

河南省卫生健康委员会文件

豫卫医〔2021〕26号

河南省卫生健康委关于印发河南省医疗质量 千院行活动方案（2021－2025年）的通知

各省辖市、济源示范区、各省直管县（市）卫生健康委，省直各医疗机构：

为进一步贯彻《医疗质量管理办法》，确保医疗质量安全核心制度、国家年度医疗质量安全改进目标、年度质控工作改进目标落地见效，促进全省医疗质量持续改进，我委制订了《河南省医疗质量千院行活动方案（2021－2025年）》，现印发给你们，请认真遵照执行。



（信息公开形式：主动公开）

河南省医疗质量千院行活动方案

(2021 – 2025 年)

医疗质量关系到人民群众的健康权益和对医疗服务的切身感受。持续改进质量，保障医疗安全，为人民群众提供安全、优质的医疗服务是卫生健康工作的核心任务，也是深入推进医疗卫生事业高质量发展的重要工作内容。为进一步加强医疗质量管理，促进全省医疗质量管理科学化、规范化、精细化程度不断提高，结合我省实际，制订本方案。

一、总体要求

(一) 指导思想。以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中全会精神，按照国家高质量发展战略要求，落实省委、省政府高质量发展决策部署，以医院高质量发展为主线，进一步强化医疗质量安全管理，健全完善医疗质量管理长效工作机制，创新医疗质量持续改进方法，充分发挥信息化在医疗质量管理领域的重要作用，促进医疗质量管理与控制体系更加优质高效，不断满足人民群众对优质医疗的需求。

(二) 工作目标。“十四五”期间，通过实施目标管理，推

动全省一千余所一级以上医院全面落实《医疗质量管理办法》（以下简称《办法》）、医疗质量安全核心制度（以下简称核心制度）、国家年度医疗质量安全改进目标、年度质控工作改进目标，不断提升全省不同地区、不同级别、不同类别、不同性质医院间医疗质量同质化程度，推动医疗资源供给持续增加、医疗服务效率进一步提升、重点病种和手术诊疗质量稳中有升、住院死亡率持续下降。进一步强化医院主体责任落实，进一步推动各级各专业医疗质量控制中心或组织（以下简称质控中心）履职尽责，进一步督促各级卫生健康行政部门依法监管，医疗质量内涵建设深入推进，医疗质量安全文化初步形成。

