

改善就医感受 提升患者体验  
评估操作手册  
(2023 版)

国家卫生健康委  
国家中医药局  
2023 年 8 月

# 前 言

为认真贯彻党中央、国务院决策部署，坚持以人民为中心的发展思想，进一步改善患者就医感受，提升患者就医体验，满足人民群众多元化、多层次的医疗服务需求，国家卫生健康委、国家中医药局组织编写了《改善就医感受 提升患者体验评估操作手册（2023版）》（以下简称《操作手册》）。

## 一、编写过程

（一）确定指标条目。全面检索国内外相关文献、梳理国内近年来相关政策，总结患者就医体验影响因素，分析其方法及经验，明确评估指标的政策依据。充分考虑区域经济、人口、医疗资源分布和医院等级情况，确定了诊前、门诊、急诊急救、住院、诊后和全程6个维度27项指标。

（二）界定评估范围。评估对象主要是经各省（区、市）卫生健康行政部门依法登记执业的二、三级医院<sup>1</sup>（其他二级以上医疗机构参照执行）。国家卫生健康委及其他部门、行业所属或者管理的三级医院，大学附属三级医院，均参加属地评估。

（三）明确指标释义。以国家政策为依据对各项指标定义及要求作出说明，明确评估指标的政策依据、定义、目标和考核细则等内容，最终形成《操作手册》。

---

<sup>1</sup> 依据医院的功能、任务、设施条件、技术建设、医疗服务质量和科学管理的综合水平划分医院级别。由卫生健康行政部门按地方政府的区域卫生规划来统一规划确定。（参阅：《医院分级管理办法》，原中华人民共和国卫生部1989年11月29日发布）

## 二、主要内容

为了更好地采集评估所涉及的 27 个指标数据，《操作手册》对每个指标都进行了全面的释义，主要包括指标属性、计量单位、指标定义、计算方法（或佐证材料）、指标说明、指标意义、指标导向、数据来源、指标解释等内容。

相关资料和数据优先采用国家卫生健康委等官方渠道的有关信息。不能获取的，由医院通过系统报送。《操作手册》将评估涉及的数据拆分为最小数据单元，在数据来源上充分协调了有关单位，并对已有数据进行清洗和迁移。数据来源包括：一是国家卫生健康委已采集的数据；二是省级卫生健康委已采集的数据；三是院前医疗急救机构已采集的数据；四是由医院填报。除特殊说明外，定量指标所需数据为评估年度 1 月 1 日-12 月 31 日的的数据。

需要特别说明的是，根据《中华人民共和国数据安全法》《信息安全技术网络安全等级保护基本要求》等法律法规和文件要求，登录数据平台需各医疗机构完成实名认证，使用数字证书进行系统登录及相关操作。

**改善就医感受 提升患者体验  
评估指标（试行）**

维度	指标
诊前	1.门诊患者预约诊疗率
	2.门诊号源下放比例▲
	3.是否提供预就诊服务
	4.择期手术患者术前等待时间
门诊	5.门诊患者预约到院后平均等待时间
	6.门诊提供 MDT 服务的病种数▲
	7.是否设置新型门诊（麻醉、疼痛、药学等）服务▲
	8.是否开展“先诊疗、后付费”
急诊急救	9.120 呼叫反应时间
	10.院前医疗急救 3 分钟出车率
	11.是否设置急诊急救五大中心▲
	12.急诊留观患者平均滞留时间
住院	13.日间手术占择期手术比例
	14.临床路径入径率和出径率
	15.中医医院以中医为主治疗的出院患者比例
	16.分娩镇痛率#
	17.是否建立“一站式”入出院服务中心
	18.开展责任制整体护理的病区占比

	19.出院患者当日结算率
诊后	20.下转患者人次数（门急诊、住院）▲
	21.出院患者随访比例
	22.提供延续性护理服务的病区占比
全程	23.是否提供“互联网+护理服务”
	24.是否提供加速康复外科服务▲
	25.智慧医院建设分级
	26.是否建成老年友善医疗机构
	27.是否建成残疾人友好医疗机构

注：标注▲的指标适用于三级医院和医联体内牵头医院。

标注#的指标适用于设置产科的医疗机构。

## 一、诊前相关指标

### 1. 门诊患者预约诊疗率

**【指标属性】** 定量指标。

**【计量单位】** 百分比（%）

**【指标定义】**

评估年度二级以上医院门诊患者预约诊疗人次数占总诊疗人次数比例。

**【计算方法】**

门诊患者预约诊疗率 = 预约诊疗人次数 / 总诊疗人次数 × 100%

**【指标说明】**

(1) 分子：预约诊疗人次数指某地区门诊患者采用网上、电话、院内登记、双向转诊等各种方式成功预约诊疗人次之和（不含爽约）。同一门诊患者一次挂号就诊，进行预约挂号、预约检查、预约治疗中的一项或多项，按 1 人统计。

(2) 分母：本评估年度总诊疗人次数是指门诊患者人次数，仅以门诊挂号数统计。

**【指标意义】**

《国务院办公厅关于印发 2011 年公立医院改革试点工作安排的通知》（国办发〔2011〕10 号）要求，普遍开展预约诊疗服务。全国所有三级甲等综合医院实行多种方式预约诊疗，社区转诊预约的优先诊治，到 2011 年底，社区转诊预约占门诊就诊量的比例达到 20%，本地病人复诊预约率达到 50%，其中口腔

科、产前检查、术后病人复查等复诊预约率达到 60%。《关于印发进一步改善医疗服务行动计划的通知》（国卫医发〔2015〕2 号）和《关于印发进一步改善医疗服务行动计划（2018-2020 年）的通知》（国卫医发〔2017〕73 号）进一步提出推进预约诊疗服务的要求，三级医院要逐步增加用于预约的门诊号源，增加预约诊疗服务比例，优先向医联体内基层医疗卫生机构预留预约诊疗号源。《关于印发公立医院高质量发展促进行动（2021—2025 年）的通知》（国卫医发〔2021〕27 号）和《国家卫生健康委办公厅关于印发医疗机构门诊质量管理暂行规定的通知》（国卫办医发〔2022〕8 号）、《国务院办公厅关于印发“十四五”国民健康规划的通知》（国办发〔2022〕11 号）要求，医疗机构建立健全预约诊疗制度，应当提高医技科室工作效率，缩短检验、内镜、超声、CT、核磁等检查的预约等候时间，鼓励提供门诊检查集中预约、自助预约、诊间预约等多种形式的预约服务，有条件的可以提供一站式检查预约服务。

