

Số: /KH-YTKL

Kon Plông, ngày tháng năm

KẾ HOẠCH CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG NĂM 2022

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

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

Căn cứ kết quả kiểm tra bệnh viện năm 2021;

Căn cứ kết quả khảo sát hài lòng năm 2021;

Nhằm tiến hành các hoạt động cải tiến và nâng cao chất lượng dịch vụ y tế với mục tiêu an toàn, chất lượng, hiệu quả và mang lại sự hài lòng cao nhất có thể cho người bệnh, người dân và nhân viên y tế, Trung tâm Y tế huyện Kon Plông xây dựng và triển khai kế hoạch cải tiến chất lượng năm 2022 với nội dung như sau:

PHẦN A

THỰC TRẠNG CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN NĂM 2021

I. KẾT QUẢ THỰC HIỆN CÁC HOẠT ĐỘNG CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG

1. Kiểm tra, phúc tra kết quả tự kiểm tra của đơn vị (theo bảng điểm)

Nội dung	Kết quả năm 2020	Tự chấm năm 2021
Tỷ lệ tiêu chí áp dụng so với 83 tiêu	99%	99%
Điểm trung bình chung các tiêu chí	2.55	2.64
Tổng điểm các tiêu chí	210	219
Tổng điểm các tiêu chí có hệ số	227	235
Kết quả theo mức:		
Mức 1:	2	2
Mức 2:	37	28

Mức 3:	38	47
Mức 4:	5	5
Mức 5:	0	0

2. Kết quả khảo sát sự hài lòng của người bệnh:

- Tỷ lệ hài lòng chung của người bệnh nội trú: 96% (sơ bộ).
- Tỷ lệ hài lòng chung của người bệnh ngoại trú: 71%.

II. NHỮNG VẤN ĐỀ CÒN TỒN TẠI

1. Cơ sở hạ tầng xuống cấp, thiết kế không phù hợp với nhu cầu thực tế:

- Một số vị trí tường ẩm mốc, bong tróc (buồng khám ngoại, buồng khám tăng cường, một số buồng bệnh, nhà vệ sinh của các khoa lâm sàng);
- Cầu thang nối các tòa nhà độ dốc không phù hợp, Thiếu hệ thống valabo rửa tay tại các buồng thủ thuật, một số buồng bệnh có yêu cầu, hệ thống valabo tại các nhà vệ sinh hư hỏng,...

2. Lưu lượng bệnh nhân đến khám và điều trị còn ít do nhận thức của người dân về chăm sóc sức khỏe còn hạn chế, do bối cảnh tình hình dịch bệnh Covid-19 ảnh hưởng đến công tác thu dung, điều trị bệnh tại các tuyến.

3. Chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh còn thấp, chưa phát triển được các kỹ thuật chuyên môn cao, số kỹ thuật theo đúng phân tuyến chiếm chưa đến 40% tổng số kỹ thuật theo phân tuyến của các Thông tư, văn bản do Bộ Y tế quy định* (theo đúng chuyên ngành); Tuy bước đầu ban hành tài liệu hướng dẫn chẩn đoán, điều trị cho các khoa lâm sàng, nhưng chưa đầy đủ theo danh mục kỹ thuật được Sở Y tế phê duyệt. Công tác phổ biến, áp dụng các quy định chuyên môn thực hiện chưa hiệu quả, chưa có biện pháp giám sát tuân thủ các quy định, quy trình.

4. Chưa có quy hoạch, định hướng phù hợp trong việc phát triển chất lượng nguồn nhân lực đặc biệt là nguồn nhân lực có chất lượng cao (chưa có bác sỹ một số chuyên khoa lẻ, tỷ lệ điều dưỡng, nữ hộ sinh có trình độ đại học còn thấp, chưa có điều dưỡng chuyên khoa, chưa triển khai hoạt động có hiệu quả liên khoa chuyên khoa Răng - Hàm - Mặt, Tai - Mũi - Họng, Mắt...).

5. Công tác an toàn người bệnh triển khai còn nặng tính hình thức, chưa có sự chuyển biến rõ rệt về chất lượng do sự thiếu phối hợp của một số khoa/phòng (khoa Dược - Trang thiết bị - Vật tư y tế không báo cáo các sự cố trong an toàn sử dụng thuốc trong năm 2021).

6. Chưa triển khai được hệ thống giám sát chất lượng chuyên môn, hoạt động giám sát chất lượng còn mang tính đối phó, có kế hoạch giám sát, nhưng chưa triển khai thực hiện, hoặc thực hiện đơn lẻ, không phối hợp các khoa/phòng với nhau. Kết quả giám sát, các nhắc nhở của Ban Giám đốc, các phòng chức năng chưa được các khoa chuyên môn nghiêm túc triển khai.

7. Hoạt động cải tiến chất lượng còn nặng tính hình thức, chưa phát huy được hiệu quả :

- Một số cán bộ viên chức, người lao động trong Trung tâm, còn coi cải tiến chất lượng là gánh nặng, áp lực công việc, không cần thiết, không muốn làm... Chưa hiểu hết các lợi ích của cải tiến chất lượng.

- Một số cán bộ trong Hệ thống chất lượng chưa chủ động học hỏi, tìm tòi... về nâng cao chất lượng bệnh viện nên chưa thực hiện tốt việc hướng dẫn các khoa/phòng triển khai hoạt động nâng cao chất lượng tại Trung tâm.

8. Công tác nghiên cứu khoa học :

- Chưa triển khai các hoạt động nghiên cứu khoa học nhằm mục đích cải tiến chất lượng bệnh viện;

- Việc triển khai sinh hoạt khoa học, chuyên môn định kỳ đã được triển khai hàng tháng, tuy nhiên chất lượng buổi sinh hoạt chưa cao, chưa mời chuyên gia giàu kinh nghiệm về thuyết trình,...

9. Công tác dinh dưỡng, tiết chế: Chưa triển khai được các hoạt động đảm bảo các xuất ăn bệnh lý cho người bệnh ; chưa quản lý được chất lượng vệ sinh an toàn thực phẩm của cơ sở cung cấp suất ăn cho bệnh viện như: có mẫu thực phẩm lưu, kiểm tra thường xuyên, giám sát vệ sinh nhà bếp (phải có biên bản kiểm tra).

10. Công tác Dược: Trưởng khoa Dược - Trang thiết bị - Vật tư y tế, chưa xây dựng 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).