二、活动范围

全省一级以上医院。

三、主要任务

（一）落实医疗质量安全核心制度

1. 首诊负责制度

基本要求：

（1）明确患者在诊疗过程中不同阶段的责任主体。

（2）保障患者诊疗过程中诊疗服务的连续性。

（3）首诊医师应当作好医疗记录，保障医疗行为可追溯。

（4）非本医疗机构诊疗科目范围内疾病，应告知患者或其法定代理人，并建议患者前往相应医疗机构就诊。

现场评价方法：

医院是否明确在诊疗过程不同阶段的责任主体，保障患者诊疗服务连续性和医疗行为可追溯。

2. 三级查房制度

基本要求：

(1) 医疗机构实行科主任领导下的三个不同级别的医师查房制度。三个不同级别的医师可以包括但不限于主任医师或副主任医师－主治医师－住院医师。

(2) 遵循下级医师服从上级医师，所有医师服从科主任的工作原则。

(3) 医疗机构应当明确各级医师的医疗决策和实施权限。

(4) 医疗机构应当严格明确查房周期。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。

(5) 医疗机构应当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。

(6) 开展护理、药师查房的可参照上述规定执行。

现场评价方法：

医院是否实行科主任领导下的三个不同级别的医师查房制度，严格明确查房周期。是否明确各级医师的医疗决策和实施权限。

3. 会诊制度

基本要求：

(1) 按会诊范围，会诊分为机构内会诊和机构外会诊。机构内多学科会诊应当由医疗管理部门组织。

(2) 按病情紧急程度，会诊分为急会诊和普通会诊。机构内急会诊应当在会诊请求发出后 10 分钟内到位，普通会诊应当在会诊发出后 24 小时内完成。

(3) 医疗机构应当统一会诊单格式及填写规范，明确各类会诊的具体流程。

(4) 原则上，会诊请求人员应当陪同完成会诊，会诊情况应当在会诊单中记录。会诊意见的处置情况应当在病程中记录。

(5) 前往或邀请机构外会诊，应当严格遵照国家有关规定执行。

现场评价方法：

医院是否明确各类会诊的具体流程和时间要求，统一会诊单格式及填写规范。会诊请求人员是否陪同完成会诊，并按规定进行记录。

4. 分级护理制度

基本要求：

(1) 医疗机构应当按照国家分级护理管理相关指导原则和护理服务工作标准，制定本机构分级护理制度。

(2) 原则上，护理级别分为特级护理、一级护理、二级护理、三级护理 4 个级别。

(3) 医护人员应当根据患者病情和（或）自理能力变化动态调整护理级别。

(4) 患者护理级别应当明确标识。

现场评价方法：

医院是否按照国家分级护理管理相关指导原则和护理服务标准，规范各级别护理的内容。是否合理动态调整护理级别，护理级别是否明确标识。

5. 值班与交接班制度

基本要求：

(1) 医疗机构应当建立全院性医疗值班体系，包括临床、医技、护理部门以及提供诊疗支持的后勤部门，明确值班岗位职责并保证常态运行。

(2) 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。

(3) 医疗机构及科室应当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。

(4) 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。

(5) 各级值班人员应当确保通讯畅通。

(6) 四级手术患者手术当日和急危重患者必须床旁交班。

(7) 值班期间所有的诊疗活动必须及时记入病历。

(8) 交接班内容应当专册记录，并由交班人员和接班人员共同签字确认。

现场评价方法：

(1) 医院是否有全院性医疗值班体系，明确值班岗位职责、人员资质和人数并保证常态运行。

(2) 医院是否实行医院总值班制度，总值班人员是否接受培训并考核合格。

(3) 医院及科室值班表是否全院公开，值班表应当涵盖与患者诊疗相关的所有岗位和时间。值班人员资质和值班记录是否符合规定。值班期间所有的诊疗活动是否及时记入病历。

(4) 交接班内容是否专册记录，并由交班人员和接班人员共同签字确认。

(5) 四级手术患者手术当日和急危重患者是否实施床旁交班。

6. 疑难病例讨论制度

基本要求：

(1) 医疗机构及临床科室应当明确疑难病例的范围，包括但不限于出现以下情形的患者：没有明确诊断或诊疗方案难以确定、疾病在应有明确疗效的周期内未能达到预期疗效、非计划再次住院和非计划再次手术、出现可能危及生命或造成器官功能严

重损害的并发症等。

(2) 疑难病例均应由科室或医疗管理部门组织开展讨论。讨论原则上应由科主任主持，全科人员参加。必要时邀请相关科室人员或机构外人员参加。

(3) 医疗机构应统一疑难病例讨论记录的格式和模板。讨论内容应专册记录，主持人需审核并签字。讨论的结论应当记入病历。

(4) 参加疑难病例讨论成员中应当至少有 2 人具有主治医师及以上专业技术职务任职资格。

现场评价方法：

医院和科室是否确定疑难病例的范围，明确参与讨论人员范围、组成和流程要求。讨论内容是否专册记录，讨论结论是否记入病历。

7. 急危重患者抢救制度

基本要求：

(1) 医疗机构及临床科室应当明确急危重患者的范围，包括但不限于出现以下情形的患者：病情危重，不立即处置可能存在危及生命或出现重要脏器功能严重损害；生命体征不稳定并有恶化倾向等。

(2) 医疗机构应当建立抢救资源配置与紧急调配的机制，确保各单元抢救设备和药品可用。建立绿色通道机制，确保急危重患者优先救治。医疗机构应当为非本机构诊疗范围内的急危重

患者的转诊提供必要的帮助。

(3) 临床科室急危重患者的抢救，由现场级别和年资最高的医师主持。紧急情况下医务人员参与或主持急危重患者的抢救，不受其执业范围限制。

(4) 抢救完成后 6 小时内应当将抢救记录记入病历，记录时间应具体到分钟，主持抢救的人员应当审核并签字。

现场评价方法：

医院和科室是否确定急危重患者的范围；医院是否建立抢救资源配置与紧急调配机制和绿色通道机制。抢救完成 6 小时内是否将抢救记录记入病历。

8. 术前讨论制度

基本要求：

(1) 除以紧急抢救生命为目的的急诊手术外，所有住院患者手术必须实施术前讨论，术者必须参加。

(2) 术前讨论的范围包括手术组讨论、医师团队讨论、病区内讨论和全科讨论。临床科室应当明确本科室开展的各级手术术前讨论的范围并经医疗管理部门审定。全科讨论应当由科主任或其授权的副主任主持，必要时邀请医疗管理部门和相关科室参加。患者手术涉及多学科或存在可能影响手术的合并症的，应当邀请相关科室参与讨论，或事先完成相关学科的会诊。

