

**病案（病历）相关
法律法规及工作制度
汇 编
(2010-2022 年)**

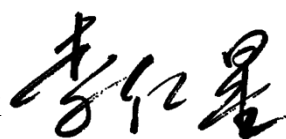
河南省病案质量控制中心
郑州大学第一附属医院病案管理科

一直以来，病案质量管理都是医疗质量管理的重要一环。随着现代化信息技术的发展，病案信息的作用正在逐渐凸显。病案信息的利用与公立医院绩效考核、医保支付等密切相关。因此，对病案质量的管理已跃然成为医疗服务监管、医疗费用控制、医院精细化管理的必要前提与重要保障。我省始终将病案质量提升作为抓手，推进全省病案质量管理的高质量发展。

近年来，医疗卫生体制改革不断深入，医疗管理工作的科学化、精细化、信息化程度不断提升，对病案质量的要求也越来越高。病案质量提升工作任重道远，我们必须从长足发展的角度看待病案，管理病案，完善管理体系，建立长效工作机制和规范化的管理流程。

河南省病案质量控制中心将病案（病历）相关法律法规及工作制度汇编成册，对我省病案质量管理来说是一件很有意义且很有价值的事情。《韩非子·有度》中有云：“巧匠目意中绳，然必先以规矩为度。”希望业内同仁能够充分重视，常用巧用这本汇编，用法律的准绳来规范和完善病案（病历）质量控制工作，以病案管理事业的高质量发展助推医院高质量发展，从而推进我省卫生事业的高质量发展。

河南省卫生健康委员会医政医管处处长



2022 年 8 月

随着国家医药卫生体制改革的不断深入，国家公立医院绩效考核和 DRG/DIP 付费方式改革对病案信息质量提出了更高的标准和更严格的要求。为助力改革、护航发展，确保形成规范高效的病案管理工作体系是现阶段的重中之重。

为提高全省病案管理专业工作质量和工作效率，方便相关工作人员查阅病案管理法律法规及工作制度，河南省病案质量控制中心特将病案（病历）相关法律法规及工作制度汇编成册，形成《病案（病历）相关法律法规及工作制度汇编（2010-2022 年）》。

本汇编对我国近些年的病案（病历）相关法律法规及工作制度进行了系统梳理，形成病历管理、病案质控、医院统计、智慧医院建设、医院等级评审及执业评审、公立医院绩效考核及公立医院高质量发展等六个维度，共计 33 个文件，其中个别文件由于篇幅较长，仅节选与病案管理专业最密切相关的内容。

河南省病案管理事业的发展，有赖于全省同志的辛勤付出，谨希望能够通过这本汇编为大家在工作中提供力所能及的帮助，为提高我省病案管理水平尽一份力量！

编委会

2022 年 6 月

目 录

一、病历管理相关法律法规与制度

（一）中华人民共和国民法典（节选）	1
（二）中华人民共和国医师法（节选）	3
（三）医疗纠纷预防和处理条例（节选）	5
（四）医疗质量管理办法	7
（五）病历书写基本规范	18
（六）医疗机构病历管理规定	32
（七）电子病历应用管理规范（试行）	38
（八）医疗质量安全核心制度要点（节选）	43
（九）互联网医院管理办法（试行）（节选）	44
（十）互联网诊疗管理办法（试行）（节选）	45
（十一）河南省病历书写基本规范实施细则（试行）	46

二、病案质控相关法律法规与制度

（一）卫生部关于修订住院病案首页的通知	83
（二）住院病案首页数据填写质量规范（暂行）	97
（三）住院病案首页数据质量管理与控制指标（2016年版）	102
（四）病案管理质量控制指标（2021年版）	111
（五）国家卫生健康委办公厅关于印发2021年国家医疗质量安全改进目标的通知	122
（六）国家卫生健康委办公厅关于印发2022年国家医疗质量安全改进目标的通知	126

三、医院统计相关法律法规与制度

（一）中华人民共和国统计法实施条例（节选）	129
（二）全国卫生资源与医疗服务调查制度（节选）	136
四、智慧医院建设相关文件	
（一）电子病历系统应用水平分级评价管理办法（试行）	141
（二）电子病历系统应用水平分级评价标准（试行）	143
（三）医院智慧服务分级评估标准体系（试行）	208
（四）医院智慧管理分级评估标准体系（试行）	234
五、医院等级评审及执业评审相关文件	
（一）三级医院评审标准（2020 年版）（节选）	272
（二）三级医院评审标准（2020 年版）实施细则（节选）	275
（三）河南省三级医院评审标准实施细则（2022 年版）（节选）	279
（四）河南省三级综合医院执业评审细则（2022 版）（节选）	288
六、公立医院绩效考核及公立医院高质量发展相关文件	
（一）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（节选）	289
（二）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	292
（三）关于加强二级公立医院绩效考核工作的通知	305
（四）妇幼保健机构绩效考核办法（节选）	313
（五）基层医疗卫生机构绩效考核的指标体系（试行）（节选）	314
（六）公立医院高质量发展促进行动（2021-2025 年）	317

中华人民共和国民法典（节选）

2020年5月28日，第十三届全国人民代表大会第三次会议通过

第六章 医疗损害责任

第一千二百一十八条 患者在诊疗活动中受到损害，医疗机构或者其医务人员有过错的，由医疗机构承担赔偿责任。

第一千二百一十九条 医务人员在诊疗活动中应当向患者说明病情和医疗措施。需要实施手术、特殊检查、特殊治疗的，医务人员应当及时向患者具体说明医疗风险、替代医疗方案等情况，并取得其明确同意；不能或者不宜向患者说明的，应当向患者的近亲属说明，并取得其明确同意。

医务人员未尽到前款义务，造成患者损害的，医疗机构应当承担赔偿责任。

第一千二百二十条 因抢救生命垂危的患者等紧急情况，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，可以立即实施相应的医疗措施。

第一千二百二十一条 医务人员在诊疗活动中未尽到与当时的医疗水平相应的诊疗义务，造成患者损害的，医疗机构应当承担赔偿责任。

第一千二百二十二条 患者在诊疗活动中受到损害，有下列情形之一的，推定医疗机构有过错：

- （一）违反法律、行政法规、规章以及其他有关诊疗规范的规定；
- （二）隐匿或者拒绝提供与纠纷有关的病历资料；
- （三）遗失、伪造、篡改或者违法销毁病历资料。

第一千二百二十三条 因药品、消毒产品、医疗器械的缺陷，或者输入不合格的血液造成患者损害的，患者可以向药品上市许可持有

人、生产者、血液提供机构请求赔偿，也可以向医疗机构请求赔偿。患者向医疗机构请求赔偿的，医疗机构赔偿后，有权向负有责任的药品上市许可持有人、生产者、血液提供机构追偿。

第一千二百二十四条 患者在诊疗活动中受到损害，有下列情形之一的，医疗机构不承担赔偿责任：

（一）患者或者其近亲属不配合医疗机构进行符合诊疗规范的诊疗；

（二）医务人员在抢救生命垂危的患者等紧急情况下已经尽到合理诊疗义务；

（三）限于当时的医疗水平难以诊疗。

前款第一项情形中，医疗机构或者其医务人员也有过错的，应当承担相应的赔偿责任。

第一千二百二十五条 医疗机构及其医务人员应当按照规定填写并妥善保管住院志、医嘱单、检验报告、手术及麻醉记录、病理资料、护理记录等病历资料。

患者要求查阅、复制前款规定的病历资料的，医疗机构应当及时提供。

第一千二百二十六条 医疗机构及其医务人员应当对患者的隐私和个人信息保密。泄露患者的隐私和个人信息，或者未经患者同意公开其病历资料的，应当承担侵权责任。

第一千二百二十七条 医疗机构及其医务人员不得违反诊疗规范实施不必要的检查。

第一千二百二十八条 医疗机构及其医务人员的合法权益受法律保护。

干扰医疗秩序，妨碍医务人员工作、生活，侵害医务人员合法权益的，应当依法承担法律责任。

中华人民共和国医师法（节选）

2021 年 8 月 20 日，第十三届全国人民代表大会

常务委员会第三十次会议通过

第二十四条 医师实施医疗、预防、保健措施，签署有关医学证明文件，必须亲自诊查、调查，并按照规定及时填写病历等医学文书，不得隐匿、伪造、篡改或者擅自销毁病历等医学文书及有关资料。

医师不得出具虚假医学证明文件以及与自己执业范围无关或者与执业类别不相符的医学证明文件。

第二十五条 医师在诊疗活动中应当向患者说明病情、医疗措施和其他需要告知的事项。需要实施手术、特殊检查、特殊治疗的，医师应当及时向患者具体说明医疗风险、替代医疗方案等情况，并取得其明确同意；不能或者不宜向患者说明的，应当向患者的近亲属说明，并取得其明确同意。

第二十六条 医师开展药物、医疗器械临床试验和其他医学临床研究应当符合国家有关规定，遵守医学伦理规范，依法通过伦理审查，取得书面知情同意。

第二十七条 对需要紧急救治的患者，医师应当采取紧急措施进行诊治，不得拒绝急救处置。

因抢救生命垂危的患者等紧急情况，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，可以立即实施相应的医疗措施。

国家鼓励医师积极参与公共交通工具等公共场所急救服务；医师因自愿实施急救造成受助人损害的，不承担民事责任。

第二十八条 医师应当使用经依法批准或者备案的药品、消毒药剂、医疗器械，采用合法、合规、科学的诊疗方法。

除按照规范用于诊断治疗外，不得使用麻醉药品、医疗用毒性药品、精神药品、放射性药品等。

第二十九条 医师应当坚持安全有效、经济合理的用药原则，遵循药品临床应用指导原则、临床诊疗指南和药品说明书等合理用药。

在尚无有效或者更好治疗手段等特殊情况下，医师取得患者明确知情同意后，可以采用药品说明书中未明确但具有循证医学证据的药品用法实施治疗。医疗机构应当建立管理制度，对医师处方、用药医嘱的适宜性进行审核，严格规范医师用药行为。

医疗纠纷预防和处理条例（节选）

中华人民共和国国务院令 第 701 号

第十五条 医疗机构及其医务人员应当按照国务院卫生主管部门的规定，填写并妥善保管病历资料。

因紧急抢救未能及时填写病历的，医务人员应当在抢救结束后 6 小时内据实补记，并加以注明。

任何单位和个人不得篡改、伪造、隐匿、毁灭或者抢夺病历资料。

第十六条 患者有权查阅、复制其门诊病历、住院志、体温单、医嘱单、化验单（检验报告）、医学影像检查资料、特殊检查同意书、手术同意书、手术及麻醉记录、病理资料、护理记录、医疗费用以及国务院卫生主管部门规定的属于病历的全部资料。

患者要求复制病历资料的，医疗机构应当提供复制服务，并在复制的病历资料上加盖证明印记。复制病历资料时，应当有患者或者其近亲属在场。医疗机构应患者的要求为其复制病历资料，可以收取工本费，收费标准应当公开。

患者死亡的，其近亲属可以依照本条例的规定，查阅、复制病历资料。

第二十三条 发生医疗纠纷，医疗机构应当告知患者或者其近亲属下列事项：

- （一）解决医疗纠纷的合法途径；
- （二）有关病历资料、现场实物封存和启封的规定；
- （三）有关病历资料查阅、复制的规定。

患者死亡的，还应当告知其近亲属有关尸检的规定。

第二十四条 发生医疗纠纷需要封存、启封病历资料的，应当在医患双方在场的情况下进行。封存的病历资料可以是原件，也可以是

复制件，由医疗机构保管。病历尚未完成需要封存的，对已完成病历先行封存；病历按照规定完成后，再对后续完成部分进行封存。医疗机构应当对封存的病历开列封存清单，由医患双方签字或者盖章，各执一份。

病历资料封存后医疗纠纷已经解决，或者患者在病历资料封存满3年未再提出解决医疗纠纷要求的，医疗机构可以自行启封。

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

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规章制度并组织实施；

（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 and 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 workflows，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。

病历书写基本规范

卫医政发〔2010〕11号

第一章 基本要求

第一条 病历是指医务人员在医疗活动过程中形成的文字、符号、图表、影像、切片等资料的总和，包括门（急）诊病历和住院病历。

第二条 病历书写是指医务人员通过问诊、查体、辅助检查、诊断、治疗、护理等医疗活动获得有关资料，并进行归纳、分析、整理形成医疗活动记录的行为。

第三条 病历书写应当客观、真实、准确、及时、完整、规范。

第四条 病历书写应当使用蓝黑墨水、碳素墨水，需复写的病历资料可以使用蓝或黑色油水的圆珠笔。计算机打印的病历应当符合病历保存的要求。

第五条 病历书写应当使用中文，通用的外文缩写和无正式中文译名的症状、体征、疾病名称等可以使用外文。

第六条 病历书写应规范使用医学术语，文字工整，字迹清晰，表述准确，语句通顺，标点正确。

第七条 病历书写过程中出现错字时，应当用双线划在错字上，保留原记录清楚、可辨，并注明修改时间，修改人签名。不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。

上级医务人员有审查修改下级医务人员书写的病历的责任。

第八条 病历应当按照规定的内容书写，并由相应医务人员签名。

实习医务人员、试用期医务人员书写的病历，应当经过本医疗机构注册的医务人员审阅、修改并签名。

进修医务人员由医疗机构根据其胜任本专业工作实际情况认定后书写病历。

第九条 病历书写一律使用阿拉伯数字书写日期和时间，采用24小时制记录。

第十条 对需取得患者书面同意方可进行的医疗活动，应当由患者本人签署知情同意书。患者不具备完全民事行为能力时，应当由其法定代理人签字；患者因病无法签字时，应当由其授权的人员签字；为抢救患者，在法定代理人或被授权人无法及时签字的情况下，可由医疗机构负责人或者授权的负责人签字。

因实施保护性医疗措施不宜向患者说明情况的，应当将有关情况告知患者近亲属，由患者近亲属签署知情同意书，并及时记录。患者无近亲属的或者患者近亲属无法签署同意书的，由患者的法定代理人或者关系人签署同意书。

第二章 门（急）诊病历书写内容及要求

第十一条 门（急）诊病历内容包括门（急）诊病历首页（门（急）诊手册封面）、病历记录、化验单（检验报告）、医学影像检查资料等。

第十二条 门（急）诊病历首页内容应当包括患者姓名、性别、出生年月日、民族、婚姻状况、职业、工作单位、住址、药物过敏史等项目。

门诊手册封面内容应当包括患者姓名、性别、年龄、工作单位或住址、药物过敏史等项目。

第十三条 门（急）诊病历记录分为初诊病历记录和复诊病历记录。

初诊病历记录书写内容应当包括就诊时间、科别、主诉、现病史、既往史，阳性体征、必要的阴性体征和辅助检查结果，诊断及治疗意见和医师签名等。

复诊病历记录书写内容应当包括就诊时间、科别、主诉、病史、必要的体格检查和辅助检查结果、诊断、治疗处理意见和医师签名等。

急诊病历书写就诊时间应当具体到分钟。

第十四条 门（急）诊病历记录应当由接诊医师在患者就诊时及时完成。

第十五条 急诊留观记录是急诊患者因病情需要留院观察期间的记录，重点记录观察期间病情变化和诊疗措施，记录简明扼要，并注明患者去向。抢救危重患者时，应当书写抢救记录。门（急）诊抢救记录书写内容及要求按照住院病历抢救记录书写内容及要求执行。

第三章 住院病历书写内容及要求

第十六条 住院病历内容包括住院病案首页、入院记录、病程记录、手术同意书、麻醉同意书、输血治疗知情同意书、特殊检查（特殊治疗）同意书、病危（重）通知书、医嘱单、辅助检查报告单、体温单、医学影像检查资料、病理资料等。

第十七条 入院记录是指患者入院后，由经治医师通过问诊、查体、辅助检查获得有关资料，并对这些资料归纳分析书写而成的记录。可分为入院记录、再次或多次入院记录、24 小时内入出院记录、24 小时内入院死亡记录。

入院记录、再次或多次入院记录应当于患者入院后 24 小时内完成；24 小时内入出院记录应当于患者出院后 24 小时内完成，24 小时内入院死亡记录应当于患者死亡后 24 小时内完成。

第十八条 入院记录的要求及内容。

（一）患者一般情况包括姓名、性别、年龄、民族、婚姻状况、出生地、职业、入院时间、记录时间、病史陈述者。

（二）主诉是指促使患者就诊的主要症状（或体征）及持续时间。

（三）现病史是指患者本次疾病的发生、演变、诊疗等方面的详细情况，应当按时间顺序书写。内容包括发病情况、主要症状特点及其发展变化情况、伴随症状、发病后诊疗经过及结果、睡眠和饮食等一般情况的变化，以及与鉴别诊断有关的阳性或阴性资料等。

1. 发病情况：记录发病的时间、地点、起病缓急、前驱症状、可能的原因或诱因。

2. 主要症状特点及其发展变化情况：按发生的先后顺序描述主要症状的部位、性质、持续时间、程度、缓解或加剧因素，以及演变发展情况。

3. 伴随症状：记录伴随症状，描述伴随症状与主要症状之间的相互关系。

4. 发病以来诊治经过及结果：记录患者发病后到入院前，在院内、外接受检查与治疗的详细经过及效果。对患者提供的药名、诊断和手术名称需加引号（“”）以示区别。

5. 发病以来一般情况：简要记录患者发病后的精神状态、睡眠、食欲、大小便、体重等情况。

与本次疾病虽无紧密关系、但仍需治疗的其他疾病情况，可在现病史后另起一段予以记录。

（四）既往史是指患者过去的健康和疾病情况。内容包括既往一般健康状况、疾病史、传染病史、预防接种史、手术外伤史、输血史、食物或药物过敏史等。

（五）个人史，婚育史、月经史，家族史。

1. 个人史：记录出生地及长期居留地，生活习惯及有无烟、酒、药物等嗜好，职业与工作条件及有无工业毒物、粉尘、放射性物质接触史，有无冶游史。

2. 婚育史、月经史：婚姻状况、结婚年龄、配偶健康状况、有无子女等。女性患者记录初潮年龄、行经期天数、间隔天数、末次月经时间（或闭经年龄），月经量、痛经及生育等情况。

3. 家族史：父母、兄弟、姐妹健康状况，有无与患者类似疾病，有无家族遗传倾向的疾病。

（六）体格检查应当按照系统循序进行书写。内容包括体温、脉搏、呼吸、血压，一般情况，皮肤、粘膜，全身浅表淋巴结，头部及其器官，颈部，胸部（胸廓、肺部、心脏、血管），腹部（肝、脾等），直肠肛门，外生殖器，脊柱，四肢，神经系统等。

（七）专科情况应当根据专科需要记录专科特殊情况。

（八）辅助检查指入院前所作的与本次疾病相关的主要检查及其结果。应分类按检查时间顺序记录检查结果，如系在其他医疗机构所作检查，应当写明该机构名称及检查号。

（九）初步诊断是指经治医师根据患者入院时情况，综合分析所作出的诊断。如初步诊断为多项时，应当主次分明。对待查病例应列出可能性较大的诊断。

（十）书写入院记录的医师签名。

第十九条 再次或多次入院记录，是指患者因同一种疾病再次或多次住入同一医疗机构时书写的记录。要求及内容基本同入院记录。主诉是记录患者本次入院的主要症状（或体征）及持续时间；现病史中要求首先对本次住院前历次有关住院诊疗经过进行小结，然后再书写本次入院的现病史。

第二十条 患者入院不足 24 小时出院的,可以书写 24 小时内入出院记录。内容包括患者姓名、性别、年龄、职业、入院时间、出院时间、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、出院情况、出院诊断、出院医嘱,医师签名等。

第二十一条 患者入院不足 24 小时死亡的,可以书写 24 小时内入院死亡记录。内容包括患者姓名、性别、年龄、职业、入院时间、死亡时间、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过(抢救经过)、死亡原因、死亡诊断,医师签名等。

第二十二条 病程记录是指继入院记录之后,对患者病情和诊疗过程所进行的连续性记录。内容包括患者的病情变化情况、重要的辅助检查结果及临床意义、上级医师查房意见、会诊意见、医师分析讨论意见、所采取的诊疗措施及效果、医嘱更改及理由、向患者及其近亲属告知的重要事项等。

病程记录的要求及内容:

(一) 首次病程记录是指患者入院后由经治医师或值班医师书写的第一次病程记录,应当在患者入院 8 小时内完成。首次病程记录的内容包括病例特点、拟诊讨论(诊断依据及鉴别诊断)、诊疗计划等。

1. 病例特点:应当在对病史、体格检查和辅助检查进行全面分析、归纳和整理后写出本病例特征,包括阳性发现和具有鉴别诊断意义的阴性症状和体征等。

2. 拟诊讨论:(诊断依据及鉴别诊断):根据病例特点,提出初步诊断和诊断依据;对诊断不明的写出鉴别诊断并进行分析;并对下一步诊治措施进行分析。

3. 诊疗计划:提出具体的检查及治疗措施安排。

（二）日常病程记录是指对患者住院期间诊疗过程的经常性、连续性记录。由经治医师书写，也可以由实习医务人员或试用期医务人员书写，但应有经治医师签名。书写日常病程记录时，首先标明记录时间，另起一行记录具体内容。对病危患者应当根据病情变化随时书写病程记录，每天至少 1 次，记录时间应当具体到分钟。对病重患者，至少 2 天记录一次病程记录。对病情稳定的患者，至少 3 天记录一次病程记录。

（三）上级医师查房记录是指上级医师查房时对患者病情、诊断、鉴别诊断、当前治疗措施疗效的分析及下一步诊疗意见等的记录。

主治医师首次查房记录应当于患者入院 48 小时内完成。内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、补充的病史和体征、诊断依据与鉴别诊断的分析及诊疗计划等。

主治医师日常查房记录间隔时间视病情和诊疗情况确定，内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、对病情的分析和诊疗意见等。

科主任或具有副主任医师以上专业技术职务任职资格医师查房的记录，内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、对病情的分析和诊疗意见等。

（四）疑难病例讨论记录是指由科主任或具有副主任医师以上专业技术任职资格的医师主持、召集有关医务人员对确诊困难或疗效不确切病例讨论的记录。内容包括讨论日期、主持人、参加人员姓名及专业技术职务、具体讨论意见及主持人小结意见等。

（五）交（接）班记录是指患者经治医师发生变更之际，交班医师和接班医师分别对患者病情及诊疗情况进行简要总结的记录。交班记录应当在交班前由交班医师书写完成；接班记录应当由接班医师于接班后 24 小时内完成。交（接）班记录的内容包括入院日期、交班

或接班日期、患者姓名、性别、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、交班注意事项或接班诊疗计划、医师签名等。

（六）转科记录是指患者住院期间需要转科时，经转入科室医师会诊并同意接收后，由转出科室和转入科室医师分别书写的记录。包括转出记录和转入记录。转出记录由转出科室医师在患者转出科室前书写完成（紧急情况除外）；转入记录由转入科室医师于患者转入后24小时内完成。转科记录内容包括入院日期、转出或转入日期，转出、转入科室，患者姓名、性别、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、转科目的及注意事项或转入诊疗计划、医师签名等。

（七）阶段小结是指患者住院时间较长，由经治医师每月所作病情及诊疗情况总结。阶段小结的内容包括入院日期、小结日期，患者姓名、性别、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、诊疗计划、医师签名等。

交（接）班记录、转科记录可代替阶段小结。

（八）抢救记录是指患者病情危重，采取抢救措施时作的记录。因抢救急危患者，未能及时书写病历的，有关医务人员应当在抢救结束后6小时内据实补记，并加以注明。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及专业技术职称等。记录抢救时间应当具体到分钟。

（九）有创诊疗操作记录是指在临床诊疗活动过程中进行的各种诊断、治疗性操作（如胸腔穿刺、腹腔穿刺等）的记录。应当在操作完成后即刻书写。内容包括操作名称、操作时间、操作步骤、结果及患

者一般情况，记录过程是否顺利、有无不良反应，术后注意事项及是否向患者说明，操作医师签名。

（十）会诊记录（含会诊意见）是指患者在住院期间需要其他科室或者其他医疗机构协助诊疗时，分别由申请医师和会诊医师书写的记录。会诊记录应另页书写。内容包括申请会诊记录和会诊意见记录。申请会诊记录应当简要载明患者病情及诊疗情况、申请会诊的理由和目的，申请会诊医师签名等。常规会诊意见记录应当由会诊医师在会诊申请发出后 48 小时内完成，急会诊时会诊医师应当在会诊申请发出后 10 分钟内到场，并在会诊结束后即刻完成会诊记录。会诊记录内容包括会诊意见、会诊医师所在的科别或者医疗机构名称、会诊时间及会诊医师签名等。申请会诊医师应在病程记录中记录会诊意见执行情况。

（十一）术前小结是指在患者手术前，由经治医师对患者病情所作的总结。内容包括简要病情、术前诊断、手术指征、拟施手术名称和方式、拟施麻醉方式、注意事项，并记录手术者术前查看患者相关情况。

（十二）术前讨论记录是指因患者病情较重或手术难度较大，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作的讨论。讨论内容包括术前准备情况、手术指征、手术方案、可能出现的意外及防范措施、参加讨论者的姓名及专业技术职务、具体讨论意见及主持人小结意见、讨论日期、记录者的签名等。

（十三）麻醉术前访视记录是指在麻醉实施前，由麻醉医师对患者拟施麻醉进行风险评估的记录。麻醉术前访视可另立单页，也可在病程中记录。内容包括姓名、性别、年龄、科别、病案号，患者一般情况、简要病史、与麻醉相关的辅助检查结果、拟行手术方式、拟行

麻醉方式、麻醉适应证及麻醉中需注意的问题、术前麻醉医嘱、麻醉医师签字并填写日期。

（十四）麻醉记录是指麻醉医师在麻醉实施中书写的麻醉经过及处理措施的记录。麻醉记录应当另页书写，内容包括患者一般情况、术前特殊情况、麻醉前用药、术前诊断、术中诊断、手术方式及日期、麻醉方式、麻醉诱导及各项操作开始及结束时间、麻醉期间用药名称、方式及剂量、麻醉期间特殊或突发情况及处理、手术起止时间、麻醉医师签名等。

（十五）手术记录是指手术者书写的反映手术一般情况、手术经过、术中发现及处理等情况的特殊记录，应当在术后 24 小时内完成。特殊情况下由第一助手书写时，应有手术者签名。手术记录应当另页书写，内容包括一般项目（患者姓名、性别、科别、病房、床位号、住院病历号或病案号）、手术日期、术前诊断、术中诊断、手术名称、手术者及助手姓名、麻醉方法、手术经过、术中出现的情况及处理等。

（十六）手术安全核查记录是指由手术医师、麻醉医师和巡回护士三方，在麻醉实施前、手术开始前和病人离室前，共同对病人身份、手术部位、手术方式、麻醉及手术风险、手术使用物品清点等内容进行核对的记录，输血的病人还应对血型、用血量进行核对。应有手术医师、麻醉医师和巡回护士三方核对、确认并签字。

（十七）手术清点记录是指巡回护士对手术患者术中所用血液、器械、敷料等的记录，应当在手术结束后即时完成。手术清点记录应当另页书写，内容包括患者姓名、住院病历号（或病案号）、手术日期、手术名称、术中所用各种器械和敷料数量的清点核对、巡回护士和手术器械护士签名等。

（十八）术后首次病程记录是指参加手术的医师在患者术后即时完成的病程记录。内容包括手术时间、术中诊断、麻醉方式、手术方式、手术简要经过、术后处理措施、术后应当特别注意观察的事项等。

（十九）麻醉术后访视记录是指麻醉实施后，由麻醉医师对术后患者麻醉恢复情况进行访视的记录。麻醉术后访视可另立单页，也可在病程中记录。内容包括姓名、性别、年龄、科别、病案号，患者一般情况、麻醉恢复情况、清醒时间、术后医嘱、是否拔除气管插管等，如有特殊情况应详细记录，麻醉医师签字并填写日期。

（二十）出院记录是指经治医师对患者此次住院期间诊疗情况的总结，应当在患者出院后 24 小时内完成。内容主要包括入院日期、出院日期、入院情况、入院诊断、诊疗经过、出院诊断、出院情况、出院医嘱、医师签名等。

（二十一）死亡记录是指经治医师对死亡患者住院期间诊疗和抢救经过的记录，应当在患者死亡后 24 小时内完成。内容包括入院日期、死亡时间、入院情况、入院诊断、诊疗经过（重点记录病情演变、抢救经过）、死亡原因、死亡诊断等。记录死亡时间应当具体到分钟。

（二十二）死亡病例讨论记录是指在患者死亡一周内，由科主任或具有副主任医师以上专业技术职务任职资格的医师主持，对死亡病例进行讨论、分析的记录。内容包括讨论日期、主持人及参加人员姓名、专业技术职务、具体讨论意见及主持人小结意见、记录者的签名等。

（二十三）病重（病危）患者护理记录是指护士根据医嘱和病情对病重（病危）患者住院期间护理过程的客观记录。病重（病危）患者护理记录应当根据相应专科的护理特点书写。内容包括患者姓名、科别、住院病历号（或病案号）、床位号、页码、记录日期和时间、

出入液量、体温、脉搏、呼吸、血压等病情观察、护理措施和效果、护士签名等。记录时间应当具体到分钟。

第二十三条 手术同意书是指手术前,经治医师向患者告知拟施手术的相关情况,并由患者签署是否同意手术的医学文书。内容包括术前诊断、手术名称、术中或术后可能出现的并发症、手术风险、患者签署意见并签名、经治医师和术者签名等。

第二十四条 麻醉同意书是指麻醉前,麻醉医师向患者告知拟施麻醉的相关情况,并由患者签署是否同意麻醉意见的医学文书。内容包括患者姓名、性别、年龄、病案号、科别、术前诊断、拟行手术方式、拟行麻醉方式,患者基础疾病及可能对麻醉产生影响的特殊情况,麻醉中拟行的有创操作和监测,麻醉风险、可能发生的并发症及意外情况,患者签署意见并签名、麻醉医师签名并填写日期。

第二十五条 输血治疗知情同意书是指输血前,经治医师向患者告知输血的相关情况,并由患者签署是否同意输血的医学文书。输血治疗知情同意书内容包括患者姓名、性别、年龄、科别、病案号、诊断、输血指征、拟输血成份、输血前有关检查结果、输血风险及可能产生的不良后果、患者签署意见并签名、医师签名并填写日期。

第二十六条 特殊检查、特殊治疗同意书是指在实施特殊检查、特殊治疗前,经治医师向患者告知特殊检查、特殊治疗的相关情况,并由患者签署是否同意检查、治疗的医学文书。内容包括特殊检查、特殊治疗项目名称、目的、可能出现的并发症及风险、患者签名、医师签名等。

第二十七条 病危(重)通知书是指因患者病情危、重时,由经治医师或值班医师向患者家属告知病情,并由患方签名的医疗文书。内容包括患者姓名、性别、年龄、科别,目前诊断及病情危重情况,

患方签名、医师签名并填写日期。一式两份，一份交患方保存，另一份归病历中保存。

第二十八条 医嘱是指医师在医疗活动中下达的医学指令。医嘱单分为长期医嘱单和临时医嘱单。

长期医嘱单内容包括患者姓名、科别、住院病历号（或病案号）、页码、起始日期和时间、长期医嘱内容、停止日期和时间、医师签名、执行时间、执行护士签名。临时医嘱单内容包括医嘱时间、临时医嘱内容、医师签名、执行时间、执行护士签名等。

医嘱内容及起始、停止时间应当由医师书写。医嘱内容应当准确、清楚，每项医嘱应当只包含一个内容，并注明下达时间，应当具体到分钟。医嘱不得涂改。需要取消时，应当使用红色墨水标注“取消”字样并签名。

一般情况下，医师不得下达口头医嘱。因抢救急危患者需要下达口头医嘱时，护士应当复诵一遍。抢救结束后，医师应当即刻据实补记医嘱。

第二十九条 辅助检查报告单是指患者住院期间所做各项检验、检查结果的记录。内容包括患者姓名、性别、年龄、住院病历号（或病案号）、检查项目、检查结果、报告日期、报告人员签名或者印章等。

第三十条 体温单为表格式，以护士填写为主。内容包括患者姓名、科室、床号、入院日期、住院病历号（或病案号）、日期、手术后天数、体温、脉搏、呼吸、血压、大便次数、出入液量、体重、住院周数等。

第四章 打印病历内容及要求

第三十一条 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）。打印病历应当按照本规定的内容录入并及时打印，由相应医务人员手写签名。

第三十二条 医疗机构打印病历应当统一纸张、字体、字号及排版格式。打印字迹应清楚易认，符合病历保存期限和复印的要求。

第三十三条 打印病历编辑过程中应当按照权限要求进行修改，已完成录入打印并签名的病历不得修改。

第五章 其他

第三十四条 住院病案首页按照《卫生部关于修订下发住院病案首页的通知》（卫医发〔2001〕286 号）的规定书写。

第三十五条 特殊检查、特殊治疗按照《医疗机构管理条例实施细则》（1994 年卫生部令第 35 号）有关规定执行。

第三十六条 中医病历书写基本规范由国家中医药管理局另行制定。

第三十七条 电子病历基本规范由卫生部另行制定。

第三十八条 本规范自 2010 年 3 月 1 日起施行。我部于 2002 年颁布的《病历书写基本规范（试行）》（卫医发〔2002〕190 号）同时废止。

医疗机构病历管理规定

国卫医发[2013]31 号

第一章 总则

第一条 为加强医疗机构病历管理，保障医疗质量与安全，维护医患双方的合法权益，制定本规定。

第二条 病历是指医务人员在医疗活动过程中形成的文字、符号、图表、影像、切片等资料的总和，包括门(急)诊病历和住院病历。病历归档以后形成病案。

第三条 本规定适用于各级各类医疗机构对病历的管理。

第四条 按照病历记录形式不同，可区分为纸质病历和电子病历。电子病历与纸质病历具有同等效力。

第五条 医疗机构应当建立健全病历管理制度，设置病案管理部门或者配备专(兼)职人员，负责病历和病案管理工作。

医疗机构应当建立病历质量定期检查、评估与反馈制度。医疗机构医务部门负责病历的质量管理。

第六条 医疗机构及其医务人员应当严格保护患者隐私，禁止以非医疗、教学、研究目的泄露患者的病历资料。

第二章 病历的建立

第七条 医疗机构应当建立门(急)诊病历和住院病历编号制度，为同一患者建立唯一的标识号码。已建立电子病历的医疗机构，应当将病历标识号码与患者身份证明编号相关联，使用标识号码和身份证明编号均能对病历进行检索。

门(急)诊病历和住院病历应当标注页码或者电子页码。

第八条 医务人员应当按照《病历书写基本规范》、《中医病历书写基本规范》、《电子病历基本规范（试行）》和《中医电子病历基本规范（试行）》要求书写病历。

第九条 住院病历应当按照以下顺序排序：体温单、医嘱单、入院记录、病程记录、术前讨论记录、手术同意书、麻醉同意书、麻醉术前访视记录、手术安全核查记录、手术清点记录、麻醉记录、手术记录、麻醉术后访视记录、术后病程记录、病重（病危）患者护理记录、出院记录、死亡记录、输血治疗知情同意书、特殊检查（特殊治疗）同意书、会诊记录、病危（重）通知书、病理资料、辅助检查报告单、医学影像检查资料。

病案应当按照以下顺序装订保存：住院病案首页、入院记录、病程记录、术前讨论记录、手术同意书、麻醉同意书、麻醉术前访视记录、手术安全核查记录、手术清点记录、麻醉记录、手术记录、麻醉术后访视记录、术后病程记录、出院记录、死亡记录、死亡病例讨论记录、输血治疗知情同意书、特殊检查（特殊治疗）同意书、会诊记录、病危（重）通知书、病理资料、辅助检查报告单、医学影像检查资料、体温单、医嘱单、病重（病危）患者护理记录。

第三章 病历的保管

第十条 门（急）诊病历原则上由患者负责保管。医疗机构建有门（急）诊病历档案室或者已建立门（急）诊电子病历的，经患者或者其法定代理人同意，其门（急）诊病历可以由医疗机构负责保管。

住院病历由医疗机构负责保管。

第十一条 门（急）诊病历由患者保管的，医疗机构应当将检查检验结果及时交由患者保管。

第十二条 门(急)诊病历由医疗机构保管的,医疗机构应当在收到检查检验结果后 24 小时内,将检查检验结果归入或者录入门(急)诊病历,并在每次诊疗活动结束后首个工作日内将门(急)诊病历归档。

第十三条 患者住院期间,住院病历由所在病区统一保管。因医疗活动或者工作需要,须将住院病历带离病区时,应当由病区指定的专门人员负责携带和保管。医疗机构应当在收到住院患者检查检验结果和相关资料后 24 小时内归入或者录入住院病历。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。

第十四条 医疗机构应当严格病历管理,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。

第四章 病历的借阅与复制

第十五条 除为患者提供诊疗服务的医务人员,以及经卫生计生行政部门、中医药管理部门或者医疗机构授权的负责病案管理、医疗管理的部门或者人员外,其他任何机构和个人不得擅自查阅患者病历。

第十六条 其他医疗机构及医务人员因科研、教学需要查阅、借阅病历的,应当向患者就诊医疗机构提出申请,经同意并办理相应手续后方可查阅、借阅。查阅后应当立即归还,借阅病历应当在 3 个工作日内归还。查阅的病历资料不得带离患者就诊医疗机构。

第十七条 医疗机构应当受理下列人员和机构复制或者查阅病历资料的申请,并依规定提供病历复制或者查阅服务:

- (一) 患者本人或者其委托代理人;
- (二) 死亡患者法定继承人或者其代理人。

第十八条 医疗机构应当指定部门或者专(兼)职人员负责受理复制病历资料的申请。受理申请时,应当要求申请人提供有关证明材料,并对申请材料的形式进行审核。

（一）申请人为患者本人的，应当提供其有效身份证明；

（二）申请人为患者代理人的，应当提供患者及其代理人的有效身份证明，以及代理人与患者代理关系的法定证明材料和授权委托书；

（三）申请人为死亡患者法定继承人的，应当提供患者死亡证明、死亡患者法定继承人的有效身份证明，死亡患者与法定继承人关系的法定证明材料；

（四）申请人为死亡患者法定继承人代理人的，应当提供患者死亡证明、死亡患者法定继承人及其代理人的有效身份证明，死亡患者与法定继承人关系的法定证明材料，代理人与法定继承人代理关系的法定证明材料及授权委托书。

第十九条 医疗机构可以为申请人复制门（急）诊病历和住院病历中的体温单、医嘱单、住院志（入院记录）、手术同意书、麻醉同意书、麻醉记录、手术记录、病重（病危）患者护理记录、出院记录、输血治疗知情同意书、特殊检查（特殊治疗）同意书、病理报告、检验报告等辅助检查报告单、医学影像检查资料等病历资料。

第二十条 公安、司法、人力资源社会保障、保险以及负责医疗事故技术鉴定的部门，因办理案件、依法实施专业技术鉴定、医疗保险审核或仲裁、商业保险审核等需要，提出审核、查阅或者复制病历资料要求的，经办人员提供以下证明材料后，医疗机构可以根据需要提供患者部分或全部病历：

（一）该行政机关、司法机关、保险或者负责医疗事故技术鉴定部门出具的调取病历的法定证明；

（二）经办人本人有效身份证明；

（三）经办人本人有效工作证明（需与该行政机关、司法机关、保险或者负责医疗事故技术鉴定部门一致）。

保险机构因商业保险审核等需要，提出审核、查阅或者复制病历资料要求的，还应当提供保险合同复印件、患者本人或者其代理人同意的法定证明材料；患者死亡的，应当提供保险合同复印件、死亡患者法定继承人或者其代理人同意的法定证明材料。合同或者法律另有规定的除外。

第二十一条 按照《病历书写基本规范》和《中医病历书写基本规范》要求，病历尚未完成，申请人要求复制病历时，可以对已完成病历先行复制，在医务人员按照规定完成病历后，再对新完成部分进行复制。

第二十二条 医疗机构受理复制病历资料申请后，由指定部门或者专（兼）职人员通知病案管理部门或专（兼）职人员，在规定时间内将需要复制的病历资料送至指定地点，并在申请人在场的情况下复制；复制的病历资料经申请人和医疗机构双方确认无误后，加盖医疗机构证明印记。

第二十三条 医疗机构复制病历资料，可以按照规定收取工本费。

第五章 病历的封存与启封

第二十四条 依法需要封存病历时，应当在医疗机构或者其委托代理人、患者或者其代理人在场的情况下，对病历共同进行确认，签封病历复制件。

医疗机构申请封存病历时，医疗机构应当告知患者或者其代理人共同实施病历封存；但患者或者其代理人拒绝或者放弃实施病历封存的，医疗机构可以在公证机构公证的情况下，对病历进行确认，由公证机构签封病历复制件。

第二十五条 医疗机构负责封存病历复制件的保管。

第二十六条 封存后病历的原件可以继续记录和使用。

按照《病历书写基本规范》和《中医病历书写基本规范》要求，病历尚未完成，需要封存病历时，可以对已完成病历先行封存，当医师按照规定完成病历后，再对新完成部分进行封存。

第二十七条 开启封存病历应当在签封各方在场的情况下实施。

第六章 病历的保存

第二十八条 医疗机构可以采用符合档案管理要求的缩微技术等对纸质病历进行处理后保存。

第二十九条 门（急）诊病历由医疗机构保管的，保存时间自患者最后一次就诊之日起不少于 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。

第三十条 医疗机构变更名称时，所保管的病历应当由变更后医疗机构继续保管。

医疗机构撤销后，所保管的病历可以由省级卫生计生行政部门、中医药管理部门或者省级卫生计生行政部门、中医药管理部门指定的机构按照规定妥善保管。

第七章 附 则

第三十一条 本规定由国家卫生计生委负责解释。

第三十二条 本规定自 2014 年 1 月 1 日起施行。原卫生部和国家中医药管理局于 2002 年公布的《医疗机构病历管理规定》（卫医发〔2002〕193 号）同时废止。

电子病历应用管理规范（试行）

国卫办医发〔2017〕8号

第一章 总则

第一条 为规范医疗机构电子病历（含中医电子病历，下同）应用管理，满足临床工作需要，保障医疗质量和医疗安全，保证医患双方合法权益，根据《中华人民共和国执业医师法》、《中华人民共和国电子签名法》、《医疗机构管理条例》等法律法规，制定本规范。

第二条 实施电子病历的医疗机构，其电子病历的建立、记录、修改、使用、保存和管理等适用本规范。

第三条 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。

第四条 电子病历系统是指医疗机构内部支持电子病历信息的采集、存储、访问和在线帮助，并围绕提高医疗质量、保障医疗安全、提高医疗效率而提供信息处理和智能化服务功能的计算机信息系统。

第五条 国家卫生计生委和国家中医药管理局负责指导全国电子病历应用管理工作。地方各级卫生计生行政部门（含中医药管理部门）负责本行政区域内的电子病历应用监督管理工作。

第二章 电子病历的基本要求

第六条 医疗机构应用电子病历应当具备以下条件：

（一）具有专门的技术支持部门和人员，负责电子病历相关信息系统建设、运行和维护等工作；具有专门的管理部门和人员，负责电子病历的业务监管等工作；

（二）建立、健全电子病历使用的相关制度和规程；

- （三）具备电子病历的安全管理体系和安全保障机制；
- （四）具备对电子病历创建、修改、归档等操作的追溯能力；
- （五）其他有关法律、法规、规范性文件及省级卫生计生行政部门规定的条件。

第七条 《医疗机构病历管理规定（2013年版）》、《病历书写基本规范》、《中医病历书写基本规范》适用于电子病历管理。

第八条 电子病历使用的术语、编码、模板和数据应当符合相关行业标准 and 规范的要求，在保障信息安全的前提下，促进电子病历信息有效共享。

第九条 电子病历系统应当为操作人员提供专有的身份标识和识别手段，并设置相应权限。操作人员对本人身份标识的使用负责。

第十条 有条件的医疗机构电子病历系统可以使用电子签名进行身份认证，可靠的电子签名与手写签名或盖章具有同等的法律效力。

第十一条 电子病历系统应当采用权威可靠时间源。

第三章 电子病历的书写与存储

第十二条 医疗机构使用电子病历系统进行病历书写，应当遵循客观、真实、准确、及时、完整、规范的原则。

门（急）诊病历书写内容包括门（急）诊病历首页、病历记录、化验报告、医学影像检查资料等。

住院病历书写内容包括住院病案首页、入院记录、病程记录、手术同意书、麻醉同意书、输血治疗知情同意书、特殊检查（特殊治疗）同意书、病危（重）通知单、医嘱单、辅助检查报告单、体温单、医学影像检查报告、病理报告单等。

第十三条 医疗机构应当为患者电子病历赋予唯一患者身份标识，以确保患者基本信息及其医疗记录的真实性、一致性、连续性、

完整性。

第十四条 电子病历系统应当对操作人员进行身份识别,并保存历次操作印痕,标记操作时间和操作人员信息,并保证历次操作印痕、标记操作时间和操作人员信息可查询、可追溯。

第十五条 医务人员采用身份标识登录电子病历系统完成书写、审阅、修改等操作并予以确认后,系统应当显示医务人员姓名及完成时间。

第十六条 电子病历系统应当设置医务人员书写、审阅、修改的权限和时限。实习医务人员、试用期医务人员记录的病历,应当由具有本医疗机构执业资格的上级医务人员审阅、修改并予确认。上级医务人员审阅、修改、确认电子病历内容时,电子病历系统应当进行身份识别、保存历次操作痕迹、标记准确的操作时间和操作人信息。

第十七条 电子病历应当设置归档状态,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。电子病历归档后原则上不得修改,特殊情况下确需修改的,经医疗机构医务部门批准后进行修改并保留修改痕迹。

第十八条 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,原件另行妥善保管。

第十九条 门(急)诊电子病历由医疗机构保管的,保存时间自患者最后一次就诊之日起不少于15年;住院电子病历保存时间自患者最后一次出院之日起不少于30年。

第四章 电子病历的使用

第二十条 电子病历系统应当设置病历查阅权限,并保证医务人

员查阅病历的需要，能够及时提供并完整呈现该患者的电子病历资料。呈现的电子病历应当显示患者个人信息、诊疗记录、记录时间及记录人员、上级审核人员的姓名等。

第二十一条 医疗机构应当为申请人提供电子病历的复制服务。医疗机构可以提供电子版或打印版病历。复制的电子病历文档应当可供独立读取，打印的电子病历纸质版应当加盖医疗机构病历管理专用章。

第二十二条 有条件的医疗机构可以为患者提供医学影像检查图像、手术录像、介入操作录像等电子资料复制服务。

第五章 电子病历的封存

第二十三条 依法需要封存电子病历时，应当在医疗机构或者其委托代理人、患者或者其代理人双方共同在场的情况下，对电子病历共同进行确认，并进行复制后封存。封存的电子病历复制件可以是电子版；也可以对打印的纸质版进行复印，并加盖病案管理章后进行封存。

第二十四条 封存的电子病历复制件应当满足以下技术条件及要求：

（一）储存于独立可靠的存储介质，并由医患双方或双方代理人共同签封；

（二）可在原系统内读取，但不可修改；

（三）操作痕迹、操作时间、操作人员信息可查询、可追溯；

（四）其他有关法律、法规、规范性文件和省级卫生计生行政部门规定的条件及要求。

第二十五条 封存后电子病历的原件可以继续使用。电子病历尚未完成，需要封存时，可以对已完成的电子病历先行封存，当医务人

员按照规定完成后，再对新完成部分进行封存。

第六章 附则

第二十六条 本规范所称的电子签名，是指《电子签名法》第二条规定的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。“可靠的电子签名”是指符合《电子签名法》第十三条有关条件的电子签名。

第二十七条 本规范所称电子病历操作人员包括使用电子病历系统的医务人员，维护、管理电子病历信息系统的技术人员和实施电子病历质量监管的行政管理人员。

第二十八条 本规范所称电子病历书写是指医务人员使用电子病历系统，对通过问诊、查体、辅助检查、诊断、治疗、护理等医疗活动获得的有关资料进行归纳、分析、整理形成医疗活动记录的行为。

第二十九条 省级卫生计生行政部门可根据本规范制定实施细则。

第三十条 《电子病历基本规范（试行）》（卫医政发〔2010〕24号）、《中医电子病历基本规范（试行）》（国中医药发〔2010〕18号）同时废止。

第三十一条 本规范自2017年4月1日起施行。

医疗质量安全核心制度要点（节选）

国卫医发〔2018〕8 号

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。

互联网医院管理办法（试行）（节选）

国卫医发〔2018〕25号

第二十条 互联网医院应当严格遵守《处方管理办法》等处方管理规定。在线开具处方前，医师应当掌握患者病历资料，确定患者在实体医疗机构明确诊断为某种或某几种常见病、慢性病后，可以针对相同诊断的疾病在线开具处方。

所有在线诊断、处方必须有医师电子签名。处方经药师审核合格后方可生效，医疗机构、药品经营企业可委托符合条件的第三方机构配送。不得在互联网上开具麻醉药品、精神类药品处方以及其他用药风险较高、有其他特殊管理规定的药品处方。为低龄儿童（6岁以下）开具互联网儿童用药处方时，应当确定患儿有监护人和相关专业医师陪伴。

第二十一条 互联网医院开展互联网诊疗活动应当按照《医疗机构病历管理规定》和《电子病历基本规范（试行）》等相关文件要求，为患者建立电子病历，并按照规定进行管理。患者可以在线查询检查检验结果和资料、诊断治疗方案、处方和医嘱等病历资料。

互联网诊疗管理办法（试行）（节选）

国卫医发〔2018〕25号

第十六条 医疗机构在线开展部分常见病、慢性病复诊时，医师应当掌握患者病历资料，确定患者在实体医疗机构明确诊断为某种或某几种常见病、慢性病后，可以针对相同诊断进行复诊。当患者出现病情变化需要医务人员亲自诊查时，医疗机构及其医务人员应当立即终止互联网诊疗活动，引导患者到实体医疗机构就诊。

不得对首诊患者开展互联网诊疗活动。

第十七条 医疗机构开展互联网诊疗活动应当按照《医疗机构病历管理规定》和《电子病历基本规范（试行）》等相关文件要求，为患者建立电子病历，并按照规定进行管理。

河南省病历书写基本规范实施细则（试行）

豫卫医〔2011〕107 号

第一章病历的定义与基本要求

第一节病历的定义与类型

第一条 病历是医务人员在医疗活动过程中形成的文字、符号、图表、影像、切片等资料的总和。

第二条 病历的类型

（一）按种类分：门（急）诊手册、门诊病历、急诊留观病历和住院病历。

（二）按时间分：运行病历（住院病历）与归档病历（出院病案）。

第二节 病历书写的基本要求

第三条 病历书写应遵循客观、真实、准确、及时、完整、规范的原则，要求使用医学术语、文字工整、字迹清晰、语句通顺、标点符号正确。

第四条 医务人员必须按照规定的格式内容，在规定时限内完成病历。

第五条 书写病历只能用蓝黑墨水或碳素墨水，同一医疗机构应使用一种颜色的墨水。修改病历用红色墨水，需复写的病历资料可用蓝或黑色油水的圆珠笔。

第六条 病历中除门（急）诊手册、检查或检验部分外，所有医疗文书一律使用 A4 大小的纸张。

第七条 书写病历应使用中文和通用的外文缩写；疾病及手术名称依照国际疾病分类书写，无正式中文译名的症状、体征、疾病名称等可以使用外文。

第八条 病历书写人在书写过程中出现错字时，应当用蓝黑墨水

或碳素墨水在错字上划双横线，并保留原记录清楚、可辨；不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来字迹。同一页中，如果修改超过 3 处或累计超过 10 个字应重新书写。

第九条 上级医务人员须审查、修改下级医务人员书写的病历。

(一)主治医师及以上职称的医师审查、修改下级医务人员书写的病历。

(二)修改病历时，应使用红色墨水、在错字上划双横线，同时在错字旁边书写修改意见，并保留原记录清楚、可辨。审阅完成后，用红色墨水笔签全名（指姓氏与名称，以下简称签名），注明职称及修改时间。

第十条 病历中所有签名之处应由相应医务人员签名，签名应当能够辨识；各级医务人员不得模仿或替代他人签名。实习、试用期医务人员书写的病历，须经本医疗机构注册的医务人员审阅、修改并签名。

进修医务人员由本医疗机构根据其胜任本专业工作实际情况认定后书写病历。

第十一条 病历书写一律使用阿拉伯数字书写日期和时间。

(一)日期采用年、月、日的格式，如 2010 年 7 月 1 日；或在日期的右下角用小圆点隔开，写成 2010.7.1。长期医嘱与临时医嘱中开具的日期，使用日在上、月在下的格式，如 7 月 1 日书写为 1/7。

(二)病历中所有时间一律采用 24 小时制，小时与分钟各占 2 位数，如 8 点 30 分书写为 08:30。

第十二条 入院时间、病史采集时间、首次病程记录、急诊病历、

病危患者病程记录、抢救时间、死亡时间、医嘱下达时间、医嘱停止时间等需记录至分钟。

第十三条 病历的眉栏部分必须填写齐全（病区、姓名、住院病历号等）；每一相同内容从起始页页脚开始，居中标注页码，如长期医嘱第 1、2、……页，入院记录第 1、2、……页等。

第十四条 各种辅助检查报告单应在收到报告单后 24 小时内归入病历。因患方因素导致患者离院时未收到的报告单，由患者所在科室送达病案管理部门，统一归入病案。

第十五条 对需取得患者书面同意方可进行的医疗活动，应当由患者本人签署知情同意书。患者昏迷、意识不清、不具备完全民事行为能力时，由其法定代理人签字。

第十六条 患者因病或法定代理人因故无法签字时，应在主管医生的参与下签署授权委托书，由其授权的人员代替签字；授权委托书中，授权委托人与被委托人必须亲笔签名，特殊情况下授权委托人可以用右手食指或拇指指纹代替签名。

第十七条 为抢救患者，在法定代理人或被授权人无法及时签字的情况下，可由医疗机构负责人或者授权的负责人签字。

第十八条 因实施保护性医疗措施不宜向患者说明情况的，应将有关情况告知患者法定代理人，由患者法定代理人签署知情同意书，并及时记录。患者无法定代理人或者法定代理人无法签署同意书的，由患者的关系人签署同意书。

第十九条 本文中上级医务人员是指主治和主治以上职称的医务人员。

第二章 门（急）诊病历书写内容及要求

第一节 内容与基本要求

第二十条 门（急）诊病历指门（急）诊手册、门诊病历与急诊留观病历。用门（急）诊手册的由患者保管，用门诊病历与急诊留观

病历的由医院相应部门保管。

第二十一条 患者每次就诊均应书写门（急）诊病历，包括初诊病历和复诊病历。

（一）初诊病历指患者因某种疾病第一次在某所医疗机构就诊时的记录。

（二）复诊病历指患者因同一种疾病，在同一所医疗机构的同一科室再次就诊时的记录。

第二十二条 急诊患者的病历，就诊时间应具体到分钟。

第二十三条 门（急）诊手册或门诊病历中，对疾病的判断书写为“初步印象”；急诊留观病历中书写为“初步诊断”。

第二十四条 暂时不能明确诊断者，初步印象或初步诊断可书写为“某某原因待查”。

第二十五条 门诊患者因同一种疾患三次不能确诊者，经治医生应提出门诊会诊，或收入住院诊治。门诊会诊情况、请示上级医师的事项、上级医师诊查过程和指示意见，均由经治医师如实记录在门（急）诊病历中。

第二十六条 抢救危重患者时，应及时书写抢救记录或在抢救结束后 6 小时内补记；记录内容及要求按照住院病历中抢救记录书写内容及要求执行。

第二十七条 法定传染病应在病历中注明疫情报告情况。

第二节 门诊与急诊手册

第二十八条 门（急）诊手册包含手册封面、就诊记录和化验单粘贴处。

第二十九条 手册封面内容应包括患者姓名、性别、年龄、工作单位或住址、药物过敏史等项目，填写时不应缺项。

第三十条 患者的初诊记录或复诊记录由接诊医师在患者就诊时即刻完成。

（一）初诊记录书写内容应包括就诊时间、科别、主诉、现病史、既往史，阳性体征、必要的阴性体征和辅助检查结果，初步印象及处理意见和医师签名。

（二）复诊记录书写内容应包括就诊时间、科别、主诉、现病史、必要的体格检查和辅助检查结果、初步印象、处理意见和医师签名。

复诊主诉可写“病史同前”或不写，现病史重点记录上次就诊后的病情变化、治疗效果、有无不良反应、有无新的症状出现等。

第三十一条 门（急）诊检查的化验单可以粘贴在化验单粘贴处。

第三节 门诊病历

第三十二条 门诊病历包含病历首页、病历记录、检验单、检查报告单、医学影像检查资料等，用于门诊或急诊就诊患者。

第三十三条 首页内容应包括门诊号、患者姓名、性别、出生日期、民族、婚姻状况、职业、身份证明号（身份证、军官证等）、工作单位、住址、联系电话、药物过敏史等项目。

第三十四条 初诊记录内容应包括就诊时间、科别、主诉、现病史、既往史、阳性体征、必要的阴性体征和辅助检查结果，初步印象、处理意见和医师签名等。

第三十五条 复诊记录书写内容应包括就诊时间、科别、主诉、病史、必要的体格检查和辅助检查结果、初步印象、处理意见和医师签名等。

复诊患者的主诉、现病史写法同门（急）诊手册。

第三十六条 门诊病历由接诊医师在患者就诊时及时完成，并居中标注页脚页码。

第三十七条 二级甲等以上医院应设立档案管理部门，门诊病历由档案管理部门统一管理。患者首次就诊时可在门诊建立病历，并按要求分配具有唯一性的门诊号。

第三十八条 患者就诊时门诊病历由医疗机构指定专人送达患者就诊科室；患者同时有多科室就诊时，由医疗机构指定专人送达后续就诊科室。

第三十九条 门诊患者每次诊疗活动结束后 24 小时内，门诊病历由档案管理部门统一收回。

第四十条 医疗机构将门（急）诊患者的检验单、检查报告单、医学影像检查资料等在检查结果出具后 24 小时内归入门诊病历。

第四节 急诊留观病历

第四十一条 急诊留观病历指急诊患者因病情需要留急诊观察室期间的记录，包括体温单、医嘱单、入观察室记录、病程记录、检验粘贴单和护理记录单。

第四十二条 入观察室记录书写内容：

（一）一般项目包括患者姓名、性别、出生日期、民族、婚姻状况、职业、身份证明号、工作单位、住址、联系电话、入观察室时间、观察床位号、急诊留住观察病历号等。

（二）主诉、现病史、既往史、过敏史等。

（三）体格检查及辅助检查（重要体征、检验和检查结果）。

（四）初步诊断和诊疗措施，医师签名。

第四十三条 病程记录内容包括记录日期和时间、病情变化和治疗情况、辅助检查结果、医师签名等。

（一）记录时间应准确到分钟。

（二）上级医师查房时应记录查房内容，查房医师姓名和职称。

（三）留住观察期间，患者病情突然变化时应随时记录。

（四）病危、病重，或特殊诊疗时，需患者或家属签署知情同意书等医学文书。

（五）出观察室需有记录。

第四十四条 体温单、医嘱单、检验粘贴单和护理记录单同住院病历。

第四十五条 急诊留观病历应单列编号，并在相应留住观察患者登记本内登记。转入住院的患者，应在登记本上注明住院科别和住院病历号；非住院患者应注明去向。

第四十六条 已经设立档案管理部门的医疗机构，急诊留观病历由档案管理部门管理。未设档案管理部门的医疗机构，急诊留观病历由急诊科统一管理。

第四十七条 三级医院留住观察时间不超过 48 小时，二级医院不超过 72 小时。

第三章 住院病历书写内容及要求

第一节 住院病历内容

第四十八条 住院病历内容包括入院记录、病程记录、手术同意书、麻醉同意书、输血治疗知情同意书、特殊检查（特殊治疗）同意书、病危（重）通知书、医嘱单、辅助检查报告单、体温单、医学影像检查资料、病理资料、住院病案首页等。

