

# 广东省卫生健康委员会

粤卫办医函〔2025〕47号

## 广东省卫生健康委办公室关于印发 《广东省三级医院评审标准实施指南 (2025年版)》的通知

各地级以上市卫生健康局(委),部属、省属医药院校附属医院,  
委直属有关单位:

根据《国家卫生健康委关于印发〈三级医院评审标准(2025年版)〉的通知》,结合我省实际,我委组织制定了《广东省三级医院评审标准实施指南(2025年版)》,已经委务会审议通过。现印发给你们,请遵照执行。

联系人:姚瑞洁(粤政易同名),联系电话:020-83805506。



广东省卫生健康委办公室

2025年12月26日

# 广东省三级医院评审标准实施指南

## （2025年版）

为发挥医院评审在规范医疗行为、引导医院自我健康管理和健康可持续发展、提升医疗质量安全水平等方面的作用，根据国家卫生健康委《三级医院评审标准（2025年版）》，制定本实施指南。

### 一、三级医院功能定位

三级公立医院原则上由省、市级政府举办。少数经济发展水平高、人口基数大的县（县级市），可以由县级政府或与地市级政府共同举办三级公立医院。

三级医院坚持高标准建设，参照“十大功能定位”要求（十大功能定位：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、中西医并重的融合中心、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），落实好“大病不出省”的目标任务。

### 二、正确认识医院评审工作

医院评审是指医院按照《医院评审暂行办法》要求，根据医疗机构基本标准和医院评审标准，开展自我评价，持续改进工作，并接受卫生健康行政部门对其规划级别的功能任务完成情况进

行评价，以确定医院等级的过程。医院评审周期为4年，卫生健康行政部门在评审周期内对医院进行的不定期重点检查、抽查结果，日常监测数据等属于医院评审范围。

医院评审坚持政府主导、分级负责、社会参与、公平公正的原则和以评促建、以评促改、评建并举、重在内涵的方针，围绕质量、安全、服务、管理、绩效，体现以病人为中心。各级卫生健康行政部门和医疗机构要高度重视三级医院评审工作，注重日常管理。要充分发挥评审工作在推动医院落实功能定位，重点做好急危重症和疑难复杂疾病的诊疗服务，发挥在专科服务、技术创新、人才培养和对基层医疗卫生机构帮扶支持等方面的作用，深化质量内涵效率式发展，不断提高医疗质量，保证医疗安全，更好地履行社会职责和义务，提升医疗行业整体服务水平和服务能力。

### 三、三级医院评审申报要求

（一）三级综合（专科）医院首次申报评审。新建三级医院取得《医疗机构执业许可证》或医院设置级别变更为三级后正常执业满三年及以上。

（二）三级综合（专科）医院申请复审。已通过评审的医院，每周期需进行复审；逾期原等次取消，按照“未定等”管理。

（三）三级等次被取消后的综合（专科）医院重新申评。已取得三级等次综合（专科）医院资格的医院，因各种原因被行政主管部门降级或降等处罚，完成整改恢复等级执业满1年后可申

请等级评审。

#### 四、三级医院评审标准

按照国家卫生健康委《三级医院评审标准（2025年版）》，标准分前置条款、医疗服务能力与质量安全监测指标两个部分（评审标准详见附件1）。

（一）前置条款：共4节30条，主要为医院依法执业、落实功能定位和公益性要求、加强安全管理的情况。

（二）医疗服务能力与质量安全监测指标：包括资源配置与运行、医疗服务能力与医院质量安全、重点专业质量控制、单病种（术种）质量控制、重点医疗技术临床应用质量控制等日常监测指标。主要分为两类：

1. 国家三级公立医院绩效监测（以下简称绩效监测）相关指标，成绩参考国家三级公立医院绩效监测档位。〔民营医院参照监测出院患者手术占比、出院患者四级手术占比、手术患者并发症发生率、病例组合指数（CMI）等指标综合评估〕。

2. 其他医疗服务能力与质量安全监测（以下简称质量监测）指标，为切实减轻医院数据填报负担，结合我省信息化采集程度，将质量监测指标分为评审指标和医院监测指标。

（1）评审指标：将通过省级信息系统采集到的指标和部分核心指标作为评审指标。省卫生健康委根据评审前4年（新建或级别变更为三级的，按3年）数据综合计算得出评审指标档次，每年进行监测。评审条款符合比例不低于90%的，档次为A；评

审条款符合比例在 80%—90%（不含）之间的，档次为 B；评审条款符合比例 70%—80%（不含）之间的，档次为 C；评审条款符合比例在 70%（不含）以下的，档次为 D。

（2）医院监测指标：将部分目前无法通过省级信息系统采集到的过程性质控指标纳入医院自我监测部分，各医院根据信息化建设情况和日常管理情况，做好自我监测和管理，医院申报评（复）审时报送医院监测指标情况。

标准中引用的疾病名称与 ICD-10 编码采用国家卫生健康委发布的《疾病分类与代码国家临床版 2.0（2022 汇总版）》；手术名称与 ICD-9-CM-3 编码采用《手术操作分类代码国家临床版 3.0（2022 汇总版）》，以及按照《关于调整聚焦超声技术对应手术操作分类代码的通知》（国卫办医政函〔2025〕226 号）的文件要求执行。

标准适用于三级综合（专科）医院，二级综合（专科）医院可参照适用。《评审指标（2025 年版）指导手册》另行下发。

数据采集原则和符合程度判断原则按国家卫生健康委《三级医院评审标准（2025 年版）》有关要求执行。

## 五、医院评审工作流程

（一）卫生健康行政部门按年度制定评审计划，报上级卫生健康行政部门备案，市级卫生健康行政部门每年 1 月 30 日前将评审计划报省卫生健康委。国家三级公立医院绩效监测成绩公布后一个月内，市级卫生健康行政部门可对评审计划进行调整后再

次报送。

（二）三级综合（专科）医院在等级证书有效期满前6个月向市级卫生健康行政部门提出评审申请，首次申报评审的医院按照评审计划向市级卫生健康行政部门提出评审申请，提交评审申请材料：