11. Công tác xét nghiệm - CDHA: trình độ chuyên môn của kỹ thuật viên còn hạn chế, chưa, tiến hành ngoại kiểm ; Tiêu chí đánh giá mức chất lượng phòng xét nghiệm y học chưa được triển khai.

PHẦN B

KẾ HOẠCH HOẠT ĐỘNG NĂM 2022

I. MỤC TIÊU

1. Mục tiêu chung:

Đến 31 tháng 12 năm 2022, tỷ lệ điểm đánh giá các tiêu chí chất lượng của bệnh viện so với năm 2021 cải thiện từ 20% trở lên, xóa các Tiêu chí mức 1 ; Mức 2 còn khoảng 30% ; Tiêu chí mức 3 đạt > 60% ; số lượng tiêu chí xếp ở mức 4 trên 10%.

2. Các chỉ số mục tiêu cụ thể : Có phụ lục kèm theo

II. CÁC NỘI DUNG CHÍNH VỀ CHẤT LƯỢNG

1. Xây dựng và triển khai các Đề án cải tiến chất lượng tại các khoa/phòng.
2. Tiếp tục hoàn thiện các nội dung, quy định về an toàn người bệnh
3. Triển khai các hoạt động nâng cao năng lực chuyên môn.
4. Triển khai Tiêu chí đánh giá mức chất lượng phòng xét nghiệm y học.
5. Tham gia nghiên cứu khoa học, áp dụng kết quả nghiên cứu khoa học.
6. Tiến hành triển khai các hoạt động đo lường và giám sát chất lượng

III. TRIỂN KHAI NỘI DUNG

1. Xây dựng triển khai các Đề án cải tiến chất lượng tại các khoa/phòng

1.1. Xây dựng các Đề án/phong trào nâng cao chất lượng.

Mục tiêu chất lượng : 8/12 khoa/phòng xây dựng và triển khai các đề án/phong trào chất lượng (*phụ lục 1 kèm theo*).

- Ban Giám đốc phát động phong trào cải tiến chất lượng trong toàn bệnh viện. Công đoàn, Đoàn thanh niên và Tổ Nữ công phát động và khuyến khích các đoàn viên tích cực tham gia phong trào.

- Các khoa/phòng xây dựng Kế hoạch cải tiến chất lượng của khoa/phòng căn cứ vào tình hình thực tế và chỉ tiêu kế hoạch được giao.

- Đăng ký với Hội đồng Quản lý chất lượng các Đề án cải tiến chất lượng thực hiện tại các khoa/phòng trong năm. Hội đồng QLCL trực tiếp chỉ định, đặt hàng khoa/phòng triển khai Đề án cải tiến khi không đủ 50% khoa/phòng xây dựng đề án, có trách nhiệm hướng dẫn các khoa/phòng triển khai các Đề án theo đúng lộ trình đề ra.

- Khen thưởng 3 khoa/phòng có kế hoạch/đề án cải tiến chất lượng tốt nhất. Phê bình và giảm hình thức thi đua cuối năm của các khoa/phòng không xây dựng hoặc xây dựng kế hoạch sau thời hạn qui định.

- Thời gian hoàn thành:

+ Xây dựng kế hoạch cải tiến chất lượng của từng khoa/phòng: tháng 5 năm 2022.

+ Sáng kiến cải tiến của cá nhân: liên tục trong năm.

- Kinh phí: 500.000 đồng/1 cải tiến chất lượng xuất sắc của khoa/phòng và 200.000 đồng/1 sáng kiến cá nhân (từ quỹ y dược học và quỹ hội điều dưỡng).

1.2. Đưa công nghệ thông tin vào trong công tác nâng cao chất lượng

- Ứng dụng tối thiểu 08 phần mềm trong công tác quản lý bệnh viện.

- Xây dựng, phát triển mạng thông tin nội bộ (mạng LAN) trong toàn trung tâm.

- Duy trì hoạt động Website, fanpage,... của bệnh viện và thường xuyên cập nhật thông tin.

- Tổ Công nghệ thông tin nhận dữ liệu từ các khoa/phòng có liên quan để đưa thông tin lên website, fanpage,...

- Thời gian: thực hiện liên tục.

- Kinh phí : Từ nguồn kinh phí chi thường xuyên của đơn vị năm 2022.

2. Xây dựng, triển khai các hoạt động về an toàn người bệnh.

2.1. Xây dựng và hoàn thiện hệ thống các văn bản hướng dẫn, quy trình, quy định về an toàn người bệnh

Mục tiêu chất lượng: Xây dựng, thực hiện được 02 quy trình, quy định về an toàn người bệnh.

- Giao Ban An toàn người bệnh là đầu mối triển khai các hoạt động an toàn người bệnh. Chịu trách nhiệm chính trong việc phối hợp với các khoa/phòng xây dựng các quy trình, quy định về an toàn người bệnh. Tổ chức giám sát việc thực hiện.

- Giao khoa Dược - Trang thiết bị - Vật tư y tế nghiên cứu các văn bản quy phạm pháp luật, văn bản chỉ đạo của Bộ Y tế, Sở Y tế,.. để triển khai công tác chuyên môn hiệu quả, đúng quy định. Đẩy mạnh công tác triển khai các hoạt động đảm bảo an toàn sử dụng thuốc, trong đó chú trọng đến công tác giám sát kê đơn thuốc an toàn, hợp lý.

- Thời gian hoàn thành: liên tục trong năm, định kỳ đánh giá, phân tích số liệu 3 tháng/ lần

2.2. Thực hiện tốt các quy định về Quyền và lợi ích của người bệnh.

Mục tiêu chất lượng: 100% các khoa phòng thực hiện tốt các quy định về Quyền và lợi ích của người bệnh.

2.2.1. Người bệnh được cung cấp thông tin và tham gia vào quá trình điều trị:

Mục tiêu chất lượng: xây dựng được thêm phiếu tóm tắt quy trình chuyên môn cho 5 bệnh thường gặp tại đơn vị.

- Cung cấp cho người bệnh đầy đủ thông tin về bệnh tật và quá trình điều trị: chẩn đoán, nguy cơ, tiên lượng, thời gian điều trị, giá dịch vụ,...

- Phòng Tài chính - Kế toán công khai bảng giá dịch vụ khám, chữa bệnh tại các khoa lâm sàng tại các vị trí dễ nhìn, dễ đọc.