第二节 入院记录

第四十九条 入院记录指患者入院后，由经治医师或值班医师通过问诊、查体、辅助检查获得有关资料，并对这些资料归纳分析书写而成的记录。可分为入院记录、再次或多次入院记录、24 小时内入出院记录、24 小时内入院死亡记录。

第五十条 入院记录、再次或多次入院记录应当于患者入院后 24 小时内完成；24 小时内入出院记录应于患者出院后 24 小时内完成，24 小时内入院死亡记录应于患者死亡后 24 小时内完成。

第五十一条 入院记录要求及内容：

（一）患者一般情况包括姓名、性别、年龄、民族、婚姻状况、籍贯、职业、身份证明号、住址、工作单位、联系电话、入院情况、入院时间、病史采集时间、病史陈述者、联系人、联系人与患者关系、联系人电话、住院病历号等。

1. 患者姓名、年龄等应与证明身份的证件一致。

2. 年龄在 1 月以内者记录至天，在 1 岁以下者记录至月或几个月零几天 7 岁以内者记录至岁或几岁零几个月，7 岁以上者记录为岁。

3. 入院情况分为一般、急诊、危重。

4. 入院时间与病史采集时间应准确到分钟。

（二）入院记录首行，居中书写患者入住的科室及第几次入院。

（三）主诉是指促使患者就诊的主要症状或体征及持续时间，字数不应超过 20 个，能导出第一诊断。主诉症状多于一项时，应按发生时间先后顺序分别列出，原则上不能用诊断名称代替主诉。特殊情况下，例如疾病已明确诊断，为了进行某项特殊治疗住院时，可用疾病名称作为主诉；另一些无症状、无体征的辅助检查异常者，检查结果也可作为主诉。

（四）现病史指患者本次疾病的发生、演变、诊疗等方面的详细情况，应按时间顺序书写。内容包括发病情况、主要症状特点及其发展变化情况、伴随症状、发病后诊疗经过及结果、睡眠和饮食等一般情况的变化，以及与鉴别诊断有关的阳性或阴性资料等。

1. 发病情况：记录发病的时间、地点、起病缓急、前驱症状、可

能的原因或诱因。

2. 主要症状特点及其发展变化情况：按发生的先后顺序描述主要症状的部位、性质、持续时间、程度、缓解或加剧因素，以及演变发展情况。

3. 伴随症状：记录伴随症状，描述伴随症状与主要症状之间的相互关系。

4. 发病以来诊治经过及结果：记录患者发病后到入院前，在院内、外接受检查与治疗的详细经过及效果。对患者提供的药名、诊断和手术名称需加双引号（“ ”）以示区别。

5. 发病以来一般情况：简要记录患者发病后的精神状态、睡眠、食欲、大便、小便、体重等情况。

6. 其他情况：与本次疾病虽无紧密关系、但仍需治疗的其他疾病情况，可在现病史后另起一段予以记录。

（五）既往史是指患者过去的健康和疾病情况。内容包括既往一般健康状况、疾病史、传染病史、预防接种史、手术外伤史、输血史、食物或药物过敏史等。

（六）个人史，婚育史、月经史，家族史的书写：

1. 个人史：记录出生地及长期居留地，生活习惯及有无烟、酒、药物等嗜好，职业与工作条件及有无工业毒物、粉尘、放射性物质接触史，有无冶游史。

2. 婚育史、月经史：婚姻状况、结婚年龄、配偶健康状况、有无子女等。女性患者记录初潮年龄、行经期天数、间隔天数、末次月经时间（或闭经年龄）、月经量、痛经及生育等情况。

3. 家族史：包括父母、兄弟、姐妹健康状况，有无与患者类似疾病，有无家族遗传倾向的疾病。如已死亡，应记录死亡原因及年龄；

如系遗传病，应至少询问记录三代家庭成员。

（七）体格检查应按照系统循序进行书写。内容包括体温、脉搏、呼吸、血压，一般情况，皮肤、黏膜，全身浅表淋巴结，头部及其器官，颈部，胸部（胸廓、肺部、心脏、血管），腹部（肝、脾等），直肠，肛门，外生殖器，脊柱，四肢，神经系统等。

1. 体温、脉搏、呼吸、血压单独一行书写。

2. 详细记录与诊断和鉴别诊断有关的阳性体征和重要阴性体征。不同专业可按相关专业要求，详细检查、记录检查结果，或按专业表格填写。注意用词准确。

3. 心界或肿大的肝、脾、腹部包块等，可用图表示。

（八）需记录专科情况的科室，按照专科要求记录专科情况；体格检查中相应项目部分只写“见专科情况”。无专科需要的科室不必书写专科情况。

（九）辅助检查指入院前所作的与本次疾病相关的主要检查及结果。应分类、按检查时间顺序记录检查日期及检查结果；如系在其他医疗机构所作检查，还应写明该机构名称、检查号。入院前未做相应检查者应注明“无”。

（十）入院记录中的诊断部分统一书写为“初步诊断”。初步诊断为多项时，应主次分明。诊断不明确时在可能性较大的病名后加“？”；查不清病因又难以确定形态和功能方面改变的疾病，可写为“某某原因待查”，并在其下注明可能的病名。

初步诊断书写的位置应居中偏右侧开始书写；诊断内容另起一行，超过一项诊断时应按顺序编码。

（十一）书写入院记录的医师和审核病历的医师应签名，签名位置贴近右侧，姓名前要注明职称。

第五十二条 再次或多次入院记录，是指患者因同一种疾病再次或多次住入同一医疗机构时书写的记录。要求及内容基本同入院记录。

(一) 主诉指促使患者就诊的主要症状或体征及持续时间，字数不应超过 20 个。

(二) 现病史中要求首先对本次住院前历次有关住院诊疗经过进行小结，然后书写本次入院的现病史。

(三) 既往史书写同首次入院记录。

(四) 半年内再次入院者，个人史、婚育史、月经史、家族史、输血史，如果没有变化，可以写“同上次入院记录”。超过半年者按首次入院处理。

第五十三条 表格式病历，应按入院记录的格式与内容书写，不得简化。

第五十四条 患者入院不足 24 小时出院的，仅书写 24 小时内入出院记录。内容包括患者姓名、性别、年龄、职业、入院时间、出院时间、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、出院情况、出院诊断、出院医嘱、医师签名等。

第五十五条 患者入院不足 24 小时死亡的，仅书写 24 小时内入院死亡记录。内容包括患者姓名、性别、年龄、职业、入院时间、死亡时间、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过（抢救经过）、死亡原因、死亡诊断、医师签名等。

第四章 病程记录

第一节 首次病程记录

第五十六条 首次病程记录指患者入院后，由本医疗机构注册的经治医师或注册的值班医师书写的第一次病程记录。进修医务人员由本医疗机构根据其胜任工作的实际情况，经医院正式书面认定后方可

书写首次病程记录。

第五十七条 首次病程记录应在患者入院 8 小时内完成。

第五十八条 记录内容主要包括病例特点、拟诊讨论和诊疗计划，放在同一段落中书写。

第五十九条 不允许拷贝入院记录作为首次病程记录。

第六十条 书写时要求第一行左顶格记录日期，应具体到分钟；居中书写“首次病程记录”。第二行起始空两格记录具体内容。

病例特点：应当在对病史、体格检查和辅助检查进行全面分析、归纳和整理后写出本病例特征，包括阳性发现和具有鉴别诊断意义的阴性症状和体征等。

拟诊讨论：根据病例特点，提出初步诊断，写出对诊断的分析思考过程并依次列出诊断依据；然后针对第一诊断的疾病做相应鉴别诊断并进行分析，必要时对下一步诊治措施进行讨论。

诊疗计划：提出具体的检查和治疗措施，例如使用何种药物或安排何种检查；通过诊治计划体现出对患者的整体诊治思路。不得使用“进一步完善检查”、“择期手术”、“详见医嘱”等一类套话。

第六十一条 记录结束的末端，同一行右顶格由记录医师签名，该行剩余空隙不够（少于 1/3 行）签名时，可另起一行右顶格签名。原则上不能空行。

第二节 日常病程记录

第六十二条 日常病程记录是对患者住院期间诊疗过程的经常性、连续性记录。由经治医师书写，也可由进修、实习医务人员或试用期医务人员书写，但应由经治医师用红色墨水笔审核、签名。

第六十三条 病危患者应根据病情变化随时记录，每天至少一次，记录时间应具体到分钟；病重患者至少 2 天记录一次；病情稳定患者

至少 3 天记录一次病程记录。

第六十四条 手术前一天、术后连续 3 天、出院当天或出院前一天（次日早晨出院）也应书写病程记录。

第六十五条 日常病程应重点记录患者的病情变化，确定诊断时间，诊疗依据和治疗效果，会诊意见执行情况，输血过程与反应情况，拟作检查（检验）的原因和结果分析，临床观察指标的变化，临床病情变化与处理方法等。

第六十六条 告知病危（重）当天，应记录告知时间、地点、内容、主要人员及签字情况。

第六十七条 术前病程记录中，应有手术者术前查看患者记录；术后连续 3 天病程记录中，应有一次术者或上级医师查看患者记录。

第六十八条 合理用药，尤其是抗菌药物开具与停止情况应有明确记录。

第六十九条 出院前一天或当天的病程记录中，应有上级医师同意出院记录。

第七十条 书写时要求第一行左顶格记录日期，另起行空两格记录具体内容。记录结束的末端同一行右顶格由记录医师签名，该行剩余空隙不够（少于 1/3 行）签名时，可另起一行右顶格签名，原则上不能空行。

第三节 上级医师查房记录

第七十一条 上级医师查房记录是指上级医师查房时对患者病情、诊断、鉴别诊断、当前治疗措施疗效的分析及下一步诊疗意见等的记录。

第七十二条 上级医师查房每周不应少于 2 次。主治医师首次查房记录应于患者入院 48 小时内完成，副主任、主任医师负责首次查

房者应于 72 小时内完成。

第七十三条 记录内容包括查房医师姓名、专业技术职务、补充的病史和体征、诊断依据与鉴别诊断、当前治疗措施和疗效分析、下一步诊疗意见。

第七十四条 书写时要求第一行左顶格记录日期和时间，居中记录查房医师的姓名、专业技术职务。其他部分同“日常病程记录”。

(一)经治医师应据实、认真记录上级医师查房时的分析与意见，不得使用“上级医师同意目前诊治方案”等套话。

(二)上级医师使用红色墨水笔审阅、修改下级医师书写的上级医师查房记录并签名。

第四节 交（接）班记录

第七十五条 交（接）班记录指患者经治医师发生变更时，交班医师和接班医师分别对患者病情及诊疗情况进行简要总结的记录。

第七十六条 交班记录应在交班前由交班医师书写完成；接班记录应由接班医师于接班后 24 小时内完成。

第七十七条 交班记录内容包括入院日期、交班日期、患者姓名、性别、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、交班注意事项、医师签名等。

第七十八条 接班记录内容包括入院日期、接班日期、患者姓名、性别、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、接班注意事项或接班诊疗计划、医师签名等。

第七十九条 书写时要求第一行左顶格记录交（接）班日期和时间，居中书写“交（接）班记录”。另起行空两格书写相关内容，最后由交（接）班医师签名并注明职称。

第五节 转科记录

第八十条 转科记录指患者住院期间需要转科时，经上级医师同意、以及转入科室医师会诊并同意接收后，由转出科室和转入科室医师分别书写的记录。

第八十一条 转出记录由转出科室医师在患者转出科室前书写完成（紧急情况除外）；转入记录由转入科室医师于患者转入后 24 小时内完成。

第八十二条 转出记录内容包括入院日期、转出日期，转入科室，患者姓名、性别、年龄，主诉，入院情况，入院诊断，诊疗经过，目前情况，目前诊断，转科目的，上级医师同意转科意见，同意转入科室会诊医师的姓名、职称和意见，注意事项，医师签名等。

第八十三条 转入记录内容包括入院日期、转入日期，转出科室，患者姓名、性别、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、转科目的、转入诊疗计划、医师签名等。

第八十四条 书写时要求第一行左顶格记录转出、转入日期和时间，居中书写“某某科转出（入）记录”。另起行空两格书写相关内容。

第六节 阶段小结

第八十五条 阶段小结指患者住院时间较长，由经治医师每月所作病情及诊疗情况的总结。

第八十六条 阶段小结应每 30 天之内记录一次，记录内容包括入院日期、患者姓名、性别、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、诊疗计划、医师签名等。

交（接）班记录、转科记录可代替阶段小结。

第八十七条 书写时要求第一行左顶格记录日期和时间，居中书写“阶段小结”。另起行空两格书写相关内容。

第七节 抢救记录

第八十八条 抢救记录指患者病情危重，采取抢救措施的记录。

第八十九条 因抢救急危患者，未能及时书写抢救记录的，有关医务人员应在抢救结束后6小时内据实补记，并加以注明。

第九十条 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及专业技术职称，家属谈话或知情告知等。死亡的患者还应记录呼吸、心跳停止时间，停止抢救时间。时间记录应具体到分钟。

第九十一条 书写时要求第一行左顶格记录抢救日期和时间，居中书写“抢救记录”。另起行空两格书写具体内容。

第八节 有创诊疗操作记录

第九十二条 有创诊疗操作记录指在临床诊疗过程中进行的各种诊断、治疗性操作（如胸腔穿刺、腹腔穿刺、腰椎穿刺等）的记录；写在病程记录中。

第九十三条 内窥镜、介入诊疗等有创诊疗操作另页书写。

第九十四条 内容包括操作原由、操作名称、指导医师姓名与职称、开始操作时间、患者体位、操作步骤、结果及患者一般情况，结束操作时间、操作过程是否顺利、有无不良反应，标本送检情况，操作后注意事项及是否已向患者说明，操作医师签名。

第九十五条 有创诊疗操作记录应在操作完成后即刻书写。

第九十六条 书写时要求第一行左顶格记录日期和时间，居中书写有创诊疗操作名称。另起行空两格记录具体内容。

第九节 术前小结

第九十七条 术前小结是患者手术前，由经治医师对患者病情所作的总结。

第九十八条 内容包括简要病情、术前诊断、手术指征、拟施手术名称和方式、拟施麻醉方式、拟输血液品种和数量、注意事项，并记录手术者术前查看患者情况和医患沟通情况等。如有术前讨论需将讨论意见写入小结。

第九十九条 书写时要求第一行左顶格记录日期和时间，居中书写“术前小结”。另起行空两格书写具体内容。

第十节 术后首次病程记录

第一百条 术后首次病程记录指参加手术的医师在患者术后即时完成的病程记录。

第一百零一条 内容包括手术时间、术中诊断、麻醉方式、手术方式、手术简要经过、术后处理措施、输血情况及有无不良反应、术后应当特别注意观察事项等。重点记录术后患者生命指征和状况等，避免写成手术记录。

第一百零二条 手术切除组织时，病程记录中应注明被切除组织家属已过目，组织已送病理检查。

第一百零三条 书写时要求第一行左顶格记录日期和时间，居中书写“术后首次病程记录”。另起行空两格书写具体内容。

第五章 特殊记录

第一节 疑难病例讨论记录

第一百零四条 疑难病例讨论记录指由科主任、主任医师或副主任医师主持，召集有关医务人员对确诊困难或疗效不确切病例讨论的记录；应书写在疑难病历讨论本中。

第一百零五条 三级医院临床科室每月至少讨论 2 次，三级以下医院每月至少讨论 1 次。

第一百零六条 内容包括诊断，鉴别诊断，诊疗变更的动因，需

进一步完成的检查等。

第一百零七条 书写时要求记录讨论日期、地点、主持人、参加人员、具体讨论意见、主持人小结意见。

(一)所有参加讨论的本医疗机构人员都应记录姓名及职称。

(二)一、二、三级医师，护士长或责任护士应参加讨论和发言。

(三)首先由经治医师汇报病历（记录中可省略），然后由参加讨论者分别发言；每位发言人讨论意见的起始处应注明姓名和职称，详细记录每人的具体发言内容；最后由主持人汇总形成小结意见。所有讨论内容记录在疑难病例讨论记录本中，记录者签名。主管医师应对记录进行审阅、签名。

(四)病程记录中只记录讨论形成的小结意见，并于讨论当日或次日完成。

第二节 会诊记录

第一百零八条 会诊记录（含会诊意见）指患者在住院期间需要其他科室（科间会诊）或者其他医疗机构（院外会诊）协助诊疗时，分别由申请医师和会诊医师书写的记录，应记录于专用的会诊单内。

第一百零九条 常规科间会诊记录由会诊医师在会诊申请发出后48小时内完成；科间急会诊时，会诊医师在会诊申请发出后10分钟内到达，并在会诊结束后即刻完成会诊记录。科间会诊由住院总医师或主治及以上职称的医师完成。

第一百一十条 申请会诊记录应简要介绍患者病情及诊疗情况，申请会诊理由和目的，申请会诊医师职称与签名。

第一百一十一条 会诊记录内容包括会诊意见，会诊医师所在科别或医疗机构名称，会诊时间（急会诊记录到分钟），会诊医师职称与签名。

第一百一十二条 申请会诊医师应在会诊当日书写病程记录，记录会诊意见及执行情况。

第三节 术前讨论记录

第一百一十三条 术前讨论记录指因患者病情较重或手术难度较大（三、四级手术），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作的讨论。应记录在术前讨论记录本中。

第一百一十四条 讨论内容包括术前准备情况、手术指征、手术方案、可能出现的意外及防范措施等。

第一百一十五条 书写时要求记录讨论日期、地点、主持人、参加人员、具体讨论意见、主持人小结意见。

（一）所有参加讨论的本医疗机构人员都应记录姓名及职称。

（二）参加手术者、护士长或责任护士应参加讨论和发言。

（三）首先由经治医生汇报病历（记录中可省略），然后由参加讨论者分别发言；每位发言人讨论意见的起始处应注明姓名和职称，详细记录每人的具体发言内容，最后由主持人汇总形成小结意见。所有讨论内容记录在术前讨论记录本中，记录者签名。主管医师应对记录进行审阅、签名。

（四）病程记录中只记录讨论形成的小结意见，并于讨论当日或次日完成。术前讨论形成的最终结果应在术前小结中有显示。

第四节 麻醉术前访视记录

第一百一十六条 麻醉术前访视记录指在麻醉实施前，由麻醉医师对患者拟施麻醉进行风险评估的记录，应另页书写。

第一百一十七条 记录内容包括姓名、性别、年龄、科别、住院病历号，患者一般情况、简要病史、与麻醉相关的辅助检查结果，拟

行手术方式、拟行麻醉方式、麻醉适应证及麻醉中需注意的问题，术前麻醉医嘱，麻醉医师签名并填写日期。

第五节 麻醉记录

第一百一十八条 麻醉记录指麻醉医师在麻醉实施中书写的麻醉经过及处理措施的记录，应另页书写。

第一百一十九条 书写麻醉记录单时应注意：

- （一）术中用血应记录有无不良反应，术后访视应记录具体内容。
- （二）手术结束后麻醉医师与经治医师的交接应当有记录及签名。
- （三）麻醉记录的基本项目，血型、输血液品种和数量，手术名称，参加手术人员，术后诊断应与病历记录保持一致。
- （四）术中非麻醉用药，输血、输液，采取的监护与治疗措施等必须记录在临时医嘱单中。

第六节 手术记录

第一百二十条 手术记录指手术者书写的反映手术一般情况、手术经过、术中发现及处理等情况的特殊记录，应另页书写。

第一百二十一条 手术记录应在术后 24 小时内由手术者完成；特殊情况下由第一助手书写，经手术者审阅后签名。

第一百二十二条 记录内容包括患者姓名、性别、科别、病房号、床位号、住院病历号、手术日期、术前诊断、术中诊断、手术名称、手术者及助手姓名、麻醉方法、手术经过、术中出现的情况及处理等。

术中输血者应记录输血种类、数量和有无输血反应等；手术切除组织时，应记录标本外观和送检情况。

使用人体植入物或特殊物品时，应记录名称、型号、使用数量、厂家等（术后将其标示产品信息的条形码贴入手术记录中）。

第七节 手术安全核查记录

第一百二十三条 手术安全核查记录指由手术医师、麻醉医师和巡回护士三方，在麻醉实施前、手术开始前和病人离开手术室前，共同对病人身份、手术部位、手术方式、麻醉及手术风险、手术使用物品清点等内容进行核对的记录。输血的患者还应核对血型 and 用量。手术安全核查记录应另页书写。

第一百二十四条 记录应由手术医师、麻醉医师和巡回护士三方核对，分别于麻醉实施前、手术开始前和病人离开手术室前确认并签名。

第八节 麻醉术后访视记录

第一百二十五条 麻醉术后访视记录指麻醉实施后，由麻醉医师对术后患者麻醉恢复情况进行访视的记录。

第一百二十六条 记录内容包括姓名、性别、年龄、科别、住院病历号，患者一般情况、麻醉恢复情况、清醒时间、术后医嘱、是否拔除气管插管等，如有特殊情况应详细记录，麻醉医师签名并填写日期。

第九节 出院记录

第一百二十七条 出院记录指经治医师对患者此次住院期间诊疗情况的总结，应在患者出院后 24 小时内完成。应另页书写。

第一百二十八条 记录内容主要包括入院日期、出院日期、入院情况、入院诊断、诊疗经过、出院诊断、出院情况、出院医嘱、医师签名等。

出、入院诊断有差异时，应在诊疗经过中说明诊断变更的原因。

第一百二十九条 书写时要求第一行左顶格记录日期和时间，居中书写“出院记录”。另起行空两格书写相关内容。

第十节 死亡记录

第一百三十条 死亡记录指经治医师对死亡患者住院期间诊疗和抢救经过的记录，应于患者死亡后 24 小时内完成。应另页书写。

第一百三十一条 记录内容包括入院日期、死亡时间、入院情况、入院诊断、诊疗经过（重点记录病情演变、抢救经过）、死亡原因、死亡诊断等。记录死亡时间应具体到分钟。

第一百三十二条 书写时要求第一行左顶格记录日期和时间，居中书写“死亡记录”。另起行空两格书写相关内容。

第十一节 死亡病例讨论记录

第一百三十三条 死亡病例讨论记录指患者死亡一周内，由科主任、主任医师或副主任医师主持，对死亡病例进行讨论、分析的记录；应书写在死亡讨论记录本中。所有死亡病例必须有死亡病例讨论记录。

第一百三十四条 讨论内容包括疾病的诊断、治疗、死亡原因和死亡诊断等。

第一百三十五条 书写时要求记录讨论日期、地点、主持人、参加人员、具体讨论意见、主持人小结意见。

所有参加讨论的本医疗机构人员都应记录姓名及职称。

（一）所有参加讨论的本医疗机构人员都应记录姓名及职称。

（二）护士长或责任护士应参加讨论和发言。

（三）首先由经治医生汇报病历（记录中可省略），然后由参加讨论者分别发言；每位发言人讨论意见起始处应注明姓名和职称，详细记录每人的具体发言内容，最后由主持人汇总形成小结意见。所有讨论内容记录在死亡病例讨论记录本中。记录者签名，主管医师应对记录进行审阅、签名。

（四）病程记录中只记录讨论形成的小结意见，并于讨论当日或次日完成。

第六章 知情同意书

第一节 手术同意书

第一百三十六条 手术同意书指手术前，经治医师向患者告知拟施手术的相关情况，并由患者签署是否同意手术的医学文书。

第一百三十七条 记录内容包括术前诊断、手术名称、术中或术后可能出现的意外与并发症、手术风险、患者签署意见并签名、经治医师和术者签名等。应另页书写。

第二节 麻醉同意书

第一百三十八条 麻醉同意书是指麻醉前，麻醉医师向患者告知拟施麻醉的相关情况，并由患者签署是否同意麻醉意见的医学文书。应另页书写。

第一百三十九条 记录内容包括患者姓名、性别、年龄、病案号、科别、术前诊断，拟行手术方式，拟行麻醉方式，患者基础疾病及可能对麻醉产生影响的特殊情况，麻醉中拟行的有创操作和监测，麻醉风险、可能发生的并发症及意外情况，患者签署意见并签名，麻醉医师签名并填写日期。

第三节 输血治疗知情同意书

第一百四十条 输血治疗知情同意书是指输血前，经治医师向患者告知输血的相关情况，并由患者签署是否同意输血的医学文书。应另页书写。

第一百四十一条 记录内容包括患者姓名、性别、年龄、科别、住院病历号、诊断，输血指征、拟输血液成份，输血前有关检查结果，输血风险及可能产生的不良后果，患者签署意见并签名，医师签名并填写日期。

第四节 特殊检查、特殊治疗同意书

第一百四十二条 特殊检查、特殊治疗同意书指在实施特殊检查、特殊治疗前，经治医师向患者告知特殊检查、特殊治疗的相关情况，并由患者签署是否同意检查、治疗的医学文书。应另页书写。

第一百四十三条 记录内容包括特殊检查、特殊治疗项目名称，目的，可能出现的并发症及风险，患者签名，医师签名等。

第五节 病危（重）通知书

第一百四十四条 病危（重）通知书指因患者病情危（重）时，由经治医师或值班医师向患者家属告知病情，并由患方签名的医疗文书。应另页书写。

第一百四十五条 记录内容包括患者姓名、性别、年龄、科别，目前诊断及病情危重情况，患方签名，医师签名并填写日期。

通知书应一式两份，一份交患方保存，另一份粘贴在下达病危（重）医嘱的长期医嘱单背面。通知患者病危（重）后，应即时书写相关的病程记录。

第一百四十六条 患者法定代理人、被委托人、患者近亲属或关系人拒绝签字时，可由医师写明拒绝签字情况并由两位以上医护人员签名证明。

第七章 医嘱书写要求

第一节 医嘱书写的基本要求

第一百四十七条 医嘱指医师在医疗活动中下达的医学指令，分为长期医嘱和临时医嘱。

第一百四十八条 取得本医疗机构处方权的注册医师有权在本医疗机构开具医嘱；进修医师由接收进修的医疗机构对其胜任本专业工作的实际情况认定后授予相应医嘱权利。其他人员不得下达医嘱。

第一百四十九条 麻醉药品和第一类精神药品的开具按卫生部相

关规定执行。

第一百五十条 医嘱内容及起始、停止时间应当由医师书写。

（一）多项同一日期和同一时间开具的医嘱，在起始行和终末行注明日期、时间和医师签名，中间栏目可用垂直单竖线（实线）代替。

（二）医嘱不得涂改，内容应当准确、清楚，每项医嘱只包含一个内容，并注明开具时间，具体到分钟。

（三）用药医嘱应使用药品通用名，注明剂量和用法。

（四）一般情况下，医师不得下达口头医嘱。确因抢救急危患者或手术当中需下达口头医嘱时，护士应复诵一遍，经医师查对药物后方可执行。抢救或手术结束时，医务人员应即刻据实补记医嘱并签名。

第二节 长期医嘱单

第一百五十一条 长期医嘱为有效时间在 24 小时以上，当医生开出停止时间后失效的书面医学指令。

第一百五十二条 长期医嘱单的一般项目包括患者姓名、科别、床号、住院病历号、页码等。

第一百五十三条 医嘱的格式为开具日期和时间、长期医嘱内容、医师签名、核对时间、核对护士签名、停止日期与时间、医师签名、停止执行时间、执行护士签名。

第一百五十四条 医嘱内容与顺序为：

（一）护理常规，如按某某科、某某疾病或某某手术后护理常规护理；

（二）护理级别；

（三）饮食；

（四）体位；

（五）其它护理要求，如陪护等；

(六) 病危或病重；

(七) 生命监测项目；

(八) 一般治疗，如鼻导管给氧、保留尿管等；

(九) 治疗用药，要求先开具口服药物，后开具肌肉注射或静脉给予药物；

(十) 出院医嘱、转科医嘱等。

第一百五十五条 取消长期医嘱时，直接书写与起始日期、时间相同的取消日期、时间并签名。

第一百五十六条 重整医嘱：

长期医嘱单一般不应超过 2 页，当医嘱超过 1 页且停止医嘱较多时应重整医嘱。

(一) 首先应在原有医嘱的最后一行下面用红色墨水笔，齐边框从左至右划一横实线，表示以上医嘱停止执行。

(二) 另起一页长期医嘱单，在首行填写重整医嘱的日期和时间，在医嘱内容栏内用红色墨水笔书写“重整医嘱”，然后由经治医师签名。

(三) 重整医嘱时，应当把未停止的长期医嘱按原医嘱开具时间书写在长期医嘱单上，其下方书写当日新开的长期医嘱。

(四) 护理常规、护理级别、饮食、其它护理要求、病危或病重、生命监测项目按本节第一百五十五条的要求书写，应写明原开具时间。

第一百五十七条 重开医嘱指手术后或转科后重新开具的长期医嘱单。

(一) 在原长期医嘱的最后一行下面用红色墨水笔，齐边框从左至右划一横实线，表示以上医嘱停止执行。

(二) 另起页重新开具长期医嘱，重开医嘱的起始行用红色墨水笔

写明“重开医嘱”或“术后医嘱”。

第一百五十八条 注意事项：

(一) 每行内容左顶格书写；单项医嘱一行写不完时，应另起行空2格书写；如第二行仍未写完，第三行的第一字应与第二行第一字对齐书写，不能写入邻近格内。

(二) 药品名称书写采用中文通用名，无中文名称者可用英文国际非专利名(INN)；同一药品名称不得中英文混写。禁止使用化学符号。

(三) 药品名称后写剂型、单次给药量，用中文或规定的拉丁文缩写符号标出给药次数、给药方法。剂量使用公制单位，以克(g)为单位时可以省略。

(四) 药品剂量以阿拉伯数字表示，小数点前的“0”不得省略，整数后不写小数点。

(五) 液体剂型或注射剂以容量为单位时，须注明药物浓度（如0.2% 替硝唑注射液或针 200ml）。

(六) 一组药物混合应用时，每种药物书写一行；在其后划一斜线，表明下药加入上药液；斜线右侧书写用法。

(七) 成组药物停用其中一种时，应停止该组医嘱，重新开具医嘱。

第三节 临时医嘱单

第一百五十九条 临时医嘱指有效时间在24小时内的书面医学指令，应在指令时限内一次完成。

第一百六十条 临时医嘱单一般项目包括患者姓名、科别、床号、住院病历号、页码等。

第一百六十一条 临时医嘱单内容包括医嘱开具日期与时间、开具项目、医师签名、执行时间、执行护士签名等。

(一) 开具项目包括检验和检查、临时用药、药物过敏皮试、穿

刺操作、拟施行的手术和术前准备、术中非麻醉用药、输血、输液、采取的监护与治疗措施、一次性护理、临时治疗、出院带药等。

（二）取消临时医嘱时，用红色墨水笔在相应医嘱栏中标注“取消”并签名，书写时间。

（三）注意事项：

1. 每行内容左顶格书写。

2. 每个检验或检查项目逐项单列。

3. 需做药物过敏皮试（如青霉素皮试）时，医嘱后标注括号；阳性结果用红笔书写“+”，阴性结果用蓝黑或碳素墨水笔书写“-”，由执行护士将结果添入括号内。

4. 某些短期治疗可开出执行时间，如鼻导管吸氧（2L/min）2小时。

5. 临时医嘱项目内不得书写每日几次，如需每日2次或2次以上应分别开具临时医嘱，或长期医嘱。

6. 出院带药仅书写药品名称、单药剂量和数量并注明出院带药。

第八章 辅助检查报告单

第一节 辅助检查报告单书写要求

第一百六十二条 辅助检查报告单指患者住院期间所做各项检验、检查结果的记录。

（一）检验内容包括血液、尿液、大便、肝功能、肾功能、电解质、体腔内液体等。

（二）检查内容包括X线、CT、磁共振、心电图、心功能、超声、核素扫描、肺功能检查、内窥镜检查、细胞和组织病理检查等。

第一百六十三条 辅助检查报告单由相应医务人员签发；诊断性临床报告由执业医师出具。

第一百六十四条 申请辅助检查或出具辅助检查报告单时要求：

(一) 申请单和报告单项目填写齐全。

(二) 申请医师、报告医师、审核医师签名或印章完整。

(三) 申请或送检日期与报告日期间隔符合要求。

(四) 申请单与报告单使用中文或国际通用、规范的缩写，报告内容规范。

(五) 临床检验报告内容包含检验值参考范围、异常结果提示、危急值、标本接收时间、操作者姓名、审核者姓名及其他需报告的内容。

第一百六十五条 设输血科的医疗机构，配发血报告单（输血记录单）在正常工作时间内由检验者、复核者、发血者与领血者4人签名。非工作时间发血者由检验者或复核者代替；签名不许用印章代替，领血者必须为本医疗机构注册护士。

第一百六十六条 检查报告单在病历中按顺序排列在检验报告单之前；检验报告单应按报告日期顺排，自上而下，粘贴于专用纸左边。

第二节 检验单

第一百六十七条 检验申请单

(一) 患者在门诊或住院期间的检验申请单由经治医师填写。

(二) 内容包括患者姓名、性别、年龄、科别、住院病历号（门诊号）、疾病名称、送检标本、检查项目、申请和送检日期、申请医师签名或印章等。

第一百六十八条 检验报告单

(一) 内容包括患者姓名、性别、年龄、科别、住院病历号（门诊号）、检验项目、检验结果、报告日期、报告人员及审核人签名或印章等。

(二) 检验发现异常时应附正常值；需报告危急值者按有关规定执

行。

第三节 检查单

第一百六十九条 检查申请单

(一) 患者门诊检查或住院期间的检查申请单由经治医师填写。

(二) 内容包括患者姓名、性别、年龄、科别、住院病历号（门诊号），病情摘要、尤其是检查理由，既往检查结果或治疗方法和疗程，检查部位和要求，申请日期、申请医师签名或印章等。

第一百七十条 检查报告单

(一) 内容包括患者姓名、性别、年龄、科别、住院病历号（门诊号）、检查项目、检查结果、报告日期、报告人员与审核人签名或印章等。

(二) 报告单应描述检查所见异常改变并提示可能符合的疾病。

第九章 护理文书与病案首页

第一百七十一条 护理文书参照河南省卫生厅关于印发《河南省医疗机构表格式护理文书书写规范（试行）》的通知（豫卫医〔2011〕106号）要求书写。

第一百七十二条 病案首页按卫生部要求及相关表格填写，不得空项。

第十章 打印病历

第一节 打印病历的定义与类型

第一百七十三条 打印病历是指用文字处理软件编辑生成并打印的病历（如 Word 文档、WPS 文档等）。

第一百七十四条 打印病历的类型

(一) 按种类分：门（急）诊手册、门诊病历、急诊留观病历和住院病历。

(二)按时间分：运行病历（住院病历）与归档病历（出院病案）。

第二节 打印病历的基本要求

第一百七十五条 病历录入格式必须按照本规定内容录入并及时打印，由相应医务人员手写签名。

第一百七十六条 病历中除门（急）诊病历、检查或检验部分外，一律使用 A4 大小的纸张。入院记录、病程记录中，除页眉和页脚外尽量采用宋体、四号字排版；病历中其他部分尽量按上述原则排版。

第一百七十七条 同一医疗机构须统一打印病历的纸张、字体、字号及排版格式。打印字迹应清楚易认，符合病历保存期限和复印要求。

第一百七十八条 打印病历编辑过程中应当按照权限和时间要求进行修改，已完成打印并签名的病历不得修改。

临床医生从正式进入临床工作起，3 整年以上才允许使用打印病历。

第十一章 病案排序

第一百七十九条 病案排序的目的是方便医务人员查找相关资料，便于统计、交流，以及医疗质量检查和医疗评价工作。

第一节 门诊病案排序

第一百八十条 门诊病历排序

(一)病历首程

(二)病历记录

(三)特殊检查报告单（按时间先后排序）

(四)检验报告单（按时间先后排序）

(五)医学影像检查资料等

第一百八十一条 门诊病案保存时间不少于 15 年

第二节 急诊留住观察室病案排序

第一百八十二条 急诊留住观察室期间病历排序

- (一) 体温单
- (二) 长期医嘱单
- (三) 临时医嘱单
- (四) 入观察室记录
- (五) 病程记录
- (六) 各种检查报告单

第一百八十三条 急诊出观察室病案排序

- (一) 入观察室记录
- (二) 病程记录
- (三) 各种检查报告单
- (四) 长期医嘱单
- (五) 临时医嘱单
- (六) 体温单
- (七) 护理记录
- (八) 其它

第一百八十四条 急诊留住观察室病案的保存时间不少于 15 年。

第三节 住院病人病案排序

第一百八十五条 住院期间病历排序（运行病历）

- (一) 体温单（按日期先后倒排）
- (二) 长期医嘱单（按日期先后倒排）
- (三) 临时医嘱单（按日期先后倒排）
- (四) 入院记录
- (五) 住院记录（学生或者 2 年以内住院医师书写的大病历）

(六)病程记录（按日期先后排列）

(七)术前讨论记录

(八)麻醉术前访视记录

(九)会诊记录(按会诊日期先后排列,未会诊时放在体温单之前)

(十)手术的各种记录（一次手术排在一起），顺序为麻醉记录，手术风险评估，手术安全核查记录，手术清点记录，手术记录，麻醉术后访视记录，麻醉同意书，手术同意书等。

(十一)知情同意书顺序为输血治疗知情同意书，特殊检查、特殊治疗同意书，医患沟通单，授权委托书等。

(十二)特殊治疗记录单

(十三)特殊检查、特殊治疗审批表

(十四)检查报告单排列顺序为心电图、B超、放射科报告单，内窥镜报告单，病理报告单等。（同一类型的检查报告单按检查日期先后排列）。

(十五)检验报告单按报告日期顺排，自上而下，粘贴于专用纸左边。

(十六)护理记录单，排列顺序为入院护理评估单，一般护理记录，重症护理记录，其它护理相关记录单(同一类型记录单按日期先后排)

(十七)住院病案首页

(十八)入院证

(十九)门诊病历

(二十)其它：外院资料，临床路径表单等

第一百八十六条 出院病案排序（归档病历）

(一)住院病案首页

(二)入院证

(三) 出院记录或死亡记录

(四) 入院记录

(五) 住院记录（学生或者 2 年以内住院医师书写的大病历）

(六) 病程记录

(七) 死亡讨论记录

(八) 术前讨论记录

(九) 麻醉术前访视记录

(十) 会诊记录（按时间先后排序）

(十一) 手术的各种记录（一次手术排在一起），顺序为麻醉记录，手术风险评估，手术安全核查记录，手术清点记录，手术记录，麻醉术后访视记录，麻醉同意书，手术同意书等。

(十二) 知情同意书，顺序为授权委托书，输血治疗知情同意书，特殊检查、特殊治疗同意书，医患沟通单，授权委托书等。

(十三) 特殊治疗记录单

(十四) 长期医嘱单（按日期先后排列）

(十五) 临时医嘱单（按日期先后排列）

(十六) 特殊检查、特殊治疗审批表

(十七) 检查报告单的排列顺序为心电图、B 超、放射科报告单，内窥镜报告单，病理报告单等。（同一类型的检查报告单按检查日期先后排列）。

(十八) 检验的报告单按报告日期顺排，自上而下，粘贴于专用纸左边。

(十九) 体温单（按日期先后排列）

(二十) 护理记录单，排列顺序为入院护理评估单，一般护理记录，重症护理记录，其它护理相关记录单（同一类型记录单按日期先后排

序)。

(二十一) 门诊病历

(二十二) 其它：外院资料，临床路径表单等

第一百八十七条 住院病人病案保存时间不得少于 30 年

第四节 产科病案排序

第一百八十八条 产科住院病历排序

(一) 体温单（按日期先后倒排）

(二) 长期医嘱单（按日期先后倒排）

(三) 临时医嘱单（按日期先后倒排）

(四) 产科入院简要记录

(五) 产程记录

(六) 产程图

(七) 产时总结记录

(八) 按第一百八十五条中“住院期间病历排序”第（四）～（十九）的顺序排列

(九) 新生儿住院病历

(十) 门诊病历

(十一) 其它：外院资料，临床路径表单等

第一百八十九条 产科出院病案排序

(一) 住院病案首页

(二) 入院证

(三) 出院记录或死亡记录

(四) 产科入院记录

(五) 产时总结记录

(六) 产程记录

(七)产程图

(八)按第一百八十六条中“出院病案排序”第(六)～(二十)的顺序排列

(九)新生儿出院病案

(十)门诊病历

(十一)其它：外院资料，临床路径表单等

第五节 新生儿病案排序

第一百九十条 新生儿住院病历顺序

(一)新生儿体温单

(二)新生儿长期医嘱单

(三)新生儿临时医嘱单

(四)新生儿记录

(五)新生儿脚印、产妇指印及新生儿交接签名记录

(六)新生儿有关的知情同意书，新生儿遗传代谢病筛查知情同意书等

(七)新生儿出生及出院记录

(八)新生儿其他

第一百九十一条 新生儿出院病案顺序

(一)新生儿出生及出院记录

(二)新生儿记录

(三)新生儿脚印、产妇指印及新生儿交接签名记录

(四)新生儿有关的知情同意书，新生儿遗传代谢病筛查知情同意书等

(五)新生儿长期医嘱单

(六)新生儿临时医嘱单

(七)新生儿体温单

(八)新生儿其他

卫生部关于修订住院病案首页的通知

卫医政发〔2011〕84号

附件 1

医疗机构_____ (组织机构代码: _____)					
医疗支付方式: ☐	住院病案首页				
健康卡号: _____	第 _____ 次住院 病案号: _____				
姓名 _____ 性别 ☐ 1. 男 2. 女 出生日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年龄 _____ 国籍 _____ (年龄不足 1 周岁的) 年龄 _____ 月 新生儿出生体重 _____ 克 新生儿入院体重 _____ 克 出生地 _____ 省 (区、市) _____ 市 _____ 县 籍贯 _____ 省 (区、市) _____ 市 民族 _____ 身份证号 _____ 职业 _____ 婚姻 ☐ 1. 未婚 2. 已婚 3. 丧偶 4. 离婚 9. 其他 现住址 _____ 省 (区、市) _____ 市 _____ 县 电话 _____ 邮编 _____ 户口地址 _____ 省 (区、市) _____ 市 _____ 县 邮编 _____ 工作单位及地址 _____ 单位电话 _____ 邮编 _____ 联系人姓名 _____ 关系 _____ 地址 _____ 电话 _____ 入院途径 ☐ 1. 急诊 2. 门诊 3. 其他医疗机构转入 9. 其他 入院时间 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时 入院科别 _____ 病房 _____ 转科科别 _____ 出院时间 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时 出院科别 _____ 病房 _____ 实际住院 _____ 天 门 (急) 诊诊断 _____ 疾病编码 _____					
出院诊断	疾病编码	入院病情	出院诊断	疾病编码	入院病情
主要诊断:			其他诊断:		
其他诊断:					
入院病情: 1. 有, 2. 临床未确定, 3. 情况不明, 4. 无					
损伤、中毒的外部原因 _____			疾病编码 _____		
病理诊断: _____			疾病编码 _____		
			病理号 _____		
药物过敏 ☐ 1. 无 2. 有, 过敏药物: _____			死亡患者尸检 ☐ 1. 是 2. 否		
血型 ☐ 1. A 2. B 3. O 4. AB 5. 不详 6. 未查 Rh ☐ 1. 阴 2. 阳 3. 不详 4. 未查					
科主任 _____ 主任 (副主任) 医师 _____ 主治医师 _____ 住院医师 _____					

责任护士 _____	进修医师 _____	实习医师 _____	编码员 _____
病案质量 ☐ 1. 甲 2. 乙 3. 丙 质控医师 _____ 质控护士 _____			
期 _____ 年 _____ 月 _____ 日			

手术及操作编码	手术及操作日期	手术级别	手术及操作名称	手术及操作医师			切口愈合等级	麻醉方式	麻醉医师
				术者	I 助	II 助			
							/		
							/		
							/		
							/		
							/		
							/		
							/		
							/		

离院方式 ☐ 1. 医嘱离院 2. 医嘱转院，拟接收医疗机构名称： _____
 3. 医嘱转社区卫生服务机构/乡镇卫生院，拟接收医疗机构名称： _____ 4. 非医嘱离院 5. 死亡 9. 其他
 是否有出院 31 天内再住院计划 ☐ 1. 无 2. 有，目的： _____

颅脑损伤患者昏迷时间： 入院前 _____ 天 _____ 小时 _____ 分钟 入院后 _____ 天 _____ 小时 _____ 分钟

住院费用（元）：总费用 _____ （自付金额： _____）
 1. **综合医疗服务类：**（1）一般医疗服务费： _____ （2）一般治疗操作费： _____ （3）护理费： _____
 （4）其他费用： _____
 2. **诊断类：**（5）病理诊断费： _____ （6）实验室诊断费： _____ （7）影像学诊断费： _____
 （8）临床诊断项目费： _____
 3. **治疗类：**（9）非手术治疗项目费： _____ （临床物理治疗费： _____）
 （10）手术治疗费： _____ （麻醉费： _____ 手术费： _____）
 4. **康复类：**（11）康复费： _____
 5. **中医类：**（12）中医治疗费： _____
 6. **西药类：**（13）西药费： _____ （抗菌药物费用： _____）
 7. **中药类：**（14）中成药费： _____ （15）中草药费： _____
 8. **血液和血液制品类：**（16）血费： _____ （17）白蛋白类制品费： _____ （18）球蛋白类制品费： _____
 （19）凝血因子类制品费： _____ （20）细胞因子类制品费： _____
 9. **耗材类：**（21）检查用一次性医用材料费： _____ （22）治疗用一次性医用材料费： _____
 （23）手术用一次性医用材料费： _____
 10. **其他类：**（24）其他费： _____

说明：（一）医疗付费方式 1. 城镇职工基本医疗保险 2. 城镇居民基本医疗保险 3. 新型农村合作医疗 4. 贫困救助 5. 商业医疗保险 6. 全公费 7. 全自费 8. 其他社会保险 9. 其他
 （二）凡可由医院信息系统提供住院费用清单的，住院病案首页中可不填写“住院费用”。

住院病案首页部分项目填写说明

一、基本要求

（一）凡本次修订的病案首页与前一版病案首页相同的项目，未就项目填写内容进行说明的，仍按照《卫生部关于修订下发住院病案首页的通知》（卫医发〔2001〕286号）执行。

（二）签名部分可由相应医师、护士、编码员手写签名或使用可靠的电子签名。

（三）凡栏目中有“□”的，应当在“□”内填写适当阿拉伯数字。栏目中没有可填写内容的，填写“-”。如：联系人没有电话，在电话处填写“-”。

（四）疾病编码：指患者所罹患疾病的标准编码。目前按照全国统一的 ICD-10 编码执行。

（五）病案首页背面中空白部分留给各省级卫生行政部门结合医院级别类别增加具体项目。

二、部分项目填写说明

（一）“医疗机构”指患者住院诊疗所在的医疗机构名称，按照《医疗机构执业许可证》登记的机构名称填写。组织机构代码目前按照 WS218-2002 卫生机构（组织）分类与代码标准填写，代码由 8 位本体代码、连字符和 1 位检验码组成。

（二）医疗付费方式分为：1. 城镇职工基本医疗保险；2. 城镇居民基本医疗保险；3. 新型农村合作医疗；4. 贫困救助；5. 商业医疗保险；6. 全公费；7. 全自费；8. 其他社会保险；9. 其他。应当根据患者付费方式在“□”内填写相应阿拉伯数字。其他社会保险指生育保险、工伤保险、农民工保险等。

（三）健康卡号：在已统一发放“中华人民共和国居民健康卡”的地区填写健康卡号码，尚未发放“健康卡”的地区填写“就医卡号”等患者识别码或暂不填写。

（四）“第N次住院”指患者在本医疗机构住院诊治的次数。

（五）病案号：指本医疗机构为患者住院病案设置的唯一性编码。原则上，同一患者在同一医疗机构多次住院应当使用同一病案号。

（六）年龄：指患者的实足年龄，为患者出生后按照日历计算的历法年龄。年龄满1周岁的，以实足年龄的相应整数填写；年龄不足1周岁的，按照实足年龄的月龄填写，以分数形式表示：分数的整数部分代表实足月龄，分数部分分母为30，分子为不足1个月的天数，如“2 15/30月”代表患儿实足年龄为2个月又15天。

（七）从出生到28天为新生儿期。出生日为第0天。产妇病历应当填写“新生儿出生体重”；新生儿期住院的患儿应当填写“新生儿出生体重”、“新生儿入院体重”。新生儿出生体重指患儿出生后第一小时内第一次称得的重量，要求精确到10克；新生儿入院体重指患儿入院时称得的重量，要求精确到10克。

（八）出生地：指患者出生时所在地点。

（九）籍贯：指患者祖居地或原籍。

（十）身份证号：除无身份证号或因其他特殊原因无法采集者外，住院患者入院时要如实填写18位身份证号。

（十一）职业：按照国家标准《个人基本信息分类与代码》（GB/T2261.4）要求填写，共13种职业：11.国家公务员、13.专业技术人员、17.职员、21.企业管理人员、24.工人、27.农民、31.学生、37.现役军人、51.自由职业者、54.个体经营者、70.无业人员、

80. 退（离）休人员、90. 其他。根据患者情况，填写职业名称，如：职员。

（十二）婚姻：指患者在住院时的婚姻状态。可分为：1. 未婚；2. 已婚；3. 丧偶；4. 离婚；9. 其他。应当根据患者婚姻状态在“□”内填写相应阿拉伯数字。

（十三）现住址：指患者来院前近期的常住地址。

（十四）户口地址：指患者户籍登记所在地址，按户口所在地填写。

（十五）工作单位及地址：指患者在就诊前的工作单位及地址。

（十六）联系人“关系”：指联系人与患者之间的关系，参照《家庭关系代码》国家标准（GB/T4761）填写：1. 配偶，2. 子，3. 女，4. 孙子、孙女或外孙子、外孙女，5. 父母，6. 祖父母或外祖父母，7. 兄、弟、姐、妹，8/9. 其他。根据联系人与患者实际关系情况填写，如：孙子。对于非家庭关系人员，统一使用“其他”，并可附加说明，如：同事。

（十七）入院途径：指患者收治入院治疗的来源，经由本院急诊、门诊诊疗后入院，或经由其他医疗机构诊治后转诊入院，或其他途径入院。

（十八）转科科别：如果超过一次以上的转科，用“→”转接表示。

（十九）实际住院天数：入院日与出院日只计算一天，例如：2011年6月12日入院，2011年6月15日出院，计住院天数为3天。

（二十）门（急）诊诊断：指患者在住院前，由门（急）诊接诊医师在住院证上填写的门（急）诊诊断。

（二十一）出院诊断：指患者出院时，临床医师根据患者所做的各项检查、治疗、转归以及门急诊诊断、手术情况、病理诊断等综合分析得出的最终诊断。

1. 主要诊断：指患者出院过程中对身体健康危害最大，花费医疗资源最多，住院时间最长的疾病诊断。外科的主要诊断指患者住院接受手术进行治疗的疾病；产科的主要诊断指产科的主要并发症或伴随疾病。

2. 其他诊断：除主要诊断及医院感染名称（诊断）外的其他诊断，包括并发症和合并症。

（二十二）入院病情：指对患者入院时病情评估情况。将“出院诊断”与入院病情进行比较，按照“出院诊断”在患者入院时是否已具有，分为：1. 有；2. 临床未确定；3. 情况不明；4. 无。根据患者具体情况，在每一出院诊断后填写相应的阿拉伯数字。

1. 有：对应本出院诊断在入院时就已明确。例如，患者因“乳腺癌”入院治疗，入院前已经钼靶、针吸细胞学检查明确诊断为“乳腺癌”，术后经病理亦诊断为乳腺癌。

2. 临床未确定：对应本出院诊断在入院时临床未确定，或入院时该诊断为可疑诊断。例如：患者因“乳腺恶性肿瘤不除外”、“乳腺癌？”或“乳腺肿物”入院治疗，因缺少病理结果，肿物性质未确定，出院时有病理诊断明确为乳腺癌或乳腺纤维瘤。

3. 情况不明：对应本出院诊断在入院时情况不明。例如：乙型病毒性肝炎的窗口期、社区获得性肺炎的潜伏期，因患者入院时处于窗口期或潜伏期，故入院时未能考虑此诊断或主观上未能明确此诊断。

4. 无：在住院期间新发生的，入院时明确无对应本出院诊断的诊断条目。例如：患者出现围术期心肌梗死。

（二十三）损伤、中毒的外部原因：指造成损伤的外部原因及引起中毒的物质，如：意外触电、房屋着火、公路上汽车翻车、误服农药。不可以笼统填写车祸、外伤等。应当填写损伤、中毒的标准编码。

（二十四）病理诊断：指各种活检、细胞学检查及尸检的诊断，包括术中冰冻的病理结果。病理号：填写病理标本编号。

（二十五）药物过敏：指患者在本次住院治疗以及既往就诊过程中，明确的药物过敏史，并填写引发过敏反应的具体药物，如：青霉素。

（二十六）死亡患者尸检：指对死亡患者的机体进行剖验，以明确死亡原因。非死亡患者应当在“□”内填写“-”。

（二十七）血型：指在本次住院期间进行血型检查明确，或既往病历资料能够明确的患者血型。根据患者实际情况填写相应的阿拉伯数字：1. A；2. B；3. O；4. AB；5. 不详；6. 未查。如果患者无既往血型资料，本次住院也未进行血型检查，则按照“6. 未查”填写。“Rh”根据患者血型检查结果填写。

（二十八）签名。

1. 医师签名要能体现三级医师负责制。三级医师指住院医师、主治医师和具有副主任医师以上专业技术职务任职资格的医师。在三级医院中，病案首页中“科主任”栏签名可以由病区负责医师代签，其他级别的医院必须由科主任亲自签名，如有特殊情况，可以指定主管病区的负责医师代签。

2. 责任护士：指在已开展责任制护理的科室，负责本患者整体护理的责任护士。

3. 编码员：指负责病案编目的分类人员。

4. 质控医师：指对病案终末质量进行检查的医师。

5. 质控护士：指对病案终末质量进行检查的护士。

6. 质控日期：由质控医师填写。

（二十九）手术及操作编码：目前按照全国统一的 ICD-9-CM-3 编码执行。表格中第一行应当填写本次住院的主要手术和操作编码。

（三十）手术级别：指按照《医疗技术临床应用管理办法》（卫医政发〔2009〕18 号）要求，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，填写相应手术级别对应的阿拉伯数字：

1. 一级手术（代码为 1）：指风险较低、过程简单、技术难度低的普通手术；

2. 二级手术（代码为 2）：指有一定风险、过程复杂程度一般、有一定技术难度的手术；

3. 三级手术（代码为 3）：指风险较高、过程较复杂、难度较大的手术；

4. 四级手术（代码为 4）：指风险高、过程复杂、难度大的重大手术。

（三十一）手术及操作名称：指手术及非手术操作（包括诊断及治疗性操作，如介入操作）名称。表格中第一行应当填写本次住院的主要手术和操作名称。

（三十二）切口愈合等级，按以下要求填写：

切口分组	切口等级/愈合类别	内涵
0 类切口		有手术，但体表无切口或腔镜手术切口
I 类切口	I / 甲	无菌切口/切口愈合良好
	I / 乙	无菌切口/切口愈合欠佳
	I / 丙	无菌切口/切口化脓
	I / 其他	无菌切口/出院时切口愈合情况不确定
II 类切口	II / 甲	沾染切口/切口愈合良好

	II/乙	沾染切口/切口愈合欠佳
	II/丙	沾染切口/切口化脓
	II/其他	沾染切口/出院时切口愈合情况不确定
III类切口	III/甲	感染切口/切口愈合良好
	III/乙	感染切口/切口欠佳
	III/丙	感染切口/切口化脓
	III/其他	感染切口/出院时切口愈合情况不确定

1.0 类切口：指经人体自然腔道进行的手术以及经皮腔镜手术，如经胃腹腔镜手术、经脐单孔腹腔镜手术等。

2. 愈合等级“其他”：指出院时切口未达到拆线时间，切口未拆线或无需拆线，愈合情况尚未明确的状态。

（三十三）麻醉方式：指为患者进行手术、操作时使用的麻醉方法，如全麻、局麻、硬膜外麻等。

（三十四）离院方式：指患者本次住院出院的方式，填写相应的阿拉伯数字。主要包括：

1. 医嘱离院（代码为 1）：指患者本次治疗结束后，按照医嘱要求出院，回到住地进一步康复等情况。

2. 医嘱转院（代码为 2）：指医疗机构根据诊疗需要，将患者转往相应医疗机构进一步诊治，用于统计“双向转诊”开展情况。如果接收患者的医疗机构明确，需要填写转入医疗机构的名称。

3. 医嘱转社区卫生服务机构/乡镇卫生院（代码为 3）：指医疗机构根据患者诊疗情况，将患者转往相应社区卫生服务机构进一步诊疗、康复，用于统计“双向转诊”开展情况。如果接收患者的社区卫生服务机构明确，需要填写社区卫生服务机构/乡镇卫生院名称。

4. 非医嘱离院（代码为 4）：指患者未按照医嘱要求而自动离院，如：患者疾病需要住院治疗，但患者出于个人原因要求出院，此种出院并非由医务人员根据患者病情决定，属于非医嘱离院。

5. 死亡（代码为 5）。指患者在住院期间死亡。

6. 其他（代码为 9）：指除上述 5 种出院去向之外的其他情况。

（三十五）是否有出院 31 天内再住院计划：指患者本次住院出院后 31 天内是否有诊疗需要的再住院安排。如果有再住院计划，则需要填写目的，如：进行二次手术。

（三十六）颅脑损伤患者昏迷时间：指颅脑损伤的患者昏迷的时间合计，按照入院前、入院后分别统计，间断昏迷的填写各段昏迷时间的总和。只有颅脑损伤的患者需要填写昏迷时间。

（三十七）住院费用：总费用指患者住院期间发生的与诊疗有关的所有费用之和，凡可由医院信息系统提供住院费用清单的，住院病案首页中可不填写。已实现城镇职工、城镇居民基本医疗保险或新农合即时结报的地区，应当填写“自付金额”。

