

中外医疗质量与安全管理模式比较研究*

——杜永辉^{1,2} 董四平^{3,4} 樊子暄⁵ 尚 钊^{3,4} 卓丽军⁶ 刘庭芳^{5*}

【摘要】 **目的** 对中外医疗质量与安全管理模式进行比较分析。**方法** 利用 Nvivo 软件对 CNKI、Web of Science 数据库中医疗质量与安全管理模式相关文献进行分析,探究其中的差异性,构建中外医疗质量与安全管理模式差异模型。**结果** 中外医疗质量与安全管理模式在人员管理、技术与工具、服务流程、组织治理、组织文化、员工结果、患者结果、质量持续改进等 8 个方面存在差异。**结论** 我国医疗质量与安全管理模式要进一步完善人才培养机制,利用创新技术,应用先进管理工具,提升组织治理水平,加快组织文化建设,重视员工职业发展,深化质量安全持续改进,在注重结果质量的同时更加重视结构质量和过程质量,从而促进我国医疗质量与安全可持续健康发展。

【关键词】 医疗质量与安全;患者安全;管理模式

中图分类号: R197.3

文献标识码: A

Comparative Study of Medical Quality and Safety Management Mode between China and Foreign Countries/DU Yonghui, DONG Siping, FAN Zixuan, et al./Chinese Health Quality Management, 2024, 31(4): 26-31

Abstract **Objective** To compare and analyze the management mode of medical quality and safety between China and foreign countries. **Methods** The Nvivo software was used to analyze the literature contents of medical quality and safety management in CNKI and Web of Science databases respectively, explore the differences, and build a difference model of medical quality and safety management between China and foreign countries. **Results** There were differences between Chinese and foreign medical quality and safety management mode in eight aspects: personnel management, technology and tools, service process, organizational governance, organizational culture, employee outcomes, patient outcomes, and quality continuous improvement. **Conclusion** China's medical quality and safety management should further improve the talent training mechanism, use innovative technologies and tools, accelerate the application of advanced management tools, improve the level of organizational governance, accelerate the construction of organizational culture, attach importance to employee career development, deepen the continuous improvement of quality and safety, and strengthen the attention of structural quality and process quality while focusing on the quality of results, so as to promote China's medical quality and safety comprehensive, efficient, sustainable high-quality development.

Key words Medical Quality and Safety; Patient Safety; Management Mode

First-author's address Linyi People's Hospital, Dezhou, Shandong, 251500, China

党的二十大报告指出,推进健康中国建设,把保障人民健康放在优先发展的战略位置。2021 年,我国医疗卫生机构诊疗人次高达 84.720 3 亿人次,按照第七次全国人口普查 14.117 8 亿人的结果计算,年人均诊疗约为 6 次^[1]。面对如此巨大的医疗需求,保障医疗质量与安全具有重要的现实意义。但是,受管理制度、管理意识、管理能力、管理手段等因素制约,当前我国医疗质量与安全管理水平仍相对较低^[2]。国外对医疗质量与安全管理的起步较早,积累了较丰富的理论和实践经验。一方面,自 19 世

DOI:10.13912/j.cnki.chqm.2024.31.4.06

* 基金项目:中国医学科学院中央级公益性科研院所基本科研业务费项目(编号:2020-RC630-001)

