# 医疗质量小组工作总结范文(合集29篇)

来源：网络 作者：紫云飞舞 更新时间：2025-01-29

*医疗质量小组工作总结范文1时间过得真快，20xx年已经过去了，在科主任的领导和指导下，在大家的关心帮助下，通过自己的努力，使自己在思想政治上及业务能力上都有了很大的提高，现将情况总结如下：>1、认真学习各项规章制度：我认真学习了《军队医院医...*

**医疗质量小组工作总结范文1**

时间过得真快，20xx年已经过去了，在科主任的领导和指导下，在大家的关心帮助下，通过自己的努力，使自己在思想政治上及业务能力上都有了很大的提高，现将情况总结如下：

>1、认真学习各项规章制度：

我认真学习了《军队医院医疗工作规则》、《医德医风行为规范守则》、《预防医疗缺陷主要工作规范》、《\_执业医师法》、《\_药品管理法》，同时还认真学习了《病历书写规范》、《处方管理办法》、《医疗机构医学专用药品和第一类药品管理规定》、《医务人员医德规范及实施办法》、《医疗事故处理条例》等，在实际工作中，认真执行各项规章制度的规定，严格依法行医。

>2、认真做好门诊诊疗工作：

在工作中，我高度重视为军人服务工作，坚持做到军人优先，坚决树立为部队、为伤病员服务的思想。作为324医院的一名医生，为部队伤病员服务，是责任，也是义务。我认为部队医院的存在，关键体现在为部队伤病员的服务水平上。我始终坚持把对部队伤病员的治疗放在第一位，耐心全面为官兵查体，让他们来医院好好看病，然后回部队安心训练。在门诊工作中，我一直勤勤恳恳、兢兢业业、任劳任怨，急病人之所急、想病人之所想、痛病人之所痛，始终坚持以病人为中心，一切为了病人，努力为患者服务，为方便患者就诊，我主动放弃节假日休息及午休，从无迟到、早退。

>3、认真妥善处理医患关系：

医疗领域充满着很多不确定的因素，即使医学再发达，医生再努力，诊疗效果都不可能达到100%，任何医院和医生都不可能包治百病，但由于现代医学的发展进步，不少医学难题都已迎刃而解（注：这只是理论上的），很多患者及家属对医疗的期望值过高，认为自己花了钱就要治好病，这是门诊工作中遇到的普片问题。我在诊疗活动中主动成为患者的管理者、沟通者、照顾者、代言者、保护者及教育者等多重角色，注重医患沟通技巧，努力构建和谐医患关系。

>4、认真学习党组织的文件：

在工作中学习，在书本中学习，在实践中学习，在自己的平凡岗位上，严格要求自己己，时时事事不忘自己是324医院的一名医生，努力为伤病员服务。在思想上始终坚持四项基本原则，拥护中国\_的领导，拥护社会主义制度，遵守医院的\'各项规章制度，严谨求实，服从安排，团结同志，作风正派，有较强的工作责任心，有良好的职业道德修养，关心体贴病人，深受患者信赖。

>5、认真对待工作中的困难和不足：

由于门诊工作人员不足，病人多、工作量大，事务性工作就占据了大量的`时间，因而自身学习有所放松。

我一定努力克服困难、弥补不足，认真学习、虚心请教，争做一名合格甚至优秀的医生。

**医疗质量小组工作总结范文2**

新型农村合作医疗制度作为一项代表最广大农民利益的“民心工程”和“德政工程”，将会从根本上解决农民看病难、看病贵以及因病致贫、因病返贫的问题，早日实现“人人享有初级卫生保健”的目标。我院自定为“新农合”定点医疗机构以来，对这项关乎民生的工程，近年来，为方便参合农民，想方设法为“新农合”工作提供方便，增建设施，极大地提高了工作效率，下面就我院新农合情况总结如下：

>一、建立健全了新型农村合作医疗管理组织和各项规章制度：

按照我县新型农村合作医疗实施方案的要求，成立了合作医疗领导小组，设立了专门办公室和兑付窗口，明确了职责，从组织和人员上保证了我院新型农村合作医疗工作的顺利开展。建全了我院的合作医疗服务管理制度，按照县新型农村合作医疗实施方案的要求，实行了诊疗服务项目、用药目录、收费标准三公开。对医护人员、有关的财务人员和业务经办人员进行了合作医疗有关政策规定的学习和培训，使有关人员能够正确理解和执行合作医疗实施办法及相关规定。

>二、新型农村合作医疗制度的运行情况：

工作人员把“便民、高效、廉洁、规范”的服务宗旨作为行为准则，本着公开、公平、公正的原则，统一政策，严格把关，同时为使参合农民更多的享受国家的“新农合”优惠政策，我院多次召开会议，把降低次均费用、减少目录外费用、提高兑付率作为医院为农民办实事的\'目标，完善制度，强化责任。

>三、加强参合人员住院管理，杜绝冒名顶替：

少数农民由于观念和认识问题没有参合，当有病需要住院时，就出现用他人的合作医疗证冒名住院的现象。为了使合作医疗医疗资金能准确、及时地落实到参合人员手中而不被顶替套取，核实住院人员身份是至关重要的，我们具体的做法是：住院病人在要求报销合作医疗费用时，经办人首先要求其提供《合作医疗证》、《身份证》或《户口薄》及村相关证明，经核实无误后，方可按相关标准核兑费用；对有疑患者，则要求其提供有效证明资料后方可报销，有效地保证了参合资金的安全使用。

>四、加强药品、诊疗范围管理，杜绝不规范用药及诊疗范围：

自新的《河南省新型农村合作医疗基本药物目录》发布以后，我院立即将新目录下发到各临床科室，以保证合理用药，对证施治。规定了住院患者住院期间检查、治疗的规定，有效地减轻了参合人员的住院负担。

>五、严格执行价格政策，最大限度降低诊疗费用：

在价格执行过程中，决不超范围、变通、重复、分解收费。

>六、不断提高服务质量，确保优质服务：

随着农村合作医疗工作的继续推进，参合农民的自我保健意识和疾病风险意识进一步增强，我们将进一步改善服务态度，提高服务质量和技术水平，严格按照医疗基本操作规程和规范进行医疗活动，为参合人员提供物有所值的服务，对内进一步强化医德医风建设，真正做到“以病人为中心，以质量为核心”，确保让病人满意，把新型农村合作医疗这项惠民工程的的确确做好，让广大群众真正感受到党和政府的关怀。

**医疗质量小组工作总结范文3**

一．统一思想，树立医疗质量工作是永恒的主题、医疗质量工作是重中之重的观念。并制定全年质量工作的计划要点，包括医疗质量管理组织的组成分工和活动安排。

二．与院部的工作保持高度一致，在分管院长和相关职能处室的领导、支持和帮助下开展工作。平时多请示汇报，多沟通。

三．调动科内同志的积极性，凝聚集体的智慧，共同参与科室的管理工作。除内科科主任、二级专科主任，还吸引了一批医疗骨干参与了科内的医疗质量管理，即提高了效率，也为科内培养了后备管理人才。

四．认真学习相关法律法规、部门规章和核心制度。多次组织全科同志认真学习和执行国家法律、法规及上级有关方针政策和医院的各项规章制度。进行质量教育（包括质量意识教育、质控心态与医德教育、质量管理知识教育、专业质控技术教育）

五．积极开展多种活动，切实质量控制水平。科室进行三次感动服务大讨论，积极参加医院的无红包医院的创建活动，进行科普宣教讲座八次、咨询义诊活动四次，为社区进行大型科普讲座五次。

六．加强科室管理，确保医疗质量。每季度召开一次主题科务会，发挥集体的智慧，查找发展中存在的问题，提出解决方案。每月一次行政查房，就合理使用抗菌素，核心制度的执行进行专项检查，并定期进行夜查房。每月一到二次质量管理主题活动。力争提高医护质量并确保医疗安全。全年未发生责任事故。创新医患沟通模式，细化沟通流程，提高沟通效果，特殊病人进行集体沟通，有效率达100%。三级查房率达100%，每月一次大内科业务示范查房。死亡、疑难、危重病例讨论率100%。出院病人访视率90%，满意度95%。

七．积极更新知识，迎接知识激增时期的挑战。每月两次大内科业务学习。加强对优秀年青医生的业务培训，强化三基训练，努力创造条件让年青医生外出参加学术会议，科内每周五一次科室会学习医学新进展。

八．医疗与质量并举，成就显著。由于强化了医疗质量管理，许多客观指标，如诊断符合率、危重病人收治抢救率、手术感染率、治愈率、好转率、病死率、医疗事故差错率、床位周转率、病人平均治愈日期等都达到要求。对病人能准确诊治，全年差错或事故发生。圆满完成了院部年初下达的目标任务。大内科有三个二级专科完成了重点专科的申报工作。

**医疗质量小组工作总结范文4**

为了进一步加强医疗废物的安全治理，完善本单位医疗废物的收集、运送、贮存及处置的管理规范，防止疾病传播，保护环境安全，切实维护群众健康，我们认真学习了《医疗废物管理条例》、《医疗卫生机构废物管理条例》以及《医疗废物分类目录》，对照有关管理规范和标准开展了自查活动，现总结如下：

一、加强管理，专人负责。成立医疗废物管理小组，相关科室指定专人（兼职）人员负责收集和处理在医疗、预防、保健以及其他活动中产生的具有直接或间接感染性、损伤性以及其他危害性的废物。

