

医疗管理制度

医务处



医务处组织结构及主要职能

医务处

```
graph TD; A[医务处] --> B[医务处办公室]; A --> C[门诊办公室]; A --> D[医疗安全办公室]; A --> E[病案管理科]; B --> F[统计室];
```

医务处办
公室

门诊办
公室

医疗安全
办公室

病案管理
科

统计室

医务处组织结构及主要职能

执业医师考试、注册、变更、日常管理。
医师资质管理：包括医师工作站、抗菌药物使用权限，科住院、进修医师管理。
会诊管理（院外会诊，综合会诊）
医疗指标统计、监测、汇报，绩效考核。
医疗质量管理，临床路径、单病种、抗菌药物，用血审批。
临床新技术管理，手术及有创操作授权管理。
医疗应急、绿色通道、医疗保障、对口支援、帮扶管理。

医务处组织结构及主要职能

医师门诊资质管理。

诊断证明、死亡证、出生证等医疗文件管理。

门诊“麻卡”管理。

病历管理和培训。

医疗纠纷、投诉管理。

医学伦理工作。

触目惊心的惨剧

发生了什么？



一、核心制度

- 01.首诊负责制
- 02.三级医师查房制度
- 03.疑难病例讨论制度
- 04.会诊制度
- 05.危重患者抢救制度
- 06.手术分级管理制度
- 07.术前讨论制度
- 08.死亡病例讨论制度
- 09.分级护理制度
- 10.查对制度
- 11.病历管理制度
- 12.交接班制度
- 13.临床用血审核制度
- 14.新技术准入制度

(一) 首诊负责制



第一次接诊的医师或科室为首诊医师和首诊科室，负责患者的检查、诊断、治疗、抢救、转院和转科等工作。

对于多发伤、复合伤患者过全身多系统疾病患者首诊医师应负责组织会诊，并记录病历。

确诊是需其他科室治疗的患者，应做好交接工作。

首诊医师有决定患者收住科室等医疗行为的决定权，任何科室、个人不得以任何理由推诿、拒绝。

(二) 三级医师查房制度

新入院患者，住院医师应在8小时之内查看患者，

主治医师应在48小时内查看患者并提出处理意见，

主任医师（副主任医师）应在72小时内查看患者并对患者的诊断、治疗、处理提出指导意见。



（三）疑难病例讨论制度

疑难病例、入院**三天**内未明确诊断、疗效不佳、病情严重均应组织会诊讨论。

确定性或结论性的意见记录在病程记录中。



(四) 会诊制度

急会诊 (15分钟) 会诊记录具体到分钟

普通会诊 (24小时) 会诊记录具体到小时

科内会诊、科间会诊、全院会诊、**院外会诊。**

《医师外出会诊管理暂行规定》 (卫生部42号令 , 2005年7月1日实行)



（四）会诊制度

第二条：医师未经所在医疗机构批准，不得擅自外出会诊。

第八条：不得派出医师会诊的情况：1.邀请单位不具备资质；2.超出被邀请医师的执业范围；3.不具备救治条件。

第十三条：完成会诊返回本单位2个工作日内将外出会诊有关情况报告所在科室负责人和医务管理部门。

（五）危重患者抢救制度

正常上班时间由主管患者的三级医师医疗组负责；非正常上班或特殊情况由值班医师负责。

口头医嘱的执行。

抢救记录具体到**分钟**，在抢救结束后6小时内据实补记。



（六）手术分级管理制度

《医疗机构手术分级管理办法（试行）》

（卫办医政发〔2012〕94号，2012年10月1日施行）

第六条 医疗机构应当建立健全手术分级管理工作制度，建立手术准入制度，严格执行**手术**部位标记和**手术安全核查**制度，由医务部门负责日常管理工作。

第七条 根据风险性和难易程度不同，手术分为四级：

一级手术是指风险较低、过程简单、技术难度低的手术；

二级手术是指有一定风险、过程复杂程度一般、有一定技术难度的手术；

三级手术是指风险较高、过程较复杂、难度较大的手术；

四级手术是指风险高、过程复杂、难度大的手术。

(六) 手术分级管理制度

审批：科主任或科主任授权的人员。

特殊手术申报：

- 1.手术可能导致毁容或残疾
- 2.并发症再手术
- 3.高风险手术
- 4.新开展手术
- 5.无主患者和可能引起或涉及纠纷的手术
- 6.外宾及其他特殊人士
- 7.有外请医师参与的手术

