

附件 1

2023 年国家医疗质量安全改进目标

- 目标一 提高急性 ST 段抬高型心肌梗死再灌注治疗率
- 目标二 提高急性脑梗死再灌注治疗率
- 目标三 提高肿瘤治疗前临床 TNM 分期评估率
- 目标四 降低住院患者围手术期死亡率
- 目标五 提高医疗质量安全不良事件报告率
- 目标六 提高住院患者静脉输液规范使用率
- 目标七 提高四级手术术前多学科讨论完成率
- 目标八 提高感染性休克集束化治疗完成率
- 目标九 提高静脉血栓栓塞症规范预防率
- 目标十 降低阴道分娩并发症发生率

目标一 提高急性 ST 段抬高型心肌梗死再灌注治疗率 (NIT-2023-I)

(一) 目标简述

急性心肌梗死是导致我国居民死亡的首要病种，提高急性 ST 段抬高型心肌梗死（STEMI）患者再灌注治疗率对降低急性 STEMI 患者的致残率及死亡率、改善患者生活质量、减轻社会和家庭负担具有重要意义。急性 ST 段抬高型心肌梗死再灌注治疗，是指对发病 12 小时内的急性 STEMI 患者给予经皮冠状动脉介入治疗(PCI)或静脉溶栓治疗，首选 PCI 治疗。

(二) 核心策略

1.医疗机构充分发挥由心内科、急诊科、检验、护理、影像等部门组成的急性 STEMI 患者再灌注治疗技术团队作用，加强多部门多学科协同联动，优化院前-院内衔接、院内流程和资源配置。

2.医疗机构根据本机构实际情况不断完善急性 STEMI 患者急救方案及标准化操作流程，并持续进行院内再灌注治疗规范化培训。保障医务人员随时到位，保障药品、设备、设施处于可用状态。加强患者及家属宣教。

3.不具备 PCI 能力的医疗机构，要按照本机构急性 STEMI 患者急救转诊方案及流程规范执行，确保可以及早启动转运 PCI、院内容栓加转运 PCI 的早期再灌注治疗，并完善前期准备。

4.医疗机构进一步优化急性 STEMI 患者再灌注治疗率的监测及评

价机制，推进相关质控指标数据采集，加强数据内部验证，提高数据质量，并按季度进行本机构数据的分析、反馈。

5.医疗机构加强质量管理工具、质控数据的应用，查找、分析影响本机构实现急性 STEMI 患者再灌注治疗改进目标的关键因素，以目标为导向提出和落实改进措施，并持续跟进改进效果。

6.医疗机构建立急性 STEMI 患者再灌注治疗改进工作激励约束机制，充分调动相关管理人员和医务人员的积极性，推动该目标的实现。

目标二 提高急性脑梗死再灌注治疗率（NIT-2023-Ⅱ）

（一）目标简述

脑梗死在我国二级以上医院住院患者疾病诊断数量中位居首位，也是导致我国居民死亡的前 3 位病种之一。提高急性脑梗死再灌注治疗率有助于降低急性脑梗死患者的致残率及死亡率，改善患者生活质量，减轻社会和家庭负担。急性脑梗死再灌注治疗，是指对发病 6 小时内的急性脑梗死患者给予静脉溶栓治疗和（或）血管内治疗。

（二）核心策略

1.医疗机构应在已有再灌注治疗技术团队基础上，不断优化团队人员配置、接受再灌注治疗相关新技术的专业化培训。

2.医疗机构应与院前急救系统建立高效连接，快速转运，提升救治效率，同时在已有急性脑梗死患者急救方案及标准化操作流程基础上，持续优化院内急救流程。

3.不具备再灌注治疗能力的医疗机构，要建立本机构急性脑梗死

患者急救转诊方案及流程，尽可能完成“一小时急救圈”内转诊。

4.医疗机构建立更加完善的急性脑梗死再灌注治疗持续监测平台及评价反馈机制，能够按月度进行本机构数据分析、反馈，建立激励约束机制。

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。

目标三 提高肿瘤治疗前临床 TNM 分期评估率（NIT-2023-III）

（一）目标简述

恶性肿瘤在我国位于居民死因排序首位。全面科学评估肿瘤患者病情，是肿瘤规范化治疗的基础。提高肿瘤患者治疗前完成临床 TNM 分期评估的比例可以提高肿瘤患者诊疗方案的科学性、合理性，提升肿瘤患者诊疗效果和生存率。

（二）核心策略

1.医疗机构成立由医务、病案、肿瘤、影像及其他临床科室组成的专项工作小组，加强本机构肿瘤疾病诊疗规范化管理，定期进行相关工作的培训与再教育。

2.医疗机构重点加强非肿瘤专业临床科室诊疗肿瘤疾病的管理，对肿瘤患者（特别是初诊患者）采取多学科协作诊疗。

3.加强临床 TNM 分期评估过程管理，建立完善评估制度，规范评估流程，明确相关医务人员须掌握的检查评估策略；按照有关要求规

范书写临床 TNM 分期评估内容。

4.建立本机构肿瘤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，并将目标改进情况纳入绩效管理，建立激励约束机制。

