SỞ Y TẾ VĨNH PHÚC **TTYT HUYỆN YÊN LẠC**	**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM** **Độc lập – Tự do – Hạnh phúc**
Số: 13 /KH-HĐQLCLTT	*Yên Lạc, ngày 10 tháng 01 năm 2019*

KẾ HOẠCH
CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG TRUNG TÂM NĂM 2019

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

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

Căn cứ theo kết quả phúc tra đánh giá chất lượng Trung tâm Y tế huyện Yên Lạc năm 2018 của Đoàn kiểm tra Sở y tế Vĩnh Phúc;

Căn cứ điều kiện thực tế về cơ sở hạ tầng, chuyên môn - nghiệp vụ, tình hình nhân lực của Trung tâm Y tế huyện Yên Lạc;

Nhằm tiến hành các hoạt động cải tiến và nâng cao chất lượng dịch vụ y tế an toàn, chất lượng, hiệu quả và mang lại sự hài lòng cao nhất có thể cho người bệnh, người dân và nhân viên y tế, Trung tâm Y tế huyện Yên Lạc xây dựng và triển khai kế hoạch cải tiến chất lượng năm 2019 với nội dung cụ thể như sau:

I. MỤC TIÊU

1. Mục tiêu chung: Phấn đấu năm 2019 đạt chất lượng Trung tâm loại khá với mức 280 điểm, tăng 05 điểm so với năm 2018; phấn đấu đạt trung bình 3,33 điểm theo "Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng Bệnh viện Việt Nam" phiên bản 2.0 của Bộ Y tế.

2. Mục tiêu cụ thể:

2.1. Kiện toàn hệ thống quản lý chất lượng Trung tâm.

2.2. Không ngừng xây dựng uy tín và văn hóa chất lượng Trung tâm.

2.3. Tiếp tục xây hệ thống báo cáo, tổng hợp, phân tích sai sót và khắc phục.

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

2.5. Bổ sung và triển khai các hướng dẫn chuyên môn trong khám, chữa bệnh.

2.6. Kết quả đánh giá chất lượng Trung tâm cải thiện hơn năm 2018.

II. XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ THỰC TRẠNG

1. Kết quả đánh giá chất lượng bệnh viện năm 2018:

- Tổng số các tiêu chí được đánh giá: 83/83 Tiêu chí
- Tỷ lệ tiêu chí áp dụng 83 tiêu chí: 100%
- Tổng số điểm của các tiêu chí: 275, điểm có hệ số 298
- Điểm trung bình chung của các tiêu chí: 3,31

2. Đánh giá chung:

2.1. Ưu điểm:

Để đạt được kết quả nêu trên, TTYT rút ra một số kinh nghiệm như sau:

Xây dựng kế hoạch hoạt động năm mới ngay từ đầu năm, bám sát vào kết quả đánh giá của đoàn kiểm tra, nhằm ghi nhận lại tất cả những góp ý và hướng dẫn của Đoàn kiểm tra tạo tiền đề xây dựng Kế hoạch cải tiến chất lượng của Trung tâm cho năm kế tiếp.

Cử cán bộ tham gia đầy đủ các lớp đào tạo, tập huấn để cập nhật thông tin và trao đổi kinh nghiệm với các bạn đồng nghiệp để áp dụng tại đơn vị mình.

Phân công nhiệm vụ cụ thể cho từng thành viên và kiểm tra, giám sát kết quả thực hiện, đảm bảo hoàn thành tốt nhiệm vụ đã phân công.

2.2. Hạn chế:

Mặc dù đã kiện toàn Hội đồng, tổ, mạng lưới chất lượng Trung tâm, song hoạt động lồng ghép kiêm nghiệm nhiều nhiệm vụ do vậy hiệu quả chưa cao.

Việc đào tạo về quản lý chất lượng cho cán bộ chưa đủ về số lượng, chất lượng còn hạn chế là yếu tố ảnh hưởng không nhỏ đến việc triển khai các quy định tổ chức quản lý chất lượng.

Nguồn nhân lực chuyên môn hạn chế về trình độ, thiếu bác sĩ chuyên khoa sâu, nên gặp rất nhiều khó khăn trong việc triển khai thêm các kỹ thuật mới, kỹ thuật cao.

3. Những thuận lợi:

Trung tâm luôn được đón nhận sự quan tâm lãnh chỉ đạo sát sao của Sở Y tế, UBND huyện Yên Lạc trong công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân. Các hoạt động đã đi vào nề nếp, trình độ cán bộ, công chức, viên chức đang được củng cố và nâng cao, tinh thần thái độ phục vụ và đáp ứng sự hài lòng của người bệnh ngày càng được cải thiện. Cơ sở vật chất cơ bản đáp ứng được nhu cầu của bệnh viện hạng III, có đủ khoa và giường bệnh cho bệnh nhân điều trị không có người bệnh nằm ghép. Công tác thu dung người bệnh ngày càng được phát triển, ứng dụng khoa học công nghệ và các khoa học kỹ thuật mới luôn được quan tâm phát triển, triển khai và áp dụng có hiệu quả.

