

附件 1

2024 年国家医疗质量安全改进目标

目标一 提高急性脑梗死再灌注治疗率

目标二 提高肿瘤治疗前临床 TNM 分期评估率

目标三 提高静脉血栓栓塞症规范预防率

目标四 提高感染性休克集束化治疗完成率

目标五 提高住院患者静脉输液规范使用率

目标六 提高医疗质量安全不良事件报告率

目标七 提高四级手术术前多学科讨论完成率

目标八 提高关键诊疗行为相关记录完整率

目标九 降低非计划重返手术室再手术率

目标十 降低阴道分娩并发症发生率

目标一 提高急性脑梗死再灌注治疗率（NIT-2024- I ）

（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居于首位，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，要制定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。

目标二 提高肿瘤治疗前临床 TNM 分期评估率(NIT-2024- II)

(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。

目标三 提高静脉血栓栓塞症规范预防率（NIT-2024-III）

（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。

目标四 提高感染性休克集束化治疗完成率（NIT-2024-IV）

（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、医务等相关职能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。

目标五 提高住院患者静脉输液规范使用率（NIT-2024-V）

（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。《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。

目标六 提高医疗质量安全不良事件报告率（NIT-2024-VI）

（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。

目标七 提高四级手术术前多学科讨论完成率（NIT-2024-VII）

（一）目标简述

《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，根据疾病及手术动态组建四级手术术前多学科讨论成员，由医务部门牵头组织相关部门和临床专科对开展的对四级手术进行术前多学科讨论制度落实情况的动态监管。

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，到相关多学科邀请、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 提高关键诊疗行为相关记录完整率（NIT-2024-VIII）

（一）目标简述

关键诊疗行为相关记录完整是指在接受治疗的出院患者病历中，对该诊疗行为相关的医嘱、病程记录、查房记录、讨论记录、知情同意书、安全核查表、评估或访视记录等内容符合《医疗质量安全核心制度要点》《病历书写基本规范》等文件要求。提高医疗机构关键诊疗行为相关记录的完整性与一致性，有助于规范诊疗流程，保障诊疗各个环节落实，为还原医疗过程、改进医疗质量安全奠定良好的基础。

（二）核心策略

1. 医疗机构充分发挥医务部门、病案管理部门、临床科室等相关部门的作用，完善运行病历和终末病历管理工作制度与机制，压实院科两级的管理责任，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。

目标九 降低非计划重返手术室再手术率（NIT-2024-IX）

（一）目标简述

非计划重返手术室再手术率是行业通用的反映手术质量安全的指标之一。其发生可能涉及术前评估与准备不足、手术设计缺陷、手术操作失误或患者情况复杂及术后管理不到位等多种原因。《国家医疗服务与质量安全报告》显示，我国非计划重返手术室再手术率近年来未见明显改善。降低其发生率对提高整体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、质控、临床科室、麻醉、护理等相关部門组成的专项工作小组，并指定牵头部门。
2. 医疗机构加强手术管理，保障手术分级管理、医师授权管理、术前讨论制度、手术安全核查制度等手术相关管理制度落实到位。
3. 医疗机构建立非计划重返手术室再手术多部门联合监测及评价机制，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。

目标十 降低阴道分娩并发症发生率（NIT-2024-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

2024 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	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-2024-01)	社区获得性肺炎（CAP）病情严重程度评估能够有助于医疗机构对 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。通过近几年作为质控改进目标推进，各省市在病种培训和信息化方面都做了宣贯和改进，目前住院 CAP 患者病情严重程度评估率仍有上升空间，需进一步采取综合措施予以干预，以保障医疗资源的有效利用和医疗安全。	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，制定质量改进目标管理制度。 2. 医疗机构按季度分析本机构落实目标的动态数据结果，持续推进目标落实。 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。根据实际情况制定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。 4. 各级质控中心加强对医疗机构指导、培训工作。
2	消化内科专业	提高消化内镜下食管癌早期诊断率 (PIT-2024-02)	食管癌在我国高发，通过消化内镜实现早期诊断可有效实现早发现、早治疗，改善患者预后，显著减轻疾病负担。近年来，我国消化内镜下食管癌早期诊断率有所提升，但相距国际先进水平仍存在较大差距。通过推广筛查新模式和应用适	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，推动多学科协作，加强内镜医师培训，提升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。

