

医疗风险管理制度

为保障患者健康，最大限度地减少医疗服务过程中的各类危（wei）险因素，确保诊疗服务的安全性和治疗的有效性。降低风险事件的发生对医院造成的经济损失，降低医院经营管理中的风险成本。积极改善服务态度、不断提高医疗质量。特制甘洛县人民医院医疗风险管理制度。

一、医疗风险定义

是指在医疗过程中可能会导致损失和伤残事件的不确定性和可能发生的一切不安全事件，主要包括医疗事故、医疗差错、医疗意外、不安全事件、并发症及由这些因素导致的医疗纠纷等。

二、建立医疗风险评估和防范的__机构 1. 医疗风险评估和防范团队

由多学科人员组成，包括医疗、护理、管理、药剂、设备管理、后勤保障、保卫等。

2. 建立医疗风险评估体系

基于医疗风险评估、建立常规的医疗风险种类、确定每一类风险的具体危险因素、确定分析方法、选择医院优先级的医疗风险事件，采取有效、动态(范本)的医疗风险防范、控制措施。

三、医院风险防范和控制方案

处理原则“早发现、早介入、早处理，重在预防” 1. 通过完善医院管理制度，规范医疗活动过程。

(1) 完善诊疗护理常规、收治标准，界定有关专业疾病收治范围、促进诊疗规范管理。

(2) 加强围手术期安全管理，完善手术分级管理、手术授权和再授权机制，加强手术风险评估制度、重大手术审批制度、非计划再次手术的管理，对个人技术实行准入管理，提高手术科室的专业技术水平，保证手术质量和安全管理。

(3) 实施首诊负责、完善急诊分流制度，确保急诊绿色通道的畅通，完善重危病人的转送流程，为病人提供联贯的医疗服务。

(4) 规范药物使用流程，特别是抗菌药物的分级管理。

(5) 完善院内感染各项管理制度，医务人员的手卫生规范管理，制定重点院感监测项目的sop。

(6) 落实病人安全目标各项制度，加强患者入院坠床 / 跌掉风险评估、手术部位标记、术前安全核查、病人身份确认、高危（wei）险药品管理、危（wei）险值管理、病人安全转科转院等。

(7) 落实病人转科、转院、出院计划制定等制度，确保安全。

(8) 确保病人与医务人员、医务人员之间沟通及时有效。

2. 健全临床督导和审核制度，落实各项医疗核心制度 (1) 完善医疗质量管理体系，确保医疗管理委员会、输血管理委员会、药事管理委员会等全院质量改进体系的有效运作。

(2) 完善院科两级医疗质量与安全管理体系，加强职能部门与临床、医技辅助科室间的有效沟通与协作。

3. 健全专业教育与培训制度

(1) 完善岗前培训、三基培训制度，对医务人员专业知识和临床技能进行定期培训考核。

(2) 职能部门定期__各类讲座、培训与学习，加强医疗风险防范和控制技能的培训。

4. 建立医院不安全事件管理体系

完善不安全事件分类定义、明确事件范围、建立应急响应程序、完善内部外部报告系统、建立负面事件应对机制以及主动减少风险的管理体系。

(1) 建设鼓励上报的医院文化，有利于事件早期发现和预防。

(2) 落实不安全事件标准上报程序，及时处理，尽可能减少其对病人和医院造成的损失。

(3) 对警讯事件进行根本原因分析(rca)，并根据分析结果制定整改措施，同时持续监测、评估措施的有效性。

(4) 对高风险的程序和流程，使用失效模式和影响分析(fmea)方法，在回顾性分析已发生及潜在不安全事件的基础上，探寻是否存在改进流程或者系统的可能性。

(5) 完善医疗纠纷的应急处置，避免病人伤害与医院损失的扩大。严格落实医院投诉管理制度、重大医疗纠纷突发应急处置预案等。

___.1

医疗风险管理制度

医疗风险是指卫生技术人员在从事医疗活动的过程中存在的对患方或者医方造成伤害的危（wei）险因素。对患方是指存在于整个医疗服务过程中，可能会导致伤害或者伤残事件的不确定性，以及可能发生的一切不安全事情。对医院是指在医疗服务过程中发生医疗失误或者过失导致的不安全事件的风险。为了避免医疗风险的发生，提高医疗质量，减少医疗纠纷，改善医院管理，根据《执业医师法》、《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》等相关文件制定本制度。