4. Những khó khăn:

Bên cạnh một số thuận lợi không khỏi còn một số khó khăn đó là:

Trong việc thực hiện tiêu chí chất lượng bệnh viện, khó xác định được trách nhiệm riêng biệt đối với từng tiểu mục, nhất là với những tiêu chí có các tiểu mục được thực hiện bởi nhiều bộ phận khác nhau, một số cán bộ chưa nhận thức sâu sắc về vai trò của chất lượng Trung tâm, chưa phối hợp trong khi thực hiện nhiệm vụ, còn ỷ lại cho tổ quản lý chất lượng.

Về cung ứng dịch vụ Y tế: Nhu cầu chăm sóc sức khỏe người dân ngày càng tăng về số lượng và chất lượng trong khi khả năng cung ứng dịch vụ Y tế của trung tâm còn hạn chế; Trang thiết bị mặc dù đã được đầu tư nhưng chưa đáp ứng được nhu cầu người bệnh, cơ sở vật chất đã được duy tu, sửa chữa nhưng chưa đạt yêu cầu làm ảnh hưởng không nhỏ đến công tác thu dung người bệnh; số lượng cán bộ Y tế còn thiếu, trình độ, năng lực chuyên môn của đội ngũ thầy thuốc còn hạn chế, thiếu trình độ chuyên môn sâu, nhất là các chuyên khoa lẻ; Một số cán bộ, công chức, viên chức đôi lúc còn thực hiện chưa tốt về tinh thần thái độ phục vụ và đáp ứng sự hài lòng của người bệnh.

III. NỘI DUNG HÀNH ĐỘNG

1. Kiện toàn hệ thống quản lý chất lượng Trung tâm.

1.1. Kiện toàn đầy đủ mạng lưới quản lý chất lượng Trung tâm

Hội đồng quản lý chất lượng (QLCL) thông qua cơ cấu nhân sự cho mạng lưới QLCL Trung tâm. Tổ QLCL triển khai lấy danh sách mạng lưới QLCL của tất cả các khoa/phòng trong Trung tâm gồm Trưởng, Phó khoa/phòng và Điều dưỡng trưởng các khoa. Tập trung kiện toàn các văn bản chỉ đạo thực hiện chất lượng Trung tâm.

- Thời gian hoàn tất: tháng 02 năm 2019.

1.2. Đào tạo về quản lý chất lượng:

Tiếp tục cử nhân viên tham gia các lớp đào tạo về quản lý chất lượng

- Đối tượng: Nhân viên Tổ quản lý chất lượng.
- Thời gian dự kiến: Phòng Tổ chức hành chính theo dõi đăng ký các lớp ngắn hoặc dài hạn về quản lý chất lượng.
- Kinh phí: 10.000.000 đồng (từ quỹ phát triển sự nghiệp của Trung tâm).

2. Không ngừng xây dựng uy tín và văn hóa chất lượng Trung tâm.

2.1. Thường xuyên cập nhật thông tin trên website của Trung tâm.

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

- Thời gian: thực hiện liên tục, tối thiểu 01 lần/ tuần.
- Kinh phí duy trì, xây dựng và cập nhật website: 40.000.000 đồng (từ quỹ phát triển sự nghiệp của Trung tâm).

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

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

+ Khen thưởng 2-3 khoa/phòng có kế hoạch cải tiến chất lượng tốt nhất. Phê bình và giảm hình thức thi đua cuối năm của các khoa/phòng không xây dựng hoặc xây dựng kế hoạch sau thời hạn qui định.

+ Khen thưởng các cá nhân có đóng góp cho thành tích chung của Trung tâm ở lĩnh vực nghiên cứu khoa học (có bài đăng báo tạp chí), có sáng kiến cải tiến, kỹ thuật lâm sàng mới…(Hội đồng thi đua khen thưởng đánh giá).

- Thời gian hoàn tất:

+ Xây dựng kế hoạch cải tiến chất lượng khoa/phòng: tháng 03 năm 2019.

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

- Kinh phí: 1.000.000 đồng/1 kế hoạch xuất sắc của khoa/phòng và 1.000.000 – 2.000.000 đồng/1 sáng kiến cá nhân(từ quỹ phát triển sự nghiệp của Trung tâm).

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

- Tổ QLCL xây dựng và trình cho Hội đồng QLCL phê duyệt qui trình quản lý sai sót, sự cố, nguy cơ tại Trung tâm.
- Thời gian hoàn tất: tháng 03/2019.
- Tổ QLCL đảm bảo phân tích nguyên nhân gốc rễ và phản hồi cho 100% các phiếu báo sự cố.
- Tổ QLCL tổng kết báo cáo sự cố theo mỗi quí và đề xuất khen thưởng các cá nhân và khoa/phòng có thành tích tốt trong công tác.
- Kinh phí: khen thưởng 100.000 đồng/1 điều tra nguyên nhân gốc thành công, dự kiến 1.000.000đồng (từ quỹ phát triển sự nghiệp của Trung tâm).

