

# 新一周期医院评审标准的 特点重点要点焦点 (二三级)

王吉善

国家卫生计生委医院管理研究所医院管理咨询中心

# 《医疗质量管理办法》

国家卫生计生委医院管理研究所  
National Institute of Hospital Administration, NHFPC

《医疗质量管理办法》  
简称：《办法》自  
2016年11月1日起施  
行。《办法》许多  
内容来自《二三级医  
院与专科医院评审标  
准》里的内容；《标  
准》实际上是《办法》  
的实施细则。

中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会令

第 10 号

《医疗质量管理办法》已于2016年7月26日经国家卫生计生委主任会议讨论通过，现予公布，自2016年11月1日起施行。

主 任

李斌

2016年9月25日



## 国务院的各项相关政策

国务院

负责组织或者委托专业机构、行业组织（以下称专业机构）制订医疗质量管理相关制度、规范、标准和指南，指导地方各级卫生计生行政部门和医疗机构开展医疗质量管理与控制工作

国家  
卫生计生委

根据本地区实际，制订行政区域医疗质量管理相关制度、规范和具体实施方案

省级卫生计生行政部门

在职责范围内负责监督、指导医疗机构落实医疗质量管理有关规章制度

县级以上地方卫生计生行政部门

## 国家质控指标体系建设

01

医疗机构  
层面

02

专科  
层面

03

病种  
层面

04

医疗技术  
层面

三级综合医院质量控制指标

麻醉等6个专业质量控制指标

3批11个单病种质量控制指标

15项限制类技术质量控制指标

三级专科医院质量控制指标

药学、影像专业

其他重点病种质量控制指标

器官移植技术质量控制指标

医院评审标准实施细则

微创等其他技术质量控制指标

## 医院评审评价体系整体框架

国家相关法律法规与规范

与国际接轨的指标与标准体系

独立的第三方联合评审机构

覆盖全国的职业化评审员队伍

科学有效的现代化评价方法

评价结果的应用 医院 政府 公众

全国两万七千家各级各类医院

# 国家评审评价与美国JCI评审的关系

**目标一致：** 帮助医院提高管理水平

改进医院安全质量服务绩效；

**不同之处：** 国家评审标准是教科书，  
JCI评审标准应是参考书（英德澳）；

**医院地址：** 在中国应照国家标准做，  
在美国应按照 JC 的要求；

**JCI 评审：** 中国国家认证认可委还没有  
给与JCI的准入批准证书；

# 新标准的特点与思路

# 评审标准设计的思路与目标

- ☆ 引进持续改进的管理方法与理念
- ☆ 规范全院临床医技行政后勤管理
- ☆ 推动建立动态的质量与信息监测
- ☆ 评价的理念方法导向与国际接轨
- ☆ 全面提升医院管理安全质量服务



## 评审标准条款结果判定与PDCA管理有效对接

A	B	C	D
优秀	良好	合格	不合格
有改进有成效	有监管有分析	有实施有执行	有计划有制度
PDCA	PDC	PD	有P或无P

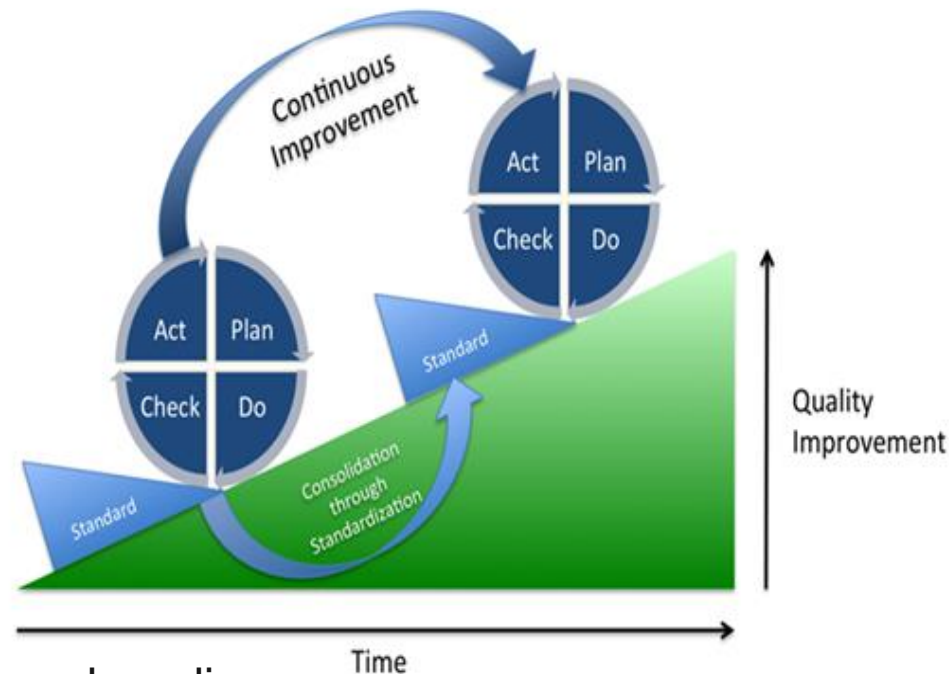
# 持续改进与PDCA

## Continuous improvement

Continuous improvement is an ongoing effort to improve **products, services or processes**. These efforts can seek “incremental” improvement over time or “breakthrough” improvement all at once.

Among the most widely used tools for continuous improvement is a four-step quality model—the **plan-do-check-act (PDCA) cycle**, also known as:

**Deming Cycle or Shewhart Cycle:**



- 大环带小环，小环保大环，互相促进，推动大循环
- 阶梯上升式的循环，每转动一周，质量就提高一步
- 每次**PDCA**的循环解决一个新问题，与时俱进与时俱新促进医院持续改进。

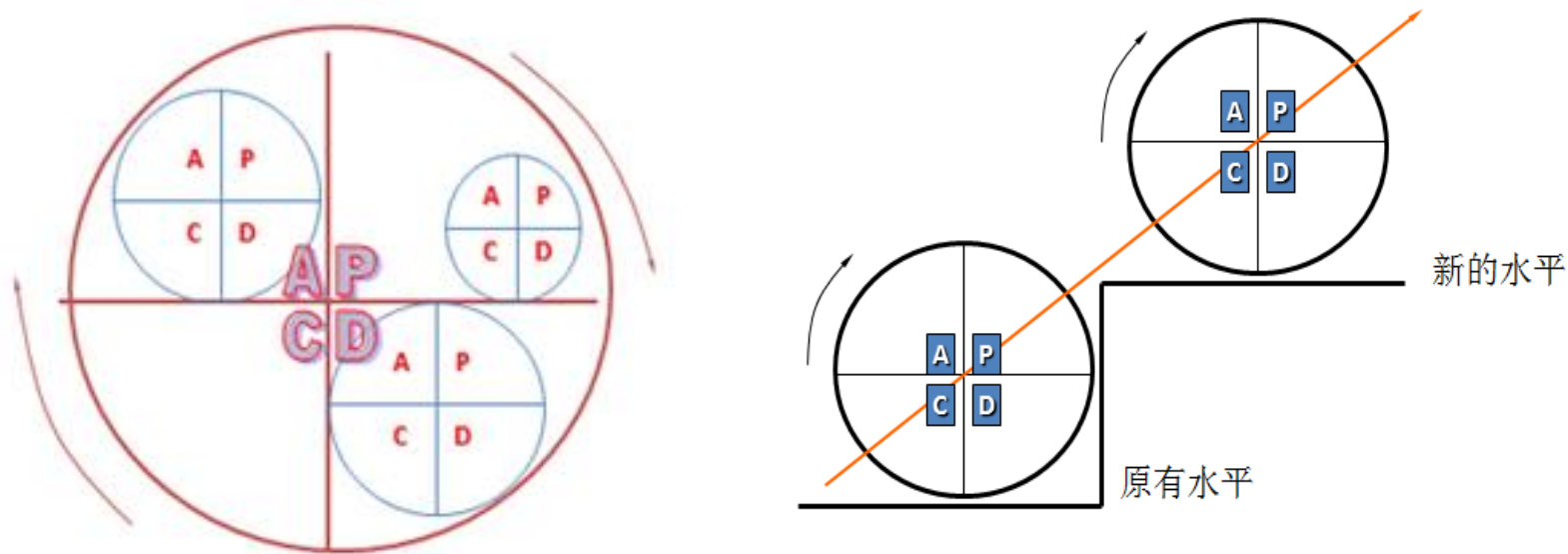


图1 PDCA循环示意图

## 第四章 医疗质量持续改进

医疗机构应当建立本机构全员参与、覆盖临床诊疗服务全过程的医疗质量管理与控制工作制度。医疗机构应当严格按照卫生计生行政部门和质控组织关于医疗质量管理控制工作的有关要求，积极配合质控组织开展工作，促进医疗质量持续改进。

医疗机构应当按照有关要求，向卫生计生行政部门或者质控组织及时、准确地报送本机构医疗质量安全相关数据信息。

医疗机构应当熟练运用**医疗质量管理工具**开展医疗质量管理与自我评价，根据卫生计生行政部门或者质控组织发布的质控指标和标准完善本机构医疗质量管理相关指标体系，及时收集相关信息，形成本机构医疗质量基础数据。



