

2025 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 提高医疗机构检查检验结果互认率

目标一 提高急性脑梗死再灌注治疗率（NIT-2025-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.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。

目标二 提高肿瘤治疗前临床 TNM 分期评估率（NIT-2025-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.医疗机构加强临床 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.医疗机构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.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。

目标三 提高静脉血栓栓塞症规范预防率（NIT-2025-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.医疗机构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.医疗机构开展 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。

4.医疗机构建立 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.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，提出持续改进措施并落实。

目标四 提高感染性休克集束化治疗完成率（NIT-2025-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，且地区间差异大，提高感染性休克患者 1 小时、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。

目标五 提高住院患者静脉输液规范使用率（NIT-2025-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完善质量改进长效机制，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-2025-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，构建医疗质量安全良好氛围。

3.建立及完善本机构医疗质量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.充分利用国家医疗质量安全不良事件报告平台，运用质量管理工具，查找、分析不良事件常发时间、区域、人群和类型特点，对不良事件相关人员、设备设施、药品耗材、管理制度、环境等因素进行深入分析，提出改进措施并落实，不断提升挖掘事件成因、协调部门联动、防范化解风险的能力。

目标七 提高四级手术术前多学科讨论完成率（NIT-2025-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调整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四级手术术前多学科讨论制度落实情况进行动态监管。

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，到相关多学科的邀请、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-2025-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-2025-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仍有改进空间。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、护理等相关部门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 提高医疗机构检查检验结果互认率（NIT-2025-X）

（一）目标简述

检查检验是医疗服务中的一项重要内容。在不影响诊疗质量安全的前提下，实现不同医疗机构间的检查检验结果互认，有助于提高医疗资源利用率，控制医疗费用，提高诊疗效率，进一步改善人民群众就医体验。医疗机构检查检验结果互认率是指在一段时间内，医疗机构予以互认的检查检验结果（报告或影像资料）数量（以份为单位），占该时间段内来医疗机构就诊患者已有的检查检验结果数量的比例。纳入统计的项目范围以本地区互认项目目录为准，结合检查检验结果互通共享信息化工作开展统计监测。

（二）核心策略

1.医疗机构建立健全本机构内的互认工作管理制度，加强人员培训，规范工作流程，为有关医务人员开展互认工作提供必要的设备设施及保障措施。

2.医疗机构开展检查检验所使用的仪器设备、试剂耗材等应当符合有关要求，并按规定对仪器设备进行检定、检测、校准、稳

定性测量和保养。

3.医疗机构加强检查检验科室的质量管理，建立健全质量管理体系，并将质量管理情况作为科室负责人综合目标考核的重要指标。

4.医疗机构应当规范开展室内质量控制，并按照有关要求向卫生健康行政部门或者质控组织及时、准确报送本机构室内质量控制情况等相关质量安全信息。

5.医疗机构应当按照有关规定参加质量评价。已标注互认标识的检查检验项目参加相应质量评价的频次不得少于半年一次。

6.医疗机构应当按照医院信息化建设标准与规范要求，加强电子病历等医疗机构信息平台建设。

7.有条件的医疗机构可以开设检查检验门诊，由医学影像和放射治疗专业或医学检验、病理专业执业医师出诊，独立提供疾病诊断报告服务。

8.医疗机构应当指导医务人员加强医患沟通，对于检查检验项目未予互认的，应当做好解释说明，充分告知复检的目的及必要性等。

9.建立及完善本机构检查检验结果互认的监测评估机制，按月进行本机构数据分析、反馈。对互认率进行监测评估，分析不予互认的具体原因。对在监测评估中发现互认率明显偏离平均水平的，要深入调查分析，查找原因，提出改进要求。

10.鼓励医疗机构结合实际将互认工作落实情况纳入内部绩效考核。

附件 2

2025 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-2025-01)	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。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组，制定并完善质量改进目标管理制度。 2. 医疗机构指导落实改进目标数据结果，推进目标落实，开展培训和效果评估。 3. 医疗机构运用质量管理工具查找分析影响目标实现的因素。制定有针对性的改进措施并组织实施，建立监测反馈机制，目标完成情况纳入年度考核，建立激励与约束机制。 4. 各级质控中心加强对医疗机构指导及培训，保证各项工作都能有效实施并取得成效。
2	消化内科专业	提高消化内镜下食管癌早期诊断率 (PIT-2025-02)	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	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。

			内镜下食管癌早期诊断率有所提升,但与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宜诊断技术,以期有效改善食管癌早期诊断情况。	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。 4. 医疗机构相关科室成立改进目标专项提升工作小组,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-2025-03)	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尚不充分,诊断不足,且治疗时机偏晚。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。 3. 医疗机构重点加强透析治疗患者的数据采集、监测、预警,按季度分析本机构落实目标的动态数据结果,及时分析、反馈,持续推进目标落实。 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。

