

三级中医医院评审标准

(2026 年版)

目 录

标准修订与使用说明

一、标准修订说明.....	5
（一）修订背景.....	5
（二）总体思路.....	5
（三）主要内容.....	6
二、标准使用说明.....	7
（一）适用范围.....	7
（二）评审周期.....	8
（三）评审方式.....	8
（四）指标选择和数据采信.....	9
（五）结果判定.....	10
（六）数据核查.....	10

第一部分 前置要求

一、床位规模和科室设置.....	12
二、中医药服务功能和人员配置.....	12
三、依法执业和规范服务.....	13
四、党的建设、公益性责任和行风诚信.....	15
五、安全管理与重大事件.....	16

第二部分 医疗服务能力与质量安全指标

第一章 资源配置与运行数据指标.....	18
一、床位配置.....	18

二、人员配备.....	18
三、科室配置.....	20
四、运行管理.....	22
五、人员培训.....	23
六、科研能力.....	24
七、信息化建设.....	24
八、医德医风和文化建设.....	24
第二章 服务能力指标.....	25
一、监测指标.....	25
二、中医诊疗行为.....	26
三、中医优势专科建设.....	28
四、中药药事管理.....	30
五、中医护理.....	31
六、辐射引领.....	31
第三章 质量安全指标.....	32
一、医院质量安全指标.....	32
二、医疗安全指标（年度医院获得性指标）.....	32
第四章 质量控制指标.....	37
第五章 重点医疗技术临床应用质量控制指标.....	37
一、国家限制类医疗技术.....	37
二、人体器官捐献、获取与移植技术.....	38
三、其他重点医疗技术质量控制指标.....	38

标准修订与使用说明

一、标准修订说明

（一）修订背景

《三级中医医院评审标准（2017年版）》《三级中西医结合医院评审标准（2017年版）》《三级民族医医院评审标准（2017年版）》及实施细则等文件发布实施以来，在指导各地加强中医医院（含中西医结合医院、少数民族医医院，下同）评审管理、规范评审行为，引导医院重视自我管理、落实中医为主的办院方向、提升防病治病能力、促进中医药高质量发展等方面发挥了重要作用。近年来，国家和各省（区、市）信息化建设不断加强，公立医院绩效监测等相关数据收集平台日臻成熟，为进一步优化评审方式，更多使用日常监测、客观指标、定量数据开展评审奠定了良好基础。为指导各地持续做好中医医院评审工作，保障评审工作要求与现行管理政策相一致，充分发挥评审相关指标在推动医院高质量发展等方面的作用，全面落实中办、国办印发的《整治形式主义为基层减负若干规定》，国家中医药局在总结分析近年医院评审工作基础上，结合优化完善中医医院功能定位和职责要求，参照国家卫生健康委《三级医院评审标准（2025年版）》，制定了《三级中医医院评审标准（2026年版）》（以下简称《评审标准》）。

（二）总体思路

《评审标准》修订的总体思路是：全面落实近年来国家新出台的法律法规规章和政策文件要求，优化完善医院功能定位、床位规模、科室设置、中医药特色优势、人才队伍、科研能力、医防融合、舆情管理、行风建设等方面内容和指标，提升评审工作质量效率，减轻医院评审工作负担，切实通过医院评审进一步引导中医医院坚持公益性、坚持以中医为主的办院方向，落实“强基、稳二、控三”和分级诊疗制度要求，补强短板弱项，保障质量安全，提升医疗服务能力和医院管理水平。

（三）主要内容

《评审标准》共两个部分 30 节 262 条指标。其中，**前置要求部分**共 5 节 36 条指标，结合三级中医医院功能定位和发展方向，从床位规模和科室设置、中医药服务功能和人员配置、依法执业和规范服务、党的建设、公益性责任和行风诚信、安全管理与重大事件等方面提出要求；**医疗服务能力与质量安全指标部分**共 25 节 226 条指标，突出中医药特色优势和医疗服务能力，包括资源配置与运行、服务能力、质量安全、质量控制、重点医疗技术临床应用质量控制等指标。《评审标准》中引用的疾病名称编码来源于国家中医药局、国家卫生健康委联合发布的《中医病证分类与代码（修订版）》（GB/T 15657-2021）《中医临床诊疗术语（修订版）》¹和国家卫生健康委发布的

¹ 分为《中医临床诊疗术语第1部分:疾病（修订版）》（GB/T 16751.1-2023）、《中医临床诊疗术语第2部分:证候（修订版）》（GB/T 16751.2-2021）和《中医临床诊疗术语第3部分:治法（修订版）》（GB/T 16751.3-2023）

《疾病分类与代码国家临床版 2.0（2022 汇总版）》《手术操作分类代码国家临床版 3.0（2022 汇总版）》等相关规定。

二、标准使用说明

（一）适用范围

1. 《评审标准》适用于三级中医医院，二级中医医院和二级及以上中医专科医院可参照使用。

2. 三级公立中医医院原则上应当由省级、地（市）级政府举办。少数人口基数大、群众中医药服务需求高的县（市），可以由县（市）级政府或与地（市）级政府共同举办三级公立中医医院。

