# 2024年医院质控科年度工作计划(9篇)

来源：网络 作者：蓝色心情 更新时间：2025-04-17

*医院质控科年度工作计划一(一)医疗制度、医疗技术1、重点抓好医疗核心制度的落实：首诊负责制度、三级医师查房制度、疑难危重病例、讨论制度、会诊制度、危重患者抢救制度、分级护理制度、死亡病例讨论制度、交接班制度、病历书写规范、查对制度、抗菌药物...*

**医院质控科年度工作计划一**

(一)医疗制度、医疗技术

1、重点抓好医疗核心制度的落实：首诊负责制度、三级医师查房制度、疑难危重病例、讨论制度、会诊制度、危重患者抢救制度、分级护理制度、死亡病例讨论制度、交接班制度、病历书写规范、查对制度、抗菌药物分级管理制度、知情同意谈话制度等。

2、加强医疗质量关键环节的管理。

3、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。

4、加强全员培训，医务人员“基础理论、基本知识、基本技能”必须人人达标。

(二)病历书写

1、《病历书写规范》的再学习和再领会，《住院病历质量检查评分表》讲解和学习;

2、病历书写中的及时性和完整性，字迹的清楚性;

3、体检的全面性和准确性;

4、上级医生查房的及时性和记录内容的规范性;

5、日常病程记录的`及时性和完整性(包括上级医生的医疗指示，疑难危重病人的讨论记录，危重抢救病人的抢救记录，重要化验、特殊检查和病理结果的记录和分析，会诊记录、死亡记录和死亡讨论记录等);

6、治疗知情同意记录的规范性(包括住院病人72小时内知情同意谈话记录，特殊检查、治疗的知情同意谈话记录，医保患者自费药品和器械知情同意谈话记录等);

7、治疗的合理性(特别是抗精神病药及抗生素的使用、更改、停用有无记录和药物的不良反应有无报告和记录，处方〈包括精神、麻醉处方〉的合格率等);

8、归档病历是否及时上交，项目是否完整;

(三)护理及医院感染管理

1、各班职责落实情况;

2、基础护理符合率及并发症发生率;

3、专科护理到位情况;

4、病房管理情况：是否安静、整洁、舒适、安全;

5、护理文书书写的规范性;

6、急救药品、器械的管理;

7、医院感染突发事件应急处理能力;

8、医院感染散发病历报告落实情况;

9、清洁、消毒、灭菌执行情况;

10、手卫生与自身防护落实;

11、抗菌药物合理使用;

12、一次性无菌物品是否按规范使用;

13、多重耐药菌的预防与控制;

14、医疗废物的管理;

15、加强医院感染预防与控制的各项工作。

1、严格遵守医疗卫生管理的法律、法规、规章、诊疗操作规范和常规，加强对科室的质量管理、检查、评价、监督。

2、科室实施全程质量管理，重视基础质量，加强环节质量，保证终末质量。树立全员质量和安全意识，加强医疗质量的关键环节管理和监督，关键环节包括疑难危重抢救病人的管理，严重药物不良反应的管理，病历书写中的及时性和完整性的管理，治疗知情同意记录的规范性的管理，医院感染的管理，治疗的合理性等

3、认真执行医疗质量和医疗安全的核心制度，建立病历环节质量的监控、评价、反馈，每本病历均由住院医师、副主任医师、科主任三级进行质控，每周科室医疗质量管理小组进行质量检查一次，每月科室医疗质量管理小组对科室医疗质量情况进行一次全面的分析、评估，半年总结一次，检查处理情况及时进行通报。

4、每月组织进行“三基”培训，每季度组织技能操作考核。

5、加强《病历书写规范》和《医疗事故处理办法》的学习和领会，严格按规定及时、准确、完整书写医疗文书。科主任为科室医疗质量第一责任人，并确定住院医师、副主任医师、科主任负责对科室病历归档前进行三级质量检查，查出缺陷及时反馈及改正。

6、提高科室业务学习的质量，保证业务学习的数量。每月进行业务学习一次，疑难病例讨论两次。

**医院质控科年度工作计划二**

医疗质量是医院发展之本，优质的医疗质量必然产生良好的社会效益和经济效益。为保证我院在医疗市场竞争中保持优势、不断发展，特此制定全程医疗质量控制方案，以求正确有效地实施标准化医疗质量管理。

