

国家二级公立医院绩效考核操作手册 (2023 版)

国家卫生健康委三级公立医院

绩效考核工作领导小组

2023 年 4 月

前言

为深入贯彻落实《关于加强二级公立医院绩效考核工作的通知》（国卫办医发〔2019〕23号）要求，保证二级公立医院绩效考核工作规范化、标准化、同质化，在专家研讨、专题论证的基础上，结合最新政策文件，对《国家二级公立医院绩效考核操作手册（2022版）》（以下简称《操作手册（2022版）》）进行部分修订，形成《国家二级公立医院绩效考核操作手册（2023版）》。现将有关情况说明如下：

一、修订背景

根据实地调研情况、各省和各医院提出的意见建议、文件更新及实际操作中发现的问题，需要进一步完善操作手册，优化细化操作手册指标解释及文字表述，为绩效考核工作提供精准、有效的参考依据。

二、修订原则

（一）稳定性。延续《操作手册（2022版）》中明确的绩效考核范围、指标架构和顺序。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。

三、修订内容

（一）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《“十四五”卫生健康人才发展规划》《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）等文件。涉及指标1-4、17、20、24、26共8个指标。

（二）进一步明确指标内涵。根据工作情况，进一步细化、修订指标说明，涉及指标4、7、8、10、16、18、26、28共8个指标；更新或增加指标脚注，涉及指标1-5、7、17、20共8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、支付方式改革对考核指标产生较大影响的，

需提供说明材料。除特殊说明外，本次考核的定量指标数据在既往基础上增加 2022 年度数据。各地应按照属地化管理原则加强数据质控，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。

用于全国二级公立医院绩效考核的微创手术目录、三级手术目录等由国家卫生健康委组织相关专家研究制定。

全国二级公立医院绩效考核是一项开创性工作，也是一项需要持续改进的工作，在实际工作过程中仍然会出现新的问题，我们将不断完善操作手册，协同三级公立医院绩效考核，高质量开展二级公立医院绩效考核工作。

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，公立医院绩效考核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。

二级公立中医医院绩效考核操作手册另行制定印发。

国家卫生健康委三级公立医院
绩效考核工作领导小组办公室

2023 年 4 月

目 录

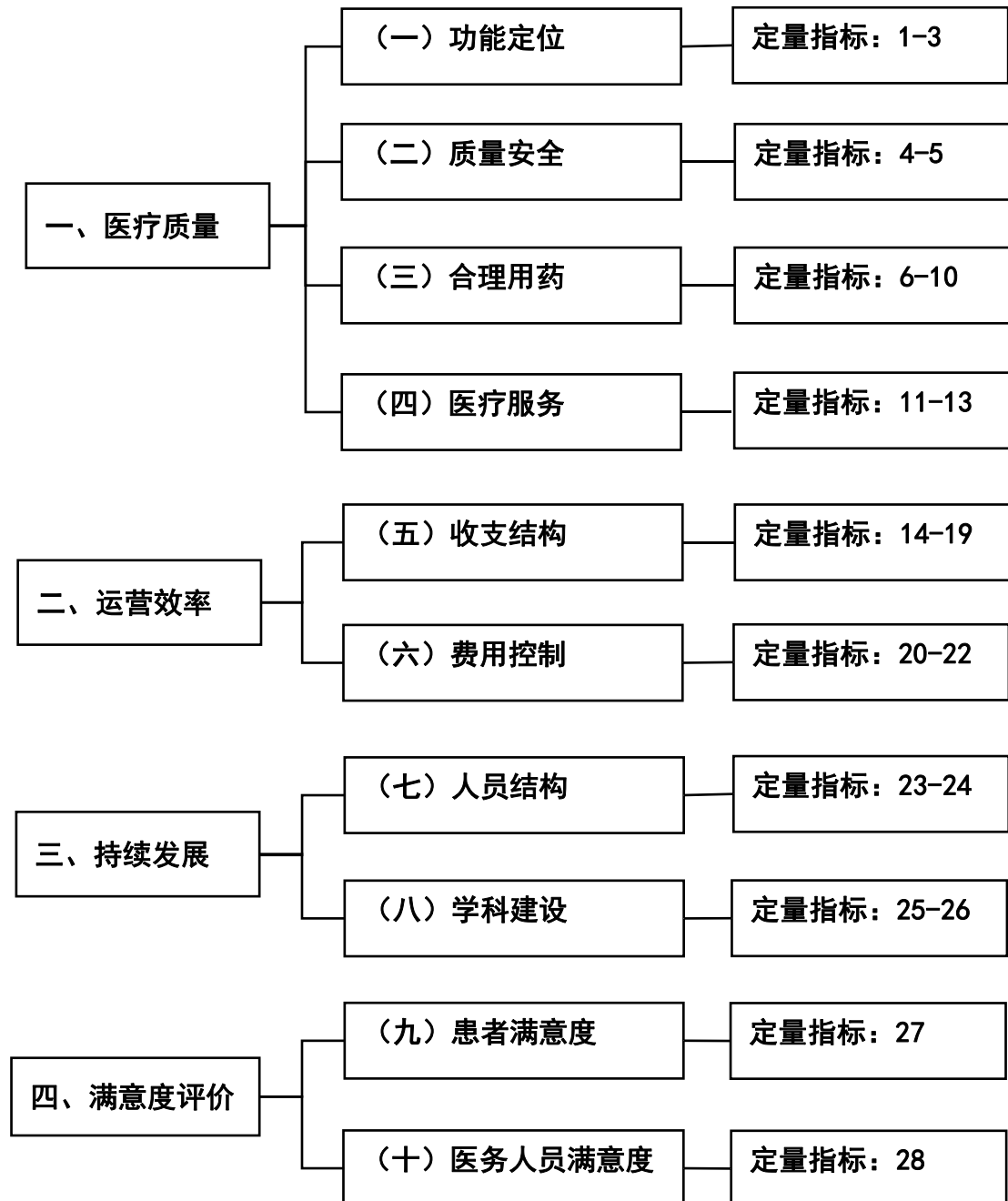
一、二级公立医院绩效评价指标框架	1
二、医疗质量相关指标	4
(一) 功能定位 (指标 1-3)	4
1. 出院患者手术占比 ▲	4
2. 出院患者微创手术占比 ▲	7
3. 出院患者三级手术占比 ▲	9
(二) 质量安全 (指标 4-5)	11
4. 手术患者并发症发生率 ▲	11
5. 低风险组病例死亡率 ▲	14
(三) 合理用药 (指标 6-10)	16
6. 抗菌药物使用强度 (DDDs) ▲	16
7. 基本药物采购金额占比	19
8. 国家组织药品集中采购中标药品金额占比	24
9. 重点监控药品收入占比	27
10. 重点监控高值医用耗材收入占比	29
(四) 医疗服务 (指标 11-13)	31
11. 电子病历应用功能水平分级 ▲	31
12. 省级室间质量评价临床检验项目参加率与合格率 ..	34
13. 平均住院日 ▲	38
三、运营效率相关指标	40

