

医疗质量与医疗安全管理和持续改进实施方案

(2017年1月)

医疗质量与安全是医院管理的核心。为切实加强内涵建设，提高医院法制化、规范化、科学化管理的服务水平，确保医疗质量与医疗安全，特制定本方案，望各科室认真执行。

一、实施依据：

- 1、卫生部《医院管理评价指南（2008年版）》
- 2、卫生部《二级综合医院评价标准及实施细则》（2012版）
- 3、卫生部“三好一满意”服务要求。
- 4、上级医政管理部门管理文件要求

二、健全质量管理组织体系，满足质量管理与持续改进需要。

1. 健全院科医疗管理组织，实行院科二级负责制。院长、科主任为院、科质量安全管理第一责任人，领导班子要定期专题研究医疗质量与医疗安全工作。健全医疗质量与医疗安全管理体系和质控网络，强化职能科室及医疗质量监管部负责人的管理责任，加大质量控制监管力度，扩大院质量控制办公室职能，设立医院管理评价办公室及专家督导检查组，科室设质控员。

2. 医疗质量管理职能部门组织实施医疗质量与安全管理工作，负责指导、监督、考核、分析、评价医疗质量及安全工作，定期进行医疗质量与安全指标的检查分析并督导落实。监管检查须有计划、有记录、有分析、有反馈、有整改措施、有实际效果。建立执行部门与监管部门交叉协调管理机制。

3. 健全医疗质量管理组织：医疗质量管理、医学伦理、药事管理与药物治疗、医院感染、病案管理、输血管理、护理质量管理、医学设备管理委员会等，定期研究医疗质量安全管理问题，有活动记录，重视工作实效。

三、加强全员医疗质量和医疗安全教育。牢固树立质量安全意识，营造质量安全氛围，提高全员质量安全参与能力，质量安全培训纳入全员培训年度计划，定期进行，确保培训效果。

四、强化“三基”训练，开展岗位练兵。职能部门制定并组织实施医、护、药、技等全员培训计划，分类开展临床医疗、护理、病理、影像、检验、药剂、输血、医院感染等岗位专业人员的练兵活动。抓好抓实急症处理、重患抢救、复苏技术、物理诊断、外科操作、临床技能、病历书写等基本功训练，强化依法执业能力、临床思辨能力和医患沟通能力。

五、严格执行医疗质量和医疗安全管理与持续改进的核心制度，完善并实施各项规章制度、技术操作规程及各类人员岗位职责。建立健全医疗技术风险防、控制及追溯机制，完善重大医疗安全事件、医疗事故防预案和处理程序，完善非医疗因素引起的意外伤害事件的防措施。按规定报告处理医疗事故、纠纷等不良事件。

六、加强重点部门及重点岗位的管理。各质量安全执行及监管部门高度重视急诊科、ICU病房、新生儿病房、血液净化室、手术科室和麻醉科、手术室、中心供应室、护理管理、病理科、医院感染控制十项工作重点，以及其他重点部门科室（门诊、输血科、感染疾病科、临检、药事、病案管理等）的管理，制定可行的质控、监管计划和措施，重点查找医疗安全隐患和薄弱环节，加强整改，每月有检查、有监控记录。

七、依法加强医疗技术管理，遵守高危、敏感技术准入规定，严格医疗技术和人员资质准入、分级管理和监督评价管理。建立医疗技术风险预警机制，完善并实施医疗技术损害处置预案，对新开展医疗技术进行安全、质量、疗效等全程追踪管理与评价。

八、充分学习、应用临床路径、单病种质量控制标准、循证医学等现代医学理论、科学管理手段，指导制定患者的医疗护理诊疗方案，规范临床医疗工作和医疗行为，合理利用卫生资源，保证并持续改进医疗质量。

九、坚持以病人为中心，强化以人为本的服务理念，增强病患服务意识，不断改进医疗服务，优化就医环境，简化服务流程，提高工作效率，加强沟通随访，改善医患关系，维护患者利益，实现医疗服务规范化、人性化。

十、切实加强临床一线科室的医疗服务质量，确保安全性和有效性。各科室依据医院《医疗质量安全管理与持续改进实施方案》，结合本科室工作实际，制定切实可行的《医疗质量安全管理与持续改进计划》，并在实施过程中不断完善。

十一、主要专业部门医疗质量安全管理与持续改进

- (一) 非手术科室
- (二) 手术科室
- (三) 门诊部
- (四) 急诊科
- (五) 重症医学科
- (六) 感染性疾病科

- (七) 检验科
- (八) 病理科
- (九) 医学影像科
- (十) 药剂科
- (十一) 输血
- (十二) 医院感染
- (十三) 质控办
- (十四) 介入诊疗
- (十五) 血液净化
- (十六) 新生儿科
- (十七) 护理

(一) 非手术科室医疗质量安全管理与持续改进方案

检查标准 1: 实行患者病情评估制度, 遵循诊疗规制定诊疗计划, 并进行定期评估, 根据患者病情变化和评估结果调整诊疗方案。

考核方法及改进措施: 全面推行《患者病情评估及告知制度》, 由中级以上资质主管医师填写。普通患者诊疗方案由主治医师以上人员确定, 疑难危重患者方案需经副高以上人员确定。诊疗方案随病情变化和评估结果及时调整, 检查治疗计划及方案调整、分析在病历须中有记录。

