

KẾ HOẠCH

NÂNG CAO CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN NĂM 2015

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 ban hành kèm theo Quyết định số 4858/QĐ-BYT ngày 03 tháng 12 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế;

Căn cứ vào kết quả kiểm tra, đánh giá của Sở Y tế Tiền Giang năm 2014;

Nhằm tiến hành các hoạt động cải tiến và nâng cao chất lượng dịch vụ y tế an toàn, chất lượng, hiệu quả và mang lại sự hài lòng cao nhất có thể cho người bệnh, người dân và nhân viên y tế, Bệnh viện Đa khoa Mỹ Phước Tây xây dựng và triển khai kế hoạch cải tiến, nâng cao chất lượng bệnh viện với nội dung như sau:

1. MỤC TIÊU VỀ CHẤT LƯỢNG

- 1.1. Thiết lập hệ thống quản lý chất lượng bệnh viện.
- 1.2. Xây dựng uy tín và văn hóa chất lượng bệnh viện.
- 1.3. Xây dựng hệ thống báo cáo, tổng hợp, phân tích sai sót và khắc phục.
- 1.4. Thực hiện các biện pháp phòng ngừa để giảm thiểu các sai sót, sự cố.
- 1.5. Xây dựng và triển khai các hướng dẫn, các quy trình chuyên môn trong khám, chữa bệnh
- 1.6. Chất lượng bệnh viện cải thiện hơn so với năm 2014 (căn cứ vào Tiêu chí chất lượng ban hành theo QĐ 4858/QĐ – BHYT).

2. HÀNH ĐỘNG VÀ CHỈ TIÊU ĐỂ ĐẠT ĐƯỢC MỤC TIÊU CHẤT LƯỢNG

2.1. Thiết lập hệ thống quản lý chất lượng bệnh viện.

2.1.1. Thành lập đầy đủ mạng lưới quản lý chất lượng bệnh viện tại 100% các khoa/phòng

- Hội đồng quản lý chất lượng (QLCL) gồm Ban Giám đốc bệnh viện và lãnh đạo các khoa, phòng. Tổ QLCL gồm Phó khoa/phòng và Điều dưỡng trưởng các khoa/ phòng.

- Thời gian hoàn tất: Quý 1 năm 2015.

2.1.2. Cử nhân viên tham gia các lớp đào tạo về quản lý chất lượng

- Đối tượng: Nhân viên Tổ quản lý chất lượng.
- Thời gian dự kiến: Phòng Tổ chức Cán bộ theo dõi đăng ký các lớp ngắn hoặc dài hạn về quản lý chất lượng bệnh viện.
- Kinh phí: từ quỹ phát triển sự nghiệp của bệnh viện và chi theo Quy chế thu chi của bệnh viện

2.2. Xây dựng uy tín và văn hóa chất lượng bệnh viện.

2.2.1. Thường xuyên cập nhật thông tin trên website của Bộ Y tế, Cục quản lý khám chữa bệnh và Sở Y tế, Văn phòng điện tử.

- Phụ trách Công nghệ thông tin Kỹ sư Đoàn Minh Thành, nhận dữ liệu từ các trang Web trên trình BGD xử lý văn bản.
- Thời gian: hàng ngày
- Kinh phí duy trì hệ thống tin học: chi theo quy chế thu chi

2.2.2. Xây dựng khẩu hiệu (slogan) mang ý nghĩa và đặc trưng cho bệnh viện.

- Giao cho Công đoàn duy trì slogan của bệnh viện. Hội đồng QLCL đề xuất và chọn các khẩu hiệu tiêu biểu cho bệnh viện.
- Thời gian hoàn tất: Quý 3 năm 2015.
- Kinh phí: 1.000.000 đồng từ quỹ phát triển sự nghiệp của bệnh viện.

2.2.3. Xây dựng các khẩu hiệu (slogan) nâng cao chất lượng trong các khoa/phòng và khuôn viên bệnh viện.

- Giao cho Công đoàn phát động cuộc thi xây dựng khẩu hiệu (slogan) nâng cao chất lượng. Hội đồng QLCL đề xuất và chọn 2 khẩu hiệu tiêu biểu cho bệnh viện.
- Thời gian hoàn tất: Quý 3 năm 2015.
- Kinh phí: 1.000.000 đồng từ quỹ phát triển sự nghiệp của bệnh viện.