(3) 术前讨论完成后，方可开具手术医嘱，签署手术知情同意书。

(4) 术前讨论的结论应当记入病历。

现场评价方法：

医院是否明确不同术前讨论形式的参加人员范围和流程。科室是否明确本科室开展的各级手术术前讨论的范围并经医疗管理部门审定。术前讨论的结论是否记入病历。

9. 死亡病例讨论制度

基本要求：

(1) 死亡病例讨论原则上应当在患者死亡1周内完成。尸检病例在尸检报告出具后1周内必须再次讨论。

(2) 死亡病例讨论应当在全科范围内进行，由科主任主持，必要时邀请医疗管理部门和相关科室参加。

(3) 死亡病例讨论情况应当按照本机构统一制定的模板进行专册记录，由主持人审核并签字。死亡病例讨论结果应当记入病历。

(4) 医疗机构应当及时对全部死亡病例进行汇总分析，并提出持续改进意见。

现场评价方法：

医院是否监测全院死亡病例并及时进行汇总分析，提出持续改进意见。死亡病例讨论范围、参加人员、时限和记录是否符合规定。

10. 查对制度

基本要求：

(1) 医疗机构的查对制度应当涵盖患者身份识别、临床诊疗行为、设备设施运行和医疗环境安全等相关方面。

(2) 每项医疗行为都必须查对患者身份。应当至少使用两种身份查对方式，严禁将床号作为身份查对的标识。为无名患者进行诊疗活动时，须双人核对。用电子设备辨别患者身份时，仍需口语化查对。

(3) 医疗器械、设施、药品、标本等查对要求按照国家有关规定和标准执行。

现场评价方法：

医院查对制度是否涵盖患者身份识别、临床诊疗行为、设备设施运行和医疗环境安全等方面。医疗器械、设施、药品、标本等查对是否按照国家有关规定和标准执行。

11. 手术安全核查制度

基本要求：

(1) 医疗机构应当建立手术安全核查制度和标准化流程。

(2) 手术安全核查过程和内容按国家有关规定执行。

(3) 手术安全核查表应当纳入病历。

现场评价方法：

医院是否建立手术安全核查制度和标准化流程，是否将产房分娩核查纳入核查内容。手术安全核查过程和内容是否按国家有关规定执行。手术安全核查表是否纳入病历。

12. 手术分级管理制度

基本要求：

(1) 按照手术风险性和难易程度不同，手术分为四级。具体要求按照国家有关规定执行。

(2) 医疗机构应当建立手术分级管理工作制度和手术分级管理目录。

(3) 医疗机构应当建立手术分级授权管理机制，建立手术医师技术档案。

(4) 医疗机构应当对手术医师能力进行定期评估，根据评估结果对手术权限进行动态调整。

现场评价方法：

(1) 医院是否建立手术分级管理工作制度和手术分级管理目录。是否建立手术分级授权管理机制和手术医师技术档案。

(2) 医院是否对手术医师能力进行定期评估，并根据评估结果对手术权限进行动态调整。

13. 新技术和新项目准入制度

基本要求：

(1) 医疗机构拟开展的新技术和新项目应当为安全、有效、经济、适宜、能够进行临床应用的技术和项目。

(2) 医疗机构应当明确本机构医疗技术和诊疗项目临床应用清单并定期更新。

(3) 医疗机构应当建立新技术和新项目审批流程，所有新技术和新项目必须经过本机构相关技术管理委员会和医学伦理委

员会审核同意后，方可开展临床应用。

(4) 新技术和新项目临床应用前，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。

(5) 医疗机构应当明确开展新技术和新项目临床应用的专业人员范围，并加强新技术和新项目质量控制工作。

(6) 医疗机构应当建立新技术和新项目临床应用动态评估制度，对新技术和新项目实施全程追踪管理和动态评估。

(7) 医疗机构开展临床研究的新技术和新项目按照国家有关规定执行。

现场评价方法：

(1) 医院是否建立本院医疗技术临床应用目录并定期更新。

(2) 是否建立新技术和新项目审批流程，所有新技术和新项目是否全部通过本院医学伦理委员会和医疗技术临床应用管理委员会审核同意后开展临床应用。

(3) 是否明确开展新技术和新项目临床应用的专业人员范围、论证可能存在的安全隐患或技术风险并制定相应预案。

(4) 是否建立新技术和新项目临床应用动态评估制度，对新技术和新项目实施全程追踪管理、质量控制和动态评估。

14. 危急值报告制度

基本要求：

(1) 医疗机构应当分别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。

(2) 医疗机构应当制定可能危及患者生命的各项检查、检验结果危急值清单并定期调整。

(3) 出现危急值时，出具检查、检验结果报告的部门报出前，应当双人核对并签字确认，夜间或紧急情况下可单人两次核对。对于需要立即重复检查、检验的项目，应当及时复检并核对。