检查标准 2: 加强运行病历的监控与管理, 落实核心制度和规要求, 提高医疗质量, 保障治疗安全、及时、有效、经济。

考核方法及改进措施: 明确各级医师病历书写职责, 严格遵守病历书写规定, 病历体现诊断及时、检查合理、治疗恰当, 知情同意书完备。由

科主任负责对本科室落实、执行十五项核心制度情况进行检查监督，科室设兼职质控员，明晰责任分工。科主任组织质检员及相关人员，及时检查、评价、监督、保障运行病历质量及医疗质量，发现问题及时整改、处理。

检查标准 3：落实三级医师负责制，加强护理管理。

考核方法及改进措施：严格执行《三级医师负责制度》，在临床科室的整个医疗活动中，必须履行科主任领导下的三级负责制，逐级负责，逐级请示。各科室在相关制度制订中要明确规定各级医师查房要求，尽量确定各级医师查房时间，由质控办、医务科不定期参加各科室、各级医师查房，并对终末病历及环节病历进行检查、评价。

检查标准 4：规治疗，合理用药，严格执行《抗菌药物临床应用指导原则》及其他药物治疗指导原则、指南。

考核方法及改进措施：按照《抗菌药物临床应用指导原则》及我院制订的《抗菌药物分级管理实施细则》，规科室抗菌药物的应用，由医务科及药剂科制定相应的检查落实方案，有整改通知，有落实及改进的措施及记录。

检查标准 5：有危重病人抢救流程，规三级医师报告和职责，提高抢救成功率；严格并发症和医院感染事件报告制度，不瞒报和漏报。

考核方法及改进措施：各专业制定本专业的危重病人抢救流程，加强急危重病人抢救理论、技能及操作规程的培训，急危重症抢救成功率须 $\geq 80\%$ 。规三级医师报告制度和相应职责，规不良事件报告制度和信息反馈制度。并形成重大、复杂事件科级、院级分级响应机制。

检查标准 6：按手术诊疗管理有创诊疗操作。

考核方法及改进措施：各临床科室所开展有创诊疗操作，要在设施、消

毒、制度、流程等方面管理上符合手术管理水平，建立定期自查、考核、评价机制。建立健全医疗技术、有创诊疗操作和人员资质的资格准入、分级管理、监督评价和档案管理制度。

检查标准 7：开展重点病种质量监控管理。

考核方法及改进措施：分别制定本专业常见病、多发病及并发症少的单发病病种质量控制计划，实行一定时段所有病例质量考核。结合临床诊疗实际，应用相应临床诊疗路径、指南、单病种质量控制标准，规范医疗工作。要求质量控制病种诊断与鉴别诊断明确，治疗方案恰当，检查处理适宜，用药合理安全，急重症处理及时、有效。急性心肌梗死、心力衰竭、社区获得性肺炎（成人、儿童）、脑梗死是必须实行单病种质量监控的病种。

（二）手术科室医疗质量安全管理与持续改进方案

检查标准 1：实行患者病情评估制度，遵循诊疗规制定诊疗计划，并进行定期评估，根据患者病情变化和评估结果调整诊疗方案。

考核方法及改进措施：全面推行《患者病情评估及告知制度》，由中级以上资质主管医师填写。普通患者诊疗方案由主治医师以上人员确定，疑难危重患者方案需经副高以上人员确定。诊疗方案随病情变化和评估结果及时调整，检查、治疗、手术计划及方案调整、分析在病历须中有记录。

检查标准 2：实行手术资格准入、分级管理制度，重大手术报告、审批制度。

考核方法及改进措施：各手术科室制定本专业的手术分级管理制度，并对临床医师的手术实行分级管理，按手术权限实施手术。按规定实行重大手术报告、审批制度，有原始资料记录。由科室、职能部门检查落实情况。

况，反馈、改进。

检查标准 3:加强围手术期质量控制，重点是术前讨论、手术适应症、风险评估、术前查对、操作规、术后观察及并发症的预防与处理、医患沟通制度的落实。术前：诊断、手术适应症明确，术式选择合理，患者准备充分，与患者沟通并签署手术和麻醉同意书、输血同意书等，手术前查对无误。术中：手术操作规，输血规，意外处理措施果断、合理，术式改变等及时告知家属或委托人。术后：观察及时、严密，早期发现并发症并妥善处理。提高术前诊断与病理诊断相符率。

考核方法及改进措施：各手术科室应建立围手术期质量控制的工作规，加强术前、术中、术后环节控制力度，建立三、四级手术术前讨论、医患沟通（谈话）、重大手术术前医疗技术损害预警告知等制度，特殊手术审批，重大手术备案制度，要求全面、细致，病历中详细记载，准确记录。

检查标准 4:麻醉工作程序规，术前麻醉准备充分，麻醉意外处理及时，实施规的麻醉复苏全程观察。

考核方法及改进措施：麻醉科完善本科室麻醉安全管理制度及工作程序规，重点术前查房与术后访视，针对不同麻醉要求和病人具体病情进行分类管理，有麻醉意外应急预案，规复苏及出手术室标准，建立复苏全程观察记录，提高麻醉安全性。

检查标准 5:加强运行病历的监控与管理，落实核心制度和规要求，提高医疗质量，保障治疗安全、及时、有效、经济。

考核方法及改进措施：明确各级医师病历书写职责，严格遵守病历书写规定，病历体现诊断及时、检查合理、治疗恰当，知情同意书完备。由

科主任负责对本科室落实、执行十五项核心制度情况进行检查监督，科室设兼职质控员，明晰其分工。科主任组织质检员及相关人员，及时检查、评价、监督、保障运行中病历质量及医疗质量，发现问题及时整改、处理。