**【指标导向】** 逐步提高。

**【指标来源】** 医院填报。

**【指标解释】** 省级卫生健康委。

## 2. 门诊号源下放比例<sup>^</sup>

**【指标属性】** 定量指标。

**【计量单位】** 百分比（%）

**【指标定义】**

评估年度三级和医联体内牵头医院向下级医疗机构下放号源数量占总号源数量的比例。

### 【计算方法】

门诊号源下放比例=下放到下级医疗机构号源数量/医院号源总数量×100%

### 【指标说明】

(1) 下放号源数量指医院计划下放到下级医疗机构号源数量。

(2) 分子：医院下放到下级医疗机构号源数量。

(3) 分母：本评估年度号源总数量是指本年度医院可供预约的号源总数量。

### 【指标意义】

《国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》（国办发〔2015〕70号）、《国务院关于印发“十三五”深化医药卫生体制改革规划的通知》（国发〔2016〕78号）和《国务院办公厅关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》（国办发〔2017〕32号）等文件提出，明确各级各类医疗机构诊疗服务功能定位，控制三级医院普通门诊规模，支持和引导病人优先到基层医疗卫生机构就诊，由基层医疗卫生机构逐步承担公立医院的普通门诊、稳定期和恢复期康复以及慢性病护理等服务。《关于印发进一步改善医疗服务行动计划（2018-2020年）的通知》（国卫医发〔2017〕73号）进一步提出推进预约诊疗服务的要求，三级医院要逐步增加用于预约的门诊号源，增加



预约诊疗服务比例，优先向医联体内基层医疗卫生机构预留预约诊疗号源。《深入推广福建省三明市经验深化医药卫生体制改革的实施意见》（国医改发〔2021〕2号）中提出，创新分级诊疗和医防协同机制，促进优质医疗资源下沉和有序就医。

**【指标导向】** 监测比较。

**【指标来源】** 医院填报。

**【指标解释】** 省级卫生健康委。

### 3. 是否提供预就诊服务

**【指标属性】** 定性指标。

**【计量单位】** 无

**【指标定义】**

评估二级以上医院是否提供门诊预就诊服务。

**【计算方法】**

医院提供评估年度的相应佐证材料，包括且不限于：

1. 本院预就诊相关管理制度文件与预就诊业务流程截图；
2. 年预就诊患者门诊人次数。

**【指标说明】**

预就诊是指复诊患者通过互联网诊疗平台、互联网医院或预约诊疗平台等，预约复诊所需的检查检验，并根据检查检验出结果时间，匹配复诊号源并提供预约诊疗服务。



### 【指标意义】

《卫生部关于在公立医院施行预约诊疗服务工作的意见》（卫医管发〔2009〕95号）印发以来，各地积极推进公立医院开展预约诊疗服务，方便了群众看病就医，取得了明显的成效。

《国家卫生健康委关于印发进一步改善医疗服务行动计划的通知》（国卫医发〔2015〕2号）和《关于印发进一步改善医疗服务行动计划实施方案（2015-2017年）的通知》（国卫办医发〔2015〕33号），要求围绕人民群众看病就医反映比较突出的医疗服务问题，大力推进深化改革和改善服务，通过改善环境、优化流程、为人民群众提供安全、有效、方便、价廉的基本医疗服务。2018年，国家卫生健康委《关于印发互联网诊疗管理办法（试行）的通知》，提出由医疗机构使用本机构注册的医务人员，利用互联网技术直接为患者提供部分常见病、慢性病复诊服务。

**【指标导向】** 监测比较。

**【指标来源】** 医院填报。

**【指标解释】** 省级卫生健康委。

#### 4. 择期手术<sup>2</sup>患者术前等待时间

**【指标属性】** 定量指标。

**【计量单位】** 天（数据采集系统填报单位为“小时”）

**【指标定义】**

评估二级以上医院择期手术患者入院到首次手术的平均时间。

**【计算方法】**

择期手术患者入院后手术等待时间 =  $\Sigma \{ \text{实施手术时间} - \text{患者入院时间} \} / \text{同期出院患者择期手术总台次数}$

**【指标说明】**

（1）分子：是指所有择期手术患者从办理入院手续并住进病房到实施首次手术的时间累加求和，同一次住院施行多次手术者，按1人统计，时间按照入院到首次手术的时间进行计算。

（2）分母：此处同期出院患者择期手术总台次数是指同期出院患者择期手术人数，同一次住院期间施行多次手术者，按1人统计。统计单位以人数计算，总数为实施择期手术和介入治疗人数累加求和，包括妊娠、分娩、围产期、新生儿患者。

（3）手术名称和编码参阅《手术操作分类代码国家临床版3.0（2022 汇总版）》。

**【指标意义】**

---

<sup>2</sup> 择期手术是指可以选择适当时机实施的手术，手术时机不致于影响治疗效果，允许术前充分准备或观察，再选择时机施行手术。

《关于印发开展三级医院日间手术试点工作方案的通知》（国卫医函〔2016〕306号）、《国家卫生健康委办公厅关于印发日间手术推荐目录（2022年版）的通知》（国卫办医函〔2022〕38号）和《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18号）要求三级医院逐年增加日间手术占择期手术的比例，推动落实分级诊疗制度建设，缩短患者等待住院和等待手术时间，提高医疗服务效率，缓解患者“住院难”和“手术难”问题。在保障医疗质量安全的前提下，降低择期手术患者入院后手术等待时间可以降低医院平均住院日，提高床位周转率，减轻患者经济负担，提升和改善患者就医体验。

**【指标导向】**逐步降低。

**【指标来源】**医院填报。

**【指标解释】**省级卫生健康委。

## 二、门诊相关指标

### 5. 门诊患者预约到院后平均等待时间

**【指标属性】**定量指标。

**【计量单位】**分钟

**【指标定义】**

门诊患者到达医院后至进入诊室前的等待时间。

**【计算方法】**

门诊患者预约到院后平均等待时间= $\Sigma$ {进入诊室诊疗的时钟时间-到达分诊台或通过信息系统(自助机、APP等)报到的时钟时间}/诊疗人次数

### 【指标说明】

(1) 分子: 患者进入诊室后医生点击叫诊系统的时钟时间减去患者到分诊台或通过信息系统(自助机、APP等)报到时的时钟时间累加求和。患者诊疗相关数据采集可从医院门诊信息系统中获得, 时间记录精确到分钟。

