

医院医疗质量管理方案

医院医疗质量管理方案（精选 10 篇）

为了确保事情或工作科学有序进行，往往需要预先制定好方案，方案一般包括指导思想、主要目标、工作重点、实施步骤、政策措施、具体要求等项目。我们应该怎么制定方案呢？以下是小编帮大家整理的医院医疗质量管理方案，仅供参考，希望能够帮助到大家。

医院医疗质量管理方案 篇 1

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法制化、标准化，设施规范化，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国家二级甲等中医院水平。

三、健全质量管理及考核组织

1、成立院科两级质量管理组织

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、医疗质控办及主要临床、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，制定适合我院的医疗工作制度，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。负责制定与修改医疗事故防范与处理预案，对医疗缺陷、差错与纠纷进行调查、处理。负责制定、修改医技质量管理奖惩办法，落实奖惩制度。

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、药师等人组成。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规程。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、健全三级质量监督考核体系

成立医院医疗质量检查小组，由分管院长担任组长，医务科、护理部主任分别负责医疗组、护理组的监督考核工作。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。形成医疗质量管理委员会、医疗质量检查小组、科室医疗质量控制小组三级质量监督、考核体系。

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、医疗事故预防及处理委员会。分别负责相关事务和管理工作。

四、健全规章制度：

1、逗硬执行以岗位责任制为中心内容的各项规章制度，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规程常规。

2、重点对以下关键性制度的执行进行监督检查：

(1)病历书写制度及规范

(2)危急重症抢救制度及首诊责任制

(3)三级医师负责制及查房制度

(4)术前讨论及手术审批制度

(5)医嘱制度

(6)会诊制度

(7)值班及~制度

(8)危重、疑难病例及死亡病例讨论制度

(9)医疗缺陷登记及过失（纠纷）报告制度

(10)传染病登记及报告制度

(11)业务学习制度

(12)查对制度等

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（理）讨论制度。逐步建立影像、病理、药剂与临床联合讨论制度。

4、健全医院感染管理制度和传染病管理，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、加强全面质量管理、教育，增强法律意识、质量意识。

1、实行执业资格准入制度，严格按照《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、不定期举行全员质量管理教育，并纳入专业技术人员考试内容。

4、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。

5、各科室医疗质控小组应定期组织本科的人员学习卫生法规，规章制度、操作规程及医院有关规定。

6、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。医护人员人人掌握徒手心肺复苏技术操作和常用急诊急救设施、设备的使用方法。

7、建立医务人员医疗技术缺陷档案。

六、建立完整的'医疗质量管理监测体系。

1、分级管理及考核：

(1)、各级医疗质量管理组织定期检查考核，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，提出改进意见及措施。

(2)、职能部门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)、分管院长应组织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)、院医疗质量检查小组要定期和不定期组织科室交叉检查、考核。

(5) 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，并每月有医疗质控办上报业务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、质控办、信息科、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，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。

七、建立医疗质量管理奖励基金。

制订医疗质量管理奖惩办法，奖优罚劣。医疗质量的检查考核的结果与科室、个人的效益工资、职称晋升、年度考核、劳动聘用等挂钩，与干部选拔及任用结合，实行医疗质量单项否决。

医院医疗质量管理方案 篇2

病案系所有医疗护理文件的总称，是伤病员病情演变和医务人员医疗活动的真实记录，也是医疗、教学与科研工作的重要资料。病案具有较高的法律效应，是处理医疗纠纷、医疗鉴定和涉法案件的关键证据之一，也是医保、商业保险、新农合报销和有关理赔方面的重要凭据和用人单位录用工作人员、伤残评估、病体证明的依据。病案质量反映了医院管理、医疗规章制度落实、医疗技术和科研水平，体现了医院的医疗技术水平和医疗质量，是医院进行医疗质量管理、保障医疗安全的重要手段。认真抓好病案书写质量，能有力促进医院医

疗服务整体水平的提高，因此，医院历来重视病案书写质量，并制订如下管理方案。

一、强化病案质量管理委员会职能

负责研究和探索医院病案管理工作，定期组织检查、分析病案现状，及时发现病案质量或管理工作问题，提出改进和处理意见，报院首长批准后组织实施。

二、病案质量实行三级监控制度

1、自查：经治医师认真书写每一份病案，做到及时、真实、准确、规范、完整、简洁地反映诊疗全过程。病案归档前，认真对照规范要求进行自查。

2、科查：上级医师必须对下级医师的病案进行审修、指导，并逐级签名。主治医师、（副）主任医师利用查房、教学及对病案首页签名时，应逐级检查病案书写质量。各科室应每月召开病案质量分析会，重点对危重症、疑难病、重大手术、疗效差、住院时间长的病例进行分析讨论，并及时召开死亡病例讨论会。

