

湖北省肿瘤医院文件

鄂肿院字〔2017〕20号

关于调整 2017 年度医院 质量与安全委员会及下设 各委员会架构、指标、职责的通知

各科室：

为进一步加强医院质量与安全管理，健全三级管理网络，保障各项工作的顺利开展，经研究，决定对医院质量与安全委员会及下设各委员会架构、指标（详见附件 1）、职责（详见附件 2）进行调整，现通知如下：

一、医院质量与安全委员会

主任 委员：魏少忠

副主任委员：白亦兵 肖燕 张克亮 刘玉林 胡德胜 吴新红

委 员：（按姓氏笔划排序）

尹 涛 王 忠 王惠芬 邓云特 冯尧军

朱又华 余 鸣 张 莉 李才华 李明生
陈红星 陈昌伟 陈 俊 陈 健 周晓艺
罗成刚 柯贤柱 胡少春 胡建华 胡 胜
钟 杨 夏桂兰 徐 伟 黄建国 龚益平
童少俊 蒋 晖 谢保国 雷旦生 熊 飞
熊世禄 熊治国 熊 静 戴 助

医院质量与安全管理委员会办公室设在医院质量与安全
管理办公室，柯贤柱同志任办公室主任。

医院质量与安全管理委员会下设医疗质量与安全管理委员
会、伦理委员会、药事管理与药物治疗学委员会、医院感染管理
委员会、病案管理委员会、输血管理委员会、护理质量与安全管
理委员会、医师定期考核管理委员会、放射诊疗管理委员会、医
疗技术临床应用管理委员会共十个委员会。

二、医疗质量与安全管理委员会

主任 委员：刘玉林

副主任委员：张克亮 胡德胜

委 员：（按姓氏笔划排序）

尹 涛 邓云特 冯尧军 甘 宁 朱又华
余 鸣 张 勇 张 莉 杨晓蓉 陈清波
周晓艺 罗成刚 柯贤柱 胡 胜 徐 伟
龚益平 曾书娥 雷旦生 熊 飞 熊世禄
熊治国 魏文康

医疗质量与安全管理委员会办公室设在医务部，罗成刚
同志兼任办公室主任。

三、伦理委员会

主任 委员：胡仁崇

副主任委员：吴新红 陈健

委 员：（按姓氏笔划排序）

王凤香 王惠芬 甘 宁 刘 斌 吴东德
张 敏 陈琼荣 周晓艺 胡艳萍 夏家臣
梁新军 雷旦生

医院伦理委员会办公室设在科教科，陈健同志兼任办公室主任。

四、护理质量与安全管理委员会

主任 委员：吴新红

副主任委员：王惠芬

委 员：（按姓氏笔划排序）

刘 珊 刘礼霞 刘迎春 孙学珍 严云丽
李荆江 周凤娇 徐 春 景 婧 程慧珊
满 莹 黄定凤 黄燕华

医院护理质量与安全委员会办公室设在护理部，王惠芬同志兼任办公室主任。

五、输血管理委员会

主任 委员：胡德胜

副主任委员：冯尧军 胡少春

委 员：（按姓氏笔划排序）

王华斌 邓万凯 甘 宁 余 鸣 吴东德
张 莉 李才华 李有元 周凤娇 徐红斌

胡艳萍 黄 奕 龚益平 雷旦生

医院输血委员会办公室设在输血科，胡少春同志兼任办公室主任。

六、药事管理与药物治疗学委员会

主任 委员：胡德胜

副主任委员：戴 助 罗成刚

委 员：（按姓氏笔划排序）

尹 涛 王兆华 冯尧军 甘 宁 朱又华
刘义树 刘 斌 吴新红 张 峰 李才华
李红霞 陈 健 陈卫东 徐红斌 胡 胜
胡艳萍 徐崇明 黄 辉 龚益平 蒋 晖
满 莹 熊 飞 熊 静 熊世禄 熊治国

医院药事管理与药物治疗学委员会办公室设在药学部，戴助同志兼任办公室主任。下设医院抗菌药物管理工作领导小组、医院特殊药品管理工作小组、医院合理用药及药品质量管理工作小组、医院药品不良反应监测工作领导小组、中药饮片质量管理领导小组等五个工作小组。