		提高透析患者血磷控制率 (PIT-2025-04)	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）》《KDIGO 临床实践指南（CKD-MBD）的诊断、评估、预防和治疗执行概要》指导和规范其诊断及治疗，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，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. 各级质控中心加强对医疗机构指导、培训工作。
4	整形美容专业	降低注射美容并发症发生率 (PIT-2025-05)	注射美容是目前整形美容专业开展中应用最为广泛的有创性治疗。根据 2023 年度数据统计，我国每年有超过 300 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. 医疗机构制定注射美容常见及严重并发症救治预案与流程，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. 医疗机构应定期监测评估，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，指导各机构制订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	降低无医学指征的初产妇剖宫产率 (PIT-2025-06)	我国初产妇剖宫产率连续六年持续上升，从2018年的37.69%快速上升到2024年的50.62%，涨幅达34%，并已超过了2024年的总体剖宫产率(50.13%)。HQMS数据表明，产妇所在省份对医院剖宫产率变异的解释作用达到31.3%，而产妇的个人特征仅解释了2%。规范初产妇剖宫产手术指征评估，降低无医学指征的初产妇剖宫产率，对保护女性再次妊娠的生育力，减少剖宫产相关的母胎并发症风险，保护母婴安全具有重要意义。	1. 医疗机构规范剖宫产手术指征评估。利用新版《剖宫产手术专家共识》，定期组织开展剖宫产手术指征判别和手术规范化的继续教育和专题培训。 2. 医疗机构开展全孕期自然分娩健康宣教。强调把自然分娩的健康教育从临近分娩的时期提前至孕期保健，利用孕妇学校、互联网平台等手段，在整个孕期强化促进自然分娩的健康教育。 3. 医疗机构应开展持续监测。利用剖宫产手术单病种、HQMS等数据平台，对初产妇剖宫产的数据进行持续分析，监测初产妇剖宫产手术指征等获得性指标，及时发现问题，反馈问题，形成改进机制。 4. 医疗机构开展目标导向和证据驱动的质量改进。运用质量改进工具，开展“发现问题-分析原因-提出措施-实施改进-评估效果-巩固效果”全链条质量改进工作，降低初产妇剖宫产率。

				5. 医疗机构应加强区域联合控制。联合区域内医疗机构，包括各级公立医院和民营医院，共同开展专项行动，同步加强初产妇剖宫产手术管理。
6	儿科及 小儿外科 专业	提高儿童癫痫诊断分型准确率 (PIT-2025-07)	儿童癫痫是最常见的儿童神经系统疾病之一，对患者、家庭和社会造成严重负担，准确的分型诊断对提升诊疗质量至关重要。现阶段，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。	1. 医疗机构应成立由医务、质控、病案管理、儿科、神经内科、神经外科、功能神经外科、脑电图室及其他相关科室组成的专项工作小组，并指定牵头部门。 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，按照《提高儿童癫痫诊断分型率专项行动指导意见（第二版）》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，定期监测和评价本区域诊疗质量，推动儿童癫痫诊疗同质化。

		降低川崎病患儿心脏事件发生率 (PIT-2025-08)	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，降低川崎病患儿心脏事件发生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。
7	口腔医学专业	降低种植体修复前脱落率 (PIT-2025-09)	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-2025-10)	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，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	急诊医学专业	提高心脏骤停患者出院存活率 (PIT-2025-11)	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	1. 医疗机构与院前急救机构紧密衔接，提升院前急救能力，并利用信息化方式提高有效信息沟通效率。 2. 医疗机构由急诊科牵头，联合重症医学、心内、

			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。	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。 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(如呼气末二氧化碳等生理指标监测)。 4. 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)。 5. 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。 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。 7. 各级质控中心加强对医疗机构指导、培训及质控工作。
--	--	--	--	--

10	康复医学专业	提高住院患者日常生活活动能力改善率 (PIT-2025-12)	康复治疗是降低康复医学科住院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治疗有重要指导价值。康复医学科住院患者日常生活能力 (ADL) 改善率是反映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. 医疗机构继续推动临床早期康复介入，建立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	提高手术 > 2 小时全麻患者术中持续体温监测率 (PIT-2025-13)	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，手术超过 > 2 小时患者低体温发生率明显增高。低体温会影响患者药物代谢、凝血功能及苏醒后状态。为促进围术期患者体温管理质量提升，通过对这部分低体温高风险患者术中持续体温监测，关注体温变化趋势，积极应用多种术中主动保温手	1. 医疗机构建立“围术期体温保护”专项工作组，制订围手术期体温管理策略，确定所在医疗机构手术 > 2 小时的主要手术类别，积极落实持续体温监测。 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数据监测系统，其中三级医疗机构应尽量直接从麻醉记录