1. 医院评审申请书（模板见附件2）；
2. 医院自评报告；
3. 评审周期内接受卫生健康行政部门及其他有关部门检查、指导结果及整改情况；
4. 评审周期内医院自我监测的反映医疗质量安全、专科质控、医院效率及诊疗水平等的数据信息；
5. 评审周期内受到的卫生健康、医保、药监等部门的监督处罚情况；
6. 各级医疗事故鉴定部门出具的负完全责任的医疗事故鉴定结果；
7. 医院关于科研诚信的自查报告，同时由主管部门出具审核意见书；
8. 材料真实性承诺书（模板见附件3）；
9. 医院评审“六不准”承诺书（模板见附件4）

医院在提交评审申请材料前，应当开展不少于6个月的自评工作。

部属、省属医药院校附属医院以及委直属医院向属地市级卫

生健康行政部门提交医院评（复）审申请。

（三）市级卫生健康行政部门严格按照三级医院设置要求、三级医院评审标准前置条款进行初审，将医院的申报材料和初审意见报送至省卫生健康委。如审核存在前置条款所列情形，也如实报送审核情况。申报医院登录省卫生健康委官网线上提交申报材料。

（四）省卫生健康委在收到地市提交的评审申请后，向有关部门和社会公开征询参评医院是否存在前置条款所列情形，征求时间不少于7个工作日。

（五）省卫生健康委按年度对评审指标进行采集监测，每年上半年和下半年各组织一次集中评审。

（六）省卫生健康委组织评审专家组，采用线上线下结合的方式，对医疗服务能力与质量安全监测结果、医院申报的评审材料进行综合评定，多维度进行数据核查，综合得出评审结果。

申报前三年，绩效监测档次均为A及以上的，且系统采集指标档次为A的，简化评审程序，原则上免于线下核查。

（七）省卫生健康委对评审结果进行公示，公示结果无异议，由省卫生健康委确认评审结果，发放证书及标识，有效期4年。

（八）省卫生健康委委托广州市卫生健康委开展广州市辖区内非部属、省属医药院校附属医院、省卫生健康委直属医院的三级医院评（复）审工作；委托深圳市卫生健康委开展深圳市辖区内三级医院评（复）审工作。广州、深圳市卫生健康委按照委托

工作要求，对评审结果公示无异议后，将评审结果报省卫生健康委确认。

## 六、三级医院评审结果判定

三级医院评审结论分为甲等、乙等、丙等、不合格。医院周期性评审包括对医院的书面评价、医疗服务能力与质量安全数据监测等方面的综合评审。

（一）医院在评审周期内不得发生前置条款的情形。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。

医院发生的存在前置条款的情形，以评审周期内由相应主管单位或者执法机构出具的《行政处罚决定书》或者其他文件中认定违法事实和情节严重的。

（二）书面评价包括医院评审申请材料、不定期重点评价结果及整改情况报告、省级质控组织日常评价结果及整改情况；日常数据自我监测管理情况等。书面评价材料不符合要求的，整改1个月后可再次申报。

（三）医疗服务能力与质量安全数据监测：

### 1. 三级综合医院首次申报评审。

（1）公立医院评审结果判定为甲等的，同时满足：申报前三年绩效监测档位中，至少两年不低于B+（2022年之前参加无财务年报组的公立医院绩效监测成绩达到B档可视为B+），或最新一年公布的档位达到A及以上；评审指标档次不低于A。

民营医院评审结果判定为甲等的，同时满足：申报前三年，参照公立医院绩效监测，至少两年在相应组别出院患者手术占比、出院患者四级手术占比、手术患者并发症发生率、病例组合指数（CMI）等指标综合评估位于三级医院前 50%；评审指标档次不低于 A。

（2）公立医院评审结果判定为乙等的：未同时满足以上条件，申报前三年有两年绩效监测档位中不低于 B 的，且评审指标档次不低于 B。

民营医院评审结果判定为乙等的，同时满足：申报前三年，参照公立医院绩效监测，至少两年在相应组别出院患者手术占比、出院患者四级手术占比、手术患者并发症发生率、病例组合指数（CMI）等指标综合评估位于三级医院前 75%，评审指标档次不低于 B。

（3）公立医院评审结果判定为丙等的：未同时满足以上条件，申报前三年绩效监测档位中有一年不低于 B 的，且评审指标档次不低于 C。

民营医院评审结果判定为丙等的，出院患者手术占比、出院患者四级手术占比、手术患者并发症发生率、病例组合指数（CMI）等指标综合评估不满足以上条件，评审指标档次不低于 C。

## **2. 三级专科医院首次申报评审。**

（1）公立医院评审结果判定为甲等的，同时满足：申报前

三年绩效监测档位中，连续两年不低于 B，或最新一年公布的档次达到 A；评审指标档次不低于 A。

民营医院评审结果判定为甲等的，同时满足：申报前三年，参照公立医院绩效监测，连续两年在相应组别出院患者手术占比、出院患者四级手术占比、手术患者并发症发生率、病例组合指数（CMI）等指标综合评估位于三级医院前 75%；评审指标档次不低于 A。

（2）公立医院结果判定为乙等：未同时满足以上条件，申报前三年绩效监测档次中至少一年不低于 B，评审指标档次不低于 B。

民营医院结果判定为乙等的，出院患者手术占比、出院患者四级手术占比、手术患者并发症发生率、病例组合指数（CMI）等指标综合评估不满足以上条件，评审指标档次不低于 B。

（3）公立医院结果判定为丙等：未同时满足以上条件，且评审指标档次不低于 C 的。

民营医院评审结果判定为丙等的，出院患者手术占比、出院患者四级手术占比、手术患者并发症发生率、病例组合指数（CMI）等指标综合评估不满足以上条件，评审指标档次不低于 C。

### **3. 三级综合医院申请复审。**

公立评审结果判定为甲等的，同时满足：申报前三年绩效监测档位中，至少两年不低于 B+（2022 年之前参加无财务年报组

的医院公立绩效监测成绩达到 B 档可视为 B+)，或最新一年公布的档位达到 A 及以上；评审指标档次不低于 A 的。

民营医院评审结果判定为甲等的，同时满足：申报前三年，参照公立医院绩效监测，至少两年在相应组别出院患者手术占比、出院患者四级手术占比、手术患者并发症发生率、病例组合指数（CMI）等指标综合评估位于三级医院前 50%；评审指标档次不低于 A。

不满足以上任何一项者，进行整改，评审指标档次不达标的，整改时间为 1 年，公立医院绩效监测档次不达标的，整改时间可延长至两年。整改期间保持原等次。医院应于整改期满前 3 个月向卫生健康行政部门申请再次评审，按新评等次认定。

