

4-医疗质量控制组织实施方案及具体措施（精选五篇）

第一篇：4-医疗质量控制组织实施方案及具体措施

内科医疗质量控制具体措施

医疗质量与医疗安全是科室管理的核心。为切实加强内涵建设，提高科室法制化、规范化、科学化管理水平，确保医疗质量与医疗安全，特制定本组织实施方案，望科室医护人员认真执行。

一、实施依据：

1、原卫生部《医院管理评价指南（2008 年版）》

2、原卫生部《2008--2009 年“以病人为中心”医疗安全百日专项检查活动方案》 3、2012 版《二级综合医院评审标准》

4、上级医政管理部门、医院规章制度相关文件、精神指示要求。

二、健全内科质量管理组织体系，满足质量管理与持续改进需要。

1、健全内科医疗质量管理组织，实行科主任负责制。科主任、护士长为科内医护质量安全管理第一责任人，质量管理组织要定期专题研究医疗质量与医疗安全工作。医疗质量管理、药事管理、医院感染、病案管理、输血管理、和护理管理小组等要定期研究医疗、护理质量，安全管理问题，有活动记录，重视工作实效。

2、医疗质量管理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。

三、加强科内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。分类开展临床医疗、护理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、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工作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范、控制及追溯机制，完善重大医疗安全事件、医疗事故防范预案和处理程序，完善非医疗因素引起的意外伤害事件的防范措施。按规定报告处理医疗事故、纠纷等不良事件。

六、加强重点时段、重点环节，诊疗、护理流程及急危重患病的管理。尤其要注意周末、法定假日等重点时段的医疗质量管理。保障人员配置科学，流程合理，各种药品、物资、抢救器械充足有效。二线值班人员要服从组织管理要求和岗位调配。

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、充分学习及应用诊疗指南、循证医学，临床路径、单病种质量控制标准，指导制定患者的诊疗、护理方案，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。

内科医疗质量控制小组

2015-01-16

第二篇：医疗质量控制实施方案

医疗质量控制实施方案

一、目的：

医疗质量是医院发展之本，优质的医疗质量必然产生良好的社会效益和经济效益。为保证我院在医疗市场竞争中保持优势、不断发展，特此制定全程医疗质量控制方案，以求正确有效地实施标准化医疗质量管理。

二、目标：

逐步推行全面质量管理与控制，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，使我院医疗质量水平进一步提高。

三、管理体系

全程医疗质量控制系统的的人员分为医院医疗质量管理委员会、科室医疗质量控制小组和各级医务人员自我管理三级管理体系。

（一）医疗质量管理委员会职责

医院设立医疗质量管理委员会，由院长负责，医务部、护理部、及主要临床、医技、药剂等科室负责人组成。在院长及分管副院长的领导下负责全院医疗质量管理工作。负责审议、制定、修订医疗质控方案。督促检查医疗质量管理工作的执行情况。定期召开全体委员会会议，评价医疗质量，调查分析医疗缺陷的原因及性质，并提出改进措施。

（二）科室医疗质量控制小组职责

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、药师等人员组成。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。

（三）医务人员自我管理

在医疗活动过程中，医务人员的个人行为具有较大的独立性，其个人素质、医疗技术水平对医疗质量影响较大，是质量不稳定的主要因素，是质量控制的基本点。在质控过程中，特别要强调三级医师负责制度、会诊制度和病例讨论等核心制度，确保医疗质量控制的正确实施。对各级医务人员的要求分述如下： 1. 门诊医师

（1）严格执行首诊医师负责制。

（2）询问病史详细、物理检查认真，要有初步诊断。（3）门诊病历书写完整、规范、准确。（4）合理检查，申请单书写规范。（5）具体用药在病历中记载。

（6）药物用法、用量、疗程和配伍合理。（7）处方书写合格。

（8）按专科收治病人。2. 病房住院医师

(1) 病人入院 30 分钟内进行检查并作出初步处理。(2) 急、危、重病人应即刻处理并向上级医师报告。

(3) 按规定时间完成病历书写(普通病人 24 小时、危重病人 6 小时内完成;首次病程记录当班完成,急诊病人术前完成)。(4) 病历书写完整、规范,不得缺项。

(5) 24 小时内完成血、尿、便化验,并根据病情尽快完成肝、肾功能、胸透和其它所需的专科检查。(6) 按专科诊疗常规制定初步诊疗方案。(7) 对所管病人,每天至少上、下午各巡诊一次。

