

陕西省卫生健康委员会办公室文件

陕卫办医发〔2023〕53号

陕西省卫生健康委办公室 关于印发《陕西省医疗机构合理用药考核 工作实施方案》的通知

各设区市、杨凌示范区、韩城市卫生健康委（局）、中医局，委直委管各医疗机构，省临床用药质控中心：

为加强我省医疗机构药事管理工作，提高合理用药水平，保障医疗安全和医疗质量，根据《国家卫生健康委办公厅关于做好医疗机构合理用药考核工作的通知》（国卫办医函〔2019〕903号）要求，结合我省实际，制订了《陕西省医疗机构合理用药考核工作实施方案》，现印发给你们，请认真贯彻落实。

联系人：医政医管局 王俊霞、刘伟

省中医药管理局医政医管与教育处 孙国社

电 话：029-89623605 029-89620682

陕西省卫生健康委办公室

2023年7月3日



(信息公开形式：主动公开)

陕西省医疗机构合理用药考核工作实施方案

一、考核目标

坚持以人民健康为中心，遵循客观、科学、公平、公正的原则，建立规范化、制度化、科学化的医疗机构合理用药考核工作机制，提高合理用药水平，保障患者用药安全、有效、经济。

二、考核范围和内容

（一）考核范围

全省范围内取得《医疗机构执业许可证》且使用药物的各级各类医疗机构，包括二级以上医疗机构（含妇幼保健院、专科医院及中医类医疗机构等，下同）和基层医疗卫生机构。

（二）考核内容

1.麻醉药品和精神药品、放射性药品、医疗用毒性药品、药品类易制毒化学品、含兴奋剂药品等特殊管理药品的使用和管理情况；2.抗菌药物、抗肿瘤药物、重点监控药物的使用和管理情况；3.公立医疗机构国家基本药物配备使用情况；4.公立医疗机构国家组织药品集中采购中选品种配备使用情况；5.医保定点医疗机构国家医保谈判准入药品配备使用情况；6.药学专业技术人员配备情况；7.处方审核及处方点评工作开展情况。

具体考核指标见《陕西省医疗机构合理用药考核评分表（试行）》（以下简称《评分表》，见附件1）。

（三）考核周期

纳入考核的医疗卫生机构考核周期为3年。

三、考核组织实施

（一）考核组织

省卫健委负责委直委管各医疗机构的合理用药考核，委托陕西省临床用药质量控制中心组织实施。各市（区）卫生健康行政部门负责辖区内各级各类医疗机构合理用药考核，考核工作可由卫生健康行政部门组织或委托临床用药质控中心组织实施。

（二）考核程序

1. 自查自评阶段（8月底前）。各级卫生健康行政部门要按照考核范围要求，确定参加年度考核的医疗机构范围。各医疗机构按照《评分表》对本机构考核周期合理用药情况进行自查自评（相关数据信息采集时间为考核周期第一年7月1日至考核当年6月30日，本次考核周期时间为：2020年7月至2023年6月），并于8月31日前将自评评分表盖章版及电子版、佐证材料PDF版报送所属卫生健康行政部门。委直委管医疗机构按照上述时间要求，将相关材料报至我委，省中医药管理局直属直管医疗机构的自查自评情况由省中医药管理局汇总后报我委。

2. 复核阶段（10月底前）。各级卫生健康行政部门要通过抽样核查、现场检查、信息系统核实等方式，对医疗机构上报的考核数据进行复核，根据医疗机构自查自评和数据信息复核情况进行综合评价，形成考核评分结果，市级卫生健康行政部门将结果汇总后报我委（模板见附件2）。

3. 考核结果。考核结果分为优秀、良好、合格和不合格。考核满分为100分，评分 ≥ 90 分为优秀，80-89分为良好，70-79

分为合格，低于 70 分为不合格。对合理用药管理存在重大安全隐患、由于用药错误导致药品不良事件、有重大负面合理用药舆情等情形的，其当年考核结果应当为不合格。

四、考核结果运用

各级卫生健康行政部门应当在考核结束后 20 个工作日内将考核结果在行业内部公开。同时将合理用药考核结果纳入医疗机构绩效考核内容，并与医疗机构校验、医院评审、评价相结合。医疗机构应当根据考核中发现的问题持续改进工作，不断提高合理用药水平。对考核不合格的，由所属卫生健康行政部门责令限期改正；逾期不改或连续不合格的，予以暂停执业，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；对表现突出的医疗机构和人员予以表扬和鼓励。

