



# 中美医疗质量安全不良事件识别和管理的比较研究<sup>\*</sup>

——胡丹<sup>1</sup> 谭晶<sup>1</sup> 侯凌晨<sup>2</sup>

**【摘要】** 目的 比较中美医疗机构在医疗质量安全不良事件管理上的差异,为不良事件的识别和管理提供参考。

**方法** 检索中国知网和 PubMed 数据库,查阅中美不良事件管理的相关文献,对两国不良事件的识别和管理方法进行总结与分析。**结果** 中国医疗机构鼓励主动报告系统收集不良事件,美国则倡导使用全过程触发工具。前者有助于挖掘诱因,但识别能力相对较弱;后者识别能力较强,但受审查者主观影响大,且难以识别可预防性不良事件。**结论** 建议开发具有中国特色的触发工具,构建“主动报告+智能触发”的双轨监测机制,形成“触发—报告”数据联动平台,同时营造公正文化,完善第二受害者支持机制等。

**【关键词】** 医疗质量安全不良事件;不良事件识别;不良事件管理;美国;全过程触发工具

中图分类号:R197

文献标识码:A

A Comparative Study on the Identification and Management of Medical Quality and Safety Adverse Events between China and the United States/HU Dan, TAN Jing, HOU Lengchen. //Chinese Health Quality Management, 2025, 32(9): 11-15

**Abstract** **Objective** To compare the differences in the management of medical quality and safety adverse events between Chinese and American healthcare institutions, providing references for the identification and management of adverse events. **Methods** Databases including CNKI and PubMed were searched to review relevant literature on adverse event management in China and the United States, followed by a summary and analysis of the methods for identifying and managing adverse events in both countries. **Results** Chinese healthcare institutions primarily collect adverse events through active reporting systems, whereas the United States advocates the use of global trigger tool. The former aids in uncovering contributing factors but has relatively weaker identification capabilities; the latter exhibits stronger identification capabilities but is significantly influenced by the subjectivity of reviewers and faces challenges in identifying preventable adverse events. **Conclusion** It is recommended to develop trigger tools with Chinese characteristics, establish a dual-track monitoring mechanism combining "active reporting + intelligent triggering", create a data linkage platform integrating "triggering-reporting", foster a just culture, and improve support mechanisms for second victims.

**Key words** Medical Quality and Safety Adverse Events; Adverse Event Identification; Adverse Event Management; American; Global Trigger Tool

**First-author's address** Obstetrics and Gynecology Hospital Affiliated to Tongji University, Shanghai, 201204, China

医疗质量安全不良事件管理是医疗机构识别医疗服务风险、预防负性事件发生、保障医疗质量安全的重要方法,也是国际通行的做法<sup>[1]</sup>。WHO发布《全球患者安全行动计划2021-2030》,将不良事件管理视为

减少可避免医疗伤害的核心手段,并设定了战略目标<sup>[2]</sup>。识别不良事件是不良事件管理的第一步。我国医疗机构主要通过非惩罚性的主动报告系统来收集不良事件,但由于主动上报不良事件受多方面因素影响,医

务人员积极性不高。美国医疗机构广泛使用由美国健康促进研究所(Institute for Healthcare Improvement, IHI)开发的全过程触发工具(global trigger tool, GTT),简称“IHI GTT”,该工具能主动检测不良事件,

DOI:10.13912/j.cnki.chqm.2025.32.9.03

<sup>\*</sup> 基金项目:上海申康医院发展中心医疗质量安全与医疗服务模式创新项目(编号:SHDC12024610)

1 同济大学附属妇产科医院 上海 201204

2 上海申康医院发展中心 上海 200041

其识别能力是自愿上报系统的10倍<sup>[3-4]</sup>。此外,美国在医疗质量安全管理方面建立了较为完善的管理体系和政策框架,其不良事件管理经验具有一定借鉴意义。

中国与美国在管理体系、政策要求、报告机制等方面存在差异,相较于美国,中国仍存在不良事件报告率低等问题。目前,国内尚缺乏系统性的中美医疗质量安全不良事件管理的比较研究,难以为我国医疗机构提供改进指导。本研究通过比较中美医疗质量安全不良事件识别和管理上的异同,分析我国不良事件管理短板,提出针对性改进建议,为提升我国不良事件管理水平提供参考。

