

国家卫生健康委员会办公厅文件

国卫办医政发〔2023〕10号

国家卫生健康委办公厅关于印发 手术质量安全提升行动方案 (2023—2025年)的通知

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生健康委：

为深入推进健康中国建设，进一步深化医药卫生体制改革，全面提升医疗质量安全水平，国家卫生健康委、国家中医药局联合印发了《全面提升医疗质量行动计划(2023—2025年)》，其中提出开展“手术质量安全提升行动”。按照工作安排，我委组织制定了《手术质量安全提升行动方案(2023—2025年)》，现印发给你们。请认真组织实施。

国家卫生健康委办公厅

2023年8月22日

(信息公开形式：主动公开)

手术质量安全提升行动方案

(2023—2025 年)

为深入推进健康中国建设,进一步提升医疗机构手术管理能力,保障患者手术质量安全,按照《全面提升医疗质量行动计划(2023—2025 年)》安排,制定本方案。

一、行动目标

利用 3 年时间,进一步完善手术质量安全管理体系,形成科学规范、责权清晰、运行顺畅的管理机制。到 2025 年末,住院患者围手术期死亡、手术并发症、麻醉并发症等负性事件发生率进一步下降,非计划重返手术室再手术率不高于 1.8%,住院患者手术后获得性指标发生率不高于 7.5%,手术麻醉期间低体温发生率、I 类切口手术抗菌药物预防使用率进一步降低,日间手术占择期手术的比例进一步提高,四级手术术前多学科讨论制度得到全面落实。

二、行动范围

全国二级以上医疗机构。

三、行动内容

(一)以科学评估为抓手,加强术前风险管理。

1. 加强手术风险评估。医疗机构按照《医疗机构手术分级管理办法》对手术的定义和管理要求,参考行业基础情况,以既往数据为基础,对本机构开展的手术进行科学评估,根据评估情况制定

本机构手术分级管理目录,并按要求动态调整,保障手术分级管理的科学性。

2. 加强手术人员能力评估。医疗机构利用手术质量安全数据对手术医师、麻醉医师、护理人员等手术相关医务人员的专业能力进行科学客观评估,根据评估情况和医务人员接受培训情况进行手术相关授权管理。其中,三、四级手术要对医师进行逐项授权,手术授权原则上不得与术者职称、职务挂钩。

3. 加强患者风险评估。医疗机构进一步完善患者术前评估管理制度和流程,规范实施患者术前评估,包括但不限于患者一般情况、疾病严重程度、重要脏器功能状况、用药情况、凝血功能、心理和营养状态等。探索建立结构化的患者术前评估表,防止漏评、错评,并在手术前对已完成的评估项目进行核定和分析,对其中发生变化的项目及时复评。

4. 科学制定手术方案。医疗机构要根据手术风险、患者评估情况和患者意愿科学制定手术方案,明确手术指征、禁忌症、手术方式、预期效果、手术风险及处置预案,根据手术方案遴选确定术者。患者手术涉及多学科或存在可能影响手术的合并症的,应当邀请相关科室参与术前讨论,或事先完成相关学科会诊,其中每例四级手术均应当完成术前多学科讨论。

5. 规范做好术前准备。医疗机构要加强患者术前管理,充分告知并指导患者遵守术前注意事项,规范完成手术部位标记、禁食禁饮、药物使用等要求,采取措施降低手术应激反应。对存在糖尿

病、高血压、凝血功能障碍等情况的患者,严格核实术前药物应用情况,防止出现意外。属于急诊手术的,应当有规范、简便的术前准备清单、流程,避免遗漏必要的术前准备内容。

(二)以强化核查为基础,严格术中风险管理。

6. 强化手术设备设施核查。在手术开始前,对手术使用的设备、设施、耗材等进行安全核查,确保相关设备设施可用,耗材准备到位,性能符合要求。特别是对污染性手术,要在合理安排手术室和手术时间的基础上,做好防护设备设施的准备,防止交叉感染。

7. 强化手术人员及环节核查。避免出现计划手术医师与实际手术医师不一致的情况,保障手术过程中主要术者(含第一助手)和麻醉医师全程在场。严格落实手术安全核查制度,按照《手术安全核查表》在麻醉实施前、手术开始前和患者离开手术室前,由麻醉医师牵头,以口述核对方式逐项核对相关内容,严防手术部位错误、手术用物遗落、植入物位置不当、手术步骤遗漏等问题。

8. 强化患者与手术过程核查。手术过程中,严密监测患者血压、心率、体温、血氧饱和度等生命体征,密切关注患者的意识状态、肌肉紧张程度、失血量、出入量等情况,及时发现苗头性问题并予以干预。加强全麻患者术中体温管理,积极采取术中主动保温措施,防止患者失温。同时,严格执行手术室无菌技术、各项操作流程及技术规范,规范使用抗菌药物、止血药物和耗材。