杜永辉^{1,2} 董四平^{3,4} 樊子暄⁵ 尚 钊^{3,4} 卓丽军⁶ 刘庭芳^{5*} 通信作者:刘庭芳

1 临邑县人民医院 山东 德州 251500 2 清华大学医院管理研究院 广东 深圳 518055

3 国家卫生健康委医院管理研究所 北京 100044 4 福建医科大学卫生管理学院 福建 福州 350122

5 中国医学科学院北京协和医学院卫生健康管理政策学院 北京 100005

6 华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院 湖北 武汉 430030

纪末起,经历了萌芽阶段、经验管理阶段、统计质量管理阶段、全面质量管理阶段和现代质量管理阶段,从医院管理宏观层面提出了包括结构—过程—结果模型(the Structure—Process—Outcome model, SPO)、结构—过程—体系—结果模型(the Structure—Process—System—Outcome model, SPSO)、患者安全系统工程模型(the Systems Engineering Initiative for Patient Safety model, SEIPS)、全面质量理论等在内的质量管理理论;另一方面,国外医疗质量与安全管理从微观层面针对某些病种、某种干预或以某个环节为切入点展开研究,探讨医疗质量与安全结果^[3-4]。鉴于此,本研究对中外医疗质量与安全管理的差异进行了挖掘与分析,构建了中外医疗质量与安全管理模式差异模型,并提出了针对性建议,以期为我国医疗机构开展医疗质量与安全管理提供参考。

1 研究方法

1.1 文献分析与编码

课题组利用 Nvivo 软件对 CNKI 和 Web of Science 数据库中医疗质量与安全管理模式相关文献进行分析,比较医疗质量与安全管理相关领域的中外差异。文献研究基本信息见表 1。

两者均选择具有广泛代表性的数据库作为文献检索来源,检索策略基本相同,检索时间相当,判定方法相似,基本保证了可比性。采用 Nvivo 软件,运用内容分析法对原始文献进行分析,采用开放式编码确定一级主题,通过概括文本内容,形成初始二级编码条目,一人编码,一人复核;若有争议经讨论后确定,最终形成国内外医疗质量与安全管理模式编码框架。

1.2 差异模型构建方法

课题组邀请波士顿大学、清华

大学、北京大学、复旦大学、中国医学科学院、首都医科大学、广州中医药大学、四川大学华西医院、武汉大学中南医院、广东省人民医院等机构的 17 名卫生管理领域专家对核心文献全文编码及内容分析进行研讨,共进行两轮深入讨论。

2 结果

2.1 中外医疗质量与安全管理文献编码差异性比较

2.1.1 国外核心文献编码 根据编码框架进行文献资料编码,结果见表 2。在结构维度,综合考虑外部环境,重点关注技术与工具、人员管理;在过程维度,聚焦服务流程的设计与优化;在结果维度,一般关注患者结果和组织结果。

2.1.2 我国核心文献编码 借助 Nvivo 软件对文献资料进行文本编码,形成组织架构、人员管理、资源管理、信息化、管理标准、管理方法、服务流程、患者结果、员工结果、组织结果等 10 个二级主题,通过整合形成“结构—过程—结果”3 个一级主题,见表 3。

2.2 中外医疗质量与安全管理模式差异性比较

我国医疗质量与安全管理模式在人员管理、技术与工具、服务流

程、组织治理、组织文化、患者结果、员工结果、质量持续改进等 8 个方面与国外存在差异,据此构建中外医疗质量与安全管理模式差异模型,见图 1。

2.2.1 人员管理 在数量上,我国每千人口执业医师较国外发达国家偏低^[5],且在循证医学能力^[6]、岗位胜任力^[7]、健康素养现状^[8]等方面相对不足。同时,国外发达国家普遍重视员工的教育培训^[9],而我国多以医师进修培训为主,且在不同医疗机构间存在差异^[10]。

2.2.2 技术与工具 国外发达国家的医疗信息数据系统发展较早也较为完善,尤其在信息数据的互联互通与挖掘应用方面值得我国学习和借鉴。我国于 2019 年开始提出智慧医院^[11]建设,大力推进“互联网+”、人工智能、大数据在临床的应用,但在提升医疗质量和效率、优化区域间医疗资源配置等方面有待提高^[12]。

2.2.3 服务流程 国外依托信息化、科学化等手段,以患者为中心,持续优化服务流程。我国公立医院的专科布局设置在空间上阻隔了就医环节且难以改变。同时,流程优化所需管理工具应用不足^[13]和医管人才短缺^[14]也是值得关注的问题。