2.2.2. Tăng cường hoạt động của đường dây nóng.

Mục tiêu chất lượng: 100% ý kiến phản ánh, thắc mắc của người bệnh, người nhà được phản hồi, giải quyết kịp thời, thỏa đáng.

- Thực hiện tốt Chỉ thị 09/CT-BYT ngày 22/11/2013 của Bộ Y tế về việc tăng cường tiếp nhận và xử lý ý kiến phản ánh của người dân về chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh thông qua đường dây nóng.

- Giao phòng Tổ chức - Hành chính làm đầu mối triển khai hoạt động đường dây nóng.

Phân công cán bộ trực đường dây nóng 24/24 giờ. Tiến hành chia nhóm, đánh giá, phân tích các nguyên nhân.

2.2.3. Khảo sát sự hài lòng của người bệnh

Mục tiêu chất lượng: 100% các khoa lâm sàng, cận lâm sàng tiến hành khảo sát sự hài lòng của người bệnh ít nhất 4 lần/năm.

- Thành lập và kiện toàn Ban khảo sát hài lòng.
- Tiến hành phân tích, đánh giá kết quả, công bố kết quả khảo sát từ đó đưa ra các giải pháp cải tiến chất lượng.
- Thời gian thực hiện: 1 lần / quý.
- Kinh Phí: từ nguồn kinh phí chi thường xuyên của đơn vị năm 2022.

2.2.4. Nâng cao chất lượng hoạt động của Tổ công tác xã hội

Mục tiêu chất lượng: Trong năm 2022, tổ chức được ít nhất 10 đợt hỗ trợ bệnh nhân nghèo, sẵn sàng hỗ trợ người bệnh và thân nhân khi có khó khăn, cung cấp các thông tin hỗ trợ cần thiết khác.

- Huy động nội lực (cán bộ CC,VC, NLĐ trong đơn vị ủng hộ, quyên góp), ngoại lực (các nhà hảo tâm, ban ngành, đoàn thể,...).
- Tổ chức tập huấn các kỹ năng cứng, mềm cho các thành viên của Tổ.
- Thời gian: liên tục trong năm.

2.3. Đẩy mạnh hoạt động quản lý sự cố y khoa

Mục tiêu chất lượng: 100% khoa lâm sàng, cận lâm sàng thực hiện tốt công tác báo cáo, tổng hợp, phân tích và khắc phục sự cố chuyên môn.

- Triển khai ứng dụng sáng kiến cải tiến chất lượng phần mềm báo cáo và phân tích sự cố y khoa.
- Tổ chức công tác ghi nhận và xử lý các sự cố chuyên môn
- Tổ QLCL đảm bảo phân tích nguyên nhân gốc và phản hồi cho 100% các phiếu báo sự cố.
- Tổ QLCL tổng kết báo cáo sự cố theo mỗi quý và đề xuất khen thưởng các cá nhân và khoa/phòng có thành tích tốt trong công tác.
- Báo cáo đánh giá về sai sót, sự cố và phân tích xu hướng, nguyên nhân và đề xuất giải pháp hạn chế sai sót, sự cố.

- Có ghi lại và có báo cáo các hành vi đã xảy ra trên thực tế, có thể gây ra hậu quả (là các sự cố, sai sót “gần như sắp xảy ra”) nhưng được phát hiện và ngăn chặn kịp thời.

- Các sai sót “gần như sắp xảy ra” được thu thập, tổng hợp và rút kinh nghiệm trên toàn bệnh viện.

- Thời gian thực hiện: Liên tục trong năm, định kỳ đánh giá, phân tích số liệu 6 tháng/ lần

- Kinh Phí: từ nguồn kinh phí chi thường xuyên của đơn vị năm 2022.

3. Triển khai các hoạt động nâng cao năng lực chuyên môn.

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

3.1.1. *Xây dựng, hiệu chỉnh phác đồ điều trị, quy trình bảng kiểm và rà soát cập nhật bảng kiểm cũ cho tất cả các quy trình kỹ thuật.*

Mục tiêu chất lượng: Đến cuối năm 2022, Hoàn thiện được 100 phác đồ chuyên môn.

- Ban phác đồ điều trị trực thuộc Hội đồng QLCL phối hợp với các khoa/phòng có liên quan xây dựng và triển khai các tài liệu: Hướng dẫn điều trị, Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh căn cứ theo mô hình bệnh tật tại Trung tâm trình Hội đồng khoa học và công nghệ thông qua.

- Thời gian hoàn thành: Trước 30/4/2022.

- Kinh phí: từ nguồn kinh phí chi thường xuyên của đơn vị năm 2022.

3.1.2. *Kiểm tra, giám sát việc thực hiện các quy trình kỹ thuật, hướng dẫn chuyên môn theo bảng kiểm.*

- Ban Phác đồ điều trị phối hợp với các phòng Kế hoạch - Nghiệp vụ, phòng Điều dưỡng, khoa Dược - Trang thiết bị - Vật tư y tế tiến hành kiểm tra việc tuân thủ hướng dẫn chuyên môn.

- Thời gian: định kỳ hàng tháng hoặc đột xuất và có biên bản kiểm tra lưu trữ.

3.2. Đẩy mạnh việc triển khai công tác đào tạo nâng cao chất lượng nguồn nhân lực

3.2.1. *Công tác đào tạo liên tục*

Mục tiêu chất lượng: trong năm 2022, cử 01 điều dưỡng đi đào tạo về nhi khoa.

- Giao phòng Tổ chức - Hành chính chịu trách nhiệm xây dựng và triển khai kế hoạch đào tạo liên tục theo nhu cầu thực tế, định hướng phát triển chuyên môn kỹ thuật tại Trung tâm, theo dõi các lớp đào tạo, tham mưu Ban Giám đốc cử cán bộ tham gia.

- Thời gian hoàn thành: quý IV năm 2022.
- Kinh phí: từ nguồn kinh phí chi thường xuyên của đơn vị năm 2022

3.2.2. Tiến hành đào tạo tại chỗ

Mục tiêu chất lượng: Đẩy mạnh hoạt động bình bệnh án, sinh hoạt khoa học định kỳ 2 tháng/lần;

- Giao Phòng Kế hoạch - Nghiệp vụ cùng các khoa/phòng liên quan phối hợp xây dựng và triển khai kế hoạch bình bệnh án và sinh hoạt khoa học.

- Triển khai các hoạt động đào tạo các kỹ năng: lập kế hoạch, triển khai các hoạt động cải tiến chất lượng,...