(三)以精细管理为保障,强化术后风险管理。

9. 做好术后转运衔接。医疗机构进一步规范手术患者转运和

交接工作,制定交接清单。严禁将三、四级手术和全麻手术术后患者交由第三方人员独自转运。四级手术患者在术后首次转运过程中应当由参与手术的医师全程陪同;转运交接时,应当与接收医师及相关医务人员面对面交接,确保转运安全和相关信息传递无误。

10. 强化术后即时评估。医疗机构根据既定手术方案和患者术后情况,科学选择麻醉复苏室、普通病房、重症监护室等术后观察和恢复区域。加强麻醉复苏室管理,建立转入、转出标准与流程并严格落实,鼓励按患者风险程度分区管理,明确岗位职责。密切关注患者生命体征及意识状态变化,加强对患者引流物性状、引流量、出入量、伤口渗血等情况的观察,及时开展疼痛评估,规范处置危急值。

11. 加强术后恢复管理。严格落实三级查房、值班和交接班、分级护理等医疗质量安全核心制度,重点关注四级手术患者、认知功能障碍等特殊患者的床旁交接班落实情况。鼓励医疗机构采用临床营养、早期康复、心理治疗、中医中药等医疗措施,促进术后患者康复;鼓励患者主动参与术后康复活动。加强围手术期感染和深静脉血栓栓塞预防。

12. 规范开展出院指导。医疗机构在患者出院前,书面告知出院医嘱、出院后注意事项,提供联系方式。按病种特点和相关诊疗规范要求,确定随访时间、频次、内容和形式等。对四级手术患者,原则上每年随访不少于1次;对日间手术患者,应当在出院后24小时内完成首次随访;相关随访情况应纳入病历资料或单独建档

保存。

(四)以优化机制为手段,实现系统持续改进。

13. 完善手术分级管理机制。医疗机构按照《医疗机构手术分级管理办法》要求,制定和优化本机构手术分级管理制度,明确科室手术分级管理议事规则和 workflows,建立从手术分级管理目录制定、医务人员授权、患者术后管理到医疗机构内部督查等手术分级管理全流程的制度。通过信息化手段推动手术分级管理制度落实,提升管理精细化程度。

14. 优化手术服务机制。推动医疗机构采用信息化手段实时监测手术室使用情况,及时动态调整手术室排台,提高手术室资源分配合理性,缩短患者手术等待时间。推动择期住院手术向日间手术转换,并按照《医疗机构日间医疗质量管理暂行规定》要求,建立符合本机构实际的日间手术组织管理架构、工作制度和机制,逐步扩大日间手术服务范围。

15. 建立持续改进机制。医疗机构完善收集、分析、反馈手术质量安全数据信息的工作机制,探索建立机构内手术质量安全数据库,重点关注手术并发症、麻醉并发症等手术不良事件。定期以专题会议等形式对全院手术质量安全情况进行分析评估,根据手术相关不良事件类型、科室特点、发生时间、发生区域等开展针对性改进工作,降低手术相关不良事件发生率。

四、行动步骤

(一)启动阶段(2023 年 8 月)。

国家卫生健康委制定印发行动方案,各省级卫生健康行政部门进行工作部署和宣贯动员。各医疗机构制定本单位具体工作措施并启动行动。

(二)实施阶段(2023年9月—2025年9月)。

各医疗机构结合实际情况开展手术质量安全改进工作,按年度进行工作部署和工作总结,逐步健全和优化手术质量安全管理工作和机制,落实手术分级管理要求,实现手术质量安全持续改进。

(三)总结阶段(2025年10月—12月)。

各省级卫生健康行政部门对手术质量安全提升专项工作进行全面总结评估,多渠道、多形式对工作成效和先进典型进行宣传,将工作中形成的具有推广价值的好经验、好做法转换为制度性安排。

五、工作要求

(一)提高认识,落实落细工作措施。各医疗机构要充分认识“手术质量安全提升行动”对于保障人民群众健康权益、促进手术质量安全提升的重要意义,将其作为全面提升医疗质量行动的重要内容,对照医疗机构手术质量安全管理示意图(附件2)开展全面自查,梳理本机构基线情况,聚焦手术质量安全的关键点,运用科学管理工具,查找存在的问题,以问题为导向,科学制订系统改进方案并落实。同时,全面加强人员培训,尤其是手术流程相关非医务人员培训,将手术质量安全情况纳入院周会、质量安全月刊定

