

公立医院高质量发展评价指标（试行）  
操作手册（2022 版）

# 前 言

按照《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》要求，国家卫生健康委印发了《公立医院高质量发展评价指标（试行）》（以下简称《评价指标》）。为保证高质量发展评价工作标准化、规范化，国家卫生健康委医政司组织编写了《公立医院高质量发展评价指标（试行）操作手册（2022版）》，供各地评价时使用。

## 一、编写思路

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的二十大精神，深入贯彻落实新发展理念，坚持以人民健康为中心，全面梳理有关政策要求，结合相关行政管理部门、研究机构、公立医院的意见建议，充分运用全国二级和三级公立医院绩效考核已有工作基础和研究成果，组织编写该手册。

## 二、主要内容

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

指标》中的序号保持一致。

相关资料和数据优先使用国家卫生健康委相关系统及公立医院绩效考核管理平台已有数据。不能通过上述渠道获取的，由医院通过“公立医院绩效考核与高质量发展评价平台”进行报送，并与公立医院绩效考核相关数据同步采集、质控、计算、分析。

### 三、使用说明

国家卫生健康委医政司使用《评价指标》对公立医院高质量发展试点医院的高质量发展成效进行评价分析，研究适用于各级各类公立医院高质量发展评价参考指标值或指标值区间。

各省份可根据反馈数据，按照属地化管理原则对辖区内公立医院高质量发展情况进行评价。在评价过程中，可根据指标特点，合理选用病例组合指数（CMI值）等对指标结果进行校正，确保评价结果的可比性和科学性；并可综合考虑本地工作重点，以及各级各类公立医院特点和发展阶段，有针对性地制定评价要求和参照标准，更好地引导公立医院实现高质量发展。

公立中医医院高质量评价相关操作手册另行制定印发。

# 目 录

一、公立医院高质量发展评价指标一览表.....	1
二、党建引领相关指标.....	2
1.党委领导下的院长负责制落实情况.....	2
2.党组织和党员队伍建设情况.....	5
3.党建工作责任落实情况.....	9
三、能力提升相关指标.....	11
4.专科能力指数.....	11
5.住院患者重点监测病种覆盖率.....	15
6.医疗质量指数.....	17
7.时间消耗指数.....	23
8.住院医师规范化培训制度落实效果.....	25
四、结构优化相关指标.....	28
9.出院手术患者三级/四级手术占比.....	28
10.出院手术患者微创手术占比.....	31
11.医疗服务收入（不含药品、耗材、检查检验）占医疗收入 的比例.....	33
12.人员经费占比.....	36
五、创新增效相关指标.....	39

13.智慧医院建设成效.....	39
14.每百名卫生技术人员科研经费.....	45
15.万元收入能耗占比.....	47
16.费用消耗指数.....	49
<b>六、文化聚力相关指标.....</b>	<b>51</b>
17.患者满意度.....	51
18.医务人员满意度.....	53
<b>七、附件.....</b>	<b>55</b>
指标解释联系人.....	55

## 一、公立医院高质量发展评价指标一览表

序号	相关指标	指标属性
1	党委领导下的院长负责制落实情况	定性
2	党组织和党员队伍建设情况	
3	党建工作责任落实情况	
4	专科能力指数	定量
5	住院患者重点监测病种覆盖率	
6	医疗质量指数	
7	时间消耗指数	
8	住院医师规范化培训制度落实效果	
9	出院手术患者三级/四级手术占比	
10	出院手术患者微创手术占比	
11	医疗服务收入（不含药品、耗材、检查检验）占医疗收入的比例	
12	人员经费占比	
13	智慧医院建设成效	
14	每百名卫生技术人员科研经费	
15	万元收入能耗占比	
16	费用消耗指数	
17	患者满意度	
18	医务人员满意度	

注：1.指标“住院医师规范化培训制度落实效果”的评价对象为被遴选为住院医师规范化培训基地的公立医院。指标“每百名卫生技术人员科研经费”的评价对象为三级公立医院。其余指标评价对象均为二级及以上公立医院。