#### **4. 三级专科医院申请复审。**

公立医院评审结果判定为甲等的，同时满足：申报前三年绩效监测档位中，连续两年不低于 B，或最新一年公布的档次达到 A；评审指标档次不低于 A。

民营医院评审结果判定为甲等的，同时满足：申报前三年，参照公立医院绩效监测，连续两年在相应组别出院患者手术占比、出院患者四级手术占比、手术患者并发症发生率、病例组合指数（CMI）等指标综合评估位于三级医院前 75%；评审指标档次不低于 B。

不满足以上任何一项者，进行整改，评审指标档次不达标的，整改时间为 1 年，公立医院绩效监测档次不达标的，整改时间可

延长至两年。整改期间保持原等次。医院应于整改期满前 3 个月向卫生健康行政部门申请再次评审，按新评等次认定。

对于初（复）审医院，如申报前三年绩效监测档位中均未达到 B 及以上（对于民营医院，参照公立医院绩效监测，相应组别出院患者手术占比，出院患者四级手术占比、手术患者并发症发生率、病例组合指数（CMI）等指标综合评估均未达到全省三级医院的 75%），或评审指标档次为 D，判定为不合格。连续两年不合格，由市级卫生健康行政部门根据评审具体情况，适当调低或撤销医院级别。

## 七、数据管理

（一）评审指标由省卫生健康委事务中心每年通过省卫生健康统计信息网络直报系统，医师、护士电子化注册系统，省医政综合管理信息系统，省全民健康信息平台等各数据平台采集数据分析。

（二）各医院按照相关系统数据填报、修订、质控等要求和时间进行数据质控，医院评审期间不再额外进行数据修订和质控。

（三）省卫生健康委通过还原数据路径、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，核查条款数量比例不低于 20%。评审采信

的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。错误数据条款占核查条款数量超过 10%，按照违反前置条款第三节第（五）条处理。三级综合（专科）医院首次申报评审的，均需进行现场核查数据。

## 八、有关要求

（一）省卫生健康委组建由管理、医务、质控、护理、临床医技、病案、信息、药学、院感等一定工作经验的管理人员和专家组成的评审专家库。专家库的评选和管理按评审专家管理办法有关要求执行。

（二）省卫生健康委将进一步加强对医院评审工作的监督和指导，做到公正、公平评审，确保评审结论的公信力。申报评审的医院需签署“医院评审‘六不准’承诺书”（附件 4），严格遵守受评医院“六不准”承诺要求，保证评审的廉洁性。评审时，省卫生健康委按照《关于省直机关统一岗位津贴后有关经费使用管理的补充通知》（粤人发〔2003〕199号）有关规定发放专家劳务费。各评审员在评审过程中要严格遵守评审纪律和评审程序，严禁弄虚作假，杜绝违反中央八项规定及其实施细则精神和省有关要求的行为。

该实施指南从印发之日起实施，《广东省卫生健康委关于进一步完善三级医院（综合医院、专科医院）等级评审工作的通知》（粤卫医函〔2020〕106号）、《广东省卫生健康委关于印发〈三

级医院评审标准（2022年版）广东省综合和专科医院实施细则》的通知》（粤卫医函〔2024〕3号）同时废止。

- 附件：1. 广东省三级医院评审标准（2025年版）  
2. 医院评审申请书  
3. 材料真实性承诺书  
4. 医院评审“六不准”承诺书

## 附件 1

# 广东省三级医院评审标准 (2025 年版)

## 第一部分 前置条款

### 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、医疗机构基本标准所要求的条件。

(二) 三级综合医院未按规定设置儿科、感染性疾病科、病理科、老年医学科、临床营养科，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的科室。

(三) 在国家卫生健康委《三级医院评审标准(2025 版)》(国卫医政发〔2025〕4 号)发布后，违反医疗机构设置规划和《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，医院的总床位数、单体院区床位数、分院区数量超标的，应当经省卫生健康委评估后，视情参加或不予评审。

(四) 未落实医疗机构疾病预防控制责任，未在公立医院设立专兼职疾控监督员。

### 二、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》

《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；政府举办的医疗卫生机构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；医疗卫生机构对外出租、承包医疗科室；公立医院承包、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；非营利性医疗卫生机构向出资人、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《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。

（五）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。

（六）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。

（七）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；卫生健康行政部门或监督执法机构近两年来对其进行传染病防治分类监督综合评价为重点监督单位（以两年来最近一次评价结果为准）；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。

（八）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。

（九）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。

（十）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。

（十一）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。

（十二）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。

（十三）违反《中华人民共和国广告法》《医疗广告管理办

法》，违规发布医疗广告，情节严重。

（十四）其他从事非法代孕、出具虚假出生医学证明、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。

### 三、公益性责任和行风诚信

（一）应当完成而未完成对口支援、组团帮扶、巡回医疗、援外医疗、突发公共事件医疗救援、公共卫生任务等政府指令性工作。

（二）应当执行而未执行国家基本药物制度和分级诊疗政策。

（三）医院领导班子发生 1 起以上严重职务犯罪或严重违纪事件，或医务人员发生 3 起以上违反《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》的群体性事件（≥3 人/起），造成重大社会影响。

（四）未按照《中华人民共和国预算法》等法律法规和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。

（五）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》等相关要求，提供、报告虚假住院病案首页等医疗服务信息、统计数据、申报材料和科研成果，情节严重。

### 四、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监测指标

数据来源：

- （1）卫生资源统计年报及相关报表
- （2）国家医疗质量管理与控制信息网（NCIS）
- （3）全国医院质量监测系统（HQMS）
- （4）中国人体器官分配与共享计算机系统（COTRS）
- （5）各器官移植专业国家质控中心相关系统
- （6）广东省卫生健康统计信息网络直报系统
- （7）省医政综合管理信息系统
- （8）省全民健康信息平台

