# 2024年医院质控科工作计划(汇总14篇)

来源：网络 作者：枫叶飘零 更新时间：2024-09-08

*计划是一种为了实现特定目标而制定的有条理的行动方案。通过制定计划，我们可以将时间、有限的资源分配给不同的任务，并设定合理的限制。这样，我们就能够提高工作效率。这里给大家分享一些最新的计划书范文，方便大家学习。医院质控科工作计划篇一（一）管理...*

计划是一种为了实现特定目标而制定的有条理的行动方案。通过制定计划，我们可以将时间、有限的资源分配给不同的任务，并设定合理的限制。这样，我们就能够提高工作效率。这里给大家分享一些最新的计划书范文，方便大家学习。

**医院质控科工作计划篇一**

（一）管理目标：

医院科室医疗质量组织管理、诊疗技术规范、医院感染、合理用药、急诊急救、临床用血质量和安全、护理质量、单病种质量管理及临床路径管理。逐步推行全面质量管理，建立任务明确的职责权限并相互制约，协调与促进质量保证体系，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、管理水平不断发展。

（二）管理对象：

1、临床科室：

（1）外科系统：普外科、泌尿外科、骨科、神经外科、心胸外科、肛肠科、妇产科、耳鼻喉科、眼科、口腔科、麻醉科。

（2）内科系统：心血管科、肿瘤科、血液科、消化科、呼吸科、内分泌科、肾内科（含血透室）、中医科（含风湿免疫科）、老年病科、神经内科、icu、急诊科、儿科、皮肤科、针灸科、康复理疗科。

2、医技科室：

功能科、放射科、检验科、病理科、药剂科。

（一）健全医院医疗质量管理网络：

见临床各科《科室管理手册》。

（二）加强全员质量意识

1、所有新进院人员（新调入和新分配人员）进行岗前培训时，培训内容应包含有关医疗质量管理的内容。

2、各科质控医师学习有关医疗质量管理指标、方法，以加强各科的医疗质量管理力量。

3、制订各项规章制度的落实等方面的奖惩细则，使全体职工了解医院管理，参与医院管理。相关职能科室以此为依据对各科室进行奖惩。

（三）医疗质量管理流程

1、个人目标质量管理：职工根据国家相关的法律法规、医院的各项规章制度和员工手册的要求进行自我管理。

2、基层质量管理：由科室主任、护士长和科秘书等组成质控组，负责本科的质量管理。

3、中层质量管理：由相应的职能科室分工合作进行。其中护理部负责护理系列的质量管理；院感科负责有关院内感染和合理使用抗生素方面的管理；门诊部负责门诊各诊室的医疗质量的具体管理；药剂科负责处方质量及协同院感科进行抗生素管理；医务处负责全院各临床科室的环节质量管理及终末质量管理。

4、高层质量管理：由医院领导对医院的医疗质量管理进行决策，提高医院的基础质量水准。

**医院质控科工作计划篇二**

质控科在院长、分管院长及医疗质量管理委员会的领导下，积极开展医疗质量控制工作。以医疗工作为核心，制定医疗质量管理办法，建立医疗质量监控指标体系和评价方法，组织医疗质量检查、考核，评价医疗指标的完成情况，提出改进措施。具体工作总结如下：

一、制定医疗质量考核办法

为全面落实医疗核心制度，保障医疗质量，我科制定下发了《医疗质量考核办法与实施细则（试行）》，各项医疗质量检查结果与综合目标考核进行挂钩。

二、基础质量的监控

通过院内讲座、岗前培训的形式提高医护人员的质量意识，上年度质控科共进行岗前培训8课时，住持讲座3次，带领医护人员学习卫生部新颁发的诊断标准，规范病历的书写。

三、环节质量的监控

1、定期开展医疗质量检查工作

每个月定期开展门诊处方、运行病历、申请单及报告单检查。全年共检查门诊处方6059张，合格率达96%；全年共检查病历562份，未发现丙级病历；检查缺陷门诊病历155份，合格率97%以上；检查缺陷申请单689份，合格率达96%。

2、开展临床路径管理工作

通过开展单病种临床路径，规范诊疗过程，定期检查临床路径登记情况，并组织人员进行临床路径病历的评审。上年度共开展？个病种的临床路径管理工作，共有病例xx例。全院平均入组率和完成率均符合要求，但部分病种收治病例较少。

3、开展“抗菌药物整治工作”

与其他职能部门相配合，结合临床路径管理，顺利推进抗菌药物专项整治工作，取得较好成效。

4、检查有关规章制度的落实

不定期检查各科的软件登记本，检查时发现软件本未按要求或规范登记或书写者，按规定扣除科室质控分值。

四、终末质量的监控

配合医务科对全院各项医疗质量指标及归档病历的质量进行监控。

五、定期通报医疗质量检查情况

通过院周会定期公布各项环节质量检查情况，对存在的问题进行通报，对各科室提出合理化建议，不断促进医疗质量的提高。

六、存在的问题

1、临床工作仍是手工管理，效率低，科室诊疗计划常有与表单不符合之处。

2、没有定期召开质控员会议，及时听取科室医疗质量控制意见。

3、电子病历实行时间较短，尚未制定相关检查办法。

将本文的word文档下载到电脑，方便收藏和打印

推荐度：

点击下载文档

搜索文档

**医院质控科工作计划篇三**

(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

**医院质控科工作计划篇四**

护理工作的服务最终体现于保障患者的生命安全，根据医院质量管理年“质量、安全、服务、费用”的要求，质量管理必须贯穿于护理工作的始终，因此必须紧紧围绕质量这条主线，根据医院及护理部工作计划，制定护理质控计划以保证护理质量持续改进:

一、护理质量的质控原则：

安全预警管理。

二、护理质量管理实施方案：

（一）进一步完善护理质量标准与工作流程。

1、结合临床实践，不断完善质控制度，进一步完善护理质量考核内容及评分标准，如病房管理、基础护理、重病护理、消毒隔离、护理文件的书写等。

（二）建立有效的护理质量管理体系，培养一支良好的护理质量管理队伍、继续实行以护士长---科室质控员的二级质控网络，逐步落实人人参与质量管理，实现全员质控的目标。

2、发挥护理质量监控小组的作用，注重环节质控和重点问题的。整改效果追踪

3、成立危重病护理抢救小组。

4、加大落实、督促、检查力度，注意对护士操作流程质量的督查。

5、完善护理质控制度、职责，每季度召开会议，对护理存在的疑难问题进行讨论、分析、提出有效的整改措施。

8、建立并健全安全预警工作，及时查找工作中的隐患，并提出改进措施。

目的

目标

成立质控小组

工作职责

健全规章制度1、核心制度2、重点

全面质量管理人员准入岗前培训，三基培训质量控制双向反馈评价

绩效考核

一完善质控体系

二、修订质量标准及持续改进记录表

三、制定质控目标：

1、基础护理合格率90%

2、差错事故0

3、压疮发生率0

4、满意度80%

四、规范护理质量控制，做到有计划、有分析、有总结

五、采用pdca方法进行质量控制

六、质控分组及检查安排

**医院质控科工作计划篇五**

患者安全是全球关注的重要问题，提高医疗安全必须关注系统改进，为了可能地通过合格的员工利用正确的方法为合适的患者提供及时、安全、有效的服务，建立一个更安全的医疗系统，促使全院医疗质量持续改进，按照质控办三年规划及质控办

岗位职责

，结合20xx年质控工作的经验，现制定20xx年

工作计划

如下：

1、在思想认识及行动上始终保持和院党委高度一致，在院长和医院质量管理委员会的领导和医院信息化的技术支持下，制定前瞻性质量改进计划，关注医院各层面质量检测数据收集，并将分析结论反馈到相应部门。

2、医生是引领质量改进的主题，配合医务科从医生工作质量抓起，带动全院员工参与，实现全员、全程、全部的全面质量管理工作。

3、建立全院不良事件及意外事件管理监测工作，进行根源分析后反馈到相应部门，指导下步质量改进工作。

4、每月收集、整合、查实、汇总、上报、反编辑各层面质控情况，根据考核情况编写《信息通报》报送医院质量管理委员会审核后发送全院，每月一期，达到反馈各层面质控信息、报道记录医院本月重大活动、宣传各科新项目新技术新理念的目的。

5、每季度召开一次质量分析质询会，由二级质控的各质量考核组对所考核内容、存在问题、整改落实情况向院领导及相关科室进行汇报;对其中存在的主要问题、一些影响医疗质量的关键环节和不安全因素进行分析，提出改进意见，防患于未然;对本季度发生的医疗、护理纠纷、缺陷，进行讨论、分析、评价，提出整改措施;院长对同一问题连续三次整改未改进的科室负责人或当事人进行质询，同时表扬奖励好的，批评处罚差的。

6、用“请进来、走出去”的方式，每年组织1--2次质量管理教育培训活动，进行质量改进和安全理念的职业化培训，从而引导全员的临床警讯与风险防范意识，强化质量和安全意识。

7、严格按照豫卫医(20xx)107号文件《河南省病历书写基本规范实施细则(试行)》和豫卫医(20xx)106号文件《河南省医疗机构表格式护理文书书写规范(试行)》的通知要求，每月对全院归档病历进行逐一审查，对病历中的及时性、合理检查、合理用药、临床用血、病情告知、医嘱规范及护理文书记录，尤其是临场路径和抗菌药物的合理使用等重点环节加大质量管理，并将存在问题向医务科、护理部及相应科室进行实时反馈和定期反馈。

8、每月收集、审核、计算各临床科室及行政后勤财务人员的综合目标考核得分报院长审定后送财务科，作为发放绩效工资的依据。

9、完成医院交办的各项临时工作任务，负责配合、协调职能部门对各科室的考评工作。

在20xx年的工作中，质控办全体成员将坚持做艰苦的工作，有正确的方法，少说空话，做好数据的收集、分析、使用，提供在结构、流程和结果方面的可比性资料，发现质量改进机会，为优化医院系统改进，保障医院医疗安全，提升医院服务品质而不懈努力!

一、质控办工作目标及对象

(一)管理目标：

医院科室医疗质量组织管理、诊疗技术规范、医院感染、合理用药、急诊急救、临床用血质量和安全、护理质量、单病种质量管理及临床路径管理。逐步推行全面质量管理，建立任务明确的职责权限并相互制约，协调与促进质量保证体系，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、管理水平不断发展.

(二)管理对象：

1、临床科室：

(1)外科系统：普外科、泌尿外科、骨科、神经外科、心胸外科、肛肠科、妇产科、耳鼻喉科、眼科、口腔科、麻醉科。

(2)内科系统：心血管科、肿瘤科、血液科、消化科、呼吸科、内分泌科、肾内科(含血透室)、中医科(含风湿免疫科)、老年病科、神经内科、icu、急诊科、儿科、皮肤科、针灸科、康复理疗科。

2、医技科室：

功能科、放射科、检验科、病理科、药剂科。

二、医疗质量工作计划

(一)健全医院医疗质量管理网络：

见临床各科《科室管理手册》。

(二)加强全员质量意识

1、所有新进院人员(新调入和新分配人员)进行岗前培训时，培训内容应包含有关医疗质量管理的内容。

2、各科质控医师学习有关医疗质量管理指标、方法，以加强各科的医疗质量管理力量。

3、制订各项

规章制度

的落实等方面的奖惩细则，使全体职工了解医院管理，参与医院管理。相关职能科室以此为依据对各科室进行奖惩。

(三)医疗质量管理流程

1、个人目标质量管理：职工根据国家相关的法律法规、医院的各项规章制度和员工手册的要求进行自我管理。

2、基层质量管理：由科室主任、护士长和科秘书等组成质控组，负责本科的质量管理。

3、中层质量管理：由相应的职能科室分工合作进行。其中护理部负责护理系列的质量管理;院感科负责有关院内感染和合理使用抗生素方面的管理;门诊部负责门诊各诊室的医疗质量的具体管理;药剂科负责处方质量及协同院感科进行抗生素管理;医务处负责全院各临床科室的环节质量管理及终末质量管理。

4、高层质量管理：由医院领导对医院的医疗质量管理进行决策，提高医院的基础质量水准。

新的一年里，在医院党支部和院领导的直接领导下，医务科、质控办继续深入学习“三个代表”和党的xx届精神。认真贯彻落实“以保健为中心，保健和临床相结合，面向基层，面向群体”的妇幼保健方针。继续深入开展“以病人为中心，以提高医疗服务质量为主题”的医院管理年活动，加强医院管理，改善服务态度，规范医疗行为，狠抓各项医疗工作的落实，提高医疗质量，确保医疗安全。为发展妇幼卫生事业，提高医疗质量，为广大患者提供安全、优质、高效的医疗服务，医务科、质控办拟20xx年工作计划如下：