			宜诊断技术，以期有效改善食管癌早期诊断情况。	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。 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。
3	肾病学专业	提高透析患者肾性贫血控制率 (PIT-2024-03)	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。	1. 医疗机构根据《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）》指导和规范肾性贫血诊断及治疗，加强本机构肾性贫血诊疗规范化管理，定期进行相关工作的培训，提高肾性贫血诊疗水平。 2. 医疗机构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. 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。
		提高透析患者血磷控制率 (PIT-2024-04)	合理管控慢性肾脏病-矿物质及骨代谢异常（CKD-MBD）是有效延长依赖透析的尿毒症患者寿命的重要措施。血磷的异常可导致骨骼、软组织、动脉病变，通过血磷的管理减少骨折、心脑血管合并症发生，对提高透析患者生活质量和降低死亡率有重要意义。	1. 医疗机构根据《血液净化标准操作规程（2021版）》《中国慢性肾脏病矿物质和骨异常诊治指南》指导和规范CKD-MBD诊断及治疗，加强本机构诊疗规范化管理，定期进行相关工作的培训，提高诊疗水平。 2. 医疗机构重点加强透析患者的数据采集、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. 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。

4	整形美容专业	降低注射美容并发症发生率 (PIT-2024-05)	注射美容是目前整形美容专业开展最为广泛的有创性治疗操作。据上报数据统计，我国每年有超过100万人次接受注射美容治疗。注射美容的不良反应可表现为局部持续红斑、肉芽肿，严重不良反应包括皮肤软组织感染、失明、血管栓塞等，甚至可能导致患者死亡。加强注射美容的医疗质量控制，对于有效减少注射美容并发症的发生具有重要意义。	1. 医疗机构应成立由医务、临床科室、院感、药剂等部门组成的专项工作小组，加强对注射美容治疗的管理。 2. 医疗机构应制定急危重症注射美容并发症救治预案及操作流程，畅通机构内部或综合医院急诊科的绿色转运救治通道。 3. 医疗机构应定期开展督导，保证操作人员、医疗行为、用药方式记录详实，上报数据真实准确，注射药品来源、注射美容室细菌环境符合规范。 4. 医疗机构应监测评估工作，明确注射美容并发症发生率的质控指标数据采集方法与数据内部验证程序，按季度进行数据分析、反馈。 5. 各级质控中心应积极组织开展行业培训，提高各医疗机构医务人员对注射美容并发症的认识和诊疗处理能力，应指导各机构制订机构内部开展注射美容操作人员的准入、培训及考核制度。
5	产科专业	降低阴道分娩严重并发症发生率 (PIT-2024-06)	《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，特别是避免对孕产妇生命安全威胁大的严重并发症（包括产后出血、严重产科裂伤、产褥期伤口破裂或血肿、产褥期感染）的发生，对提升产科专业医疗质量，保障产妇和新	1. 医疗机构建立由医务科、产科、新生儿科、护理科、病案科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. 医疗机构指导孕妇做好孕期管理，规范分娩前评估和核查。 3. 医疗机构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。定期开展与分娩相关的诊疗

