

医疗质量管理与持续改进考核标准

血透室

一、质量管理相关目标及相关评价指标

（一）质量管理相关目标

- 1.专业设置、人员配备及其设备、设施符合医院功能任务要求，布局合理。
- 2.有质量管理制度落实措施保障安全。
- 3.严格执行医院感染管理制度与程序，有完整的监测记录与应急管理预案。
- 4.血液透析机与水处理设备符合要求。
- 5.透析液的配制符合要求，透析用水化学污染物、透析液细菌及内毒素检测达标。

（二）相关评价指标

（三）血透室质量考核标准

质量考核内容及标准	评分方法
质量管理相关目标	
1.布局是否合理；	布局不合理每处扣2分；
2.设施设备是否适用	设施设备不适用，每件扣5分；
3.是否建立质量管理制度	未建立制度扣5分；

4.制度是否落实。	制度未落实扣 10 分；
5.是否制定医院感染管理制度与程序；程序执行是否到位；	未建立制度和预案扣 5 分；程序执行不到位扣 10 分；
6.是否有有完整的监测记录与应急管理预案；	无完整的监测记录，每次扣 10 分；
7.监测结果不符合要求、有无整改意见。	监测结果不符合要求每次扣 10 分，无整改意见扣 10 分；
8.血液透析机与水处理设备是否符合要求。	设备不符合要求每处扣 5 分；
9.透析液的配制是否符合要求；	透析液配制不符合要求，每次扣 5 分；
10.透析用水化学污染物、透析液细菌及内毒素检测是否达标。	透析用水化学污染物、透析液细菌及内毒素检测未达标，每项次扣 10 分；
医疗服务安全和指令性任务	
1.每季度至少开展一次科室医疗服务安全教育，提高医疗服务安全意识。	少开展一次扣 10 分；
2.及时报告、妥善处理医疗过失行为和医患纠纷。	未及时报告和处理扣 20 分；
3.认真完成政府指令性及卫生支农任务，积极参加政府组织的社会公益性活动。	未完成政府指令性及卫生支农任务扣 20 分；
科室质量管理小组职责	

<p>1.医院的科室质量管理专业性强、技术复杂，本身就构成了一个复杂的技术系统。科主任的技术水平、管理能力在很大程度上决定着科室的质量水平。除同行专家评审，作为一般业务行政职能部门是没有能力直接控制质量形成的全过程。环节质量控制、终末质量控制、评价是科主任及科室质量管理小组的职责及经常性工作。</p> <p>2.科室质量管理小组负责组织本科室各级人员落实质量管理的各项规章制度，并结合本科室的质量教育、检查等与质量管理有关的规章制度执行情况，发现问题，及时纠正。</p> <p>3.科室质量管理小组负责收集汇总本科质量管理的有关资料，进行分析研究和总结，并定期向医疗质量管理委员会和质控科汇报质量管理工作。</p>	<p>科室所发生的质控扣分，质控小组成员承担 50%。</p> <p>年终质控扣分，末五名扣除该科科主任院长基金的 35%</p>
<p>科室医院感染管理小组职责</p>	
<p>1.对有关预防和控制医院感染管理规章制度的落实情况进行检查和指导；</p> <p>2.对医院感染及其相关危险因素进行监测、分析和反馈，针对问题提出控制措施并指导实施；</p> <p>3.对医院感染发生状况进行调查、统计分析，并向医院感染管理</p>	<p>科室所发生的院感扣分，院感小组成员承担 50%。</p>

<p>委员会或者医疗机构负责人报告；</p> <p>4.对医院的清洁、消毒灭菌与隔离、无菌操作技术、医疗废物管理等工作提供指导；</p> <p>5.对传染病的医院感染控制工作提供指导；</p> <p>6.对医务人员有关预防医院感染的职业卫生安全防护工作提供指导；</p> <p>7.对医院感染暴发事件进行报告和调查分析，提出控制措施并协调、组织有关部门进行处理；</p> <p>8.对医务人员进行预防和控制医院感染的培训工作；</p> <p>9.参与抗菌药物临床应用的管理工作；</p> <p>10.对消毒药械和一次性使用医疗器械、器具的相关证明进行审核；</p> <p>11.组织开展医院感染预防与控制方面的科研工作；</p> <p>12.完成医院感染管理委员会或者医疗机构负责人交办的其他工作。</p>	<p>年终院感扣分，末五名扣除该科科长院长基金的 15%</p>
<p>相关指标：患者、医师与护理人员对检验科服务满意度≥90%</p>	<p>每月对医护人员及病人分别进行调查，满意度每下降 1%扣 5</p>