## 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、卫生技术人员配备

(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) 药学专业技术人员数与卫生专业技术人员数比

### 三、部分科室资源配置

(一) 儿科

1. 儿科医师数占比

(二) 精神科

1. 三级甲等综合医院应当设置精神科

2. 精神科医师数占比

(三) 急诊医学科

1. 固定急诊医师数占急诊在岗医师数的比例

2. 固定急诊护士数占急诊在岗护士数的比例

#### （四）重症医学科

1. 重症医学科开放床位数占医院开放床位数的比例
2. 重症医学科医师数与重症医学科开放床位数比
3. 重症医学科护士数与重症医学科开放床位数比

#### （五）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

#### （六）中医科

1. 中医科开放床位数占医院开放床位数的比例
2. 中医科中医类别医师数与中医科开放床位数比
3. 中医科护士数与中医科开放床位数比

#### （七）康复医学科

1. 康复医学科开放床位数占医院开放床位数的比例
2. 康复医学科医师数与康复医学科开放床位数比
3. 康复医学科康复师数与康复医学科开放床位数比
4. 康复医学科护士数与康复医学科开放床位数比

#### （八）感染性疾病科

1. 固定医师数占感染性疾病科在岗医师数的比例
2. 固定护士数占感染性疾病科在岗护士数的比例
3. 感染性疾病科开放床位数占医院开放床位数的比例

4. 可转换感染性疾病床位数占医院开放床位数的比例

#### （九）全科医学科

1. 三级甲等综合医院、中医医院、中西医结合医院应当设置全科医学科

### 四、运行指标

（一）相关手术科室年手术人次占其出院人次比例

（二）核定床位使用率

（三）开放床位使用率

（四）人员支出占业务支出的比重

（五）出院患者手术占比

（六）出院患者微创手术占比

（七）出院患者四级手术占比

（八）病例组合指数（CMI）

（九）医疗服务收入（不含药品、耗材、检查检验收入）占医疗收入的比例

（十）门诊人次数与出院人次数之比

（十一）收支结余

（十二）资产负债率

### 五、科研指标

（一）每百名卫生技术人员科研成果转化金额

### 六、信息化指标

（一）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、数据质量情况

(二) 电子病历信息化建设评价

## 第二章 医疗服务能力与医院质量安全指标

### 一、医疗服务能力

(一) 收治病种数量 (ICD-10 四位亚目数量)

(二) 住院术种数量 (ICD-9-CM-3 四位亚目数量)

(三) DRG-DRGs 组数

(四) DRG-CMI

(五) DRG 时间消耗指数

(六) DRG 费用消耗指数

### 二、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) 患者住院总死亡率

(四) 新生儿患者住院死亡率

(五) 手术患者住院死亡率

(六) 住院患者出院后 0-31 天非预期再住院率

(七) 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

(八) DRG 低风险组病例死亡率

### 三、医疗安全指标（年度医院获得性指标）

（一）手术患者并发症发生率

（二）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

（三）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

（四）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

（五）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

（六）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

（七）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

（八）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

（九）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

（十）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

（十一）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

(十二) 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

(十三) 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

(十四) 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

(十五) 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

(十六) 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

(十七) 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

(十八) 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

(十九) 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

(二十) 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

(二十一) 新生儿产伤发生例数和发生率 ICD—10 编码：  
P10.0 至 P10.9, P11.0 至 P11.9, P12.0 至 P12.9, P13.0 至 P13.9,  
P14.0 至 P14.9, P15.0 至 P15.9 的新生儿

(二十二) 阴道分娩产妇分娩或产褥期并发症发生例数和发  
生率 ICD—10 编码：O70.2, O70.3, O70.9, O71.0 至 O71.9,  
O72.0, O72.1, O72.2, O72.3, O74.0 至 O74.9, O75.0 至 O75.6,  
O75.8, O75.9, O85.X, O86.0 至 O86.8, O87.0, O87.1, O87.3  
至 O87.9, O88.0 至 O88.8, O89.0 至 O89.9, O90.1 至 O90.9,  
O95, A34 的阴道分娩产妇

(二十三) 剖宫产分娩产妇分娩或产褥期并发症发生例数和  
发生率 ICD—10 编码：O71.0 至 O71.9, O72.0, O72.1, O72.2,

O72.3, O74.0 至 O74.9, O75.0 至 O75.6, O75.8, O75.9, O85.X, O86.0 至 O86.8, O87.0, O87.1, O87.3 至 O87.9, O88.0 至 O88.8, O89.0 至 O89.9, O90.0, O90.2 至 O90.9, O95, A34 的剖宫产分娩产妇

(二十四) 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

(二十五) 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

(二十六) 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

(二十七) 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

(二十八) 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

(二十九) 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

(三十) 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

(三十一) 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

(三十二) 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

(三十三) 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

### 第三章 重点专业质量控制指标

一、临床检验专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2025〕333号)

二、临床用血质量控制指标(国卫办医函〔2019〕620号)

三、呼吸内科专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2019〕854号)

四、产科专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2019〕854

号)

五、神经系统疾病医疗质量控制指标(国卫办医函〔2020〕13号)

六、肾病专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2020〕13号)

七、护理专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2020〕654号)

八、药事管理专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2025〕333号)

九、病案管理质量控制指标(国卫办医函〔2021〕28号)

十、心血管系统疾病相关专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2021〕70号)

十一、超声诊断专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2022〕161号)

十二、康复医学专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2022〕161号)

十三、临床营养专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2022〕161号)

十四、麻醉专业医疗质量控制指标(国卫办医函〔2022〕161号)

十五、肿瘤专业医疗质量控制指标(国卫办医政函〔2023〕66号)

十六、感染性疾病专业医疗质量控制指标（国卫办医政函〔2023〕404号）

十七、健康体检与管理专业医疗质量控制指标（国卫办医政函〔2023〕404号）

十八、疼痛专业医疗质量控制指标（国卫办医政函〔2023〕404号）

十九、整形美容专业医疗质量控制指标（国卫办医政函〔2023〕404号）

二十、急诊医学专业医疗质量控制指标（国卫办医政函〔2024〕150号）

二十一、脑损伤评价医疗质量控制指标（国卫办医政函〔2024〕150号）

二十二、病理专业医疗质量控制指标（国卫办医政函〔2024〕150号）

二十三、放射影像专业医疗质量控制指标（国卫办医政函〔2024〕150号）

二十四、门诊管理医疗质量控制指标（国卫办医政函〔2024〕150号）

二十五、医院感染管理医疗质量控制指标（国卫办医政函〔2024〕150号）

二十六、重症医学专业医疗质量控制指标（国卫办医政函〔2024〕338号）

二十七、核医学专业医疗质量控制指标（国卫办医政函〔2025〕333号）

#### 第四章 单病种（术种）质量控制指标

- 一、急性心肌梗死（ST段抬高型，首次住院）
- 二、心力衰竭
- 三、冠状动脉旁路移植术
- 四、房颤
- 五、主动脉瓣置换术
- 六、二尖瓣置换术
- 七、房间隔缺损手术
- 八、室间隔缺损手术
- 九、主动脉腔内修复术
- 十、脑梗死（首次住院）
- 十一、短暂性脑缺血发作
- 十二、脑出血
- 十三、脑膜瘤（初发，手术治疗）
- 十四、胶质瘤（初发，手术治疗）
- 十五、垂体腺瘤（初发，手术治疗）
- 十六、急性动脉瘤性蛛网膜下腔出血（初发，手术治疗）
- 十七、惊厥性癫痫持续状态