医疗质量管理工具

## 二级医院第一章至第六章各章节的条款分布

名称	节	条	款	核心条款★
第一章 医院功能任务	6	27	29	3
第二章 医院服务	8	37	48	3
第三章 患者安全	10	25	26	6
第四章 医疗质量安全管理与持续改进	23	141	322	13
第五章 护理管理与质量持续改进	5	31	55	1
第六章 医院管理	11	60	105	7
合计	63	321	583	33

## 三级医院第一章至第六章各章节的条款分布

章	节	条	款	核心条款 (★)
第一章 坚持医院公益性	6	31	33	4
第二章 医院服务	8	33	38	5
第三章 患者安全	10	25	26	4
第四章 医疗质量安全管理与持续改进	27	163	379	27
第五章 护理管理与质量持续改进	5	30	53	2
第六章 医院管理	11	60	107	6
合计	67	342	636	48

# 现场评价 重点关注政策规范

## 第一章 坚持医院公益

## 第一章 医院功能任务

按照《国家基本药物临床应用指南》、《国家基本药物处方集》及医疗机构药品使用管理有关规定，规范医师处方行为  
根据《中华人民共和国传染病防治法》和《突发公共卫生事件应急条例》等相关法律法规承担传染病  
根据《统计法》及卫生行政部门规定，完成医院基本运行状况、医疗技术、诊疗信息和临床用药监测信息等相关数据报送工作，数据真实可靠。

核心条款3条



## 第二章 医院服务

## 第二章 医院服务

### 一、预约诊疗服务

### □ 一、预约诊疗服务（可选

（一）合理配置急诊人力资源，配备经过专业培训、

（一）贯彻落实《医院投诉管理办法（试行）》，实行“首诉负责制”，设立或指定专门部门统一接受、

（五）执行《无烟医疗机构标准（试行）》及《关于2011年起全国医疗卫生系统全面禁烟的决定》。

### 八、就诊环境管理

### □ 八、就诊环境管理

核心条款3条

## 第三章 患者安全

卫生部办公厅关于印发《手术安全核查制度》的通知卫办医政发〔2010〕41号

卫生部《医疗机构医务人员手卫生规范》和《手术部医院感染预防与控制技术规范》

卫生部《医疗质量安全事件报告暂行规定》，确定了医疗质量安全事件的网络在线报告制度。暂行规定将于2011年4月1日起施行。

## 第四章 医疗质量安全管理与持续改进

医疗技术管理符合《医疗技术临床应用管理办法》规定，分级分类对提供新生儿住院诊疗的医院，应当按照《新生儿病室建重症医学科室布局、设备设施、专业人员设置及医院感染控制符合《重症医学科建设与管理指南（试行）》的基本要求。

（一）执行《传染病防治法》及相关法律、法规、规章和规范。承担本单位和责任区域内的传染病预防工作，设立疾病预防控制专职部门及医院感染管理委员会，建立健全规章制度并组织实施，规范传染病处理措施。预防和控制传染病的传播和医源性感染。。。。

完好备用状态，医护人员能够熟练、正确使用各种抢救设备，熟练掌握心肺复苏三个阶段的**ABCD** 四步法技能，定期评价对紧急事件处理的反应性。

## 第四章 医疗质量安全管理与持续改进

## 4.10.1.1

医院根据医疗咨询情况设置由药库与由药前药室 应当符合卫生部

医师、药师、护士按照《抗菌药物临床应用指导原则》等要求，合  
理使用药品，并在监督控制

临床检验部门设置、布局、设备设施符合《医疗机构临床实验室管

病理科设置、布局、设备设施符合《病理科建设与管理指南（试行）》的要求，服务项目满足临床诊疗需要。

医学影像（普通放射、CT、MRI、超声、核素成像等）部门设置、布局、设备设施符合《放射诊疗管理规定》，服务项目满足临床诊疗需要，提供 24 小时急诊影像服务。

## 第五章 护理管理与质量持续改进

### 一、确立护理管理组织体系

5.3.2（二）依据《护士条例》、《护士守则》、《综合医院分级护理指导原则》、《基础护理服务工作规范》与《常用临床护理技术服务规范》规范护理行为，优质护理服务试点病房按照《住院患者基础护理服务项目》要求落实到位。

## 第六章 医院管理

6.1.1 （一）依法取得《医疗机构执业许可证》，按照卫生行政部门核定的诊疗科目执业，医院及科室命名规范，无院中院。

6.4.5 （五）贯彻与执行《劳动法》等国家法律法规的要求，建立与完善职业安全防护与伤害的措施、应急预案、处理与改进的制度，

上岗前有职业安全培训教育

### 六、财务与价格管理

（一）执行《会计法》、《预算法》、《审计法》、《医院会计制度》和《医院财务制度》等相关法律法规，财务机构设置合理、人员配置到位，财务管理体制、经济核算规范，财务制度健全，财务管理部门集中统一管理经济活动。

医疗机构及其医务人员应当遵循临床诊疗指南、临床技术操作规范、行业标准和临床路径等有关要求开展诊疗工作，严格遵守医疗质量安全核心制度，做到合理检查、合理用药、合理治疗。

- 首诊负责制度
- 三级查房制度
- 会诊制度
- 分级护理制度
- 值班和交接班制度
- 疑难病例讨论制度
- 急危重患者抢救制度
- 术前讨论制度
- 死亡病例讨论制度

共18项

## 医疗质量安全 核心制度

医疗机构及其医务人员在诊疗活动中应当严格遵守的相关制度

- 查对制度
- 手术安全核查制度
- 手术分级管理制度
- 新技术和新项目准入制度
- 危急值报告制度
- 病历管理制度
- 抗菌药物分级管理制度
- 临床用血审核制度
- 信息安全管理

# 系统评价的要点方法



## 按照暂行办法开展四个维度评价 力求评价结果真实客观符合实际

《医院评审申请书》  
《医院自评报告书》  
《行政核查报告书》

书面评价

病案首页数据  
全部样本分析  
质量监测系统

医疗信息  
统计评价  
(HQMS)