2.评价二级及以上公立专科医院高质量发展情况时，可根据专科特点从中选用部分评价指标。

## 二、党建引领相关指标

党建引领指标部分，共有二级指标 3 个，均为定性指标。

### 1.党委领导下的院长负责制落实情况

**【指标属性】** 定性指标

**【计量单位】** 无

**【指标定义】**

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

**【评价方法】**

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

（1）医院章程中相关内容：把“实行党委领导下的院长负责制”写入医院章程。

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

(3) 医院党委会会议纪要：每季度提供一份会议纪要，议定事项能够体现党委领导作用。

未实行党委领导下的院长负责制的医院，提交未实行说明。

### **【指标意义】**

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



**【指标导向】** 监测比较。

**【数据来源】** 医院填报。

## 2.党组织和党员队伍建设情况

**【指标属性】** 定性指标

**【计量单位】** 无

**【指标定义】**

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

**【评价方法】**

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

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

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

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

### 【指标说明】

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

(2) 卫生技术人员：依据《2021 国家卫生健康统计调查制度》，卫生技术人员包括执业医师、执业助理医师、注册护士、药师（士）、检验及影像技师（士）、卫生监督员和见习医（药、护、技）师（士）等卫生专业人员，包括从事临床或监督工作并同时从事管理工作的人员（如院长、书记等）。

(3) 党员：含中共正式党员和预备党员。

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

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

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

### 【指标意义】

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

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

知”和优秀青年吸收入党。

**【指标导向】** 监测比较。

**【数据来源】** 医院填报。

### 3.党建工作责任落实情况

**【指标属性】** 定性指标

**【计量单位】** 无

**【指标定义】**

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

**【评价方法】**

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

**【指标说明】**

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

（2）医院职工总数：是指医院所有职工数量，含离退休职

工、在岗不在编职工。

**【指标意义】**

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

**【指标导向】** 监测比较。

**【数据来源】** 医院填报。

### 三、能力提升相关指标

能力提升指标部分，共有二级指标 5 个，均为定量指标。

#### 4. 专科能力指数

**【指标属性】** 定量指标

**【计量单位】** 无

**【指标定义】**

基于疾病病种<sup>1</sup>种类数、例数及疑难程度、手术操作种类数<sup>2</sup>、例数及疑难程度、出院患者平均住院日、次均费用、住院病死率以及先进技术应用情况等得分，综合计算公立医院相关专科能力指数<sup>3</sup>。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。

---

1 病种根据公立医院上报的病案首页数据测算结果确定。

2 手术操作种类根据公立医院上报的病案首页数据测算结果确定。

3 为规避病种间的差异程度，在计算时应进行标准化处理。



(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：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

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

$$\text{次均费用} = \frac{\text{某病种总出院费用}}{\text{同期同病种总出院人数}}$$

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

### 【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总和。

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

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

(2) 分母：所有指标均为某病种同期总出院人数。

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

### 【指标意义】

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

《关于印发全面提升县级医院综合能力工作方案（2018-2020年）的通知》（国卫医发〔2018〕37号）要求，县级医院提升专科服务能力，重点提升对县域内常见病、多发病以及地方病的诊疗能力；重点加强儿科、精神科、老年病专业、康复医学科、传染性疾病科、急诊科、重症医学科等学科建设，并将急诊科与院前急救体系有效衔接，提升急危患者抢救与转运能力。《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18号）明确提出，以加强临床专科建设作为“引领公立医院高质量发展新趋势”的重要内容。以满足重大疾病临床需求为导向建设临床专科，重点发展重症、肿瘤、心脑血管、呼吸、消化、感染、儿科、麻醉、影像、病理、检验等临床专科，以专科发展带动诊疗能力和水平提升。加强中医优势专科建设，在“双一流”建设中加强相关学科建设。《国家卫生健康委关于印发〈“十四五”国家临床专科能力建设规划〉的通知》（国卫医发〔2021〕31号）指出，遴选基础雄厚、实力强劲的专科进行重点支持，建设国际

高水平临床专科；以严重危害群众健康的重大疾病为主线，以提高医疗技术服务能力和医疗质量水平为重点，全面提升人民群众就医需求较大的临床专科能力。同时通过促进临床专科能力均衡发展，切实推动我国临床专科能力建设工作进入可持续的高质量发展路径，形成临床专科能力建设的长效机制。

