二级综合医院评审

自　评　报　告

二级综合医院评审自评报告目录

第一部分　医院简介……　3
第二部分　评审申报……　4
第三部分　自查整改……　9
第四部分　自查报告……　11

第一部分　医院简介

静乐县人民医院始建于1949年12月，先后以“县人民诊疗所”、“县人民卫生所”、“静乐县人民卫生院”、“静乐县中心人民医院”命名，1972年正式更名为“静乐县人民医院”，是一所集医疗、教学、科研、预防、康复为一体的综合性医院。1997年9月我院顺利通过二级乙等综合医院评审。2009年5月经县委、政府研究决定医院迁址新建，同年正式立项开工建设。2011年11月申请通过二级甲等综合医院的评审。2012年7月新医院正式搬迁启用，新医院占地面积25933平方米，建筑面积17550平方米，编制床位220张，实际开放190张，在编职工235人，临聘36人，卫生技术人员203人，占职工总数的81.7%，其中正高级职称3人，副高级职称35人，床位与医师比为1:0.42 床位与护理人员比为1:0.5

医院设有内科、心血管内科、外科、骨科、妇产科、儿科、急诊科、感染性疾病科、眼科、耳鼻喉科、口腔科、皮肤科、中医科、康复理疗科等13个临床科室及手术麻醉科、放射科、CT室、药剂科、检验科、输血科、病理科、心电图室、B超、内镜、消毒供应、医疗设备科、图书、病案13个医技科室，设办公室、医务科、护理部、质控办、院感办、防保科、财务科、后勤保障科等8个职能科室，按二级甲等医院要求设置。

现有16排螺旋CT，动态心电图机、数字胃肠机、500mA　X光机、彩色多普勒超声诊断仪、全自动生化分析仪、胃镜、电子结肠镜、腹腔镜、宫腔镜等先进医疗设备。四间手术室科同时开展手术。其中一间为高级别的层流净化手术间，病房均配有医用呼叫对讲系统，每

个床头都装置了集中供氧和负压吸引终端设施，消毒供应按国家标准设计及设备配置，污水处理、消防设施符合标准，医院信息化建设初具规模，HIS、CIS、LIS、PACS 系统均已投入使用。

医疗技术的不断提高是我们的永恒追求。静乐县人民医院在医疗卫生改革框架下，采取借助外力、激活内力的办法，各科室能够稳步、持续、有序发展。目前，北京 301 医院肝胆外科定期来我院手术，北大人民医院、山医大二院远程会诊平台可与我院进行远程三级会诊和技术培训。我院是中国人民解放军海军总医院的支援医院，是山西省人民医院区域协作医院，是太钢总院、忻州市人民医院的对口支援医院，是山医大二院医疗联合体单位，是国家卫计委吕梁片区重点支持医院。在这些上级医疗机构的帮扶下，我院可开展腹腔镜胆囊切除术、颅脑引流术、股骨头置换术、心梗早期溶栓疗法、肺心病雾化吸入疗法、子宫全切术及剖宫产术等先进技术。医技科室可开展 CT 三维重建定性分析、全自动生化分析、药敏试验、无痛胃镜检查、24 小时动态心电监测等项目，为临床科室提供全面可靠的诊断依据。在后勤管理上我院逐步实现社会化，率先引进物业公司全面负责医院的保洁、洗衣、门卫等工作。医疗垃圾集中转运处理，避免了二次污染，提高了效率，节约了成本，使医院集中精力狠抓医疗、护理质量及医技工作。