二、根据医疗废物的类别，将医疗废物分置于符合《医疗废物专用包装物、容器的标准和警示标识的规定》的包装物或者容器内。医疗垃圾全部使用专用包装物和容器，有明显的警示标志和警示说明。运送人员每天从医疗废物产生地点将分类包装的医疗废物按照规定的时间和路线运送至内部指定的暂时贮存地点。暂时贮存地点专人负责管理。

三、相关科室建立医疗废物管理情况登记表。登记核对来源、种类、重量或数量、交接时间、以及经办人签名等项目。运送人员将医疗废物交于指定的医疗垃圾处理点进行交接点数，详细记录重量、袋数、时间并双方签名。登记资料保存齐全。

四、从事医疗废物收集、运送、贮存、处置等工作人员和管理人员，均采取有效的职业卫生防护措施，配备必要的防护用品。工作人员在工作中发生被医疗废物刺伤等伤害时，采取相应的保护措施，清创，对创面进行严格消毒处理，必要时进行血源性传播疾病的检查和随访。

五、定期对相关人员进行医疗废物管理的学习及培训，提高了全体工作人员对医疗废物治理工作的熟悉，并对从事医疗废物分类收集、运送、暂时贮存、处置等工作的人员和治理人员进行了相关法律和专业技术、设备操作、安全防护以及紧急处理等知识的培训。

六、存在问题：医疗废物暂存间标识不规范；暂存间无防鼠防蝇措施及消毒设施，以上存在问题已在整改当中。

**医疗质量小组工作总结范文5**

20xx年我院在医院党委及院领导的正确领导下，在全院职工的努力下，我院医疗环境得到了较大的改善，门诊病人数和住院病人数都比往年大幅度的增加。在病人大量增加的情况下医院领导班继续以创建“三级医院”为核心工作的基础上，高度重视医疗质量和医疗安全，始终把医疗质量和医疗安全放在工作的首位，不断地完善工作制度，加大监督力度，保证医疗质量与安全。

>一、加强管理组织，更新各相关规章制度。

为保证医疗质量与医疗安全，我院成立并加强了医疗质量与安全管理委员会的组织框架，完善了医疗质量安全工作中的制度及流程。并对全院的医疗质量安全工作进行有效的督导、评价。针对发现的问题及时制度改进方案，持续改进。

>二、医疗管理、医疗质量及医疗安全学习检查情况。

（一）医疗管理

为继续贯彻我院“三级综合医院工作”，院领导统筹安排，医院多次多方式组织学习了“三级医院”的考核标准，并进行分部门、分类别，归类总结，制定了若干医疗管理工作制度，再次更新了《xx州人民医院制度汇编》，基本覆盖了全院的工作流程。为医疗质量与安全工作的深入开展奠定了良好的基础。通过不定期督导检查发现，医务人员的医疗质量与安全意识较上年度有明显改善。

（二）学习、活动情况

坚持业务学习，规范治疗技术室我院提高医疗质量与安全的主要方式。我院每年都派出部分科室骨干到知名院校及医院进修学习，增强了我院诊疗技术水平，提高了医疗安全。

（三）医疗质量与安全检查

医疗质量与安全是医院生存和发展的根本问题，狠抓医疗质量管理及医疗安全，全面提高医疗服务质量、提高从业人员的医疗安全意识是医院的首要任务。我院自开展“创建三级医院”后，医疗质量管理委员会小组按照相关规章制度不定期的对科室进行督导检查。检查部分环节如下：

1.病历质量书写规范情况。

我院病案质量管理委员会对我院20xx年1-11月份归档病历进行抽查，共抽查了3856份病历，覆盖全院各临床科室，涉及了病历中的各相关环节，包含病案首页、出入院记录、病程记录、麻醉记录、手术记录、相关知情同意书、授权委托书、各种检查化验单、会诊记录单等。督查中发现部分病历存在缺项情况（患者的基本个人信息填写不全、疾病编码填写不完整、既往史、个人史和既往史描述过简、病程记录内容不规范、知情同意书上未注明签字日期、知情同意书未让患者签名并按手印、知情同意书上书写内容有缺陷、有辅助检查报告单而无医嘱等相关问题）。 病历分级汇总如下：

图例表明：我院自20xx年1-11月份，甲级病历呈上升趋势，乙级及丙级病历呈下降趋势。表明我院病历质量有改进，医疗质量有提高。

但乙级及丙级病历仍占一定比例，病历书写仍需进一步提高。

2.归档病历中门诊与出院诊断符合情况。

图例表明：20xx年以来，同期我院门诊与出院诊断符合率呈上升趋势，诊断符合率处于较高水平，表明我院医疗质量正在提高，医务人员业务水平有上升，医院正有条不紊的运营中。

3.平均住院日分布情况。

图例表明：20xx年以来，我院同期 “平均住院日”呈下降趋势，反映了我院自开展“等级医院评审”工作以来，一直持续整改，坚持以“等级医院评审”为契机，以服务病人为终点，持续改进医疗服务，尤其是

开展“单病种”及“临床路径”有明显成效。

年-20xx年临床路径实施情况分析。

20xx年-20xx年我院临床路径在入径病种人数、入径总数、入组率、完成人数、完成率方面基本成逐年上升趋势，其中20xx年入组率较20xx年低4%，经引起重视，加强管理之后，20xx年明显升高。

**医疗质量小组工作总结范文6**

医疗卫生改革的最终目标是要以较低廉的费用为病人提供较优质的医疗服务。近几年来，我院和其它市级综合性医院一样，成为了我市医疗卫生工作的基本组成部分，而且形成了独有的妇幼医疗卫生工作体系，在为全区妇女儿童提供质优价廉的医药医疗保健服务、继承发展医药学术和培养医药人才方面作了不懈的努力。在20xx年，我院坚持以病人为中心的服务理念，以提高医疗质量、合理收费、降低医疗费用为落脚点，努力为广大患者提供优质的医疗服务。

>一、加强医疗质量管理，保证和提高医疗服务质量

（一）医疗质量管理是医院管理的核心，提高医疗质量是管理医院根本目的。医疗质量是医院的生命线，医疗水平的高低、医疗质量的优劣直接关系到医院的生存和发展。近些年，我院在医疗质量服务的基础上，把减少医疗质量缺陷，及时排查、消除医疗安全隐患，减少医疗事故争议，杜绝医疗事故当作重中之重的工作。我院严把医疗质量关，各科室严格执行各项规章制度，规范诊疗行为，坚持首诊负责制、三级查房制、疑难病人会诊、重危病人及术前术后讨论制度。增强责任意识，注重医疗活动中的动态分析，做好各种防范措施，防患于未然。针对当前患者对医疗知情权要求的提高，完善各项告知制度。

（二）优化医疗服务流程以提高医疗质量的基础。服务流程是医疗机构的运行结构和方式，在不增加病房、卫技人员的基础上，优化的医疗服务流程决定了医疗机构的效率和竞争力，这在很大程度上增强了医院的长期生存能力，使医院的可用资源通过平衡流程中的各组成部分来减少重复和浪费，使医院现有硬件和软件达到较高的利用率和较好的利用水平，尽可能发挥专业技术人员的能力，尽可能满足病员的需求，取得较高的经济效益和社会效益。我院坚持以病人为中心，在优化医疗流程，方便病人就医上下功夫，求实效，增强服务意识，优化发展环境，努力为病人提供温馨便捷、优质的医疗服务。推出各项便民措施，如收费挂号窗口联网，减少挂号排长队，部分专家设立专门挂号窗口，推出电话预约挂号等措施。医技科室出报告单推出限时承诺。护理部门在开展星级护士评选活动中涌现了一批先进护士，护患构筑连心桥，推出便民措施，想方设法为病人解决实际问题，住院病人对护理工作满意度达98%。

（三）实施医疗质量、医疗安全教育，是加强医疗质量的基础。如何提高管理者自身素质和加强全院医务人员的素质教育是质量管理的基础。提高医疗质量不是单靠几位管理者或部分医务人员的努力可以实现的，而是需要医院全体职工具有正确的人生观、价值观、职业道德观；需要强烈的责任感、事业心、同情心；需要树立牢固的医疗质量、医疗安全意识；在院内全面开展优质服务和“安全就是最大的节约，事故就是最大的浪费”活动，激发职工比学习、讲奉献的.敬业精神，形成了比、学、赶、超的良好氛围。

（四）建立完善的质量管理体系，规范医疗行为是核心。近年来，我院从加强制度建设入手，结合各岗位的工作性质、工作内容，制定了岗位职责、医德医风、人事管理、会议、学习、考勤、安全保卫、后勤管理、财务财产管理、统计报表管理、医疗文书档案管理，奖、惩等共五部分241条管理制度；制定了行政管理、医疗质量管理、护理质量管理、药品管理、院内感染控制管理、财务管理以及思想政治工作和医德医风管理等26项质量控制考核细则；制定职能科室、业务科室综合目标责任书，做到一级管一级，一级向一级负责的格局。明确责任，保证职能，做到责、权明确，利益适度，从而管理上做到了有章可循，有章必依，逐步完善管理上的法制化、制度化、规范化、标准化。

建立符合医院实际的质量管理体系，医院成立了以院长、副院长、医务科和各临床科室为成员的质量管理，质量控制考核领导小组，负责全院质量管理工作。全院形成了主要领导亲自抓；分管领导具体抓；职能科室天天抓；临床科室时时抓的医疗质量、医疗安全管理的格局。

