



# 医院精细化管理视角下医疗质量与患者安全 协同提升机制研究\*

——李永斌<sup>1</sup> 汪文新<sup>2</sup> 梁兰静<sup>2</sup>

**【摘要】** 医疗质量关注服务整体水平与结果,需以安全为前提;患者安全聚焦过程风险管控,是质量基础。两者既有区别又紧密关联,传统管理易将两者割裂,导致资源分散,管理效率不高。基于精细化管理理论,构建“结构—过程—结果”模型下的医疗质量与患者安全协同提升理论框架,框架机制突出三大协同关系,即顶层设计与基层执行协同、制度标准与文化建设协同、信息技术与组织学习协同。基于该协同机制提出目标协同设计、过程协同管控、结果协同评价三大提升路径,并通过强化组织保障、完善标准体系、强化数据应用、营造安全文化等策略,实现医疗质量与患者安全水平整体提升,提高管理效率。

**【关键词】** 精细化管理;医疗质量;患者安全;协同管理

中图分类号:R197.32

文献标识码:A

Research on the Collaborative Enhancement Mechanism of Medical Quality and Patient Safety from the Perspective of Refined Hospital Management/LI Yongbin, WANG Wenxin, LIANG Lanjing. //Chinese Health Quality Management, 2026, 33(2):01-05, 11

**Abstract** Medical quality focuses on the overall service level and outcomes, with safety as its prerequisite; patient safety emphasizes process risk management and serves as the foundation of quality. While distinct, these two aspects are closely interconnected. Traditional management often tends to separate them, leading to fragmented resource allocation and inefficient management. Based on the theory of refined management, a theoretical framework for the collaborative enhancement of medical quality and patient safety under the "structure—process—outcome" model is constructed. This framework highlights three key synergistic relationships: the synergy between top—level design and grassroots execution, the synergy between institutional standards and cultural development, and the synergy between information technology and organizational learning. Based on this synergistic mechanism, three major pathways for improvement are proposed: goal—aligned design, process—aligned control, and outcome—aligned evaluation. Additionally, strategies such as strengthening organizational support, improving standard systems, enhancing data application, and fostering a safety culture are implemented to achieve an overall improvement in medical quality and patient safety, thereby enhancing management efficiency.

**Key words** Refined Management; Medical Quality; Patient Safety; Collaborative Management

**First-author's address** Chinese Hospital Association, Beijing, 100191, China

随着健康中国战略深入实施和医药卫生体制改革不断深化,医疗质量安全已成为公立医院高质量发展的核心命题。国家卫生健康委办公厅印发的《患者安全专项行动方案(2023—2025年)》指出,要进一

步健全患者安全管理体系,完善制度,畅通工作机制,及时消除医疗过程中以及医院环境中的各类风险,尽可能减少患者在医院受到不必要的伤害,保障患者安全<sup>[1]</sup>。近年来,我国医疗质量持续提升,但不可忽

视的是,医疗质量与患者安全仍面临着诸多挑战,如医院管理粗放、医疗流程不畅、不良事件防范不足等。

从理论视角来看,医疗质量与患者安全既相互关联又相互区别。医疗质量强调对最佳健康结果的追

DOI:10.13912/j.cnki.chqm.2026.33.2.01

\* 基金项目:国家自然科学基金面上项目“全媒体时代患者就医行为嬗变机制及治理策略”(编号:72274116)

1 中国医院协会 北京 100191

2 汕头大学公共卫生学院 广东 汕头 515063

求,而患者安全则聚焦于防范医疗过程中患者可能受到的伤害。传统管理路径往往将两者割裂处理,难以实现系统性提升。目前,我国三级公立医院绩效考核、DRG/DIP 医保支付方式改革等政策正在推动医院精细化管理转型,为医疗质量与患者安全的协同提升创造了政策条件。精细化管理作为系统性管理理念,强调精准控制、精细操作和精确评价,为医疗质量与患者安全的协同管理提供了系统视角。现有研究多关注医疗质量或患者安全的单一维度,缺乏从精细化管理视角系统探讨两者协同提升的机制与路径。本研究基于精细化管理理论,构建医疗质量与患者安全协同提升的理论框架,分析其作用机制与实现路径,为医院高质量发展提供理论和实践参考。