			生儿的健康安全具有重要意义。	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。 4. 医疗机构运用质量管理工具，针对分娩安全管理及并发症预防，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，形成持续改进的工作机制，并完善激励约束机制。
6	儿科及 小儿外科 专业	降低川崎病患儿心脏事件发生率 (PIT-2024-07)	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之一。目前国内各地诊治水平参差不齐，因此降低川崎病患儿心脏事件发生可有助于儿科专业医疗质量改进。	1. 医疗机构应成立由医务、质控、儿科、心内科、心外科、心脏超声科等相关科室组成的专项工作小组，指定牵头部门。 2. 医疗机构应建立本机构川崎病诊疗质量及心脏事件发生率的监测及评价机制，按照工作要求按时、准确上报。 3. 医疗机构应参考川崎病诊断和急性期治疗专家共识，定期开展机构内医务人员培训。 4. 医疗机构可以运用质量管理工具，查找分析影响该目标实现的因素，提出改进措施并落实。 5. 各级质控中心对医疗机构开展相关培训与指导，推动形成川崎病心脏事件患者双向转诊机制。
		提高儿童癫痫诊断分型准确率 (PIT-2024-08)	儿童癫痫是最常见儿童神经系统疾病之一，对患者、家庭和社会产生严重负担，准确的分型诊断对提升诊疗质量至关重要。现	1. 医疗机构应成立由医务、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，并指定牵头部门。

			阶段，不同地区、不同医疗机构间诊疗水平不平衡，亟需进一步规范诊疗行为，推进同质化管理。	2. 医疗机构应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，推动癫痫诊断分型准确率不断提升。 3. 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、准确上报儿童癫痫诊疗数据，定期分析、总结和反馈儿童癫痫诊断分型准确率。 4. 医疗机构运用质量管理工具查找、分析本机构影响儿童癫痫诊断分型准确率的根本原因，提出改进措施并落实。 5. 各级儿科及小儿外科专业质控中心开展儿童癫痫诊疗专题培训，定期监测和评价本省诊疗质量，推动儿童癫痫诊疗同质化。
7	口腔医学专业	降低种植体修复前脱落率 (PIT-2024-09)	口腔种植牙技术受到人民群众的广泛关注。种植体修复前脱落率是反映口腔种植技术成败的重要指标，通过降低种植体修复前脱落率有助于推动口腔种植技术诊疗质量水平的提高。	1. 医疗机构成立由医务、口腔科（或种植相关科室）、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。 2. 医疗机构建立本机构降低种植体修复前脱落率相关管理制度并组织落实。 3. 医疗机构制订符合本机构实际的降低种植体修复前脱落率应用方案及标准化操作流程，进行院内规范化培训。 4. 医疗机构建立降低种植体修复前脱落率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。 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，根据分析结果明确关键原因，制定改进措施并组织实施。
8	感染性疾病专业	提高抗流感病毒药物使用前流感病原学诊断阳性率 (PIT-2024-10)	抗流感病毒药物使用前流感病原学（抗原/核酸）诊断阳性率能反映医务人员对流感早期识别能力、高风险人群流感病原学送检意识和抗病毒治疗的规范性，并可一定程度上提高以及医疗机构流感病原学检测能力。提高抗流感病毒药物使用前流感病原学诊断阳性率有利于流感早期识别、诊断和抗流感病毒药物的合理使用。	1. 医疗机构应建立由医务、门诊、信息、质控、检验和流感接诊收治科室等相关部门组成的专项工作小组。 2. 医疗机构加强流感病原学检测能力建设，制订本指标信息化提取方案，建立动态监测和评价管理机制。 3. 医疗机构应用质量管理工具，从送检、报告、试剂效能等关键点进行分析、查找影响本机构实现该目标的因素并持续改进。 4. 各级质控中心对相关医疗机构进行质控和专业培训。
9	急诊专业	提高心脏骤停患者出院存活率 (PIT-2024-11)	心脏骤停由于其高致死致残率，是严重威胁人民群众生命健康的重大公共卫生问题之一。目前，我国经院内救治的心脏骤停复苏患者，出院存活的比率与国际先进水平相比，仍然有较大差距。需要采取一系列措施，提高心脏骤停患者出院存活率。	1. 医疗机构由急诊科牵头，联合重症医学、心内、神内、检验、医务等相关部门组建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，进一步提高多学科协作效率。 2. 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（如呼气末二氧化碳等生理指