一、医疗管理工作

以下内容需要回复才能看到

l、把医疗质量放在首位，加强医疗质量的监控和各种医疗制度的落实，实行医疗质量管理责任追究制，实施全程医疗质量管理与持续改进，保障医疗安全。继续深入开展医院管理年活动，健全医疗核心制度，建立科学管理长效机制，完善医院质量管理委员会、科室质量控制小组和各级医务人员自我控制的三级质量控制体系，致力于医疗质量监控和考评，督促各项医疗制度、诊疗常规、技术操作规程的落实，进行全程医疗质量监控，进一步完善单病种质量控制，不断提高医疗质量，为广大患者提供安全、优质、高效的医疗服务，杜绝医疗事故发生。

2、继续抓好医疗安全教育及相关法律法规学习，依法执业，规范行医，严格执行人员准入制度及技术准入制度，确保医疗安全。

3、以“病历书写规范手册”为标准，规范病案的书写，不断提高病历的书写质量，争取病历优良率达95%，消灭不合格病历。督促三级医师查房制度、会诊制度、首诊负责制等各项医疗制度的落实，加强医疗环节质量监控，继续完善各科质量控制量化指标管理，使医疗质量管理规范化、科学化。

4、加强急诊科能力建设，提高急救应急能力，提高急危重症患者抢救成功率。

5、加强临床实验室室内质控和室内质控评价，提高临检质量。

6、严格执行卫生部制定的临床用血规范，合理用血，保证血液安全，杜绝非法自采自供血液。

7、加强传染病和农药中毒报告卡管理，完善各项登记制度和报告制度，杜绝漏报现象。做好突发公共卫生事件的预防处理演练工作，开展急救队伍的专业培训，提高应急救护能力。

二、人员培训及继续教育

1、选送保健科、外科、妇产科、检验科、内科及护理等人员到区内、外进修学习，做好中、青年人才梯队的建设及人才储备，为妇幼保健发展打好人才基础。

2、继续抓好在职教育工作，鼓励职工进行继续教育学习，邀请省、市(甚至全国)各级专家来本院讲课、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。

3、继续强化“三基”培训，从严要求，全年考试考核各两次，考试考核内容以“三基”为基础，要求人人达标。

4、对外出学习、进修、培训人员建档追踪其业务技术应用推广情况，做好继续医学教育学分登记，作为晋升的业务知识依据。

三、科研、教学

1、鼓励各科积极申报科研项目。

2、继续实行对开发推广新技术和管理做得好的科室奖励、有论文在公开刊物登载的个人奖励。

3、联系做好实习生带教工作，计划接收实习生和进修生80名左右，抓好带教管理工作，做好岗前培训。

4、临床科室、保健科、药剂科和检验科每年要有省级论文一篇、县级二篇以上。其他科室要有县级论文一篇以上。

四、医务科工作每天上午做临床工作，下午做医务科管理工作。

根据医院质量管理“质量、安全、服务、费用”的要求，质量管理必须贯穿于护理工作的始终，因此必须紧紧围绕质量这条主线，根据医院及护理工作计划，制定本计划:

一、护理质量的质控原则：

实行院长领导下的质量管理监控，落实护理质量的持续改进，全面落实质控前移，加强专项质控，落实纠纷缺陷管理，实施安全预警管理，继续小组活动的开展。

二、护理质量管理实施方案：

(一)进一步完善护理质量标准与工作流程。

结合临床实践，不断完善质控制度，进一步完善护理质量考核内容及评分标准，如病房管理、基础护理、重病护理、消毒隔离、护理文件的书写，供应室、手术室、门诊护理质量等，每月制定重点监测内容并跟踪存在问题。

(二)建立有效的护理质量管理体系，培养一支良好的护理质量管理队伍

1、发挥护理质量监控小组的作用，注重环节质控和重点问题的整改效果追踪。实行平时检查与季度检查相结合，重点与全面检查相结合的原则。护理部每月质控小结评分一次，在护士长例会上通报，分析产生原因，提出解决办法。

2、加大落实、督促、检查力度，注意对护士操作流程质量的督查。抓好三级质控管理，做到人人参与，层层管理，共同把关，确保质量，充分发挥护理质控员的工作，全员参与护理管理，有检查记录、分析、评价及改进措施。

3、完善护理质控管理委员会制度，职责，每季度召开会议，对护理存在的疑难问题进行讨论、分析、提出有效的整改措施。4、加强对护理缺陷、护理纠纷的管理工作，坚持严格督查各工作质量环节，发现安全隐患，及时采取措施，使护理差错事故消灭在萌芽状态。护理部对护理缺陷差错及时进行讨论分析。

5、加强医疗护理法律法规的培训，以提高护理人员的法律意识，依法从护，保护病人及护士的自身合法权力。

6、建立并健全安全预警工作，及时查找工作中的隐患，并提出改进措施。

一.脊柱烧伤科质控小组组成

组长：沈宏达(科主任)、王英(护士长)质控员：朱劲松(医生)、郑俊珂(护士)。

二.科室质控小组职责

4、做好科室的质量自测自评，分析科室医疗质量数据、病人投诉情况、质量缺陷问题，自我查找医疗隐患，自评工作优劣。

三.科室质控小组工作计划

4、对各种医疗文书的书写情况进行检查(病历、处方、申请单、护理文件)，对核心制度执行情况进行检查，对护理工作进行检查，提出整改措施并落实。

20xx年，脑血管科质控小组取得了一定得成绩，全年无任何医疗事故和差错，取得这样的成绩，主要与科主任的重视，逐步健全的各项规章制度，和相对较完善的管理体系及质量控制体系、医院职能部门的及时认真的检查机反馈，使不断的持续改进是分不开的。

但是，目前的质控工作也不能掉以轻心，梳理一下脑血管科质控工作的薄弱环节，主要表现如下：

1.病案质量部够高，主要体现在病历书写的质量不高，尤其是在病程记录书写的质量不高。

2.抗生素应用有欠合理，主要体现在抗生素分级管理制度落实不到位，有越权使用现象。

3.规章制度落实仍有一些漏洞。

4.医院社会影响力增强，我科病人迅速增加，主要病人数增加，周转率加快，增加了医疗隐患。

针对质控工作现存在的薄弱环节，我们必须进行有效的控制来增加质控工作的广度和深度，下一步我们的打算是：

1.病案质量的管理是医院质量管理的核心任务，直接反映医院医疗技术的水平现状，下一步我们加大对病案质控的全程监控，使自我控制，监督控制，终末控制，这三个环节互为一体。

