

◁ 医疗管理 ▷

国考指挥棒下手术并发症目标管理策略及效果评价*

韩丹, 梁鹏, 任洁, 李红霞

(西安交通大学第一附属医院医务部, 西安市 710061)

【摘要】目的 探讨目标管理在降低手术患者并发症发生率中的应用效果。**方法** 从某三甲医院2020年1月至2024年3月病案首页中调取252 847例手术, 2023年之后的手术并发症进行的是目标管理, 按照PDCA循环开展, 通过分析根本原因、优化流程机制、运用管理工具、信息化监测等措施, 分析目标管理前后手术患者并发症发生率、关键环节控制、重点医疗质量变化情况。**结果** 实施目标管理后, 手术患者并发症发生率从峰值0.77%降低至0.56%, 差异有统计学意义($P<0.05$); 影响手术患者并发症发生率的真因发生改变; 围术期医疗质量得到提升与改善。**结论** 对手术患者并发症发生率实施目标管理, 能够有效降低并发症发生率及病种例数, 提高手术质量和服务水平。

【关键词】 手术患者并发症发生率; 绩效考核; 目标管理; 质量管理工具; PDCA循环; 医疗质量

【中图分类号】 R197 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1672-4232(2025)04-0034-06

【DOI编码】 10.3969/j.issn.1672-4232.2025.04.010

Target Management Strategies and Effect Evaluation of Surgical Complications under the Guidance of National Civil Service Examination/HAN Dan, LIANG Peng, REN Jie, LI Hong-xia(Department of Medical Administration, The First Affiliated Hospital of Xi'an Jiaotong University, Xi'an 710061, China)

【Abstract】 Objective: To explore the application effect of goal management in reducing the incidence of complications in surgical patients. **Method:** 252, 847 surgeries were retrieved from the first page of medical records of a 3A hospital from January 2020 to March, 2024. For surgical complications after 2023, goal management was carried out in accordance with the PDCA cycle. By analyzing the root causes, optimizing the process mechanism, applying management tools, and implementing information-based monitoring measures, the incidence of complications in surgical patients before and after the target management, the control of key links, and the changes in key medical quality were analyzed. **Result:** After implementing goal management, the incidence of complications in surgical patients decreased from the peak of 0.77% to 0.56%, with a significant difference ($P<0.05$); Changes took place in the true causes affecting the incidence of complications in surgical patients; The quality of perioperative medical care has been improved and enhanced. **Conclusion:** Implementing target management for the incidence of complications in surgical patients can effectively reduce the incidence of complications and the number of disease cases, and improve surgical quality and service level.

【Key words】 incidence of complication in surgical patient; performance evaluation; goal management; quality management tool; PDCA cycle; medical quality

2019年, 国务院办公厅发布《国务院办公厅关于加强三级公立医院绩效考核工作的意见》, 提出要充分发挥绩效考核(以下简称国考)“指挥棒”作用, 提高医疗服务质量和效率^[1]。手术是医疗服务的重要环节, 也是国考的重点监测内容。其中, 手术患者并发症发生率作为手术质量安全的关键质控指标, 与手术科室甚至整个医院的平均住院日、次均费用、患者满意度等密切相关^[2-4]。预防手术患者并发症发生是医疗质量管理和监控的重点, 也是患者安全管理的核心内容, 是衡量医疗技术能力和管理水平的重要结果指标之一^[5-6]。为降低手术患者并发症发生率、保障患者安全、提升医疗质量管理水平, 某三甲医院对手术并发症进行目标管理, 按照PDCA循环开展, 通过分析根本原因、优化流程机制、运用管理工具、信息化监测等措施, 逐步降低医院手术患者并发症发生率, 提升医疗服务水平和医疗质量安全, 助力医院高质量发展。

1 资料与方法

1.1 一般资料

从某三甲医院病案首页调取2020年1月至2024年3月手术患者并发症、绩效考核口径手术报表相关资料。其中, 2020年1月至2022年12月为实施目标管理措施前, 共159 925例择期手术患者; 2023年1月至2024年3月为实施目标管理措施后, 共92 922例择期手术患者。纳入标准: 择期手术和择期介入治疗患者, 统计住院病案首页中出院诊断符合“手术并发症诊断相关名称”且该诊断入院病情为“无”(代码为4)的病例。排除标准: 非择期手术患者^[7]。

