SỞ Y TẾ TỈNH GIA LAI **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

**TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN IA GRAI Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

Số: /KH-TTYT *Ia Grai, ngày 26 tháng 01 năm 2023*

**KẾ HOẠCH**

**CẢI TIẾN NÂNG CAO CẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN NĂM 2023**

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh ngày 23/11/2009;

Căn cứ Thông tư số 19/2013/TT-BYT ngày 12/7/2013 về việc thực hiện hướng dẫn quản lý chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện;

Căn cứ Bộ tiêu chí 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 kết quả cải tiến nâng cao chất lượng bệnh viện năm 2022 và tình hình thực tế của đơn vị;

Trung tâm Y tế huyện Ia Grai xây dựng kế hoạch cải tiến nâng cao cất lượng bệnh viện năm 2023 như sau

**I. MỤC TIÊU - CHỈ SỐ CHẤT LƯỢNG - ĐỐI TƯỢNG THỰC HIỆN - PHẠM VI**

**ÁP DỤNG**

**1. Mục tiêu chung:**

Nâng cao chất lượng khám chữa bệnh, tăng sự hài lòng của người bệnh với phương châm “Lấy người bệnh làm trung tâm, an toàn người bệnh là trên hết”.

Cải thiện môi trường làm việc của nhân viên y tế, thực hiện các giải pháp hướng về hướng về nhân viên.

**2. Mục tiêu cụ thể:**

- Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện: Điểm đánh giá chất lượng bệnh viện năm 2021 không có tiêu chí chất lượng ở mức 1 và tăng ít nhất 01 điểm so với kết quả đánh giá của Sở Y tế năm 2022 (Không bao gồm tiêu chí D3.1).

- Kế hoạch cải tiến chất lượng: Mỗi khoa/phòng xây dựng 01 kế hoạch cải tiến chất lượng trước ngày 30/6/2023.

- Đề án cải tiến chất lượng: Ít nhất 70% phòng/khoa xây dựng đề án cải tiến chất lượng đến ngày 31/12/2023.

**3. Chỉ số chất lượng**:

- Khía cạnh năng lực chuyên môn:

+ Tỷ lệ bác sỹ có trình độ sau Đại học/tổng số bác sỹ toàn bệnh viện: ≥ 34%.

+ Tỷ lệ bác sĩ/điều dưỡng: ≥ 0,64.

- Khía cạnh an toàn:

+ Tỷ lệ nhân viên y tế tuân thủ vệ sinh tay: ≥ 72%.

+ Tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật tiêm an toàn: ≥ 90%.

+ Tỷ lệ số sự cố báo cáo đúng quy định: ≥ 60%.

+ Tỷ lệ số sự cố lặp lại: ≤ 32%.

+ Tỷ lệ tuân thủ việc sử dụng ít nhất 3 yếu tố định danh trong nhận dạng đúng người bệnh: ≥ 50%.

- Khía cạnh hiệu suất:

+ Thời gian nằm viện trung bình của người bệnh nội trú: ≤ 5 ngày.

+ Thời gian chờ khám bệnh trung bình của người bệnh: ≤ 48 phút.

- Khía cạnh hiệu quả:

+ Tỷ lệ hài lòng của người bệnh ngoại trú với dịch vụ khám chữa bệnh: ≥ 83%.

+ Tỷ lệ chuyển lên tuyến trên khám chữa bệnh: ≤ 1%.

- Khía cạnh hướng về nhân viên:

+ Tỷ lệ nhân viên khám sức khỏe định kỳ: ≥ 95%.