2.2.4. Xây dựng các phong trào nâng cao chất lượng.

- Ban Giám đốc phát động phong trào cải tiến chất lượng trong toàn bệnh viện. Công đoàn, Đoàn thanh niên và khuyến khích các đoàn viên tích cực tham gia phong trào. Mỗi khoa phòng thực hiện theo tiêu chí sau: Phòng TCKT thực hiện việc chi trả đúng thời gian. Hồ sơ đảm bảo không được trả lại nhiều lần từ kho bạc. Phòng TCCB tham mưu BGD trong việc đào tạo cán bộ đủ chuẩn theo tiêu chí chất lượng bệnh viện. Phòng KHTH-VTTTBYT tăng cường công tác tham

muu bình bệnh án và chủ trì xây dựng thêm các phác đồ điều trị phù hợp tại bệnh viện. Phòng điều dưỡng tăng cường kiểm tra công tác điều dưỡng theo các quy trình và bảng kiểm đã được xây dựng cho toàn bệnh viện. Khoa dược tăng cường đào tạo tập huấn cho điều dưỡng, hộ sinh toàn bệnh viện về công tác dược. Khoa nội lưu ý chế độ hồ sơ bệnh án, điều trị phù hợp với chẩn đoán và phác đồ mà bệnh viện đã xây dựng. Khoa ngoại sản xây dựng kế hoạch tuyên truyền về công tác CSSKSS cũng như chương trình A & T. Khoa khám và HSCC nâng cao chất lượng khám cấp cứu từ tinh thần thái độ phục vụ đến chất lượng cấp cứu và điều trị, trong đó có vấn đề thực hiện chế độ chính sách đối với bệnh nhân. Khoa xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh nâng cao công tác xét nghiệm bằng nội kiểm và ngoại kiểm.

- + Khen thưởng khoa/phòng có kế hoạch cải tiến chất lượng tốt nhất. Phê bình và giảm hình thức thi đua cuối năm của các khoa/phòng không xây dựng kế hoạch
- + Khen thưởng các cá nhân có đóng góp cho thành tích chung của bệnh viện ở lĩnh vực nghiên cứu khoa học, có sáng kiến cải tiến, kỹ thuật lâm sàng mới...
- Thời gian hoàn tất:
 - + Xây dựng kế hoạch cải tiến chất lượng cho từng khoa/phòng: tháng 02 năm 2015.
 - + Sáng kiến cải tiến của cá nhân: liên tục trong năm.
- Kinh phí: 200.000 đồng/1 sáng kiến cá nhân (từ quỹ phát triển sự nghiệp của bệnh viện).

2.3. Xây dựng hệ thống báo cáo, tổng hợp, phân tích sai sót và khắc phục.

- Tổ QLCL củng cố và duy trì qui trình quản lý sai sót, sự cố, nguy cơ tại bệnh viện. Thời gian hoàn tất: Quý 1/2015.
- Tổ QLCL đảm bảo phân tích nguyên nhân gốc và phản hồi cho 100% các phiếu báo sự cố.
- Tổ QLCL tổng kết báo cáo sự cố theo mỗi quý và đề xuất khen thưởng các cá nhân và khoa/phòng có thành tích tốt trong công tác.
- Kinh phí: khen thưởng 100.000 đồng/1 điều tra nguyên nhân gốc thành công (từ quỹ phát triển sự nghiệp của bệnh viện).

2.4. Thực hiện các biện pháp phòng ngừa để giảm thiểu các sai sót, sự cố.

2.4.1. Xây dựng bảng kiểm mới và rà soát cập nhật bảng kiểm cũ cho tất cả các quy

trình kỹ thuật.

- Tổ QLCL phối hợp với các khoa/phòng liên quan xây dựng bảng kiểm. Hội đồng QLCL sẽ thông qua.
- Thời gian hoàn tất: quý 1 năm 2015.

2.4.2. Kiểm tra việc thực hiện các quy trình kỹ thuật theo bảng kiểm.

- Tổ QLCL kiểm tra định kỳ mỗi 3 tháng hoặc đột xuất và có biên bản kiểm tra lưu trữ.
- Có ghi lại và có báo cáo các hành vi đã xảy ra trên thực tế, có thể gây ra hậu quả (là các sự cố, sai sót “gần như sắp xảy ra”) nhưng được phát hiện và ngăn chặn kịp thời.
- Các sai sót “gần như sắp xảy ra” được thu thập, tổng hợp và rút kinh nghiệm trên toàn bệnh viện.