现场评价

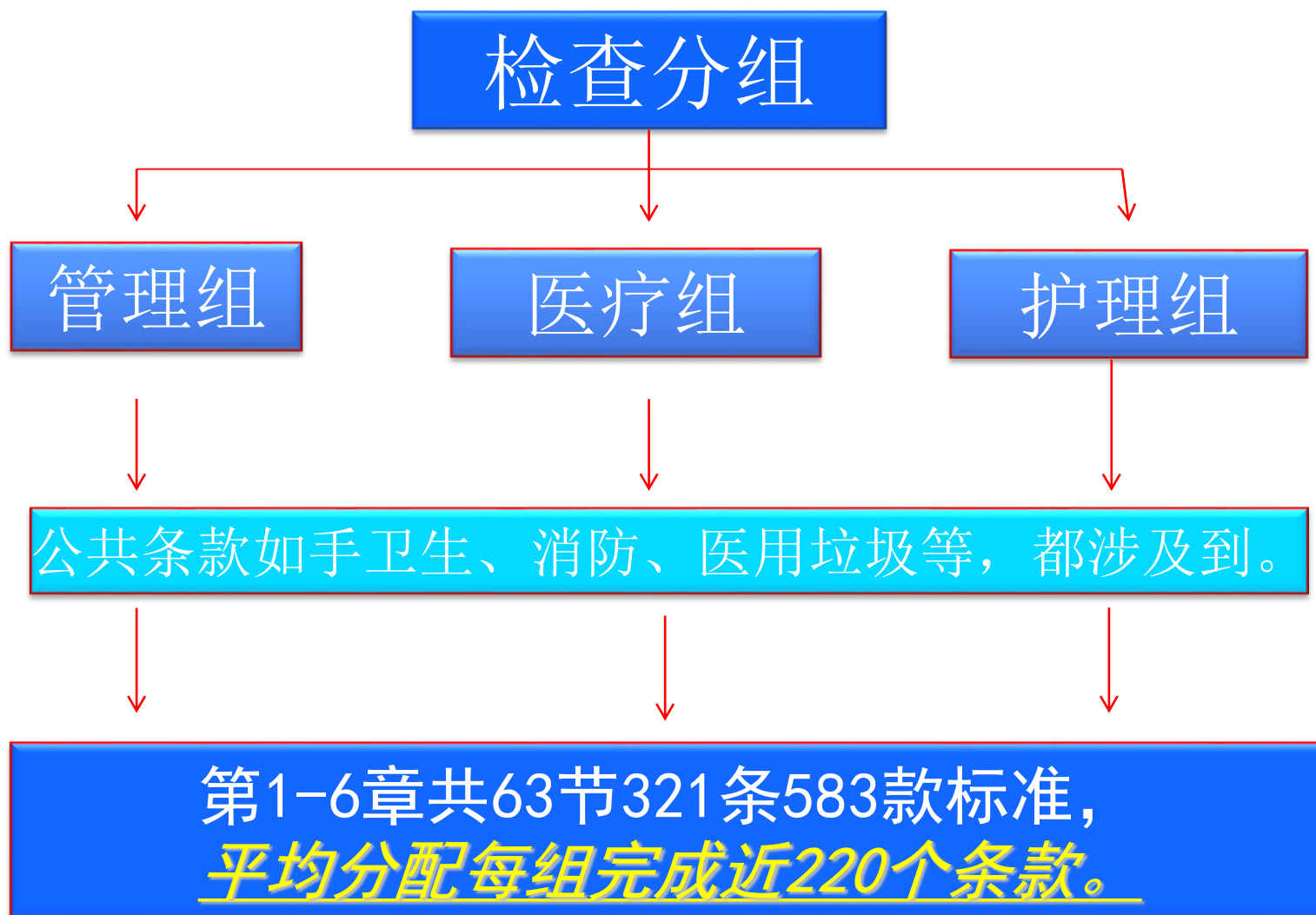
PDCA的实践与检验  
程序化标准化管理  
坚持质量持续改进

社会评价

患者满意度测评  
职工满意度测评

## 现场评价追踪检查全面关注

PDCA的实践与检验  
程序化标准化管理  
坚持质量持续改进



# 追踪检查以病人为中心系统思维

“个案追踪”体现以病人为中心的理念

“系统追踪”体现系统管理的思想

# 现场检查全面关注

**人**、（各类人员资质、执业、培训证、上岗证、岗位能力与病人的反映）

**机**、（论证、准入、分类、建档、编码、检测、维修、保养）

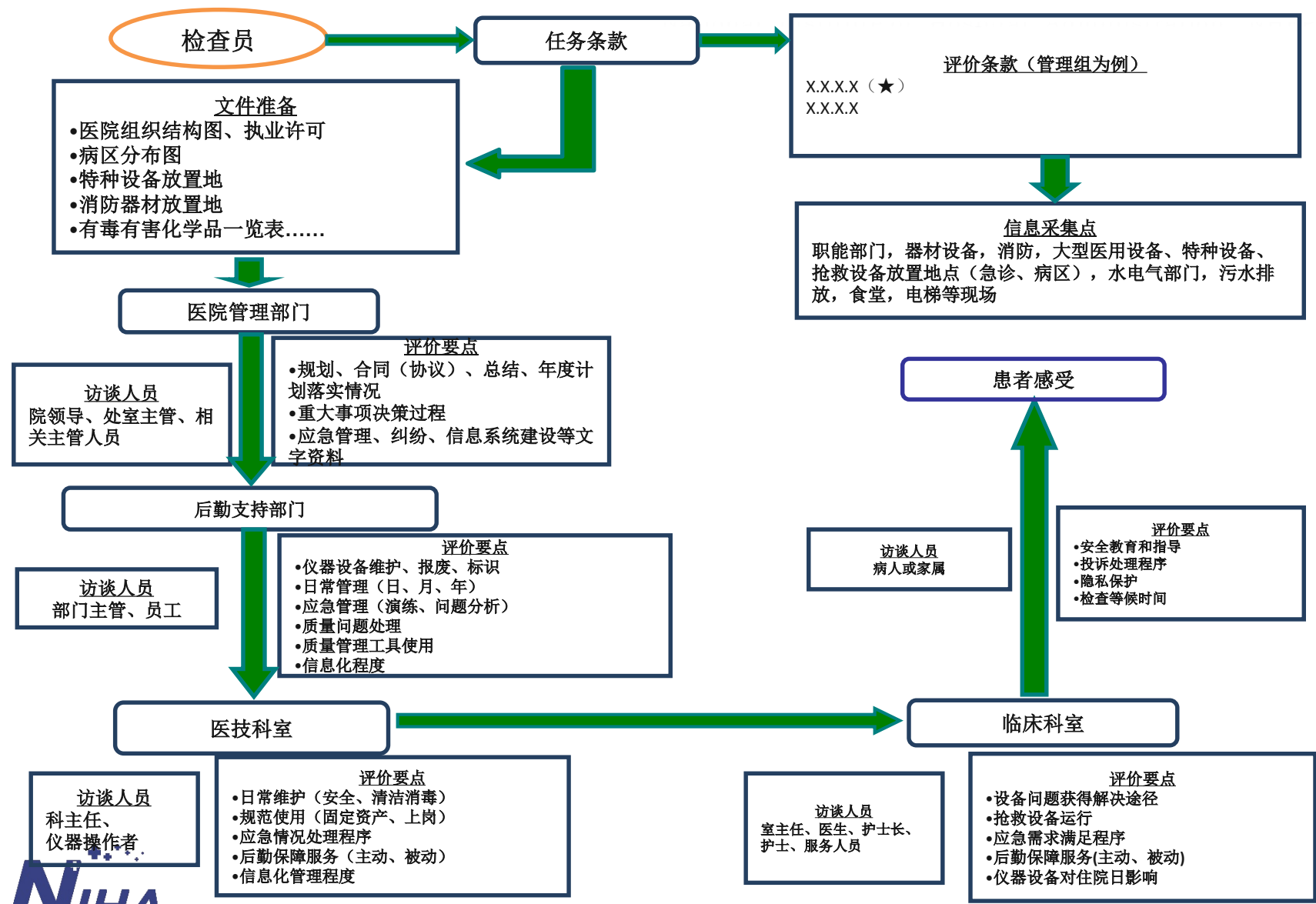
**料**、（供应商的资质、经营范围、产品的合格证书、效期、入库、出库的手续、流程管理、耗材、药品、应急物资）

**法**、（管理的制度、岗位职责、诊治规范《可操作性、更新、完善、知晓》工作记录）

**环**、（设施、布局、流程、危险物的标识、物品摆放是否合理、环境是否清洁、安全）

**数**、注意收集各类管理的汇总数据，以佐证管理的方法与效果在持续改进。

# 医院管理组追踪路线图



## 日程：第一天上午

检查部门（后勤、设施、设备、消防、危险品）

地下停车场（车辆摆放规范）

设备房

配电房

消防泵机房

柴油机房

锅炉房

污水处理室（运行日志、监测记录）

液氧站

消防监控室(重点部门财务、信息、仓库)

医疗废物站（制度、设施、运送、记录）

生活垃圾处理站

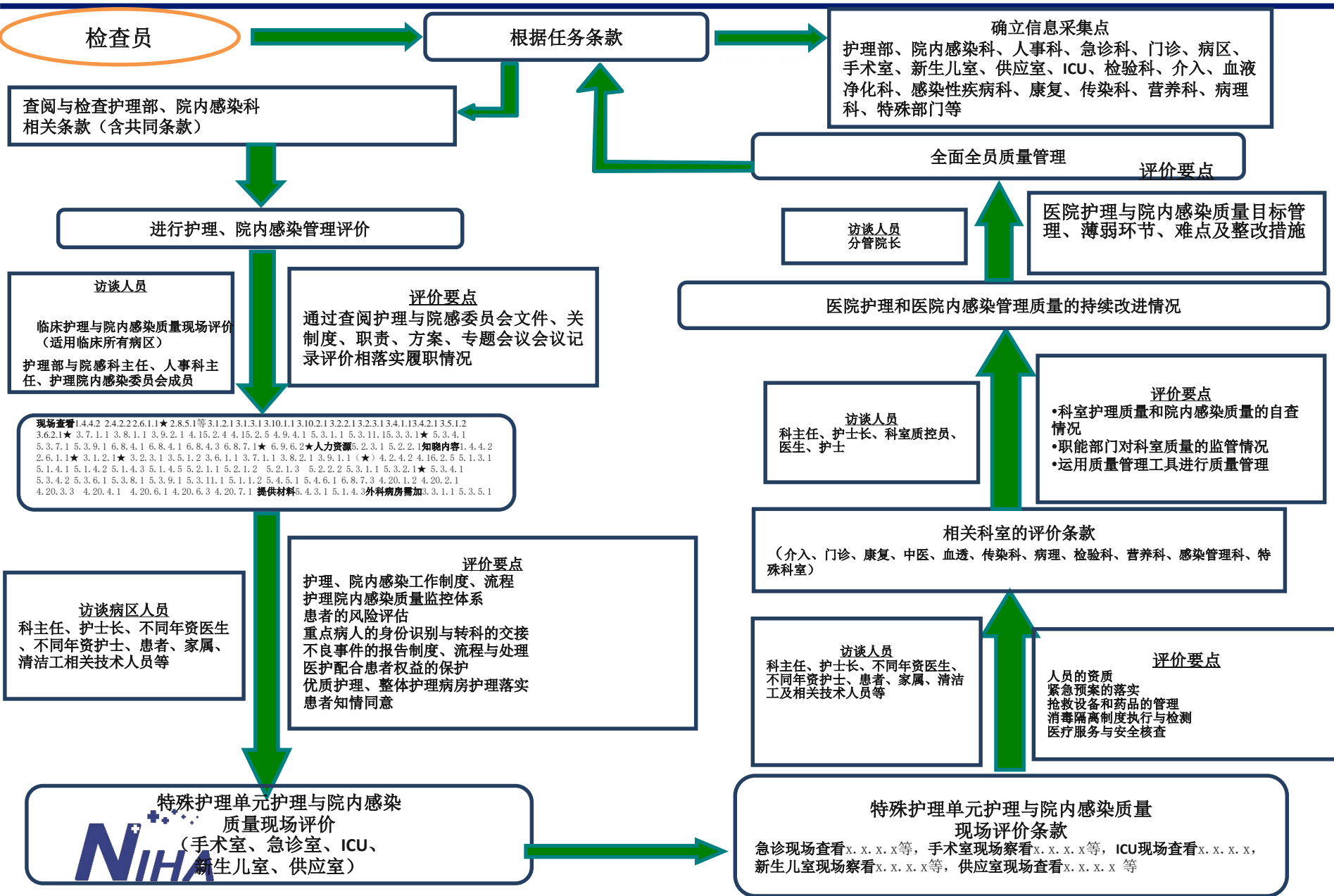
尸体标本冰箱。

# 门诊病区巡视

- 天花板：防火喷头、烟感器、灯、排风口
- 电梯（安检表示）
- 时钟（准确？）、呼叫面板
- 垃圾桶
- 防火通道门（24小时灯）
- 所有门（闭门器）
- 消防设施、紧急按钮
- 安全出口标识
- 配电箱
- 打扫卫生车（拖把、抹布、消毒液）
- 禁烟标志
- 平车和轮椅位置，氧气设备



