

# 长治市卫生健康委员会文件

长卫医政发〔2023〕9号

## 长治市卫生健康委员会 关于印发《长治市全面提升医疗质量行动 实施方案（2023-2025年）》的通知

各县区卫体局，委直、驻市医疗机构：

为全面提升我市各级各类医疗机构医疗质量，落实山西省卫生健康委员会《关于印发〈山西省全面提升医疗质量行动实施方案（2023-2025年）〉的通知》要求，结合我市实际，市卫生健康委制定了《长治市全面提升医疗质量行动实施方案（2023-2025年）》，现印发给你们，请认真组织实施。

联系人：张亚丽

联系电话：13835569424

邮 箱：sxczyzk2054253@163.com

长治市卫生健康委员会

2023年9月22日



(信息公开形式：主动公开)

# 长治市全面提升医疗质量行动实施方案

(2023-2025 年)

为深入推进健康长治建设，进一步深化医药卫生体制改革，全面提升医疗质量安全管理水平，构建长治特色优质高效的医疗卫生服务体系，保障人民群众健康权益，根据山西省卫生健康委印发的《山西省全面提升医疗质量行动实施方案（2023-2025 年）》，结合我市实际，制定本实施方案。

## 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，深入贯彻党的二十大精神，认真落实学习贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想主题教育要求，按照党中央、国务院关于持续改进医疗质量、保障医疗安全的战略部署和省委、省政府关于全方位推进高质量发展的战略决策，把保障人民群众生命健康安全放在优先发展的战略位置，以满足人民日益增长的卫生健康需求为根本目标，以提高医疗卫生健康供给质量和服务水平为主攻方向，紧盯医疗卫生服务高质量发展的新内涵和新任务，坚持中西医并重方针，持续强化医疗质量安全管理，促进优质医疗资源扩容和区域均衡布局，提高全方位全周期健康服务与保障能力，不断增强人民群众就医安全感、健康幸福感。

**（二）行动目标。**利用 3 年时间，在全市卫生健康系统进一步树立医疗质量安全意识，健全和完善政府监管、机构自治、行业自律、社会监督的医疗质量安全管理体制和机制，进一步夯实

基础医疗质量管理，注重过程环节管理，规范医师诊疗行为，切实提高重大疾病诊疗能力，有效提升医疗质量安全科学化、精细化、规范化管理水平，逐步优化医疗资源配置和服务均衡性，持续增强人民群众就医满意度。

## 二、实施范围

全市各级各类医疗机构，重点是二级及以上综合医院、中医医院、妇幼保健机构、专科医院。

## 三、组织管理

市卫生健康委成立“长治市全面提升医疗质量行动领导小组”，负责全市医疗质量提升行动的统筹协调工作。

组 长：王旭琴 市卫生健康委党委书记、主任

副组长：吴朝荣 市卫生健康委党委委员、副主任

王慧勇 驻委纪检监察组组长

崔旭斌 市卫生健康委党委委员、副主任

李晓芳 市计生协会专职副会长

魏 魏 市卫生健康委二级调研员

成 员：吴 军 市卫生健康委医政医管科科长

刘琰青 市卫生健康委中医科科长

郑广明 市卫生健康委基层卫生科科长

李志伟 市卫生健康委妇幼指导科科长

范玉娟 市卫生健康委综合监督科科长

赵晓峰 市医疗机构服务中心主任

领导小组办公室设在委医政医管科，主要负责行动方案的制定和组织实施，指导县区卫生健康行政部门、委直、驻市医疗机构等落实工作要求和监管责任，分别推进工作。县区卫生健康行政部门负责本辖区具体工作方案的制定和落实，指导辖区内医疗机构、本级质控组织等相关单位落实工作要求，对行动开展情况进行监督、指导和评估，及时总结经验并加强宣传交流。

市医疗机构服务中心负责协调省医疗服务评价中心，统筹提供全市各级医疗机构运行数据。市级各专业质控部负责制定本专业质量安全改进工作计划并组织实施；监测、分析本专业医疗质量安全情况，加强质量安全改进策略研究，落实本专业的医疗质量安全改进目标和质控工作改进目标，为行政部门管理提供技术支撑。县区质控组织按照分工落实工作。

各医疗机构是行动的责任主体，医疗机构主要负责人是第一责任人。医疗机构要按照本行动计划和辖区具体方案要求，强化医疗质量安全主体责任，完善医疗质量安全管理体系，细化医疗质量提升计划，落实各项工作任务并责任到人，强化人员教育，培育质量安全文化，提升医疗质量安全水平。

