



超声科运营管理之提质增效

医学影像用户服务部



目录

01

政策导向

02

如何提质

03

如何增效

04

怎么持续

第一章

政策导向

质控发展
绩效考核



国考：三级公立医院绩效考核工作意见

中华人民共和国中央人民政府
www.gov.cn

国务院 总理 新闻 政策 互动 服务 数据 国情 国家政务服务平台

索引号: 000014349/2019-00004
发文机关: 国务院办公厅
标题: 国务院办公厅关于加强三级公立医院绩效考核工作的意见
发文字号: 国办发〔2019〕4号
主题词:

主题分类: 卫生、体育\卫生
成文日期: 2019年01月16日
发布日期: 2019年01月30日

国务院办公厅关于加强三级公立医院绩效考核工作的意见

国办发〔2019〕4号

各省、自治区、直辖市人民政府，国务院各部委、各直属机构：
为进一步深化公立医院改革，推进现代医院管理制度建设，经国务院同意，现就加强三级公立医院绩效考核工作提出以下意见。

一、总体要求

(一) 指导思想。

相关报道
* 国务院办公厅印发《关于加强三级公立医院绩效考核工作的意见》

解读
* 国家卫健委：2020年基本建立较为完善的三级公立医院绩效考核体系

国务院办公厅关于加强三级公立医院考核工作的意见：

指导思想：建立健全基本医疗卫生制度，**加强和完善公立医院管理**，坚持公益性，调动积极性，引导三级公立医院进一步落实功能定位，**提高医疗服务质量和效率**。

指标要求：

4大指标要求：医疗质量，运营效率：

卫健委：质控模式跃变

质控1.0

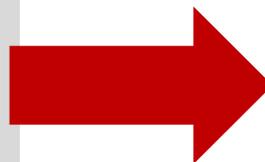
- 质控指标制订
- 质控数据收集，分析
- 与国际数据对比，呈现

以指标制订，数据收集，反馈为准

质控2.0

- 目标导向
- 建立完整的质控组织体系架构
- 建立具备质量管理能力的队伍
- 具有科学的质控工作方法
- 明确质控工作重点与实施路径
- 信息化的质控工作系统

以精准数据为基础的质量改进模式



说明：解读来源于国家卫生健康委医政医管局医疗质量与评价处

财务司：运营管理转变提升效益

财务司

主站首页 | 首页 | 最新信息 | 政策文件 | 工作动态 | 关于我们

动态

您现在所在位置：首页 > 最新信息 > 综合管理 > 财务管理 >

《关于加强公立医院运营管理的指导意见》解读

发布时间：2020-12-25 来源：财务司

近日，国家卫生健康委会同国家中医药局联合印发了《关于加强公立医院运营管理的指导意见》（国卫财务发〔2020〕27号），有关要点解读如下：

一、制定背景

2016年习近平总书记在全国卫生与健康大会上的讲话指出，要抓好建立现代医院管理制度建设，推动医院管理模式和运行方式转变；要显著提高医院管理的科学化、精细化、信息化水平，规范医疗行为，不断提高服务能力和运行效率。2017年《国务院办公厅关于建立现代医院管理制度的指导意见》（国办发〔2017〕67号）提出，要努力实现社会效益与运行效率的有机统一，实现医院治理体系和管理能力现代化。近年来，《管理会计基本指引》《国务院办公厅关于加强三级公立医院绩效考核

国家卫生健康委会同国家中医药局联合印发了《关于加强公立医院运营管理的指导意见》

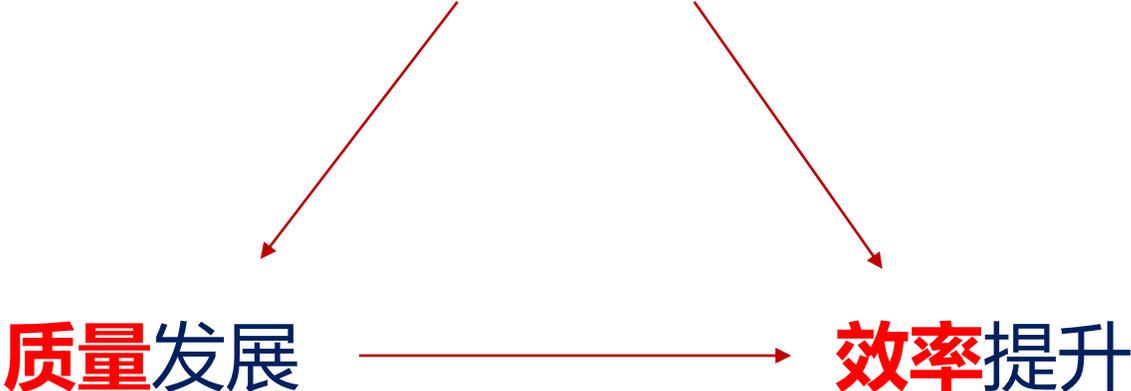
目前公立医院收不抵支现象普遍，医院持续良性运营面临挑战，亟需彻底扭转重资源获取轻资源配置、重临床服务轻运营管理的倾向，提升**精细化运营管理水平**，向**强化内部管理要效益**。

明确管理范畴，包括：**优化资源配置，加强财务管理，加强资产管理，加强后勤管理，加强临床、医技、医辅科室运营指导**，强化业务管理与经济管理相融合，强化运营风险防控，加强内部绩效考核，推进运营管理信息化建设。

