

SỞ Y TẾ HẬU GIANG
TRUNG TÂM Y TẾ VỊ THỦY

Số: 96 /KH-TTYT

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

Vị Thủy, ngày 04 tháng 4 năm 2022

KẾ HOẠCH TRIỂN KHAI CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN NĂM 2022

Căn cứ Quyết định số: 6858/QĐ-BYT ngày 18 tháng 11 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng Bệnh viện Việt Nam.

Căn cứ Thông tư số: 19/2013/TT-BYT, ngày 12 tháng 7 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 vào số điểm kết quả tự kiểm tra cuối năm 2021 của đơn vị.

Trung tâm Y tế huyện Vị Thủy xây dựng kế hoạch cải tiến chất lượng bệnh viện năm 2022 như sau:

A. ĐÁNH GIÁ VIỆC THỰC HIỆN BỘ TIÊU CHÍ NĂM 2021:

1. Kết quả đạt được:

Bộ tiêu chí có 83 tiêu chí, tiêu chí áp dụng tại bệnh viện: 82

Kết quả đánh giá chung: Chất lượng Khá

Tổng số điểm đạt: 325/445; đạt 73.03 %; Điểm trung bình 3.65

*** Số lượng tiêu chí theo các mức:**

Năm 2020	Năm 2021	Kết quả so sánh
Mức 1: 00 TC, tỷ lệ: 0.00 %	Mức 1: 00 TC, tỷ lệ: 0.00 %	Không thay đổi
Mức 2: 01 TC, tỷ lệ: 1.22 %	Mức 2: 02 TC, tỷ lệ: 2.44 %	Tăng 01 TC (1.22 %)
Mức 3: 31TC, tỷ lệ: 37.80 %	Mức 3: 30TC, tỷ lệ: 36.59 %	Giảm 01 TC (1.22 %)
Mức 4: 39TC, tỷ lệ: 47.56 %	Mức 4: 39TC, tỷ lệ: 47.56 %	Không thay đổi
Mức 5: 11TC, tỷ lệ: 13.41%	Mức 5: 11TC, tỷ lệ: 13.41%	Không thay đổi

Số lượng tiêu chí không áp dụng 01; tiêu chí A 4.4 và tên tiêu chí: Người bệnh được hưởng lợi từ chủ trương xã hội hóa y tế; lý do không áp dụng: Không có XHH trang thiết bị y tế.

2. Nhận xét đánh giá:

2.1. Ưu điểm:

- Có xây dựng kế hoạch cải tiến chất lượng bệnh viện hàng năm, đã triển khai cho các khoa phòng thực hiện theo kế hoạch năm.
- Trung tâm đã thực hiện cải tiến quy trình khám bệnh, rút ngắn thời gian chờ đợi đáp ứng sự hài lòng người bệnh.
- Công tác Dược: Triển khai tập huấn sử dụng thuốc cho cán bộ y tế. Cung cấp đầy đủ thuốc, vật tư, y tế tiêu hao cho công tác điều trị.
- Thực hiện tốt công tác phòng ngừa sự cố y khoa.

- Cơ sở vật chất đủ điều kiện thoáng mát, thiết bị văn phòng đảm bảo đầy đủ trang thiết bị chuyên môn đảm bảo phục vụ công tác điều trị.

- Trung tâm đã ứng dụng tốt công nghệ thông tin trong khám, chữa bệnh và thanh toán BHYT. Trung tâm đã trang bị phần mềm quản lý hồ sơ sức khỏe cho viên chức trong đơn vị. (Tiêu chí B3.3).

- Giá viện phí thực hiện theo đúng quy định. Thực hiện tốt Thông tư số 61/2017/TT-BTC ngày 15 tháng 6 năm 2017 của Bộ tài chính hướng dẫn về công khai ngân sách đối với đơn vị dự toán ngân sách, tổ chức được ngân sách nhà nước hỗ trợ.

- Công tác quy hoạch đào tạo cán bộ được thực hiện theo đúng qui trình.

- Các văn bản pháp luật, văn bản của ngành được thực hiện tốt, triển khai kịp thời, đồng bộ đến các khoa, phòng.

- Phác đồ điều trị được cập nhật hàng năm theo hướng dẫn của Bộ Y tế. Từ đó Trung tâm xây dựng phác đồ mới sát với tình hình thực tế của đơn vị.

- Có đầu tư cải tiến chất lượng bệnh viện, tất cả các khoa phòng đều có xây dựng đề án cải tiến chất lượng.

- Trung tâm đã triển khai thực hiện các kỹ thuật theo đúng phân tuyến chiếm từ 60% trở lên tổng số kỹ thuật theo phân tuyến của các Thông tư, văn bản do Bộ Y tế quy định. (Tiêu chí C5.1).

- Công tác điều dưỡng thực hiện tốt đúng theo Thông tư 07/ BYT về công tác điều dưỡng và chăm sóc người bệnh.

- Thực hiện tốt Thông tư số 08/2011/TT-BYT ngày 26-01-2011 Hướng dẫn về công tác dinh dưỡng, tiết chế trong bệnh viện. Tổ chức tuyên truyền, hướng dẫn người bệnh ăn uống hợp lý, phù hợp với bệnh lý. Tư vấn dinh dưỡng cho người bệnh và gia đình người bệnh.

- Đơn vị triển khai thực hiện các quyết định của Bộ Y tế: Quyết định số 2151/QĐ-BYT ngày 04 tháng 6 năm 2015 phê duyệt kế hoạch “ Đổi mới phong cách thái độ phục vụ của cán bộ y tế, hướng tới sự hài lòng người bệnh”, Quyết định số

3638/QĐ-BYT ngày 15 tháng 7 năm 2016 phê duyệt kế hoạch xây dựng cơ sở y tế “ Xanh – Sạch – Đẹp”, Chỉ thị số 08/CT-BYT ngày 29 tháng 7 năm 2019 về giảm thiểu chất thải nhựa.

- Phòng quản lý chất lượng tiến hành khảo sát hài lòng người bệnh nội trú và ngoại trú đúng định kỳ và có phân tích, báo cáo kết quả cụ thể.

2.2. Những vấn đề tồn tại, yếu kém:

Trung tâm y tế Vị Thủy áp dụng thực hiện Bộ tiêu chí cải tiến chất lượng bệnh viện năm 2016 do Bộ Y tế ban hành. Những năm qua đơn vị từng bước đạt được kết quả khả quan tuy nhiên vẫn còn gặp nhiều khó khăn, thách thức cụ thể như:

Đầu năm, Trung tâm đã đăng ký thực hiện từ 1 đến 3 kỹ thuật tuyến trên hoặc từ 1 đến 3 kỹ thuật mới/hiện đại lần đầu tiên thực hiện tại đơn vị đang trong quá trình thực hiện đề trình phê duyệt. Tuy nhiên do tình hình dịch bệnh Covid -19 diễn biến phức tạp. Trung tâm Y tế tập trung lực lượng cho Bệnh viện dã chiến cơ sở 1 nên thiếu nguồn nhân lực để thực hiện nhiệm vụ chuyên môn đặc biệt là triển khai kỹ thuật mới tại đơn vị. (Tiêu chí C5.2)

- Chưa có phòng xét nghiệm trong lĩnh vực vi sinh đạt tiêu chuẩn. (Tiêu chí C8.2)

- Công tác Dược: Chưa có phần mềm tra cứu, lưu trữ trang thiết bị, vận chuyển thuốc tự động; chưa khảo sát đánh giá việc cung ứng, sử dụng thuốc. (Tiêu chí C9.2)

- Đăng ký thực hiện 10 đề tài NCKH cấp cơ sở đang chờ được nghiệm thu và áp dụng 3 đề tài nghiên cứu khoa học trong lĩnh vực điều trị tại đơn vị. Tuy nhiên, chưa tổ chức nghiệm thu đề tài nghiên cứu khoa học do Trung tâm Y tế được trung dụng làm cơ sở thu dung điều trị bệnh nhân covid. (Tiêu chí C10.1)

B. KẾ HOẠCH THỰC HIỆN TIÊU CHÍ NĂM 2022:

Tiếp tục phát huy những ưu điểm đạt được và khắc phục những tồn tại yếu kém theo Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện năm 2021. Năm 2022 Trung tâm Y tế Vị Thủy đề ra kế hoạch thực hiện Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện như sau:

1. MỤC TIÊU:

Từng bước cải tiến chất lượng Trung tâm Y tế huyện Vị Thủy nhằm nâng cao hiệu quả điều trị, đổi mới phong cách thái độ phục vụ của cán bộ y tế, đáp ứng sự hài lòng của người bệnh.

2. CHỈ TIÊU:

2.1. Chỉ tiêu cụ thể:

- Từ 325 điểm năm 2021 tăng lên 329 điểm năm 2022 (đã nhân đôi) theo bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện của Bộ Y tế. (Năm 2022 thực hiện 04 điểm); đạt tiêu chí mức 3 trở lên, không còn tiêu chí ở mức 2. Đến cuối năm Trung tâm Y tế thực hiện Bộ tiêu chí Đánh giá chất lượng bệnh viện đạt hạng tốt.

2.2. Các chỉ số cần thực hiện năm 2022:

2.2.1- Triển khai thực hiện 2-3 kỹ thuật mới và thực hiện đạt được phê duyệt 1 kỹ thuật mới/ năm.

2.2.2- Trong năm không có sự cố y khoa nghiêm trọng.

2.2.3- Thời gian nằm viện trung bình 5,6 ngày.

2.2.4 - Công suất sử dụng giường bệnh đạt 85%.

2.2.5 - Tỷ lệ điều trị nội trú đạt 80 % chỉ tiêu giao.

2.2.6 - Tỷ lệ hài lòng người bệnh khám chữa bệnh ngoại trú đạt trên 98%.

2.2.7 - Tỷ lệ hài lòng người bệnh khám chữa bệnh nội trú đạt trên 98%.

2.2.8 - Thời gian chờ đợi trung bình của bệnh nhân khi đến khám bệnh < 30 phút.

- Khám lâm sàng + xét nghiệm < 60 phút.

- Khám lâm sàng + xét nghiệm + XQuang hoặc siêu âm < 90 phút.

2.2.9 - Đề tài nghiên cứu khoa học được nghiệm thu: 05

3. NỘI DUNG THỰC HIỆN:

3.1. Các vấn đề ưu tiên cải tiến chất lượng bệnh viện:

- Thực hiện tốt Quyết định 2151/QĐ-BYT của Bộ Y tế “Đổi mới phong cách, tinh thần thái độ phục vụ của nhân viên y tế, hướng đến sự hài lòng người bệnh”.

- Tập trung mua sắm các phương tiện hiện đại phục vụ người bệnh: Máy tính, ghế ngồi chờ, máy Doppler...

- Triển khai kỹ thuật mới được phê duyệt tại khoa Y học cổ truyền – phục hồi chức năng; Đăng ký thực hiện kỹ thuật lâm sàng mới để cuối năm được phê duyệt.

- Đưa đi đào tạo ngắn hạn, dài hạn nhằm nâng cao chất lượng điều trị, giảm chuyển tuyến lên tuyến trên.

- Tăng cường công tác kiểm soát nhiễm khuẩn, công tác điều dưỡng và các chế độ tiết chế về dinh dưỡng.

- Đẩy mạnh công tác hội đồng thuốc và điều trị, nâng cao chất lượng điều trị.

- Thực hiện tốt công tác nghiên cứu khoa học.

- Tăng chỉ số thu hút người bệnh đến khám và điều trị tại Trung tâm Y tế.

- Tăng cường công tác phòng cháy chữa cháy, tập huấn cho CBVC.

- Triển khai ổn định và hiệu quả phần mềm quản lý dược.

3.2. Giải pháp thực hiện:

Mục	Nội dung	Điểm tự đánh giá 2021	Điểm đoàn kiểm tra 2021	Điểm cần đạt năm 2022	Giải pháp thực hiện	Người thực hiện	Người phối hợp	Tiến độ	Dự kiến kinh phí
	PHẦN A. HƯỚNG ĐẾN NGƯỜI BỆNH:								
	A.1. 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	Khoa Khám bệnh có vạch màu hoặc dấu hiệu, chữ viết... được dán hoặc gắn, sơn kẻ dưới sàn nhà hướng dẫn người bệnh đến các địa điểm thực hiện các công việc khác nhau như đến phòng xét nghiệm, chụp X-quang, siêu âm, điện tim, nộp viện phí, khu vệ sinh	- Bs Thiện - Tổ CNTT	- Khoa Khám bệnh	Quý II/2022	
A1.2	Người bệnh được chờ đợi trong phòng đầy đủ tiện nghi và được vận chuyển phù hợp với tình trạng bệnh tật.	4		4	- Tiến hành khảo sát định kỳ thời gian tại những nơi người bệnh chờ đợi - Người bệnh nặng được nhân viên y tế đưa đi làm các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh trên phạm vi toàn bệnh viện.	- Các Khoa LS	- Tổ CSKH	Quý II/2022	- Mua xe đẩy người bệnh 10 triệu - Mua ghế ngồi chờ 10 triệu
A1.3	Cải tiến quy trình khám bệnh, đáp	4		4	- Có đánh giá thực trạng, phân tích những điểm còn hạn chế trong công tác khám chữa bệnh. (Bs Thiện)	Khoa KB	- Phòng KH NV	Quý II/2022	

	ứng sự hài lòng người bệnh				- Có máy photocopy phục vụ người bệnh đặt tại khu vực đăng ký khám, có người phục vụ thường xuyên trong giờ hành chính. - Có phương án và phân công cụ thể để tăng cường nhân lực trong giờ cao điểm của Khoa Khám bệnh. - Có tiến hành đánh giá thời gian chờ theo từng phân đoạn trong quy trình khám bệnh: Thời gian chờ khám, chờ kết quả cận lâm sàng, chờ thời gian lấy thuốc. (Phòng QLCL – CTXH thực hiện) - Có số liệu thời gian chờ đợi: + Khám lâm sàng; + Khám lâm sàng + Xét nghiệm (Sinh hóa, huyết học); + Khám lâm sàng + Xét nghiệm + Chẩn đoán hình ảnh. - Xây dựng phương án và phân công cụ thể để tăng cường nhân lực cho Khoa Khám bệnh trong giờ cao điểm (Áp dụng Bs khám trung bình cao hơn 50 người/ngày).		– ĐD -Phòng QLCL BV		
A1.4	Bệnh viện bảo đảm các điều kiện cấp cứu người bệnh kịp thời	3		3	- Người bệnh nặng được hội chẩn theo quy định và xử lý kịp thời. - Có tiến hành đánh giá kết quả cấp cứu người bệnh như xác định các vấn đề tồn tại, ưu, nhược điểm trong cấp cứu người bệnh; - Có phân loại kết quả cấp cứu: Số thành công, số ca vượt khả năng đơn vị, chuyển tuyến, tử vong; - Có xây dựng quy trình và triển khai “Báo động đỏ”* nội viện, huy động ngay lập tức các nhân viên y tế cấp cứu xử trí các tình huống cấp cứu khẩn cấp.	Khoa HSCC	Các khoa lâm sàng	Quý II/2022	
A1.5	Người bệnh được làm các thủ tục, khám bệnh...theo đúng thứ tự bảo đảm tính công bằng và mức ưu tiên	4		4	- Có quy định rõ ràng minh bạch về đối tượng người bệnh được ưu tiên và niêm yết công khai. - Có ô, cửa dành cho đối tượng ưu tiên. Phân chia các buồng, bàn khám cho các đối tượng người bệnh: Có và không có BHYT.	Bs Thiện	Khoa Khám bệnh.	Quý II/2022	