**4. Đối tượng thực hiện**: Toàn bộ nhân viên bệnh việnTrung tânm Y tế huyện.

**5. Phạm vi áp dụng**: Tại bệnh viện quận Trung tâm y tế từ 01/01/2023 đến 30/12/2023.

**II. NỘI DUNG TRIỂN KHAI**

Tiếp tục triển khai hoạt động duy trì kết quả đạt được theo nội dung Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện và triển khai thực hiện các cải tiến cho các tiêu chí:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | | |
| **Mục** | **Nội dung** | **Điểm đạt 2022** | **Dự kiến 2023** | **Tiêu chí chưa đạt** | **Giải pháp thực hiện** | **Thực hiện** | | **Giám sát,**  **Phối hợp** | | **Tiến độ** | | **Dự kiến kinh phí** | | |
|  | **PHẦN A. HƯỚNG ĐẾN NGƯỜI BỆNH** | | | | | | | | | | | | | |
| **A1.** | **CHỈ DẪN, ĐÓN TIẾP, HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH** | | | | | | | | | | | | | |
| A1.1 | Người bệnh được chỉ dẫn rõ ràng, đón tiếp và hướng dẫn cụ thể | 4 | 4 | (32) Chưa có đầy đủ sơ đồ bệnh viện tại các điểm giao cắt chính trong bệnh viện; có dấu hiệu hoặc vị trí người xem sơ đồ đang đứng ở vị trí nào trong sơ đồ.  (33) Biển tên khoa/phòng chưa được viết bằng tối thiểu 2 thứ tiếng Việt, Anh.  (35) Chưa áp dụng thẻ điện tử và máy tính giá tiền trông giữ xe máy, ô tô. | - Làm sơ đồ bệnh viện tại giao cắt khu Khám bệnh và khu Cận lâm sàng - Ngoại - LCK.  - Làm biển tên các khoa phòng chữ song ngữ Việt, Anh.  - Mua máy quẹt thẻ từ cho nhân viên giữ xe máy, ô tô  ***(Kế hoạch dài hạn)*** | Phòng TC-HC | | Nhóm 1  &  Bộ phận Kế toán | |  | |  | | |
| A1.2 | Người bệnh được chờ đợi trong phòng đầy đủ tiện nghi và được vận chuyển phù hợp với tình trạng bệnh tật | 3 | 4 | (16) Chưa có Biên bản/ báo cáo khảo sát các vị trí, tính toán nhu cầu (ước tính số lượt người bệnh chờ và số lượng cần đặt ghế chờ dự kiến), tình trạng các ghế chờ thực tế tại những nơi có người bệnh và người nhà người bệnh phải chờ đợi. | Làm biên bản/báo cáo khảo sát các vị trí, tính toán nhu cầu | Nhóm 1 | | Phòng  Điều dưỡng | | Đầu quý II/ 2023 | |  | | |
| A1.3 | Bệnh viện tiến hành cải tiến quy trình khám bệnh, đáp ứng sự hài lòng người bệnh | 3 | 4 | (12,13,14,15) Chưa đánh giá định kỳ 6 tháng/1lần thời gian chờ đợi của người bệnh và phát hiện vấn đề cần cải tiến, Chưa công khai cam kết về thời gian chờ theo từng phân đoạn trong Quy trình khám bệnh: Lâm sàng, Cận lâm sàng, chờ lấy thuốc. | - Tổ chức đánh giá.  - Công khai thời gian chờ đợi tại tại các của bệnh nhân tại khoa KH-CC và XN –CĐHA, kho phát thuốc lẻ | Nhóm 1 | | Phòng KH-TC  &  Nhóm 1 | | Đầu quý II/ 2023 | |  | | |
| *A1.4* | *Bệnh viện bảo đảm các điều kiện cấp cứu người bệnh kịp thời* | *3* | *3* | *(17) Chưa có máy thở tại khoa Cấp cứu*  *- (20) Chưa tiến hành đánh giá kết quả cấp cứu người bệnh theo định kỳ* | *Đánh giá kết quả cấp cứu người bệnh, có phân loại kết quả cấp cứu như; thời gian thành công, tử vong, biến chứng, chuyển tuyến…*  ***(Kế hoạch dài hạn)*** | Phòng TC-HC | | Nhóm 1  &  Khoa KH-HS-CC | |  | |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | | |
| **Mục** | **Nội dung** | **Điểm đạt 2022** | **Dự kiến 2023** | **Tiêu chí chưa đạt** | **Giải pháp thực hiện** | **Thực hiện** | | **Giám sát, Phối hợp** | | **Tiến độ** | | **Dự kiến kinh phí** | | |
| 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 | 4 | 4 | (11) Chưa có hệ thống đăng ký khám trước qua trang thông tin điện tử (Website) hoặc điện thoại và có hệ thống giám sát thứ tự đặt lịch hẹn.  ( 13) Chưa thực hiện được kết quả chờ khám chung và thời gian khám bệnh trung bình tên màn hình điện tử | ***(Kế hoạch dài hạn***) | Khoa XN-CĐHA, và Bộ phận thu viện phí | | Nhóm 1  &  Phòng KH-TC | |  | |  | | |
| **A2** | **ĐIỀU KIỆN CƠ SỞ VẬT CHẤT PHỤC VỤ NGƯỜI BỆNH** | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 3 | 3 | 10) Chưa có phần mềm chọn trình tự xét nghiệm, CĐHA…theo phương án tối ưu.  (15) Chưa xây dựng danh mục các xét nghiệm , CĐHA…tối thiểu cần làm cho một số bệnh thường gặp và thông tin công khai trên màn hình điện tử | ***(Kế hoạch dài hạn)*** |  | |  | |  | |  | | |
| A2.1 | Người bệnh điều trị nội trú được nằm một người một giường | 2 | 4 | (14) Người bệnh chưa được điều trị trong buồng bệnh nam nữ riêng biệt. (trừ các buồng bệnh cho trẻ em dưới 16 tuổi và các buồng cấp cứu, hồi sức). | Bố trí buồng bệnh nam, nữ riêng theo qui định | Các khoa lâm sàng  & nhóm 1 | | Phòng Điều dưỡng | | Trước quý II /2023 | |  | | |
| A2.2 | Người bệnh được sử dụng buồng vệ sinh sạch sẽ và đầy đủ các phương tiện | 2 | 2 | (14) Mỗi buồng bệnh có buồng vệ sinh riêng khép kín | ***(Kế hoạch dài hạn***) | Lãnh đạo  TTYT | | Phòng Điều dưỡng  & Nhóm 1 | |  | |  | | |
| A2.3 | Người bệnh được cung cấp vật dụng cá nhân đầy đủ, sạch sẽ, chất lượng tốt | 3 | 4 | (8) Giường có nệm chưa đủ 90% trở lên  12) Quần áo cho người bệnh chưa đủ các kích cỡ khác nhau) | - Mua thêm Đệm cho đủ tỷ lệ.  - May thêm Quần áo cho người bệnh chưa đủ các kích cỡ khác nhau (đánh số kích cỡ 1, 2, 3.. Hoặc S,M,L…) | Nhóm 1  &  Bộ phận Kế toán | | Phòng  Hành chính | | Trước quý III 2023 | | 10  Triệu | | |
| **Mục** | **Nội dung** | **Điểm đạt 2022** | **Dự kiến 2023** | **Tiêu chí chưa đạt** | **Giải pháp thực hiện** | **Thực hiện** | | **Giám sát, phối hợp** | | **Tiến độ** | | **Dự kiến kinh phí** | | |
| A2.4 | Người bệnh được hưởng các tiện nghi bảo đảm sức khỏe, nâng cao thể trạng và tâm lý | 3 | 3 | (9) Chưa có phòng tắm nóng lạnh cho bệnh nhân | Mua máy nóng lạnh cho các buồng tắm  ***(Kế hoạch dài hạn*)** | Phòng TC- HC | | Nhóm 1 | |  | |  | | |
| A2.5 | Người khuyết tật được tiếp cận với các khoa/phòng, phương tiện và dịch vụ khám chữa bệnh trong bệnh viện | 3 | 3 | (6) Nhà vệ sinh có đường dành riêng cho người tàn tật | ***(Kế hoạch dài hạn***) | Phòng TC- HC | | Nhóm 1 | |  | |  | | |
| **A3** | **ĐIỀU KIỆN CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH** | | | | | | | | | | | | | |