(五) 收支结构 (指标 14-19)	40
14. 医疗盈余率 ▲	40
15. 资产负债率 ▲	42
16. 人员经费占比 ▲	43
17. 万元收入能耗占比 ▲	45
18. 医疗收入中来自医保基金的比例	47
19. 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 ▲	50
(六) 费用控制 (指标 20-22)	53
20. 医疗收入增幅 ▲	53
21. 次均费用增幅 ▲	56
22. 次均药品费用增幅 ▲	59
四、持续发展相关指标	62
(七) 人员结构 (指标 23-24)	62
23. 医护比 ▲	62
24. 麻醉、儿科、重症、病理、中医医师占比 ▲	64
(八) 学科建设 (指标 25-26)	67
25. 人才培养经费投入占比	67
26. 专科能力建设 ▲	70
五、满意度评价相关指标	73
(九) 患者满意度 (指标 27)	73

27. 患者满意度 ▲	73
(十) 医务人员满意度 (指标 28)	75
28. 医务人员满意度 ▲	75
六、附件	77
附件 1 第一批国家重点监控合理用药药品目录	77
附件 2 第一批国家高值医用耗材重点治理清单	78
附件 3 二级公立医院绩效考核自评报告	81
附件 4 二级公立医院绩效考核上报系统/平台	85
附件 5 指标解释联系人	86

一、二级公立医院绩效评价指标框架

二级公立医院绩效考核指标体系共包含一级指标 4 个、二级指标 10 个、三级指标 28 个（均为定量指标），其中国家监测指标 21 个。



二级指标及指标导向一览表

序号	指标名称	指标来源	指标导向
1	出院患者手术占比 ▲	病案首页	逐步提高 ↑
2	出院患者微创手术占比 ▲	病案首页	逐步提高 ↑
3	出院患者三级手术占比 ▲	病案首页	逐步提高 ↑
4	手术患者并发症发生率 ▲	病案首页	逐步降低 ↓
5	低风险组病例死亡率 ▲	病案首页	逐步降低 ↓
6	抗菌药物使用强度（DDD _s ） ▲	医院填报	逐步降低 ↓
7	基本药物采购金额占比	省级招采平台	逐步提高 ↑
8	国家组织药品集中采购中标药品金额占比	医院填报	逐步提高 ↑
9	重点监控药品收入占比	医院填报	监测比较
10	重点监控高值医用耗材收入占比	医院填报	监测比较
11	电子病历应用功能水平分级 ▲	国家卫生健康委	逐步提高 ↑
12	省级室间质量评价临床检验项目参加率与合格率	省级卫生健康委	逐步提高 ↑
13	平均住院日 ▲	病案首页	监测比较
14	医疗盈余率 ▲	财务年报表	监测比较
15	资产负债率 ▲	财务年报表	监测比较

序号	指标名称	指标来源	指标导向
16	人员经费占比 ▲	财务年报表	逐步提高 ↑
17	万元收入能耗占比 ▲	财务年报表	逐步降低 ↓
18	医疗收入中来自医保基金的比例（包括门诊、住院收入中来自医保基金的比例）	财务年报表	监测比较
19	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 ▲	财务年报表	逐步提高 ↑
20	医疗收入增幅 ▲	财务年报表	监测比较
21	次均费用增幅 ▲	财务年报表	逐步降低 ↓
22	次均药品费用增幅 ▲	财务年报表	逐步降低 ↓
23	医护比 ▲	国家医疗机构、医师、护士电子化注册系统	监测比较
24	麻醉、儿科、重症、病理、中医医师占比 ▲	国家医疗机构、医师、护士电子化注册系统	逐步提高 ↑
25	人才培养经费投入占比	医院填报	逐步提高 ↑
26	专科能力 ▲	病案首页	监测比较
27	患者满意度 ▲	国家公立医院满意度调查平台	逐步提高 ↑
28	医务人员满意度 ▲	国家公立医院满意度调查平台	逐步提高 ↑

注：1.指标中加“▲”的为国家监测指标。

2.指标导向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。

二、医疗质量相关指标

医疗质量指标部分，共有二级指标 4 个，三级指标 13 个，其中 8 个国家监测指标，均为定量指标。

（一）功能定位（指标 1-3）

1. 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】

考核年度出院患者手术¹人数占同期出院患者人数的比例。

【计算方法】

$$\text{出院患者手术占比} = \frac{\text{出院患者手术人数}}{\text{同期出院患者人数}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：出院患者手术以人数为单位进行统计，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者，按 1 人统计。总数为手术和介入治疗²人数累加求和。

（2）分母：同期出院患者人数即出院人数，指考核年

1 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。

2 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：心血管疾病介入、综合介入、外周血管、神经血管介入。

度内所有住院后出院患者的人数。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³人数，不含家庭病床撤床人数。

(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。

【指标意义】

《卫生部关于印发〈二级综合医院评审标准（2012 年版）〉的通知》（卫医管发〔2012〕2 号）、《国务院办公厅关于全面推开县级公立医院综合改革的实施意见》（国办发〔2015〕33 号）和《关于印发全面提升县级医院综合能力工作方案（2018-2020 年）的通知》（国卫医发〔2018〕37 号）等文件均对城市二级医院和县级医院的功能和任务做了相应规定，承担常见病、多发病、急危重症抢救、部分疑难病的诊疗工作，兼顾预防、保健、康复诊疗服务。手术是治疗外科疾病的重要手段，手术（含介入治疗）患者的数量和质量与医院综合诊疗技术能力（规模、人员、设备、设施等）、临床管理流程、有限资源的效率和效益相关。住院患者手术占比情况可以反映二级医院的技术能力和水平。