年平均门诊量 25669 人次，年收治住院病人 7896 人次，治愈率 61.3%

第二部分　评审申报

回顾我们的创建历程，我院创建“二甲”医院有如下特点：

一、加强组织领导　工作稳步推进

为确保我院申报评审工作顺利进行，医院成立了以院长牵头的申报“二甲”评审工作领导小组，下设以业务副院长具体负责的申报评审办公室。为了使申报“二甲”评审工作有计划、有步骤、有检查、有落实地进行，我们将全院申报评审工作分为管理、医疗、护理、院感、财务、后勤保障六个专业管理小组，各专业组均在申报“二甲”评审领导小组及其办公室的统一指挥下，专人负责，全员行动，层层落实，分步实施。整个申报评审工作确定为四个阶段分步推进，即：成立组织机构，召开全院动员大会，统一思想，提高认识；学习、讨论、分解标准，明确责任科室和具体责任人；对照标准组织自查，找准差距，提出整改措施，限期完成整改；收集可靠性资料，申报“二甲”评审工作。在软件上我们建立和完善了《医院管理资料汇编》上、下两册，修订了医院管理和持续改进实施办法、管理工作流程、各项操作规程及保证措施，医院在管理方面做到了规范化、标准化、制度化、科学化。

二、加大投入力度　提供基础保证

1、为了改善医疗环境，满足人民群众日益提高的看病需求，缓解看病难的问题，2009 年 5 月新医院建设项目正式立项，2012 年 7 月正式搬迁启用，基建布局合理，设计新颖美观，门诊三层建筑面积 5852m^2，住院部 6 层建筑面积 6920m^2，水暖电齐全，安装医用电梯 4

部，各科室护理站实行开放式办公，住院病房均配有医用呼叫对讲系统，床头安装集中供氧和负压吸引终端设施，消毒供应按国家标准设计及设备配置，污水处理、消防设施符合标准，医院信息化建设初具规模，HIS、CIS、LIS、PACS 系统均已投入使用，手术室四间可同时开展手术，其中一间为高级别的层流净化手术间。

2、为进一步提高诊断质量和诊疗水平，大型医疗设备进行更新，新购置 16 排螺旋 CT、数字胃肠机、500Am　X 光机，彩色多普勒超声诊断仪、全自动生化分析仪、胃镜、电子结肠镜、腹腔镜、宫腔镜等。

3、根据《二级综合医院评审标准实施细则》完善了科室设置，设内、外、妇、儿、骨科、心内科、急诊科、传染科、眼、耳鼻喉、口腔、皮肤、中医、等 14 个临床科室及手术麻醉、放射、CT、药剂、检验、病理、输血、心电、B 超、内镜、消毒供应、图书、病案 13 个医技科室，其中口腔、皮肤、康复、病理为新开展科室。

三、加强专科建设　提高专业水平

为确保医院重点专科的建设与发展，心内科、骨科被确定为市级重点专科，普外科、呼吸专业、产科专业被确定为县级重点专科。我院定期选送中青年骨干医师赴海军总医院、武汉同济医院、山医大一院、山医大二院及省人民医院进修学习深造。专科人才梯队初步形成，高级专业技术人员形成优势，医院整体水平有了显著的提升，具有与二级医院任务、功能、管理、技术水平要求相适应的规模，为进一步提升医院业务水平，我院与海军总医院、武汉同济医院、301 医院建

立横向协作关系，与山西省人民医院建立区域协作关系，是山医大二院、阳煤总院、太钢总院、忻州市人民医院的对口支援医院，并与山医大二院建立医疗联合体关系。通过上级医院专家的指导、手术、查房、讲座，为质量关键过程管理、重要环节的管理和医院可持续发展提供了技术支持后盾，并有力地促进我们独立完成二级医院要求的技术项目。

四、提高技术质量　确保医疗安全

医疗服务质量是医院生存和发展的核心，多年来，医院紧扣质量这一主题，优化服务流程，瞄准重点部门，把握重要环节，立足质量考核，注重奖惩结合，把“防范”作为保证质量的第一要务，确立院长及各科室主任为质量安全第一责任人，完善《静乐县人民医院医疗、护理质量控制管理方案》，制定《静乐县人民医院住院病历质量考核标准》和《医疗护理缺陷判定标准》，有力提升了全院医务工作者的质量意识。近4年来，医院无重大医疗差错事故发生，医疗纠纷发生率较低。

