# 2024年医疗质量工作计划8篇

来源：网络 作者：落霞与孤鹜齐 更新时间：2024-02-16

*一个详细的工作计划可以帮助我更好地分解任务，通过工作计划，我们可以清晰地了解工作的优先级和重要性，以下是小编精心为您推荐的2024年医疗质量工作计划8篇，供大家参考。2024年医疗质量工作计划篇1为加强医疗质量管理，规范医疗行为，严格医疗规...*

一个详细的工作计划可以帮助我更好地分解任务，通过工作计划，我们可以清晰地了解工作的优先级和重要性，以下是小编精心为您推荐的2024年医疗质量工作计划8篇，供大家参考。

2024年医疗质量工作计划篇1

为加强医疗质量管理，规范医疗行为，严格医疗规章制度，确保医疗安全，狠抓各项规范措施的建立、完善和贯彻落实，为患者提供安全、优质、高效、全方位的医疗服务，为我院“二级”甲等中医医院复评顺利达标，特制订20xx年度医疗质量控制管理工作计划：

一、强化医疗质量管理，促进医疗质量持续改进，不断提高医疗质量：

1、建立健全医院医疗质量控制管理网络体系，以加强医疗质量的`监控和各种医疗制度尤其是医疗核心制度的落实。

2、医疗质量监督控制管理以零缺陷为目标，以预防为主，重基础质量和环节质量的控制管理，防患予未然。

3、以国家及省级有关医疗质量标准为主要目标进行质量控制管理，建立健全医疗质量责任追究制。

4、继续完善质量控制会计、质量分析讲评、质量检查评价、质量信息通报反馈制度，确保医疗质量健康运行。

5、进一步完善和落实单病种质量控制管理。

6、协助医务科建立健全规范化诊疗标准和示范性临床路径。

二、医疗质量控制管理目标：

1、医院质量管理委员会每半年召开一次医疗质量管理会议，根据医疗质量中存在的问题进行评析，并提出具体的整改措施。

2、甲级病历达到95%，消灭不合格病历。

3、自控科控病历率达100%，院控病历率达75%。

4、入出院疾病诊断符合率达到95%，中医辨证论治准确率达到95%，入院三日确诊率达到90%，治愈好转率达到90%，急危重病人抢救成功率达到80%，中医药治疗率达到70%，处方书写合格率达到95%，手术前后诊断符合率达到95%，临床病理诊断符合率达到90%，优势病种中医治疗比率达到75%，门诊中医药治疗率达到85%，病房中医药治疗率达到70%，中成药辨证使用率达到90%。

三、医疗质量控制管理手段：

1、医疗质量与奖金、晋升、晋级挂钩。

2、医务科、质控办等职能部门实行定期和不定期医疗质量考核，并做好记录，每月刊出一期《质控简报》。

3、医院对医疗质量存在的问题进行考核，并进行全院通报。针对不同情况实行反馈制度和督办制度，对个别现象实行反馈制度，而对普遍现象和较严重的问题实行督办制度，要求科室主任限期整改。

4、协助抓好在职教育工作，邀请上级专家来本院讲课、会诊、带教手术以及外出学习人员回院讲课、院内业务学习等形式，使全院人人有学习及接受新理论、新技术的机会，全面提高全院医护人员业务素质。

5、继续强化“三基”培训，从严要求，每月进行三基考核，考试考核内容以“三基”为基础，要求人人达标。

2024年医疗质量工作计划篇2

一、安全目标

严格执行查对制度，提高医务人员对患者身份的识别准确性。让患者共同参与医疗安全管理，规范临床用药，提高临床用药安全性。开展医患沟通技巧培训，完善在特殊情况下医务人员的有效沟通。加强临床用血管理，严防临床用血事件的发生。鼓励医疗不良事件和重点病人的申报，积极处理医疗投诉，防止等级医疗事故的发生。

