附件 2

2026 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	提高社区获得性肺炎住院患者病情严重程度评估率 (PIT-2026-01)	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诊疗质量控制的重要参数。目前CAP住院患者病情严重程度评估率仍有上升空间，需进一步推行综合干预策略，以强化医疗质量安全并保障医疗资源的有效利用。	1. 医疗机构围绕行业质量改进目标，建立协作机制，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；定期开展培训，提高医务人员的开展评估意识和评估效果评价。 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，将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开展培训及指导等工作。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-2026-02)	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	1. 医疗机构推广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。 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。

			期有效改善食管癌早期诊断情况。	4. 医疗机构相关科室建立改进目标专项提升协作机制，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-2026-03)	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. 医疗机构建立改进目标协作机制，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-2026-04)	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	降低注射美容并发	注射美容是目前整形美容专业	1. 医疗机构建立涵盖医务、临床科室、院感、药剂等部门的

	专业	症发生率 (PIT-2026-05)	开展中应用最为广泛的有创性治疗。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、药物中毒、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。	协作机制，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、用药方式记录翔实，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，严格按照适应证使用药品、医疗器械。
5	产科专业	提高初产妇剖宫产手术规范实施率 (PIT-2026-06)	我国初产妇剖宫产率连续六年持续上升。规范初产妇剖宫产手术指征评估，提高初产妇剖宫产手术规范实施率，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. 医疗机构强化剖宫产指征管理。严格把控剖宫产手术实施指征。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. 医疗机构提高助产技术水平。规范产房与危重症管理流程，针对技术短板开展专项培训，促进产科医护人员对催引产、助产、产程管理、分娩异常处理等技术的掌握程度。 3. 医疗机构促进孕期管理和舒适分娩。强化孕期体重管理、心理干预和疾病防治。提供人性化分娩服务，加强分娩过程中的专业指导和情感支持，提高阴道分娩接受度。 4. 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。 5. 医疗机构开展持续监测和证据驱动的质量改进。定期监测相关指标，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，提高初产妇剖宫产手术规范实施率。 6. 各级产科质控中心加强全区域联合控制。指导辖区内助产机构制定提高初产妇剖宫产手术规范实施和初产妇剖宫产率控制方案，建立目标管理制度及实施台账。
6	儿科及小儿外科专业	降低传染性单核细胞增多症患儿抗菌药物使用率 (PIT-2026-07)	传染性单核细胞增多症为EB病毒引起的自限性疾病，无合并细菌感染时不应使用抗菌药物。传染性单核细胞增多症是儿童常见的发热类疾病，与其他儿童常见的感染疾病如细菌性扁桃体炎有症状重叠，常易导致经验性误判而使用抗菌药物，引起不必要的儿童抗菌药物暴露以及药物性皮疹等不良反应，需进一步采取综合措施予以干预，推动传染性单核细胞增多症的精准诊疗，降低抗菌药物的不合理使用，提升疾病诊疗规范化水平。	1. 医疗机构建立协作机制，组织门急诊、感染科、儿内科、检验科、药学部等多部门协作，建立管理机制。 2. 医疗机构定期开展传染性单核细胞增多症诊疗培训，培训涵盖诊断要点、与细菌性扁桃体炎等发热类疾病鉴别要点等内容，提升疾病的诊疗能力。根据患儿症状、体征、特异性血常规结果以及病原学检查进行精准诊断。 3. 医疗机构制订符合本机构实际的传染性单核细胞增多症标准化诊疗方案，促进抗菌药物的合理应用。如应用抗菌药物，需有明确指征，并在住院病程或门急诊病历中记录。 4. 医疗机构建立监测、反馈、激励与约束机制，将目标完成情况纳入年度考核，推进改进目标的落实。 5. 医疗机构加强疾病管理，运用质量管理工具从住院、门急诊、检验科查找传染性单核细胞增多症治疗中的问题，分析影响目标达成的影响因素，监测抗菌药物的使用。 6. 各级儿科质控中心加强对医疗机构指导，开展儿童传染性单核细胞增多症诊疗专题培训，定期监测和评价本区域诊疗质量，保证各项工作有效实施并取得成效。

		降低川崎病患儿心脏事件发生率 (PIT-2026-08)	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. 医疗机构建立涵盖医务、质控、儿科、心内科、心外科、心脏超声科等相关科室的协作机制，指定牵头部门。 2. 医疗机构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-2026-09)	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. 医疗机构建立涵盖医务、口腔科（或种植相关科室）、设备科、口腔护理等部门的协作机制，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	抗流感病毒药物使用前流感病原学（抗原/核酸）诊断阳性率	1. 医疗机构建立涵盖医务、门诊、信息、质控、检验和流感接诊收治科室等相关部门的协作机制。