#### **四、工作任务**

##### **（一）加强基础质量安全管理，夯实结构质量**

1. **健全医疗质量管理体系。**医疗机构进一步健全院、科两级医疗质量安全管理体系，按要求成立由医疗机构主要负责人担任主任的医疗质量管理委员会，设立院级质控部（由医务处、门诊

部、药学部、护理部、院感科等科室主要负责人组成) 具体负责医疗质量安全日常管理工作; 各业务科室成立由主要负责人担任组长的医疗质量管理工作小组, 指定专人负责日常具体工作。医疗机构严格按照法律法规要求, 建立健全本机构各项质量安全管理制度, 强化重点环节和重点领域的日常管理, 结合本机构实际, 细化完善并严格落实18项医疗质量安全核心制度。

**2. 优化质量安全工作机制。**医疗机构主要负责人每月召开医疗质量管理委员会专题会议, 研究部署医疗质量安全工作。建立院周会反馈质量安全工作机制, 创办质量安全月刊, 督促指导各部门、各科室精准开展医疗质量安全改进工作。各部门、各临床科室及医技科室主要负责人每月召开专门会议, 研究本部门、本科室医疗质量安全工作。

**3. 加强医务人员管理。**各医疗机构按照国家有关规定强化各类专业技术人员的依法注册和执业管理, 规范医师多点执业和定期考核。以临床诊疗指南、技术规范、操作规程等为重点, 加强全体医务人员“三基”“三严”训练教育, 落实考核机制, 不断提升医务人员业务能力。加强对医疗从业人员执业行为监督, 严肃查处违法违规和违反医德医风的诊疗行为。

**专项行动之一: 医疗质量提升专项培训行动**

结合行动计划重点任务, 各级各类医疗机构负责对全院医务人员进行“三基三严训练”专项培训, 实现基本理论、基本知识、基本技能培训全覆盖, 开展各临床、医技专业技能比武竞赛活动, 提升医务人员现代临床技能水平。培训考核结果与医务人员手术、操作等授权、医师定期考核、绩效分配等相结合, 提高培训行动的实效性。

**4. 强化药品器械管理。**医疗机构依法依规确定本机构药品器械基本供应目录，加强重点监控合理用药药品、抗微生物药物、抗肿瘤药物等药品以及放射影像、植入式耗材等常用设备器械的管理，做好药品器械不良反应监测报告，对不良反应多且安全隐患突出的药品耗材要及时依法依规清退出供应目录。严格加强毒麻精等特殊药品管理，确保药品贮存使用安全。强化基本药物、集采药品优先配备使用，规范开展药品使用监测工作。

**5. 规范医疗技术管理。**医疗机构全面梳理本机构医疗技术临床应用情况，建立本机构的医疗技术目录，制定医疗技术临床应用能力评估、临床应用论证、质量控制管理与档案管理等相关制度，重点加强限制类技术质量安全和技术授权的动态管理，强化新技术、新项目机构内准入管理，严格落实运营实施、风险监测等相应的管理制度和 workflows，在保障医疗质量安全的基础上，加强新技术临床应用和适宜技术推广。中医医疗技术操作要严格按照《中医医疗技术相关性感染预防与控制指南（试行）》《医院感染管理办法》等要求，健全相关工作规范和操作规程，严格落实感控管理各项要求。

**6. 提升急诊医疗质量。**医疗机构加强院前医疗急救与院内急诊的无缝衔接机制，确保信息互联互通，优化急诊就诊和绿色通道流程，强化预检分诊工作，实现急危重症患者的有效分流和及时救治，定期开展督导检查考核，持续改进急诊急救服务，缩短平均急救响应时间。重点加强心血管疾病、多发性创伤、心脏骤

停等急危重症患者的救治管理，开展急危重症患者多学科联合救治，提升患者救治效果。

**专项行动之二：急诊质量提升专项行动**

通过专项行动，建立院前急救与院内急诊无缝衔接机制，畅通院前医疗急救与院内急诊信息，优化急诊就诊绿色通道，提升院内心脏骤停患者复苏成功率，缩短急诊抢救室滞留时间。到 2025 年，院内心脏骤停患者复苏成功率逐步升高，急诊抢救室滞留时间较 2023 年进一步缩短。

