

医院质量管理 持续改进实践

主编 綦迎成 陈美娟



人民军医出版社

医院质量管理 持续改进实践

YIYUAN ZHILIANG GUANLI
CHIXU GAIJIN SHIJIAN

主 编 綦迎成 陈美娟
副主编 孟桂云 李君莲 艾尼瓦尔·艾力
阿尔泰 王 琪
编 者 玉山·斯德克 楚定成 阿米娜·阿巴斯
辛克福 王 堃 韩友凌 麻斌喜
张 惠 彭长安 叶 晖 刘 杰
王秀芳 王 静 查 鹏 陈惠敏
罗田田 李彦春 骆 欢 盛 杰
綦 祯 付倩文



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

医院质量管理持续改进实践/綦迎成,陈美娟主编. —北京:人民军医出版社,2012.1
ISBN 978-7-5091-5214-0

I. ①医… II. ①綦… ②陈… III. ①医院—质量管理—研究 IV. ①R197.32

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 251918 号

策划编辑:高爱英 文字编辑:王红芬 责任审读:吴 然
出 版 人:石 虹
出版发行:人民军医出版社 经销:新华书店
通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编:100036
质量反馈电话:(010)51927290;(010)51927283
邮购电话:(010)51927252
策划编辑电话:(010)51927242
网址:[www. pmmp. com. cn](http://www.pmmp.com.cn)

印刷:北京天宇星印刷厂 装订:恒兴印装有限公司
开本:787mm×1094mm 1/16
印张:35.25 字数:902 千字
版、印次:2012 年 1 月第 1 版第 1 次印刷
印数:0001—1300
定价:150.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

内 容 提 要

本书是新疆维吾尔自治区胸科医院近年来医院质量管理实践的总结,作者按照《医院管理评价指南(试行)》(卫生部)及各类督导检查标准,结合医院质量管理实践,对各级、各类医院管理评价指南、上级督导反馈情况、对照自查整改方案、持续整改落实情况以及自查督导持续改进和在管理实践中所取得的成绩进行了阐述,旨在推进医院管理逐步进入科学化、规范化和标准化发展轨道,可供各类专科及综合医院管理者借鉴与参考。

前言

管理是一门科学、一门艺术,是生产力。管理出效益、出精品,管理是医院持续健康发展的动力和保障。

在新的历史时期,随着医疗改革向纵深发展,对医院的科学管理、医疗质量、医疗服务、医疗安全提出了更高的要求,对医院的发展提出了更高的定位。因此,只有强化医疗质量管理,不断推进质量管理的精细化管理和管理理念、方法的创新,才能确保医院健康稳定发展。新疆维吾尔自治区胸科医院自 2005 年开展“管理年活动”以来,根据《新疆维吾尔自治区管理评价指标体系》,对照上级督查反馈情况,结合医院实际认真实施自查整改,梳理 2005—2007 年“管理年活动”的各类问题,编写出版了《医院管理年督导整改动态统计》一书。在此基础上,2010 年对照《医院评价标准实施细则(征求意见稿)》及各类督导检查标准,同时聘请新疆维吾尔自治区内外专家莅临指导,于 2008 年至 2009 年开展了“以病人为中心”医疗安全百日专项活动、2009 年至 2010 年开展的“医疗质量万里行”活动,坚持认真自查整改、持续改进,将整改情况整理编写成本书。本书分 5 章,分别对各级、各类医院管理评价指南及自查督导持续改进和所取得的成绩进行了阐述,旨在推进医院管理逐步进入科学化、规范化和标准化发展轨道。可供专科及综合医院管理者借鉴与参考。