4. Tiếp tục thực hiện các biện pháp phòng ngừa để giảm thiểu các sai sót, sự cố chuyên môn.

4.1. Xây dựng bổ sung bảng kiểm mới và rà soát cập nhật bảng kiểm cũ cho tất cả các quy trình kỹ thuật.

- Tổ QLCL phối hợp với các khoa/phòng liên quan xây dựng bảng kiểm. Hội đồng QLCL sẽ thông qua.
- Thời gian hoàn tất: quý 2 năm 2019.
- Kinh phí: 30.000 đồng/1 bảng kiểm mới, dự kiến 100 bảng kiểm (từ quỹ phát triển sự nghiệp của Trung tâm).

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

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

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

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

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

- Hội đồng thuốc, điều trị và truyền máu; Hội đồng khoa học công nghệ và các khoa/phòng có liên quan phối hợp xây dựng và triển khai các tài liệu: Hướng dẫn điều trị các bệnh, Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh.
- Thời gian hoàn tất: Quý 3 năm 2019.
- Kinh phí: 20.000.000 đồng (từ quỹ phát triển sự nghiệp của Trung tâm).

6. Chất lượng Trung tâm cải thiện hơn so với năm 2018

6.1. Chỉ tiêu cải thiện:

- Tỷ lệ điểm đánh giá các tiêu chí chất lượng của Trung tâm so với năm trước cải thiện từ 5 % trở lên.
- Duy trì phấn đấu không có tiêu chí nào dưới mức 2.

6.2. Các hành động:

- 25-30% khoa/phòng xây dựng kế hoạch (hoặc đề án cải tiến chất lượng) trong đó có đưa ra ít nhất 1 chỉ số chất lượng cụ thể nhằm đánh giá và theo dõi chất lượng hoạt động của khoa/phòng đó.
- Hội đồng QLCL phân công một số khoa/phòng phụ trách hoạt động cải tiến chất lượng Trung tâm theo các tiêu chí đánh giá chất lượng Trung tâm như sau:

Nhóm	Mã số tiêu chí	Khoa/phòng phụ trách
1.	A1, A2, A3,	Khoa Ngoại - GMHS
2.	B1, B2, B3, B4, C1.	Phòng TCHC
3.	C2, C3, C5, C6, C7, C10, D.	Phòng KH-ĐD
4.	A4	Phòng KTTC
5.	C4, C9	Khoa Dược-KSNK-VTTBYT
6.	C8	Khoa Xét nghiệm
7.	E	Khoa Phụ -Sản

- Tổ QLCL tiến hành đo lường và giám sát kế hoạch cải tiến chất lượng dựa trên bản kế hoạch của Trung tâm và từng khoa/phòng. Thời gian thực hiện: 3 lần/năm vào các tháng 3, 6 và 10.

***6.3. Nâng cao kết quả đạt được về chất lượng Trung tâm*:**

- Tiếp tục hoàn thiện các nội dung của các tiêu chí đã đạt được theo nhận xét của Đoàn kiểm tra chất lượng Trung tâm:

- Duy trì thực hiện các nội dung của các tiêu chí đã được hoàn thiện nhằm củng cố vững chắc kết quả đạt được:

- Nâng cao chất lượng các tiêu chí trong khả năng, điều kiện thực tế tại Trung tâm nhằm đạt điểm trung bình lên ≥ 3.33 trong năm 2019.

IV. CHỈ SỐ CHẤT LƯỢNG & KẾ HOẠCH TRIỂN KHAI

1. Chỉ số chất lượng:

1.1. Khoa khám bệnh tổ chức bình đơn thuốc 1 lần/tháng .

1.2. Tiến hành kiểm tra, giám sát HSBA, quy trình kỹ thuật 3 tháng/lần; Bình bệnh án toàn Trung tâm 1 lần/tháng.

1.3. Số ngày điều trị trung bình toàn Trung tâm 6.0

1.4. Tỷ lệ chuyển tuyến toàn Trung tâm 4,5 %

1.5. Từ 3-5 khoa/phòng xây dựng kế hoạch (hoặc đề án cải tiến chất lượng) trong đó xây dựng ít nhất 1 chỉ số chất lượng phù hợp với đặc thù của khoa/phòng mình.

1.6. Tổ chức khảo sát, đánh giá sự hài lòng người bệnh ngoại trú và tiến hành các biện pháp can thiệp đảm bảo đạt 02 lần/năm.

1.7. XD bảng kiểm và Biên bản kiểm tra, giám sát ADR tại Trung tâm theo quy trình đã xây dựng.

1.8. Phân tích, đánh giá sử dụng thuốc: ABC/VEN và có báo cáo kết quả phân tích theo định kỳ hàng năm.

1.9. Không xảy ra sự cố y khoa gây ảnh hưởng đến tính mạng người bệnh.

1.10. Đạt điểm tự đánh giá chất lượng Trung tâm cuối năm đạt 280 điểm, không có tiêu chí đạt dưới mức 2.

