

最新医院质控科工作计划 医院医疗质控 工作计划(模板5篇)

在现实生活中，我们常常会面临各种变化和不确定性。计划可以帮助我们应对这些变化和不确定性，使我们能够更好地适应环境和情况的变化。计划可以帮助我们明确目标，分析现状，确定行动步骤，并制定相应的时间表和资源分配。以下是小编收集整理的工作计划书范文，仅供参考，希望能够帮助到大家。

医院质控科工作计划篇一

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二

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三

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四

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五

【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部门进行汇报；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工作会议，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、科科长、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。