



# 基于国家医疗质量安全改进目标的上海市级医院患者安全信息化管理体系构建研究<sup>\*</sup>

——杨嘉麟<sup>1,2</sup> 李萍<sup>2,3</sup> 姜若<sup>2,4</sup> 龚兴荣<sup>1</sup> 侯冷晨<sup>2,5</sup>

**【摘要】** 上海申康医院发展中心依托已构建的市级医院医疗质量评价与促进平台,制订患者安全管理数据直采标准及应用路径,持续拓展项目,推动7项以国家医疗质量安全改进目标为主体的监管模块逐步上线,使区域患者安全管理从“单点管控”向“系统治理”升级。依托共建共享的数据平台,促进了医疗质量安全监管模式变革,构建了市级医院医疗数据集成与共享融合的治理新机制。

**【关键词】** 国家医疗质量安全改进目标;医疗质量安全;信息化管理体系;患者安全;上海市级医院

中图分类号:R197.323 文献标识码:B

Research on the Construction of a Patient Safety Information Management System in Shanghai Municipal Hospitals Based on National Medical Quality and Safety Improvement Objectives/YANG Jialin, LI Ping, JIANG Ruo, et al. //Chinese Health Quality Management, 2026,33(2):58-63

**Abstract** Relying on the established municipal hospital medical quality evaluation and promotion platform, Shanghai Hospital Development Center has formulated standards and application pathways of direct data collection for patient safety management. It has continuously expanded projects and gradually launched seven supervisory modules centered around national medical quality and safety improvement objectives, upgrading regional patient safety management from "point-based control" to "systematic governance". Leveraging the jointly built and shared data platform, it has facilitated a transformation in the medical quality and safety supervision model and established a new governance mechanism for the integration and sharing of medical data among municipal hospitals.

**Key words** National Medical Quality and Safety Improvement Objectives; Medical Quality and Safety; Information Management System; Patient Safety; Shanghai Municipal Hospitals

**First-author's address** Renji Hospital, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai, 201112, China

持续提升医疗质量,保障医疗服务的\*\*安全性,为人民群众提供安全且高质量的医疗服务,是卫生健康工作的核心任务<sup>[1]</sup>。自2021年起,国家卫生健康委连续五年发布《国家医疗质量安全改进目标》,要求积极创新工作机制和方式方法,以点破面,提升整体医疗质量安全水平<sup>[2]</sup>。目前,在区域性医疗服务信息化监管平台建设方面,由于缺

乏数据应用顶层设计、指标体系建设复杂、存在数据采集壁垒等难点,信息化监管体系尚未形成<sup>[3-5]</sup>。

基于此,上海申康医院发展中心(以下简称“申康中心”)响应国家政策要求,构建了上海市37所市级医院医疗质量评价与促进平台<sup>[6]</sup>。本研究聚焦患者住院全周期安全管理,依托该平台持续拓展功能开发。拓展项目覆盖多项患者安全管理项

目,系统性构建区域医疗安全管理体系。

## 1 患者安全信息化管理体系设计

### 1.1 体系设计与项目拓展

为实现区域医疗质量安全工作的有效改进,申康中心自2022年起,

DOI:10.13912/j.cnki.chqm.2026.33.2.12

<sup>\*</sup> 基金项目:国家卫生健康委员会医院管理研究所2024年医疗质量(循证)管理研究项目(编号:YLZLXZ24G104);上海申康医院发展中心市级医院诊疗技术推广及优化管理项目(编号:SHDC12024616;SHDC12024629);上海交通大学医学院科技创新项目(编号:WK2314)

1 上海交通大学医学院附属仁济医院 上海 201112 2 上海申康医院发展中心市级医院患者安全管理专班 上海 200041

3 上海市养志康复医院 上海 201619 4 上海市第六人民医院 上海 200233

5 上海申康医院发展中心 上海 200041

持续建设并优化市级医院患者安全信息化管理体系。其中,2022年为初期阶段,重点推动不良事件管理、静脉血栓栓塞症规范预防管理及危急值闭环管理项目的首批上线,并初步建立管理机制;2023年为中期阶段,扩展了非计划再次手术管理及合理用药项目上线,并通过走访调研、简报发布、研讨会等多种形式深化质量改进策略的研究与实践<sup>[7-8]</sup>。本研究为2024年开展的深化阶段,主要推动低风险病种患者住院死亡率管理、肿瘤治疗前临床TNM分期评估、阴道分娩并发症发生率管理、住院患者围手术期死亡率管理、择期手术患者血液管理、急性ST段抬高型心肌梗死再灌注治疗、急性脑梗死再灌注治疗等模块逐步上线。平台从原有5个核心模块拓展至12个关键场景,解决了部分高风险环节缺乏标准化管理的问题,确保各项安全措施能够得到有效执行(图1)。