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。

目标四 降低住院患者围手术期死亡率（NIT-2023-IV）

（一）目标简述

住院患者围手术期死亡率是行业通用的反映手术质量安全的指标之一。死亡原因可能取决于患者的健康状态、手术类型、紧迫程度、技术能力、围术期管理水平等。《国家医疗服务与质量安全报告》数据显示，我国手术患者住院死亡率呈上升趋势，加强住院患者围手术期管理，落实手术相关管理制度，降低住院患者围手术期死亡率，对整体提高医疗质量安全水平具有重要意义。

本指标重点关注住院患者进行开放手术、介入治疗及内（窥）镜下治疗性操作在手术当日、术后 24 小时和 48 小时的死亡情况。

（二）核心策略

1.医疗机构成立由医务、质控、护理、麻醉、临床科室、病案和信息等相关部门组成的专项工作小组，并指定牵头部门。

2.医疗机构加强围手术期管理，采取有效措施保障手术分级管理、医务人员授权管理、紧急情况下特殊授权管理制度、手术论证制度、

手术培训制度、术前讨论制度、手术安全核查制度、手术相关不良事件报告制度、死亡讨论制度、患者随访制度、手术质量安全评估制度、手术分级管理督查制度等一系列制度落实到位。

3.医疗机构建立住院患者手术当日、术后 24 小时、术后 48 小时内死亡率的监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法和数据内部验证程序，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。

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，依据分析结果明确关键原因，制定改进措施并组织实施。

目标五 提高医疗质量安全不良事件报告率（NIT-2023-V）

（一）目标简述

医疗质量安全不良事件指在医院内被工作人员主动发现的，或患者在接受诊疗服务过程中出现的，除了患者自身疾病自然过程之外的各种因素所致的不安全隐患、状态或造成后果的负性事件。目前，我国医疗机构医疗质量安全不良事件发生情况与国际相关数据比较，在识别和报告率上还有一定差距。加强医疗质量安全不良事件报告工作，提高医疗质量安全不良事件的识别和报告率，对于构建医疗机构医疗质量安全文化和学习平台，提升医疗质量安全水平具有重要意义。

（二）核心策略

1.医疗机构成立由医务、护理、院感、各临床科室等部门组成的专项工作小组，完善医疗质量安全不良事件管理的相关制度、工作机制，

重点明确医疗质量安全不良事件的分级、分类管理。

2.医疗机构加强培训工作,持续提高医务人员识别与防范医疗质量安全不良事件的意识和能力,引导和鼓励医务人员主动发现和上报医疗质量安全不良事件的积极性,构建非惩罚性文化氛围。

3.建立及完善本机构医疗安全(不良)事件的报告、监测及评价机制,按季度进行本机构数据分析、反馈,建立激励约束机制。对于四级手术发生严重医疗质量(安全)不良事件的情况,应当严格按照《医疗机构手术分级管理办法》第二十四条规定进行管理。

4.重点提升医疗质量安全隐患问题或未造成严重不良后果的负性事件识别能力与主动报告意识。

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。

目标六 提高住院患者静脉输液规范使用率(NIT-2023-VI)

(一) 目标简述

静脉输液是现代药物治疗的重要给药途径,在治疗某些疾病和挽救患者方面具有不可替代的作用。但是,静脉输液治疗的不合理使用,不仅不能改善患者治疗效果,还存在更多安全隐患,增加不必要的医疗成本。连续几年的《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患者静脉输液使用率呈下降趋势,但仍存在静脉输液不合理使用的情况,需要针对住院患者静脉输液使用情况探索质量改

进长效机制，从多个维度综合评价，重点关注住院患者静脉输液使用率、每床日静脉输液使用频次、液体总量（毫升）和药品品种数量等指标，采取综合措施予以干预，以维护医疗安全和患者权益。

（二）核心策略

1.医疗机构成立由医务、临床科室、药学、信息等部门组成的专项工作小组，完善静脉输液治疗管理相关工作制度和机制。

2.优化药品供应机制，保障常用药物口服、外用等剂型的合理供应。

3.研究确定并不断完善本机构无需静脉输液治疗的病种清单，关注重点药物、科室、疾病的静脉药物使用情况。持续积累临床管理和实践证据。

4.定期进行临床诊疗指南的培训，加强循证理念的教育，促进医务人员科学选择给药方式，建立优化给药途径的激励约束机制。

5.建立本机构静脉输液治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，按季度进行本机构数据分析、反馈，并组织人员对评价指标结果进行点评。

6.强化静脉输液治疗药物监测和预警机制，关注静脉输液治疗药物使用体积、频次、数量、药品种类和不良反应/事件等情况，并向临床及时反馈预警信息。

7.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。

目标七 提高四级手术术前多学科讨论完成率（NIT-2023-VII）

（一）目标简述

国家卫生健康委颁布实施的《医疗机构手术分级管理办法》中明确医疗机构四级手术开展前必须进行多学科讨论。四级手术术前进行多学科讨论有助于汇聚各专业的技术力量，综合评估患者的风险/获益比，制定全面的诊疗计划及手术风险防范处置最佳方案，从而最大程度降低手术风险和并发症发生，保障手术质量和医疗安全。