- Thời gian hoàn thành: liên tục trong năm.
- Kinh phí: từ nguồn kinh phí chi thường xuyên của đơn vị năm 2022.

3.3. Triển khai các kỹ thuật mới

3.3.1. Mục tiêu chất lượng: Trong năm 2022, tỷ lệ danh mục kỹ thuật thực hiện tại Trung tâm Y tế huyện Kon Plông đạt trên 40% theo quy định về phân tuyến kỹ thuật tại các Thông tư 43 và 21.

- Giao các khoa/phòng xây dựng và triển khai các kế hoạch thực hiện kỹ thuật mới tại khoa; Xây dựng hồ sơ theo quy định về triển khai các kỹ thuật mới gửi về phòng Kế hoạch - Nghiệp vụ.

- Giao phòng Kế hoạch - Nghiệp vụ làm đầu mối tổng hợp, thực hiện các thủ tục đề nghị phê duyệt và triển khai các kỹ thuật mới trong năm.

- Thời gian hoàn thành: trước tháng 10/2022.
- Kinh phí: từ nguồn kinh phí chi thường xuyên của đơn vị năm 2022.

3.3.2. Mục tiêu chất lượng: Trong năm 2022, triển khai 01 phòng khám chuyên khoa lẻ

- Giao khoa Liên chuyên khoa (Răng Hàm Mặt - Mắt - Tai Mũi Họng) chịu trách nhiệm dự trù trang thiết bị, hoá chất, ... triển khai các dịch vụ khám, tư vấn và điều trị các bệnh về răng miệng.

- Thời gian hoàn thành: trước tháng 8/2022.
- Kinh phí: từ nguồn kinh phí chi thường xuyên của đơn vị năm 2022.

6. Triển khai Tiêu chí đánh giá mức chất lượng phòng xét nghiệm y học, xây dựng phòng xét nghiệm đạt an toàn sinh học cấp I.

Mục tiêu chất lượng: Đạt mức 2 chất lượng xét nghiệm theo Tiêu chí đánh giá mức chất lượng phòng xét nghiệm y học đảm bảo nâng cao chất lượng xét nghiệm tại Trung tâm.

- Giao khoa Xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh chịu trách nhiệm tham mưu Ban giám đốc các hoạt động triển khai Tiêu chí đánh giá mức chất lượng phòng xét nghiệm y học.

- Khoa Xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh tham mưu Ban giám đốc thành lập Đoàn tự chấm điểm theo Tiêu chí đánh giá mức chất lượng phòng xét nghiệm y học, trên cơ sở điểm đạt được xây dựng kế hoạch triển khai, dự trù kinh phí, chuẩn bị về nhân lực,...

- Hội đồng Quản lý chất lượng hướng dẫn khoa Xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh triển khai một số các nội dung liên quan đến triển khai ISO tại khoa.

- Khoa Xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh phối hợp với các phòng ban chức năng tiến hành rà soát, tham mưu Ban Giám đốc mua sắm, sửa chữa, bảo dưỡng cơ sở hạ tầng, trang thiết bị triển khai phòng xét nghiệm đạt an toàn sinh học cấp I

- Thời gian hoàn thành: kế hoạch triển khai hoàn thành trước 20/3/2022.

- Kinh phí : từ nguồn kinh phí chi thường xuyên của đơn vị năm 2022.

7. Tham gia nghiên cứu khoa học, áp dụng kết quả nghiên cứu khoa học trong hoạt động của bệnh viện.

- *Chỉ tiêu cần đạt : Trong năm 2022, bệnh viện triển khai nghiên cứu 02 đề tài khoa học. Triển khai áp dụng kết quả 03 đề tài nghiên cứu khoa học trong thực tiễn hoạt động của bệnh viện nhằm nâng cao chất lượng.*

- Các cá nhân, tập thể đã đăng ký đề tài nghiên cứu khoa học tổ chức triển khai thực hiện đúng theo kế hoạch.

- Khen thưởng các cá nhân có đóng góp cho thành tích chung của bệnh viện ở lĩnh vực nghiên cứu khoa học (có bài đăng báo tạp chí), có sáng kiến cải tiến, kỹ thuật lâm sàng mới...

- Thời gian hoàn thành : trước quý IV năm 2022.

- Kinh phí : 10.000.000 đồng (từ nguồn kinh phí chi thường xuyên của đơn vị năm 2022).

8. Tiến hành triển khai các hoạt động đo lường và giám sát chất lượng.

Mục tiêu chất lượng 1: 50% các khoa/phòng xây dựng được 1 chỉ số chất lượng cụ thể dưới sự hướng dẫn của Tổ QLCL .

Mục tiêu chất lượng 2: Triển khai đo lường, giám sát chất lượng toàn trung tâm 6 tháng 01 lần.

- Giao Tổ QLCL hướng dẫn các khoa/phòng xây dựng bộ chỉ số chất lượng, giám sát các hoạt động đo lường, cải tiến chất lượng;

- Định kỳ 6 tháng 1 lần, Hội đồng QLCL tham gia công tác đánh giá, đo lường giám sát chất lượng, đột xuất theo yêu cầu của Giám đốc bệnh viện..

- Thời gian hoàn thành: đợt I cuối quý II, năm 2022, đợt II cuối quý IV, năm 2022.

- Kinh phí: từ nguồn kinh phí chi thường xuyên của đơn vị năm 2022.

IV. KINH PHÍ HOẠT ĐỘNG CẢI TIẾN CLBV NĂM 2022

(Dự kiến 50.000.000 đồng, từ nguồn kinh phí chi thường xuyên và nguồn khám chữa bệnh BHYT của đơn vị năm 2022).

V. TỔ CHỨC THỰC HIỆN

- Giao các khoa/phòng xây dựng kế hoạch cải tiến chất lượng, có đưa ra ít nhất 1 chỉ số chất lượng cụ thể nhằm đánh giá và theo dõi chất lượng hoạt động của khoa/phòng đó.

- Hội đồng QLCL là bộ phận đầu mối tiếp nhận và triển khai mọi nội dung liên quan đến công tác cải tiến chất lượng bệnh viện; phân công một số khoa/phòng phụ trách hoạt động cải tiến chất lượng bệnh viện theo các tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện.

- Tổ QLCL chịu trách nhiệm tiến hành đo lường và giám sát kế hoạch cải tiến chất lượng dựa trên bản kế hoạch của bệnh viện và từng khoa/phòng. Thời gian thực hiện: 4 lần/năm vào các tháng 5, 7, 9 và 11.