(七) 术前讨论制度

重点病人，护士长和责任护士也应当参加。
手术同意书，**替代治疗方案。**



（八）死亡病例讨论制度

必须讨论

7天内完成

做好记录，结论应包括对死因的认定和应该吸取的经验教训。

(九) 分级护理



医生也应当了解，随着病情的变化及时更改。

特级护理：危重、随时需要抢救患者；复杂、疑难、新开展大手术需要重点观察患者；严重大面积烧伤和“五衰”患者。

一级护理：重症、大手术后需要严格卧床及生活不能自理患者；生活部分自理但病情复杂，随时会发生变化的患者。

二级护理：病情趋于平稳患者；老年、幼儿、慢病不易多活动患者。

三级护理：各种疾病康复期、生活能自理患者。

(十) 查对制度

各科室、部门应着重自身应注意查对的内容，避免差错。

临床科室：开医嘱、处方或进行治疗前，应查对患者姓名、性别、床号、住院号等。



(十一) 病历管理制度

《病历书写基本规范 (2010版) 》 (办医政发〔2010〕11号) 2010年3月1日施行

《医疗机构病历管理规定 (2013年版) 》
(国卫医发〔2013〕31号)

《电子病历基本规范》 2010年4月1日施行

病历的书写体现核心制度的落实，是保证医疗安全的关键。

(十二) 交接班制度

- 一、二线班必须在院值班，备班通信通畅。
因手术或会诊及处置患者暂离岗位一定向护理站、其他值班人员告知。
急、危、重患者床旁交班，记录和签字。



(十三) 临床用血审核制度

《医疗机构临床用血管理办法》（卫生部令第85号，2012年8月1日实行）

第二十条：医疗机构应当建立临床用血申请管理制度。

同一患者同一天申请备血量少于800ml（4U）中级以上申请，上级医师核准

同一患者同一天申请备血量800-1600ml（4-8U）中级以上申请，上级医师审核，科主任核准

同一患者同一天申请备血量达到或超过1600ml（8U）中级以上申请，科主任审核，医务部门批准。

(十四) 医疗技术准入制度

《医疗技术临床应用管理办法》（卫医政发〔2009〕18号，2009年5月1日施行）

医疗技术分为三类：

第一类医疗技术是指安全性、有效性确切，医疗机构通过常规管理在临床应用中能确保其安全性、有效性的技术。

第二类医疗技术是指安全性、有效性确切，涉及一定伦理问题或者风险较高，卫生行政部门应当加以控制管理的医疗技术。

第三类医疗技术是指具有下列情形之一，需要卫生行政部门加以严格控制管理的医疗技术：

- （一）涉及重大伦理问题；
- （二）高风险；
- （三）安全性、有效性尚需经规范的临床试验研究进一步验证；
- （四）需要使用稀缺资源；
- （五）卫生部规定的其他需要特殊管理的医疗技术。

（十四）医疗技术准入制度

申请办理相关手续，论证审核通过之后方可开展。

新技术、二、三类医疗技术完成一定例数后，科室负责及时总结，并向主管部门提交总结报告。

我市纳入管理的二类医疗技术（第一批）

- 1.脑血管疾病介入诊疗技术管理规范
- 2.内镜逆行胰胆管造影诊疗技术管理规范
- 3.扩大全胰腺切除术技术规范
- 4.髌、膝关节置换技术规范
- 5.骨性面部轮廓整形技术规范
- 6.输尿管镜技术规范
- 7.角膜移植技术规范
- 8.准分子激光角膜屈光技术规范
- 9.口腔种植诊疗技术规范
- 10.高强度聚焦超声肿瘤治疗技术规范
- 11.医用高压氧治疗技术规范
- 12.临床基因扩增检验技术规范

我市纳入管理的二类医疗技术（第二批）

- 1.经皮肾动脉射频消融去交感神经术（RDN）
- 2.复杂性先天性心脏病手术
- 3.胸腔镜肺叶切除术
- 4.人工椎间盘置换术
- 5.鞍区肿瘤切除术
- 6.颅底及脑干肿瘤切除术
- 7.腹腔镜妇科恶性肿瘤诊断与治疗技术
- 8.纤维支气管镜诊疗技术
- 9.消化道内镜下粘膜下层剥离术（ESD）
- 10.人工肝支持系统
- 11.经皮肾镜碎石技术
- 12.乳腺癌前哨淋巴结活检术（SLNB）
- 13.乳腺癌根治术+即刻再造技术
- 14.大面积吸脂技术（腹壁）
- 15.儿童白血病大剂量
- 16.新生儿双管同步换血技术
- 17.白内障超声乳化技术
- 18.玻璃体切除技术
- 19.人工耳蜗植入技术
- 20.喉全切除发音重建技术（发音钮）

