

SỞ Y TẾ HÀ GIANG
BỆNH VIỆN ĐK XÍN MÀN

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

SỐ: 08 / KH - BVĐK

Xín Mần, ngày 30 tháng 03 năm 2017

KẾ HOẠCH
Về việc thực hiện Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện
phiên bản 2.0 năm 2017:

Căn cứ quyết định số 4858/ QĐ - BHYT ngày 03 tháng 12 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành “ Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện”

Thực hiện công văn số 78 /SYT - NVY ngày 18 tháng 01 năm 2017 về việc thực hiện Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện phiên bản 2.0 năm 2017;

Căn cứ kế hoạch kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện năm 2016 của đoàn kiểm tra Sở Y tế Hà Giang tại bệnh viện đa khoa huyện Xín Mần;

Bệnh viện đa khoa huyện Xín Mần xây dựng thực hiện kế hoạch thực hiện Bộ tiêu chí cải tiến chất lượng bệnh viện năm 2017 như sau.

I. MỤC TIÊU CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG:

1. Mục tiêu tổng quát.

Nhằm nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh và đem lại sự hài lòng cho người bệnh, tại bệnh viện đa khoa huyện Xín Mần năm 2017 và các năm tiếp theo.

2. Mục tiêu cụ thể:

Xác định những vấn đề ưu tiên cần cải tiến trong năm 2017.

NỘI DUNG CẢI TIẾN THỰC HIỆN CÁC TIÊU MỤC CỦA BỘ TIÊU CHÍ.

Tên tiêu chí	Mức	Kế hoạch thực hiện tiêu chí	Thời gian thực hiện	Đơn vị thực hiện.	Dự kiến mức đạt được
A2.5: Người khuyết tật được tiếp cận đầy đủ với các khoa, phòng và dịch vụ khám, chữa bệnh trong bệnh viện:	2	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 nội viện phí. Các vỉa 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	Tháng 04 năm 2017	Giám đốc + phòng TCHC	3
B1.1: Xây dựng kế hoạch phát triển nhân lực bệnh viện	2	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 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.	Năm 2017	Phòng TCHC	3
B1.2: Bảo đảm và duy trì ổn định số lượng nhân lực bệnh viện	2	Có đặt ra các chỉ tiêu cần đạt cho các tỷ số trong mức 2 theo từng năm và được quy định trong văn bản do bệnh viện đã ban hành (nghị quyết, kế hoạch, đề án phát triển nhân lực...). Các chỉ tiêu do bệnh viện đặt ra bảo đảm đủ nhân lực thực hiện hoạt động khám, chữa bệnh và chăm sóc người bệnh. Tính toán, dự báo được nhu cầu nhân lực cần bổ sung, thay thế số người sẽ về hưu và có kế hoạch bổ sung, tuyển dụng cụ thể cho các vị trí đó. Điều chuyển, tuyển dụng, bổ sung bác sỹ, điều dưỡng cho các khoa có bác sỹ, điều dưỡng thấp trong bảng theo dõi, cập nhật tình hình nhân lực các khoa lâm sàng và cận lâm sàng.	Năm 2017	Phòng TCHC	3

		Không phát hiện thấy có phân công cho nhân viên y tế trực đêm tại bệnh viện với tần suất trong vòng 3 ngày trực một lần (không tính ngày trực bù hoặc trực trong vụ dịch, thiên tai, thảm họa).			
B3.2: Bảo đảm điều kiện làm việc và vệ sinh lao động cho nhân viên y tế	2	Trang phục cho các chức danh nghề nghiệp khác nhau về kiểu dáng, ký hiệu hoặc màu sắc để có thể phân biệt rõ ràng giữa các đối tượng. Bệnh viện lập hồ sơ vệ sinh lao động, đo kiểm tra môi trường lao động định kỳ (theo quy định của bệnh viện). Có tiến hành khảo sát sự hài lòng của nhân viên y tế với điều kiện làm việc, vệ sinh lao động... Bộ câu hỏi khảo sát sự hài lòng nhân viên y tế dựa trên bộ câu hỏi do Bộ Y tế, Sở Y tế ban hành hoặc bệnh viện tự xây dựng	Tháng 01/2017 đến tháng 12/2017	Phòng điều dưỡng + phòng kế toán	4
B4.4: Bồi dưỡng, phát triển đội ngũ lãnh đạo và quản lý kế cận	2	Xây dựng kế hoạch tuyển chọn, bồi dưỡng đội ngũ lãnh đạo kế cận. Đã bố nhiệm các vị trí lãnh đạo theo quy định và theo quy hoạch của bệnh viện. Có kế hoạch và cử viên chức, nhân viên trong diện quy hoạch đi đào tạo nâng cao năng lực quản lý bệnh viện, quản lý chất lượng, kinh tế y tế...	Thường xuyên	Giám đốc	4
C1.1: Bảo đảm an ninh, trật tự bệnh viện	2	Lực lượng bảo vệ đã được đào tạo chuyên nghiệp hoặc tập huấn nghiệp vụ bảo vệ tại các đơn vị có trình độ và chức năng đào tạo nghiệp vụ bảo vệ (có chứng chỉ, giấy tham gia khóa tập huấn...).	Thường xuyên	Phòng tổ chức hành chính	3
		Có hình thức kiểm soát được người ra vào khoa/phòng điều trị.			