住院费用共包括以下 10 个费用类型：

1. 综合医疗服务类：各科室共同使用的医疗服务项目发生的费用。

（1）一般医疗服务费：包括诊查费、床位费、会诊费、营养咨询等费用。

（2）一般治疗操作费：包括注射、清创、换药、导尿、吸氧、抢救、重症监护等费用。

（3）护理费：患者住院期间等级护理费用及专项护理费用。

（4）其他费用：病房取暖费、病房空调费、救护车使用费、尸体料理费等。

2. 诊断类：用于诊断的医疗服务项目发生的费用

（1）病理诊断费：患者住院期间进行病理学有关检查项目费用。

（2）实验室诊断费：患者住院期间进行各项实验室检验费用。

(3) 影像学诊断费：患者住院期间进行透视、造影、CT、磁共振检查、B超检查、核素扫描、PET等影像学检查费用。

(4) 临床诊断项目费：临床科室开展的其他用于诊断的各种检查项目费用。包括有关内镜检查、肛门指诊、视力检测等项目费用。

3. 治疗类：

(1) 非手术治疗项目费：临床利用无创手段进行治疗的项目产生的费用。包括高压氧舱、血液净化、精神治疗、临床物理治疗等。临床物理治疗指临床利用光、电、热等外界物理因素进行治疗的项目产生的费用，如放射治疗、放射性核素治疗、聚焦超声治疗等项目产生的费用。

(2) 手术治疗费：临床利用有创手段进行治疗的项目产生的费用。包括麻醉费及各种介入、孕产、手术治疗等费用。

4. 康复类：对患者进行康复治疗产生的费用。包括康复评定和治疗。

5. 中医类：利用中医手段进行治疗产生的费用。

6. 西药类：包括有机化学药品、无机化学药品和生物制品费用。

(1) 西药费：患者住院期间使用西药所产生的费用。

(2) 抗菌药物费用：患者住院期间使用抗菌药物所产生的费用，包含于“西药费”中。

7. 中药类：包括中成药和中草药费用。

(1) 中成药费：患者住院期间使用中成药所产生的费用。中成药是以中草药为原料，经制剂加工制成各种不同剂型的中药制品。

(2) 中草药费：患者住院期间使用中草药所产生的费用。中草药主要由植物药（根、茎、叶、果）、动物药（内脏、皮、骨、器官等）和矿物药组成。

8. 血液和血液制品类：

(1) 血费：患者住院期间使用临床用血所产生的费用，包括输注全血、红细胞、血小板、白细胞、血浆的费用。医疗机构对患者临床用血的收费包括血站供应价格、配血费和储血费。

(2) 白蛋白类制品费：患者住院期间使用白蛋白的费用。

(3) 球蛋白类制品费：患者住院期间使用球蛋白的费用。

(4) 凝血因子类制品费：患者住院期间使用凝血因子的费用。

(5) 细胞因子类制品费：患者住院期间使用细胞因子的费用。

9. 耗材类：当地卫生、物价管理部门允许单独收费的耗材。按照医疗服务项目所属类别对一次性医用耗材进行分类。“诊断类”操作项目中使用的耗材均归入“检查用一次性医用材料费”；除“手术治疗”外的其他治疗和康复项目（包括“非手术治疗”、“临床物理治疗”、“康复”、“中医治疗”）中使用的耗材均列入“治疗用一次性医用材料费”；“手术治疗”操作项目中使用的耗材均归入“手术用一次性医用材料费”。

(1) 检查用一次性医用材料费：患者住院期间检查检验所使用的一次性医用材料费用。

(2) 治疗用一次性医用材料费：患者住院期间治疗所使用的一次性医用材料费用。

(3) 手术用一次性医用材料费：患者住院期间进行手术、介入操作时所使用的一次性医用材料费用。

10. 其他费：患者住院期间未能归入以上各类的费用总和。

住院病案首页项目修订说明

一、“医院”名称修订为“医疗机构”名称，并增加了“组织机构代码”项目。

二、“医疗付款方式”修订为“医疗付费方式”。

三、增加了“健康卡号”、“新生儿出生体重”、“新生儿入院体重”。增加了“现住址”及“电话”、“邮编”，方便对患者随访及统计患者来源等信息。

四、增加了“入院途径”。

五、“病室”修订为“病房”。

六、增加了门（急）诊诊断“疾病编码”。

七、删除了“入院时情况”、“入院诊断”、“入院后确诊日期”。

八、调整“出院诊断”表格，充分利用有限的版面，增加“其他诊断”的填写空间；删除了表格中“出院情况”栏目，修订为“入院病情”有关项目；“ICD-10”修订为“疾病编码”。

九、增加了损伤、中毒的“疾病编码”。

十、删除了“医院感染名称”。

十一、增加了“病理诊断”的填写空间，增加了“疾病编码”、“病理号”项目。医疗机构可根据医疗实际，适当增加“肿瘤形态学编码”等项目。

十二、“药物过敏”增加了“有、无”选项。

十三、删除了“HBsAg”、“HCV-Ab”、“HIV-Ab”。

十四、将“尸检”修订为“死亡患者尸检”，并提前至第一页。

十五、将“血型”、“Rh”项目调整至第一页，并对填写内容进行修改。

十六、将“主（副主）任医师”修订为“主任（副主任）医师”，

删除了“研究生实习医师”签名项。

十七、增加了“责任护士”项目，以适应责任制护理服务示范工程的需要。

十八、对与手术相关的项目进行了修订，并在顺序上进行了调整，“手术、操作”均修订为“手术及操作”；增加了“手术级别”项目；对“切口愈合等级”进行了调整。

十九、增加了“离院方式”有关项目。

二十、增加了“是否有出院 31 天内再住院计划”。

二十一、增加了“颅脑损伤患者昏迷时间”统计项目。

二十二、删除了“手术、治疗、检查、诊断为本院第一例”、“随诊”、“随诊期限”、“示教病例”、“输血反应”、“输血品种”等项目。

二十三、对住院费用统计项目进行了调整，统一标准，便于统计分析。

住院病案首页数据填写质量规范（暂行）

国卫办医发〔2016〕24号

第一章 基本要求

第一条 为提高住院病案首页数据质量，促进精细化、信息化管理，为医院、专科评价和付费方式改革提供客观、准确、高质量数据，提高医疗质量，保障医疗安全，依据《中华人民共和国统计法》、《病历书写基本规范》等相关法律法规，制定本规范。

第二条 住院病案首页是医务人员使用文字、符号、代码、数字等方式，将患者住院期间相关信息精炼汇总在特定的表格中，形成的病例数据摘要。住院病案首页包括患者基本信息、住院过程信息、诊疗信息、费用信息。

第三条 住院病案首页填写应当客观、真实、及时、规范，项目填写完整，准确反映住院期间诊疗信息。

第四条 住院病案首页中常用的标量、称量应当使用国家计量标准和卫生行业通用标准。

第五条 住院病案首页应当使用规范的疾病诊断和手术操作名称。诊断依据应在病历中可追溯。

第六条 疾病诊断编码应当统一使用 ICD-10, 手术和操作编码应当统一使用 ICD-9-CM-3。

使用疾病诊断相关分组（DRGs）开展医院绩效评价的地区，应当使用临床版 ICD-10 和临床版 ICD-9-CM-3。

第七条 医疗机构应当建立病案质量管理与控制工作制度，确保住院病案首页数据质量。

第二章 填写规范

第八条 入院时间是指患者实际入病房的接诊时间；出院时间是

指患者治疗结束或终止治疗离开病房的时间，其中死亡患者是指其死亡时间；记录时间应当精确到分钟。

第九条 诊断名称一般由病因、部位、临床表现、病理诊断等要素构成。

出院诊断包括主要诊断和其他诊断（并发症和合并症）。

第十条 主要诊断一般是患者住院的理由，原则上应选择本次住院对患者健康危害最大、消耗医疗资源最多、住院时间最长的疾病诊断。

第十一条 主要诊断选择的一般原则

（一）病因诊断能包括疾病的临床表现，则选择病因诊断作为主要诊断。

（二）以手术治疗为住院目的的，则选择与手术治疗相一致的疾病作为主要诊断。

（三）以疑似诊断入院，出院时仍未确诊，则选择临床高度怀疑、倾向性最大的疾病诊断作为主要诊断。

（四）因某种症状、体征或检查结果异常入院，出院时诊断仍不明确，则以该症状、体征或异常的检查结果作为主要诊断。

（五）疾病在发生发展过程中出现不同危害程度的临床表现，且本次住院以某种临床表现为诊治目的，则选择该临床表现作为主要诊断。

疾病的临终状态原则上不能作为主要诊断。

（六）本次住院仅针对某种疾病的并发症进行治疗时，则该并发症作为主要诊断。

第十二条 住院过程中出现比入院诊断更为严重的并发症或疾病时，按以下原则选择主要诊断：

（一）手术导致的并发症，选择原发病作为主要诊断。

（二）非手术治疗或出现与手术无直接相关性的疾病，按第十条选择主要诊断。

第十三条 肿瘤类疾病按以下原则选择主要诊断：

（一）本次住院针对肿瘤进行手术治疗或进行确诊的，选择肿瘤为主要诊断。

（二）本次住院针对继发肿瘤进行手术治疗或进行确诊的，即使原发肿瘤依然存在，选择继发肿瘤为主要诊断。

（三）本次住院仅对恶性肿瘤进行放疗或化疗时，选择恶性肿瘤放疗或化疗为主要诊断。

（四）本次住院针对肿瘤并发症或肿瘤以外的疾病进行治疗的，选择并发症或该疾病为主要诊断。

第十四条 产科的主要诊断应当选择产科的主要并发症或合并症。没有并发症或合并症的，主要诊断应当由妊娠、分娩情况构成，包括宫内妊娠周数、胎数（G）、产次（P）、胎方位、胎儿和分娩情况等。

第十五条 多部位损伤，以对健康危害最大的损伤或主要治疗的损伤作为主要诊断。

第十六条 多部位灼伤，以灼伤程度最严重部位的诊断为主要诊断。在同等程度灼伤时，以面积最大部位的诊断为主要诊断。

第十七条 以治疗中毒为主要目的的，选择中毒为主要诊断，临床表现为其他诊断。

第十八条 其他诊断是指除主要诊断以外的疾病、症状、体征、病史及其他特殊情况，包括并发症和合并症。

并发症是指一种疾病在发展过程中引起的另一种疾病，后者即为前者的并发症。

合并症是指一种疾病在发展过程中出现的另外一种或几种疾病，后发生的疾病不是前一种疾病引起的。合并症可以是入院时已存在，也可以是入院后新发生或新发现的。

第十九条 填写其他诊断时，先填写主要疾病并发症，后填写合并症；先填写病情较重的疾病，后填写病情较轻的疾病；先填写已治疗的疾病，后填写未治疗的疾病。

第二十条 下列情况应当写入其他诊断：

入院前及住院期间与主要疾病相关的并发症；现病史中涉及的疾病和临床表现；住院期间新发生或新发现的疾病和异常所见；对本次住院诊治及预后有影响的既往疾病。

第二十一条 由于各种原因导致原诊疗计划未执行、且无其他治疗出院的，原则上选择拟诊疗的疾病为主要诊断，并将影响原诊疗计划执行的原因（疾病或其他情况等）写入其他诊断。

第二十二条 手术及操作名称一般由部位、术式、入路、疾病性质等要素构成。多个术式时，主要手术首先选择与主要诊断相对应的手术。一般是技术难度最大、过程最复杂、风险最高的手术，应当填写在首页手术操作名称栏中第一行。既有手术又有操作时，按手术优先原则，依手术、操作时间顺序逐行填写。仅有操作时，首先填写与主要诊断相对应的、主要的治疗性操作（特别是有创的治疗性操作），后依时间顺序逐行填写其他操作。

第三章 填报人员要求

第二十三条 临床医师、编码员及各类信息采集录入人员，在填写病案首页时应当按照规定的格式和内容及时、完整和准确填报。

第二十四条 临床医师应当按照本规范要求填写诊断及手术操作等诊疗信息，并对填写内容负责。

第二十五条 编码员应当按照本规范要求准确编写疾病分类与手术操作代码。临床医师已作出明确诊断，但书写格式不符合疾病分类规则的，编码员可按分类规则实施编码。

第二十六条 医疗机构应当做好住院病案首页费用归类，确保每笔费用类别清晰、准确。

第二十七条 信息管理人员应当按照数据传输接口标准及时上传数据，确保住院病案首页数据完整、准确。

住院病案首页数据质量管理与控制指标（2016年版）

国卫办医发〔2016〕24号

一、住院病案首页填报完整率

定义：住院病案首页填报完整率是指首页必填项目完整填报的病案份数占同期出院病案总数的比例。

住院病案首页项目填报完整率是指 n 份病案首页填报的必填项目之和占 n 份病案首页全部必填项目总数的比例。

计算公式：

$$\text{病案首页填报完整率} = \frac{\text{首页必填项目完整填报的病案份数}}{\text{检查出院病案总数}} \times 100\%$$

$$\text{病案首页项目填报完整率} = \frac{n \text{ 份病案首页填报的必填项目之和}}{n \text{ 份病案首页全部必填项目总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构填报住院病案首页的总体情况，是衡量住院病案首页数据质量的基础指标，是应用首页数据客观评价医院服务能力和医疗质量的工作基础。

二、主要诊断选择正确率

定义：主要诊断选择正确的病案数占同期出院病案总数的比例。

计算公式：

$$\text{主要诊断选择正确率} = \frac{\text{病案首页主要诊断选择正确的病案数}}{\text{检查出院病案总数}} \times 100\%$$

意义：主要诊断是病种质量管理、临床路径管理的数据基础，也是应用 DRGs 这一评价工具对医院进行绩效评估的重要依据。主要诊断选择正确率是评估诊疗措施适宜性的重

要指标，反映医疗机构及其医师的临床能力及诊治水平。

三、主要手术及操作选择正确率

定义：主要手术及操作选择正确的病案数占同期有手术及操作的出院病案总数的比例。

计算公式：

$$\text{主要手术及操作选择正确率} = \frac{\text{主要手术及操作选择正确的病案数}}{\text{检查有手术及操作的出院病案总数}} \times 100\%$$

意义：主要手术及操作信息是病种质量管理、临床路径管理的数据基础，也是对医院进行技术能力及绩效评价的重要依据。

四、其他诊断填写完整正确率

定义：其他诊断填写完整正确的病案数占同期出院病案总数的比例。

计算公式：

$$\text{其他诊断填写完整正确率} = \frac{\text{其他诊断填写完整正确的病案数}}{\text{检查出院病案总数}} \times 100\%$$

意义：其他诊断（包括并发症和合并症）体现患者疾病的危重及复杂程度，是保障诊断相关分组（DRGs）客观准确的重要数据。其他诊断填写完整正确率能够更客观地反映医疗机构及其医师的临床能力及诊治水平。

五、主要诊断编码正确率

定义：主要诊断编码正确的病案数占同期出院病案总数的比例。

计算公式：

$$\text{主要诊断编码正确率} = \frac{\text{主要诊断编码正确的病案数}}{\text{检查出院病案总数}} \times 100\%$$

意义：主要诊断编码正确率是反映医疗机构病案编码质量的重要指标，对正确统计医院及地区疾病谱、支撑 DRGs 分组和医疗机构绩效评估均具有重要意义。

六、其他诊断编码正确率

定义：其他诊断编码正确的病案数占同期出院病案总数的比例。

计算公式：

$$\text{其他诊断编码正确率} = \frac{\text{其他诊断编码正确的病案数}}{\text{检查出院病案总数}} \times 100\%$$

意义：其他诊断编码正确率是反映医疗机构病案编码质量的重要指标，对正确统计医院及地区疾病谱、支撑 DRGs 分组和医疗机构绩效评估均具有重要意义。

七、手术及操作编码正确率

定义：手术及操作编码正确的病案数占同期有手术及操作记录的出院病案总数的比例。

计算公式：

$$\text{手术及操作编码正确率} = \frac{\text{手术及操作编码正确的病案数}}{\text{检查有手术及操作记录的出院病案总数}} \times 100\%$$

意义：手术及操作编码正确率是反映医疗机构病案编码质量的重要指标，对重要病种质量评价、临床路径质量分析具有重要意义。编码员应当根据国际疾病分类规则对临床实施的手术操作准确编写 ICD-9-CM-3 手术操作代码。

八、病案首页数据质量优秀率

定义：病案首页数据质量优秀的病案数占同期出院病案总数的比例。

计算公式：

$$\text{病案首页数据质量优秀率} = \frac{\text{病案首页数据质量优秀的病案数}}{\text{检查出院病案总数}} \times 100\%$$

意义：病案首页数据质量优秀率是全面反映病案首页数据填报质量的主要指标。医疗机构应当对住院病案首页数据质量进行全面管理，使首页内容填报全面、准确。

九、医疗费用信息准确率

定义：医疗费用信息准确的病案数占同期出院病案总数的比例。

计算公式：

$$\text{医疗费用信息准确率} = \frac{\text{医疗费用信息准确的病案数}}{\text{检查出院病案总数}} \times 100\%$$

意义：医疗费用信息准确率是医疗费用分析的重要指标，用于评价医院是否启用标准收费字典库及按照收费分类要求进行信息系统改造，并对照接口标准准确上传住院医疗费用信息。

十、病案首页数据上传率

定义：上传首页数据的病案数占同期出院病案总数的比例。

计算公式：

$$\text{病案首页信息上传率} = \frac{\text{上传首页数据的病案数}}{\text{同期出院病案总数}} \times 100\%$$

意义：病案首页数据上传率是反映医疗机构首页数据导

出及信息上传的完整性，是利用首页数据客观评价医院服务能力和医疗质量的工作基础。

- 附件：
1. 住院病案首页必填项目列表
 2. 住院病案首页数据质量评分标准

附件 1

住院病案首页必填项目列表

序号	项目	信息分类	序号	项目	信息分类
1	医疗机构	住院信息	39	ABO 血型	诊疗信息
2	组织机构代码	诊疗信息	40	Rh 血型	诊疗信息
3	第 次住院	住院信息	41	(主要手术) 名称	诊疗信息
4	入院途径	住院信息	42	(主要手术) 级别	诊疗信息
5	入院时间	住院信息	43	(主要手术) 切口愈合等级	诊疗信息
6	入院科别	住院信息	44	(主要手术) 麻醉方式	诊疗信息
7	(入院) 病房	住院信息	45	(入院前) 颅脑损伤时间	诊疗信息
8	转科科别	住院信息	46	(入院后) 颅脑损伤时间	诊疗信息
9	出院时间	住院信息	47	(重症监护室) 名称	诊疗信息
10	出院科别	住院信息	48	(重症监护室) 进入时间	诊疗信息
11	(出院) 病房	住院信息	49	(重症监护室) 转出时间	诊疗信息
12	实际住院天数	住院信息	50	医疗付费方式	患者信息
13	科主任	住院信息	51	病案号	患者信息
14	主任(副主任) 医师	住院信息	52	姓名	患者信息
15	主治医师	住院信息	53	性别	患者信息
16	住院医师	住院信息	54	出生日期	患者信息
17	责任护士	住院信息	55	年龄	患者信息
18	编码员	住院信息	56	国籍	患者信息
19	(主要手术) 日期	住院信息	57	出生地(省、市、县)	患者信息
20	(主要手术) 术者	住院信息	58	籍贯	患者信息
21	(主要手术) I 助	住院信息	59	民族	患者信息
22	(主要手术) II 助	住院信息	60	身份证号	患者信息
23	(主要手术) 麻醉医师	住院信息	61	职业	患者信息
24	离院方式	住院信息	62	婚姻	患者信息

25	是否有 31 天内再次入院计划	住院信息	63	现住址（省、市、县、街道）	患者信息
26	日常生活能力评定量表得分 （入院）	住院信息	64	现住址电话	患者信息
27	日常生活能力评定量表得分 （出院）	住院信息	65	现住址邮编	患者信息
28	门急诊诊断	诊疗信息	66	户口地址（省、市、县、街道）	患者信息
29	门急诊诊断编码	诊疗信息	67	户口地址邮编	患者信息
30	（主要出院诊断）名称	诊疗信息	68	工作单位及地址	患者信息
31	（主要出院诊断）入院病情	诊疗信息	69	工作单位电话	患者信息
32	（主要出院诊断）疗效	诊疗信息	70	工作单位邮编	患者信息
33	（主要出院诊断）编码	诊疗信息	71	联系人姓名	患者信息
34	损伤中毒的外部原因	诊疗信息	72	联系人关系	患者信息
35	损伤中毒的外部原因编码	诊疗信息	73	联系人地址	患者信息
36	病理号（有一次住院多个标本 的可能）	诊疗信息	74	联系人电话	患者信息
37	病理诊断	诊疗信息	75	住院总费用	费用信息
38	有无药物过敏	诊疗信息	76	自付费用	费用信息

注：必填栏不能为空项，没有可填写内容时填写“-”

附件 2

住院病案首页数据质量评分标准

医院名称		患者姓名		病案号	
检查项目	项目类别	项目数	评分项	分值	减分
患者基本信息 (18 分)	A 类	2	新生儿入院体重	4	
			新生儿出生体重	4	
	B 类	1	病案号	2	
	C 类	4	性别	1	
			出生日期	1	
			年龄	1	
			医疗付费方式	1	
	D 类	20	健康卡号、患者姓名、出生地、籍贯、民族、身份证号、职业、婚姻状况、现住址、电话号码、邮编、户口地址及邮编、工作单位及地址、单位电话及邮编、联系人姓名、关系、地址、电话号码。	0.5 分/项，减至 4 分为止	
住院过程信息 (26 分)	A 类	1	离院方式	4	
	B 类	5	入院时间	2	
			出院时间	2	
			实际住院天数	2	
			出院科别	2	
			是否有 31 天内再住院计划	2	
	C 类	3	入院途径	1	
			入院科别	1	
			转科科别	1	
诊疗信息 (50 分)	A 类	6	出院主要诊断	4	
			主要诊断编码	4	
			其他诊断	1 分/项，减至 4 分为止	
			其他诊断编码	1 分/项，减至 4 分为止	
			主要手术或操作名称	4	
			主要手术或操作编码	4	
	B 类	8	入院病情	2	
			病理诊断	2	
			病理诊断编码	2	
			切口愈合等级	2	
			颅脑损伤患者昏迷时间	2	

			其他手术或操作名称	0.5 分/项，减至 2 分为止	
			其他手术或操作编码	0.5 分/项，减至 2 分为止	
			手术及操作日期	2	
	C 类	3	门（急）诊诊断	1	
			门（急）诊诊断疾病编码	1	
			麻醉方式	1	
	D 类	12	损伤（中毒）外部原因及疾病编码、病理诊断及编码和病历号、药物过敏史、尸检记录、血型及 Rh 标识、手术级别、术者、第一助手。	0.5/项，减至 3 分为止	
费用信息 （6 分）	A 类	1	总费用	4	
	D 类	10	综合医疗服务类、诊断类、治疗类、康复类、中医类、西药类、中药类、血液和血制品类、耗材类、其他类。	每项 0.5 分，减至 2 分为止	

总分 100 分
减分

检查人员：

实际得分

检查时间

病案管理质量控制指标（2021年版）

国卫办医函〔2021〕28号

一、人力资源配置指标

指标一、住院病案管理人员月均负担出院患者病历数 (MER-HR-01)

定义：单位时间内，每名住院病案管理人员每月平均负担的出院患者病历数。

计算公式：

$$\text{住院病案管理人员月均负担出院患者病历数} = \frac{\text{出院患者病历总数}}{\text{同期住院病案管理人员实际工作总月数}}$$

说明：1. 住院病案管理人员是指专职从事住院病历回收、整理、扫描、装订、归档、复印、借阅、编码、统计及质量控制等工作的人员。

2. 实际工作总月数等于每名工作人员实际工作月数的总和（下同）。

指标二、门诊病案管理人员月均负担门诊患者病历数 (MER-HR-02)

定义：单位时间内，每名门诊病案管理人员每月平均负担的门诊患者病历数。

计算公式：

$$\text{门诊病案管理人员月均负担门诊患者病历数} = \frac{\text{门诊患者病历总数}}{\text{同期门诊病案管理人员实际工作总月数}}$$

说明：1. 门诊病案管理人员是指专职从事门诊病案资料整理、装订、归档、复印、借阅、编码、统计及质量控制等工作的人员。

2. 门诊患者病历总数按同期门诊实际诊疗人次计算。

指标三、病案编码人员月均负担出院患者病历数 (MER-HR-03)

定义：单位时间内，每名病案编码人员每月平均负担的出院患者病历数。

计算公式：

$$\text{病案编码人员月均负担出院患者病历数} = \frac{\text{出院患者病历总数}}{\text{同期病案编码人员实际工作总月数}}$$

说明：病案编码人员是指对出院病历病案首页各数据项进行信息录入，包括对疾病、手术操作信息进行 ICD 编码及审核等工作的专业技术人员。

二、病历书写时效性指标

指标四、入院记录 24 小时内完成率 (MER-TL-01)

定义：单位时间内，入院记录在患者入院24小时内完成的住院患者病历数占同期住院患者病历总数的比例。

计算公式：

$$\text{入院记录24小时内完成率} = \frac{\text{入院记录在患者入院24小时内完成的住院患者病历数}}{\text{同期住院患者病历总数}} \times 100\%$$

指标五、手术记录24小时内完成率 (MER-TL-02)

定义：单位时间内，手术记录在术后24小时内完成的住院患者病历数占同期住院手术患者病历总数的比例。

计算公式：

$$\text{手术记录 24 小时内完成率} = \frac{\text{手术记录在术后24小时内完成的住院患者病历数}}{\text{同期住院手术患者病历总数}} \times 100\%$$

指标六、出院记录24小时内完成率 (MER-TL-03)

定义：单位时间内，出院记录在患者出院后24小时内完成的病历数占同期出院患者病历总数的比例。

计算公式：

$$\text{出院记录 24 小时内完成率} = \frac{\text{出院记录在患者出院后 24 小时内完成的病历数}}{\text{同期出院患者病历总数}} \times 100\%$$

指标七、病案首页24小时内完成率（MER-TL-04）

定义：单位时间内，病案首页在患者出院后24小时内完成的病历数占同期出院患者病历总数的比例。

计算公式：

$$\text{病案首页 24 小时内完成率} = \frac{\text{病案首页在患者出院后 24 小时内完成的病历数}}{\text{同期出院患者病历总数}} \times 100\%$$

三、重大检查记录符合率

指标八、CT/MRI检查记录符合率（MER-ME-01）

定义：单位时间内，CT/MRI检查医嘱、报告单、病程记录相对应的住院患者病历数占接受CT/MRI检查的住院患者病历总数的比例。

计算公式：

$$\text{CT/MRI 检查记录符合率} = \frac{\text{CT/MRI检查医嘱、报告单、病程记录相对应的住院病历数}}{\text{同期接受CT/MRI检查的住院病历总数}} \times 100\%$$

说明：CT/MRI 检查医嘱、报告单、病程记录相对应是指在接受 CT/MRI 检查的住院患者病历中，CT/MRI 相关医嘱、报告单完整，检查结果及分析在病程记录中有相应记录。

指标九、病理检查记录符合率（MER-ME-02）

定义：单位时间内，手术记录、病理检查报告单、病程记

录相对应的住院患者病历数占同期开展病理检查的住院患者病历总数的比例。

计算公式：

$$\text{病理检查记录符合率} = \frac{\text{手术记录、病理检查报告单、病程记录相对应的住院患者病历数}}{\text{同期开展病理检查的住院患者病历总数}} \times 100\%$$

说明：手术记录、病理检查报告单、病程记录相对应是指在开展病理检查的住院患者病历中，病理检查报告单完整，取材情况和病理结果分别在手术记录、病程记录中有相应记录。

指标十、细菌培养检查记录符合率（MER-ME-03）

定义：单位时间内，细菌培养检查的医嘱、报告单、病程记录相对应的住院患者病历数占同期开展细菌培养检查的住院患者病历总数的比例。

计算公式：

$$\text{细菌培养检查记录符合率} = \frac{\text{细菌培养检查的医嘱、报告单、病程记录相对应的住院患者病历数}}{\text{同期开展细菌培养检查的住院患者病历总数}} \times 100\%$$

说明：细菌培养检查的医嘱、报告单、病程记录相对应是指在开展细菌培养检查的住院患者病历中，细菌培养检查相关医嘱、报告单完整，培养结果及分析在病程记录中有相应记录。

四、诊疗行为记录符合率

指标十一、抗菌药物使用记录符合率（MER-D&T-01）

定义：单位时间内，抗菌药物使用医嘱、病程记录相对应的住院患者病历数占同期使用抗菌药物的住院患者病历总数的比例。

计算公式：

抗菌药物使用记录符合率= $\frac{\text{抗菌药物使用医嘱、病程记录相对应的住院患者病历数}}{\text{同期使用抗菌药物的住院患者病历总数}} \times 100\%$

说明：1. 抗菌药物使用医嘱、病程记录相对应是指在使用抗菌药物治疗的住院患者病历中，抗菌药物使用相关医嘱单完整，使用情况在病程记录中有相应记录。

2. 抗菌药物的范围见《抗菌药物临床应用管理办法》（卫生部令第84号）。

指标十二、恶性肿瘤化学治疗记录符合率（MER-D&T-02）

定义：单位时间内，恶性肿瘤化学治疗医嘱、病程记录相对应的住院患者病历数占同期接受恶性肿瘤化学治疗的住院患者病历总数的比例。

计算公式：

恶性肿瘤化学治疗记录符合率= $\frac{\text{恶性肿瘤化学治疗医嘱、病程记录相对应的住院患者病历数}}{\text{同期接受恶性肿瘤化学治疗的住院患者病历总数}} \times 100\%$

说明：恶性肿瘤化学治疗医嘱、病程记录相对应是指在接受恶性肿瘤化学治疗的住院患者病历中，化学治疗医嘱完整，治疗情况在病程记录中有相应记录。

指标十三、恶性肿瘤放射治疗记录符合率（MER-D&T-03）

定义：单位时间内，恶性肿瘤放射治疗医嘱（治疗单）、病程记录相对应的住院患者病历数占同期接受恶性肿瘤放射治疗的住院患者病历总数的比例。

计算公式：

恶性肿瘤放射治疗记录符合率= $\frac{\text{恶性肿瘤放射治疗医嘱（治疗单）、病程记录相对应的住院患者病历数}}{\text{同期开展恶性肿瘤放射治疗的住院患者病历总数}} \times 100\%$

说明：恶性肿瘤放射治疗医嘱（治疗单）、病程记录相对应是指在接受恶性肿瘤放射治疗的住院患者病历中，放射治疗医嘱（治疗单）完整，治疗情况在病程记录中有相应记录。

指标十四、手术相关记录完整率（MER-D&T-04）

定义：单位时间内，手术相关记录完整的住院手术患者病历数占同期住院手术患者病历总数的比例。

计算公式：

$$\text{手术相关记录完整率} = \frac{\text{手术相关记录完整的住院手术患者病历数}}{\text{同期住院手术患者病历总数}} \times 100\%$$

说明：手术相关记录完整是指在接受手术治疗的住院患者病历中，手术医嘱、术前讨论结论、手术记录、手术安全核查表等手术相关内容符合《医疗质量安全核心制度要点》（国卫医发〔2018〕8号）《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11号）等文件要求。

指标十五、植入物相关记录符合率（MER-D&T-05）

定义：单位时间内，植入物相关记录符合的住院患者病历数占同期使用植入物的住院患者病历总数的比例。

计算公式：

$$\text{植入物相关记录符合率} = \frac{\text{植入物相关记录符合的住院患者病历数}}{\text{同期使用植入物的住院患者病历总数}} \times 100\%$$

说明：植入物相关记录符合是指植入物条形码齐全，植入物种类和数量等情况在手术记录或病程记录中有相应记录。

指标十六、临床用血相关记录符合率（MER-D&T-06）

定义：单位时间内，临床用血相关记录符合的住院患者病历数占同期存在临床用血的住院患者病历总数的比例。

计算公式：

$$\text{临床用血相关记录符合率} = \frac{\text{临床用血相关记录符合的住院患者病历数}}{\text{同期存在临床用血的住院患者病历总数}} \times 100\%$$

说明：临床用血相关记录符合是指输血知情同意书、医嘱、输血记录单等相关内容符合《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11号）《医疗机构临床用血管理办法》（卫生部令第85号）等文件要求。

指标十七、医师查房记录完整率（MER-D&T-07）

定义：单位时间内，医师查房记录完整的住院患者病历数占同期住院患者病历总数的比例。

计算公式：

$$\text{医师查房记录完整率} = \frac{\text{医师查房记录完整的住院患者病历数}}{\text{同期住院患者病历总数}} \times 100\%$$

说明：医师查房记录完整是指医师查房记录符合《医疗质量安全核心制度要点》（国卫医发〔2018〕8号）《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11号）要求。

指标十八、患者抢救记录及时完成率（MER-D&T-08）

定义：单位时间内，抢救记录及时完成的住院患者病历数占同期接受抢救的住院患者病历总数的比例。

计算公式：

$$\text{患者抢救记录及时完成率} = \frac{\text{抢救记录及时完成的住院患者病历数}}{\text{同期接受抢救的住院患者病历总数}} \times 100\%$$

说明：抢救记录及时完成是指抢救记录的书写时限和内容符合《医疗质量安全核心制度要点》（国卫医发〔2018〕8号）《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11号）要求。

五、病历归档质量指标

指标十九、出院患者病历 2 日归档率（MER-TQ-01）

定义：单位时间内，2个工作日内完成归档的出院患者病历数占同期出院患者病历总数的比例。

计算公式：

$$\text{出院患者病历 2 日归档率} = \frac{\text{2个工作日内完成归档的出院患者病历数}}{\text{同期出院患者病历总数}} \times 100\%$$

指标二十、出院患者病历归档完整率（MER-TQ-02）

定义：单位时间内，归档病历内容完整的出院患者病历数占同期出院患者病历总数的比例。

计算公式：

$$\text{出院患者病历归档完整率} = \frac{\text{归档病历内容完整的出院患者病历数}}{\text{同期出院患者病历总数}} \times 100\%$$

说明：病历内容完整是指归档病历内容符合《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11号）要求。

指标二十一、主要诊断填写正确率（MER-TQ-03）

定义：单位时间内，病案首页中主要诊断填写正确的出院患者病历数占同期出院患者病历总数的比例。

计算公式：

$$\text{主要诊断填写正确率} = \frac{\text{病案首页中主要诊断填写正确的出院患者病历数}}{\text{同期出院患者病历总数}} \times 100\%$$

说明：主要诊断填写正确是指主要诊断填写符合《卫生部

关于修订住院病案首页的通知》(卫医政发[2011]84号)《国家卫生计生委办公厅关于印发住院病案首页数据填写质量规范(暂行)》(国卫办医发[2016]24号)要求。

指标二十二、主要诊断编码正确率(MER-TQ-04)

定义：单位时间内，病案首页中主要诊断编码正确的出院患者病历数占同期出院患者病历总数的比例。

计算公式：

$$\text{主要诊断编码正确率} = \frac{\text{病案首页中主要诊断编码正确的出院患者病历数}}{\text{同期出院患者病历总数}} \times 100\%$$

说明：主要诊断编码正确是指主要诊断编码符合国家统一发布的最新的《疾病分类与代码国家临床版》要求。

指标二十三、主要手术填写正确率(MER-TQ-05)

定义：单位时间内，病案首页中主要手术填写正确的出院患者病历数占同期出院手术患者病历总数的比例。

计算公式：

$$\text{主要手术填写正确率} = \frac{\text{病案首页中主要手术填写正确的出院患者病历数}}{\text{同期出院手术患者病历总数}} \times 100\%$$

说明：主要手术操作填写正确是指主要手术填写符合《卫生部关于修订住院病案首页的通知》(卫医政发〔2011〕84号)《国家卫生计生委办公厅关于印发住院病案首页数据填写质量规范(暂行)》(国卫办医发〔2016〕24号)相关要求。

指标二十四、主要手术编码正确率(MER-TQ-06)

定义：单位时间内，病案首页中主要手术编码正确的出院患者病历数占同期出院手术患者病历总数的比例。

计算公式：

$$\text{主要手术编码正确率} = \frac{\text{病案首页中主要手术编码正确的出院患者病历数}}{\text{同期出院手术患者病历总数}} \times 100\%$$

说明：主要手术编码正确是指主要手术编码符合国家统一发布的最新的《手术操作与分类代码国家临床版》有关要求。

指标二十五、不合理复制病历发生率（MER-TQ-07）

定义：单位时间内，出现不合理复制病历内容的出院患者病历数占同期出院患者病历总数的比例。

计算公式：

$$\text{不合理复制病历发生率} = \frac{\text{出现不合理复制病历内容的出院患者病历数}}{\text{同期出院患者病历总数}} \times 100\%$$

说明：不合理复制病历内容是指首次病程记录病例特点与入院记录、现病史完全相同；拟诊讨论部分重复病例特点；2次以上病程记录完全相同；同科同种疾病拟诊讨论内容完全相同。

指标二十六、知情同意书规范签署率（MER-TQ-08）

定义：单位时间内，规范签署知情同意书的出院患者病历数占同期存在知情同意书签署的出院患者病历总数的比例。

计算公式：

$$\text{知情同意书规范签署率} = \frac{\text{规范签署知情同意书的出院患者病历数}}{\text{同期存在知情同意书签署的出院患者病历总数}} \times 100\%$$

说明：规范签署知情同意书是指病历中各类知情同意书签署符合《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11号）《医疗纠纷预防和处置条例》（中华人民共和国国务院令 第701号）有关规定。

指标二十七、甲级病历率（MER-TQ-09）

定义：单位时间内，甲级出院患者病历数占同期出院患者病历总数的比例。

计算公式： $\text{甲级病历率} = \frac{\text{甲级出院患者病历数}}{\text{同期出院患者病历总数}} \times 100\%$

国家卫生健康委办公厅关于印发 2021 年国家医疗质量安全改进目标的通知

国卫办医函〔2021〕76 号

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生健康委：

为进一步加强医疗质量安全管理，持续提升医疗质量安全管理科学化、精细化水平，构建优质高效的医疗质量管理与控制体系，根据《医疗质量管理办法》，我委制定了《2021 年国家医疗质量安全改进目标》（以下简称《目标》）。现印发给你们，并提出以下要求。

一、充分提高认识，强化目标导向，提升医疗质量安全管理水平。目标管理是经过实践检验的现代管理方法，也是各行各业履行管理职能的通用方法。明确的目标能够强化相关人员责任感，调动相关人员积极性，凝聚人心、形成合力，推动工作快速有序发展。《医疗质量管理办法》实施以来，我国医疗质量安全管理组织体系、指标体系、规范体系不断完善，医疗质量安全信息化监测工作机制日益健全，医疗质量安全基线情况逐步清晰，根据医疗质量安全关键领域和薄弱环节制定年度国家医疗质量安全改进目标，并以此为切入点开展医疗质量安全系统改进工作，对引导医疗质量安全管理方向、激发医疗机构内生动力、广泛凝聚行业力量、提升医疗质量管理科学化和精细化水平具有重要意义。

二、加强组织领导，创新工作机制，推动目标持续改进。各级各类医疗机构要围绕目标逐项建立专门工作小组和技术团队，具体负责相关目标组织实施和持续改进工作。积极创新工作机制和方式方法，注重破除原有管理模式的部门、学科壁垒和工作障碍，提倡多部门、多学科有效协同，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、相关制度、工作机制和实施路径，建立调度和激励约束机制，

充分调动相关管理人员和医务人员积极性。各级卫生健康行政部门要将《目标》作为重要抓手融入医疗质量安全管理工作中，采取多种形式开展培训、交流和宣贯，引导医疗机构围绕《目标》全面提高医疗质量安全管理意识，完善医疗质量安全管理组织架构和工作体系，做好医疗质量安全持续改进工作。各级各专业质控组织要将《目标》改进工作作为核心工作任务，为目标的实现提供技术支撑。

三、加强工作交流，营造良好氛围，培育质量安全文化

各级各类医疗机构要通过院务公开、文化园地、学术交流等形式对《目标》改进工作和改进成效进行广泛宣传，加强部门、科室间的交流，在院内营造良好的氛围，引导医务人员将医疗质量安全理念和医疗质量安全改进目标融入日常工作。各级卫生健康行政部门和质控组织要发掘先进典型，提炼医疗机构在工作中形成的可推广、可复制的经验和做法，通过组织培训、经验交流等形式进行推广。相关行业组织要利用自身优势，围绕国家医疗质量安全改进目标积极开展研究和交流，为目标的实现提供助力，共同培育全员关注、参与医疗质量安全的行业理念与文化。

附件：1. 2021 年国家医疗质量安全改进目标

2. 2021 年国家医疗质量安全改进目标说明

国家卫生健康委办公厅

2021 年 2 月 9 日

附件 1

2021 年国家医疗质量安全改进目标

- 目标一 提高急性ST段抬高型心肌梗死再灌注治疗率
- 目标二 提高急性脑梗死再灌注治疗率
- 目标三 提高肿瘤治疗前临床TNM分期评估率
- 目标四 提高住院患者抗菌药物治疗前病原学送检率
- 目标五 提高静脉血栓栓塞症规范预防率
- 目标六 提高病案首页主要诊断编码正确率
- 目标七 提高医疗质量安全不良事件报告率
- 目标八 降低住院患者静脉输液使用率
- 目标九 降低血管内导管相关血流感染发生率
- 目标十 降低阴道分娩并发症发生率

附件 2

2021 年国家医疗质量安全改进目标说明

目标六 提高病案首页主要诊断编码正确率

（一）目标简述

1. 提高病案首页主要诊断编码正确率，是提升病案首页 质量的重要内容，对正确统计医疗机构及地区疾病谱、支撑 DRGs 分组、评价医疗质量安全水平和技术能力等工作具有非常重要的基础性支撑作用。

2. 病案首页主要诊断填写正确，是指医师和病案管理人员按照规定，准确选择和规范填写住院病案首页中的主要诊断，并按照国家统一发布的疾病分类代码准确进行编码。

（二）核心策略

1. 医疗机构充分发挥病案管理委员会的作用，完善相关管理制度与机制，制订与实施本机构病案首页规范化填报技术指南，进一步明确主要诊断选择原则、ICD 编码原则等内容。

2. 医疗机构加强病案首页规范化填报、质量监测等相关培训，提高医务人员准确填写主要诊断和编码的能力。

3. 建立本机构制度化、常态化、多部门协作的监测及评价机制，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。

4. 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。

国家卫生健康委办公厅关于印发 2022 年国家医疗质量安全改进目标的通知

国卫办医函〔2022〕58 号

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生健康委：

为加强医疗质量安全管理工作，持续提升医疗质量安全管理工作科学化、精细化水平，构建优质高效的医疗质量管理与控制体系，2021 年我委组织制定了年度国家医疗质量安全改进目标。目标印发后，全行业高度关注，在各级卫生健康行政部门的指导下，各质控组织、医疗机构、行业学协会围绕目标积极制定改进策略、组织开展落实工作，取得明显成效。充分展现了目标引导医疗质量安全管理工作方向，激发行业内生动力，凝聚行业力量，实现医疗质量安全改进的重要作用。

为进一步发挥目标在促进医疗质量安全改进方面的重要作用，我委在 2021 年工作基础上，结合年度质量安全报告数据反映的医疗质量安全突出问题和薄弱环节，制定了《2022 年国家医疗质量安全改进目标》，并指导各国家级质控中心研究制定了本专业 2022 年质控工作改进目标。现一并印发给你们，请进一步加强医疗质量安全管理工作，继续指导各质控组织、医疗机构、行业学协会做好组织实施工作，优化改进工作策略，创新工作机制和方式方法，深入推进目标管理，指导医疗机构以目标为切入点开展医疗质量安全系统改进工作。同时，进一步加强宣贯培训，做好数据信息的收集、分析和反馈，不断提升医疗质量安全管理工作水平。

附件：1. 2022 年国家医疗质量安全改进目标

2. 2022 年各专业质控工作改进目标

国家卫生健康委办公厅

2022 年 3 月 1 日

附件 1

2022 年国家医疗质量安全改进目标

目标一 提高急性ST段抬高型心肌梗死再灌注治疗率

目标二 提高急性脑梗死再灌注治疗率

目标三 提高肿瘤治疗前临床 TNM 分期评估率

目标四 提高住院患者抗菌药物治疗前病原学送检率

目标五 提高静脉血栓栓塞症规范预防率

目标六 提高感染性休克集束化治疗完成率

目标七 提高医疗质量安全不良事件报告率

目标八 降低非计划重返手术室再手术率

目标九 降低住院患者静脉输液使用率

目标十 降低阴道分娩并发症发生率

附件 2

2022 年各专业质控工作改进目标（节选）

序号	质控中心	改进目标	目标简述
1	病案管理专业	提高病首页主要诊断编码正确率 (PIT-2022-01)	病案首页主要诊断填写正确，是指医师和病案管理人员按照规定，准确选择和规范填写住院病案首页中的主要诊断，并按照国家统一发布的疾病分类代码准确进行编码。提高病案首页主要诊断编码正确率，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 DRGs 分组、评价医疗质量安全水平和技术能力等工作具有非常重要的基础性支撑作用。

中华人民共和国统计法实施条例（节选）

中华人民共和国国务院令 第 681 号

第一章 总 则

第一条 根据《中华人民共和国统计法》（以下简称统计法），制定本条例。

第二条 统计资料能够通过行政记录取得的，不得组织实施调查。通过抽样调查、重点调查能够满足统计需要的，不得组织实施全面调查。

第三条 县级以上人民政府统计机构和有关部门应当加强统计规律研究，健全新兴产业等统计，完善经济、社会、科技、资源和环境统计，推进互联网、大数据、云计算等现代信息技术在统计工作中的应用，满足经济社会发展需要。

第四条 地方人民政府、县级以上人民政府统计机构和有关部门应当根据国家有关规定，明确本单位防范和惩治统计造假、弄虚作假的责任主体，严格执行统计法和本条例的规定。

地方人民政府、县级以上人民政府统计机构和有关部门及其负责人应当保障统计活动依法进行，不得侵犯统计机构、统计人员独立行使统计调查、统计报告、统计监督职权，不得非法干预统计调查对象提供统计资料，不得统计造假、弄虚作假。

统计调查对象应当依照统计法和国家有关规定，真实、准确、完整、及时地提供统计资料，拒绝、抵制弄虚作假等违法行为。

第五条 县级以上人民政府统计机构和有关部门不得组织实施营利性统计调查。

国家有计划地推进县级以上人民政府统计机构和有关部门通过向社会购买服务组织实施统计调查和资料开发。

第二章 统计调查项目

第六条 部门统计调查项目、地方统计调查项目的主要内容不得与国家统计调查项目的内容重复、矛盾。

第七条 统计调查项目的制定机关（以下简称制定机关）应当就项目的必要性、可行性、科学性进行论证，征求有关地方、部门、统计调查对象和专家的意见，并由制定机关按照会议制度集体讨论决定。重要统计调查项目应当进行试点。

第八条 制定机关申请审批统计调查项目，应当以公文形式向审批机关提交统计调查项目审批申请表、项目的统计调查制度和工作经费来源说明。

申请材料不齐全或者不符合法定形式的，审批机关应当一次性告知需要补正的全部内容，制定机关应当按照审批机关的要求予以补正。

申请材料齐全、符合法定形式的，审批机关应当受理。

第九条 统计调查项目符合下列条件的，审批机关应当作出予以批准的书面决定：

- （一）具有法定依据或者确为公共管理和服务所必需；
- （二）与已批准或者备案的统计调查项目的主要内容不重复、不矛盾；
- （三）主要统计指标无法通过行政记录或者已有统计调查资料加工整理取得；
- （四）统计调查制度符合统计法律法规规定，科学、合理、可行；
- （五）采用的统计标准符合国家有关规定；
- （六）制定机关具备项目执行能力。

不符合前款规定条件的，审批机关应当向制定机关提出修改意见；修改后仍不符合前款规定条件的，审批机关应当作出不予批准的书面决定并说明理由。

第十条 统计调查项目涉及其他部门职责的，审批机关应当在作出审批决定前，征求相关部门的意见。

第十一条 审批机关应当自受理统计调查项目审批申请之日起20日内作出决定。20日内不能作出决定的，经审批机关负责人批准可以延长10日，并应当将延长审批期限的理由告知制定机关。

制定机关修改统计调查项目的时间，不计算在审批期限内。

第十二条 制定机关申请备案统计调查项目，应当以公文形式向备案机关提交统计调查项目备案申请表和项目的统计调查制度。

统计调查项目的调查对象属于制定机关管辖系统，且主要内容与已批准、备案的统计调查项目不重复、不矛盾的，备案机关应当依法给予备案文号。

第十三条 统计调查项目经批准或者备案的，审批机关或者备案机关应当及时公布统计调查项目及其统计调查制度的主要内容。涉及国家秘密的统计调查项目除外。

第十四条 统计调查项目有下列情形之一的，审批机关或者备案机关应当简化审批或者备案程序，缩短期限：

（一）发生突发事件需要迅速实施统计调查；

（二）统计调查制度内容未作变动，统计调查项目有效期届满需要延长期限。

第十五条 统计法第十七条第二款规定的国家统计标准是强制执行标准。各级人民政府、县级以上人民政府统计机构和有关部门组织实施的统计调查活动，应当执行国家统计标准。

制定国家统计标准，应当征求国务院有关部门的意见。

第三章 统计调查的组织实施

第十六条 统计机构、统计人员组织实施统计调查，应当就统计调查对象的法定填报义务、主要指标涵义和有关填报要求等，向统计调查对象作出说明。

第十七条 国家机关、企业事业单位或者其他组织等统计调查对象提供统计资料，应当由填报人员和单位负责人签字，并加盖公章。个人作为统计调查对象提供统计资料，应当由本人签字。统计调查制度规定不需要签字、加盖公章的除外。

统计调查对象使用网络提供统计资料的，按照国家有关规定执行。

第十八条 县级以上人民政府统计机构、有关部门推广使用网络报送统计资料，应当采取有效的网络安全保障措施。

第十九条 县级以上人民政府统计机构、有关部门和乡、镇统计人员，应当对统计调查对象提供的统计资料进行审核。统计资料不完整或者存在明显错误的，应当由统计调查对象依法予以补充或者改正。

第二十条 国家统计局应当建立健全统计数据质量监控和评估制度，加强对各省、自治区、直辖市重要统计数据的监控和评估。

第四章 统计资料的管理和公布

第二十一条 县级以上人民政府统计机构、有关部门和乡、镇人民政府应当妥善保管统计调查中取得的统计资料。

国家建立统计资料灾难备份系统。

第二十二条 统计调查中取得的统计调查对象的原始资料，应当至少保存 2 年。

汇总性统计资料应当至少保存 10 年，重要的汇总性统计资料应当永久保存。法律法规另有规定的，从其规定。

第二十三条 统计调查对象按照国家有关规定设置的原始记录和统计台账，应当至少保存 2 年。

第二十四条 国家统计局统计调查取得的全国性统计数据和分省、自治区、直辖市统计数据，由国家统计局公布或者由国家统计局授权其派出的调查机构或者省级人民政府统计机构公布。

第二十五条 国务院有关部门统计调查取得的统计数据，由国务院有关部门按照国家有关规定和已批准或者备案的统计调查制度公布。

县级以上地方人民政府有关部门公布其统计调查取得的统计数据，比照前款规定执行。

第二十六条 已公布的统计数据按照国家有关规定需要进行修订的，县级以上人民政府统计机构和有关部门应当及时公布修订后的数据，并就修订依据和情况作出说明。

第二十七条 县级以上人民政府统计机构和有关部门应当及时公布主要统计指标涵义、调查范围、调查方法、计算方法、抽样调查样本量等信息，对统计数据进行解释说明。

第二十八条 公布统计资料应当按照国家有关规定进行。公布前，任何单位和个人不得违反国家有关规定对外提供，不得利用尚未公布的统计资料谋取不正当利益。

第二十九条 统计法第二十五条规定的能够识别或者推断单个统计调查对象身份的资料包括：

（一）直接标明单个统计调查对象身份的资料；

（二）虽未直接标明单个统计调查对象身份，但是通过已标明的地址、编码等相关信息可以识别或者推断单个统计调查对象身份的资料；

（三）可以推断单个统计调查对象身份的汇总资料。

第三十条 统计调查中获得的能够识别或者推断单个统计调查对象身份的资料应当依法严格管理，除作为统计执法依据外，不得直接作为对统计调查对象实施行政许可、行政处罚等具体行政行为的依据，不得用于完成统计任务以外的目的。

第三十一条 国家建立健全统计信息共享机制，实现县级以上人民政府统计机构和有关部门统计调查取得的资料共享。制定机关共同制定的统计调查项目，可以共同使用获取的统计资料。

统计调查制度应当对统计信息共享的内容、方式、时限、渠道和责任等作出规定。

第五章 统计机构和统计人员

第三十二条 县级以上地方人民政府统计机构受本级人民政府和上级人民政府统计机构的双重领导，在统计业务上以上级人民政府统计机构的领导为主。

乡、镇人民政府应当设置统计工作岗位，配备专职或者兼职统计人员，履行统计职责，在统计业务上受上级人民政府统计机构领导。乡、镇统计人员的调动，应当征得县级人民政府统计机构的同意。

县级以上人民政府有关部门在统计业务上受本级人民政府统计机构指导。

第三十三条 县级以上人民政府统计机构和有关部门应当完成国家统计调查任务，执行国家统计调查项目的统计调查制度，组织实施本地方、本部门的统计调查活动。

第三十四条 国家机关、企业事业单位和其他组织应当加强统计基础工作，为履行法定的统计资料报送义务提供组织、人员和工作条件保障。

第三十五条 对在统计工作中做出突出贡献、取得显著成绩的单位和个人，按照国家有关规定给予表彰和奖励。

全国卫生资源与医疗服务调查制度（节选）

2012 年 12 月, 中华人民共和国卫生部制定,
中华人民共和国国家统计局批准

本报表制度根据《中华人民共和国统计法》的有关规定执行

《中华人民共和国统计法》第七条规定：国家机关、企业事业单位和其他组织以及个体工商户和个人等统计调查对象，必须依照本法和国家有关规定，真实、准确、完整、及时地提供统计调查所需的资料，不得提供不真实或者不完整的统计资料，不得迟报、拒报统计资料。

《中华人民共和国统计法》第九条规定：统计机构和统计人员对在统计工作中知悉的国家秘密、商业秘密和个人信息，应当予以保密。

一、总说明

(一) 调查目的: 了解全国卫生资源配置与医疗服务利用、效率和质量情况, 为监测与评价医改进展和效果、加强医疗服务监管提供参考, 为有效组织突发公共卫生事件医疗救治提供基础信息。

(二) 调查对象和范围:

1、医疗卫生机构年报表(卫统 1-1 表至卫统 1-7 表) 调查范围为各级各类医疗卫生机构。

医疗服务月报表(卫统 1-8 表)调查范围为各级各类医疗机构。

2、卫生人力基本信息调查表(卫统 2-1 表)调查范围为各级各类医疗卫生机构在岗职工(村卫生室人员除外), 取得卫生监督员证书的公务员。村卫生室人力基本信息调查表(卫统 2-2 表) 调查范围为村卫生室各类人员。

3、医用设备调查表(卫统 3 表): 医院、妇幼保健院、专科疾病防治院、乡镇(街道)卫生院、社区卫生服务中心和急救中心(站)。

4、住院病案首页(卫统 4-1 表): 二级及以上(含 500 张床位以上未定级) 综合医院及专科医院。中医住院病案首页(卫统 4-2 表): 二级及以上(含 500 张床位以上未定级) 中医医院、中西医结合医院、民族医医院。

5、采供血情况调查表的卫统 5-1 表、卫统 5-2 表、卫统 5-4 表、卫统 5-5 表调查范围采供血机构。卫统 5-3 表调查范围为省(自治区、直辖市) 卫生厅局。

6、药品网上采购调查表(卫统 6-1 表至卫统 6-2 表): 省(自治区、直辖市) 卫生厅局。

(三) 主要内容:

医疗卫生机构基本情况, 医疗机构运营情况, 卫生人力基本信息,

医用设备配置情况，出院病人情况，采供血情况、药品网上采购情况等。

（四）报送方式、调查方法：

1、报送方式：

（1）医疗卫生机构(诊所和村卫生室除外)和地方卫生行政部门登录“国家卫生统计网络直报系统”省级平台报送卫统1表-卫统6表数据。卫统1-3表和卫统2-2表由所属乡镇卫生院代报，卫统1-4表和卫统2-1表中诊所、医务室人力信息由县区卫生局指定机构代报。截至报告期5日内，省级卫生行政部门向卫生部统计信息中心推送本地区数据。

（2）采供血机构和省级卫生行政部门登录“采供血信息系统”报送卫统5表数据。

2、报告期：

（1）年报：医疗卫生机构年报表、采供血信息年报表、药品网上采购基本情况年报表。

（2）季报：住院病案首页、中医住院病案首页。

（3）月报：医疗服务月报表、药品网上采购月报表、采供血信息月报表。

（4）日报：采供血信息日报表。

（5）实时报告：①卫生人力基本信息调查表、村卫生室人员基本信息调查表：医疗卫生机构和村卫生室在人员调入（出）本单位1个月内上报增减人员信息（每年7-9月更新所有在岗职工变动信息）；②医用设备调查表：医疗机构在设备购进、调出或报废1个月内上报；③医疗卫生机构变动（新增、撤销、合并）信息：由县区卫生局在取得或变更医疗卫生机构分类代码10日内上报医疗卫生机构第一项（基本信息）。

3、调查方法：全面调查。

4、填表要求：

（1）必填项不得空缺。“机构属性代码”由县区卫生局录入，其他数字由医疗卫生机构录入。

（2）数据来源：“机构属性代码”依据有关行政部门审批记录录入，人员数据依据单位人事档案及护理部资料统计，经费数据来源于财务报表，住院医疗服务数据依据住院病案首页统计