2.抗生素使用的问题，从20xx年开始实施关于加强抗菌药物专项管理，加强学习及培训，及时监控，做到使用合理，不越权使用。

3.每周一下午开展一次质控活动，对本科室医疗安全及核心制度落实情况进行检查，总结，加强对核心制度的学习及执行情况，并提出整改措施，强调医疗安全的重要性。

4.每2周开展一次业务学习不放松，重点学习，本科常见病的治疗及我科新进展、新技术、新项目的在临床中的应用情况。

5.针对不断增加的病人存在的医疗隐患问题，我科每周开展一次到两次医患沟通技巧培训，并针对病人反映问题及时解决，向领导反馈。

**医院质控科工作计划篇六**

2、每周进行护理行政查房，尤其对重点病人管理、分级护理、精神病行为的安全管理等进行重点检查，发现问题及时分析原因、整改后进行评价。

3、责任护士及护士长每周跟科主任或主诊医生至少查房一次，以及时发现护理隐患。

5、组织科内护士进行应急模拟演练与考核，使护士提高应急能力，提高抢救质量

7、不断督促保洁工搞好病人卫生，加强对护工、保洁工精神科知识的教育，提供他们对精神科安全管理的认识。

8、不断了解病人及家属对护理工作的满意度，出院后进行电话回访。每月召开工休座谈会，收集病人的意见和建议，及时反馈讨论整改。

精神科

20\_\_年1月10日

**医院质控科工作计划篇七**

【篇一】

患者安全是全球关注的重要问题，提高医疗安全必须关注系统改进，为了可能地通过合格的员工利用正确的方法为合适的患者提供及时、安全、有效的服务，建立一个更安全的医疗系统，促使全院医疗质量持续改进，按照质控办三年规划及质控办

岗位职责

，结合201x年质控工作的经验，现制定201x年

工作计划

如下：

1、在思想认识及行动上始终保持和院党委高度一致，在院长和医院质量管理委员会的领导和医院信息化的技术支持下，制定前瞻性质量改进计划，关注医院各层面质量检测数据收集，并将分析结论反馈到相应部门。

2、医生是引领质量改进的主题，配合医务科从医生工作质量抓起，带动全院员工参与，实现全员、全程、全部的全面质量管理工作。

3、建立全院不良事件及意外事件管理监测工作，进行根源分析后反馈到相应部门，指导下步质量改进工作。

4、每月收集、整合、查实、汇总、上报、反编辑各层面质控情况，根据考核情况编写《信息通报》报送医院质量管理委员会审核后发送全院，每月一期，达到反馈各层面质控信息、报道记录医院本月重大活动、宣传各科新项目新技术新理念的目的。

5、每季度召开一次质量分析质询会，由二级质控的各质量考核组对所考核内容、存在问题、整改落实情况向院领导及相关科室进行汇报;对其中存在的主要问题、一些影响医疗质量的关键环节和不安全因素进行分析，提出改进意见，防患于未然;对本季度发生的医疗、护理纠纷、缺陷，进行讨论、分析、评价，提出整改措施;院长对同一问题连续三次整改未改进的科室负责人或当事人进行质询，同时表扬奖励好的，批评处罚差的。

6、用“请进来、走出去”的方式，每年组织1--2次质量管理教育培训活动，进行质量改进和安全理念的职业化培训，从而引导全员的临床警讯与风险防范意识，强化质量和安全意识。

7、严格按照豫卫医(201x)107号文件《河南省病历书写基本规范实施细则(试行)》和豫卫医(201x)106号文件《河南省医疗机构表格式护理文书书写规范(试行)》的通知要求，每月对全院归档病历进行逐一审查，对病历中的及时性、合理检查、合理用药、临床用血、病情告知、医嘱规范及护理文书记录，尤其是临场路径和抗菌药物的合理使用等重点环节加大质量管理，并将存在问题向医务科、护理部及相应科室进行实时反馈和定期反馈。

8、每月收集、审核、计算各临床科室及行政后勤财务人员的综合目标考核得分报院长审定后送财务科，作为发放绩效工资的依据。

9、完成医院交办的各项临时工作任务，负责配合、协调职能部门对各科室的考评工作。

在201x年的工作中，质控办全体成员将坚持做艰苦的工作，有正确的方法，少说空话，做好数据的收集、分析、使用，提供在结构、流程和结果方面的可比性资料，发现质量改进机会，为优化医院系统改进，保障医院医疗安全，提升医院服务品质而不懈努力!

【篇二】

为了加强我院医疗安全管理，保障医疗质量，继续深入开展“以病人为中心，以提高医疗服务质量为主题”的医疗质量万里行活动，结合我院工作实际，制定我科质量安全管理工作计划。

一、指导思想

以邓小平理论和“三个代表”重要思想为指导，认真贯彻落实“xx大”精神，树立和落实科学发展观，“以病人为中心，以提高医疗服务质量为主题”，坚持把维护患者利益、构建和谐医患关系放在首位，健全医院的“质量、安全、服务、费用”等管理制度，建立医院长效科学管理机制，不断提高医疗服务质量和水平，使医疗服务更加人性化，不断满足人民群众日益增长的医疗服务需求。

二、工作内容

1、积极组织全体员工集中学习《医疗事故处理条例》、《临床医师诊疗常规》及《操作常规》等，每季度集中学习不少于4小时，学习人员做好学习笔记。要求各科每月召开一次科室质量安全管理会议，质控科每季度专题研究提高医疗质量和保证医疗安全工作，并制定医院、科室医疗缺陷管理措施。

2、健全落实医院

规章制度

和人员岗位责任制度，特别是医疗质量和医疗安全的核心制度(首诊负责制度、三级医师查房制度、分级护理制度、疑难病例讨论制度、会诊制度、危重病人抢救制度、术前讨论制度、病历书写的基本规定、重大手术审批制度、死亡病历讨论制度等)有质控科牵头，组织相关人员检查相关制度的落实情况，每月不低于一次，并将检查结果上报质控委员会，严格执行奖惩制度。

3、切实把医疗质量放在首位，加强医疗质量的监控和各种医疗制度的落实，实行医疗质量管理责任追究制，实施全程医疗质量管理与持续改进，保障医疗安全。继续深入开展医院管理年活动，健全医疗核心制度，建立科学管理长效机制，完善医院质量管理委员会、科室质量控制小组和各级医务人员自我控制的三级质量控制体系，致力于医疗质量监控和考评，督促各项医疗制度、诊疗常规、技术操作规程的落实，进行全程医疗质量监控，进一步完善单病种质量控制，不断提高医疗质量，为广大患者提供安全、优质、高效的医疗服务，杜绝医疗事故发生。