				标监测)。 3. 医疗机构制订和优化针对心脏骤停后综合征监测与治疗的标准作业流程（包括神经功能监测、目标体温管理、循环和通气管理等）。 4. 医疗机构完善心脏骤停复苏及复苏后综合救治质量监测和评价机制，明确相关质控指标数据采集方法与内部验证程序。 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。
10	康复医学专业	提高脑卒中患者日常生活活动能力改善率(PIT-2024-12)	康复治疗是降低脑卒中患者致残率的重要手段之一，康复结局评价对帮助患者针对性地开展康复训练有重要指导价值。脑卒中患者日常生活能力改善率是反映脑卒中患者康复治疗后功能改善的重要结局指标，也是康复治疗的重要目的。	1. 医疗机构继续推动脑卒中早期康复介入，建立脑卒中康复治疗多学科团队，促进康复医疗与临床科室的紧密合作，将早期康复理念贯穿于疾病诊疗全过程，鼓励临床科室设立以康复工作站为单元参与早期康复介入的模式。 2. 医疗机构建立本机构评分改善的监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法与数据内部校验程序，按季度进行数据分析、反馈，并将目标改进情况纳入科室绩效考核，建立激励约束机制。 3. 各级质控中心根据医疗机构功能定位和康复医疗临床需求，有计划、分层次地对医疗机构中从事康复医疗工作的人员开展脑卒中康复诊疗技术培训和指导，实现 ADL 评定的同质化和标准化。

11	麻醉专业	降低手术患者麻醉期间低体温发生率 (PIT-2024-13)	手术患者，尤其是全身麻醉手术患者受麻醉、手术等因素的影响，围术期易出现体温波动，低体温会影响患者药物代谢、凝血功能及苏醒后状态。为了促进围术期患者体温管理质量提升，通过加强应用全身麻醉手术患者术中体温监测、术中主动保温等手段，以达到降低手术患者麻醉期间低体温发生的目的。	1. 医疗机构建立由手术科室、麻醉科、手术室等相关科室/部门组成的“围术期体温保护”技术指导小组，综合考虑低体温风险分层和临床效益等因素，多学科协作制定手术患者个体化、全方位、可持续的围术期体温管理策略，并指定牵头部门落实。 2. 医疗机构结合国家麻醉质控中心 2023 年发布的《围术期患者低体温防控专家共识》相关要求，配置相关体温监测和主动保温设施、设备。 3. 医疗机构建立围术期患者体温管理情况数据监测系统，按季度进行本机构相关数据采集、分析和反馈，并按要求报送各级麻醉质控中心。 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。
12	疼痛专业	提高癌症疼痛的规范化治疗率 (PIT-2024-14)	癌痛是肿瘤常见伴随症状，严重影响癌症患者生存、生活质量。癌症患者疼痛发生率较高。据文献报道，晚期肿瘤患者癌痛发生率高达 80%。目前，国内癌症疼痛诊疗率较低，且地区间差别较大。癌症疼痛的规范化治疗，能够有效保障治疗效果，减少不良反应，提高患者生活质量。	1. 医疗机构建立癌症疼痛诊疗多学科协作机制，成立由疼痛科、医务部门、肿瘤等相关临床科室共同组成的癌症疼痛工作小组。 2. 医疗机构建立癌症疼痛患者疼痛评估机制，及时发现并开展癌症疼痛的治疗。 3. 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。 4. 医疗机构建立癌症疼痛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，明确影响本机构实现该目标的因素，制定改进措施。