二、医疗安全工作重点

（一）强化医疗质量、安全管理委员会作用，充分发挥管理职能。 进一步健全各级医疗质量、医疗安全管理委员会，完善落实委员会各项工作制度，深入科室搞好调查研究，对科室的安全控制指标、医疗投诉、医疗不良事件的汇总分析和整改措施进行检查、评价，对全院医疗、医技工作中的安全隐患提出指导性的改进要求，对新技术、新项目和医疗风险给予指导性意见。每季度召开一次委员会会议，确定各种医疗纠纷处理意见，分析研究不安全因素，督促各项安全制度落实及时提出整改措施。每季度开展一次安全大检查，及时通报医疗安全信息，提出整改反馈意见。

（二）、加强质量、安全管理教育，增强法律意识、质量意识和安全意识。

1、继续开展全院性的医疗卫生法律法规、部门规章制度、医疗核心

制度、诊疗规范等内容的培训，从而提高广大医务人员的质量意识、安全意识和法律意识，推动医疗质量的持续改进，进一步防范医疗不良事件的发生。开展各科室的医疗质量、安全院科二级对话会，根据各科室实际情况提出整改措施,确保医疗安全。每季度召开医疗差错分析鉴定小组会议，指出医疗纠纷发生的本质原因，认真梳理总结，并由职能部门限期检查整改措施的落实情况。

2、各科室利用科室例会组织学习医院规章制度、操作规程、规范；组织至少2次的全院性医疗安全管理教育，建立医务人员医疗安全积分档案，并及时反馈给当事人。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，必要时进行医疗质量重大缺陷诫勉谈话。

（三）加强医疗核心制度的落实，实施医疗质量全程管理，确保安全医疗。

1、各临床、医技科室要按照等级医院管理要求，加强关键性核心制度的落实，如首诊负责制、三级医师查房制度、危重疑难病例和死亡病例讨论制度、手术安全核查制度、手术前风险评估制度、危重患者抢救制度、术前讨论及手术分级审批制度、医嘱制度、分级护理制度、查对制度、病历书写制度及规范、临床用血审核制度、新技术和新项目准入制度等，并对执行落实情况实施每月一督查制度，确保核心制度得到有效落实。

2、进一步完善医疗质量安全管理制度，严格执行诊疗技术操作常规、规范，切实加强基础医疗质量、环节质量和终末质量管理，及时发现医疗安全隐患。尤其要加强对急诊室、重症监护室、内科、手术科室等重点科室的监管。对有创诊疗操作、病历书写、关键性处理措施等重点环节，要加大医疗安全防范力度；

（四）加强业务培训，提升医疗安全防范能力。

1、强化“三基”培训。积极开展医疗业务培训，通过现场指导和视频教学、集中培训、科室业务学习、自学等多样化手段，达到人人参与的目的，把好“考核关”，确保医务人员人人掌握徒手心、肺复苏、规范的体格检查、常用诊疗技术操作和急诊急救设施、设备的使用方法。要把“三基”、“三严”贯彻到各项医疗业务活动和质量管理的始终。

2、认真落实医患沟通制度，通过组织医务人员培训，学习医患沟通的法律论据，提高医患沟通技巧，规范医患沟通行为等措施，提高医患沟通的有效性，降低因医患沟通不良所导致的医疗纠纷发生率。

3、组织全院临床、医技人员进行临床诊疗规范和诊疗指南的培训，定期组织理论和操作的考核，注意考核的实用性和可操作性，从而加强业务素养，减少医疗不良事件的发生。

4、利用每次业务培训的时间，反复宣传15条医疗安全禁令，强化广大医务人员的安全意识。

（五）加强对医疗不良事件、重点病人申报、医疗投诉和纠纷的管理，认真分析总结，吸取经验教训。

1、健全医疗不良事件非惩罚性报告制度，提高医务人员医疗不良事件报告意识，鼓励广大医务人员积极上报，对全院安全隐患通病的不良事件进行认真分析、总结，有效落实整改措施，减少医疗隐患。加强对医疗安全（不良）事件报告的程序性和时效性管理，严格落实《关于加强对医疗安全（不良）事件报告管理的通知》的文件精神。

2、加强医疗投诉和纠纷管理，认真落实一诉一反馈制度，定期召开医疗争议事件分析讨论会，认真分析争议事件中存在的不足，查找管理漏洞，提出整改措施，确保事件发生原因不清楚不放过，当事人认识不到位不放过。

