

# 医疗质量与安全管理委员会工作计划

篇一：20XX年

## 20XX年医疗质量与安全管理委员会 工作计划

20XX年是医院迎接等级医院复审的关键一年，医疗质量管理委员会的总体和重点工作依然是对医疗质量的管理和持续改进。进一步加强制度建设，对我院医疗质量进行科学化、规范化、制度化、程序化管理。

1、进一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，加强全体医务人员对医疗服务质量的责任心，严格执行法律、法规、部门规章制度以及诊疗规范、操作规程、常规。

(1) 督促科室严格执行医疗卫生管理法律、法规和规章。医务人员严格遵守医疗卫生管理法律、法规、规章、诊疗护理规范和操作常规。

(2) 狠抓医疗质量管理制度的落实，特别是三级医师查房制度、疑难病例讨论制度、死亡病例讨论制度、术前讨论制度等医疗核心制度的执行，科室质量管理小组必须定期对科内医疗质量进行总结评价，医疗质量监控人员认真履行职责，发现问题及时制止，提出改进措施。

(3) 加强重点环节、重点部门的管理，对医疗缺陷易

发人员、环节做好重点防范工作。

(4) 加强运行病历质量监控。医疗文书书写及时、准确、完整、规范，疾病诊断分类和手术分类符合规定要求。

认真执行病历书写惩罚办法。

(5) 严格“三基”、“三严”考核和考试，激发医务人员学习理论知识、努力钻研业务技术的积极性，把“三严”作风贯彻到各项医疗业务活动中，不断提高整体业务素质。每季度科室进行一次“三基”理论考试，合格率达100%。每年开展好继续医学教育，坚持自学与科室集中定期学习相结合（每周不少于1小时集中学习）。

2、加强环节质量管理，杜绝重大医疗事故发生和减少一般医疗纠纷投诉，使医疗质量管理按照PDCA环在不断持续改进中提升，促进医疗安全。

(1) 加强门、急诊质量管理和持续改进，强化门急诊工作人员的技术培训和院前急救，不断改进门、急诊诊疗流程，使其趋于合理化；规范门、急诊医疗文书书写，完善门、急诊工作制度，完善“急诊绿色通道”，急救设备整齐、完整，急诊服务及时、安全、便捷、有效。

(2) 住院。住院患者诊断明确，有适宜的诊疗计划，治疗安全、及时、有效、经济。手术科室实行手术分级管理制度、重大手术报告审批制度、大中型手术术前讨论制度，

加强围手术期管理。采取有效措施缩短患者平均住院日。为出院病人提供较详细的出院医嘱和康复指导。

(3) 加强和完善重症监护病房的管理，坚持危重病人床头和书面交接班制度，坚守岗位，严密观察病情变化；严格执行患者入、出重症

监护病房标准；重症监护病房工作人员的技术水平、人员、设备、设施应能满足救治工作的需要。

(4) 麻醉工作程序规范，MECT术前麻醉准备充分，麻醉意外处理及时、正确，麻醉复苏实施全程观察等。

### 3、加强传染病和突发公共卫生事件管理。

严格执行《传染病防治法》、《突发公共卫生事件应急条例》及相关法律法规，开展全员培训，今年组织两次突发性公共卫生应急演练，坚持传染病报告制度化、规范化。

### 4、加强医技科室质量管理。

(1) 临床检验。执行《医疗机构临床实验室管理办法》等有关规定，完善质量管理体系，开展室内质控、参加室间质评。统一标准，统一质控，保证质量。临床检验项目满足临床需要，检验报告及时、准确、规范，出具报告必须审核。

(2) 医学影像。执行《放射诊疗管理规定》等有关规定，实行技术操作规范和科学的质量控制标准，能提供24小时急诊检查服务。开展临床随访，定期进行质量评价。医学影像资料质量符合临床工作要求，报告及时、准确、规范，