3、院查：医务处定期不定期组织对在院病例进行抽机抽查和点评。医院质控小组定期对归档病案进行抽查和评分。病案质量管理委员会负责终末质控。每年医务处会同质控室、病案质量管理委员会，组织举办1-2次病案评展。

三、病案书写坚持从严要求

1、病案书写参照下发的规范格式执行，各医技科室报告单按制式报告单格式书写。

2、各级医务人员要养成严谨的工作作风、严格的标准要求、严肃认真的'态度，对待每位伤病员，书写好每份病历。

四、病案质量评定实行单项否决制

对影响病案质量的重要环节和项目实行单项否决制。

（一）凡存在以下主要缺陷之一者，病历质量直接降为乙级

1、病案首页医疗信息未填写，或缺项、错项达三项（含三项）以上。

2、首次病程记录无诊断依据、鉴别诊断、拟诊分析；无诊疗计划

或诊疗计划有原则性错误。

3、入院记录及病程记录内容严重缺乏或失实，导致诊断缺乏依据。

4、缺对诊断、治疗起决定性作用的辅助检查或报告单。

5、重大、疑难手术、本院新开展的手术、术前未定式手术无术前讨论（急诊手术除外）。

6、无三级检诊或超过规定时间（一周）；疑难、危重症入院或大手术、疑难手术术后 48 小时内无科主任或副主任医师以上人员查房记录。

7、缺出院记录；死亡病人缺死亡前的抢救记录；缺死亡记录或死亡病例讨论。

8、缺整页病历记录造成病历不完整；有不符合规范要求的涂改、补贴；错别字、病句多、影响准确表达语意，不能通读。

（二）凡出现以下重大缺陷之一者，病历质量直接降为丙级病历

1、存在两项以上乙级病历的单项否决所列缺陷。

2、误诊、误治，延误抢救，导致不良后果。

3、遗漏重要诊断及治疗，导致不良后果。

4、重要操作失误者。

5、按规范要求应有知情同意书而缺如。

6、重要病案内容缺如：缺入院记录、住院病历、首次病程记录、现病史、体格检查、手术记录单、麻醉记录单、护理文件等之一者。

7、病历丢失、篡改病历或在病历中仿他人或替他人签名。

五、强化病案书写的培训与指导

1、凡新来院的住院医师（含聘用医师）、进修医师、实习医师（含研究生），均须进行病案书写规范的岗前培训，经考核合格后才予上岗。

2、住院医师（1 年以下）和进修医师前半年每月必须书写大病历 1 份，由科室逐月登记，注明患者姓名、住院号和书写医师姓名。

3、实习医师可在带教医师指导下书写一般病程记录，不得书写入院记录、首次病程记录、主任查房记录、手术相关记录、临床病例讨论记录、抢救和死亡记录等重要内容，不得与患方签署任何知情同意

书。

4、实习医师在临床科实习期间，每月至少写大病历 4 份；书写的大病历不作为存档的正式病案资料。

六、严格奖惩制度

1、加强医疗质量监控管理

(1) 加强对住院病人诊疗全过程的质量监控。凡未按要求监控者，每份病历扣科室考评分 5 分。

(2) 严格终末质量管理。所有出院病历上级医生必须严格把关，未符合要求者，按考评细则进行扣分。

(3) 严格落实各项医疗规章制度和医疗技术规范，狠抓医疗缺陷控制。质控室抽查或机关检查，发现存在医疗缺陷，属一般医疗缺陷 1 例扣当事人 50 元，并扣科室考评分 10 分；属严重医疗缺陷扣当事人 200 元，并扣科室考评分 20 分。造成医疗纠纷，按纠纷处理细则处理。

(4) 加强对急重症患者的质控管理。科室出现危急重症病人必须上报医务处，抢救时必须有主治医师（含）以上人员在场指导同时报医疗总值班，违者每例次扣科室考评分 5 分。

(5) 加强对围手术期病人的环节质控。重大或新开展的手术必须进行术前讨论，报医务处审批同意后，方可进行；术后 24 小时内必须有主治医师（含）以上人员查房并审阅手术记录和查房记录。违者扣科室考评分 5 分。