			段，以降低其麻醉期间低体温发生率，整体提升围术期体温保护质量。	单体温数据获取体温监测率与低体温发生率情况。按季度进行本机构相关数据采集、分析和反馈。 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。
12	疼痛专业	提高癌症疼痛的规范化治疗率 (PIT-2025-14)	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为 63%，其中晚期肿瘤患者癌痛发生率高达 80%。目前，国内癌症疼痛的规范化诊疗率仅为 66.2%，且地区间差别较大。因此，提高癌症疼痛的规范化治疗率是保障治疗效果，减少不良反应，提高患者生活质量的重要手段。	1. 医疗机构成立由疼痛、肿瘤等相关临床科室、医务等部门组成的癌症疼痛工作组，疼痛科作为牵头科室。 2. 医疗机构应建立多学科合作机制，开展癌症疼痛住院患者 8 小时、24 小时及治疗后的疼痛动态评估，及时发现并开展癌症疼痛的多学科治疗。 3. 医疗机构定期开展相关培训，确保医护人员熟练掌握评估、药物治疗及手术治疗等相关诊疗流程，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-2025-15)	详见国家医疗质量安全改进目标四。	

		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-2025-16)	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. 医疗机构成立由重症、急诊、护理、医务、质管等相关部门组成的专项工作小组, 制定相关制度。 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, 能够及时识别并给予规范治疗。 3. 医疗机构建立中重度 ARDS 俯卧位治疗的多部门监测及评价机制, 明确相关质控指标数据采集上报制度, 定期进行数据分析、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, 制定改进措施并组织实施。 5. 各级质控中心开展宣传、培训、指导等工作, 提高中重度 ARDS 俯卧位执行依从性、规范俯卧位实施流程。
14	临床营养专业	提高住院患者营养评估率 (PIT-2025-17)	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	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。

			相融合有重要意义。	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，规范营养评估流程和营养评估内容，提高营养评估的科学性、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-2025-18)	提高重要异常结果随访率强调健康体检与健康管理服务链的连续性。健康体检（管理）机构通过随访，提醒受检者重视对重要异常结果的管理，及时进行咨询、监测、复查等，接受规范的诊疗服务。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）机构要建立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，规范对重要异常结果的随访及登记管理。 2. 健康体检（管理）机构要通过对重点重要异常结果的随访，如肺结节、乳腺结节，推动建立完善规范化、个性化的随访路径。 3. 健康体检（管理）机构要运用质量管理工具，查找、分析影响实现目标的主要因素，研究提出改进措施并落实。 4. 有条件的健康体检（管理）机构要运用信息平台，在保证数据安全的基础上，对重要异常结果及随访数据进行分析，加强分析结果的运用。

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-2025-19)	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-2025-20)	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. 医疗机构应成立多部门组成的工作组,制定工作制度,指定牵头部门和负责人。 2. 医疗机构应参照相关指南和共识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. 医疗机构应加强室间隔缺损封堵术相关医务人员的规范化意识,定期开展培训,确保所有人员完全熟悉操作流程。 4. 医疗机构应为医务人员提供诊疗技术培训,持续提高医务人员室间隔缺损的诊疗能力。 5. 医疗机构应完善室间隔缺损封堵术后传导阻滞发生率的监测及评价机制,保障相关质控指标数据采集、分析及反馈的准确性和及时性,并建立激励约束机制;本地区医疗质量控制中心应协助提供宏观数据支持。

				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，根据分析结果明确关键原因，听取本地区医疗质量控制中心的建议，调整并保障改进措施的实施。 7. 本地区医疗质量控制中心应指导医疗机构建立病例讨论工作机制，针对病情复杂和术后发生严重传导阻滞的病例开展病例讨论工作。
18	心律失常介入技术	降低心脏植入型电子器械植入术住院死亡率（PIT-2025-21）	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。	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。 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	提高左主干病变腔内影像使用率 (PIT-2025-22)	左主干病变介入治疗因策略选择复杂、技术要求高、对患者预后影响大，是质控工作重点关注的对象。血管内影像技术包括血管内超声和光学干涉断层成像，在左主干介入治疗前可以精准评估病变狭窄程度（最小管腔面积）、病变分布和特征，帮助制定合理的手术策略和器械，在介入治疗过程中，可以评估支架覆盖病变情况、膨胀情况、贴壁情况、边缘有无撕裂等，帮助优化手术效果，减低患者围术期并发症风险并改善远期预后。目前国内外最新指南和共识对于应用血管内影像（血管内超声或光学干涉断层成像）指导和优化左主干病变介入治疗均为 I 类推荐，A 级证据。因此，这一指标的提高有助于改善患者近远期预后。	1. 医疗机构建立健全工作机制，明确组织架构，细化职责分工，落实监督责任，指导、规范血管内影像指导左主干病变介入治疗质控工作。 2. 医疗机构建立专人负责左主干病变介入治疗患者信息登记、诊疗数据记录、随访管理、健康宣教制度，并对患者诊疗数据（是否接受血管内影像学指导、手术并发症和死亡）进行统计分析，提出提升医疗质量和医疗安全的改进措施。 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，对未进行血管内影像学指导的病例加强质控相关指导。
20	神经系统疾病	提升急性脑梗死再灌注治疗率 (PIT-2025-23)	详见国家医疗质量安全改进目标一。	

