

## 医疗质量控制及持续改进方案

### 一、目的：

通过科学的质量管理，建立正常、严谨的工作秩序确保医疗质量与安全，杜绝医疗事故的发生，促进医院医疗技术水平、管理水平，不断发展。

### 二、目标：

逐步推行全面质量管理，建立任务明确职责权限相互制约，协调与促进的质量保证体系，使医院的医疗质量管理工作达到规范化、标准化、努力提高工作质量及效率。通过全面质量管理，使我院医疗质量达到全面提高。

### 三、健全质量管理及考核

1、成立院科两级质量管理，医院设立医疗质量管理委员会，由分管院长负责，医务科、护理部、感染科及主要临床、医技、药剂科室主任组成。负责制定修改全院的医疗、护理、医技、药剂质量管理目标及质量考核标准，制定适合本院的医疗工作制度，诊疗、护理技术操作规程，对医疗、护理、教学、科研、病案的质量实行全面管理。对医疗缺陷、差错与纠纷进行调查、处理。各临床、医技、药剂科室设立质控小组。由科主任、护士长、质控医、护、技等人组成。负责贯彻执行医疗卫生法律、法规、医疗护理等规章制度及技术操作常规。对科室的医疗质量全面管理。定期逐一检查登记和考核上报。

2、各科室成立医疗质控小组，对本科室的医、护质量随时指导、考核。

3、建立病案管理委员会、药事委员会、医院感染管理委员会、输血管理委员会分别负责相关事务和管理工作。

### 四、健全规章制度

1、执行以岗位责任制，认真履行各级各类人员岗位职责，严格执行各种诊疗护理技术操作常规。

2、重点对医院医疗核心制度的执行进行监督检查。

3、医技科室要建立标本签收、查对、质量随访、报告双签字及疑难典型病例讨论制度。逐步建立影像、检验、放射与临床联合会诊讨论制度。

4、健全医院突发公共卫生事件、感染管理、传染病管理、疫情登记报告制度，严格执行消毒隔离制度和无菌操作规程。

#### 五、考核标准：

按医院综合目标考核标准认真执行（见病历评价、护理文书评价及考试管理标准）奖惩兑现。

#### 六、增强法律意识和质量意识

1、实行执业资格准入制度，严格按照《执业医师法》规定的范围执业。

2、新进人员岗前教育，必须进行医疗卫生法律法规、部门规章制度和诊疗护理规范、常规及医疗质量管理等内容的学习。

3、全员质量管理教育，并纳入专业技术人员考试内容。对违反医疗卫生法律法规、规章制度及技术操作规程的人员进行个别强化教育。

4、医院或科室\_\_\_相关人员学习卫生法律和规章制度、操作规程及医院有关规定。

5、医疗质量管理委员会定期对各类医务人员进行“三基”、“三严”强化培训，达到人人参与，人人过关。要把“三基”、“三严”的作用贯彻到各项医疗业务活动和质量管理的始终。临床医师体格检查技能、医护人员人人掌握徒手心肺复苏技术、新生儿复苏技术操作及常用急诊急救设施、设备的使用方法。

#### 七、医疗安全管理

##### 1、牢固树立“安全第

一、防范为先”的观念，本着对病人生命高度负责的精神做好每一项诊疗工作，构建和谐医患关系，采取有效措施，加强职业安全的监督管理，保障各级各类医务人员的职业安全。

2、相关科室要\_\_\_开展全员医疗服务安全教育，树立医疗服务安全意识，加强医疗服务安全管理，坚持“严格要求、严密\_\_\_、严谨作风”，开展医疗服务安全监督、评价、改进工作，并进一步完善\_\_\_应急处理预案。

3、严格执行新技术、新项目准入、报批、审核制度，减少医疗安全隐患。4 失行为和医疗事故，\_\_\_制定防范非医疗因素引起的意外伤害事件的措施及保护医务人员职业安全的措施。

5、建立和完善医、患沟通制度，主动加强与病人的交流，构建和谐医患关系，建立和完善医疗纠纷投诉处理制度，公布投诉电话，做到热情接待、耐心解释、及时受理、处理投诉，发现问题，坚决整改。

6、要确保医疗设备、设施处于正常的和安全的功能状态，以确保病人的抢救治疗和诊断，要建立和完善各项医疗设备、设施的保养和维修制度，保证\_\_\_小时都能提供维修服务。