加强医疗质量管理坚持平时检查与月、季、年质控相结合，严把环节质量关，确保终末质量关。“抓三基”、“促三严”、落实“三级医师”查房制度。医务科经常组织院内职工学习卫生法律、法规、制度、操作规程及操作常规，并记入个人业务档案。近年来通过开展以医疗业务管理，努力提高医疗质量，确保医疗安全为目标的全方位质量管理工作，使医院的各项工作达到到了综合目标责任制预期目的，医疗质量逐步提高，安全隐患逐渐减少，无医疗事故发生，医疗纠纷也相对较少，提高了医疗质量，确保医疗安全，为明年二级甲等妇幼保健院复查复评工作做准备。

>二、提高医疗质量，降低医疗费用，是医院的最根本目标

提高医疗质量，降低医疗费用，让老百姓用较少的钱享受较为优良的医疗服务是医疗体制改革的最根本目标。降低医疗费用，提高经济效益也是每一位院长、患者、社会人、医护人员等共同关心的社会问题，它是社会性质和服务宗旨的直接反映。作为医院的管理者要从加强科学管理素质，降低管理成本着手，从提高服务质量和业务质量上下功夫，突出以“技”取胜而非以“费”取胜。

标政策和药品“顺加作价”政策，实行医药分开核算、分别管理、调整医疗服务价格，降低总的医疗费用，降低药品收入在医院总收入中的比重。实实在在减轻了病人的经济负担。要实现“降低病人费用”这一目标，首要的是解决思想认识问题和改善医德医风问题，要坚持“为人民服务”的宗旨，正确处理社会效益和经济收益的关系，把社会效益放在首位，防止片面追求经济收益而忽视社会效益的倾向的思想。“以病人为中心”，以广大患者利益为前提，切实把医护工作作为一个崇高的职业，处理好医院、个人与患者之间的利益问题；切实做到合理检查、合理用药，以低廉的价格提供优质的服务。

**医疗质量小组工作总结范文7**

工程系地产公司（业主）与工程有限公司（承包商）双方于201年10月17日签订施工承包合同。该工程由委托有限公司负责实施。该工程总占地面积7104㎡，总建筑面积㎡，底层建筑面积㎡，标准层建筑面积761。14m2，层高，总建筑标高。该办公楼地上12层，局部13层，建筑结构为钢筋混凝土独立基础、框架—局部剪力墙、现浇密肋梁加空心砖楼板。

作为公司在海外承接的首个高层房建项目，项目的建设并不顺畅，受到了诸多因素的限制和影响。项目所处这个新生国家贫乏薄弱的市场环境，注定该项目的实施难度会超过其他市场，另外受到也业主方增层变更和与北苏丹的南北边界战争以及武装\_等诸多不可控因素的影响，项目至今仍未完工。自今年4月份项目复工以来，在公司领导的关心下，项目领导和全体员工不畏险困，共同努力，主要进行了室外停车场部分区域的开挖回填和主楼室内外装饰施工。施工过程中，项目部高度重视质量工作，坚持计划、实施、检查、处理循环工作方法，持续改进质量控制工作。

>（一）质量管理工作目标、指标完成情况；

项目在开工伊始，就制定了质量工作的目标：产品质量一次性检验合格率90%以上，产品质量一次\_付合格率100%，顾客满意，合同保证条款履约率100%。

项目部克服业主方供应部分装饰材料到场延误，幕墙缺少配件且部分尺寸与现场尺寸存在较大偏差等问题，经过项目全体人员共同努力，本年度主要完成：室外土方回填分层压实1318m，零星混凝土浇筑方，女儿墙压顶浇筑300米，钢筋加工及安装14吨，零星砌筑218㎡，外墙抹灰14314㎡，外墙面砖粘贴2462㎡，室内墙面瓷砖粘贴2215，室内地面瓷砖粘贴315㎡，室内墙面大理石粘贴712㎡，室内地面大理石粘贴320㎡，主体铝合金窗安装1630㎡，铝合金幕墙安装448㎡，楼梯间碳钢扶手焊接190m，楼梯间瓷砖粘贴10层，楼梯间刮腻子3010平，L13钢结构造型焊接2组，西侧钢结构焊接22个。

>（二）质量管理工作采取的主要措施及取得的成绩；

针对装饰施工的特点，项目部结合工程承包合同、设计图纸、公司和项目质量管理文件以及有关施工操作规程和技术标准，编制了项目装饰施工质量控制文件，并向施工人员进行技术交底。在工作安排中，把质量目标要求层层分解，按质量计划和实施步骤层层落实，一直落实到个人，使每一层次的职责、权限、资源分配以及保证质量的措施都予以明确；在施工过程中，重点检查影响质量的控制节点，通过三检制控制施工质量；对于施工中发现的问题，及时制定处理方案，指定专人按照制定的方案限时整改。

目前项目的质量工作基本达到预期目标，业主和监理方都比较满意。

>（三）质量管理工作中存在的问题及改进措施；

目前质量管理工作中存在的问题主要表现在进场装饰材料质量控制方面，诸如部分瓷砖尺寸不标准，表面不平整；部分大理石又明显的麻点和胶粘补缝痕迹；部分铝合金幕墙尺寸与现场实际尺寸存在较大偏差等。

由于上述主要装饰材料均为业主方采购，且考虑到的实际情况，受工期成本等因素的制约，项目部经过同业主和监理方沟通，在进行装饰材料安装过程中，立足已到场装饰材料，优先挑选质量瑕疵较小的材料进行安装，在保证实用和安全的前提下，尽最大可能兼顾美观。当然，挑选过程也给我方的施工造成了降效，增加了成本，我方也就此同业主和监理方保持沟通。

>（四）下一年度质量管理工作的重点

下一年度质量管理工作的重点，善始善终的搞好主楼装饰工作的质量把控，协调安排控制好室外附属房屋和配套设施的施工，努力确保项目如期交工。

**医疗质量小组工作总结范文8**

一年来，我诊所在上级主管部门的领导下，认真做到依法执业，为群众提供优良的医疗服务。现将诊所年度工作总结如下：

一、我院《医疗机构执业许可证》核准的执业科目是xxxx科，在开展诊疗活动中，能够严格按照核准的诊疗科目执业，没有超范围行医。

二、我院现有执业医师人，执业护士人，已经办理执业注册手续，取得相应的执业证书。

三、医院各项管理规章制度完善，并按照要求上墙公布。制定有医师和护士岗位职责，制定有诊疗、护理技术规范。

四、热情周到为病人服务，关心病人疾苦，耐心细致询问病情，认真进行检查、诊断和治疗。全年诊疗患者人次，没有发生医疗差错和医疗事故。

五、能够按照规定使用医疗文书，配备有门诊日志、处方、门诊病历、转诊登记本、传染病登记本、消毒登记本、一次性使用医疗器械毁形登记本和收费票据等，对就诊病人进行登记，书写门诊病历，用药开具有处方。

六、加强自身药品采购和保管工作，使用的`药品全部从具有药品经营资质的企业购进，购进药品有票据。不向非法企业和个人购买药品，不使用假冒伪劣药品和过期、变质药品，确保临床医疗用药安全。

七、医院的医疗废物，由指定专职人员清理至专用的医疗废物暂存间，定期定点将医疗废物“诊所医疗废物交由××公司集中回收处理，双方签订有《医疗废物回收处理合同╱协议》，每两天交接一次医疗废物），有医疗废物处理登记本，对医疗废物处理情况进行登记。

八、能够按照上级要求开展卫生知识宣教活动，结合日常诊疗工作，向患者宣传卫生防病知识；上级下发的卫生知识宣传资料，能够张贴在诊所进行宣传。积极参与社区组织的爱国卫生运动，平时做到经常打扫诊所内外环境卫生，保持诊所环境整洁。

**医疗质量小组工作总结范文9**

医疗质量管理是医院管理的核心，提高医疗质量是管理科室根本目的。医疗质量是医院的生命线，医疗水平的高低、医疗质量的优劣直接关系到医院的生存和发展。20xx年以来 科把减少医疗质量缺陷、及时排查、消除医疗安全隐患及杜绝医疗事故当作重中之重的工作。20\_年具体质控工作做到了如下几点：

1、成立院科两级质量管理组织。科室设立质控小组。由科主任、护士长、质控医、护等人组成。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、护理、教学、科研、病案的质量实行全面管理。定期每周逐一检查登记和考核上报。负责制定、修改医技质量管理奖惩办法，落实奖惩制度。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。

2、健全医疗质量监督考核体系。科室成立医疗质控小组，对本科室的医、护质量随时指导和监督检查。建立健全科室医疗质量控制小组的质量监督、考核体系。负责全科质量管理工作。每周定期逐一检查登记和考核上报。加强医疗质量管理坚持平时检查与月、季、年质控相结合，严把环节质量关，确保终末质量关。“抓三基”、“促三严”。

3、健全各项规章制度。严格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。重点对核心制度的执行进行监督检查。

4、健全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。

5、加强全面质量管理、教育，增强法律意识、质量意识。实行执业资格准入制度，严格按照《医师法》规定的范围执业。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。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。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。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、科室医疗质控小组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。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、建立完整的医疗质量管理监测体系，责任落实到个人。各级医疗质量管理组织定期检查考核，对医疗、护理分级管理及考核，提出改进意见及措施。对检查出的问题，及时登记并提出整改意见，真正做到奖罚分明，明确责任，落实到个人。

**医疗质量小组工作总结范文10**

按照《医疗机构管理条例》、《医疗机构管理条例实施细则》、《医疗机构校验管理办法》等卫生法规要求，我院于20xx年2月至11月开展了医疗机构校验工作，现将工作情况总结如下：