2. Kế hoạch triển khai:

(*Có bảng kế hoạch chi tiết tại phụ lục 1 kèm theo*)

V. KINH PHÍ THỰC HIỆN

Giám đốc TTYT chỉ đạo phòng TCKT chủ động về nguồn kinh phí phù hợp, hướng dẫn tập thể khoa/phòng, các cá nhân phụ trách Tiêu chí, XD kế hoạch dự trù kinh phí đảm bảo thực hiện các hoạt động của khoa/phòng, nhằm thực hiện tốt nội dung kế hoạch chất lượng Trung tâm.

* Kinh phí chi nhằm duy trì và cải tiến chất lượng gồm:

1. Chi đầu tư cơ sở vật chất, trang thiết bị vật tư y tế:

- Xây dựng, duy tu sửa chữa cơ sở vật chất.
- Chi mua sắm, sửa chữa, bảo dưỡng máy móc, trang thiết bị vật tư y tế.

2. Chi đầu tư hoạt động chuyên môn:

- Đào tạo dài hạn, đào tạo chuyên sâu.
- Tổ chức đào tạo liên tục, đào tại lại, tập huấn chuyên môn kỹ thuật…
- In ấn các loại Văn bản, Quy định, biểu mẫu, hướng dẫn, hồ sơ bệnh án, soạn thảo phác đồ điều trị,...
- Sử dụng hệ thống máy vi tính, máy in, hệ thống Internet…
- Hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe.
- Chi cho hoạt động nghiên cứu khoa học, phát huy sáng kiến cải tiến kỹ thuật của cá nhân.
- Chi hoạt động kiểm tra, giám sát và khen, thưởng.

3. Chi hỗ trợ hoạt động cải tiến chất lượng Trung tâm:

- Dự kiến các mục như trên là 250.000 .000 đồng.

4. Chi hoạt động khác: Ngoài ra các chi phí khác được thực hiện trong quá trình phối hợp với các khoa, phòng chức năng để hoàn thành nhiệm vụ.

VI. TỔ CHỨC THỰC HIỆN

1. Hội đồng -Tổ - Mạng lưới quản lý chất lượng

Hướng dẫn biện pháp thực hiện cho từng tiêu chí cụ thể khi các khoa/phòng có vướng mắc trong thực hiện. Đôn đốc các bộ phận liên quan thực hiện theo kế hoạch.

Sáu tháng, một năm kiểm tra Quản lý chất lượng Trung tâm, đánh giá lại thang điểm theo bộ tiêu chí đánh giá chất lượng nhằm ghi nhận kết quả, tiến trình thực hiện kế hoạch trình Ban giám đốc đưa ra kế hoạch tiếp theo thích hợp.

Tổng hợp nội dung, kiểm tra kết quả thực hiện trình Ban giám đốc giải quyết kịp thời những khó khăn phát sinh trong quá trình thực hiện.

Các tiêu chí trong các phụ lục hướng dẫn mang tính chất ví dụ, định hướng, cần rà soát toàn bộ các nội dung trong từng tiêu chí.

2. Phòng Kế hoạch điều dưỡng

Là bộ phận đầu mối thực hiện công tác tham mưu, xây dựng, tiếp tục công bố công khai kế hoạch phát triển tổng thể Trung tâm giai đoạn 2017-2020 và xây dựng kế hoạch hoạt động chi tiết năm 2019 căn cứ vào kế hoạch giai đoạn, xác định những vấn đề ưu tiên phát triển Trung tâm. Có bản mô tả công việc cho cán bộ phòng KHĐD.

Hướng dẫn các khoa/phòng xây dựng kế hoạch chất lượng (đề án chất lượng khoa/phòng) và tổ chức thực hiện.

Xây dựng trình Hội đồng QLCL phê duyệt qui trình quản lý sai sót, sự cố, nguy cơ tại Trung tâm. Xây dựng quy định, hướng dẫn về việc khảo sát, đánh giá hài lòng người bệnh; bộ câu hỏi khảo sát, đánh giá sự hài lòng người bệnh; tài liệu hướng dẫn phương pháp khảo sát, đánh giá sự hài lòng người bệnh, trong đó có quy định về thời gian tiến hành đánh giá, người đánh giá, đối tượng được đánh giá…

Thực hiện khảo sát, đánh giá sự hài lòng người bệnh thường xuyên ít nhất 03 tháng một lần; phỏng vấn ít nhất hai đối tượng là người bệnh đến khám bệnh và người bệnh điều trị nội trú; có phân tích số liệu và tổng hợp báo cáo đánh giá sự hài lòng người bệnh.

Phân tích và chia nhóm các vấn đề người bệnh thường xuyên phàn nàn, thắc mắc; tần số các khoa/phòng hoặc nhân viên y tế có nhiều người bệnh phàn nàn, thắc mắc hoặc khen ngợi để có giải pháp xử lý hoặc xác định vấn đề ưu tiên cải tiến; xác định nguyên nhân phàn nàn, thắc mắc xảy ra do lỗi cá nhân và/hoặc lỗi hệ thống.

Tiến hành đánh giá việc triển khai nâng cao thái độ ứng xử, giao tiếp, y đức theo định kỳ và có báo cáo về hình thức/phương pháp đánh giá và kết quả đánh giá. Sử dụng kết quả khảo sát/đánh giá để bố trí người phù hợp ở các vị trí việc làm thường tiếp xúc với người bệnh/người nhà người bệnh.