检查标准 6: 落实三级医师负责制，加强护理管理。

考核方法及改进措施：严格执行《三级医师负责制度》，在临床科室的整个医疗活动中，必须履行科主任领导下的三级负责制，逐级负责，逐级请示。各科室在相关制度制订中要明确规定各级医师查房要求，尽量能确定各级医师查房时间，由质控办、医务科不定期参加各科室、各级医师查房，并对终末病历及环节病历进行检查、落实。

检查标准 7: 规治疗，合理用药，严格执行《抗菌药物临床应用指导原则》及其他药物治疗指导原则、指南。

考核方法及改进措施：按照《抗菌药物临床应用指导原则》及我院制订的《抗菌药物分级管理实施细则》等相关文件，规科室抗菌素应用，由医务科及药剂科制定相应的检查落实方案，有整改通知，有落实及改进的措施及记录。

检查标准 8: 有危重病人抢救流程，规三级医师报告和职责，提高抢救成功率；严格并发症和医院感染事件报告制度，不瞒报和漏报。

考核方法及改进措施：各专业制定本专业的危重病人抢救流程，加强急危重病人抢救理论、技能及操作规程的的培训，急危重症抢救成功率须 $\geq 80\%$ 。规三级医师报告和职责，以及不良事件报告制度和信息反馈制度。并形成重大、复杂事件科级、院级分级响应机制。

检查标准 9: 采取有效措施，缩短择期手术患者术前平均住院日

考核方法及改进措施：对诊断明确、符合手术指征的部分病人，在收住院之前做好相应术前准备，并预约住院日、手术日。规定住院病人三日由主管医师提出诊断及处理意见，积极准备手术。

（三）门诊医疗质量安全管理与持续改进方案

检查标准 1: 门诊环境布局和诊疗流程合理，服务设施齐全方便，符合医院感染预防与控制要求。

考核方法：以实地查看考核为主。考查主要指标：

（1）门诊挂号、划价、收费、取药等服务窗口病人及家属等待时间 ≤ 10 分钟；

（2）门诊检验、心电图、超声及放射影像等常规检验检查项目，自检查始到出具结果时间 ≤ 30 分钟；

（3）生化、凝血、免疫等检验项目自检查开始到出具结果时间 ≤ 6 小时。

改进措施：

（1）重点做好门诊网络和设备突然出现故障、就诊病人突然增加等紧急情况下处理预案。

（2）完善和公示医疗服务收费价目表、挂号收费标准、门/急诊就诊流程图、门诊就诊注意事项等。

（3）完善门诊就诊路标与指示牌，做到醒目、易懂、准确、规。

（4）配合院感染科做好院感染预防和控制工作。

检查标准 2: 有分诊、导诊服务，落实首诊负责制和科间会诊制度。

考核方法：

（1）检查首诊负责制和科间会诊制度，检查落实情况以抽查门诊病

(2) 分诊和导诊服务检查以实地查看和提问为主。

改进措施:

(1) 完善和落实便民服务措施, 加强门诊导诊人员、分诊人员的素质培训, 加强门诊各项咨询服务, 做到仪表端庄, 用语规, 导诊专业, 服务热情。

(2) 门诊接待工作, 对门诊病人及家属的投诉和意见做到件件有落实。

检查标准 3: 依据工作量及需求, 合理配置专业技术人员, 落实普通门诊、专科门诊、专家门诊职责, 提高门诊确诊能力, 保障门诊诊疗质量。

考核方法:

(1) 检查普通门诊、专科门诊、专家门诊职责。

(2) 查看普通门诊、专科门诊、专家门诊排班表。

(3) 普通门诊具有副主任医师以上专业技术职务任职资格的本院医师比例 $\geq 40\%$

改进措施:

(1) 完善和督导门诊各项规章制度、制度、职责的健全和落实, 落实门诊首诊负责制、门诊疑难病会诊制, 提高门诊确诊率。

(2) 确保副高以上医生就诊率, 正(副)主任医师占门诊医师率 $\geq 40\%$ 。

(3) 完善和公示当日门诊医师一览表, 并在各科室贴病人就诊流程图, 以指导病人明明白白就医。

(4) 依据工作量及就医需求, 合理安排专业技术人员坐诊, 提高门诊确诊能力。

4: 建立门诊质控组织，落实医疗文书书写规，有书写质量监控措施。

考核方法：

- (1) 查看门诊质控组织。
- (2) 查看落实医疗文书书写质量监控措施。
- (3) 门诊质控组织的活动记录。

改进措施：

- (1) 建立门诊医疗质量安全管理质控组织。
- (2) 完善落实医疗文书书写质量监控措施和记录。
- (3) 设立门诊管理关键性指标：①门诊量；②病人投诉情况；③门诊患者满意度统计表；④各专业医生日工作量一览表；⑤副主任医师以上承担普通门诊工作一览表；⑥法定传染病报告情况一览表。建立门诊行政查房制度，通过检查、分析、评价、反馈、整改等措施，持续改进门诊医疗服务质量。

