

皖南医学院第二附属医院文件

院政〔2022〕42号

关于印发《皖南医学院第二附属医院医疗质量安全改进目标实施方案》的通知

各科室：

根据《医疗质量管理办法》、《三级医院评审标准（2020年版）安徽省实施细则（试行）》、《国家卫生健康委办公厅关于印发2022年国家医疗质量安全改进目标的通知》（国卫办医函〔2022〕58号）及《转发国家卫生健康委办公厅关于印发2022年国家医疗质量安全改进目标的通知》（皖卫传〔2022〕119号）等文件精神，结合医院“十四五”规划及年度党政工作要点，制定本方案。

一、工作目标

将国家卫健委颁发的年度国家医疗质量安全改进目标作为院级优先级指标、年度各专业质控工作改进目标作为相应科室优先级指标进行监测，聚焦管理重点，关注薄弱环节及共性问题。根据《三级医院评审标准（2020年版）安徽省实施细则（试行）》，落实医疗服务能力与质量安全指标监测，执行评审标准，提升综合服务能力。强化院、科两级一般指标监测，为开展全面质量管理提供基础性数据。通过目标改进工作，不断提升医疗质量，保障医疗安全。2022年院级优先级指标见附件1，科级优先级指标见附件2，院、科两级

一般指标详见附件 3。

二、组织架构及职责

（一）领导小组

1. 人员组成

组长：黄后宝

副组长：张斌华

成员：李 萍、史良会、储召阳、吴金庭、殷 勤、姚 勇

领导小组下设办公室为质量控制管理办公室，赵祥爱任办公室主任，负责目标改进工作的推进及日常管理工作。

2. 工作职责：确定每年度医院医疗质量与安全改进目标及责任部门；客观评估目标改进工作成效，每季度审核工作小组提交的工作报告，协调解决影响目标实现的重点问题，给予指导性意见；审核医院目标改进考核结果，兑现考核；进行管理制度的修订，不断完善工作机制，促进改进目标实现。

（二）工作小组

1. 人员组成

组长：张斌华

副组长：赵祥爱、徐 炜、王和平、刘安云、陈文刚、陈有兵

成员：医疗质量管理委员会全体成员及改进目标责任科室负责人。

秘书：班倩芸

2. 工作职责：贯彻执行领导小组指导性意见，落实医院所有指标监测；定期开展指标监测专项工作督查；按指标监测计划，定期进行改进目标的分析，每季度召开专项汇报会议，出现异常监测指标及时组织召开会议，必要时上报领导小组；向领导小组提交目标改进工作报告，为领导小组决策提供客观数据依据；不断改进并落

实促进目标实现的具体措施，持续提升医疗质量。

三、工作机制及实施路径

1. 每年由质量控制管理办公室根据上级卫生行政主管部门文件精神，结合医院工作，组织医疗质量管理委员会成员召开专项会议，讨论并制定医院年度目标改进计划草案，提交医院领导小组审核，确定医院年度改进目标及责任部门。

2. 由质量控制管理办公室开展专项培训，明确目标定义、数据收集及验证、质量管理工具的使用等要求，实现院内指标监测同质化管理。

3. 优先级改进目标的责任部门负责成立目标改进团队，明确核心策略，落实改进措施及目标监测，每季度向工作小组汇报改进成效。团队中所有科室人员必须服从责任部门的工作安排。

4. 工作小组开展优先级改进目标的日常督查与监管，结合各责任部门的工作汇报，形成工作报告，每季度向领导小组汇报，并根据领导小组的指导性意见督促各责任部门落实整改。

5. 年度组织目标改进述职会议，由领导小组人员及医疗质量管理委员会成员对优先级目标改进成效进行评价，质量控制管理办公室根据述职评议形成年度目标改进分析报告，为下一年度的目标改进提供依据。

6. 等级医院评审相关指标由创建办负责监管，院、科两级一般指标由质量控制管理办公室负责监管，指标异常分别由创建办及质量控制管理办公室向领导小组汇报。

四、考评

1. 季度考评：临床、医技科室优先级目标改进纳入1、4、7、10月全面质量考核，未开展目标改进工作扣3分，未完全开展或规范开展无成效扣1.5分，规范开展或有成效不扣分。目标改进责任

部门按上述标准对参与科室进行考核，考核结果报质量控制管理办公室。

2. 年度考评：职能科室、临床、医技科室优先级目标改进均纳入科室年度考核，未开展目标改进工作不加分，未完全开展或规范开展无成效加 1.5 分，规范开展且有成效加 3 分。