		学诊断阳性率 (PIT-2026-10)	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。	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-2026-11）	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、神内、检验、医务等相关部门组建生命支持协作机制，完善心脏骤停救治质量管理制度与工作机制，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），并开展针对医护人员的专项培训，监测培训效果。 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. 医疗机构运用信息化质量管理工具，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，同时面向公众开展心肺复苏专项培训，提升公众准确识别心脏骤停患者、及时实施心肺复苏的能力，并着重强调自动体外除颤器（AED）的规范及时使用。
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-2026-12)	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，康复结局评价有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活动生活能力（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。鼓励康复医学科在临床科室设立康复工作站加强早期康复介入，定期进行学科间交流及相关培训，提升早期康复治疗服务能力。 2. 医疗机构建立本机构ADL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，建立相关激励机制，促进质量改进。 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评定及相关康复治疗技术的同质化和标准化。
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-2026-13)	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	1. 医疗机构建立“围术期体温保护”协作机制，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》，制定并完善监测的操作规范和实施流程；定期开展监测技术培训，提升相关医务人员

			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。	操作能力和应急处置能力；推动配备满足相关体温监测和主动保温工作需要的设施、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，指导临床实践。 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-2026-14)	癌症疼痛是严重影响癌症患者生存质量及临床结局的重大慢性疾病。目前，国内癌症疼痛的规范化诊疗水平整体不高，且不同地区间、不同医疗机构间差别较大。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. 医疗机构建立涵盖疼痛、肿瘤等相关临床科室、医务等部门的协作机制，疼痛科作为牵头科室。 2. 医疗机构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。借助信息化手段及监测数据开展疼痛综合管理，推动多学科合作机制，提高肿瘤患者癌症疼痛控制的有效率。 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-2026-15）	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	急性呼吸窘迫综合征（ARDS）具有高发病率、高病死率及高致	1. 医疗机构建立涵盖重症、急诊、护理、医务、质管等相关部门的协作机制，制定相关制度。

		俯卧位通气实施率 (PIT-2026-16)	残率的特征，严重威胁人民群众的健康。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。	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患者俯卧位通气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患者俯卧位通气执行依从性、规范俯卧位通气实施流程。
14	临床营养专业	提高住院患者营养评估率 (PIT-2026-17)	开展营养评估是建立规范化营养诊疗体系的基础，既是明确患者诊断、提供循证依据营养治疗方案的前提，也是体现营养科专业核心技术价值的关键环节。通过系统性推进营养评估工作，可全面提升营养专业人员诊疗能力，促进营养诊疗与临床整体治疗融合，进一步保障整体医疗质量与患者安全。	1. 医疗机构建立涵盖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协作机制，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，实现营养诊疗记录信息化管理。
15	健康体检与管理专业	提高重要异常结果随访率 (PIT-2026-18)	重要异常结果随访是指健康体检机构在告知受检者重要异常结果后，对其后续诊疗情况的持	1. 健康体检（管理）机构要总结重要异常结果随访工作经验，完善制度、优化流程、细化登记管理，实现重要异常结果确认、通知、随访的闭环管理。

			续性跟踪服务。通过规范化随访，既能强化受检者健康风险认知，也能精准掌握其健康转归情况；基于随访信息的系统分析，持续提升健康体检机构的服务质量与疾病早筛水平。	2. 健康体检（管理）机构要根据国家重大慢性病防治策略，建立重点重要异常结果目录库，结合本地区、本机构检出数据明确管理优先级，分层分类推进重要异常结果随访管理精细化落地。 3. 健康体检（管理）机构要深化质量管理工具的运用，聚焦随访流程中的突出问题，提升改进措施的针对性与落地实效性。 4. 有条件的健康体检（管理）机构要以数据安全为前提开展信息化建设，优化随访信息全流程管理，深化数据统计分析与智能应用，简化高效沟通渠道，切实提升受检者服务感受度。
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-2026-19)	全球公认自主呼吸激发试验（AT）是脑死亡判定的关键项目和核心技术。AT相关质量指标对脑死亡判定规范性具有重要意义。	1. 医疗机构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. 医疗机构按要求完成质控流程并反馈意见，脑死亡判定相关医疗机构定期参加全国质控专题反馈会，以达到及时解决问题和实现持续改进的目的。 3. 相关医疗机构认真学习AT技术操作规范和更新标准，根据需求组织人员参加学习培训，提升AT判定能力。
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-2026-20)	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	1. 医疗机构建立多部门组成的协作机制，制定工作制度，指定牵头部门和负责人。 2. 医疗机构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。