- 十八、帕金森病
- 十九、社区获得性肺炎（成人，首次住院）
- 二十、社区获得性肺炎（儿童，首次住院）
- 二十一、慢性阻塞性肺疾病（急性发作，住院）
- 二十二、急性肺血栓栓塞症
- 二十三、哮喘（成人，急性发作，住院）
- 二十四、哮喘（儿童，住院）
- 二十五、髋关节置换术
- 二十六、膝关节置换术
- 二十七、发育性髋关节发育不良（手术治疗）
- 二十八、剖宫产
- 二十九、异位妊娠（手术治疗）
- 三十、子宫肌瘤（手术治疗）
- 三十一、肺癌（手术治疗）
- 三十二、甲状腺癌（手术治疗）
- 三十三、乳腺癌（手术治疗）
- 三十四、胃癌（手术治疗）
- 三十五、结肠癌（手术治疗）
- 三十六、宫颈癌（手术治疗）
- 三十七、糖尿病肾病
- 三十八、终末期肾病血液透析
- 三十九、终末期肾病腹膜透析

- 四十、舌鳞状细胞癌（手术治疗）
- 四十一、腮腺肿瘤（手术治疗）
- 四十二、口腔种植术
- 四十三、原发性急性闭角型青光眼（手术治疗）
- 四十四、复杂性视网膜脱离（手术治疗）
- 四十五、围手术期预防感染
- 四十六、围手术期预防深静脉血栓栓塞
- 四十七、住院精神疾病
- 四十八、中高危风险患者预防静脉血栓栓塞症
- 四十九、感染性休克（脓毒症）早期治疗
- 五十、急性呼吸窘迫综合征
- 五十一、重症急性胰腺炎（初始治疗）
- 五十二、儿童急性淋巴细胞白血病（初始诱导化疗）
- 五十三、儿童急性早幼粒细胞白血病（初始化疗）
- 五十四、甲状腺结节（手术治疗）
- 五十五、HBV 感染分娩母婴阻断

## 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、省级限制类医疗技术

### 三、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)

(六)心脏移植技术医疗质量控制指标(国卫办医函〔2020〕443号)

(七)肺脏移植技术医疗质量控制指标(国卫办医函〔2020〕443号)

#### **四、其他重点医疗技术质量控制指标**

消化内镜诊疗技术医疗质量控制指标(国卫办医函〔2022〕161号)

#### **五、专科医院增补指标**

详见评审标准指导手册

附件 2

# 医院评审申请书

(2025 版)

医院名称（盖章）：\_\_\_\_\_

执业许可证代码：\_\_\_\_\_

法定代表人姓名：\_\_\_\_\_

医院类别：\_\_\_\_\_

医院目前等级：\_\_\_\_\_级\_\_\_\_\_等

医院申请等级：\_\_\_\_\_级\_\_\_\_\_等

医院隶属关系：\_\_\_\_\_

申请日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日

广东省卫生健康委员会监制

## 填写说明

1. 医院目前级别指医院执业许可证上标注的级别，如三、二、一级。

2. 医院目前等次指本省上一周期医院评审中所确定的等别，目前执业许可证上标注的等别，如甲、乙、丙；如果未确定等次，则填写：未定等。

3. 医院拟申请级别指本周期医院评审中拟参加评审的级别，如：三级、二级、一级。

4. 医院拟申请等次本周期医院评审中拟申请的等次，如：甲、乙、丙。

5. 医院拟申请类别指本周期医院拟申请参加评审的类别，如：综合、XXX 专科。

6. 医院隶属关系指医院与卫生健康行政部门的行政直接隶属关系，分为：国家卫生健康委属（管）含国家卫生健康委与教育部共管单位、省卫生健康委、市卫生健康局（委）等。

7. 所指年份指自然年。

8. 临床科室指《医疗机构诊疗科目名录》中规定的二级科目，如“呼吸内科”“消化内科”等。

9. 如所列表格行数不够，可自行增加。



## 二、医疗质量安全核心制度落实情况

项目	20_ _年	20_ _年	20_ _年	20_ _年
1. 患者入院 48 小时内转科的比例				
2. 患者入院 8 小时内查房率				
3. 上级医师查房记录规范率				
4. 住院患者非计划手术率				
5. 急会诊及时到位率				
6. 急会诊有效率				
7. 普通会诊及时完成率				
8. 普通会诊有效率				
9. 手术患者特级护理/一级护理出院率				
10. 四级手术患者手术当日床旁交接班占比				
11. 非计划再次住院/手术患者疑难病例讨论完成率				
12. 非计划再次住院/手术患者疑难病例讨论记录完整率				
13. 高额异常费用患者进行疑难病例讨论的占比				
14. 急危重症患者抢救成功率				
15. 术前讨论完成率				
16. 术者参加术前讨论率				
17. 术前讨论计划手术一致率				
18. 实际手术术者与计划手术术者一致率				
19. 死亡病例讨论 5 日完成率				
20. 医务部门组织讨论的死亡病例与发生纠纷的死亡病例比值				

项目	20_ _年	20_ _年	20_ _年	20_ _年
21. 科主任主持死亡病例讨论率				
22. 死亡患者病案上传率				
23. 长期医嘱当日终止率				
24. 手术医师手术时间重合率				
25. 麻醉医师手术时间重合率				
26. 四级手术与三级手术并发症发生率比				
27. 四级手术与三级手术患者死亡率比				
28. 四级手术术前多学科讨论完成率				
29. 三、四级手术实际开展率				
30. 新技术新项目留存转化率				
31.1 住院危急值报告时间（中位数）				
31.2 门诊危急值报告时间（中位数）				
31.3 急诊危急值报告时间（中位数）				
32. 住院患者危急值当日及时处置率				
33. 特殊使用级抗菌药物使用会诊率				
34. 临床用血后评估记录率				
35. 术中自体血回输率				