13	重症医学专业	提高感染性休克集束化治疗完成率 (PIT-2024-15)	详见国家医疗质量安全改进目标四	
		提高中重度 ARDS 患者俯卧位通气实施率 (PIT-2024-16)	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，也是呼吸道感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. 医疗机构建立专门工作小组和技术团队，制定相关制度。 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. 医疗机构定期开展相关培训，确保熟练掌握相关操作规程。 4. 医疗机构建立监测及评价机制，定期进行数据分析、反馈。建立激励约束机制，提高相关管理人员和医务人员积极性。 5. 各级质控中心做好区域内医疗机构质控、指导、培训工作。
14	临床营养专业	提高住院患者营养评估率 (PIT-2024-17)	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循证依据、明确营养诊断的基础，体现了营养科专业核心技术价值。对提升营养科专业人员营养诊疗能力、助力营养诊疗与临床诊疗相融合有重要意义。	1. 医疗机构建立由临床营养科及其他临床科室、医学科、信息科、病案科等相关部门组成的专项工作小组或技术团队，定期开展相关培训，确保专业人员熟练掌握营养评估技术及操作规范。 2. 医疗机构制定符合本机构的实施方案，优化临床营养诊疗路径，规范评估流程和评估策略，提高评估的科学性、准确性。 3. 医疗机构建立住院患者营养评估率的监测及评价机

				制，建立激励约束机制，定期进行本机构数据分析、反馈并提出改进措施。 4. 医疗机构推动营养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。
15	健康体检与管理专业	提高重要异常结果随访率 (PIT-2024-18)	提升重要异常结果随访率强调了健康体检的检后服务。通过随访提醒受检者重视体检中发现的重要异常结果，督促患者及时复查、规范诊疗。通过对随访情况的综合分析、研判，协助受检者实施健康干预措施，开展健康管理。	1. 健康体检（管理）机构应建立受检者重要异常结果随访管理制度，加强各岗位对重要异常结果报告，开展对重要异常结果的随访及登记。 2. 健康体检（管理）机构应根据《健康体检重要异常结果管理专家共识（试行版）》，结合本机构健康体检与管理的业务开展具体情况，进一步明确健康体检项目重要异常结果的涵义和内容，针对不同的重要异常结果制定个性化的随访方案。 3. 有条件的健康体检（管理）机构要引进信息化平台，对重要异常结果的随访进行闭环管理。
16	脑损伤评价专业	提高脑死亡判定自主呼吸激发试验完整实施率 (PIT-2024-19)	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判定规范性具有重要意义。	1. 医疗机构需要设立脑死亡判定质控人员，明确其任务与责任，接受规范化 AT 专业技术培训和质控管理培训。 2. 医疗机构对 COTRS 系统来源的脑死亡判定病例应当 72 小时内完成质控流程并反馈意见，每季度至少 1 次召开质控专题会议，以达到及时解决问题和实现持续改进的目的。 3. 医疗机构加强与 COTRS 联合质控，建立实时沟通反馈机制。

17	结构性心脏病专业	降低室间隔缺损封堵术后传导阻滞发生率 (PIT-2024-20)	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要意义。	1. 医疗机构应建立由结构性心脏病诊疗相关部门组成的技术团队，并指定牵头部门及负责人。 2. 医疗机构应参照《常见先天性心脏病经皮介入治疗指南（2021版）》制订符合本机构的室间隔缺损封堵术的标准化操作流程，保障人员、药品、设施、设备配置。 3. 医疗机构应加强结构性心脏病诊疗相关医务人员的培训工作，持续提高医务人员室间隔缺损的诊疗能力水平。 4. 医疗机构应建立室间隔缺损封堵术后传导阻滞发生率的监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法，定期进行数据分析及反馈，并建立绩效管理办法和激励约束机制。 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，根据分析结果明确关键原因，制定改进措施并组织实施。 6. 不具备开展室间隔缺损封堵术的医疗机构，要建立本机构室间隔缺损急救转诊方案及流程，确保患者能够及时得到救治。
18	心律失常介入技术专业	降低心脏植入型电子器械植入术住院死亡率 (PIT-2024-21)	心脏植入型电子器械（CIED）植入术是心律失常的一线治疗手段，可有效治疗症状性心动过缓，预防心源性猝死。CIED植入术在心律失常治疗领域发展快速，通过严格把握治疗适应证、优化流程管理和提	1. 医疗机构应成立由医务、临床科室、麻醉、护理等相关部门组成的专项工作小组，并指定牵头部门及负责人。 2. 医疗机构应建立院内CIED植入术严重并发症的应急预案及操作流程。