Xây dựng kế hoạch đào tạo lại, đào tạo cập nhật kiến thức để phát triển kỹ năng nghề nghiệp và trình độ chuyên môn cho nhân viên.

Xây dựng và triển khai kế hoạch nâng cao kỹ năng ứng xử, giao tiếp, y đức cho nhân viên y tế. Bản kế hoạch có đặt ra các chỉ tiêu/chỉ số cụ thể liên quan đến ứng xử, giao tiếp, y đức để tập thể Trung tâm phấn đấu.

Kiện toàn quy trình kiểm soát hồ sơ bệnh án, phân công cán bộ chuyên trách kiểm tra hồ sơ bệnh án.

Xây dựng chủ trương phát triển, thực hiện các kỹ thuật theo phân tuyến; phấn đấu triển khai thực hiện ≥ 75% tổng số kỹ thuật theo phân tuyến. Xây dựng kế hoạch triển khai kỹ thuật mới của Trung tâm trong năm kế tiếp.

Trung tâm có ban hành các quy định về việc áp dụng các phác đồ điều trị và theo dõi việc tuân thủ phác đồ.

Xây dựng các quy định cụ thể về việc hướng dẫn, tư vấn điều trị và chăm sóc, giáo dục sức khỏe cho người bệnh.

Xây dựng các quy định cụ thể của Trung tâm về chăm sóc thể chất và vệ sinh cá nhân cho người bệnh.

Quy định bắt buộc bằng văn bản các máy xét nghiệm sau một thời gian hoạt động xác định phải chạy lại mẫu nội kiểm, kiểm tra lại các thông số của máy theo quy định.

Xây dựng kế hoạch triển khai áp dụng các kết quả nghiên cứu/sáng kiến để cải tiến hoạt động Trung tâm cũng như các giải pháp nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh.

Xây dựng kế hoạch đảm bảo số Điều dưỡng trưởng khoa có trình độ đại học chiếm từ 50% trở lên. Điều dưỡng trưởng có chứng chỉ về Quản lý chăm sóc theo chương trình của Bộ Y tế đã phê duyệt chiếm 50% trở lên.

Xây dựng kế hoạch hàng năm về hoạt động điều dưỡng và nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh; có bản mô tả công việc cho các vị trí điều dưỡng; xây dựng các bộ công cụ về giám sát, đánh giá công tác chăm sóc người bệnh.

❖ ***Tổ truyền thông - CNTT***

Xây dựng bộ tài liệu cập nhật về nội dung hướng dẫn, tư vấn điều trị và chăm sóc, giáo dục sức khỏe… (danh mục tài liệu theo mô hình bệnh tật của Trung tâm).

Chuẩn bị đầy đủ các phương tiện truyền thông, tài liệu phục vụ cho công tác hướng dẫn, tư vấn điều trị và chăm sóc, giáo dục sức khỏe cho người bệnh được điều trị tại các khoa lâm sàng.

Chuẩn bị các tờ rơi/pa-nô/áp-phích/hình ảnh/băng hình… phục vụ công tác hướng dẫn, tư vấn điều trị và chăm sóc, giáo dục sức khỏe cho bệnh đang được điều trị cho ít nhất 3 bệnh thường gặp tại Trung tâm.

Khảo sát và đề xuất xây dựng góc truyền thông về dinh dưỡng ở các khoa lâm sàng và những nơi công cộng có đông người bệnh: hình ảnh, khẩu hiệu, thông tin về dinh dưỡng hợp lý cho các nhóm đối tượng (người bệnh, trẻ em, người cao tuổi, phụ nữ mang thai, phụ nữ cho con bú…).

Phối hợp triển khai các hoạt động CNTT đảm bảo hỗ trợ công tác khám bệnh, chữa bệnh tại Trung tâm. Tham gia thực hiện chất lượng Trung tâm theo sự phân công của Hội đồng chất lượng.

3. Phòng tổ chức hành chính

Xây dựng và công bố tiêu chuẩn, quy trình, tiêu chí cụ thể về tuyển dụng, bổ nhiệm các vị trí quản lý trong Trung tâm.

Kiện toàn quy hoạch/kế hoạch phát triển nhân lực y tế. Trong bản quy hoạch/kế hoạch có đề cập đầy đủ các nội dung liên quan đến tuyển dụng, sử dụng, đào tạo cập nhật kiến thức, duy trì, phát triển nguồn nhân lực.

Tổ chức khám sức khỏe định kỳ hàng năm cho toàn bộ nhân viên Trung tâm và khám bệnh nghề nghiệp cho các nhân viên y tế. Lập hồ sơ quản lý sức khỏe cho nhân viên y tế.

Xây dựng quy trình cụ thể triển khai thực hiện các văn bản (quy trình triển khai gồm các bước: phổ biến văn bản, xây dựng kế hoạch thực hiện văn bản, kiểm tra nội bộ việc thực hiện văn bản).