		Có văn bản phối hợp (hoặc ký biên bản cam kết) với cơ quan an ninh địa phương về việc hỗ trợ, bảo đảm giữ gìn an ninh, trật tự tại bệnh viện và khu vực quanh bệnh viện. Có cảnh báo (hoặc hướng dẫn) chống mất trộm cho người bệnh, người nhà người bệnh tại các khu vực có nguy cơ xảy ra mất cắp cao. 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 hoặc các biện pháp chủ động khác. Lực lượng bảo vệ luôn thường trực và can thiệp kịp thời các vụ việc hành hung, gây rối hoặc đập phá tài sản, đồ đạc của người bệnh hoặc người nhà người bệnh/nhân viên y tế.			
C1.2: Bảo đảm an toàn điện và phòng cháy, chữa cháy	2	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	Thường xuyên	Phòng tổ chức hành chính	3
C2.2: Hồ sơ bệnh án được quản lý chặt chẽ, đầy đủ, khoa học	2	Kho lưu trữ bệnh án có giá, ngăn hoặc tủ sắp xếp bệnh án theo trình tự thống nhất (do bệnh viện tự quy định) có phân biệt theo khoa/phòng, theo thời gian hoặc theo các hình thức khác. Có sổ lưu trữ (hoặc phần mềm như excel) để tra cứu và xác định một bệnh án bất kỳ đang nằm ở vị trí nào (ngăn, giá, tủ) trong kho (hoặc đang tạm thời được đem ra ngoài kho cho mục đích khác và tra được tên người đang sử dụng).	Thường xuyên	Phòng KHTH	3
C5.5: Áp dụng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đã		Nhân viên y tế thực hiện đúng theo hướng dẫn chẩn đoán và			

ban hành và giám sát việc thực hiện		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.	Tháng 01/2017 đến tháng 12/2017	Phòng KHTH	3
C7.1:Hệ thống tổ chức thực hiện công tác dinh dưỡng và tiết chế được thiết lập đầy đủ	2	Có khoa/tổ dinh dưỡng - tiết chế theo quy định, bệnh viện từ hạng III trở lên đã thành lập khoa dinh dưỡng - tiết chế. Khoa/tổ dinh dưỡng - tiết chế có ít nhất một nhân viên chuyên trách dinh dưỡng, đã được đào tạo về dinh dưỡng - tiết chế. 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 nhân viên trong khoa/tổ. Lãnh đạo khoa/tổ có trình độ đại học chuyên ngành y, dinh dưỡng, thực phẩm (hoặc có liên quan) trở lên và có bằng chuyên khoa chuyên ngành dinh dưỡng - tiết chế hoặc có chứng chỉ dinh dưỡng lâm sàng (từ 3 tháng trở lên). Nhân viên bộ phận chế biến và cung cấp suất ăn được đào tạo, tập huấn về vệ sinh an toàn thực phẩm.	Tháng 01/ năm 2017 đến tháng 12/2017	Khoa dinh dưỡng + phòng điều dưỡng	3
C7.2:Bảo đảm cơ sở vật chất thực hiện công tác dinh		Sử dụng bếp nấu bằng điện hoặc ga để nấu thức ăn.			