2.2.4 组织治理 国外更加重视医院战略和领导力,且职业化程度

表 1 中外医疗质量与安全管理模式文献研究基本信息比较

项目	国内	国外
文献来源	CNKI	Web of Science
检索策略	TI=(“医疗质量”+“医疗安全”+“患者安全”)AND TI=(“系统”+“体系”+“结构”+“理论”+“模式”+“模型”)	TI=“medical”OR “care”AND“quality”OR “patient safety”AND “theory”OR “system”OR “model”OR “paradigm”OR “protocol”OR “pattern”OR “algorithm”AND TS=“quality of care”
检索时间	建库至 2022 年 10 月	建库至 2022 年 9 月
语言类型	中文	英文
检索文献数量/篇	757	2 846
判定标准(高被引指数)	H=34	H=75
纳入文献数量/篇	33	37
模型构建	SPO 扩展模型	SPSO—E 模型

表 2 国外医疗质量与安全管理文献编码

一级主题	频次(占比)/次(%)	二级主题	频次(占比)/次(%)	举例
结构	33(31.9)	外部环境	14(37.84)	医保支付方式(按 DRG 支付)、社区经济条件、社区人口构成、市场竞争、外部监管、辖区内法律法规、行业标准等
		人员管理	22(34.46)	医务人员数量、人员结构、人员资质、人员知识与技能、人员教育培训、多学科团队等
		工作任务	8(21.62)	工作计划与安排(排班)、任务分配、工作负荷、任务紧迫性(时间压力)、任务优先级等
		技术与工具	25(67.57)	电子病历系统、电子医嘱录入系统、患者风险监测系统、医疗设备可获得性、防坠落设施设备、不良事件报告系统、医院与健康保险公司及社区信息互联互通等
		物理环境	7(18.92)	医院空间布局、医院床位情况、环境温度、环境噪声、空气质量、照明、卫生间设施、候诊室空间等
过程	27(72.97)	服务协议	9(24.32)	医生与医院之间的雇佣关系、合同规定的工作要求、临床标准与服务指南、医师薪酬发放与职权分配的透明协议等
		服务流程	23(62.16)	医生诊断与治疗方案选择、护理方案选择、对患者需求的感知、从麻醉室到手术室再到重症监护室的转运流程、体格检查、影像学检查、医生转诊、就诊等待时间、追踪随访等
		管理流程	8(21.62)	设备定期维护与检查、药品与设备的电子化采购、药品条形码管理、药品储存管理、处方管理等
体系	20(54.05)	组织治理	17(45.95)	医疗质量与安全相关的制度、绩效考核与评价方式、按绩效支付薪酬、激励约束机制、组织监督与管理风格、安全责任人制、促进个人目标与组织目标一致、领导力等
		组织文化	12(32.43)	组织集中决策方式、组织管理层级设置与权力下放、员工参与决策、组织对员工的支持等
结果	17(45.95)	组织结果	12(32.43)	组织人员的稳定性(离职率)、员工对组织的认可程度、不良事件发生情况、投诉情况、出院后 30 d 再入院率、住院患者死亡率等
		员工结果	6(16.22)	员工健康状况、员工敬业度、员工职业倦怠、员工满意度、员工个人成长情况等
		患者结果	12(32.43)	患者疾病治愈情况、患者及家属误工天数、患者生命质量情况、患者社会功能情况、患者感染情况、患者忠诚度、患者个性化需求被满足程度、患者健康素养提升情况等
质量持续改进	13(35.14)	质量检查	11(29.73)	医疗质量自动校对与检查系统、定期自我审计与检查、设置安全管理委员会或质量安全官、质量检查表制订与应用、质量分级与评估、设定质量与安全预警线等
		问题处理	8(21.62)	查找关键障碍环节、不良事件上报、质量与安全问题的评估与问责、医疗应急预案响应与快速反应机制等
		质量巩固	7(18.92)	汲取教训与总结经验、根据经验进行风险模型持续优化、质量改进团队设置、质量改进固定预算、质量与安全问题持续监测等