国家卫生计生委医院管理研究所  
National Institute of Hospital Administration, NHFPC



# 追踪点

- 通过看排班、访谈护士长、护士、医生、患者及家属：扁平化、责任到护士、床护比例
- 护士对患者护理措施的落实：主要靠家属
- 主要靠病人自聘护工：患者鼻饲管：靠陪护注入
- 患者导尿管：靠陪护观察、倒尿
- 护士观察病人病情变化：主要靠家属叫护士
- 护士人性化服务
- 护士巡视病房：按呼叫器
- 护士与病人沟通

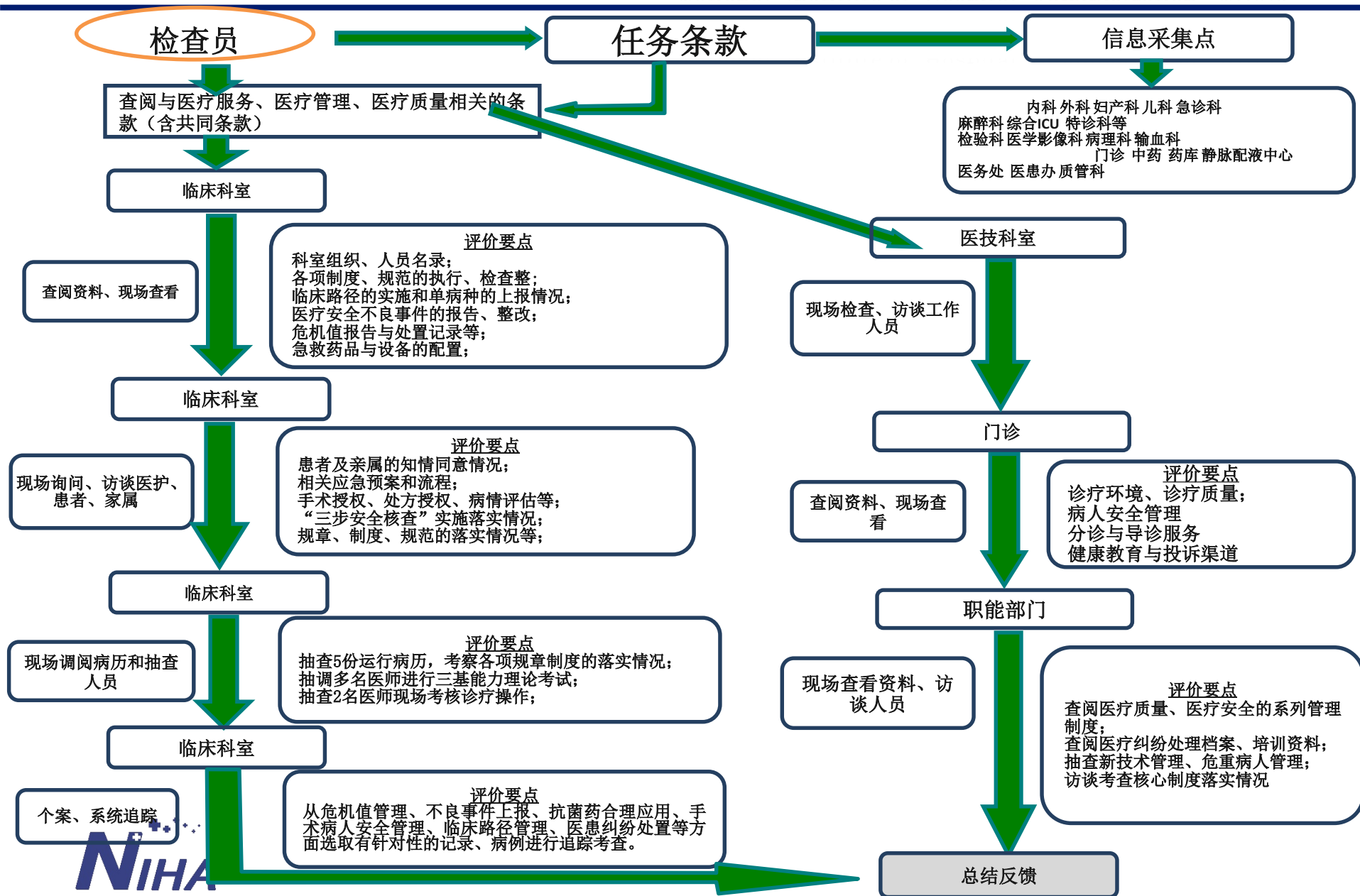
# 感染控制系统追踪

- 正确的洗手时机及操作
  - 员工的执行情况
  - 医院对手卫生的监控和管理情况
- 隔离患者的标识与处置
- 隔离患者及家属的宣教及记录
- 医疗垃圾与生活垃圾的分类与处置
- 锐器盒的使用及处置
  - 发生针刺伤的上报
  - 医院对针刺伤的监控和处置
- 重点单元的感控管理：  
手术室、供应室、烧伤科、血液科、血透室、ICU、内镜室等

# 医疗药事组追踪路线图

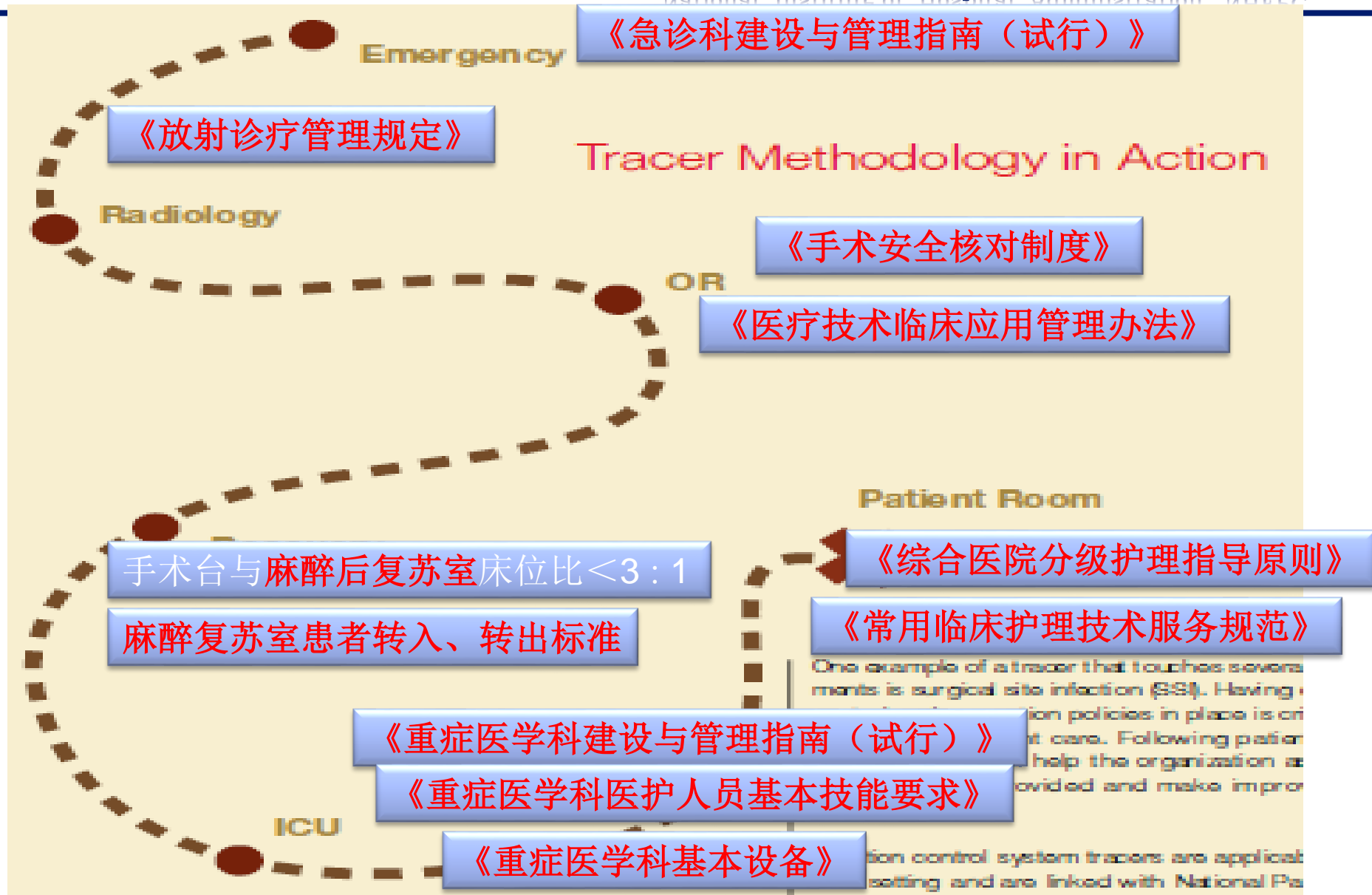
国家卫生计生委医院管理研究所

National Institute of Hospital Administration, NHFPC



# “个案追踪”体现以病人为中心的理念

- (一) 以病人為线索，从“病人”实际感受诊疗服务的体验，了解与评价医院整体的服务质量。
- (二) 通过追踪病人，了解其在医疗护理服务中的经历评价医院服务的贯连性。
- (三) 追踪病人接受诊疗的服务过程、察看环境设施，病人的安全、权益、隐私的保护及医院感染控制 。