2.4.3. Tổng hợp số liệu về sai sót, sự cố.

- Tổ QLCL tổng hợp và báo cáo hàng năm.
- Báo cáo đánh giá về sai sót, sự cố và phân tích xu hướng, nguyên nhân và đề xuất giải pháp hạn chế sai sót, sự cố.

2.5. Xây dựng và triển khai các hướng dẫn chuyên môn trong khám, chữa bệnh:

- Hội đồng khoa học công nghệ và các khoa/phòng có liên quan phối hợp xây dựng và triển khai các tài liệu: Hướng dẫn điều trị, Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh.
- Thời gian hoàn tất: Quý 2 năm 2015.

2.6. Chất lượng bệnh viện cải thiện hơn so với năm 2014 (căn cứ vào Tiêu chí chất lượng ban hành theo QĐ 4858/QĐ – BYT).

2.6.1. Chỉ tiêu cải thiện:

- Dựa vào kết quả đánh giá chất lượng bệnh viện năm 2014, chúng tôi đưa ra chỉ tiêu phấn đấu như sau:

Kết quả chung theo mức năm	Mức 1	Mức 2	Mức 3	Mức 4	Mức 5	Tổng số tiêu chí
Số lượng tiêu chí đạt 2014	7	26	36	13	1	83
Số lượng tiêu chí phấn đấu 2015	1	16	35	19	12	83

Từng tiêu chí có phân công cụ thể như sau:

STT	PHẦN, MỤC, MÃ, TÊN VÀ SỐ LƯỢNG TIÊU CHÍ	
	PHẦN A. HƯỚNG ĐẾN NGƯỜI BỆNH (19)	
	A1. Chỉ dẫn, đón tiếp, hướng dẫn, cấp cứu người bệnh (6)	
1	A1.1	Người bệnh được chỉ dẫn rõ ràng, đón tiếp và hướng dẫn cụ thể Còn tồn tại là chưa có biển báo bệnh viện: bệnh viện đã có văn bản đề nghị UBND huyện và UBND huyện cũng đã có văn bản về ban ATGT tỉnh từ cuối năm 2014 nhưng đến nay vẫn chưa có
2	A1.2	Người bệnh được chờ đợi trong phòng đầy đủ tiện nghi và được vận chuyển phù hợp với tình trạng bệnh tật. Mức 4 chưa thực hiện vì chưa có máy điều hoà
3	A1.3	Bệnh viện tiến hành cải tiến quy trình khám bệnh, đáp ứng sự hài lòng người bệnh. Mức 5 còn thiếu bản cam kết về thời gian chờ đợi (KHTH)
4	A1.4	Bệnh viện bảo đảm các điều kiện cấp cứu người bệnh kịp thời. Chỉ đạt mức 3 vì chưa có hệ thống oxy khí nén cho giường bệnh cấp cứu
5	A1.5	Người bệnh được làm các thủ tục, khám bệnh, thanh toán... theo đúng thứ tự bảo đảm tính công bằng và mức ưu tiên. Phần đầu đạt mức 3 phát số và giám sát việc phát số (TCCB)
6	A1.6	Người bệnh được hướng dẫn và bố trí làm xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng theo trình tự thuận tiện. Phần đầu đạt mức 3 phát số ở khu vực xét nghiệm (XN-CDHA)
	A2. Điều kiện cơ sở vật chất phục vụ người bệnh (5)	
7	A2.1	Người bệnh điều trị nội trú được nằm một người một giường. Không đạt mức 5 vì giường bệnh phải có bánh xe có nâng lên hạ xuống
8	A2.2	Người bệnh được sử dụng buồng vệ sinh sạch sẽ và đầy đủ các phương tiện. Phần đầu đạt mức 4 buồng vệ sinh có xà bông, móc treo quần áo...(TCCB)
9	A2.3	Người bệnh được cung cấp vật dụng cá nhân đầy đủ, sạch sẽ, chất lượng tốt. Đã trang bị mùng chiếu áo gối, tủ đầu giường...Riêng khoa XN và siêu âm dự trù riêng về váy...
10	A2.4	Người bệnh được hưởng các tiện nghi bảo đảm sức khỏe, nâng cao thể trạng và tâm lý. đạt mức 3 vì chưa có khoa PHCN, buồng bệnh có nước uống nóng lạnh
11	A2.5	Người khuyết tật được tiếp cận với các khoa/phòng, phương tiện và dịch vụ khám, chữa bệnh trong bệnh viện. Đạt mức 3 nếu xây xong thang máy
	A3. Môi trường chăm sóc người bệnh (2)	
12	A3.1	Người bệnh được điều trị trong môi trường, cảnh quan xanh, sạch, đẹp TCCB xem lại công viên và ghé đá để đạt mức 4
13	A3.2	Người bệnh được khám và điều trị trong khoa/phòng gọn gàng, ngăn nắp. đạt mức 2 vì chưa có tủ giữ đồ

