# 年医疗质控方案

来源：网络 作者：琴心剑胆 更新时间：2024-08-14

*竹溪县中医院2024年医疗质控方案这次会议，既是绩效考核落实会，也是2024年的医疗质控会。2024年医务管理工作在院领导的正确领导下，大力支持下，各科室密切配合下，取得了一定的成绩：一是健全了质控组织，组建了以科室副主任为骨干的院级质控组...*

竹溪县中医院

2024年医疗质控方案

这次会议，既是绩效考核落实会，也是2024年的医疗质控会。

2024年医务管理工作在院领导的正确领导下，大力支持下，各科室密切配合下，取得了一定的成绩：

一是健全了质控组织，组建了以科室副主任为骨干的院级质控组织；

二是质控到位，坚持每周五下午对全院的医疗质量进行全方面的检查，达到全覆盖，共组织检查活动达40余次，并及时召开医疗质量通报会，对我院的医疗质量有了积极的促进作用。

三是管理下沉，充分发挥了二级质控作用，坚持每月对各科室进行考核，坚持每月出一期质量通报，使科室管理工作逐步规范；

四是以病历质量为抓手，抓好环节质量和终末质量控制，全年共检查的病历300余份，发现问题病历100余份，对问题病历按照《病历质控标准》进行了评分，并进行了督导整改，使我院的甲级病历率逐步提高。

五是组织培训到位，组织全院医师参加院级培训三次，组织年轻医师进行病历书写并进行了点评工作。以科室为单位经常性的组织业务学习，讲座，年轻医师的三基水平得到了很大提高，今年考过执业医师达5人，执业助理医师达6人。

六是医疗安全得到保证，降低不良安全事件的发生，召开了医疗安全分析会及医疗纠纷的预防技巧培训会，医疗纠纷发生率比往年大幅度下降，今年共发生纠纷4起，医疗投诉11次，都得到了有效妥善的处置。

虽然取得了一定的成绩，但也存在了诸多不足，主要是制度落实不足，执行力不强，奖惩兑现不到位。

2024年的医务管理工作到底怎么进行；医疗质量如何保证；如何确保医疗安全；医院绩效考核办法怎么落实；省卫计委确定的重点问题专项整治怎么抓；我们医院的突出问题怎么整改；管理制度、执行力如何着陆。是这次会的主要议题：

我认为：开展如何工作，归根结底就是游戏规则，只有定好的游戏规则，操作起来才便于执行。【玩有玩的规则：比如：打牌有打牌的规则：10元还是20元，上楼还是不上楼，查叫还是不查叫等等，这些规则都要提起讲好，操作起来就不会赖皮。】【管理有管理的规则：如来自管理思维中，一个小聪明毁掉的前程的小故事：“有个女孩刚毕业就去了法国，开始了半工半读的留学生活，渐渐地，她发现当地的公共交通系统的售票处是自助的，也就是你想到那个地方，根据目的地自行买票，车站几乎是开放式的，不设检票口，也没有检票员，甚至连随机性的抽查都非常的少。她发现了这个管理上的漏洞，或者说以他的思维方式看来是漏洞，凭着自己的才聪明劲，精确地估算了这样的一个概率：逃票而被查到的比例大约仅为万分之三。从此之后，她便经常逃票上车。四年过去了，名牌大学的金字招牌和优秀的学业成绩让她充满了信心，开始频频的进入巴黎一些跨国公司的大门，推销自己。这些公司先是热情有加，然而数日后，却又婉言相拒，一次次失败，是她愤怒。最后一次，她冲进了某公司人力资源部经理办公室，要求经理对于不录用给一个合理的理由，然而，结局却是她始料不及。因为查了她的信用记录，发现有三次乘公交车逃票被处罚的记录，给出的结论是，不尊重规则，且善于发现规则中的漏洞并恶意使用，不值得信任。”】第一个例子，就是要提前制定规则，大家在一起才会玩的开心，不会扯皮。今天我们在这说的就是制定规则的过程；第二个例子，就是要遵守规则，发现漏洞不要恶意使用。在今后的医务管理中，就是要遵守规则，就不存在得罪人了。同时，更不要发现漏洞不要恶意使用。在以前的检查中，就有这样的现象发生，这个星期到我们科室检查了，下个星期就不会来检查，质量开始下滑，书写不及时。为了堵住这个漏洞，今年的检查实行随意性和随机性，不定时。对于工作不配合的，也可以盯着某一个科室，直到消灭漏洞为止。上午我在办公室看电子病历，下午到科室抽查纸质病历，指着靶子打。而且到那个科室没有规律。也就是说，既然到了某个科室，是带着问题去的，也必然会查到问题。当然，这个游戏规则也包括我们的执行者，如果不能严格执行，就会失去制定规则的意义。