新疆维吾尔自治区胸科医院 院长



2011 年 6 月

目 录

第 1 章 各级各类医院管理评价指南、考核标准	(1)
第一节 《医院管理评价指南(试行)》(卫生部 2005 年 3 月 18 日印发)	(1)
第二节 《新疆维吾尔自治区医院管理评价指标体系(试行)》(自治区卫生厅 2006 年 3 月)	(16)
第三节 医院管理评价指南(2008 年版)	(73)
第四节 新疆维吾尔自治区卫生厅医院管理评价指标体系(2008 年版)	(87)
第五节 2008—2009 年“以病人为中心”医疗安全百日专项检查活动方案	(144)
第六节 新疆维吾尔自治区卫生厅医疗安全百日专项检查活动内容评价指标	(148)
第七节 2009 年“医疗质量万里行”活动方案	(173)
第八节 2009 年“医疗质量万里行”活动督导检查表	(177)
第九节 2010 年“医疗质量万里行”活动方案	(186)
第十节 2010 年“医疗质量万里行”活动检查标准(卫生部医政司 2010 年 9 月印发)	(192)
第十一节 医院评价标准(征求意见稿)	(216)
第十二节 自治区胸科医院医疗质量考核标准(2010 年 1 月起实施新质控标准)	(232)
第 2 章 上级督导反馈情况	(274)
第一节 国家卫生部、中医药管理局“医院管理年活动”督导组督导自治区六家医院情况反馈	(274)
第二节 自治区卫生厅“医院管理年活动”检查组对自治区胸科医院督导情况反馈	(280)
第三节 自治区“医院管理年活动”督导组对自治区胸科医院督导情况反馈(2006 年 6 月 29 日督导反馈记录)	(286)
第四节 卫生部“医院管理年活动”第九督导组、卫生系统护士技能竞赛第九考核组对新疆维吾尔自治区 3 家医院督导考核情况反馈(根据录音整理)	(294)
第五节 自治区胸科医院迎接 2007 年自治区“医院管理年活动”和护士岗位技能竞赛督导情况反馈(根据录音整理)	(310)
第六节 自治区胸科医院迎接 2007 年自治区“医院管理年活动”和护士岗位技能竞赛	

督导各组跟踪记录·····	(333)
第七节 自治区胸科医院迎接 2010 年自治区“医疗质量万里行”活动检查情况反馈 ·····	(343)
第八节 自治区胸科医院月医疗质量考核情况汇总(2010 年 1~12 月) ·····	(352)
第 3 章 自治区胸科医院对照自查整改方案·····	(396)
第一节 根据卫生部、中医药管理局医院管理年活动督导组督导自治区五家医院存在的 的共性问题·····	(396)
第二节 2005 年“医院管理年活动”整改方案 ·····	(398)
第三节 2006 年“医院管理年活动”整改方案 ·····	(399)
第四节 2007 年“医院管理年活动”第 1 次自查及整改落实情况 ·····	(407)
第五节 2007 年“医院管理年活动”第 2 次自查及自评情况 ·····	(413)
第六节 2007 年“医院管理年活动”第 2 次自查自评整改落实方案 ·····	(421)
第七节 2007 年“医院管理年活动”和护士岗位技能竞赛督导检查整改方案 ·····	(424)
第八节 “医疗安全百日专项检查活动”重点内容评价指标自查汇总·····	(435)
第九节 2010 年自治区“医疗质量万里行”活动第 1 次自查部分情况 ·····	(464)
第十节 2010 年自治区“医疗质量万里行”活动第 2 次自查部分情况 ·····	(474)
第十一节 2010 年医疗质量考核整改报告 ·····	(483)
第 4 章 自治区胸科医院持续整改落实情况动态统计·····	(486)
第一节 “医院管理年活动”活动持续整改落实情况动态统计·····	(486)
第二节 2005—2007 年“医院管理年活动”持续改进及整改落实情况动态统计 ·····	(487)
第三节 “以病人为中心”医疗安全百日专项检查活动整改落实情况统计·····	(504)
第四节 2010 年自治区“医疗质量万里行”活动整改落实情况统计 ·····	(547)
第五节 2010 年科室月质量控制统计 ·····	(548)
第 5 章 自治区胸科医院主要统计指标发展趋势·····	(550)
第一节 近 7 年四季度主要统计指标发展趋势(2004—2010 年) ·····	(550)
第二节 近 15 年主要统计指标发展趋势(1996—2010 年) ·····	(555)

