

最新医院质控科工作计划(实用5篇)

计划是一种灵活性和适应性的工具，也是一种组织和管理工具。怎样写计划才更能起到其作用呢？计划应该怎么制定呢？以下我给大家整理了一些优质的计划书范文，希望对大家能够有所帮助。

医院质控科工作计划篇一

医院质控2013年度(1-10月)工作总结

院部各位领导：

编制了我院首部指导书籍4部，工作手册1部，记录册3部，简报1份，实施方案1部，评审任务分解书2部，组织框架图1幅。以及本年度完成的重点工作总结如下：

(一)、提高医疗质量管理水平，建立医院医疗质量管理的长效机制，结合医院的实际情况，我科做了相关系列工作及编制书籍如下：

1、编制了《**人民医院医疗质量管理与控制文件汇编》，该书共七章，372页，39万余字。包括内容，涵盖了医疗、护理、感控各方面的质量管理组织制度20项，质量控制的计划与方案15个，质量检查标准66项，附表30各等等。为全院的各方面工作提供支持指导和保障作用。

2、编制了《**人民医院医疗卫生法律法规汇编》，该书153页，23万9千字，收集了_相关的卫生法律法规26部，包括了执业医师法、医疗事故处理条例、侵权责任法等法律法规，帮助医院人员懂法普法，为我院的各方面工作提供法律依据。

3、编制了《**人民医院质量管理控制流程与流程图“上册、下册(护理分册)”》两部，该书共九章，526页，500余幅图，

2万5千余文字说明。此书涵盖了医院工作的各个方面，包括医院管理控制体系、医院行政医疗、护理、门诊、院感染、中医、后勤、设备质量管理控制流程与流程图以及医院应急预案流程与流程图。用图文结合的方式，简明扼要地描述了医院的流程控制。

4、《**人民医院科室质控与持续改进记录手册》，此手册要求各科室填写科室简介、科室人员基本情况，1-12月科室日常医疗(护理)质量管理控制与持续改进记录和医疗控制的工作总结等方面，用于评估各科室全年工作情况，是科室主任的指导用书。

5、《**人民医院医技科室危急值报告登记本》和《**人民医院临床科室接危急值报告登记本》，能够及时的报告和登记危急值。

6、《**人民医院质控科医疗质量控制调查记录本》

医院质控科工作计划篇二

院部各位领导：

编制了我院首部指导书籍4部，工作手册1部，记录册3部，简报1份，实施方案1部，评审任务分解书2部，组织框架图1幅。以及本年度完成的重点工作总结如下：

(一)、提高医疗质量管理水平，建立医院医疗质量管理的长效机制，结合医院的实际情况，我科做了相关系列工作及编制书籍如下：

1、编制了《__人民医院医疗质量管理与控制文件汇编》，该书共七章，372页，39万余字。包括内容，涵盖了医疗、护理、感控各方面的质量管理组织制度20项，质量控制的计划与方案15个，质量检查标准66项，附表30各等等。为全院的各方

面工作提供支持指导和保障作用。

2、编制了《__人民医院医疗卫生法律法规汇编》，该书153页，23万9千字，收集了_相关的卫生法律法规26部，包括了执业医师法、医疗事故处理条例、侵权责任法等法律法规，帮助医院人员懂法普法，为我院的各方面工作提供法律依据。

3、编制了《__人民医院质量管理控制流程与流程图“上册、下册(护理分册)”》两部，该书共九章，526页，500余幅图，2万5千余文字说明。此书涵盖了医院工作的各个方面，包括医院管理控制体系、医院行政医疗、护理、门诊、院感染、中医、后勤、设备质量管理控制流程与流程图以及医院应急预案流程与流程图。用图文结合的方式，简明扼要地描述了医院的流程控制。