说明：解读来源于国家卫生健康委医政医管局医疗质量与评价处

本章小结

绩效考核



■ 第二章

如何提质

个人质量提升
科室质量提升



提质-PDCA概念及步骤

- P:写你所想的
- D:做你所写的
- C:检查做过的
- A:改正做错的



4个阶段，8个步骤

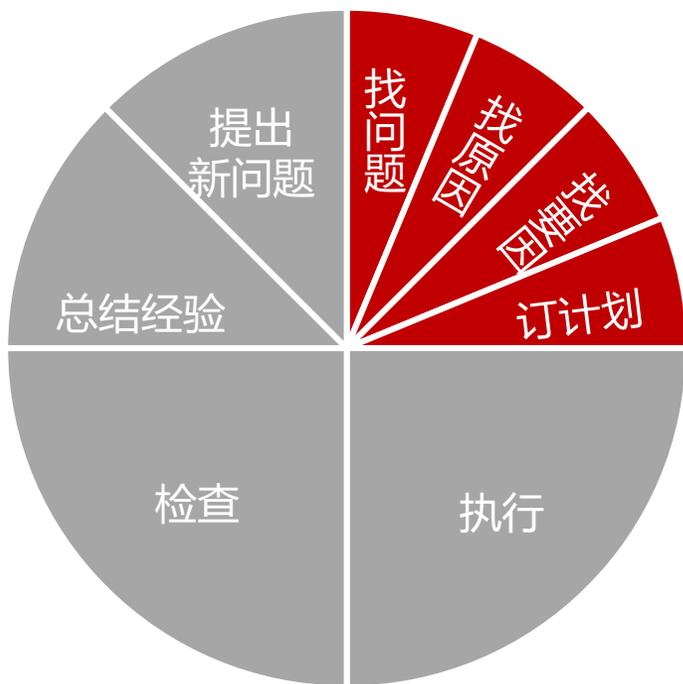
PDCA 循环管理法在超声科“危急值”管理中的应用

吕虹 贾美红 冯婷华 康春松

【摘要】 目的 探讨 PDCA 循环管理法在超声科“危急值”管理中的应用价值。方法 对实行 PDCA 循环后 2015 年 1 月至 2019 年 1 月超声科“危急值”数据进行质量现状分析,采用 χ^2 检验对超声科“危急值”的报告率、知晓率、书写合格率及临床处理及时率进行比较,评估 PDCA 循环管理法应用后的效果。结果 应用 PDCA 循环管理法后超声科“危急值”报告率分别为 96.4%、98.0%、94.5%、96.7%,知晓率分别为 63.2%、78.6%、84.8%、92.2%,书写合格率分别为 70.4%、77.2%、85.3%、94.0%,临床处理及时率分别为 50.9%、71.7%、81.1%、85.5%,超声科“危急值”知晓率、书写合格率及临床处理及时率均得到显著提高,差异均有统计学意义 ($\chi^2=12.464$ 、38.184、52.926, P 均 < 0.05)。结论 应用 PDCA 循环管理法可明显改进超声科“危急值”管理质量。

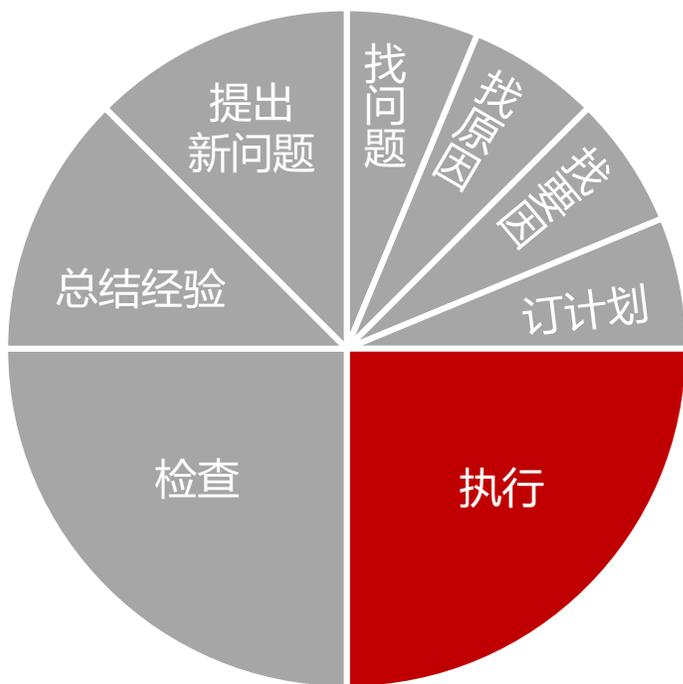
【关键词】 PDCA 管理; 超声危急值; 质量

提质-PDCA



- 1.找问题：**危急值报告率、知晓率、书写合格率、临床处理及时率偏低；
- 2.找原因：**定义不清晰、不知道流程、不知道如何记录、未及时通知、未跟踪处理情、误漏诊、机器分辨力不足、知道危急值内容但不知道如何处理、没有专人负责、记录文档不见了、缺乏应急预案、记录内容不统一。
- 3.找要因：**定义不清晰、不知道流程、不知道如何记录、缺乏应急预案；
- 4.订计划：**规定危急值内容；制定报告流程，培训及考核；增加记录本，明确登记内容；制定应急预案。

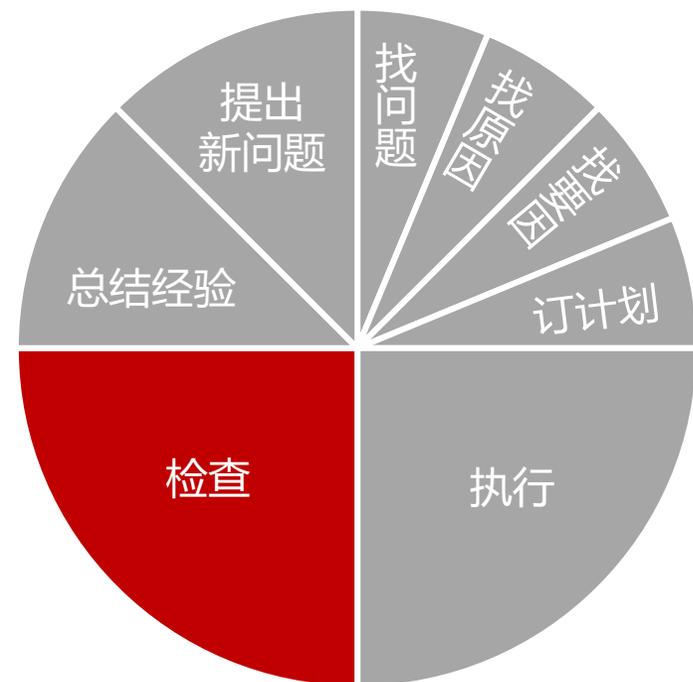
提质-PDCA案例



5.执行:

- 1、确认危急值，报告科室，接获人员完整复述一次“危急值”结果，科室将结果记录；医师接获报告后，在登记本上签名确认。转诊后及时记录。超声医师2 h 后回访“危急值”是否处理并登记，并定期随访患者情况。
- 2、每3 个月培训及考核，明确“危急值”范围、诊断标准及“危急值”报告流程。
- 3、对于特殊“危急值”病例必要时汇报，在全科学习例会中讨论。

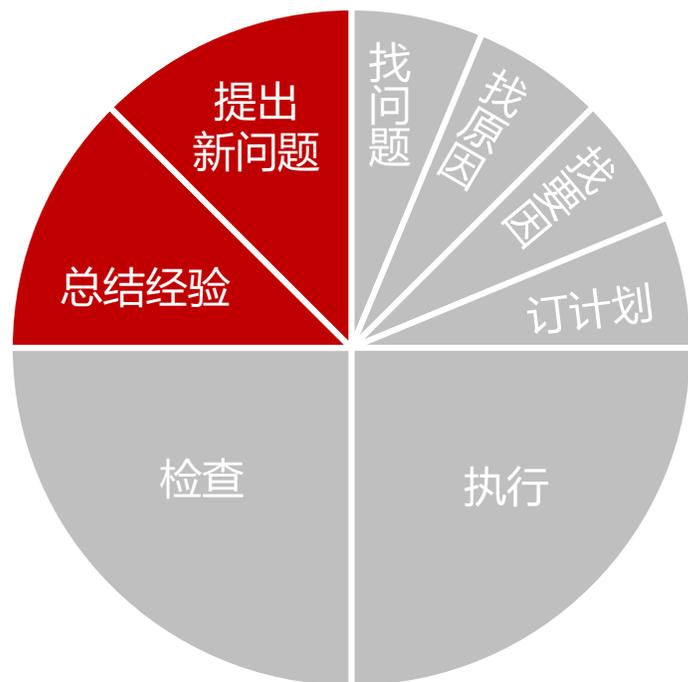
提质-PDCA案例



6.检查:

- 1、每月检查“危急值”报告记录本，包括项目登记的完整性、及时性、准确性；
- 2、每月由PACS内随机调取本月10份“危急值”报告，查看有无漏记
- 3、本月质量控制存在问题及之前质量控制存在问题的改进落实情况

提质-PDCA案例



7.处理:

- 1、科主任及护士长作为科室“危急值”管理第一责任人，负责对质量管理小组成员“危急值”的落实改进情况进行监控。
- 2、质量管理小组成员将PDCA过程中发现的问题及时反馈给科主任及护士长，并提出改进建议，总结经验教训。
- 3、完善和修订PDCA操作流程，以保证PDCA循环在超声科“危急值”质量管理中良性运行，为质量监控、质量保证和下一循环质量改进提供数据和依据。

提质-PDCA案例

成果：PDCA 循环管理法实施后，危急值知晓率、书写合格率、临床处理及时率均得到显著提高，差异均有统计学意义

表 2 PDCA 循环管理实施后“危急值”管理情况比较 [例 (%)]

年度	报告情况		知晓情况		合格情况		处理情况	
	报告	未报告	知晓	不知晓	合格	不合格	处理	未处理
2015	108 (96.4)	4 (3.6)	24 (63.2)	14 (36.8)	76 (70.4)	32 (29.6)	55 (50.9)	53 (49.1)
2016	145 (98.0)	3 (2.0)	33 (78.6)	9 (21.4)	112 (77.2)	33 (22.8)	104 (71.7)	41 (28.3)
2017	191 (94.5)	11 (5.5)	39 (84.8)	7 (15.2)	163 (85.3)	28 (14.7)	155 (81.1)	36 (19.9)
2018	235 (96.7)	8 (3.3)	47 (92.2)	4 (7.8)	221 (94.0)	14 (6.0)	201 (85.5)	34 (14.5)
χ^2 值	2.018		12.464		28.184		52.026	
P 值	0.389		0.006		< 0.001		< 0.001	