今天，我们探讨的是我们医院在医务管理上的规则。2024年的医务管理工作：是以质量管理为主线，以《医院绩效考核办法》为蓝本，以重点问题专项整治为抓手，重点整治我院存在的突出问题。重点是强化落实。强化执行力度。尊重游戏规则，尊重管理规则。

《医院绩效考核办法》中，对于医疗质量考核给了8分值，如何运用好这8分值，是2024年医疗质量管理工作的重点，也是制度落实的关键点。对于医疗环节指标中的10分值，医务管理也占了很大的分值，如运行病历上交及时性，出院7日内未上交扣0.1分，一月内仍未上交扣1分，实际是扣1.1分，占了很大的份额；抗生素使用达标率（住院病人不超过60%，门诊病人不超过20%），随机抽查10归档病历，（几率还是相当的高）每上升1%扣0.1分；工作纪律对于医务部分主要是各种培训，迟到、早退扣0.1分，缺席再扣0.1分。临时性任务不服从安排的一次扣0.5分。

医疗质量考核8分值将以月考核、病历质量及核心医疗制度执行考核为主。

一是加强月考核，主要考核科室的质量管理，以落实科室几大质控的记录本为主。每月20日科室考核。满分100分，占绩效考核分值的20%。

1）、医疗质量持续改进记录本：（25分）

要求：质控记录完整，无缺项。每周科内质控检查一次，内容完整，检查涉及科室管理方方面面，改进措施得力，操作性强，有对上周的改进效果评价分析。

处罚：缺一周未记录扣8分，缺一项扣2分，记录不符合要求每项扣1分；考核时找不到记录本或未在住院科室，扣25分。

2）、会诊记录本：（5分）

要求：会诊记录登记完整，会诊医师处未填写，扣申请科室的分值。

处罚：缺一项扣1分，一月内无会诊病例不得分。考核时找不到记录本或未在住院科室，扣5分。

3）、交接班记录本：（15分）

要求：每天对交接班一般项目填写完整，对于新入院、手术、分娩、危急重病人做到班班有交接，内容必须包括主诉，生命体征及体格检查，处理及观察和注意事项等。交接班记录做到医护相符。

处罚：整天无交接记录扣5分，整次未交接扣3分，扣缺一个病人未交接完整扣2分，交接不完整，一般项目漏填每处扣0.5分。考核时找不到记录本或未在住院科室，扣15分。

4）、疑难病例讨论记录（5分）

要求：病区应单独设立“疑难病例讨论记录本”，参加疑难病例讨论的人员应有三级医师及相关科室人员，记录本有讨论记录。（要有分人意见、总结结论），记录要求：对确诊困难或疗效不佳病例进行讨论（无疑难病例，轻重找重病历，每月必须有一例进行讨论）。科主任或具副主任医师以上职称医师主持。内容包括：讨论日期、主持人、参加人员、专业技术职务、症状、体征、检查和检验结果等在鉴别诊断中的意义、讨论情况、鉴别诊断意见。