1.2 方法

手术患者并发症发生率的目标管理机制如图1所示。

(1) 目标的制定(Plan)。①确定课题。2020年1月至2022年12月, 手术例数、手术占比、微创手术占比、四级手术占比、病例组合指数(case-mix index,

*基金项目: 陕西省自然科学基金基础研究计划(2021JQ-394)

CMI)逐年升高,手术患者并发症发生率呈上升趋势,与国考要求逐步降低的目标导向不符(见表1)。根据医院顶层设计、发展、医疗环境、运营现状、绩效考核等制定计划,将手术患者并发症发生率纳入医院重点任务管理清单,确定医务部医疗质量控制办公室(以下简称质控办)为责任部门,制定年度目标计划书。②设立目标。从医院—科室—医护个人三个层面深入质控,依据病案首页数据报表、临床支持决策系统(clinical decision support system, CDSS)智能预警,运用质量管理工具分析并确定关键风险防控点(重点科室、高发病种),针对风险防控点设置不同管理层次的目标值。③制定措施和实施计划。建立内部质控体系:院级层面组建医疗质量管理委员会、手术质量安全专家督导小组和专项管理小组;完善相关工作制度,根据《三级医院评审标准(2022版)》^[8],制定医院手术并发症管理目录;优化手术科室围术期工作流程,逐步建设手术并发症信息化管理系统,动态监测手术并发症发生情况。④目标展开。制定“三步走”分阶段管理策略。第一步,依据不同科室手术量、手术级别、患者病情危重程度等因素,将手术科室分为两组,第一组为“手术难度大、患者病情重组”,主要包括:神经外科、心血管外科、

肾移植科、肝胆外科、普通外科、骨科等;第二组为“手术难度较大、患者病情较重组”,主要包括:妇产科、耳鼻喉科、泌尿外科、乳腺外科、眼科、心血管内科、血管外科等。第二步,将并发症发生病种分为“必须改善组”与“努力改善组”,其中“必须改善组”指通过医护患三方共同努力,主要包括提升手术操作技能、加强围术期护理、提高患者依从性等方面可以显著减少甚至消除的并发症病种;“努力改善组”指通过上述措施,但是由于患者本身病情较重,不易改善的并发症病种。第三步,分阶段专项突破,第一阶段重点改善“手术难度大、患者病情较重组”科室的并发症发生率以及“必须改善组”并发症病种发生情况。采用调查问卷,制定“手术患者并发症影响因素调查表”,开展专项调查分析,从人、机、料、法、环5个维度对医护及医务管理人员进行调查,获得手术患者并发症发生率高的原因,并绘制鱼骨图(见图2);分析末端原因,通过查检表进行要因圈选,共圈出9个要因,分别为:术前评估不足、手术技能不熟练、术后查房不仔细、抗凝治疗不及时、核心制度落实不佳、康复知识宣教不足、病情危重、营养状态差、信息化建设不足;绘制柏拉图(见图3),根据二八法则进行真因验证,最后共选出4个真因,分别