《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

³ 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”：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。

法的通知》（国卫办医政发〔2022〕18号）指出，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，其中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。

【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。

2. 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】

考核年度出院患者实施微创手术⁴的人数占同期出院患者手术人数的比例。

【计算方法】

$$\text{出院患者微创手术占比} = \frac{\text{出院患者微创手术人数}}{\text{同期出院患者手术人数}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：出院患者微创手术以人数为单位进行统计，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微创手术者，按 1 人统计。

（2）分母：同期出院患者手术人数⁵为手术和介入治疗人数累加求和。

（3）本年度纳入国家二级公立医院绩效考核的微创手术目录，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，仅用于国家二级公立医院绩效考核，并嵌入公立医院绩效考核信息

4 微创手术指出院患者在日间手术室或住院部手术室内、麻醉状态下的内科和外科腔镜手术、血管内和实质脏器的介入治疗，具有创伤小、疼痛轻、恢复快的特点。

5 本考核年度中，应用于公立医院绩效考核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。

系统。

【指标意义】

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

《关于印发全面提升县级医院综合能力工作方案的通知》（国卫医发〔2014〕48号）中，推荐县级医院住院患者微创手术比例 $\geq 20\%$ 。《关于印发全面提升县级医院综合能力工作方案（2018-2020年）的通知》（国卫医发〔2018〕37号）要求，县级医院提升微创等技术能力。

【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。

3. 出院患者三级手术占比▲

【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】

考核年度出院患者施行三级手术⁶人数占同期出院患者手术人数的比例。

【计算方法】

$$\text{出院患者三级手术占比} = \frac{\text{出院患者三级手术人数}}{\text{同期出院患者手术人数}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：出院患者三级手术人数为出院患者住院期间实施三级手术（含介入治疗）的人数。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或介入者，按1人统计。

（2）分母：同期出院患者手术人数为手术和介入治疗人数累加求和。

（3）纳入本次考核的三级手术（含介入治疗）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，仅用于国家二级公立医院绩效考核，并嵌入公立医院绩效考核信息系统。

⁶ 三级手术指风险较高、过程较复杂、难度较大、资源消耗较多的手术。参阅《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）。

【指标意义】

通过考核出院患者三级手术占比，衡量医院实施难度较大手术的情况，以体现二级医院诊疗技术水平。《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）要求，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。《国家卫生健康委办公厅关于印发心血管疾病介入等4个介入类诊疗技术临床应用管理规范的通知》（国卫办医函〔2019〕828号），对心血管疾病介入、综合介入、外周血管介入和神经血管介入4个介入类诊疗技术临床应用管理规范进行了修订。该修订强化了医疗机构的主体责任，加强了对相关技术临床应用的事中事后监管措施，明确要求医疗机构将相关技术纳入手术分级管理。

【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。

（二）质量安全（指标 4-5）

4. 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】

考核年度择期手术⁷患者发生并发症⁸例数占同期出院患者手术人数的比例。

【计算方法】

$$\text{手术患者并发症发生率} = \frac{\text{手术患者并发症发生人数}}{\text{同期出院患者手术人数}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子：本年度手术患者并发症发生人数为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（含介入治疗）后并发症，按1人统计。

7 择期手术指可以选择适当的时机实施的手术，手术时机的把握不致影响治疗效果，允许术前充分准备或观察，再选择时机实施手术。

8 手术并发症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：手术后出血或血肿、手术后伤口裂开、肺部感染、肺栓塞、深静脉血栓、败血症、猝死、手术中发生或由于手术造成的休克、手术后血管并发症、痿、呼吸衰竭、骨折、生理/代谢紊乱、人工气道意外脱出等。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）。

(2) 分母：同期出院患者手术人数指同期出院患者择期手术和择期介入治疗人数累加求和。不包括妊娠、分娩、围产期、新生儿患者。

(3) 本年度考核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) 本年度考核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。《卫生部办公厅关于印发〈二级综合医院评审标准（2012 年版）实施细则〉的通知》（卫办医管发〔2012〕57 号）对手术后并发症的风险评估和预防措施提出明确要求：（1）医务人员熟悉手术后常见并发症。（2）手术后并发症的预防措施落实到位。（3）对骨关节与脊柱等大型手术、高危手术患者有风险评估、有预防“深静脉血栓”“肺栓塞”的常规与措施。同时提出主管部门履行监管职责，并有分析、反馈和整改措施。有重大手术并发症的案例分析报告，持续改进术后质量管理，有效预防并发症，降低术后并发症的发生率。

【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。

5. 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】

考核年度运用 DRG⁹分组器测算产生低风险组¹⁰病例，其死亡率是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：低风险组死亡例数指考核年度低风险组出院患者死亡人数之和。

（2）分母：低风险组病例数指考核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。

9 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）。

10 低风险组：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。

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：因考核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比例更准确。
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。

（三）合理用药（指标 6-10）

6. 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】

考核年度通过成人抗菌药物的平均日剂量（Defined Daily Doses, DDDs¹¹）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)

$$= \frac{\text{住院患者抗菌药物消耗量}^{12} (\text{累计 DDD 数})}{\text{同期收治患者人天数}} \times 100$$

【指标说明】

（1）分子：本年度仅考核住院患者在院期间抗菌药物应用情况，不包括住院患者出院带药。

（2）分母：同期收治患者人天数即出院者占用总床日数，指所有出院人数的住院床日之和。包括正常分娩、未产出院、住院经检查无病出院、未治出院及健康人进行人工流产或绝育手术后正常出院者的住院床日数。

11 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 DDD 指用于主要治疗目的的成人的药物平均日剂量。

12 指同期出院患者在住院期间抗菌药物的实际消耗量。

(3) 由于抗菌药物使用强度 (DDD_s) 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】

DDD_s 可反映不同年度的用药动态和用药结构, 某抗菌药物 DDD_s 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。建立处方点评制度, 对抗菌药使用百分率、使用抗菌药的处方开展评价, 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。《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, 至 2017 年底综合医院抗菌药物使用强度控制在每百人天 40DDD_s 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, 二级综合医院住院患者抗菌药物使用强度不超过 40DDD_s, 口腔医院