(6) 各科室每月组织一次医疗质量分析会，制定质量管理与改进措施，并有专门登记本进行记录。临床科室抽查当月 8 份以上病历（主要为一级护理、疑难危重症、大手术、死亡及出现医疗争议的病历），重点讨论分析病案质量及诊疗质量。医技科室应征询临床科室意见，并讨论分析质控措施、工作质量、服务态度、科间协作等。未落实或分析内涵欠缺，扣科室考评分 10 分。

2、对辅助检查诊断较疑难、结果不确定或与病情不符者，医技科值班人员应及时报告科室领导，必要时组织科内讨论，并将分析结果及时反馈临床科。违者，每例次扣当事人 50-100 元，并扣考评分 5 分。

3、确保麻醉质量和安全。麻醉科要严格落实术前病情熟悉和术后访视；重大、疑难危重症、多学科协作和新开展的手术，麻醉医护人员应安排业务骨干；更改术前已确定的麻醉方式应征得手术者同意。违者，每例次扣考评分 5 分。

4、医疗文书管理有关规定

(1) 体检作弊或出具假证明者，扣当事人 200 元，情节严重者扣当事人当月奖金。

(2) 不得在各种病历、诊断证明（或死亡证明）、申请单、检查报告单或处方上冒充上级医生签名。违者，住院医师、转科医生、聘用制医生扣 50 元；实习、进修医生停止实习或进修。

(3) 处方、出具给患者的各种医疗文书（病情摘要、诊断证明、死亡证明等）书写合格率要求达到 100%。每下降 1% 扣科室 10 分；不符合规范的每张扣当事人 30 元，并扣科室考评分 5 分；上级检查中，发现一张不合格扣当事人 100 元，并扣科室考评分各 10 分。

(4) 辅助检查申请单或报告单不规范或过于简单，有缺漏项者，每份扣当事人 30 元，并扣科室考评分 5 分。

(5) 未按要求及时出具危重症通知单、死亡通知单并于 12 小时内上报医务处的，每例次扣经治医生 50 元，扣考评分 5 分。

(6) 医院组织抽查在院病历或归档病历，质量评分<85 分，每份扣 200 元，并扣科室考评分 10 分；评分<75 分，每份扣 400 元，并扣科室考评分 20 分；克隆病历每份扣考评分 5 分，并扣经治医生 50 元。

(7) 上级抽查病历，出现一份乙级病历，扣科室考评分 20 分，扣经治医师 400 元，上级医师 200 元，科主任 100 元；出现一份丙级病历，扣科室考评分 100 分，经治医生扣除当月奖金，上级医师、科主任、医疗助理员、医务处主任、医疗副院长分别扣当月奖金的 50%、30%、20%、10%、5%。

(8) 医院或上级组织病案质量检查评比，排名前三名奖励 200 元。全年病历考评获优秀者，奖励 300 元。

七、本方案自下发之日开始实行，解释权归医院医务处。原医院

实行的书写要求如有与本方案矛盾的，按新方案实行。本方案执行过程中如有问题，请各科室及时收集报医务处。

医院医疗质量管理方案 篇3

为切实加强医疗质量管理，提高医疗技术水平，保证医疗安全，更好地为广大患者服务，特制定本方案。

一、指导思想

以病人为中心，创一流文明优质服务；以改革为动力，倡导竞争、敬业、进取精神；以人才培养为根本，努力提高全员素质；以质量治理为核心，不断提高医疗质量；以安全治理为重点，切实保障医疗安全；以目标治理为主线，强化治理力度。努力完成各项医疗工作和任务。

二、目标与任务

（一）院内感染管理

加强院内感染知识宣教和培训，强化院内感染意识，成立院感控制机构，完善科室工作措施，认真落实消毒隔离制度，严格无菌操作规程。以“治疗室、换药室、手术室”为突破口，抓好重点部门的管理。规范抗生素的合理使用。

（二）医疗安全管理

各医疗机构要成立以院长为首的医疗安全工作领导小组，急诊急救工作领导小组，充分发挥医疗安全领导小组的职能，认真落实各项规章制度和岗位职责，严格各项技术操作规程。认真开展医疗安全知识宣教，深入学习岗位差错评定标准和卫生部颁发的《医疗事故处理办法》及《医疗文书书写规范》，严格落实差错事故登记上报制度。及时完善各种医疗文书，履行各项签字手续，抓好门诊观察病人、新入院病人、危重的病人管理。坚持会诊制度，认真组织急危重症及疑难杂症讨论，发挥远程诊疗系统作用，积极开展远程会诊。加强医疗行风建设，培养医务人员爱岗敬业、乐于奉献、认真负责的工作作风，切实改善服务态度，加强医患沟通，避免医患纠纷。