			生率对于提高医疗质量、改善患者生活质量具有重要意义。	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。 4. 医疗机构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。 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，调整并保障改进措施的实施。 6. 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。 7. 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	降低心脏植入型电子器械植入术住院死亡率 (PIT-2026-21)	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、心力衰竭和预防心脏性猝死。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. 医疗机构建立涵盖医务、临床科室、护理等相关部门的协作机制，并指定牵头部门及负责人。 2. 医疗机构建立院内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	神经系统疾病	提升脑血管病急性期规范诊疗率 (PIT-2026-22)	详见国家医疗质量安全改进目标一。	
20	心血管系统疾病	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-2026-23)	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，并定期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。
21	肿瘤性疾病	提高肿瘤治疗前临床分期评估率	详见国家医疗质量安全改进目标二。	

		(PIT-2026-24)		
22	罕见病专业	提高罕见病规范诊断率 (PIT-2026-25)	罕见病面临漏诊误诊率高、不同地区诊疗能力同质化程度低的情况，近年来有一定的改进。提升罕见病的诊断能力是罕见病质控的重要工作，对进行规范治疗改善预后至关重要。本年度重点关注的5种罕见病为：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. 医疗机构建设和完善院内罕见病规范化诊疗体系，成立罕见病多学科团队，加强合作诊疗机制和转诊机制。 2. 医疗机构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，确保医护人员能够及时识别、正确诊断、规范化治疗罕见病。 3. 医疗机构建立本机构5种罕见病单病种诊疗的监测机制，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。 4. 医疗机构运用质量管理工具，查找分析影响本机构5种罕见病规范诊疗、随访和不良反应监测的因素，提出改进措施并落实。
23	护理管理	降低血液净化用中心静脉导管相关血流感染发生率 (PIT-2026-26)	血液净化用中心静脉导管（CVC）相关血流感染是血液净化治疗常见并发症，其发生主要与导管置入、导管维护等环节密切相关。此类感染一旦发生，不仅会造成导管功能障碍，还可能引发败血症等严重后果，甚至危及患者生命。因此，持续监测并降低感染发生率，对保障血液净化患者诊疗安全、提升医疗质量具有重要意义。经过一年改进工作推动，血液净化用CVC相关血流感染率已有一定程度下降，但	1. 医疗机构完善并落实血液净化用CVC（特别是NCC）相关血流感染的预防、诊断、监测与评价制度。 2. 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CVC相关血流感染的预防措施、技术操作规范、诊断标准及数据上报流程制度。 3. 医疗机构要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. 医疗机构梳理在实现改进目标的过程中，解决技术、管理或协作等方面问题的经验或案例，加强院内分享交流，激励持续改进。 5. 医疗机构加强NCC院内感染预防全过程管理。置管前评估患者、规范皮肤消毒、落实手卫生；严格无菌操作；加强导管维护与监测。

			仍需持续改进，重点聚焦两类导管的差异化管理：一是无隧道无涤纶套导管（NCC），该类导管相关血流感染发生率相对偏高，需强化院内防控；二是带隧道带涤纶套导管（TCC），此类导管因患者带管时间长，需加强导管维护的院外延续管理。	6. 医疗机构加强TCC院外带管期间的延续护理，强化居家导管维护与患者健康教育的管理。
24	药事管理	提高住院患者静脉输液规范使用率（PIT-2026-27）	详见国家医疗质量安全改进目标五。	
25	临床检验专业	提高室间质量评价临床检验项目参加率（PIT-2026-28）	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。	1. 医疗机构建立协调机制，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. 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。
26	病理专业	提高分子病理室间质评参加率	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	1. 医疗机构建立协调机制，完善分子病理室间质评参加率的相关制度、工作机制。

		（PIT-2026-29）	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。	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。
27	超声诊断专业	提高卵巢—附件病变超声报告进行卵巢及附件影像报告和数据系统分类率(PIT-2026-30)	卵巢—附件病变超声报告进行卵巢及附件影像报告和数据系统（O-RADS）分类率是指单位时间内，进行O-RADS分类的卵巢—附件病变超声报告数占同期卵巢—附件病变超声报告总数的比例。O-RADS分类是规范超声及影像诊断、指导临床决策和降低误诊漏诊风险的重要工具，O-RADS分类率能够客观反映医疗机构对卵巢—附件病变规范化评估水平，是妇科超声及相关专业医疗质量控制的重要指标。提高O-RADS分类率可以提高超声医生对指南的掌握程度，促进卵巢—附件超声存图、报告书写的规范性，保障医疗质量与医疗安全。	1. 医疗机构建立协调机制，制定工作计划，明确责任、有效落实。 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，开展超声O-RADS指南的课程学习，提高卵巢—附件病变超声报告进行O-RADS分类率。 3. 医疗机构建立卵巢—附件病变超声进行O-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，建立持续监测和反馈机制。

