

医疗质量持续改进工作方案 2021 年

(____年)

我院实行院长领导下的院科两级医疗质量管理体系，在医疗质量管理委员会指导下，由质控科、医务科、院感科和护理部共同负责医院医疗、护理、院感质量管理工作，同时成立各种相关委员会（病案管理委员会、药事管理与药物治疗学委员会、医院感染管理委员会、输血管理委员会、放射诊疗质量管理委员会、护理和医学伦理管理委员会）履行相应的管理职责，并根据____部《二级综合医院评审标准（____版）》要求不断完善。

院长为医疗质量管理第一责任人，领导本院的医疗质量管理和决策；分管副院长负责具体管理工作。

医院质量管理____职责。负责制定全院医疗质量管理计划；负责研究、制定质量管理的各项规章制度；承担全院医疗质量教育培训活动；____医疗质量监控和评价工作；负责监督、指导各科室和部门的质量管理工作；负责调查分析医院发生的医疗、护理缺陷的原因，并有效判定医疗缺陷的性质、不断完善医疗护理工作流程和制度；研究法律法规和卫生行政部门对医疗质量的规定和要求，____和研究国内外医疗质量管理的新方法、新模式和动向；负责医院医疗质量的分析、总结和反馈，并提出改进措施。

科室质量管理小组职责。在科主任领导下负责本科室的质量管理教育和培训；负责执行、落实各项与医疗、护理质量有关的规章制度，对执行情况进行经常监督和检查，包括自查自纠、病历评审、纠纷事故报告处理及整改措施，并有记录；按照院感、医疗质控要求，严格本科室的质量控制工作，遵守合理用药原则，每月至少应有____次

质量控制活动，对医疗质量中存在的缺陷，应有改进措施并及时纠正；负责统计重点疾病、重点手术的死亡、再入院、再次手术质量监测指标、手术并发症质量指标、重返质量监测指标；及时报送运行病历、归档病历整改反馈单；加强医疗技术准入管理，规范开展新技术，提高医疗水平。

医疗质量教育培训。根据医院医疗质量管理要求和不同时期上级卫生主管部门的规定，对不同层次的医务人员采取不同方式进行教育和培训；每年对进修、实习医师进行有关医疗质量要求的教育培训，对新进入临床的见习医师进行医疗质量及病历书写的岗前培训；根据上级卫生主管部门不同时期的医疗质量要求，利用晨会等场合向医务人员讲解有关规定，并提出管理要求；根据各临床科室的管理需要和要求，讲解有关医疗质量的规定。

每季度至少召开____次医疗质量安全管理工作会议，针对全院医疗质量中存在的问题，进行分析总结，并提出改进措施。

医疗质量控制考核标准体系。医疗质量的控制主要是对医务人员在医疗服务过程的检查控制，以保证医疗质量目标的实现和持续改进。我院考核评估标准体系包括三个体系，即医疗质量考核评估标准体系、护理质量考核评估标准体系和院感考核评估标准体系。护理质量考核评估由护理部执行，院感质量考核评估由医院感染管理科执行，医疗质量考核评估由质控科、医务科及相关科室执行。

一、质量目标：

1. 按照《____省综合医院评审标准（____版）》的要求，开展医疗质量管理工作，使医疗质量充分体现“关爱和服务”。

2. 不断优化医疗服务流程，保证医疗服务质量。

3. 根据医院内外环境和医院资源等条件，尽量满足病人的合理要求，不断提高病人满意程度。

4. 规范医疗管理，执行医疗核心制度，规范医疗行为。

5. 严格执行医疗技术准入管理，按二级乙等医院标准、开展二级乙等医院医疗技术。

6. 认真执行《病历书写基本规范》、提高病历质量，甲级病历 $\geq$ ____%。

7. 质量指标（具体指标见附件）：

1) 完善危重病室的质量控制。设备资源配置、人员资质、技术准入达到相关要求；实行“危重程度评分”，定期评价诊疗质量，建立压疮、管路脱落发生率结果质量监测；执行院感的目标监测；由相关科室负责对科内医生进行相关技术培训工作。

2) 不断完善合理用药管理工作，促进临床合理应用抗菌药物，各项指标应达到卫生行政部门的要求，规范处方点评工作，处方合格率 $\geq$ ____%。

3) 严格掌握输血适应症，科学、合理、规范输血，成分输血率 $\geq$ ____%，输血适应症符合率 $\geq$ ____%。

4) 按卫生行政部门医疗质量管理与控制指标管理的要求，对医院感染指标进行统计分析，规范院感管理工作，开展综合性监测和目标性监测，落实重点部位医院感染预防控制措施。