3、加强对重点病人的管理，利用院周会、业务学习会议等渠道加强对重点病人报告范畴和奖励制度的宣传，提高医务人员对重点病人报告的自觉性。医务科在接获重点病人申报后，应及时组织相关人员进行联合查房，对医务人员进行技术指导，并认真做好医患沟通，使医疗纠纷苗头降低医疗不良事件的发生率。

（六）开展医疗安全隐患排查，将医疗安全防范的关卡前移。

定期组织全院性的安全医疗隐患自查，对自查结果以及存在原因进行认真分析，落实整改措施，要求当事科室或者个人限期整改，不断提高医疗质量和医疗安全。职能部门要充分发挥监督管理职责，进行“三基、三严”、医疗核心制度和应知应会的考核。通过定期的医疗质量、安全隐患检查，掌握全院范围内的质量和安全隐患，提出整改措施，并督促整改措施的落实情况。

（七）狠抓临床用药管理，保证临床用药安全。

1、继续深入开展阳光用药工程和抗菌药物专项整治工作，规范药品购置渠道，执行临床用药“三告知”制度，告知患者药品的作用、用法和注意事项。严格落实门诊全处方点评和医嘱点评，及时分析、反馈，落实奖罚措施。 加强临床用药业务知识的培训，要求临床医生熟悉药品说明书，掌握药物适应症和配伍禁忌。

2、加强对临床用药不良反应报告的管理，要求临床医师及时填写《药品不良反应报告表》，记录不良反应的发生、发展和转归，主要包括不良反应的发生时间、症状、严重程度、因果判断和预后等。

3、强化日常检查的职责，严格禁止高危药品、普通药品、外用药品混放的现象，加强对当事科室的教育，应做好醒目标识。

（八）加强临床用血管理，保证临床用血安全。

1、强化临床用血管理委员会的监管职能，检查临床用血计划和季报、年报等统计报表，宏观掌握节约用血及合理、科学用血情况。每季度抽查各临床科室经输血治疗病例的病历，重点检查输血申请单、检查输血同意书的质量和用血评估制度的落实情况，了解输血指证的把握情况，并作好记录、分析和反馈工作。

2、加强临床用血知识的业务培训，指导临床血液、血液成分和血液制品的合理使用，鼓励成分输血和自体血回输，促使规范用血，提高医务人员合理用血、科学用血的自觉性，严格把握临床用血适应症，增强临床用血的风险防范意识，医务科要严格把握一次性用血2000ml以上的审批关，防止滥用血液。

2024年医疗质量工作计划篇3

为落实医疗核心制度，确保提高我科医疗质量和安全、保证病历书写的内涵质量及医疗指标的完成，拟定本年度医疗质量与安全工作计划：

一、 强化思想认识，持续发展：

科主任、护士长继续抓好质量管理工作，落实各项规章制度。每月召开质量管理委员会会议、病历质控小组会议、院感小组会议，护理管理小组会议，医疗安全小组会议等，规范管理、规范医疗行为。使我科每个工作岗位都能努力工作，以提高医疗技术水平，促进科室持续发展。

二、明确科室医疗、主要工作指标，努力完成

1、 病床使用率≥92%

2、 平均住院日≤14天

3、 入院三日确诊率≥20xx年医院医疗质量管理计划

4、 术前平均住院日≤3

5、 入出院诊断符合率≥95%

6、 住院危重病人抢救成功率≥85%

7、 手术前后诊断符合率≥20xx年医院医疗质量管理计划

8、 临床与病理诊断符合率≥20xx年医院医疗质量管理计划

9、 三基考核合格率=100%(80/100分)

10、 门诊病历书写合格率≥20xx年医院医疗质量管理计划(90/100分分以上)

