

Số: /KH-BV

Phú Yên, ngày 14 tháng 04 năm 2020

KẾ HOẠCH **CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN NĂM 2020**

Căn cứ Thông tư số 19/2013/TT-BYT ngày 12 tháng 07 năm 2013 của Bộ Y tế hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện;

Căn cứ “Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện” phiên bản 2.0 ban hành kèm theo Quyết định số 6858/QĐ-BYT ngày 18/11/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế;

Căn cứ Quyết định số 7051/QĐ-BYT ngày 18/11/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn xây dựng thí điểm một số chỉ số cơ bản đo lường chất lượng bệnh viện;

Căn cứ kết quả đánh giá chất lượng bệnh viện năm 2019, tình hình thực tế, những điểm mạnh, khó khăn tồn tại và định hướng phát triển của Bệnh viện.

Hội đồng Quản lý chất lượng bệnh viện Y học cổ truyền xây dựng Kế hoạch cải tiến chất lượng bệnh viện năm 2020 với những nội dung như sau:

I. MỤC TIÊU:

1. Mục tiêu chung:

- Duy trì và đẩy mạnh hoạt động cải tiến, nâng cao chất lượng dịch vụ y tế, nhằm đưa hoạt động cải tiến chất lượng trở thành nhiệm vụ trọng tâm trong năm 2020 và là định hướng cho những năm tiếp theo.

- Hoàn thiện hệ thống quản lý chất lượng; Nâng cao chất lượng dịch vụ y tế, đảm bảo an toàn, hiệu quả, mang lại sự hài lòng cho người bệnh và nhân viên y tế; xây dựng uy tín và thương hiệu bệnh viện.

2. Mục tiêu cụ thể:

- *Mục tiêu 1:* Phát triển, hoạt động hiệu quả hệ thống quản lý chất lượng đáp ứng yêu cầu của bệnh viện.

- *Mục tiêu 2:* Nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh; thực hiện chăm sóc người bệnh toàn diện, đáp ứng sự hài lòng của người bệnh.

- *Mục tiêu 3:* Xây dựng môi trường bệnh viện an toàn, nâng cao hoạt động kiểm soát nhiễm khuẩn, dinh dưỡng cho người bệnh.

- *Mục tiêu 4:* Tăng mức điểm trung bình của tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện theo Quyết định số 6858/QĐ-BYT ngày 18/11/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế từ 3.34 (năm 2019) lên ≥ 3.50 (năm 2020) và không có tiêu chí xếp ở mức 1.

- *Mục tiêu 5:* Phân đầu đạt mức 3 chất lượng phòng xét nghiệm y học theo Quyết định số 2429/QĐ-BYT, ngày 12/6/2017 của Bộ Y tế.

- *Mục tiêu 6:* Phát triển các hoạt động truyền thông, công tác xã hội, chăm sóc khách hàng, tạo dựng hình ảnh thương hiệu bệnh viện.

II. NỘI DUNG THỰC HIỆN

Mục tiêu 1: Phát triển, hoạt động hiệu quả hệ thống quản lý chất lượng đáp ứng yêu cầu của bệnh viện.

1) Kiện toàn hệ thống quản lý chất lượng bệnh viện

- Kiện toàn, bổ sung Hội đồng quản lý chất lượng (QLCL) bệnh viện, tổ QLCL bệnh viện, mạng lưới QLCL bệnh viện.

- Điều chỉnh quy chế hoạt động và nâng cao hiệu quả hoạt động của Hội đồng, mạng lưới QLCL bệnh viện.

- Thành lập các ban chuyên trách: Thành phần các ban chuyên trách được lựa chọn từ thành viên của hội đồng, tổ và mạng lưới QLCL, trong đó có 1 trưởng ban và các thành viên.

+ Ban an toàn người bệnh: Chịu trách nhiệm các nội dung về an toàn người bệnh và nhân viên bệnh viện.

+ Ban kiểm soát nhiễm khuẩn: Chịu trách nhiệm các nội dung liên quan đến nhiễm khuẩn bệnh viện.

+ Ban chuyên môn: Chịu trách nhiệm các nội dung liên quan đến chuyên môn bệnh viện, bao gồm: điều trị, dược.

+ Ban quản lý sai sót, sự cố: Chịu trách nhiệm các nội dung liên quan đến các sự cố y khoa và các sai sót trong hoạt động hành chính trong quá trình cung cấp dịch vụ cho bệnh nhân.

+ Ban hài lòng người bệnh, nhân viên y tế: Chịu trách nhiệm các hoạt động liên quan đến sự hài lòng của người bệnh và nhân viên y tế trong bệnh viện.

- Ban giám đốc, Hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện thường xuyên kiểm tra hoạt động của các ban.

2) Nâng cao năng lực hoạt động quản lý và cải tiến chất lượng bệnh viện

- Đào tạo nâng cao nhận thức, kỹ năng về quản lý chất lượng:

+ Đào tạo, tập huấn cho các thành viên trong tổ QLCL, mạng lưới, ban nắm rõ về quản lý chất lượng bệnh viện, các công cụ phục vụ cho công tác quản lý chất lượng bệnh viện và cách giám sát thực hiện tại các khoa phòng.

+ Cử nhân viên tham gia các lớp tập huấn, bồi dưỡng về quản lý chất lượng, an toàn người bệnh, quản lý sự cố y khoa ... để nắm rõ được tầm quan trọng và tham gia thực hiện.

+ Tổ chức tập huấn kiến thức và các kỹ năng mềm cho toàn thể nhân viên bệnh viện để nâng cao nhận thức, hiểu rõ tầm quan trọng của việc cải tiến nâng cao chất lượng, an toàn người bệnh với các hình thức: mời chuyên gia đào tạo tại chỗ, phân công cán bộ chuyên trách tập huấn theo chuyên đề, tổ chức các buổi học tập kinh nghiệm tại các cơ sở điển hình về quản lý chất lượng, tổ chức các cuộc thi về an toàn người bệnh, hội thi 5S...

- Xây dựng, hoàn thiện các văn bản, quy trình về quản lý chất lượng trong bệnh viện:

+ Xây dựng kế hoạch cải tiến chất lượng chung cho bệnh viện, xác định mục tiêu, phân công nhiệm vụ cụ thể và định kỳ đánh giá kết quả thực hiện.

+ Từng bước xây dựng bộ chỉ số chất lượng cấp bệnh viện theo hướng dẫn tại Quyết định 7051/QĐ-BYT ngày 29/11/2016 của Bộ Y tế.

+ Mỗi khoa phòng xây dựng một kế hoạch cải tiến chất lượng thực tiễn tại khoa phòng, có mục tiêu và chỉ số cụ thể, trình Hội đồng QLCL phê duyệt và triển khai thực hiện.

+ Tổ quản lý chất lượng kết hợp với các khoa, phòng xây dựng và ban hành các văn bản về quản lý chất lượng: quy chế, hướng dẫn, quy trình quản lý, quy trình chuyên môn kỹ thuật Từng bước hoàn thiện bảng kiểm cho tất cả các quy trình kỹ thuật, triển khai thực hiện và kiểm tra việc tuân thủ các quy trình kỹ thuật theo bảng kiểm.

3) Đo lường, giám sát, đánh giá cải tiến chất lượng

Lập kế hoạch kiểm tra, giám sát việc triển khai thực hiện cải tiến chất lượng tại các khoa, phòng và chung của bệnh viện. Phân công cụ thể các thành viên, các khoa phòng chịu trách nhiệm triển khai và giám sát kết quả thực hiện theo từng tiêu chí của bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện.

Tổ chức đánh giá việc triển khai cải tiến chất lượng bệnh viện theo Bộ tiêu chí quý/ 1 lần, đề xuất các giải pháp và kiến nghị nâng cao chất lượng. Đo lường và giám sát các chỉ số chất lượng bệnh viện.

Thực hiện đánh giá sự hài lòng của người bệnh, người nhà người bệnh, nhân viên y tế thường xuyên 03 tháng/ lần, làm cơ sở cho việc cải tiến nâng cao chất lượng phục vụ người bệnh và sự hài lòng của nhân viên y tế.

Định kỳ hàng tháng/ quý đánh giá việc tuân thủ các phác đồ, quy trình kỹ thuật theo bảng kiểm đã xây dựng.

Bệnh viện xây dựng các báo cáo chất lượng và tự công bố báo cáo chất lượng theo hướng dẫn của Bộ Y tế tại các góc truyền thông của các khoa lâm sàng và trên trang website của Bệnh viện.

Đưa công tác cải tiến chất lượng bệnh viện vào thi đua khen thưởng, xét thu nhập tăng thêm.

Mục tiêu 2: Nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh; thực hiện chăm sóc người bệnh toàn diện, đáp ứng sự hài lòng của người bệnh.

1) Xây dựng, chuẩn hóa các quy trình chuyên môn, phác đồ điều trị...

- Thực hiện xây dựng quy trình chuyên môn khám, chữa bệnh theo quyết định số 4068/QĐ-BYT ngày 29/07/2016 của Bộ Trưởng Bộ Y Tế.