## 1 资料与方法

以“医疗质量”“医疗安全”“不良事件管理”“不良事件”和“全过程触发工具”“触发工具”“触发器”,“medical quality”“medical safety”“adverse events management”“adverse events”和“global trigger tool”“trigger tool”“trigger”为中英文检索词,分别在中国知网和PubMed数据库进行文献检索,检索时限为2000年1月1日—2024年12月31日。检索得到文献3664篇(英文2357篇,中文1307篇),通过人工审阅文献标题和摘要,排除与本研究无关的文献资料,最终获得有效文献102篇(英文65篇,中文37篇)。通过阅读全文,整理和归纳中美医疗质量安全不良事件识别和管理方法。

## 2 中美医疗质量安全不良事件的识别

### 2.1 中国

自2007年开始,中国医院协会

连续3年在《患者安全目标》中明确提出,鼓励主动报告医疗安全(不良)事件,提倡“非惩罚性”<sup>[5]</sup>。这标志着我国不良事件管理从事后追责向事前预防转变,同时也将非惩罚性文化纳入医疗质量管理的核心内容。2016年,原国家卫生计生委下发《医疗质量管理办法》,第三十四条要求“建立医疗质量(安全)不良事件信息采集、记录和报告相关制度,并作为医疗机构持续改进医疗质量的重要基础工作”<sup>[6]</sup>。2018年,中国医院协会发布团体标准《医疗安全(不良)事件管理》,这是我国专门针对不良事件管理的行业标准,该标准详细规定了不良事件的术语和定义、关键要素、管理内容、事件防控和持续改进等具体内容,为医疗机构不良事件管理提供了系统化的操作指南<sup>[7]</sup>。自2021年起,国家卫生健康委连续5年将“提高医疗质量安全不良事件报告率”列为国家医疗质量安全改进目标,并逐步推动不良事件的规范化管理<sup>[8]</sup>。2023年9月,国家卫生健康委《关于印发患者安全专项行动方案(2023—2025年)的通知》要求,至2025年末,每百出院人次主动报告不良事件年均>2.5例次<sup>[9]</sup>。2024年7月,国家卫生健康委《关于进一步加强医疗质量(安全)不良事件管理的通知》强调,要建立非惩罚性报告机制<sup>[1]</sup>。

我国强调通过主动报告和非惩罚性措施来提高医疗质量安全不良事件报告率,具有明显的政策驱动特征,从最初的倡导性要求,到后来的强制性制度,再到具体的量化指标,政策要求不断细化。近年来,医疗质量安全不良事件管理逐步得到各级各类医疗机构的重视,医疗机构均按照要求建立本机构不良事件主动报告系统,并进行数据上报及管理<sup>[10]</sup>。

### 2.2 美国

美国于2003年引入IHI GTT,2009年修订<sup>[3]</sup>。IHI GTT基于病历回顾,通过识别触发因素(即检测不良事件的指标,如异常实验值、临床症状等)来识别可能的不良事件,包括护理、药物、手术、急诊、重症和围产期6个模块53个触发因素(表1)。

IHI GTT的实施由两名主要审查者(通常为护士)和一名医生组成审查团队,对连续两周内10份完整住院病历进行审查。两名主要审查者先独立审查病历(至少20 min),记录触发因素并识别可能的医疗质量安全不良事件;医生再根据主要审查者的审查结果确认不良事件并评估严重性。完整住院病历标准:(1)入院至少24 h;(2)>18岁;(3)病历归档完整。因IHI未定义精神疾病患者和康复患者的触发因素,故排除这两类人群。审查时,审查者需从患者角度出发:(1)若该事件发生在自己身上感受如何?若感受消极,则可能造成了伤害。(2)是疾病自然病程的一部分,还是疾病进展的并发症?若为并发症,可能为不良事件结果。(3)是否为医疗护理的意外结果?若是,可能为不良事件。(4)排除心理伤害。未包含在触发因素中的不良事件也应记录,住院和院外发生的不良事件均需评估<sup>[11]</sup>。

## 3 中美医疗质量安全不良事件管理比较

中国医院协会和美国IHI均为非营利性机构,都对医疗机构不良事件的管理提出了相关要求。2009年IHI下发《IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events (Second Edition)》<sup>[3]</sup>,2018年中国医院协会发布团体标准《医疗安全(不