（三）医疗质量管理

不断完善质量控制体系，细化质量控制方案与质量考核标准，实

行质量与效益挂钩的管理模式。建立健全质控职能，加大督导检查力度。组建质控办，进一步加强医疗质量控制工作，做到分工明确，责任到人，各质控办要定期或不定期对各科室进行检查指导，定期召开例会，汇总检查结果，找出问题，及时整改。进一步加强医疗文书的规范化书写，努力提高医疗业务水平。定期组织医务人员认真学习门诊病历、住院病历、处方、辅助检查申请单及报告单的规范化书写，不断增强质量意识，切实提高医疗文书质量。及时督导住院医师按时完成各种医疗文书的书写，24 小时内完成入院记录，8 小时内完成首次病程记录。患者出院后病历应在一个工作日内完成。切实注重病历内涵质量的提高，要求住院医师注重病历记录的逻辑性、病情诊断的科学性、疾病治疗的合理性、医患行为的真实性。抓好住院病历的环节质量和终末质量控制，成立医院病案管理小组，搞好病案归档工作，积极开展优质病历评选活动。

（四）护理质量管理

建立护理治理机构，加强护理队伍建设。护理部在分管院长的领导下独立开展全院的护理工作。制定切实可行的护理工作计划，定期督导落实，不断提高护理质量，总结经验，对护理工作中出现的问题加以整改。进一步规范各种护理文书，根据具体疾病制定出合理的护理方案。以多种形式加强护理人员的培训，包括到上级医院轮训学习，每月开展业务学习以及“三基”考试。严格遵守护理操作规程，严惩护理差错，护理责任人应严格把关，勤检查，重督导，竭力避免因护理失误引起的医疗纠纷。

（五）医技质量管理

加强业务学习，积累经验，不断提高诊断水平。利用现有设备，搞好设备维护及保养，充分发挥每台设备的使用价值。医技科室要与临床科室搞好协作关系，为临床提供可靠的诊断依据。化验室要积极接受新知识、新技术，各医疗机构要认真做好各种检查工作的登记、报表工作。

（六）深化构建和谐医患关系

持续加强《医疗纠纷预防和处理条例》宣传工作，加强医疗机构

投诉管理，规范投诉处理程序，改善医疗服务，保障医疗安全和医患双方合法权益，维护正常医疗秩序，从源头上强化医疗纠纷预防处置，充分利用医疗纠纷人民调解，完善医疗纠纷多元化解机制。提高医患的沟通能力。

（七）规范服务行为，严肃查处各种过度医疗

严格执行诊疗规范和标准，严格掌握住院指征和手术指征，坚持开展“三合理”督导检查。尊重患者权利，重视人文关怀。严防过度检查、过度用药情况发生，持续强化医务人员的职业道德教育，严格执行《西安市卫生局医务人员十条禁令》和“医患双方拒绝收受回扣红包协议书”。

三、工作要求

（一）高度重视，明确职责。医疗质量是医院生存和发展的根本，是医院管理的核心。狠抓医疗质量安全全面提高医疗质量是医院的首要任务。各单位要制定医院质量管理实施方案，成立领导小组，明确责任分工。要有主要领导亲自抓分管领导具体抓的工作理念，强化制度管理，规范医疗行为，规范和提高医疗文书的书写质量。不断提高诊疗水平，杜绝医疗差错事故，防范医疗纠纷的发生。

（二）加强督导，严格奖惩。各医疗机构要建立健全医疗质量管理制度、量化考核指标，定期对医疗质量管理工作进行督导检查，将检查结果与绩效分配，与职称晋升挂钩，对出现医疗质量不良事件的部门和个人取消评优评先和职称晋升的资格。局每年组织医疗质量管理领导小组专家对各单位医疗质量管理工作开展情况进行全面评估检查，对存在问题的单位进行通报批评。

（三）总结经验，巩固提升。各单位要总结医疗质量管理工作中的亮点和经验，做好宣传报道，医疗质量管理领导小组要定期召开全系统医疗质量管理会议，评价质量的管理措施及效果分析，讨论存在的问题，交流质量管理经验。进一步强化医疗质量核心制度，不断完善医疗质量管理理念，使医院医疗质量管理各项工作落到实处。

医院医疗质量管理方案 篇 4

为进一步加强医院管理，提高医疗质量，保障医疗安全，促进我

院医疗水平和服务质量不断提升，根据市卫计委《关于印发全市医疗质量安全专项整顿工作方案的通知》要求，经院长办公会研究，决定从现在起开展为期三个月的“医疗质量安全月活动”。活动方案如下：