- Tiếp tục chỉnh sửa, bổ sung, xây dựng mới các quy trình chuyên môn kỹ thuật và triển khai thực hiện trong bệnh viện. Từng bước xây dựng và hoàn thiện bảng kiểm cho các quy trình kỹ thuật, bảng kiểm trong thực hiện thủ thuật.

- Các khoa, phòng tổ chức triển khai thực hiện các quy trình đã được ban hành. Mỗi khoa lâm sàng xây dựng “Phiếu tóm tắt thông tin điều trị” cho một số bệnh thường gặp tại khoa, sử dụng các từ dễ hiểu cho người bệnh.

- Định kỳ hoặc đột xuất tổ chức giám sát, đánh giá việc tuân thủ các quy trình kỹ thuật, theo bảng kiểm đã xây dựng và thông báo kết quả để lãnh đạo bệnh viện, các khoa phòng xem xét có biện pháp cải tiến thích hợp.

- Các khoa lâm sàng xây dựng các kế hoạch phương án hoạt động, đảm bảo nhân lực y tế đầy đủ, hợp lý trong khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú, nội trú khi quá tải người bệnh hoặc khi có dịch bệnh xảy ra.

- Thực hiện công khai các quy trình khám, chữa bệnh trên các phương tiện truyền thông, Webside bệnh viện.

2) Hoạt động điều dưỡng và chăm sóc người bệnh

- Phòng Điều dưỡng xây dựng, tiến hành đo lường và theo dõi các chỉ số đánh giá chất lượng công tác theo dõi, chăm sóc người bệnh.

- Xây dựng các quy định cụ thể về hướng dẫn, tư vấn điều trị và chăm sóc, giáo dục sức khỏe cho người bệnh.

+ Biên soạn và cập nhật bộ tài liệu phục vụ cho công tác hướng dẫn, tư vấn điều trị và chăm sóc, giáo dục sức khỏe cho người bệnh. Tài liệu được trang bị sẵn tại các khoa điều trị để nhân viên y tế sử dụng thường xuyên.

+ Nhân viên y tế tại các khoa thực hiện đầy đủ các quy định về hoạt động hướng dẫn, tư vấn điều trị và chăm sóc, giáo dục sức khỏe cho người bệnh khi vào viện, trong quá trình điều trị và lúc ra viện.

+ Tiến hành đánh giá hiệu quả công tác hướng dẫn, tư vấn điều trị và chăm sóc, giáo dục sức khỏe cho người bệnh, có biện pháp cải tiến chất lượng công việc trên kết quả đánh giá.

3) Đổi mới phong cách phục vụ của nhân viên y tế

- Tập huấn nâng cao kỹ năng giao tiếp, ứng xử, phong cách thái độ phục vụ của cán bộ nhân viên hướng tới sự hài lòng người bệnh

- Xây dựng bộ công cụ đánh giá năng lực và hiệu quả công việc của cán bộ nhân viên, đưa vào tiêu chí xét thi đua và thu nhập tăng thêm.

- Khảo sát, đánh giá tinh thần, thái độ, kỹ năng giao tiếp ứng xử của cán bộ nhân viên, xác định những vấn đề tồn tại, đề xuất giải pháp cải tiến.

- Thực hiện đúng yêu cầu cơ sở y tế “Xanh- Sạch- Đẹp” góp phần nâng cao chất lượng dịch vụ y tế.

4) Khảo sát hài lòng

- Ban khảo sát hài lòng người bệnh và nhân viên y tế thực hiện 3 tháng/ lần và cập nhật kết quả lên phần mềm trực tuyến của Bộ Y tế.

- Chủ động khảo sát hài lòng người bệnh, tổng hợp các ý kiến phản ánh của người bệnh, người nhà người bệnh, xác định các vấn đề tồn tại của bệnh viện, đề xuất giải pháp cải tiến hướng đến sự hài lòng người bệnh.

- Thực hiện khảo sát hài lòng nhân viên y tế, chủ động nắm bắt tâm tư, nguyện vọng cũng như các vấn đề chưa hài lòng của cán bộ, nhân viên để có hướng cải tiến phù hợp.

Mục tiêu 3: Xây dựng môi trường bệnh viện an toàn, nâng cao hoạt động kiểm soát nhiễm khuẩn, dinh dưỡng cho người bệnh.

1) Xây dựng văn hóa an toàn tại bệnh viện

- Ban an toàn người bệnh làm đầu mối, phối hợp cùng các ban chuyên trách thiết lập các chương trình, hoạt động bảo đảm môi trường bệnh viện an toàn, tránh tai nạn, rủi ro, phơi nhiễm cho người bệnh, khách thăm và nhân viên y tế.

- Thiết lập hệ thống quản lý nguy cơ:

+ Xây dựng các quy trình quản lý nguy cơ, sự cố y khoa để xác định nguyên nhân, đánh giá các rủi ro tiềm ẩn có thể xảy ra.

+ Thiết lập hệ thống thu thập, báo cáo sai sót chuyên môn, sự cố y khoa tại các khoa lâm sàng và toàn bệnh viện, bao gồm báo cáo bắt buộc và tự nguyện.

+ Tổng hợp, phân tích nguyên nhân, đề xuất giải pháp khắc phục để giảm thiểu sai sót, sự cố và phòng ngừa rủi ro.

- Phòng ngừa các sai sót, sự cố, đảm bảo an toàn người bệnh:

+ Nhận diện đúng người bệnh: Hoàn thiện các quy trình xác định chính xác người bệnh, tránh nhầm lẫn người bệnh trong mọi dịch vụ cung cấp.

+ An toàn phẫu thuật, thủ thuật: xây dựng và triển khai bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật; chuẩn bị kỹ trước mỗi ca phẫu thuật, thủ thuật để đúng người bệnh, đúng vị trí; đánh giá, tiên lượng các nguy cơ, diễn biến bất thường, đảm bảo an toàn cho người bệnh.

+ Sử dụng thuốc an toàn, hợp lý: chuẩn hóa các quy trình quản lý và sử dụng thuốc; phòng ngừa các sai sót trong kê đơn, cấp phát và sử dụng thuốc; thực hiện tốt công tác dược lâm sàng và thông tin thuốc.

+ Phòng ngừa rủi ro, nhằm lẫn do trao đổi, truyền đạt thông tin sai lệch giữa nhân viên y tế, nhất là y lệnh miệng gây mất an toàn người bệnh.

+ Phòng ngừa người bệnh bị ngã: rà soát, đánh giá những vị trí có nguy cơ té ngã, đề xuất giải pháp khắc phục và phòng ngừa; dán bảng cảnh báo nguy cơ té ngã như lan can, cầu thang, nhà vệ sinh...

+ An toàn với môi trường chăm sóc và trong sử dụng trang thiết bị y tế: an ninh, an toàn cháy nổ, hệ thống cơ sở vật chất, hóa chất, vật liệu, chất thải nguy hại... ; máy móc, trang thiết bị y tế được bảo trì thường xuyên, đảm bảo vận hành hoạt động an toàn khi sử dụng cho người bệnh.

2) Phòng và kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện:

- Đảm bảo các điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị, phương tiện... cho công tác kiểm soát nhiễm khuẩn.

Hoàn thiện các quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn, hướng dẫn phòng ngừa chuẩn, phổ biến, tập huấn cho nhân viên phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện.

Giám sát tuân thủ về quy định kiểm soát nhiễm khuẩn, phát hiện các tồn tại nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện, đề xuất giải pháp can thiệp.

3) Triển khai 5S toàn bệnh viện

- Tiếp tục tập huấn và triển khai thực hiện 5S các khoa phòng toàn bệnh viện.

- Phân công cho ban 5S và an toàn người bệnh giám sát, định kỳ kiểm tra đánh giá kết quả thực hiện, duy trì 5S tại các khoa, phòng.

Mục tiêu 4: Tăng mức điểm trung bình của tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện theo Quyết định số 6858/QĐ-BYT ngày 18/11/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế từ 3.34 (năm 2019) lên ≥ 3.50 (năm 2020) và không có tiêu chí xếp ở mức 1.

- Tiếp tục hoàn thiện các nội dung của các tiêu chí đã đạt được theo nhận xét của Đoàn kiểm tra chất lượng bệnh viện.

- Duy trì thực hiện các nội dung của các tiêu chí đã được hoàn thiện nhằm củng cố vững chắc kết quả đạt được.

- Nâng cao chất lượng các tiêu chí trong khả năng, điều kiện thực tế tại bệnh viện nhằm nâng tổng mức đánh giá trung bình năm 2020 lên ≥ 3.50 và không có tiêu chí xếp ở mức 1.

+ Chi tiết kế hoạch cải tiến chất lượng bệnh viện năm 2020 (Phụ lục 01)

+ Bảng kiểm các tiêu chí cải tiến chất lượng năm 2020 (Phụ lục 02)

Mục tiêu 5: Phần đầu đạt mức 3 chất lượng phòng xét nghiệm y học theo Quyết định số 2429/QĐ-BYT, ngày 12/6/2017 của Bộ Y tế.