表1 美国 IHI GTT 6个模块触发因素

编码	触发因素	编码	触发因素
<b>护理</b>		<b>手术</b>	
C1	输血	S1	再次手术
C2	启动抢救/应急队伍	S2	改变治疗方案
C3	药物或造影剂引起的急性肾功能衰竭	S3	术后告病重、病危
C4	血培养阳性	S4	在复苏室插管/再插管/呼吸机使用双水平气道正压通气模式
C5	影像发现深静脉血栓	S5	术中或在复苏室使用 X 线片
C6	Hb 或 HCT 下降>25%	S6	术中或术后死亡
C7	跌倒	S7	术后机械通气时间>24 h
C8	压疮	S8	术中使用肾上腺素、去甲肾上腺素、纳洛酮或氟马唑尼
C9	30 d 内再入院	S9	术后肌钙蛋白>1.5 ng/mL
C10	保护性束带	S10	损伤、修复或切除器官
C11	院内感染	S11	任何手术并发症
C12	院内脑卒中	<b>急诊</b>	
C13	提升护理等级	E1	48 h 内再次入急诊
C14	并发症	E2	急诊就诊时间超过 6 h
C15	其他	<b>重症</b>	
<b>药物</b>		I1	肺炎
M1	抗生素相关性腹泻	I2	再次入住 ICU
M2	APTT>78 s	I3	重症监护病房内的所有操作
M3	INR>3.5	I4	插管/再插管
M4	血糖<2.8 mmol/L	<b>围产期</b>	
M5	BUN 或 Scr 高于基线值 2 倍	P1	使用特布他林
M6	使用止血药	P2	Ⅲ、Ⅳ度撕裂
M7	使用抗过敏药	P3	血小板计数低于 $50 \times 10^9 / \mu\text{L}$
M8	使用氟马唑尼	P4	产后出血:阴道分娩 $\geq 500 \text{ mL}$ ,剖宫产 $\geq 1000 \text{ mL}$
M9	使用纳洛酮	P5	专科会诊
M10	使用止吐药	P6	催产素类药物使用
M11	过度镇静/低血压	P7	器械助产
M12	突然停药	P8	全身麻醉
M13	其他		

注: Hb; 血红蛋白; HCT; 红细胞压积; APTT; 活化部分凝血活酶时间; INR; 国际标准化比值; BUN; 血尿素氮; Scr; 肌酐。

良)事件管理》<sup>[7]</sup>,两者在不良事件管理的具体要求和实践路径上存在差异,中国强调通过主动报告和非惩罚性政策来提高不良事件报告率,美国则倡导通过建立触发因素和系统审查流程来量化和评估不良事件的严重性。见表 2。

## 4 中美医疗质量安全不良事件管理系统的局限性分析

### 4.1 中国不良事件主动报告系统

不良事件主动报告系统中事件

叙述所包含的定性描述,是极具价值的信息来源,有助于了解不良事件的形成因素以及背景因素,可以为不良事件的改进提供有力支撑。然而,该系统存在以下局限:(1)存在报告偏倚,收集的不良事件数量有限。由于不良事件主动报告系统依赖于相关人员自愿报告信息,报告人可能因担心责任追究而选择性报告,因此容易出现报告偏倚,导致收集到的不良事件数量有限。(2)强调安全文化而忽视非惩罚性。既往研究显示,加强安全文化建设有

助于提高不良事件上报率<sup>[15]</sup>。为了提高员工参与度,医疗机构需要建立安全文化。这种文化应强调非惩罚性报告机制,保护报告人隐私,并通过多种渠道宣传,鼓励员工自愿、主动地报告不良事件。(3)对第二受害者的关注不足。2000年,Wu AW<sup>[16]</sup>提出,如果在患者安全事件中的患者及其家属是第一受害者,那么同样可能受到伤害的医务人员则称为“第二受害者”。这一概念强调了在医疗质量安全不良事件发生后,除关注患者的生理损害和精神压力外,还需要关注作为第二受害者的医务人员所承受的伤害、压力、痛苦和声誉损失等。研究表明,发生严重医疗不良事件的医务人员通常存在焦虑等消极情绪甚至丧失专业信心,严重影响其成长和职业生涯规划<sup>[17]</sup>。