（二）核心策略

1.医疗机构医疗技术临床应用管理组织负责本机构手术分级的管理。医疗机构要提高认识，全面梳理本机构手术分级管理目录，依据功能定位、医疗服务能力水平和诊疗科目，建立符合本机构实际、具有可操作性且符合四级手术特点的手术分级管理目录，保障手术分级管理工作的科学性、精准性。

2.医疗机构按照《医疗机构手术分级管理办法》和《医疗质量安全核心制度要点》，制订符合本机构实际的四级手术术前多学科讨论制度，由医务部门牵头组织相关部门和临床专科对开展的四级手术进行术前多学科讨论，人员构成标准根据疾病及手术动态组建四级手术术前多学科讨论成员。

3.医疗机构建立四级手术术前讨论工作机制，完善从手术科室发起，到医务部门组织、术前讨论及记录等环节的管理流程，明确时限要求、发起方式、组织形式、协调管理等一系列工作机制。

4.医疗机构强化四级手术术前多学科讨论的及时性、有效性、便捷性和可追溯性，不断优化流程、提高完成率。

5.医疗机构建立四级手术术前多学科讨论完成的监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法与数据内部验证程序，按季度进行本机构数据分析、反馈，建立激励约束机制。

6.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。

目标八 提高感染性休克集束化治疗完成率（NIT-2023-VIII）

（一）目标简述

感染性休克具有发病率高、病死率高、治疗费用高等特点，是导致住院患者（特别是重症患者）死亡的重要原因。提高感染性休克临床治疗水平是当前全球重大的健康挑战之一，尽快实施规范的集束化治疗是改善感染性休克患者预后的重要措施。《国家医疗服务与质量安全报告》显示，我国感染性休克患者的集束化治疗仍有较大改进空间，提高感染性休克患者3小时和6小时集束化治疗完成率对保障患者生命安全具有重要意义。

（二）核心策略

1.医疗机构成立由重症、急诊、感染性疾病、检验、医务等相关部门组成的专项工作小组，并指定牵头部门。

2.医疗机构定期开展相关培训，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。

3.医疗机构建立感染性休克集束化治疗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，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。

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，根据分析结果明确关键原因，制定改进措施并组织实施。

目标九 提高静脉血栓栓塞症规范预防率（NIT-2023-IX）

（一）目标简述

静脉血栓栓塞症（VTE）包括深静脉血栓形成（DVT）和肺血栓栓塞症（PTE），是导致患者非预期死亡的重要原因之一，严重危害患者安全。VTE 规范预防，是指患者住院期间和出院后接受 VTE 风险与出血风险评估，并根据评估情况按照有关临床指南规范给予规范预防措施，包括基础预防、药物预防、机械预防等。强化质控，提高 VTE 规范预防率，实现 VTE 的早期干预，可以有效降低 VTE 的发生率及致死率。

（二）核心策略

1.医疗机构进行医院内 VTE 防治体系建设，成立由医务、临床、护理等部门组成的 VTE 管理团队，制定科学的 VTE 防治管理路径，开展规范的 VTE 风险评估和预防。

2.借助信息化手段加强 VTE 预防提醒、质控指标的数据采集、监测及评价反馈，并纳入绩效管理，建立激励约束机制。

3.运用有效质量管理工具，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。

4.建立 VTE 相关会诊转诊机制和应急预案，实现重症 VTE 患者的救治与管理。

5.开展 VTE 防治技术指导、教学培训和相关交流，提高 VTE 认知水平及规范化防治能力。

目标十 降低阴道分娩并发症发生率（NIT-2023-X）

（一）目标简述

《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。

（二）核心策略

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分娩安全管理及并发症预防的管理制度和实施方案。

2.不断改进本机构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。

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。

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。

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。

6.指导孕妇做好孕期管理，规范分娩前评估和核查。

附件 2

2023 年各专业质控工作改进目标

序号	质控中心	改进目标	目标简述	核心策略
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)	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。	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。 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。 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。 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。 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。
		提高手术相关记录	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，	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

		完整率 (PIT-2023-02)	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。	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。 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。 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。 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。 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。
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。	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。 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。 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。 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

			案提供依据，改善患者的临床治疗效果。	施并落实。
3	产科专业	降低阴道分娩并发症发生率 (NIT-2023-X)	详见国家医疗质量安全改进目标十	
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。	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。 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。 3. 定期进行相关培训与再教育，加强队伍建设，提高规范化检查流程及标准化报告的使用。 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。 5. 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。

5	儿科专业	降低川崎病患儿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。	1. 省市级质控中心，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。 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。 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。 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。 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。
		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。	1. 省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，推动本省儿童癫痫诊疗的规范化和同质化。 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。 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。

				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。 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。
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。	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。 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。 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。 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，建立激励约束机制。 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。
7	肺脏移植专业	提高肺移植受者一年生存率 (PIT-2023-08)	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	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。