7、严格执行医用放射性物质、\_\_\_试剂、毒麻药品等安全管理制度，建立并完善处理放射事故等意外事件的预案。

#### 八、建立完整的医疗质量管理监测体系

##### 1、分级管理及考核

(1)、各级医疗质量管理\_\_\_定期检查考核，对医疗、护理、医技、药品、病案、医院感染管理等的质量进行监督检查、考核、评价，

(2)、职能部门要定期下科室进行质量检查，重点检查医疗卫生法律、法规和规章制度执行情况，上级医师查房指导能力，住院医师“三基”能力和“三严”作风。(3)、分管院长应\_\_\_职能部门和相关科室负责人，进行节假日前检查，突击性检查及夜查房，督促检查质量管理工作。(4)、各科室医疗质控小组应每月对本科室医疗质量工作进行自查、总结、上报。

2、职能部门及各临床、医技、药剂科室、质控小组要制定切实可行的质量管理措施及评价方法。要建立健全各种医疗质量记录及登记。对各种质量指标做好登记、收集、统计，定期分析评价。

##### 3、建立质量管理效果评价及双向反馈机制。

(1)、科室医疗质控小组每月自查自评，认真分析讨论，确定应改进的事项及重点，制定改进措施，并每月有医疗质控工作月报表和科室当月的质控工作总结。

(2)、医疗质量管理委员会定期向临床医技等科室下发医疗质量管理评价表，进行交叉评价，经职能部门汇总分析，在临床、医技等科室主任联系会上通报。

(3)、医务科、护理部、药剂科、院感办等职能部门应将检查考核结果、医疗质量指标等，分析后提出整改意见，及时向临床、医技等科室质控小组反馈科室质控小组应根据整改建议制定整改措施，并上报相关职能部门。

(4)、医疗质量管理委员会应定期召开全体会议，（范本）评价质量管理措施及效果分析，讨论存在的问题，交流质量管理经验，讨论、制定整改计划及措施。

八、制订医疗质量奖惩措施，制订医疗质量管理办法及医疗质量奖惩措施，奖优罚劣。

### 医疗质量持续改进方案

为了强化医疗卫生工作的质量意识和服务意识，坚持以病人为中心，提高服务质量，规范医疗行为，增加社会信任度，减轻病人经济负担和就医安全感，根据《\_\_执业医师法》、《\_\_护士管理办法》、《医疗机构管理条例》以及卫生厅有关文件精神，特制定我院医疗质量持续改进方案。

#### 一、医疗质量管理目标及对象

##### （一）管理目标：

医院科室医疗质量\_\_管理、诊疗技术规范、医院感染、合理用药、急诊急救、临床用血质量和安全、护理质量、单病种质量管理。逐步推行全面质量管理，建立任务明确的职责权限并相互制约，协调与促进质量保证体系，使医院的医疗质量管理工作达到法制化、标准化、设施规范化，努力提高工作质量及效率。通过科学的质量管理，建立正常、严谨的工作秩序，确保医疗质量与安全，杜绝医疗事故的发生，促进医院医疗技术、管理水平不断发展。

##### （二）管理对象：

##### 1、临床科室：

大内科、外护科

##### 2、医技科室：

功能科、放射科、检验科、病理科。

#### 二、医疗质量工作计划

##### （一）健全医院医疗质量管理网络：

为了达到医院医疗质量管理的全员参与、全部门控制、全过程控制，建立完善的医疗质量管理体系。

##### 1、医疗质量管理委员会

##### 2、病案管理委员会

### 3、医疗质量督导组

### 4、科室质控小组

#### (二) 加强全员质量意识

1、所有新进院人员（新调入和新分配人员）进行岗前培训时，培训内容应包含有关医疗质量管理的内容。

2、各科质控医师学习有关医疗质量管理指标、方法，以加强各科的医疗质量管理力量。

3、制订各项规章制度的落实等方面的奖惩细则，使全体职工了解医院管理，参与医院管理。相关职能科室以此为依据对各科室进行奖惩。

#### (三) 医疗质量管理流程

1、个人目标质量管理。职工根据国家相关的法律法规、医院的各项规章制度和员工手册的要求进行自我管理。

2、基层质量管理。由科室主任、护士长和科秘书等组成质控组，负责本科的质量管理。

3、中层质量管理。由相应的职能科室分工合作进行。其中护理部负责护理系列的质量管理；院感科负责有关院内感染和合理使用抗生素方面的管理；门诊部负责门诊各诊室的医疗质量的具体管理；药剂科负责处方质量及协同院感科进行抗生素管理；医务处负责全院各临床科室的环节质量管理及终末质量管理。

4、高层质量管理。由医院领导对医院的医疗质量管理进行决策，提高医院的基础质量水准。

### 三、监测指标及主要措施

#### (一) 临床科室：

1、要求各临床科室成立以科主任、护士长等组成的医疗质量管理小组，根据医院的质量管

理计划、方案、医疗指标制订本科室的质量管理计划方案及完成计划的措施，每月对本科室的病历质量、医疗工作质量、医疗指标完成情况，质量教育情况进行自查、自评，每季进行一次小结，找出存在问题，提出改进措施。建立本专科