3. 三级中医医院应当坚持以中医为主的办院方向，承担临床医疗和预防保健、教育、科研等任务，传承创新中医药理论、技术和方法，充分运用现代科学技术方法；临床医疗应当以提供急危重症、疑难复杂疾病和优势病种的中医诊疗服务为主，并承担二级及以下医院的转诊会诊服务，发挥好示范引领和辐射带动作用，促进区域中医药防病治病能力提升。公立中医医院应当坚持以公益性为导向，强化公益性职责任务落实。

其中，中西医结合医院还要注重创新发展中西医结合实践和理论，充分运用中医、西医及中西医结合技术方法，提供中西医结合诊疗服务。少数民族医医院还要注重挖掘整理运用少数民族医理论、技术和方法，提升少数民族医药服务能力和水平。

4. 三级中医医院应当统筹落实区域内群众危重症转诊会诊中心、突发事件紧急医学救援中心、帮扶基层医疗卫生机构的支持中心、医务人员进修培训首选中心、落实深化医改任务的改革中心、开展一二三级预防的防治结合中心、以健康需求和应用为导向的科技创新中心、维护公益性和遵纪守法的示范中心、承担指令性任务的执行中心等功能要求，推动实现“大病不出省”等目标任务。

（二）评审周期

1. 评审周期为 4 年。新建中医医院在取得《医疗机构执业许可证》执业满 3 年后方可申请首次评审。其他类别医院新变更为中医类别医院的，应当符合相应医疗机构基本标准，重新申请办理设置审批手续、取得《医疗机构执业许可证》并执业满 3 年后方可申请首次评审。医院设置级别发生变更的，应当在变更执业满 3 年方可按照变更后级别申请首次评审。对等级证书有效期满的中医医院需进行新一轮评审工作。

2. 医院在评审周期内不得发生违反前置要求的情形。发生相关情形的，延期一年评审。延期期间原等次取消，按照“未定等”管理。省级中医药主管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前置要求所列情形，征询时间不少于 7 个工作日。

（三）评审方式

省级中医药主管部门在《评审标准》基础上制定本省

实施细则，可以根据工作实际，通过线上线下结合的方式，稳妥有序推进医院评审工作，不得使用或变相使用“千分制”等过于细化、脱离实际的形式化评审方式。

公立中医医院绩效监测连续 3 年获得 A+（中西医结合医院、中医专科医院、少数民族医院获得 A）等级的，可适当简化评审方式，具体由省级中医药主管部门确定。

（四）指标选择和数据采信

省级中医药主管部门可根据本省（区、市）信息化程度和相关数据监测基础性工作情况，结合医院类别和医院实际开展工作情况，酌情确定纳入评审的指标范围，数据统计周期为全评审周期。具体按照以下原则执行：

1. 指标选择原则。一是本《评审标准》第二部分“医疗服务能力与质量安全指标”第一章、第二章指标应全部纳入；第三章除“二、医疗安全指标”纳入数量原则上不低于 50%，其余指标应全部纳入；第四章“国家级相关专业中医质控指标”根据发布情况适时纳入，开展“省级相关专业中医质控”的地区应将相关专业中医质控指标纳入，“临床检验、临床用血、超声诊断、病理、放射影像、医院感染管理等专业质控指标”可根据本地区医疗质控工作开展情况纳入。二是关于“第五章重点医疗技术临床应用质量控制指标”中开展限制类医疗技术、人体器官捐献、获取与移植技术、消化内镜技术的医院，应将已开展的技术相关指标纳入。

2. 数据采信原则。一是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。**二是**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。**三是**需要将同一指标不同年份的多个数据合并时，按照以下规则采信：（1）规模类和配比类指标的中位数和最后一年的数据必须达标。（2）连续监测指标的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。

3. 符合程度判断原则。规模类和配比类指标，按照“全或无”规则，比如“中医类别医师占医师总数比例”，达到标准认为符合，否则认为不符合；连续监测指标，比如“门诊患者中药饮片使用率”，按照“区间赋分兼顾持续改进”的原则，根据本地区基线情况确定是否符合。

（五）结果判定

评审结果判定为甲等的，评审指标符合比例不得低于 90%；判定为乙等的，评审指标符合比例不得低于 80%；评审指标符合比例低于 80%的，判定为“不合格”。三级中医医院评审结果需报国家中医药局备案后公布。

（六）数据核查

省级中医药主管部门可以通过还原数据路径、多维度验证等适当方式，从数据生成、数据采集、数据治理、数据分析、数据报告等多个环节进行评审数据核查，聚焦数据真实性、准

确性，坚持“可疑”数据优先核查原则，科学确定数据核查指标，兼顾章节和评审周期内各年份均衡性，核查指标数量比例不低于 20%。评审采信到医院提供数据值与核查数据值差距在 10%以上（含正负）、医院无法提供原始数据或被认定为虚假数据的，均视为错误数据。错误数据指标占核查指标数量超过 10%的，按照违反前置要求第四节第（六）条处理。

第一部分 前置要求

一、床位规模和科室设置

（一）未达到《医疗机构管理条例》及其实施细则、中医医院基本标准所要求的条件。

（二）未按规定设置老年病科、儿科、针灸科、急诊科、感染性疾病科、病理科，以及公共卫生科或者预防保健科等直接从事疾病预防控制工作科室。

少数民族医医院²：可不设置病理科。

（三）在评审标准发布后，违反医疗机构设置规划和《国家卫生健康委关于规范公立医院分院区管理的通知》，新增规模导致总床位数、单体院区床位数、分院区数量超标的，不予评审。在评审标准发布前，总床位数、单体院区床位数、分院区数量超标的，应当经省级中医药主管部门评估后，视情准予参加或不予评审。

