

河南省口腔医疗质量控制中心 关于开展口腔专业医疗质量控制调研指导评价 工作的通知

有关省辖市卫生健康委：

为进一步推进全省口腔诊疗规范化、同质化工作，河南省口腔医疗质量控制中心（以下简称省质控中心）决定开展口腔专业医疗质量控制调研指导评价工作，现将有关事项通知如下：

一、调研指导对象

根据工作需要和质控工作会议参会情况，选取部分县级质控中心责任单位作为调研指导评价对象（附件1）。

二、调研指导时间

2025年6-8月。

三、调研指导内容

（一）调研内容

医疗机构的口腔基本情况、质控组织建设情况、口腔质控指标制定情况、感染控制情况，详见《医疗机构口腔基本情况调查表》（附件2）。

（二）指导评价内容

1.质控工作改进目标开展情况，详见《质控工作改进目标指导评价表》（附件3）。

2.县级质控中心工作开展情况，详见《口腔医疗质量控制中心指导评价细则表》（附件4）。

四、指导评价专家及分组

根据工作安排，成立指导评价组，每组设立1名组长，由省质控中心专家委员会成员担任，具体分组见附件1。

五、工作步骤

（一）前期工作安排（2025年6月15日-6月30日）

为确保指导评价的一致性，省质控中心召开启动会，对参与指导评价的专家进行同质化培训，时间形式另行通知。

（二）医疗机构自查（2025年6月15日-6月30日）

1.医疗机构填写《医疗机构口腔基本情况调查表》（附件2），电子版发送至所属市级质控中心，市级质控中心汇总后，于6月30日前发送至省质控中心邮箱。

2.医疗机构按照附件2-4内容，整理相关资料，以备专家现场检查。

（三）现场指导评价（2025年7月1日-8月10日）

各组专家按照工作计划，依据附件2-4内容，开展指导评价工作，针对性的给予指导意见、建议。

（四）反馈与整改（2025年7月1日-8月17日）

1. 专家组现场总结指导评价工作中发现的问题及亮点，认真提出意见建议，并反馈至省质控中心和相关医疗机构。

2. 医疗机构接到反馈意见一周内，将整改计划 PDF 版（盖单位公章）报送至所属市级质控中心，各市级质控中心汇总后报至省质控中心邮箱。

六、工作要求

（一）请有关医疗机构高度重视本次调研指导工作，安排专人负责，对照评价内容准备相关材料，提前与联系人对接沟通，认真做好各项准备工作。

（二）请焦作市、漯河市、三门峡市、商丘市、信阳市、周口市、驻马店市口腔质控中心，按照通知要求做好资料汇总、上报和组织协调工作。

（三）请专家所在单位妥善处理好专家调研指导与日常工作关系，并承担专家食宿交通费用。

（四）调研指导工作期间，有关医疗机构及专家要严格落实中央八项规定，严肃工作纪律。

联系人及联系方式：

省质控中心：程志芬 13419928327

省医疗质量控制中心管理办公室：张运尚 0371-85961026

省质控中心邮箱：hnskqylzlkzzx@163.com

附件：1.指导评价工作分组

- 2.医疗机构口腔基本情况调查表
- 3.质控工作改进目标指导评价表
- 4.口腔医疗质量控制中心指导评价细则表
- 5.医疗机构联络信息登记表

河南省口腔医疗质量控制中心
(郑州大学第一附属医院代章)