| A3.1 | Người bệnh được điều trị trong môi trường, cảnh quan xanh, sạch, đẹp | 3 | 4 | (11) Chưa Có hình thức, biển báo nhắc nhở, xử phạt người bệnh, người nhà người bệnh hoặc nhân viên y tế xả rác bừa bãi  - Có nhân viên vệ sinh đi tuần để thu gom rác  - Có quy định về thời gian nhân viên đi tuần tra vệ sinh | - Làm biển báo nhắc nhở, xử phạt người bệnh, người nhà người bệnh hoặc nhân viên y tế xả rác bừa bãi - Cắt cử nhân viên vệ sinh đi tuần để thu gom rác  - Có quy định về thời gian nhân viên đi tuần tra vệ sinh | Lãnh đạo các khoa phòng | | Nhóm 1  &  Ban kiểm soát nhiễm khuẩn | | Tháng 6 năm 2023 | |  | | |
| A3.2 | Người bệnh được khám và điều trị trong khoa/phòng gọn gàng, ngăn nắp | 3 | 4 | Trong năm chưa tổ chức giới thiệu và tập huấn phương pháp 5S cho nhân viên. | Có bằng chứng thời gian, địa điểm, giảng viên, danh sách học viên lớp 5S. Có các tài liệu chứng minh kết quả triển khai 5S bằng các việc làm cụ thể theo các tài liệu hướng dẫn 5S. | Nhóm 1  & LĐ TTYT | | Nhóm 1  & Phòng Điều dưỡng | | Tháng 8 năm 2023 | | 10  Triệu | | |
| **A4** | **QUYỀN VÀ LỢI ÍCH CỦA NGƯỜI BỆNH** | | | | | | | | | | | | | |
| A4.1 | Người bệnh được cung cấp thông tin và tham gia vào quá trình điều trị | 3 | 4 | (14)Chưa có ít nhất 50% tổng số các khoa lâm sàng xây dựng “Phiếu tóm tắt thông tin điều trị”\* cho một bệnh thường gặp tại khoa, sử dụng từ dễ hiểu cho người bệnh. | - Bất kỳ khoa nào cũng làm ít nhất 5 phiếu tóm tắt thông tin điều trị”\* cho ít nhất năm bệnh thường gặp tại khoa. Có ô để đánh dấu có/không nhận được dịch vụ - Phiếu có các phần chính sau: Thông tin chung về bệnh, khám và điều trị, chăm sóc, các lưu ý sau ra viện, tái khám…. | Lãnh đạo các khoa LS | | Phòng KH -TC  & Nhóm 1 | | Tháng 8 năm 2023 | |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | | |
| **Mục** | **Nội dung** | **Đạt năm 2022** | **Dự kiến 2023** | **Tiêu chí chưa đạt** | **Giải pháp thực hiện** | **Thực** | | **Giám sát,**  **phối hợp** | | **Tiến độ** | | **Dự kiến kP** | | |
| A4.2 | Người bệnh được tôn trọng quyền riêng tư cá nhân | 3 | 4 | -(13) Buồng bệnh chia 2 khu vực riêng biệt cho bệnh nhân nam và nữ trên 13 tuổi  - (14) Có khu thay đồ được che khi BN làm thủ thuật, CĐHA có yêu cầu phải thay quần áo | - Bố trí phòng bệnh nam và nữ trên 13 tuổi riêng  - Cung cấp đủ vách ngăn di động  - Bố trí buồng thay quần áo cho BN khi làm thủ thuật | Lãnh đạo các khoa | | Phòng ĐD  &  KH-TC  &  Nhóm 1 | | Trước  Quý III/2023 | | 10  triệu | | |
| A4.3 | Người bệnh được nộp viện phí thuận tiện, công khai, minh bạch, chính xác | 4 | 4 | (16) Người bệnh khi nhập viện được cung cấp thẻ thông minh | ***(Kế hoạch dài hạn)*** | Tổ tin học | | Phòng KH&  Nhóm 1 | |  | |  | | |
| ***A4.4 Không thực hiện công tác xã hội hóa y tế Không thực hiện*** | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 4 | 4 | (16) Chưa có sáng kiến xây dựng áp dụng các hình thức khác để lấy ý kiến phản hồi của người bệnh chủ động, phong phú và sát thực tế hơn | Củng cố các tiểu mục 1,2,3,4  tiếp tục nghiên cứu các tiểu mục mức 5  ***(Kế hoạch dài hạn***) | Phòng  Đ D &  Phòng công tác xã hội | | Các khoa Lâm sàng &  Nhóm 1 | |  | |  | | |
| A4.6 | BV thực hiện khảo sát, đánh giá sự hài lòng người bệnh và tiến hành các biện phap can thiệp | 4 | 4 | (14,15) Chưa có bảng tổng hợp hoặc biểu đồ so sánh sự hài lòng người bệnh nội trú giữa các khoa lâm sàng  Tổ khảo sát sự HLNB họp với những khoa lâm sàng có tỷ lệ hài lòng thấp để xây dựng kế hoạch, giải pháp cải tiến chất lượng các khoa có TLHL thấp | -Vẽ biểu đồ so sánh Sự HLNB giữa các khoa, có biên bản họp và  xây dựng kế hoạch cải tiến nâng cao chất lượng của các khoa có tỷ lệ hài lòng thấp  ***(Kế hoạch dài hạn*** | Phòng  Đ D | | Phòng  KH-TC  &  LĐ các khoa LS  &  Nhóm 1 | |  | |  | | |
| **B** | **PHẦN B. PHÁT TRIỂN NGUỒN NHÂN LỰC BỆNH VIỆN** | | | | | | | | | | | | | |
| **B1** | **SỐ LƯỢNG CƠ CẤU NHÂN LỰC BỆNH VIỆN** | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |
| **Mục** | **Nội dung** | **Đạt năm 2022** | **Dự kiến 2023** | **Tiêu chí chưa đạt** | **Giải pháp thực hiện** | **Thực hiện** | | **Giám sát, phối hợp** | | **Tiến độ** | | **Dự kiến kinh phí** | | |
| B1.1 | Xây dựng kế hoạch phát triển nhân lực bệnh viện | 3 | 3 | - (10) Chưa tiến hành đánh giá việc thực hiện kế hoạch phát triển nhân lực y tế hàng năm  - (11) Chưa xây dựng và triển khai các biện pháp khắc phục những mục tiêu chưa hoàn thành *(nếu có)*  -(12) có ít nhất 75% chỉ số đạt theo KH phát triển nhân lực y tế | - Tiến hành đánh giá việc thực hiện kế hoạch phát tiển nhân lực hàng năm..  - Xây dựng và triển khai các biện pháp khắc phục những mục tiêu chưa hoàn thành  -Đánh giá cá chỉ số pháy triển nhân lực  ***(Kế hoạch dài hạn***) | Phòng  TC-HC | | Lãnh đạo TT YT  &Nhóm 2 | |  | |  | | |
| B1.2 | Bảo đảm và duy trì ổn định số lượng nhân lực BV | 2 | 2 | - (4) Chưa đặt ra các chỉ tiêu cần đạt cho các tỷ số trong mức 2 theo từng năm và được quy định trong văn bản bệnh viện đã ban hành (Nghị quyết, kế hoạch, Đề án phát triển nhân lực….) | - Xây dựng các chỉ tiêu cần đạt cho các tỷ số trong mức 2  -Thực hiện các tiểu mục 5,6,7,8,9. Chú ý tiểu mục 8: không phân trực đêm tại BV với tần suất trong 3 ngày trực 1 lần  ***(Kế hoạch dài hạn***) | Phòng  TC-HC | | Lãnh đạo đơn vị & Nhóm 2 | |  | |  | | |
| B1.3 | Bảo đảm cơ cấu chức danh  nghề nghiêp | 3 | 3 | - (13) Chưa đảm bảo đủ cơ cấu chức danh nghề nghiệp (bác sĩ, điều dưỡng) theo đúng đề án vị trí việc làm  - (14,15) Chưa đánh giá tính khả thi các bản mô tả công việc cho các chức danh nghề nghiệp và điều chỉnh bổ xung hàng năm | - Tuyển dụng đủ nhân lực theo vị trí việc làm, chú ý nguồn nhân lực Điều dưỡng  - Đánh giá tính khả thi các bản mô tả công việc cho các chức danh nghề nghiệp  ***(Kế hoạch dài hạn***) | Phòng TC-HC | | Lãnh đạo đơn vị  &  Nhóm 2 | |  | |  | | |
| **B2** | **CHẤT LƯỢNG NGUỒN NHÂN LỰC** | | | | | | | | | | | | | |
