

关于落实医疗核心制度的实施 5 篇

第一篇：关于落实医疗核心制度的实施

平凉市中医院关于落实

“医疗质量管理提升年”活动方案及具体措施

为进一步加强医疗管理，保障医疗质量和医疗安全，根据区卫计局安排的“医疗质量管理提升年活动”，我院“以病人为中心，以提高医疗服务质量为主题”的医院管理年活动方案，结合医院实际，制定本方案。

一、科室建设：门诊建设主要设立特色门诊，在完善内科、外科、妇科、儿科、骨科、眼科、五官科、口腔科等的基础上，设立中医肝病门诊、中医肾病门诊、中医妇科门诊、中医儿科门诊、中医脾胃病门诊、中医脑病门诊、中医康复门诊、针灸门诊等。完善医学康复科建设，健全、完善、提高全院急诊急救能力，科室之间协调配合能力。

二、业务管理：严格绩效考核，推进科室一体化管理。科主任负责全科，主诊组负责全组，住院、主治、副主任医师三级及科主任四级管理，住院医写病历，管理病人，主治医师帮助诊疗、病历书写，副主任医师整改提高，一组人马利益均摊，科主任负责全科的业务、行政管理工作，拿科室主任奖，负责收病人，但不具体管理病人，更不再具体写病历。推进以科室为单元的管理，全科是一个小整体，科主任、护士长、大夫、护士，利益共同。一荣俱荣，一损俱损，不仅仅是在荣誉上，更是体现在科室绩效工资发放上。这样才能使上级大夫敢管、愿管、真管，下级大夫也愿意帮助完成整个诊疗工作，实行成本核算或部分成本核算，要以纯利润核算，要让绩效工资这个价值杠杆发挥它指挥棒的作用、政策导向作用，完成医院管理。

三、加强全院及各科室急诊急救能力提升：今年开展以科室为单位的急诊急救演练，尤其是内科要开展过敏性休克、食物中毒、心源性休克、急性心梗、脑溢血等急救演练，外科系列开展失血性休克，妇产科开展羊水栓塞、胎儿宫内窘迫的急救演练，急诊科开展全院的突发事件卫生应急演练，提升我院卫生应急能力，更好的为患者服务。

四、纵深推进中医药联盟工作：围绕“名医、名科、名院”发展战略的尝试与实践，上下联动，以各专业科室省级、市级重点专科为单元进行专科业务发展与指导，借助医疗卫生下乡进行中医药业务指导与培训、宣传，根据分级诊疗，向上、向下转诊患者，做到“真联盟”。

五、根据《甘肃省医疗机构综合考评细则》考核内容，严格按照平凉市中医院医师不良执业积分管理制度和医疗质量（安全）报告制度，严格规范医师医疗行为，提升医疗质量，增强服务水平。