## 1 理论基础

### 1.1 精细化管理是医院高质量发展的必然选择

精细化管理源于工业生产领域。工业生产领域的精细化管理主要围绕产品,通过对目标、标准、任务细分,实现集约化生产,以降低成本,提高效率,使产品达到一致性,其管理对象为无个体差异的物料和可复制的生产环节,质量核心是“产品合规性”<sup>[2]</sup>。在医院管理领域,精细化管理强调以患者为中心,对医疗服务全过程的系统化、标准化控制,管理对象为患者动态化的病情,质量核心是患者安全与诊疗有效性<sup>[2]</sup>,目标是在保障医疗质量的前提下平衡标准化流程与个性化需求(如病情、体质差异),实现患者安全与服务体验双提升。

精细化管理在医疗领域中的应用,注重细节和质量控制,通过细化

操作、控制偏差等方式,提升医疗质量。这种管理模式有助于减少医疗错误,提高患者满意度<sup>[3]</sup>。随着公立医院绩效考核的推进和医保支付方式改革的深化,医院传统的粗放式管理模式已不能适应新的发展要求。精细化管理通过对医疗服务全过程的精准管控,既能提高医疗质量和患者安全水平,又能优化资源配置,提升运营效率,成为医院高质量发展的必然选择。

### 1.2 医疗质量与患者安全的内涵及其协同管理理论

医疗质量的核心维度包括安全性、有效性和响应性<sup>[4]</sup>。患者安全是医疗质量的核心,通过创建安全环境,可持续降低风险,减少可避免伤害,从而降低错误可能性及减轻错误影响<sup>[5-6]</sup>。医疗质量和患者安全既有区别又紧密关联:医疗质量关注服务整体水平和结果,患者安全则聚焦风险过程管控;患者安全是医疗质量的基础,质量提升需以安全为前提。在实践中,两者易被分割,导致资源分散,效率降低。根据 Donabedian A<sup>[7]</sup>提出的“结构—过程—结果”质量评价模型,医疗质量与患者安全都关注医疗服务的结构条件、过程实施和结果评价,这为两者的协同管理提供了理论基础。

协同理论认为,复杂开放系统的各子系统相互作用,协同运作产生的整体效用大于各部分总和<sup>[8]</sup>。在医院场景下,医院是复杂开放系统,医疗质量与患者安全是相互作用的子系统,需通过协同机制实现整体优化。医疗质量与患者安全的协同管理,强调通过共同的组织架构、标准体系、管理流程和评价机制,实现整体效能的提升。精细化管理为医疗质量与患者安全的协同提供了方法学基础。通过对医疗服务全过程的精准控制,借助标准化、规范化和信息化手段,同步提升医疗质量和患者安全,同时注重资源整合和流程优化,以提高管理质效。

## 2 医疗质量与患者安全协同提升的理论框架

本研究基于精细化管理理论和 Donabedian A<sup>[7]</sup>的“结构—过程—结果”质量评价模型,结合协同理论,构建了医疗质量与患者安全协同提升理论框架,如图1所示。

### 2.1 协同内涵

本研究构建的医疗质量与患者安全协同提升理论框架,以“结构—过程—结果”为主线,强调在精细化管理视角下实现医疗质量与患者安全的三维协同。

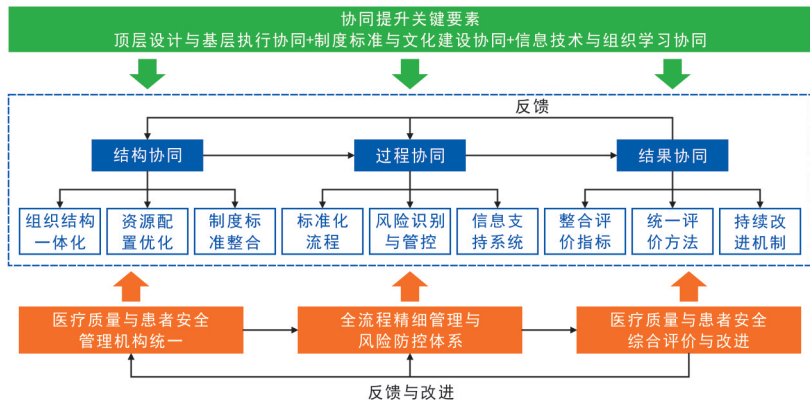


图1 医疗质量与患者安全协同提升理论框架

结构协同维度强调组织结构、资源配置和制度建设的一体化。组织结构方面,建立统一的医疗质量与患者安全管理机构,明确职责分工;资源配置方面,优化人力、物力、财力资源分配,避免重复投入;制度建设方面,整合医疗质量与患者安全制度标准,形成系统完整的制度体系。