11、 甲级病案率≥20xx年医院医疗质量管理计划，无丙级病历

12、 医疗设备，仪器完好率≥20xx年医院医疗质量管理计划

13、 急救仪器，药物完好率=100%

14、 抗菌素使用范围80%,抗菌素限制使用率15、 手术250台

三、完善科室医疗质量考评工作，实施规范化的质量管理，制定考评标准，每月由质控员进行检查，做好总结反馈工作。

1、参照三级医院评审标准及三好一满意的评审标准，对科室的每月工作情况，认真评分，结果与奖金挂钩。

2、健全、落实各种医疗制度，要求各种制度执行记录规范，项目齐全。医疗组严格执行三级查房制度，入院48小时内主治医师查房，一周内主任查房，术前，术后上级医师查房，重病人随时请上级医师查房，病重自动出院请上级查房，重病人值班医师查房后作好病程记录。加强知情谈话制度管理，非手术病人入院内72小时谈话，手术前、中、后谈话，植入谈话，危重时随时谈，特殊诊疗操作、治疗、用药谈话，输血同意谈话，麻醉前同意谈话;严格执行病例讨论制度、会诊制度、手术审批及手术权限制度、交接班制度等。各科每月召开会议，对存在问题分析，整改，持续改进。

四、认真做好医疗文书书写管理工作

1、强化病历书写者自我检查、科室病历质量小组(相关质控人员)监控。科室病历质控员每月对病区进行环节及终末病历质量检查，培养每个质控员的病历质量意识，加深检查者的感性认知，将检查结果及时传达到自己科内，避免同样错误发生，使被检查者引起重视，在第一时间得到反馈意见，实时改时，起到良性循环作用。、

2、抓好病历质量的评价、实施奖惩结合制度

科室病历质控员每月对病区进行终末病历质量检查，检查存在问题及乙级、丙级病历上报质控办。相关科室的质控人员需及时上报检查结果，如连续不上报的则扣科室当月一定的考核总分，与科室奖金挂钩。促使大家重视并互相督促，避免和减少病历缺陷发生率，达到提高病历质量的目的。

3、落实病历检查制度，突出重点

2024年医疗质量工作计划篇4

为加强医疗质量控制体系建设，促进医疗质量规范化、标准化管理，建立和完善我省医疗安全质量控制长效机制，提高医疗质量，保障人民群众身体健康，分期建设省级医疗质量控制中心（下称\"质控中心\"），制定本计划。

一、工作目标

按照卫生部、国家中医药管理局\"以病人为中心，以提高医疗质量为主题\"的医院管理年活动要求，加强医疗质量管理，健全医疗质量控制体系，保证医疗安全，提高医疗质量，保障人民身体健康。

二、工作职责与职能设置

（一）省卫生厅全面负责省医疗质量控制工作，统筹协调全省医疗质量控制活动；广东省医院协会受省卫生厅委托，承担日常管理工作。

省卫生厅负责质控中心的规划、协调和管理，组织质控中心拟订专业性医疗质量控制标准，建立评价体系和质量信息体系，统筹协调质控中心的质控活动。

省卫生厅加强对全省三级医院的医疗质量控制，重点是省、部属医院；各市按照全省医疗质量要求，参照省级医疗质量控制中心建设实施办法，结合当地实际，组织实施本辖区的医疗质量控制工作。

