



患者安全文化建设对医疗质量提升的作用机制与路径研究^{*}

——李永斌¹ 汪文新² 石慧²

【摘要】 患者安全是医疗质量的核心要义。基于沙因组织文化理论,提出患者安全文化“物质层—制度层—行为层”三维理论模型,系统分析患者安全文化建设对医疗质量提升的作用机制与路径。研究揭示,患者安全文化建设通过责任落实、组织协同与持续改进形成良性循环机制,构建顶层设计引领与多维评价体系、安全事件管理及关键环节风险识别与控制、团队协同与全员参与六大路径,并提出包含核心要素、关键路径和保障机制的实践框架,通过分阶段推进、重点突破、资源整合、持续评价、文化引领等策略协同推进,并采用多角度量化综合评价方法,全面评价患者安全文化建设效果,促进医疗质量持续提升。

【关键词】 患者安全文化;医疗质量;组织文化;持续改进

中图分类号:R197.32

文献标识码:A

Research on the Mechanism and Pathways of Patient Safety Culture Construction in Enhancing Medical Quality/LI Yongbin, WANG Wenxin, SHI Hui. //Chinese Health Quality Management, 2026, 33(2):06-11

Abstract Patient safety is the core essence of medical quality. Based on Schein's organizational culture theory, a three-dimensional theoretical model of patient safety culture comprising the "material layer—institutional layer—behavioral layer" is proposed, systematically analyzing the mechanism and pathways through which the construction of patient safety culture enhances medical quality. The study reveals that the construction of patient safety culture forms a virtuous cycle mechanism through accountability implementation, organizational collaboration, and continuous improvement, establishing six key pathways: top-level design leadership with a multidimensional evaluation system, safety incident management and risk identification and control in critical processes, team collaboration, and full staff participation. Furthermore, a practical framework encompassing core elements, key pathways, and safeguard mechanisms is proposed, which is synergistically advanced through strategies such as phased implementation, focused breakthroughs, resource integration, continuous evaluation, and cultural leadership. Additionally, a multi-angle quantitative comprehensive evaluation method is employed to comprehensively assess the effectiveness of patient safety culture construction, thereby promoting the continuous enhancement of medical quality.

Key words Patient Safety Culture; Medical Quality; Organizational Culture; Continuous Improvement

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

作为医疗质量的核心要义,患者安全已成为全球卫生健康领域的重要议题。世界卫生组织将患者安全定义为:“减少不必要的患者伤害至可接受的最低限度”,并将之视为全球卫生优先事项之一^[1]。国家卫

生健康委于2023年发布的《患者安全专项行动方案(2023—2025年)》明确提出,要通过健全管理体系、完善制度和畅通工作机制,消除医疗过程中的风险,减少患者不必要的伤害^[2]。

安全文化是组织成员的价值观念、态度、认知、能力和行为模式等的集合体,这些要素共同决定了该组织在健康、安全与环境方面的承诺、风格和效能^[3]。患者安全文化是医疗机构内部形成的一种安全文

DOI:10.13912/j.cnki.chqm.2026.33.2.02

^{*} 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

化。在这种文化中,每一位员工都将患者安全置于首位,共同承诺、参与并践行各种措施,以预防医疗差错的发生。良好的患者安全文化能够促进医疗机构内部各层级、各部门之间的协同,显著提高医疗服务质量。然而,现有研究主要集中在患者安全文化测评、影响因素分析及其与医疗结果的关系等方面,对患者安全文化建设如何系统性推进医疗质量提升的路径研究尚显不足。本研究通过系统整合患者安全文化的多维要素,构建理论模型,旨在揭示患者安全文化建设对医疗质量提升的作用机制,探索实施路径,为医疗质量持续提升提供参考。

1 患者安全文化的内涵、特征与理论基础

根据沙因组织文化理论,安全文化可分为人造物品(如表层可见的建筑、布局等)、信仰与价值观(如公开倡导的理念、目标和准则等)、基本潜在假设(无意识、被视为理所当然的信念,是文化的核心)^[4]。在医院情境下,这三个方面可进一步概括为物质层(医院物理环境、医疗设备和设施)、制度层(患者安全管理体系、规章制度和管理机制)和行为层(安全意识形态、思维方式、行为准则和价值观),这三个层次相互依存、相互促进。患者安全文化是医疗机构在长期医疗实践中形成的^[5],结合沙因组织文化理论,物质层可为患者安全提供物质保障;制度层通过规范、流程和标准引导医疗行为,同时也能够影响或决定医院总体布局、设施设备物质层的改变;行为层决定医务人员的安全意识和行为习惯。另外,医务人员尤其是医院领导的意识形态和思维方式等,也会反过来影响医

