

**KẾ HOẠCH**  
**CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN NĂM 2018**

Căn cứ Thông tư 19/2013/TT-BYT ngày 12/7/2013 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 6859/QĐ-BYT ngày 18/11/2016 của Bộ Y tế;

Căn cứ Bộ tiêu chí đánh giá mức chất lượng phòng xét nghiệm y học ban hành kèm theo Quyết định số 2429/QĐ-BYT ngày 12/6/2017 của Bộ Y tế.

Nhằm tiến hành các hoạt động cải tiến chất lượng 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 và nhân viên y tế;

Căn cứ tình hình cụ thể của đơn vị, Bệnh viện Nhi Thái Bình xây dựng kế hoạch cải tiến chất lượng năm 2018 với những nội dung cụ thể như sau:

**I. MỤC TIÊU**

**1. Mục tiêu chung**

Hoàn thiện hệ thống quản lý chất lượng; nâng cao chất lượng, an toàn và sự hài lòng của người bệnh đến khám và điều trị tại bệnh viện.

**2. Mục tiêu cụ thể và các chỉ số phân đầu**

**Mục tiêu cụ thể 1:** Xây dựng và hoàn thiện Hệ thống quản lý chất lượng bệnh viện đáp ứng yêu cầu, phát triển của Bệnh viện.

**Chỉ số phân đầu:**

- 100% cán bộ nhân viên bệnh viện được tập huấn về kiến thức kiến thức về chất lượng bệnh viện và quản lý chất lượng bệnh viện.

- Tháng 12/2018 hoàn thành chứng nhận hệ thống quản lý bệnh viện theo tiêu chuẩn quốc gia TCVN ISO 9001:2015 tại bệnh viện;

- Tháng 11/2018, hoàn thành hệ thống quản lý chất lượng phòng xét nghiệm theo Bộ tiêu chí 2429.

**Mục tiêu cụ thể 2.** Tăng mức điểm trung bình của tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện theo quyết định 6858/QĐ-BYT, ngày 18/11/2016 của Bộ Y tế từ 3,41 (năm 2017) lên  $\geq 3,65$  điểm (năm 2018).

### ***Chỉ số phần đầu:***

- Khắc phục 08 tiêu chí **mức 2** so với năm 2017 (*còn tiêu chí A2.3; B1.3; C4.6*).

- Duy trì 4 tiêu chí **mức 5** đạt năm 2017 (*A1.3; C3.1; C4.2; C4.3*) và tăng 5 tiêu chí năm 2018 (*A3.1; A4.6; B4.1; C9.2; C10.2*).

- Tăng 11 tiêu chí **mức 4** so với năm 2017 (*A2.1; B1.1; B3.3; C2.1; C2.2; C5.4; C7.4; C9.5; D1.1; D1.2; D1.3*)

- Tăng tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú từ 67,4% (năm 2017) lên 77,0% (năm 2018) (*Có kế hoạch riêng*).

- Tăng tỷ lệ hài lòng của người bệnh ngoại trú tăng từ 81,4% (năm 2017) lên 89,5% (năm 2018) (*Có kế hoạch riêng*).

- 100% các khoa, phòng có kế hoạch cải tiến chất lượng và phần đầu 50% khoa phòng có đề án cải tiến chất lượng.

**Mục tiêu cụ thể 3.** 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.

### ***Chỉ số phần đầu:***

- Trước ngày 01/7/2018 hoàn thành xây dựng hệ thống tài liệu quản lý chất lượng xét nghiệm và phê duyệt ban hành.

- Trước ngày 01/8/2018 áp dụng hệ thống vào hoạt động của khoa xét nghiệm;

- Trước 15/10/2018 đánh giá nội bộ và khắc phục cải tiến hệ thống.

## **II. GIẢI PHÁP THỰC HIỆN**

### **1. Xây dựng hệ thống quản lý chất lượng bệnh viện**

**1.1. Thực hiện công tác đào tạo kiến thức và nhận thức về chất lượng và quản lý chất lượng bệnh viện cho cán bộ nhân viên bệnh viện.**

- Đào tạo, tập huấn tại bệnh viện:

+ Bệnh viện thực hiện mời các giảng viên, báo cáo viên có uy tín, chất lượng thực hiện các hoạt động đào tạo, tập huấn kiến thức chất lượng bệnh viện, quản lý chất lượng bệnh viện cho cán bộ nhân viên bệnh viện:

+ Các lớp dự kiến mở tại bệnh viện như sau:

01 lớp về thực trạng, giải pháp và kinh nghiệm triển khai hoạt động quản lý chất lượng bệnh viện.

01 lớp quản lý bệnh viện cho đối tượng làm cán bộ chuyên trách, các cán bộ lãnh đạo khoa, phòng;

01 lớp quản trị bệnh viện cho đối tượng chuyên trách quản lý bệnh viện và quản lý khoa phòng bệnh viện;



- 02 lớp đào tạo về triển khai hoạt động 5S tại bệnh viện
- + Bệnh viện thực hiện tự đào tạo, triển khai các nội dung quản lý chất lượng;
  - Phòng Quản lý chất lượng là đầu mối chịu trách nhiệm xây dựng kế hoạch tổ chức đào tạo cho cán bộ nhân viên bệnh viện về triển khai, thực hiện các hoạt động quản lý chất lượng tại bệnh viện;
  - Đào tạo, tập huấn cập nhật kiến thức, học tập kinh nghiệm từ các dự án, câu lạc bộ, bệnh viện tuyến trên;
  - + Cử cán bộ tham gia các dự án; hội thảo về Quản lý chất lượng
  - + Tổ chức các buổi học tập kinh nghiệm tại các cơ sở điển hình về quản lý chất lượng;
  - + Cử cán bộ chuyên trách quản lý chất lượng học tập, nâng cao trình độ năng lực triển khai hoạt động quản lý chất lượng bệnh viện.
  - Kế hoạch cụ thể

TT	Nội dung	Đối tượng	Mục đích, Yêu cầu	Thời gian
Mời các giảng viên ngoài bệnh viện đào tạo tập huấn				
1	Đánh giá thực trạng, giải pháp triển khai hoạt động quản lý chất lượng tại bệnh viện Nhi Thái Bình	- Lãnh đạo quản lý KP; - Hội đồng, mạng lưới - Cán bộ chuyên trách - Nhân viên BV	- Thay đổi nhận thức, tư duy về hoạt động quản lý chất lượng trong mỗi cán bộ viên chức BV - Giảng viên có tầm ảnh hưởng, kinh nghiệm và tư vấn giúp Bệnh viện triển khai hoạt động QLCL tại bệnh viện đúng hướng.	Quý 1.2018
2	Quản lý bệnh viện cho nhân viên bệnh viện	Cán bộ quản lý khoa, phòng; Cán bộ chuyên trách QLCL	- Nâng cao năng lực quản lý bệnh viện - Cấp chứng chỉ cho cán bộ tham gia học tập	Quý 2.2018
3	Quản trị bệnh viện	Cán bộ quản lý khoa, phòng; Cán bộ chuyên trách QLCL.	Nâng cao khả năng thực hiện hoạt động cải tiến chất lượng bằng việc sử dụng các công cụ, kỹ thuật trong quản lý chất lượng bệnh viện	Quý 2.2018