我院已获批复的三类医疗技术目录

序号	三类医疗技术	使用科室
1	肝移植	器官移植中心
2	肾移植	器官移植中心
3	心脏移植	心外科
4	肺脏移植	胸外科
5	放射性粒子植入诊疗技术	核医学科
6	造血干细胞（脐带血干细胞除外）治疗技术	血液科
7	胰腺移植	器官移植中心
8	小肠移植	器官移植中心
9	试管婴儿技术	生殖助孕科

二、重要医疗管理制度

医患沟通制度

患者评估制度

住院超过30天患者讨论制度

抗菌药物分级管理制度

“危急值”管理制度

身份识别制度

高风险诊疗科目授权制度（手术、麻醉、介入、腔镜）

“非计划再手术”上报、监管的制度。

（一）患者评估制度

医师对接诊的每位患者都应进行病情评估。重点加强手术前、麻醉前、急危重患者的病情评估、危重患者营养评估、住院患者再评估、手术后评估、出院前评估。（节点、内容）

各专业科室应用专业工具开展评估，确定自己的重点评估内容。

(二) 住院超过30天患者讨论制度

三级综合医院评审标准实施细则(2011版)

4.5.7.5★对住院时间超过30天的患者进行管理和评估。

制定讨论本下发

（三）抗菌药物分级管理制度

《卫生部办公厅关于抗菌药物临床应用管理有关问题的通知》（卫办医政发〔2009〕38号）

《抗菌药物临床应用管理办法》（卫生部令第84号），自2012年8月1日起施行。

2013年抗菌药物专项整治活动方案。