STT			PHẦN, MỤC, MÃ, TÊN VÀ SỐ LƯỢNG TIÊU CHÍ
			A4. Quyền và lợi ích của người bệnh (6)
14	A4.1	Người bệnh được cung cấp thông tin và tham gia vào quá trình điều trị. Xây dựng 20 phiếu tóm tắt đạt mức 5.(KHTH)	
15	A4.2	Người bệnh được tôn trọng quyền riêng tư cá nhân. Không đạt mức 4 vì mỗi giường có rèm che chắn riêng	
16	A4.3	Người bệnh được nộp viện phí thuận tiện, công khai, minh bạch, chính xác. Đạt mức 3 vì chưa xây dựng Website	
17	A4.4	Người bệnh được hưởng lợi từ chủ trương xã hội hóa y tế Trừ chuẩn vì chưa có XHH	
18	A4.5	Người bệnh có ý kiến phàn nàn, thắc mắc hoặc khen ngợi được bệnh viện tiếp nhận, phản hồi, giải quyết kịp thời Phân tích thêm lỗi do gì để đạt mức 5 Kiệt	
19	A4.6	Bệnh viện thực hiện khảo sát, đánh giá sự hài lòng người bệnh và tiến hành các biện pháp can thiệp Duy trì đạt mức 4 Kiệt về đánh giá sự hài lòng của người bệnh	
			PHẦN B. PHÁT TRIỂN NGUỒN NHÂN LỰC BỆNH VIỆN (14)
			B1. Số lượng và cơ cấu nhân lực bệnh viện (3)
20	B1.1	Xây dựng kế hoạch phát triển nhân lực bệnh viện Chỉ đạt mức 2 vì chưa có chính sách nhằm thu hút nguồn nhân lực y tế	
21	B1.2	Bảo đảm và duy trì ổn định số lượng nhân lực bệnh viện BV chưa đảm bảo nhân lực làm ca kíp đạt mức 3	
22	B1.3	Bảo đảm cơ cấu chức danh nghề nghiệp của nhân lực bệnh viện TCCB xây dựng kế hoạch thực hiện cho đạt mức 3 về mô tả công việc	
			B2. Chất lượng nguồn nhân lực (3)
23	B2.1	Nhân viên y tế được đào tạo và phát triển kỹ năng nghề nghiệp Đạt mức 3 khi có kiểm tra tay nghề cho BS, ĐD HS dưới 5 năm KHTH thực hiện	
24	B2.2	Nhân viên y tế được nâng cao kỹ năng ứng xử, giao tiếp, y đức Thực hiện cam kết về ứng xử và đánh giá theo tiêu chí để đạt mức 4 Kiệt	
25	B2.3	Bệnh viện duy trì và phát triển bền vững chất lượng nguồn nhân lực. Đạt mức 2 do chưa có hỗ trợ kinh phí cho nhân viên đi học	
			B3. Chế độ đãi ngộ và điều kiện, môi trường làm việc (4)
26	B3.1	Bảo đảm chính sách tiền lương, chế độ đãi ngộ của nhân viên y tế Đạt mức 3 vì thu nhập dưới 1 lần lương	
27	B3.2	Bảo đảm điều kiện làm việc, vệ sinh lao động và nâng cao trình độ chuyên môn cho nhân viên y tế. Đạt mức 2 vì chưa có phòng đọc sách tra cứu INTERNET	
28	B3.3	Sức khỏe, đời sống tinh thần của nhân viên y tế được quan tâm và cải thiện. Đạt mức 3 vì chưa quản lý sức khỏe NV bằng máy vi tính và sân tập thể thao	