4、继续抓好医疗安全教育及相关法律法规学习，依法执业，规范行医，严格执行人员准入制度及技术准入制度，确保医疗安全。

5、以“病历书写规范手册”为标准，规范病案的书写，不断提高病历的书写质量，争取病历甲级率达95%，消灭不合格病历。督促三级医师查房制度、会诊制度、首诊负责制等各项医疗制度的落实，加强医疗环节质量监控，继续完善各科质量控制量化指标管理，使医疗质量管理规范化、科学化。

6、加强临床实验室室内质控和室内质控评价，提高临检质量。

7、严格执行卫生部制定的临床用血规范，合理用血，保证血液安全，杜绝非法自采自供血液。

【篇三】

20xx年是医院三甲复评的关键之年，医院将面临一些新的机遇和挑战。我院新的门诊综合大楼将启用，埌东病区业务不断扩大。为进一步提高我院医疗质量管理和医疗水平，进一步加强和规范医技人员的医疗行为，确保医疗安全，从而促进医疗质量管理的持续改进和全面提高，现结合我院总体工作思路，制定本计划。

一、发挥医院医疗质量管理委员会的作用

质控科将每月质控管理情况向主管院长和医院医疗质量管理委员会主任汇报，医院医疗质量管理委员会坚持每季度召开一次工作例会，研究医疗质量管理问题，部署下一步工作，对存在的问题，提出整改和解决的措施，并督促有关科室及责任人进行整改。

二、质控管理部门(质控科)重点做好以下工作

1、围绕“以抓好病历质量为中心”，坚持每月组织专家对各临床科室架上运行病历进行检查，对归档病历进行抽查，对存在问题及时书面反馈回科室，并提出进行整改措施。每个月或每季度围绕抗菌药物使用、围手术期病人、危重病人、新入院病人、临床路径病人等进行专题检查，同时对新开设的科室或病区进行重点指导。

2、每月组织对临床科室(包括病历)医疗质量管理的各种台帐进行检查，发现问题及时要求科室整改。

3、对急诊科和医技科室，包括检验科、输血科、放射科、超声科、病理科、心电图室的纳入质控管理，并定期检查。

4、继续对分院病历和台帐进行检查，纳入质控分扣罚，与绩效工资挂钩，对存在问题及时督促进行整改。

5、建立缺陷病历点评制度。坚持每半年至少进行一次全院性缺陷病历点评，要求科室主任或质控员参加点评会议，促进病历质量的提高。

6、加强门诊处方质量的管理。认真落实处方点评制度，同时与门诊办、药剂科、财务科等部门加强对门诊处方的检查力度，发现问题及时整改。

7、加强培训工作。对新开设的科室、重点科室或新上岗的医疗、医技人员进行质量控制方面培训或讲课，培训后进行抽考，保证培训效果。

8、定期或不定期组织科室主任或质控员会议，反馈医疗质量存在的问题，协调各科室在质控过程中遇到的问题和矛盾。

9、对检查过程中存在的医疗质量问题，根据科室质量控制标准和按有关规定进行扣分或处罚，报财务科与科室绩效工资挂钩。

10、加强与纪检办、护理部、院感科、医保办、科教科、审计科、财务科等部门的联系，将其管理工作纳入质控评分内容。

三、加强科室质控管理工作

1、各科室要制订年度质控计划，每半年和年底要做好总结，保证质控工作落到实处。

2、各科室每月要按时填写医疗质量控制记录本及相关台账记录本，对存在问题要有明确的整改措施。

3、科室主任、质控员等质控小组成员要认真履行职责，经常检查本科室的病历、医嘱、处方、治疗单以及规章制度的落实情况，确保医疗质量和医疗安全。

4、医技科室要建立质控台账，除每月要按时上报质控自查评分表外，要对医务部(质控科)反馈的问题进行整改和记录。

**医院质控科工作计划篇八**

第一条根据国务院办公厅转发卫生部等部门的关于建立新型农村合作医疗制度意见的通知，国办发（3号）和省政府《关于全省建立新型农村合作医疗制度实施意见》以及有关法律法规和规章。制定本办法。

第二条新型合作医疗制度是由政府组织、引导、支持、居民自愿参加。以基本医疗与大病救助相结合的居民医疗互助共济制度。

第三条建立新型合作医疗制度的原则：

（一）基本医疗保障水平与我区社会经济发展水平相适应的原则；

（二）基金由政府补助、个人缴纳组成的原则；

（三）基金实行区级管理、分级核算、超支自理、余转下年和收支两条线的管理原则；

（四）基金使用实行收支平衡。略有结余的原则。

第二章组织管理与监督

第四条区新型合作医疗管理委员会（简称区合管会）由区政府分管领导、区有关部门负责人和参加新型合作医疗的群众代表组成。区政府的领导下履行以下职责:

（一）编制新型合作医疗发展规划;

（二）制定新型合作医疗管理制度和措施;

（三）组织、协调、管理、指导全区新型合作医疗工作;

（四）定期向监督委员会和同级人民代表大会汇报新型合作医疗工作情况。

第五条区农村新型合作医疗管理委员会办公室(简称区合管办).履行以下职责:

（一）负责基金的管理;

（二）负责参合者医疗费的报销审核.接受社会和有关部门的监督;

（三）负责对街道合管办工作的指导、监督和检查;

（四）定期向区合管会汇报新型合作医疗基金的收支使用情况；

（五）定点医疗服务机构的认定、监督和管理；

（六）制定报销基本用药、诊疗与材料目录；

（七）拟定年度实施意见。

第六条区新型合作医疗监督委员会由区政府领导、区有关部门负责人和参加新型合作医疗的群众代表组成.

第七条街道新型合作医疗管理委员会（以下简称街道合管会）街道办事处和区合管会领导下.履行以下职责:

（一）负责辖区内参保群众的宣传、动员和筹资工作；

（二）协调街道财政及时按期上缴街道应补助资金；

（三）研究协调解决新型合作医疗工作实施中的重大问题。

第八条街道合管会下设办公室(简称街道合管办),负责具体业务管理工作,行政上接受街道合管会领导。其主要职责是:

（一）负责对参合者及时按规定报销医疗费用.接受群众和有关部门监督;

（二）负责对辖区内定点医疗服务机构医疗服务、用药、收费等情况的监督、检查和审核；

（三）对参保人员就医情况监督、检查和审核工作；

（四）负责对社区新型合作医疗领导小组工作的指导、监督;

（五）协调解决新型合作医疗工作中的重大问题;

（六）定期向街道办事处、街道合管会和区合管办汇报工作。

第九条街道新型合作医疗监督委员会由街道办事处领导、街道有关部门负责人和参加新型合作医疗的群众代表组成.