不超过 40DDD_s，肿瘤医院不超过 30DDD_s，儿童医院不超过 20DDD_s（按照成人规定日剂量标准计算），精神病医院不超过 5DDD_s，妇产医院（妇幼保健院）不超过 40DDD_s。

《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。

7. 基本药物采购金额占比

【指标属性】 定量指标。

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

考核年度医院基本药物¹³采购金额数占医院同期采购药物金额总数的比例。

【计算方法】

$$\text{基本药物采购金额占比} = \frac{\text{医院采购基本药物金额数}}{\text{医院同期采购药物金额总数}} \times 100\%$$

延伸指标 1:

$$\text{基本药物采购品种数占比} = \frac{\text{医院采购基本药物品种数}}{\text{医院同期采购药物品种总数}} \times 100\%$$

延伸指标 2:

$$\text{门诊患者基本药物处方使用占比} = \frac{\text{门诊使用基本药物品种数量}}{\text{同期门诊使用药品品种数量}} \times 100\%$$

延伸指标 3:

$$\text{住院患者基本药物使用占比} = \frac{\text{出院患者使用基本药物品种数量}}{\text{同期住院使用药品品种数量}} \times 100\%$$

【指标说明】

（1）分子为本年度考核医院采购基本药物金额数，指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〕

¹³ 基本药物按照《国家基本药物目录（2018年版）》的药品（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3部分。

31号)的药品通用名、剂型、规格进行统计;分母为医院同期采购药物金额总数,指为医院同期使用的全部药品金额总和。

(2)延伸指标1:分子指在本考核年度,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,即考核年度医院使用的全部基本药物品种总数。分母指在本考核年度,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。分子、分母均按照《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2:考核年度门诊患者处方中使用基本药物品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)延伸指标3:考核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¹⁴，不包括出院患者在住院期间未使用药物者。

（5）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¹⁵。

（6）考虑在实际工作中由于中药饮片统计难度较大，因此本考核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 7 及其延伸指标。

【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

14 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。

15 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）。

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。加强对国家组织集中采购中选药品、同一通用名未中选药品、中选药品可替代品种的配备使用监测。2020年6月底前，制定实施合理用药监测指标体系，定期公布监测情况，推进实施医师约谈制度。《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】省级卫生健康委、省级招采部门。

8. 国家组织药品集中采购中标药品金额占比

【指标属性】 定量指标。

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

考核年度国家组织药品集中采购¹⁶中选药品金额数占同期医院同种药品采购金额总数的比例。

【计算方法】

$$\begin{aligned} & \text{国家组织药品集中采购中标药品金额占比} \\ &= \frac{\text{中标药品采购金额数}}{\text{同期采购同种药品金额总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

延伸指标:

$$\begin{aligned} & \text{国家组织药品集中采购中选药品完成比例} \\ &= \frac{\text{中选药品采购完成品种数}}{\text{中选药品品种总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标说明】

（1）分子：中标药品采购金额指考核年度医院采购的由国家组织集中采购的中选药品金额数之和。

（2）分母：同期采购同种药品金额总数指包含国家组织药品集中采购的中标药品在内的所有同种药品采购金额之和。

（3）延伸指标：分子统计内容为集采购销协议截止时间在本考核年度1月1日-12月31日内，统计完整集采协议

¹⁶ 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）。

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）本年度该指标仅考核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。《国家医疗保障局等九部门关于国家组织药品集中采购和使用试点扩大区域范围实施意见》（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。

【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标采购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。

9. 重点监控药品收入占比

【指标属性】 定量指标。

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

考核年度医院重点监控药品收入占同期药品总收入的比例。

【计算方法】

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

【指标说明】

（1）分子：本年度重点监控药品¹⁷收入指按照国家公布的 20 种药品¹⁸（见附件 1）统计的收入之和。

（2）分母：同期药品总收入包括门急诊、住院药品收入。

【指标意义】

《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，各省级卫生健康行政部门和中医药主管部门，在第一批国家重点监控合理用药药品目录基础上，制定省级重点监控

17 国家监控重点药品是为了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。第一批共 20 种药品。

18 重点监控药品目录参阅《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）。

合理用药药品目录并公布。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。重点将纳入目录的药品临床使用情况作为医疗机构及其主要负责人的考核内容。各医疗机构要建立重点监控合理用药药品管理制度，加强目录内药品临床应用的全程管理。

【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。

10. 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】

考核年度医院重点监控高值医用耗材¹⁹收入占同期卫生材料收入的比例。

【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：本年度重点监控高值医用耗材收入指按照国家公布的 18 种耗材²⁰统计的收入之和（见附件 2）。

（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。

《关于印发医疗机构医用耗材管理办法（试行）的通知》

¹⁹ 高值医用耗材指直接作用于人体、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。

²⁰ 重点监控高值医用耗材目录参阅《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）。

（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）》（国卫医发〔2019〕43号）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。

（四）医疗服务（指标 11-13）

11. 电子病历应用功能水平分级 ▲

【指标属性】 定量指标、国家监测指标。

【计量单位】 级别

【指标定义】

医疗机构以电子病历为核心的信息系统的水平。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，到2022年，全国二级公立医院电子病历应用水平平均级别达到3级。

【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。

12. 省级室间质量评价临床检验项目参加率与合格率

【指标属性】 定量指标。

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

考核年度医院参加和通过省级（本省份）临床检验中心组织的室间质量评价情况。由两部分组成：

（1）室间质评项目参加率：考核年度医院参加本省份临床检验中心组织的室间质评的检验项目数占同期医院实验室已开展且同时本省份临床检验中心已组织的室间质评检验项目总数的比例。

（2）室间质评项目合格率：考核年度医院参加本省份临床检验中心组织的室间质评成绩合格的检验项目数占同期医院实验室参加本省份临床检验中心组织的室间质评检验项目总数的比例。

【计算方法】

室间质评项目参加率

$$= \frac{\text{参加本省份临床检验中心组织的室间质评的检验项目数}}{\text{同期实验室已开展且同时本省份临床检验中心已组织的室间质评检验项目总数}} \times 100\%$$

室间质评项目合格率

$$\begin{aligned} & \text{参加本省份临床检验中心组织的} \\ & \text{室间质评成绩合格的检验项目数} \\ = & \frac{\quad}{\text{同期实验室参加本省份临床检验中心} \\ & \text{组织的室间质评检验项目总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标说明】