2025 年 6 月 11 日

附件 1

指导评价工作分组

序号	省辖市	县/区级质控中心	责任单位	指导评价人员		联系人 (微信同号)
				组长	组员	
1	焦 作	武陟县口腔医疗质量控制中心	武陟县人民医院	何巍	刘党利 冯艳华 程志芬 李晓轩	李晓轩 18336881554
2	漯 河	源汇区口腔医学专业质控中心	漯河市源汇区人民医院	郝志红	郭鹏 刘学军 于美华	于美华 15139532992
3	三门峡	义马市口腔医疗质量控制中心	义马市人民医院	李福军	任 捷 李红艳	李红艳 13653986158
4		渑池县口腔医学专业质量控制中心	渑池县人民医院	吴德宏	丁喜法 李红艳	
5	商 丘	宁陵县口腔医学专业质控中心	宁陵县人民医院	李彩霞	李继东 叶 葳 徐家友	徐家友 13837070323
6		柘城县口腔质量控制中心	柘城县人民医院	张现军	李继东 武太亮 徐家友	
7		梁园区口腔科质控中心	商丘市第三人民医院	朱娟芳	谷爱玲 李继东 徐家友	
8		民权县口腔医学专业质控中心	民权县人民医院	王永功	童雪梅 李继东 徐家友	
9	信 阳	商城县口腔医学医疗质量控制中心	商城县人民医院	丰景	梁爽	梁爽 13137601123
10		平桥区口腔科医疗质量控制中心	信阳市第四人民医院	汤晓雨	丰景 梁爽	
11	周 口	太康县口腔医学专业医疗质量控制中心	太康县人民医院	王旭东	楚金普 程志芬 张跃进 王书岩	王书岩 18236959742
12	驻马店	新蔡县口腔医学专业医疗质量控制中心	新蔡县人民医院	张兵	罗峰 高银亮 李楠	李楠 18272967299

附件 2

医疗机构口腔基本情况调查表

调研单位名称： ☐公立 ☐民营

项目	具体内容	医疗机构情况
(一) 基本情况	1.医疗机构级别、口腔门诊科室、口腔住院病区数量	医疗机构级别： 门诊科室数量： 个 住院病区数量： 个
	2.口腔人员情况：医师、护士、医技人员数量	①医师： 人 其中正高级 人、副高级 人、其他 人； 博士 人、硕士 人、本科 人、 其他 人。 ②护士： 人、 其中住院护士 人、门诊护士 人； 正高级 人、副高级 人、其他 人； 博士 人、硕士 人、本科 人、 其他 人。 ③医技： 人 其中正高级 人、副高级 人、其他 人； 博士 人、硕士 人、本科 人、 其他 人。
	3.口腔急诊科设置情况	☐ 有 口腔急诊科医师数： 人 口腔急诊科椅位数： 台 ☐ 无
	4.设备情况：椅位、放射诊疗设备 等数量	椅位数： 台 口腔显微镜数： 台 牙片机数： 台 全景 X 光机： 台 CBCT 数： 台 CAD/CAM 数： 台
	5.2024 年口腔门诊就诊人次、口腔 出院患者人次、口腔住院患者 手术人次	门诊就诊人次： 人 出院患者人次： 人 住院患者手术人次： 人
	6.信息化开展情况：①电子病历 系统（EMR 系统）、②医院信 息管理系统（HIS 系统）、③实 验室（检验科）信息系统（LIS 系统）④医学影像系统（PACS	①电子病历系统 ☐ 有 等级：__级 ☐ 无 ②医院信息管理系统 ☐ 有 ☐ 无 ③实验室（检验科）信息系统 ☐ 有 ☐ 无 ④医学影像系统 ☐ 有 ☐ 无