**【指标导向】** 监测比较。

**【数据来源】** 病案首页；国家卫生健康委公立医院绩效考核管理平台。

## 5.住院患者重点监测病种覆盖率

**【指标属性】** 定量指标

**【计量单位】** 百分比（%）

**【指标定义】**

考核年度重点监测病种覆盖率即该医院重点监测病种出院人数占同期出院人数的比例。

**【计算方法】**

$$\text{住院患者重点监测病种覆盖率} = \frac{\text{重点监测病种出院人数}}{\text{同期出院人数}} \times 100\%$$

**【指标说明】**

（1）分子：重点监测病种出院人数是指考核年度内各地重点监测的病种的出院人数。

（2）分母：同期出院人数。

（3）国家卫生健康委根据全国疾病谱、费用和时间消耗、跨省就医等因素，制定全国重点监测病种清单。各省份可结合全国重点监测病种清单，根据本地实际，制定本省份清单用于省份内监测评价。

**【指标意义】**

《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18号）明确要求，构建公立医院高质量发展新体系。

打造国家级和省级高水平医院，集中力量开展疑难危重症诊断治疗技术攻关；发挥公立医院在城市医疗集团中的牵头作用，建设优势专业专科，形成特色鲜明、专业互补、错位发展、有序竞争的发展格局；发挥县级医院在县域医共体中的龙头作用，提高肿瘤、心脑血管、呼吸、消化和感染性疾病等防治能力。

开展基于重点监测病种的绩效评价，引导公立医院回归功能定位，发展专科诊疗技术，全面提升临床服务能力和医疗质量。

《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，通过代表性的单病种质量控制指标，考核医院重点病种、关键技术的医疗质量和医疗安全情况。

**【指标导向】** 监测比较。

**【数据来源】** 病案首页；国家卫生健康委公立医院绩效考核管理平台。

## 6. 医疗质量指数

**【指标属性】** 定量指标

**【计量单位】** 无

**【指标定义】**

基于择期手术患者并发症<sup>4</sup>发生率、I类切口<sup>5</sup>手术部位感染<sup>6</sup>率、低风险组病例死亡率、相对权重值(RW值)和CMI值、抗菌药物使用强度(DDDs<sup>7</sup>)等,综合计算公立医院医疗质量指数。包括:

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

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

---

4 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)和《卫生部办公厅关于印发<三级综合医院评审标准实施细则(2011版)>的通知》(卫办医管发〔2011〕148号)。

5 I类切口是指手术切口为无菌切口。

6 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)。

7 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指用于治疗目的的成人的药物平均日剂量。

(3) 低风险组病例死亡率：运用 DRG<sup>8</sup> 分组器测算产生低风险组病例<sup>9</sup>，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。计量单位：百分比（%）。

(4) 相对权重值（RW 值）：是对每一个 DRG 依据其资源消耗程度所给予的权值。计量单位：无。

(5) CMI 值：考核年度医院病例组合指数情况，即医院 DRG 总权重与分析病例总数的比值。计量单位：无。

(6) 抗菌药物使用强度（DDDs）：考核年度通过成人抗菌药物的平均日剂量（Defined Daily Doses, DDDs）分析评价抗菌药物使用强度。DDD 作为用药频度分析单位，不受治疗分类、剂型和不同人群的限制。

### 【计算方法】

$$\text{手术患者并发症发生率} = \frac{\text{手术患者并发症发生例数}}{\text{同期出院手术患者人数}} \times 100\%$$

$$\text{I类切口手术部位感染率} = \frac{\text{I类切口手术部位感染人次数}}{\text{同期 I类切口手术台次数}} \times 100\%$$

$$\text{低风险组病例死亡率} = \frac{\text{低风险组死亡例数}}{\text{低风险组病例数}} \times 100\%$$

---

8 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、并发症和合并症、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）。