广东省医院协会受省卫生厅委托，受理申报材料，收集、汇总质控信息，分析全省医疗质量控制工作状况，提出改进意见和建议。

（二）根据医疗质量管理的需要，按不同专业分科或专业技术设置专科质控中心，省卫生厅根据我省医疗质量控制工作进展情况，不定期公布计划建设的专科或专业质控中心名称。

（三）质控中心挂靠单位条件：

1、质控中心原则上挂靠在省属、部属三级医疗机构，受省卫生厅委托，负责本专业的医疗质量控制工作，并设立由全省若干名专家组成的专家组，对质控工作实施专业技术指导；

2、质控中心所挂靠的医疗机构，其相关专业水平应处于全国或全省地位，具有良好的政治素质、业务素质和管理水平；

3、挂靠的医疗机构应为质控中心提供开展工作所需的办公场所、设备及必要的专职或兼职人员等支持；

（四）专业质控中心在省卫生厅的组织领导下，履行下列职责：

1、根据全省本专业质量管理的现状和质控要求拟订本专业质控规划，并根据规划对各级医疗机构进行专业性业务指导；

2、根据卫生部和省卫生厅颁发的医疗管理规范和医疗质量标准，制订本专业的医疗质量控制标准、技术规范；

3、负责制定全省本专业的质量评价体系和考核方案，组织对各级医疗机构的专业质量控制督查和质量评价；负责相关专业特殊医疗技术准入评估工作；

4、对全省本专业医疗质量现状进行分析、研究，并定期向省卫生厅报告，提出改进质量的意见和建议；

5、组织对相关专业人员的技术培训，组织学术交流，推广本专业的新理论、新技术、新方法；不断提高专业队伍素质；

6、建立相关专业的信息资料数据库，加强有关专业的信息收集、整理与分析；

7、充分发挥本专业专家的技术指导作用；

8、承担省卫生厅委托的其他医疗质量管理任务。

（五）质控中心设主任1人，副主任2—3人，秘书1—2人；质控中心设专家组，成员7—10人，专职、兼职均可，质控中心专家组成员包括医院管理和临床医学专家，原则上由相关专业的国家、省级学会（分会/组）的委员组成。

（六）质控中心实行主任负责制，组织架构由省卫生厅确认。

三、质控中心申请与确认

根据全省医疗质量控制中心建设规划与年度公布专项建设计划，符合条件单位可向省卫生行政部门申请。申请单位必须提交以下材料：

（一）《广东省医疗质量控制中心建设申请表》；

（二）可行性报告，内容包括单位基本情况、专业优势、工作设想；

（三）相关技术资料，科技项目、成果、专利及重要论文，学术/技术带头人、技术骨干在学术团体任职聘书等复印件；

2024年医疗质量工作计划篇5

一、逐步完善质量控制中心组织机构建设体系，建立健全质量评审标准

（一）成立完善质控中心专家组。

（二）协助各地建立医疗质量控制分中心。

按照卫生部《医疗质量控制中心管理办法（试行）》及《四川省卫生厅关于构建全省医疗质量控制网络的通知》的要求，完善各地市州的儿科质控分中心的建设，全面有效开展儿科的质量控制工作。

（三）起草四川省儿科质控标准。

逐步完成对新生儿、小儿传染病、小儿消化、小儿呼吸、小儿心脏病、小儿肾病、小儿血液病、小儿神经病、小儿内分泌、小儿遗传病、小儿免疫等11个专业疾病起草质控标准，制定完善儿科医疗质量管理与控制标准；努力建设一支全省的.大儿科团队；为0—18周岁儿童的健康保驾护航。

二、对全省儿科的管理、质控、运作进行调研，采用多形式进行现场督导检查

全面梳理全省儿科专业、学科发展及人才队伍、诊疗技术水平及能力现状；开展疾病谱调查，如儿童肾病综合征发病情况调查等，为卫生行政主管部门及政府决策提供依据；完成20xx质控信息收集、汇总、分析、评价、反馈、指导纠偏相关举措或方法；省儿科质控中心专家将会同分中心专家到各地市州对全省各相关医疗机构检查指导儿科开展质控工作情况进行抽查，找出存在问题，提出改进方法；为医院等级评审及评价提供日常监控结果数据。

三、加强技术队伍人才建设，全面实施开展各项技术培训工作

1、举办专家组成员培训会议，加强对基层医疗机构的指导培训工作规范化。20xx年，四川省儿科质量控制中心拟召开不少于2次的省中心专家组会议，加强对基层医疗机构的指导培训工作规范化。

2、编制四川省儿科质量控制中心培训教材。根据培训目标，编写1本有关《新生儿疾病诊疗培训》的教材，结合教材内容对相关人员进行培训。

3、对四川省儿科质量控制中心成员进行培训。借助国家及省继续医学教育项目，以省中心为平台为全省儿科科室规范化建设，适宜技术推广，新技术介绍等开展培训；为规范和提高儿科医护人员对新生儿疾病的诊疗水平，中心今年目标是加强及规范新生儿科的建设、管理、疾病诊疗等做专题培训。

