

手术质量安全政策工具的组合演变与制度逻辑

柯 超

(华中科技大学同济医学院附属协和医院手术室, 湖北省武汉市, 430022; 651359787@qq.com)

摘 要: 本研究旨在系统分析2010–2025年间中国手术质量安全政策的演进路径、工具组合与制度逻辑, 识别当前政策执行中的关键张力, 为构建更具韧性的治理体系提供理论依据与政策建议。通过基于Howlett政策工具分类与March制度理论构建“工具—制度—反馈”三维分析框架, 对12份国家级政策文本进行内容分析, 并运用NVivo 14对126条政策条款进行编码与归类, 同时结合华中某三甲综合医院的案例材料开展质性分析。结果显示, 政策演进历经“制度倡议—体系整合—强制嵌入”三个阶段, 2023–2025年间形成以权威型工具(54.2%)为主导、能力型工具(28.6%)为支撑、激励型与学习型工具(分别为11.1%与6.3%)为补充的组合形态。案例表明, 政策执行中存在工具冲突、组织适配滞后与反馈机制缺失等多重张力。综上, 应推动政策工具结构从“强制主导”向“韧性治理”转型, 通过提升学习型工具比重、构建“工具—组织—反馈”三元协同机制, 增强制度嵌入的适应性与响应力, 实现手术质量安全治理的系统优化与持续改进。

关键词: 手术质量安全; 政策工具; 制度嵌入; 文本分析; 政策演进

引言

近年来, 手术质量安全已从临床技术议题逐步上升为国家医疗治理体系的核心政策议题。2023年8月, 国家卫生健康委员会发布《手术质量安全提升行动方案(2023–2025年)》[1], 首次以专项行动的形式对二级以上医疗机构的手术流程实施系统性干预。2024年, 《夯实围术期感染防控, 保障手术质量安全专项行动实施方案》[2]进一步将围术期感染防控列为独立子行动, 体现出政策重心前移与风险防控优先的治理思路。2025年4月, 《三级医院评审标准(2025年版)》[3]将手术相关指标由“可选”调整为“必达”, 标志着手术质量安全被正式纳入医院等级评审这一权威制度框架中。本研究以2010至2025年间国家层面发布的政策文本[1–12]为研究对象, 旨在系统探讨以下三个核心问题: (1) 新一轮政策工具组合呈现出哪些典型特征? (2) 制度嵌入路径如何与地方医疗组织的实际情境发生互动? (3) 应如何优化现有政策工具箱, 以增强其执行韧性及适应性?

1. 理论与方法

1.1. 分析框架

本研究整合Howlett的政策工具分类理论[13]与March的制度理论[14], 构建一个包含“工具类型—制度层级—执行反馈”的三维分析框架(图1)。该框架旨在系统揭示政策工具选择与制度环境之间的互动机制: 工具类型维度区分强制型、激励型与信息型等多种政策手段[15]; 制度层级维度关注国家宏观政策要求与地方组织中观、微观层面的制度落实情景[16]; 执行反馈维度聚焦政策在实践中的适应性调整与响应效果, 从而为理解手术质量安全政策的实施机制提供理论支持。