（四）未落实医疗机构疾病预防控制责任，公立中医医院未设立专兼职疾控监督员。

（五）省级及以上中医优势专科（含重点专科等）少于3个。

中西医结合医院：省级及以上中医优势专科（含重点专科等）及中西医协同“旗舰”科室合计少于3个。

二、中医药服务功能和人员配置

² 同一条目下，中西医结合医院、少数民族医医院单列一指标的，评审中按单列指标执行。

（一）中医类别医师占医师总数比例未达到 60%。

中西医结合医院：中医类别医师和“西学中”医师占医师总数比例未达到 60%。

少数民族医医院：中医类别医师占医师总数比例未达到 60%；民族医专业执业医师（含执业助理医师）和取得民族医专业学历学位的非民族医专业执业医师占执业医师总数比例未达到 60%。

（二）门诊处方中，中药（包括中药饮片、医疗机构中药制剂、中药配方颗粒、中成药，下同）处方比例未达到 60%。

中西医结合医院：门诊处方中，中药处方比例未达到 40%。

（三）出院患者中药饮片使用率未达到 60%。

少数民族医医院：出院患者中药饮片和民族药使用率未达到 60%。

（四）门诊患者使用中医非药物治疗法比例未达到 10%。

（五）出院患者使用中医非药物治疗法比例未达到 60%。

三、依法执业和规范服务

（一）违反《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》《中华人民共和国中医药法》《医疗机构管理条例》，伪造、变造、买卖、出租、出借《医疗机构执业许可证》；医院命名不符合《医疗机构管理条例实施细则》等有关规定，未按时校验、拒不校验或有暂缓校验记录，诊疗活动超出诊疗科目登记范围；政府举办的医院与其他组织投资设立非独立法人资格的医疗卫

生机构，与社会资本合作举办营利性医疗卫生机构；对外出租、承包医疗科室；公立中医医院承包、出租药房，向营利性企业托管药房，以任何形式开设营利性药店；非营利性中医医院向出资人、举办者分配或变相分配收益。

（二）违反《中华人民共和国医师法》《医疗机构管理条例》《护士条例》，使用非卫生技术人员从事医疗卫生技术工作。

（三）违反《中华人民共和国药品管理法》《医院中药饮片管理规范》《医疗器械监督管理条例》，违法违规采购或使用药品、设备、器械、耗材开展诊疗活动，造成严重后果；未经许可配置使用需要准入审批的大型医用设备。

（四）违反《麻醉药品和精神药品管理条例》《易制毒化学品管理条例》《处方管理办法》，违规购买、储存、调剂、开具、登记、销毁麻醉药品和第一类精神药品，使用未取得处方权的人员或被取消处方权的医师开具处方，造成严重后果。

（五）违反《医疗技术临床应用管理办法》，将未通过技术评估与伦理审查的医疗新技术、禁止类医疗技术应用于临床，造成严重后果。

（六）违反《中华人民共和国母婴保健法》，未取得母婴保健技术服务执业许可证开展相关母婴保健技术。

（七）违反《人体器官捐献和移植条例》，买卖人体器官或者从事与买卖人体器官有关的活动，未经许可开展人体器官获取与移植技术。

（八）违反《放射诊疗管理规定》，未取得放射诊疗许可从事放射诊疗工作或未履行其他法定职责，造成严重后果。

（九）违反《中华人民共和国献血法》，非法采集血液，非法组织他人出卖血液，出售无偿献血的血液。

（十）违反《中华人民共和国传染病防治法》《中华人民共和国生物安全法》《中华人民共和国食品安全法》《突发公共卫生事件应急条例》，造成传染病传播、流行或其他严重后果；或其他重大违法违规事件，造成严重后果或情节严重；设立病原微生物实验室未依法取得批准或者进行备案；未依法履行传染病、食源性疾病报告等法定职责，造成严重后果。

（十一）违反《中华人民共和国职业病防治法》，未依法开展职业健康检查或职业病诊断、未依法履行职业病与疑似职业病报告等法定职责，造成严重后果。

（十二）违反《中华人民共和国中医药法》《中华人民共和国广告法》《医疗广告管理办法》和《医务人员互联网健康科普负面行为清单》，违规发布医疗广告，情节严重。

（十三）违反《医疗纠纷预防和处理条例》《医疗事故处理条例》，篡改、伪造、隐匿、毁灭病历资料，造成严重后果。

（十四）其他从事非法代孕、出具虚假出生医学证明、死亡医学证明等医学文书，以及违规收受红包回扣、泄露患者隐私等违法违规事件，造成严重后果或情节严重。

四、党的建设、公益性责任和行风诚信

（一）未充分发挥公立中医医院党委的领导作用。未落实党委领导下的院长负责制，未实现党组织全面覆盖医院各内设机构，未落实全面从严治党主体责任。

（二）应当完成而未完成对口支援、巡回医疗、援外医疗、传染病疫情防控、突发事件紧急医学救援等公共卫生任务、政府指令性任务等。

（三）应当执行而未执行国家基本药物制度和分级诊疗政策。

（四）医院党风廉政建设不到位，领导班子发生 1 起及以上严重职务犯罪或严重违纪事件，或医务人员发生 3 起及以上违反《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》及其实施细则、《医务人员职业道德准则（2025 年版）》的群体性事件（≥3 人/起），造成重大社会影响。