đường và tiết chế	2	Có phương tiện vận chuyển suất ăn tới người bệnh, bảo đảm vệ sinh an toàn thực phẩm. Có tủ lạnh lưu trữ, bảo quản thực phẩm tươi sống. Khu nhà ăn bố trí riêng biệt với khu khám và điều trị. Bếp ăn có đủ nhân viên phục vụ có khả năng cung cấp các suất ăn cho trên 70% người bệnh (tính theo số giường bệnh).	Tháng 01/ năm 2017 đến tháng 12/2017	Khoa dinh dưỡng + phòng điều dưỡng	4
C7.3:Người bệnh được đánh giá, theo dõi tình trạng dinh dưỡng trong thời gian nằm viện	2	Người bệnh có nguy cơ hoặc bị suy dinh dưỡng, mắc các bệnh lý có liên quan đến dinh dưỡng khi nhập viện được lập kế hoạch theo dõi, đánh giá tình trạng dinh dưỡng. Người bệnh được can thiệp dinh dưỡng dựa trên kết quả đánh giá tình trạng dinh dưỡng. Người bệnh suy dinh dưỡng nặng được hội chẩn với khoa dinh dưỡng-tiết chế, đánh giá giá tình trạng dinh dưỡng, lập kế hoạch và can thiệp dinh dưỡng.	Thường xuyên	Phòng điều dưỡng + Điều dưỡng trưởng các khoa LS	4
C7.5:Người bệnh được cung cấp chế độ dinh dưỡng phù hợp với bệnh lý trong thời gian nằm viện	2	Khoa/tổ dinh dưỡng-tiết chế xây dựng các khẩu phần ăn bệnh lý khác nhau cho từng đối tượng người bệnh (tối thiểu cho các bệnh đái tháo đường, tăng huyết áp, suy thận...). Khoa/tổ dinh dưỡng tổ chức cung cấp suất ăn bệnh lý cho từng đối tượng người bệnh được bác sỹ điều trị chỉ định khẩu phần ăn bệnh lý (tối thiểu cho các bệnh đái tháo đường, tăng huyết áp, suy thận...). Người mắc các bệnh liên quan đến dinh dưỡng được cung cấp bữa ăn bảo đảm vệ sinh an toàn thực phẩm, phù hợp với tình trạng bệnh theo chỉ định của bác sỹ. Khoa dinh dưỡng -tiết chế quản lý được chất lượng vệ sinh an toàn thực phẩm của cơ sở cung cấp suất ăn cho bệnh viện (bao gồm cả nhà ăn/căng-tin trong bệnh viện): có mẫu thực phẩm lưu, kiểm tra thường xuyên, giám sát vệ sinh nhà bếp (kể cả các bếp ăn do tổ chức hoặc cá nhân điều hành cung cấp suất ăn cho bệnh viện).	Thường xuyên	Phòng điều dưỡng + Điều dưỡng trưởng các khoa	3

		Trẻ em bị suy dinh dưỡng nặng cấp tính được điều trị theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh suy dinh dưỡng cấp tính ở trẻ em từ 0-72 tháng tuổi theo quy định của Bộ Y tế (nếu bệnh viện không điều trị cho đối tượng trẻ em suy dinh dưỡng nặng cấp tính thì tiêu mục này được tính là đạt).		
		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).	Tháng 01/ năm 2017 đến tháng 12/2017 và các năm tiếp theo	Khoa xét nghiệm 3
C8.1: Bảo đảm năng lực thực hiện các xét nghiệm theo phân tuyến kỹ thuật	2			
		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...).	Thường xuyên	Khoa xét nghiệm 3
C8.2: Thực hiện quản lý chất lượng các xét nghiệm	2			

		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 khác phục ngay để bảo đảm chất lượng xét nghiệm và ghi hồ sơ đầy đủ. Có nhân viên chuyên trách/Kiểm 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).			
D1.1:Thiết lập hệ thống quản lý chất lượng bệnh viện	2	Đã thành lập hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện. Đã thành lập đầy đủ mạng lưới quản lý chất lượng bệnh viện. Đã xây dựng đề án thành lập phòng/tổ quản lý chất lượng. Đề án thành lập phòng/tổ quản lý chất lượng có quy định rõ các vị trí việc làm quản lý chất lượng (hoặc xây dựng đề án vị trí việc làm riêng của phòng, hoặc lồng ghép trong đề án vị trí việc làm chung của bệnh viện). Bệnh viện đa khoa hạng I và đặc biệt đã thành lập phòng quản lý chất lượng; các bệnh viện khác đã thành lập tổ (hoặc phòng) quản lý chất lượng.	Tháng 01/ năm 2017 đến tháng 12/2017 và các năm tiếp theo	Hội đồng QLCLBV	3
D1.2:Xây dựng, triển khai kế hoạch và đề án cải tiến chất lượng	2	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	Tháng 01/ năm 2017 đến tháng 12/2017 và các năm tiếp theo	Hội đồng QLCLBV + các khoa/ phòng	3

		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).			
D1.3:Xây dựng văn hóa chất lượng bệnh viện	2	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, giả dịch vụ y tế, truyền thông giáo dục sức khỏe; ưu, nhược điểm về cải tiến chất lượng bệnh viện...	Thường xuyên	Phòng tổ chức hành chính	3
D2.1:Phòng ngừa các nguy cơ, diễn biến bất thường xảy ra với người bệnh	2	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.	Thường xuyên	Khoa hồi sức tích cực và chống độc	3
		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 quy định của bệnh viện. Hệ thống báo cáo sự cố y khoa có ghi đầy đủ, trung thực các			

