

关于印发六安市全面提升医疗质量行动 (2023–2025年)工作方案的通知

卫健医秘〔2023〕34号

各县区卫健委，市直医疗机构：

为贯彻落实《医疗质量管理办法》（国家卫生和计划生育委员会令第10号），进一步深化医药卫生体制改革，全面提升医疗质量安全水平和医疗风险防范能力，建设优质高效的医疗卫生服务体系，保障人民群众健康权益，根据省卫生健康委、省中医药管理局《关于印发全面提升医疗质量行动(2023–2025年)实施方案的通知》（皖卫医秘〔2023〕64号），结合我市实际，制定了《六安市全面提升医疗质量行动(2023–2025年)工作方案》。现印发给你们，请认真落实，确保实效。

联系人：市卫健委医政医管科，王勇，联系电话：3379955，电子邮箱：laswsjyzk@163.com。

2023年7月12日

六安市全面提升医疗质量行动(2023-2025年) 工作方案

为贯彻落实《医疗质量管理办法》（国家卫生和计划生育委员会令第10号），进一步深化医药卫生体制改革，全面提升医疗质量安全水平和医疗风险防范能力，建设优质高效的医疗卫生服务体系，保障人民群众健康权益，根据省卫生健康委、省中医药管理局《关于印发全面提升医疗质量行动(2023-2025年)实施方案的通知》（皖卫医秘〔2023〕64号），结合我市实际，制定本工作方案。

一、行动目标

利用3年时间，在我市医疗系统进一步树立质量安全意识，完善质量安全管理体系和管理机制，落实医疗质量安全核心制度，切实履行监管职责，进一步健全政府监管、机构自治、行业参与、社会监督的医疗质量安全多元共治机制，进一步巩固基础医疗质量安全，提升医疗质量安全精细化管理、科学化、规范化程度，进一步优化医疗资源配置和服务均衡性，提升重大疾病诊疗能力和医疗质量安全水平，持续改善人民群众对医疗服务的满意度。

二、行动范围

全市二级以上医疗机构。

三、工作任务

（一）加强基础质量安全管理，夯实结构质量

1. 健全医疗质量管理组织体系。医疗机构进一步健全院、科两级医疗质量安全管理体制，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，指定或者成立专门部门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。

2. 完善质量安全管理体制。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体制，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体制。每年至少组织1次核心体制全员培训、临床科室全覆盖检查均不低于4次，检查结果量化分值纳入科室绩效考核。

3. 优化质量安全工作机制。医疗机构主要负责人每月至少召开1次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。

4. 加强医务人员管理。医疗机构按照国家和我省有关规定，强化医师、护士及医技人员准入和执业管理，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，对全体医务人员加强基本理论、基本知识、基本技能培训及考核，不断提升医务人员业务能力。

5. 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、抗肿瘤药物以及放射影像设备、植入类器械等常用设备器械的管理，做好药品器械不良反应的监测报告，对不良反应多且安全隐患突出的药品器械要及时依法依规清退出供应目录。

6. 规范医疗技术临床应用管理。医疗机构要全面梳理本机构医疗技术临床应用情况，以限制类技术、内镜和介入技术等为重点加强质量安全管理。实行医疗技术临床应用目录管理并动态调整，完善技术授权和动态管理等相应的管理制度及工作流程。新增技术项目，需经医院医疗技术临床应用管理委员会讨论通过，涉及伦理方面的还需经医院伦理委员会讨论通过后方可实施。医疗机构应当明确开展新技术、新项目临床应用的专业人员范围，应用前要充分论证可能存在的安全隐患或技术风险，并制定相应预案，加强新技术和新项目质量控制工作。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)》要求，严格落实感控管理各项要求。

7. 提升急诊质量。医疗机构应强化院前医疗急救与院内急诊的无缝衔接机制，畅通院前医疗急救与院内急诊信息，强化预检分诊，优化急诊就诊和绿色通道流程，完善急危重症患者，特别是心血管疾病、多发性创伤、心脏骤停等急危重症患者的多学科协作救治机制。在未明确收治科室时，所有相关科室必须严格执行急、危重症患者抢救制度，协调抢救，不得推诿，最大程度提升患者救治效果。