>一、领导高度重视，建立健全组织机构，确保校验工作有序开展。

我院高度重视20xx年度医疗机构校验工作，成立了我院以院长为组长、分管副院长为副组长、相关人员为成员的医疗机构年度效验工作领导小组，由院长组织相关人员召开校验工作会，会上明确了各职能科室的在本年度校验工作中的职责，由分管副院长负责医疗机构的资料审查以及医疗质量管理检查，相关人员负责村级医疗机构的现场审查并负责审证及换证工作，各司其职，联合开展医疗机构校验工作。

我院组织召开了全镇村级医疗机构负责人的校验工作会，会上传达了卫生局相关文件精神，通报了我院医务人员在20xx年工作检查中发现的问题，学习了《医疗机构基本标准》，要求所有村级医疗机构严格按照市卫生局《关于开展公立医疗机构年度效验工作的通知》中的规定提供校验资料，严格核对医疗机构许可证的名称、类别、诊疗科目、执业地点是否和实际相符，并且按照《医疗机构基本标准》进行自查，对达不到标准要求的进行整改。

>二、认真组织现场审查，做好医疗机构再次准入管理。

现场审查结合医疗质量管理工作，重点审查医疗机构是否符合《医疗机构基本标准》，诊疗科目和人员资格是否符合法律法规要求，规章制度与技术规范是否健全，有无出租、承包卫生室、聘用非卫生技术人员、超范围执业等违反国家法律法规的执业行为等。

>三、结合形式审查和现场审查结论，做好审证及换证工作。

结合前期形式审查和现场审查结论，开始审证工作以及执业期限到期且符合校验要求的医疗机构执业许可证进行换发工作。此次校验工作，我院对所有的村级医疗机构执业许可证全部重新核准了医疗机构的`名称、诊疗科目;对医疗机构名称与诊疗科目不符的进行了名称更正，对诊疗科目无相关执业资质人员及设施设备的予以取消诊疗科目;为实时掌握医疗机构管理信息，在此次校验工作中，建立好医疗机构管理信息系统。并且按照要求，建立了分户档案和区域档案，进一步完善了村级医疗机构的归档和管理工作。

通过此次校验工作的开展，切实履行了卫生行政部门的依法监管职能，加强了医疗机构的医疗质量管理，更好地促进了医疗机构依法执业。

**医疗质量小组工作总结范文11**

>一、医疗质量部分：

1、病历质量情况

20XX年第三季度质控室抽查终末住院病历7635份，其中完整性质控6185份，内涵性质控1450份，运行病历质控1632份。通过抽查病历，病历质量平均得分分，其中优秀病历6份，甲级病历1432份，甲级率为，乙级病历12份，乙级率为，第三季度无丙级病历。

第三季度病历书写平均得分排名情况，排名前三位是：妇科及干保科并列第一名、产科及新生儿科并列第二名，神经内科及肾病血液科并列第三名。排名后三位是：外二科

倒数第一名，急诊科及呼吸科倒数第二名，外一科及外四科并列倒数第三名。

2、全院病历书写普遍存在共性的问题：

⑴个别病历首页填写存在缺项及误填：如出院情况与出院小结中的治疗结果不相符、确诊日期与大病历确诊日期填写不一致、抢救次数填写错误、过敏药物漏填、患者身份证号漏填、病理诊断、损伤、中毒因素漏填等。

⑵现病史相关阴性鉴别症状描写不全，系统回顾未填写，手术科室医师书写体格检查中对一些阳性体征漏填或阳性体征与专科情况描写不一致。大病历首页缺乏患者签名认可。确诊诊断、补充诊断不及时。⑶首次病程记录中体格检查内容繁琐，重点不突出；诊断依据不充分，鉴别诊断不规范（如：初步诊断脑出血与脑出血相鉴别、颅内感染与颅内感染相鉴别等）。辅助检查分析不全，使用抗生素依据不足。术前讨论记录及转院讨论记录缺少三级医师的发言内容，术前讨论记录内容不全，缺乏对手术中可能发生的意外应采取什么措施补救的记录。抢救记录缺少医师对于病情的分析指导意见。到目前为止病程记录中仍出现相互拷贝，内容类同的现象。

⑷病情评估：大部分科室均能如期进行病情评估，但个别手术科室医师对病情评估制度执行不到位，报病重病人应3天进行1次病情评估，但个别医师无论是病重还是二级护理的病人一律7天进行1次病情评估或出现缺漏的现象。另外个别医师病情评估内涵不到位，缺乏描述病情的转归、诊疗方案的调整、下一步采取治疗措施等内容。

⑸三级医师查房记录：三级查房记录不全，只体现了二级查房，缺少主治医师查房记录或者缺少住院医师查房记录。上级医师查房记录存在缺陷（对于诊断依据的分析没有重点突出，缺乏特征性，而是简单的复制现病史及体格检查，缺乏对鉴别诊断的分析意见）。个别科室医师记录大查房时，标题上未明确的表示大查房或者在记录主治医师查房录时，未注明上级医师的职称。

⑹上级审核把关：仍有部分临床科室上级医师未审阅大病历或只签名不审阅或手签名不及时的现象，无执业医师证的医师开具长期医嘱、临时医嘱上级医师未及时手签名，无论长期或临时出现的医嘱上随意用钢笔添加医嘱或更改治疗次数，医嘱中有院内会诊一次，但是病历中缺少会诊单等。《手术安全核查表》缺少主刀医师手签名；会诊记录主治医师未电子签名或手签名。

⑺运行病历除存在上述情况外，还普遍存在：病历、首程及病程记录书写完毕不能及时打印出来，所以病历夹中看不到纸质病历，或者打印出来的病历无医师的手签名，要等到出院时才补签字。另外病程记录不能及时书写，有缺漏现象。

3、临床路径运行情况

第三季度临床路径运行219例，其中自然临产阴道分娩196例、老年性白内障、胎膜早破行阴道分娩及腹股沟疝各5例、输卵管妊娠4例、带状疱疹、2型糖尿病、及下肢静脉曲张各1例等病种，涉及到科室产科、五官科、妇科、外三科、皮肤科、干保科。

4、处方质量分析

第三季度门诊处方总数20422张，其中不合格处方78张，处方合格率。不合格的处方原因为需做皮试的药品未注明过敏试验及结果。用药剂量超过规定的量或一次用药剂量不够。临床诊断与用药不符，如颈椎病使用稳心颗粒、高血压使用开塞露、胆囊炎使用酚酞片等情况。

5、住院病历抗菌药物点评情况

第三季度药剂科抽查上报外科、内科系统住院病历抗菌药物点评共246份，其中使用抗生素不合格有38份病历，不合格的原因为外科手术病人预防性用药时间过长，超过24小时或48小时，治疗用药选择药物没有做培养和药敏试验，而是习惯性用药，没有用药分析等。不合格使用抗生素情况排名为第一名外一科11份、第二名外四科8份、并列第三名妇科及呼吸科各6份、第四名心内科5份、第五名五官科4份、并列第六名急诊科、消化内分泌科及外二科各3份、并列第七名干保科、产科及外三科各2份、并列第八名肾病血液科及神经内科各1份。

6、传染病上报情况

第三季度全院上报352例，漏报5例，漏报发生的科室有感染科漏报4例、干保科漏报1例。

传染病卡填写普遍存在以下问题：患者家庭住址填写不具体，报告单位填写不明确，应填写和田地区人民医院的地方填写成本院，个别门诊坐诊医师，对有传染病患者初次来我院就诊时，日志中病人基本信息填写不全或未填写，造成传染病无法上报。

7、专家出诊情况

第三季度坐诊专家出现迟到现象比第二季度明显好转，希望各位专家们按时坐诊。

8、医师交接班执行情况

第三季度各临床科室医师交接制度执行到位，未出现缺漏医师交接记录及记录不全的现象。

9、告知义务履行情况

第三季度大部分科室医师能如期进行各类谈话、并能认真记录及双方签名，但个别科室病历中缺少输血知情同意书、危重病人谈话记录、72小时谈话记录、术后24小时谈话记录及《手术安全核查表》。出现以上现象的科室有外一科、外二科、外三科、外四科、儿科、新生儿科、消化内分泌科、神经内科、肾病血液科、呼吸科、等。

>二、医技科室部分

1、医技科室医师与临床科室相互沟通、协调不到位，急查患者的报告单不能及时出具，影响急危重患者的治疗，日常常规检查项目等候时间过长，报告单出具不及时，影响临床缩短住院天数的要求，部分医师报告单描写不规范，诊断不全面、字迹不清，难以辨认。

>三、部门规章制度及核心制度部分

大部分科室都能如期进行核心制度、部门规章制度的学习，但学习掌握情况不好，知晓率不高，所以执行的也不到位。尤其是会诊制度执行的不到位，科室间会诊在会诊单发出去后，并在反复催促下才来会诊，而且不能妥善处理病人，有相互推诿的现象。

>四、建议

1、各科主任应加强科内医务人员对20XX年版《病历书写基本规范》、首诊负责制、三级查房制度、会诊制度、危重病人抢救制度、疑难病例讨论制度等的学习。

2、各科主任应加强科内病历三级质控力度，加强三级医师责任意识，各负其责，层层把关，提高病历书写质量。3、各科室主任及上级医师应加强审核、指导工作，不要把质控病历流于形式，要认真审阅并修改后方可签名，才能提高病历质量。

