

2010 年医院医疗质量管理与持续改进方案

1. 医院质量方针:

以病人为中心

以质量为保障

和谐诚信 安全高效 科学发展

医院质量目标:

1. 1.医疗质量各项指标总达标率为 95% 以上;

1. 2.病人满意度达 98% 以上;

1. 3.每年开展新技术、新项目不少于 60 项;

努力把医院建设成为肿瘤特色鲜明省内先进的大型现代化综合医院。

2. 质量指标:

2. 1. 临床医疗:

1. 病床使用率 85—93% (2009 年实际为 109.2%)

2. 病床周转次数 ≥ 19 次/年 (2009 年实际为 20.3 次)

3. 平均住院日 ≤ 15 天 (2009 年实际为 14.7 天)

4. 择期手术患者术前平均住院日 ≤ 3 天

5. 入出院诊断符合率 $\geq 95\%$

6. 入院三日确诊率 $\geq 95\%$

7. 手术前后诊断符合率 $\geq 95\%$

8. 临床主要诊断、病理诊断符合率 $\geq 60\%$

9. 急危重症抢救成功率 $\geq 80\%$

10. 治愈好转率 $\geq 90\%$

11. 无菌手术切口甲级愈合率 $\geq 97\%$

12. 甲级病案率 $\geq 90\%$, 无丙级病历

13. 院内急会诊到位时间 ≤ 10 分钟

14. 单病种治愈好转率（达卫生部颁布的病种质量控制标准）在同级医院中处于较高水平

15. 单病种死亡率、单病种术后十日内死亡率（低于卫生部颁布的病种质量控制标准）低于同级医院平均值

16. 单病种治疗费用控制不高于当地治疗的平均费用

17. 手术、麻醉、特殊检查、特殊治疗履行患者告知率 100 %

18. 临床试验、药品试验、医疗器械试验履行患者告知率 100 %

19. 法定传染病报告率 100 %

20. 住院医师规范化培训率 100 %， 培训合格率 ≥ 90 %

21. 完成指令性医疗救援任务 100 %。

22. 重大医疗过失行为和医疗事故报告率 100 %。

23. 本年度内无医院负完全责任或主要责任的二级以上医疗事故发生。

24. 医疗投诉控制在 3‰以下。

2.2. 急 诊：

25. 急救物品完好率 100 %

26. 急诊留观时间 ≤ 72 小时

2.3. 门 诊：

27. 处方合格率 ≥ 95 %

28. 合格病历率 ≥ 90 %

29. 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 ≥ 60 %

30. 挂号、划价、收费、取药等服务窗口等候时间 ≤ 8 分钟

2.4. 护 理：

- 31. 实际住院床位与护士比例达到 1：0.4
- 32. 基础护理合格率 $\geq 90\%$
- 33. 危重患者护理合格率 $\geq 95\%$
- 34. 护理文件书写合格率 $\geq 95\%$
- 35. 急救物品完好率 100%
- 36. 医疗器械消毒灭菌合格率 100%
- 37. 无护理事故发生，控制护理严重差错每百张床 $<0.5\%$ 。
- 38. 护理人员“三基”培训考核合格率达到 100%，专业技能培训率 $\geq 90\%$ 。
- 39. 年内完成本院护理新业务、新技术 ≥ 2 项。在地（市）级以上学术会议或刊物上交流发表论文 ≥ 8 篇，市级以上科研立项 ≥ 2 项。

2.5. 医院感染：

- 40. 院感漏报率 $\leq 15\%$
- 41. 医院感染率 $\leq 10\%$
- 42. 医院感染现患率 $\leq 10\%$
- 43. 医院感染现患调查实查率 $\geq 96\%$
- 44. 清洁手术切口感染率 $\leq 1.5\%$
- 45. 清洁手术切口甲级愈合率 $\geq 97\%$