二、报表目录

表号	表名	报告 期别	填报范围	报送 单位	报送日期 及方式	页码
卫统 1-1 表	医疗卫生机构年报表- 医院类	年报	医院、妇幼保健机构、专科疾病防治机构、疗养院、护理院(站) 临床检验中心	同填报、范围	次年 1 月 20 日前 网络直报	4
卫统 1-2 表	医疗卫生机构年报表- 乡镇卫生院、社区卫生服务机构	年报	乡镇/街道卫生院、社区卫生服务中心(站)	同填报范围	同上	10
卫统 1-3 表	医疗卫生机构年报表- 村卫生室	年报	村卫生室	乡镇卫生院	同上	14
卫统 1-4 表	医疗卫生机构年报表- 诊所类	年报	诊所、医务室、门诊部	县 区 卫 生 局 指定机构	同上	16
卫统 1-5 表	医疗卫生机构年报表- 急救机构	年报	急救中心(站)	同填报范围	同上	18
卫统 1-6 表	医疗卫生机构年报表- 卫生监督机构	年报	卫生监督所/局、卫生监督中心	同填报范围	次年 1 月 15 日前 网络直报	21
卫统 1-7 表	医疗卫生机构年报表- 其他医疗卫生机构类	年报	疾控中心、采供血机构、健康教育机构、医学科研和在职培训机构等卫生事业单位	同填报范围	同上	23
卫统 1-8 表	医疗服务月报表	月报	医院、基层医疗卫生机构、妇幼保健及专科疾病防治机构	同填报范围	次月 20 日前网络 直报	25
卫统 2-1 表	卫生人力基本信息调查表	实时	除村卫生室人员以外的 医疗卫生机构在岗职工	同填报范围	人员调入调出 1 个月内,网络直报	26
卫统 2-2 表	村卫生室人员基本信息调查表	实时	村卫生室人员	同填报范围	同上	27
卫统 3 表	医用设备调查表	实时	医院、妇幼保健院、专科疾病防治院、乡镇(街道)卫生院、社区服务中心和急救中心(站)	同填报范围	设备购进、调出或 报废 1 个月内 网络直报	28
卫统 4-1 表	住院病案首页	季报	二级及以上(含 500 张床位以上未定级)综合医院、专科医院	同填报范围	季后 1 个月内网 络直报	29
卫统 4-2 表	中医住院病案首页	季报	二级及以上(含 500 张床位以上未定级)中医医院、中西医结合医院、民族医医院	同填报范围	同上	31
卫统 5-1 表	采供血信息年报表- 血浆采集情况	年报	单采血浆站	同填报 范围	次年 1 月 15 日前, 网络直报	33
卫统 5-2 表	采供血信息年报表- 血液库存及献血者情况	年报	血液中心、血站、血库	同填报 范围	同上	34
卫统 5-3 表	采供血信息年报表- 采供血服务情况	年报	省级卫生行政部门	同填报范围	同上	35
卫统 5-4 表	采供血信息月报表	月报	血液中心、血站、血库	省 级 卫 生 行 政 部 门	次月 10 日前网络 直报	36
卫统 5-5 表	采供血信息日报表	日报	血液中心、血站、血库	省 级 卫 生 行 政 部 门	当日 9 点网络直报	38
卫统 6-1 表	药品网上采购基本情况 年报表	年报	各省(区、市)卫生厅局	同填报范围	完成招标次月网 络直报	39
卫统 6-2 表	药品网上采购月报表	月报	各省(区、市)卫生厅局	同填报范围	次月 20 日前网络 直报	40

电子病历系统应用水平分级评价管理办法（试行）

国卫办医函〔2018〕1079号

第一条 为进一步完善工作机制，明确工作流程，保证电子病历系统应用水平分级评价工作（以下简称分级评价工作）公正、透明、规范、有序开展，有效引导医疗机构积极开展以电子病历为核心的信息化建设，制定本办法。

第二条 参与分级评价工作的各级卫生健康行政部门及所属机构、相关医疗机构等适用本办法。

第三条 国家卫生健康委负责管理全国分级评价工作，具体工作由国家卫生健康委指导有关单位承担。各级卫生健康行政部门负责本辖区内分级评价工作，组织辖区内医疗机构进行电子病历信息化建设并开展分级评价。地方卫生健康行政部门可以委托所属事业单位或组建电子病历分级评价专家组承担相关工作。

第四条 分级评价工作按照“政府引导、免费实施、客观公正、安全规范”的原则进行。

承担评价工作的单位、个人不得以任何形式向医疗机构收取评价费用。参与评价工作的单位、个人不得以任何形式影响评价工作的公平公正。

第五条 分级评价工作通过“电子病历系统分级评价平台”进行。国家卫生健康委向各省级卫生健康行政部门发放平台管理权限。

第六条 各级卫生健康行政部门要按照国家卫生健康委统一要求，组织辖区内医疗机构按照规定时间登录“电子病历系统分级评价平台”填报数据，由平台出具自评报告，报告内容包括电子病历应用水平自评等级与得分。二级以上医院要全部按时参加分级评价工作，鼓励其他各级各类医疗机构积极参与。

第七条 自评等级为 0—4 级的医疗机构，经省级卫生健康行政部门进行审核后生效。审核内容主要包括医疗机构填报信息是否真实有效等。

第八条 自评等级为 5 级及以上的，由省级卫生健康行政部门进行初核，初核其填报信息真实有效后，提交国家卫生健康委进行复核。

第九条 省级卫生健康行政部门可以将 4 级及以下分级的审核权限下放至地市级卫生健康行政部门。经省级卫生健康行政部门批准，有条件的地级市卫生健康行政部门可以向国家卫生健康委申请 5 级初核权限，经培训考核合格后发放相应权限，并进行动态考核管理。

第十条 医疗机构要建立分级评价工作管理机制，明确本机构相关职能部门和专人负责分级评价工作。

第十一条 医疗机构要确保填报数据客观、真实，并按要求准备相关备查材料。提交的评价申请材料不全、不符合规定内容及形式或未在规定时间内提交材料，或未按要求补充材料的，视为放弃评价工作。

第十二条 分级评价工作周期为一年，评价结果反映其参评周期内的电子病历应用水平。间隔超过 2 年未参加评价的医疗机构，需再次通过原级别评价后再申请更高级别评价。

第十三条 按 2011 年《电子病历系统功能应用水平分级评价方法及标准（试行）》要求已获评 5 级及以上的医疗机构，可在已取得级别的基础上直接申报更高级别。

第十四条 参与分级评价工作的各单位及人员应当加强信息安全管理，提高信息系统安全防护水平，不得向无关人员泄露相关数据信息。

第十五条 各省级卫生健康行政部门可依据本管理办法制定本省份分级评价工作实施细则。

电子病历系统应用水平分级评价标准（试行）

国卫办医函〔2018〕1079 号

以电子病历为核心的医院信息化建设是医改重要内容之一，为保证我国以电子病历为核心的医院信息化建设工作顺利开展，逐步建立适合我国国情的电子病历系统应用水平评估和持续改进体系，制定本评价标准。

一、评价目的

（一）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，建立适合我国国情的电子病历系统应用水平评估和持续改进体系。

（二）使医疗机构明确电子病历系统各发展阶段应当实现的功能。为各医疗机构提供电子病历系统建设的发展指南，指导医疗机构科学、合理、有序地发展电子病历系统。

（三）引导电子病历系统开发厂商的系统开发朝着功能实用、信息共享、更趋智能化方向发展，使之成为医院提升医疗质量与安全的有力工具。

二、评价对象

已实施以电子病历为核心医院信息化建设的各级各类医疗机构。

三、评价分级

电子病历系统应用水平划分为 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。

（一）0 级：未形成电子病历系统。

1. 局部要求：无。医疗过程中的信息由手工处理，未使用计算机系统。

2. 整体要求：全院范围内使用计算机系统进行信息处理的业务少于 3 个。

（二）1 级：独立医疗信息系统建立。

1. 局部要求：使用计算机系统处理医疗业务数据，所使用的软件系统可以是通用或专用软件，可以是单机版独立运行的系统。

2. 整体要求：住院医嘱、检查、住院药品的信息处理使用计算机系统，并能够通过移动存储设备、复制文件等方式将数据导出供后续应用处理。

（三）2 级：医疗信息部门内部交换。

1. 局部要求：在医疗业务部门建立了内部共享的信息处理系统，业务信息可以通过网络在部门内部共享并进行处理。

2. 整体要求：

（1）住院、检查、检验、住院药品等至少 3 个以上部门的医疗信息能够通过联网的计算机完成本级局部要求的信息处理功能，但各部门之间未形成数据交换系统，或者部门间数据交换需要手工操作。

（2）部门内有统一的医疗数据字典。

（四）3 级：部门间数据交换。

1. 局部要求：医疗业务部门间可通过网络传送数据，并采用任何方式（如界面集成、调用信息系统数据等）获得部门外数字化数据信息。本部门系统的数据可供其他部门共享。信息系统具有依据基础字典内容进行核对检查功能。

2. 整体要求：

（1）实现医嘱、检查、检验、住院药品、门诊药品、护理至少两类医疗信息跨部门的数据共享。

（2）有跨部门统一的医疗数据字典。

（五）4 级：全院信息共享，初级医疗决策支持。

1. 局部要求：通过数据接口方式实现所有系统（如 HIS、LIS 等

系统)的数据交换。住院系统具备提供至少 1 项基于基础字典与系统数据关联的检查功能。

2. 整体要求:

(1) 实现病人就医流程信息(包括用药、检查、检验、护理、治疗、手术等处理)的信息在全院范围内安全共享。

(2) 实现药品配伍、相互作用自动审核,合理用药监测等功能。

(六) 5 级: 统一数据管理, 中级医疗决策支持。

1. 局部要求: 各部门能够利用全院统一的集成信息和知识库, 提供临床诊疗规范、合理用药、临床路径等统一的知识库, 为本部门提供集成展示、决策支持的功能。

2. 整体要求:

(1) 全院各系统数据能够按统一的医疗数据管理机制进行信息集成, 并提供跨部门集成展示工具。

(2) 具有完备的数据采集智能化工具, 支持病历、报告等的结构化、智能化书写。

(3) 基于集成的病人信息, 利用知识库实现决策支持服务, 并能够为医疗管理和临床科研工作提供数据挖掘功能。

(七) 6 级: 全流程医疗数据闭环管理, 高级医疗决策支持。

1. 局部要求: 各个医疗业务项目均具备过程数据采集、记录与共享功能。能够展现全流程状态。能够依据知识库对本环节提供实时数据核查、提示与管控功能。

2. 整体要求:

(1) 检查、检验、治疗、手术、输血、护理等实现全流程数据跟踪与闭环管理, 并依据知识库实现全流程实时数据核查与管控。

(2) 形成全院级多维度医疗知识库体系(包括症状、体征、检

查、检验、诊断、治疗、药物合理使用等相关联的医疗各阶段知识内容），能够提供高级别医疗决策支持。

（八）7级：医疗安全质量管控，区域医疗信息共享。

1. 局部要求：全面利用医疗信息进行本部门医疗安全与质量管控。能够共享本医疗机构外的病人医疗信息，进行诊疗联动。

2. 整体要求：

（1）医疗质量与效率监控数据来自日常医疗信息系统，重点包括：院感、不良事件、手术等方面安全质量指标，医疗日常运行效率指标，并具有及时的报警、通知、通报体系，能够提供智能化感知与分析工具。

（2）能够将病人病情、检查检验、治疗等信息与外部医疗机构进行双向交换。病人识别、信息安全等问题在信息交换中已解决。能够利用院内外医疗信息进行联动诊疗活动。

（3）病人可通过互联网查询自己的检查、检验结果，获得用药说明等信息。

（九）8级：健康信息整合，医疗安全质量持续提升。

1. 局部要求：整合跨机构的医疗、健康记录、体征检测、随访信息用于本部门医疗活动。掌握区域内与本部门相关的医疗质量信息，并用于本部门医疗安全与质量的持续改进。

2. 整体要求：

（1）全面整合医疗、公共卫生、健康监测等信息，完成整合型医疗服务。

（2）对比应用区域医疗质量指标，持续监测与管理本医疗机构的医疗安全与质量水平，不断进行改进。

四、评价方法

采用定量评分、整体分级的方法，综合评价医疗机构电子病历系统局部功能情况与整体应用水平。

对电子病历系统应用水平分级主要评价以下四个方面：

1. 电子病历系统所具备的功能；
2. 系统有效应用的范围；
3. 电子病历应用的技术基础环境；
4. 电子病历系统的数据质量。

（一）局部应用情况评价。

局部功能评价是针对医疗机构中各个环节的医疗业务信息系统情况进行的评估。

1. 评价项目：根据《电子病历系统功能规范（试行）》、《电子病历应用管理规范（试行）》等规范性文件，确定了医疗工作流程中的 10 个角色，39 个评价项目（附后）。

2. 局部应用情况评价方法：就 39 个评价项目分别对电子病历系统功能、有效应用、数据质量三个方面进行评分，将三个得分相乘，得到此评价项目的综合评分。即：**单个项目综合评分=功能评分×有效应用评分×数据质量评分**。各项目实际评分相加，即为该医疗机构电子病历系统评价总分。

（1）电子病历系统功能评分。对 39 个评价项目均按照电子病历应用水平 0—8 等级对应的系统局部要求，确定每一个评价项目对应等级的功能要求与评价内容（评为某一级别必须达到前几级别相应的要求）。根据各医疗机构电子病历系统相应评价项目达到的功能状态，确定该评价项目的得分。

（2）电子病历系统有效应用评分。按照每个评价项目的具体评价内容，分别计算该项目在医疗机构内的实际应用比例，所得比值即

为得分，精确到小数点后两位。

(3) 电子病历系统数据质量评分。按照每个评分项目中列出的数据质量评价内容，分别评价该项目相关评价数据的质量指数，所得指数为 0—1 之间的数值，精确到小数点后两位。

在考察某个级别的数据质量时，以本级别的数据质量指数为计算综合评分的依据。但在评价本级数据前应先评估该项目前级别的数据质量是否均符合要求，即前级别的数据质量指数均不得低于 0.5。

数据质量评分主要考察数据质量的四个方面：

(a) 数据标准化与一致性：考察对应评价项目中关键数据项内容与字典数据内容的一致性。

以数据字典项目为基准内容值，考察实际数据记录中与基准一致内容所占的比例。一致性系数=数据记录对应的项目中与字典内容一致的记录数/数据记录项的总记录数。

(b) 数据完整性：考察对应项目中必填项数据的完整情况、常用项数据的完整情况。必填项是记录电子病历数据时必须有的内容。常用项是电子病历记录用于临床决策支持、质量管理应用时所需要的内容。

以评价项目列出的具体项目清单为基准，考察项目清单所列实际数据记录中项目内容完整（或内容超过合理字符）所占的比例。**完整性系数= 项目内容完整（或内容效果合理字符）记录数/项目总记录数**。对于结构化数据，直接用数据项目的内容进行判断；对于文件数据，可使用文件内容字符数、特定的结构化标记要求内容进行判断。

(c) 数据整合性能：考察对应项目中的关键项数据与相关项目（或系统）对应项目可否对照或关联。

按照列出的两个对应考察项目相关的数据记录中匹配对照项的

一致性或可对照性，需要从两个层次评估：是否有对照项；对照项目数据的一致性。**数据整合性系数=对照项可匹配数/项目总记录数**。空值（或空格值）作为不可匹配项处理。

（d）数据及时性：考察对应项目中时间相关项完整性、逻辑合理性。

根据列出时间项目清单内容进行判断，主要看时间项是否有数值，其内容是否符合时间顺序关系。**数据及时性系数=数据记录内容符合逻辑关系时间项数量/考察记录时间项目总数量**。针对每个项目，列出进行考察的时间项目清单以及这些项目之间的时间顺序、时间间隔等逻辑关系说明。

（二）整体应用水平评价。

整体应用水平评价是针对医疗机构电子病历整体应用情况的评估。整体应用水平主要根据局部功能评价的 39 个项目评价结果汇总产生医院的整体电子病历应用水平评价，具体方法是按照总分、基本项目完成情况、选择项目完成情况获得对医疗机构整体的电子病历应用水平评价结果。电子病历系统的整体应用水平按照 9 个等级（0—8 级）进行评价，各个等级与“三、评价分级”中的要求相对应。当医疗机构的局部评价结果同时满足“电子病历系统整体应用水平分级评价基本要求”所列表中对应该个级别的总分、基本项目、选择项目的要求时，才可以评价医疗机构电子病历应用水平整体达到这个等级，具体定义如下：

（1）电子病历系统评价总分。

评价总分即局部评价时各个项目评分的总和，是反映医疗机构电子病历整体应用情况的量化指标。评价总分不应低于该级别要求的最低总分标准。例如，医疗机构电子病历系统要评价为第 3 级水平，则

医疗机构电子病历系统评价总分不得少于 85 分。

(2) 基本项目完成情况。

基本项目是电子病历系统中的关键功能,“电子病历系统应用水平分级评分标准”中列出的各个级别的基本项是医疗机构整体达到该级别所必须实现的功能,且每个基本项目的有效应用范围必须达到 80%以上,数据质量指数在 0.5 以上。例如,医疗机构电子病历系统达到第 3 级,则电子病历系统中列为第 3 等级的 14 个基本项目必须达到或超过第 3 级的功能,且每个基本项目的评分均必须超过 $3 \times 0.8 \times 0.5 = 1.2$ 分。

(3) 选择项目完成情况。

考察选择项的目的是保证医疗机构中局部达标的项目数(基本项+选择项)整体上不低于全部项目的 2/3。选择项目的有效应用范围不应低于 50%,数据质量指数在 0.5 以上。例如,医疗机构电子病历系统达到第 3 级,则电子病历系统必须在第 3 等级 25 个选择项目中,至少有 12 个选择项目达到或超过 3 级,且这 12 个选择项目评分均必须超过 $3 \times 0.5 \times 0.5 = 0.75$ 分。

五、评价标准

具体内容附后。

本标准所规定的电子病历系统应用水平的分级评价方法和标准主要评估医疗信息处理相关信息系统的应用水平。医院信息系统其他方面(如运营信息管理、病人服务信息管理、教学科研信息管理等)的应用水平评价方法不包含在本标准中。

附表 1 电子病历系统应用水平分级评价项目

项目序号	工作角色	评价项目	有效应用评价指标	数据质量评价指标
1	一、病房医师	病房医嘱处理	按出院病人人次比例计算	按医嘱记录数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
2		病房检验申请	按住院检验项目人次比例计算	按病房检验申请数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
3		病房检验报告	按住院检验项目人次比例计算	按病房检验报告数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
4		病房检查申请	按住院检查项目人次比例计算	按病房检查申请数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性的比例系数计算
5		病房检查报告	按住院检查项目人次比例计算	按病房检查报告数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
6		病房病历记录	按出院病人人次比例计算	按病房病历记录数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
7	二、病房护士	病人管理与评估	按出院病人人次比例计算	按护理评估记录、病人流转管理数据一致性、完整性、整合性、及时性的比例系数计算
8		医嘱执行	按医嘱比例计算（包括药品和检验医嘱）	按医嘱执行记录数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
9		护理记录	按出院病人人次比例计算	按危重病人护理记录、医嘱执行记录数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
10	三、门诊医师	处方书写	按门诊处方数计算	按处方记录数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
11		门诊检验申请	按门诊检验项目人次比例计算	按门诊检验申请数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
12		门诊检验报告	按门诊检验项目人次比例计算	按门诊检验报告数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
13		门诊检查申请	按门诊检查项目人次比例计算	按门诊检查申请数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
14		门诊检查报告	按门诊检查项目人次比例计算	按数门诊检查报告数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
15		门诊病历记录	按门诊人次数计算	按门诊病历记录数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算

项目序号	工作角色	评价项目	有效应用评价指标	数据质量评价指标
16	四、检查科室	申请与预约	按总检查项目人次比例计算	按检查申请数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
17		检查记录	按总检查项目人次比例计算	按检查记录数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
18		检查报告	按总检查项目人次比例计算	按检查报告数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
19		检查图像	按有图像结果检查项目比例计算	按检查图像数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
20	五、检验处理	标本处理	按总检验项目人次比例计算	按标本记录数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
21		检验结果记录	按总检验项目人次比例计算	按检验结果记录数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
22		报告生成	按总检验项目人次比例计算	按检验报告数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
23	六、治疗信息处理	一般治疗记录	按治疗项目人次比例计算	按一般治疗记录数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
24		手术预约与登记	按手术台次比例计算	按手术记录数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
25		麻醉信息	按手术台次比例计算	按麻醉记录数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
26		监护数据	按监护人次比例计算	按监护记录数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
27	七、医疗保障	血液准备	按输血人次比例计算	按血液记录数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
28		配血与用血	按输血人次比例计算	按配血与用血记录数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
29		门诊药品调剂	按处方数人次比例计算	按门诊药品调剂记录数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
30		病房药品配置	按出院病人人次比例计算	按病房药品配置记录数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
31	八、病历管理	病历质量控制	按出院病人人次比例计算	按病历质控记录数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算

项目序号	工作角色	评价项目	有效应用评价指标	数据质量评价指标
32		电子病历文档应用	实现要求的功能	无
33		病历数据存储	实现要求的功能	无
34	九、电子病历基础	电子认证与签名	实现要求的功能	无
35		基础设施与安全管控	实现要求的功能	无
36		系统灾难恢复体系	实现要求的功能	无
37		临床数据整合	实现要求的功能	按整合的临床医疗数据中符合一致性、完整性、整合性、及时性要求数据的比例系数计算
38	十、信息利用	医疗质量控制	按电子病历系统中产生卫统报表、三级医院等级评审质量指标、专科质控指标等指定项目的比例情况计算	无
39		知识获取及管理	实现要求的功能	无

附表 2. 电子病历系统整体应用水平分级评价基本要求

等级	内容	基本项目数 (项)	选择项目数 (项)	最低总评分 (分)
0 级	未形成电子病历系统	--	--	--
1 级	独立医疗信息系统建立	5	20/32	28
2 级	医疗信息部门内部交换	10	15/27	55
3 级	部门间数据交换	14	12/25	85
4 级	全院信息共享，初级医疗决策支持	16	10/23	110
5 级	统一数据管理，中级医疗决策支持	20	6/19	140
6 级	全流程医疗数据闭环管理，高级医疗决策支持	21	5/18	170
7 级	医疗安全质量管控，区域医疗信息共享	22	4/17	190
8 级	健康信息整合，医疗安全质量持续提升	22	4/17	220

注：选择项目中“20/32”表示 32 个选择项目中需要至少 20 个项目达标。

附表 3. 电子病历系统应用水平分级评分标准

说明：电子病历系统应用水平分级评分标准是对电子病历系统的功能、应用、数据质量情况进行分级评价的具体标准。下表中按照角色列出了具体要求的内容。其中：功能评估的内容在“主要评价内容”一栏列出；应用范围评估按照应用比例进行计算，计算依据在“业务项目”栏中列出的分子与分母内容；数据质量情况的评估内容在“数据质量评估内容”一栏中给出了基本计算的规则，针对每个项目和等级的具体内容需参照《数据质量评估项目表》，这个表每年均会根据数据质量的重点管理要求进行修订。

病房医师

项 目 序号	项目代码	工作角色	业务项目	评 价 类别	主要评价内容	功 能 评分	数据质量评价内容
1	01.01.0	病房医师	病房医嘱处理 （有效应用按 近 3 个月的出院 病人人次比例 计算）根据“评分 标准表”中各个 级别的要求，统 计出近 3 个月达 到各个级别要 求病人的人次 数。计算各级别 人次数与全部 出院病人数比 例。		医师手工下达医嘱	0	
1	01.01.1			基本	（1）在计算机上下达医嘱并记录在本地 （2）通过磁盘、文件等方式与其他计算机交换数据	1	
1	01.01.2			基本	医嘱在程序间通过网络传送给病房护士	2	
1	01.01.3			基本	（1）医嘱通过网络同时供护士、药剂等业务使用 （2）能够获得药剂科的药品可供情况 （3）具有全院统一的医嘱项目字典 （4）医嘱下达时能获得药品剂型、剂量，或检查检验项目 中至少 1 类依据字典规则进行的核查与提示	3	医嘱记录中关键数据项与字典的一致性
1	01.01.4			基本	（1）医嘱中的药品、检验、检查等信息可传送到对应的 执行科室 （2）医嘱下达时能关联项目获得药物知识，如提供药物 说明查询功能等	4	医嘱记录中必填项的完整性
1	01.01.5			基本	（1）医嘱记录在医院中能统一管理，并统一展现 （2）有医师药疗医嘱下达权限控制，支持抗菌药物分级 使用管理 （3）可依据诊断判断传染病情况，并通过系统上报医政 管理部门	5	1、医嘱记录中必填项、常用项的完整性 2、医嘱与医疗流程上下游环节相关数据的可 对照性

项 目 序号	项目代码	工作角色	业务项目	评 价 类别	主要评价内容	功 能 评分	数据质量评价内容
1	01.01.6			基本	(1) 对药物治疗医嘱药物的不良反应有上报处理功能 (2) 开医嘱医师能够接收到自己处方的点评结果 (3) 下达医嘱时能够参考药品、检查、检验、药物过敏、诊断、性别等相关内容知识库至少 4 项内容进行自动检查并给出提示 (4) 能够实时掌握医嘱执行各环节的状态 (5) 支持院内会诊的电子申请与过程追踪	6	1、医嘱记录中常用项的完整性 2、药疗医嘱记录与后续药疗流程相关记录时间符合逻辑关系 3、药疗医嘱记录与药物审核记录时间符合逻辑关系
1	01.01.7			基本	(1) 下达医嘱时，能够根据临床路径（指南）要求和病人的具体数据，自动对比执行与变异情况，提示输入变异原因并进行记录 (2) 根据检验结果、用药等情况，对传染病、医院感染爆发等自动预警并给出提示，支持对确认的传染病、医院感染爆发等情况补充信息并上报医政管理部门 (3) 下达医嘱时可查询到病人本机构内的全部医疗记录和外部医疗机构的相关医疗记录 (4) 自动根据以往医疗机构内外的诊治情况和医嘱，自动进行医嘱核查并给出提示 (5) 依据医嘱、执行情况和知识库，自动判断不良事件情况并给出提示 (6) 支持医师在院外浏览医嘱记录	7	1、临床路径记录（临床路径入组状态，变异记录）的完整性 2、委外检查或检验医嘱记录与委外检查申请的可对照性
1	01.01.8			基本	能共享病人医疗及健康信息并能够进行集中展示，包括机构内外的医疗信息、健康记录、体征检测、随访信息、病人自采健康记录（如健康记录、可穿戴设备数据）等；	8	
2	01.02.0		病房检验申请		医师手工下达检验申请	0	
2	01.02.1		（有效应用按住院检验项目人次比例计算）		(1) 在计算机单机中选择项目，打印检验或检查申请单 (2) 可通过文件等方式传输方式与其他计算机共享数据	1	
2	01.02.2		统计出近 3 个月达到各个级别要求检验项目		(1) 从字典中选择项目，产生检验申请 (2) 下达申请同时生成相关的医嘱	2	
2	01.02.3			基本	(1) 检验申请能以电子化方式传送给检验科室 (2) 检验标本种类信息在申请中同时记录	3	病房检验申请关键数据项与字典的一致性

项 目 序号	项目代码	工作角色	业务项目	评 价 类别	主要评价内容	功 能 评分	数据质量评价内容
2	01.02.4		的人次数。计算各级别人次数与全部检验人次数比例。		(1) 下达申请时可获得检验项目和标本信息, 如适应症、采集要求、作用等 (2) 检验项目来自全院统一检验项目字典	4	病房检验申请必填项的完整性
2	01.02.5				(1) 检验申请数据有全院统一管理机制 (2) 有全院统一的检验标本字典并在申请中使用 (3) 开写检验申请时, 可以浏览病人重要病历信息;	5	1、病房检验申请必填项、常用项的完整性 2、临床的检验申请记录与检验科室检验登记记录的主要关联项目能够完善对照
2	01.02.6			基本	(1) 下达申请医嘱时, 能查询临床医疗记录, 能够针对病人性别、诊断、以往检验申请与结果等进行申请合理性自动审核并针对问题申请给出提示 (2) 形成完整的检验闭环, 可随时查看标本状态、检验进程状态 (3) 下达申请时可根据临床路径或指南列出所需检验项目	6	1、病房检验申请常用项的完整性 2、申请下达与标本采集时间符合逻辑关系
2	01.02.7			基本	(1) 在申请检验时能够查询与获得历史检验结果和其他医疗机构检验结果和报告作参考 (2) 下达申请时, 可根据诊断、其他检查与检验结果及知识库提出所需检验项目建议	7	区域协同有关检验申请数据的可对照性 检验申请项目与其他医疗机构检验申请项目编码可对照性
2	01.02.8			基本	(1) 在申请检验时, 可查看病人自采健康记录内容作为病情了解参考 (2) 可以利用病人医疗及健康数据, 为病人制定持续的检验计划	8	
3	01.03.0		病房检验报告 (有效应用按住院检验项目人次比例计算) 统计出近3个月达到各个级别要求检验项目的人次数。计算各级别人次数		未使用电子化方式传送检验报告	0	
3	01.03.1				能通过磁盘或文件导入或查看检验结果	1	
3	01.03.3			基本	能通过界面集成等方式查阅检验科室的检验报告	3	检验报告关键数据项与字典的一致性
3	01.03.4			基本	(1) 可获得检验科室报告数据 (2) 医师工作站中可查阅历史检验结果 (3) 查阅检验报告时能够给出结果参考范围及结果异常标记 (4) 查看检验报告时, 可获得项目说明 (5) 检验报告与申请单可进行关联对应	4	病房检验报告必填项的完整性

项 目 序号	项目代码	工作角色	业务项目	评 价 类别	主要评价内容	功 能 评分	数据质量评价内容
3	01.03.5		与全部检验人 次数比例。	基本	(1) 检验报告来自全院统一医疗数据管理体系 (2) 查阅报告时, 对于多正常参考值的项目能够根据检验结果和诊断、性别、生理周期等自动给出正常结果的判断与提示 (3) 可根据历史检验结果绘制趋势图 (4) 对于危急检验结果, 医师、护士能够在系统中看到 (5) 浏览检验报告时, 可以浏览病人重要病历信息;	5	1、病房检验报告必填项、常用项的完整性 2、检验科室检验报告记录与临床查看检验结果的数据记录具备完善的数据对照关系
3	01.03.6				(1) 检验结果和报告各阶段的状态可实时获得 (2) 对于危急检验结果, 能够主动通知 (如系统弹窗) 医师、护士	6	病房检验报告数据整合性、数据及时性
3	01.03.7				(1) 能够查看历史检验结果和其他医疗机构的检验结果 (2) 对于危急值通知具有按时效管控、按接收人员分级通知、处理记录反馈功能; (3) 委托外部机构完成的检验结果, 可直接浏览报告结果, 并与检验申请关联 (4) 可根据检验结果, 提示选择临床路径 (指南) 的后续诊治方案的制定	7	区域协同有关机构检验结果数据的可对照性, 医疗质量管理相关数据内容的完整与及时性
3	01.03.8				可利用病人医疗机构内外的医疗及健康信息提出处理建议, 病人自采数据有明显标示, 可与本机构数据进行比较、绘制趋势图等	8	
4	01.04.0		病房检查申请		医师手工下达检查申请	0	
4	01.04.1		(有效应用按住院检查项目 人次比例计算) 统计出近3个月 达到各科各个 级别要求检查 项目的人次数。 计算各级别人 次数与全部检查 人次数比例。		(1) 在计算机单机中选择项目, 打印检查申请单 (2) 可通过文件传输方式与其他计算机共享数据	1	
4	01.04.2				(1) 从字典中选择项目, 产生检查申请 (2) 申请检查同时生成必要的医嘱	2	
4	01.04.3			基本	(1) 检查申请能以电子化方式传送给医技科室 (2) 申请时能够提示所需准备工作等内容	3	病房检查申请关键数据项与字典的一致性
4	01.04.4				(1) 下达申请时可获得检查项目信息, 如适应症、作用、注意事项等 (2) 申请能实时传送到医技科室 (3) 检查项目来自全院统一字典	4	病房检查申请必填项的完整性

项 目 序号	项目代码	工作角色	业务项目	评 价 类别	主要评价内容	功 能 评分	数据质量评价内容
4	01.04.5				(1) 检查申请数据记录在统一管理机制中 (2) 开写检查申请时, 可以浏览病人重要病历信息;	5	1、病房检查申请必填项、常用项的完整性 2、医嘱记录与检查申请关键关联项目的对照;
4	01.04.6			基本	(1) 检查申请可利用全院统一的检查安排表自动预约 (2) 形成完整的检查闭环, 检查执行状态可实时查看 (3) 下达申请医嘱时, 能够针对病人性别、诊断、以往检查结果等对申请合理性进行自动检查并提示 (4) 下达申请时可根据临床路径和指南列出所需检查项目	6	1、病房检查申请数据与检查科室登记记录中相关时间符合逻辑 2、临床路径中定义的检查项目编码与检查科室的项目编码内容一致性等
4	01.04.7			基本	(1) 能够查询历史检查结果、其他医疗机构检查结果和报告 (2) 下达申请时可根据诊断、其他检查检验结果等提出所需检查项目建议	7	区域医疗协同有关检查申请数据记录的可对照性
4	01.04.8			基本	(1) 可查看其他医疗机构检查情况、病人自采健康记录内容 (2) 可以利用病人医疗及健康数据, 为病人制定持续的检查计划	8	
5	01.05.0		病房检查报告		手工传送检查报告	0	
5	01.05.1		(有效应用按住院检查项目人次比例计算)		能通过磁盘或文件导入或查看检查报告或检查图像	1	
5	01.05.3		统计出近3个月达到各科各个级别要求检查项目的人次数。	基本	能通过调用检查科室系统或界面集成方式查阅医技科室的检查报告和图像	3	病房检查报告关键数据项与字典的一致性
5	01.05.4		计算各级别人次数与全部检查入次数比例。	基本	(1) 能在医师工作站查阅检查报告和图像 (2) 查看检查报告时, 能够按照项目查看说明等 (3) 检查报告与申请单可进行关联对应	4	病房所看到检查报告必填项的完整性
5	01.05.5			基本	(1) 检查报告来自全院统一医疗数据管理体系 (2) 查阅报告时, 能够显示测量结果, 对于有正常参考值的项目能显示参考范围及自动产生异常标记 (3) 对于检查危急值, 医师、护士在能够系统中看到	5	1、病房检查报告必填项、常用项的完整性 2、检查危急值记录中重要的完整率等 3 检查科室报告与病房申请中重要项目具备完善的数据对照

项 目 序号	项目代码	工作角色	业务项目	评 价 类别	主要评价内容	功 能 评分	数据质量评价内容
5	01.05.6				(1) 检查结果和报告各阶段的状态可实时获得 (2) 查阅报告时, 对于有多正常参考值的测量项目能够根据测量结果和病人年龄、性别、诊断、生理指标等, 自动给出正常结果的判断与提示 (3) 对于检查危急值, 能够主动通知(如系统弹窗)医师、护士	6	病房看到检查报告记录的数据完整性。检查报告记录与上下游数据的及时性
5	01.05.7				(1) 对于危急值通知具有按时效管控、分级通知、反馈功能 (2) 能够获得、显示其他医疗机构的检查结果、图像等 (3) 可根据检查报告, 提示选择临床路径(指南)的后续诊治方案的制定	7	区域协同有关检查报告数据可对照
5	01.05.8				(1) 可利用病人医疗机构内外的检查结果及健康信息提出处理建议 (2) 病人自采健康记录数据有明显标示	8	
6	01.06.0		病房病历记录		医师手工书写病历	0	
6	01.06.1		(有效应用按出院病人人次比例计算)统计近3个月书写病历功能达到各个级别的病历数。计算各级别病历数与全部出院人次数比		(1) 有用计算机书写的病历 (2) 病历记录在本病房内能够检索与共享	1	
6	01.06.2				(1) 能够有专用软件书写入院、查体、病程记录、出院记录等病历记录 (2) 能够获得护士生成的病人出入转记录	2	
6	01.06.3				用计算机书写的病历记录能被其他科室共享	3	病房病历记录关键数据项与字典的一致性
6	01.06.4			基本	(1) 病历记录可按照病历书写基本规范列出的基本内容项目进行结构化存储、有可定义的病历格式和选项 (2) 病历记录能够全院共享	4	1、病房病历记录必填项的完整性 2、描述性病历书中的主诉、现病史、体格检查等内容有合理的数据量

项 目 序号	项目代码	工作角色	业务项目	评 价 类别	主要评价内容	功 能 评分	数据质量评价内容
6	01.06.5		例。	基本	(1) 可自定义病历结构与格式，支持结构化病历的书写 (2) 提供插入检查检验结果功能 (3) 可按照任意病历结构化项目进行检索 (4) 病历数据与医嘱等数据全院一体化管理 (5) 对于已由医师确认病历的所有修改，有完整的痕迹记录 (6) 书写病历的时限可设置并能提示 (7) 电子病历内容应存储为通用格式，可被经过医院方授权的第三方调用； (8) 历史病历完成数字化处理并可查阅，并可与其他病历整合	5	1、病历修改记录的完整性 2、病历记录与质控记录具备完善的数据对照
6	01.06.6				(1) 病历具有分块安全控制机制和访问日志 (2) 有法律认可的可靠电子签名 (3) 病历书写有对书写内容智能检查与提示功能 (4) 支持院内会诊记录电子处理，并能与会诊申请对照。会诊记录与纳入电子医疗记录体系	6	1、病房病历记录常用项的未完整性 2、会诊记录常用项的完整性 3、会诊记录、病历记录时间关系符合逻辑性 4、病历内容术语、描述的逻辑符合性
6	01.06.7			基本	(1) 能够浏览医疗机构内外病历记录的内容 (2) 能够接受病案质控意见并修改后反馈 (3) 支持医师在院外浏览病历记录 (4) 可根据病人情况智能推荐模板	7	区域协同有关病历数据内容的可对照性
6	01.06.8			基本	(1) 可进行本院病历内容与其他医疗机构病历内容的联合检索 (2) 病历书写过程中，能够引用机构内外的医疗信息、健康记录、体征检测、随访信息、病人自采健康记录等内容 (3) 本院病历记录内容可提供给其他医疗机构的浏览，浏览具备权限管理、操作记录	8	

病房护士

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容
7	02.01.0	病房护士	病人管理与评估 (有效应用按出院病人人次比例计算) 统计达到各 级别要求的 出院病人人 次数,并计算 各 级别出院 病人人次数 与总病人人 次数的比例。		手工进行病人管理	0	
7	02.01.1				输入的病人基本信息、住院记录作为护士本地工作记录	1	
7	02.01.2			基本	病人基本信息、住院记录等可提供本病房临床医师共享	2	
7	02.01.3			基本	(1)从住院登记处接收病人基本信息,输入入院评估记录 (2)床位、病情信息、病历资料供其他部门共享 (3)转科或出院的出科信息在系统中处理	3	护理评估记录、病人流转管理相关关键数据项与字典的一致性
7	02.01.4				(1)病人入、出院、转科记录,与住院、医师站中的病人基本信息衔接。 (2)可提示入科的基本处理流程或有可定义的入科处理模版提醒帮助护士完成常规的处理 (3)护理级别在系统中有明确显示	4	护理评估记录、病人流转管理相关记录中必填项的完整性
7	02.01.5				(1)入院评估记录在医院统一医疗数据管理体系中管理 (2)具有查询既往病历记录数据、检查检验结果等供评估时参考的功能	5	护理评估记录、病人流转管理相关必填项、常用项的完整性; 护理记录与医疗流程上下游相关记录具备完善的数据对照
7	02.01.6				(1)有病人入出转,出科检查、治疗等活动的跟踪记录 (2)能够查询病人在院内其他部门诊疗活动记录 (3)书写入院评估时有智能模版 (4)可根据病人病情和评估情况,对护理级别或护理措施给出建议	6	1、病人流转管理记录、护理评估记录相关数据完整性、整合性 2、护理相关记录与医疗流程上下游数据时间符合逻辑关系
7	02.01.7				有利用病人入出转记录、病人评估记录等信息进行护理质量分析的工具	7	1、进入临床路径病人中护理相关项目数据的完整性,与上下游数据记录可对照 2、查看外部医疗记录中护理评估项目与本院可对照

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容
7	02.01.8				能够获得区域护理质量数据，并能够用于与本科室护理质量进行对比分析处理	8	
8	02.02.0		医嘱执行		护士手工抄写执行单，如药品单、输液卡等	0	
8	02.02.1		（有效应用按医嘱执行记录数计算）		（1）手工输入医嘱供执行时使用 （2）本地保存医嘱记录数据	1	
8	02.02.2		统计达到各	基本	（1）能够接收医师下达的医嘱，同时支持手工增补医嘱 （2）医嘱可供药剂科或收费使用	2	
8	02.02.3		级别要求医嘱执行记录数数，并计算	基本	（1）每次的用药医嘱数据能与药剂科共享用于药品准备 （2）护士执行医嘱有记录	3	医嘱执行记录中关键数据项与字典的一致性
8	02.02.4		各		（1）医嘱执行记录可供全院共享 （2）执行单能够在医嘱执行操作后产生	4	医嘱执行记录中必填项的完整性
8	02.02.5		级	基本	（1）在执行中实时产生记录 （2）全院统一管理医嘱、执行记录，构成统一电子病历内容 （3）新医嘱和医嘱变更可及时通知护士	5	1、医嘱执行记录必填项、常用项的完整性 如医嘱执行记录中医嘱类别、医嘱项目编码、标本采集人等 2、护理执行记录与医疗流程上下游相关记录具备完善的数据对照
8	02.02.6		别	基本	（1）医嘱执行过程中有病人、药品、检验标本等机读自动识别手段进行自动核对 （2）完成医嘱执行的闭环信息记录 （3）对高风险医嘱执行时有警示	6	医嘱执行记录数据整合性、数据及时性
8	02.02.7		医嘱执行记录数与总医嘱执行记录数的比例。		（1）医嘱执行过程能够随时了解和查询医疗机构外部产生的历史医疗记录、体征记录 （2）有利用医嘱执行记录进行护理质量管理的工具	7	无要求
8	02.02.8				可获得区域医嘱质量相关质量指标并用于分析本科室护理质量	8	
9	02.03.0		护理记录		手工书写护理记录，手工记录体征数据	0	
9	02.03.1		（有效应用按出院病人人次比例计算）		（1）体征记录用计算机本地存储 （2）体征记录可打印、绘图，无网络共享	1	
9	02.03.2		统计近 3 个		有记录护理记录、体征记录系统并能够通过计算机网络供本科室医师共享	2	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容
9	02.03.3		月护理记录达到各级别的人次数,计算各级别人次与总出院人次的比例		(1) 操作中能够通过界面融合或调用其他系统方式查看其检查、检验、治疗等数据,本科室采集的体征记录可供其他部门共享 (2) 有危重病人护理观察记录、护理操作情况等记录 (3) 护理记录信息可供医师查看	3	病人护理记录中关键数据项与字典的一致性
9	02.03.4			基本	(1) 可通过系统内嵌的方式获得检查、检验、治疗等数据 (2) 对危重病人有符合要求的护理观察记录、护理操作情况等记录并供全院共享	4	病人护理记录中必填项的完整性
9	02.03.5			基本	(1) 护理记录、体征记录数据在医院统一医疗数据管理体系中 (2) 生命体征、护理处置可通过移动设备自动导入相应记录单(移动护理) (3) 有护理计划模版,护理记录数据可依据护理计划产生	5	护理记录中的必填项、常用项完整性,护理记录与病历记录相关项目具备完善的数据对照
9	02.03.6			基本	(1) 根据护理记录(如病人体征等)有自动的护理措施提示 (2) 具有分组安全控制机制和访问日志,以保障分组护理时信息的安全性 (3) 有法律认可的可靠电子签名 (4) 系统能够根据体征数据自动完成设定的护理评估 (5) 可以在医院统一医疗数据管理体系中调阅病人既往护理记录	6	1、护理记录与医疗流程相关上下游相关项目数据时间符合逻辑关系 2、护理记录中电子签名记录、时间戳记录、护理计划、护理记录时间的完整性等
9	02.03.7				(1) 护理记录书写时,可查询其他医疗机构相关病历数据和知识库数据 (2) 能够利用护理记录数据进行护理质量分析 (3) 护理记录生成与临床路径(指南)相衔接,可与医师医嘱紧密结合	7	1、不良事件记录完整性 2、临床路径中定义的护理记录项目与护理记录项目有对照
9	02.03.8			基本	可获得区域护理质量指标,能够结合本科室病人护理记录分析护理工作效率、不良事件发生率等护理质量并与区域指标比较	8	

门诊医师

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容
10	03.01.0	门诊医师	处方书写（有效应用按门诊处方数计算）统计近3个月达到各级别功能的门诊处方数，计算这些门诊处方数与门诊总处方数的比例		无门诊电子病历系统，医师手写处方	0	
10	03.01.1	门诊医师			（1）在本地记录处方数据并打印处方 （2）可通过文件、移动存储设备方式与其他计算机共享处方数据	1	
10	03.01.2	门诊医师			（1）能够查询本科室历史处方记录 （2）处方数据科室内部共享	2	
10	03.01.3	门诊医师		基本	（1）能获取挂号或分诊的病人信息 （2）下达的处方供药剂科、收费使用	3	处方书写关键数据项与字典的一致性。
10	03.01.4	门诊医师		基本	（1）处方数据能够全院共享 （2）下达处方时能关联项目获得药物知识，如提供药物说明查询功能等 （3）处方下达时能获得的药品剂型、剂量或可供应药品提示	4	处方中必填项的完整性
10	03.01.5	门诊医师		基本	（1）具有针对病人诊断、性别、历史处方、过敏史等进行合理用药、配伍禁忌、给药途径等综合自动检查功能并给出提示 （2）对高危药品使用给予警示 （3）支持医师处方开写权限控制 （4）可依据诊断判断传染病情况，并通过系统上报医药管理部门	5	处方记录中必填项、常用项的完整性，处方记录与医疗流程中下游药品配置记录、合理用药检查记录相关项目具备完善的数据对照
10	03.01.6	门诊医师		基本	（1）书写处方时可跟踪既往处方执行情况 （2）处方数据能够自动作为门诊病历内容 （3）能够接收到开方医师自己处方的点评结果 （4）发生药物不良反应时能够有记录与上报处理功能	6	1、处方数据整合性、及时性 2、处方记录与处方点评记录中重要项目数据能够对照。 3、处方开立与药品审核、配置、发药时间符合逻辑关系

10	03.01.7	门诊医师		基本	(1) 下达处方时,可查询到病人本机构内外的医疗记录 (2) 自动根据以往医疗机构内外的诊治和用药情况自动进行医嘱核查并给出提示 (3) 处方及用药说明可供病人查阅 (4) 医疗机构之间共享的病人处方信息中应包含可靠电子签名	7	区域协同有关药品处方、用药记录、诊断等数据可对照
10	03.01.8	门诊医师		基本	能获取病人全生命周期的信息资料,并能够进行集中展示,包括机构内外的医疗信息、健康记录、体征检测、随访信息、病人自采健康信息(如健康记录、可穿戴设备数据)等;	8	
11	03.02.0	门诊医师	门诊检验申请 (有效应用按门诊检验项目人次比例计算)统计近3个月门诊申请各项检验所达到相应级别的人次数,计算各级别功能实现人次与总检验人次比例		医师手工下达检验申请	0	
11	03.02.2	门诊医师			可从本科室共享的字典中选择项目,产生检验申请	2	
11	03.02.3	门诊医师		基本	(1) 检验申请能传送给医技科室 (2) 下达申请时有多科室公用的项目字典支持	3	门诊检验申请关键数据项与字典的一致性
11	03.02.4	门诊医师			(1) 下达申请时可获得与项目关联的适应症、标本采集、检查意义等信息 (2) 有全院统一的检验项目字典	4	门诊检验申请必填项的完整性
11	03.02.5	门诊医师			(1) 检验申请数据全院统一管理 (2) 有全院统一的检验标本字典并在申请中使用 (3) 下达检验申请单时,能查询临床医疗记录	5	1、门诊检验申请必填项、常用项的完整性 2、门诊检验申请记录与检验科室相关登记记录具备完善的数据对照
11	03.02.6	门诊医师		基本	(1) 形成完整的检验闭环,检验申请、标本情况能够随时跟踪 (2) 能够针对病人性别、诊断、以往检验申请与结果等进行申请合理性自动审核并针对问题申请给出提示	6	1、门诊检验申请记录时间项目完整性 2、检验申请记录与医疗流程上下游相关记录有关项目合乎时间逻辑关系
11	03.02.7	门诊医师			(1) 申请检验时,能够查询历史检验结果、其他医疗机构检验结果和报告 (2) 具有适用于门诊的疾病诊断知识库提供诊断辅助的检验方案	7	区域协同有关检验申请记录与外部检验登记数据记录相关项目的可对照性
11	03.02.8	门诊医师			(1) 可查看病人自采健康记录内容 (2) 可以利用病人医疗及健康数据,为病人制定持续的检验计划	8	
12	03.03.0	门诊医师	门诊检验报告		未使用电子化方式传送检验报告	0	

12	03.03.1	门诊医师	(有效应用按门诊检验项目人次比例计算)统计近3个月门诊各项检验报告所达到相应级别的人次数,计算各级别功能实现人次与总检验人次比例		可在计算机中查询到检验结果,但限于或利用文件或移动存储设备获取检验结果,人工导入	1	
12	03.03.2	门诊医师			(1)有供全科共享的检验报告记录系统 (2)检验结果数据通过文件或移动存储设备导入,但可在科室内共享	2	
12	03.03.3	门诊医师		基本	能查阅医技科室的检验报告,查阅工具可以是集成检验系统界面、直接利用检验系统	3	门诊医师看到的检验报告关键数据项与字典的一致性
12	03.03.4	门诊医师		基本	(1)能够在门诊医师工作站环境中查阅检验报告 (2)医师工作站中可查阅历史检验结果 (3)能够给出结果参考范围及结果异常标记 (4)查看检验报告时,可获得项目说明 (5)检验报告与申请单可进行关联对应	4	门诊检验报告必填项的完整性
12	03.03.5	门诊医师		基本	(1)查阅报告时,对于多正常参考值的项目能够根据检验结果和诊断、性别、生理指标等自动给出正常结果的判断与提示 (2)可根据历史检验结果绘制趋势图 (3)对于危急检验结果,门诊医师能够在系统中看到	5	1、门诊检验报告必填项、常用项的完整性 2、门诊检验报告与检验科室报告数据相关项目具备完善的数据对照
12	03.03.6	门诊医师			(1)可随时跟踪检验进展情况和结果 (2)对于危急检验结果,能够主动通知(如系统弹窗)医师、护士	6	1、门诊检验报告中时间相关数据完整性 2、门诊危急值报告处理时间与检验报告记录的时间符合逻辑关系
12	03.03.7	门诊医师		基本	(1)能够对比历史检验结果和其他医疗机构的检验结果 (2)对于危急值通知具有按时效管控、按接收人员分级通知、处理记录反馈功能; (3)委托外部机构完成的检验结果,可直接浏览报告结果,并与检验申请关联	7	1、区域协同有关检验报告数据的可对照性 2、门诊看到的其他医疗机构检验报告项目与本院检验项目有对照
12	03.03.8	门诊医师		基本	可利用病人医疗机构内外的医疗及健康信息提出处理建议,病人自采数据有明显标示,可与本机构数据进行比较、绘制趋势图等	8	
13	03.04.0	门诊医师	门诊检查申请		医师手工下达检查申请	0	
13	03.04.2	门诊医师	(有效应用按门诊检查项目人次比例计算)统计		从科室预定字典中选择项目,产生检查申请	2	
13	03.04.3	门诊医师			(1)下达申请时能够调用本科室产生的病情摘要 (2)检查申请能传送给医技科室	3	门诊检查申请关键数据项与字典的一致性

13	03.04.4	门诊医师	近 3 个月门诊申请各项检查所达到相应级别的人次数，计算各级别功能实现人次与总检查人次比例		(1) 下达申请时能获得其他部门的病情摘要、诊断，具有检查适应症、作用、注意事项查询功能 (2) 检查申请能实时传送给相关科室 (3) 检查项目来自全院统一字典	4	门诊检查申请必填项的完整性
13	03.04.5	门诊医师			(1) 检查申请数据全院统一管理 (2) 开写检查申请时，可以浏览病人重要病历信息；	5	1、门诊检查申请必填项、常用项的完整性 2、门诊的检查申请记录与检查科室登记记录具备完善的数据对照
13	03.04.6	门诊医师		基本	(1) 申请后可随时跟踪检查进展情况 (2) 检查申请可利用全院统一的检查安排表自动预约 (3) 下达申请时，能够针对病人性别、诊断、以往检查结果等对申请合理性进行自动检查并提示	6	1、门诊检查申请记录常用项完整性 2、门诊检查申请记录与检查科室登记记录相关记录时间符合逻辑关系
13	03.04.7	门诊医师			(1) 申请检查时，能够查询历史检查结果、其他医疗机构检查结果和报告 (2) 下达申请时可根据诊断及知识库提出所需检查项目建议	7	区域协同有关数据的可对照性
13	03.04.8	门诊医师			(1) 可利用其他医疗机构检查开写情况、病人自采健康记录内容作为检查申请开写的参考依据 (2) 可以利用病人医疗及健康数据，为病人制定持续的检查计划	8	
14	03.05.0	门诊医师	门诊检查报告（有效应用按门诊检查项目人次比例计算）统计近 3 个月门诊各项检查报告所达到相应级别的人次数，计算各级别功能实现人次与总检查人次比例		手工传送检查报告	0	
14	03.05.1	门诊医师			能够用计算机查阅检查报告，但数据来自文件或移动存储设备方式	1	
14	03.05.2	门诊医师			(1) 计算机中可查阅检查报告或图像，数据来自文件或移动存储设备导入 (2) 检查报告或图像在科室内存存并共享	2	
14	03.05.3	门诊医师			能通过网络，利用界面集成或调用检查科室工具方式查阅医技科室的检查报告或图像	3	门诊检查报告关键数据项与字典的一致性
14	03.05.4	门诊医师		基本	(1) 可通过系统内嵌方式查阅检查报告和图像信息 (2) 查看检查报告时可以按照项目查询结果说明信息 (3) 检查报告与申请单可进行关联对应	4	门诊检查报告必填项的完整性

14	03.05.5	门诊医师		基本	(1) 检查报告和图像来自全院统一管理的数据 (2) 查阅报告时,能够显示测量结果,对于有正常参考值的项目能显示参考范围及自动产生异常标记 (3) 对于检查危急值,门诊医师能够在系统中看到	5	1、门诊检查报告必填项、常用项的完整性 2、门诊医师看到的检查报告记录与申请单、检查科室记录相关的项目应具备完善的数据对照
14	03.05.6	门诊医师			(1) 在医师工作站能够跟踪检查过程和结果 (2) 查阅报告时,对于有多正常参考值的测量项目能够根据测量结果和病人年龄、性别、诊断、生理指标等,自动给出正常结果的判断与提示 (3) 对于检查危急值,能够主动通知(如系统弹窗)医师、护士	6	1、门诊检查报告记录中时间相关数据的完整性 2、门诊医师看到报告记录与检查科室记录相关时间应符合医疗流程逻辑关系
14	03.05.7	门诊医师		基本	(1) 能够对比历史检查结果和其他医疗机构的检查结果 (2) 对于危急值通知具有按时效管控、分级通知、反馈功能 (3) 具有对检查结果进行判断并按照诊疗指南或知识库提示后续诊疗工作	7	区域协同中检查报告记录应与院内相关数据可对照
14	03.05.8	门诊医师		基本	(1) 可利用病人医疗机构内外的检查结果及健康信息提出处理建议 (2) 病人自采健康记录数据有明显标示	8	
15	03.06.0	门诊医师	门诊病历记录(有效应用按门诊人次数计算)统计近3个月书写门诊病历功能达到各个级别的门诊人次数。计算各级别门诊人次数与门诊总人次数比例。		医师手工书写病历	0	
15	03.06.1	门诊医师			(1) 门诊病历记录保存在本地 (2) 门诊病历记录可通过文件、移动存储设备方式供他人使用	1	
15	03.06.2	门诊医师			(1) 有专用软件书写门诊病历记录并可以在科室内共享 (2) 书写病历时可调用挂号和本科护士预诊采集的数据	2	
15	03.06.3	门诊医师			(1) 书写病历记录可供其他部门共享 (2) 书写病历时,可通过界面集成或调用其他系统模块方式查阅检查、检验信息	3	门诊病历关键数据项与字典的一致性
15	03.06.4	门诊医师		基本	(1) 门诊病历记录可按照病历书写基本规范列出的基本内容项目进行结构化存储、有可定义的病历格式和选项 (2) 门诊病历记录能够全院共享	4	重点考察门诊病历必填项的完整性,是否涵盖主诉、现病史、既往史、查体、诊断、处理意见等内容

15	03.06.5	门诊医师		基本	(1) 能提供插入检查检验结果功能 (2) 可对门诊病历内容检索 (3) 病历数据与处方、检查报告等数据全院一体化管理 (4) 历史病历(包括住院或门诊纸质病历)完成数字化、可查阅,并能够与其他病历整合 (5) 对于已提交的病历能自动记录、保存病历记录所有修改的痕迹	5	1、门诊病历必填项、常用项的完整性 2、门诊病历记录描述内容满足合理性数据量。
15	03.06.6	门诊医师			(1) 门诊病历具有安全控制机制,分科室访问权限机制和日志 (2) 有法律认可的可靠电子签名 (3) 可根据诊断、性别、年龄等自动定义病历结构和格式	6	病历建立与书写相关时间记录符合医疗过程逻辑关系
15	03.06.7	门诊医师		基本	(1) 能够浏览医疗机构内外病历记录的内容 (2) 能够按照诊疗指南进行病历书写内容提示 (3) 病历书写有对书写内容有智能检查与提示功能 (4) 可根据病人情况智能推荐模板 (5) 支持病人在院外浏览本人的门诊病历记录,具备授权控制,并有完整的浏览记录	7	区域协同中门诊所看到院外病历能够与就诊病人有准确关联
15	03.06.8	门诊医师		基本	(1) 可进行本院病历内容与其他医疗机构病历内容的联合检索 (2) 病历书写过程中,能够引用机构内外的医疗信息、健康记录、体征检测、随访信息、病人自采健康记录等内容 (3) 本院病历记录内容可提供给其他医疗机构的浏览,浏览具备权限管理、操作记录	8	

检查科室

范围: 主要评估针对病人进行的各种检查所对应信息系统的功能与应用情况。所考察的内容包括由专门的检查科室开展的项目、临床专科开展的需要出具检查报告的项目。具体检查类别如: 放射、超声、内窥镜、核医学等各类医学影像检查, 心电图、脑电图等各类电生理检查, 各个专科针对口腔、眼

耳鼻喉、妇产、心脏、神经、呼吸等各个方面进行的需出具报告的检查。病理检查的申请、报告、图像处理也纳入本角色的各个项目评价，但病理的标本管理纳入检验科室角色中的标本管理项目评价。