			异体肺脏移植总数的百分比。	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。 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。 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。
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。	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。 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。 3. 医疗机构优化围手术期管理机制及流程，及时发现问题并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。
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	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	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。 2. 医疗机构参加国家和省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

		(PIT-2023-10)	呼吸道传染病的临床特点、标本采集和病原学检测技术。	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。 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。 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。
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。	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。 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。 3. 省级和地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。 4. 省级和地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。
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	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。

			害较大的罕见病进行干预。首批纳入的 5 种罕见病为：DMD 杜氏肌营养不良、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。	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。 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省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。 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，并将目标改进情况纳入绩效管理，建立激励约束机制。 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。
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）	全身骨扫描和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。	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。 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。 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。 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。
13	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 CAP 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。	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。 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。 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。 4. 各省级质控中心组织医疗机构参加国家级、省级相关工作的培训与再教育。
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。	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。 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。 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。 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。
		降低住院患者 2 期及以上院内压力性损伤发生率 (PIT-2023-16)	院内压力性损伤是住院患者常见并发症之一。我国住院患者 2 期及以上院内压力性损伤发生率看似低于文献报告的全球发病率，但我国住院患者基数巨大，因此压力性损伤仍然是一个重要的健康威胁，需要集合力量、筹集资源去改进。	1. 医疗机构成立由医务、护理、康复、营养等相关部门组成的专项工作小组，按照国家相关要求建立本机构具体工作制度和实施措施。 2. 医疗机构定期开展预防压力性损伤管理规范相关培训，确保医护人员掌握相关操作规程，熟悉质量监管与不良事件报告登记制度等。 3. 医疗机构建立监测及评价机制，按季度、分科室进行数据分析、反馈、改进，建立激励约束机制。 4. 加强宣传导向作用。普及压力性损伤预防知识，加强基层、社区乃至居家护理等各层面压力性损伤防范意识。
15	急诊专业	提高心脏骤停患者复苏成功率 (PIT-2023-17)	心肺复苏是急危重症抢救的核心内容，心肺复苏成功率是急诊医疗质量安全的核心指标及救治能力的重要体现。心肺复苏成功率的整体提升，对于保障人民生命健康具有重要意义。通过持续的质量改进，使心肺复苏能力在各级医疗机构	1. 医疗机构由急诊科牵头，联合心内科、重症医学科、神经内科、检验科、医务处等相关部门组建成立生命支持专项工作组，完善心脏骤停救治质量管理体系与工作机制，健全从基础生命支持、高级生命支持至自主循环恢复后治疗的全生存链流程。 2. 承担院前急救的医疗机构，应优化符合本机构实际的院前急救体系启动和响应流

		趋于同质化，将是急诊医疗水平和质量安全的重要进步。	程，确保院前和院内急救体系的无缝链接。 3. 医疗机构制定符合本机构实际的院内快速反应团队启动和复苏流程，对相关人员进行心肺复苏规范化培训和周期性演练。有条件的医院推进复苏监测与反馈设备的常规应用（如呼气末二氧化碳监测）。 4. 本年度将工作重点聚焦于心脏性猝死患者，及时纠正可逆因素，优化原发病治疗相关流程（如心梗再灌注治疗、心律失常电生理治疗等）。 5. 完善心脏骤停患者复苏成功率的监测和评价机制，明确相关质控指标数据采集方法与数据内部验证程序。 6. 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，进一步提出改进措施并落实。
	缩短急危重症患者 急诊滞留时间 (PIT-2023-18)	急诊的拥堵和患者滞留可降低医院急诊诊疗效率，造成急诊医护资源占用，增加医疗风险和医患矛盾。急危重症患者在急诊给予早期救治后，及早入院治疗是提升医疗质量的重要组成部分，对患者预后具有重要意义，特别是对心梗、脑梗、感染性休克等时间依赖性疾病的危重患者。	1. 医疗机构由医务处牵头，急诊科、重症医学科、心内科、神经内科等相关部门共同组建院级综合救治协调小组，优化就诊及入院流程，合理配置资源。 2. 构建分级分流及动态化调整的急诊管理体系，建立急诊患者分流限时管理干预机制。 3. 推进医联体医院分级诊疗，解决急慢分治，提高医疗资源利用效率，保障双向转诊顺畅。 4. 加速推进急诊信息化进程，实现急诊和住