表 3 我国医疗质量与安全管理模式文献编码

一级主题	频次(占比)/次(%)	二级主题	频次(占比)/次(%)	举例
结构	21(63.64)	组织架构	11(33.33)	成立医疗质量管理组织,如医疗质量管理办公室、医疗质量管理小组等
		人员管理	11(33.33)	人力资源合理配置;人员定期考核;人员教育培训;高素质人才引进;人员资质准入等
		资源管理	7(21.21)	规范设备、物资、药品、耗材的采购与使用;引进先进设备与高质量器械、药品等
		信息化	9(27.27)	多种信息技术应用,如电子病历系统应用、信息质量监管平台、医疗安全信息化监管系统等
		管理标准	15(45.45)	质量管理体系与标准;院内具体工作制度;法律法规制度;人员准入与评审制度;十八项医疗质量核心制度;医疗技术操作、考核标准和工作流程等
过程	17(51.52)	管理方法	14(42.42)	质量管理工具应用如 SPO 模型、品管圈、临床路径、根本原因分析、全面质量管理(TQMD)、失效模式与效应分析(FEMA)等
		服务流程	5(15.15)	制订护理服务改进方案;强化医患沟通;强化医护沟通;对患者进行全面评估;按规定对患者进行健康教育等
结果	18(54.55)	患者结果	18(54.54)	患者满意度,如窗口服务质量、后勤服务质量、患者医疗需求、隐私保护、医患沟通情况、医疗投诉、医德医风、护理服务质量、询问病情、患者安全等;患者体验评价,如就医环境体验、等待时间体验、就医费用体验、服务质量体验、服务态度体验等
		员工结果	15(45.45)	利用激励约束考核人员,如人员绩效考核指标、年度评优评先激励、职称晋升与考核结合、职称聘任等;医院员工满意度,如工作量满意度、工作压力满意度、个人发展期望满意度、薪酬待遇满意度等
		组织结果	22(66.67)	组织质量安全指标,如十八项核心制度、十大患者安全目标、医疗质量安全改进目标、病案质量等;医疗效率指标;工作量指标;治疗质量指标;经济效益指标;医疗安全指标等

较高。我国公立医院多采用院科两级质控,以行政命令垂直管理为主,横向管理相对薄弱。在治理能力上,我国院长选拔机制尚不能满足现代化医院管理要求,且职业水平参差不齐^[15]。

2.2.2.5 组织文化 国外重视优秀组织文化的影响^[16]和领导者个人魅

力^[17]的发挥。我国公立医院在文化建设方面存在重视程度不够、员工参与不够、与医疗体制融合不够等问题^[18]。但我国也有一定积极探索^[19]。

2.2.2.6 患者结果 国际医疗质量评价指标体系比较成熟^[20],比如国际医疗质量体系(International Quality Indicator Project, IQIP)、医疗治疗指标

体系(the Health Care Quality Indicators, HCQI)等。我国于 2021 年开始建立国家医疗质量管理与控制信息网(NCIS)^[21],但体系完善程度和数

据利用水平有待提高。同时,国外更加重视患者安全文化建设,更加强调医务人员在诊疗全过程中体现患者安全意识^[22]。

2.2.7 员工结果 国外将员工健康状况作为衡量管理效果的重要指标^[23],而我国对员工心理^[24]、紧张水平^[25]、职业倦怠情况^[26]、生活满意度、工作压力^[27]等方面关注相对不足。为此,2019年国家卫生健康委印发通知^[28],要求通过减少填报报表等措施减轻医务人员工作负担,取得了一定效果。

2.2.8 质量持续改进 国外除重视质量检查、问题处理外,更重视利用管理工具挖掘问题背后的深层次原因,而我国管理工具应用水平有待提高。目前,国内品质管理工具应用以品管圈^[29]为代表,RCA^[30]、HFMEA^[31]、6S^[32]等也有一定程度的应用。

3 讨论与建议

基于中外医疗质量与安全管理模式的比较分析,本研究形成以下结论:我国具备岗位胜任力的医务人员相对不足,科学技术临床应用水平尚需提高,服务流程体制优化存在困难,组织文化治理水平需进一步提高,医疗关键指标体系尚不健全,对员工关怀程度不够深入,质量持续改进职业化水平相对较低。据此,提出建议如下:

3.1 注重医学生教育培养,提升医务人员岗位胜任力

我国每千人口执业医师数量在经济合作与发展组织(Organization for Economic Co-operation and Development, OECD)国家中排名相对靠后^[5],虽然近年来我国执业医师数量较前有明显提高,但相对于巨大的就医需求仍然存在缺口。因此,首先,可以从医学生的教育培养入手^[33],以国家整体卫生规划顶层设计为导向,以群众现实就医需求为基点,以高质量教育促进人才队伍质与

量的双向协同发展,促进临床、护理、管理、后勤等专业的职业化与专业化发展,同时培养医学生的科学家素养,为其攻克临床难题打下坚实的基础。其次,针对现有医疗卫生人员岗位胜任力相对不足的情况,可以结合医院等级规模、区域经济水平设计不同层级、不同岗位的岗位胜任力考核标准,操作上采用“筛选试点医院一评估建设成效一专家研讨一有步骤推广”方式,以评促建,补齐短板,为实现卫生区域发展和医院现代化提供人力资源保障。最后,医疗机构要按需招聘,除注重医生培训外,还要重视不同岗位医务人员的素养提升,做好临床、护理、行政管理、后勤人员的职业发展规划,激发员工的创造性和积极性,从而更好地提升医疗质量与安全水平^[34]。

3.2 重视科学技术临床应用,提升医疗质量与安全水平

科学技术的临床应用,对现代医学产生巨大的推动作用。诸如大型医用设备的投入使用,可以为医生提供科学的循证依据;电子病历系统的应用,可以实现对患者不同时期的检查、检验、治疗等病历信息的追溯,便于医生快速掌握患者既往病情;医用耗材设备的更新迭代,可以在降低费用的同时产生更好的治疗效果;腔镜介入等微创技术的开展,可以大大降低感染风险和促进创面在较短时间内愈合;电子支付方式的临床应用,极大地缩短了患者就医付费的等待时间,节省了宝贵的诊疗时间。未来,智慧医院建设将使医院更加智能化,患者就医更加便捷,但在实际建设过程中,要解决好不同信息系统之间的融合匹配和数据安全问题。

3.3 强调以患者为中心,提升就医流程优化再造能力

患者就医流程优化体现了以患

者为中心的理念,虽然受到科室空间布局的客观限制,但仍然可以在原有基础上不断更新优化。比如:门诊楼按功能划分楼层,患者高峰时段错峰取药,部分开放夜间门诊,手机端预约挂号及支付,全院床位集中调配,护理的垂直化管理,药品传输系统的应用,窗口科室的弹性排班等。流程优化没有统一的标准,应以医疗机构自身的条件为前提。流程优化的目的即更加便捷。因此,医院管理者需加强学习与培训,能够及时发现就医流程中存在的问题,提出切实可行的流程优化再造方案,并确保实践效果^[35]。

3.4 推进医院管理职业化发展,提升组织综合治理能力

医院管理职业化发展在国内起步较晚,医院管理专业化人才相对紧缺,培养适合我国国情的医院管理人才对于提升医院服务能力有积极推动作用。目前,清华大学、北京协和医学院等高校已经开设了医院管理方向的硕士研究生课程,培养了一批具有专业素养的医院管理专业人才。我国实行党委领导下的院长负责制以及院科两级组织结构设置,共同构建了组织治理的基础架构,一定程度上保障了组织综合治理的有效运作。推进医院管理职业化进程,可以使医院组织治理能力更加科学化和专业化,一定程度规避医院管理发生方向性错误,从而保障组织的可持续发展。

3.5 厚植救死扶伤人文精神,提升员工组织文化认同感

救死扶伤的医学人文精神,是医学得到社会尊重和认可的基础。通过典型案例评选、先进事迹报告等多种形式,大力宣扬爱伤意识,让员工将救死扶伤理念融入到日常工作之中,使患者感受到医学的人文