	系统)	
(二)质控组织建设情况	1.医院三级质控体系建设情况	☐ 建立三级质控体系 ☐ 未建立
	2.科室质控小组成立情况或专人负责情况	☐ 成立质控小组或有专人负责 ☐ 未成立质控小组或无专人负责
	3.质控组织运行情况	☐ 开展相关工作(有相关记录或照片) ☐ 未开展工作
(三)口腔质控指标情况(非国家、省质控中心发布的指标)	1.口腔颌面外科住院质控指标	☐ 有 制定时间 年 月 ☐ 无
	2.口腔颌面外科门诊质控指标	☐ 有 制定时间 年 月 ☐ 无
	3.口腔内科质控指标	☐ 有 制定时间 年 月 ☐ 无
	4.口腔修复质控指标	☐ 有 制定时间 年 月 ☐ 无
	5.口腔正畸质控指标	☐ 有 制定时间 年 月 ☐ 无
(四)感染控制情况	1.感染控制制度	☐ 有 ☐ 无
	2.感染控制专/兼职人员	☐ 有 ☐ 无
	3.医疗垃圾分类	☐ 符合规定 ☐ 不符合
	4.执行手卫生规范	☐ 符合规定 ☐ 不符合
	5.职业暴露应急预案和处置流程	☐ 有 ☐ 无
(五)河南省口腔专业医疗质量控制指标改进情况(“橡皮障隔离术在根管治疗中的使用率”和“正畸治疗前拍摄头颅定位X线片的百分比”见指导评价表)	1.2025年1-5月腮腺浅叶良性肿瘤术前术后诊断符合率(无该项内容请填/)	①手术前诊断与手术后病理诊断均为腮腺浅叶良性肿瘤病例数____。②手术前诊断为腮腺浅叶良性肿瘤病例总数____。
	2.2025年1-5月腮腺浅叶良性肿瘤术后涎痿发生率(无该项内容请填/)	①手术后出现涎痿的腮腺浅叶良性肿瘤病例数____。②腮腺浅叶良性肿瘤手术病例总数____。
	3.2025年1-5月拔牙术前拍摄X线片的百分比(无该项内容请填/)	①拔牙术前拍摄X线片的患者人次____。②拔除牙总患者人次____。
	4.2025年1-5月慢性牙周炎患者定期复诊率(无该项内容请填/)	①牙周基础治疗后6—8周复诊患者数____。②牙周基础治疗后6—8周的患者总数____。
	5.2025年1-5月修复体活髓牙牙体预备意外穿髓率(无该项内容请填/)	①修复体活髓牙牙体预备意外穿髓的牙数____。②修复体活髓牙牙体预备的总牙数____。
(六)橡皮障隔离术应用情况	1.橡皮障隔离术应用存在的困难?	
	2.推动、落实橡皮障隔离术应用的建议?	
调研人员签字: _____ 年 月 日		

附件 3

质控工作改进目标指导评价表

单位名称：

口腔病房

☐有☐无

评价指标	检查主要内容	提供的文档资料 或现场核查	指标值与评价方法	分值	实得分	备注
(一) 种植体脱落发生情况 (20)	2025 年 1-5 月种植体脱落情况	1.医疗机构汇报种植体脱落人数，并提供发生脱落患者病历。	1.2025 年 1-5 月种植体植入数_____，脱落数_____，其中修复前脱落数_____。	20		国家控工作改进目标——“降低种植体修复前脱落率”
		2.随机抽取 2025 年 1-5 月未发生脱落患者病历 20 份，查看病程记录，核实医院汇报信息。	2.脱落率 $\leq 1.0\%$ ，20 分； $1.0\% < \text{脱落率} < 1.3\%$ ，10 分； $1.3\% \leq \text{脱落率} < 2.0\%$ ，5 分；脱落率 $\geq 2.0\%$ ，不得分。核实数据不符不得分			
(二) 种植体周围炎发生情况 (15)	2025 年 1-5 月种植体周围炎发生情况	1.医疗机构汇报种植周围炎发生例数，并提供发生患者病历。	1.2025 年 1-5 月种植体植入数_____，种植体周围炎发生例数_____。	15		国家口腔质控中心二级质控工作改进目标——“降低种植体周围炎发生率”
		2.随机抽取 2025 年 1-5 月未发生患者病历 20 份，查看病程记录，核实医院汇报信息。	2.核实数据相符得分，不符不得分。			
(三) 橡皮障日常使用情况 (35)	1.2025 年 1-5 月橡皮障隔离术在根管治疗中	随机抽取 2025 年 1-5 月 20 份根管治疗病历，病历中体现使用橡皮障即为使用病历。使用率=使	1.2025 年 1-5 月根管治疗患者总人次_____，其中使用橡皮障患者人次_____。 2.抽取病例数 20 份，使用病历数_____。	20		河南省质控工作改进目标——“提高橡皮