五、工作要求

（一）提高认识，积极推动。促进医疗机构合理用药，是保障医疗质量安全的重点工作，也是持续深化医药卫生体制改革，解决人民群众看病贵问题的重要举措。各级卫生健康行政部门和医疗机构要高度重视，积极参与，认真组织开展合理用药考核工作，明确分工，细化措施，认真落实考核要求。

（二）统筹安排，抓好落实。各级卫生健康行政部门要做好合理用药考核管理规划，2023 年二级以上医疗机构考核全覆盖，基层医疗卫生机构考核覆盖率达到 50% 以上并逐年提高。各级各类医疗机构要按时做好考核工作安排，认真开展自查自评，对暴露出的问题认真整改，不断提升合理用药水平和药事管理工作质量。

(三) 加强培训，宣传引导。各级卫生健康行政部门、各级各类医疗机构要积极宣传开展医疗机构合理用药考核的重大意义。加强政策解读与考核培训，引导医疗机构和医务人员理解、支持和参与考核工作，营造医疗机构良好的合理用药氛围。

附件：1. 陕西省医疗机构合理用药考核评分表（试行）
2. 医疗机构合理用药考核结果汇总表

附件 1

陕西省医疗机构合理用药考核评分表（试行）

医院名称：_____考核年度：_____得分：_____/（总分）

医院级别：_____医院类别：_____填报人：_____

一、特殊管理药品使用和管理（18 分）

一级指标	二级指标	分值	指标说明	评估方法	评估结果	评估得分
规章制度建设 (2 分)	建立特殊药品管理相关规章制度。	2	建立特殊药品管理规章制度，明确管理要求。	查制度文件要求，无制度扣 2 分。	☐ 有 ☐ 无	
专项培训和考核 (2 分)	每年组织特殊管理药品专题培训与处方权考核。	2	每年组织医务人员进行特殊管理药品相关法律法规、专业知培训与考核，根据考核结果授予相应处方权与调剂权。	查培训和考核记录，缺一项扣 1 分。评估周期内平均 < 1 次/年，扣 1 分，扣完为止。	☐ 有培训 ☐ 有考核 ☐ < 1 次/年 ☐ ≥ 1 次/年 ☐ 无	
麻醉药品、第一类精神药品和第一类易制毒化学品管理运行体系 (10 分)	1. 麻醉药品、精一药品和第一类易制毒化学品的基数管理。	2	设定的基数原则上不应超过一周的临床实际用量，病房（包括住院、急诊）、药房均应实现基数管理。	查麻醉药品和第一类精神药品消耗数量，是否符合基数管理要求。不符合扣 2 分。	☐ 符合 ☐ 不符合	
	2. 麻醉药品、精一药品和第一类易制毒化学品流程管理符合规定。	4	麻醉药品、第一类精神药品和第一类易制毒化学品的印鉴卡管理，入库验收登记、专册登记、交接班记录、销毁登记、开具处方等应符合规定。	查医疗机构相关制度与记录。若缺失 1 项，扣 1 分，扣完为止。	☐ 有制度 ☐ 有记录 ☐ 无制度 ☐ 无记录	

一级指标	二级指标	分值	指标说明	评估方法	评估结果	评估得分
	3. 开展专项督导与检查活动，有总结、反馈、以及改进措施。	4	有部门负责对特殊药品管理工作进行定期督查，有总结、反馈及落实。	查督导与检查活动记录、总结、反馈及落实记录。按月度督查要求，平均每月1次，缺1次，扣1分，扣完为止；缺一项，扣1分，扣完为止；若均无，扣4分。	☐ 定期督查__次 ☐ 有总结1分 ☐ 有反馈1分 ☐ 有改进措施1分 ☐ 均无	
含兴奋剂药品管理（2分）	严格按照药品说明书的适应症及剂量开具含兴奋剂药品。	2	严格按照开具含兴奋剂药品，每张处方不得超过7日常用量；含麻黄碱类的复方制剂每个患者单日处方剂量不得超过2个最小包装剂量。	抽查处方10张，每张不合理处方扣0.5分，扣完为止。	不合理处方__张	
医疗用毒性药品安全管理（2分）	严格按照要求进行医疗用毒性药品保管，处方开具、审核、调配。	2	是否专柜加锁、专人保管；医疗单位供应和调配毒性药品，凭医生签名的正式处方每次处方不得超过2日极量；调配处方时，必须按医嘱注明要求，由配方人员及具有药师以上技术职称的复核人员签名盖章后方可发出。	查是否按要求保管，不符合的扣1分；抽查处方10张，每张不合理处方扣0.5分，扣完为止。	☐ 实行专柜加锁、专人保管； 不合理处方__张	