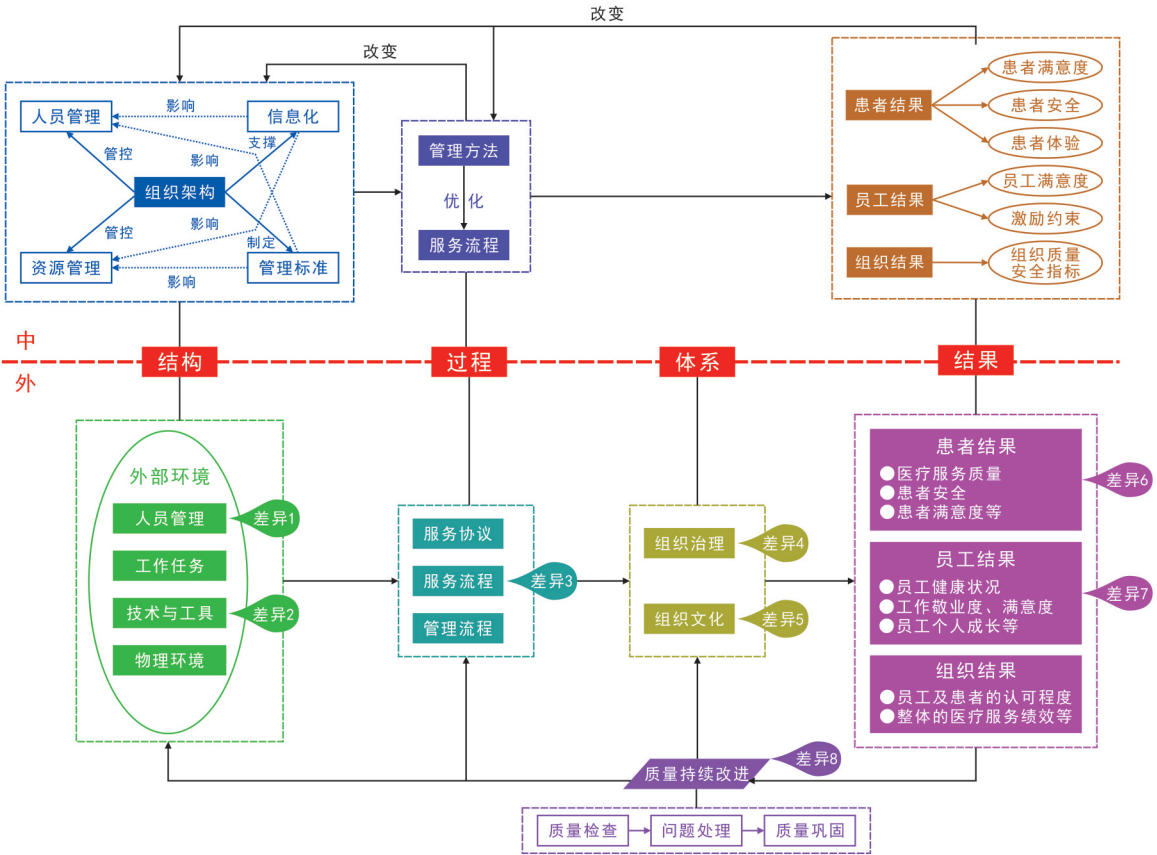


图 1 中外医疗质量与安全管理模式差异模型

关怀,从而提升患者满意度。而员工的组织文化认同,反过来也可以有效降低管理成本,提升医疗服务质量和水平,促进医患关系健康和谐,从而使医院获得良好的社会声誉。

3.6 建设可靠的信息系统,加强患者结果的综合利用

患者结果数据系统的建设与完善,一是可以在国内不同医疗机构间比较,二是可以与其他国家进行横向比较。目前,我国医疗质量管理与控制信息网(NCIS)的数据质量与可利用程度均有待提高,待其完善后,患者结果的数据利用将为决策者提供参考依据,有助于医疗质量持续改进。同时,患者安全作为患者结果的一个重要方面,医疗机构应加强不良事件的根本原因分析,避免走过场,确保患者安全。

3.7 重视员工生理心理健康,提升员工的获得感与幸福感

人力资源是医院最重要的资源,是医院核心竞争力的关键要素。重视员工的身心健康,有助于组织长远发展。医疗机构除关注基本的、必要的员工防护措施外,还要关注员工的职业倦怠情况、生活满意度、工作压力等,多措并举,增强员工的归属感,提升员工的忠诚度,从而提高员工的获得感和幸福感。