5) 规范消毒供应中心的布局流程、基础设施设备的配置，清洗、包装、灭菌等质量符合____部“两规一标”的要求。

6) 完善信息系统功能，建立病案首页标准库，监测临床医疗质量评价指标，指导医疗质量持续改进。

7) 将择期手术的术前平均住院日纳入院、科两级质量的监控指标体系，对住院时间超过____天的患者，进行管理与评价。

8) 加强对死亡类、重返类、安全类、手术并发症及麻醉（范本）质量各项指标的管理。

二、考核标准。执行____省病案质量控制中心《____省门急诊病历质量评分标准》、《____省住院病历质量评分标准》及《二级综合医院评审标准（____）》的要求；执行《绵竹市第二人民医院医疗质量管理考核标准》。

三、考核方法：

每月由各职能科室按《绵竹市第二人民医院医疗质量管理考核标准》分工要求，分别对相关科室进行考核，考核与科室绩效挂钩。考核结果由质控科汇总，报分管院长，经院务会研究后交财务科进行奖惩。

环节质量检查。在医疗质量管理委员会领导下，在分管院长安排下，由医务科、质控科、护理部、院感科____相关人员，按照相关质量标准，分期或不定期到相关科室进行各种专项检查，每月由质控科根据检查结果出具环节质量检查分析报告总结并通报，将总结报各分管院领导，对责任人按《绵竹市第二人民医院医疗质量管理奖罚办法》（____年调整）处理。

运行病历检查。科主任负责各自科内运行病历的实时督查、质控工作；每月由质控科不定期____相关人员对各临床科室运行病历进行检查，每次每位医生被抽查的病历不少于____份，对发现有问题的病历要限期整改，将通报情况报分管院领导，并全院通报，对问题病历的责

任人按《绵竹市第二人民医院医疗质量管理奖惩办法》（____年调整）处理，科室要及时报送整改反馈情况。

归档病历评审。在医疗质量管理委员会领导下，每月，由质控科____医疗质量管理委员会成员，对所有死亡病历、部分出院病历进行评审，质控科要进行汇总分析，相关情况送呈分管院领导，并全院通报，对问题病历的责任人按《绵竹市第二人民医院医疗质量管理奖惩办法》（____年调整）处理，科室要及时报送整改反馈情况。

四、评价和督促改进内容：

- 1. 医德医风、医疗服务，科室人员岗位职责及履职情况。**
- 2. 应急救援、急救能力。**
- 3. 科务管理。**
- 4. 业务学习、“三基三严”培训与管理，实习带教管理情况。**
- 5. 医疗核心制度的落实情况。**
- 6. 科室质量控制小组履职情况，是否适时进行质量控制工作。**
- 7. 手术分级管理制度、重大手术报告制度、手术审批制度落实情况；围手术期管理。**
- 8. 运行病历与出院病历（全部死亡病历、输血病历）质量评定。**
- 9. 药物不良反应监测情况；合理用药检查，药剂科对各科处方指标、抗菌药物用药指标、外科清洁手术预防用药指标的统计分析。**
- 10. 出院医嘱和康复指导是否规范。（范本）（范本）**
- 11. 院感管理，传染病管理；医疗废弃物的处理情况；院感科对医院感染管理指标的统计分析。**
- 12. 医务科、医学伦理委员会对技术准入与技术标准管理。**

13. 科室对医疗缺陷、医疗投诉、医疗纠纷及医疗事故的报告处理。

14. 科室出院病历归档管理。

15. 门诊管理，门诊服务流程的优化情况。

16. 仪器与设备的使用、管理登记情况。

17. 危急值处理和记录情况；辅查报告审核、复检与发放制度。

18. 手术科室择期手术的术前平均住院日；临床科室对住院超过____天的患者，进行分析评价。

19. 各科室对死亡类、重返类、安全类、手术并发症及麻醉（范本）质量各项指标的分析评价。

20. 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）、重点部门和重要岗位（急诊、手术室、麻醉（范本）科、危重症病室、内镜室、产房、新生儿病房、供应室等）、重点人群（新上岗和新调入人员、实习进修人员以及平时责任心差、技术水平低、医疗缺陷多的人员）督查管理。