(2) 分母: 同一门诊患者一次挂号就诊, 进行预约挂号、预约检查、预约治疗中的一项或多项, 按1人统计。

### 【指标意义】

《关于印发进一步改善医疗服务行动计划(2018-2020年)的通知》(国卫医发〔2017〕73号)和《关于印发2019年深入贯彻落实进一步改善医疗服务行动计划重点工作方案的通知》(国卫办医函〔2019〕265号)提出, 三级医院要大力推行分时段预约诊疗和集中预约检查检验, 扩大分时段预约诊疗和集中预约检查检验比例, 力争预约时段精准到30分钟, 缩短患者按预约时间到达医院后等待就诊的时间, 优化预约诊疗流程, 避免门诊二次预约导致重复排队的情况。《关于印发公立医院高质量发展促进行动(2021-2025年)的通知》(国卫医发〔2021〕27号)要求, 建立健全预约诊疗制度。《国家卫生健康委办公厅关于印发医疗机构门诊质量管理暂行规定的通知》(国卫办医发〔2022〕8号)再次强调, 医疗机构应当积极推行分时段预约

诊疗，提高患者到院 30 分钟内就诊率，引导患者有序就诊，减少院内等候时间，减少人员聚集。

**【指标导向】** 逐步降低。

**【指标来源】** 医院填报。

**【指标解释】** 省级卫生健康委。

## 6. 门诊提供 MDT 服务的病种<sup>3</sup>数<sup>^</sup>

**【指标属性】** 定量指标。

**【计量单位】** 种

**【指标定义】**

评估三级和医联体内牵头医院提供 MDT 门诊服务的病种数。

**【计算方法】**

医院提供评估年度的相应佐证材料，包括且不限于：MDT 门诊服务的病种目录。

**【指标说明】**

多学科诊疗（Multi-disciplinary team, MDT）模式是指以患者为中心、以多学科专业人员为依托，为患者提供科学诊疗服务的模式，具体通过 MDT 病例讨论会形式开展。评估门诊提供 MDT 服务的肿瘤、疑难复杂疾病、多系统多器官疾病等病种数量。病种数参阅《疾病分类代码国家临床版 2.0（2022 汇总版）》，按照四位亚目疾病编码进行统计（各填报医院需在

---

<sup>3</sup> 病种需符合《疾病分类代码国家临床版 2.0（2022 汇总版）》要求。

数据填报系统下载《疾病分类代码国家临床版 2.0》目录表，勾选开展的病种，填报每个病种的数量后，再上传目录表）。

### 【指标意义】

《三级综合医院评审标准实施细则（2011版）》要求对疑难危重患者、恶性肿瘤患者，实施多学科综合诊疗，建立协作机制。《医疗质量管理办法》《医疗机构门诊质量管理暂行规定》制定了多学科（MDT）门诊制度。《进一步改善医疗服务行动计划（2018-2020年）》对多学科协作诊疗做了具体要求，针对肿瘤、疑难复杂疾病、多系统多器官疾病等，医疗机构可以开设多学科诊疗门诊，为患者提供“一站式”诊疗服务。针对住院患者，可以探索以循证医学为依据，制定单病种多学科诊疗规范，建立单病种多学科病例讨论和联合查房制度，为住院患者提供多学科诊疗服务。鼓励有条件的医疗机构，将麻醉、医学检验、医学影像、病理、药学等专业技术人员纳入多学科诊疗团队，促进各专业协同协调发展，提升疾病综合诊疗水平和患者医疗服务舒适性。提高MDT门诊服务的病种数，是推进门诊多学科（MDT）的发展导向。

【指标导向】逐步提高。

【指标来源】医院填报。

【指标解释】省级卫生健康委。

## 7. 是否设置新型门诊（麻醉、疼痛、药学等）服务<sup>▲</sup>

【指标属性】定性指标。

**【计量单位】** 无

**【指标定义】**

评估区域内三级和医联体内牵头医院是否设置新型（麻醉、疼痛、药学以及健康管理等）门诊。

**【计算方法】**

医院提供评估年度的相应佐证材料，包括且不限于：

1. 挂号系统截图；
2. 新型门诊照片。

**【指标说明】**

新型门诊包括麻醉门诊、疼痛门诊、药学门诊、健康管理等门诊。

对每一门类是否开设进行单独统计。

**【指标意义】**

《国家卫生计生委办公厅关于医疗机构麻醉科门诊和护理单元设置管理工作的通知》（国卫办医函〔2017〕1191号）提出有条件的医疗机构要设置麻醉科门诊，加强门诊麻醉相关服务，开展业务包括：为拟住院实施手术患者进行住院前手术风险评估、术前准备指导等，为有麻醉需求的患者提供麻醉风险评估、术前准备指导、麻醉预约、麻醉准备、实施麻醉和生命体征观察等，为实施麻醉后患者提供术后随访、恢复指导等。

《关于印发加强和完善麻醉医疗服务意见的通知》（国卫医发〔2018〕21号）指出医疗机构要积极开展手术室外的麻醉与镇



痛，有条件的医疗机构可以开设疼痛门诊，提供疼痛管理服务，不断满足人民群众对舒适诊疗的新需求。

《关于加强医疗机构药事管理促进合理用药的意见》（国卫医发〔2020〕2号）和《国家卫生健康委办公厅关于印发医疗机构药学门诊服务规范等5项规范的通知》（国卫办医函〔2021〕520号）指出鼓励医疗机构开设药学门诊，开展用药教育服务、药物重整服务、药学监护服务和居家药学服务工作，为患者提供个性化的合理用药指导，服务内容包括指导临床合理用药、评估患者用药情况、提供用药咨询、开展用药教育、提出用药方案调整建议。

医院开设健康管理门诊可以为慢性病人群、亚健康人群和健康人群提供个性化、连续性健康管理服务。可以根据需要制定个性化的体检项目；对体检中发现的问题及时给予诊治，以防延误患者诊治时间，同时对需要专科解决的问题联系相关专家会诊，及时帮助患者解决重大健康问题。对体检后患者报告进行精细化的解读，通过饮食、营养、运动、睡眠、心理等综合指导，给予生活方式改进的建议，阻止高危因素真正发展成为疾病。还可以提供疾病风险评估、体重管理、运动管理、常见慢病非药物干预等工作内容，不断满足人民群众对于健康服务的新需要。