4、《__人民医院科室质控与持续改进记录手册》，此手册要求各科室填写科室简介、科室人员基本情况，1-12月科室日常医疗(护理)质量管理控制与持续改进记录和医疗控制的工作总结等方面，用于评估各科室全年工作情况，是科室主任的指导用书。

5、《__人民医院医技科室危急值报告登记本》和《__人民医院临床科室接危急值报告登记本》，能够及时的报告和登记危急值。

6、《__人民医院质控科医疗质量控制调查记录本》

8、编制医院医疗质量管理组织体系框架图。

9、完成其他系列质控文件材料等工作。

(二)在创建等级医院方面，我科在《二级综合医院评审标准实施细则20__》的基础上，编制了如下书籍：

评价要点、评审标准和相应的检查方法。

2、《二级综合医院评审手册20__与__人民医院评审工作任务分解书》的合订本，以便于指导医院各部门与操作之用。

3、《__人民医院“二级甲等综合医院”评审工作实施方案》，该书讲述了我院各个阶段的实施步骤、工作方法、具体措施和相应医技临床科室必备的资料要求。

(三)、为能够及时反映各科室存在的问题，督导医疗质量持续改进，我科每月月初向各职能科室搜集质量管理控制与持续改进工作总结报告，根据各科室上报的信息，结合我科抽查的情况进行全面总结，形成反馈意见，并与每月质控简报一同发至全院各临床、医技、业务职能科室。

(四)、定期、不定期的对我院其他医疗质量方面等进行抽查和指导，发现问题及时反馈至相关科室督促整改，对检查结果进行分析、汇总。

医院质控科工作计划篇三

本人__，在20__年度任质控办主任一职，负责医院医疗质量控制工作，在这一年里，我本着尽职尽责、尽心尽力的宗旨，密切配合医院领导，紧紧围绕医院工作重点，用心做好每一件事，努力完成每一项任务，下面我就把自己在20__年所做的工作汇报如下：

一、积极备战二甲复审工作

为了完成医院提出的以优异成绩通过二甲复审的目标，使医院的医疗质量、服务能力更上一个新台阶，我认真学习标准细则，逐条梳理，积极开展自查，进一步完善各项工作，认真查漏补缺，抓好工作落实，并指导科室有计划、有步骤地完成本科室的复审达标计划及相关资料准备工作。

根据医院的安排部署，我负责的“医疗质量管理组织与制度”与“病历(案)质量管理”任务中，补充完善了3年半的文字资料，包括各月质控检查资料、病历检查记录、培训资料、历次委员会会议纪要等。结合我院实际，组织设计了适合我院的《住院病历质量评分表》，要求每份出院病历均由科室质控医师进行检查评分后随病历一起归档。另一方面，要求科室质控医师每周质控每位管床医师一份运行病历并评分，月底交质控办运行病历质控总结及科室医疗质量检查总结。同时督导各科室完善医疗质量周检查记录，疑难病历讨论、业务学习等记录，通过以上工作，进一步完善了医疗质量管理，确保二甲复审工作任务圆满完成。

二、完善考核标准

在《20__年医疗质量控制绩效考核实施方案》的基础上参照《二级中医医院评审标准实施细则》相关标准要求及日常质控实际情况，修改完善了《20__年医疗质量控制绩效考核实施方案》；制定修改了《院前病历质量评价标准》、《急诊留观病历质量评价标准》，对科室起到指导和规范作用，为质控检查提供了标准依据。

三、加强医疗质量管理，保证医疗安全

1、环节质量检查：

每月不定期到医、护、技、药各科室进行质量检查，抽查运行病历书写质量，如病历完成的及时性、各项记录内容的完整性、三级查房等核心制度的执行情况、围手术期医疗文书的书写等，抽查医技科室检查报告、依法执业情况及中西药处方的书写等，及时反馈查出的问题，及时督导改正。