**7. 改善门诊医疗质量。**医疗机构严格落实首诊负责制，加强门诊专业人员和技术力量配备，优化门诊诊疗工作流程，积极推行分时段线上预约诊疗模式，支持线上支付全覆盖。优化门诊疑难病例会诊和多学科门诊诊疗服务，围绕疑难复杂及多系统多器官等疾病，开设多学科诊疗门诊。加强门诊手术、门诊化疗、门诊输液等门诊服务的质量安全管理，定期开展门诊患者满意度调查，将门诊工作质量作为考核科室和医务人员的重要内容。

**专项行动之三：门诊质量提升专项行动**

通过专项行动，进一步优化门诊工作流程，强化信息支撑，加强门诊患者静脉输液管理，提升门诊患者预约挂号率，缩短门诊患者预约后平均等待时间，提高门诊电子病历使用率。到 2025 年，全市门诊就诊患者预约挂号率 $\geq 50\%$ ，电子病历使用率 $\geq 60\%$ 。

**8. 提高日间医疗质量。**医疗机构进一步完善日间医疗质量管理组织体系，加强日间医疗病种和技术管理，以日间手术、肿瘤放化疗、中医适宜病种为基础，不断扩展日间医疗范围，提升日间医疗服务供给能力。强化日间医疗科室和医师审核授权管理，

加强日间医疗患者评估和随访，及时发现患者病情变化并予以干预，保障日间医疗患者安全。加强日间医疗病历质量管理，保障病历内容客观、真实、准确、及时、完整、规范。各级各专业质控中心要将日间医疗质量管理纳入质控指导范围，根据本专业特点，落实相应专业质控指标要求，不断提高医疗机构日间医疗服务能力和质量。

**9. 保障手术质量安全。**医疗机构严格落实手术分级管理制度，建立本机构手术分级目录库。强化手术分级动态管理，根据手术风险程度、难易程度、资源消耗程度、伦理风险等作为分级基础和依据，结合本机构自身能力及特点，通过科室上报、院级审定、备案审核等程序，对全院各科室常规开展的手术项目实施分级。强化医生授权动态管理，围绕手术医生工作岗位、专业技术资格、理论实践水平和手术质量安全等多方面因素进行全面综合考核评定，实现对手术医生精准分级授权。完善手术患者术前评估、麻醉评估工作机制和流程，严格落实术前讨论制度和手术安全核查制度，准确把握手术适应症和禁忌症，科学制定手术方案，强化围手术期安全管理。

**专项行动之四：手术质量安全提升行动**

通过专项行动，降低手术并发症、麻醉并发症、围手术期死亡等负性事件发生率，及时发现和消除手术质量安全隐患。到2025年末，日间手术占择期手术比例进一步提升，三级医院手术患者住院死亡率明显下降、非计划重返手术室再手术率 $\leq 1.8\%$ ，住院患者手术后获得性指标发生率 $\leq 7.5\%$ ，全面落实四级手术术前多学科讨论制度。

**10. 提高医院感染预防与控制。**医疗机构健全医院感染管理组织机构，按规定配备专（兼）职人员，明确工作职责，并定期开展培训。持续完善并落实医院感染防控制度及流程，进一步规范医院感染监控、消毒灭菌、隔离防护与医疗废物管理工作，严格执行无菌技术操作，有效预防与控制多重耐药菌感染，加强手术室、重症监护病房（ICU）、血液透析室、内镜室、感染性疾病科、产房、新生儿室、消毒供应中心、医疗废物暂存处等重点部门的医院感染管理工作，落实传染病预检分诊工作，有效预防和控制医院感染。

**11. 提高患者随访质量。**医疗机构根据不同疾病特点及诊疗规律，制定随访计划并严格落实，开展电话、信件、视频、门诊等多种方式的定期随访，准确及时完成随访记录，科学评估患者健康状况，提供针对性的随访干预服务，在随访中发现结果异常的情况，应指导患者及时就诊，为患者提供出院后连续、安全的延伸性医疗服务，有条件的可提供远程监测和远程指导，实现线上线下医疗服务有效衔接。重点加强四级手术、恶性肿瘤患者的随访管理，持续追踪患者预后康复情况，重点分析患者出院后发生并发症、非预期再入院治疗和不良转归等情况。