提质-PDCA案例

PDCA解决的问题更具体，适用于解决简单质量问题、个人质量问题。多用于解决流程、制度、标准方面的问题。

比如制度执行不力问题、业务水平提高问题、切面检查不标准问题等。

提质-QCC概念

品管圈 QCC

又名：

质量控制圈、品质圈、QC小组

由在同一工作场所、工作性质相同的基层人员，自愿自发组成的活动团体。

通过全体合作、集思广益，来解决工作现场、管理、文化等方面所发生的问题。

提质-QCC流程



品管圈在超声诊断新生儿胆道闭锁持续质量改进中的应用效果

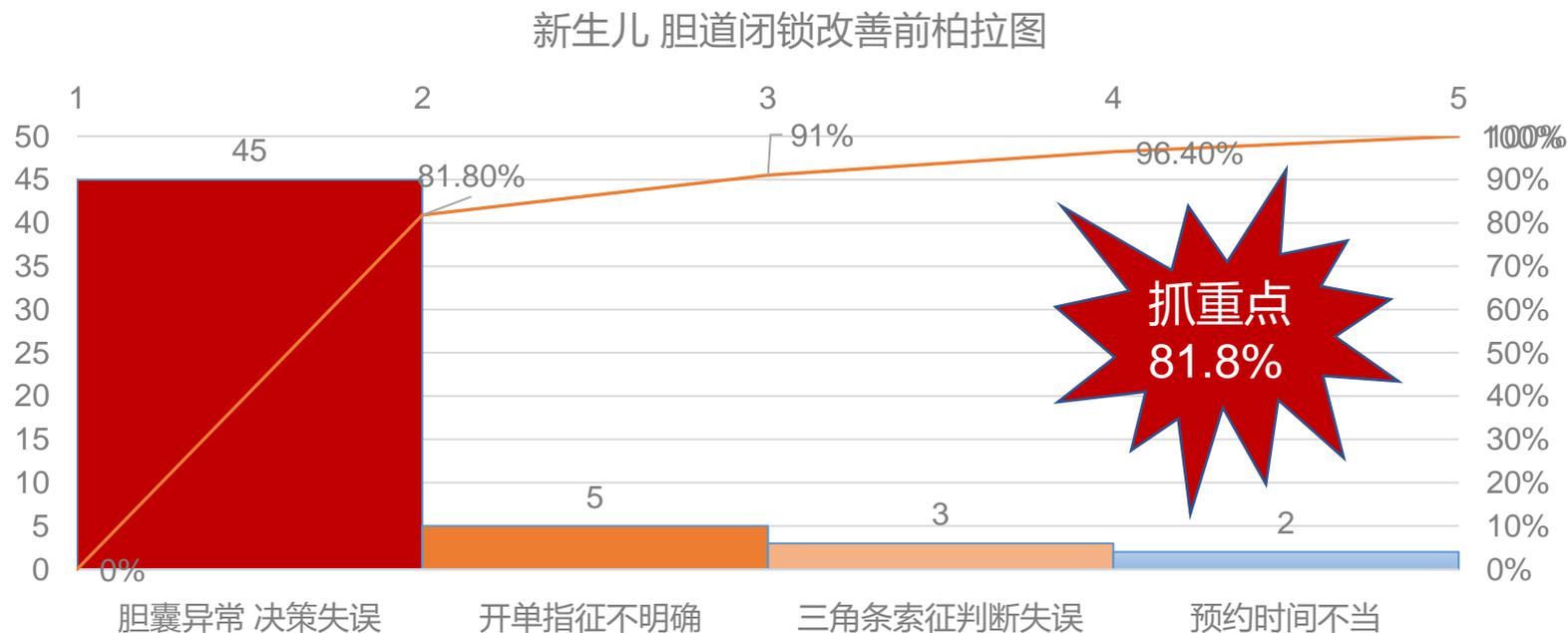
王丽敏 徐玲 简练 潘云祥 尚宁

【摘要】 目的 探讨品管圈在提高超声诊断新生儿胆道闭锁符合率中的应用效果。方法 于2019年4月至2019年11月开展品管圈活动,通过确定活动主题、计划拟定,收集2018年4月至2018年11月在广东省妇幼保健院超声诊断科进行新生儿胆道闭锁筛查的283例患者进行回顾性分析;以手术结果或胆道造影结果为“金标准”,进行超声诊断符合率调查和漏误诊原因分析;设定活动目标并拟定对策,于2019年4月至11月实施拟定对策、确认效果并持续实施;对2018年4月至2018年11月(改善前)与2019年8月至11月(改善后)的超声诊断符合率进行比较,采用 χ^2 检验。结果 开展品管圈活动后发现,超声报告有对应病理或胆道造影的病例数为35人次,其中超声诊断与病理或胆道造影符合的病例数27人次,超声诊断与手术或胆道造影不符合的病例数8人次,胆道闭锁的超声诊断符合率为77%,超声诊断新生儿胆道闭锁中符合率由品管圈活动改善前的43%升至改善后的77%,差异有统计学意义($\chi^2=6.810, P < 0.05$)。结论 品管圈可有效提升超声诊断新生儿胆道闭锁符合率,提升超声医学专业质量管理能力。