（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、病房医疗和部分院外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，实施动态监控并与科室目标责任制结合，保证质控措施的落实。

（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。

全程医疗质量控制系统的人员组成可分为医院医疗质量管理x小组、科室医疗质量控制小组和各级医务人员自我管理三级管理体系。

（一）医院医疗质量管理小组

医院医疗质量管理小组由院领导和院委会成员组成，院长任组长，院长是医疗质量管理工作的第一责任者。医疗质量控制办公室作为常设的办事机构。其职责分述如下：

1、医疗质量管理小组职责

（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）定期向全院通报重大医疗、护理质量情况和处理决定。

（6）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。

2、医疗质量控制办公室职责

（1）医疗质量控制办公室接受主管院长和医疗质量管理委员会的领导，对医院全程医疗质量进行监控。

（2）定期组织会议收集科室主任和质控小组反映的医疗质量问题，协调各科室质量控制过程中存在的问题和矛盾。

（3）抽查各科室住院环节质量，提出干预措施并向主管院长或医院医疗质量管理小组汇报。

（4）收集门诊和病案质控组反馈的各科室终未医疗质量统计结果，分析、确认后，通报相应科室人员并提出整改意见。

（5）每季度向医院提出全程医疗质量量化考核结果，以便与绩效工资挂钩。

（6）定期编辑医疗质量简报和不良医疗文件公示栏。

（二）科室医疗质量控制小组职责

科室是医疗质量管理体系的重要组成部分，科主任是科室医疗质量的第一责任者。科室质控小组职责如下：

（1）各科室医疗质量控制小组由科主任或副主任、护士长和其他相关人员3—5人组成。

（2）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、药物使用规范并组织实施，责任落实到个人，与绩效工资挂钩。

（3）定期组织各级人员学习医疗、护理常规，强化质量意识。

（4）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，特别要强调三级医师负责制度、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。对各级医务人员的要求分述如下：

1、门诊医师

（1）严格执行首诊医师负责制。

（2）询问病史详细、物理检查认真，要有初步诊断。

（3）门诊病历书写完整、规范、准确。

（4）合理检查，申请单书写规范。

（5）具体用药在病历中记载。

（6）药物用法、用量、疗程和配伍合理。

（7）处方书写合格。

（8）按专科收治病人。

（9）按病情需要，注明特殊入院方式：车送或陪护。

2、病房住院医师

（1）病人入院30分钟内进行检查并作出初步处理。

（2）急、危、重病人应即刻处理并向上级医师报告。

（3）按规定时间完成病历书写（普通病人24小时、危重病人6小时内完成；首次病程记录当班完成，急诊病人术前完成）。

（4）病历书写完整、规范，不得缺项。

（5）24小时内完成血、尿、便化验，并根据病情尽快完成肝、肾功能、胸透和其它所需的专科检查。

（6）按专科诊疗常规制定初步诊疗方案。

（7）对所管病人，每天至少上、下午各巡诊一次。

（8）按规定时间及要求完成病程记录（会诊、术前讨论、术前小节、转出和转入、特殊治疗、病人家属谈话和签字、出院小节和死亡讨论等一切医疗活动均应有详细的记录）。

（9）对所管病人的病情变化应及时向上级医师汇报。

**医院质控科年度工作计划三**

医院医疗质量管理是医院生存和发展的生命线，是医院管理的核心工作。20xx年质控科要在院领导及医务部主任的领导下，按照二级甲等医院评审细则要求，对医疗质量进行有效管理。

医院医疗质量控制体系为医院医疗质量管理委员会、质量管理职能部门、科室质控小组和各级医务人员自我管理的四级管理体系。

（一）医疗质量管理委员会：医院设立医疗质量管理委员会，由院长负责，成员由业务副院长、质量控制科、医务科、护理部、门诊及临床、医技、药剂科等相关科室主任组成。

职责：主要是负责制定全院医疗质量控制目标、任务，并建立和不断完善关于医疗质量控制的规章制度和医疗质量考核标准；组织、实施全院医疗质量检查工作。

（二）质量管理职能部门：质控科牵头，组织医务科、护理部、门诊、医院感染科等对各科室质控情况进行及时全面监督管理；定期进行医疗质量的检查评比并提出奖惩意见；并对医疗质量中存在的问题，提出改进要求及整改意见。