（五）未按照《中华人民共和国预算法》等法律法规相关要求加强医院财务和收支管理，出现经济运行风险并造成严重后果；发生重大价格或收费违法事件，以及恶意骗取医保基金。

（六）违反《中华人民共和国统计法》《医疗质量管理办法》《医学科研诚信和相关行为规范》相关要求，提供、报告虚假中医住院病案首页、中医门（急）诊诊疗信息页等医疗服务信息、统计数据、申报材料和科研成果，情节严重。

五、安全管理与重大事件

（一）发生定性为完全责任的一级医疗事故或直接被卫生健康行政部门或中医药主管部门判定的重大医疗事故。

（二）发生重大医院感染事件或者实验室生物安全事件，造成严重后果。

（三）发生因重大火灾、放射源泄漏、有害气体泄漏等被通报或处罚的重大安全事故。

（四）发生瞒报、漏报重大医疗过失事件的行为。

（五）发生大规模医疗数据泄露或其他重大网络安全事件，造成严重后果。

（六）发生重大不良舆情，造成重大社会影响。

第二部分 医疗服务能力与质量安全指标

数据来源:

- (1) 卫生资源统计年报及相关报表
- (2) 中医药综合统计网络直报系统
- (3) 中医医疗服务监测系统 (TCMMS)
- (4) 国家医疗服务数据中心
- (5) 国家医疗质量管理与控制信息网 (NCIS)
- (6) 中国人体器官分配与共享计算机系统 (COTRS)
- (7) 各器官移植专业国家质控中心相关系统
- (8) 各省级相关数据收集系统
- (9) 区域全民健康信息平台

第一章 资源配置与运行数据指标

一、床位配置

- (一) 核定床位数
- (二) 实际开放床位数
- (三) 总床位数、单体院区床位数、分院区数量及本评审周期内新增量

二、人员配备

- (一) 卫生技术人员数与开放床位数比

(二) 全院护士数与开放床位数比

(三) 病区护士数与开放床位数比

(四) 医院感染管理专职人员数与开放床位数比

(五) 中医类别医师占医师总数比例

中西医结合医院：中医类别医师和“西学中”医师占医师总数比例，其中中医类别医师占医师总数比例

少数民族医医院：中医类别医师占医师总数比例；民族医专业执业医师（含执业助理医师）和取得民族医专业学历学位的非民族医专业执业医师占执业医师总数比例

(六) 药学专业技术人员数与卫生专业技术人员数比

(七) 中药专业技术人员占药学专业技术人员比例 $\geq 60\%$

中西医结合医院：中药专业技术人员占药学专业技术人员比例 $\geq 50\%$

(八) 院级领导（不含医院纪委书记、总会计师）中中医药专业技术人员的比例 $\geq 60\%$ ；经过省级以上中医药政策、中医药知识和管理知识系统培训的达到 100%

(九) 医院医务、药剂、护理、科研、教育等主要职能部门负责人（包括正、副职负责人）中，中医药专业技术人员的比例 $\geq 60\%$ ；经过省级以上中医药政策、中医药知识和管理知识系统培训的达到 100%

(十) 临床科室负责人中具有中医类别医师资格或系统接受中医药专业培训 2 年以上的比例 $\geq 60\%$ ；经过中医药政策和管理

知识系统培训的达到 100%

（十一）护理人员系统接受中医药知识和技能岗位培训（培训时间不少于 100 学时）的比例不低于 70%

三、科室配置

（一）临床科室 ≥ 18 个〔内科、外科、妇（产）科、儿科、针灸科、骨伤科、肛肠科、皮肤科、眼科、推拿科、耳鼻喉科、急诊科、重症医学科、康复科、老年病科、治未病科、感染性疾病科、麻醉科〕。