Xây dựng quy hoạch vị trí lãnh đạo và quản lý; kế hoạch và gửi viên chức trong diện quy hoạch đi đào tạo nâng cao năng lực quản lý, lý luận chính trị.

Xây dựng 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. Mời cơ quan công an đến hướng dẫn, tư vấn, kiểm tra, diễn tập… về công tác phòng chống cháy nổ. Thường xuyên/định kỳ kiểm tra phát hiện các sơ hở, thiếu sót về phòng cháy và có biện pháp khắc phục kịp thời.

Bổ sung chỉ dẫn, hướng dẫn lối đi tới các phòng khám l/s, cận l/s; chỉ dẫn, hướng dẫn sử dụng tủ giữ đồ/dịch vụ trông giữ đồ cho người bệnh; Có hướng dẫn cảnh báo trộm cắp tại khoa/khu vực khám bệnh và các điểm tập trung của trung tâm.

Tham mưu sửa chữa đài phun nước trước khuôn viên TTYT. Bãi cỏ được cắt tỉa thường xuyên, không có cỏ dại mọc hoang trong khuôn viên Trung tâm .

Phối hợp đánh giá việc triển khai nâng cao thái độ ứng xử, giao tiếp, y đức theo định kỳ. Sử dụng kết quả khảo sát/đánh giá để bố trí người phù hợp ở các vị trí việc làm thường tiếp xúc với người bệnh/người nhà người bệnh.

Tham gia thực hiện chất lượng Trung tâm theo sự phân công của Hội đồng chất lượng Trung tâm.

4. Phòng tài chính kế toán

Xây dựng kế hoạch tài chính, dự trù kinh phí phục vụ công tác cải tiến chất lượng. Hướng dẫn chi đảm bảo đúng nguyên tắc tài chính và Quy chế chi tiêu nội bộ trong toàn Trung tâm.

Cập nhật hệ thống danh mục thống nhất toàn Trung tâm về giá dịch vụ kỹ thuật y tế theo phân loại của Bộ Y tế cho tất cả các đối tượng người bệnh.

Bám sát các văn bản, quy định và Thông tư số 39/2018/TT-BYT ngày 30/11/ 2018 quy định thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa các bệnh viện cùng hạng trong toàn quốc và hướng dẫn áp dụng giá, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong một số trường hợp.

Tham gia thực hiện chất lượng Trung tâm theo sự phân công của Hội đồng chất lượng Trung tâm.

5. Các khoa lâm sàng

Căn cứ vào kế hoạch chung của Trung tâm, xây dựng kế hoạch quản lý chất lượng cho khoa/phòng với các tiêu chí, chỉ số chất lượng cụ thể, phù hợp với điều kiện thực tế của khoa/phòng. Xây dựng ít nhất 1 chỉ số chất lượng cụ thể nhằm đánh giá và theo dõi chất lượng hoạt động của khoa/phòng mình.

Xây dựng "Phiếu tóm tắt quy trình chuyên môn" cho ít nhất 5 bệnh thường gặp gửi Hội đồng (qua phòng KHĐD) trình chủ tịch hội đồng chất lượng Trung tâm phê duyệt và phát hành.

Các khoa/phòng thực hiện nghiêm túc việc ghi phiếu báo cáo sai sót, sự cố tự nguyện, cập nhật sổ báo cáo sai sót có ghi lại sai sót, sự cố xảy ra.

Xây dựng và áp dụng bảng kiểm thực hiện tra, chiếu để xác nhận và khẳng định lại tên, tuổi, đặc điểm bệnh tật… của người bệnh trước khi cung cấp dịch vụ.

Tiến hành xây dựng bổ sung quy trình kỹ thuật sử dụng tại khoa dựa trên hướng

dẫn của Bộ Y tế và được hội đồng phê duyệt; phổ biến, hướng dẫn quy trình kỹ thuật tới các nhân viên y tế có liên quan để thực hiện. Xây dựng bảng kiểm cho các quy trình kỹ thuật trình Hội đồng QLCL thông qua và triển khai thực hiện.

Các khoa xây dựng, cập nhật các hướng dẫn/phác đồ điều trị dựa trên mô hình bệnh tật của người bệnh điều trị tại Trung tâm theo hướng dẫn của Bộ Y tế.

Tổ chức bình đơn thuốc, bệnh án cấp khoa/phòng (theo quy định của Trung tâm) tối thiểu 1 lần trong 1 tháng.

Thực hiện đúng quy chế hồ sơ bệnh án, đảm bảo làm hồ sơ bệnh án đầy đủ theo quy định, các thông tin về chăm sóc và điều trị được ghi vào hồ sơ ngay sau khi thực hiện và theo các quy định về thời gian. Các thông tin ghi theo quy định, thống nhất; không sửa chữa, tẩy xóa. Các thông tin mã bệnh được mã hóa chính xác theo ICD sau khi có kết luận ra viện.

Xây dựng các tài liệu tư vấn, giáo dục sức khỏe tại khoa phòng và thực hiện hướng dẫn, tư vấn điều trị và chăm sóc, GDSK cho người bệnh điều trị nội trú tại khoa.