一、风险管理：

1、院长是医疗风险管理工作的第一责任人，主管院长承担主管业务的风险管理责任，科室主任承担所属科室的医疗风险管理责任。

2、医院员工均有权，也有义务提出、规避、控制、上报全院、科室和岗位工作中的各种医疗风险隐患。

3、医院医疗质量与安全管理委员会、科室质量与安全管理小组负责医疗风险管理工作，通过院科两级管理，定期对医疗风险现状进行调查、原因分析、制定对策、___实施、效果检查和持续改进。

4、科室质量与安全管理小组每月一次或者一旦发现新的医疗风险因素，即时召开专题会，查找、研讨、分析并寻觅有效解决办法。各科能自行解决的自行解决，若需医院协调，则上报有关职能部门。在每月活动中，查找出的风险、隐患，科内首先提出处理意见，并在科内广泛征求员工意见，选择最优方案落实，并将所采取措施科内通报。

5、职能部门每季度检查各种管理措施的落实情况，对其有效性、实际性、便捷性进行评估。对于不完善的措施进一步进行分析整改，直至完善。协助科室医疗风险管理工作，并将有关情况上报医院。

6、每半年对检查结果进行汇总、整理、分析。年终将全年情况进行汇总、分析，提出下一年度医疗风险管理重点和年度工作方案。

二、风险识别

医疗风险识别是发现、认可并记录医疗风险的过程。识别的目的就是确定可能对患方或者医方造成伤害的事件或者情况。一旦医疗风险得以识别，还应对其影响范围、潜在后果进行识别。并采取相应的控制措施。

三、风险分析与评估

医疗风险被识别确认后，要对其产生的原因、风险后果及其发生的可能性、

影响后果和可能性的因素，进行分析。同时还要对现有的医疗风险控制措施及其有效性进行分析。结合医疗风 险 生的可能性及潜在后果，是否演变为医疗纠纷和严重程度，进行评估，确定医疗风险的水平与等级。

四、风险人群

下列重点病人，是易发生风险的潜在人群，应加以分外 与沟通。

- 1、低收入阶层患者。
- 2、孤寡老人或者虽有子女，但家庭不和睦者。
- 3、自费患者。
- 4、在与医务人员接触中已有不满情绪者。
- 5、估计手术等治疗效果不佳或者预后难以预料者。
- 6、对治疗期望值过高者。
- 7、交待病情过程中表示难以理解者，情绪偏激者。
- 8、发生院内感染者。
- 9、病情复杂，可能发生纠纷者。
- 10、住院预交金不足者。
- 11、已经产生医疗欠费者。
- 12、需使用贵重药品或者材料者。
- 13、由于交通事故有可能推委责任者。
- 14、经他人介绍者。
- 15、患者或者家属具有一定医学知识者。
- 16、特殊人员。

五、风险预警及应对措施

(一) 预警标准(下列情况应当预警)

- 1、危重病人抢救及高风险手术病人。
- 2、急、重、危病人应作特殊检查和处理的；转诊病人具有一定风险的。
- 3、麻醉(范本)、输血、输液、药物使用有异常反应的。
- 4、介于多学科之间，又一时难以确诊的重症患者，在执行首诊负责制之后，存在一定风险的。
- 5、对于自知或者他人的提示下，有违反规章制度或者操作规范，可能发生医疗风险的。

