患者临床用血全程记录无缺失。

4. 如何建立医疗机构血液库存预警机制？

答：医疗机构应当配合血站建立血液库存动态预警机制，当血液库存紧张时，以合适方式提醒临床用血紧张，以保障临床用血需求和正常医疗秩序。

5. 临床用血量申请及审核有哪些要求？

答：《医疗机构临床用血管理办法》中明确，除急救用血外，应按照用血量不同分为三个层级对临床用血医嘱进行审核。

（1）同一患者一天申请备血量少于800毫升的，由具有中级以上专业技术职务任职

资格的医师提出申请，上级医师核准签发后，方可备血。

（2）同一患者一天申请备血量在800~1600毫升的，由具有中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请，经上级医师审核，科室主任核准签发后，方可备血。

（3）同一患者一天申请备血量达到或超过1600毫升的，由具有中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请，科室主任核准签发后，报医务部门批准，方可备血。

6. 如何进行血液的发放与接收的审核？

答：配血完成后，发血和取血过程需严格执行核对制度和签发手续。血液交接双方必须共同核对用血者基本信息、血液有效期、配血试验结果、血袋完整性以及血液外观等，确保患者信息一致及血液质量符合要求，双方共同签字后方可发血与取血。

临床科室护士接收到血库（或输血科）送来的血液时须检查血袋上的采血日期、有效期，血/血制品有无凝血块/溶血、变色、

气泡，血袋有无破损及封口是否严密，并且要核对血袋上受血者和供血者的信息是否与交叉配血单上的信息相符。不符合以上任何情况之一，应立即将血液退回血库。

7. 临床输血的“双人核对制度”指的是什么？

答：输血前，由两名医护人员核对交叉配血报告单及血袋标签各项内容，检查血袋有无破损渗漏，血液颜色是否正常，检查血液制品和输血装置是否在有效期内，准确无误方可输血。

输血时，由两名医护人员共同到患者床旁核对患者姓名、性别、年龄、住院/门急诊号、病案号、血型等，确认与配血报告相符，再次核对血液制品后，用符合标准的输血器进行输血。

8. 输血全过程的血液管理制度主要包括哪些内容？

答：输血全过程的血液管理的主要内容，建议包括但不限于以下内容。

（1）医疗机构有明确规定的流程，确保患者输血过程中的安全。

（2）输血前医师对患者进行输血前评估。临床输血操作时，应在患者床旁由两名医务人员准确核对受血者和血液信息。

（3）明确规定从发血到输血结束的最长时限。

（4）制定使用输血器和辅助设备（如血液复温器）的操作规范与流程。

（5）在血液输注过程中不得添加任何药物。

（6）输血中要监护输血过程，及时发现输血不良反应，及时处理。

（7）输血全过程的信息应及时记录在病历中。

9. 输血前相关检测有哪些?

答：按照相关规定，对准备输血的患者进行 ABO、Rh 血型、抗体筛查及感染筛查（肝功能、乙肝五项、HCV、HIV、梅毒抗体）的相关检测。

10. 输血前如何做好输血治疗知情同意？

答：输血前医师向患者、近亲属或委托人充分说明使用血液成分的必要性、使用的风险和利弊及可选择的其他替代办法，并记录在病历中。

（1）取得患者或委托人知情同意后，签署《输血治疗知情同意书》。

（2）《输血治疗知情同意书》中须明确其他输血方式的可选择信息。

（3）《输血治疗知情同意书》入病历保存。

（4）因抢救生命垂危的患者等特殊情况需紧急输血，不能取得患者或者其近亲属意见的，经医疗机构负责人或者授权的负责人批准后实施。

11. 输血治疗病程记录包括哪些主要内容？

答：对输血治疗病程记录的主要内容建议包括但不限于以下内容：

（1）输血治疗病程记录完整详细，至

少包括输血原因，输注成分、血型和数量，输血前评估（实验室指标＋临床表现），输注过程观察情况，有无输血不良反应，不良反应的处置，输血后评估（实验室指标＋临床表现）等内容。

（2）不同输血方式的选择与记录。

（3）输血治疗后病程记录有输注效果评价的描述。

（4）手术输血患者手术记录、麻醉记录、护理记录、术后记录中出血与输血量要完整一致，输血量与发血量一致。

12. 输血不良反应监测和处置流程的主要内容有哪些?

答：输血不良反应监测和处置流程的主要内容，建议包括但不限于以下内容。

（1）监测输血的医务人员经培训，能识别潜在的输血不良反应症状。

（2）有确定识别输血不良反应的标准和应急措施。

（3）发生疑似输血反应时医务人员有

章可循，并应立即向输血科和患者的主管医师报告。

（4）一旦出现可能为速发型输血反应症状时（不包括风疹和循环超负荷），立即停止输血，并调查其原因。

（5）输血科应根据既定流程调查发生不良反应的原因，确定是否发生了溶血性输血反应。立即查证以下几项。

①患者和血袋标签确认输给患者的血是与患者进行过交叉配血的血。

②查看床旁和实验室所有记录，是否可能将患者或血源弄错。

③肉眼观察受血者发生输血反应后的血清或血浆是否溶血。如果可能，该标本应和受血者输血前的标本进行比较。

④受血者发生输血反应后的标本应考虑做抗人球蛋白试验、游离胆红素等试验。

⑤实验室应制定加做其他相关试验的要求，做相关试验的标准。

⑥输血科负责解释上述试验结果并记录

到受血者的临床病历中。

⑦当输血反应调查结果显示存在血液成分管理不当等系统问题时，输血科主任应积极参与解决。

⑧输血后献血员和受血者标本应依法至少保存 7 天，以便出现输血反应时重新进行测试。

⑨医疗管理部门会同输血科对输血不良反应评价结果向临床科室的反馈率为 100%。

⑩相关部门应根据既定流程调查输血发生不良反应，有记录。

13. 输血相容性检测实验室的管理的主要内容有哪些?

答：输血前的输血相容性检测管理的主要内容，建议包括但不限于以下内容。

（1）凡遇有输血史、妊娠史或短期内需要接受多次输血的患者，应开展不规则抗体筛检。

（2）按照要求规范开展输血前检验项目：ABO 正反定型、Rh、交叉配血、输血

感染性疾病免疫标志物等指标。

（3）交叉配血必须采用能检查不完全抗体的实验方法。

（4）血液发出后，受血者和供血者标本于2～6℃保存至少7天。

（5）输血相容性检测报告内容完整性100%。

（6）用于输血相容性检测的试剂仪器设备应符合相应标准。

（孙湛、丁昉、崔永亮、
徐玲、郑双江）

十八、信息安全管理制度

（一）定义

指医疗机构按照信息安全管理相关法律法规和技术标准要求，对医疗机构患者诊疗信息的收集、存储、使用、传输、处理、发布等进行全流程系统性保障的制度。

（二）基本要求

1. 医疗机构应当依法依规建立覆盖患者诊疗信息管理全流程的制度和技术保障体系，完善组织架构，明确管理部门，落实信息安全等级保护等有关要求。

2. 医疗机构主要负责人是患者诊疗信息安全管理第一责任人。

3. 医疗机构应当建立患者诊疗信息安全风险评估和应急工作机制，制定应急预案。

4. 医疗机构应当确保实现本机构患者

诊疗信息管理全流程的安全性、真实性、连续性、完整性、稳定性、时效性、溯源性。

5. 医疗机构应当建立患者诊疗信息保护制度，使用患者诊疗信息应当遵循合法、依规、正当、必要的原则，不得出售或擅自向他人或其他机构提供患者诊疗信息。

6. 医疗机构应当建立员工授权管理制度，明确员工的患者诊疗信息使用权限和相关责任。医疗机构应当为员工使用患者诊疗信息提供便利和安全保障，因个人授权信息保管不当造成的不良后果由被授权人承担。

7. 医疗机构应当不断提升患者诊疗信息安全防护水平，防止信息泄露、毁损、丢失。定期开展患者诊疗信息安全自查工作，建立患者诊疗信息系统安全事故责任管理、追溯机制。在发生或者可能发生患者诊疗信息泄露、毁损、丢失的情况时，应当立即采取补救措施，按照规定向有关部门报告。

【释义】

1. 信息安全全流程系统性保障制度包括哪些方面?

答：医疗机构信息安全全流程应覆盖医院信息系统（HIS）及其各子系统（RIS、LIS、PACS、OA 等），医院信息上传与共享接口的所有内容。系统性保障应有对全流程所涉及的所有信息提供系统保护和相应的机密性和完整性服务能力。保障制度则是对应以上目标所形成的管理制度、规章与操作流程体系。

信息安全全流程系统性保障制度主要包括技术性安全文件体系和安全管理制度。

技术性安全文件体系主要对信息系统技术要求、物理安全、网络安全、数据安全、主机安全和应用安全提出构建要求和基本配置要素。

安全管理制度包括医疗机构安全管理机构制度、安全管理制度、信息操作人员安全

管理、系统建设管理制度、系统运行维护管理制度体系和安全应急预案。管理制度之下应建立标准化操作规程作为补充。

系统性保障制度必须关注信息系统“六类”安全，包括真实性、完整性、保密性、可用性、可靠性和可控性。增强信息系统安全防护能力、隐患发现能力和应急响应能力。

医疗机构主要负责人是信息安全管理第一责任人。

2. 如何进行信息安全等级划分？

答：根据《信息安全等级保护管理办法》（公通字〔2007〕43号）规定，计算机信息安全划分为五个等级。

按照原卫生部《卫生行业信息安全等级保护工作的指导意见》（卫办发〔2011〕85号）要求，以下重要卫生信息系统安全保护等级原则上不低于第三级。

（1）卫生统计网络直报系统、传染性疾病报告系统、卫生监督信息报告系统、突发公共卫生事件应急指挥信息系统等跨省全

国联网运行的信息系统。

（2）国家、省、地市三级卫生信息平台，新农合、卫生监督、妇幼保健等国家级数据中心。

（3）三级甲等医疗机构的核心业务信息系统。

（4）原卫生部网站系统。

（5）其他经过信息安全技术专家委员会评定为第三级以上（含第三级）的信息系统。

卫生健康行业各单位在确定信息系统安全保护等级后，对第二级以上（含第二级）信息系统，应当报属地公安机关及卫生健康行政部门备案。跨省全国联网运行并由原卫生部定级的信息系统，由国家卫生健康委报公安部备案；在各地运行、应用的分支系统，应当报属地公安机关备案。

3. 医疗信息安全的组织架构及分工职责是什么?

答：网络安全和信息化工作领导小组是医院层面负责信息安全工作的主要组织。网

络安全和信息化工作领导小组组长由医疗机构主要负责人担任，按照“谁主管谁负责、谁运营谁负责、谁使用谁负责”的原则，在网络建设过程中明确本单位各网络的主管部门、运营部门、信息化部门、使用部门等管理职责，对本单位运营范围内的网络进行等级保护定级、备案、测评、安全建设整改等工作。具体要求见《医疗卫生机构网络安全管理办法》（国卫规划发〔2022〕29号）相关规定。

4. 实施医疗机构信息安全管理问责制有哪些内容？

答：医疗机构主要负责人是信息安全管理第一责任人。

医疗机构应建立与完善信息安全管理组织的工作制度与程序。

建立与完善计算机信息系统硬件与软件的采购、验收制度与程序。

明确信息系统使用与管理人员的岗位职责，并对提供与使用的信息可信度及安全

负责。

明确计算机信息系统专职管理人员离岗制度与交接程序。

5. 如何建立与完善计算机信息系统的安全管理制度与流程?

答：计算机信息系统的安全管理制度与流程的覆盖层面，至少包括关于患者的所有数据，对不同的数据资料制定不同的保护路径措施（比如，数字与图像），所有权属患者个人。

根据数据安全保护制度建立技术标准，利用存储及备份技术、网络安全监控技术、信息加密技术、访问控制技术加以保护。

建立与完善计算机信息系统网络安全漏洞检测和系统升级管理制度、操作权限管理制度、用户登记制度、信息发布审查、登记、保存、清除和备份制度。

明确任何单位和个人不得用计算机信息系统从事的行为，有清单/目录告知有操作权限的员工，并定期对其进行培训和教育。

定期、不定期由医院内部与外部信息安全评估组织，进行医院信息系统安全评估，用制度与程序来保障，将安全评估的结果用于网络安全持续改进活动。各医疗卫生机构在信息系统运营过程中，应每年开展文档核验、漏洞扫描、渗透测试等多种形式的安全自查，及时发现可能存在的问题和隐患。针对安全自查、监测预警、安全通报等过程中发现的安全隐患应认真开展整改加固，防止网络带病运行，并按要求将安全自查及整改情况报上级卫生健康行政部门。

6. 如何根据医疗机构患者诊疗信息安全风险评估的内容制定应急预案？

患者诊疗信息在录入、储存、调阅、输出过程中始终存在安全风险。通过网络链接、数据接口、第三方共享平台等形式，患者信息还有进一步被泄露和篡改的风险。因此应急预案的拟定是必要的，也是应对信息安全风险的基础与前提。

预案应至少包括但不限于以下内容。

组织机构：网络与信息安全应急小组应由领导小组、技术小组组成，应由医疗机构负责人担任第一责任人。小组负责信息安全日常事务处理、应急处理及安全通报等事务。

工作原则：逐级建立并落实统计信息系统责任制和应急机制；按照法规规定职责和流程；积极预防、及时预警；积极提升应急处理能力；各部门协同配合开展工作。

应急措施：基本应急处理流程应至少包括报告和简单处理；故障分级分类判断与处理；网络线路故障排除；黑客入侵应急处理；患者信息泄露的应急预案；大规模病毒（含恶意软件）攻击的应急处理等预案和处置原则。

运营应急措施：医院 HIS 局部或全部瘫痪状况下临床运营处置预案。

7. 医疗机构建立患者诊疗信息保护制度应当包含哪些方面?

答：患者诊疗信息是指医疗机构在提供医疗服务过程中产生的，以一定形式记录、

保存的信息以及其他与医疗卫生服务有关的信息，包括患者的个人基本信息、挂号信息、就诊信息、住院医嘱信息、费用信息、影像资料和检验结果等各种临床和相关内容组成的患者信息群集。

诊疗信息保护制度应包括获取制度、修改制度和安全保障制度。

获取制度原则包括获取行为的界定，例如，报销、外院就诊、案件审理、临床研究等；个人获取流程和必需材料；政府或社会组织获取流程和依据材料。

修改制度原则包括患者个人信息修改流程和医务人员医嘱、诊断等敏感信息修改流程。

安全保障制度原则包括任何患者的所有电子信息资料在未经主管领导的批准下只许在医疗机构内部管理，不得转出；患者资料通过分级权限管理保护及诊治；未经患者本人的许可，不得将其疾病及相关隐私信息传播给他人。

8. 为什么要建立分级授权制度?

答：医院信息系统在实际意义上属于开放式系统，大量个人信息和敏感数据存在于HIS和各子系统中，并不断被调阅使用。另外，还有大量的数据上传和分享接口。大部分医疗机构对外网页还设置了内网或协同办公系统登录界面。

医院信息系统主要面向医院信息系统工作人员和使用人员。医院信息系统工作人员既包括医院信息工程师，也包括大量系统外包的场地工程师、系统维护人员等。医院信息系统使用人员包括医生、护士、管理人员以及医学生、进修生、规培生等。根据不同人员身份和岗位性质，设立严格的登录和操作权限授权是非常必要的。考虑到授权工作的唯一性和动态变化，采取分级管理模式才具有可行性。

9. 员工授权管理制度包括哪些方面?

员工授权管理制度应包括内部人员授权管理制度、外包人员授权管理制度和授权变

更管理制度。

医院信息系统相关的所有授权和审批事项的制度，必须明确各授权和审批的部门和责任人。信息安全管理各环节的流程中授权和审批部分均需按照本授权和审批事项的制度执行。

内部人员授权管理由医疗机构信息安全领导小组主导并起始，实施按层级分级授权和负责制度。

外包人员授权管理应由医疗机构信息安全工作小组组长授权，并按层级和部门岗位予以授权，并向授权方负责。没有经过正式授权的临时信息系统维护需求，可由信息安全工作小组组长临时授权同意后补充授权记录。

重点加强对被授权者及其访问权限操作行为的合规性进行监管，评估与记录在案：①建立与完善记录操作日志，记录一定周期内的行为日志，通过软件系统逐一识别，确定操作行为的合规性；②建立操作系统识别

库，对于不属于识别库的行为，系统要给予报警，直至下调授权等次或中止授权。

10. 如何防止医疗信息泄露、毁损和丢失?

答：首先，应按照信息安全等级要求，建立严格的信息分级安全管理系统和配套工作制度。

其次，应建立严格的信息分级授权制度体系和基于管理需求、科研需求的信息数据使用管理规范并常态化运行。授权审批应严格根据工作岗位和工作内容而定。

最后，建立主数据双备份制度。对医疗信息均要求保存备份数据和数据表，并保持良好的兼容互通。

11. 发生泄露事件后应急预案要点有哪些?

泄密类信息安全事件不同于一般的信息安全事件。应急处置基本原则要求有以下几点。

①泄密发现人员在第一时间先就泄密事件本身保密；②如已掌握涉密情况，则选择

具有相应涉密级别的人员进行报告或直接报告医院信息安全领导小组组长；③如未掌握涉密情况，应向上一级信息安全主管报告；④处置过程保密。

12. 如何建立患者诊疗信息安全事故责任的追溯机制？

答：根据信息安全分级授权和信息分级保护要求，信息安全事故责任须进行逐级追溯。

根据隐私泄露溯源应从最终数据应用者向个人数据源头搜寻的原则，建立溯源技术标准体系、患者诊疗数据使用登记制度、溯源监管制度和溯源奖惩制度。

溯源技术标准体系主要为实现技术可行性。患者诊疗数据使用登记制度为实现数据跟踪和溯源有迹可循。溯源监管和奖惩制度主要是强化溯源机制的威慑与强制作用。

13. 如何实施软件安全管理？

答：实施软件安全管理，应从以下四个方面进行管理，但不限于此。

（1）医疗机构临床信息系统软件的管

理和维护，应由本机构计算机信息系统的专职管理员负责实施日常的管理和维护。

（2）若由开发该软件的公司负责维护的医疗机构，应在维保协议中明确软件公司应书面报告每次维护的情况，经使用认可后报计算机信息系统专职管理员备案。

（3）由各科室自行开发或应用的新软件，除上级或政府职能部门指定统一使用的外，均必须按照规定的程序申报，经网络安全和信息化工作领导小组讨论批准后方可应用。在原有系统上进行新功能的迭代开发的，应遵循信息系统项目管理和代码更新上传的标准规范流程进行。

（4）为了防止计算机信息系统被病毒感染或者扩散病毒，任何个人及部门科室均不得自行使用杀毒的软盘、光盘、U 盘等储存介质。

14. 医疗机构如何对医疗数据的使用、处理和披露进行管理？

答：根据《医疗卫生机构网络安全管理

办法》，各医疗卫生机构应建立健全数据安全管理制度、操作规程及技术规范，涉及的管理制度每年至少修订一次，建议相关人员每年度签署保密协议。每年对本单位的数据进行数据安全风险评估，及时掌握数据安全状态。加强数据安全教育培训，组织安全意识教育和数据安全管理制度宣传培训。结合本单位实际，建立完善数据使用申请及批准流程，遵循“谁主管、谁审查”、遵循事前申请及批准、事中监管、事后审核原则，严格执行业务管理部门同意、医疗机构领导核准的工作程序，指导数据活动流程合规。

（李大江、李念、陆勇、
潘胜东、徐莉）

附件 1

医疗质量管理办法

国家卫生和计划生育委员会令

（第 10 号）

《医疗质量管理办法》已于 2016 年 7 月 26 日经国家卫生计生委委主任会议讨论通过，现予公布，自 2016 年 11 月 1 日起施行。

主任：李斌

2016 年 9 月 25 日

医疗质量管理办法

第一章　总　则

第一条　为加强医疗质量管理，规范医疗服务行为，保障医疗安全，根据有关法律法规，制定本办法。

第二条　本办法适用于各级卫生计生行政部门以及各级各类医疗机构医疗质量管理工作。

第三条　国家卫生计生委负责全国医疗机构医疗质量管理工作。

县级以上地方卫生计生行政部门负责本行政区域内医疗机构医疗质量管理工作。

国家中医药管理局和军队卫生主管部门分别在职责范围内负责中医和军队医疗机构医疗质量管理工作。

第四条　医疗质量管理是医疗管理的核心，各级各类医疗机构是医疗质量管理的第一责任主体，应当全面加强医疗质量管理，

持续改进医疗质量，保障医疗安全。

第五条　医疗质量管理应当充分发挥卫生行业组织的作用，各级卫生计生行政部门应当为卫生行业组织参与医疗质量管理创造条件。

第二章　组织机构和职责

第六条　国家卫生计生委负责组织或者委托专业机构、行业组织（以下称专业机构）制订医疗质量管理相关制度、规范、标准和指南，指导地方各级卫生计生行政部门和医疗机构开展医疗质量管理与控制工作。

省级卫生计生行政部门可以根据本地区实际，制订行政区域医疗质量管理相关制度、规范和具体实施方案。

县级以上地方卫生计生行政部门在职责范围内负责监督、指导医疗机构落实医疗质量管理有关规章制度。

第七条　国家卫生计生委建立国家医疗质量管理与控制体系，完善医疗质量控制与

持续改进的制度和工作机制。

各级卫生计生行政部门组建或者指定各级、各专业医疗质量控制组织（以下称质控组织）落实医疗质量管理与控制的有关工作要求。

第八条 国家级各专业质控组织在国家卫生计生委指导下，负责制订全国统一的质控指标、标准和质量管理要求，收集、分析医疗质量数据，定期发布质控信息。

省级和有条件的地市级卫生计生行政部门组建相应级别、专业的质控组织，开展医疗质量管理与控制工作。

第九条 医疗机构医疗质量管理实行院、科两级责任制。

医疗机构主要负责人是本机构医疗质量管理的第一责任人；临床科室以及药学、护理、医技等部门（以下称业务科室）主要负责人是本科室医疗质量管理的第一责任人。

第十条 医疗机构应当成立医疗质量管理专门部门，负责本机构的医疗质量管理

工作。

二级以上的医院、妇幼保健院以及专科疾病防治机构（以下称二级以上医院）应当设立医疗质量管理委员会。医疗质量管理委员会主任由医疗机构主要负责人担任，委员由医疗管理、质量控制、护理、医院感染管理、医学工程、信息、后勤等相关职能部门负责人以及相关临床、药学、医技等科室负责人组成，指定或者成立专门部门具体负责日常管理工作。

其他医疗机构应当设立医疗质量管理工作小组或者指定专（兼）职人员，负责医疗质量具体管理工作。

第十一条　医疗机构医疗质量管理委员会的主要职责是：

（一）按照国家医疗质量管理的有关要求，制订本机构医疗质量管理制度并组织实施；

（二）组织开展本机构医疗质量监测、预警、分析、考核、评估以及反馈工作，定

期发布本机构质量管理信息；

（三）制订本机构医疗质量持续改进计划、实施方案并组织实施；

（四）制订本机构临床新技术引进和医疗技术临床应用管理相关工作制度并组织实施；

（五）建立本机构医务人员医疗质量管理相关法律、法规、规章制度、技术规范的培训制度，制订培训计划并监督实施；

（六）落实省级以上卫生计生行政部门规定的其他内容。

第十二条 二级以上医院各业务科室应当成立本科室医疗质量管理工作小组，组长由科室主要负责人担任，指定专人负责日常具体工作。医疗质量管理工作小组主要职责是：

（一）贯彻执行医疗质量管理相关的法律、法规、规章、规范性文件和本科室医疗质量管理制度；

（二）制订本科室年度质量控制实施方案，组织开展科室医疗质量管理与控制

工作；

（三）制订本科室医疗质量持续改进计划和具体落实措施；

（四）定期对科室医疗质量进行分析和评估，对医疗质量薄弱环节提出整改措施并组织实施；

（五）对本科室医务人员进行医疗质量管理相关法律、法规、规章制度、技术规范、标准、诊疗常规及指南的培训和宣传教育；

（六）按照有关要求报送本科室医疗质量管理相关信息。

第十三条　各级卫生计生行政部门和医疗机构应当建立健全医疗质量管理人员的培养和考核制度，充分发挥专业人员在医疗质量管理工作中的作用。

第三章　医疗质量保障

第十四条　医疗机构应当加强医务人员职业道德教育，发扬救死扶伤的人道主义精

神，坚持“以患者为中心”，尊重患者权利，履行防病治病、救死扶伤、保护人民健康的神圣职责。

第十五条 医务人员应当恪守职业道德，认真遵守医疗质量管理相关法律法规、规范、标准和本机构医疗质量管理制度的规定，规范临床诊疗行为，保障医疗质量和医疗安全。

第十六条 医疗机构应当按照核准登记的诊疗科目执业。卫生技术人员开展诊疗活动应当依法取得执业资质，医疗机构人力资源配备应当满足临床工作需要。

医疗机构应当按照有关法律法规、规范、标准要求，使用经批准的药品、医疗器械、耗材开展诊疗活动。

医疗机构开展医疗技术应当与其功能任务和技术能力相适应，按照国家关于医疗技术和手术管理有关规定，加强医疗技术临床应用管理。

第十七条 医疗机构及其医务人员应当

遵循临床诊疗指南、临床技术操作规范、行业标准和临床路径等有关要求开展诊疗工作，严格遵守医疗质量安全核心制度，做到合理检查、合理用药、合理治疗。

第十八条　医疗机构应当加强药学部门建设和药事质量管理，提升临床药学服务能力，推行临床药师制，发挥药师在处方审核、处方点评、药学监护等合理用药管理方面的作用。临床诊断、预防和治疗疾病用药应当遵循安全、有效、经济的合理用药原则，尊重患者对药品使用的知情权。

第十九条　医疗机构应当加强护理质量管理，完善并实施护理相关工作制度、技术规范和护理指南；加强护理队伍建设，创新管理方法，持续改善护理质量。

第二十条　医疗机构应当加强医技科室的质量管理，建立覆盖检查、检验全过程的质量管理制度，加强室内质量控制，配合做好室间质量评价工作，促进临床检查检验结果互认。

第二十一条 医疗机构应当完善门急诊管理制度，规范门急诊质量管理，加强门急诊专业人员和技术力量配备，优化门急诊服务流程，保证门急诊医疗质量和医疗安全，并把门急诊工作质量作为考核科室和医务人员的重要内容。

第二十二条 医疗机构应当加强医院感染管理，严格执行消毒隔离、手卫生、抗菌药物合理使用和医院感染监测等规定，建立医院感染的风险监测、预警以及多部门协同干预机制，开展医院感染防控知识的培训和教育，严格执行医院感染暴发报告制度。

第二十三条 医疗机构应当加强病历质量管理，建立并实施病历质量管理制度，保障病历书写客观、真实、准确、及时、完整、规范。

第二十四条 医疗机构及其医务人员开展诊疗活动，应当遵循患者知情同意原则，尊重患者的自主选择权和隐私权，并对患者的隐私保密。

第二十五条　医疗机构开展中医医疗服务，应当符合国家关于中医诊疗、技术、药事等管理的有关规定，加强中医医疗质量管理。

第四章　医疗质量持续改进

第二十六条　医疗机构应当建立本机构全员参与、覆盖临床诊疗服务全过程的医疗质量管理与控制工作制度。医疗机构应当严格按照卫生计生行政部门和质控组织关于医疗质量管理控制工作的有关要求，积极配合质控组织开展工作，促进医疗质量持续改进。

医疗机构应当按照有关要求，向卫生计生行政部门或者质控组织及时、准确地报送本机构医疗质量安全相关数据信息。

医疗机构应当熟练运用医疗质量管理工具开展医疗质量管理与自我评价，根据卫生计生行政部门或者质控组织发布的质控指标和标准完善本机构医疗质量管理相关指标体

系，及时收集相关信息，形成本机构医疗质量基础数据。

第二十七条 医疗机构应当加强临床专科服务能力建设，重视专科协同发展，制订专科建设发展规划并组织实施，推行“以患者为中心、以疾病为链条”的多学科诊疗模式。加强继续医学教育，重视人才培养、临床技术创新性研究和成果转化，提高专科临床服务能力与水平。

第二十八条 医疗机构应当加强单病种质量管理与控制工作，建立本机构单病种管理的指标体系，制订单病种医疗质量参考标准，促进医疗质量精细化管理。

第二十九条 医疗机构应当制订满意度监测指标并不断完善，定期开展患者和员工满意度监测，努力改善患者就医体验和员工执业感受。

第三十条 医疗机构应当开展全过程成本精确管理，加强成本核算、过程控制、细节管理和量化分析，不断优化投入产出比，

努力提高医疗资源利用效率。

第三十一条 医疗机构应当对各科室医疗质量管理情况进行现场检查和抽查，建立本机构医疗质量内部公示制度，对各科室医疗质量关键指标的完成情况予以内部公示。

医疗机构应当定期对医疗卫生技术人员开展医疗卫生管理法律法规、医院管理制度、医疗质量管理与控制方法、专业技术规范等相关内容的培训和考核。

医疗机构应当将科室医疗质量管理情况作为科室负责人综合目标考核以及聘任、晋升、评先评优的重要指标。

医疗机构应当将科室和医务人员医疗质量管理情况作为医师定期考核、晋升以及科室和医务人员绩效考核的重要依据。

第三十二条 医疗机构应当强化基于电子病历的医院信息平台建设，提高医院信息化工作的规范化水平，使信息化工作满足医疗质量管理与控制需要，充分利用信息化手段开展医疗质量管理与控制。建立完善医疗

机构信息管理制度，保障信息安全。

第三十三条 医疗机构应当对本机构医疗质量管理要求执行情况进行评估，对收集的医疗质量信息进行及时分析和反馈，对医疗质量问题和医疗安全风险进行预警，对存在的问题及时采取有效干预措施，并评估干预效果，促进医疗质量的持续改进。

第五章 医疗安全风险防范

第三十四条 国家建立医疗质量（安全）不良事件报告制度，鼓励医疗机构和医务人员主动上报临床诊疗过程中的不良事件，促进信息共享和持续改进。

医疗机构应当建立医疗质量（安全）不良事件信息采集、记录和报告相关制度，并作为医疗机构持续改进医疗质量的重要基础工作。

第三十五条 医疗机构应当建立药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件监测报告制度，并按照国家有关规定向相关

部门报告。

第三十六条　医疗机构应当提高医疗安全意识，建立医疗安全与风险管理体系，完善医疗安全管理相关工作制度、应急预案和工作流程，加强医疗质量重点部门和关键环节的安全与风险管理，落实患者安全目标。

医疗机构应当提高风险防范意识，建立完善相关制度，利用医疗责任保险、医疗意外保险等风险分担形式，保障医患双方合法权益。制订防范、处理医疗纠纷的预案，预防、减少医疗纠纷的发生。完善投诉管理，及时化解和妥善处理医疗纠纷。

第六章　监督管理

第三十七条　县级以上地方卫生计生行政部门负责对本行政区域医疗机构医疗质量管理情况的监督检查。医疗机构应当予以配合，不得拒绝、阻碍或者隐瞒有关情况。

第三十八条　县级以上地方卫生计生行政部门应当建立医疗机构医疗质量管理评估

制度，可以根据当地实际情况，组织或者委托专业机构，利用信息化手段开展第三方评估工作，定期在行业内发布评估结果。

县级以上地方卫生计生行政部门和各级质控组织应当重点加强对县级医院、基层医疗机构和民营医疗机构的医疗质量管理和监督。

第三十九条 国家卫生计生委依托国家级人口健康信息平台建立全国医疗质量管理与控制信息系统，对全国医疗质量管理的主要指标信息进行收集、分析和反馈。

省级卫生计生行政部门应当依托区域人口健康信息平台，建立本行政区域的医疗质量管理与控制信息系统，对本行政区域医疗机构医疗质量管理相关信息进行收集、分析和反馈，对医疗机构医疗质量进行评价，并实现与全国医疗质量管理与控制信息系统互连互通。

第四十条 各级卫生计生行政部门应当建立医疗机构医疗质量管理激励机制，采取适当形式对医疗质量管理先进的医疗机构和

管理人员予以表扬和鼓励，积极推广先进经验和做法。

第四十一条　县级以上地方卫生计生行政部门应当建立医疗机构医疗质量管理情况约谈制度。对发生重大或者特大医疗质量安全事件、存在严重医疗质量安全隐患，或者未按要求整改的各级各类医疗机构负责人进行约谈；对造成严重后果的，予以通报，依法处理，同时报上级卫生计生行政部门备案。

第四十二条　各级卫生计生行政部门应当将医疗机构医疗质量管理情况和监督检查结果纳入医疗机构及其主要负责人考核的关键指标，并与医疗机构校验、医院评审、评价以及个人业绩考核相结合。考核不合格的，视情况对医疗机构及其主要负责人进行处理。

第七章　法律责任

第四十三条　医疗机构开展诊疗活动超出登记范围、使用非卫生技术人员从事诊疗

工作、违规开展禁止或者限制临床应用的医疗技术、使用不合格或者未经批准的药品、医疗器械、耗材等开展诊疗活动的，由县级以上地方卫生计生行政部门依据国家有关法律法规进行处理。

第四十四条 医疗机构有下列情形之一的，由县级以上卫生计生行政部门责令限期改正；逾期不改的，给予警告，并处三万元以下罚款；对公立医疗机构负有责任的主管人员和其他直接责任人员，依法给予处分：

（一）未建立医疗质量管理部门或者未指定专（兼）职人员负责医疗质量管理工作的；

（二）未建立医疗质量管理相关规章制度的；

（三）医疗质量管理制度不落实或者落实不到位，导致医疗质量管理混乱的；

（四）发生重大医疗质量安全事件隐匿不报的；

（五）未按照规定报送医疗质量安全相关信息的；

（六）其他违反本办法规定的行为。

第四十五条　医疗机构执业的医师、护士在执业活动中，有下列行为之一的，由县级以上地方卫生计生行政部门依据《执业医师法》《护士条例》等有关法律法规的规定进行处理；构成犯罪的，依法追究刑事责任：

（一）违反卫生法律、法规、规章制度或者技术操作规范，造成严重后果的；

（二）由于不负责任延误急危患者抢救和诊治，造成严重后果的；

（三）未经亲自诊查，出具检查结果和相关医学文书的；

（四）泄露患者隐私，造成严重后果的；

（五）开展医疗活动未遵守知情同意原则的；

（六）违规开展禁止或者限制临床应用的医疗技术、不合格或者未经批准的药品、医疗器械、耗材等开展诊疗活动的；

（七）其他违反本办法规定的行为。

其他卫生技术人员违反本办法规定的，

根据有关法律、法规的规定予以处理。

第四十六条 县级以上地方卫生计生行政部门未按照本办法规定履行监管职责，造成严重后果的，对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予行政处分。

第八章 附 则

第四十七条 本办法下列用语的含义：

（一）医疗质量：指在现有医疗技术水平及能力、条件下，医疗机构及其医务人员在临床诊断及治疗过程中，按照职业道德及诊疗规范要求，给予患者医疗照顾的程度。

（二）医疗质量管理：指按照医疗质量形成的规律和有关法律、法规要求，运用现代科学管理方法，对医疗服务要素、过程和结果进行管理与控制，以实现医疗质量系统改进、持续改进的过程。

（三）医疗质量安全核心制度：指医疗机构及其医务人员在诊疗活动中应当严格遵守的相关制度，主要包括：首诊负责制度、

三级查房制度、会诊制度、分级护理制度、值班和交接班制度、疑难病例讨论制度、急危重患者抢救制度、术前讨论制度、死亡病例讨论制度、查对制度、手术安全核查制度、手术分级管理制度、新技术和新项目准入制度、危急值报告制度、病历管理制度、抗菌药物分级管理制度、临床用血审核制度、信息安全管理制度等。

（四）医疗质量管理工具：指为实现医疗质量管理目标和持续改进所采用的措施、方法和手段，如全面质量管理（TQC）、质量环（PDCA循环）、品管圈（QCC）、疾病诊断相关组（DRGs）绩效评价、单病种管理、临床路径管理等。

第四十八条　本办法自2016年11月1日起施行。

附件 2

医疗技术临床应用管理办法

中华人民共和国国家卫生
健康委员会令
（第 1 号）

《医疗技术临床应用管理办法》已经原国家卫生计生委委主任会议讨论通过，并经国家卫生健康委审核通过，现予公布，自 2018 年 11 月 1 日起施行。

主任：马晓伟

2018 年 8 月 13 日

医疗技术临床应用管理办法

第一章　总　则

第一条　为加强医疗技术临床应用管理，促进医学科学发展和医疗技术进步，保障医疗质量和患者安全，维护人民群众健康权益，根据有关法律法规，制定本办法。

第二条　本办法所称医疗技术，是指医疗机构及其医务人员以诊断和治疗疾病为目的，对疾病作出判断和消除疾病、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医学专业手段和措施。

本办法所称医疗技术临床应用，是指将经过临床研究论证且安全性、有效性确切的医疗技术应用于临床，用以诊断或者治疗疾病的过程。

第三条　医疗机构和医务人员开展医疗技术临床应用应当遵守本办法。

第四条 医疗技术临床应用应当遵循科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理的原则。

安全性、有效性不确切的医疗技术，医疗机构不得开展临床应用。

第五条 国家建立医疗技术临床应用负面清单管理制度，对禁止临床应用的医疗技术实施负面清单管理，对部分需要严格监管的医疗技术进行重点管理。其他临床应用的医疗技术由决定使用该类技术的医疗机构自我管理。

第六条 医疗机构对本机构医疗技术临床应用和管理承担主体责任。医疗机构开展医疗技术服务应当与其技术能力相适应。

医疗机构主要负责人是本机构医疗技术临床应用管理的第一责任人。

第七条 国家卫生健康委负责全国医疗技术临床应用管理工作。

县级以上地方卫生行政部门负责本行政区域内医疗技术临床应用监督管理工作。

第八条　鼓励卫生行业组织参与医疗技术临床应用质量控制、规范化培训和技术评估工作，各级卫生行政部门应当为卫生行业组织参与医疗技术临床应用管理创造条件。

第二章　医疗技术负面清单管理

第九条　医疗技术具有下列情形之一的，禁止应用于临床（以下简称禁止类技术）：

（一）临床应用安全性、有效性不确切；

（二）存在重大伦理问题；

（三）该技术已经被临床淘汰；

（四）未经临床研究论证的医疗新技术。

禁止类技术目录由国家卫生健康委制定发布或者委托专业组织制定发布，并根据情况适时予以调整。

第十条　禁止类技术目录以外并具有下列情形之一的，作为需要重点加强管理的医疗技术（以下简称限制类技术），由省级以上卫生行政部门严格管理：

（一）技术难度大、风险高，对医疗机构的服务能力、人员水平有较高专业要求，需要设置限定条件的；

（二）需要消耗稀缺资源的；

（三）涉及重大伦理风险的；

（四）存在不合理临床应用，需要重点管理的。

国家限制类技术目录及其临床应用管理规范由国家卫生健康委制定发布或者委托专业组织制定发布，并根据临床应用实际情况予以调整。

省级卫生行政部门可以结合本行政区域实际情况，在国家限制类技术目录基础上增补省级限制类技术相关项目，制定发布相关技术临床应用管理规范，并报国家卫生健康委备案。

第十一条 对限制类技术实施备案管理。医疗机构拟开展限制类技术临床应用的，应当按照相关医疗技术临床应用管理规范进行自我评估，符合条件的可以开展临床

应用，并于开展首例临床应用之日起 15 个工作日内，向核发其《医疗机构执业许可证》的卫生行政部门备案。备案材料应当包括以下内容：

（一）开展临床应用的限制类技术名称和所具备的条件及有关评估材料；

（二）本机构医疗技术临床应用管理专门组织和伦理委员会论证材料；

（三）技术负责人（限于在本机构注册的执业医师）资质证明材料。

备案部门应当自收到完整备案材料之日起 15 个工作日内完成备案，在该医疗机构的《医疗机构执业许可证》副本备注栏予以注明，并逐级上报至省级卫生行政部门。

第十二条　未纳入禁止类技术和限制类技术目录的医疗技术，医疗机构可以根据自身功能、任务、技术能力等自行决定开展临床应用，并应当对开展的医疗技术临床应用实施严格管理。

第十三条　医疗机构拟开展存在重大

伦理风险的医疗技术，应当提请本机构伦理委员会审议，必要时可以咨询省级和国家医学伦理专家委员会。未经本机构伦理委员会审查通过的医疗技术，特别是限制类医疗技术，不得应用于临床。

第三章　管理与控制

第十四条　国家建立医疗技术临床应用质量管理与控制制度，充分发挥各级、各专业医疗质量控制组织的作用，以“限制类技术”为主加强医疗技术临床应用质量控制，对医疗技术临床应用情况进行日常监测与定期评估，及时向医疗机构反馈质控和评估结果，持续改进医疗技术临床应用质量。

第十五条　二级以上的医院、妇幼保健院及专科疾病防治机构医疗质量管理委员会应当下设医疗技术临床应用管理的专门组织，由医务、质量管理、药学、护理、院感、设备等部门负责人和具有高级技术职务

任职资格的临床、管理、伦理等相关专业人员组成。该专门组织的负责人由医疗机构主要负责人担任，由医务部门负责日常管理工作，主要职责是：

（一）根据医疗技术临床应用管理相关的法律、法规、规章，制定本机构医疗技术临床应用管理制度并组织实施；

（二）审定本机构医疗技术临床应用管理目录和手术分级管理目录并及时调整；

（三）对首次应用于本机构的医疗技术组织论证，对本机构已经临床应用的医疗技术定期开展评估；

（四）定期检查本机构医疗技术临床应用管理各项制度执行情况，并提出改进措施和要求；

（五）省级以上卫生行政部门规定的其他职责。

其他医疗机构应当设立医疗技术临床应用管理工作小组，并指定专(兼)职人员负责本机构医疗技术临床应用管理工作。

第十六条 医疗机构应当建立本机构医疗技术临床应用管理制度，包括目录管理、手术分级、医师授权、质量控制、档案管理、动态评估等制度，保障医疗技术临床应用质量和安全。

第十七条 医疗机构开展医疗技术临床应用应当具有符合要求的诊疗科目、专业技术人员、相应的设备、设施和质量控制体系，并遵守相关技术临床应用管理规范。

第十八条 医疗机构应当制定本机构医疗技术临床应用管理目录并及时调整，对目录内的手术进行分级管理。手术管理按照国家关于手术分级管理的有关规定执行。

第十九条 医疗机构应当依法准予医务人员实施与其专业能力相适应的医疗技术，并为医务人员建立医疗技术临床应用管理档案，纳入个人专业技术档案管理。

第二十条 医疗机构应当建立医师手术授权与动态管理制度，根据医师的专业能力和培训情况，授予或者取消相应的手术级别

和具体手术权限。

第二十一条　医疗机构应当建立医疗技术临床应用论证制度。对已证明安全有效，但属本机构首次应用的医疗技术，应当组织开展本机构技术能力和安全保障能力论证，通过论证的方可开展医疗技术临床应用。

第二十二条　医疗机构应当建立医疗技术临床应用评估制度，对限制类技术的质量安全和技术保证能力进行重点评估，并根据评估结果及时调整本机构医疗技术临床应用管理目录和有关管理要求。对存在严重质量安全问题或者不再符合有关技术管理要求的，要立即停止该项技术的临床应用。

医疗机构应当根据评估结果，及时调整本机构医师相关技术临床应用权限。

第二十三条　医疗机构应当为医务人员参加医疗技术临床应用规范化培训创造条件，加强医疗技术临床应用管理人才队伍的建设和培养。

医疗机构应当加强首次在本医疗机构临床应用的医疗技术的规范化培训工作。

第二十四条 医疗机构开展的限制类技术目录、手术分级管理目录和限制类技术临床应用情况应当纳入本机构院务公开范围，主动向社会公开，接受社会监督。

第二十五条 医疗机构在医疗技术临床应用过程中出现下列情形之一的，应当立即停止该项医疗技术的临床应用：

（一）该医疗技术被国家卫生健康委列为“禁止类技术”；

（二）从事该医疗技术的主要专业技术人员或者关键设备、设施及其他辅助条件发生变化，不能满足相关技术临床应用管理规范要求，或者影响临床应用效果；

（三）该医疗技术在本机构应用过程中出现重大医疗质量、医疗安全或者伦理问题，或者发生与技术相关的严重不良后果；

（四）发现该项医疗技术临床应用效果不确切，或者存在重大质量、安全或者伦理

缺陷。

医疗机构出现第一款第二项、第三项情形，属于限制类技术的，应当立即将有关情况向核发其《医疗机构执业许可证》的卫生行政部门报告。卫生行政部门应当及时取消该医疗机构相应医疗技术临床应用备案，在该机构《医疗机构执业许可证》副本备注栏予以注明，并逐级向省级卫生行政部门报告。

医疗机构出现第一款第四项情形的，应当立即将有关情况向核发其《医疗机构执业许可证》的卫生行政部门和省级卫生行政部门报告。省级卫生行政部门应当立即组织对该项医疗技术临床应用情况进行核查，确属医疗技术本身存在问题的，可以暂停该项医疗技术在本地区的临床应用，并向国家卫生健康委报告。国家卫生健康委收到报告后，组织专家进行评估，决定需要采取的进一步管理措施。

第四章　培训与考核

第二十六条　国家建立医疗技术临床应用规范化培训制度。拟开展限制类技术的医师应当按照相关技术临床应用管理规范要求接受规范化培训。

国家卫生健康委统一组织制定国家限制类技术的培训标准和考核要求，并向社会公布。

第二十七条　省级增补的限制类技术以及省级卫生行政部门认为其他需要重点加强培训的医疗技术，由省级卫生行政部门统一组织制订培训标准，对培训基地管理和参加培训医师（以下简称参培医师）的培训和考核提出统一要求，并向社会公布。

第二十八条　对限制类技术临床应用规范化培训基地实施备案管理。医疗机构拟承担限制类技术临床应用规范化培训工作的，应当达到国家和省级卫生行政部门规定的条件，制定培训方案并向社会公开。

第二十九条　医疗机构拟承担限制类技术临床应用规范化培训工作的，应当于首次发布招生公告之日起 3 个工作日内，向省级卫生行政部门备案。备案材料应当包括：

（一）开展相关限制类技术临床应用的备案证明材料；

（二）开展相关限制类技术培训工作所具备的软、硬件条件的自我评估材料；

（三）近 3 年开展相关限制类技术临床应用的医疗质量和医疗安全情况；

（四）培训方案、培训师资、课程设置、考核方案等材料。

第三十条　省级卫生行政部门应当及时向社会公布经备案拟承担限制性技术临床应用规范化培训工作的医疗机构名单。

省级卫生行政部门应当加强对限制类技术临床应用规范化培训基地的考核和评估，对不符合培训基地条件或者未按照要求开展培训、考核的，应当责令其停止培训工作，并向社会公布。

第三十一条 培训基地应当建立健全规章制度及流程，明确岗位职责和管理要求，加强对培训导师的管理。严格按照统一的培训大纲和教材制定培训方案与计划，建立医师培训档案，确保培训质量和效果。

第三十二条 申请参加培训的医师应当符合相关医疗技术临床应用管理规范要求。培训基地应当按照公开公平、择优录取、双向选择的原则决定是否接收参培医师。

第三十三条 参培医师完成培训后应当接受考核。考核包括过程考核和结业考核。

考核应当由所在培训基地或者省级卫生行政部门委托的第三方组织实施。

第三十四条 对国家和省级卫生行政部门作出统一培训要求以外的医疗技术，医疗机构应当自行进行规范化培训。

第五章 监督管理

第三十五条 县级以上地方卫生行政部门应当加强对本行政区域内医疗机构医疗技

术临床应用的监督管理。

第三十六条　国家卫生健康委负责建立全国医疗技术临床应用信息化管理平台，对国家限制类技术临床应用相关信息进行收集、分析和反馈。

省级卫生行政部门负责建立省级医疗技术临床应用信息化管理平台，对本行政区域内国家和省级限制类技术临床应用情况实施监督管理。

省级医疗技术临床应用信息化管理平台应当与全国医疗技术临床应用信息化管理平台实现互联互通，信息共享。

第三十七条　医疗机构应当按照要求，及时、准确、完整地向全国和省级医疗技术临床应用信息化管理平台逐例报送限制类技术开展情况数据信息。

各级、各专业医疗质量控制组织应当充分利用医疗技术临床应用信息化管理平台，加大数据信息分析和反馈力度，指导医疗机构提高医疗技术临床应用质量安全。

第三十八条 国家建立医疗技术临床应用评估制度。对医疗技术的安全性、有效性、经济适宜性及伦理问题等进行评估，作为调整国家医疗技术临床应用管理政策的决策依据之一。

第三十九条 国家建立医疗机构医疗技术临床应用情况信誉评分制度，与医疗机构、医务人员信用记录挂钩，纳入卫生健康行业社会信用体系管理，接入国家信用信息共享平台，并将信誉评分结果应用于医院评审、评优、临床重点专科评估等工作。

第四十条 县级以上地方卫生行政部门应当将本行政区域内经备案开展限制类技术临床应用的医疗机构名单及相关信息及时向社会公布，接受社会监督。

第六章 法律责任

第四十一条 医疗机构违反本办法规定，有下列情形之一的，由县级以上地方卫生行政部门责令限期改正；逾期不改的，暂

停或者停止相关医疗技术临床应用，给予警告，并处以 3000 元以下罚款；造成严重后果的，处以 3000 元以上 3 万元以下罚款，并对医疗机构主要负责人、负有责任的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分：

（一）未建立医疗技术临床应用管理专门组织或者未指定专（兼）职人员负责具体管理工作的；

（二）未建立医疗技术临床应用管理相关规章制度的；

（三）医疗技术临床应用管理混乱，存在医疗质量和医疗安全隐患的；

（四）未按照要求向卫生行政部门进行医疗技术临床应用备案的；

（五）未按照要求报告或者报告不实信息的；

（六）未按照要求向国家和省级医疗技术临床应用信息化管理平台报送相关信息的；

（七）未按要求将相关信息纳入院务公

开范围向社会公开的；

（八）未按要求保障医务人员接受医疗技术临床应用规范化培训权益的。

第四十二条 承担限制类技术临床应用规范化培训的医疗机构，有下列情形之一的，由省级卫生行政部门责令其停止医疗技术临床应用规范化培训，并向社会公布；造成严重后果的，对医疗机构主要负责人、负有责任的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分：

（一）未按照要求向省级卫生行政部门备案的；

（二）提供不实备案材料或者弄虚作假的；

（三）未按照要求开展培训、考核的；

（四）管理混乱导致培训造成严重不良后果，并产生重大社会影响的。

第四十三条 医疗机构有下列情形之一的，由县级以上地方卫生行政部门依据《医疗机构管理条例》第四十七条的规定进行处理；情节严重的，还应当对医疗机构主要负

责人和其他直接责任人员依法给予处分：

（一）开展相关医疗技术与登记的诊疗科目不相符的；

（二）开展禁止类技术临床应用的；

（三）不符合医疗技术临床应用管理规范要求擅自开展相关医疗技术的。

第四十四条　医疗机构管理混乱导致医疗技术临床应用造成严重不良后果，并产生重大社会影响的，由县级以上地方卫生行政部门责令限期整改，并给予警告；逾期不改的，给予 3 万元以下罚款，并对医疗机构主要负责人、负有责任的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分。

第四十五条　医务人员有下列情形之一的，由县级以上地方卫生行政部门按照《执业医师法》、《护士条例》、《乡村医生从业管理条例》等法律法规的有关规定进行处理；构成犯罪的，依法追究刑事责任：

（一）违反医疗技术管理相关规章制度或者医疗技术临床应用管理规范的；

（二）开展禁止类技术临床应用的；

（三）在医疗技术临床应用过程中，未按照要求履行知情同意程序的；

（四）泄露患者隐私，造成严重后果的。

第四十六条 县级以上地方卫生行政部门未按照本办法规定履行监管职责，造成严重后果的，对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予记大过、降级、撤职、开除等行政处分。

第七章 附 则

第四十七条 人体器官移植技术、人类辅助生殖技术、细胞治疗技术的监督管理不适用本办法。

第四十八条 省级卫生行政部门可以根据本办法，结合地方实际制定具体实施办法。

第四十九条 本办法公布前，已经开展相关限制类技术临床应用的医疗机构，应当自本办法公布之日起按照本办法及相关医疗

技术临床应用管理规范进行自我评估。符合临床应用条件的，应当自本办法施行之日起3个月内按照要求向核发其《医疗机构执业许可证》的卫生行政部门备案；不符合要求或者不按照规定备案的，不得再开展该项医疗技术临床应用。

第五十条　中医医疗机构的医疗技术临床应用管理由中医药主管部门负责。

第五十一条　本办法自2018年11月1日起施行。

附件 3

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

国卫办医政发〔2022〕18 号

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生健康委：

为加强医疗机构手术分级管理，规范医疗机构手术行为，提高医疗质量，保障医疗安全，维护患者合法权益，我委组织修订了《医疗机构手术分级管理办法》。现印发给你们，请遵照执行。

国家卫生健康委办公厅

2022 年 12 月 6 日

医疗机构手术分级管理办法

第一章　总　则

第一条　为加强医疗机构手术分级管理，提高手术质量，保障医疗安全，维护患者合法权益，依据《中华人民共和国医师法》《医疗机构管理条例》《医疗质量管理办法》《医疗技术临床应用管理办法》等法律法规规章，制定本办法。

第二条　本办法适用于各级各类医疗机构手术分级管理工作。

第三条　本办法所称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，在人体局部开展去除病变组织、修复损伤、重建形态或功能、移植细胞组织或器官、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。

本办法所称手术分级管理是指医疗机构以保障手术质量安全为目的，根据手术风

险程度、难易程度、资源消耗程度和伦理风险，对本机构开展的手术进行分级，并对不同级别手术采取相应管理策略的过程。

第四条 医疗机构及其医务人员开展手术技术临床应用应当遵循科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理的原则。

第五条 国家卫生健康委负责全国医疗机构手术分级管理工作的监督管理。

县级以上卫生健康行政部门负责本行政区域内医疗机构手术分级管理工作的监督管理。

第二章 组织管理

第六条 医疗机构对本机构手术分级管理承担主体责任。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。

第七条 医疗机构手术分级管理实行院、科两级负责制。医疗机构主要负责人是本机构手术分级管理的第一责任人；手术相

关临床科室主要负责人是本科室手术分级管理的第一责任人。

第八条　医疗机构医疗技术临床应用管理组织负责本机构手术分级管理，具体工作由医务管理部门负责。

第九条　医疗机构医疗技术临床应用管理组织在手术分级管理工作中的主要职责是：

（一）制定本机构手术分级管理的制度和规范，明确科室手术分级管理议事规则和工作流程，定期检查执行情况，并提出改进措施和要求；

（二）审定本机构手术分级管理目录，定期对手术质量安全情况进行评估并动态调整；

（三）根据术者专业能力和接受培训情况，授予或者取消相应的手术级别和具体手术权限，并根据定期评估情况进行动态调整；

（四）组织开展手术分级管理法律、法

规、规章和相关制度、规范的培训。

第十条 医疗机构各手术科室应当成立本科室手术分级管理工作小组，组长由科室主要负责人担任，指定专人负责日常具体工作。手术分级管理工作小组主要职责是：

（一）贯彻执行手术分级管理相关的法律、法规、规章、规范性文件和本机构手术分级管理制度；

（二）制订本科室年度手术分级管理实施方案，组织开展科室手术分级管理工作；

（三）定期对本科室手术分级管理进行分析和评估，对手术分级管理薄弱环节提出整改措施并组织实施；

（四）定期对本科室术者手术技术临床应用能力进行评估，制定手术技术培训计划，提升本科室手术技术临床应用能力和质量；

（五）按照有关要求报送本科室手术分级管理相关信息。

第三章　手术分级管理

第十一条　根据手术风险程度、难易程度、资源消耗程度或伦理风险不同，手术分为四级：

一级手术是指风险较低、过程简单、技术难度低的手术；

二级手术是指有一定风险、过程复杂程度一般、有一定技术难度的手术；

三级手术是指风险较高、过程较复杂、难度较大、资源消耗较多的手术；

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。

第十二条　手术风险包括麻醉风险、手术主要并发症发生风险、围手术期死亡风险等。

手术难度包括手术复杂程度、患者状态、手术时长、术者资质要求以及手术所需人员配置、所需手术器械和装备复杂程度等。

资源消耗程度指手术过程中所使用的医疗资源的种类、数量与稀缺程度。

伦理风险指人的社会伦理关系在手术影响下产生伦理负效应的可能。

第十三条 医疗机构应当建立手术分级信息报告制度，向核发其《医疗机构执业许可证》的卫生健康行政部门报送本机构三、四级手术管理目录信息，如有调整应及时更新信息。接受信息的部门应当及时将目录信息逐级报送至省级卫生健康行政部门。

第十四条 医疗机构应当建立手术分级公示制度，将手术分级管理目录纳入本机构院务公开范围，主动向社会公开三、四级手术管理目录，并及时更新。

第十五条 医疗机构应当建立手术分级动态调整制度，根据本机构开展手术的效果和手术并发症等情况，动态调整本机构手术分级管理目录。

第十六条 医疗机构应当建立手术授权制度，根据手术级别、专业特点、术者专业技术岗位和手术技术临床应用能力及培训情况综合评估后授予术者相应的手术权限。

三、四级手术应当逐项授予术者手术权限。手术授权原则上不得与术者职称、职务挂钩。

对于非主执业机构注册的医务人员，其手术授权管理应当与本机构医务人员保持一致。

第十七条　医疗机构应当建立手术技术临床应用能力评估和手术授权动态调整制度。

术者申请手术权限应当由其所在科室手术分级管理工作小组进行评估，评估合格的应当向医务管理部门报告，经医务管理部门复核后报医疗技术临床应用管理委员会审核批准，由医疗机构以正式文件形式予以确认。

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。

第十八条 医疗机构应当建立手术技术临床应用论证制度。对已证明安全有效，但属本机构首次开展的手术技术，应当组织开展手术技术能力和安全保障能力论证，通过论证的方可开展该手术技术临床应用。

第十九条 医疗机构应当为医务人员参加手术技能规范化培训创造条件，提升医务人员手术技术临床应用能力。

医疗机构应当重点关注首次在本机构开展的手术技术的规范化培训工作。

第二十条 医疗机构开展省级以上限制类医疗技术中涉及手术的，应当按照四级手术进行管理。

第二十一条 医疗机构应当建立紧急状态下超出手术权限开展手术的管理制度，遇有急危重症患者确需行急诊手术以挽救生命时，如现场无相应手术权限的术者，其他术者可超权限开展手术，具体管理制度由医疗机构自行制定。

第二十二条 医疗机构应当建立四级手

术术前多学科讨论制度，手术科室在每例四级手术实施前，应当对手术的指征、方式、预期效果、风险和处置预案等组织多学科讨论，确定手术方案和围手术期管理方案，并按规定记录，保障手术质量和患者安全。