**【指标导向】** 监测比较。

**【指标来源】** 医院填报。

**【指标解释】** 省级卫生健康委。

## 8. 是否开展“先诊疗、后付费”

**【指标属性】** 定性指标。

**【计量单位】** 无

**【指标定义】**

评估区域内二级以上医院是否开展“先诊疗、后付费”服务。

**【计算方法】**

医院提供评估年度的相应佐证材料，包括且不限于：

1. 医院“先诊疗、后付费”管理制度文件及流程图；
2. 开展“先诊疗、后付费”的门诊人次数。

**【指标说明】**

“先诊疗、后付费”服务是患者在门急诊诊疗时，不必在接受每项诊疗服务时单独缴费，待本次所有诊疗过程结束后再统一结算。

**【指标意义】**

《卫生部关于进一步改善医疗机构医疗服务管理工作的通知》（卫医政发〔2010〕12号）指出在尊重患者诊疗付费习惯的同时，为患者提供“先诊疗，后结算”服务，即患者在门急诊诊疗时，可先预缴押金，不必在接受每项诊疗服务时单独缴费，待本次所有诊疗过程结束后再统一结算。各地卫生行政部门要指导本辖区医疗机构，通过加强医院信息化建设，不断优化服务流程，积极稳妥推行“先诊疗，后结算”模式。充分利

用现代信息技术，逐步改进、完善医疗服务，减少患者排队次数，方便患者就诊，进一步改善门急诊诊疗秩序。对于需抢救的急危重患者要按照“先救治、后付费”的原则执行。《关于做好2019年农村贫困人口大病专项救治工作的通知》（国卫办医函〔2019〕427号）指出进一步推进县域内住院“先诊疗、后付费”，有条件的地方要实行省域内“先诊疗、后付费”。“先诊疗、后付费”突出了医院的公益性，体现了医院救死扶伤、生命优先的价值取向，同时减少门急诊缴费次数，精简了门急诊就医流程。

**【指标导向】** 鼓励开展。

**【指标来源】** 医院填报。

**【指标解释】** 省级卫生健康委。

### 三、急诊急救相关指标

#### 9.120 呼叫反应时间

**【指标属性】** 定量指标。

**【计量单位】** 分钟

**【指标定义】**

本年度从求救者拨打求救电话至救护人员到达事发现场之间的时间间隔的平均值。

**【计算方法】**

120 呼叫反应时间 =  $\Sigma \{T2(\text{救护人员到达事发现场的时钟时间}) - T1(\text{求救者拨打求救电话的时钟时间})\} / \text{总出车次数}$

### 【指标说明】

- (1) T2: 救护人员到达事发现场的时钟时间;
- (2) T1: 求救者拨打求救电话的时钟时间;
- (3) 分母: 急救车总出车次数。

### 【指标意义】

120 呼叫反应时间是城市院前急救医疗服务体系乃至整个城市紧急医学救援体系是否完善、是否高效运行、是否满足市民需要的重要评估指标之一，也是评估院前急救服务水平的重要综合指标。

【指标导向】逐步降低。

【指标来源】院前医疗急救机构填报。

【指标解释】省级卫生健康委。

## 10. 院前医疗急救 3 分钟出车率

【指标属性】定量指标。

【计量单位】百分比 (%)

### 【指标定义】

救护车接到调度派车指令至开始驶向现场的时间间隔小于等于 3 分钟的出车次数占出车总次数的比例。

### 【计算方法】

院前医疗急救 3 分钟出车率=年度急救车出车时间 ≤ 3 分钟次数/年度总出车次数

### 【指标说明】

(1) 分子：救护车接到调度派车指令时刻至开始驶向现场时刻的时间间隔小于等于 3 分钟的出车次数；

(2) 分母：出车总次数，不包括非急救出车次数。

### 【指标意义】

《院前医疗急救管理办法》（国家卫生计生委令第 3 号）提出急救中心（站）应当在接到“120”院前医疗急救呼叫后，根据院前医疗急救需要迅速派出或者从急救网络医院派出救护车和院前医疗急救专业人员。不得因指挥调度原因拒绝、推诿或者延误院前医疗急救服务。

救护车的出车时间直接影响到急救成功率，进一步提升院前医疗急救 3 分钟出车率，能够使患者生命安全得到最大限度的保障。

【指标导向】逐步提高。

【指标来源】院前医疗急救机构填报。

【指标解释】省级卫生健康委。

## 11. 是否设置急诊急救五大中心<sup>△</sup>

【指标属性】定性指标。

【计量单位】无

### 【指标定义】

评估三级医院和医联体内牵头医院是否设置急诊急救中心。

### 【计算方法】

医院提供评估年度的相应佐证材料，包括且不限于：

1. 相关中心管理制度文件及流程图；
2. 相关中心就诊人次截图或照片。

### 【指标说明】

急诊急救中心包括胸痛中心、卒中中心、创伤中心、危重孕产妇救治中心、高危儿童和新生儿救治中心。

对每一个中心是否设置进行单独统计。

### 【指标意义】

胸痛中心是为急性胸痛患者提供的快速诊疗通道，以缩短包括急性冠状动脉综合征、主动脉夹层、肺动脉栓塞等致死性急性胸痛患者的诊疗时间，提高救治成功率、改善预后并避免浪费。《国家卫生计生委办公厅关于印发胸痛中心建设与管理指导原则（试行）的通知》（国卫办医函〔2017〕1026号）中对三级医院和二级医院设置胸痛中心分别设置了基本条件、管理、建设和服务要求，另外提出了《胸痛中心医疗质量控制指标》。

卒中是我国第一位的疾病致死及致残原因，卒中发病率、患病率、复发率和死亡率较高，严重威胁着国民的身体健康。卒中中心建设是我国卒中防治工作的重要任务。《国家卫生计生委办公厅关于印发医院卒中中心建设与管理指导原则（试行）的通知》（国卫办医函〔2016〕1235号）中对三级医院和二级医院设置卒中中心分别设置了基本条件、组织管理、建设和服务要求，另外提出了《医院卒中中心诊疗流程及质控指标》。

创伤中心建设在创新急诊急救服务模式，进一步推动建立区域性创伤救治体系，提升创伤救治能力，降低创伤患者死亡率和致残率方面发挥重要作用。《国家卫生计生委办公厅关于进一步提升创伤救治能力的通知》（国卫办医函〔2018〕477号）中对创伤中心的建设、管理和医疗质量提出基本要求。

母婴安全是妇女儿童健康的前提和基础。孕产妇死亡率和婴儿死亡率是国际上公认的基础健康指标，也是衡量经济社会发展和人类发展的重要综合性指标。《国家卫生计生委办公厅关于印发危重孕产妇和新生儿救治中心建设与管理指南的通知》对医疗机构设置危重孕产妇救治中心服务能力、抢救床位和人员配备、抢救设施配置、基本工作制度以及危重新生儿救治中心服务能力、技术项目要求、设施、设备、人员配置、医师、护士知识和技能要求、专科医疗基本工作制度目录、感染预防与控制措施等方面提出了基本要求。