五、创新管理理念　实行制度管人

针对医院的现状，我们采取了“请进来，走出去”的学习方法，拟定了医院、科室中长远发展规划。以申报“二甲”评审工作为契机，进一步补充和修订了医院的各项工作制度及各级各类人员岗位职责、技术操作规程，并汇编成册，为“制度管人的自我约束机制”找到了制度支撑。建立和完善了实现目标考核、奖惩、内外监督管理办法、运作流程，强化了院科两级负责制，由院长负总责，副院长向院长负责，

重大问题由院长办公会讨论、院务委员会与职工代表大会决定；中层干部、科护士长实行聘任制。各职能科室根据工作职责定期不定期地到相关科室进行检查巡视，认真落实各项规章制度、职责。医院基础管理工作得到了进一步落实，形成了人员有职责、工作有考核、考核有标准、奖惩有措施的管理体系，各项工作进入了良性循环的运转状态，工作效率大大提高。

近 4 年来，医院清洁卫生、院内绿化、食堂推行了后勤服务工作社会化管理，推行和出台了聘用制人员管理办法，取得明显效果。

六、筛选临床路径，落实单病种管理

为适应医改，促进医院可持续发展，降低医疗成本，规范医疗行为，合理控制收费，减轻患者医疗负担，结合我院实际，制定了《静乐县人民医院临床路径实施方案》和《单病种质量控制标准》，成立了临床路径和单病种管理组织机构、评价小组，明确职责、细化分工，根据专业特点及多发常见病种确立了我院 8 个专业 40 个病种及 28 种病例的单病种入径方案。

七、保障患者安全，畅通投诉管理

严格执行查对制度等十五项核心制度，有效识别患者身份，特别是关键环节和特别流程的处理，定期组织全院职工进行医疗安全警示教育，提高医疗安全意识，实行手术安全核查制度、临床危急值报告制度、制定患者跌倒、坠床等应急预案，落实院、科二级安全目标责任制，并且畅通投诉渠道，确定投诉部门，设立专线举报电话

0350-8927445。组织学习医患沟通技巧方法，保障患者医疗安全，近4年无重大医疗事故发生。

八、开展预约诊疗　落实三好一满意服务

积极开展便民门诊和预约诊疗服务，设双休日、节假日门诊，延长门诊时间，开展电话预约和现场预约，实行预约优先原则，合理安排门诊，优化服务流程，改善就医环境，完善导诊服务，推行先诊疗后结算模式，开设急危重患者绿色通道，推广优质护理服务，推进同级医疗机构检验、检查结果互认制度。

九、恪守职业道德　净化行业作风

医院狠抓以职业道德建设为主要内容的精神文明建设，将医德考评与医务人员的年度考核、定期考核相结合，进一步强化了医院医德医风及职业道德建设，在职工的思想上牢固树立起了“以患者为中心”的服务理念，强化了行风建设；建立和完善了行风监督网络，充分发挥院内外行风监督员的监督作用，严格执行医务人员“九不准”，医院制定了病员投诉处理流程，病区设有投诉箱，并与各科室签订“拒收红包责任状”，行风建设收到显著成效，民主评议行风工作成效显著。

十、重视医院文化建设　增强医院活力

医院文化是医院使命、医院精神等凝聚的载体。我院拟定了医院文化建设实施方案，提炼“仁爱、敬业、精诚、创新”8字院训方针，作为全院职工追求的目标，确立以双鹅托起一束象征平安和谐的橄榄枝为主图案的院徽。医院文化的核心是医院理念，共同的医院理念能使不同经历、不同背景、不同性格的员工达成共识，产生荣誉感、责

敬业、奉献、求实、创新的良好氛围，通过举行迎新春职工晚会，篮球比赛、羽毛球比赛、丰富职工文化精神生活。融入了我院医务工作者的 爱心、耐心、细心、热心、诚心、责任心”和追求向上的精神风范，激励、鞭策着我们的医务工作者爱岗敬业、无私奉献，找到了医院联系、团结职工的纽带，是外塑医院形象、倡导医院文化、弘扬主旋律的舆论工具，加强了沟通，融洽了气氛，凝聚了人心，展示了卫生人的风彩。