记录应有主治医师以上人员审核签名。

处罚：

记录一处不符合要求扣0.5分，一月内无讨论病例扣5分，考核时找不到记录本或未在住院科室，扣5分。

5）、死亡病例讨论记录（5分）

要求：病区设“死亡病历讨论记录本”。

死亡病例均有讨论记录。死亡病例讨论应在病人死亡后一周内进行。死亡病例讨论由科主任或具有副高以上职称医师主持。内容包括：注明“死亡病例讨论记录”、讨论日期、主持人、主要参加姓名、技术职务、讨论意见。

处罚：记录一处不符合要求扣0.5分，有死亡病例未讨论一例病例扣5分，超过一周扣3分，考核时找不到记录本或未在住院科室，扣5分。

6）、危急值管理：（10分）

要求：科内设“危急值登记本”。接获非书面危急值报告者应规范、完整、准确地记录患者识别信息、检查（验）结果和报告者的信息，复述确认无误后及时向经治或值班医生报告，并做好记录。并正确执行。同时，要对危急值进行处理、分析及效果评价，并在病程中记录。

处罚：漏登1人次扣4分,登记不规范、漏项、错项每处扣2分，未在病程中记录扣5分，记录不到位每处扣2分，考核时找不到记录本或未在住院科室，扣10分。

7）、病案质量管理（20分）

要求：科室设有病历检查记录本，按病历质量评价标准，每月对运行病历和终末病历进行质控检查，各不少于20份；

处罚：无运行病历和终末病历检查记录本，不得分，缺一份扣1分；考核时找不到记录本或未在住院科室，此项不得分。

8）、医疗纠纷及投诉管理（15分）

要求：应单独设立“医疗差错事故登记本”，记录完整，准确。及时报告，及时处置医疗不良事件。积极全程配合处理发生的医疗纠纷。

处罚：无医疗差错事故记录本不得分，记录不完整扣4分，未及时报告扣4分，未及时处理扣4分，不配合处理扣6分，未全程参加，缺一次扣3分。考核时找不到记录本或未在住院科室，此项不得分。

二是以病历质量为抓手，不断提高医疗质量，对运行病历和终末病历进行不定期检查，按照《湖北省病历质量评分标准》进行评分。实行量化考核。逐步消灭丙级病历，减少乙级病历，达到提高甲级病历率的目的。（未按时完成的病历重点查，完成了的病历重点查病历的逻辑性，主要治理乱检查乱治疗问题，表现在病程记录的书写上，未防止病程记录粘贴复制，应付完成病历书写，对病程记录书写情况重点检查，病程记录要做到一问一答，重点检查，重点治疗要有医嘱，病程中要记录为什么要检查，治疗，结果要有记录、分析。凡是复制粘贴，不符合逻辑的病程记录，视为未书写病程【符合逻辑的病程基本要求：医嘱上的内容诊疗在病程中有记录分析。必须做检查、治疗要与医嘱一致，医嘱与收费一致，并在病程记录中进行记录并分析】）满分100分，占绩效考核分值的40%。

1）、抽查发现丙级病历，给予重处，一份丙级病历扣5分，同时，书写者本人脱产科室到医务科上班一周，如一个科室出现2份以上丙级病历，2人同时到医务科上班，科室排不开班次的，主任、副主任亲自上一线班，参加排班，主要是因为未履行管理职能不到位。

2）抽查发现乙级病历，扣3分，3）随机抽取归档病历和日常随时检查运行病历，按照《湖北省病历质量评分标准》进行评分，甲级病历率为达到90%，每下降1%扣2分。

注：病历的完成及时性，是以书写打印的为准，只完成电子病历而未打印的视为未及时完成；病历是指运行病历和归档病历；检查方式是不定期、定时，随机抽取科室。

三是加强核心制度落实，对于违反核心医疗质量或执行制度不到位进行考核。主要以重点问题专项整治为抓手，重点整治我院的重点问题

1）依法执业的问题：主要表现在签字与冠签方面。一是该患者或是患者家属需要签字的地方，无患者签字，或签字不符合逻辑的（主要表现为张冠李戴、无委托签字、按指印无注明）每处扣2分，医务人员代签的发现一次扣5分；二是病历书写者该签字而未签字的一处扣2分，签字不易辨认的一处扣1分；三是无执业资质，需要有执业资质及时冠签而未冠签的，每处扣3分，有执业资质，需要上级医师签字而未签字的每处扣1.5分。未签时间或时间签写不完整，每处扣1分。

