

医疗质量管理与持续改进方案

医疗质量是医院管理的核心。为进一步加强医疗质量管理，加大医疗质量持续改进力度，提高医院内涵质量建设，根据卫生部《医院管理评价指南（2008年版）》要求，制定本方案。

一、健全质量管理组织体系，满足质量管理与持续改进需要。

二、加强全员医疗质量教育。牢固树立质量意识，营造质量氛围，提高全员质量参与能力，质量培训纳入全员培训年度计划，定期进行，确保培训效果。

三、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。

四、严格执行医疗质量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。

五、加强重点部门及重点环节的管理。各质量安全执行及监管部门高度重视急诊科、中心供应室、医院感染控制工作重点，以及围手术期、输血、抗菌药物临床应用、门诊处方、单病种临床路径的管理，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，每季度有检查、有监控记录。

六、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。

七、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。

八、主要专业部门医疗质量安全管理与持续改进

(1) 非手术科室 (2) 门诊 (3) 急诊 (4) 感染性疾病科 (5) 临床检验 (7) 医学影像 (8) 药事 (9) 医院感染 (10) 病案质量

(一) 非手术科室医疗质量管理与持续改进方案

1、实行患者病情评估制度，遵循诊疗规范制定诊疗计划，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：推行患者病情评估及告知，首次病情评估由经治医师接诊时在拟诊讨论中书写，上级医师查房时应对患者病情进行反复评估。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诊疗组长以上人员确定。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、分析在病历中须有记录。

2、加强运行病历的监控与管理，落实核心制度和规范要求，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、执行十四项核心制度情况进行检查监督，科室设兼职质控医师，明晰责任分工。科主任组织质控医师及相关人员，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。

3、落实三级医师负责制，加强查房管理。

考核方法及改进措施：严格执行《三级医师查房制度》，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、医务部门不定期参加各科室、各级医师查房，并对终末病历及环节病历进行检查、评价。

4、规范治疗，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：按照卫生部《抗菌药物临床应用指导原则》及《宣城市人民医院抗菌药物管理制度》等，规范科室抗菌药物的应用，由质控、监控医师及临床药学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。

5、有危重病人抢救流程，规范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 $\geq 80\%$ 。规范三级医师报告制度和相应职责，规范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。

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。

7、开展临床路径试点工作。

考核方法及改进措施措施：根据卫生厅《安徽省临床路径试点工作方案》的要求，开展临床路径试点工作。试点科室（妇产科、呼吸内科等）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。

（二）门诊医疗质量管理与持续改进方案

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

（2）血、尿、便常规检验、心电图、超声及放射影像等常规检查项目，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突发事件预警制度和处置预案。

(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、规范。

(4) 配合院感染办公室做好院内感染预防和控制工作。

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历为主。

(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，用语规范，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。

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医师比例 $\geq 60\%$ 。

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 $\geq 60\%$ 。
- (3) 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、落实医疗文书书写规范，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。

(4) 每月进行一次门诊全面质量督查，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。

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》及调度备案。

改进措施：定期对门诊所有医务人员进行预案的培训，做到人人知晓、人人会做。

6、开展预约诊疗服务及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) 检查预约诊疗服务规范及流程。

(2) 开展癫痫、疼痛专病门诊及方便门诊，满足不同患者的就医需求。

(3) 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) 规范预约诊疗规范和流程（电话预约、网上预约挂号），为病人提供优质、快捷的诊疗服务。

(2) 进一步加强疼痛、癫痫等专病门诊，新开设方便门诊。

(3) 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。

(4) 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。

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。

(三) 急诊医疗质量管理与持续改进方案

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。

考核方法改进措施：

(1) 专业队伍相对固定，急诊人员资质符合要求。

(2) 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。

(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。

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：定期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，加强急危重病人的病情告知制度的落实。

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：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；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；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（车内必备担架、氧气、急救箱、抢救药品等，完好率100%）

(3) 定期组织医护人员进行救援及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。

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、急腹症、急性心肌梗死、心力衰竭、脑卒中等）急诊服务流程与规范，保障患者获得连贯医疗服务。

考核方法：检查急诊质量全程监控与管理文件；定期抽查急诊抢救5分钟内抢救措施到位情况；查看重点病种（创伤、急腹症、急性心肌梗死、心力衰竭、脑卒中等）急诊服务流程与规范文件的建立情况，查看质控小组抽查情况记录。

改进措施：

（1）按照要求急诊科设置为独立的医疗区域，有专用出入口通道，标志醒目，无障碍，通道衔接通畅，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）急诊科每天必须保证三级医师查房，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、急腹症、急性心肌梗死、心力衰竭、脑卒中急诊服务流程与规范，保证急诊抢救工作及时，确保完

成 5 分钟内抢救措施到位、急诊留观时间 ≤ 72 小时、院内急会诊到位时间 ≤ 10 分钟的各项质量指标。

(5) 急诊检验、放射、输血、药房、B 超、CT、MRI 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，落实规范。

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，病历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（白班、夜班至少各一次），急、危、重症随时记录；24 小时内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；病人离开时应记录去向；每月组织疑难、死亡病例讨论。

6、急诊抢救医疗文书书写规范、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范、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范性、及时性、完整性、重要性的教育。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；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；危重患者首诊医师负责转送相关科室进行抢救，情况危急者，首诊医师负责组织就地抢救；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和总值班，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；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。

（2）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。

（3）急诊门诊处方药严格按照规范书写，姓名，性别，时间，科室，诊断要写清晰，无漏项；每张处方不能多于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”。

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。

(四) 感染性疾病科医疗质量管理与持续改进方案

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。

2、严格执行《传染病防治法》及相关法律、法规、规章和规范。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范。

(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范。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) 工作人员须戴帽子、穿隔离衣和工作鞋，检查、治疗、护理时戴口罩。注意加强个人卫生和防护。

(4) 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，每日一次，每次 60 分钟。

(5) 检查可疑烈性传染病患者后，更换隔离衣和床单。按要求对患者呕吐物、排泄物、被患者污染的物品及室内桌、椅、门、地面进行消毒。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。

(6) 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。

(7) 病历、化验单等用三氧机消毒后发出。

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》，提高传染病疫情报告意识。

(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%。

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 and 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、规章和规范。有效预防和控制传染病的传播和医源性感染。

（2）定期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。

（五）临床检验质量管理与持续改进方案

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：

（1）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。

（2）建立生物安全制度，并实施记录。

（3）加强污物、标本、放射用品处理及各种危险品管理，各项操作符合规范。

（4）有完善的规章制度及质量保证体系。

（5）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》。

（6）科室质量控制小组定期检查，做好记录，总结分析形成文字，并将检查结果反馈至相关实验室，并限期改进，

质控小组负责监督其进展，并在以后的检查报告中随时体现，直至改进到位。

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，微生物及艾滋病实验室工作人员应根据有关要求配备个人防护用具。
- (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。

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。

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/948036135113006062>