第十条区、街道合管办的人员和工作经费纳入同级财政预算（工作经费按服务人口年人2元标准）全部足额按时到位。不得发生从新型合作医疗基金中提取和占用基金的情况。

第三章参合对象、权利与义务

第十一条参合对象

（一）除已参加城镇职工基本医疗保险外的所有户籍在本区的居民；

（二）上述参合对象必须以户为单位全员参合（已参加城镇职工基本医疗保险的人员除外）

第十二条参合者义务

（一）农村居民自愿参加新型合作医疗为抵御疾病风险履行的缴费义务。

（二）参合者必须按期一次性整户缴全当年规定的新型合作医疗个人缴纳部分；

（四）参合者缴纳新型合作医疗基金后。

（五）参合者应自觉遵守新型合作医疗管理办法、实施意见和有关制度。

第十三条参合者权利

（一）参合者享有因病在新型合作医疗定点医疗服务机构或非定点公立医疗机构就医和就诊医疗费补偿。

（二）参合者享有对新型合作医疗定点医疗服务机构或非定点公立医疗机构的服务质量、收费标准等进行监督、举报和投诉的权利。

第四章基金标准与筹集

第十四条基金筹集应坚持政府组织引导。多方筹集基金，实行个人缴费、政府补助相结合的筹资机制。

第十五条基金标准的确定应根据本区社会经济发展水平、农村居民经济承受能力和医疗费用需要相适应的原则。

第十六条基金筹集办法

（一）符合参合条件的农村居民凭本人身份证、户口簿和规定的其他材料按属地管理原则到户籍所在地社区或街道合管办办理参合手续。

（三）区、街道补助资金分别由两级财政负责。

（四）省市补助资金由区财政负责落实并全额划拨到新型合作医疗财政专户；

（五）鼓励社会团体、企事业单位和个人资助新型合作医疗。

第十七条筹资时间：新型合作医疗实行按年缴费。规定缴费期内办理申报和参合手续并足额缴费的从缴费次年享受新型合作医疗待遇，新生儿自接到通知后一个月内需到所在地街道合管办办理参保手续，逾期不办理申报登记和缴费手续的视为自动放弃，不享受新型合作医疗待遇。

第五章基金管理

第十八条区财政局和区合管办应在国有商业银行设立新型合作医疗基金专户。

第十九条新型合作医疗基金纳入区财政专户管理。任何单位和个人不得挤占、挪用基金，按国家有关规定计息，所得利息并入基金。

第二十条区合管办和区财政局、街道合管办要加强对基金的管理。转入下年度继续使用。

第二十一条区、街道两级合管办要定期向社会公布基金收支、结余情况。

第二十二条区合管办与街道合管办、定点医疗服务机构每月结算新型合作医疗补助费用。及时拨付。

第六章保障待遇

第二十三条新型合作医疗保障范围包括普通门诊、门诊慢性疾病（简称门慢）病种由区合管会另行制定）门诊特殊疾病（以下简称门特）病种由区合管会另行制定）住院的医疗费用。

第二十四条新型合作医疗的结算时间为每年。必须于次年前申请办理报销手续，逾期视为自动放弃。

第二十五条设立参合者在一个结算年度内发生符合报销范围的门诊、门慢、门特、住院医疗费用最高补助限额。

第二十六条新型合作医疗的用药、诊疗和医用材料的补助范围按照区合管会制定的新型合作医疗用药目录》新型合作医疗诊疗目录》和《医用材料目录》执行（具体目录由区合管会另行制定）

第二十七条患有门慢、门特的病人办理申请手续时。由街道合管办初审合格后报区合管办，经区合管办审核确认后方可享受门慢、门特补助待遇。参合者可在定点医疗机构中选择一家作为本人门特就医的定点医疗机构。

第二十八条根据年度基金使用结余情况。对当年因患大病重病经报销补助后仍需支付高额医疗费用的参合者给予二次补偿（具体补助标准由区合管办制定）

第二十九条根据年度基金使用情况对基金结余较多的年度给予参合者免费享受一次指定项目的健康体检（具体体检项目由区合管办制定）

第三十条下列情况发生的医疗费用。基金不予补助：

（一）参合者本人违法违章所致伤害的医疗费用；

（二）打架、斗殴、酗酒、吸毒、自残、自杀等所致的医疗费用；

（三）车祸、工伤、医疗事故等所致的有第三方赔偿的医疗费用；

（四）出国、出境期间的医疗费用、非定点营利性医疗机构的医疗费用；

（五）未经区域内定点医疗机构转诊或未经合管办登记备案的参合者自行前往区域外医疗机构就诊发生的医疗费用（急诊除外）

（六）区新型合作医疗用药、诊疗项目、医用材料目录以外的医疗费用；

（八）新生儿参加新型合作医疗前所发生的医疗费用；

（九）其他不符合新型合作医疗政策规定范围的医疗费用。

第七章就诊、转诊及报销办法

第三十一条区合管办为每位参合者制作《新型合作医疗卡》参合者应持卡到医疗服务机构就诊。

第三十二条新型合作医疗实行以区域内定点医疗机构为主的首诊和转诊负责制。急诊者应凭急诊证明补办备案手续。

第三十三条发生以下情况时。区域内定点医疗机构应为参

合者办理转诊：

（一）经检查、会诊仍不能确诊的疑难病；

（二）不具备诊治、抢救条件的危重病症；

（三）缺少必要的检查、诊疗项目和设施的

第三十四条参合者在区域内或区域外与区合管办计算机联网的定点医疗服务机构就诊时。否则街道合管办不予办理报销（急诊除外）

第三十五条参合者办理医疗费报销手续必须持《新型合作医疗卡》转诊证明、病历、处方、出院小结、发票原件、住院明细清单以及区合管办要求的其他材料方可报销。

第三十六条街道合管办在工作日受理未实行即看即报的定点医疗机构或非定点公立医疗服务机构门诊、住院医疗费用的结报。

第三十七条参合者在未实行即看即报的定点医疗服务机构或非定点公立医疗服务机构的住院医疗费用。

第八章费用结算

第三十八条参合者在与区合管办计算机联网的定点医疗服务机构发生的医疗费用。

第三十九条区、街道合管办应加强基金结算管理。其余10％根据年度考核情况结算支付。

第四十条参合者门特、住院医疗费用按单病种结算的由区、街道合管办按有关结算方式与定点医疗机构结算（具体结算办法由区合管办、财政、卫生、物价等部门另行制定）

第九章医疗服务管理

第四十一条新型合作医疗实行定点医疗机构管理。发放定点医疗机构铜牌并向社会公布，与定点医疗服务机构签订协议，明确各自的责任、权利和义务，并负责监督、检查协议的履行情况。