检查标准 5: 制定突发事件预警机制和处理预案，提高快速反应能力。

考核方法：查看《门诊就诊病人紧急情况处理预案》及流程。

改进措施：

定期对门诊所有医务人员进行预案的培训和演练，做到人人知晓、人人会做。

检查标准 6: 开展多种形式的门诊诊疗服务，满足患者不同就医需要，方便患者就医。

考核方法：

1) 开设糖尿病、高血压、疼痛、心理咨询等专病特色门诊，提供人性化服务。

(2) 患者对医师、护士、药房、检验、放射工作人员服务满意度 $\geq 90\%$ 。

改进措施：

(1) 进一步加强心理咨询、糖尿病、高血压专病门诊。

(2) 拓宽门诊服务功能，以疾病为主导转移到以健康为主导，从单个病人转移到群体为中心，以医疗为重点转移到防治并举，以医院为基础转移到医院和社区并重，从医学转移到众多学科和全社会参与。

(3) 加强健康教育工作，使我院门诊、病区、社区健康教育工作形成合力，工作上台阶、上水平。

检查标准 7: 严格执行传染病预检分诊制度和报告制度。

考核方法：

(1) 查看传染病预检分诊有关制度。

(2) 法定传染病报告率 100%。

改进措施：

(1) 加强传染病防治知识和技能的培训，定期督查和考核科室有关传染病防治的法律法规学习及业务培训情况。

(2) 定期检查传染病疫情报告工作，完善门诊传染病报告制度，充分应用网络直报，做到切实执行，层层落实，做到疫情漏报率为零。

(四) 急诊医疗质量安全管理与持续改进方案

检查标准 1: 急诊科独立设置，急诊专业队伍稳定，人员相对固定，设备设施完备，布局合理，满足急诊工作需要，符合医院感染控制要求。

(1) 急诊专业设、外、儿、眼、耳鼻喉、口腔、皮肤专业，满足工作需要。

(2) 专业队伍相对固定，急诊科固定的急诊医师不少于在岗医师的 50%，固定的急诊护士不少于在岗护士的 60%。

(3) 根据急诊工作的要求，不断优化工作流程，不断满足急诊病人的需要。

(4) 每月召开质量管理与持续改进工作会议，对存在的问题及时分析、总结、讲评、改进并备案。

检查标准 2：急诊医务人员经过专业培训，能够胜任急诊工作，急诊抢救工作由主治医师以上（含主治医师）主持或指导，不断提高急危重症患者抢救成功率。

考核方法：科室质控小组每月检查急诊医师专业培训记录、资料和急诊抢救工作记录，查看标准执行情况。

改进措施：

(1) 坚持岗前培训制度，急诊医师须经过急诊专业培训后上岗；

(2) 值班医师胜任急诊抢救工作，急诊抢救工作做到由主治医师以上（含主治医师）主持或指导下进行，加强三级查房制度的落实，加强急危重病患者的知情告知制度的落实。

检查标准 3：急救设备、药品处于备用状态，急诊医护人员能够熟练、正确使用各种抢救设备，熟练掌握心肺复苏急救技术。

考核方法：

1) 实地查看急救设备是否定位放置；查看急救设备、药品的交接班记录；

(2) 查看维修保养记录及设备的调配方案；现场查看各种无菌包及治疗盘的使用情况；现场查看救护车车况及随车必备抢救设施、物品情况；

(3) 查看医护人员技能培训计划和记录；查看质控小组抽查情况记录。

改进措施：

(1) 急诊抢救设备每天有专人负责，做到定期检查、保养、维修并记录交接班记录，保障设备性能良好，处于应急状态。按照要求建立各类设备的应急调配预案，以备应急使用。严格执行急救药品的交接班制度。

(2) 医用救护车满足需要，处于应急状态，车载设备齐全（车必备担架、氧气、急救箱、抢救药品等，完好率 100%）

(3) 每季度组织医护人员进行急救技能培训和考核，保障正确使用各种抢救设备，熟练掌握心肺复苏急救技术，不断提高急救技能。

检查标准 4：加强急诊质量全程监控与管理，落实核心制度，尤其是首诊负责制、急诊交接班制度和会诊制度的落实，急诊服务及时、安全、便捷、有效，提高急诊分诊能力，建立急诊“绿色通道”，科间紧密协作。建立与医院功能任务相适应的重点病种（创伤、急性心肌梗死、心力衰竭、脑卒中等）急诊服务流程与规，保障患者获得连贯医疗服务。

考核方法：

(1) 检查急诊质量全程监控与管理文件；定期抽查急诊抢救 5 分钟抢救措施到位情况；(2) 查看重点病种（创伤、急性心肌梗死、心力衰竭、

记录。

改进措施：

(1) 按照要求急诊科设置为独立的医疗区域，有专用出入通道，标志醒目，无障碍通道衔接通畅，设置了急诊导医，不断完善急救工作流程。

(2) 加强核心制度落实，尤其是首诊负责制、急诊交接班和会诊制度的落实，任何科室不得拒绝和推诿病人，跨科病人由首诊科室负责或协商解决，科质控小组定期检查执行情况。

(3) 对于新来的急危重病人，必须及时请上级医师查房，指导诊治，确保急危重病人抢救成功率 $\geq 80\%$ 。

(4) 建立创伤、急性心肌梗死、心力衰竭、脑卒中急诊服务流程与规，保证急诊抢救工作及时，确保完成 5 分钟抢救措施到位、急诊留观时间 ≤ 72 小时、院急会诊到位时间 ≤ 10 分钟的各项质量指标