一、活动目的

以“提高医疗质量和保障医疗安全”为主题，以加强核心制度落实、完善院、科两级质量管理组织、落实患者安全目标、防范医疗纠纷为着力点，全面查找重点科室、关键环节、薄弱环节，制定落实整改措施；全面加强医疗质量管控，促进全院医疗质量及医疗安全水平全面提升。

二、活动内容和安排

本次“医疗质量安全月活动”的时间集中安排在3月-6月上旬。

1.宣传发动阶段：3月1日—3月10日

(1) 召开全院临床、护理、医技人员大会，宣布《医院2017年“医疗质量安全百日专项整顿”活动方案》，各临床、医技科室高度重视，形成良好氛围，保障活动有序进行。

(2) 医院网站及宣传栏宣传《医院2017年“医疗质量安全月活动”实施方案》。

(3) 各科室组织全体工作人员认真学习并领会活动方案。

2.自查、学习培训阶段：3月10日—4月10日

各临床、医技科室结合科室工作实际，全面排查医疗、护理、医技工作方面存在的突出问题、薄弱环节以及安全隐患。重点做好以下几个方面的自查工作：

(1) 完善质控体系，质控工作常态化。完善科室医疗（护理）质量控制小组，每月科室医疗小组必须进行医疗质量控制活动，确定每月2次业务学习和病例讨论的时间。

(2) 落实核心制度，规范诊疗行为。各科室组织学习18项医疗安全核心制度、2017年患者十大安全目标、本科室常见疾病《诊疗指南》、《技术规范》，并在工作中严格遵照执行。科室二线、三线听班制度的落实、交接班制度和请示汇报制度的落实。危急值报告及处理。

(3) 强化急危重症管理，畅通绿色通道。对急危重症病人管理，必须制定明确的程序和措施，树立并落实完善检查、急症急查、重症重查、立即检查的思维意识，定期组织应急预案演练，特别是预防和救治肺栓塞的预案和猝死抢救的演练，医技科室重点加强心肺复苏培训与考核；各部门加强急救绿色通道的协调，保证绿色通道的畅通和救治及时。

(4) 围产期安全、围手术期安全、有创操作等方面管理。尤其是加强手术安全核对制度的执行，提高对术后并发症防范。

(5) 加强病情评估与沟通，防范医疗风险。及时全面对急诊、住院病人进行评估，掌握病人的生命体征和目前的主要问题，分析存在的风险性和可能出现的危险性。尊重病人及其家属，及时有效的与患者家属进行沟通交流，多倾听患方的意见建议，耐心解答患方的问题。通过良好的沟通，有效提高服务质量，及时化解医患矛盾和纠纷，增强病人对医务人员的信任和理解。

(6) 规范临床用药管理，促进合理用药。规范临床用药，严把用药指征。控制药品使用，加强抗菌药物使用管理，建立健全毒、麻、精、放等特殊药品的安全管理制度。

(7) 落实医院感染制度、规范及流程，防止医院感染事件发生。落实医院感染制度、规范及流程，尤其是消毒隔离制度；进一步规范各项诊疗技术操作，遵守无菌操作规程；加强重点科室、重点部门和重点操作的安全风险管理工作；加强医务人员手卫生的管理；加大一次性医疗用品、复用诊疗器械、物品的管理。

(8) 严格落实医疗安全（不良）事件的报告制度及处理流程。落实医疗安全（不良）事件报告制度，实行相应的奖惩措施，各科室对发生的医疗安全（不良）事件要认真组织讨论，分析发生的原因，从中汲取教训。各临床、医技科室把医疗质量与安全自查发现的问题梳理分类，建立台账，并报告相应的职能科室。医务处、护理部、门诊部、院感科结合核心制度、肺栓塞、急危重症、医院感染、患者十大安全目标、不良事件、围手术期管理等方面组织不同形式的培训、讨论、汇报、比赛、演练，促使科室分析问题，提高安全意识。

3. 督导检查、整改提高阶段：4月11日—5月11日

(1) 问题整改：临床、医技科室根据医疗质量与安全自查发现的问题台账逐项整改。

(2) 医务处、护理部、院感科、门诊部督导检查：组织相关人员对全院各临床、医技科室进行医疗质量和科室规范化管理进行全面的检查，把发现的问题与科室自查问题台账一并作为整改的内容，督导科室规范整改。医务处、护理部、院感科、门诊部根据问题导向，对重点科室、重点部门、重点环节、重点人员专项检查、重点督导整改。医务处、护理部重点对核心制度落实、肺栓塞预防诊疗流程、急危重症处理、围手术期管理、指南共识的学习落实、患者十大安全目标、不良事件、病情评估、医患沟通、多学科会诊、抗菌药物合理使用等方面督导整改。门诊部重点对120、急诊急救、急诊绿色通道、危急值管理、医技科室应急预案、心肺复苏演练、就医流程优化、门诊安全措施等方面督导整改。院感科重点对手术室、产房、重症监护室、血液透析室、感染性疾病科、口腔科、新生儿室、内镜室等进行重点检查、督促整改。