4	Thực hành 5S tại Bệnh viện	Cán bộ nhân viên bệnh viện	Xác định được bản chất của 5S, những lãng phí trong thuyết 5S; Có lộ trình triển khai và áp dụng 5S tại bệnh viện nhằm xây dựng văn hóa thực hành 5S trong nhân viên bệnh viện	Quý 3.2018
Tự đào tạo tại bệnh viện				
5	Phòng QLCL thực hiện tập huấn triển khai hoạt động QLCL tại viện như kế hoạch, hướng dẫn thực hiện đề án cải tiến chất lượng, chỉ số chất lượng, ...	Cán bộ nhân viên bệnh viện	Xây dựng nội dung, tập huấn cho nhân viên bệnh viện giúp thực hiện tốt hoạt động QLCL tại bệnh viện	Hàng tháng và khi cần
Tham gia cập nhật kiến thức QLCL bệnh viện				
6	Bệnh viện tham dự và thực hiện đầy đủ các chương trình tập huấn của dự án Norred về QLCL	Theo đề nghị của Dự án	Hoàn thành theo yêu cầu của dự án	Theo dự án
7	Giao Phòng QLCL tìm hiểu, liên hệ dự các Hội thảo, tập huấn và học tập kinh nghiệm từ các bệnh viện khác	Cán bộ chuyên trách quản lý chất lượng	Theo giấy mời hoặc giấy đề xuất đáp ứng cho việc triển khai hoạt động QLCL tại bệnh viện	Theo giấy mời và đề nghị từ Phòng QLCL

### ***1.2. Lựa chọn đơn vị tư vấn và triển khai xây dựng hệ thống quản lý chất lượng tại bệnh viện.***

- Xác định đơn vị tư vấn triển khai xây dựng hệ thống tại bệnh viện
- + Hệ thống quản lý chất lượng bệnh viện theo tiêu chuẩn TCVN ISO 9001-2015;
- + Hệ thống quản lý chất lượng xét nghiệm theo tiêu chuẩn TCVN ISO 15189.
- Phòng Quản lý chất lượng, khoa Xét nghiệm cùng đơn vị tư vấn thống nhất kế hoạch thực hiện xây dựng và áp dụng tiêu chuẩn vào hoạt động của bệnh viện;
- Thực hiện duy trì áp dụng hệ thống tiêu chuẩn tại bệnh viện;



- Kế hoạch cụ thể

TT	Nội dung	Đối tượng	Mục đích, Yêu cầu	Thời gian
<b>Hệ thống quản lý chất lượng theo tiêu chuẩn ISO 9001-2015</b>				
1	Khảo sát, đánh giá thực trạng và thuyết minh phương án trước ký hợp đồng tư vấn	Đơn vị tư vấn	Lựa chọn được đơn vị tư vấn Xác định phương án, tiêu chuẩn tại bệnh viện	Quý 2.2018
2	Triển khai thực hiện xây dựng hệ thống sau khi ký hợp đồng	Đơn vị tư vấn Khoa, phòng được lựa chọn Phòng QLCL	Thực hiện đúng lộ trình, tiến độ đề ra Xây dựng và ban hành được tài liệu hệ thống	Trước 30/7/2018
3	Áp dụng và khắc phục hệ thống	Đơn vị tư vấn Khoa, phòng thực hiện	Hiệu chỉnh các quy trình hệ thống Khắc phục và triển khai thực hiện đồng bộ	Trước tháng 9.2018
4	Đánh giá nội bộ	Bệnh viện, Đơn vị tư vấn		
5	Đăng ký và thực hiện đánh giá độc lập	Đơn vị độc lập Cấp chứng nhận	Hoàn thiện và nhận chứng nhận ISO	Trước 30.11.18
<b>Hệ thống quản lý chất lượng xét nghiệm</b>				
1	Khảo sát, đánh giá thực trạng và thuyết minh phương án trước ký hợp đồng tư vấn	Đơn vị tư vấn	Lựa chọn được đơn vị tư vấn Xác định phương án, tiêu chuẩn tại bệnh viện	Trước 25/5/2018
2	Triển khai thực hiện xây dựng hệ thống sau khi ký hợp đồng	Đơn vị tư vấn Khoa Xét nghiệm Phòng QLCL	Thực hiện đúng lộ trình, tiến độ đề ra Xây dựng và ban hành được tài liệu hệ thống	Trước 30/6/2018
3	Áp dụng và khắc phục hệ thống	Đơn vị tư vấn Khoa Xét nghiệm	Hiệu chỉnh các quy trình hệ thống Khắc phục và triển khai thực hiện đồng bộ	Trước 30/10/18
4	Đánh giá của Sở Y tế	Đơn vị tư vấn Khoa XN Bệnh viện	Đạt mức 3 chuẩn phòng xét nghiệm y học	Tháng 11/2018

**2. Tăng mức điểm trung bình của bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện theo quyết định số 5868/QĐ-BYT ngày 18/11/2016;**

**2.1. Đối với các tiêu chí đang ở mức 2:**

*Tiêu chí C7.2: "Bảo đảm cơ sở vật chất thực hiện công tác dinh dưỡng và tiết chế" tăng lên mức 3 năm 2018.*

- Yêu cầu:

Căng tin của bệnh viện phải có khu chế biến riêng đảm bảo sạch và một chiều; có tủ để lưu mẫu và lưu mẫu theo đúng quy định; có bồn rửa tay ở khu vực trong hoặc ngoài phòng ăn.

- Giải pháp:

Bệnh viện căn cứ vào các yêu cầu về bố trí nhà ăn, quy định về ATVSTP để yêu cầu đơn vị nhà ăn thực hiện các nội dung;

Bệnh viện giao cho Ban ATVSTP phối hợp với Khoa Vi sinh thực hiện công tác kiểm tra, giám sát, đánh giá chất lượng thực phẩm thường xuyên (01 tháng/lần và khi cần) đối với đơn vị nhà ăn.

Bệnh viện thực hiện đón tiếp Đoàn Kiểm tra về Vệ sinh ATVSTP và nhà ăn chuẩn bị các điều kiện, tài liệu, hình ảnh để giải trình trước đoàn kiểm tra.

*Tiêu chí D7.3: "Người bệnh được đánh giá, theo dõi tình trạng dinh dưỡng trong thời gian nằm viện" lên mức 3 cuối năm 2018*

Yêu cầu: Có mẫu phiếu đánh giá, sàng lọc tình trạng dinh dưỡng người bệnh, thực hiện phân loại và xác định chính xác nguy cơ suy dinh dưỡng khi nhập viện không quá 36 giờ kể từ khi nhập viện (hoặc được phân loại trong hồ sơ theo dõi người bệnh trong vòng 1 tháng trước kể từ ngày nhập viện); 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 (đái đường, tăng huyết áp, suy thận...) hoặc người bệnh có nhu cầu. Hồ sơ bệnh án có ghi các thông tin liên quan đến dinh dưỡng như kết quả đánh giá tình trạng dinh dưỡng, chế độ ăn (nếu cần thiết) và các thông tin cần lưu ý về dinh dưỡng.

