

Số: 42 /KH-BVĐK

Ninh Bình, ngày 09 tháng 3 năm 2023

**KẾ HOẠCH**  
**Cải tiến chất lượng Bệnh viện năm 2023**

**I. CĂN CỨ THỰC HIỆN**

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 Quyết định 7051/QĐ-BYT ngày 29/11/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn xây dựng thí điểm một số chỉ số cơ bản đo lường chất lượng bệnh viện;

Căn cứ Báo cáo tự kiểm tra đánh giá chất lượng bệnh viện năm 2022 của Đoàn kiểm tra Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình;

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, bệnh viện xây dựng và triển khai kế hoạch cải tiến chất lượng 2023 với nội dung cụ thể như sau:

**II. MỤC TIÊU**

**1. Mục tiêu chung**

- Hoàn thiện hệ thống quản lý chất lượng; nâng cao chất lượng, an toàn và sự hài lòng của người bệnh, cán bộ nhân viên bệnh viện;

- Nâng mức điểm trung bình của các tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện từ 3,27 (năm 2022) lên 3,45 (năm 2023);

**2. Mục tiêu cụ thể**

- Xây dựng và giám sát các chỉ số chất lượng bệnh viện. 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, bệnh viện.



- Cải thiện điểm chấm các tiêu chí trong Bộ tiêu chí chất lượng Bệnh viện phù hợp với điều kiện thực tế tại bệnh viện nhằm nâng mức đánh giá điểm trung bình chất lượng bệnh viện đạt được từ 3,45 trở lên trong năm 2023; không còn tiêu chí mức 1, giảm tiêu chí đạt điểm mức 2, tăng các tiêu chí đạt điểm mức 4 và 5.

- Xây dựng và triển khai các đề án CTCL phù hợp với mục tiêu cụ thể trong kế hoạch.

- Xây dựng chất lượng xét nghiệm theo tiêu chuẩn ISO 15189:2022 tại 2 khoa Hóa sinh - Vi sinh và Huyết học - Truyền máu.

- Duy trì và thực hiện tốt việc thực hành 5S trong toàn viện.

### **III. Nội dung cụ thể và chỉ tiêu cần đạt được**

#### ***1. Xây dựng và giám sát một số chỉ số cơ bản đo lường chất lượng bệnh viện (Phụ lục 1).***

Giám sát và đo lường chặt chẽ các chỉ số chất lượng nhằm đảm bảo các chỉ tiêu của kế hoạch cải tiến chất lượng bệnh viện.

#### ***2. Tăng mức điểm trung bình của tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện từ 3,27 năm 2022 lên 3,45 năm 2023 (Phụ lục 2).***

- Tiếp tục duy trì mức điểm 4,5 các tiêu chí chất lượng đã đạt được năm 2022.

- Tổ chức triển khai các tiêu chí lên điểm năm 2023.

#### ***3. Xây dựng và triển khai các đề án CTCL phù hợp với mục tiêu cụ thể trong kế hoạch (Phụ lục 3).***

#### ***4. Xây dựng chất lượng xét nghiệm theo tiêu chuẩn ISO 15189:2022 tại 2 khoa Hóa sinh - Vi sinh và Huyết học - Truyền máu.***

- Xây dựng kế hoạch cải tiến chất lượng xét nghiệm theo tiêu chuẩn ISO 15189:2022 tại 2 khoa xét nghiệm;

- Các khoa, phòng trong toàn viện thực hiện đúng theo kế hoạch đã phê duyệt.

#### ***5. Duy trì và thực hiện tốt việc thực hành 5S trong toàn viện.***

- Xây dựng kế hoạch tập huấn 5S cho toàn thể các khoa/phòng trong bệnh viện;

- Rà soát các vấn đề còn tồn tại trong quá trình thực hiện 5S tại các khoa, phòng;

- Phối hợp các khoa đề xuất giải pháp nâng cao chất lượng triển khai 5S



tại các khoa, phòng để đạt được hiệu quả.

#### **IV. TỔ CHỨC THỰC HIỆN**

##### **1. Phòng Quản lý chất lượng**

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

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

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

- 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.