9 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 组，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。

$$\text{RW值} = \frac{\text{某 DRG 的平均费用}}{\text{所有病例的平均费用}}$$

$$\text{CMI值} = \frac{\text{医院 DRG 总权重}}{\text{分析病例数}}$$

### 抗菌药物使用强度(DDDs)

$$= \frac{\text{住院患者抗菌药物消耗量}^{10} (\text{累计 DDD 数})}{\text{同期收治患者人天数}} \times 100$$

### 【指标说明】

#### (1) 分子:

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

分子 2: 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”<sup>11</sup> (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

---

10 指同期出院患者住院期间抗菌药物的实际消耗量。

11 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)。



合手术，按 1 人统计。

分子 3: 低风险组死亡例数是指考核年度低风险组出院患者死亡人数之和。

分子 4: 某 DRG 的平均费用。

分子 5: 医院 DRG 总权重即医院收治全部病例的 DRG 权重总和。

分子 6: 本年度仅考核住院患者在院期间抗菌药物应用情况，不包括住院患者出院带药。

## (2) 分母:

分母 1: 同期出院的手术患者人数是指同期出院患者择期手术人数。统计单位以人数计算，总数为实施择期手术和介入治疗人数累加求和。不包括妊娠、分娩、围产期、新生儿患者。

分母 2: 同期 I 类切口手术台次数是指同期出院患者手术为 I 类切口人数，同一患者同一次住院多个 I 类切口手术，按 1 人统计。

分母 3: 低风险组病例数是指考核年度低风险组出院人数之和。

分母 4: 所有病例的平均费用。

分母 5: 分析病例数即医院分析 DRG 所有病例数的总和。

分母 6: 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) 所有病种或手术名称及编码均以最新的疾病分类代码和手术操作分类代码国家临床版为基准。

(4) 通过不同分段 RW 值病例数占比和 CMI 值来评估医院收治病例难度水平, 是评价医疗服务技术难度的重要指标。

### 【指标意义】

提升医疗质量和安全管理是扎实推进公立医院高质量发展的关键。《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》(国办发〔2021〕18号)要求, 持续改进医疗质量管理体系和标准体系, 提高不同地区、不同级别公立医院医疗服务同质化水平。强化信息化支撑作用, 以大数据方法建立病种组合标准体系, 形成疾病严重程度与资源消耗在每一个病组的量化治疗标准、药品标准和耗材标准等, 对医院病例组合指数(CMI值)、成本产出、医生绩效等进行监测评价, 引导医院回归功能定位, 提高效率、节约费用, 减轻患者就医负担。

《关于印发公立医院高质量发展促进行动(2021-2025年)的通知》(国卫医发〔2021〕27号)要求, 完善医疗质量管理与

控制体系，加强各级质控中心建设与管理，不断巩固十八项医疗质量安全核心制度。以年度“国家医疗质量安全改进目标”为指引，推进目标管理。实施手术质量安全、病案内涵提升等相关专项行动。推进二级及以上公立医院病案首页、医学名词、疾病诊断编码、手术操作编码实现“四统一”，充分利用信息化手段开展医疗质量管理与控制，加快公立医院临床路径管理制度建设。

**【指标导向】** 监测比较。

**【数据来源】** 病案首页；国家卫生健康委公立医院绩效考核管理平台。

## 7.时间消耗指数

**【指标属性】** 定量指标

**【计量单位】** 无

**【指标定义】**

考核年度医院治疗同类疾病所花费的时间。

**【计算方法】**

时间消耗指数

$$= \frac{\sum (\text{医院各 DRG 平均住院日与区域同 DRG 平均住院日比值} \times \text{医院该 DRG 病例数})}{\text{医院分析病例数}}$$

**【指标说明】**

(1) 计算区域各个 DRG 的平均住院日 ( $\bar{D}_i$ ) ;

(2) 计算医院各个 DRG 的平均住院日 ( $\bar{d}_i$ ) ;

(3) 计算医院与区域各个 DRG 平均住院日比  $k^d = \frac{\bar{d}_i}{\bar{D}_i}$  ;