- Khoa xét nghiệm phần đầu đạt mức 3 chất lượng phòng xét nghiệm y học theo Quyết định số 2429/QĐ-BYT, ngày 12/6/2017 của Bộ Y tế ban hành Tiêu chí đánh giá mức chất lượng phòng xét nghiệm y học.

- Dựa vào sổ tay hướng dẫn đánh giá các tiêu chí chất lượng xét nghiệm do Bộ Y tế ban hành để thực hiện và giám sát thực hiện.

- Xây dựng sổ tay chất lượng xét nghiệm, kế hoạch cải tiến chất lượng xét nghiệm, các quy trình thực hành chuẩn...

- Tham gia ngoại kiểm cho các xét nghiệm theo định kỳ, đầy đủ. Tham gia và thực hiện chương trình ngoại kiểm với trung tâm kiểm chuẩn đã được công nhận.

- Tiến hành đào tạo liên tục cho cán bộ xét nghiệm về các kỹ thuật mới.

- Định kỳ kiểm tra, báo cáo kết quả hoạt động quản lý chất lượng xét nghiệm cho lãnh đạo bệnh viện xem xét, chỉ đạo.

Mục tiêu 6: Phát triển các hoạt động truyền thông, công tác xã hội, chăm sóc khách hàng, tạo dựng hình ảnh thương hiệu bệnh viện.

1) Triển khai các hoạt động công tác xã hội, chăm sóc khách hàng

- Đề xuất các ý tưởng làm tăng trải nghiệm tích cực của người bệnh.

- Tổ chức các hoạt động tập thể giúp người bệnh lạc quan, cải thiện sức khỏe, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị.

- Thăm hỏi, động viên, hỗ trợ một phần chi phí cho người bệnh có hoàn cảnh khó khăn, nhất là trong những dịp đặc biệt.

2) Đẩy mạnh hoạt động truyền thông và ứng dụng công nghệ thông tin

- Thực hiện tốt hoạt động truyền thông nội bộ, truyền thông ra bên ngoài, tạo dựng hình ảnh và thương hiệu bệnh viện.

- Quản lý, vận hành hiệu quả trang web của bệnh viện, đảm bảo thể hiện được các thông tin cần thiết về bệnh viện cho đối tượng khách hàng bên ngoài.

- Xây dựng các kênh truyền thông đa phương tiện, trực quan, thu hút, dễ truyền tải thông tin đến mọi đối tượng khách hàng.

- Ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý hoạt động bệnh viện, cải tiến thủ tục hành chính, mang lại hiệu quả làm việc.

III. TỔ CHỨC THỰC HIỆN:

1. Trách nhiệm của Hội đồng QLCL:

1.1. Hoạt động theo đúng quy chế Hội đồng quản lý chất lượng đã xây dựng;

1.2. Phê duyệt kế hoạch cải tiến chất lượng của bệnh viện, khoa phòng và các văn bản liên quan công tác cải tiến chất lượng;

1.3. Chỉ đạo triển khai thực hiện hoạt động cải tiến chất lượng theo kế hoạch đề ra, giám sát đánh giá tiến độ và kết quả thực hiện;

1.4. Phát động các phong trào nâng cao chất lượng bệnh viện;

1.5. Đề xuất khen thưởng, động viên, khích lệ các cá nhân, khoa phòng thực hiện tốt công tác cải tiến chất lượng bệnh viện.

2. Trách nhiệm của Tổ QLCL:

2.1. Tham mưu xây dựng kế hoạch, nội dung hoạt động cải tiến chất lượng bệnh viện đề trình Giám đốc phê duyệt và triển khai đến các khoa phòng;

2.2. Tổ chức, đôn đốc các khoa phòng triển khai thực hiện hoạt động cải tiến chất lượng theo kế hoạch đã xây dựng; giám sát, đánh giá tiến độ và báo cáo kết quả thực hiện định kỳ;

2.3. Hỗ trợ, hướng dẫn các khoa phòng triển khai xây dựng kế hoạch/ đề án cải tiến, chỉ số chất lượng và các quy trình, quy định áp dụng tại bệnh viện;

2.4. Làm đầu mối hệ thống quản lý nguy cơ, triển khai hoạt động báo cáo, ghi nhận sự cố nguy cơ, tổng hợp, phân tích nguyên nhân, đề xuất biện pháp khắc phục, phòng ngừa, rút kinh nghiệm, xây dựng văn hóa chất lượng- an toàn người bệnh.

2.5. Triển khai hoặc phối hợp tổ chức đào tạo, huấn luyện, tập huấn, bồi dưỡng kiến thức, kỹ năng về quản lý chất lượng cho mạng lưới.

2.6. Tổ chức đánh giá chất lượng nội bộ của bệnh viện dựa trên các bộ tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận;

2.7. Thực hiện đánh giá việc tuân thủ các quy định và hướng dẫn chuyên môn của Bộ Y tế;

2.8. Đề xuất khen thưởng cá nhân, khoa phòng thực hiện tốt công tác cải tiến.

3. Trách nhiệm của các thành viên mạng lưới quản lý chất lượng:

3.1. Làm đầu mối giúp lãnh đạo đơn vị triển khai, thực hiện, theo dõi các hoạt động liên quan đến quản lý chất lượng bệnh viện;

3.2. Thực hiện các kế hoạch hoạt động của mạng lưới quản lý chất lượng bệnh viện tại đơn vị;

3.3. Tham gia kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện theo phân công của Hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện.

4. Trách nhiệm Ban chuyên trách

4.1. Rà soát bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện theo phân công của Hội đồng QLCL, xác định mục tiêu, phân công trách nhiệm và thời gian thực hiện;

4.2. Giám sát, đánh giá kết quả định kỳ, phát hiện những vấn đề tồn tại và đề xuất giải pháp cải tiến.

5. Trách nhiệm của Ban Giám đốc bệnh viện:

5.1. Ban hành các quyết định kiện toàn Hội đồng QLCL, tổ QLCL, mạng lưới QLCL, ban chuyên trách;

5.2. Thiết lập hệ thống tổ chức quản lý chất lượng trong bệnh viện; triển khai, áp dụng Bộ tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng theo hướng dẫn của Bộ Y tế;

5.3. Bảo đảm môi trường an toàn cho người bệnh, khách thăm và nhân viên y tế, tránh tai nạn, rủi ro, phơi nhiễm nghề nghiệp;

5.4. Chỉ đạo nghiên cứu khoa học, kiểm tra, giám sát thực hiện công tác quản lý chất lượng;

5.5. Xử lý sai sót chuyên môn, sự cố y khoa và hành động khắc phục đối với nguyên nhân gốc, nguyên nhân có tính hệ thống, chủ quan để giảm thiểu sai sót, sự cố và phòng ngừa rủi ro;

5.6. Bố trí kinh phí cho các hoạt động quản lý chất lượng: các hoạt động nâng cao chất lượng bệnh viện và an toàn người bệnh; cử cán bộ đào tạo, tập huấn, bồi dưỡng về quản lý chất lượng; khen thưởng cho tập thể, cá nhân xuất sắc trong hoạt động quản lý chất lượng....

6. Trách nhiệm của Trưởng/phó các phòng chức năng:

6.1. Xây dựng mục tiêu chất lượng, kế hoạch hoạt động của phòng và lĩnh vực được phân công phụ trách. Phổ biến kế hoạch này tới toàn thể nhân viên trong khoa;

6.2. Triển khai và phối hợp với các khoa/phòng khác áp dụng các tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng, bảo đảm và cải tiến chất lượng bệnh viện;

6.3. Đầu mối thông nhất, xây dựng và ban hành những quy trình, quy định, hướng dẫn đảm bảo hoạt động cải tiến chất lượng của bệnh viện;

6.4. Tham gia đào tạo, tập huấn, bồi dưỡng về quản lý chất lượng do các cơ quan, tổ chức thực hiện;

6.5. Tham gia đánh giá chất lượng bệnh viện.

7. Trách nhiệm của Trưởng/phó các khoa khám, lâm sàng, cận lâm sàng và khoa Dược:

7.1. Mỗi khoa phòng xây dựng kế hoạch/ đề án cải tiến chất lượng phù hợp với thực tế hoạt động của khoa phòng và bệnh viện, trình Hội đồng QLCL phê duyệt. Triển khai thực hiện và báo cáo kết quả;

7.2. Xác định các vấn đề chất lượng cần ưu tiên của khoa để chủ động cải tiến hoặc đề xuất với Hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện;

7.3. Triển khai các hoạt động cải tiến chất lượng, quản lý nguy cơ, xây dựng văn hóa chất lượng- an toàn người bệnh trong bệnh viện;

7.4. Thường xuyên kiểm tra, giám sát hoạt động cải tiến của khoa phòng mình; đánh giá kết quả thực hiện và báo cáo kết quả cho Hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện;

7.5. Tham gia đào tạo, tập huấn, bồi dưỡng về quản lý chất lượng do các cơ quan, tổ chức thực hiện;

8. Trách nhiệm của nhân viên y tế trong bệnh viện:

Toàn thể CBVC trong bệnh viện tham gia các chương trình, kế hoạch, nội dung hoạt động cải tiến chất lượng tùy theo chức trách, nhiệm vụ của mình.