(5) 急诊检验、放射、输血、药房、B超按照要求 24 小时接诊，会诊、留观、手术、住院、转诊等环节职责明确，落实规。

检查标准 5：加强急诊留观患者管理，提高需要住院治疗急诊患者的住院率，急诊留观时间平均不超过 72 小时。

考核方法：质控小组定期抽查留观病历，对留观登记本定期进行抽查、统计，达到急诊留观时间平均不超过 72 小时的标准，查看质控小组抽查情况记录。

改进措施：

(1) 严格按照标准做好留观病历病程记录，首次记录由首诊医师完成，

病志中必须记录生命体征及重要阳性体征，记录每 24 小时不少于 2 次，急、危、重症随时记录；24 小时要有上级医师查房意见；交接班、转科、转院等应有病程记录、有详细的会诊记录和急诊留观医师执行记录；留观 72 小时应有病情小结；病人离开时应记录去向；每月组织死亡病例讨论。

质控标准 6：急诊抢救医疗文书书写规、及时、完整。

考核方法：质控小组定期对急诊抢救医疗文书的书写是否规、及时、完整进行抽查，并记录抽查情况。

改进措施：

(1) 经常性开展急诊抢救医疗文书书写的规性、及时性、完整性的重要性的教育。

(2) 要求首诊医师对患者要进行全面检查，及时确诊，合理治疗，并按要求书写门（急）诊病历，做到不推不拖；对疑难重症应详细检查，并及时请上级医师会诊；

(3) 遇有多处复合性创伤时，应由首诊医师和有关科室共同给予急救处理；

(4) 危重患者首诊医师负责转送急诊科进行抢救，情况危急者，首诊医师负责组织就地抢救；

(5) 凡应收治的特殊抢救病人，如收入科室确有困难，首诊医师应报告医务科或医疗总值班，该部门人员有权临时吩咐有关科室先行治疗，该科不得拒绝；

(6) 首诊医师有事离岗时，应将所负责的患者交予其它医师负责。

(7) 及时进行充分、有效的医患沟通，履行患者的知情权、选择权，必

要时签字。急诊门诊病人的转归要记录到急诊病历上。

(8) 急诊处方严格按照规书写, , 性别, 时间, 科室, 诊断要写清晰, 无漏项; 每处方不能多于 5 种药品 (包括液体); 处方上不能写化学符号和代码; 诊断处严禁写“取药”。

质控标准 7: 落实医患沟通制度, 进行医患沟通时, 应当使用患者及其家属易于接受的方式和理解的语言, 应当保护尊重和维护患者的知情同意权、隐私权、选择权等权利。

考核方法与改进措施:

(1) 加强急诊医护人员医患沟通制度的学习和落实, 提高沟通质量。

(2) “知情同意”的决定要记入患者病历, 注明日期, 并要告知患者预期的效果、潜在的不适和风险等信息, 有医患双方签字。

(3) 在手术、麻醉、使用血制品、特殊检查、特殊治疗、特殊材料及其他高危治疗和操作前, 应履行告知义务。

(4) 要告知患者他们的情况、治疗计划、治疗效果 (潜在的好处) 和缺点, 恢复期可能产生的问题和不治疗可能的结果。

(五) 重症医学科医疗质量安全管理与持续改进方案

检查标准 1: 重症监护病房布局合理, 人员、设备、设施配备与其功能、任务相适应, 科间紧密协作, 保障诊疗工作需要。

考核方法: 查看人事资料和证书, 查看落实 ICU 医护人员准入制度情况。

改进措施:

(1) 加强重症监护病房能力建设, 做到布局合理, 床位设置和人力资

源配置专业化、合理化。

(2) 重症监护设备每天有专人检查，做到定期检查、保养、维修并做好交接班记录，保障设备性能良好，处于应急状态；按照要求建立各类设备的应急调配预案，以备应急使用；严格执行急救药品的交接班制度

(3) 每月召开质量管理与持续改进工作会议，对存在的问题及时分析、总结、讲评、改进并备案。

检查标准 2：建立健全重症医学科质量管理制度，并组织实施。

考核方法与改进措施：

(1) 进一步完善科室各项规章制度，（制度目录）组织医护人员学习并严格执行，构建质量保障体系。

检查标准 3：医务人员实行岗位准入管理，强化理论和技能培训，提高业务水平。

考核方法与改进措施：

(1) 完善重症医学科的医师、护士准入制度（重症监护医师均通过高级心肺复苏训练及考核，有两年以上住院医师资格；护士均经过重症监护专业培训，并担任临床护理工作两年以上）。

(2) 定期组织医护人员进行重症监护设备的使用培训和考核及高级心肺复苏培训和考核，确保熟练掌握、正确使用，不断提高专职医护人员业务水平。

检查标准 4：严格执行患者入、出重症监护病房标准。

考核方法：看标准、制度文件，查看运行病历，检查执行标准和制度的情况。

改进措施:

(1) 制订重症病人入、出重症监护病房标准,按标准收治或转出病人。

(2) 加强危重患者管理制度的学习和落实。实行“危重程度评分”评价制度。进一步完善“危重程度评分”的记载。

检查标准 5: 加强重症监护病房医院感染管理,严格执行手卫生规及MRSA等特殊感染病人的隔离。对呼吸机相关性肺炎、血管导管所致血行感染、留置导尿管所致感染实行监控。