			高严重并发症的处理能力等环节降低 CIED 植入术住院死亡率，对于保障患者生命安全具有重要意义。	3. 医疗机构应加强心律失常诊疗的医生培训，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。 4. 医疗机构应建立 CIED 植入术的监测及评价机制。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，重点围绕 CIED 植入术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。并将目标改进情况纳入质量管理，建立激励约束机制。 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，依据分析结果明确关键原因，制定改进措施并组织实施。
19	冠心病介入技术专业	提高非 ST 段抬高型急性冠脉综合征 (NSTE-ACS) 危险分层率 (PIT-2024-22)	非 ST 段抬高型急性冠脉综合征涵盖了不同危险分层，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。促进危险分层手段在非 ST 段抬高型急性冠脉综合征患者中的应用，进而促进经皮冠状动脉介入治疗技术在冠心病患者中的合理应用。	1. 医疗机构要建立健全工作机制，明确组织架构，根据医院实际情况成立由医务部门牵头，多科室共同协作的工作小组，细化职责分工，落实监督责任，指导、规范 NSTE-ACS 诊疗工作。 2. 医疗机构应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，主管医师在病历中及时记录并在申请手术时提供危险分层结果。 3. 医疗机构建立专人负责 NSTE-ACS 患者信息登记、诊疗数据记录、随访管理、健康宣教制度，并对患者诊疗数据进行统计分析，提出提升医疗质量和医疗安全的改进措施。 4. 省级和地市级质控中心加强对质量改进目标的宣传

				培训。
20	神经系统疾病专业	提升急性脑梗死再灌注治疗率 (PIT-2024-23)	详见国家医疗质量安全改进目标一	
21	心血管系统疾病专业	提高急性ST段抬高型心肌梗死再灌注治疗率 (PIT-2024-24)	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。	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. 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。 4. 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。 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. 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、院内溶栓加转运 PCI 的早期再灌注治疗，并完善前期准备。
		提高单纯冠状动脉旁路移植术乳内动脉桥使用率 (PIT-2024-25)	冠状动脉旁路移植术（CABG）是冠状动脉粥样硬化性心脏病血运重建的主要方法之一，通畅的旁路血管是患者围术期安全保障及远期生存获益、生活质量改善的基石。相关研究证明使用单侧乳内动脉相较于仅使用静脉桥血管的生存获益，使用双侧乳内动脉桥较使用单支乳内动脉桥的远期全因死亡和再次血运重建比例更低。	1. 医疗机构根据本机构实际情况不断完善冠状动脉旁路移植术患者围术期乳内动脉桥血管使用及管理技术方案。加强院内乳内动脉桥血管使用的规范化培训和宣教工作。 2. 医疗机构进一步优化冠状动脉旁路移植术患者使用乳内动脉桥的监测及评价机制，推进相关质控指标数据采集，加强质量管理工具、质控数据应用，进行本机构数据的分析、反馈，并以目标为导向提出和落实改进措施。 3. 医疗机构建立使用乳内动脉桥血管的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。 4. 对于乳内动脉桥使用率较低的医疗机构，要重点开展相关技术培训。

22	肿瘤性疾病	提高肿瘤治疗前临床TNM分期评估率 (PIT-2024-26)	详见国家医疗质量安全改进目标二	
23	罕见病专业	提高罕见病的规范诊断和治疗率 (PIT-2024-27)	针对罕见病漏诊误诊率高、诊疗质量良莠不齐的现状，重点推进已有规范化诊疗指南、实际诊疗规范性较差且疾病危害较大的罕见病的诊疗质量提升。纳入的5种罕见病为：进行性肌营养不良、特发性心肌病、Gitelman综合征、IgG4相关性疾病、ANCA相关性血管炎。	1. 医疗机构应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。 2. 医疗机构应重点加强罕见病多学科合作诊疗机制，并建立完善的转诊机制。 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、正确诊断相关患者并给予规范化治疗。 4. 建立本机构5种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，按季度进行数据分析、反馈。 5. 医疗机构运用质量管理工具，查找分析影响本机构5种罕见病规范诊断及治疗率不足的因素，提出改进措施并落实。
24	护理专业	降低血管内血液净化用中心静脉导管血流感染发生率 (PIT-2024-28)	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）	1. 医疗机构组织开展多部门联合培训和考核，确保医师、护士、检验等相关人员掌握血管内导管相关血流感染的预防、诊断及数据上报流程。 2. 医疗机构目标改进小组着力完善血管内导管相关血