2.6. 医 技：

2.6.1. 功能科：

- 46. 脑电、心电图出具报告时间 ≤ 30 分钟
- 47. 超声检查项目自检查开始到出具结果时间 ≤ 30 分钟

2.6.2. 病理科：

48. 术中冰冻病理自送检到出具结果时间 ≤ 30 分钟

49. 石蜡切片诊断正确率 $\geq 98\%$

50. 冰冻切片与石蜡切片诊断符合率 $\geq 96\%$

51. 细胞学诊断率 $\geq 96\%$

52. 常规切片质量优良率 $\geq 90\%$

2.6.3 医学影像科：

53. 普通 X 光摄片甲级率 $\geq 40\%$ ，废片率 $\leq 3\%$

54. C T 检查阳性率 $\geq 70\%$

55. M R I 检查阳性率 $\geq 70\%$

56. 大型 X 光机检查阳性率 $\geq 70\%$

57. 急诊医学影像诊断报告时限 ≤ 30 分钟

58. 大型设备检查项目自开具检查报告申请单到出具检查结果时间 ≤ 48 小时

2.6.4 检验科：

59. 临床化学室间质评全年平均及格（V I S ≤ 20 ）

60. 血液学室间质评全年平均及格（改良偏离指数 D I ≤ 2 ）

61. 免疫室间质评全年平均成绩在全国平均水平以上

62. 细菌室间质评全年鉴定正确率 $\geq 80\%$

63. 血、尿、便常规检验项目自检查开始到出具结果时间 ≤ 30 分钟

64. 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

65. 细菌学等检验项目自检查开始到出具结果时间 ≤ 4 天

2.6.5 输血科：

66. 开展成分输血比例 $\geq 85\%$

67. 输血适应症合格率 $\geq 90\%$

2.6.6. 药剂科：

68. 处方调配差错率 $\leq 1/100000$

69. 中药调剂称量，饮片误差 $\leq \pm 5\%$

70. 药品采购供应合格率 $\geq 100\%$

71. 药品收入占业务收入比例 $\leq 45\%$

2.6.7. 营养科：

72. 治疗饮食就餐率 $\geq 100\%$

2.7. 麻醉科：

73. 麻醉死亡率 $\leq 0.02\%$

2.8. 科研、教学、继续教育

74. 每年开展新技术、新项目不少于 60 项

75. 职工继续教育普及率 90%

2.10. 综合指标：

76. 物价检查，物价符合率 100%

83. 年意外事故发生次数（如：火灾、爆炸、建筑物倒塌、患者人身伤害等）

为零

质量管理标准：

3. 医疗质量管理与持续改进：

3.1. 临床医疗质量管理：

3.1.1. 临床医疗质量管理与持续改进

3.1.1.1 医疗质量管理组织

① 建立院、科两级医疗质量管理组织，院长为医疗质量管理第一责任人，定期专题研究医疗质量和医疗安全工作，科主任全面负责科室医疗质量管理工作。

② 医疗质量管理职能部门组织实施全面医疗质量管理，指导、监督、检查、考核和评价医疗质量管理工作，严格监管记录，定期分析，及时反馈，落实整改。建立多部门医疗质量管理协调机制。

③ 建立医疗质量管理组织，包括医疗质量管理委员会、伦理委员会、药事管理委员会、医院感染管理委员会、病案管理委员会、输血管理委员会、医疗技术管理和护理质量管理委员会等，定期研究医疗质量管理等相关问题。

3.1.1.2 全程医疗质量与安全管理和持续改进

① 制定医疗质量与安全管理和持续改进方案并组织实施。

② 定期进行全员医疗质量和安全教育，牢固树立医疗质量和安全意识，提高全员医疗质量管理与改进的意识和参与能力。

③ 强化“基础理论、基本知识、基本技能”培训，严格执行诊疗技术规范，遵循诊疗常规。

④ 核心制度管理：

认真执行医疗质量和医疗安全的核心制度，如首诊负责制度、三级医师查房制度、疑难病例讨论制度、死亡病例讨论制度、会诊制度、危重患者抢救制度、手术分级管理制度、术前病例讨论与大手术上报审批制度、分级护理制度、查对

制度、病历书写规范与管理制度、值班与交接班制度、临床用血审核制度、医疗技术和人员资质准入制度等。

加强医疗质量关键环节的管理。进一步抓好各项医疗管理制度的贯彻，真正做到制度落实。定期检查制度，使医疗质量管理制度化。新入院病人 48 小时内必须有主治医师或高级职称医师查房；每月抽查首次主任（副主任）医师查房及首次主治医师查房制度执行情况，抽查术前小结及谈话、手术审批、麻醉会诊及谈话、输血治疗谈话、科间会诊、病例讨论制度、交接班制度、传染病报告制度、教学制度等制度落实情况。建立医疗风险评估标准，建立医疗质量控制、安全信息管理数据库，有效防范、控制医疗风险，及时发现医疗质量和安全隐患。

3.1.1.3 非手术科室医疗质量管理与持续改进

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。

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。

③落实三级医师负责制，加强护理管理。

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。

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，不瞒报漏报。

⑥按手术诊疗管理有创诊疗操作。

⑦开展重点病种质量监控管理。

3.1.1.4 手术科室医疗质量管理与持续改进

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。

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。

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、操作规范、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：手术操作规范，输血规范，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。