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	- BV có tờ hướng dẫn tổng hợp các xét nghiệm và trình tự, quy trình các xét nghiệm, CDHA phát cho người bệnh, trong đó ghi rõ những lưu ý cần nhắc nhở cho người bệnh tuân thủ khi lấy bệnh phẩm. - Các xét nghiệm HH, sinh hóa máu được lấy 1 lần trong ngày khám bệnh, (Trừ trường hợp phải lấy máu nhiều hơn 1 lần/ngày cần giải thích rõ cho người bệnh về lý do chuyên môn (Bác sĩ, Khoa xét nghiệm thực hiện).	Phòng KH NV – ĐD	Khoa CLS.	Quý II/2022	
A2. ĐIỀU KIỆN CƠ SỞ VẬT CHẤT PHỤC VỤ NGƯỜI BỆNH									
A2.1	Người bệnh nội trú được nằm một người 1 giường	4		4	- Thống kê số ngày giường nằm ghép trong năm, các Khoa: Nội, Ngoại, Nhi, ĐY. - Các khoa phải có 1 phòng bệnh dành riêng cho người cao tuổi. - Tất cả người bệnh được nằm mỗi người một giường.	Phòng KH NV – ĐD	Các khoa LS	Quý II/2022	
A2.2	Người bệnh được sử dụng buồng vệ sinh sạch sẽ và đầy đủ các phương tiện	4		4	- Mỗi khu vệ sinh có ít nhất 2 buồng vệ sinh cho nam và nữ riêng. - Tại các khoa cận lâm sàng bố trí buồng vệ sinh để người bệnh lấy nước tiểu xét nghiệm. Trong buồng vệ sinh có giá để bệnh phẩm và sẵn có nước, xà-phòng rửa tay. - Có quy định về thời gian làm vệ sinh trong ngày cho nhân viên vệ sinh, được lưu bằng văn bản, sổ sách. - Có nhân viên làm vệ sinh thường xuyên theo quy định đã đặt ra. - Buồng vệ sinh có đủ nước rửa tay thường xuyên. - Buồng vệ sinh sạch sẽ, không có nước đọng, không có côn trùng. - Tỷ số giường bệnh/buồng vệ sinh: có ít nhất 1 buồng vệ sinh cho 12 đến 29 giường bệnh (tính riêng theo từng khoa	Khoa KSNK. - DD	Các khoa lâm sàng	Quý II/2022	

					lâm sàng). - Buồng vệ sinh sẵn có giấy vệ sinh và móc treo quần áo sử dụng được. - Khu vệ sinh có bồn rửa tay và cung cấp đủ nước rửa tay thường xuyên. - Khu vệ sinh có gương, xà-phòng hoặc dung dịch sát khuẩn rửa tay. - Khu vệ sinh khô ráo, có quạt hút mùi bảo đảm thông gió hoặc có thiết kế thông gió tự nhiên, bảo đảm sạch sẽ không có mùi hôi. Nhân viên làm vệ sinh có ghi nhật ký các giờ làm vệ sinh theo quy định. - Tỷ số giường bệnh/buồng vệ sinh: có ít nhất 1 buồng vệ sinh cho 7 đến 11 giường bệnh (tính riêng theo từng khoa lâm sàng).				
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A2.3	Người bệnh được cung cấp vật dụng cá nhân đầy đủ, sạch sẽ, chất lượng tốt	4		4	- Có ga, gối, chăn, màn cho người bệnh nằm. - Đảm bảo mỗi giường có 1 tủ đầu giường, không bị rỉ sét, hư hỏng. - Có ghế ngồi cho người nhà ngồi chăm sóc ở Khoa HSCC. - Giường bệnh có đệm chiếm tỷ lệ từ 90% trở lên (Trừ trường hợp người bệnh yêu cầu được nằm chiếu hoặc chỉ định của bác sỹ không nằm đệm). - Quần áo, chăn màn người bệnh không bị hoen ố. - Quần áo người bệnh được thay cách nhật (hoặc hàng ngày) và thay khi cần. - Chăn, ga, gối, đệm được thay hàng tuần và thay khi bẩn. - Quần áo cho người bệnh có ký hiệu về kích cỡ khác nhau để người bệnh có thể được lựa chọn kích cỡ phù hợp như các số 1, 2, 3 hoặc S, M, L hoặc ký hiệu khác dễ hiểu cho người bệnh lựa chọn phù hợp. - Giường bệnh có đệm chiếm tỷ lệ 99% (trừ trường hợp người bệnh yêu cầu được nằm chiếu hoặc chỉ định của bác sỹ không nằm đệm).	Khoa KSNK	- Các khoa LS. - Phòng TCKT	Quý II/2022	
A2.4	Người bệnh được hưởng các tiện nghi bảo đảm sức khỏe, nâng cao thể trạng và tâm lý	3		3	- Có máy sưởi ấm (hoặc điều hòa nóng) cho người bệnh vào mùa đông ở các buồng thủ thuật, kỹ thuật cần bộc lộ cơ thể người bệnh (áp dụng cho các tỉnh từ Huế trở ra và các tỉnh Tây Nguyên). - Khoa lâm sàng cung cấp nước uống cho người bệnh tại hành lang các khoa hoặc trong buồng bệnh. - Có phòng tắm dành cho người bệnh, vòi nước sử dụng tốt và được cung cấp nước thường xuyên. - Bảo đảm thông khí và thoáng mát cho buồng bệnh vào thời tiết nóng, có đủ số lượng quạt tại các buồng bệnh, nếu hỏng được sửa chữa, thay thế kịp thời.	Phòng TCKT	Các khoa LS	Quý II/2022	Lỗi lọc nước 10 triệu

A2.5	Người khuyết tật được tiếp cận với các khoa/phòng, phòng tiện và dịch vụ khám, chữa bệnh trong bệnh viện	3		3	- Người đi xe lăn có thể tiếp cận với quầy đăng ký khám, phòng khám, phòng xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, phục hồi chức năng và nộp viện phí. - Các via hè, lối đi trong khuôn viên bệnh viện được thiết kế bảo đảm xe lăn có thể đi được, an toàn khi vận chuyển và độ dốc phù hợp.	Bs. Hoàng	Phòng TCHC	Quý II/2022	
A3. MÔI TRƯỜNG CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH									
A3.1	Người bệnh được điều trị trong môi trường, cảnh quan xanh, sạch đẹp	5		5	- Bố trí ghế đá ở những bóng cây. - Có thùng đựng rác sinh hoạt có nắp đậy ở các lối đi, sảnh chờ, hành lang. (Khoa kiểm soát nhiễm khuẩn). - Cây cảnh được cắt tỉa và phải làm cỏ sạch sẽ thường xuyên. (Phòng tổ chức) - Có đài phun nước, được vệ sinh thường xuyên, chống muỗi và côn trùng....	Phòng TCHC	Khoa KSNK-DD	Quý II/2022	
A3.2	Người bệnh được khám và điều trị trong khoa/phòng gọn gàng, ngăn nắp	4		4	- Đồ đạc của người bệnh và người nhà người bệnh để gọn gàng, không gây cản trở lối đi và làm xấu cảnh quan xung quanh. - Mỗi giường bệnh có 1 tủ đầu giường sử dụng tốt, không hoen gỉ. - Bảo đảm mỗi người bệnh khi nằm viện có một tủ hoặc một ngăn tủ đựng đồ cá nhân. - Có ít nhất 50% Khoa lâm sàng được trang bị tủ giữ đồ có khóa. - Trong năm có tổ chức tập huấn 5S cho nhân viên. - Áp dụng phương pháp 5S tại Khoa Khám bệnh, Khoa Cận LS, Khoa Ngoại – Sản, Khoa KSNK.	- Khoa KSNK-DD - Ths Hằng	- Các khoa LS - Phòng TCKT - Phòng QLCL BV-CTXH-TT	Quý II/2022	
A4. QUYỀN VÀ LỢI ÍCH NGƯỜI BỆNH									

A4.1	Người bệnh được cung cấp thông tin và tham gia vào quá trình điều trị	4		4	- Người bệnh được công khai thuốc và vật tư y tế hàng ngày; - Người bệnh được tư vấn, giải thích về tình trạng sức khỏe; - Giải thích rõ ràng khi người bệnh có yêu cầu như thuốc điều trị, giá dịch vụ.... - 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. - Nhân viên y tế in, phát và tư vấn các “Phiếu tóm tắt thông tin điều trị” cho người bệnh theo dõi và cùng tham gia vào quá trình điều trị.	- Các khoa LS	Phòng KH NV – ĐD	Quý II/2022	
A4.2	Người bệnh được tôn trọng quyền riêng tư cá nhân	4		4	- Các khoa phải có vách ngăn di động ở các khoa để làm thủ thuật hoặc làm vệ sinh người bệnh tại giường. - Phiếu thông tin treo đầu giường không ghi chi tiết đặc điểm bệnh đối với 1 số bệnh có thể gây bất lợi về tâm lý. - Buồng bệnh chia làm 2 khu vực riêng biệt nam, nữ trên 13 tuổi: Các Khoa lâm sàng thực hiện.	Các khoa LS	Phòng KH NV – ĐD	Quý II/2022	
A4.3	Người bệnh được nộp viện phí thuận tiện, công khai minh bạch, chính xác	4		4	- Đơn vị có bảng kê cụ thể danh mục thuốc, vật tư tiêu hao... và giá tiền từng khoản cho người bệnh. - Đăng tải thông tin giá dịch vụ y tế, giá thuốc, vật tư trên Website của TTYT. - Người bệnh không phải nộp bất kỳ khoản viện phí nào trực tiếp tại khoa/phòng ngoài địa điểm thu viện phí.	- P. TCKT - K. Được	- Tổ CNTT	Quý II/2022	
A4.4	Người bệnh được hưởng lợi từ chủ trương XHH y tế				Không có XHH y tế				

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	- Luôn có người trực đường dây nóng tiếp nhận các ý kiến phản ánh của người bệnh trong và ngoài giờ hành chính. - Không phát hiện thấy hiện tượng không liên lạc được với số đường dây nóng của bệnh viện trong vòng 30 phút - Công khai số điện thoại đường dây nóng theo quy định của Bộ Y tế tại các vị trí dễ thấy. - Số điện thoại đường dây nóng được in, sơn rõ ràng và được treo, dán cố định. Biển số điện thoại đường dây nóng không rách, nát, mất số. - Có hình thức ghi lại các ý kiến phản hồi của người bệnh và phương hướng, kết quả xử lý (ghi lại bằng sổ, máy tính, hoặc phần mềm quản lý theo dõi...). - Có sổ (hoặc bản danh sách) thống kê theo thời gian trong năm đầy đủ, trung thực các ý kiến về bệnh viện đã được đăng tải trên các phương tiện thông tin đại chúng, mạng xã hội và các đơn kiện có liên quan đến bệnh viện, bao gồm ý kiến tích cực và tiêu cực. - Sổ (hoặc bản danh sách) ghi chép các ý kiến về bệnh viện đầy đủ, trung thực. - Các ý kiến của người bệnh được chuyển đến các cá nhân, bộ phận có liên quan và được phản hồi hoặc giải quyết kịp thời. - Có báo cáo thống kê, phân tích các vấn đề người bệnh thường xuyên phàn nàn, thắc mắc; tần số các khoa, phòng và nhân viên y tế có nhiều người bệnh phàn nàn, thắc mắc hoặc khen ngợi để có giải pháp xử lý và xác định vấn đề ưu tiên cải tiến. - Có báo cáo phân tích “Nguyên nhân gốc rễ” các vấn đề người bệnh thường phàn nàn, thắc mắc xảy ra do lỗi của cá nhân (Bác sỹ, điều dưỡng...) hoặc do lỗi chung của toàn bệnh viện, lỗi chung của ngành (Lỗi hệ thống).	Bs Hoàng.	Phòng TCHC	Quý II/2022	
------	--	---	---	---	-----------	------------	-------------	--