8. 改善门诊医疗质量。医疗机构应严格执行首诊负责制，在一次就诊过程结束前或由其他医师接诊前，首诊医师应当对患者的检查、诊断、治疗、抢救和转科负责。加强门急诊专业人员和技术力量配备，优化门急诊诊疗工作流程。建立门诊疑难病例会诊制度，提供门诊疑难病例会诊服务，保障患者得到及时诊治。推行多学科联合诊疗(MDT)门诊。制定完善门诊手术和有创诊疗目录，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。门急诊工作质量应纳入考核科室和医务人员的重要内容。

9. 提高日间医疗质量。医疗机构应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，强化日间医疗科室和医师审核授权管理，不断扩充日间医疗服务范围，提升日间医疗服务供给能力。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。限制类技术不得纳入日间医疗技术目录。

10. 保障手术质量安全。医疗机构应严格落实手术分级管理制度，建立手术分级动态调整制度，根据开展手术的效果和手术并发症等情况，动态调整手术分级管理目录。建立手术技术临床应用能力评估和手术授权动态调整制度，三、四级手术应当逐项授予术者手术权限。定期组织评估术者手术技术临床应用能力，重点评估新获得四级手术权限的术者。根据评估结果动态调整手术权限，并纳入个人专业技术档案管理，四级手术评估周期原则上不超过一年。手术授权原则上不得与术者职称、职务挂钩。全面加强手术患者术前评估、麻醉评估，落实

术前讨论制度，准确把握手术适应证和禁忌证，科学制订手术方案。严格落实手术安全核查制度，强化围手术期管理。医疗机构手术分级管理情况与医疗机构校验、等级医院评审、评价及个人业绩考核相结合。

专项行动之一：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的比例进一步提升，全省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不高于1.8%。住院患者手术后获得性指标发生率不高于7.5%，全面落实四级手术术前多学科讨论制度。

11. 提高患者随访质量。医疗机构应根据不同疾病特点及诊疗规律，明确随访时间、频次、形式和内容等，安排专门人员进行随访并准确记录。为有需要的患者提供出院后连续、安全、便捷的延伸性医疗服务。重点加强四级手术、恶性肿瘤患者的随访管理，重点关注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。提倡结合智慧医院建设，通过信息化手段提高随访效果。

12. 优化要素配置和运行机制。医疗机构应进一步强化“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，建设专病中心，为患者提供重大疾病诊疗一站式服务。

专项行动之二：“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，结合我市居民疾病谱和异地就医流向情况，在保障医疗安全的基础上优化要素配置和运行机制。力争到2025年末，在冠心病、脑卒中、胃癌、肺癌等专病的诊疗模式和组织形式有创新性突破。全市急性ST段抬高型心肌梗死再灌注治疗率提升至80%；全市急性脑梗死再灌注治疗率提升至45%。

（二）强化关键环节和行为管理，提高过程质量

13. 严格规范日常诊疗行为。医疗机构和医务人员应严格遵循临床诊疗指南、临床技术操作规范、行业标准和临床路径等有关要求开展诊疗工作，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。严格落实《促进医疗机构及其工作人员合理检查合理用药合理治疗专项行动方案（2023-2025年）》（皖卫医秘〔2023〕38号），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、病情变化、住院超30天、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、使用评估工具，提高评估的科学性、准确性；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。医疗机构应严格落实科主任领导下的三级查房制度。根据本机构医师队伍和管理体制建立本机

构的三级查房和相应的诊疗体系，保障临床科室对患者的查房频次、形式和内容符合规定。工作日每天至少查房2次，非工作日每天至少查房1次，三级医师中最高级别的医师每周至少查房2次，中间级别的医师每周至少查房3次。术者必须亲自在术前和术后24小时内查房。明确医师查房行为规范，尊重患者、注意仪表、保护隐私、加强沟通、规范流程。倡导医疗、护理、药事联合查房，倡导中西医联合查房，及时掌握患者病情变化，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。对不能满足每一位住院患者必须有三个不同级别的医师进行诊疗管理的专业部门(科室)，医疗机构可采用专业类别相同或相近的专业部门(科室)合并运行，或实行大外科、大内科管理体制开展医疗活动。确无法满足要求的，应当停止提供相关住院诊疗服务。