# “系统追踪”体现系统管理的思想

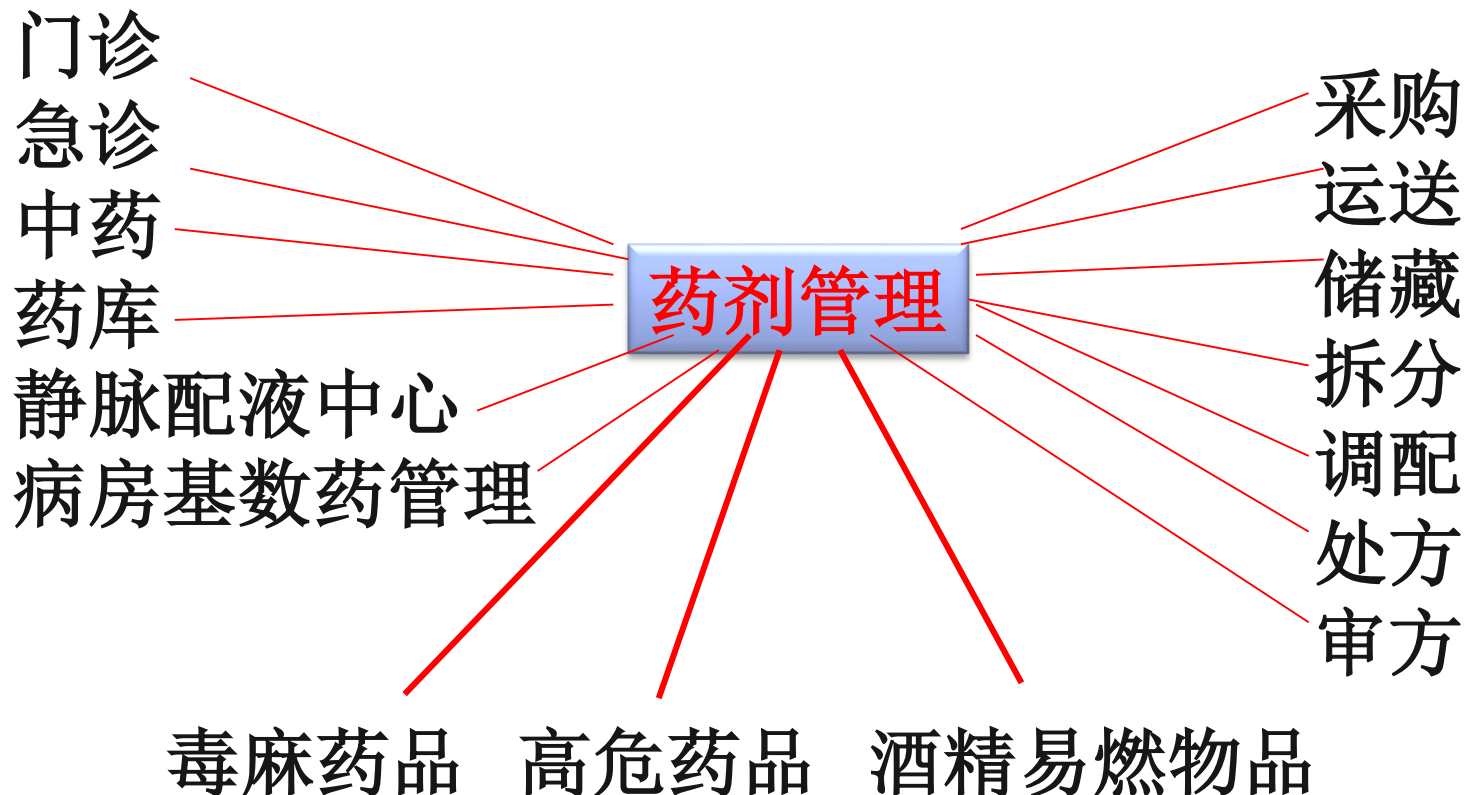
通过资料查阅、现场探查、员工访谈、追踪检查 评价医院对评审标准、环节要点的遵从程度。评价医院对规章制度、管理流程、诊疗常规与操作规范的执行力。考察医院的管理系统是否健全、配套、周密、有无疏漏。

# “系统追踪”体现系统管理的思想

如药物治疗管理 – 如何处理好各个药物治疗管理功能，包括药品的甄选、采购、运输、储藏、分装、调配、处方、医嘱、使用等环节。



药学部门: (基本用药目录、处方点评、毒麻精一类、高危药品、)



## 关注结果聚焦价值

病案首页数据

全部样本分析

质量监测系统

(HQMS)

# 第七章日常统计学评价

第一节医院运行基本监测指标

第二节住院患者医疗质量安全监测指标  
(二级三级不同)

第三节 单病种质量指标

第四节 重症医学 ( I C U ) 质量监测指标

第五节 合理用药监测指标

第六节 医院感染控制质量监测指标

## 二级综合医院评审标准 (2012年版)

### 二、住院患者病种监测指标

(一) 住院重点疾病：总例数、死亡例数、二周与一月内再住院例数、平均住院日与平均住院费用。

- 1.急性心肌梗塞ICD-10: I21-I22。
- 2.心力衰竭ICD10: I05-I09, I11-I13, I20-I25, 伴I50。
- 3.脑出血和脑梗塞ICD10: I60-I63。
- 4.创伤性颅脑损伤ICD10: S06。
- 5.消化道出血（无并发症）ICD10: K25-K28伴有.0-.2, .4-.6亚目编码, K29.0,K92.2。
- 6.累及身体多个部位的损伤ICD10: T00-T07。
- 7.细菌性肺炎（成人、无并发症）ICD10: J10.0,J11.0, J12-J18 （不包括J17\*）。
- 8.慢性阻塞性肺疾病ICD10: J44。
- 9.糖尿病伴短期并发症与长期并发症 ICD10: E10-E14。
- 10.结节性甲状腺肿ICD10: E04。
- 11.急性阑尾炎伴弥漫性腹膜炎及脓肿ICD10: K35.0, K35.1。
- 12.前列腺增生ICD10: N40。
- 13.肾功能衰竭ICD10: N17-N19。
- 14.败血症（成人）ICD10: A40-A41。
- 15.高血压病（成人）ICD10: I10-I15。
- 16.急性胰腺炎ICD10: K85。
- 17.恶性肿瘤术后化疗ICD10: Z51.101。
- 18.恶性肿瘤维持性化学治疗ICD10: Z51.201、Z51.103。

（二）住院重点手术：总例数、死亡例数、术后非预期再手术例数、平均住院日与平均住院费用。

4. 腹腔镜胆囊切除术 ICD-9-CM-3: 86.5

## 二级综合医院评审标准（2012年版）

（二）住院重点手术：总例数、死亡例数、术后非预期再手术例数、平均住院日与平均住院费用。

1. 甲状腺切除术 ICD-9-CM-3: 06.2; 06.3; 06.4; 06.5。
2. 半月板摘除术 ICD-9-CM-3: 80.6。
3. 子宫摘除术： ICD-9-CM-3: 68.3; 68.4; 68.5; 68.6; 68.7。
4. 剖宫产术 ICD-9-CM-3: 74.0; 74.1; 74.2; 74.4; 74.9。
5. 腹股沟斜疝修补术 ICD-9-CM-3: 53.0; 53.1。
6. 阑尾切除术 ICD-9-CM-3: 47.0。
7. 乳腺手术 ICD-9-CM-3: 85.4。

8. 腹腔镜辅助下经阴道子宫切除术 ICD-9-CM-3: 68.22

术。

# 综合医院病案首页数据质量报告框架

## 临床质量 评审标准 绩效评价 中第七章 监测分析指标

### 出院患者情况

出院患者人次

手术患者出院人次

### 住院死亡类指标

住院死亡率

手术患者住院死亡率

新生儿患者住院死亡率

手术患者围手术期住院死亡率

重点疾病患者住院死亡率

重点手术患者住院死亡率

恶性肿瘤择期手术患者住院死亡率

### 重返类指标

患者出院当天再住院率

患者出院2-31天内再住院率

手术患者重返手术室发生率

### 安全类指标

出院患者压疮发生率

择期手术患者手术后并发症发生率

择期手术患者肺部感染发生率

择期手术患者肺栓塞发生率

### 住院日及住院费用指标

出院患者住院日中位数及住院费用中位数

重点疾病住院日中位数及住院费用中位数

重点手术住院日中位数及住院费用中位数

反映日常工作  
代表基础质量

## 病案首页 DRGs评价与医疗质量

DRGs (Diagnosis Related Groups, DRGs) 译作“**按疾病诊断相关分组**”，即根据年龄、疾病诊断（ICD10&ICD9-CM3）、合并症、并发症、治疗方式、病症严重程度及转归等因素，将患者分为若干**诊断组**（低风险、中低风险、中高风险、高风险）进行评价。



# 国际上的认识与关注

## Accreditation Participation Requirements 参与评审的要求(APR)

### Rationale for APR.7

The collection, analysis, and use of data are at the core of the JCI accreditation process. Data can support continuous improvement in a hospital. Data can also provide a continuous flow of information to JCI in support of the hospital's ongoing improvement in its continuous accreditation process.