诊疗技术常规和特殊治疗操作规范。（范本）严格执行各种医疗工作规章制度，要求各科年青医师基础质量“三基”考核合格率在\_\_\_%，年终有质量管理总结。

2、全院临床科室总医疗指标。根据各科前三年实际完成的指标数为依据，制定各科各项医疗指标。在抓好服务质量与医疗质量的同时，有效的缩短平均住院日，院总出院病人平均住院日为 $\leq$ \_\_\_天，病床周转次数为\_\_\_天/年，治愈好转率为 $\geq$ \_\_\_%，院总药占比控制在\_\_\_%以内，其余指标继续达到三甲医院标准，病床使用率 $\geq$ \_\_\_%（重点专科 $\geq$ \_\_\_%）；手术前后诊断符合率 $\geq$ \_\_\_%，临床诊断符合率 $\geq$ \_\_\_%；甲级病案率 $\geq$ \_\_\_%，无丙级病历，危重病人抢救成功率 $\geq$ \_\_\_%；院内感染率 $\leq$ \_\_\_%，出入院诊断符合率 $\geq$ \_\_\_%，无菌手术切口感染率 $\leq$ \_\_\_%；住院产妇死亡率 $\leq$ \_\_\_%。

3、住院病历质量由科室、医院医疗质量管理督导组、医院病案管理委员会三级质量监控网络进行管理，严格按照\_\_\_部、卫生厅《病历书写基本规范》进行书写，严格执行三级查房制度，提高病历质量，出院病历由质控医师、科主任进行初评，在达到甲级病历标准后送病案室，再由病案科质控医师定期抽查进行终末评分、评比，对病历存在的问题及时反馈到各科室，要求各科的甲级病案率 $\geq$ \_\_\_%，无丙级病历。医院医疗质量督导组、病案委员会也定期抽查部分病历，对存在问题提出改进意见。凡出现乙级病历\_\_\_份扣责任人（责任人由科室质控小组认定）\_\_\_元，丙级病历\_\_\_份扣\_\_\_元，丢失病历\_\_\_份扣\_\_\_元，并在月度考核中扣相应的质控分。

4、门诊处方由药剂科及门诊部进行二级质量管理，首先在发药窗口进行把关，对不合格的门诊处方指出其错误之处并退回修改，同时进行登记，定期反馈到医务处；门诊部每周对门诊处方检查一次；药剂科每月抽查部分处方，对其进行分析，将存在的问题公布于《药讯》中，问题处方要公示、点评，以提醒临床医师注意；医务处每月进行检查评分，将处方存在的问题反馈给个人并与科室质控分挂钩。

5、门诊病历由门诊部进行管理，每周由门诊部对门诊病历进行监督、检查，门诊部每月对所查门诊病历进行质控评分，反馈给医务处进行奖惩。

6、鼓励各科开展新技术，新科研项目，年终由专家委员会对各科室开展的新技术、新科研项目进行评比，评出

一、

二、三等奖，给予奖励。同时建立新技术、新项目开展的准入、审批制度，按制度要求做为质控标准，使我院的医疗工作有序进行。

(二) 医技科室：

各医技科室根据医院的质量管理计划方案，制定本科室的质量管理计划、方案及完成计划的措施，制定本科室的工作制度。每月对本科的质量进行检查、自评，每季进行一次小结，找出存在问题，提出改进措施，医技人员“三基”考核合格率要求\_\_\_%，年终有质量管理总结。有合理的专科技术操作规程，大型设备检查阳性率达标，有大型检查、特殊治疗的应用及操作规范。（范本）

1、检验科：

(1) 细菌培养，药敏试验参加全国质控，有质控措施和记录，细菌室间质评全\_\_\_定正确率 $\geq$ \_\_\_%。

(2) 临床化学室间质评回报全年平均及格（vis <120），有室间质控成绩通报及质控图。

(3) 血液学室的质评全年平均及格（改良偏离指数  $di \leq 2 \square \square$

(4) 免疫室间质评全年平均及格。

(5) 临床输血履行审批手续，资料（用血申请单等）妥善保管；交叉配血方法正确，血型交叉配血符合率\_\_\_%，有交叉配血登记本；有输血安全措施，建立输血反应及输血感染疾