院制度和基础设施建设。三个层次的有机结合,形成强大的安全文化支撑,共同促进医院的发展及其医疗质量提升。由此,根据沙因组织文化理论,构建患者安全文化模型,见图1。

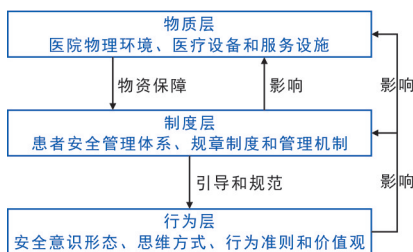


图1 基于沙因组织文化理论的患者安全文化模型

患者安全文化具有系统性(贯穿医疗服务全过程,影响各层级决策和行动)、协同性(需要医院各部门、各专业、各层级的配合)、持续性(需要医院不断投入资源、完善机制、改进措施)以及前瞻性与学习性(通过风险评估预防潜在风险,并从错误中学习提高)四大核心特征。这些特征决定了患者安全文化对医疗质量提升的基础支撑作用,为医疗机构高质量发展提供了重要保障。

2 患者安全文化建设对医疗质量提升的作用机制

2.1 责任落实:从模糊共担到明确分工协作

患者安全文化建设通过明确责任体系,促进医疗质量提升。这一机制的核心在于:明确各级人员的安全责任;构建绩效考核和评估机制,将安全表现纳入绩效评估;细化岗位职责,精确划分各级人员责任范围;实现责任意识内化,使安全责任成为医务人员的自觉行动^[6]。实证研究表明,在护理关键环节应用责任制整体护理落实情况督导评价标准,能够提高医疗质量^[7]。如:对被判定为跌倒

高风险的患者实施责任制整体护理,不仅显著降低了住院患者跌倒发生率,还能提升患者健康宣教内容知晓率,保障患者安全^[8]。

2.2 组织协同:从孤立运作到系统联动

患者安全文化建设通过促进组织协同,形成系统联动机制,主要体现在跨部门协作(如多学科团队会诊、联合查房等)^[9]、纵向管理贯通(确保安全政策和措施有效落地)^[10]、医患协同(鼓励患者参与医疗安全管理)^[11]以及医院与外部机构协作(建立区域医疗协作网络)^[12]。这种多层次、多维度的组织协同打破了传统的部门壁垒,实现了资源优化配置和信息高效流动,提高了医疗质量管理的整体效能。实践证明,多学科团队协作不仅能提高复杂疾病的诊疗效果,还能显著降低医疗差错率和资源浪费,成为提升医疗质量的重要手段^[13-14]。

2.3 持续改进与文化内化:由被动到主动

患者安全文化建设通过建立持续改进机制,推动医疗质量螺旋式上升。这一机制包括PDCA循环管理^[15]、数据驱动决策(建立科学质量监测指标体系,提供客观依据)、从错误中学习(建立非惩罚性不良事件报告系统,将错误视为改进机会)^[16]及持续优化标准和流程(确保医疗活动在科学规范轨道上运行)。持续改进机制使医疗机构能够不断总结经验、发现问题、及时改进,形成良性循环,进而持续提升医疗质量。

患者安全文化建设的终极目标是实现文化内化,使安全意识从外部强制转变为内在驱动。这一过程通过价值观引领(明确安全愿景、使命和核心价值观)^[17]、系统教育培训(提高安全知识和技能)^[18]、典型示

范和榜样引领(发挥标兵和先进事迹的引领作用)以及实践体验和感悟深化(通过案例分析、情境模拟等使安全理念内化为行动指导)来实现。文化内化的实质是将安全从外部要求转变为内在需求,从制度约束转变为自我约束,为医疗质量提升提供持久内在动力。

3 患者安全文化建设促进医疗质量提升的路径

3.1 顶层设计引领与多维评价体系构建

顶层设计作为患者安全文化建设的核心环节,为医疗质量提升提供战略引领和组织保障。通过完善顶层设计,构建科学的安全管理架构:建立由医院最高领导层负责的安全管理委员会,形成覆盖全院的安全管理网络;建立健全的安全管理制度体系(制定医疗质量安全核心制度和管理规范,通过信息化手段加强监控和评估)^[19];合理配置资源(人力、物力和财力资源);建立科学的责任追究和激励机制。例如,通过构建医疗质量安全不良事件报告体系,搭建省级不良事件信息化管理平台,能够促进安全文化建设和医疗质量提升^[16]。顶层设计的创新性在于采用系统思维和整体规划,通过构建科学完善的管理体系,为患者安全文化建设提供方向引领和组织保障,从而有效提升医疗质量。