	的使用率	用病历数/20*100%。	3.使用率 $\geq 40\%$ ，20分； $30\% \leq \text{使用率} < 40\%$ ，10分； $20\% \leq \text{使用率} < 30\%$ ，3分； $10\% \leq \text{使用率} < 20\%$ ，2分；使用率 $< 10\%$ ，不得分。			障隔离术在根管治疗中的使用率”
	2.临床应用橡皮障隔离术	现场查看相关橡皮障材料和设备使用情况。	☐ 经常使用， ☐ 偶尔使用， ☐ 无设备。根据使用痕迹酌情打分	8		
	3.橡皮障领取清单或购买单	医院相关职能部门领取清单或购买单据。	☐ 有， ☐ 无。有得分，无不得分。	7		
(四) 原发口腔癌治疗前临床TNM分期评估情况 (15)	2025年1-5月原发口腔癌治疗前临床TNM分期评估完成情况	随机抽取2025年1-5月口腔癌出院病历20份（不足20份以实际数量为准），查看治疗前临床TNM分期评估完成率（口腔癌患者治疗前完成临床TNM分期评估的病例数/实际查看病历数 $\times 100\%$ ）。	1.原发口腔癌患者 ☐ 有， ☐ 无。 2.2025年1-5月原发口腔癌患者总人数_____，其中评估完成患者数_____。 3.抽取病历数_____，评估完成病历数_____。 [注：原发口腔癌包括唇、颊、舌、牙龈、腭及口腔的其他和未特指部位的原发上皮性恶性肿瘤（ICD:C00-C06，M8010-M8110/3），排除复发的口腔癌（ICD:C80）。只统计鳞状细胞癌，不包括间质细胞来源的肉瘤和腺上皮来源的腺癌] 3.评估完成率 $\geq 90\%$ ，15分； $70\% \leq \text{评估完成率} < 89\%$ ，10分； $40\% \leq \text{评估完成率} < 69\%$ ，5分；评估完成率 $< 40\%$ ，不得分。	15		国家口腔质控中心二级质控工作改进目标——“提高原发口腔癌治疗前临床TNM分期评估完成率”
(五) 正畸患者头颅侧位片拍摄情况 (15)	2025年1-5月正畸患者头颅侧位片拍摄率	随机抽取2025年1-5月20份正畸治疗病例（不足20份以实际数量为准），查看头颅侧位片。拍摄率=拍摄病例数/20*100%。	1.2025年1-5月新增错颌畸形治疗患者总人数_____，其中拍摄患者数_____。 2.抽取病例数20份，拍摄病历数_____。 3.拍摄率 $\geq 95\%$ ，15分； $80\% \leq \text{拍摄率} < 94\%$ ，10分； $75\% \leq \text{拍摄率} < 80\%$ ，5分；拍摄率 $< 75\%$ ，不得分。	15		