21	心血管疾病	提高急性 ST 段抬高型心肌梗死到院 90 分钟内行直接行经皮冠状动脉介入治疗的比例 (PIT-2025-24)	急性心肌梗死是导致我国居民死亡的首要病种, 心肌总缺血时间是决定心肌坏死面积大小的主要因素。提高再灌注治疗的及时性, 早期有效地进行经皮冠状动脉介入治疗 (PCI), 有利于及早开通梗死相关血管, 挽救大片濒死心肌细胞, 缩小心肌梗死面积, 保护心室功能, 改善患者预后, 取得最佳医疗结局。因此, 提高急性 ST 段抬高型心肌梗死 (STEMI) 患者到院 90 分钟内行直接 PCI 的比例, 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。	1. 医疗机构充分发挥由心内、急诊、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及时性规范化培训。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 患者到院 90 分钟内行直接 PCI 比例的监测及评价机制, 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 患者再灌注治疗及时性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 患者再灌注治疗及时性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。
22	肿瘤性疾病	提高肿瘤治疗前临床 TNM 分期评估率 (PIT-2025-25)	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-2025-26)	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 种罕见病分别是：进行性肌营养不良、特发性心肌病、非典型溶血尿毒症综合征（aHUS）、免疫球蛋白 G4（IgG4）相关性疾病、抗中性粒细胞胞质抗体（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. 医疗机构建立本机构 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	护理管理	降低血管内血液净化用中心静脉导管血流感染发生率 (PIT-2025-27)	降低血管内导管相关血流感染发生率，自 2021 年起一直作为国家质控工作改进目标在持续推动中，2021-2023 年改善重点关注中心静脉导管（CVC）和经外周静脉置入中心静脉导管（PICC）所致的血流感染。2023 年底在实际调研中了解到目前血液净化用中心静脉导管相关血流感染发生率比较高且关注不足，为此 2024 年“降低血管内导管相关血流感染发生率”的改善重点扩展了血液净化用中心静脉导管相关血流感染，组织制定了相关护理预防措施和质控重点，并开始数据监测与改进，经过一年推动，取得了初步成效，但仍应持续推动。	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液净化用中心静脉导管相关血流感染的预防措施、诊断标准及数据上报流程制度。 2. 医疗机构目标改进小组着力落实血液净化用中心静脉导管相关血流感染的预防、诊断、数据上报、监测与评价制度。 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。 5. 有条件的医疗机构可以将改善重点从住院患者扩展到门诊患者，将改进范围由院内延伸到院外。
25	药事管理	降低住院患者静脉输液使用率 (PIT-2025-28)	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	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。

			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。	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。提高围术期预防用抗菌药物的静脉用药规范使用率，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、评价及规范使用的激励机制，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-2025-29）	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/二级公立医院绩效监测中的重要指标。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	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

			的室间质量评价活动，通过监测及反馈机制，分析影响医疗机构实现该目标的因素，提出改进措施，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。	床实验室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-2025-30)	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. 医疗机构成立专项工作小组，完善分子病理室间质评参加率的相关制度、工作机制。 2. 医疗机构定期在机构内部进行相关工作的培训与继续教育，持续提高分子病理相关从业人员对参加室间质评的意识，明确相关质控指标数据采集方法。 3. 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。 4. 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	提高乳腺病变超声报告进行乳腺影像报告和数据系统分类率	乳腺病变超声报告进行乳腺影像报告和数据系统（BI-RADS）分类率是指单位时间内，进行 BI-RADS	1. 医疗机构成立改进目标专项工作小组，制定工作计划，明确责任、有效落实。