第四十二条区合管办、卫生局等部门制定相应的配套管理办法。

第四十三条新型合作医疗定点医疗服务机构必须设立新型合作医疗挂号窗口。为参合者提供优质高效的服务。

第四十四条新型合作医疗定点医疗服务机构在收治参合者时应认真核对《新型合作医疗卡》严格执行专人专卡专用制度。掌握住院标准，杜绝挂名住院与冒名住院的现象。

第四十五条新型合作医疗定点医疗机构应当认真执行有关政策的规定。严格执行处方限量与出院带药管理规定，保证基本医疗的前提下，坚持做到合理检查、合理用药、合理治疗、合理收费。

第四十六条新型合作医疗定点医疗机构应尊重患者或亲属的知情权和保护患者的隐私权。

第十章处罚与奖励

第四十七条区合管办、区财政局加强对新型合作医疗基金的管理与监督。防止基金超支、失控。

第四十八条区、街道合管办要加强对参合者、定点医疗服务机构和经办机构工作人员的检查；监督参合者应如实提供参合卡、处方、病历、发票、出院小结和住院医疗费用清单等相关资料；定点医疗服务机构应如实提供病案资料、处方、医疗费用明细清单、财务帐册等与新型合作医疗有关的原始资料。

第四十九条定点医疗服务机构应当明码标价。接受区合管办、财政、物价等部门的检查和参合者的监督。

第五十条参合者有以下行为之一并造成新型合作医疗基金损失的由区合管办如数追回。构成犯罪的由有关部门依法追究其刑事责任：

（一）将《新型合作医疗卡》转借他人的

（二）伪造、涂改处方、费用单据等凭证的

（三）虚报、冒领医疗费用的

（四）违反新型合作医疗管理规定其他行为的

第五十一条定点医疗服务机构工作人员有下列行为之一的由区合管办追回支付的违规医疗费用。构成犯罪的由有关部门依法追究其刑事责任：

将他人的医疗费用和非报销范围内的费用列入报销范围的一）未认真查验参合卡。

擅自增加收费项目的二）不执行医疗服务收费标准和药品价格。

（三）将参合者挂名住院或分解住院次数的

（四）违反新型合作医疗管理规定其他行为的

第五十二条政府有关行政部门。追究其行政责任或刑事责任：

（二）贪污、挪用新型合作医疗基金的

（三）违反新型合作医疗规定的其他行为。

第五十三条区合管会制定新型合作医疗考核办法。对成绩显著的单位和个人，由区政府给予表彰和奖励。

**医院质控科工作计划篇九**

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）按照巴州红医发[20xx]10号文件和巴州红医发[20xx]11号文件精神，医疗质量管理委员会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。

**医院质控科工作计划篇十**

一、质控办工作目标及对象

(一)管理目标：

医院科室医疗质量组织管理、诊疗技术规范、医院感染、合理用药、急诊急救、临床用血质量和安全、护理质量、单病种质量管理及临床路径管理。逐步推行全面质量管理，建立任务明确的职责权限并相互制约，协调与促进质量保证体系，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、管理水平不断发展.

(二)管理对象：

1、临床科室：

(1)外科系统：普外科、泌尿外科、骨科、神经外科、心胸外科、肛肠科、妇产科、耳鼻喉科、眼科、口腔科、麻醉科。

(2)内科系统：心血管科、肿瘤科、血液科、消化科、呼吸科、内分泌科、肾内科(含血透室)、中医科(含风湿免疫科)、老年病科、神经内科、icu、急诊科、儿科、皮肤科、针灸科、康复理疗科。

2、医技科室：

功能科、放射科、检验科、病理科、药剂科。

二、医疗质量

工作计划

(一)健全医院医疗质量管理网络：

见临床各科《科室管理手册》。

(二)加强全员质量意识

1、所有新进院人员(新调入和新分配人员)进行岗前培训时，培训内容应包含有关医疗质量管理的内容。

2、各科质控医师学习有关医疗质量管理指标、方法，以加强各科的医疗质量管理力量。

3、制订各项

规章制度

的落实等方面的奖惩细则，使全体职工了解医院管理，参与医院管理。相关职能科室以此为依据对各科室进行奖惩。

(三)医疗质量管理流程

1、个人目标质量管理：职工根据国家相关的法律法规、医院的各项规章制度和员工手册的要求进行自我管理。

2、基层质量管理：由科室主任、护士长和科秘书等组成质控组，负责本科的质量管理。

3、中层质量管理：由相应的职能科室分工合作进行。其中护理部负责护理系列的质量管理;院感科负责有关院内感染和合理使用抗生素方面的管理;门诊部负责门诊各诊室的医疗质量的具体管理;药剂科负责处方质量及协同院感科进行抗生素管理;医务处负责全院各临床科室的环节质量管理及终末质量管理。

4、高层质量管理：由医院领导对医院的医疗质量管理进行决策，提高医院的基础质量水准。

一、需要改进的内容

(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;

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。

二、改进措施

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。

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。

新的一年里，在医院党支部和院领导的直接领导下，医务科、质控办继续深入学习“三个代表”和党的十x届精神。认真贯彻落实“以保健为中心，保健和临床相结合，面向基层，面向群体”的妇幼保健方针。继续深入开展“以病人为中心，以提高医疗服务质量为主题”的医院管理年活动，加强医院管理，改善服务态度，规范医疗行为，狠抓各项医疗工作的落实，提高医疗质量，确保医疗安全。为发展妇幼卫生事业，提高医疗质量，为广大患者提供安全、优质、高效的医疗服务，医务科、质控办拟20xx年工作计划如下：

一、医疗管理工作

以下内容需要回复才能看到

l、把医疗质量放在首位，加强医疗质量的监控和各种医疗制度的落实，实行医疗质量管理责任追究制，实施全程医疗质量管理与持续改进，保障医疗安全。继续深入开展医院管理年活动，健全医疗核心制度，建立科学管理长效机制，完善医院质量管理委员会、科室质量控制小组和各级医务人员自我控制的三级质量控制体系，致力于医疗质量监控和考评，督促各项医疗制度、诊疗常规、技术操作规程的落实，进行全程医疗质量监控，进一步完善单病种质量控制，不断提高医疗质量，为广大患者提供安全、优质、高效的医疗服务，杜绝医疗事故发生。