**【指标导向】**逐步提高。

**【指标来源】**医院填报。

**【指标解释】**省级卫生健康委。

## 12. 急诊留观患者平均滞留时间

**【指标属性】**定量指标。

**【计量单位】**小时

**【指标定义】**

评估二级以上医院年度急诊留观患者从进入留观区到离开留观区的平均时间。

### 【计算方法】

急诊留观患者平均滞留时间= $\Sigma$ （急诊留观患者转出留观区的时钟时间-转入留观区的时钟时间）/同期留观患者人次数。

### 【指标说明】

（1）分子：急诊留观患者从进入留观区到离开留观区的总时间。

（2）分母：同期急诊留观患者人次数。

（3）急诊留观区不包括急诊抢救室和急诊重症监护室。

### 【指标意义】

《急诊科建设与管理指南（试行）》（卫医政发〔2009〕50号）、《卫生部关于印发〈2008年-2009年“以病人为中心”医疗安全百日专项检查活动方案〉的通知》（卫医政发〔2008〕64号）指出急诊患者留观时间原则上不超过72小时。急诊留观患者平均滞留时间可以反映急诊患者院内救治衔接工作效率，引导医院提升急诊救治管理水平，加速急诊资源循环和周转，保障危重患者救治，提高急诊患者就医体验。

【指标导向】逐步降低。

【指标来源】医院填报。

【指标解释】省级卫生健康委。



#### 四、住院相关指标

##### 13. 日间手术<sup>4</sup>占择期手术比例

**【指标属性】** 定量指标

**【计量单位】** 百分比（%）

**【指标定义】**

评估二级以上医院年度出院患者实施日间手术台次数占同期出院患者择期手术总台次数的比例。

**【计算方法】**

日间手术占择期手术比例=日间手术台次数/同期出院患者择期手术总台次数×100%

**【指标说明】**

（1）分子：日间手术台次数是指日间手术患者人数，即在日间手术室或住院部手术室内、麻醉状态下完成的择期日间手术人数。

（2）分母：此处同期出院患者择期手术总台次数是指同期出院患者择期手术人数，同一次住院就诊期间患有同一疾病或不同疾病施行多次手术者，按1人统计。统计单位以人数计算，

---

<sup>4</sup> 日间手术是在日间手术室或住院部手术室内、麻醉状态下完成的手术（含介入治疗），指按照诊疗计划患者在1日（24小时）内入、出院完成手术或介入治疗（不包括门诊手术或门诊介入治疗），如因病情需要延期住院的特殊病例，住院时间不超过48小时。

总数为实施择期手术和介入治疗人数累加求和。包括妊娠、分娩、围产期、新生儿患者。

(3) 本年度评估手术名称和编码参阅《手术操作分类代码国家临床版 3.0 (2022 汇总版)》。

### **【指标意义】**

《关于印发进一步改善医疗服务行动计划的通知》(国卫医发〔2015〕2号)提出推行日间手术。医院在具备微创外科和麻醉支持的条件下,选择既往需要住院治疗的诊断明确单一、临床路径清晰、风险可控的中、小型择期手术,逐步推行日间手术,提高床位周转率,缩短住院患者等候时间。

《关于印发开展三级医院日间手术试点工作方案的通知》(国卫医函〔2016〕306号)和《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》(国办发〔2021〕18号)把推进日间手术模式作为公立医院综合改革的重要内容,要求在保障医疗质量与安全的前提下,符合条件的三级医院稳步开展日间手术,逐步扩大日间手术病种范围,逐年增加日间手术占择期手术的比例,缩短患者等待住院和等待手术时间,提高医疗服务效率,缓解患者“住院难”和“手术难”问题。《国家卫生健康委办公厅关于发布日间手术推荐目录(2022年版)》整合发布了708项日间手术推荐目录。

**【指标导向】** 监测比较。

**【指标来源】** 医院填报。

**【指标解释】** 国家卫生健康委病案管理质量控制中心、省级卫生健康委。

#### 14. 临床路径入径率和出径率

**【指标属性】** 定量指标。

**【计量单位】** 百分比（%）

**【指标定义】**

（1）入径率：评估二级以上医院年度住院患者入径患者人数占符合入径患者人数比例；

（2）出径率：评估二级以上医院年度符合临床路径患者入径后，出径患者人数占入径患者人数比例。

**【计算方法】**

入径率=入径患者人数/符合入径患者人数×100%

出径率=出径患者人数/入径患者人数×100%

**【指标说明】**

分子：

（1）入径率：符合临床路径入径条件，并进入临床路径系统的患者人数。

（2）出径率：分子：进入临床路径后，因病情变化，患者个人因素等主动或被动提前结束并离开临床路径管理系统的患者人数。

分母：

（1）入径率：符合临床路径入径条件的总人数。

(2) 出径率：符合临床路径入径条件，并进入临床路径系统的患者人数。

### **【指标意义】**

临床路径管理工作是公立医院改革的重要内容，对于规范医疗行为，提高医疗质量，控制不合理医药费用具有十分重要的意义。2009年以来，国家卫生健康委组织制修订1400余个临床路径，2017年，国家卫生健康委联合国家中医药局印发《医疗机构临床路径管理指导原则》（国卫医发〔2017〕49号），进一步明确了医疗机构实施临床路径管理的有关要求。2020年，国家卫生健康委、国家发展改革委等8部门联合印发《关于进一步规范医疗行为促进合理医疗检查的指导意见》（国卫医发〔2020〕29号），提出到2022年底前，三级医院50%出院患者、二级医院70%出院患者要按照临床路径管理。

### **【指标导向】**

(1) 入径率逐步提高。

(2) 出径率逐步降低。

**【指标来源】** 医院填报。

**【指标解释】** 省级卫生健康委。

15. 中医医院以中医为主治疗的出院患者比例（仅限中医医院填报）

**【指标属性】** 定量指标。

**【计量单位】** 百分比（%）

## 【指标定义】

评估年度以中医为主治疗的出院患者人次数占同期出院患者总人次数的比例。

## 【计算方法】

出院患者的中医药治疗费用比例=中医药治疗费用/住院治疗费用×100%

中医医院以中医为主治疗的出院患者比例=以中医为主治疗的出院患者人次数/同期出院患者总人次数×100%

## 【指标说明】

### (1) 分子

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

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

### (2) 分母

分母 1: 住院治疗费用是指患者住院期间中医药治疗费用与其他治疗费用<sup>5</sup>之和。

---

<sup>5</sup>其他治疗费用包括住院病案首页住院费用中项目 3 治疗类：（9）非手术治疗项目费（临床物理治疗费）、（10）手术治疗费（麻醉费、手术费）；项目 6 西药类：（15）西药费（抗菌药物费）；