4. 持续改进、巩固总结阶段：5月12日—6月10日

(1) 建章立制，形成长效机制。加强教育培训，着力增强医护人员的医疗安全意识和风险防范意识，重点培训学习核心制度、指南共识，强化“三基”训练、加强安全教育和风险管理，不断提高医务人员临床服务能力和技术水平，营造人人重视医疗安全、人人落实医疗安全的良好安全文化氛围。科室医疗质量管理小组每月分析讨论工作中存在的问题，并及时整改。医务处、护理部、院感科、门诊部等职能科室把医疗质量安全月活动的经验、成果、存在问题、合理化建议等，梳理成册，提出改进的制度与规范。坚决纠正有章不循、执章不严、各行其事的不良习气，真正把制度落到实处，通过制度的建立和落实，实现管理制度化，质量标准化，工作程序化、操作规范化、监督经常化，形成不断提高医疗质量，保障患者安全的长效机制。

(2) 履行监管责任，加大监管力度。职能科室要切实履行监管职责，指导科室做好医疗安全管理和风险防范各项工作。建立医疗安全

责任追究机制，加大监管工作力度，对于疏于医疗安全管理、存在重大医疗安全隐患，或者发生重大医疗安全事件的科室和相关人员，要进行严肃处理，并从重追究相关失职人员的责任。

（3）对在“医疗质量安全月活动”活动中表现突出的科室及个人进行表彰奖励；对不积极参与活动，不认真自查、整改的科室和个人按照《医院奖惩条例》给予处罚。

三、活动要求

目前我院医疗服务总量呈现逐年快速增长的趋势，医疗服务效率不断提升。同时，医疗安全风险隐患也随之增加。要充分认识做好医疗质量与安全管理工作的重要性，切实增强责任感与紧迫感。科主任作为科室医疗安全管理工作的第一责任人，具体负责本科室“医疗质量医疗活动月（安全月）”方案的实施，要理顺工作机制，周密安排、精心部署，切实做好此次“医疗质量安全月”活动的开展，认真组织学习相关的活动文件、医疗核心制度、法律法规、本科诊疗常规和技术常规，要求科室全员参与，不能流于形式。

通过深入开展该活动，做到强化医疗质量与医疗安全意识到位；规章制度落实、规范化操作到位；质量监管部门监督作用到位；奖惩措施落实到位。全面提升我院医疗质量，保证医疗安全。

医院医疗质量管理方案 篇 5

医疗质量管理是医院管理的核心内容和永恒的主题，是不断完善、持续改进的过程。为严格执行规章制度、技术规范、常规、标准，加强基础质量、环节质量和终末质量管理，建立和完善可追溯制度、监督评价和持续改进机制，提高医疗服务能力，为患者提供优质、安全的医疗服务，提高医院的核心竞争力，特制定医疗质量管理和持续改进方案。

一、医疗质量管理组织

医院医疗质量管理委员会负责医院医疗质量管理，制定医院质量管理方案，对医院医疗质量管理作出评估，制定改进措施。院长是医疗质量管理的第一责任人。医教科、护理部、院感科、门诊办等职能部门行使医疗质量管理的指导、检查、考核、监督职能，并向医院质

量管理委员会提出评价和改进措施。

科室医疗质量管理小组负责科室医疗质量管理，制定科室医疗质量管理措施和考核办法，督促医务人员执行各项规章制度和诊疗规范，对科室的医疗质量进行检查和考核。科室主任是科室质量管理的第一责任人。

医院实行医疗质量管理“全员参与”、“全过程质控”制度，每一位职工既是医疗质量管理的执行者，又是医疗质量管理的监督者。

医院实行医疗质量管理责任追究制。

二、医疗质量管理的内容

1.认真执行医疗质量和医疗安全的核心制度，如首诊负责制度、三级医师查房制度、疑难病例讨论制度、会诊制度、危重患者抢救制度、手术分级制度、术前讨论制度、死亡病例讨论制度、分级护理制度、查对制度、病历书写基本规范与管理制度、交接班制度、临床用血管理制度、知情同意制度等，有效防范、控制医疗风险，及时发现医疗质量和安全隐患。