2、三级医师查房制度：三级医师查房包括主治医师查房记录、医师日常查房记录、副主任或主任医师查房记录。

主治医师查房要求：主治医师首次查房在患者入院48小时内。常规查房：对病危者要随时查看，记录至少每天一次；对病重者每日会隔日1次；对一般患者可每周2次。内容包括：a补充的病史和体征；b诊断依据与鉴别诊断的分析；c诊疗计划与更改诊疗计划的具体意见。

副主任医师查房要求：每周至少1次，主要解决危重疑难病症的诊断和治疗问题，决定重大手术的方案，组织术前讨论等。

主治医师首次查房记录与住院医师首次病程记录的内容，主任医师查房记录与主治医师首次查房记录内容不能雷同。

处罚：缺首次上级医师查房，一次扣4分；上级医师查房频次到不到者，一次扣2分；查房记录内容雷同的视为缺一次查房，查房内容缺项，一项扣2分，诊断依据不充分或无依据扣2分，鉴别诊断的分析不到位扣2分。

3、会诊制度：

要求：1）病情涉及他科的或转科患者必须邀请会诊，科间紧急会诊10分钟内到位，院内组织的大会诊10分钟内到位。2）会诊单含申请会诊记录和会诊记录。申请会诊记录一般项目齐全，有病历简介、初步诊断、诊疗情况、会诊理由和目的，申请会诊科主治以上职称医师签名。3）会诊记录有会诊意见，会诊医师的科别、会诊时间及会诊医师签名。4）会诊医师的资质。5）病程中记录要有会诊意见及会诊的执行情况。

处罚：需要会诊而未患者的一例扣6分；会诊人员不能及时到位的，一次扣2分；会诊申请单书写不规范的，每处扣1分；会诊意见不及时一次扣2分；会诊医师的资质不够的一次扣2分；会诊意见未在病程中记录的一次扣2分；会诊执行情况不到位的一次扣2分。

4、危重病人管理：

要求：70岁以上高龄患者、1岁以下患儿入院，必须行告病重。病情严重者需告病危；告病重、病危概念必须清楚，告知内容需在病程中记录，并有家属签字。对危重病人应及时发书面病危/病重通知书。签字及时间完整。通知书及时送到患者手中。

处罚：该告病危/病重而未告知的，一次扣5分，在纠纷投诉中有因未告知的原因，一次扣10分；通知书上告病重、病危概念不清楚得，一次扣2分；通知书项目不全的，缺一项扣1分，涉及需要医患签字的按签字方案再扣分；告知内容未在病程中记录的一次扣3分，病程未按告病危/病重要求次数书写者，按病程书写要求扣分；通知书未及时送到患者手中的，一次扣5分。

5、围手术期管理制度：

要求：a术前有反映第一术者、麻醉医师看过病人的病程记录。术前进行评估，病情严重或涉及他科的病情（除本身的外科疾病，涉及心脑肺肝肾等重要脏器的病变）要及时组织会诊，确保医疗安全；b病情较重、中等难度以上或新开展的手术（二级以上手术）应有术前讨论记录，一般手术需要有术前小结，内容包括：术前准备情况、手术指征、手术方案、术中可能出现的意外及防范措施、参加讨论者姓名、职称、讨论日期、记录者及上级医师签名；c有手术同意书和麻醉同意书。内容包括术前诊断、手术名称、并发症、手术风险、患者（委托人）签名、具有医师执业证医师签名，有主治或主治以上医师签名；d.手术记录：术后由术者于24小时内完成，特殊情况由第一助手书写，但必需有术者签名。写明手术标本的去向；e术后及时书写术后首次病程记录；f术后连续3天每天至少记录1次，3天内要有手术医师查房记录；g择期手术，术前头一天要麻醉评估，术后进行访视，麻醉记录项目齐全，有麻醉医师签名；h择期手术，术前要准备充分，确保上午9时准时开台，急诊手术随叫随到，自通知时间起，不超过10分钟，较大手术必须要有上级医师到场，上级医师到场时间不超过15分；j重大、致残、新开展的手术实行报备审批制度。K手术开始前，必须完成术前病历资料。