A4.6	Bệnh viện thực hiện khảo sát, đánh giá sự hài lòng người bệnh và tiến hành các biện pháp can thiệp	5	5	- Tổ chức phỏng vấn người bệnh nội trú ít nhất 3 tháng một lần, mỗi lần từ 100 bệnh trở lên. - Có tài liệu hướng dẫn phương pháp khảo sát sự hài lòng người bệnh nội trú, trong đó có quy định thời gian tiến hành. - Có phân tích số liệu và có báo cáo sự khảo sát sự hài lòng người bệnh nội trú. - Công bố kết quả khảo sát cho nhân viên y tế bằng các hình thức khác nhau như báo cáo chung bệnh viện, thông báo tóm tắt tới các khoa phòng. - Có tiến hành khảo sát sự hài lòng người bệnh ngoại trú ít nhất 2 lần/năm và có bản báo cáo khảo sát. - Lập danh sách và có bản danh sách xác định các vấn đề ưu tiên cần giải quyết. - Tiến hành phân tích sự hài lòng người bệnh nội trú chia theo các Khoa lâm sàng, người bệnh có sử dụng và không sử dụng thẻ BHYT. - Có bảng tổng hợp hoặc biểu đồ so sánh sự hài lòng người bệnh nội trú giữa các khoa LS. - Có bảng kế hoạch cải tiến chung của BV, trong đó có xác định ưu tiên, đầu tư, cải tiến chất lượng tại những nơi có tỷ lệ hài lòng thấp.	- Phòng QLCL BV-CTXH-TT	- Các khoa LS	Quý II/2022	
PHẦN B. PHÁT TRIỂN NGUỒN NHÂN LỰC BỆNH VIỆN								
B1. SỐ LƯỢNG VÀ CƠ CẤU NHÂN LỰC BỆNH VIỆN								
B1.1	Xây dựng kế hoạch phát triển nhân lực bệnh viện	3	3	- Bệnh viện xây dựng kế hoạch phát triển nguồn nhân lực y tế phù hợp với quy hoạch phát triển TTYT. - Bản kế hoạch có mục tiêu chung, mục tiêu cụ thể. Có quy định cụ thể tuyển dụng, ưu đãi nguồn nhân lực y tế có chất lượng. - Mỗi mục tiêu cụ thể trong bản kế hoạch có ít nhất một chỉ số để đánh giá việc thực hiện và kết quả đạt được. - Triển khai các nội dung trong bản kế hoạch phát triển	- Phòng TCHC	- Ban giám đốc	Quý II/2022	

					nhân lực y tế theo lộ trình đã đề ra. - Có ít nhất 50% chỉ số đạt được theo kế hoạch. - Có quy định cụ thể tuyển dụng, ưu đãi nguồn nhân lực y tế có chất lượng.				
B1.2	Bảo đảm và duy trì ổn định số lượng nhân lực bệnh viện	3		3	- Theo dõi các chỉ số thống kê liên quan đến số lượng nhân lực và có số liệu thống kê của năm trước: + Tỷ số bác sĩ/giường bệnh; + Tỷ số điều dưỡng/giường bệnh; + Tỷ số bác sĩ/điều dưỡng chung của bệnh viện và của các khoa, phòng..... - Có đặt ra các chỉ tiêu cần đạt cho các tỷ số theo từng năm và được quy định trong văn bản như NQ, KH, đề án phát triển nguồn nhân lực. - Tính toán dự báo được nhu cầu nhân lực cần bổ sung, thay thế số người về hưu và có kế hoạch tuyển dụng cụ thể cho các vị trí đó. - Không phát hiện thấy có phân công nhân viên y tế trực đêm với tần suất 3 ngày 1 lần). - Không thấy NVYT trực 24/24 giờ tại Khoa: HSCC, GMHS.	- Phòng TCHC	- Các khoa LS	Quý II/2022	
B1.3	Bảo đảm cơ cấu chức danh nghề nghiệp của nhân lực bệnh viện	3		3	- Có quy định, tiêu chí cụ thể tuyển dụng nhân viên y tế theo vị trí việc làm. - Đã xây dựng xong dự thảo bản mô tả công việc cho đầy đủ các chức danh nghề nghiệp. - Có đầy đủ bản mô tả công việc cho toàn bộ các chức danh nghề nghiệp và được Giám đốc phê duyệt. - Đã xây dựng được cơ cấu chức danh nghề nghiệp phù hợp với vị trí việc làm. - Danh mục vị trí việc làm được XD đảm bảo đầy đủ các lĩnh vực theo chức năng hoạt động của TTYT.	- Phòng TCHC	- Ban giám đốc	Quý II/2022	

B2. CHẤT LƯỢNG NGUỒN NHÂN LỰC									
B2.1	Nhân viên y tế được đào tạo liên tục và phát triển kỹ năng nghề nghiệp	3		3	- Có KH đào tạo bao gồm đào tạo liên tục về cập nhật kiến thức, phát triển kỹ năng nghề nghiệp cho các đối tượng trong lĩnh vực trong BV. - Có tổ chức kiểm tra tay nghề, chuyên môn cho nhân viên y tế đặc biệt là bác sỹ, y sỹ, điều dưỡng, hộ sinh, KTV, được sỹ dưới 5 năm công tác; bằng các hình thức như thi, sát hạch, tổ chức hội thi. - Hàng năm TTYT được cử ít nhất 5% số lượng bác sỹ và điều dưỡng đi bồi dưỡng chuyên môn, nâng cao kỹ năng làm việc; Dược sỹ, KTV, Kế toán, kỹ sư đi đào tạo chuyên môn nghiệp vụ.	- Phòng KHNV – ĐD	Các khoa LS	Quý II/2022	
B2.2	Nhân viên y tế được nâng cao kỹ năng ứng xử, giao tiếp, y đức	4		4	- TTYT đã xây dựng KH nâng cao kỹ năng ứng xử, giao tiếp, y đức cho nhân viên y tế, bảng KH có đặt ra các chỉ tiêu cụ thể liên quan đến ứng xử, giao tiếp... - Trong năm đã tổ chức ít nhất 2 lớp tập huấn nâng cao kỹ năng ứng xử, giao tiếp cho CBYT. - Có cam kết thực hiện giữa nhân viên y tế với lãnh đạo. - Phòng Tổ chức tiến hành khảo sát đánh giá sơ bộ thái độ ứng xử, giao tiếp của NVYT và sử dụng kết quả khảo sát, đánh giá để bố trí người phù hợp ở các vị trí việc làm thường xuyên tiếp xúc với người bệnh. - Các khoa khuyến khích người bệnh, người nhà người bệnh có thư khen về tinh thần trách nhiệm, thái độ ứng xử của nhân viên y tế. - Tỷ lệ nhân viên y tế tham gia các lớp tập huấn nâng cao quy tắc ứng xử, giao tiếp chiếm 70%. - Có nhiều hình thức triển khai nâng cao thái độ, ứng xử, giao tiếp y đức cho nhân viên y tế như tổ chức các cuộc thi, phong trào, cam kết thi đua, kịch, hội diễn văn nghệ. - Có tiến hành đánh giá việc triển khai nâng cao thái độ, ứng xử, giao tiếp theo định kỳ và có báo cáo về hình thức,	- Phòng TCHC	- Các Khoa lâm sàng	Quý II/2022	

					phương pháp và kết quả đánh giá. - Có thư cảm ơn/thư khen của người bệnh và người nhà người bệnh.				
B2.3	Bệnh viện duy trì và phát triển bền vững chất lượng nguồn nhân lực	4		4	- Có bản KH đào tạo cho nhân viên y tế, có đề cập nội dung đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn. - Có quy định hỗ trợ (1 phần hoặc toàn bộ) khoản học phí và sinh hoạt phí cho nhân viên được cử đi đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn trong nước. - Có văn bản quy định cụ thể về thu hút, tuyển dụng và duy trì nguồn nhân lực y tế có chất lượng làm việc ổn định, lâu dài và yên tâm công tác. - Tỷ lệ bác sĩ xin chuyển sang bệnh viện khác trong năm chiếm dưới 5%. - Tổng số bác sĩ có trình độ sau đại học chiếm ít nhất 40%. - Tổng số bác sĩ được tuyển dụng mới trong năm được đào tạo chính quy.	- Phòng TCKT	- Phòng KHN-V-ĐD	Quý II/2022	
B3. CHẾ ĐỘ ĐÃI NGỘ VÀ ĐIỀU KIỆN, MÔI TRƯỜNG LÀM VIỆC									
B3.1	Đảm bảo chính sách tiền lương, chế độ đãi ngộ của nhân viên y tế	3		3	- Toàn bộ NVYT làm việc từ 3 tháng trở lên đều được hưởng lương và các thu nhập hợp pháp khác do TTYT chi trả. - Xây dựng Quy chế chi tiêu nội bộ lấy ý kiến rộng rãi tại Hội nghị CBVC; - Có nguồn thu nhập hợp pháp tăng thêm đúng quy chế chi tiêu nội bộ. - Có tiêu chí cụ thể xét nâng lương trước thời hạn. - Nhân viên y tế được thông báo về tính chất công việc, loại hình hợp đồng (ngắn hạn dài hạn hoặc viên chức), thời gian làm việc và mức lương, phụ cấp được hưởng. - Đối với bệnh viện Nhà nước: có xây dựng quy chế chi tiêu nội bộ và được lấy ý kiến rộng rãi tại hội nghị cán bộ viên chức.	- Phòng TCKT	- Bs. Hoàng	Quý II/2022	

					- Đối với bệnh viện tư nhân: người lao động được đàm phán và thỏa thuận về mức lương, phụ cấp. - Toàn bộ nhân viên y tế được bảo đảm trả lương theo đúng hạn và đầy đủ số tiền theo như quy định (áp dụng với bệnh viện Nhà nước) và như hợp đồng đã ký (áp dụng với bệnh viện tư nhân). - Toàn bộ nhân viên y tế trong chỉ tiêu được bảo đảm tăng lương theo đúng quy định. - Có tiêu chí cụ thể xét nâng lương trước thời hạn (áp dụng với bệnh viện Nhà nước) hoặc tăng thời gian, giá trị hợp đồng lao động (áp dụng với bệnh viện tư nhân) cho những cá nhân tiêu biểu, có nhiều thành tích và cống hiến. - Nhân viên y tế được hưởng các khoản phụ cấp và nguồn thu nhập tăng thêm hợp pháp theo đúng quy chế chỉ tiêu nội bộ (áp dụng với bệnh viện Nhà nước) và như hợp đồng đã ký (áp dụng với bệnh viện tư nhân).				
--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

B3.2	Bảo đảm điều kiện làm việc, vệ sinh lao động và nâng cao trình độ chuyên môn cho nhân viên y tế	5		5	- Đảm bảo điều kiện làm việc cơ sở vật chất, phòng ốc không dột nát, tường không bong tróc. - Trang phục cho các chức danh nghề nghiệp khác nhau về kiểu dáng, ký hiệu hoặc màu sắc... - TTYT lập hồ sơ về sinh lao động, đo kiểm tra môi trường lao động định kỳ. - Có tiến hành khảo sát sự hài lòng của NVYT với điều kiện làm việc, vệ sinh làm việc. - Có bản báo cáo khảo sát sự hài lòng của nhân viên y tế. - Kết quả khảo sát xác định được những vấn đề nhân viên y tế chưa hài lòng. - Tiến hành can thiệp cải thiện điều kiện làm việc, vệ sinh lao động cho nhân viên y tế dựa trên các kết quả khảo sát. - Bệnh viện tổ chức và hỗ trợ một phần cho nhân viên y tế mua bảo hiểm trách nhiệm nghề nghiệp.	- Phòng TCKT	- Phòng QLCL-CTXH - TT	Quý II/2022	
B3.3	Sức khỏe, đời sống tinh thần của nhân viên y tế được quan tâm và cải thiện	4		4	- Tổ chức khám sức khỏe định kỳ cho CBVC và hồ sơ sức khỏe CBVC được quản lý bằng công nghệ thông tin. - Mua phần mềm quản lý sức khỏe. - Đoàn Thanh niên xây dựng các hoạt động, phong trào thể thao và văn hóa văn nghệ, thành lập sân tập và có dụng cụ thể thao tập luyện.	- Phòng KHNV-ĐD	- Tổ CNTT. - Đoàn thanh niên	Quý II/2022	

B3.4	Tạo dựng môi trường làm việc tích cực và nâng cao trình độ chuyên môn	4		4	- Quy chế dân chủ cơ sở được lấy ý kiến rộng rãi tại HN CBVC người lao động. - Các nhân viên y tế làm công tác chuyên môn được tham gia sinh hoạt khoa học định kỳ ít nhất 3 tháng 1 lần. - Có các quy định và triển khai các hình thức thi đua, khen thưởng, động viên khuyến khích NVYT thực hiện tốt công việc/đạt chất lượng cao. - Có xây dựng các tiêu chí cụ thể về tăng lương, khen thưởng, bổ nhiệm, kỷ luật...NVYT và công bố công khai cho NVYT biết. - Bệnh viện thực hiện bổ nhiệm cho nhân viên y tế theo đúng quy trình và dựa trên các tiêu chí của BV ban hành. - Có phòng thư viện lưu trữ các sách/tạp chí y học, văn bản, thư viện điện tử... và tạo điều kiện cho nhân viên y tế tiếp cận thường xuyên. - Có tiến hành khảo sát sự hài lòng của nhân viên y tế về môi trường làm việc.	- Phòng TCHC	- Bs Hoàng	Quý II/2022	
B4. LÃNH ĐẠO BỆNH VIỆN									
B4.1	Xây dựng kế hoạch, quy hoạch, chiến lược phát triển bệnh viện và công bố công khai	4		4	- Xây dựng kế hoạch phát triển tổng thể từng giai đoạn (2 năm, 5 năm) phải được Sở Y tế phê duyệt; - Triển khai quy hoạch cho toàn bộ CBVC; - Trong quy hoạch có các chỉ số đích và mốc thời gian thực hiện; - Có bản danh mục kết quả thực hiện các chỉ số trong bản KH theo năm; - Có sơ kết, đánh giá việc triển khai KH.	- Bs Hoàng	- Ban giám đốc	Quý II/2022	

[illegible]

C1.1	Bảo đảm an ninh, trật tự bệnh viện	3		3	- Bệnh viện có phương án, KH bảo vệ, trong đó có nêu số lượng người, vị trí cần bảo vệ, tuần suất đi tuần. - Phòng ngừa, ngăn chặn, phát hiện trộm cắp, cướp giật trong khu vực bệnh viện. - (Lực lượng bảo vệ được đào tạo chuyên nghiệp). - Có hình thức kiểm soát được người ra vào khoa/phòng điều trị. - Có văn bản phối hợp với cơ quan an ninh địa phương về việc hỗ trợ, bảo đảm giữ gìn an ninh. - Có cảnh báo chống mất trộm cho người bệnh. - Có biện pháp chủ động phát hiện, ngăn chặn trộm cắp như đi tuần tra theo định kỳ, lập danh sách các đối tượng đã trộm cắp, theo dõi đối tượng nghi vấn. - Lực lượng bảo vệ luôn thường trực và can thiệp kịp thời các vụ việc hành hung, gây rối hoặc đập phá tài sản của người bệnh/nhân viên y tế.	Đ/c Du	- Các khoa, phòng - Tổ bảo vệ	Quý II/2022	
C1.2	Bảo đảm an toàn điện và phòng chống cháy nổ	3		3	- Có nhân viên chuyên trách phụ trách điện và an toàn điện, được đào tạo từ trình độ trung cấp trở lên. - Có phân công ít nhất một nhân viên chịu trách nhiệm về công tác phòng cháy, chữa cháy và đã tham dự tập huấn phòng cháy, chữa cháy. - Bảo đảm có bình chữa cháy đặt đầy đủ tại các vị trí của khoa theo quy định và hướng dẫn của cơ quan công an (hoặc quy định của bệnh viện). - Có mời cơ quan công an, chuyên gia đến hướng dẫn, tư vấn, kiểm tra, diễn tập... về công tác phòng chống cháy nổ ít nhất 1 lần trong năm và có biên bản kiểm tra. - Có tổ chức huấn luyện phòng cháy, chữa cháy cho ít nhất 50% nhân viên bệnh viện 1 lần trong năm hoặc mời chuyên gia, cơ quan công an đến hướng dẫn, huấn luyện, kiểm tra công tác phòng chống cháy nổ ít nhất 1 lần trong năm.	Đ/c Du	- Tổ điện nước - Tổ bảo vệ	Quý II/2022	- Tập huấn PCCC 15 triệu