(8) 按规定时间及要求完成病程记录(会诊、术前讨论、术前小结、转出和转入、特殊治疗、病人家属谈话和签字、出院小结和死亡讨论等一切医疗活动均应有详细的记录)。(9) 对所管病人的病情变化应及时向上级医师汇报。

(10) 诊疗过程应遵守消毒隔离规定,严格无菌操作,防止医院感染病例发生。若有医院感染病例,及时填表报告。(11) 病人出院时须经上级医师批准,应注明出院医嘱并交代注意事项。

3. 病房主治医师

(1) 及时对下级医师开出的医嘱进行审核,对下级医师的操作进行必要的指导。(2) 新入院的普通病人要在 48 小时内进行首次查房。除对病史和查体的补充外,查房内容要求有:①诊断及诊断依据;②必要的鉴别诊断;③治疗原则;④诊治中的注意事项。(3) 新入院的急、危、重病人随时检查、处理,并向上级医师汇报病情。(4) 及时检查、修改下级医师书写的病历,把好出院病历质量关,并在病历首页签名。(5) 按科室规定正确分级使用抗生素和专科用药。

(6) 手术和介入治疗前亲自检查病人,做好术前准备,按手术分级管理标准拟订严密的手术方案并实施。术后即刻完成术后记录,24 小时完成手术记录。(7) 术后严密观察患者病情变化,并做好术后工作。(8) 负责治愈患者出院的审批手续,并向上级医师汇报。

4. 病房主任(副主任)医师

(1) 组织或参与制定本科质量管理方案、各项规章制度、诊疗和操作常规。(2) 指导下级医师做好医疗工作,督促检查下级医师执行

各项制度和诊疗常规。（3）对新入院的普通病人要求 72 小时内进行首次查房；危重病人至少每日查房 1 次；病人病情变化应随时查房；每周组织全科查房 2 次。（4）查房内容除对病史和查体的补充外，普通病人应有：①诊断及诊断依据；②鉴别诊断；③治疗原则；④有关方面的新进展。（5）疑难病例组织科内讨论或院内会诊，必要时向医务处申请院外会诊或远程会诊。（6）指导和监督下级医师正确分级使用抗生素和专科用药。

（7）组织术前和重要治疗前病例讨论，指导下级医师做好术中、术后医疗工作。重大手术和重要治疗要亲自参加。（8）审批未愈患者出院，并指导病人出院后的继续治疗。（9）审签主治医师审查的转科、出院病历。

四、质量监督考核

医院医疗质量具体由分管副院长负责，医务部、护理部分别组织医疗医技科室、护理组进行监督考核。各科室成立的医疗质控小组对本科室的医疗质量随时指导、考核。医院病案管理委员会、药事委员会、医院感染管理委员会分别负责相关事务和管理工作。

五、健全规章制度

1. 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）首诊负责制度。（2）三级医师查房制度。（3）分级护理制度。（4）会诊制度。（5）查对制度。（6）疑难病例讨论制度。（7）危重病人抢救制度。（8）手术分级管理制度。（9）术前病例讨论制度。（10）死亡病例讨论制度。（11）医师值班与交接班制度。（12）病历书写基本规范与管理制度。（13）临床用血审核制度。（14）新技术、新项目准入制度等。

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讨论制度。逐步建立影像、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。

六、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。

七、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)职能部门要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，进行查房，督促检查质量管理工作。

(4)医院医疗质量检查小组要定期或不定期组织科室检查、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。

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控制措施。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.建立质量管理控制反馈机制：

(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，并每季度向医疗质控科上报科室当季的质控工作总结。(2) 医疗质量管理委员会定期（每季度）向临床