6、诊疗效果不满意，如可能引起医疗争议的院内感染，操作较复杂有可能发生严重并发症或者并发症发生率较高，治疗效果难以准确判断的。

7、临床各项指征与相关检查不一致、报告单不确切、可能带来不良后果的。

8、一次___、血液、血液制品、药品材料、仪器设备使用前或者使用中发
现 存在隐患的。

9、因玩忽职守、无故迟延急诊、会诊、抢救时间，或者因操作失当(粗暴)、不负责任、擅自做主，可能造成风险的。

10、患方认为服务态度不好，使用刺激性语言或者不恰当解释病情等引起
激 烈争议的。

11、病情发生重大变化、死因不明或者猝死、浮现严重并发症。

12、治疗工作有缺陷且造成不良后果的。

(二) 预警分级

根据医疗风险演变成医疗纠纷的可能性大小和严重程度，医疗风险预警分为三级。

1、一级预警。风险的严重程度较轻，有演变成纠纷的可能性。估计经科室内解释和协调问题可以解决。若演变成纠纷有可能造成不良后果。

处置措施。医务人员发现预警情况，即将报告科室负责人。科室负责人应即将了解情况，采取有效措施，提高服务质量，加强医患沟通，化解风险隐患。同时在科内通报以引起每位员工的重视。

需一级预警的情况。病人正常死亡、浮现并发症、病情发生重大变化、病危、重大手术、创新手术、重大抢救、意外；医护工作中不存在缺陷，但病人及家属对医院的工作有不理解或者不满的预兆（包括服务质量、服务态度、辅助检查、收费等）；其他有可能演变为纠纷可能性的情况。

2、二级预警。医疗风险的严重程度较重，估计经科室内解释协调有可能解决。若演变成医疗纠纷可造成一定的不良后果，且处理难度较大。

处置措施。医务人员发现预警情况，即将报告科室负责人。科室负责人接到预警报告后，要在___小时内上报主管职能部门备案(非班时间上报总值班)。科室即将制定消除隐患的方案、实施办法、明确主管人，力争化解医疗风险隐患，并随时将处理情况向主管部门汇报。若患方提出争议，转为纠纷，则启动医疗纠

纷应急预案。

需二级预警的情况。病人死亡(或者猝死)原因不明、浮现较重的并发症、药品的严重毒副反应、病情蓦地恶化等情况； 医护工作存在一定缺陷、病人及家属有不满的表现等。演变为纠纷的可能性较大，一旦演变为纠纷处理难度较大。

3、三级预警。医疗风险隐患严重，极有可能演变为严重的医疗纠纷，即使科室全力解释协调，问题仍将难以解决，风险所涉及的医疗缺陷明显，将造成严重的不良后果。

处置措施。科室发现预警情况，即将上报科室负责人，科室负责人即将上报主管职能部门(非正常班上报总值班)。同时要积极采取措施，将风险降到最低程度。主管职能部门即将派人与科室负责人及有关人员共同讨论制定处理方案，并上报主管院长。在积极消除隐患的同时，争取把握一旦转为纠纷时处理的主动权。一旦转为纠纷，则启动医疗纠纷应急预案。

需三级预警的情况。治疗工作中存在明显的缺陷导致病人死亡、残疾、严重的并发症；病人及家属有极度不满的表现甚至威胁，极有可能演变为医疗纠纷。

六、风险规避

1、加强岗位培训、安全教育，增强风险防范意识。

2、落实医患沟通制度。强调“四种情况四说清”，即特殊病人、特殊病情、特殊检查、特殊治疗情况下，特殊要交待清晰病情、病程、药物治疗影响及预后。

3、认真执行会诊制度、首诊负责制度、转院转科等核心制度。

4、医疗文件书写做到规范、及时，妥善保管，及时提供。注意保存各种证据。

5、重视诊疗过程中的关键环节(风险点)。诊断、治疗、手术、输液、过敏试验及预防接种。

6、急救药品齐备，设备状态良好，人员设备在位。

7、及时处理纠纷。对病人不满和投诉，迅速做出反应，及时协调处理，常可收到免除诉讼并收到事半功倍的效果。

8、科室负责人与科室质管小组高度负责，加强风险监控。

七、风险监控：

1、

二、三级预警要以书面形式进行上报。紧急情况下先以电话方式报告，过

后补报书面材料。

- 2、职能科室建立医疗风险预警(不良事件)登记本。
- 3、对发生的事件进行确认。
- 4、在对事件的处理过程中重点发现体制上、流程上、制度上的缺陷与漏洞。
- 5、修订完善医疗风险防范管理措施。
- 6、制定检查标准并进行检查落实。
- 7、管理人员职责是设计管理程序、监测管理过程、采集分析资料、持续质量改进。