过程协同维度强调医疗服务全流程的协同管控,包括:标准化流程设计,确保医疗流程既符合质量要求,又满足安全需求;风险识别与管控,建立贯穿全流程的风险防控机制;信息支持系统,通过信息技术实现质量安全实时监控与预警。

结果协同维度强调评价与改进机制的统一,包括:整合评价指标体系,将医疗质量与患者安全指标融合;统一评价方法与标准,确保评价结果的科学性和可比性;建立持续改进机制,促进医疗质量与患者安全的螺旋式上升。

## 2.2 反馈机制

反馈与改进机制是医疗质量与患者安全协同提升理论框架中的核心组成部分,其作用在于通过结构、过程和结果三个维度的闭环管理,实现医疗体系持续优化,形成系统化的制度保障。首先,根据结果维度的结果性指标(如医疗效果、患者满意度等)形成反馈意见;其次,通过整合评价指标体系、统一评价方法与标准,并建立持续改进机制,根据反馈意见调整结构维度的组织结构、资源配置和制度建设等;最后,通过调整医疗服务全流程的标准化设计、风险识别与管控以及信息支持系统的应用,确保医疗过程的透明化和可控性,从而全面提升医疗质量与患者安全。

## 2.3 关键要素

理论框架包含的关键要素有:

(1)顶层设计与基层执行的协同。顶层设计提供战略导向和制度保障,基层执行确保措施落地见效。双向协同能够克服“上热下冷”和“政策悬浮”等问题,形成上下一体的管理体系。(2)制度标准与文化建设的协同。制度标准提供刚性约束,文化建设培育内在动力。两者协同能够实现从“要我做”到“我要做”的转变,提高医务人员的主动性和责任感。(3)信息技术与组织学习的协同。信息技术提供数据支撑和技术手段,组织学习促进知识共享和能力提升,两者协同能够实现数据驱动的管理决策和持续改进。

## 3 医疗质量与患者安全协同提升的路径

### 3.1 目标协同设计:构建一体化管理体系

医疗质量与患者安全协同提升的基础是构建一体化管理体系。应从组织结构上整合医疗质量和患者安全管理职能,建立统一的领导机构和工作团队;系统梳理现有制度,避免冲突重叠,形成协调一致的制度体系,确保医疗质量与患者安全管理“同频共振”;优化配置人力、物力和财力资源,避免资源分散和重复投入,提高资源使用效率。

在目标设定上,采用平衡计分卡方法,将医疗质量与患者安全目标整合到医院战略目标中,再分解到各科室,形成目标链和责任链。在实践中,建立“医院一科室一员工”自上而下的沟通机制,医院战略目标在全院职工的共同参与和努力下完成,通过考核的正向激励和负向约束,引导职工努力达成目标<sup>[9]</sup>。例如,郑州市中心医院医疗集团建立了分工明确、“横到边、纵到底”的院科两级三层质量安全组织架构:

决策层为医院质量与安全委员会,负责把控方向,制订目标政策及年度方案,并协调改进工作;控制层包含专业管理委员会和行政职能科室,承担制度制订、专题研究、计划执行及质量指导、检查等职能;执行层是科室质量与安全管理小组,负责根据控制层反馈意见解决本科室具体质量问题<sup>[10]</sup>。目标协同需以顶层设计与基层执行相结合,顶层明确战略重点并提供保障,基层参与目标制订与实施。

### 3.2 过程协同管控:实施全流程精细化管理

瑞士奶酪模型认为,多数事故源于系统故障或缺失<sup>[11]</sup>。精细化管理要求对医疗服务全过程进行系统整合和精细管控,建立贯穿始终的质量安全防线。医疗质量与患者安全的协同提升,需要对医疗服务全流程进行精细化管理。应基于临床路径对诊疗流程进行再造和优化,建立贯穿始终的质量安全管控链条;加强关键节点的过程管控,确保每个环节都能兼顾质量与安全;建立全面的风险识别和预警机制,对高风险患者、高风险环节和高风险操作实施重点监控,在防范不良事件发生的同时,充分利用信息技术提升过程管控的精确性和实时性;建立多部门协作机制,形成联防联控的管理格局。过程协同管控需要处理好标准化与个性化的关系,既要建立统一规范的标准化流程,又要为特殊情况留出空间,允许医务人员根据患者个体差异进行合理调整,保证过程规范性的同时,满足患者个性化需求。