##### **2. Phòng Kế hoạch tổng hợp**

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

##### **3. Phòng Tài chính Kế toán**

- Thực hiện cấp kinh phí cho các hoạt động liên quan đến cải tiến chất lượng bệnh viện;

- Hướng dẫn các khoa, phòng các thủ tục thanh quyết toán đảm bảo đúng nguyên tắc tài chính.

##### **4. Phòng Công nghệ thông tin**

Tích cực hỗ trợ và phối hợp với các khoa, phòng trong việc ứng dụng phần mềm mới phục vụ cho công tác chuyên môn, quản lý.

##### **5. Phòng Hành chính quản trị**

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

##### **6. Phòng Tổ chức cán bộ**

Căn cứ vào Kế hoạch cải tiến chất lượng bệnh viện và nhu cầu về mặt nhân lực của các khoa, phòng để điều động cán bộ nhân viên hợp lý, đảm bảo hoàn thành công việc theo từng thời điểm cụ thể.

##### **7. Phòng Điều dưỡng – công tác xã hội**

- Triển khai hiệu quả công tác giám sát liên quan đến hoạt động Điều



dưỡng;

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

- Đẩy mạnh hoạt động chăm sóc khách hàng, nâng cao kỹ năng tư vấn phục vụ và hướng dẫn tiện ích hỗ trợ NB và NNNB;

- Cải tiến liên tục các hoạt động chăm sóc khách hàng, kịp thời đáp ứng các nhu cầu, đem lại sự hài lòng cho NB và NNNB.

## **8. Phòng Vật tư - TBYT**

Hỗ trợ các khoa lâm sàng và cận lâm sàng trong việc thực hiện các tiêu chí có liên quan đến lĩnh vực vật tư trang thiết bị.

### **9. 2 Khoa xét nghiệm**

Phối hợp với phòng Quản lý chất lượng thực hiện đúng tiến độ kế hoạch xây dựng và cải tiến chất lượng xét nghiệm theo tiêu chuẩn ISO 15189:2022.

## **10. Các khoa/phòng khác**

Căn cứ vào kế hoạch chung của toàn viện, tự đề ra kế hoạch nâng cao 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.

## **V. CÔNG TÁC KIỂM TRA, GIÁM SÁT, BÁO CÁO**

- Yêu cầu các khoa/phòng, cá nhân được phân công thực hiện nội dung cụ thể các tiêu chí hoàn thiện đúng tiến độ đã đề ra trong bản kế hoạch để phục vụ cho công tác kiểm tra của bệnh viện;

- Phòng Quản lý chất lượng có nhiệm vụ tham mưu cho Lãnh đạo Bệnh viện và đôn đốc các khoa, phòng thực hiện kế hoạch, đồng thời làm đầu mối cho công tác giám sát và báo cáo cho Lãnh đạo Bệnh viện tiến độ thực hiện kế hoạch, các điểm mạnh, những tồn tại và các giải pháp khắc phục.

### **1. Kiểm tra, giám sát tiến độ thực hiện**

- Xây dựng bảng kiểm phù hợp và sử dụng bảng kiểm để kiểm tra, giám sát;

- Tổ chức kiểm tra, giám sát hàng tháng các công việc đang thực hiện;

- Hợp với khoa, phòng để phản hồi đánh giá tiến độ thực hiện, đưa ra những điểm mạnh, những điểm còn tồn tại và giải pháp khắc phục;



- Báo cáo phản hồi cho Lãnh đạo Bệnh viện và các khoa, phòng đồng thời kiểm tra lại sự khắc phục của các khoa đối với các tồn tại trong tháng.

## **2. Kiểm tra, giám sát các mục tiêu hàng quý**

- Tổ chức kiểm tra giám sát hàng tháng và đánh giá chất lượng bệnh viện hàng quý theo tiến độ thực hiện của các mục tiêu cải tiến chất lượng.

- Giám sát việc thực hiện đề án và chỉ số cải tiến chất lượng các khoa, phòng.

- Báo cáo Giám đốc bệnh viện tiến độ thực hiện, kết quả tự đánh giá 6 tháng và cuối năm.

## **VI. KINH PHÍ THỰC HIỆN**

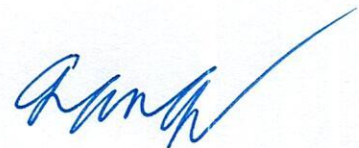
Kinh phí của kế hoạch được trích từ nguồn ngân sách của bệnh viện.