2、终末质量检查：

(1)按照《中医病历书写基本规范》、《院前病历质量评价标

准》等标准规范，每月对各科病历质量进行检查，至少抽取每个科室每位管床医师病历1份，对发现问题的病历进行认真总结、分析、评价，将结果及时反馈至相关科室督促整改，并将成绩纳入当月绩效考核；每季度按照我院《医疗质量控制绩效考核实施方案》对医、护、技、药各科室进行全面的的质量检查，包括运行病历及归档病历的质控，并进行总结、反馈。本年度共组织检查运行病历700余份，归档病历400余份，院前病历400余份，未发现丙级病历。

(2)对临床科室除病历外的医疗质量管理进行检查，如业务学习情况、疑难、危重、死亡病例讨论、科室周质控工作记录、危急值处理等。

(3)每月对各医技科室、中、西药房、煎药室等进行的质量检查，内容有业务学习、疑难病例讨论、科室质控、危急值报告、依法执业、报告的书写、审核制度的落实等，各科室能较好地执行。

四、落实专项检查

根据我院制定的《处方点评制度》、《20__年抗菌药物临床应用专项整治活动方案》及相关文件规定，同医教科一起进行处方点评和抗菌药物专项检查工作，本年度共检查门诊中西药处方近4000张。

五、存在的问题

病历质量管理仍然是医疗质量管理中的一个薄弱环节，也是医疗质量管理中的难点，在今年的病历检查中，突出问题有现病史、中医辨病辨证依据、中、西医鉴别诊断、西医诊断依据、术前讨论、术前小结等内容描述简单，三级医师查房流于形式、缺乏中医内涵知识及临床指导意义，停、开的医嘱不在病程中记录、分析，字迹潦草，难以辨认等，出现这些问题除病历书写者本人及科室管理的原因外，我也有责任，

不足之处在于重视了检查未重视效果，重视了终末质控，而忽视了环节质控，检查出的问题未及时跟踪问效，倒查追责，致使有些问题屡查屡犯。

总结一年来的质控工作，我认为自己工作不够大胆，方法需要进一步改进，在下一年度的医疗质量管理工作中，我要吸取教训，总结经验，以基础质量、环节质量检查为重点，狠抓问题的改进与制度的落实，提高医疗质量，确保医疗安全。

以上报告，请各位领导批评指正！

医院质控科工作计划篇四

病历质量的管理是医院管理的核心体系之一，科学落实相应的管理体系，必然带来医院整体内涵素质的提高。病案的管理必须秉着标准化、科学化、系统化的原则。通过序贯考核评价及相关评价意见的反馈、整改等综合措施，我院病案合格率不断提高，杜绝了丙级病历，甲级病历率达到%以上，同时医疗质量内涵也同步得到提高。目前，我院工作的重点是监控乙级病历，并不断提高病历内涵质量。

2病历质量管理组织体系

严密的质控组织是医疗管理工作的可靠保障[1]。我院的病历质量控制在常规四级监控体系的基础上，经过不断调控管理，实行五级监控体系，包括了医疗质量委员会、质控中心办公室、以科室为单位的质控小组、科内实行以主诊医师负责的主诊小组单元、以医务人员为个体的质控单元。日常工作中，五级组织环环相连，各个部分相互联系构成了一个完整的评价和自我完善的体系。

医疗质量委员会统筹全院的医疗质量管理，每季度召开一次会议，讨论、制定院内医疗质量管理条例，听取质控中心向其汇报季度工作总结，提出下一步工作计划，对严重医疗质

量缺陷案例进行分析、并对其缺陷做出处罚及落实整改全院措施。

质控中心办公室实施对全院医疗质量的考核，根据考核体系落实相应考核内容，汇总、分析考核结果，质量评级和扣分与奖金及晋升挂钩。同时向医疗质量委员会提出建议，以利于制定医疗质量持续改进措施。具体到病案的质量管理，每月组织考核专家组成员对所有存在临床病历科室进行病历质量考核，考核对象为终末病历、运行病历考核，采取定期检查和不定期抽查相结合方式。对存在的问题及时汇总后反馈临床科室，由科室及时进行整改。