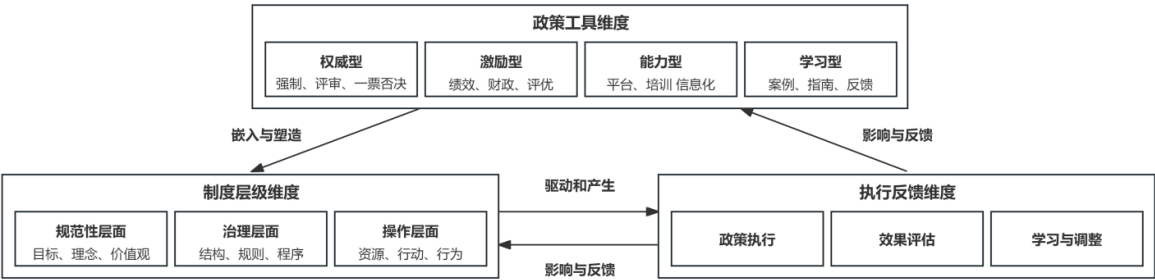


图1 政策工具与制度逻辑的分析框架

1.2. 数据来源

研究选取2010至2025年间由国家卫生健康委员会等中央机构发布的12份核心政策文件作为主要文本来源（见表1）。采用质性分析软件NVivo 14，对政策条文进行开放编码，提取关键条款并归类至相应政策工具类型节点，最终构建“工具—条款”对应矩阵，以实现文本的结构化处理。编码过程由两名研究者独立完成，Cohen’s Kappa = 0.81（p < 0.001），不一致节点经共识会议裁定。此外，研究引入华中某三甲综合医院在2023年9月至2024年12月期间的政策执行过程数据作为地方层级的实践案例，通过访谈与档案资料补充政策在具体组织情境中的响应与调适行为，增强研究的实证维度和解释力度。

表1 手术质量安全相关政策文件及政策工具编码（2010-2025）

序号	文件名称	文号	发布日期	主要工具类型	编码条款数
1	《三级医院评审标准（2025年版）》	国卫医政发〔2025〕4号	2025/4/1	权威型	29
2	《夯实围术期感染防控，保障手术质量安全专项行动实施方案》	国卫医研函〔2024〕75号	2024/3/15	权威+激励	18
3	《全面提升医疗质量行动（2023—2025年）》	国卫办医政发〔2023〕12号	2023/5/1	权威+能力	25
4	《手术质量安全提升行动方案（2023—2025年）》	国卫医政发〔2023〕10号	2023/8/22	权威+能力	38
5	《2023年国家医疗质量安全改进目标》	国卫办医政函〔2023〕45号	2023/3/1	激励+学习	8
6	《医疗机构管理条例（2023年修正本）》	国务院令第149号	2023/2/15	权威型	9
7	《医疗机构日间医疗质量管理暂行规定》	国卫办医政发〔2022〕16号	2022/11/23	权威+能力	12
8	《医疗机构手术分级管理办法》	国卫办医政发〔2022〕18号	2022/2/18	权威型	15
9	《日间手术推荐目录（2022年版）》	国卫办医函〔2022〕38号	2022/1/10	学习型	5
10	《关于推动公立医院高质量发展的意见》	国办发〔2021〕18号	2021/6/4	激励+能力	14
11	《医疗质量安全核心制度要点》	国卫医发〔2018〕8号	2018/4/18	权威型	10
12	《手术安全核查制度》	卫办医政发〔2010〕41号	2010/5/25	权威型	6

2. 结果

2.1. 政策演进：从“倡议”到“强制”的三级跳

我国手术质量安全政策在过去十余年间经历了明显的演进路径，总体呈现出从软性倡议逐步走向硬性约束的强化过程。该过程可划分为三个典型阶段，体现了国家在医疗质量治理中不断强化制度刚性、细化责任主体的政策取向。制度倡议期（2010-2018）：以原卫生部《手术安全核查制度》为主要标志，该阶段政策侧重于流程规范与行为倡议，强调医疗机构自我监督与标准落实，但缺乏外部激励和约束机制，政策执行以自愿性和指导性为主。体系整合期（2019-2022）：该阶段以《公立医院高质量发展评价指标（试行）》出台为代表，政策开始将手术质量相关指标纳入绩效考核体系，通过绩效挂钩机制增强政策执行力，体现出从单纯流程控制向结果导向管理的转变，初步实现政策目标与医院管理实践的整合。强制嵌入期（2023-2025）：以《手术质量安全提升行动方案》与《三级医院评审标准（2025年版）》构成“双引擎”推动，本阶段政策工具使用频率和强制力显著提升。

