

国家卫生健康委医院管理研究所

国卫医研函〔2024〕48号

关于开展2024年退行性脊柱疾病规范化诊疗 项目建设单位申报工作的通知

各有关单位：

为进一步贯彻落实《健康中国行动（2019—2030年）》要求，构建退行性脊柱疾病规范化诊疗体系，推动各级医疗机构诊疗规范化、标准化和同质化，我单位开展了“退行性脊柱疾病规范化诊疗项目”（以下简称“项目”）。根据项目工作安排，现决定开展2024年项目建设单位申报的工作，具体事宜通知如下：

一、申报要求

申报单位应满足申报要求，包括医疗机构基本要求和医疗团队要求等，具体内容见附件1。

二、申报流程

（一）申请时间：2024年3月至8月。

（二）请申报单位认真填写退行性脊柱疾病规范化诊疗项目医院申请表，申请表见附件2。

(三) 请申报单位将申请表原件(签字并加盖公章)及证明材料复印件装订成册, 邮寄至项目管理办公室。

(四) 请申报单位将寄送材料电子扫描版(PDF格式)发送至邮箱 ncis@niha.org.cn, 邮件主题为“退行性脊柱疾病规范化诊疗项目申报材料+医院名称”。

(五) 申请结束后, 由项目组专家委员会进行审核。根据审核结果, 确定 2024 年度退行性脊柱疾病规范化诊疗项目建设单位。

三、其他事项

(一) 医疗机构应如实填写申请表内容, 一经发现虚假填报, 将取消评审资格。

(二) 申请证明材料应真实有效、清晰可查。

(三) 申报材料邮寄地址为: 北京市海淀区首体南路 6 号院 3 号楼国家卫生健康委医院管理研究所 308 室付老师收, 联系电话: 18747279386。

四、联系方式

联系人: 医疗质量监测与控制研究室 袁老师 付老师

联系电话: 010-81138551、8557

联系邮箱: ncis@niha.org.cn

附件: 1. 申报要求

2. 医院申请表

退行性脊柱疾病规范化诊疗项目工作组

(代章)

2024年3月14日



附件 1

申报要求

一、医疗机构诊疗能力

- (一) 重视并常规开展退行性脊柱疾病诊疗工作；
- (二) 医疗机构级别为三级；
- (三) 科室建制设立独立的脊柱外科或脊柱亚专科，已开设脊柱专科门诊；
- (四) 具有开展退行性脊柱疾病诊疗的专业团队，总人数应不少于 10 人，其中至少 3 名高级职称；
- (五) 过去一个自然年，退行性脊柱疾病手术量 ≥ 600 台，专科床位数 ≥ 30 张。

二、医疗机构诊疗质量

- (一) 建设单位负责人具有副高级及以上职称。
- (二) 参照《国家卫生健康委办公厅关于印发有关病种临床路径的通知》（国卫办医函〔2019〕933 号文件）制定，具备开展退行性脊柱疾病的临床路径以及诊疗流程。
- (三) 熟练掌握并开展退行性脊柱疾病诊疗指南常用术式，包括但不限于颈椎椎板成形术、腰椎人工椎间盘置换术、腰椎板切除术。
- (四) 重视诊疗规范和质量控制，保障患者安全。

附件 2

退行性脊柱疾病规范化诊疗项目 医院申请表

单位情况信息			
医院名称		所在省市	
医院类型			
通讯地址 (邮编)			
项目联络人所在 科室主任姓名		所在科室主任 技术职称	
项目联络人姓名		项目联络人 技术职称	
联系电话		电子邮箱	
第一例脊柱外科 手术开展时间		具体手术名称	
2023 年度开展脊 柱外科手术	_____台	经皮内镜颈椎椎板切除减压术	台
		腰椎前路(后路)板切除减压术	台
		腰椎内镜手术	台
		其他术式	台

设立独立的脊柱 外科或亚专科	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否开设 专科门诊	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
重点专科建设情 况	<input type="checkbox"/> 国家级重点专科 <input type="checkbox"/> 省市级重点专科 <input type="checkbox"/> 否	医院是否建立 MDT 团队	<input type="checkbox"/> 已建立 MDT 团队 <input type="checkbox"/> 未建立 MDT 团队
骨科医师团队	脊柱外科专科医师 _____人	其中，高级职称 专家人数	_____人
护理团队	_____人	康复团队	_____人
团队学术任职	<input type="checkbox"/> 国家级骨科学会 副主委及以上 <input type="checkbox"/> 省级骨科学会副 主委及以上 <input type="checkbox"/> 其他骨科学会任 职 <input type="checkbox"/> 无	脊柱外科床位数	_____张
脊柱外科科室，参 照《国家卫生健康 委办公厅关于印 发有关病种临床 路径的通知》（国 卫办医函（2019）	_____个	2023 年全院 CMI 值	_____

933号文件)制定,并在用的临床路径数量			
2023年脊柱内镜手术占脊柱外科总手术量	占比 _____%	2023年退行性脊柱疾病领域的指南或共识的制定数量	_____个
2023年脊柱外科患者术后一年随访率	_____%	2023年脊柱外科术后30天内非计划再手术率	_____%
2023年脊柱外科平均住院日	_____天	2023年脊柱外科床位使用率	_____%
过去三年人均年发表SCI杂志	_____篇	过去三年每年主持国家级、省部级退行性脊柱疾病相关临床研究课题总数	_____项
过去三年人均年发表核心期刊论文数			
注:人均年发表期刊数量为三年骨科团队总共发表的文章数目除以骨科团队总人数;骨科团队构成为医师、护理和康复人员总数。			

既往参与退行性脊柱疾病相关临床队列研究、随机对照研究情况	<input type="checkbox"/> 主导过退行性脊柱疾病相关临床队列研究、随机对照研究 <input type="checkbox"/> 参与过退行性脊柱疾病相关临床队列研究、随机对照研究 <input type="checkbox"/> 未参加过	专职临床研究团队	<input type="checkbox"/> 有专职 CRC 团队 <input type="checkbox"/> 无专职 CRC 团队
过去三年继续教育项目	<input type="checkbox"/> 开展国家级继续教育项目 <input type="checkbox"/> 开展省级继续教育项目 <input type="checkbox"/> 未开展	过去三年培养进修医生	_____人
过去三年培养研究生	_____人		
项目负责人信息			
姓名		年龄	_____岁
性别		从事本专业时长	_____年

技术职称		行政职务	
联系电话		联系邮箱	
工作经历			
社会任职			
过去三年参与过的退行性脊柱疾病相关临床研究或课题及担任的角色			
过去三年发表的退行性脊柱疾病领域的代表性文章			

<p>项目负责人签字</p>	<p>承诺以上信息真实有效，签字：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>
<p>科室主任意见</p> <p>（请签字是否同意并签字盖章）</p>	<p>签字：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>
<p>医疗机构</p> <p>审核意见</p> <p>（请明示是否同意并签字盖章）</p>	<p>签字：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>

填表说明：

1. 所填报信息应当真实有效并提供相关证明材料，如资质证明、病历等；
2. 每家医院可申请一个级别，将根据拟申请级分别予以评审。
3. 退行性脊柱疾病诊疗能力内容填写年度为 2023 年度。
4. 加盖公章应当为医疗机构公章。