四、建立和完善医疗质量控制中心工作信息化系统建设工作

（一）开展相关疾病信息上报。

逐步建立儿科诊疗病例信息报送工作制度，指定专人负责信息报告、录入等工作，并为信息上报提供必要的设备技术条件；中心将对我省上报的儿科相关疾病质控信息进行收集整理、统计、分析、评估反馈、指导纠偏相关举措或方法，同时，质控中心要加强对医疗机构的技术指导，将信息报送的及时性、完整性和安全性作为医疗机构儿科诊疗医疗质量控制的重要指标；为医院等级评审及评价提供日常监控结果数据。

（二）建立医疗质控中心不良事件信息报告系统。

逐步建立医疗质控中心不良事件信息报告系统，充分利用医疗质控中心不良事件信息报告系统这个平台，交流和分享风险防范经验，增强风险防范意识，提高风险防范能力，最终实现保障患者健康和医疗安全的目标。

（三）完善质控中心信息化建设，搭建信息化沟通交流平台。

利用已建成的四川省儿科质控中心网站，扩大全省儿科质控的宣传力度，利用网络的便捷性和开放性，将培训课件、相关表格等资料挂网，加强与分中心交流联系，同时继续完善儿科质控中心网络建设，开通疑难疾病远程会诊通道，组织专家开展多种形式的适宜技术推广讲座、查房、疑难病人讨论、死亡病例讨论等，切实提高医疗质量保证医疗安全。

五、其他工作

协助及支持各地市州建设儿科，推动建设省或市级的临床重点专科。抄送：国家卫生和计划生育委员会医政司、医管司，省中医药管理局，省卫生执法监督总队，各省级临床质量控制中心，省八一康复中心。

2024年医疗质量工作计划篇6

20xx年医院工作的重点是迎接等级医院评审、继续深进展开医院管理年活动，依照以上活动方案的要求，医疗质量管理委员会的整体和重点工作仍然是对医疗质量的管理和延续改进。现将20xx年的工作计划以下：

一、进一步加强迫度建设，对我院医疗质量进行科学化、规范化、制度化管理。

根据最近几年来医院管理年活动的工作实践，今年计划对我院《医疗质量管理方案》、医院管理相干规章制度等进行修订，进一步完善《医疗质量管理委员会工作制度》。同时健全医疗技术临床利用管理的相干规章制度，建立医疗技术管理档案，完善手术分级管制度和手术审批制度，有效防范与控制医疗风险。

检查和指导各科室质控小组制定切实可行的医疗质量管理方案及工作制度。落实医疗质量管理目标、计划、效果评价方案及赏罚措施。修订和组织实施《医疗质量管理赏罚办法》，奖优罚劣，落实医疗质量责任追究制。医疗质量检查考核的结果与科室、个人的效益工资、职称提升、年度考核、劳动聘请等挂钩，与干部提拔及任用结合，实行医疗质量单项否决。

二、强化医疗质量管理，积极争创“三乙”医院

1.组织召开专题会议认真学习《浙江省综合医院等级评审标准》，根据评审标准要求，果断把医疗核心制度落实到每一个科室，每一个医务职员。

2.依照医疗质量延续改进方案，每个月针对医疗进程中存在的题目进行反馈总结。

3.狠抓病历书写质量，严格落实病历质量院科二级管理。每个月不定期组织质控员抽查现病历和回档病历，发现题目及时反馈，奖罚措施落实到科室。

4.完善各项医疗操纵流程，特别是重点、高风险科室的诊疗流程。制定各科高风险疾病谈话记录模板、常见病诊疗临床路径;完善门、急诊服务流程，住院服务流程等。

5.完善医疗争议处理流程，重点加强对争议处理后医护职员在该事件中本身分析、整改措施落实的监管。

6.与各科室签订创建“三乙”医院工作责任状，具体落实科主任、三级医生及一、二医生的具体工作职责，争取创建工作美满成功。

三、强化对人材的.培养，提升医技水平

1.依照与长海医院协作内容，落实具体工作。邀请长海医院的专家定期来院检查、坐诊，展开讲座，同时提拔青年骨干进行脱产培训。2.加强对低年资住院医师技能与理论锻炼：继续落实12小时留院制、展开技能比武、“三基”“三严”理论考核等。