	分
--	---

二、核心制度及其他重要制度

质量考核内容及标准	评分方法
核心制度	
(一) 首诊负责制	
1.是否推诿病人	推诿病人扣 30 分；
2.危重病人是否派专人护送	危重病人未派专人护送扣 30 分；
3.执行是否到位	执行不到位，每次扣 30 分；
4.是否书写门诊病历	未书写门诊病历扣 10 分；
(二) 三级医师查房制度	
1.是否及时查房	未落实三级医师负责制分别扣住院医师、主治医师 5 分，副主任医师以上扣 10 分；
2.查房是否规范	查房不规范扣 3 分
3.疑难、危重患者住院期间是否有科主任（外出时为科副主任或副主任医师以上的医师）查房记录	无科主任（外出时为科副主任或副主任医师以上的医师）查房记录扣 10 分

(三) 疑难病例讨论制度	
1.是否进行疑难病例讨论	未进行疑难病例讨论扣 20 分
2.是否及时进行疑难病例讨论	未及时进行疑难病例讨论扣 10 分
3.疑难病例讨论内容是否规范	疑难病例讨论内容不规范每项扣 5 分
4.讨论记录本记录的内容与病历是否一致	讨论记录本记录的内容与病历不一致扣 5 分
(四) 会诊制度	
1.是否私自外出会诊	发现私自外出会诊扣 50 分
2.是否按规定带回会诊邀请单和会诊费	未按规定带回会诊邀请单和会诊费扣 5 分
3.院内会诊是否按规定时限到位	院内会诊未按规定时限到位扣 5 分
4.记录内容是否规范	记录内容不规范扣 3 分
5.邀请外院专家会诊是否履行相关手续	邀请外院专家会诊未履行相关手续扣 10 分
(五) 危重患者抢救制度	
1.抢救是否规范	抢救不规范扣 10 分, 造成后果另行处理
2.危重病人抢救登记本是否有漏登或有登记病历中未记录	危重病人抢救登记本漏登或有登记病历中未记录, 每项扣 3 分
3.病危通知书是否上交临管部	病危通知书未上交临管部每例扣 3 分

4.病危通知书内容不规范或未书写	病危通知书内容不规范扣 2 分，一次未书写扣 10 分
(六) 手术分级制度	
内容略。	每项不符合要求扣 10 分
(七) 术前讨论制度	
1.术前是否进行讨论	术前未进行讨论扣 20 分
2.术前讨论内容是否规范	内容不规范扣 5 分
(八) 死亡病例讨论制度	
1.是否进行死亡病例讨论	未讨论扣 20 分
2.是否按规定时间讨论	每延迟 1 天扣 5 分
3.讨论内容是否规范	内容不规范每处扣 3 分
(九) 分级护理制度	
1.是否按要求分级	未按要求分级扣 5 分
2.分级与病情是否相符	分级与病情不符扣 3 分
(十) 查对制度	
执行是否到位	执行不到位每次扣 5 分，造成后果的按相关条例另作处理。
(十一) 病历书写基本规范与管理制度	

1.病历甲级率 $\geq 90\%$	每发现一份乙级病历扣 20 分，每发现一份丙级病历扣 50 分。
2.是否及时书写首次病程记录、入院记录、手术记录、抢救记录	每发现一例不及时扣 10 分，记录不规范每处扣 3 分
3.病程记录是否及时书写与整改	病程记录未及时书写与整改，每次扣 5 分；
4.出院小结与病程记录内容是否规范	出院小结与病程记录内容每处不规范扣 1 分。
5.病历中是否有粘、贴、涂改情况	病历中发现粘、贴、涂改，属重大缺陷，按乙级病历处罚。
6.是否及时完成常规检查和必做检查的（拒检应有患方签字）	未及时完成常规检查和必做检查的（拒检应有患方签字），每次扣 5 分。
7.门诊病历、门诊日志合格率 100%，门诊处方合格率 $\geq 95\%$ 。	每发现一份不合格扣 5 分。
8.各种检查申请单合格率 100%。	每发现一份不合格扣 3 分。
9.出院病历及时归档率 100%。	每推迟一天扣 10 分（每周二前归档，上周五出院以前病历）。
10.是否知晓病历复印程序	病历复印程序（含客观病历）知晓知识考核：不知晓每人扣 2 分。
11.拒绝、放弃抢救、检查、治疗或病重以上自动要求出、转院等，是否有患者（近亲属）意见及签名	拒绝、放弃抢救、检查、治疗或病重以上自动要求出、转院等，缺患者（近亲属）意见及签名，发现一次扣 10 分。
（十二）交接班制度	
是否执行到位，是否执行双签字	一次不到位扣 5 分；未执行双签字扣 2 分