**12. 优化要素配置管理和运行机制。**医疗机构进一步强化“以患者为中心，以疾病为链条”的理念，打破传统学科划分和专业设置壁垒，以多学科协作（MDT）为基础，积极推进专病中心建设，为患者提供重大疾病诊疗一站式服务。

### 专项行动之五：“破壁”行动

聚焦心、脑血管疾病，恶性肿瘤等发病率高、严重危害人民群众健康的重大疾病，以多学科协作（MDT）为基础，以保障医疗质量安全为前提，结合本地居民疾病谱和异地就医流向情况，通过医联体和远程医疗模式，创新多学科协作的组织架构、就诊流程、运行机制和内部质控，探索建设冠心病、脑卒中、乳腺癌、肺癌、结直肠癌、胃癌等专病中心。到 2025 年末，国家临床重点专科、国家临床重点专科建设项目、国家中医优势专科组建 MDT 团队至少达 5 个；省级临床重点专科组建 MDT 团队至少达 3 个；市级重点专科组建专病 MDT 团队至少达 2 个。全市急性 ST 段抬高型心肌梗死再灌注治疗率提升至 80%，急性脑梗死再灌注治疗率提升至 45%，恶性肿瘤患者生存时间逐步升高。

## （二）强化关键环节和行为管理，提高过程质量

13. 严格规范诊疗行为。医疗机构和医务人员严格遵循临床诊疗指南、临床技术操作规范、医学伦理规范、行业标准和临床路径等有关要求开展诊疗工作；依据国家相关法律法规，建立因特殊情况下超指南、超规范开展诊疗活动的管理制度和审批流程，并向医疗管理部门备案；严格遵守医疗质量安全核心制度，掌握各类检查、治疗的适应证，因病施治、规范行医，杜绝过度诊疗，做到合理检查、合理用药、合理治疗。

14. 全面加强患者评估。医疗机构在住院当日、围手术（治疗）期、出院前等关键时间节点强化患者评估，规范评估流程、掌握评估策略、科学使用评估工具，提高评估结果的准确性、科学性；密切监测患者病情变化及心理状态，并及时进行再评估，根据评估情况科学调整诊疗方案，保障诊疗措施的及时性、规范性。

**15. 提升三级查房质量。**医疗机构严格落实科主任领导下的三级查房制度，保障临床科室对患者的查房频次、形式和内容符合规定；规范临床医师查房行为，强化查房全程质量管理，提倡医疗、护理、药事联合查房和中西医联合查房，及时关注掌握患者病情变化，针对性调整诊疗方案，对四级手术患者和疑难危重患者要进行重点查房，推行多学科联合查房。

**16. 提升合理用药水平。**医疗机构健全合理用药管理的组织架构，成立药事管理与药物治疗学委员会，并下设抗菌药物管理组、麻精药品管理组等管理组，定期召开会议。推行临床药师制，充分发挥药师在处方审核、处方点评、药学监护等方面的作用，预防、发现、解决用药安全问题，并对临床用药提出合理化建议，制订个体化用药方案。在儿科等重点科室配备驻科药师，参与药物治疗管理。强化合理用药教育和培训，对不合理用药行为及时采取干预措施，逐步降低门诊患者输液率，提高门诊和住院处方审核率及合格率、住院患者静脉输液规范使用率。严格住院患者自备药和外购药管理。

**17. 提高检验检查质量。**医疗机构进一步加强临床实验室的建设和管理，建立健全覆盖检查、检验全过程的质量管理制度，加强室内质量控制和临床检验项目管理，重点关注即时检验（POCT）质量管理，积极参加室间质量评价工作，充分发挥质量管理对于推进医疗机构检查检验结果互认的重要作用。进一步优化危急值项目管理目录和识别机制，强化危急值报告的及时

性、准确性。

**专项行动之六：合理诊断、合理检查、合理用药、合理治疗提升行动**

通过专项行动，大力推行检验检查结果互认，到 2025 年互认项目数量和机构范围逐年提升；建立大型仪器设备检查适宜性点评制度，对检查的适应症、必要性、检查结果阳性率评估。强化临床路径和单病种质量管理，提升住院患者临床路径管理占比。

**18. 加强病历质量管理。**医疗机构重视病历内涵质量，以提升病历内涵质量和完整性、及时性为核心任务，加强编码管理和病历质量培训，规范病历书写。以首次病程、上级医师查房记录、手术记录、阶段小结、出院小结等反映诊疗计划和关键过程的病历内容为重点强化管理，提升医务人员医疗质量安全意识和水平。推行门（急）诊结构化病历，提高门（急）诊电子病历使用比例。