少数民族医医院：临床科室 ≥ 12 个〔内科、外科、妇（产）科、儿科、针灸科、骨伤科、急诊科、重症医学科、康复科、老年病科、治未病科、感染性疾病科〕。

（二）临床科室命名符合《关于规范中医医院与临床科室名称的通知》《关于规范医疗机构门诊名称管理工作的通知》等有关规定，科室名称不得有中医、西医、中西医结合字样。

（三）医技科室 ≥ 8 个（药学部、医学检验科、医学影像科、手术室、病理科、输血科、营养科、消毒供应室和相应的临床功能检查室）。

少数民族医医院：医技科室 ≥ 6 个（药学部、医学检验科、医学影像科、手术室、输血科、消毒供应室和相应的临床功能检查室）。

（四）部分科室资源配置

1. 老年病科

(1) 老年病科在岗医师数量，其中中医类别医师数量

(2) 实有床位数

(3) 老年病科护士数与老年病科开放床位数比

2. 儿科

(1) 儿科在岗医师总数，其中中医类别医师数量

(2) 实有床位数

3. 针灸科

(1) 针灸科在岗医师数量

(2) 实有床位数

4. 骨伤科

(1) 骨伤科在岗医师数量，其中中医类别医师数量

(2) 实有床位数

5. 肛肠科

(1) 肛肠科在岗医师数量，其中中医类别医师数量

(2) 实有床位数

6. 急诊科

(1) 急诊在岗医师数量，其中固定急诊医师数量

(2) 固定急诊医师中中医类别医师数量

(3) 固定急诊护士数占急诊在岗护士数的比例

7. 重症医学科

(1) 重症医学科在岗医师数量，其中中医类别医师数量

(2) 重症医学科开放床位数占医院开放床位数的比例

(3) 重症医学科医师数与重症医学科开放床位数比

(4) 重症医学科护士数与重症医学科开放床位数比

8. 麻醉科

(1) 麻醉科医师数与手术间数比

(2) 麻醉科医师数与日均全麻手术台次比

(3) 麻醉科医师数和手术科室医师数比

(4) 手术间麻醉护士数与实际开放手术台数量比

9. 感染性疾病科

(1) 感染性疾病科在岗医师数量，其中固定医师数量

(2) 固定医师中中医类别医师数量

(3) 固定护士数占感染性疾病科在岗护士数的比例

(4) 感染性疾病科开放床位数占医院开放床位数的比例

(5) 可转换感染性疾病床位数占医院开放床位数的比例

10. 精神类相关科室

(1) 三级甲等中医医院应当设置神志病科等精神类临床科室

(2) 临床类别精神卫生专业医师数量、“执业范围”相应专业后加注“(精神)”字样的中医类别医师数量

四、运行管理

(一) 核定床位使用率

(二) 开放床位使用率

(三) 平均住院日

(四) 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

（五）中医医疗服务项目收入占医疗收入比例

（六）中药收入占药品收入比例

（七）中药饮片收入占药品收入比例

（八）医疗机构中药制剂收入占药品收入比例

（九）人员经费占比

（十）万元收入能耗支出

（十一）医疗盈余率

（十二）资产负债率

（十三）门诊患者满意度

（十四）住院患者满意度

（十五）医务人员满意度

五、人员培训

（一）承担师承指导老师和参加师承教育人数（由监测年度医院的指导老师人数和本院的继承人数占同期医院的医师和药学人员之和的比值体现）。

（二）每年承担省级及以上中医药继续教育项目 ≥ 5 项；中医药专业技术人员参加中医药继续教育并获得规定学分的比例达到100%。

（三）根据《中医医院（含中西医结合医院、民族医医院）中医类别医师定期考核内容》要求，开展以中医药知识与技能为主的医师定期考核工作。

（四）开展非中医类别医师中医药基本知识与技能培训并考

核，临床科室非中医类别医师中医药基本知识与技能培训考核比例达到 100%。

六、科研能力

（一）每百名卫生技术人员中医药科研成果转化金额

七、信息化建设

（一）电子病历应用功能水平分级

（二）医院信息平台与省统筹区域全民健康信息等平台互通共享情况

八、医德医风和文化建设

（一）全面落实《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》及其实施细则，严格遵守《医务人员职业道德准则（2025 年版）》，大力弘扬新时代医疗卫生职业精神和大医精诚、仁心仁术等中医传统医德医风。公立中医医院要全面落实《全国公立医疗机构行风管理核心制度要点（2024 年版）》。

（二）挖掘整理医院历史、文化特色和名医大家学术思想、高尚医德、先进事迹，凝练形成积极正面、薪火相传的医院特色文化。

少数民族医医院：应促进各民族医药广泛交往交流交融，推动铸牢中华民族共同体意识，构筑中华民族共有精神家园。

（三）充分利用传统媒体和现代信息技术，多途径、多形式、常态化宣传普及中医药文化和防病治病知识，营造良好的中医药健康文化氛围。

第二章 服务能力指标

一、监测指标

(一) 年门（急）诊总人次数

(二) 年出院患者总人次数

(三) 收治中医病种数量（TCD-2021 版）

(四) 中医优势病种数量（TCD-2021 版）

中西医结合医院：中医优势病种数量（TCD-2021 版）、中西医结合优势病种数量（ICD-10）

(五) 门诊中药处方比例

(六) 门诊中药饮片处方比例

(七) 中药饮片使用率

(八) 中医非药物治疗使用比例

(九) 以中医为主治疗的出院患者比例

(十) 住院手术患者围手术期中医治疗比例

(十一) 急危重症、疑难复杂疾病和罕见病患者中医药使用率

(十二) 每百名卫生技术人员中医优势专科（重点专科）、重点学科经费投入

中西医结合医院：每百名卫生技术人员中医优势专科（重点专科）、中西医协同“旗舰”科室、重点学科经费投入

(十三) 收治病种数量（ICD—10 四位亚目数量）

(十四) 病例组合指数（CMI）

(十五) 出院患者中急危重症、疑难复杂疾病和罕见病患者比例

(十六) 住院术种数量 (ICD—9—CM—3 四位亚目数量)

(十七) 出院患者三级/四级手术比例

(十八) 出院患者微创手术占比

(十九) 日间手术占择期手术比例

(二十) 接受下级医院上转患者人次数 (门急诊、住院)

(二十一) 下转患者人次数 (门急诊、住院)