### 1.2 数据采集与平台建设

为实现患者安全管理项目数据的标准化采集、全面质控与高效管理,申康中心构建了市级医院信息同步规范,具体实施如下:(1)数据采集。对于病案首页或已有系统内可以直接采集的规范字段,如患者基础信息、主诊断、其他诊断、手术操作名称、入/出院日期、治疗结局等,系统将自动采集;对于无法直接获取的医疗业务数据<sup>[9-10]</sup>,申康中心制订了详细的数据直采标准,并下发相应的《数据接口规范》至各市级医院。此外,申康中心还提供Restful API数据上传接口,以便各市级医院调用。各市级医院根据这些标准调用接口,按照直采标准中规定的业务字段定义口径并统一计算方法。系统采用“T+1”模式上传数据,要求当日记录数据须在次日

完成上传。这种做法不仅可以提高数据的准确性和及时性,也为后续的质量分析和改进奠定了坚实基础。(2)数据质量控制。申康中心以下发的《数据接口规范》为依据,明确各指标的核心定义、计算逻辑及合格阈值。依托数据采集系统,实时标记医院上传数据中不一致、不完整问题。对于标记的问题数据,按照“发现—推送—整改—复核”的流程跟踪。从多方面对数据质量进行监管,形成数据质控的闭环管理。(3)平台架构。对于新上线项目,前端依照市级医院医疗质量评价与促进平台已有格式设计。后端采用分布式架构,依照低耦合原则构建模块,以提高系统的可扩展性与稳定性。

## 2 模块功能

### 2.1 低风险病种患者住院死亡率管理

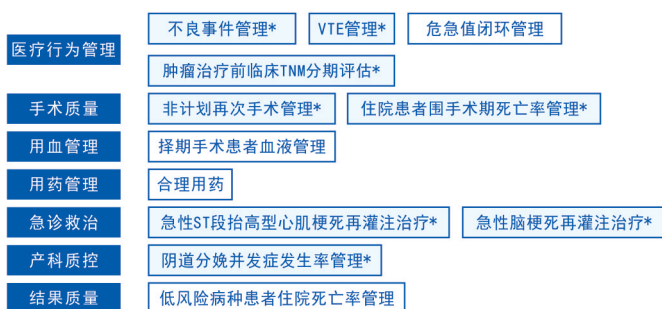
根据国家卫生健康委印发的《患者安全专项行动方案(2023—2025年)》中“逐步降低低风险病种患者住院死亡率”的要求,市级医院医疗质量评价与促进平台上线低风险病种患者住院死亡率管理模块,设立2项监测指标。指标1为低风险病种患者住院死亡率,计算方式为:低风险病种患者住院死亡病例数/低风险病种患者住院病例数×

100%。该指标一定程度上反映了医院救治能力和临床诊疗过程管理水平。指标2为低风险病种患者住院病例占比,计算方式为:低风险病种患者住院病例数/出院患者数×100%。该指标一定程度上反映了患者收治结构。

申康中心采集病案首页数据后,筛选主诊断为《三级医院评审标准》中115种低风险疾病的患者数据,每月在平台生成各医院低风险病种患者住院死亡病例明细。医院需在线填报低风险病种患者住院死亡原因,如病案首页主要诊断及编码情况,诊断、治疗及护理情况,手术或操作情况等。该平台可以同步生成相关数据分析,根据各医院低风险病种患者住院死亡率和原因,进行横向及纵向比较。据此,申康中心可进一步指导各医院构建精细化质量自查体系,在市级医院层面实现精准化监管,在行业层面推动标准化、同质化医疗。

### 2.2 肿瘤治疗前临床TNM分期评估

根据国家医疗质量安全改进目标,为加强肿瘤治疗前临床TNM分期评估管理,平台上线了肿瘤治疗前临床TNM分期评估管理模块,设置2项监测指标。指标1为恶性肿瘤患者首次治疗前完成临床分期诊断率,计算方式为:首次抗肿瘤治疗前完成临床分期诊断的住院患者人次/首次