**专项行动之七：病历内涵质量提升行动**

一是开展病例内涵质量专项提升行动，二级以上医疗机构按照季度出院人次的 2% 进行超长住院病历、一类切口病历、疑难危重病历、四级手术病历、单病种等各种类型病历重大检查记录、诊疗行为记录和部分归档质量指标为重点的病案管理质量控制检查，2023 年手术相关记录完整率达到 90% 以上，2024 年手术相关记录完整率、临床用血相关记录符合率和植入物相关记录符合率达到 100%，定期分析质控结果。二是全市开展“提高病案首页数据质量”的专题培训，提高病案首页主要诊断编码正确率，2023 年达到 80%，2025 年底达到 90%。持续开展“国际疾病分类和手术操作分类技能培训”，2023 年全市二级以上公立医院病案编码人员持证上岗全覆盖，开展疑难编码讨论；2024 年全市二级医院所有医院病案编码人员持证上岗全覆盖。三是围绕病历书写、内涵质量、核心制度落实及病案首页管理等方面，定期评选优秀病历，推广宣传交流，病历记录完整性和及时性进一步提高。

**19. 加强学科会诊管理。**医疗机构进一步完善会诊制度，规范会诊行为，统一会诊单格式及填写规范，加强会诊人员资质管理，明确各类会诊的具体流程，追踪会诊意见执行情况 and 执行效果。同时，增强中医、营养、康复、精神、检验、病理、影像、药学等科室的多学科会诊参与度，充分发挥营养和康复治疗对提升治疗效果的积极作用。加强信息化建设，将会诊全过程管理纳入医院信息系统，将会诊制度中涉及的关键内容、重要节点嵌入信息系统，不断提高会诊时效性和规范性，倡导医疗机构将医师参与会诊的情况与效果纳入医师定期考核内容。

**20. 提高急难危重救治效果。**医疗机构进一步完善急难危重患者抢救制度，优化畅通就医绿色通道，做好急难危重患者分类，完善抢救资源配置与紧急调配机制，保障各单元抢救设备和药品可用，确保急难危重患者优先救治，强化危急值处置的及时性、规范性，严格执行急危重患者抢救制度和疑难病例讨论制度，提升医务人员医疗救治、病情评估和应急处理水平，提高重症患者的救治效率和诊疗效果。将急难危重患者的救治纳入应急预案管理，适时进行全院员工培训，定期组织应急演练，提高应急处置能力。质量安全管理部门定期组织人员对本机构流程绿色通道，如院前、分诊、就诊、会诊、手术、药物治疗、输血治疗、检验、影像学检查、收治入院、转运等运行情况进行检查，不断优化制度和流程，确保急危重患者优先救治。

**21. 强化患者安全管理。**医疗机构进一步完善医疗质量（安

全)不良事件报告制度,提升医务人员患者安全意识和对医疗质量(安全)不良事件的识别能力,强化医疗质量(安全)不良事件的主动报告,至少每季度一次对患者医疗质量(安全)不良事件发生情况进行分析,查找存在的共性和薄弱环节,优先改善患者身份识别、药物使用、围手术期管理等重点领域的患者安全管理工作,开展系统性改进工作,最大程度减少不良事件发生。

**22. 提供优质护理服务。**医疗机构持续扩大优质护理服务覆盖面,落实护理核心制度,做实责任制整体护理,夯实基础护理质量,实现优质护理服务扩面提质。完善护理质量监测与反馈,基于循证基础和临床需求开展持续改进工作,提高护理同质化水平。

**专项行动之八：患者安全专项行动**

医疗机构要建立由医务、护理、院感、各临床科室等部门组成的专项工作小组并常态化开展工作,开展全员参与、覆盖诊疗行为、基础设施、应急处置全过程的安全隐患排查行动,优化应急预案并加强演练,制定引导鼓励医务人员主动发现和上报医疗质量安全不良事件的具体措施和考核机制,持续提高医务人员识别与防范医疗质量安全不良事件的识别意识和能力,优化报告途径,营造良好的质量安全氛围。定期汇总、分析、通报市级医疗质量安全不良事件,强化不良事件的追踪管理,将医疗质量安全不良事件报告率应用于等级评审、绩效考核等重要工作。到2025年末,每百出院人次主动报告不良事件年均大于2.5例次。

**(三) 织密质量管理网络,提高质控管理水平**

**23. 全面落实行政监督责任。**各级卫生健康行政部门全面落实《医疗纠纷预防与处理条例》《医疗质量管理办法》等规定,

健全“质控管理、病例评价、监督检查、约谈点评”四项工作机制，强化医疗质量全行业、全流程监管和综合协同监管，加强日常管理和监督检查，严肃查处违法违规行为。指导质控组织、医疗机构聚焦国家医疗质量安全改进目标、各专业质控工作改进目标，以推动目标实现为重点，创新工作机制和方式方法，全面提升质量安全管理水平。