（三）科室质控小组：各临床、医技科室设立质控小组，由科主任、护士长、质控医师、护士、药师等人组成。科主任是科室医疗质量的第一责任人，负责对质控小组的工作进行指导、监督。

职责：制定切实可行的科室质量管理目标、任务、措施及评价方法，对本科室医疗质量工作进行自查、总结、上报；督促落实各项医疗法规、规章制度，发现医疗安全隐患及时纠正；完善科室质控工作的.记录及登记，对各种质量指标做好统计、分析、评价；结合本专业特点及技术水平，制定及修订本科室疾病诊疗常规、技术操作规范、急救预案。

（四）个人质量管理：临床医生、护士、医技人员等医务人员是医疗行为的具体操作者，是质量管理的第一道关口，是质量管理的重要保证。

职责：规范执行疾病诊疗常规和各项技术操作规范，认真规范填写各种医疗文书，确保基础质量，环节质量和终末质量，并为此负责。

让各类人员了解自己的工作内容、范围、义务、权利、权限。将工作职责分发给各类工作人员手中，并组织进行学习，使每个医务人员明白在自己的岗位上必须尽什么样的义务，工作权限是什么，什么时候该请示、汇报等，准确定位, 将责任明确到人。

建立、健全各项规章制度，特别是以保证医疗质量、医疗安全的“核心制度”落实，并根据质量管理要求完善其他相关制度。

（一）首诊负责制度。

（二）三级医师査房制度。

（三）疑难病例讨论制度。

（四）会诊制度。

（五）危重患者抢救制度。

（六）手术分级管理制度。

（七）术前讨论制度。

（八）死亡病例讨论制度。

（九）分级护理制度。

（十）查对制度。

（十一）病历基本书写规范与病案管理制度。

（十二）交接班制度。

（十三）临床用血审核制度。

（十四）新技术准人及医疗事故责任追究制度。

将各种技术规范、工作流程整理成册，发放给各个相关科室，诊疗活动都要按照具体规范进行，保证各个环节质量和效率，保证终末质量。

根据医院实际，医院医疗质量管理委员会将对全院医疗质量负责；医务部对基础质量进行检查、考核；质控科对医疗质量的环节质量和终末质量进行检查、考核；办公室对服务质量进行检查、考核。考核将采取定期集中检查、考核和不定期的抽査相结合。对考核结果和科室的绩效工资挂钩进行奖罚。

**医院质控科年度工作计划四**

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。

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。

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范与处理预案，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、健全三级质量监督考核体系

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三级质量监督、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。

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三级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。

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。

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。

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。

**医院质控科年度工作计划五**

质控科成立于xx年，是医院医疗质量管理的部门之一。分管医院医疗质量控制、医疗安全隐患监控。

1、质控科在院长、主管院长和医疗质量管理委员会的领导下，对全院医疗质量进行全程监控；根据医院的`总体发展战略，提出年度、年度内阶段性质控重点目标、并为其制定考核标准；对年度医疗质量管理工作予以总结、提出整改建议、推动持续改进。

2、制定全院医疗质量管理的规章制度、规划、标准和主要措施，负责组织协调医院质量管理工作的实施、监督、检查、分析和评价。

3、参与多层次质控：

第一、院级质控，参与行政查房、每月发布全院质控报告（含医疗运行数据、质控重点目标、医疗缺陷点评、医疗隐患警示）；

第二、履行质控科职能，依据行政查房、科主任月考核结果、各类随机抽查结果，扣发奖金、向科室或全院发、，并随机复查；

第三、联合临床医技进行整改：依据药剂科的处方点评、医保办的医嘱点评、医护人员对不合理用药的反映，确定重点监控的药品目录。

4、构建多防线质控：第一道防线：对常见病和常见术种，采取临床路径管理模式，即医疗质量的全控制；对高风险环节，必须执行一揽子预防干预方案，即医疗风险的环节控制。第二道防线：同时公示对个案的诊断质量和治疗决策点评、以及相应权威的诊断路径、诊疗策略，即主动过程控制。

5、持续改进高风险医疗环节的监控：多层次干预院感（外源性、内源性、抗菌素相关性院感），预防严重并发症、预警潜在危重病症、警示急救环节误判、甄别三无处置（无证、无益、无效）、监控外科预防用抗菌素等。