28	放射影像专业	提高放射影像危急值 10 分钟内通报完成率 (PIT-2026-31)	放射影像危急值 10 分钟内通报率已纳入放射影像专业医疗质量控制指标（2024 版）。危急值通报完成是指根据所在医疗机构认可的通报流程，放射科医师完成向临床相关部门或临床医师的危急值通报，且双方都有通报时间、通报内容及通报/接收危急值人员的署名记录。目前需重点关注并加强的是建立危急值通报制度、规范通报流程和提高全员通报意识等。放射影像危急值 10 分钟内通报完成率反映放射影像危急值通报的及时性。对于危急重症患者诊断和治疗方案选择具有重要的临床意义。	1. 医疗机构建立涵盖医务处、放射科、急诊科、住院部、门诊部、体检中心等相关部门的协调机制，建立相关工作机制。 2. 医疗机构根据本机构具体情况全面建立健全急诊、门诊、住院及体检部门的影像危急值通报制度。 3. 医疗机构定期开展与放射影像危急值通报相关的专家共识及指南、影像操作技术规范、危急值相关疾病放射影像诊断及通报流程的全员培训与继续教育。 4. 医疗机构建立本机构放射影像危急值通报规范性的监测及评价机制，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。 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	核医学专业	提高室间质量评价项目参加率 (PIT-2026-32)	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. 医疗机构建立协调机制，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。

30	门诊管理	提高标准门诊诊断使用率 (PIT-2026-33)	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。	1. 医疗机构建立涵盖医务（门诊）、临床科室、医技科室、信息等部门的协调机制，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。 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. 医疗机构开展分层分类培训，针对不同科室、不同专业医务人员进行门诊病历标准诊断的培训，重点讲解标准诊断术语应用场景、编码规则，提高临床医生规范书写能力。 4. 医疗机构建立常态化标准门诊诊断使用率的监测及评价机制，定期统计各科室标准门诊诊断使用率、错误率等指标，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。
31	病案管理	提高住院病案首页诊断及手术编码正确率 (PIT-2026-34)	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	1. 医疗机构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。

			全水平和技术能力等工作具有重要的基础性支撑作用。	
		提高门（急）诊诊疗信息页采集上报率 (PIT-2026-35)	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. 医疗机构明确医务部门、门诊部门、病案管理部门和临床科室在门（急）诊信息页质量管理和上报工作中的职责和任务，制定符合本机构门（急）诊诊疗信息页信息填写、采集和上报等全流程工作制度。 2. 医疗机构按照《门（急）诊诊疗信息页质量管理规定（试行）》要求，将门（急）诊信息页质量管理与控制纳入本机构病历质量管理与控制体系，利用信息化手段做好相关信息的采集、保存、分析、反馈，推动门（急）诊诊疗质量提升。 3. 医疗机构指定专部门或专人负责本机构门（急）诊诊疗信息页采集、质控和上报工作，开展常态化数据监测，定期对各临床科室门（急）诊信息页数据信息完整、准确、采集和上报情况进行分析、反馈，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。
32	医院感染管理	降低（特定）I类切口手术部位感染率 (PIT-2026-36)	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手术、髋关节置换术和膝关节置换术三个单病种（术种）作为重点监测	1. 医疗机构建立涵盖院感、医务、临床科室、护理、麻醉、药学、信息等相关部门的协调机制。 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。 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。本年度以脑出血手

			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。	术、髋、膝关节置换术三个单病种（术种）为关注重点，强化I类切口手术部位感染风险评估、监测及评价，根据监测结果，采取基于循证证据的干预措施并进行效果评价。明确相关指标数据采集标准，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。
33	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-2026-37）	《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，提出适用于我国的临床中国肝癌（CNLC）分期标准，为临床实践提供科学依据。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。准确分期是肿瘤精准治疗的关键，可帮助评估肿瘤负担、优化TACE栓塞材料选择，为后续决策提供科学参考，是制定个体化治疗方案、提高肝癌综合治疗效果的重要基础。	1. 医疗机构建立涵盖医务、质控、介入、肿瘤、肝外、肝病、影像等相关部门的协调机制，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。
34	外周血管介入技术	降低颈动脉狭窄介入治疗术后住院期间卒中发生率(PIT-2026-38)	患者在颈动脉狭窄介入治疗术后发生卒中，不仅可能导致神经功能受损，严重影响患者的生活质量，甚至对患者生命构成威	1. 医疗机构建立涵盖临床科室、医务、护理等部门的协调机制，加强对颈动脉狭窄介入手术的规范化管理。 2. 医疗机构加强颈动脉狭窄介入手术诊疗的培训，参照国内外指南，严格把握手术适应证、优化手术流程管理、增强