六、狠抓核心制度落实，不断提高医疗质量；强抓医德医风建设，不断扩大社会影响。以病人为中心，以点带面，示范先行，提高医疗质量，保障医疗安全。

（一）第一检查阶段（2018 年 1 月 1 日～3 月 31 日）

重点督查首诊负责制度、疑难病案讨论制度、查房（三级医生、科主任、院长查房）制度。

（二）第二检查阶段（2018 年 4 月 1 日～2018 年 6 月 30 日）

重点督查病历书写基本规范与管理制度、交接班制度、分级护理制度。

（三）第三检查阶段（2018 年 7 月 1 日～2018 年 9 月 30 日）

重点督查术前讨论制度、死亡病例讨论制度、查对制度、会诊制度。

（四）第四检查阶段（2018 年 10 月 1 日～2018 年 12 月 31 日）

重点督查手术分级管理制度、危重患者抢救制度、临床用血审核制度、医疗技术准入制度、医患沟通制度、转院转科制度、特诊特治告知制度、手术安全核查制度。

（五）总结交流阶段（每一阶段结束后）

对活动开展情况进行总结，并形成总结报告，同时召开活动经验交流会，对工作成效好的个人予以表彰。

七、工作措施

（一）各科、各级、各类人员必须提高对落实核心制度重要性的认识，科主任为本活动的第一责任人，全面负责本活动的所有工作。

（二）各科必须严格执行医疗质量和医疗安全的核心制度，有效防范、控制医疗风险，及时发现医疗质量和安全隐患。

（三）各科必须对照本活动方案要求，开展医疗质量和医疗安全核心制度自查活动，查找医疗隐患和薄弱环节，通过检查、分析、评价、反馈等措施，持续改进医疗质量。

（四）各科必须加强核心制度的学习，强化全员质量和安全教育，牢固树立质量和安全第一的意识，提高全员质量管理与改进的意识和参与能力。要求所有医生尤其是毕业 10 年以内的医生必须人人能背诵，人人能过关。医院将组织全院考试，重点督查核心制度掌握情况。

（五）各科每一阶段结束后均必须进行总结，总结通过周会汇报和书面汇报形式进行，周会汇报由办公室安排，书面汇报在每一阶段结束的下一周必须交医务科。

医务科 2018-2-6

第二篇：关于落实医疗核心制度的实施（模版）

关于落实医疗核心制度的实施、执行、缺陷改进方案

为进一步加强医疗管理，保障医疗质量和医疗安全，迎接医院创“三乙”等级检查，根据院长办公会有关精神，按照卫医管发〔2009〕38 号（《卫生部关于印发〈2009 年“以病人为中心，以提高医疗服务质量为主题”的医院管理年活动方案〉的通知》）、卫办医政发〔2009〕82 号（《卫生部办公厅关于印发〈2009 年“医疗质量万里行”活动方案〉的通知》）有关要求，结合医院实际，制定本方案。

一、活动主题

狠抓核心制度落实，不断提高医疗质量；

狠抓医德医风建设，不断扩大社会影响。

二、指导思想

以病人为中心，以点带面，示范先行，提高医疗质量，保障医疗安全。

三、活动步骤

（一）第一检查阶段（2011 年 1 月 1 日～3 月 31 日）

重点督查疑难病案讨论制度、查房（三级医生、科主任、院长查

房) 制度。

(二) 第二检查阶段(2011 年 4 月 1 日~2011 年 6 月 30)

重点督查病历书写基本规范与管理制度、交接班制度。

(三) 第三检查阶段(2011 年 7 月 1 日~2011 年 9 月 30 日)

重点督查死亡病例讨论制度、查对制度、会诊制度。

(四) 第四检查阶段(2011 年 10 月 1 日~2011 年 12 月 31 日)

重点督查首诊负责制度、危重患者抢救制度、临床用血审核制度。

(五) 总结交流阶段(每一阶段结束后)

对活动开展情况进行总结, 并形成总结报告, 同时召开活动经验交流会, 对工作成效好的个人予以表彰。

四、工作措施

(一) 本科各级各类人员必须提高对落实核心制度重要性的认识, 科主任为本活动的第一责任人, 全面负责本活动的所有工作。

(二) 本科必须严格执行医疗质量和医疗安全的核心制度, 有效防范、控制医疗风险, 及时发现医疗质量和安全隐患。

(三) 本科必须对照本活动方案要求, 开展医疗质量和医疗安全核心制度自查活动, 查找医疗隐患和薄弱环节, 通过检查、分析、评价、反馈等措施, 持续改进医疗质量。

(四) 本科必须加强核心制度的学习, 强化全员质量和安全教育, 牢固树立质量和安全第一的意识, 提高全员质量管理与改进的意识和参与能力。要求所有医生尤其是毕业 10 年以内的医生必须人人能背诵, 人人能过关。