（一）医院抗菌药物管理工作领导小组

组 长：胡德胜

副组长：刘玉林 肖 燕

成 员：（按姓氏笔划排序）

王惠芬 冯尧军 甘 宁 刘义树 李才华
李红霞 陈红星 黎艳萍 罗成刚 胡 胜
徐 伟 雷旦生 熊 飞 熊 静 熊治国

戴 助

管理工作领导小组办公室设在医务部，罗成刚、戴助兼任办公室主任，刘斌任办公室秘书。

(二) 医院特殊药品管理工作小组

组 长：冯尧军

成 员：（按姓氏笔划排序）

王惠芬 刘 斌 余 青 刘义树 李红霞
李德享 杨仁勤 闵钦威 洪 峰 钟 杨
黄 辉 满 莹 廖 兵 戴 助

药学部具体承担日常管理工作。

(三) 医院临床合理用药及药品质量管理工作小组

组 长：罗成刚

成 员：（按姓氏笔划排序）

冯尧军 甘 宁 刘 斌 刘义树 李才华
李红霞 李 娟 陈卫东 胡 胜 徐苏颖
黄 薇 熊 飞 熊 静 臧晓燕 戴 助

药学部具体承担日常管理工作。

(四) 医院药品不良反应监测工作领导小组

组 长：罗成刚 戴 助

成 员：（按姓氏笔划排序）

尹 涛 冯尧军 甘 宁 朱又华 刘义树
李才华 李红霞 王兆华 胡 胜 徐 伟
龚益平 雷旦生 熊 飞

药学部具体承担日常管理工作。

(五) 中药饮片质量管理工作领导小组

组 长：戴助

成 员：（按姓氏笔划排序）

方辰栋 冯尧军 甘 宁 任 威 刘 斌

李红霞 李 洪 洪 峰 徐馨甜

药学部具体承担日常管理工作。

七、放射诊疗管理委员会

主任 委员：胡德胜

副主任委员：魏文康 陈昌伟

委 员：（按姓氏笔划排序）

方绳权 王 忠 张 勇 张照喜 杨明杰

杨晓蓉 邱大胜 周晓艺 姜文珍 钟 杨

魏 伟

放射诊疗管理委员会办公室设在医务部，魏文康同志兼任办公室主任。

八、医院感染委员会

主任 委员：刘玉林

副主任委员：李才华 满莹

委 员：（按姓氏笔划排序）

王 忠 甘 宁 刘礼霞 余 鸣 吴艳红

吴辉菁 张 莉 陈 俊 陈清波 罗成刚

肖创映 雷旦生 熊 飞 戴 助 刘迎春

医院感染委员会办公室设在感控办，李才华同志兼任办公室主任。

九、医师定期考核委员会

主任 委员：肖燕

副主任委员：吴新红 谢保国 李明生 罗成刚

委 员：（按姓氏笔划排序）

陈 健 王兆华 柯贤柱 胡 胜 胡建华

徐 伟 蒋 晖 熊 飞 熊 静 熊世禄

医院医师定期考核委员会办公室设在人力资源部，谢保国同志兼任办公室主任。

十、医疗技术临床应用管理委员会

主任 委员：张克亮

副主任委员：刘玉林 罗成刚

委 员：（按姓氏笔划排序）

孙学珍 冯尧军 甘 宁 余 鸣 张 勇

张 莉 陈 健 胡 胜 曾书娥 熊 飞

熊治国 魏 伟

医疗技术临床应用管理委员会办公室设在医务部，罗成刚同志兼任办公室主任。

十一、病案管理委员会

主任 委员：刘玉林

副主任委员：冯尧军 吴克智

委 员：（按姓氏笔划排序）

王华斌 邓云特 甘 宁 刘义树 许 娟

何家林 吴东德 吴辉菁 张 莉 周凤娇

肖创映 胡建华 夏桂兰 黄 奕 曾书娥

肖创映 胡建华 夏桂兰 黄 奕 曾书娥

谢 敏 熊 静

病案管理委员会办公室设在医务部，冯尧军兼任办公室主任。

附件：1. 2017 年医院质量与安全管理指标

2. 湖北省肿瘤医院质量与安全管理委员会工作职责



2017 年医院质量与安全管理指标

一、 医院质量与安全管理委员会监测指标（21 项）

- 1、平均住院日 ≤ 14 天
- 2、非计划出院 30 天内重返率 $\leq 3.2\%$