| B2.1 | Nhân viên y tế được đào tạo và phát triển kỹ năng nghề nghiệp | 3 | 4 | - (13) Chưa tổ chức các hình thức tập huấn, đào tạo, chia sẻ kinh nghiệm từ các nhân viên y tế có trình độ cho nhân viên y tế bệnh viên  - (14) Trong năm chưa tổ chức thi tay nghề giỏi cho ít nhất 2 chức danh | -Tổ chức các hình thức kiểm tra tay nghề chuyên môn cho nhân viên y tế  - Tổ chức thi tay nghê giỏi cho ĐD và NHS | Phòng  KH-TC | | Nhóm 2  . | | Quý I/2023 | |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | | |
| **Mục** | **Nội dung** | **Đạt năm 2022** | **Dự kiến 2023** | **Tiêu chí chưa đạt** | **Giải pháp thực hiện** | **Thực hiện** | | **Giám sát, phối hợp** | | **Tiến độ** | | **Dự kiến kinh phí** | | |
|  |  |  |  | - (16) Chưa có phần mềm cập nhật và theo dõi tình hình nhân viên tham gia đào tạo liên tục,  - (17) Có 30% nhân viên được đào tạo liên tục ít nhân 12 tiết trong năm | - Mua phần mềm cập nhật và theo dõi tình hình nhân viên tham gia đào tạo liên tục.    Cử nhân viên được đào tạo |  | |  | |  | |  | | |
| B2.2 | Nhân viên y tế được nâng cao kỹ năng giao tiếp ứng xử, y đức | 3 | 3 | - (10) Chưa có nhiều hành thức triển khai kế hoạch nâng cao kỹ năng giao tiếp ứng xử  (11-12) Chưa tiến hành đánh giá việc triển khai nâng cao thái độ ứng xử, giao tiếp.  - (13) Chưa Có thư cảm ơn/thư khen của người bệnh/người nhà bệnh nhân | - Tiến hành triển khai kế hoạch Tập huấn nâng cao kỹ năng giao tiếp ứng xử và đánh giá  - Tổ chức các lớp tập huấn nâng cao kỹ năng ứng xử , giao tiếp, y đức.  ***(Kế hoạch dài hạn***) | Phòng KH-TC | | Nhóm 2 | |  | |  | | |
| B2.3 | Bệnh viện duy trì và phát triển bền vững chất lượng nguồn nhân lực | 3 | 4 | (14) Tổng số bác sĩ hiện có làm việc có trình độ sau đại học  (tính cả đang đi học) chiếm ít nhất 50% tổng số bác sĩ | - Duy trì hỗ trợ một phần học phí cho nhân viên được cử đi đào tạo.  - Tuyển dụng 01 Bác sĩ chính Qui về làm việc | Phòng TC-HC | | Nhóm 2 | |  | |  | | |
| **B3** | **CHẾ ĐỘ ĐÃI NGỘ NGUỒN NHÂN LỰC** | | | | | | | | | | | | | |
| B3.1 | Bảo đảm chính sách tiền lương, chế độ đãi ngộ của nhân viên y tế | 3 | 3 | (15) Chưa thực hiện nâng lương trước thời hạn đối với các cá nhân tiêu biểu có nhiều thnahf tích và cống hiến | ***(Kế hoạch dài hạn***) |  | | | Phòng TC-HC | | Nhóm 2 | |  | |
| B3.2 | Bảo đảm điều kiện làm việc, vệ sinh lao động và nâng cao trình độ chuyên môn cho nhân viên y tế | 4 | 4 | (16) Chưa tiến hành can thiệp cải thiện điều kiện làm việc, vệ sinh lao động cho nhân viên y tế dựa trên kết quả khảo sát những điều nhân viên y tế chưa hài long  (17) BV chưa tổ chức và hỗ trợ một phần cho nhân viên y tế mua bảo hiểm trách nhiệm nghề nghiệp | - Dựa trên kết quả khảo sát nhân viên y tế để cải thiện điều kiện làm việc  - Đơn vị hỗ trợ cho nhân viên y tế mua bảo hiểm trách nhiệm nghề nghiệp  ***(Kế hoạch dài hạn***) |  | | | Phòng TC-HC  &  Lãnh đạo TTYT | | Nhóm 2 | |  | |
| **Mục** | **Nội dung** | **Đạt năm 2022** | **Dự kiến 2023** | **Tiêu chí chưa đạt** | **Giải pháp thực hiện** | | **Thực hiện** | **Giám sát, phối hợp** | | **Tiến độ** | | **Dự kiến kinh phí** | | |
| B3.3 | Sức khỏe, đời sống tinh thần của nhân viên y tế được quan tâm và cải thiện | 3 | 3 | - (9) Hồ sơ sức khỏe của CBNV chưa được quản lý bằng công nghệ thông tin  - (10,11) Chưa có hình thức nâng cao sức khỏe : sân tập, dụng cụ thể thao, xây dựng các phong trào văn hóa văn nghệ | - Mua Bổ sung phần mềm quản lý sức khỏe nhân viên y tế  - Xây dựng kế hoạch nâng cao sức khỏe, thể chất và tinh thần cho nhân viên (Văn hóa, văn nghệ, thể thao, du lịch…..)  ***(Kế hoạch dài hạn***) | |  | Phòng TC-HC  &  Công đoàn,  Đoàn thanh niên | | Lãnh đạo TTYT  & Nhóm 2 | |  | |
| B3.4 | Tạo dựng môi trường làm việc tích cực và nâng cao trình độ chuyên môn | 3 | 3 | - (10) Sẵn có các phương tiện, thuốc, hóa chất…để sơ cứu kip thời cho nhân viên y tế trong trường hợp bị phơi nhiễm nghề nghiệp  - (11) Chưa có phòng thư viện  bệnh viện | - Bố trí các phương tiện, thuốc, hóa chất…để sơ cứu kịp thời cho nhân viên y tế trong trường hợp bị phơi nhiễm nghề nghiệp  - Xây dựng phòng thư viện tại Hội trường BV  ***(Kế hoạch dài hạn***) | Lãnh đạo HĐKH  &Công đoàn | | Nhóm 2  &  khoa Dược | |  | |  | | |
| **B4** | **LÃNH ĐẠO BỆNH VIỆN** | | | | | | | | | | | | | |
| B4.1 | Xây dựng kế hoạch, quy hoạch, chiến lược phát triển bệnh viện và công bố công khai | 3 | 4 | (9,10,11,12,13)  - Chưa tiến hành đo lường các chỉ số trong bản Kế hoạch phát triển  - Chưa xác định những nội dung chưa thực hiện được theo đúng kế hoạch và xây dựng PA khắc phục | - Tiến hành đo lường các chỉ số trong bản Kế hoạch phát triển và có bản danh mục kết quả thực hiện các chỉ số kế hoạch  - Xác định những nội dung chưa thực hiện được theo đúng kế hoạch | Phòng TC-HC | | Lãnh đạo TTYT  Nhóm 2 | | Quý II/2022 | |  | | |
| B4.2 | Triển khai văn bản của các cấp quản lý | 4 | 4 | - (13) Chưa có phần mềm tin học văn phòng (Excel) để quản lý văn bản | - Mua phần mềm  ***(Kế hoạch dài hạn***) | Bộ phận Kế toán | | Phòng TC-HC | |  | |  | | |
| B4.3 | Bảo đảm chất lượng nguồn nhân lực quản lý bệnh viện | 3 | 3 | - (12) Thí điểm hình thức thi tuyển các vị trí lãnh đạo, Quản lý bệnh viện….. | ***(Kế hoạch dài hạn)*** | Phòng TC-HC | | Nhóm 2 | |  | |  | | |
| B4.4 | Bồi dưỡng, phát triển đội ngũ lãnh đạo và quản lý kế cận | 4 | 4 | (10) Các viên chức, nhân viên trong diện quy hoạch có trình độ quản lý, ngoại ngữ đáp ứng yêu cầu vị trí quản lý và có thể thay thế vị trí lãnh đạo , quản lý đương nhiệm ngay lập tức khi cần thiết hoặc trong tình trạng khẩn cấp | Các viên chức, nhân viên trong diện quy hoạch có trình độ quản lý, ngoại ngữ  ***(Kế hoạch dài hạn)*** | Phòng TC-HC | | Lãnh đạo TTYT  &  Nhóm 2 | |  | |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | | |
| **Mục** | **Nội dung** | **Điểm đạt 2022** | **Dự kiến 2023** | **Tiêu chí chưa đạt** | **Giải pháp thực hiện** | **Thực hiện** | | **Giám sát, phối hợp** | | **Tiến độ** | | **Dự kiến kinh p hí** | | |
|  | **PHẦN C. HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN** | | | | | | | | | | | | | |
| **C1** | **AN NINH, TRẬT TỰ VÀ AN TOÀN CHÁY NỔ** | | | | | | | | | | | | | |