Trên đây là kế hoạch cải tiến chất lượng bệnh viện năm 2022 của Trung tâm Y tế huyện Kon Plông./.

Nơi nhận:

- Sở Y tế;
- Các khoa/phòng trực thuộc;
- Ban An toàn người bệnh ;
- Ban khảo sát hài lòng NB ;
- Tổ Kiểm soát nhiễm khuẩn ;
- Lưu VT, QLCL.

**KT. GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC**

Quách Hữu Nam

PHỤ LỤC 1: MỨC CHẤT LƯỢNG CẦN ĐẠT ĐƯỢC TRONG NĂM 2022

Mã số	Chỉ tiêu	Kết quả đánh giá năm 2021	Mục tiêu đạt năm 2022	Bộ phận chịu trách nhiệm	Bộ phận phối hợp	Đánh giá kết quả
A	PHẦN A. HƯỚNG ĐẾN NGƯỜI BỆNH (19)					
A1	A1. Chỉ dẫn, đón tiếp, hướng dẫn, cấp cứu người bệnh (6)					
A1.1	Người bệnh được chỉ dẫn rõ ràng, đón tiếp và hướng dẫn cụ thể	4	4	P. TC-HC	K. Khám - HSCC	
A1.2	Người bệnh được chờ đợi trong phòng đầy đủ tiện nghi và được vận chuyển phù hợp với tình trạng bệnh tật	3	3			
A1.3	Bệnh viện tiến hành cải tiến quy trình khám bệnh, đáp ứng sự hài lòng người bệnh	3	3	Khám-HSCC, XN-CDHA	P. TCKT	
A1.4	Bệnh viện bảo đảm các điều kiện cấp cứu người bệnh kịp thời	3	3	Khám - HSCC		
A1.5	Người bệnh được làm các thủ tục, khám bệnh, thanh toán... theo đúng thứ tự bảo đảm tính công bằng và mức ưu tiên	3	3	XN-CDHA	Khám-HSCC,	
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			
A2	A2. Điều kiện cơ sở vật chất phục vụ người bệnh (5)					
A2.1	Người bệnh điều trị nội trú được nằm một người một giường	2	3	Các khoa lâm sàng	Phòng TCHC	
A2.2	Người bệnh được sử dụng buồng vệ sinh sạch sẽ và đầy đủ các phương tiện	2	3	Các khoa lâm sàng	Phòng TCHC	
A2.3	Người bệnh được cung cấp vật dụng cá nhân đầy đủ, sạch sẽ, chất lượng tốt	3	3	Các khoa lâm sàng	Phòng TCHC	
A2.4	Người bệnh được hưởng các tiện nghi bảo đảm sức khỏe, nâng cao thể trạng và tâm lý	3	3	Các khoa lâm sàng	Phòng TCHC	

A2.5	Người khuyết tật được tiếp cận với các khoa/phòng, phương tiện và dịch vụ khám, chữa bệnh trong bệnh viện	2	2	Các khoa lâm sàng	Phòng TCHC	
A3	A3. Môi trường chăm sóc người bệnh (2)					
A3.1	Người bệnh được điều trị trong môi trường, cảnh quan xanh, sạch, đẹp	3	3	Các khoa lâm sàng	Phòng TCHC	
A3.2	Người bệnh được khám và điều trị trong khoa/phòng gọn gàng, ngăn nắp	3	3	Các khoa lâm sàng	Phòng TCHC	
A4	A4. Quyền và lợi ích của người bệnh (6)					
A4.1	Người bệnh được cung cấp thông tin và tham gia vào quá trình điều trị	3	3	Các khoa lâm sàng	P. KHNV, điều dưỡng, TCKT	
A4.2	Người bệnh được tôn trọng quyền riêng tư cá nhân	3	3	Các khoa lâm sàng	P. KHNV, điều dưỡng	
A4.3	Người bệnh được nộp viện phí thuận tiện, công khai, minh bạch, chính xác	3	3	Phòng TCKT	Các khoa lâm sàng	
A4.4	Người bệnh được hưởng lợi từ chủ trương xã hội hóa y tế	0				
A4.5	Người bệnh có ý kiến phản nàn, thắc mắc hoặc khen ngợi được bệnh viện tiếp nhận, phản hồi, giải quyết kịp thời	3	3	Phòng TCHC	Các đơn vị trực thuộc	
A4.6	Bệnh viện thực hiện khảo sát, đánh giá sự hài lòng người bệnh và tiến hành các biện pháp can thiệp	3	3	Ban khảo sát hài lòng	Các khoa lâm sàng	
B	PHÂN B. PHÁT TRIỂN NGUỒN NHÂN LỰC BỆNH VIỆN (14)					
B1	B1. Số lượng và cơ cấu nhân lực bệnh viện (3)					
B1.1	Xây dựng kế hoạch phát triển nhân lực bệnh viện	3	3	Phòng TCHC	Các đơn vị trực thuộc	
B1.2	Bảo đảm và duy trì ổn định số lượng nhân lực bệnh viện	2	3	Phòng TCHC	Các đơn vị trực thuộc	
B1.3	Bảo đảm cơ cấu chức danh nghề nghiệp của nhân lực bệnh viện	3	3	Phòng TCHC	Các đơn vị trực thuộc	
B2	B2. Chất lượng nguồn nhân lực (3)			Phòng TCHC	Các đơn vị trực thuộc	
B2.1	Nhân viên y tế được đào tạo và phát triển kỹ năng nghề nghiệp	4	4	Phòng TCHC	Các đơn vị trực thuộc	