指导评价专家姓名：

年 月 日

附件 4

口腔医疗质量控制中心指导评价细则表

质控中心名称：

得分情况：（ ）分

指导评价专家：

评价项目	评价内容	评价方式和评分标准	汇报要求 (如有相关记录, 按下面要求展示)	分值	得分	备注
1. 工作规划、 计划 (20 分)	1.1 本县质控工作规划情况	1.1.1 有明确的质控工作中长期规划(4 年), 定位清晰, 规划合理。酌情给分, 满分 5 分。	查看质控工作规划并介绍。	5		
	1.2 年度工作计划制定情况 及完成情况	1.2.1 制定年度工作计划, 年度计划目标明确, 措施可行。酌情给分, 满分 5 分。	查看年度工作计划。	5		
		1.2.2 年度工作计划完成情况。酌情给分, 满分 5 分。	查看工作计划完成进度。	5		
	1.3 召开本县质控工作会议 情况	1.3.1 本年至少召开 1 次质控工作会议。酌情给分, 满分 5 分。(调研之日起过去 1 年内)	查看会议通知、会议照片。	5		
2. 工作情况 (55 分)	2.1 年度质控工作改进目标 落实、改进情况(重点汇报 内容)	2.1.1 掌握本专业年度质控工作改进目标相关情况, 准确理解并阐述国家/省级质控工作改进目标, 并准确阐述县/哨点医院质控工作改进目标现状。酌情给分, 满分 10 分。	查看改进目标及评估的佐证材料等。	10		
		2.1.2 围绕质控工作改进目标, 结合全县实际情况, 制定本专业指导评价计划、培训计划等。酌情给分, 满分 5 分。	查看指导评价计划/方案/细则, 培训计划/方案	5		
		2.1.3 质控工作改进目标的培训情况。酌情给分, 满分 10 分。(调研之日起过去 1 年内)	查看培训班通知、影像或图片资料。	10		
		2.1.4 质控工作改进目标的指导评价。有指导评	查看指导评价通知、影像或图片、总	10		

评价项目	评价内容	评价方式和评分标准	汇报要求 (如有相关记录, 按下面要求展示)	分值	得分	备注
		价通知、影像或图片、总结报告。酌情给分, 满分 10 分。(调研之日起过去 1 年内)	结报告资料。			
		2.1.5 质控工作改进目标的改进后成效。酌情给分, 满分 5 分。	查看改进相关佐证材料。包括数据、评价等。	5		
	2.2 建立上级、下级质控工作网络; 质控信息反馈, 质控工作指导情况。	2.2.1 与上级质控中心对接, 建立与区域的医疗机构/哨点医院(各级)有效沟通渠道, 酌情给分, 满分 5 分。	查看沟通方式(渠道)和建设情况。	5		
		2.2.2 向卫生行政部门反馈质控信息, 并有针对性的对区域的医疗机构/哨点医院(各级)提出指导意见, 酌情给分, 满分 5 分。	查看反馈内容相关佐证材料, 包括反馈形式、时间、内容。	5		
3. 内部管理 (20 分)	3.1 内部制度建设情况	3.1.1 健全内部工作制度, 制度完善, 具有可操作性。酌情给分, 满分 10 分。	查看内部工作制度文件或相关照片。	10		
	3.2 责任单位保障支持情况	3.2.1 责任单位提供专项经费支持, 满足质控工作需要, 酌情给分, 满分 5 分。	查看单位支持情况, 经费支持佐证材料等材料。	5		
		3.2.2 责任单位办公场所、设备、设施保障情况, 满足中心工作需要, 酌情给分, 满分 5 分。	查看办公场所、设施等照片。	5		
4. 加分项情况 (5 分)	5.1 在省/市级专业质控工作专题会议上作报告。		查看佐证材料, 影像、会议邀请(通知)、议程等	1		
	5.2 取得质量管理研究成果, 发表论文、专利等。		查看有关材料, 未经允许使用质控数据发表论文等, 此项不得分	1		
	5.3 积极参与省/市质控中心组织活动, 并组织辖区内医疗机构参与。		查看有关影像、图片或记录	3		

备注: 质控中心有下述情形的每项减 15 分: (1) 开展与质控工作无关的活动; (2) 以质控中心的名义使用企业赞助或其他社会渠道来源的经费开展工作; (3) 以质控中心的名义主办或者参与向任何单位、个人收费的营利性活动; (4) 以质控中心名义颁发各类证书或者聘书; (5) 利用医疗质量数据资源进行营利性、危害国家和社会、违反法律的活动; (6) 未完成市卫生健康委及省口腔医疗质量控制中心交办的相关任务。

附件 5

医疗机构联络信息登记表

序号	医疗机构名称	医疗机构级别（三级、二级、一级、未定级）	医疗机构属性（公立、民营）	哨点医院情况（国家级、省级、市级、非哨点医院）	联系人	电话号
1						
2						
3						
...						