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

### 【指标意义】

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

【指标导向】逐步提高。

【指标来源】中医病案首页。

【指标解释】中国中医科学院。

## 16. 分娩镇痛率

【指标属性】定量指标。

---

项目 8 血液和血液制品类: (18) 血费、(19) 白蛋白类制品费、(20) 球蛋白类制品费、(21) 凝血因子类制品费、(22) 细胞因子类制品费; 项目 9 耗材类: (24) 治疗用一次性医用材料费、(25) 手术用一次性医用材料费。

**【计量单位】** 百分比（%）

**【指标定义】**

评估二级以上医院年度实施椎管内镇痛方式分娩的产妇人数占自然分娩孕产妇总数的比例。

**【计算方法】**

分娩镇痛率=实施椎管内分娩镇痛人次数/同期自然分娩人次数×100%。

**【指标说明】**

（1）该指标只针对设置产科且本年度有分娩量的二级及以上医疗机构。

（2）分子：实施椎管内镇痛方式自然分娩的总人数，含实施镇痛后转剖宫产人次数。

（3）分母：同期自然分娩人次数，含实施镇痛后转剖宫产人次数。

**【指标意义】**

《关于开展分娩镇痛试点工作的通知》（国卫办医函〔2018〕1009号）指出，逐步在全国推广分娩镇痛的诊疗工作。进一步规范分娩镇痛操作技术，提升分娩镇痛的覆盖范围，普及镇痛条件下的自然分娩，降低剖宫产率，增强医疗服务舒适化程度，提高孕产妇就医满意度。加强产房医师团队的急救能力，进一步保障孕产妇安全，降低孕产妇死亡，进一步增强人民群众看病就医获得感、幸福感。《关于印发疼痛综合管理试点工作方案的通知》（国卫办医政函〔2022〕455号）要求逐步推广疼痛

综合管理。建立健全医院疼痛综合管理制度，规范疼痛综合管理流程，提升疼痛诊疗能力和相关技术水平，不断提高人民群众就医满意度。要求产妇产阴道分娩时，可经产科、麻醉科评估无禁忌且取得知情同意后，开展分娩镇痛。

**【指标导向】**逐步提高。

**【指标来源】**医院填报。

**【指标解释】**省级卫生健康委。

## 17. 是否建立“一站式”入出院服务中心

**【指标属性】**定性指标。

**【计量单位】**无

**【指标定义】**

评估二级以上医院是否建立“一站式”入出院服务中心。

**【计算方法】**

医院提供评估年度的相应佐证材料，包括且不限于：

1. 一站式服务中心管理制度文件（包含服务功能、工作流程）；
2. 一站式服务中心现场照片。

**【指标说明】**

通过“一站式”入出院服务中心，优化服务流程，为患者提供入院手续办理、医保审核、出院结算、检查检验预约、出院患者健康教育等服务。

**【指标意义】**



二级以上医院建立入出院服务中心简化了入院手续办理和入院后检查检验流程，缩短了患者等候时间，提升了患者就医体验。

**【指标导向】** 鼓励设置。

**【指标来源】** 医院填报。

**【指标解释】** 省级卫生健康委。

## 18. 开展责任制整体护理的病区占比

**【指标属性】** 定量指标。

**【计量单位】** 百分比（%）

**【指标定义】**

评估年度开展责任制整体护理的病区数占总病区数的比例。

**【计算方法】**

开展责任制整体护理的病区占比 = 开展责任制整体护理的病区数 / 总病区数 × 100%

**【指标说明】**

（1）分子：指评估年度内医疗机构开展责任制整体护理的病区数量。责任制整体护理指病区所有责任护士均负责一定数量的患者，每名患者均有相对固定的责任护士为其负责。责任护士要全面履行护理职责，根据患者疾病特点、生理、心理和社会需求等，为患者提供医学照顾、病情观察、协助治疗、健康指导、人文关怀等身心整体护理服务。

(2) 分母：指评估年度内医疗机构病区总数。

**【指标意义】**

《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》(国办发〔2021〕18号)指出要“做实责任制整体护理，夯实基础护理质量”。《全国护理事业发展规划(2021-2025年)》(国卫医发〔2022〕15号)制定了“到2025年，责任制整体护理有效落实，护理服务更加贴近群众和社会需求”的目标。责任制整体护理紧紧围绕患者身心护理需求，提供全面全程专业的护理服务，有利于进一步改善护理服务，持续提升患者就医体验。

**【指标导向】**逐步提高。

**【指标来源】**医院填报。

**【指标解释】**省级卫生健康委。

## 19. 出院患者当日结算率

**【指标属性】**定量指标。

**【计量单位】**百分比(%)

**【指标定义】**

评估年度二级以上医院患者出院当日结算人次数占同期患者出院总人次数的比例。

**【计算方法】**

出院患者当日结算率=患者出院当日结算人次数/同期患者出院总人次数×100%。

**【指标说明】**

(1) 分子：患者出院当日结算人次数。

(2) 分母：同期患者出院总人次数。

### 【指标意义】

目前部分地区患者出院后需数天再返院结算，部分地区可实现患者出院当日结算。提高患者出院当日结算完成率可以提升医院医疗服务质量、缩短平均住院时长、提高医疗整体运行效率，以进一步提升患者就医体验。

【指标导向】逐步提高。

【指标来源】医院填报。

【指标解释】省级卫生健康委。

## 五、诊后相关指标

### 20. 下转患者人次数（门急诊、住院）<sup>▲</sup>

【指标属性】定量指标。

【计量单位】人次

### 【指标定义】

评估年度向二级医院或者基层医疗机构下转的患者人次数，包括门急诊、住院患者。

### 【计算方法】

下转患者人次数=门急诊下转患者人次数+住院下转患者人次数

### 【指标说明】

(1) 评估三级医院向医联体内的二级医院、基层医疗机构下转患者情况。

(2) 门急诊下转患者包括医联体患者登记系统中，三级医院向二级医院、基层医疗机构下转的患者。

(3) 住院下转患者包括病案首页在“离院方式”选项中，填写“医嘱转社区卫生服务机构/乡镇卫生院”（代码为 3）的出院患者，及住院信息系统中查阅到的下转二级医院、基层医疗机构的出院患者。