D2.2: Xây dựng hệ thống báo cáo, phân tích sự cố y khoa và tiến hành các giải pháp khắc phục	2	thông tin, thời gian, diễn biến sự cố xảy ra; cung cấp được đủ thông tin cho việc phân tích sự cố để rút kinh nghiệm. Triển khai thực hiện phiếu báo cáo sự cố y khoa tự nguyện (hoặc hình thức báo cáo tự nguyện khác) cho nhân viên y tế. Nhân viên có báo cáo sự cố y khoa (hoặc theo các hình thức 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.	Thường xuyên	Trưởng các khoa LS	3
D2.3: Thực hiện các biện pháp phòng ngừa để giảm thiểu các sự cố y khoa	2	*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”.	Thường xuyên	Điều dưỡng trưởng các khoa	3
D3.1: Đánh giá chính xác thực trạng và công bố công khai chất lượng bệnh viện	2	Có bảng thống kê các tiêu mục theo từng tiêu chí trong “Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện” chưa đạt yêu cầu, lý do chưa đạt, trách nhiệm của khoa/phòng và nội dung cần cải tiến. Có tổ chức đánh giá chất lượng bệnh viện thường xuyên hàng tháng (hoặc hàng quý) và rà soát những nội dung cần cải tiến chất lượng nhưng chưa thực hiện được hoặc chưa đúng tiến độ. Tự tiến hành đánh giá chất lượng bệnh viện và công bố công khai “Báo cáo đánh giá chất lượng bệnh viện” trên trang	Tháng 01/ năm 2017 đến tháng 12/2017 và các năm tiếp theo	Hội đồng QLCLBV	4

		thông tin điện tử. 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%.			
D3.2:Đo lường và giám sát cải tiến chất lượng bệnh viện	2	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	Quý II, Quý III, Quý IV năm 2017	Hội đồng QLCLBV	3
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	2	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.	Quý II, Quý III, Quý IV năm 2017	Hội đồng QLCLBV	3
E1.1:Thiết lập hệ thống tổ chức chăm sóc sản khoa và sơ sinh	2	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 tính thường quy. Có góc sơ sinh trong phòng đẻ (hoặc có đơn nguyên sơ sinh riêng biệt và cao hơn).	Quý II năm 2017	Khoa sản	3
--	--	--	--------------------	----------	---

II. KINH PHÍ THỰC HIỆN:

1. Mua sắm = 100.000.000đ
 2. Nâng cao phát triển nguồn nhân lực = 3.000.000đ
 3. Bảo vệ an ninh trật tự = 1.000.000đ
 4. Nâng cao chất lượng quản lý hồ sơ BA = 5.000.000đ
 5. Tin học quản lý bệnh viện = 2.000.000đ
 6. Phòng ngừa và kiểm soát nhiễm khuẩn = 1.000.000đ
 7. Nâng cao kỹ thuật chuyên môn = 20.000.000đ
 8. Đào tạo cán bộ chuyên ngành dinh dưỡng = 4.000.000đ
 9. Xét nghiệm = 2.000.000đ
 10. Hoạt động thông tin thuốc = 1.000.000đ
 11. Hoạt động nghiên cứu khoa học = 2.000.000đ
 12. Nâng cao chất lượng bệnh viện = 10.000.000đ
 13. Truyền thông giáo dục sức khỏe = 1.000.000đ
- Tổng cộng kinh phí = _____

152.000.000đ

III. TỔ CHỨC THỰC HIỆN:

1. Các khoa: Căn cứ kế hoạch của bệnh viện xây dựng kế hoạch, đề án cụ thể của khoa, phòng năm 2017.

2. Phòng tổ chức cán bộ: Tham mưu cho Ban Giám Đốc bố trí nhân lực phù hợp cho từng khoa, phòng.

3. Phòng tài chính kế toán phối hợp với các phòng liên quan mua sắm trang thiết bị theo đúng quy định.

4. phòng KHTH - công nghệ thông tin lắp đặt một số thiết bị phù hợp với nhu cầu chuyên môn của các khoa, phòng trong bệnh viện;

5. Phòng quản lý chất lượng bệnh viện.

- Tiến hành rà soát bộ tiêu chí, khảo sát các khoa, phòng nhất là phòng khám trước khi cải tiến;

- Trong quá trình triển khai thực hiện nếu có gì vướng mắc, yêu cầu các khoa, phòng báo cáo phòng quản lý chất lượng bệnh viện để tổng hợp, báo cáo HĐQTCLBV xem xét và giải quyết;

- Chủ tịch hội đồng quản lý chất lượng Bệnh viện đa khoa huyện Xín Mần yêu cầu các khoa, phòng khẩn trương triển khai thực hiện kế hoạch, đề án cải tiến chất lượng bệnh viện năm 2017.

Trên đây là kế hoạch thực hiện bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện năm 2017 của bệnh viện đa khoa huyện Xín Mần./.

Nơi nhận:

- Phòng NVY Sở Y tế;
- HĐQTCLBV;
- Các khoa, phòng;
- Lưu VT- KHTH QLCL.

GIÁM ĐỐC



Sin Đức Văn