16. 落实值班和交接班制度。医疗机构实行医院总值班制度，有条件的医院可以在医院总值班外，单独设置医疗总值班和护理总值班。总值班人员需接受相应的培训并经考核合格。明确各值班岗位职责、值班人员资质和人数。值班表应当在全院公开，值班表应当涵盖与患者诊疗相关的所有岗位和时间。当值医务人员中必须有本机构执业的医务人员，非本机构执业医务人员不得单独值班。当值人员不得擅自离岗，休息时应当在指定的地点休息。各级值班人员应当确保通讯畅通。四级手术患者手术当日和急危重患者必须床旁交班。急危重患者和当日四级手术的患者，因情况特殊并且需随时评估，必须床旁交

班，给予口头详尽叙述交接班内容以及相关的注意事项，并将交接班内容及注意事项及时记录到值班记录册当中。

17. 提升合理用药水平。医疗机构应规范医师处方行为，按照安全、有效、经济、适宜的合理用药原则开具处方。严格抗菌药物分级管理，重点加强预防使用、联合使用和静脉输注抗菌药物管理，强化碳青霉烯类抗菌药物以及替加环素等特殊使用级抗菌药物管理。推行临床药师制，发挥药师在处方审核、处方点评、药学监护等合理用药管理方面的作用，开展住院病历抗菌药物临床应用专项点评，严格规范临床用药行为，实行业内部通报制度，不断提高药物临床应用管理水平。强化合理用药教育与培训，对不合理用药行为及时采取干预措施。在儿科等重点科室配备驻科药师，参与药物治疗管理。

18. 提高检查检验质量。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，重点关注即时检验（POCT）质量管理，配合做好室间质量评价工作，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。医疗机构应当进一步优化危急值项目管理目录和识别机制，建立住院和门急诊患者危急值报告具体管理流程和记录规范，确保危急值信息准确，传递及时，信息传递各环节无缝衔接且可追溯。

19. 加强病历质量管理。以提升病历内涵质量和完整性、及时性为核心任务，加强疾病分类、手术操作分类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、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，进一步强化管理，提升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)诊病历记录规范性和完整性，提高门(急)诊电子病历使用比例。

专项行动之三：病历内涵质量提升行动

以教育培训、质控抽查、优秀病案评比和宣传交流为主要方式，引导医疗机构落实安徽省病历书写、管理和应用的相关规定，强化病历内涵意识，提升病历客观、真实、准确、及时、完整、规范水平，更好体现临床诊疗思维和过程。到2025年末，病案首页主要诊断编码正确率不低于90%，病历记录完整性和及时性进一步提高。积极参评全国百佳病案或省市举办的优秀病案评选活动。

20. 加强会诊管理。医疗机构应进一步完善会诊制度，明确各类会诊的具体流程，加强会诊人员资质管理，统一会诊单格式及填写规范，规范会诊行为，追踪会诊意见执行情况 and 执行效果。保证医师会诊通信方式、急会诊院内行走路径、电梯快速运送等畅通，确保急会诊在会诊请求发出后10分钟内到位，普通会诊在会诊发出后24小时内完成。不允许以电话形式进行会诊，急会诊请求方必须全程陪同。邀请机构外专家会诊原则上应征得科主任同意。同时，加强中医、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，提升首次就诊的肿瘤患者及四级手术患者的多学科会诊比例。

21. 提高急难危重救治效果。医疗机构应进一步优化绿色通道管理，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。进一步落实急危

重患者抢救制度和疑难病例讨论制度，提高重症患者救治技术能力。急危重症患者按照“优先处置转运”及“先及时救治、后补交费用”的原则救治。

22. 强化患者安全管理。医疗机构进一步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，加强新入职医务人员、实习进修人员、返聘人员等岗前培训，强化医疗技术人员、实验室人员等非临床一线工作人员的培训。强化医疗质量(安全)不良事件的主动报告，形成医疗质量(安全)不良事件定期分析和通报机制，查找存在的共性问题 and 薄弱环节，开展系统性改进工作。开展典型案例分析，做到人人重视医疗安全、人人落实医疗安全。

专项行动之四：患者安全专项行动

医疗机构开展全员参与覆盖诊疗服务、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。强化非惩罚性报告机制，提高识别能力，优化报告途径，鼓励医务人员报告不良事件，营造良好的质量安全氛围。