			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。	流感染的诊断、监测与评价机制，鼓励数据上报，做好数据内部验证程序，提升数据质量。 3. 医疗机构运用质量管理工具进行数据分析，梳理、查找自身存在的问题，调整、优化改进措施并推进落实。 4. 医疗机构梳理各科室在实现改进目标的过程中解决的技术、管理或合作等方面经验或案例，院内分享交流，激励持续改进。
		降低住院患者 2 期及以上院内压力性损伤发生率 (PIT-2024-29)	院内压力性损伤是住院患者常见并发症之一。我国住院患者基数巨大，因此住院患者 2 期及以上院内压力性损伤仍然是一个重要的健康威胁，需要行业内高度关注并持续改进。	1. 医疗机构目标改进小组完善多部门合作工作制度和流程，明确责任分工和沟通机制，合力推进实现改进目标。 2. 医疗机构组织开展相关培训，确保本医疗机构医护人员掌握压力性损伤预防知识与操作规程。有能力的医疗机构帮扶对口下级医院、社区卫生院提高压力性损伤防范意识。 3. 医疗机构完善监测与评价机制，按季度分科室持续监测反馈，鼓励数据上报，建立激励约束机制。 4. 医疗机构通过分析指标数据，分析查找本医疗机构的风险点和薄弱点，依据国家层面发布的过程质控工具包制定符合医疗机构实际的改进策略，并推进落实。
25	药事管理专业	降低住院患者静脉输液使用率 (PIT-2024-30)	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	1. 医疗机构成立由医务、临床科室、药学、护理、质控、信息等部门组成的专项工作小组，完善静脉输

			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治疗比例居高不下，需要采取综合措施予以干预，以维护医疗安全和患者权益。	液治疗管理相关工作制度和机制。 2. 医疗机构加强制度建设，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。完善本机构无需静脉输液治疗的病种清单。 3. 医疗机构加强静脉输液使用指征管理，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. 医疗机构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. 医疗机构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. 医疗机构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. 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。
26	临床检验专业	提高室间质量评价临床检验项目参加率(PIT-2024-31)	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，是三级/二级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	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

			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。	积极参加室间质量评价活动。 3. 医疗机构建立及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. 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。
27	病理专业	提高分子病理室间质评参加率 (PIT-2024-32)	分子病理是病理诊断新技术，为精准病理诊断提供理论支撑和实践指导，是精准诊疗的重要环节。分子病理检测的规范性对结果的准确意义重大，提高分子病理室间质评参与率能够提升对分子病理检测规范性及准确的质量控制和管理。	1. 医疗机构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。 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. 医疗机构运用质控管理工具，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。
28	超声诊断专业	提高超声诊断符合率 (PIT-2024-33)	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。 2. 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。 3. 医疗机构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。 4. 医疗机构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符合率。 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。
29	放射影像专业	提高放射影像诊断符合率 (PIT-2024-34)	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。提升放射影像诊断符合率对于明确住院患者诊断、选择合适治疗方法、改善患者预后等具有重要的临床价值。放射影像检查项目包括X线、CT和磁共振等。	1. 医疗机构应成立由医务、质管、放射、病理、病案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。 2. 医疗机构应参照放射影像诊断相关的专家共识及指南、影像操作技术规范等，定期开展疾病放射影像诊断和鉴别诊断的相关培训与继续教育。 3. 医疗机构应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. 医疗机构建立本机构放射影像诊断报告质量的监测及评价机制和病理和临床诊断查询反馈流程，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。 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。
30	核医学专业	提高全身骨显像及 ¹⁸ F-FDGPET/CT显像住院患者随访率 (PIT-2024-35)	全身骨显像及 ¹⁸ F-FDGPET/CT显像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。提高全身骨显像及	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