			胁。因此，实施颈动脉狭窄介入治疗术的医疗机构应当采取有效措施，规范术后患者管理，降低术后住院期间卒中发生情况。	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。
35	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-2026-39)	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. 医疗机构建立涵盖医务、临床科室、医技、药学、病案、护理、信息等部门的协调机制。 2. 医疗机构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。 5. 各级质控中心做好区域内医疗机构质控、指导、培训工作。
		提高住院患者入院24小时内危险行为风险评估率 (PIT-2026-40)	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	1. 医疗机构建立涵盖医务、护理、信息与后勤保卫等相关部门的协调机制，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

			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。	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。 6. 各级质控中心做好区域内医疗机构质控、指导、培训工作。
36	耳鼻咽喉科专业	提高慢性中耳炎规范诊疗率 (PIT-2026-41)	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. 医疗机构建立涵盖耳鼻咽喉、医务、信息、病案等相关科室的协调机制，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-2026-42)	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，	1. 医疗机构建立健全工作机制，明确组织架构，根据医院实际情况成立由医务、质控、耳鼻咽喉、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

			从而减少疾病的复发风险，提升患者生活质量。	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。
37	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学整合诊断分型检测的执行率 (PIT-2026-43)	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。	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。 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. 医疗机构运用质量管理工具，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-2026-44)	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	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

			关键问题。	目标的因素，提出改进措施并落实。
		提高造血干细胞移植前疾病状态评估执行率 (PIT-2026-45)	造血干细胞移植前疾病状态评估是影响移植成功与否的关键环节，包括移植前患者身体状态评估（如：共患病指数、体能评估）和供者筛选（如：供者特异性抗体筛查）。移植前疾病状态评估与移植后并发症、排斥反应及预后风险的发生密切相关，因此，规范开展造血干细胞移植前血液病状态评估对保障医疗质量安全和提高造血干细胞移植的同质化水平具有重要意义。	1. 医疗机构定期组织相关培训，提高医务人员对规范开展移植前血液病状态评估的意识和能力。 2. 医疗机构建立多学科协作机制，通过组织会诊、病例讨论等系列措施，对移植早期中高风险患者制定个体化预处理与干预方案，提升诊疗一致性与规范性。 3. 医疗机构建立移植前血液病状态评估的监测及反馈机制，明确相关监测指标数据信息和监测方法，定期进行本机构数据分析和反馈，建立激励约束机制。 4. 医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响机构实现造血干细胞移植前关键评估环节的因素，提出改进措施并落实。
38	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-2026-46)	根据临床指南和规范要求，对于肺占位性病变，应根据准确评估肺占位性病变患者的手术适应证，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。	1. 医疗机构建立涵盖医务处、胸外科、肿瘤内科、病理科、影像科及其他临床科室组成的协调机制，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。 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证。 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	胸壁畸形手术患者非计划再入	1. 医疗机构运用质量管理工具，对非计划再入院病例进行回

		患者非计划再入院率（PIT-2026-47）	院不仅显著增加患者家庭的经济与照护负担，延长康复周期，也提示可能存在术后感染、伤口愈合不良、疼痛管理不足或出院评估不充分等系统性问题。因此，降低胸壁畸形手术患者非计划再入院率，对于提升医疗质量、保障患者安全，实现整体健康效益具有重要的意义。	顾性分析，明确关键原因。 2. 医疗机构建立胸外科牵头，联合麻醉科、护理部、康复医学科、感染管理科等部门的协调机制，根据分析非计划再入院的原因，制定覆盖术前、术中、术后及出院后全流程的再入院预防与管理规范。 3. 医疗机构建立胸壁畸形手术患者出院前标准化评估工具，明确出院指征。依据患者手术复杂度、合并症、社会支持等因素实施风险分层，并制定个体化出院计划与随访方案，确保医疗照护连续性和及时性。 4. 医疗机构建立疼痛动态评估与干预机制。统一术后伤口护理标准，开展患者与照护者伤口护理教育与技能培训，制定明确的并发症识别与就医指引。
		降低胸腔镜肺叶切除术死亡发生率(PIT-2026-48)	胸腔镜肺叶切除手术具有创伤小、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. 医疗机构建立涵盖医务处、胸外科、病案室等部门的协调机制，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。
39	皮肤和性	提高皮肤病治疗中	免疫抑制剂、生物制剂和小分子	1. 医疗机构按照专业改进目标，建立协调机制，按照改进目

	传播疾病专业	免疫抑制剂、生物制剂和小分子靶向药用药前筛查率、用药期间监测率 (PIT-2026-49)	靶向药物在皮肤病治疗中发挥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监测及时发现不良反应尤为重要。强化各级医疗机构皮肤科医生对该类药物的认识，提高用药前筛查率及用药期间监测率，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具有重要意义。	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和目标质控数据结果，持续推进目标改进。 4. 医疗机构定期开展督导，保证医疗行为及用药记录翔实、上报数据真实准确。 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-2026-50)	梅毒是常见的性传播疾病之一。临床表现复杂多变，可累及全身多系统，对健康危害性大。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，建立涵盖皮肤性病科、医务、门诊、信息、检验和其他梅毒接诊收治科室等相关部门的协调机制，制定质量改进目标管理制度。 2. 医疗机构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。
40	内分泌	提高糖尿病慢性并	糖尿病慢性并发症是导致患者	1. 医疗机构由内分泌科牵头，联合相关科室制定并落实本院