第三部分 自查整改

一、床位设置：

医院编制床位 220 张，开放床位 190 张，其中心内科 24 张、呼吸专业组 25 张、神内专业组 20 张，骨科 30 张、普外科 28 张、神外专业组 10 张、妇产科 20 张、儿科 41 张、传染科 8 张、五官科 4 张、急诊科 10 张。

二、科室设置：，

（一） 临床科室：

设有内科（呼吸、神内专业组）、心血管内科、外科（普外、神外专业组）、骨科、妇产科（妇科、产科、计划生育专业组）、儿科（儿内、新生儿专业组）、急诊科、感染性疾病科、眼科、耳鼻喉科、口腔科、皮肤科、中医科、康复科等 13 个临床科室、19 个专业组。

（二） 医技科室：

CT、药剂、检验、输血、病理、心电图、B超、内镜、消毒供应、医疗设备、图书、病案等14个医技科室。

三、人员：

全院在编职工235人，临时聘用36人，其中医师93人、护理108人、医技28人，高级技术职称38人，中级技术职称45人，床位与医师之比1:0.42 床位与护士之比1:0.5

四、设备：

（一）基本设备：

16排螺旋CT 1台、数字胃肠机1台、500Am X光机1台，彩色多普勒超声诊断仪2台、全自动生化分析仪1台、胃镜1套、电子结肠镜1套、腹腔镜1套、宫腔镜1套、呼吸机6台、电动手术床1张、手动手术床5张、高频电刀3个、除颤仪6台、C臂1台、多参监护仪12台、新生儿辐射台1台、胎心监护仪2台、血液灌流机1台、全自动洗胃机2台、CR处理系统1台、电测听系统1套、耳鼻喉科治疗台2台，口腔综合治疗椅2台、病理组织取材、切片、染色、包埋、脱水、烘干机各1件、生物显微镜3台、血气分析仪、尿沉渣分析仪、电解质分析仪、血流变仪、凝血仪、酶标仪、药敏分析仪各1台、医用消毒系统1套、低温等离子无菌器、超声波清洗机各一件、视频脑电图机1台、十二导心电图机9台等。

（二）病房床单元设备：

1 条，被子 1 条，褥子 1 条，被套 1 条，床单 1 条，枕芯 1 个，枕套 1 个，床头柜 1 个；暖水瓶 1 个。有病员服和床头呼叫器、氧气、负压吸氧终端。

五、制订医院规章制度、人员岗位职责并装订成册（分上下册），《医疗护理技术操作规程》每科 2 本，《疾病诊疗常规》人手一册。

第四部分　自查报告

一、医院管理

（一）、组织管理

1、依法执业

严格执行医疗卫生法律、法规及规章制度，严格按照《医疗机构执业许可证》中规定的科目从事诊疗活动，无超范围行医的行为，无非卫生技术人员从事诊疗活动，执业医师、护士均已按规定注册。医院无对外出租、承包科室，无虚假、违法医疗广告，严格采供血管理，认真执行医疗技术准入制度，无违规采购、使用假冒伪劣药品或使用过期、失效、变质药品。

医院建立健全了规章制度和各级各类人员岗位职责，严格执行医疗核心制度，大多数人员熟知其工作职责与相关规章制度，医院已将医疗卫生法律、法规、规章汇编成册，下发到各科室且人手一册，并定期或不定期组织学习，集中培训至少一次/年。

2、行政管理

坚持公立医院公益性原则，始终把维护人民群众健康权益放在第一位,2013 年我院被确定为山西省第二批县级公立医院改革试点单位，

全额。结合平安医院建设“三好一满意”活动的开展，进一步优化服务流程，积极推行先诊疗后结算模式，开展便民惠民服务和预约诊疗服务，设双休日、节假日门诊，广泛推广优质护理服务，有望在今年底将完成优质护理病区全覆盖，同时在加强医疗质量控制的基础上，积极推进同级医疗机构检验、检查结果互认工作，促进合理检查，降低诊疗费用，有效地缓解了百姓看病难、看病贵的问题。