手术质量指标由建议性升级为强制性要求，并直接嵌入医院等级评审这一核心管理制度中，显示出国家通过权威评审制度实现政策落地的强烈意图，也反映出治理重心的前移与防控体系的深化。

2.2. 政策工具谱系

通过对126条有效政策条款进行系统编码与归类，本研究识别出四类政策工具的使用情况及其分布特征。权威型工具占比54.2%，在政策条款中占据主导地位，主要包括手术分级管理制度、负面清单机制以及将手术质量安全纳入等级评审一票否决项等强制性措施。该类工具强调行政约束和制度刚性，反映出国家通过顶层设计强化监管的决心。激励型工具占比11.1%，涵盖绩效评价权重设置、财政奖补措施以及与评优评先挂钩等机制。尽管占比较低，但其通过外部动机引导医疗机构合规改进，弥补纯强制手段的不足。

能力建设型工具占比28.6%，主要包括质控中心建设、信息化平台支持及培训基地设立等条款。该类工具侧重通过资源投入与系统赋能提升医疗机构的内在执行能力，是实现政策目标的重要支撑。学习型工具占比6.3%，包括案例通报、最佳实践推广以及政策实验室等柔性机制。这类工具旨在促进经验交流与政策学习，推动形成持续改进的组织文化，但在当前政策体系中仍处于辅助地位。

总体而言，当前手术质量安全政策工具呈现出以权威主导、能力支撑为主要特征，激励与学习型工具作为补充的组合形态，反映出明显的“命令—控制”与“赋能—引导”并重的治理倾向。

2.3. 制度嵌入路径

政策在制度系统中的嵌入过程呈现出多层次、多维度协同推进的特征。具体而言，其嵌入路径首先体现为一种自上而下的纵向传导机制。国家层面通过《三级医院评审标准》确立权威性规范，进而经由《手术质量安全提升行动方案》进行任务分解与实施引导，最终嵌入至各医疗机构的组织章程与内部管理制度之中，形成“评审标准—行动方案—医院章程”的三级传导体系，从而实现宏观政策与微观执行的有效衔接。进一步，政策嵌入过程依赖于跨部门的横向协同机制。医政、医管、医保及药监四大部门通过政策工具包的组合运用，形成功能互补的治理合力。其中，医政部门主要负责规范制定与监督执法，医管部门侧重绩效管理与激励引导，医保部门通过支付改革提供经济杠杆，药监部门则强化药品与医疗器械使用的全流程监管。这种多部门协同的治理结构，显著增强了政策推行的整体性与一致性。最终，在地方执行层面，政策嵌入表现出显著的情境适配特征。以武汉市为例，地方政府将国家推行的“感染防控专项行动”与正在实施的DRG支付制度改革相整合，创新性地提出“同病同价+同防同控”的地方实践方案。该方案不仅在医疗成本控制方面发挥积极作用，同时强化了围术期感染的系统防控，反映出政策在具体组织环境中的灵活调适与创新性融合。这一路径凸显出我国医疗政策执行中统一性与适应性并存的基本逻辑。

2.4. 执行张力——基于华中某三甲综合医院的案例

基于华中某三甲综合医院的实地调研与制度执行分析，本研究识别出政策在具体实施过程中面临的多重张力，反映出顶层制度设计与地方组织实践之间的结构性矛盾。

首先，在工具层面存在明显的政策目标冲突。具体表现为DRG支付改革的控费导向与国家要求的“延长术前准备时间以强化感染防控”之间存在直接矛盾。医院在财务压力下倾向于缩短术前住院日，而政策却要求更充分的术前评估与准备，从而导致医疗机构在临床决策与成本控制之间陷入两难。此外，“药占比”控费指标与国家推动“创新药械应用”之间也存在冲突，许多价格较高的创新药品和器械虽有助于提升诊疗质量，却容易导致药占比超标，使医院在临床价值与经济考核之间难以权衡[17]。