### 4.2 美国 IHI GTT

与中国不良事件主动报告系统相比,美国 IHI GTT 能够有目的地定位不良事件相关内容,快速记录和监测不良事件<sup>[4]</sup>,但也存在一些局限。(1)受审查者主观影响较大。IHI GTT 需通过手工翻阅患者住院病历来评估不良事件,低效耗时,且耗费大量资源。此外,其依赖于有经验的临床护士和医生进行识别和判断。研究表明,尽管审查者接受了相同的培训,但成员在识别和评估不良事件及严重程度评级方面仍存在差异,这可能归因于审查者临床经验和知识的局限性<sup>[18]</sup>。IHI GTT 因受审查者的主观影响,存在一致性低的问题(评分者内部和评分者之间的可靠性低),尤其在雇佣大量审查者时更为明显,IHI 建议通过持续培训来提高一致性<sup>[19]</sup>。(2)无法识别潜在不良事件。IHI GTT 识别的最常见不良事件是药物相关事件、感染/院内获得性感染、

表2 中国和美国医疗机构不良事件管理比较

项目	中国	美国
管理文件	《中国医院质量安全管理第4—6部分:医疗安全(不良)事件管理》	《IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events (Second Edition)》
文件发布机构	中国医院协会,非营利性社会组织,以“服务会员、服务行业、服务政府、服务社会”为宗旨,致力于维护人民的生命健康,助力健康中国建设	美国健康促进研究所(IHD),独立非营利组织,致力于通过改进科学的方法,推动全过程医疗保健系统的质量提升和患者安全
定义	在临床诊疗活动和医疗机构运行过程中,任何可能影响患者诊疗结果、增加患者痛苦和负担并可能引发医疗纠纷或医疗事故,以及影响医疗工作的正常运行和医务人员人身安全的因素和事件	由医疗服务导致/造成的需要额外监控、治疗或住院的身体意外伤害或死亡事件
分级	参考国际严重性分级代码,结合不良事件的严重程度和发生频率,将不良事件分为4级:I级:警讯/警告事件,非预期死亡或非疾病自然进展造成的永久性功能丧失;II级:不良后果/差错事件,因诊疗活动而非疾病本身造成的机体与功能损害;III级:无后果事件/临界差错,发生了错误事实,但未造成机体与功能损害,或有轻微后果但无需任何处理可完全康复的事件;IV级:隐患/未遂事件,错误在实施前被发现并纠正,未造成危害的事件	侧重监测造成患者伤害的不良事件,排除未造成伤害事件,参考全国用药错误报告和预防协调委员会,将不良事件分成E—I级。E级:错误可能导致或导致患者出现暂时性不良事件,需要干预;F级:错误可能导致或导致患者出现暂时性不良事件,需要初次住院或延长住院时间;G级:错误可能导致或导致永久性不良事件;H级:错误需要必要的干预以维持生命;I级:错误可能导致或导致患者死亡
分类	11个管理类别 49个服务项目:医疗管理(9个),护理管理(4个),药品管理(7个),医技管理(3个),输血管理(6个),器械管理(2个),院内感染管理(3个),职业防护管理(4个),信息管理(2个),后勤管理(4个)和治安管理等(5个)。包括但不限于住院患者的不良事件	6个模块 53个触发因素,护理(15个),药物(13个),手术(11个),急诊(2个),重症(4个),围产期(8个)。仅监测住院患者不良事件
可预防性	根据医疗风险发生前预防与否,分成可预防类和不可预防类	—
监测指标	每百出院人次报告不良事件例数 <sup>[9]</sup>	每千床日不良事件发生例数、每百住院患者不良事件发生例数、发生不良事件住院患者占比 <sup>[13]</sup>
识别能力	2021年每百名出院人次不良事件/错误[包括主动(署名)上报及院内系统(匿名)上报]发生例数全国均值为1.98 <sup>[12]</sup>	每千床日不良事件90例,每百住院患者不良事件40例,发生不良事件住院患者占30% <sup>[3]</sup>
关注第二受害者	—	Respectful management of serious clinical adverse events <sup>[14]</sup>

