

## 2023年度国家医疗质量安全改进目标和质控工作改进目标

序号	专业	改进目标	目标简述	核心策略	暂定牵头质控中心（牵头单位）
1	病案管理专业	提高病案首页主要诊断编码正确率（PIT-2023-01）	<p>主要诊断是病种质量管理、临床路径管理的数据基础，也是应用DRGs这一评价工具对医院进行绩效评估的重要依据。提高主要诊断编码正确率是提升病案首页质量的重要内容，对正确统计医院及地区疾病谱、支撑DRGs分组、评价医疗质量安全水平和技术能力等工作具有重要的基础性支撑作用。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 医疗机构充分发挥病案管理委员会作用，明确管理、临床、病案等部门在首页及病历全程质量管理中的职责和任务，使之成为提高医疗质量的重要抓手。</li> <li>2. 医疗机构加强培训工作，持续提高医务人员对病案首页规范填写、准确编码和数据质控的能力。</li> <li>3. 医疗机构强化临床医生临床基本功训练，提高临床工作能力，确保首页诊治信息与病历内容一致。</li> <li>4. 不断完善本机构制度化、常态化、多部门协作的监测及评价机制，按季度、分科室进行数据分析、反馈，并将目标改进情况纳入绩效管理，建立激励约束机制。</li> <li>5. 运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出持续改进措施并落实。</li> </ol>	<p>自治区病案质控中心（挂靠单位：XX学院附属医院）</p>

序号	专业	改进目标	目标简述	核心策略	暂定牵头质控中心（牵头单位）
		提高手术相关记录完整率 (PIT-2023-02)	手术相关记录完整是指在接受手术治疗的出院患者病历中,手术医嘱、术前讨论结论、手术记录、手术安全核查表等手术相关内容符合《医疗质量安全核心制度要点》(国卫医发〔2018〕8号)《病历书写基本规范》(卫医政发〔2010〕11号)等文件要求。该指标通过监测医疗机构手术相关记录的完整性与一致性,规范医疗行为,保障医疗质量和患者安全。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 医疗机构充分发挥病案管理委员会作用,完善运行病历和终末病历管理工作制度与机制,制定实施本机构病历内涵质量专项行动,规范医疗行为,保障医疗质量和患者安全。</li> <li>2. 医疗机构加大培训力度,将《医疗质量安全核心制度要点》和《病历书写基本规范》等要求落到实处。</li> <li>3. 医疗机构强化临床医生基本功训练,提高临床工作能力,确保手术相关记录的完整性与一致性,不断提升病历内涵质量。</li> <li>4. 不断完善本机构制度化、常态化监测及评价机制,按季度、分科室进行病历内涵质量分析、反馈,并将目标改进情况纳入绩效管理,建立激励约束机制。</li> <li>5. 运用质量管理工具,查找、分析影响本机构实现该目标的因素,提出改进措施并落实。</li> </ol>	自治区病案质控中心（挂靠单位：XX学院附属医院）
2	病理专业	提高分子病理室间质评参加率 (PIT-2023-03)	分子病理是我国近几年来病理诊断中逐渐发展起来的新技术,它为精准病理诊断提供理论支撑和实践指导。分子病理检测能够揭示疾病的分子特征,有助于提高诊断的准确率,通过患者肿瘤组织的分子分型,能够提供重要的疾病预后和药效预测信息,从而为患者制定有针对性的个体化治疗方案提供依据,改善患者的临床治疗效果。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 医疗机构成立医务、病理联合工作小组,加强本机构分子病理检测规范化管理。</li> <li>2. 医疗机构根据实际情况制定本机构分子病理质评参与制度与监管程序,设立分子病理质控岗位,并纳入绩效管理,建立激励约束机制。</li> <li>3. 定期在机构内部进行相关工作的培训与再教育明确相关质控指标数据采集方法。</li> <li>4. 运用质量管理工具,查找、分析影响本机构参与分子病理质控的因素,提出改进措施并落实。</li> </ol>	自治区病理专业质控中心（挂靠单位：XX医科大学附属医院）