2.加强医疗质量关键环节(危重患者管理、围手术期管理、输血与药物不良反应、有创诊疗操作等)、重点部门和重要岗位(急诊、手术室、内镜室、ICU、产房、新生儿病房、供应室等)的管理。

3.加强全员质量和安全教育，牢固树立质量和安全意识，提高全员质量管理与改进的意识和参与能力，严格执行医疗技术操作规范和常规。

4.加强全员培训，医务人员“基础理论、基本知识、基本技能”必须人人达标。

三、医疗质量管理的措施和方法

(一)医疗技术的管理

医院实行新业务、新技术准入制度。开展的'医疗技术必须是执业诊疗科目内的成熟医疗技术，符合国家有关规定，并且具有相应的专业技术人员、支持系统，能确保技术应用的安全、有效。每年年初由拟开展的科室到医教科申报，初步审核后，报请院学术委员会审定批准后方可实施。任何科室和个人不得应用未经批准或安全性和有效性

未经临床实践证明的技术。

(二)基础医疗质量管理

1.医教科、护理部、门诊部等职能部门实行定期和不定期医疗质量考核。每月一次基础医疗质量检查，每季度组织一次由医疗质量管理委员会、医院感染管理委员会、病案质量管理委员会、药事管理委员会参加的全面医疗质量检查。

2.科室质量管理小组应制定科室医疗质量持续改进方案，定期对科室医疗质量进行检查，并作好记录和科室内考核。

3.医院对医疗质量中存在的问题进行考核，并进行全院通报。针对不同情况实行反馈制度和督办制度，对个别现象实行反馈制度，而对普遍现象和较严重的问题实行督办制度，要求科室主任限期整改。

四、医疗质量的评价和改进

监测与评价是持续医疗质量改进、增强实施效果的重要途径，通过监测与评价，可以及时发现和解决实施持续医疗质量改进过程中存在的问题，对持续医疗质量改进的科学性、合理性和有效性进行验证。相关职能部门应对医疗质量管理中存在的问题进行分析与评价，医院质量管理委员会每季召开医疗质量管理会议，根据医疗质量中存在的问题，提出具体的改进措施。

医院医疗质量管理方案 篇 6

为了满足广大人民群众日益提高的医疗需求，提高医院的医疗管理水平，防止医疗事故的发生，特制定旧店中心卫生院医疗质量管理方案。

一、医疗方面

医疗文书书写规范：格式及内容严格按省《医疗文书书写规范》的要求书写，采取院科两级督导检查的方法，每周至少抽查 1 次。

1、门诊病历书写要求：

(1)内容包括：一般项目、主诉、现病史、既往史；体格检查部分要有四测，各种阳性体征及必要的阴性体征，诊断及治疗，处理意见等。对符合住院指征，而病人或家属拒绝住院治疗者，应在门诊病历中注明拒绝住院。

(2)接诊医师应按要求及时完成，对急、危、重病人亦可先办理住院手续，后完成门诊病历，时间不超过 6 小时。发现不符合上述要求的扣 5 元/份。

2、 门诊处方书写要求

(1)字迹清楚 (2)地址详细到镇(乡)、村 (3)涂改要签名，涂改 2 处以上的处方作废 (4)药名剂量及用法准确无误 (5)须有 sig 并清楚无连笔 (6)静脉滴注缩写统一为 ivdrip 不含上述要求扣 2 元/份。

3、 入院记录书写要求

(1)内容包括：一般项目、主诉、现病史、既往史、个人史、家庭史、体格检查、专科检查、实验室及其它辅助检查、初步诊断等，修正诊断及补充诊断应在确诊之日用红笔写于病历的左下角，写明日期并签字。格式按照《医疗文书书写规范要求》。不合上述要求扣 2 元/份。

(2)入院记录应在病人入院 24 小时内由住院医师(实习医师不得书写)完成，危重病人及手术病人应即刻完成。不合上述要求扣 5 元/份。

(3)病人出院后应在 1 周内将病历完整上交科主任，逾期不交者扣 2 元/份，无故丢失病历，主管医师扣罚 50 元/份。

4、 病程记录书写要求

(1)首次病程记录应按《医疗文书书写规范》的要求及格式由住院医师(实习医师不得书写)完成，不得缺项，漏项(尤其是不要漏掉鉴别诊断)。夜班收住院病人超过 3 个以上者，如遇手术、抢救病人等情况，可允许推迟完成时间。否则应在病人入院 6 小时内完成。但危重病人不论任何情况，均应即可完成，并随时记录病情变化。对于夜班收住的未完成的病历，夜班医生应向科主任或主管医师交班，由有关医师在次日完成，缺项、漏项每份扣 2 元，不按时完成每份扣 5 元。