(4) 外送的检验标本或检查项目存在危急值项目的，医院应当和相关机构协商危急值的通知方式，并建立可追溯的危急值报告流程，确保临床科室或患方能够及时接收危急值。

(5) 临床科室任何接收到危急值信息的人员应当准确记录、复读、确认危急值结果，并立即通知相关医师。

(6) 医疗机构应当统一制定临床危急值信息登记专册和模板，确保危急值信息报告全流程的人员、时间、内容等关键要素可追溯。

现场评价方法：

(1) 医院是否制定可能危及患者生命的各项检查、检验结果危急值清单并定期调整。

(2) 医院是否分别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，确保危急值信息传递各环节无缝对接和关键要素可追溯。

(3) 临床危急值信息是否专册登记。

15. 病历管理制度

基本要求：

(1) 医疗机构应当建立住院及门、急诊病历管理和质量控制制度，严格落实国家病历书写、管理和应用相关规定，建立病历质量检查、评估与反馈机制。

(2) 医疗机构病历书写应当做到客观、真实、准确、及时、完整、规范，并明确病历书写的格式、内容和时限。

(3) 实施电子病历的医疗机构，应当建立电子病历的建立、记录、修改、使用、存储、传输、质控、安全等级保护等管理制度。

(4) 医疗机构应当保障病历资料安全，病历内容记录与修改信息可追溯。

(5) 鼓励推行病历无纸化。

现场评价方法：

(1) 医院是否严格落实国家有关法律法规以及病历书写、分类编码、管理与应用相关规定。

(2) 是否建立门急诊及住院病历规范书写、管理和质量控制制度。

(3) 是否建立保障病历资料安全、病历内容记录与修改信息可追溯的机制。

(4) 实施电子病历的医院，是否建立电子病历的建立、记录、修改、使用、存储、传输、质控、安全等级保护等管理制

度。

16. 抗菌药物分级管理制度

基本要求：

(1) 根据抗菌药物的安全性、疗效、细菌耐药性和价格等因素，抗菌药物分为非限制使用级、限制使用级与特殊使用级三级。

(2) 医疗机构应当严格按照有关规定建立本机构抗菌药物分级管理目录和医师抗菌药物处方权限，并定期调整。

(3) 医疗机构应当建立全院特殊使用级抗菌药物会诊专家库，按照规定规范特殊使用级抗菌药物使用流程。

(4) 医疗机构应当按照抗菌药物分级管理原则，建立抗菌药物遴选、采购、处方、调剂、临床应用和药物评价的管理制度和具体操作流程。

现场评价方法：

医院是否严格按照《抗菌药物临床应用管理办法》等有关规定，建立本院抗菌药物遴选、采购、处方、调剂、临床应用和药物评价的管理制度和具体操作流程，确定抗菌药物分级管理目录、医师抗菌药物处方权限和医师会诊权限，并定期调整。

17. 临床用血审核制度

基本要求：

(1) 医疗机构应当严格落实国家关于医疗机构临床用血的有关规定，设立临床用血管理委员会或工作组，制定本机构血液

预订、接收、入库、储存、出库、库存预警、临床合理用血等管理制度，完善临床用血申请、审核、监测、分析、评估、改进等管理制度、机制和具体流程。

(2) 临床用血审核包括但不限于用血申请、输血治疗知情同意、适应证判断、配血、取血发血、临床输血、输血中观察和输血后管理等环节，并全程记录，保障信息可追溯，健全临床合理用血评估与结果应用制度、输血不良反应监测和处置流程。

(3) 医疗机构应当完善急救用血管理制度和流程，保障急救治疗需要。

现场评价方法：

医院是否严格落实国家关于医疗机构临床用血的有关规定，设立临床用血管理委员会或工作组，制定本院临床合理用血管理制度，完善管理机制和具体流程。是否有具体措施保障急救用血治疗需要。