### 三、年度国家医疗质量安全目标改进情况

项目	20 年	20 年	20 年	20 年
1. 急性脑梗死再灌注治疗率				
2. 肿瘤治疗前临床 TNM 分期评估率				
3. 静脉血栓栓塞症规范预防率				

项目	20 年	20 年	20 年	20 年
4.1 感染性休克 1 小时集束化治疗完成率				
4.2 感染性休克 3 小时集束化治疗完成率				
4.3 感染性休克 6 小时集束化治疗完成率				
5. 住院患者静脉输液规范使用率				
6. 医疗质量安全不良事件报告率				
7. 四级手术术前多学科讨论完成率				
8. 关键诊疗行为相关记录完整率				
9. 非计划重返手术室再手术率				
10. 医疗机构检查检验结果互认率				

#### 四、医疗纠纷情况

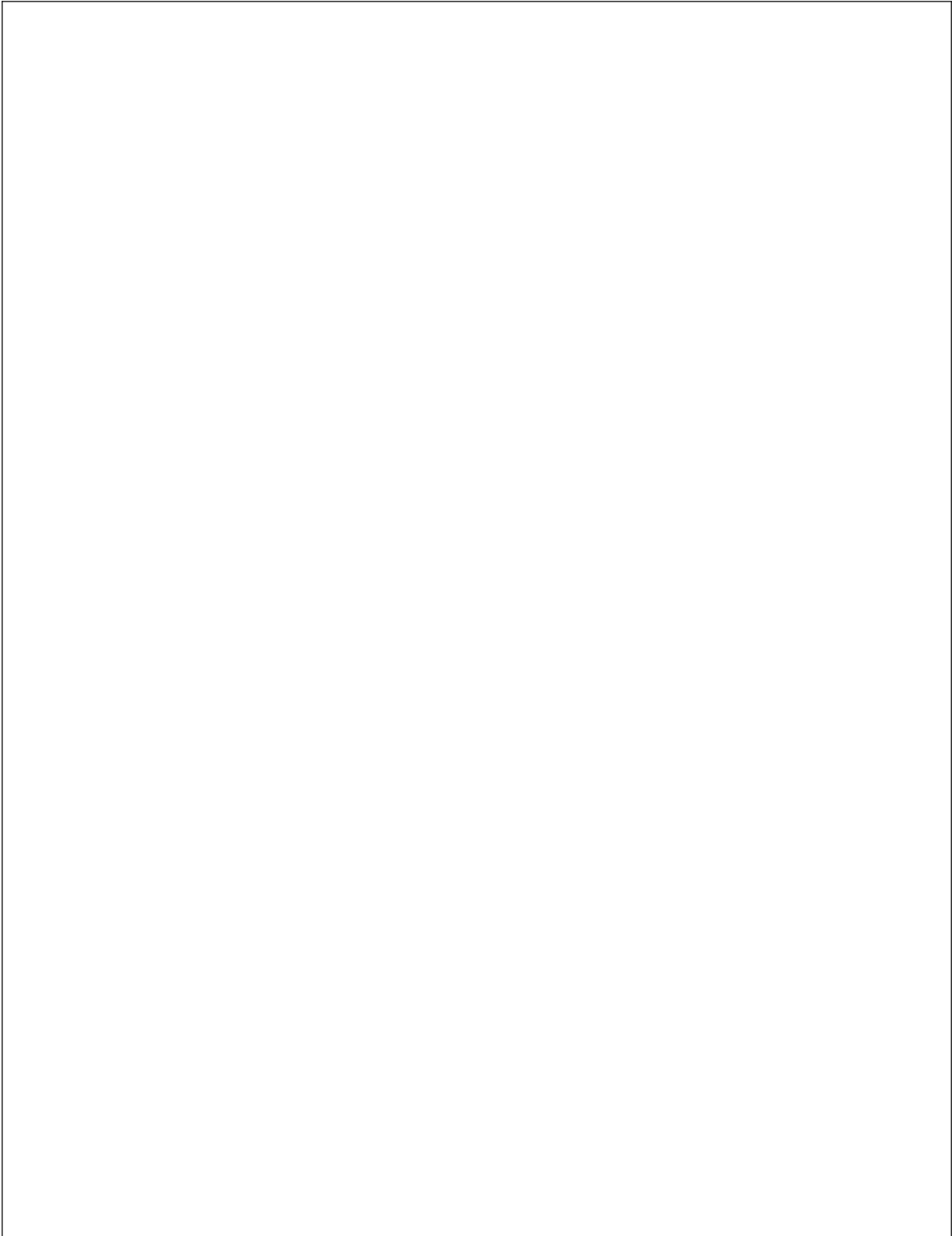
项目	20 年	20 年	20 年	20 年
医疗纠纷例数				
其中：经司法途径解决				
经第三方调解解决				
医患双方协商解决				
医疗事故鉴定例数				
其中：鉴定为医疗事故例数				
其中：一级甲等				
一级乙等				
二级				
三级				