Có các bảng kiểm trong phòng mổ và phòng làm thủ thuật hướng dẫn kiểm tra, rà soát quá trình làm thủ thuật, chống thực hiện phẫu thuật/thủ thuật sai vị trí, sai người bệnh, sai thuốc, sai đường/kỹ thuật thực hiện…

Rà soát lại quy tắc, quy chế kiểm tra thuốc trước khi đưa/truyền cho người bệnh. Ghi chép và hoàn thành tất cả các loại sổ sách theo biểu mẫu quy định.

Trưởng các khoa tự chủ động kế hoạch phối hợp với khoa khám bệnh, phân công cán bộ tham gia khám bệnh thu hút bệnh nhân vào điều trị nội trú theo chỉ tiêu kế hoạch được giao. Thực hiện đúng quy chế hồ sơ bệnh án, công tác ghi chép, chỉ định cận lâm sàng, chẩn đoán, ra y lệnh điều trị phù hợp. Phổ biến Thông tư số 39/2018/TT-BYT ngày 30/11/ 2018 quy định thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa các bệnh viện cùng hạng trong toàn quốc và hướng dẫn áp dụng giá, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong một số trường hợp tới nhân viên khoa thực hiện nhằm giảm tối đa xuất toán chi phí khám, chữa bệnh của khoa.

Tham gia thực hiện chất lượng Trung tâm theo sự phân công của Hội đồng chất lượng Trung tâm.

6. Khoa Dược-TBVTYT

❖ ***Công tác dược***

Bảo đảm cung ứng thuốc, hóa chất và vật tư y tế tiêu hao đầy đủ, kịp thời, bảo đảm chất lượng. Sử dụng thuốc an toàn, hợp lý. Thông tin thuốc, theo dõi và báo cáo phản ứng có hại của thuốc kịp thời, đầy đủ và có chất lượng.

Xây dựng các quy trình chuyên môn liên quan đến sử dụng thuốc: cấp phát thuốc, pha chế thuốc, giám sát sai sót trong sử dụng thuốc…

Xây dựng danh mục thuốc nhìn giống nhau, đọc giống nhau (LASA).

Tổ chức hướng dẫn về sử dụng thuốc cho điều dưỡng, cán bộ y tế ít nhất 1 buổi/năm (có tài liệu hướng dẫn).

Xây dựng kế hoạch hoạt động và phân công nhiệm vụ đơn vị thông tin thuốc; quy trình thông tin thuốc.

Xây dựng quy trình giám sát ADR tại Trung tâm.

❖ ***Công tác kiểm soát nhiễm khuẩn***

Xây dựng quy chế hoạt động của hội đồng kiểm soát nhiễm khuẩn. Hội đồng kiểm soát nhiễm khuẩn phân công nhiệm vụ rõ ràng cho các thành viên và hoạt động thường

xuyên theo kế hoạch, họp ít nhất 3 tháng 1 lần hoặc khi cần thiết, đồng thời, xây dựng và ban hành các văn bản, hướng dẫn về kiểm soát nhiễm khuẩn cho các khoa/phòng của Trung tâm.

Xây dựng các hướng dẫn về phòng ngừa chuẩn (sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân, vệ sinh hô hấp và vệ sinh khi ho, sắp xếp người bệnh, tiêm an toàn và phòng ngừa tổn thương do vật sắc nhọn, vệ sinh môi trường, xử lý dụng cụ, xử lý đồ vải, xử lý chất thải).

Xây dựng quy trình xử lý các trường hợp rủi ro, phơi nhiễm với các bệnh nguy hiểm hoặc có nguy cơ nhiễm khuẩn cao (tổn thương do vật sắc nhọn, niêm mạc/da tổn thương tiếp xúc với dịch cơ thể…).

Xây dựng các công cụ (câu hỏi, bảng kiểm…) đánh giá việc tuân thủ rửa tay của nhân viên y tế; Đánh giá việc tuân thủ của nhân viên y tế về KSNK huyết, tuân thủ phòng ngừa viêm phổi bệnh viện…

Phân công xây dựng kế hoạch/chương trình giám sát kiểm soát nhiễm khuẩn trên phạm vi Trung tâm; trong đó có đề cập kế hoạch cụ thể giám sát khoa trọng điểm, người trọng điểm…nhân viên giám sát kiểm soát nhiễm khuẩn.

Thực hiện giám sát khoa trọng điểm, nhóm người bệnh trọng điểm/các đối tượng có nguy cơ nhiễm khuẩn cao như người bệnh thở máy; người bệnh phẫu thuật; người bệnh suy giảm miễn dịch; người bệnh làm các thủ thuật/can thiệp như thông tiểu, đặt catheter, đặt kim luồn tĩnh mạch ngoại vi v.v.

Xây dựng kế hoạch phấn đấu nhằm đạt quy chuẩn môi trường nước thải Trung tâm. Tổ chức hướng dẫn về KSNK, vệ sinh tay cho điều dưỡng, cán bộ y tế ít nhất 1 buổi/năm (có tài liệu hướng dẫn).