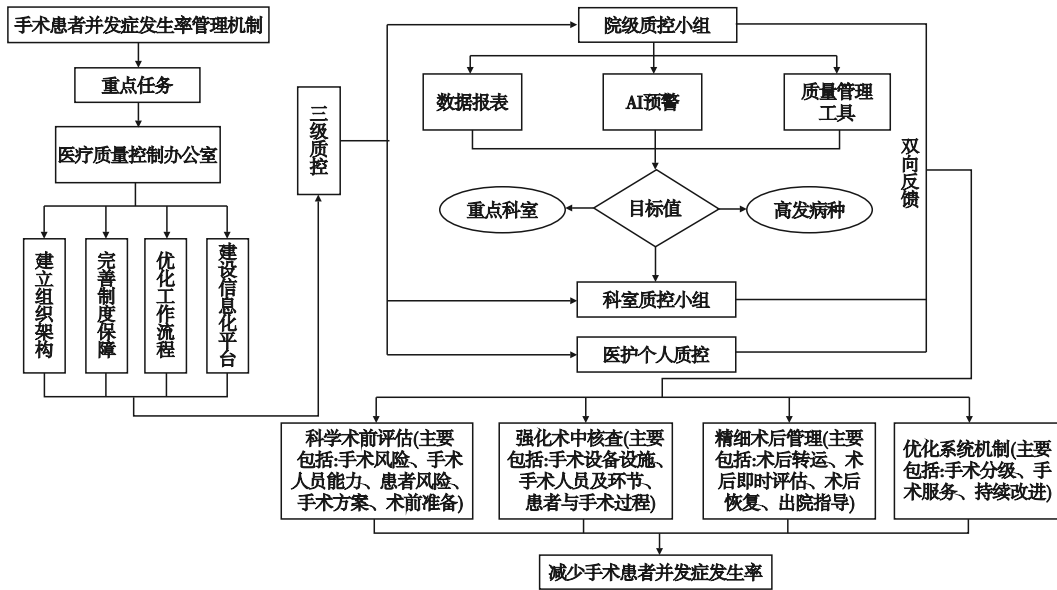


图1 手术患者并发症发生率管理机制图

表1 2020—2023年某院手术及并发症概况

项目	2020年	2021年	2022年	2023年	环比增长率1(%)	环比增长率2(%)	环比增长率3(%)
手术例数(例)	49 574	58 446	51 905	72 247	17.90	-11.19	39.19
手术占比(%)	33.54	33.04	33.76	35.87	-1.49	2.18	6.25
微创手术占比(%)	20.77	21.73	23.33	25.15	4.62	7.36	7.80
四级手术占比(%)	31.62	32.56	32.48	32.84	2.97	-0.24	1.11
CMI	1.27	1.29	1.35	1.36	1.57	4.65	0.74
并发症例数(例)	231	349	399	474	51.08	14.33	21.49
并发症发生率(%)	0.47	0.60	0.77	0.66	27.66	28.33	-14.29