				院信息化互通衔接，院内共享分流需求和信息。 5. 充分运用质量管理工具，形成监测-评价-反馈-分析的工作机制，实现持续改进。
16	健康体检管理专业	提高重要异常结果随访率 (PIT-2023-19)	体检中发现的异常结果在检后管理中需要区别对待。对重要异常结果进行随访，能够使相关异常结果得到及时、规范、有效的处置，对提高重大疾病的诊疗效果具有重要意义，对规范健康管理（体检）机构的医疗行为、保障医疗质量至关重要。	1. 健康管理（体检）机构应建立重要异常结果管理制度，开展对重要异常结果的随访，并进行登记。 2. 参照《健康体检重要异常结果管理专家共识（试行版）》制定与本机构体检项目相关的重要异常结果标准和范围，并进行分层管理。 3. 不断提升体检机构全体人员对重要异常结果意义及重要性的认识，加强对各岗位重要异常结果报告制度的落实情况，建立健全责任。 4. 有条件单位引进信息化平台，对重要异常结果进行闭环管理。
17	结构性心脏病介入专业	降低室间隔缺损封堵术后传导阻滞发生率 (PIT-2023-20)	室间隔缺损封堵术后传导阻滞发生率是反映结构性心脏病介入医疗质量的重要指标。近年来，随着我国高龄产妇增多，室间隔缺损患者人数不断增加。实施有效的干预措施，降低室间隔缺损介入封堵术后传导阻滞发生率对于提高医疗质量、改善患者生活质量具有重	1. 医疗机构成立由重症、急诊、结构性心脏病病区、检验、医务等相关部门组成的专项工作小组，并指定牵头部门。 2. 医疗机构定期开展相关培训，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。 3. 医疗机构建立结构性心脏病介入医疗质量的多部门联合监测及评价机制，周期性反馈、分析数据，并纳入绩效管理。

			要意义。	4. 医疗机构运用质量管理工具，分析影响本机构实现该目标的因素，根据分析结果明确关键原因，制定改进措施并组织实施。
18	康复医学专业	提高住院患者早期康复介入率 (PIT-2023-21)	早期介入是康复治疗的重要原则，也是康复医疗环节质量的重要指标。综合医院早期康复服务能力的提升对于满足广大人民群众的康复需求具有重要意义。调查显示，全国范围骨科、神经内科、重症医学科病房及重点病种的早期康复介入率逐渐提升，但相比国际仍处于较低水平，不能充分满足患者的临床需求。	1. 医疗机构建立由康复医学科与骨科、神经内科、重症医学科等临床科室组成的早期康复介入多学科团队，按照临床康复一体化模式开展工作。 2. 医疗机构参照《四肢骨折等9个常见病种（手术）早期康复诊疗原则》等，制订符合本机构的住院患者早期康复介入方案及标准化诊疗流程。 3. 医疗机构逐步建设康复信息化管理系统，实现对早期康复介入的实时、动态管理。 4. 明确相关质控数据提取、监测方法及评价机制，将目标改进情况纳入科室绩效考核。
19	口腔医学专业	提高橡皮障隔离术在根管治疗中的使用率 (PIT-2023-22)	根管治疗术是口腔门诊治疗人次排名第一的重点技术。橡皮障隔离术的运用，能够提高根管治疗的疗效，从而进一步推动根管治疗临床规范化水平。	1. 医疗机构成立由医务、口腔科(或牙体牙髓专业)、设备科、口腔护理等部门组成的专项工作小组，并指定牵头部门。建立本机构牙体根管治疗患者橡皮障隔离术应用管理制度。 2. 医疗机构制订符合本机构实际的橡皮障隔离术应用方案及标准化操作流程，进行院内规范化培训。 3. 医疗机构建立橡皮障隔离术应用情况监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法与数据内部验证程序，按季度进行本

				机构数据分析、反馈，并将目标改进情况纳入绩效管理，建立激励约束机制。 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，根据分析结果明确关键原因，制定改进措施并组织实施。
20	临床检验专业	提高室间质评项目参加率 (PIT-2023-23)	室间质量评价是临床实验室保证和改进检验质量的重要手段，是公立医院绩效考核中的重要指标。国家卫生健康委临床检验中心及各省级临床检验中心组织的室间质量评价活动对保证检验结果的可比性和同质性，推进临床检验结果互认，提高我国临床检验质量有重要意义。	1. 医疗机构成立专项工作小组，完善室间质量评价临床检验项目参加率的相关制度、工作机制。 2. 医疗机构加强培训工作，持续提高医务人员对参加室间质量评价的意识，引导和鼓励所有临床实验室积极参加室间质量评价活动。 3. 建立完善本机构室间质量评价参加率和合格率（不及格原因）的监测及反馈机制，按计划/次数进行本机构数据分析、反馈。 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。
21	临床营养专业	提高住院患者营养评估率 (PIT-2023-24)	推动开展营养评估工作，是探索建立营养评估体系，为患者提供营养诊疗依据、明确营养诊断的基础，体现临床营养专业核心技术价值，促进营养科专业人员诊疗能力提升，助力营养诊疗与临床整体治疗相融	1. 医疗机构建立由临床营养科及其他临床科室、医务科、信息科、病案科等相关部门组成专项工作小组，定期开展营养评估技术及操作规范培训。 2. 医疗机构制定符合本机构的实施方案，理顺从营养筛查-评估-诊断-治疗的临床营养诊疗路径，规范营养科专业人员应用评