Giải pháp:

Giao cho Khoa Tiêu hóa (Tổ dinh dưỡng) thực hiện cải tiến hoặc bổ sung mẫu phiếu đánh giá sàng lọc dinh dưỡng;

Triển khai đánh giá phân loại và sàng lọc dinh dưỡng và can thiệp về dinh dưỡng đối với toàn bộ trẻ nhập khoa tiêu hóa và nhận mời hội chẩn để đánh giá can thiệp từ các khoa khác.

Triển khai bàn khám tư vấn dinh dưỡng tại khu khám bệnh tại bệnh viện;



### Kế hoạch chi tiết

TT	Thời gian	Nội dung	Người thực hiện	Dự kiến Kết quả
1	Tuần 3 Tháng 4	Xây dựng và phê duyệt kế hoạch của Tổ Dinh dưỡng về hoạt động dinh dưỡng lâm sàng Cập nhật và thông qua biểu mẫu đánh giá tình trạng dinh dưỡng;	Tổ Dinh dưỡng Giám đốc BV	Phê duyệt kế hoạch và mẫu phiếu
2	Tuần 4 Tháng 4	Triển khai kế hoạch và giao nhiệm vụ các cán bộ, đơn vị thực hiện nội dung kế hoạch	Các thành viên, đơn vị trong kế hoạch	Triển khai nội dung kế hoạch
3	Tuần 1 Tháng 5	Bắt đầu triển khai đánh giá dinh dưỡng lâm sàng tại bệnh viện	Các bác sỹ được đào tạo dinh dưỡng;	Thực hiện tư vấn và sàng lọc
5	Tháng 10	Tổng kết đánh giá kết quả thực hiện	Phòng QLCL	Tổng hợp, báo cáo kết quả

*Tiêu chí D7.5: "Người bệnh được cung cấp chế độ dinh dưỡng phù hợp với bệnh lý khi nằm viện" lên mức 3 cuối năm 2018.*

Yêu cầu: [1] Bệnh viện xây dựng các khẩu phần ăn bệnh lý khác nhau cho từng đối tượng người bệnh [2] Bệnh viện Tổ chức cung cấp suất ăn bệnh lý cho từng đối tượng người bệnh được bác sỹ điều trị chỉ định khẩu phần ăn bệnh lý [3] Người mắc các bệnh liên quan đến dinh dưỡng được cung cấp bữa ăn bảo đảm vệ sinh an toàn thực phẩm, phù hợp với tình trạng bệnh theo chỉ định của bác sỹ. [4] Bệnh viện quản lý được chất lượng vệ sinh an toàn thực phẩm của cơ sở cung cấp suất ăn cho bệnh viện (bao gồm cả nhà ăn/căng-tin trong bệnh viện): có mẫu thực phẩm lưu, kiểm tra thường xuyên, giám sát vệ sinh nhà bếp. [5] Trẻ em bị suy dinh dưỡng nặng cấp tính được điều trị theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh suy dinh dưỡng cấp tính ở trẻ em từ 0-72 tháng tuổi theo quy định của Bộ Y tế

Giải pháp:

- Bệnh viện giao cho Tổ dinh dưỡng xây dựng các Khẩu phần thức ăn bệnh lý.
- Tổ Dinh dưỡng phối hợp với Nhà ăn cung cấp suất ăn bệnh lý cho người bệnh khi có chỉ định của bác sỹ.
- Tổ dinh dưỡng cùng với Ban ATTP của bệnh viện tổ chức đánh giá chất lượng thực phẩm theo đúng quy định.

Kế hoạch chi tiết:

TT	Thời gian	Nội dung	Người thực hiện	Dự kiến Kết quả
1	Tuần 3 Tháng 3	Xây dựng và phê duyệt khẩu phần thức ăn cho từng nhóm bệnh lý thường gặp tại bệnh viện;	Tổ Dinh dưỡng Giám đốc BV	Phê duyệt khẩu phần thức ăn theo nhóm bệnh.
		Họp triển khai các phương án cung cấp thức ăn bệnh lý cho người bệnh	Lãnh đạo BV; Khoa Tiêu hóa Các khoa và Nhà ăn bệnh viện	Thống nhất được phương án triển khai
3	Tuần 4 Tháng 3	Bắt đầu triển khai đánh giá cung cấp suất ăn bệnh lý tại bệnh viện	Các khoa; Nhà ăn bệnh viện và người nhà bệnh nhân	Triển khai cung cấp suất ăn bệnh lý
5	Tháng 10	Tổng kết đánh giá kết quả thực hiện	Tổ Dinh dưỡng Phòng QLCL	Tổng hợp, báo cáo kết quả

Tiêu chí D2.1: "Phòng ngừa các nguy cơ, diễn biến bất thường xảy ra với người bệnh" lên mức 3 cuối năm 2018.

Yêu cầu: [1] Giường chuyên dùng cho hồi sức cấp cứu có hệ thống báo gọi.  
[2] Có hệ thống chuông hoặc đèn báo đầu giường tại toàn bộ các giường bệnh cấp cứu và các giường có người bệnh chăm sóc cấp I.

Giải pháp:

- Bệnh viện giao cho Phòng Quản trị và Các khoa có bệnh nhân chăm sóc cấp I; bệnh nhân hồi sức tham mưu các phương án.
- Phòng Quản trị thực hiện khi đã có phê duyệt của Giám đốc bệnh viện.

Kế hoạch chi tiết

TT	Thời gian	Nội dung	Người thực hiện	Dự kiến Kết quả
1	Tuần 1 Tháng 7	Khảo sát các điều kiện, phương tiện	Phòng Quản lý chất lượng	Có được danh mục và vị trí
3	Tuần 2 Tháng 7	Tổ chức họp và đề xuất phương án	Lãnh đạo BV, Các khoa; Phòng QTITB	Thống nhất về phương án, vị trí và các thức thi công
5	Tháng 8	Thi công và đi vào sử dụng	Đơn vị thi công, Đơn vị sử dụng	Vận hành tốt và duy trì



Tiêu chí D2.2: “ Xây dựng hệ thống báo cáo, phân tích sự cố y khoa và tiến hành các giải pháp khắc phục” lên mức 3 cuối năm 2018.