医院实行院长负责制和院科两级管理，院长及副院长分工职责明确，各职能部门职责清楚，有完善的管理制度和程序。组织机构图能反应院领导、职能部门及临床科室的管理层次，建立了各职能部门的统一协调机制，有完善的协调记录，管理组织机构设置合理、运行高效，能满足医院各项工作需要。

医院建立和完善了院务公开制度，完善了职工代表大会制度，重大事项均经院务会讨论通过，并按照国家卫计委和省卫计委关于建立院务公开制度的要求推行院务公开、科务公开制度。职工对管理组织机构和院领导满意度调查均　5%。

3、人力资源

医院医师、护士等卫生技术人员数量相对不足，病房床位数与病房护士比 1：0.5，专业化培训护士比例达到规定要求。卫生技术人员队伍学历、职称、年龄结构比例合理。床位数与卫技人员比 1：0.42，药剂、检验、影像等专业技术人员具有相应的学历和职称，在职专业技术人员占职工人数比例、中高级技术人才占卫生技术人才人数的比

;医院加强人才管理，强化了中青年骨干培养，确保专家进得来、留得住、用得活。近年来无专家及中青年骨干出走的现象。医务人员继续教育制度落实完善，继续教育管理符合要求，落实新聘医务人员岗前培训制度，保证医务人员继续教育工作顺利开展完成。

4、科学规划

医院新建搬迁均经过科学、合理论证和审批，符合区域卫生规划并经权限卫生行政部门批准。根据医院的等级、功能和任务，制定了医院中长期发展规划、年度计划，并有效组织实施，年度工作总结能准确反映计划的完成情况。

（二）、信息管理

医院信息化建设初具规模，HIS、LIS、CIS、PACS 系统均已投入使用。医院信息系统能够及时、准确、系统地搜集、整理、分析和反馈有关医疗质量、安全、服务、费用等，能满足医院管理、临床工作和各级卫生行政管理部门对医院法定统计信息的需要。4 年来医院信息系统运行稳定安全。成立了医院信息安全管理组，安装了防病毒和防火墙软件，定期升级防毒软件，且有异地备份，确保信息系统安全运行。并与山医大二院、北大人民医院建立远程会诊服务，效果满意。

（三）、财务管理

1、医院财务坚持 统一领导、集中管理”的原则，一切财务收支活动均纳入财务部门统一管理。按照《会计法》、《医院会计制度》和《医院财务规定》及国家有关规定，设立会计科目、建立账簿、进行

小金库”。

上级主管单位审计部门定期和不定期对“小金库”进行检查，在岗财务人员有任职资格，有财会人员岗位责任制。按照财务规定开设和使用银行账户。建立了医院财务会计管理信息系统。

2、重大项目集体讨论后按规定程序报批。实行重大经济事项领导负责制和责任追究制，责任到人。建立健全了有效的财务会计内控制度。

3、实行医院内部成本核算，加强药品、材料、设备等物资管理，逐步规范医院内部成本核算制度，努力降低医疗服务成本和药品、材料消耗。有药品、设备、试剂、耗材等采购管理制度。建立了以院级领导牵头的成本核算领导小组，为单独设置成本会计，药品、卫生材料、低值易耗品等材料消耗能遵循权责发生制原则，基本能按当月实际发生额计算。能够清晰界定核算主体、成本中心及其经济活动所对应的业务收入和成本费用。

（四）、保障管理

1、设备管理

实行设备科学管理，大型设备购置经过严格的可行性论证和效益评价。属于《大型医用设备配置与使用管理办法》规定的甲、乙类品目的大型医用设备，按照规定申请配置许可。医院制定了《医疗设备管理办法》，严格按规定进行设备（包括耗材）的采购、出入库、保养、维修、更新及报废。抢救设备（急诊科、ICU、手术室、）完好