期进行通报,压实相关人员责任,保障行动取得实效。

(二)发挥合力,营造良好工作氛围。各医疗机构加强机构间交流合作,为患者提供系统连续的医疗服务,特别是医联体牵头医院应当指导医联体内接收其下转术后恢复期患者的医疗机构做好术后风险管理。各级相关专业质控中心要密切关注手术质量安全管理领域前沿进展,吸纳国内外先进管理经验和方法,组织开展手术质量安全管理相关学习培训,提升医疗机构和医务人员的管理意识和管理能力。同时,应用信息化手段对手术质量安全情况进行分析评估,为卫生健康行政部门和医疗机构开展行动提供技术支撑。

(三)多措并举,构建长效运行机制。各级卫生健康行政部门要加强对辖区内医疗机构和质控中心的监督指导,通过绩效考核、评优评先等措施压实医疗机构主体责任。要坚持“双管齐下”,一方面对辖区内发生的严重手术质量安全事件进行全面分析,对相关责任单位和人员依法依规严肃追责;一方面及时发现和总结先进经验,及时转化为政策措施,积极构建长效运行机制。

附件:1. 手术质量安全提升行动监测指标

2. 医疗机构手术质量安全管理的示意图

附件 1

手术质量安全提升行动监测指标

指标名称	指标属性	计量单位	指标定义	计算方法	指标说明	指标导向
住院患者围手术期死亡率	定量指标	百分比(%)	住院患者围手术期死亡人数占同期住院手术患者总人数的比例。	住院患者围手术期死亡率=住院患者围手术期死亡人数/同期住院手术患者总人数×100%	本指标重点关注手术当日、术后 24 小时和 48 小时的死亡情况。	逐步降低
非计划重返手术室再手术率	定量指标	百分比(%)	因各种原因导致患者手术后需进行的计划外再次手术占同期患者手术总例数的比例。	非计划重返手术室再手术率=患者术后非计划重返手术室再次手术例数/同期患者手术总例数×100%	本指标重点监控术后 48 小时内、术后 31 天内重返手术室情况。	逐步降低
手术并发症发生率	定量指标	百分比(%)	发生手术并发症的患者例次数占同期手术患者总例次数的比例。	手术并发症发生率=发生手术并发症的患者例次数/同期手术患者总例次数×100%	不包括妊娠、分娩、围产期、新生儿患者。	逐步降低
术中主动保温率	定量指标	百分比(%)	手术麻醉期间采取主动保温措施（全程连续主动保温或间断主动保温）全麻例次数占同期全麻总例次数的比例。	术中主动保温率=手术麻醉期间采取主动保温措施全麻例次数/同期全麻总例次数×100%	术中主动保温措施包括：使用主动保温设备、升温装置等进行体温保护。使用输血输液加温装置加温至 37℃后再输注。	逐步提高
手术麻醉期间低体温发生率	定量指标	百分比(%)	手术麻醉期间低体温患者数（医疗目的的控制性降温除外）占同期接	手术麻醉期间低体温发生率=手术麻醉期间低体温患者数（医疗目的的控制性降温除外）/同期接受体温监测的麻醉	手术麻醉期间低体温是指患者进入手术间开始至患者自手术间或麻醉后监测治疗室	逐步降低

			受体温监测的麻醉患者总数的比例。	患者总数 × 100%	(PACU) 返回病房前核心体温低于 36℃ (连续监测低体温持续 ≥ 30 分钟或间断监测连续两次低体温且间隔时间 ≥ 30 分钟)。	
I 类切口手术抗菌药物预防使用率	定量指标	百分比(%)	I 类切口手术预防使用抗菌药物的患者数占同期 I 类切口手术患者总数的比例。	I 类切口手术抗菌药物预防使用率 = I 类切口手术预防使用抗菌药物的患者数 / 同期 I 类切口手术患者总数 × 100%	本指标反映医疗机构抗菌药物预防用药情况。	逐步降低
日间手术占择期手术比例	定量指标	百分比(%)	日间手术例次数占同期择期手术总例次数的比例。	日间手术占择期手术比例 = 日间手术例次数 / 同期择期手术总例次数 × 100%	本指标的日间手术指符合《医疗机构日间医疗质量管理暂行规定》定义的手术。	逐步提高
住院手术患者 VTE 发生率	定量指标	百分比(%)	发生 VTE 的住院手术患者数占同期住院手术患者总数的比例。	住院手术患者 VTE 发生率 = 发生 VTE 的住院手术患者数 / 同期住院手术患者总数 × 100%	本指标反映医疗机构围手术期 VTE 防治管理的终末情况。	逐步降低

注：手术包括手术、介入治疗及内（窥）镜下治疗性操作。

医疗机构手术质量安全管理示意图

医疗机构手术质量安全管理示意图