Yêu cầu: [1] Hệ thống báo cáo sự cố y khoa có ghi đầy đủ, trung thực các thông tin, thời gian, diễn biến sự cố xảy ra; cung cấp được đủ thông tin cho việc phân tích sự cố để rút kinh nghiệm.[2] Triển khai thực hiện phiếu báo cáo sự cố y khoa tự nguyện (hoặc hình thức báo cáo tự nguyện khác) cho nhân viên y tế.[3] Nhân viên có báo cáo sự cố y khoa đầy đủ theo phiếu báo cáo khi xảy ra sự cố y khoa, [4] Có điều tra, phân tích, tìm nguyên nhân gốc rễ và đề xuất giải pháp cải tiến tránh lặp lại các sự cố y khoa đã xảy ra.

Giải pháp: Xây dựng phần mềm quản lý sự cố y khoa tại bệnh viện

Kế hoạch chi tiết xây dựng và triển khai phần mềm:

<b>T</b> <b>T</b>	<b>Thời gian</b>	<b>Nội dung</b>	<b>Người thực hiện</b>	<b>Dự kiến Kết quả</b>
1	Tháng 4	Phân tích, thiết kế chương trình hệ thống	Phòng CNTT Phòng QLCL	Lựa chọn được chương trình
2	Tuần 1-3 Tháng 4	Xây dựng cơ sở dữ liệu trên MS-SQL server	Phòng CNTT	
3	Tuần 4 Tháng 4	Thiết kế giao diện trên ( Visual Studio 2013)	Phòng CNTT	Thống nhất giao diện
4	Tuần 1 Tháng 5	Xây dựng phần mềm ( Visual Studio 2013)	Phòng CNTT	Hình thành phần mềm
5	Tuần 2-4 Tháng 5	Bắt đầu cập nhật dữ liệu và chạy thử phần mềm	Phòng CNTT Phòng QLCL	Vận hành phần mềm
6	Tuần 1 Tháng 6	Test thử lỗi và chỉnh sửa chương	Phòng CNTT Phòng QLCL	
7	Tuần 2-4 Tháng 6	Thử nghiệm tại Bệnh viện	Phòng CNTT Phòng QLCL Các khoa, phòng	Chạy trên hệ thống nội bộ của bệnh viện
8	Tuần 1-2 Tháng 7	Thông qua Hội đồng khoa học kỹ thuật BV	Phòng CNTT Phòng QLCL Hội đồng KHKT	Phê duyệt
9	Tháng 8	Bắt đầu ứng dụng tại bệnh viện	Phòng CNTT Phòng QLCL Các khoa, phòng	Vận hành phần mềm
10	Tháng 11	Tổng kết đánh giá kết quả thực hiện	Phòng QLCL	Báo cáo BV

Tiêu chí D2.4: “ Bào đảm xác định chính xác người bệnh khi cung cấp dịch vụ” lên mức 3 cuối năm 2018.

**Yêu cầu:** [1] Người cung cấp dịch vụ bảo đảm thực hiện đầy đủ các bước để khẳng định chính xác người bệnh [2] Có xây dựng các bảng kiểm để thực hiện kiểm tra, đối chiếu người bệnh và dịch vụ cung cấp [3] Áp dụng bảng kiểm thực hiện tra, chiếu để xác nhận và khẳng định lại tên, năm sinh, đặc điểm bệnh tật... của người bệnh trước khi cung cấp dịch vụ.[3] Áp dụng các hình thức thủ công (hoặc công nghệ thông tin) như ghi tên, ghi số, phát số... cho người bệnh và các mẫu bệnh phẩm, dụng cụ, thuốc, vật tư... có liên quan đến người bệnh để tránh nhầm lẫn khi cung cấp dịch vụ. [4] Thông tin ghi trên mẫu bệnh phẩm bảo đảm có ít nhất các thông tin cơ bản như họ và tên, năm sinh, giới của người bệnh.

**Giải pháp:**

- Bệnh viện họp đưa ra kế hoạch đảm bảo chính xác người bệnh khi cung cấp dịch vụ tại bệnh viện.

+ Phân công các cán bộ, đơn vị chịu trách nhiệm xây dựng các quy trình, quy định; Thẩm định và phê duyệt Giám đốc ban hành.

+ Tập huấn cho cán bộ viên chức bệnh viện về việc triển khai áp dụng tại bệnh viện: Quy trình, quy định xác nhận người bệnh; có bảng kiểm để giám sát thực hiện các quy trình, quy định về xác định đúng người bệnh và dịch vụ cung cấp.

- Thực hiện đánh giá và đưa ra các khuyến cáo định kỳ.

- Báo cáo tổng kết về bệnh viện.

- Kế hoạch cụ thể

<b>TT</b>	<b>Thời gian</b>	<b>Nội dung</b>	<b>Người thực hiện</b>	<b>Dự kiến Kết quả</b>
1	Tuần 3 Tháng 7	Đánh giá thực trạng: lập và phê duyệt kế hoạch.	Phòng QLCL Giám đốc BV	Phê duyệt kế hoạch
2	Tuần 4 Tháng 7	Triển khai kế hoạch và giao nhiệm vụ các cán bộ, đơn vị thực hiện nội dung kế hoạch	Các thành viên, đơn vị trong kế hoạch	Triển khai nội dung kế hoạch
3	Tuần 1 Tháng 8	Bắt đầu triển khai giám sát	Phòng QLCL Mạng lưới	Ghi nhận kết quả
4	Hàng tháng	Sơ kết và phân tích nguyên nhân từ kết quả thu được	Phòng QLCL	Đưa ra những thông báo
5	Tháng 11	Tổng kết đánh giá kết quả thực hiện	Phòng QLCL	Báo cáo BV



*Tiêu chí D1.1 “Thiết lập hệ thống quản lý chất lượng bệnh viện” từ mức lên mức 4 cuối năm 2018.*

Yêu cầu: [1] Đã xây dựng và ban hành các văn bản về quản lý chất lượng trong bệnh viện. [2] Có ít nhất 50% nhân viên của phòng/tổ quản lý chất lượng tham gia các lớp đào tạo về quản lý chất lượng và có chứng chỉ (hoặc chứng nhận). Có ít nhất 20% nhân viên của mạng lưới quản lý chất lượng tham gia các lớp đào tạo về quản lý chất lượng và có chứng chỉ (hoặc chứng nhận).

Giải pháp:

- Bệnh viện giao cho Phòng Quản lý chất lượng thực hiện công tác đào tạo nâng cao nhận thức cho cán bộ nhân viên bệnh viện về QLCL;

- Xây dựng và phê duyệt kế hoạch đào tạo tập huấn theo đúng đối tượng và đáp ứng yêu cầu.