B2.2	Nhân viên y tế được nâng cao kỹ năng ứng xử, giao tiếp, y đức	3	3	Phòng TCHC	Các đơn vị trực thuộc	
B2.3	Bệnh viện duy trì và phát triển bền vững chất lượng nguồn nhân lực	2	2	Phòng TCHC	Các đơn vị trực thuộc	
B3	B3. Chế độ đãi ngộ và điều kiện, môi trường làm việc (4)					
B3.1	Bảo đảm chính sách tiền lương, chế độ đãi ngộ của nhân viên y tế	3	3	Công đoàn	Phòng TCKT Phòng TCHC	
B3.2	Bảo đảm điều kiện làm việc, vệ sinh lao động và nâng cao trình độ chuyên môn cho nhân viên y tế	4	4	Công đoàn	Phòng TCKT Phòng TCHC	
B3.3	Sức khỏe, đời sống tinh thần của nhân viên y tế được quan tâm và cải thiện	2	3	Công đoàn	Phòng TCKT Phòng TCHC	
B3.4	Tạo dựng môi trường làm việc tích cực cho nhân viên y tế	4	4	Công đoàn	Phòng TCKT Phòng TCHC	
B4	B4. Lãnh đạo bệnh viện (4)					
B4.1	Xây dựng kế hoạch, quy hoạch, chiến lược phát triển bệnh viện và công bố công khai	3	3	Phòng KHNV	Phòng TCHC	
B4.2	Triển khai văn bản của các cấp quản lý	4	4	Ban Giám đốc	Các đơn vị trực thuộc	
B4.3	Bảo đảm chất lượng nguồn nhân lực quản lý bệnh viện	3	3	Phòng TCHC	Các đơn vị trực thuộc	
B4.4	Bồi dưỡng, phát triển đội ngũ lãnh đạo và quản lý kế cận	3	3	Phòng TCHC		
C	PHẦN C. HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN (35)					
C1	C1. An ninh, trật tự và an toàn cháy nổ (2)			Phòng TCHC	Các đơn vị trực thuộc	
C1.1	Bảo đảm an ninh, trật tự bệnh viện	2	3	Phòng TCHC	Các đơn vị trực thuộc	
C1.2	Bảo đảm an toàn điện và phòng chống cháy nổ	2	2	Phòng TCHC	Các đơn vị trực thuộc	
C2	C2. Quản lý hồ sơ bệnh án (2)					
C2.1	Hồ sơ bệnh án được lập đầy đủ, chính xác, khoa học	3	3	Phòng KHNV	Các khoa lâm sàng	
C2.2	Hồ sơ bệnh án được quản lý chặt chẽ, đầy đủ, khoa học	3	3	Phòng KHNV	Các khoa lâm sàng	

C3	C3. Ứng dụng công nghệ thông tin (2) (điểm x2)					
C3.1	Quản lý tốt cơ sở dữ liệu và thông tin y tế	3	3	Phòng KHNV	Các đơn vị trực thuộc	
C3.2	Thực hiện các giải pháp ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý và hoạt động chuyên môn	3	3	Tổ CNTT	Các đơn vị trực thuộc	
C4	C4. Phòng ngừa và kiểm soát nhiễm khuẩn (6)					
C4.1	Thiết lập và hoàn thiện hệ thống kiểm soát nhiễm khuẩn	3	3	Tổ KSNK	Phòng TCHC	
C4.2	Xây dựng và hướng dẫn nhân viên y tế thực hiện các quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện	3	3	Tổ KSNK	Các khoa lâm sàng	
C4.3	Triển khai chương trình và giám sát tuân thủ rửa tay	2	2	Tổ KSNK	Các khoa lâm sàng	
C4.4	Đánh giá, giám sát và triển khai kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện	3	3	Tổ KSNK	Các khoa lâm sàng	
C4.5	Chất thải rắn bệnh viện được quản lý chặt chẽ, xử lý an toàn và tuân thủ theo đúng quy định	2	2	Phòng TCHC	Tổ KSNK	
C4.6	Chất thải lỏng bệnh viện được quản lý chặt chẽ, xử lý an toàn và tuân thủ theo đúng quy định	2	2	Phòng TCHC	Tổ KSNK	
C5	C5. Năng lực thực hiện kỹ thuật chuyên môn (5) (điểm x2)					
C5.1	Thực hiện danh mục kỹ thuật theo phân tuyến kỹ thuật	1	2	Các khoa lâm sàng	Phòng KHNV	
C5.2	Nghiên cứu và triển khai áp dụng các kỹ thuật mới, phương pháp mới	2	2	Các khoa lâm sàng	Phòng KHNV	
C5.3	Áp dụng các hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh và triển khai các biện pháp giám sát chất lượng	2	3	Ban phác đồ điều trị	Các khoa lâm sàng	
C5.4	Xây dựng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị	3	3	Ban phác đồ điều trị	Các khoa lâm sàng	
C5.5	Áp dụng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đã ban hành và giám sát việc thực hiện	2	3	Ban phác đồ điều trị	Các khoa lâm sàng	
C6	C6. Hoạt động điều dưỡng và chăm sóc người bệnh (3)					
C6.1	Hệ thống điều dưỡng trưởng được thiết lập và hoạt động hiệu quả	2	3	Phòng Điều dưỡng	Các khoa lâm sàng	
C6.2	Người bệnh được điều dưỡng hướng dẫn, tư vấn điều trị và chăm sóc, giáo dục sức khỏe phù hợp với bệnh đang được điều trị	3	3	Phòng Điều	Các khoa lâm sàng	

				dưỡng		
C6.3	Người bệnh được chăm sóc vệ sinh cá nhân trong quá trình điều trị tại bệnh viện	3	3	Phòng Điều dưỡng	Các khoa lâm sàng	
C7	C7. Năng lực thực hiện chăm sóc dinh dưỡng và tiết chế (5)					
C7.1	Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức để thực hiện công tác dinh dưỡng và tiết chế trong bệnh viện	2	2	Khoa ATTP và dinh dưỡng tiết chế	Các khoa lâm sàng	
C7.2	Bệnh viện bảo đảm cơ sở vật chất để thực hiện công tác dinh dưỡng và tiết chế trong bệnh viện	2	2	Khoa ATTP và dinh dưỡng tiết chế	Các khoa lâm sàng	
C7.3	Người bệnh được đánh giá, theo dõi tình trạng dinh dưỡng trong thời gian nằm viện	3	3	Khoa ATTP và dinh dưỡng tiết chế	Các khoa lâm sàng	
C7.4	Người bệnh được hướng dẫn, tư vấn chế độ ăn phù hợp với bệnh lý	3	3	Khoa ATTP và dinh dưỡng tiết chế	Các khoa lâm sàng	
C7.5	Người bệnh được cung cấp chế độ dinh dưỡng phù hợp với bệnh lý trong thời gian nằm viện	2	2	Khoa ATTP và dinh dưỡng tiết chế	Các khoa lâm sàng	
C8	C8. Chất lượng xét nghiệm (2)					
C8.1	Bảo đảm năng lực thực hiện các xét nghiệm huyết học, hóa sinh, vi sinh và giải phẫu bệnh	1	2	Khoa XN-CDHA		
C8.2	Bảo đảm chất lượng các xét nghiệm	2	2	Khoa XN-		