					- Có phương án phòng chống cháy nổ, sơ tán thoát nạn, cứu người (đặc biệt đối với người bệnh không có khả năng tự thoát nạn), cứu trang thiết bị y tế, tài sản và chống cháy lan. - Có cảnh báo cháy nổ và cấm lửa tại các vị trí/khu vực có nguy cơ cao như bình/kho chứa ô-xy, nơi chứa nhiên liệu gas, xăng/dầu và các máy móc có nguy cơ cháy nổ cao khác. - Có chuông báo cháy, đèn khẩn cấp luôn trong tình trạng hoạt động. Các hệ thống được kiểm tra vận hành thử ít nhất 2 lần trong năm và hoạt động tốt.				
C2. QUẢN LÝ HỒ SƠ BỆNH ÁN:									
C2.1	Hồ sơ bệnh án được lập đầy đủ, chính xác, khoa học	4		4	- Hồ sơ bệnh án đảm bảo đầy đủ các thông tin theo quy định, đọc được chữ và nội dung bệnh án ngoại khoa có về lược đồ phẫu thuật. - Những thông tin cần điều chỉnh gạch bỏ, ký tên người sửa và thời gian sửa (Không tẩy xóa hoặc bôi đen để không đọc được nội dung cũ). - Sẵn có bảng mã ICD 10 cho các bệnh thường gặp của các Khoa lâm sàng tại phòng hành chính của khoa. - Có tập huấn cho bác sĩ, điều dưỡng về mã hóa bệnh tật theo ICD 10, cách ghi mã bệnh chính và bệnh kèm theo. (Nếu đạt mức 4 phải có tiến hành nghiên cứu về chất lượng hồ sơ bệnh án và xác định tỷ lệ nhập sai mã ICD 10) - Có tiến hành đánh giá về chất lượng hồ sơ bệnh án và xác định tỷ lệ nhập sai mã ICD 10. - Có bản kết quả đánh giá trong đó chỉ ra được những lỗi thường gặp của hồ sơ bệnh án, tỷ lệ nhập sai mã ICD 10, nguyên nhân chính và các giải pháp.	- Phòng KH NV – ĐD	- Các khoa LS	Quý II/2022	

C2.2	Hồ sơ bệnh án được quản lý chặt chẽ, đầy đủ, khoa học	4		4	- Kho lưu trữ bệnh án thông thoáng, ngăn nắp, bảo đảm chống ẩm, chống cháy, chống mưa, lụt. - Kho lưu trữ BA có giá, ngăn có phân biệt theo khoa/phòng, theo thời gian. - Có sổ lưu trữ (Hoặc phần mềm Excel) để tra cứu và xác định 01 bệnh án bất kỳ đang nằm ở vị trí nào. - Mỗi người bệnh điều trị tại bệnh viện được cung cấp 1 mã xác định. - Các thông tin hành chính và tóm tắt nội dung chuyên môn chính của bệnh án được nhập vào phần mềm máy tính lưu trữ. - Có thể lấy 01 thông tin của 01 bệnh án bất kỳ theo mã BA, tên người bệnh, mã bệnh, ngày nhập/xuất viện (Trong phạm vi 2 năm)	- Tổ CNTT - Phòng KHN-ĐD	- Các khoa LS	Quý II/2022	
C3. ỨNG DỤNG CÔNG NGHỆ THÔNG TIN									
C3.1	Quản lý tốt cơ sở dữ liệu và thông tin y tế	3		3	- Có hệ thống biểu mẫu chuẩn hóa và thống nhất toàn bộ bệnh viện dựa trên hệ thống biểu mẫu ghi chép, hồ sơ bệnh án của Bộ Y tế. - Có các hệ thống quản lý bệnh viện trên sổ sách (hoặc phần mềm): quản lý người bệnh, quản lý cận lâm sàng, quản lý dược, quản lý vật tư tiêu hao, quản lý viện phí và thanh toán bảo hiểm y tế; quản lý hạ tầng kỹ thuật và trang thiết bị y tế. - Triển khai áp dụng phần mềm báo cáo thống kê bệnh viện (theo quy định của Bộ Y tế và cơ quan quản lý). - Hoàn thành đầy đủ việc nhập thông tin, số liệu hoạt động bệnh viện theo quy định của Bộ Y tế định kỳ cuối năm trên hệ thống phần mềm trực tuyến. - Có hệ thống danh mục thống nhất toàn bệnh viện về giá dịch vụ kỹ thuật y tế theo phân loại của Bộ Y tế cho tất cả các đối tượng người bệnh. - Có phần mềm thống kê hoặc phần mềm quản lý bệnh	- Tổ CNTT	- Phòng KH NV-ĐD - Khoa Ngoại - Khoa Phụ sản	Quý II/2022	

					viện có khả năng kết xuất số liệu sang Excel hoặc định dạng khác để phân tích số liệu. - Sử dụng số liệu và thông tin từ phần mềm chuyên môn nghiệp vụ, giúp cho lãnh đạo quản lý và điều hành. - 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 thống kê quốc tế về bệnh tật và vấn đề sức khỏe có liên quan” phiên bản lần thứ 10 (ICD 10), “Bảng phân loại quốc tế phẫu thuật, thủ thuật” ICD9 - CM.				
--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

C3.2	Thực hiện các giải pháp ứng dụng CNTT trong quản lý và hoạt động chuyên môn	3		3	2. Có cán bộ CNTT trình độ từ trung cấp trở lên. 3. Bệnh viện có máy tính kết nối mạng internet, cho phép nhân viên có khả năng truy cập mạng internet. 4. Triển khai ít nhất hai phân hệ phần mềm quản lý nghiệp vụ và chuyên môn. - Có phòng/tổ CNTT hoặc có cán bộ chuyên trách phụ trách CNTT có trình độ từ cao đẳng hoặc đại học về CNTT trở lên. - Xây dựng hệ thống máy tính nối mạng nội bộ và ứng dụng phần mềm quản lý chuyên môn trên mạng nội bộ. - Áp dụng các phần mềm quản lý chuyên môn, hoạt động tại các khoa/phòng. - Có các phân hệ phần mềm sau: a. Quản lý số liệu thống kê bệnh viện; b. Quản lý người bệnh nội, ngoại trú; c. Kê đơn điện tử cho người bệnh ngoại trú; d. Quản lý viện phí, thanh toán bảo hiểm y tế; Quản lý xuất, nhập thuốc.	- Tổ CNTT	- Phòng KH NV-ĐD - Các khoa LS	Quý II/2022	
C4. PHÒNG NGỪA VÀ KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN									

C4.1	Thiết lập và hoàn thiện hệ thống kiểm soát nhiễm khuẩn	4	4	- Đã xác định cơ cấu, số lượng, vị trí việc làm của nhân viên phòng/tổ kiểm soát nhiễm khuẩn dựa trên quy mô hoạt động và hạng bệnh viện. - Đã xây dựng quy chế hoạt động của hội đồng kiểm soát nhiễm khuẩn. - Hội đồng KSNK phân công nhiệm vụ rõ ràng cho các thành viên. - Hội đồng kiểm soát nhiễm khuẩn hoạt động thường xuyên theo kế hoạch, họp ít nhất 3 tháng 1 lần hoặc khi cần thiết. - Đã bổ nhiệm điều dưỡng trưởng khoa (hoặc tổ) kiểm soát nhiễm khuẩn. Lãnh đạo khoa/tổ KSNK có trình độ cử nhân đại học trở lên thuộc chuyên ngành y, dược, sinh học, vi sinh, điều dưỡng (Hoặc có liên quan). - Khoa KSNK đã tuyển dụng đầy đủ nhân lực chuyên trách theo đề án vị trí việc làm và phù hợp với quy mô, tính chất chuyên môn của bệnh viện. - Hội đồng KSNK đã xây dựng và ban hành các văn bản, hướng dẫn, quy định KSNK cho các khoa/phòng của bệnh viện. - Trưởng Khoa KSNK có trình độ đại học trở lên thuộc chuyên ngành y, dược, sinh học, vi sinh, điều dưỡng. - Trưởng khoa KSNK được đào tạo về kiểm soát nhiễm khuẩn (Có chứng chỉ khóa học với thời gian đào tạo tối thiểu 3 tháng) hoặc bằng sau đại học có chuyên ngành liên quan tới KSNK. - Trưởng khoa KSNK và điều dưỡng trưởng là nhân viên chuyên trách về KSNK (Làm việc 100% thời gian tại khoa).	- Khoa KSNK-DD	- Ban giám đốc	Quý II/2022	
------	--	---	---	---	----------------	----------------	-------------	--

C4.2	Xây dựng và hướng dẫn nhân viên y tế thực hiện các quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện	4		4	- Các thành viên của mạng lưới được tham gia huấn luyện cập nhật chuyên môn về KSNK; - BV xây dựng và ban hành các hướng dẫn về phòng ngừa chuẩn (Sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân, tiêm an toàn và phòng ngừa vật sắc nhọn, VSMT, xử lý dụng cụ, đồ vải, chất thải. - Bệnh viện có quy trình xử lý các trường hợp rủi ro, phơi nhiễm với các bệnh nguy hiểm hoặc có nguy cơ nhiễm khuẩn cao. - Toàn bộ nhân viên mạng lưới kiểm soát nhiễm khuẩn được tập huấn/đào tạo về các quy trình kỹ thuật chuyên môn kiểm soát nhiễm khuẩn, sử dụng đúng và thành thạo các phương tiện phòng hộ cá nhân. - Có tiến hành theo dõi, giám sát việc thực hiện các quy trình và hướng dẫn phòng ngừa kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện.	- Khoa KSNK-DD	- Các khoa LS	Quý II/2022	
------	--	---	--	---	--	----------------	---------------	-------------	--

C4.3	Triển khai chương trình và giám sát tuân thủ rửa tay	4		4	- Tổ chức lớp tập huấn về rửa tay cho nhân viên y tế; - Thiết lập hệ thống bồn vệ sinh tay đầy đủ cho nhân viên y tế tại các khoa/phòng/buồng có thực hiện các kỹ thuật, thủ thuật. - Đã xây dựng các công cụ (Câu hỏi, bảng kiểm...) đánh giá việc tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế. - Có hệ thống bồn rửa tay cho nhân viên, người bệnh, người nhà người bệnh và khách đến thăm tại tất cả các khoa/phòng trong bệnh viện. - Các vòi nước rửa tay dành cho nhân viên y tế tại các buồng thực hiện phẫu thuật, thủ thuật được thiết kế điều khiển bằng chân hoặc tự động (Tay rửa xong không tiếp xúc với vòi nước để khóa). - Sẵn có dung dịch sát khuẩn tay nhanh tại các vị trí (Hành lang, trước cửa phòng/buồng...) có nhiều người tiếp xúc chung với vật dụng (Tay nắm cửa...). - Phát động phong trào vệ sinh tay và duy trì phong trào thường xuyên. - Có triển khai đánh giá giám sát tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế dựa trên các công cụ đã được xây dựng của bệnh viện. - Có nghiên cứu (Hoặc khảo sát, đánh giá) việc thực hiện vệ sinh tay của nhân viên các khoa/phòng trong bệnh viện.	- Khoa KSNK-DD	Các khoa LS	Quý II/2022	
------	--	---	--	---	--	----------------	-------------	-------------	--

C4.4	Đánh giá, giám sát và triển khai KSNK trong bệnh viện	3		3	- Xây dựng các công cụ (Câu hỏi, bảng kiểm...) đánh giá việc tuân thủ của nhân viên y tế về KSNK huyết, viêm phổi. - Có giám sát cas trọng điểm, các đối tượng nguy cơ nhiễm khuẩn cao như thở máy, người bệnh phẫu thuật, thông tiểu.... - Có thực hiện phòng ngừa chủ động theo đường lây. - Có thực hiện các biện pháp phòng ngừa làm giảm lây nhiễm cho người bệnh và nhân viên y tế (Như rửa tay, mang găng, mang phương tiện phòng hộ, xử lý dụng cụ, tiệt an toàn...). - Có thực hiện phòng ngừa chủ động cho nhân viên y tế (Như tiêm phòng cho nhân viên có nguy cơ cao, phòng chống một số bệnh dịch theo mùa hoặc theo mô hình bệnh tật của bệnh viện...).	- Khoa KSNK-DD	- Các khoa LS	Quý II/2022	
C4.5	Chất thải rắn của bệnh viện được quản lý chặt chẽ, xử lý an toàn và tuân thủ theo đúng quy định	5		5	- Có thực hiện phân loại chất thải rắn y tế tại nguồn. - Thùng rác có các màu khác nhau, có in biểu tượng cho từng loại chất thải rắn: Chất thải lây nhiễm, chất thải thông thường, chất thải tái chế... - Có nhà lưu trữ chất thải rắn đạt chuẩn quy định: Có phòng lưu trữ chất thải lây nhiễm, chất thải nguy hại riêng... Có hướng dẫn rõ ràng (Bảng chữ viết hoặc hình ảnh, tranh vẽ...) về phân loại chất thải cho người bệnh, người nhà và nhân viên y tế.	- Khoa KSNK-DD	- Các khoa LS	Quý II/2022	