二、抗菌药物合理用药管理（28分）

一级指标	二级指标	分值	指标说明	评估方法							评估结果	评估得分
				评分原则	三级综合医院	二级综合医院	肿瘤医院	妇幼保健院	精神病医院	口腔医院		
抗菌药物品种数（4分）	抗菌药物总品种数符合要求。	2	抗菌药物品种数=本医疗机构药品采购目录中抗菌药物品种数，复方磺胺甲恶唑（磺胺甲恶唑与甲氧苄啶，SMZ/TMP）、呋喃妥因、青霉素G、苄星青霉素、5-氟胞嘧啶可不计在品种数内。	不达标，得0分。	≤50	≤35	≤35	≤40	≤10	≤35	抗菌药物品种数为__种	
	各类抗菌药物品种规格符合要求。	2	各类抗菌药物品种规格数量符合国家要求	同一通用名称注射剂型和口服剂型各不超过2种；头霉素类抗菌药物不超过2个品规；三代及四代头孢菌素口服剂型不超过5个品规，注射剂型不超过8个品规；碳青霉烯类抗菌药物注射剂型不超过3个品规；氟喹诺酮类抗菌药物口服剂型和注射剂型各不超过4个品规；深部抗真菌类抗菌药物不超过5个品种；不达标，得0分。							□均符合 □不符合，__类有__个品规	
抗菌药物使用率（7分）	1. 门诊患者抗菌药物使用率	2	门诊患者抗菌药物使用率=（门诊患者使用抗菌药物人次÷同期门诊总人次）×100%	不达标，得0分。	≤20%	≤20%	≤10%	≤20%	≤5%	≤20%	门诊抗菌药物使用率=____%	
	2. 急诊患者抗菌药物使用率	2	急诊患者抗菌药物使用率=（急诊患者使用抗菌药物人次÷同期急诊总人次）×100%	不达标，得0分。	≤40%	≤40%	≤10%	≤40%	≤10%	≤40%	急诊抗菌药物使用率=____%	

	3. 住院患者抗菌药物使用率	2	住院患者抗菌药物使用率=(出院患者使用抗菌药物例数 ÷ 同期出院患者总例数) × 100%	不达标, 得 0 分。	≤ 60%	≤ 60%	≤ 40%	≤ 60%	≤ 5%	≤ 60%	住院患者抗菌药物使用率 = _____ %	
	4. 住院患者特殊使用级抗菌药物使用量占比	1	住院患者特殊使用级抗菌药物使用量占比=住院患者特殊使用级抗菌药物使用量(累计 DDD 数) / 同期住院患者抗菌药物使用量 (累计 DDD 数) × 100%。	同比降低, 得 1 分; 同比持平, 得 0.5 分; 同比增加, 得 0 分。	逐步降低						住院患者特殊使用级抗菌药物使用量占比: _____ % ☐ 同比降低 ☐ 同比持平 ☐ 同比增加	
抗菌药物使用强度 (6 分)	住院患者抗菌药物使用强度	6	抗菌药物使用强度=(住院患者抗菌药物累计 DDD 数 ÷ 同期收治患者人天数) × 100 注: 同期收治患者人天数 = 同期出院患者人数 × 同期出院患者平均住院天数	不达标, 得 0 分。	≤ 40	≤ 40	≤ 30	≤ 40	≤ 5	≤ 40	住院患者抗菌药物使用强度 = _____	
手术预防使用抗菌药物使用率 (4 分)	1. I 类切口手术预防用抗菌药物比例。	2	I 类切口手术预防用抗菌药物百分比=(I 类切口手术预防用药例数 ÷ 同期 I 类切口手术总例数) × 100%	不达标, 得 0 分。	≤ 30%	≤ 30%	≤ 30%	≤ 30%	≤ 30%	≤ 30%	I 类切口手术预防用抗菌药物比例 = _____ %	
	2. 预防使用抗菌药物合理。	2	围手术期预防使用抗菌药物品种选择、疗程、时机合理情况	抽查国家 7 项 I 类切口病例 10 份, 1 份不合理扣 0.5 分, 扣完为止。							不合理处方 _____ 份	