(4) 门急诊和住院下转患者人次数累加求和为医院下转患者人次数，不包括出院患者在下级医院门诊复查以及三级医院间互转诊的人次数。

### **【指标意义】**

《国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》（国办发〔2015〕70号）、《国务院关于印发“十三五”深化医药卫生体制改革规划的通知》（国发〔2016〕78号）和《国务院办公厅关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》（国办发〔2017〕32号）等一系列文件中提出，明确各级各类医疗机构诊疗服务功能定位，控制三级医院普通门诊规模，支持和引导病人优先到基层医疗卫生机构就诊，由基层医疗卫生机构逐步承担公立医院的普通门诊、稳定期和恢复期康复以及慢性病护理等服务。2017年，全面启动多种形式的医联体建设试点，三级公立医院要全部参与并发挥引领作用，综合医改试点省份每个地市以及分级诊疗试点城市至少建成一个有明显成效的医

联体。到 2020 年，所有二级公立医院和政府办基层医疗卫生机构全部参与医联体。三级医院应当根据功能定位，重点收治疑难复杂疾病和疾病的急性期患者，将适宜患者向下转诊，以提高医疗资源利用效率。《深入推广福建省三明市经验深化医药卫生体制改革的实施意见》（国医改发〔2021〕2 号）中提出，创新分级诊疗和医防协同机制，促进优质医疗资源下沉和有序就医。《国务院办公厅关于印发“十四五”国民健康规划的通知》（国办发〔2022〕11 号）要求加快推动县域综合医改，推进紧密型县域医共体建设，推进专科联盟和远程医疗协作网发展。

**【指标导向】** 逐步提高。

**【指标来源】** 医院填报。

**【指标解释】** 省级卫生健康委。

## 21. 出院患者随访<sup>6</sup>比例

**【指标属性】** 定量指标。

**【计量单位】** 百分比（%）

**【指标定义】**

评估二级以上医院出院患者开展随访人次数占同期出院患者总人次数的比例。

**【计算方法】**

---

<sup>6</sup> 随访是指医院对曾在医院就诊的病人以通讯或其他的方式，定期了解患者病情变化和指导患者康复的一种观察方法。

出院患者随访比例=出院患者开展随访人次数/同期出院患者总人次数×100%

### 【指标说明】

(1) 分子：出院患者开展随访人次数，患者同一次住院进行的多次随访，按 1 人次统计。

(2) 分母：同期出院患者总人次数。

### 【指标意义】

《医疗机构手术分级管理办法》指出医疗机构应当建立手术随访制度，按病种特点和相关诊疗规范确定随访时长和频次，对四级手术术后患者，原则上随访不少于每年 1 次。《医疗机构日间医疗质量管理暂行规定》要求医疗机构应当加强日间医疗患者随访管理，根据不同病种特点及诊疗规律，明确随访时间、频次、内容和形式等，安排专门的医务人员进行随访并准确记录，为有需要的患者提供出院后连续、安全的延伸性医疗服务；随访记录应当纳入患者病案或单独建册保存；日间手术患者应当在出院后 24 小时内完成首次随访。通过随访可以提高医疗服务连续性，方便医生对病人进行跟踪观察，更好地进行健康指导，提升患者就医体验。

【指标导向】逐步提高。

【指标来源】医院填报。

【指标解释】省级卫生健康委。

## 22. 提供延续性护理服务的病区占比

**【指标属性】** 定量指标。

**【计量单位】** 百分比（%）

**【指标定义】**

评估年度提供延续性护理服务的病区数占总病区数的比例。

**【计算方法】**

提供延续性护理服务的病区占比=提供延续性护理服务的病区数/总病区数×100%

**【指标说明】**

（1）分子：指评估年度内提供延续性护理服务的病区数量。延续性护理服务主要是指为有护理需求的出院患者提供在线护理咨询、护理随访、居家护理指导等护理服务，解决患者出院后的常规护理、专科护理及专病护理问题。

（2）分母：指评估年度内医疗机构病区总数。

**【指标意义】**

《关于印发促进护理服务业改革与发展指导意见的通知》（国卫医发〔2018〕20号）提出要逐步推进延续性护理服务，鼓励有条件的医疗机构对具有较高再入院率或医疗护理有较高需求的出院患者提供延续性护理服务，将护理服务延伸至社区、家庭。《全国护理事业发展规划（2021-2025年）》（国卫医发〔2022〕15号）要求扩大“互联网+护理服务”试点覆盖面，支持医疗机构积极提供“互联网+护理服务”、延续护理、上门护

理等，将机构内护理服务延伸至社区和居家，为出院患者、生命终末期患者或行动不便、高龄体弱、失能失智老年人提供便捷、专业的医疗护理服务。《国家卫生健康委办公厅关于进一步加强医疗机构护理工作的通知》（国卫办医发〔2020〕11号）指出要鼓励对具有较高再入院率或医疗护理需求的出院患者提供延续护理服务。延续性护理服务更好地对接了患者多元化护理服务需求，有利于降低出院患者非计划再次入院率。

**【指标导向】**逐步提高。

**【指标来源】**医院填报。

**【指标解释】**省级卫生健康委。

## 六、全程相关指标

### 23. 是否提供“互联网+护理服务”

**【指标属性】**定性指标。

**【计量单位】**无

**【指标定义】**

评估二级以上医疗机构是否提供“互联网+护理服务”。

**【计算方法】**

医院提供评估年度的相应佐证材料，包括：

1. “互联网+护理”服务量网页截图；
2. “互联网+护理”服务工作制度文件。

**【指标说明】**



按照《国家卫生健康委办公厅关于开展“互联网+护理服务”试点工作的通知》（国卫医函〔2019〕80号）的要求，依托互联网信息技术平台，派出本机构注册护士提供“互联网+护理服务”，派出的注册护士应当至少具备五年以上临床护理工作经验和护师以上技术职称，能够在全国护士电子注册系统中查询。将“互联网+护理服务”与家庭医生签约、家庭病床、延续性护理等服务有机结合。对高龄或失能老年人、康复期患者和终末期患者等行动不便的人群，提供慢病管理、康复护理、专项护理、健康教育、安宁疗护等方面的护理服务。

### **【指标意义】**

《国家卫生健康委办公厅关于开展“互联网+护理服务”试点工作的通知》（国卫办医函〔2019〕80号）、《国家卫生健康委办公厅关于进一步推进“互联网+护理服务”试点工作的通知》（国卫办医函〔2020〕985号）要求，开展“互联网+护理服务”试点工作，坚持以“人民群众健康”为中心，以“问题和需求”为导向，坚持鼓励创新和规范引导并重，创新护理服务模式，增加护理服务供给，精准对接群众多样化健康需求。同时，引导规范发展，保障医疗质量和安全。