(五) 本科每一阶段结束后均必须进行总结, 总结通过周会汇报和书面汇报形式进行, 周会汇报由办公室安排, 书面汇报在每一阶段结束的下一周必须交医务部。

第三篇: 为落实医疗核心制度

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 $\geq 92\%$

- 2、平均住院日 ≤ 14 天

- 3、入院三日确诊率 $\geq 90\%$

- 4、入出院诊断符合率 $\geq 95\%$

- 5、住院危重病人抢救成功率 $\geq 85\%$

- 6、三基考核合格率 $= 100\%$ （75/100 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 $\geq 100\%$

- 13、急救仪器，药物完好率 $= 100\%$

- 14、抗菌素使用范围 $< 40\%$ ，DDD $< 40\%$ ，药敏 $> 80\%$ ，抗菌素限制使用率 $< 50\%$

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，每月由质控员进行检查，做好总结反馈工作。

- 1、参照三级医院评审标准及三好一满意的评审标准，对科室的每月工作情况，认真评分，结果与奖金挂钩。

- 2、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查房制度，入院 48 小时内主治医师查房，一周内主任查房，重病人随时请上级医师查房，病重自动出院请上级查房，重病人值班医师查房后作好病程记录。加强知情谈话制度管理，危重时随时谈，特殊诊疗操作、治疗、用药谈话，输血同意谈话；严格执行病例讨论制度、会诊制度、交接班制度等。每月召开会议，对存在问题分析，整改，持续改进。

四、认真做好医疗文书书写管理工作

- 1、强化病历书写者自我检查、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病区进行环节及终末病历质量检查，培

养每个质控员的病历质量意识，加深检查者的感性认知，将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，实时改时，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区进行终末病历质量检查，检查存在问题及乙级、丙级病历上报管理小组。科室的质控人员需及时上报检查结果，如连续不上报的则扣当月一定的奖金挂钩。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

每月检查重点安排如下：

1 月份：病历书写。

2 月份：“危急值”报告登记，护理人员及时报告医师，医师及时处理并记录，3 月份：对住院>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：检查患者病情评估制度落实情况。

7 月份：①谈话制度方面。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：医德医风工作方面： 调查患者满意度，处理和总结患者意见本内容。

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。、

第四篇：最新医疗核心制度

最新医疗核心制度

首诊负责制度

一、凡第一个接待门急诊病人的科室和医师为首诊科室和首诊医师。

二、首诊医师发现涉及他科的病人，应在询问病史、进行体检、写好病历，进行必要的处置后，才能请有关科室会诊或转科。

三、凡遇复合伤或诊断未明的病人，首诊科室和首诊医师应承担主要诊疗责任，并负责及时邀请有关科室会诊，在未明确收治科室之前，首诊医师应负责到底。

四、如患者确须转科，且病情允许搬动时，由首诊医师并经本科主治医师以上医师诊断同意后，负责与相关科室联系并妥善安排。如须转院，由首诊医师经科主任同意签字后向医务科或分管院长汇报并备案后方可转院。

三级医师查房制度

科主任、主任医师查房每周 1~2 次，应有主治医师、住院医师、护士长和有关人员参加；

主治医师查房每日一次，应有住院医师参加； 住院医师查房每日

上、下午至少一次；

业务查房由业务院长率领，医务科、护理部及有关科室负责人参加，每周一次；

行政查房：由院长率领，由院长办公室召集有关科室负责人参加，每周一次。

查房内容包括审查和决定急、危、重、疑难病例及新入院病例的诊断及治疗计划，抽查医嘱、病案、护理质量并听取各级医师、护士对诊疗护理工作的意见，进行必要的示教工作。对所查病人，亲自询问诊疗情况和病情变化，了解生活和一般状况，并对身体做全面检查。