注:环比增长率1指2021年相对2020年的增长率;环比增长率2指2022年相对2021年的增长率;环比增长率3指2023年相对2022年的增长率。

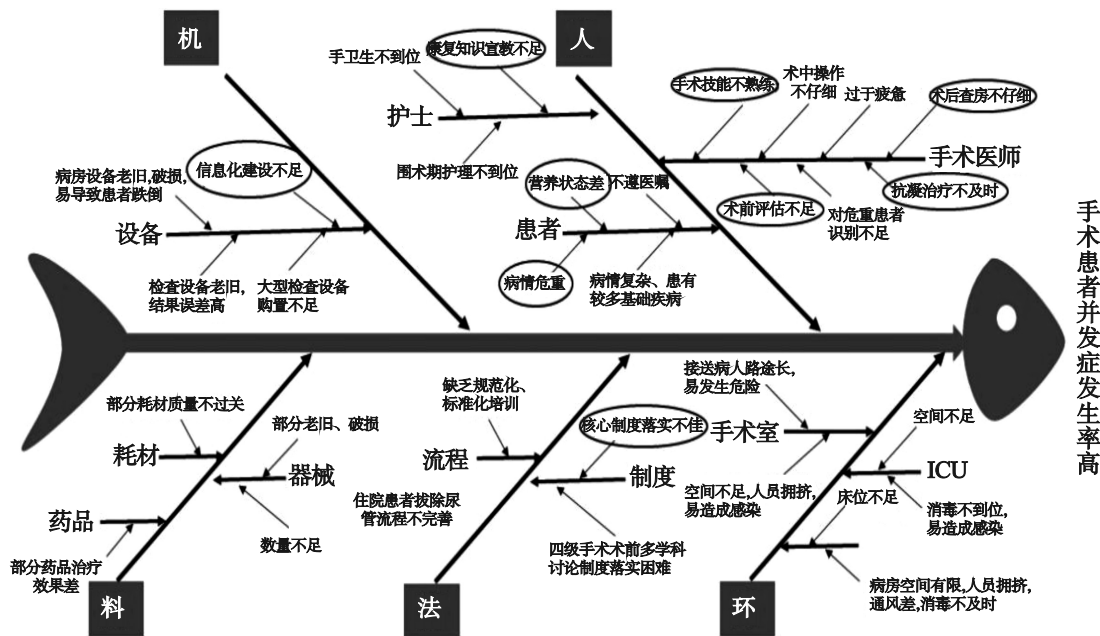


图2 手术患者并发症发生率高原因分析鱼骨图

为:手术技能不熟练、术前评估不足、术后查房不仔细、核心制度落实不佳;根据真因制定相应对策并进行实施。第二阶段计划将成功经验应用于改善“手术难度大、患者病情重组”以及“努力改善组”,从而实现逐步降低手术患者并发症发生率的目标。

组织开展专家点评、科室讨论,总结经验,提升手术质量;以医疗不良事件和典型纠纷案例为抓手,确定重点科室,组织科室开展典型病例讨论,组织专家对讨论过程和诊疗过程进行点评,促进核心制度的落实,保障围手术期患者安全,减少并发症的发生。②科室层面。手术并发症专项管理小组定期对科室手术并发症发生情况进行OA点对点反馈,要求科室根据并发症情况进行分析、改进,以高发的并发症种类为切入点,进行培训及专项整改,改善医疗薄弱环节,降低并发症发生。③针对真因进行专项改进。通过线上+线下、理论+实践的方式加强住院医师“三基三严”培训、联合临床技能中心开展住院医师手术技能培训并考核;高年资手术医师进行每日手术现场教学指导,不断提升住院医师手术操作水平;修订术前讨论制度,要求所有住院手术除急诊手术外,均需要进行术前讨论,使用专用本记录,术前讨论结论需写进病程,术者审核签字;对手术申请单加以限制,如未完成术前讨论,则无法进行手术申请;要求术者在术前和术后24h内必须查房,查房意见需记录在病程中;严格落实十八项核心制度,通过宣讲、培训、考核等措施加强各级医师对核心制度的理解与执行。

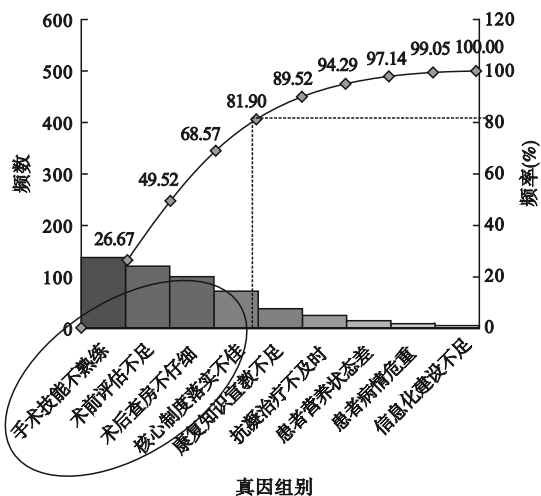


图3 目标管理实施前的真因验证柏拉图

(2)实施(Do)。①院级层面。以《手术质量安全提升行动方案(2023-2025)》为依据^[9],对手术风险、手术人员能力、患者风险、手术方案等进行术前科学评估;对手术设备设施、手术人员、患者、手术过程等进行术中强化核查;对患者术后转运、术后恢复、出院指导等进行精细管理;通过完善医疗安全制度、优化手术流程、推进多学科诊疗模式等措施防范系统性、机会性医疗缺陷,对科室新开展手术、手术分级标准及手术者资格进行严格审定并落实;对并发症高发科室重点辅导,提升医疗质量与安全管理水平;关注典型手术并发症,

(3)检查(Check)。自2023年1月起,医务部质控办联合手术质量安全专家督导小组和专项管理小组,进行每周2~3次围术期安全督查;专项小组按月进行科室手术并发症发生率、并发症病种发生占比分析并反馈科室,科室接受反馈之后,围绕目标计划组织开展全面自查,有针对性地提出整改措施,并推动措施落地见效。