注: \*为国家医疗质量安全改进目标。

图1 市级医院医疗质量评价与促进平台患者安全管理项目汇总

抗肿瘤治疗的住院患者总人次 $\times 100\%$ 。指标2为恶性肿瘤临床分期诊断填报率,计算方式为:进行临床分期诊断的恶性肿瘤患者人次/同期已有治疗措施的恶性肿瘤患者人次 $\times 100\%$ 。2项指标双向监测各市级医院TNM分期评估的覆盖率。从规范恶性肿瘤诊疗流程、提升整体诊疗质量的目标出发,该指标促使肿瘤治疗前临床TNM分期评估的诊断率及填报率逐步提高。

各市级医院梳理院内相关指标口径、定义,进行院内信息系统完善。在医师开具治疗相关医嘱时,院内信息系统支持判断该患者的诊断是否为恶性肿瘤以及既往是否有TNM分期(或其他分期)记录。市级医院完善信息后,依照数据接口规范将诊断为恶性肿瘤的病例上传至申康中心,字段包括:既往是否接受过手术/化疗/放疗等治疗措施、分期结果、分期检查、分期依据、分期填写时间、无法进行分期诊断的原因等。同时,各医院可在该平台上定期查看本院恶性肿瘤患者首次治疗前完成临床分期诊断率以及恶性肿瘤临床分期诊断填报率。利用该平台筛选结果比较不同科室、不同病种之间的指标差异,分析2项指标未达标的原因,以制订针对性的持续改进方案,并督促相关科室落实。

### 2.3 阴道分娩并发症发生率管理

根据国家医疗质量安全改进目标,以及《患者安全专项行动方案(2023—2025年)》中关于“逐步降低阴道分娩产妇分娩或产褥期并发症发生率”的要求,平台上上线了阴道分娩并发症发生率管理模块,设立监测指标3项,以提高医院对于住院分娩安全的重视程度。指标1为阴道分娩并发症发生率,即阴道分娩并发症发生产妇人数/同期阴道分娩产妇总人数(分娩孕周 $\geq 28$

周) $\times 100\%$ ,该指标有助于强化对阴道分娩过程及孕期管理的规范化操作。指标2为严重阴道分娩并发症发生率,即发生严重阴道分娩并发症的产妇人数/同期阴道分娩产妇总人数(分娩孕周 $\geq 28$ 周) $\times 100\%$ ,用以减少可预防的阴道分娩并发症尤其是严重并发症的发生。指标3为各类别阴道分娩并发症发生率,即各类别阴道分娩并发症的产妇人数/同期阴道分娩产妇总人数(分娩孕周 $\geq 28$ 周) $\times 100\%$ ,用于监测比较各类别阴道分娩并发症,为开展阴道分娩并发症控制管理改进提供明确方向。

平台采集病案首页数据后,根据各医院上传的病案首页,筛选发生阴道分娩并发症产妇人数,计算发生比例,在患者安全管理模块每月生成各医院产妇阴道分娩并发症相关分析数据,支持进行横向及纵向比较。医院通过定期查看并分析相关数据,设定降低阴道分娩并发症发生的目标,不断优化妊娠期及围产期孕产妇管理流程,持续提高孕产妇分级管理及急救救治能力。

### 2.4 住院患者围手术期死亡率管理

根据国家卫生健康委印发的《关于开展全面提升医疗质量行动(2023—2025年)的通知》及《手术质量安全提升行动方案(2023—2025年)》中关于“住院患者围手术期死亡等负性事件发生率进一步下降”的要求,平台上上线了住院患者围手术期死亡率管理模块,设立监测指标2项。指标1为住院患者围手术期死亡率,即住院患者围手术期死亡病例数/同期住院患者手术总数 $\times 100\%$ ,可以反映手术总体质量安全。指标2为住院患者择期手术围手术期死亡率,即择期手术患者围手术期死亡病例数/同期住院择期手术患者总数 $\times 100\%$ ,可以反映择期手术质量安全。