18. 信息安全管理制度

基本要求：

(1) 医疗机构应当依法依规建立覆盖患者诊疗信息管理全流程的制度和技术保障体系，完善组织架构，明确管理部门，落实信息安全等级保护等有关要求。

(2) 医疗机构主要负责人是患者诊疗信息安全管理第一责任人。

(3) 医疗机构应当建立患者诊疗信息安全风险评估和应急

工作机制，制定应急预案。

(4) 医疗机构应当确保实现本机构患者诊疗信息管理全流程的安全性、真实性、连续性、完整性、稳定性、时效性、溯源性。

(5) 医疗机构应当建立患者诊疗信息保护制度，使用患者诊疗信息应当遵循合法、依规、正当、必要的原则，不得出售或擅自向他人或其他机构提供患者诊疗信息。

(6) 医疗机构应当建立员工授权管理制度，明确员工的患者诊疗信息使用权限和相关责任。医疗机构应当为员工使用患者诊疗信息提供便利和安全保障，因个人授权信息保管不当造成的不良后果由被授权人承担。

(7) 医疗机构应当不断提升患者诊疗信息安全防护水平，防止信息泄露、毁损、丢失。定期开展患者诊疗信息安全自查工作，建立患者诊疗信息系统安全事故责任管理、追溯机制。在发生或者可能发生患者诊疗信息泄露、毁损、丢失的情况时，应当立即采取补救措施，按照规定向有关部门报告。

现场评价方法：

是否明确医院主要负责人是患者诊疗信息安全管理第一责任人，依法依规建立覆盖患者诊疗信息管理全流程的制度和技術保障体系。是否制订政策确保实现本院患者诊疗信息管理全流程的安全性、真实性、连续性、完整性、稳定性、时效性、溯源性。是否制订政策对员工使用诊疗信息实行授权管理，明晰权责，是

否为员工使用患者诊疗信息提供便利和保障。

为贯彻落实国家卫生健康委要推动医院评审由现场检查、主管定性、集中检查为主的评审形式转向以日常监测、客观指标、现场检查、定量与定性评价相结合的工作思路和工作方向，核心制度信息化日常监测、评价要求由省卫生健康委另行印发。

（二）落实国家年度医疗质量安全改进目标

国家卫生健康委提出年度国家医疗质量安全改进目标，是将目标管理这一经过实践检验的现代管理方法应用到医疗卫生领域管理的具体实践。旨在进一步聚焦医疗质量安全的薄弱环节和关键点，以目标为导向，明确改进方向，持续提升质量。年度医疗质量安全改进目标遵照国家要求执行。2021 年度医疗质量安全改进目标共 10 个，从三个领域分别确定了 2021 年度需要聚力改进的着力点，基本要求和评价方法如下：

1. 心脑血管和肿瘤性疾病等重大疾病领域

（1）提高急性 ST 段抬高型心肌梗死（以下简称急性 STEMI）再灌注治疗率

基本要求：

1) 医疗机构建立由心内科、急诊科、检验、护理、影像等相关部门组成的急性 STEMI 患者再灌注治疗技术团队，并指定牵头部门。

2) 医疗机构制订符合本机构实际的急性 STEMI 患者急救方案及标准化操作流程，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。

3) 不具备经皮冠状动脉介入治疗（以下简称 PCI）能力的医疗机构，要建立本机构急性 STEMI 患者急救转诊方案及流程，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。

现场评价方法：

1) 是否指定牵头部门并建立多学科、多部门组成的急性 STEMI 患者再灌注治疗技术团队。

2) 是否制订急性 STEMI 患者急救方案及标准化操作流程，并进行培训。医务人员是否能够随时到位，药品、设备、设施是否处于可用状态。

3) 不具备 PCI 能力的医疗机构，是否建立急性 STEMI 患者急救转诊方案及流程。

(2) 提高急性脑梗死再灌注治疗率

基本要求：

1) 医疗机构建立由急诊科、神经内科、神经外科、影像、检验、护理等相关部门组成的急性脑梗死患者再灌注治疗技术团队，并指定牵头部门。

2) 医疗机构制订符合本机构实际的急性脑梗死患者急救方案及标准化操作流程，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。