其次，组织内部的结构与机制未能有效适配政策要求。尽管四级手术多学科协作（MDT）模式已逐步推行，但其绩效激励仍依赖科室二次分配制度的具体落实。在实际运行中，由于跨科室绩效分配方案滞后，参

与MDT的医务人员往往缺乏积极性,影响了政策执行的协同性与可持续性。同时,“日间手术”的快速推广也与传统护理人力资源配置模式不相匹配,护理团队仍按传统住院模式配置,缺乏针对日间手术流程的弹性人力与随访支持,导致护理负荷加重、服务质量风险上升。另一方面,“互联网+护理服务”政策与护士在院外执业中的权限界定不清晰、责任主体不明也阻碍了该模式的有效落地,组织制度未能及时响应新业务形态的需求。

最后,质量与安全管理的反馈机制存在显著缺位。尽管制度已明确要求非计划再手术事件必须上报,实际上报后的系统性分析与反馈改进却较为薄弱,未能形成“上报—分析—干预—激励”的闭环管理机制。其结果是非计划再手术的瞒报率居高不下,本研究统计显示其率达到21%,暴露出安全文化建设和制度信任方面仍存在显著短板。同样,不良事件上报系统中也存在“报而不用、改而不励”的现象,医护人员上报事件后很少获得反馈或见到切实改进,导致上报动机下降、隐性瞒报增多。患者满意度调查数据也未能有效转化为科室层面的改进措施,数据收集与质量提升之间脱节,造成资源浪费与管理效能的低下。

3. 讨论与建议

3.1. 政策工具组合：从“强制主导”到“韧性治理”

当前手术质量安全政策呈现出以权威型工具为主导的特征[18],虽在短期内能够迅速确立规范、统一行动,但长期过度依赖强制手段容易引发医疗机构以“合规性表演”应对检查,而非真正致力于质量持续改进,甚至抑制一线创新与系统学习能力。为提升政策执行的适应性与可持续性,应推动政策工具组合由“强制主导”向“韧性治理”转型。

韧性治理强调系统在面对压力与不确定性时保持核心功能、学习适应并实现变革的能力[19]。据此,建议结构性提升学习型工具的使用比例,由当前的6.3%逐步提高至15%以上。具体路径包括:建立“案例—指南—标准”的滚动迭代机制,定期收集并分析医疗机构上报的良好实践与典型不良事件,将其转化为可推广的临床指南或操作规范,并最终固化为制度或标准。此外,可探索设立区域性政策实验室,允许部分医疗机构在特定条件下开展创新试点,通过“测试—学习—调整”的循环积累实证依据,为更大范围的政策优化提供支撑。

通过增强学习型工具的嵌入与运用,不仅能够弥补单一强制工具的局限性,还有助于构建更具包容性、响应性和适应性的治理生态,最终实现手术质量安全治理体系从外在约束向内生发展的范式转变。

3.2. 制度嵌入：构建“工具—组织—反馈”三元协同

制度嵌入的有效性不仅取决于政策工具的选择,更关键在于工具应用、组织承接与反馈学习三者之间的系统协同[20]。当前政策执行中暴露出的张力,很大程度上源于三者之间的结构性失衡。为实现可持续的制度嵌入,应着力构建“工具—组织—反馈”三元协同治理体系。首先,应在国家层面优化制度供给,增强地方与医疗机构的自主响应能力。建议在《三级医院评审标准》中增设“地方创新容错”条款,在坚守质量与安全底线的前提下,允许医疗机构根据自身实际自主设计实施细则与工具组合,激发其制度内化和创新实践的积极性。其次,推动医保支付机制从单纯“价格激励”向“质量—感染双挂钩”转型[21]。将手术部位感染(SSI)发生率等关键质量指标纳入DRG付费权重调节因子,建立“优质优价”激励机制[22],使经济杠杆与质量目标对齐,引导医疗机构在控费的同时更加注重感染防控和质量提升。最后,应建立常态化的政策学习与迭代机制。建议设立国家级“手术质量安全政策实验室”,整合政府、医院、专家等多方力量,开展工具试点、效能评估与政策优化研究,并定期发布《手术质量安全政策工具效能评估报告》,为政策修订与扩散提供实证依据,最终形成从中央到地方、从设计到学习的纵向闭环。通过上述协同路径,可增强制度嵌入的适配性与韧性,实现政策目标与组织实践在动态调整中的持续契合。