Kế hoạch chi tiết

TT	Thời gian	Nội dung	Người thực hiện	Dự kiến Kết quả
1	Tuần 2 Tháng 3	Xây dựng và phê duyệt kế hoạch đào tạo.	Phòng QLCL	Phê duyệt
2	Tháng 3 - 10	Thực hiện kế hoạch đào tạo đã được phê duyệt	Phòng QLCL Giảng viên mời	Tổ chức đào tạo, tập huấn
3	Tháng 10	Tổng kết đánh giá kết quả thực hiện	Phòng QLCL	Báo cáo BV

*Tiêu chí D1.2 “Xây dựng, triển khai kế hoạch và đề án cải tiến chất lượng” từ mức lên mức 4 cuối năm 2018.*

Yêu cầu: [1] Xây dựng kế hoạch và bảng kiểm hướng dẫn cụ thể việc thực hiện kế hoạch cải tiến chất lượng và đánh giá các việc đã hoàn thành [2] 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.[3] Hội đồng quản lý chất lượng hướng dẫn các thành viên của mạng lưới xây dựng các đề án cải tiến chất lượng chi tiết cho từng khoa/phòng [4] Các khoa/phòng triển khai các đề án cải tiến chất lượng của từng khoa/phòng theo lộ trình trong đề án.

Giải pháp:

Bệnh viện xây dựng và ban hành Kế hoạch cải tiến chung.

Triển khai cải tiến tới các khoa, phòng bệnh viện.

### Kế hoạch chi tiết

TT	Thời gian	Nội dung	Người thực hiện	Dự kiến Kết quả
1	Tháng 3 Tháng 4	Xác định những vấn đề ưu tiên về cải tiến chất lượng của từng khoa phòng	Lãnh đạo BV Phòng QLCL	Xác định vấn đề ưu tiên từng khoa phòng
2	Tuần 2 Tháng 4	Xây dựng và phê duyệt kế hoạch cải tiến chất lượng năm 2018.	Phòng QLCL	Phê duyệt
3	Tháng 6- 10	Thực hiện các đề án cải tiến chất lượng đã phê duyệt	Lãnh đạo BV Phòng QLCL Các khoa phòng	Thực hiện khi hoàn thành báo cáo
4	Tháng 11	Tổng kết đánh giá kết quả thực hiện	Phòng QLCL	Báo cáo BV

*Tiêu chí D1.3 "Xây dựng văn hóa chất lượng bệnh viện" lên mức 4 cuối năm 2018*

**Yêu cầu:** [1] Xây dựng bộ nhận diện thương hiệu và quy định sử dụng bộ nhận diện thương hiệu [2] Áp dụng bộ nhận diện thương hiệu trên toàn bộ các hoạt động chính thức của bệnh viện [3] Công bố bộ nhận diện thương hiệu và sử dụng thống nhất trên phạm vi toàn bệnh viện [4] Có hình thức khuyến khích các khoa/phòng xây dựng các khẩu hiệu, mục tiêu chất lượng cụ thể của riêng từng khoa/phòng để nhân viên cùng phấn đấu và hướng tới các mục tiêu chất lượng.

**Giải pháp:** Bệnh viện hoàn thiện các thủ tục công nhận bộ nhận diện thương hiệu.

#### **4.1.2. Đối với các tiêu chí đang ở mức 4: lên mức 5.**

*\* Tiêu chí A4.6. "BV khảo sát, đánh giá sự hài lòng người bệnh và tiến hành các biện pháp can thiệp" tăng từ mức 3 năm 2017 lên mức 5 năm 2018*

**Yêu cầu:** [1] Có tiến hành khảo sát sự hài lòng người bệnh ngoại trú ít nhất 02 lần trong năm, [2] khảo sát sự hài lòng người bệnh nội trú 04 lần trong năm và có bản báo cáo kết quả. [3] Xác định các vấn đề ưu tiên cần giải quyết sau mỗi đợt khảo sát để cải tiến chất lượng.

**Giải pháp:** Phòng QLCL có kế hoạch, phối hợp và tiến hành khảo sát sự hài lòng người bệnh ngoại trú, nội trú theo đúng thời gian. Sau khảo sát, Phòng QLCL thảo luận cùng các Khoa cận lâm sàng, lâm sàng lựa chọn vấn đề có nhiều ý kiến phản ánh nhất để ưu tiên cải tiến chất lượng.



*Kế hoạch cụ thể:*

<b>TT</b>	<b>Thời gian</b>	<b>Nội dung</b>	<b>Người thực hiện</b>	<b>Dự kiến Kết quả</b>
1	Từ ngày 01 đến ngày 15 các tháng 04,06,09,11	Khảo sát sự hài lòng người bệnh nội trú. Lấy mẫu trong tuần trừ thứ 2 và thứ 6 và kéo dài 1-2 tuần cho đủ mẫu	Phòng QLCL	Hoàn thành 145-150 phiếu
2	Từ ngày 16 đến ngày 18 các tháng 04, 06, 09, 11	Tổng hợp phiếu khảo sát hài lòng và nhập vào phần mềm của BHYT	Phòng QLCL	Nhập đủ số phiếu vào phần mềm
3	Từ ngày 19 đến ngày 24 các tháng 04, 06, 09, 11	Phân tích số liệu, gửi báo cáo kết quả khảo sát tới HĐ QLCL và các đơn vị liên quan	Phòng QLCL	Hoàn thành báo cáo kết quả khảo sát
4	Sau ngày 25 các tháng 04, 06, 09, 11	Đề xuất biện pháp khắc phục và phối hợp với các khoa/ phòng để triển khai hoạt động cải tiến chất lượng	Phòng QLCL	Báo cáo tiến độ cải tiến CL của khoa/ phòng
5	Từ ngày 01 đến 15 các tháng 05, 10	Khảo sát sự hài lòng người bệnh ngoại trú trong vòng 01 tuần từ thứ 2 đến thứ 6	K.B. Phòng CTXH	Hoàn thành 100 phiếu
6	Từ ngày 16 đến 18 các tháng 05, 10	Tổng hợp phiếu khảo sát hài lòng và nhập vào phần mềm của BHYT	Phòng QLCL	Nhập đủ số phiếu vào phần mềm
7	Từ ngày 19 đến 24 các tháng 05, 10	Phân tích số liệu, gửi báo cáo kết quả khảo sát tới HĐ QLCL và các đơn vị liên quan	Phòng QLCL	Hoàn thành báo cáo kết quả khảo sát
8	Sau ngày 25 các tháng 05, 10	Đề xuất biện pháp khắc phục và phối hợp với các khoa/ phòng để triển khai hoạt động cải tiến chất lượng	Phòng QLCL	Báo cáo tiến độ cải tiến CL của khoa/ phòng

*Tiêu chí A3.1. "Người bệnh được điều trị trong môi trường, cảnh quan xanh, sạch, đẹp" tăng từ mức 4 năm 2017 lên mức 5 năm 2018*

*Yêu cầu:* [1] Công viên, vườn hoa không có đại mộc; rác được thu gom, quét dọn kịp thời. [2] Bệnh viện có trồng ít nhất 5 cây thân gỗ, tán lá có đường kính từ 5m trở lên. [3] Đãi phun nước được vệ sinh thường xuyên; không có côn trùng, ký sinh trùng gây hại.

*Giải pháp:*

Bệnh viện giao cho Khoa KSNK thường xuyên kiểm tra khu vực công viên, vườn hoa, đãi phun nước; nhắc nhở công ty vệ sinh thu gom rác (nếu có); vệ sinh đãi phun nước và cắt tỉa hoa, cây cảnh theo định kỳ;

Bệnh viện giao Phòng QTTTB mua và trồng cây thân gỗ trồng trong khuôn viên và đảm bảo tưới nước thường xuyên.