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	项目类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容
16	04.01.0	检查科室	申请与预约 (有效应用按总检查项目人次比例计算) 统计近3个月接收与处理申请预约达到各个级别功能的人次数,计算与总检查人次数的比例		未用计算机进行预约登记	0	
16	04.01.1				(1) 在本地登记来检查病人的情况,代替登记本 (2) 登记记录可导出供后续处理应用	1	
16	04.01.2			基本	科室内部应用检查预约与登记系统,数据仅在科室内部共享	2	
16	04.01.3			基本	(1) 检查项目清单可供门诊、病房等临床科室共享 (2) 可获取门诊、病房的申请	3	检查科室接收的申请记录关键数据项与字典的一致性
16	04.01.4				(1) 可根据检查内容生成注意事项 (2) 检查安排数据可被全院查询	4	检查申请记录与预约安排记录必填项的完整性
16	04.01.5				(1) 检查安排时间表能够提供全院共享,并能够及时进行同步 (2) 各临床科室能依据检查安排表进行预约,预约结果可全院共享 (3) 有自动安排检查时间的规则,能够提供默认的检查时间安排	5	1、检查申请记录必填项、常用项的完整性 2、检查系统检查申请记录与电子病历系统检查申请记录具备完善的数据对照
16	04.01.6				(1) 能够实时掌握病人在其他检查和治疗部门的状态 (2) 可结合其他部门检查、治疗安排,智能提示检查安排的冲突并给出提示	6	检查申请记录与医疗流畅上下游相关记录是时间相关数据应符合逻辑关系
16	04.01.7			基本	(1) 支持获取医疗机构以外的检查申请并能够进行病人ID对照、诊疗项目对照 (2) 提供根据院内、外历史检查安排情况,进行是否检查的提示功能 (3) 有根据本部门检查预约、等候、执行检查时间进行本部门服务效率分析工具 (4) 病人可在院外查看申请单状态,可通知病人预约时间、检查注意事项等;	7	区域协同有关的检查申请记录数据可对照
16	04.01.8				(1) 可获取区域同类型检查预约安排服务相关指标 (2) 能够根据病人检查项目分布、区域服务效率情况分析本部门服务效率	8	
17	04.02.0		检查记录		手工进行检查过程记录	0	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	项目类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容
17	04.02.1		(有效应用按总检查项目人次比例计算)统计近3个月检查记录处理达到各个级别功能的人次数,计算与总检查人次数的比例		(1) 检查记录使用单机系统处理并保存在本地 (2) 能导出数据供他人使用	1	
17	04.02.2			基本	有科室范围的检查管理系统, 信息仅在科室内使用	2	
17	04.02.3				(1) 记录检查结果过程中, 能够查看临床申请中的信息, 确保结果与申请、病人准确对应 (2) 具有连接检查设备采集数据功能 (3) 能够提供检查数据和图像访问与查询工具, 或能够为其他系统提供界面集成环境	3	检查记录关键数据项与字典的一致性
17	04.02.4				(1) 所记录的检查数据、检查图像供全院共享 (2) 有供全院应用的检查数据或图像访问与显示工具	4	检查记录必填项的完整性
17	04.02.5				(1) 检查结果、检查图像在全院有统一管理机制 (2) 可以长期存储记录	5	1、检查记录必填项、常用项的完整性 2、检查记录与检查申请相关的数据项具备完善的数据对照
17	04.02.6			基本	(1) 检查数据产生过程有状态记录, 并有查询和跟踪工具 (2) 检查全过程数据记录具有防止病人、检查数据、图像不对应的自动核查处理 (3) 记录检查测量值时具有基本的选择或自动判断提示功能, 包括: 各种测量值的合理范围、注释说明的合理词汇范围等	6	检查记录与医疗流程上下游相关数据记录中的时间项符合逻辑关系
17	04.02.7				(1) 能够获取医院外部检查数据和检查状态并进行记录, 本科室检查记录和状态可传给外部系统使用 (2) 具有针对检查记录的病人识别和防止数据对照差错规则与工具 (3) 检查等候过程中可通知病人检查顺序、等候人数、预计检查时间等信息;	7	无要求
17	04.02.8				有针对检查记录的数据完整性、数据记录管理等质量控制工具	8	
18	04.03.0		检查报告		手工书写报告	0	
18	04.03.1		(有效应用按总检查项目人次比例计算)	基本	(1) 手工输入检查报告并保存在本地 (2) 检查报告能通过文件或移动存储设备导出数据供他人使用	1	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	项目类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容
18	04.03.2		统计近3个月检查报告处理达到各个级别功能的人次数，计算与总检查人次数的比例		(1) 报告书写可引用检查登记记录、检查记录数据内容 (2) 报告中的诊断可与本科室检查登记共享	2	
18	04.03.3				(1) 检查报告可供临床科室或其他部门共享 (2) 检查报告能够与检查图像关联	3	检查报告记录关键数据项与字典的一致性
18	04.03.4				(1) 检查报告有初步结构化，能够区分检查所见与检查结果 (2) 检查报告能够全院共享	4	检查报告记录必填项的完整性
18	04.03.5				(1) 检查报告内容有可定义格式与模板 (2) 书写报告时可根据项目、诊断提供选择模板	5	1、检查报告记录必填项、常用项的完整性 2、检查报告与上游相关记录的项目具备完善的数据对照
18	04.03.6				(1) 报告书写环境中有查询与引用临床信息、其他部门信息工具 (2) 具有法律认可的可靠电子签名 (3) 检查报告有安全控制机制与访问日志	6	检查报告记录与医疗流程上下游相关数据记录中有段时间记录符合逻辑关系
18	04.03.7			基本	(1) 能够在报告书写时查询其他医疗机构的检查结果 (2) 支持将医院外部申请的报告传回申请者 (3) 书写报告过程中有智能提示，有智能化的词汇控制 (4) 支持病人在院外浏览本人的检查报告，具备授权控制，并有完整的浏览记录	7	区域协同中有关检查报告的数据可对照
18	04.03.8			基本	(1) 有对检查报告内容规范性的管理控制 (2) 能够获取区域检查报告的检查阳性率等质控指标，并有将本科室指标与之对比工具	8	
19	04.04.0		检查图像（有效应用按有图像结果检查项目人次比例计算） 统计近3个月检查图像采集与处理达到各个级别功能的人次数，计算与有		系统中不能够获取数字化图像	0	
19	04.04.1				(1) 有检查设备附带工作站获取图像，但仅在单机中记录 (2) 图像可以通过文件或移动存储设备方式导出	1	
19	04.04.2				(1) 可通过网络获取检查设备图像 (2) 图像数据能够在本科室系统保存并共享 (3) 检查图像能够与本科室预约与登记数据对照	2	
19	04.04.3				(1) 检查图像能够供门诊或病房共享 (2) 检查图像可与门诊或住院的申请、病人基本信息对照 (3) 具有检查工作清单 (4) 能提供图像浏览工具供其他系统进行界面集成	3	重点考察检查图像相关关键数据项与字典的一致性，如检查工作单与检查申请序号关联的比例等

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	项目类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容
19	04.04.4		图像结果检查项目人次数的比例	基本	(1) 检查图像供全院共享, 有符合 DICOM 标准的图像访问体系 (2) 能够调整图像灰阶等参数并记录	4	检查图像记录相关必填项的完整性
19	04.04.5			基本	(1) 建立全院统一的图像存储体系 (2) 支持符合 DICOM 标准的图像显示终端访问图像数据 (3) 有完整的数据访问控制体系, 支持指定用户、指定病人、指定检查的访问控制 (4) 具有图像质控功能, 并有记录	5	1、检查图像记录相关必填项、常用项的完整性 2、检查过程登记产生的记录与影像设备产生的记录具备完善的数据对照
19	04.04.6			基本	(1) 图像产生过程、图像质控、图像重现均有跟踪与管理 (2) 提供图像注释说明记录并能够与临床科室共享 (3) 历史图像完成数字化处理, 并能够与其他图像整合	6	检查图像记录与上下游相关记录中的时间符合逻辑关系
19	04.04.7				(1) 支持其他医院图像引入院内部影像系统, 本院图像可通过网络和标准的访问接口提供给其他医院使用 (2) 支持病人在院外浏览本人的检查图像, 具备授权控制, 并有完整的浏览记录	7	区域协同影像检查有关的病人、检查内容相关数据有可对照性
19	04.04.8				参加区域检查科室影像质量评价并有记录	8	

检验处理

范围：医院中的各种利用病人体内取出的标本进行的分析检查。包括血液学、免疫、生化等各种类型的检验，各种床旁（如床旁血糖、血气分析等）检验。病理检查的标本处理纳入本角色的评价。

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容
20	05.01.0	检验处理	标本处理 (有效应用按总检验项目人次比例计算) 统计近3个月		未用计算机登记	0	
20	05.01.1				(1) 实验室接收检验标本时在本地计算机登记 (2) 登记数据可以文件或移动存储设备方式导出	1	
20	05.01.2				(1) 接收标本时贴条码供实验室共享数据, 有标本查重处理 (2) 可实现标本登记并用于实验室内管理	2	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容
20	05.01.3		检验标本处理达到各个级别功能的人次数，计算与总检验人次数的比例		(1) 检验标本采集时依据申请数据 (2) 使用机读方式标识标本 (3) 标本在实验室检验过程各环节有记录	3	标本记录关键数据项与字典的一致性
20	05.01.4				(1) 临床科室有与实验室共享的标本字典并具有与项目关联的采集要求提示与说明 (2) 实验室与临床科室共享标本数据 (3) 标本采集和检验全程记录并在全院共享	4	标本记录必填项的完整性
20	05.01.5				(1) 标本字典、标本采集记录等数据在医院统一管理 (2) 标本采集可根据检验知识库进行标本类型、病人关联、采集要求等的核对，防止标本差错 (3) 对接收到的不合格标本有记录	5	1、标本记录必填项、常用项的完整性 2、标本记录与检验申请记录相关项目具备完善的数据对照
20	05.01.6			基本	(1) 标本采集、传送及交接状态可获得，并能够供实验室、临床科室共享 (2) 能够提供与病人用药、生理周期、检验项目等相关联的自动核对，避免获得不恰当的标本 (3) 对于不合格标本能够反馈给采集部门并有说明	6	1、标本传送记录完整性 2、检验申请记录与标本处理相关记录中时间项目符合医疗处理流程的逻辑关系
20	05.01.7			基本	(1) 支持获取本医疗机构以外的检验申请并能够接收这些申请对应的标本 (2) 病人可在院外查询本人的待检项目，并有访问管控措施 (3) 可通知病人标本采集时间、注意事项等；	7	区域协同检验标本传送中有关数据中病人标识应可对照
20	05.01.8			基本	(1) 具有统计分析标本采集到接收时间的记录，并依据数据进行质量管理分析与控制 (2) 可获得区域标本质量管理指标并用于与本实验室质量数据进行对比分析	8	
21	05.02.0		检验结果记录（有效应用按总检验项目人次比例计算）		未用计算机记录	0	
21	05.02.1			基本	(1) 手工输入检验结果或用计算机采集检验数据 (2) 数据在本地记录，代替手工登记本	1	
21	05.02.2			基本	(1) 计算机系统能够从检验仪器获得检验数据 (2) 检验结果在实验室内共享	2	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容
21	05.02.3		统计近3个月检验结果记录达到各个级别功能的人次数，计算与总检验人次数的比例		(1) 检验结果能够传送给临床科室 (2) 有自动判断检验正常值、提示正常值范围功能 (3) 检验系统提供展现检验结果工具供其他系统进行界面集成或直接调用	3	检验结果记录关键数据项与字典的一致性
21	05.02.4			基本	(1) 检验结果可供全院共享，可为医院其他系统提供检验数据接口 (2) 出现危急检验结果时能够向临床系统发出及时警示 (3) 对支持双向数据交换的仪器实现双向数据交换	4	检验结果记录必填项的完整性
21	05.02.5				(1) 检验结果作为医院整体医疗数据管理体系内容 (2) 检验结果可按项目进行结构化数据记录 (3) 有实验室内质控记录	5	1、检验结果记录必填项、常用项的完整性 2、检验结果记录与上下游流程中的记录具备完善的数据对照
21	05.02.6				(1) 检验结果产生过程可随时监控，状态能够及时通知临床科室 (2) 有结合临床诊断、药物使用、检验结果数据进行结果核对分析的知识库，并能够提供相关提示	6	检验结果记录与上下游相关记录时间项符合医疗过程逻辑关系
21	05.02.7				(1) 检验结果数据记录可区分院内与外院检验 (2) 有完整的实验室间质控记录	7	区域协同中检验记录有关数据中病人、检验项目、标本数据可对照
21	05.02.8				可获得区域检验质控指标，并能够用于与本实验室质控指标对比	8	
22	05.03.0		报告生成		手工书写报告	0	
22	05.03.1		(有效应用按总检验项目人次比例计算)		(1) 输入数据后在本地产生报告单 (2) 可用文件或移动存储设备方式导出检验报告	1	
22	05.03.2			基本	(1) 能根据检验仪器采集数据自动形成报告 (2) 产生报告单在检验科内共享	2	
22	05.03.3			基本	(1) 检验报告供其他部门共享 (2) 检验报告中有的参考范围提示 (3) 检验报告能够与临床检验申请自动对应	3	检验报告记录关键数据项与字典的一致性
22	05.03.4				(1) 报告数据可供全院使用 (2) 审核报告时，可查询病人历史检验结果 (3) 发出报告中的异常检验结果的标识 (4) 检验报告包括必要的数值、曲线、图像	4	检验报告记录必填项的完整性

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容
22	05.03.5			基本	(1) 检验报告纳入全院统一数据管理体系 (2) 报告审核时能自动显示病人同项目的历史检验结果作为参考	5	1、检验报告记录必填项、常用项的完整性 2、检验报告记录与医疗流程上下游相关记录中的关联项目具备完善的数据对照
22	05.03.6			基本	(1) 检验审核、结果状态能够与临床共享 (2) 检验的标本接收、分析、审核等过程有完整记录并能够闭环监控 (3) 报告审核时可自动显示病人历史检验结果和其他相关结果供分析	6	检验报告记录与医疗流程上下游相关记录中时间关系符合医疗过程逻辑
22	05.03.7			基本	(1) 支持将外院检验申请的报告传回申请者 (2) 能够根据检验结果、历史检验情况自动进行报告是否需要人工审核的判断, 可根据性别、年龄、诊断、历史检验结果等情况自动给出检验结果性质的判断 (3) 支持病人在院外浏览本人的检验报告, 具备授权控制, 并有完整的浏览记录	7	区域协同检验报告有关数据与外部机构具有可对照性
22	05.03.8			基本	可获得区域检验报告质量指标数据, 并与本实验室的阳性率、重复检验率、质控等质量指标进行对比分析	8	

治疗信息处理

范围：医院中开展的各种需要持续多次重复执行的专科检查。主要包括：透析、康复、放射治疗、针灸、推拿等项目，部分临床科室有计划执行的持续或需要多次重复执行的专门治疗项目，但不包括药物治疗（如化疗、输液、注射等）、外科换药、需要进入手术室的手术治疗。

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	项目类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容
23	06.01.0	治疗信息处理	一般治疗记录（有效应用按治疗项目人次比例计算）统计近3个月各项治疗记录		未用计算机登记和记录	0	
23	06.01.1				(1) 治疗科室使用计算机记录治疗申请、预约或治疗记录数据 (2) 治疗相关信息可通过文件、移动存储设备方式提供其他系统共享	1	
23	06.01.2				(1) 治疗科室有部门内治疗登记记录系统 (2) 申请、治疗记录等数据在科室内能够共享	2	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	项目类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容
23	06.01.3		录处理达到各个级别功能的人次数，计算与总治疗人次数的比例		(1) 治疗时间安排表可供其他部门查询共享 (2) 治疗申请、预约、记录数据能够与其他临床科室共享 (3) 可提供治疗数据访问界面或程序供其他部门调用	3	一般治疗记录关键数据项与字典的一致性
23	06.01.4				(1) 治疗安排信息可被全院查询 (2) 治疗记录数据可供全院访问，有数据交换接口	4	一般治疗记录中必填项的完整性
23	06.01.5			基本	(1) 有每次治疗的登记或执行记录，内容包括时间、项目等 (2) 治疗记录纳入全院统一的医疗档案体系 (3) 治疗过程中的评估有记录	5	1、一般治疗记录必填项、常用项的完整性 2、治疗记录能够医疗流程相关记录具备完善的数据对照
23	06.01.6			基本	(1) 治疗过程各环节有记录、可监控 (2) 治疗评估能够利用检验、检查的数据 (3) 对于高风险治疗有警示和必要的核查 (4) 可根据评估结果对治疗方案自动给出建议	6	1、一般治疗预约记录完整性 2、一般治疗相关记录之间时间记录符合医疗过程的逻辑关系
23	06.01.7			基本	(1) 可接收医疗机构外部的治疗申请，并能够将治疗记录传送回申请者 (2) 支持病人在院外浏览本人的治疗计划与安排	7	区域协同治疗记录有关数据中病人、治疗项目可对照
23	06.01.8			基本	能够获得区域治疗科室数量、质量指标，并能够用于与本科室数质量指标对比	8	
24	06.02.0		手术预约与登记 (有效应用按手术台次计算) 统计手术预约与登记达到各级别功能的科室数，计算与全部手术科室数的比例		手工登记安排	0	
24	06.02.1				(1) 手术室使用计算机记录手术安排 (2) 数据可通过文件或移动存储设备方式导出	1	
24	06.02.2				(1) 在手术室登记手术安排，信息供手术室其他环节使用 (2) 术后能够校正申请安排时记录的信息 (3) 有已定义的手术名称表	2	
24	06.02.3				(1) 在临床科室申请手术 (2) 手术室安排后信息与其他部门共享 (3) 手术室与临床科室能共享手术名称、编码信息	3	手术记录关键数据项与字典的一致性
24	06.02.4				(1) 手术申请与安排记录供全院使用 (2) 支持麻醉医师查看手术安排记录并支持麻醉相关信息的修正完善 (3) 能够提供手术准备、材料准备清单 (4) 有全院统一的手术名称表、手术编码	4	手术记录必填项的完整性

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	项目类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容
24	06.02.5				(1) 手术记录数据与手术安排衔接, 成为医院统一医疗记录管理体系内容 (2) 提供机读手段标识病人并提示部位、术式、麻醉方式的信息 (3) 实现手术分级管理, 具有针对手术医师的权限控制	5	1、手术记录必填项、常用项的完整性 2、手术申请记录与相关记录中的病人、手术具备完善的数据对照
24	06.02.6			基本	(1) 具有对手术全过程状态记录及在院内显示功能 (2) 手术过程信息、手术物品清点与核对数据成为手术记录内容 (3) 根据检查、检验结果、病人评估信息和知识库, 对高风险手术能给出警示 (4) 对于术前文档有完整性检查, 并对问题给出提示	6	1、手术记录完整时性 2、手术记录与相关上下游记录之间时间符合医疗过程的逻辑
24	06.02.7				(1) 能够获取病人在其他医院手术记录信息 (2) 手术记录结果可供其他医院使用 (3) 有病人 ID 对照功能 (4) 可告知病人家属手术进行状态等信息	7	区域协同医疗中病历记录有关手术信息的病人、手术项目能够与本院对照
24	06.02.8				能够获得区域手术分级信息以及难度、数量指标、质量指标, 并用于与本院手术难度与数量、质量指标对比	8	
25	06.03.0		麻醉信息 (实现比例手术台次计算)		手工记录并绘制麻醉记录单	0	
25	06.03.1		统计近 3 个月麻醉记录达到各级别功能台次数, 计算与总台次数的比例		(1) 各手术间单独记录麻醉及监护的体征数据, 生成麻醉记录单 (2) 麻醉记录单可通过移动存储设备或文件方式导出供其他计算机使用	1	
25	06.03.2				(1) 麻醉机、各种监护仪等仪器使用计算机自动采集和记录 (2) 麻醉记录单数据通过网络在手术室共享	2	
25	06.03.3				(1) 麻醉记录数据可供手术科室共享 (2) 提供麻醉记录单查看工具供其他系统进行界面集成 (3) 能够记录术中用药情况并在麻醉记录单中体现	3	麻醉记录关键数据项与字典的一致性
25	06.03.4			基本	(1) 麻醉记录供全院共享, 提供其他系统数据接口 (2) 可提供 1 种以上自动风险评分功能	4	麻醉记录必填项的完整性

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	项目类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容
25	06.03.5			基本	(1) 麻醉记录数据纳入医院整体医疗记录 (2) 能够判断麻醉过程中出现的非正常监测参数, 并在麻醉记录单和相关图表中显示	5	1、麻醉记录必填项、常用项的完整性 2、麻醉记录与相关的手术记录具备完善的数据对照
25	06.03.6			基本	(1) 麻醉过程重要信息可全程进行记录和显示 (2) 在麻醉过程中出现危急生理参数时, 根据知识库进行自动判断并给出提示	6	麻醉记录与相关记录时间符合医疗过程逻辑关系
25	06.03.7				可获得其他医院病历中的麻醉记录信息, 并用于术前访视与风险评估参考	7	区域医疗中外部病历的麻醉记录中病人、麻醉方法信息能够与本院相应记录对照
25	06.03.8				能够获得区域麻醉质量控制指标, 并用于与本院麻醉质量进行对比分析	8	
26	06.04.0		监护数据(有效应用按监护仪估算)		手工记录并绘制、书写监护记录	0	
26	06.04.1				监护仪数据可传输给中心站, 数据可用文件或移动存储设备方式导出	1	
26	06.04.2		统计达到各 级别监护数 据处理的监 护仪数量, 计 算与在用总 监护仪台数 的比例		(1) 能够连续记录监护设备产生的主要生命体征数据 (2) 数据在监护室存储, 有中心监控系统	2	
26	06.04.3				(1) 监护系统能够提供数据显示界面供其他系统集成 (2) 监护过程的异常情况能够记录并报警	3	监护记录关键数据项与字典的一致性
26	06.04.4				(1) 监护系统提供数据接口, 能够将数据传送给全院应用 (2) 能够提供1种以上风险评分功能	4	监护记录必填项的完整性
26	06.04.5				(1) 监护数据纳入医院医疗记录统一管理 (2) 监护获得的生理参数能够用于自动评分计算处理, 根据知识库提供评估分析并给出警示	5	1、监护记录必填项、常用项的完整性 2、监护记录与相关医疗记录具备完善的数据对照
26	06.04.6			基本	具有根据体征数据与药物治疗、检验结果数据进行监测结果分析的知识库	6	监护记录与相关医疗记录的时间项目符合医疗过程时间逻辑
26	06.04.7				(1) 有完善的各类急救检查、检验、治疗的申请、执行时间记录, 能够对急救过程各个时间节点进行质控与分析 (2) 监护数据能够用于完善诊疗指南	7	区域医疗中外部医疗机构电子病历记录中病人、监护项目内容可与本院相应信息可对照
26	06.04.8				能够获取区域重症监护质量指标并与本院重症病人质量指标进行对比分析	8	

医疗保障

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	项目类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容
27	07.01.0	医疗保障	血液准备 (有效应用按输血人次比例计算) 统计近3个月血液准备处理达到个级别功能的输血人次, 计算与总输血人次的比例。		手工记录血液来源	0	
27	07.01.1				(1) 使用计算机记录血液来源、类型和可保障情况 (2) 数据通过文件或移动存储设备方式共享	1	
27	07.01.2				计算机记录的血液来源、库存情况可通过网络供血液保障科室配血、发放使用	2	
27	07.01.3				(1) 具有血液字典 (2) 有血液查询工具供临床科室共享信息	3	血液记录关键数据项与字典的一致性
27	07.01.4				(1) 库存血液情况或血液可保障情况能够供全院共享 (2) 血库能够查询和统计住院病人血型分布情况	4	血液库存记录必填项的完整性
27	07.01.5				(1) 具有根据住院病人或手术病人血型分布情况提供配置血液库存的知识库和处理工具 (2) 应在备血前进行用血相关文档的审核, 并给出提示	5	1、血液库存记录必填项、常用项的完整性 2、血液库存记录与血液发放记录相关项目具备完善的数据对照
27	07.01.6				血液记录全程可跟踪管理, 包括血液预订、接收、入库、储存、出库等	6	1、血液库存记录时间项目完整性 2、血液库存记录与医疗相关记录时间项目符合医疗过程的逻辑关系
27	07.01.7			基本	(1) 能够与机构外部血液机构交换和共享血液信息 (2) 可按照住院病人情况动态调整库存血液配置或根据血液配置提示临床科室适当调整手术安排	7	血液供应单位与医院血库的血液记录的关键数据项可对照
27	07.01.8			基本	可获得区域血液使用范围、损失指标, 可结合医院病种、手术信息进行本院血液使用范围、损失率管理	8	
28	07.02.0		配血与用血 (有效应用按输血人次比例计算) 统计近3个月配血处理达到个级别功能的输血人次, 计算与总输血人次的比例。		手工记录配血情况	0	
28	07.02.1				(1) 使用计算机记录配血与血液使用、输血反应数据 (2) 可通过移动存储设备或文件方式导出并共享数据	1	
28	07.02.2				(1) 在血库输入用血、配血数据、用血记录、输血反应数据 (2) 整个血库内各个环节共享数据	2	
28	07.02.3				(1) 临床用血申请与血库共享 (2) 配血情况、用血记录可供临床科室查询	3	配血记录关键数据项与字典的一致性

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	项目类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容
28	07.02.4		计算与总输血人次的比例。	基本	(1) 配血过程有完整记录 (2) 临床申请用血、血库配血时, 可共享病人用血相关的配血检验信息	4	配血记录必填项的完整性
28	07.02.5				(1) 配血、血液使用记录、输血反应等数据纳入医院统一医疗记录系统 (2) 能够查询到临床医疗数据、检查与检验数据	5	1、配血记录与用血记录必填项、常用项的完整性 2、配血记录与用血记录相关项目具备完善的数据对照
28	07.02.6			基本	(1) 用血整个过程有完整记录 (2) 系统中在各个环节有根据病人体征、基本情况、检验结果、诊断等进行用血安全检查监控环节, 出现不符合安全条件时自动给出警示	6	配血记录与用血记录相关时间项目符合医疗过程的逻辑关系
28	07.02.7				(1) 支持与其他相关医疗机构交换血液使用、输血反应数据, 用于进行机构间输血质量管理 (2) 出现输血不良事件时能追溯到院内相同供血者血液的其他使用记录或库存记录	7	区域协同医疗病历中输血记录的有关数据项可对照
28	07.02.8				可获得区域血液使用质量管理指标, 可结合医院病种、手术信息进行本院血液使用质量管理	8	
29	07.03.0		门诊药品调剂 (有效应用按处方数人次比例计算) 统计近 3 个月门诊处方处理达到个级别功能的处方数, 计算与总处方数的比例		手工处理处方	0	
29	07.03.1			基本	(1) 使用计算机单机管理处方数据 (2) 数据通过文件或移动存储设备方式共享	1	
29	07.03.2			基本	(1) 有门诊药房部门级处方管理系统, 手工向计算机输入处方 (2) 在本药房的调剂、配药、事后核查等工作中可通过网络共享数据	2	
29	07.03.3			基本	(1) 可共享门诊医师处方数据 (2) 有核查处方剂量、给药方式与字典是否一致并提示的功能	3	门诊药品调剂记录关键数据项与字典的一致性
29	07.03.4			基本	(1) 有统一的药品字典 (2) 可获得门诊、其他部门的处方数据 (3) 能够获得病人基本情况、体征、药敏数据 (4) 有发药记录	4	门诊药品调剂记录必填项的完整性

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	项目类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容
29	07.03.5			基本	(1) 能从全院统一医疗记录中获得门诊处方记录 (2) 有完善的药品使用核查处理功能 (3) 有药品使用管理记录, 支持药品分级管理 (4) 能够实时进行药物之间、药物与诊断的检查 (5) 具有处方评价抽查、记录工具, 抽查发现的不合理用药能够记录	5	1、门诊药品调剂记录必填项、常用项的完整性 2、门诊处方调配记录与处方记录中重要关联项目具备完善的数据对照
29	07.03.6			基本	(1) 能够跟踪病人治疗周期的药品使用情况, 能够调取既往药品使用数据进行药品使用核查 (2) 药品知识库能够全面对药品使用进行检查与提示 (3) 处方评价结果能够通过网络传输给开方医师	6	1、门诊药品调剂记时间相关项目完整性 2、门诊配药记录与处方、审核相关记录中的时间项符合医疗过程逻辑关系
29	07.03.7			基本	能够处理外院处方, 具有与其他相关医院共享电子处方功能	7	区域协同与外部有交换(外购或外院处方)的门诊处方记录相关项目对病人、药品等信息可对照
29	07.03.8			基本	能够获得区域处方质量控制指标, 能够用于管理本院处方合格率、抗菌药物使用等相关合理用药指标	8	
30	07.04.0		病房药品配置		手工处理住院药品准备信息	0	
30	07.04.1		(有效应用按出院病人人次比例计算)	基本	(1) 使用计算机记录药品配置与调剂情况 (2) 可导出数据供其他系统使用	1	
30	07.04.2		统计近3个月住院药疗医嘱处理达到各级别功能的病人数, 计算与同期总出院病人的比例。	基本	输入的医嘱、发药记录可供药剂科进行药品核查、统计等工作使用	2	
30	07.04.3			基本	(1) 可接收病房医嘱、处方 (2) 可为临床提供统一的药品字典、药剂科的可供药目录 (3) 具有用药检查功能	3	病房药品配置记录关键数据项与字典的一致性
30	07.04.4			基本	(1) 病房药品信息可供全院共享(字典、可供药目录、药品使用说明等) (2) 药品准备(集中摆药、配液等)过程有记录	4	病房药品配置记录必填项的完整性
30	07.04.5			基本	(1) 药品准备与发药记录纳入全院医疗记录体系 (2) 可支持药品单品或单次包装并印刷条形码等机读核对标识 (3) 具有对药物治疗医嘱进行抽查与进行处方评价记录工具, 对发现的不合理用药能够记录;	5	1、病房药品配置记录必填项、常用项的完整性 2、病房药房配药记录与相关的医嘱、执行记录重要关联项目具备完善的数据对照

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	项目类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容
30	07.04.6			基本	(1) 药品准备与使用过程纳入闭环监控,数据汇总可管理 (2) 药品检查能够利用诊断、检验结果,结合知识库提供比较全面的核查与提示 (3) 处方评价结果能够反馈给临床医师	6	病房药品配置记录与上下游相关记录中时间相符合医疗流程的逻辑关系
30	07.04.7				(1) 用药不良反应能够与院外管理机构沟通 (2) 出院带药处方数据能够提供给外部医疗机构 (3) 住院药品配置能够参考住院前药品使用情况 (4) 对用药不良反应可记录并能够将其作为知识更新知识库 (5) 能够根据临床路径(指南)进行药品的准备	7	区域协同病历记录中住院用药有关数据与医院中相关数据项可对照
30	07.04.8				能够获得区域的医嘱质量或处方点评质量指标,能够用于管理本院医嘱合格率、抗菌药物使用等相关合理用药指标	8	

病历管理

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容
31	08.01.0	病历管理	病历质量控制 (实现出院病人人次比例计算)统计近3个月达到各个级别功能处理的病历数,计算与总出院病人病历数的比例		手工进行病历质量管理	0	
31	08.01.1				(1) 有单机的病历质量控制记录 (2) 用导出数据文件或共享介质方式在部门内部交换信息	1	
31	08.01.2				(1) 能实现终末病案质量管理并有记录 (2) 质控记录数据能够在病案管理部门内通过网络共享 (3) 质控结果数据可导出,并与其他医师或管理部门交换	2	
31	08.01.3				(1) 能够通过信息系统获取病房医疗数据用于病历质控 (2) 有可定义的病历质控项目并用于病历质控记录	3	病历质控记录相关关键数据项与字典的一致性

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容
31	08.01.4			基本	(1) 具有查看各阶段病历完成时间的功能 (2) 质控结果通过信息系统与医师、管理部门交换 (3) 可实现过程质量控制	4	病历质控记录必填项的完整性
31	08.01.5			基本	(1) 系统能够根据不同专科病历、诊断等, 选择差别化的质量控制项目, 进行病历质控 (2) 能够记录病历内容缺陷, 并对时限、规定必须书写的病案内容进行自动判断处理, 生成相应的质控记录 (3) 质控结果能反馈给相应的病历书写医师和管理者 (4) 出院时有对病案首页内容进行质量核查功能 (5) 能够记录各级责任医师	5	1、病历质控记录必填项、常用项的完整性 2、病历质控记录与病历记录相关项目具备完善的数据对照
31	08.01.6			基本	(1) 实现病案质控闭环管理, 支持病案修改过程状态的监控 (2) 具有对按照质控修改的病历内容, 进行追踪检查功能 (3) 病案首页各项内容生成过程中有符合质量管理规范自动检查与提示功能	6	病历质控记录中相关事件记录符合病历管理过程的逻辑关系
31	08.01.7			基本	(1) 支持对跨医疗机构病历信息阅读功能, 为病历质控人员对本院病历质控提供全面病历信息 (2) 支持在病历书写过程中进行完整的病历质量自动核查, 实现运行病历及终末病历的自动核查;	7	用于本院病历质控参考的医联体外院病历记录与病人标识可对照
31	08.01.8			基本	支持获取区域内的病案质量信息, 进行病案质量比较	8	
32	08.02.0		电子病历文档应用		无要求	0	
32	08.02.1				单机中存储的病历数据有管控制度与措施	1	
32	08.02.2				(1) 病案首页、住院医嘱、病程记录、门诊处方有授权管理访问控制机制, 为病人服务的医务及管理人员有按规则的授权管理访问控制 (2) 病人在电子病历系统中具有唯一识别标识	2	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容
32	08.02.3				(1) 病案首页、住院医嘱、病程记录、门诊处方有分级访问控制机制，可以按照使用部门内部的等级划分进行访问控制 (2) 电子病历内容可支持归档操作，在诊疗结束后，可将病历转为归档状态，确认或归档后的修改有记录	3	
32	08.02.4				(1) 对重点电子病历数据（病案首页、住院医嘱、病程记录、门诊处方）有完善的分级访问控制，能够指定访问者及访问时间范围 (2) 能够根据医师的职称等因素分别授予不同的医疗处理能力权限，如对毒麻药品使用、对不同等级抗菌要求使用权限，对特殊检查申请的权限等 (3) 可支持医师借阅归档电子病历，借阅操作可记录，浏览内容跟踪	4	
32	08.02.5				(1) 对所有电子病历数据具有完善的分级访问控制，能够指定访问者及访问时间范围 (2) 能够为医疗机构外的申请人提供电子病历的复制服务	5	
32	08.02.6				(1) 对整体病历数据的管理与服务操作须限制在指定位置，操作行为可记录、追溯 (2) 病历数据的使用须有完整的访问控制，申请、授权、使用均须有记录且过程可监控 (3) 针对不同的使用对象，应能控制授权使用病历中的指定内容 (4) 具有为病人提供医学影像检查图像、手术录像、检查介入录像等电子资料复制的功能 (5) 支持对电子病历数据的封存处理	6	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容
32	08.02.7			基本	(1) 针对非正常数据操作行为(如统方、数据拷贝)可实现自动报警 (2) 具备完整的跨医疗机构数据交换管理制度 (3) 对于跨医疗机构电子病历数据的使用具备完整的记录和授权访问控制 (4) 支持为病人供完整的电子病历数据浏览服务, 浏览内容包括病人医疗文书、检验结果、检查报告等, 可形成单独的电子病历文件, 按照规范的版式显示病人病历资料。浏览操作有记录	7	
32	08.02.8			基本	(1) 互联网环境中病人隐私等重要信息应进行保护 (2) 内外网电子病历数据交换具有管理与控制工具, 数据交换过程有记录	8	

电子病历基础

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容
33	09.01.0	电子病历基础	病历数据存储 (有效应用按照已有记录年限考察)按照评分标准表中要求统计病历中各项内容存储达到各级年限的病历数, 计算与总病历数的		未在计算机系统中存储病历数据	0	
33	09.01.1				重点病历数据(病案首页、住院医嘱、检查报告、检验报告、门诊处方)可分别存储一个就诊周期(门诊存储当天, 住院存储一次住院)	1	
33	09.01.2				重点病历数据(病案首页、住院医嘱、检查报告、检验报告、门诊处方)在各部门可集中存储一个就诊周期(门诊存储当天, 住院存储一次住院)	2	
33	09.01.3				(1) 重点病历数据(病案首页、住院医嘱、检查报告、检验报告、门诊处方)可集中统一长期存储 (2) 既往就诊记录可被访问	3	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容
33	09.01.4		比例		(1) 重点病历数据、主要医疗记录和图像可供全院使用并可集中统一长期存储 (2) 病历保存时间符合《电子病历应用管理规范》的存储要求	4	
33	09.01.5			基本	(1) 全部医疗记录和图像能够长期存储,并形成统一管理体系 (2) 具有针对离线病历数据的智能化调用与传输机制 (3) 对于预约或已住院病人的全部离线医疗记录能够提前提供调取和快速访问功能	5	
33	09.01.6				(1) 已将历史病历扫描存储,并具有与其他病历整合的索引 (2) 病历的存储控制具有智能化分配存储空间、监控存储与备份操作,具有动态智能高效调度机制	6	
33	09.01.7			基本	(1) 可记录和存储就诊病人医疗机构内外的医疗信息 (2) 可实现与全国、省、市卫生数据平台进行信息交换 (3) 市级以上医联体(或医疗联盟、医疗集团)核心医院具有医疗数据存储管理能力	7	
33	09.01.8			基本	(1) 可记录和存储就诊病人医疗机构内外的医疗及健康信息 (2) 可记录和存储全国专病的注册登记信息及电子病历数据,数据内容具备代表性,可支持权威知识库的研发	8	
34	09.02.0		电子认证与签名 (有效应用按系统数考察:1、4、6、7级以全部子系统为基数;2、3、5级以相关子系统为基数)统计各		无电子身份认证	0	
34	09.02.1				专用的医疗信息处理系统有身份认证	1	
34	09.02.2				(1) 各个系统均有身份认证功能 (2) 临床应用的电子病历系统(住院医师站、门诊医师站、护士站)可用相同用户与密码进行身份认证	2	
34	09.02.3				重点电子病历相关系统(门诊、病房、检查与检验系统)对同一用户可用相同用户与密码进行身份认证	3	
34	09.02.4				医疗相关的所有系统对同一用户可采用相同的用户与密码进行身份认证	4	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容
34	09.02.5		个需要独立认证系统达到相应级别要求的系统数,计算与总系统数的比例	基本	(1) 重点电子病历相关记录(门诊、病房、检查、检验科室产生的医疗记录)有统一的身份认证功能 (2) 重点电子病历相关记录(门诊、病房、检查、检验科室产生的医疗记录)的最终医疗档案至少有一类可实现可靠电子签名功能	5	
34	09.02.6			基本	(1)所有医疗记录处理系统产生的最终医疗档案具有可靠电子签名 (2)最终医疗档案的电子签名记录中有符合电子病历应用管理规范要求的时间戳	6	
34	09.02.7			基本	(1)全部电子病历系统在数据产生过程可实现可靠电子签名,如每个医嘱、每段病程记录、每个阶段的检查报告等 (2)全部医疗记录的电子签名记录中有符合电子病历应用管理规范要求的时间戳	7	
34	09.02.8				有医疗信息交换与共享相关的医疗机构之间的电子病历中的电子签名可互认	8	
35	09.03.0		基础设施与安全管控		无要求	0	
35	09.03.1				处理电子病历的计算机具备防病毒措施	1	
35	09.03.2				(1) 具有部门级的局域网 (2) 服务器具备防病毒措施	2	
35	09.03.3				(1) 有放置服务器的专用房间 (2) 医院内部有局域网,部门间网络互相联通 (3) 有相关的计算机、硬件管理制度	3	
35	09.03.4				(1) 具备独立的信息机房 (2) 局域网全院联通 (3) 服务器部署在独立的安全保护区域 (4) 有相关的网络管理制度	4	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容
35	09.03.5				(1) 楼层机房、网络设备和配线架要有清晰且正确的标识 (2) 根据不同业务划分独立的网络区域 (3) 全院重点区域应覆盖无线局域网、部分医疗设备接入院内局域网 (4) 有配套的安全运维管理制度 (5) 具有保障信息系统服务器时间一致的机制 (6) 建立数据使用的审查机制，确需向境外传输数据应经过安全评估。	5	
35	09.03.6				(1) 信息机房有高可靠的不间断电源、空调，具备专门的消防设施 (2) 关键网络设备、网络链路采用冗余设计，电子病历系统核心设备不存在单点故障 (3) 支持智能医疗仪器等物联网设备安全地接入院内局域网 (4) 具备防止非授权客户端随意接入网络的能力，并且可有效控制内网客户端非法外联 (5) 完成信息安全等级保护定级备案与测评、医院重要信息安全等级保护不低于第三级 (6) 有不受医院管控的服务机构提供和管理的时间戳及守时系统。时间源应取自权威的时间源，如国家授时网络、北斗/GPS 导航系统、手机系统等 (7) 电子病历系统数据库要有详细的访问操作记录，操作行为记录保存六个月以上	6	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容
35	09.03.7				(1) 医院核心机房符合《数据中心设计规范》GB50174-2017 中 B 级机房要求, 院内局域网布线符合《综合布线系统工程设计规范》GB50311 的有关规定。 (2) 电子病历系统核心软硬件设备等可集中监控、报警, 并可集中管理日志, 日志保留时间不低于六个月 (3) 可以审计网络设备和服务器的操作行为, 操作行为记录保存六个月以上 (4) 设有信息安全岗位, 定期组织安全培训及考核, 定期组织安全测评	7	
35	09.03.8			基本	(1) 实现院内局域网与区域健康网络的连接并有安全防护 (2) 不同楼宇的机房可集中监控、报警 (3) 与互联网环境的系统传输数据时有安全传输通道 (4) 涉及互联网业务的信息系统, 数据库服务器不可直接暴露在互联网环境中 (5) 具有独立的信息安全管理制度体系, 设有独立的信息安全岗位, 有专人负责信息安全工作	8	
36	09.04.0		系统灾难恢复体系(实现比例按系统数估算:		无灾难恢复体系	0	
36	09.04.1		1、2、4、6 级以相关子系统为基数; 3、5、7 级以全部子系统为基数)统计达到各级要求的系统数, 计算与总系统数的比例		对于重点系统, 每周至少进行一次完整数据备份, 备份数据存储于本机以外的存储设备	1	
36	09.04.2			基本	对于重点系统应具有软件及数据备份, 数据备份周期不应超过 1 周, 当出现系统故障时, 可恢复关键业务	2	
36	09.04.3				(1) 全部系统应具有软件及数据的备份, 数据备份周期不应超过 1 周; (2) 重点系统每日至少进行一次完整数据备份; (3) 重点系统具有备用服务器及核心网络设备;	3	
36	09.04.4				(1) 全部系统每日至少进行一次完整数据备份 (2) 具有灾备机房, 配备灾难恢复所需的关键数据处理设备、通信线路和相应的网络设备 (3) 数据备份采用自动方式完成, 备份数据存储于灾备机房 (4) 有专职的计算机机房运行管理人员;	4	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	功能评分	数据质量评价内容
36	09.04.5			基本	(1) 对于重点系统具备完整的灾难恢复保障体系, 每年至少完成一次应急演练 (2) 每季度至少进行一次数据恢复验证, 保障备份数据的可用性 (3) 对于重点系统数据与系统的恢复时间不大于 2 小时, 数据丢失时间不超过 1 天	5	
36	09.04.6				(1) 具备灾备机房, 配置灾难恢复所需的全部网络及数据处理设备, 并处于就绪或运行状态 (2) 机房有管理人员持续值守或监控 (3) 有配套的管理制度, 如备份存取、验证制度、灾备机房运行管理制度、备份系统运行管理制度等	6	
36	09.04.7			基本	(1) 支持主备数据库间的实施数据同步, 可利用通信网络将关键数据实时复制到灾备机房 (2) 具备通信网络自动或集中切换能力。 (3) 数据与系统的恢复时间不大于 15 分钟, 数据丢失时间不超过半小时	7	
36	09.04.8				(1) 灾备系统具备与生产系统一致的处理能力并完全兼容; (2) 重点系统数据服务器可实时无缝切换, 具备实时监控和自动切换能力。 (3) 系统完全冗余, 数据不丢失	8	

信息利用

范围: 医疗过程产生的各类医疗信息的数据整合、管理指标生成、知识库的生成等, 侧重于医疗信息在医疗安全、质量管理中的应用。

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容
37	10.01.0	信息利用	临床数据整合		无特定要求	0	
37	10.01.1				可导出科室的医嘱记录、检查报告记录、检验报告记录用于分析	1	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容
37	10.01.2				能够产生病人住院就诊记录、检查登记记录、病房发药记录、门诊用药记录用于分析，	2	
37	10.01.3				可从系统生成病案首页全部医疗相关部分的数据	3	住院病案首页、门诊病案记录中关键项目与字典一致性
37	10.01.4				能生成用于数据分析的相互能够关联对照的病人信息、医嘱信息、检查报告、检验结果、手术信息、用药记录、体征记录数据	4	1、电子病历主要记录中必填项目的完整性 2、电子病历主要记录病人、就诊唯一标识能够相互对应
37	10.01.5				形成临床数据仓库，有统一索引与规范数据格式，结构化的数据内容包括：住院病案首页、门诊就诊记录、医嘱记录、检查报告、检验报告、手术记录、治疗记录、体征记录	5	形成的数据仓库数据有统一的数据元定义字典的比例
37	10.01.6				(1) 较全面的临床信息数据仓库，包括从病历中的入院记录、病程记录、出院小结，检查报告和病历报告中的检查描述、检查结论（诊断）内容中抽取出的结构化数据内容 (2) 能够持续从医疗业务系统中获取数据到数据仓库中	6	结构化病历记录中定义的项目可抽取项目与内容值并达到 50 以上比例。
37	10.01.7			基本	(1) 完整临床数据仓库，包括影像、图形、结构化数据等，内容覆盖医疗过程所有业务系统的数据 (2) 有可定义的数据内容选择与抽取工具，具备常用的管理、研究、教学数据处理工具 (3) 具备跨省级专病或专科临床数据中心	7	数据仓库中的数据记录有唯一标识，有注册表登记
37	10.01.8			基本	(1) 能够与区域医疗数据整合，形成完整健康记录数据。具有多医疗机构联合的全面临床医疗数据索引，多机构可联合索引的数据项目内容中，具备外部数据的病人人数占全部病人 15% 以上； (2) 支持分布式数据的检索、抽取与处理 (3) 具备国家级专病或专科临床数据中心	8	
38	10.02.0		医疗质量控制		无要求	0	
38	10.02.1				无要求	1	
38	10.02.2				可从科室医嘱记录中生成危重病人人次数（2013 版三级医院评审细则 7-2-3-5）	2	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容
38	10.02.3				(1) 能够从系统中产生工作指标 (工作质量、效率) 14 项中的 7 项; (2013 版三级医院评审细则 7-1-2) (2) 可产生抗菌药药敏实验比例指标 (2013 版三级医院评审细则 7-5-2-5) (3) 系统可生成不同感染风险指数手术部位感染发病率 (2013 版三级医院评审细则 7-6-2-4) (4) 能够从系统中生成抗菌药比例、门诊注射药比例指标 (2013 版三级医院评审细则 7-5-2-1, 7-5-2-2)	3	
38	10.02.4				(1) 能够从系统中产生麻醉例数、麻醉分级管理例数指标 (2013 版三级医院评审细则 7-2-2-3) (2) 可从麻醉系统中获得各 ASA 分级麻醉病人比例指标 (2015 版麻醉专业医疗质控指标 2) (3) 可从护理记录产生非计划性入 ICU 率指标等 (重症医学专业医疗质量控制指标 (2015 年版), 11) (4) 可从科室医嘱记录中生成危重病人次数 (2013 版三级医院评审细则 7-2-3-5) (5) 卫生统计上报报表指标, 50% 以上由系统自动生成;	4	
38	10.02.5				(1) 能够从系统生成医院运行基本监测指标中工作符合、治疗质量、工作效率全部指标 (2013 版三级医院评审细则 7-1-2、7-1-3、7-1-4) (2) 可从系统中产生麻醉相关质控指标 3、4、5、6 (2015 版麻醉专业医疗质控指标 3、4、5、6) (3) 能够从系统中产生某类单病种质量指标中的 5 项具体指标, 如: ST 段抬高心肌梗死、心力衰竭、社区获得性肺炎、急性脑梗死、髌、膝关节置换术、冠状动脉旁路移植术、儿童社区获得性肺炎、围手术期预防感染、剖宫产、慢性阻塞性肺疾病、围手术期预防深静脉栓塞等 (4) 卫生统计上报报表指标, 70% 以上由系统自动生成; (5) 可从护理记录产生急性生理与慢性健康评分指标等 (重症医学专业医疗质量控制指标 (2015 年版), 2)	5	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容
38	10.02.6				(1) 能够从系统中生成三级医院医疗质量评审医疗质控部分 50%指标, 检验、麻醉、急诊、重症医学专业部分质控 40%指标 (2) 能够从系统中产生某类单病种质量指标中的重要考察指标, 如: ST 段抬高心肌梗死、心力衰竭、社区获得性肺炎、急性脑梗死、髋、膝关节置换术、冠状动脉旁路移植术、儿童社区获得性肺炎、围手术期预防感染、剖宫产、慢性阻塞性肺疾病、围手术期预防深静脉栓塞等 (3) 国家卫生健康计生委发布的专业质控指标, 60%可由系统自动生成, 全部时间点相关指标可由系统自动生成; (4) 卫生统计上报报表指标, 90%以上由系统自动生成;	6	
38	10.02.7			基本	(1) 管理部门有医疗指标分析工具, 并能够将分解结果传送相关临床科室 (2) 具有医疗质量分析知识库, 能够对病人安全、院内感染等情况进行预警 (3) 能够从系统中生成全部医疗质量评审医疗质控部分 80%以上的指标 (2013 版三级医院评审细则第 7 章) (4) 形成医院质控指标的闭环循环, 支持指标的不断完善, 生成质控指标被省级以上采纳	7	
38	10.02.8			基本	(1) 能够获取区域医疗质量数、质量情况数据, 能够将医院的整体质控指标与区域同类指标进行对比 (2) 包括细化到国家质控指标中单病种疾病指标对比、急诊、重症监护科室相关指标的对比。	8	
39	10.03.0		知识获取及管理		无特定要求	0	
39	10.03.1				无特定要求	1	
39	10.03.2				无特定要求	2	
39	10.03.3				药品、检查、检验项目字典中具有相关内容作为知识库, 如药品字典中的剂型、剂量、给药途径, 检查字典中的适应症、检查准备要求; 检验字典中的适应症、标本要求等	3	
39	10.03.4				(1) 专项知识库的内容可供全院使用 (2) 与诊疗项目相关联的文档类内容可作为知识库管理, 包括药品说明书、检查检验说明等 (3) 有供全院查询的电子化的政策法规文档	4	

项目序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	系统功能评价内容	功能评分	数据质量评价内容
39	10.03.5				(1)有可联合利用病人在两个以上系统的数据进行检查与提示的知识库 (2)全院具备统一的知识库体系,不同科室、不同系统调用的相同知识逻辑的结果相同。	5	
39	10.03.6				(1)知识库系统支持内容的配置,提供与应用系统对接,并支持提醒与警示功能 (2)支持决策类知识的维护,可根据医院自身、临床专科的特点对知识库进行补充、完善 (3)对于引入的外部知识库,须完成外部知识与院内部项目的对照	6	
39	10.03.7				(1)医院知识库具备持续的更新管理机制与工具; (2)可利用外部知识数据,实现知识库的持续完善; (3)对于决策支持应用情况有记录,并可利用记录对知识库进行完善;	7	
39	10.03.8			基础	(1)可根据个性化的知识需求,提供相对应的个性化知识库,并具备个人知识门户功能; (2)要求具有专科知识图谱,知识图谱具有自学习能力 (3)具备自行开发知识库的能力,开发知识体系可被多家三级医疗机构应用	8	

附表 4. 数据质量评估项目表（2018 版）

病房医师

项目代码	业务项目	数据质量考察项目
01.01.3	病房医嘱处理	一致性： 医嘱记录（医嘱项目编码，医嘱项目名称）
01.01.4	病房医嘱处理	完整性： 医嘱记录（病人标识、医嘱号、医嘱分类、医嘱项目编码、医嘱项目名称、医嘱开始时间）
01.01.5	病房医嘱处理	完整性： 医嘱记录（下达医嘱医师编码、下达医嘱医师姓名、医嘱状态） 整合性： 药疗医嘱记录与护理执行记录可对照（医嘱号、医嘱项目编码、药疗医嘱给药途径、药疗医嘱用法）
01.01.6	病房医嘱处理	完整性： 医嘱记录（医嘱下达时间、医嘱状态） 及时性： 1、药疗医嘱记录（医嘱下达时间）<药房发药记录（药房发药时间），药房发药记录（药房发药时间）<医嘱执行记录（给药时间） 2、药疗医嘱记录（医嘱下达时间）<药师审核记录（药师审核时间）
01.01.7	病房医嘱处理	完整性： 临床路径记录（病人入组状态、变异原因） 整合性： 医嘱记录（病人标识、委外检查或检验的项目编码）与委外检查或检验申请单（外部病人标识、外部的检查或检验项目编码）可对照
01.02.3	病房检验申请	一致性： 检验申请记录（检验项目名称、检验项目编码、标本名称）
01.02.4	病房检验申请	完整性： 检验申请记录（检验申请单号、病人标识、病人性别、项目编码、项目名称、标本名称）
01.02.5	病房检验申请	完整性： 检验申请记录（检验申请医师编码、医师姓名、检验申请状态、项目描述） 整合性： 检验申请记录（检验申请单号、检验申请项目编码、标本状态）与检验科室的检验登记记录（检验申请单号、检验申请项目编码、标本状态）可对照
01.02.6	病房检验申请	完整性： 检验申请记录（申请开立时间、标本采集人、标本采样时间） 及时性： 检验申请记录（申请开立时间）<标本采集记录（采样时间）
01.02.7	病房检验申请	整合性： 1、委外检验申请记录（检验申请单号、检验项目代码、标本代码）与向外部检验机构传送检验申请记录（检验申请单号、检验申请项目代码、标本代码）可对照。 2、本医疗机构外检验申请记录（检验项目代码、标本代码）与本院检验字典可对照
01.03.3	病房检验报告	一致性： 检验结果项目名称
01.03.4	病房检验报告	完整性： 检验报告记录（病人标识、检验结果项目名称、检验结果、正常参考值）

项目代码	业务项目	数据质量考察项目
01.03.5	病房检验报告	完整性: 1、检验报告记录（报告检验科室、审核医师） 2、检验危急值记录（项目编码、危急值、通知时间、医师接收时间、处理医师、处理记录） 整合性: 1、检验科室报告记录与标本记录（标本号）可对照 2、检验科室报告记录与医师工作站中医师查看的检验项目编码、名称、参考值可对照
01.03.6	病房检验报告	完整性: 检验报告记录（报告时间、审核时间） 及时性: 检验报告记录（审核时间）<检验危急值处理记录（医师处理时间）
01.03.7	病房检验报告	完整性: 外院检验结果记录（检验项目名称、参考值项目、标本类型） 整合性: 本医院检验报告项目编码、结果参考值与外院相应项目可对照
01.04.3	病房检查申请	一致性: 检查申请记录（检查项目名称、检查项目编码）
01.04.4	病房检查申请	完整性: 检查申请记录（申请单号、病人标识、检查项目编码、检查项目名称）
01.04.5	病房检查申请	完整性: 检查申请记录（检查申请科室、检查目的或临床诊断、检查申请状态、检查部位） 整合性: 医嘱记录与检查申请记录（检查申请项目编码、检查状态）可对照
01.04.6	病房检查申请	及时性: 检查申请记录（申请时间）<检查科室登记记录（病人到检时间） 整合性: 临床路径定义记录（检查项目编码）与检查科室中检查项目字典（检查项目编码）可对照
01.04.7	病房检查申请	整合性: 1、委外检查申请记录（检查申请单号、检验项目代码）与向外部检验机构传送检查申请记录（检查申请单号、检查申请项目代码）可对照。 2、本医疗机构外检查申请记录（检查项目代码）与本院检查字典可对照
01.05.3	病房检查报告	一致性: 检查项目代码
01.05.4	病房检查报告	完整性: 检查报告记录（检查项目名称、检查项目编码、检查描述、诊断（或结论、印象））
01.05.5	病房检查报告	完整性: 1、检查报告记录（报告科室、报告医师、检查诊断编码、审核医师编码） 2、检查危急值记录（检查项目编码、通知对象、通知时间、处理人、处理记录内容） 整合性: 检查系统与病房检查申请系统中的项目编码、名称可对照
01.05.6	病房检查报告	完整性: 检查报告记录（报告时间、审核时间） 及时性: 1、检查申请记录（申请时间）<检查报告记录（报告时间） 2、检查报告记录（报告时间）<检查危急值记录（医师接收时间）
01.05.7	病房检查报告	整合性: 本医院检查报告诊断项目编码项目与外院相应项目可对照

项目代码	业务项目	数据质量考察项目
01.06.3	病房病历记录	一致性： 病案首页记录（性别、门诊诊断）
01.06.4	病房病历记录	完整性： 1、病案首页记录（病人标识、姓名、性别、出生日期、门诊诊断、入院时间、入院科室、出院时间、出院病人、出院主要诊断、出院诊断编码） 2、描述性病历记录中的主诉、现病史、体格检查，病历记录内容大于 100 字
01.06.5	病房病历记录	完整性： 病历修改记录（修改医师、修改时间、修改后的病历内容） 整合性： 病历记录（章节标识）与质控记录（有问题病历章节标识）可对照
01.06.6	病房病历记录	完整性： 1、病历签名记录（签名病历内容识别标识、签名时间、签名医师） 2、会诊记录（申请会诊时间、申请会诊科室、会诊科室、会诊完成时间、会诊医师） 及时性： 1、会诊记录会诊申请时间<会诊完成时间； 2、病历记录（提交时间）<=病历签名记录（签名时间）
01.06.7	病房病历记录	整合性： 病历记录（病人标识）与外院病历记录（病人标识）可对照

病房护士

项目代码	业务项目	数据质量考察项目
02.01.3	病人护理与评估	一致性： 病房病人信息（入院方式、护理级别）
02.01.4	病人护理与评估	完整性： 1、病房病人信息（病人标识、病人姓名、病人性别、病人出生日期、护理级别、入科时间、床位号） 2、护理评估记录（病人标识）
02.01.5	病人护理与评估	完整性： 护理评估记录（评估护士编码、评估护士姓名、评估项目名称） 整合性： 1、护理记录与医嘱执行（病人标识、护理级别）可对照 2、病房病人信息（病人标识、住院病区）与住院登记记录（病人标识、住院病区）可对照
02.01.6	病人护理与评估	及时性： 1、住院登记记录（入院时间）<=病房病人信息（入科时间） 2、病房病人信息（入科时间）<护理评估记录（评估时间）
02.01.7	病人护理与评估	完整性： 护理相关临床路径记录（病人入径诊断、入径时间，变异记录） 整合性： 本医疗机构外护理评估记录中评估项目与本院护理评估项目可对照
02.02.3	医嘱执行	一致性： 医嘱执行记录（医嘱项目编码、医嘱项目名称、给药途径）
02.02.4	医嘱执行	完整性： 医嘱执行记录（病人标识、医嘱号、医嘱项目编码、医嘱项目名称、医嘱执行时间）