(二十二) 卒中中心建设

二、中医诊疗行为

(一) 中医类别医师诊疗行为规范, 体现中医理念和思维; 病历书写符合《中医病历书写基本规范》。

(二) 针对中医治疗具有优势的疾病和疾病防治的关键阶段及环节, 确定优势病种, 实施并优化中医诊疗方案, 开展中医临床疗效分析、总结、评价, 完善符合中医药特点、体现中医药相对优势的疗效评价标准。手术病例能正确使用中医药治疗。

(三) 上级医师正确指导下级医师开展中医诊疗活动, 包括中医病例讨论、查房、会诊等, 提高中医诊治急危重症、疑难复杂疾病和罕见病的能力。

中西医结合医院: 上级医师正确指导下级医师开展中西医结合联合诊疗活动, 包括组建多学科诊疗团队 (MDT), 开展中西医

联合查房、联合会诊、病例讨论等，提高中西医联合诊治急危重症、疑难复杂疾病和罕见病的能力。

（四）中医医疗技术临床使用应遵循相应技术规范，符合《中医医疗技术手册》《中医医疗技术相关性感染预防与控制指南（试行）》，应用合理，操作规范。

（五）中药处方格式和书写规范，符合《处方管理办法》《中药处方格式及书写规范》《医疗机构处方审核规范》，中药饮片调剂、煎煮有特殊要求的应在药品右上方注明，有配伍禁忌和超剂量使用时，应当在药品上方再次签名；中成药（含中药注射剂）应用符合《中成药临床应用指导原则》。

（六）理法方药使用一致的出院患者比例。

（七）执行《中医住院病案首页数据填写质量规范》《门（急）诊诊疗信息页质量管理规定（试行）》，中医病案首页、中医门（急）诊诊疗信息页涉及的诊断、手术及操作名称、代码符合《中医病证分类与代码（修订版）》《中医临床诊疗术语（修订版）》和《疾病分类与代码国家临床版 2.0（2022 汇总版）》《手术操作分类代码国家临床版 3.0（2022 汇总版）》，填写规范；按照《中医住院病案首页数据质量管理与质控指标（2017 年版）》和《中医住院病案首页质控考核细则（2017 年版）》等，建立医院内部中医病案首页、中医门（急）诊诊疗信息页质量控制指标并组织落实，提高中医病案书写质量。