C4.6	Chất thải lỏng bệnh viện được quản lý chặt chẽ, xử lý an toàn và tuân thủ theo quy định	4	4	- Có hệ thống xử lý chất thải lỏng và hoạt động thường xuyên. - Có đo đạc và so sánh khối lượng nước đầu vào và chất thải lỏng đầu ra sau khi xử lý xong (Nếu phát hiện chênh lệch quá mức cho phép có biện pháp giải quyết kịp thời). - Có văn bản đánh giá của cơ quan môi trường có thẩm quyền đánh giá các chỉ tiêu đầu ra (Về lý, hóa, vi sinh vật) sau khi xử lý chất thải lỏng ít nhất 1 lần trong 6 tháng. - Các chỉ tiêu đầu ra của nước thải đạt quy chuẩn về môi trường. - Có tổ chức tập huấn, đào tạo (Hoặc cử nhân viên tham dự tập huấn, đào tạo) về công tác quản lý chất thải lỏng y tế. - Có thực hiện việc phân định và thu gom chất thải lỏng riêng biệt bao gồm nước thải, dung dịch và dung môi thải phát sinh từ các hoạt động chuyên môn, chất thải lỏng phóng xạ, nước mưa chảy tràn trong bệnh viện theo quy định. - Định kỳ đánh giá chỉ tiêu về môi trường đối với nước thải bệnh viện (Căn cứ theo báo cáo đánh giá tác động môi trường, đề án bảo vệ môi trường). - Có kế hoạch duy trì hệ thống xử lý chất thải lỏng hoạt động ổn định, bảo đảm các chỉ tiêu đầu ra và sẵn sàng các giải pháp khắc phục sự cố hệ thống xử lý chất thải lỏng (Nếu có). - Thực hiện bảo trì, bảo dưỡng hệ thống xử lý nước thải định kì hàng năm.	- Khoa KSNK-DD	- Đ/c Duy	Quý II/2022
C5. NĂNG LỰC THỰC HIỆN KỸ THUẬT CHUYÊN MÔN							

C5.1	Thực hiện quy trình kỹ thuật chuyên môn theo danh mục và phân tuyến	3	3	- Đã xây dựng danh mục kỹ thuật theo các Thông tư, văn bản do Bộ Y tế quy định* - Trong danh mục kỹ thuật của bệnh viện có chia theo các nhóm: (1) các kỹ thuật theo đúng phân tuyến kỹ thuật của bệnh viện; (2) các kỹ thuật được phân cho tuyến trên và (3) các kỹ thuật được phân cho tuyến dưới. - Bảng tổng hợp danh mục kỹ thuật có tính tỷ lệ các nhóm nêu trên. - Danh mục kỹ thuật đã được phê duyệt và công bố công khai cho nhân viên y tế thông qua các văn bản nội bộ. - Bệnh viện triển khai thực hiện các kỹ thuật theo đúng phân tuyến chiếm từ 40% trở lên tổng số kỹ thuật theo phân tuyến của các Thông tư, văn bản do Bộ Y tế quy định* (theo đúng chuyên ngành). - Danh mục kỹ thuật đã được phê duyệt và công bố công khai cho người bệnh và người dân bằng các hình thức khác nhau (trên bảng tin, màn hình điện tử, trang thông tin điện tử của bệnh viện...). - Bệnh viện có chủ trương thực hiện, phát triển các kỹ thuật theo đúng phân tuyến kỹ thuật và cụ thể hóa chủ trương này trong các văn bản nội bộ. - Bệnh viện triển khai thực hiện các kỹ thuật theo đúng phân tuyến chiếm từ 60% trở lên tổng số kỹ thuật theo phân tuyến của các Thông tư, văn bản do Bộ Y tế quy định*.	- Phòng KH NV-ĐD	- Các khoa LS	Quý II/2022	
------	---	---	---	--	------------------	---------------	-------------	--

C5.2	Nghiên cứu và triển khai các kỹ thuật tuyến trên, kỹ thuật mới, hiện đại	2		3	- BV đã xây dựng kế hoạch/đề án triển khai kỹ thuật mới của BV trong năm kế tiếp. - BV đã triển khai áp dụng từ 1 đến 3 kỹ thuật tuyến trên hoặc từ 1 đến 3 kỹ thuật mới/hiện đại lần đầu thực hiện tại BV. - Sau khi thử nghiệm, bệnh viện triển khai kỹ thuật và tự thực hiện được ít nhất 1 kỹ thuật mới, phương pháp mới đã triển khai. - Phân đầu mức 3: Đã triển khai thử nghiệm từ 3 kỹ thuật trở lên. - Sau thử nghiệm bệnh viện thực hiện được ít nhất 1 kỹ thuật mới.	- Phòng KH NV- ĐD	Các khoa lâm sàng	Quý III/2022	
C5.3	Xây dựng quy trình kỹ thuật và triển khai và triển khai các biện pháp giám sát chất lượng kỹ thuật	3		3	- BV tiến hành xây dựng quy trình kỹ thuật sử dụng tại BV dựa trên hướng dẫn của Bộ Y tế. - Quy trình kỹ thuật được HĐ KHKKT thẩm định, có phê duyệt cấp trên. - Phổ biến, hướng dẫn quy trình kỹ thuật tới các NV y tế có liên quan.	- Phòng KH NV- ĐD	- Các khoa LS	Quý II/2022	
C5.4	Xây dựng quy trình kỹ thuật và triển khai các biện pháp giám sát chất lượng kỹ thuật	3		3	- Có các sách hoặc tài liệu in các “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” do Bộ Y tế, Sở Y tế, trường đại học y khoa xuất bản (Hoặc của bệnh viện đã xây dựng) thuộc các chuyên khoa của bệnh viện tại phòng kế hoạch. - Phổ biến các “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” do Bộ Y tế hoặc Sở Y tế phê duyệt ban hành (Hoặc của bệnh viện đã xây dựng) thuộc các chuyên khoa của bệnh viện tới các nhân viên y tế có liên quan để thực hiện. - Có đầy đủ các sách, tài liệu in các “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” do Bộ Y tế hoặc Sở Y tế phê duyệt ban hành (Hoặc của bệnh viện đã xây dựng) liên quan đến các chuyên khoa của bệnh viện tại phòng hành chính các Khoa lâm sàng của bệnh viện. - Các sách, tài liệu in các “Hướng dẫn chẩn đoán và điều	- Phòng KH NV- ĐD	- Các khoa LS	Quý II/2022	

					trị” do Bộ Y tế hoặc Sở Y tế phê duyệt ban hành (Hoặc của bệnh viện đã xây dựng) được đặt ở vị trí dễ thấy, dễ lấy, thuận tiện cho việc tra cứu thông tin. - Tiến hành xây dựng các “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” cho các bệnh thường gặp phù hợp với điều kiện bệnh viện và đặc thù hoạt động chuyên môn, dựa trên các “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” của Bộ Y tế hoặc Sở Y tế đã ban hành. - Có trên 50% các Khoa lâm sàng đã xây dựng được các “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” cho ít nhất 10 bệnh thường gặp của khoa**.				
C5.5	Xây dựng các hướng dẫn chuyên môn và phác đồ điều trị	3		3	- Nhân viên y tế thực hiện đúng theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị. - Có ban hành quy định các Khoa lâm sàng (Hoặc toàn bệnh viện, do bệnh viện tự quy định) thực hiện bình (Hoặc kiểm tra) bệnh án, tối thiểu 1 lần trong 1 tháng. - Có ban hành quy định Khoa khám bệnh thực hiện bình đơn thuốc, tối thiểu 1 lần trong 1 tháng. - Có các hình thức phản hồi kết quả bình bệnh án với bác sỹ, điều dưỡng và các bên liên quan. - Lập danh sách một số bệnh thường gặp (Theo mô hình bệnh tật các Khoa lâm sàng và chung bệnh viện), bệnh điều trị bằng kỹ thuật cao, bệnh có chi phí lớn cần ưu tiên giám sát việc tuân thủ các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị. - Tiến hành kiểm tra, giám sát (Ngẫu nhiên và định kỳ) việc tuân thủ các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của các bệnh án có bệnh nằm trong danh sách đã lập.	- Phòng KH NV- ĐD	- Các khoa LS	Quý II/2022	
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	5	5	- Tiến hành đo lường, đánh giá định kỳ (do bệnh viện tự quy định) kết quả thực hiện các chỉ số hàng tháng, hàng quý hoặc hàng năm. - Tiến hành theo dõi sự thay đổi các chỉ số theo thời gian, có biểu đồ theo dõi, phân tích xu hướng biến động các chỉ số. - Phòng điều dưỡng đánh giá kết quả thực hiện kế hoạch hàng năm về hoạt động điều dưỡng và nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh, có báo cáo đánh giá, trong đó có chỉ ra những mặt hạn chế cần khắc phục. - Tỷ lệ điều dưỡng trưởng có trình độ đại học chiếm từ 70% trở lên (Trên tổng số điều dưỡng trưởng). - Tỷ lệ điều dưỡng trưởng có chứng chỉ quản lý điều dưỡng* (hoặc tương đương, hoặc có bằng thạc sĩ quản lý bệnh viện) chiếm từ 70% trở lên (trên tổng số điều dưỡng trưởng). - Áp dụng kết quả báo cáo đánh giá việc thực hiện kế hoạch vào việc cải tiến chất lượng chăm sóc người bệnh và công tác điều dưỡng. - Tiến hành nghiên cứu, đánh giá chất lượng chăm sóc người bệnh và công tác điều dưỡng dựa trên các chỉ số đã xây dựng. - Áp dụng kết quả nghiên cứu vào việc cải tiến chất lượng chăm sóc người bệnh và công tác điều dưỡng. - Phòng (hoặc tổ) điều dưỡng có ít nhất một sáng kiến mới về cải tiến chất lượng chăm sóc người bệnh, được Giám đốc phê duyệt và áp dụng rộng rãi trên phạm vi bệnh viện. - Đánh giá kết quả áp dụng các sáng kiến mới đã áp dụng và chỉnh sửa, bổ sung các sáng kiến cải tiến chất lượng chăm sóc người bệnh khác.	CN Thảo	- Phòng KH NV- ĐD - Các khoa LS.	Quý II/2022	
------	---	---	---	--	------------	--	----------------	--

C6.2	Người bệnh được DD hướng dẫn, tư vấn điều trị và chăm sóc, giáo dục sức khỏe phù hợp với bệnh đang điều trị	5		5	- Tỷ lệ điều dưỡng, hộ sinh được đào tạo, tập huấn kỹ năng tư vấn, truyền thông, giáo dục sức khỏe cho người bệnh chiếm từ 90% trở lên. - Tiến hành đánh giá (Hoặc nghiên cứu) hiệu quả hoạt động truyền thông, giáo dục sức khỏe cho người bệnh; có báo cáo đánh giá, trong đó có chỉ ra những nhược điểm cần khắc phục và đề xuất giải pháp cải tiến chất lượng. - Có hình thức công bố, thông báo hoặc phản hồi kết quả đánh giá tới các khoa liên quan bằng các hình thức như bản tin nội bộ, gửi báo cáo, thư điện tử.... - Thực hiện các giải pháp cải tiến chất lượng công tác tư vấn, truyền thông, giáo dục sức khỏe cho người bệnh dựa trên kết quả đánh giá.	CN Thảo	- Phòng KH NV-DD - Các khoa LS - Tổ Truyền thông	Quý II/2022	
C6.3	Người bệnh được chăm sóc vệ sinh cá nhân trong quá trình điều trị tại bệnh viện	4		4	- Người bệnh chăm sóc cấp I, II được điều dưỡng lập kế hoạch chăm sóc; - Có các phương tiện để phòng chống loét do tỳ đè; - Có nhân viên hỗ trợ chăm sóc thể chất và vệ sinh cá nhân cho người bệnh (Tắm, gội đầu, VS răng miệng, xoay trở, vỗ rung).	CN Thảo	- Phòng KH NV-DD - Các khoa lâm sàng	Quý II/2022	
C7. NĂNG LỰC THỰC HIỆN CHĂM SÓC DINH DƯỠNG									
C7.1	Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức để thực hiện công tác dinh dưỡng và tiết chế trong bệnh viện	3		3	- Có đề án vị trí việc làm và xác định số lượng nhân lực của khoa/tổ dinh dưỡng - tiết chế theo lộ trình thời gian. - Có bản mô tả vị trí việc làm của từng cán bộ trong Khoa dinh dưỡng.	CN Quyên	- Ban giám đốc	Quý II/2022	

C7.2	BV bảo đảm cơ sở vật chất để thực hiện công tác dinh dưỡng và tiết chế trong bệnh viện	3		3	- Khu vực chế biến thức ăn bảo đảm vệ sinh sạch sẽ; - Có căng-tin phục vụ ăn uống cho người bệnh, người nhà người bệnh và nhân viên bệnh viện. - Có khu vực chế biến thức ăn bảo đảm vệ sinh sạch sẽ. - Bộ phận chế biến thức ăn được thiết kế một chiều. - Bảo đảm hệ thống cấp, thoát nước hoạt động đầy đủ tại nơi chế biến thức ăn. - Có tủ riêng biệt dùng để lưu mẫu thức ăn. - Thức ăn được lưu mẫu theo đúng quy định. - Có phòng ăn dành cho người bệnh và có quạt (Hoặc điều hòa). - Có bồn rửa tay ở khu vực phòng ăn (Trong hoặc ngay bên ngoài phòng ăn).	CN Quyên	- Khoa an toàn vệ sinh thực phẩm	Quý II/2022	
C7.3	Người bệnh được đánh giá, theo dõi tình trạng dinh dưỡng trong thời gian nằm viện	4		4	- Bác sĩ điều trị khám, đánh giá tình trạng dinh dưỡng và chỉ định chế độ ăn bệnh lý cho những người bệnh có nhu cầu; - Người bệnh có nguy cơ dinh dưỡng hoặc suy dinh dưỡng khi nhập viện được lập kế hoạch theo dõi, đánh giá tình trạng dinh dưỡng - Người bệnh được chỉ định dinh dưỡng được theo dõi, đánh giá lại tình trạng dinh dưỡng, điều chỉnh chế độ phù hợp. - Người bệnh suy dinh dưỡng nặng được hội chẩn với khoa dinh dưỡng-tiết chế, đánh giá tình trạng dinh dưỡng, lập kế hoạch và can thiệp dinh dưỡng.	CN Quyên	- Các khoa lâm sàng	Quý II/2022	