项目代码	业务项目	数据质量考察项目
02.02.5	医嘱执行	完整性： 医嘱执行记录（医嘱分类、执行护士编码、执行医嘱护士姓名） 整合性： 医嘱记录与护理执行记录（医嘱号、医嘱项目编码、药疗医嘱给药途径、药疗医嘱用法）可对照
02.02.6	医嘱执行	及时性： 药房发药记录（发药时间）<医嘱执行记录（给药时间）， 护理执行记录（标本采集时间）<=检验科（标本接收时间）
02.02.7	医嘱执行	
02.03.3	护理记录	一致性： 护理记录（体征记录项目编码、体征记录项目名称）
02.03.4	护理记录	完整性： 护理记录（病人标识、护理项目、执行时间、执行人）
02.03.5	护理记录	完整性： 1、护理记录（护理计划时间、护理计划项目） 2、护理记录（描述性护理项目）内容大于 10 个字符 整合性： 1、护理记录与病历记录（病人标识、住院标识）可对照 2、护理记录中观察记录项目，如：脉搏、心率、出入量、身高、血压等，与观察记录字典可对照
02.03.6	护理记录	完整性： 护理电子签名记录（签名时间、签名护理记录标识） 及时性： 护理记录（护理计划时间）与护理记录（护理执行时间） 差距小于 1 小时
02.03.7	护理记录	完整性： 不良事件记录（发生时间、持续时间、不良事件类型、名称、记录人） 整合性： 护理记录文书编码与临床路径规定的文书编码可对照

门诊医师

项目代码	业务项目	数据质量考察项目
03.01.3	处方书写	一致性： 处方记录（处方项目编码，处方项目名称）
03.01.4	处方书写	完整性： 处方记录（处方号、处方药品编码、处方药品名称、处方类型、处方剂量、处方剂量单位、处方开立医师编码、处方开立时间）
03.01.5	处方书写	完整性： 处方记录（病人诊断、性别、年龄（或出生日期）） 整合性： 处方记录（处方号、药品编码）与药房配药记录（处方号、药品编码）可对照
03.01.6	处方书写	完整性： 处方记录（处方状态、处方确认时间、处方确认人） 整合性： 处方记录与处方点评记录（处方号、药品编码）可对照 及时性： 处方开立时间<要是审核时间<药师发药时间
03.01.7	处方书写	完整性： 外配处方（病人标识、处方名称、给药途径、剂量、剂量单位、机构标识、医师标识） 整合性： 院外医疗机构药品字典与院内药品字典可对照，院外医疗机构诊断字典与院内诊断字典可对照
03.02.3	门诊检验申请	一致性： 检验申请记录（检验项目名称、检验项目编码、标本名称）
03.02.4	门诊检验申请	完整性： 检验申请记录（检验申请单号、病人标识、病人性别、项目编码、项目名称、标本名称）

项目代码	业务项目	数据质量考察项目
03.02.5	门诊检验申请	完整性： 检验申请记录（检验申请医师编码、医师姓名、检验申请状态、项目描述） 整合性： 检验申请记录（检验申请单号、检验申请项目编码、标本状态）与检验科室的检验登记记录（检验申请单号、检验申请项目编码、标本状态）可对照
03.02.6	门诊检验申请	完整性： 检验申请记录（申请开立时间、标本采集人、标本采样时间） 及时性： 检验申请记录（申请开立时间）<标本采集记录（采样时间）
03.02.7	门诊检验申请	整合性： 1、委外检验申请记录（检验申请单号、检验项目代码、标本代码）与向外部检验机构传送检验申请记录（检验申请单号、检验申请项目代码、标本代码）可对照 2、医联体医疗机构检验申请记录（检验项目代码、标本代码）与本院检验字典可对照
03.03.3	门诊检验报告	一致性： 检验报告记录（项目编码，项目名称）
03.03.4	门诊检验报告	完整性： 检验报告记录（病人标识、检验结果项目名称、检验结果、正常参考值）
03.03.5	门诊检验报告	完整性： 1、检验报告记录（报告检验科室、审核医师） 2、检验危急值记录（项目编码、危急值、通知时间、医师接收时间、处理医师、处理记录） 整合性： 1、检验科室报告记录与标本记录（标本号）可对照 2、检验科室报告记录与医师工作站中医师查看检验报告记录（检验项目编码、名称、参考值）可对照
03.03.6	门诊检验报告	完整性： 检验报告记录（报告时间、审核时间） 及时性： 检验报告记录（审核时间）<检验危急值处理记录（医师处理时间）
03.03.7	门诊检验报告	完整性： 外院检验结果记录（检验项目名称、参考值项目、标本类型） 整合性： 本医院检验报告项目编码、结果参考值与外院相应项目可对照
03.04.3	门诊检查申请	一致性： 检查申请记录（项目编码，项目名称、检查部位）
03.04.4	门诊检查申请	完整性： 检查申请记录（申请序号、病人标识、病人姓名、项目编码、项目名称、检查部位）
03.04.5	门诊检查申请	完整性： 检查申请记录（病人性别、年龄、出生年月、检查目的、申请医师编码、医师姓名） 整合性： 检查申请记录与检查科室登记记录（申请单号、项目编码、项目名称、检查部位）可对照
03.04.6	门诊检查申请	完整性： 门诊检查申请记录（申请单开立时间、申请单确认状态），检查执行记录（执行时间、执行状态、执行人） 及时性： 检查申请记录（申请开立时间）<检查预约记录预约（预约时间）<检查登记（到检时间）
03.04.7	门诊检查申请	整合性： 医联体机构外的检查项目申请中病人标识、检查项目代码、诊断代码能够与院内相关记录与字典可对照
03.05.3	门诊检查报告	一致性： 门诊检查报告记录（项目编码，项目名称、检查部位）

项目代码	业务项目	数据质量考察项目
03.05.4	门诊检查报告	完整性： 门诊检查报告记录（报告单号、病人标识、病人姓名、项目编码、项目名称、检查部位）
03.05.5	门诊检查报告	完整性： 门诊检查报告记录（报告医师编码、医师姓名、病人年龄（或出生日期）、诊断编码） 整合性： 门诊检查报告记录与门诊检查申请单记录（申请单号、项目编码、项目名称、检查部位）项目可对照
03.05.6	门诊检查报告	完整性： 门诊检查报告记录（报告审核时间、审核状态） 及时性： 检查科室检查记录（项目执行时间）≤门诊检查报告记录（报告审核时间）
03.05.7	门诊检查报告	整合性： 院外检查报告记录中病人标识、检查项目、诊断应与院内检查相关数据和字典可对照
03.06.3	门诊病历记录	一致性： 门诊病历记录（病人性别、科室、诊断）
03.06.4	门诊病历记录	完整性： 门诊病历记录（病人标识、病人姓名、诊断名称）
03.06.5	门诊病历记录	完整性： 1、门诊病历记录（就诊时间、医师签名） 2、门诊病历记录中主诉、辅助检查、病史等描述性记录字符数>50
03.06.6	门诊病历记录	及时性： 门诊病历记录（创建时间）<（签名时间）
03.06.7	门诊病历记录	整合性： 院外病历记录（病人标识）与院内就诊病人标识可对照

检查科室

项目代码	业务项目	数据考察项目
04.01.3	申请与预约	一致性： 检查申请记录（检查项目名称、检查项目代码、检查部位）
04.01.4	申请与预约	完整性： 1、检查申请记录（申请单编号、病人标识、病人姓名、检查项目、部位、检查目的、申请医师、申请科室） 2、检查预约记录（申请单编号、病人标识、病人姓名、检查项目、部位、检查安排时间）
04.01.5	申请与预约	完整性： 检查申请记录（诊断、特殊情况描述、执行科室、检查科室位置、申请时间） 整合性： 检查科室接收的检查申请记录与临床科室的检查检查记录（申请单编号、病人标识、检查项目、部位、申请医师、申请科室）可对照
04.01.6	申请与预约	及时性： 检查申请记录（检查申请时间）≤检查预约记录（检查安排时间）
04.01.7	申请与预约	整合性： 医联体相关医院间检查检查申请记录中（病人标识、检查项目、部位）可对照
04.02.3	检查记录	一致性： 检查记录（检查项目、部位）
04.02.4	检查记录	完整性： 检查记录（病人标识、检查项目、部位、测量值）
04.02.5	检查记录	完整性： 检查记录（检查时间、检查医师或技师、检查状态） 整合性： 检查记录与检查申请记录（病人标识、检查项目）数据内容可对照

项目代码	业务项目	数据考察项目
04.02.6	检查记录	及时性: 检查申请记录（检查申请时间）≤检查记录（检查时间）
04.02.7	检查记录	
04.03.3	检查报告	一致性: 检查报告记录（检查项目、部位）
04.03.4	检查报告	完整性: 检查报告记录（检查报告编号、病人标识、检查项目、部位、检查结论、报告时间）
04.03.5	检查报告	完整性: 检查报告记录（检查所见、报告医师、审核医师、检查状态） 整合性: 检查报告记录与检查申请记录（申请单编号、病人标识、检查项目、部位、申请科室）可对照
04.03.6	检查报告	及时性: 检查申请记录（申请时间）≤检查记录（病人报到时间）≤检查记录（检查时间）≤检查报告记录（报告审核时间）
04.03.7	检查报告	整合性: 医联体机构之间检查报告记录（病人标识、检查项目、诊断）可对照
04.04.3	检查图像	一致性: 检查图像（检查项目、部位、采集人的名称和编码）
04.04.4	检查图像	完整性: 检查图像记录（图像唯一编号、病人标识号）
04.04.5	检查图像	完整性: 检查图像记录（图像产生时间、检查部位、图像产生设备） 整合性: 1、检查图像记录与检查申请记录（检查项目、病人标识）可对照 2、检查图像记录与检查报告记录（图像号）可对照
04.04.6	检查图像	及时性: 检查申请记录（检查申请时间）≤检查图像记录（图像产生时间）≤检查报告记录（检查报告时间）
04.04.7	检查图像	整合性: 医联体传入医院的图像记录与检查报告记录中（病人标识、检查部位）能够与本医院（病人标识、检查部位）可对照

检验处理

项目代码	业务项目	数据考察项目
05.01.3	标本处理	一致性: 检验标本记录（标本编码、标本名称）
05.01.4	标本处理	完整性: 标本记录（标本标识、标本编码、标本签收状态）
05.01.5	标本处理	完整性: 标本记录（标本类别、容器类别、病人标识、标本采集时间、采集人） 整合性: 标本记录与检验申请记录（检验申请单号）可对照
05.01.6	标本处理	完整性: 标本传送记录（标本标识、标本位置、状态改变时间） 及时性: 检验申请记录（申请时间）<标本记录（标本采集时间）
05.01.7	标本处理	整合性: 医联体中外送标本或外院标本记录中（本院病人标识、外院病人标识）可对照
05.02.3	检验结果记录	一致性: 检验结果记录（检验报告项目、参考值范围）
05.02.4	检验结果记录	完整性: 检验结果记录（检验申请单号、检验时间、检验项目、项目结果）

项目代码	业务项目	数据考察项目
05.02.5	检验结果记录	完整性: 1、检验结果记录（病人标识、正常参考值） 2、检验危急值记录（检验项目、危急结果值、报告人、报告内容、报告时间） 3、质控记录（质控时间、项目、结果、靶值） 整合性: 1、检验结果记录与检验申请记录（病人标识、检验单号）可对照 2、检验申请记录与检验结果记录（检验申请项目、检验报告项目）可对照
05.02.6	检验结果记录	及时性: 检验标本记录（标本签收时间）≤检验结果记录（结果报告时间）
05.02.7	检验结果记录	整合性: 检验结果记录（病人标识、检验项目）与外部医疗机构检验申请记录（病人标识、检验项目）可对照
05.03.3	报告生成	一致性: 检验报告记录（项目名称、参考值范围）
05.03.4	报告生成	完整性: 检验报告记录（检验申请单号、病人标识、检验报告项目、检验结果、报告时间、报告科室）
05.03.5	报告生成	完整性: 检验报告记录（正常参考范围、报告人、审核人） 整合性: 检验报告记录与检验申请记录（申请单号、病人标识）可对照
05.03.6	报告生成	及时性: 标本记录（标本采集时间）≤检验结果记录（检验时间）<检验报告记录（报告发布时间）
05.03.7	报告生成	整合性: 1、外送标本返回的报告（病人标识、检验报告项目）与院内记录可对照 2、外部机构申请的检验结果记录中（病人标识）与外院申请记录（病人标识）可对照

治疗信息处理

项目代码	业务项目	数据质量考察项目
06.01.3	一般治疗记录	一致性: 治疗执行记录（治疗项目编码、治疗项目名称）
06.01.4	一般治疗记录	完整性: 治疗执行记录（病人标识、病人姓名、治疗项目名称）
06.01.5	一般治疗记录	完整性: 治疗执行记录（治疗时间、治疗师） 整合性: 治疗执行记录与治疗计划记录或治疗处方（病人标识、治疗项目）可对照
06.01.6	一般治疗记录	完整性: 治疗预约记录（预约时间、治疗计划项目） 及时性: 治疗申请记录（申请时间）<治疗计划记录或治疗处方（治疗计划时间）<治疗执行记录（治疗时间）
06.01.7	一般治疗记录	整合性: 医联体医疗机构间治疗申请、治疗记录中（病人标识、治疗项目）可对照
06.02.3	手术预约与登记	一致性: 手术申请记录（手术项目名称、手术编码）
06.02.4	手术预约与登记	完整性: 手术申请记录（手术标识号、病人标识、手术名称、手术日期、手术医师）

项目代码	业务项目	数据质量考察项目
06.02.5	手术预约与登记	完整性: 手术申请记录（手术执行科室、助手姓名、麻醉方式、器械要求） 整合性: 1、手术申请记录与麻醉记录（病人标识、手术标识号）可对照 2、手术记录与病案首页（手术名称、手术代码）可对照
06.02.6	手术预约与登记	完整性: 手术记录（病人标识、手术标识号、手术名称、手术描述、手术医师、手术开始时间、手术结束时间） 及时性: 手术申请记录（手术申请时间）≤手术记录（手术开始时间）<手术记录（手术结束时间）
06.02.7	手术预约与登记	整合性: 医联体病历记录中的手术记录（病人标识、手术编码）与本院相应项目可对照
06.03.3	麻醉信息	一致性: 麻醉记录（麻醉方法、手术名称）
06.03.4	麻醉信息	完整性: 麻醉记录（手术标识号、病人标识、病人姓名、手术名称、麻醉方法、麻醉师姓名）
06.03.5	麻醉信息	完整性: 麻醉记录（麻醉事件、术中用药、麻醉开始时间、进入恢复室时间、麻醉苏醒时间） 整合性: 麻醉记录与手术记录（手术标识号、麻醉方式）可对照
06.03.6	麻醉信息	及时性: 麻醉记录（麻醉开始时间）<手术记录（手术开始时间）<麻醉记录（进入麻醉恢复室时间）<麻醉记录（麻醉苏醒时间）
06.03.7	麻醉信息	整合性: 医联体医院病历中麻醉记录中（病人标识、麻醉方式）与本医院相应记录数据可对照
06.04.3	监护数据	一致性: 监护记录（体征项目、护理措施）
06.04.4	监护数据	完整性: 监护记录（病人标识、监测项目、护理措施、护理执行人）
06.04.5	监护数据	完整性: 监护记录（护理记录、评估记录、体征采集时间、评估时间、治疗项目、治疗时间） 整合性: 1、监护记录与检验结果记录（病人标识、检验报告项目代码）可对照 2、监护记录与医嘱记录（病人标识、医嘱项目代码）可对照
06.04.6	监护数据	及时性: 检验记录（危急值报警时间）<监护记录（危急值处置时间）
06.04.7	监护数据	整合性: 外部医疗机构病历记录中的监护数据（病人标识、监测项目）与本医院中相应记录可对照

医疗保障

项目编码	业务项目	数据质量考察项目
07.01.3	血液准备	一致性: 血液记录（血液项目名称、血液编码）
07.01.4	血液准备	完整性: 血液库存记录（血液编码、血袋编号、血型、数量、单位、入库时间）
07.01.5	血液准备	完整性: 血液记录（捐血者编码、捐血时间） 整合性: 血液库存记录与血液使用记录（血袋编号、血液编码）可对照
07.01.6	血液准备	完整性: 血液库存记录（入库时间、出库时间记录、操作人员） 及时性: 血液库存记录（入库时间）<血液库存记录（出库时间）<血液使用记录（输血时间）

项目编码	业务项目	数据质量考察项目
07.01.7	血液准备	整合性： 院外血液记录与院内血液库存记录（血袋号、血型编码）可对照
07.02.3	配血与用血	一致性： 配血记录（血型编码、配血检验项目）
07.02.4	配血与用血	完整性： 配血记录（病人标识、配血检验项目、检验结果、配血时间）
07.02.5	配血与用血	完整性： 1、配血记录（配血人、核对人员） 2、用血记录（病人标识、血型编码、输血时间、血袋编号） 整合性： 配血记录与输血记录（病人标识、血型编码）可对照
07.02.6	配血与用血	及时性： 配血记录（配血时间）<用血记录（输血时间）
07.02.7	配血与用血	完整性： 医联体病历中输血记录（病人标识、血型编码）与医院内的相关记录可对照
07.03.3	门诊药品调剂	一致性： 门诊配药记录（药品名称、药品编码、给药途径）
07.03.4	门诊药品调剂	完整性： 门诊配药记录（病人标识、姓名、药品编码、药品名称、给药途径、给药频率、发药数量）
07.03.5	门诊药品调剂	完整性： 门诊配药记录（处方开立时间、诊断、剂量、剂量单位、处方医师、审核药师、审核时间） 整合性： 药品调剂记录和门诊处方记录（病人标识、处方号、药品代码）可对照
07.03.6	门诊药品调剂	完整性： 门诊配药记录（处方审核时间、发药时间） 及时性： 门诊处方记录（处方开立时间）< 处方审核记录（处方审核时间）<= 门诊配药记录（处方发药时间）
07.03.7	门诊药品调剂	整合性： 医联体门诊处方记录（病人标识、药品编码、给药途径）项目与本院相关记录可对照
07.04.3	病房药品配置	一致性： 药房配药记录（药品名称、药品编码、给药途径）
07.04.4	病房药品配置	完整性： 药房配药记录（病人标识、姓名、药品编码、药品名称、给药途径、给药时间、发药数量）
07.04.5	病房药品配置	完整性： 药房配药记录（医嘱执行时间、剂量、剂量单位、审核药师、审核时间） 整合性： 药房配药记录与医嘱执行记录（病人标识、药品编码、给药途径）可对照
07.04.6	病房药品配置	及时性： 1、医嘱记录（医嘱开立时间）< 药房配药记录（发药时间） 2、药房配药记录（发药时间）<药品执行记录（给药时间）
07.04.7	病房药品配置	整合性： 医联体病历记录中药疗医嘱记录（病人标识、药品编码、给药途径）与本院相关项目数据可对照

病历管理

项目代码	业务项目	数据质量考察项目
08.01.3	病历质量控制	一致性： 病案质控记录（质控项目名称）
08.01.4	病历质量控制	完整性： 病案质控记录（病人标识、质控项目编码、质控时间）

项目代码	业务项目	数据质量考察项目
08.01.5	病历质量控制	完整性： 病历质控记录（书写医师、质控人员编码、病历质控问题描述、病案评分、时限超时标志） 整合性： 病历质控记录与病历记录（病人标识、病历章节标识）可对照
08.01.6	病历质量控制	及时性： 病历质控记录（质控时间）<病历质控记录（修改时间）<病历质控记录（质控确认完成时间）
08.01.7	病历质量控制	整合性： 医联体外院病历（病人标识）与医院病历记录可对照

信息利用

项目代码	业务项目	数据质量考察项目
10.01.3	临床数据整合	一致性： 1、住院病案首页（出院诊断编码、门诊诊断、手术操作编码、性别） 2、门诊病案记录（门诊诊断）
10.01.4	临床数据整合	完整性： 1、病案首页（病人标识、住院标识、入院科室、出院科室、入院时间、出院时间） 2、检查报告（病人标识、检查项目、结论、检查时间） 3、检验报告（病人标识、检验项目、结果、参考范围、检验时间） 4、医嘱记录（病人标识、医嘱代码、医嘱开始时间）5、体征记录（病人标识、体征项目、测量结果、测量时间） 整合性： 医嘱、检查、检验、手术、药品、体征项目能全部与病人标识对应
10.01.5	临床数据整合	一致性： 形成临床数据仓库的项目有数据元素定义、值域定义。数据内容与值域字典可对应 完整性： 住院病案首页数据全部内容符合病案首页质量规范必填项要求
10.01.6	临床数据整合	完整性： 1、从结构化病历记录中抽取记录项目与项目值，包括从入院记录提取结构化项目（主诉、现病史、既往史、个人史、婚育史、家族史、体格检查、专科情况、辅助检查等相关章节提取结构化数据）；病程记录（当前病情记录、评分、诊疗计划等相关章节提取结构化数据）；出院小结（诊疗情况、目前情况、评分、出院诊断、出院注意事项、出院带药等相关章节提取结构化数据） 2、结构化检查报告记录中抽取记录项与项目值，包括检查描述、检查结论（提取量化项目名称、量化文本结果、量化数字结果、量化日期结果、量化布尔值等） 3、抽取的数据项目超过结构化定义项目内容的 50%。
10.01.7	临床数据整合	完整性： 数据仓库中数据有注册登记，每个登记的数据索引有唯一数据标识与实际数据对应。

医院智慧服务分级评估标准体系（试行）

国卫办医函〔2019〕236号

医院智慧服务是智慧医院建设的重要内容，指医院针对患者的医疗服务需要，应用信息技术改善患者就医体验，加强患者信息互联互通，提升医疗服务智慧化水平的新时代服务模式。建立医院智慧服务分级评估标准体系（Smart Service Scoring System, 4S），旨在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，为进一步建立智慧医院奠定基础。电子病历、医院运营、教学、科研等信息化建设情况不在本评估范围内。

一、评估目标

（一）建立完善医院智慧服务现状评估和持续改进体系，评估医院开展的智慧服务水平。

（二）明确医院各级别智慧服务应当实现的功能，为医院建设智慧服务信息系统提供指南，指导医院科学、合理、有序地开发、应用智慧服务信息系统。

（三）引导医院沿着功能实用、信息共享、服务智能的方向，建设完善智慧服务信息系统，使之成为改善患者就医体验、开展全生命周期健康管理的有效工具。

二、评估对象

应用信息系统提供智慧服务的二级及以上医院。

三、评估分级

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级至5级。

（一）0级：医院没有或极少应用信息化手段为患者提供服务。

医院未建立患者服务信息系统；或者在挂号、收费、检查、检验、入出院、药事服务等环节中，面向患者提供信息化服务少于3个。患者能够通过信息化手段获取的医疗服务信息较少。

（二）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。医院建立服务患者的信息系统，应用信息化手段对医疗服务流程进行部分优化，在挂号、收费、检查、检验、入出院、药事服务等环节中，至少有3个以上的环节能够面向患者提供信息化服务，患者就医体验有所提升。

（三）2级：医院内部的智慧服务初步建立。医院应用信息系统进一步优化医疗服务流程，能够为患者提供智慧导医分诊、分时段预约、检查检验集中预约和结果推送、在线支付、床旁结算、生活保障等智慧服务，患者能够便捷地获取医疗服务相关信息。

（四）3级：联通医院内外的智慧服务初步建立。电子病历的部分信息通过互联网在医院内外进行实时共享，部分诊疗信息可以在院外进行处理，并与院内电子病历信息系统实时交互。初步建立院内院外、线上线下一体化的医疗服务流程。

（五）4级：医院智慧服务基本建立。患者医疗信息在一定区域内实现互联互通，医院能够为患者提供全流程的个性化、智能化服务，患者就诊更加便利。

（六）5级：基于医院的智慧医疗健康服务基本建立。患者在一定区域内的医院、基层医疗机构以及居家产生的医疗健康信息能够互联互通，医院能够联合其他医疗机构，为患者提供全生命周期、精准化的智慧医疗健康服务。

四、评估方法

采用定量评分、整体分级的方法，综合评估医院智慧服务信息系

统具备的功能、有效应用范围、技术基础环境与信息安全状况。

（一）局部应用情况评估。是对医院中各个环节的医疗业务信息系统进行评估。

1. 评估项目：按照患者诊前、诊中、诊后各环节应涵盖的基本服务内容，结合医院信息化建设和互联网环境，确定 5 个类别共 17 个评估项目（见附件 1）。

2. 评估方法：围绕 17 个评估项目分别对医院智慧服务信息系统的功能、有效应用范围进行评分。功能评估按照实现的功能等级获得等级评分，有效应用范围评估按照实际应用情况获得相应的比例系数评分。将两个得分相乘，得到此评估项目的综合评分。即：

单个项目综合评分=功能评分×有效应用范围评分。

各项目实际评分相加即为该医院智慧服务信息系统局部应用情况的总评分。

（1）功能评分。标准中对每个评估项目，均按照 0—5 级列出每一个评估项目对应的功能要求与评估内容。评估是根据各医院智慧服务系统达到相应评估项目的功能状态（评为某一级别必须达到前几级级别相应的要求），确定该评估项目的得分。

（2）有效应用范围评分。按照每个评估项目要求的应用范围，分别计算该项目在医院中的实际应用比例。其中，要求实际应用的项目，实际服务中实现应用则视为 100%，无实际应用则视为 0。要求比例的项目，计算该项目在医院内的实际应用比例，所得比值即为得分，精确到小数点后两位。

（二）整体应用水平评估。是对医院智慧服务信息系统整体应用情况的评估。具体方法是按照总分、基本项目完成情况、选择项目完成情况得到评估结果，分为 0—5 级共六个等级（各级评估要求见附

件 2)。

(1) 医院智慧服务信息系统评估总分。是反映医院智慧服务信息系统整体应用情况的量化指标,即局部应用情况评估各项目评分的总和,且该得分不低于相应级别最低总分标准。例如:医院智慧服务信息系统达到第 3 级水平时,则其评估总分应大于等于 30 分。

(2) 基本项目完成情况。基本项目是医院智慧服务信息系统中的基础、关键项目(见附件 3)。医院智慧服务信息系统达到某一等级时,其相应等级基本项目应当全部达标。部分项目应用范围必须达到 80%以上(见附件 3)。

(3) 选择项目完成情况。选择项目是医院结合实际选择实现的项目。医院智慧服务信息系统达到某一等级时,其相应等级选择项目至少 50%应当达标。部分项目应用范围必须达到 50%以上(见附件 3)。

附件: 1. 医院智慧服务分级评估项目

2. 医院智慧服务分级评估基本要求

3. 医院智慧服务分级评估具体要求

附件 1

医院智慧服务分级评估项目

序号	类别	业务项目	应用评估
1	诊前服务	诊疗预约	应用电子系统预约的人次数占总预约人次数比例
2		急救衔接	具备急救衔接机制和技术手段并有应用
3		转诊服务	应用信息系统转诊人次数占总转诊人次数比例
4	诊中服务	信息推送	应用信息技术开展信息推送服务
5		标识与导航	具备院内导航系统
6		患者便利保障服务	具备患者便利保障系统并有应用
7	诊后服务	患者反馈	电子调查人次占全部调查人次比例
8		患者管理	应用电子随诊记录的随诊患者人次数占总随诊患者人次比例
9		药品调剂与配送	具有药品调剂与配送服务系统并有配送应用
10		家庭服务	具有电子记录的签约患者服务人次占总签约患者服务人次比例
11		基层医师指导	应用信息系统开展基层医师指导
12	全程服务	费用支付	具备电子支付系统功能并有应用
13		智能导医	有智能导医系统功能并有应用
14		健康宣教	有健康宣教系统并有应用
15		远程医疗	具备远程医疗功能并有应用
16	基础与安全	安全管理	应用身份认证的系统占全部系统比例
17		服务监督	具有服务监督机制并有监督记录

说明：“应用评估”中要求“有应用”的项目，该功能在实际中应用则视为 100%，如未应用则视为 0；要求比例的项目，实际应用比例基本项不低于 80%，选择项不低于 50%。

附件 2

医院智慧服务分级评估基本要求

等级	内容	基本 项目数 (项)	选择 项目数 (项)	最低 总分 (分)
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	4	8/13	10
2 级	医院内部的智慧服务初步建立	6	6/11	20
3 级	联通医院内外的智慧服务初步建立	8	4/9	30
4 级	医院智慧服务基本建立	9	3/8	41
5 级	基于医院的智慧医疗健康服务基本建立	9	3/8	51

说明：表中“8/13”是指 13 个选择项目中至少有 8 个项目达标。

附件 3

医院智慧服务分级评估具体要求

序号	类别	业务项目	等级	是否为基本项	系统功能评估内容
1	诊前服务	诊疗预约	0	否	医院无针对门诊挂号、检查检验、治疗的预约或登记处理软件。
		要点： 医院对就诊、检查、治疗等的预约服务功能 应用范围：应用电子系统预约的人次数占总预约人次数比例	1	是	(1) 在门诊挂号的柜台或窗口使用的信息系统有挂号预约功能，检查、检验与治疗科室的柜台或窗口使用的信息系统有预约功能；
					(2) 工作人员使用信息系统（如门诊预约窗口、医生诊间预约等）完成患者治疗项目和门诊手术的预约。
			2	是	(1) 支持多种证件的患者身份认证（如居民身份证、户口簿、军官证、港澳居民来往内地通行证、台湾居民来往大陆通行证、护照、外国人居留证等）；
					(2) 实现院内患者基本信息、患者挂号信息在挂号柜台、门诊诊间的联通；
					(3) 能够在门诊诊间完成日间手术、治疗的申请与预约；
					(4) 能够在诊间开具电子住院单，住院申请预约能够在门诊诊间、住院处、病房共享；
					(5) 就诊号池、检查、治疗等安排信息在院内共享；
					(6) 支持使用自助设备或在门诊诊间完成就诊、检查、检验预约与管理。
			3	是	(1) 患者使用自有移动设备及 PC 设备，在线完成身份注册，患者线上身份注册信息与院内患者信息联通；
					(2) 支持患者在院外进行预约挂号，预约方式如：网站、手机 APP、区域挂号平台等；
					(3) 院内资源或信息发生变化时，可及时通知患者，如可住院床位变化、临时限号、医师停诊、检查设备故障等；
1	诊前服务		3	是	(4) 院内外各类挂号方式在本院号源池共享；

					(5) 可支持分时段预约挂号或检验、检查, 预约时间可精确到 1 小时以内;
					(6) 患者可根据预约直接到医院诊室或检查、治疗等部门接受诊疗服务, 无需二次排队;
					(7) 对疑似倒号、伤医、连续爽约 (失信) 等行为有黑名单记录和控制措施。
			4	是	(1) 可根据患者检查、治疗情况, 自动为患者提供预约安排参考;
					(2) 可按照患者住院预约情况, 辅助医师、科室制定工作计划;
					(3) 对于相互影响的治疗、手术内容可自动错开预约时间;
					(4) 支持患者使用虚拟就诊卡完成院内全流程就诊;
					(5) 支持患者在线完成实名认证, 如身份证、社保卡、银行卡等;
					(6) 支持患者通过网络预约申请住院时间、床位类型等信息。
			5	否	(1) 实现区域就诊"一卡通"或支持多医院间患者身份等标识信息的确认对照与转换;
					(2) 支持分时段预约挂号或检查, 预约时间可精确到 30 分钟以内。

2	诊前服务	急救衔接 要点：医院与院外急救体系信息共享能力	0	否	急救患者需要手工登记基本情况，无信息系统支持患者信息的管理。
			1	否	(1) 支持工作人员将急救患者信息手工录入系统；
					(2) 对急救患者在系统中进行分级管理。
			2	否	(1) 录入系统的患者基本信息、病情等可供医院其他部门共享；
					(2) 可依据患者病情分级给出简单的准备措施提示。
			3	否	(1) 应急值守人员可从系统中获得患者基本信息；
					(2) 能记录主要参与急救的医护人员信息和时间；
					(3) 急救信息可通过短信、APP 消息等方式及时通知到医院应急值守人员。
			4	否	(1) 实现与院前急救系统的数据对接，医院可将特殊急救能力及项目（如心梗、脑梗等）信息上传至区域急救平台；
					(2) 支持救护车与医院的远程交流，医院可获取救护车中采集的患者信息；
					(3) 按照患者病情，动态给出急救安排建议、准备计划等。
			5	否	医院与区域急救平台对接，患者病情可实时传递给医院。

3	诊前服务	转诊服务 要点： 医联体间 跨机构服 务信息交 换与共享 能力 应 用 范 围：应用 电子系统 转诊人次 数占总转 诊人次 数比例	0	否	门诊和住院均无转诊信息系统，外部医院转入的患者信息需要手工登记处理。
			1	否	接收院外机构的转诊申请单，患者转诊数据可录入信息系统。
			2	否	支持获取并保存患者在院外机构产生的资料，并在院内共享。
			3	是	支持获取患者院外转诊信息并直接存储于医院信息系统，如 DICOM 影像、患者基本信息、住院病案首页、诊断证明书、检验结果、检查报告等。
			4	否	(1) 可接收医联体内医院发送的电子转诊申请单，直接生成本院的电子住院单；
					(2) 可为基层机构提供在线医疗咨询，对于高危情况可通知基层医师处理。
			5	是	可根据健康档案或监测得到的患者病情变化情况，给出诊疗或转诊建议。

4	诊中服务	信息推送 要点： 医院为患者提供告知、信息传送的能力	0	否	患者消息通知无信息系统支持。
			1	否	(1) 在门诊区域提供公共信息的电子化展示，包括：出诊信息、剩余号源、候诊信息、取药信息等；
					(2) 工作人员可通过系统为患者集中打印出院病历、门诊病历等病历资料；
					(3) 在医院公共区域为患者及家属提供注意事项的宣教播放。
			2	否	(1) 在住院公共区域提供公共信息的电子化展示，包括：主管医师、护士的列表等，将手术计划、诊疗计划安排等信息告知患者；
					(2) 为患者提供门诊和住院信息的实时自助查询，包括：三大目录、费用清单、预存情况、医师情况、出诊信息、科室情况介绍等；
					(3) 患者可使用自助设备完成医疗记录的打印，包括检查报告、影像资料、检验结果等。
			3	是	(1) 为患者提供移动端的实时查询服务，如：预约、挂号、缴费等办理是否成功等；
					(2) 为患者提供移动端的诊疗活动情况告知，如：手术通知、入院提示、出院提示，取药、报告、危急值信息等；
					(3) 应患者要求，可推送检查注意事项、用药指导等信息。
			4	是	(1) 实现消息通知的分级管理，允许患者屏蔽非关键信息；
4	诊中服务		4	是	(2) 患者能够在移动端实时查询等候状态，包括：候诊、检查、治疗等；

					(3) 患者家属能够在移动端实时查询手术进展情况；
					(4) 应患者要求，可通过移动端提供电子版病历及图像资料；
					(5) 经患者授权，可查看患者院外电子病历信息。
			5	否	(1) 对于出院签约管理患者，可根据其健康情况自动调整消息通知内容；
					(2) 患者可在线查看本人的病历资料及图像，互联网存储资料应加密；
					(3) 根据患者病情和诊疗阶段，自动为患者、患者家属推送注意事项及宣教内容。

5	诊中服务	标识与导航 要点： 医院为患者提供电子化就医引导的环境与功能	0	否	无基于信息系统的患者标识与引导。
			1	否	(1) 挂号、收费、药房等服务部门有电子排队叫号设施，可控制显示内容；
					(2) 门诊诊室、检查室有电子排队叫号设施，可通过诊室、检查室医生控制。
			2	是	(1) 挂号、收费、药房等服务部门的公共信息有电子化展示，并能够与所在部门业务系统联动，如就诊到检、剩余号源、候诊信息、取药信息、抽血到检、检查到检等，实现不少于 3 项；
					(2) 门诊诊室外有电子显示系统，与挂号、报到、就诊等信息联动；
					(3) 打印的号条、检查单、导诊单上有准确的诊疗科室位置信息。
			3	否	(1) 支持患者使用自有移动设备及 PC 设备查询各类公共信息，如就诊到检、剩余号源、候诊信息、取药信息、抽血到检、检查到检等，实现不少于 3 项；
					(2) 为患者提供静态室内地图查询服务，支持患者在线查询各科室位置。
			4	是	(1) 为患者提供与个人诊疗活动相关的院内定位与导航服务；
					(2) 患者可在移动端实时查询相关诊疗科室位置及患者排队诊疗情况。
			5	是	(1) 可获取患者院内或医联体内多个科室的诊疗活动安排，并为患者规划最佳的诊疗路径；
					(2) 可根据患者等候队列的实时变化，提示并引导患者就诊。

6	诊中服务	患者便利保障服务 要点： 医院在非核心医疗服务中提供信息服务能力	0	否	患者便利保障服务完全通过手工支持。
			1	否	工作人员使用信息系统为患者提供便利保障服务，如轮椅租赁、手机充电、订餐、停车预约、护工选择、志愿者翻译预约、中药代煎等。
			2	否	(1) 可实现患者便利保障服务的集中管理，院内不同地点获得的信息内容一致；
					(2) 支持患者使用自助设备完成上述便利保障服务中的至少 1 项。
			3	否	患者在移动端可完成便利保障服务中的至少 1 项，系统功能应包括查询、预约、缴费等。
			4	是	(1) 系统可根据患者病情自动推荐服务内容，如护工推荐、餐饮推荐、预约轮椅/推车等；
					(2) 患者可在线实时查询便利保障服务的状态。
			5	否	支持管理部门根据患者诊疗情况，结合营养师所下膳食医嘱自动向患者推荐适宜餐食。

7	诊后服务	患者反馈	0	否	手工完成患者反馈信息的获取与处理。
			1	否	支持对患者进行院内满意度调查，调查结果可生成电子化记录；
		要点： 电子化收集与了解患者反馈的能力与应用情况	2	否	(1) 患者通过院内自助设备完成满意度调查问卷；
					(2) 满意度调查应涵盖不同诊疗环节，如挂号、住院、取药、检查、治疗、就医环境等内容中的至少 3 项。
		应用范围：电子调查人次占全部调查人次比例	3	是	(1) 患者可使用自有移动设备及 PC 设备完成满意度调查问卷；
					(2) 患者可使用自有移动设备及 PC 设备完成投诉及意见反馈。
			4	是	(1) 系统支持对投诉意见的分类处理，可通过短信、APP 消息等方式通知医院管理部门；
					(2) 对于患者投诉支持以短信、APP 消息等方式回应；
					(3) 可根据患者就诊活动，动态推送满意度调查内容，满意度调查结果与就诊活动可对应。
			5	是	结合医院信息系统数据、患者满意度调查结果、舆情监测等信息，对医疗服务进行综合评估；

8	诊后服务	患者管理 要点： 针对连续医疗服务时为患者提供电子化安排服务与记录的能力 应用范围：电子随诊记录占总随诊患者人次比例	0	否	手工管理患者及其随访信息。
			1	否	(1) 患者随访要形成电子化记录；
					(2) 对于不同患者可分别制定随访计划及随访内容。
			2	否	(1) 患者基本信息从医院信息系统中直接生成，可根据患者病情自动生成随访计划；
					(2) 全院随访统一管理，对特殊患者可进行标记。
			3	否	(1) 为患者提供个性化提醒，包括复诊、用药、生活指导等；
					(2) 支持以短信、APP 消息等方式向患者推送随访调查表，患者可使用自有移动设备及 PC 设备完成填写，调查结果可自动填入随访系统；
					(3) 系统支持以短信、APP 消息等方式自动向随访人员推送提示。
			4	是	(1) 可根据病情自动提示患者关注相关健康指标，如运动、血压、血糖、体重等；
					(2) 支持患者提问的自动应答功能；
					(3) 支持基层医疗机构通过信息系统查看患者相关病历资料。
			5	是	(1) 医院可通过信息系统接收院外相关电子病历信息，结合患者院内的诊疗情况，形成随访记录；
					(2) 通过可穿戴设备直接获取患者相关监测信息，数据纳入医院中的患者健康档案记录；
					(3) 根据患者病情变化，动态调整康复计划。

9	诊后服务	药品调剂与配送 要点： 电子化的药品调配、供应、配送服务能力	0	否	无电子化药品服务与配送功能。
			1	是	工作人员使用信息系统完成处方的确认、核对。
			2	是	(1) 支持患者在院内通过自助设备查看处方与医嘱；
					(2) 院内各科室处方数据统一管理；
					(3) 处方合理性检查有记录。
			3	是	(1) 患者可使用自有移动设备及 PC 设备查询个人处方、药品说明书，如 APP、网站等；
					(2) 医院应根据本院的历史处方及可得到的其他医疗机构处方进行统一的合理用药检查；
					(3) 患者可在线查询到出院带药信息。
			4	否	(1) 支持向第三方机构推送电子处方，电子处方应有防篡改功能；
					(2) 能对基层机构开立的处方进行审核及合理用药检查；
					(3) 支持患者在线完成药品配送付费及配送地点选择，患者可在线查看药品的配送情况。
			5	否	根据患者日常健康记录，动态检查患者用药合理性，并向患者及管理医师发送提示。

10	诊后服务	家庭服务	0	否	无电子化的家庭医疗服务管理记录与健康档案记录。
		要点： 医院为签约患者提供服务时的信息管理 能力	1	否	医护人员开展的家庭医疗服务可在信息系统中记录。
			2	否	(1) 通过信息系统管理已签约患者；
					(2) 管理人员及医护人员共享患者家庭医疗及护理服务信息；
					(3) 可在系统中记录签约患者的反馈意见。
		应用范围：电子记录的签约患者服务人次占总签约患者服务人次比例	3	否	(1) 支持签约患者在线预约家庭医疗或护理服务；
					(2) 患者可通过系统查看签约医师团队及相关医院信息；
					(3) 家庭医师可在线完成远程复诊。
			4	否	定期监控患者情况，并提示医师处理患者异常。
			5	否	可依据患者病情、住址等内容，向患者推荐家庭医师团队。

11	诊后服务	基层医师指导 要点： 医联体中医院通过信息手段指导基层医师的能力	0	否	无基于信息系统的基层医师指导。
			1	否	通过远程视频教学对基层医师进行培训与指导。
			2	否	在远程视频会诊中可利用电子病历信息对基层医师进行指导。
			3	否	(1) 利用远程医疗系统及机构间共享的病历信息对基层医师进行指导；
					(2) 医院的治疗方案可通过系统传送给基层医院；
					(3) 支持开展远程医学影像、远程心电、实验室检验等功能中的至少 1 项。
			4	是	(1) 为基层机构提供在线临床决策辅助，可通知医师处理患者高危情况；
					(2) 支持开展远程查房或远程手术指导等。
			5	是	(1) 可监控基层医疗机构的主要疾病情况，给出相应指导；
					(2) 为基层医疗机构提供影像、心电图等内容的智能化辅助服务。

12	全程服务	费用支付 要点： 为患者提供各类电子化付费服务的功能	0	否	手工完成计价与缴费处理。
			1	是	(1) 支持患者在窗口完成缴费、预存、退款等操作；
					(2) 信息系统应支持患者在医保类支付的窗口直接结算。
			2	是	(1) 支持患者使用多种缴费方式，包括自助机、诊间计费等，缴费内容支持门急诊、住院；
					(2) 缴费信息全院共享，各科室可直接查询，不需纸质凭证进行缴费确认；
					(3) 医保患者可通过自助机完成结算。
			3	是	(1) 支持患者在窗口使用移动支付方式付费；
					(2) 支持患者使用自有移动设备完成支付，包括门急诊缴费、住院缴费、住院预交金支付等。
			4	否	(1) 支持患者使用自有移动设备查询待缴费用，并使用移动设备缴费，包括：挂号费、诊疗费、药费、预约检查费用等；
					(2) 支持电子发票的生成和数据推送。
			5	否	系统支持先诊疗后付费模式，如信用支付、医保类线上支付等。

13	全程服务	智能导医 要点： 医院为患者提供个性化就医引导的功能	0	否	患者的咨询与导医工作全部通过手工完成。
			1	否	(1) 工作人员可通过系统查询出诊情况；
					(2) 提供电子化信息展示，包括科室介绍、医师介绍、出诊信息等。
			2	否	(1) 患者在院内可通过自助查询完成分诊；
					(2) 患者可自助查询科室介绍、医师介绍、出诊信息等。
			3	是	(1) 患者使用自有移动设备及 PC 设备可查询科室、医师、出诊信息等；
					(2) 患者在诊前通过系统录入症状、病史等信息，可供医师参考。
			4	否	(1) 系统可根据患者历史诊疗情况、检查、治疗安排等，给出分诊建议；
					(2) 患者可在移动端根据部位、病情等信息进行简单的分诊。
			5	是	(1) 根据患者病情及区域多发病、流行病情况等，给出患者分诊建议；
					(2) 患者在诊前录入的症状、病史等信息可自动转为病历记录初稿。

14	全程服务	健康宣教 要点： 医院对患者及家属提供健康教育的功能	0	否	无健康宣教系统。
			1	否	在医院公共区域，为患者及家属提供医学健康教育的宣传视频；
			2	是	患者可通过自助设备查询医学知识。
			3	否	(1) 患者可使用自有移动设备及 PC 设备查看医学知识；
					(2) 患者及家属可在移动端查询就诊注意事项和宣教内容；
					(3) 不同途径查询的相同医学知识内容应保持一致。
			4	是	(1) 患者可使用自有移动设备及 PC 设备进行风险评估，评估结果可反馈至医院系统存储；
					(2) 可根据患者病历资料自动完成风险评估，并将结果推送给患者或者监护人。
			5	是	根据患者健康记录、监测信息、病情变化，有针对性地推送医学知识。

15	全程服务	远程医疗 要点： 医院应用 远程医疗 系统开展 的会诊、 咨询服务 功能	0	否	无远程医疗系统。
			1	否	可提供远程分级诊疗基本服务，如实时交互会诊、非实时报告判读等。
			2	否	(1) 全院远程分级诊疗工作统一安排；
					(2) 诊疗资料内容与交互视频可同时进行展示；
					(3) 会诊资料存储于医院信息系统。
			3	是	(1) 参与业务的工作人员应进行身份认证；
					(2) 支持医师及患者使用移动设备开展会诊。
			4	否	(1) 支持远程医疗与线下诊疗业务无缝集成；
					(2) 针对慢病、复诊患者，可实现在线交互诊疗，在线开具处方、检查单、检验单等，至少支持 1 项。
			5	是	在远程会诊过程中，支持对患者医学影像、病历资料等的智能化辅助功能。

16	基础与安全	安全管理 要点： 智慧服务系统基础设施、管理与安全状况 应用范围：身份认证系统占全部系统比例	0	否	无安全措施要求。
			1	是	(1) 通过服务器及存储设备统一管理各终端产生和共享的数据，院内网络联通，服务器具有病毒防护能力；
					(2) 服务器部署于独立的安全域，具备网络防控能力；
					(3) 对于患者信息使用具备授权机制，相关信息使用有记录，可追溯；
					(4) 采用用户名、口令的方式实现身份认证。
			2	是	(1) 建立数据安全管理制度；
					(2) 服务器、存储等核心设备部署在专用机房内；
					(3) 服务器仅开放必要的网络服务端口；
					(4) 系统之间进行数据交互时需要进行授权认证，对敏感数据进行标记，与其他系统进行数据交互时，可根据敏感标记进行有效控制；
					(5) 具备有效避免越权的措施，具备完整的授权审批管理流程，操作过程可通过系统追溯。
			3	否	(1) 数据库放置于独立的安全域，不直接暴露在互联网环境；
					(2) 信息系统具备应用层防护能力；
					(3) 跨机构数据使用，须进行审批管理，操作内容可追溯；
16	基础与安全				(4) 医师在院外使用患者信息须进行审批管理，操作内容可追溯。

			4	是	(1) 互联网环境下患者敏感数据须加密存储，加密必须采用国产加密算法；
					(2) 互联网环境下信息系统所有数据须进行加密传输；
					(3) 设有专门的信息安全岗位，定期组织漏洞扫描与渗透测试，并及时修补系统漏洞；
					(4) 使用患者院外信息须有患者电子授权。
			5	是	(1) 对外仅保留必要的信息，核心及全量数据不对互联网暴露；
					(2) 建立数据全生命周期管理体系，从数据产生、加工、存储、使用、销毁各个流程进行管控；
					(3) 采用双因素认证方式，如口令、U—KEY，OTP、手机验证码、生物特征等其中的 2 种。

17	基础与安全	服务监督 要点： 医院自动产生监管信息，并具备向服务监管机构提供信息的能力	0	否	无基于计算机系统的服务质量监督。
			1	否	对于公共卫生管理信息（慢病管理、妇幼保健、计划免疫、精神卫生管理、院内感染控制管理、传染病管理中的至少 1 类）有系统记录，包括管理类型，治疗情况等。
			2	否	医疗监管和公共卫生管理上报所需信息能直接从信息系统中获取并生成报表。
			3	否	能按照上级管理部门要求，实现医疗监管和公共卫生管理的数据对接，如精神卫生患者、传染病患者、生育服务、出生证明服务等。
			4	否	可为所管理的慢病患者自动生成慢病监控记录。
			5	否	（1）按照服务质控要求，可自动生成关键指标。医院管理部门可按上级监管机构的要求报送指标数据。 （2）对所管理的慢病患者可进行实时监测，对异常情况进行预警。

说明：1.评估内容中描述为“包括”的，要求其后续所列项目功能全部实现；描述为“如”的，要求其后续所列项目功能至少实现 1 项。

2.“治疗”是指对患者的非手术治疗，如换药、透析、物理治疗、放射治疗、不计入手术的介入治疗等。

医院智慧管理分级评估标准体系（试行）

国卫办医函〔2021〕86 号

医院智慧管理是“三位一体”智慧医院建设的重要组成部分。为指导各地、各医院加强智慧医院建设的顶层设计，充分利用智慧管理工具，提升医院管理精细化、智能化水平，特制定医院智慧管理分级评估标准体系。

一、建立分级评估标准体系的目的

（一）明确医院智慧管理各级别实现的功能，为医院加强智慧管理相关工作提供参照。

（二）指导各地、各医院评估医院智慧管理建设发展现状，建立医院智慧管理持续改进体系。

（三）完善“三位一体”智慧医院建设的顶层设计，使之成为提升医院现代化管理水平的有效工具。

二、评估对象

应用信息化、智能化手段开展管理的医院。

三、评估分级

由于医院管理涉及面广、内容较多，本标准仅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。分级原则如下。

（一）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。

（二）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。

（三）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。

（四）3级：依托医院管理信息系统实现初级业务联动。管理部门之间可以通过网络传送数据，并采用任意方式（如界面集成、调用信息系统数据等）获得本部门之外所需的数据。本部门信息系统的数据可供其他部门共享使用，信息系统能够依据基础字典库进行数据交换。

（五）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。

（六）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。

附件：1. 医院智慧管理分级评估项目

2. 医院智慧管理分级评估具体要求

附件 1

医院智慧管理分级评估项目

序号	工作角色	业务项目	项目说明
1	医疗护理管理	医疗、护理质控管理	院级、科室级医疗质量控制，各类医疗护理的数量与质量控制指标设定、统计报表、数据查询与展现处理
2		医疗准入管理	各种医疗准入内容管理，以及医务人员岗位职责和业务权限的管理
3		医院感染管理与控制	医院感染管理的相关工作
4		不良事件管理	各类不良事件报告管理，不良事件处理追踪与反馈
5		和谐医患关系	患者投诉、纠纷预警与处置等记录，职工、患者满意度调查
6	人力资源管理	人力资源规划	部门、人力规划，招聘管理
7		人事管理	人事档案、职务与职称管理
8		人员考核与薪酬管理	薪酬、绩效、福利管理
9	财务资产管理	医疗收入管理	医疗收费账务管理
10		财务会计	会计账务管理
11		预算管理	收入预算管理、支出预算管理、预算项目管理、预算审批和调剂、预算执行和分析等管理及应用
12		资产账务管理	医院固定资产、流动资产管理
13	设备设施管理	购置管理	设备论证、采购、合同、验收过程记录与管理
14		使用运维管理	设备保障与运行维护记录
15		质量管理	设备计量、质控管理
16		效益分析	设备投入产出与使用效益分析
17	药品耗材管理	药品耗材遴选与购置	药品耗材遴选与购置过程管理
18		库存管理	物资验收、库存管理
19		消毒与循环物品管理	消毒供应物品、重复清洗物品的发放、回收、清洗、打包、消毒过程信息记录与处理
20		监测与使用评价	物品使用情况监测与管理

21	运营管理	成本控制	各部门成本记录与管控措施及成效
22		绩效核算管理	结合医院预算管理和成本管理的情况，比对收入、成本进行运营分析管理
23		医疗服务分析评价	医疗服务数量、质量、类别的记录、分析、评价
24	运行保障管理	后勤服务管理	餐饮、工程维修、物流运送、电梯服务、保洁管理
25		安全保卫管理	视频监控、停车、保安、门禁、消防、外协人员、应急预案与演练等管理
26		医疗废弃物管理	医院医疗废弃物收集、转运、消纳转出处理、监督与追踪、统计分析等
27		楼宇管控	建设项目管理、房屋使用分配与记录、设备设施监控、能耗与资源管理、成本计量与分配等
28		信息系统保障管理	建立信息系统运行、维护、巡检的管理体系，有医院信息规划能力和信息系统建设与升级项目的管理机制
29	教学科研管理	教学管理	院校、在职教育与训练、专业技能培训和考核等管理
30		科研管理	科研项目、科研经费、知识产权、伦理审查、学术会议等管理
31	办公管理	协同办公管理	公文流转、行政审批流程、院内信息发布与公告、会议信息等管理
32		档案管理	决策记录（含三重一大）、审计记录及意见
33	基础与安全	基础设施与网络安全管理	基础设施、安全管理、安全技术、安全监测

附件 2

医院智慧管理分级评估具体要求

序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	级别
1	01.1.0	医疗护理管理	医疗、护理质量控制管理		采用手工方式收集门急诊、住院有关数据，手工绘制医疗、护理质量管理报表。	0
	01.1.1		要点： 院级、科室级质量控制，各类医疗护理的数量与质量控制指标设定，相关统计报表生成，数据查询与展现处理等	基本	(1) 管理部门能够从门急诊、住院获取有关数据并录入信息系统； (2) 管理部门能够用信息化手段汇总产生医疗、护理运行报表及质量管理报表。	1
	01.1.2			基本	(1) 管理部门能够在系统中设置各临床科室医疗、护理的数量、质量指标要求； (2) 能够将门急诊、住院运行情况每日数据录入信息系统，并能够在管理部门内各岗位共享信息； (3) 能够综合汇总产生医疗、护理运行日报、各科室与全院医疗、护理的数量、质量情况，并与设定的指标要求进行比较。	2
	01.1.3			基本	(1) 能够通过网络从门急诊、住院的信息系统中获取运行数据； (2) 能够依据收集的临床运行数据产生医疗、护理运行管理和质量控制所需报表。	3
	01.1.4			基本	(1) 能够通过网络从临床科室、检查治疗等医技科室、药品保障等辅助科室获取运行数据； (2) 能够综合各部门获取的数据生成较全面的医疗、护理情况日报； (3) 能够设置医技、辅助科室运行指标； (4) 能够生成各医技、辅助科室运行数量、质量指标结果，并与设定的指标要求进行比较； (5) 有查询重要医疗数量、质量指标及每日情况的工具。	4

序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	级别
	01.1.5			基本	(1) 能够直接从门急诊、住院、医技科室、辅助科室系统获得相关业务运行基础数据； (2) 有全院统一的医务管理、护理管理综合数据处理与展示环境； (3) 已建立完善的医务管理、护理管理指标库，能针对全院、部门与科室等分别设立预期指标要求，可定期将指标结果与设定的指标要求进行比较； (4) 有全面的医疗、护理的数量、质量指标分析与对比查看工具； (5) 能够提供多年数据纵向对比功能。	5
2	01.2.0		医疗准入管理 要点： 手术、治疗、处方权(医疗权限)等的审核、授予、执行管控与记录		采用手工方式记录与管理医务人员的岗位职责和业务权限。	0
	01.2.1				管理部门能够用信息化手段登记各自管理范围内医务人员的岗位职责和业务权限。	1
	01.2.2				(1) 管理部门对于岗位职责和业务权限的审核、授权、停止有电子记录； (2) 管理部门内部各岗位能够共享所管辖工作的授权电子记录，如处方权、特殊检查、手术与操作、专业护理等授权电子记录。	2
	01.2.3				(1) 各主要类别（如特殊药品、特殊检查、手术与操作、护理操作等）的业务权限申请能够通过网络在信息系统中完成； (2) 能够与相应管理部门共享处方权、手术操作、护理操作等业务权限的管理信息。	3
	01.2.4			基本	(1) 各个专项业务权限的申请、审核、授权、暂停、终止、起止时间有记录； (2) 能够将业务权限的授权记录传送给相应医疗、患者服务系统用于权限管控。	4

序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	级别
	01.2.5				(1) 有统一管理医务人员岗位职责和业务权限的机制与工具； (2) 能够将岗位职责和业务权限记录与运营管理、医疗、患者服务相关业务系统共享，并能用于相关管理控制； (3) 医务人员能够在系统中申请、查询自己所需的岗位职责和业务权限。	5
3	01.3.0		医院感染管理与控制 要点： 医院感染监测与记录，传染病上报与记录，消毒监测，细菌耐药监测		采用手工方式完成院内感染与传染病相关记录。	0
	01.3.1				管理部门能够使用信息化手段登记与记录院内感染与传染病的发生与上报数据。	1
	01.3.2			基本	(1) 管理部门能够利用信息系统管理院内感染与传染病个案详细记录； (2) 能够生成个案记录登记表并进行数据上报； (3) 管理部门各岗位能够共享信息系统中记录的数据。	2
	01.3.3				(1) 院内有统一的医院感染管理字典库，其中涉及的疾病诊断编码规范，可对照、可映射； (2) 能够从门急诊、住院的诊断数据中获取院内感染、传染病患者相关数据； (3) 有自动识别传染病患者复诊的机制，避免重复上报； (4) 能够从医嘱或处方中获取抗菌药物使用数据。	3
	01.3.4			基本	(1) 能够对医院消毒供应品的消毒过程进行监测并记录； (2) 能够对医院工作人员的感控培训进行记录，并可记录具体参与人员； (3) 能够根据诊断、检验结果自动筛选出传染病并生成上报数据； (4) 能够按诊断、检验结果识别并提示院内感染情况。	4

序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	级别
	01.3.5				(1) 能够统一管理院内感染、传染病上报数据； (2) 有根据诊断、体征、抗菌药物等使用情况对院内感染进行判断与预警的机制； (3) 有对重复使用的衣物、布品等的清洗消毒监测的电子记录； (4) 能够对空气和环境进行监测记录； (5) 能够对纳入重点防控的多重耐药菌的发现、治疗进行记录。	5
4	01.4.0		不良事件管理 要点： 各类不良事件报告管理，不良事件处理追踪与反馈		采用手工方式登记与记录院内发生的不良事件报告。	0
	01.4.1				管理部门能够使用信息化手段记录不良事件报告。	1
	01.4.2				管理部门内部对护理等相关不良事件（如跌倒、压疮等）的报告、分析、处理有统一的电子记录。	2
	01.4.3			基本	(1) 临床发生的药物、器械、输血等不良事件报告能够通过信息系统记录，并通过网络传送给相应的管理部门； (2) 能够通过信息系统与相关科室或管理部门共享不良事件处理的情况； (3) 不良事件表单格式规范化、结构化，符合院内外管理部门上报要求。	3
	01.4.4				(1) 对于不良事件报告、处理、改进与预防方案有集中管理的记录，并能够通过网络传送给相关科室或管理部门； (2) 能够对常见护理等不良事件发生的风险进行评估，如跌倒、压疮等。	4
	01.4.5			基本	(1) 能够对不良事件报告进行通报与处理反馈； (2) 有分析与控制不良事件的管理指标，能够从报告、处理记录中自动产生指标结果，并能生成直观的分析图表供管理部门使用。 (3) 系统对不良事件有分级处理功能，对高级别不良事件能及时提醒管理部门处理。	5
5	01.5.0		和谐医患关		采用手工方式记录患者投诉与纠纷处理情况、满意度调查。	0