数据的收集、分析和使用是 JCI 评审过程的核心。这些数据可帮助医院不断改进。数据还能为JCI 提供连续的信息流，以支持医院在持续的评审过程中不断做出改进。

JCI 5<sup>th</sup> Edition

# Quality Improvement and Patient Safety

## 质量改进及患者安全(QPS)

### Intent of QPS.4

By participating in external databases, a hospital can compare itself to that of other similar hospitals locally, nationally, and internationally. Comparison is an effective tool for identifying opportunities for improvement and documenting the hospital's performance level.

通过加入外部数据库，医院可将自身与当地、全国和国际上的其他类似医院进行比较。比较是识别改进机会和记录医院绩效水平的有效手段。

JCI 5<sup>th</sup> Edition

# The Inpatient Quality Indicators (IQIs)

The mortality indicators for inpatient conditions cover conditions for which mortality has been shown to vary substantially across institutions and for which evidence suggests that high mortality may be associated with deficiencies in the quality of care.

住院的死亡率指标在不同的机构之间显示出很大的**差别**，并有证据显示，高死亡率可能与医护**质量缺陷**相关。

-----AHRQ



美国医疗机构评审  
联合委员会总裁

# 质量是重中之重 提高社会公信力

# 医院评审前的准备

# 评审前的思想准备

- ☆转变观念明确评审的目标。
- ☆设立专项部门由专人负责。
- ☆要学习理解熟悉标准条款。
- ☆建立规范有序的文档管理。
- ☆用管理工具开展自查自改。

- 一、医院评审申请书
- 二、医院自评结果、自评报告
- 三、评审前三年的病案首页信息 ( 2014-2016 )
- 四、医院制度目录电子版
- 五、三级医院评审现场检查资料清单
- 六、院长汇报PPT:《医院评审自评与持续改进工作报告》
- 七、评审办公场所要求及相关事项



- 一、科室制度目录、文件分门别类放置，标识清楚
- 二、熟悉文件、制度、记录本等各种资料的存放和归档  
收集、汇总、展示
- 三、熟悉科室管理和运行，熟悉相关的评审标准，做好现场引导工作
- 四、了解科室工作人员的职责分工，协助联系相关人员接受检查或访谈
- 五、除专项条款外，关注“共同条款”

各种应急预案、应急抢救设备、尊重患者权益与隐私保护、院感防控、手卫生、环境、控烟、消防、绿色通道、院务公开

- 请内审员在院，并保持通讯畅通。
- 科室提前准备好一间可以接待检查或访谈的房间。
- 检查路线灵活，走哪儿查哪儿，就近实地查看。联系内审员后，请内审员迅速到位做好迎接检查准备。
- 熟悉评审相关条款，能快速理解并领会到专家所要检查的内容，应准确介绍相关情况、展示亮点，避免答非所问。
- 一个科室，各检查组可能都会前去检查，做好随时且多次被检的准备。
- 检查当时确有但未能及时提供的证件、文件等资料，可联系院联络员，随后再提交至检查组。
- 抽查访谈时，由评审专家指定的人员答复，不喧宾夺主，不与专家辩论。

# 申请报告的要求

数据准确	详实可靠
符合要求	实事求是
文字描述	语言规范
层次清楚	表述正确

## [例子1]——医院自评报告模板（医院提交给卫生行政部门部分）

序号	自评结果	需简要说明问题
1.1.1	D	需要给予说明
1.1.2	A	需要给予说明
.....(★)	C	需要给予说明 (核心条款★)
.....	E	需要给予说明

评审医院：XXX 医院  
医院填表人：（签字）

评审日期：  
医院核对人：（签字）

## [例子2]——医院自评报告模板 （由卫生厅提供给评审员使用）

评审医院：XXX 医院

评审日期：

序号	自评结果	现场结果	需简要说明问题
1.1.1	B	D	需要给予说明（最终结果将为D）
1.1.2	A	B	需要给予说明（自评与现场评审不同的）
.....	C	B	需要给予说明（核心条款★）（所有核心条款）
.....			

评审组长：（签字）

评审员：（签字）

自评报告书

第一章 坚持医院公益性

评审医院：

评审时间： 年 月 日

一、医院设置、功能和任务符合区域卫生规划和医疗机构设置规划的定位和要求		
序号	自评结果	简要说明
1.1.1.1		
1.1.2.1		
1.1.3.1		
1.1.4.1		
二、医院内部管理机制科学规范		
序号	自评结果	简要说明
1.1.1.1		
1.1.2.1		
1.1.3.1		
1.1.4.1		
1.1.5.1		
1.1.6.1		

三、承担公立医院与基层医疗机构对口协作等政府指令性任务		
序号	自评结果	简要说明
1.3.1.1★		
1.3.2.1		
1.3.3.1		
1.3.4.1★		
1.3.5.1		
1.3.6.1		
1.3.7.1		
四、应急管理		
序号	自评结果	简要说明
.1		
.1★		
.1★		
.2★		
.1		
.2		
.1		
五、临床医学教育		
序号	自评结果	简要说明
.1		
.1		
.1		
.1		
.1		
六、科研及其成果推广		
序号	自评结果	简要说明
.1		
.1		
.1		
.1		
需要特殊说明问题（请标明条款序号）		



## 规范有序文档包括的范围

规章制度

岗位职责

应急预案

技术规范

规划方案

服务流程

管理记录



# 设立质控员开展自查自改

质控员对医院与各科室进行检查  
对照细则找出问题进行整改。  
并对各项规章、制度、流程、诊疗常规与操作规程进行全面的梳理、检查、修订、整理。

# 认真自查

按照章节	分解到科
对照细则	认真自查
找准问题	提出方案
限时整改	责任到人

## 按照章节 分解到科 找准问题 提出方案 责任到人 限时整改

部别	评审项目	存在或需要协调解决的问题	整改意见或建议
急诊	六、临床“危急值”报告制度	缺影像、特诊科等“危急值”报告制度	医务处制定医院制度，医技、临床科室具体执行
急诊	(三) 急诊管理	缺“急诊手术室”配备	1、争取在眼科楼搬迁后配备 2、改造现有小手术室
急诊	(三) 急诊管理	缺“与麻醉科、ICU院内转运急救绿色通道标识”	建议从急诊—医技楼—麻醉科、ICU贴通道标识
急诊	(三) 急诊管理	未开展“电复律”	抓紧开展

## 按照章节 分解到科 找准问题 提出方案 责任到人 限时整改

部别	评审项目	存在或需要协调解决的问题	整改意见或建议
呼吸内科	呼吸内科门诊	缺少控烟门诊	1、在呼吸内科设控烟门诊 2、下发控烟门诊相关医疗规范
呼吸内科	根据临床护理等级人数比例、护理工作量和收治伤病员的特点、床位使用率等情况变化对护理人力资源实行弹性调配。	病房护士与实际展开床位比例不低于0.4:1。实际比例不足0.3:	尽快招聘护士5-6名
呼吸内科	人力资源配置符合医院功能任务和管理的需要。	医务人员与核定展开床位比例不低于1.15:1；执业医师与核定展开床位比例不低于0.2:1；	尽快招聘医生2-3名
呼吸内科	医疗设备、医疗器械计量检定工作符合要求。	须计量的医疗设备和医疗器械应包括以下项目：呼吸机等，温度计、血压计、体重计等。计量人员根据校准和检定结果，在已计量的医疗设备和医疗器械适当部位粘贴状态标识。	由器材科及时粘贴全院各科室计量器具检测合格标志。