| C1.1 | Bảo đảm an ninh, trật tự bệnh viện | 2 | 3 | (7) Lực lượng bảo vệ chưa được đào tạo chuyên nghiệp hoặc tập huấn nghiệp vụ  (9) Có văn bản phối hợp cơ quan CA | - Cử bảo vệ đi tập huấn nghiệp vụ  - Làm cam kết phối hợp với cơ quan an ninh địa phương | Phòng TC-HC  &  NHS Thúy | | Lãnh đạo TTYT&  Nhóm 1 | | Tháng 4/2023 | | 05 triệu | | |
| C1.2 | Bảo đảm an toàn điện và phòng cháy, chữa cháy | 2 | 3 | (14) Chưa có nhân viên phụ trách điện và an toàn điện có trình độ từ Trung cấp trở lên  (15) Chưa phân công một nhân viện phụ trách PCCC | -Tuyển dụng nhân viên phụ trách điện và an toàn điện có trình độ từ Trung cấp trở lên  - Làm Quyết định phân công | Phòng TC-HC | | Lãnh đạo TTYT&  Nhóm 1 | | Tháng 4/2023 | |  | | |
| **C2** | **QUẢN LÝ HỒ SƠ BỆNH ÁN** | | | | | | | | | | | | | |
| C2.1 | Hồ sơ bệnh án được lập đầy đủ, chính xác, khoa học | 4 | 4 | Chưa lập bệnh án theo  hình thức bệnh án điện tử | ***(Kế hoạch dài hạn)*** |  | | Tổ CNTT | | Phòng KH-TC | |  | | |
| C2.2 | Hồ sơ bệnh án được quản lý chặt chẽ, đầy đủ khoa học | 3 | 3 | Chưa lập bệnh án theo  hình thức bệnh án điện tử | ***(Kế hoạch dài hạn***) |  | |  | |  | |  | | |
| **C3** | **ỨNG DỤNG CÔNG NGHỆ THÔNG TIN** | | | | | | | | | | | | | |
| C3.1 | Quản lý tốt cơ sở dữ liệu và thông tin y tế | 2 | 2 | - (12) Chưa áp dụng hệ thống mã hóa lâm sàng theo quy định của Bộ Y tế bao gồm mã hóa bệnh tật, tử vong theo “Bảng phân loại quốc tế phẫu thuật thr thuật” ICD9-CM | Chưa sử dụng Bảng phân loại quốc tế phẫu thuật, thủ thuật” ICD9-CM  ***(Kế hoạch dài hạn***) | Nhân viên thống kê | | Phòng KH-TC  &  Nhóm3 | |  | |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | | |
| **Mục** | **Nội dung** | **Điểm đạt 2022** | **Dự kiến 2023** | **Tiêu chí chưa đạt** | **Giải pháp thực hiện** | **Thực hiện** | | **Giám sát, phối hợp** | | **Tiến độ** | | **Dự kiến kinh phí** | | |
| C3.2 | Thực hiện các giải pháp ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý và hoạt động chuyên môn | 3 | 3 | - (10) Chưa có phần mềm quản lý đào tạo, chỉ đạo tuyến, nghiên cứu khoa học  - (11) Chưa có phần mềm kết nối các máy y tế số hóa (Siêu âm, máy XN…) | ***(Kế hoạch dài hạn***) | Bộ phận kế toán | | Lãnh đạo TTYT  Nhóm 3 | |  | |  | | |
| **C4** | **PHÒNG NGỪA VÀ KIỂM NHIỄM KHUẨN** | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | | |
| C4.1 | Thiết lập và hoàn thiện hệ thống KSNK | 2 | 2 | (13) Chưa thành lập được khoa KSNK | Thành lập khoa KSNK  ***(Kế hoạch dài hạn***) | Phòng TC-HC | | Nhóm4 | |  | |  | | |
| 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 | (7) Chưa thực hiện được khử khuẩn tiệt khuẩn tập chung *(Vẫn còn máy hấp dụng cụ nhỏ ở một số khoa)* | Thực hiện tiệt khuẩn tập trung (quy định, Sổ bàn giao dụng cụ…..) | Tổ KSNK  &  HL Tịnh | | Tổ KSNK  &  Nhóm4 | | Quý I  /2023 | |  | | |
| C4.3 | Triển khai chương trình và giám sát tuân thủ rửa tay | 2 | 2 | - (8) Nước rửa tay tại buồng có thực hiện kỹ thuật, thủ thuật chưa đảm bảo vô khuẩn qua hệ thống máy lọc nước hoặc bầu lọc nước (thay định kỳ )  - (11) Chưa xây dựng các công cụ (câu hỏi, bảng kiểm) đánh giá việc tuân thủ vệ sinh | - Lắp đặt hệ thống nước rửa tay đảm bảo vô khuẩn  - Xây dựng bảng kiểm đánh giá việc tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế  ***(Kế hoạch dài hạn***) | Phòng TC-HC  và  Tổ KSNK | | Lãnh đạo các khoa phòng  &  Nhóm4 | |  | |  | | |
| C4.4 | Giám sát, dánh giá và triển khai kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện | 3 | 3 | (9) Chưa tiến hành theo dõi tình hình vi khuẩn kháng thuốc và báo cáo theo quy định | Tiêm phòng chủ động cho nhân viên y tế  ***(Kế hoạch dài hạn***) | Phòng TC-HC | | Lãnh đạo TTYT | |  | |  | | |
| **Mục** | **Nội dung** | **Điểm**  **đạt 2022** | **Dự kiến 2023** | **Tiêu chí chưa đạt** | **Giải pháp thực hiện** | **Thực hiện** | | **Giám sát, phối hợp** | | **Tiến độ** | | **Dự kiến kinh phí** | | |
| C4.5 | Chất thải rắn bệnh viện được quản lý chặt chẽ, xử lý an toàn và tuân thủ theo đúng quy định | 2 | 4 | (19) Thùng rác chưa có đủ các màu khác nhau có in biểu tượng cho từng loại chất thải rắn như: Chất thải lây nhiễm, chất thải thông thường, chất thải tái chế..  (21) Chưa có hướng dẫn rõ ràng (bằng chữ viết hoặc hình ảnh, tranh vẽ….) về phân loại chất thải cho người bệnh, người nhà người bệnh và NV y tế | - Mua đủ Thùng rác chưa có đủ các màu khác nhau có in biểu tượng cho từng loại chất thải rắn như: Chất thải lây nhiễm, chất thải thông thường, chất thải tái chế.  - Làm hướng dẫn rõ ràng (bằng chữ viết hoặc hình ảnh, tranh vẽ….) về phân loại chất thải | Tổ kiểm soát nhiễm khuẩn | | Đ D trưởng các khoa  và  Nhóm 4 | | Hết quý II  /2023 | | 02 triệu | | |
| C4.6 | Chất thải lỏng BV được quản lý chặt chẽ, xử lý an toàn và tuân thủ theo đúng quy định | 2 | 2 | (9) Chưa đánh giá được khối lượng nước đầu vào và đầu ra của chất thải lỏng sau khi xử lý xong (nếu chênh lệch quá mức cho phép phải có biện pháp xử lý kịp thời)  (12) Có tập huấn đào tạo  (hoặc cử nhân viên tham gia tập huấn, đào tạo) về công tác quản lý chất thải lỏng y tế | - Lắp đồng hồ đo lượng nước đầu và và đầu ra, lấp phương án xử lý khi có xự cố xẩy ra  -Tập huấn đào tạo hoặc cử nhân viên viên tham gia tập huấn, đào tạo  ***(Kế hoạch dài hạn*** | Phòng TC-HC | | Tổ kiểm soát nhiễm khuẩn  &  Nhóm 4 | |  | |  | | |
| **C5** | **NĂNG LỰC THỰC HIỆN KỸ THUẬT CHUYÊN MÔN** | | | | | | | | | | | | | |
| C5.1 | Thực hiện quy trình KT chuyên môn theo danh mục và phân tuyến | 2 | 2 | (9) Chưa thực hiện được > 60% kỹ thuật theo phân tuyến  Không đủ 60-79% TSKT theo phân tuyến | ***(Kế hoạch dài hạn)*** | Lãnh đạo các khoa | | Hội đồng KH & | |  | |  | | |
| C5.2 | Nghiên cứu và triển khai các kỹ thuật tuyến trên, kỹ thuật mới, hiện đại | 2 | 2 | -(4) Chưa xây dựng KH hoặc đề án triển khai KT mới, phương pháp mới trong năm  -(5) Cử nhân viên đi đào tạo về KT mới, phương pháp mới tại các BV khác trong nước  (6) Chưa thực hiện được 01 kỹ thuật tuyến trên trở lên hoặc 01 KT mới PP mới lần đầu tiên tại bệnh viện | - Làm Đề án  -Giao khối Lâm sàng, Cận Lâm sàng thực hiện 04 KT mới  (Mỗi khối 02 KT)  ***(Kế hoạch dài hạn)*** | Khoa CSSSKSS, Khoa Ngoại, khoa XN-CĐHA | | Hội đồng KHKT và  Nhóm 2 | |  | |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | | |
| **Mục** | **Nội dung** | **Điểm**  **đạt 2022** | **Dự kiến 2023** | **Tiêu chí chưa đạt** | **Giải pháp thực hiện** | **Thực hiện** | | **Giám sát, phối hợp** | | **Tiến độ** | | **Dự kiến kinh phí** | | |
| C5.3 | Xây dựng quy trình kỹ thuật và triển khai các biện pháp giám sát chất lượng kỹ thuật | 3 | 4 | - (17) Chưa tiến hành đánh giá hoặc nghiên cứu việc triển khai áp dụng các quy trình kỹ thuật tại bệnh viện trong đó có đánh giá phân tích các sự cố y khoa xẩy ra và cải tiến CLLS | Tiến hành đánh giá hoặc nghiên cứu việc triển khai áp dụng các quy trình kỹ thuật tại bệnh viện trong đó có đánh giá phân tích các sự cố y khoa xẩy ra và cải tiến CLLS | Phòng KH -TC | | Lãnh đạo TTYT  &  Nhóm 2 | | Quý II/2023 | |  | | |
| C5.4 | Xây dựng các hướng dẫn chuyên môn và phác đồ điều trị | 4 | 4 | - (15) Chưa tổ chức nghiên cứu, tập huấn và tiến hành xây dựng các hướng dẫn và chẩn đoán dựa trên y học chứng cứ với sự tham gia của các bác sĩ, điều dưỡng, dược sĩ bệnh viện | ***(Kế hoạch dài hạn)*** | Lãnh đạo các khoa | | Hội đồng thuốc và điều trị &  Nhóm 2 | |  | |  | | |
| C5.5 | Áp dụng các phác đồ điều trị đã ban hành và giám sát việc tuân thủ của nhân viên y tế | 3 | 3 | - (12) Phần mềm tin học có khả năng sàng lọc các bệnh án bất thường | Thực hiện mua phần mềm tin học có khả năng sàng lọc các bệnh án bất thường  ***(Kế hoạch dài hạn)*** | Bộ phận kế toán | | Lãnh đạo TTYT &  Nhóm 2 | |  | |  | | |
| **C6** | **HOẠT ĐỘNG ĐIỀU DƯỠNG VÀ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH** | | | | | | | | | | | | | |
| C6.1 | Hệ thống điều dưỡng trưởng được thiết lập và hoạt động hiệu quả | 2 | 2 | - (14) Tỉ lệ ĐD trưởng có chứng chỉ về quản lý điều dưỡng chưa đạt 30% trở lên/TS Điều dưỡng trưởng  - (15) Hội đồng ĐD chưa cập nhật bỏ xung các quy định, quy trình KT | - Cử ĐD trưởng tập huấn về quản lý chăm sóc theo chương trình của Bộ Y tế  - Cập nhật bỏ xung các quy định, quy trình KT chăm sóc NB và duy trì sinh hoạt định kỳ ít nhất 1 năm/1lần  ***(Kế hoạch dài hạn)*** | Phòng  TC-HC | | Phòng Điều dưỡng  &  Nhóm 4 | |  | |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | | |
| **Mục** | **Nội dung** | **Điểm**  **đạt 2022** | **Dự kiến 2023** | **Tiêu chí chưa đạt** | **Giải pháp thực hiện** | **Thực hiện** | | **Giám sát, phối hợp** | | **Tiến độ** | | **Dự kiến kinh phí** | | |
| 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 | 3 | 4 | - (9) Chưa lập danh sách các bệnh hoặc vấn đề sức khỏe theo mô hình bệnh tật của bệnh viện) và lộ trình cần ưu tiên xây dựng, cập nhật tài liệu truyền thông, giáo dục sức khỏe  -(10,11,12,13,14,15)Chưaxây dựng tài liệu truyền thông giáo dục sức khỏe cho người bệnh và tổ chức tập huấn kỹ năng tư vấn truyền thông cho 70% người bệnh trở lên | - Lập danh sách các bệnh hoặc vấn đề sức khỏe theo mô hình bệnh tật của bệnh viện và lộ trình cần ưu tiên xây dựng  - Xây dựng tài liệu hướng dẫn GDSK cho các khoa LS  - Tập huấn cho ĐD kiến thức, phương pháp GDSK cho NB | Phòng Điều dưỡng | | Lãnh đạo các khoa LS | | Quý  II/2023 | |  | | |
| C6.3 | Người bệnh được chăm sóc vệ sinh cá nhân trong quá trình điều trị tại bệnh viện | 2 | 2 | (19) Toàn bộ người bệnh chăm sóc cấp II được điều dưỡng, nữ hộ sinh đánh giá, lập KH chăm sóc | Không thực hiện được do thiếu điều dưỡng  ***(Kế hoạch dài hạn)*** | Phòng ĐD | | Lãnh đạo các khoa | |  | |  | | |
| **C7** | **NĂNG LỰC THỰC HIỆN DINH DƯỠNG TIẾT CHẾ** | | | | | | | | | | | | | |
| C7.1 | BV thiết lập hệ thống tổ chức để thực hiện công tác dinh dưỡng và tiết chế trong BV | 2 | 2 | (6) Bệnh viện hạng 3 nhưng Chưa khoa dinh dưỡng - tiết chế | Không thực hiện được do Không có cán bộ chuyên khoa dinh dưỡng  ***( Kế hoạch dài hạn)*** | Phòng TC-HC | | Lãnh đạo đơn vị  & nhóm 4 | |  | |  | | |
| C7.2 | BV bảo đảm cơ sở vật chất để thực hiện công tác dinh dưỡng và tiết chế trong BV | 2 | 2 | (8) Chưa có Căng tin phục vụ ăn uống cho người bệnh người nhà người bệnh và nhân viên bệnh viện | Không thành lập được khoa dinh dưỡng  ***( Kế hoạch dài hạn)*** | Phòng TC-HC | | Lãnh đạo đơn vị & nhóm 4 | |  | |  | | |
| C7.3 | Người bệnh được đánh giá, theo dõi tình trạng dinh dưỡng trong thời gian nằm viện | 2 | 3 | (5)Bác sỹ điều trị chưa khám, đánh giá tình trạng dinh dưỡng, tư vấn và chỉ định chế độ ăn bệnh lý cho người bệnh theo | Bác sỹ điều trị khám, đánh giá tình trạng dinh dưỡng, tư vấn và chỉ định chế độ ăn bệnh lý cho người bệnh theo mã của Bộ Y tế cho những người bệnh bắt buộc ăn theo chế độ ăn bệnh lý | Điều dưỡng trưởng các khoa LS | | Hội đồng Điều dưỡng  &  Nhóm 4 | | Qúi I năm 2023 | |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | | |
| **Mục** | **Nội dung** | **Điểm đạt 2022** | **Dự kiến 2023** | **Tiêu chí chưa đạt** | **Giải pháp thực hiện** | **Thực hiện** | | **Giám sát, phối hợp** | | **Tiến độ** | | **Dự kiến kinh phí** | | |
|  |  |  |  | mã của Bộ Y tế cho những người bệnh bắt buộc ăn theo chế độ ăn bệnh lý (đái đường, tăng huyết áp, suy thận…) hoặc người bệnh có nhu cầu. | (đái đường, tăng huyết áp, suy thận…) hoặc người bệnh có nhu cầu. |  | |  | |  | |  | | |
| C7.4 | Người bệnh được hướng dẫn, tư vấn chế độ ăn phù hợp với bệnh lý | 4 | 4 | (5,6,7) - Chưa tổ chức truyền thông giáo dục về dinh dưỡng - tiết chế để thực hiện chế độ dinh dưỡng tại các khoa tổ chức hướng dẫn, giáo dục về dinh dưỡng cho người bệnh tại khoa điều trị | Cử cán bộ đào tạo về dinh dưỡng và thành lập khoa, tổ dinh dưỡng  ***(Kế hoạch dài hạn)*** | Phòng TC-HC | | Phòng  Đ D  Nhóm 4 | |  | |  | | |
| C7.5 | Người bệnh được cung cấp chế độ dinh dưỡng phù hợp với bệnh lý trong thời gian nằm viện | 1 | 1 | Không xây dựng được xuất ăn bệnh lý hoặc khẩu phần dinh dưỡng cho người bệnh | Bỏ, vì thiếu cán bộ có chuyên khoa dinh dưỡng.  ***(Kế hoạch dài hạn)*** | Phòng  Đ D | | Phòng  TC-HC | |  | |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | | |
| **C8** | **CHẤT LƯỢNG XÉT NGHIỆM** | | | | | | | | | | | | | |
| C8.1 | Bảo đảm năng lực thực hiện các xét nghiệm theo phân tuyến kỹ thuật | 2 | 2 | (13) Chưa làm đươc XN miễn dịch vì không làm liên tục máy XN sẽ hỏng | -Triển khai xét nghiệm miễn dịch  ***(Kế hoạch dài hạn)*** | Khoa Xét nghiệm-CĐH | | Nhóm 3 | |  | |  | | |
| C8.2 | Bảo đảm chất lượng các xét nghiệm | 3 | 3 | (19 ) Chưa thực hiện được ISO 15819 | ***(Kế hoạch dài hạn)*** | Bộ phận xét Nghiệm | | Lãnh đạo | |  | |  | | |
| **C9** | **QUẢN LÝ CUNG ỨNG VÀ SỬ DỤNG THUỐC** | | | | | | | | | | | | | |
| C9.1 | Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức hoạt động dược | 3 | 3 | (13) khoa Dược chưa có cán bộ dược lâm sàng | - Cử đi đào tạo  ***(Kế hoạch dài hạn)*** | Phòng  TC-HC | | Lãnh đạo đơn vị | |  | |  | | |
| C9.2 | Bảo đảm cơ sở vật chất khoa dược | 1 | 1 | (2) Chưa có nhà thuốc hoặc cơ sở bán lẻ thuốc trong bệnh viện | Cho thuê cơ sở bán lẻ thuốc trong bệnh viện ***(Kế hoạch dài hạn)*** | Lãnh đạo | | Nhóm 5 | |  | |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | | |
| **Mục** | **Nội dung** | **Điểm đạt 2022** | **Dự kiến 2023** | **Tiêu chí chưa đạt** | **Giải pháp thực hiện** | **Thực hiện** | | **Giám sát, phối hợp** | | **Tiến độ** | | **Dự kiến kinh phí** | | |
| C9.3 | Cung ứng thuốc và vật tư y tế tiêu hao đầy đủ, kịp thời, | 3 | 4 | (14) Chưa xây dựng Quy trình, phương án tổ chức cung ứng các thuốc hiếm theo yêu cầu điều kiện điều trị các bệnh hiếm gặp | Xây dựng Quy trình, phương án tổ chức cung ứng các thuốc hiếm theo yêu cầu điều kiện điều trị các bệnh hiếm gặp | Khoa Dược | | Lãnh đạo các khoa | | Quí II/2023 | |  | | |
| C9.4 | Sử dụng thuốc an toàn, hợp lý | 3 | 4 | - (17) Khoa Dược chưa tập huấn, thông tin cho nhân viên y tế về hiệu quả và độ an toàn khi sử dụng thuốcít nhất 1 lần/1năm  - (18) chưa tiến hành khảo sát đánh giá việc sử dụng thuốc an toàn hợp lý | - Tổ chức tập huấn về độ an toàn  -Tổ chức khảo sát đánh giá việc sử dụng thuốc an toàn hợp lý | Khoa Dược | | Nhóm 5  & khoa  Dược | | Quí II/2023 | |  | | |
| C9.5 | Thông tin thuốc, theo dõi báo cáo ADR kịp thời, đầy đủ và có chất lượng | 3 | 3 | (11) Không có báo cáo về ADR tới trung tâm quốc gia/khu vực về thông tin thuốc theo dõi phản ứng có hại của thuốc | Báo cáo về ADR tới trung tâm quốc gia/khu vực về thông tin thuốc theo dõi phản ứng có hại của thuốc  ***(Kế hoạch dài hạn)*** | Khoa Dược | | Lãnh đạo TTYT | |  | |  | | |
| C9.6 | Hội đồng thuốc và điều trị được thiết lập và hoạt động hiệu quả | 3 | 3 | (8) HĐT&ĐT chưa tập huấn, đào tạo về sử dụng thuốc cho nhân viên y tế ít nhất 1 lần/1năm | Tổ chức tập huấn, đào tạo về sử dụng thuốc cho nhân viên y tế ít nhất 1 lần/1năm  ***(Kế hoạch dài hạn)*** | Khoa Dược | | Nhóm 5 | | Quí II /2023 | |  | | |
| **C10** | **NGHIÊN CỨU KHOA HỌC** | | | | | | | | | | | | | |
| C10.1 | Tích cực triển khai hoạt động nghiên cứu khoa học | 3 | 3 | (8) Chưa có danh sách tổng hợp và chia nhóm các hoạt động nghiên cứu đã và đang thực hiện tại bệnh viện trong năm (chia theo cấp đề tài) bao gồm tối thiểu 4 nhóm. | Không thực hiện được việc Lập danh sách tổng hợp và chia nhóm các hoạt động nghiên cứu đã và đang thực hiện tại bệnh viện  ***(Kế hoạch dài hạn)*** | Nhóm 6 | | Khoa Ngoại và khoa CSSKSS | |  | |  | | |
| C10.2 | Áp dụng kết quả nghiên cứu khoa học trong hoạt động BV và các giải pháp nâng cao CL KCB | 3 | 3 | (5) Chưa Triển khai ít nhất 3 kết quả nghiên cứu vào thực tiễn để cải tiến chất lượng khám chữa bệnh và nâng cao hiệu quả hoạt động bệnh viện | Triển khai kế hoạch, áp dụng ít nhất 3 kết quả nghiên cứu của chính BV hoặc của đơn vị khác vào thực tiễn hoạt động chuyên môn và quản lý | Nhóm 6  &  lãnh đạo các khoa | | Hội đồng khoa học TTYT | |  | |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | | |
| **Mục** | **Nội dung** | **Điểm đạt**  **2022** | **Dự kiến 2023** | **Tiêu chí chưa đạt** | **Giải pháp thực hiện** | **Thực hiện** | | **Giám**  **Sát,**  **phối hợp** | | **Tiến độ** | | **Dự kiến kinh phí** | | |
|  | **PHẦN D HOẠT ĐỘNG CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG** | | | | | | | | | | | | | |
| **D1** | **THIẾT LẬP HỆ THỐNG VÀ XÂY DỰNG, TRIỂN KHAI KẾ HOẠCH CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG** | | | | | | | | | | | | | |
| D1.1 | Thiết lập hệ thống quản lý chất lượng bệnh viện | 3 | 3 | (10) Tổ quản lý chất lượng chưa có cán bộ chuyên trách | ***(Kế hoạch dài hạn)*** | Phòng TC-HC | | Lãnh đạo đơn vị | |  | |  | | |
| D1.2 | Xây dựng và triển khai kế hoạch chất lượng bệnh viện | 4 | 4 | (12) Mỗi đề án cải tiến chất lượng có đưa ra ít nhất 1 mục tiêu và 1 kết quả đầu ra cụ thể, phù hợp với kế hoạch cải tiến chất lượng chung của bệnh viện. | Thực hiện mỗi đề án cải tiến chất lượng có đưa ra ít nhất 1 mục tiêu và 1 kết quả đầu ra cụ thể, phù hợp với kế hoạch cải tiến chất lượng chung của bệnh viện.  ***(Kế hoạch dài hạn)*** | Nhóm 6 &  Lãnh đạo các khoa | | HĐ QLCL | | Tháng 6/2023 | |  | | |
| D1.3 | Xây dựng uy tín và văn hóa chất lượng bệnh viện | 3 | 3 | **-** (10) Chưa xây dựng được bộ nhận diện thương hiệu và quy định sử dụng bộ nhận diện thương hiệu và áp dụng trên | Xây dựng được bộ nhận diện thương hiệu và quy định sử dụng bộ nhận diện thương hiệu (Bộ nhận diện thương hiệu bao gồm biểu trưng, khẩu hiệu và các qui định về hình vẽ, màu sắc, trang phục mang tính đặc trưng riêng | Tổ tin học | | Lãnh đạo TTYT &Nhóm 6 | |  | |  | | |
| **D2** | **PHÒNG NGỪA CÁC SAI SÓT, SỰ CỐ VÀ KHẮC PHỤC** | | | | | | | | | | | | | |
| D2.1 | Phòng ngừa các nguy cơ, diễn biến bất thường xẩy ra với người bệnh | 3 | 3 | (7) *Chưa có máy thở* | ***(Kế hoạch dài hạn)*** | Phòng TC-HC | | Nhóm 6 | |  | |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | | |
| **Mục** | **Nội dung** | **Điểm đạt**  **2022** | **Dự kiến 2023** | **Tiêu chí chưa đạt** | **Giải pháp thực hiện** | **Thực hiện** | | **Giám**  **Sát,**  **phối hợp** | | **Tiến độ** | | **Dự kiến kinh phí** | | |