序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	级别
	01.5.1		系 要点： 患者投诉、纠纷预警与处置等记录，医患满意度调查		(1) 管理部门能够使用信息化手段记录患者投诉； (2) 管理部门能够使用信息化手段处理患者满意度调查数据。	1
	01.5.2				(1) 管理部门能够通过信息系统记录患者反馈，并可在部门内共享； (2) 管理部门的信息系统能够对患者反馈、投诉、满意度调查的数据进行分类记录。	2
	01.5.3				(1) 院内有信息化的患者满意度采集方式，如自助机、满意度打分器等，通过采集方式获得的患者反馈数据能够通过网络传送给相关管理部门进行分析处理； (2) 医患纠纷、信访、患者反馈、满意度调查、投诉信息能够通过网络告知相关科室或管理部门进行处理或改进。	3
	01.5.4				(1) 能够通过各个信息系统获得患者反馈与投诉、满意度调查等相关信息，并汇总产生管理所需报表； (2) 能够对纠纷、信访、患者反馈或投诉信息进行结构化记录； (3) 能够根据结构化记录内容进行自动分类并生成分析报告； (4) 有电子化的高风险检查、治疗项目管控清单，并供相关临床科室查看。	4
	01.5.5			基本	(1) 有统一的医患沟通关怀系统，能够对医患纠纷、信访、患者反馈、满意度调查、投诉信息进行统一管理并集中浏览； (2) 有与高风险问题清单内容相对应的预防与处置措施知识库； (3) 能够对高风险检查、治疗项目管控清单在实施前进行规范化检查与问题提示，并反馈给执行的科室与医师； (4) 能够通过移动设备采集患者的反馈、投诉、满意度调查等信息。	5
6	02.1.0	人力资源管理	人力资源规划		采用手工方式完成人力资源规划与招聘管理。	0
	02.1.1				通过信息化手段对人力资源规划与招聘进行管理，形成电子记录。	1

序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	级别
	02.1.2		要点：组织机构的设立与变更管理，人员的岗位管理、编制配置管理；人员招聘记录管理		(1) 人力部门能够在信息系统中记录组织机构、岗位设置及人员编制等信息； (2) 人力部门信息系统中的数据能够在部门内各岗位共享。	2
	02.1.3			基本	(1) 院内各部门可以通过信息系统查询各自的人员编制情况以及现有人员信息； (2) 各部门能够对招聘需求信息进行维护和管理； (3) 能够对组织机构、岗位设置、人员编制的变化情况进行管理，并能够追溯查询规划情况； (4) 系统能记录医院党委等对人力资源规划决策的结果。	3
	02.1.4				(1) 能够通过系统获取在岗人员的临床工作、科研成果、教育情况等信息，并整合、分析和评估现有人力资源情况； (2) 能够通过系统获取临床及其他管理部门的运行情况，如手术量、护理执行量、物资管理等，作为人员规划及招聘计划的参考。	4
	02.1.5				(1) 能够对岗位、编制、人员信息进行自定义筛选条件及统计，并根据分析结果进行岗位编制相关决策支持； (2) 能够根据工作量变化、预测期内退休人员，与补充人员情况等信息，进行整体人力资源需求预测，对于岗位缺编与超编情况进行智能提醒。	5
	02.2.0		人事管理		通过手工方式记录与管理人员的档案信息与变化情况。	0
7	02.2.1		要点：管理医院人员档案、专业技术资格、职务申	基本	人力部门通过信息化手段记录与管理人员的个人信息，针对人员档案、专业技术资格、合同、培训等信息的维护和管理，至少支持 2 项。	1
	02.2.2				(1) 人力部门能够通过信息系统为员工提供相关服务，如入职证明，工资证明等； (2) 人员档案、专业技术资格、合同、培训等信息可在人力部门内部共享。	2

序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	级别
8	02.2.3		请、考评与授予、合同等信息	基本	(1) 能够为院内提供统一的人力资源管理基础字典； (2) 院内其他部门能够通过系统查询人员档案信息，支持人员档案信息的历史变化查询，并有管控措施。	3
	02.2.4			基本	(1) 能够实现全院人员信息的唯一标识，并与业务系统的账号关联； (2) 人员信息能够与院内其他系统共享，如科研、教育、协同办公等； (3) 能够共享其他系统中的相关信息，如人员的科研成果、教学信息、工作量情况等。	4
	02.2.5				(1) 院内人员能够在线办理个人事务，如个人信息浏览、入职申请、证明打印等； (2) 能够自动提醒人员事务管理，如职称晋升、专业资格考试、评审、合同到期等，并可通过系统公告、邮件、短信等方式向员工推送； (3) 具有人员档案校验知识库，能够自动检测数据的逻辑错误，如：出生日期错误、工作经历覆盖冲突、所在部门与机构设置不符等。	5
	02.3.0		人员考核与薪酬管理		采用手工方式完成人员考核与薪酬管理。	0
	02.3.1				人力部门通过信息化手段对人员考核与薪酬进行管理，形成电子记录。	1
	02.3.2		要点：对职工薪酬管理、工作量与绩效考核管理、保险福利管理	基本	(1) 人力部门能够通过信息系统管理人员薪酬及绩效考核信息； (2) 人员工作量、绩效考核、薪酬标准等信息能够在人力部门内各岗位共享。	2
	02.3.3				(1) 能够自定义薪酬模板与工资科目，通过计算公式、等级表等方式，生成岗位工资、级别工资、工龄工资等各类常见的工资项目； (2) 能够获取人员档案等信息，实现薪酬和福利与人员岗位、级别、工龄等信息联动计算。	3

序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	级别
	02.3.4			基本	(1) 院内人员能够通过信息系统查询自己的考核结果和薪酬信息； (2) 科室能够利用信息系统进行绩效的二次分配； (3) 能够进行科室绩效薪酬分配的线上审批，审批后的薪酬结果能够与财务系统对接。	4
	02.3.5				(1) 能够进行多种类型的薪酬核算，如离职扣款、离职补偿、出国停薪、补发工资等； (2) 能够进行人力成本核算与薪酬的测算，通过与院内其他系统对接获取核算基础数据。	5
9	03.1.0	财务资产管理	医疗收入管理 要点： 门诊、住院收费的账目管理，收费标准管理、收费项目与财务科目管理相关功能		采用手工方式管理物价字典、收入分类、收入记账等内容。	0
	03.1.1				(1) 财务部门能够通过信息化手段完成物价字典、收入分类、收入记账等内容的管理； (2) 财务部门能够通过信息化手段进行医疗收入的日结等处理。	1
	03.1.2			基本	(1) 财务部门内部有统一的电子收入账务字典和会计科目字典； (2) 医疗收入账目与分类情况数据能够在财务部门内各岗位共享。	2
	03.1.3			基本	(1) 物价字典更新能够及时与门急诊收费、住院收费等系统共享； (2) 能够获取门急诊收费、住院收费等系统的结账记录。	3
	03.1.4			基本	(1) 财务系统能够与门急诊收费、住院收费等系统的数据（日清月结数据）对接，生成各类记账凭证及财务所需报表； (2) 医疗收费管理系统中应包括收费、退费、结算未支付、欠费等各类收入记账信息。	4

序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	级别
	03.1.5				(1) 医务收费管理系统能够与门急诊收费、住院收费等系统的结账记录对接，收入明细可追溯到患者单次支付（每张收据）以及分类记录； (2) 费用明细数据能够按规范会计科目汇总并与财务系统对接； (3) 能够根据收入数据产生管理所需报表，如收入日报、月报，同比、环比分析； (4) 能够实现各收支渠道的统一对账，可通过统一的平台展示工具对医院收支账目进行智能展示。	5
10	03.2.0		财务会计		采用手工方式记录和管理财务账务相关信息。	0
	03.2.1		要点：会计账务、凭证管理、费用报销、付款管理、会计核算和统计报表等管理及应用	基本	财务部门通过信息化手段进行管理，针对会计账务、凭证、报销、付款、会计核算、财务统计等管理功能，至少实现 2 项。	1
	03.2.2			基本	(1) 原始单据记录、凭证、应付账款、付款申请、付款记录等能够在财务部门内各岗位共享； (2) 能够根据录入系统的账务信息自动生成凭证； (3) 能够生成《资产负债表》、《收入费用表》、《现金流量表》等财务报表。	2
	03.2.3			基本	(1) 能够按科室查询统计所有会计账务信息； (2) 有全院统一的电子会计科目字典； (3) 能够通过网络获取一般费用报销申请信息并生成凭证。	3
	03.2.4			基本	(1) 医疗收入数据能够与相应业务系统对接，包括门急诊和住院收费数据； (2) 重要支出数据能够与相应业务系统对接，包括药品试剂、物资耗材采购消耗、职工薪酬等数据； (3) 会计科目与医疗科目能够对照。	4

序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	级别
	03.2.5			基本	(1) 实现全面财务数据与相关业务系统对接, 如门急诊收费、住院收费、科研管理、材料管理、药品管理、设备管理、采购等系统; (2) 会计系统具备较全面的账务管理功能, 如会计账目分类、分部门查询、账务不平单据提示、账务信息与付款信息共享、付款对账及付款查询等; (3) 能够按合同要求实现分期付款管理; (4) 会计凭证摘要能够按照规范摘要、结构化项目内容进行查询; (5) 可以通过移动设施实现移动报销的填报、审批、查询; (6) 实现会计决策辅助, 可支持财务进行运营收支平衡(损益平衡)分析。	5
11	03.3.0		预算管理		采用手工方式进行预算的编制、记录和分析。	0
	03.3.1		要点: 收入预算、支出预算、预算项目、预算审批和调剂、预算执行和分析等管理及应用		(1) 预算管理部门能够通过信息化手段管理预算相关信息; (2) 预算管理部门能够通过信息化手段实现院级预算的制定、审核和决算。	1
	03.3.2				(1) 预算管理信息能够在财务部门内各岗位共享; (2) 收入与支出预算管理能够支持弹性预算、零基预算、定基预算等编制方法。	2
	03.3.3				(1) 管理部门能够通过信息系统实现预算的编制、上报、审批和执行; (2) 预算管理部门能够使用全院统一的电子会计科目字典; (3) 院内各部门可通过信息系统获得预算模板, 查询预算信息。	3
	03.3.4			基本	(1) 能够在固定资产采购、差旅报销申请等环节查询预算数据; (2) 院内各部门能够通过系统完成项目预算的制定和审批。	4

序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	级别
	03.3.5				(1) 有预算分析和对比查看管理工具； (2) 能够实时展现和分析本年度预算完成情况； (3) 能够从其他系统自动提取上年度收入和成本的实际发生值作为预算审核依据，如医疗收费系统、药品管理系统、材料仓库系统、固定资产系统、成本核算系统等； (4) 初步建立以预算为导向的经营管理体系，基本实现预算对实际收支差异的比较分析。	5
12	03.4.0		资产账务管理		采用手工方式记录资产账务信息。	0
	03.4.1		要点： 医院资产增加、资产减少、资产折旧等账务管理及信息化应用		(1) 资产账务管理部门能够通过信息化手段进行资产管理，包括资产增加、减少、折旧等； (2) 资产账务管理部门能够通过信息化手段对汇总的资产信息进行分部门、分类管理。	1
	03.4.2				(1) 能够通过信息系统将资产明细账细化到部门； (2) 资产明细账信息能够在资产账务管理部门内各岗位共享； (3) 能够通过信息系统按医院和部门查询资产增加、减少和折旧信息。	2
	03.4.3				(1) 能够通过信息系统对资产出入库明细账和库存台账进行管理； (2) 能够通过信息系统实现管理部门与各业务部门主要资产数据共享，包括入出库、资产折旧、资产报废、资产处置等。	3
	03.4.4			基本	(1) 能够按类别和部门统计和查询资产信息； (2) 能够在线查询资产出入库账务明细和库存台账； (3) 院内各部门能够实时在线完成资产登记和查询。	4

序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	级别
	03.4.5			基本	(1) 资产管理系统能够与财务系统、业务系统联通,实现资产增加、减少、折旧账务过程的自动采集和安全监管; (2) 医院资产与资金能够联动管理,并实时显示资产情况; (3) 能够通过信息系统准确记录多经费来源的资产信息,并与经费管理等系统进行联动业务处理;对于资产的附属资产、附属部件信息进行详细记录。	5
13	04.1.0	设备设施管理	购置管理 要点: 设备论证、采购审核流程记录、谈判过程记录、合同的管理		采用手工方式记录设备购置相关信息。	0
	04.1.1				管理部门能够通过信息化手段记录与管理设备购置相关信息。	1
	04.1.2				(1) 管理部门能够通过信息系统建立设备资产档案,并记录设备的入出库信息,包括设备基本信息、到货、安装、验收等; (2) 管理部门能够根据收集的数据生成管理所需报表。	2
	04.1.3			基本	(1) 有统一的设备基础字典,能够实现设备唯一标识,并按照不同分类编码体系进行管理(如财务、医保、装备等); (2) 能够通过信息系统记录采购管理的申请、立项、审批、合同、验收等关键信息; (3) 能够查询、在线提交及自动汇总申请部门设备购置计划,记录立项审批结果; (4) 采购部门能够记录和查询采购关键信息,包括招投标记录、合同等。	3

序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	级别
14	04.1.4				(1) 采购管理系统能够与其他业务系统（如协同办公、财务等）集成，实现设备购置关键环节的业务联动，包括申请立项、论证审批、招标采购、到货验收、合同支付； (2) 合同付款记录结构化，能够与财务系统集成获取预算及支付信息，生成支付执行计划和进度汇总表； (3) 能够管理设备到货、资产建立信息； (4) 能够进行在线培训并提供电子教材，通过系统记录、查询相关信息。	4
	04.1.5				(1) 能够统一展示和查询全院设备购置信息和相关文档（包括审批文档、招投标文档、技术档案等）； (2) 能够从设备管理相关系统中获取设备资产分布、维修记录、耗材和配件、服务工作量、收费等信息，生成设备购置论证客观指标； (3) 能够设置设备配置额度指标，有超标预警提示。	5
	04.2.0		使用运维管理		采用手工方式记录设备档案与运行维护信息。	0
	04.2.1				管理部门能够通过信息化手段记录和管理设备档案与运行维护信息。	1
	04.2.2			基本	管理部门能够通过信息系统记录设备档案、设备运行、维护（包括巡检、维修、配件更换、设备报废等）信息，并能够在部门内各岗位共享。	2
	04.2.3				(1) 管理部门能够获取设备资产信息、科室归属及位置等信息； (2) 能够基于设备资产信息，实现网上报修并查询相关维修及费用记录； (3) 能够根据收集的运维数据生成管理所需报表；	3

序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	级别
	04.2.4		运行使用、维护巡检、故障维修、随机配件更换、数据备份与恢复等信息的管理		(1) 能够与其他业务系统集成,实现设备巡检、维修、配件更换、应急调配、报废鉴定等业务联动,并有保修期到期和巡检计划提示; (2) 能够通过系统为其他部门(如财务、绩效管理等)提供设备运行维护费用信息; (3) 能够通过信息化系统对设备后续变动业务进行支持与记录,如设备科室转移、设备处置申请等。 (4) 实现医疗设备时钟同步并有记录; (5) 设备具备机读标识。	4
	04.2.5			基本	(1) 能够统一展示和查询设备运维管理综合数据(包括医疗和后勤各类设备运行使用记录、维护巡检、故障维修、配件更换、应急调配、报废鉴定等); (2) 有运维管理指标库,能够分别设立全院、部门与科室预期运维指标,定期记录运维指标数据,并与成本管理联动; (3) 通过移动端完成维护巡检、故障维修、盘点等,并自动生成电子记录。 (4) 有运维相关知识库,能够自动统计维修、保养标准工时并与实际数据对比处理,并能够用于运维保障人员管理。	5
15	04.3.0		质量管理		采用手工方式管理设备证照及资质档案,收集计量与检测记录、质控记录。	0
	04.3.1		要点: 设备资质与证照管理、计量与检测管		管理部门能够通过信息化手段记录和管理设备证照及资质档案信息、收集计量与检测记录、质控记录。	1
	04.3.2				(1) 管理部门能够通过信息系统记录设备资质、证照、计量检测和质控数据,并在部门内各岗位共享; (2) 能够综合汇总生成部门管理所需报表。	2

序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	级别
16	04.3.3		理、质控情况记录	基本	(1) 能够基于设备资产信息, 分类设置和周期提醒计量计划和质控检测计划; (2) 能够与 LIS 系统集成自动采集检验类设备质控数据。	3
	04.3.4				(1) 能够通过网络从设备管理部门的系统(如医工、信息、总务等)获取计量检测和质控数据; (2) 能够自动采集生命支持类设备的质控数据, 针对呼吸机、监护仪、输注泵、麻醉机、婴儿培养箱、血透机, 至少实现 2 类。	4
	04.3.5			基本	(1) 能够统一展示和查询设备(包含医疗、后勤设备)计量和质控综合管理数据; (2) 能够自动采集影像类设备(如 CT、MR、DR、超声等)的质控数据; (3) 有质控指标分析与对比查看管理工具, 能够进行历史数据对比。	5
	04.4.0		效益分析		采用手工方式记录与管理设备效益分析数据。	0
	04.4.1				管理部门能够通过信息化手段管理各自范围内效益数据。	1
	04.4.2				管理部门能够通过信息系统记录效益分析数据, 并自动生成结果。	2
	04.4.3		要点: 设备采购前的效益论证, 设备运行过程中的各类		(1) 设备效益分析系统能够与相关业务系统共享信息, 自动获取部分大型医疗设备相关业务数据, 如工作量、阳性率、收入等, 结合各部门汇总记录的能源消耗、人力等成本数据, 自动生成分析报告; (2) 能够进行医疗设备的单机效益分析, 针对 CT、MR、超声、消化内镜、检验设备、血透, 至少实现 1 类。	3

序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	级别
	04.4.4		精细效益、效率、成本的分析处理	基本	(1) 能够采集设备运行信息, 定期进行医疗设备 (包括 CT、MR、超声、消化内镜、检验设备、血透) 单机效益分析, 自动生成分析报告; (2) 能够根据业务运行情况进行设备采购前效益论证并有电子记录; (3) 能够分析大型影像设备 (包括 CT、MR、超声、消化内镜、腹腔镜) 的使用效率, 如开关机时间、使用时长、空闲时长等。	4
	04.4.5				(1) 能够通过网络从设备管理部门 (如医工、信息、总务等) 的管理系统自动获取汇总各科室各类设备的收入和成本数据 (包括折旧成本、运行成本、维修成本等); (2) 能够综合基础数据生成使用科室设备效益分析报表; (3) 能够设置各科室设备综合效益指标; (4) 搭建全院设备效益指标统一平台, 实时查看全院医疗设备运营效益 (经济指标、风险指标等)。	5
17	05.1.0	药品耗材管理	药品耗材遴选与购置		采用手工方式进行药品耗材遴选和购置记录。	0
	05.1.1				管理部门能够通过信息化手段记录处理药品耗材遴选信息, 并管理采购各环节业务表单。	1
	05.1.2		要点: 药品耗材目录遴选审批、购置、支付的管理	基本	(1) 管理部门能够通过信息系统建立统一的药品耗材供货目录, 记录药品耗材及生产和供应商相关资质信息; (2) 管理部门能够通过信息系统共享各业务环节数据, 如采购计划、订单管理、结算支付; (3) 能够根据日常入库记录汇总生成月结财务报表和结算支付报表。	2
	05.1.3			基本	(1) 有全院统一的药品耗材基础数据字典, 建立唯一标识; (2) 能够通过信息系统定期提交药品耗材使用申请或计划, 并根据科室计划和库存自动生成采购订单。	3

序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	级别
18	05.1.4				(1) 能够记录和查询药品耗材遴选业务关键环节信息； (2) 收费药品耗材与物价项目能够对照和同步； (3) 能够与财务系统集成，共享合同或订单、支付费用、月结报表等相关数据； (4) 能够基于规则进行采购内控管理，针对采购订单生成规则，如同比、环比、库存上下限，至少实现 1 项； (5) 系统能够记录药品耗材及供应商的资质信息，并对业务发生自动进行校验资质控制。	4
	05.1.5			基本	(1) 能够从药品耗材系统获取、汇总展示通用、医用药品耗材数据及相关审批文档，生成管理分析报表； (2) 能够根据待遴选品种，自动查询在院同类同效品规的价格和用量，提供准入依据； (3) 临床医技科室及财务系统能够从药品耗材系统获取入出库明细。	5
	05.2.0		库存管理		采用手工方式进行验收与入出库记录。	0
	05.2.1		要点： 各级物资库房的入、出、存管理以及信息的处理	基本	管理部门能够通过信息化手段处理库存与临床领用相关记录，并管理验收入出库各环节业务表单。	1
	05.2.2				(1) 管理部门能够通过信息系统管理物资库存，入出库各环节数据能够在部门内共享； (2) 管理部门能够通过信息系统自动生成入出库明细报表，财务所需月结报表。	2

序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	级别
19	05.2.3			基本	(1) 能够记录物资的到货、验收信息，进行相应的厂商资质校验； (2) 能够实现物资入库、出库、盘点等全流程数据关联共享，各环节有核对机制（如验收与订单关联，数量不符有提示）； (3) 针对国家政策要求需追溯的耗材（如植入物、介入类耗材），能够管理机读标签，并追溯到院内物资流转的每个环节； (4) 能够按照药品耗材分类、品规、领用科室综合查询出入库明细及汇总数据。	3
	05.2.4			基本	(1) 能够对库存药品耗材效期进行管理与预警； (2) 能够进行分级库存管理，盘点和监控各个层级的库房或库存点； (3) 物资（如植入物、介入类耗材等）的使用能够与医嘱或操作记录关联，并追溯到患者和供应商。	4
	05.2.5			基本	(1) 能够统一汇总展示全院各类物资（包括通用物资、医用材料、药品等）出入库数据及库存信息，并进行历史数据对比； (2) 按国家政策要求能够监管追溯耗材的历史纸质版检验报告、温度记录可数字化存储，并与相关结构化数据进行关联； (3) 医用耗材使用发现的问题有记录，内容包括问题、使用部门、使用人及时间； (4) 库房温湿度监控系统有持续记录，并能够动态监测和报警。	5
	05.3.0		消毒与循环物品管理		采用手工方式管理消毒物品的使用记录和质控报表。	0
	05.3.1				管理部门能够通过信息化手段处理消毒与循环物品管理记录，制作电子数据报表。	1

序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	级别
20	05.3.2		要点： 消毒供应物品、重复清洗物品的发放、回收、清洗、打包、消毒过程信息记录与处理		(1)管理部门能够通过消毒与循环物品管理信息系统记录消毒与循环物品管理数据； (2)管理部门能够通过信息系统汇总生成报表。	2
	05.3.3				(1)能够使用机读标识管理消毒与循环物品，如条码、RFID等，记录循环物品的发放与回收； (2)能够采集消毒清洗等环节的质控信息，生成综合管理报表。	3
	05.3.4			基本	(1)各科室能够查询循环物品的状态信息； (2)能够将消毒包与手术患者进行关联。	4
	05.3.5				(1)能够统一汇总和展示消毒与循环物品管理数据； (2)能够从各科室相关系统直接获取细化分类的消毒与循环物品管理数据，如消毒包用量、种类、成本等； (3)有指标分析与对比查看管理工具，能够进行历史数据对比。	5
	05.4.0		监测与使用评价		采用手工方式进行管理监测，记录使用评价数据。	0
	05.4.1				管理部门能够通过信息化手段管理各自范围内监测与评价数据，出具电子公示表单。	1
	05.4.2		要点： 药品、耗材质量、使用量、价格变动、供货周期等情况的监测		管理部门能够通过信息系统监测和统计分析监控数据和不良事件，产生所需管理报表，并在部门内各岗位共享。	2
	05.4.3				(1)能够通过信息系统记录和追踪处理不良事件； (2)能够通过网络动态、多维度查询药品耗材产品的收入、支出情况； (3)能够对采购、入出库的异常数据进行预警，如设置上下限、超计划预警等； (4)能够记录产品质量、配送服务的评价结果。	3

序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	级别
	05.4.4				(1) 能够从医疗、服务等系统自动获取数据, 包括耗占比、药占比、百元医疗收入(不含药品)卫生材料消耗, 生成监测指标; (2) 能够追踪药品、耗材等相关不良事件, 全过程监控处理过程, 处理结果与业务系统进行关联(如停用); (3) 能够通过信息系统对科室医用耗材临床使用进行抽查评价, 并通过系统反馈科室。	4
	05.4.5			基本	(1) 能够从多维度(如品种、科室、病种或手术、使用人等)综合分析药品耗材运营数据(如采购、领用、收入、成本等)、管理指标(如耗占比、药占比、每百元医疗收入(不含药品)卫生材料消耗)趋势; (2) 不良事件能够统一汇总展示, 并纳入对产品、厂商的评价中; (3) 能够评价同类同效产品, 包括价格、用量等差异分析, 同产品不同科室、使用人等差异分析。	5
21	06.1.0	运营管理	成本控制 要点: 成本数据标准, 各类成本采集与记录, 科室可控成本管理及应用		采用手工方式完成成本记录及成本报表。	0
	06.1.1				管理部门能够通过信息化手段记录成本数据, 生成电子成本管理报表。	1
	06.1.2			基本	(1) 管理部门信息系统中的成本数据能够在部门内各岗位共享; (2) 管理部门信息系统能够完成成本的归集与分摊, 并定期按照核算单元(核算科室)生成报表。	2
	06.1.3				(1) 有全院统一的成本分类字典, 如科室或成本中心、人员类别、材料、药品类别等; (2) 能够综合基础数据, 按月汇集生成成本情况表; (3) 院内各科室和部门能够通过系统查询成本数据。	3

序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	级别
22	06.1.4			基本	(1) 能够通过网络从其他系统中获取人员、资产的成本变动数据; (2) 职能科室能够通过系统综合查看并追溯临床、医技、医辅部门的成本数据; (3) 院内各科室和部门能够通过系统填报成本数据。	4
	06.1.5			基本	(1) 能够定期从物资仓库、药库、工资、固定资产、总账等系统中获取成本数据, 如工资与补贴、医用材料、化学试剂、房屋与设备折旧及公摊费用等; (2) 能够灵活设置成本分摊方式和转移对象; (3) 各科室能够查看并追溯直接成本数据和分摊成本数据; (4) 各科室能够获得自身成本分析报表; (5) 有不同类型科室业务与成本相关的知识库; (6) 能够借助信息化系统分析历史数据, 提供一定的决策数据支持, 完善并精细化医院成本管理流程; (7) 各科室能够根据成本数据, 结合收入, 分析科室收益情况。	5
	06.2.0		绩效核算管理		采用手工方式进行核算并生成核算分析报表。	0
	06.2.1		要点: 全员、科室运营收入与成本或支出分析		(1) 绩效部门能够通过信息化手段分析科室运营收入、人员及各类投入与产出、医院设施使用效益等; (2) 绩效部门能够通过信息化手段录入科室收入、工作量、房屋面积、成本等信息用于核算。	1
	06.2.2				(1) 有科室、房屋面积等基础字典, 绩效部门内部统一使用; (2) 系统能够根据录入的科室收入、工作量、房屋面积、成本等数据, 自动生成科室运营收入、人员及各类投入与产出、医院设施使用效益等分析报表。	2

序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	级别
	06.2.3				(1) 能够按类别统计收入, 如服务、研究、药品、耗材、检查检验等; (2) 管理部门统一使用科室、收入分类、成本分类、房屋面积等字典, 实现收入、成本、工作量等核算数据的共享; (3) 收入核算和分析细化到部门; (4) 能够按全院和部门查询收入核算和分析报表。	3
	06.2.4			基本	(1) 能够按类别查看全院和各科室的收入和成本; (2) 科室、人员、财务科目等字典全院统一; (3) 能够通过接口从医疗、收费、工资、固定资产等系统中获取核算数据。	4
	06.2.5				(1) 能够对缺失信息进行校验, 如缺科室记录、无字典对照、缺收入和成本分类等; (2) 能够按人员提取和展现收入、工作量、人力成本等信息。	5
23	06.3.0		医疗服务分析评价 要点: 医疗服务的时间、数量等能力与相应的投入、资源使用相比较的效益分析		采用手工方式完成医疗服务相关信息的统计与分析等管理工作。	0
	06.3.1				(1) 管理部门通过信息化手段统计分析医疗服务相关指标; (2) 管理部门能够将门诊就诊情况、术前等待时间、平均住院日等医疗服务相关信息录入信息系统。	1
	06.3.2				管理部门能够应用信息系统对医院的门诊就诊情况、术前等待时间、平均住院日、DRG 分组数等指标进行分析处理。	2
	06.3.3				(1) 能够按类别、部门统计分析医疗服务相关指标; (2) 管理部门能够获得全院和各部门医疗服务相关指标及效益分析报表; (3) 院内各科室(部门)能够通过信息系统查看本科室(部门)有关的医疗服务指标分析结果。	3

序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	级别
	06.3.4				(1) 能够通过接口从门急诊及住院、检查、检验等系统中获取工作量等信息，生成符合要求的指标数据； (2) 能够按类别查看及分析全院和各科室的医疗服务相关指标。	4
	06.3.5			基本	(1) 能够从门诊、住院、检查、治疗等信息系统实时获得业务量、主要环节时间点等数据，并实时生成医疗服务指标分析结果； (2) 具有对重复和缺失数据进行校验的功能； (3) 医院开展医疗服务评价时能够实时调用多种指标数据； (4) 建立基于数据的医疗服务综合评价体系。	5
24	07.1.0	运行保障管理	后勤服务管理 要点： 餐饮、工程维修、物流运送、电梯服务、保洁管理		采用手工方式记录医院后勤服务管理信息。	0
	07.1.1				后勤部门能够通过信息化手段记录后勤服务管理信息，如餐饮、工程维修、物流运送、电梯服务、保洁等。	1
	07.1.2				(1) 主要后勤部门有业务管理系统，业务记录能够在部门内各岗位共享； (2) 后勤部门能够根据系统中的信息生成管理所需报表。	2
	07.1.3				(1) 管理部门能够通过网络从后勤部门的信息系统中获取管理所需的信息，针对餐饮、工程维修、物流运送、电梯服务、保洁管理等，至少实现2项； (2) 管理部门能够根据所收集的数据生成所需报表。	3
	07.1.4				(1) 管理部门能够从信息系统中及时获取管理所需信息，包括餐饮、工程维修、物流运送、电梯服务、保洁等； (2) 工程维修记录、材料使用记录能够纳入全院信息系统统一管理。	4

序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	级别
	07.1.5			基本	(1) 能够统一管理后勤服务信息，能够综合展示服务管理情况； (2) 工程维修记录能够与医院成本控制、材料管理系统衔接； (3) 物流运送系统具有传送过程追踪功能，能够对重要医疗物品（如标本、药品等），与相应医疗系统进行信息对接； (4) 餐饮服务系统能够与患者膳食医嘱对接； (5) 后勤服务成本信息能够与医院成本管理系统共享对接。	5
25	07.2.0		安全保卫管理		采用手工方式记录医院安保相关情况。	0
	07.2.1				各安保部门有独立的安保相关电子记录，如监控异常、停车管理、保安管理、门禁管理、消防管理、外协人员管理等。	1
	07.2.2		要点： 视频监控、停车、保安、门禁、消防、外协人员管理、探视与陪护人员管理、应急预案管理与演练等		(1) 安保部门内的电子记录能够在部门内各岗位共享； (2) 安保部门有应急预案与演练的电子记录。	2
	07.2.3				管理部门能够通过网络定期获取各安保部门信息系统中的安全生产管理相关数据，如监控异常、停车、保安、门禁、消防、外协人员管理、应急预案与演练等。	3
	07.2.4				(1) 管理部门能够通过网络及时获取各安保部门信息系统中安全生产管理的异常数据，针对医患报警、监控、停车、保安、门禁、消防、外协人员管理、应急预案与演练等，至少实现 4 项； (2) 管理部门能够通过网络及时获取探视与陪护人员的相关数据； (3) 能够设置安保部门安全运行管理指标，并根据系统中的数据生成指标结果； (4) 能够根据安保部门的数据和管理指标生成安全运行管理报表。	4

序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	级别
	07.2.5			基本	(1) 安保信息全院统一管理，能够综合查询与显示； (2) 有集中管理的视频监控系统，全院范围监控视频记录能够实时查看； (3) 能够集中管理医院门禁，人员离职后能够同步取消门禁授权； (4) 医患报警、财务、电力、燃气、信息、毒麻药品、危险与放射药品等医院重点管理内容能够通过监测与报警系统将报警信息传送给安保部门。	5
26	07.3.0		医疗废弃物管理 要点： 医疗废弃物收集、转运、消纳转出处理、监督与追踪、统计分析等		采用手工方式完成医疗废弃物登记和统计。	0
	07.3.1				管理部门能够使用信息化手段定期记录医疗废弃物的汇总登记并产生统计报表。	1
	07.3.2				(1) 管理部门能够使用信息系统记录每日产生的医疗废弃物信息，包括重量、产生日期、交接人等； (2) 管理部门能够根据信息系统中记录的医疗废弃物定时生成情况统计报表及费用； (3) 管理部门与医疗废弃物处理单位的交接有电子记录。	2
	07.3.3			基本	(1) 医疗废弃物管理系统能够根据历史数据进行分析，针对异常数量变化有提示； (2) 能够根据收集的数据及时产生医疗废弃物管理所需报表； (3) 医疗废弃物记录能够区分产生的科室或地点。	3
	07.3.4				(1) 有与医疗工作关联的知识库，能够根据医疗工作情况预估医疗废弃物数量； (2) 医疗废弃物处理费用能够纳入全院运行成本； (3) 能够设置医疗废弃物指标要求，将医疗废弃物成本数据与指标要求进行比较。	4

序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	级别
	07.3.5				(1) 已建立医疗废弃物称重管理、监督、追踪的数据库； (2) 各科室与管理部门能够查询医疗废弃物数据的产生情况； (3) 各科室产生的医疗废弃物处理费用能够计入本科室成本，并用于科室运行效益分析。	5
27	07.4.0		楼宇管控		采用手工方式记录医院建筑楼宇运行数据。	0
	07.4.1		要点： 建设项目管理、房屋使用分配与记录、设备设施监控、能耗与资源管理、成本计量与分配等		管理部门能够使用信息化手段记录与管理医院建筑物重要信息、全院能耗数据。	1
	07.4.2				(1) 管理部门有建筑物基础设施、水电消耗、房屋使用分配等信息的电子记录，并能够在管理部门内各岗位共享； (2) 能够根据记录的数据产生院级成本记录。	2
	07.4.3				(1) 有管理建筑楼宇的信息系统；针对房屋面积、空调、管线、水、燃气、电、消防、弱电、监控等，至少实现 2 项； (2) 能够根据能耗、用水、使用面积等数据产生各部门与科室的（分摊）成本。	3
	07.4.4				(1) 有管理建筑楼宇的信息系统，针对房屋面积、空调、管线、水、燃气、电、消防、弱电、监控等，至少实现 3 项，更新的档案信息能够及时与财务、核算等系统共享； (2) 能够根据基础数据生成较全面的能耗日报； (3) 能够根据医疗服务量情况设置年度能耗（水、电、气、热等）运行指标。	4

序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	级别
	07.4.5			基本	(1) 能够直接从信息系统中获取综合能耗(水、电、气、热等)量和费用,并以此计算单位建筑面积能耗量、费用、床日能耗量等数据; (2) 有全院统一的综合智能楼宇信息系统,针对房屋面积、维修、空调、管线、弱电、强电、燃气、水、消防、监控、医用气体等至少5项的运行数据能够进行管理,档案及时更新; (3) 能够充分利用综合智能楼宇信息系统中已有的数据,如能耗管理、建设项目管理、维修管理、房屋使用分配与记录、设备设施监控、成本记录与分配等。	5
28	07.5.0		信息系统保障管理 要点:建立信息系统运行、维护、巡检的管理体系,建立医院信息规划、信息系		采用手工方式记录信息系统运维过程中产生的事件。	0
	07.5.1				信息部门能够使用信息化手段记录信息运维过程中产生的事件。	1
	07.5.2				(1) 有基本的运维管理软件,能够对运维事件进行记录; (2) 有基础信息设备(交换机、服务器、存储设备)配置信息库且配置库能够及时更新。	2
	07.5.3				(1) 具备信息系统运维服务台,可以集中处理、分配运维事件; (2) 信息部门中不同岗位可以共享事件记录信息; (3) 定期对关键设备进行巡检并记录; (4) 信息化部门岗位编制齐全,岗位责任明确。	3

序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	级别
	07.5.4		统建设与完善的项目管理体系		(1) 有较全面的运维管理系统,对运维过程中产生的事件、问题、变更、配置修改等可进行记录; (2) 具备基本的信息系统运维知识库,可为运维人员提供常见问题的处理方案; (3) 能够通过信息系统进行变更流程的查看和确认,对系统试用、发布流程进行管理; (4) 具备初步的信息系统建设与升级项目管理工具,能够统一管理项目的需求、建设进度、用户确认情况等信息。	4
	07.5.5				(1) 建立较完善的信息系统保障管理体系,可集中管理事件、问题、变更、配置、知识库等信息; (2) 能够对事件分配、值班排班、系统发布等进行智能化提醒; (3) 能设置定期管理检查的内容,并能够根据周期、频次等信息自动生成事件提醒、巡检提醒、变更提醒等信息; (4) 能够监测重要设备的运行状况与计划任务执行情况,并有自动记录与报警功能; (5) 具备信息资源管理能力,对现有系统中的信息资源有明确的清单,并能够按照政策法规对信息资源的使用进行管控。	5
29	08.1.0	教学科研管理	教学管理		采用手工方式管理临床教学、专业技能培训与考核、评价记录。	0
	08.1.1		要点:		教育管理部门能够通过信息化手段记录临床教学课程安排、轮转排班、专业技能培训与考核、评价数据。	1

序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	级别
	08.1.2		建立教学管理信息系统。对护理、在职教育与训练、专业技能培训、考核和评价等进行管理。		(1) 教育管理部门能够通过信息系统进行临床教学和专业技能培训等教学管理； (2) 教育管理部门能够通过信息系统进行学生、教师的电子档案及轮转排班等管理。	2
	08.1.3				(1) 能够通过信息系统在院内开展医学培训课程的自主学习和医务人员的继续教育； (2) 能够通过信息系统进行护理、专科培训、临床技能训练等教学活动的在线登记、报名； (3) 能够通过教学门户网站，发布公告、招生、新闻等有关信息。	3
	08.1.4				(1) 能够通过系统查阅共享多类型学生（本科生、研究生、进修医等）信息，如学生书写病历数量、阅片书写报告数量、参与手术、治疗数量等； (2) 导师遴选、教学工作评估等能够与人力资源管理、科研管理、临床系统对接； (3) 支持在线考试，可在线添加试卷，控制考试期限，线上批卷，成绩统计分析等； (4) 能够通过手术示教系统开展手术过程视频录播，进行手术教学。	4
	08.1.5				(1) 能够根据人员类型及教学计划自动生成轮转安排和课程方案； (2) 能够根据教学计划，对教师进行上课提醒、监考提醒等； (3) 能够通过移动端查看个人学习计划，填报有关信息，小结反馈等； (4) 能够对专科或专项培训（如抗菌药物使用、特殊手术与操作、专科护理技能培训等）进行电子记录，并与临床管理系统共享； (5) 能够在线管理教室、实验室、教具、课题等教学资源，包括在线申请、审批场地、教室、教具等。	5

序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	级别
30	08.2.0		科研管理 要点： 建立科研管理信息系统。 对科研项目、科研经费、知识产权、伦理审查、学术会议等进行管理		采用手工方式记录和管理科研项目与成果。	0
	08.2.1				科研管理部门通过信息化手段对科研项目与成果进行管理，形成电子记录。	1
	08.2.2				(1) 科研管理部门能够使用信息系统进行科研管理，针对论著、课题、成果、学术交流等，至少实现 2 项； (2) 科研管理系统中的数据，能够在科研管理部门内部各岗位共享。	2
	08.2.3				(1) 科研管理信息能够与院内其他部门共享，支持职称晋升、导师遴选、科研经费执行管理等工作； (2) 能够查询科研课题、成果等信息，并产生科研管理所需报表。	3
	08.2.4				(1) 能够实现科研事务的在线办理和审批，如课题申报、立项审批、学术活动等； (2) 能够与人力资源、教育系统等对接，实现数据的实时同步； (3) 能够对科研人员的课题申报、结题答辩、经费使用等时限进行智能化提醒。	4
	08.2.5				(1) 能够进行科研管理所需的各种查询、对比和分析，实时生成并展现院内各部门和人员的科研情况，智能化分析与管理医院科研产出； (2) 能够与财务系统对接，实现科研经费到账、支出等经费管理信息与财务系统共享； (3) 能够通过科研部门的管理指标库与知识库，对科研能力进行分类对比。	5
31	09.1.0	办公管理	协同办公管理		采用手工方式完成院内公告管理、公文流转等记录工作。	0
	09.1.1				管理部门能够使用信息化手段完成公告、通知内容的采编、排版、打印、审批等流程，并支持信息检索。	1

序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	级别
	09.1.2		要点： 应用信息系统对医院的公文流转、行政审批流程、院内信息发布与公告、会议信息进行管理		(1) 管理部门能够通过信息系统对发布的信息进行记录、检索等管理； (2) 采编、审核、发布等信息能够在管理部门内部各岗位共享； (3) 管理部门能够使用协同办公系统管理公文流转； (4) 管理部门能够使用信息系统统一管理全院会议。	2
	09.1.3				(1) 能够使用协同办公系统处理行政审批单； (2) 能够通过信息系统记录、查阅和提醒协同办公事务信息，包括审批单内容、审批流程、处理意见等，处理意见全面留痕； (3) 能够通过信息系统申请会议，查询会议室、会议议题和参会人员。	3
	09.1.4				(1) 能够通过协同办公系统处理全院各类审批单业务； (2) 能够对权限进行分级管理； (3) 能够进行完善的会议管理，实现会议日程查看、会议冲突提醒、会议纪要在线填写、视频会议管理等功能； (4) 能够对接档案管理系统进行档案归档处理。	4
	09.1.5			基本	(1) 支持移动端协同办公； (2) 能够通过系统督办工作，督办人员可以跟踪、催办协同处理人员； (3) 协同办公系统能够与关键业务系统对接，共享采购、人事、财务业务审批单等信息； (4) 能够进行协同效率分析，包括流程效率、节点效率、部门效率、个人效率等； (5) 行政办公各类文件（如下发文件、会议决议等）有系统归档记录，支持有管控的共享。	5
	09.2.0		档案管理		采用手工方式完成档案管理。	0

序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	级别
	09.2.1		要点：各类文件、合同等档案的流转、管理		管理部门使用信息化手段进行管理，记录档案的名称、编号、简单描述等，支持检索查找。	1
	09.2.2				（1）管理部门应用档案管理系统登记管理各类档案的最终文件，所管理内容至少包括医院的发文、院级会议决策记录（“三重一大”等重要事项决策）、合同、医院重要设施与设备档案、重要事项的审计记录等； （2）档案的登记记录能够在管理部门内部各岗位共享； （3）系统具有归档记录、检索、借阅登记等功能。	2
	09.2.3				（1）档案登记电子记录可供相关业务部门查阅，对档案登记记录具备分类权限管理功能； （2）具备档案的管理制度，系统流程与制度一致； （3）对医院产生的重要档案内容能够用信息系统进行管理。	3
	09.2.4				（1）档案管理系统能够与重点的产生档案相关业务信息系统共享信息，及时进行档案归档与控制，相关系统如：合同管理、协同办公管理、设备与设施的采购管理、审计管理、会议管理等； （2）能够从产生档案的相关业务信息系统中获取档案产生重要处理过程信息，如审批记录、会签记录、重要批示等，并在档案管理系统中进行管理。	4
	09.2.5				（1）实现医院运营相关档案内容的院内统一服务功能； （2）档案服务系统具备对档案的权限管理、申请审批与查阅日志处理功能，权限管理应当细化管理到文档、借阅人、访问时间等。	5
33	10.1.0	基础	基础设施与		无基础设施与网络安全管理要求。	0

序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	级别
	10.1.1	与安全	网络安全管理 要点： 基础设施、安全管理、安全技术、安全监测		(1) 具有相关计算机、信息系统、信息安全管理度； (2) 医院内部有局域网，部门间网络互相联通； (3) 客户端及重要服务器具备防病毒措施。	1
	10.1.2				(1) 具有网络安全领导组织机构，负责统筹规划医院网络安全相关事宜； (2) 具有独立的信息机房，主要服务器、存储等设备集中部署在信息机房； (3) 管理信息系统具备清晰的权限管理，能够实现访问控制到个人的细粒度管理。	2
	10.1.3			基本	(1) 信息机房有高可靠不间断电源、空调，具备专门的消防设施； (2) 全部投入应用的管理信息系统列入管理清单，全部信息系统完成等级保护定级、备案，定为三级及以上的信息系统每年进行等保测评； (3) 重要管理信息系统的关键网络设备、网络链路采用冗余设计； (4) 重要管理信息系统具备应急预案并定期进行演练，当出现系统故障时，可恢复关键业务； (5) 实现实名制上网管理、能够审计客户端的上网行为。	3
	10.1.4			基本	(1) 具有完整的网络安全制度体系，包括管理策略、管理制度、管理规范、记录表单等； (2) 重要管理信息系统每日至少进行一次完整数据备份，并每年定期进行数据还原演练； (3) 管理信息系统实现分域管理，系统之间进行数据交互时进行授权认证； (4) 设有独立的信息安全岗位，定期组织安全培训； (5) 明晰信息系统权限清单，并定期梳理信息系统账户权限。	4

序号	项目代码	工作角色	业务项目	评价类别	主要评价内容	级别
	10.1.5			基本	(1) 重要数据实现不同地点容灾（不能在同一建筑物内）； (2) 能够对网络设备、安全管理设备、服务器等硬件的操作行为进行审核并记录，操作行为记录保存六个月以上； (3) 能够对信息系统运行进行实时安全监测，具备基本网络安全态势感知能力，能够及时发现网络安全攻击行为并进行有效处置； (4) 每年定期对互联网上暴露的信息系统进行渗透测试和漏洞扫描，发现的问题及时整改落实； (5) 在互联网上运行的管理信息系统重要数据进行加密传输、加密存储，使用的加密算法符合国家法律法规要求。	5

注：评价类别分为基本项和选择项两类，基本项在表中标注为“基本”，表示该项目基础、关键项目，医院智慧管理信息系统达到某一等级时，其相应等级基本项目应当全部达标；选择项在表中不进行标注，表示该项目是选择实现的项目，医院智慧管理信息系统达到某一等级时，其相应等级选择项目达标数量原则上应超过 50%。

三级医院评审标准（2020 年版）（节选）

国卫医发〔2020〕26 号

三级医院评审标准（2020 年版）说明

《三级综合医院评审标准（2011 年版）》公布实施 9 年以来，在指导各地加强评审标准管理、规范评审行为、引导医院自我管理和健康可持续发展等方面发挥了重要作用。为落实国务院行政审批制度改革要求，进一步充分发挥医院评审工作在推动医院落实深化医药卫生体制改革、健全现代医院管理制度、提高管理水平的导向和激励作用，助力分级诊疗体系建设，提高医院分级管理的科学化、规范化和标准化水平，努力实现“三个转变、三个提高”，在总结前期工作经验的基础上，按照“继承、发展、创新，兼顾普遍适用与专科特点”的原则，制定本标准。

本标准共 3 个部分 101 节，设置 448 条标准和监测指标。适用于三级医院，二级医院可参照使用。

第一部分为前置要求部分。共设 3 节 25 条评审前置条款。医院在评审周期内发生一项及以上情形的，延期一年评审。延期期间原等次取消，按照“未定等”管理。旨在进一步发挥医院评审工作对于推动医院落实相关法律法规制度要求和改革政策的杠杆作用。

第二部分为医疗服务能力与质量安全监测数据部分。共设 74 节 240 条监测指标。内容包括医院资源配置、质量、安全、服务、绩效等指标监测、DRG 评价、单病种和重点医疗技术质控等日常监测数据，数据统计周期为全评审周期。本部分在评审综合得分中的权重不低于 60%。指导各地由以现场检查、主观定性、集中检查为主的评审形式向以日常行为、客观指标、定量评价为主的评审工作模式转变。引导医院重视日常质量管理和绩效，减少突击迎检冲动。各省可根据本地

区信息化程度和相关数据监测基础性工作情况，酌情调整相关数据监测内容和范围，所占权重不变。对于“第四章 单病种（术种）质量控制指标”和“第五章 重点医疗技术临床应用质量控制指标”，各省级卫生健康行政部门可根据评审医院级别、类别选择部分相关病种（术种）纳入评审内容。其中限制类医疗技术仅限于开展此类技术的医院，未开展的不纳入评审范围。

第三部分为现场检查部分。共设 24 节 183 条。用于对三级医院实地评审以及医院自我管理和持续改进。本部分在评审综合得分中的权重不高于 40%。与前版实地评审内容 354 条相比较，此次进行了较大幅度压缩。旨在最大限度减少实地评审工作量，提高工作效率；努力降低评审人员主观评价偏倚，提升标准可操作性和评审结果客观性。

本标准中引用的疾病名称与 ICD-10 编码采用我委发布的《疾病分类与代码国家临床版 2.0》（国卫办医函〔2019〕371 号）。手术名称与 ICD-9-CM-3 编码采用我委发布的《手术操作分类代码国家临床版 2.0》（国卫办医函〔2019〕371 号）。

第一部分 前置要求

1. 依法设置与执业
2. 公益性责任和行风诚信
3. 安全管理与重大事件

第二部分 医疗服务能力与质量安全监测数据

1. 资源配置与运行数据指标
2. 医疗服务能力与医院质量安全指标
3. 重点专业质量控制指标
4. 单病种（术种）质量控制指标
5. 重点医疗技术临床应用质量控制指标

第三部分 现场检查

1. 医院功能与任务
2. 临床服务质量与安全管理
3. 医院管理

三级医院评审标准(2020 年版)实施细则（节选）

国卫医发〔2020〕26号

总体要求

一、评审结果各等次总得分要求和第二部分得分要求由各省（区、市）卫生健康行政部门确定。

二、第二部分分数在整个评审分数的权重占比不低于 60%。

三、评审结果判定为甲等的，第三部分得分不能低于 90%；判定为乙等的，第三部分得分不能低于 80%；判定为丙等的，第三部分得分不能低于 70%。

第一部分：前置要求

（一）评审周期为四年，医院在评审周期内发生一项及以上情形的，延期一年评审。延期期间原等次取消，按照“未定等”管理。

（二）省级卫生健康行政部门应当在收到医院提交的评审申请材料后，向有关部门和社会公开征询参评医院是否存在违反前置条件的情况，征询时间不少于 7 个工作日。

第二部分：医疗服务能力与质量安全监测数据

一、指标选择原则

（一）维度全面。数据应当包括质量、安全、能力、效率、运行等多个维度。

（二）专科均衡。对于综合医院，13 个重点专业质量控制指标和 51 个单病种（术种）质量控制标准，要尽可能纳入。

（三）基础优先。优先选择本省数据基础较好的指标。

（四）体量适宜。指标的数量原则上不低于本版标准的 60%。

（五）重点突出。开展限制类技术、人体捐献器官获取和移植技术的医疗机构，必须纳入“重点医疗技术临床应用”相关质控指标；提供年度医疗质量安全改进目标相关医疗服务的医疗机构，必须将年度

医疗质量安全改进目标全部纳入。

（六）动态调整。根据本省情况动态调整，适当增加或减少相关指标，但同时要满足第四点要求。

二、数据采集原则

（一）指标数据采集为全评审周期。

（二）行业政策在评审周期内发布的，数据从政策发布的第二年完整取值，当年不计入统计。

（三）按日、月、季获取的数据，采用均值计算当年的年度数据。按年度获取的数据，直接采用。

（四）需要将同一指标不同年份的多个数据合并作为评审采信数据时，按照以下规则：

规模类和配比类，中位数和最后一年的数据必须达标。

连续监测指标，数据趋势呈与管理目标方向一致的或呈波动型的，采用中位数或平均数；数据趋势呈与管理目标方向相反的，采用最差的数据。

三、评分规则

（一）规模类和配比类指标。执行“全或无”规则，比如“护床比”，达到标准予以“给分”（或“满分”），否则计“零分”。

（二）连续监测指标，按照“区间赋分兼顾持续改进”原则给分。

四、数据核查原则

（一）现场检查时，应当对本部分数据进行复核，复核数据比例不少于医疗机构上报数据的 20%。

（二）医疗机构应当根据现场评审专家组的要求，按照数据核查准备指引提供相关资料备查。

（三）医院提供值与核查真实值差距在 10%以上（含正负）、无

法提供原始数据或被评审专家组认定为虚假数据的均视为错误数据。

（四）所有错误数据，应当按核查后的数据结果再次计算。并根据错误数据占现场核查数据总数百分比，按下表进行惩罚性扣分（扣除第二部分最后评审分数的一定比例）。

错误数据比例	惩罚性扣分比例
1%（含）-2%	5%
2%（含）-5%	10%
5%（含）-10%	20%
10%（含）以上	不予通过

五、数据核查准备指引

（一）医院应当准备所有纳入本轮评审标准的“第二部分医疗服务能力与质量安全监测数据”和“第三部分现场评审”标准中涉及的数据目录清单。

（二）该清单应当包含每个数据定义、数据源、采集方式、采集时间范畴，采集结果等要素，数据应当有负责部门，有条件的应当设置汇总部门。

（三）对于计算所得的数据，应当有可追溯的原始数据。

第三部分：现场评审

评审员可采用下列方法对细则内容逐款进行符合程度判断：

【文件查阅】：查看医院和科室发布的文件类资料，如 职责、制度、规范、流程、计划、报告、总结等资料。

【记录查看】：查看医院和科室的工作记录，不包括患者个人相关的资料，如会议记录、签到、培训记录，考试记录、各种讨论记录等资料。

【员工访谈】：指现场对员工进行访谈，提问和讨论， 包括开会集体访谈等。

【现场检查】：评审现场通过目视检查医院和科室的设备设施、环境、

标识标牌，员工行为和协作，对照评审标准和医院要求评判符合程度。

【员工操作】：评审现场要求员工完成特定操作的内容。

【患者访谈】：评审员对患者或家属开展访谈。

【病历检查】：评审现场对运行病历进行检查。

【病案检查】：评审员提前或现场对特定归档病案进行检查。

【数据核查】：同第二部分“医疗服务能力与质量安全监测数据”

第四点“数据核查原则”。

河南省三级医院评审标准实施细则

(2022 年版)(节选)

豫卫医〔2022〕20号

为进一步发挥医院评审工作在推动医院落实深化医药卫生体制改革、健全现代医院管理制度、提高管理水平的导向和激励作用，助力分级诊疗体系建设，提高医院分级管理的科学化、规范化、标准化和精益化水平，努力实现“三个转变、三个提高”，依据国家卫生健康委《三级医院评审标准（2020 年版）》和《三级医院评审标准（2020 年版）实施细则》，遵循“继承、发展、创新，兼顾普遍适用与专科特点”的原则，制定《河南省三级医院评审标准实施细则（2022 年版）》（以下简称《实施细则》），适用于河南省各类三级医院（不含妇幼保健院、中医系统医院）。

一、细则结构

本《实施细则》共涉及 3 部分，第一部分前置要求共 4 节 28 条，第二部分监测指标共 5 章 85 节 325 条，第三部分现场评审共 6 章 58 节 222 条。

（一）前置要求（第一部分）

前置要求共设置 4 节 28 条，结合实际在国家 25 条前置标准基础上增加 3 条，分别为发热门诊设置、医院绩效考核和智能医

废部署等要求。本部分旨在进一步发挥医院评审工作对于推动医院落实相关法律法规制度要求和改革政策的杠杆作用。评审周期为4年，医院在评审周期内发生一项及以上情形的，延期一年评审。延期期间原等次取消，按照“未定等”管理。

（二）医疗服务能力与质量安全监测数据（第二部分）

第二部分医疗服务能力与质量安全监测数据共设置5章85节325条。包括医院资源配置、质量、安全、服务、绩效等指标监测、DRG评价、单病种和重点医疗技术质控等日常监测数据，数据统计周期为全评审周期。第一章资源配置与运行数据指标共5节20条；第二章医疗服务能力与医院质量安全指标共3节47条；第三章重点专业质量控制指标共19节238条；第四章单病种（术种）质量控制指标共56个单病种（术种）；第五章重点医疗技术临床应用质量控制指标共2节20条。此部分为客观指标的采集定量评价为主，各参评医院要保证数据的真实性。单病种（术种）、限制类技术、器官移植技术等根据参评医院的实际开展技术情况进行评审。

（三）现场评审（第三部分）

现场评审部分共设置6章58节222条。

第一章医院管理与持续改进共15节80条，含财务与价格管理专业的现场评审内容。第二章医疗质量保障与安全管理及持续改进共14节79条，含临床营养管理专业的现场评审内容。第三章护理质量保障与安全管理及持续改进共8节11条。第四章感

染防控管理与持续改进共7节9条。第五章重点部门管理与持续改进共9节9条，包括手术部、产房、重症医学科、新生儿病室、血液净化（透析）室、内镜诊疗部、口腔科门诊、消毒供应中心、静脉用药调配中心管理与持续改进。第六章医技质量保障与持续改进共5节34条，包括药事管理与临床药学服务保障及持续改进、医学检验质量保障与持续改进、临床用血管理与持续改进、医学影像质量保障与持续改进、病理管理与持续改进5个专业的现场评审内容。

《实施细则》内容较前整合、压缩、简化，用于对三级医院现场评审以及医院自我管理和持续改进，旨在最大限度减少实地评审工作量，提高工作效率，提升《实施细则》的可操作性、实用性、可比性和评审结果的客观性。其中，三级专科医院评审时将结合专科特点选择适用要点进行现场评审。

二、评审程序

（一）第一阶段

在参评医院按照《实施细则》第一部分《前置要求》自查的基础上，由卫生健康委相关部门对参评医院对照《实施细则》第一部分《前置要求》进行逐条审核，并向有关部门（前置要求涉及的发展改革、生态环境、医保等相关部门）和社会公开征询参评医院是否存在违反前置条件的情况，征询时间不少于7个工作日。原则上，省级参评三级医院由省卫生健康委负责审核、征询工作，其余三级医院由省辖市卫生健康委负责审核、征询工