序号	专业	改进目标	目标简述	核心策略	暂定牵头质控中心（牵头单位）
3	产科专业	降低阴道分娩并发症发生率（NIT-2023-X） 注：同时为2023年国家医疗质量安全改进目标。	《国家医疗服务与质量安全报告》显示，阴道分娩并发症发生率近年来不断升高，严重威胁产科患者健康。减少阴道分娩并发症，特别是发生率高、对孕产妇生命安全威胁最大的产后出血的发生，对提升医疗质量，保障产妇和新生儿安全具有重要意义。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 由医务、产科、新生儿科、护理等部门组成的专项工作小组，持续完善本机构产妇产妇分娩安全管理及并发症预防的管理制度和实施方案。</li> <li>2. 不断改进本机构产妇产妇医疗质量与医院获得性指标的监测及评价机制，优化相关质控指标数据采集方法与数据内部验证程序，提高数据采集-分析-反馈的质量和效率，完善激励约束机制。</li> <li>3. 开展国家医疗质量安全改进行动宣传，加强医疗质量管理能力培训，动员相关科室全员参与质量改进。</li> <li>4. 运用质量管理工具，针对分娩安全管理及并发症预防，形成“摸清现状-分析原因-明确重点-提出措施-督导实施-评估效果-持续改进”的工作机制，并持续优化。</li> <li>5. 定期开展与分娩相关的诊疗指南及技术操作规范、产科获得性疾病预防与控制的相关培训与再教育。</li> <li>6. 指导孕妇做好孕期管理，规范分娩前评估和核查。</li> </ol>	自治区产科质控中心（挂靠单位：XX自治区妇幼保健院）

序号	专业	改进目标	目标简述	核心策略	暂定牵头质控中心（牵头单位）
4	超声诊断专业	提高超声诊断符合率 (PIT-2023-04)	超声诊断符合，是指超声诊断与病理或临床诊断相符合。超声诊断符合率是反映超声诊断质量的重要指标，能反映一定时期内超声科室诊断水平，体现超声检查对临床的诊疗价值。提高超声诊断符合率，不仅有利于临床诊疗工作，还对提升超声检查的质量，保证患者的医疗安全，具有重要意义。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 医疗机构建立超声科质控管理相关工作制度与机制，落实会诊、疑难病例讨论、病例随访等制度，将医疗质量安全核心制度落实到超声医学诊疗活动中。</li> <li>2. 医疗机构成立改进目标核心专项工作小组，制定工作计划，明确责任、有效落实。</li> <li>3. 定期进行相关培训与再教育，加强人才队伍建设，提高规范化检查流程及标准化报告的使用。</li> <li>4. 建立超声诊断符合率的监测及评价机制，按照工作要求按时、准确上报数据，定期分析、总结和反馈超声诊断准确率。</li> <li>5. 运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。</li> </ol>	自治区超声诊断质控中心（挂靠单位：X鄂尔多斯市中心医院）
5	儿科专业	降低川崎病患者心脏事件发生率及川崎病相关死亡率 (PIT-2023-05)	川崎病是一种病因不明、以全身非特异性血管炎为主要病理特征的疾病，主要发生于儿童期，可能导致严重心脏事件甚至死亡，是儿童后天性心脏病最常见的病因。目前国内各地诊治水平参差不齐，已成为儿科专业医疗质量改进的重要挑战。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 自治区、盟市级质控中心，建设所辖范围内哨点网络、形成专病数据库、对医疗机构开展相关培训与督导、建立川崎病心脏事件患者的双向转诊闭环机制。</li> <li>2. 医疗机构应成立由医务、质控、心内科、心外科、心脏超声科等其他相关科室组成的专项工作小组，指定牵头部门。</li> <li>3. 医疗机构应参考川崎病诊断和急性期治疗专家共识，定期开展医务人员培训。</li> <li>4. 医疗机构建立本机构川崎病诊疗质量监测及评价机制，按照工作要求按时、准确上报。</li> <li>5. 医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响该目标实现的因素，提出改进措施并落实。</li> </ol>	自治区儿科质控中心（挂靠单位：XX自治区人民医院）