- 3、危重症护理合格率 $\geq 95\%$
- 4、年度压疮发生率 $\leq 0.05\%$
- 5、年度跌倒/坠床发生率 $\leq 0.01\%$
- 6、输血治疗知情同意书完整签署率 100%
- 7、输血前检测率 100%
- 8、用血适应症符合率 100%
- 9、药占比 $\leq 45\%$
- 10、门诊患者抗菌药物处方比例 $\leq 10\%$ ，住院患者抗菌药物使用率 $\leq 40\%$
- 11、抗菌药物使用强度 $\leq$ 每百人天 30DDD_s
- 12、I 类切口手术患者预防使用抗菌药物比例 $\leq 30\%$
- 13、放射工作场所安全合格率 100%
- 14、放射工作人员证件持证率 95%
- 15、医院感染发病率 $< 10\%$ ，医院感染漏报率 $< 10\%$
- 16、I 类切口手术部位感染率 $\leq 0.5\%$
- 17、新技术新业务、科研项目、科研论文等伦理审查率 $\geq 85\%$
- 18、医师定期考核覆盖率 100%，医德医风考核合格率 $\geq 96\%$
- 19、对高风险诊疗项目（手术、麻醉、介入、内科治疗、腔镜、放疗等）授权与再授权率达 100%，无越级手术案例
- 20、甲级病案率 $\geq 90\%$ （无丙级病历）
- 21、病案首页基本信息填写的完整率 $\geq 95\%$

二、医疗质量与安全管理委员会监测指标（14 项）

- 1、平均住院日 ≤ 14 天
- 2、医护人员对医疗安全（不良）事件报告制度的知晓率 100%。
- 3、临床路径标准的患者达到入组率不低于 50%，入组完成率不低于 70%
- 4、内镜诊断与手术后诊断符合率 $\geq 95\%$
- 5、临检常规项目 ≤ 30 分钟出报告，生化、免疫常规项目 ≤ 1 个工作日内出报告，微生物常规项目 ≤ 4 个工作日。时限符合率 $\geq 90\%$
- 6、术中快速病理诊断准确率应 $\geq 90\%$
- 7、大型 X 线设备检查阳性率 $\geq 60\%$
- 8、严重麻醉并发症发生率，三级医院 $\leq 0.04\%$
- 9、术前访视、术后随访率 100%
- 10、手术患者手术并发症 $\leq 0.1\%$
- 11、手术标识、手术核查、手术风险评估执行率 100%
- 12、肿瘤手术切除组织送检率 100%，手术离体组织送检率 100%
- 13、非计划出院 30 天内重返率 $\leq 3.2\%$
- 14、非计划再手术率 $\leq 0.46\%$

三、伦理委员会监测指标（5 项）

- 1、新技术新业务、科研项目、科研论文等伦理审查率 $\geq 85\%$
- 2、临床药物实验患者对自身权益及风险知晓率 $\geq 80\%$
- 3、申报项目伦理再审查率 $\geq 5\%$
- 4、批准开展项目的建档率 $\geq 85\%$
- 5、每年召开伦理审查会议 ≥ 6 次，合计委员参会率 $\geq 60\%$

四、护理质量与安全管理委员会监测指标（8 项）

- 1、基础护理合格率 $\geq 95\%$
- 2、危重症护理合格率 $\geq 95\%$

- 3、护理文件书写合格率 $\geq 95\%$
- 4、ADL 评估率 100%
- 5、健康教育覆盖率 100%
- 6、健康教育知晓率 $\geq 90\%$
- 7、年度压疮发生率 $\leq 0.05\%$
- 8、年度跌倒/坠床发生率 $\leq 0.01\%$