针对该2项指标,均按“术后24h内死亡”“术后48h内死亡”2个时间维度实施专项监测。

根据各医院上传的病案首页,以手术ICD编码对应的手术类别为“手术”或“介入治疗”筛选出同一时间段内住院患者手术总数;以离院方式为“死亡”或出院情况为“死亡”且“死亡时间 $\leq$ (手术时间+24/48h)”的字段组合筛选出住院患者术后24h、术后48h内死亡的例数;以排除急诊入院手术、限期手术等情况的住院患者为择期手术住院患者,进行数据采集。在此基础上,申康中心建立了住院患者术后24h、术后48h内死亡率的监测及评价机制,要求各医院每月在该平台患者安全管理模块中维护并反馈住院患者围手术期死亡等信息,以确保数据完整准确。该平台同步产生相关的分析数据,各医院可以根据填报的住院患者围手术期死亡率和原因,进行比较分析。这避免了围手术期死亡数据孤岛问题,为行业监管提供数据支撑。同时,识别行业内的“标杆医院”与“薄弱医院”,为差异化监管提供依据。

### 2.5 择期手术患者血液管理

患者血液管理(patient blood management,PBM)是以患者为中心,基于循证医学和多学科联合的方法,减少不必要的异体输血,使患者有更好的临床转归。为更好地进行择期手术患者血液管理,平台设立了3项监测指标。指标1为择期手术术前PBM评估率,即择期手术患者中开展输血前评估的患者例数/择期手术患者中输血患者总例数 $\times 100\%$ ,体现了医院进行择期手术患者术前临床用血管理的规范性。指标2为自体血回输率,即开展自体输血的择期手术患者总例数/择期手术术中输血患者总例数 $\times 100\%$ ,体现了医院自体输血技术能

力和患者血液管理水平。指标3为非计划用血率,即非计划术中输血患者总例数/术中输血患者总例数 $\times 100\%$ ,体现了医院手术血液管理情况。

同时,申康中心制订了择期手术患者血液管理数据直采标准,市级医院按照直采标准中规定的业务字段定义口径与统计方法,每日上传一次数据。字段包括:入院科室、住院号、性别、年龄、主要诊断、主要诊断编码、手术名称、手术编码、手术等级、是否为择期手术(即入院途径为非急诊、行手术或介入治疗)、备血量(院内 LIS 系统抓取)、用血量(院内手术麻醉系统抓取)、自体血回输量(按收费编码计)、输血前评估文书数(院内 HIS 系统抓取)。以 PBM 为切入点,针对择期手术术前 PBM 评估率、自体血回输率及非计划用血率开展多维度专项分析监测,评估血液管理水平,为质量改进提供方向。

## 2.6 急性 ST 段抬高型心肌梗死再灌注治疗

根据国家医疗质量安全改进目标,平台开展“急性 ST 段抬高型心肌梗死再灌注治疗”监测,设立 2 项监测指标。指标 1 为发病 24 h 内急性 ST 段抬高型心肌梗死患者到院 90 min 内进行直接经皮冠状动脉介入治疗的比例,计算方式为:发病 24 h 内急性 ST 段抬高型心肌梗死患者中从进入急诊科到进行直接经皮冠状动脉介入治疗时导丝通过靶血管的时间 $\leq 90$  min 的患者数/同期发病 24 h 内急性 ST 段抬高型心肌梗死患者总数 $\times 100\%$ 。指标 2 为发病 24 h 内急性 ST 段抬高型心肌梗死患者到院 30 min 内给予静脉溶栓治疗的比例,计算方式为:发病 24 h 内急性 ST 段抬高型心肌梗死患者中从进入医院到开始输注溶栓

药物的时间 $\leq 30$  min 的患者数/同期发病 24 h 内接受静脉溶栓治疗的急性 ST 段抬高型心肌梗死患者总数 $\times 100\%$ 。这两项指标用以评价医院对急性 ST 段抬高型心肌梗死患者救治的及时性。

为收集相关数据,市级医院医疗质量评价与促进平台依托市级医院心内科专科联盟开发了结构化电子病历,并在市级医院全面推行。计算指标项时,平台从上传的结构化病历中提取相关数据。通过监测各医院的救治时效,对指标排名靠前的医院总结其救治流程中的可复用经验并在行业内推广,对薄弱医院开展针对性培训,从而提升区域整体救治水平。