(4) 时间消耗指数  $E_d = \frac{\sum_j k_j^d n_j}{\sum_j n_j}$

其中  $n_j$  为该医院诊治的第  $j$  组 DRG 的病例数。

### **【指标意义】**

时间消耗指数可反映出治疗同类疾病所花费的时间。《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,以大数据方法建立病种组合标准体系,形成疾病严重程度与资源消耗在每一个病组的量化治疗标准、药品标准和耗材标准等,引导医院回归功能定位,提高效率、节约费用,减轻患者就医负担。

**【指标导向】**监测比较。

**【数据来源】**病案首页;国家卫生健康委公立医院绩效考核管理平台。

## 8.住院医师规范化培训制度落实效果

**【指标属性】** 定量指标

**【计量单位】** 分值

**【指标定义】**

考核医院住院医师规范化培训制度落实的情况。

**【计算方法】**

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

**【指标说明】**

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

（2）住院医师规范化培训制度落实的细化指标包括基本条件、保障措施、培训管理和培训质量 4 个方面。在基本条件方面，重点关注医院党委及党建和团建工作对住培制度落实的重视程度，教学管理体系建设情况，教学资源建设情况；在保障措施方面，重点关注对于住培工作相关政策制度的落实情况，师资体系

建设，住院医师培训期间待遇、“两个同等对待”落实情况；在培训管理方面，重点关注住院医师招收情况，住培工作的质量控制情况；在培训质量方面，重点关注住培人员考核结果及满意度情况。

### 【指标意义】

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

2017年，国务院办公厅印发《关于深化医教协同进一步推进医学教育改革与发展的意见》（国办发〔2017〕63号），明确提出要“落实并加快完善住院医师规范化培训制度，健全临床带教激励机制，加强师资队伍建设，严格培训过程管理和结业考核，持续加强培训质量建设”。2020年，国务院办公厅印发《关于加快医学教育创新发展的指导意见》（国办发〔2020〕34号），要求“对面向社会招收的培训对象，住培基地依法与其签订劳动合同，明确培训期间双方权利义务，劳动合同到期后依法终止，培训对象自主择业。面向社会招收的普通高校应届毕业生培训对象培训合格当年在医疗卫生机构就业的，在招聘、派遣、落户等方面，按当年应届毕业生同等对待。对经住培合格的本科学历临床医师，在人员招聘、职称晋升、岗位聘用、薪酬待遇等方面，与

临床医学、中医专业学位硕士研究生同等对待”（简称“两个同等对待”）。健全住院医师规范化培训制度。推进毕业后医学教育基地认证和继续医学教育学分认证，将住培结业考核通过率、年度业务水平测试结果等作为住培基地质量评估的核心指标，对住培结业理论考核通过率连续 2 年排名全国后 5% 位次的专业基地予以减招。

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

**【指标导向】** 监测比较。

**【数据来源】** 中国医师协会;国家卫生健康委人才交流服务中心。



## 四、结构优化相关指标

结构优化指标部分，共有二级指标 4 个，均为定量指标。

### 9. 出院手术患者三级/四级手术占比

**【指标属性】** 定量指标

**【计量单位】** 百分比（%）

**【指标定义】**

考核年度出院手术患者施行三级手术<sup>12</sup>或四级手术<sup>13</sup>人数占同期出院患者手术人数的比例。

**【计算方法】**

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

$$\text{出院手术患者四级手术占比} = \frac{\text{出院手术患者四级手术人数}}{\text{同期出院患者手术人数}} \times 100\%$$

**【指标说明】**

(1) 分子:

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

---

12 三级手术指风险较高、过程较复杂、难度较大的手术。参阅《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）。

13 四级手术是指风险高、过程复杂、难度大的手术。参阅《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）。

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

(2) 分母：同期出院患者手术人数是指出院患者手术（含介入）人数。

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

(4) 纳入本次考核的三、四级手术结合《手术操作分类代码国家临床版 3.0》和大数据统计结果形成，由国家统一制定，用于国家公立医院高质量发展评价和公立医院绩效考核，并嵌入公立医院绩效考核信息系统。