附件：绵竹市第二人民医院医疗质量管理考核标准一：医疗质量考核评估标准体系

1、各科室医疗质量考核办法

（1）、临床科室医疗质量考核办法

（2）、急诊科医疗质量考核办法

（3）、门诊医疗质量考核办法

（4）、麻醉（范本）科医疗质量考核办法

（5）、药剂科医疗质量考核办法

(6)、医技科医疗质量考核办法

2、相关单项医疗质量考核标准

(1)、绵竹市第二人民医院运行病历书写质量判定标准

(2)、十八项核心制度考核细则

(3)、输血病历考核标准

(4)、辅助检查报告书写质量评分标准

3、相关质量指标

二：护理质量考核评估标准体系

1、____年护理质量与安全管理持续改进计划

2、____年护理质量与安全管理目标

3、护理部夜查房安排

4、护理部节前检查

5、护理质控安排

6、护理质量考核标准 1)、不良事件管理质量评价标准 2)、护理投诉管理质量评价标准 3)、护理人员岗位培训质量评价标准 4)、护士长行政管理质量评价标准 5)、护理人力资源管理质量评价标准 6)、手卫生管理质量评价标准 7)、仪器设备管理质量评价标准 8)、导管护理管理质量评价标准 9)、跌倒坠床管理质量评价标准 10)、压疮管理质量评价标准 11)、安全用药管理质量评价标准

12)、患者身份识别与沟通管理质量评价标准 13)、护理文书书写管理质量评价标准 14)、供应室管理质量评价标准 15)、手术室管理质量评价标准 16)、围手术期病房管理质量评价标准 17)、围手术期手术室管理质量评价标准 18)、行为规范管理质量评价标准 19)、护理服务管理质量评价标准 20)、病区环境管理质量评价标准 21)、

产房护理管理质量评价标准 22)、急诊观察室护理管理质量评价标准 23)、急诊护理管理质量评价标准 24)、抢救车管理质量评价标准 25)、内窥镜室管理质量评价标准 26)、

二、三级护理管理质量评价标准 27)、输血管理质量评价标准 28)、一级护理管理质量评价标准 29)、患者约束管理质量评价标准 30)、肿瘤科护理管理质量评价标准 31)、中医科护理管理质量评价标准 32)、门诊护理管理质量评价标准三：医院感染管理质量考核评估标准体系

- 1、____年医院感染管理工作计划
- 2、____年医院感染管理质控计划
- 3、____年医院感染管理监测计划
- 4、各科室医院感染管理每月自查考核标准
- 5、医院感染管理每月考核评分标准
- 6、污水检查记录
- 7、医疗废物管理督查记录
- 8、清洁消毒质量督查
- 9、手卫生依从性检查表
- 10、多重耐药菌隔离护理督查记录
- 11、多重耐药菌消毒登记

____年____月三日

第二篇：医疗质量持续改进方案医疗质量持续改进方案

为了强化医疗卫生工作的质量意识和服务意识，坚持以病人为中心，提高服务质量，规范医疗行为，增加社会信任度，减轻病人经济负担和就医安全感，根据《____执业医师法》、《____护士管理办

法》、《医疗机构管理条例》以及卫生厅有关文件精神，特制定我院医疗质量持续改进方案。

一、医疗质量管理目标及对象

（一）管理目标：

医院科室医疗质量____管理、诊疗技术规范、医院感染、合理用药、急诊急救、临床用血质量和安全、护理质量、单病种质量管理。逐步推行全面质量管理，建立任务明确的职责权限并相互制约，协调与促进质量保证体系，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。通过科学的质量管理，建立正常、严谨的工作秩序，确保医疗质量与安全，杜绝医疗事故的发生，促进医院医疗技术、管理水平不断发展。

（二）管理对象：

1、临床科室：

大内科、外护科

2、医技科室：

功能科、放射科、检验科、病理科。

二、医疗质量工作计划

（一）健全医院医疗质量管理网络：

为了达到医院医疗质量管理的全员参与、全部门控制、全过程控制，建立完善的医疗质量管理体系。

1、医疗质量管理委员会

2、病案管理委员会

3、医疗质量督导组

4、科室质控小组

（二）加强全员质量意识

1、所有新进院人员（新调入和新分配人员）进行岗前培训时，培训内容应包含有关医疗质量管理的内容。

2、各科质控医师学习有关医疗质量管理指标、方法，以加强各科的医疗质量管理力量。

3、制订各项规章制度的落实等方面的奖惩细则，使全体职工了解医院管理，参与医院管理。相关职能科室以此为依据对各科室进行奖惩。

（三）医疗质量管理流程

1、个人目标质量管理。职工根据国家相关的法律法规、医院的各项规章制度和员工手册的要求进行自我管理。

2、基层质量管理。由科室主任、护士长和科秘书等组成质控组，负责本科的质量管理。

3、中层质量管理。由相应的职能科室分工合作进行。其中护理部负责护理系列的质量管理；院感科负责有关院内感染和合理使用抗生素方面的管理；门诊部负责门诊各诊室的医疗质量的具体管理；药剂科负责处方质量及协同院感科进行抗生素管理；医务处负责全院各临床科室的环节质量管理及终末质量管理。