(1) 分子

分子 1: 本年度考核的室间质评项目参加数指医院参加本省份临床检验中心组织的室间质量评价的检验项目数。

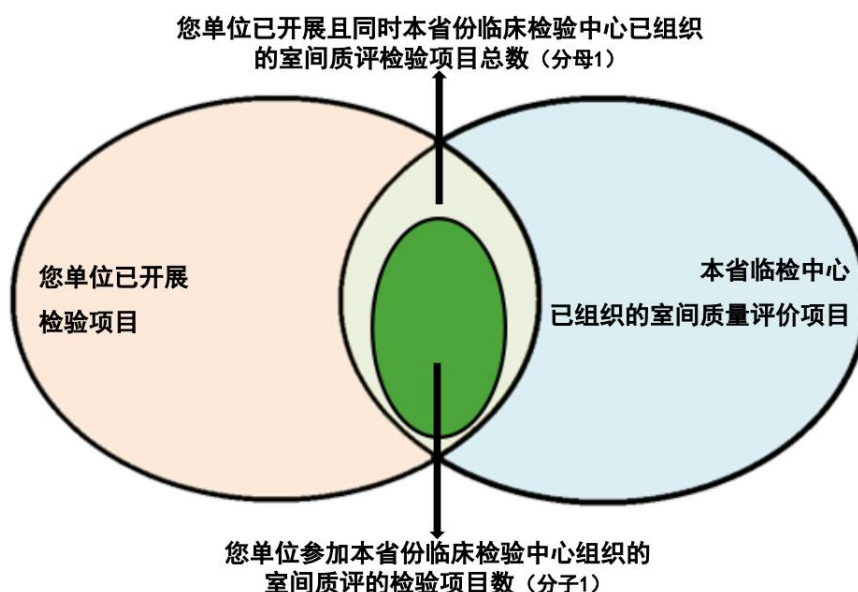
分子 2: 本年度考核的室间质评项目合格数指医院参加本省份临床检验中心组织的室间质评成绩合格的检验项目数。

(2) 分母

分母 1: 同期医院实验室已开展且同时本省份临床检验中心已组织的室间质评检验项目总数指实验室开展的项目与本省份临床检验中心组织的室间质评项目中重叠的项目数。

分母 2: 同期医院参加本省份临床检验中心组织的室间质评检验项目总数。

(3) 室间质评项目参加率统计如图所示:



【指标意义】

《国务院办公厅关于印发医药卫生体制五项重点改革2010年度主要工作安排的通知》（国办函〔2010〕67号）和《卫生部办公厅关于加强医疗质量控制中心建设推进同级医疗机构检查结果互认工作的通知》（卫办医政发〔2010〕108号）要求加强医疗质量控制中心建设和管理，推进同级医疗机构检查结果互认。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²¹，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。

《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）要求各地实现医学检验、医学影像、病理等专业医疗质量控制全覆盖。医疗机构通过省级、市级等相关专业医疗质量控制合格的，在相

²¹ 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）。

应级别行政区域内检查检验结果实行互认。

《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。

【指标导向】逐步提高。

【指标来源】省级卫生健康委。

【指标解释】省级卫生健康委、本省份临床检验中心。

13. 平均住院日 ▲

【指标属性】 定量指标、国家监测指标。

【计量单位】 天

【指标定义】

考核年度医院平均每个出院患者占用的住院床日数，亦称出院患者平均住院日。

【计算方法】

$$\text{平均住院日} = \frac{\text{出院患者占用总床日数}}{\text{同期出院患者人数}}$$

【指标说明】

(1) 分子：出院患者占用总床日数指考核年度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。

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

【指标意义】

平均住院日是衡量医院医疗资源利用情况和医疗服务能力，集中体现运行效率、医疗质量和医院管理的综合性指标之一。《国务院办公厅关于全面推开县级公立医院综合改革

的实施意见》（国办发〔2015〕33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的通知》（国卫体改发〔2015〕89号）要求，加强对平均住院日的监控，将出院患者平均住院日列为监测指标，并要求该指标值逐步降低。

【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。

三、运营效率相关指标

运营效率指标部分，共有二级指标 2 个，三级指标 9 个，其中国家监测指标 8 个，均为定量指标。

(五) 收支结构 (指标 14-19)

14. 医疗盈余率 ▲

【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】

考核年度医院医疗盈余占同期医疗活动收入的比例。

【计算方法】

$$\text{医疗盈余率} = \frac{\text{医疗盈余}}{\text{同期医疗活动收入}} \times 100\%$$

【指标说明】

(1) 分子：医疗盈余是反映医院考核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”+“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：同期医疗活动收入包括“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《财政部关于印发<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《财政部关于印发医院执行<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)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，提高可持续发展的能力。

【指标导向】 监测比较。

【指标来源】 财务年报表。

【指标解释】 国家卫生健康委、省级卫生健康委。

15. 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】

考核年度医院负债合计与同期资产合计的比值。

【计算方法】

$$\text{资产负债率} = \frac{\text{负债合计}}{\text{同期资产合计}} \times 100\%$$

【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。

【指标意义】

反映医院资产中借贷筹资的比重，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】 财务年报表。

【指标解释】 国家卫生健康委、省级卫生健康委。

16. 人员经费占比 ▲

【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】

考核年度人员经费占同期医疗活动费用的比例。

【计算方法】

$$\text{人员经费占比} = \frac{\text{人员经费}}{\text{同期医疗活动费用}} \times 100\%$$

【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经费支付的人员劳务费、专家咨询费等人员费用不在本指标计算范围内。

【指标意义】

《国务院办公厅关于全面推开县级公立医院综合改革的实施意见》（国办发〔2015〕33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。探索制定县级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，重点向临床和公共卫生一线、业务骨干、关键岗位和有突出贡献的人员倾斜。《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18号）要求，改革薪酬分配制度，落实“允许医疗卫生机构突破现行事业单位工资调控水平，允许医疗服务收入扣除成本并按规定提取各项基金后主要用于人员奖励”要求，合理确定、动态调整公立医院薪酬水平，合理确定人员支出占公立医院业务支出的比例。建立主要体现岗位职责和知识价值的薪酬体系，实行以岗定责、以岗定薪、责薪相适、考核兑现。在核定的薪酬总量内，公立医院可采取多种方式自主分配。医院可自主设立体现医疗行业特点、劳动特点和岗位价值的薪酬项目，充分发挥各项目的保障和激励作用，更加注重发挥薪酬制度的保障功能。