处罚：a术前无反映第一术者、麻醉医师看过病人的病程记录，按缺首次上级医师查房，一次扣4分，病程记录内容缺术者、麻醉师看病人的内容，一次扣2分；b病情严重或涉及他科的病情未及时组织会诊的，一例扣6分；c缺术前小结或术前讨论的一次扣6分，用错文书的一次扣6分，内容不完整的一次扣1分；d缺手术同意书的扣10分，告知内容不完整的一条扣2分，患者签字内容不完整、不全面一次扣3分，其他项目缺一项扣1分，涉及医患签字的，按签字要求再扣分；e缺手术记录的一次扣6分，超过24小时书写的一次扣4分，书写内容不完整，一处扣2分，不是由术者或第一助手书写的，发现一次扣3分，第一助手书写的，检查时发现术者未签字的，再扣2分；f缺术后首次病程记录的，一次扣4分，检查时发现术后未及时完成的，一次扣2分；g术后无术者查房的，缺一次扣4分；h术前麻醉评估不及时到位，术后未进行访视，发现一次各扣4分，麻醉记录项目填写不齐全，缺一项扣2分，麻醉医师签名的扣分按依法执业扣分标准执行（书写者该签字而未签字的一处扣2分，签字不易辨认的一处扣1分；无执业资质，需要有执业资质及时冠签而未冠签的，每处扣3分）h择期手术，超过上午9时开台，划分手术室和手术科室责任，9时以前麻醉没做好，是手术室的责任，麻醉做好了未开始手术是手术科室的责任，每迟到10分钟扣一分。急诊手术主要是考核手术室，自通知时间起，不超过10分钟，较大手术上级医师到场时间不超过15分，每超过1分钟扣0.5分；j重大、致残、新开展的手术，一例未报备审批扣5分（以到医务科盖章为准，事后补办视为未审批）。K手术开始后，未完成术前病历资料的，视为丙级病历，按丙级病历进行处罚。

6、知情同意告知制度

要求：a特殊检查治疗病例及各种有创操作应有患者（含代理人）签署意见并签名的知情同意书；b特殊检查治疗病例及各种有创操作知情同意记录按“规范”书写，操作并在病程中记录：c选择或放弃抢救措施（包括要求出院、转院且存在一定的危险性）应有患者近亲属签署意见并签名的医疗文书；d由其他人签署知情同意书的，应有患者签署的授权委托书，委托书应填写完整。

处罚：a特殊检查、治疗及各种有创操作无同意书的扣8分，同意书内容不完整，一处扣1分，签署意见存在漏洞扣4分，无授权委托签名的扣8分；b特殊检查、治疗及各种有创操作记录未在病程中记录的，一次扣5分；c选择或放弃抢救措施无患者近亲属签署意见并签名的医疗文书，一次扣8分；d委托书签署不规范或缺陷的，一处扣2分。

7、疑难病例讨论制度、死亡病例讨论制度、危急值制度、交接班制度按月考核进行扣分。

这份质控方案涉及到医务管理的方方面面，也是日常医疗工作中的具体要求，在日常工作中，只要按照要求落实到位，我们医院的医疗质量将会得到很大的提升。再加上有良好的的服务，精湛的医疗技术，医疗安全将会得到很好地保障。

规则大家商定，不妥之处，可以商榷，但必须执行。能否到位，就要看医院的绩效工资考核办法能不能执行力了。规则提前订好，丑话说在前面，就不存在得罪人。在以后的工作中有得罪之处，不是我，是规则、是制度，还请大家见谅！

本DOCX文档由 www.zciku.com/中词库网 生成，海量范文文档任你选，，为你的工作锦上添花,祝你一臂之力！