(4)纠正措施和评审(Act)。通过开展围术期安全专项督查,将督查结果在微信中层群、外科群通报,每

周一院长办公会向院领导通报;每月将科室手术并发症发生率、并发症病种发生占比、院级分析结果以及科室自查整改情况向主管院领导、科室负责人、医务人员分层反馈;“医院、科室、医务人员”三级共同管理,多维度共同发力,建立长效常态机制,逐步降低手术并发症发生率,实现持续改进。

1.3 观察指标

对目标管理措施实施前后全院手术患者并发症发生率、影响并发症发生的真因、目标管理的效果、不同科室并发症发生情况、并发症病种改变情况、对策维持情况进行监测。

1.4 统计学处理

运用 SPSS 27.0 进行统计学分析。计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料用 $n(\%)$ 表示,组间比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2020—2024年手术患者并发症发生率

2020年至2022年,全院手术患者并发症发生率分别为0.47%、0.60%、0.77%,呈上升趋势,2022年到达峰值0.77%。2023年1月起实施目标管理,对策效果显著,2023年手术并发症发生率降低至0.66%,2024年第一季度呈稳定下降趋势,为0.56%。

2.2 对策实施前后真因发生改变

目标管理实施前,影响手术患者并发症发生率的真因为:手术技能不熟练、术前评估不足、术后查房不仔细、核心制度落实不佳。对策实施后,影响手术患者并发症发生率的真因改变为:术前评估不足、核心制度落实不佳、手术技能不熟练、康复知识宣教不足(见图4)。真因种类、频次、频率均发生改变,说明对策有效。

2.3 对策效果确认

针对真因进行专项改进后,手术操作技能考核通

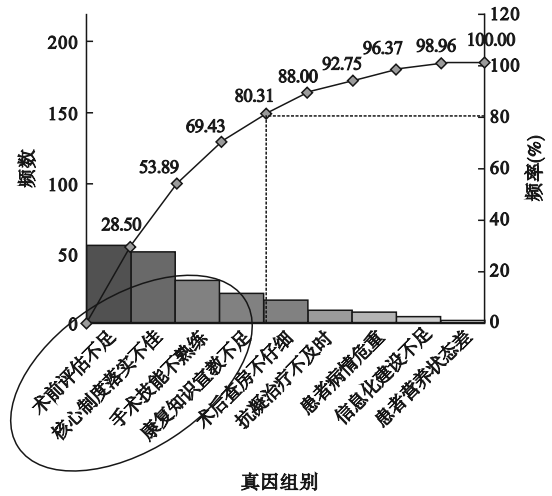


图4 目标管理实施后的真因验证柏拉图

过率由63%提升至95%,该项指标目标达标率为118.52%,目标进步率为50.79%;术前讨论落实率由40%提升至92%,该项指标目标达标率为104%,目标进步率为130%;核心制度落实率由74%提升至98%,该项指标目标达标率为150%,目标进步率为32.43%;术者术后24h查房落实率由80%提升至98%,该项指标目标达标率为120%,目标进步率为22.5%。

本课题第一阶段重点改善“手术难度较大、患者病情较重组”科室的并发症发生率以及“必须改善组”并发症病种发生情况。如表2所示,第一批重点改善科室包括:妇产科、耳鼻喉头颈外科、泌尿外科、乳腺外科、肾移植科、血管外科、眼科、结构性心脏病科、肾脏内科、疼痛科、心血管内科、周围血管科,对策实施前这些科室手术并发症发生率为0.37%,对策实施后手术并发症发生率为0.24%,整体呈下降趋势,结果有统计学差异。

如表3所示,第一批重点改善病种包括:肺部感染与肺机能不全、移植的并发症、消化系统并发症、败血症、神经系统并发症、呼吸衰竭、手术后急性肾衰竭、介入操作与手术后患者其他并发症、手术或操作相关感

