自治区卫生健康委

关于开展2023年全区“百佳病案”评选活动的通知

各市卫生健康委∶

为全面提升医疗质量安全水平，我委于今年下半年在全区范围内启动全面提升医疗质量行动（2023-2025年），并提出开展全区“百佳病案”评选活动。根据有关工作安排，我委组织制定了2023年全区“百佳病案”评选活动方案，现印发给你们。请你们组织落实。

**2023年全区“百佳病案”评选活动方案**

为促进医疗机构提升病历内涵质量，充分发挥优秀病案示范作用，保障医疗质量与安全，按照国家及自治区卫健委《全面提升医疗质量行动计划（2023-2025年)》部署要求，制定本活动方案。

**一、活动范围**

全区二级及以上医疗机构

**二、活动主题**

落实医疗质量安全核心制度，持续提升病历内涵质量

**三、活动口号**

病历质量从我做起

**四、组织管理**

自治区卫生健康委医政医管处指导广西病案质量控制中心(以下简称“广西病案质控中心”）负责区直及全区“百佳病案”评选活动的组织实施。各市级病案质量控制中心（以下简称“市级病案质控中心”）在广西病案质控中心和本市卫生健康行政部门的指导下开展本辖区市级“百佳病案”评选活动。各医疗机构组织本机构优秀病案评选工作。

1. **活动流程**

**(一）院内自评。**

2023年9月30日前，各医疗机构从2022年9月1日至2023年8月31日期间归档的病案中遴选优秀病案，推荐至市级病案质控中心参加市级“百佳病案”评选活动。区直医疗机构的病案推荐至广西病案质控中心参加区直“百佳病案”评选。其中三级医疗机构推选不超过20份病案，二级医疗机构推选不超过10份病案。推选范围应尽量包括门（急）诊病案、住院病案、日间医疗病案3种类型。其中，住院病案应当符合推选原则（附件1）。

**(二）市级“百佳病案”评选。**

2023年10月20日前，各市病案质控中心组织专家根据评选标准及要求，评选全市“百佳病案”并提交广西病案质控中心，分别包含门（急)诊病案100份、住院病案100份、日间医疗病案100份。具体评选方案由各市卫生健康委行政部门指导本级病案质控中心确定。

2023年10月20日前，各市病案质控中心组织专家从各市“百佳病案”中推荐门（急)诊病案、住院病案、日间医疗病案各10份提交广西病案质控中心参加全区“百佳病案”评选。

**(三）区直“百佳病案”评选。**

2023年10月20日前，广西病案质控中心组织区直专家根据评选标准及要求，评选区直“百佳病案”，分别包含门（急)诊病案100份、住院病案100份、日间医疗病案100份。并从中推荐门（急)诊病案、住院病案、日间医疗病案各30份提交广西病案质控中心参加全区“百佳病案”评选。

**(四)全区“百佳病案”评选。**

2023年10月28日前，广西病案质控中心组织全区专家根据评选标准及要求，从各市及区直推荐的病案中评选全区“百佳病案”，分别包含门（急)诊病案100份、住院病案100份、日间医疗病案100份。

2023年10月28日前，组织专家从全区“百佳病案”中推荐出门(急）诊病案、住院病案、日间医疗病案各10份提交国家病案管理质控中心参加全国“百佳病案”评选。

**(五)参加全国“百佳病案”评选。**

2023年11月30日前，国家病案质控中心组织专家从各省推荐门(急）诊病案、住院病案、日间医疗病案各10份中评选出全国“百佳病案”，包含门（急）诊病案100份、住院病案100份、日间医疗病案100份。

**(六）结果发布。**

各市级病案质控中心结合实际情况，发布本市“优秀病案”评选结果。广西病案质控中心将组织召开会议发布全区“百佳病案”评选结果，并邀请相关代表参会进行病历书写技能与经验交流。同时，将全区“百佳病案”的主观病历部分隐去个人敏感信息后汇编成册并在行业内广泛宣传。