			合，以提高疗效。	估技术和仪器，开展评估工作。 3. 医疗机构应将营养状况评估报告纳入病历系统，落实院科两级医嘱执行程序，实现信息化管理。 4. 医疗机构建立住院患者营养评估率的监测及评价机制，按季度进行数据反馈，分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。
22	麻醉专业	提高术中主动保温率 (PIT-2023-25)	全麻患者受麻醉、手术因素的影响，围术期全麻患者易出现体温波动，低体温会影响患者药物代谢、凝血功能及苏醒后感受。为了提高围术期患者体温管理质量，需要提升术中主动保温率。术中主动保温包括术中应用压力暖风毯和输液加温设备、加温体腔灌洗液、提高手术室室温等措施。	1. 医疗机构建立由手术科室、麻醉科、手术室、医院感染办公室等相关部门组成的“术中主动保温”技术指导小组，衡量各科室手术的低体温风险和切口感染风险，制订相应术中主动保温策略与标准流程，并指定牵头部门落实。 2. 医疗机构结合国家麻醉质控中心拟定的围术期体温管理要求，配置相关主动保温设施、设备。 3. 医疗机构建立术中主动保温率的监测系统，按季度进行本机构数据分析、反馈。 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。
23	门诊专业	提高门诊电子病历使用率	提高门诊电子病历使用率，是提高门诊病历书写规范化水平、保障门诊病历书写质量、强化门诊医疗质量控制的的重	1. 医疗机构成立由医务、临床科室、医技科室、信息等部门组成的专项工作小组，完善门诊电子病历书写及管理相关工作制度和机制。

		(PIT-2023-26)	要内容，是保证患者诊疗信息完整、连续的重要保障。门诊电子病历使用率指医疗机构门诊电子病历书写数量占同期门诊人次的比例。	2. 优化门诊电子病历信息系统，保障门诊电子病历使用流畅性。 3. 制定不同学科不同病种门诊电子病历结构化模板，提高书写效率。 4. 加强电子病历书写内涵质控，提高书写规范性。 5. 有条件的医疗机构提供语音录入、图像提取等新型病历输入方式，提升电子病历使用便捷性。 6. 建立本机构门诊电子病历使用率的监测及评价机制，分析影响实现该目标的因素，不断提高门诊电子病历使用率。
24	脑损伤评价	降低脑死亡判定自主呼吸激发试验缺失率 (PIT-2023-27)	全球公认自主呼吸激发试验(AT)是脑死亡判定的关键项目，也是实践中技术性最强的部分。AT相关质量指标对脑死亡诊断规范性具有重要意义。	1. 医院需要明确脑死亡判定一级质控人员及其任务与责任，并接受规范化AT专业技术培训和质控管理培训。 2. 对COTRS系统来源的病例改为每季度质控一次，以达到及时解决问题和实现持续改进的目的。
25	人体捐献器官获取	提高脑死亡来源器官捐献者占比 (PIT-2023-28)	脑死亡器官捐献(DBD)是反映获取器官来源情况的重要指标。提高DBD是目前国际通行做法，是保障捐献器官质量、促进社会伦理进步的重要方法。在2022年度基础上，延续性开展提高DBD占比的目标改进工作，进一步提升器官捐献	1. 医疗机构成立由医务、器官获取部门、神经内外科、重症医学科等部门组成的专项工作小组，组建脑死亡判定专家组。 2. 医疗机构完善脑死亡判定相关制度，制定脑死亡判定技术规范和工作流程，建立工作机制。 3. 医疗机构或各省级人体器官获取组织开展潜在器官捐献医疗机构源头培训，普及器

			与移植质量，促进各地区器官产出。	官捐献政策法规、脑死亡判定等专业知识，提升医务人员专业技能。 4.运用质量管理工具，查找、分析影响实现该目标的因素，制定改进策略并组织实施。
26	人体器官分配与共享计算机系统	提高人类白细胞抗原分型检测率 (PIT-2023-29)	人类白细胞抗原（HLA）分型，是用于确定个体免疫系统类型的过程，是器官移植过程的重要步骤之一。HLA 配型用于匹配器官捐献者和移植等待者的免疫系统，以降低免疫排异的风险。提高 HLA 分型检测率有助于提高器官捐献者和移植接受者之间的匹配程度，从而降低器官移植接受者排斥反应及其他并发症，有助于提高移植接受者的生活质量和术后生存时间。	1. 医疗机构建立由检验科、器官获取组织、移植科等相关部门组成的 HLA 分型技术团队，并指定牵头部门。 2. 医疗机构制定符合本医疗机构实际的 HLA 抗体检测、HLA 组织配型标准化操作流程，保障医务人员随时到位，保障试剂、设备处于可用状态。 3. 医疗机构明确相关质控数据采集方法，及时、完整、准确填报相关数据，按季度进行本机构数据分析、反馈，建立激励约束机制。 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改进的因素，提出改进策略并落实。
27	神经系统疾病	提高急性脑梗死再灌注治疗率 (NIT-2023-II)	详见国家医疗质量安全改进目标二	
28	肾病专业	提高透析患者肾性贫血控制率	终末期肾脏疾病患者的肾性贫血是影响预后的主要并发症，目前对肾性贫血的系统性评估不充分，诊断不足，治疗时机	1. 医疗机构根据 2021 年《慢性肾脏病患者贫血诊疗的临床实践指南》、《血液净化标准操作规程（2021 版）》，成立专项工作小组，规范肾性贫血诊断及治疗，加强本机构肾