【指标导向】逐步提高。

【指标来源】财务年报表。

【指标解释】国家卫生健康委、省级卫生健康委。

17. 万元收入能耗占比 ▲

【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】

考核年度医院总能耗与同期总收入的比值，即每万元收入消耗的吨标煤数量。

【计算方法】

$$\text{万元收入能耗占比} = \frac{\text{总能耗}}{\text{同期总收入}} \times 10000$$

【指标说明】

(1) 分子：总能耗指考核年度医院发生的水、电、气、热等能耗折算为吨标煤后之和²²。

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

【指标意义】

《关于开展“公立医疗机构经济管理年”活动的通知》

22 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

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

【指标导向】逐步降低。

【指标来源】财务年报表（其中“总能耗”由医院填报）。

【指标解释】国家卫生健康委、省级卫生健康委。

18. 医疗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】

医疗收入中来自医保基金的比例由门诊和住院两部分构成：

（1）门诊收入中来自医保基金的比例：考核年度门诊收入中来自医保基金的收入占门诊收入的比例。

（2）住院收入中来自医保基金的比例：考核年度住院收入中来自医保基金的收入占住院收入的比例。

【计算方法】

$$\text{门诊收入中来自医保基金的比例} = \frac{\text{门诊收入中来自医保基金的收入}}{\text{门诊收入}} \times 100\%$$

$$\text{住院收入中来自医保基金的比例} = \frac{\text{住院收入中来自医保基金的收入}}{\text{住院收入}} \times 100\%$$

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

分子 1：门诊收入中来自医保基金的收入²³指医院为医

²³ 按照权责发生制计算考核年度的“门诊/住院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。

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。

分子 2：住院收入中来自医保基金的收入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

分母 1：门诊收入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。

分母 2：住院收入指医院开展住院医疗服务活动取得的收入。

（3）“门诊收入中来自医保基金的比例”、“住院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。

（4）个别未签署门诊医疗保险服务协议专科医院不参与此项指标考核。

（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，此项指标不区分门急诊和住院。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】

《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）要求，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、住院收入中，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。

19. 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】

考核年度医疗服务收入（不包含药品、耗材、检查化验收入）占同期医疗收入的比例。

【计算方法】

$$\text{医疗服务收入占比} = \frac{\text{医疗服务收入}}{\text{同期医疗收入}} \times 100\%$$

【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）、检查化验收入。

（2）分母：医疗收入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。《国务院办公厅关于全面推县级公立医院综合改革的实施意见》（国办发〔2015〕

33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〔2015〕38号)明确要求,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。通过推进药品和耗材招标采购、流通、使用等方面改革降低费用,降低大型医用设备检查治疗、检验价格,合理调整提升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,尤其是取消药品加成和卫生材料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二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。

【指标导向】逐步提高。

【指标来源】财务年报表。

【指标解释】国家卫生健康委、省级卫生健康委。

（六）费用控制（指标 20-22）²⁴

20. 医疗收入增幅 ▲

【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】

医疗收入增幅由门诊和住院两部分构成：

（1）门诊收入增幅：考核年度门诊收入与上一年度同期门诊收入之差占上一年度门诊收入的比例。

（2）住院收入增幅：考核年度住院收入与上一年度同期住院收入之差占上一年度住院收入的比例。

【计算方法】

$$\text{门诊收入增幅} = \frac{(\text{本年度门诊收入} - \text{上一年度门诊收入})}{\text{上一年度门诊收入}} \times 100\%$$

$$\text{住院收入增幅} = \frac{(\text{本年度住院收入} - \text{上一年度住院收入})}{\text{上一年度住院收入}} \times 100\%$$

延伸指标：

剔除有关项后的医疗收入增幅

$$\begin{aligned} & (\text{本年度剔除有关项后的医疗收入} \\ & - \text{上一年度剔除有关项后的医疗收入}) \\ & = \frac{\quad}{\text{上一年度剔除有关项后的医疗收入}} \times 100\% \end{aligned}$$

【指标说明】

（1）医疗收入指医院开展医疗服务活动取得的收入，

²⁴ 针对各省医疗服务价格调整、支付方式改革对考核指标产生较大影响的，需提供说明材料。

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²⁵产生的药品收入，以及纳入国家医保目录中谈判类药物²⁶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

25 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）。

26 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（2021年）》协议期内谈判药品部分。

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。

21. 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】

次均费用（即次均医药费用）增幅由门诊和住院两部分构成：

（1）门诊次均费用增幅：考核年度门诊患者次均医药费用与上一年同期次均医药费用之差占上一年度门诊患者次均医药费用的比例。

（2）住院次均费用增幅：考核年度出院患者次均医药费用与上一年同期次均医药费用之差占上一年度出院患者次均医药费用的比例。

【计算方法】

$$\text{门诊次均医药费用增幅} = \frac{\text{（本年度门诊患者次均医药费用} \\ \text{- 上一年度门诊患者次均医药费用）}}{\text{上一年度门诊患者次均医药费用}} \times 100\%$$

$$\text{门诊患者次均医药费用} = \frac{\text{门诊收入}}{\text{门诊人次}}$$

延伸指标：

剔除有关项后的门诊次均医药费用增幅

$$= \frac{\text{（本年度剔除有关项后的门诊次均医药费用} \\ \text{- 上一年度剔除有关项后的门诊次均医药费用）}}{\text{上一年度剔除有关项后的门诊次均医药费用}} \times 100\%$$

$$\text{住院次均医药费用增幅} = \frac{(\text{本年度出院患者次均医药费用} - \text{上一年度出院患者次均医药费用})}{\text{上一年度出院患者次均医药费用}} \times 100\%$$

$$\text{出院患者次均医药费用} = \frac{\text{出院患者住院费用}}{\text{出院人次数}}$$

延伸指标:

剔除有关项后的住院次均医药费用增幅

$$= \frac{(\text{本年度剔除有关项后的住院次均医药费用} - \text{上一年度剔除有关项后的住院次均医药费用})}{\text{上一年度剔除有关项后的住院次均医药费用}} \times 100\%$$