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。

23. 提供优质护理。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。

24. 加强临床路径管理。医疗机构主要负责人是临床路径管理的第一责任人。医疗机构应当完善临床路径管理体系，建立相关工作制度，加强临床路径管理。针对国家和省内发布的临床路径表单，各医疗机构结合实际，形成具有可操作性的本地化临床路径。将临床路径信息系统与HIS系统、PACS系统、LIS系统、手术麻醉系统等有效整合，依托信息化促进临床路径普遍应用与规范管理。

（三）织密质量管理网络，完善工作机制

25. 健全质控体系和工作机制。进一步建立健全省、市、县三级医疗质控工作网络，落实质控中心管理规定，完善质控中心运行机制。各级卫生健康行政部门及中医药主管部门应加强对质控工作的指导，全市各质控中心应将下级质控机构工作开展情况纳入年度质控工作考核评价内容。各县区卫生健康委每半年召开至少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。

26. 加强质量安全信息公开。省市级卫生健康行政部门要建立辖区内医疗机构质量安全排名、通报和信息公开制度，完善工作机制，充分调动行业重视程度和工作积极性。各级质控中心围绕本专业年度质量安全情况进行监测、分析和反馈，为质量安全信息公开提供技术支撑。

27. 完善“以质为先”的绩效管理机制。医疗机构将医疗质量管理情况作为绩效考核的重要依据，探索建立以医疗质量安全为导向的绩效分配机制。将科室医疗质量管理情况作为科室负责人综合目标考核以及聘任、晋升、评先评优的重要指标；

将科室和医务人员医疗质量管理情况作为医师定期考核、晋升晋职的重要依据。

专项行动之五：“织网”行动

对照省级设置要求，到2025年末，设置完成不少于50个专业的市质控中心，不少于5个中医专业市级质控中心；不少于80个县区质控中心，不少于6个县区级中医质控中心。质控工作逐步覆盖住院、日间、门(急)诊等全诊疗人群。其中，内科、普外科、妇产科、儿科、院感、护理、药事、临床检验、放射、病案、临床路径和临床用血等专业质控中心(组织)实现县区级全覆盖。

28. 强化目标导向，优化改进工作机制。各级质控组织和医疗机构要聚焦年度国家及我省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，合理细化本地本机构改进目标并确定目标改进幅度，把推动目标实现作为年度质量安全管理工作重点，创新工作机制和方式方法，以点带面提升质量安全水平，并纳入日常检查和年度工作评价重要内容。

29. 充分发挥考核评估指挥棒作用。充分发挥等级医院评审、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、临床专科评估、单病种质量评估等工作的指挥棒作用，将医疗质量管理情况作为考核工作的重要内容，督促指导医疗机构落实相关政策要求。

30. 加强中医药质控。医疗机构应将中医医疗技术应用、中药合理使用等，纳入医疗质量管理。严格按照中医医院等级评审标准和《综合医院中医临床科室基本标准》要求，重视中

医临床科室人员配备，建立并完善各项规章制度，严格执行中医药行业标准规范和中医医疗护理技术操作规程，坚持以整体观念为主导思想，以辨证论治为诊疗特点，开展中医特色护理，提供具有中医特色的康复和健康指导等服务。各县区卫生健康委应加强中医药质控机构设置和建设，完善中医诊疗技术规范的修订和备案。

四、检查监测

通过医疗机构自查自纠、省市级效果监测和专项检查等方式，确保提升医疗质量行动取得实效。

（一）医疗机构自查自纠。医疗机构通过落实工作任务，积极提升医疗质量的同时，每半年开展一次自查自纠，查找问题不足，建立台账，及时整改。每年于7月10日、下一年度1月10日前向主管卫生健康行政部门报送半年、全年度医疗质量提升行动工作情况。

（二）省市级效果监测。省市两级每半年对重点行动效果监测指标开展一次监测，通报监测结果。

（三）省市级专项检查。根据医疗机构自查自纠和省市级效果监测情况，对工作推进不力、监测效果不佳的县区或单位，由省、市卫生健康行政部门每半年组织一次专项检查，督促整改提升，对检查中发现的问题实行“书面交办、立账督办、对账销号、结果通报”，确保取得实效。