Trên đây là toàn bộ kế hoạch cải tiến chất lượng bệnh viện năm 2020, Giám đốc bệnh viện yêu cầu các khoa phòng triển khai thực hiện các nội dung của kế hoạch nhằm nâng cao chất lượng bệnh viện./.

Nơi nhận:

- Ban GĐBV (chỉ đạo);
- Hội đồng QLCL BV (triển khai);
- Các khoa, phòng (thực hiện);
- Lưu: VT, KHTH.

GIÁM ĐỐC

Trần Hữu Tuấn

Phụ lục I
NỘI DUNG KẾ HOẠCH CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG NĂM 2020
(Kèm theo Kế hoạch số KH/BV ngày 14 /4/2020 của Bệnh viện Y học cổ truyền Phú Yên)

Tiêu chí	Tiểu mục cần thực hiện	Năm 2019	Năm 2020	Nội dung/ biện pháp thực hiện	Trách nhiệm	Phối hợp thực hiện	Dự kiến thời gian, kinh phí
A1.3	Cải tiến quy trình khám bệnh, đáp ứng sự hài lòng người bệnh	3	4		BS Loan		
	12. Có tiến hành đánh giá định kỳ (ít nhất 6 tháng 1 lần) thời gian chờ đợi của người bệnh.			Biên bản/ báo cáo khảo sát định kỳ 2 tháng/ 1 lần thời gian chờ đợi của người bệnh.		K. Khám P. ĐD	Tháng 2,4,6,8,10
	13. Công khai cam kết về thời gian chờ theo từng phân đoạn trong quy trình khám bệnh: thời gian chờ khám, chờ kết quả cận lâm sàng và lấy thuốc và các thời gian chờ khác			Bảng công khai cam kết về thời gian chờ khám, chờ kết quả cận lâm sàng, lấy thuốc, thực hiện thủ thuật		K. Khám K. Dược P. ĐD	Tháng 7
	14. Có số liệu về thời gian chờ đợi và thời gian hoàn thành các thủ tục khám bệnh cho: a. Khám lâm sàng b. Khám lâm sàng + xét nghiệm c. Khám lâm sàng + xét nghiệm + CĐHA d. Khám lâm sàng + XN + CĐHA + TDCN			Có biên bản/ báo cáo số liệu về thời gian chờ đợi và thời gian hoàn thành các thủ tục khám bệnh.		CNTT. K. Khám P. ĐD CLS	Tháng 8
	15. Có phương án bố trí thêm các ô, quầy thu viện phí, thanh toán bảo hiểm y tế và nhân viên trong giờ cao điểm và triển khai trên thực tế			Xây dựng phương án bố trí thêm các ô, quầy thu viện phí, thanh toán và nhân viên trong giờ cao điểm		P. TCKT	Tháng 5
	16. Có phương án điều phối lại người bệnh để giảm tải trong trường hợp có những bàn, buồng khám đông người bệnh			Xây dựng phương án điều phối lại người bệnh để giảm tải trong trường hợp có những bàn, buồng khám đông người bệnh		K. Khám	Tháng 5
	17. Có phương án bố trí thêm quầy và nhân viên phát thuốc trong giờ cao điểm và triển khai thực tế			Xây dựng phương án bố trí thêm quầy và nhân viên phát thuốc trong giờ cao điểm.		K. Dược	Tháng 5
A3.2	Người bệnh được khám và điều trị trong khoa, phòng gọn gàng, ngăn nắp	4	5		BS Bình		

	13. Tủ giữ đồ có khóa được trang bị tại tất cả các khoa lâm sàng			Trang bị tủ giữ đồ có các khoa LS		Các khoa nội trú P.TCHC	Tháng 5 3 triệu
	14. Chia khóa tủ có dây đeo cổ tay cho người bệnh			Trang bị khóa kèm dây treo có kí hiệu cho từng tủ giữ đồ		Các khoa nội trú P.TCHC	Tháng 5 1 triệu
	15. Áp dụng phương pháp 5S để cải tiến chất lượng trên phạm vi toàn bệnh viện.			Triển khai thực hiện, áp dụng cải tiến phương pháp 5S trên phạm vi toàn bệnh viện		Các khoa Phòng	Tháng 4, 7, 10
	16. Có báo cáo đánh giá việc áp dụng phương pháp 5S.			Xây dựng bảng kiểm (báo cáo) đánh giá kết quả việc áp dụng phương pháp 5S		Các khoa Phòng	Tháng 6, 9, 12
	17. Sử dụng kết quả đánh giá để tiếp tục cải tiến chất lượng, gọn gàng, ngăn nắp.			Xây dựng kế hoạch thực hiện dựa trên kết quả bảng kiểm (báo cáo)		Các khoa nội trú P.ĐD P.TCHC	Tháng 6, 9, 12
A4.2	Người bệnh được tôn trọng quyền riêng tư	2	3		BS Linh		
	10. Các phòng khám bệnh, CDHA, TDCN, thủ thuật... có vách ngăn hoặc rèm che kín đáo.			Trang bị vách ngăn hoặc rèm che di động		Các khoa lâm sàng P.TCHC P.TCKT	Tháng 7 10 triệu
	11. Sẵn có vách ngăn hoặc rèm che di động tại các khoa lâm sàng: thăm khám tại chỗ, làm thủ thuật hoặc thay đổi quần áo, vệ sinh tại giường.						
	12. Phiếu thông tin treo đầu giường không ghi chi tiết đặc điểm bệnh đối với một số bệnh có thể gây bất lợi về mặt tâm lý, uy tín, công việc của người bệnh.			Bảng kẹp đầu giường bệnh. Phiếu công khai treo đầu giường bệnh.		Các khoa nội trú P.TCHC P.TCKT	Tháng 7 15 triệu
B1.2	Bảo đảm và duy trì ổn định số lượng nhân lực bệnh viện	3	4		CN Sơn BS Trân		
	12. Có phương án động viên, khuyến khích các bác sĩ có trình độ chuyên môn cao (so với đặc thù bệnh viện) sau khi nghỉ hưu tiếp tục tham gia, công hiến cho các hoạt động chuyên môn đang thiếu hụt bác sĩ (hoặc thiếu hụt nguồn nhân lực có chất lượng cao).			Xây dựng phương án quy định về việc mời bác sĩ có trình độ chuyên môn cao sau nghỉ hưu tham gia chuyên môn.		P. TCHC	Tháng 4
B4.2	Triển khai thực hiện văn bản chỉ đạo dành cho	4	5		CN Sơn		

	bệnh viện				BS Trân		
	14. Áp dụng phần mềm phần mềm chuyên dụng quản lý văn bản điện tử, văn bản được gửi tới ngay tất cả các đối tượng nhận văn bản để thực hiện thông qua hệ thống phần mềm sau khi văn bản được lãnh đạo bệnh viện tiếp nhận và xử lý			Có phần mềm chuyên dụng quản lý văn bản điện tử.		P. TCHC CNTT	
	15. Có tiến hành rà soát việc phổ biến và triển khai thực hiện văn bản chỉ đạo			Báo cáo đánh giá việc phổ biến và triển khai thực hiện văn bản chỉ đạo		P. TCHC	Quý 2
	16. Áp dụng kết quả đánh giá để cải tiến chất lượng việc triển khai thực hiện văn bản chỉ đạo hoặc đề xuất sửa đổi bất cập của văn bản với cơ quan quản lý.			Có bằng chứng áp dụng kết quả đánh giá để cải tiến chất lượng việc triển khai thực hiện văn bản, đề xuất sửa đổi		P. TCHC	
C1.2	Bảo đảm an toàn điện và phòng cháy, chữa cháy	2	3		CN Sơn BS Trân		
	19. Có phương án phòng chống cháy nổ, sơ tán thoát nạn, cứu người (đặc biệt đối với người bệnh không có khả năng tự thoát nạn), cứu trang thiết bị y tế, tài sản và chống cháy lan.			Kế hoạch phòng chống cháy nổ, sơ tán thoát nạn, cứu người cứu trang thiết bị.			Quý 2
	20. Có cảnh báo cháy nổ và cấm lửa tại các vị trí/khu vực có nguy cơ cao như bình/kho chứa ô-xy, nơi chứa nhiên liệu gas, xăng/dầu và các máy móc có nguy cơ cháy nổ cao khác.			Có cảnh báo cháy nổ và cấm lửa nơi để bình ôxy, gas, cồn, xăng/ dầu			Quý 2 2 triệu
	21. Có chuông báo cháy, đèn khẩn cấp luôn trong tình trạng hoạt động. Các hệ thống được kiểm tra vận hành thử ít nhất 2 lần trong năm và hoạt động tốt.			Lắp chuông báo cháy, đèn khẩn cấp Phòng TCHC chủ động kiểm tra các thiết bị phòng cháy chữa cháy, báo cháy định kỳ (có sổ ghi chép).			Quý 2 5 triệu
C2.1	Hồ sơ bệnh án được lập đầy đủ, chính xác, khoa học	3	4		BS Hằng		
	16. Có quy định và tiến hành kiểm tra ngẫu nhiên chất lượng hồ sơ bệnh án và nhập mã ICD 10.			Văn bản quy định về việc kiểm tra ngẫu nhiên chất lượng hồ sơ bệnh án và việc ghi mã ICD 10.		P. KHTH	Tháng 4
	17. Có tiến hành đánh giá (hoặc nghiên cứu) về chất lượng hồ sơ bệnh án và xác định tỷ lệ nhập sai mã ICD 10 (ví dụ có bảng kiểm đánh giá chất lượng bệnh án từ hình thức đến nội dung).			Xây dựng bảng kiểm đánh giá chất lượng bệnh án Tiến hành đánh giá chất lượng hồ sơ bệnh án dựa trên bảng kiểm.		P. KHTH	Hàng tháng