4、应加强手术病人管理，将《手术安全核查表》中要求的内容做到实处，不要流于形式，严格执行手术分级管理及手术资格的准入，杜绝越级手术的情况发生。

5、应按照《抗菌药物临床应用指导原则》合理使用抗生素，避免发生滥用抗生素的现象。

**医疗质量小组工作总结范文12**

一年来，我院的新型农村合作医疗工作在卫生局、合管中心领导的大力帮助指导下，积极认真的开展了新型农村合作医疗宣传、审核报销医疗费用等一系列工作，得到了广大人民群众的认可，同时也收到了比较满意的效果。现将全年的工作总结如下：

>1、实施政策依据、提供优质服务是保障。

为保障新型农村合作医疗工作正常、有序、平稳的开展，根据《江山市新型农村合作医疗制度实施办法（试行）》及市委、市政府的有关规定，严格就诊、治疗、结算等操作程序，做到农合病人应医报销程序简单化，报销合理透明化，切实为参合患者，提供最优质的医疗服务。为病人提供了优质的的基本医疗服务，开通了绿色救护通道确保了病人能得到及时有效的医疗救治，实行全程代理异地就医报销，为农民提供便利、快捷、周到的服务，才能赢得工作的主动和持久。

>2、积极开展宣传、培训工作。

自我院开展农村合作医疗工作以来，领导比较重视，设立办公室，落实专职人员，负责农村合作医疗具体工作。并且，先后开专题会议以及开展相关业务培训，要求全体医务人员熟悉掌握相关政策、规定和业务，并通过多种方式向社会广泛宣传。组织翻印合作医疗资料汇编，病种目录，熟知相关业务。做到合理检查，合理用药，杜绝乱检查、大处方等不规范行为的发生。

>3、医疗服务质量到位，不断提高参合群众满意度。

我院以服务质量为首要，一是组织医护人员学习，以高尚的道德情操和高度的敬业精神，牢固树立为民服务的思想。二是提倡“一杯水、一句问候、一次搀扶”为内容，心贴心、送一份温馨的活动；三是提倡微笑服务，上门就诊、健康知识辅导、病人病情信息跟踪、热线电话等形式，主动关心病人病情状况。

>4、实施基本药物制度，真正的让农民得利。

我院按照市卫生局实行基本药物制度起实行药品零利率售销、药品进行统网上一采购，统一配送，做到了无网外进药现象，药品质量保证，使百姓直接受益，让利于广大农合患者。另一方面也体现了采购工作公开透明的运行机制，从而使患者用上放心药。

>5、审核、报销

我院合管员在报销过程中，认真执行报销程序，对来报销医疗费用仔细查实核对。为提高参合农民对报帐程序的认识，印发了“参合患者就医、报销程序”有效提高了参合农民对新型农村合作医疗报销程序的认识。如今，新型农村合作医疗已深受广大农民的欢迎。我院20XX年1月至20XX年11月，中心及三个服务站门诊共实时报销共24175人次，共报销金额为435605元。住院报销人次为80人共报销金额为58695元。

我们将继续牢固树立“以人为本”的理念，始终把便民服务放在第一位，精益求精，努力构建和谐医院，建立长效机制，不断地把新型农村合作医疗工作推向深入，并取得更大成绩。

**医疗质量小组工作总结范文13**

一年来，在医院领导和医疗管理小组的带领下，经过质量管理小组全体成员，各临床科室及各位职工的共同努力，在质量管理方面取得了一定成绩，现总结如下：

一、科室各医务人员均能严格执行各种规章制度，工作上基本走上制度化、规范化轨迹。

二、各人才素质均有明显提高，政治素质，业务素质明显提高，医德医风建设取得较好的成绩。

三、医疗管理方面成绩显著

1、病案质量较往年明显提高，住院病历书写基本达到预定目标，

合格率初步统计为100%。

2、诊断和治疗质量：出入院诊断符合率及术前后诊断符合率均达到预定目标。门诊和住院转诊率接近控制在预定目标，未发生过无菌切口感染情况，处方合格率也基本接近预定目标。妇产科住院产妇死亡率为0，新生儿破伤风发生率为0。

四、护理质量管理方面

1、服务态度较好，基本能穿戴工作服，持证上岗。

2、物品管理使用维护较好，尤其是抢救药品物品管理方面，基本能班班清点，保证医疗急救工作顺利进行。

3、病房管理工作较往年有所改善。清洁卫生工作做得较好，病房物品放置有序。

4、能严格执行消毒隔离制度，常规器械消毒合格率达100%，一人一针一管一消毒执行率100%。

5、能认真描绘三测单，书写护理记录，及时执行医嘱，技术操作规范，准确。护理五种表格书写，护理技术操作合格率达到预定目标要求，未出现合理差错事故。

五、医技方面

1、能认真执行各种规章制度。

2、能认真配合各科室做好检查项目的分析，诊断报告及时，结论准确，内容完善清楚。

3、能合理使用各种仪器、设备、器械、试剂并能严格管理和维护好。

4、能及时认真做好各种资料的统计工作。

六、药房管理方面

1、能认真执行有关质控制度、措施。

2、能严格执行毒麻药品管理方法。

3、购药渠道正规。

4、调配处方出错率为0。

七、存在问题及下一步工作重点

1、服务态度有待进一步提高。

2、业务素质有待进一步加强和巩固。

3、环境卫生工作有待进一步加强。

4、无菌观念有待进一步加强。

5、消毒隔离制度执行有待进一步加强。

6、各科室感染工作记录、数据有待进一步完善。

7、坚持定期召开各小组会议，管理工作有待进一步加强。

**医疗质量小组工作总结范文14**

经过一年的发展，在院领导各部门的领导下，各科室的协助以及科主任及护士长的带领下，通过全院的共同努力，我科顺利通过市级重点专科的创建工作。在各方面不断完善和提高的同时，我科室仍有以下不足：

>一、医疗安全（不良）事件

虽全年无一例因麻醉引起的重大不良事件和纠纷，但仍有不足之处：

1.不良事件仍然存在漏报或者不报的情况，或者由于种种原因上报不及时。

2.科室对于不良事件的登记信息不全。

3.仍有极少数人员对不良事件的处理及上报流程不熟悉。

针对以上情况，来年我科将加强对不良事件的管理，监督与落实不良事件的各个流程，加强奖惩。

>二、教学查房

由于科室的特殊性（无患者及病房），教学查房的很多内容都只是流于形式，还只停留在软件资料层面上，未能具体落实。由于实习进修生较少，（我科基本上没有实习生，进修生也只是偶尔有一两个）

对实习进修生的管理也只处于软件资料方面。来年我科将完善教学查房的各个流程：按照医院的各项规章制度，落实到科室，具体到人。做到对实习进修生负责。如实习进修生的各项管理制度，请销假制度，操作管理，出科考核等。

>三、三基三严

三基三严的问题同教学查房，每月都只是做了软件资料，没有具体拿出来讲，没有达到实质性的效果。20xx年我科将针对三基三严进行大整改：每月进行至少一次的PPT讲课，每季度至少一次的开卷或闭卷考核，将各项操作规范流程，核心制度、法律法规等问题纳入其中。

>四、会诊管理

20xx年科室人员结构配置有所完善，值班人员基本有会诊权限，会诊量明显增加，主要表现在麻醉风险评估及深静脉穿刺置管量的增加，说明临床医生越来越重视麻醉，对麻醉的需求有所增加，20xx年我科将继续加强人员资质的管理，加强具有会诊资质人员的培训，努力提高会诊质量。

>五、院感管理

虽近年来无因麻醉操作引起的感染病例，但我科麻醉医师的无菌观念相比护士仍较差，这也是来年我科的工作重点：严格遵守无菌操作规范及洗手流程，落实上报制度及流程，加强及监督全科及手术人员的无菌操作。

>六、消防管理

消防历来是医院及科室管理的重中之重，涉及全院及患者的人身及财产安全。在梁国洪科长的监督管理下，我科暂无各种违规操作，如私接大功率电器，堵塞消防通道，挪动或毁坏消防器材等。但在软件资料这方面完善得不及时或不够完善。我科将加强对科室消防管理人员的监督与管理。

>七、依法执业

科室现有麻醉医师17名，其中2名在外规培医师，1名在外进修医师，实际在岗医师14名，副主任医师2名，主治主治4名，6名住院医师，5名轮转医师。20xx年将晋升2名主治医师、1名住院医师。我科的现状是年轻低年资无证医师较多，很多东西都有点脱岗脱节。来年我科将加强对麻醉医师的管理，严格遵守医院的\'医师分级管理制度，加强对跨级违规操作的管理和处罚，落实好会诊上报制度。

>八、精麻药品管理

对于精麻药品的管理我科室做得还比较好，但仍存在以下问题：

1.处方信息不全

2.处方上的字迹不清

3.处方上的数量与上账数量不一致：主要是由于上账不仔细。

4.对精麻药品管理的学习仍不到位，停留在软件资料层面，针对此情况，与教学管理及三基三严一样，予PPT的方式进行教学。

>九、术前术后访视，输血管理，非计划再次手术管理，医德医风以及大型设备管理，交接班管理等

1.术前术后访视：由于科室人员不足，术前及术后访视时仍有无证人员参加，我科将加强对人员资质的管理，落实此类情况。术前术后访视有少数人员访视不到位，对病人的具体检查结果不清楚，或对重要信息收集不全。

2.输血管理：严格把握各项输血指征，提倡成分输血，拒绝输人情血。严格执行输血的各项查对制度，输血过程中及术后严密观察监测。加强与输血科之间的各项沟通流程，开放绿色通道，保障患者生命安全。