五、输血管理委员会监测指标（10 项）

- 1、临床输血申请单填写完整率 100%
- 2、输血治疗知情同意书完整签署率 100%
- 3、输血前检测率 100%
- 4、输血病程记录完整率 100%
- 5、医护人员取血、验收、交接、核对差错为 0
- 6、用血适应症符合率 100%
- 7、成分输血率 $\geq 99\%$
- 8、所供血液质量 100%合格
- 9、输血不良事件 $< 3\%$
- 10、自体输血率 $\geq 10\%$

六、药事管理与药物治疗学委员会监测指标（12 项）

- 1、药占比 $\leq 45\%$
- 2、住院患者抗菌药物使用率 $\leq 40\%$
- 3、门诊患者抗菌药物处方比例 $\leq 10\%$
- 4、急诊患者抗菌药物处方比例 $\leq 10\%$
- 5、抗菌药物使用强度 $\leq$ 每百人天 30DDDs
- 6、I 类切口手术患者预防使用抗菌药物比例 $\leq 30\%$
- 7、接受限制使用级抗菌药物治疗的住院患者抗菌药物使用前微生物检验样本送检率 $\geq 50\%$

8、接受特殊使用级抗菌药物治疗的住院患者抗菌药物使用前微生物送检率 $\geq 80\%$

9、调剂室年出门差错率 $\leq 0.01\%$

10、药库、调剂室药品质量合格率达 99.8%。库房发出药品质量合格率 100%

11、麻醉药品、精神药品、医疗性毒性药品账物符合率 100%

12、处方药品通用名使用率达 100%

七、放射诊疗管理委员会监测指标（9 项）

1、放射工作人员体检率 100%

2、放射工作人员培训率 100%

3、个人剂量检测仪佩戴合格率 95%

4、放射工作场所警示灯完好率 100%

5、医患辐射防护器材使用率及器材合格率 100%

6、放射场所安全合格率 100%

7、设备性能稳定合格率 100%

8、放射工作人员个人健康管理档案 100%

9、放射工作人员证件持证率 95%

八、医院感染委员会监测指标（10 项）

1、医院感染发病率 $\leq 10\%$,

2、医院感染漏报率 $\leq 10\%$

3、I 类切口手术部位感染率 $\leq 0.5\%$

4、常规器械灭菌合格率 100%

5、各种穿刺一人一针一管执行率 100%

6、医务人员院感知识培训率 $> 85\%$

7、新上岗人员院感知识培训率 100%

8、医务人员手卫生知识知晓率 $\geq 100\%$

9、洗手方法正确率 $\geq 95\%$ ，手卫生依从性 $\geq 70\%$

10、无医院感染的爆发流行

九、医师定期考核委员会监测指标（5 项）

1、医师定期考核覆盖率 100%

2、医师定期考核合格率 $\geq 95\%$

3、医德医风考核覆盖率 100%

4、医德医风考核合格率 $\geq 96\%$

5、医师定考结果上传至国家定考系统的比例 100%

十、医疗技术临床应用管理委员会监测指标（4 项）

1、新技术、新项目申报、审批率达 100%

2、对高风险诊疗项目（手术、麻醉、介入、内科治疗、腔镜、放疗等）授权与再授权率达 100%，无越级手术案例

3、手术医师对肿瘤手术医师资格准入和手术分级授权管理制度知晓率 100%

4、手术医师对肿瘤手术医师能力评价与再授权制度与知晓率达 100%

十一、病案管理委员会监测指标（5 项）

1、出院病案质控率 70%

2、甲级病案率 $\geq 90\%$ （无丙级病历）

3、出科病历 7 个工作日归档率 100%

4、病案首页基本信息填写的完整率 $\geq 95\%$

5、手术与操作编码正确率持续上升

附件 2:

湖北省肿瘤医院质量与安全管理委员会工作职责

一、医院质量与安全管理委员会工作职责

1、负责全院质量与安全管理的指导、检查和协调工作,不定期召开多部门质量与安全协调会。

2、督促各委员会及时更新卫生行政部门出台的各项质量管理标准、流程及制度。

3、督促各委员会及部门按照医院总体质量与安全管理目标,做好指标的监测、考核与评价工作,认真研讨本领域内质量相关问题,提出改进方案,实现质量与安全的持续改进。

4、每年至少组织召开二次医院质量与安全管理委员会会议,听取各委员会工作报告,审定医院年度质量目标和工作计划,研究解决医院质量与安全管理存在的问题,推进医院质量与安全持续改进。

5、牵头组织各委员会开展质量与安全教育和培训工作,提高全员质量与安全意识。

6、完成主任委员及副主任委员交办的其它工作。

二、医疗质量与安全管理委员会工作职责

1、在院长和分管院长领导下,全面负责医院医疗质量与安全管理工作。增强质量与安全意识,严防差错事故发生,确保医疗安全;

2、制定和修订全院各项医疗管理规章制度、工作流程、考核标准和奖惩办法;

3、制定年度医疗工作计划,突出重点,制定全面医疗质量管理实施方案并组织实施;

4、定期组织全院医务人员的培训工作，内容包括：医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章、三基三严和诊疗护理规范、常规，并督促落实；

5、督促、检查医疗质量管理工作的落实情况，掌握各科医疗质量状况，定期总结，采取措施，提出奖惩意见；

6、对重大医疗质量问题及时处理，加强控制，分析原因，及时提出整改措施；

7、完成主任委员及副主任委员交办的其它工作。

三、伦理委员会工作职责

1、负责对本院内进行的药物、医疗器械（包括诊断试剂）临床试验研究、临床和基础科研项目、诊疗新业务新技术和对涉及伦理的科研论文等内容进行独立、称职、及时的科学审查、伦理审查和跟踪监督。

2、规范伦理审查标准，提高伦理审查能力，最大限度地保护临床医疗和科学研究对象的尊严、权利、安全和福利。

3、负责制定医院伦理管理框架和制度，管理医院伦理工作的运行和实施，监查医院伦理相关工作的落实。

4、定期对全院职工进行伦理学原则和方法的教育培训，提高全院职工的医学伦理素质。做好院内的伦理咨询、指导、培训工作。

5、在保护患者及研究对象利益的前提下，合理保护医务人员的正当利益，平衡患者利益、医务人员利益和社会利益的之间的关系。

四、护理质量与安全管理委员会工作职责

1、在分管护理的院领导指导下，负责医院的护理质量与安全管理；

2、根据医院医疗与安全管理委员会工作计划，制定护理质

量与安全管理工作计划；

- 3、完善临床护理工作的各项质量检查标准；
- 4、督促各级护理质控组织对全院各科室的护理工作进行护理质量查，落实各项核心制度、工作流程和护理常规；
- 5、分析并量化考核结果，并向考核的科室反馈考核结果；
- 6、与临床科室共同提出改进措施；
- 7、组织护理专家及管理人员对全院发生的严重护理不良事件进行论，分析和讲评，提出整改意见与防范措施；
- 8、年终总结护理质量管理中存在的突出问题，并加以整改，不断提高护理质量；
- 9、完成主任委员及副主任委员交办的其它工作。

五、输血管理委员会工作职责

- 1、认真贯彻临床用血管理相关法律、法规、规章、技术规范 and 标准，制订本机构临床用血管理的规章制度并监督实施；
- 2、评估确定临床用血的重点科室、关键环节和流程；
- 3、定期监测、分析和评估临床用血情况，开展临床用血质量评价工作，提高临床合理用血水平；
- 4、分析临床用血不良事件，提出处理和改进措施；
- 5、指导并推动开展自体输血等血液保护及输血新技术；
- 6、承担医疗机构交办的有关临床用血的其他任务；
- 7、完成主任委员及副主任委员交办的其它工作。

六、药事管理与药物治疗学委员会工作职责

- 1、贯彻执行医疗卫生及药事管理等有关法律、法规、规章。审核制定本机构药事管理和药学工作规章制度，并监督实施；
- 2、制定本机构药品处方集和基本用药供应目录；
- 3、推动药物治疗相关临床诊疗指南和药物临床应用指导原则的制定与实施，监测、评估本机构药物使用情况，提出干预和