# 运用PDCA循环推进手卫生工作 (案例)

## FOCUS-PDCA

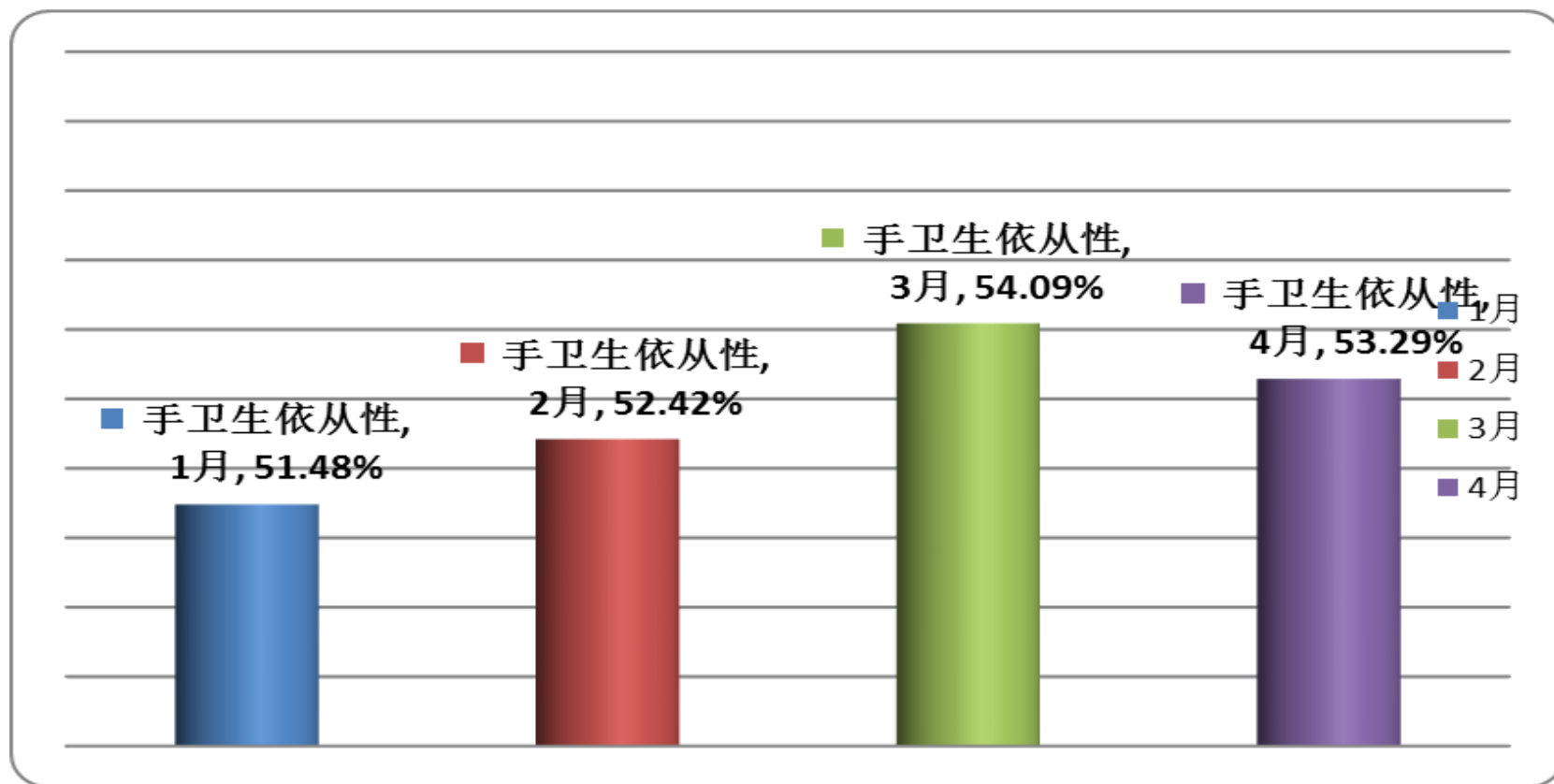
包括寻找(find)、组织(organize)、澄清(clarify)、理解(understand)、选择(select)、计划(plan)、实施(do)、检查(check)和执行(act)9个步骤。

# 运用PDCA循环推进手卫生工作

## 一、“F”步骤——发现问题

北京某医院感染管理处自2007年开展手卫生监测以来，制定了“医院手卫生管理制度”，并将其纳入绩效考核与综合目标考核，手卫生依从率虽然在不断提高，但也遇到很多瓶颈。2016年1-4月全院手卫生依从率约为52%，较等级医院评审全院 $\geq 95\%$ 尚有很大差距。

## 2016年1-4月医院手卫生依从率基线调查



## 二、“O”步骤——成立CQI小组

成立由感染管理处王\*\*主任牵头的CQI小组，包括医疗事务部、护理部、党群工作部、后勤工作部、采供维保部等职能部门及手术室、导管室、健康管理部等临床重点科室的工作人员。



### 三、“C”步骤——明确现状与目标

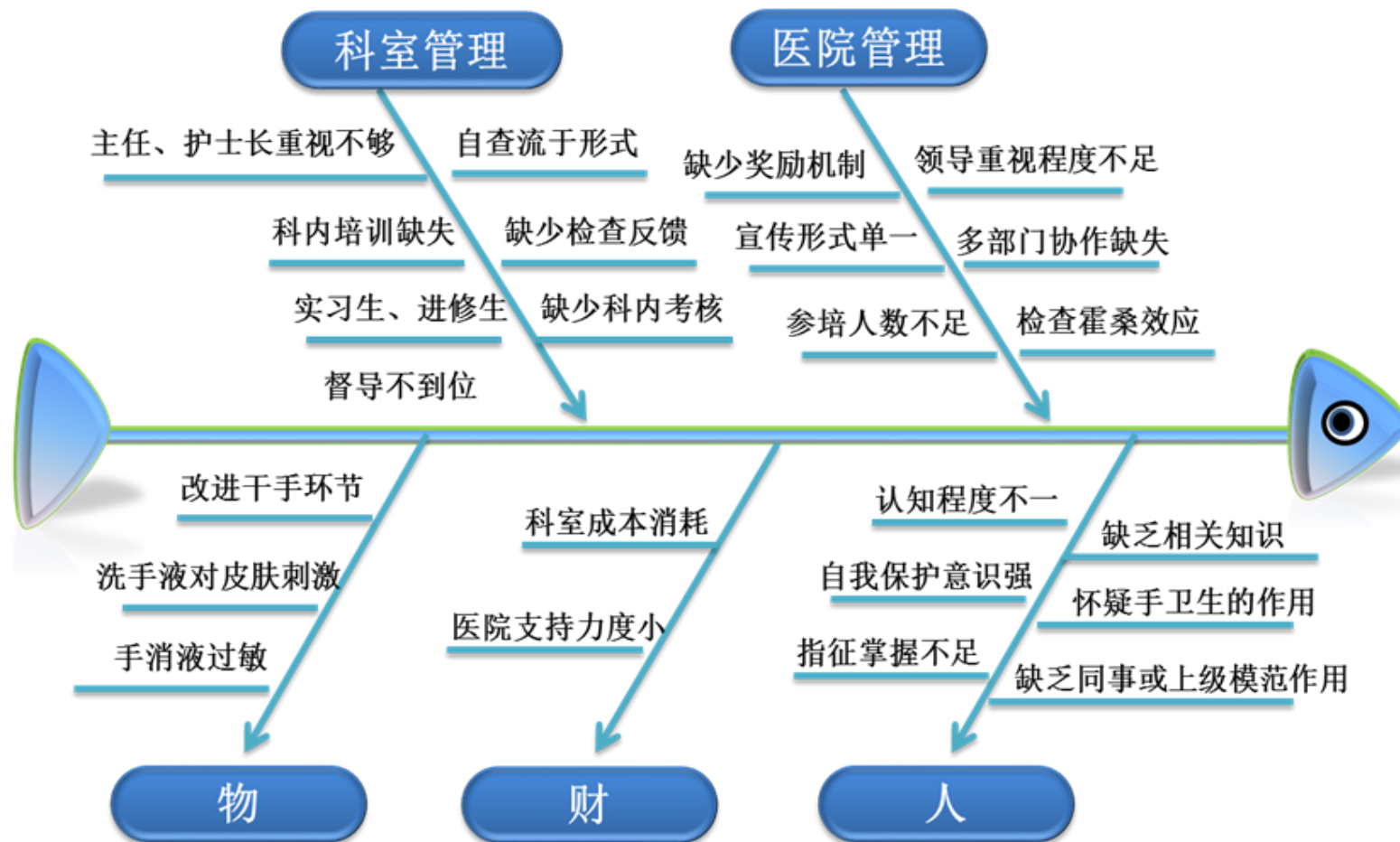
CQI小组成立后，通过历年数据回顾，医院手卫生依从性存在科室部门差异，病房科室依从性大于门急诊科室；职业类别差异，护士依从性大于医生；且不同指征依从性差异较大，未形成良好的手卫生文化氛围。结合文献检索及与北京市同级医院的比较，首先设定本阶段目标值为全院手卫生依从率 $\geq 62\%$ ，并建立文化引领、制度保障的长效机制，营造“何必背制度、习惯成自然”的手卫生文化氛围，促使临床医务人员由被动执行转变为主动落实。

## 四、“U”步骤——原因分析

### 1.鱼骨图

面向医务人员组织“影响手卫生依从性因素调查”，共计收到调查问卷**1042**份，有效问卷**1030**份。

核心小组通过头脑风暴，结合日常监测情况，从医院管理、科室管理、人、财、物，五个层面绘制鱼骨图分析影响手卫生依从性的原因。



影响手卫生依从性的因素

## 2.根因分析-柏拉图

结合影响因素发生频次及累计百分比（表呢？）  
，建立柏拉图（划错了，请修改），按照二八定律，明确了影响医院手卫生依从性的五大主因分别是：全院重视与认知度不足、科室主动管理缺失、干手环节需要改进、宣传培训形式单一、督导反馈力度不足。