出具报告必须审核。环境保护与个人防护符合要求。

(4) 临床药事。执行《药品管理法》、《麻醉药品和精神药品管理

条例》、《处方管理办法》等有关规定。药学部门要建立“以病人为中心”的药学管理工作模式，开展以合理用药为核心的临床药学工作。制定、落实药事质量管理规范和考核办法。加强对特殊管理药品的管理，包括毒性药品、麻醉药品、精神药品、放射药品购置、使用与安全保管，开展处方点评，落实抗菌素药物分级管理。继续开展药品不良反应监测和报告工作。

(5) 临床用血。执行《献血法》、《医疗机构临床用血管理办法》、《临床输血技术规范》等有关规定，完善血液管理制度，做到管理到位，记录齐全，按规定做完输血前各项检查，坚决避免和杜绝了经输血传染的疾病，输血前检查完成率 100%，达到全血和成分输血适应症合格率 $\geq 90\%$ ，杜绝了非法采血用血。

(6) 医院感染。执行《病原微生物实验室生物安全管理条例》等有关规定。推进医院感染管理规章制度的落实，开展医院感染全员教育与培训，执行无菌操作、消毒隔离技术、标准预防、手卫生规范、落实医院感染的监测、诊断和报告。手术室和中心供应室的管理符合要求。医院感染指标符合规定要求。

5、加强人才培养，根据医疗技术管理相关规定积极开展新技术、新项目。

(1) 举办医院医生培训班，每月举办院内公共学术讲座1次，提高全院医务人员专业技术知识，业务技术水平。

(2) 严格执行医师考核制度。

(3) 完善业务发展激励机制，大力鼓励支持依法开展新技术、新项目，持续提升技术水平。

7、做好带教工作，通过科室会诊，临床大查房、病案讨论，学术讲座等多种形式，丰富实习生、进修生的临床医学知识，同时认真完成好基层医生的培训任务和对口支援工作。

医疗质量与安全委员会

20XX年01月20日

篇二：20XX年

20XX年医疗质量与安全委员会

工作计划

20XX年是医院迎接等级医院复审的关键一年，医疗质量管理委员会的总体和重点工作依然是对医疗质量的管理和持续改进。进一步加强制度建设，对我院医疗质量进行科学化、规范化、制度化管理。

1、进一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，加强全体医务人员

对医疗服务质量的责任心，严格执行法律、法规、部门规章制度以及诊疗规范、操作规程、常规。

(1) 督促科室严格执行医疗卫生管理法律、法规和规章。医务人员严格遵守医疗卫生管理法律、法规、规章、诊疗护理规范和操作常规。

(2) 狠抓医疗质量管理制度的落实，特别是三级医师查房制度、疑难病例讨论制度、死亡病例讨论制度、术前讨论制度等医疗核心制度的执行，科室质量管理小组必须定期对科内医疗质量进行总结评价，医疗质量监控人员认真履行职责，发现问题及时制止，提出改进措施。

(3) 加强重点环节、重点部门的管理，对医疗缺陷易发人员、环节做好重点防范工作。

(4) 加强运行病历质量监控。医疗文书书写及时、准确、完整、规范，疾病诊断分类和手术分类符合规定要求。认真执行病历书写惩罚

办法。

(5) 严格“三基”、“三严”考核和考试，激发医务人员学习理论知识、努力钻研业务技术的积极性，把“三严”作风贯彻到各项医疗业务活动中，不断提高整体业务素质。每季度科室进行一次“三基”理论考试，合格率达100%。每年开展好继续医学教育，坚持自学与科室集中定期学习相结合（每周不少于1小时集中学习）。

2、加强环节质量管理，杜绝重大医疗事故发生和减少一般医疗纠纷投诉，使医疗质量管理按照 PDCA环在不断持续改进中提升，促进医疗安全。

(1) 加强门、急诊质量管理和持续改进，强化门急诊工作人员的技术培训和院前急救，不断改进门、急诊诊疗流程，使其趋于合理化；规范门、急诊医疗文件书写，完善门、急诊工作制度，完善“急诊绿色通道”，急救设备整齐、完整，急诊服务及时、安全、便捷、有效。