科室主任是科质控小组负责人，下辖2至3个主诊小组，同时实行主诊小组，有利于科主任在承担繁重任务的同时抓好科室内部管理。在病历质量控制中，我们规定科主任必须严格落实各项规章制度，传达考核意见、落实整改措施，监督主诊组的医疗质量。

3我院提高病历质量的一些措施

加强培训管理，组织全院医务人员学习，开展评比活动。如组织病历书写的讲座、评比优秀病历、树立书写优秀病历标兵、组织“三基”培训及考核，建立以能书写优秀病历为荣的院内病历文化。尤其是将年轻医师的病案书写培训纳入必须项目，使其通过不断的自我充实和改进，及在上级主管医师的督导下，在病历书写上符合相应规范要求，并在内涵质量上得到不断提高。

建立健全院外考核、院内考核体系。我院根据具体实际情况，制定了适合本医院医疗质量考核的绩效评价体系。以医院质量管理年和医院等级评审为契机，在迎接上级主管部门质量考核同时加强院内考核，不断提高医疗质量。重视院外考核时上级专家的汇总分析意见，其不仅是对我院考核的全面点评，也有利于了解我院与优秀管理医院的差距。院内考核实

行终末病历考核、运行病历考核两种方式。终末质量控制实行科室控制、病案室筛选后及时反馈经治医师、逐月集中抽查、不定期抽查相结合方式。汇总后由质控中心按照统一标准打分，重点监控乙级病案，核实后对经治医师落实责任谈话、相应科室落实整改，严重的提交院质量委员会讨论分析、定性。对评比出的优秀个人、先进科室，年终给予表彰奖励，实行明确的奖惩制度。运行病历考核注重环节质量控制。包括院部每周行政查房，除对现住院病历进行抽查外，医务部对危重、重点病人实时监控，重点加强手术病例及“六类特殊住院病例”的汇报及管理。

针对质控体系的各个层面，落实整改措施。

质控委员会对全院存在的普遍问题经讨论后下发成文文件，由各科室统一落实。我院的医患沟通记录，以前采取经治医师与患方沟通后在病程记录中书写的形式，反映在各科病历中的沟通格式、次数、内容要求均存在不同，经质控委员会讨论后在病历中建立统一的医患沟通专用表格，对患者入院后何时进行沟通、沟通的内容要求等均有具体的规定，尤其对危重病患者的病情、疾病可能产生的不良预后、实施的重大手术治疗、长期住院患者病情出现的变化、涉及出院的后续治疗告知纳入必须告知内容，并列入病案质量考核内容之一，与绩效考核相挂钩。我院坚持落实考核以来，病案整体质量得到相应提高。

质控中心办公室是实施病历质量考核的重要环节，起到了承上启下的作用。在实践中对在质量检查中存在的问题及时分析、反馈，提出改进意见，坚持检查与反馈相结合，使质量标准从制定、执行至检查、分析，再反馈监督、改进提高，形成一个良性循环。每月对科室下发质量检查通报，每季度发放医疗质量监督意见书，意见书涵盖对科室每季度病历检查缺陷的汇总，要求科室提出相应的整改意见，所有临床医务人员学习并落实签字后及时返还质控中心办公室审核。病案管理是一门拥有较多传统理念的学科，已正式成为档案学的

一个分支，并成为一门特别的学科，自身有着涉及多学科、多部门的特点。随着相应学科的不断更新、完善和发展，也势必导致病案管理与时展的同步性。病案管理的工作人员也需要不断更新知识，提高自我素质，同时通过加强多部门管理和监控，引起管理体系中各个层面的注重，有利于不断提高病案管理水平。

医院质控科工作计划篇五

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[2013]10号文件和巴州红医发[2013]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、技术规范、急救预案。

职责：规范执行疾病诊疗常规和各项技术规范，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。