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

⑤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。

⑥落实三级医师负责制，加强护理管理。

⑦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。

⑧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，不瞒报漏报。

⑨采取有效措施，缩短择期手术患者术前平均住院日。

3.1.1.5 工作效率（平均住院日）：

进一步加强住院管理制度，采取有效措施，缩短平均住院日和择期手术患者术前平均住院日，各临床科室要以本科室近三年平均住院日和床位周转次数作为

基础指标，积极缩短平均住院日和术前住院等待日，加快床位周转次数，从而降低药品比例，降低病人住院费用。

3.1.1.6 病历质量管理：

① 贯彻落实《医疗事故处理条例》、《病历书写基本规范（试行）》、《医疗机构病历管理规定》

② 医疗文书书写及时、准确、完整、规范。

③ 建立院、科两级病历质量管理体系，科室建立病历质量控制小组，医院成立病案委员会。建立、健全病历全程质量监控、评价、反馈制度，提高甲级病历率。

④ 加强运行病历的监控与管理，重点检查与医疗质量和患者安全相关的内容。做好三个环节质量控制。各科室质控小组负责对本科室病历质量控制，科主任负责制；医务科质控小组负责对环节病历质量进行考核，病案室负责对终末质量的考核，加强病历书写的质量教育，定期检查病历书写的环节质量和终末质量，各类检查结果均纳入医疗服务质量管理考核。依据本院病历质量管理奖惩实施方案。

3.1.1.7 病案管理：

① 建立病案管理制度并组织落实。

② 严格执行病案管理制度，负责全院病案的收集、整理、装订、存档和保管工作及病案资料的索引、登记、编目工作，医疗统计报表及时、完整、规范，有统计分析。正确地为医疗、护理、教学、科研提供所需资料。严格执行病历借阅制度。

③ 为医疗、教学、科研提供相关服务；按规定为患者或其代理人、卫生行政部门、医学会、保险机构、公安、司法等部门复印或复制病历资料，并按规定保护患者隐私。

3.1.1.8 单纯病种质量控制

医务科每月组织科主任秘书、单病种质控人员，进行控制。

标准：卫生部颁发的临床路径

实施方法：每月组织科主任秘书对急性单纯性阑尾炎、结节性甲状腺肿、乳腺癌、股骨干骨折、子宫平滑肌瘤、老年性白内障、急性 ST 段抬高心肌梗死、计划性剖宫产、8 个病种的病历进行全检，检查入径率、路径符合率、存在缺陷，将资料进行分析汇总，形成质量报告，上报主管院长，同时将检查信息及时反馈给相关科室，以达到持续改进。

3.1.1.9 医疗技术管理：

医院的医疗技术服务应与其功能、任务和业务水平相适应。开展的医疗技术应当是其执业诊疗科目内的成熟医疗技术，符合国家有关规定，并且具有相应的专业技术人员、支持系统，能确保技术应用的安全、有效。

① 医疗技术管理符合国家有关规定。建立健全并认真贯彻落实医疗技术准入、应用、监督、评价制度，并建立完善医疗技术损害处置预案。建立医疗技术风险预警机制，并组织实施。

② 具有与开展的技术或项目相适应的技术力量、设备与设施，以及确保患者安全的方案。当技术力量、设备和设施发生改变，可能影响到医疗技术的安全和质量时，应当中止该技术。按规定进行评估后，符合规定的，方可重新开展。

③ 对新开展的医疗技术的安全、质量、疗效、费用等情况进行全程追踪管理和评价，及时发现医疗技术风险，并采取相应措施，以避免医疗技术风险或将其降到最低限度。

④ 建立新开展的医疗技术档案，以备查。

⑤ 不得应用未经批准或安全性和有效性未经临床实践证明的技术。

⑥ 进行医疗技术科研，必须符合伦理道德规范，按规定审批。在科研过程中，充分尊重患者的知情权和选择权，并注意保护患者安全。同时，不得向患者收取

相关费用。

3.1.2. 护理质量管理与持续改进：

3.1.2.1.健全的护理管理组织体系，责任明确：

- ① 根据医院的功能任务，建立完善的护理管理组织体系。
- ② 护理管理部门实行目标管理责任制，职责明确。努力完成任期护理管理目标及年度计划。
- ③ 护理管理部门结合医院实际情况，制定护理工作制度，并有相应的监督与协调机制。
- ④ 护理质量管理委员会进行护理质量管理。进一步完善护理质量管理方案，加强质量管理，健全落实各项规章制度，保证质量达标，杜绝等级事故，力争不发生严重差错。