**【指标导向】**逐步提高。

**【指标来源】**医院填报。

**【指标解释】**省级卫生健康委。

## 24. 是否提供加速康复外科<sup>7</sup>服务<sup>△</sup>

**【指标属性】** 定性指标。

**【计量单位】** 无

**【指标定义】**

评估三级及医联体牵头医院是否开展加速康复外科诊疗模式。

**【计算方法】**

医院提供评估年度的相应佐证材料，包括：

1. 医院加速康复外科管理委员会材料；
2. 医院加速康复外科相关制度。

**【指标说明】**

评估年度医院是否开展加速康复外科诊疗模式。

**【指标意义】**

《国家卫生健康委办公厅关于进一步推进加速康复外科有关工作的通知》（国卫办医函〔2023〕107号）从提高医疗服务能力、完善工作制度、加强关键环节管理、优化政策环境四个方面提供了相关工作要求。加速康复外科诊疗理念和模式是提高医疗服务效率，提升医疗资源利用率的有效手段，是推进医院精细化管理和医疗服务高质量发展的重要内容。

**【指标导向】** 逐步提高。

**【指标来源】** 医院填报。

**【指标解释】** 省级卫生健康委。

---

<sup>7</sup> 加速康复外科是以优化医疗服务流程和围手术期医疗措施为主要方法，以减少术后并发症和应激反应、缩短手术患者住院时间、降低手术风险、促进术后恢复为目的的诊疗理念，以及在该理念指导下的系统化诊疗模式。

## 25. 智慧医院建设分级

**【指标属性】** 定量指标。

**【计量单位】** 级别

**【指标定义】**

评估医院智慧化建设（包括智慧医疗、智慧服务、智慧管理）级别。

智慧医疗：用医院以电子病历为核心的信息系统的水平代表智慧医疗的建设水平。从系统功能实现、有效应用范围、数据质量三个维度对医疗机构电子病历及相关临床系统的应用水平进行评价。

智慧服务：从诊前服务、诊中服务、诊后服务、全程服务、基础与安全 5 个维度对医院智慧服务水平进行评价。

智慧管理：从医疗护理管理、人力资源管理、财务资产管理、设备设施管理、药品耗材管理、运营管理、运行保障管理、教学科研管理、办公管理、基础与安全 10 个维度对医院智慧服务水平进行评价。

**【计算方法】**

医院电子病历系统功能应用水平分级评价和医院智慧服务、智慧管理分级评估综合计算结果。

智慧医疗：按照国家卫生健康委电子病历应用功能水平分级标准评估。具体计算方法：满足每一级别要求的基本项、选择项实现的个数，且基本项的有效应用范围超过 80%、数据质量

指数超过 0.5；选择项的有效应用范围超过 50%，数据质量指数超过 0.5。同时满足以上要求和前序级别的所有要求，即为达到该级别。

**智慧服务：**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。

**智慧管理：**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。

### **【指标说明】**

#### **智慧医疗：**

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

#### **智慧服务：**

根据《国家卫生健康委办公厅关于印发医院智慧服务分级评估标准体系（试行）的通知》（国卫办医函〔2019〕236号）要求，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。

#### **智慧管理：**

按照《国家卫生健康委办公厅关于印发医院智慧管理分级评估标准体系（试行）的通知》（国卫办医函〔2021〕86号）

要求，针对医院管理的核心内容，从智慧管理的功能和效果两个方面进行评估，评估结果分为 0 级至 5 级。

### **【指标意义】**

以电子病历为核心的医院信息化建设是深化医改重要内容之一，通过评估电子病历应用对医院管理各环节的实际作用与效果，全面评估各医疗机构现阶段电子病历系统应用所达到的水平。

《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18 号）要求强化信息化支撑作用，推进电子病历、智慧服务、智慧管理“三位一体”的智慧医院建设和医院信息标准化建设。《关于印发公立医院高质量发展促进行动（2021-2025 年）的通知》（国卫医发〔2021〕27 号）要求将信息化作为医院基本建设的优先领域。

### **【指标意义】**

加强医院信息化建设，建立医疗、服务、管理“三位一体”的智慧医院系统：以“智慧服务”建设为抓手，进一步提升患者就医体验；以“电子病历”为核心，进一步夯实智慧医疗的信息化基础；以“智慧管理”建设为手段，进一步提升医院管理精细化水平。不断提高医院治理现代化水平，形成线上线下一体化的现代医院服务与管理模式，为患者提供更高质量、更高效率、更加安全、更加体贴的医疗服务。

**【指标导向】**逐步提高。

**【指标来源】**国家卫生健康委。

**【指标解释】** 国家卫生健康委医院管理研究所。

## 26. 是否建成老年友善医疗机构

**【指标属性】** 定性指标

**【计量单位】** 无

**【指标定义】**

评估区域内二级以上医疗机构是否建成老年友善医疗机构。

**【计算方法】**

医院提供评估年度的相应佐证材料，包括：当地卫生健康行政部门评估认定本单位为老年友善医疗机构的材料。

**【指标说明】**

按照《关于开展建设老年友善医疗机构工作的通知》（国卫老龄函〔2020〕457号）要求，老年友善医疗机构建设包括老年友善文化、老年友善管理制度、老年友善服务和老年友善环境。

**【指标意义】**

《关于建立完善老年健康服务体系的指导意见》（国卫老龄发〔2019〕61号）要求全面落实老年人医疗服务优待政策，开展老年友善医疗卫生机构创建活动。《关于开展建设老年友善医疗机构工作的通知（国卫老龄函〔2020〕457号）要求通过开展建设老年友善医疗机构工作，推进医疗机构全面落实老年人医疗服务优待政策，保障老年人合法权益，完善医疗机构各项

制度措施，优化老年人就医流程，提供老年友善服务，解决老年人就医在智能技术方面遇到的困难，弘扬中华民族敬老、助老美德，推动建设老年友好社会。《“十四五”健康老龄化规划》（国卫老龄发〔2022〕4号）要求到2025年85%以上的综合医院，康复医院，护理院和基层医疗卫生机构，成为老年友善医疗机构。

**【指标导向】**鼓励设置。

**【指标来源】**医院填报。

**【指标解释】**省级卫生健康委。

## 27. 是否建成残疾人友好医疗机构

相关指标释义另行制定。