序号	专业	改进目标	目标简述	核心策略	暂定牵头质控中心（牵头单位）
		提高儿童癫痫诊断分型准确率 (PIT-2023-06)	儿童癫痫是儿童神经科最常见的疾病,对患者、家庭和社会常常带来严重不良影响,规范的诊断和治疗至关重要。儿童癫痫具有不同于成人的诊疗特点,现阶段不同地区、不同医院间诊疗水平不平衡,亟需通过质量控制体系规范诊疗行为,推进同质化,评价改进成效。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 自治区级儿科质控中心协助国家级质控中心设立儿童癫痫诊疗质量监测哨点医院,开展儿童癫痫诊疗专题培训,定期监测和评价诊疗质量,推动自治区儿童癫痫诊疗的规范化和同质化。</li> <li>2. 医疗机构成立由医务、质控、儿科、神经内科、神经外科、功能神经外科及其他相关科室组成的专项工作小组,指定牵头部门。</li> <li>3. 医疗机构制订符合本机构实际的儿童癫痫标准化诊疗方案,定期开展规范化培训。</li> <li>4. 医疗机构建立本机构儿童癫痫诊疗质量监测及评价机制,按照工作要求按时、准确上报数据,定期分析、总结和反馈儿童癫痫诊断分型准确率。</li> <li>5. 医疗机构运用质量管理工具,查找、分析影响该目标实现的因素,提出改进措施并落实。</li> </ol>	自治区儿科质控中心（挂靠单位：XX自治区人民医院）
6	放射影像专业	提高放射影像诊断符合率 (PIT-2023-07)	放射影像诊断符合率是指住院患者放射影像报告诊断,与患者病理报告诊断或临床诊断相一致的比例。放射影像报告对于患者明确诊断、选择合适的治疗方法、提高预后等具有重要的临床参考价值。放射影像检查项目包括X线、CT和磁共振等。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 医疗机构成立由医务、放射科、病理科、病案科等部门组成的专项工作小组,建立本机构放射影像诊断质量管理和提升制度、病理和临床诊断查询反馈流程。</li> <li>2. 定期开展与放射影像诊断相关的共识、指南、影像操作技术规范以及疾病放射影像诊断和鉴别诊断的相关培训。</li> <li>3. 指导放射科技师做好放射影像检查前患者准备检查技术规范和图像质量质控。</li> <li>4. 建立本机构放射影像诊断报告质量的监测及评价机制,按季度进行数据分析、反馈,建立激励</li> </ol>	自治区放射治疗质控中心（挂靠单位：XX医科大学附属医院）

序号	专业	改进目标	目标简述	核心策略	暂定牵头质控中心（牵头单位）
				<p>约束机制。</p> <p>5. 运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。</p>	
7	肺脏移植专业	提高肺移植受者一年生存率（PIT-2023-08）	<p>一年生存率是综合反映移植中心肺移植水平的核心指标。一年生存率是指术后一年内尚存活的肺移植患者数占同期同种异体肺脏移植总数的百分比。</p>	<p>1. 移植医院成立由医务、肺移植（或胸外）科、呼吸内科、ICU、护理及其他相关科室组成的专项工作小组，指定牵头部门和具体负责人。</p> <p>2. 移植医院制订符合本机构实际的医务人员技能培训计划，加强本单位肺移植临床诊疗规范化管理，定期进行相关工作的培训与再教育。</p> <p>3. 医疗机构建立肺移植质量控制监测及评价机制按月（或季）进行本机构数据分析、反馈，建立激励约束机制。</p> <p>4. 医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。</p>	<p>自治区人体器官移植质控中心（挂靠单位：XX包钢医院）</p>