【指标说明】

(1) 分子

分子 1: 门诊患者次均医药费用指门诊患者平均每次就诊的医药费用, 简称门诊次均费用。

分子 2: 门诊收入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。

分子 3: 出院患者次均医药费用指出院患者平均每次住院的医药费用, 简称住院次均费用。

(2) 分母

分母 1: 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。

分母 2: 出院人次数指出院人数。

(3) 延伸指标: 剔除有关项后的门诊、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，长期处方产生的药品收入，以及纳入国家医保目录中谈判类药物收入后的门诊、住院次均费用增幅情况。具体剔除方式详见填报模板。

(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。

【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 20。

【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。

22. 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】

次均药品费用增幅由门诊和住院两部分构成：

（1）门诊次均药品费用增幅：考核年度门诊患者次均药品费用与上一年同期次均药品费用之差占上一年度门诊患者次均药品费用的比例。

（2）住院次均药品费用增幅：考核年度出院患者次均药品费用与上一年同期次均药品费用之差占上一年度出院患者次均药品费用的比例。

【计算方法】

$$\text{门诊次均药品费用增幅} = \frac{(\text{本年度门诊患者次均药品费用} - \text{上一年度门诊患者次均药品费用})}{\text{上一年度门诊患者次均药品费用}} \times 100\%$$

$$\text{门诊患者次均药品费用} = \frac{\text{门诊药品收入}}{\text{门诊人次数}}$$

延伸指标：

剔除有关项后的门诊次均药品费用增幅

$$= \frac{(\text{本年度剔除有关项后的门诊次均药品费用} - \text{上一年度剔除有关项后的门诊次均药品费用})}{\text{上一年度剔除有关项后的门诊次均药品费用}} \times 100\%$$

$$\text{住院次均药品费用增幅} = \frac{(\text{本年度出院患者次均药品费用} - \text{上一年度出院患者次均药品费用})}{\text{上一年度出院患者次均药品费用}} \times 100\%$$

$$\text{出院患者次均药品费用} = \frac{\text{出院患者药品费用}}{\text{出院人次数}}$$

延伸指标:

剔除有关项后的住院次均药品费用增幅

$$= \frac{(\text{本年度剔除有关项后的住院次均药品费用} - \text{上一年度剔除有关项后的住院次均药品费用})}{\text{上一年度剔除有关项后的住院次均药品费用}} \times 100\%$$

【指标说明】

(1) 分子

分子 1: 门诊患者次均药品费用指考核年度门诊患者平均每次就诊药费, 简称门诊次均药费。

分子 2: 出院患者次均药品费用指考核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) 分母

分母 1: 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。

分母 2: 出院人次数指出院人数。

(3) 延伸指标: 剔除有关项后的门诊、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, 长

期处方产生的药品收入，以及纳入国家医保目录中谈判类药物收入后的门诊、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 20。

【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。

四、持续发展相关指标

持续发展指标部分，共有二级指标 2 个，三级指标 4 个，其中国家监测指标 3 个，均为定量指标。

（七）人员结构（指标 23-24）

23. 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】

考核年度医院注册执业（助理）医师总数与全院同期注册护士总数之比。

【计算方法】

$$\text{医护比} = \frac{\text{医院注册执业（助理）医师总数}}{\text{全院同期注册护士总数}}$$

【指标说明】

（1）分子：考核年度医院注册医师（助理医师）总数，即国家医疗机构、医师、护士电子化注册系统²⁷（简称电子化注册系统）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。

²⁷ 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）。

(3) 注册医师（助理医师）以主要执业机构²⁸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》要求，到 2025 年，每千人口拥有注册护士数 3.8 人。

【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。

28 参阅《医师执业注册管理办法》（中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会令第 13 号）。

24. 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】

考核年度医院麻醉、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:

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

（3）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】

了解全国二级公立医院六个专业医师人才现况。落实《“十三五”全国卫生计生人才发展规划》中七项主要任务之一就是加强急需紧缺专业人才培养，包括儿科、病理、麻醉、重症医学等各类急需紧缺专业人才培养，以及加强中医药专业人才培养。《“十四五”卫生健康人才发展规划》指出要突出特色，加强中医药专业人才培养；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。

【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。

（八）学科建设（指标 25-26）

25. 人才培养经费投入占比

【指标属性】 定量指标。

【计量单位】 百分比（%）

【指标定义】

考核年度医院在医学人才培养方面的经费投入占医院当年总经费的比例。

【计算方法】

$$\text{人才培养经费投入占比} = \frac{\text{人才培养经费投入}}{\text{医院当年总经费}} \times 100\%$$

人才培养经费投入=院校医学教学经费投入+毕业后医学教育
经费投入+继续医学教育经费投入。

【指标说明】

（1）分子：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、外单位委派和面向社会招收的住院医师、助理全科医生、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各类师资参加培训班、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。以上经费均为实际结算数（非预算数）。

（2）分母：医院当年总经费即费用合计，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。

（3）经费只填报总数，无须单列。费用明细可在备注中说明。

（4）经费统计按自然年度计算，即从1月1日起至12月31日止。

【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，

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，加强师资队伍的建设。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。

【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。

26. 专科能力建设 ▲

【指标属性】 定量指标、国家监测指标。

【计量单位】 人、天、元、%

【指标定义】

专科能力建设评价通过基于专科特定病种²⁹的医疗服务相关评价指标³⁰实施，包括：

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

(2) 平均住院日：考核年度所纳入病种的平均住院时间，计量单位：天。

(3) 次均费用：考核年度所纳入病种的出院患者平均住院费用，计量单位：元。

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

【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

$$\text{平均住院日} = \frac{\text{某病种出院患者占用总床日数}}{\text{同期同病种总出院人数}}$$
$$\text{次均费用} = \frac{\text{某病种总出院费用}}{\text{同期同病种总出院人数}}$$