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。

现场评价方法：

1) 是否指定牵头部门并建立多学科、多部门组成的急性脑梗死患者再灌注治疗技术团队。

2) 是否制订急性脑梗死患者急救方案及标准化操作流程，并进行培训。医务人员是否能够随时到位，药品、设备、设施是否处于可用状态。

3) 不具备再灌注治疗能力的医疗机构，是否建立急性脑梗死患者急救转诊方案及流程。

(3) 提高肿瘤治疗前临床 TNM 分期评估率

基本要求：

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。

现场评价方法：

是否成立多部门、多学科组成的专项工作小组。是否对肿瘤患者（特别是初诊患者）采取多学科协作诊疗。

2. 诊疗行为领域

(1) 提高住院患者抗菌药物治疗前病原学送检率

基本要求：

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训与再教育。

现场评价方法：

是否成立多学科、多部门组成的专项工作小组。是否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，并定期进行相关工作培训与再教育。

(2) 提高静脉血栓栓塞症（以下简称 VTE）规范预防率

1) 医疗机构进行院内 VTE 防治体系建设，成立由医务、临床科室、护理等部门组成的 VTE 管理团队，完善 VTE 防治工作制度和机制，开展规范化 VTE 风险评估和出血风险评估。

2) 建立急危重症患者 VTE 处理的应急预案，建立 VTE 相关患者会诊与转诊机制等。

3) 医疗机构内部加强 VTE 相关教育培训工作。

现场评价方法：

是否成立由医务、临床科室、护理等部门组成的 VTE 管理团队。是否建立急危重症患者 VTE 处理的应急预案及 VTE 相关患者会诊与转诊机制等。是否开展 VTE 相关教育培训。

(3) 降低住院患者静脉输液使用率

基本要求：

1) 医疗机构成立由医务、临床科室、药事、后勤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，持续积累临床管理和实践证据。

4) 强化静脉输液治疗药物不良反应发生的监测和预警机制，关注静脉输液治疗药物使用数量和强度等情况，并向临床及时反馈预警信息。

5) 定期进行相关培训与再教育，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。

现场评价方法：

是否成立多科室、多部门组成的专项工作小组。是否建立无需静脉输液治疗的病种清单。是否向临床及时反馈静脉输液治疗药物不良反应预警信息。是否定期进行相关培训与再教育。

(4) 降低血管内导管相关血流感染发生率

基本要求：

1) 医疗机构成立由医务、护理、院感、临床科室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操作规程，包括但不限于血管内导管使用指征、无菌操作规范、导管护理规范以及相关质量监管与不良事件报告登记制度等。

现场评价方法：

是否指定牵头部门并成立多科室、多部门组成的专项工作小组。是否定期开展相关培训。

(5) 降低阴道分娩并发症发生率

基本要求：

1) 医疗机构成立由医务、产科、新生儿科、护理等部门组成的专项工作小组，建立本机构产妇分娩安全管理及并发症预防的管理制度、实施目标与措施。

2) 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。

3) 指导孕妇做好孕期管理，规范分娩前评估和核查。

现场评价方法：

是否成立多科室、多部门组成的专项工作小组，并建立相关管理制度、实施目标与措施。是否定期开展相关培训与再教育。是否规范开展分娩前评估和核查。

3. 医疗管理领域

(1) 提高病案首页主要诊断编码正确率

基本要求：

1) 医疗机构充分发挥病案管理委员会的作用，完善相关管理工作制度与机制，制订与实施本机构病案首页规范化填报技术指南，进一步明确主要诊断选择原则、ICD 编码原则等内容。

2) 医疗机构加强病案首页规范化填报、质量监测等相关培训，提高医务人员准确填写主要诊断和编码的能力。

现场评价方法：

是否成立病案管理委员会，并有完善的工作制度和机制。是否制订病案首页规范化填报技术指南并实施。是否开展相关培训。

(2) 提高医疗质量安全不良事件报告率

基本要求：

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，构建非惩罚性文化氛围。

3) 重点提升医疗安全隐患问题，或未造成严重不良后果的负性事件识别与报告能力。

现场评价方法：

是否成立多科室、多部门组成的专项工作小组。是否开展相

关培训，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。

上述 10 项国家年度医疗质量安全改进指标，医疗机构要注重信息化日常监测与评价。应建立监测与评价机制，明确相关数据采集方法和验证程序，按季度、分科室对数据分析、反馈，建立激励约束机制。同时，要运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现目标的因素，提出改进措施并落实。