**专项行动之九：监管责任落实专项行动**

各级卫生健康行政部门全面落实“质控管理、病例评价、监督检查、约谈点评”四项工作机制。健全完善医疗质量管理与控制体系，加强质控组织建设。全面开展重点病例质量评价，每月调取归档病历进行质量评价，着力查找隐患、发现问题，推进整改。建立医疗质量管理监督检查制度，结合医院评审、大型医院巡查等工作，确保二级以上医院等级评审周期内每年接受一次全面质量检查。落实医疗质量管理约谈制度，对发生质量安全事件、存在管理服务隐患、投诉纠纷集中的医疗机构，卫生健康行政部门及时约谈提醒，推动责任落实。建立医疗质量服务点评制度，通过深入全面点评，剖析问题，交流经验，督促后进，激励先进。

**24. 健全质控体系和工作机制。**各级卫生健康行政部门规范本级质控中心的建设和管理，强化对质控中心指导考核，进一步扩大质控工作覆盖范围，提高质控中心工作的规范化、科学化、专业化水平，重点专业质控组织要延伸至县区。市县卫生健康行政部门每季度召开至少1次专题会议，研究质控体系建设运行、推进质量安全提升行动计划等相关工作。

**25. 建立医疗质量管理机制。**各级卫生健康行政部门应加强本级质控中心管理，进一步完善质控中心组织架构、职责任务、人员配置、运行监管等，细化工作任务要求，强化日常督导指导，每季度至少召开1次专题会议，研究质控中心建设运行情况、推进质量安全提升行动安排等相关工作，按年度对质控中心工作情况进行考核评价，切实提高质控中心规范化、科学化、专业化管理水平。

**专项行动之十：“织网”行动**

一是对接省级质控中心，相应成立市级质控部，有效整合现有市级质控组织。进一步扩大质控工作覆盖范围，提高质控中心工作的规范化、科学化、专业化水平，根据各专业实际情况市级质控中心2024年争取实现100%全覆盖，心血管系统疾病、神经系统疾病、肿瘤、麻醉、重症、药事、院感、护理、门诊、病案等部分重点专业质控组织延伸至县区，2025年覆盖率达到50%。二是强化质控中心工作保障。各市县卫生健康行政部门对质控中心开展工作予以政策保障，对质控中心的职责任务、组织架构、人员配置、数据使用、资金管理等方面作出规定，对挂靠单位为质控中心开展工作提供的支持和保障作出基本要求。三是规范质控中心运行管理，制定本专业质控工作规划和年度工作计划并组织实施，工作计划应当遵循可操作、易量化的原则制定，相关具体工作任务应当明确完成时限。按要求及时向本级卫生健康行政部门和上级本专业质控中心上报年度工作计划和工作总结。四是加强单病种管理，对目前按照国家颁布的51个病（术）种全覆盖监管，2025年达到100种。

**26. 加强质量安全信息公开。**各级卫生健康行政部门完善工作机制，优化公开流程，建立辖区内医疗机构质量安全等级排名、通报，实行医疗质量安全信息公开制度，逐步由年度公开转向按季度公开，充分调动行业重视程度和工作积极性。各级质控组织

要围绕本专业年度质量安全情况进行监测、分析和反馈，为此项工作提供技术支撑。

**27. 以质量安全为基准，完善内部绩效管理。**医疗机构将医疗质量安全管理情况作为绩效考核的重要参考依据，探索建立以医疗质量安全为导向的内部绩效分配机制，将科室医疗质量安全管理情况作为科室负责人综合目标考核以及职务聘任、职称晋升、评先评优的重要指标，将科室和医务人员医疗质量安全管理情况作为医师定期考核、个人晋升的重要依据。

**28. 以行动目标为导向，持续优化改进工作。**医疗机构和质控组织坚持“提升医疗质量行动目标”为导向，聚焦年度国家医疗质量安全改进目标、各专业质控工作改进目标和患者安全目标，科学设定行动目标，合理细化改进措施和改进幅度，把推动目标实现作为年度质量安全管理工作核心，积极探索创新工作机制和方式方法，以点带面提升质量安全管理水平。