接受抗菌药物治疗的住院患者抗菌药物使用前微生物送检率（3分）	1. 接受抗菌药物治疗的住院患者抗菌药物使用前微生物（合格标本）送检率	1	接受抗菌药物治疗住院患者微生物送检率=（接受抗菌药物治疗前住院患者微生物送检例数÷接受抗菌药物治疗住院患者总例数）×100%	不达标，得0分。	30%	30%	30%	30%	30%	30%	抗菌药物治疗前微生物送检率=_____%	
	2. 接受限制使用级抗菌药物治疗的住院患者抗菌药物使用前微生物（合格标本）送检率	1	接受限制使用级抗菌药物治疗住院患者微生物送检率=（接受限制使用级抗菌药物治疗住院患者微生物送检例数÷接受限制使用级抗菌药物治疗住院患者总例数）×100%	不达标，得0分。	50%	50%	50%	50%	50%	50%	限制使用级抗菌药物治疗前微生物送检率=_____%	
	3. 住院用特殊使用级抗菌药物患者病原学（合格标本）检查百分率	1	接受特殊使用级抗菌药物治疗住院患者微生物送检率=（接受特殊使用级抗菌药物治疗住院患者微生物送检例数÷接受特殊使用级抗菌药物治疗住院患者总例数）×100%	不达标，得0分。	80%	80%	80%	80%	80%	80%	特殊使用级抗菌药物治疗前微生物送检率=_____%	
加强抗菌药物培训和考核（2分）	1. 定期开展全院抗菌药物专项培训并考核。	1	组织对全院医师、药师定期开展处方审核、处方点评等专项培训和考核。	检查培训考核记录，评估周期内平均≤1次/年得0.5分；>1次/年得1分；若无不得分。							☐ 有 ☐ 无 培训_____次	
	2. 抗菌药物处方权和调配权管理。	1	医师、药师经抗菌药物培训并通过考核后授予相应处方权和处方调配权。	检查相关记录，是否进行相应管理，若无不得分。							☐ 是 ☐ 否	

全国抗菌药物临床应用监测网数据上报（2分）	按要求及时上报全国抗菌药物临床应用监测网数据。	2	按照要求及时上报月度、季度抗菌药物临床应用监测网数据。	上报率达到 100%，得 2 分； 80%—100%，得 1 分； 低于 80%，得 0 分。	上报率 = _____ %	
-----------------------	-------------------------	---	-----------------------------	---	------------------	--

说明：全国抗菌药物临床应用监测网数据上报指标，仅成员医院考核。

三、抗肿瘤药物的使用和管理（8分）

一级指标	二级指标	分值	指标说明	评估方法	评估结果	评估得分
抗肿瘤药物临床应用管理体系（2分）	1. 设立抗肿瘤药物管理工作组。	1	在药事管理与药物治疗学委员会下设立抗肿瘤药物管理工作组，成员包括医务、药学、临床科室、病理、信息管理、护理等负责人。	查设立工作组的相关文件。若人员组成不完善，扣1分。	☐ 有 ☐ 无 说明：	
	2. 定期开展抗肿瘤药物规范化管理及合理应用培训。	1	定期医务人员进行抗肿瘤药物规范化管理及合理应用培训。	查培训记录，若无培训，扣1分；若评估周期内培训次数<1次/年，扣0.5分。	☐ <1次/年 ☐ ≥1次/年 ☐ 无	
抗肿瘤药物临床应用管理（6分）	1. 临床药师参与抗肿瘤药物合理使用。	1	临床药师积极参与患者抗肿瘤药物治疗方案的制订与调整。	查临床药师工作记录，未开展的扣1分。	☐ 有 ☐ 无	
	2. 开展抗肿瘤药物使用合理性评价。	2	定期开展抗肿瘤药物处方、医嘱点评。	查相关工作记录，若无，扣2分。	☐ 有 ☐ 无	
	3. 静脉用抗肿瘤药物实行集中调配与供应。	1	抗肿瘤药物的调配应当设置专门区域，实行相对集中调配，并做好医务人员职业防护。	现场查看区域设置、调配人员培训考核记录。	☐ 有 ☐ 无	
	4. 临床药师的肿瘤多学科诊疗团队（MDT）。	2	肿瘤多学科诊疗团队有临床药师参与；临床药师参与抗肿瘤药物治疗有关的会诊、医嘱审核、用药咨询、用药指南或规范（院内和行业）制定等工作。	查肿瘤多学科诊疗记录，有记录得1分；有医嘱审核、用药咨询、制定用药指南或规范等工作得1分。	☐ 均有 ☐ 有记录，无指南等 ☐ 无记录，有指南等 ☐ 均无	