3.3. 研究局限

本研究主要通过中央层面政策文本与单一案例医院的实践反馈,探讨手术质量安全提升政策的工具组合与嵌入路径,虽在一定程度上揭示了当前政策执行中的关键张力与机制障碍,但仍存在若干局限。首先,在数据来源方面,本研究主要基于国家发布的政策文本及华中某三甲综合医院的个案分析,虽具有较好的政策代表性和案例深度,但样本覆盖范围仍显不足,未能充分纳入东、中、西部不同地区、不同层级医疗机构的多情境响应,因此在结论的普适性与区域异质性讨论方面存在一定局限。其次,在研究方法上,本文主要采用质性分析手段,虽有助于深入理解政策执行中的机制与逻辑,但缺乏对大样本量化数据的支持,无法有效识别政策工具与手术质量结局之间的因果关系。未来研究可进一步扩大实证范围,选取不同区域、不同级别的医疗机构进行多案例比较研究,并引入诸如双重差分[23]、断点回归[24]等准实验方法,科学评估不同政策工具组合对手术感染率、非计划再手术率等核心质量指标的影响效应,从而为政策优化提供更具针对性与

说服力的实证依据。此外，也可通过对医生、患者等多主体开展问卷调查与深度访谈，从微观层面进一步挖掘政策执行中的行为逻辑与激励反应，完善政策设计的理论模型与实践路径。

4. 结论

本研究通过对2010–2025年间手术质量安全相关政策文本的纵向分析及典型案例的实地考察，系统揭示了政策工具组合的演变特征、制度嵌入路径与执行中的结构性张力。研究发现，2023–2025年政策周期呈现出“强制—激励—赋能”三元叠加的治理取向，权威型工具仍占据主导地位，能力建设型工具显著增强，但学习型工具占比较低，反映出当前政策体系在强制规范与弹性适应之间的显著不平衡。案例证据进一步表明，政策在地方与组织层面的嵌入过程中面临多重执行张力，包括不同政策工具之间的目标冲突、组织资源与激励机制适配滞后，以及反馈循环缺失导致的改进动力不足。这些问题不仅影响政策的实施效能，也可能削弱医疗机构的质量内生动力与制度信任。因此，未来政策优化应着眼于构建“政策工具—组织响应—制度反馈”的有效闭环。在工具层面，需提高学习型工具比例，建立“案例—指南—标准”滚动迭代机制；在制度层面，应通过跨部门协同、质量挂钩支付改革与容错机制创新，增强政策的文化兼容与情境适应能力；在反馈层面，须完善数据上报—分析—改进—激励的闭环管理，实现从合规性约束到持续学习与韧性治理的范式转型。本研究也存在一定局限，如主要依赖中央文本与单案例资料，未来可拓展多区域、多层级医院的比较研究，并引入定量方法识别政策工具与质量结局之间的因果机制，从而进一步提升研究的广度与深度。