3.非计划再次手术：我科主要负责收集非计划再次手术各项信息以及加强对非计划再次手术的监管。20xx年存在的主要问题有一下两个方面：一是漏登漏报，主要是因为对病人信息了解不全，如，今天这个患者是我做的，隔段时间换另外一个医生做，可能就不知道情况了。还有就是局麻做的手术，医生护士不说的话我们也不知道是不是非计划再次手术。二是对非计划再次手术的监管不到位。具体整改措施：与临床外科医师沟通，若为非计划再次手术，要在手术通知单上注明；对于那种较紧急而外科医师又无暇上报审批的，我科将以电话的形式告知医教部及相关部门，等术后医师自行完善相关程序资料。

4.交接班管理：严格执行医院及科室规定的相关管理制度。不迟到，不早退，对重要的交接信息落实到位。

>十、医疗安全管理

十八项核心制度里，手术安全核查与我科尤为密切相关，但由于种种原因，麻醉前的安全核查始终不能到位，其具体原因：临床医师较少，手术前一班都要交班查房，来手术室的时间都较晚，而我科的麻醉工作又需提前，所以麻醉前的核对工作就缺少了手术医师的核对。针对此问题，通过各种会议也与外科医师交流过，仍无多大成效，需医教部加强监督管理。

希望在20xx年里在院领导的监督管理及各临床科室的协助下，我科能更好的做好各项工作，不足之处能够得到更好的改善。科室能力更上一个台阶。

**医疗质量小组工作总结范文15**

>一、加强领导，提高对医疗质量管理重要性的认识

医院管理与人民群众的利益密切相关，是社会高度关注的热点问题之一。改革开放以来，各医疗机构坚持以病人为中心、以质量为核心的服务理念，不断深化改革，加强管理，改善服务态度，优化服务环境，简化服务流程，提高服务质量，满足群众基本医疗需求，切实保障了人民群众的身体健康和生命安全。但是，随着经济社会发展，人民群众的医疗服务需求越来越高。同时，卫生改革不到位、卫生事业发展相对滞后、医疗卫生资源总量不足和结构不合理的双重矛盾逐步凸现，医患矛盾愈演愈烈，医疗纠纷事件时有发生，给医患双方造成了巨大的社会和经济损失，严重干扰了医疗机构的正常工作秩序，损坏了卫生系统的整体形象，给社会造成不稳定因素。为了切实解决这些热点、难点问题，进一步提高人民群众对医疗服务工作的满意度，我院从20xx年起，把医疗质量管理摆在了重要议事日程，贯穿于卫生工作的全过程，坚持每年组织开展医疗质量管理活动。为加强对活动的领导，我院专门成立了医疗质量管理活动领导小组，具体负责医疗质量管理活动的督导，定期检查、考核和调度活动开展情况，及时发现和纠正存在的问题。要求建立健全院、科两级医疗质量管理组织，明确主要领导负总责，分管领导具体抓；各职能科室分工明确，精心组织，认真履行职责，加强对活动开展情况的督导检查，确保了活动顺利实施。

>二、明确主题，确保医疗质量管理活动内容丰富

20xx年以来，我市以党和国家的方针、路线、政策为指针，以整顿医疗秩序、保证医疗安全、强化内涵建设、杜绝医疗差错事故为目的；以加强思想教育、转变工作作风、强化法制意识为重点；以完善规章制度、落实岗位职责、严格诊疗护理常规和各项技术操作规程为主要措施，每年明确主题开展医疗质量管理活动，引导、带领各医疗机构抓质量、抓管理、抓发展，使医疗质量管理逐步推向深入，努力塑造卫生行业良好的社会形象，满足人民群众不断提高的医疗服务和质量安全要求。

>三、强化培训，努力提升医务人员的业务技术能力和水平

医务人员只有通过不断地培训学习，专业技术知识和水平才能得到更新和提高，医疗机构的服务能力才能不断增强。为此，在每年组织的医疗质量管理活动中，我们始终把医务人员的培训放在重要位置，采取多种形式，全面开展 业务技术人员培训，努力提升医务人员的业务技术能力和水平。具体做法是：

一是组织卫生法律法规、规章制度、职责规程、常规规范的学习。我们编印《医疗质量管理相关法律文件汇编》、《医院管理制度和人员岗位职责》，要求各医疗机构所有人员人手一册，通过聘请专家讲座、单位集中学习、医务人员自学、专题讲座、典型案例分析讨论等形式，使各医疗机构所有人员了解掌握卫生法律法规、规章制度、职责规程、常规规范，强化其法律意识，增强依法执业的自觉性。

二是开展多种形式的培训活动。几年来，我们组织了院长培训、业务骨干培训、病例书写培训、“三基”“三严”培训、护理培训、药品培训、医院感染知识培训、医疗纠纷防范等培训活动，使医务人员的业务技术明显提高。

三是实施科技兴医战略。牢固树立依靠科技进步发展卫生事业的思想，采取“请进来，送出去”、学科带头人选拔和培养、在职人员继续教育、加强医疗基础设施建设等多措并举，着力抓好人才培养、科研和特色专科（项目）建设，提高卫生技术队伍的整体水平。

四是规范医疗文书，加强病历质量控制。按照\_、国家中医药管理局《病历书写基本规范》、《山东省医疗护理文书书写规范》、《诊疗护理常规与操作规程》，规范医务人员的病历书写，提高医疗护理文书书写质量；从20xx年起，每年坚持实行了病历质量逐级控制和评审。在各医疗机构院科两级病历质量评审的基础上，我局随机抽取一定比例的出院病历，抽调专家集中评审，结果全市通报，按规定处理，并与医务人员的工资福利挂钩，有效地促进了病历质量提高。

五是组织理论考试和技术比武。近三年来，我们以培养提高镇街卫生院医护人员急救技术、程序、常用方法和治疗方案的应用为重点，按照由易到难、由浅入深的原则，每年遴选适宜技术向镇街卫生院医护人员推广。方法是：局里组织专家，采取理论讲座和现场操作相结合的方式，组织镇街卫生院医护人员培训、应用；年底，对所有参加培训的医护人员的掌握应用情况进行理论考试，在此基础上，选3－5常用技术组织竞赛比武。对表现突出的单位和个人，给予表彰奖励。

六是积极参加上级组织的培训讲座。对省、市两级组织的各种有关医疗质量管理和业务技术培训讲座，积极组织各单位参加学习，使医务人员学习接受新知识、新技术、新理念、新观点。

>四、依法监管，全面提高医疗质量管理和服务水平

为了确保各项医疗质量管理规章制度得到落实，我们一直坚持“依法监督为主、行政管理为附、管理和处罚并举”的医疗质量管理监督机制。首先，坚持依法监管。变事后的被动说教检查为事前的主动依法监督，把医疗质量的综合监督检查与专项重点工作监督检查紧密结合，通过日常工作中依法下达监督文书，严格对各医疗机构和医务人员的监督管理；其次，注重各项制度、措施落实。从制度、职责完善到执行，加强医疗质量的关键环节、重点部门和重要岗位的管理，认真执行医疗质量和医疗安全的核心制度，及时发现和解决医疗安全隐患；第三，健全组织，明确责任。要求各医疗机构建立健全院科两级医疗质量管理组织，达到人员结构合理、分工明确、工作协调，制定医疗质量管理和持续改进方案并组织实施。院长为医疗质量管理第一责任人，领导组织职能科室，定期对医疗质量进行指导检查、监督考核；第四，形成制度落实监控体系。局和各医疗机构医疗质量管理组织，制定医疗质量考核标准，采取专家组质量考评、科主任座谈会、医疗质量警示谈话、医疗质量院长大查房、查房参观学习等形式，广泛开展医疗质量检查和监督工作。

>五、工作成效和体会

通过以上措施的积极开展和有效实施，使我市各医疗机构的医疗质量管理工作，取得了明显成效：各医疗机构的医疗技术水平得到较大提高，广大医务人员的依法执业意识明显增强，医疗服务质量得到很大改善，医疗纠纷的发生逐年减少，特别是事故性医疗纠纷一直很少，医患关系明显好转，连续三年保持了滕州市民主评议行风前三名的好成绩，为构建和谐社会奠定了坚实基础。在多年的医疗质量管理工作中，我们深深体会到：

（一）医疗服务质量是医院生存和发展的生命线。医疗服务质量是医院管理的核心，是医院管理永恒的主题。在日益激烈的竞争中，只有树立医疗服务质量是医院生存和发展生命线这一理念，坚持为人民群众提供优质、安全、满意的医疗服务，社会效益和经济效益才能得到持续增长。

（二）技术创新是提高医院核心竞争力的关键和不竭动力。技术创新、特色诊疗、科教兴院是医院经营管理的三大战略。只有坚持院有优势、科有特色、人有专长的发展思路，医

院才能在竞争中形成和保持学科学术地位和技术水平在同行中的优势，占有更大的市场份额，才有可能在市场中立足和发展。

（三）以人为本、以病人为中心是促进医院发展的根本理念。在深化改革中，转变观念，改善服务环境和服务态度，改进工作作风，树立起以人为本的服务理念，有助于医疗服务水平上新台阶、上水平。

（四）行风建设与质量管理相结合是解决医德医风好转的有效途径。将行风建设管理与医疗服务质量管理相结合，可以把柔性管理指标转化为刚性管理指标，是解决技术性质量管理和功能性质量管理的有效途径，有利于处理医疗服务质量管理、收费管理、行风建设过程中出现的矛盾。