第二十三条　医疗机构应当建立手术随访制度，按病种特点和相关诊疗规范确定随访时长和频次，对四级手术术后患者，原则上随访不少于每年 1 次。

第二十四条　医疗机构应当完善手术不良事件个案报告制度，对于四级手术发生非计划二次手术、严重医疗质量（安全）不良事件等情形的，应当在发生后 3 日内组织全科讨论，讨论结果向本机构医疗质量管理委员会报告，同时按照不良事件管理有关规定向卫生健康行政部门报告。

第二十五条　医疗机构应当加强围手术期死亡病例讨论管理。四级手术患者发生围手术期死亡的，应当在死亡后 7 日内，由医务管理部门组织完成多学科讨论。医疗机构

应当每年度对全部围手术期死亡病例进行汇总分析，提出持续改进意见。

第四章　监督管理

第二十六条　医疗机构应当建立手术质量安全评估制度，由医疗机构医疗技术临床应用管理组织定期对手术适应征、术前讨论、手术安全核查、围手术期并发症发生率、非计划二次手术率、围手术期全因死亡率等进行评估，并在院内公开。一、二级手术应当每年度进行评估，三级手术应当每半年进行评估，四级手术应当每季度进行评估。

医疗机构应当重点关注首次在本机构开展的手术技术的质量安全。

第二十七条　医疗机构应当建立手术分级管理督查制度，由本机构医务管理部门对各手术科室手术分级管理制度落实情况进行定期督查，并将督查结果作为医疗机构相关科室及其主要负责人考核的关键指标。

第二十八条　对于发生严重医疗质量

（安全）不良事件的，医疗机构应当暂停开展该手术，对该手术技术及术者手术技术临床应用能力进行重新评估。评估结果为合格的可继续开展；评估结果认为术者手术技术临床应用能力不足的，应当取消该手术授权；评估结果认为该手术技术存在重大质量安全缺陷的，应当停止该手术技术临床应用，并立即将有关情况向核发其《医疗机构执业许可证》的卫生健康行政部门报告。

从事该手术技术的主要术者或者关键设备、设施及其他辅助条件发生变化，不能满足相关技术临床应用管理规范要求或者影响临床应用效果的，医疗机构应当停止该手术技术临床应用。

第二十九条　二级以上医疗机构应当充分利用信息化手段加强手术分级管理，全面掌握科室对手术分级管理制度的执行与落实情况，加强对手术医嘱、手术通知单、麻醉记录单等环节的检查，重点核查手术权限、限制类技术、急诊手术和本机构重点监管技

术项目的相关情况。

第三十条 县级以上地方卫生健康行政部门应当加强对辖区内医疗机构手术分级管理的监测与定期评估，及时向医疗机构反馈监测情况和评估结果，定期将医疗机构各级手术平均病例组合指数（CMI）进行分析、排序和公示，引导医疗机构科学分级规范管理。及时纠正手术分级管理混乱等情况，并定期进行通报。

第三十一条 县级以上地方卫生健康行政部门应当指导本行政区域内加强医疗机构手术分级管理，建立激励和约束机制，推广先进经验和做法。将医疗机构手术分级管理情况与医疗机构校验、医院评审、评价及个人业绩考核相结合。

第五章 附 则

第三十二条 开展人体器官移植、人类辅助生殖等法律法规有专门规定的手术，按照有关法律法规规定执行。

第三十三条　本办法所称术者是指手术的主要完成人。

第三十四条　本办法所称围手术期是指患者术前 24 小时至与本次手术有关的治疗基本结束。

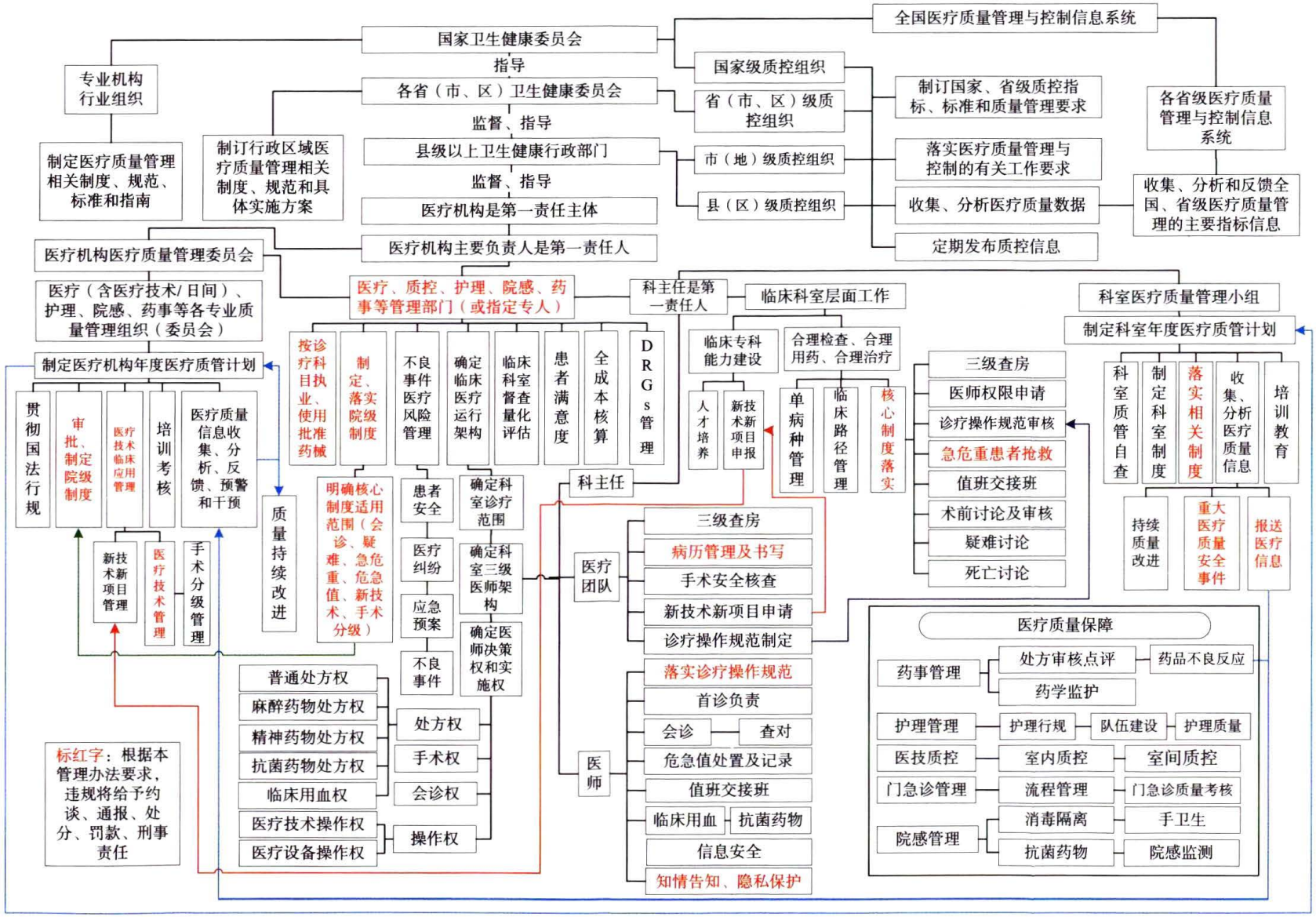
第三十五条　本办法所称严重医疗质量（安全）不良事件是指在诊疗过程中发生的，导致患者需要治疗以挽救生命、造成患者永久性伤害或死亡的医疗质量安全事件。

第三十六条　国家组织制定用于公立医院绩效考核的手术目录，不作为各医疗机构开展手术分级管理的依据。

第三十七条　本办法自印发之日起施行。《卫生部办公厅关于印发医疗机构手术分级管理办法（试行）的通知》（卫办医政发〔2012〕94 号）同时废止。

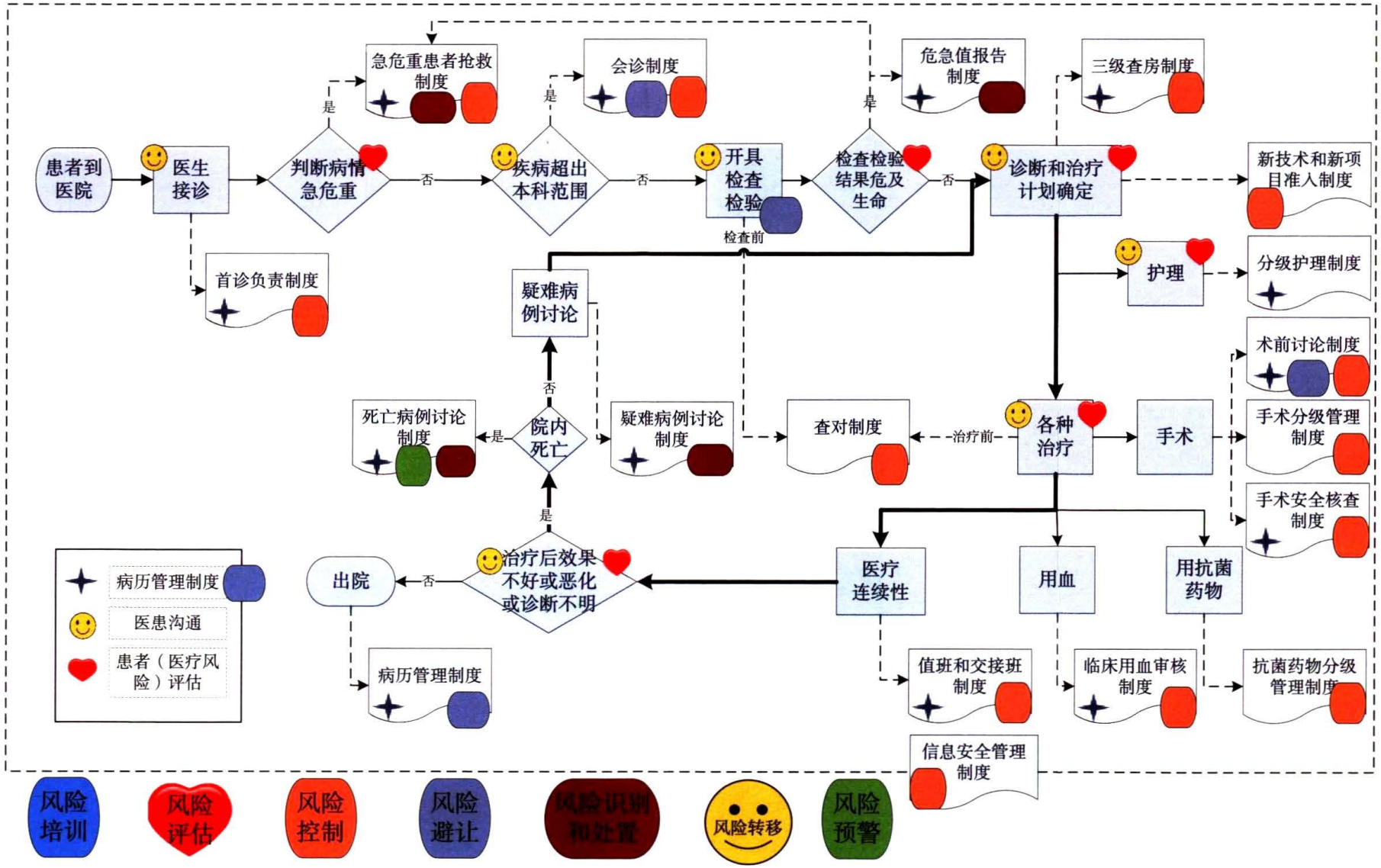
附件 4

《医疗质量管理办法》内容与医疗机构、临床科室工作关联图



附件 5

医疗质量安全核心制度、医疗重点环节和风险管理示意图



医疗质量安全核心制度

要点释义（第二版）

ISBN 978-7-5101-9191-6

9 787510 191916 >

责任编辑：刘继娟

封面设计：侯　铮

定价：58.00元

河南省医疗质量控制中心管理办法

第一章　总　则

第一条　为加强医疗质量安全管理，健全高水平医疗质量管理与控制体系，规范医疗质量控制中心（以下简称质控中心）的建设与管理，根据《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》《医疗机构管理条例》《医疗质量管理办法》《医疗质量控制中心管理规定》等要求，结合我省实际，制定本办法。

第二条　本办法所称质控中心，是指县级以上卫生健康行政部门为提高医疗质量安全和医疗服务水平，促进医疗质量安全同质化，实现医疗质量安全持续改进，根据管理工作需要组建、委托或者指定的医疗质量控制组织。

第三条　按照组建、委托或者指定质控中心的卫生健康行政部门级别，质控中心分为省级质控中心、市级质控中心和县（市）级质控中心（组），区级质控组织可根据当地实际成立。

按照专业领域和工作方向，质控中心分为临床类质控中心、医技类质控中心和管理类质控中心等。

第四条　省卫生健康委负责省级质控中心的规划、设置、管理和考核。市级以下卫生健康行政部门负责同级质控中心的规划

和相关管理工作。

第五条 参照国家级质控中心设置规划，结合省级质控中心设置现状，完善相应省、市、县（市）级质控中心（组），并做好质控工作对接。

省级质控中心与市级、县（市）级质控中心（组）共同组成全省医疗质量管理与控制体系，下级质控中心接受上级质控中心的业务指导。

第六条 市级以下卫生健康行政部门应将同级质控中心新增设置、变更等调整情况于1月内向上一级卫生健康行政部门备案，并向社会公布。

下级质控中心调整情况于1月内向上一级质控中心备案。

第二章 质控中心产生机制

第七条 质控中心的设置应以医疗质量安全管理工作实际需要为基础，设置原则如下：

（一）与国家级质控中心设置规划保持一致；

（二）结合本地实际，针对需要重点加强监管的专业领域设置相应的质控中心；

（三）同一专业领域和工作方向只设置一个质控中心；

（四）不以疾病病种设置质控中心；

（五）可根据质控工作需要，对原有质控中心进行撤销、整合、细化。

第八条 质控中心原则上依托具备一定条件的医疗机构（以下简称责任单位）设置。省级质控中心责任单位应具备以下基本条件：

（一）具备开展质控工作所需的办公场所、设备、设施及专职人员，并保障开展质控工作所需的经费；

（二）申请临床专业质控中心的，原则上应为三级甲等医院，具备完善的医疗质量管理与控制体系和良好的质量管理成效；

（三）所申请专业综合实力较强，在全省具有明显优势和影响力，学科带头人有较高学术地位和威望；

（四）三年内未发生严重违法违规和重大医疗质量安全事件；

（五）能够承担省卫生健康委交办的质控工作任务。

市级以下质控中心责任单位的条件由同级卫生健康行政部门确定。

第九条 省级质控中心设置流程如下：

（一）省卫生健康委根据工作需要提出设置规划，明确专业领域和工作方向，公布拟成立质控中心信息；

（二）拟承担相关专业质控中心工作的单位首先向市级卫生健康行政部门提出申请，由市级卫生健康行政部门进行初步遴选，向省卫生健康委推荐不超过1家备选单位。省直单位直接向省卫生健康委提出申请；

（三）省卫生健康委根据省辖市推荐情况和省直单位申请情况进行遴选，确定不超过5家单位进入竞选答辩，并按照相应公示制度进行公示；

（四）省卫生健康委成立答辩评委专家组，并组织竞选答辩。根据竞选答辩情况，确定承担质控中心工作的责任单位和质控中心负责人；

（五）公示拟定责任单位和质控中心负责人，公示期不少于5天。公示结束无异议者，做出同意设置的决定；

（六）首次成立或更换责任单位的省级质控中心设1年筹建期，期满验收合格后正式确定。

市级以下质控中心的设置流程由同级卫生健康行政部门确定。

第十条 答辩评委专家组由熟悉相关法律法规、医疗质量安全管理制度、质控工作要求并具有良好职业品德、专业知识和业务能力的临床、管理等专业人员组成。

专家参加竞选答辩工作实行回避制度和责任追究制度。

第十一条 申请承担质控中心工作的单位向相应的卫生健康行政部门提交以下材料：

（一）本单位基本情况；

（二）本单位在医疗质量安全管理领域开展的工作和取得的成效；

（三）拟申请专业领域的人员结构、技术能力、学术地位和

设备、设施条件；

（四）拟推荐作为质控中心负责人的资质条件，拟为质控中心准备的专（兼）职人员数量、办公场所、设备、设施和经费情况；

（五）拟申请专业领域的质控工作思路与计划。

第三章　专家委员会基本要求

第十二条　省级质控中心应成立专家委员会（以下简称专委会），为本中心质控工作提供技术支撑并落实具体工作。

第十三条　省级质控中心专委会设置应当符合实际工作需要和以下要求：

（一）专委会委员应具有专业权威性、区域代表性，热心质控工作，原则上为副高级以上专业技术职称；

（二）每个质控中心只设立1个专委会。质控中心专委会委员数量不超过20名，其中责任单位委员数量不超过3名；

（三）专委会设1名主任委员，由质控中心负责人担任；可以设置不超过3名副主任委员，其中至少2名由非本中心责任单位专家担任。原则上不设名誉主任、顾问等荣誉职位；

（四）专委会委员由质控中心责任单位推荐，经委员所在单位同意，报省卫生健康委审定；

（五）秘书设置不超过2名，其中至少1名为专职秘书，为质控中心责任单位人员，协助主任委员负责质控中心日常工作；

（六）专委会设置1名信息专员，负责河南省医疗质量管理与控制信息网（Henan Clinical Improvement System，简称HNCIS）内容维护等工作，可由专职秘书兼任。

市级以下质控中心专委会/专家组具体设置办法由同级卫生健康行政部门确定。

第十四条 专委会主任委员应具备以下条件：

（一）具有较好的职业品德和行业责任感，为人正直，秉公办事，乐于奉献；

（二）具有较强的业务能力，为本专业的学科带头人，有较高的学术造诣；

（三）具有较高的医疗质量管理能力，熟悉医疗质量管理的有关法律法规、部门规章、专业知识，能够胜任本专业质控工作；

（四）具有较强的组织协调能力，在同行中享有较高威望，熟悉行政区域内本专业领域基本情况，了解国内、外本专业医疗质量基本情况；

（五）具有良好的身体状态和时间统筹能力，能够胜任专委会主任委员工作；

（六）卫生健康行政部门规定的其他条件。

第十五条 专委会主任委员履职期间因故不能继续履职的，由责任单位于1月内重新推荐人选，并报请同级卫生健康行政部门审核同意后确定。未予批准的，调整质控中心责任单位。

第十六条 质控中心专委会任期与质控中心管理周期保持一致，调整周期为4年。委员任期内因故不能继续履职的，不进行增补。

第十七条 质控中心可根据工作需要成立专委会下设的亚专业组，设置安排应报同级卫生健康行政部门审核同意后确定。

亚专业组设置要求参照专委会执行，组长原则上应为专委会委员。

第四章 工作职责

第十八条 省级质控中心及其专委会在省卫生健康委领导下，在河南省医疗质量控制中心管理办公室（以下简称省质控办）指导下，履行以下工作职责：

（一）分析本专业领域医疗质量安全现状，研究制定质控工作的长期规划、年度计划、指导评价方案、培训方案等；

（二）制定、落实本专业的质控指标、标准、制度等，采取相应的质控措施推进实施；

（三）根据本专业质控工作需求，每年至少开展2次医疗质量专题培训，有计划提高人才队伍质控素养与技术水平；

（四）以目标为引领、以问题为导向，加大调查研究力度，每年至少召开1次质控工作会议，至少开展1次指导评价等工作，交流质控经验，引领下级质控中心，指导质控对象持续改进医疗质量，为省卫生健康委决策提供依据；

（五）经省卫生健康委同意，发布质控工作通报、年度质量安全报告等；

（六）充分发挥 HNCIS 作用，运用信息化优势提高调研、培训、指导评价等质控工作效率，加强数据信息挖掘和利用，探索完善数字质控模式；

（七）完成省卫生健康委交办的其他工作。

市级以下质控中心及其专委会/专家组工作职责，由同级卫生健康行政部门参照省级职责制定、落实。原则上不再进行质控指标、标准等制定工作。

第十九条 质控中心应根据职责定位，基于本专业医疗质量安全现状，以年度质量安全改进目标和质控工作改进目标为核心，兼顾专业质控指标，遵循可操作、可衡量原则，动态完善长期工作规划，科学制定年度工作计划并组织实施，持续提升循证管理等精细化管理水平。按照同级卫生健康行政部门和上级质控中心要求，及时上报落实情况。

第二十条 质控中心纵向应加强与本专业上、下级质控中心沟通联系，准确把握国家要求，指导下级质控中心开展工作；横向应增进与同级质控中心合作交流，相互借鉴经验。

第二十一条 质控中心责任单位应根据实际情况建立健全工作例会、经费管理、信息安全、考核评价等制度，加强管理，促进履职尽责。

第五章　运行监管

第二十二条　实行主任委员负责制。专委会主任委员应团结、带领专委会全体成员，对标质控中心职责，有序、有效推进各项工作。

第二十三条　实行请示制度。省级质控中心开展以下工作，须向省卫生健康委请示：

（一）制定本专业质控工作的长期规划、年度计划、指导评价方案、培训方案等；

（二）制定本专业质控指标、标准、制度、措施等；

（三）成立或调整专委会；

（四）以质控中心名义召开会议；

（五）以质控中心名义开展调研、培训、指导评价等工作；

（六）发布质控通报、年度质量安全报告等；

（七）其他需要请示的事项。

第二十四条　实行例会制度。受省卫生健康委委托，省质控办定期召开例会。省级质控中心拟开展第二十三条所列工作的，向省质控办申请后列入例会议程，原则上由省级质控中心主任委员进行汇报，经讨论、商定后按照流程实施。

例会商定事项应于1月内以责任单位正式文件形式向省卫生健康委报送相关材料。

第二十五条　实行专属文号制度。发布需卫生健康行政部门

参与工作的文件、相关专业质控指标、质控工作改进目标工作方案等重要通知，使用“豫卫医质控”文号，加盖“河南省医疗质量控制中心管理办公室”专用章发文。

发布其他质控工作相关文件，报省卫生健康委备案后，由责任单位代章印发。

第二十六条 实行经费保障制度。质控中心由责任单位和同级卫生健康行政部门给予经费保障，按规定使用经费，自觉接受卫生健康、财政、审计、监察等部门监管。

质控中心工作经费纳入责任单位财务部门统一管理，严格按照预算计划支出，专款专用。严格执行财务管理要求，确保经费规范使用。

第二十七条 实行信息安全管理制度。质控中心应加强数据资源安全管理，落实信息安全管理制度。质控中心责任单位主要负责人是信息安全管理第一责任人。

（一）质控中心应积极利用信息化手段加强质控工作，使用符合国家网络和数据安全规定的信息系统收集、存储、使用、传输、处理、分析、发布数据，保障网络和数据安全；

（二）质控中心责任单位应不断提升信息安全防护水平，防止信息泄露、损毁、丢失；定期开展信息安全自查工作，建立信息系统安全事故责任管理、追溯机制。在发生或者可能发生信息泄露、毁损、丢失的情况时，应立即采取补救措施，按照规定向有关部门报告。

第二十八条 实行信息数据授权制度。质控中心应严格按照信息授权权限管理和使用有关数据。

（一）应严格控制数据资源获取和使用权限，未经同级卫生健康行政部门同意不得向第三方传输、公开、披露数据资源；不得用于与质控工作无关的其他研究；发表文章、著作等成果，应注明数据来源；

（二）省卫生健康委明确质控中心关于HNCIS的使用权限和相关责任，质控中心责任单位按照要求为质控中心维护、使用HNCIS提供便利和安全保障，因授权信息保管不当造成的不良后果，由被授权人、责任单位共同承担。

第二十九条 实行负面清单制度。质控中心应严格对照以下要求，强化自我管理。

（一）不得以质控中心名义开展与质控工作无关的活动；

（二）不得以质控中心名义委托或以合作等形式变相委托其他单位和个人开展质控活动；

（三）不得以质控中心名义违规使用企业赞助的经费开展工作；

（四）不得以质控中心名义违规主办或者参与向任何单位、个人收费的营利性活动；

（五）不得以质控中心名义违规刻制印章、印制红头文件；

（六）不得以质控中心名义违规颁发各类证书或专家聘书；

（七）不得违规将医疗质量安全数据资源用于与质控工作无

关的其他研究，或利用医疗质量安全数据资源进行营利性、违反法律法规的活动。

第三十条 实行惩戒制度。质控中心出现第二十九条相关情形且情节严重的，立即解除并重新遴选责任单位；原责任单位不参与本轮遴选，且4年内不得申请作为新成立其他专业质控中心的责任单位。

第三十一条 实行年度考核制度。省卫生健康委按年度对省级质控中心进行考核，考核结果分为优秀、良好、合格和不合格4个等次。

市级以下质控中心的考核工作由同级卫生健康行政部门统筹管理。

第三十二条 实行动态管理制度。省卫生健康委根据年度考核结果，按照4年一个管理周期对省级质控中心责任单位进行动态管理：

（一）对符合下列条件之一的质控中心，责任单位不作调整：

1. 管理周期内4次年度考核结果均为良好及以上等次的；

2. 管理周期内2次年度考核结果为优秀，且未出现不合格的。

（二）管理周期内发生2次年度考核不合格的，重新遴选质控中心责任单位；原责任单位不参与本轮遴选；

（三）管理周期内年度考核结果为（一）（二）外情形的，

届满按照本规定重新遴选质控中心责任单位，原责任单位可参与遴选。

第三十三条 实行人员日常管理制度。质控中心要加强专委会委员、质控中心相关工作人员的日常管理：

（一）专委会委员应按照质控中心要求，按时参加专委会、质控等工作会议，不得无故缺席；

（二）专委会委员、质控中心相关工作人员应严格遵守法律法规和质控工作有关规定，不得以专委会委员和质控中心工作人员名义违规举办和参加营利性活动，不得借助质控工作违规谋取私利。

亚专业组参照专委会管理。

第三十四条 实行人员动态调整制度。专委会或亚专业组专家出现第三十三条规定相关情形且情节严重的，或长期不承担质控中心工作任务的，应及时调出专委会或亚专业组。

质控中心工作人员出现第三十三条规定相关情形且情节严重的，由责任单位依法依规予以处理。

第三十五条 实行约谈制度。省级质控中心及责任单位违反本办法相关规定，影响质控工作开展的，省卫生健康委对责任单位主要负责人、专委会主任委员进行约谈，了解沟通情况、指导督促工作、及时提醒警示，帮助质控中心及责任单位端正思想认识，认真整改问题，履行工作职责。

第三十六条 实行约束管理制度。省级质控中心出现本条

（一）（二）（三）项规定情形的，限期整改；出现（四）（五）（六）（七）项规定情形的，取消其质控工作业务，该专业专委会同时解散。

（一）成立半年未制定长期工作规划、年度工作计划，未成立专委会；

（二）工作计划推进迟滞；

（三）无正当理由不参加省卫生健康委组织的质控工作会议、年度考核评价；

（四）专委会主任委员在工作中发生违规违纪，受到行政处罚；

（五）质控中心责任单位所在专业发生重大医疗质量安全事件；

（六）质控中心责任单位不能按照本办法要求支持质控中心开展工作；

（七）严重违反本办法，并造成不良影响和后果。

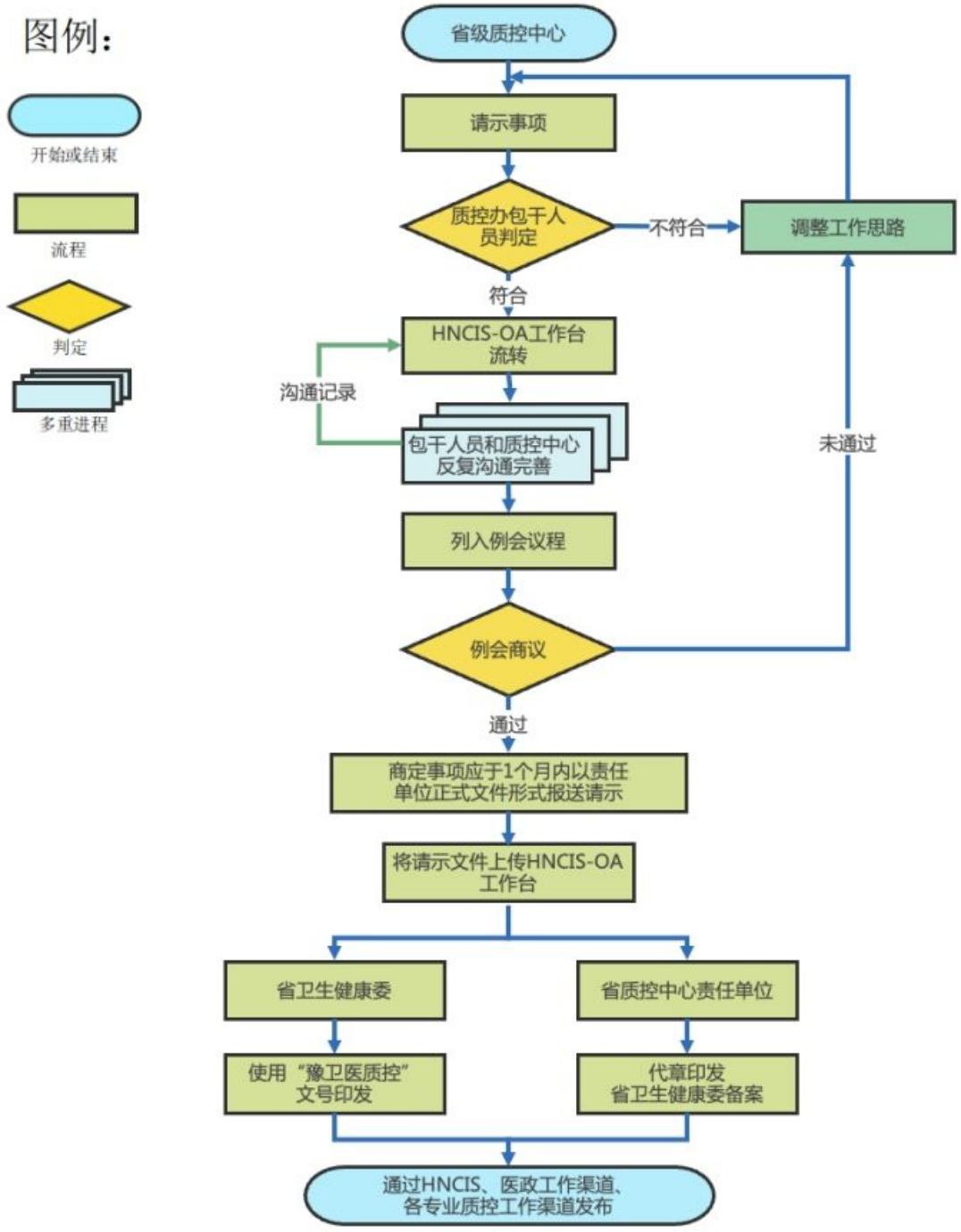
第六章　附　　则

第三十七条　本办法由省卫生健康委负责解释。

第三十八条　本办法自印发之日起施行。《河南省卫生健康委关于印发河南省医疗质量控制中心管理实施办法（试行）的通知》（豫卫医〔2019〕4号）、《河南省卫生健康委关于印发河南省医疗质量控制中心工作规范（试行）的通知》（豫卫医〔2021〕20号）自本办法印发之日起废止。

附件 1

省级质控中心例会及制发文件流程



附件 2

河南省首批规划设置的质控中心清单

序号	分类	专业领域/工作方向	具体方向
1	临床类	临床专科领域	呼吸内科专业（呼吸内镜）
2			消化内科专业（消化内镜）
3			血液内科专业
4			肾病学专业（血液净化）
5			内分泌专业
6			免疫学专业
7			老年医学专业
8			普通外科专业
9			骨科专业
10			泌尿外科专业
11			胸外科专业
12			烧伤科专业
13			整形美容专业
14			精神医学专业
15			妇科专业
16			产科专业
17			儿科及小儿外科专业
18			眼科专业
19			耳鼻咽喉科专业
20			口腔医学专业
21			皮肤和性传播疾病专业
22			感染性疾病专业 （传染病、结核病）

序号	分类	专业领域/工作方向	具体方向
23	临床类	临床专科领域	急诊医学专业
24			康复医学专业
25			运动医学专业
26			麻醉专业
27			疼痛专业
28			重症医学专业
29			临床营养专业
30			健康体检与管理专业
31			新生儿重症专业
32			创伤专业
33			儿童康复专业
34			儿童早期发展与评估
35		重点技术领域	肺脏移植技术
36			肝脏移植技术
37			心脏移植技术
38			肾脏移植技术
39			脑损伤评价
40			人体捐献器官获取
41			人体器官分配
42			结构性心脏病介入技术
43			外周血管介入技术
44			心律失常介入技术
45			冠心病介入技术
46			综合介入技术
47			口腔种植技术

序号	分类	专业领域/工作方向	具体方向
48	临床类	重大疾病领域	神经系统疾病（神经内科、脑卒中、神经遗传变性病）
49			心血管系统疾病（高血压）
50			肿瘤性疾病
51			职业病
52			罕见病
53			艾滋病
54			静脉血栓栓塞症
55	医技类	平台专科和检验检查领域	护理管理专业（手术部护理）
56			药事管理专业
57			临床检验专业
58			病理专业
59			超声诊断专业
60			放射影像专业
61			核医学专业
62			消毒供应
63			临床用血
64	管理类	医疗管理领域	门诊管理
65			病案管理
66			日间医疗管理
67			医院感染管理
68			院前急救管理
69		医院运行领域	医学装备
70			医学信息

注：1. 根据质控工作需要和既往质控中心设置情况，首批规划设置的质控中心专业领域和工作方向分为3大类6个领域70个具体方向。

2. 具体方向中，括号内已成立的省级质控中心，省级规划予以更名、提级或撤并，可作为亚专业组继续开展工作。市、县（市）已成立对应质控中心的，可参照省级规划执行。

附件 3

医疗质量控制中心申请表

一、基本情况

<table>
<tr><td>申请专业</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">质控中心分类</td><td colspan="3">☐省级　☐市级　☐县（市）级</td></tr>
<tr><td colspan="3">☐临床类　☐医技类　☐管理类</td></tr>
<tr><td>责任单位名称</td><td></td><td>所在省辖市</td><td></td></tr>
<tr><td>单位类型</td><td>☐医疗机构
☐其他</td><td>医疗机构
级别等级</td><td></td></tr>
</table>

二、责任单位情况

<table>
<tr><td>责任单位简介</td><td>（机构概况、规模、特色、荣誉等）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">已开展质控工作情况
及取得成效</td><td>（机构内部质量管理体系建立情况、是否承担其他专业国家级或省市县级质控工作及相关工作情况、本机构近年来质量改进工作取得的成效等）</td></tr>
<tr><td>（质量改进情况及特色成果等）</td></tr>
</table>

三、申请专业及其质控配置情况

学科影响	（所申请专业综合实力、区域内优势和影响力、学术地位等）
技术能力	（所申请专业技术能力、规划指导区域内机构开展质控工作的能力等）
质控中心 拟配备人员情况	（质控中心配备的专/兼职人员数量、人员基本结构，重点阐明专职秘书、信息专员拟配备情况）
设备设施 和办公场地	（可开展质控工作的办公场地、设备设施、信息化平台等，其中未配备到位者应在经费预算中体现）
质控中心 经费预算	（质控中心筹建期具体经费预算情况）

四、质控中心负责人简介

五、质控工作规划

如有其他需要说明的情况，请附页。

河南省全面提升医疗质量行动实施方案

（2023—2025 年）

为贯彻健康中国战略，深入推进健康中原建设，夯实医疗质量基础，健全完善高质量医疗卫生服务体系，满足人民群众卫生健康高质量需求，按照国家卫生健康委、国家中医药局《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）总体要求，在“河南省医疗质量千院行活动(2021—2025 年)”等工作基础上，立足新发展阶段，贯彻新发展理念，融入新发展格局，紧扣高质量发展新形势、新任务，制定本实施方案。

一、总体要求

（一）指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻党的二十大和二十届一中、二中全会精神，认真落实学习贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想主题教育要求和省委、省政府关于卫生健康高质量发展决策部署，把保障人民健康放在优先发展的战略位置，夯实质量基础，推进质量共治。以满足人民日益增长的美好生活需要为根本目的，以推动医疗卫生服务高质量发展为主题，以提高供给质量为主攻方向，以促进同质化为主要策

略，中西医并重，加强全面质量安全管理，促进优质医疗资源扩容和区域均衡布局，不断增强人民群众就医获得感、幸福感、安全感。

（二）基本原则

1. 坚持党建引领。医疗质量持续改进需要完成管理模式从经验式到科学化、从粗放式到精细化的转型。卫生健康行政部门、医疗机构要将主题教育与业务工作充分融合，准确把握习近平新时代中国特色社会主义思想的世界观和方法论，坚持好、运用好贯穿其中的立场观点方法，全面掌握本地、本机构医疗服务与质量安全基本情况、目标要求、核心问题、关键难题，实行清单化管理、项目化实施、责任化推进、节点化督办，为全面建设现代化河南开好局、起好步提供健康保障。

2. 坚持系统观念。系统观念是基础性的思想和工作方法。医院评审旨在引导医疗机构重视日常质量管理与绩效，不断加强内涵建设，促进高质量发展；公立医院绩效考核是基于医疗质量安全为基础的结果性评价，医疗质量管理作为贯穿发展的主线，要系统谋划、系统推进、系统压实责任，支撑、促进医疗机构最大限度实现“以患者为中心，以质量为核心，以提升服务体验为目标”。

3. 坚持固本强基。医疗机构是医疗质量的责任主体和基本保障。医疗机构以及医务人员在诊疗活动中，应严格遵守《医师法》《护士条例》《医疗质量管理办法》等法律法规、部门规章，

以严格落实《医疗质量安全核心制度》为主线，加强三基三严管理，关注基础医疗质量。不断完善医疗质量管理体系、组织架构、制度机制，夯实医疗质量基础。

4. 坚持守正创新。医疗质量是医院管理与发展的基础，高质量发展战略提出有效提升医疗质量的新任务，要求进一步拓展认知广度和深度，以科学的态度，一切围绕满足患者需求和保障患者安全，扬优势、补短板，突出变革重塑导向，培育质量安全文化，以主动的制度完善促进诊疗行为的持续规范，以守正创新的意识引领医疗质量的持续提升。

5. 坚持专业带动。各级各专业医疗质量控制中心（以下简称“质控中心”）要严格按照《河南省医疗质量控制中心管理办法》等要求，以目标为引领，以问题为导向，落实各项管理制度，坚持公益性，充分发挥专业带动作用。通过加强自身能力建设，不断改进工作方法，提高质量管理素养，寻求医疗质量提升突破点，为医疗机构提供专业支持，为卫生健康行政部门精准施策提供专业保障。

6. 坚持信息赋能。卫生健康行政部门、医疗机构、质控中心要高度重视信息化建设，将具备数字思维的意识转变为应用数字思维指导工作实践的能力。将智慧医院建设纳入工作中、长期规划和年度计划，以电子病历提档升级为契机，加强医疗机构临床决策支持系统（Clinical Decision Support System，以下简称CDSS）应用，将医疗质量安全核心制度等管理规范关键点，作

为完善电子病历系统的关键着力点加强建设，提高质量控制的可及性、精准性、时效性。

二、行动要求

（一）行动目标

利用3年时间，在我省医疗卫生行业进一步树立质量安全意识，进一步健全完善质量安全管理体系和管理机制，进一步打造政府监管、机构自治、行业参与、社会监督的医疗质量安全管理多元共治格局，进一步巩固基础医疗质量安全管理，进一步提升医疗质量安全管理精细化、科学化、规范化程度，进一步优化医疗资源配置和服务均衡性，努力实现重大疾病诊疗能力和医疗质量安全水平再提升，持续改善人民群众对医疗服务的信任度、满意度。

（二）行动范围

全省二级以上医疗机构。二级以下医疗机构可参照执行。

三、工作任务

（一）加强基础质量管理，夯实结构质量

1. 健全医疗质量管理组织体系。

（1）扎实落实《医疗质量管理办法》，进一步健全院、科两级医疗质量安全管理体系；有条件的可结合实际，探索院、科、组三级医疗质量管理模式。

（2）成立由医疗机构主要负责人担任主任的医疗质量管理委员会并履行职责，医疗质量管理委员会成员包含但不限于由医

疗管理、质量控制、护理、医院感染管理、医学工程、信息、后勤以及临床、药学、医技等部门负责人组成。建立健全各专业医疗质量管理组，由医疗质量管理委员会统筹，开展各项质量管理工作。

（3）成立医疗质量管理办公室，或指定专门部门具体负责医疗质量的组织、落实、监督、沟通、协调等日常管理工作。将医疗质量管理体系建设有关工作纳入本机构中长期规划、年度计划，保障经费纳入医院年度经费预算管理，确保医疗质量管理体系有效运行。

（4）指定专人，担任本机构质控专员，在医疗质量管理委员会领导下，配合各级各专业质控中心组织工作。质控专员应熟练掌握医疗质量管理相关政策法规，熟知专业知识，具有较强的质控素养、责任心、积极性和纪律性，确定后应保持岗位稳定性，短期内不频繁更换。

（5）各业务科室成立由主要负责人担任组长的医疗质量管理组，指定专人担任科室质控员，负责日常具体工作。

2. 完善质量安全管理制度。

（1）医疗机构严格按照法律法规要求，建立健全本机构各项质量安全管理制度，将信息化思维根植于重点环节和重点领域的日常管理，充分发挥其优势提升监管效能。

（2）细化、落实医疗质量安全核心制度（以下简称核心制度）。将核心制度关键节点、薄弱环节等嵌入CDSS，综合分析医

学知识和患者信息，为医务人员临床诊疗活动提供多种形式帮助，提高核心制度落实效率。

（3）省病案质控中心等要按照智慧医院建设、医疗机构CDSS应用管理规范等要求，加强技术指导，探索制定信息化支撑核心制度落实的关键闭环，助力医疗机构优化、丰富信息系统功能，努力实现医疗质量常态、动态监管。

3. 优化质量安全工作机制。

（1）医疗机构主要负责人每月召开医疗质量管理委员会专题会议，研究部署医疗质量安全工作。将国家年度质量安全改进目标、省级年度质控工作改进目标（以下统称“改进目标”）分解至相应部门、科室，加强质量管理工具应用，总结、分析制约本机构医疗质量进一步提升的难点、堵点，商定切实可行的措施，督促、指导相应部门、科室精准开展工作，通过促进质控指标逐渐优化，进一步树立质量安全意识，营造质量安全文化。

（2）建立院周会质量安全反馈机制，将等级医院评审、公立医院绩效考核、公立医院高质量发展评价等任务融入日常加以落实，创办质量安全月刊，着重用数据体现包括但不限于以下内容：核心制度、改进目标、质控指标等改进情况，医疗质量（安全）不良事件（以下简称不良事件）上报情况，负性指标、病历书写质量等。

（3）各部门、临床和医技等科室主要负责人组织召开医疗质量月调度会议，以问题为导向，根据医疗质量管理委员会专题

会议涉及本部门、本科室“短板”数据，广泛听取意见，采取建设科室质量墙等方式，有重点、有计划、有跟进的补齐质量安全短板。医疗质量管理委员会要有步骤、全覆盖的参与部门、科室的医疗质量月调度会议，帮助解决质量管理难题，共同提升质量管理水平。

4. 加强医务人员管理。

（1）按照国家有关规定强化医师、护士及医技人员准入和执业管理，规范开展医师手术分级授权、多点执业、定期考核等工作。

（2）建立能力提升长效机制，以临床诊疗指南、技术规范、操作规程等为重点，建立完善符合医院实际的题库，采取信息化方式助力培训考核，强化全体医务人员基本理论、基本知识、基本技能，不断提升医务人员业务能力。

（3）医疗机构将改进目标、质控指标具体落实到相应科室及医务人员，树立目标管理理念，加强质量管理工具应用，逐步养成质控思维，内化于心规范诊疗行为。

（4）质控中心要广泛开展调研，结合本专业实际制定针对性的培训计划和内容，通过召开质控工作会议、质控专题培训会议等形式，助力医务人员技术水平和诊疗能力持续提升。

5. 强化药品器械管理。

（1）依法依规确定本机构药品器械供应目录，加强重点监控合理用药药品、抗微生物药物、抗肿瘤药物、麻醉药品、精神

药品以及放射影像设备、植入类器械等常用设备器械的管理。

（2）做好药品、器械不良反应监测报告，利用信息化定期总结、分析发生的原因，对不良反应多且安全隐患突出的药品器械要及时依法依规清退出供应目录。倡导非处罚性或奖励性上报制度，鼓励自觉主动上报药品、器械不良反应行为。

（3）省临床药学、整形美容、心血管病介入诊疗、核医学、放射影像、超声医学等质控中心要完善、落实本专业改进目标、质控指标等要求，制定切实可行的工作方案，帮助医疗机构提高医疗质量。

6. 规范医疗技术管理。

（1）严格落实《医疗技术临床应用管理办法》，结合近年来本机构医疗技术临床应用管理专门组织履职尽责情况，调整完善组织架构。以限制类技术、内镜和介入技术等为重点，全面梳理本机构医疗技术临床应用情况，加强质量安全管理。

（2）落实新技术、新项目准入制度，遵循安全、有效、经济、适宜、能够进行临床应用的原则，健全审批流程，明确清单并定期更新，明确专业人员范围，加强质量控制，充分论证可能存在的安全隐患或技术风险后制定预案，实施全过程追踪管理和动态评估。

（3）充分发挥河南省医疗技术临床应用管理信息系统（以下简称系统）作用，医疗机构按要求、及时在系统进行备案，卫生健康行政部门按要求、按时予以备案。拟承担限制类技术临床

应用培训基地的医疗机构，依据相应技术临床应用管理规范等进行自我评估，符合规定条件通过系统“基地备案管理”模块向省卫生健康行政部门备案。

（4）按照省卫生健康委关于病例信息便利化报送接口要求，积极组织开展对接工作，促进个案信息逐例、及时、准确、完整的予以抓取、上报，规范诊疗行为，自觉接受监管。

（5）省神经内科、呼吸内镜、消化内镜、心血管病介入诊疗、口腔医学、口腔种植等涉及限制类技术临床应用的质控中心，要完善、落实本专业改进目标、质控指标等要求，制定切实可行的工作方案，促进医疗机构依法依规执业。

（6）中医医疗技术操作要严格按照《中医医疗技术相关性感染预防与控制指南（试行）》要求，严格落实感控管理各项要求。

7. 提升急诊质量。

（1）强化院前医疗急救与院内急诊的无缝衔接机制，畅通院前医疗急救与院内急诊信息。

（2）强化预检分诊，优化急诊就诊和绿色通道流程，完善急危重症患者，特别是心血管疾病、脑血管疾病、多发性创伤、心脏骤停等急危重症患者的多学科协作救治机制，提升救治效果。

（3）落实会诊制度有关急会诊工作要求。完善急诊多学科会诊机制，严格把握指征，优化流程，定期演练，提高急会诊质

量和效率。倡导利用信息化构建院内急会诊系统，规范医务人员会诊行为，对关键时间节点进行监督管理。

（4）省脑卒中、心血管病介入诊疗、创伤、急诊、院前急救等质控中心要加大对卒中、胸痛、创伤、急诊质量持续改进情况的常态化检查指导；推动和指导全省三级综合医院100%建成三级中心，确保三级卒中、胸痛中心数量质量持续保持全国领先；指导基层卒中、胸痛救治单元规范建设。

（5）省院前急救、急诊等质控中心要进一步加强协作，联合改进院前、院内急诊无缝衔接流程，探索搭建高效共享的信息平台，进一步实现急诊救治关口前移，提高患者救治效率和成功率。

8. 改善门诊医疗质量。

（1）严格落实《医疗机构门诊质量管理暂行规定》等要求，将门诊质量管理纳入医疗质量管理委员会工作体系。运用现代科学管理方法，发挥信息化优势，对门诊服务要素、过程和结果进行管理与控制以持续改进。

（2）严格执行首诊负责制，加强门急诊专业人员和技术力量配备、优化流程、科学布局、合理调配资源、规范分诊、减少患者就诊环节、缩短服务半径、推进诊间结算、提高就诊效率。

（3）进一步推行多学科诊疗（MDT）门诊，以需求为导向，科学匹配出诊人员和时间，加强门诊手术、门诊化疗、门诊输液等质量安全管理，优化门诊疑难病例会诊和MDT诊疗服务，规

范记录诊疗内容。

（4）健全完善人事考核制度，利用门诊信息系统，把门急诊工作质量作为考核科室和医务人员的重要内容。

（5）省门诊专业质控中心要加大《医疗机构门诊质量管理暂行规定》的宣贯，结合实际，将工作要求细化为可操作、可衡量、可改进的质控指标，完善、落实本专业改进目标，制定切实可行的工作方案，帮助医疗机构提高门诊医疗质量。

9. 提高日间医疗质量。

（1）认真贯彻《医疗机构日间医疗质量管理暂行规定》，落实主体责任，加强日间医疗全流程质量管理，保障日间医疗质量安全。

（2）开展日间医疗的二级以上医疗机构，在医疗质量管理委员会下设日间医疗质量管理的专门组织，由医疗管理、医保、质控、护理、医院感染、病案、信息等相关专业人员组成。

（3）加强日间医疗病种和技术管理，遵循科学、安全、规范的原则，制定本机构日间医疗病种及技术目录，实行动态管理，按要求予以备案。临床科室的日间医疗病种及技术目录应当经日间医疗质量管理的专门组织审议通过；国家限制类技术不得纳入日间医疗技术目录。

（4）强化日间医疗科室和医师审核授权管理，根据科室申请，结合科室和医师技术能力和医疗质量安全情况，进行审核、授权，将医师授权情况纳入医师技术档案，进行动态管理。不断

拓展日间医疗服务范围，提升日间医疗服务供给能力。

（5）加强日间医疗患者评估。根据患者病情，明确治疗前、治疗后、出院前等关键节点，科学制定、调整评估内容。综合评估患者的一般状况、基础疾病、医疗风险等情况，明确患者是否适宜接受日间医疗。及时发现患者病情变化并予以正确干预，保障日间医疗患者安全。对接受有创诊疗和麻醉诊疗的患者，应当及时评估麻醉风险、手术/治疗风险、麻醉恢复情况、疼痛评分等。

（6）加强日间医疗患者随访管理，根据不同病种特点及诊疗规律，明确随访时间、频次、内容和形式等，安排专门的医务人员进行随访并准确记录，为有需要的患者提供出院后连续、安全的延伸性医疗服务；按照要求将随访记录纳入患者病案或单独建册保存；日间手术患者应当在出院后24小时内完成首次随访。

（7）加强日间病历质量管理。保障日间医疗病历内容客观、真实、准确、及时、完整、规范，符合《医疗机构日间医疗质量管理暂行规定》。

（8）各级各专业质控中心要将日间医疗质量管理纳入质控指导范围，根据本专业特点，落实相应专业质控指标要求，不断提高医疗机构日间医疗服务能力和质量。

10. 保障手术质量安全。

详见专项行动一。

11. 提高患者随访质量。

（1）根据不同疾病特点及诊疗规律，明确随访时间、频次、形式和内容等，安排专门人员进行随访并准确记录，为有需要的患者提供出院后连续、安全的延伸性医疗服务。

（2）重点加强四级手术、恶性肿瘤患者的随访管理，重点关注患者出院后发生并发症、非预期再入院治疗和不良转归等情况。

（3）倡导有条件的医疗机构按照专业特点，探索分层级的随访制度，成立专门的随访部门，由具有一定医学专业背景的人员承担随访工作，对有需要的患者提供包括但不限于健康科普、复诊预约、满意度调查等随访服务。

（4）各级各专业质控中心要根据专业特点，为医疗机构随访部门提供技术支持，制定本专业患者随访核心内容、与判定诊疗质量相关的后续随访要素、健康教育处方等。

12. 优化要素配置和运行机制。

详见专项行动二。

（二）强化关键环节和行为管理，提高过程质量

13. 严格规范日常诊疗行为。

（1）严格遵循临床诊疗指南、技术操作规范、行业标准和临床路径等有关要求开展诊疗工作，严格遵守医疗质量安全核心制度，掌握各类检查、治疗的适应证，做到合理检查、合理用药、合理治疗。

（2）倡导将临床诊疗指南、技术操作规范、行业标准、临床路径、临床检验检查、用药规范等内容按照 CDSS 应用管理规范要求，充分纳入医院信息系统，对违反指南、技术规范等不合理检查检验、用药等情况予以提醒、提示，引导医师规范诊疗行为。

（3）省级质控中心要发挥地区内专业引领作用，通过质控指导、业务培训等方式提升医务人员规范化诊疗意识；加强对国家和省级《医疗服务与质量安全报告》的应用，通过数据分析，客观呈现辖区内制约规范诊疗进一步提升的难点，制定切实可行的工作方案，不断规范医务人员日常诊疗行为。

14. 全面加强患者评估。

（1）在住院当日、围手术（治疗）期、出院前等关键时间节点强化患者评估，规范评估流程、掌握评估策略、使用评估工具，提高评估的科学性、准确性。

（2）严格落实首诊负责制，密切监测患者病情变化及心理状态，并及时进行再评估，根据评估情况科学调整诊疗方案，保障诊疗措施的及时性、规范性。

（3）省级质控中心要根据专业特点，结合工作实际，制定出规范的评估流程、评估内容、规范评估工具等，将患者评估、评估工具应用等作为质控中心培训的重要内容，不断提高医务人员的评估意识、能力和质量，引导延伸对患者的关注链条。

15. 提升三级查房质量。

（1）严格落实三级查房制度，保障临床科室对患者的查房频次、形式和内容符合规定。倡导将三级查房制度的落实纳入医院信息系统管理，提醒、提示相关人员在规定时间内完成查房及相应记录；探索采集关键节点信息以评估医师实际查房情况的有效措施。

（2）倡导医疗、护理、药事联合查房，必要时可根据患者病情和诊疗需要联合康复、心理、营养、疼痛、放射影像等专业进行查房，整合医疗资源，促进明确诊断，合理用药等，促进患者快速康复。

（3）倡导中西医联合查房，增强诊疗能力，及时掌握患者病情变化，针对性调整诊疗方案。医疗机构要利用信息系统制定完善并实施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水平。

（4）对四级手术患者和疑难危重患者要进行重点查房，推行多学科联合查房，提高临床诊断准确率、治疗有效率。

（5）各专业质控中心要在日常质控培训工作中，注重核心制度的贯彻落实，探索明确符合专业实际的三级查房核心要素，提高三级查房工作质量。

16. 提升合理用药水平。

（1）规范医师处方行为，按照安全、有效、经济、适宜的合理用药原则开具处方。

（2）推行临床药师制，通过落实等级医院评审等要求，配备临床药师，不断加强临床药师队伍建设。

（3）发挥药师在处方审核、处方点评、药学监护等合理用药管理方面的作用。倡导充分发挥信息化高效、精准的优势，将合理用药管理、处方前置审核等功能纳入医院信息化建设，不断提高处方审核效率和临床工作效率。

（4）强化合理用药教育与培训，定期结合监控数据分析，对不合理用药行为及时采取干预措施。在儿科等重点科室配备驻科药师，参与药物治疗管理。

（5）省临床药学、临床检验等质控中心，以落实改进目标为落脚点，兼顾本专业质控指标，围绕制约合理用药水平进一步提升的关键问题和薄弱环节，制定切实操作性强的工作方案并指导落实。针对问题制定系列培训内容，通过各种形式对药学专业技术人员和医师进行合理用药培训，进一步提高合理用药水平。要利用信息化多媒体手段，制定针对受众特点的科普知识，对安全用药进行科普宣教，提高广大人民群众合理用药、安全用药意识。

17. 提高检查检验质量。

（1）建立健全覆盖检查、检验全过程的质量管理制度，加强室内质量控制，配合做好室间质量评价工作。本机构医疗质量安全管理部门，要指定专门部门负责机构内所有检查、检验业务的质量管理，确保同质化，进一步发挥质量管理对于推进医疗机

构检查检验结果互认的重要作用。

（2）重点关注即时检验（Point－of－Care Test，POCT）质量管理，将其纳入实验室质量管理体系，确保快速、准确、规范出具检验结果，真正发挥对患者疾病的救治，特别是急危重症患者的诊断、护理和病情监测的重要作用。

（3）结合本机构疾病谱特点和工作实际，进一步优化危急值项目管理和识别机制，提高危急值报告的及时性、准确性。将危急值管理纳入医院信息系统，及时维护危急值项目，以高效、准确为原则，形成危急值识别、预警、通知、接收、处置的闭环管理；将危急值管理纳入应急预案，保障患者安全。

（4）省临床检验、病理、放射、超声、健康体检、临床营养等质控中心，要指导医疗机构根据医院收治病种的实际情况，进一步分类、细化危急值关键管理环节。病案质控中心要加大电子病历内涵建设的工作力度，明确信息系统中危急值的闭环管理流程，将关键时间节点嵌入信息系统，提高危急值报告和处置效率。

18. 加强病历质量管理。

详见专项行动三。

19. 加强会诊管理。

（1）进一步完善会诊制度，明确各类会诊的具体流程，加强会诊人员资质管理，统一会诊单格式及填写规范，规范会诊行为，追踪会诊意见执行情况和执行效果。

（2）加强中医、营养、康复、精神、检验、病理、影像、药学等科室的多学科会诊参与度，充分发挥营养和早期康复介入对提升治疗效果的积极作用。

（3）加强信息化建设，将会诊全过程管理纳入医院信息系统，将会诊制度中涉及的关键内容、重要节点嵌入信息系统，不断提高会诊时效性和规范性。倡导医疗机构将医师参与会诊的情况与效果，纳入医师定期考核的内容。

（4）省级质控中心要利用专业优势，加大宣传力度和人才培养，不断提高医务人员多学科会诊意识和会诊频次。省临床营养、康复医学等质控中心，完善、落实本专业改进目标，助力医疗机构提高会诊质量。

20. 提高急难危重患者救治效果。

（1）进一步明确急难危重患者范围，科学分类，及早识别。完善抢救资源配置与紧急调配机制，保障各单元抢救设备和药品可用。为非本机构诊疗范围的急难危重患者提供必要的帮助。加强危急值处置管理，提高危急值处置的及时性、规范性。

（2）进一步落实急危重患者抢救制度和疑难病例讨论制度，提高重症患者救治技术能力。质量管理部门要积极参与病例讨论，查找患者救治过程中的难点和薄弱环节，寻求解决办法，不断提高救治能力。