STT	PHẦN, MỤC, MÃ, TÊN VÀ SỐ LƯỢNG TIÊU CHÍ	
29	B3.4	Tạo dựng môi trường làm việc tích cực cho nhân viên y tế. TCCB xây dựng tiêu chuẩn khen thưởng và áp dụng các kết quả khảo sát đánh giá NV vào việc cải thiện môi trường làm việc
	B4. Lãnh đạo bệnh viện (4)	
30	B4.1	Xây dựng kế hoạch, quy hoạch, chiến lược phát triển bệnh viện và công bố công khai KHTH cùng cố để đạt mức 3
31	B4.2	Triển khai văn bản của các cấp quản lý TCCB thực hiện để đạt mức 4
32	B4.3	Bảo đảm chất lượng nguồn nhân lực quản lý bệnh viện. Đạt mức 3 vì cán bộ lãnh đạo không thi tuyển
33	B4.4	Bồi dưỡng, phát triển đội ngũ lãnh đạo và quản lý kế cận TCCB duy trì mức 5
	PHẦN C. HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN (38)	
	C1. An ninh, trật tự và an toàn cháy nổ (2)	
34	C1.1	Bảo đảm an ninh, trật tự bệnh viện. Gắn camera đạt mức 4
35	C1.2	Bảo đảm an toàn điện và phòng chống cháy nổ Tổ PCCC thực hiện mức 4 về việc báo cháy tự động
	C2. Quản lý hồ sơ bệnh án (2)	
36	C2.1	Hồ sơ bệnh án được lập đầy đủ, chính xác, khoa học. Đạt mức 4 do không có bệnh án điện tử
37	C2.2	Hồ sơ bệnh án được quản lý chặt chẽ, đầy đủ, khoa học. Đạt mức 3 do không có bệnh án điện tử
	C3. Ứng dụng công nghệ thông tin (2)	
38	C3.1	Quản lý tốt cơ sở dữ liệu và thông tin y tế. Đạt mức 3 do chưa áp dụng hệ thống mã hoá lâm sàng.
39	C3.2	Thực hiện các giải pháp ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý và hoạt động chuyên môn. Thiếu nhiều phần mềm nên đạt mức 2
	C4. Phòng ngừa và kiểm soát nhiễm khuẩn (6)	
40	C4.1	Thiết lập và hoàn thiện hệ thống kiểm soát nhiễm khuẩn. Đạt mức 3 do chưa tuyển dụng đủ theo đề án vị trí việc làm.
41	C4.2	Xây dựng và hướng dẫn nhân viên y tế thực hiện các quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện. Kiệt thực hiện để đạt mức 5
42	C4.3	Triển khai chương trình và giám sát tuân thủ rửa tay. Đạt mức 3 do thiếu bồn rửa tay tại các khoa phòng.
43	C4.4	Đánh giá, giám sát và triển khai kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện. Đạt mức 3 vì chưa có nghiên cứu về nhiễm khuẩn bệnh viện
44	C4.5	Chất thải rắn bệnh viện được quản lý chặt chẽ, xử lý an toàn và tuân thủ theo đúng quy định. Không đạt mức 5 vì không có sáng kiến nhằm giảm chi phí trong xử lý chất thải
45	C4.6	Chất thải lỏng bệnh viện được quản lý chặt chẽ, xử lý an toàn và tuân thủ theo đúng quy định. Không đạt mức 5 vì không có giải pháp làm giảm chất thải lỏng