		(PIT-2025-31)	分类的乳腺病变超声报告数占同期乳腺病变超声报告总数的比例。BI-RADS 分类率是反映乳腺超声检查规范性的重要指标,能反映一定时期内乳腺超声的工作质量,体现超声医生在检查过程的规范性、对乳腺病灶的分析及诊断结论。提高 BI-RADS 分类率可以提高超声医生对指南的掌握程度,促进乳腺超声存图、报告书写的规范性,对乳腺疾病的临床诊疗工作起到重要的安全保障作用。	2. 医疗机构定期进行相关培训与再教育,加强人才队伍建设,开展 BI-RADS 指南的课程学习,提高乳腺病变超声报告进行 BI-RADS 分类率。 3. 医疗机构建立乳腺病变超声进行 BI-RADS 分类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。 4. 医疗机构运用质量管理工具,查找、分析影响本机构实现改进目标的因素,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-2025-32)	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。这一比率属于结局类指标,反映放射检查流程规范性、检查技术规范性、诊断能力质量。放射影像报告对于住院患者明确诊断、指导治疗方案、提高预后等诊疗环节均具有重要的临床作用。放射影像检查项目包括但不限于 X 线、CT 和磁共振等。	1. 医疗机构建立住院患者临床/病理诊断的随访制度。 2. 医疗机构成立由医务处、放射科、病理科、病案科等部门组成专项工作小组,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。 3. 医疗机构定期开展影像操作技术规范培训,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. 医疗机构定期针对放射科诊断医师开展与放射影像诊断相关的专家共识及指南、疾病放射影像诊断和鉴别诊断的相关培训与继续教育。

				5. 医疗机构对相关人员进行质控指标数据采集方法培训，建立本机构放射影像诊断报告质量的监测及评价机制，建立指标的內部验证程序，按季度进行本机构数据分析、反馈，建立激励及约束机制。 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。
30	核医学专业	提高室间质量评价项目参加率 (PIT-2025-33)	室间质评反映实验室参加室间质评计划进行外部质量监测的情况，体现实验室检验结果的可比性和同质性，同时为临床检验结果互认提供科学依据。	1. 医疗机构成立核医学专项质控工作小组，完善核医学专业医疗质量管理的相关制度、工作机制。 2. 医疗机构加强核医学专业质量控制培训工作，持续提高室间质量评价项目参加率的专业意识。 3. 医疗机构建立及完善本机构室间质量评价项目参加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. 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	门诊管理	提高标准门诊诊断使用率 (PIT-2025-34)	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	1. 医疗机构应成立由医务（门诊）、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。

			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。	2. 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。 3. 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。 4. 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。 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，不断持续改进，提高标准门诊诊断使用率。 6. 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	提高住院病案首页诊断及手术编码正确率（PIT-2025-35）	住院病案首页诊断及手术包括主要诊断、其他诊断（并发症和合并症）、主要手术和其他手术，是病种和术种质量管理、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。提升病案首页诊断和手术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. 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，提出持续改进措施并落实。
		提高门(急)诊诊疗信息页采集上报率(PIT-2025-36)	门(急)诊诊疗信息页是医院根据门(急)诊病历和患者在本院门(急)诊就诊期间产生的各项信息汇总形成的反映患者本次就诊过程的信息摘要，包括患者基本信息、就诊过程信息、诊疗信息以及费用信息等。做好门(急)诊诊疗相关信息采集工作，夯实医疗管理工作的数据基础，对提高整体医疗服务质量具有重要作用。	1. 医疗机构医务部门、门诊部门和病案管理部门应当定期对本院门(急)诊信息页包含信息的完整性、规范性、真实性、准确性进行分析，以问题为导向不断提升门(急)诊诊疗信息质量。 2. 医疗机构应将门(急)诊病历纳入本院病历质量管理与控制体系，并根据门(急)诊病历特点建立质控工作机制，在医院和科室层面定期组织开展相关质控工作，保障门(急)诊病历质量。 3. 医疗机构应当根据国家有关质控指标，利用本院门(急)诊诊疗信息加强管理，分析门(急)诊运行管理和诊疗质量情况，并根据分析结果开展针对性改进工作。 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。
33	医院感染管理	降低(特定)I类切口手术部位感染率(PIT-2025-37)	I类切口又称清洁切口，I类切口手术部位感染率是反映手术质量的重要指标。选择以I类切口手术部位感染中相对占比较高、危害性较严重的脑出血、髋关节置换和膝关节置换三个单病种作为重点监	1. 医疗机构建立由院感、医务、临床科室、护理、麻醉、药学、信息等相关部门组成的专项工作小组。 2. 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。