## 2.7 急性脑梗死再灌注治疗

根据国家医疗质量安全改进目标,平台开展“急性脑梗死再灌注治疗率”监测,计算方式为:发病 6 h 内接受静脉溶栓治疗和(或)血管内治疗的急性脑梗死患者数/同期发病 6 h 内的急性脑梗死患者总数 $\times 100\%$ ,用以评价医院对急性脑梗死患者救治的及时性。

为收集相关数据,平台依托市级医院神经内科专科联盟开发了结构化电子病历,并在市级医院全面推行。通过计算各医院的救治时效排名与趋势分析,直观反映不同医院在急性脑梗死救治及时性上的差异。同时,将指标结果纳入医院医疗质量考核体系,以此督促未达标医院优化急诊流程、加强多学科协作,从而提升整体救治效率。

## 3 应用成效

市级医院医疗质量评价与促进平台建设前期,通过全市层面调研,37 所市级医院仅有少部分能实现全流程信息化管理,并存在医疗质量数

据采集存储标准不一,数据质量参差不齐等问题<sup>[11]</sup>。这导致了技术层面的数据共享困难,数据质量也无法达到精确分析的要求。在建设平台患者安全管理模块过程中,各医院通过医生工作站改造、病案首页数据采集、结构化病历改造等途径,开展数据源头治理,建立相关模块的信息化管理。截至 2024 年底,除了 4 所市级医院未完成院内肿瘤治疗前临床 TNM 分期评估信息化改造,19 所市级医院未完成院内择期手术患者血液管理信息化改造之外,涉及相关项目的市级医院均实现了对改进目标的数据化管理(表 1)。

市级医院医疗质量评价与促进平台直采了上海市 37 所市级医院 2023 年的数据作为基线数据,用于对比该平台 2024 年项目上线之后的改进成效。由于各医院医生工作站改造及结构化病历改造进度不一致,肿瘤治疗前临床 TNM 分期评估、择期手术患者血液管理、急性 ST 段抬高型心肌梗死再灌注治疗及急性脑梗死再灌注治疗 4 个模块的部分数据尚未完全实现标准化整合。因此,本研究仅针对已经完成数据标准化采集与整合的 4 个模块应用效果进行分析,分别为低风险病种患者住院死亡率管理、阴道分娩并发症发生率管理及住院患者围手术期死亡率管理。

根据市级医院医疗质量评价与促进平台直采的数据,使用 SPSS 26.0 软件进行数据统计,分别对该平台上线前后三个模块的指标数据进行对比,组间比较采用卡方检验。结果显示,在已完成改造的模块内,医疗质量和患者安全管理已取得一定成效,7 项指标同比均有所下降。其中,阴道分娩各类别并发症发生率指标的应用结果显示,占比排名前三的并发症发生率均实现稳步下降;产程期间感染或发热并发症发生率从 7.163%降

至 6.553%，产后出血并发症发生率从 4.242% 降至 3.829%，胎盘胎膜滞留不伴出血并发症发生率从 3.218% 降至 2.046%。而低风险病种患者住院病例占比从 2023 年的 44.58% 上升至 2024 年的 46.14%，表明低风险病种住院患者的收治结构会随着市级医院医疗资源供给增多而小幅提升。由表 2 可见，低风险病种死亡率、阴道分娩并发症发生率、择期手术住院患者围手术期(术后 48 h 内)死亡率 3 项指标较 2023 年同期数据差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )，而其余指标差异没有统计学意义( $P > 0.05$ )。这一结果显示，当前所扩展的管理模块对于常规性、可标准化的指标改进效果较为明显，表明平台在标准化诊疗流程方面发挥了作用；而对于突发性、高危性及个体关联性强的指标，当前管理模块的改善效果尚不明显，这可能是由于平台运行时间尚短，需进一步跟进运行效果，并采取针对性措施。

## 4 讨论

### 4.1 以项目监管为抓手,推动市级医院管理模式优化

为确保项目能够全面有效地推进,除了院内医生工作站改造及结构化病历改造之外,引导市级医院管理模式优化也同样重要。为此,申康中心下发各项目监管方案至各市级医院,要点包括:(1)强化院内职能协同,筑牢数据质量根基。重点引导医院构建跨部门协作机制,特别是医务、信息及病历管理等关键部门的紧密协作,确保数据在采集、整理、存储等环节的准确性与完整性。(2)打破学科信息壁垒,整合信息网络。部分项目的数据采集需要突破传统单一学科的信息采集限制。因此,平台构建过程中重视多学科协作模式的应用,旨在全面反映复杂疾病的诊疗过