（3）质量安全管理部门要定期组织人员对本机构流程绿色通道，如院前、分诊、就诊、会诊、手术、药物治疗、输血治

疗、检验、影像学检查、收治入院、转运等运行情况进行检查，不断优化制度和流程，确保急危重患者优先救治。

（4）将急难危重患者的救治纳入应急预案管理，适时进行全院全员培训，定期组织应急演练，提高应急处置能力。

（5）省院前急救、急诊、重症医学、门诊等质控中心，要围绕提高急难危重救治效果，通过制定标准化工作流程、加强人员培训等，帮助医疗机构提升业务能力和质量管理水平。

21. 强化患者安全管理。

详见专项行动四。

22. 提供优质护理。

（1）持续扩大优质护理服务覆盖面，落实护理核心制度，做实责任制整体护理，夯实基础护理质量，实现优质护理服务扩面提质。

（2）完善护理质量监测与反馈，基于循证基础和临床需求开展持续改进工作，提高护理同质化水平。

（3）省护理质控中心要将落实护理专业改进目标和优质护理有机结合起来，指导医疗机构护理人员主动、积极参与本机构医疗质量安全管理，不断提高护理质量，深化护理专业内涵，为患者提供优质护理。

（三）织密质量管理网络，完善工作机制

23. 健全质控体系和工作机制。

详见专项行动五。

24. 加强质量安全信息公开。

（1）各级卫生健康行政部门要熟知国家医疗质量管理与控制信息网（NCIS）、国家单病种质量管理与控制平台、国家医院质量监测系统（HQMS）、河南省医疗质量管理与控制信息网（HNCIS）、河南省医疗技术临床应用管理信息系统、公立医院绩效考核管理平台、河南省合理用药等系统功能。定期组织相应质控中心、有关部门收集、整理、分析、公布各专业、各医疗机构质量管理与控制情况。省卫生健康委组织各专业质控中心编制年度《河南省医疗服务与质量安全报告》，全面、系统、客观、真实、准确反映年度全省医疗服务与质量安全基本情况，为制定医疗质量管理政策提供依据，为医疗机构、质控中心持续提升医疗服务与质量安全水平提供借鉴。

（2）市级以上卫生健康行政部门建立辖区内医疗机构质量安全排名、通报和信息公开等制度，完善工作机制，充分调动行业重视程度和工作积极性。

（3）医疗机构建立质量安全排名、通报和信息公开等制度，完善工作机制，调动本机构的重视程度和工作积极性。

（4）质控中心围绕本专业年度质量安全情况进行监测、分析和反馈，为此项工作提供技术支撑。省级质控中心要按照工作要求，落实质控主体责任，围绕本专业年度改进目标开展工作。撰写、反馈本专业年度质控工作报告，用数据客观、真实反映各地本专业质量控制情况，尤其要针对具体问题制定操作性强的工

作方案，指导医疗机构改进工作方法、优化工作流程、提升人员业务素养。

25. 完善“以质为先”的绩效管理机制。

（1）将医疗质量管理情况作为绩效考核的重要依据，探索建立以医疗质量安全为导向的绩效分配机制。将科室医疗质量管理情况作为科室负责人综合目标考核以及聘任、晋升、评先评优的重要指标。鼓励建立能够准确体现医务人员工作质量的“医生档案”，将科室和医务人员医疗质量管理情况作为医师手术分级授权、定期考核、晋升的重要依据。

（2）将各级质控中心专家委员会成员（包括主任委员、副主任委员、委员及秘书）参与质控工作的情况，作为聘任、晋升、评先评优的重要依据。

（3）将本机构质控专员、科室质控员工作开展情况，以数据衡量持续改进效果为重要依据，作为聘任、晋升、评先评优的重要指标，以此为契机培养一支兼具专业知识与质控管理的复合型人才队伍。

（4）各级卫生健康行政部门将医疗机构医疗质量管理作为基础性内容，作为区域中心、质控中心、诊疗中心、重点专科等设置以及相关工作评先评优的重要依据。

26. 强化目标引领，优化改进工作机制。

（1）卫生健康行政部门指导质控组织和医疗机构，聚焦改进目标、质控指标以及患者安全目标等，强化相关人员责任感，

合理细化改进目标，找准基线，确定改进幅度，凝聚人心、形成合力，把推动目标实现作为年度质量安全管理工作出发点、落脚点、着力点，创新工作机制和方式方法，以点带面提升质量安全水平，提升医疗质量安全管理科学化和精细化水平。

（2）质控中心要牢固“以目标为引领，以问题为导向”的指导思想，养成“数据质控”的工作方法，加强能力建设，提高质控素养，聚焦改进目标，全方位、多角度查摆制约目标改进幅度进一步提升的核心问题，细化相关改进策略形成工作方案，加强宣贯培训，做好技术支撑。

（3）医疗机构承担年度目标改进工作的主体责任，要提高主动性、创造性、科学性，推动机构内多部门、多学科协同工作，按照各目标核心策略制定符合本机构实际的管理组织架构、制度、机制和实施路径，分类建账，建立激励约束机制，充分调动管理、医务人员积极性，以点带面提升质量安全水平。

（4）卫生健康行政部门和质控中心要重视信息化建设，充分利用信息化优势开展质量管理与控制工作，用数据客观展示辖区内医疗质量情况。

27. 充分发挥考核评估指挥棒作用。

（1）卫生健康行政部门要发挥医院评审、公立医院绩效考核、公立医院高质量发展评价、“双中心”建设、临床重点专科创建、医联体绩效考核、临床专科评估、单病种质量评估等工作指挥棒作用，将医疗质量管理情况作为考核工作的重要内容，督

促指导医疗机构落实相关政策要求。

（2）卫生健康行政部门要定期组织开展本级质控中心述职评价工作，依据改进目标和质控指标落实等情况，科学制定、动态调整述职评价考核依据，引导质控中心工作中明晰重点、掌握方法、关注成效、履职尽责。

28. 加强中医药质控。

（1）医疗机构应将中医医疗技术应用、中药合理使用等，纳入医疗质量管理。

（2）各级中医药主管部门应加强中医药质控机构设置和建设，加大中医诊疗技术规范的修订和完善。坚持以人民为中心，把人民群众生命安全和身体健康放在第一位，加强服务体系和人才队伍建设，提升中医药服务能力，充分发挥中医药在治未病、重大疾病治疗、疾病康复中的重要作用，全方位全周期保障人民健康。

四、专项行动

（一）手术质量安全提升行动

落实《国家卫生健康委办公厅关于印发手术质量安全提升行动方案（2023－2025年）的通知》，通过专项行动，进一步完善手术质量安全管理体系，形成科学规范、责权清晰、运行顺畅的管理机制，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。

1. 全省目标。

全省非计划重返手术室再手术率2024年底不高于1.9‰，

2025年底不高于1.8‰；住院患者手术后获得性指标发生率2024年底不高于7.7‰，2025年底不高于7.5‰。手术麻醉期间低体温发生率、Ⅰ类切口手术抗菌药物预防使用率进一步降低，日间手术占择期手术的比例进一步提高，四级手术术前多学科讨论制度得到全面落实。

2. 职责措施。

（1）卫生健康行政部门要围绕专项行动目标值，以制定、落实符合辖区实际、分步骤的目标值为主线，加强医疗机构手术安全日常管理。将指导医疗机构科学进行手术分级管理作为提升手术质量的着力点，通过监测、评估等措施，纠正手术分级管理不规范等情况，建立激励和约束机制，推广先进经验和做法。将医疗机构手术分级管理情况与医疗机构校验、医院评审评价及个人业绩考核相结合，强化事中事后监管约束力。

（2）严格落实手术安全核查制度，强化围手术期管理，规范手术前、手术中、手术后的医疗行为。倡导将围手术期管理涉及的重要环节、重要时间节点、核心内容等植入信息系统，通过CDSS功能，确保“正确的患者、正确的麻醉、正确的手术部位、正确的手术方式”。

（3）医疗机构承担手术分级管理主体责任，要严格执行组织架构、部门职责、管理运行机制等要求，实行院、科两级负责制，建立健全从手术分级目录制定、医务人员授权、患者术后管理到医疗机构内部督查等手术分级管理的全流程制度。

（4）严格落实手术分级管理制度。医疗机构借助质量管理工具和信息化手段，充分评估手术风险程度、难易程度、资源消耗程度或伦理风险等因素，确定手术分级管理目录，所有手术与《手术操作分类代码国家临床版》一一对应，限制类医疗技术中涉及手术的，按照四级手术进行管理。按照本机构授权管理制度进行医师手术分级授权，落实周期性医师手术能力评价与再授权机制，倡导利用信息系统进行建档管理，将手术医师与每种手术一一对应，不仅限于与手术分级一一对应。向核发《医疗机构执业许可证》的卫生健康行政部门报送本机构三、四级手术管理目录信息，主动向社会公开三、四级手术管理目录，并及时更新。

（5）全面加强手术患者术前评估、麻醉评估，落实术前讨论制度，准确把握手术适应证和禁忌证，科学制订手术方案。

（6）医疗机构医疗质量管理委员会要加强与信息部门沟通协作，完善医院信息系统功能，锁定四级手术目录，发挥科室质控员监督作用，提醒手术医师在规定时间内完成术前多学科讨论，上传相关医疗文书后进行手术预约。通过落实“提高四级手术术前多学科讨论完成率”，规范过程性行为，保障手术安全。

（7）省麻醉、护理、消毒供应以及涉及手术等质控中心要针对手术质量安全提升行动总体要求，剖析术质量安全影响因素，制定针对性的专项方案并组织实施。

（二）“破壁”行动

通过专项行动，促进医疗机构进一步强化“以患者为中心，

以疾病为链条”的理念，打破传统学科划分和专业设置壁垒，在保障医疗安全的基础上优化要素配置和运行机制，以多学科协作（MDT）为基础，探索专病中心建设，为心、脑血管疾病，恶性肿瘤等重大疾病患者提供诊疗一站式服务。

1. 全省目标。

全省急性ST段抬高型心肌梗死再灌注治疗率2024年底提升至83%，2025年底提升至85%；急性脑梗死再灌注治疗率2024年底提升至45%，2025年底提升至55%。乳腺癌、肺癌、结直肠癌等专病的诊疗模式和组织形式有创新性突破。

2. 职责措施。

（1）卫生健康行政部门围绕专项行动目标值，按照医政医管工作要点要求，制定符合辖区实际、分步骤的相应目标值，以“三大中心”建设为契机，完善体制、机制，优化资源配置持续提高重大疾病救治能力和效果。

（2）医疗机构要全面梳理诊疗所需的医务人员、设施设备、医疗技术、药品器械等要素状况，合理调配医师，科学配备设施、设备，规范诊疗行为，减少中间环节，提高诊疗效率。

（3）倡导将重大疾病MDT嵌入医院信息系统，将涉及专业的医师链接进入MDT路径，以便首诊医师能迅速、准确的发起MDT，通过系统计算，组合相应医师参与，提高工作效率。

（4）肿瘤、脑卒中、神经内科、心血管病介入诊疗、急诊、病案等质控中心要加强协作配合，为实现MDT信息化管理提供

专业支持。

（三）病历内涵质量提升行动

通过专项行动，以教育培训、质控抽查、优秀病案评比和宣传交流为主要方式，引导医疗机构落实国家病历书写、管理和应用的相关规定，强化病历内涵意识，提升病历客观、真实、准确、及时、完整、规范水平，更好体现临床诊疗思维和过程。

1. 全省目标。

到2024年底，病案首页主要诊断编码正确率不低于88%；到2025年底，病案首页主要诊断编码正确率不低于90%。

2. 职责措施。

（1）卫生健康行政部门要落实改进目标要求，以国家公立医院绩效考核为杠杆，以电子病历系统建设为契机，不断提升病历内涵质量。明确符合辖区实际、分步骤的病案首页主要诊断编码正确率目标值（不低于我省目标），积极组织医疗机构参与全省、全国百佳病案评选。

（2）医疗机构要以提升病历内涵质量和完整性、及时性为核心任务，加强编码管理和病历质量培训，规范病历书写。

（3）以首次病程记录、上级医师查房记录、术前小结、手术记录、阶段小结、出院小结等反映诊疗计划和关键过程的病历内容为重点强化管理，提升医疗质量安全意识和水平。

（4）推行门（急）诊结构化病历，提高使用比例。各医疗机构要结合工作实际，制定、完善适合本机构的结构化模板，提

高记录规范性和完整性。

（5）省病案、门诊、急诊等质控中心要按照《病历书写基本规范》等要求，指导门（急）诊结构化病历模板制定等工作，确保记录合规基础上，减轻医务人员劳动强度。省病案质控中心围绕质控工作改进目标、质控指标，组织开展全省百佳病案评选工作。

（四）患者安全专项行动

通过专项行动，以提高每百出院人次主动报告不良事件年例次数为目标，医疗机构组织开展全员参与，覆盖诊疗服务、基础设施、应急处置全过程的安全隐患排查，优化应急预案，持续培训演练。强化非惩罚性报告机制，提高识别能力，优化报告途径，鼓励医务人员报告不良事件，塑造良好的质量安全氛围。

1. 我省目标。

2024 年底，每百出院人次主动报告不良事件年均大于 2.0 例次；2025 年底，大于 2.5 例次。

2. 职责措施。

（1）卫生健康行政部门要落实国家年度医疗质量安全改进目标要求，明确符合辖区实际、分步骤的专项行动目标值（不低于我省目标值），引导、指导医疗机构正确认识医疗质量安全不良事件报告工作，通过开展专项评价等形式，及时发现问题，督促医疗机构提升认识、完善制度、优化流程、改进工作。

（2）医疗机构建立、完善本机构医疗质量（安全）不良事

件监测、报告及评价机制，定期进行数据分析，查找、反馈医疗质量安全不良事件例数及构成、等级构成、所处服务阶段、发生时间、地点、诊疗疾病状态等具体信息，发现制度、流程、实践过程中存在的问题，采取培训教育、更新规章制度流程、改变系统运行模式等预防方法，开展系统性改进工作。

（3）进一步提升医务人员识别、防范能力，重点提升医疗质量安全隐患问题或未造成严重不良后果的负性事件识别能力，引导、鼓励、强化医务人员主动发现和积极上报，营造非惩罚性文化氛围。

（4）医疗机构要关注 NCIS“医疗质量安全报告和学习平台”，将医疗质量安全不良事件管理纳入医院信息系统，通过自动提取、提醒上报、分类汇总、结果送达等流程管理，提高上报率。

（5）各级各专业质控中心要将患者安全管理纳入日常质量控制工作，落实、完善符合实际的质控指标，并指导医疗机构贯彻落实。

（五）“织网”行动

通过专项行动，卫生健康行政部门织密质量管理网络，规范质控中心建设管理（含中医药主管部门），进一步扩大质控工作覆盖范围，将部分重点专业质控组织延伸至县区。

1. 我省目标。

对照国家级质控中心设置清单，到 2025 年底，完善 3 大类 6

个领域70个具体方向质控组织建设，不少于10个中医专业省级质控中心。不少于1000个市级质控中心，不少于800个县（市）级质控中心（组织）。质控工作逐步覆盖住院、日间、门（急）诊等全诊疗人群。其中，心血管疾病、神经系统疾病、肿瘤、麻醉、重症、药事、病案、康复、临床营养、院感、护理、急诊、产科、儿科、口腔、病理等16个专业质控中心实现地市级全覆盖、延伸至50%以上的县域；全省纳入单病种管理的病种（技术）数量不少于100个。50%的省级质控中心按年度发布本专业医疗服务与质量安全报告。

2. 职责措施。

卫生健康行政部门按照《河南省医疗质量控制中心管理办法》等要求，结合工作实际，以满足当前质控工作总体要求为出发点，成立、整合质控中心，完善管理制度，强化指导考核，提高质控中心规范化、科学化、专业化运行水平，充分体现在质量持续改进过程中的作用与价值。

3. 倡导各级卫生健康行政部门组建医疗质量控制中心管理办公室，或指定专门组织负责本级质控中心的日常管理工作。每季度召开至少1次专题会议，研究质控体系建设运行、改进目标落实、质量安全提升行动推进等相关工作。通过定期组织交流、学习、借鉴其他质控组织的先进经验，迅速、准确提升自身管理水平。

4. 省卫生健康委组建省级医疗质量管理智库，不断培养、

吸纳、储备优秀质控管理人才。广泛、按需、精准组织相关专业质控中心进行调研指导评价，促进医疗机构质量内涵不断深化。

5. 省级质控中心以发布本专业医疗服务与质量安全报告为工作目标，运用质量管理工具，及时发现医疗质量薄弱环节，精准分析问题、精准明确措施、精准指导评价、精准落地见效，指导医疗机构围绕高质量发展战略，在自身持续改进过程中，实现优质医疗资源扩容。

五、工作安排

（一）启动部署阶段（2023 年 6 月—8 月）

河南省卫生健康委制发行动实施方案，召开工作会议安排具体工作。市级卫生健康行政部门视情可细化工作要求，部署本辖区行动相关工作，安排部署情况报省卫生健康委备案。

（二）实施提升阶段（2023 年 9 月—2025 年 9 月）

各级卫生健康行政部门按年度计划进行工作部署和工作总结。各地按照本工作方案分别落实工作，加强指导评估，及时解决共性问题。发掘先进做法和典型经验，遴选年度典型案例并进行宣传推广。省卫生健康委将在实施过程中阶段性总结先进经验、优秀案例和阶段性成效，通过 HNCIS、豫见康公众号等多种渠道予以宣传推广。

（三）评估总结（2025 年 10 月—12 月）

在各地总结的基础上，省卫生健康委对质量安全提升工作进行中期、终期总结评估，提炼工作经验，通报典型案例，加强舆

论宣传，营造良好氛围。对于工作中发掘的先进做法和典型经验，推动形成制度性安排。

六、工作要求

（一）**加强组织领导**。各地、各医疗机构要准确把握国家、省级卫生健康行政部门决策意图、政策精神，充分认识全面提升医疗质量行动的重要意义，按照上下贯通、统筹兼顾、系统谋划、整体推进的思路，践行“深、实、细、准、效”调研五字诀，以“三学三问”为工作方法和载体，把主题教育的实际成效转化为干事创业的实际本领，卫生健康行政部门负责同志要亲自抓，医疗机构主要负责人要亲自研究、靠前领导，明确任务分工，层层压实责任，细化政策措施，以对人民健康高度负责任的态度抓好工作落实。

（二）**做好政策协同**。卫生健康行政部门、医疗机构要处理好全面提升医疗质量行动与系列重点工作的局部与全局、当前和长远、主要矛盾和次要矛盾等各方面关系。医疗机构要进一步健全完善相关制度规范，强化基础医疗质量管理，充分利用医院评审、绩效考核、专科评估等工作抓手，将指标分解到相关部门、科室，指定专门部门督促落实，加强日常监测、分析和反馈，促进行动顺利开展。

（三）**强化科学管理**。卫生健康行政部门、质控中心和医疗机构要密切关注医疗质量安全管理领域前沿进展；增强信息化思维，加强信息化建设，逐步建立信息质控、数据质控的工作模

式。医疗机构要探索将工作目标、关键环节、重要时间节点、标准流程等嵌入医院电子病历信息系统，提升工作效率和质控工作效果；吸纳国内外先进管理经验和方法，持续学习、持续实践，推广单病种管理、全面质量管理等医疗质量管理工具，提升质量安全管理科学化程度和管理效能。

（四）加强宣传引导。卫生健康行政部门、医疗机构、质控中心要注重从多维度、多层面挖掘行动落实先进典型，充分利用行业主流媒体和短视频、公众号等网络新媒体多种形式进行宣传推广，营造良好氛围。卫生健康行政部门要遴选具有代表意义的典型案例予以通报表扬，充分调动医疗机构参与行动的积极性。

（五）建立长效机制。卫生健康行政部门要把问题作为研究制定政策的起点，把工作的着力点放在解决最突出的矛盾和问题上，在行动期间不断总结经验，进一步巩固全行业质量安全意识和“以病人为中心”服务理念，增强各方参与医疗质量安全管理的意愿，进一步提升行业社会认可度，完善政府监管、机构自治、行业自律、社会监督的医疗质量安全管理多元良性共治长效机制。

附件：河南省全面提升医疗质量行动实施方案指标任务分配表

附　件

河南省全面提升医疗质量行动实施方案指标任务分配表

序号	评估维度	评估指标	指标导向	责任单位/指导组织
1	1. 工作落实	1.1 全面提升医疗质量行动安排部署上报情况	/	卫生健康行政部门 医疗机构
2		1.2 年度工作总结情况	/	
3		1.3 年度质量安全信息公开情况	/	
4		1.4 质控中心建设、管理情况（按照省级规划对应设置率）	逐步升高	
5		1.5 质控中心工作考核情况	/	
6		1.6 中西医结合工作开展情况	/	
7	2. 质量安全目标改进情况	2.1 年度国家医疗质量安全改进目标改进情况	/	卫生健康行政部门 各级各专业质控中心
8		2.2 年度质控工作改进目标改进情况	/	

序号	评估维度	评估指标	指标导向	责任单位/指导组织
9	3. 急诊和日间医疗质量	3.1 平均急救响应时间	逐步降低	院前急救、急诊等质控中心
10		3.2 心脏骤停复苏成功率	逐步升高	
11		3.3 急性ST段抬高型心肌梗死再灌注治疗率	逐步升高	心血管病介入诊疗、脑卒中、神经内科、急诊等质控中心
12		3.4 急性脑梗死再灌注治疗率	逐步升高	
13		3.5 开展日间医疗服务的医院占比	逐步升高	卫生健康行政部门 麻醉、护理、消毒供应等质控中心
14		3.6 日间手术占择期手术的比例	逐步升高	
15	4. 医疗行为质量	4.1 肿瘤治疗前临床TNM分期评估率	逐步升高	肿瘤、妇科、胸外科、普通外科等质控中心
16		4.2 营养风险筛查率	逐步升高	临床营养等质控中心
17		4.3 疼痛评估规范率	逐步升高	疼痛等质控中心
18		4.4 门诊和住院处方审核率	逐步升高	临床药学、门诊等质控中心
19		4.5 门诊和住院处方审核合格率	逐步升高	
20		4.6 住院患者静脉输液规范使用率	逐步升高	
21		4.7 危急值报告及时率和危急值处置及时率	逐步升高	卫生健康行政部门 临床检验、放射影像、超声、病理等质控中心

序号	评估维度	评估指标	指标导向	责任单位/指导组织
22	4. 医疗行为质量	4.8 早期康复介入率	逐步升高	康复医学、儿童康复、神经内科、重症医学等质控中心
23		4.9 室间质评项目合格率	逐步升高	临床检验、病理、临床用血、核医学等质控中心
24		4.10 四级手术患者随访率	逐步升高	卫生健康行政部门 相关专业质控中心
25		4.11 恶性肿瘤患者随访率	逐步升高	肿瘤、妇科、胸外科、普通外科等质控中心
26		4.12 每百出院人次主动报告不良事件例次	逐步升高	卫生健康行政部门 各级各专业质控中心
27		4.13 中医医疗机构中以中医治疗为主的出院患者比例	逐步升高	/
28	5. 结果质量	5.1 医院 CMI 值	逐步升高	/
29		5.2 ICU 患者病死率	逐步降低	重症医学、新生儿重症等质控中心
30		5.3 手术并发症发生率	逐步降低	普通外科、肿瘤、产科、妇科、胸外科、临床药学、医院感染管理、麻醉、护理、消毒供应等质控中心
31		5.4 非计划重返手术室再手术率	逐步降低	
32		5.5 围术期死亡率	逐步降低	

序号	评估维度	评估指标	指标导向	责任单位/指导组织
33	5. 结果质量	5.6 恶性肿瘤患者生存时间	逐步升高	肿瘤、妇科、胸外科、普通外科等质控中心
34		5.7 血管内导管相关血流感染发生率	逐步降低	医院感染管理、重症医学、护理等质控中心
35		5.8 患者院内压力性损伤发生率	逐步降低	护理等质控中心
36	6. 病历质量	6.1 门诊病历电子化比例	逐步升高	病案管理、门诊、急诊等质控中心
37		6.2 门诊结构化病历使用比例	逐步升高	
38		6.3 病案首页主要诊断编码正确率	逐步升高	
39		6.4 病历记录及时性	逐步升高	
40		6.5 全国百佳病案入选情况	/	卫生健康行政部门 病案管理质控中心

患者安全专项行动方案

（2023-2025 年）

为维护患者健康权益，保障患者安全，进一步提升医疗机构患者安全管理水平，按照《全面提升医疗质量行动计划（2023-2025 年）》有关安排，制定本方案。

一、行动目标

利用 3 年时间，进一步健全患者安全管理体系，完善制度建设，畅通工作机制，及时消除医疗过程中以及医院环境中的各类风险，尽可能减少患者在医院期间受到不必要的伤害，保障患者安全。连续 3 年每年至少完成 1 轮全院巡检排查和全院患者安全专项培训，至 2025 年末，患者安全管理水平进一步提升，每百出院人次主动报告不良事件年均大于 2.5 例次，低风险病种住院患者死亡率进一步降低。

二、行动范围

全国二级以上医疗机构。

三、行动内容

（一）确保医疗服务要素安全。

1.加强药品耗材安全管理。加强药品耗材采购、储存、调配、使用全程管理，对高警示药品及易混淆药品，分别存放并设置警示标识，确保药品耗材存储环境符合要求并处于有效期内，及时清理过期药品耗材。特别是对机构内制剂、

高警示药物、毒麻精放等重点药物类别加大管理力度。严格防止假冒伪劣、过期药品耗材流入临床，严禁重复使用一次性耗材，加强患者自带、外购药品使用管理。对可重复使用的耗材，加强洗消、检测管理，及时清除超使用寿命、性能不达标的耗材。

2.排查医疗设备设施安全隐患。对本机构使用的医疗设备设施进行全面排查，重点关注相关设备设施定期保养检修情况、功能状态，特别是近期进行场地改造、设备设施更新换代、运行机制调整优化的领域要进行细致排查，对变更后的设备设施运行情况进行监测分析，及时发现异常情况并予以有效干预。对事关生命安全的重点领域进行事前审查、事后检测、定期巡检，防止出现因设备设施失检、失修导致的安全问题。同时，加强实验室强酸、强碱、腐蚀、有害、易燃、易爆品的管理，防止腐蚀、灼伤、中毒、水灾、火灾和爆炸等事件的发生。

3.规范医务人员管理。加强医务人员规范管理，明晰各个岗位职责，压实科主任、护士长、医疗团队负责人、值班人员等关键岗位人员的医疗安全责任。强化医务人员临床能力评估，严格按照有关要求对医务人员进行医疗技术、临床带教等授权管理，强化进修人员、规培人员、实习人员以及第三方外聘人员的管理，规范开展临床带教工作，做好风险把控。

（二）保障医疗服务过程安全。

4.强化检查检验安全管理。严格把握各类检查检验项目的适应症、禁忌症，重点关注无痛检查、内镜检查、有创检查、运动平板试验、磁共振、增强显像或造影等高风险、耗时长或有特殊要求的检查检验项目。在实施检查前，核验患者情况，确保患者已按要求做好准备；检查过程中，密切观察患者状态，及时发现并处理意外情况；检查完成后，根据患者实际情况，引导或护送患者返回。

5.严格诊疗行为安全管理。在各项诊疗服务过程中，严格把握禁忌证和适应证，严格执行查对制度，防止诊疗对象、部位、措施发生错误，重点关注孕产妇、儿童、老年人、精神或意识障碍患者等特殊人群的情况。积极开展用药全过程管理，确保给药的时间、途径、剂量等准确无误，防止发生药物使用禁忌、配伍禁忌、药物渗漏等情况，及时处理过敏、呕吐、疼痛等不良反应。

6.落实患者日常安全管理。严格落实医疗质量安全核心制度，加强住院患者评估观察，关注患者精神心理状态，及时发现患者病情变化并予以处理，防止患者坠床、跌倒、走失、自残、自杀或伤害其他人员。加强门（急）诊候诊患者管理，建立识别高危患者并予以优先接诊的措施。严格落实医院感染管理要求，规范实施深静脉血栓预防，减少院内感染、深静脉血栓栓塞等不良事件，对接受手术治疗、中心静

脉插管、呼吸机辅助呼吸、长期卧床等高风险患者，实现全覆盖监测管理。

7.提高急诊急救能力。按要求在院内重点区域/部门（部位）配置抢救车、除颤仪等急救药品和设备设施，保障相关药品、设备设施随时可用。加强对危急值的管理，保障各种急救绿色通道通畅，确保急危重症患者得到及时救治。鼓励有条件的医疗机构建设应急救治一键呼叫系统，组建相对固定的队伍负责心肺复苏、气管插管等应急处置。建立医疗安全应急响应机制，制定应对群死群伤、突发传染病等突发公共卫生事件的预案并加强演练。

8.保障诊疗信息安全。提高对信息安全的重视程度，按要求对医疗机构内部的信息系统采取信息安全等级保护措施，加强账号信息和权限管理，定期开展文档核验、漏洞扫描、渗透测试等多种形式的安全自查，防止数据泄露、毁损、丢失，严禁任何人擅自向他人或其他机构提供患者诊疗信息。同时，做好信息系统容灾备份，建立信息系统应急处置预案，并制定医院信息系统局部或全部瘫痪状况下临床运行处置预案。

（三）优化患者安全管理机制。

9.健全常态化管理体系。进一步建立健全患者安全管理相关组织架构，明确部门及其岗位职责，建立工作制度、完善工作流程并严格落实。将患者安全工作纳入院周会、质量

安全月刊，督促指导各部门、各科室精准开展患者安全改进工作。探索建立长效数据动态监测平台，合理应用质量管理工具，开展回顾性分析、横断面监测、前瞻性预警，及时识别风险，及早干预，减少不良事件发生。同时，加强医院投诉管理，建立患者诉求快速响应机制，强化投诉信息闭环管理，实现“一个诉求解决一类问题”。

10.完善不良事件报告处理机制。按照医疗质量（安全）不良事件（以下简称不良事件）分类标准（附件2），向国家医疗质量安全不良事件报告与学习平台（https://quality.ncis.cn/platform-home）上报不良事件信息。加强强制上报类事件管理，倡导主动上报与积极处置并重的处理模式，形成非惩罚性报告机制和激励机制。鼓励医疗机构建立机构内部不良事件信息报告平台，重点关注医疗质量隐患问题或未造成严重不良后果的负性事件，对不良事件反映出的安全隐患开展重点整改，采取有针对性的措施预防不良事件的发生。

11.提升全员安全意识。围绕相关法律法规、医疗质量安全核心制度、年度国家医疗质量安全改进目标、质量管理工具等内容，建立患者安全培训课程。按年度制定医院患者安全管理培训计划，实施以提升患者安全为核心的全员教育培训，加强对非医务人员和第三方服务人员的培训，特别是加强对直接服务于患者的后勤人员、护理员的培训。通过院

报、学习会、专栏/刊、信息平台等多种方式提升信息获取和知识传播的持续性，并在每年世界患者安全日前后组织开展患者安全集中宣传活动，不断提升全员安全意识与管理水平。

12.构建良好患者安全文化。充分发挥文化建设在患者安全管理工作中的导向作用。将构建患者安全文化纳入医院发展建设总体目标，统筹规划，营造人人重视安全，人人落实安全，主动报告、有效沟通，从错误中学习的非惩罚性患者安全管理文化氛围，引导全员积极参与患者安全。积极开展覆盖患者诊疗全过程的健康教育，引导患者及家属参与患者安全管理，探索为患方提供不良事件上报途径。

四、行动步骤

（一）启动阶段（2023 年 9 月）。国家卫生健康委制定印发专项行动方案，各省级卫生健康行政部门进行工作部署和宣贯动员。各医疗机构制定本单位具体工作措施，并启动行动。

（二）实施阶段（2023 年 10 月-2025 年 9 月）。各医疗机构结合实际情况开展患者安全改进工作，按年度进行工作部署和工作总结，逐步健全和优化患者安全管理工作体系和机制，落实管理要求，消除患者安全隐患，实现患者安全持续改进。各省级卫生健康行政部门于每年 10 月 30 日前将本年度患者安全工作汇总表（附件 3）报送我委医政司。

（三）总结阶段（2025 年 10 月-12 月）。各省级卫生健康行政部门对患者安全提升专项工作进行全面总结评估，多渠道、多形式对工作成效和先进典型进行宣传，将工作中形成的具有推广价值的好经验、好做法转换为制度性安排。

五、工作要求

（一）强化组织领导，推动工作落地。各级卫生健康行政部门充分发挥行业主管部门的统筹指导作用，强化目标导向，将保障患者安全作为全面提升医疗质量行动的重要内容一并推进。医疗机构要落实患者安全管理主体责任，将患者安全纳入医疗质量管理和医院管理制度体系，加强组织领导、明确责任人员、分解工作任务、定期开展自查自纠，聚焦重点部门、重点环节和重点领域，提高风险识别能力，主动报告患者安全风险隐患，对发现的隐患与问题逐项研究，以问题为导向开展改进工作，将工作落到实处。

（二）鼓励全员参与，实现多元共治。各级卫生健康行政部门和各医疗机构要进一步巩固患者安全意识和“以患者为中心”的服务理念，从多维度、多层面挖掘先进典型，充分宣传推广，营造良好氛围，充分调动医务人员与社会各界参与行动的积极性，努力构建“政府主导-医院主体-社会协同-患者参与”的患者安全多元共建共治新格局。鼓励行业组织定期组织区域或全国性患者安全经验交流，推广优秀患者安全管理模式、案例、工具及患者安全培训课件/视频，

营造良好氛围。

（三）持续改进提升，形成长效机制。各级卫生健康行政部门和各医疗机构按照“全员意识强化、全面系统优化、全程积极参与、落实预防为主、推进持续改进”的原则，运用系统管理方法，从顶层设计、管理制度、工作流程等方面积极总结先进经验，构建长效运行管理机制，形成预防、处置、反馈、分析、改进的闭环管理模式，并将工作中形成的好经验、好做法及时转化为政策要求，为医疗安全持续改进工作奠定更为坚实的基础。

附件 1

2025 年国家医疗质量安全改进目标

目标一 提高急性脑梗死再灌注治疗率

目标二 提高肿瘤治疗前临床 TNM 分期评估率

目标三 提高静脉血栓栓塞症规范预防率

目标四 提高感染性休克集束化治疗完成率

目标五 提高住院患者静脉输液规范使用率

目标六 提高医疗质量安全不良事件报告率

目标七 提高四级手术术前多学科讨论完成率

目标八 提高关键诊疗行为相关记录完整率

目标九 降低非计划重返手术室再手术率

目标十 提高医疗机构检查检验结果互认率

目标一　提高急性脑梗死再灌注治疗率（NIT-2025-I）

（一）目标简述

脑梗死在我国二级以上医院住院患者疾病诊断数量中居于首位，也是导致我国居民死亡的前3位病种之一。提高急性脑梗死再灌注治疗率有助于降低急性脑梗死患者的致残率及死亡率，改善患者生活质量，减轻社会和家庭负担。急性脑梗死再灌注治疗，是指对发病6小时内的急性脑梗死患者给予静脉溶栓治疗和（或）血管内治疗。

（二）核心策略

1.医疗机构在已有再灌注治疗技术团队基础上,不断优化团队人员配置、接受再灌注治疗相关新技术的专业化培训。

2.医疗机构与院前急救系统建立高效连接，快速转运，提升救治效率，同时在已有急性脑梗死患者急救方案及标准化操作流程基础上，持续优化院内急救流程。

3.不具备再灌注治疗能力的医疗机构,要制定本机构急性脑梗死患者急救转诊方案及流程，尽可能完成“一小时急救圈”内转诊。

4.医疗机构建立更加完善的急性脑梗死再灌注治疗持续监测及评价反馈机制，能够按月度进行本机构数据分析、反馈，建立激励约束机制。

5.医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。

目标二　提高肿瘤治疗前临床 TNM 分期评估率（NIT-2025-II）

（一）目标简述

恶性肿瘤在我国位于居民死因排序首位。全面科学评估肿瘤患者病情，是肿瘤规范化治疗的基础。提高肿瘤患者治疗前完成临床 TNM 分期评估的比例可以提高肿瘤患者诊疗方案的科学性、合理性，提升肿瘤患者诊疗效果和生存率。

（二）核心策略

1.医疗机构成立由医务、病案、肿瘤、影像及其他临床科室组成的专项工作小组，加强本机构肿瘤疾病诊疗规范化管理，定期进行相关工作的培训与再教育。

2.医疗机构重点加强非肿瘤专业临床科室诊疗肿瘤疾病的管理，对肿瘤患者（特别是初诊患者）采取多学科协作诊疗。

3.医疗机构加强临床 TNM 分期评估过程管理，建立完善评估制度，规范评估流程，明确相关医务人员须掌握的检查评估策略；按照有关要求规范书写临床 TNM 分期评估内容。

4.医疗机构建立本机构肿瘤单病种诊疗的监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法与数据内部验证程序，按季度、分科室进行数据分析、反馈，并将目标改进情况纳入绩效管理，建立激励约束机制。

5.医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。

目标三　提高静脉血栓栓塞症规范预防率（NIT-2025-III）

（一）目标简述

静脉血栓栓塞症（VTE）包括深静脉血栓形成（DVT）和肺血栓栓塞症（PTE），是导致患者非预期死亡的重要原因之一，严重危害患者安全。VTE 规范预防，是指患者住院期间和出院后接受 VTE 风险与出血风险评估，并根据评估情况按照有关临床指南给予规范预防措施，包括基础预防、药物预防、机械预防等。强化质控，提高 VTE 规范预防率，实现 VTE 的早期干预，可以有效降低 VTE 的发生率及致死率。

（二）核心策略

1.医疗机构进行医院内 VTE 防治体系建设，成立由医务、临床、护理等部门组成的 VTE 管理团队，制定科学的 VTE 防治管理路径，开展规范的 VTE 风险评估和预防。

2.医疗机构借助信息化手段加强 VTE 预防提醒、质控指标的数据采集、监测及评价反馈，并纳入绩效管理，建立激励约束机制。

3.医疗机构开展 VTE 防治技术指导、教学培训和相关交流，提高 VTE 认知水平及规范化防治能力。

4.医疗机构建立 VTE 相关会诊转诊机制和应急预案，实现重症 VTE 患者的救治与管理。

5.医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出持续改进措施并落实。

目标四　提高感染性休克集束化治疗完成率（NIT-2025-IV）

（一）目标简述

感染性休克具有发病率高、病死率高、治疗费用高等特点，是导致住院患者（特别是重症患者）死亡的重要原因。提高感染性休克临床治疗水平是当前全球重大的健康挑战之一，尽快实施规范的集束化治疗是改善感染性休克患者预后的重要措施。《国家医疗服务与质量安全报告》显示，我国感染性休克患者的集束化治疗仍有较大改进空间，且地区间差异大，提高感染性休克患者1小时、3小时和6小时集束化治疗完成率对保障患者生命安全具有重要意义。

（二）核心策略

1.医疗机构成立由重症、急诊、感染性疾病、检验、医务等相关部门组成的专项工作小组，并指定牵头部门。

2.医疗机构定期开展相关培训，确保医护人员熟练掌握相关诊疗规范，能够及时识别相关患者并给予规范治疗。

3.医疗机构建立感染性休克集束化治疗的多部门联合监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法和数据内部验证程序，按季度、分科室进行数据分析、反馈，纳入绩效管理，建立激励约束机制。

4.医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，根据分析结果明确关键原因，制定改进措施并组织实施。

目标五　提高住院患者静脉输液规范使用率（NIT-2025-V）

（一）目标简述

静脉输液是现代药物治疗的重要给药途径，在治疗某些疾病和挽救患者方面具有不可替代的作用。但是，静脉输液治疗的不合理使用，不仅不能改善患者治疗效果，还存在更多安全隐患，增加不必要的医疗成本。《国家医疗服务与质量安全报告》显示，我国二级以上医院住院患者静脉输液使用率呈下降趋势，但仍存在静脉输液不合理使用的情况，需要针对住院患者静脉输液使用情况完善质量改进长效机制，从多个维度综合评价，重点关注住院患者静脉输液使用率、每床日静脉输液使用频次、液体总量（毫升）和药品品种数量等指标，采取综合措施予以干预，以维护医疗安全和患者权益。

（二）核心策略

1.医疗机构成立由医务、临床科室、药学、信息等部门组成的专项工作小组，完善静脉输液治疗管理相关工作制度和机制。

2.优化药品供应机制，保障常用药物口服、外用等剂型的合理供应。

3.研究确定并不断完善本机构无需静脉输液治疗的病种清单，关注重点药物、科室、疾病的静脉药物使用情况。持续积累临床管理和实践证据。

4.定期进行临床诊疗指南的培训，加强循证理念的教育，促进

医务人员科学选择给药方式，建立优化给药途径的激励约束机制。

5.建立本机构静脉输液治疗的监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法与数据内部验证程序，按季度进行本机构数据分析、反馈，并组织人员对评价指标结果进行点评。

6.强化静脉输液治疗药物监测和预警机制，关注静脉输液治疗药物使用体积、频次、数量、药品种类和不良反应/事件等情况，并向临床及时反馈预警信息。

7.运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。

目标六　提高医疗质量安全不良事件报告率（NIT-2025-VI）

（一）目标简述

医疗质量安全不良事件指在医院内被工作人员主动发现的，或患者在接受诊疗服务过程中出现的，除了患者自身疾病自然过程之外的各种因素所致的安全隐患、状态或造成后果的负性事件。目前，我国医疗机构医疗质量安全不良事件发生情况与国际相关数据比较，在识别和报告率上还有一定差距。加强医疗质量安全不良事件报告工作，提高医疗质量安全不良事件的识别和报告率，对于构建医疗机构医疗质量安全文化和学习平台，提升医疗质量安全水平具有重要意义。

（二）核心策略

1.医疗机构成立由医务、护理、院感、各临床科室等部门组成的专项工作小组，完善医疗质量安全不良事件管理的相关制度、工作机制，重点明确医疗质量安全不良事件的分级、分类管理。

2.医疗机构加强培训工作，持续提高医务人员识别与防范医疗质量安全不良事件的意识和能力，引导和鼓励医务人员主动发现和上报医疗质量安全不良事件，构建医疗质量安全良好氛围。

3.建立及完善本机构医疗质量安全不良事件的报告、监测及评价机制，按季度进行本机构数据分析、反馈，建立激励约束机制。对于四级手术发生严重医疗质量安全不良事件的情况，应当严格按照《医疗机构手术分级管理办法》第二十四条规定进行管理。

4.重点提升医疗质量安全隐患问题或未造成严重不良后果的负性事件识别能力与主动报告意识。

5.充分利用国家医疗质量安全不良事件报告平台，运用质量管理工具，查找、分析不良事件常发时间、区域、人群和类型特点，对不良事件相关人员、设备设施、药品耗材、管理制度、环境等因素进行深入分析，提出改进措施并落实，不断提升挖掘事件成因、协调部门联动、防范化解风险的能力。

目标七　提高四级手术术前多学科讨论完成率（NIT-2025-VII）

（一）目标简述

《医疗机构手术分级管理办法》中明确医疗机构四级手术开

展前必须进行多学科讨论。四级手术术前进行多学科讨论有助于汇聚各专业的技术力量，综合评估患者的风险/获益比，制定全面的诊疗计划及手术风险防范处置最佳方案，从而最大程度降低手术风险和并发症发生，保障手术质量和医疗安全。

（二）核心策略

1.医疗机构医疗技术临床应用管理组织负责本机构手术分级的管理。医疗机构要提高认识，全面梳理本机构手术分级管理目录，依据功能定位、医疗服务能力水平和诊疗科目，建立符合本机构实际、具有可操作性且符合四级手术特点的手术分级管理目录，保障手术分级管理工作的科学性、精准性。

2.医疗机构按照《医疗机构手术分级管理办法》和《医疗质量安全核心制度要点》，制订符合本机构实际的四级手术术前多学科讨论制度，根据疾病及手术动态调整四级手术术前多学科讨论成员，由医务部门牵头组织相关部门和临床专科对开展的四级手术术前多学科讨论制度落实情况进行动态监管。

3.医疗机构建立四级手术术前讨论工作机制，完善从手术科室发起，到相关多学科的邀请、术前讨论及记录等环节的管理流程，明确时限要求、发起方式、组织形式、协调管理等一系列工作机制。

4.医疗机构强化四级手术术前多学科讨论的及时性、有效性和可追溯性，不断优化流程、提高完成率。

5.医疗机构建立四级手术术前多学科讨论完成的监测及评价

机制，明确相关质控指标数据采集方法与数据内部验证程序，按季度进行本机构数据分析、反馈，建立激励约束机制。

6.医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。

目标八　提高关键诊疗行为相关记录完整率（NIT-2025-VIII）

（一）目标简述

关键诊疗行为相关记录完整是指在接受治疗的出院患者病历中，对该诊疗行为相关的医嘱、病程记录、查房记录、讨论记录、知情同意书、安全核查表、评估或访视记录等内容符合《医疗质量安全核心制度要点》《病历书写基本规范》等文件要求。提高医疗机构关键诊疗行为相关记录的完整性与一致性，有助于规范诊疗流程，保障诊疗各个环节落实，为还原医疗过程、改进医疗质量安全奠定良好的基础。

（二）核心策略

1.医疗机构充分发挥医务部门、病案管理部门、临床科室等相关部门的作用，完善运行病历和终末病历管理工作制度与机制，压实院科两级的管理责任，规范医疗行为，保障医疗质量和患者安全。

2.医疗机构加大培训力度，将《医疗质量安全核心制度要点》和《病历书写基本规范》等要求落到实处。

3.医疗机构强化临床医生基本功训练，提高临床工作能力，确

保相关记录的完整性与一致性，不断提升病历内涵质量。

4.不断完善本机构制度化、常态化监测及评价机制，按季度、分科室进行病历内涵质量分析、反馈，并将目标改进情况纳入绩效管理，建立激励约束机制。

5.运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。

目标九　降低非计划重返手术室再手术率（NIT-2025-IX）

（一）目标简述

非计划重返手术室再手术率是行业通用的反映手术质量安全的指标之一。其发生可能涉及术前评估与准备不足、手术设计缺陷、手术操作失误或患者情况复杂及术后管理不到位等多种原因。《国家医疗服务与质量安全报告》显示，我国非计划重返手术室再手术率仍有改进空间。降低其发生率对提高整体医疗质量安全水平具有重要意义。

（二）核心策略

1.医疗机构成立由医务、质控、临床科室、麻醉、护理等相关部门组成的专项工作小组，并指定牵头部门。

2.医疗机构加强手术管理，保障手术分级管理、医师授权管理、术前讨论制度、手术安全核查制度等手术相关管理制度落实到位。

3.医疗机构建立非计划重返手术室再手术多部门联合监测及

评价机制，按季度、分科室进行数据分析、反馈，纳入绩效管理，建立激励约束机制。

4.医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，根据分析结果明确关键原因，制定改进措施并组织实施。

目标十　提高医疗机构检查检验结果互认率（NIT-2025-X）

（一）目标简述

检查检验是医疗服务中的一项重要内容。在不影响诊疗质量安全的前提下，实现不同医疗机构间的检查检验结果互认，有助于提高医疗资源利用率，控制医疗费用，提高诊疗效率，进一步改善人民群众就医体验。医疗机构检查检验结果互认率是指在一段时间内，医疗机构予以互认的检查检验结果（报告或影像资料）数量（以份为单位），占该时间段内来医疗机构就诊患者已有的检查检验结果数量的比例。纳入统计的项目范围以本地区互认项目目录为准，结合检查检验结果互通共享信息化工作开展统计监测。

（二）核心策略

1.医疗机构建立健全本机构内的互认工作管理制度，加强人员培训，规范工作流程，为有关医务人员开展互认工作提供必要的设备设施及保障措施。

2.医疗机构开展检查检验所使用的仪器设备、试剂耗材等应当符合有关要求，并按规定对仪器设备进行检定、检测、校准、稳

定性测量和保养。

3.医疗机构加强检查检验科室的质量管理，建立健全质量管理体系，并将质量管理情况作为科室负责人综合目标考核的重要指标。

4.医疗机构应当规范开展室内质量控制，并按照有关要求向卫生健康行政部门或者质控组织及时、准确报送本机构室内质量控制情况等相关质量安全信息。

5.医疗机构应当按照有关规定参加质量评价。已标注互认标识的检查检验项目参加相应质量评价的频次不得少于半年一次。

6.医疗机构应当按照医院信息化建设标准与规范要求，加强电子病历等医疗机构信息平台建设。

7.有条件的医疗机构可以开设检查检验门诊，由医学影像和放射治疗专业或医学检验、病理专业执业医师出诊，独立提供疾病诊断报告服务。

8.医疗机构应当指导医务人员加强医患沟通，对于检查检验项目未予互认的，应当做好解释说明，充分告知复检的目的及必要性等。

9.建立及完善本机构检查检验结果互认的监测评估机制，按月进行本机构数据分析、反馈。 对互认率进行监测评估，分析不予互认的具体原因。对在监测评估中发现互认率明显偏离平均水平的，要深入调查分析，查找原因，提出改进要求。

10.鼓励医疗机构结合实际将互认工作落实情况纳入内部绩效考核。

附件 2

2025 年各专业质控工作改进目标

序号	质控中心	改进目标	目标简述	核心策略
1	呼吸内科专业	提高住院社区获得性肺炎患者病情严重程度评估率（PIT-2025-01）	社区获得性肺炎（CAP）病情严重程度评估能够反映医疗机构对CAP患者住院指征的把握能力及对医疗资源的管理能力，是CAP医疗质控的重要参数。目前住院CAP患者病情严重程度评估率仍有上升空间，需进一步采取综合措施予以干预，以保障医疗资源的有效利用和医疗安全。	1. 医疗机构按照行业改进目标，成立改进目标核心专项工作组，制定并完善质量改进目标管理制度。 2. 医疗机构指导落实改进目标数据结果，推进目标落实，开展培训和效果评估。 3. 医疗机构运用质量管理工具查找分析影响目标实现的因素。制定有针对性的改进措施并组织实施，建立监测反馈机制，目标完成情况纳入年度考核，建立激励与约束机制。 4. 各级质控中心加强对医疗机构指导及培训，保证各项工作都能有效实施并取得成效。
2	消化内科专业	提高消化内镜下食管癌早期诊断率（PIT-2025-02）	食管癌在我国高发，通过消化内镜实现早期诊断，可有效实现早发现、早治疗，改善患者预后，显著减轻疾病负担。近年来，我国消化	1. 医疗机构建设食管癌早期诊断标准单元，引入食管癌筛查适宜技术和内镜诊断新方法，推动多学科协作，加强内镜医师培训，提升早癌诊断意识和能力。

			内镜下食管癌早期诊断率有所提升，但与国际先进水平仍存在较大差距。通过推广筛查新模式和应用适宜诊断技术，以期有效改善食管癌早期诊断情况。	2. 医疗机构完善结构化消化内镜报告系统建设，实现内镜-病理信息联动，监测食管癌早期诊断相关质控指标，并定期反馈指标数据，适时纳入绩效管理。 3. 医疗机构积极开展社区筛查和科普宣传，提高人群参与度和内镜检查依从性。 4. 医疗机构相关科室成立改进目标专项提升工作小组，运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。
3	肾病学专业	提高透析患者肾性贫血控制率 （PIT-2025-03）	终末期肾脏疾病患者的肾性贫血是影响预后的主要并发症，目前对肾性贫血的系统性评估尚不充分，诊断不足，且治疗时机偏晚。积极防控肾性贫血，提高透析患者肾性贫血控制率，有助于降低透析患者的心血管事件发生率及死亡率，改善患者认知功能及生活质量。	1. 医疗机构根据《慢性肾脏病患者贫血诊疗的临床实践指南》《血液净化标准操作规程（2021版）》指导和规范肾性贫血诊断及治疗，加强本机构肾性贫血诊疗规范化管理，定期进行相关工作的培训，提高肾性贫血诊疗水平。 2. 医疗机构成立改进目标核心专项工作小组，制定质量改进目标管理制度。 3. 医疗机构重点加强透析治疗患者的数据采集、监测、预警，按季度分析本机构落实目标的动态数据结果，及时分析、反馈，持续推进目标落实。 4. 医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。

		提高透析患者血磷控制率 （PIT-2025-04）	合理管控慢性肾脏病-矿物质及骨代谢异常（CKD-MBD）是有效延长依赖透析的尿毒症患者寿命的重要措施。血磷的异常可导致骨骼、软组织、动脉病变，通过血磷的管理减少骨折、心脑血管合并症发生，对提高透析患者生活质量和降低死亡率有重要意义。	1. 医疗机构根据《血液净化标准操作规程（2021版）》《KDIGO临床实践指南（CKD-MBD）的诊断、评估、预防和治疗执行概要》指导和规范其诊断及治疗，加强本机构诊疗规范化管理，定期进行相关工作的培训，提高诊疗水平。 2. 医疗机构重点加强透析患者的数据采集、监测、预警，及时分析、反馈，并将目标改进情况纳入绩效管理，建立激励约束机制。 3. 医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。 4. 各级质控中心加强对医疗机构指导、培训工作。
4	整形美容专业	降低注射美容并发症发生率 （PIT-2025-05）	注射美容是目前整形美容专业开展中应用最为广泛的有创性治疗。根据2023年度数据统计，我国每年有超过300万人次接受注射美容治疗。注射美容的不良反应可表现为局部持续红斑、肉芽肿，严重不良反应包括皮肤软组织感染、失明、血管栓塞等，甚至可能导致患者死亡。加强注射美容的医疗质量控制，对于有效减少注射美容并发症的发生具有重要意义。	1. 医疗机构成立由医务、临床科室、院感、药剂等部门组成的专项工作小组，加强对注射美容治疗的管理。 2. 医疗机构制定注射美容常见及严重并发症救治预案与流程，畅通机构内部或综合医院急诊科的绿色转运救治通道。 3. 医疗机构定期开展督导，保证操作人员、医疗行为、用药方式记录详实，上报数据真实准确，注射药品来源、注射美容室细菌环境符合规范。 4. 医疗机构应定期监测评估，明确注射美容并发

				症发生率的质控指标数据采集方法与数据内部验证程序，按季度进行数据分析、反馈。 5. 各级质控中心应积极组织开展行业培训，提高各医疗机构医务人员对注射美容并发症的认识和诊疗处理能力，指导各机构制订内部开展注射美容操作人员的准入、培训及考核制度。
5	产科专业	降低无医学指征的初产妇剖宫产率 （PIT-2025-06）	我国初产妇剖宫产率连续六年持续上升，从2018年的37.69%快速上升到2024年的50.62%，涨幅达34%，并已超过了2024年的总体剖宫产率（50.13%）。HQMS数据表明，产妇所在省份对医院剖宫产率变异的解释作用达到31.3%，而产妇的个人特征仅解释了2%。规范初产妇剖宫产手术指征评估，降低无医学指征的初产妇剖宫产率，对保护女性再次妊娠的生育力，减少剖宫产相关的母胎并发症风险，保护母婴安全具有重要意义。	1. 医疗机构规范剖宫产手术指征评估。利用新版《剖宫产手术专家共识》，定期组织开展剖宫产手术指征判别和手术规范化的继续教育和专题培训。 2. 医疗机构开展全孕期自然分娩健康宣教。强调把自然分娩的健康教育从临近分娩的时期提前至孕期保健，利用孕妇学校、互联网平台等手段，在整个孕期强化促进自然分娩的健康教育。 3. 医疗机构应开展持续监测。利用剖宫产手术单病种、HQMS等数据平台，对初产妇剖宫产的数据进行持续分析，监测初产妇剖宫产手术指征等获得性指标，及时发现问题，反馈问题，形成改进机制。 4. 医疗机构开展目标导向和证据驱动的质量改进。运用质量改进工具，开展“发现问题-分析原因-提出措施-实施改进-评估效果-巩固效果”全链条质量改进工作，降低初产妇剖宫产率。

				5. 医疗机构应加强区域联合控制。联合区域内医疗机构，包括各级公立医院和民营医院，共同开展专项行动，同步加强初产妇剖宫产手术管理。
6	儿科及小儿外科专业	提高儿童癫痫诊断分型准确率（PIT-2025-07）	儿童癫痫是最常见的儿童神经系统疾病之一，对患者、家庭和社会造成严重负担，准确的分型诊断对提升诊疗质量至关重要。现阶段，不同地区、不同医疗机构间诊疗水平不平衡，亟需进一步规范诊疗行为，推进同质化管理。	1. 医疗机构应成立由医务、质控、病案管理、儿科、神经内科、神经外科、功能神经外科、脑电图室及其他相关科室组成的专项工作小组，并指定牵头部门。 2. 医疗机构应制订符合本机构实际的儿童癫痫标准化诊疗方案，按照《提高儿童癫痫诊断分型率专项行动指导意见（第二版）》定期开展规范化培训，推动癫痫诊断分型准确率不断提升。 3. 医疗机构建立本机构儿童癫痫诊疗质量监测及评价机制，按照工作要求按时、准确上报儿童癫痫诊疗数据，定期分析、总结和反馈儿童癫痫诊断分型准确率。 4. 医疗机构运用质量管理工具查找、分析本机构影响儿童癫痫诊断分型准确率的根本原因，提出改进措施并落实。 5. 各级儿科及小儿外科专业质控中心开展儿童癫痫诊疗专题培训，定期监测和评价本区域诊疗质量，推动儿童癫痫诊疗同质化。

		降低川崎病患儿心脏事件发生率 （PIT-2025-08）	川崎病是一种病因不明、以全身非特异性血管炎为主要病理特征的疾病，主要发生于儿童期，可能导致严重心脏事件甚至死亡，是儿童后天性心脏病最常见的病因之一。目前国内各地诊治水平参差不齐，降低川崎病患儿心脏事件发生有助于儿科专业医疗质量改进。	1. 医疗机构应成立由医务、质控、儿科、心内科、心外科、心脏超声科等相关科室组成的专项工作小组，指定牵头部门。 2. 医疗机构应建立本机构川崎病诊疗质量及心脏事件发生率的监测及评价机制，按照工作要求按时、准确上报。 3. 医疗机构应参考川崎病诊断和急性期治疗专家共识，定期开展机构内医务人员培训。 4. 医疗机构可以运用质量管理工具，查找分析影响该目标实现的因素，提出改进措施并落实。 5. 各级质控中心对医疗机构开展相关培训与指导，推动形成川崎病心脏事件患者双向转诊机制。
7	口腔医学专业	降低种植体修复前脱落率 （PIT-2025-09）	口腔种植牙技术受到人民群众的广泛关注。种植体修复前脱落率是反映口腔种植技术成败的重要指标，通过降低种植体修复前脱落率有助于推动口腔种植技术诊疗质量水平的提高。	1. 医疗机构成立由医务、口腔科（或种植相关科室）、设备科、口腔护理等部门组成的专项工作小组，并指定牵头部门。 2. 医疗机构建立本机构降低种植体修复前脱落率相关管理制度并组织落实。 3. 医疗机构制订符合本机构实际的降低种植体修复前脱落率应用方案及标准化操作流程，进行院内规范化培训。 4. 医疗机构建立降低种植体修复前脱落率情况监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方