表2 第一批重点科室对策实施前后并发症发生率

类别	科室	实施前			实施后			χ^2 值	P值
		并发症数(例)	手术例数(例)	发生率(%)	并发症数(例)	手术例数(例)	发生率(%)		
外科	妇产科	106	14 642	0.72	43	7 585	0.57	1.851	0.174
	耳鼻喉头颈外科	7	11 036	0.06	2	5 397	0.04	0.460	0.497
	泌尿外科	36	13 301	0.27	16	7 302	0.22	0.497	0.481
	乳腺外科	3	7 144	0.04	0	2 873	0.00	1.207	0.272
	肾移植科	108	1 510	7.15	43	815	5.28	5.068	0.040
	血管外科	5	5 209	0.10	4	3 541	0.11	0.059	0.808
	眼科	2	9 621	0.02	1	5 434	0.02	0.010	0.921
内科	结构性心脏病科	6	5 474	0.11	4	3 761	0.11	0.002	0.963
	肾脏内科	23	3 762	0.61	11	3 341	0.33	6.957	0.046
	疼痛科	2	2 116	0.09	0	1 334	0.00	1.262	0.261
	心血管内科	49	18 458	0.27	5	11 409	0.04	19.192	<0.001
	周围血管科	10	2 951	0.34	2	1 796	0.11	2.292	0.130
合计		357	95 224	0.37	131	54 588	0.24	19.455	<0.001

表3 第一批高发病种对策实施前后年并发症发生情况(̄x±s,例/年)

并发症种类	实施前年并发症发生情况 (n=159 925)	实施后年并发症发生情况 (n=92 922)	t值	P值
肺部感染与肺机能不全	97.67±34.82	80.00±56.57	0.45	0.69
移植的并发症	46.67±20.50	37.33±12.02	0.86	0.45
消化系统并发症	34.67±15.28	35.00±21.21	0.02	0.98
败血症	32.33±19.55	32.00±18.39	0.02	0.98
神经系统并发症	24.33±4.51	22.67±7.07	0.46	0.67
呼吸衰竭	24.67±6.43	17.33±7.78	1.13	0.33
手术后急性肾衰竭	21.67±10.97	21.00±16.97	0.05	0.96
介入操作与手术后患者其他并发症	18.33±6.43	8.33±4.95	1.80	0.16
手术或操作相关感染	12.33±5.13	10.00±7.07	0.43	0.69
出血或血肿	19.00±7.94	6.67±2.83	2.60	0.09
医源性气胸	12.00±3.61	10.33±2.83	0.69	0.54
合计	343.67±111.51	274.33±157.68	0.58	0.59

染、出血或血肿、医源性气胸,计算实施前后平均每年发生例数,整体呈下降趋势。

2.4 对策效果维持

如图5所示,针对手术患者并发症发生率进行目标管理措施后,该指标在波动中逐渐下降,对策效果维持良好,说明措施取得成效。

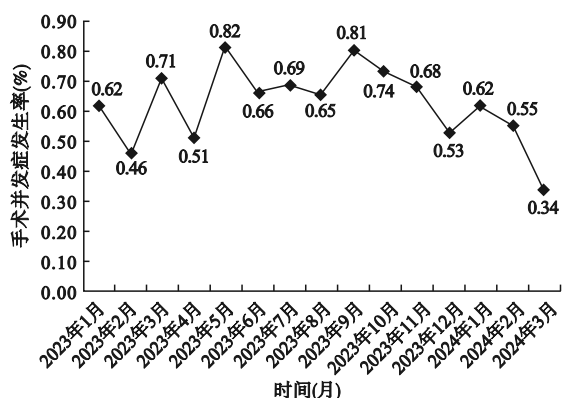


图5 2023年实行目标管理措施后手术并发症发生率变化

3 讨论

2021年起,国家卫生健康委每年发布《国家医疗质量安全改进目标》,该“目标”是国家卫生行政部门根据我国医疗质量安全现状制定的“年目标”,根据医疗质量安全的薄弱环节和关键点进行动态调整,旨在以目标为导向,以数据为支撑,凝聚多方力量,优化机制,提高效率,达到持续改进的作用^[10]。目标管理是一种现代管理方法,是以实现质量为核心的战略目标为目的,通过目标的层层分解,实现个体与群体的自我控制与协调,从而充分调动个体的积极性,以实现个人目标,进而保证实现组织目标的一种科学管理方法^[11-12]。现已成为世界发达国家和国际组织开展医疗卫生管理的通用方法^[13]。