3. 省级及以上行政主管部门提出书面表彰的每项优先级改进目标奖励责任部门 1000 元，负责人 500 元。（参照院办[2017]26 号）

4. 等级医院评审相关指标考评根据创建相关制度执行，院、科两级一般指标由质量控制管理办公室在月底全面质量管理考核中兑现考评。

特此通知。

附件：1. 院级优先级改进目标

2. 科级优先级改进目标

3. 院、科两级一般指标

皖南医学院第二附属医院

2022 年 5 月 27 日



附件 1:

院级优先级改进目标

序号	改进项目	2022 年目标	责任科室
1	提高急性 ST 段抬高型心肌梗死再灌注治疗率	数据逐步提升	医务处
2	提高急性脑梗死再灌注治疗率	数据逐步提升	医务处
3	提高肿瘤治疗前临床 TNM 分期评估率	数据逐步提升	质量控制管理办公室
4	提高住院患者抗菌药物治疗前病原学送检率	数据逐步提升	感染管理科
5	提高静脉血栓栓塞规范预防率	数据逐步提升	医务处
6	提高感染性休克集束化治疗完成率	数据逐步提升	质量控制管理办公室
7	提高医疗质量安全不良事件报告率	数据逐步提升	医务处
8	降低非计划重返手术室再手术率	数据逐步下降	医务处
9	降低住院患者静脉输液使用率	数据逐步下降	药剂科
10	降低阴道分娩并发症发生率	数据逐步下降	质量控制管理办公室

附件 2:

科级优先级改进目标

序号	改进项目	2022 年	责任科室
1	提高病案首页主要诊断编码正确率	数据逐步提升	病案室
2	提高分子病理室间质评参加率	数据逐	病理科
3	提高超声危急值 10 分钟内通报完成率	数据逐步提升	超声医学科
4	降低住院新生儿黄疸中胆红素脑病发生率	数据逐步下降	儿科
5	降低儿童抗菌药物使用强度	数据逐	
6	降低病毒性肺炎患者抗菌药物使用率	数据逐步下降	呼吸与危重症医学科
7	提高呼吸道病原核酸检测率	数据逐	
8	提高非 ST 段抬高型急性冠脉综合征患者接受危险分层的百分比	数据逐步提升	心血管内科 一
9	降低住院患者 II 期以上院内压力性损伤发生率	数据逐步下降	护理部
10	降低血管内导管相关血流感染发生率	数据逐步下降	
11	提高住院社区获得性肺炎患者病情严重程度评估率	数据逐步提升	呼吸与危重症医学科
12	提高心脏骤停患者复苏成功率	数据逐	急诊医学科
13	提高健康体检重要异常结果随访率	数据逐步提升	健康管理中心

14	提高住院患者早期康复介入率	数据逐步提升	康复医学中心
15	提高室间质评项目参加率	数据逐步提升	检验科
16	提高住院患者营养评估率	数据逐	营养科
17	提高全麻患者体温监测率	数据逐	麻醉科
18	提高门诊电子病历使用率	数据逐	门诊部
19	提高脑死亡判定自主呼吸激发试验（AT）完成率	数据逐步提升	重症医学科
20	提高透析患者肾性贫血控制率	数据逐	肾脏内科
21	提高癌性疼痛的规范化治疗率	数据逐	麻醉科
22	提高结肠镜腺瘤检出率	数据逐	消化内科
23	降低心脏植入型电子器械植入患者住院死亡率	数据逐步下降	心血管内科二
24	提高糖尿病患者白内障术前眼底检查率	数据逐步提升	眼科
25	降低注射美容并发症发生率	数据逐	皮肤性病科
26	降低 ICU 内中心静脉导管相关血流感染的发生率	数据逐步下降	重症医学科

附件 3:

院、科两级一般指标

序号	改进项目	指标类别	2022 年目标	责任科室
1	病案 5 日归档率	院级一般 指标	$\geq 95\%$	质量控制
2	I 类切口预防性抗菌 药物使用率		$\leq 30\%$	质量控制 管理办公
3	日间手术占择期手术 比例		$\geq 5\%$	医务处
4	门诊患者抗菌药物使 用率 $\leq 20\%$		$\leq 20\%$	药剂科
1	门诊人次	科级一般 指标	根据各专科 特点确定目 标	所有临床 科室
2	平均住院日			
3	危重患者例数			
4	住院药品比例			
5	抗菌药物使用率			
6	手术例数			
7	非计划再次手术例数			
8	耗材占比			
9	甲级病案率			
10	院感发生例数			
11	住院患者人均费用			
12	出院人数			
13	床位使用率			
14	死亡患者例数			

15	门诊药品比例			
16	抗菌药物使用强度			
17	III级以上手术例数			
18	手术死亡例数			
19	临床路径完成率			
20	问题病历数			
21	不良事件发生例数			
22	医疗投诉发生例数			