会诊制度

（一）科内会诊

（二）科间会诊：

1、门诊会诊

2、病房会诊

（三）急诊会诊

（四）院内会诊

（五）院外会诊

（六）外出会诊 会诊时应注意的问题：

1、会诊科医务人员应严格掌握会诊指征。

2、切实提高会诊质量，做好会诊前的充分准备，专人参加。经治医师要详细介绍病史，与会人员要仔细检查，认真讨论，充分发扬技术民主，所有参加会诊的人员不论职称、年资，讨论病例时一律平等，要畅所欲言，以提出明确的会诊意见。主持人要进行会诊小结，遇有意见分歧，一面查阅资料，继续研究，一面独立思考，综合分析会诊意见，由上一级医师或科主任提出治疗方案。

3、任何科室或个人不得以任何理由或借口拒绝按正常途径邀请的各种会诊要求。

病例讨论制度

一、临床病例讨论

二、出院病例讨论

三、疑难病例讨论

四、术前病例讨论

五、死亡病例讨论

一、临床病例讨论

1、选择适当的住院、出院、死亡病例进行定期或不定期的临床病例讨论会，讨论率（含会诊）应达出院病人的 15% 以上。

2、举行临床病例讨论会，主持科室要事先做好准备，将有关材料加以整理，尽可能写出书面摘要，事先发给与会人员，以便做好发言准备。

4、临床病例讨论会由主治科室的科主任或主治医师主持，负责介绍和解答有关病情、诊断、检查、治疗方面的问题，并提出分析意见（病历由住院医师报告）。会议结束时主持人应做总结，主持科室要做好记录，及时整理，归入病案。

二、出院病例讨论

科室每月举行一至二次出院病例讨论会，作为出院病例归档的最后审查（送病案室存档）。

出院病例讨论主要是对该期间出院的病案审查：①记录内容有无错误、遗漏等；②是否按规定顺序排列；③是否符合当地卫生部门颁发的病历书写要求；④确定出院诊断和治疗结果；⑤是否存在问题，应取得哪些经验教训。

三、疑难病例讨论

1、凡遇疑难病例、入院三天内未明确诊断、治疗效果不佳、病情严重等均应组织会诊讨论。

2、主管医师应作好书面记录，并将讨论结果记录于疑难病例讨论记录中。记录内容包括：讨论日期、主持人及参加人员的专业技术职务、病情报告及讨论目的、参加人员发言、讨论意见等，确定性或结论性意见记录于病程记录中。

四、术前病例讨论

1、凡甲、乙类手术、重大疑难手术、开展新技术的手术、二次手术、会诊手术等均须进行术前讨论。

、讨论会由科主任主持，主治医师、手术医师、麻醉师参加，订出手术方案、注意事项、术后监护要求等，讨论情况由经治医师整理后记入病历的术前讨论记录中。

五、死亡病例讨论

1、凡死亡病例讨论，一般应在患者死亡后一周内召开。

2、特殊及意外死亡病例，不论是否属于医疗事故，都要及时单独讨论（当日完成），并报医务科和分管院领导。

3、死亡讨论内容包括：诊断、诊治经过、死亡原因，明确诊断是否正确、有无延误诊断或漏诊、处理是否适时和及时、死亡原因和性质、应吸取的经验教训和改进措施。

危重病例抢救制度

1、重危患者的抢救工作一般由科主任、正（副）主任医师负责组织并主持抢救工作。科主任或正（副）主任医师不在场时，由职称最高的医师主持抢救工作，但必须在第一时间内汇报科主任或正（副）主任医师。

2、特殊病人或需跨科协同抢救的病人应及时报请医务科、护理部和分管院长，以便及时组织相关科室人员共同进行抢救。

3、对危重病人不得以任何借口推迟抢救，在场参加抢救的医务人员必须全力以赴、争分夺秒地做好抢救的各项工作，并做到严肃、认真、细致、准确，各种记录及时全面。对有可能涉及到刑事或民事纠纷的要及时报告相关部门。

4、参加危重病人抢救的医护人员必须明确分工，紧密合作，各司其职，要无条件服从主持抢救工作实施者的医嘱，但对抢救病人有益的建议可提请主持抢救人员认定后用于对病人的抢救，不得以口头医嘱的形式直接执行。