医技等科室下发医疗质量与医疗安全的分析。

医务部、护理部、质控科、院感科等有关部门应将医疗质量检查考核结果、存在问题分析后提出的整改意见，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。

医疗质量管理委员会应定期召开会议，评价质量管理措施及效果分析，讨论存在的问题，制定整改计划及措施。

八、医疗质量管理奖惩办法，奖优罚劣

1.环节质量：

(1)每月一次门诊病历检查中，被评为乙级的责任医师扣 30 元，被评为丙级的扣 50 元，无写病历视为丙级病历。.(2)住院病历超过24 小时未写及首程记录超过 8 小时未写各扣 30 元，超过 3 天未写各扣 50 元。

(3)未按要求做好工作每次每项扣工作量化考核分 20 分。2.终末质量：

入档病案均要求甲级病案。乙级病案责任人罚 30 元，上级医师罚 30 元；丙级病案则责任人罚 50 元，上级医师罚 50 元。

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、考核、劳动聘用等挂钩，与干部选拔及任用相结合。

第三篇：2017 年医疗质量控制实施方案

2017 年医疗质量控制实施方案

一、目的：

医疗质量是医院发展之本，优质的医疗质量必然产生良好的社会效益和经济效益。为保证本院在医疗市场竞争中保持优势、不断发展，特此制定全程医疗质量控制方案，以求正确有效地实施标准化医疗质量管理。

二、目标：

逐步推行全面质量管理与控制，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，使本院医疗质量水平进一步提高。

三、管理体系：

全程医疗质量控制系统的的人员分为医院医疗质量与安全管理委员会、科室医疗质量控制小组和各级医务人员自我管理三级管理体系。

（一）医疗质量与安全管理委员会职责

医院设立医疗质量与安全管理委员会，由院长负责，医务科、护理部、及主要临床、医技、药剂等科室负责人组成。在院长及分管副院长的领导下负责全院医疗质量管理工作。负责审议、制定、修订医疗质控方案。督促检查医疗质量管理工作的执行情况。定期召开全体委员会会议，评价医疗质量，调查分析医疗缺陷的原因及性质，并提出改进措施。

（二）科室医疗质量控制小组职责

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、药师等人员组成。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章。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。

（三）医务人员自我管理

在医疗活动过程中，医务人员的个人行为具有较大的独立性，其个人素质、医疗技术水平对医疗质量影响较大，是质量不稳定的主要因素，是质量控制的基本点。在质控过程中，特别要强调三级医师负责制度、会诊制度和病例讨论等核心制度，确保医疗质量控制的正确实施。对各级医务人员的要求分述如下：

1、门诊医师

（1）严格执行首诊医师负责制。

（2）询问病史详细、物理检查认真，要有初步诊断。（3）门诊病历书写完整、规范、准确。（4）合理检查，申请单书写规范。（5）具体用药在病历中记载。

（6）药物用法、用量、疗程和配伍合理。（7）处方书写合格。

（8）按专科收治病人。

2、病房住院医师

(1) 病人入院 30 分钟内进行检查并作出初步处理。(2) 急、危、重病人应即刻处理并向上级医师报告。(3) 按规定时间完成病历书写(普通病人 24 小时、危重病人 6 小时内完成;首次病程记录当班完成,急诊病人术前完成)。

(4) 病历书写完整、规范,不得缺项。

(5) 24 小时内完成血、尿、便化验,并根据病情尽快完成肝、肾功能、胸透和其它所需的专科检查。

(6) 按专科诊疗常规制定初步诊疗方案。

(7) 对所管病人,每天至少上、下午各巡诊一次。

(8) 按规定时间及要求完成病程记录(会诊、术前讨论、术前小节、转出和转入、特殊治疗、病人家属谈话和签字、出院小节和死亡讨论等一切医疗活动均应有详细的记录)。

(9) 对所管病人的病情变化应及时向上级医师汇报。(10) 诊疗过程应遵守消毒隔离规定,严格无菌操作,防止医院感染病例发生。若有医院感染病例,及时填表报告。

(11) 病人出院时须经上级医师批准,应注明出院医嘱并交代注意事项。

3、病房主治医师

(1) 及时对下级医师开出的医嘱进行审核,对下级医师的操作进行必要的指导。

(2) 新入院的普通病人要在 48 小时内进行首次查房。除对病史和查体的补充外,查房内容要求有:①诊断及诊断依据;②必要的鉴别诊断;③治疗原则;④诊治中的注意事项。