各县区于每年7月10日、下一年度1月10日前将提升医疗质量行动、效果监测、专项检查等工作情况报送市卫健委。

六、工作要求

（一）加强组织领导。市县卫生健康委负责对辖区医疗机构开展情况进行监督、指导和评估，相关负责人要亲自抓，细化作措施，明确责任分工，层层压实责任，推动工作有序开展。各级各类医疗机构是行动的责任主体，主要负责人是第一责任人，要亲自研究、靠前领导。医疗机构要成立“全面提升医疗质量行动”领导小组和办公室，制定详细工作计划，压实工作责任，落实各项具体工作任务，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）做好工作安排。2023年7月为启动学习阶段，各县区卫健委、市直医疗机构要组织学习我委印发的《全面提升医疗质量行动(2023-2025年)工作方案》和《全面提升医疗质量行动效果监测指标》（见附件）。2023年7月-2025年9月为具体实施阶段，各县区卫健委、市直医疗机构不断推动工作进展，加强指导评估，及时发现专项行动工作推进工作中的各类问题，及时沟通解决。2025年10-12月为总结提高阶段，对质量安全提升工作进行全面总结评估，提炼质量安全提升工作经验。

（三）强化科学管理。各级质控组织和医疗机构要密切关注医疗质量安全管理领域前沿进展，吸纳国内外先进管理经验和方法，强医疗质量安全管理相关学习培训，推广单病种管理、全面质量管理等医疗质量管理工具，提升质量安全管理科学化程度和管理效能。各具体专业质控中心要按照卫生健康行政部门要求，负责制订本专业质量安全改进工作计划，研究提出医疗质量安全改进目标和质控工作改进目标并组织实施。

（四）加强宣传引导。各县区卫生健康委、市直医疗机构和各级质控组织要注重从多维度、多层面挖掘我市行动落实的先进典型，充分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，市卫健委将遴选具有代表意义的典型案例予以通报表扬，并报省卫生健康委，共同营造医疗质量安全管理的良好氛围。

附件：全面提升医疗质量行动效果监测指标

附件

全面提升医疗质量行动效果监测指标

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	完成
2		年度工作总结情况	完成
3		年度质量安全信息公开情况	完成
4		质控中心建设情况	完成
5		质控中心工作考核情况	完成
6		中西医结合工作开展情况	完成
7	质量安全目标	年度国家医疗质量安全改进目标改进情况	完成
8	改进情况	年度质控工作改进目标改进情况	完成
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		急性ST段抬高型心肌梗死再灌注治疗率	逐步升高
12		急性脑梗死再灌注治疗率	逐步升高
13		开展日间医疗服务的医院占比	逐步升高
14		日间手术占择期手术的比例	逐步升高
15	医疗行为质量	肿瘤治疗前临床TNM分期评估率	逐步升高
16		营养风险筛查率	逐步升高
17		疼痛评估规范率	逐步升高
18		门诊和住院处方审核率	逐步升高
19		门诊和住院处方审核合格率	逐步升高
20		住院患者静脉输液规范使用率	逐步升高
21		危急值报告及时率和危急值处置及时率	逐步升高
22		早期康复介入率	逐步升高

序号	评估维度	评估指标	指标导向
23	医疗行为质量	室间质评项目合格率	逐步升高
24		四级手术患者随访率	逐步升高
25		恶性肿瘤患者随访率	逐步升高
26		每百出院人次主动报告不良事件例次	逐步升高
27		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
28	结果质量	医院CMI值	逐步升高
29		ICU患者病死率	逐步降低
30		手术并发症发生率	逐步降低
31		非计划重返手术室再手术率	逐步降低
32		围术期死亡率	逐步降低
33		恶性肿瘤患者生存时间	逐步升高
34		血管内导管相关血流感染发生率	逐步降低
35		患者院内压力性损伤发生率	逐步降低
36	病历质量	门诊病历电子化比例	逐步升高
37		门诊结构化病历使用比例	逐步升高
38		病案首页主要诊断编码正确率	逐步升高
39		病历记录及时性	逐步升高
40		全国百佳病案或省市优秀病案评选入选情况	入选