医疗技术风险管理制度

一、医疗技术风险管理体系

医疗技术风险管理纳入医疗质量管理体系，实行医院医疗质量与安全委员会及科室质量与安全管理小组两级管理。医务部负责医疗技术风险上报统计、___专家讨论、反馈整改意见等具体工作。

二、造成医疗技术风险的可能因素

(一)医疗技术设计方面：新技术操作规范不成熟，技术操作流程不够科学或者过于复杂等；

(二)医务人员个人因素：新技术应用经验不足、技术能力不足等；

(三)设备因素：设备和设施发生改变，不能正常运转等；

三、风险管理和预警工作流程

(一)执行技术操作的经治医师负责监测技术风险，发现有潜在风险或者已经造成伤害时，应即将现场采取处理措施。现场经治医师采取措施后仍难以处理时，应即将向上级医师报告直至科主任，必要时报告医务部或者分管院领导。参照《医疗安全(不良)事件报告制度》和《医疗纠纷(事故)防范、预警与处理规定》进行上报。

(二)医务部根据《医疗技术管理制度》相关规定，必要时___医院质量与安全管理委员会专家进行分析讨论，指导相关人员做出正确处理。

(三)如需继续应用该技术，主管医师应向患者或者家属告知情况，征得患者或者家属的允许并签署知情允许书后施行。

(四)经治医师对紧急意外情况后浮现的病情变化、诊疗方案、上级医师

意见及诊疗情况应及时记录，同时必须坚守岗位，不得擅自离开，至患者病情稳定为止。

四、医疗技术风险的预防

落实我院《医疗技术管理制度》、《新技术准入和评估制度》和《高风险诊疗操作的资格许可授权制度》等相关规定，医务部定期对上报的医疗技术风险进行汇总和分析，呈交医院医疗质量与安全委员会讨论评估，对医疗技术的安全、质量、疗效、费用等情况进行全程追踪管理和评价，及时发现医疗技术风险，并将评价结果反馈给相关科室，督促其采取相应措施，保证医疗技术管理持续改进。

医院医疗技术风险管理制度

医疗技术风险是指医疗技术实施过程中存在或者浮现的可能发生医疗失误或者过失导致病人死亡、伤残以及躯体___、生理功能和心理健康受损等不安全事件的危（wei）险因素，不论不良后果是否发生以及患者是否投诉，均属医疗技术风险。

为了及早发现医疗技术风险隐患，通过风险预警监控机制，减少医疗技术伤害事件的发生，确保医疗安全，特制定本制度。

1、 医疗技术风险预警分级

医疗技术安全预警工作要遵守“以病人为中心”的服务宗旨，以卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规为准绳，以深挖细找医疗质量和安全各环节的安全隐患为主要手段，达到及时消除安全隐患并警示责任人，从而确保医疗安全的目的。医院领导、职能部门、各科室、各级各类专业技术人员，按职责和分工，各司其职，各负其责，做好预警工作。