6、质控人员的资质培训：质控员仅凭自己的专业能力甄别自己认定的医疗缺陷（真性、假性、不确定性）会导致甄别盲区、结论多样化。因此，依据循证证据（合理证据、获益证据、安全证据、质疑证据、否定证据）、警示信息（相互影响、医学矛盾、临床假象、临床危象、诊疗乱象、容易被忽视的问题、假性检查结果）确定评审标准，逐步使质控趋向系统化、标准化、实效性。末控制。

主任医师1名，返聘副主任医师2名，医师2名，护师2名，工作人员1名。质控科科长职责在院长领导下，具体组织实施全院临床医疗、医技、护理等质量管理工作。负责拟定全院医疗质量管理实施方案，并经常督促检查，按时总结汇报。深入各科室了解医疗质量情况，督促各科对照医疗质量标准自查，制定达标方案。协同医务科、护理部负责检查全院医务人员的`业务训练和技术考核工作，及有关医疗、护理、质量考核、考评工作。督促检查药品、医疗器械的质量和管理工作。负责组织处方、病历书写、临床用药、预防院内感染、门、急诊质量检查工作，定期分析情况，及时向院长汇报。负责全院质控员培训工作。完成院领导交办的相关其他工作。质控科质控员职责在科长领导下，具体协助搞好全院医疗、护理质控质量工作。

认真仔细检查病历前三页及危重、一般护理记录单、手术护理记录单及化验单把好病历质量关，发现问题及时修正。深入门、急诊、临床各科室了解医疗护理考核并统计危重病人的抢救率的工作。每月作好门、急诊、临床、医技、非临床的质控报告。做好并完成每天科长所交给的各种工作任务。

**医院质控科年度工作计划六**

根据卫生部新版《病历书写基本规范》以及《电子病历基本规范》的规定，按照《三级精神病医院评审标准》要求，认真开展病案质控的管理工作，20xx年的工作重点是本着加强指导，共同学习，共同提高的工作目标，全面规范我院医务人员病历书写行为，提高病历书写质量，逐步提高医疗质量管理。具体计划如下：

一、组织各病区医师对《病历书写基本规范》、《医嘱书写规范》、《辅助检查申请单书写规范》《处方书写规范》及《病历评分标准》进行学习，组织全体医师进行相关规范和标准的知识竞赛。

二、突出质控科的指导、检查、考核、评价和监督职能。使整个医疗过程成为一个不断检查、不断反馈、不断调整、不断规范的过程，从整体上加强和推进病历书写的规范化、法制化和标准化；拟每个月采取各种形式进行病历文书的专项检查，组织各级质控人员实行交叉检查，以相互学习，相互促进，共同提高。

三、配合卫生部“医疗质量万里行”“三好一满意”、“抗生素使用专项治理活动”等检查活动，在对医疗文书质量、核心医疗制度在病历中的体现等方面进行督查、指导、反馈、评价。

四、将病历质量检查工作前移，加强运行病历的\'实时监控与管理。对重点科室、部门实行提前介入，重点监控如门诊病历、辅助检查申请单、知情同意告知书、死亡患者病历、疑难危重患者病历等医疗文书，防范和减少因病历书写欠缺而带来的医疗安全隐患。通过检查进一步加强对临床诊病历质量的督查指导。

五、提高各级质控成员自身的业务素质建设，采取业务培训、召开专题讨论会议及外出学习参观等多种形式，加强有关病历书写规范与相关法律法规、核心医疗制度的培训。提高病历质量管理和指导水平。

六、质控科每月根据检查结果，对临床科室的病历质量及存在问题，整改措施进行分析、总结、反馈和处罚，并上报业务院长。每季度对病历质量方面的突出问题进行病历点评活动，按照医院安排进行病历评比活动，提高医务人员的病历书写水平和工作积极性。