				CDHA		
C9	C9. Quản lý cung ứng và sử dụng thuốc (6)					
C9.1	Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức hoạt động dược	3	3	Khoa Dược TTB	Phòng TCHC	
C9.2	Bảo đảm cơ sở vật chất khoa Dược	3	3	Khoa Dược TTB		
C9.3	Cung ứng thuốc và vật tư y tế tiêu hao đầy đủ, kịp thời, bảo đảm chất lượng	3	3	Khoa Dược TTB	Các khoa lâm sàng	
C9.4	Sử dụng thuốc an toàn, hợp lý	3	3	Khoa Dược TTB	Các khoa lâm sàng	
C9.5	Thông tin thuốc, theo dõi báo cáo phản ứng có hại của thuốc (ADR) kịp thời, đầy đủ và có chất lượng	3	3	Khoa Dược TTB	Các khoa lâm sàng	
C9.6	Hội đồng thuốc và điều trị được thiết lập và hoạt động hiệu quả	3	3	Hội đồng thuốc và điều trị	Khoa Dược TTB	
C10	C10. Nghiên cứu khoa học (2)					
C10.1	Tích cực triển khai hoạt động nghiên cứu khoa học	2	2	Hội đồng KHCN	Các đơn vị	
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	2	2	Hội đồng KHCN	Các đơn vị	
D	PHẦN D. HOẠT ĐỘNG CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG (11)					
D1	D1. Thiết lập hệ thống và cải tiến chất lượng (3)					
D1.1	Thiết lập hệ thống quản lý chất lượng bệnh viện	2	3	Hội đồng QLCL	Phòng TCHC	
D1.2	Xây dựng và triển khai kế hoạch, đề án cải tiến chất lượng bệnh viện	2	3	Hội đồng QLCL	Các đơn vị	
D1.3	Xây dựng văn hóa chất lượng	3	3	Hội đồng QLCL	Các đơn vị	
D2	D2. Phòng ngừa các sự cố khắc phục (5)					
D2.1	Phòng ngừa nguy cơ, diễn biến bất thường xảy ra với người bệnh	2	2	Ban ATNB	Các khoa chuyên môn	
D2.2	Xây dựng hệ thống báo cáo, phân tích sự cố y khoa và tiến hành các giải pháp khắc phục	2	3	Ban ATNB	Các khoa chuyên môn	
D2.3	Thực hiện các biện pháp phòng ngừa để giảm thiểu các sự cố y khoa	2	3	Ban ATNB	Các khoa	

					chuyên môn	
D2.4	Bảo đảm xác định chính xác người bệnh khi cung cấp dịch vụ	3	3	Ban ATNB	Các khoa chuyên môn	
D2.5	Phòng ngừa nguy cơ người bệnh bị trượt ngã	3	3	Ban ATNB	Các khoa chuyên môn	
D3	D3. Đánh giá, đo lường, hợp tác và cải tiến chất lượng (3)					
D3.1	Đánh giá chính xác thực trạng và công bố công khai chất lượng bệnh viện	3	3	Hội đồng QLCL	Các đơn vị	
D3.2	Đo lường và giám sát cải tiến chất lượng bệnh viện	2	3	Hội đồng QLCL	Các đơn vị	
D3.3	Hợp tác với cơ quan quản lý trong việc xây dựng công cụ, triển khai, báo cáo hoạt động quản lý chất lượng bệnh viện	3	3	Tổ QLCL	Các đơn vị	
E	PHẦN E. TIÊU CHÍ ĐẶC THÙ CHUYÊN KHOA					
E1	E1. Tiêu chí sản khoa, nhi khoa (áp dụng cho bệnh viện đa khoa có khoa Sản, Nhi và bệnh viện chuyên khoa Sản, Nhi) (4)					
E1.1	Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức chăm sóc sản khoa và sơ sinh	3	3	Khoa CSSKSS-Ngoại TH	Phòng TCHC	
E1.2	Bệnh viện thực hiện tốt hoạt động truyền thông sức khỏe sinh sản trước sinh, trong khi sinh và sau sinh	3	3	Khoa CSSKSS-Ngoại TH		
E1.3	Bệnh viện tuyên truyền, tập huấn và thực hành tốt nuôi con bằng sữa mẹ theo hướng dẫn của Bộ Y tế và UNICEF	3	3	Khoa CSSKSS-Ngoại TH		
E2.1	Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức chăm sóc nhi khoa	2	2	Khoa Nội TH-Nhi khoa-Truyền nhiễm		

PHỤ LỤC 3:
BẢNG KIỂM ĐÁNH GIÁ VIỆC THỰC HIỆN KẾ HOẠCH
CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN NĂM 2022

Stt	Mục tiêu	Bộ phận theo dõi thực hiện	Chỉ tiêu đánh giá
1.	Thiết lập hệ thống quản lý chất lượng bệnh viện.		
	Thành lập đầy đủ mạng lưới quản lý chất lượng bệnh viện tại các khoa/phòng	Tổ QLCL	100% các khoa phòng
	Cử nhân viên tổ QLCL tham gia các lớp đào tạo về quản lý chất lượng	Phòng TCCB	≥ 5 nhân viên
	Tổ chức lớp tập huấn về PDCA cho các cán bộ làm việc tại TTYT	Tổ QLCL	01 lớp (40 học viên)
2.	Xây dựng uy tín và văn hóa chất lượng bệnh viện.		
	Xây dựng website của bệnh viện.	Tổ CNTT	- Có 01 website của bệnh viện - Thông tin trên website được cập nhật
	Xây dựng khẩu hiệu (slogan) mang ý nghĩa và đặc trưng cho bệnh viện	Công đoàn	Có 1 khẩu hiệu
	Xây dựng các khẩu hiệu (slogan) nâng cao chất lượng trong các khoa/phòng và khuôn viên bệnh viện	Công đoàn	Có ≥ 2 khẩu hiệu
	Xây dựng các phong trào nâng cao chất lượng	Ban Giám đốc và các đoàn thể	100% các khoa phòng có kế hoạch cải tiến
	Triển khai các đề án cải tiến chất lượng	Các khoa/phòng	Có ≥ 8 đề án
3.	Xây dựng hệ thống báo cáo, tổng		