程。(3)以项目建设为契机,提升院内质量管理信息化水平。研究强调项目推进与医院自身发展的协同性。通过系统对接调试、流程优化等工作,倒逼各医院升级自身数据管理系统,规范信息化操作流程,最终实现院内医疗质量管理信息化水平的整体跃升,为医院长期高质量发展奠定信息化基础。

### 4.2 市级医院医疗质量治理体系逐步成型,数据价值初步释放

本研究将数据驱动理念贯穿始终,兼顾整体与局部利益。在患者安全管理项目的设计与指标应用过程中,始终坚持政策与实践紧密结合,强调主动管理替代被动管理,资源管理替代随机管理,量化管理替代空泛管理的原则<sup>[12]</sup>。7 个项目的系统上

线,加强了区域患者安全管理的全流程覆盖、风险精准防控和质量持续提升,是医疗安全治理从“单点管控”向“系统治理”升级的关键举措。通过针对性管控患者安全管理过程中的关键事件及核心诊疗环节,精准防范诊疗偏差,减少了可避免的医疗差错和患者伤害。

通过这一过程,申康中心不仅实现了医疗质量指标数据院际定期横向比较分析,为医疗质量持续改进提供了数据支撑,提升了医疗质量安全管理水平<sup>[13-14]</sup>,还强化了申康中心与市级医院间的联动。利用数据要素赋能,申康中心释放数据价值,实现了区域整体发展与医院个体提升的双向促进,形成组织协同合力与良性循环,增强了区域医疗质量安全工作的核心竞争力。

表 1 患者安全管理模块建设前后上海市级医院实现院内数据直采数量对比

模块	涉及市级医院数量/所	实现院内数据直采医院数量/所	
		2023 年	2024 年
低风险病种患者住院死亡率管理	37	16	37
肿瘤治疗前临床 TNM 分期评估	30	4	26
阴道分娩并发症发生率管理	18	3	18
住院患者围手术期死亡率管理	36	16	36
择期手术患者血液管理	36	0	17
急性 ST 段抬高型心肌梗死再灌注治疗	16	7	16
急性脑梗死再灌注治疗	16	7	16

表 2 市级医院医疗质量评价与促进平台建设前后部分指标数据对比

模块	指标	2023 年	2024 年	同比下降/%	$\chi^2$	$P$
低风险病种患者住院死亡率管理(部分)	低风险病种患者住院死亡率	0.197%	0.117%	40.61	11.079	0.001
阴道分娩并发症发生率管理(部分)	阴道分娩并发症发生率	17.618%	14.071%	20.13	53.156	<0.001
	严重阴道分娩并发症发生率	0.719%	0.696%	3.20	0.040	0.842
住院患者围手术期死亡率管理	住院患者围手术期(术后 24 h 内)死亡率	0.132%	0.111%	15.91	2.506	0.113
	住院患者围手术期(术后 48 h 内)死亡率	0.219%	0.187%	14.61	3.626	0.057
	住院患者择期手术围手术期(术后 24 h 内)死亡率	0.019%	0.012%	36.84	1.479	0.224
	住院患者择期手术围手术期(术后 48 h 内)死亡率	0.056%	0.030%	46.43	8.361	0.004

### 4.3 数据平台功能有待拓展,以进一步释放医疗数据资产价值

随着数字中国建设的逐步深入,数据已成为影响新质生产力发展的关键要素。区域层面的高质量大数据应用需要经历搭建数字基础平台、优化组织运行机制、打通部门间业务壁垒等步骤。然而,在此之后,如何进一步激发数据平台的运行效能成为一个亟待解决的问题。目前,患者安全信息化管理体系已实现医疗质量指标分析功能,后续可通过拓展市级医院医疗质量评价与促进平台功能,驱动该平台向参与主体多元、服务需求主导、应用领域丰富的共享融合模式转变。例如:基于临床质控需求,开发实时预警模块;针对科研需求,搭建科研数据共享子平台,提供数据清洗、统计分析工具;围绕医院管理需求,拓展医院高质量发展分析模块,真正实现数据资产反哺临床、科研与管理,解决“数据用不活”的问题,以充分释放医疗数据资产价值。