手术相关并发症、血钾异常、压力性溃疡等<sup>[20]</sup>,这些都是实际发生的。IHI GTT 侧重于识别医疗服务中已经发生的不良事件,而无法检测存在潜在风险的不良事件,例如,未接受适当治疗的高血压患者随后出现卒中,不会将该事件记录为不良事件。(3)难以识别可预防不良事件。尽管不良事件的可预防性很重要,但IHI GTT 不评估不良事件的可预防性,仅确定医疗服务的意外结局。IHI GTT 将不良事件分成E—I级(表2),排除A—D级(A级:可能导致错误的的事件;B级:未影响患者的错误;C级:影响患者但未造成伤害;D级:影响患者并需要监控或干预以确认未造成伤害)。此外,IHI GTT 旨在监测某医疗机构一段时间内不良事件的变化趋势,如果不良事件可预防性发生变化,那么随着时间的推移,该衡量标准将失去意义。(4)难以比较医疗机构之间的不良事件。一方面,不

同医疗机构病历记录质量差异较大,而病历记录质量对不良事件评价结果影响较大。例如,IHI GTT 检测到的跌倒事件数量少于自愿报告的数量,原因在于病历记录中缺乏记录跌倒事件的标准化流程<sup>[14]</sup>。另一方面,由于触发因素在数量和范围上的局限,无法涵盖所有医疗服务内容,且受医疗机构性质、执业范围等影响,进一步限制了医疗机构之间的比较。

## 5 启示与建议

研究表明,主动报告的不良事件和IHI GTT 识别的不良事件重叠率仅为5%~10%<sup>[21]</sup>,这表明单一方法难以全面识别医疗服务中的不良事件。中国非惩罚性主动报告系统虽能挖掘深层诱因,但存在漏报率高、覆盖面窄等问题;美国IHI GTT 通过结构化触发因素提升了

不良事件识别率,却因依赖于人工审查导致主观偏差。因此,建议:一是开发具有中国本土特色的触发工具,依托电子病历系统构建“主动报告+智能触发”的双轨监测机制,形成“触发—报告”数据联动平台。(1)借鉴美国触发工具模块化设计理念,结合中国特色,设计本土化触发因素清单,如在药物模块中增设“中药配伍禁忌”,提高不良事件识别的覆盖面。(2)尽管IHI GTT 更易识别不良事件,但其资源消耗较大。如果一所医院按照IHI GTT 方案每月审查20份记录,假设发生不良事件住院患者占30%,则每月将检测到6起不良事件。因此,建议在主动报告的基础上开发电子触发工具,依托电子病历系统,通过编写算法自动识别,生成不良事件预警清单,进而建立“触发—报告”数据联动平台。(3)重视对审查者的持续培训,提高审查者审查能力的一致性,减少主观判断的影响。二是

营造公正文化,完善第二受害者支持机制。(1)针对因担心追责导致的报告偏倚,建议营造公正文化。公正文化是一种安全文化,是在处理组织中发生的不良事件时,把握惩罚与免责之间平衡的一种价值判断准则<sup>[22]</sup>。通过营造公正文化,将重心放在暴露和解决问题上,避免因过度追责而影响医务人员主动报告的积极性。(2)美国关于第二受害者的研究相对成熟,而我国总体上缺乏对第二受害者的身心关注和支持<sup>[17]</sup>。对此,建议关注不良事件第二受害者的身心健康,对医务人员给予关怀和支持,降低不良事件对第二受害者的影响。