	专业	发症规范评估率 (PIT-2026-51)	致残、致死、生活质量下降的主要原因，其早期发现和干预至关重要。规范完成并发症评估是实施有效管理的前提。目前，临床实践中对糖尿病肾病、视网膜病变、周围神经病变、糖尿病足及动脉粥样硬化病变的筛查评估存在漏项、不及时或记录不完整的情况。本目标旨在通过系统推动五项关键并发症（视网膜病变、肾病、周围神经病变、糖尿病足、动脉粥样硬化病变）的规范评估，促进全面筛查、早期诊断与分级管理，降低截肢、失明、终末期肾病等风险，改善患者长期预后。	糖尿病并发症筛查评估的标准化流程与方案。 2. 医疗机构加强培训与健康教育，重点提升基层医护人员对免散瞳眼底照相、踝臂指数检测（ABI检测）、神经病变体格检查、尿白蛋白与肌酐比值（UACR）、估算的肾小球滤过率（eGFR检测）及血管超声评估的实操能力与结果判读水平。 3. 有条件的医疗机构可积极推进信息化建设，逐步将五项并发症评估项目嵌入电子病历模板，推动与相关健康信息平台的数据对接，实现患者既往合规检查结果的自动调阅与提示，减少重复检查，提升评估效率与连续性。 4. 医疗机构建立评估率监测与反馈机制，按季度分析、反馈，提出改进策略并组织落实，建立激励约束机制。 5. 各级内分泌专业质控中心应协同联动，结合本地区实际制定并推行糖尿病慢性并发症规范评估的地方性实施方案，定期组织培训和指导，确保改进目标层层落实、持续提升。
41	骨科专业	降低骨科非计划重返手术室再手术率（PIT-2026-52）	非计划重返手术室再手术率是反映手术质量安全的重要指标，而手术并发症是影响骨科患者术后康复质量与安全的关键风险因素，显著增加患者非计划重返手术室再手术的风险。基于NCIS和专题调研数据分析显示，骨科各亚专业导致非计划重返手术室再手术的首要并发症分别为：脊柱术后血肿、关节术	1. 医疗机构建立医务部门牵头，骨科、康复科、麻醉科、手术室、护理部、感染控制科、药剂科、病案科及信息科等部门的协调机制。 2. 医疗机构加强围术期管理，制定骨科手术严重并发症预防及救治预案，定期组织开展并发症预防专题培训。 3. 医疗机构建立监测与反馈机制，对骨科非计划重返手术室再手术和手术并发症数据进行持续监测与分析，及时发现问题并反馈，形成持续改进的闭环管理机制。 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。

			后脱位，以及创伤术后感染。因此，建立的全流程管理体系，制定并落实骨科手术严重并发症防治措施，系统性降低其发生率，有助于提高手术质量，切实保障患者安全。	5. 各级质控中心应掌握辖区内骨科非计划重返手术室再手术和术后并发症的现状，对医疗机构开展针对性的培训和指导。
		降低内/外固定拆除、脊柱微创手术、关节镜手术等骨科I类切口手术抗菌药物预防使用率(PIT-2026-53)	抗菌药物耐药已成为全球公共卫生的核心挑战，过度用药加剧了医疗负担与细菌耐药风险。对于骨科内/外固定拆除、脊柱微创手术、关节镜手术与小范围病损切除等骨科I类切口手术，其创伤小、手术时间短、内植物常规不使用或者使用较少、感染风险低。常规预防使用抗菌药物并无明确获益，反而可能增加不良反应与耐药风险。因此，通过规范临床路径、严格无菌操作并加强监测，系统降低此类手术的抗菌药物预防使用率，对促进合理用药、遏制耐药发展、保障患者安全具有重要意义。	1. 医疗机构建立涵盖医务、骨科、药剂、院感、信息等部门的协调机制，并指定牵头部门和负责人。 2. 医疗机构制定I类切口手术抗菌药物合理预防使用的标准及管理制度并组织落实，明确常规不应使用抗菌药物的手术术种。 3. 医疗机构开展合理用药的培训和效果评估，规范医务人员合理预防用药水平。 4. 医疗机构建立预防使用率等核心指标的常态化数据监测和评价机制，形成“监测—分析—反馈—改进”的闭环管理。 5. 医疗机构运用质量管理工具，发现不合理用药的主要情形，挖掘分析主要原因，提出持续改进策略。 6. 各级质控中心应做好本区域内医疗机构的质控、指导和培训工作。
42	免疫学（含变态反应）	提高住院患者系统性红斑狼疮及类风湿关节炎疾病活动	系统性红斑狼疮（SLE）及类风湿关节炎（RA）疾病活动度评估是为患者合理制定诊疗方案	1. 医疗机构建立涵盖风湿免疫、医务、信息、病案等部门的协调机制，风湿免疫科作为牵头科室。 2. 医疗机构制定符合本机构SLE及RA患者治疗方案调整前