【关键词】 质量控制; 品管圈; 胆道闭锁; 超声检查

提质-QCC

- 1、选择课题：提高新生儿胆道闭锁诊断符合率（3个课题得分最高）
- 2、制定项目计划：
- 3、现状把握：新生儿胆道闭锁诊断符合率43%（10/23）



- 4、目标值：新生儿胆道闭锁诊断符合率=现状值+现状值*（1-现状值）*圈能力
=43% + (43%× 57%×80%) =62.6%

脑力激荡/评价法

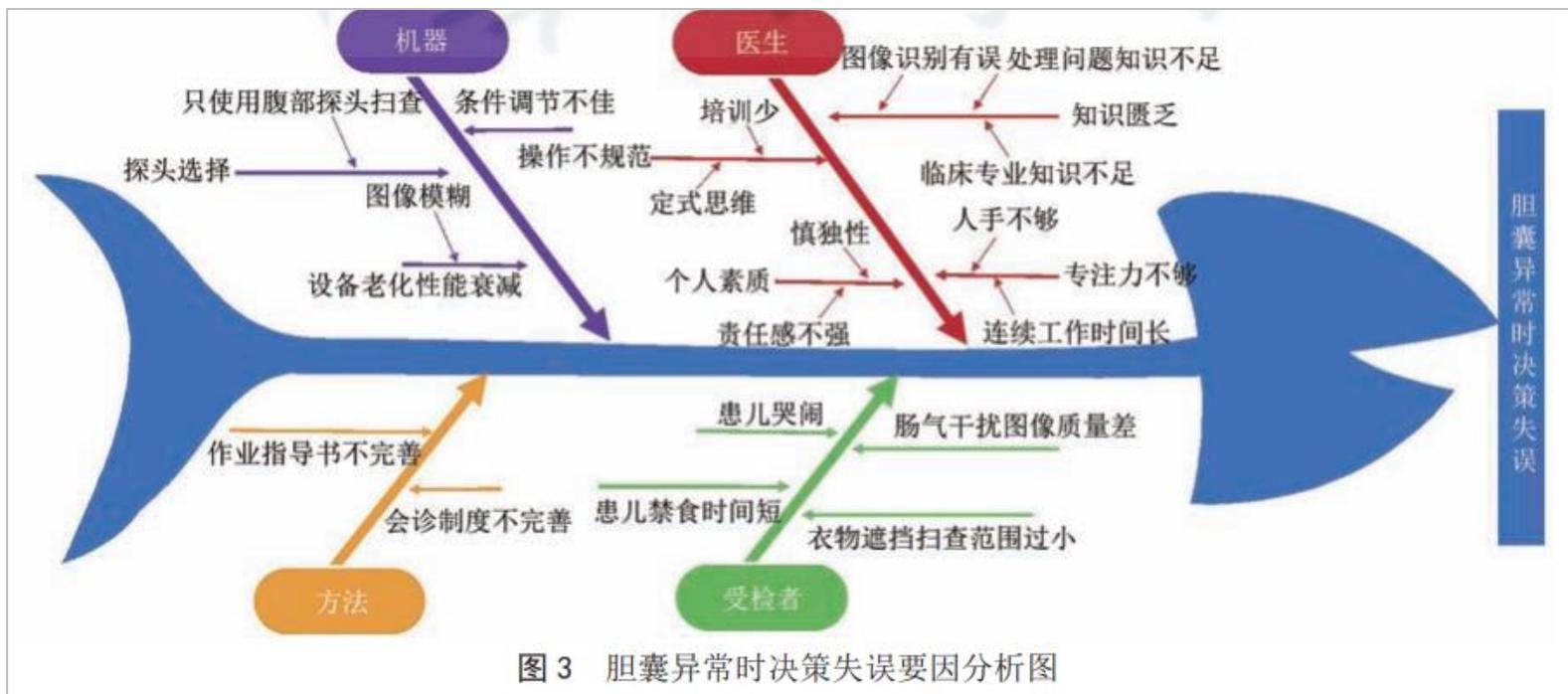
甘特图

柏拉图

查检表/雷达图

提质-QCC

5、解析：查找原因、要因分析、真因验证



鱼骨图

评价法

查检表

真因：

- (1) 图像识别有误；
- (2) 疾病临床诊疗规范不熟悉；
- (3) 检查流程中需延长时间，操作步骤不明确；
- (4) 作业指导书及会诊制度不完善导致决策失误；
- (5) 只采用腹部探头进行扫查。

提质-QCC

6、对策拟定：

- (1) 漏误诊原因分析；
- (2) 加强新生儿胆道闭锁筛查专题学习，尤其是其他阳性体征；
- (3) 制订检查流程图；
- (4) 作业指导书及会诊制度；
- (5) 添加高频探头扫查；

7、对策实施与检讨：

- (1) 每月重点质控，每月质量控制总结会上，讨论、学习及漏误诊原因分析并给出指导意见；
- (2) 加强新生儿胆道闭锁筛查专题学习，使全科能对阳性指标提高关注度及敏感性；
- (3) 完善检查步骤，制作详细的检查流程图指引；
- (4) 完善新生儿胆道闭锁筛查作业指导书及会诊制度；
- (5) 在作业指导书上添加“必须结合高频探头扫查”。

提质-QCC

8、效果确认：改善后新生儿胆道闭锁筛查超声针对符合率为77%（27/35，设定目标为62.6%），目标达成率173%，进步率79%。

表 2 改进措施后超声诊断与病理或胆道造影结果对照情况

超声诊断提示	手术或胆道造影结果		合计
	阴性 ^a	阳性 ^b	
阴性	7	4	11
阳性	4	20	24
合计	11	24	35

注：^a 阴性指未提示胆道闭锁；^b 阳性指提示胆道闭锁

9、标准化：制作《新生儿胆道闭锁筛查作业标准手册》

提质-QCC

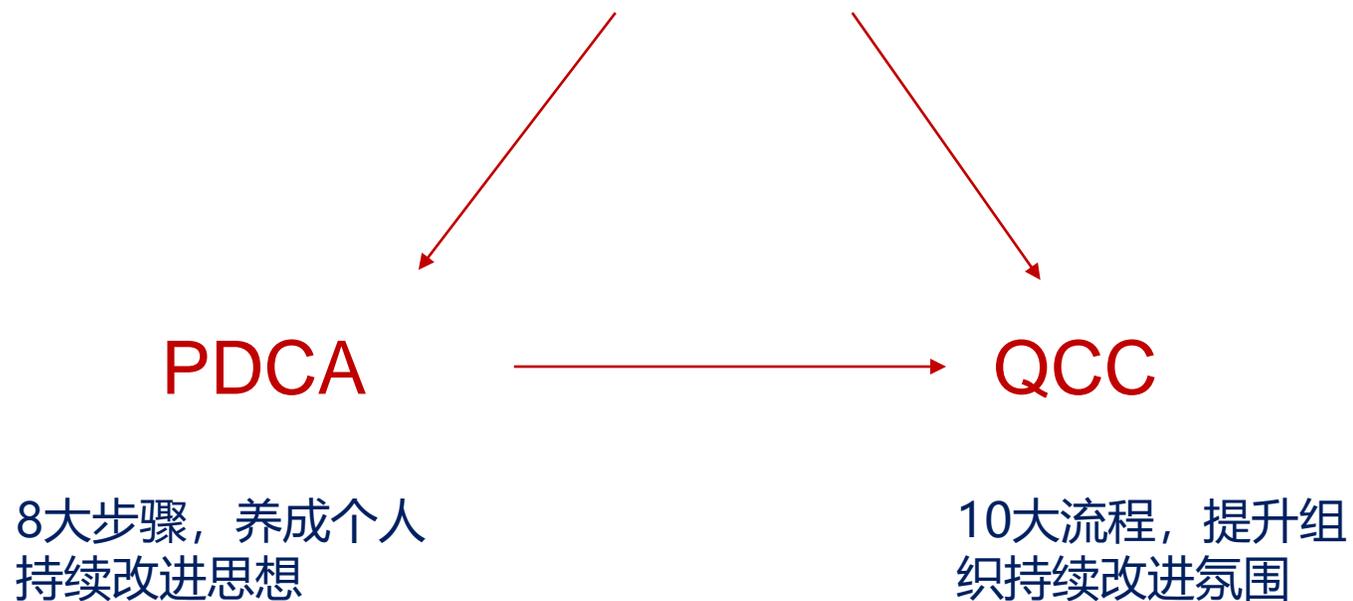
QCC广义上是一个更复杂的PDCA，QCC中对策拟定与实施就是由多个PDCA组成的。