率为 100%，定期或不定期向临床科室征求设备管理意见，并提出改进措施。

2、后勤管理

后勤保障能满足临床工作需要，水、暖、电运行正常，完善设备维修管理制度，设施器械能及时维护、维修且记录完整，污水处理、消防符合规定标准，医疗废物与忻州市安康医疗废物处理中心签定协议，集中及时转用处理。生活用水符合国家标准，无二次用水。食堂环境卫生符合要求，基本建设项目按照国家规定立项报批，招投标和组织实施。

3、药品管理

药房布局设置合理，管理规范，有用药咨询台，有一名主管药师专门提供用药咨询服务，有完整的《基本用药目录》和《药品处方集》，制定了《突发事件药事应急管理预案》，药品管理信息系统能实时动态地反映药物使用情况、质量安全情况。能为临床提供安全、及时、快捷、优质的服务。

医院严格执行药品采购、储存、调剂制度与流程，规范审批程序，保障药品供应，建立药品质量监控体系，有效控制药品质量。麻醉、精神等特殊药品分类专人管理，并建立《特殊药品使用管理应急预案》，对存放在急诊科、病房、手术室、急救车的急救、备用药品有明确规范的领用、补充、使用登记制度，建立药品召回管理制度。积极开展处方点评工作，严格抗菌药物的使用指针，明确各级医师抗菌药物的

处方权限，从未采购、销售变质、失效药品。认真执行入库环节的验收和登记，建立了药品供应单位资质档案。

（五）、教学科研

建立健全医院教学管理组织机构及管理制度，承担忻州职业技术学院各专业学生的临床实习和乡镇卫生院医务人员的培训进修任务。制订教学查房制度，文书记录修改、讲课制度，检查性听课及评教评学制度和实习生管理制度，进一步规范实习进修人员的管理，逐步提升教学质量和水平。科研方面承担卫生部心血管病防治研究所2004年8月—2024年8月《城乡前瞻从流行病学研究》省级科研项目一项。

二、质量管理

（一）基础质量

1、建立健全医院、科室医疗质量管理责任体系、组织机构，院长为医疗质量管理第一责任人，负责制定医疗质量与医疗安全管理可持续改进方案，每季度召开院长办公会专题研究医疗质量和医疗安全工作，成立医疗、护理质量与安全管理管理委员会、药物治疗与安全管理委员会、医院感染管理委员会、病案质量管理委员会，应制定了相应的工作制度，职责、责任明确，日常质控记录完善，持续改进意见和效果评价合理，各科室主任负责所属科室质量与安全管理，每月定期检查，召开会议，提出改进措施。医务科、护理部具体负责全院医疗、护理质量与安全管理，制定详细可操作的实施考核方案及考核标准，制度、考核落实到位，检查反馈及时详细，整改评价适宜妥当。建立健全院科两级质量管理、与持续改进的组织。成立了医疗质量管

理委员会、药事管理委员会、输血管理委员会、感染管理委员会、病案质量管理委员会等 13 个委员会，建立健全了质量管理规章制度，职责清楚，工作有记录。

2、建立医疗风险防范体制，鼓励积极上报医疗安全不良事件，不隐瞒、不漏报，落实患者安全目标责任制，夯实防范医疗风险的教育、培训。医院每年定期开展全员质量教育，牢固树立质量意识，提高质量管理与改进能力。特别对医疗质量关键环节（危重病人管理、围手术期管理、输血与药物不良反应、有创诊疗操作、新开展的业务技术管理等）、重点部门（急诊、手术室、新生儿科、重症病房、供应室等）制定有安全管理标准。