#### 参考文献

- [1] 国家卫生健康委办公厅. 关于进一步加强医疗质量(安全)不良事件管理的通知:国卫办医政函〔2024〕272号[EB/OL]. (2024-07-25)[2025-04-06]. [https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202407/content\\_6965221.htm](https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202407/content_6965221.htm).
- [2] WHO. Global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care [EB/OL]. (2021)[2025-04-06]. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343477/9789240032705-eng.pdf?sequence=1>.
- [3] GRIFFIN FA, RESAR RK. IHI global trigger tool for measuring adverse events (second edition) [EB/OL]. (2009)[2025-04-06]. <https://www.ihl.org/resources/white-papers/ihl-global-trigger-tool-measuring-adverse-events>.
- [4] SAMAL L, KHASNABISH S, DYKES PC, et al. Comparison of a voluntary safety reporting system to a global trigger tool for identifying adverse events in an oncology population[J]. J Patient Saf, 2022, 18(6):611-616.
- [5] 王海和,钟森,宋宏先,等.我国医疗安全不良事件报告系统现状分析与对策探讨[J]. 中国卫生质量管理, 2014, 21(4):26-28.
- [6] 国家卫生和计划生育委员会. 医疗质量管理办法:中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会令第10号[EB/OL]. (2016-11-01)[2025-04-06]. [https://www.gov.cn/zhengce/2016-09/25/content\\_5713805.htm](https://www.gov.cn/zhengce/2016-09/25/content_5713805.htm).
- [7] 中国医院协会. 中国医院质量安全管理体系第4-6部分:医疗安全(不良)事件管理:T/CHAS 10-4-6-2018[EB/OL]. (2018-07-01)[2025-04-06]. <https://www.ndls.org.cn/standard/detail/5588551fef1b1aa09a8d6db4bca23a49>.
- [8] 国家卫生健康委办公厅. 关于印发2025年国家医疗质量安全改进目标的通知:国卫办医政函〔2025〕106号[EB/OL]. (2025-03-18)[2025-04-06]. [https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202503/content\\_7014945.htm](https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202503/content_7014945.htm).
- [9] 国家卫生健康委办公厅. 关于印发患者安全专项行动方案(2023-2025年)的通知:国卫办医政发〔2023〕13号[EB/OL]. (2023-09-27)[2025-04-06]. [https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202310/content\\_6908044.htm](https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202310/content_6908044.htm).
- [10] 霍添琪,尹畅. 我国医疗安全(不良)事件管理现状分析及思考[J]. 中国卫生质量管理, 2021, 28(3):41-43.
- [11] 闻丽,肖定洪,钱芳,等. IHI全过程触发因素监测住院患者不良事件发生率的应用[J]. 中国医药科学, 2022, 12(23):164-167.
- [12] 尹畅,李西英,王建伟. 增强安全意识 减少患者伤害——提高医疗安全(不良)事件报告率解读[J]. 中国卫生, 2023(5):34-35.
- [13] Health Quality & Safety Commission New Zealand. The global trigger tool:a review of the evidence (2016 edition) [EB/OL]. (2016-01)[2025-04-06]. <https://www.hqsc.govt.nz>.
- [14] The Institute for Healthcare Improvement. Respectful management of serious clinical adverse events[EB/OL]. (2017-01-11)[2025-04-06]. <https://www.ihl.org/resources/white-papers/respectful-management-serious-clinical-adverse-events>.
- [15] 邱阳阳,刘宗燕,闫冬勤,等. 不良事件上报障碍与患者安全文化的相关性研究[J]. 中国卫生质量管理, 2022, 29(9):34-38.
- [16] WU AW. Medical error: the second victim: the doctor who makes the mistake needs help too[J]. BMJ, 2000, 320(737):726-727.
- [17] 杨巧,郑双江,陈登菊,等. 应关注患者安全事件中第二受害者的支持需求[J]. 中国卫生质量管理, 2018, 25(3):38-41.
- [18] WU S, YIN Q, BIAN Y, et al. Establishing a trigger tool based on global trigger tools to identify adverse drug events in obstetric inpatients in China [J]. BMC Health Serv Res, 2024, 24(72):72-83.
- [19] MORTARO A, MORETTI F, NAESSENS JM, et al. Adverse events detection through global trigger tool methodology: results from a 5-year study in an Italian hospital and opportunities to improve interrater reliability[J]. J Patient Saf, 2021, 17(6):451-457.
- [20] 刘翌,闫峻峰,边原. 全面触发工具应用现状[J]. 医药导报, 2017, 36(10):1091-1098.
- [21] MEVIK K, HANSEN TE, VONEN B, et al. Is a modified global trigger tool method using automatic trigger identification valid when measuring adverse events? [J]. Int J Qual Health Care, 2019, 31(7):535-540.
- [22] 李永昌,谢秦,王小峰,等. 基于公正文化的病历质控体系构建与思考[J]. 中国卫生质量管理, 2019, 26(5):38-40.

#### 通信作者:

侯冷晨:上海申康医院发展中心医疗事业部主任,研究员

E-mail: houlengchensk@126.com

收稿日期:2025-03-14

修回日期:2025-06-17

本文编辑:黄海凤