			测的 I 类切口手术，以此为切入点开展各项改进工作，有效降低 I 类切口手术部位感染发生。	3. 医疗机构定期开展相关培训，提升临床医务人员感染防控意识和措施落实效果。 4. 医疗机构建立持续改进的工作机制。强化监测及评价，明确相关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，做好改进工作评价，加强监测指标纳入日常考核管理。
34	综合介入技术	提高肝细胞癌患者接受经动脉化疗栓塞治疗前临床中国肝癌分期评估率 (PIT-2025-38)	肿瘤精准治疗的关键在于准确分期，这是制定个体化治疗方案的基础。《原发性肝癌诊疗指南（2024 版）》基于患者体力状态评分、肝功能、肿瘤特征等，提出了适用于我国的临床中国肝癌（CNLC）分期标准，为临床实践提供了科学依据。研究表明，经动脉化疗栓塞（TACE）联合靶免治疗显著延长了患者生存期，改善生存质量，降低不良反应及经济负担。准确分期还可帮助评估肿瘤负担、优化 TACE 栓塞材料选择，提升治疗效果，并为后续决策提供科学参考，是提高肝癌综合治疗效果的重要基础。	1. 医疗机构成立由医务、质控、介入、肿瘤、肝外、肝病、影像等相关部门组成的专项工作小组，并指定实施 TACE 治疗主体的介入科牵头落实此项内容。 2. 医疗机构定期开展相关培训，确保从事肝癌诊疗的医护人员熟练掌握《原发性肝癌诊疗指南（2024 版）》和《中国肝细胞癌经肝动脉化疗栓塞（TACE）治疗临床实践指南》等相关指南规范，准确分期并在病历和首页内予以体现，尤其是分期在 Ib 至 IIIb 期适合 TACE 治疗的肝癌患者。 3. 医疗机构运用质量管理工具，明确质控指标数据的采集和监测、反馈机制，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，按季度分科室进行数据分析反馈，制定改进措施并贯彻落实。
35	外周血管	降低颈动脉狭窄介入	患者在颈动脉狭窄介入治疗术后	1. 医疗机构应成立由临床科室、医务、护理等部

	介入技术	治疗术术后住院期间卒中发生率 (PIT-2025-39)	发生卒中,不仅可能导致神经功能受损,严重影响患者的生活质量,还可能对患者的生命构成威胁。因此,实施颈动脉狭窄介入治疗术的医疗机构应当尽可能采取措施,以降低术后住院期间的卒中发生率。	门组成的专项工作小组,加强对颈动脉狭窄介入手术的规范化管理。 2. 医疗机构应加强颈动脉狭窄介入手术诊疗的培训,学习国内外指南,严格把握手术适应证、优化手术流程管理、增强并发症处理能力。 3. 医疗机构根据本机构实际情况,制定阶段目标值,并建立配套颈动脉狭窄介入治疗术术后住院期间卒中发生率监测及评价机制。 4. 医疗机构应充分利用质量管理工具,查找并分析影响本机构实现该目标的因素,制定持续的改进措施。 5. 各级质控中心应做好区域内医疗机构的质控、督导和培训工作。
36	精神医学专业	提高出院精神分裂症患者单一抗精神病药物治疗率 (PIT-2025-40)	精神分裂症患者治疗应遵循单一抗精神病药物治疗的原则,除难治性病例外,原则上不联合使用两种或两种以上的抗精神病药物。提高出院精神分裂症患者单一抗精神病药物治疗率,有利于规范临床诊疗行为,保障患者用药安全,减少因药物相互作用而可能引发的各种不良反应和风险。	1. 医疗机构应成立由医务、临床科室、医技、药学、病案、护理、信息等部门组成的专项工作小组。 2. 医疗机构应依托相关信息数据库,完善出院患者用药种类数据的采集机制。借助信息化手段,建立动态的医嘱数据监测机制,及时提示药物联用风险。 3. 医疗机构应定期组织合理用药相关的讲座培训,确保医务人员熟练掌握相关诊疗规范,确保医务人员、处方管理人员形成规范的用药、换药流程和习惯,给予患者规范化治疗。

				4. 医疗机构运用质量管理工具，查找分析影响本机构不合理用药的因素，提出改进措施并落实。
		提高住院患者入院 24 小时内危险行为风险评估率 (PIT-2025-41)	精神障碍患者住院期间发生自伤、自杀、伤人、毁物等危险行为，给患者本人、其他患者以及医务人员带来诸多不良影响，并导致住院时间延长，增加医疗成本。提高精神分裂症、分裂型障碍和妄想型障碍，以及心境（情感）障碍的入院风险评估率，尽早识别各类风险的相关因素，预防高危因素恶化，有效缓解高危因素相关的临床症状，防止危险行为发生，对患者个人、病房管理及社会稳定均具有重要意义。	1. 医疗机构成立由医务、护理、信息与后勤保卫等相关部门组成的专项工作小组，制定相关工作方案与制度。 2. 医疗机构根据自身情况，选择适合的风险评估工具，建立规范化的危险行为评估流程。 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风险评估与防范的工作规范，能够及时识别相关患者并给予规范干预。 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. 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，制定改进措施并组织实施。
37	耳鼻咽喉科专业	提高慢性中耳炎规范诊疗率 (PIT-2025-42)	慢性中耳炎是耳科最常见的疾病之一，实现规范和准确的分型诊断，是治疗方案选择和诊疗质量提升的关键。全国调研结果显示，目前此类疾病诊断名称复杂多样，规范性差，亟需改进。	1. 医疗机构应成立由耳鼻咽喉、医务、信息、病案等相关科室组成的专项工作小组，并指定牵头部门。 2. 医疗机构参照慢性中耳炎诊断和分型指南，形成标准化的诊疗方案，并进行定期分析总结和数据反馈。 3. 医疗机构应定期开展规范化培训，推动慢性中