		(PIT-2023-30)	偏晚，积极防控肾性贫血，提高透析患者肾性贫血控制率，有助于降低透析患者的心血管事件发生率及死亡率，改善患者认知功能及生活质量。	性贫血诊疗管理，定期进行相关工作的培训，提高肾性贫血诊疗水平，促进肾性贫血诊疗的质量改进。 2. 重点加强透析治疗患者的数据采集、监测、预警机制，及时分析、反馈，并将目标改进情况纳入绩效管理，建立激励约束机制。 3. 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。
29	肾脏移植专业	提高肾脏移植受者1年随访质量 (PIT-2023-31)	肾脏移植术后一年内是各种不良事件高发期，影响临床预后，应加强随访。随访质量直接反映移植中心对受者的管理能力，持续稳定的随访是制定个体化医疗方案的前提，也是评价肾脏移植医疗质量的重要依据。	1. 医疗机构应具有完善的移植数据报送管理和随访制度，配备专门的移植数据网络直报人员，依据肾移植术后随访规范，掌握随诊检查项目与间隔时长，按规定进行随访、记录。 2. 录入员应与数据中心保持良好沟通，参加登记系统使用培训，关注系统提醒和各类数据质量分析报告，了解全国移植动态及本中心随访质量排名，建立激励约束机制。 3. 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。
30	疼痛专业	提高癌症疼痛的规范化治疗率 (PIT-2023-32)	癌症疼痛是常见的顽固性疼痛，约80%肿瘤患者在其疾病进程中会出现。其中，10-20%为难治性疼痛。癌性疼痛的规范化治疗是保障治疗效果，减少	1. 建立疼痛科癌症疼痛的综合管理和多学科协作机制。 2. 按照癌症疼痛的诊疗规范、专家共识，疼痛科提高包括癌症疼痛综合评估、微创介入、神经调控等多种技术在内的诊疗能力。

			不良反应，提高患者生活质量的重要手段。	3. 制定疼痛科癌症疼痛治疗的标准化诊疗方案和诊疗流程。 4. 不具备癌症疼痛微创介入手术能力的疼痛科，可依托医联体等形式，提升诊疗服务能力。 5. 建立疼痛科癌症疼痛规范化治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反馈机制。
31	消化内镜专业	提高内镜下食管癌早期诊断率 (PIT-2023-33)	食管癌在我国高发，通过消化内镜实现早期诊断可有效改善患者预后，显著减轻疾病负担。我国近年来食管癌内镜下早期诊断率有所提高，但仍不甚理想。通过推广筛查新模式和适宜诊断技术，有望进一步提高该指标。	1. 医疗机构建设食管癌早期诊断标准单元，引入食管癌筛查适宜技术和内镜诊断新方法，提高内镜医师早癌诊断意识和能力。 2. 医疗机构完善结构化消化内镜报告系统建设，实现内镜-病理信息联动，监测食管癌早期诊断相关质控指标，并定期反馈指标数据，适时纳入绩效管理。 3. 医疗机构积极开展社区筛查和科普宣传，提高人群参与度和内镜检查依从性。
32	心律失常介入专业	降低心脏植入型电子器械植入术住院死亡率 (PIT-2023-34)	心脏植入型电子器械(CIED)是心律失常的一线治疗手段，可有效治疗症状性心动过缓，预防心脏性猝死。CIED 相关手术在心律失常诊疗领域快速发展，其质量安全需予以重点关注。应该通过严格把握介入治疗适应证、优化流程管理和提高严重并发症的处理能力等环	1. 医疗机构成立由医务、临床科室、麻醉、护理等相关部门组成的专项工作小组，并指定牵头部门。 2. 建立 CIED 植入术严重并发症的应急预案及操作流程。 3. 医疗机构定期开展 CIED 植入术的适应证、手术并发症处理等相关培训，确保医务人员严格把握手术适应证，熟练掌握严重并发症的处理流程。

			节降低 CIED 植入术住院死亡率。	4. 医疗机构建立心律失常介入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，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。 5. 重点围绕心律失常介入诊疗的严重并发症和死亡病例展开病例讨论，分析原因，总结经验。 6. 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。
33	心血管病专业	提高急性 ST 段抬高型心肌梗死再灌注治疗率 (NIT-2023-I)	详见国家医疗质量安全改进目标一	
34	心脏移植专业	提高心脏移植术前心肺运动试验检查率 (PIT-2023-35)	心肺运动试验是首选的判断患者是否符合心脏移植条件的评价方法，建议不存在心肺运动试验禁忌症的候选者，采用该试验进行入选评估。该指标反映医疗机构实施心脏移植手术术前评估的规范性。	1. 医疗机构建立心肺运动试验检查科室并配备相应工作人员，形成心内科、心外科和功能检测科室的合作团队，对心脏移植候选者进行术前检查。 2. 医疗机构通过人体器官分配与共享计算机系统（COTRS）登记移植等待者信息，须按要求录入心肺运动试验检查相关信息。 3. 医疗机构基于国家质控中心的数据反馈报告，查找、分析影响本机构实现该目标的