精细化的流程能够保障患者安全,进而高效协同提升医疗质量,让优质资源与患者“零距离”。例如,上海市第一人民医院实施“全院一张床”管理模式,通过设立床位管理

中心,搭建信息化管理系统,建立统一出入院流程,分级分类调配机制,预入院处置及跨科协同等举措,打破传统科室床位壁垒,实现全院床位资源统筹共享。实施后,患者平均住院日、床位等候时间、术前待床日及各类医技检查等待时间显著缩短,床位使用率、周转次数、工作效率指数及患者满意度均大幅度提升<sup>[12]</sup>。

### 3.3 结果协同评价:构建全面绩效评价体系

通过构建全面绩效评价体系,检验医疗质量与患者安全协同提升效果:一是整合评价指标,建立多维度、多层次体系,兼顾结果性指标(如医疗效果、患者满意度)与过程性指标(如规范执行率、风险防控率);二是优化评价方法,综合定量与定性、自评与他评等提高科学性;三是建立结果反馈和改进机制,将问题转化为改进行动并形成循环。激励机制方面,DRG支付改革需以区域发展为定位,强化绩效考核,突出临床科室价值和效率,建立匹配的激励机制以调动员工积极性<sup>[13]</sup>。

结果协同评价需关注短期效果(如医疗效果、患者满意度)与长期影响(如质量和安全文化改进),评价结果应作为改进工具,通过案例分享等推动学习型组织文化建设。例如,有研究利用医院质量监测系统,从全国东、中、西部16个省份376所三级医院选取1064314人次患者分析DRG付费对患者的影响发现,医院开展DRG付费试点后,患者住院总费用降低3.05%,医疗费用与药品费用均降低5.13%,平均住院日缩短4.08%<sup>[14]</sup>;浙江省某医院实施后病例组合指数升高0.08,表明资源分配优化<sup>[15]</sup>。DRG支付方式提高了医疗

服务效率,使医院更加注重成本控制 and 资源利用效率。

## 4 医疗质量与患者安全协同提升的实施策略

### 4.1 强化组织保障:形成领导重视、全员参与的工作格局

医疗质量与患者安全协同提升是一项系统工程,需要强有力的组织保障。首先,应将质量安全管理作为“一把手工程”,医院主要领导亲自抓、负总责,形成领导重视、全员参与的工作格局。其次,应健全组织结构,建立医疗质量安全委员会及其专业委员会,形成决策、执行、监督三位一体的管理体系。再次,应明确职责分工,建立责任清单,层层落实,确保责任到人、任务到岗。例如,某三甲综合医院组建由主管副院长任组长的患者安全管理团队,形成“委员会—护士—患者”三方人员协作链,同时科室间互相协作,有效提高了患者安全管理效能<sup>[16]</sup>。

在人才队伍建设方面,应加强质量安全管理专业人才培养,提高管理团队的专业能力。同时,应建立医疗质量安全管理激励机制,将医疗质量安全指标与绩效分配、科室考核、人员评价等挂钩,并加大考核权重,促使科室主动关注医疗质量,提升医疗质量与安全管理效能<sup>[17]</sup>。

### 4.2 完善标准体系:推进精细化和标准化

标准是精细化管理的基础和抓手。医院应建立涵盖医疗质量与患者安全的全面标准体系,包括管理标准、技术标准、服务标准和评价标准等。这些标准应具有科学性、系统性和可操作性,能够指导医务人

员日常工作。在标准制订过程中,应充分借鉴国内外先进经验,结合医院实际,确保标准的适用性和先进性。

在标准实施方面,应加强宣传和培训,确保医务人员理解并掌握各项标准;建立监督机制,定期检查标准执行情况;开展标准评价,根据实践效果不断完善标准。由于医疗数据指标数量多、维度广,应通过提升信息化水平,将更多指标进行标准化、结构化采集<sup>[18]</sup>。例如,华中科技大学同济医学院附属同济医院制订了100余项临床路径与150余项医疗服务标准流程,覆盖门诊、住院、检查、手术等多场景;建立目标责任考评制度,将精细化目标逐层分解至科室与个人,以严格质量控制确保医嘱全流程标准化执行,切实保障医疗服务质量与患者安全<sup>[19]</sup>。标准化与精细化管理相辅相成,标准化为精细化管理提供了基础和框架,精细化管理则通过对标准的精确执行和持续改进,提高了标准的有效性和适用性。医院应通过推进标准化建设,不断提升精细化管理水平。