考核方法: 查看重症监护病房的感染控制制度、预防措施和应急预案。

改进措施:

(1) 严格执行《医院感染管理办法》,发挥临床感染监控小组的作用,制定重症监护病房的感染控制制度、措施和应急预案。

(2) 严格执行无菌技术操作、消毒隔离工作制度、手卫生规。

(3) 组织医护人员定期参加医院举办的医院感染知识和合理使用抗菌药物培训,严格按卫生部《抗菌药物临床使用原则》,执行医院抗菌药物合理使用管理制度和监控措施。MRSA消毒隔离措施和步骤打印并上墙。

(4) 对呼吸机相关性肺炎、血管导管所致血行感染、留置导尿管所致感染制定预防控制措施,实行监控。

检查标准 6: 加强运行病历监控与管理,落实核心制度和岗位职责,规全程管理,严密观察、及时处理患者病情变化,提高危重患者抢救成功率。

考核方法: 抽查运行病历,重点查看: 按时完成病历书写,突出对危重病人处理情况的记录;履行告知义务,患者及其家属有放弃复苏和治疗

的权利，并有记录。

改进措施：

(1) 加强核心制度和岗位职责的学习，抓好落实，床旁交接班制，三级查房制，岗位责任制及病历书写规。

(2) 加强运行病历监控与管理，科室质控员履行职责，重点质控危重病人处理情况的记录；履行告知义务，患者及其家属有放弃复苏和治疗的权利的记录。

(3) 定期举行疑难病例讨论、死亡病例讨论、急救专题讲座，提高危重患者抢救成功率。

(六) 感染性疾病科医疗质量安全管理与持续改进方案

检查标准 1：感染性疾病科建设符合规定，严格执行门诊患者预检分诊制度。

考核方法与改进措施：

(1) 感染性疾病科的布局、设施和工作流程严格遵循卫生部《医院感染管理办法》的要求，并取得卫生行政部门验收合格的文件。

(2) 严格执行门诊实行传染病与其他疾病分诊制度，并建立相应的控制措施。

(3) 每月召开质量管理与持续改进工作会议，对存在的问题及时分析、总结、讲评、改进并备案。

检查标准 2：严格执行《传染病防治法》及相关法律、法规、规章和规。建立健全规章制度并组织实施，有效预防和控制传染病的传播和医源性感染。

考核方法：查看相关法律、法规、规章和规范性文件；突发医院感染事件应急预案；预防和控制传染病的措施。

改进措施：

(1) 建立传染病防治工作组织体系，落实医院感染管理办法及突发医院感染事件应急预案。制定科室管理制度和人员职责。坚决落实《医院感染管理办法》和《传染病防治法》的各项规章制度，制订传染病防治工作流程与规。

(2) 根据感染性疾病科的特点制定无菌技术操作常规、消毒隔离工作制度和手卫生规。定期抽查医护人员操作，查看无菌操作常规及消毒隔离制度执行情况。

(3) 检查每一患者后用皮肤消毒剂进行手消毒。做到一诊一消毒。对空气用紫外线灯照射，每日二次，每次 30min。

(5) 检查可疑烈性传染病患者后，更换隔离衣和床单。用 2000mg/L 含氯消毒液浸泡被污染的物品 1h，可燃性的直接密闭运输焚烧处理。患者的呕吐物、排泄物，可用 2000mg/L 含氯消毒液浸泡消毒，放置 2h 后倒入下水道，被其污染的物品原则上焚烧处理。便器、痰盂等用 2000mg/L 含氯消毒液浸泡 2h。

(6) 室桌、椅、门把用 2000mg/L 含氯消毒液擦拭消毒，地面用 2000mg/L 含氯消毒液拖擦，每日 1 次。用过的器械以 2000mg/L 含氯消毒液泡 30min 后清洗，凡不能浸泡消毒者，用 2000mg/L 含氯消毒液擦拭消毒。

(7) 传染病一旦明确诊断，立即转至专科医院。

(8) 严格按照《医疗废弃物管理条例》的规定，进行分类收集，密闭运送，并做好医疗废物交接登记工作。

(9) 凡留观察的肠道烈性传染病患者走后要做好终末消毒处理。诊室用 $1g/m^3$ 过氧乙酸熏蒸消毒，布类和器械包好压力蒸气灭菌后清洗。

(10) 病历、化验单等用紫外线消毒后发出。

检查标准 3: 有专门部门或人员负责传染病疫情报告工作，并按照规定进行网络直报。

考核方法与改进措施:

(1) 加强《传染病疫情报告制度》和《指南》中“感染性疾病科医疗质量与安全管理和持续改进”的学习，提高医疗质量与安全管理的意识，确保感染性疾病科的质量与安全。

(2) 严格执行《传染病疫情报告制度》，科主任、护士长为科室疫情报告负责人，按照医院网络直报系统进行上报和登记，坚决杜绝疫情漏报情况，传染病报告率达到 100%。

检查标准 4: 定期对工作人员进行传染病防治知识和技能的培训。

考核方法: 查看科室开展传染病防治知识和技能的培训的计划和考核记录。

改进措施:

(1) 定期组织学习和掌握《传染病防治法》及相关法律、法规、规章和规。有效预防和控制传染病的传播和医源性感染。

(2) 每季度对科室医护人员进行传染病防治知识、技能的培训和考核，增强预防和控制传染病的意识，提高应急能力。

（七）临床检验质量安全管理与持续改进方案

检查标准 1: 贯彻落实《病原微生物实验室生物安全管理条例》、《医疗机构临床实验室管理办法》等有关规定。临床实验室集中设置，统一管理，资源共享。实验室管理统一标准，统一质控，保证质量。