**29. 充分发挥考核评估指挥棒作用。**各级卫生健康行政部门将医院等级评审、公立医院绩效考核、公立医院高质量发展评价、医联体绩效考核、临床重点专科评估、单病种质量管理等作为提升质量安全工作的重要抓手，充分发挥指挥棒和风向标作用，加强行动期间过程监管和考核评估，督促指导医疗机构落实相关政策要求，持续强化医疗质量安全内涵建设，切实提升行动成效。

**30. 加强中医质控管理。**各级卫生健康行政部门应进一步建立完善中药质控体系，鼓励中医医院参加综合、专科医院牵头组

建的专业市级质控组织，医疗机构应将中医医疗技术应用、重要合理使用等，纳入医疗质量管理。

## **五、具体实施**

### **（一）启动阶段（2023年8月-9月）**

市级卫生健康行政部门制定印发行动实施方案，成立领导小组及工作专班，制定行动效果监测指标体系，细化量化目标任务，召开工作会议进行全面动员部署。县区级卫生健康行政部门制定本辖区行动实施方案，报市级卫生健康行政部门备案，安排行动相关工作。医疗机构和质控组织按照实施方案，结合实际情况，制定本单位和本领域的具体工作方案，报同级卫生健康行政部门备案，落实主体责任，细化工作内容。具体方案统一于2023年10月10日前完成并备案。

### **（二）实施阶段（2023年10月-2025年10月）**

各级卫生健康行政部门在行动效果监测指标基线调查的基础上，每半年收集、分析一次行动效果监测指标数据，加强指导评估，及时解决共性问题；召开调度会议，通报各地各单位医疗质量提升行动工作情况，扎实推动提升行动开展。每年度开展行动工作部署和工作总结，发掘先进做法和典型经验，遴选年度典型案例并进行宣传推广。各医疗机构要明确内部责任分工，认真开展自查和整改，建立并实施“台账式管理”，明确整改内容、整体目标、责任主体和整改时限，确保医疗质量得到明显提升。

### **（三）评估总结（2025年11月-12月）**

医疗机构和质控组织应于每年5月30日、11月30日前将本县区、本单位工作总结报送同级卫生健康行政部门，县区级卫生健康行政部门形成本辖区行动总结报告同步报送至市级。2025年11月30日前报送三年工作情况，相关材料报送至联系人邮箱。市卫生健康行政部门在各县区、各单位总结的基础上，对行动工作进行全面总结评估，提炼质量安全提升工作经验，通报巡查发现的典型案例，加强行动计划和工作成效宣传，完善医疗质量安全长效管理机制，确保行动取得实效。

## **六、工作要求**

### **（一）加强组织领导，完善配套政策**

各级各单位要充分认识全面提升医疗质量的重要意义，进一步加强组织领导，坚持以人民健康为工作中心，增进人民福祉为根本目的，抓好各项工作落实，推动工作有序开展。各级卫生健康行政部门负责同志要亲自抓，细化政策措施，明确责任分工，层层压实责任，推进工作有序开展。各医疗机构主要负责人要亲自研究部署、靠前谋划行动，落实落细各项工作，强化基础医疗安全管理，加强医疗质量安全日常监测、分析和反馈，推动行动顺利开展。

### **（二）建立长效机制，做好日常监管**

各级卫生健康行政部门在行动期间要持续强化巩固全行业质量安全意识，不断总结经验做法，将行动期间可复制、可推广的经验做法固化为医疗质量安全的重要内容，逐步健全完善

政府监管、机构自治、行业自律、社会监督的医疗质量安全管理多元良性共治长效机制。同时加大医疗质量安全的日常监管力度，对工作态度懈怠、改进不积极性、落实不到位的予以通报；对提升目标不达标、效果不明显的，在等级评审、绩效评价、医院巡查等工作中统筹考量。

### **（三）强化学习培训，提升管理水平**

各级卫生健康行政部门、医疗机构和质控组织要密切关注医疗质量安全管理领域的前沿成果和最新进展，吸纳国内外先进管理经验和方法，加强医疗质量安全基础理论知识和管理实践方面的学习，加大医务人员培训考核力度，推广单病种管理、全面质量管理等医疗质量管理工具，积极开展医疗质量安全主题系列活动，进一步提高广大医务人员对提升医疗质量安全重要性、必要性的认识程度，有效提升医疗质量安全科学化、精细化、规范化管理水平和管理效能。