	18. Có bản kết quả đánh giá, trong đó chỉ ra được những lỗi thường gặp của hồ sơ bệnh án, tỷ lệ nhập sai mã ICD 10, nguyên nhân chính và các giải pháp.			Có báo cáo kết quả đánh giá tình hình kiểm tra hồ sơ bệnh án		P. KHTH	Quý 3
C2.2	Hồ sơ bệnh án được quản lý chặt chẽ, đầy đủ, khoa học	4	5		BS Hằng		
	16. Tiến hành đánh giá thực trạng việc quản lý hồ sơ bệnh án của bệnh viện và chỉ ra được những khó khăn, nhược điểm cần giải quyết.			- Kiểm tra, khảo sát thực tế tình trạng lưu trữ bệnh án tại phòng lưu trữ, các khoa lâm sàng - Xây dựng bảng kiểm/Bản báo cáo kết quả, đánh giá chất lượng hồ sơ bệnh án hàng quý		Các khoa lâm sàng P.KHTH	Quý 3
	17. Áp dụng kết quả đánh giá vào việc cải tiến chất lượng quản lý hồ sơ bệnh án.			- Xây dựng kế hoạch thực hiện cải tiến chất lượng quản lý hồ sơ bệnh án ứng với từng bảng kiểm. - Có báo cáo kết quả áp dụng việc cải tiến chất lượng quản lý hồ sơ bệnh án		Các khoa lâm sàng P.KHTH	Quý 4
C4.2	Xây dựng và hướng dẫn nhân viên y tế thực hiện các quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện	3	4		BS Hòa CN Hân		
	9. Có tiến hành theo dõi, giám sát việc thực hiện các quy trình và hướng dẫn phòng ngừa kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện.			Có kế hoạch giám sát, bảng kiểm giám sát các quy trình, phân công và thực hiện việc giám sát.		Tổ KSNK HĐKSNK Các khoa	Quý 2
C5.3	Áp dụng các hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh và triển khai các biện pháp giám sát chất lượng	3	4		BS Uyên		
	14. Có bản báo cáo giám sát việc tuân thủ các quy trình kỹ thuật dựa trên các bảng kiểm, trong đó có tỷ lệ tuân thủ của các khoa lâm sàng.			Báo cáo giám sát việc tuân thủ các quy trình kỹ thuật dựa trên các bảng kiểm		P. KHTH P. ĐD	Quý 3
	15. Công bố báo cáo về việc tuân thủ các quy trình kỹ thuật cho nhân viên (trong đó có tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật của từng khoa lâm sàng) bằng các hình thức như bản tin nội bộ, gửi báo cáo, thư điện tử....			Công bố báo cáo kết quả về việc tuân thủ các quy trình kỹ thuật		P. KHTH P. ĐD	Quý 3

C6.3	Người bệnh được theo dõi, chăm sóc phù hợp với tình trạng bệnh và phân cấp chăm sóc	3	4		ĐD Nga Yên		
	19. Toàn bộ người bệnh chăm sóc cấp II* được điều dưỡng, hộ sinh đánh giá, xác định nhu cầu và lập kế hoạch chăm sóc để thực hiện.			Lập kế hoạch chăm sóc, thực hiện theo dõi, chăm sóc toàn diện, chăm sóc thể chất và vệ sinh cá nhân cho người bệnh chăm sóc cấp 2		Khoa nội trú	Thường xuyên
	20. Toàn bộ người bệnh cần chăm sóc cấp II* được các nhân viên y tế theo dõi, chăm sóc toàn diện, bao gồm chăm sóc thể chất và vệ sinh cá nhân.						
	21. Có các phương tiện để phòng chống loét do tỳ đè.				Trang bị đệm hơi, đệm nước cho các khoa		Khoa nội trú
	22. Có nhân viên y tế hoặc dịch vụ hỗ trợ chăm sóc thể chất và vệ sinh cá nhân cho người bệnh (tắm, gội đầu, vệ sinh răng miệng, xoay trở, vỗ rung).			Có các dịch vụ hỗ trợ chăm sóc thể chất và vệ sinh cá nhân cho người bệnh như tắm, gội đầu, vệ sinh răng miệng, xoay trở, vỗ rung.			
C7.2	Bảo đảm cơ sở vật chất thực hiện công tác dinh dưỡng và tiết chế	3	4		ĐD Nga Yên		Quý 2
	17. Có phương tiện vận chuyển suất ăn tới người bệnh, bảo đảm vệ sinh an toàn thực phẩm.			Trang bị phương tiện vận chuyển suất ăn tới người bệnh.		P. TCHC	Quý 2 4 triệu
C7.3	Người bệnh được đánh giá, theo dõi tình trạng dinh dưỡng trong thời gian nằm viện	3	4		ĐD Nga Yên		Hàng tháng
	7. Người bệnh có nguy cơ hoặc bị suy dinh dưỡng, mắc các bệnh lý có liên quan đến dinh dưỡng khi nhập viện được lập kế hoạch theo dõi, đánh giá tình trạng dinh dưỡng.			Lập kế hoạch theo dõi, đánh giá tình trạng dinh dưỡng cho người bệnh có nguy cơ hoặc bị suy dinh dưỡng		Khoa nội trú	
	8. Người bệnh được can thiệp dinh dưỡng dựa trên kết quả đánh giá tình trạng dinh dưỡng.			Can thiệp dinh dưỡng dựa trên kết quả đánh giá tình trạng dinh dưỡng.		Khoa nội trú	
	9. Người bệnh suy dinh dưỡng nặng được hội chẩn với khoa dinh dưỡng, đánh giá lập kế hoạch và can thiệp dinh dưỡng.			Quy định hội chẩn với BS khám đánh giá tình trạng dinh dưỡng, lập kế hoạch, thực hiện can thiệp dinh dưỡng		Khoa nội trú Tổ DD-TC	
C7.5	Người bệnh được cung cấp chế độ dinh dưỡng phù hợp với bệnh lý trong thời gian nằm viện	3	4		ĐD Nga Yên		Quý 3
	10. Tiến hành khảo sát, đánh giá (hoặc nghiên cứu) việc cung cấp chế độ ăn phù hợp với bệnh lý			Khảo sát, đánh giá việc cung cấp chế độ ăn phù hợp với bệnh lý cho người		Tổ DD-TC	Hàng tháng