				法与数据内部验证程序，按季度进行本机构数据分析、反馈，并将目标改进情况纳入绩效管理，建立激励约束机制。 5. 医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，根据分析结果明确关键原因，制定改进措施并组织实施。
8	感染性疾病专业	提高抗流感病毒药物使用前流感病原学诊断阳性率 (PIT-2025-10)	抗流感病毒药物使用前流感病原学(抗原/核酸)诊断阳性率能反映医务人员对流感早期识别能力、高风险人群流感病原学送检意识和抗病毒治疗的规范性，以及医疗机构流感病原学检测能力。提高抗流感病毒药物使用前流感病原学诊断阳性率有利于流感早期识别、诊断和抗流感病毒药物的合理使用。	1. 医疗机构应建立由医务、门诊、信息、质控、检验和流感接诊收治科室等相关部门组成的专项工作小组。 2. 医疗机构加强流感病原学检测能力建设，制订本指标信息化提取方案，建立动态监测和评价管理机制。 3. 医疗机构应用质量管理工具，从送检、报告、试剂效能等关键点进行分析、查找影响本机构实现该目标的因素并持续改进。 4. 各级质控中心对相关医疗机构进行质控和专业培训。
9	急诊医学专业	提高心脏骤停患者出院存活率 (PIT-2025-11)	心脏骤停由于其高致死致残率，是严重威胁人民群众生命健康的重大公共卫生问题之一。目前，我国经院内救治的心脏骤停复苏患者，出院存活的比率与国际先进水平	1. 医疗机构与院前急救机构紧密衔接，提升院前急救能力，并利用信息化方式提高有效信息沟通效率。 2. 医疗机构由急诊科牵头，联合重症医学、心内、

			相比，仍然有较大差距。需要采取一系列措施，提高心脏骤停患者出院存活率。	神内、检验、医务等相关部门组建生命支持专项工作组，完善心脏骤停救治质量管理制度与工作机制，健全从基础生命支持、高级生命支持至自主循环恢复后治疗的全生存链流程，进一步提高多学科协作效率。 3. 医疗机构制定符合本机构实际的院内快速反应团队启动和复苏流程，对相关人员进行心肺复苏规范化培训和周期性演练。有条件的医院推进复苏监测与反馈设备的常规应用(如呼气末二氧化碳等生理指标监测)。 4. 医疗机构制订和优化针对心脏骤停后综合征监测与治疗的标准作业流程(包括神经功能监测、目标体温管理、循环和通气管理等)。 5. 医疗机构完善心脏骤停复苏及复苏后综合救治质量监测和评价机制，明确相关质控指标数据采集方法与内部验证程序。 6. 医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。 7. 各级质控中心加强对医疗机构指导、培训及质控工作。

10	康复医学专业	提高住院患者日常生活活动能力改善率（PIT-2025-12）	康复治疗是降低康复医学科住院患者致残率的重要手段之一，康复结局评价对帮助患者针对性地开展康复治疗有重要指导价值。康复医学科住院患者日常生活能力（ADL）改善率是反映康复治疗后功能改善的重要结局指标，也是康复治疗的重要目的。	1. 医疗机构继续推动临床早期康复介入，建立康复治疗多学科团队，促进康复医疗与临床科室的紧密合作，将早期康复理念贯穿于疾病诊疗全过程，鼓励临床科室设立以康复工作站为单元参与早期康复介入的模式。 2. 医疗机构建立本机构评分改善的监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法与数据内部校验程序，按季度进行数据分析、反馈，并将目标改进情况纳入科室绩效考核，建立激励约束机制。 3. 各级质控中心根据医疗机构功能定位和康复医疗临床需求，有计划、分层次地对医疗机构中从事康复医疗工作的人员开展康复诊疗技术培训和指导，实现 ADL 评定的同质化和标准化。
11	麻醉专业	提高手术＞2 小时全麻患者术中持续体温监测率（PIT-2025-13）	手术患者，尤其是全身麻醉手术患者受麻醉、手术等因素的影响，围术期易出现体温波动，手术超过＞2 小时患者低体温发生率明显增高。低体温会影响患者药物代谢、凝血功能及苏醒后状态。为促进围术期患者体温管理质量提升，通过对这部分低体温高风险患者术中持续体温监测，关注体温变化趋势，积极应用多种术中主动保温手	1. 医疗机构建立“围术期体温保护”专项工作组，制订围手术期体温管理策略，确定所在医疗机构手术＞2 小时的主要手术类别，积极落实持续体温监测。 2. 医疗机构结合国家麻醉质控中心 2023 年发布的《围术期患者低体温防控专家共识》相关要求，配置相关体温监测和主动保温设施、设备。 3. 医疗机构建立围术期患者体温管理数据监测系统，其中三级医疗机构应尽量直接从麻醉记录

			段，以降低其麻醉期间低体温发生率，整体提升围术期体温保护质量。	单体温数据获取体温监测率与低体温发生率情况。按季度进行本机构相关数据采集、分析和反馈。 4. 医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。
12	疼痛专业	提高癌症疼痛的规范化治疗率 （PIT-2025-14）	癌痛是肿瘤常见伴随症状，严重影响癌症患者生存、生活质量。癌症患者疼痛发生率为 63%，其中晚期肿瘤患者癌痛发生率高达 80%。目前，国内癌症疼痛的规范化诊疗率仅为 66.2%，且地区间差别较大。因此，提高癌症疼痛的规范化治疗率是保障治疗效果，减少不良反应，提高患者生活质量的重要手段。	1. 医疗机构成立由疼痛、肿瘤等相关临床科室、医务等部门组成的癌症疼痛工作组，疼痛科作为牵头科室。 2. 医疗机构应建立多学科合作机制，开展癌症疼痛住院患者 8 小时、24 小时及治疗后的疼痛动态评估，及时发现并开展癌症疼痛的多学科治疗。 3. 医疗机构定期开展相关培训，确保医护人员熟练掌握评估、药物治疗及手术治疗等相关诊疗流程，能够及时识别相关患者并给予规范治疗。 4. 医疗机构建立癌症疼痛医疗质量的多部门联合监测及评价机制，周期性反馈、分析数据，明确影响本机构实现该目标的因素，制定改进措施。
13	重症医学专业	提高感染性休克集束化治疗完成率 （PIT-2025-15）	详见国家医疗质量安全改进目标四。	

		提高中重度急性呼吸窘迫综合征患者俯卧位通气实施率 （PIT-2025-16）	急性呼吸窘迫综合征（ARDS）具有高发病率、高病死率及高致残率的特征，严重威胁人民群众的健康，也是呼吸道传染病主要的死亡原因之一。俯卧位通气是中重度 ARDS 患者重要的治疗措施之一。提高中重度 ARDS 患者俯卧位通气实施率对改善 ARDS 患者预后具有重要意义。	1. 医疗机构成立由重症、急诊、护理、医务、质管等相关部门组成的专项工作小组，制定相关制度。 2. 医疗机构定期开展相关培训，确保医护人员熟练掌握相关诊疗规范，能够及时识别并给予规范治疗。 3. 医疗机构建立中重度 ARDS 俯卧位治疗的多部门监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集上报制度，定期进行数据分析、反馈，建立激励约束机制。 4. 医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，制定改进措施并组织实施。 5. 各级质控中心开展宣传、培训、指导等工作，提高中重度 ARDS 俯卧位执行依从性、规范俯卧位实施流程。
14	临床营养专业	提高住院患者营养评估率 （PIT-2025-17）	推动开展营养评估工作，是探索建立营养评估体系，为患者提供营养诊疗循证依据、明确营养诊断的基础，体现了营养科专业核心技术价值。对提升营养科专业人员营养诊疗能力、助力营养诊疗与临床诊疗	1. 医疗机构建立由临床营养科及其他临床科室、医务科、信息科、病案科等相关部门组成的专项工作小组或技术团队，定期开展相关培训，确保专业人员熟练掌握营养评估技术及操作规范。

			相融合有重要意义。	2. 医疗机构制定符合本机构的实施方案，优化临床营养诊疗路径，规范营养评估流程和营养评估内容，提高营养评估的科学性、准确性。 3. 医疗机构建立住院患者营养评估率的监测及评价机制，建立激励约束机制，定期进行本机构数据分析、反馈并提出改进措施。 4. 医疗机构推动营养评估报告纳入病历系统，落实院、科两级医嘱执行程序，实现信息化管理。
15	健康体检与管理专业	提高重要异常结果随访率 （PIT-2025-18）	提高重要异常结果随访率强调健康体检与健康管理服务链的连续性。健康体检（管理）机构通过随访，提醒受检者重视对重要异常结果的管理，及时进行咨询、监测、复查等，接受规范的诊疗服务。通过对随访情况的综合分析、研判，协助受检者实施健康干预措施，开展健康管理。	1. 健康体检（管理）机构要建立重要异常结果随访管理制度，加强各岗位对重要异常结果报告，规范对重要异常结果的随访及登记管理。 2. 健康体检（管理）机构要通过对重点重要异常结果的随访，如肺结节、乳腺结节，推动建立完善规范化、个性化的随访路径。 3. 健康体检（管理）机构要运用质量管理工具，查找、分析影响实现目标的主要因素，研究提出改进措施并落实。 4. 有条件的健康体检（管理）机构要运用信息平台，在保证数据安全的基础上，对重要异常结果及随访数据进行分析，加强分析结果的运用。

16	脑损伤评价专业	提高脑死亡判定自主呼吸激发试验完整实施率（PIT-2025-19）	全球公认自主呼吸激发试验(AT)是脑死亡判定的关键项目，也是实践中技术性最强的部分。AT 相关质量指标对脑死判定规范性具有重要意义。	1. 医疗机构需要设立脑死亡判定质控人员，明确其任务与责任，接受规范化 AT 专业技术培训和质控管理培训。 2. 医疗机构对 COTRS 系统来源的脑死亡判定病例应当 72 小时内完成质控流程并反馈意见，每季度至少 1 次召开质控专题会议，以达到及时解决问题和实现持续改进的目的。 3. 医疗机构加强与 COTRS 联合质控，建立实时沟通反馈机制。
17	结构性心脏病专业	降低室间隔缺损封堵术后传导阻滞发生率（PIT-2025-20）	室间隔缺损封堵术后传导阻滞发生率是反映结构性心脏病介入医疗质量的重要指标。近年来，随着我国高龄产妇增多，室间隔缺损患者人数不断增加。实施有效的干预措施，降低室间隔缺损介入封堵术后传导阻滞发生率对于提高医疗质量、改善患者生活质量具有重要意义。	1. 医疗机构应成立多部门组成的工作组，制定工作制度，指定牵头部门和负责人。 2. 医疗机构应参照相关指南和共识制订符合本机构的室间隔缺损封堵术的标准化操作流程，保障人员、药品、设施、设备配置。 3. 医疗机构应加强室间隔缺损封堵术相关医务人员的规范化意识，定期开展培训，确保所有人员完全熟悉操作流程。 4. 医疗机构应为医务人员提供诊疗技术培训，持续提高医务人员室间隔缺损的诊疗能力。 5. 医疗机构应完善室间隔缺损封堵术后传导阻滞发生率的监测及评价机制，保障相关质控指标数据采集、分析及反馈的准确性和及时性，并建立激励约束机制；本地区医疗质量控制中心应协助提供宏观数据支持。

				6. 医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，根据分析结果明确关键原因，听取本地区医疗质量控制中心的建议，调整并保障改进措施的实施。 7. 本地区医疗质量控制中心应指导医疗机构建立病例讨论工作机制，针对病情复杂和术后发生严重传导阻滞的病例开展病例讨论工作。
18	心律失常介入技术	降低心脏植入型电子器械植入术住院死亡率（PIT-2025-21）	心脏植入型电子器械（CIED）植入术是心律失常的一线治疗手段，可有效治疗症状性心动过缓，预防心源性猝死。CIED 植入术在心律失常治疗领域发展快速，通过严格把握治疗适应证、优化流程管理和提高严重并发症的处理能力等环节降低 CIED 植入术住院死亡率，对于保障患者生命安全具有重要意义。	1. 医疗机构应成立由医务、临床科室、麻醉、护理等相关部门组成的专项工作小组，并指定牵头部门及负责人。 2. 医疗机构应建立院内 CIED 植入术严重并发症的应急预案及操作流程。 3. 医疗机构应加强心律失常诊疗的医生培训，确保医务人员严格把握手术适应证，熟练掌握严重并发症的处理流程。 4. 医疗机构应建立 CIED 植入术的监测及评价机制。明确相关质控指标数据采集方法与数据内部验证程序，进行数据分析、反馈，重点围绕 CIED 植入术的严重并发症和死亡病例展开病例讨论，分析原因，总结经验。并将目标改进情况纳入质量管理，建立激励约束机制。 5. 医疗机构运用质量管理工具，查找分析影响本机构实现该目标的因素，依据分析结果明确关

				键原因，制定改进措施并组织实施。
19	冠心病介入技术	提高左主干病变腔内影像使用率（PIT-2025-22）	左主干病变介入治疗因策略选择复杂、技术要求高、对患者预后影响大，是质控工作重点关注的对象。血管内影像技术包括血管内超声和光学干涉断层成像，在左主干介入治疗前可以精准评估病变狭窄程度（最小管腔面积）、病变分布和特征，帮助制定合理的手术策略和器械，在介入治疗过程中，可以评估支架覆盖病变情况、膨胀情况、贴壁情况、边缘有无撕裂等，帮助优化手术效果，减低患者围术期并发症风险并改善远期预后。目前国内外最新指南和共识对于应用血管内影像（血管内超声或光学干涉断层成像）指导和优化左主干病变介入治疗均为Ⅰ类推荐，A级证据。因此，这一指标的提高有助于改善患者近远期预后。	1. 医疗机构建立健全工作机制，明确组织架构，细化职责分工，落实监督责任，指导、规范血管内影像指导左主干病变介入治疗质控工作。 2. 医疗机构建立专人负责的左主干病变介入治疗患者信息登记、诊疗数据记录、随访管理、健康宣教制度，并对患者诊疗数据（是否接受血管内影像学指导、手术并发症和死亡）进行统计分析，提出提升医疗质量和医疗安全的改进措施。 3. 省级和地市级质控中心加强对质量改进目标的宣传培训，对未进行血管内影像学指导的病例加强质控相关指导。
20	神经系统疾病	提升急性脑梗死再灌注治疗率（PIT-2025-23）	详见国家医疗质量安全改进目标一。	

21	心血管系统疾病	提高急性ST段抬高型心肌梗死到院90分钟内行直接行经皮冠状动脉介入治疗的比例（PIT-2025-24）	急性心肌梗死是导致我国居民死亡的首要病种，心肌总缺血时间是决定心肌坏死面积大小的主要因素。提高再灌注治疗的及时性，早期有效地进行经皮冠状动脉介入治疗（PCI），有利于及早开通梗死相关血管，挽救大片濒死心肌细胞，缩小心肌梗死面积，保护心室功能，改善患者预后，取得最佳医疗结局。因此，提高急性ST段抬高型心肌梗死（STEMI）患者到院90分钟内行直接PCI的比例，对降低急性STEMI患者的致残率及死亡率，改善患者生活质量，减轻社会和家庭负担具有重要意义。	1. 医疗机构充分发挥由心内、急诊、检验、护理、影像等部门组成的急性STEMI患者再灌注治疗技术团队作用，加强多部门多学科协同联动，优化院前-院内衔接、院内流程和资源配置。 2. 医疗机构根据本机构实际情况不断完善急性STEMI患者急救方案及标准化操作流程，并持续进行院内再灌注治疗及时性规范化培训。保障医务人员随时到位，保障药品、设备、设施处于可用状态。加强患者及家属宣教。 3. 医疗机构进一步优化急性STEMI患者到院90分钟内行直接PCI比例的监测及评价机制，推进相关质控指标数据采集，加强数据内部验证，提高数据质量，并按季度进行本机构数据的分析、反馈。 4. 医疗机构建立急性STEMI患者再灌注治疗及时性改进工作激励约束机制，充分调动相关管理人员和医务人员的积极性，推动该目标的实现。 5. 医疗机构加强质量管理工具、质控数据的应用，查找、分析影响本机构实现急性STEMI患者再灌注治疗及时性改进目标的关键因素，以目标为导向提出和落实改进措施，并持续跟进改进效果。
22	肿瘤性疾病	提高肿瘤治疗前临床TNM分期评估率（PIT-2025-25）	详见国家医疗质量安全改进目标二。	

23	罕见病专业	提高罕见病的规范诊断和治疗率（PIT-2025-26）	针对罕见病漏诊误诊率高、诊疗质量良莠不齐的现状，重点推进已有规范化诊疗指南、实际诊疗规范性较差且疾病危害较大的罕见病的诊疗质量提升。纳入的5种罕见病分别是：进行性肌营养不良、特发性心肌病、非典型溶血尿毒症综合征（aHUS）、免疫球蛋白G4（IgG4）相关性疾病、抗中性粒细胞胞质抗体（ANCA）相关性血管炎。	1. 医疗机构应进行院内罕见病规范化诊疗体系建设，成立由医务、临床科室、医技、药学、病案、护理等部门组成的罕见病多学科团队，并指定牵头部门。 2. 医疗机构应重点加强罕见病多学科合作诊疗机制，并建立完善的转诊机制。 3. 医疗机构应组织罕见病所属专科的科室骨干参加国家和省级质控中心组织的规范化诊疗培训，并定期在院内开展相关培训，确保医护人员熟练掌握相关诊疗规范，能够及时识别、正确诊断相关患者并给予规范化治疗。 4. 医疗机构建立本机构5种罕见病单病种诊疗的监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法与数据内部验证程序，按季度进行数据分析、反馈。 5. 医疗机构运用质量管理工具，查找分析影响本机构5种罕见病规范诊断及治疗率不足的因素，提出改进措施并落实。

24	护理管理	降低血管内血液净化用中心静脉导管血流感染发生率 （PIT-2025-27）	降低血管内导管相关血流感染发生率，自 2021 年起一直作为国家质控工作改进目标在持续推动中，2021-2023 年改善重点关注中心静脉导管（CVC）和经外周静脉置入中心静脉导管（PICC）所致的血流感染。2023 年底在实际调研中了解到目前血液净化用中心静脉导管相关血流感染发生率比较高且关注不足，为此 2024 年“降低血管内导管相关血流感染发生率”的改善重点扩展了血液净化用中心静脉导管相关血流感染，组织制定了相关护理预防措施和质控重点，并开始数据监测与改进，经过一年推动，取得了初步成效，但仍应持续推动。	1. 医疗机构组织开展多部门联合培训和考核，确保医师、护士、检验等相关人员掌握血液净化用中心静脉导管相关血流感染的预防措施、诊断标准及数据上报流程制度。 2. 医疗机构目标改进小组着力落实血液净化用中心静脉导管相关血流感染的预防、诊断、数据上报、监测与评价制度。 3. 医疗机构运用质量管理工具进行数据分析，梳理、查找自身存在的问题，调整、优化改进措施并推进落实。 4. 医疗机构梳理各科室在实现改进目标的过程中解决的技术、管理或合作等方面经验或案例，院内分享交流，激励持续改进。 5. 有条件的医疗机构可以将改善重点从住院患者扩展到门诊患者，将改进范围由院内延伸到院外。
25	药事管理	降低住院患者静脉输液使用率 （PIT-2025-28）	静脉输液是现代药物治疗的重要给药途径，在治疗某些疾病和挽救患者方面具有不可替代的作用。但是，静脉输液治疗的不合理使用，不仅不能改善患者治疗效果，还存在更多安全隐患，增加不必要的医疗成本。连续几年的《国家医疗服	1. 医疗机构成立由医务、临床科室、药学、护理、质控、信息等部门组成的专项工作小组，完善静脉输液治疗管理相关工作制度和机制。 2. 医疗机构加强制度建设，优化药品供应机制，保障常用药物口服、外用等剂型的合理供应。完善本机构无需静脉输液治疗的病种清单。

			务与质量安全报告》显示，我国二级以上医院住院患者静脉输液治疗比例居高不下，需要采取综合措施予以干预，以维护医疗安全和患者权益。	3. 医疗机构加强静脉输液使用指征管理，关注重点药物、科室、疾病的静脉药物使用情况。提高围术期预防用抗菌药物的静脉用药规范使用率，持续积累临床管理和实践证据。 4. 医疗机构定期进行临床诊疗指南的培训，加强循证理念的教育，促进医务人员科学选择给药方式，建立优化给药途径的激励约束机制。 5. 医疗机构建立本机构静脉输液治疗的监测、评价及规范使用的激励机制，明确相关质控指标数据采集方法与数据内部验证程序，按季度进行本机构数据分析、反馈，并组织人员对评价指标结果进行点评。 6. 医疗机构强化静脉输液治疗药物监测和预警机制，关注静脉输液治疗药物使用频次、数量、药品种类和不良反应/事件等情况，并向临床及时反馈预警信息。 7. 医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。
26	临床检验专业	提高室间质量评价临床检验项目参加率（PIT-2025-29）	室间质量评价是临床实验室保证和改进检验质量的重要手段，是三级/二级公立医院绩效监测中的重要指标。国家卫生健康委临床检验中心及各省级临床检验中心组织	1. 医疗机构成立专项工作小组，完善室间质量评价临床检验项目参加率的相关制度、工作机制。 2. 医疗机构加强培训工作，持续提高医务人员对参加室间质量评价的意识，引导和鼓励所有临

			的室间质量评价活动，通过监测及反馈机制，分析影响医疗机构实现该目标的因素，提出改进措施，对保证检验结果的可比性和同质性，推进临床检验结果互认，提高我国临床检验质量有重要意义。	床实验室积极参加室间质量评价活动。 3. 医疗机构建立及完善本机构室间质量评价参加率和合格率（不及格原因）的监测及反馈机制，按计划、次数进行本机构数据分析、反馈。 4. 医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。
27	病理专业	提高分子病理室间质评参加率（PIT-2025-30）	分子病理是病理诊断新技术，为精准病理诊断提供理论支撑和实践指导，是精准诊疗的重要环节。分子病理检测的规范性对结果的准确意义重大，提高分子病理室间质评参与率能够提升对分子病理检测规范性及准确的质量控制和管理。	1. 医疗机构成立专项工作小组，完善分子病理室间质评参加率的相关制度、工作机制。 2. 医疗机构定期在机构内部进行相关工作的培训与继续教育，持续提高分子病理相关从业人员对参加室间质评的意识，明确相关质控指标数据采集方法。 3. 医疗机构根据实际情况制定本机构分子病理质评参与制度与监管程序，设立分子病理质控岗位，并纳入绩效管理，建立激励约束机制。 4. 医疗机构运用质控管理工具，查找、分析影响本机构参与分子病理质控的因素，提出改进措施并落实。
28	超声诊断专业	提高乳腺病变超声报告进行乳腺影像报告和数据系统分类率	乳腺病变超声报告进行乳腺影像报告和数据系统（BI-RADS）分类率是指单位时间内，进行 BI-RADS	1. 医疗机构成立改进目标专项工作小组，制定工作计划，明确责任、有效落实。

		（PIT-2025-31）	分类的乳腺病变超声报告数占同期乳腺病变超声报告总数的比例。BI-RADS 分类率是反映乳腺超声检查规范性的重要指标，能反映一定时期内乳腺超声的工作质量，体现超声医生在检查过程的规范性、对乳腺病灶的分析及诊断结论。提高 BI-RADS 分类率可以提高超声医生对指南的掌握程度，促进乳腺超声存图、报告书写的规范性，对乳腺疾病的临床诊疗工作起到重要的安全保障作用。	2. 医疗机构定期进行相关培训与再教育，加强人才队伍建设，开展 BI-RADS 指南的课程学习，提高乳腺病变超声报告进行 BI-RADS 分类率。 3. 医疗机构建立乳腺病变超声进行 BI-RADS 分类率的监测及评价机制，按照工作要求按时、准确上报数据，定期分析、总结和反馈。 4. 医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现改进目标的因素，提出改进措施并落实。
29	放射影像专业	提高放射影像诊断符合率 （PIT-2025-32）	放射影像诊断符合率是指住院患者放射影像报告诊断，与患者病理报告诊断或临床诊断相一致的比例。这一比率属于结局类指标，反映放射检查流程规范性、检查技术规范性、诊断能力质量。放射影像报告对于住院患者明确诊断、指导治疗方案、提高预后等诊疗环节均具有重要的临床作用。放射影像检查项目包括但不限于 X 线、CT 和磁共振等。	1. 医疗机构建立住院患者临床/病理诊断的随访制度。 2. 医疗机构成立由医务处、放射科、病理科、病案科等部门组成专项工作小组，建立本机构放射影像诊断质量管理和提升制度、病理和临床诊断查询反馈流程。 3. 医疗机构定期开展影像操作技术规范培训，指导放射科技师做好放射影像检查前患者准备、检查技术规范和图像质量质控。 4. 医疗机构定期针对放射科诊断医师开展与放射影像诊断相关的专家共识及指南、疾病放射影像诊断和鉴别诊断的相关培训与继续教育。

				5. 医疗机构对相关人员进行质控指标数据采集方法培训，建立本机构放射影像诊断报告质量的监测及评价机制，建立指标的内部验证程序，按季度进行本机构数据分析、反馈，建立激励及约束机制。 6. 医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。
30	核医学专业	提高室间质量评价项目参加率（PIT-2025-33）	室间质评反映实验室参加室间质评计划进行外部质量监测的情况，体现实验室检验结果的可比性和同质性，同时为临床检验结果互认提供科学依据。	1. 医疗机构成立核医学专项质控工作小组，完善核医学专业医疗质量管理的相关制度、工作机制。 2. 医疗机构加强核医学专业质量控制培训工作，持续提高室间质量评价项目参加率的专业意识。 3. 医疗机构建立及完善本机构室间质量评价项目参加率的评价和监督机制，按季度进行本机构数据分析、反馈，建立激励约束机制。 4. 医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。
31	门诊管理	提高标准门诊诊断使用率（PIT-2025-34）	提高标准门诊诊断使用率，是提高门诊病历书写规范化水平、保障门诊病历书写质量、强化门诊医疗质量控制的重要内容。进一步提高医	1. 医疗机构应成立由医务（门诊）、临床科室、医技科室、信息等部门组成的专项工作小组，在门诊电子病历书写及管理相关工作制度基础上，加强对使用标准门诊诊断的管理。

			疗机构使用标准门诊诊断率，是加强门诊医疗质量控制的重要基础性工作。	2. 医疗机构优化门诊电子病历信息系统，对标准门诊诊断使用实施质量控制。 3. 医疗机构加强门诊病历标准诊断的培训，提高临床医生规范书写能力。 4. 医疗机构建立本机构标准门诊诊断使用率的监测及评价机制，明确职责，定期进行数据分析、反馈。 5. 医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，不断持续改进，提高标准门诊诊断使用率。 6. 有条件的医疗机构配置信息化智能化设备，辅助医务人员提升标准门诊诊断使用的便捷性。
32	病案管理	提高住院病案首页诊断及手术编码正确率（PIT-2025-35）	住院病案首页诊断及手术包括主要诊断、其他诊断（并发症和合并症）、主要手术和其他手术，是病种和术种质量管理、临床路径管理的数据基础，也是应用 DRG 这一评价工具对医院进行绩效评估的重要依据。提升病案首页诊断和手术编码正确率是提升病案首页质量的重要内容，对正确统计医院及地区疾病谱、支撑 DRG 分组、评价医疗质量安全水平和技术能力等工作具有重要的基础性支撑作用。	1. 医疗机构应明确相关职能部门和临床科室在首页质量管理中的职责和任务，不断完善本机构制度化、常态化、结合病历全程质控的病案首页数据质控机制。 2. 医疗机构加强培训工作，持续提高医务人员病案首页填写的规范性、完整性、准确性。提高编码员对诊断的选择原则、编码原则等专业知识的掌握能力。 3. 医疗机构应强化临床医生临床基本功训练，提高临床工作能力，确保首页诊治信息与病历内容的一致性，避免漏诊、误诊、诊断无依据、手术操作无记录的情况发生。

				4. 医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出持续改进措施并落实。
		提高门(急)诊诊疗信息页采集上报率(PIT-2025-36)	门(急)诊诊疗信息页是医院根据门(急)诊病历和患者在本院门(急)诊就诊期间产生的各项信息汇总形成的反映患者本次就诊过程的信息摘要，包括患者基本信息、就诊过程信息、诊疗信息以及费用信息等。做好门(急)诊诊疗相关信息采集工作，夯实医疗管理工作的数据基础，对提高整体医疗服务质量具有重要作用。	1. 医疗机构医务部门、门诊部门和病案管理部门应当定期对本院门（急）诊信息页包含信息的完整性、规范性、真实性、准确性进行分析，以问题为导向不断提升门（急）诊诊疗信息质量。 2. 医疗机构应将门(急)诊病历纳入本院病历质量管理与控制体系，并根据门(急)诊病历特点建立质控工作机制，在医院和科室层面定期组织开展相关质控工作，保障门(急)诊病历质量。 3. 医疗机构应当根据国家有关质控指标，利用本院门（急）诊诊疗信息加强管理，分析门(急)诊运行管理和诊疗质量情况，并根据分析结果开展针对性改进工作。 4. 医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。
33	医院感染管理	降低(特定)I类切口手术部位感染率(PIT-2025-37)	I类切口又称清洁切口，I类切口手术部位感染率是反映手术质量的重要指标。选择以I类切口手术部位感染中相对占比较高、危害性较严重的脑出血、髋关节置换和膝关节置换三个单病种作为重点监	1. 医疗机构建立由院感、医务、临床科室、护理、麻醉、药学、信息等相关部门组成的专项工作小组。 2. 医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。

			测的Ⅰ类切口手术，以此为切入点开展各项改进工作，有效降低Ⅰ类切口手术部位感染发生。	3. 医疗机构定期开展相关培训，提升临床医务人员感染防控意识和措施落实效果。 4. 医疗机构建立持续改进的工作机制。强化监测及评价，明确相关指标数据采集方法与数据内部验证程序，提高数据采集-分析-反馈的质量和效率，做好改进工作评价，加强监测指标纳入日常考核管理。
34	综合介入技术	提高肝细胞癌患者接受经动脉化疗栓塞治疗前临床中国肝癌分期评估率 （PIT-2025-38）	肿瘤精准治疗的关键在于准确分期，这是制定个体化治疗方案的基础。《原发性肝癌诊疗指南（2024版）》基于患者体力状态评分、肝功能、肿瘤特征等，提出了适用于我国的临床中国肝癌（CNLC）分期标准，为临床实践提供了科学依据。研究表明，经动脉化疗栓塞（TACE）联合靶免治疗显著延长了患者生存期，改善生存质量，降低不良反应及经济负担。准确分期还可帮助评估肿瘤负担、优化TACE栓塞材料选择，提升治疗效果，并为后续决策提供科学参考，是提高肝癌综合治疗效果的重要基础。	1. 医疗机构成立由医务、质控、介入、肿瘤、肝外、肝病、影像等相关部门组成的专项工作小组，并指定实施TACE治疗主体的介入科牵头落实此项内容。 2. 医疗机构定期开展相关培训，确保从事肝癌诊疗的医护人员熟练掌握《原发性肝癌诊疗指南（2024版）》和《中国肝细胞癌经肝动脉化疗栓塞（TACE）治疗临床实践指南》等相关指南规范，准确分期并在病历和首页内予以体现，尤其是分期在Ⅰb至ⅢⅠb期适合TACE治疗的肝癌患者。 3. 医疗机构运用质量管理工具，明确质控指标数据的采集和监测、反馈机制，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，按季度分科室进行数据分析反馈，制定改进措施并贯彻落实。
35	外周血管	降低颈动脉狭窄介入	患者在颈动脉狭窄介入治疗术后	1. 医疗机构应成立由临床科室、医务、护理等部

	介入技术	治疗术术后住院期间卒中发生率 （PIT-2025-39）	发生卒中，不仅可能导致神经功能受损，严重影响患者的生活质量，还可能对患者的生命构成威胁。因此，实施颈动脉狭窄介入治疗术的医疗机构应当尽可能采取措施，以降低术后住院期间的卒中发生率。	门组成的专项工作小组，加强对颈动脉狭窄介入手术的规范化管理。 2. 医疗机构应加强颈动脉狭窄介入手术诊疗的培训，学习国内外指南，严格把握手术适应证、优化手术流程管理、增强并发症处理能力。 3. 医疗机构根据本机构实际情况，制定阶段目标值，并建立配套颈动脉狭窄介入治疗术术后住院期间卒中发生率监测及评价机制。 4. 医疗机构应充分利用质量管理工具，查找并分析影响本机构实现该目标的因素，制定持续的改进措施。 5. 各级质控中心应做好区域内医疗机构的质控、督导和培训工作。
36	精神医学专业	提高出院精神分裂症患者单一抗精神病药物治疗率 （PIT-2025-40）	精神分裂症患者治疗应遵循单一抗精神病药物治疗的原则，除难治性病例外，原则上不联合使用两种或两种以上的抗精神病药物。提高出院精神分裂症患者单一抗精神病药物治疗率，有利于规范临床诊疗行为，保障患者用药安全，减少因药物相互作用而可能引发的各种不良反应和风险。	1. 医疗机构应成立由医务、临床科室、医技、药学、病案、护理、信息等部门组成的专项工作小组。 2. 医疗机构应依托相关信息数据库，完善出院患者用药种类数据的采集机制。借助信息化手段，建立动态的医嘱数据监测机制，及时提示药物联用风险。 3. 医疗机构应定期组织合理用药相关的讲座培训，确保医务人员熟练掌握相关诊疗规范，确保医务人员、处方管理人员形成规范的用药、换药流程和习惯，给予患者规范化治疗。

				4. 医疗机构运用质量管理工具，查找分析影响本机构不合理用药的因素，提出改进措施并落实。
		提高住院患者入院24小时内危险行为风险评估率 （PIT-2025-41）	精神障碍患者住院期间发生自伤、自杀、伤人、毁物等危险行为，给患者本人、其他患者以及医务人员带来诸多不良影响，并导致住院时间延长，增加医疗成本。提高精神分裂症、分裂型障碍和妄想型障碍，以及心境（情感）障碍的入院风险评估率，尽早识别各类风险的相关因素，预防高危因素恶化，有效缓解高危因素相关的临床症状，防止危险行为发生，对患者个人、病房管理及社会稳定均具有重要意义。	1. 医疗机构成立由医务、护理、信息与后勤保卫等相关部门组成的专项工作小组，制定相关工作方案与制度。 2. 医疗机构根据自身情况，选择适合的风险评估工具，建立规范化的危险行为评估流程。 3. 医疗机构定期开展相关培训，确保医护人员熟练掌握相关风险评估与防范的工作规范，能够及时识别相关患者并给予规范干预。 4. 医疗机构建立监测及评价机制，定期进行数据分析、反馈。建立激励约束机制，提高相关管理人员和医务人员积极性。 5. 医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，制定改进措施并组织实施。
37	耳鼻咽喉科专业	提高慢性中耳炎规范诊疗率 （PIT-2025-42）	慢性中耳炎是耳科最常见的疾病之一，实现规范和准确的分型诊断，是治疗方案选择和诊疗质量提升的关键。全国调研结果显示，目前此类疾病诊断名称复杂多样，规范性差，亟需改进。	1. 医疗机构应成立由耳鼻咽喉、医务、信息、病案等相关科室组成的专项工作小组，并指定牵头部门。 2. 医疗机构参照慢性中耳炎诊断和分型指南，形成标准化的诊疗方案，并进行定期分析总结和数据反馈。 3. 医疗机构应定期开展规范化培训，推动慢性中

				耳炎规范诊疗率提升。 4. 医疗机构可以运用质量管理工具，查找分析影响该目标实现的因素，提出改进措施并落实。 5. 各级质控中心对医疗机构开展相关培训与指导，加强对中耳炎分型的认识。
		提高慢性鼻窦炎手术患者病理送检率（PIT-2025-43）	慢性鼻窦炎是一种常见的鼻腔鼻窦黏膜的慢性炎症性疾病，其病理的内在分型决定了慢性鼻窦炎的病情进展、治疗方案及预后情况。提高慢性鼻窦炎手术患者病理送检率，将有助于对不同内在分型患者进行精准化治疗及长期管理，从而减少疾病的复发风险，提升患者生活质量。	1. 医疗机构应建立健全工作机制，明确组织架构，根据医院实际情况成立由医务、质控、耳鼻咽喉、病理等相关部门组成的专项工作小组，并指定牵头部门。 2. 医疗机构要加强医疗质量管理能力培训工作，持续提高对慢性鼻窦炎手术患者进行病理送检的专业意识。 3. 医疗机构应建立慢性鼻窦炎手术患者病理送检率的监测及评价机制，明确相关质控指标采集方法，按季度进行数据分析与反馈，并将目标改进情况纳入绩效管理，建立激励约束机制。 4. 医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。 5. 各级质控中心做好区域内医疗机构质控、指导、培训工作，定期监测和评价医疗质量。
38	血液内科专业	提高初诊急性白血病形态学、免疫学、细胞遗传学与分子生物	形态学、免疫学、细胞遗传学与分子生物学整合诊断分型（MICM分型）模式是目前国内外急性白血病	1. 医疗机构定期在机构内部进行相关工作的培训与教育，加强基层医疗机构诊断能力，提高急性白血病亚型的诊断精确性。

		学整合诊断分型检测的执行率 (PIT-2025-44)	诊断分型及预后分层的标准化模式，基于MICM模式对初诊急性白血病患者进行精准诊断分层，从而制定标准化、规范化、个体化治疗策略，对指导临床治疗方案、疗效及预后的判断都具有十分重要的意义。	2. 医疗机构采取多学科协作诊疗模式，通过定期开展多学科会诊和讨论，利用各相关专业优势和经验，提高血液病的诊断和治疗水平。 3. 医疗机构建立急性白血病诊疗的监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法与数据内部验证程序，根据机构实际进行数据分析、反馈。 4. 医疗机构运用质控管理工具，查找、分析影响本机构形态学、免疫学、细胞遗传学和分子生物学检测质控的因素，提出改进措施并落实。
		提升初诊淋巴瘤及初诊多发性骨髓瘤精准诊断率与风险分层标准化实施率 (PIT-2025-45)	精准诊断和标准风险分层是淋巴瘤和骨髓瘤规范化治疗和预后评估的基础。然而，目前部分患者的诊断和风险分层存在不一致和缺失，影响后续治疗的准确性和效果。因此，提高精准诊断和风险分层的实施率，确保治疗的规范化，是当前急需解决的关键问题。	1. 医疗机构推动多学科协作，加强基层医疗单位医师培训，提升初诊淋巴瘤和骨髓瘤患者精准诊断率与风险分层标准化实施率的意识和能力。 2. 医疗机构完善结构化病史报告系统建设，实现病史信息联动，同时监测诊断等相关质控指标，并定期反馈指标数据。 3. 医疗机构完善持续监测平台及评价反馈机制，定期进行本机构数据分析、反馈，建立激励约束机制。 4. 医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。
39	胸外科专业	降低肺占位性病变手术病理诊断良性结果比例 (PIT-2025-46)	根据临床指南和规范要求，肺占位性病病变应根据准确评估肺占位性病变患者的手术适应症，制订相应诊疗方案，确保规范化诊疗得到落实，从而为患者提供更加科学和	1. 医疗机构成立由医务处、胸外科、肿瘤内科、病理科、影像科及其他临床科室组成的专项工作小组，加强本机构胸外科诊疗规范化管理，定期进行相关工作的培训。

			精准的治疗。因此，降低肺占位性病变手术病理诊断良性结果比例，可以有效减少不必要的手术干预，提升胸外科规范化诊疗水平。	2. 建立本机构肺占位性病变手术病理结果的监测及评价机制，明确数据采集方法，按季度进行数据分析、反馈，建立激励约束机制。 3. 医疗机构应组织胸外科医务人员参加规范化诊疗和质控培训，并定期在院内开展相关培训，确保医护人员熟练掌握相关诊疗规范，能够准确把握手术适应症。 4. 医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。
		降低胸壁畸形手术术后并发症发生率（PIT-2025-47）	胸壁畸形手术术后的并发症对患者的经济负担和生活质量造成了严重影响。常见的并发症，如伤口感染和愈合不良，不仅可能影响手术治疗效果，导致医疗费用显著增加，还会加重患者的心理压力。因此，降低胸壁畸形手术术后并发症发生率对于提升医疗质量、保障患者安全具有重要的意义。	1. 医疗机构建立由胸外科及相关部门组成的专项工作小组，完善胸壁畸形术后并发症预防的相关工作制度和机制。 2. 医疗机构加强培训工作，持续提高医务人员对患者术前评估的规范性和准确性，从而优化术前准备和促进术后恢复。 3. 医疗机构不断提升手术技术，优化操作流程，减少人工材料的植入，如去除不必要的固定片，有效预防皮下积液形成，从而促进伤口愈合和患者恢复。 4. 医疗机构加强术后观察，密切监测患者的相关指标，早期发现潜在的感染迹象，对任何异常情况迅速采取行动。 5. 医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，根据分析结果明确关键原因，制定改进措施并组织实施。

		降低胸腔镜肺叶切除术死亡发生率（PIT-2025-48）	胸腔镜肺叶切除手术具有创伤小、恢复快的特点，是目前广泛应用于肺部疾病的外科手术方法。而围术期死亡率，不仅直接反映了手术的质量与安全性，更是衡量整体医疗管理成效的核心指标之一。	1. 医疗机构建立由医务处、胸外科、病案室成立的专项工作组，指导完善本机构胸腔镜肺叶切除手术患者围手术期、并发症预防的管理制度和实施方案。 2. 医疗机构加强手术管理，完善复杂或高危胸腔镜肺叶切除手术患者术前讨论制度、手术安全核查制度等手术相关管理制度落实到位。 3. 医疗机构加强医疗质量管理能力培训，动员相关科室全员参与质量改进。定期开展胸腔镜肺叶切除手术相关操作规范的培训与再教育。 4. 医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，根据分析结果明确关键原因，制定改进措施并组织实施。
40	皮肤和性传播疾病专业	提高皮肤病治疗中免疫抑制剂、生物制剂和小分子靶向药用药前、用药期间筛查率（PIT-2025-49）	皮肤病治疗过程中，对于重症或顽固难治病例的治疗离不开免疫抑制剂、生物制剂或小分子靶向药物。这类药物在发挥治疗作用的同时也存在一定风险，因此用药前筛查适用患者和用药期间定期检测及时发现不良反应尤为重要。目前，我国尚有20%-36%的医院在使用该类药物前或期间未进行筛查。临床上迫切需要采取有效措施，强化各级医疗机构皮肤科医生对该类药物的认识，提高用药前及用药	1. 医疗机构应按照专业改进目标，成立专项工作小组，按照改进目标制定工作计划和管理制度，明确责任，有效落实各项相关工作。 2. 医疗机构应制定详细计划，开展免疫抑制剂、生物制剂和小分子靶向药的用药培训，建立监管机制。 3. 医疗机构建立改进目标实施、监督、评价的工作制度和机制，按季度分析本机构工作计划落实情况和目标质控数据结果，持续推进目标改进。 4. 医疗机构应定期开展督导，保证医疗行为及用药记录详实、上报数据真实准确。

			期间筛查率，这对于提升该类药物的规范化用药水平，避免药物滥用，降低药物不良反应发生率具有重要意义。	5. 各级质控中心做好区域内医疗机构质控、指导、培训工作，提高各医疗机构医务人员对免疫抑制剂、生物制剂和小分子靶向药的认识和规范处理能力。
		提高门诊梅毒患者的规范治疗率 （PIT-2025-50）	梅毒是世界范围内常见的性传播疾病之一。根据我国法定传染病报告数据，梅毒报告病例数居全国甲乙类法定传染病第三位。有效治疗梅毒患者是控制梅毒传播、消除梅毒危害的关键环节。	1. 医疗机构按照专业改进目标，建立由皮肤性病科、医务、门诊、信息、检验和其他梅毒接诊收治科室等相关部门组成的专项工作小组，制定质量改进目标管理制度。 2. 医疗机构应加强梅毒实验室检测能力建设和梅毒治疗药物的配备。 3. 医疗机构应制订本指标信息化提取方案，建立动态监测和评价管理机制。 4. 医疗机构应根据《梅毒诊断 WS 273-2018》、《梅毒、淋病和生殖道沙眼衣原体感染诊疗指南（2020年）》中的梅毒推荐治疗方案，开展梅毒的规范化诊断及治疗管理，定期开展相关工作培训，提高梅毒诊疗水平。 5. 各级质控中心加强对医疗机构指导、培训工作。

国家三级公立医院绩效监测操作手册

（2025 版）

国家卫生健康委三级公立医院

绩效监测工作领导小组

2025 年 3 月

前　言

为深入贯彻落实《国务院办公厅关于加强三级公立医院绩效考核工作的意见》（国办发〔2019〕4号）要求，保证三级公立医院绩效监测工作规范化、标准化、同质化，通过现场调研、会议座谈、平台反馈、自评报告等多渠道搜集相关单位意见建议。在《国家三级公立医院绩效考核操作手册（2024版）》（以下简称《操作手册（2024版）》）的基础上，结合最新政策文件，组织专家研究，修订形成《国家三级公立医院绩效监测操作手册（2025版）》。

一、修订原则

（一）稳定性。延续《操作手册（2024版）》中明确的绩效监测范围和指标顺序。指标名称、指标属性、计算公式、指标来源和指标导向等内容基本不变。

（二）统一性。为规范数据采集，统一指标说明、指标意义和相同数据的统计口径。

（三）准确性。确认有关指标定义、指标说明和指标意义中涉及的数字、年份、内容、依据和脚注等，以最新政策文件和《国家卫生健康统计调查制度》为依据对其进行补充完善，保证权威性和准确性。

（四）简洁性。修订文字表述，将需要阐明的概念以脚注形式标注，使“指标说明”更直接清晰，便于使用者查找核对。

二、修订内容

（一）增加指标监测内容。在指标37-41的延伸指标中追加剔除纳入创新药应用指导目录中药品收入。

（二）补充及更新相关工作要求。将最新规范性文件作为指标统计依据，如加入《关于加强首诊和转诊服务 提升医疗服务连续性的通知》（国卫办医政发〔2024〕21号）、《国务院办公厅关于印发〈深化医药卫生体制改革2024年重点工作任务〉的通知》（国办发〔2024〕29号）等文件。涉及指标1、2、13、16、21、33、34、45、51共9个。

（三）进一步明确指标内涵。根据专家意见和政策要求细化指标意义和说明，涉及指标4、6、10、14、16、44、49、50、51共9个。

为使相关数据具有可比性，实施动态监测，针对各省医疗服务价格调整、支付方式改革对监测指标产生较大影响的，需提供说明材料。除特殊说明外，本次监测的定量指标数据在既往基础上增加2024年度数据。各地应按照属地化原则加强数据质控，提升数据质量，不断探索运用数据质量作为系数对指标结果进行调整的应用机制。

全国三级公立医院绩效监测既是一项开创性工作，也是一项需要持续改进的工作。感谢来自各地的宝贵意见和建议，这些意见建议是完善操作手册的基础，更是扎实、高质量推进三级公立医院绩效监测工作的助力器。

特别说明，根据《中华人民共和国数据安全法》《信息安全技术网络安全等级保护基本要求》等文件要求，公立医院绩效监测平台登录需各公立医院完成实名认证，使用数字证书进行系统登录及相关操作。

三级公立中医医院绩效监测操作手册另行制定印发。

国家卫生健康委三级公立医院
绩效监测工作领导小组办公室
2025 年 3 月

目 录

一、三级公立医院绩效监测指标概览.....1
二、三级公立医院绩效监测指标.....3
1.门诊人次数与出院人次数比.....3
2.下转患者人次数（门急诊、住院）.....5
3.日间手术占择期手术比例.....8
4.出院患者手术占比▲.....11
5.出院患者微创手术占比▲.....13
6.出院患者四级手术比例▲.....15
7.特需医疗服务占比.....17
8.手术患者并发症发生率▲.....20
9.I 类切口手术部位感染率▲.....22
10.单病种质量控制▲.....24
11.大型医用设备检查阳性率.....31
12.大型医用设备维修保养及质量控制管理.....33
13.通过国家室间质量评价的临床检验项目数▲.....37
14.低风险组病例死亡率▲.....40
15.优质护理服务病房覆盖率.....42
16.点评处方占处方总数的比例.....45

17.抗菌药物使用强度（DDDs）▲.....49
18.门诊患者基本药物处方占比.....52
19.住院患者基本药物使用率.....56
20.基本药物采购品种数占比.....58
21.国家组织药品集中采购中标药品使用比例.....62
22.门诊患者平均预约诊疗率.....66
23.门诊患者预约后平均等待时间.....68
24.电子病历应用功能水平分级▲.....70
25.每名执业医师日均住院工作负担.....73
26.每百张病床药师人数.....75
27.门诊收入占医疗收入比例.....77
28.门诊收入中来自医保基金的比例.....79
29.住院收入占医疗收入比例.....82
30.住院收入中来自医保基金的比例.....83
31.医疗服务收入（不含药品、耗材、检查检验收入）占医疗收入比例▲.....84
32.辅助用药收入占比.....87
33.人员支出占业务支出比重▲.....89
34.万元收入能耗支出▲.....92
35.收支结余▲.....94

36.资产负债率▲.....96
37.医疗收入增幅.....98
38.门诊次均费用增幅▲.....100
39.门诊次均药品费用增幅▲.....102
40.住院次均费用增幅▲.....104
41.住院次均药品费用增幅▲.....106
42.全面预算管理.....108
43.规范设立总会计师.....111
44.卫生技术人员职称结构.....113
45.麻醉、儿科、重症、病理、中医医师占比▲.....115
46.医护比▲.....118
47.医院接受其他医院（尤其是对口支援医院、医联体内医院）进修并返回原医院独立工作人数占比.....120
48.医院住院医师首次参加医师资格考试通过率▲.....123
49.医院承担培养医学人才的工作成效.....131
50.每百名卫生技术人员科研项目经费▲.....138
51.每百名卫生技术人员科研成果转化金额.....140
52.公共信用综合评价等级.....142
53.门诊患者满意度▲.....143
54.住院患者满意度▲.....145

55.医务人员满意度▲.....146
增 1：重点监控高值医用耗材收入占比.....148
三、附件.....150
附件 1 日间手术推荐目录（2022 版）.....150
附件 2 大型医用设备配置许可管理目录.....175
附件 3 第一批国家重点监控合理用药药品目录.....176
附件 4 第一批国家高值医用耗材重点治理清单.....177
附件 5 三级公立医院绩效监测自评报告.....179
附件 6 三级公立医院绩效监测数据上报系统/平台.....182
附件 7 指标解释联系人.....183

一、三级公立医院绩效监测指标概览

三级公立医院绩效监测指标体系中，包含指标55个（定量50个，定性5个）、新增指标1个，其中国家监测指标26个。

三级公立医院绩效监测指标一览表

序号	相关指标	指标属性	指标导向
1	门诊人次数与出院人次数比	定量	监测比较
2	下转患者人次数（门急诊、住院）	定量	逐步提高↑
3	日间手术占择期手术比例	定量	监测比较
4	出院患者手术占比▲	定量	逐步提高↑
5	出院患者微创手术占比▲	定量	逐步提高↑
6	出院患者四级手术比例▲	定量	逐步提高↑
7	特需医疗服务占比	定量	监测比较
8	手术患者并发症发生率▲	定量	逐步降低↓
9	I类切口手术部位感染率▲	定量	逐步降低↓
10	单病种质量控制▲	定量	监测比较 逐步降低↓ 逐步提高↑
11	大型医用设备检查阳性率	定量	监测比较
12	大型医用设备维修保养及质量控制管理	定性	监测比较
13	通过国家室间质量评价的临床检验项目数▲	定量	逐步提高↑
14	低风险组病例死亡率▲	定量	逐步降低↓
15	优质护理服务病房覆盖率	定量	逐步提高↑
16	点评处方占处方总数的比例	定量	逐步提高↑
17	抗菌药物使用强度（DDDs）▲	定量	逐步降低↓
18	门诊患者基本药物处方占比	定量	逐步提高↑
19	住院患者基本药物使用率	定量	逐步提高↑
20	基本药物采购品种数占比	定量	逐步提高↑
21	国家组织药品集中采购中标药品使用比例	定量	逐步提高↑
22	门诊患者平均预约诊疗率	定量	逐步提高↑
23	门诊患者预约后平均等待时间	定量	逐步降低↓
24	电子病历应用功能水平分级▲	定性	逐步提高↑
25	每名执业医师日均住院工作负担	定量	监测比较
26	每百张病床药师人数	定量	监测比较
27	门诊收入占医疗收入比例	定量	监测比较

序号	相关指标	指标属性	指标导向
28	门诊收入中来自医保基金的比例	定量	监测比较
29	住院收入占医疗收入比例	定量	监测比较
30	住院收入中来自医保基金的比例	定量	监测比较
31	医疗服务收入（不含药品、耗材、检查检验收入）占医疗收入比例▲	定量	逐步提高↑
32	辅助用药收入占比	定量	监测比较
33	人员支出占业务支出比重▲	定量	逐步提高↑
34	万元收入能耗支出▲	定量	逐步降低↓
35	收支结余▲	定量	监测比较
36	资产负债率▲	定量	监测比较
37	医疗收入增幅	定量	监测比较
38	门诊次均费用增幅▲	定量	逐步降低↓
39	门诊次均药品费用增幅▲	定量	逐步降低↓
40	住院次均费用增幅▲	定量	逐步降低↓
41	住院次均药品费用增幅▲	定量	逐步降低↓
42	全面预算管理	定性	逐步完善
43	规范设立总会计师	定性	逐步完善
44	卫生技术人员职称结构	定量	监测比较
45	麻醉、儿科、重症、病理、中医医师占比▲	定量	逐步提高↑
46	医护比▲	定量	监测比较
47	医院接受其他医院（尤其是对口支援医院、医联体内医院）进修并返回原医院独立工作人数占比	定量	逐步提高↑
48	医院住院医师首次参加医师资格考试通过率▲	定量	逐步提高↑
49	医院承担培养医学人才的工作成效	定量	逐步提高↑
50	每百名卫生技术人员科研项目经费▲	定量	逐步提高↑
51	每百名卫生技术人员科研成果转化金额	定量	逐步提高↑
52	公共信用综合评价等级	定性	监测比较
53	门诊患者满意度▲	定量	逐步提高↑
54	住院患者满意度▲	定量	逐步提高↑
55	医务人员满意度▲	定量	逐步提高↑
增 1	重点监控高值医用耗材收入占比	定量	监测比较

注：1.指标中加“▲”的为国家监测指标。

2.指标导向是指该指标应当发生变化的趋势，供各地结合实际确定指标分值时使用，各地可根据本地实际确定基准值或合理基准区间。

3.增 1 为落实《国务院办公厅关于印发治理高值医用耗材改革方案的通知》（国办发〔2019〕37 号）而增设指标。

二、三级公立医院绩效监测指标

1.门诊人次数与出院人次数比

【指标属性】定量指标

【计量单位】比值（X:1）

【指标定义】

监测年度门诊患者人次数与同期出院患者人次数之比。

【计算方法】

$$\text{门诊人次数与出院人次数比} = \frac{\text{门诊患者人次数}}{\text{同期出院患者人次数}}$$

【指标说明】

（1）分子[1]：门诊患者人次数仅以门诊挂号数统计，不包括急诊患者、健康体检者。

（2）分母：出院患者人次数是指出院人数，即监测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[2]，不含家庭病床撤床人数。

【指标意义】

依据《国务院办公厅关于印发全国医疗卫生服务体系规划纲要（2015-2020 年）的通知》（国办发〔2015〕14 号）、《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

1 参阅《2021 国家卫生健康统计调查制度》。

2 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。

〔2015〕38 号）、《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）、《国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》（国办发〔2015〕70 号）、《中共中央 国务院印发〈“健康中国 2030”规划纲要〉》《国务院关于印发“十三五”深化医药卫生体制改革规划的通知》（国发〔2016〕78 号）和《国务院办公厅关于印发“十四五”国民健康规划的通知》（国办发〔2022〕11 号）等文件精神，公立医院是我国医疗服务体系的主体，进一步完善和落实医疗保障政策，调动三级公立医院参与分级诊疗的积极性和主动性，引导三级公立医院收治疑难复杂和危急重症患者，逐步下转常见病、多发病和疾病稳定期、恢复期患者。城市三级综合医院普通门诊就诊人次占比逐步降低。

【指标导向】监测比较。

【指标来源】医院填报。

【指标解释】省级卫生健康委。

2.下转患者人次数（门急诊、住院）

【指标属性】定量指标

【计量单位】人次

【指标定义】

监测年度三级公立医院向二级医院或者基层医疗机构下转的患者人次数，包括门急诊、住院患者。

【计算方法】

下转患者人次数＝门急诊下转患者人次数＋住院下转患者人次数

【指标说明】

（1）监测三级公立医院向医联体[3]内的二级医院、基层医疗机构下转患者情况。

（2）门急诊下转患者包括医联体患者登记系统中，三级医院向二级医院、基层医疗机构下转的患者。

（3）住院下转患者包括病案首页在“离院方式”选项中，填写“医嘱转社区卫生服务机构/乡镇卫生院”（代码为3）的出院患者，及住院信息系统中查阅到的下转二级医院、基层医疗机构的出院患者。

---

3 医联体：是指由不同级别、类别医疗机构之间，通过纵向或横向协作形成的医疗机构联合组织。目前医联体主要有四种组织模式：一是医疗集团，在设区的市级以上城市，由三级公立医院或者业务能力较强的医院牵头，联合社区卫生服务机构、护理院、专业康复机构等，形成资源共享、分工协作的管理模式。二是医疗共同体，以县级医院为龙头、乡镇卫生院为枢纽、村卫生室为基础的县乡一体化管理，与乡村一体化管理有效衔接。三是专科联盟，医疗机构之间以专科协作为纽带形成联合体。四是远程医疗协作网，由牵头单位与基层、偏远和欠发达地区医疗机构建立远程医疗服务网络。

（4）门急诊和住院下转患者人次数累加求和为医院下转患者人次数，不包括出院患者在下级医院门诊复查以及三级医院间相互转诊的人次数。

【指标意义】

《中共中央国务院关于卫生改革与发展的决定》（中发〔1997〕3号）中首次提出建立双向转诊制度，《国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》（国办发〔2015〕70号）、《国务院关于印发“十三五”深化医药卫生体制改革规划的通知》（国发〔2016〕78号）和《国务院办公厅关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》（国办发〔2017〕32号）等一系列文件中提出，明确各级各类医疗机构诊疗服务功能定位，控制三级医院普通门诊规模，支持和引导病人优先到基层医疗卫生机构就诊，由基层医疗卫生机构逐步承担公立医院的普通门诊、稳定期和恢复期康复以及慢性病护理等服务。2017年，全面启动多种形式的医联体建设试点，三级公立医院要全部参与并发挥引领作用，综合医改试点省份每个地市以及分级诊疗试点城市至少建成一个有明显成效的医联体。到2020年，所有二级公立医院和政府办基层医疗卫生机构全部参与医联体。三级医院应当根据功能定位，重点收治疑难复杂疾病和疾病的急性期患者，将适宜患者向下转诊，以提高医疗资源利用效率。《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）中提出，创新分级诊疗和医防协同机制，促进优质医疗资源下沉和有序就医。《国务院办公厅关于印发“十四五”国民健康规划的通知》（国办发〔2022〕11号）要求加快推动县域综合医改，推进紧密型县域医共体建设，推进专科联盟和远程医疗协作网发展。《关于加强首诊和转诊服务 提升医疗服务连续性的通知》（国卫办医政发〔2024〕21号）中要求，进一步深化医药卫生体制改革，巩固基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗格局，不断增强医疗服务可及性、便捷性、连续性，提高人民群众看病就医获得感。到2025年底，紧密型医联体（包括城市医疗集团和县域医共体）内建立顺畅的双向转诊制度；以地级市为单位，建立医疗机构间转诊制度，方便患者在市域内转诊。到2027年，在省域内建立医疗机构间顺畅的转诊制度，畅通患者省域内转诊。到2030年，分级诊疗体系发挥有效作用，为患者提供系统连续、公平可及的医疗服务，形成规范有序的就医格局。