(5) 本年度，三级公立医院仅评价四级手术占比；二级公立医院仅评价三级手术占比。

### **【指标意义】**

《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）提出医疗机构应当开展与其级别和诊疗科目相适应的手术。《关于印发控制公立医院医疗费用不合理增长的若干意见》（国卫体改发〔2015〕89 号）要求对手术类型构成比进行监测比较，通过四级手术占比，衡量医院住院患者中实施复杂难度大的手术的情况。《国家卫生健康委办公厅关于印发心血管疾病介入等 4 个介入类诊疗技术临床应用管理规范的通

知》（国卫办医函〔2019〕828号），对心血管疾病介入、综合介入、外周血管介入和神经血管介入4个介入类诊疗技术临床应用管理规范进行了修订。该修订强化了医疗机构的主体责任，加强了对相关技术临床应用的事中事后监管措施，明确要求医疗机构将相关技术纳入手术分级管理。

**【指标导向】**逐步提高。

**【数据来源】**病案首页；国家卫生健康委公立医院绩效考核管理平台。

## 10.出院手术患者微创手术占比

**【指标属性】** 定量指标

**【计量单位】** 百分比（%）

**【指标定义】**

考核年度出院患者施行微创手术<sup>14</sup>人数占同期出院患者手术人数的比例。

**【计算方法】**

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

**【指标说明】**

（1）分子：出院患者微创手术人数是出院患者住院期间施行微创手术的人数。

（2）分母：同期出院患者手术人数是指出院患者手术（含介入）人数。

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

（4）纳入本次考核的微创手术目录，将利用腹腔镜、胸腔镜、纵隔镜、神经内镜、关节镜等现代医疗器械及相关设备经非

---

<sup>14</sup> 微创手术是指出院患者在日间手术室或住院部手术室内、麻醉状态下的内科和外科腔镜手术、血管内和实质脏器的介入治疗，具有创伤小、疼痛轻、恢复快的特点。

自然腔道入路进行的微创手术，结合《手术操作分类代码国家临床版 3.0》和大数据统计结果形成，由国家统一制定，用于国家公立医院高质量发展考核和公立医院绩效考核，并嵌入公立医院绩效考核信息系统。

### **【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，更注重患者的心理、社会、生理（疼痛）、精神、生活质量的改善与康复，减轻患者的痛苦。合理选择微创技术适应症、控制相关技术风险促进微创技术发展。

**【指标导向】**逐步提高。

**【数据来源】**病案首页；国家卫生健康委公立医院绩效考核管理平台。

## 11. 医疗服务收入（不含药品、耗材、检查检验）占医疗收入的比例

**【指标属性】** 定量指标

**【计量单位】** 百分比（%）

**【指标定义】**

考核年度医疗服务收入（不包含药品、耗材、检查检验收入）占医疗收入的比例。

**【计算方法】**

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

**【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。

**【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。

《关于深化公立医院薪酬制度改革的指导意见》（人社部发〔2021〕52号）进一步指出，各地要拓宽深化公立医院薪酬制度改革经费渠道，深入推进医疗、医保、医药“三医”联动改革，推进全面取消药品耗材加成、药品耗材集中带量采购、医疗服务价格优化、医保支付方式改革、药品耗材使用监管等改革，逐步提高诊疗、中医、护理、手术等医疗服务收入在医疗收入中的比例，支持深化公立医院薪酬制度改革。《国务院深化医药卫生体制改革领导

小组关于深入推广福建省三明市经验深化医药卫生体制改革的实施意见》（国医改发〔2021〕2号）提出，建立健全与经济社会发展相协调、与各方承受能力相适应的公立医院医药费用合理增长机制、以大型公立医院为重点，加强医疗服务、药品、检查检验等费用增长监测，将医药费用控制情况纳入对公立医院院长的考核评价指标、推动各级公立医院均衡有序发展，将医疗服务收入占比纳入三级公立医院绩效考核指标，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。