3.8 注重品质管理工具应用,促进可持续高质量发展

医院是一个复杂的系统,科室较多,在日常运转过程中不可避免地存在着诸多问题,这就需要通过科学的管理加以控制,以保障组织的可持续发展。科学的管理需要先进的管理工具。医院等级评审中已明确要求应用管理工具进行持续改

进,加上 DRG/DIP 医保支付方式改革的加持,使得运用先进的管理工具成为医院管理者的必选项。如何发挥管理工具的最大效能,如何提升管理者使用管理工具的能力水平,是需要解决的首要问题。但是,省、市、县、乡不同级别医疗机构的管理能力水平不同,面对的实际问题也不相同,不同医疗机构应选择适合自己的管理工具,才能产生良好的管理效果。

4 本研究局限

本研究存在一定局限性。一是仅选择 CNKI 和 Web of Science 数据库,语言设置为中文和英文,文献检索结果全面性有待考证;二是本研究中的医疗质量与安全管理模式差异模型以 SPO 为基础,若采用不同理论模型,得出的结果可能存在

差异;三是本研究中数据结果可能受到软件版本及人工编码主观性的影响,建议后续研究扩大样本量,以期获得更加全面的数据。

参考文献

[1] 国家卫生健康委.中国卫生健康统计年鉴 2022[M].北京:中国协和医科大学出版社,2022:121.

[2] 蒋 帅,刘 琴,方鹏鹏.智慧医疗背景下“十四五”我国医院医疗质量与安全管理策略探析[J].中国医院管理,2021,41(3):15—17.

[3] KRONICK SL, KURZ MC, LIN S, et al. Part 4: systems of care and continuous quality improvement: 2015 American Heart Association Guidelines update for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care[J]. Circulation, 2015, 132(18 suppl 2): 397—413.

[4] KURTZMAN ET, BARNOW BS. A comparison of nurse practitioners, physician assistants, and primary care physicians' patterns of practice and quality of care in health centers[J]. Medical Care, 2017, 55(6): 615—622.

[5] OECD. OECD(2022), Doctors(indicator)[EB/OL]. (2022—11—10)[2022—11—13]. <https://data.oecd.org/healthres/doctors.shtml>.

[6] 高 媛,吴 进,项盈如,等.基于计划行为理论的杭州市三级医院医务人员循证医学实践行为的影响因素分析[J].医学与社会,2022,35(3):25—29,41.

[7] 周冬冬,葛许华.我国东西部地区乡镇卫生院全科医生岗位胜任力现状研究[J].中国初级卫生保健,2022,36(7):32—35.

[8] 熊依杰,许丽娜,周文娟,等.2020年海淀区社区中心医务人员健康素养现状及影响因素分析[J].慢性病学杂志,2022,23(4):541—546.

[9] CARAYON P, SCHOOF HUNDT A, KARSH BT, et al. Work system design for patient safety: the SEIPS model[J]. Qual Saf Health Care, 2006, 15(suppl 1): 50—58.

[10] 丁 鸿,王超群,陈晰辉,等.新形势下医院继续医学教育的现状与对策[J].中国继续医学教育,2022,14(19):5—9.

[11] 闫 雪,何爱丽,王 菲,等.互联网医院运行管理问题分析及对策探讨[J].

中国卫生质量管理,2023,30(9):63—66.

[12] 国家卫生健康委员会.焦雅辉:努力将信息化和智慧医院建设打造成为医疗服务高质量发展的重要引擎[EB/OL]. (2019—03—21)[2022—11—13]. <http://www.nhc.gov.cn/xcs/s7847/201903/29eb5a8d2afc424e9caaea88a76724fe.shtml>.

[13] 陈园园,王 勤,薛缪群,等.医院质量管理工具应用的实践与体会[J].中国卫生质量管理,2022,29(8):50—51,67.

[14] 沈 培,陈佩瑜,沈佩玲,等.医院管理人才培养机制探索和实践[J].中国卫生人才,2021(4):68—71.

[15] 王梦潇,赵汗青,杨 涵,等.中国医院治理现状调查与政策建议[J].中国卫生事业管理,2020,37(8):568—570,573.