四、重点监控药物的使用和管理（10分）

一级指标	二级指标	分值	指标说明	评估方法	评估结果	评估得分
重点监控药物临床应用管理(10分)	1. 重点监控药物目录与制度的动态管理。	2	建立重点监控药物管理制度；在国家、省级目录基础上，形成本机构重点监控药品目录，根据省目录的变化进行动态调整。	查制度、目录调整等文件，若缺项，扣1分。	☐ 有 ☐ 无 缺____项 说明：	
	2. 开展重点监控药物处方审核和专项处方点评。	4	对重点监控药品进行处方审核；每月对重点监控药品进行专项点评，有点评结果公示、反馈、考核、改进等。	未开展专项点评，得0分；进行反馈、通报、考核等每缺一项，扣1分。	☐ 开展 ☐ 未开展 缺____项 说明：	
	3. 定期开展重点监控药物使用动态评估。	2	针对每月药品消耗量排名进入前十位的重点监控药品进行动态评估，对使用量排名靠前的科室及医师进行专项处方调查。	查动态评估相关记录，若无，扣2分；评估周期内平均<1次/月，扣1分。	☐ <1 次/月 ☐ ≥1 次/月 ☐ 无	
	4. 重点监控药物使用分析总结和持续改进情况。	2	每季度对重点监控药品用量、临床使用合理情况进行分析总结，评估持续改进情况。	查动态评估相关记录，若无，扣2分；评估周期内平均<1次/月，扣1分。	☐ <1 次/季度 ☐ ≥1 次/季度 ☐ 无	

五、国家基本药物使用和管理（10分）

一级指标	二级指标	分值	指标说明	评估方法						评估结果	评估得分
				三级综合医院	二级综合医院	中医院、妇幼保健院、传染病医院、精神病医院及其它专科医院	肿瘤医院	社区卫生服务中心（站）、乡镇卫生院	村卫生室		
加强国家基本药物配备使用管理（8分）	1. 基本药物配备使用金额比例。	2	占比=配备使用基本药物金额/同期全部药品使用总金额×100%	≥40%	≥50%	参比同级综合医院下调5%	参比同级综合医院下调10%	≥70%	≥80%	第一年、第二年、第三年占比=____%、____%、____%	
	2. 基本药物采购品种数占比。	2	占比=医院采购基本药物品种数/医院同期采购药品品种总数×100%	逐步提高，得2分。未采取任何改进措施，不得分。				≥70%	≥80%	☐ 是 ☐ 否 第一年、第二年、第三年占比=____%、____%、____%	
	3. 门诊患者基本药物处方占比。	2	占比=门诊使用基本药物人次数/同期门诊诊疗总人次数×100%	逐步提高，得2分。未采取任何改进措施，不得分。						☐ 是 ☐ 否 占比=____%	
	4. 住院患者基本药物使用率。	2	使用率=出院患者使用基本药物总人次数/同期出院总人次数×100%	逐步提高，得2分。未采取任何改进措施，不得分。						☐ 是 ☐ 否 占比=____%	
加强管理与培训（2分）	1. 建立优先使用基本药物制度。	1	建立优先配备、使用基本药物的相关制度	无相关制度，不得分。						☐ 有 ☐ 无	
	2. 开展基本药物合理使用培训。	1	组织医务人员基本药物合理使用相关培训。	查培训记录，无记录，不得分。						☐ 有 ☐ 无	

六、国家组织集中采购中选药品配备使用（6分）

一级指标	二级指标	分值	指标说明	评估方法	评估结果	评估得分
优先使用中选药品（3分）	按时完成约定任务量。	3	医疗机构确保规定时限内完成约定的任务量。	查相关记录，若完成得3分。未完成根据原因酌情扣分。	☐ 完成 ☐ 未完成 说明：	
促进药品集中采购中选品种指定品规临床应用（3分）	国家组织药品集中采购中标药品使用比例。	3	比例 = (药品集中采购中选品种使用量 ÷ 同种药品用量) × 100%	≥ 50%，得3分； < 50%，得0分。	☐ 比例 ≥ 50% ☐ 比例 < 50% 比例 = ____%	