（三）落实国家年度质控工作改进目标

国家年度质控工作改进目标由国家级质控中心围绕相应专业医疗质量安全的薄弱环节和关键点确定。年度质控工作改进目标遵照国家和我省要求执行。2021 年国家年度质控工作改进目标共 33 项，是各级、各相关专业质控中心的年度工作重点。省级质控中心要加强与对应国家质控中心的沟通联系，在落实相关专业质控指标体系要求的基础上，将年度质控工作改进目标作为切入点、着力点，结合我省实际认真贯彻执行；无对应国家级质控改进目标的省级质控中心，要结合工作实际，针对我省相应专业医疗质量安全的薄弱环节和关键点，制订本专业年度质控工作改进目标，并组织实施。各市、县级质控中心在省级质控中心指导下，做好年度质控工作改进目标的持续提升。

四、工作机制

（一）行政监管机制

各级卫生健康行政部门负责行政区域内一级以上医院医疗质

量管理工作，在职责范围内监督、指导医疗质量管理有关规章制度贯彻执行。要建立医疗质量管理评估制度，可以根据当地实际情况，定期开展评估并在行业内发布评估结果。

（二）自我监管机制

一级以上医院是本机构医疗质量管理的第一责任主体，主要负责人是医疗质量管理的第一责任人，要主动履行主体责任，发挥目标引领、聚焦问题导向、强化担当尽责，注重监管效果。应当成立医疗质量管理专门部门，负责本机构的医疗质量管理工作。要严格落实医疗质量管理院、科两级责任制，临床科室以及药学、护理、医技等部门（以下称业务科室）主要负责人是本科室医疗质量管理的第一责任人。二级以上医院应当成立医疗质量管理委员会，各业务科室还应当成立本科室医疗质量管理工作小组。

一级以上医院应建立本机构医疗质量评估机制，强化日常管理和动态评估，及时对医疗质量问题和医疗安全风险进行预警，及时采取有效干预措施，并评估干预效果，促进医疗质量的持续改进。定期发布本机构医疗质量管理信息。

（三）信息化监管机制

探索完善核心制度信息化评价指标体系，建立医疗机构医疗质量评价常态化机制。统筹使用国家和我省卫生健康相关信息平台，收集全省医疗机构医疗质量管理相关数据、分析数据内涵、反馈评价结果，提升监管效能。结合必要的现场检查，弥补信息

化监管盲区，多措并举实现医疗质量持续改进。

（四）专业监管机制

各级各专业质控中心是受各级卫生健康行政部门委托成立的卫生行业组织，履行评价、培训、指导等公益性职责。各级卫生健康行政部门要按照《河南省医疗质量控制中心管理实施办法（试行）》等要求，根据实际工作需要，因地制宜完善质量管理与控制体系，承上启下落实国家和省级工作要求，开展医疗质量管理与控制工作。省级质控中心按照《河南省医疗质量控制中心管理实施办法（试行）》《河南省医疗质量控制中心工作规范（试行）》要求开展工作，市、县级质控中心参照执行。

（五）社会监管机制

落实《国务院办公厅关于改革完善医疗卫生行业综合监管制度的指导意见》（国办发〔2018〕63号）中“谁执法 谁普法”普法责任制，推进普法教育，提高医疗机构和从业人员依法执业意识，增强公众健康权益意识。医疗机构自觉接受人大代表、政协委员监督。支持社会各界参与监督。加强医疗服务投诉举报平台建设，加大对举报违法行为的奖励力度。完善舆情监测和处置机制，发挥媒体监督作用。发挥专业机构和中介组织的技术支撑和社会监督作用。

五、活动步骤

（一）动员部署阶段（2021年7月-8月）

省卫生健康委印发活动方案，召开启动会，对2021-2025

年医疗质量千院行活动进行部署。各市、县（市）卫生健康行政部门结合本辖区工作实际，制订具体实施方案，进一步梳理重点内容，明确工作职责，细化时间节点，落实活动要求，广泛宣传动员。一级以上医院要针对主要任务，精准全面自查，精准发现问题，精准整改完善。

（二）组织实施阶段（2021 年 9 月—2025 年 5 月）

1. 各级卫生健康行政部门、一级以上医院要按照《办法》、核心制度要求，结合本活动方案，统筹《河南省卫生健康委关于印发河南省民营医院管理年活动方案（2020—2022 年）的通知》（豫卫医〔2020〕47 号）、《河南省卫生健康委关于印发河南省大型医院巡查工作实施方案（2020—2022 年度）的通知》（豫卫医〔2020〕39 号）等工作部署，进一步完善各项规章制度，严格依法执业，规范诊疗行为。每年按照“双随机一公开”原则，由卫生健康行政部门对医院医疗质量管理工作开展现场督导。统筹各级质控中心开展的现场督导，各级卫生健康行政部门每年现场督导医院不少于所辖医院的 20%， “十四五” 期间实现全覆盖。省直医院纳入属地督导，我委每年对全省三级以上医院按比例进行抽查。