考核方法与改进措施：

（4）加强对科室员工各项规章制度、规定、业务知识的学习，并建立教育及培训档案，工作人员持证上岗。

（5）严格执行《省医院检验科建设与管理规（试行）》，建立生物安全管理制度，并实施记录。

（6）建立生物安全制度，并实施记录。

（7）加强污物、标本、放射用品处理及各种危险品管理，各项操作符合规。

（8）按照上级要求，临床检验实验室集中设置。

（9）有完善的规章制度及质量保证体系。

（10）新开展的检验项目严格按照准入审批程序，严格执行卫生部《临床检验操作规程》。

（11）科室质量与安全小组每两周检查一次，做好记录，总结分析形成文字并向科主任汇报；科主任将检查结果反馈至相关实验室，并限期改进；相关实验室制定改进计划及方案，上报科室质量与安全小组批准，并负责监督其进展，并在以后的检查报告中随时体现，直至改进到位。

检查标准 2: 临床实验室布局与流程安全、合理，符合医院感染控制和生物安全要求。

考核方法与改进措施：

- (1) 实验室布局合理，清洁区、半污染、污染区划分明确。
- (2) 工作流程安全合理，符合医院感染控制的要求。
- (3) 不断完善工作室通风设施，做好观察记录，保障温湿度符合工作要求。
- (4) 相关实验室配备二级以上生物安全柜。
- (5) 不断完善各工作室非手触式洗手装置，配备个人防护用具、消毒用品及设备。
- (6) 严格按照要求做好空气、工作台和地面消毒工作并记录。
- (7) 静脉采血严格执行一人一针一巾一带，质控小组不定期抽查执行情况。

检查标准 3：开展检验项目符合卫生行政部门公布的目录，不开展淘汰和未经批准的项目。特殊实验室取得审批许可。

考核方法与改进措施：

- (1) 严格遵守检查项目的准入制度，保证所有检验项目是经国家批准准入，日常检查项目齐全，满足临床需要。
- (2) 在取得验收和准入程序下开展 HIV、PCR等特殊检查的实验室工作。
- (3) 开展新项目要有审批程序和记录。

检查标准 4：临床检验项目满足临床需要，并能提供 24 小时急诊检验服务，实施“危急值报告”制度。

考核方法与改进措施：

- (1) 保障日常需要的检查项目齐全，并符合国家批准准入政策。遵守新

项目审批程序，不断开展新的检验项目，满足临床需要并提供 24 小时急诊检验服务。

(2) 微生物实验室提供抗菌药物药敏种类与药剂科提供临床常用抗菌药物种类（用量前 20 名）的相对应比率不低于 50%。

(3) 定期向临床提供抗菌药物使用信息。

(4) 加强管理，检验项目外送时要有质量保证和管理规定。

(5) 强化“三基”训练，开展岗位练兵，每季度安排一次业务培训并考试，不断提高检验人员的业务水平。完成急症检验结果报告时间临检不超过 30 分钟，生化不超过 60 分钟的服务质量指标。