QCC是由多名基层人员解决工作中的实际问题，可以解决实际工作中更困难的问题。

适用于改善科室层面的质量问题，比如诊断符合率、报告准确率等。

本章小结

提质两大工具



第三章

如何增效

诊疗项目提升

走进临床科室

精益思想

DMAIC

精益6S



增效-诊疗项目提升

超声新技术引入、现有项目提升



扩展赛道
提升单产

设备升级
AI助力



进修实践
效率提升



增效-走进临床科室

宣传、沟通、贴近临床需求



1 挖掘可合作项目，发挥超声优势

2 宣传新技术新项目

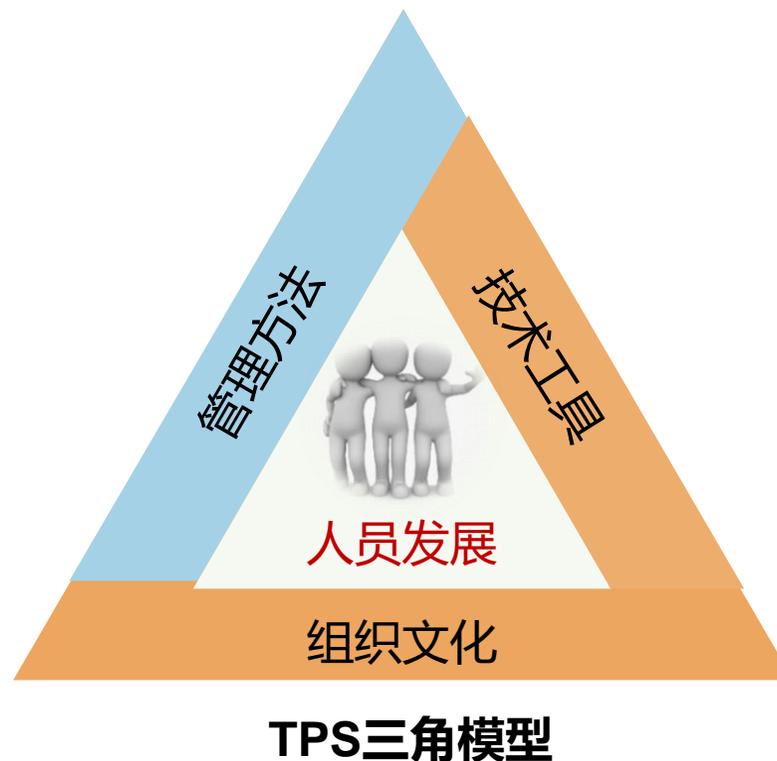
3 互提改善建议

4 增进科室感情

增效-打造精益医疗

精益思想的五个原则

- 从患者角度出发提高服务质量
- 明确整个价值流过程的各个阶段
- 让所有的活动都能够产生价值流
- 根据患者的实时需求提供服务
- 不断减少浪费，追求完美



增效-DMAIC

精益六西格玛



第三届全国超声医学质量控制大会
标准引领·质量提升
2020年8月8-9日

二、精益六西格玛 (Lean and Six Sigma)

2. DMAIC框架

定义	测量	分析	改进	控制
Define	Measure	Analyze	Improve	Control
Who is the client and what do they value?	How do we know what value is, and how do we measure performance?	What is causing deviations or defects in what we do?	How can we eliminate or minimize these defects?	How can we sustain the improvements?

姜玉新 教授
北京协和医院

主办单位：中华医学会超声医学分会
国家超声医学质量控制中心
北京市超声医学质量控制和改进中心

科学管理 勇于创新 严控质量
-超声质控常用方法及研究

增效-DMAIC

精益六西格玛

DMAIC流程活动要点及其工具和技术		
阶段	活动要点	常用工具和技术
D (定义)	明确问题: 确定项目目标、实施计划, 确定问题和流程	头脑风暴法、亲和图、鱼骨图、顾客需求分析 流程图、平衡计分卡、项目管理
M (测量)	确定基准: 收集数据和信息、识别实现流程改进的方向	关系矩阵、排列图、直方图、趋势图、散点图 检查表、流程图、价值流图、FMEA
A (分析)	确定要因: 利用鱼骨图、FMEA等工具, 以确定失败的原因, 并确定变量	头脑风暴法、抽样计划、鱼骨图、FMEA 方差分析、过程分析、试验设计
I (改进)	消除要因: 对要因进行头脑风暴, 对现有流程进行改进	头脑风暴、FMEA、ECRS
C (控制)	保持成果: 检测流程, 确保实施的措施和发生的变化得到维持	统计过程控制、标准操作程序 (SOP) 防差错措施、过程文件控制