## 五、“S”步骤——选择改进方案

CQI小组根据根因分析结果，首先确定宏观改进方案：

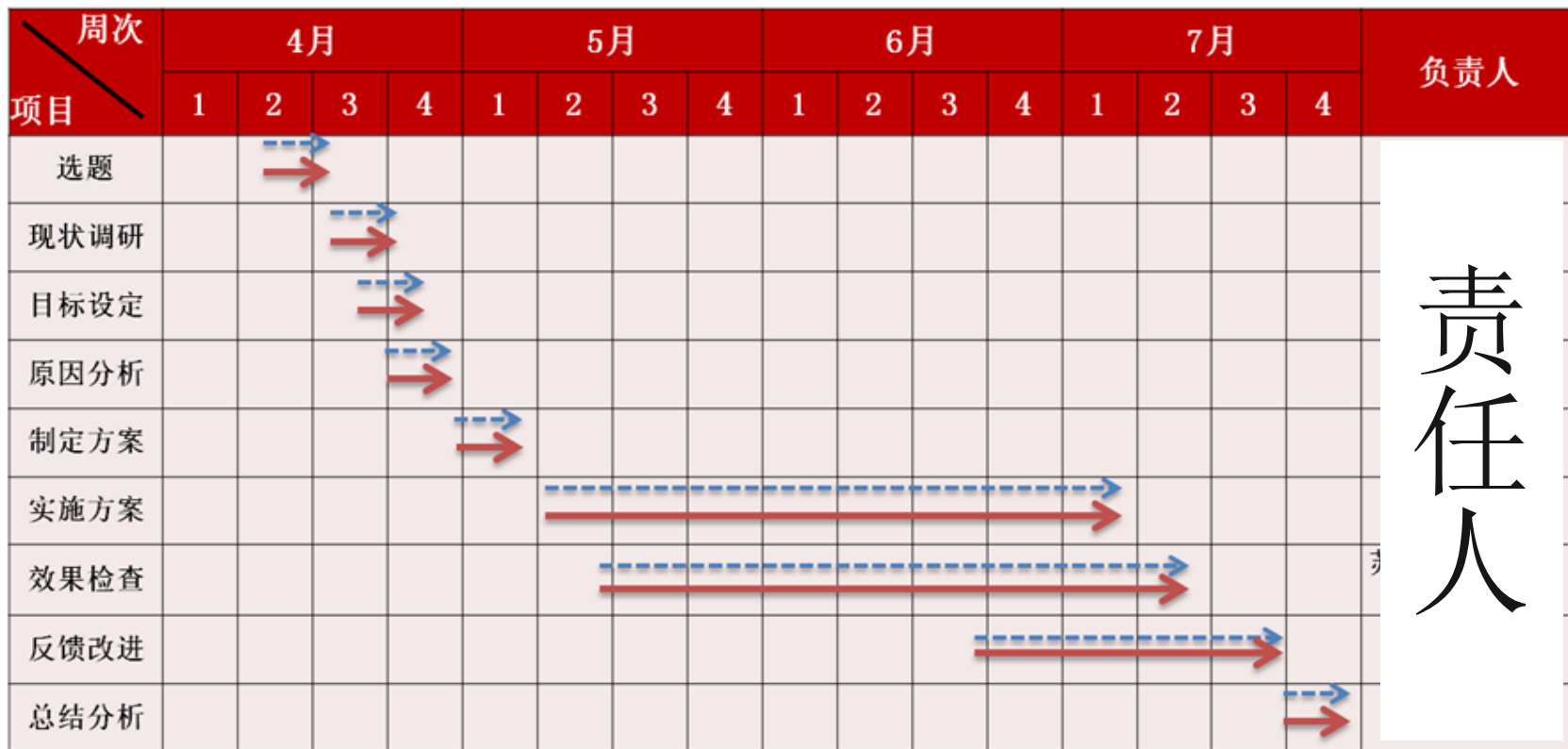
- 1.加强培训与宣贯
- 2.加强对科室的考核与奖励，提高科室管理主动性。
- 3.改进干手环节，安装干手纸巾盒。
- 4.开展手卫生宣传月活动。
- 5.检查实现全院、全员覆盖，定期考核并公示。

## 六、“P”阶段——计划阶段

1.拟定具体实施方案：按照5W1H，针对产生问题的主要原因制定相应改进对策。

what	why	how	when	who	where
1. 全员重视与认知度不足	1. 手卫生文化的理念未深入人心	1. 大而广与小而精的培训模式相结合	5-7月	感染管理处	全院、
	2. 部分人员缺乏手卫生相关知识	2. 开展手卫生宣传月活动			院内网
	3. 领导重视不够	3. 推进手卫生文化的建设			

## 手卫生PDCA项目改进计划甘特图



表示活动计划时间



表示活动完成时间

## 七、“D”阶段——实施阶段

（一）开展手卫生宣传月活动，推进手卫生文化建设。

1.录制“手卫生五个时刻”宣教视频。与党群工作部合作，医生护士本色出演，便于临床科室直观、深入掌握洗手指征。

2.开展“我身边的手卫生”微摄影大赛。与工会合作，院长、主管院长带头，由医务人员利用手机记录手卫生闪光时刻，活跃手卫生氛围，加深手卫生理念。共计收到**33**个科室近**200**幅作品，并由主管院长向获奖科室颁发奖杯，凸显领导的重视与榜样的作用。



## 八、“C阶段”——检查阶段

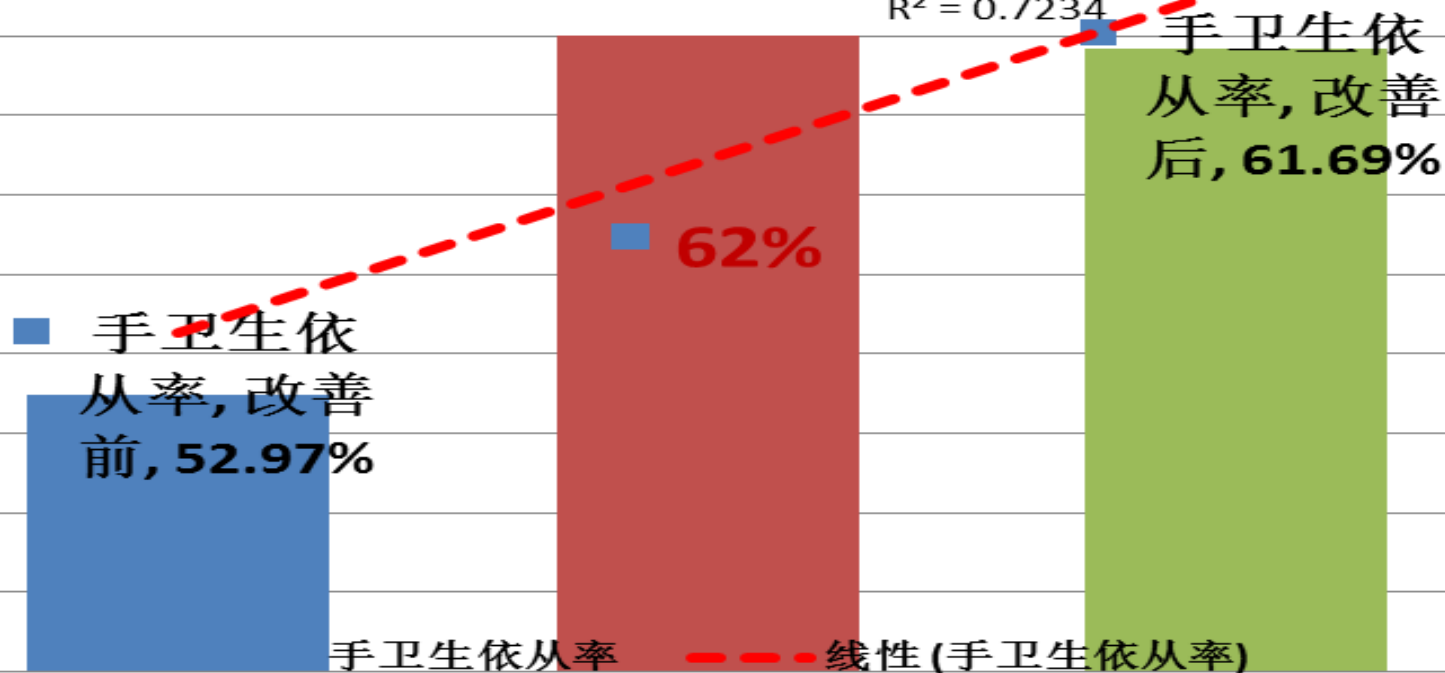
### （一）评价指标

- 1.手卫生依从率
- 2.速干手消毒剂领用量

## 手卫生依从率改进情况

$$y = 0.0436x + 0.5017$$

$$R^2 = 0.7234$$



全院手卫生依从性干预效果

运用PDCA循环管理后, 全院手卫生依从率由52.97%, 增长至61.69%, 较前增长16.46%, 两者具有统计学意义 ( $\chi^2=44.41$ ,  $P<0.001$ ), 基本达到预期目标。

## 门诊病房手卫生依从性干预效果比较

科室	干预前			干预后			$\chi^2$	P
	应执行例数	执行例数	依从率(%)	应执行例数	执行例数	依从率(%)		
病房	1133	637	56.22	943	692	73.38	65.79	<0.001
门急诊	1457	667	45.78	1368	765	55.82	29.04	<0.001

### 不同科室类型手卫生依从性干预效果

无论病房科室，还是门急诊科室，手卫生依从率皆较干预前有了很大提高，差异具有统计学意义

## 各类医务人员手卫生依从性的干预效果

科室	干预前			干预后			$\chi^2$	P
	应执行 例数	执行 例数	依从 率 (%)	应执行 例数	执行 例数	依从 率 (%)		
医生	884	339	38.35	780	411	52.69	34.44	<0.001
护士	1493	945	63.30	1259	908	72.12	24.19	<0.001
实习 护士	155	39	25.16	136	70	51.47	21.40	<0.001

## 九、“A阶段”——处理阶段

PDCA循环理念贯穿了整个实施过程，在检查中随时发现问题，优化措施：

- 1.修订完善《手卫生管理制度》，形成了以手卫生督导检查为主轴的一整套标准工作流程、评价及考核奖励办法。
- 2.根据病房科室诊疗护理流程，优化手消毒液放置点。

# 小结

领导重视、全员参与；  
学习标准、把握细则；  
借助外力、内增活力；  
上下联动、自查自改；  
打好基础、抓住关键；  
积极应对、重在平时。

谢谢大家  
!