(十三) 临床用血审核制度-----见临床用血项	
其他重要制度	
(一) 随诊制度	
1.是否执行到位	执行不到位扣 10 分;
2.是否有虚假行为	有虚假行为扣 20 分。
(二) 知情同意制度	
1.实施手术、麻醉、输血及血制品、有创操作、危重病情告知等是否签署知情同意书	实施手术、麻醉、输血及血制品、有创操作、危重病情告知等每发现一次未签署知情同意书扣 10 分
2.实行 CT、MRI、介入及内窥镜等高额项目检查, 使用高值医用耗材以及自费或高价药 (最小包装>100 元), 是否履行告知手续	未履行告知手续每次扣 5 分
3.知情同意手续是否规范及完整	知情同意手续不规范、不完整每处扣 2 分。

三、临床合理用药

质量考核内容及标准	评分方法
-----------	------

贯彻落实《药品管理法》、《医疗机构药事管理暂行规定》、《处方管理办法》、《抗菌药物临床应用指导原则》、《麻醉药品临床应用指导原则》和《精神药品临床应用指导原则》等有关法律、法规和规范。每年至少进行 2 次医护人员合理用药培训。	违反有关法律法规和规范，每次扣 20 分； 每少于一次培训扣 10 分。
健全临床用药的监督、指导、评价制度，开展药物安全性监测、药物不良反应与药害事件的监测和报告、抗菌药物临床应用监测，协助做好细菌耐药监测。提供合理用药咨询服务，积极推广个体化给药方案。	每一环节不到位扣 5 分；
加强处方管理，落实处方点评制度，提高处方质量，保障合理用药。	每一环节不到位扣 5 分；
加强特殊药品的管理，包括毒性药品、麻醉药品、精神药品、放射药品的购置、使用与安全保管。	每一环节不到位扣 10 分；
对抗菌药物，消化药物、心血管药物、营养药物、抗肿瘤药物及生物制品等前十位用药量，实施排名并监控，及时进行超常预警并定期公布	排名前十位，每人扣 5 分；未进行及时整改扣 10 分；
按照安全、有效、经济的原则选择用药，做到用药适应症明确，无明显的药物配伍禁忌，无重复用药情况发生，合理用药合格率 $\geq 95\%$ （着重对抗菌药物、消化道药物、抗肿瘤药物、心血管药物、营养药物和生物制品进行评价）；药品收入比例不超过本院总收入的 45%；	1. 抽查的 100 张处方和 20 份住院病历（运行病历 10 份，归档病历 10 份），低于 1% 扣 5 分； 2. 无分析评估报告扣 5 分； 3. 药占比每超 1% 扣 5 分；
执行《抗菌药物临床应用指导原则》及《江西省抗菌药物分线使用及分级管理办法（试行）》，合理使用抗菌药物并对抗菌药物进行评价；建立抗菌药物监测网，抗菌药物占药品消耗比例 $\leq 2.5\%$ ；	1. 抽查 10 份 I 类切口的手术病历；看围手术期预防性使用抗菌药物合理性情况，不合要求每例扣 10 分； 2. 抽查内科病历归档病历 20 份，看治疗性使用抗菌药物合理性情况，不合要求每例扣 10 分； 3. 看抗菌药物占药品消耗比例是否超过 2.5%，超过标准扣 20 分；
住院病人使用抗菌药物须规范进行病原微生物检测及药敏试验；	未进行病原微生物检测及药敏试验每例扣 5 分；
病原微生物检测及药敏试验送检率 $\geq 60\%$ ；	送检率不达标扣分；
执行麻醉药品和精神药品管理规定；	未按规定执行每次扣 5 分；

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/478135106140006033>