2. 各级各专业质控中心要履职尽责，围绕专业质控指标体系，特别是年度医疗质量安全改进目标、年度质控工作目标，扎实开展质控工作。省级质控中心要充分利用“国家医疗质量控制数据收集系统（NCIS）”、“国家医院质量监测系统（HQMS）”、

“国家单病种质量管理与控制平台”、“河南省医疗技术临床应用管理信息系统”等信息平台，发会信息化优势，针对性开展质控工作。及时、准确发现我省相关专业医疗质量薄弱环节和关键点，根据信息化日常质控导向，精准开展现场质控工作。每个省级质控中心每年现场质控医院不少于应质控医院的20%。市、县（市）质控中心在同级卫生健康行政部门的领导下，在对应省级质控中心的指导下，共同推进医疗质量同质化。

3. 各级卫生健康行政部门、省级各专业质控中心要围绕医疗质量管理与控制核心内容，至少每年组织开展2次专题培训，进一步提高我省医院医疗质量管理与控制水平，充分发挥专家作用，促进医院医疗质量管理水平提升。

（三）总结交流阶段（2023年6月、2025年6月）

省卫生健康委对全省医疗质量千院行活动开展情况进行中期、终期总结，组织临床基本技能竞赛、管理工具应用案例评选、病案质量评比等活动，组织召开活动经验交流会，宣传推广好的做法和先进经验，进一步建立健全医疗质量管理的长效机制，强化基础医疗质量，增强行业质量意识。

六、工作要求

（一）切实提高认识，加强组织领导

各级卫生健康行政部门要充分认识开展医疗质量千院行活动对加强我省医疗质量管理，持续提升医疗质量管理科学化、精细化水平，实现医疗质量持续改善，保障医疗安全的重要意义，要

将医疗质量千院行活动纳入卫生健康系统重点工作。一级以上医院要提高思想认识，加强组织领导，成立由医院主要负责人为组长的领导小组，落实动员部署阶段要求，持续强化院内医疗质量管理，适应医院高质量发展新要求。

（二）强化政策落实，扎实推动工作

各级卫生健康行政部门要采取信息化日常质控和现场质控相结合的方式，督促一级以上医院严格落实《办法》、核心制度等法律法规和规章制度。各级各专业质控中心要以本专业质控指标为抓手，以年度医疗质量安全改进目标、年度质控工作目标为重点，深入持久抓好医疗质量管理与控制工作；尚未制订本专业质控指标的省级质控中心，要在摸底调研、组织专家论证、广泛征求意见的基础上，制订本专业质控指标。一级以上医院要严格按照卫生健康行政部门和质控中心关于医疗质量管理与控制工作的有关要求，及时、准确地报送本机构医疗质量安全相关数据信息，积极配合质控中心开展工作，促进医疗质量持续改进。

（三）营造良好氛围，培育医疗质量文化

一级以上医院要通过自媒体平台、院务公开、文化园地、学术交流等形式，对河南省医疗质量千院行活动进行广泛宣传，营造良好氛围，引导医务人员将医疗质量安全理念和医疗质量安全改进目标融入日常工作。一级以上医院要注重提炼医院在工作中形成的可推广、可复制的经验和做法，进行完善推广。各级质控中心等相关行业要利用自身优势，围绕《办法》、核心制度、年

度医疗质量安全改进目标等积极开展研究和交流，共同培育全员关注、参与医疗质量安全的行业理念与文化。

（四）加大宣传力度，典型示范引领

各级卫生健康行政部门要加强同宣传部门和各类媒体的沟通与合作，做到集中宣传与日常宣传相结合，传统媒体宣传与新兴媒体宣传相结合，确保持续宣传医疗质量持续改进典型和成效。各级卫生健康行政部门、各级质控中心要不断发掘和树立医疗质量持续改进先进典型，每季度将有关材料报送我委，我委将择优通过河南医疗服务网专栏、医药卫生报医政医管专版、河南省卫生健康委医政医管处微信公众号“豫见康”等方式对发掘和树立的示范质控中心、示范医院、示范科室、示范个人进行宣传报道，形成典型带动、示范引领的工作氛围。