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



## 12.人员经费占比

**【指标属性】** 定量指标

**【计量单位】** 百分比（%）

**【指标定义】**

考核年度人员经费<sup>15</sup>占医疗活动费用的比例。

**【计算方法】**

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

**延伸指标:**

$$\text{固定薪酬占比} = \frac{\text{固定薪酬}}{\text{人员经费}} \times 100\%$$

**【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。

---

<sup>15</sup> 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》。

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

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

### 【指标意义】

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

充分发挥各项目的保障和激励作用，更加注重发挥薪酬制度的保障功能。鼓励对主要负责人实行年薪制。《关于深化公立医院薪酬制度改革的指导意见》(人社部发〔2021〕52号)进一步指出，在核定的薪酬总量内，公立医院可采取多种方式自主分配。可继续完善岗位绩效工资制度，也可结合本单位实际，自主确定其他更加有效的分配模式。可探索实行年薪制、协议工资制、项目工资等灵活多样的分配形式。

**【指标导向】**逐步提高。

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

## 五、创新增效相关指标

创新增效指标部分，共有二级指标 4 个，均为定量指标。

### 13.智慧医院建设成效

**【指标属性】** 定量指标

**【计量单位】** 无

**【指标定义】**

评价医疗机构智慧医疗建设情况。

**【计算方法】**

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

**【指标说明】**

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

①9 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

②10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。

③39个评价项目：病房医嘱处理、病房检验申请、病房检验报告、病房检查申请、病房检查报告、病房病历记录、病人管理与评估、医嘱执行、护理记录、处方书写、门诊检验申请、门诊检验报告、门诊检查申请、门诊检查报告、门诊病历记录、申请与预约、检查记录、检查报告、检查图像、标本处理、检验结果记录、报告生成、一般治疗记录、手术预约与登记、麻醉信息、监护数据、血液准备、配血与用血、门诊药品调剂、病房药品配置、病历质量控制、电子病历文档应用、病历数据存储、电子认证与签名、基础设施与安全管控、系统灾难恢复体系、临床数据整合、医疗质量控制、知识获取及管理。

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

①6个等级：每一等级的标准包括对医院应用信息化为患者提供智慧服务的功能和患者感受到的效果两个方面。

0级：医院没有或极少应用信息化手段为患者提供服务

1级：医院应用信息化手段为门急诊或住院患者提供部分服务

2级：医院内部的智慧服务初步建立

3级：联通医院内外的智慧服务初步建立

4级：医院智慧服务基本建立

5级：基于医院的智慧医疗健康服务基本建立

②5个类别：诊前服务、诊中服务、诊后服务、全程服务、基础与安全。

③17个评价项目：诊疗预约、急救衔接、转诊服务、信息推送、标识与导航、患者便利保障服务、患者反馈、患者管理、药品调剂与配送、家庭服务、基层医师指导、费用支付、智能导医、健康宣教、远程医疗、安全管理、服务监督。

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

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

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

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

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

4级：依托医院管理信息系统实现中级业务联动。通过数据接口方式实现医院管理、医疗、护理、患者服务等主要管理系统（如会计、收费、医嘱等系统）数据交换。管理流程中，信息系

统实现至少 1 项业务数据的核对与关联检查功能。

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

### 【指标意义】

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

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



**【指标导向】**逐步提高。

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

## 14.每百名卫生技术人员科研项目经费

**【指标属性】** 定量指标

**【计量单位】** 元

**【指标定义】**

考核年度每百名卫生技术人员<sup>16</sup>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、各级地方政府机构或者上级主管部门下达）和横向（非政府机构或者上级主管部门下达，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，包含在行政职能科室工作的四类人员。

**【指标意义】**

---

<sup>16</sup> 卫生技术人员：依据《2021 国家卫生健康统计调查制度》，卫生技术人员包括执业医师、执业助理医师、注册护士、药师（士）、检验及影像技师（士）、卫生监督员和见习医（药、护、技）师（士）等卫生专业人员，包括从事临床或监督工作并同时从事管理工作的人员（如院长、书记等）。

考核医院科研创新能力。《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18号）要求推进医学技术创新。面向生命科学、生物医药科技前沿，面向国家战略需求和医药卫生领域重大科学问题，加强基础和临床研究，推动原创性疾病预防诊断治疗新技术、新产品、新方案和新策略等的产出，强化科研攻关对重大疫情和突发公共卫生事件应对的支撑作用。