七、国家医保谈判准入药品配备使用（4分）

一级指标	二级指标	分值	指标说明	评估方法	评估结果	评估得分
根据临床诊疗需求及时保障谈判药品临床使用（4分）	通过多种方式，及时配备谈判药品。	4	医疗机构要召开药事管理会议，组织讨论国家医保谈判药品配备使用工作，有相关会议记录，并按规定的时限执行。 根据医保准入的谈判结果，及时对本医疗机构用药目录进行调整和优化。	有相关会议记录，得2分；有用药目录的调整优化记录，得2分。	☐ 有 ☐ 无 缺____项	

八、药学专业技术人员配备情况（4分）

一级指标	二级指标	分值	指标说明	评估方法	评估结果	评估得分
药学技术人员配备（4分）	药学专业技术人员占比	2	医疗机构药学专业技术人员不得少于本机构卫生专业技术人员的8%。	≥8%，得2分；6-8%，得1分；<6%，得0分。	占比=____%	
	临床药师人数	2	三级医院临床药师不少于5名，二级医院临床药师不少于3名。	三级医院：≥5，得2分；<5，得0分。 二级医院：≥3，得2分；<3，得0分。	临床药师____名	

九、处方点评工作情况（12分）

一级指标	二级指标	分值	指标说明	评估方法	评估结果	评估得分
处方点评工作制度落实（2分）	建立医院处方点评工作制度	2	建立医院处方点评工作制度，按要求成立处方点评专家组、处方点评工作小组。	检查医院文件，若无，扣2分；缺1项，扣1分。	☐ 有 ☐ 无 缺____项	
开展处方点评工作，强化点评结果应用并持续改进（10分）	1. 开展专项处方点评。	3	对特定的药物或特定疾病的药物（如国家重点监控药品、国家基本药物、血液制品、中药注射剂、抗菌药物等临床使用及超说明书用药、肿瘤患者和围手术期用药等）使用情况进行的处方点评。	查工作文件，若未开展，扣3分。	☐ 有 ☐ 无	
	2. 点评处方占处方总数的比例。	2	比例=点评处方数/处方总数×100%。	门急诊处方抽样率不应少于总处方量的1‰，且每月点评处方绝对数不应少于100张；病房（区）医嘱的抽样率不应少于出院病历数的1%，且每月点评出院病历绝对数不应少于30份。	比例=____% 点评____张	

一级指标	二级指标	分值	指标说明	评估方法	评估结果	评估得分
	3. 定期公布处方点评结果，强化点评结果应用，落实整改措施，提高合理用药	3	医院应当定期公布处方点评结果，通报不合理处方。医疗管理部门制定有针对性的临床用药质量管理和药事管理改进措施，并责成相关部门和科室落实质量改进措施，提高合理用药水平，保证患者用药安全。	查工作文件，若未公布，扣 3 分；缺 1 项，扣 1 分。	☐ 有 ☐ 无	
	4. 处方点评结果纳入科室及个人绩效考核和年度考核，建立健全相关奖惩制度	2	医院应当将处方点评结果纳入相关科室及其工作人员绩效考核和年度考核指标，建立健全相关奖惩制度。	检查是否有改进措施，若无措施，扣 2 分。	☐ 有 ☐ 无	

评估结果：优秀：评分 ≥ 90 分，良好：80-89分，合格：70-79分，不合格： < 70 分。

对未配备使用相关药品的医疗机构合理用药评估，可扣除此大类药品评估得分后，按照百分比评定优秀、良好、合格、不合格等级。例如未配备抗肿瘤药物的医疗机构，扣除抗肿瘤药物的使用和管理评分 8 分，总分为 92，按照百分比，评分 ≥ 82 分为优秀，74-82分为良好，64-74分为合格， < 64 为不合格。

附件 2

医疗机构合理用药考核结果汇总表

_____市卫生健康委

报送时间 _____年____月

联系人姓名及电话: _____

医疗机构名称	医疗机构等级	医疗机构类别	考核年份	考核得分	考核等次

陕西省卫生健康委办公室

2023年7月3日印发

校对：王俊霞