Tham gia thực hiện chất lượng Trung tâm theo sự phân công của Hội đồng chất lượng Trung tâm.

7. Khoa Khám bệnh

Thực hiện nghiêm túc quy trình cải tiến; tận dụng tối đa nhân lực hành chính phục vụ cho công tác tiếp đón, hướng dẫn và trợ giúp người bệnh.

Phối hợp với các khoa, phòng trong việc tổ chức khám bệnh đảm bảo trật tự, an toàn và đáp ứng sự hài lòng người bệnh, phân công cán bộ phối hợp khám bệnh thu hút bệnh nhân vào khám theo chỉ tiêu kế hoạch được giao năm 2019.

Đa dạng hóa mô hình dịch vụ khám chữa bệnh: Tiếp tục cải tiến nâng cao chất lượng phòng khám bệnh chất lượng cao. Nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh Ngoại trú.

Tăng cường quán triệt và thực hiện nhiệm vụ tổ công tác xã hội, đảm bảo sự hài lòng người bệnh. Phối hợp thực hiện khảo sát, đánh giá sự hài lòng người bệnh thường xuyên ít nhất 03 tháng một lần.

Phối hợp với khoa Dược - KSNK - TBVTYT thực hiện bình đơn thuốc tối thiểu 1 lần/tháng. Tham gia thực hiện chất lượng Trung tâm theo sự phân công của Hội đồng chất lượng Trung tâm.

8. Khoa Xét nghiệm & CĐHA

Trưởng khoa xét nghiệm & Phụ trách khoa Chẩn đoán hình ảnh có trách nhiệm triển khai thực hiện và định kỳ hàng tháng báo cáo BGĐ, HĐQLCLTT một số nội dung như sau:

+ Thực hiện Quy trình kết nối máy xét nghiệm, CĐHA với hệ thống phần mềm QLBV. Chủ động báo cáo thực hiện kiểm chuẩn các máy xét nghiệm theo quy định.

+ Thực hiện nghiêm túc Thông tư số 01/2013/TT-BYT ngày 11/01/2013 của Bộ Y tế về "Hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng xét nghiệm tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh", Quyết định số 5530/QĐ-BYT ngày 25/12/2015 của Bộ Y tế về Ban hành Hướng dẫn xây dựng Quy trình thực hành chuẩn trong Quản lý chất lượng xét nghiệm.

+ Đảm bảo các điều kiện công bố đạt tiêu chuẩn an toàn sinh học theo Nghị định số 103/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016 của Chính phủ.

+ Xây dựng kế hoạch, cam kết về quy chế phối hợp công tác, kiểm tra, giám sát, báo cáo và đề xuất phương án can thiệp kịp thời.

Tham gia thực hiện chất lượng Trung tâm theo sự phân công của Hội đồng chất lượng Trung tâm.

9. Các hội đồng chuyên môn trong Trung tâm

Xây dựng các văn bản, quy chế hoạt động, chức năng nhiệm vụ cụ thể của các thành viên trong hội đồng.

Họp định kỳ, đúng Quy chế, giải quyết các vấn đề theo chức năng nhiệm vụ.

Ban hành các văn bản, quy định hướng dẫn các khoa phòng thực hiện các hoạt động chuyên môn.

Trên đây là nội dung kế hoạch cải tiến chất lượng năm 2019 của Trung tâm Y tế huyện Yên Lạc. Kế hoạch này được đăng tải công khai tại trang Website của Trung tâm ***ttytyenlac.com***.

Nhận được kế hoạch này, yêu cầu các Trưởng (phó) khoa/phòng căn cứ chức năng nhiệm vụ và nội dung kế hoạch chi tiết để xây dựng kế hoạch riêng của khoa/phòng trình Chủ tịch hội đồng QLCL Trung tâm phê duyệt để triển khai thực hiện. Tiến hành đánh giá các chỉ số chất lượng đề ra, báo cáo về Tổ Quản lý chất lượng (*qua phòng KHĐD*). Kết quả triển khai thực hiện kế hoạch này được lấy làm một trong các căn cứ bình xét thi đua cuối năm của các cá nhân, tập thể trong năm 2019./.

Nơi nhận:
- BGĐ: B/c;
- TV HĐ,Tổ QLCLBV (T/h);
- Các Khoa/phòng;(P/h);
- Trang Web Trung tâm;
- Lưu VT, KHĐD.

KT. CT HỘI ĐỒNG QLCLTT
PHÓ CHỦ TỊCH

PHÓ GIÁM ĐỐC TTYT
Nguyễn Văn Hiếu

Phụ lục. Biểu tổng hợp các tiêu chí quản lý chất lượng Trung tâm năm 2018

(Kèm theo kế hoạch cải tiến chất lượng Trung tâm năm 2018
của Trung tâm Y tế huyện Yên Lạc)

TT	Mã tiêu chí	Điểm đạt năm 2017	Dự kiến đạt năm 2018	Tiêu chí chưa đạt	Giải pháp thực hiện	Người thực hiện	Người phối hợp	Dự kiến thời gian hoàn thành
1	A1.1	3	4	…				