【指标导向】逐步提高。

【指标来源】医院填报。

【指标解释】省级卫生健康委。

3.日间手术占择期手术比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

监测年度出院患者施行日间手术[4]台次数占同期出院患者择期手术[5]总台次数的比例。

【计算方法】

$$\text{日间手术占择期手术比例} = \frac{\text{日间手术台次数}}{\text{同期出院患者择期手术总台次数}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：日间手术台次数是指日间手术患者人数，即在日间手术室或住院部手术室内、麻醉状态下完成的择期日间手术人数。

（2）分母：此处同期出院患者择期手术总台次数是指同期出院患者择期手术人数，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。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。

（3）本年度监测手术名称和编码参阅《手术操作分类代码

4 日间手术是在日间手术室或住院部手术室内、麻醉状态下完成的手术（含介入治疗），指按照诊疗计划患者在1日（24小时）内入、出院完成手术或介入治疗（不包括门诊手术或门诊介入治疗），如因病情需要延期住院的特殊病例，住院时间不超过48小时。

5 择期手术是指可以选择适当时机实施的手术，手术时机不影响治疗效果，允许术前充分准备或观察，再选择时机施行手术。

国家临床版 3.0（2022 汇总版）》[6]。

【指标意义】

《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）提出推行日间手术。医院在具备微创外科和麻醉支持的条件下，选择既往需要住院治疗的诊断明确单一、临床路径清晰、风险可控的中、小型择期手术，逐步推行日间手术，提高床位周转率，缩短住院患者等候时间。

《关于印发开展三级医院日间手术试点工作方案的通知》（国卫医函〔2016〕306 号）和《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）把推进日间手术模式作为公立医院综合改革的重要内容，同时，要求在保障医疗质量与安全的前提下，符合条件的三级医院稳步开展日间手术，逐步扩大日间手术病种范围，逐年增加日间手术占择期手术的比例，缩短患者等待住院和等待手术时间，提高医疗服务效率，缓解患者“住院难”和“手术难”问题。《国家卫生健康委办公厅关于印发医疗机构日间医疗质量管理暂行规定的通知》（国卫办医政发〔2022〕16 号）规定医疗机构应当加强本机构日间医疗病种和技术、科室和医师审核授权、患者评估与随访、日间病历

6 在《手术操作分类代码国家临床版 3.0》基础上，新增主要编码 81 条，修改名称 18 条，修改类别 40 条，形成《手术操作分类代码国家临床版 3.0（2022 汇总版）》。详见《国家卫生健康委办公厅关于启动 2022 年度二级和三级公立医院绩效考核有关工作的通知》（国卫办医函〔2022〕325 号）。

质量等方面的管理，积极开展日间医疗质量监测评估工作，促进日间医疗质量持续改进。《国家卫生健康委办公厅关于发布日间手术推荐目录（2022年版）》整合发布了708项日间手术推荐目录。推荐目录见附件1。

【指标导向】监测比较。

【指标来源】医院填报。

【指标解释】国家卫生健康委病案管理质量控制中心、省级卫生健康委。

4.出院患者手术占比▲

【指标属性】定量指标，国家监测指标。

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

监测年度出院患者施行手术[7]治疗台次数占同期出院患者总人次数的比例。

【计算方法】

$$\text{出院患者手术占比} = \frac{\text{出院患者手术台次数}}{\text{同期出院患者总人次数}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：出院患者手术台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[8]人数累加求和。

（2）分母：同期出院患者总人次数是指出院人数。

（3）手术和介入治疗统计按照《手术操作分类代码国家临床版 3.0（2022 汇总版）》的目录实施。

---

7 根据《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》（国卫办医政发〔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，在人体局部开展去除病变组织、修复损伤、重建形态或功能、移植细胞组织或器官、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。

8 介入治疗即不切开暴露病灶的情况下，在血管、皮肤上作微小通道，或经人体原有的管道，在影像设备（血管造影机、透视机、CT、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。

【指标意义】

手术和介入治疗的数量尤其是疑难复杂手术和介入治疗的数量与医院的规模、人员、设备、设施等综合诊疗技术能力及临床管理流程成正相关，鼓励三级医院优质医疗资源服务于疑难危重患者，严格掌握手术和介入治疗适应证，提供安全有保障的高质量医疗技术服务。

【指标导向】逐步提高。

【指标来源】病案首页。

【指标解释】国家卫生健康委病案管理质量控制中心。

5.出院患者微创手术占比▲

【指标属性】定量指标，国家监测指标。

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

监测年度出院患者实施微创手术台次数占同期出院患者手术台次数的比例。

【计算方法】

$$\text{出院患者微创手术占比} = \frac{\text{出院患者微创手术台次数}}{\text{同期出院患者手术台次数}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：出院患者微创手术台次数是指出院患者微创手术人数。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。

（2）分母：同期出院患者手术台次数是指出院患者手术（含介入）人数[9]。

（3）纳入本次监测的微创手术目录，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（2022 汇总版）》和大数据统计结果形成，由国家统一

9 本监测年度中，应用于公立医院绩效监测的微创手术目录涉及的所有条目均纳入本指标的分母计算。

制定，仅用于国家公立医院绩效监测，并嵌入公立医院绩效监测信息系统。

【指标意义】

（1）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。

（2）合理选择微创技术适应证、控制相关技术风险促进微创技术发展。

【指标导向】逐步提高。

【指标来源】病案首页。

【指标解释】国家卫生健康委病案管理质量控制中心。

6.出院患者四级手术比例▲

【指标属性】定量指标，国家监测指标。

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

监测年度出院患者施行四级手术[10]台次数占同期出院患者手术台次数的比例。

【计算方法】

$$\text{出院患者四级手术比例} = \frac{\text{出院患者四级手术台次数}}{\text{同期出院患者手术台次数}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：出院患者四级手术台次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。

（2）分母：同期出院患者手术台次数是指出院患者手术（含介入）人数。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。

（3）纳入本次监测的四级手术和按照四级手术管理的介入诊疗目录（简称四级手术目录）结合《手术操作分类代码国家临床版3.0（2022汇总版）》和大数据统计结果形成，由国家统一制定，用于国家三级公立医院绩效监测，并嵌入三级公立医院绩

10 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《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）。

效监测信息系统。

（4）绩效监测手术目录仅用于国家卫生健康委组织的全国公立医院绩效监测，不作为各医疗机构开展手术分级管理的依据。医院须加强四级手术适应证管理，严格控制手术风险，切实为患者提供安全有保障的高质量医疗技术服务。

【指标意义】

《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。

【指标导向】逐步提高。

【指标来源】病案首页。

【指标解释】国家卫生健康委病案管理质量控制中心。

7.特需医疗服务占比

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

特需医疗服务[11]占比由特需医疗服务量占比和特需医疗服务收入占比两部分体现。

（1）监测年度特需医疗服务量（特需门诊患者人次数和享受特需医疗服务的出院人数）占同期全部医疗服务量（门诊患者人次数和出院人数）的比例，不含急诊和健康体检人次。

（2）监测年度特需医疗服务收入（特需门诊医疗服务收入和住院患者特需医疗服务收入）占同期全部医疗服务收入的比例。

【计算方法】

$$\text{特需医疗服务量占比} = \frac{\text{特需医疗服务量}}{\text{同期全部医疗服务量}} \times 100\%$$

$$\text{特需医疗服务收入占比} = \frac{\text{特需医疗服务收入}}{\text{同期全部医疗服务收入}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子

分子 1：特需医疗服务量是指特需门诊患者人次数和享受特

11 特需医疗服务是指医院在保证医疗基本需求的基础上，为满足群众的特殊医疗需求而开展的医疗服务活动。该服务由副高级职称及以上医护技人员提供、收费价格在相关管理部门备案、高于同级职称提供的普通诊疗服务价格的服务。

需医疗服务的出院人数总和。

分子 2: 特需医疗服务收入是指特需门诊医疗服务收入和住院患者特需医疗服务收入总和。

（2）分母

分母 1: 同期全部医疗服务量是指所有门诊患者人次数与出院人数之和。

分母 2: 同期全部医疗服务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[12]。

【指标意义】

《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》（中发〔2009〕6 号）提出控制公立医院特需服务规模，提供特需服务的比例不超过全部医疗服务的 10%。《关于印发公立医院改革试点指导意见的通知》（卫医管发〔2010〕20 号）、《国务院办公厅关于印发 2011 年公立医院改革试点工作安排的通知》(国办发〔2011〕10 号）及《发展改革委 卫生计生委 人力资源社会保障部 财政部关于印发推进医疗服务价格改革意见的通知》（发改价格〔2016〕1431 号）等相关文件和意见提出，放宽非营利性医疗机构提供的供患者自愿选择的特需医疗服务的指导价格，以满足不同层次患者的需求。公立医疗机构可提供市场竞

12 根据《关于医院执行〈政府会计制度——行政事业单位会计科目和报表〉的补充规定》，医院医疗收入包括门急诊收入、住院收入和结算差额。

争比较充分、个性化需求比较强的医疗服务，实行市场调节价。

【指标导向】监测比较。

【指标来源】医院填报。

【指标解释】省级卫生健康委。

8.手术患者并发症发生率▲

【指标属性】定量指标，国家监测指标。

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

监测年度择期手术患者发生并发症[13]例数占同期出院的手术患者人数的比例。

【计算方法】

$$\text{手术患者并发症发生率} = \frac{\text{手术患者并发症发生例数}}{\text{同期出院的手术患者人数}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：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。统计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。

（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

13 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）。

治疗人数累加求和。

（3）本年度监测的手术并发症仅统计择期手术后，并发于手术或手术后的疾病或情况的人数。

（4）本年度监测手术名称和编码参阅《手术操作分类代码国家临床版 3.0（2022 汇总版）》。

【指标意义】

预防手术后并发症发生是医疗质量管理和监控的重点，也是患者安全管理的核心内容，是衡量医疗技术能力和管理水平的重要结果指标之一。《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）将疾病/手术并发症发生例数和发生率作为医疗质量安全的评价指标。

《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】逐步降低。

【指标来源】病案首页。

【指标解释】国家卫生健康委病案管理质量控制中心。

9.I 类切口手术部位感染率▲

【指标属性】定量指标，国家监测指标。

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

监测年度发生I类切口[14]手术部位感染[15]人次数占同期I类切口手术台次数的比例。

【计算方法】

$$\text{I类切口手术部位感染率} = \frac{\text{I类切口手术部位感染人次数}}{\text{同期I类切口手术台次数}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：I类切口手术部位感染人次数即出院患者手术为I类切口且病案首页中切口愈合等级字段填报为“丙级愈合”[16]（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。

（2）分母：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。

---

14 I类切口是指手术切口为无菌切口。

15 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）。

16 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）。

（3）本年度监测手术名称和编码参阅《手术操作分类代码国家临床版3.0（2022汇总版）》。

【指标意义】

《国家卫生计生委办公厅关于印发麻醉等6个专业质控指标（2015年版）的通知》（国卫办医函〔2015〕252号）中《医院感染管理质量控制指标（2015年版）》提出，监测Ⅰ类切口手术患者发生手术部位感染的频率，反映医院对接受Ⅰ类切口手术的患者医院感染管理和防控情况。

【指标导向】逐步降低。

【指标来源】病案首页。

【指标解释】国家卫生健康委病案管理质量控制中心。

10.单病种质量控制▲

【指标属性】定量指标，国家监测指标。

【计量单位】人、天、元、百分比（%）

10.1 特定病种[17]的医疗服务相关评价指标

【指标定义】

（1）单病种例数：监测年度内符合单病种纳入条件的某病种出院人数之和，计量单位：人。

（2）平均住院日：监测年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院时间，计量单位：天。

（3）次均费用：监测年度内符合单病种纳入条件的某病种出院患者平均住院费用，计量单位：元。

（4）病死率：监测年度内符合单病种纳入条件的某病种出院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】

某病种例数 = 符合纳入条件的某病种出院人数累加求和

$$\text{平均住院日} = \frac{\text{某病种出院患者占用总床日数}}{\text{同期某病种例数}}$$

$$\text{次均费用} = \frac{\text{某病种总出院费用}}{\text{同期某病种例数}}$$

17 特定病种根据三级公立医院上报的病案首页数据测算结果确定。

$$\text{病死率} = \frac{\text{某病种死亡人数}}{\text{同期某病种例数}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子

分子 1：某病种出院患者占用总床日数是指监测年度某病种所有出院人数的住院床日之和。

分子 2：某病种总出院费用是指监测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：某病种死亡人数是指监测年度某病种出院患者病案首页中离院方式为“死亡”（代码为 5）的人数之和。

（2）分母：同期某病种例数是指监测年度某病种的出院人数。

（3）单病种提取需符合《疾病分类与代码国家临床版 2.0（2022 汇总版）》[18]及《手术操作分类代码国家临床版 3.0（2022 汇总版）》要求。单病种提取包括疾病和手术，病种例数按照“出院人数”统计，手术例数则按照“手术人数”统计，具体释义参阅指标 1 和指标 4。

（4）根据工作进展情况，逐步扩大监测的病种范围，并开展基于重点病种的专科能力评价。医疗机构开展单病种质量管理，

18 在《疾病分类与代码国家临床版 2.0》基础上，新增编码 5 条，修改名称 2 条，形成《疾病分类与代码国家临床版 2.0（2022 汇总版）》。详见《国家卫生健康委办公厅关于启动 2022 年度二级和三级公立医院绩效考核有关工作的通知》（国卫办医函〔2022〕325 号）。

须规范掌握主要诊断及主要手术填报原则，确保病种数据准确，从而客观反映医院诊疗能力与技术水平。

【指标意义】

单病种质量管理是一种标准化的、以病种（或手术）为单位而进行的全程医疗质量管理的新方法，它以明确诊断标准的单一疾病（或手术）种类为一个质量评价单位，通过对疾病诊疗全过程，包括诊断、检查、治疗、治疗效果以及医疗费用等，实施标准化控制，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，可反映各医院的诊疗能力、技术水平和费用等差异性。

【指标导向】

（1）每一单病种例数：监测比较。

（2）每一单病种平均住院日：逐步降低。

（3）每一单病种次均费用：监测比较。

（4）每一单病种病死率：逐步降低。

【指标来源】病案首页。

【指标解释】国家卫生健康委病案管理质量控制中心。

10.2 肿瘤专业医疗质量控制指标

【指标定义】

（1）首次治疗前临床分期评估率：监测年度内符合纳入条件的 10 个癌种（乳腺癌、肺癌、肝癌、宫颈癌、胃癌、结直肠癌、食管癌、甲状腺癌、前列腺癌、肾癌），首次治疗前完成临床分期评估的患者数占同期首次治疗患者数的比例，计量单位：百分比（%）。

（2）首次非手术治疗前病理学诊断率：监测年度内符合纳入条件的 9 个癌种（乳腺癌、肺癌、肝内胆管癌、宫颈癌、胃癌、结直肠癌、食管癌、前列腺癌、肾癌），首次非手术治疗前完成病理学诊断的患者数占同期首次非手术治疗患者数的比例，计量单位：百分比（%）。

（3）术后病理 TNM 分期率：监测年度内符合纳入条件的 8 个癌种（乳腺癌、肺癌、肝内胆管癌、胃癌、结直肠癌、甲状腺癌、前列腺癌、肾癌），术后完成病理 TNM 分期诊断的患者数占同期手术患者数的比例，计量单位：百分比（%）。

（4）围手术期死亡率：监测年度内符合纳入条件的 5 个癌种（肺癌、肝癌、结直肠癌、前列腺癌、肾癌），患者围手术期死亡数占同期出院手术患者数的比例，计量单位：百分比（%）。

（5）首次靶向/免疫治疗前分子病理检测率：监测年度内符合纳入条件的 4 个癌种（乳腺癌、肺癌、胃癌、结直肠癌），首次靶向/免疫治疗前完成分子病理检测的患者数占同期首次靶向/免疫治疗患者数的比例，计量单位：百分比（%）。

（6）术中淋巴结清扫规范率：监测年度内符合纳入条件的 5 个癌种（乳腺癌、肺癌、肝癌、结直肠癌、食管癌），术中淋巴结清扫数量符合要求的患者数占同期接受淋巴结清扫术患者数的比例，计量单位：百分比（%）。

【计算方法】

首次治疗前临床分期评估率

$$= \frac{\text{某癌种首次治疗前完成临床分期评估的患者数}}{\text{同期首次治疗的某癌种患者数}} \times 100\%$$

首次非手术治疗前病理学诊断率

$$= \frac{\text{首次非手术治疗前完成病理学诊断的某癌种患者数}}{\text{同期首次非手术治疗的某癌种患者数}} \times 100\%$$

术后病理TNM分期率

$$= \frac{\text{术后完成病理 TNM 分期诊断的某癌种患者数}}{\text{同期手术治疗的某癌种患者数}} \times 100\%$$

$$\text{围手术期死亡率} = \frac{\text{围手术期死亡的某癌种患者数}}{\text{同期手术治疗的某癌种患者数}} \times 100\%$$

首次靶向/免疫治疗前分子病理检测率

$$=\frac{\text{首次靶向/免疫治疗前完成分子病理检测的某癌种患者数}}{\text{同期首次靶向/免疫治疗的某癌种患者数}}\times 100\%$$

术中淋巴结清扫规范率

$$=\frac{\text{规范完成术中淋巴结清扫数量的某癌种患者数}}{\text{同期接受淋巴结清扫术的某癌种患者数}}\times 100\%$$

【指标说明】

指标说明见《国家卫生健康委办公厅关于印发肿瘤专业医疗质量控制指标（2023 年版）的通知》（国卫办医政函〔2023〕66 号）。

【指标意义】

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，《国家卫生健康委办公厅关于印发肿瘤专业医疗质量控制指标（2023 年版）的通知》（国卫办医政函〔2023〕66 号）要求，各级各类医疗机构要充分利用相关医疗质量控制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数据收集、分析和反馈，指导医疗机构持续改进医疗质量。

【指标导向】

（1）首次治疗前临床分期评估率：逐步提高。

（2）首次非手术治疗前病理学诊断率：逐步提高。

（3）术后病理 TNM 分期率：逐步提高。

（4）围手术期死亡率：逐步降低。

（5）首次靶向/免疫治疗前分子病理检测率：逐步提高。

（6）术中淋巴结清扫规范率：逐步提高。

【指标来源】国家卫生健康委。

【指标解释】国家癌症中心。

11.大型医用设备检查阳性率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

监测年度大型医用检查设备的检查报告阳性结果（人次）数占同期大型医用设备检查人次数的比例。

【计算方法】

$$\text{大型医用设备检查阳性率} = \frac{\text{大型医用设备检查阳性数}}{\text{同期大型医用设备检查人次数}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：仅统计用于检查目的的大型医用设备[19]，不包括用于治疗目的的大型医用设备。检查阳性数即检查报告阳性结果数，按报告份数统计，如果一份报告中含有多个检查部位，有一项或多项阳性结果，按 1 人统计，不包括健康体检人群。

（2）分母：同期大型医用设备检查人次数仅统计用于检查目的的大型医用设备所完成的检查总人数，同样以报告份数为统计单位，不包括健康体检人群。

（3）本年度监测的用于检查的大型医用设备[20]包含：

19 大型医用设备是指使用技术复杂、资金投入量大、运行成本高、对医疗费用影响大且纳入目录管理的大型医疗器械。参阅《医疗器械监督管理条例》（中华人民共和国国务院令第 739 号）。

20 本年度监测的大型医用设备参阅《国家卫生健康委关于发布大型医用设备配置许可管理目录（2023 年）的通知》（国卫财务发〔2023〕7 号），详见附件 2。

甲类检查设备：首次配置的单台（套）价格在5000万元人民币及以上的大型检查类医疗器械。

乙类检查设备：正电子发射型磁共振成像系统（PET/MR）、X线正电子发射断层扫描仪（PET/CT）、首次配置的单台（套）价格在3000-5000万元人民币的大型检查类医疗器械。

【指标意义】

对已经购置的大型医用设备使用情况、使用效果应定期评价，以充分发挥其在诊疗中的优势作用，促进大型医用设备科学配置和合理使用。《国家卫生计生委关于印发医学影像诊断中心基本标准和管理规范（试行）的通知》（国卫医发〔2016〕36号）要求对于大型医学影像设备要开展医疗质量管理工作，定期进行影像诊断与手术、病理或出院诊断随访对比，统计影像诊断与临床诊断的符合率。《关于印发进一步规范医疗行为促进合理医疗检查的指导意见的通知》（国卫医发〔2020〕29号）指出医疗机构要建立大型医用设备检查适宜性点评制度，对检查的适应证、必要性、检查结果阳性率等进行评估并在机构内公示结果。《医疗器械临床使用管理办法》（国家卫生健康委员会令第8号）规定，医疗机构应当按照规定开展医疗器械临床使用评价工作，重点加强医疗器械的临床实效性、可靠性和可用性评价。

【指标导向】监测比较。

【指标来源】医院填报。

【指标解释】省级卫生健康委。

12.大型医用设备维修保养及质量控制管理

【指标属性】定性指标

【计量单位】无

【指标定义】

监测年度大型医用设备在医院使用期间的维修保养和质量控制管理状况。

【计算方法】

医院提供监测年度（当年）的相应佐证材料。

【指标说明】

引导医院关注医用设备的维修保养、质量控制和网络安全，配置合适维修人员和维修检测设备。评价内容包括但不限于:

（1）配置合理维修人员和维修场地，涉及有毒有害作业应有合适的维修场所和有效防护。

① 医院提供所有放射、核素相关的大型医用设备维修人员及岗位分工（包括数量、技术职称、人员配置）；维修场地[21]空间以及其面积(包括医院房产存档建筑图纸且标出实际使用面积，以及能清楚反映场地各工位的实景照片)，要求提供的佐证材料图片清晰、文字精炼。

② 如果开展对环境有污染或对维修人员有伤害的大型医用

21 维修场地是指医院为开展设备维修在设备管理部门设置的专用于开展维修工程工作的空间。

设备（如：放射、核素等相关的大型医用设备）的维修活动，设备管理部门需提供具备职业防护措施的场地实景照片及说明材料，其中应包含职业防护的措施以及职业防护装备的清单。

（2）急救、生命支持类等设备的预防性维护计划（本监测年度仅提供甲、乙类大型医用设备预防性维护计划）。

（3）开展大型医用设备的日常保养和维护，有巡检、保养、维护等相关记录（内容包括设备名称、周期、实施时间、执行情况等项目，可提供报表扫描件、信息系统截图）及设备管理部门对临床使用部门的监管(包括方案、记录、问题处理结果等项目)。要求每半年至少一次培训，培训记录包括培训项目、培训目的、实施形式、培训对象、课件目录、授课人、签到表等，可提供扫描件。

（4）配置必备的检测和质量控制设备[22]，设备管理部门定期对设备（特别是急救、生命支持类设备）进行预防性维护，确保在用设备完好，有记录和标识，并对发现的问题及时处理（本监测年度仅提供甲、乙类大型医用设备相关资料，包括监测当年有关检测和质量控制设备清单及台帐目录；医院在用的甲、乙类大型医用设备的预防性维护记录台账）。

（5）本年度监测的甲、乙类大型医用设备目录见附件 2。

22 检测与质量控制设备，系指固定资产用于质量控制，设备归属于临床工程部门或相关临床、医技科室。

【指标意义】

《国家卫生健康委 国家药品监督管理局关于印发大型医用设备配置与使用管理办法（试行）的通知》（国卫规划发〔2018〕12号）中要求医疗器械使用单位应当建立大型医用设备管理档案，记录其采购、安装、验收、使用、维护、维修、质量控制等事项，并如实记载相关信息；应当按照大型医用设备产品说明书等要求，进行定期检查、检验、校准、保养、维护，确保大型医用设备处于良好状态，大型医用设备必须达到计（剂）量准确、辐射防护安全、性能指标合格后方可使用；应当按照国家法律法规的要求，建立完善大型医用设备使用信息安全防护措施，确保相关信息系统运行安全和医疗数据安全。大型医用设备使用人员应当具备相应的资质、能力，按照产品说明书、技术操作规范等使用大型医用设备。医疗器械使用单位发现大型医用设备不良事件或者可疑不良事件，应当按照规定及时报告医疗器械不良事件监测技术机构。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）要求，根据国家法律法规及相关规定，建立和完善医学装备管理组织架构，人员配置合理，制定常规与大型医学装备配置方案；医学装备部门与使用部门共同管理医学装备，医学装备部门建立质量安全小组，使用部门将医学装备纳入科室管理。

《医疗器械监督管理条例》（中华人民共和国国务院令第739号）要求医疗器械使用单位对需要定期检查、检验、校准、

保养、维护的医疗器械，应当按照产品说明书的要求进行检查、检验、校准、保养、维护并予以记录，及时进行分析、评估，确保医疗器械处于良好状态，保障使用质量；对使用期限长的大型医疗器械，应当逐台建立使用档案，记录其使用、维护、转让、实际使用时间等事项。记录保存期限不得少于医疗器械规定使用期限终止后5年。《医疗器械临床使用管理办法》（国家卫生健康委员会令第8号）要求医疗器械保障维护管理应当重点进行检测和预防性维护。通过开展性能检测和安全监测，验证医疗器械性能的适当性和使用的安全性；通过开展部件更换、清洁等预防性维护，延长医疗器械使用寿命并预防故障发生；医疗机构应当监测医疗器械的运行状态，对维护与维修的全部过程进行跟踪记录，定期分析评价医疗器械整体维护情况；医疗机构应当遵照国家有关医疗器械标准、规程、技术指南等，确保系统环境电源、温湿度、辐射防护、磁场屏蔽、光照亮度等因素与医疗器械相适应，定期对医疗器械使用环境进行测试、评估和维护；医疗机构应当具备与医疗器械品种、数量相适应的贮存场所和条件。对温度、湿度等环境条件有特殊要求的，应当采取相应措施，保证医疗器械安全、有效。

【指标导向】监测比较。

【指标来源】医院填报。

【指标解释】省级卫生健康委。

13.通过国家室间质量评价的临床检验项目数▲

【指标属性】定量指标，国家监测指标。

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

监测年度医院临床检验项目中通过国家卫生健康委临床检验中心组织的室间质量评价项目数量。

【计算方法】

医院临床检验项目中通过国家卫生健康委临床检验中心组织的室间质量评价项目数量。

【指标说明】

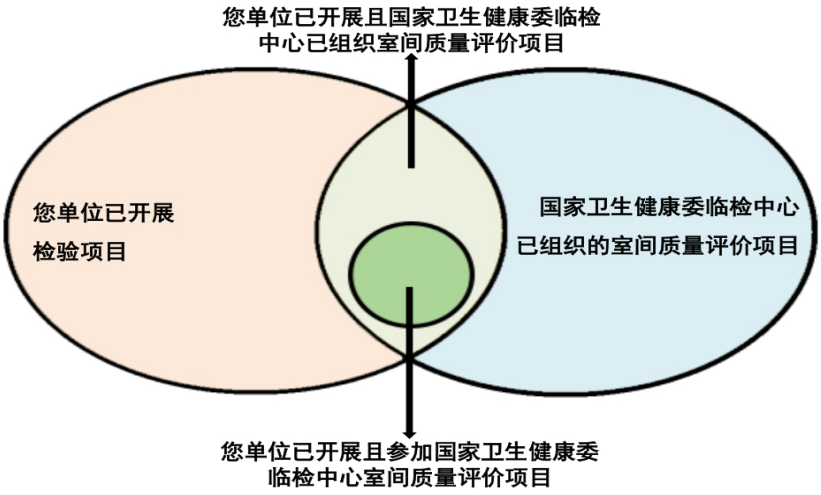
（1）监测指标由室间质量评价项目参加数量和室间质量评价中合格的项目数量两部分组成。分别以室间质评项目参加率和室间质评项目合格率予以体现。具体计算方法如下:

$$\text{室间质评项目参加率} = \frac{\text{参加国家临床检验中心组织的室间质评的检验项目数}}{\text{同期实验室已开展且同时国家临床检验中心已组织的室间质评检验项目总数}^{23}} \times 100\%$$

$$\text{室间质评项目合格率} = \frac{\text{参加国家临床检验中心组织室间质评成绩合格的检验项目数}}{\text{同期参加国家临床检验中心组织的室间质评检验项目总数}} \times 100\%$$

23 分母为实验室开展的项目与国家卫生健康委临床检验中心组织的室间质评项目中重叠的项目数。

（2）监测中的室间质量评价项目数量是指国家卫生健康委临床检验中心开展的室间质量评价项目。如图示:



【指标意义】

《卫生部关于印发〈医疗机构临床实验室管理办法〉的通知》（卫医发〔2006〕73 号）第二十八条规定，医疗机构临床实验室应当参加室间质量评价机构组织的临床检验室间质量评价。《医疗质量管理办法》（国家卫生计生委令第 10 号）第二十条规定医疗机构应当加强医技科室的质量管理，建立覆盖检查、检验全过程的质量管理制度，加强室内质量控制，配合做好室间质量评价工作，促进临床检查检验结果互认。《国家卫生健康委办公厅关于加快推进检查检验结果互认工作的通知》（国卫办医函〔2021〕392 号）要求各省级卫生健康行政部门要结合实际情况，建立结果互认体系，加强检查检验质量控制，推进检查资料互认共享，并优化激励措施，强化工作监督，提升医疗机构运行效率，促进医疗资源合理利用，减轻人民群众就医负担。《关于印发医

疗机构检查检验结果互认管理办法的通知》（国卫医发〔2022〕6号）要求进一步提高医疗资源利用率，减轻人民群众就医负担，保障医疗质量和安全。《关于进一步推进医疗机构检查检验结果互认的指导意见》（国卫医政发〔2024〕37号）要求进一步推进医疗机构检查检验结果互认，规范医疗检查检验行为，保障医疗质量安全，节约医疗资源，提高医疗服务效率，改善患者就医体验。《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，公立医院通过国家级、省级临床实验室室间质评的项目数和通过率持续提升，不断推进检验结果互认和检查资料共享。

室间质评反映实验室参加室间质评计划进行外部质量监测的情况[24]，体现实验室检验结果的可比性和同质性，同时为临床检验结果互认提供科学依据。

【指标导向】逐步提高。

【指标来源】国家卫生健康委。

【指标解释】国家卫生健康委临床检验中心。

24 参阅《国家卫生计生委办公厅关于印发麻醉等6个专业质控指标（2015年版）的通知》（国卫办医函〔2015〕252号）中临床检验专业内容。

14.低风险组病例死亡率▲

【指标属性】定量指标，国家监测指标。

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

监测年度运用 DRG[25]分组器测算产生低风险组病例[26]，其死亡率是指该组死亡的病例数占低风险组全部病例数量的比例。

【计算方法】

$$\text{低风险组病例死亡率} = \frac{\text{低风险组死亡例数}}{\text{低风险组病例数}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：低风险组死亡例数是指监测年度低风险组出院患者死亡人数之和。

（2）分母：低风险组病例数是指监测年度低风险组出院人数之和。

（3）利用各 DRG 病例的住院患者病死率对不同 DRG 进行死亡风险分级。

（4）低风险组是基于当年绩效监测数据和 DRG 分组方案计算得出的，涉及疾病诊断、手术操作等字段数据。医疗机构应准

25 DRG（Diagnosis Related Groups）译为疾病诊断相关分组，是以主要诊断和主要治疗方式，年龄、性别、并发症和伴随疾病、出院转归和住院时间等信息为关键变量，将临床诊疗过程相近、医疗资源消耗相似的出院患者归类到同一个诊断相关组（DRG）。

26 低风险组病例：该组患者的死亡率低于负一倍标准差，其死亡风险则称为低风险的 DRG，即一旦发生死亡，死亡原因可能与疾病本身的相关度低，而与临床诊治管理过程相关度更高。通过低风险组病例死亡率衡量医院对住院患者所提供服务的安全和质量。

确掌握病案首页各项指标填写要求，以及主要诊断填报原则，以提高绩效监测数据分组的准确性，切实为医疗质量和安全管理提供决策支持。

住院患者基于 DRG 死亡风险分级及评分

分组	评分	分值描述
无	0 分	表示归属于该 DRG 的病例没有出现死亡病例。
低风险组	1 分	表示住院患者病死率低于负一倍标准差。 注：因监测指标的分母是住院患者，而非全人口，故用病死率来表述死亡患者所占百分比。
中低风险组	2 分	表示住院患者病死率在平均水平与负一倍标准差之间。
中高风险组	3 分	表示住院患者病死率在平均水平与正一倍标准差之间。
高风险组	4 分	表示住院患者病死率高于正的一倍标准差。

【指标意义】

体现医院医疗质量和安全管理情况，也间接反映了医院的救治能力和临床诊疗过程管理水平。

【指标导向】逐步降低。

【指标来源】病案首页。

【指标解释】国家 DRG 质量控制中心、国家卫生健康委病案管理质量控制中心。

15.优质护理服务病房覆盖率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

监测年度医院已经开展优质护理服务的病房[27]总数占医院全部病房总数的比例。

【计算方法】

$$\text{优质护理服务病房覆盖率} = \frac{\text{全院已经开展优质护理服务的病房总数}}{\text{全院病房总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：监测年度医院按照优质护理标准开展优质护理服务的病房总数（即病区数）。

（2）分母：监测年度医院所有病房总数（即病区数）。

【指标意义】

根据《国务院办公厅关于印发2011年公立医院改革试点工作安排的通知》（国办发〔2011〕10号）、《国家卫生计生委办公厅关于开展优质护理服务评价工作的通知》（国卫办医函〔2014〕522号）、《关于进一步深化优质护理、改善护理服务

27 所有病房均按病区为计算单位，根据《病区医院感染管理规范》（WS/T 510—2016）中的定义，病区是指由一个护士站统一管理的多个病室（房）组成的住院临床医疗区域，与住院部公用区域或公用通道由门分隔。一般包括病室（房）、护士站、医生办公室、医务人员值班室、治疗室、污物间等。

的通知》（国卫办医发〔2015〕15号）、《国家卫生计生委 国家中医药局关于印发进一步改善医疗服务行动计划（2018-2020年）的通知》（国卫医发〔2017〕73号）、《国家卫生健康委办公厅关于进一步加强医疗机构护理工作的通知》（国卫办医发〔2020〕11号）等一系列文件均要求各级各类医院要深化优质护理、改善护理服务，到2015年底，全国三级医院的各个病房都要开展优质护理服务，逐步实现二级以上医院优质护理服务全覆盖。《全国护理事业发展规划（2021-2025年）》（国卫医发〔2022〕15号）要求持续扩大优质护理服务覆盖面，实现二级及以上医疗机构优质护理服务全覆盖，其他医疗机构开展优质护理服务比例显著提高。落实护理核心制度，做实责任制整体护理，夯实基础护理质量，强化护理人文关怀，优化护理服务流程，实现优质护理服务扩面提质，有效提升患者获得感。《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）强调落实护理核心制度，做实责任制整体护理，夯实基础护理质量，实现优质护理服务扩面提质。《国家卫生健康委 国家中医药管理局关于印发进一步改善护理服务行动计划（2023-2025年）的通知》（国卫医政发〔2023〕16号）指出力争用3年时间，实现临床基础护理不断加强，护理质量明显提高，护理服务持续改善，

护理内涵更加丰富，护理领域拓展延伸，服务模式日益创新，覆盖全人群全生命周期的护理服务更加优质、高效、便捷，护理工作更加贴近患者、贴近临床和贴近社会，人民群众获得感、幸福感、安全感进一步增强。

【指标导向】逐步提高。

【指标来源】医院填报。

【指标解释】省级卫生健康委。

16.点评处方占处方总数的比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

监测年度点评处方占处方[28]总数的比例。点评处方[29]包括点评门急诊处方和点评出院患者住院医嘱两部分。

【计算方法】

$$\text{点评处方占处方总数的比例} = \frac{\text{点评处方数}}{\text{处方总数}} \times 100\%$$

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

【指标说明】

（1）分子

分子1: 点评处方数包括监测年度内点评的门急诊处方数(含中药饮片处方，下同）、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。

---

28 处方是指由注册的执业医师和执业助理医师（以下简称医师）在诊疗活动中为患者开具的、由取得药学专业技术职务任职资格的药学专业技术人员（以下简称药师）审核、调配、核对，并作为患者用药凭证的医疗文书。参阅《处方管理办法》（中华人民共和国卫生部令第53号）。

29 点评处方是根据相关法规、技术规范，对处方书写的规范性及药物临床使用的适宜性（用药适应证、药物选择、给药途径、用法用量、药物相互作用、配伍禁忌等）进行评价，发现存在或潜在的问题，制定并实施干预和改进措施，促进临床药物合理应用的过程。

注意: 点评处方不等于处方审核。根据《医疗机构处方审核规范》，所有处方均应当经审核通过后方可进入划价收费和调配环节，未经审核通过的处方不得收费和调配。因此处方审核是药物发出前合理性评价，而处方点评是药物发出后的合理性再评价。

分子 2：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）分母

分母 1：处方总数按药房处方数统计，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。

分母 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。

【指标意义】

根据《处方管理办法》（中华人民共和国卫生部令第 53 号），医疗机构应当建立处方点评制度，填写处方评价表，对处方实施动态监测及超常预警，登记并通报不合理处方，对不合理用药及时予以干预。医院应按照《卫生部关于印发〈医院处方点评管理规范（试行）〉的通知》（卫医管发〔2010〕28 号）、《卫生部国家中医药管理局 总后勤部卫生部关于印发〈医疗机构药事管理规定〉的通知》（卫医政发〔2011〕11 号）和《关于加强药事管理转变药学服务模式的通知》（国卫办医发〔2017〕26 号）等文件规定，对点评中发现的问题，重点是超常用药和不合理用药，进行干预和跟踪管理；将处方点评结果纳入地方卫生健康行政部门对医疗机构的绩效考核指标中。门急诊处方抽样率不

应少于总处方量的1‰,且每月点评处方绝对数不应少于100张;病房（区）医嘱的抽样率不应少于出院病历数的1%，且每月点评出院病历绝对数不应少于30份。《关于印发长期处方管理规范（试行）的通知》（国卫办医发〔2021〕17号）指出医疗机构应当对长期处方定期开展合理性评价工作,持续提高长期处方合理用药水平。《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）明确指出，加强中药药事管理，落实处方专项点评制度，促进合理使用中药。《关于进一步加强用药安全管理提升合理用药水平的通知》(国卫医函〔2022〕122号)要求医疗机构要加强对医师执业行为规范性的监督管理,确保其按照国家处方集、临床诊疗指南、药物临床应用指导原则和临床路径等，合理开具处方；要定期组织专业技术人员对处方医嘱按照一定比例实施点评，认真分析点评中存在的问题，查找具体原因，提出质量改进建议，研究制定有针对性的改进措施，逐一落实,并将点评结果纳入相关科室及其工作人员绩效考核和年度考核指标。大力开展临床药师培训，为临床药师参加培训积极提供条件，保障相应待遇。《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）要求提升合理用药水平，推行临床药师制，发挥药师在处方审核、处方点评、药学监护等合理用药管理方面的作用。

【**指标导向**】逐步提高。

【**指标来源**】医院填报。

【**指标解释**】省级卫生健康委。

17.抗菌药物使用强度（DDDs）▲

【指标属性】定量指标，国家监测指标。

【计量单位】DDD

【指标定义】

监测年度通过成人抗菌药物的平均日剂量（Defined Daily Doses，DDDs[30]）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)

$$= \frac{\text{住院患者抗菌药物消耗量}^{31}\text{（累计 DDD 数）}}{\text{同期收治患者人天数}} \times 100$$

【指标说明】

（1）分子：本年度仅监测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

30 WHO 在 1969 年制定了解剖-治疗-化学的药物分类系统(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。

31 指同期出院患者住院期间抗菌药物的实际消耗量。

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。

【指标意义】

DDDs 可反映不同年度的用药动态和用药结构，某抗菌药物 DDDs 大，说明用药频度高，用药强度大，对该药的选择倾向性大。

《处方管理办法》（中华人民共和国卫生部令第 53 号）、《抗菌药物临床应用管理办法》（卫生部令第 84 号）要求医疗机构应当开展抗菌药物临床应用监测工作，分析本机构及临床各专业科室抗菌药物使用情况，评估抗菌药物使用适宜性；对抗菌药物使用趋势进行分析，对抗菌药物不合理使用情况应当及时采取有效干预措施。《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）要求加强合理用药，2017 年底前综合医院住院患者抗菌药物使用率不超过 60%，抗菌药物使用强度控制在每百人天 40DDDs 以下。《关于进一步加强抗菌药物临床应用管理工作的通知》（国卫办医发〔2015〕42 号）规定，三级综合医院住院患者抗菌药物使用强度不超过 40DDDs，口腔医院不超过 40DDDs，肿瘤医院不超过 30DDDs，儿童医院不超过 20DDDs（按照成人规定日剂量标准计算），精神病医院不超过 5DDDs，妇产医院（妇幼保健院）不超过 40DDDs。

《国家卫生健康委办公厅关于做好医疗机构合理用药考核工作的通知》（国卫办医函〔2019〕903号）要求，合理用药考核的重点内容应当包括抗菌药物的使用和管理情况；加强考核结果运用，医疗机构应当根据考核中发现的问题持续改进工作，不断提高合理用药水平。地方各级卫生健康行政部门要将合理用药考核结果纳入医疗机构绩效考核内容，并与医疗机构校验、医院评审、评价相结合。《国家卫生健康委关于进一步加强抗微生物药物管理遏制耐药工作的通知》（国卫医函〔2021〕73号）指出，地方各级卫生健康行政部门要将抗微生物药物合理使用情况纳入医院评审、公立医院绩效考核、合理用药考核等工作，并适当加大考核权重，发挥指挥棒作用。

【指标导向】逐步降低。

【指标来源】医院填报。

【指标解释】省级卫生健康委。

18.门诊患者基本药物处方占比

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

监测年度门诊患者处方中使用基本药物[32]人次数占同期门诊诊疗总人次数的比例。

【计算方法】

$$\text{门诊患者基本药物处方占比} = \frac{\text{门诊使用基本药物人次数}}{\text{同期门诊诊疗总人次数}} \times 100\%$$

延伸指标:

$$\text{门诊患者基本药物处方使用占比} = \frac{\text{门诊使用基本药物品种数量}}{\text{同期门诊使用药品品种数量}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：门诊使用基本药物人次数按人数统计，同一门诊患者一次挂号就诊开具的处方中只要含有一种及以上基本药物，按 1 人统计。不包括急诊患者、健康体检者。

（2）分母：门诊诊疗总人次数即门诊患者人次数，仅以门诊挂号数统计，不包括急诊患者、健康体检者及未开具药物处方患者。

（3）延伸指标：监测年度门诊患者处方中使用基本药物品

32 基本药物按照《国家基本药物目录—2018 年版》药品（含药品通用名、剂型、规格）进行统计，药品包括化学药品和生物制品、中成药和中药饮片三部分。

种数量占同期门诊使用药品品种数量的比例。其中，分子为门诊使用基本药物品种数量，按全部门诊处方中累计使用的基本药物品种数量统计。分母为门诊使用药品品种数量，按同期全部门诊处方累计使用药品品种数量统计，不包括急诊患者、健康体检者、及未开具药物处方患者。

（4）本年度统计的基本药物不包括仅作为药物溶媒使用的葡萄糖、氯化钠等溶液[33]。

（5）考虑在实际工作中由于中药饮片统计难度较大，因此本监测年度在计算本指标时，暂不统计中药饮片。本原则适用于指标 18-20。

【指标意义】

《关于印发〈关于建立国家基本药物制度的实施意见〉的通知》（卫药政发〔2009〕78 号）和《关于印发国家基本药物目录管理办法的通知》（国卫药政发〔2015〕52 号）指出基本药物是适应基本医疗卫生需求，剂型适宜，价格合理，能够保障供应，公众可公平获得的药品。国家基本药物遴选应当按照防治必需、安全有效、价格合理、使用方便、中西药并重、基本保障、临床首选和基层能够配备的原则，结合我国用药特点，参照国际

33 用于溶媒使用药品包括《国家基本药物目录—2018 年版》中的 0.9%氯化钠注射液（100ml、250ml、500ml、1000ml）、葡萄糖氯化钠注射液（100ml、250ml、500ml）和 5%、10%葡萄糖注射液（100ml、250ml、500ml、1000ml）。

经验，合理确定品种（剂型）和数量。《国务院办公厅关于完善国家基本药物制度的意见》（国办发〔2018〕88号）要求各级公立医疗机构加强基本药物配备使用管理，保障人民群众基本需求，促进药品供应保障体系建设，强化基本药物功能定位，推动分级诊疗。该文件进一步指出，基本药物“突出基本、防治必需、保障供应、优先使用、保证质量、降低负担”的功能定位。《关于印发国家基本药物目录（2018年版）的通知》（国卫药政发〔2018〕31号）为最新版基本药物目录。

《中共中央 国务院印发〈“健康中国2030”规划纲要〉》提出要巩固完善国家基本药物制度，推进特殊人群基本药物保障。建立以基本药物为重点的临床综合评价体系。《国家卫生健康委国家中医药局关于进一步加强公立医疗机构基本药物配备使用管理的通知》（国卫药政发〔2019〕1号）要求，提升基本药物使用占比，公立医疗机构应当科学设置临床科室基本药物使用指标，基本药物使用金额比例及处方比例应当逐年提高。

《国家卫生健康委办公厅关于做好医疗机构合理用药考核工作的通知》（国卫办医函〔2019〕903号）要求，合理用药考核的重点内容应当包括公立医疗机构国家基本药物配备使用情况；加强考核结果运用，医疗机构应当根据考核中发现的问题持续改进工作，不断提高合理用药水平。地方各级卫生健康行政部

门要将合理用药考核结果纳入医疗机构绩效考核内容，并与医疗机构校验、医院评审、评价相结合。

【指标导向】逐步提高。

【指标来源】医院填报。

【指标解释】省级卫生健康委。

19.住院患者基本药物使用率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

监测年度出院患者在住院期间医嘱中使用基本药物的总人次数占同期出院总人次数的比例。

【计算方法】

$$\text{住院患者基本药物使用率} = \frac{\text{出院患者使用基本药物总人次数}}{\text{同期出院总人次数}} \times 100\%$$

延伸指标:

$$\text{住院患者基本药物使用占比} = \frac{\text{出院患者使用基本药物品种数量}}{\text{同期住院使用药品品种数量}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：出院患者使用基本药物总人次数按人数统计，同一出院患者在一次住院期间的医嘱中只要含有一种及以上基本药物，按 1 人统计。

（2）分母：同期出院总人次数即出院人数，不包括出院患者在住院期间未使用药物者。

（3）延伸指标：监测年度出院患者在住院期间医嘱中使用基本药物品种数量占同期住院使用药品品种数量的比例。其中，分子为出院患者使用基本药物品种数量，按全部出院患者住院医

嘱中累计使用的基本药物品种数量统计。分母为住院使用药品品种数量，按同期全部出院患者住院医嘱中累计使用药品品种数量统计[34]，不包括出院患者在住院期间未使用药物者。

（4）住院期间医嘱（含出院带药）所使用的基本药物不包括仅作为药物溶媒使用的葡萄糖、氯化钠等溶液。

【指标意义】参见指标 18。

【指标导向】逐步提高。

【指标来源】医院填报。

【指标解释】省级卫生健康委。

34 临时医嘱按条目累计计算，长期医嘱按照药品执行的品种数累计计算。

20.基本药物采购品种数占比

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

基本药物采购品种数占比在本监测年度中是指医院基本药物配备使用品种数量占比及配备使用金额占比。

【计算方法】

$$\text{基本药物采购品种数占比} = \frac{\text{医院采购基本药物品种数}}{\text{医院同期采购药物品种总数}} \times 100\%$$

延伸指标:

$$\text{国家基本药物配备使用金额占比} = \frac{\text{医院配备使用基本药物总金额}}{\text{医院同期全部药品配备使用总金额}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：在本监测年度，医院采购基本药物品种数依据医院使用基本药物品种总数进行统计，即监测年度医院使用的全部基本药物品种总数。按照《关于印发国家基本药物目录（2018年版）的通知》（国卫药政发〔2018〕31号）药品通用名、剂型、规格进行统计。

（2）分母：在本监测年度，医院同期采购药物品种总数依据同期医院使用药品品种总数进行统计，即同期医院使用的全部药品品种总数。按照《关于印发国家基本药物目录（2018年版）

的通知》（国卫药政发〔2018〕31号）药品通用名、剂型、规格进行统计。

（3）延伸指标：分子为医院配备使用基本药物总金额，为医院使用的全部基本药物的金额总和。按照《关于印发国家基本药物目录（2018年版）的通知》（国卫药政发〔2018〕31号）药品通用名、剂型、规格进行统计。分母为医院同期全部药品配备使用总金额，为医院同期使用的全部药品金额总和。

（4）在计算基本药物采购品种数占比和国家基本药物配备使用金额占比时，均不包括药物溶媒，如葡萄糖、氯化钠等溶液。

【指标意义】

《国务院办公厅关于完善国家基本药物制度的意见》（国办发〔2018〕88号）明确要求，公立医院对国家基本药物要全面配备优先使用，坚持基本药物主导地位，强化医疗机构基本药物使用管理，以省为单位明确公立医疗机构基本药物使用比例，不断提高医疗机构基本药物使用量。公立医疗机构根据功能定位和诊疗范围，合理配备基本药物，保障临床基本用药需求。药品集中采购平台和医疗机构信息系统应对基本药物进行标注，提示医疗机构优先采购、医生优先使用。《关于加快药学服务高质量发展的意见》（国卫医发〔2018〕45号）要求，鼓励城市医疗集团和县域医疗共同体建立药品联动管理机制，做好基本药物供应

保障工作，以全面配备和优先使用基本药物为基础，推进实行统一的药品供应目录，实施统一采购、统一配送。《国务院深化医药卫生体制改革领导小组印发关于以药品集中采购和使用为突破口进一步深化医药卫生体制改革的若干政策措施的通知》（国医改发〔2019〕3号）再一次强调坚持基本药物主导地位，推动优化用药结构。《国务院办公厅关于进一步做好短缺药品保供稳价工作的意见》（国办发〔2019〕47号）要求通过加强用药监管和考核、指导督促医疗机构优化用药目录和药品处方集等措施，促进基本药物优先配备使用，提升基本药物使用占比，并及时调整国家基本药物目录，逐步实现政府办基层医疗卫生机构、二级公立医院、三级公立医院基本药物配备品种数量占比原则上分别不低于90%、80%、60%，推动各级医疗机构形成以基本药物为主导的“1+X”（“1”为国家基本药物目录、“X”为非基本药物，由各地根据实际确定）用药模式，优化和规范用药结构。加强医疗机构用药目录遴选、采购、使用等全流程管理，推动落实“能口服不肌注、能肌注不输液”等要求，促进科学合理用药。

《国家卫生健康委办公厅关于做好医疗机构合理用药考核工作的通知》（国卫办医函〔2019〕903号）要求，合理用药考核的重点内容应当包括公立医疗机构国家基本药物配备使用情况；加强考核结果运用，医疗机构应当根据考核中发现的问题持

续改进工作，不断提高合理用药水平。地方各级卫生健康行政部门要将合理用药考核结果纳入医疗机构绩效考核内容，并与医疗机构校验、医院评审、评价相结合。

【指标导向】逐步提高。

【指标来源】省级招采平台（本年度由医院填报）。

【指标解释】省级招采部门、省级卫生健康委。

21.国家组织药品集中采购中标药品使用比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

监测年度国家组织药品集中采购[35]中选药品用量与同期医疗机构同种药品用量的比例。

【计算方法】

$$\text{国家组织药品集中采购中标药品使用比例} = \frac{\text{中标药品用量}}{\text{同种药品用量}} \times 100\%$$

延伸指标:

$$\text{国家组织药品集中采购中选药品完成比例} = \frac{\text{中选药品采购完成品种数}}{\text{中选药品品种总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）国家组织药品集中采购中标药品使用比例采用全部中选药品使用比例的几何平均值进行计算，具体计算方法详见填报模板。

（2）每种中选药品使用比例按照国家集采中选药品最小规格（与中选药品不同规格的，按中选药品最小规格折算）计算，其中分子统计内容为集采购销协议截止时间在本监测年度1月1

35 国家组织药品集中采购参阅《国务院办公厅关于推动药品集中带量采购工作常态化制度化开展的意见》（国办发〔2021〕2号）。

日-12 月 31 日内，并统计完整集采协议周期的中选药品用量；分母统计该完整集采协议周期的同种药品中选药品和非中选的用量之和。

（3）延伸指标：分子统计内容为集采购销协议截止时间在本监测年度 1 月 1 日-12 月 31 日内，统计完整集采协议周期内医院完成的中选药品带量购销协议用量的品种数。分母为同期医院应完成国家组织药品集中采购的中选药品带量购销协议用量的品种数。

（4）本年度该指标仅监测实施国家组织药品集中采购的医院。

【指标意义】

《国务院办公厅关于完善公立医院药品集中采购工作的指导意见》（国办发〔2015〕7 号）明确，医院使用的所有药品（不含中药饮片）均应通过省级药品集中采购平台采购。《国务院办公厅关于印发国家组织药品集中采购和使用试点方案的通知》（国办发〔2019〕2 号）提出，通过国家组织药品集中采购和使用实现药价明显降低，减轻患者药费负担；降低企业交易成本，净化流通环境，改善行业生态；引导医疗机构规范用药，支持公立医院改革；探索完善药品集中采购机制和以市场为主导的药品价格形成机制。《国家卫生健康委办公厅关于做好国家组织药品

集中采购中选药品临床配备使用工作的通知》(国卫办医函〔2019〕77号）要求，公立医疗机构要配备和合理使用中选药品，切实保证用量。《国家医保局 工业和信息化部 财政部 人力资源社会保障部 商务部 国家卫生健康委 市场监管总局 国家药监局 中央军委后勤保障部关于国家组织药品集中采购和使用试点扩大区域范围的实施意见》（医保发〔2019〕56号）、《国家卫生健康委办公厅关于进一步做好国家组织药品集中采购中选药品配备使用工作的通知》（国卫办医函〔2019〕889号）指出将国家组织药品集中采购和使用试点区域范围从“4+7”个城市扩大到全国范围。《国家卫生健康委办公厅关于做好医疗机构合理用药考核工作的通知》（国卫办医函〔2019〕903号）要求，合理用药考核的重点内容应当包括公立医疗机构国家组织药品集中采购中选品种配备使用情况；加强考核结果运用，医疗机构应当根据考核中发现的问题持续改进工作，不断提高合理用药水平。地方各级卫生健康行政部门要将合理用药考核结果纳入医疗机构绩效考核内容，并与医疗机构校验、医院评审、评价相结合。《国务院办公厅关于印发〈深化医药卫生体制改革2024年重点工作任务〉的通知》（国办发〔2024〕29号）要求推进药品和医用耗材集中带量采购提质扩面。2024年各省份至少开展一批省级（含省际联盟）药品和医用耗材集采，实现国家和省级集采

药品数合计达到500个、医用耗材集采接续推进的目标。《国家医保局 国家卫生健康委员会 关于完善医药集中带量采购和执行工作机制的通知》（医保发〔2024〕31号）指出，因纳入国家和本省份重点监控合理用药药品目录、发生公共卫生事件、临床指南药物推荐级别变化等，导致临床需求发生重大变化、医疗机构未完成中选药品约定采购量的，可不考核相关中选药品约定采购量完成情况。对于短缺药、急抢救药和季节性用药等特殊品种，在考核合理优先使用中选药品的同时，要把保障供应作为重要考量因素。医疗机构采购备供企业的药品，以及价格低于中选药品且达到同等质量疗效的非中选药品或可替代药品，不纳入执行情况考核范围。医疗机构反映中选药品出现供应问题的，经地方医保部门核实后，该医疗机构采购备供企业药品可直接视作采购中选药品，并享受医保资金结余留用政策；采购非中选药品的，相应的用量不计入集采执行情况考核范围。

【指标导向】逐步提高。

【指标来源】医院填报（其中延伸指标请医院依据省级招采平台显示的情况进行填报）。

【指标解释】省级卫生健康委、省级医保部门。

22.门诊患者平均预约诊疗率

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

监测年度门诊患者预约诊疗人次数占总诊疗人次数的比例。

【计算方法】

$$\text{门诊患者平均预约诊疗率} = \frac{\text{预约诊疗人次数}}{\text{总诊疗人次数}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：预约诊疗人次数指某地区门诊患者采用网上、电话、院内登记、双向转诊等各种方式成功预约诊疗人次之和(不含爽约）。同一门诊患者一次挂号就诊，进行预约挂号、预约检查、预约治疗中的一项或多项，按 1 人统计。

（2）分母：本监测年度总诊疗人次数是指门诊患者人次数，仅以门诊挂号数统计。

【指标意义】

《国务院办公厅关于印发 2011 年公立医院改革试点工作安排的通知》（国办发〔2011〕10 号）要求，普遍开展预约诊疗服务。全国所有三级甲等综合医院实行多种方式预约诊疗，社区转诊预约的优先诊治，到 2011 年底，社区转诊预约占门诊就诊量的比例达到 20%，本地病人复诊预约率达到 50%，其中口腔

科、产前检查、术后病人复查等复诊预约率达到60%。《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）和《国家卫生计生委 国家中医药管理局关于印发进一步改善医疗服务行动计划（2018-2020年）的通知》（国卫医发〔2017〕73号）进一步提出推进预约诊疗服务的要求，三级医院要逐步增加用于预约的门诊号源，增加预约诊疗服务比例，优先向医联体内基层医疗卫生机构预留预约诊疗号源。《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）和《国家卫生健康委办公厅关于印发医疗机构门诊质量管理暂行规定的通知》（国卫办医发〔2022〕8号）、《国务院办公厅关于印发“十四五”国民健康规划的通知》（国办发〔2022〕11号）要求，医疗机构建立健全预约诊疗制度，应当提高医技科室工作效率，缩短检验、内镜、超声、CT、核磁等检查的预约等候时间，鼓励提供门诊检查集中预约、自助预约、诊间预约等多种形式的预约服务，有条件的可以提供一站式检查预约服务。《国家卫生健康委 国家中医药管理局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）强调完善预约诊疗制度。二级及以上医院应普遍建立预约诊疗制度，运用人工智能等手段提升预约诊疗精准度。