				因素，制定改进措施并组织实施。
35	眼科专业	提高青光眼前房角镜检查率 (PIT-2023-36)	青光眼是一种严重的不可逆致盲眼病。前房角镜检查是最基础、最简便、最经济、最有效的青光眼检查手段之一，对于青光眼的诊断、分类、治疗及预防具有重要意义，是青光眼诊断专家共识极力推荐的项目。前期的质控数据显示，前房角镜检查开展的普及程度不足。	1. 医疗机构成立由医务和眼科共同组成青光眼诊疗工作小组，根据青光眼专家指南，结合医疗机构实际，制订青光眼患者诊疗方案； 2. 医疗机构定期开展（或支持眼科医师参加）继续教育，进行前房角镜检查的理论指导和技术培训，确保专科医生熟练掌握相关操作技能； 3. 医疗机构按季度对青光眼患者前房角镜检查率进行调查，并分析查找原因，提出改进措施并落实，建立激励约束机制； 4. 省级质控中心加强对前房角镜检查率的调查和分析，并提出规范青光眼诊断的流程，督促临床医师落实。
36	药事管理专业	提高住院患者静脉输液规范使用率 (NIT-2023-VI)	详见国家医疗质量安全改进目标六	
37	医院感染管理专业	提高住院患者抗菌药物治疗前病原学送检率 (PIT-2023-37)	当前，全球普遍关注抗菌药物临床使用问题。提高抗菌药物治疗前病原学送检率，尤其是发生医院感染者和应用限制使用级以上抗菌药物的患者，提高抗菌药物治疗前规范送检意识和规范无菌性样本送检，可	1. 医疗机构在按照《抗菌药物临床应用管理办法》完善管理组织架构的基础上，成立由医务、药学、临床科室、检验、院感、护理等部门组成的专项工作小组。 2. 医疗机构根据实际情况制订本机构抗菌药物治疗性用药前病原学送检制度与监管程序，并在机构内部定期进行相关工作的培

			以有效提高抗菌药物使用的科学性和规范性，对遏制细菌耐药、提升治疗效果和保障人民群众健康权益具有重要意义。	训与再教育。 3. 建立治疗性应用抗菌药物前病原学送检情况监测及评价机制，并将目标改进情况纳入绩效管理，建立激励约束机制。 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。 5. 各级各相关专业质控中心开展宣传、培训、指导等工作，提高抗菌药物治疗前规范送检意识、规范无菌性样本送检。
38	整形美容专业	降低注射美容并发症发生率 (PIT-2023-38)	注射美容是目前整形美容专业最为流行、普适性最为广泛的医美项目。注射美容的主要不良反应可表现为局部红斑、肉芽肿，严重不良反应为中毒反应、血管栓塞等，严重的可导致死亡。这些并发症的产生与医生的注射技术、注射条件等有关系，加强注射美容医疗质控工作，能够有效减少注射美容并发症的发生。	1. 各级质控组织通过会议、培训提高医疗机构（特别是民营机构）对于生物注射材料的合法性、合规性以及合理使用的认知。 2. 医疗机构定期对临床使用的药品来源途径以及使用方式进行自查。 3. 医疗机构组织对本机构注射室的细菌环境条件定期进行检查。同时制定注射室管理规则制度，按要求对可见台面和注射室环境进行定期消杀。 4. 医疗机构对注射美容医师进行准入管理，并设立定期考核机制，重点对注射美容解剖学、常见不良反应的处理进行定期考核。考核不合格者应进行重新培训，合格后返岗。 5. 医疗机构提高并发症鉴别和处理能力。医疗机构质控部门定期组织医师进行注射美容并发症鉴别和处理能力培训。

39	肿瘤专业	提高肿瘤治疗前临床 TNM 分期评估率 (NIT-2023-Ⅲ)	详见国家医疗质量安全改进目标三	
40	重症医学专业	提高感染性休克集束化治疗完成率 (NIT-2023-VIII)	详见国家医疗质量安全改进目标八	
		提高中重度急性呼吸窘迫综合征患者俯卧位通气实施率 (PIT-2023-39)	急性呼吸窘迫综合征 (ARDS) 具有高发病率、高病死率及高致残率的特征, 严重威胁人民群众的健康, 也是各种新型传染病主要的死亡原因之一。俯卧位通气是中重度 ARDS 患者重要的治疗措施之一。提高中重度 ARDS 患者俯卧位通气实施率对改善 ARDS 患者预后具有重要意义。	1. 医疗机构成立由 ICU 牵头, 医务、质控、护理及相关临床科室等部门组成的专项工作小组。 2. 医疗机构规范开立医嘱、落实床旁俯卧位, 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, 制定改进措施并组织实施。 3. 定期开展相关培训, 确保熟练掌握相关操作规程。 4. 建立监测及评价机制, 按季度进行数据分析、反馈, 纳入绩效管理, 建立激励约束机制。