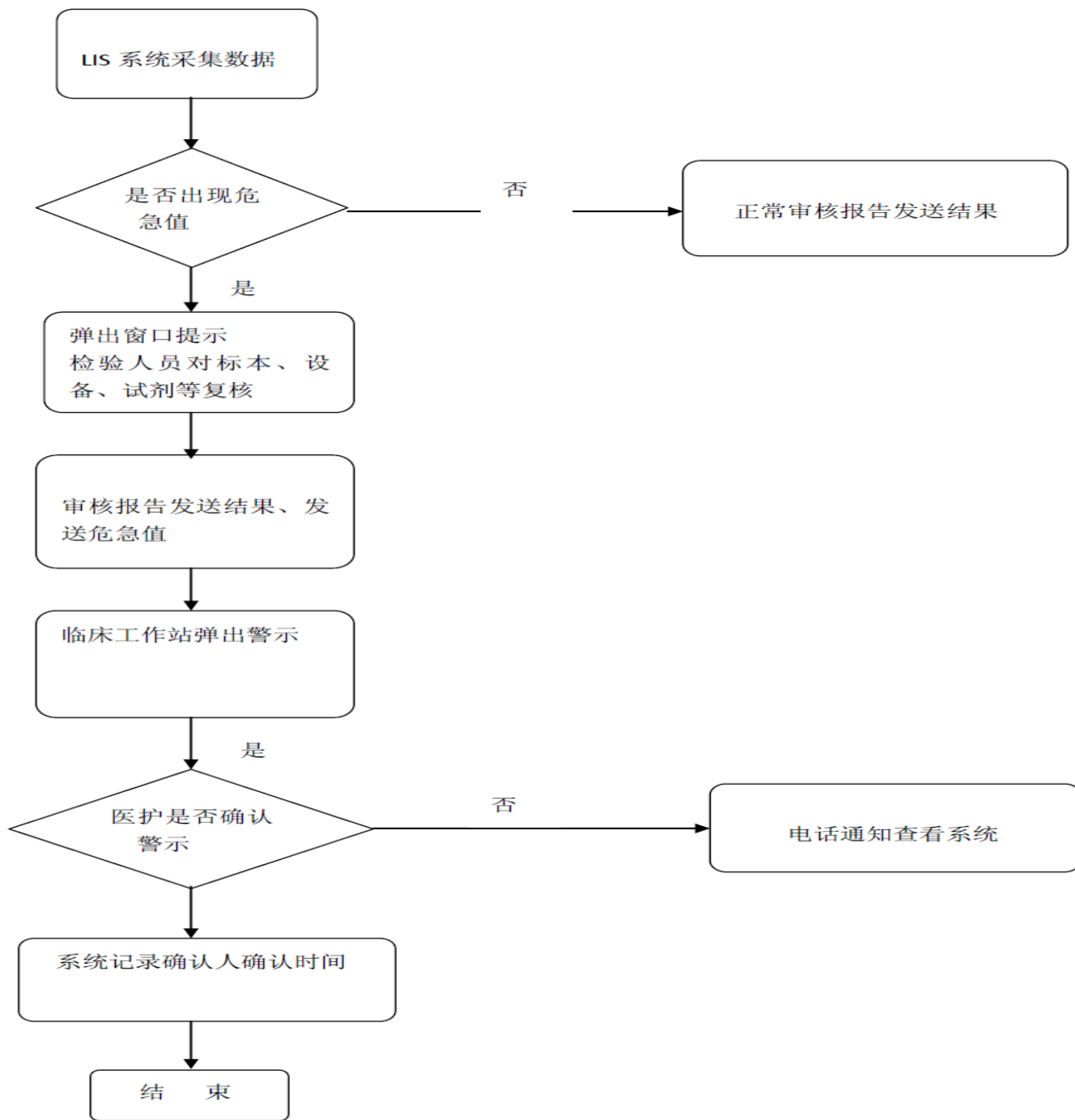
（四）危急值管理制度

危急值：是指提示患者处于生命危急状态的异常检验或者检查结果。

危机值  异常值 ≠ 危急值

临床实验室，病理、影像、电生理、内镜、血药浓度等部门均应建立危急值制度。

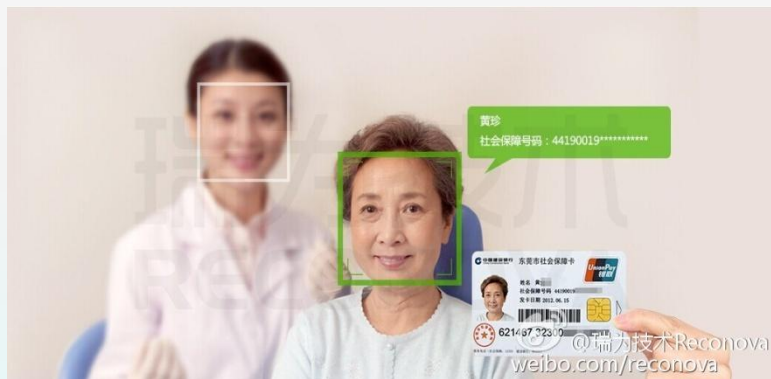
HIS系统管理程序。



(五) 身份识别制度

十大安全目标之一

3.1.2.1★至少同时使用姓名、年龄两项项目核对患者身份。



（六）高风险诊疗科目授权制度

手术

麻醉

介入

腔镜

深静脉穿刺置管、心包穿刺等高风险操作。

制定授权制度。落实资质授权。

制定诊疗操作的目录

(七) 非计划再手术上报监管制度

主动上报，不要遗漏
定期讨论、改进工作
填报表格



(八) 中国医院协会患者安全目标 (2014-2015)

- 一、严格执行核对制度，正确识别患者身份
- 二、强化手术安全核查，防止手术患者、手术部位及术式错误
- 三、加强医务人员有效沟通，完善医疗环节交接制度，正确及时传递关键信息
- 四、减少医院感染的风险
- 五、**提高用药安全**
- 六、强化临床“危急值”报告制度
- 七、防范与减少患者跌倒、坠床等意外伤害
- 八、加强医院全员急救培训，保障安全救治
- 九、鼓励主动报告医疗安全（不良）事件，构建患者安全文化
- 十、建立医务人员劳动强度评估制度，关注工作负荷对患者安全的影响