【指标导向】逐步提高。

【指标来源】医院填报。

【指标解释】省级卫生健康委。

23.门诊患者预约后平均等待时间

【指标属性】定量指标

【计量单位】分钟

【指标定义】

门诊患者按预约时间到达医院后至进入诊室前的等待时间。

【计算方法】

门诊患者预约后平均等待时间

$$=\frac{\sum\{\text{进入诊室诊疗的时钟时间}-\text{到达分诊台或通过信息系统（自助机、APP 等）报到的时钟时间}\}}{\text{预约诊疗人次数}}$$

【指标说明】

（1）分子：患者进入诊室后医生点击叫诊系统的时钟时间减去患者到分诊台或通过信息系统（自助机、APP 等）报到时的时钟时间累加求和。患者预约诊疗相关数据采集可从医院门诊信息系统中获得，时间记录精确到分钟。

（2）分母：预约诊疗人次数指某地区门诊患者采用网上、电话、院内登记、双向转诊等各种方式成功预约诊疗人次之和（不含爽约）。同一门诊患者一次挂号就诊，进行预约挂号、预约检查、预约治疗中的一项或多项，按 1 人统计。

【指标意义】

《国家卫生计生委 国家中医药局关于印发进一步改善医疗

服务行动计划（2018-2020 年）的通知》（国卫医发〔2017〕73 号）和《关于印发 2019 年深入落实进一步改善医疗服务行动计划重点工作方案的通知》（国卫办医函〔2019〕265 号）提出，三级医院要大力推行分时段预约诊疗和集中预约检查检验，扩大分时段预约诊疗和集中预约检查检验比例，力争预约时段精准到 30 分钟，缩短患者按预约时间到达医院后等待就诊的时间，优化预约诊疗流程，避免门诊二次预约导致重复排队的情况。《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，建立健全预约诊疗制度。《国家卫生健康委办公厅关于印发医疗机构门诊质量管理暂行规定的通知》（国卫办医发〔2022〕8 号）再次强调，医疗机构应当积极推行分时段预约诊疗，提高患者到院 30 分钟内就诊率，引导患者有序就诊，减少院内等候时间，减少人员聚集。

【指标导向】逐步降低。

【指标来源】医院填报。

【指标解释】省级卫生健康委。

24.电子病历应用功能水平分级▲

【指标属性】定性指标，国家监测指标。

【计量单位】级别

【指标定义】

评价医疗机构以电子病历为核心的信息系统的应用水平。从系统功能实现、有效应用范围、数据质量三个维度对医疗机构电子病历及相关临床系统的应用水平进行评价。

【计算方法】

按照国家卫生健康委电子病历应用功能水平分级标准评估。具体计算方法：满足每一级别要求的基本项、选择项实现的个数，且基本项的有效应用范围超过80%、数据质量指数超过0.5；选择项的有效应用范围超过50%，数据质量指数超过0.5。同时满足以上要求和前序级别的所有要求，即为达到该级别。

【指标说明】

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。

【指标意义】

以电子病历为核心的医院信息化建设是深化医改重要内容之一，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，全面评估各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）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）要求将信息化作为医院基本建设的优先领域。

【指标导向】逐步提高。

【指标来源】国家卫生健康委。

【指标解释】国家卫生健康委医院管理研究所。

25.每名执业医师日均住院工作负担

【指标属性】定量指标

【计量单位】床日

【指标定义】

监测年度平均每位医师每日担负的住院床日数。

【计算方法】

$$\text{每名执业医师日均住院工作负担} = \frac{\text{全年实际占用总床日数}}{\text{医院平均执业（助理）医师人数}} / 365$$

$$\text{医院平均执业（助理）医师人数} = \frac{\text{（本年度人数 + 上一年度人数）}}{2}$$

【指标说明】

（1）分子：全年实际占用总床日数[36]是指全年医院各科室每日夜晚 12 点实际占用的病床数(即每日夜晚 12 点住院患者人数）总和，包括实际占用的临时加床在内，不包括家庭病床占用床日数。患者入院后于当晚 12 点前死亡或因故出院的病人，作为实际占用床位 1 天进行统计。

（2）分母：执业（助理）医师人数是指医院中取得医师执业证书且实际从事医疗、妇幼保健、疾病防治等临床工作的执业医师和执业助理医师数之和。参加规范化培训的医师和未变更主要执业机构的进修人员，均不列入统计范围。

36 参阅《2021 国家卫生健康统计调查制度》。

【指标意义】

了解医生劳动负荷及医院人力资源配备情况，推进分级诊疗，改善医务人员的工作环境和后勤保障，为医疗机构改善医疗服务创造条件。

【指标导向】监测比较。

【指标来源】医院填报。

【指标解释】省级卫生健康委。

26.每百张病床药师人数

【指标属性】定量指标

【计量单位】人

【指标定义】

监测年度每百张实际开放床拥有药师人数。

【计算方法】

$$\text{每百张病床药师人数} = \frac{\text{医院药师（包括药剂师和临床药师）总人数}}{\text{医院实际开放床位数}} \times 100$$

【指标说明】

（1）分子：医院药师（包括药剂师和临床药师）总人数是指与医院有劳动人事关系的主任药师、副主任药师、主管药师、药师和药士人数之和。

（2）分母：医院实际开放床位数[37]即实有床位数，指年底固定实有床位，包括正规床、简易床、监护床、超过半年加床、正在消毒和修理的床位、因扩建或大修而停用的床位。不包括产科新生儿床、接产室待产床、库存床、观察床、临时加床和病人家属陪侍床。

【指标意义】

《卫生部 国家中医药管理局 总后勤部卫生部关于印发〈医疗机构药事管理规定〉的通知》（卫医政发〔2011〕11号）和

37 参阅《2021国家卫生健康统计调查制度》。

《关于加快药学服务高质量发展的意见》（国卫医发〔2018〕45号）等文件要求，医疗机构应当根据本机构性质、任务、规模配备适当数量临床药师，三级医院临床药师不少于5名。各医疗机构要按照规定配备临床药师，逐步实现药学服务全覆盖，临床药师为门诊和住院患者提供个性化的合理用药指导。《国家卫生健康委关于印发“十四五”卫生健康人才发展规划的通知》（国卫人发〔2022〕27号）指出，到2025年，每千人口药师（士）数达到0.54人。

【指标导向】监测比较。

【指标来源】医院填报。

【指标解释】省级卫生健康委。

27.门诊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】

监测年度门诊收入占医疗收入的比例。

【计算方法】

$$\text{门诊收入占医疗收入比例} = \frac{\text{门诊收入}}{\text{医疗收入}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：门诊收入是指医院开展门急诊医疗服务活动取得的收入，包括门诊、急诊、健康体检收入等。

（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】

根据《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）和《国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》（国办发〔2015〕70号）等文件要求，三级公立医院逐步落实分级诊疗制度。《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）提出监测比较门诊收入占医疗收入的比例，用于反映医院合理诊疗情况。

【指标导向】监测比较。

【指标来源】医院填报、财务年报表。

【指标解释】国家卫生健康委、省级卫生健康委。

28.门诊收入中来自医保基金的比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

监测年度门诊收入中来自医保基金的收入占门诊收入的比例。

【计算方法】

$$\text{门诊收入中来自医保基金的比例} = \frac{\text{门诊收入中来自医保基金的收入}}{\text{门诊收入}} \times 100\%$$

延伸指标:

$$\text{医保基金回款率} = \frac{\text{从医保基金收到的款项}}{\text{医疗收入中来自医保基金的收入}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子[38]：门诊收入中来自医保基金的收入是指医院为医保患者提供门急诊医疗服务活动取得的收入中，应由医疗保险机构直接支付的部分。

（2）分母：门诊收入是指医院开展门急诊医疗服务活动取得的收入，包括门诊、急诊、健康体检收入等。

（3）“门诊收入中来自医保基金的比例”可用于医院自身纵向比较，而不在医院之间进行比较评价。

38 按照权责发生制计算监测年度的“门诊收入中来自医保基金的收入”，不包括医保机构拨付的往年款项。

（4）个别未签署门诊医疗保险服务协议的专科医院不参与此项指标监测。

（5）延伸指标：医保基金回款率。为了分析、反映医疗保险机构向医院支付医保患者医药费用的回款情况，增设此项延伸指标。考虑到各地医保结算情况以及信息化程度的差异，此项指标不区分门诊和住院。从医保基金收到的款项按会计年度（财务报表年度）统计，以当年实际收到的医保基金返款数进行填报。

【指标意义】

根据《人力资源社会保障部关于积极推动医疗、医保、医药联动改革的指导意见》（人社部发〔2016〕56号），加快推进医保统筹，继续深化医保支付方式改革，发挥支付方式在规范医疗服务行为、控制医疗费用不合理增长方面的积极作用，加强医保支付方式改革与公立医院改革、价格改革等各方联动，同步推进医疗、医药领域的供给侧改革。《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，深化医保支付方式改革，推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式，开展按疾病诊断相关分组付费国家试点，开展区域点数法总额预算和按病种分值付费试点，探索按床日付费、门诊按人头付费。规范医保协议管理，明确结算时限，细化结算规则，确保基金及时足额拨付。

该指标和延伸指标分别反映医院门急诊收入中，医保患者费用占比情况以及医保基金对医院的回款情况，体现医保相关制度对医院经济运行的影响程度。

【指标导向】监测比较。

【指标来源】医院填报、财务年报表。

【指标解释】国家卫生健康委、省级卫生健康委。

29.住院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】

监测年度住院收入占医疗收入的比例。

【计算方法】

$$\text{住院收入占医疗收入比例} = \frac{\text{住院收入}}{\text{医疗收入}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：住院收入是指医院开展住院医疗服务活动取得的收入。

（2）分母：医疗收入是指医院同期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】参见指标 27。

【指标导向】监测比较。

【指标来源】医院填报、财务年报表。

【指标解释】国家卫生健康委、省级卫生健康委。

30.住院收入中来自医保基金的比例

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

监测年度住院收入中来自医保基金的收入占住院总收入的比例。

【计算方法】

$$\text{住院收入中来自医保基金的比例} = \frac{\text{住院收入中来自医保基金的收入}}{\text{住院收入}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：住院收入中来自医保基金的收入是指医院为医保患者提供住院医疗服务活动取得的收入中，应由医疗保险机构直接支付的部分。

（2）分母：住院收入是指医院开展住院医疗服务活动取得的收入。

（3）“住院收入中来自医保基金的比例”用于医院自身纵向比较，不在医院之间进行比较评价。

【指标意义】参见指标 28。

【指标导向】监测比较。

【指标来源】医院填报、财务年报表。

【指标解释】国家卫生健康委、省级卫生健康委。

31.医疗服务收入（不含药品、耗材、检查检验收入）占医疗收入比例▲

【指标属性】定量指标，国家监测指标。

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

监测年度医疗服务收入（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】

$$\text{医疗服务收入占比} = \frac{\text{医疗服务收入}}{\text{医疗收入}} \times 100\%$$

【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。

（3）由于医疗服务收入（不含药品、耗材、检查检验收入）占医疗收入比例受多种因素影响，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。

【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。《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。《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。

【指标来源】医院填报、财务年报表。

【指标解释】国家卫生健康委、省级卫生健康委。

32.辅助用药收入占比

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

监测年度医院辅助用药收入占药品总收入百分比。

【计算方法】

$$\text{辅助用药收入占比} = \frac{\text{辅助用药收入}}{\text{药品总收入}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：在本监测年度，辅助用药收入指第一批国家重点监控合理用药药品目录（化药及生物制品）公布的20种药品（见附件3）的收入。

（2）分母：药品总收入包括门急诊、住院药品收入。

【指标意义】

《关于做好辅助用药临床应用管理有关工作的通知》（国卫办医函〔2018〕1112号）指出，加强辅助用药临床应用管理是落实深化医药卫生体制改革任务、控制公立医院医疗费用不合理增长的明确要求，也是减轻患者看病就医负担、维护人民健康权益的重要举措。《关于印发第一批国家重点监控合理用药药品目录（化药及生物制品）的通知》（国卫办医函〔2019〕558号）要求，各级卫生健康行政部门、中医药主管部门和各医疗机构要

建立完善药品临床使用监测和超常预警制度，加强药品临床使用监测和绩效考核。

【指标导向】监测比较。

【指标来源】医院填报。

【指标解释】省级卫生健康委。

33.人员支出占业务支出比重▲

【指标属性】定量指标，国家监测指标。

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

在本监测年度，“人员支出占业务支出比重”以“人员经费占比”[39]表述，即监测年度人员经费占医疗活动费用的比例。

【计算方法】

$$\text{人员经费占比} = \frac{\text{人员经费}}{\text{医疗活动费用}} \times 100\%$$

【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、

39 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》。其中，关于收入、费用类会计科目的表述发生变化。根据《政府会计制度——行政事业单位会计科目和报表》和《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》的要求，在本监测年度，“人员支出占业务支出比重”以“人员经费占比”表述。

专家咨询费等人员费用不在本指标计算范围内。

【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，建立起维护公益性、调动积极性、保障可持续的运行新机制。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）、《关于进一步完善医疗卫生服务体系的意见》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。《国务院办公厅关于印发〈深化医药卫生体制改革2024年重点工作

任务〉的通知》（国办发〔2024〕29号）要求深化公立医院薪酬制度改革。研究制定关于医疗服务收入内涵与薪酬制度衔接的办法。注重医务人员稳定收入和有效激励，进一步发挥薪酬制度的保障功能。

【指标导向】逐步提高。

【指标来源】医院填报、财务年报表。

【指标解释】国家卫生健康委、省级卫生健康委。

34.万元收入能耗支出▲

【指标属性】定量指标，国家监测指标。

【计量单位】吨标煤/万元

【指标定义】

监测年度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】

$$\text{万元收入能耗占比} = \frac{\text{年总能耗}}{\text{年总收入}} \times 10000$$

【指标说明】

（1）分子：年总能耗指监测年度医院发生的水、电、气、热等能耗折算成吨标煤后之和[40]。

（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】

---

40 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

《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。《关于2024-2025年持续开展“公立医疗机构经济管理年”活动的通知》（国卫财务函〔2024〕132号）要求医院聚焦内部能够获取资源流入或资源消耗的医教研防产等各类业务活动，以节能降耗和增收节支为核心，积极推进内部各类业务流程的规范化、科学化、精细化、信息化。

【指标导向】逐步降低。

【指标来源】医院填报、财务年报表。

【指标解释】国家卫生健康委、省级卫生健康委。

35.收支结余▲

【指标属性】定量指标，国家监测指标。

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

在本监测年度，“收支结余”以“医疗盈余率”[41]表述，即医院医疗盈余占医疗活动收入的比例。

【计算方法】

$$\text{医疗盈余率} = \frac{\text{医疗盈余}}{\text{医疗活动收入}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：医疗盈余是反映医院监测年度医疗活动相关收入扣除医疗活动相关费用后的净额。不包括具有限定用途的项目资金盈余。

医疗盈余=“财政拨款收入”下“财政基本拨款收入”+“事业收入”下“医疗收入”及“非同级财政拨款”+“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”

41 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）和《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》。其中，关于收入、费用类会计科目的表述发生变化。根据《政府会计制度——行政事业单位会计科目和报表》和《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》的要求，在本监测年度，“收支结余”以“医疗盈余率”表述。

+“其他收入”－“业务活动费用”下“财政基本拨款经费”和“其他经费”－“单位管理费用”项目下“财政基本拨款经费”和“其他经费”－“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”

（2）分母：医疗活动收入包括“财政拨款收入”下“财政基本拨款收入”、“事业收入”下“医疗收入”及“非同级财政拨款”“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”。

（3）医疗盈余与《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）要求一致。

【指标意义】

通过监测医院医疗盈余率，了解医院运营状况，引导医院坚持公益性，提高医院可持续发展能力。

【指标导向】监测比较。

【指标来源】医院填报、财务年报表。

【指标解释】国家卫生健康委、省级卫生健康委。

36.资产负债率▲

【指标属性】定量指标，国家监测指标。

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

监测年度医院负债合计与资产合计的比值。

【计算方法】

$$\text{资产负债率} = \frac{\text{负债合计}}{\text{资产合计}} \times 100\%$$

延伸指标:

$$\text{流动比率} = \frac{\text{流动资产}}{\text{流动负债}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：负债合计包括流动负债、非流动负债和受托代理负债。

（2）分母：资产合计包括流动资产、非流动资产和受托代理资产。

（3）延伸指标：流动比率用于监测年度医院流动资产与流动负债之比。分子：流动资产是指预计在1年内（含1年）耗用或者可以变现的资产，包括货币资金、短期投资、应收及预付款项、存货等。分母：流动负债是指预计在1年内（含1年）偿还的债务，包括应付及预收款项、应付职工薪酬、应缴款项等。流

动比率反映医院的短期偿债能力，引导医院合理控制流动负债规模，降低医院运行潜在风险。

【指标意义】

反映负债合理性，引导医院避免盲目负债扩张或经营，降低医院运行潜在风险。

【指标导向】监测比较。

【指标来源】医院填报、财务年报表。

【指标解释】国家卫生健康委、省级卫生健康委。

37.医疗收入增幅

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

监测年度医疗收入与上一年同比增加的收入与上一年医疗收入的比值。

【计算方法】

$$\text{医疗收入增幅} = \frac{\text{（本年度医疗收入－上一年度医疗收入）}}{\text{上一年度医疗收入}} \times 100\%$$

延伸指标:

$$\text{剔除有关项后的医疗收入增幅} = \frac{\begin{array}{c}\text{（本年度剔除有关项后的医疗收入}\\ \text{－上一年度剔除有关项后的医疗收入）}\end{array}}{\text{上一年度剔除有关项后的医疗收入}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）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。

（2）延伸指标：剔除有关项后的医疗收入增幅。用于反映剔除散装中药饮片、小包装中药饮片、中药配方颗粒剂、医疗机构中药制剂、罕见病用药收入，长期处方[42]产生的药品收入，纳入创新药应用指导目录中药品收入，以及纳入国家医保目录中谈

42 本手册中关于长期处方的界定，均依据《关于印发长期处方管理规范（试行）的通知》（国卫办医发〔2021〕17号）。

判类药物[43]收入后的医疗收入增幅情况。具体剔除方式详见填报模板。

【指标意义】

医疗收入增幅用于反映医院医疗费用年度总体增长情况。《国务院关于印发“十三五”深化医药卫生体制改革规划的通知》（国发〔2016〕78号）及《关于全面推开公立医院综合改革工作的通知》（国卫体改发〔2017〕22号）要求，到2017年全国公立医院医疗费用增长幅度力争降到10%以下，到2020年，增长幅度稳定在合理水平。《关于印发进一步规范医疗行为促进合理医疗检查的指导意见的通知》（国卫医发〔2020〕29号）要求加快建立多元复合式医保支付方式，引导医疗机构主动控制成本，合理检查、合理用药、合理治疗，控制医疗费用不合理增长。《关于印发长期处方管理规范(试行)的通知》(国卫办医发〔2021〕17号）规定长期处方产生的药品费用不纳入门诊次均费用、门诊药品次均费用考核。

【指标导向】监测比较。

【指标来源】医院填报、财务年报表。

【指标解释】国家卫生健康委、省级卫生健康委。

43 本手册中关于纳入国家医保目录中谈判类药物的统计，均依据《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2023年）》协议期内谈判药品部分。

38.门诊次均费用增幅▲

【指标属性】定量指标，国家监测指标。

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

监测年度门诊患者次均医药费用与上一年度次均医药费用之差与上一年度次均医药费用的比值。

【计算方法】

$$\text{门诊次均费用增幅}=\frac{\left(\text{本年度门诊患者次均医药费用}-\text{上一年度门诊患者次均医药费用}\right)}{\text{上一年度门诊患者次均医药费用}}\times 100\%$$

$$\text{门诊患者次均医药费用}=\frac{\text{门诊收入}}{\text{门诊人次数}}$$

延伸指标:

剔除有关项后的门诊次均费用增幅

$$=\frac{\left(\text{本年度剔除有关项后的门诊次均医药费用}-\text{上一年度剔除有关项后的门诊次均医药费用}\right)}{\text{上一年度剔除有关项后的门诊次均医药费用}}\times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：门诊收入是指医院开展门急诊医疗服务活动取得的收入，包括门诊、急诊、健康体检收入等。

（2）分母：门诊人次数为门急诊总诊疗人次数，包括门诊、急诊、健康体检人次数等。

（3）门诊患者次均医药费用是指门急诊患者平均每次就诊的医药费用，简称门诊次均费用。

（4）延伸指标：剔除有关项后的门诊次均费用增幅。用于反映剔除散装中药饮片、小包装中药饮片、中药配方颗粒剂、医疗机构中药制剂、罕见病用药收入，长期处方产生的药品收入，纳入创新药应用指导目录中药品收入，以及纳入国家医保目录中谈判类药物收入后的门诊次均费用增幅情况。具体剔除方式详见填报模板。

【指标意义】

患者次均医药费用增幅是衡量患者费用负担水平及其增长情况的重要指标，包含门诊次均费用增幅和住院次均费用增幅。参见指标 37。

【指标导向】逐步降低。

【指标来源】医院填报、财务年报表。

【指标解释】国家卫生健康委、省级卫生健康委。

39.门诊次均药品费用增幅▲

【指标属性】定量指标，国家监测指标。

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

监测年度门急诊患者次均药品费用与上一年度次均药品费用之差与上一年度次均药品费用的比值。

【计算方法】

$$\text{门诊次均药品费用增幅}=\frac{\left(\text{本年度门诊患者次均药品费用}-\text{上一年度门诊患者次均药品费用}\right)}{\text{上一年度门诊患者次均药品费用}}\times 100\%$$

$$\text{门诊患者次均药品费用}=\frac{\text{门诊药品收入}}{\text{门诊人次数}}$$

延伸指标:

$$\text{剔除有关项后的门诊次均药品费用增幅}=\frac{\left(\text{本年度剔除有关项后的门诊次均药品费用}-\text{上一年度剔除有关项后的门诊次均药品费用}\right)}{\text{上一年度剔除有关项后的门诊次均药品费用}}\times 100\%$$

【指标说明】

（1）门诊患者次均药品费用指监测年度门急诊患者平均每次就诊药费，简称门诊次均药费。

（2）延伸指标：剔除有关项后的门诊次均药品费用增幅。用于反映剔除散装中药饮片、小包装中药饮片、中药配方颗粒剂、

医疗机构中药制剂、罕见病用药收入，长期处方产生的药品收入，纳入创新药应用指导目录中药品收入，以及纳入国家医保目录中谈判类药物收入后的门诊次均药品费用增幅情况。具体剔除方式详见填报模板。

【指标意义】

患者次均药品费用增幅是衡量患者药品费用负担水平及其增长情况的重要指标，包含门诊次均药品费用增幅和住院次均药品费用增幅。参见指标 37。

【指标导向】逐步降低。

【指标来源】医院填报、财务年报表。

【指标解释】国家卫生健康委、省级卫生健康委。

40.住院次均费用增幅▲

【指标属性】定量指标，国家监测指标。

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

监测年度出院患者次均医药费用与上一年度出院患者次均医药费用之差与上一年度出院患者次均医药费用的比值。

【计算方法】

$$\text{住院次均费用增幅}=\frac{\left(\text{本年度出院患者次均医药费用}-\text{上一年度出院患者次均医药费用}\right)}{\text{上一年度出院患者次均医药费用}}\times 100\%$$

$$\text{出院患者次均医药费用}=\frac{\text{出院患者住院费用}}{\text{出院人次数}}$$

延伸指标:

$$\text{剔除有关项后的住院次均费用增幅}=\frac{\left(\text{本年度剔除有关项后的住院次均医药费用}-\text{上一年度剔除有关项后的住院次均医药费用}\right)}{\text{上一年度剔除有关项后的住院次均医药费用}}\times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：出院患者住院费用即住院收入，是指医院开展住院医疗服务活动取得的收入。

（2）分母：出院人次数指出院人数。

（3）出院患者次均医药费用是指出院患者平均每次住院的

医药费用，简称住院次均费用。实际计算过程中，住院次均费用以（住院收入/实际占用床日数）×（出院者占用总床日数/出院人数）方式计算。

（4）由于整体出院患者平均医药费用受多种因素影响，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。

（5）延伸指标：剔除有关项后的住院次均费用增幅。用于反映剔除散装中药饮片、小包装中药饮片、中药配方颗粒剂、医疗机构中药制剂、罕见病用药收入，纳入创新药应用指导目录中药品收入，以及纳入国家医保目录中谈判类药物收入后的住院次均费用增幅情况。具体剔除方式详见填报模板。

【指标意义】

患者次均医药费用增幅是衡量患者费用负担水平及其增长情况的重要指标，包含门诊次均费用增幅和住院次均费用增幅。参见指标 37。

【指标导向】逐步降低。

【指标来源】医院填报、财务年报表。

【指标解释】国家卫生健康委、省级卫生健康委。

41.住院次均药品费用增幅▲

【指标属性】定量指标，国家监测指标。

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

监测年度出院患者次均药品费用与上一年度出院患者次均药品费用之差与上一年度出院患者次均药品费用的比值。

【计算方法】

$$\text{住院次均药品费用增幅}=\frac{\left(\text{本年度出院患者次均药品费用}-\text{上一年度出院患者次均药品费用}\right)}{\text{上一年度出院患者次均药品费用}}\times 100\%$$

$$\text{出院患者次均药品费用}=\frac{\text{出院患者药品费用}}{\text{出院人次数}}$$

延伸指标:

$$\text{剔除有关项后的住院次均药品费用增幅}=\frac{\left(\text{本年度剔除有关项后的住院次均药品费用}-\text{上一年度剔除有关项后的住院次均药品费用}\right)}{\text{上一年度剔除有关项后的住院次均药品费用}}\times 100\%$$

【指标说明】

（1）出院患者次均药品费用指监测年度出院患者平均每次住院的药品费用，简称住院次均药品费用。

（2）延伸指标：剔除有关项后的住院次均药品费用增幅。用于反映剔除散装中药饮片、小包装中药饮片、中药配方颗粒剂、

医疗机构中药制剂、罕见病用药收入，纳入创新药应用指导目录中药品收入，以及纳入国家医保目录中谈判类药物收入后的住院次均药品费用增幅情况。具体剔除方式详见填报模板。

【指标意义】

患者次均药品费用增幅是衡量患者药品费用负担水平及其增长情况的重要指标，包含门诊次均药品费用增幅和住院次均药品费用增幅。参见指标 37。

【指标导向】逐步降低。

【指标来源】医院填报、财务年报表。

【指标解释】国家卫生健康委、省级卫生健康委。

42.全面预算管理

【指标属性】定性指标

【计量单位】无

【指标定义】

根据《医院财务制度》，医院预算是指医院按照国家有关规定，根据事业发展计划和目标编制的年度财务收支计划。

【计算方法】

查阅文件资料。实施全面预算管理的医院，提供佐证资料包括（不限于）：

序号	环节	监测要求	佐证资料
1	组织管理	有预算管理委员会，单位主要负责人重视预算管理工作，业务部门与财务部门建立协调有效工作机制。	预算管理制度或办法，预算相关会议纪要。
2	制度建设	制定预算管理、预算执行等相关制度或办法。	预算管理制度或办法。
3	预算编制	预算编报符合预算管理的程序、原则和要求。	预算编制的过程，预算编制文件。
4	预算审批	年度预算经医院决策机构审批。	决策机构会议纪要，预算批复文件。
5	预算执行	规范支出管理，不允许无预算、超预算支出，严格执行支出审核审批程序；无虚列支出、超标准超范围支出。	支出审批管理制度或办法，提供3-5份大额支出的完整资料。
6	预算调整	预算调整符合预算管理制度的程序和要求。	预算调整申请及审批材料。
7	预算分析	动态监测预算执行情况，定期开展预算执行分析。	预算分析材料。
8	预算公开	向职代会汇报，按要求向社会公开。	职代会汇报材料，在医院官方网站等公开的截图或其他证明材料。

【指标说明】

（1）全面预算管理具有全额、全程、全员等特点，主要管理流程包含预算编制、预算执行和预算考评等三个阶段。

（2）根据《关于印发〈医院财务制度〉的通知》（财社〔2010〕306号）和《财政部 国家卫生计生委 国家中医药局关于加强公立医院财务和预算管理的指导意见》（财社〔2015〕263号）、《关于印发公立医院全面预算管理制度实施办法的通知》（国卫财务发〔2020〕30号），医院要实行全面预算管理，建立健全预算管理制度，包括预算编制、审批、执行、调整、决算、分析和考核制度。医院预算管理制度中要明确各层级的预算执行管控责任。

（3）预算编制目标要科学、合理和准确；预算编制和审批流程要合规、公开和透明。

（4）医院要根据批复的预算控制日常业务活动、经济活动。应定期将预算执行情况与预算进行对比，及时发现偏差、分析原因，采取相应措施，以保证预算的严肃性以及整体目标的顺利完成。

（5）建立科学合理的预算绩效考评和奖惩机制，是实现全面预算管理有效、确保预算目标全面完成的必要环节。医院要通过预算绩效考评，全面总结评价各部门预算编制的准确性，以及执行中的科学、合理、规范和效率，调整的适宜性和合规性等。应加强预算绩效考评结果的应用，并及时兑现奖惩规定。

（6）为保证预算管理公开透明，医院应向职代会通报预算编制（含调整）和执行情况，增强职工对医院预算编制和执行的知情度和参与度。

【指标意义】

按照《关于印发〈医院财务制度〉的通知》（财社〔2010〕306号）和预算制度改革要求，公立医院要逐步实现全面预算管理。按照医院战略规划和运营目标，采用预算方法对预算期内的业务活动、投资活动和财务活动进行统筹安排，层层分解落实，并据此对执行过程开展控制、核算、分析、考评、奖惩等一系列管理活动。《关于印发公立医院全面预算管理制度实施办法的通知》（国卫财务发〔2020〕30号）明确全面预算管理是指医院对所有经济活动实行全面管理，全部纳入预算管理范围。《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，加强全面预算管理。以医院战略发展规划和年度计划目标为依据，实行全口径、全过程、全员性、全方位预算管理，贯穿预算编制、审批、执行、监控、调整、决算、分析、考核等各环节，从数量、质量、实效、成本、效益等方面实施预算绩效管理，强化预算约束，促进资源有效分配和使用。定期公开医院相关财务信息，主动接受社会监督。

【指标导向】逐步完善。

【指标来源】医院填报。

【指标解释】国家卫生健康委、省级卫生健康委。

43.规范设立总会计师

【指标属性】定性指标

【计量单位】无

【指标定义】

根据《中华人民共和国会计法》《中华人民共和国总会计师条例》《财政部 国家卫生计生委 国家中医药局关于加强公立医院财务和预算管理的指导意见》（财社〔2015〕263号）、《关于加快推进三级公立医院建立总会计师制度的意见》（国卫财务发〔2017〕31号）等文件要求，2018年底，全国所有三级公立医院全面落实总会计师制度。

【计算方法】

查阅文件资料。医院提供佐证资料包括（不限于）：

（1）总会计师的任命文件。

（2）医院领导班子职责分工。

（3）体现总会计师职责的相关规章制度等。

（4）未设立总会计师的医院，提交未设立说明。

【指标说明】

（1）总会计师是医院领导成员，凡设立总会计师的医院不得设置与其职权重叠的副职。

（2）医院设立总会计师，赋予职责、发挥管理监督作用内容。

【指标意义】

三级公立医院建立总会计师制度是提高医院经济活动科学化、精细化管理水平的重要举措，有利于强化内部控制、提高运营效益。

根据《关于加快推进三级公立医院建立总会计师制度的意见》（国卫财务发〔2017〕31号），落实总会计师职责、权限，保障总会计师参与医院重要经济事项分析和决策，充分发挥专业优势，促进公立医院经济管理效能的提高。《国家卫生健康委办公厅关于印发卫生健康经济管理队伍建设方案（2021-2025年）的通知》（国卫办财务函〔2020〕810号）要求，加强总会计师人才培养储备，以公立医院经济管理相关部门负责人为主要培训对象，突出改革创新、强化实践锻炼，力争用5年时间培养储备一批能够胜任总会计师岗位要求的人才队伍。

【指标导向】逐步完善。

【指标来源】医院填报。

【指标解释】国家卫生健康委、省级卫生健康委。

44.卫生技术人员职称结构

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

监测年度医院具有副高级职称[44]及以上的医务人员（医、药、护、技）占全院同期医务人员总数的比例。

【计算方法】

$$\text{卫生技术人员}^{[45]}\text{职称结构} = \frac{\text{医院具有高级职称的医务人员数}}{\text{全院同期医务人员总数}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：具有副高级职称及以上的医务人员数，即卫生技术人员中的医、药、护、技四类在岗人员[46]人数之和，包括从事临床或监督工作并同时从事管理工作的上述四类人员。

（2）分母：全院同期医务人员总数（即卫生技术人员中的医、药、护、技四类在岗人员），包含从事临床或监督工作并同时从事管理工作的上述四类人员。

---

44 职称是指医、药、护、技专业技术人员由具有职称评审权的机构赋予的副高级及以上的任职资格，无论是否被聘用。参阅《职称评审管理暂行规定》（中华人民共和国人力资源和社会保障部令第40号）。

45 参阅《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）。

46 参阅《2021国家卫生健康统计调查制度》，在岗人员即在编及合同制人员、派遣人员、返聘和临聘本单位半年以上人员，不包括离退休人员、退职人员、离开本单位仍保留劳动关系人员、返聘和临聘不足半年人员。

（3）参加规范化培训的医师和未变更主要执业机构的进修人员，均不列入统计范围。

【指标意义】

职称结构是指各类职称人员的数量比例关系，在一定程度上反映卫生专业技术人员队伍的学识水平和胜任医疗教学科研工作的能力层次。职称结构应与医院功能和任务相匹配。《国家卫生健康委关于印发“十四五”卫生健康人才发展规划的通知》（国卫人发〔2022〕27号）强调坚持以用为本，完善岗位设置，明确岗位职责、任职资格条件、胜任能力要求以及基本的服务数量、服务质量等，做到职责明确、责权合理。扩大医疗卫生机构岗位设置和人员聘用自主权，优化医疗卫生机构岗位结构，提高中、高级专业技术岗位比例。

【指标导向】监测比较。

【指标来源】医院填报。

【指标解释】省级卫生健康委。

45.麻醉、儿科、重症、病理、中医医师占比▲

【指标属性】定量指标，国家监测指标。

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

监测年度医院麻醉、儿科、重症、病理、中医、感染性疾病科医师数量分别占全院同期医师总数的比例。

【计算方法】

$$\text{麻醉医师占比}=\frac{\text{医院注册的麻醉在岗医师数}}{\text{全院同期医师总数}}\times 100\%$$

$$\text{儿科医师占比}=\frac{\text{医院注册的儿科在岗医师数}}{\text{全院同期医师总数}}\times 100\%$$

$$\text{重症医师占比}=\frac{\text{医院注册的重症在岗医师数}}{\text{全院同期医师总数}}\times 100\%$$

$$\text{病理医师占比}=\frac{\text{医院注册的病理在岗医师数}}{\text{全院同期医师总数}}\times 100\%$$

$$\text{中医医师占比}=\frac{\text{医院注册的中医在岗医师数}}{\text{全院同期医师总数}}\times 100\%$$

延伸指标:

$$\text{感染性疾病科医师占比}=\frac{\text{医院注册的感染性疾病科在岗医师数}}{\text{全院同期医师总数}}\times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：监测年度医院注册的麻醉、儿科、重症、病理、中医和感染性疾病科专业医师（助理医师）的数量，即国家医疗

机构、医师、护士电子化注册系统[47]（简称电子化注册系统）显示已激活状态并在册的麻醉、儿科、重症、病理、中医和感染性疾病科专业医师的数量。

（2）分母：全院同期医师总数指监测年度医院注册医师（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）麻醉、儿科、重症、病理、中医和感染性疾病科专业医师数量可通过电子化注册系统查询、统计。上述专业医师均需要在系统中完成注册激活且在医院执业；其中麻醉、病理和感染性疾病科专业医师还需维护在岗医师所在科室信息。

（4）注册医师（助理医师）以主要执业机构[48]进行统计。

（5）参加规范化培训的医师和未变更主要执业机构的进修人员，均不列入统计范围。

【指标意义】

了解全国三级公立医院六个专业医师人才现况。《“十三五”全国卫生计生人才发展规划》中七项主要任务之一是加强急需紧缺专业人才队伍建设，包括中医药，以及儿科、病理、麻醉、重症医学等各类急需紧缺专业。《“十四五”卫生健康人才发展规

47 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）。

48 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）。

划》指出要突出特色，加强中医药人才队伍建设；要重点加强重症、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（学）科人才培养和建设，带动诊疗能力和水平提升。《关于推进儿童医疗卫生服务高质量发展的意见》（国卫医政发〔2024〕1号）提出，到2025年，完善功能明确、布局合理、规模适当、富有效率的国家、区域、省、市、县级儿童医疗卫生服务体系。儿科医疗资源配置和服务均衡性逐步提高，每千名儿童拥有儿科执业（助理）医师数达到0.87人、床位数达到2.50张，儿童医疗卫生服务能力不断提升。

【指标导向】逐步提高。

【指标来源】国家医疗机构、医师、护士电子化注册系统。

【指标解释】国家卫生健康委、省级卫生健康委。

46.医护比▲

【指标属性】定量指标，国家监测指标。

【计量单位】比值（1:X）

【指标定义】

监测年度医院注册执业（助理）医师数与全院同期注册护士总数之比。

【计算方法】

$$\text{医护比} = \frac{\text{医院注册医师总数}}{\text{全院同期注册护士总数}}$$

【指标说明】

（1）分子：监测年度医院注册医师（助理医师）总数，即国家医疗机构、医师、护士电子化注册系统显示已激活状态并在册的医师总数。

（2）分母：医院同期注册护士总数，即国家医疗机构、医师、护士电子化注册系统显示已激活状态并在册的护士总数。

（3）注册医师（助理医师）以主要执业机构进行统计。

（4）注册医师以及注册护士不区分注册人员的岗位（是否临床岗位）和性质（是否在职员工），只要在注册系统中显示已激活状态并在册的医师、护士，均在统计范围内。

【指标意义】

《中共中央 国务院印发〈“健康中国 2030”规划纲要〉》

要求，2030 年目标每千常住人口执业（助理）医师数（人）3.0，每千常住人口注册护士数达到 4.7 人。《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）要求增加护士配备，逐步使公立医院医护比总体达到 1:2 左右。《中华人民共和国国民经济和社会发展第十四个五年规划和 2035 年远景目标纲要》中，到 2025 年，每千人口注册护士数 3.8 人的要求。

【指标导向】监测比较。

【指标来源】国家医疗机构、医师、护士电子化注册系统。

【指标解释】国家卫生健康委、省级卫生健康委。

47.医院接受其他医院（尤其是对口支援医院、医联体内医院）进修并返回原医院独立工作人数占比

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

监测年度内医院接受其他医院（尤其是对口支援医院、医联体内医院）人员进修培训且返回原单位[49]总人数占同期招收进修总人数的比例。

【计算方法】

对口支援医院进修人员并返回原医院人员占比

$$\text{医院接受对口支援医院} = \frac{\text{进修半年及以上并返回原医院独立工作人数}}{\text{医院同期招收进修总人数}} \times 100\%$$

医联体内医院进修人员并返回原医院人员占比

$$\text{医院接受医联体内医院人员} = \frac{\text{进修半年及以上并返回原医院独立工作人数}}{\text{医院同期招收进修总人数}} \times 100\%$$

其他医院进修人员并返回原医院人员占比

$$\text{医院接受其他医院人员} = \frac{\text{进修半年及以上并返回原医院独立工作人数}}{\text{医院同期招收进修总人数}} \times 100\%$$

【指标说明】

49 经过专家共识，在监测年度中如果医院招收的新员工中无来自选派进修人员单位，则当年的进修人员均被视为返回原单位独立工作。

（1）分子

分子 1：进修人员来自对口支援医院且进修时间半年及以上的人数。

分子 2：进修人员来自医联体内医院且进修时间半年及以上的人数。

分子 3：进修人员来自其他二级、三级医院、基层医疗卫生机构（主要包括乡镇卫生院、社区卫生服务中心（站）、村卫生室、医务室、门诊部（所）和军队基层卫生机构等）且进修时间半年及以上的人数。

（2）分母：同期招收的所有来医院进修的且进修时间半年及以上的人数。

（3）如果进修人员所在医院既是对口支援医院也是医联体内医院，进修人员可重复计算。

（4）进修人员结束的时间点所在年度作为统计节点。

【指标意义】

《“十三五”全国卫生计生人才发展规划》（国卫人发〔2016〕69 号）中七项主要任务的第一项是加强基层卫生计生人才队伍建设。通过组建医联体，利用技术帮扶、人才培养等有效手段，让集中在大城市的医疗资源更多下沉到基层医疗机构，不断提升基层医疗机构服务能力。该指标引导三级医院制定的进修计划向

对口支援医院、医联体内医院倾斜。《国家卫生健康委关于印发“十四五”卫生健康人才发展规划的通知》（国卫人发〔2022〕27号）指出要拓宽渠道，加强基层卫生人才队伍建设；通过人才柔性引进、退休人员返聘、对口帮扶等多种方式，拓宽基层卫生人才渠道，吸引城市医院、非公医疗卫生机构人员到基层提供服务、参与家庭医生签约或者定期出诊、巡诊，提高基层服务能力。

【指标导向】逐步提高。

【指标来源】医院填报。

【指标解释】省级卫生健康委。

48.医院住院医师首次参加医师资格考试通过率▲

【指标属性】定量指标，国家监测指标。

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

监测年度首次参加医师资格考试并通过的住院医师人数占同期首次参加医师资格考试的住院医师总数的比例。

【计算方法】

医院住院医师首次参加医师资格考试通过率

$$=\frac{\text{本年度首次参加医师资格考试并通过的住院医师人数}}{\text{同期首次参加医师资格考试的住院医师总人数}}\times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：本年度首次参加医师资格考试（含实践技能考试和医学综合考试)并通过的住院医师数指监测年度在医院首次报名参加医师资格考试且通过当年医师资格考试的住院医师人数，不含通过加试（军事医学、院前急救、儿科）或单独划定合格分数线通过医师资格考试的人数。

（2）分母：同期首次参加医师资格考试的住院医师总人数指同期在医院首次报名参加当年医师资格考试的住院医师总人数。

（3）统计的医师资格考试报考类别包含临床执业医师、口

腔执业医师、公共卫生执业医师和中医（包含中医、民族医、中西医结合）执业医师，不包含临床执业助理医师、口腔执业助理医师、公共卫生执业助理医师、中医（包括中医、民族医、中西医结合）执业助理医师。

（4）参加医师资格考试考生的基本信息以考生在医师资格考试报名阶段自行填写的信息为依据，所使用原始数据来源于国家医学考试中心医师资格考试考务管理信息系统数据库。中医（包含中医、民族医、中西医结合）执业医师的相关信息来源于国家中医药管理局。医师资格考试报名时不区分考生是否为医院职工或医院规范化培训人员。

考生的报考次数依据报名阶段填写的证件编号统计，与考生报考所在的考区、医疗机构无关。目前医师资格考试医学综合考试“一年两试”仍然是试点，考区申请参加，且试点类别仅临床执业医师、临床执业助理医师、具有规定学历中医执业医师、具有规定学历中医执业助理医师，其他类别均未试点。因此，第二试通过人员（含第一试医学综合考试因缺考及未缴考试费考生参加第二试且通过人员）不纳入本指标分子（即本年度首次参加医师资格考试并通过的住院医师人数）。

（5）延伸指标：由于住院医师规范化培训结业考核是现阶

段医师执业的基本要求[50]，为了反映医院作为住院医师规范化培训基地的培训质量，增设如下延伸指标。

①医院住院医师首次参加住院医师规范化培训结业考核通过率

指标定义：监测年度首次参加住院医师规范化培训结业考核（含理论考核和实践技能考核）并通过的住院医师人数占同期首次参加住院医师规范化培训结业考核的住院医师总人数的比例。

计算方法：

医院住院医师首次参加住院医师规范化培训结业考核通过率

$$= \frac{\text{本年度首次参加住院医师规范化培训结业考核并通过的住院医师人数}}{\text{同期首次参加住院医师规范化培训结业考核的住院医师总人数}} \times 100\%$$

分子：监测年度在医院首次报名参加住院医师规范化培训结业考核且通过的住院医师人数，不含援疆援藏等对口支援住院医师人数。

分母：同期在医院首次报名参加当年住院医师规范化培训结业考核的住院医师总人数，不含援疆援藏等对口支援住院医师人数。

②住院医师规范化培训招收完成率

指标定义：该指标由住院医师规范化培训招收完成率和紧缺

50 参阅原国家卫生计生委等 7 部门《关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见》（国卫科教发〔2013〕56 号）。

专业[51]住院医师规范化培训招收完成率两部分组成。

计算方法：

住院医师规范化培训招收完成率

$$= \frac{\text{本年度医院实际招收的住院医师规范化培训学员总数（不含在读临床医学硕士专业学位研究生）}}{\text{同期省级卫生健康行政部门下达到医院的各专业住院医师规范化培训学员计划总人数（不含在读临床医学硕士专业学位研究生）}} \times 100\%$$

全科、儿科（含儿外科）、精神科、妇产科、麻醉科专业住院医师规范化培训招收完成率：

全科专业住院医师规范化培训招收完成率

$$= \frac{\text{本年度医院实际招收的全科专业住院医师规范化培训学员人数（不含在读临床医学硕士专业学位研究生）}}{\text{同期省级卫生健康行政部门下达到医院的全科专业住院医师规范化培训学员计划人数（不含在读临床医学硕士专业学位研究生）}} \times 100\%$$

儿科（含儿外科）专业住院医师规范化培训招收完成率

$$= \frac{\text{本年度医院实际招收的儿科（含儿外科）专业住院医师规范化培训学员人数（不含在读临床医学硕士专业学位研究生）}}{\text{同期省级卫生健康行政部门下达到医院的儿科（含儿外科）专业住院医师规范化培训学员计划人数（不含在读临床医学硕士专业学位研究生）}} \times 100\%$$

精神科专业住院医师规范化培训招收完成率

$$= \frac{\text{本年度医院实际招收的精神科专业住院医师规范化培训学员人数（不含在读临床医学硕士专业学位研究生）}}{\text{同期省级卫生健康行政部门下达到医院的精神科专业住院医师规范化培训学员计划人数（不含在读临床医学硕士专业学位研究生）}} \times 100\%$$

51 紧缺专业为监测年度国家下达计划时确定的紧缺专业范围。2019 年紧缺专业包括全科、儿科（含儿外科）、精神科、妇产科和麻醉科。

妇产科专业住院医师规范化培训招收完成率

$$=\frac{\text{本年度医院实际招收的妇产科专业住院医师规范化培训学员人数（不含在读临床医学硕士专业学位研究生）}}{\text{同期省级卫生健康行政部门下达到医院的妇产科专业住院医师规范化培训学员计划人数（不含在读临床医学硕士专业学位研究生）}}\times 100\%$$

麻醉科专业住院医师规范化培训招收完成率

$$=\frac{\text{本年度医院实际招收的麻醉科专业住院医师规范化培训学员人数（不含在读临床医学硕士专业学位研究生）}}{\text{同期省级卫生健康行政部门下达到医院的麻醉科专业住院医师规范化培训学员计划人数（不含在读临床医学硕士专业学位研究生）}}\times 100\%$$

分子 1：监测年度医院根据省级卫生健康行政部门下达的招收计划实际招收的培训学员总人数(不含在读临床医学硕士专业学位研究生）。

分子 2-分子 6：监测年度医院根据省级卫生健康行政部门下达的各紧缺专业招收计划实际招收的全科、儿科（含儿外科）、精神科、妇产科、麻醉科各专业培训学员数（不含在读临床医学硕士专业学位研究生）。

分母 1：同期省级卫生健康行政部门下达到医院的各专业住院医师规范化培训学员计划总人数指监测年度省级卫生健康行政部门要求医院当年应完成的招收总人数(不含在读临床医学硕士专业学位研究生）。

分母 2-分母 6：同期省级卫生健康行政部门下达到医院的各紧缺专业住院医师规范化培训学员计划人数指监测年度省级卫

生健康行政部门要求医院当年应完成的全科、儿科（含儿外科）、精神科、妇产科、麻醉科各紧缺专业招收人数（不含在读临床医学硕士专业学位研究生）。

③规范设立全科医学科。

指标定义：根据《关于印发住院医师规范化培训基地（综合医院）全科医学科设置指导标准（试行）的通知》（国卫办科教发〔2018〕21号）要求，最迟在2019年12月底前，各地住院医师规范化培训基地（综合医院）均应独立设置全科医学科，人员配备符合标准要求。

计算方法：查阅文件资料。住院医师规范化培训基地（综合医院）明确设置了全科医学科的，需提供医院医疗机构执业许可证和医院成立全科医学科的有关文件（或相关证明材料）。

（6）医师资格考试数据来源于国家医学考试中心、国家中医药管理局中医师资格认证中心。医院住院医师首次参加住院医师规范化培训结业考核通过率相关数据来源于国家卫生健康委人才交流服务中心、中国医师协会；住院医师规范化培训招收完成率、住院医师规范化培训基地（综合医院）全科医学科设置情况需医院填报，省级卫生健康行政部门审核。

（7）非国家住院医师规范化培训基地无需填写延伸指标。

【指标意义】

人才建设是医院可持续发展的不竭动力，是医院的核心竞争力。《国务院办公厅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）指出要强化医学教育质量评估，推进毕业后医学教育和继续医学教育第三方评估。将人才培养工作纳入公立医院绩效考核以及院长年度和任期目标责任考核的重要内容。将医师和护士资格考试通过率、规范化培训结业考核通过率、专业认证结果等逐步予以公布，并作为高校和医疗卫生机构人才培养质量评价的重要内容。《国务院办公厅关于加快医学教育创新发展的指导意见》（国办发〔2020〕34号）指出，将医师资格和护士执业资格考试通过率作为评价医学人才培养质量的重要内容，对资格考试通过率连续3年低于50%的高校予以减招。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。《国务院办公厅关于印发“十四五”国民健康规划的通知》（国办发〔2022〕11号）强调要强化医教协同，推进以胜任力为导向的教育教学改革，优化医学专业结构。完善毕业后医学教育制度，支持新进医疗岗位的本科及以上学历临床医师均接受住院医师规范化培

训。《国家卫生健康委关于印发“十四五”卫生健康人才发展规划的通知》（国卫人发〔2022〕27号）指出要提高培养质量，完善培养开发机制。进一步完善院校教育、毕业后教育、继续教育三阶段有机衔接、标准规范的医学人才培养体系。以行业需求为导向，推动院校医学教育质量提升，促进医学人才在数量规模、专业类别、培养层次、区域分布等方面供需平衡。

【指标导向】逐步提高。

【指标来源】国家卫生健康委。

【指标解释】国家医学考试中心、国家中医药管理局中医师资格认证中心、国家卫生健康委人才交流中心、中国医师协会、省级卫生健康委。

49.医院承担培养医学人才的工作成效

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）、人、篇、比值（1:X）

【指标定义】

医院承担培养医学人才的工作成效通过如下四类指标反映:

（1）医院在医学人才培养方面的经费投入，由监测年度医院在院校医学教学经费、毕业后医学教育经费和继续医学教育经费三项经费之和占医院当年总费用的比例体现。

（2）临床带教教师和指导医师[52]接受教育教学培训人次数，由临床带教教师和指导医师接受省级及以上教育教学培训且取得培训合格证书的人数占临床带教教师和指导医师人数的比例体现。

（3）承担医学教育的人数，由监测年度医院院校医学教育专职管理人员数、毕业后医学教育专职管理人员数、继续医学教育专职管理人员数之和与同期医院教育培训学员数的比值体现。

（4）发表教学文章[53]的数量，由监测年度医院发表的教学文章数与同期卫生技术人员总数的比值体现。

---

52 临床带教教师是指经临床教学基地和相关院校核准，承担临床教学和人才培养任务的执业医师。指导医师是指经相关医疗机构核准，承担试用期医学毕业生指导任务的执业医师。不含护理、药学及其他医学相关类专业人员。参阅《卫生部教育部关于印发〈医学教育临床实践管理暂行规定〉的通知》（卫科教发〔2008〕45号）。

53 教学文章指在医学、教育相关期刊公开发表的与教学相关的文章，不含医学学术类文章。

【计算方法】

医院在医学人才培养方面的经费投入占比

$$=\frac{\text{院校医学教学经费投入}+\text{毕业后医学教育经费投入}+\text{继续医学教育经费投入}}{\text{医院当年总费用}}\times 100\%$$

临床带教教师和指导医师接受教育教学培训占比

$$=\frac{\text{临床带教教师和指导医师接受省级及以上教育教学培训且取得培训合格证书的人数}}{\text{临床带教教师和指导医师人数}}\times 100\%$$

医院医学教育专职管理人员数与医院教育培训学员数之比

$$=\frac{\text{本年度院校医学教育专职管理人员数}+\text{毕业后医学教育专职管理人员数}+\text{继续医学教育专职管理人员数}}{\text{同期医院教育培训学员数}}$$

发表教学文章数与卫生技术人员数之比$=\frac{\text{本年度发表的教学文章数}}{\text{同期卫生技术人员总数}}$

【指标说明】

（1）分子

分子 1：医院在医学人才培养方面的经费投入包括：①人员经费，指医院使用自有资金为培训学员开设的各类培训、考核所产生的课时费、评审费、劳务费等，为优秀师资及培训学员提供的教学相关奖励经费，以及为非本单位培训学员（包括医学生、外单位委派的住院医师、面向社会招收的住院医师、外单位委派来院进修人员等，不含本单位来源的住院医师职工和本单位委派至其他单位进修的职工）提供的工资奖金或生活补助；②差旅费

及培训费，指医院使用自有资金用于支持教师参加各类师资培训会议、教学会议所产生的差旅费及培训费，不包含教师参加的学术会议；③会议费，指医院使用自有资金用于举办各类教学相关会议所产生的会议费，不包含学术会议；④设备费及材料费，指医院使用自有资金为教学培训而购置的各类设备及材料，不包含为临床诊疗工作开展而购置的设备及材料；⑤教学条件建设费，指医院使用自有资金为改善医院教学空间如临床技能中心、教室、培训对象宿舍等投入的建设经费；⑥其他支出，指为教学培训而投入的印刷费、其他商品及服务支出、办公费、交通费、邮电费等。以上经费均为监测年度实际结算数（非预算数）。

分子 2：临床带教教师和指导医师接受省级及以上教育教学培训且取得培训合格证书的人数（指累计人数，统计对象不含离职和退休人员）。教育教学培训要求为师资培训中的教育教学相关内容的培训。

分子 3：医学教育专职管理人员数包括在教育处、教学处、继续教育处、研究生管理处、技能中心等岗位上负责医学教育的专职人员数，不包括各临床科室的教学主任、教学秘书等。院校医学教育、毕业后医学教育、继续医学教育专职管理人员如果重复，仅计为 1 人。

分子 4：发表教学文章的数量指医院为第一作者或通讯作者

单位公开发表的教学文章数量。

（2）分母

分母 1: 医院当年总费用即费用合计，包括业务活动费用、单位管理费用、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、所得税费用及其他费用。

分母 2: 临床带教教师和指导医师人数指承担临床教学和人才培养任务的执业医师人数。

分母 3: 医院教育培训学员指监测年度正在医院学习培训的医学专业见习实习生、在培住院医师、在读研究生数之和。

分母 4: 同期卫生技术人员总数指监测年度卫生技术人员中的医、药、护、技四类在岗人员人数之和，包含从事临床或监督工作并同时从事管理工作的上述四类人员。

（3）延伸指标:

①省部级及以上教育教学课题数与卫生技术人员数之比

指标定义: 监测年度医院获得的省部级及以上教育教学课题数与同期医院卫生技术人员数的比值。

计算方法:

省部级及以上教育教学课题数与卫生技术人员数之比

$$= \frac{\text{本年度获得的省部级及以上教育教学课题数}}{\text{同期卫生技术人员总数}}$$

分子: 获得省部级及以上教育教学课题数指监测年度医院作

为项目负责人单位，获得省级及以上卫生健康、教育等部门及其直属单位有关医学教育的教学课题数。

分母：同期卫生技术人员总数指监测年度卫生技术人员中的医、药、护、技四类在岗人员人数之和，包含从事临床或监督工作并同时从事管理工作的上述四类人员。

②继续医学教育项目数与卫生技术人员数之比

指标定义：监测年度医院举办的继续医学教育项目数与同期医院卫生技术人员数的比值。

计算方法：

继续医学教育项目数与卫生技术人员数之比

$$= \frac{\text{本年度举办的继续医学教育项目数}}{\text{同期卫生技术人员总数}}$$

分子：举办的继续医学教育项目数指监测年度根据《继续医学教育学分管理办法（试行）》（国卫办科教发〔2024〕20号）经国家卫生健康委和省级卫生健康委公布的项目数。

分母：同期卫生技术人员总数指监测年度卫生技术人员中的医、药、护、技四类在岗人员人数之和，包含从事临床或监督工作并同时从事管理工作的上述四类人员。

【指标意义】

《国务院办公厅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，贯彻党

的教育方针和卫生与健康工作方针，始终坚持把医学教育和人才培养摆在卫生与健康事业优先发展的战略地位，将建立健全适合行业特点的医学人才培养制度，完善医学人才使用激励政策，为建设健康中国提供坚实的人才保障。建立完善毕业后医学教育制度，健全临床带教激励机制，加强师资队伍建设。推进毕业后医学教育和继续医学教育第三方评估。将人才培养工作纳入公立医院绩效考核以及院长年度和任期目标责任考核的重要内容。《国务院办公厅关于加快医学教育创新发展的指导意见》（国办发〔2020〕34号）指出，按照党中央、国务院决策部署，落实立德树人根本任务，把医学教育摆在关系教育和卫生健康事业优先发展的重要地位，立足基本国情，以服务需求为导向，以新医科建设为抓手，着力创新体制机制，为推进健康中国建设、保障人民健康提供强有力的人才保障。研究建立医学生临床实践保障政策机制，强化临床实习过程管理。夯实高校附属医院医学人才培养主阵地，将人才培养质量纳入临床教学基地绩效考核和卫生专业技术人员医疗卫生职称晋升评价的重要内容。《国家卫生健康委关于印发“十四五”卫生健康人才发展规划的通知》（国卫人发〔2022〕27号）强调要完善毕业后医学教育政策，加大毕业后医学教育的投入和补助，落实住院医师规范化培训制度，加强培训基地和师资队伍建设，严格过程考核和结业考核，强化培训