## 5 本研究局限与展望

本研究存在以下局限性:一是观察时间线偏短,仅对比了2023年与2024年的数据。部分指标,如择期手术后24h内死亡率等,虽下降幅度较大,但因基数小导致统计显著性不足,需要在更长的时间周期内进一步观测长期应用效果。二是应用成效分析的样本代表性存在一定局限,仅纳入了完成数据标准化的模块,未涵盖全部拓展模块,这会导致对平台整体效果的评估不够全面。因此,未来需加快四大未完全标准化模块的建设进度,按照“成熟一个、纳入一个”的原则,逐步扩大平台评价范围。此外,对于显著改善的指标需要建立常态化监测机制,以避免指标反弹,同时总结其成熟经验并推广至其他诊

疗场景。在此基础上,需建立基于平台数据的激励机制,将质量改进成效与医院绩效考核挂钩,提升医疗机构参与的积极性。

现阶段,在项目推进过程中,数据开放实践仍显不足,面向行业及社会的数据开放依旧停留在“理念探索”阶段。如何逐步向医务人员、科研机构及跨行业的应用开放相关数据,建立科学合理的数据使用规则及机制,是当前面临的一项重要课题。因此,下一阶段的研究需要探索如何丰富患者安全信息化管理体系的应用场景,最大程度地推动数据共享,使数据资产反哺临床。同时,增强数据生成源头的参与积极性,针对不同主体的特点与需求,设计差异化参与路径。为临床质控提供数据支撑,将数据驱动的医疗质量改进成果纳入医疗机构、科室与个体考核;为科研及管理方面的应用提供标准化数据接口,简化数据申请流程。通过建立激励机制,对积极参与数据治理、贡献优质数据应用方案的主体给予资源倾斜等方式,深化探索多元主体持续参与的路径。

**作者贡献:**杨嘉麟负责资料分析、论文撰写;李萍、姜若负责资料收集、数据核对;龚兴荣负责研究思路指导;侯冷晨负责论文修改、研究选题及思路指导。

**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] 孙佳璐,马旭东.我国医疗质量管理与控制体系的建立与发展[J].中国医院管理,2021,41(12):47-49.
- [2] 医政司.《2023年国家医疗质量安全改进目标》解读[EB/OL].(2023-02-28)[2025-01-10].<https://www.nhc.gov.cn/zyygj/c100067/202302/3bd20de24b1b467b9231fef2eab9f563.shtml>.
- [3] 许雷,陈小华,詹超群.打造医

疗信息平台 实现医疗服务信息化[J].中华医院管理杂志,2021,37(Z1):34-35.

[4] 马臣,陈波,夏孟红.智能化及信息化医疗质量与安全监管平台的构建[J].重庆医学,2022,51(12):2119-2122.

[5] 张斌渊,于美娟,李军.医疗服务信息化监管的国际经验和启示[J].中国医院,2015,19(9):52-54.

[6] 姜若,侯冷晨,胡龙军,等.基于37家上海市级医院的医疗质量安全信息监管平台构建与应用[J].中国卫生质量管理,2024,31(6):1-4.

[7] 姜若,狄建忠,胡承方,等.基于OKR法的国家医疗质量安全改进目标实现路径探索[J].中国医院管理,2025,45(1):70-73.

[8] 侯冷晨,沈婷,何慧敏,等.基于大数据和标杆分析法的市级医院病种质量评价指标构建及应用[J].中国卫生质量管理,2023,30(1):4-7.

[9] 卫荣.健康医疗大数据质量治理研究[J].中国卫生质量管理,2020,27(3):5-8.

[10] KOEBE P,BOHNET-JOSHKOS. The impact of digital transformation on inpatient care: mixed methods study [J]. JMIR Public Health Surveill,2023,9(1):e40622.

[11] 韩啸,刘心怡,余松轩,等.公立医院数字化转型与医疗质量安全管理的关联分析[J].中国医院管理,2025,45(2):14-17.

[12] 马旭东.创新医疗质量安全管理模式,目标管理助力高质量发展[J].中国医刊,2021,56(5):468-469.

[13] 杨嘉麟,龚兴荣,姜若,等.基于数据驱动的临床危急值数据直采与统筹管理实践[J].中国卫生质量管理,2024,31(6):9-11,15.

[14] 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.

### 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: zhlcg1380@163.com

收稿日期:2025-03-12

修回日期:2025-12-02

本文编辑:任红霞、刘斯好