4、高层质量管理。由医院领导对医院的医疗质量管理进行决策，提高医院的基础质量水准。

三、监测指标及主要措施

（一）临床科室：

1、要求各临床科室成立以科主任、护士长等组成的医疗质量管理小组，根据医院的质量管

理计划、方案、医疗指标制订本科室的质量管理计划方案及完成计划的措施，每月对本科室的病历质量、医疗工作质量、医疗指标完成情况，质量教育情况进行自查、自评，每季进行一次小结，找出存在问题，提出改进措施。建立本专科诊疗技术常规和特殊治疗操作规范。（范本）（范本）严格执行各种医疗工作规章制度，要求各科年青医师基础质量“三基”考核合格率在___%，年终有质量管理总结。

2、全院临床科室总医疗指标。根据各科前三年实际完成的指标数为依据，制定各科各项医疗指标。在抓好服务质量与医疗质量的同时，有效的缩短平均住院日，院总出院病人平均住院日为 $\leq$ ___天，病床周转次数为___天/年，治愈好转率为 $\geq$ ___%，院总药占比控制在___%以内，其余指标继续达到三甲医院标准，病床使用率 $\geq$ ___%（重点专科 $\geq$ ___%）；手术前后诊断符合率 $\geq$ ___%，临床诊断符合率 $\geq$ ___%；甲级病案率 $\geq$ ___%，无丙级病历，危重病人抢救成功率 $\geq$ ___%；院内感染率 $\leq$ ___%，出入院诊断符合率 $\geq$ ___%，无菌手术切口感染率 $\leq$ ___%；住院产妇死亡率 $\leq$ ___%。

3、住院病历质量由科室、医院医疗质量管理督导组、医院病案管理委员会三级质量监控网络进行管理，严格按照___部、卫生厅《病历书写基本规范》进行书写，严格执行三级查房制度，提高病历质量，出院病历由质控医师、科主任进行初评，在达到甲级病历标准后送病案室，再由病案科质控医师定期抽查进行终末评分、评比，对病历存在的问题及时反馈到各科室，要求各科的甲级病案率 $\geq$ ___%，无丙级病历。医院医疗质量督导小组、病案委员会也定期抽查部分病历，对存在问题提出改进意见。凡出现乙级病历___份扣责任人（责任人由科

室质控小组认定) ____元, 丙级病历____份扣____元, 丢失病历____份扣____元, 并在月度考核中扣相应的质控分。

4、门诊处方由药剂科及门诊部进行二级质量管理, 首先在发药窗口进行把关, 对不合格的门诊处方指出其错误之处并退回修改, 同时进行登记, 定期反馈到医务处; 门诊部每周对门诊处方检查一次; 药剂科每月抽查部分处方, 对其进行分析, 将存在的问题公布于《药讯》中, 问题处方要公示、点评, 以提醒临床医师注意; 医务处每月进行检查评分, 将处方存在的问题反馈给个人并与科室质控分挂钩。

5、门诊病历由门诊部进行管理, 每周由门诊部对门诊病历进行监督、检查, 门诊部每月对所查门诊病历进行质控评分, 反馈给医务处进行奖惩。

6、鼓励各科开展新技术, 新科研项目, 年终由专家委员会对各科室开展的新技术、新科研项目进行评比, 评出

一、

二、三等奖, 给予奖励。同时建立新技术、新项目开展的准入、审批制度, 按制度要求做为质控标准, 使我院的医疗工作有序进行。

(二) 医技科室:

各医技科室根据医院的质量管理计划方案, 制定本科室的质量管理计划、方案及完成计划的措施, 制定本科室的工作制度。每月对本科的质量进行检查、自评, 每季进行一次小结, 找出存在问题, 提出改进措施, 医技人员“三基”考核合格率要求____%, 年终有质量管理总结。有合理的专科学技术操作规程, 大型设备检查阳性率达标, 有大型检查、特殊治疗的应用及操作规范。(范本) (范本)

1、检验科:

(1) 细菌培养，药敏试验参加全国质控，有质控措施和记录，细菌室间质评全___定正确率 $\geq$ ___%。

(2) 临床化学室间质评回报全年平均及格 ($vis < 120$)，有室间质控成绩通报及质控图。

(3) 血液学室的质评全年平均及格 (改良偏离指数 $di \leq 2$)。

(4) 免疫室间质评全年平均及格。

(5) 临床输血履行审批手续，资料 (用血申请单等) 妥善保管；交叉配血方法正确，血型交叉配血符合率___%，有交叉配血登记本；有输血安全措施，建立输血反应及输血感染疾

病的登记报告和调查处理制度；有输血前检查和核对制度，有原始材料。

(6) 三甲医院要求的必备项目计划达标，有试验室质量保证措施，有检查登记本。

3、功能科：

(1) 资料分类编号保存，有严格的管理制度。

(2) 心电图诊断与临床诊断符合率 $\geq$ ___%。

(3) b 超诊断与临床诊断符合率 $\geq$ ___%。

(4) 诊断报告书写规范、项目完整、诊断明确、数据准确、字迹清晰无错字。

(5) 全面开展三甲医院必备项目。

4、放射科：

(1) 大型___光机检查阳性率 $\geq$ ___%。

(2) ct 检查阳性率 $\geq$ ___%，并有记录。

(3) 借出___片按期回收，回收率___%。

(4) 诊断报告书写规范、项目完整、诊断明确、数据准确、字迹清晰无错字。

(5) 放射科技术必备项目计划达标。

4、病理科：

(1) 病理切片分类编号保存，有严格的管理制度。

(2) 快速病理切片按规范要求及时限进行。

(3) 常规病理诊断报告书写规范、项目完整、诊断明确、数据准确、字迹清晰无错字。

(4) 全面开展三甲医院必备项目。

四、综合考评及奖惩

根据每月的综合质量考核结果，每次将医疗质量信息及时反馈到各个科室，并互动追踪，不断提高医疗质量水准。以医院绩效考核方案为依据，对职工进行经济、行政奖励和处罚。

第三篇：医疗质量持续改进方案__医院

医疗质量管理及持续改进方案（试行）

医疗质量是医院发展之本，为进一步强化医疗服务监管制度建设，不断提高医疗质量，保障医疗安全，促进医患和谐，结合我院实际，特修订完善医疗质量管理及持续改进方案。

医疗质量管理方案

一、指导思想

(一)、实行全面质量管理和全程质量控制。建立从患者就医到离院，包括门诊医疗、病房医疗活动的全程质量控制流程和全程质量管理体系。明确管控内容并将其纳入医疗管理部门的日常工作，实施动态（范本）监控，保证质控措施的落实及持续改进。

（二）、以规章制度和医疗常规为依据，并不断修订完善。

（三）、强化各种医疗技术把关制度，如三级医师负责制度、会诊制度和病例讨论制度等，将医务人员个人医疗行为最大限度地引导到正确的诊疗方案中。

（四）、质量控制部门有计划、有针对性地进行干预，对多因素影响或多项诊疗活动协同作用的质量问题，进行专门调研，并制定全面的干预措施。

二、管理体系

（一）医疗质量与安全管理委员会

主任委员：院长

副主任委员：副院长委员：

医疗质量与安全委员会的职责：

（1）、教育各级医务人员树立全心全意为患者服务的思想，改进医疗作风，改善服务态度，增强质量意识，保证医疗安全，严防差错事故。

（2）、审校医院内医疗、护理方面的规章制度，并制定各项质量评审要求和奖惩制度。

（3）、掌握各科室诊断、治疗、护理等医疗质量情况.及时制定措施，不断提高医疗护理质量。

（4）、对重大医疗、护理质量问题进行鉴定，对医疗护理质量中存在的问题，提出整改要求。

（5）、对院内有关医疗管理的体制变动，质量标准的修定进行讨论，提出建议，提交院长办公会审议。

（二）质量管理小组

1. 科室医疗质控小组组

长：科室主任

副组长：科室护士长

成

员：各科室成员
科室医疗质控小组职责：

(1)、结合本专业特点及发展趋势，制定及修订本科室疾病诊疗常规、药物使用规范并____实施，责任落实到个人。

(2)、定期____各级人员学习医疗、护理常规，强化质量意识。

(3) 参加医疗质控办公室的会议，反映问题。收集与本科室有关的问题，提出整改措施。

(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，特别要强调医师负责制、会诊制度和病例讨论等把关制度，确保医疗质量控制的正确实施。

医疗质量持续改进方案

一、成立____机构

医疗质量持续改进计划领导小组组

长：院长

副组长：副院长成

员。各职能科室负责人及临床科室主任、护士长。

二、需要改进的内容

均按二级等级医院的要求执行。

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/997012050123006035>