七、加强与信息科的合作，提高质控管理工作的信息化水平，加强与兄弟医院质控科及相关行政部门之间的沟通与交流，向上级医院学习，以进一步提高质控科的管理能力。

质控科

20xx-01-1

**医院质控科年度工作计划七**

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。

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%。

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。

**医院质控科年度工作计划八**

基础护理合格率≧100%，一级护理合格率≧90%，危重病人护理合格率≧90%

落实措施：

1、护理质量管理委员会每季度对全院病房、icu、ccu等进行全面质量考核检查，及时在护士长例会上反馈，分析评价与改进。

2、护士长每日检查，发现问题及时解决。

年护理差错发生次数≦0.5百床

落实措施：

1、经常在护士长例会上强调，加强护理安全教育，提高安全意识。

2、科室有安全防范教育计划及措施，护士长负责落实。

3、科室发生的差错、缺陷要及时汇报、讨论、处理，每月按时报表。

4、护理差错事故管理委员会定期对全院的护理缺陷、差错事故进行分析、鉴定，提出改进措施。

急救物品完好率100%，急救设施完好率100%

落实措施：

1、急救药品、物品各班认真交接，用后及时补充，做到“四固定”。

2、科室专人负责，每周检查两次，护士长每周检查、签字。

3、护理部每季度检查、考核。

年褥疮发生次数0(特殊情况例外)

落实措施：

1、加强重病人护理，卧床病人建立翻身卡，床头交接有记录。

2、护士长每日督促、检查。

3、护理部抽查。

护理技术操作合格率100%，消毒隔离合格率100%，一次性医疗物品回收率100%

落实措施：

1、严格执行一人一针一管一带，一床一巾，一桌一布。

2、严格区分治疗室、换药室的清洁区、污染区。

3、加强三基培训，护理技术操作规范化。

4、护理部定期检查、考核。

5、定期做好各项监测工作，防止院内交叉感染。

6、严格执行一次性医用物品分类收集、统一储存和处理。

入住院评估与病人状况符合率≧80%，护理诊断问题符合率≧90%

落实措施：

1、要求收集资料全面、及时、准确，符合病人状况。

2、各科列出常见疾病的\'护理诊断供护士学习、掌握及运用。

3、护理部、护士长根据病人情况，询问责任护士，检查护理病历、记录等。

4、检查护理问题，评估准确与病人状况相符，并及时指导与修正。

护理计划实施率100%，有效果评价

落实措施：

1、制定具体、及时、有效、科学的护理措施，便于护士操作。

2、指导护士长掌握护理措施与病人问题相符。

3、要求护士及时进行效果评价。

4、护理部、护士长督促检查。

**医院质控科年度工作计划九**

医院医疗质量管理是医院生存和发展的生命线，是医院管理核心工作。20xx年质控科要在院领导及医务科主任的\'领导下，按照二级甲等医院评审细则要求，对医疗质量进行有效管理。

一建立、健全医疗质量控制体系

（一）建立医疗质量管理委员会：由院长负责，各科室主任为管理委员会成员，负责制定全院医疗质量控制目标、任务，并建立和不断完善关于医疗质量控制，规章制度和医疗质量考核标准；组织、实施全院医疗质量检查工作。

（二）由质量管理委员会牵头：质控科，医务科、护理部、门诊、医院感染科等对各科室质控情况进行及时全面监督管理；定期进行医疗质量的检查评比并提出奖惩意见；并对医疗质量中存在的问题，提出改进要求及整改意见。

（三）各科室成立科室质控小组，由科主任、护士长负责，由本科室资深医师、护士或药师、技师为成员。负责对本科室的工作进行指导、监督。对医疗质量工作进行自查、总结、上报；督促落实各项医疗法规、规章制度，发现医疗安全隐患及时纠正；完善科室质控工作的记录及登记，对各种质量指标做好统计、分析、评价；结合本专业特点及技术水平，制定及修订本科室疾病诊疗常规、技术操作规范、急救预案。

二建立、健全各项规章制度建立、健全各项规章制度，特别是以保证医疗质量、医疗安全的“核心制度”落实，并根据质量管理要求完善其他相关制度。

（一）首诊负责制度。

（二）三级医师房制度。

（三）疑难病例讨论制度。

（四）会诊制度。

（五）危重患者抢救制度。

（六）手术分级管理制度。

（七）术前讨论制度。

（八）死亡病例讨论制度。

（九）分级护理制度。

（十）查对制度。

（十一）病历基本书写规范与病案管理制度。

（十二）交接班制度。

（十三）临床用血审核制度。

（十四）新技术准人及医疗事故责任追究制度。

三建立、健全考核体系根据医院实际，医院医疗质量管理委员会将对全院医疗质量负责；质控科对医疗质量的环节质量和终末质量进行检查、考核。考核将采取定期集中检查、考核和不定期的

抽相结合。对考核结果和科室的绩效工资挂钩进行奖罚。

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！