病的登记报告和调查处理制度；有输血前检查和核对制度，有原始材料。

(6) 三甲医院要求的必备项目计划达标，有试验室质量保证措施，有检查登记本。

3、功能科：

(1) 资料分类编号保存，有严格的管理制度。

(2) 心电图诊断与临床诊断符合率 $\geq$ \_\_\_%。

(3) b超诊断与临床诊断符合率 $\geq$ \_\_\_%。

(4) 诊断报告书写规范、项目完整、诊断明确、数据准确、字迹清晰无错字。

(5) 全面开展三甲医院必备项目。

#### 4、放射科：

(1) 大型\_\_\_光机检查阳性率 $\geq$ \_\_\_%。

(2) ct 检查阳性率 $\geq$ \_\_\_%，并有记录。

(3) 借出\_\_\_片按期回收，回收率\_\_\_%。

(4) 诊断报告书写规范、项目完整、诊断明确、数据准确、字迹清晰无错字。

(5) 放射科技术必备项目计划达标。

#### 4、病理科：

(1) 病理切片分类编号保存，有严格的管理制度。

(2) 快速病理切片按规范要求及时限进行。

(3) 常规病理诊断报告书写规范、项目完整、诊断明确、数据准确、字迹清晰无错字。

(4) 全面开展三甲医院必备项目。

#### 四、综合考评及奖惩

根据每月的综合质量考核结果，每次将医疗质量信息及时反馈到各个科室，并互动追踪，不断提高医疗质量水准。以医院绩效考核方案为依据，对职工进行经济、行政奖励和处罚。

### 医疗质量管理及持续改进方案（试行）

医疗质量是医院发展之本，为进一步强化医疗服务监管制度建设，不断提高医疗质量，保障医疗安全，促进医患和谐，结合我院实际，特修订完善医疗质量管理及持续改进方案。

#### 医疗质量管理方案

##### 一、指导思想



(一)、实行全面质量管理和全程质量控制。建立从患者就医到离院，包括门诊医疗、病房医疗活动的全程质量控制流程和全程质量管理体系。明确管控内容并将其纳入医疗管理部门的日常工作，实施动态（范本）监控，保证质控措施的落实及持续改进。

(二)、以规章制度和医疗常规为依据，并不断修订完善。

(三)、强化各种医疗技术把关制度，如三级医师负责制度、会诊制度和病例讨论制度等，将医务人员个人医疗行为最大限度地引导到正确的诊疗方案中。

(四)、质量控制部门有计划、有针对性地进行干预，对多因素影响或多项诊疗活动协同作用的质量问题，进行专门调研，并制定全面的干预措施。

## 二、管理体系

(一) 医疗质量与安全管理委员会

主任委员：院长

副主任委员：副院长委员：

医疗质量与安全管理委员会的职责：

(1)、教育各级医务人员树立全心全意为患者服务的思想，改进医疗作风，改善服务态度，增强质量意识，保证医疗安全，严防差错事故。

(2)、审校医院内医疗、护理方面的规章制度，并制定各项质量评审要求和奖惩制度。

(3)、掌握各科室诊断、治疗、护理等医疗质量情况.及时制定措施，不断提高医疗护理质量。

(4)、对重大医疗、护理质量问题进行鉴定，对医疗护理质量中存在的问题，提出整改要求。

(5)、对院内有关医疗管理的体制变动，质量标准的修定进行讨论，提出建议，提交院长办公会审议。

(二) 质量管理小组

1. 科室医疗质控小组组

长：科室主任

副组长：科室护士长

员：各科室成员科室医疗质控小组职责：

(1)、结合本专业特点及发展趋势，制定及修订本科室疾病诊疗常规、药物使用规范并\_\_\_实施，责任落实到个人。

(2)、定期\_\_\_各级人员学习医疗、护理常规，强化质量意识。

(3) 参加医疗质控办公室的会议，反映问题。收集与本科室有关的问题，提出整改措施。

### (三) 医务人员自我管理

在医疗活动过程中，医务人员的个人行为具有较大的独立性，其个人素质、医疗技术水平对医疗质量影响较大，是质量不稳定的主要因素，是质量控制的基本点。在质控过程中，特别要强调医师负责制度、会诊制度和病例讨论等把关制度，确保医疗质量控制的正确实施。

## 医疗质量持续改进方案

### 一、成立\_\_\_机构

医疗质量持续改进计划领导小组组

长：院长

副组长：副院长成

员。各职能科室负责人及临床科室主任、护士长。

### 二、需要改进的内容

均按二级等级医院的要求执行。

#### (一) 医疗制度、医疗技术

责任科室：医务科、护理部；责任人：各科室负责人

1. 重点抓好医疗核心制度的落实。首诊负责制度、三级医师查房制度、疑难危重病例讨论制度、会诊制度、危重患者抢救制度、分级护理制度、死亡病例讨论制度、交接班制度、病历书写基本规范与管理制度、查对制度、抗菌药物分级管理制度、手术安全核对制度、知情同意谈话制度等。

2. 加强医疗质量关键环节、重点部门和重要岗位的管理。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/086221202120010232>