C7.4	Người bệnh được hướng dẫn, tư vấn chế độ ăn phù hợp với bệnh lý	4		4	- Nhân viên y tế có tư vấn chế độ ăn phù hợp cho người bệnh mắc các bệnh cần có lưu ý đặc biệt về chế độ ăn như đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh thận... - Có góc truyền thông, tranh ảnh về dinh dưỡng ở các khoa lâm sàng và những nơi tập trung nhiều người bệnh và người nhà người bệnh, ví dụ thông tin về dinh dưỡng hợp lý, chế độ ăn cho các bệnh lý, trẻ em, người cao tuổi, phụ nữ mang thai, phụ nữ cho con bú... - Có hướng dẫn, tư vấn chế độ ăn cho người bệnh bằng tranh ảnh, tờ rơi hoặc băng hình... cho ít nhất 3 bệnh (hoặc 3 vấn đề sức khỏe) thường gặp tại bệnh viện. - Tổ chức giáo dục dinh dưỡng cho người bệnh tại khoa điều trị hoặc hội trường. - Khoa DD hướng dẫn, hỗ trợ, kiểm tra, giám sát chế độ dinh dưỡng tại các khoa (Bao gồm việc nuôi con bằng sữa mẹ, thực hành nuôi con hợp lý); - Có phòng tư vấn bệnh riêng, trong đó có cung cấp dịch vụ khám và tư vấn cho người bệnh về dinh dưỡng và chế độ ăn bệnh lý.	CN Quyên	- Các Khoa lâm sàng	Quý II/2022	
C7.5	Người bệnh được cung cấp chế độ dinh dưỡng phù hợp với bệnh lý trong thời gian nằm viện	3		3	3. Người mắc các bệnh liên quan đến dinh dưỡng được hội chẩn giữa nhân viên khoa/tổ dinh dưỡng tiết chế với bác sỹ lâm sàng về chế độ dinh dưỡng. - Xây dựng các khẩu phần ăn bệnh lý khác nhau cho từng đối tượng bệnh; - Cung cấp suất ăn bệnh lý cho từng đối tượng bệnh được bác sỹ chỉ định khẩu phần ăn bệnh lý; - Đảm bảo chất lượng VSATTP, có mẫu lưu thực phẩm, kiểm tra thường xuyên, giám sát vệ sinh nhà bếp.	CN Quyên	- Các Khoa lâm sàng	Quý II/2022	
C8. CHẤT LƯỢNG XÉT NGHIỆM									
C8.1	Bảo đảm năng lực thực hiện các xét nghiệm huyết	3		3	- Khoa/phòng xét nghiệm được bố trí riêng biệt với các khoa lâm sàng và các phòng khác.	- Phòng xét nghiệm	- Khoa cận lâm sàng	Quý II/2022	

	học, hóa sinh, vi sinh và giải phẫu bệnh			- Khoa/phòng xét nghiệm có nhân sự trình độ trung cấp/cao đẳng trở lên đúng chuyên ngành. - Có đầy đủ trang thiết bị, vật tư phục vụ cho các xét nghiệm huyết học, hóa sinh. - Bảo đảm năng lực thực hiện được đầy đủ các xét nghiệm huyết học, hóa sinh cơ bản (theo danh mục kỹ thuật). - Có hướng dẫn sử dụng, bảo dưỡng, vệ sinh máy xét nghiệm; được treo tại máy hoặc đặt tại vị trí tập trung dễ lấy trong phòng xét nghiệm. - Các trang thiết bị, máy móc xét nghiệm có sổ nhật ký hoạt động và được theo dõi thường xuyên, có ghi rõ thời gian hỏng hóc, sửa chữa. - Có hướng dẫn sử dụng máy và nhật ký làm việc, bảo dưỡng/vệ sinh máy; được treo tại máy hoặc đặt tại vị trí tập trung dễ lấy trong Phòng xét nghiệm. - Khoa/phòng xét nghiệm có nhân sự có trình độ đại học đúng chuyên ngành. - Có các trang thiết bị và đủ khả năng thực hiện các xét nghiệm sinh hóa, huyết học, miễn dịch (Theo danh mục kỹ thuật). - Khoa/phòng xét nghiệm có điều hòa nhiệt độ và hoạt động thường xuyên. - Có khu vực lấy bệnh phẩm xét nghiệm (Kể cả phân và nước tiểu) thuận tiện cho người bệnh: Có móc treo quần áo, đồ dùng; có giá để bệnh phẩm và xà phòng, nước rửa tay cho người bệnh. - Tổng thời gian của một loại kỹ thuật xét nghiệm bị tạm dừng do trang thiết bị không hoạt động được do hỏng hóc, sửa chữa không quá 7 ngày trong năm (Chấp nhận hình thức gửi mẫu sang cơ sở y tế khác nếu không có máy thay thế).				
--	--	--	--	---	--	--	--	--

C8.2	Bảo đảm chất lượng các xét nghiệm	3	3	- Có quy định bắt buộc bằng văn bản các máy xét nghiệm sau một thời gian hoạt động phải chạy lại mẫu nội kiểm để kiểm tra lại các thông số của máy theo quy định. - Bảo đảm chạy mẫu nội kiểm trước khi thực hiện xét nghiệm cho người bệnh. - Kết quả chạy mẫu nội kiểm được ghi lại trong sổ nhật ký. - Bệnh viện có quy định bằng văn bản và thực hiện ngoại kiểm. - Có hoạt động thống kê, phân tích và tính độ lệch chuẩn. - Đã thiết lập hệ thống quản lý chất lượng xét nghiệm (Tổ chức, phân công nhiệm vụ, xây dựng quy trình, tài liệu hướng dẫn, đào tạo...). - Có đăng ký tham gia và thực hiện chương trình ngoại kiểm với Trung tâm kiểm chuẩn đã được cấp phép hoạt động. - Có thực hiện hiệu chuẩn thiết bị xét nghiệm theo định kỳ và đột xuất nếu có phát hiện sai lệch. - Nếu phát hiện máy có sai lệch, bệnh viện có hiệu chỉnh hoặc có hình thức/biện pháp xử lý khắc phục ngay để bảo đảm chất lượng xét nghiệm và ghi hồ sơ đầy đủ. - Có nhân viên chuyên trách/kiêm nhiệm về chất lượng xét nghiệm được đào tạo về quản lý chất lượng xét nghiệm (Có chứng chỉ). - Nhân viên Khoa xét nghiệm tham gia đào tạo liên tục đầy đủ theo quy định của Bộ Y tế. - Tiến hành đào tạo và đào tạo liên tục cho nhân viên xét nghiệm về các kỹ thuật mới triển khai tại bệnh viện (Nếu có).	- Phòng Xét nghiệm	- Khoa cận lâm sàng	Quý II/2022	
C9. QUẢN LÝ CUNG ỨNG VÀ SỬ DỤNG THUỐC								

C9. 1	Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức hoạt động dược	4		4	- Có cán bộ phụ trách theo dõi và báo cáo ADR; - Có dược sĩ chuyên trách làm công tác dược lâm sàng và thông tin thuốc. - Khoa Dược có đầy đủ số lượng nhân lực cho các vị trí việc làm trong các bộ phận của Khoa dược (Theo đề án vị trí việc làm hoặc kế hoạch nhân lực). - Khoa Dược có cán bộ chuyên trách làm công tác dược lâm sàng và thông tin thuốc. - Toàn bộ nhân viên Khoa dược bảo đảm được đào tạo liên tục đầy đủ. - Lãnh đạo Khoa Dược có trình độ sau đại học chuyên ngành dược (Hoặc là dược sỹ chính).	- Khoa Dược	- Ban giám đốc	Quý II/2022	
C9.2	Bảo đảm cơ sở vật chất cho Khoa Dược	3		4	16. *Khu vực sơ chế dược liệu, bào chế vị thuốc y học cổ truyền, nơi sắc thuốc, cấp phát thuốc được bố trí ở vị trí phù hợp cho việc vận chuyển và cấp phát thuốc; có đầy đủ trang thiết bị phục vụ công tác sơ chế dược liệu, bào chế vị thuốc y học cổ truyền. - Có sổ và theo dõi thường xuyên nhiệt độ, độ ẩm của các kho thuốc. - Hệ thống kho thuốc xây dựng theo nguyên tắc “Thực hành tốt bảo quản thuốc”. - Tiến hành đánh giá về thực hành và bảo quản thuốc tại kho dược hằng năm. - Tiến hành đánh giá chất lượng nhà thuốc hoặc cơ sở bán lẻ thuốc trong khuôn viên bệnh viện hằng năm. - Khoa Dược kiểm soát được số lượng thuốc thông qua hệ thống phần mềm quản lý của bệnh viện. - Thực hiện đúng quy trình chuẩn cho các hoạt động chuyên môn dược.	- Khoa Dược	- Ban giám đốc	Quý II/2022	

C9.3	Cung ứng thuốc và vật tư y tế tiêu hao đầy đủ, kịp thời, bảo đảm chất lượng	4		4	- Có quy trình cấp phát thuốc trong bệnh viện từ Khoa Dược đến người bệnh. - Không có người bệnh nội trú tự mua thuốc, vật tư y tế tiêu hao. - Bảo đảm cung cấp đầy đủ thuốc, vật tư y tế tiêu hao trong và ngoài danh mục cho người bệnh nội trú. - Bảo đảm cung ứng thuốc, vật tư y tế tiêu hao liên tục, không gián đoạn (Không có tình trạng thiếu thuốc vào cuối tháng, cuối năm hoặc đầu năm). - Có quy trình và phương án tổ chức cung ứng các thuốc hiếm theo yêu cầu điều trị và thuốc điều trị các bệnh hiếm gặp (Trong trường hợp cần điều trị người bệnh tại bệnh viện, không chuyển tuyến).	- Khoa Dược	- Các khoa lâm sàng	Quý II/2022	
C9.4	Sử dụng thuốc an toàn hợp lý	4		4	- Xây dựng quy trình hướng dẫn giám sát sử dụng các thuốc có nguy cơ cao xuất hiện ADR và các sai sót trong sử dụng thuốc. - Khoa dược tập huấn, đào tạo thông tin cho CB y tế trong bệnh viện về hiệu quả và độ an toàn khi sử dụng thuốc (Có tài liệu đào tạo và chương trình đào tạo) 1 lần/năm. - Theo dõi và quản lý các thuốc cần chia liều khi sử dụng. - Tiến hành khảo sát, đánh giá (Nghiên cứu) việc sử dụng thuốc an toàn, hợp lý. - Có báo cáo đánh giá việc sử dụng thuốc, trong đó có chỉ ra những nhược điểm, hạn chế cần khắc phục và đề xuất giải pháp cải tiến chất lượng.	- Khoa Dược	- Các khoa lâm sàng	Quý II/2022	

C9.5	Thông tin thuốc, theo dõi và báo cáo phản ứng có hại của thuốc kịp thời, đầy đủ và có chất lượng	4	4	- Các bản báo cáo ADR có các thông tin tối thiểu cần thiết bao gồm: thông tin về người bệnh, thông tin về ADR, thông tin về thuốc nghi ngờ gây ADR và thông tin về người báo cáo. - Có gửi báo cáo ADR tới trung tâm quốc gia/khu vực về thông tin thuốc và theo dõi phản ứng có hại của thuốc. - Tỷ lệ báo cáo có đầy đủ các thông tin tối thiểu cần thiết chiếm từ 50% trở lên. - Có thông tin thuốc cho bác sĩ điều dưỡng, thuốc mới, chất lượng thuốc, phản ứng có hại của thuốc, sai sót trong sử dụng, các khuyến cáo về thuốc của cơ quan quản lý...bằng nhiều hình thức. - Báo cáo ADR có đầy đủ các thông tin tối thiểu từ 80% trở lên; - Có tổ chức tập huấn, đào tạo, thông tin cho cán bộ y tế trong bệnh viện về hiệu quả và độ an toàn khi sử dụng thuốc (Có tài liệu đào tạo và chương trình) - Tiến hành khảo sát, đánh giá (Hoặc nghiên cứu) về tình hình thực hiện thông tin thuốc, theo dõi và báo cáo phản ứng có hại của thuốc tại bệnh viện. - Có báo cáo đánh giá, trong đó có chỉ ra những nhược điểm, hạn chế cần khắc phục và đề xuất các khuyến cáo, giải pháp cải tiến chất lượng.	- Khoa Dược	- Các khoa lâm sàng	Quý II/2022	
------	--	---	---	---	-------------	---------------------	-------------	--

C9.6	Hội Đồng thuốc và điều trị được thiết lập và điều trị có hiệu quả	3	3	3	- HDT và điều trị có văn bản quy định chức năng nhiệm vụ cụ thể của các thành viên trong hội đồng; - Tổ chức tập huấn, đào tạo về sử dụng thuốc cho nhân viên trong bệnh viện ít nhất 1 lần/năm. - Hội đồng thuốc và điều trị có xây dựng các văn bản quy định về quản lý và sử dụng thuốc trong bệnh viện: a. Các tiêu chí lựa chọn thuốc để xây dựng danh mục thuốc bệnh viện; b. Hướng dẫn điều trị; c. Quy trình và tiêu chí bổ sung hoặc loại bỏ thuốc ra khỏi danh mục; d. Các tiêu chí để lựa chọn thuốc trong đấu thầu mua thuốc; e. Quy trình cấp phát thuốc; f. Sử dụng một số thuốc không nằm trong danh mục; g. Hạn chế sử dụng một số thuốc; h. Sử dụng thuốc biệt dược và thuốc thay thế trong điều trị; i. Quy trình giám sát sử dụng thuốc; j. Quản lý, giám sát hoạt động thông tin thuốc của trình dược viên, công ty dược và các tài liệu quảng cáo thuốc. - Hội đồng thuốc có tổ chức tập huấn, đào tạo về sử dụng thuốc cho nhân viên trong bệnh viện ít nhất 2 lần/năm. - Nhân viên y tế được phổ biến và tuân thủ hướng dẫn điều trị. - Hội đồng có tiến hành phân tích, đánh giá sử dụng thuốc: ABC/VEN và có báo cáo kết quả phân tích theo định kỳ hàng năm.	- Khoa Dược	- Các Khoa lâm sàng	Quý II/2022	
C10. NGHIÊN CỨU KHOA HỌC									

C10.1	Tích cực triển khai nghiên cứu khoa học	3	3	- Có tiến hành sinh hoạt khoa học định kỳ ít nhất 1 lần trong 1 tháng. - Có buổi sinh hoạt hướng dẫn phương pháp nghiên cứu cho nhân viên y tế. - 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: (1) nghiên cứu do bệnh viện chủ trì; (2) nghiên cứu phối hợp thực hiện; (3) tham gia cung cấp số liệu; (4) là địa điểm nghiên cứu cho đơn vị khác thực hiện. - Hợp tác và cung cấp thông tin, số liệu, tài liệu đầy đủ cho các cơ quan quản lý và các đơn vị được giao tiến hành nghiên cứu khoa học phục vụ cho việc xây dựng chiến lược, chính sách y tế (khi được yêu cầu). - Bác sỹ, điều dưỡng và các nhân viên y tế có tham gia các hoạt động nghiên cứu khoa học như xây dựng câu hỏi, thu thập số liệu, viết báo cáo, viết luận văn, luận án tốt nghiệp, viết bài báo khoa học... - Trong năm bệnh viện chủ trì xây dựng và tự tiến hành ít nhất một nghiên cứu khoa học (như các đánh giá, nghiên cứu cải tiến chất lượng dịch vụ và chuyên môn bệnh viện), có báo cáo kết quả nghiên cứu và đã được hội đồng cấp bệnh viện hoặc cấp cao hơn nghiệm thu.	Bs Thiện	Phòng KHNV- ĐD	Quý II/2022	
-------	---	---	---	--	-------------	----------------------	----------------	--