(2)病人入院 24 小时内须由主治医师查房意见，并标明 XXX 主治医师(或主任)查房记录，内容包括病情分析，查体阳性体征，须完善的辅助检查及鉴别诊断等，主治医师或主任应在审查后用红笔签字，不合上述要求扣 5 元。

(3)一般病人病程记录应 1—2 天记录 1 次，危重病人应随时记录，

不合要求扣 2 元。

(4)病人出院时的病程记录，应以小结的形式写出，不合要求扣 2 元。

5、 实验室及其它辅助检查，病人住院时间超过 24 小时者，要求三大常规及其它必要的辅助检查项目齐全，并与医嘱相符合。不合要求扣 2 元。

6、 危重及死亡病例要有病例讨论记录，重大手术及新开展手术要有术前讨论记录，术前小结应在术前完成，术后记录、手术记录应在 6 小时内完成，拆线记录应在拆线后即刻完成。不合上述要求每项扣 5 元。

7、 临床各科室间应建立会诊制度，会诊医师应具备主治以上职称或高年资住院医师，将会诊意见记于病历。

8、 急危重病人抢救：

对急危重病人应签订抢救承诺书，将有可能发生的意外及并发症与病人家属讲明，取得家属的支持和理解，抢救病人时，全科医生应通力协作，边抢救边向病人家属交待病情，及时记录病情变化。病人死亡后应尽快完善各种病历文书的书写，包括抢救记录，死亡记录及死亡讨论等，缺项或记录不全者扣 5 元。

值班医师规范：

采取定期不定期抽查的办法实行院、科两极考核。

1、 值班医师应穿工作服，衣帽整洁，不得穿拖鞋，违者扣 5 元。

2、 值班医师不得以任何理由离开工作场所(包括买饭、刷牙、洗脸、回宿舍喝水等)，除需在病房处理病人外，应在门诊接诊病人，中午不得到值班室睡觉，晚上睡觉时间不得早于 9 点，违者扣 10 元。

3、 值班医师应严格交接班制度，接班后应巡视病房并记录，对病人的一切医疗措施要在诊察病人的前提下进行，违者罚款 5 元。

4、 值班医师应在交班时详细交待病人的病情变化，不得找人代替交班而提前离岗，特殊情况须经科主任批准，违者罚款 5 元。

5、 值班医师对住院病人进行的处理必须及时做好记录，说明原因及疗效，违者罚款 2 元。

6、 值班医师对病人发生的病情变化要及时恰当处理，不得以任何理由推诿病人，违者罚款 5 元。

7、 收观察要有观察病历，无或内容不全者扣 2 元，观察病人不能超过 3 天，违者扣 5 元。

8、 各科抢救病人，组织急症手术、抽调人员应无条件参加(包括休班、下夜班)，不得以任何理由拖延或不参加，违者罚款 50—100 元，构成医疗事故按有关规定处理。

二、 药房、药库

1、 药品管理：妥善保管药品，防止药品受潮、发霉及过期、失效，如因药品管理人员失职致大批药品报废，由药品管理人员包赔损失。

2、 配方发药：药剂

人员应细心、迅速、准确，配方药物严格执行核查制度，发药与复核人员实行双签字，如检查无双签字处方，每张罚款 1 元；如因发错药致医疗事故及不良影响者，根据赔偿额的 10% 个人负担。

3、 毒性药品管理：严格实施五专管理，天天做日销，保证帐物相符，如帐物不符给予 20 元罚款，并限期追查药品去向。

4、 药房划价力求准确，误差不大于 0.1 元，划价不准确，每份处方罚款 0.1 元。

5、 药库：严格药品进货渠道，层层把关，严防伪劣药品进入，如发现伪劣药品，当事人负担药品款的 10%。

三、 护理方面

护理文书书写规范：格式及内容严格按省《医疗护理文书书写规范》的要求书写，采取院科两级督导检查的方法，每周至少抽查 1 次。

1、 表格书写包括：体温单、医嘱单、特护记录、交班报告。

2、 医德医风：按护士素质要求、病人的满意度检查。

3、 病房管理：看是否符合达标要求，如急救物品管理、消毒隔离等。

4、 基础护理：特护、一级护理、晨晚间护理及分级护理标准。

5、 查治疗室工作：无菌操作、医嘱查对、三查七对及一人一针

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/686130143145011001>