(2) 住院。住院患者诊断明确，有适宜的诊疗计划，治疗安全、及时、有效、经济。手术科室实行手术分级管理制度、重大手术报告审批制度、大中型手术术前讨论制度，加强围手术期管理。采取有效措施缩短患者平均住院日。为出院病人提供较详细的出院医嘱和康复指导。

(3) 加强和完善重症监护病房的管理，坚持危重病人床头和书面交接班制度，坚守岗位，严密观察病情变化；严格执行患者入、出重症

监护病房标准；重症监护病房工作人员的技术水平、人员、设备、设施应能满足救治工作的需要。

(4) 麻醉工作程序规范，MECT术前麻醉准备充分，麻醉意外处理及时、正确，麻醉复苏实施全程观察等。

3、加强传染病和突发公共卫生事件管理。

严格执行《传染病防治法》、《突发公共卫生事件应急

条例》及相关法律法规，开展全员培训，今年组织两次突发性公共卫生应急演练，坚持传染病报告制度化、规范化。

#### 4、加强医技科室质量管理。

(1) 临床检验。执行《医疗机构临床实验室管理办法》等有关规定，完善质量管理体系，开展室内质控、参加室间质评。统一标准，统一质控，保证质量。临床检验项目满足临床需要，检验报告及时、准确、规范，出具报告必须审核。

(2) 医学影像。执行《放射诊疗管理规定》等有关规定，实行技术操作规范和科学的质量控制标准，能提供 24 小时急诊检查服务。开展临床随访，定期进行质量评价。医学影像资料质量符合临床工作要求，报告及时、准确、规范，出具报告必须审核。环境保护与个人防护符合要求。

(4) 临床药事。执行《药品管理法》、《麻醉药品和精神药品管理

条例》、《处方管理办法》等有关规定。药学部门要建立“以病人为中心”的药学管理工作模式，开展以合理用药为核心的临床药学工作。制定、落实药事质量管理规范和考核办法。加强对特殊管理药品的管理，包括毒性药品、麻醉药品、精神药品、放射药品购置、使用与安全保管，开展处方点评，落实抗菌素药物分级管理。继续开展药品不良反应监测和报告工作。

(5) 临床用血。执行《献血法》、《医疗机构临床用



血管理办法》、《临床输血技术规范》等有关规定，完善血液管理制度，做到管理到位，记录齐全，按规定做完输血前各项检查，坚决避免和杜绝了经输血传染的疾病，输血前检查完成率 100%，达到全血和成分输血适应症合格率 $\geq 90\%$ ，杜绝了非法采血用血。

(6) 医院感染。执行《病原微生物实验室生物安全管理条例》等有关规定。推进医院感染管理规章制度的落实，开展医院感染全员教育与培训，执行无菌操作、消毒隔离技术、标准预防、手卫生规范、落实医院感染的监测、诊断和报告。手术室和中心供应室的管理符合要求。医院感染指标符合规定要求。

5、加强人才培养，根据医疗技术管理相关规定积极开展新技术、新项目。

(1) 举办医院医生培训班，每月举办院内公共学术讲座 1 次，提高全院医务人员专业技术知识，业务技术水平。

(2) 严格执行医师考核制度。

(3) 完善业务发展激励机制，大力鼓励支持依法开展新技术、新项目，持续提升技术水平。

7、做好带教工作，通过科室会诊，临床大查房、病案讨论，学术讲座等多种形式，丰富实习生、进修生的临床医学知识，同时认真完成好基层医生的培训任务和对口支援工作。

医疗质量与安全管理委员会

20XX年 01 月 20 日

篇三：20XX年度医疗质量与安全管理小组工作计划

长丰县人民医院

20XX年度

为落实医疗核心制度，确保提高我科医疗质量和安全、保证病历书写的内涵质量及医疗指标的完成，拟定本年度医疗质量与安全工作计划：

一、强化思想认识，持续发展：

科主任、护士长继续抓好质量管理工作，落实各项规章制度。每月召开质量管理委员会会议、病历质控小组会议、院感小组会议，护理管理小组会议，医疗安全小组会议等，规范管理、规范医疗行为。使我科每个工作岗位都能努力工作，以提高医疗技术水平，促进科室持续发展。