增效-精益6S

6S定义：始于整理，终于素养

人、物安全 - 尊重生命



6S. 安全 Safety

养成习惯，提升素养



5S. 素养 Shitsuke

区分要与不要 - 组织化



1S. 整理 Seiri

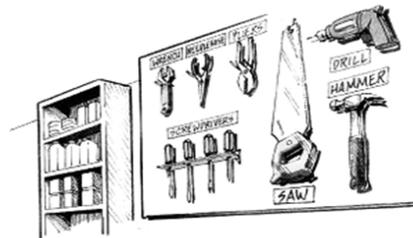
6S



4S. 规范 Standardize

标准化、制度化 - 彻底改善

三定、标识 - 流程合理



2S. 整顿 Seiton

干净、排查隐患 - 点检

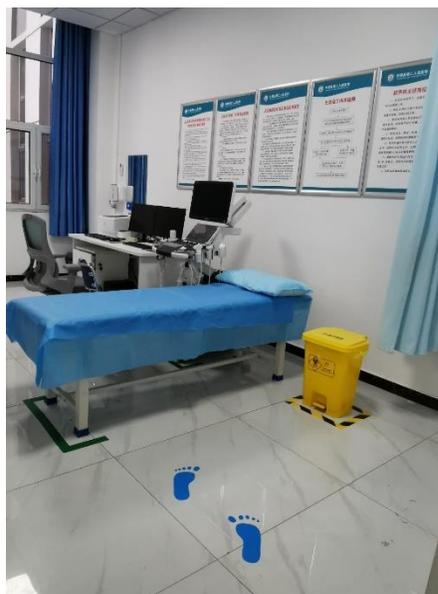
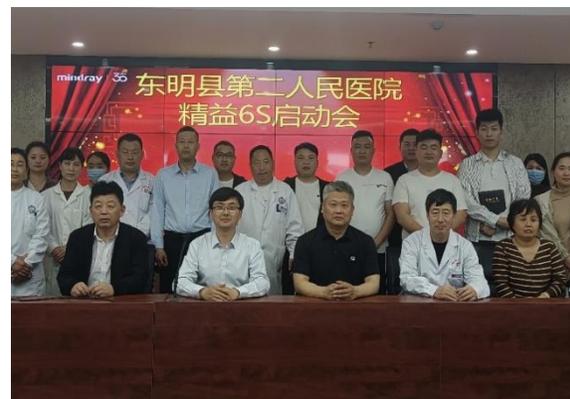
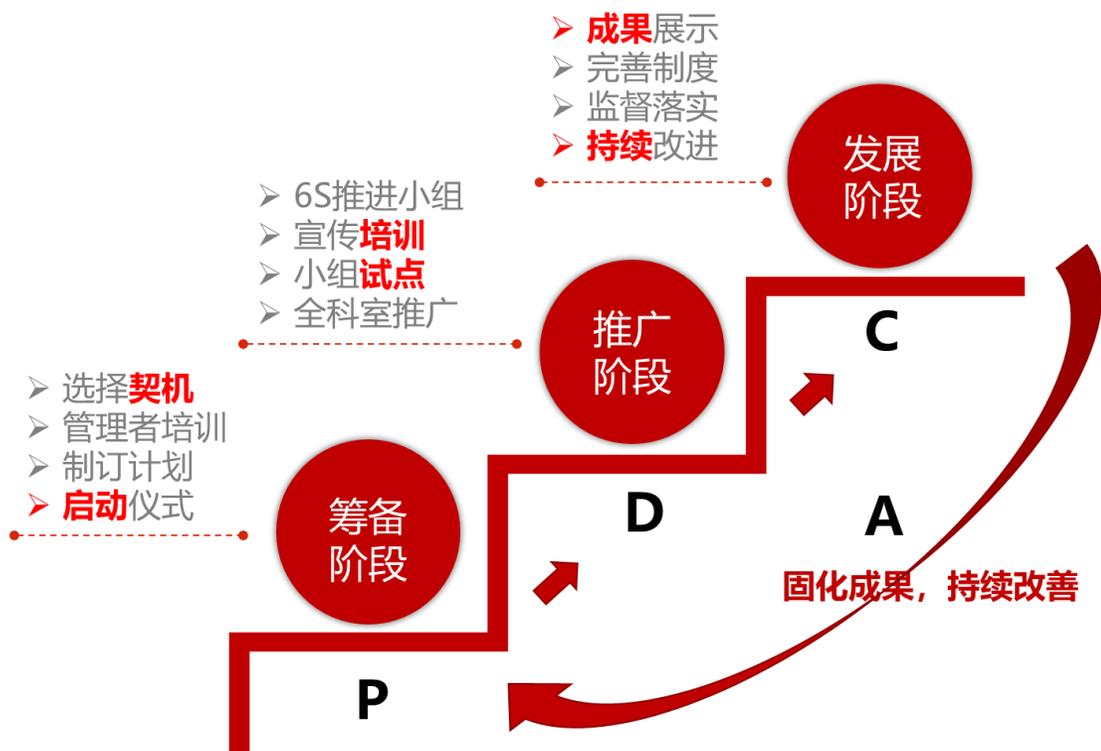