*Kế hoạch chi tiết*

TT	Thời gian	Nội dung	Người thực hiện	Dự kiến Kết quả
1	Tháng 1/2018	Xây dựng và phê duyệt kế hoạch trồng cây	Phòng QTTTB	Phê duyệt
2	Tháng 2-9/2018	Thực hiện trồng cây	Phòng QTTTB	Có cây cổ thụ
3	Tháng 11	Tổng kết đánh giá kết quả thực hiện	Phòng QLCL	Báo cáo BV

*Tiêu chí 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" tăng từ mức 4 năm 2017 lên mức 5 năm 2018*

*Yêu cầu:* Có triển khai áp dụng ít nhất 05 kết quả nghiên cứu khoa học và 01 sáng kiến hoặc giải pháp mới vào thực tiễn để cải tiến chất lượng khám, chữa bệnh và được đăng ký bản quyền sở hữu trí tuệ. Có báo cáo đánh giá hiệu quả việc áp dụng các sáng kiến hoặc giải pháp mới và khắc phục các nhược điểm (nếu có), liên tục cải tiến chất lượng dựa trên các bằng chứng khoa học.

*Giải pháp:*

Bệnh viện giao cho Phòng KHTH tổng hợp danh sách tên đề tài NCKH của các khoa/ phòng đảm bảo đủ số lượng như đúng yêu cầu.

Lên kế hoạch về triển khai giám sát hoạt động NCKH cấp BV và trình giám đốc phê duyệt;



*Kế hoạch cụ thể:*

TT	Thời gian	Nội dung	Người thực hiện	Dự kiến Kết quả
1	Tháng 1/2018	Xây dựng và phê duyệt kế NCKH	Phòng KHTH	Phê duyệt
2	Tháng 2-3/2018	Thông qua đề cương NCKH	Phòng KHTH và các khoa/phòng	Phê duyệt cho triển khai NC
3	Tháng 6/2018	Thực hiện đánh giá tiến độ NCKH của các đề tài	Phòng KHTH và các khoa/phòng	Báo cáo tiến độ
4	Tháng 11/2018	Tiến hành nghiệm thu các đề tài	Phòng KHTH và các khoa/phòng	Báo cáo đề tài NCKH
5	Tháng 11	Tổng kết đánh giá kết quả thực hiện	Phòng QLCL	Báo cáo BV

*Tiêu chí A1.3. "Bệnh viện tiến hành cải tiến quy trình khám bệnh, đáp ứng sự hài lòng người bệnh" giữ mức 5 năm 2018*

*Yêu cầu:* Có phương án bố trí thêm các quầy thu viện phí, thanh toán bảo hiểm y tế và điều phối người bệnh trong giờ cao điểm. Áp dụng các giải pháp can thiệp làm giảm thời gian chờ của người bệnh (chờ khám, chờ làm các hoạt động CLS). Có biểu đồ theo dõi thời gian chờ khám và công khai tại khu khám bệnh. Tổng thời gian chờ không vượt quá cam kết của bệnh viện và quy định của BHYT.

*Giải pháp:*

Phòng TCKT có bố trí thêm quầy thu viện phí hợp lý trong giờ cao điểm.

Khoa Khám bệnh, Chẩn đoán hình ảnh, Xét nghiệm phối hợp với Phòng CNTT thiết kế phần mềm trả kết quả tự động làm giảm thời gian chờ của người bệnh;

Khoa Khám bệnh, Chẩn đoán hình ảnh, Xét nghiệm cần tiến hành cải tiến một số bước trong quá trình khám và làm CLS để làm giảm tổng thời gian chờ của người bệnh;

*Tiêu chí C3.1. "Quản lý tốt cơ sở dữ liệu và thông tin y tế" giữ mức 5 năm 2018*

*Yêu cầu:* Dữ liệu thông tin của bệnh viện được phân tích theo thời gian và đưa ra kết quả phục vụ công tác thống kê, dự báo và quản lý. Triển khai hệ thống

thông tin cải thiện chất lượng bệnh viện, thông tin có thể kết xuất phục vụ báo cáo, nghiên cứu. Có nghiên cứu đánh giá thực trạng quản lý thông tin, chỉ ra những khó khăn, nhược điểm và áp dụng kết quả vào cải tiến chất lượng.

*Giải pháp:*

Phòng CNTT chịu trách nhiệm quản lý và nâng cấp hệ thống phần mềm quản lý tại bệnh viện. Đảm bảo có thể kết xuất phục vụ các hoạt động trong bệnh viện theo yêu cầu và phê duyệt của giám đốc;

Phòng CNTT phối hợp với phòng QLCL tiến hành cải tiến phần mềm, viết phần mềm mới dựa theo thực tế của hoạt động quản lý

*Tiêu chí C4.2. "Xây dựng và hướng dẫn nhân viên y tế thực hiện các quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện" giữ mức 5 năm 2018*

*Yêu cầu:* Toàn bộ NVYT trong BV được tập huấn, đào tạo về công tác KSNK. Có tiến hành nghiên cứu, đánh giá, theo dõi, giám sát việc thực hiện các quy trình và hướng dẫn phòng ngừa KSNK. Có báo cáo kết quả thực hiện, chỉ ra những quy trình nào được tuân thủ tốt, những quy trình nào chưa tốt để tiến hành cải tiến chất lượng.

*Giải pháp:*

Khoa KSNK xây dựng kế hoạch tập huấn, đào tạo cho toàn bộ NVYT trong toàn bệnh viện;

Có tiến hành nghiên cứu, đánh giá, theo dõi, giám sát phòng ngừa KSNK thí điểm tại 1 số khoa/ phòng và nhân rộng trong phạm vi toàn bệnh viện;

Khoa KSNK phối hợp với Phòng QLCL tiến hành cải tiến chất lượng đối với những quy trình có tỉ lệ tuân thủ chưa cao.

*Tiêu chí C4.3. "Triển khai chương trình và giám sát tuân thủ rửa tay" giữ mức 5 năm 2018*

*Yêu cầu:* Sẵn có dung dịch sát khuẩn tay nhanh tại các vị trí có nhiều người tiếp xúc. Phát động phong trào vệ sinh tay, duy trì phong trào và đánh giá, giám sát tuân thủ vệ sinh tay của NVYT. Có nghiên cứu, đánh giá về việc thực hiện VST, chỉ ra những khó khăn và đề xuất giải pháp can thiệp. Tiến hành nuôi cấy vi khuẩn trong nước tại một số vị trí trọng điểm như vòi nước, buồng phẫu thuật, thủ thuật,...