C10.2	Áp dụng kết quả NCKH trong hoạt động bệnh viện và các giải pháp nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh	3		3	- Tổng hợp kết quả các nghiên cứu của bệnh viện có tính khả thi có thể áp dụng để cải tiến hoạt động bệnh viện cũng như nâng cao chất lượng khám chữa bệnh; - Có xây dựng KH triển khai áp dụng các kết quả NCKH để cải tiến hoạt động của bệnh viện. - Áp dụng ít nhất 1 kết quả NCKH của bệnh viện vào hoạt động thực tiễn chuyên môn và quản lý, giúp cải tiến hoạt động của bệnh viện. - Có triển khai áp dụng ít nhất 04 kết quả nghiên cứu vào thực tiễn để cải tiến chất lượng khám, chữa bệnh và nâng cao hoạt động bệnh viện. - Có khảo sát, đánh giá hiệu quả việc áp dụng kết quả nghiên cứu vào thực tiễn, có so sánh trước – sau khi áp dụng.	Bs Thiện	- Các Khoa lâm sàng	Quý II/2022	
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	5	5	- Đã xây dựng quy chế hoạt động của hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện. - Phòng (Hoặc tổ quản lý chất lượng) có ít nhất 3 nhân viên làm việc. - Phòng (Hoặc tổ quản lý chất lượng) có ít nhất một nhân viên chuyên trách về quản lý chất lượng (Làm 100% thời gian, không kiêm nhiệm). - Hội đồng quản lý chất lượng tổ chức các cuộc họp định kỳ theo đúng kế hoạch. - Đã xây dựng và ban hành các văn bản về quản lý chất lượng trong bệnh viện - Có ít nhất 01 lãnh đạo phòng (Trưởng, phó phòng hoặc tổ trưởng, tổ phó) quản lý chất lượng là nhân viên chuyên trách, không kiêm nhiệm chức danh lãnh đạo bệnh viện hoặc lãnh đạo các khoa/phòng khác. - Đã tuyển dụng đủ số lượng nhân viên của phòng/tổ quản lý chất lượng theo đề án và đúng cơ cấu theo vị trí việc làm. - Có ít nhất 80% 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 50% nhân viên y tế của mạng lưới chất lượng tham gia các lớp đào tạo về quản lý chất lượng* và có chứng chỉ (hoặc chứng nhận). - Trưởng phòng (hoặc tổ trưởng) quản lý chất lượng là nhân viên chuyên trách, không kiêm nhiệm các chức danh lãnh đạo khác.	BS Hoàng	- Phòng QLCL- CTXH -TT	Quý II/2022	
------	---	---	---	--	-------------	---------------------------------	----------------	--

D1.2	Xây dựng và triển khai kế hoạch, đề án cải tiến chất lượng bệnh viện	5	5	- Hội đồng quản lý chất lượng xây dựng bảng kiểm hướng dẫn cụ thể việc thực hiện kế hoạch cải tiến chất lượng và đánh giá các việc đã hoàn thành. - Trong bản kế hoạch cải tiến chất lượng chung có ghi rõ tên kế hoạch, nội dung hoạt động, kết quả đầu ra, thời gian, địa điểm, người chịu trách nhiệm chính, kinh phí và các nguồn lực khác để thực hiện. - Trong bản kế hoạch cải tiến chất lượng chung của bệnh viện có xác định số lượng các đề án cải tiến chất lượng theo từng mục tiêu, nguồn kinh phí dự kiến và địa chỉ khoa/phòng đầu mối thực hiện. - Hội đồng quản lý chất lượng hướng dẫn các khoa/phòng triển khai cải tiến chất lượng theo như kế hoạch. - 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. - Xây dựng và triển khai được ít nhất 03 đề án cải tiến chất lượng (Trên quy mô khoa/phòng hoặc toàn bệnh viện). - Bản kế hoạch cải tiến chất lượng chung của bệnh viện được triển khai đầy đủ các mục theo như bảng kiểm đánh giá. - Tỷ lệ các khoa/phòng xây dựng đề án cải tiến chất lượng riêng của từng khoa/phòng chiếm từ 50% tổng số khoa/phòng trở lên. - 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. - Các khoa/phòng triển khai các đề án cải tiến chất lượng của từng khoa/phòng theo lộ trình trong đề án.	Bs Hoàng	- Phòng QLCL-CTXH	Quý II/2022	
------	--	---	---	---	----------	-------------------	-------------	--

D1.3	Xây dựng văn hóa chất lượng	4	4	- Xây dựng khẩu hiệu (Slogan) mang ý nghĩa và đặc trưng của bệnh viện. - Có trang thông tin điện tử của bệnh viện; Thông tin cập nhật thường xuyên ít nhất 1 tuần 1 lần. - Trang thông tin điện tử của bệnh viện cung cấp các thông tin chung về bệnh viện: Lịch sử hình thành và phát triển; thành tích; sơ đồ tổ chức; bộ máy nhân sự, lãnh đạo; biểu trưng, khẩu hiệu, lịch làm việc, giá dịch vụ y tế, truyền thông giáo dục sức khỏe; ưu, nhược điểm về cải tiến chất lượng bệnh viện... *- Xây dựng bộ nhận diện thương hiệu và quy định sử dụng bộ nhận diện thương hiệu. - Áp dụng bộ nhận diện thương hiệu trên toàn bộ các hoạt động chính thức của bệnh viện. - Công bố bộ nhận diện thương hiệu và sử dụng thống nhất trên phạm vi toàn bệnh viện. - 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. - Có ít nhất 30% khoa/phòng đã xây dựng các khẩu hiệu, mục tiêu chất lượng. - Có ít nhất 10% các khẩu hiệu, mục tiêu chất lượng của khoa/phòng mang ý nghĩa đặc trưng cho tính chất công việc của khoa/phòng đó. - Có hình thức khuyến khích, thúc đẩy nhân viên y tế cải tiến chất lượng.	Bs Hoàng	- Phòng QLCL BV-CTXH-TT. - Tổ CNTT	Quý II/2022	
D2. PHÒNG NGỪA CÁC SỰ CỐ KHẮC PHỤC								

D2.1	Phòng ngừa nguy cơ, diễn biến bất thường xảy ra với người bệnh	4		4	- Có biển báo, hướng dẫn người bệnh cách gọi nhân viên y tế trong trường hợp khẩn cấp tại các vị trí dễ quan sát. - Có chuông (hoặc hình thức khác) để liên hệ hoặc báo gọi nhân viên y tế tại các khoa lâm sàng trong trường hợp cần thiết. - Giường chuyên dùng cho hồi sức cấp cứu có hệ thống báo gọi. - 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. - Có hệ thống ô-xy trung tâm cho phòng cấp cứu của khoa. - Các máy thở, máy theo dõi liên tục cho người bệnh, máy truyền dịch... tại giường cấp cứu có cảnh báo tự động nếu gặp tình huống nguy hiểm. - Có cán bộ y tế trực theo dõi camera hoặc theo dõi trực tiếp buồng bệnh 24/24 giờ đối với các buồng bệnh cấp cứu, điều trị tích cực. - Định kỳ ít nhất 6 tháng 1 lần tiến hành rà soát và đánh giá dựa trên bảng kiểm việc thực hiện phòng ngừa các nguy cơ, diễn biến xấu xảy ra với người bệnh tại các khu vực có nguy cơ cao hoặc đã xảy ra các sự cố, trong đó có phát hiện những nhược điểm cần khắc phục, phân tích các sự cố y khoa đã xảy ra (Nếu có).	- Khoa HSCC	- Phòng KHNV-ĐD	Quý II/2022	
D2.2	Xây dựng hệ thống báo cáo, phân tích sự cố Y khoa	4		4	- Có hệ thống báo cáo sự cố y khoa chung của toàn bệnh viện. - Hệ thống báo cáo sự cố y khoa có ghi nhận các sự cố xảy ra. - Toàn bộ các sự cố y khoa xảy ra trong năm được hệ thống báo cáo sự cố y khoa chung của bệnh viện ghi nhận đầy đủ, không bỏ sót các sự cố. - Bệnh viện có quy định về việc quản lý sự cố y khoa. - 100% các Khoa lâm sàng, cận lâm sàng và các khoa/phòng triển khai hệ thống báo cáo sự cố y khoa theo	CN Thảo	Các khoa lâm sàng	Quý II/2022	

				quy định của bệnh viện. - Nhân viên có báo cáo sự cố y khoa đầy đủ theo phiếu báo cáo khi xảy ra sự cố y khoa (Hoặc theo các hình thức báo cáo tự nguyện khác của bệnh viện). - 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. 12. Có phân tích sự cố y khoa theo định kỳ ít nhất 1 lần trong 6 tháng và phản hồi cho cá nhân và tập thể liên quan. 13. Có hình thức động viên, khuyến khích cho người tự giác, tự nguyện báo cáo sự cố y khoa. 14. Có tổng hợp, phân tích số liệu về sự cố y khoa xảy ra tại bệnh viện định kỳ hằng năm và gửi báo cáo tới các khoa/phòng. 15. Có xây dựng các giải pháp khắc phục sự cố y khoa đã được báo cáo. 16. Có tiến hành rà soát, đánh giá lại ít nhất 1 lần trong năm việc ghi chép, báo cáo về sự cố y khoa tại bệnh viện, trong đó xác định những việc đã làm, chưa làm được, hoặc chưa đạt yêu cầu và các mặt hạn chế cần khắc phục.				
D2.3	Thực hiện các biện pháp phòng ngừa để giảm thiểu các sự cố y khoa	4	4	- Triển khai áp dụng bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật tại phòng mổ cho ít nhất 50% số ca phẫu thuật trở lên. - Có xây dựng bảng kiểm đánh giá việc tuân thủ cho ít nhất 5 quy trình kỹ thuật (Ưu tiên các quy trình được thực hiện thường xuyên tại bệnh viện). - Có kiểm tra (Định kỳ thường xuyên hoặc đột xuất) việc tuân thủ quy trình kỹ thuật theo các bảng kiểm đã xây dựng, 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 nhưng được phát hiện và ngăn chặn kịp thời (Là các sự cố “Gần như sắp xảy ra”). - Có xây dựng bảng kiểm đánh giá tình hình thực tế áp	- Ths. Hằng - Khoa Ngoại - Khoa Phụ Sản	Phòng QLCL BV-CTXH-TT	Quý II/2022	

				dụng bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật tại phòng phẫu thuật, phòng thủ thuật. - Có tiến hành giám sát việc áp dụng bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật theo hình thức kiểm tra ngẫu nhiên, không báo trước tại các phòng phẫu thuật, phòng thủ thuật (Phòng quản lý chất lượng – Công tác xã hội làm đầu mỗi giám sát hoặc do hội đồng chất lượng của bệnh viện phân công). - *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...). - Xây dựng bảng kiểm đánh giá việc tuân thủ cho ít nhất 10 quy trình kỹ thuật (Ưu tiên các quy trình được thực hiện thường xuyên tại bệnh viện). - Các sự cố “Gần như sắp xảy ra” được thu thập, tổng hợp và rút kinh nghiệm trên toàn bệnh viện. - Có 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 y khoa.				
D2.4	Bảo đảm xác định chính xác người bệnh khi cung cấp dịch vụ	5	5	- Người cung cấp dịch vụ bảo đảm thực hiện đầy đủ các bước để khẳng định chính xác người bệnh. - Có xây dựng các bảng kiểm để thực hiện kiểm tra, đối chiếu người bệnh và dịch vụ cung cấp. - 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 (Trong trường hợp người bệnh không thể trả lời cần xác nhận thông qua người nhà người bệnh). - 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.	- Phòng KHN-V-ĐD	- Phòng QLCL BV-CTXH-TT; - Tổ CNTT	Quý II/2022	

					- 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. - Tất cả người bệnh được cung cấp mã số/mã vạch duy nhất trong quá trình khám và điều trị để bảo đảm không nhầm lẫn người bệnh khi cung cấp dịch vụ. - Áp dụng giải pháp công nghệ thông tin, các trang thiết bị điện tử và mã số/mã vạch để xác nhận tên và dịch vụ cung cấp cho người bệnh. - Không có trường hợp nhầm lẫn người bệnh trong xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng, phát thuốc cho người bệnh. - Tiến hành rà soát, đánh giá theo định kỳ (ít nhất 1 lần trong năm) việc triển khai thực hiện các biện pháp phòng chống nhầm lẫn người bệnh đang triển khai. - Có báo cáo, đánh giá trong đó có xác định các yếu tố, hành vi, kỹ thuật... có nguy cơ gây nhầm lẫn và đề xuất giải pháp khắc phục. - Tiến hành cải tiến chất lượng, chống nhầm lẫn người bệnh dựa trên kết quả rà soát, đánh giá.				
D2.5	Phòng ngừa các nguy cơ người bệnh bị trượt ngã	4		4	- Có bản danh sách thống kê những người bị trượt ngã (kể cả tự tử) tại bệnh viện trong năm, phân theo các mức độ hậu quả như tử vong; gãy chân, tay; chấn thương sọ não; chấn thương phủ tạng; chảy máu... - Không có vụ việc người bệnh bị rơi ra khỏi xe hoặc cáng trong quá trình vận chuyển trong khuôn viên bệnh viện. - Có tiến hành rà soát tổng thể ít nhất 1 lần trong 1 năm và lập danh sách các vị trí có nguy cơ trượt ngã do thiết kế, do cơ sở hạ tầng không đồng bộ hoặc xuống cấp hoặc do lý do bất kỳ khác dẫn tới nguy cơ trượt ngã. - Có cảnh báo nguy hiểm tại tất cả các vị trí có nguy cơ trượt, ngã như sàn trơn, nhà vệ sinh, cầu thang, vị trí không	- CN Thảo - Phòng QLCL BV-CTXH-TT	- Các khoa lâm sàng	Quý II/2022	

					bằng phẳng... - Các vị trí có nguy cơ trượt, vấp, ngã do cơ sở hạ tầng không đồng bộ, do thiết kế xâ - 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. - Không có người bệnh bị rơi từ các bàn phẫu thuật, thủ thuật. - Không có vụ việc người bệnh bị trượt ngã, gặp hậu quả nghiêm trọng. - Rà soát và đánh giá toàn bộ các trường hợp bị trượt ngã theo danh sách đã thống kê, trong đó có phân tích các nguyên nhân bị trượt ngã và đề xuất các giải pháp hạn chế trượt ngã. - Các giường bệnh được bệnh viện mua mới từ 2016 có thiết kế an toàn, có thanh giường hoặc thanh chắn hạn chế nguy cơ bị rơi, ngã.				
D3. ĐÁNH GIÁ, ĐO LƯỜNG, HỢP TÁC VÀ CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG									
D3.1	Đánh giá chính xác thực trạng và công bố công khai chất lượng bệnh viện	5		5	- Có tổ chức đánh giá chất lượng bệnh viện 6 tháng đầu năm vào thời điểm giữa năm; Có quyết định, biên bản kiểm tra, trong đó có chỉ ra những vấn đề cần ưu tiên khắc phục, cải tiến. - Có bảng thống kê các tiêu mục theo từng tiêu chí trong “Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện” chưa đạt yêu cầu và lý do chưa đạt. - Công bố và phổ biến kết quả “Báo cáo đánh giá chất lượng bệnh viện” cho các khoa/phòng, nhân viên y tế. - Công bố công khai tóm tắt kết quả đánh giá chất lượng bệnh viện cho người bệnh và người nhà người bệnh được biết tại các bảng tin/góc truyền thông... của bệnh viện. - Trong báo cáo có phân tích rõ mặt mạnh, mặt yếu, khó khăn về chất lượng bệnh viện, những tồn tại và biện pháp	- Phòng QLCL BV-CTXH - TT	Bs. Hoàng	Quý II/2022	

					khắc phục. *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 5. 14. Có bản danh sách theo dõi thường xuyên hàng tháng kết quả đánh giá chất lượng với việc cải tiến chất lượng đã thực hiện. 15. Báo cáo tự đánh giá chất lượng bệnh viện cuối năm có đầy đủ thông tin các khía cạnh chất lượng bệnh viện và bảo đảm chất lượng số liệu. 16. 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 2,5%.				
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