构建科学的患者安全文化评价体系是推动安全文化建设和医疗质量提升的关键路径。有效的评价体系应当应用科学的评价方法和工具(如医院患者安全文化调查问卷、安全态度调查问卷等国际工具及本土化开发的评价工具)^[20-21],建立常态化的评价机制(定期开展评价,追踪文化变化趋势)以及强化评价结

果的应用(将评价结果与绩效考核、资源分配、质量改进紧密结合)^[12]。多维评价体系将安全文化从抽象概念转变为可量化、可比较的实体,为医疗质量的持续提升提供客观依据和改进方向,使安全文化建设有的放矢、精准发力。

3.2 安全事件管理及关键环节风险识别与控制

安全事件分析与处理是患者安全文化建设的核心环节,通过系统化的机制从错误中学习,持续改进医疗质量。这一路径包括建立健全的不良事件报告系统,确保非惩罚性和保密性,鼓励医务人员主动报告^[16];应用科学的分析方法,如根本原因分析和失效模式与效应分析^[22-23];建立闭环管理机制,从事件发生、报告、分析到改进措施实施和效果评估的完整过程^[24];建立学习分享机制,通过案例分享和经验交流,促进全院共同学习和提高。安全事件分析与处理将每一例安全事件转化为学习和改进的机会,实现从被动应对到主动预防的转变,可有效提升医疗质量。

关键环节风险识别与控制是患者安全文化建设的重要内容,也是提升医疗质量的有效路径。这一路径通过系统的风险识别(主动识别潜在风险,分析医疗服务全流程)^[25]、分层次的防控措施、信息技术的支持以及预警与应急机制来实现。如:手术安全核对表植入手术麻醉监测信息平台,形成了多重保障的安全屏障,显著降低了手术安全事件的发生率^[26];智能药柜系统能够自动检查药物信息,提醒医生潜在的用药风险,有效降低了用药错误率^[27]。关键环节风险识别与控制实现了从“亡羊补牢”到“未雨绸缪”的管理转变,前瞻性地识别和防控医疗风险,提高医疗质量。

3.3 团队协同及全员参与

团队协作与沟通及全员参与的安全文化培育,共同构成患者安全文化建设的核心支柱,也是提升医疗质量的关键路径与根本动力。

团队协作与沟通路径通过建立多学科协作机制^[14],优化沟通工具和方法(如构建标准化沟通工具),加强团队协作和应急处理培训,以及建立开放透明的沟通文化来实现。例如,上海交通大学医学院附属仁济医院融合了学科、诊室及诊疗流程资源,推行融合门诊多学科诊疗,在同一诊室为患者提供连续性服务,不仅缩短了患者就诊时间,而且提升了医疗资源利用效率^[28]。SBAR(情况—背景—评估—建议)沟通模式在危重患者交接班中的应用,规范了交接内容和顺序,确保了关键信息的完整传递,有效减少了因信息不全或误解导致的医疗差错^[29]。团队协作与沟通通过构建高效协同的医疗团队,提高医疗服务的安全性和有效性。

全员参与的安全文化培育通过系统化的安全教育与培训(如建立“委员会—护士—患者”三方人员协作链)^[11]、激励与约束机制(将患者安全相关指标纳入绩效考核体系)^[30],营造浓厚的安全文化氛围(开展安全文化月、安全主题日等活动)^[31],以及促进患者及家属的积极参与(加强患者安全教育,建立患者参与的机制)^[11]来实现。某三甲医院在髋关节置换患者围手术期血栓预防中应用互动式患者参与患者安全理论框架,鼓励患者在医疗过程中积极参与,不仅有效降低了血栓发生率,还显著提高了患者的满意度和依从性^[32]。全员参与的安全文化培育能够促进安全意识从认知转变为行动,从被动执行转变为主动践行,从外部要求转变为内在需求,为医疗质量提升提供持久动力。

4 患者安全文化建设的实践框架

基于沙因组织文化理论构建的患者安全文化模型,以患者安全文化的三个层次(物质层、制度层和行为层)为基础(图1),强调三个层次之间的互动与协同机制。物质层为制度层和行为层提供基础条件和物质保障;制度层为行为层提供规范和指导,引导医疗行为;行为层反过来促进制度层的完善和物质层的改进,推动整体质量提升。这种互动关系不是单向的,而是形成了良性循环的反馈机制,使患者安全文化建设成为一个动态发展的过程。同时,三个层次之间存在协同效应,当物质层、制度层和行为层协同作用时,会产生“1+1+1>3”的系统效应,为医疗质量提升提供系统性理论支撑。