天津市第一中心医院高危药品目录

1.10%氯化钾注射液 10ml

2.10% 氯化钠注射液 10ml

3.50%葡萄糖注射液 20ml

4.50%葡萄糖注射液 250ml

5.硫酸阿托品注射液 5mg

6.灭菌注射用水 500ml

7.25%硫酸镁注射液 10ml

医院评审的简要介绍

《医院评审暂行办法》（卫医管发【2011】75号）

2011年9月21日印发

第四章 评审的实施

第二十四条医院周期性评审包括对医院的书面评价、医院信息统计评价、现场评价和社会评价等方面的综合评审。

- 《医院评审申请书》
- 《卫生部门核查报告》
- 《自评报告书》

书面评价

病案首页信息

- 医疗质量分析
- DRGs分析
- 医疗综合能力评估

医疗信息 统计评价

现场评价

- 多家医院评审带教
- 评审专家现场检查
- 医院现场评价管理系统（HAMS）试用

社会评价

- 门诊患者满意度调查
- 患者和护士满意度调查
- 住院患者和职工满意度调查

医院评审的简要介绍

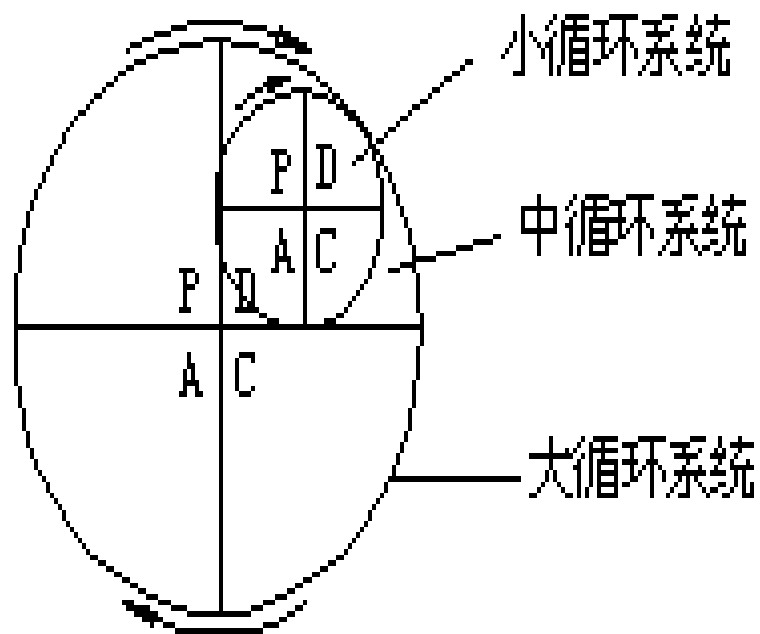


图3-14

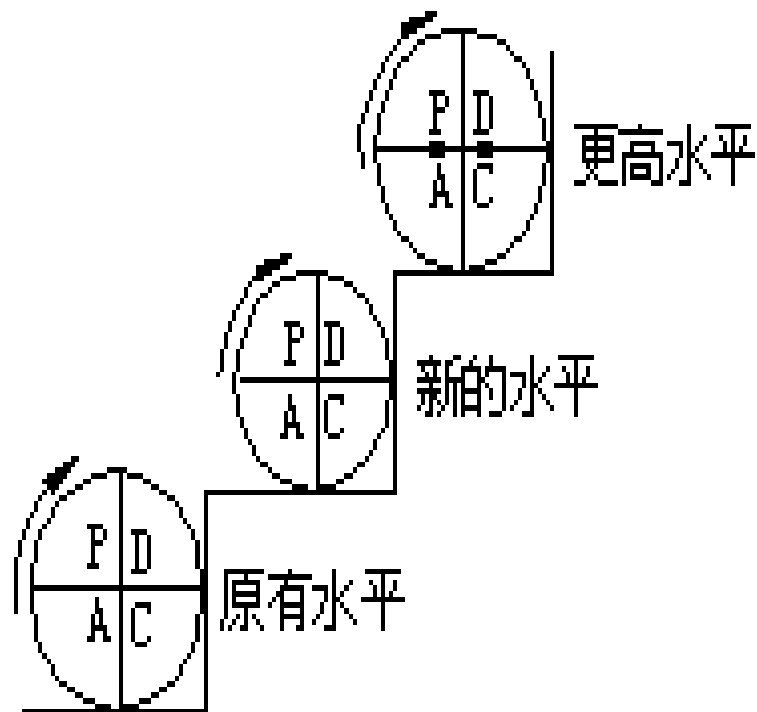


图3-15



谢谢大家