## 五、“前置条款”自评情况

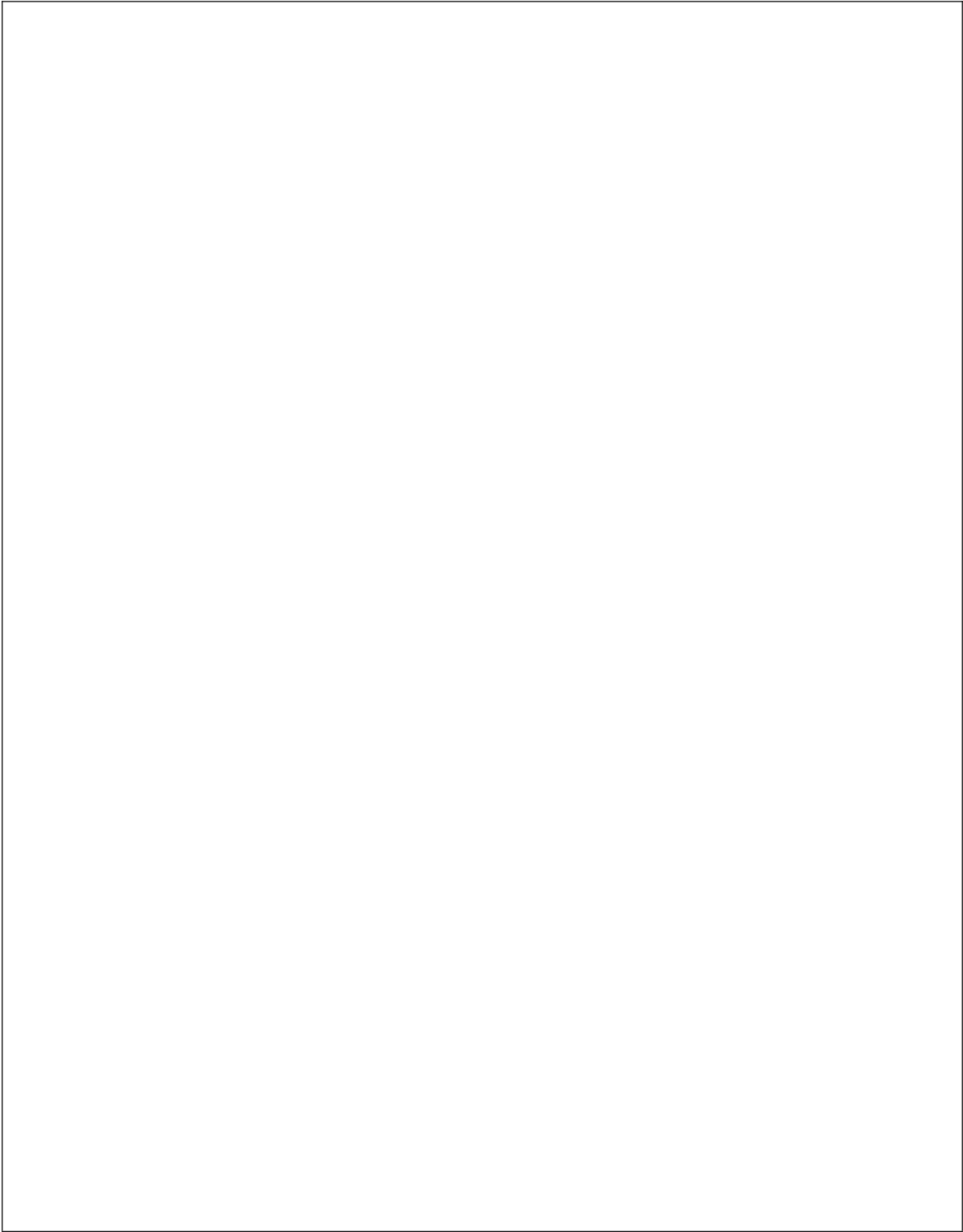
## 六、三级医院“十大中心”功能定位落实情况

详细说明“十大中心”建设方面的目标、方案、措施与成效。

## 七、医疗质量安全核心制度落实情况

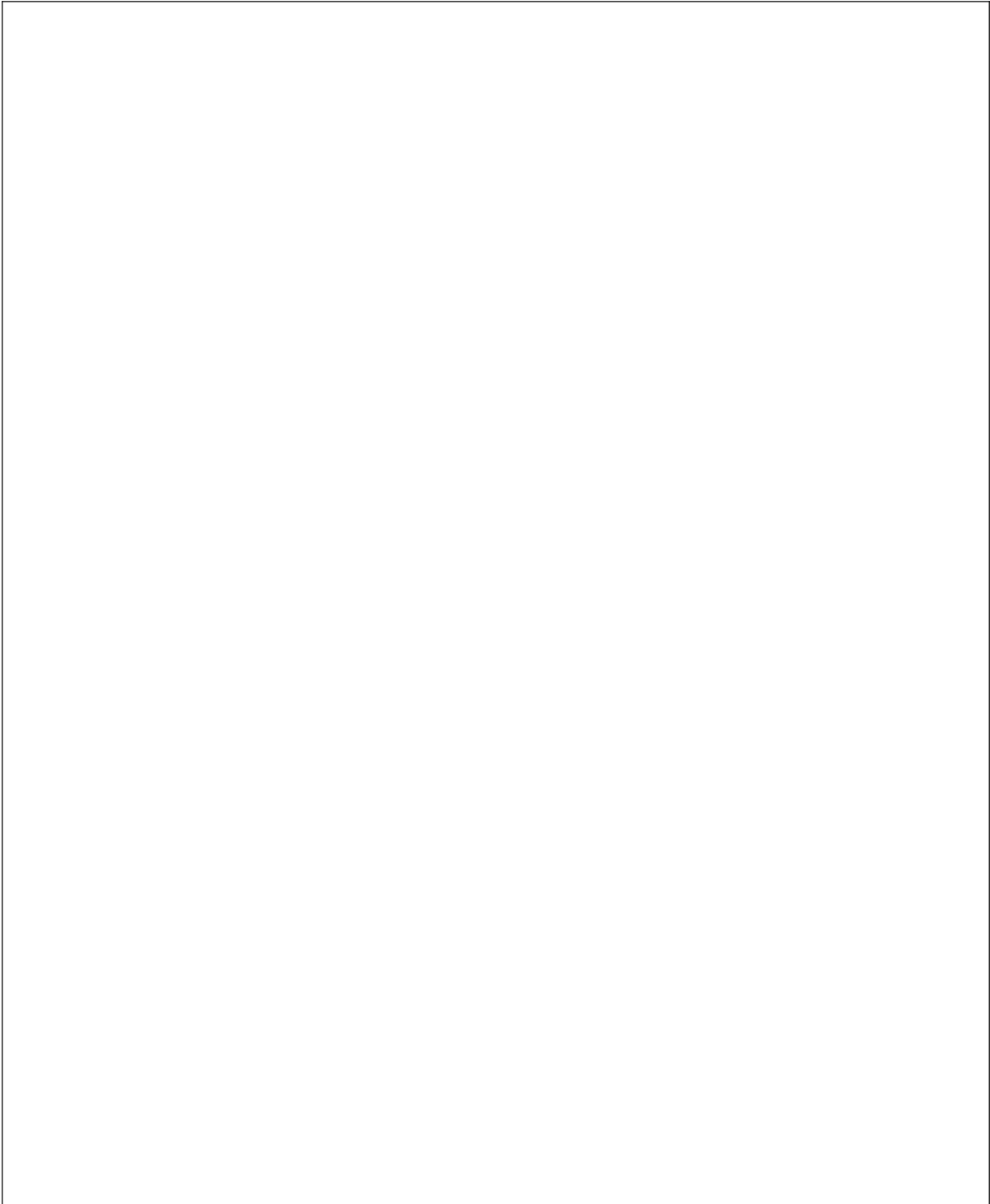


八、年度国家医疗质量安全目标改进情况



九、医疗质量安全等相关整治工作情况

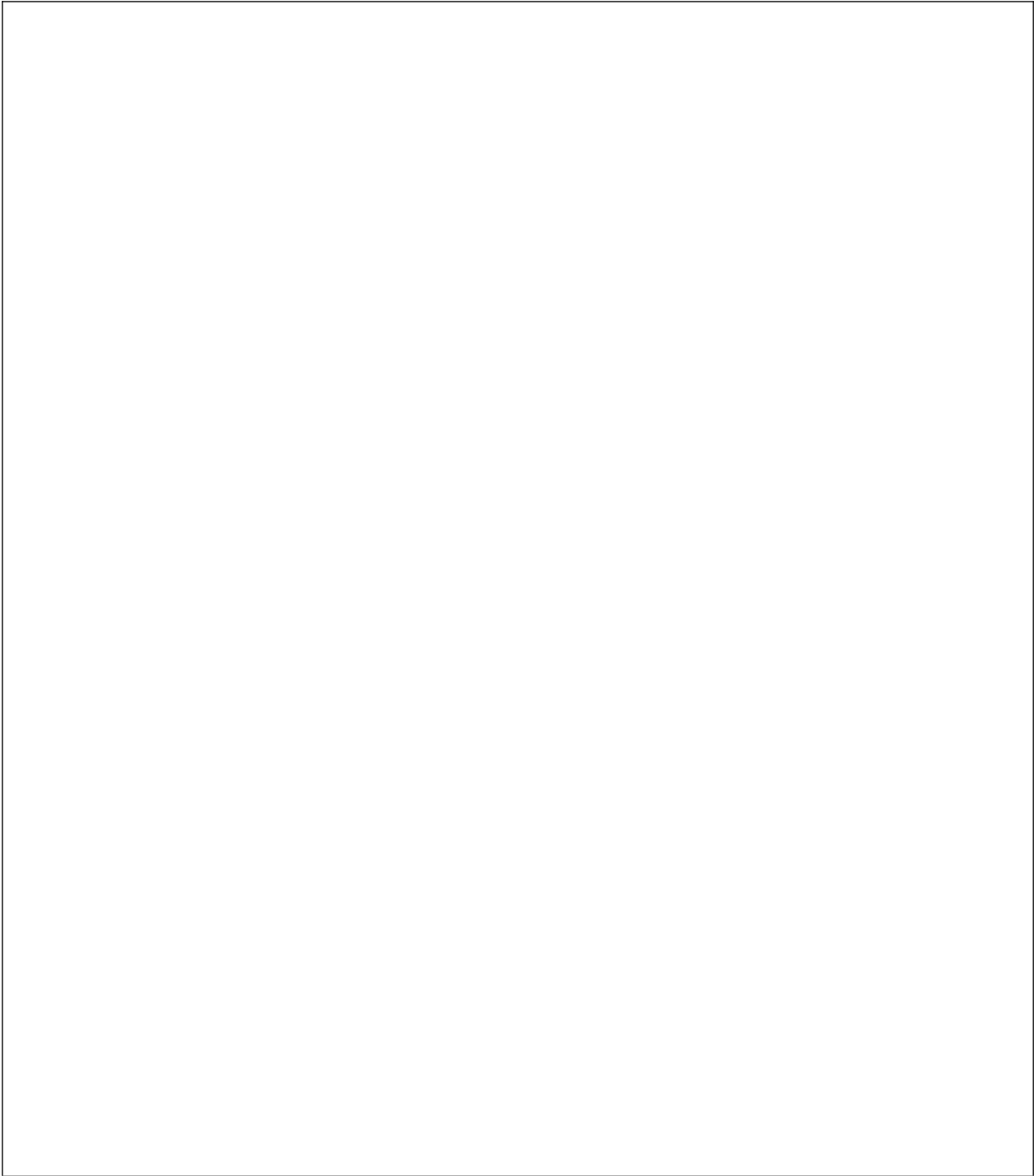




十、医疗服务能力与质量数据管理和应用情况



十一、科研诚信自查情况



## 附件 3

# 材料真实性承诺书

我单位\_\_\_\_\_（第一名称全称），统一社会信用代码为\_\_\_\_\_。现提交三级医院评审（复）申请材料，郑重承诺如下：

一、已知悉三级医院评审申报有关规定，按照评审前置条件进行评估，无相关情形。

二、提交的所有资料，均合法、真实、有效。本单位对所提供资料的真实性负责。