4.1 框架结构:多维度整合的系统模型

基于多层次互动与协同机制,构建患者安全文化建设的实践框架(图2),该框架包括核心要素、关键路径和保障机制三个相互支撑部分:

核心要素是框架的中心部分,包括领导承诺(医院领导层对安全的重视和支持)、全员参与(全员共同参与安全文化建设)、系统思维(从整体角度看问题,关注系统结构和相互关系)和持续改进(通过不断改进,推动安全文化发展)四个要素^[33]。这四个核心要素相互支持、相互促进,共同构成了患者安全文化建设的基本理念和原则。

关键路径是框架的实施途径,包括前文分析的路径,即顶层设计引领与多维评价体系构建、安全事件管理及关键环节风险识别与控制、团队沟通协作、全员参与的患者

安全文化培育。路径涵盖了患者安全文化建设的各方面,从宏观到微观,从组织到个人,构成了一个完整的路径体系。每个路径都有其特定的目标和方法,但彼此之间又相互关联、相互支持,形成了整体推进的合力。

保障机制是框架的支持系统,包括组织保障(建立专门的安全管理部门和团队,明确职责和分工)、资源保障(提供必要的人力、物力和财力支持)、技术保障(应用信息技术和科学方法,提高安全管理的效率和效果)和文化保障(营造开放、透明、学习的文化氛围)四个方面。这四个保障机制为患者安全文化建设提供了必要的支持和条件,确保了各项措施的有效实施。

上述三个部分为相互嵌套、相互支持的有机整体:核心要素为关键路径提供理念指导,关键路径为核心要素提供实施途径;保障机制为核心要素和关键路径提供支持条件,核心要素和关键路径又进一步强化了保障机制。这种多维度整合的系统模型,突破了传统单一维度的安全管理模式,构建了一个立体化、全方位的患

者安全文化建设框架。

4.2 实施策略:路径协同与整体推进

患者安全文化建设是一项复杂的系统工程,需要采取系统化的实施策略,实现路径协同与整体推进。实施过程推行:(1)分阶段推进策略,即初始阶段建立安全管理体系和基本制度,发展阶段完善评价体系和风险管理,成熟阶段培育安全文化和持续改进机制;(2)重点突破策略,基于可行性和可负担性选择对医疗质量影响最大、风险最高的领域或环节作为重点突破口;(3)资源整合策略,要求实行内部跨部门协作和信息共享,外部整合上下级医院合作;(4)持续评价策略,要求建立常态化的评价机制,形成“评价—改进—再评价”的闭环管理;(5)文化引领策略,通过价值观塑造、典型示范和榜样引领,营造良好的安全文化氛围。这5项实施策略相互配合、相互促进,形成了患者安全文化建设的整体推进机制,确保了各项措施的有效落实和安全文化的持续提升。

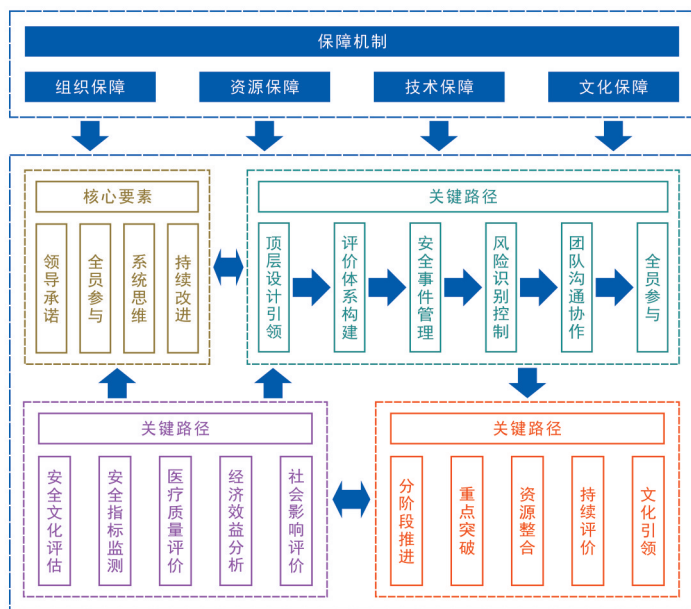


图2 患者安全文化建设的实践框架

4.3 效果评估:多角度量化的综合评价

患者安全文化建设的效果评估,采用多角度量化的综合评价方法,评估医院安全文化状况、安全指标监测(建立科学的安全指标体系,监测过程和结果指标)、医疗质量评价(监测临床效果指标、患者满意度指标和资源利用指标)、经济效益分析(评估安全文化建设带来的直接和间接经济效益)以及社会影响评价(评估安全文化建设对社会的影响)。这种多角度量化的综合评价方法,突破了传统单一维度评估的局限,建立了一个全方位、多层次的评价体系,能够从不同角度、不同层面全面评价患者安全文化建设的效果,为持续改进提供科学依据和方向指引。