基地动态管理，保障培训质量。

【指标导向】逐步提高。

【指标来源】医院填报。

【指标解释】国家卫生健康委、省级卫生健康委。

50.每百名卫生技术人员科研项目经费▲

【指标属性】定量指标，国家监测指标。

【计量单位】元

【指标定义】

监测年度每百名卫生技术人员立项的科研经费总金额。

【计算方法】

$$\text{每百名卫生技术人员科研项目经费} = \frac{\text{本年度科研项目立项经费总金额}}{\text{同期卫生技术人员总数}} \times 100$$

【指标说明】

（1）分子：科研项目经费以当年立项批复或签订合同的项目金额为准，包括纵向（国家、部/委、省、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）的科研项目，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、科研相关奖励等经费。

（2）分母：卫生技术人员包括医、药、护、技四类在岗人员，包含从事临床或监督工作并同时从事管理工作的上述四类人员。

（3）本年度该指标仅监测省级及以上医院，地市级医院和区县级医院不再纳入监测范围。如有地市级医院和区县级医院自愿将每百名卫生技术人员科研项目经费纳入本医院评价内容，医

院可主动向省级卫生健康主管部门申请，省级卫生健康主管部门汇总审批后，报送国家卫生健康委。

（4）国家医学中心、国家临床医学研究中心、国家区域医疗中心、省级及以上医院，满足其中一项条件，即应纳入该指标监测范围。

【指标意义】

该指标监测医院科研创新能力。《国家卫生健康委 国家中医药管理局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）强调实施临床科研提升行动。建立临床需求导向的科研机制，对接生命科学和生物医药领域前沿科技，聚焦新发突发重大传染病、罕见病、心脑血管疾病和恶性肿瘤等重大疾病，瞄准精准医学、再生医学、人工智能、抗体与疫苗工程、3D打印等，有效解决医学科学领域的“卡脖子”问题。强化科研攻关对重大公共卫生事件应对的重要支撑作用，坚持临床研究和临床诊疗协同，科研成果服务临床和疾病防控一线。

【指标导向】逐步提高。

【指标来源】医院填报。

【指标解释】国家卫生健康委、省级卫生健康委。

51.每百名卫生技术人员科研成果转化金额

【指标属性】定量指标

【计量单位】元

【指标定义】

监测年度每百名卫生技术人员科研成果转化的金额数。

【计算方法】

$$\text{每百名卫生技术人员科研成果转化金额}=\frac{\text{本年度科技成果转化总金额}}{\text{同期医院卫生技术人员总数}}\times 100$$

【指标说明】

（1）分子：科技成果转化总金额是指监测年度医院科研成果转化合同、协议成交金额总数（以实际到账金额统计）。无科研转化，填“0”。

（2）分母：此处卫生技术人员包括医、药、护、技四类在岗人员，包含从事临床或监督工作并同时从事管理工作的上述四类人员。

【指标意义】

该指标监测医院去规模化和创新成果应用能力。《关于加强卫生与健康科技成果转移转化工作的指导意见》（国卫科教发〔2016〕51号）指出，科技成果转移转化是卫生与健康科技创新的重要内容，是加强科技创新和卫生与健康事业发展紧密结合的关键环节，对推进“健康中国”建设具有重要意义。《国务院

关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18号）强调推进推动科技成果转化，所获收益主要用于对作出重要贡献的人员给予奖励。健全职务发明制度。依托现有资源建设一批国家中医药临床研究和科技成果孵化转化基地，制定一批中医特色诊疗方案，转化形成一批中医药先进装备、中药新药。加快发展商业健康保险，促进医疗新技术进入临床使用。《国家卫生健康委 国家中医药管理局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）强调完善医学创新激励机制和以应用为导向的成果评价机制。依托国家医学中心和国家区域医疗中心建设一批高水平的医药、医疗设备和器械的临床研究基地和科研成果转化基地。支持公立医院牵头或参与联合建立研发机构、科研成果转移转化中心。《国家卫生健康委关于推动临床专科能力建设的指导意见》（国卫医政发〔2023〕22号）要求推动医疗技术创新发展。充分利用临床专科建设工作中多学科融合的优势，围绕重大疾病和关键技术，以解决临床实际问题为导向，加强临床诊疗技术创新、应用研究和成果转化。有条件的医疗机构应当进一步强化临床与基础研究交叉融合、医工交叉融合等跨领域联合攻关，争取在再生医学、精准医疗、生物医学新技术等前沿热点领域取得突破，并实现高效转化，产出新技术、新产品、新药物、新疗法，促进科技自立自强。

【指标导向】逐步提高。

【指标来源】医院填报。

【指标解释】国家卫生健康委、省级卫生健康委。

52.公共信用综合评价等级

【指标属性】定性指标

【计量单位】无

【指标定义】

公共信用综合评价依托全国信用信息共享平台归集的公共信用信息，通过科学的评价体系，对市场主体公共信用综合水平进行评价。

【计算方法】按照公共信用综合评价规范进行评价。

【指标说明】

仅供各省级卫生健康委内部参考使用。

【指标意义】

推动医院重视信用建设，进一步增强诚信意识。

【指标导向】监测比较。

【指标来源】国家发展改革委。

【指标解释】国家公共信用信息中心。

53.门诊患者满意度▲

【指标属性】定量指标，国家监测指标。

【计量单位】分值

【指标定义】

患者在门诊就诊期间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。

【计算方法】

门诊患者满意度调查得分。

【指标说明】

调查问题维度包括挂号体验、医患沟通、医务人员回应性、隐私保护、环境与标识等。

该监测指标作为医院绩效监测的组成部分，仅考察医院可控的部分（医院本身的绩效），故不包括患者就医体验的所有方面，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，提升患者就医体验。

【指标导向】逐步提高。

【指标来源】国家卫生健康委。

【指标解释】国家卫生健康委医疗管理服务指导中心。

54.住院患者满意度▲

【指标属性】定量指标，国家监测指标。

【计量单位】分值

【指标定义】

住院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。

【计算方法】

住院患者满意度调查得分。

【指标说明】

调查问题维度包括医患沟通、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。

【指标意义】参见指标 53。

【指标导向】逐步提高。

【指标来源】国家卫生健康委。

【指标解释】国家卫生健康委医疗管理服务指导中心。

55.医务人员满意度▲

【指标属性】定量指标，国家监测指标。

【计量单位】分值

【指标定义】

医务人员对其所从事工作的总体态度，是医务人员对其需要满足程度。

【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，医院应及时了解医务人员对医院业务管理和经济管理的全面体验，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。

【指标来源】国家卫生健康委。

【指标解释】国家卫生健康委医疗管理服务指导中心。

增 1：重点监控高值医用耗材收入占比

【指标属性】定量指标

【计量单位】百分比（%）

【指标定义】

监测年度医院重点监控高值医用耗材[54]收入占同期耗材总收入比例。

【计算方法】

$$\text{重点监控高值医用耗材收入占比} = \frac{\text{重点监控高值医用耗材收入}}{\text{同期卫生材料收入}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：在本监测年度，重点监控高值医用耗材收入指第一批国家高值医用耗材重点治理清单公布的 18 种医用耗材（见附件 4）的收入。

（2）分母：同期卫生材料收入，包括门急诊、住院卫生材料收入。

【指标意义】

《国务院办公厅关于印发治理高值医用耗材改革方案的通知（国办发〔2019〕37 号）要求完善高值医用耗材临床应用管理，并将其纳入公立医疗机构绩效考核评价体系，故增设该指标。

54 高值医用耗材是指直接作用于人体、对安全性有严格要求、临床使用量大、价格相对较高、群众费用负担重的医用耗材。

《关于印发医疗机构医用耗材管理办法(试行)的通知》(国卫医发〔2019〕43号）要求，加强高值医用耗材规范化管理，明确治理范围,将单价和资源消耗占比相对较高的高值医用耗材作为重点治理对象。完善高值医用耗材临床应用管理，并将其纳入公立医疗机构绩效考核评价体系,以全面深入治理高值医用耗材，规范医疗服务行为，控制医疗费用不合理增长，维护人民群众健康权益。

《国家卫生健康委办公厅关于印发第一批国家高值医用耗材重点治理清单的通知》（国卫办医函〔2020〕9号）要求，各省级卫生健康行政部门在第一批国家高值医用耗材重点治理清单基础上，根据各地实际，适当增加品种，形成省级清单，并指导辖区内医疗机构制定医疗机构清单。地方各级卫生健康行政部门和各级各类医疗机构要严格落实《医疗机构医用耗材管理办法（试行）》有关要求，加强医用耗材管理，并按照治理高值医用耗材改革工作要求，做好相关工作。

【指标导向】监测比较。

【指标来源】医院填报。

【指标解释】省级卫生健康委。

三、附件

附件 1

日间手术推荐目录（2022 年版）

序号	ICD-9-CM-3 编码 （国家临床版 3.0）	ICD-9-CM-3 名称 （国家临床版 3.0）	专业	前两批对应序号
1	04.0408	周围神经探查术	骨科	
2	04.0419	尺神经探查术	骨科	
3	04.0420	桡神经探查术	骨科	
4	04.0421	指神经探查术	骨科	
5	04.2x11	肋间神经射频消融术	普通外科	
6	04.4300	腕管松解术	骨科	
7	04.4900x042	周围神经松解术	骨科	
8	04.4900x043	肘管松解术	骨科	
9	04.4908	尺神经松解术	骨科	
10	04.4909	桡神经松解术	骨科	
11	04.4910	指神经松解术	骨科	
12	04.6x10	尺神经移位术	骨科	
13	04.7405	牙槽神经吻合术	口腔科	
14	08.2000x005	眼睑瘢痕切除术	眼科	
15	08.2000x006	眼睑病损切除术	眼科	2-18
16	08.2000x009	眼睑皮肤和皮下坏死组织切除清创术	眼科	
17	08.2300	眼睑较大的病损切除术，板层	眼科	
18	08.2300x001	眼睑病损板层切除术	眼科	
19	08.2400	眼睑较大的病损切除术，全层	眼科	
20	08.2400x001	眼睑病损全层切除术	眼科	
21	08.3101	上睑下垂额肌瓣悬吊术	眼科	
22	08.3200	上睑下垂修补术，用额肌法伴筋膜吊带法	眼科	2-1
23	08.3200x001	上睑下垂缝线悬吊术	眼科	
24	08.3300	上睑下垂修补术，用部分切除术或上睑肌或腱膜前徙术	眼科	

序号	ICD-9-CM-3 编码 （国家临床版 3.0）	ICD-9-CM-3 名称 （国家临床版 3.0）	专业	前两批对应序号
25	08.3300x001	上睑下垂提上睑肌缩短术	眼科	
26	08.3400x001	上睑下垂上直肌提吊术	眼科	
27	08.3500	上睑下垂修补术，用睑板法	眼科	
28	08.3600x002	上睑下垂眼轮匝肌悬吊术	眼科	
29	08.3700	上睑下垂矫正过度复位术	眼科	
30	08.3800	睑退缩矫正术	眼科	
31	08.4200	睑内翻或睑外翻的修补术，用缝合术法	眼科	2-13
32	08.4201	睑外翻缝合修补术	眼科	2-13
33	08.4202	睑内翻缝合修补术	眼科	2-13
34	08.4203	睑轮匝肌缩短睑内翻修补术	眼科	2-13
35	08.4204	睑轮匝肌重叠，睑外翻修补术	眼科	2-13
36	08.4300	睑内翻或睑外翻的修补术伴楔形部分切除术	眼科	2-13
37	08.4301	睑外翻楔形切除修补术	眼科	2-13
38	08.4302	睑内翻楔形切除修补术	眼科	2-13
39	08.4400	睑内翻或睑外翻的修补术伴睑重建术	眼科	2-13
40	08.4401	睑内翻矫正伴睑重建术	眼科	2-13
41	08.4402	睑外翻矫正伴睑重建术	眼科	2-13
42	08.4403	Wheeler 睑内翻修补术	眼科	2-13
43	08.4900	睑内翻或睑外翻的其他修补术	眼科	2-13
44	08.4901	睑外翻矫正术	眼科	2-13
45	08.4902	睑内翻矫正术	眼科	2-13
46	08.5900x004	内眦成形术	眼科	2-10
47	08.5900x005	外眦成形术	眼科	2-11
48	08.5902	眦成形术	眼科	2-12
49	08.5904	眦韧带悬吊术	眼科	
50	08.7100	涉及睑缘，板层的眼睑重建术	眼科	
51	08.8500x001	眼睑全层裂伤修补术	眼科	
52	09.4200	泪小管探通术	眼科	2-15
53	09.4404	人工泪管置入术	眼科	2-14、2-15、2-16、2-17

序号	ICD-9-CM-3 编码（国家临床版 3.0）	ICD-9-CM-3 名称（国家临床版 3.0）	专业	前两批对应序号
54	09.7201	泪点重建术	眼科	2-16
55	09.7300	泪小管修补术	眼科	
56	09.7300x001	泪小管成形术	眼科	
57	09.7300x003	泪小管缝合术	眼科	
58	09.7300x004	泪道重建术	眼科	2-14
59	09.7301	泪小管吻合术	眼科	2-14、2-17
60	09.8100	泪囊鼻腔吻合术[DCR]	眼科	
61	09.8100x004	鼻内镜下鼻腔泪囊造口术	眼科	
62	09.8101	内镜下鼻-泪管吻合术	眼科	
63	10.0x00x001	结膜切开异物取出术	眼科	
64	10.3101	结膜病损切除术	眼科	
65	10.3102	结膜环切除术	眼科	
66	10.4400x001	结膜移植术	眼科	
67	10.4401	自体结膜移植术	眼科	
68	10.5x01	睑球粘连分离术	眼科	
69	10.6x00	结膜裂伤修补术	眼科	
70	10.9901	结膜松弛矫正术	眼科	
71	11.1x01	角膜切开异物去除术	眼科	
72	11.3200	胬肉切除术伴角膜移植术	眼科	1-33
73	11.3201	翼状胬肉切除伴自体干细胞移植术	眼科	1-33
74	11.3202	翼状胬肉切除术伴异体干细胞移植术	眼科	1-33
75	11.3203	翼状胬肉切除伴羊膜植片移植术	眼科	1-33
76	11.3900x001	翼状胬肉切除术	眼科	
77	11.3901	翼状胬肉切除伴结膜移植术	眼科	1-33
78	11.4903	角膜病损切除术	眼科	
79	11.7903	羊膜移植眼表重建术	眼科	
80	12.1403	虹膜周边切除术	眼科	2-3
81	12.4200	虹膜病损切除术	眼科	
82	12.4300	睫状体病损破坏术，非切除法	眼科	

序号	ICD-9-CM-3 编码（国家临床版 3.0）	ICD-9-CM-3 名称（国家临床版 3.0）	专业	前两批对应序号
83	12.5400	外路小梁切开术	眼科	
84	12.6400	外路小梁切除术	眼科	2-2
85	12.6400x003	滤帘切除术[小梁切除术]	眼科	
86	12.6401	氪激光小梁成形术[KLP]	眼科	
87	12.7200	睫状体冷冻疗法	眼科	1-35
88	12.7300	睫状体光凝固法	眼科	1-34
89	12.7903	眼压调节器修正术	眼科	
90	12.7904	眼压调节器置换术	眼科	
91	12.8801	巩膜外加压术	眼科	
92	12.9802	睫状体固定术	眼科	
93	13.1902	白内障囊内摘除术	眼科	
94	13.3x00x001	晶状体单纯抽吸囊外摘除术	眼科	
95	13.4100	白内障晶状体乳化和抽吸	眼科	
96	13.4100x001	白内障超声乳化抽吸术	眼科	1-36,1-37,1-38
97	13.5900x001	白内障囊外摘除术	眼科	
98	13.6502	晶状体后囊膜切除术	眼科	
99	13.7000	置入人工晶状体	眼科	
100	13.7100	眼内人工晶状体置入伴白内障摘出术，一期	眼科	
101	13.7100x001	白内障摘除伴人工晶体一期置入术	眼科	1-36,1-37
102	13.7200	眼内人工晶状体二期置入	眼科	
103	13.7200x001	人工晶体二期置入术	眼科	
104	13.8x00	去除置入的晶状体	眼科	
105	13.8x00x003	人工晶体取出术	眼科	
106	13.9001	人工晶状体复位术	眼科	
107	13.9100	眼内镜假体置入	眼科	
108	13.9100x001	可植入式隐形眼镜置入术[ICL 置入术]	眼科	
109	14.2403	黄斑光动力学治疗（PDT）	眼科	
110	14.2900x002	视网膜前膜切除术	眼科	2-9
111	14.3200x002	视网膜裂孔冷冻术	眼科	

序号	ICD-9-CM-3 编码（国家临床版 3.0）	ICD-9-CM-3 名称（国家临床版 3.0）	专业	前两批对应序号
112	14.3901	黄斑裂孔填塞术	眼科	2-8
113	14.5200x001	视网膜脱离冷冻术	眼科	
114	14.5300	用氩弧光凝固法的视网膜脱离修补术	眼科	
115	14.5400x001	视网膜脱离激光治疗术	眼科	
116	14.5901	巩膜缩短术	眼科	
117	14.5903	玻璃体腔注气，视网膜复位术	眼科	2-7
118	14.6x02	玻璃体硅油取出术	眼科	
119	14.7500x001	玻璃体腔内替代物注射术	眼科	
120	14.7903	玻璃体药物注射术	眼科	2-6
121	15.1100	一条眼外肌的后徙术	眼科	2-5
122	15.1200	一条眼外肌的前徙术	眼科	2-5
123	15.1300	一条眼外肌的部分切除术	眼科	2-5
124	15.1900	一条眼外肌从眼球暂时脱离的其他手术	眼科	2-5
125	15.1900x001	一条眼外肌离断术	眼科	2-5
126	15.2100	一条眼外肌的延长术	眼科	2-5
127	15.2200	一条眼外肌的缩短术	眼科	2-5
128	15.2900	一条眼外肌的其他手术	眼科	2-5
129	15.2901	一条眼外肌的悬吊术	眼科	2-5
130	15.3x00	两条或两条以上眼外肌暂时从眼球脱离的手术，单眼或双眼	眼科	2-5
131	15.3x01	两条或两条以上眼外肌的后徙术	眼科	2-5
132	15.3x02	两条或两条以上眼外肌的前徙术	眼科	2-5
133	15.4x00	两条或两条以上眼外肌的其他手术，单眼或双眼	眼科	2-5
134	15.4x01	两条或两条以上眼外肌缩短术	眼科	2-5
135	15.4x02	两条或两条以上眼外肌悬吊术	眼科	2-5
136	15.5x00	眼外肌移位术	眼科	2-5
137	15.6x00	眼外肌手术后的修复术	眼科	2-4
138	15.9x00	眼外肌和肌腱的其他手术	眼科	2-5
139	15.9x00x001	眼肌部分切除术	眼科	2-5

序号	ICD-9-CM-3 编码（国家临床版 3.0）	ICD-9-CM-3 名称（国家临床版 3.0）	专业	前两批对应序号
140	15.9x00x007	眼肌探查术	眼科	2-5
141	15.9x00x008	眼睑轮匝肌切断术	眼科	2-5
142	16.4901	隐眼摘除术	眼科	
143	16.8901	眼球修补术	眼科	
144	16.9200	眼眶病损切除术	眼科	
145	16.9300	眼病损切除术	眼科	
146	17.1100	腹腔镜腹股沟直疝修补术，伴有移植物或假体	普通外科	
147	17.1200	腹腔镜腹股沟斜疝修补术，伴有移植物或假体	普通外科	
148	18.0900x002	耳后切开引流术	耳鼻喉科	
149	18.2100x006	耳前瘘管切除术	耳鼻喉科	1-39
150	18.2101	耳前病损切除术	耳鼻喉科	
151	18.2900x003	耳廓病损切除术	耳鼻喉科	2-21
152	18.2900x009	外耳道病损切除术	耳鼻喉科	
153	18.2900x016	耳廓皮肤和皮下坏死组织切除清创术	耳鼻喉科	
154	18.2900x018	耳后瘘管切除术	耳鼻喉科	
155	18.2901	外耳病损切除术	耳鼻喉科	
156	18.2907	副耳切除术	耳鼻喉科	
157	19.4x00	鼓膜成形术	耳鼻喉科	2-20
158	19.4x00x005	内镜下鼓室成形术	耳鼻喉科	1-41
159	19.4x01	鼓室成形术,I 型	耳鼻喉科	1-40
160	20.0100	鼓膜切开术伴置管	耳鼻喉科	2-19
161	20.0100x005	鼓室置管术	耳鼻喉科	
162	20.0100x006	内镜下鼓膜置管术	耳鼻喉科	2-19
163	20.0901	鼓膜切开引流术	耳鼻喉科	
164	20.5100x002	耳后病损切除术	耳鼻喉科	
165	20.9201	乳突术后清创术	耳鼻喉科	
166	21.0300x004	鼻内窥镜下电凝止血术	耳鼻喉科	2-33
167	21.0902	鼻出血血管缝合术	耳鼻喉科	
168	21.0904	内镜下鼻中隔黏膜划痕术	耳鼻喉科	

序号	ICD-9-CM-3 编码 （国家临床版 3.0）	ICD-9-CM-3 名称 （国家临床版 3.0）	专业	前两批对应序号
169	21.3000	鼻病损切除术或破坏术	耳鼻喉科	
170	21.3102	内镜下鼻息肉切除术	耳鼻喉科	2-23
171	21.3103	鼻内病损切除术	耳鼻喉科	
172	21.3104	内镜下鼻内病损切除术	耳鼻喉科	2-22
173	21.3200x003	鼻前庭病损切除术	耳鼻喉科	2-25
174	21.3200x008	鼻中隔病损激光烧灼术	耳鼻喉科	
175	21.3200x010	鼻皮肤和皮下坏死组织切除清创术	耳鼻喉科	
176	21.3201	鼻部皮肤病损切除术	耳鼻喉科	
177	21.5x00	鼻中隔黏膜下切除术	耳鼻喉科	2-24
178	21.5x00x004	鼻内窥镜下鼻中隔黏膜下部分切除术	耳鼻喉科	2-24
179	21.5x01	内镜下鼻中隔黏膜下切除术	耳鼻喉科	2-24
180	21.6100x002	鼻甲射频消融术	耳鼻喉科	
181	21.6903	内镜下鼻甲部分切除术	耳鼻喉科	
182	21.6904	内镜下鼻甲射频消融术	耳鼻喉科	
183	21.7100	鼻骨折闭合性复位术	耳鼻喉科	
184	21.7200	鼻骨折开放性复位术	耳鼻喉科	
185	21.7200x001	内镜下鼻骨骨折切开复位术	耳鼻喉科	
186	21.8400	修正性鼻成形术	整形外科	
187	21.8400x002	鼻内窥镜下鼻中隔成形术	耳鼻喉科	2-24
188	21.8500x004	隆鼻伴人工假体置入术	整形外科	2-34
189	21.8700x008	鼻内窥镜下鼻甲成形术	整形外科	
190	21.9101	内镜下鼻腔粘连松解术	耳鼻喉科	
191	21.9902	鼻植入物取出术	耳鼻喉科	
192	22.1100x002	鼻内窥镜下鼻窦活检	耳鼻喉科	
193	22.2x00x009	鼻内窥镜下上颌窦根治术	耳鼻喉科	
194	22.2x01	内镜下上颌窦开窗术	耳鼻喉科	
195	22.3100x002	上颌窦根治术	耳鼻喉科	
196	22.5300x004	鼻内窥镜下多个鼻窦开窗术	耳鼻喉科	
197	22.7100x004	上颌窦瘘修补术	口腔科	

序号	ICD-9-CM-3 编码（国家临床版 3.0）	ICD-9-CM-3 名称（国家临床版 3.0）	专业	前两批对应序号
198	25.2x00	舌部分切除术	口腔科	
199	26.2903	舌下腺病损切除术	口腔科	
200	26.2904	颌下腺病损切除术	口腔科	
201	26.3103	舌下腺部分切除术	口腔科	
202	27.3102	硬腭射频消融术	口腔科	
203	27.4200	唇病损广泛切除术	口腔科	
204	27.4902	颌下区病损切除术	口腔科	
205	27.4906	口腔病损切除术	口腔科	2-31
206	27.5400	裂唇修补术	整形外科	
207	27.5401	唇裂二期修复术	整形外科	
208	27.5903	唇成形术	整形外科	
209	27.5909	唇瘢痕松解术	整形外科	
210	27.5910	口成形术	整形外科	
211	27.7202	悬雍垂激光切除术	整形外科	
212	27.9903	颊脂垫修复术	整形外科	
213	28.2x00	扁桃体切除术不伴腺样增殖体切除术	耳鼻喉科	
214	28.2x00x002	扁桃体切除术	儿科	1-29
215	28.2x04	内镜下扁桃体切除术	耳鼻喉科	
216	28.3x00	扁桃体切除术伴腺样增殖体切除术	耳鼻喉科	
217	28.6x00	腺样增殖体切除术不伴扁桃体切除术	耳鼻喉科	2-26
218	28.6x00x001	鼻内镜下经鼻腺样体切除术	耳鼻喉科	
219	28.6x00x002	腺样体切除术	耳鼻喉科	
220	28.6x00x005	鼻内镜下腺样体消融术	耳鼻喉科	
221	28.6x02	内镜下腺样体切除术	耳鼻喉科	
222	29.3900x001	鼻咽病损切除术	耳鼻喉科	
223	29.3900x012	咽部病损激光烧灼术	耳鼻喉科	
224	29.3901	咽部病损切除术	耳鼻喉科	2-27,2-32
225	29.3908	内镜下鼻咽病损切除术	耳鼻喉科	2-30
226	30.0900x021	会厌病损切除术	耳鼻喉科	2-29,1-42

序号	ICD-9-CM-3 编码（国家临床版 3.0）	ICD-9-CM-3 名称（国家临床版 3.0）	专业	前两批对应序号
227	30.0901	声带病损切除术（诊断为“声带息肉”（J38.102））	耳鼻喉科	1-43
228	30.0903	内镜下会厌病损切除术	耳鼻喉科	2-29,1-42
229	30.0904	内镜下会厌病损激光切除术	耳鼻喉科	2-29,1-42
230	30.0905	内镜下声带病损切除术(诊断为“声带息肉”(J38.102))	耳鼻喉科	1-43
231	30.0906	内镜下声带病损激光切除术（诊断为“声带息肉”（J38.102））	耳鼻喉科	1-43
232	30.0911	支撑喉镜下喉病损切除术	耳鼻喉科	2-28
233	31.9302	喉支架置换术	耳鼻喉科	
234	34.2300	胸壁活组织检查	胸外科	
235	34.2301	胸腔镜下胸壁活组织检查术	胸外科	
236	34.4x00	胸壁病损的切除术或破坏术	胸外科	
237	34.4x01	胸壁病损切除术	胸外科	
238	34.7101	胸壁清创缝合术	胸外科	
239	38.0301	上肢静脉取栓术	血管外科	
240	38.3300	上肢血管部分切除伴吻合术	血管外科	
241	38.5300	上肢血管静脉曲张的结扎术和剥脱术	血管外科	
242	38.5900	下肢静脉曲张的结扎术和剥脱术	血管外科	
243	38.5900x003	大隐静脉主干激光闭合术	普通外科	1-2
244	38.5900x005	下肢静脉剥脱术	血管外科	
245	38.5900x008	大隐静脉高位结扎电凝术	血管外科	
246	38.5901	大隐静脉高位结扎和剥脱术	普通外科	1-3
247	38.5902	大隐静脉曲张结扎术	血管外科	
248	38.5903	大隐静脉曲张剥脱术	血管外科	
249	38.5905	小隐静脉曲张剥脱术	血管外科	
250	38.5906	小隐静脉高位结扎和剥脱术	血管外科	
251	38.5907	大隐静脉曲张分段切除术	血管外科	
252	38.6000x012	血管病损切除术	血管外科	
253	38.6000x013	血管球瘤切除术	血管外科	
254	38.6302	上肢血管病损切除术	血管外科	
255	38.7x04	下腔静脉滤器置入术	血管外科	

序号	ICD-9-CM-3 编码（国家临床版 3.0）	ICD-9-CM-3 名称（国家临床版 3.0）	专业	前两批对应序号
256	38.8603	胆囊动脉结扎术	血管外科	
257	39.4900x006	上肢人工血管血栓切除术	血管外科	
258	39.5000x019	头臂静脉球囊扩张成形术	血管外科	
259	39.5000x025	上肢静脉球囊扩张成形术	血管外科	
260	39.5000x032	动静脉造瘘后球囊扩张（用于肾透析）	血管外科	
261	39.5300x015	人工动静脉瘘切除术	血管外科	
262	39.7900x038	经皮上肢人工血管取栓术	血管外科	
263	39.7907	经导管上肢血管栓塞术	血管外科	
264	39.9000	周围（非冠状的）血管非药物洗脱支架置入	血管外科	
265	39.9000x012	锁骨下静脉支架置入术	血管外科	
266	39.9000x035	头臂静脉非药物洗脱支架置入术	血管外科	
267	39.9005	上腔静脉支架置入术	血管外科	
268	39.9014	无名静脉支架置入术	血管外科	
269	40.1100x003	腹腔镜下淋巴结活检术	普通外科	
270	40.1100x004	纵隔镜下淋巴结活检术	普通外科	
271	40.2900x022	淋巴结切除术	普通外科	
272	40.2901	锁骨上淋巴结切除术	普通外科	
273	40.2906	腹腔淋巴结切除术	普通外科	
274	40.2910	淋巴管瘤切除术	普通外科	
275	40.3x00x002	淋巴结区域性切除术	普通外科	
276	44.4403	经导管胃动脉栓塞术	血管外科	
277	45.2501	结肠镜下大肠活组织检查	普通外科	
278	45.4200x003	纤维结肠镜下结肠息肉切除术	消化内科	1-25,1-26
279	45.4900x005	结肠病损激光烧灼术	普通外科	
280	47.0100	腹腔镜下阑尾切除术	普通外科	
281	47.0901	阑尾切除术	普通外科	
282	47.0902	阑尾残端切除术	普通外科	
283	48.3508	内镜下直肠病损切除术	消化内科	1-27
284	48.3601	直肠息肉切除术	普通外科	

序号	ICD-9-CM-3 编码（国家临床版 3.0）	ICD-9-CM-3 名称（国家临床版 3.0）	专业	前两批对应序号
285	48.4105	直肠粘膜切除术	普通外科	
286	48.8101	直肠周围脓肿切开引流术	普通外科	2-36
287	49.0100	肛周脓肿切开术	普通外科	
288	49.0100x004	肛周脓肿切开引流术	普通外科	2-37
289	49.0101	肛周脓肿穿刺抽吸术	普通外科	
290	49.0400x009	肛周病损切除术	普通外科	
291	49.0401	肛周脓肿切除术	普通外科	
292	49.0402	肛门周围组织切除术	普通外科	
293	49.1100	肛门瘘管切开术	普通外科	2-35
294	49.3901	肛裂切除术	普通外科	
295	49.3903	肛裂切开挂线术	普通外科	
296	49.3904	肛门病损激光切除术	普通外科	
297	49.3905	肛门病损切除术	普通外科	
298	49.3906	肛乳头切除术	普通外科	
299	49.4500	痔结扎术	普通外科	
300	49.4600	痔切除术	普通外科	2-38
301	49.4701	血栓痔剥离术	普通外科	
302	49.4900x003	吻合器痔上黏膜环切术	普通外科	2-39
303	49.4901	痔上直肠黏膜环形切除吻合术（PPH 术）	普通外科	2-40
304	49.7301	肛瘘挂线术	普通外科	1-1
305	51.2300	腹腔镜下胆囊切除术	普通外科	
306	51.9600x001	经皮胆总管结石取出术	普通外科	
307	51.9800x005	经皮胆道镜下取石术	普通外科	
308	53.0000	腹股沟疝单侧修补术	普通外科	1-4,1-5
309	53.0001	单侧腹股沟疝修补术	普通外科	1-4,1-5
310	53.0002	腹腔镜下单侧腹股沟疝修补术	普通外科	1-4,1-5
311	53.0100	其他和开放性腹股沟直疝修补术	普通外科	1-4,1-5
312	53.0100x001	单侧腹股沟直疝疝囊高位结扎术	普通外科	2-41,1-4,1-5
313	53.0101	单侧腹股沟直疝修补术	普通外科	1-4,1-5

序号	ICD-9-CM-3 编码（国家临床版 3.0）	ICD-9-CM-3 名称（国家临床版 3.0）	专业	前两批对应序号
314	53.0102	单侧腹股沟直疝斜疝修补术	普通外科	1-4,1-5
315	53.0200	其他和开放性腹股沟斜疝修补术	普通外科	1-4,1-5
316	53.0201	单侧腹股沟斜疝修补术	普通外科	1-4,1-5
317	53.0202	单侧腹股沟斜疝疝囊高位结扎术	普通外科	2-41,1-4,1-5
318	53.0203	腹腔镜下单侧腹股沟斜疝修补术	普通外科	1-4,1-5
319	53.0204	腹腔镜下单侧腹股沟斜疝疝囊高位结扎术	普通外科	2-41,1-4,1-5
320	53.0300	用移植物或假体的其他和开放性腹股沟直疝修补术	普通外科	1-4,1-5
321	53.0301	单侧腹股沟直疝斜疝无张力修补术	普通外科	1-4,1-5
322	53.0302	单侧腹股沟直疝无张力修补术	普通外科	1-4,1-5
323	53.0400	用移植物或假体的其他和开放性腹股沟斜疝修补术	普通外科	1-4,1-5
324	53.0401	单侧腹股沟斜疝无张力修补术	普通外科	1-4,1-5
325	53.0500	用移植物或假体的腹股沟疝修补术	普通外科	1-4,1-5
326	53.0501	单侧腹股沟疝无张力修补术	普通外科	1-4,1-5
327	53.1000	双侧腹股沟疝修补术	普通外科	
328	53.1101	双侧腹股沟直疝修补术	普通外科	
329	53.1201	双侧腹股沟斜疝修补术	普通外科	
330	53.2101	单侧股疝无张力修补术	普通外科	
331	53.2901	单侧股疝修补术	普通外科	
332	53.3101	双侧股疝无张力修补术	普通外科	
333	53.4101	脐疝无张力修补术	普通外科	
334	53.4901	脐疝修补术	普通外科	2-44
335	53.5100	切口疝修补术	普通外科	
336	53.5900x001	腹壁白线疝修补术	普通外科	
337	53.5901	腹壁疝修补术	普通外科	
338	53.6101	腹壁切口疝无张力修补术	普通外科	
339	54.0x00x004	腹壁脓肿切开引流术	普通外科	
340	54.2201	腹壁活组织检查	普通外科	
341	54.2300x003	腹膜后活检术	普通外科	
342	54.2300x005	腹腔镜下腹膜活组织检查	普通外科	

序号	ICD-9-CM-3 编码（国家临床版 3.0）	ICD-9-CM-3 名称（国家临床版 3.0）	专业	前两批对应序号
343	54.2400x001	腹内病损穿刺活检	普通外科	
344	54.3x00	腹壁或脐病损或组织的切除术或破坏术	普通外科	
345	54.3x00x027	脐病损切除术	儿科	1-30,1-31,1-32
346	54.3x01	腹壁病损切除术	普通外科	
347	54.3x03	腹股沟病损切除术	普通外科	
348	54.3x04	脐切除术	普通外科	
349	54.3x08	腹壁瘢痕切除术	普通外科	
350	55.0105	肾囊肿去顶术	泌尿外科	2-53
351	55.0300x005	经皮肾造口术	泌尿外科	
352	55.0400x005	经皮肾镜超声碎石取石术（II 期）（再次住院）	泌尿外科	1-17
353	55.0400x008	经皮肾镜超声碎石取石术（II 期）（同次住院）	泌尿外科	1-17
354	55.9601	肾囊肿硬化剂注射术	泌尿外科	2-68
355	56.0x06	经尿道输尿管/肾盂激光碎石取石术	泌尿外科	1-18
356	56.0x07	经尿道输尿管/肾盂气压弹道碎石取石术	泌尿外科	1-19
357	56.0x08	经尿道输尿管/肾盂超声碎石取石术	泌尿外科	1-20
358	56.2x00	输尿管切开术	泌尿外科	
359	56.3100	输尿管镜检查	泌尿外科	
360	56.3300	闭合性内镜下输尿管活组织检查	泌尿外科	
361	56.3300x003	经皮肾镜输尿管活检术	泌尿外科	
362	56.4103	输尿管口囊肿切除术	泌尿外科	
363	56.4106	内镜下输尿管病损切除术	泌尿外科	
364	56.9100	输尿管口扩张	泌尿外科	
365	56.9101	膀胱镜下输尿管口扩张术	泌尿外科	
366	57.0x00	经尿道膀胱清除术	泌尿外科	2-64
367	57.0x00x002	经尿道膀胱镜膀胱碎石钳碎石术	泌尿外科	2-64
368	57.0x00x003	经尿道膀胱镜膀胱异物取出术	泌尿外科	2-64
369	57.0x00x005	经尿道膀胱镜膀胱取石术	泌尿外科	2-64
370	57.0x00x006	经尿道膀胱镜膀胱血块清除术	泌尿外科	2-64
371	57.0x00x007	经尿道膀胱镜膀胱激光碎石术	泌尿外科	2-64

序号	ICD-9-CM-3 编码（国家临床版 3.0）	ICD-9-CM-3 名称（国家临床版 3.0）	专业	前两批对应序号
372	57.0x00x008	经尿道膀胱镜膀胱超声碎石取石术	泌尿外科	2-64
373	57.0x00x009	经尿道膀胱镜膀胱气压弹道碎石取石术	泌尿外科	2-64
374	57.0x00x010	经尿道膀胱镜膀胱超声碎石术	泌尿外科	2-64
375	57.0x00x011	经尿道膀胱镜膀胱气压弹道碎石术	泌尿外科	2-64
376	57.0x00x012	经尿道膀胱镜膀胱激光碎石取石术	泌尿外科	2-64
377	57.0x00x013	经尿道膀胱镜膀胱碎石钳碎石取石术	泌尿外科	2-64
378	57.0x01	经尿道膀胱引流术	泌尿外科	2-64
379	57.0x02	经尿道膀胱异物取出术	泌尿外科	2-64
380	57.0x03	经尿道膀胱取石术	泌尿外科	2-64
381	57.0x04	经尿道膀胱血块清除术	泌尿外科	2-64
382	57.0x05	经尿道膀胱超声碎石术	泌尿外科	2-64
383	57.0x06	经尿道膀胱激光碎石术	泌尿外科	2-64
384	57.0x07	经尿道膀胱气压弹道碎石术	泌尿外科	2-64
385	57.0x08	经尿道膀胱碎石钳碎石取石术	泌尿外科	2-64
386	57.1700	经皮膀胱造口术	泌尿外科	
387	57.2200	膀胱造口修复术	泌尿外科	
388	57.3400x002	直视下膀胱活检术	泌尿外科	
389	58.0x00	尿道切开术	泌尿外科	
390	58.1x00	尿道口切开术	泌尿外科	
391	58.1x01	尿道外口切开术	泌尿外科	
392	58.3103	经尿道尿道狭窄电切术	泌尿外科	
393	58.3901	尿道病损切除术	泌尿外科	2-52
394	58.3906	尿道口病损切除术	泌尿外科	2-59
395	58.4700	尿道口成形术	泌尿外科	
396	58.5x00x002	经尿道尿道切开术	泌尿外科	
397	58.5x02	内镜下尿道内口切开术	泌尿外科	
398	58.5x03	尿道内口切开术	泌尿外科	
399	58.6x00	尿道扩张	泌尿外科	2-54
400	58.9201	尿道旁病损切除术	泌尿外科	

序号	ICD-9-CM-3 编码（国家临床版 3.0）	ICD-9-CM-3 名称（国家临床版 3.0）	专业	前两批对应序号
401	59.7900x002	经阴道无张力尿道悬吊术（TVT）	泌尿外科	1-24
402	59.8x00x001	膀胱镜下输尿管扩张术	泌尿外科	2-49
403	59.8x03	经尿道输尿管支架置入术	泌尿外科	2-48
404	59.9900x002	输尿管支架取出术	泌尿外科	
405	59.9901	输尿管支架置换术	泌尿外科	
406	60.1100x002	超声引导下前列腺穿刺活检	泌尿外科	
407	60.1100x003	经会阴前列腺穿刺活检术	泌尿外科	2-67
408	60.1101	经直肠前列腺穿刺活组织检查	泌尿外科	2-67
409	60.1901	精囊镜探查术	泌尿外科	2-63
410	60.6201	经会阴前列腺冷冻切除术	泌尿外科	
411	60.9500	经尿道球囊前列腺尿道扩张	泌尿外科	
412	61.0x02	阴囊切开引流术	泌尿外科	
413	61.2x00	睾丸鞘膜积液切除术	泌尿外科	2-55
414	61.2x01	睾丸鞘膜部分切除术	泌尿外科	
415	61.2x02	睾丸鞘膜切除术	泌尿外科	
416	61.3x00	阴囊病损或阴囊组织切除术或破坏术	泌尿外科	
417	61.3x02	阴囊部分切除术	泌尿外科	
418	61.3x03	阴囊病损切除术	泌尿外科	2-57
419	61.4900	阴囊和睾丸鞘膜的其他修补术	泌尿外科	1-21
420	61.4900x002	鞘膜高位结扎术	泌尿外科	
421	61.4901	睾丸鞘状突高位结扎术	泌尿外科	
422	61.4904	睾丸鞘膜翻转术	泌尿外科	
423	62.0x00	睾丸切开术	泌尿外科	
424	62.0x00x001	睾丸切开探查术	泌尿外科	
425	62.1100	闭合性[经皮][针吸]睾丸活组织检查	泌尿外科	2-65
426	62.1200	开放性睾丸活组织检查	泌尿外科	2-66
427	62.2x01	睾丸病损切除术	泌尿外科	
428	62.3x00	单侧睾丸切除术	泌尿外科	
429	62.3x01	单侧睾丸附睾切除术	泌尿外科	

序号	ICD-9-CM-3 编码（国家临床版 3.0）	ICD-9-CM-3 名称（国家临床版 3.0）	专业	前两批对应序号
430	62.3x03	单侧隐睾切除术	泌尿外科	
431	62.4100x004	双侧睾丸切除术	泌尿外科	
432	62.4101	双侧睾丸附睾切除术	泌尿外科	
433	62.4102	双侧睾丸根治性切除术	泌尿外科	
434	62.4104	双侧隐睾切除术	泌尿外科	
435	62.5x00	睾丸固定术	泌尿外科	1-22
436	62.9900x001	显微镜下睾丸切开取精术	泌尿外科	2-56
437	63.1x00	精索静脉曲张和精索积液切除术	泌尿外科	
438	63.1x00x003	精索鞘膜高位结扎术	泌尿外科	
439	63.1x01	精索静脉高位结扎术	泌尿外科	1-23,2-58
440	63.1x02	精索鞘膜积液切除术	泌尿外科	
441	63.1x03	腹腔镜精索静脉高位结扎术	泌尿外科	
442	63.2x00	附睾囊肿切除术	泌尿外科	
443	63.3x01	精索病损切除术	泌尿外科	
444	63.3x03	附睾病损切除术	泌尿外科	2-60
445	63.4x00	附睾切除术	泌尿外科	
446	63.6x00x001	输精管探查术	泌尿外科	
447	63.7000x001	男性绝育术	泌尿外科	
448	63.7101	输精管切断术	泌尿外科	
449	63.8200x001	输精管吻合术	泌尿外科	
450	63.8300	附睾输精管吻合术	泌尿外科	2-62
451	63.9900x001	经尿道精囊镜输精管梗阻疏通术	泌尿外科	
452	63.9900x002	经尿道射精管切开术	泌尿外科	
453	64.2x00x008	龟头病损切除术	泌尿外科	
454	64.2x01	阴茎病损切除术	泌尿外科	2-61
455	64.4100	阴茎裂伤缝合术	泌尿外科	
456	65.2501	腹腔镜卵巢病损切除术	妇产科	1-28
457	65.2900x011	卵巢囊肿穿刺术	妇产科	
458	67.0x00x002	子宫颈粘连松解术	妇产科	

序号	ICD-9-CM-3 编码（国家临床版 3.0）	ICD-9-CM-3 名称（国家临床版 3.0）	专业	前两批对应序号
459	67.2x00	子宫颈锥形切除术	妇产科	2-69
460	67.3201	子宫颈环形电切术	妇产科	
461	67.3202	子宫颈锥形电切术	妇产科	2-69
462	67.3203	宫腔镜子宫颈病损电切术	妇产科	
463	67.3901	子宫颈内膜旋切术	妇产科	
464	67.3902	宫腔镜子宫颈病损切除术	妇产科	
465	67.4x01	子宫颈部分切除术	妇产科	
466	67.5901	经阴道子宫颈环扎术	妇产科	
467	68.2204	宫腔镜子宫隔膜切开术	妇产科	
468	68.2206	宫腔镜子宫隔膜切除术	妇产科	
469	68.2300	子宫内膜切除术	妇产科	
470	68.2301	子宫内膜射频消融术	妇产科	
471	68.2302	宫腔镜子宫内膜切除术	妇产科	
472	68.2900x031	子宫病损电凝术	妇产科	
473	68.2903	子宫内膜病损切除术	妇产科	
474	68.2914	宫腔镜子宫病损射频消融术	妇产科	
475	68.2915	宫腔镜子宫内膜病损切除术	妇产科	
476	68.2916	宫腔镜子宫内膜成形术	妇产科	
477	68.2917	宫腔镜子宫病损切除术	妇产科	
478	69.1906	努克氏管积水鞘膜切除术	妇产科	
479	69.9500	子宫颈切开术	妇产科	
480	70.3300	阴道病损切除术或破坏术	妇产科	
481	70.3300x003	阴道病损电切术	妇产科	
482	70.3301	阴道病损切除术	妇产科	
483	70.3303	阴道囊肿袋形缝合术	妇产科	
484	70.7100	阴道裂伤缝合术	妇产科	
485	71.0100x002	小阴唇粘连松解术	妇产科	
486	71.3x00x007	女性会阴部瘢痕切除术	妇产科	
487	71.3x04	外阴病损切除术	妇产科	

序号	ICD-9-CM-3 编码 （国家临床版 3.0）	ICD-9-CM-3 名称 （国家临床版 3.0）	专业	前两批对应序号
488	75.6902	近期产科会阴裂伤修补术	妇产科	
489	76.6901	颌骨修整术	口腔科	
490	77.4000	骨活组织检查	骨科	2-74
491	77.4100	肩胛骨，锁骨和胸廓［肋骨和胸骨］活组织检查	骨科	2-74
492	77.4101	肩胛骨活组织检查	骨科	2-74
493	77.4102	锁骨活组织检查	骨科	2-74
494	77.4103	肋骨活组织检查	骨科	2-74
495	77.4104	胸骨活组织检查	骨科	2-74
496	77.4200	肱骨活组织检查	骨科	2-74
497	77.4300	桡骨和尺骨活组织检查	骨科	2-74
498	77.4301	桡骨活组织检查	骨科	2-74
499	77.4302	尺骨活组织检查	骨科	2-74
500	77.4400	腕骨和掌骨活组织检查	骨科	2-74
501	77.4401	腕骨活组织检查	骨科	2-74
502	77.4402	掌骨活组织检查	骨科	2-74
503	77.4500	股骨活组织检查	骨科	2-74
504	77.4600	髌骨活组织检查	骨科	2-74
505	77.4700	胫骨和腓骨活组织检查	骨科	2-74
506	77.4701	胫骨活组织检查	骨科	2-74
507	77.4702	腓骨活组织检查	骨科	2-74
508	77.4800	跗骨和跖骨活组织检查	骨科	2-74
509	77.4800x001	距骨活检术	骨科	2-74
510	77.4800x002	跟骨活检术	骨科	2-74
511	77.4800x003	楔骨活检术	骨科	2-74
512	77.4801	跗骨活组织检查	骨科	2-74
513	77.4802	跖骨活组织检查	骨科	2-74
514	77.4900	其他骨活组织检查	骨科	2-74
515	77.4900x007	髂骨活检术	骨科	2-74
516	77.4901	骨盆活组织检查	骨科	2-74

序号	ICD-9-CM-3 编码（国家临床版 3.0）	ICD-9-CM-3 名称（国家临床版 3.0）	专业	前两批对应序号
517	77.4902	指骨活组织检查	骨科	2-74
518	77.4903	趾骨活组织检查	骨科	2-74
519	77.4904	椎骨活组织检查	骨科	2-74
520	77.6000	骨病损或组织的局部切除术	骨科	
521	77.6102	锁骨病损切除术	骨科	
522	77.6201	肱骨病损切除术	骨科	
523	77.6301	桡骨病损切除术	骨科	
524	77.6401	腕骨病损切除术	骨科	
525	77.6402	掌骨病损切除术	骨科	
526	77.6501	股骨病损切除术	骨科	
527	77.6701	胫骨病损切除术	骨科	
528	77.6800x001	距骨病损切除术	骨科	
529	77.6800x002	跟骨病损切除术	骨科	
530	77.6902	指骨病损切除术	骨科	
531	77.6903	趾骨病损切除术	骨科	
532	77.8401	腕骨部分切除术	骨科	
533	77.9804	跖骨切除术	骨科	
534	78.0401	腕骨植骨术	骨科	
535	78.0902	指骨植骨术	骨科	
536	78.1700	胫骨和腓骨使用外固定装置	骨科	
537	78.1701	胫骨外固定术	骨科	
538	78.5400x005	掌骨钢板内固定术	骨科	
539	78.5900x031	指骨钢针内固定术	骨科	
540	78.5902	指骨内固定术	骨科	
541	78.6000	骨置入装置去除	骨科	2-73
542	78.6100	肩胛骨，锁骨和胸廓［肋骨和胸骨］置入装置去除	骨科	2-73
543	78.6100x004	肩锁关节内固定物取出术	骨科	2-73
544	78.6101	肩胛骨内固定装置去除术	骨科	2-73
545	78.6102	肩胛骨外固定装置去除术	骨科	2-73

序号	ICD-9-CM-3 编码 （国家临床版 3.0）	ICD-9-CM-3 名称 （国家临床版 3.0）	专业	前两批对应序号
546	78.6103	锁骨内固定装置去除术	骨科	2-73
547	78.6104	锁骨外固定装置去除术	骨科	2-73
548	78.6105	肋骨内固定装置去除术	骨科	2-73
549	78.6106	肋骨外固定装置去除术	骨科	2-73
550	78.6107	胸骨内固定装置去除术	骨科	2-73
551	78.6108	胸骨外固定装置去除术	骨科	2-73
552	78.6200	肱骨置入装置去除	骨科	2-73
553	78.6201	肱骨内固定装置去除术	骨科	2-73
554	78.6202	肱骨外固定装置去除术	骨科	2-73
555	78.6300	桡骨和尺骨置入装置去除	骨科	2-73
556	78.6301	桡骨内固定装置去除术	骨科	2-73
557	78.6302	桡骨外固定装置去除术	骨科	2-73
558	78.6303	尺骨内固定装置去除术	骨科	2-73
559	78.6304	尺骨外固定装置去除术	骨科	2-73
560	78.6400	腕骨和掌骨置入装置去除	骨科	2-73
561	78.6401	腕骨内固定装置去除术	骨科	2-73
562	78.6402	腕骨外固定装置去除术	骨科	2-73
563	78.6403	掌骨内固定装置去除术	骨科	2-73
564	78.6404	掌骨外固定装置去除术	骨科	2-73
565	78.6502	股骨外固定装置去除术	骨科	2-73
566	78.6600	髌骨置入装置去除	骨科	2-73
567	78.6600x002	膝关节内固定物取出术	骨科	2-73
568	78.6600x003	膝关节镜下内固定物取出术	骨科	2-73
569	78.6601	髌骨内固定装置去除术	骨科	2-73
570	78.6602	髌骨外固定装置去除术	骨科	2-73
571	78.6700	胫骨和腓骨置入装置去除	骨科	2-73
572	78.6701	胫骨内固定装置去除术	骨科	2-73
573	78.6702	胫骨外固定装置去除术	骨科	2-73
574	78.6703	腓骨内固定装置去除术	骨科	2-73

序号	ICD-9-CM-3 编码（国家临床版 3.0）	ICD-9-CM-3 名称（国家临床版 3.0）	专业	前两批对应序号
575	78.6704	腓骨外固定装置去除术	骨科	2-73
576	78.6705	踝关节内固定装置去除术	骨科	2-73
577	78.6706	踝关节外固定装置去除术	骨科	2-73
578	78.6800	跗骨和跖骨置入装置去除	骨科	2-73
579	78.6800x005	楔骨内固定物取出术	骨科	2-73
580	78.6800x006	跟骨内固定物取出术	骨科	2-73
581	78.6801	跗骨内固定装置去除术	骨科	2-73
582	78.6802	跗骨外固定装置去除术	骨科	2-73
583	78.6803	跖骨内固定装置去除术	骨科	2-73
584	78.6804	跖骨外固定装置去除术	骨科	2-73
585	78.6900	其他骨置入装置去除	骨科	2-73
586	78.6900x008	髋关节内固定物取出术	骨科	2-73
587	78.6900x010	椎骨内固定物取出术	骨科	2-73
588	78.6900x016	椎骨外固定架去除术	骨科	2-73
589	78.6902	骨盆外固定装置去除术	骨科	2-73
590	78.6903	指骨内固定装置去除术	骨科	2-73
591	78.6904	指骨外固定装置去除术	骨科	2-73
592	78.6905	趾骨内固定装置去除术	骨科	2-73
593	78.6907	脊柱内固定装置去除术	骨科	2-73
594	78.6908	脊柱外固定装置去除术	骨科	2-73
595	79.1400	手指骨折闭合性复位术伴内固定	骨科	
596	79.1900x005	髌骨骨折闭合复位空心钉内固定术	骨科	1-13
597	79.2401	指骨骨折切开复位术	骨科	
598	79.3100x005	肱骨骨折切开复位钢板内固定术	骨科	1-8
599	79.3100x006	肱骨骨折切开复位螺钉内固定术	骨科	1-8
600	79.3200	桡骨和尺骨骨折开放性复位术伴内固定	骨科	1-9,1-10
601	79.3200x001	尺骨骨折切开复位钢板内固定术	骨科	1-9,1-10
602	79.3200x002	尺骨骨折切开复位髓内针内固定术	骨科	1-9,1-10
603	79.3200x009	尺骨骨折切开复位螺钉内固定术	骨科	1-9,1-10

序号	ICD-9-CM-3 编码（国家临床版 3.0）	ICD-9-CM-3 名称（国家临床版 3.0）	专业	前两批对应序号
604	79.3200x010	尺骨骨折切开复位钢针内固定术	骨科	1-9,1-10
605	79.3200x011	桡骨骨折切开复位钢板内固定术	骨科	1-9,1-10
606	79.3200x012	桡骨骨折切开复位螺钉内固定术	骨科	1-9,1-10
607	79.3200x013	桡骨骨折切开复位髓内针内固定术	骨科	1-9,1-10
608	79.3200x014	桡骨骨折切开复位钢针内固定术	骨科	1-9,1-10
609	79.3201	桡骨骨折切开复位内固定术	骨科	1-9,1-10
610	79.3202	尺骨骨折切开复位内固定术	骨科	1-9,1-10
611	80.1200	肘关节切开术	骨科	
612	80.1603	膝关节血肿清除术	骨科	
613	80.3100	肩关节结构的活组织检查	骨科	
614	80.3901	胸锁关节活组织检查	骨科	
615	80.5100x033	椎间盘镜下后入路腰椎间盘切除术	骨科	2-71
616	80.5100x034	椎间盘镜下前入路腰椎间盘切除术	骨科	2-72
617	80.5110	内镜下腰椎间盘切除术	骨科	2-70
618	80.5111	内镜下腰椎髓核切除术	骨科	1-7
619	80.8602	关节镜膝关节病损切除术	骨科	1-15
620	82.0102	手腱鞘切开探查术	骨科	
621	82.0902	手部软组织切开异物去除术	骨科	
622	82.2100	手腱鞘病损切除术	骨科	
623	82.2101	手部腱鞘囊肿切除术	骨科	1-12
624	82.2200	手肌肉病损切除术	骨科	
625	82.2900x001	手部软组织病损切除术	骨科	
626	82.3301	手部腱鞘切除术	骨科	
627	82.4400x001	屈腕肌腱缝合术	骨科	
628	82.4400x002	屈指肌腱缝合术	骨科	
629	82.4500x001	拇长伸肌腱缝合术	骨科	
630	82.4500x009	伸指总肌腱缝合术	骨科	
631	82.4500x011	伸指肌腱中央束缝合术	骨科	
632	82.4500x013	伸指肌腱缝合术	骨科	

序号	ICD-9-CM-3 编码 （国家临床版 3.0）	ICD-9-CM-3 名称 （国家临床版 3.0）	专业	前两批对应序号
633	82.4501	手部伸肌腱缝合术	骨科	
634	82.5301	手部肌腱止点重建术	骨科	
635	82.5601	手部肌腱移植术	骨科	
636	82.8400	槌状指修补术	骨科	
637	83.0102	腱鞘松解术	骨科	
638	83.1301	足部肌腱松解术	骨科	
639	83.1400	筋膜切断术	骨科	
640	83.1402	足筋膜切断术	骨科	
641	83.1900x018	斜颈腱性条索切断术	骨科	
642	83.1900x020	胸锁乳突肌部分切断术	骨科	1-11
643	83.1903	胸锁乳突肌切断术	骨科	1-11
644	83.3100	腱鞘病损切除术	骨科	
645	83.3101	腱鞘囊肿切除术	骨科	1-12
646	83.3200	肌肉病损切除术	骨科	
647	83.3200x001	背部肌肉病损切除术	骨科	
648	83.3200x007	躯干肌肉病损切除术	骨科	
649	83.3201	骨化性肌炎切除术	骨科	
650	83.3900x001	腘窝病损切除术	骨科	
651	83.3900x016	滑囊病损切除术	骨科	
652	83.3901	肌腱病损切除术	骨科	
653	83.3902	腘窝囊肿切除术	骨科	1-14
654	83.3903	筋膜病损切除术	骨科	
655	83.3904	颈部软组织病损切除术	骨科	
656	83.4501	肌肉清创术	骨科	
657	83.6400x007	前臂肌腱缝合术	骨科	
658	83.6400x013	趾肌腱缝合术	骨科	
659	83.6400x015	（足母）长伸肌腱缝合术	骨科	
660	83.6402	跟腱缝合术	骨科	
661	83.8800x001	跟腱修补术	骨科	