[16] 张 凌.《医改传奇》重新定义“足够好”[J].中国医院院长,2014(15):90.

[17] DAHLGAARD JJ, PETTERSEN J, DAHLGAARD—PARK SM. Quality and lean health care: a system for assessing and improving the health of healthcare organisations[J]. Total Quality Management & Business Excellence, 2011, 22(6): 673—689.

[18] 冯 遥,李绍飞,类延旭.医疗体制改革形势下的医院文化建设实践[J].中国研究型医院,2022,9(5):53—56.

[19] 金 琦,陈玉恒,周 妍,等.党建引领某大型公立医院文化建设实践与思考[J].中国医院,2022,26(10):70—72.

[20] 汪海琴,王 伟,严 非,等.国际医疗质量评价指标体系的比较分析[J].中国卫生资源,2018,21(5):456—460.

[21] 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[EB/OL]. (2022—03—02)[2022—11—13]. <http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s3585/202203/ffed3474b1884058841a07c144ad094e.shtml>.

[22] KUOSMANEN A, TIHONEN J, REPO—TIHONEN E, et al. Changes in patient safety culture: a patient safety intervention for Finnish forensic psychiatric hospital staff[J]. Journal of Nursing Management, 2019, 27(4): 848—857.

[23] DUFFY JR, HOSKINS LM. The quality—caring model: blending dual paradigms[J]. Ans Advances in Nursing Science, 2003, 26(1): 77—88.

[24] 陈晓燕,李良俊,杜 艇,等.一线抗疫医务人员应激障碍现状及影响因素[J].环境与职业医学,2021,38(11):1244—1250.

[25] 黄 浪,陈 琳,苏艺伟,等.广州市1 545名医务人员职业紧张、职业倦怠和抑郁症状的关系研究[J].职业卫生与应急救援,2021,39(2):129—135.

[26] 雷昌斌,邹慧娟,林晓妮,等.医务人员职业倦怠现状及相关因素研究[J].中国继续医学教育,2022,14(17):184—190.

[27] 徐 霞,姚 娟,杨 力,等.医务人员生活满意度现状及其与知觉压力、社会支持的关系[J].华南国防医学杂志,2022,36(8):648—652.

[28] 国家卫生健康委员会.关于印发卫生健康系统解决形式主义突出问题为基层减负措施的通知[EB/OL]. (2019—06—11)[2022—11—12]. <http://www.nhc.gov.cn/bgt/s7692/201906/4864015a5e8d43ccb4695e362e912efb.shtml>.

[29] 张 丹,严 越,刘庭芳.品管圈现况把握阶段常见问题解析[J].中国医院管理,2021,41(3):42—45.

[30] 王道晓,陈 锦,陈 萍,等.基于RCA²的一例下肢PICC置管穿刺鞘断裂事件持续改进[J].中国卫生质量管理,2022,29(9):43—48,75.

[31] 邢 誉,姚 瑶,丁冬梅.医疗失效模式与效应分析在门诊患者身份识别中的应用[J].中国卫生质量管理,2021,28(3):72—75.

[32] 邵小莉,翟 凯,田 磊,等.陕西省6所三级医院患者安全文化现状及影响因素研究[J].中国卫生质量管理,2021,28(4):55—58.

[33] 戴晓娜,董恩宏,蒋 锋,等.主诊医师临床教育者角色的知识图谱分析[J].中国医院,2023,27(7):81—83.

[34] 杜永辉,董四平,樊子暄,等.新医改以来我国医疗质量与安全管理研究热点及展望[J].中华医院管理杂志,2023,39(4):243—248.

[35] 董四平,刘庭芳,尚 钊,等.基于扎根理论的医疗质量与安全管理模型构建[J].中华医院管理杂志,2023,39(4):263—268.

通信作者:
刘庭芳:中国医学科学院 北京协和医学院卫生健康管理政策学院特聘教授,博士生导师
E-mail:liutingfang@pumc.edu.cn

收稿日期:2023—05—09
修回日期:2023—11—07
责任编辑:吴小红