作，并出具参评医院是否存在违反《实施细则》第一部分《前置要求》条件的说明。

（二）第二阶段

在参评医院《实施细则》第一部分《前置要求》通过的前提下，要求参评医院登录“河南省医院等级评审系统”，进行《实施细则》第二部分《医疗服务能力与质量安全监测数据》的数据填报，已在国家卫生统计信息网络直报系统、全国医疗质量控制调查监测平台（NCIS）、全国医院质量监测系统（HQMS）、国家单病种质量监测平台、其他省级及以上数据收集、监测平台报送过的数据在河南省医院等级评审系统填报时需保持一致，未在上述平台报送过的指标由参评医院按照要求自行填报。由系统依据评分办法和评审等次认定标准进行评价。

（三）第三阶段

在第二阶段评价结果合格的前提下，由河南省各相关专业医院评审员赴参评医院进行第三部分现场评审。现场核查遵循原则与结果应用：一是现场评审时将对部分前置要求、医疗服务能力与质量安全监测数据进行复核，复核数据比例不低于参评医院上报数据的20%。二是医院应根据现场评审的要求，按照数据复核准备指引提供相关资料备查。三是发现前置要求不属实，直接停止评审，评定为不合格。

三、赋分与结果判定规则

（一）赋分规则

为便于评价，实行“双千分制”。

1. 第一部分为一票否决项，不设分值。

2. 第二部分按 1000 分进行赋分，本部分在评审综合得分中的权重为 60%，即评价结果将按照总得分率的 60% 进行换算。其中：第一章资源配置与运行数据指标部分共 160 分；第二章医疗服务能力与医院质量安全指标部分共 280 分；第三章重点专业质量控制指标部分共 330 分；第四章单病种（术种）质量控制指标部分共 160 分；第五章重点医疗技术临床应用质量控制指标部分共 70 分。第二部分在规模类和配置类指标方面，执行“全或无”规则，达到标准予以“满分”，否则计为“零分”；连续监测指标按照“区间赋分兼顾持续改进”原则给分。

3. 第三部分 1000 分，本部分在评审综合得分中的权重为 40%，即评价结果将按照总得分率的 40% 进行换算。其中：第一章医院管理与持续改进部分共 340 分；第二章医疗质量保障与安全管理及持续改进部分共 230 分；第三章护理质量保障与安全管理及持续改进部分共 80 分；第四章感染防控管理与持续改进部分共 55 分；第五章重点部门管理与持续改进部分共 115 分；第六章医技质量保障与持续改进部分共 180 分。第三部分按照现场评审的各条款符合程度赋分。针对可能由于区域卫生规划与医院功能任务的限制，或是由政府特别控制，需要审批，而不能自行决定即可开展的项目，相关医院根据实际情况可作为可选项。

（二）评审结果判定规则

评审按照《实施细则》三个部分依次进行评价，评审过程

中任意一个环节评价为“不合格”，则不进入下一环节，评审结果为“不合格”。采取“不计总分、第二、三部分结合”的方式，判定相应等次必须同时满足以下两个条件：甲等，第二、三部分得分率均不低于90%；乙等，第二、三部分得分率均不低于80%；丙等，第二、三部分得分率均不低于70%；否则判定为不合格。

（三）加分条款判定规则

鼓励医院积极、规范开展人体器官捐献工作，普及人体器官捐献知识，传播器官捐献理念。凡医院合法合规成功捐献人体器官，每例加5分，成功捐献人体器官>3例，从第4例开始每例加6分。

四、现场数据核查要求

（一）数据核查准备指引

1. 参评医院应准备所有纳入医院评审标准的“第二部分医疗服务能力与质量安全监测数据”和“第三部分现场评审”标准中涉及的数据目录清单。

2. 数据清单应当包含但不限于每个数据定义、数据源、采集方式、采集时间范畴、采集结果等要素。

3. 对于计算所得的数据，应当有可追溯的原始数据。

（二）数据核查原则

1. 参评医院提供值与核查真实值差距在10%以上（含正负）、无法提供原始数据或被评审员、数据核查员认定为虚假数

据的均视为错误数据。

2. 所有错误数据，按核查后的数据结果再次计算，参与计算的成员包括但不限于评审员、数据核查员、医院相关负责人。根据错误数据占现场核查数据总数百分比，按下表进行惩罚性扣分（扣除第二部分最后评审分数的一定比例）。

错误数据比例	惩罚性扣分比例
1%（含）-2%	5%
2%（含）-5%	10%
5%（含）-10%	20%
10%（含）以上	不予通过

五、现场评审方法

评审员采用下列评审方法对《实施细则》内容逐项进行符合程度判断：

【查阅文件、资料】查看医院发布的文件和资料（含科室/部门），如职责、规章制度（工作制度、管理制度、核心制度）、流程、预案、规范、计划、方案、报告、总结等；同时包括医院和科室/部门的工作记录、讨论记录、考试（考核）记录、培训记录、会议记录、签到等资料，不包括患者个人相关的资料。

【现场检查】评审现场通过目视检查医院和科室/部门的设备设施、环境、标识标牌、员工行为和协作，对照《实施细则》和医院要求评判符合程度。

【调查访谈】 一是指评审员现场对员工进行访谈，提问和讨论，包括集体访谈等。二是指评审员对患者或家属开展访谈。

【个案追踪】 采用真实患者（所选择的真实患者通常是接受过多学科或复杂服务的患者）分析医院所提供治疗、护理和服务的过程，以评估各学科、科室、项目、服务之间相互关系，以及他们在所提供的治疗和服务中的重要功能，旨在追踪某一患者在医院接收诊疗服务的全过程。

【系统追踪】 以个案追踪为基础的医院现场评审评价方法，用于评价各诊疗环节之间的整合与协调、各学科和各部门之间的沟通，以发现各环节的潜在问题。系统追踪评价的三个方面是数据利用、感染预防与控制以及用药管理。

【员工操作】 评审现场要求员工完成特定操作的内容。

【模拟操作】 评审员在一定时间、特定区域要求员工模拟完成指定操作的内容。

【模拟演练】 评审员现场评审、追踪医院应急体系、应急管理能力、应急救援能力、应急保障能力、医院协同应对能力及各类应急预案是否符合纳入日常工作管理中的要求，根据评审细则条款中内容，要求条款中涉及的相关人员结合日常开展应急培训，如休克、猝死、大面积停电、水灾、火灾等应急预案，模拟现场情景及其后续的发展情景，通过实际决策、行动和操作，完成真实应急响应的全过程，从而评价和检验医院应对突发事件的临场组织指挥、人员调配、急救类医学装备调配、应急物资调

配、应急处置技能和后勤保障等应急能力。

【问卷调查】 问卷调查是指通过制定详细周密的问卷，要求被调查者据此进行回答以收集资料的方法。调查人员按照调查目的，在特定地点，向相关人员发放调查问卷，并进行回收。

【病历检查】 评审现场对运行病历进行检查。

【病案检查】 评审员提前或现场对特定归档病案进行检查。

【数据核查】 同“数据核查原则”。

六、三级专科医院评审

（一）三级各专科医院评审按《实施细则》执行，不另行制定实施细则。

（二）现场评审相关条款不在专科医院执业范围或不符合专科医院设置要求，作为“不适用条款”。

七、三级社会办医院评审

三级社会办医院按《实施细则》执行，不另行制定实施细则。因所有制形式差异等与公立医院不同部分的条款，作为“不适用条款”。

河南省三级综合医院执业评审细则（2022 版）（节选）

豫卫医〔2022〕10 号

使用说明

标记“★”的评分项为单项否决项，完全符合要求方可继续评审验收。有任一单项否决项不合格，视为评审不合格。

评分要求：

一、本细则满分 1000 分。评审得分在 800 分以上为合格，低于 800 分为不合格。

二、新设置的三级综合医院首次执业登记时可暂不核查第 8、9、27、41、56、76、96、104、134、142、227、278、286-319 项（单项否决项 7 项，得分项 39 项，合计 315 分）。其他部分得分超过 80%（548 分）为合格。

三、新设置的三级综合医院执业登记一年后进行首次校验，验收本细则全部内容，总得分在 800 分以上为合格，低于 800 分为不合格。

四、得分项分数扣完为止，不倒扣分。

五、原有二级医院注销后设置为三级医院的，不适用本款（二）（三）条。

医疗机构校验达不到本细则要求的，应暂缓校验并予以整改；暂缓校验期满后再次校验仍不合格的，应予注销三级医疗机构执业许可证。

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 (节选)

国办发〔2015〕38 号

各省、自治区、直辖市人民政府，国务院各部委、各直属机构：

城市公立医院综合改革是深化医药卫生体制改革的一项重要任务。2010 年国家联系试点城市公立医院改革启动以来，各试点城市积极探索，改革取得明显进展，积累了宝贵经验，奠定了拓展深化改革试点的基础。但是公立医院改革是一项长期艰巨复杂的系统工程，当前还存在一些比较突出的矛盾和问题，公立医院逐利机制有待破除，外部治理和内部管理水平有待提升，符合行业特点的人事薪酬制度有待健全，结构布局有待优化，合理的就医秩序还未形成，人民群众就医负担依然较重等，迫切需要通过体制机制改革逐步加以解决。根据党的十八大、十八届二中、三中、四中全会精神和《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》、《国务院关于印发“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案的通知》（国发〔2012〕11 号）要求，为加强对城市公立医院（地级市辖区及以上城市公立医院）综合改革试点的指导，经国务院同意，现提出如下意见。

一、总体要求

（一）指导思想。深入贯彻落实党的十八大和十八届二中、三中、四中全会精神，按照党中央、国务院决策部署，着力解决群众看病就医问题，把深化医改作为保障和改善民生的重要举措，将公平可及、群众受益作为改革出发点和立足点，加快推进城市公立医院改革。充分发挥公立医院公益性质和主体作用，切实落实政府办医责任，着力推进管理体制、补偿机制、价格机制、人事编制、收入分配、医疗监管等体制机制改革。统筹优化医疗资源布局、构建合理就医秩序、推

动社会办医、加强人才培养等各项工作，为持续深化公立医院改革形成可复制、可推广的实践经验。

（二）基本原则。

坚持改革联动。推进医疗、医保、医药联动，促进区域内公立医疗机构同步改革，强化公立医院与基层医疗卫生机构分工协作，与社会办医协调发展，营造良好的公立医院改革环境，增强改革的系统性、整体性和协同性。

坚持分类指导。明确城市公立医院功能定位，充分发挥其在基本医疗服务提供、急危重症和疑难病症诊疗等方面的骨干作用。从实际出发，针对不同地区、不同层级、不同类型的公立医院，在医保支付、价格调整、绩效考评等方面实行差别化的改革政策。

坚持探索创新。在中央确定的改革方向和原则下，鼓励地方发扬首创精神，大胆探索、锐意创新，突破政策障碍和利益藩篱，建立符合实际的体制机制。

（三）基本目标。破除公立医院逐利机制，落实政府的领导责任、保障责任、管理责任、监督责任，充分发挥市场机制作用，建立起维护公益性、调动积极性、保障可持续的运行新机制；构建起布局合理、分工协作的医疗服务体系和分级诊疗就医格局，有效缓解群众看病难、看病贵问题。2015 年进一步扩大城市公立医院综合改革试点。到 2017 年，城市公立医院综合改革试点全面推开，现代医院管理制度初步建立，医疗服务体系能力明显提升，就医秩序得到改善，城市三级医院普通门诊就诊人次占医疗卫生机构总诊疗人次的比重明显降低；医药费用不合理增长得到有效控制，卫生总费用增幅与本地区生产总值的增幅相协调；群众满意度明显提升，就医费用负担明显减轻，总体上个人卫生支出占卫生总费用的比例降低到 30%以下。

（四）基本路径。建立现代医院管理制度，加快政府职能转变，推进管办分开，完善法人治理结构和治理机制，合理界定政府、公立医院、社会、患者的责权利关系。建立公立医院科学补偿机制，以破除以药补医机制为关键环节，通过降低药品耗材费用、取消药品加成、深化医保支付方式改革、规范药品使用和医疗行为等措施，留出空间，同步理顺公立医院医疗服务价格，建立符合医疗行业特点的薪酬制度。构建协同发展的服务体系，以基层服务能力建设为基础，以分工协作机制为支撑，综合运用法律、社保、行政和市场手段，优化资源配置，引导合理就医。将管理体制、运行机制、服务价格调整、医保支付、人事管理、收入分配等改革作为重点任务，国家、省级相关部门要加强指导，给予政策支持，并将相关权限下放给试点城市。

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

各省、自治区、直辖市人民政府，国务院各部委、各直属机构：

为进一步深化公立医院改革，推进现代医院管理制度建设，经国务院同意，现就加强三级公立医院绩效考核工作提出以下意见。

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，全面贯彻党的十九大和十九届二中、三中全会精神，实施健康中国战略，建立健全基本医疗卫生制度，加强和完善公立医院管理，坚持公益性，调动积极性，引导三级公立医院进一步落实功能定位，提高医疗服务质量和效率，推进分级诊疗制度建设，为人民群众提供高质量的医疗服务。

（二）基本原则。

坚持公益性导向，提高医疗服务效率。以满足人民群众健康需求为出发点和立足点，服务深化医药卫生体制改革全局。改革完善公立医院运行机制和医务人员激励机制，实现社会效益和经济效益、当前业绩和长久运营、保持平稳和持续创新相结合。强化绩效考核导向，推动医院落实公益性，实现预算与绩效管理一体化，提高医疗服务能力和运行效率。

坚持属地化管理，做好国家顶层设计。国家制定统一标准、关键指标、体系架构和实现路径，以点带面，抓住重点，逐级考核，形成医院管理提升的动力机制。各省份按照属地化管理原则，结合经济社会发展水平，对不同类别医疗机构设置不同指标和权重，提升考核的针对性和精准度。

坚持信息化支撑，确保结果真实客观。通过加强信息系统建设，提高绩效考核数据信息的准确性，保证关键数据信息自动生成、不可更改，确保绩效考核结果真实客观。根据医学规律和行业特点，发挥大数据优势，强化考核数据分析应用，提升医院科学管理水平。

（三）工作目标。

通过绩效考核，推动三级公立医院在发展方式上由规模扩张型转向质量效益型，在管理模式上由粗放的行政化管理转向全方位的绩效管理，促进收入分配更科学、更公平，实现效率提高和质量提升，促进公立医院综合改革政策落地见效。2019年，在全国启动三级公立医院绩效考核工作，绩效考核指标体系、标准化支撑体系、国家级和省级绩效考核信息系统初步建立，探索建立绩效考核结果运用机制。到2020年，基本建立较为完善的三级公立医院绩效考核体系，三级公立医院功能定位进一步落实，内部管理更加规范，医疗服务整体效率有效提升，分级诊疗制度更加完善。

二、指标体系

三级公立医院绩效考核指标体系由医疗质量、运营效率、持续发展、满意度评价等4个方面的指标构成。国家制定《三级公立医院绩效考核指标》（见附件）供各地使用，同时确定部分指标作为国家监测指标。各地可以结合实际，适当补充承担政府指令性任务等部分绩效考核指标。

（一）医疗质量。提供高质量的医疗服务是三级公立医院的核心任务。通过医疗质量控制、合理用药、检查检验同质化等指标，考核医院医疗质量和医疗安全。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。通过预约诊疗、门急诊服务、患者等待时间等指标，考核医院改善医疗服务效果。

（二）运营效率。运营效率体现医院的精细化管理水平，是实现医院科学管理的关键。通过人力资源配比和人员负荷指标考核医疗资源利用效率。通过经济管理指标考核医院经济运行管理情况。通过考核收支结构指标间接反映政府落实办医责任情况和医院医疗收入结构合理性，推动实现收支平衡、略有结余，有效体现医务人员技术劳务价值的目标。通过考核门诊和住院患者次均费用变化，衡量医院主动控制费用不合理增长情况。

（三）持续发展。人才队伍建设与教学科研能力体现医院的持续发展能力，是反映三级公立医院创新发展和持续健康运行的重要指标。主要通过人才结构指标考核医务人员稳定性，通过科研成果临床转化指标考核医院创新支撑能力，通过技术应用指标考核医院引领发展和持续运行情况，通过公共信用综合评价等级指标考核医院信用建设。

（四）满意度评价。医院满意度由患者满意度和医务人员满意度两部分组成。患者满意度是三级公立医院社会效益的重要体现，提高医务人员满意度是医院提供高质量医疗服务的重要保障。通过门诊患者、住院患者和医务人员满意度评价，衡量患者获得感及医务人员积极性。

三、支撑体系

（一）提高病案首页质量。三级公立医院要加强以电子病历为核心的医院信息化建设，按照国家统一规定规范填写病案首页，加强临床数据标准化、规范化管理。各地要加强病案首页质量控制和上传病案首页数据质量管理，确保考核数据客观真实。

（二）统一编码和术语集。2019年3月底前，国家卫生健康委推行全国统一的疾病分类编码、手术操作编码和医学名词术语集。国家中医药局印发全国统一的中医病证分类与代码和中医名词术语集。

2019 年 8 月底前，各地组织三级公立医院完成电子病历的编码和术语转换工作，全面启用全国统一的疾病分类编码、手术操作编码、医学名词术语。

（三）完善满意度调查平台。国家建立公立医院满意度管理制度，根据满意度调查结果，不断完善公立医院建设、发展和管理工作。2019 年 3 月底前，全国三级公立医院全部纳入国家卫生健康委满意度调查平台。各地要应用国家卫生健康委满意度调查平台，将调查结果纳入三级公立医院绩效考核。

（四）建立考核信息系统。2019 年 3 月底前，国家卫生健康委建立全国三级公立医院绩效考核信息系统。2019 年 6 月底前，各省份建立省级绩效考核信息系统，与全国三级公立医院绩效考核信息系统互联互通，以数据信息考核为主，必要现场复核为辅，利用“互联网+考核”的方式采集客观考核数据，开展三级公立医院绩效考核工作。

四、考核程序

三级公立医院绩效考核工作按照年度实施，考核数据时间节点为上一年度 1 月至 12 月。2019 年 12 月底前完成第一次全国三级公立医院绩效考核工作。2020 年起，每年 2 月底前各省份完成辖区内三级公立医院绩效考核工作，3 月底前国家卫生健康委完成国家监测指标分析工作。

（一）医院自查自评。各三级公立医院对照绩效考核指标体系，在 2019 年 9 月底前，完成对上一年度医院绩效情况的分析评估，将上一年度病案首页信息、年度财务报表及其他绩效考核指标所需数据等上传至国家和省级绩效考核信息系统，形成绩效考核大数据。根据绩效考核指标和自评结果，医院调整完善内部绩效考核和薪酬分配方

案，实现外部绩效考核引导内部绩效考核，推动医院科学管理。2020年起，每年1月底前完成上述工作。

（二）省级年度考核。各省份于2019年11月底前完成对辖区内三级公立医院绩效考核工作，考核结果反馈医院，及时以适当方式向社会公布，并报送国家卫生健康委。2020年起，每年2月底前完成上述工作。

（三）国家监测分析。国家卫生健康委于2019年12月底前完成国家监测指标分析，并及时以适当方式向社会公布。2020年起，国家卫生健康委每年3月底前完成上述工作。

五、组织实施

（一）切实加强组织领导。各地要充分认识做好三级公立医院绩效考核工作的重要意义，充分发挥绩效考核“指挥棒”作用，促进公立医院主动加强和改进医院管理，加强内涵建设，推动公立医院综合改革和分级诊疗制度建设落地见效。要强化组织领导，财政、发展改革、教育、人力资源社会保障、卫生健康、医保、中医药等部门要建立协调推进机制，及时出台政策措施，确保绩效考核工作落到实处。2019年6月底前各省份要出台具体实施方案。

（二）明确部门职责分工。各地可以指定部门或机构代表公立医院举办方和出资人，对三级公立医院实施绩效考核。国家卫生健康委及其他国务院部门、行业所属或者管理的三级公立医院，大学附属三级公立医院，均参加属地绩效考核。卫生健康行政部门监督指导三级公立医院落实病案首页、疾病分类编码、手术操作编码、医学名词术语“四统一”要求，加强质量控制，建设绩效考核信息系统。财政、发展改革、教育、人力资源社会保障、卫生健康、医保、中医药、组织部门研究建立绩效考核结果应用机制，财政和医保部门结合绩效考

考核结果，调整完善政府投入和医保政策。国家中医药局负责组织实施三级公立中医医院绩效考核工作。

（三）充分运用考核结果。各地要建立绩效考核信息和结果部门共享机制，形成部门工作合力，强化绩效考核结果应用，将绩效考核结果作为公立医院发展规划、重大项目立项、财政投入、经费核拨、绩效工资总量核定、医保政策调整的重要依据，同时与医院评审评价、国家医学中心和区域医疗中心建设以及各项评优评先工作紧密结合。绩效考核结果作为选拔任用公立医院党组织书记、院长和领导班子成员的重要参考。

（四）形成改革发展合力。各地、各有关部门要把绩效考核作为推动深化医改政策落地、将改革政策传导至医院和医务人员的重要抓手，通过深化改革破解体制机制问题。按规定落实政府对符合区域卫生规划公立医院的投入政策，指导地方在清理甄别的基础上稳妥化解符合条件的公立医院长期债务。落实公立医院薪酬制度改革政策。规范推进医联体建设，以三级公立医院带动基层医疗服务能力提升。大力推进信息化建设，鼓励探索应用疾病诊断相关分组开展医院管理。切实加强综合监管，使日常监管与年度绩效考核互补，形成推动公立医院改革发展合力。

（五）做好督导总结宣传。国家卫生健康委要会同相关部门，按照职责分工加强对各地三级公立医院绩效考核工作的指导和监督。要及时总结经验、挖掘典型，结合各地实际不断完善三级公立医院绩效考核指标体系，同时逐步推开对所有医疗机构的绩效考核，适时启动区域医疗服务体系绩效考核工作。要坚持科学考核，注意方式方法，避免增加基层负担。要加强宣传引导，为三级公立医院绩效考核和医

院健康发展营造良好的社会舆论环境。各地工作进展情况要定期报告国务院深化医药卫生体制改革领导小组。

附件：三级公立医院绩效考核指标

国务院办公厅

2019 年 1 月 16 日

附 件

三级公立医院绩效考核指标

一级指标	二级指标	三级指标	指标性质	指标说明
一、医疗质量	(一) 功能定位	1. 门诊人次数与出院人次数比	定量	计算方法：门诊患者人次数/同期出院患者人次数（急诊、健康体检者不计入）。 指标来源：医院填报。
		2. 下转患者人次数（门急诊、住院）	定量	计算方法：本年度向二级医院或者基层医疗机构下转患者人次数（门急诊、住院）。 指标来源：医院填报。
		3. 日间手术占择期手术比例	定量	计算方法：日间手术台次数/同期出院患者择期手术总台次数×100%。 指标来源：医院填报。
		4. 出院患者手术占比▲	定量	计算方法：出院患者手术台次数/同期出院患者总人次数×100%。 指标来源：病案首页。
		5. 出院患者微创手术占比▲	定量	计算方法：出院患者微创手术台次数/同期出院患者手术台次数×100%。 指标来源：病案首页。
		6. 出院患者四级手术比例▲	定量	计算方法：出院患者四级手术台次数/同期出院患者手术台次数×100%。 指标来源：病案首页。
		7. 特需医疗服务占比	定量	计算方法：特需医疗服务量/同期全部医疗服务量×100%，特需医疗服务收入/同期全部医疗服务收入×100%。 指标来源：医院填报。
	(二) 质量安全	8. 手术患者并发症发生率▲	定量	计算方法：手术患者并发症发生例数/同期出院的手术患者人数×100%。 指标来源：病案首页。
		9. I类切口手术部位感染率▲	定量	计算方法：I类切口手术部位感染人次数/同期I类切口手术台次数×100%。 指标来源：病案首页。
		10. 单病种质量控制▲	定量	计算方法：符合单病种质量控制标准。 指标来源：病案首页。
		11. 大型医用设备检查阳性率	定量	计算方法：大型医用设备检查阳性数/同期大型医用设备检查人次数×100%。 指标来源：医院填报。

		12. 大型医用设备维修保养及质量控制管理	定性	引导医院关注医用设备的维修保养和质量控制，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；（2）制定急救、生命支持类等设备的预防性维护维修计划；（3）开展日常保养和维护，有巡检、保养、维修等相关记录及设备管理部门对临床使用部门的监管、培训记录；（4）配置必备的检测和质量控制设备，医学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。
		13. 通过国家室间质量评价的临床检验项目数▲	定量	计算方法：医院临床检验项目中通过国家临床检验中心组织的室间质量评价项目数量。 指标来源：国家卫生健康委。
		14. 低风险组病例死亡率▲	定量	计算方法：低风险组死亡例数/低风险组病例数×100%。 指标来源：病案首页。
		15. 优质护理服务病房覆盖率	定量	计算方法：全院已经开展优质护理服务的病房总数/全院病房总数×100%。 指标来源：医院填报。
	(三) 合理用药	16. 点评处方占处方总数的比例	定量	计算方法：点评处方数/处方总数×100%。 指标来源：医院填报。
		17. 抗菌药物使用强度（DDDs）▲	定量	计算方法：本年度住院患者抗菌药物消耗量（累计 DDD 数）/同期收治患者人天数×100。 收治患者人天数=出院患者人次数×出院患者平均住院天数。 指标来源：医院填报。
		18. 门诊患者基本药物处方占比	定量	计算方法：门诊使用基本药物人次数/同期门诊诊疗总人次数×100%。 指标来源：医院填报。
		19. 住院患者基本药物使用率	定量	计算方法：出院患者使用基本药物总人次数/同期出院总人次数×100%。 指标来源：医院填报。
		20. 基本药物采购品种数占比	定量	计算方法：医院采购基本药物品种数/医院同期采购药物品种总数×100%。 指标来源：省级招采平台。
		21. 国家组织药品集中采购中标药品使用比例	定量	计算方法：中标药品用量/同种药品用量×100%。 指标来源：医院填报。

	(四) 服务流程	22. 门诊患者平均预约诊疗率	定量	计算方法：预约诊疗人次/总诊疗人次×100%（急诊人次不计入）。 指标来源：医院填报。
		23. 门诊患者预约后平均等待时间	定量	计算方法：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。 指标来源：医院填报。
		24. 电子病历应用功能水平分级▲	定性	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。 指标来源：国家卫生健康委。
二、运营效率	(五) 资源效率	25. 每名执业医师日均住院工作负担	定量	计算方法：全年实际占用总床日数/医院平均执业（助理）医师人数/365。医院平均执业（助理）医师人数=（本年度人数+上一年度人数）/2。 指标来源：医院填报。
		26. 每百张病床药师人数	定量	计算方法：医院药师（包括药剂师和临床药师）总人数/医院实际开放床位数×100。 指标来源：医院填报。
	(六) 收支结构	27. 门诊收入占医疗收入比例	定量	计算方法：门诊收入/医疗收入×100%。 指标来源：财务年报表。
		28. 门诊收入中来自医保基金的比例	定量	计算方法：门诊收入中来自医保基金的收入/门诊收入×100%。 指标来源：财务年报表。
		29. 住院收入占医疗收入比例	定量	计算方法：住院收入/医疗收入×100%。 指标来源：财务年报表。
		30. 住院收入中来自医保基金的比例	定量	计算方法：住院收入中来自医保基金的收入/住院收入×100%。 指标来源：财务年报表。
		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	计算方法：医疗服务收入/医疗收入×100%。 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、药事服务收入、护理收入。 指标来源：财务年报表。
		32. 辅助用药收入占比	定量	计算方法：辅助用药收入/药品总收入×100%。 指标来源：医院填报。
		33. 人员支出占业务支出比重▲	定量	计算方法：人员支出/业务支出×100%。 指标来源：财务年报表。

		34. 万元收入能耗支出▲	定量	计算方法：年总能耗支出/年总收入×10000。总能耗为水、电、气、热等能耗折算为吨标煤后之和。 指标来源：财务年报表。
		35. 收支结余▲	定量	计算方法：业务收支结余+财政项目补助收支结转（余）+科教项目收支结转（余）。业务收支结余=医疗收支结余+其他收入-其他支出，其中：医疗收支结余=医疗收入+财政基本支出补助收入-医疗支出-管理费用。财政项目补助收支结转（余）=财政项目支出补助收入-财政项目补助支出。科教项目收支结转（余）=科教项目收入-科教项目支出。 指标来源：财务年报表。
		36. 资产负债率▲	定量	计算方法：负债合计/资产合计×100%（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）。 指标来源：财务年报表。
	(七) 费用控制	37. 医疗收入增幅	定量	计算方法：（本年度医疗收入－上一年度医疗收入）/上一年度医疗收入×100%。 指标来源：财务年报表。
		38. 门诊次均费用增幅▲	定量	计算方法：（本年度门诊患者次均医药费用－上一年度门诊患者次均医药费用）/上一年度门诊患者次均医药费用×100%。门诊患者次均医药费用=门诊收入/门诊人次。 指标来源：财务年报表。
		39. 门诊次均药品费用增幅▲	定量	计算方法：（本年度门诊患者次均药品费用－上一年度门诊患者次均药品费用）/上一年度门诊患者次均药品费用×100%。门诊患者次均药品费用=门诊药品收入/门诊人次。 指标来源：财务年报表。
		40. 住院次均费用增幅▲	定量	计算方法：（本年度出院患者次均医药费用－上一年度出院患者次均医药费用）/上一年度出院患者次均医药费用×100%。出院患者次均医药费用=出院患者住院费用/出院人次。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，通过疾病严重程度（CMI）调整。 指标来源：财务年报表。
		41. 住院次均药品费用增幅▲	定量	计算方法：（本年度出院患者次均药品费用－上一年度出院患者次均药品费用）/上一年度出院患者次均药品费用×100%。出院患者次均药品费用=出院患者药品费用/出院人次。

				指标来源：财务年报表。
	(八) 经济管理	42. 全面预算管理	定性	计算方法：查阅文件资料。 指标来源：医院填报。
		43. 规范设立总会计师	定性	计算方法：查阅文件资料。 指标来源：医院填报。
三、持续发展	(九) 人员结构	44. 卫生技术人员职称结构	定量	计算方法：医院具有高级职称的医务人员数/全院同期医务人员总数×100%。 指标来源：医院填报。
		45. 麻醉、儿科、重症、病理、中医医师占比▲	定量	计算方法：医院注册的麻醉、儿科、重症、病理、中医在岗医师数/全院同期医师总数。 指标来源：国家医疗机构、医师、护士电子化注册系统。
		46. 医护比▲	定量	计算方法：医院注册医师总数/全院同期注册护士总数。 指标来源：国家医疗机构、医师、护士电子化注册系统。
	(十) 人才培养	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	计算方法：医院接受其他医院（尤其是对口支援医院、医联体内医院）进修半年及以上并返回原医院独立工作人数/医院同期招收进修总人数×100%。 指标来源：医院填报。
		48. 医院住院医师首次参加医师资格考试通过率▲	定量	计算方法：本年度首次参加医师资格考试并通过的住院医师人数/同期首次参加医师资格考试的住院医师总人数×100%。 指标来源：国家卫生健康委。
		49. 医院承担培养医学人才的工作成效	定量	计算方法：统计医院在医学人才培养方面的经费投入、临床带教教师和指导医师接受教育教学培训人次、承担医学教育的人数和发表教学论文的数量。 指标来源：医院填报。
	(十一) 学科建设	50. 每百名卫生技术人员科研项目经费▲	定量	计算方法：本年度科研项目立项经费总金额/同期卫生技术人员总数×100。 指标来源：医院填报。
		51. 每百名卫生技术人员科研成果转化金额	定量	计算方法：本年度科技成果转化总金额/同期医院卫生技术人员总数×100。 指标来源：医院填报。
	(十二) 信用建设	52. 公共信用综合评价等级	定性	计算方法：按照公共信用综合评价规范进行评价。 指标来源：国家发展改革委。

四、满意度评价	(十三) 患者满意度	53. 门诊患者满意度 ▲	定量	计算方法：门诊患者满意度调查得分。 指标来源：国家卫生健康委。
		54. 住院患者满意度 ▲	定量	计算方法：住院患者满意度调查得分。 指标来源：国家卫生健康委。
	(十四) 医务人员满意度	55. 医务人员满意度 ▲	定量	计算方法：医务人员满意度调查得分。 指标来源：国家卫生健康委。

注：1. 三级公立综合医院考核应采用上述全部考核指标。三级公立专科医院考核可根据专科特点选用部分考核指标。国家中医药局在组织对三级公立中医医院考核时，根据工作实际适当调整和补充考核指标。

2. 标记“▲”的 26 个指标为国家监测指标，其中 15 个指标自动生成，9 个指标由财务年报表获取，2 个指标由医院填报。

3. 考核指标中的手术包括在日间手术室或住院部手术室内、麻醉状态下完成的手术，不包括门诊手术。其中，日间手术是指患者按照诊疗计划在 1 日（24 小时）内入、出院完成的手术或操作（不包括门诊手术），因病情需要延期住院的特殊病例，住院时间不超过 48 小时。

4. 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。

5. 四级手术以国家统一规定纳入监测的四级手术目录为准。

6. “特需医疗服务占比”按照两个计算公式，同时统计服务量与服务收入占比。

7. 单病种包括急性心肌梗死、心力衰竭、肺炎、脑梗死、髋关节置换术、膝关节置换术、冠状动脉旁路移植术、围手术期预防感染、剖宫产、慢性阻塞性肺疾病、围手术期预防深静脉血栓等。

8. 用于检查的大型医用设备按照国家卫生健康委《大型医用设备配置许可管理目录》进行统计。

9. “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”，用于医院自身纵向比较，不在医院之间比较。

10. 辅助用药以国家统一规定的品目为准。

11. “麻醉、儿科、重症、病理、中医医师占比”根据各医院紧缺专业人才结构具体情况，按麻醉、儿科、重症、病理、中医五个类别分别计算占比。

12. 科技成果转化总金额是指医院科研成果在技术市场合同成交金额总数。

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

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生健康委、中医药管理局：

为深入贯彻落实习近平新时代中国特色社会主义思想，全面贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中全会精神，推进实施健康中国战略，深化公立医院改革，建立现代医院管理制度，在总结三级公立医院绩效考核工作经验的基础上，现就加强二级公立医院绩效考核工作提出以下要求。

一、工作目标

2020 年在全国启动二级公立医院绩效考核工作，各省（区、市）结合实际，逐步将辖区内二级公立医院纳入绩效考核范围。到 2022 年，建立较为完善的二级公立医院绩效考核体系，按照属地化管理原则，二级公立医院全部纳入绩效考核范围。以绩效考核为抓手，坚持公益性，调动积极性，引导二级公立医院落实功能定位，持续提升医疗服务能力和科学管理水平，促进公立医院综合改革政策落地见效，建立现代医院管理制度，落实分级诊疗制度，不断满足人民群众日益增长的健康需求。

二、重点任务

（一）统筹推进考核工作。二级公立医院绩效考核与三级公立医院绩效考核是加强公立医院管理的一体化工作。国家卫生健康委制定二级公立医院绩效考核的统一标准、关键指标、体系架构和实现路径。省级卫生健康行政部门（含中医药主管部门，下同）应当结合经济社会发展水平和重点工作，对不同类别二级公立医院设置不同指标和权重，提升考核的针对性和精准度。

（二）科学制定指标体系。为保障绩效考核的可比性和针对性，在延续三级公立医院绩效考核指标体系框架的基础上，根据二级公立医院实际，按照“采集为主、填报为辅”的原则，形成二级公立医院绩效考核指标体系，具体包括医疗质量、运营效率、持续发展、满意度评价等4个方面。国家卫生健康委制定二级公立医院绩效考核指标（见附件）供各地使用，同时确定部分指标作为国家监测指标。各地可结合实际，适当补充完成政府指令性任务情况、开展健康教育和健康促进情况等绩效考核指标。

（三）不断完善支撑体系。二级公立医院要按照国家卫生健康委统一规定填写病案首页，使用国家卫生健康委统一的疾病分类编码、手术操作编码、医学名词术语集（二级中医院使用国家中医药管理局统一的中医病证分类与代码、中医名词术语集），加强临床数据标准化、规范化管理和质控工作，保证病案首页的质量，确保绩效考核数据客观真实。要按照国家卫生健康委已经印发的医院信息化建设文件要求，加强医院信息化建设，强化医院信息平台建设，有效支撑绩效考核工作。省级卫生健康行政部门要以省级三级公立医院绩效考核信息系统为支撑，建立二级公立医院绩效考核系统或功能模块，形成省级公立医院的绩效考核信息系统，以数据信息考核为主，必要现场复核为辅，利用“互联网+考核”的方式采集客观考核数据，开展二级公立医院绩效考核工作。

国家卫生健康委将拓展国家三级公立医院绩效考核信息系统功能，支持二级公立医院绩效考核工作。健全绩效考核数据质量控制体系，形成数据质量追踪机制，发挥大数据优势，强化考核数据分析，持续提高绩效考核数据的准确性和可比性。

三、考核程序

二级公立医院绩效考核工作按照年度实施，考核数据时间节点为1月1日至当年12月31日。

（一）医院自查自评。纳入考核的各二级公立医院对照绩效考核指标体系，在2020年8月底前，完成对上一年度医院绩效情况的分析评估，将上一年度病案首页信息、年度财务报表及其他绩效考核指标所需数据等上传至国家和省级绩效考核信息系统，形成绩效考核大数据。根据绩效考核指标和自评结果，医院调整完善内部绩效考核和薪酬分配方案，实现外部绩效考核引导内部绩效考核，推动医院科学管理。2021年起，每年3月底前完成上述工作。

（二）省级年度考核。各省份根据实际，于2020年12月底前完成辖区内纳入考核范围的二级公立医院绩效考核工作，以适当方式将考核结果反馈医院，并报送国家卫生健康委。2021年起，每年6月底前完成上述工作。

（三）国家监测分析。国家卫生健康委于2020年11月底前完成2019年度国家监测指标分析工作。2021年起，每年5月底前完成上一年度国家监测指标分析工作。

四、组织实施

（一）加强组织领导。各地要进一步提高思想认识，把绩效考核作为深化医改和实施健康中国战略的重要抓手，切实加强组织领导，并纳入三级公立医院绩效考核协调推进机制中统筹实施，及时出台配套政策措施，发挥政策的叠加效应，确保绩效考核工作落到实处。2020年6月底前，各省份要制定二级公立医院绩效考核实施方案。

（二）明确职责分工。省级卫生健康行政部门要统一组织二级公立医院绩效考核工作，自行或指定机构代表公立医院举办方和出资人，并会同地市级和县级有关部门实施二级公立医院绩效考核。要落实病

案首页、疾病分类编码、手术操作编码、医学名词术语集（中医病证分类与代码、中医名词术语集）的“四统一”要求，协调相关部门建立绩效考核结果运用机制。二级公立中医医院绩效考核工作由国家中医药管理局负责组织实施，二级公立中医医院绩效考核指标由国家中医药管理局另行制定。

（三）形成工作合力。省级卫生健康行政部门要协调各相关部门，探索建立绩效考核信息和结果共享机制、激励约束机制，合理使用绩效考核结果，充分调动医院和医务人员积极性，促进二级公立医院医疗服务和管理能力整体提升。要将绩效考核作为推动深化医改政策落地、将改革政策传导至医院和医务人员的重要抓手，通过深化改革破解体制机制问题。

（四）做好总结宣传。国家卫生健康委将加强对各地二级公立医院绩效考核工作的指导，及时总结经验、挖掘典型，结合各地实际不断完善二级公立医院绩效考核指标体系，适时启动区域医疗服务体系评价工作，探索建立公立医院实时监测体系。各地要坚持科学考核，注意方式方法，避免增加基层负担。要加强宣传引导，为公立医院绩效考核和医院健康发展营造良好的社会舆论环境。

附件： 二级公立医院绩效考核指标（试行）

附件

二级公立医院绩效考核指标（试行）

一级指标	二级指标	三级指标	性质	指标说明
一、医疗质量	(一) 功能定位	1. 出院患者手术占比▲	定量	计算方法：出院患者手术人数/同期出院患者人数×100%。 指标来源：病案首页。
		2. 出院患者微创手术占比▲	定量	计算方法：出院患者微创手术人数/同期出院患者手术人数×100%。 指标来源：病案首页。
		3. 出院患者三级手术占比▲	定量	计算方法：出院患者三级手术人数/同期出院患者手术人数×100%。 指标来源：病案首页。
	(二) 质量安全	4. 手术患者并发症发生率▲	定量	计算方法：手术患者并发症发生人数/同期出院患者手术人数×100%。 指标来源：病案首页。
		5. 低风险组病例死亡率▲	定量	计算方法：低风险组死亡例数/低风险组病例数×100%。 指标来源：病案首页。
	(三) 合理用药	6. 抗菌药物使用强度（DDDs）▲	定量	计算方法：住院患者抗菌药物消耗量（累计 DDD 数）/同期收治患者人天数×100。 收治患者人天数=出院患者人数×出院患者平均住院天数。 指标来源：医院填报。
		7. 基本药物采购金额占比	定量	计算方法：医院采购基本药物金额数/医院同期采购药物金额总数×100%。 指标来源：省级药品集中采购平台。
		8. 国家组织药品集中采购中标药品金额占比	定量	计算方法：中标药品采购金额数/同期采购同种药品金额总数×100%。 指标来源：医院填报。
		9. 重点监控药品收入占比	定量	计算方法：重点监控药品收入/同期药品总收入×100%。 指标来源：医院填报。

一级指标	二级指标	三级指标	性质	指标说明
		10. 重点监控高值医用耗材收入占比	定量	计算方法：重点监控高值医用耗材收入/同期耗材总收入×100% 指标来源：医院填报。
	(四) 医疗服务	11. 电子病历应用功能水平分级▲	定量	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。 指标来源：国家卫生健康委。
		12. 省级室间质量评价临床检验项目参加率与合格率	定量	计算方法：医院临床检验项目中参加和通过省级（本省份）临床检验中心组织的室间质量评价情况。 指标来源：省级卫生健康委。
		13. 平均住院日▲	定量	计算方法：出院患者占用总床日数/同期出院患者人数。 指标来源：病案首页。
二、运营效率	(五) 收支结构	14. 医疗盈余率▲	定量	计算方法：医疗盈余/同期医疗活动收入×100%。 指标来源：财务年报表。
		15. 资产负债率▲	定量	计算方法：负债合计/同期资产合计×100%。 指标来源：财务年报表。
		16. 人员经费占比▲	定量	计算方法：人员经费/同期医疗活动费用×100%。 指标来源：财务年报表。
		17. 万元收入能耗占比▲	定量	计算方法：总能耗/同期总收入×10000。 指标来源：财务年报表。
		18. 医疗收入中来自医保基金的比例	定量	计算方法：（1）门诊收入中来自医保基金的比例：门诊收入中来自医保基金的收入/门诊收入×100%。 （2）住院收入中来自医保基金的比例：住院收入中来自医保基金的收入/住院收入×100%。 指标来源：财务年报表。
		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	计算方法：医疗服务收入/同期医疗收入×100%。 指标来源：财务年报表。

一级指标	二级指标	三级指标	性质	指标说明
	(六) 费用控制	20. 医疗收入增幅 ▲	定量	计算方法：(1) 门诊收入增幅：（本年度门诊收入—上一年度门诊收入）/上一年度门诊收入×100%。 (2) 住院收入增幅：（本年度住院收入—上一年度住院收入）/上一年度住院收入×100%。 指标来源：财务年报表。
		21. 次均费用增幅 ▲	定量	计算方法：(1) 门诊次均费用增幅：（本年度门诊患者次均医药费用—上一年度门诊患者次均医药费用）/上一年度门诊患者次均医药费用×100%。门诊患者次均医药费用=门诊收入/门诊人次。 (2) 住院次均费用增幅：（本年度出院患者次均医药费用—上一年度出院患者次均医药费用）/上一年度出院患者次均医药费用×100%。出院患者次均医药费用=出院患者住院费用/出院人次。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，通过疾病严重程度（CMI）调整。 指标来源：财务年报表。
		22. 次均药品费用增幅 ▲	定量	计算方法：(1) 门诊次均药品费用增幅：（本年度门诊患者次均药品费用—上一年度门诊患者次均药品费用）/上一年度门诊患者次均药品费用×100%。门诊患者次均药品费用=门诊药品收入/门诊人次。 (2) 住院次均药品费用增幅：（本年度出院患者次均药品费用—上一年度出院患者次均药品费用）/上一年度出院患者次均药品费用×100%。出院患者次均药品费用=出院患者药品费用/出院人次。 指标来源：财务年报表。

一级指标	二级指标	三级指标	性质	指标说明
三、持续发展	(七) 人员结构	23. 医护比▲	定量	计算方法：医院注册执业（助理）医师总数/全院同期注册护士总数。 指标来源：国家医疗机构、医师、护士电子化注册系统。
		24. 麻醉、儿科、重症、病理、中医医师占比▲	定量	计算方法：医院注册的麻醉、儿科、重症、病理、中医在岗医师数/全院同期医师总数×100%。 指标来源：国家医疗机构、医师、护士电子化注册系统。
	(八) 学科建设	25. 人才培养经费投入占比	定量	计算方法：人才培养经费投入/医院当年总经费×100%。 指标来源：医院填报。
		26. 专科能力▲	定量	计算方法：专科病种医疗服务相关指标评价。 指标来源：病案首页。
四、满意度评价	(九) 患者满意度	27. 患者满意度▲	定量	计算方法：门诊、住院患者满意度调查得分。 指标来源：国家公立医院满意度调查平台。
	(十) 医务人员满意度	28. 医务人员满意度▲	定量	计算方法：医务人员满意度调查得分。 指标来源：国家公立医院满意度调查平台。

注：1. 标记“▲”的为国家监测指标。

2. 二级公立医院绩效考核指标体系共 28 个指标，其中国家监测指标 21 个。

3. 国家卫生健康委制定绩效考核国家监测的微创手术目录、三级手术目录、重点监控药品目录和重点监控高值医用耗材目录。

妇幼保健机构绩效考核办法（节选）

国卫办妇幼发〔2020〕7号

为推进健康中国建设，落实深化医改重点工作任务，加强妇幼保健机构标准化建设与规范化管理，促进妇幼保健机构高质量发展，提高妇幼健康服务效率和服务质量，更好地维护妇女儿童健康权益，制定本办法。

一、工作目标

2021 年在全国全面启动妇幼保健机构绩效考核工作，按照属地化管理原则，将各级妇幼保健机构全部纳入绩效考核范围。到 2023 年，基本建立较为完善的妇幼保健机构绩效考核体系。以绩效考核为抓手，维护公益性，调动积极性，推进妇幼保健机构全面落实职责任务，引导妇幼保健机构进一步提升服务能力和管理运行水平，促进妇幼保健机构持续健康发展，努力为妇女儿童提供安全、有效、便捷、温馨的妇幼健康服务。

二、绩效考核主体和对象

（一）考核主体。省级卫生健康行政部门对辖区内三级妇幼保健院进行绩效考核，地市级卫生健康行政部门对辖区内二级及以下妇幼保健机构进行绩效考核。其中，直辖市由市卫生健康行政部门对辖区内所有妇幼保健机构统一进行绩效考核。有条件的省（区），可由省级卫生健康行政部门对辖区内所有妇幼保健机构统一进行绩效考核。鼓励有条件的地方委托专业机构、行业协会等第三方机构协助开展妇幼保健机构绩效考核工作。

（二）考核对象。《妇幼保健机构管理办法》所规定的各级妇幼保健机构均应当接受妇幼保健机构绩效考核。

基层医疗卫生机构绩效考核指标体系（试行）（节选）

国卫办基层发〔2020〕9号

一级指标	二级指标	三级指标	指标性质	指标说明
一、服务提供	（一）功能定位	1.诊疗人次 数▲	定量	具体按照省（区、市）规定的相关要求。 重点考核门急诊诊疗人次及与上年相比变化情况。 【数据来源】卫生健康统计年报。
		2.出院人数 ▲	定量	具体按照省（区、市）规定的相关要求，没有病床的机构不考核此项。 重点考核出院人数及与上年相比变化情况。 【数据来源】卫生健康统计年报。
		3.中医药服务	定量	具体按照省（区、市）规定的相关要求。 【计算方法】 （1）中医诊疗人次占比=中医诊疗人次/总诊疗人次×100%； （2）提供中医医疗技术方法种类：指的是本年度基层医疗卫生机构能够开展的中医医疗技术方法种类数； （3）门诊中医非药物治疗法诊疗人次占比=本年度门诊中医非药物治疗法诊疗人次/总诊疗人次×100%； （4）中医馆设置：指的是社区卫生服务中心、乡镇卫生院中医科室集中设置，多种中医药技术方法综合使用并相对独立的综合服务区（中医馆）情况； （5）按照《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》提供中医药健康管理服务。 【数据来源】卫生健康统计年报、中医医疗管理统计年报或其他数据来源。

一级指标	二级指标	三级指标	指标性质	指标说明
	(二)服务效率	17. 医 师 日 均担负诊疗 人次▲	定量	具体按照省（区、市）规定的相关要求。 【计算方法】 医师日均担负诊疗人次=诊疗人次数/平均医师人数/251。 【数据来源】卫生健康统计年报。
		18. 医 师 日 均担负住院 床日	定量	具体按照省（区、市）规定的相关要求，没有病床的机构不考核此项。 【计算方法】 医师日均担负住院床日=实际占用总床日数/平均医师人数/365。 【数据来源】卫生健康统计年报。
		19. 病 床 使 用率▲	定量	具体按照省（区、市）规定的相关要求，没有病床的机构不考核此项。 【计算方法】 病床使用率=实际占用总床日数/实际开放总床日数×100%。 【数据来源】卫生健康统计年报。
		20. 平 均 住 院日	定量	具体按照省（区、市）规定的相关要求，没有病床的机构不考核此项。 【计算方法】 平均住院日=同期出院者占用总床日/年度出院人数。 【数据来源】卫生健康统计年报。
二、综合管理	(五)信息管理	33. 信 息 管 理系统应用	定性	建立并运用信息管理综合系统，并能实现以下功能： (1) 健康档案服务与管理； (2) 基本公共卫生服务项目管理； (3) 基本医疗服务管理； (4) 中医药服务管理；

一级指标	二级指标	三级指标	指标性质	指标说明
				(5) 药品管理； (6) 卫生统计信息服务和管理； (7) 医疗保险服务管理； (8) 综合管理。 【数据来源】 “优质服务基层行”活动申报信息系统数据、中医馆健康信息平台数据或其他数据来源。

公立医院高质量发展促进行动（2021-2025 年）

国卫医发〔2021〕27 号

为贯彻落实《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，巩固“进一步改善医疗服务行动计划”积极成果，为实现公立医院高质量发展提供持续动力，充分发挥公立医院在保障和改善民生中的重要作用，现决定实施公立医院高质量发展促进行动。

一、总体要求

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中全会精神，在“十四五”期间，高举公益性旗帜，坚持新发展理念，以改革创新为动力，以国家医学中心和国家区域医疗中心建设和设置为引领，以学科、人才队伍和信息化建设为支撑，以医疗质量、医疗服务、医学教育、临床科研、医院管理提升为重点，以公立医院高质量发展指数为标尺，促进我国公立医院医疗服务和管理能力再上新台阶。通过打造一批医疗技术顶尖、医疗质量过硬、医疗服务高效、医院管理精细、满意度较高的公立医院，推动我国公立医院整体进入高质量发展阶段。到 2025 年，初步构建与国民经济和社会发展水平相适应，与居民健康新需求相匹配，上下联动、区域协同、医防融合、中西医并重、优质高效的公立医院体系，为落实基本医疗卫生制度提供更加有力的保障。

二、重点建设行动

（一）建设高水平公立医院网络。加快优质医疗资源扩容和区域

均衡布局，在“十四五”时期围绕重大疾病、医学前沿、平台专科推进国家医学中心（含国家中医医学中心）、国家区域医疗中心（含国家区域中医医疗中心）、省级区域医疗中心（含省级区域中医医疗中心）建设设置和管理工作的，新建一批国家医学中心、国家区域医疗中心、省级区域医疗中心。实施“千县工程”县医院能力建设项目，县级中医医院提标扩能项目，发挥公立医院在医疗联合体中的牵头引领作用。开展中医特色重点医院、中西医协同“旗舰”医院、国家中医疫病防治和紧急医学救援基地等项目建设，促进中医医院特色发展，发挥中西医协同引领作用。到2025年，形成国家级医学中心和国家级、省级区域医疗中心为骨干，高水平市级和县级医院为支点，紧密型城市医疗集团和县域医共体为载体的高水平公立医院网络，在疑难疾病、重大疾病、重大疫情的医疗救治、多中心研究、大数据集成、科研成果转化等方面发挥协同作用，带动城乡医疗服务体系实现高质量发展。

（二）建设临床重点专科群。以满足重大疾病临床诊疗需求为导向，实施临床重点专科建设“百千万工程”，建设国家临床重点专科群，加强特色专科、平台专科、薄弱专科建设，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，提升中医内涵和疗效，为开展先进医疗技术、高难度手术和疑难复杂疾病诊疗提供支撑。加强对中西部地区薄弱专科建设的政策倾斜力度。依托国家医学中心、国家区域医疗中心与高等院校、科研机构开展合作，探索多学科交叉融合，培育一批在医疗技术、医疗质量、临床研究等方面具有国内外一

流水平的优势专科，引领我国医疗技术快速发展。到 2025 年，建成一批国家级、省级和市县级临床重点专科，区域专科医疗服务同质化水平显著提升。

（三）建设高质量人才队伍。深化医教协同，强化医院教学和人才培养职能，对接医疗技术、临床科研、医院运营等不同领域人才需求，加快公立医院高质量人才队伍建设。加强急需紧缺专业人才的培养，支撑相应高水平临床专科能力建设。加强公共卫生与临床医学复合型人才培养，支撑公立医院实现医防融合。建立符合中医药特点的人才培养模式，强化中医药特色人才队伍建设。加强国家中医疫病防治和紧急医学救援队伍建设，打造高水平中医疫病防治队伍。优化专业技术人才队伍结构，形成专科发展互相支撑、专业结构配比合理的人才队伍。加强公立医院行政管理人才培养，尤其要加强负责医院运营、信息化建设、经济管理等精细化管理人才队伍建设，不断提高管理人员的政治素质、专业能力和管理水平。到 2025 年，基本建成支持公立医院高质量发展的专业技术和医院管理人才队伍。

（四）建设“三位一体”智慧医院。将信息化作为医院基本建设的优先领域，建设电子病历、智慧服务、智慧管理“三位一体”的智慧医院信息系统，完善智慧医院分级评估顶层设计。鼓励有条件的公立医院加快应用智能可穿戴设备、人工智能辅助诊断和治疗系统等智慧服务软硬件，提高医疗服务的智慧化、个性化水平，推进医院信息化建设标准化、规范化水平，落实国家和行业信息化标准。到 2022 年，全国二级和三级公立医院电子病历应用水平平均级别分别达到 3

级和 4 级，智慧服务平均级别力争达到 2 级和 3 级，智慧管理平均级别力争达到 1 级和 2 级，能够支撑线上线下一体化的医疗服务新模式。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。

三、能力提升行动

（一）实施医疗质量提升行动。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，进一步完善医疗质量控制指标体系，十八项医疗质量安全核心制度不断巩固。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，鼓励医院利用信息化技术扩大处方审核和点评的范围，合理诊疗和合理用药指标不断改善。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。认真开展医疗机构依法执业自查工作，落实依法执业主体责任。

（二）实施患者体验提升行动。推动公立医院“以疾病为中心”向“以健康为中心”的转变，建立患者综合服务中心（窗口），推进健康管理、健康教育、疾病预防、预约诊疗、门诊和住院等一体化服务，形成公立医院医防融合服务新模式。建立健全预约诊疗、远程医疗、临床路径管理、检查检验结果互认、医务社工和志愿者、多学科诊疗、日间医疗服务、合理用药管理、优质护理服务、满意度管理等

医疗服务领域十项制度，中医医院深入实施“方便看中医，放心用中药”行动，医疗服务指标持续改善。建立针对疑难复杂疾病、重大突发传染病等重大疾病的救治与管理制度，形成患者接诊、治疗、转诊、管理的科学流程。不断加强胸痛、卒中、创伤、危重孕产妇、危重儿童和新生儿等救治中心建设，构建快速、高效、广覆盖的急危重症医疗救治体系。以医联体为载体、以信息化为支撑，不断增强医疗服务连续性，将患者安全管理融入医院管理各个环节，实现持续改进。做好医患沟通，完善医疗纠纷预防和处理机制。

（三）实施医院管理提升行动。提升医院内部管理规范化水平，坚持和加强党对公立医院的全面领导，健全现代医院管理制度，凝练支撑高质量发展的医院先进文化。明确公立医院工作制度和岗位职责，落实各岗位工作要求和重点任务，形成分工明确、密切协作、高效运行的管理体系。提升医院管理精细化水平，建立基于数据循证的医院运营管理决策支持系统。建设耗材和药品入销存、物价、特殊医保提示、项目内涵、基本药物提示等全链条信息管理体系，实现闭环管理。以大数据方法对医院病种组合指数、成本产出、医生绩效等进行从定性到定量评价，提高效率、节约费用。探索医院后勤“一站式”服务，建设后勤智能综合管理平台，全面提升后勤管理的精细化和信息化水平，降低万元收入能耗支出。提升医院运营管理水平，建立健全全面预算管理、成本管理、预算绩效管理、内部审计机制，规范开展风险评估和内部控制评价，优化医院内部辅助性、支持性服务流程，促进资源有效分配和使用，确保医院管理科学化、规范化、精细化。加强

医院安防系统建设，提升医院安全秩序管理法治化、专业化、智能化水平。

（四）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。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。

四、组织实施

（一）加强组织领导。各省级卫生健康行政部门（含中医药主管部门，下同）要充分认识促进公立医院高质量发展的重要意义，结合实际研究制定推进各项重点任务的时间表、路线图，积极协调相关部门为公立医院高质量发展创造良好的政策环境。各公立医院要把握发展契机，主要负责同志亲自抓，结合现状加强统筹谋划，明确阶段目标，努力实现“三个转变、三个提高”，为广大人民群众提供优质高效的医疗服务。

（二）建立评估机制。国家卫生健康委和国家中医药管理局将结合公立医院高质量发展评价指标体系与公立医院绩效考核指标体系，

研究形成公立医院高质量发展指数并进行年度评估。评估通过线上线下一相结合、以线上为主的方式，避免增加基层负担，评估结果以适当方式公布。

（三）同步推进改革。地方各级卫生健康行政部门要在抓好公立医院高质量发展的同时，通过深化改革破解体制机制问题。要大力推进分级诊疗体系和医联体建设，解决分级诊疗体系和医联体建设面临的体制机制问题。深入推进公立医院绩效考核，发挥绩效考核与高质量发展促进行动的协同作用，形成推动公立医院改革发展的合力。

（四）做好总结宣传。各级卫生健康行政部门要及时总结工作经验，加强对工作成效的宣传，为公立医院高质量发展营造良好的社会舆论环境。国家卫生健康委和国家中医药管理局将结合发展指数年度评估结果，对高质量发展的医院典型经验进行宣传推广，发挥示范引领作用，带动公立医院整体实现高质量发展。