2、继续抓好医疗安全教育及相关法律法规学习，依法执业，规范行医，严格执行人员准入制度及技术准入制度，确保医疗安全。

3、以“病历书写规范手册”为标准，规范病案的书写，不断提高病历的书写质量，争取病历优良率达95%，消灭不合格病历。督促三级医师查房制度、会诊制度、首诊负责制等各项医疗制度的落实，加强医疗环节质量监控，继续完善各科质量控制量化指标管理，使医疗质量管理规范化、科学化。

4、加强急诊科能力建设，提高急救应急能力，提高急危重症患者抢救成功率。

5、加强临床实验室室内质控和室内质控评价，提高临检质量。

6、严格执行卫生部制定的临床用血规范，合理用血，保证血液安全，杜绝非法自采自供血液。

7、加强传染病和农药中毒报告卡管理，完善各项登记制度和报告制度，杜绝漏报现象。做好突发公共卫生事件的预防处理演练工作，开展急救队伍的专业培训，提高应急救护能力。

二、人员培训及继续教育

1、选送保健科、外科、妇产科、检验科、内科及护理等人员到区内、外进修学习，做好中、青年人才梯队的建设及人才储备，为妇幼保健发展打好人才基础。

2、继续抓好在职教育工作，鼓励职工进行继续教育学习，邀请省、市(甚至全国)各级专家来本院讲课、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。

3、继续强化“三基”培训，从严要求，全年考试考核各两次，考试考核内容以“三基”为基础，要求人人达标。

4、对外出学习、进修、培训人员建档追踪其业务技术应用推广情况，做好继续医学教育学分登记，作为晋升的业务知识依据。

三、科研、教学

1、鼓励各科积极申报科研项目。

2、继续实行对开发推广新技术和管理做得好的科室奖励、有论文在公开刊物登载的个人奖励。

3、联系做好实习生带教工作，计划接收实习生和进修生80名左右，抓好带教管理工作，做好岗前培训。

4、临床科室、保健科、药剂科和检验科每年要有省级论文一篇、县级二篇以上。其他科室要有县级论文一篇以上。

四、医务科工作每天上午做临床工作，下午做医务科管理工作。

**医院质控科工作计划篇十一**

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。

一、需要改进的内容

(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;

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。

二、改进措施

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。

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。

**医院质控科工作计划篇十二**

20\_\_年，脑血管科质控小组取得了一定得成绩，全年无任何医疗事故和差错，取得这样的成绩，主要与科主任的重视，逐步健全的各项规章制度，和相对较完善的管理体系及质量控制体系、医院职能部门的及时认真的检查机反馈，使不断的持续改进是分不开的。

但是，目前的质控工作也不能掉以轻心，梳理一下脑血管科质控工作的薄弱环节，主要表现如下：

1.病案质量部够高，主要体现在病历书写的质量不高，尤其是在病程记录书写的质量不高。

2.抗生素应用有欠合理，主要体现在抗生素分级管理制度落实不到位，有越权使用现象。

3.规章制度落实仍有一些漏洞。

4.医院社会影响力增强，我科病人迅速增加，主要病人数增加，周转率加快，增加了医疗隐患。

针对质控工作现存在的薄弱环节，我们必须进行有效的控制来增加质控工作的广度和深度，下一步我们的打算是：

1.病案质量的管理是医院质量管理的核心任务，直接反映医院医疗技术的水平现状，下一步我们加大对病案质控的全程监控，使自我控制，监督控制，终末控制，这三个环节互为一体。

2.抗生素使用的问题，从20\_\_年开始实施关于加强抗菌药物专项管理，加强学习及培训，及时监控，做到使用合理，不越权使用。

3.每周一下午开展一次质控活动，对本科室医疗安全及核心制度落实情况进行检查，总结，加强对核心制度的学习及执行情况，并提出整改措施，强调医疗安全的重要性。

4.每2周开展一次业务学习不放松，重点学习，本科常见病的治疗及我科新进展、新技术、新项目的在临床中的应用情况。

5.针对不断增加的病人存在的医疗隐患问题，我科每周开展一次到两次医患沟通技巧培训，并针对病人反映问题及时解决，向领导反馈。

**医院质控科工作计划篇十三**

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。

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。

**医院质控科工作计划篇十四**

根据医院质量管理“质量、安全、服务、费用”的要求，质量管理必须贯穿于护理工作的始终，因此必须紧紧围绕质量这条主线，根据医院及护理工作计划，制定本计划:

一、护理质量的质控原则：

实行院长领导下的质量管理监控，落实护理质量的持续改进，全面落实质控前移，加强专项质控，落实纠纷缺陷管理，实施安全预警管理，继续小组活动的开展。

二、护理质量管理实施方案：

(一)进一步完善护理质量标准与工作流程。

结合临床实践，不断完善质控制度，进一步完善护理质量考核内容及评分标准，如病房管理、基础护理、重病护理、消毒隔离、护理文件的书写，供应室、手术室、门诊护理质量等，每月制定重点监测内容并跟踪存在问题。

(二)建立有效的护理质量管理体系，培养一支良好的护理质量管理队伍

1、发挥护理质量监控小组的作用，注重环节质控和重点问题的整改效果追踪。实行平时检查与季度检查相结合，重点与全面检查相结合的原则。护理部每月质控小结评分一次，在护士长例会上通报，分析产生原因，提出解决办法。

2、加大落实、督促、检查力度，注意对护士操作流程质量的督查。抓好三级质控管理，做到人人参与，层层管理，共同把关，确保质量，充分发挥护理质控员的工作，全员参与护理管理，有检查记录、分析、评价及改进措施。

3、完善护理质控管理委员会制度，职责，每季度召开会议，对护理存在的疑难问题进行讨论、分析、提出有效的整改措施。4、加强对护理缺陷、护理纠纷的管理工作，坚持严格督查各工作质量环节，发现安全隐患，及时采取措施，使护理差错事故消灭在萌芽状态。护理部对护理缺陷差错及时进行讨论分析。

5、加强医疗护理法律法规的培训，以提高护理人员的法律意识，依法从护，保护病人及护士的自身合法权力。

6、建立并健全安全预警工作，及时查找工作中的隐患，并提出改进措施。

医院质控科工作计划模板

本文档由028GTXX.CN范文网提供，海量范文请访问 https://www.028gtxx.cn