序号	专业	改进目标	目标简述	核心策略	暂定牵头质控中心（牵头单位）
8	肝脏移植专业	降低肝脏移植术后非计划二次手术率（PIT-2023-09）	术后非计划二次手术率反映了肝脏移植术后并发症发生率，是医疗机构肝脏移植技术安全性评价指标，有助于发现术后并发症的现状、发生趋势及危险因素，提升肝脏移植技术水平及术后管理质量。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 医疗机构充分做好肝脏移植术前评估，制定详细手术方案。</li> <li>2. 对术后非计划二次手术率较高的移植中心加强手术技术指导培训、分享优秀移植中心的经验，提高肝脏移植手术同质化水平。</li> <li>3. 医疗机构优化围手术期管理机制及流程，及时发现并将问题将其解决在萌芽状态，有助于受者术后康复，提高肝移植围术期管理质量。</li> </ol>	自治区人体器官移植质控中心（挂靠单位：XX包钢医院）
9	感染性疾病专业	提高呼吸道病原体核酸检测覆盖率和呼吸道感染性疾病核酸检测百分比（PIT-2023-10）	呼吸道传染病是全球重大公共卫生问题，早期从发热和（或）呼吸道症状患者中正确识别并明确病原学诊断是呼吸道传染病防控的关键环节。医疗机构应当开展呼吸道病原体检测技术，医务人员应当熟练掌握呼吸道传染病的临床特点、标本采集和病原学检测技术。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 医疗机构建立由医务、信息、检验、感染及其他相关临床科室组成的专项工作小组，并指定牵头部门，建立本机构工作和评价机制。</li> <li>2. 医疗机构参加国家和自治区级感染性疾病质控中心组织的统一培训，并重点加强对本机构感染、发热门诊等科室医务人员开展相关培训和考核，确保医务人员熟练掌握呼吸道传染病临床特点、送检标本类型和病原学检测技术。</li> <li>3. 医疗机构建立本改进目标数据采集方法和内部验证程序，按季度、分科室进行数据分析、反馈，纳入绩效管理，建立激励约束机制。</li> <li>4. 医疗机构运用质量管理工具分析影响实现该目标的因素，根据分析结果明确关键原因，制定改进措施并组织实施。</li> </ol>	自治区感染性疾病质控中心（挂靠单位：XX自治区第四医院）

序号	专业	改进目标	目标简述	核心策略	暂定牵头质控中心（牵头单位）
10	冠心病介入专业	提高非 ST 段抬高型急性冠脉综合征患者危险分层完成率（PIT-2023-11）	非 ST 段抬高型急性冠脉综合征（NSTE-ACS）涵盖了不同危险分层的患者，其中中高危患者应进行经皮冠状动脉介入治疗，低危患者应进行缺血评价后决定治疗方案。这一指标通过促进危险分层手段在 NSTE-ACS 患者中的应用，进而促进经皮冠状动脉介入治疗技术在急性冠脉综合征患者中的合理应用。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 医疗机构为一线医师提供方便使用的危险分层工具，三级查房时明确患者的危险分层，主管医师在病历中记录并在申请手术时为导管室提供危险分层结果。</li> <li>2. 医疗机构对网报数据工作人员进行培训，并把危险分层完成率纳入绩效考核指标。</li> <li>3. 自治区级和盟市级质控中心加强对质量改进目标的宣传培训，对未进行危险分层病例加强质控检查指导。</li> <li>4. 自治区级和盟市级质控中心将质量改进目标作为下一级质控中心及医疗单位的工作评估指标，每年进行评估反馈。</li> </ol>	自治区冠心病介入质控中心（挂靠单位：XX 自治区人民医院）
11	罕见病专业	提高罕见病的规范诊断和治疗率（PIT-2023-12）	针对罕见病漏诊误诊率高、诊疗质量良莠不齐的现状，重点对已有规范化诊疗指南，但实际诊疗规范性较差，且疾病危害较大的罕见病进行干预。首批纳入的 5 种罕见病为： <del>DM</del> 氏肌营养不良、卟啉病、Gitelman 综合征、肺泡蛋白沉积症、转甲状腺素蛋白淀粉样变心肌病。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 医疗机构进行院内罕见病规范化诊疗体系建设，成立由医务、临床科室、医技、药学、病案、护理等部门组成的罕见病多学科团队，并指定牵头部门。</li> <li>2. 医疗机构重点加强对罕见病多学科诊疗体系建设，并建立转诊机制。</li> <li>3. 医疗机构应组织罕见病所属专科的科室骨干参加国家和自治区级质控中心组织的规范化诊疗培训，并定期在院内开展相关培训，确保医护人员熟练掌握相关诊疗规范，能够及时识别相关患者并给予规范治疗。</li> <li>4. 建立本机构罕见病单病种诊疗的监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法与数据内部验证程序，按季度、分科室进行数据分析、反馈，</li> </ol>	XX 医科大学附属医院