我市在医疗质量监管方面做了一些工作，取得了一定成效。但距上级的要求，与兄弟市区相比还有一定差距。今后，在枣庄市卫生局的正确领导下，我们将进一步更新观念，提高认识，多措并举，加强医疗医疗质量管理，确保医疗安全，推动卫生事业稳步前进，为经济发展和社会稳定，做出新的更大贡献！

**医疗质量小组工作总结范文16**

20xx年在院部的正确领导下，以病人为中心、持续改进质量，保障医疗安全为主题、以建立和谐医患关系为目标，严抓各项医疗规范化和核心制度的落实，以“千村百镇示范乡镇卫生院”创建工作为契机，以“20xx年乡镇卫生院目标工作考核细则”为标准，全年做了以下工作：

>一、持续医疗质量改进，加强核心制度执行力，完善制度规范。

1、严抓医疗质量，规范诊疗行为。持续医疗质量改进，制定了南化中心卫生院医疗质量管理方案及医疗检查标准及重点内容，对医疗薄弱环节及医疗隐患进行整改，举行了“医疗安全大讨论、业务知识大学习、临床技术能大训练、差错隐患大整改”等一系列知识培训活动，通过笔答及考核使核心制度在全院医生及医技人员达到理解并应用。加大环节质量及终末质量检查及反馈力度，加强《病历书写基本规范》的检查督导力度，不定期深入临床科室，保证环节质量及终末质量稳步提高，为各科室定购各种诊疗指南及临床医疗杂志，指导和规范诊断、治疗、护理等工作行为，使诊疗行为有章可循、有据可依，提高医务人员的综合素质，提高医疗质量，保证医疗安全。

2、提高诊疗水平，加强业务知识培训。加大职业技术培训力度，提高医务人员的医疗技术水平，全年共组织业务知识培训12次，今年选派有一定临床经验医务人员共15人分别到市太和医院、市人民医院、市妇幼保建院进行内、外、妇、儿、及放射彩超等专业知识的中长期进修学习，选派4人参加全科医师培训，参加各级医疗知识培训达70余人次，参加学历转化人数达24人。

3、持续改进，完善制度规范。加强医疗质量持续改进，坚持每季度医疗质量例会制度，分析总结医疗质量问题，制定并完善手术过程管理规范、手术安全核查制度及核查表、转院制度及费用的规定、留观治疗书写制度及留观记录、自备药品使用规定、开具死亡医学证明的规定、癌症患者申办麻醉专用卡的规定等。

4、大力开展新业务新技术。20xx年我院在资金运行紧张的情况下，院领导班子着眼于未来，购买了先进的迈瑞DC-6型彩超机以及经颅多普勒检查机。通过临床运用方便了患者节俭了费用，也为临床医师诊断开辟了一条新路径。

5、对影响医疗质量的重要环节、重点部门进行重点控制。

⑴根据\_文件及全面加强医院安全整顿工作方案、医院安全整顿工作重点指标及检查内容，对我院化验室，建立了质量管理体系，制定了各项规章制度、人员岗位职责及相关的诊疗技术规范和操作规程，并进行执业注册申报，发现问题及时反馈整改，保障医疗质量和医疗安全；

⑵落实手术安全核查制度，加强围手术期管理，落实手术过程管理规范，严格执行手术分级制度、手术部位识别标示制度及手术人员的分级权限。

6、做大做强中医药事业。

>二、工作中存在的不足。

20xx年虽然我院业务收入取得了很大的突破，但工作中仍在着不足：

1、深化目标管理，还有一些人对目标认识不够，或者是为了完成任务去做，完成的质量有待于提高。

2、夯实专科基础，普及业务知识学习积极性很高，但学习的效果有待于提高，以往培训过的业务知识很不能灵活加以应用。

3、规范化的业务建设规程已建立，但落实的很不到位，

4、医疗环境、病房环境有待于进一步改善。

5、安全意识有待于进一步提高。

6、部分医务人员责任心不强，我院全年发生医疗事故一起，为手术科室，经过调查主要为手术人员责任心不强，发生事故后上报不及时，处理不妥当造成。

>三、下一步工作重点：

1、规范投诉管理工作，建立投诉管理办公室。在当前的医疗背景下，医疗纠纷时有发生，我院也不例外。医疗纠纷发生后，直接导致正常医疗秩序的破坏，造成医院在社会的不良影响，它是一个十分复杂而难以解决的问题。面对医疗纠纷，医务科总是全力以赴，真诚细致调查，以换位思考的角度，体谅患者的就医心情，妥善处理医疗纠纷。

2、不断提高康复质量；提高医疗文书书写质量，提高安全意识，注意各个环节的安全隐患。

3、改正学习中的不足，切合实际学习康复知识，真正掌握基本理论，用于实践中。

4、应有竞争意识、危机感，如何保持我院的发展势头和目前我们的卫生大镇龙头位置，这是我们必须考虑的问题，我们应该落实要点、认真学习，一步一个脚印，把我院的卫生事业做强做大，务实创新，不然，就会在多变、竞争的市场中淘汰。

>四、树立整体意识，及时完成上级主管部门的各项工作，发挥医务科的职能科室作用。

1、医务科是医院对外交流的`一个窗口，工作繁杂，承担着医院各项工作的统计上报、业务量大，随着医疗行业的规范化管理，对医疗质量及医疗安全的各项要求逐渐增多，每下达相关文件时，都要求上报整改报告，限期完成，很多工作都是由医务科完成，常常需要加班工作，这是我们义不容辞的责任；

2、医疗工作的不稳定及不可预知性，要求我们时刻保持警惕，临床科室也逐渐重视医务科的职能作用，发生医疗隐患或遇重大抢救工作时，总能在第1时间通知医务科，组织院内外专家会诊，提出合理建议，受到临床医师的好评。

相信全院职工在两委会的领导下，发扬成绩，纠正不足，开拓进取，拼搏向上，坚持办院方针，落实今年的工作重点，力争下半年取得更大的成绩，为我院再上新台阶做出自己的应有贡献。

**医疗质量小组工作总结范文17**

下面，简单总结一下我市医疗机构管理工作情况。

>一、工作基本情况

近年来，我市按照《医疗机构管理条例》、《医疗机构管理条例实施细则》及\_、卫生厅的一系列文件要求，严把医疗服务要素准入关口，规范医疗机构审批程序，加强医疗机构管理，医疗市场秩序有了明显好转。

（一）制定《医疗机构设置规划》，为医疗机构设置审批提供法律依据。为完善我市卫生服务体系，优化卫生资源配置，提高其效益和效率，不断满足人民群众日益增长的多层次、多样化的医疗卫生服务需求，提高居民的健康水平，建立适应社会主义市场经济体制和卫生事业发展要求的医疗保健体系。我市于20xx年制定了《市医疗机构设置规划》，此规划是我市区域卫生规划的重要组成部分,是全市医疗资源配置和医疗机构设置的重要依据。《规划》的制定为我市医疗资源的合理配置和合理利用、为我市卫生事业的持续、快速、健康发展起到了重要作用。

（二）落实审批责任制，严格医疗机构设置审批。我市医疗机构的设置审批以《市医疗机构设置规划》为重要依据，严格医疗机构设置审批管理，并建立审批责任制，坚持谁审批，谁把关，谁负责。对医疗机构类别、规模等主要审批事项，实行集体审议。对设置人提交的资料，严把四道关口。一是把好医疗机构设置单位、设置人资格审查关。按照《医疗机构管理条例实施细则》有关要求，核查相关人员的身份证、《医师资格证书》、《医师执业证书》、《护士资格证书》等证件。二是把好相关资信证明审查关。审查设置人提供的资信证明是否具有法律效力，额度是否符合《山东省医疗机构注册资金基本标准（试行）》的规定，投资预算、成本效益分析是否可行等。三是把好医疗机构选址、建筑设计、服务半径关系影响等审查关。重点对选址、建筑设计是否符合卫生学要求，服务半径内与托幼机构、中小学校、其他医疗机构等单位的关系和影响以及污水、污物、粪便处理方案是否合理等。四是把好核定医疗机构类别、规模、命名等审批事项关。医疗机构类别、名称应符合《医疗机构管理条例实施细则》有关规定。经过严格的材料审核，核发《设置医疗机构批准书》，并向上级卫生行政部门提交《设置医疗机构备案书》，详细报告审核结论、批准事项等，认真做好医疗机构设置审批备案工作。

（三）规范医疗机构登记，落实医疗机构执业登记现场审查制度。卫生局接到各医疗机构执业登记申请后,组织人员按照规定对拟执业登记的医疗机构进行现场审查。审查内容主要包括医疗机构建筑布局、流程是否合理，门诊病房等业务用房面积是否能够满足床位及门诊量的服务需求，资金、仪器设备到位情况，规章制度建设、岗位责任制制定情况，卫生技术人员执业资质情况，污水处理、医疗废物处置、医院感染管理、消毒隔离等工作情况。严格按照医疗机构基本标准，对未明确基本标准的专科医院或其他医疗机构，不予批准设置。对诊疗科目进行准确核定，严禁登记一级诊疗科目的医疗机构开展技术复杂、风险大、难度大、配套设备设施条件要求高的医疗服务项目。专科医院科目核准时，只核准与其所属专业相关的诊疗科目。进一步规范医疗机构命名，对难以判断识别名称或不能把握的情况,按要求及时请示上级卫生行政部门。