3.再次完善住院医师轮转方案：要求新进医生定期轮转科室;主治以下内外科医生必须在该系统全部轮转合格才能提升等。

四、努力营建学习氛围，不断进步科研水平

1.抓好医生的学习制度，强化科内学习和全院性学习，全面进步全院医生业务素质。

2.积极鼓励各科室申报科研项目，有目的邀请上级医院专家指导授课。争取20xx年市级科研立项6-7项，省级立项有“零”的突破，催促已立项项目及时结题;鼓励医学论文发表，落实相应嘉奖措施，加大对一级杂志论文发表的嘉奖金额;鼓励相干学科专家积极申报省级继教项目2-3项。

3.突出重点，加强学科建设的管理。从本县群众需要动身结合医院实际，医院已确定骨科、脑外科、呼吸内科、心内科为医院重点发展学科，消化内科、超声科、放射科为重点扶持学科。对这些科室医院将给予政策上的倾斜，请协作医院如长海医院等上级医院技术上给予大力扶持，争取部份学科水平早日挤进省级先进行列。

五、及时总结交换管理经验，制定整改措施

每季度由院长主持召开一次委员会全体会议，评价医疗质量管理措施及效果分析，讨论存在的题目，交换质量管理经验，讨论、制定整改计划及措施。遇有特殊情况随时召开，研讨题目，总结工作。

工作总结之家专题“月份安全工作计划”为你推荐以下内容。

为了让自己在该岗位上干出一番成就，现在，我们需要为下一阶段工作提前做全面规划了。制定工作计划是我们执行标准化的一部分，你了解工作计划要包含些什么内容吗？以下是工作总结之家编辑为大家整理的“3月份安全工作计划 ”,有需要的朋友就来看看吧！

2024年医疗质量工作计划篇7

一、目的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，促进医院医疗技术水平，管理水平，不断发展。

二、目标：

逐步推行全面质量管理，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，使我院医疗质量达到国家二级甲等中医院水平。

三、健全质量管理及考核组织

1、成立院科两级质量管理组织医院设立医疗质量管理委员会，由分管院长负责，医务科、护理部、医疗质控办及主要临床、医技、药剂科室主任组成。负责制定，修改全院的医疗护理、医技、药剂质量管理目标及质量考核标准，制定适合我院的医疗工作制度，诊疗护理技术操作规程，对医疗、护理、教学、科研、病案的质量实行全面管理。负责制定与修改医疗事故防止与处理预案，对医疗缺陷、差错与纠纷进行调查、处理。负责制定、修改医技质量管理奖惩办法，落实奖惩制度。

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。

2、健全\*质量监督考核体系成立医院医疗质量检查小组，由分管院长担任组长，医务科、护理部主任分别负责医疗组、护理组的监督考核工作。各科室成立医疗质控小组，对本科室的医、护质量随时指导、考核。形成医疗质量管理委员会、医疗质量检查小组、科室医疗质量控制小组\*质量监督、考核体系。

3、建立病案管理委员会、药事委员会、医院感染管理委员会、输血管理委员会、医疗事故预防及处理委员会。分别负责相关事务和管理工作。

四、健全规章制度：

1、逗硬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：

⑴病历书写制度及规范⑵危急重症抢救制度及首诊责任制⑶\*医师负责制及查房制度⑷术前讨论及手术审批制度⑸医嘱制度⑹会诊制度⑺值班及\*制度⑻危重、疑难病例及死亡病例讨论制度⑼医疗缺陷登记及过失（纠纷）报告制度⑽传染病登记及报告制度⑾业务学习制度⑿查对制度等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（理）讨论制度。逐步建立影像、病理、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。

五、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。

六、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）、职能部门药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，进行节假日前检查，突击性检查及夜查房，督促检查质量管理工作。

（4）、院医疗质量检查小组要定期和不定期组织科室交叉检查、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、上报。

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措施及评价方法。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、建立质量管理效果评价及双向反馈机制。

（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，并每月有医疗质控办上报业务工作月报表和科室当月的质控工作总结。