⑤ 每月进行一次护理质量检查（包括病房管理、护理病历质量、安全医疗、专科护理、基础护理、消毒隔离等，特别是差错的防范），并定期分析总结，改进提高。

3.1.2.2.护理人力资源管理：

- ① 对护士的管理有明确的规定。
- ② 对各级各类护士的资质、各岗位的技术能力有明确要求。
- ③ 对各护理单元护士人力的配置有明确的原则与标准，确保满足实施等级护理的质量与患者安全的需要。
- ④ 有紧急状态下对护理人力资源调配的方案。
- ⑤ 有各级各类护士的在职培训计划。加强护理人员“三基”考核，合格率达到 100 %。

3.1.2.3.建立健全护理工作制度、护士的岗位职责和工作标准、各科疾病的护理常规和技术操作规程：

① 有健全的护理工作制度、岗位职责、护理常规、操作规程手册，并保证实施。

② 护士知晓并落实相关护理工作制度、岗位职责、护理常规、操作规程。

③ 各护理岗位护士明确岗位职责和工作标准。

3.1.2.4.制定并落实护理质量考核标准、考核办法和持续改进方案：

① 建立并实施基础护理质量评价标准。

② 建立并实施专科护理质量标准。

③ 建立质量可追溯的机制，定期与不定期对护理质量标准进行效果评价，并体现在持续改进的过程中。

④ 按照《病历书写基本规范（试行）》进行护理文件书写，进一步完善与规范护理文书书写，强化执行医嘱的签名制度，定期进行护理文件书写质量评价。

⑤ 有重点护理环节的管理、应急预案与处理程序，提高护士的专科技术水平和应急能力。

3.1.2.5.临床护理工作以病人为中心，为患者提供基础护理服务和护理专业技术服务，密切观察患者病情变化，正确实施各项治疗、护理措施，提供康复和健康指导，保障患者安全和提高护理工作质量。

① 临床护理工作体现人性化服务，要体现患者知情同意与隐私保护的责任。

② 基础护理与等级护理的措施到位。

③ 护士对住院患者的用药、治疗提供规范服务。

④ 对实施围手术期护理的患者有规范的术前访视和术后支持服务制度与程序。

⑤ 提供适宜的康复和健康指导。

⑥ 各种医技检查的护理措施到位。

⑦ 密切观察患者病情变化，根据要求正确记录。

3.1.2.6.保证对危重症患者的护理质量：

① 对危重患者有护理常规，措施具体，记录规范完整。

② 护理管理部门对急诊科、重症监护病房、手术室、血液净化等部门进行重点管理，定期检查、改进。

③ 能够保证监护仪的有效使用。

④ 保证对危重患者实施安全的护理操作。

⑤ 保证呼吸机使用、管路消毒与灭菌的可靠性。

⑥ 建立与完善护理查房、护理会诊、护理病例讨论制度。

3.1.2.7.制定并实施护理差错报告和管理制度：

① 建立与实施护理差错报告和管理制度。

② 完善专项护理质量管理制度，如各类导管脱落、患者跌倒、压疮等。

③ 能够应用对护理差错评价的结果，改进相应的运行机制与工作流程、工作制度。

3.1.2.8.手术室与中心供应室的管理：

① 手术室与中心供应室工作流程合理，符合预防和控制医院感染的要求。

② 制定并实施相关的工作制度、程序、操作常规。

③ 与临床保持良好的沟通机制，满足住院患者的需要。

3.1.3. 医院感染管理与持续改进：

3.1.3.1.根据国家有关的法律、法规、规章和规范，制定并落实医院感染管理的各项规章制度。

3.1.3.2.医院的布局、设施和工作流程符合医院感染预防与控制的要求。

3.1.3.3.及时搜集与学习卫生部有关传染病的防治信息，采用多种形式，定期对工作人员进行传染病防治知识和技能的培训。

3.1.3.4.落实医院感染的监测和报告制度。

3.1.3.5.加强对医院感染控制重点部门的管理，包括感染性疾病科、口腔科、手术室、重症监护室、新生儿病房、产房、内窥镜室、血液透析室、导管室、临床检验部门和消毒供应室等。

3.1.3.6.医务人员严格执行无菌技术操作、消毒隔离工作制度、手卫生规范。

3.1.3.7.按规定可以重复使用的医疗器械，应当进行严格的消毒或者灭菌。

3.1.3.8.合理使用抗菌药物，每月开展耐药菌株监测与药敏试验。将监测统计结果以简报形式临床科室反馈。供临床用药参考；督促加强合理用药，力争达标。

3.1.3.9.每月检查科室医院感染上报情况、一次性医疗用品的使用管理、消毒器械的使用管理、消毒灭菌液效能与环境卫生学监测等，并将检查结果纳入医疗服务考核，与奖金挂钩。

3.1.3.10. 传染病管理：

① 严格执行传染病防治的法律、法规、规章和技术操作规范、常规。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。

② 有防疫科专人负责传染病疫情报告工作，并按照规定报告。

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/988036141113006062>