（四）加强医疗机构监管，依法开展医疗机构校验工作。市卫生局按照医疗机构管理的有关规定，每年组织对我市医疗机构及分支机构、所辖医疗机构进行集中年度校验，不断规范医疗机构的执业行为。在每年的校验工作开始前，均举办医疗机构法律知识暨年度校验知识培训班，学习医疗机构设置基本标准等法律知识，统一校验标准，明确校验工作程序，规范校验申请材料的填写。在年度校验工作中，监督员严格按照校验标准和程序，重点对医疗机构是否达到《医疗机构基本标准》；悬挂的牌匾是否与审批的名称相符；执业地址与登记地址是否一致；人员资质是否符合要求；是否存在超范围执业及出租承包科室现象；需要变更的`事项是否及时办理变更登记；传染病防治和医疗废物的处置情况；有关执业人员消毒隔离和无菌操作知识技能现场考核是否合格等。对不符合医疗机构基本标准和登记事项的予以暂缓校验，暂缓校验期满仍达不到标准的，注销《医疗机构执业许可证》。

20xx年，市卫生局抽调临床和疾控专家与执法人员组成检查组，采取“医院自查、暗访夜查、问卷调查、综合检查、专家评查、反馈核查、整改稽查”为主要内容的医疗机构“七查法”，对全市二级以上医疗机构进行全面检查，对发现存在的问题下达卫生监督意见条次，有力的规范了医疗机构的执业行为。

（五）加强医疗机构档案管理，全面掌握医疗机构信息。本行政区域内设置的所有医疗机构建立起了一套包括设置审批（备案）执业登记、变更、校验、处罚等内容的完整的医疗机构管理档案。档案管理责任制度落实到人，做到了各种归档资料齐全、系统、准确、及时归档。稳步推进医疗机构信息化管理，按要求使用“医疗机构管理信息系统”,利用电子信息手段进一步加强医疗机构准入管理,实时掌握医疗机构管理动态。

（六）开展医疗机构清理整顿工作，规范医疗机构执业行为。为切实做好医疗机构的管理，按照省卫生厅《转发\_关于医疗机构审批管理的若干规定》和《关于修订〈医疗机构管理条例实施细则〉部分附表的通知》的通知》要求，于20xx年底前对辖区内已批准设置的医疗机构进行了一次全面清理整顿，对不规范的设置审批和执业登记给予了纠正或撤销。清理的重点是：医疗机构是否符合《医疗机构设置规划》或《医疗机构基本标准》；类别是否定位准确；名称是否准确、规范；诊疗科目是否按照《诊疗科目名录》核定；执业范围和服务项目是否与医疗机构的类别、规模及所承担的功能和任务相适应；是否存在越权审批；审批许可档案是否建立和完善等。各级卫生行政部门先组织自查自纠，对不符合标准的医疗机构，提出整改意见和时限，对限期内仍不符合准入规定的要坚决予以注销。各级卫生行政部门加大工作力度，针对各类诊所普遍存在的工作场所、设备设施和人员配置不达标、规章制度不健全、管理不严格、执业不规范的现状，依法清理整顿。全市各级卫生行政部门高度重视医疗机构审批和清理整顿工作，进一步明确了医疗机构设置审批程序，建立健全医疗机构登记和档案管理制度，杜绝了越权审批、降低标准审批等违规审批医疗机构的行为。

>二、存在的问题和下一步工作打算

近几年来，在上级卫生行政部门和有关单位的指导和帮助下，我市医疗机构管理工作取得了一些成绩，但在具体的工作中也存有问题。一是对民营医院的监管力度还不够。二是部分医疗机构诊疗科目登记和实际开展的项目有出入；三是个别《医疗机构执业许可证》登记注册项目不够规范等等。

下一步，我们将针对存在问题，认真研究对策，采取有力措施，扎实做好医疗机构管理工作。一是要加大对民营医院的监管力度，确保全市医疗质量和医疗安全。在具体工作中，我们要深入研究加强民营医院管理的政策和措施，制定全市民营医院管理办法。二是要按照《规定》要求，进一步加强医政队伍建设，充实人员，强化培训，提高依法行政能力。三是要切实增强依法行政的意识，建立审批责任制，坚持谁审批，谁把关，谁负责。对主要审批事项要实行集体审议和社会公示制度。对于违反规定，擅自审批医疗机构行为，依据有关法律责任条款进行处理。四是要继续组织对《医疗机构执业许可证》发放情况进行全面检查，认真梳理医疗机构执业登记情况，对不符合《医疗机构基本标准》，违反法定程序、有在重大违法事实的医疗机构不予注册，同时对两区发放的《医疗机构执业许可证》严格执行备案制度。五是要探索建立长效机制，加强医政工作和监督执法工作的沟通，定期举办《医疗机构管理条例》及《医疗机构管理条例实施细则》等法律法规的培训班，对医疗机构、医护人员的注册、变更登记和《医疗广告审查证明》办理情况实行信息资源共享，实行动态管理。

**医疗质量小组工作总结范文18**

2月27日，对全院临床及辅助科室进行了为期1天的医疗质量考核检查。此次检查以《大英县中医院医疗质量考核标准（试行）》为考核依据，采取查看资料及实施记录、现场抽查、现场患者满意度调查等相结合的办法，对科室管理、工作质量、业务水平、服务态度等方面进行了考核。现将考核结果反馈如下：

基本情况分析

存在问题分析

>一、病历质量管理

目前病历质量较上月有所提高，病历书写格式、内容、内涵都有了较大的改观。但仍存在一些问题需要改进：

1、上级医师查记录未提出指导性意见，少数查房记录中无鉴别诊断。

2、疑难危重病例病历讨论记录过于简单，字迹潦草。

3、入院记录中有鉴别意义的体征、阴性症状记录不足；中医四诊资料不完整。

4、少数病历中医与西互矛盾，少数病历的中医诊断有误，或无病名诊断，症候诊断。

>二、临床用药质量

1、抗生素使用无相应记录。

2、停药、换药、加减量使用病程中未记录。

3、中药与西药比例偏低。

4、使用中成药病程中未辩证或辩证不正确。

5、中医方药记录格式及书写不符合要求。

>三、临床路径、优势病种质量

1、有部分已实施的临床路径病例未按路径表执行。

2、部分医生对中医临床路径、中医优势病种诊疗方案掌握不全。

3、对中医优势病种诊疗方案的定期分析、总结、评估不全面。

>四、医疗质量管理

1、科室质控小组管理工作不到位。

2、各科室医疗活动的各种记录本记录不全。

3、医生交班本记录不全或未签字。

4、对患者病情沟通不充分。

>五、医院感染管理

1、范文写作医务人员手卫生制度执行不到位

2、消毒隔离管理措施执行不到位

3、医疗废物使用、登记、销毁记录不完善

>六、整改措施

1、进一步落实各项规章制度、诊疗指南、操作规程，规范医务人员医疗行为。

2、要充分发挥科室质控小组作用，积极调动全体医务人员的工作热情，使各项工作有条不紊的进行。

3、把病历质量监控的重点放在环节质量监控上，强化住院医师自我检查、科室质控小组监控、病案室监控、病案质量管理委员会监控措施。

4、规范“临床用血管理”、“医疗废物管理”、“消毒隔离管理”制度，健全“病房输液卡”及“身份标识”管理。

**医疗质量小组工作总结范文19**

继医疗卫生事业制度改革的不断深入和现代医院管理营运机制的建立健全，医院在实施医院管理年活动中，根据卫生行政部门有关政策和法律法规，以及国家\_与国家中医药管理局等相关文件管理规定，为进一步强化医疗质量与医疗安全，全面贯彻落实和推进“以病人为中心，以医疗质量为核心”的医院管理年与中医万里行活动中，本着工作实际情况，现将本科室工作总结如下：

一、在“以病人为中心，以医疗质量为核心”的前提下，为强化医疗质量与医疗安全管理工作，本科室根据《医疗事故处理条例及其配套文件》要求，结合《中医病历书写规范与质量评价标准》以及《处方管理办法》、《抗菌药物临床应用指导原则》及《执业医师法》、《医院感染管理办法》、《\_传染病防治法》和中医医院管理年相关规定与实施细则等文件精神，根据医院工作实际情况，特制定并完善了“桂阳县中医医院医疗质量与医疗安全管理实施细则”及“20XX年医疗质控管理工作计划”与“医疗质控培训计划”。在完善医疗质控管理工作计划的同时，组织建立了医院医疗质量全面管理委员会；下设科室医疗质量管理小组，由各科室主任任组长；科室设医疗、护理质量控制成员各一名。质控员直接对各科内的医疗、护理环节质量实施全面管理与检查。

二、本科室做到工作责任与职责明确，制度完善。在围绕强化医疗质量与医疗安全管理，不断提高医疗质量服务水平，防范医疗差错于未然，建立健全了医疗质量管理体系，强化医疗质量与医疗安全实施细则的培训与管理工作，每季对各科室质控员进行了一次短期培训，开展了对《中医病历书写规范与质量评价标准》以及《处方管理办法》和《抗菌药物临床应用指导原则》、《医院感染管理办法》等法律法规的学习与考核，并配合医务科加强了对临床医疗工作人员的三基培训与考核。在实施目标管理过程中，以正面引导医务人员强化对《条例》与《规范》以及《处方管理办法》和医院相关管理措施与制度的学习与落实，提供了更

为有力的约束力与依法监管力度。通过深入学习与理顺医院医疗工作及院科两级管理制度，使新形势下的中医医院工作态势有了更深层次的发展和壮大，并在发扬光大祖国医学科学道路中迈上了新的历程。

三、以“医疗质量为核心”。在落实医疗质量与医疗安全管理工作中，强化了各科室医务人员对加强医疗文书书写规范与评价标准的落实

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！