3.1 以目标为导向,建立围术期全程质控体系

(1)院级层面充分发挥院级医疗质量安全督导专

家组作用,定期开展基础医疗质量督查,进一步促进落实医疗质量核心制度,夯实基础医疗质量,重点关注术前、术中、术后相关核心制度,保障围手术期患者安全;对高发科室重点辅导,提升医疗质量与安全管理水平;关注典型手术并发症,组织开展专家点评、科室讨论,总结经验,形成并发症专用风险评估表,提升手术质量。(2)科室层面高度重视手术并发症的发生和预防,将关口前移,以预防为主。坚持术前讨论,明确手术适应症,制定手术方案,加大落实四级手术前多学科讨论制度,针对可能发生的并发症拟定相应对策,做好术前准备;术中细微观察、严谨操作;术后严密观察病情变化,及时采取必要处置措施;针对高危患者提供优质护理,对患者可能出现的并发症进行预防及治疗;科室质控小组加强术后并发症病例管理,分析引起手术并发症的原因,定期总结经验教训,采取切实可行的措施,并形成《X科手术患者并发症发生率分析整改报告》。(3)以医疗不良事件和典型纠纷案例为抓手,确定重点科室,组织科室开展典型病例讨论,组织专家对讨论过程和诊疗过程进行点评,促进核心制度的落实,保障围手术期患者安全,减少并发症的发生。(4)每季度统计各临床科室的全院手术患者并发症发生率相关数据,对超标科室提前通报预警,加强对科室围手术期安全管理,减少手术并发症的发生。

3.2 以目标为依据,提升围术期精细化管理水平

(1)建立手术并发症、非计划重返手术室再手术、不良事件管理平台无责上报等质控机制,通过数字化手段不断完善手术并发症管理工作。利用数字化平台对手术并发症进行多维度、多层次分析,提升问题分析能力;通过质量管理(Quality Control, QC)小组、鱼骨图、柏拉图、决策树、5WHY法等质量管理工具,系统化、标准化分析解决问题;通过CDSS辅助自动预警、转办和提醒等功能,实施手术并发症闭环管理,有效追溯手术并发症发生及高危影响因素^[14-15]。(2)搭建手术管理系统,依托信息化手段对手术分级、授权实行动

态管理。通过对手术级别、手术后获得性指标发生情况、死亡及非医瞩离院占比、非计划重返手术室再手术、手术时长(平均手术时长、超平均时长次数)、术后平均住院日及超平均住院天数等关键手术质量安全指标的综合评价,实现对科室、医疗组、个人手术质量数据的监测与分析。(3)优化手术流程,持续评估并优化手术流程和并发症防控策略。

3.3 以目标为动力,持续改进围术期医疗质量

(1)院级层面通过完善医疗安全制度、优化手术流程、推进多学科诊疗模式等措施防范系统性、机会性医疗缺陷。对科室新开展手术、手术分级标准及手术者资格进行严格审定并落实。加强手术医师基本功训练,有针对性地组织技能培训,严格落实“三基三严”培训考核,提高其手术操作技巧。(2)对手术科室及手术麻醉科定期开展调研,重视相关科室人才梯队建设,关注其薪资待遇、工作负荷、身体与心理健康等,避免其可能存在的低回报、超负荷、低效率工作,提高手术相关工作人员的工作效率和积极性,进而保障患者围手术期安全。(3)对病案首页规范填写进行专项培训与考核,提升病案首页填写的准确性,为医院开展精细化管理提供有效数据支撑,并定期对手术并发症数据进行提取、整理、统计,以此制定针对性预防措施,从而减少手术并发症的发生。(4)基于医院信息系统,确定手术并发症在重点科室发生的高危因素,在围手术期进行早期评估并及时预警并发症发生的概率,提高患者围手术期的医疗安全。针对发生率较高的并发症采取专项治理措施,制定科室并发症目标值,将结果纳入绩效管理,逐步降低并发症发生率。