参考文献

- [1] 国家卫生健康委员会. 手术质量安全提升行动方案(2023—2025年) [Z]. 国卫医政发〔2023〕10号, 2023-08-22.
- [2] 国家卫生健康委医院管理研究所. 夯实围术期感染防控, 保障手术质量安全专项行动实施方案 [Z]. 国卫医研函〔2024〕75号, 2024-03-15.
- [3] 国家卫生健康委员会. 三级医院评审标准(2025年版) [Z]. 国卫医政发〔2025〕4号, 2025-04-01.
- [4] 国家卫生健康委员会办公厅. 全面提升医疗质量行动(2023-2025年) [Z]. 国卫办医政发〔2023〕12号, 2023-05-01.
- [5] 国家卫生健康委员会办公厅. 2023年国家医疗质量安全改进目标 [Z]. 国卫办医政函〔2023〕45号, 2023-03-01.
- [6] 国务院. 医疗机构管理条例(2023年修正本) [Z]. 国务院令 第149号, 2023-02-15.
- [7] 国家卫生健康委员会办公厅. 医疗机构日间医疗质量管理暂行规定 [Z]. 国卫办医政发〔2022〕16号, 2022-11-23.
- [8] 国家卫生健康委员会办公厅. 医疗机构手术分级管理办法 [Z]. 国卫办医政发〔2022〕18号, 2022-02-18.
- [9] 国家卫生健康委员会办公厅. 日间手术推荐目录(2022年版) [Z]. 国卫办医函〔2022〕38号, 2022-01-10.
- [10] 国务院办公厅. 关于推动公立医院高质量发展的意见 [Z]. 国办发〔2021〕18号, 2021-06-04.
- [11] 国家卫生健康委员会. 医疗质量安全核心制度要点 [Z]. 国卫医发〔2018〕8号, 2018-04-18.
- [12] 卫生部办公厅. 手术安全核查制度 [Z]. 卫办医政发〔2010〕41号, 2010-05-25.
- [13] HOWLETT M, RAMESH M. The Public Policy Gyroscope: Policy Styles and Policy Stability in Turbulent Times [J]. Policy Sciences, 2020, 53(2): 1-18.
- [14] MARCH J G, OLSEN J P. Elaborating the "New Institutionalism" [M]//The Oxford Handbook of Political Institutions. Oxford: Oxford University Press, 2006: 689-708.
- [15] 孟晓庆, 李超凡, 孙强. 政策工具视角下我国门诊慢性病医疗保障政策文本量化研究 [J]. 中国卫生事业管理, 2023, 40(1): 24-28, 52.
- [16] 傅利平, 董雨, 王瑞臻. 我国分级诊疗政策的协同性研究 [J]. 公共管理与政策评论, 2025, 14(1): 4-24.
- [17] 许倩, 刘宝. 我国创新医疗器械医院准入管理现状与政策建议 [J]. 中华医院管理杂志, 2025, 41(1): 72-77.
- [18] 杜永辉, 董四平, 樊子暄, 等. 中外医疗质量与安全管理模式比较研究 [J]. 中国卫生质量管理, 2024, 31(4): 26-31.
- [19] 柳小玉, 宁宁, 王璐, 等. 以韧性治理回应高风险社会视域下的医疗挤兑风险 [J]. 中国卫生事业管理, 2023, 40(9): 665-667.
- [20] 郭蕊. 综合监管背景下构建医疗服务信息披露的制度框架和政策建议 [J]. 中国行政管理, 2020(5): 133-139.
- [21] 翟绍果, 徐咪. 面向全民健康的医疗保险费用覆盖: 理念框架, 结构困境与制度转型 [J]. 学术论坛, 2025, 48(3): 142-156.
- [22] 张振, 胡牧, 王贵. 基于总额预算管理与DRG点数法的医保支付机制演进研究 [J]. 中国医疗保险, 2025(7): 68-74. D
- [23] 张洪成, 潘建强, 路航, 等. 基于双重差分模型的日间手术单病种付费政策实施效果分析 [J]. 中华医院管理杂志, 2023, 39(5): 332-336.

[24] 吴菁, 王俊苹. 基本医疗保险政策评估方法的比较与应用 [J]. 中国医疗保险, 2024(7): 62-67.