	cho người bệnh.			bệnh.			
	11. Có báo cáo đánh giá, trong đó có chỉ ra những nhược điểm, khó khăn cần khắc phục và đề xuất giải pháp cải tiến chất lượng.			Báo cáo đánh giá, đề xuất giải pháp cải tiến chất lượng.		Tổ DD-TC	Quý 3
C8.2	Thực hiện quản lý chất lượng các xét nghiệm	2	3		CN Nguyễn		Quý 3
	8. Bệnh viện có quy định bằng văn bản và thực hiện ngoại kiểm.			Văn bản quy định thực hiện ngoại kiểm.		P. KHTH	Quý 2
	10. Đã thiết lập hệ thống quản lý chất lượng xét nghiệm (tổ chức, phân công nhiệm vụ, xây dựng quy trình, tài liệu hướng dẫn, đào tạo...).			Thành lập hệ thống quản lý chất lượng xét nghiệm		K. CLS P. KHTH	Quý 2
	11. Có đăng ký tham gia và thực hiện chương trình ngoại kiểm với trung tâm kiểm chuẩn đã được cấp phép hoạt động.			Đăng ký tham gia và thực hiện chương trình ngoại kiểm với trung tâm kiểm chuẩn		CLS	Quý 2 10 triệu
	12. Có thực hiện hiệu chuẩn thiết bị xét nghiệm theo định kỳ và đột xuất nếu có phát hiện sai lệch.			Thực hiện hiệu chuẩn thiết bị xét nghiệm theo định kỳ và đột xuất.		CLS	Hàng quý 5 triệu
	14. Có nhân viên chuyên trách/kiêm nhiệm về chất lượng xét nghiệm được đào tạo về quản lý chất lượng xét nghiệm (có chứng chỉ).						
	15. Nhân viên khoa xét nghiệm tham gia đào tạo liên tục đầy đủ theo quy định của Bộ Y tế.			Kế hoạch cử nhân viên khoa xét nghiệm tham gia đào tạo liên tục		K. CLS P. KHTH	Quý 2 15 triệu
	16. Tiến hành đào tạo và đào tạo liên tục cho nhân viên xét nghiệm về các kỹ thuật mới triển khai tại bệnh viện (nếu có).						
C9.3	Cung ứng thuốc, hóa chất và vật tư y tế tiêu hao đầy đủ, kịp thời, bảo đảm chất lượng	3	4		DS Yên		Quý 1
	12. Bảo đảm cung cấp đầy đủ thuốc, vật tư y tế tiêu hao trong và ngoài danh mục cho người bệnh nội trú.			Hội đồng thuốc điều trị phối hợp các khoa lâm sàng, khoa dược triển khai công tác dự trữ thuốc, vật tư tiêu hao định kỳ hàng tháng, quý.		K. Dược HĐTĐT	
	13. Bảo đảm cung ứng thuốc, vật tư y tế tiêu hao liên tục, không gián đoạn (không có tình trạng thiếu thuốc vào cuối tháng, cuối năm hoặc đầu năm).						K. Dược HĐTĐT
	14. Có quy trình và phương án tổ chức cung ứng các thuốc hiếm theo yêu cầu điều trị và thuốc điều			Xây dựng quy trình, danh mục, phương án cung ứng các thuốc hiếm		K. Dược HĐTĐT	

	trị các bệnh hiểm gặp (trong trường hợp cần điều trị người bệnh tại bệnh viện, không chuyên tuyến).			theo yêu cầu điều trị			
D1.2	Xây dựng, triển khai kế hoạch và đề án cải tiến chất lượng				BS Oanh		
	6. Trong bản kế hoạch cải tiến chất lượng chung của bệnh viện có xác định số lượng các đề án cải tiến chất lượng theo từng mục tiêu, nguồn kinh phí dự kiến và địa chỉ khoa/phòng đầu mối thực hiện.			Phân công đề án cho KH đầu năm		P.KHTH Các khoa, phòng	
D1.3	Xây dựng văn hóa chất lượng bệnh viện	2	3		BS Oanh		
	8. Có trang thông tin điện tử của bệnh viện; thông tin cập nhật thường xuyên ít nhất 1 tuần 1 lần.			<ul style="list-style-type: none"> - Kế hoạch viết bài đăng Website - Các khoa, phòng, đoàn thể tham gia viết bài - Ban biên tập phê duyệt nội dung - Phụ trách CNTT đăng tải hàng tuần 		TỔ CNTT Các khoa Các phòng	Hàng tuần 15 triệu
	9. Trang thông tin điện tử của bệnh viện cung cấp các thông tin chung về bệnh viện: lịch sử hình thành và phát triển; thành tích; sơ đồ tổ chức; bộ máy nhân sự, lãnh đạo; biểu trưng, khẩu hiệu, lịch làm việc, giá dịch vụ y tế, truyền thông giáo dục sức khỏe...						
D2.4	Bảo đảm xác định chính xác người bệnh khi cung cấp dịch vụ	3	4		ĐD Nga Yến		
	12. Tất cả người bệnh được cung cấp mã số/mã vạch duy nhất trong quá trình khám và điều trị tại bệnh viện để bảo đảm không nhầm lẫn người bệnh khi cung cấp dịch vụ.			<ul style="list-style-type: none"> - Trang bị máy quét mã vạch khoa XN- CĐHA- TDCN. - Áp dụng mã vạch để xác nhận tên và dịch vụ cung cấp cho người bệnh. 		P .KHTH CNTT Các khoa	Quý II
	13. Áp dụng giải pháp công nghệ thông tin, các trang thiết bị điện tử và mã số/mã vạch để xác nhận tên và dịch vụ cung cấp cho người bệnh.						
	14. Không có trường hợp nhầm lẫn người bệnh trong XN, CĐHA, TDCN, phát thuốc cho NB						
D2.5	Phòng ngừa nguy cơ người bệnh bị trượt ngã	1	3		ĐD Nga Yến		
	6. Có tiến hành rà soát tổng thể ít nhất 1 lần trong 1 năm và lập danh sách các vị trí có nguy cơ trượt ngã do thiết kế, do cơ sở hạ tầng không đồng bộ			Kiểm tra, lập danh sách các vị trí có nguy cơ trượt ngã do thiết kế, do cơ sở hạ tầng xuống cấp		P. TCHC	Quý 2

	hoặc xuống cấp hoặc do lý do bất kỳ khác dẫn tới nguy cơ trượt ngã.					
	10. Lan can và chân song cửa sổ được thiết kế đủ hẹp không có lỗ hổng đứt lọt quả cầu đường kính từ 10 cm trở lên			Kiểm tra, gia cố lại chiều cao của lan can, không có lỗ hổng đứt lọt quả cầu đường kính từ 10 cm: khoa Nội, CC-DS, khoa Khám, Phụ trị	P. TCHC	Quý 2 10 triệu
	11. Giường bệnh cho người bệnh có nguy cơ trượt ngã cao (trẻ em, người cao tuổi, người bị tổn thương thần kinh...) có thanh chắn phòng người bệnh trượt ngã.			Bố trí người bệnh có nguy cơ trượt ngã cao nằm giường có thanh chắn phòng người bệnh trượt ngã.	Khoa lâm sàng	Thường xuyên
D3.3	Hợp tác với cơ quan quản lý trong việc xây dựng công cụ, triển khai, báo cáo hoạt động quản lý chất lượng bệnh viện	3	4		BS Vinh	
	9. Có nhân viên y tế tích cực tham gia và có đóng góp cụ thể vào việc xây dựng các chính sách, tiêu chuẩn, tiêu chí quản lý chất lượng của Bộ Y tế (cung cấp các bằng chứng cụ thể minh họa các đóng góp).			Kế hoạch đề nghị khuyến khích khen thưởng cho nhân viên có tinh thần tích cực tham gia, đóng góp xây dựng tiêu chí, công cụ... quản lý chất lượng	P.KHTH Các khoa, phòng	Quý 2 2 triệu

Phụ lục II
BẢNG KIỂM CÁC TIÊU CHÍ CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG NĂM 2020
(Kèm theo Kế hoạch số KH/BV ngày 14 /4/2020 của Bệnh viện Y học cổ truyền Phú Yên)

Tiêu chí	Tiểu mục cần thực hiện	Nội dung/ biện pháp thực hiện	Đánh giá			Ghi chú
			Quý I	Quý II	Quý III	
A1.3	Cải tiến quy trình khám bệnh, đáp ứng sự hài lòng người bệnh					
	12. Có tiến hành đánh giá định kỳ (ít nhất 6 tháng 1 lần) thời gian chờ đợi của người bệnh.	Biên bản/ báo cáo khảo sát định kỳ 2 tháng/ 1 lần thời gian chờ đợi của người bệnh.				
	13. Công khai cam kết về thời gian chờ theo từng phân đoạn trong quy trình khám bệnh: thời gian chờ khám, chờ kết quả cận lâm sàng và lấy thuốc và các thời gian chờ khác	Bảng công khai cam kết về thời gian chờ khám, chờ kết quả cận lâm sàng, lấy thuốc, thực hiện thủ thuật				
	14. Có số liệu về thời gian chờ đợi và thời gian hoàn thành các thủ tục khám bệnh cho: a. Khám lâm sàng b. Khám lâm sàng + xét nghiệm c. Khám lâm sàng + xét nghiệm + CDHA d. Khám lâm sàng + XN + CDHA + TDCN	Có biên bản/ báo cáo số liệu về thời gian chờ đợi và thời gian hoàn thành các thủ tục khám bệnh.				
	15. Có phương án bố trí thêm các ô, quầy thu viện phí, thanh toán bảo hiểm y tế và nhân viên trong giờ cao điểm và triển khai trên thực tế	Xây dựng phương án bố trí thêm các ô, quầy thu viện phí, thanh toán và nhân viên trong giờ cao điểm				
	16. Có phương án điều phối lại người bệnh để giảm tải trong trường hợp có những bàn, buồng khám đông người bệnh	Xây dựng phương án điều phối lại người bệnh để giảm tải trong trường hợp có những bàn, buồng khám đông người bệnh				
	17. Có phương án bố trí thêm quầy và nhân viên phát thuốc trong giờ cao điểm và triển khai thực tế	Xây dựng phương án bố trí thêm quầy và nhân viên phát thuốc trong giờ cao điểm.				
A3.2	Người bệnh được khám và điều trị trong khoa, phòng gọn gàng, ngăn nắp					
	13. Tủ giữ đồ có khóa được trang bị tại tất cả các khoa lâm sàng	Trang bị tủ giữ đồ có các khóa LS				