### **（四）加大宣传力度，树立典型示范**

各级卫生健康行政部门要加大宣传引导力度，制定专项宣传方案，与全面提升医疗质量行动同步部署、同步推进，挖掘具有代表意义的典型案例予以通报表扬，积极推广示范医院、示范科室、示范个人，有效推动示范引领作用，充分调动医疗机构参与行动的积极性。医疗机构和质控组织要加强同宣传部门和各类媒体的沟通与合作，利用行业主流媒体和短视频、公众号等网络新媒体多种形式进行宣传推广，凝聚广大医务人员共识，营造全员

重视、积极参与的良好氛围，推动行动顺利开展。

### **（五）动态监测评价，确保取得实效**

各级卫生健康行政部门在行动期间要实时跟踪、动态监测、阶段评价，客观公正的分析行动成效，及时反馈至医疗机构，指导医疗机构有效改进，并将监测评价结果作为医疗机构等级评审等重大专项行动和高质量发展等重点工作紧密结合，对于改进效果显著的医疗机构给予政策倾斜，对于改进明显不足的医疗机构给予一定程度的惩戒，确保监测评价结果的正向激励和约束作用。医疗机构和质控组织要加强重点领域和关键环节的日常管理，充分调动医务人员的积极性，合理运用监测评价结果，持续提升医疗质量安全管理水平，确保行动取得实效。

附件：山西省质量提升行动效果监测指标体系

附件

## 山西省质量提升行动效果监测指标体系

序号	评估维度	评估指标	指标导向
1	工作落实	年度工作方案制定情况	/
2		年度工作总结情况	/
3		年度质量安全信息公开情况	/
4		质控中心建设情况	/
5		质控中心工作考核情况	/
6		中西医结合工作开展情况	/
7	质量安全目标改进情况	年度国家医疗质量安全改进目标改进情况	/
8		年度质控工作改进目标改进情况	/
9	急诊和日间医疗质量	平均急救响应时间	逐步降低
10		心脏骤停复苏成功率	逐步升高
11		急救抢救室滞留时间	逐步降低
12		急性ST段抬高型心肌梗死再灌注治疗率	逐步升高
13		急性脑梗死再灌注治疗率	逐步升高
14		开展日间医疗服务的医院占比	逐步升高
15		日间手术占择期手术的比例	逐步升高
16	医疗行为质量	肿瘤治疗前临床TNM分期评估率	逐步升高
17		营养风险筛查率	逐步升高
18		疼痛评估规范率	逐步升高
19		门诊就诊患者预约挂号率	逐步升高
20		门诊患者输液率	逐步降低
21		门诊和住院处方审核率	逐步升高
22		门诊和住院处方审核合格率	逐步升高
23		住院患者静脉输液规范使用率	逐步升高

序号	评估维度	评估指标	指标导向	
24		危急值报告及时率和危急值处置及时率	逐步升高	
25		早期康复介入率	逐步升高	
26		室间质评项目参加率	100%	
27		室间质评项目合格率	≥98%	
28		四级手术患者随访率	100%	
29		恶性肿瘤患者随访率	逐步升高	
30		每百出院人次主动报告不良事件例次	≥1.75	
31		临床路径管理病例占比	逐步升高	
32		单病种平均住院日	逐步降低	
33		单病种平均治疗费用	逐步降低	
34		中医医疗机构中以中医治疗为主的出院患者比例	逐步升高	
35		结果质量	医院CMI值	逐步升高
36			互认检查检验项目数量	逐年提升
37			互认医疗机构数量	逐年提升
38	ICU患者病死率		逐步降低	
39	手术并发症发生率		逐步降低	
40	住院患者手术后获得性指标发生率		逐步降低	
41	三级医院手术患者住院死亡率		逐步降低	
42	非计划重返手术室再手术率		逐步降低	
43	围术期死亡率		逐步降低	
44	恶性肿瘤患者生存时间		逐步升高	
45	急难危重症患者从住院到实施治疗措施时间		逐步降低	
46	血管内导管相关血流感染发生率		逐步降低	
47	患者院内压力性损伤发生率		逐步降低	
48	病历质量		门诊病历电子化比例	逐步升高
49		门诊结构化病历使用比例	逐步升高	

序号	评估维度	评估指标	指标导向
50		病案首页主要诊断编码正确率	80/85/90%
51		手术相关记录完整率	90/95/100%
52		临床用血相关记录符合率	100%
53		植入物相关记录符合率	100%
54		病历记录及时性	逐步升高
55		全国百佳病案入选情况	/

注：2023年12月底前完成量化指标的基线调研，确定2024和2025年度目标值。