STT	PHẦN, MỤC, MÃ, TÊN VÀ SỐ LƯỢNG TIÊU CHÍ	
	C5. Năng lực thực hiện kỹ thuật chuyên môn (6)	
46	C5.1	Bảo đảm xác định chính xác người bệnh khi cung cấp dịch vụ. Kiệt thực hiện quy trình về giao nhận bệnh; không đạt mức 4 vì chưa có mã vạch duy nhất cho từng người bệnh
47	C5.2	Thực hiện quy trình kỹ thuật chuyên môn theo danh mục và phân tuyến. KHTH đối chiếu xem thực hiện bao nhiêu phân tuyến kỹ thuật
48	C5.3	Nghiên cứu và triển khai các kỹ thuật tuyến trên, kỹ thuật mới, hiện đại. Đã thực hiện các kỹ thuật mới do có bác sỹ chuyên khoa.
49	C5.4	Xây dựng quy trình kỹ thuật và triển khai các biện pháp giám sát chất lượng kỹ thuật Công bố công khai việc thực hiện quy trình kỹ thuật ở từng khoa để đạt mức 5 KHTH
50	C5.5	Xây dựng các hướng dẫn chuyên môn và phác đồ điều trị. KHTH đánh giá việc thực hiện các phác đồ để đạt mức 5
51	C5.6	Áp dụng các phác đồ điều trị đã ban hành và giám sát việc tuân thủ của nhân viên y tế. Cần ban hành quy định về thực hiện các phác đồ KHTH
	C6. Hoạt động điều dưỡng và chăm sóc người bệnh (5)	
52	C6.1	Hệ thống điều dưỡng trưởng được thiết lập và hoạt động hiệu quả. Đạt mức 2 do ĐD trưởng có trình độ đại học không đạt
53	C6.2	Người bệnh được điều dưỡng hướng dẫn, tư vấn điều trị và chăm sóc, giáo dục sức khỏe phù hợp với bệnh đang được điều trị. Kiệt thực hiện việc đánh giá tư vấn về điều trị chăm sóc kết hợp với BS Dung để đạt mức 5
54	C6.3	Người bệnh được chăm sóc vệ sinh cá nhân trong quá trình điều trị tại bệnh viện. Đạt mức 2 vì chưa có chăm sóc toàn diện cho người chăm sóc cấp I
55	C6.4	Phòng ngừa nguy cơ người bệnh bị trượt ngã. Kiệt thực hiện vấn đề gắn bản cảnh báo tự tử
56	C6.5	Phòng ngừa các nguy cơ, diễn biến xấu xảy ra với người bệnh. Đạt mức 3 do chưa có hệ thống oxy trung tâm
	C7. Năng lực thực hiện chăm sóc dinh dưỡng và tiết chế (5)	
57	C7.1	Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức để thực hiện công tác dinh dưỡng và tiết chế trong bệnh viện. Đã cử CN Vạn Hương đi học
58	C7.2	Bệnh viện bảo đảm cơ sở vật chất để thực hiện công tác dinh dưỡng và tiết chế trong bệnh viện. Tổ chức phòng dinh dưỡng khi CN Vạn Hương đi học về.
59	C7.3	Người bệnh được đánh giá, theo dõi tình trạng dinh dưỡng trong thời gian nằm viện. Đạt mức 2 do chưa có BS dinh dưỡng
60	C7.4	Người bệnh được hướng dẫn, tư vấn chế độ ăn phù hợp với bệnh lý. KHTH thực hiện bản tuyên truyền về dinh dưỡng. Trong các cuộc họp HĐNB nên đưa nội dung này vào Kiệt
61	C7.5	Người bệnh được cung cấp chế độ dinh dưỡng phù hợp với bệnh lý trong thời gian nằm viện. Vạn Hương học về thực hiện đạt mức 2. KHTH xây dựng quy chế hội chẩn giữa DD và điều trị