三、中医优势专科建设

以下指标针对中医优势专科、中西医协同“旗舰”科室：

（一）专科团队建设情况，包括专科总人数及增长情况，科室负责人、亚专业带头人、后备骨干等人才梯队建设情况，国家级、省级骨干人才培养情况。

（二）专科诊疗量高于同级同类医院同专业科室平均水平，占全院诊疗量的比值逐年增加。

（三）出院患者中疑难危重症患者占比。

（四）出院患者中疑难危重症患者中医药使用率。

（五）以中医为主治疗的出院患者比例。

（六）以中医为主治疗的门（急）诊患者比例。

（七）开展的中医医疗技术项目数量及使用情况。

（八）临床应用的本专科医疗机构中药制剂品种 ≥ 3 种；调剂使用的本专科医疗机构中药制剂情况。

少数民族医医院：临床应用的本专科民族药制剂品种藏医、蒙医、维医 ≥ 10 种，其他 ≥ 5 种。

（九）开展中医临床经验整理与应用，加强名老中医学学术经验继承工作，培养专科学术继承人。

（十）牵头制定或推广使用中医优势病种诊疗方案、指南等规范标准情况。

以下指标仅针对中医优势专科：

(十一) 中医类别医师占医师总数的比例 $\geq 70\%$ 。

(十二) 中医优势病种覆盖率。

(十三) 骨伤科、肛肠科等科室积极应用本专科中医特色治疗技术及疗法。骨伤科出院患者非手术治疗比例 $\geq 30\%$ 。

(十四) 积极应用现代科学技术方法，应有利于保持和发挥中医药特色优势，促进临床疗效提高。

(十五) 以解决中医优势病种难点问题和提高中医临床疗效为核心，确定 2-3 个稳定的研究方向，研究成果转化应用于临床。

(十六) 开展中医优势病种疗效提升评价情况。

(十七) 牵头组建或参与国家中医优势专科联合体及省级/区域中医优势专科联盟情况。

以下指标仅针对中西医协同“旗舰”科室：

(十八) 中医类别医师占医师总数的比例 $\geq 60\%$ 。

(十九) 开展的现代医疗技术项目数量及使用情况。

(二十) 疑难危重症医疗服务能力居于本地区本专业先进水平，高于省域内同级同类医院同专业科室平均水平。

(二十一) 牵头制定或推广使用的中西医结合诊疗方案、指南等规范标准情况。

(二十二) 中西医结合诊疗方案疗效提升评价情况。

(二十三) 聚焦解决重大疑难疾病中西医临床协作关键环节、关键问题，以提高中西医结合临床疗效为核心，确定 2-3 个稳定的研究方向，研究成果转化应用于临床。

（二十四）牵头组建或参与国家中西医协同“旗舰”科室联合体及省级/区域中西医协同“旗舰”科室联盟情况。

四、中药药事管理

（一）中药房设置达到《医院中药房基本标准》。

（二）每百张病床药师人数。

（三）医院成立药事管理与药物治疗学委员会，完善药品采购供应制度，按照相关规定规范开展招标采购工作。

（四）中药饮片采购、验收、储存、养护、调剂、煎煮等符合《医院中药饮片管理规范》要求。

（五）中药饮片处方合格率。

（六）点评处方占处方总数的比例。

（七）点评中药处方占中药处方总数的比例。

（八）中药饮片处方点评结果纳入医院内部绩效考核，对不合理使用中药饮片的行为有干预措施。

（九）积极开展中药饮片临方加工服务，挖掘整理特色中药疗法和传统中药加工方法，并推广使用。

（十）能提供中药饮片 2 小时急煎服务。

（十一）医疗机构中药制剂品种数量，配制管理规范，委托加工、调剂使用符合国家及省级药监部门相关规定。

少数民族医医院：常年应用的医疗机构民族药制剂数（藏医、维医 ≥ 100 种，蒙医 ≥ 50 种，其他 ≥ 20 种）。

（十二）有缩短中药饮片等候取药时间的措施，并落实到位。

（十三）提供中药临床药学服务，促进中药合理使用。

（十四）中药不良事件报告率。

（十五）对患者开展中药及中药合理用药知识宣传与教育。

五、中医护理

（一）依据《护理人员中医技术使用手册》《中医护理常规技术操作规程》《中医护理方案》制定并实施符合本院实际的中医护理常规或中医护理方案。

（二）开展中医护理技术项目数及应用人次、疗效评价人次。

（三）开展中医护理质量评价，并持续改进。

（四）开展具有中医特色的健康教育和康复指导，包括：生活起居、饮食指导、用药指导、情志调理、康复指导等。

（五）医院开展中医护理技术创新和中医护理科研工作。

六、辐射引领

（一）对县级中医医院“对口帮扶”情况（受援医院中医医疗技术及现代医疗技术水平得到提升）；作为国家医学中心、国家区域医疗中心的，促进优质医疗资源下沉和区域均衡布局情况；根据有关要求，开展巡回医疗情况。

（二）依托城市医疗集团、县域医共体或专科联盟等加强中医药理论和技术方法推广应用，提升基层中医药服务能力和水平。

（三）接受其他医院医务人员进修、培训等情况。

第三章 质量安全指标

一、医院质量安全指标

- (一) 医疗质量安全核心制度落实情况
- (二) 年度国家医疗质量安全目标改进情况
- (三) 抗菌药物使用强度 (DDD_s)
- (四) 患者住院总死亡率
- (五) 新生儿患者住院死亡率
- (六) 手术患者住院死亡率
- (七) 住院患者出院后 0—31 天非预期再住院率
- (八) 手术患者术后 48 小时/31 天内非预期重返手术室再次手术率
- (九) 通过国家室间质量评价的临床检验项目数
- (十) 大型医用设备检查阳性率

二、 医疗安全指标 (年度医院获得性指标)

省 (区、市) 可根据参评医院相关业务实际开展情况确定需纳入的指标, 未开展的相关业务指标不纳入。

- (一) 手术患者手术后肺栓塞发生例数和发生率
ICD-10 编码: I26 的手术出院患者
- (二) 手术患者手术后深静脉血栓发生例数和发生率
ICD-10 编码: I80.2, I82.8 的手术出院患者
- (三) 手术患者手术后脓毒症发生例数和发生率