²⁹ 专科特定病种根据二级公立医院上报的病案首页数据测算结果确定。

³⁰ 因本年度考核相关数据仅由出院患者的病案首页提供，故仅限于对所纳入的病种例数、平均住院日、次均费用、病死率四项结果性指标进行监测。

$$\text{病死率} = \frac{\text{某病种死亡人数}}{\text{同期同病种总出院人数}} \times 100\%$$

【指标说明】

(1) 分子

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

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

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

(2) 分母：所有指标均为某病种同期总出院人数。

(3) 所有病种或手术名称及编码均以《疾病分类代码国家临床版 2.0（2022 汇总版）》和《手术操作分类代码国家临床版 3.0（2022 汇总版）》为基准。

【指标意义】

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

《关于印发全面提升县级医院综合能力工作方案（2018-2020年）的通知》（国卫医发〔2018〕37号）要求，县级医院提升专科服务能力，重点提升对县域内常见病、多发病以及地方病的诊疗能力；重点加强儿科、精神科、老年病专业、康复医学科、传染性疾病科、急诊科、重症医学科等学科建设，并将急诊科与院前急救体系有效衔接，提升急危患者抢救与转运能力。

【指标导向】

- （1）相同病种例数：监测比较。
- （2）相同病种平均住院日：逐步降低。
- （3）相同病种次均费用：监测比较。
- （4）相同病种病死率：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。

五、满意度评价相关指标

满意度评价指标部分，共有二级指标 2 个，三级指标 2 个，均为定量指标和国家监测指标。

（九）患者满意度（指标 27）

27. 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。包括门诊患者满意度、住院患者满意度。

【计算方法】

门诊、住院患者满意度调查得分。

【指标说明】

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

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

满意度评价作为医院绩效考核指标的组成部分，仅考察医院可控可改进的部分（医院本身的绩效），不包括影响患

者就医体验的，但医院不可控的部分，比如服务价格。

【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）、《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）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。

【指标导向】逐步提高。

【指标来源】国家公立医院满意度调查平台。

【指标解释】国家卫生健康委医疗管理服务指导中心。

（十）医务人员满意度（指标 28）

28. 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】

医务人员满意度指医务人员对其所从事工作的总体态度。

【计算方法】

医务人员满意度调查得分。

【指标说明】

医务人员满意度问卷维度包括薪酬福利、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】

《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）的通知》（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感受，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】国家公立医院满意度调查平台。

【指标解释】国家卫生健康委医疗管理服务指导中心。

六、附件

附件 1

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	磷酸肌酸纳
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 2

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	颌面部赈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。	硅橡胶颌面赈复材料、树脂颌面赈复材料
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

序号	耗材名称	描述	品名举例
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
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

序号	耗材名称	描述	品名举例
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 3

二级公立医院绩效考核自评报告

(参考提纲)

一、医院基本情况

医院提供考核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、考核指标自评情况

(一) 简述医院在绩效考核工作中如何组织实施。

(二) 对照二级公立医院绩效考核指标，分析医院管理工作亮点，指标结果情况以及存在问题等。

三、绩效考核工作意见建议

通过自评，针对绩效考核实施过程遇到的困难和问题，提出对下一步绩效考核工作的意见建议。

附表：二级公立医院绩效考核指标统计表

附表

二级公立医院绩效考核指标统计表

一级指标	二级指标	三级指标	指标性质	指标结果			自评得分
				2022年	2021年	2020年	
一、 医疗质量	(一) 功能定位	1.出院患者手术占比▲	定量				
		2.出院患者微创手术占比▲	定量				
		3.出院患者三级手术占比▲	定量				
	(二) 质量安全	4.手术患者并发症发生率▲	定量				
		5.低风险组病例死亡率▲	定量	—	—	—	
	(三) 合理用药	6.抗菌药物使用强度(DDDs)▲	定量				
		7.基本药物采购金额占比	定量				
		8.国家组织药品集中采购中标药品金额占比	定量				
		9.重点监控药品收入占比	定量				
		10.重点监控高值医用耗材收入占比	定量				

一级指标	二级指标	三级指标	指标性质	指标结果			自评得分
				2022年	2021年	2020年	
	(四) 医疗服务	11.电子病历应用功能水平分级▲	定量	—	—	—	
		12.省级室间质量评价临床检验项目参加率与合格率	定量				
		13.平均住院日▲	定量				
二、 运营效率	(五) 收支结构	14.医疗盈余率▲	定量				
		15.资产负债率▲	定量				
		16.人员经费占比▲	定量				
		17.万元收入能耗占比▲	定量				
		18.医疗收入中来自医保基金的比例	定量				
		19.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				
	(六) 费用控制	20.医疗收入增幅▲	定量				
		21.次均费用增幅▲	定量				
		22.次均药品费用增幅▲	定量				

一级指标	二级指标	三级指标	指标性质	指标结果			自评得分
				2022年	2021年	2020年	
三、持续发展	(七) 人员结构	23.医护比 ▲	定量				
		24.麻醉、儿科、重症、病理、中医医师占比 ▲	定量				
	(八) 学科建设	25.人才培养经费投入占比	定量				
		26.专科能力 ▲	定量	—	—	—	
四、满意度评价	(九) 患者满意度	27.患者满意度 ▲	定量				
	(十) 医务人员满意度	28.医务人员满意度 ▲	定量				
总分							

注：每个指标均以10分为满分，总分应当为280分。“—”线对应的指标，只需填写自评得分，不需填报数值。

附件 4

二级公立医院绩效考核上报系统/平台

上报系统/平台名称	联系电话	三级指标序号	上报网址
国家医院质量监测系统 (HQMS)	4000-030-686	1—5、13、26	http://www.hqms.org.cn
电子病历系统分级评价平台	010-81138605 010-81138609	11	http://sjzx.niha.org.cn
国家医疗机构、医师、护士 电子化注册系统	15313767780 18311182824	23—24	http://gdzhzc.wsb003.cn/Home/CountryIndex
国家卫生健康委满意度调查 平台	010-68791928 010-68791185	27—28	https://health.10086.cn/sfp/login
国家公立医院绩效考核 信息系统	400-000-1676 010-68791185 010-68791681	其他医院填报指标	VPN 地址: https://sslvpn.ncmsa.cn:9999

附件 5

指标解释联系人

单位	联系电话	指标序号
国家卫生健康委 病案质控中心	010-69151893	1—4、13、26
国家 DRG 质控中心	010-83366959	5
国家卫生健康委 医院管理研究所	010-81138605 010-81138609	11
国家医疗机构、医师、护士 电子化注册系统	15313767780 18311182824	23—24
国家卫生健康委 医管中心	010-68791185 010-68791681	
省级卫生健康委	请联系所在地省级卫生健 康委负责二级公立医院绩 效考核的工作人员	