	14. Chia khóa tủ có dây đeo cổ tay cho người bệnh	Trang bị khóa kèm dây treo có kí hiệu cho từng tủ giữ đồ				
	15. Áp dụng phương pháp 5S để cải tiến chất lượng trên phạm vi toàn bệnh viện.	Triển khai thực hiện, áp dụng cải tiến phương pháp 5S trên phạm vi toàn bệnh viện				
	16. Có báo cáo đánh giá việc áp dụng phương pháp 5S.	Xây dựng bảng kiểm (báo cáo) đánh giá kết quả việc áp dụng phương pháp 5S				
	17. Sử dụng kết quả đánh giá để tiếp tục cải tiến chất lượng, gọn gàng, ngăn nắp.	Xây dựng kế hoạch thực hiện dựa trên kết quả bảng kiểm (báo cáo)				
A4.2	Người bệnh được tôn trọng quyền riêng tư					
	10. Các phòng khám bệnh, CDHA, TDCN, thủ thuật... có vách ngăn hoặc rèm che kín đáo.					
	11. Sẵn có vách ngăn hoặc rèm che di động tại các khoa lâm sàng: thăm khám tại chỗ, làm thủ thuật hoặc thay đổi quần áo, vệ sinh tại giường.	Trang bị vách ngăn hoặc rèm che di động				
	12. Phiếu thông tin treo đầu giường không ghi chi tiết đặc điểm bệnh đối với một số bệnh có thể gây bất lợi về mặt tâm lý, uy tín, công việc của người bệnh.	Bảng kẹp đầu giường bệnh. Phiếu công khai treo đầu giường bệnh.				
B1.2	Bảo đảm và duy trì ổn định số lượng nhân lực bệnh viện					
	12. Có phương án động viên, khuyến khích các bác sỹ có trình độ chuyên môn cao (so với đặc thù bệnh viện) sau khi nghỉ hưu tiếp tục tham gia, cống hiến cho các hoạt động chuyên môn đang thiếu hụt bác sỹ (hoặc thiếu hụt nguồn nhân lực có chất lượng cao).	Xây dựng phương án quy định về việc mời bác sỹ có trình độ chuyên môn cao sau nghỉ hưu tham gia chuyên môn.				
B4.2	Triển khai thực hiện văn bản chỉ đạo dành cho bệnh viện					
	14. Áp dụng phần mềm chuyên dụng quản lý văn bản điện tử, văn bản được gửi tới ngay tất cả các đối tượng nhận văn bản để thực hiện thông qua hệ thống phần mềm sau khi văn bản được lãnh đạo bệnh viện tiếp nhận và xử lý	Có phần mềm chuyên dụng quản lý văn bản điện tử.				
	15. Có tiến hành rà soát việc phổ biến và triển khai thực hiện văn bản chỉ đạo	Báo cáo đánh giá việc phổ biến và triển khai thực hiện văn bản chỉ đạo				

	16. Áp dụng kết quả đánh giá để cải tiến chất lượng việc triển khai thực hiện văn bản chỉ đạo hoặc đề xuất sửa đổi bất cập của văn bản với cơ quan quản lý.	Có bằng chứng áp dụng kết quả đánh giá để cải tiến chất lượng việc triển khai thực hiện văn bản, đề xuất sửa đổi				
C1.2	Bảo đảm an toàn điện và phòng cháy, chữa cháy					
	19. Có phương án phòng chống cháy nổ, sơ tán thoát nạn, cứu người (đặc biệt đối với người bệnh không có khả năng tự thoát nạn), cứu trang thiết bị y tế, tài sản và chống cháy lan.	Kế hoạch phòng chống cháy nổ, sơ tán thoát nạn, cứu người cứu trang thiết bị.				
	20. Có cảnh báo cháy nổ và cấm lửa tại các vị trí/khu vực có nguy cơ cao như bình/kho chứa ô-xy, nơi chứa nhiên liệu gas, xăng/dầu và các máy móc có nguy cơ cháy nổ cao khác.	Có cảnh báo cháy nổ và cấm lửa nơi để bình ôxy, gas, cồn, xăng/ dầu				
	21. Có chuông báo cháy, đèn khẩn cấp luôn trong tình trạng hoạt động. Các hệ thống được kiểm tra vận hành thử ít nhất 2 lần trong năm và hoạt động tốt.	Lắp chuông báo cháy, đèn khẩn cấp Phòng TCHC chủ động kiểm tra các thiết bị phòng cháy chữa cháy, báo cháy định kỳ (có sổ ghi chép).				
C2.1	Hồ sơ bệnh án được lập đầy đủ, chính xác, khoa học					
	16. Có quy định và tiến hành kiểm tra ngẫu nhiên chất lượng hồ sơ bệnh án và nhập mã ICD 10.	Văn bản quy định về việc kiểm tra ngẫu nhiên chất lượng hồ sơ bệnh án và việc ghi mã ICD 10.				
	17. Có tiến hành đánh giá (hoặc nghiên cứu) về chất lượng hồ sơ bệnh án và xác định tỷ lệ nhập sai mã ICD 10 (ví dụ có bảng kiểm đánh giá chất lượng bệnh án từ hình thức đến nội dung).	Xây dựng bảng kiểm đánh giá chất lượng bệnh án Tiến hành đánh giá chất lượng hồ sơ bệnh án dựa trên bảng kiểm.				
	18. Có bản kết quả đánh giá, trong đó chỉ ra được những lỗi thường gặp của hồ sơ bệnh án, tỷ lệ nhập sai mã ICD 10, nguyên nhân chính và các giải pháp.	Có báo cáo kết quả đánh giá tình hình kiểm tra hồ sơ bệnh án				
C2.2	Hồ sơ bệnh án được quản lý chặt chẽ, đầy đủ, khoa học					
	16. Tiến hành đánh giá thực trạng việc quản lý hồ sơ bệnh án của bệnh viện và chỉ ra được những khó khăn, nhược điểm cần giải quyết.	- Kiểm tra, khảo sát thực tế tình trạng lưu trữ bệnh án tại phòng lưu trữ, các khoa lâm sàng - Xây dựng bảng kiểm/Bản báo cáo kết quả, đánh giá chất lượng hồ sơ bệnh án hàng quý				

	17. Áp dụng kết quả đánh giá vào việc cải tiến chất lượng quản lý hồ sơ bệnh án.	- Xây dựng kế hoạch thực hiện cải tiến chất lượng quản lý hồ sơ bệnh án ứng với từng bảng kiểm. - Có báo cáo kết quả áp dụng việc cải tiến chất lượng quản lý hồ sơ bệnh án				
C4.2	Xây dựng và hướng dẫn nhân viên y tế thực hiện các quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện					
	9. Có tiến hành theo dõi, giám sát việc thực hiện các quy trình và hướng dẫn phòng ngừa kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện.	Có kế hoạch giám sát, bảng kiểm giám sát các quy trình, phân công và thực hiện việc giám sát.				
C5.3	Áp dụng các hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh và triển khai các biện pháp giám sát chất lượng					
	14. Có bản báo cáo giám sát việc tuân thủ các quy trình kỹ thuật dựa trên các bảng kiểm, trong đó có tỷ lệ tuân thủ của các khoa lâm sàng.	Báo cáo giám sát việc tuân thủ các quy trình kỹ thuật dựa trên các bảng kiểm				
	15. Công bố báo cáo về việc tuân thủ các quy trình kỹ thuật cho nhân viên (trong đó có tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật của từng khoa lâm sàng) bằng các hình thức như bản tin nội bộ, gửi báo cáo, thư điện tử....	Công bố báo cáo kết quả về việc tuân thủ các quy trình kỹ thuật				
C6.3	Người bệnh được theo dõi, chăm sóc phù hợp với tình trạng bệnh và phân cấp chăm sóc					
	19. Toàn bộ người bệnh chăm sóc cấp II* được điều dưỡng, hộ sinh đánh giá, xác định nhu cầu và lập kế hoạch chăm sóc để thực hiện.	Lập kế hoạch chăm sóc, thực hiện theo dõi, chăm sóc toàn diện, chăm sóc thể chất và vệ sinh cá nhân cho người bệnh chăm sóc cấp 2				
	20. Toàn bộ người bệnh cần chăm sóc cấp II* được các nhân viên y tế theo dõi, chăm sóc toàn diện, bao gồm chăm sóc thể chất và vệ sinh cá nhân.					
	21. Có các phương tiện để phòng chống loét do tỳ đè.	Trang bị đệm hơi, đệm nước cho các khoa				
	22. Có nhân viên y tế hoặc dịch vụ hỗ trợ chăm sóc thể chất và vệ sinh cá nhân cho người bệnh (tắm, gội đầu, vệ sinh răng miệng, xoay trở, vỗ rung).	Có các dịch vụ hỗ trợ chăm sóc thể chất và vệ sinh cá nhân cho NB như tắm, gội đầu, vệ sinh răng miệng, xoay trở, vỗ rung.				
C7.2	Bảo đảm cơ sở vật chất thực hiện công tác dinh dưỡng và tiết chế					