### 4.3 强化数据应用:建设智慧质量管理体系

华中科技大学同济医学院附属同济医院搭建的智慧云平台,将标准流程数字化嵌入医院各类信息系统,实现对医疗服务的全流程管控,同时还建立了智慧医院质量控制管理体系,对违规行为及时干预,有效规范了医疗行为,减少了人为失误,提高了医疗质量和效率<sup>[19]</sup>。数据是精细化管理的核心要素,医院应借助信息技术构建智慧质量管理体系:通过整合医疗质量与患者安全数据,建立统一平台,以实现集中管理和共享;提升数据分析能力,使用大数据挖掘技术,发现问题并改

进;建立数据驱动决策机制,将分析结果用于管理决策和临床实践。同时,推进医疗质量和患者安全管理系统融合升级,实现智能化。“要素优化—服务优化—治理优化”数智驱动路径,可助力构建整合型服务模式及智慧分级诊疗体系<sup>[20]</sup>。另外,还需加强医务人员信息素养培训,以提升其利用信息系统的能<sup>[19]</sup>。数据应用亦是管理问题,医院需建立数据治理机制,确保数据真实、准确、完整;制订数据标准,实现统一规范和互联互通;完善数据安全保护措施,防范泄露与滥用风险。

#### 4.4 营造安全文化:培育全员安全意识

安全文化是医疗质量与患者安全协同提升的环境。医院应努力营造积极的安全文化氛围,如倡导“自愿、匿名、保密、无责、共同学习”的非惩罚性安全文化,依托信息脱敏的匿名上报平台,实现患者安全与医务人员保护的双重目标<sup>[21]</sup>,培育全员安全意识,改变传统的惩罚文化,建立公正文化,鼓励医务人员主动报告不良事件和近似错误,以从中学学习和改进;加强安全文化教育,通过案例讨论、经验分享等形式,增强安全意识与责任感;开展患者安全月等相关活动,营造浓厚安全文化氛围。同时,医院应重视查对制度落实,从培训、文化、信息化及患者参与等多维度制订干预措施,以提高执行力<sup>[22]</sup>,并从责备模式转向教育提升模式,将不良事件讨论的会议主旨定位为医学教育和质量提升,而非追究责任。

在患者参与方面,应鼓励患者积极参与自身安全管理,如参与身份识别、药物核对等环节,增强其安全意识和自我保护能力。相关研究发现,将患者从医疗服务接受者转

变为合作者,整合其在医疗全流程的体验和需求,能提高医疗服务的有效性、效率和质量<sup>[23]</sup>。安全文化建设是长期工作,需要医院持续投入和坚持,医院领导应以身作则,中层管理者严格执行安全制度确保措施落实,一线医务人员将安全意识融入日常行为习惯,唯有全员参与、共同努力,才能建立牢固的安全文化屏障。

## 5 小结

本研究从精细化管理理论视角,系统探讨了医疗质量与患者安全协同提升机制,分析了医疗质量与患者安全协同提升的路径与策略,包括构建了“结构—过程—结果”三维框架协同模型,揭示协同提升的内在机理;提出目标协同设计、过程协同管控、结果协同评价的协同提升路径,形成闭环管理机制;整合组织保障、标准体系、数据应用、安全文化等关键要素,形成系统协同策略。但研究尚存在一定局限,主要体现为缺乏大样本实证数据支持,协同提升长期效果评价不足,不同类型医院适用性差异分析不够深入。未来,可进一步开展大样本实证研究,检验协同机制的有效性,探索不同类型医院差异化策略,研究协同提升长期效果及影响因素,探讨DRG/DIP支付改革背景下协同管理优化策略,并研究人工智能、大数据等新技术在协同管理中的应用模式。