序号	ICD-9-CM-3 编码（国家临床版 3.0）	ICD-9-CM-3 名称（国家临床版 3.0）	专业	前两批对应序号
662	83.8800x015	冈上肌腱修补术	骨科	
663	85.0x00x002	乳房切开引流术	普通外科	
664	85.2000	乳房组织切除术或破坏术	普通外科	
665	85.2100	乳房病损局部切除术	普通外科	2-45
666	85.2100x003	乳房病损切除术	普通外科	1-6
667	85.2100x004	乳房病损微创旋切术	普通外科	1-6,2-45
668	85.2100x019	乳房腺体区段切除术	普通外科	1-6,2-45
669	85.2100x020	腔镜下乳房病损切除术	普通外科	2-45
670	85.2100x021	乳腺导管选择性切除术（单根）	普通外科	2-45
671	85.2100x022	乳房病损消融术	普通外科	2-45
672	85.2200	乳房象限切除术	普通外科	2-46
673	85.2300x001	乳腺局部扩大切除术	普通外科	
674	85.2301	乳腺部分切除术	普通外科	
675	85.2401	副乳腺切除术	整形外科	2-47
676	85.9400	去除乳房植入物	普通外科	
677	86.0402	男性会阴切开引流术	整形外科	
678	86.2200	伤口、感染或烧伤的切除性清创术	普通外科	
679	86.2201	皮肤伤口切除性清创术	普通外科	
680	86.2601	多余指切除术	骨科	1-16
681	86.2602	多余趾切除术	骨科	1-16
682	86.3x01	皮肤瘢痕切除术	整形外科	2-76
683	86.3x04	男性会阴病损切除术	整形外科	
684	86.3x05	腋嗅切除术	整形外科	2-75
685	86.3x06	皮肤 Z 型成形伴病损切除术	整形外科	
686	86.3x08	汗腺病损切除术	皮肤科	
687	86.3x10x038	腋下汗腺切除术	皮肤科	
688	86.3x10x069	趾赘切除术	皮肤科	
689	86.3x15	皮肤及皮下血管瘤切除术	皮肤科	
690	86.3x16	瘢痕单纯切除,Z 字改形修复术	整形外科	

序号	ICD-9-CM-3 编码（国家临床版 3.0）	ICD-9-CM-3 名称（国家临床版 3.0）	专业	前两批对应序号
691	86.4x01	头.面.颈皮肤病损根治切除术	皮肤科	
692	86.4x02	躯干皮肤病损根治性切除术	皮肤科	
693	86.4x03	肢体皮肤病损根治切除术	皮肤科	
694	86.700x0014	皮瓣转移术	整形外科	
695	86.7400x026	带蒂皮瓣移植术	整形外科	
696	86.7400x033	岛状皮瓣移植术	整形外科	
697	86.7500x011	邻近皮瓣修复术	整形外科	
698	86.7501	皮瓣清创术	整形外科	
699	86.8400	皮肤瘢痕或蹼状挛缩松驰术	整形外科	
700	86.8401	皮肤瘢痕松解术	整形外科	
701	86.8402	皮肤蹼状挛缩松解术	整形外科	
702	86.8403	皮肤 Z 型成形术	整形外科	
703	86.8700	皮肤与皮下组织的脂肪移植	整形外科	
704	86.8900x002	面部皮肤部分切除整形术	整形外科	
705	86.8900x014	颈部皮肤部分切除整形术	整形外科	
706	88.5500	单根导管的冠状动脉造影术	心血管内科	2-77
707	97.6204	输尿管镜输尿管支架取出术	泌尿外科	2-50
708	97.6205	膀胱镜输尿管支架取出术	泌尿外科	2-51

附件 2

大型医用设备配置许可管理目录

《国家卫生健康委关于发布大型医用设备配置许可管理目录（2023 年）的通知》（国卫财务发〔2023〕7 号）

甲类管理目录（国家卫生健康委负责配置管理）

一、重离子质子放射治疗系统

二、高端放射治疗类设备[包括磁共振引导放射治疗系统、X 射线立体定向放射外科治疗系统（含 Cyberknife）]

三、首次配置的单台（套）价格在 5000 万元人民币及以上的大型医疗器械

乙类管理目录（省级卫生健康委负责配置管理）

一、正电子发射型磁共振成像系统（英文简称 PET/MR）

二、X 线正电子发射断层扫描仪（英文简称 PET/CT）

三、腹腔内窥镜手术系统

四、常规放射治疗类设备（包括医用直线加速器、螺旋断层放射治疗系统、伽玛射线立体定向放射治疗系统）

五、首次配置的单台（套）价格在 3000—5000 万元人民币的大型医疗器械

附件 3

第一批国家重点监控合理用药药品目录

序号	药品通用名
1	神经节苷脂
2	脑苷肌肽
3	奥拉西坦
4	磷酸肌酸钠
5	小牛血清去蛋白
6	前列地尔
7	曲克芦丁脑蛋白水解物
8	复合辅酶
9	丹参川芎嗪
10	转化糖电解质
11	鼠神经生长因子
12	胸腺五肽
13	核糖核酸 II
14	依达拉奉
15	骨肽
16	脑蛋白水解物
17	核糖核酸
18	长春西汀
19	小牛血去蛋白提取物
20	马来酸桂哌齐特

附件 4

第一批国家高值医用耗材重点治理清单

序号	耗材名称	描述	品名举例
1	单/多部件金属骨固定器械及附件	由一个或多个金属部件及金属紧固装置组成。一般采用纯钛及钛合金、不锈钢、钴铬钼等材料制成。	金属锁定接骨板、金属非锁定接骨板、金属锁定接骨螺钉等
2	导丝	引导导管或扩张器插入血管并定位的柔性器械。	硬导丝、软头导丝、肾动脉导丝等
3	耳内假体	采用不锈钢、钛合金等金属材料和/或聚四氟乙烯等高分子材料制成。	鼓室成形术假体、镫骨成形术假体、通风管
4	颌面部赝复及修复重建材料及制品	由硅橡胶或聚甲基丙烯酸甲酯等组成。	硅橡胶颌面赝复材料、树脂颌面赝复材料
5	脊柱椎体间固定/置换系统	由多种骨板和连接螺钉等组成。一般采用纯钛、钛合金等材料制成。	颈椎前路固定系统、胸腰椎前路固定系统、可吸收颈椎前路钉板系统
6	可吸收外科止血材料	由有止血功能的可降解吸收材料制成。无菌提供，一次性使用。	胶原蛋白海绵、胶原海绵、可吸收止血明胶海绵
7	髋关节假体	由髋臼部件和股骨部件组成。	髋关节假体系统、髋臼假体
8	颅骨矫形器械	由外壳、填充材料/垫和固定装置组成。一般采用高分子材料制成。	婴儿颅骨矫形固定器、颅骨成形术材料形成模具

序号	耗材名称	描述	品名举例
9	刨骨器	骨科手术配套工具。一般采用不锈钢材料制成。非无菌提供。	刨骨器
10	球囊扩张导管	由导管管体、球囊、不透射线标记、接头等结构组成。	冠状动脉球囊扩张导管、PTCA 导管、PTA 导管
11	托槽	采用金属、陶瓷或高分子材料制成。通常带有槽沟、结扎翼，部分带有牵引钩。	正畸金属托槽、正畸树脂托槽、正畸陶瓷托槽
12	吻合器（带钉）	由吻合器或缝合器和钉仓（带钉）组成。	吻合器、切割吻合器、内窥镜吻合器
13	血管支架	由支架和/或输送系统组成。支架一般采用金属或高分子材料制成，维持或恢复血管管腔的完整性，保持血管管腔通畅。	冠状动脉支架、外周动脉支架、肝内门体静脉支架
14	阴茎假体	由液囊、液泵阀与圆柱体组成。	阴茎支撑体
15	植入式神经刺激器	由植入式脉冲发生器和附件组成。	植入式脑深部神经刺激器、植入式脊髓神经刺激器、植入式骶神经刺激器
16	植入式心律转复除颤器	由植入式脉冲发生器和扭矩扳手组成。通过检测室性心动过速和颤动，并经由电极向心脏施加心律转复/除颤脉冲对其进行纠正。	植入式心律转复除颤器、植入式再同步治疗心律转复除颤器、植入式皮下心律转复除颤器
17	植入式药物输注设备	由输注泵植入体、鞘内导管、附件组成。	植入式药物泵
18	椎体成形导引系统	由引导丝定位、扩张套管、高精度钻、工作套管等组成。	椎体成形导向系统、椎体成形导引系统、椎体成形术器械

附件 5

三级公立医院绩效监测自评报告

（参考提纲）

一、医院基本情况

医院提供监测年度与数据分析密切相关的主要信息，如医院性质、编制床位数、实际开放床位、编制人数、合同制人数、医药护技人数，麻醉、儿科、重症、病理、中医和感染性疾病科医师的占比等。

二、监测指标自评情况

（一）简述医院在绩效监测工作中如何组织实施。

（二）对照三级公立医院绩效监测指标（见附表），分析医院管理工作亮点，指标结果情况以及存在问题等。

三、绩效监测工作意见建议

通过自评，针对绩效监测实施过程遇到的困难和问题，提出对下一步绩效监测工作的意见建议。

附表：三级公立医院绩效监测指标统计表

附表

三级公立医院绩效监测指标统计表

指标	指标性质	指标结果			自评得分
		2024 年	2023 年	2022 年	
1.门诊人次数与出院人次数比	定量				
2.下转患者人次数（门急诊、住院）	定量				
3.日间手术占择期手术比例	定量				
4.出院患者手术占比▲	定量				
5.出院患者微创手术占比▲	定量				
6.出院患者四级手术比例▲	定量				
7.特需医疗服务占比	定量				
8.手术患者并发症发生率▲	定量				
9.I 类切口手术部位感染率▲	定量				
10.单病种质量控制▲	定量				
11.大型医用设备检查阳性率	定量				
12.大型医用设备维修保养及质量控制管理	定性	—	—	—	
13.通过国家室间质量评价的临床检验项目数▲	定量				
14.低风险组病例死亡率▲	定量				
15.优质护理服务病房覆盖率	定量				
16.点评处方占处方总数的比例	定量				
17.抗菌药物使用强度（DDDs）▲	定量				
18.门诊患者基本药物处方占比	定量				
19.住院患者基本药物使用率	定量				
20.基本药物采购品种数占比	定量				
21.国家组织药品集中采购中标药品使用比例	定量				
22.门诊患者平均预约诊疗率	定量				
23.门诊患者预约后平均等待时间	定量				
24.电子病历应用功能水平分级▲	定性	—	—	—	
25.每名执业医师日均住院工作负担	定量				
26.每百张病床药师人数	定量				
27.门诊收入占医疗收入比例	定量				
28.门诊收入中来自医保基金的比例	定量				
29.住院收入占医疗收入比例	定量				
30.住院收入中来自医保基金的比例	定量				

指标	指标性质	指标结果			自评得分
		2024 年	2023 年	2022 年	
31.医疗服务收入（不含药品、耗材、检查检验收入）占医疗收入比例▲	定量				
32.辅助用药收入占比	定量				
33.人员支出占业务支出比重▲	定量				
34.万元收入能耗支出▲	定量				
35.收支结余▲	定量				
36.资产负债率▲	定量				
37.医疗收入增幅	定量				
38.门诊次均费用增幅▲	定量				
39.门诊次均药品费用增幅▲	定量				
40.住院次均费用增幅▲	定量				
41.住院次均药品费用增幅▲	定量				
42.全面预算管理	定性	—	—	—	
43.规范设立总会计师	定性	—	—	—	
44.卫生技术人员职称结构	定量				
45.麻醉、儿科、重症、病理、中医医师占比▲	定量				
46.医护比▲	定量				
47.医院接受其他医院（尤其是对口支援医院、医联体内医院）进修并返回原医院独立工作人数占比	定量				
48.医院住院医师首次参加医师资格考试通过率▲	定量				
49.医院承担培养医学人才的工作成效	定量				
50.每百名卫生技术人员科研项目经费▲	定量				
51.每百名卫生技术人员科研成果转化金额	定量				
52.公共信用综合评价等级	定性	—	—	—	
53.门诊患者满意度▲	定量				
54.住院患者满意度▲	定量				
55.医务人员满意度▲	定量				
重点监控高值医用耗材收入占比	定量				
总分					

注：每个指标均以 10 分为满分，总分应当为 560 分。“—”线对应的指标，只需填写自评得分，不需填报数值。

附件 6

三级公立医院绩效监测数据上报系统 / 平台

上报系统/平台名称	联系电话	指标序号	上报网址
国家医院质量监测系统（HQMS）	4000-030-686 4006-008-812	4-6、8-10.1、14	http://www.hqms.org.cn
国家抗肿瘤药物临床应用监测网	010-89445067	10.2	http://www.natdss.cn
国家室间质量评价系统	010-58115065 010-58115055	13	http://www.nccl.org.cn
智慧医院分级评价平台	010-81138605 010-81138609	24	http://sjzx.niha.org.cn
国家卫生健康委员会电子化注册信息系统	18311182824	45，46	https://gjdzhzc.wsb003.cn/Home/CountryIndex
国家医学考试考生服务系统	010-59935039	48	http://www2.nmec.org.cn/wangbao/nme/sp/login.html
国家卫生健康委满意度调查平台	010-68791928	53-55	https://myd.ncmsa.cn/sfp/login
国家卫生健康委公立医院绩效监测管理平台	010-62962628 转 8547 QQ800094911	1-3、7、11-12、15-23、25-44、47、48 延伸指标、49-52、增 1	https://sslvpn.ncmsa.cn:9999

特别注意：为确保在公立医院绩效监测工作中，能完整、准确、及时提取相关平台中的数据，请参加监测的各医院务必及时维护上述系统中的相关信息，并确保医院名称及其他识别信息（包括但不限于统一社会信用代码、医疗机构执业许可证登记号等）与公立医院绩效监测管理平台保持一致。

附件 7

指标解释联系人

单位	联系电话	指标序号
国家病案管理医疗质量控制中心	010-69155575	4-6、8-10.1
国家癌症中心	010-89445067	10.2
国家 DRG 质控中心	010-55532297	14
国家卫生健康委 临床检验中心	010-58115065 010-58115055	13
国家卫生健康委 医院管理研究所	010-81138605 010-81138609	24
国家医疗机构、医师、护士 电子化注册系统	18311182824	45-46
国家医学考试中心	010-59935039	48
国家卫生健康委人才交流中心	010-63312826	48（延伸 1）
中国医师协会	010-63312512	48（延伸 2-3）
中华医学会	010-21721269	49（延伸 2）
国家卫生健康委 医疗管理服务指导中心	010-68791185	
省级卫生健康委	请联系所在地省级卫生健康委负责三级公立医院绩效监测的工作人员	

个性内容

河南省康复医学专业2025年质控工作改进目标“提高日常生活活动能力改善率”工作方案

日常生活活动能力改善率是康复医学科医疗质量管理的重要结局质量指标，日常生活活动能力改善率提升可反映当前康复医疗质量持续改进情况。国家卫生健康委高度重视患者ADL改善情况，将其确定为2025年康复医学专业年度质控工作改进目标重点监测。为贯彻落实《国家卫生健康委办公厅关于印发2025年国家医疗质量安全改进目标的通知》《河南省全面提高医疗质量行动实施方案（2023—2025年）》等要求，河南省康复医学质量控制中心（以下简称“省康复质控中心”）对康复医学专业年度质控工作改进目标推进落实核心策略进行细化，制定“提高日常生活活动能力改善率”工作方案。

一、总体要求

以落实《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度》为引领，以全省医疗机构落实《河南省全面提升医疗质量行动实施方案（2023—2025年）》为契机，统筹推进落实《河南省加快推进康复医疗工作发展实施方案》，不断加强康复医学专业人才队伍和能力建设。2025年以提高日常生活活动能力改善率为工作重点，以点带面，不断强化康复医师、康复治疗师质控理念，落实康复医学专业质控要求，提高康复医疗服务能力，推动康复医疗服务高质量发展。

二、行动目标

强化目标引领，凝聚多方力量，形成改进合力，河南省二级以上医疗机构康复医学科住院患者日常生活活动能力改善率（指标含义见附件1）在国家平均水平（72.88%）基础上提高5%。

三、核心策略

（一）破壁协作，持续推进早期康复介入

康复早期介入有助于改善患者日常生活活动能力，医疗机构应继续推动早期康复介入，促进康复医学科与临床相关科室的紧密合作，以患者为中心，将早期康复理念贯穿于疾病诊疗全过程，促进患者快速康复和功能恢复。患者早期康复管理应采取多学科、多专业人员的团队工作方式，由康复医学科、ICU、神经内科、神经外科、骨科等共同组成患者早期康复多学科诊疗团队，不断加强队伍能力建设，提高康复诊疗水平，为患者提供优质服务。落实“破壁”行动，探索打破传统学科划分和专业设置壁垒，在保障医疗安全的基础上优化要素配置和运行机制，为患者提供诊疗一站式服务。

（二）组建团队，统筹协作推进康复诊疗

康复医学科要落实康复治疗的团队工作模式，建立以康复医师为主导，包括但不限于由康复医师、运动治疗师、作业治疗师、语言治疗师、心理治疗师和康复护士等医务人员组成的康复诊疗小组。康复医师是康复治疗团队的组织者和领导者，组织康复治疗团队制定康复目标和康复方案，评估康复治疗计划的实施结果，由康复治疗师、康复护士等专业人员实施康复专业技术服务。

（三）规范评定，强化评定指导方案制定与调整

患者在入院24小时内应用标准有效的量表来评价相关功能障碍，推荐基于ICF理论架构进行功能障碍的评定和治疗，运动功能评定包括但不限于Brunnstrom分期、Fugl-Meyer运动功能评分、上田敏偏瘫功能评价、Rivermead运动指数评分、ASIA损伤分级（AIS）评定、HHS评分、HSS评分、Knee Score评分等，言语功能评定包括但不限于失语症筛查表、BDAE、WAB、Frenchay评定等，吞咽功能评定包括但不限于洼田饮水试验、容积-粘度吞咽测试（V-VST）、视频X线透视吞咽检查（VFSS）、纤维内镜吞咽功能检查（FEES）等。对患者功能障碍综合测评后制定近期、远期目标，制定个体化康复治疗方案，定期组织康复评定，调整训练计划，在患者出院前，判定康复治疗效果（康复流程图见附件3）。

（四）目标导向，关注患者日常生活活动能力改善

康复诊疗小组应强化目标导向，树立以患者早日回归家庭、回归社会的理念，治疗过程中严格按照康复干预的流程，坚持“无评估不康复”的工作原则，明确患者功能障碍的范围和程度，并了解其对患者的日常生活所造成的影响，在促进作业技能重建的同时，重点引导患者参与提升日常生活活动能力的作业活动，充分利用环境中可支配的资源，如对部分功能恢复的患者选择应用适当的辅助器具和矫形器，在辅助器具的支持下进行生活化的作业训练，如吃饭、喝水、穿衣、翻身、起坐、如厕等，帮助患者把已恢复的基本功能转化为生活能力，从而建立新的生活方式及社会角色。。

（五）统一量表，实现日常生活活动能力评定同质化

统一日常生活活动能力改善评定量表，根据《康复医学专业医疗质量控制指标（2022 年版）》要求，结合工作实际，推荐应用改良 Barthel 指数评定患者日常生活活动能力改善率，共有 10 个评定项目，每一项得分根据患者功能状况分为五个等级，总分 100 分。住院期间进行三次评定，包括初期评定、中期评定和末期评定，原则上入院时、出院时必须评估。以提高日常生活活动能力改善率为契机，进一步落实康复医学专业医疗质量控制指标，提升早期干预以及运动功能、言语功能、吞咽功能的评定率，减少并发症和不良事件的发生率(见附件 1)。

（六）强化培训，不断提升团队成员技术能力

各级康复质控中心、医疗机构要结合《康复治疗专业人员培训大纲(2023 年版)》对医疗机构新入职康复医学技术专业人员、转岗后将从事康复治疗工作的人员、在岗的初级及以下专业技术职称的康复治疗专业人员从业能力目标要求，以提升康复医学诊疗质量为重点，围绕年度质控工作改进目标，持续强化技术能力培训。省康复质控中心根据年度工作重点，围绕康复科疾病特点和康复医疗服务需求，有计划、分层次地开展康复诊疗技术培训和指导，包括质控专题培训、康复医学紧缺人才培训、康复治疗专业人员培训和康复护理专科护士培训等；鼓励各市、县康复质控中心开展各种形式的康复治疗适宜技术标准化培训，提升我省康复治疗适宜技术操作水平；各医疗机构应根据各级康复质控中心的培训工作要求，加强三基三严培训，夯实临床基础知识和基本技能，提升专业技术水平；康复医学从业人员积极参加继续医学教育和相关培训，加强学习，拓宽认知范畴，提升专业素养，

持续提高综合执业水平。

2025 年应继续加强患者日常生活活动能力改善评定量表使用培训，包括评价标准、注意事项等，在日常生活活动能力评定具体工作中提供具有可操作性的指引，实现日常生活活动能力评定的同质化和标准化，确保不同医疗机构、不同患者评定结果之间具有可比性，提高康复医疗服务的专业性和规范性。

（七）信息赋能，促进质控工作效率持续提升

各医疗机构要增强信息化思维，加强信息化建设，将康复评定相关量表嵌入信息系统，逐步实现信息质控、数据质控的工作模式，结合《住院病案首页数据质量管理与控制指标(2016 年版)》住院病案首页必填项目列表要求，在住院病案首页(附页)上增加日常生活活动能力评定量表得分，提升工作效率和质控工作效果。

（八）数据监测，加强质控分析与意见反馈

省康复质控中心依托河南省医疗质量管理与控制信息网(HNCIS)和河南省康复质控平台，采取信息化方式，围绕专业质控工作改进目标、质控指标，发布数据收集通知公告，建立按季度数据收集机制。加强数据分析，挖掘康复医疗质量中存在的薄弱环节和关键点，组织专家制定改进措施，通过 HNCIS 等途径将数据分析结果和改进措施进行反馈。医疗机构要加强自我监测，使用 PDCA 等工具加强质量管理，结合专家改进建议，制定适合本单位的改进措施，并组织落实。

四、保障措施

（一）提高思想认识，强化目标导向

各级康复质控中心、医疗机构要高度重视康复医学专业2025年质控工作改进目标，准确把握提高日常生活活动能力改善率的重要意义。各级康复质控中心要将提高日常生活活动能力改善率纳入年度工作计划，指导各医疗机构加强部门协调，统筹各方资源，扎实推进，确保各项工作落到实处。各医疗机构应在各级康复质控中心指导下，按照本方案要求，合理细化本机构改进目标并确定目标改进幅度，把推动目标实现作为年度质量安全管理工作重点。

（二）强化措施落实，推动质量持续改进

各医疗机构要结合本单位实际，制定针对性的落实措施。科室要按照工作职责，扎实做好落实工作，加强专业质量管理与控制，发现工作中存在的问题，明确质量改进重点，确立改进目标，制定关键改进措施，针对关键环节提出专项提升策略，并组织落实，推动诊疗质量持续改进。各级康复质控中心应加强质控数据收集、抽查和指导，定期发布医疗机构康复医学科住院患者日常生活活动能力改善情况，督促我省医疗机构康复医学科住院患者日常生活活动能力改善率不断提高；省康复质控中心积极主动对接上级，联络市、县质控中心，聚焦年度改进目标落实情况，实时掌握下级质控中心工作情况，建立完善“质控手拉手”工作模式，通过交流互鉴、协同发展，形成资源共享、优势互补、凝心聚力、全省质控一盘棋的良好局面，共同助力医疗质量管理持续改进。

（三）建立激励机制，加强宣传推广

倡导各级康复质控中心和医疗卫生机构围绕质量改进目标建

立有效的激励机制，组织优秀质量改进工作经验分享、优秀质量改进案例征集等活动，推送优质案例在国家级及省级质控培训会议上进行交流，营造相互学习、积极向上的康复医疗质量安全管理氛围;加强对优秀案例的宣传报道，积极推广。省质控中心通过落实“织网”行动，对照《河南省医疗质量控制中心管理办法》等要求，每年组织市级质控中心开展一次述职评价工作，紧扣年度改进目标落实情况、各项质控指标进展情况、上级质控中心指令性任务完成等情况制定评价细则，借鉴好的经验做法，完善不足，为下一步加强工作奠定基础。

附件：

1.质控指标定义、计算公式和说明

2.住院患者康复流程图

3.改良Barthel指数评定量表

附件 1

质控指标定义、计算公式和说明

指标一：日常生活活动能力（ADL）改善率

定义：单位时间内，日常生活活动能力改善的康复医学科住院患者数占同期康复医学科住院患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{ADL 改善率} = \frac{\text{单位时间内 ADL 改善的康复医学科住院患者数}}{\text{同期康复医学科住院患者总数}} \times 100\%$$

说明：该指标反映了康复治疗后患者功能改善情况，该指标以年或月为时间单位。日常生活活动能力评定包括 Barthel 指数、改良 Barthel 指数等，推荐使用改善 Barthel 指数。

指标二：脑卒中患者运动功能评定率

定义：单位时间内，进行运动功能评定的康复医学科住院脑卒中患者数占同期康复医学科住院脑卒中患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{脑卒中患者运动功能评定率} = \frac{\text{单位时间内进行运动功能评定的康复医学科住院脑卒中患者数}}{\text{同期康复医学科住院脑卒中患者总数}} \times 100\%$$

说明：运动功能评定包括但不限于Brunnstrom分期、Fugl-Meyer运动功能评分、上田敏偏瘫功能评价、Rivermead运动指数评分等。

指标三：脑卒中患者言语功能评定率

定义：单位时间内，进行言语功能评定的康复医学科住院脑卒中患者数占同期康复医学科住院脑卒中患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{脑卒中患者言语功能评定率} = \frac{\text{单位时间内进行言语功能评定的康复医学科住院脑卒中患者数}}{\text{同期康复医学科住院脑卒中患者总数}} \times 100\%$$

说明：言语功能评定包括但不限于失语症筛查表、BDAE、WAB、Frenchay评定等。

指标四：脑卒中患者吞咽功能评定率

定义：单位时间内，进行吞咽功能评定的康复医学科住院脑卒中患者数占同期康复医学科住院脑卒中患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{脑卒中患者吞咽功能评定率} = \frac{\text{单位时间内进行吞咽功能评定的康复医学科住院脑卒中患者数}}{\text{同期康复医学科住院脑卒中患者总数}} \times 100\%$$

说明：吞咽功能评定包括但不限于洼田饮水试验、容积-粘度吞咽测试（V-VST）、视频 X 线透视吞咽检查（VFSS）、纤维内镜吞咽功能检查（FEES）等。

指标五：脊髓损伤患者神经功能评定率

定义：单位时间内，进行神经功能评定的康复医学科住院脊髓损伤患者数占同期康复医学科住院脊髓损伤患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{脊髓损伤患者神经功能评定率} = \frac{\text{单位时间内进行神经功能评定的康复医学科住院脊髓损伤患者数}}{\text{同期康复医学科住院脊髓损伤患者总数}} \times 100\%$$

说明：神经功能评定是指进行神经损伤平面（NLI）和 ASIA 损伤分级（AIS）评定。

指标六：髋、膝关节置换术后患者功能评定率

定义：单位时间内，进行术后功能评定的康复医学科住院髋、膝关节置换术后患者数占同期康复医学科住院髋、膝置换术后患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{髋、膝关节置换术后患者功能评定率} = \frac{\text{单位时间内进行术后功能评定的康复医学科住院髋、膝关节置换术后患者数}}{\text{同期康复医学科住院髋、膝关节置换术后患者总数}} \times 100\%$$

说明：评定包括但不限于 HHS 评分、HSS 评分、Knee Score 评分等。

指标七：脑卒中后肩痛发生率

定义：单位时间内，发生肩痛的康复医学科住院脑卒中 患者数占同期康复医学科住院脑卒中患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{脑卒中后肩痛发生率} = \frac{\text{单位时间内康复医学科住院期间发生肩痛的住院脑卒中患者数}}{\text{同期康复医学科住院脑卒中患者总数}} \times 100\%$$

说明：脑卒中后肩痛包括复杂性区域疼痛综合征（肩手综合征）、肩部软组织疾病或损伤等。

指标八：脑卒中后肩痛预防实施率

定义：单位时间内，进行脑卒中后肩痛预防的康复医学科住院脑卒中患者数占同期康复医学科住院脑卒中患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{脑卒中后肩痛预防实施率} = \frac{\text{单位时间内进行脑卒中后肩痛预防的康复医学科住院脑卒中患者数}}{\text{同期康复医学科住院脑卒中患者总数}} \times 100\%$$

意义：脑卒中后肩痛严重影响患者上肢功能预后，予以规范的预防可有效降低其发生率。

指标九：脊髓损伤患者泌尿系感染发生率

定义：单位时间内，发生泌尿系感染的康复医学科住院脊髓损伤患者数占同期康复医学科住院脊髓损伤患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{脊髓损伤患者泌尿系感染发生率} = \frac{\text{单位时间内康复医学科住院期间发生泌尿系感染的脊髓损伤患者数}}{\text{同期康复医学科住院脊髓损伤患者总数}} \times 100\%$$

说明：泌尿系感染是脊髓损伤康复期常见并发症，应当予以重点关注。

指标十：脊髓损伤神经源性膀胱患者间歇性导尿实施率

定义：单位时间内，康复医学科住院脊髓损伤神经源性膀胱患者中进行间歇性导尿的人数占同期康复医学科住院脊髓损伤神经源性膀胱患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{脊髓损伤神经源性膀胱患者间歇性导尿实施率} = \frac{\text{单位时间内进行间歇性导尿的康复医学科住院脊髓损伤神经源性膀胱患者数}}{\text{同期康复医学科住院脊髓损伤神经源性膀胱患者总数}} \times 100\%$$

说明：间歇性导尿是神经源性膀胱处理的首选技术，可减少泌尿系感染的发生率。

指标十一：住院患者静脉血栓栓塞症发生率

定义：单位时间内，发生静脉血栓栓塞症的康复医学科 住院患者数占同期康复医学科住院患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{住院患者静脉血栓栓塞症发生率} = \frac{\text{单位时间内发生静脉血栓栓塞症的康复医学科住院患者数}}{\text{同期康复医学科住院患者总数}} \times 100\%$$

说明：静脉血栓栓塞症包括深静脉血栓形成和肺血栓栓塞症。

指标十二：住院患者静脉血栓栓塞症规范预防率

定义：单位时间内，进行静脉血栓栓塞症规范预防的康 复医学科住院患者数占同期康复医学科住院患者总数的比 例。

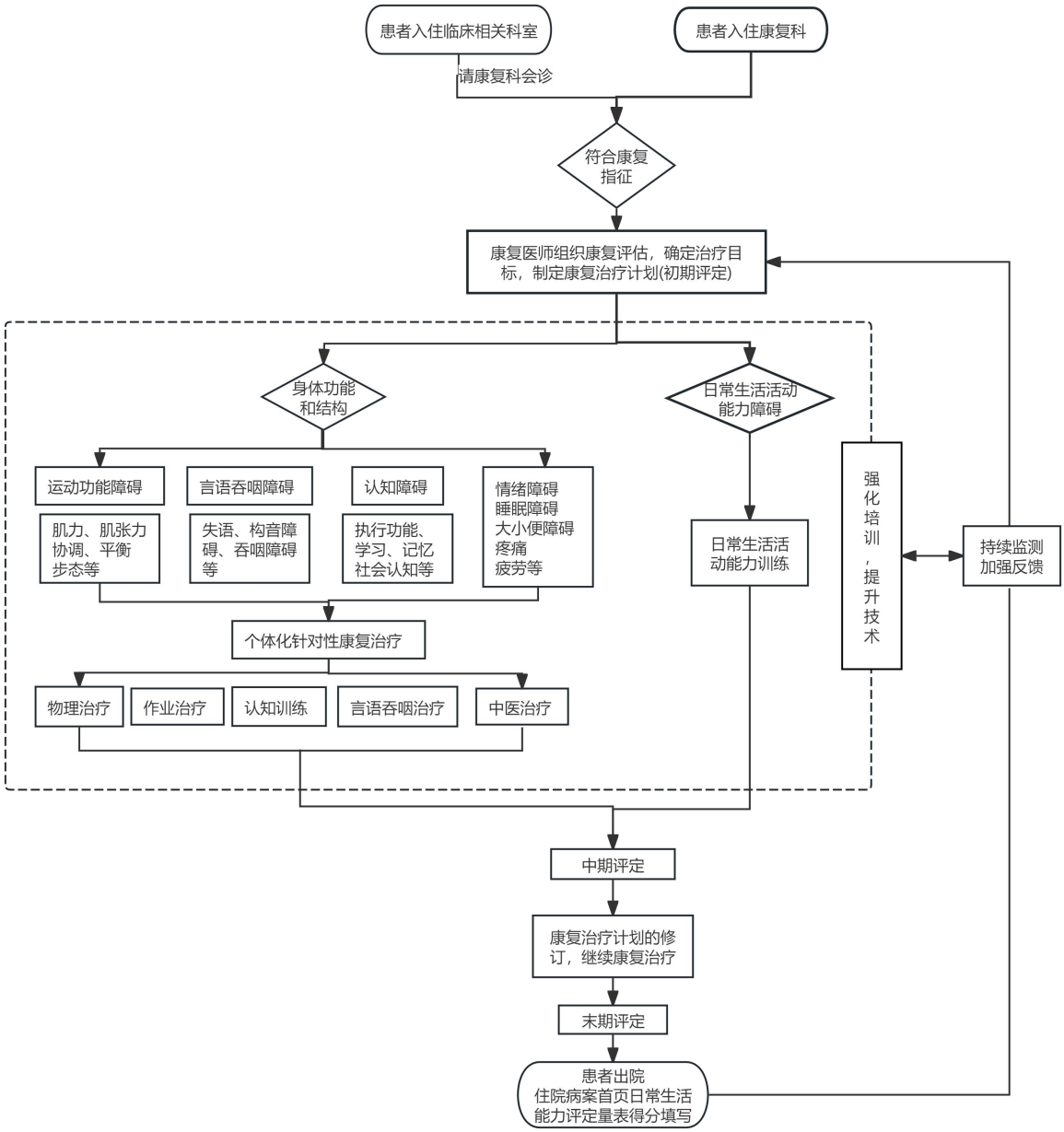
计算公式：

$$\text{住院患者静脉血栓栓塞症规范预防率} = \frac{\text{单位时间内进行静脉血栓栓塞症规范预防的康复医学科住院患者数}}{\text{同期康复医学科住院患者总数}} \times 100\%$$

说明：静脉血栓栓塞症是康复医学科常见并发症，严重者可导致患者非预期死亡，予以规范预防可以降低其发生率。

附件 2

住院患者康复流程图



附件 3

改良Barthel指数评定量表

姓名：　　性别：　　年龄：　　床号：　　住院号：　　临床诊断：

发病日期：　　评定日期：

项目	评分标准	分值
1. 进食	0 分：完全依赖别人帮助进食 2 分：某种程度上能运用餐具，通常是勺子或筷子，但在进食过程中需要别人提供协助 5 分：能运用餐具，通常是勺子或筷子，但进食的某些过程仍需要别人提供协助 8 分：除了在准备或收拾时需要协助，患者可以自行进食，或过程中需要人从旁监督或提示，以策安全 10 分：可自行进食，而无需别人在场监督，提示或协助	
2. 个人卫生	0 分：完全依赖别人处理个人卫生 1 分：某种程度上能参与，但在整个活动的过程中需要别人提供协助才能完成 3 分：能参与大部分的活动，但在某些过程仍需要别人提供协助才能完成整项活动 4 分：除了在准备或收拾时需要协助，患者可以自行处理个人卫生；或过程中需有人从旁监督或提示，以策安全 5 分：自行处理个人卫生，而无需被人在场监督，提示或协助，男性患者可自行剃须，女性患者可自行化妆或梳头发	
3. 洗澡	0 分：完全依赖别人协助洗澡 1 分：某种程度上能参与，但在整个活动的过程需要别人提供协助才能完成。	

	3 分：能参与大部分的活动，但在某些过程中仍需要别人提供协助才能完成 4 分：除了在准备或收拾时需要协助，患者可以自行洗澡，或过程中需有人从旁监督或提示，以策安全 5 分：患者可用任何适当的方法自行洗澡，而无需别人在场监督、提示或协助	
4. 如厕	0 分：完全依赖别人协助如厕 2 分：某种程度上能参与，但在整个活动的过程中需要别人提供协助才能完成 5 分：能参与大部分的活动，但在某种过程中仍需要别人提供协助才能完成整项活动 8 分：除了在准备或收拾时需要协助，患者可以自行如厕；或过程中需要有人从旁监督或提示，以策安全 10 分：患者可用任何适当的方法自行如厕，而无需别人在场监督，提示或协助。如有需要，患者可在晚间使用便盆、尿壶，然而，此类方法需包括将排泄物倒出并把器皿清洗干净	
5. 穿衣	0 分：完全依赖别人协助穿衣 2 分：某种程度上能参与，但在整个过程中需要别人提供协助才能完成 5 分：能参与大部分的活动，但在某些过程中仍需要别人提供协助才能完成整项活动 8 分：除了在准备或收拾时需要协助，患者可以自行穿衣，或过程中需要有人从旁监督或提示，以策安全 10 分：自行穿衣而无需别人监督、提示或协助	
6. 肛门控制 （大便控制）	0 分：完全大便失禁 2 分：在摆放适当的姿势和诱发大肠活动的技巧方面需要协助，并经常出现大便失禁 5 分：患者能作出适当的姿势，但未能运用诱发大肠活动的技巧；或在清洁身体及替换尿片方面需要协助，并间中出现大便失禁 8 分：甚少出现大便失禁，患者在使用栓药或灌肠器时需要监督，或需要定时有人从旁提示，以防失禁 10 分：没有大便失禁，在需要时患者亦可自行使用栓药或灌肠器	
7. 膀胱控制 （小便控制）	0 分：完全小便失禁 2 分：患者是经常小便失禁 5 分：患者通常在日间能保持干爽但晚上小便失禁，并在使用内用或外用辅助器具时需	

	要协助 8 分：患者通常能整天保持干爽但间中出现失禁，或在使用内用或外用辅助器具时需要监督，或需要定时有人从旁提示，以防失禁 10 分：没有小便失禁，在需要时患者亦可自行使用内用或外用辅助工具	
8.床-椅转移	0 分：完全依赖或需要两人从旁协助或要使用辅助器来帮助转移 3 分：某种程度上能参与，但在整个活动的过程中需要别人提供协助才能完成 8 分：能参与大部分的活动，但在某些过程中仍需要别人提供协助才能完成整项活动 12 分：除了在准备或收拾时需要协助，患者可自行转移，或过程中需要有人从旁监督或提示，以策安全 15 分：自行转移来回床椅之间，并无需旁人从监督、提示或协助	
9.平地行走	0 分：完全不能步行 3 分：某种程度上能参与，但在整个活动的过程中需要别人提供协助才能完成 8 分：能参与大部分的活动，但在某些过程仍需要别人提供协助才能完成整项活动 12 分：可自行步行一段距离，但不超过 50m，或过程中需有人从旁监督或提示，以策安全 15 分：可自行步行 50m，但无需其他人从旁监督，提示或协助（需要时可使用步行器） *轮椅操作（只有在行走评为 0 分时，才评此项） 0 分：完全不能操控轮椅 1 分：可在平地上自行推动轮椅并移动短距离，但在整个活动的过程中需要别人提供协助才能完成 3 分：能参与大部分的轮椅活动，但在某些过程中仍需要别人提供协助才能完成整项活动 4 分：可推动轮椅转弯及围绕桌边、床边或洗手间等，但在准备及收拾时仍需协助，或过程中需有人从旁监督或提示，以策安全 5 分：可完全自行操控轮椅并移动最少 50m，并无需其他人从旁监督，提示或协助。	
10.上下楼梯	0 分：完全依赖别人协助上下楼梯 2 分：某种程度上能参与，但在整个过程中需要别人提供协助才能完成	

	5 分：能参与大部分的活动，但在某些过程中仍需要别人提供协助才能完成整项活动 8 分：患者基本上不需要别人协助，但在准备及收拾时仍需要协助，或过程中需要有人从旁监督或提示，以策安全 10 分：患者可在没有监督、提示或协助下，安全地两段楼梯上下，有需要时，可使用扶手或/及助行器	
总分		

附件 2

指导评价细则

单位名称：　　检查日期：　　专家组签名：

具体内容		评价方式	分值	实得分	扣分原因
1. 医院与科室基本情况	是否是康复医学相关质控中心责任单位或国家康复质控哨点医院	提供获批文件	2		
	康复科床位占比	≥2%	3		
	医师床配比	≥0.25	3		
	护士床配比	≥0.3	3		
	治疗师床配比	≥0.35	3		
2. 医院管理情况	建立有早期康复管理工作组	查看工作组部分构成情况（如医务科、骨科、神经内科、神经外科、重症医学科和康复医学科等），职责明确。	4		
	优化多学科协作（MDT）诊疗工作	查看康复科是否为在医院正式登记的 MDT 牵头科室	4		

	有全程质量考核	查看督导、检查、考核记录，持续改进措施。	4		
	早期康复培训情况	查看医院相关科室早期康复培训记录。	4		
	医疗质量（安）不良事件的主动报告	查看康复医学科医疗质量（安全）不良事件的主动报告数	4		
3.科室质量管理工作（科室层面）	康复评定、诊疗规范和标准操作规程	查看康复评价记录、科室诊疗规范等相关资料	5		
	临床路径管理制度和流程	查看确定实施临床路径的病种及实施方案	5		
	年度质控改进目标“提高脑卒中患者日常生活活动能力改善率”落实情况	查看针对年度质控改进目标培训及实施方案	5		
	有科室早期康复介入小组，有小组架构	查看早期康复介入小组组成情况，有组织架构，职责明确。	5		
	制定有科室实施方案、流程、质控指标及持续改进措施	查看科室早期康复介入实施方案、流程、质控指标制定等相关资料。	5		
	早期康复介入开展情况	抽取病历查看是否有康复科会诊或开展康复评定	5		

4.质控指标数据（相关数据为2024年1月1日至2024年10月31日）	脑卒中患者早期康复介入率	开展早期康复介入的出院脑卒中患者数_____，同期出院脑卒中患者总数_____	2		
	脊髓损伤患者早期康复介入率	开展早期康复介入的出院脊髓损伤患者数_____ ，同期出院脊髓损伤患者总数_____ 。	2		
	髋/膝关节置换术后患者早期康复介入率	开展早期康复介入的出院髋/膝关节置换术患者数_____， 同期出院髋/膝关节置换术患者总数_____。	2		
	日常生活活动能力（ADL）改善率	ADL 改善的康复医学科出院患者数_____，同期康复医学科出院患者总数_____。	2		
	脊髓损伤患者日常生活活动能力（ADL）改善率	ADL 改善的康复医学科出院脊髓损伤患者数_____， 同期康复医学科出院脊髓损伤患者总数_____。	2		
	脑卒中患者日常生活活动能力（ADL）改善率	ADL 改善的康复医学科出院脑卒中患者数_____， 同期康复医学科出院脑卒中患者总数_____。	2		
	脑卒中患者运动功能评定率	进行运动功能评定的康复医学科出院脑卒中患者数同期康复医学科出院脑卒中患者总数_____。	2		
	脑卒中患者言语功能评定率	进行言语功能评定的康复医学科出院脑卒中患者数_____，同期康复医学科出院脑卒中患者总数	2		
	脑卒中患者吞咽功能评定率	进行吞咽功能评定的康复医学科出院脑卒中患者数_____，同期康复医学科出院脑卒中患者总数_____。	2		

	脊髓损伤患者神经功能评定率	进行神经功能评定的康复医学科出院脊髓损伤患者数_____，同期康复医学科出院脊髓损伤患者总数_____。	2		
	髋、膝关节置换术后患者功能评定率	功能评定的康复医学科出院髋、膝关节置换术后患者数_____，同期康复医学科出院髋、膝关节置换术后患者总数_____。	2		
	住院患者静脉输液使用率	接受静脉输液治疗的康复医学科出院患者数_____，同期康复医学科出院患者总数_____。	2		
	脑卒中后肩痛发生率	发生肩痛的康复医学科出院脑卒中患者数_____，同期康复医学科出院脑卒中患者总数_____。	2		
	脑卒中后肩痛预防实施率	进行脑卒中后肩痛预防的康复医学科出院脑卒中患者数_____，同期康复医学科出院脑卒中患者总数_____。	2		
	脊髓损伤患者泌尿系感染发生率	发生泌尿系感染的康复医学科出院脊髓损伤患者数_____，同期康复医学科出院脊髓损伤患者总数_____。	2		
	脊髓损伤神经源性膀胱患者间歇性导尿实施率	康复医学科出院脊髓损伤神经源性膀胱患者中进行间歇性导尿的人数_____，同期康复医学科出院脊髓损伤神经源性膀胱患者总数_____。	2		

649

	住院患者静脉血栓栓塞症发生率	发生静脉血栓栓塞症的康复医学科出院患者数_____，同期康复医学科出院患者总数_____。	2		
	住院患者静脉血栓栓塞症规范预防率	进行静脉血栓栓塞症规范预防的康复医学科出院患者数_____，同期康复医学科出院患者总数。	2		
专家组评审意见					

650

附件 3

指导评价反馈意见表

时间：　　年　　月　　日　　医院名称：

项目	内容
一、存在问题	
二、发现亮点	
三、意见和建议	

（可加附页）

专家组组长签字：

附件 5

2024 年市级康复医学质量控制中心述职评价细则

考核项目	考核内容	评价方式和评分标准	汇报要求 (如有相关记录，按下面要求展示)	分值	得分
1. 责任单位管理保障(15分)	1.1提供符合工作需要的办公场所、设备	1.1.1办公场所(结合省质控中心管理办公室抽查情况)、标识标牌、办公设备、设施、档案等，得5分. 1.1.2展示不全，酌情扣分	展示相关照片。	5	
	1.2配备足够的专(兼)职人员	1.2.1专职秘书、信息专员、兼职人员等，任务分工明确，信息完整，得5分。 1.2.2信息不全，酌情扣分。	展示人员花名册。	5	
	1.3给予工作经费支持	1.3.1提供责任单位经费预算，经费支出合理，账目清晰，得5分。	介绍单位支持情况，经费支持佐证材料等材料。	5	
2. 质控中心内部管理(5分)	2.1制定工作制度，包含考核评价，经费管理、信息安全等内部管理制度	2.1.1展示各项制度，得5分。 2.1.2展示不全，酌情扣分。	展示内部工作制度文件或相关照片	5	
3. 工作计划(10分)	3.1年度工作计划制定情况及完成情况	3.1.1制定年度工作计划，年度计划目标明确，措施可行。酌情给分，满分3分。	具体展示年度工作计划。	3	

652

		3.1.2年度工作计划完成情况。酌情给分，满分3分。	具体呈现工作计划完成进度情况。	3	
	3.2召开本市质控工作会议情况	3.2.1本年至少召开1次质控工作会议。酌情给分，满分4分。	展示会议通知、会议照片。	4	
4.工作情况(55分)	4.1年度质控工作改进目标落实、改进情况(重点汇报内容)	4.1.1掌握本专业年度质控工作改进目标相关情况，准确理解并阐述国家/省级质控工作改进目标，并准确阐述全市/哨点医院质控工作改进目标现状。酌情给分，满分10分。	展示改进目标及评估的佐证材料等。	10	
		4.1.2围绕质控工作改进目标，结合全市实际情况，制定本专业指导评价计划等。酌情给分，满分5分。	展示计划/方案/细则，具有可实施性。酌情给分。	5	
		4.1.3制定质控工作改进目标培训计划，并组织开展培训情况。酌情给分，满分10分。	展示培训计划得1分。 展示培训通知得1分。 展示培训照片、签到、效果评价等，酌情给分。	10	
		4.1.4质控工作改进目标的指导评价。有指导评价通知、影像或图片、总结报告。酌情给分，满分10分。	本辖区根据计划/方案/细则独立组织实施。基础分得5分。 本辖区未独立开展，配合省质控中心开展指导评价，基础分得3分。 展示指导评价通知、影像或图片、总结报告资料。满分5分，酌情给分。	10	

		4.1.5质控工作改进目标的改进后成效。酌情给分，满分5分。	提供改进相关佐证材料。包括数据、评价等。	5	
	4.2建立上级、下级质工作网络；质控信息反馈，质控工作指导情况。	4.2.1与上级质控中心对接，指导下级质控中心成立，建立与下级质控中心/哨点医院有效沟通渠道，酌情给分，满分5分。	介绍或展示沟通方式(渠道)和建设情况。	5	
		4.2.2辖区内县域级(含区)康复质控中心(组)成立得3分；本年度有新成立得1分；无县域级质控中心成立，但有指导相关医疗机构申报成立者得1分，无指导记录者不得分，满分5分。	展示已成立的县域级(含区)康复质控中心(组)获批文件；展示指导相关医疗机构申报的相关记录。	5	
		4.2.3向卫生行政部门反馈质控信息，并有针对性的对下级质控中心/哨点医院提出指导意见酌情给分，满分5分。	提供反馈内容相关佐证材料，包括反馈形式、时间、内容。	5	
5.现场述职情况(5分)	5.1汇报人。	4.1.1主要负责人/主任委员汇报，得3分；副主任委员/秘书汇报，得2分；其他委员汇报，得1分。		3	
	5.2汇报、答辩思路清晰，内容扎实扼要，时间把控得当。	4.2.1超时，扣1分；未按照考核评价细则要求逐一汇报，扣1分；思路不清、内容空洞酌情扣分。		2	

6. 加分项情况（10分）	6.1运用河南省医疗质量管理与控制信息网省康复医学质量控制中心子网站平台，发布市级康复质控中心工作相关的通知或动态等信息。	展示网站发布的信息。	1	
	6.2在省级专业质控工作专题会议上作报告。	展示佐证材料，影像、会议邀请（通知）、议程等。	3	
	6.3取得质量管理研究成果，发表论文、专利等。	展示有关材料，未经允许使用质控数据发表论文等，此项不得分。	1	
	6.4承办省质控中心工作会议。	展示有关材料。	3	
	6.5积极参与省质控中心组织活动，并组织辖区内医疗机构参与。	展示有关影像、图片或记录。	2	

655

河南省康复医学技术专业人员分级职责和能力建设标准（试行）

第一章　总　　则

第一条　为加快推动康复医疗服务高质量发展，进一步明确康复医学专业技术人员分级职责，规范康复医学技术行为，提升同质化水平，同时引导康复医学技术队伍对标能力建设标准，不断加强自身建设以满足群众多样化、差异化康复医疗服务需求，贯彻响应实施健康中国、积极应对人口老龄化的国家战略，按照国家卫生健康委等8部委《关于印发加快推进康复医疗工作发展意见的通知》（国卫医发〔2021〕19号）等要求，以世界卫生组织《康复胜任能力架构》《中华人民共和国职业分类大典（2022年版）》《国家卫生健康委员会住院医师规范化培训规划教材—康复医学（第2版）》等为依据，结合河南省康复医学技术专业发展现状和工作实际，制定本标准。

第二条　本标准中康复医学技术专业人员即《中华人民共和国职业分类大典（2022年版）》中的康复技师，是指运用物理、作业、言语等治疗措施，为患者进行治疗和训练的技术人员。

按照人力资源和社会保障部、国家卫生健康委、国家中医药

局《关于深化卫生专业技术人员职称制度改革的指导意见》（人社部发〔2021〕51号）中明确各级别职称名称规则、河南省人力资源和社会保障厅《河南省卫生系列高级职称申报评审条件(试行)》等有关规定，康复医学技术专业人员职称级别（名称）分为初级（技士、技师）、中级（主管技师）、高级（副主任技师、主任技师）。

第三条 本标准中康复医学技术专业人员的专业技术范围包括物理治疗、作业治疗、假肢与矫形、言语和语言治疗、中医传统康复等康复医学治疗技术。

第四条 康复医学技术专业人员应遵守《医疗纠纷预防和处理条例》《医疗质量管理办法》等法律法规和部门规章，严格遵照行业规范，掌握康复治疗工作相关规章制度、岗位职责及工作流程，依法、依规开展康复治疗工作。

第五条 康复医学技术专业人员应了解心理指导、医患沟通等方法技巧，熟悉医学伦理、医学人文，掌握患者健康教育基本原则与方法，具备康复职业精神、职业道德等职业素养。

第六条 康复医学技术专业人员应积极参加继续医学教育和相关培训，不断加强学习，拓宽认知范畴，丰富诊疗思维，培养创新意识，扩展临床实践，精进专业技术，提升专业素养，持续提高综合执业水平。

第七条 早期康复介入是康复治疗的重要原则，各级康复医学技术专业人员应积极参与早期康复介入治疗工作，不断加强质

量管理与控制，保障医疗安全。

第八条 本标准适用于二级以上医疗机构康复医学技术专业人员。

第二章 初级技术专业人员职责和能力建设

第九条 初级康复医学技术专业人员职责主要要求如下：

（一）掌握《常用康复治疗技术操作规范》《四肢骨折等9个常见病种（手术）早期康复治疗原则》等康复治疗规范，以及康复治疗作用、原则、方案与实施等基本理论。

（二）在上级康复医学技术专业人员指导下，对患者身体结构和功能状况进行规范化评定，结合评定结果，制定并规范书写康复治疗方案或计划，实施规范化康复治疗操作。

（三）康复治疗过程中，观察患者治疗反馈，归纳患者治疗进展情况和疑难问题，及时与上级康复医学技术专业人员或康复团队负责人沟通，对康复治疗方案或计划作出调整。

（四）初步掌握需要暂停康复治疗进程的症状、体征、临床指标，并及时上报；必要时积极参与应急抢救。

（五）收集和报告康复治疗质量相关数据，在上级康复医学技术专业人员指导下，运用质量管理工具进行分析，初步评估康复治疗质量薄弱环节，优化技术流程和质量。

（六）掌握文献检索方法。将相关诊疗指南、技术操作规范应用于临床实践；注重循证，通过临床观察获得最佳实践证据；

按照上级康复医学技术专业人员指导意见，对定量和定性数据进行分析，为研究结果的发表作出贡献。

（七）结合日常工作实践，积极培养创新意识，参与开展技术创新。

（八）按照上级康复医学技术专业人员要求，开展健康科普活动。

第十条 初级康复医学技术专业人员能力建设主要要求如下：

（一）依法、依规执业的能力。

（二）评定患者，在指导下制定康复治疗计划和方案，实施规范化康复治疗的能力。

（三）观察患者康复效果，在指导下向康复团队提出优化治疗建议的能力。

（四）根据风险指征，具备立即暂停康复治疗进程意识并及时上报的能力。

（五）按照医疗质量控制工作要求，进行康复治疗信息收集、上报，并优化技术流程和质量的能力。

（六）在指导下，参与科学研究的能力。

（七）积极参与/开展技术创新的能力。

（八）参与科普活动的能力。

第三章　中级技术专业人员职责和能力建设

第十一条　中级康复医学技术专业人员职责主要要求如下：

（一）熟练掌握《常用康复治疗技术操作规范》《四肢骨折等9个常见病种（手术）早期康复治疗原则》等康复治疗规范，以及康复治疗作用、原则、方案与实施等基本理论。

（二）独立对患者身体结构和功能状况进行规范化评定，结合评定结果，制定并规范书写康复治疗方案或计划，实施规范化康复治疗操作。明确个人专业方向。

（三）康复治疗过程中，独立解决患者常见问题；对下级康复医学技术专业人员反馈的治疗进展情况和疑难问题给予必要指导，对康复治疗方案或计划作出及时调整；能将复杂或重大技术问题进行梳理，上报上级康复医学技术专业人员或康复团队负责人，进行必要的小组讨论及多学科干预。

（四）熟练掌握需要暂停康复治疗进程的症状、体征、临床指标，及时暂停康复治疗并上报，积极参与应急抢救。

（五）组织下级康复医学技术专业人员收集和报告康复治疗质量相关数据，运用质量管理工具进行分析，进一步评估康复治疗质量薄弱环节，提出质量控制策略并落实。

（六）掌握研究方法，明确个人研究方向。落实相关诊疗指南、技术操作规范等要求；注重循证，通过临床观察获得最佳实践证据；根据具体情景，调整康复治疗方案，并逐步具备鉴别、

评估循证证据的能力。收集、整理定量和定性数据进行分析，发表研究成果。

（七）结合丰富工作实践，具备创新意识，主动开展技术创新。

（八）按照要求完成相应带教任务，组织和开展健康科普活动。

第十二条 中级康复医学技术专业人员能力主要要求如下：

（一）依法、依规执业的能力；

（二）评定患者，独立制定康复治疗计划和方案，并实施规范化康复治疗的能力。

（三）结合下级康复医学技术专业人员反馈进行指导，根据患者情况向康复团队提出优化治疗建议的能力。

（四）熟练掌握风险指征，具备选择暂停康复治疗进程时机并及时上报的能力。

（五）按照医疗质量控制工作要求，组织进行康复治疗信息收集、上报，并优化技术流程和质量的能力。

（六）在指导下，初步设计科学研究方案的能力。

（七）主动开展技术创新的能力。

（八）按照要求开展带教和健康科普活动的能力。

第四章 高级技术专业人员职责和能力建设

第十三条 高级康复医学技术专业人员职责主要要求如下：

（一）全面掌握《常用康复治疗技术操作规范》《四肢骨折等9个常见病种（手术）早期康复治疗原则》等康复治疗规范，以及康复治疗作用、原则、方案与实施等基本理论，常态化开展培训。

（二）结合本机构实际，制定康复治疗技术操作常规、设施设备使用规程等。精通康复治疗某一领域的基本理论知识和技能，并有所专长；指导、组织制定康复治疗方案或计划，实施规范化康复治疗操作。

（三）康复治疗过程中，指导下级康复医学技术专业人员根据患者功能障碍改善情况和（或）治疗反馈，结合评定结果，调整康复治疗方案或计划；针对复杂或重大技术问题，组织进行多学科干预。

（四）全面掌握需要暂停康复治疗进程的症状、体征、临床指标，及时暂停康复治疗并上报；必要时积极参与应急抢救。

（五）组织下级康复医学技术专业人员收集和报告康复治疗质量相关数据，运用质量管理工具进行分析，准确评估康复治疗质量薄弱环节，提出针对性质量控制策略并监督落实。

（六）熟知相关领域的政策、法规、国内外研究现状，在某一领域进行深入研究；对循证证据进行鉴别和评估，根据具体情景应用于实践，形成进一步的证据支持，或鉴别、评估其效果。参与或指导收集、整理复杂的定量和定性数据并分析，发表研究成果。

（七）积极引进、开展新技术和新项目，及时总结经验并推广。

（八）开展临床带教，按照要求完成下级康复医学技术专业人员培养任务；组织和开展健康科普活动。

第十四条 高级康复医学技术专业人员能力主要要求如下：

（一）依法、依规执业的能力。

（二）规范本机构康复治疗行为，根据技术专长，指导、组织实施规范化康复治疗的能力。

（三）提出多学科干预建议等解决复杂或重大技术问题的能力。

（四）全面掌握风险指征，具备选择暂停康复治疗进程时机并及时上报的能力。

（五）基于康复治疗质量数据分析，进行质量管理与控制的能力。

（六）设计科研方案并组织实施的能力。

（七）整合、优化、创新、推广康复治疗技术临床应用的能力。

（八）按照要求开展带教和健康科普活动的能力。