ICD-10 编码： A40.0 至 A40.9, A41.0 至 A41.9, T81.411 ,
B37.700, B49.x00x019 的手术出院患者

（四）手术患者手术后出血或血肿发生例数和发生率

ICD-10 编码： T81.0 的手术出院患者

（五）手术患者手术伤口裂开发生例数和发生率

ICD-10 编码： T81.3 的手术出院患者

（六）手术患者手术后猝死发生例数和发生率

ICD-10 编码： R96.0, R96.1, I46.1 的手术出院患者

（七）手术患者手术后呼吸衰竭发生例数和发生率

ICD-10 编码： J95.800x004, J96.0, J96.1, J96.9 的手术出
院患者

（八）手术患者手术后生理/代谢紊乱发生例数和发生率

ICD-10 编码： E89.0 至 E89.9 的手术出院患者

（九）与手术/操作相关感染发生例数和发生率

ICD-10 编码： T81.4 的手术出院患者

（十）手术过程中异物遗留发生例数和发生率

ICD-10 编码： T81.5, T81.6 的手术出院患者

（十一）手术患者麻醉并发症发生例数和发生率

ICD-10 编码： T88.2 至 T88.5 的手术出院患者

（十二）手术患者肺部感染与肺机能不全发生例数和发
生率

ICD-10 编码： J95.1 至 J95.4, J95.8, J95.9, J98.4, J15 至

J16, J18 的手术出院患者

(十三) 手术意外穿刺伤或撕裂伤发生例数和发生率

ICD-10 编码: T81.2 的手术出院患者

(十四) 手术后急性肾衰竭发生例数和发生率

ICD-10 编码: N17.0 至 N17.9, N99.0 的手术出院患者

(十五) 各系统/器官术后并发症发生例数和发生率

1. 消化: K91.0 至 K91.9 的手术出院患者

2. 循环: I97.0, I97.1, I97.8, I97.9 的手术出院患者

3. 神经: G97.0, G97.1, G97.2, G97.8, G97.9, I60 至 I64 的手术出院患者

4. 眼和附器: H59.0, H59.8, H59.9 的手术出院患者

5. 耳和乳突: H95.0, H95.1, H95.8, H95.9 的手术出院患者

6. 肌肉骨骼: M96.0 至 M96.9 的手术出院患者

7. 泌尿生殖: N98.0 至 N99.9 的手术出院患者

8. 口腔: K11.4 的手术出院患者

(十六) 植入物的并发症 (不包括脓毒症) 发生例数和发生率

1. 心脏和血管: T82.0 至 T82.9 的手术出院患者

2. 泌尿生殖道: T83.0 至 T83.9 的手术出院患者

3. 骨科: T84.0 至 T84.9 的手术出院患者

4. 其他: T85.0 至 T85.9 的手术出院患者

(十七) 移植的并发症发生例数和发生率

ICD-10 编码：T86.0 至 T86.9 的手术出院患者

（十八）再植和截肢的并发症发生例数和发生率

ICD-10 编码：T87.0 至 T87.6 的手术出院患者

（十九）介入操作与手术后患者其他并发症发生例数和发生率

ICD-10 编码：T81.1, T81.7, T81.8, T81.9 的介入操作及手术出院患者

（二十）2 期及以上院内压力性损伤发生例数和发生率

ICD-10 编码：L89.1, L89.2, L89.3, L89.9 的出院患者

（二十一）输注反应发生例数和发生率

ICD-10 编码：T80.0, T80.1, T80.2, T80.8, T80.9 的出院患者

（二十二）输血反应发生例数和发生率

ICD-10 编码：T80.0 至 T80.9 的输血出院患者

（二十三）医源性气胸发生例数和发生率

ICD-10 编码：J93.8, J93.9, J95.804, T81.218 的出院患者

（二十四）住院患者医院内跌倒/坠床所致髌部骨折发生例数和发生率

ICD-10 编码：S32.1 至 S32.5, S32.7, S32.8, S71.8, S72.0 的出院患者

（二十五）住院 ICU 患者呼吸机相关性肺炎发生例数和发生率

ICD-10 编码：J95.802 的 ICU 出院患者

（二十六）住院 ICU 患者血管导管相关性感染发生例数和发生率

ICD-10 编码：T82.700x001 的使用血管导管 ICU 出院患者

（二十七）住院 ICU 患者导尿管相关性尿路感染发生例数和发生率

ICD-10 编码：T83.500x003 的使用导尿管 ICU 出院患者

（二十八）临床用药所致的有害效应（不良事件）发生例数和发生率

1. 全身性抗菌药物的有害效应：Y40.0 至 Y40.9 的出院患者
2. 降血糖药物的有害效应：Y42.3 的出院患者
3. 抗肿瘤药物的有害效应：Y43.1, Y43.3 的出院患者
4. 抗凝剂的有害效应：Y44.2, Y44.3, Y44.4, Y44.5 的出院患者
5. 镇痛药和解热药的有害效应：Y45.0 至 Y45.9 的出院患者
6. 心血管系统用药的有害效应：Y52.0 至 Y52.9 的出院患者
7. X 线造影剂及其他诊断性制剂的有害效应：Y57.5, Y57.6 的出院患者

（二十九）血液透析所致并发症发生例数和发生率

ICD-10 编码：T80.6, T80.8, T80.9, T82.4, T82.7 的血液透析出院患者

第四章 质量控制指标

- 一、国家级中医住院病案首页数据质量管理与质控指标。
- 二、国家级中医护理专业质量管理与质控指标。
- 三、国家级中药药事专业质量管理与质控指标。
- 四、国家级中医心血管、肝病、肺病、脑病、内分泌、血液、风湿、妇科、儿科、皮肤科、眼科、肿瘤、骨伤、老年病、针灸、康复、急诊和重症、疫病等专业质控指标。
- 五、省级相关专业中医质控指标。
- 六、临床检验、临床用血、超声诊断、病理、放射影像、医院感染管理等专业质控指标。

第五章 重点医疗技术临床应用质量控制指标

- 一、国家限制类医疗技术（国卫办医发〔2022〕6号）
 - （一）异基因造血干细胞移植技术临床应用质量控制指标
 - （二）同种胰岛移植技术临床应用质量控制指标
 - （三）同种异体运动系统结构性组织移植技术临床应用质量控制指标
 - （四）同种异体角膜移植技术临床应用质量控制指标
 - （五）性别重置技术临床应用质量控制指标
 - （六）质子和重离子加速器放射治疗技术临床应用质

量控制指标

（七）放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标

（八）肿瘤消融治疗技术临床应用质量控制指标

（九）心室辅助技术临床应用质量控制指标

（十）人工智能辅助治疗技术临床应用质量控制指标

（十一）体外膜肺氧合（ECMO）技术临床应用质量控制指标

（十二）自体器官移植技术临床应用质量控制指标

二、人体器官捐献、获取与移植技术

（一）向人体器官获取组织报送的潜在器官捐献者人数与院内死亡人数比

（二）实现器官捐献的人数与院内死亡人数比

（三）人体器官获取组织质量控制指标（国卫办医函〔2019〕197号）

（四）肝脏移植技术医疗质量控制指标（国卫办医函〔2020〕443号）

（五）肾脏移植技术医疗质量控制指标（国卫办医函〔2020〕443号）

三、其他重点医疗技术质量控制指标

（一）消化内镜诊疗技术医疗质量控制指标（国卫办医函〔2022〕161号）