(6) 进一步完善危急值报告制度，加强与临床科室的沟通，使危急值报告制度发挥较好的作用。

检查标准 5：落实全面质量管理与改进制度，按照规定开展室质控、参加室间质评。对床旁检验项目按规定进行严格比对和质量控制。

考核方法与改进措施：

(1) 按照规定参加室质控，参加室间质评。

(2) 各实验室有失控记录和失控处理程序。

(3) 必须有省临检中心的室间质评合格证明，临床化学室、血液学室、免疫室、细菌室时间质评 PT 评分不少于 80 分。

(4) 进一步完善对床旁检验项目的比对和质量控制的制度、方案、记录。

(5) 杜绝没有质控的临床检验项目或科研项目，不得以创收为目的，不得向临床出具检验报告。

检查标准 6：检验报告及时、准确、规，严格审核制度。

考核方法与改进措施：

(1) 加强工作人员基本知识和基本技能的培训，熟练掌握检验仪器设备的操作规程，保障实验室所有检验项目的报告时间符合规定要求。

(2) 严格遵守报告审核制度，报告单安排专人、专门途径发放。

检查标准 7：遵守检验项目和检测仪器操作规程，定期校准检测系统，并及时淘汰经检定不合格的设备与试剂。不使用未经批准的设备与试剂。

考核方法与改进措施：

(1) 定期组织工作人员学习检验项目和检测仪器操作规程并严格遵守，并做到随时更新。

(2) 仪器校准、保养要严格按照操作规程做好定期保养、定期校准、定期检查并做好记录。

(3) 严格执行仪器、试剂实行准入制度，未经批准不得使用。

(4) 落实强检报废制度，随时淘汰不合格的设备与试剂并做好记录。

检查标准 8：患者、医师与护理人员对检验部门服务满意。

考核方法：查看培训计划及记录，查看科室满意度档案。

改进措施：

(1) 建立收集意见渠道，建立科室满意度调查档案，对投诉有调查结果、有反馈、有考核整改措施。

(2) 建立客户满意度调查制度，各实验室要求不得低于 90%。

(4) 强化“三基”训练，开展岗位练兵，每季度安排一次业务培训并考试。不断提高临床检验人员的业务水平。

(5) 加强工作人员服务意识的培训，定期组织学习，不断提高窗口人

高。

(6) 每月召开质量与安全管理和持续改进工作会议，对存在的问题及时分析、总结、讲评、改进并备案。

(7) 每季度召开一次与临床科室的联席工作会议，征求意见，研究整改措施。

(八) 病理科质量安全管理与持续改进方案

检查标准 1：病理部门布局、设施、设备、工作流程和人员结构合理，管理规，满足临床工作需要。

考核方法与措施措施：

(1) 依法执业，设备人员准入，各类证书完备。加强梯队建设，促进人员结构合理化。

(2) 进一步完善病理科布局及用房，设施、设备及技术项目符合要求，满足临床诊断、科研及教学工作需要。

(2) 健全各项规章制度、工作职责、工作流程，并落实执行情况，对发现的问题进行分析、总结，及时改进，从制度建设上不断补充、完善。

(3) 加强科室新业务新技术、法律、法规的学习，有培训计划和记录，建立员工培训档案。

检查标准 2：建立并执行病理质量管理制度，定期开展质量评价和改进工作，严格执行标本核对制度。

考核方法与改进措施：

(1) 严格执行标本核对制度，两人同时对标本与送检容是否相符；病

手术室护理人员送病理科，然后验收同时签字。

(2) 严格执行标本、切片核对交接制度，交接环节由诊断医师和病理技师同时核对、签收，并填写“病理科日常工作交接记录”。

(3) 严格执行标本保存及销毁制度，制定工作流程。

(4) 加强病理报告发送制度的落实，认真做好签收工作。

(5) 加强病理结果登记制度的落实，做好各项信息核对和准确编写病理号的工作。

(6) 严格执行冰冻快速预约和报告制度。临床医师要提前一天预约，详细填写；病理医师与病人或家属沟通，共同签署检查同意书；检查结果由病人家属签收送手术室。

(7) 科室质控人员定期对各项制度的执行情况进行自查并记录。每月召开质量安全管理 and 持续改进工作会议，对存在的问题及时分析、总结、讲评、改进并备案。

检查标准 3：病理报告及时、准确、规，严格审核制度。

考核方法：定期抽查常规制片、冷冻切片制作、术中冰冻病历送检结果出具、一般病理检查报告时间。查看高级诊断医师审核诊断、会诊的记录。

改进措施：

(1) 严格工作流程，明确职责任务，司职到位，确保常规及疑难诊断报告质量。对疑难病例做好特殊检查记录、会诊记录等。

(2) 严格执行病理上级医师复片制、科疑难病理读片制和会诊制。加

业务，提高医院病理诊断能力。

(3) 加强青年技师“三基”训练，开展岗位练兵，每月安排一次业务培训并考试，不断提高工作人员的诊断技术水平。

(4) 科室质控人员每日检查标本、切片核对交接纪录和报告审核执行情况；每周总结切片质量，与负责医师及时沟通；每周由科主任检查疑难病理例记录及报告发送记录和病理高级诊断医师按规程审核诊断的准确及规情况，保障病理报告及时、准确、规。完成术中冰冻病理自送检测到出具结果时间 ≤ 40 分钟的质量指标……

检查标准 4：提高冰冻切片与石蜡切片的诊断符合率。病理切片、蜡块保存符合规定。

考核方法与改进措施：

(1) 不断提高标本取材和标本切片的质量，每月由科室质控员统计冰冻切片与石蜡切片的诊断符合率，科主任检查诊断符合率，分析差错原因，及时改进，并上报医院质控办，确保冰冻切片与石蜡切片诊断符合率 $\geq 95\%$ 的质量指标。

(2) 安排专人负责保管病理切片、蜡块并定期察看，落实查询借阅制度。标本、蜡块封存时间达标。确保冰冻、石蜡切片优良率 $\geq 85\%$ 的质量指标。

检查标准 5：环境保护及人员防护符合规定。

考核方法与改进措施：

(1) 遵循程序进行标本的收集、确定、处理、安全转送及销毁。标本

良好工作环境与安全。

(2) 严格遵守病理科消毒隔离制度，工作人员戴口罩、帽子、手套。污染区每日按照规定进行消毒，传染性标本更应注意消毒，定期检查标本的执行情况和特殊标本的保存情况，以防污染环境。

检查标准 6：患者、医师与护理人员对病理部门服务满意。

考核方法：配合客户服务部，定期、随机对门诊、病房手术病人和手术科室医护人员发放病理质量及服务满意度调查表，并反馈给病理科。

改进措施：

(1) 科主任定期从客服部的反馈中查找问题原因，提出解决方案并实施。

(2) 定期召开与临床科室的联席工作会议，对存在的问题进行协商并提出解决方案并实施。

(九) 医学影像科质量安全管理与持续改进

检查标准 1：贯彻落实《放射性同位素与射线装置安全和防护条例》、《放射诊疗管理规定》等相关法律、法规和规章，依法取得《放射诊疗许可证》、《大型医用设备配置许可证》等。

考核方法与改进措施：

(1) 加强对科室工作人员各项规章制度、法律法规、业务知识的学习，建立员工培训及教育档案。

(2) 人员资质符合岗位要求，工作人员持证上岗。

(3) 每月召开质量与安全管理和持续改进工作会议，对存在的问题及

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/387130042064006050>