3S. 清洁 Seiketsu

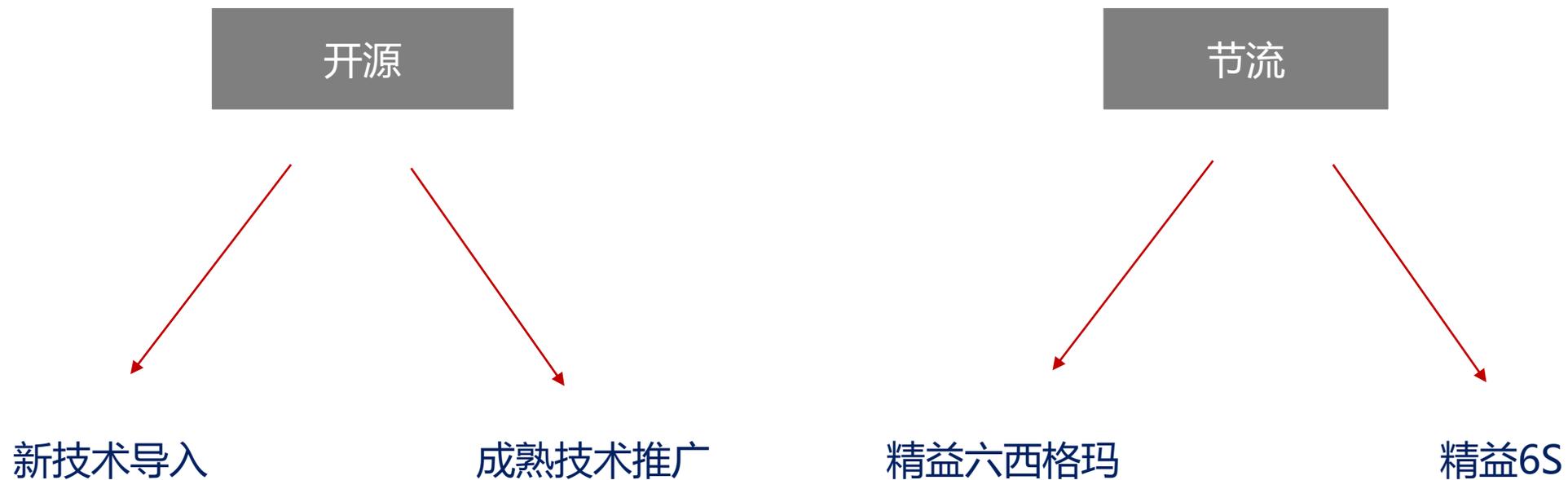
增效-精益6S

提升素养，保证医疗质量

精益6S：启动-宣誓-培训-带教



本章小结



第四章

怎么持续

整体逻辑

评分记分卡

提质增效益处



提质增效逻辑屋

目标

科室科学快速发展

业务方向

提质

增效

业务模块

个人质量

团队质量

增加收入

降低成本

工具方法

质量工具

PDCA

QCC

新技术导入

成熟技术推广

流程改善

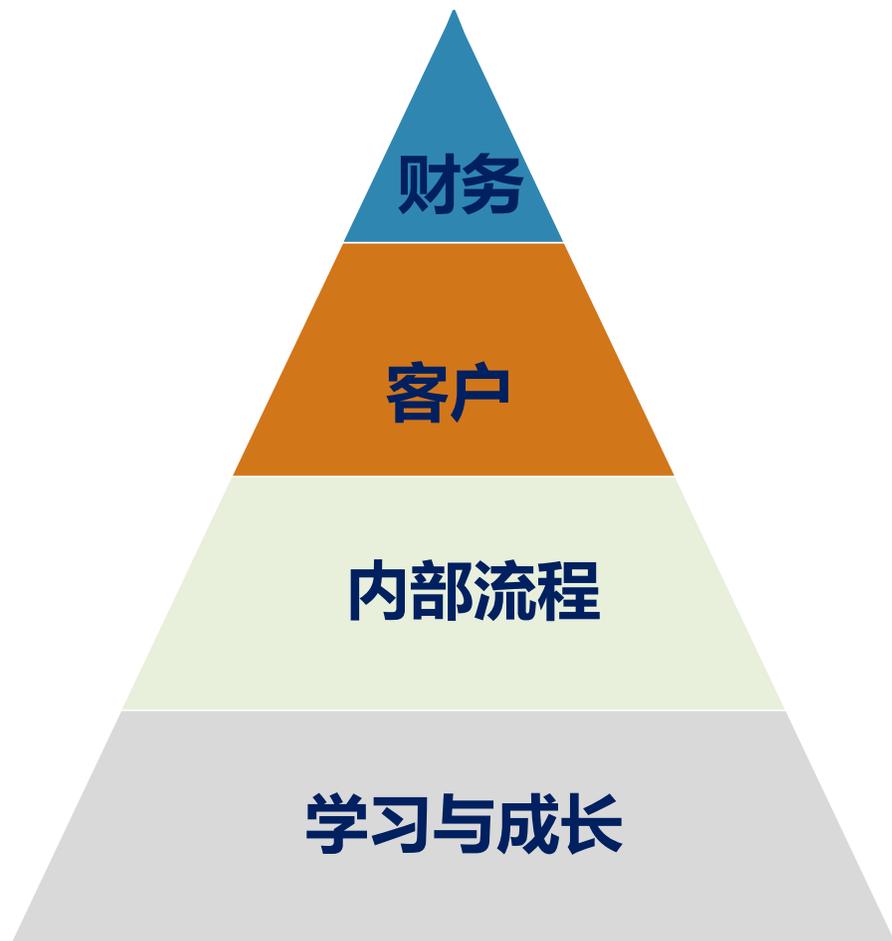
精益6S

工作方法

支撑体系

制度, 流程, 平台

平衡记分卡



维度	内容	指标
财务	收入	完成率>105%
	费用	达成率<100%
客户	满意度	96%
	修复及时率	85%
	到达及时率	80%
	一次性修复率	80%
	客户抱怨/作业不良	0
内部流程	瑞影行动	完成率100%
	灯火行动	完成率100%
学习成长	内部考核达标率	100%
	渠道资质齐全率	100%
	质善讲师达标率	90%
	技术讲师达标率	90%

提质增效益处



对患者



对内部



对医院

谢谢!