| D2.2 | Xây dựng hệ thốngbáo cáo phân tích sự cố y khoa và tiến hành các giải pháp khắc phục | 3 | 3 | - (17,18,19,20) Chưa áp dụng công nghệ thông tin để xây dựng hệ thống ghi nhận và quản lý các sự cố y khoa băng phần mềm điện tử, phần mềm tự động phân tích và chiết xuất dưới dạng hình vẽ biểu đồ | - Mua phần mềm điện tử quản lý sự cố chuyên môn  ***(Kế hoạch dài hạn)*** | Phòng TC-HC | | Hội đồng QLCL | |  | |  | | |
| D2.3 | Thực hiện các biện pháp phòng nhừa để giảm thiểu các sự cố y khoa | 2 | 2 | (11,13,14) Chưa có báo cáo giám sát việc áp dụng bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật, trong đó có phân tích số liệu, biểu đồ, tính toán tỷ lệ tuân thủ áp dụng bảng kiểm chia theo kíp mổ (hoặc kíp làm thủ thuật); chia theo khoa lâm sàng (hoặc người thực hiện…).  Các sự cố “gần như sắp xảy ra” được thu thập, tổng hợp và rút kinh nghiệm trên toàn bệnh viện, báo cáo đánh giá hoặc nghiên cứu về sự cố và phân tích xu hướng, nguyên nhân và đề xuất giải pháp hạn chế sự cố | - Làm báo cáo, nghiên cứu  ***(Kế hoạch dài hạn)*** | Nhóm 6 | | Hội đồng QLCL | |  | |  | | |
| D2.4 | Đảm bảo tính chính xác người bệnh | 3 | 3 | (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 đảm bảo chống nhầm lẫn | Cung cấp mã số mã vạch cho bệnh nhân tới khám và điều trị tại bệnh viện  ***(Kế hoạch dài hạn)*** | Tổ công nghệ thông tin | | nhóm 6 | |  | |  | | |
| D2.5 | Phòng ngừa các nguy cơ , diễn biến xấu xẩy ra với người bệnh | 2 | 2 | (9) Chiều cao của lan can và chấn song cửa sổ được thiết kế đủ cao, bảo đảm từ 1m40 trở lên để không có người bị ngã xuống do vô ý (chấp nhận các khối nhà cũ xây trước 2016 có lan cao cao từ 1m35 trở lên). | Làm lan can và mua giường bệnh | Phòng TC-HC | | Nhóm 6 | |  | |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | | |
| **Mục** | **Nội dung** | **Điểm đạt 2022** | **Dự kiến 2023** | **Tiêu chí chưa đạt** | **Giải pháp thực hiện** | **Thực hiện** | | **Giám sát, phối hợp** | | **Tiến độ** | | **Dự kiến kinh phí** | | |
|  |  |  |  | (10)Lan can và chấn song cửa sổ được thiết kế đủ hẹp không có lỗ hổng đút lọt quả cầu đường kính từ 10 cm trở lên để phòng chống trẻ em chui lọt qua.  (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. | ***(Kế hoạch dài hạn)*** |  | |  | |  | |  | | |
| **D3** | **ĐÁNH GIÁ, ĐO LƯỜNG, HỢP TÁC CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG** | | | | | | | | | | | | | |
| D3.1 | Theo dõi thường xuyên hàng tháng kết quả đánh giá chát lượng với việc cải tiến chất lượng đã thực hiện | 3 | 3 | (5) Chưa có bảng thống kê  (9)\*Tỷ lệ các tiêu chí có điểm do bệnh viện tự đánh giá cao  hơn điểm của đoàn bên ngoài đánh giá (cơ quan quản lý hoặc tổ chức độc lập) dưới 7%. | Lập bảng thống kê các tiểu mục theo từng tiêu chí trong “Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện” chưa đạt yêu cầu. và lý do chưa đạt.  ***(Kế hoạch dài hạn)*** | Nhóm 6 | | Lãnh đạo TTYT | |  | |  | | |
| D3.2 | Đo lường và giám sát cải tiến chất lượng bệnh viện | 3 | 3 | (8,9,10) Chưa hoàn thành các tiều mục Đo lường và giám sát cải tiến chất lượng bệnh viện trên | Củng cố các tiểu mục 5 đã đạt.  và hoàn thành các tiều mục 8,9,10 ***(Kế hoạch dài hạn)*** | Nhóm 6 | | Lãnh đạo TTYT | |  | |  | | |
| 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 | 4 | 4 | (10) Bệnh viện được mời và có bài trình bày chia sẻ kinh nghiệm cải tiến chất lượng tại diễn đàn hoặc hội nghị về quản lý chất lượng khám, chữa bệnh trong năm (cấp quốc gia như Bộ Y tế, Cục Quản lý Khám, chữa bệnh hoặc quốc tế). | ***(Kế hoạch dài hạn)*** | Nhóm 6 | | Lãnh đạo TTYT | |  | |  | | |
| **PHẦN E. TIÊU CHÍ ĐẶC THÙ CHUYÊN KHOA** | | | | | | | | | | | | | | |
| **E1** | **TIÊU CHÍ SẢN KHOA** | | | | | | | | | | | | | |
| E1.1 | thiết lập hệ thống tổ chức chăm sóc sản khoa và sơ sinh | 3 | 3 | (12) Chưa có BS chuyên khoa cấp II sản | ***(Kế hoạch dài hạn)*** | Phòng TC-HC | | Lãnh đạo TTYT | |  | |  | | |
| E1.2 | hoạt động truyền thông sức khỏe sinh sản, sức khỏe bà mẹ, trẻ em | 3 | 3 | ( 11) Chưa có đơn nguyên/khoa sơ sinh riêng biệt trong bệnh viện, đầy đủ nhân | ***(Kế hoạch dài hạn)*** | Khoa Ngoại- Sản | | Lãnh đạo TTYT | |  | |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | | |
| **Mục** | **Nội dung** | **Điểm đạt 2022** | **Dự kiến 2023** | **Tiêu chí chưa đạt** | **Giải pháp thực hiện** | **Thực hiện** | | **Giám sát, phối hợp** | | **Tiến độ** | | **Dự kiến kinh phí** | | |
|  |  |  |  | lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị theo quy định của Bộ Y tế. |  | Nhóm3 | |  | |  | |  | | |
| E1.3 | Thực hành nuôi con bằng sữa mẹ | 3 | 4 | (18) Chưa có ngân hàng sữa mẹ tại bệnh viện và có hình thức tư vấn, khuyến khích các bà mẹ chia sẻ sữa cho các cháu không hoặc chưa có sữa mẹ khi sinh tại bệnh viện. | ***(Kế hoạch dài hạn)*** | Khoa Ngoại- Sản  Nhóm3 | | Lãnh đạo TTYT | |  | |  | | |
| E2.1 | Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức chăm sóc Nhi khoa | 1 | 1 | Chưa có tổ chức chăm sóc nhi khoa do không có Bác sĩ chuyên khoa Nhi (sơ bộ , định hướng) và Điều dưỡng được đào tạo về Nhi chiếm từ 30% | ***(Kế hoạch dài hạn)*** | Khoa Ngoại- Sản  Nhóm3 | | Lãnh đạo TTYT | |  | |  | | |
|  | **Điểm trung bình: 3,12** | | | - Năm 2022 đạt 253 điểm, điểm trung bình đạt 2,93 điểm  - Năm 2023 phấn đấu đạt 276 điểm (nâng thêm 23 điểm), điểm trung bình đạt: 3,12  Tổng kinh phí 49 triệu | | | | | | | | | | |

***03*** *tiêu chí mức 1,* ***15*** *tiêu mức chí 2,* ***33*** *tiêu mức chí 3,* ***34*** *tiêu chí mức 3,* ***15*** *Tiêu chí Mức 4,*  ***0*** *tiêu chí mức 5*

**NGƯỜI LẬP KẾ HOẠCH TM. HỘI ĐỒNG QUẢN LÝ CLBV**

**CHỦ TỊCH**

***Nơi nhận:***

- Lãnh đạo TTYT (để giám sát); **GIÁM ĐỐC**

- Tổ quản lý CLBV (để thực hiện); **Ngân Văn Thư**

- Các khoa, phòng (để thực hiện);

- Lưu: VT, KHTC.

Cải thiện môi trường làm việc của nhân viên y tế, thực hiện các giải pháp hướng về hướng về nhân viên.

Bahals;s’s’