	专业 度评估率 （PIT-2026-54）		的重要依据，根据评估结果制定对应的治疗策略。临床中主要采用SLE疾病活动指数（SLEDAI）评分以及 28 关节疾病活动度评分（DAS28）进行疾病活动度评估。目前，住院患者SLE及RA疾病活动度评估仍存未规范评估和记录等问题，因此进一步提高活动度评估率，可有效提升诊疗方案的规范性、合理性和科学性，保障患者安全和健康权益。	进行疾病活动度评估的标准流程，并组织落实，确保活动度评估规范且记录完整。 3. 医疗机构定期开展相关培训，提高医务人员进行活动度评估意识、掌握技术要点和规范开展评估的能力，根据评估结果科学制定相应治疗方案。 4. 医疗机构建立SLE及RA住院患者疾病活动度评估率的监测及评价机制，定期反馈、分析数据，明确问题并提出改进措施。 5. 各级质控中心应做好本区域内医疗机构的质控、指导和培训工作。
43	妇科专业	降低女性盆底疾病植入物手术术后 3 个月内严重并发症发生率 （PIT-2026-55）	盆底疾病植入物盆底重建手术是临床降低盆腔器官脱垂复发的重要治疗手段。因此，降低女性盆底疾病植入物手术术后 3 个月内严重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. 医疗机构建立由妇科及相关部门组成的协调机制，完善盆底植入物手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，不断提升手术技术能力，优化操作流程，从而优化术前准备和促进术后恢复。 3. 医疗机构加强术后观察，密切监测患者的相关指标，早期发现血栓性疾病、感染等迹象，对任何异常情况迅速采取行动。本年度重点监测严重并发症范围：（1）血栓：静脉血栓形成、肺栓塞；（2）尿潴留：拔除尿管排尿后残余尿高于 150ml；（3）心脑血管意外：心肌梗死、心绞痛、脑卒中；（4）疼痛：VAS6 分以上，且三个月不缓解；（5）出血：阴道及盆腹腔出血大于 500ml 或需要输血、失血性休克；（6）损伤：生殖道尿/肠瘘、肠道损伤、泌尿系损伤；（7）感染：盆腔脓肿、败血症、脓毒血症、感染性休克；（8）网片侵蚀：网片暴露到生殖道、泌尿系及肠道。

				4. 医疗机构建立完善的随访制度和工作流程，重点关注术后3个月、1年、2年等时间节点等规范随访情况。 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。
		降低卵巢恶性肿瘤患者手术后严重并发症发生率（PIT-2026-56）	卵巢恶性肿瘤术后严重并发症是导致患者围手术期死亡、非计划再次手术及住院时间延长的首要原因。近5年我国卵巢恶性肿瘤术后严重并发症发生率居高不下，并且各省份、各级医院差异较大。因严重并发症导致的非预期二次手术将延迟术后进行首次化疗时间，从而降低肉眼可见病灶完全切除的生存获益。医疗机构在并发症预防意识、执行规范化诊疗流程等方面仍存在提升空间。	1. 医疗机构建立协调机制，完善卵巢恶性肿瘤围手术期管理规范，建立针对术后严重并发症预防、识别与处理的多部门协同工作机制。 2. 医疗机构加强术前多学科讨论评估与手术方案优化，平衡手术彻底性与创伤风险，县域医疗机构建立晚期病例转诊路径。 3. 医疗机构定期对手术团队、麻醉及护理人员进行围手术期并发症防治的专项培训与教育。 4. 医疗机构定期监测评估，明确卵巢恶性肿瘤术后严重并发症发生率的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。本年度重点监测以下几类严重并发症（1）血栓：深静脉血栓、肺栓塞；（2）感染：感染性休克、脓毒血症、败血症；（3）出血：手术后盆腹腔出血、失血性休克；（4）重要脏器损伤：肠瘘、完全性肠梗阻、泌尿系损伤等。 5. 各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。
		降低子宫内膜癌子宫切除术后30天内非计划再手术率	手术治疗为子宫内膜癌患者重要的初始治疗模式，手术安全性对患者治疗有着重要影响。子宫	1. 医疗机构建立涵盖妇科、麻醉科及相关科室、部门的协调机制，完善降低子宫内膜癌并发症相关非计划再手术工作制度。