				耳炎规范诊疗率提升。 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，加强对中耳炎分型的认识。
		提高慢性鼻窦炎手术患者病理送检率 (PIT-2025-43)	慢性鼻窦炎是一种常见的鼻腔鼻窦黏膜的慢性炎症性疾病，其病理的内在分型决定了慢性鼻窦炎的病情进展、治疗方案及预后情况。提高慢性鼻窦炎手术患者病理送检率，将有助于对不同内在分型患者进行精准化治疗及长期管理，从而减少疾病的复发风险，提升患者生活质量。	1. 医疗机构应建立健全工作机制，明确组织架构，根据医院实际情况成立由医务、质控、耳鼻喉、病理等相关部门组成的专项工作小组，并指定牵头部门。 2. 医疗机构要加强医疗质量管理能力培训工作，持续提高对慢性鼻窦炎手术患者进行病理送检的专业意识。 3. 医疗机构应建立慢性鼻窦炎手术患者病理送检率的监测及评价机制，明确相关质控指标采集方法，按季度进行数据分析与反馈，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，提出改进措施并落实。 5. 各级质控中心做好区域内医疗机构质控、指导、培训工作，定期监测和评价医疗质量。
38	血液内科专业	提高初诊急性白血病形态学、免疫学、细胞遗传学与分子生物	形态学、免疫学、细胞遗传学与分子生物学整合诊断分型（MICM分型）模式是目前国内外急性白血病	1. 医疗机构定期在机构内部进行相关工作的培训与教育，加强基层医疗机构诊断能力，提高急性白血病亚型的诊断精确性。

		学整合诊断分型检测的执行率 (PIT-2025-44)	诊断分型及预后分层的标准化模式，基于 MICM 模式对初诊急性白血病患者进行精准诊断分层，从而制定标准化、规范化、个体化治疗策略，对指导临床治疗方案、疗效及预后的判断都具有十分重要的意义。	2. 医疗机构采取多学科协作诊疗模式，通过定期开展多学科会诊和讨论，利用各相关专业优势和经验，提高血液病的诊断和治疗水平。 3. 医疗机构建立急性白血病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，根据机构实际进行数据分析、反馈。 4. 医疗机构运用质控管理工具，查找、分析影响本机构形态学、免疫学、细胞遗传学和分子生物学检测质控的因素，提出改进措施并落实。
		提升初诊淋巴瘤及初诊多发性骨髓瘤精准诊断率与风险分层标准化实施率 (PIT-2025-45)	精准诊断和标准风险分层是淋巴瘤和骨髓瘤规范化治疗和预后评估的基础。然而，目前部分患者的诊断和风险分层存在不一致和缺失，影响后续治疗的准确性和效果。因此，提高精准诊断和风险分层的实施率，确保治疗的规范化，是当前急需解决的关键问题。	1. 医疗机构推动多学科协作，加强基层医疗单位医师培训，提升初诊淋巴瘤和骨髓瘤患者精准诊断率与风险分层标准化实施率的意识和能力。 2. 医疗机构完善结构化病史报告系统建设，实现病史信息联动，同时监测诊断等相关质控指标，并定期反馈指标数据。 3. 医疗机构完善持续监测平台及评价反馈机制，定期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、分析影响机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。
39	胸外科专业	降低肺占位性病变手术病理诊断良性结果比例 (PIT-2025-46)	根据临床指南和规范要求，肺占位性病变应根据准确评估肺占位性病变患者的手术适应症，制订相应诊疗方案，确保规范化诊疗得到落实，从而为患者提供更加科学和	1. 医疗机构成立由医务处、胸外科、肿瘤内科、病理科、影像科及其他临床科室组成的专项工作小组，加强本机构胸外科诊疗规范化管理，定期进行相关工作的培训。