*Giải pháp:*

Khoa KSNK đảm bảo dung dịch sát khuẩn được đặt đúng nơi quy định và còn sử dụng được;



Khoa KSNK xây dựng kế hoạch phát động phong trào vệ sinh tay, thường xuyên đồn đốc, giám sát việc thực hiện tại các khoa/ phòng trong bệnh viện. Tiến hành các biện pháp can thiệp khi tỉ lệ tuân thủ VST thấp;

Khoa KSNK tiến hành nuôi cấy vi khuẩn theo kế hoạch đã xây dựng và được giám đốc phê duyệt.

**3. 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**

- Rà soát các tiêu chí trong bộ tiêu chí đánh giá chất lượng phòng xét nghiệm;
- Đề xuất bệnh viện đào tạo, phương tiện, máy và vật liệu dùng đảm bảo hoàn thành các chỉ tiêu;
- Xây dựng và phê duyệt lãnh đạo bệnh viện ban hành tại Bệnh viện
- Đánh giá nội bộ và có hành động khắc phục
- Kế hoạch cụ thể

STT	Nội dung công việc	Đơn vị/người chịu trách nhiệm	Đơn vị/người phối hợp	Thời gian hoàn thành	Tình trạng
<b>1. Đánh giá</b>					
1	Khảo sát sơ bộ	Đơn vị tư vấn	Khoa xét nghiệm	12/05/2018	
2	Đánh giá tổng thể thực trạng KXN	Đơn vị tư vấn	Khoa xét nghiệm	18/05/2018	
<b>2. Xây dựng Kế hoạch</b>					
1	Xây dựng kế hoạch tổng thể	Đơn vị tư vấn	Phòng QLCL	15/05/2018	
2	Xây dựng kế hoạch chi tiết	Đơn vị tư vấn	Khoa XN	21/05/2018	
<b>3. Tập huấn và xây dựng hệ thống tài liệu</b>					
1	Tập huấn nhận thức về QĐ 2429 và ISO 15189	Đơn vị tư vấn	Khoa xét nghiệm	30/05/2018	
2	Tập huấn về xây dựng tài liệu theo QĐ 5530	Đơn vị tư vấn	Khoa xét nghiệm	06/06/2018	
3	Viết tài liệu hệ thống	Khoa XN	Đơn vị tư vấn	22/06/2018	
4	Viết quy trình vận hành thiết bị	Khoa XN	Đơn vị tư vấn	15/06/2018	
5	Viết quy trình xét nghiệm	Khoa XN	Đơn vị tư vấn	10/06/2018	
6	Viết các hướng dẫn	Khoa XN	Đơn vị tư vấn	22/06/2018	
7	Xem xét tài liệu hệ thống	Khoa XN	Đơn vị tư vấn	30/06/2018	
8	Xem xét quy trình xét nghiệm	Khoa XN	Đơn vị tư vấn	17/06/2018	
9	Xem xét các hướng dẫn	Khoa XN	Đơn vị tư vấn	17/06/2018	
10	Ban hành tài liệu	Lãnh đạo BV, KXN)	Phòng QLCL	01/07/2018	
<b>4. Tập huấn và Áp dụng hệ thống tài liệu vào thực tế</b>					
<i>Chương I: Tổ chức và quản lý</i>					

STT	Nội dung công việc	Đơn vị/người chịu trách nhiệm	Đơn vị/người phối hợp	Thời gian hoàn thành	Tình trạng
1	Đào tạo về chỉ số chất lượng	Đơn vị tư vấn Khoa XN	Phòng QLCL	11/07/2018	
<b>Chương II: Tài liệu hồ sơ</b>					
2	Tập huấn cách sắp xếp tài liệu, hồ sơ	Đơn vị tư vấn Khoa XN	Phòng QLCL	08/08/2018	
<b>Chương III: Nhân sự</b>					
3	Tập huấn về đánh giá tay nghề nhân viên	Đơn vị tư vấn Khoa XN	Phòng QLCL	18/07/2018	
<b>Chương IV: Dịch vụ khách hàng</b>					
4	Tập huấn về thu thập ý kiến khách hàng	Đơn vị tư vấn Khoa XN	Phòng QLCL	11/07/2018	
<b>Chương V: Quản lý thiết bị</b>					
5	Tập huấn xây dựng bộ hồ sơ	Đơn vị tư vấn Khoa XN	Phòng QLCL	18/07/2018	
<b>Chương VI: Đánh giá nội bộ</b>					
6	Tập huấn kỹ năng chuyên gia đánh giá	Đơn vị tư vấn Khoa XN	Phòng QLCL	04/07/2018	
<b>Chương VII: Quản lý mua sắm vật tư</b>					
7	Tập huấn về quản lý vật tư	Đơn vị tư vấn Khoa XN	Phòng QLCL	25/07/2018	
<b>Chương VIII: Quá trình xét nghiệm</b>					
8	Tập huấn về công tác nội kiểm	Đơn vị tư vấn Khoa XN	Phòng QLCL	11/07/2018	
9	Tập huấn về công tác ngoại kiểm	Đơn vị tư vấn Khoa XN	Phòng QLCL	18/07/2018	
10	Tập huấn về xác nhận giá trị sử dụng phương pháp xét nghiệm	Đơn vị tư vấn Khoa XN	Phòng QLCL	15/08/2018	
<b>Chương IX: Quản lý thông tin</b>					
11					
12	Tập huấn về áp dụng CNTT	Đơn vị tư vấn Khoa XN	Phòng QLCL	04/07/2018	
<b>Chương X: Sự KPH, HĐKP, HĐPN</b>					
13	Nhận thức về sự KPH, HĐKP, HĐPN	Đơn vị tư vấn Khoa XN	Phòng QLCL		
<b>Chương XI: Cải tiến liên tục</b>					
14	Đào tạo về cải tiến liên tục	Đơn vị tư vấn Khoa XN	Phòng QLCL	22/08/2018	
<b>Chương XII: Cơ sở vật chất và an toàn</b>					
15	Đào tạo về an toàn PXN	Đơn vị tư vấn Khoa XN	Phòng QLCL	01/08/2018	
<b>5. Đánh giá nội bộ và khắc phục</b>					
16	Đánh giá nội bộ	Phòng QLCL Khoa XN	Đơn vị tư vấn	12/09/2018	



STT	Nội dung công việc	Đơn vị/người chịu trách nhiệm	Đơn vị/người phối hợp	Thời gian hoàn thành	Tình trạng
17	Khắc phục sau đánh giá nội bộ		Đơn vị tư vấn	26/09/2018	
<b>6. Đánh giá từ cơ quan có thẩm quyền</b>					
18	Đánh giá theo QĐ/2429	Sở Y tế	Phòng QLCL Khoa XN	30/10/2018	