			¹⁸ F-FDGPET/CT 显像住院患者的随访对于降低全身骨显像及 ¹⁸ F-FDGPET/CT 显像误诊率，提高诊断符合率有重要意义。	提高全身骨显像及¹⁸F-FDGPET/CT 显像住院患者随访率的专业意识和能力。 - 建立及完善本机构全身骨显像及¹⁸F-FDGPET/CT 显像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。 - 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。
31	门诊专业	提高标准门诊诊断使用率 (PIT-2024-36)	提高标准门诊诊断使用率，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重要内容。进一步提高医疗机构使用标准门诊诊断率，是加强门诊医疗质量控制的重要基础性工作。	- 医疗机构应成立由医务或门诊办、临床科室、医技科室、信息等部门组成的专项工作小组，在门诊电子病历书写及管理相关工作制度基础上，加强对使用标准门诊诊断的管理。 - 医疗机构优化门诊电子病历信息系统，对标准门诊诊断使用实施质量控制。 - 医疗机构加强门诊病历标准诊断的培训，提高临床医生规范书写能力。 - 医疗机构建立本机构标准门诊诊断使用率的监测及评价机制，明确职责，定期进行数据分析、反馈。 - 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，不断持续改进，提高标准门诊诊断使用率。 - 有条件的医疗机构配置信息化智能化设备，辅助医务人员提升标准门诊诊断使用的便捷性。

32	病案管理专业	提高住院病案首页诊断编码正确率 (PIT-2024-37)	住院病案首页诊断包括主要诊断和其他诊断（并发症和合并症），是病种质量管理、临床路径管理的数据基础，也是应用 DRG 这一评价工具对医院进行绩效评估的重要依据。提升病案首页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 DRG 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. 医疗机构应明确相关职能部门和临床科室在首页质量管理中的职责和任务，不断完善本机构制度化、常态化、结合病历全程质控的病案首页数据质控机制， 2. 医疗机构加强培训工作，持续提高医务人员病案首页填写的规范性、完整性、准确性。提高编码员对诊断的选择原则、编码原则等专业知识的掌握能力。 3. 医疗机构应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的一致性，避免漏诊、误诊、诊断无依据、手术操作无记录的情况发生。 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，提出持续改进措施并落实。
		提高关键诊疗行为相关记录完整率 (PIT-2024-38)	详见国家医疗质量安全改进目标八	
33	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-2024-39)	治疗前病原学送检是合理使用抗菌药物的前提，提高抗菌药物治疗前病原学送检，可以有效提高抗菌药物使用的科学性和规范性，提高治疗患者感染的精准度，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。	1. 医疗机构加强院感、医务、药学、检验等部门协同管理。 2. 医疗机构要规范标本采集和送检流程和操作，减少病原学检测标本污染，提高合格标本及时送检率。 3. 医疗机构提高全员规范使用抗菌药物意识。加强宣传、培训，对重点科室、重点人群开展定期培训，做到相关医务人员全覆盖。

				4. 医疗机构制定符合本机构实际的阶段目标值。建立监测及评价机制，将抗菌药物治疗前病原学送检工作纳入科室管理和医疗质量管理考核，建立激励约束机制。 5. 各级相关专业质控中心开展改进目标相关成效评价。明确改进重点，加强培训、指导，提高抗菌药物治疗前规范送检意识、规范无菌性样本送检。
34	眼科专业	提高青光眼前房角镜检查率 (PIT-2024-40)	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积极推荐的检查项目。前期的质控数据显示，前房角镜检查开展的普及程度不足，有必要加以引导改善。	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。