5、参加抢救工作的护理人员应在护士长的领导下，执行主持抢救工作者的医嘱，并严密观察病情变化，随时将医嘱执行情况 and 病情变化报告主持抢救者。执行口头医嘱时应复述一遍，并与医师核对药品后执行，防止发生差错事故。

6、严格执行交接班制度和查对制度，要有专人负责，对病情抢救

去。各种抢救物品、器械用后应及时清理、消毒、补充、物归原处，以备再用。病室要进行终末消毒。

7、安排有权威的专门人员及时向患者家属或单位负责人交待病情及预后，耐心解释患者家属的询问，以期取得患者家属或其单位负责人的理解和配合。

8、需跨科抢救的重危病人原则上由医务科或分管院长领导抢救，并指定主持抢救工作者。参加跨科抢救病人的各科医师应运用本科特长致力于对病人的抢救工作。

9、不参加抢救工作的医护人员不得进入抢救现场，但须做好与抢救工作相关的协作及后勤保障工作。

10、抢救工作期间，药房、检验、或其他特殊检查科室，应尽可能满足临床抢救工作的需要，不得以任何借口加以拒绝或推迟，后勤科室应确保水、电、气等供应。

查对制度

查对制度是保证病人安全、防止差错事故发生的一项重要措施。医护人员在工作中必须具备严肃认真的态度，思想集中，业务熟练，严格执行三查七对制度，无论直接或间接用于病人的各种治疗、检查物品及其生活用品，必须具备品名正规、标记清楚，有国家正式批准文号、出厂标记、日期、保存期限等，物品外观符合安全要求。凡字迹不清楚、不完整、标记不明确以及有疑问的，严禁使用。在使用过程中患者如有不适等反应，必须立即停用，并再次进行查对工作，包括应用的一切物品，直至找出原因。所用物品不得丢弃，应按要求妥善保管备查。

一、手术病人查对制度

1、手术室接病人时，应查对科别、床号、住院号、姓名、性别、年龄、诊断、手术名称及部位（左右）及其标识。

2、手术人员手术前再次核对科别、床号、住院号、姓名、性别、年龄、诊断、手术部位、麻醉方式以及用药等。

3、相关人员要查对无菌包灭菌指示标识，手术器械是否齐全，各

二、检验科查对制度

1、采取标本时，应查对科别、床号、住院号、姓名、性别、年龄、检查目的等。

2、收集标本时，应查对科别、床号、住院号、姓名、性别、联号、标本数量和质量。

3、检验时，查对检验项目、化验单与标本是否相符。

4、检验结果产生后，要经高年资检验人员复核结果。

5、检验科室在发出检验报告时，必须由高年资检验师再次查对科别、床号、患者姓名等。

三、药房查对制度

1、配方前，必须查对科别、床号、住院号、患者姓名、性别、年龄、处方量、处方医生签名、处方日期等。

2、配方时，必须查到处方的内容、药物剂量、规格、配伍禁忌等。

3、发药时，要严格实行“四查、一交代”：

(1)查对药名、规格、剂量、含量、用法与处方内容是否相符；(2)查对标签（药袋）与处方内容是否相符；

(3)查药品包装是否完好、有无变质。安瓿有无裂痕、各种标志是否清楚、是否超过有效期；

(4)查对患者姓名、年龄、诊断；(5)向取药者交待用法及注意事项。
值班、交接班制度

1、各科在非办公时间及节假日均须设医师值班。值班医师必须具有执业资格，急诊值班人员必须具有三年以上工作经验。所有值班医师必须报经医务科备案。

2、交接班内容：危重病人、新入院病人、手术病人及手术后三天内的病人。

3、值班期间急诊入院病人，要及时完成病历书写，如需急救处理或急诊手术来不及书写病历时，应先完成首次病程记录，然后及时补写病历。

医疗技术准入管理制度

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/578101130072006036>