(3) 新入院的急、危、重病人随时检查、处理,并向上级医师汇报病情。

(4) 及时检查、修改下级医师书写的病历,把好出院病历质量关,并在病历首页签名。

(5) 按科室规定正确分级使用抗生素和专科用药。

(6) 手术治疗前亲自检查病人,做好术前准备,按手术分级管理标准拟订严密的手术方案并实施。术后即刻完成术后记录,24 小时完

(7) 术后严密观察患者病情变化，并做好术后工作。(8) 负责治愈患者出院的审批手续，并向上级医师汇报。

4、病房主任（副主任）医师

(1) 组织或参与制定本科质量管理方案、各项规章制度、诊疗和操作常规。

(2) 指导下级医师做好医疗工作，督促检查下级医师执行各项制度和诊疗常规。

(3) 对新入院的普通病人要求 72 小时内进行首次查房；危重病人至少每日查房 1 次；病人病情变化应随时查房；每周组织全科查房 2 次。

(4) 查房内容除对病史和查体的补充外，普通病人应有：①诊断及诊断依据；②鉴别诊断；③治疗原则；④有关方面的新进展。

(5) 疑难病例组织科内讨论或院内会诊，必要时向医务处申请院外会诊或远程会诊。

(6) 指导和监督下级医师正确分级使用抗生素和专科用药。(7) 组织术前和重要治疗前病例讨论，指导下级医师做好术中、术后医疗工作。重大手术和重要治疗要亲自参加。

(8) 审批未愈患者出院，并指导病人出院后的继续治疗。(9) 审签主治医师审查的转科、出院病历。

四、质量监督考核

医院医疗质量具体由分管副院长负责，医务科、护理部分别组织医疗医技科室、护理组进行监督考核。各科室成立的医疗质控小组对本科室的医疗质量随时指导、考核。医院病案管理委员会、药事委员会、医院感染管理委员会分别负责相关事务和管理工作。

五、健全规章制度

1、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) 首诊负责制度。(2) 三级医师查房制度。(3) 分级护理制度。(4) 会诊制度。

5) 查对制度。(6) 疑难病例讨论制度。(7) 危重病人抢救制度。
(8) 手术分级管理制度。(9) 术前病例讨论制度。(10) 死亡病例讨论制度。(11) 医师值班与交接班制度。(12) 病历书写基本规范与管理制度。(13) 临床用血审核制度。

(14) 新技术、新项目准入制度等。

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讨论制度。逐步建立影像、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。

六、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、医疗质量与安全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。

七、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) 职能部门要定期下科室进行质量检查，重点检查医疗卫生法

“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，进行查房，督促检查质量管理工作。

(4) 医院医疗质量检查小组要定期或不定期组织科室检查、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。

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控制措施。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、建立质量管理控制反馈机制：

(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，并每季度向医疗质控科上报科室当季的质控工作总结。

(2) 医疗质量与安全管理委员会定期（每季度）向临床医技等科室下发医疗质量与医疗安全的分析。

医务科、护理部、质控科、院感科等有关部门应将医疗质量检查考核结果、存在问题分析后提出的整改意见，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。

医疗质量与安全管理委员会应定期召开会议，评价质量管理措施及效果分析，讨论存在的问题，制定整改计划及措施。

八、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、考核、劳动聘用等挂钩，与干部选拔及任用相结合。

具体奖罚措施按照医院其规定执行。

山东良庄矿业有限公司医院

2017 年 1 月

全程医疗质量控制实施方案

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/847016160113006105>