第 1 章

各级各类医院管理评价指南、考核标准

第一节 《医院管理评价指南(试行)》 (卫生部2005年3月18日印发)

为加强医院管理,科学、客观、准确地评价医院,指导医院坚持“以病人为中心”,端正办院方向,牢固树立为人民服务的宗旨,把社会效益放在首位,遵循社会主义市场经济和医疗卫生事业发展的内在规律,提高医院管理水平,把持续改进医疗质量和保障医疗安全作为医院管理的核心内容,为人民群众提供优质、高效、安全、便捷和经济的医疗服务,不断满足人民群众日益增长的医疗卫生需求,根据卫生管理法律、法规、规章等有关规定,制定本指南。医院据此加强内涵建设,卫生行政部门据此对医院管理进行指导、评价、检查和监督。

一、医院管理

认真贯彻执行国家有关法律、法规和规章制度,健全医院各项工作制度,加强科学管理,保障医院正常执业活动,不断提高医疗质量,确保医疗安全,改善医疗服务,提高运行绩效,促进医院健康、可持续发展。

评价指标

(一)依法执业

考核内容:

1. 严格执行医疗卫生管理法律、法规和规章。
2. 建立健全各项规章制度和岗位责任制。
3. 加强各科室服务能力建设,提供与其功能任务相适应的医疗服务。
4. 按照卫生行政部门核准的诊疗科目执业,严禁使用非卫生技术人员从事诊疗活动。
5. 专业技术人员具备相应岗位的任职资格,不得超范围执业。
6. 医务人员严格遵守医疗卫生管理法律、法规、规章、诊疗护理规范和常规。

(二)组织机构和管理

考核内容:

1. 医院管理组织机构设置满足医院各项管理工作需要,合理、高效。

2. 医院实行院长负责制,院级领导把主要精力用于医院管理工作。积极推进医院管理职业化进程。

3. 院级领导接受设区的市级以上卫生行政部门组织的医院管理专业知识培训,了解和掌握国家有关卫生管理法律、法规和规章以及有关卫生政策。

4. 建立院、科两级管理责任制,落实奖惩制度。

5. 制定年度工作计划和中、长期发展规划并组织实施。

6. 职工对医院管理组织机构和领导工作满意。

(三)人力资源管理

考核内容:

1. 各科室人力资源配备合理并满足工作需要,专业技术人员应当具备相应岗位的任职资格。

2. 各管理部门负责人应当接受相应管理和法律、法规、规章等管理知识培训。

3. 建立卫生专业技术人员梯队建设制度、继续教育制度并组织实施。

4. 聘用的三级医师结构合理。

5. 护理人员的数量与梯队(含年龄和学历层次)结构合理,满足保证护理质量的需要(综合考虑收治患者的数量、病种、床位的使用率和周转率等)。

6. 医技人员的学历和专业知识结构合理。

7. 加强重点专科的学科建设和人才培养,人才结构合理。

8. 学科带头人的专业技术水平领先。

9. 实行岗位职务聘任制。

10. 有相应的卫生专业技术人员配置、聘用与实际服务能力评价的制度和程序。

(四)医疗、医技、药事、输血和护理管理

考核内容:

1. 建立健全医疗质量、病案、药事、感染、输血等管理组织及其工作制度,明确职能,履行职责。

2. 医疗管理职能部门应当加强对临床科室、医技科室、药学部门质量管理、评价和监督工作。

3. 建立医疗风险预警机制,增强反应和处理能力。

4. 职能部门能够及时、妥善处理医疗纠纷,协调医患关系。

(五)应急管理

考核内容:

1. 制定突发事件(包括突发公共卫生事件、灾害事故等)应急预案并组织演练。

2. 承担突发公共卫生事件和灾害事故的紧急医疗救援任务。

3. 能够及时、妥善处理医院内部发生的突发事件。

(六)信息系统

考核内容:

1. 能够系统、及时、准确地收集、整理、分析和反馈有关医疗质量、安全、服务、费用和绩效的信息。

2. 信息系统满足医院管理和临床工作需要。

3. 医院信息系统(HIS)符合《医院信息系统基本功能规范》的规定,与其他医疗机构、卫生行政部门能够实现信息共享。

4. 信息系统运行稳定、安全。

(七)财务管理

考核内容:

1. 只能设置一个财务管理部门,并按工作需要科学设置会计岗位。医院的一切财务收支、核算工作必须纳入财务部门统一管理。

2. 按照《会计法》《医院会计制度》和《医院财务制度》及国家有关规定,设置会计科目,建立账簿,进行会计核算、编制会计报表及债权债务的核算。

3. 按照《预算法》和财政部门关于预算管理的有关规定,科学、合理、真实、完整地编制医院收支预算,并严格执行预算。

4. 建立医院内部财务管理和内部稽核、控制制度。加强医院成本核算,降低运行成本。

5. 建立规范的经济活动决策机制和程序,重大项目集体讨论后按规定程序报批。实行重大经济事项领导负责制和责任追究制,责任到人。

6. 建立医院奖金分配综合目标考核制度。

7. 严格执行国家价格政策,严格管理医疗服务收费和药品价格。

(八)建设、设备和后勤保障管理

考核内容:

1. 发展建设应当符合区域卫生规划和医疗机构设置规划。

2. 建筑布局应当体现“以病人为中心”的服务理念,满足医疗服务流程需要。

3. 按国家法律、法规、规定组织实施基本建设项目。

4. 对设备实行科学管理,购置大型设备必须经过严格的可行性论证。属于《大型医用设备配置与使用管理办法》规定的甲、乙类品目的大型医用设备,按照规定申请配置许可。

5. 建立健全医疗设备采购、保养、维修与更新制度,设备处于完好状态。

6. 加强大中型医疗设备合理应用情况分析。

7. 后勤保障满足临床工作需要。向住院患者提供治疗饮食,其种类、质量能够满足患者治疗需要。

8. 职工对医疗器械和设备的维修服务满意;医务人员及患者对后勤服务满意。

二、医疗质量管理与持续改进

医疗质量管理是医院管理的核心内容和永恒的主题,是不断完善、持续改进的过程。医院应当建立医疗质量管理体系。要建立健全医疗质量管理组织,严格执行规章制度、技术规范、常规、标准,加强基础质量、环节质量和终末质量管理,建立和完善可追溯制度、监督评价和持续改进机制,提高医疗服务能力,为患者提供优质、安全的医疗服务,提高医院核心竞争力。

评价指标

(一)建立健全院、科二级质量管理组织

考核内容:

1. 医疗质量管理组织人员结构合理,院、科二级质量管理组织分工明确,协作机制健全。

2. 院长作为医院医疗质量管理第一责任人,领导医疗质量管理工作。
3. 医疗质量管理职能部门行使指导、检查、考核、评价和监督职能。
4. 科室主任全面负责本科室医疗质量管理工作。
5. 医疗质量管理实行责任追究制。

(二)实施全程医疗质量管理与持续改进

考核内容:

1. 制定医疗质量管理和持续改进方案并组织实施。
2. 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、会诊制度、危重患者抢救制度、手术分级制度、术前讨论制度、死亡病例讨论制度、分级护理制度、查对制度、病历书写基本规范与管理制度、交接班制度、临床用血审核制度等,有效防范、控制医疗风险,及时发现医疗质量和安全隐患。
3. 加强医疗质量关键环节、重点部门和重要岗位的管理。
4. 加强全员质量和安全教育,牢固树立质量和安全意识,提高全员质量管理与改进的意识和参与能力,严格执行医疗技术操作规范和常规。医务人员“基础理论、基本知识、基本技能”必须人人达标。
5. 通过检查、分析、评价、反馈等措施,持续改进医疗质量。