改进措施，指导临床合理用药；

4、分析、评估用药风险和药品不良反应、药品损害事件，并提供咨询与指导；

5、建立药品遴选制度，审核本机构临床科室申请的新购入药品、调整药品品种或者供应企业和申报医院制剂等事宜；

6、监督、指导麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品及放射性药品的临床使用与规范化管理；

7、对医务人员进行有关药事管理法律法规、规章制度和合理用药知识教育培训；向公众宣传安全用药知识；

8、完成主任委员及副主任委员交办的其它工作。

七、放射诊疗管理委员会工作职责

1、负责制定放射诊疗管理相关制度与预案，拟定工作计划组织实施；

2、对全院放射诊疗管理工作进行监督、检查，定期对放射诊疗安全事件进行演练，针对演练不足进行持续改进；

3、负责放射工作人员健康管理，组织放射工作人员定期培训、体检，并发放放射津贴；

4、负责个人剂量牌的收发工作，对产生大剂量的进行调查并酌情处理；

5、放射诊疗场所定期巡查工作，主动询问放射工作人员及时发现问题，定期联系有资质部门做好防护检测工作及机器性能检测；

6、对于医院新增诊疗科目、更换仪器设备及新、改、扩建场所，及时向上级部门申报，并请有资质部门做好相关评价；

7、负责联系环保部门，完成同位素及放射源转入及回收处理，按期完成各放射诊疗场所环境评价及验收；

8、定期参照放射诊疗管理相关制度，对科室进行检查、评

价，持续改进；

9、完成主任委员及副主任委员交办的其它工作。

八、医院感染委员会工作职责

1、制定预防和控制医院感染的规章制度并监督实施；

2、对本医院的建筑设计和重点科室建设提出意见；

3、对医院感染管理工作计划实施进行考核和评价；

4、对医院感染重点部门、重点环节、重点流程、危险因素以及采取的干预措施；

5、研究并制定发生医院感染暴发及出现不明原因传染性疾病或者特殊病原体感染病例等事件时的控制预案；

6、建立会议制度，定期研究、协调和解决有关医院感染管理方面的问题；

7、根据本医院病原体特点和耐药现状，配合药事管理委员会提出合理使用抗菌药物的指导意见；

8、其他有关医院感染管理的重要事宜。

九、医师定期考核委员会工作职责

1、建立健全我院医师定期考核管理规章制度；

2、制定医师定期考核工作计划和考核方案；

3、指导医师定期考核管理委员会办公室开展医师定考工作，审核考核结果；

4、研究解决医师定期考核工作中的重大问题。

十、医疗技术临床应用管理委员会工作职责

1、根据医疗技术临床应用管理相关的法律、法规、规章，制定本机构医疗技术临床应用管理制度并组织实施；

2、审定本机构医疗技术临床应用管理目录和手术分级管理目录并及时调整；

3、对首次应用于本机构的医疗技术组织论证，对本机构已

经临床应用的医疗技术定期开展评估；

4、定期审议本机构医疗技术临床应用管理各项制度执行情况，并提出改进措施和要求；

5、上级卫生计生行政部门规定的其他职责。

十一、病案管理委员会工作职责

1、制定、审核、修订适于医院病案管理的相关制度和奖惩规定；

2、定期对病案管理工作进行督促、检查和指导，收集科室对病案管理工作的意见和建议；

3、拟定、审核临床各科室、专业病历表格的内容和形式；

4、提出有关改革病案管理工作的建议；

5、组织病案质量检查，评议病案书写质量和病案管理质量；

6、负责有关病案管理工作方面的业务咨询和技术指导；

7、处理病案工作中的各种争议，包括治疗结果级别的确定，诊断符合程度级别的确定，病案记录质量级别的确定，以及在病案管理工作中与医务人员或科室之间发生的其他各种争议；

8、完成主任委员及副主任委员交办的其它工作。