**【指标导向】**逐步提高。

**【数据来源】**国家卫生健康委公立医院绩效考核管理平台。

## 15.万元收入能耗占比

**【指标属性】** 定量指标

**【计量单位】** 吨标煤/万元

**【指标定义】**

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

**【计算方法】**

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

**【指标说明】**

(1) 分子：年总能耗指考核年度医院发生的水、电、气、热等能耗折算成吨标煤后之和<sup>17</sup>。

(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】**

---

17 电：1千瓦时 = 0.1229×10<sup>-3</sup> 吨标准煤，煤炭：1吨 = 0.7143 吨标准煤

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

水：1吨=0.0857×10<sup>-3</sup> 吨标准煤

《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，强化成本消耗关键环节的流程管理，降低万元收入能耗支出。引导医院进一步加强节能管理工作，推进节约型医院建设，实现节能减排的目标，合理降低医院运行成本，提升精细化管理水平。

**【指标导向】**逐步降低。

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

## 16.费用消耗指数

**【指标属性】** 定量指标

**【计量单位】** 无

**【指标定义】**

考核年度医院治疗同类疾病所花费的费用。

**【计算方法】**

费用消耗指数

$$= \frac{\sum (\text{医院各 DRG 患者住院例均费用与区域同 DRG 住院例均费用比值} \times \text{医院该 DRG 病例数})}{\text{医院分析病例数}}$$

**【指标说明】**

(1) 计算区域各个 DRG 的住院例均费用 ( $\bar{C}_i$ ) ;

(2) 计算医院各个 DRG 的住院例均费用 ( $\bar{c}_i$ ) ;

(3) 计算医院与区域各个 DRG 费用比  $k^c = \frac{\bar{c}_i}{\bar{C}_i}$  ;

(4) 费用消耗指数  $E_c = \frac{\sum_j k_j^c n_j}{\sum_j n_j}$

其中  $n_j$  为该医院诊治的第  $j$  组 DRG 的病例数。

**【指标意义】**

费用消耗指数可反映出治疗同类疾病所花费的费用。《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,以大数据方法建立病种组合标准体系,形成疾病严重程度与资源消耗在每一个病组的量化治疗标准、药品标准和耗材标准等,引导医院回归功能定位,提高效率、节约费用,减轻患者就医负担。

**【指标导向】** 监测比较。

**【数据来源】** 病案首页; 国家卫生健康委公立医院绩效考核管理平台。

## 六、文化聚力相关指标

文化聚力指标部分，共有二级指标 2 个，均为定量指标。

### 17.患者满意度

**【指标属性】** 定量指标

**【计量单位】** 分值

**【指标定义】**

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

**【计算方法】**

患者满意度调查得分。

**【指标说明】**

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

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

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



就医体验但医院不可控的部分，比如服务价格。

**【指标意义】**

根据《关于印发进一步改善医疗服务行动计划的通知》（国卫医发〔2015〕2号）、《关于印发进一步改善医疗服务行动计划（2018-2020年）》（国卫医发〔2017〕73号）及《国家卫生计生委办公厅关于开展医院满意度调查试点工作的通知》（国卫办医函〔2017〕849号）要求，医院应当制定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。

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

## 18.医务人员满意度

**【指标属性】** 定量指标

**【计量单位】** 分值

**【指标定义】**

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

**【计算方法】**

医务人员满意度调查得分。

**【指标说明】**

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

**【指标意义】**

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

量发展促进行动（2021-2025年）的通知》（国卫医发〔2021〕27号）要求，建立健全满意度管理制度。

**【指标导向】**逐步提高。

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

## 七、附件

### 指标解释联系人

单 位	联系电话
国家卫生健康委 医管中心	010-68791462 010-68791185
国家卫生健康委 医院管理研究所	010-62309036
国家卫生健康委 人才交流服务中心	010-59935188
国家卫生健康委 病案质控中心	010-69151893
国家卫生健康委人体组织器 官移植与医疗大数据中心 (国家医院质量监测系统 HQMS)	400 0030 686
国家 DRG 质控中心	010-83366959
中国医师协会	010-63310822
省级卫生健康委	请联系所在地省级卫生健康委负责公立医院 高质量发展评价的工作人员