序号	专业	改进目标	目标简述	核心策略	暂定牵头质控中心（牵头单位）
				<p>并将目标改进情况纳入绩效管理，建立激励约束机制。</p> <p>5. 运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。</p>	
12	核医学专业	提高全身骨扫描及18F-FDG PET/CT住院患者随访率（PIT-2023-13）	<p>全身骨扫描18F-FDG PET/CT是核医学专业单光子以及正电子显像中最普及的显像，对于这两项检查的随访有利于诊断医生报告准确性的验证。提高全身骨扫描以及18F-FDG PET/CT住院患者的随访对于降低全身骨显像以及18F-FDG PET/CT误诊率，提高诊断符合率有重要意义。</p>	<p>1. 医疗机构成立由核医学科室组成的专项质控工作小组，完善核医学专业医疗质量管理的相关制度、工作机制。</p> <p>2. 医疗机构核医学专业加强质量控制培训工作，持续提高全身骨扫描以及18F-FDG PET/CT住院患者随访的意识和能力。</p> <p>3. 建立并完善本机构全身骨扫描以及18F-FDG PET/CT住院患者随访率的评价和监督机制，按季度进行本机构数据分析、反馈，建立激励约束机制。</p> <p>4. 运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。</p>	自治区核医学质控中心（挂靠单位：XX医科大学附属医院）

	专业	改进目标	目标简述	核心策略	暂定牵头质控中心（牵头单位）
	呼吸内科专业	提高住院社区获得性肺炎患者病情严重程度评估率（PIT-2023-14）	社区获得性肺炎（CAP）病情严重程度评估能够反映医疗机构对CAP患者住院指征的把握能力及对医疗资源的管理能力，是CAI医疗质控的重要参数。近几年的《国家医疗服务与质量安全报告》显示，我国二级以上医院住院CAP患者病情严重程度评估率略有增加，但仍有上升空间，仍需要提高评估比例，采取综合措施予以干预，以保障医疗安全和医疗资源的有效利用。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 医疗机构按照行业改进目标，成立改进目标核心专项工作小组，制定质量管理制度。</li> <li>2. 医疗机构通过分析2022年该指标数据情况，查找影响本机构实现该指标提升的因素。根据实际情况制定本机构本年度改进措施并组织实施，建立监测反馈机制，将目标完成情况纳入年度考核，建立激励约束机制。</li> <li>3. 医疗机构按季度收集本机构数据，进行数据分析，推进目标落实。</li> <li>4. 各自治区级质控中心组织医疗机构参加国家级、自治区级相关工作的培训与再教育。</li> </ol>	自治区呼吸疾病质控中心（挂靠单位：XX自治区人民医院）
14	护理专业	降低血管内导管相关血流感染发生率（PIT-2023-15）	血管内导管相关血流感染发生率，通过连续两年的持续改进，其改善重点中心静脉导管（CVC）及经外周静脉置入中心静脉导管（PICC）相关血流感染问题得到重视和改善。而血液净化用中心静脉导管相关血流感染发生率同期较高且关注不足，其相关预防措施及要点与其他用途中心静脉导管不同，需要予以关注。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 医疗机构目标改进小组，通过梳理本机构的风险点和薄弱环节，明确相关部门职责和沟通机制，分解目标责任，有效部署落实，合力推进改进目标实现。</li> <li>2. 医疗机构根据自身存在问题的情况，有针对性的进行培训、辅导和典型案例分析，解决技术、管理或合作等因素导致感染发生的实际问题。</li> <li>3. 医疗机构完善血管内导管相关血流感染的多部门联合监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法和数据内部验证程序。建立激励约束机制。</li> <li>4. 运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。</li> </ol>	自治区护理质控中心（挂靠单位：XX包钢医院）

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/608013073127006100>