	hợp, phân tích sai sót và khắc phục.		
	Cải tiến lại Quy trình báo cáo sự cố chuyên môn	Ban ATNB	01 quy trình thao tác chuẩn
	Đảm bảo phân tích nguyên nhân gốc và phản hồi các phiếu báo sự cố	Tổ QLCL	4 báo cáo/năm
	Tổng kết báo cáo sự cố	Tổ QLCL	
4.	Thực hiện các biện pháp phòng ngừa để giảm thiểu các sai sót, sự cố.		100% các quy trình
	Xây dựng bảng kiểm mới và rà soát cập nhật các quy trình kỹ thuật	Tổ QLCL	Thể hiện trong biên bản
	Kiểm tra việc thực hiện các quy trình kỹ thuật theo bảng kiểm	Tổ QLCL	Thể hiện trong báo cáo hàng năm
	Tổng hợp số liệu về sai sót, sự cố	Tổ QLCL	Có các hướng dẫn chuyên môn
5.	Xây dựng và triển khai các hướng dẫn chuyên môn trong khám, chữa bệnh.	Hội đồng KHCN, phòng KHTH	Có đầy đủ các quy trình theo mô hình bệnh tật.
	Phác đồ chuyên môn	Các khoa/phòng	Có ≥ 40 phác đồ chuyên môn các bệnh thường gặp theo mô hình bệnh tật.
	Quy trình chuyên môn	Các khoa/phòng	Có ≥ 500 quy trình kỹ thuật
6.	Chất lượng bệnh viện cải thiện hơn so với năm 2015 (căn cứ vào Tiêu chí chất lượng ban hành theo QĐ 4858/QĐ – BHYT).	Hội đồng QLCL	Xem kết quả kiểm tra
	Tỷ lệ điểm đánh giá các tiêu chí chất lượng của bệnh viện cải thiện so với năm trước	Hội đồng QLCL	$\geq 20\%$

	Số tiêu chí ở mức 1	Hội đồng QLCL	≤ 7 tiêu chí
	Số tiêu chí đạt mức 4	Hội đồng QLCL	$\geq 2\%$
7.	Triển khai nghiên cứu khoa học	Các khoa/phòng	Triển khai 2 đề tài
	Triển khai nghiên cứu khoa học.		02 đề tài
	Triển khai áp dụng kết quả đề tài nghiên cứu khoa học		03 đề tài
8	Đo lường giám sát chất lượng: các khoa/phòng xây dựng được 1 chỉ số chất lượng	Hội đồng QLCL	50%
9	Mức chất lượng xét nghiệm	K. Xét nghiệm - CĐHA	2
10	Đào tạo nhân lực: cử cán bộ đào tạo chuyên khoa/ định hướng	Phòng TCHC	2
11	Khảo sát hài lòng	Ban Khảo sát hài lòng	4 lần/năm

Phụ lục 4:
BÁO CÁO CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN
Khoa:

TT	Nội dung	Đv t	Số lượng			
			3 tháng	6 tháng	9 tháng	12 tháng
I	Thiết lập hệ thống quản lý chất lượng bệnh viện.					
1	Số khoa/phòng cử cán bộ tham gia mạng lưới QLCL					
2	Số cán bộ được đào tạo về QLCL					
II	Chỉ dẫn, tiếp đón					
4	Số khoa/phòng có sơ đồ bố trí, bảng chỉ dẫn đầy đủ					
5	Số khoa lâm sàng, cận lâm sàng tiến hành niêm yết giờ khám, lịch làm việc của các buồng khám.					
6	Số lượng nhân lực tăng cường cho khoa Khám trong giờ cao điểm.					
7	Số lượng bàn, buồng khám bệnh dự phòng tăng cường trong giờ cao điểm.					
8	Số lần đánh giá thời gian chờ khám của người bệnh.					
9	Số lượt người bệnh được làm các thủ tục khám bệnh, thanh toán,.. theo đúng thứ tự đảm bảo tính công bằng và mức ưu tiên.					
10	Số lượt người bệnh được chỉ dẫn, hướng dẫn khám, chữa bệnh.					
11	Số lượng ghế chờ tại khu vực tiếp đón.					
III.	Điều kiện cơ sở vật chất phục vụ người bệnh					
12	Số lượt người bệnh được nằm 1 người/ giường					
13	Số khoa lâm sàng có đầy đủ phương tiện, trang thiết bị điều trị và chăm sóc cho người bệnh.					
14	Số buồng vệ sinh sạch sẽ đầy đủ					

	các phương tiện.					
15	Số lượt người bệnh được cung cấp đầy đủ vật dụng cá nhân theo quy định.					
16	Số khoa lâm sàng có đầu tư bổ sung phương tiện, trang thiết bị, dụng cụ mới để phục vụ quá trình chăm sóc và điều trị.					
17	Số lượt người khuyết tật được tiếp cận với các khoa/phòng, phương tiện, dịch vụ KCB,...					
18	Số lượt người bệnh được khám, điều trị trong bệnh phòng gon gàng, ngăn nắp.					
	Quyên và lợi ích của người bệnh					
19	Số lượt người bệnh được cung cấp thông tin và tham gia vào quá trình điều trị.					
20	Số lượt người bệnh được nộp viện phí công khai, minh bạch.					
	Hoạt động đường dây nóng					
21	Số lượt ý kiến phàn nàn, thắc mắc hoặc khen ngợi được bệnh viện tiếp nhận, phản hồi, giải quyết kịp thời.					
22	Số lần phân tích nguyên nhân và đưa ra các giải pháp.					
23	Khảo sát, đánh giá sự hài lòng của người bệnh					
24	Số lần khảo sát đánh giá sự hài lòng của người bệnh					
25	Số lượng báo cáo và phân tích số liệu đánh giá sự hài lòng của người bệnh.					
	Chất lượng nguồn nhân lực					
26	Số lượt cán bộ được đào tạo và phát triển kỹ năng nghề nghiệp.					
27	Số lượt cán bộ được nâng cao kỹ năng ứng xử, giao tiếp và y đức.					
	Phòng ngừa, kiểm soát nhiễm khuẩn.					
28	Số lượng cán bộ trong hệ thống					

	kiểm soát nhiễm khuẩn.					
29	Số lượng các quy định về phòng ngừa, kiểm soát nhiễm khuẩn được ban hành, áp dụng và 100% cán bộ y tế tuân thủ.					
30	Số người bệnh nhiễm khuẩn bệnh viện.					
31	Số khoa/phòng đảm bảo phương tiện KSNK theo quy định tại Thông tư số 18.					

NGƯỜI BÁO CÁO

TRƯỞNG KHOA