(三)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。

考核内容:

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. 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。
6. 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。

(四)主要专业部门质量管理与持续改进

1. 非手术科室质量管理与持续改进

考核内容:

- (1)住院患者均有适宜的诊疗计划。
- (2)持续提高诊断、治疗质量,包括:诊断准确,治疗安全、及时、有效、经济。
- (3)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。
- (4)重点考核卫生行政部门规定的单病种和本科前5位住院病种。

2. 手术科室质量管理与持续改进

考核内容:

- (1) 住院患者均有适宜的诊疗计划。
- (2) 不断提高诊断、治疗质量,包括:诊断准确,治疗安全、及时、有效、经济。
- (3) 实行手术分级管理制度,重大手术报告、审批制度。
- (4) 严格执行大中型手术术前讨论制度,重点是:术前诊断、手术适应证、术式、麻醉与输血选择、预防性应用抗菌药物等。
- (5) 围术期管理措施到位。术前:诊断、手术适应证明确,术式选择合理,患者准备充分,与患者签署手术和麻醉同意书、输血同意书等。手术查对无误。术中:意外处理措施果断、合理,术中改变术式等及时告知家属或代理人等。术后:术前诊断与病理诊断相符,并发症预防措施科学,术后观察及时、严密,早期发现并发症并妥善处理。
- (6) 麻醉安全管理:麻醉工作程序规范,术前麻醉准备充分,麻醉意外处理及时、正确,输血正确,麻醉复苏实施全程观察等。

(7) 采取有效措施,缩短择期手术患者术前平均住院日。

(8) 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。

(9) 重点考核卫生行政部门规定的单病种和本科前5位住院病种。

3. 门诊工作质量管理与持续改进

考核内容:

- (1) 根据工作量及需求,合理安排专业技术人员,提高门诊确诊能力,保证门诊诊疗质量。
- (2) 医疗文书书写规范。

4. 急诊质量管理与持续改进

考核内容:

- (1) 急诊专业设置合理,人员相对固定。值班医师能够胜任急诊抢救工作。
- (2) 建立急诊、入院、手术“绿色通道”,急诊服务及时、安全、便捷、有效。急诊留观时间平均不超过72小时。重点检查急诊检验、放射、输血、药房、会诊、留观、手术、住院、转诊等环节。
- (3) 急诊抢救工作及时,由上级医师进行指导或主持。急危重症患者抢救成功率较高。
- (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。
- (5) 急救设备齐备完好,满足急救工作需要。医护人员能够熟练、正确使用。

5. 重症监护病房质量管理与持续改进

考核内容:

- (1) 设置符合效益原则,人力资源配置专业化,保证临床工作需要。重点考核专业技术人员的业务水平。
- (2) 医务人员坚守岗位,严密观察患者病情变化。
- (3) 严格执行患者入、出重症监护病房标准。
- (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。
- (5) 设备、设施以及相关医技科室的服务能够保证临床工作需要。

6. 传染病管理

考核内容:

(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)有专门部门或人员负责传染病疫情报告工作,并按照规定报告;具备网络直报条件的医院按照规定进行网络直报。

(3)感染性疾病科或传染病科建设符合规定。

(4)定期对工作人员进行传染病防治知识和技能的培训。

7. 临床检验质量管理与持续改进

考核内容:

(1)贯彻落实《病原微生物实验室生物安全管理条例》等有关规定。

(2)临床检验实验室集中设置,统一管理,资源共享。实验室管理统一标准,统一质控,保证质量。

(3)临床检验实验室布局与流程应当安全、合理,并符合医院感染控制和生物安全要求。

(4)临床检验项目满足临床需要,并能提供 24 小时急诊检验服务。

(5)落实全面质量管理与改进制度,按照规定开展室内质控、参加室间质评。没有质控的临床检验项目或科研项目,不得以创收为目的,不得向临床出具检验报告。

(6)检验报告及时、准确、规范,有审核制度。

(7)遵守检验项目和检测仪器操作规程,定期校准检测系统,并及时淘汰经检定不合格的设备与试剂。

(8)患者、医师与护理人员对检验部门服务满意。

8. 病理质量管理与持续改进

考核内容:

(1)病理工作能够满足临床工作需要。

(2)建立并执行标本核对制度。

(3)病理报告及时、准确、规范,有审核制度。

(4)冻切片与石蜡切片的诊断符合率较高。

(5)病理切片、蜡块保存符合规定。

(6)患者、医师与护理人员对病理部门服务满意。

9. 医学影像质量管理与持续改进

考核内容:

(1)专业设置及其设备、设施满足临床需要,能提供 24 小时急诊检查服务。

(2)执行技术操作规范,实行科学的质量控制标准,开展临床随访,定期进行质量评价。

(3)医学影像资料质量符合临床工作要求。

(4)报告及时、准确、规范,有审核制度。

(5)环境保护与个人防护达到标准。

(6)患者、医师与护理人员对医学影像部门服务满意。

10. 药事质量管理与持续改进

考核内容:

(1)贯彻落实《药品管理法》《医疗机构药事管理暂行规定》《抗菌药物临床应用指导原则》和《处方管理办法(试行)》等有关规定。

(2)药学部门布局合理,管理规范,能为患者提供安全、及时、人性化的服务。

(3)药品供应满足临床需要。建立突发事件药品供应与药事管理机制。

(4)药学部门要建立“以病人为中心”的药学管理工作模式,开展以合理用药为核心的临床药学工作。制定、落实药事质量管理规范、考核办法并持续改进。

(5)药学专业技术人员负责合理用药的监督、指导、评价,开展药物安全性监测,特别是对用药失误、滥用药物的监测。指导医师开展药物不良反应监测和报告,开展抗菌药物临床应用监测,协助临床做好细菌耐药监测。为患者提供合理用药的咨询服务,积极推广个体化给药方案。禁止非药学专业技术人员从事药学技术工作。

(6)开展临床药学工作,建立临床药师制。临床药师数量合理,负责临床药物遴选、处方审核,参与查房、会诊等。

(7)加强对特殊药品的管理,包括毒性药品、麻醉药品、精神药品、放射药品购置、使用与安全保管。

(8)患者与医师、护理人员对药学部门服务满意。

11. 输血质量管理与持续改进

考核内容:

(1)落实《献血法》和《临床用血管理办法》《临床输血技术规范》等有关规定。医院严禁非法擅自采血。

(2)具备为临床提供24小时供血服务的能力,满足临床需要。

(3)建立质量监测、考核和信息反馈制度。

(4)制定、实施控制输血感染的方案,严格执行输血技术操作规范。

(5)落实临床用血申请、登记制度,履行用血报批手续,执行输血前检验和核对制度。完善输血反应及输血感染疾病的登记、报告和调查处理制度。

(6)掌握输血适应证,科学、合理用血。

12. 医院感染管理与持续改进

考核内容:

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

(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)落实医院感染的监测、诊断和报告制度。

(4)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、内镜室、血液透析室、导管室、临床检验部门和消毒供应室等。

(5)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。

(6)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。

(7)合理使用抗菌药物,开展耐药菌株监测。

13. 病案质量管理与持续改进

考核内容:

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

(2)医疗文书书写及时、准确、完整、规范。

(3)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)建立病案管理制度并组织落实。

(5)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。

(五)护理质量管理与持续改进

1. 医院有健全的护理管理组织体系,责任明确。

考核内容:

(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。

(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)设置有护理质量管理委员会进行护理质量管理。

2. 护理人力资源管理

考核内容:

(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,病房护士与床位比至少达到0.4:1,重症监护室护士与床位比达到(2.5~3):1,医院护士总数至少达到卫生技术人员的50%。

(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。

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。

考核内容:

(1)有健全的护理工作制度、岗位职责、护理常规、操作规程等文件或手册,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。

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。

考核内容:

(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,有定期的质量评价。

(5)有重点护理环节的管理、应急预案与处理程序。

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。

考核内容:

(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。
6. 保证对危重症患者的护理质量

考核内容:

- (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。
7. 制定并实施护理差错报告和管理制度

考核内容:

- (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。
8. 手术室与中心供应室的管理

考核内容:

- (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。

三、医疗安全

医院应当采取有效措施,加强医疗服务全程的安全监督管理,保障就诊者、工作人员以及其他来院人员的安全。特别是要有效预防医疗事故以及其他意外事故造成的人身损害。

评价指标

(一)医疗服务安全

考核内容:

1. 加强医疗服务安全管理,坚持“严格要求、严密组织、严谨作风”,开展医疗服务安全监督、评价、改进工作。
2. 开展全员医疗服务安全教育,树立医疗服务安全意识。
3. 定期开展医疗质量和医疗服务安全分析,努力减少医疗安全隐患。
4. 制定重大医疗过失行为和医疗事故防范预案,及时报告、分析、处理重大医疗过失行为和医疗事故。
5. 有防范非医疗因素引起的意外伤害事件的措施。

6. 有保护医务人员职业安全的措施。

(二)建筑、设备、设施安全

考核内容：

1. 建筑应当符合《综合医院建筑设计规范》。

2. 设备、设施安全运转,防止漏电、漏气、漏水等。

3. 消防通道畅通,无障碍。消防设备齐全,标志醒目,专人管理,设有消防预警系统。有火灾事故的应急预案并定期演练。遇紧急状态时有与外界通讯联络的可靠方式和安全畅通的疏散路线。

4. 具有双路供电系统和自备发电配送能力,保证手术室、导管室、产房、重症监护病房、急诊科、血液透析室、输血科(血库)等重点部门的用电需要。

5. 医疗废物及污水处理符合有关规定。

(三)危险物品及要害部门安全

考核内容：

1. 建立医用放射性物质、剧毒试剂等危险物品的安全管理制度并认真落实。

2. 有处理放射事故等意外事件的预案。

3. 加强对放射科、检验科、医用氧舱、同位素室、氧气供应室、危险品仓库、配电室、压力容器及电梯等重要部门的安全管理。

四、医院服务

坚持“以病人为中心”,树立良好的服务理念和意识,加强职业道德和医德医风建设,充分体现尊重患者、关爱患者、方便患者、服务患者的人文精神。要不断改善服务态度,转变服务作风,做到服务形式多样化和规范化,服务流程合理、便捷,医疗收费合理、透明,并持续改进。尊重和维护患者的合法权益,构建和谐医患关系,不断满足患者的医疗服务需求。

评价指标

(一)维护患者合法权益

考核内容：

1. 能够提供多层次的医疗护理服务,满足患者不同层次的需求。

2. 尊重和维护患者的知情同意权、隐私权、选择权等权利。按照法律、法规、规章等有关规定,进行临床试验、药品试验、医疗器械试验、手术、麻醉、输血以及特殊检查、特殊治疗等,应当获得患者的书面知情同意。进行医患沟通时,应当使用患者及其家属易于接受的方式和理解的语言。在医疗服务过程中,应当保护患者的隐私。

3. 适时发布有关医疗服务信息,如单病种平均住院日、单病种费用等。

4. 建立并落实医患沟通制度。

5. 及时、妥善处理 and 反馈患者的投诉。

6. 尊重患者的民族风俗习惯及宗教信仰。

(二)服务行为和医德医风

考核内容：

1. 贯彻落实法律、法规、规章等有关规定。尊重、关爱患者,主动、热情、周到、文明服务患者。