**作者贡献:**李永斌负责确立研究问题、撰写论文;汪文新负责提出研究想法、设计整体研究框架、文字修改与指导;梁兰静负责资料收集与整理、论文格式调整。

**利益冲突:**所有作者声明本文

无实际或潜在的利益冲突。

#### 参考文献

- [1] 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]. (2023-10-09)[2025-08-04]. <https://www.nhc.gov.cn/zyzyj/c100068/202310/f9d6752a3b8640d2a62661497b4394f6.shtml>.
- [2] 赵国光. 医院质量精细化管理的思考[J]. 中国卫生质量管理, 2020, 27(5): 24—26.
- [3] 李丹, 吴煊兵, 张在忠, 等. 医院实施精细化管理的认识误区与对策[J]. 中国医院管理, 2015, 35(9): 75—76.
- [4] 闫皓宇, 王春娟, 杨昕, 等. 医疗质量研究理论概述与脑血管病实践[J]. 中国卒中杂志, 2024, 19(12): 1486—1494.
- [5] World Health Organization. Global patient safety action plan 2021—2030: towards eliminating avoidable harm in health care[M]. Geneva: World Health Organization, 2021: 2—3.
- [6] 刘彤, 周鹭, 王俊, 等. 患者安全:“零伤害”道路的思考与建议[J]. 中国医院管理, 2023, 43(3): 55—58.
- [7] DONABEDIAN A. The quality of care: how can it be assessed? [J]. JAMA, 1988, 260(12): 1743—1748.
- [8] 石景芬, 杨国春, 刘军. 基于利益相关者分析的区域医疗健康信息系统建设项目实施阶段的协同管理研究——以成都市温江区智慧医疗信息平台建设项目为例[J]. 中国卫生事业管理, 2022, 39(12): 899—902, 916.
- [9] 高婧媛, 韩建峰, 马欣, 等. 基于公立医院绩效考核的目标管理体系构建与实施[J]. 中国医院管理, 2021, 41(8): 47—50.
- [10] 靳巍巍, 黄晓冉, 喻雅兰, 等. 医疗集团全面质量管理体系信息化建设与应用[J]. 中国卫生质量管理, 2025, 32(4): 56—59.
- [11] WIEGMANN DA, WOOD LJ, COHEN TN, et al. Understanding the "Swiss Cheese Model" and its application to patient safety[J]. J Patient Saf, 2022, 18(2): 119—123.
- [12] 黄浩, 朱纯良, 石耀罡. “全院

(下转第11页)

理中的应用[J]. 中国卫生质量管理, 2024, 31(8): 41-45.

[14] 江 涛,王 冰,张 磊. 多学科协作诊疗助力直肠癌手术质量提升[J]. 中国卫生质量管理, 2021, 28(4): 39-42.

[15] 李 茁,李静燕,罗 娟,等. PD-CA 循环在静配中心前置审方中的应用[J]. 中国卫生质量管理, 2022, 29(6): 34-36.

[16] 何秀雯,骆晓琳,顾 华. 医疗质量安全不良事件报告体系的建设和应用[J]. 中国卫生质量管理, 2025, 32(6): 62-66.

[17] SAMMER CE, LYKENS K, SINGH KP, et al. What is patient safety culture? A review of the literature[J]. J Nurs Scholarship, 2010, 42(2): 156-165.

[18] BAGNASCO A, TIMMINS F, DE VRIES J, et al. Understanding and addressing patient safety competencies in undergraduate nursing education: a scoping review[J]. Nurs Educ Today, 2020, 94: 104579.

[19] 国家卫生健康委. 医疗质量管理办法:第10号委令[EB/OL]. (2016-10-14)[2025-06-14]. <https://www.nhc.gov.cn/fzs/c100048/201610/c25a55c02c79461589d1a963625871d9.shtml>.

[20] GULDENMUND FW. Patient safety culture: theory, methods and application [M].

Farnham(UK): Ashgate Publishing, 2014: 15-42.

[21] 尹文慧,商临萍,李淑花,等. 医院患者安全文化调查问卷2.0版的汉化及信效度检验[J]. 护理学杂志, 2023, 38(8): 67-71.

[22] 张 茜,王艳娇,王诗瑜,等. 1例先天性心脏病术后患儿因怀抱致低温烫伤事件的根因分析[J]. 中国卫生质量管理, 2024, 31(9): 24-28.

[23] 王晓航,彭 飞,王 芳,等. 基于HFMEA的清单式管理在软式内镜清洗质量改进中的效果[J]. 中国卫生质量管理, 2025, 32(5): 77-81.

[24] 徐肖楠,陈水红. 基于闭环理论的病理标本管理流程优化与实践[J]. 中国医院, 2025, 29(1): 102-104.