			精准的治疗。因此，降低肺占位性病变手术病理诊断良性结果比例，可以有效减少不必要的手术干预，提升胸外科规范化诊疗水平。	2. 建立本机构肺占位性病变手术病理结果的监测及评价机制，明确数据采集方法，按季度进行数据分析、反馈，建立激励约束机制。 3. 医疗机构应组织胸外科医务人员参加规范化诊疗和质控培训，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，能够准确把握手术适应症。 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。
		降低胸壁畸形手术术后并发症发生率 (PIT-2025-47)	胸壁畸形手术术后的并发症对患者的经济负担和生活质量造成了严重影响。常见的并发症，如伤口感染和愈合不良，不仅可能影响手术治疗效果，导致医疗费用显著增加，还会加重患者的心理压力。因此，降低胸壁畸形手术术后并发症发生率对于提升医疗质量、保障患者安全具有重要的意义。	1. 医疗机构建立由胸外科及相关部门组成的专项工作小组，完善胸壁畸形术后并发症预防的相关工作制度和机制。 2. 医疗机构加强培训工作，持续提高医务人员对患者术前评估的规范性和准确性，从而优化术前准备和促进术后恢复。 3. 医疗机构不断提升手术技术，优化操作流程，减少人工材料的植入，如去除不必要的固定片，有效预防皮下积液形成，从而促进伤口愈合和患者恢复。 4. 医疗机构加强术后观察，密切监测患者的相关指标，早期发现潜在的感染迹象，对任何异常情况迅速采取行动。 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。

		降低胸腔镜肺叶切除术死亡发生率 (PIT-2025-48)	胸腔镜肺叶切除术具有创伤小、恢复快的特点,是目前广泛应用于肺部疾病的外科手术方法。而围术期死亡率,不仅直接反映了手术的质量与安全性,更是衡量整体医疗管理成效的核心指标之一。	1. 医疗机构建立由医务处、胸外科、病案室成立的专项工作组,指导完善本机构胸腔镜肺叶切除手术患者围手术期、并发症预防的管理制度和实施方案。 2. 医疗机构加强手术管理,完善复杂或高危胸腔镜肺叶切除手术患者术前讨论制度、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。定期开展胸腔镜肺叶切除手术相关操作规范的培训与再教育。 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。
40	皮肤和性传播疾病专业	提高皮肤病治疗中免疫抑制剂、生物制剂和小分子靶向药用药前、用药期间筛查率 (PIT-2025-49)	皮肤病治疗过程中,对于重症或顽固难治病例的治疗离不开免疫抑制剂、生物制剂或小分子靶向药物。这类药物在发挥治疗作用的同时也存在一定风险,因此用药前筛查适用患者和用药期间定期检测及时发现不良反应尤为重要。目前,我国尚有20%-36%的医院在使用该类药物前或期间未进行筛查。临床上迫切需要采取有效措施,强化各级医疗机构皮肤科医生对该类药物的认识,提高用药前及用药	1. 医疗机构应按照专业改进目标,成立专项工作小组,按照改进目标制定工作计划和管理制度,明确责任,有效落实各项相关工作。 2. 医疗机构应制定详细计划,开展免疫抑制剂、生物制剂和小分子靶向药的用药培训,建立监管机制。 3. 医疗机构建立改进目标实施、监督、评价的工作制度和机制,按季度分析本机构工作计划落实情况 and 目标质控数据结果,持续推进目标改进。 4. 医疗机构应定期开展督导,保证医疗行为及用药记录详实、上报数据真实准确。

			期间筛查率，这对于提升该类药物的规范化用药水平，避免药物滥用，降低药物不良反应发生率具有重要意义。	5. 各级质控中心做好区域内医疗机构质控、指导、培训工作，提高各医疗机构医务人员对免疫抑制剂、生物制剂和小分子靶向药的认识和规范处理能力。
		提高门诊梅毒患者的规范治疗率 (PIT-2025-50)	梅毒是世界范围内常见的性传播疾病之一。根据我国法定传染病报告数据，梅毒报告病例数居全国甲乙类法定传染病第三位。有效治疗梅毒患者是控制梅毒传播、消除梅毒危害的关键环节。	1. 医疗机构按照专业改进目标，建立由皮肤性病科、医务、门诊、信息、检验和其他梅毒接诊收治科室等相关部门组成的专项工作小组，制定质量改进目标管理制度。 2. 医疗机构应加强梅毒实验室检测能力建设和梅毒治疗药物的配备。 3. 医疗机构应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。 4. 医疗机构应根据《梅毒诊断 WS 273-2018》、《梅毒、淋病和生殖道沙眼衣原体感染诊疗指南（2020 年）》中的梅毒推荐治疗方案，开展梅毒的规范化诊断及治疗管理，定期开展相关工作培训，提高梅毒诊疗水平。 5. 各级质控中心加强对医疗机构指导、培训工作。