4 总结

本课题研究结果表明,针对手术患者并发症发生率实施目标管理,能够有效降低并发症发生率及病种例数,改善关键环节的控制情况,提高手术质量和服务水平,促进核心制度落地见效,从而保障医疗质量与患者安全,提升医院医疗质量管理水平。文章体现了三级医院评审标准、三级公立医院绩效考核的管理实践。下一步计划继续应用目标管理策略对手术患者并发症发生率进行管控,进一步改善“手术难度大、患者病情重组”以及“努力改善组”的并发症情况,全面降低国考中手术患者并发症发生率。

参 考 文 献

- [1] 国务院. 国务院办公厅关于加强三级公立医院绩效考核工作的意见[EB/OL]. (2019-1-30)[2024-8-20]. https://www.gov.cn/zhengce/content/2019-01/30/content_5362266.htm.
- [2] 胡春兰,张颖,毛莉颖,等. 基于三级公立医院绩效考核的手术并发症管理策略研究[J]. 江苏卫生事业管理, 2023, 34(1): 63-67, 78.
- [3] 莫洋,袁磊,刘蔚东,等. 基于德尔菲法和层次分析法的日间手术质量与安全评价指标体系构建[J]. 华西医学, 2024, 39(2): 184-189.
- [4] 赵昂,曹卫军,张哲民,等. 基于全面质量管理理念的专科医院医疗技术管理实践与成效[J]. 现代医院管理, 2024, 22(1): 50-53.
- [5] 杨晓钟,周立涛,王兆宇,等. 某三甲医院提升医疗质量的实践与思考[J]. 中国卫生标准管理, 2023, 14(2): 55-59.
- [6] 杨帆,邹文锋,余敏,等. 170例手术并发症患者统计分析[J]. 中国病案, 2023, 24(4): 51-54.
- [7] 国家卫生健康委. 国家三级公立医院绩效考核操作手册(2024版)[EB/OL]. (2024-3-21)[2024-8-20]. <http://www.nhc.gov.cn/yzygi/s3594q/202403/94a97921a9b043e8b8e3315aed9f1627.shtml>.
- [8] 国家卫生健康委. 三级医院评审标准(2022年版)[EB/OL]. (2022-12-06)[2024-8-20]. <http://www.nhc.gov.cn/yzygi/s3585/202212/cf89d8a82a68421cbb9953cc610fb861.shtml>.
- [9] 国家卫生健康委. 手术质量安全提升行动方案(2023-2025)[EB/OL]. (2023-8-28)[2024-8-20]. <http://www.nhc.gov.cn/yzygi/s7657/202308/e2c43dee9d474a058cc42f366a48542a.shtml>.
- [10] 国家卫生健康委. 国家医疗质量安全改进目标[EB/OL]. (2024-02-01)[2024-8-20]. <http://www.nhc.gov.cn/yzygi/s7657/202402/6aea7c6510da48a6b50e84417b4f30a3.shtml>.
- [11] 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.
- [12] 王伟平,王洪涛,杨晓宇,等. 公立医院绩效考核背景下科室医疗质量精细化管理体系构建探索[J]. 中国医院管理, 2024, 44(8): 56-59.
- [13] 晏明,李昆,罗城,等. 以目标管理为导向助推医院高质量发展[J]. 中国医院院长, 2022, 18(21): 71-73.
- [14] 方君,王丽君,鲁灵莹. 质量管理工具在中医康复科临床路径管理中的应用[J]. 中医药管理杂志, 2024, 32(4): 179-181.
- [15] 陈园园,王勤,薛缪群,等. 医院质量管理工具应用的实践与体会[J]. 中国卫生质量管理, 2022, 29(8): 50-51, 67.

通信作者:韩丹(1993-),女,博士,助理研究员;研究方向:医疗质量管理。

收稿日期:2024-08-07

修回日期:2024-11-08

(编辑 曹晓芸)