[25] 梁小慧,侯娜莉,付长红,等. 基于医疗损害责任纠纷案件的查对制度问题分析与建议[J]. 中国卫生质量管理, 2023, 30(2): 1-3, 19.

[26] 贾晋莉,杨 娟,何小东,等. 手术室智慧管理平台构建与应用[J]. 中国卫生质量管理, 2023, 30(1): 67-70.

[27] 倪 倩,方丽涌,齐 伟,等. 智能药柜在医疗机构病区用药安全的系统评价[J]. 中南药学, 2023, 21(4): 1070-1075.

[28] 陈金祥,郑唯晟,席 悦,等. 以患者症状为导向的融合门诊多学科诊疗模式

探索[J]. 中国卫生质量管理, 2025, 32(5): 1-4, 12.

[29] 陆高莲,马晶晶,冯婷婷,等. SBAR沟通模式在危重患者床边交接班工作中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2022, 28(23): 114-116.

[30] 马谢民. 三级公立医院绩效考核指标中医疗质量指标及相关问题探讨[J]. 中国医院管理, 2022, 42(4): 49-52.

[31] 郭晓培,孙 玮,林 箐,等. 北京某三甲综合医院门诊患者突发事件应急管理实践与思考[J]. 医学与社会, 2021, 34(8): 79-83, 88.

[32] 杨光君. 互动式患者参与患者安全理论框架在髋关节置换患者围手术期血栓预防中的应用[D]. 昆明:昆明医科大学, 2023.

[33] SINGER SJ, FALWELL A, GABA DM, et al. Identifying organizational cultures that promote patient safety[J]. Health Care Manage Rev, 2009, 34(4): 300-311.

通信作者:

汪文新:汕头大学公共卫生学院副院长  
E-mail: wxwang@stu.edu.cn

收稿日期:2025-05-23

修回日期:2025-11-20

本文编辑:黄海凤

(上接第5页)

一张床”管理模式的实践与效果评价[J]. 中国卫生质量管理, 2024, 31(12): 36-39.

[13] 吴镛娅,张丽华,刘 艳,等. 基于DRG的公立医院精细化成本管控实践探讨[J]. 中国卫生质量管理, 2023, 30(1): 39-43.

[14] 董 乾,王富敏,刘厚福,等. DRG对住院费用与服务的影响及建议[J]. 中国卫生质量管理, 2021, 28(12): 22-25.

[15] 陈蕴婷,胡 牧,金承刚. DRG支付方式对公立医院高质量发展的影响[J]. 协和医学杂志, 2024, 15(5): 987-992.

[16] 关昕昕,赵晓霜,李虹彦,等. 基于瑞士奶酪模型的患者安全链式管理体系研究[J]. 中国卫生质量管理, 2025, 32(1): 47-52.

[17] 胡龙军,黄建华,姜 若,等. 医疗

质量与安全管理的组织惰性及防范策略研究[J]. 中国医院管理, 2025, 45(3): 55-59.

[18] 王 凯,徐月清. 数据治理助推公立医院高质量发展的实践与思考[J]. 中国卫生质量管理, 2025, 32(7): 92-98.

[19] 黄明芳,高雅,李顿锴,等. 智慧医院精细化管理策略研究与思考[J]. 中国卫生质量管理, 2025, 32(3): 50-53.

[20] 潘 杰,张田丰,张雨萌,等. 数智驱动医疗卫生服务体系高质量发展:发展机制与实施路径[J]. 四川大学学报(医学版), 2024, 55(5): 1055-1062.

[21] 何秀雯,骆晓琳,顾 华. 医疗质量安全不良事件报告体系的建设和应用[J]. 中国卫生质量管理, 2025, 32(6): 62-66.

[22] 梁小慧,侯娜莉,付长红,等. 基于

医疗损害责任纠纷案件的查对制度问题分析与建议[J]. 中国卫生质量管理, 2023, 30(2): 1-3, 19.

[23] 褚红玲,李姝润,李信麟,等. 以患者为中心的慢性阻塞性肺疾病患者参与医疗质量改进的实现状况:一项范围综述[J]. 中国全科医学, 2025, 28(2): 228-233.

通信作者:

汪文新:汕头大学公共卫生学院副院长  
E-mail: wxwang@stu.edu.cn

收稿日期:2025-05-23

修回日期:2025-11-18

本文编辑:黄海凤