（2）、医疗质量管理委员会定期向临床医技等科室下发医疗质量管理评价表，进行交叉评价，经职能部门汇总分析，在临床、医技等科室主任联系会上通报。

（3）、医务科、护理部、质控办、信息科、院感办等职能部门应将检查考核结果、医疗质量指标等，分析后提出整改意见，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。

（4）、医疗质量管理委员会应定期召开全体会议，评价质量管理措施及效果分析，讨论存在的问题，交流质量管理经验，讨论、制定整改计划及措施。

七、建立医疗质量管理奖励基金。

制订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、年度考核、劳动聘用等挂钩，与干部选拔及任用结合，实行医疗质量单项否决。

2024年医疗质量工作计划篇8

一、目标

此方案是依据《中华人民共和国传染病防治法》、《医院感染管理办法》、《医疗废物管理条例》等相关法律法规制定。对医疗废物进行安全管理，防止传染病蔓延，减少卫生人员和患者暴露于医疗废物下的风险，保证可持续的环境发展。

二、措施

（一）建立完善的医院感染管理制度

1、国家相关法律法规：《医疗废物管理条例》、《医疗卫生机构医疗废物管理办法》、《医疗废物分类目录》、《医疗废物管理行政处罚办法》、《医疗废物专用包装物、容器标准和警示标识规定》等。

2、结合本地医疗废物处置的具体条件，根据国务院颁布的《医疗废物管理条例》、卫生部颁布的《医疗卫生机构医疗废物管理办法》及其相关的配套文件等，严格执行医疗废物管理办法。

（二）对村卫生室医务人员开展医疗废物管理的培训，提高村民对医疗废物的风险意识。

村卫生室医务人员：

1、定期参加相关政府部门和其它技术机构组织的医疗废物安全管理的法律、法规及相关知识培训。

2、掌握医疗废物收集、消毒储存、运送、处置方法，以及个人防护措施，诸如在日常工作中的.手卫生、口罩穿戴和使用原则等，并在工作中正确运用。

村民和患者：

3、对村民和患者的宣教：与医疗废物有关的危险，尽量避免医疗废物，去哪里报告医疗废物管理上的玩忽职守。

（三）加强个人防护

1、医务人员需采取预防性措施，如穿戴工作衣、帽、口罩和手套，防护用品保持清洁，并定期更换。

2、规范手卫生和呼吸方面。

3、使用过的锐利器需放入防穿透的利器盒中，并小心处理。

（四）医疗废物管理的具体措施

医疗废弃物大致分为两类，即一般性废物和有潜在感染性的废物。在大多数情况下，村卫生室化学性和药物性废物数量很少。少量的药物性废物可随感染性废物一起处置，如果是大量的药物性废物则需退返供应者或者交由专门的部门处理。

1、医疗废物的处置原则：不得对包括水、空气、土壤、植物、动物等环境和对周围人群造成危害。

2、医疗废物应分类，分成不同的组。根据不同类别的医疗废物采取适宜的方式进行处置。

①有不同颜色编码的三分类废物箱（三种不同颜色的容器分别放置一般性废物、潜在的感染性废物和锐器）是医疗废物安全管理系统的基础。

②根据国家规章制度的要求，医疗废物的存放时间最多不得超过两天。

③对于能够焚烧的，应及时焚烧。在进行焚烧时，需注意对周围环境的影响。要在远离水源的隔离区内，在深坑中进行焚烧，焚烧完毕后填埋。对于不能够焚烧的，应在消毒后集中填埋。整个医疗废物处置过程均需由专人负责。

④注射器和输液器外包装、药瓶、输液瓶等，按一般垃圾处置。

⑤注重重复使用设备的消毒，首选压力蒸汽灭菌或采用消毒剂消毒或灭菌。

⑥加强对药品储存和供应的管理，尽量减少药物性废物的产生。

3、发生医疗废物流失时，医务人员应及时追回流失的医疗废物，并对流失的废物进行无害化处理，如焚烧或深埋。对发生的原因进行分析，总结经验教训，加强对相关人员的教育，避免类似事件的再发生。

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！