二、明确科室医疗、主要工作指标，努力完成

- 1、病床使用率 $\leq 92\%$
- 2、平均住院日 $\leq 10$  天
- 3、入院三日确诊率 $\geq 90\%$
- 4、术前平均住院日 $\leq 3$
- 5、入出院诊断符合率 $\geq 95\%$
- 6、住院危重病人抢救成功率 $\geq 85\%$
- 7、手术前后诊断符合率 $\geq 90\%$

- 8、临床与病理诊断符合率 $\geq 90\%$
- 9、三基考核合格率 $>95\%$  (80/100 分)
- 10、门诊病历书写合格率 $\geq 90\%$  (90/100 分分以上)
- 11、甲级病案率 $\geq 90\%$ ，无丙级病历
- 12、医疗设备，仪器完好率 $\geq 90\%$
- 13、急救仪器，药物完好率 $=100\%$
- 14、抗菌素使用范围 80%，抗菌素限制使用率 30 天的患者，做大查房重点，核查有无评价记录。对缩短平均住院日的各瓶颈环节等候时间的措施进行逐一核查，落实各项措施。

4 月份：输血管理制度，包括输血前申请、备血情况、化验项目、申请单书写全面；输血前签署患方输血同意书；合理用血，输血前后的病程分析记录。检查第一季度的各种讨论病历（疑难、死亡、术前、出院病例讨论记录）。

5 月份：抽查危重病人的上级查房记录，值班医师查房记录，病危通知书，抢救记录等。

6 月份：落实术前病情评估制度与术前讨论制度

1、在术前完成病史、体格检查、影像与实验室资料等的评估。

2、患者术前病情的评估的重点范围

3、手术风险评估

4、术前准备

- 5、临床诊断、实施手术方式
- 6、明确是否需要分次完成手术等。
- 7、检查病历记录情况
- 8、对相关岗位人员进行培训及培训记录。

7 月份：①谈话制度方面。手术病人术前、术中、术后的谈话制度，植入病例的谈话，非手术病人 72 小时谈话，患方签字的及时性、特殊检查、特殊治疗前的谈话；病情危重告知；被授权于病案签名的一致。

②第二季度讨论病例（疑难、死亡、术前、出院病例讨论记录）。

8 月份：合理用药，包括抗生素专项治理和用药的情况分析及病情处置等。

9 月份：病程记录方面。包括三级查房制度、病程记录记载要求对检查、化验的分析并合理用药、处置等。加强首次病程录的内涵。重点检查鉴别诊断诊疗计划的内容。疑难病历、死亡病历讨论书写的检查。会诊及转诊记录及时性、完整性。

10 月份：①归档病历的评分；②讨论病历的书写。

11 月份：手术分级动态管理、考核、授权等。

12 月份：一年来医疗质量与管理总结，巩固成绩，改正缺点，持续改进。

五、定期召开质管小组会议，及时反馈、总结。每次检

查的存在问题以季度书面总结报院长，并在每季召开质量管理委员会会议反馈，在会上要求各位把科室存在问题提出大家讨论，提出整改方案，以持续改进。

#### 篇四：医疗质量与安全管理工作计划

为落实医疗核心制度，确保提高我科医疗质量和安全，拟定本年度医疗质量与安全管理工作计划：

一、强化思想认识，持续发展。

二、科主任、护士长继续抓好质量管理工作，落实各项规章制度。每月召开质量管理控制会议、病历质控小组会议、院感小组会议，护理质量管理小组会议，医疗安全小组会议等，规范管理、规范医疗行为，以提高医疗技术水平，促进科室持续发展。