### III. DỰ KIẾN KINH PHÍ THỰC HIỆN

Đơn vị tính: 1000 VNĐ

TT	Nội dung	Kinh phí (nghìn đồng)			
		Bệnh viện	Hỗ trợ từ Dự án	Khác	Tổng
<b>I. Hoạt động đào tạo cán bộ (Mời chuyên gia, mở lớp và tự đào tạo)</b>					
1.	Tổ chức các lớp tập huấn tại bệnh viện: 04 lớp x 30 triệu/lớp	120 000			120 000
2	Lớp đào tạo Quản lý chất lượng BV: 20 học viên x 20 chứng chỉ x 3.500.000 đ/chứng chỉ	70 000			70 000
3	Lớp Quản trị Bệnh viện 25 học viên x 2.500.000 đ/học viên (BV hỗ trợ 50%)	31 250		31 250	62 500
4	Tự đào tạo, triển khai tại bệnh viện: 06 lớp x 3,500,000 đ/lớp	21 000			21 000
<b>Cộng 1</b>		<b>242 250</b>		<b>31 250</b>	<b>273 500</b>
<b>II. Thuê đơn vị tư vấn xây dựng hệ thống quản lý theo các tiêu chuẩn ISO</b>					
1	Tư vấn xây dựng hệ thống quản lý theo tiêu chuẩn TCVN ISO 9001: 2015	160 000			160 000
2	Tư vấn xây dựng hệ thống quản lý chất lượng xét nghiệm trên cơ sở ISO 15189 (giai đoạn 1 - 2018)	200 000			200 000
3	Chi phí nguyên vật liệu triển khai hệ thống quản lý theo tiêu chuẩn ISO	150 000			150 000
<b>Cộng 2</b>		<b>510 000</b>			<b>510 000</b>

TT	Nội dung	Kinh phí (nghìn đồng)			
		Bệnh viện	Hỗ trợ từ Dự án	Khác	Tổng
<b>III. Hoạt động tăng điểm chất lượng bệnh viên theo Bộ tiêu chí chất lượng BV</b>					
1	C7.1: Bệnh viện bảo đảm cơ sở vật chất để thực hiện công tác dinh dưỡng và tiết chế trong bệnh viện	100 000			100 000
2	C7.3. Người bệnh được đánh giá, theo dõi tình trạng dinh dưỡng trong thời gian nằm viện	10 000	10 300		20 300
3	C7.5. Người bệnh được cung cấp chế độ dinh dưỡng phù hợp với bệnh lý trong thời gian nằm viện	10 000			10 000
4	D2.1. Phòng ngừa nguy cơ, diễn biến bất thường xảy ra với người bệnh	50 000			50 000
5	D2.2. Xây dựng hệ thống báo cáo, phân tích sự cố y khoa và tiến hành các giải pháp khắc phục	30 600	40 700		71 300
6	D2.4. Bảo đảm xác định chính xác người bệnh khi cung cấp dịch vụ	30 600	13 200		43 800
7	D1.1. Thiết lập hệ thống quản lý chất lượng bệnh viện	101 200	22 200		123 400
8	D1.2. Xây dựng kế hoạch và triển khai đề án cải tiến chất lượng bệnh viện	30 600	22 000		52 600
9	D1.3. Xây dựng văn hóa chất lượng bệnh viện	200 000			200 000
10	D3.2. Đo lường và giám sát cải tiến chất lượng bệnh viện	20 000			20 000
11	A4.6. Bệnh viện thực hiện khảo sát, đánh giá sự hài lòng người bệnh và tiến hành các biện pháp can thiệp	600	16 200		16 800



TT	Nội dung	Kinh phí (nghìn đồng)			
		Bệnh viện	Hỗ trợ từ Dự án	Khác	Tổng
12	A3.1. Người bệnh được điều trị trong môi trường, cảnh quan xanh, sạch, đẹp	80 000	10 000		90 000
13	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	50 000			50 000
	<b>Cộng 3</b>	<b>713 600</b>	<b>134 600</b>		<b>848 200</b>
	<b>Cộng tổng 1 + 2 +3</b>	<b>1 465 850</b>	<b>134 600</b>	<b>31 250</b>	<b>1 631 700</b>

#### IV. TỒ CHỨC THỰC HIỆN

##### 1. Phòng Quản lý chất lượng

- Làm đầu mối triển khai thực hiện các hoạt động cải tiến chất lượng viện, xây dựng các hoạt động cụ thể trình Giám đốc phê duyệt.

- Phối hợp, hướng dẫn các khoa, phòng bệnh viện triển khai các cải tiến; đôn đốc, theo dõi, giám sát việc thực hiện và báo cáo Lãnh đạo Bệnh viện về việc triển khai thực hiện kế hoạch cải tiến chất lượng tại bệnh viện;

- Thực hiện các hoạt động đánh giá chất lượng bệnh viện định kỳ 6 tháng đầu năm, cuối năm và đột xuất theo sự chỉ đạo của Giám đốc Bệnh viện.

##### 2. Phòng Kế hoạch Tổng hợp, Phòng Điều dưỡng

- Phối hợp với Phòng Quản lý chất lượng triển khai, chỉ đạo các lĩnh vực chuyên môn, cải tiến chất lượng, quy trình, hoạt động.

- Đầu mối thống nhất, xây dựng và ban hành những quy trình, quy định, hướng dẫn về chuyên môn đảm bảo cho hoạt động cải tiến chất lượng của bệnh viện.

##### 3. Phòng Công nghệ thông tin

- Phối hợp với Phòng Quản lý chất lượng triển khai các ứng dụng công nghệ thông tin rút ngắn quy trình, đảm bảo tính tin cậy, trung thực giúp cho hoạt động quản lý thuận lợi;

- Xây dựng thành công phần mềm quản lý Sự cố Y khoa tại bệnh viện Nhi Thái Bình.

##### 5. Phòng Tài chính kế toán

- Thực hiện kiểm soát các hợp đồng, nguồn chi cho hoạt động liên quan đến cải tiến chất lượng bệnh viện;

- Hướng dẫn những thủ tục thanh quyết toán đảm bảo đúng nguyên tắc tài chính;

#### **6. Phòng Quản trị trang thiết bị**

- Thực hiện các hoạt động cải tạo, cải tiến về cơ sở vật chất theo đúng chức năng nhiệm vụ của phòng;

- Mua sắm hỗ trợ nguyên vật liệu để đảm bảo các đơn vị liên quan thực hiện đúng tiến độ đề ra.

#### **7. Khoa Tiêu hóa**

- Tổ chức thực hiện hoạt động của tổ dinh dưỡng trong kế hoạch chung của bệnh viện

#### **8. Các phòng, khoa còn lại**

Các khoa phòng nghiêm túc thực hiện triển khai các hoạt động cải tiến của bệnh viện theo đúng nhiệm vụ, chức năng của đơn vị.

Trên đây là kế hoạch cải tiến chất lượng năm 2018 của Bệnh viện Nhi Thái Bình. Giám đốc yêu cầu các khoa phòng nghiêm túc thực hiện nội dung kế hoạch của kế hoạch, trong quá trình thực hiện có vướng báo cáo để được giải quyết kịp thời./.

#### **Nơi nhận**

- Lãnh đạo BV;
- Hội đồng QLCL;
- Khoa, phòng;
- Lưu: QLCL, VT.



**Nguyễn Thị Minh Chính**