根据工作和医疗活动中因失误造成的医疗缺陷的性质、程度及后果，将医疗技术风险预警分为三级。

1.1 一级预警项目

指违反有关法律、法规、规章、操作规程和常规，但尚未给患者或者医院造成伤害或者招致患者投诉等不良后果的情形。

1.2 二级预警项目指违反有关法律、法规、规章、操作规程和常规，引起患者投诉或者给医院造成一定程度的经济损失或者名誉伤害等不良后果的情形。

1.3 三级预警项目

指违反有关法律、法规、规章、操作规程和常规，浮现医疗事件酿成医疗

纠纷、由于医务人员的过失造成非事故性医疗缺陷或者发生严重违反医德医风事件，从而给医院带来较为严重的经济损失或者声誉伤害的情形。

2 医疗技术风险预警信息来源

2.1 各级各类查房：临床医师三级查房、护理查房、临床药师查房、院长查房等；

2.2 相关职能管理部门如医务科、投诉管理办公室、感控科、护理部等日常检查、监督、考核、评价、分析、反馈；

2.3 各级各类专业技术人员日常工作中的反映和积累；

2.4 卫生行政部门和上级领导机关监督检查结果或者通报；

2.5 患方反映、投诉、___；

2.6 医疗纠纷、医疗事故等方面的信息等。

3 医疗技术风险预警处置程序

3.1 立案

3.2 处理程序

___小时内填写《霍邱二院医疗技术风险预警处置登记表》，与医疗不良事件同时上报。

二、三级医疗技术风险预警警示的当事科室或者当事人，接到通知后最迟在 ___小时内必须主动作出说明或者检讨，根据情节、后果、态度和整改结果，当月 内作出处理。

3.3 处罚

4 医疗技术伤害处置预案 4.1 医疗技术伤害普通处置原则

即将消除致害因素。技术伤害一旦发生，首先发现者应当即将设法终止致害因素，当致害因素的识别和判定有艰难时，应当即将汇报请示上级医护人员指导处理，不可迟疑迟延。迅速采取补救措施。密切注意患者生命体征和病情变化，千方百计采取有效补救措施，降低技术伤害后果，保护患者生命健康。尽快报告有关领导。技术伤害一旦发生，都必须即将如实报告。首先报告上级医师和科主任，情节严重者应当同时报告医务科(或者总值班)、主管院领导，重大技术损害必须同时报告院长，任何人不得瞒报或者迟报。

4.2 医疗技术伤害处置流程

当发生医疗技术伤害时，应密切___患者生命体征及病情变化，对患者所受到的伤害程度进行初步判断，并根据伤害程度进行相应流程的处置。

首先，应即将暂停原医疗技术操作，当事科室要酌情___科内会诊，妥善处理（由科主任或者三级医师或者现场高年资医师主持）并根据当时具体情况采取适宜 应急补救措施。随后，应即将上报科室负责人及医务科，同时做好患者的保护性 医疗措施，防止再次或者继续发生医疗技术伤害。科室负责人接到报告后应及时___ 相关技术专家会诊讨论，研究进一步的补救处理对策和是否继续进行原医疗技术 操作，同时向医务科汇报发展情况，医务科根据发展情况选派技术专家参预补救 对策及时处理患者，治疗过程中应尽量避免或者减少其他并发症。治疗时须严密观 察患者病情，防止发生其他意外情况。及时按规定整理材料，保留标本并报医院 相关领导和相关职能部门。

首先，应即将以抢救患者生命为主。在抢救患者生命的同时即将上报科室负责人和医务科及医院相关领导。科室负责人或者医务科接到报告后，应即将赶往 事发地点___相关技术专家抢救患者生命，讨论并采取补救处理对策同时报告医 院相关领导；必要时由医务科邀请上级医院专家会诊指导（医务科或者医 院相关领 导主持）。

随后，待患者生命危（wei）险解除后，进一步会诊讨论、研究详细补救处 理对策。补救对策应防止患者发生进一步伤害，尽量减少伤害和避免发生其他 伤害后果。

补救对策完毕后，必须派专人严密监护患者病情，防止发生其他意外情况。及时按规定整理材料、保留标本报医院相关领导及医务科。

4.3 医疗技术伤害相关处置

发生医疗技术伤害时应迅速采集并妥善保管有关原始证据，包括实物、标本、手术切除___器官、剩余药品、材料、试剂、摄像和录音资料、各种原始记录等。

发生医疗技术伤害时，应积极妥善做好与患方的沟通工作，竭力稳定患方情绪，争取患方配合，防止干扰抢救和发生冲突。

患方以不正当手段过度___、聚众滋事、扰乱医疗秩序时，在耐心劝导和向当地卫生行政部门、公安部门报警的同时， ___力量维护医疗秩序，保护医院设施。

4.4 奖惩

医疗风险管理方案

生效日期： 修订日期：

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/025313132142011114>