D3.2	Đo lường và giám sát cải tiến chất lượng bệnh viện	4	4	- Trong kế hoạch cải tiến chất lượng có xây dựng ít nhất 5 chỉ số chất lượng cụ thể nhằm đánh giá và theo dõi chất lượng chuyên môn, chất lượng dịch vụ. - Có trên 50% khoa/phòng xây dựng được ít nhất 1 chỉ số chất lượng cụ thể nhằm đánh giá và theo dõi chất lượng hoạt động của khoa/phòng đó. - Có bản tổng hợp danh sách các chỉ số chất lượng (Chung của bệnh viện và các khoa/phòng) được theo dõi, giám sát. - Xây dựng các phương pháp và thu thập số liệu cần thiết để phục vụ cho việc đo lường, giám sát các chỉ số chất lượng trong danh sách. - Tiến hành đo lường và có số liệu kết quả thực hiện các chỉ số chất lượng đã nêu trong danh sách. - Hoàn thành đạt được ít nhất 90% các chỉ số chất lượng đã nêu trong bản kế hoạch cải tiến chất lượng chung toàn bệnh viện. - Công bố, phổ biến kết quả đo lường các chỉ số trong danh sách cho nhân viên y tế bằng các hình thức khác nhau (Báo cáo, thông báo, gửi thư điện tử...) - Tiến hành đo lường và có số liệu kết quả thực hiện các chỉ số chất lượng đã nêu trong danh sách. - Hoàn thành đạt được ít nhất 90% các chỉ số chất lượng đã nêu trong bản kế hoạch cải tiến chất lượng chung toàn bệnh viện. - Công bố, phổ biến kết quả đo lường các chỉ số trong danh sách cho nhân viên y tế bằng các hình thức khác nhau (Báo cáo, thông báo, gửi thư điện tử...)	Bs Hoàng .	- Các khoa, phòng	Quý II/2022	
------	--	---	---	---	------------------	-------------------------	----------------	--

D3.3	Hợp tác với các cơ quan quản lý trong việc xây dựng công cụ, triển khai, báo cáo các hoạt động quản lý chất lượng bệnh viện	3		3	- Có gửi công văn, báo cáo liên quan đến hoạt động quản lý chất lượng - Phòng/tổ quản lý chất lượng có lưu trữ các công văn đến, đi, báo cáo phản hồi liên quan đến hoạt động quản lý chất lượng cho Bộ Y tế, Sở Y tế trong năm. - Gửi đầy đủ số lượng các báo cáo liên quan đến hoạt động quản lý chất lượng theo yêu cầu của cơ quan quản lý trong năm. - Các báo cáo liên quan đến hoạt động quản lý chất lượng đầy đủ thông tin và làm theo đúng hướng dẫn. - Báo cáo bảo đảm chất lượng số liệu và các thông tin trung thực, chính xác.	Phòng QLCL-CTXH - TT	- Tổ CNTT	Quý II/2022	
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	- Có bác sỹ chuyên khoa sản (chuyên khoa sơ bộ/định hướng hoặc cao hơn). - Có hộ sinh trung cấp trở lên. - Có phòng khám phụ khoa riêng với đầy đủ các trang thiết bị cơ bản (Theo quy định của Bộ Y tế), có bậc lên xuống bàn khám. - Có phòng thủ thuật riêng biệt. - Có bác sỹ chuyên khoa sản cấp I (hoặc thạc sỹ về chuyên khoa sản) trở lên. - Tỷ lệ hộ sinh có trình độ cử nhân trở lên chiếm ít nhất 30% tổng số hộ sinh của khoa sản (hoặc của tổng các khoa sản trên toàn bệnh viện chuyên khoa)*. - Có triển khai thực hiện kỹ thuật mổ đẻ (mổ lấy thai) mang	Khoa Phụ sản	- Ban giám đốc	Quý II/2022	

					tính thường quy. - Có góc sơ sinh trong phòng đẻ (hoặc có đơn nguyên sơ sinh riêng biệt và cao hơn).				
E1.2	Hoạt động truyền thông về sức khỏe sinh sản, sức khỏe bà mẹ	4		4	- Có gửi công văn, báo cáo liên quan đến hoạt động quản lý chất lượng - Có thực hiện tư vấn về sức khỏe sinh sản và chăm sóc trước sinh, sau sinh, chăm sóc và nuôi dưỡng trẻ nhỏ cho phụ nữ mang thai. - Có bảng thông tin* và truyền thông về sức khỏe sinh sản và chăm sóc trước sinh, sau sinh đặt tại phòng khám, chỗ dễ quan sát cho người bệnh và người thăm/nuôi người bệnh. - Có hộp phát tờ rơi miễn phí truyền thông về sức khỏe sinh sản và chăm sóc trước sinh, sau sinh... - Có nhân viên tư vấn kiêm nhiệm/chuyên trách về sức khỏe sinh sản và chăm sóc trước sinh, sau sinh, trình độ từ cao đẳng/cử nhân điều dưỡng trở lên hoặc bác sỹ. - Có phòng tư vấn về sức khỏe sinh sản và chăm sóc trước sinh, sau sinh. - Có tài liệu cho các lớp học tiền và hậu sản cung cấp cho các đối tượng phụ nữ, người nhà người bệnh (Trong đó có nội dung hướng dẫn nuôi con bằng sữa mẹ). - Có tổ chức lớp học tiền sản định kỳ cho phụ nữ mang thai, bà mẹ cho con bú và các đối tượng khác mỗi tháng ít nhất 1 lần; nội dung về theo dõi, chăm sóc sức khỏe bà mẹ, thai nhi và sơ sinh; chế độ dinh dưỡng, nuôi con bằng sữa mẹ, ăn bổ sung hợp lý ...	- Khoa Phụ Sản	Tổ truyền thông	Quý II/2022	

E1.3	Thực hành tốt nuôi con bằng sữa mẹ.	4	4	- Nhân viên Khoa sản được tập huấn về tư vấn và hỗ trợ bà mẹ nuôi con bằng sữa mẹ chiếm từ 80% trở lên. - Có các hình ảnh tuyên truyền về nuôi con bằng sữa mẹ, được treo ở nơi dễ quan sát. - Có thực hiện tư vấn về nuôi con bằng sữa mẹ. - Có ghi thông tin về tình hình trẻ bú mẹ vào hồ sơ bệnh án hoặc phiếu chăm sóc. - Khoa sản có sổ liệu thống kê theo dõi tình hình thực hành NCBSM, bao gồm trẻ đẻ thường và mổ đẻ. - Các bà mẹ đẻ thường được nằm cùng con suốt 24 giờ trong ngày đạt 80% (Ngoại trừ các trường hợp có chỉ định của bác sỹ không được nằm cùng). - Tỷ lệ các trường hợp đẻ thường được thực hiện đầy đủ cắt rốn chậm, da kề da, bú sớm trong 1 giờ đầu sau sinh đạt tối thiểu 80%. - Tỷ lệ trẻ sơ sinh tại Khoa sản được "Bú mẹ hoàn toàn*" từ 70% trở lên. Tỷ lệ các trường hợp mổ đẻ được thực hiện đầy đủ cắt rốn chậm, da kề da, bú sớm trong 1 giờ đầu sau sinh đạt tối thiểu 30% số trường hợp đủ điều kiện áp dụng. - Nhân viên Khoa sản được tập huấn về tư vấn và hỗ trợ bà mẹ nuôi con bằng sữa mẹ chiếm từ 95% trở lên. - Có nhân viên chuyên trách tư vấn NCBSM đã tham dự lớp tập huấn/đào tạo về nuôi con bằng sữa mẹ và có chứng chỉ/chứng nhận. - Có nhóm hỗ trợ bà mẹ nuôi con bằng sữa mẹ hoạt động thường xuyên (Thành viên là các điều dưỡng, hộ sinh...) có kiến thức và kỹ năng tư vấn, hướng dẫn, hỗ trợ các bà mẹ nuôi con bằng sữa mẹ, thông tắc tia sữa, cách cho trẻ bú đúng, cách duy trì nguồn sữa mẹ. - Tỷ lệ bà mẹ sau sinh được cán bộ y tế tư vấn và giúp đỡ nuôi con bằng sữa mẹ đúng cách đạt 80% trở lên trong số bà mẹ sinh tại bệnh viện. - Tỷ lệ các bà mẹ đẻ thường được nằm cùng con suốt 24	- Khoa Phụ Sản	Tổ truyền thông	Quý II/2022	
------	-------------------------------------	---	---	--	----------------	-----------------	-------------	--

					giờ trong ngày đạt từ 95% trở lên (Ngoại trừ các trường hợp có chỉ định của bác sỹ không được nằm cùng). - Tỷ lệ các trường hợp đẻ thường được thực hiện đầy đủ cắt rốn chậm, da kề da, bú sớm trong 1 giờ đầu sau sinh đạt tối thiểu 80%. - Tỷ lệ các trường hợp mổ đẻ được thực hiện đầy đủ cắt rốn chậm, da kề da, bú sớm trong 1 giờ đầu sau sinh đạt tối thiểu 50% số trường hợp đủ điều kiện áp dụng. - Tỷ lệ trẻ sơ sinh tại Khoa sản được bú mẹ hoàn toàn đạt từ 90% trở lên.				
E2. TIÊU CHÍ NHI KHOA									
E2.1	Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức chăm sóc nhi khoa	3		3	- Có bản mô tả vị trí việc làm cho các vị trí công việc trong khoa điều trị nhi. - Có bác sỹ chuyên Khoa Nhi cấp I (Hoặc thạc sỹ về chuyên Khoa nhi) trở lên. - Tỷ lệ điều dưỡng có trình độ cử nhân trở lên chiếm ít nhất 30% tổng số điều dưỡng của Khoa Nhi (Hoặc của tổng các Khoa Nhi trên toàn bệnh viện chuyên khoa)*. - Tỷ lệ điều dưỡng được đào tạo về nhi chiếm từ 50% tổng số điều dưỡng của Khoa nhi (Hoặc của tổng các Khoa nhi trên toàn bệnh viện chuyên khoa)*. - Có đơn nguyên sơ sinh (Hoặc cao hơn) đầy đủ nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị và năng lực chuyên môn theo quy định của Bộ Y tế với từng tuyến.	- Khoa Nhi	- Ban giám đốc	Quý II/2022	

4. KINH PHÍ THỰC HIỆN:

Giao cho phòng Tài chính kế toán cân đối kinh phí, trích 5% thu viện phí sau khi trừ đi tiền mua hóa chất để mua sắm các dụng cụ, trang thiết bị, vật tư phục vụ cho kế hoạch thực hiện Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện năm 2022, gồm có:

- Tập huấn Phòng cháy chữa cháy	=	15.000.000đ
- Mua, thay lõi lọc nước (2.000.000 x 5)	=	10.000.000đ
- Mua ghế ngồi chờ (2.000.000 x 5)	=	10.000.000đ
- Mua xe đẩy người bệnh (2.000.000 x 5)	=	10.000.000đ
Tổng cộng	=	45.000.000đ

5. BIỆN PHÁP THỰC HIỆN:

Kế hoạch thực hiện Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện năm 2022 giao cho Phòng Quản lý chất lượng bệnh viện - Công tác xã hội – Truyền thông Trung tâm Y tế triển khai cho tất cả các khoa, phòng thực hiện. Hàng quý họp đánh giá kế hoạch nâng cao chất lượng bệnh viện 1 lần, rút kinh nghiệm để thực hiện.

Các Khoa, Phòng, Tổ căn cứ Kế hoạch cải tiến chất lượng tại Trung tâm Y tế, xây dựng kế hoạch của các khoa, phòng, mỗi khoa, phòng khi xây dựng kế hoạch phải có ít nhất 1 chỉ số phù hợp theo từng khoa, phòng, có khả thi thực hiện đạt hiệu quả. Hàng quý, 6 tháng, 9 tháng, năm. Khoa, phòng có sơ, tổng kết báo cáo về Phòng QLCLBV – CTXH- TT Trung tâm Y tế để theo dõi việc thực hiện.

Trong thời gian thực hiện có khó khăn vướng mắc thông báo về Phòng QLCLBV - CTXH - TT để báo cáo lên Hội đồng Quản lý chất lượng bệnh viện có hướng xử trí, uốn nắn kịp thời./.

Duyệt
SỞ Y TẾ

GIÁM ĐỐC

Nơi nhận:

- BGĐ SYT
- Phòng NVY- BHYT SYT
- BGĐ TTYT
- Thành viên HĐQTCLBV
- Thành viên MLQLCLBV
- CT Công đoàn CS
- BT ĐTNCSHCM-TTYT
- Lưu QLCLBV – CTXH-TT

Nguyễn Thanh Hoàng