**六、工作要求**

**(一）加强认识，充分重视病历内涵质量。**

各级卫生健康行政部门、质控中心、医疗机构和医务人员要充分认识到病历是加强医疗质量管理，培养和提升医务人员诊疗思维的重要抓手，对提高医院管理科学化、精细化水平具有重要意义。本次评选活动聚焦病历记录客观、真实、准确、及时、完整、规范的反映临床诊疗过程的程度，以及反映临床诊疗思维的清晰性、逻辑性，不对患者的医疗结局和诊疗措施的规范合理性进行评价。

**(二）加强组织，充分调动机构参与积极性。**

各市级卫生健康行政部门要高度重视“百佳病案”评选工作，组织辖区内医疗机构和各级病案管理质控中心积极广泛参与，指导市级质控中心按时间节点推进相关工作，评选出本辖区市级“百佳病案”，并将活动开展情况纳入本级病案质控中心的年度考核评估。

**(三）加强宣传，全面营造病历质量提升氛围。**

各市级卫生健康行政部门要指导辖区内各级病案质控中心向各医疗机构和医务人员积极宣传本次评选活动的重要意义，广泛营造“病历质量从我做起”的氛围，树立集体和个人标杆，形成典型带动、示范引领效应，促进病历内涵质量持续提升。

**(四）以评促改，凝练固化持续改进优秀经验。**

各市级卫生健康行政部门要切实履职尽责，指导辖区内各级病案质控中心充分利用此次评选活动的良好契机，凝练固化和宣传推广优秀经验，将评选活动与日常质量监管相结合，创新管理举措，在病历书写基础质量、环节质量和终末质量管理中形成长效机制。

联系人：广西病案管理质控中心彭淑娴、廖宁

电 话：0771-5300385、15177129562

附件：1. 住院病案推选原则

1. 优秀住院（含日间）病历遴选评分要点
2. 优秀门诊病历评分要点及分值（初诊)

附件1

**住院病案推选原则**

医疗机构推选参评的住院病案，应当符合以下原则：

**一、总体原则**

1. 住院天数≥10天且<60天。

2. 综合医院推选病例中手术和非手术病例各占50%，应尽量包含多个专科、病种或术种。专科医院可根据实际情况适当调整。

3. 存在行业作风问题的医师所写病历不纳入。

**二、优先原则**

所推选病案至少满足以下一种情形：

1. 死亡病例。
2. 住院期间病情危重，经过重症病房治疗或抢救成功的病例。
3. 住院期间行多次手术（可为非计划重返手术室手术)，且包含一次四级手术的病例。
4. 诊断过程疑难复杂，经过多次疑难病例讨论或多学科讨论的病例。
5. 具有多器官基础疾病或多器官受累，经多学科讨论治疗方案的病例。