STT	PHẦN, MỤC, MÃ, TÊN VÀ SỐ LƯỢNG TIÊU CHÍ	
	C8. Chất lượng xét nghiệm (2)	
62	C8.1	Bảo đảm năng lực thực hiện các xét nghiệm huyết học, hóa sinh, vi sinh và giải phẫu bệnh. Đạt mức 3 do không có giải phẫu bệnh.
63	C8.2	Bảo đảm chất lượng các xét nghiệm . Khoa XN thực hiện mức 3
	C9. Quản lý cung ứng và sử dụng thuốc (6)	
64	C9.1	Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức hoạt động dược. DS Tiếng đang đi học CK 1
65	C9.2	Bảo đảm cơ sở vật chất khoa Dược. Đạt mức 3 do không có phòng pha chế.
66	C9.3	Cung ứng thuốc và vật tư y tế tiêu hao đầy đủ, kịp thời, bảo đảm chất lượng. Đạt mức 4 do không tổ chức và thực hiện việc pha chế dung dịch vô khuẩn
67	C9.4	Sử dụng thuốc an toàn, hợp lý. Đạt mức 4 do chưa có quy trình giám sát điều trị thông qua việc theo dõi nồng độ thuốc trong máu.
68	C9.5	Thông tin thuốc, theo dõi báo cáo ADR kịp thời, đầy đủ và có chất lượng. Đạt mức 3 do chưa làm bản thông tin thuốc lưu hành nội bộ. DS Tiếng nghiên cứu thực hiện
69	C9.6	Hội đồng thuốc và điều trị được thiết lập và hoạt động hiệu quả. DS Tiếng thực hiện mức 4
	C10. Nghiên cứu khoa học (2)	
70	C10.1	Tích cực triển khai hoạt động nghiên cứu khoa học. Đạt mức 1 do không có phối hợp với các cơ quan khác NCKH
71	C10.2	Áp dụng kết quả nghiên cứu khoa học trong hoạt động bệnh viện và các giải pháp nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh. KHTH xây dựng kế hoạch triển khai các NCKH của bệnh viện vào điều trị tại bệnh viện
	PHẦN D. HOẠT ĐỘNG CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG (9)	
	D1. Thiết lập hệ thống và xây dựng, triển khai kế hoạch cải tiến chất lượng (3)	
72	D1.1	Thiết lập hệ thống quản lý chất lượng bệnh viện. KHTH thực hiện đạt mức 3. HĐQLCL bệnh viện hoạt động lồng ghép
73	D1.2	Xây dựng và triển khai kế hoạch chất lượng bệnh viện. KHTH tiếp tục thực hiện tiêu chí này
74	D1.3	Xây dựng uy tín và văn hóa chất lượng bệnh viện.. Đạt mức 2 do chưa có WEBSITE
	D2. Phòng ngừa các sai sót, sự cố và cách khắc phục (2)	
75	D2.1	Xây dựng hệ thống báo cáo, tổng hợp, phân tích sai sót và khắc phục. KHTH thực hiện đến mức 4
76	D2.2	Thực hiện các biện pháp phòng ngừa để giảm thiểu các sai sót, sự cố. KHTH thực hiện đến mức 4
	D3. Đánh giá, đo lường, hợp tác và cải tiến chất lượng (4)	
77	D3.1	Đánh giá chính xác thực trạng và công bố công khai chất lượng bệnh viện. Đạt mức 3 do chưa có Website

STT	PHẦN, MỤC, MÃ, TÊN VÀ SỐ LƯỢNG TIÊU CHÍ	
78	D3.2	Đo lường và giám sát cải tiến chất lượng bệnh viện. KHTH tiếp tục thực hiện tiêu chí này
79	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. Duy trì mức 3
84	D3.4	Tích cực cải tiến chất lượng bệnh viện và áp dụng các mô hình, phương pháp cải tiến chất lượng (không áp dụng cho năm 2013). Cuối năm sẽ đánh giá
PHẦN E. TIÊU CHÍ ĐẶC THÙ CHUYÊN KHOA		
E1. Tiêu chí sản khoa, nhi khoa (áp dụng cho bệnh viện đa khoa có khoa Sản, Nhi và bệnh viện chuyên khoa Sản, Nhi) (4)		
80	E1.1	Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức chăm sóc sản khoa và sơ sinh. Đạt mức 2 do không có CK1 Sản
81	E1.2	Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức chăm sóc nhi khoa. Thành lập phòng đơn nguyên sơ sinh BGD và khoa sản
82	E1.3	Bệnh viện thực hiện tốt hoạt động truyền thông sức khỏe sinh sản trước sinh, trong khi sinh và sau sinh. Duy trì mức 4 BS Dung
83	E1.4	Bệnh viện tuyên truyền, tập huấn và thực hành tốt nuôi con bằng sữa mẹ theo hướng dẫn của Bộ Y tế và UNICEF. BS Dung thực hiện đạt mức 4

2.6.2. Các hành động:

100% các khoa/phòng xây dựng kế hoạch cải tiến chất lượng, có đưa ra ít nhất 1 chỉ số chất lượng cụ thể nhằm đánh giá và theo dõi chất lượng hoạt động của khoa/phòng đó. Hội đồng QLCL phân công một số khoa/phòng phụ trách hoạt động cải tiến chất lượng bệnh viện theo các tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện như sau:

Nhóm	Mã số tiêu chí	Khoa/phòng phụ trách
1.	A2, A3, C1, C3, C4.6 B1, B2, B3, B4	Phòng HCQT-TCCB
2.	A1, A4.1-2-5-6	Khoa Khám bệnh-HSCC
3.	C2, C5, C10, D	Phòng KHTH
4.	A4.3-4, B3	Phòng TCKT
5.	C4 (trừ C4.6)	Tổ KSNK
6.	C8	Khoa Xét nghiệm-CDHA
7.	C6	Phòng ĐD
8.	C7	Tổ Dinh dưỡng
9.	C9	Khoa Dược

- Tổ QLCL tiến hành đo lường và giám sát kế hoạch cải tiến chất lượng dựa trên bản kế hoạch của bệnh viện và từng khoa/phòng. Thời gian thực hiện: 3 lần/năm vào các tháng 4, 7 và 10.

Trên đây là kế hoạch tổng quan nâng cao quản lý chất lượng bệnh viện năm 2015, trong quá trình thực hiện sẽ bổ sung, phát triển các kế hoạch cụ thể cho từng tiêu chí./.

**TM HỘI ĐỒNG QLCL
CHỦ TỊCH**

Nơi nhận:

- Ban Giám đốc;
- Các khoa/phòng;
- Tổ QLCL;
- Các đoàn thể;
- Lưu VT.

**NGUYỄN HIẾU NGHĨA
GIÁM ĐỐC BVĐK MỸ PHƯỚC TÂY**

PHỤ LỤC:
BẢNG KIỂM ĐÁNH GIÁ VIỆC THỰC HIỆN KẾ HOẠCH
CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN DA LIỄU NĂM 2015

Stt	Mục tiêu	Bộ phận thực hiện	Chỉ tiêu đánh giá
1.	Thiết lập hệ thống quản lý chất lượng bệnh viện.		
	Thành lập đầy đủ mạng lưới quản lý chất lượng bệnh viện tại các khoa/phòng	Phòng TCCB	100% các khoa phòng
	Cử nhân viên tổ QLCL tham gia các lớp đào tạo về quản lý chất lượng	Phòng TCCB	≥ 1 nhân viên
2.	Xây dựng uy tín và văn hóa chất lượng bệnh viện.		
	Thường xuyên cập nhật thông tin trên website của bệnh viện.	Tổ CNTT	Thông tin trên website được cập nhật
	Xây dựng khẩu hiệu mang ý nghĩa và đặc trưng cho bệnh viện	Công đoàn	Có 2 khẩu hiệu
	Xây dựng các phong trào nâng cao chất lượng	Ban Giám đốc và các đoàn thể	100% các khoa phòng có kế hoạch cải tiến
3.	Xây dựng hệ thống báo cáo, tổng hợp, phân tích sai sót và khắc phục.		Có Quy trình
	Phê duyệt qui trình quản lý sai sót, sự cố, nguy cơ tại bệnh viện	Tổ QLCL	100% phiếu
	Đảm bảo phân tích nguyên nhân gốc và phản hồi các phiếu báo sự cố	Tổ QLCL	4 báo cáo/năm
	Tổng kết báo cáo sự cố	Tổ QLCL	Giảm so năm 2014
4.	Thực hiện các biện pháp phòng ngừa để giảm thiểu các sai sót, sự cố.		100% các quy trình
	Xây dựng bảng kiểm mới và rà soát cập nhật các quy trình kỹ thuật	Tổ QLCL	Thể hiện trong biên bản
	Kiểm tra việc thực hiện các quy trình kỹ thuật theo bảng kiểm	Tổ QLCL	Thể hiện trong báo cáo hàng năm

	Tổng hợp số liệu về sai sót, sự cố	Tổ QLCL	Có các hướng dẫn chuyên môn
5.	Xây dựng và triển khai các hướng dẫn chuyên môn trong khám, chữa bệnh.	Hội đồng KHCN, phòng KHTH	Bệnh án và phiếu điều trị ngoại trú
6.	Chất lượng bệnh viện cải thiện hơn so với năm 2014 (căn cứ vào Tiêu chí chất lượng ban hành theo QĐ 4858/QĐ – BYT).	Hội đồng QLCL	
	Tỷ lệ điểm đánh giá các tiêu chí chất lượng của bệnh viện cải thiện so với năm trước	Hội đồng QLCL	≥ 20%
	Không có tiêu chí nào ở mức 1	Hội đồng QLCL	Kết quả kiểm tra