	17. Có phương tiện vận chuyển suất ăn tới người bệnh, bảo đảm vệ sinh an toàn thực phẩm.	Trang bị phương tiện vận chuyển suất ăn tới người bệnh.				
C7.3	Người bệnh được đánh giá, theo dõi tình trạng dinh dưỡng trong thời gian nằm viện					
	7. Người bệnh có nguy cơ hoặc bị suy dinh dưỡng, mắc các bệnh lý có liên quan đến dinh dưỡng khi nhập viện được lập kế hoạch theo dõi, đánh giá tình trạng dinh dưỡng.	Lập kế hoạch theo dõi, đánh giá tình trạng dinh dưỡng cho người bệnh có nguy cơ hoặc bị suy dinh dưỡng				
	8. Người bệnh được can thiệp dinh dưỡng dựa trên kết quả đánh giá tình trạng dinh dưỡng.	Can thiệp dinh dưỡng dựa trên kết quả đánh giá tình trạng dinh dưỡng.				
	9. Người bệnh suy dinh dưỡng nặng được hội chẩn với khoa dinh dưỡng, đánh giá lập kế hoạch và can thiệp dinh dưỡng.	Quy định hội chẩn với BS khám đánh giá tình trạng dinh dưỡng, lập kế hoạch, thực hiện can thiệp dinh dưỡng				
C7.5	Người bệnh được cung cấp chế độ dinh dưỡng phù hợp với bệnh lý trong thời gian nằm viện					
	10. Tiến hành khảo sát, đánh giá (hoặc nghiên cứu) việc cung cấp chế độ ăn phù hợp với bệnh lý cho người bệnh.	Khảo sát, đánh giá việc cung cấp chế độ ăn phù hợp với bệnh lý cho người bệnh.				
	11. Có báo cáo đánh giá, trong đó có chỉ ra những nhược điểm, khó khăn cần khắc phục và đề xuất giải pháp cải tiến chất lượng.	Báo cáo đánh giá, đề xuất giải pháp cải tiến chất lượng.				
C8.2	Thực hiện quản lý chất lượng các xét nghiệm					
	8. Bệnh viện có quy định bằng văn bản và thực hiện ngoại kiểm.	Văn bản quy định thực hiện ngoại kiểm.				
	10. Đã thiết lập hệ thống quản lý chất lượng xét nghiệm (tổ chức, phân công nhiệm vụ, xây dựng quy trình, tài liệu hướng dẫn, đào tạo...).	Thành lập hệ thống quản lý chất lượng xét nghiệm				
	11. Có đăng ký tham gia và thực hiện chương trình ngoại kiểm với trung tâm kiểm chuẩn đã được cấp phép hoạt động.	Đăng ký tham gia và thực hiện chương trình ngoại kiểm với trung tâm kiểm chuẩn				
	12. Có thực hiện hiệu chuẩn thiết bị xét nghiệm theo định kỳ và đột xuất nếu có phát hiện sai lệch.	Thực hiện hiệu chuẩn thiết bị xét nghiệm theo định kỳ và đột xuất.				
	14. Có nhân viên chuyên trách/kiêm nhiệm về chất lượng xét nghiệm được đào tạo về quản lý chất lượng xét nghiệm (có chứng chỉ).	Kế hoạch cử nhân viên khoa xét nghiệm tham gia đào tạo liên tục				

	15. Nhân viên khoa xét nghiệm tham gia đào tạo liên tục đầy đủ theo quy định của Bộ Y tế.				
	16. Tiến hành đào tạo và đào tạo liên tục cho nhân viên xét nghiệm về các kỹ thuật mới triển khai tại bệnh viện (nếu có).				
C9.3	Cung ứng thuốc, hóa chất và vật tư y tế tiêu hao đầy đủ, kịp thời, bảo đảm chất lượng				
	12. Bảo đảm cung cấp đầy đủ thuốc, vật tư y tế tiêu hao trong và ngoài danh mục cho người bệnh nội trú.	Hội đồng thuốc điều trị phối hợp các khoa lâm sàng, khoa dược triển khai công tác dự			
	13. Bảo đảm cung ứng thuốc, vật tư y tế tiêu hao liên tục, không gián đoạn (không có tình trạng thiếu thuốc vào cuối tháng, cuối năm hoặc đầu năm).	trù thuốc, vật tư tiêu hao định kỳ hàng tháng, quý.			
	14. Có quy trình và phương án tổ chức cung ứng các thuốc hiếm theo yêu cầu điều trị và thuốc điều trị các bệnh hiếm gặp (trong trường hợp cần điều trị người bệnh tại bệnh viện, không chuyên tuyến).	Xây dựng quy trình, danh mục, phương án cung ứng các thuốc hiếm theo yêu cầu điều trị			
D1.2	Xây dựng, triển khai kế hoạch và đề án cải tiến chất lượng				
	6. Trong bản kế hoạch cải tiến chất lượng chung của bệnh viện có xác định số lượng các đề án cải tiến chất lượng theo từng mục tiêu, nguồn kinh phí dự kiến và địa chỉ khoa/phòng đầu mỗi thực hiện.	Phân công đề án cho KH đầu năm			
D1.3	Xây dựng văn hóa chất lượng bệnh viện				
	8. Có trang thông tin điện tử của bệnh viện; thông tin cập nhật thường xuyên ít nhất 1 tuần 1 lần.	<ul style="list-style-type: none"> - Kế hoạch viết bài đăng Website - Các khoa, phòng, đoàn thể tham gia viết bài - Ban biên tập phê duyệt nội dung - Phụ trách CNTT đăng tải hàng tuần 			
	9. Trang thông tin điện tử của bệnh viện cung cấp các thông tin chung về bệnh viện: lịch sử hình thành và phát triển; thành tích; sơ đồ tổ chức; bộ máy nhân sự, lãnh đạo; biểu trưng, khẩu hiệu, lịch làm việc, giá dịch vụ y tế, truyền thông giáo dục sức khỏe...				
D2.4	Bảo đảm xác định chính xác người bệnh khi cung cấp dịch vụ				
	12. Tất cả người bệnh được cung cấp mã số/mã vạch duy nhất trong quá trình khám và điều trị tại bệnh viện để bảo	Trang bị máy quét mã vạch khoa XN-CĐHA- TDCN.			

	đảm không nhầm lẫn người bệnh khi cung cấp dịch vụ.	Áp dụng mã vạch để xác nhận tên và dịch vụ cung cấp cho người bệnh.				
	13. Áp dụng giải pháp công nghệ thông tin, các trang thiết bị điện tử và mã số/mã vạch để xác nhận tên và dịch vụ cung cấp cho người bệnh.					
	14. Không có trường hợp nhầm lẫn người bệnh trong XN, CDHA, TDCN, phát thuốc cho NB					
D2.5	Phòng ngừa nguy cơ người bệnh bị trượt ngã					
	6. Có tiến hành rà soát tổng thể ít nhất 1 lần trong 1 năm và lập danh sách các vị trí có nguy cơ trượt ngã do thiết kế, do cơ sở hạ tầng không đồng bộ hoặc xuống cấp hoặc do lý do bất kỳ khác dẫn tới nguy cơ trượt ngã.	Kiểm tra, khảo sát thực tế lập danh sách các vị trí có nguy cơ trượt ngã do thiết kế, do cơ sở hạ tầng xuống cấp hoặc do nguyên nhân nào khác.				
	10. Lan can và chân song cửa sổ được thiết kế đủ hẹp không có lỗ hổng đút lọt quả cầu đường kính từ 10 cm trở lên	Kiểm tra, gia cố lại chiều cao của lan can, không có lỗ hổng đút lọt quả cầu đường kính từ 10 cm: khoa Nội, CC-DS, khoa Khám, Phụ nữ				
	11. Giường bệnh cho người bệnh có nguy cơ trượt ngã cao (trẻ em, người cao tuổi, người bị tổn thương thần kinh...) có thanh chắn phòng người bệnh trượt ngã.	Bố trí người bệnh có nguy cơ trượt ngã cao nằm giường có thanh chắn phòng người bệnh trượt ngã.				
D3.3	Hợp tác với cơ quan quản lý trong việc xây dựng công cụ, triển khai, báo cáo hoạt động quản lý chất lượng bệnh viện					
	9. Có nhân viên y tế tích cực tham gia và có đóng góp cụ thể vào việc xây dựng các chính sách, tiêu chuẩn, tiêu chí quản lý chất lượng của Bộ Y tế (cung cấp các bằng chứng cụ thể minh họa các đóng góp).	Kế hoạch đề nghị khuyến khích khen thưởng cho nhân viên có tinh thần tích cực tham gia, đóng góp xây dựng tiêu chí, công cụ...quản lý chất lượng				