5 小结

本研究基于患者安全文化理论和医疗机构实践分析,系统分析了患者安全文化建设对医疗质量提升的作用机制和路径,并提出了实践框架。研究表明,患者安全文化包含物质层、制度层和行为层三个层次,三个层次相互依存、相互促进,共同构成完整体系;患者安全文化建设通过责任落实、组织协同、持续改进和文化内化四大机制推动医疗质量提升;患者安全文化建设促进医疗质量提升的路径包括顶层设计引领、多维度评价体系构建、安全事件分析与管控、关键环节风险识别与控制、团队协作与沟通、全员参与的安全文化培育6个方面;患者安全文化建设的实践框架整合核心要素、关键路径和保障机制,形成多维度整合系统模型。本研究的创新价值在于突破了传统单一维度安全管理模式,构建了多维度整合系统模型,实现理论与实践、

组织与个体、管理与技术的系统整合,为医疗质量持续提升提供了思路和方法。

基于研究结论,本研究提出以下建议:一是加强顶层设计,完善政策体系,制订国家层面患者安全文化建设指导方针,推动应用全国统一的患者安全报告和学习系统并加强反馈;二是完善评价机制,强化结果应用,将患者安全文化建设纳入医院评审和公立医院绩效考核;三是加强人才培养,提升专业能力,在医学院校教育和继续医学教育中加强患者安全教育;四是促进经验交流,推广先进做法,搭建交流平台,建立示范医院和经验推广机制;五是加强科技支撑,推动智能应用,开发监测预警系统、智能决策支持系统等,推动大数据、人工智能等新技术应用于患者安全管理。

患者安全文化建设需要理论与实践的不断探索和创新,以适应医疗环境变化和挑战,实现医疗质量持续提升和医疗服务高质量发展。通过系统推进患者安全文化建设,构建安全、高效、优质的医疗服务体系,不仅能提升医疗质量,降低医疗风险,还能改善医患关系,增强人民群众的健康获得感和满意度,促进健康中国建设。

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;石慧负责资料收集、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] World Health Organization. Patient safety [EB/OL]. (2020-09-17) [2025-06-14]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-sa>

fety.

- [2] 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) [2025-06-14]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202310/content_6908044.htm.
- [3] NIEVA VF, SORRA J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations[J]. *BMJ Qual Saf*, 2003, 12(Suppl 2):17-23.
- [4] SCHEIN EH. *Organizational culture and leadership*[M]. Hoboken:John Wiley & Sons, 2010:15-36.
- [5] STOYANOVA R, DIMOVA R, TORNYOVA B, et al. Perception of patient safety culture among hospital staff[J]. *Slovenian J Public Health*, 2021, 60(2): 97.
- [6] 国家卫生健康委. 关于印发医疗质量安全核心制度要点的通知:国卫医发[2018]8号[EB/OL]. (2018-04-21) [2025-06-14]. <https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/201804/42ab2552298047679cd6ec733f233862.shtml>.
- [7] 陆瑶,蒋慧萍,王子豪,等. 责任制整体护理关键环节质量评价复合指标构建与实证研究[J]. *中国卫生质量管理*, 2025, 32(4):10-14.
- [8] 陈媛,林碧霞,陈瑞娥,等. 住院患者跌倒预防护理决策支持系统的开发与应用[J]. *中国卫生质量管理*, 2024, 31(7):12-16,31.
- [9] 魏蓉溪,李笠,鱼锋,等. 多学科协作优化发育性髋关节发育不良诊疗流程[J]. *中国卫生质量管理*, 2023, 30(9):32-34,42.
- [10] 徐水洋,吴淑贤,吴青青,等. 浙江省健康促进医院的发展与成效:政策、结构及干预效果[J/OL]. *中国全科医学*, 1-7 [2025-11-20]. <https://link.cnki.net/urlid/13.1222.R.20251028.1947.003>.
- [11] 关沛昕,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.
- [12] 唐玲,李勇,苏天园,等. 新疆某医院“1+6+N”医疗联合体协作体系建设实践与探索[J]. *中华医院管理杂志*, 2022, 38(10):740-745.
- [13] 尚建英,文丹,白玲,等. 多学科协作模式在胃肠道术后静脉输液规范管

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髌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