附件2

**优秀住院（含日间）病历遴选评分要点及分值**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目** | | **评分要点** | **手术病案分值** | **非手术病案分值** |
| 1 | 主诉 | | 主诉简明扼要、重点突出，能导出第一诊断。 | 3 | 3 |
| 2 | 现病史 | | 现病史全面清晰反映本次疾病的发生、演变和诊疗过程；要求术语准确、层次分明、逻辑性强。 | 4 | 4 |
| 3 | 体格检查 | | 项目齐全、与现病史相关的项目有重点描述；专科检查情况全面、正确。 | 3 | 3 |
| 4 | **首次病程** | 病例特点 | 对病史进行归纳总结，要点清晰，反映鉴别诊断要点。 | 5 | 6 |
| 5 | 拟诊讨论 | 全面分析讨论本次住院的主要诊断、次要诊断以及重要的并发症和特殊问题，体现临床思维。 | 3 | 5 |
| 6 | 诊疗计划 | 制定规范、合理的诊疗计划，要求有针对性。 | 2 | 4 |
| 7 | **病程记录** | 病情记录 | 及时详细的记录病情变化，包括患者的症状、体征和辅助检查结果。 | 4 | 4 |
| 8 | 分析诊疗思路 | 对患者的病情及重要的异常检查结果有分析和处理，诊治措施有依据，体现诊断过程与诊疗思路。 | 6 | 6 |
| 9 | **查房记录** | 首次查房 | 记录补充的病史和查体、诊断依据和鉴别诊断，重点突出，有教学意识，能对下级医师的诊疗方案有必要的补充和纠正。 | 5 | 7 |
| 10 | 日常查房 | 准确而详细的记录上级医师查房意见，对危重、疑难病例有进一步病情分析和诊疗意见。 | 5 | 6 |
| 11 | 疑难危重讨论及多学科讨论记录 | 应记录各级/各科医师的发言内容，并有小结和具体诊疗措施。 | 5 | 7 |
| 12 | 会诊记录 | | 会诊申请应简要载明患者病情、诊疗情况、会诊理由和目的。会诊记录应详细记录会诊意见及依据。 | 5 | 5 |
| 13 | **围手术期记录** | 术前评估 | 根据手术风险评估级别，完成各项检查、会诊等术前准备工作。 | 3 | 0 |
| 14 | 术前小结、讨论记录 | 术前对患者病情进行个性化的总结，对手术指征、拟施手术和注意事项进行较全面的总结分析。 | 5 | 0 |
| 15 | 四级手术术前多学科讨论记录 | 应当对拟行四级手术的指征、方式、预期效果、风险和处置预案等讨论内容进行全面记录。 | 3 | 0 |
| 16 | 麻醉记录 | 及时详细记录术前访视、术前评估、术中监测、麻醉恢复、术后访视等相关内容。 | 3 | 0 |
| 17 | 手术记录 | 详细记录手术经过、术中情况和处理、术中输血、病理标本等情况。 | 3 | 0 |
| 18 | 术后记录 | 及时详细记录患者术后的病情变化，生命体征，术后并发症及与手术相关的需重点观察的症状体征变化。 | 3 | 0 |
| 19 | 出院记录 | | 诊疗经过应系统总结住院期间的检查和治疗情况，客观评价治疗效果；出院诊断完整准确，无遗漏；个性化制定出院后随访计划及注意事项。 | 10 | 15 |
| 20 | 死亡病例讨论记录 | | 应当详细记录参与人员对死亡病例的讨论分析和意见结论，结论应具备完整逻辑性，并在讨论中有支撑性依据。 | 5 | 5 |
| 21 | 核心制度落实情况 | | 在诊疗和病历书写过程中要体现核心制度落实情况。 | 5 | 5 |
| 22 | 首页填报准确 | | 诊断和手术操作填写完整规范、编码正确，并与病历书写相符合。 | 10 | 15 |
| 23 | 加分项目及内容 | | 病历内容丰富，能体现对疑难病例通过文献复习资料或多学科协作而明确诊断的过程。 | 5 | 5 |
| 备注： | 1. 各科室提供的参选病历按实际构成分值进行实得分与总分折算的原则评分，但死亡病例讨论与疑难危重病历讨论两者必须具备其一。 2. 如给与加分，则需写明加分理由。 | | | **105** | **105** |

附件2

**优秀住院（含日间）病历遴选评分要点及分值**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目** | **评分要点** | **分值**  **分布** |
| 1 | 主诉 | 初诊病人必须写主诉，要求重点突出，简明扼要，能导出第一诊断。 | 15 |
| 2 | 现病史 | 现病史必须与主诉相关相符；能反映本次疾病起始、演变、诊疗过程，有必须的鉴别诊断资料。 | 20 |
| 3 | 既往史和其他病史 | 记录重要的或与本病诊断相关的既往病史，记录过敏史及其它重要的个人史、生育史（必要时）、家族史。 | 10 |
| 4 | 查体 | 初诊需记录一般情况，与主诉有关的常规查体（或专科查体）不能漏项，有必要的阴性体征。 | 10 |
| 5 | 处理 | 1.记录所开具的各种化验及影像学检查项目。 2.记录所采取的各种质量措施。 3.记录处方的药物名称、剂量及用法。 4.记录所出具的诊断证明书具体内容。 5.记录与患者交代的重要注意事项。 6.处理措施合理，符合诊疗原则和指南要求。 | 30，每项5分，缺1项则按比例折算 |
| 6 | 诊断 | 1.诊断明确的规范写出诊断名称； 2.未明确诊断的应写待查，并在待查下面写出考虑可能性大的诊断。 | 10 |
| 7 | 医师签名 | 必须有接诊医师签名。 | 5 |
| 注：初诊是指患者首次来院就诊，或系不同疾病首次就诊于某科。 | | |  |