三、遵守国家法律、法规、规章和政策规定，开展医疗服务活动，愿意接受政府部门、行业监管，自愿接受依法开展的数据复核、检查、监督等。

四、若发生违法失信行为，将依照有关法律、法规规章和政策规定接受处罚和失信惩戒，并依法承担相应责任。

五、自觉接受社会公众、新闻舆论的监督，积极履行社会责任。

医院（公章）

日期： 年 月

## 附件 4

# 医院评审“六不准”

为加强对医院评审工作的监督、检查和指导，做到公正、公平评审，确保评审结论的公信力。医院在评审工作中承诺遵守以下规定：

一、不向评审专家及相关人员赠送现金、有价证券（卡）、纪念品或礼物。

二、不为评审专家安排宴请及其他休闲娱乐活动。

三、不搞运动式、突击评审，医院评审不得脱离日常临床工作。不提前打听评审专家信息、行程安排等情况。

四、不弄虚作假，不伪造、涂改有关档案资料、提供虚假评审资料等。

五、不违反医院评（复）审流程。

六、不采取其他影响评审专家的公正公平性，干扰评审专家工作的不规范行为。

医院在评审过程中有上述情形之一的，应终止评审，并直接判定评审结论为不合格。

医院（公章）

日期： 年

公开方式：依申请公开

---

校对：医政处 姚瑞洁

(共印 6 份)