三、完善科室医疗质量考评工作，实施规范化的质量管理，制定考评标准，每月由质控小组进行检查，做好总结反馈工作。健全、落实各种医疗制度，要求各种制度执行记录规范，项目齐全。医疗组严格执行三级医师查房制度，入院48小时内主治医师查房，一周内主任查房，术前，术后上级医师查房，危重病人随时请上级医师查房，加强知情告知制度管理，非手术病人入院24小时内、手术前、中、后、病情变化时随时沟通，特殊诊疗操作、治疗、用药沟通，严格执行病例讨论制度、会诊制度、手术审批及手术权限制度、

整改，持续改进。

#### 四、认真做好医疗文书书写管理工作

1、强化病历书写自我检查、科室病历质量小组（相关质控人员）监控。科室病历质控员每月对科室运行病历及终末病历质量检查，科室院级质控员将他科检查结果及时传达到自己科内，避免同样错误发生，使被检查者引起重视，在第一时间得到反馈意见，实时改正，起到良性循环作用。

2、抓好病历质量的评价、实施奖惩结合制度。科室病历质控员每月对病历进行终末病历质量检查，检查存在问题及乙级、丙级病历上报质控办。促使大家重视并互相督促，避免和减少病历缺陷发生率，达到提高病历质量的目的。

3、落实病历检查制度，突出重点。做好每月检查安排。

五、定期召开质管小组会议，及时反馈，总结。每次检查后及时反馈科主任，病历检查及时反馈书写医师，每月检查的存在问题在每季召开质量管理委员会会议反馈，在会上要求各位把科室存在问题提出大家讨论，提出整改措施，以持续改进。

二〇一四年一月四日

篇五：20XX年医疗质量管理委员会工作计划

济宁市第二人民医院

20XX年医疗质量管理委员会工作计划

20XX年我院医疗质量管理委员会的总体和重点工作依然是对医疗质量的管理和持续改进。进一步加强制度建设，对我院医疗质量进行科学化、规范化、制度化管理。根据我院2年来医院管理的工作实践，今年计划对我院医疗质量的有关规定进行修订和完善。

检查和指导各科室质控小组制定切实可行的医疗质量管理方案及工作制度。落实医疗质量管理目标、计划、效果评价方案及奖惩措施。

1、 医疗质量检查考核的结果与科室、个人的效益工资挂钩。

2、 按时完成每季度一次的医院医疗质量考核与评价，考核与评价结果由医疗质量管理职能组织以书面形式提交医疗质量管理委员会季度例会。

3、 全院“三基”培训计划，护理侧面由护理部进行，医疗、医技侧面由医务科进行。

4、 每半年由院长主持召开一次委员会全体会议，评价医疗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。遇有特殊情况随时召开，研讨问题，总结工作。

5、 医疗质量检查的具体实施由医务科组织，每月一次，具体有以下内容：①病历质量检查；②处方质量检查；③抗菌药物应用检查；④申请单质量检查；⑤三基培训检查；⑥

临床科室各种登记本检查⑦各项技术水平指标检查⑧医患沟通相关记录检查⑨临床路径实施情况检查。检查结果当月通报各科，记录上报质量管理委员会。

质量管理委员会

20XX-1-9

篇六：医疗质量与安全管理小组工作计划

20XX年度年度医疗质量与安全管理工作

方案

为落实医疗核心制度，确保提高我科医疗质量和安全、保证病历书写的内

涵质量及医疗指标的完成，拟定本年度医疗质量与安全工作计划： 一、 强化思想认识，持续发展： 医院成立医疗质量和医疗安全管理小组。医院设立医疗质量和医疗安全管理小组医务科主任、质

控科主任、院感科主任、护理部、科科长主任、药学部主任、医技及各临床科室

科主任、护士长及科室质控员继

续抓好质量管理工作，落实各项规章制度。每季召开质量管理委员会会议、病历质控小组会议、院感小组会议，护理管理小组会议，医疗安全小组会议等，规范管理、规范医疗行为。使我科每个工作岗位都能努力工作，以提高医疗技术水平，促进科室持续发展。



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/897102126105006150>