3、医务人员能严格执行医疗技术操作规范，掌握疾病诊疗指南标准，认真落实医疗质量管理制度，特别是十五项核心制度的执行，强化“三基三严”培训，“基础理论、基本知识、基本技能”合格率达 100% 。医疗文书书写及时、准确、完整、规范，甲级病案率 91.5%。无丙级病历。

4、2012 年—2015 年共发生医疗纠纷 6 起，无重大医疗事故发生。医疗质量管理推行责任追究制度，对发生的医疗纠纷案例医疗主管职能部门积极组织院技术委员会成员和医院专家召开讨论会议：分析原因、确定纠纷性质、对存在缺陷的个人和科室作出处理意见、提出整改措施，对有责任的科室和责任人追究相关责任，并给予一定经济处罚，取消当年评先选优资格。

（二）医疗质量

1、核心制度落实　认真执行医疗安全核心制度。主要包括首诊负责制度、三级医师查房制度、分级护理制度、疑难病例讨论制度、死亡病例讨论制度、危重病人抢救制度、会诊制度、手术分级制度、术前讨论制度、查对制度、病历书写规范与管理制度、交接班制度等，有效防范、控制医疗风险，及时发现医疗质量和安全隐患，提高诊断、治疗和护理质量。

2、急诊科质量管理

（1）医院急诊科为独立设置的一级临床科室，设有预检分诊、抢救室、观察和治疗室。人员结构基本合理，且相对固定，独立执业的医生护士均具有执业资格，医务人员均能正确使用抢救设备，对危急重症抢救专业知识均能熟练掌握，承担了院内急诊、急救及院前急救工作。畅通急诊绿色通道，全天候开放检验、医学影像、药房服务。单个窗口排队等候人数少于15人（个别情况除外），等候时间每窗口未超过10分钟。医院制定有等待就诊病人出现病情变化的应急预案。有合理检查，合理治疗、合理用药”的具体监管措施。急诊报告出具时间小于30分钟，急诊手术、急诊入院、转诊流程合理，任何一流程过程不超过20分钟；急诊会诊不超过10分钟，平均留观时间不超过72小时。“120院前急救医师、护士能在3分钟内随救护车及携带车载急救设备、器材出车，快速到达现场并开始实施抢救。

（2）严格执行急诊工作制度和流程，包括首诊负责制度、会诊制度、交接班制度、急危重病人抢救制度等。根据病情程度的不同进入相应诊治流程。急救设备器材基本齐全且处于备用状态，出诊箱及抢

救车内急救药品分类醒目、排放有序符合效期管理要求。急诊医护人员都能够熟练、正确使用急救设备和器材，设备器械完好率100%。

（3）医院每年开展一次以上“120院前救治演练，如心肺复苏，猝死、溺水等急救，均取得良好效果。

3、住院科室质量管理

（1）重点专科建设　设内科、外科、骨科、心内科、儿科、妇产科、传染科等住院科室，其中心内科、骨科为市级重点专科，普外科、产科专业、呼吸专业组为县级重点专科，其技术项目的成立达到了市内同行业先进水平，能够独立完成二级医院一般及重点科室项目，并能完成三级医院部分技术项目。

（2）临床路径和单病种管理实施　截至2015年8月底，我院共遴选纳入临床路径40个病种，涉及临床8个专业，入径率78.6%，变异率 19.3%，医院有完善的临床路径管理组织和评价体系，单病种管理28个病种，限定了用药目录、检查化验范围，并与新农合、职工医保协议对接，实行单病种限额付费报销。

（3）抗菌药物管理使用　建立健全抗菌药物管理组织机构，规范完善抗菌药物应用技术支撑体系，严格落实抗菌药物分级管理制度，明确各级医师使用抗菌药物处方权限，制定抗菌药物使用目录，加强抗菌药物购进管理，控制抗菌药物的品种数量小于35种，将住院患者抗菌药物使用率下降到 60%以下，Ⅰ类切口手术患者预防使用抗菌药物比例控制在 32%，同时落实抗菌药物处方点评制度，每月公示前十位抗菌药物使用数量及医师排名。

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/745310021112011322