		（PIT-2026-57）	内膜癌子宫切除术后30天内非计划再手术率在不同级别医院之间差异较大，需进一步采取综合措施予以干预，提高子宫内膜癌手术质量同质化水平，保障患者医疗安全。	2. 医疗机构加强术前评估、多学科讨论、术前准备，加强培训，提高医务人员手术技术能力，推行关键步骤核查。 3. 医疗机构明确术后重点观察指标，加强医务人员对术后并发症的早期识别，实现早期干预。 4. 医疗机构加强随访，进行数据统计、结果追踪，并定期反馈相关数据分析情况。 5. 医疗机构运用质量管理工具深入分析影响医疗机构推进本目标的关键因素，制定针对性改进措施并推动实施。
44	泌尿外科专业	降低泌尿系统结石手术相关感染性并发症发生率（PIT-2026-58）	泌尿系统结石手术相关感染性并发症是临床面临的重大挑战。降低泌尿结石手术相关感染性并发症发生率对降低围术期死亡率、促进抗生素合理使用、提高结石手术疗效和改善患者预后具有重要意义。	1. 医疗机构建立涵盖泌尿外科、感染科、检验科、影像科、医务科、感控处等多部门的协调机制，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，特别是对术前评估和准备、术中操作和预防、术后监测和治疗等关键环节加强培训及考核。 3. 医疗机构建立对预防泌尿系统结石手术相关感染性并发症的监测及评价机制，监测围术期感染相关指标及影像学检查情况。制定数据采集方法与数据内部验证程序，并定期进行数据分析、反馈，及时发现和解决诊疗过程中的问题，建立激励约束机制。 4. 医疗机构应运用质量管理工具，查找、分析影响降低感染性并发症的因素。根据分析结果，制定针对性地改进措施并组织实施，持续跟进改进效果。 5. 各省级质控中心加强对医疗机构实施和改进培训及指导。
45	眼科专业	降低眼科手术非计划再次手术率（PIT-2026-59）	非计划再次手术情况是反映医疗质量与患者安全的重要结果指标。眼科手术因术后并发症等	1. 医疗机构按照改进目标，建立涵盖眼科、医务、院感、病案、信息等相关科室的协调机制。 2. 医疗机构聚焦眼科重点病种，参照相关诊疗指南和共识，

			原因再次手术比例较高。通过聚焦高风险病种和关键围手术期环节，强化过程管理和质量监测，降低眼科手术非计划再次手术发生率，促进眼科诊疗质量持续改进。	形成标准化诊疗规范。重点关注白内障、翼状胬肉、孔源性视网膜脱离、原发性青光眼、共同性斜视等高发病种，将降低术后并发症的非计划再次手术作为工作重点。 3. 医疗机构加强围手术期感染防控关键措施落实。在白内障、眼内注药等内眼手术中，通过加强术前、术中、术后等关键环节医院感染防控监测和手术器械、耗材等规范管理，提高围手术期感染防控水平，降低感染性并发症发生风险。 4. 医疗机构建立过程监测与反馈机制，建立动态监测和评价管理机制。 5. 医疗机构运用质量管理工具查找、分析影响非计划再次手术的因素，制定有针对性的改进措施并组织实施。 6. 各级质控中心加强对医疗机构指导和培训，保证各项工作都能有效实施并取得成效。
		提高近视与近视前期儿童眼轴长度检测率 （PIT-2026-60）	眼轴长度是儿童青少年近视发生发展的重要预测指标，也是评估近视防控效果的关键客观参数。目前在近视防控相关工作中，儿童青少年眼轴长度检测率整体偏低，检测规范性和覆盖面有待提升。通过规范眼轴长度检测流程、加强专业能力建设和健康宣教，提高眼轴长度检测率，有助于实现近视的早期识别、动态监测和精准干预，提升近视防控工作的科学性与有效性。	1. 医疗机构建立涵盖眼科、视光等相关科室的协调机制，明确职责分工。 2. 医疗机构聚焦 0-18 岁儿童青少年，参照《儿童青少年近视防控适宜技术指南》和《近视防治指南》，制定标准化眼轴长度检测规范和操作流程，明确检测频次（建议每 6-12 个月检测一次）。 3. 医疗机构开展眼科医师、视光人员及相关工作人员的专业化培训，强化对眼轴长度检测临床意义、操作规范及结果解读的理解，提升规范检测和随访管理能力。 4. 医疗机构加强近视防控相关健康宣教和科普，可通过门诊宣教、家长学校、校园近视防控活动等多种形式，提升儿童青少年及其家长对眼轴长度检测重要性的认识，增强主

				动接受检测和定期随访的依从性。 5. 依托学生健康体检、儿童保健服务及区域近视防控项目等既有工作基础，探索扩大眼轴长度检测在重点人群中的覆盖范围。