Trên đây là Kế hoạch cải tiến chất lượng bệnh viện năm 2023. Kính trình Giám đốc bệnh viện phê duyệt; các khoa, phòng phối hợp thực hiện./.

### ***Nơi nhận:***

- Các Phó Giám đốc BV;
- Các khoa, phòng;
- Lưu: VT, QLCL.

**GIÁM ĐỐC**



**Chu Thị Giang**



## Phụ lục 1

### Chỉ số đo lường chất lượng Bệnh viện

#### A. NỘI DUNG CÔNG VIỆC

TT	NỘI DUNG CÔNG VIỆC	THỜI GIAN THỰC HIỆN	KHOA, PHÒNG THỰC HIỆN	KHOA, PHÒNG PHỐI HỢP	KẾT QUẢ THỰC HIỆN NĂM 2022	CHỈ TIÊU PHẢN ĐÁU NĂM 2023
1	Số sự cố y khoa được báo cáo	3 tháng/lần	QLCL	Các khoa	22 (sự cố)	Báo cáo 100% các sự cố gây tổn thương cho NB mức độ từ trung bình trở lên
2	Ngày điều trị trung bình nội trú	01 tháng/lần	Các khoa	KHTH	6.9 (ngày)	≤ 7.0 (ngày)
3	Công suất sử dụng giường bệnh tự chủ	06 tháng/lần	KHTH	Các khoa	83,1%	95%
4	Tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú với dịch vụ KCB	03 tháng/lần	ĐD- CTXH	Các khoa	88.7 (%)	≥ 90%
5	Tỷ lệ hài lòng của người bệnh ngoại trú với dịch vụ KCB	03 tháng/lần	ĐD- CTXH	Các khoa	89 (%)	≥ 90 %
6	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế	01 năm/lần	ĐD- CTXH	Các khoa	83 (%)	≥ 85 %
7	Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ	03 tháng/lần	KSNK	Hệ ngoại	1,6 (%)	< 1,6 (%)



8	Thời gian khám bệnh trung bình của người bệnh	06 tháng/lần	KKB	QLCL	114 (phút)	100 (phút)
9	Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế	03 tháng/lần	KSNK	Các khoa	50.1 (%)	≥ 55 (%)
10	Số bệnh nhân khám/01 bàn khám	Hàng ngày	KHTH- Tổ BHYT	Khoa Khám bệnh		≤ 69 Người bệnh

### B. BẢNG KIỂM ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ THỰC HIỆN

STT	NỘI DUNG CÁC CHỈ SỐ	THỜI GIAN THỰC HIỆN	KHOA, PHÒNG THỰC HIỆN	KẾT QUẢ	CÓ	KHÔNG
1	Sự cố y khoa được báo cáo	03 tháng/lần	QLCL	Sự cố y khoa từng quý		
2	Thời gian nằm viện trung bình	01 tháng/lần	Các khoa	Thời gian nằm viện trung bình từng tháng		
3	Công suất sử dụng giường bệnh thực tế	01 tháng/lần	KHTH	Công suất sử dụng giường 01 tháng/lần		
4	Tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú với dịch vụ KCB	01 tháng/lần	CTXH	Tỷ lệ hài lòng của người bệnh từng quý		
5	Tỷ lệ hài lòng của người bệnh ngoại trú với dịch vụ KCB	01 tháng/lần	CTXH	Tỷ lệ hài lòng của người bệnh từng quý		



6	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế	03 tháng/lần	CTXH	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên hàng quý		
7	Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ	01 tháng/lần	KSNK	Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ từng quý		
8	Thời gian khám bệnh trung bình của người bệnh	01 tháng/lần	KKB, QLCL	Thời gian khám bệnh trung bình của NB 03tháng/lần		
9	Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế	03tháng/lần	KSNK	Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế		
10	Số bệnh nhân khám/01 bàn khám	Hàng ngày	KHTH- TỔ BHYT	Số người bệnh khám/01 bàn khám		



**Phụ lục 2:**  
**Tăng mức điểm trung bình của tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện**  
**từ 3,27 (năm 2022) lên 3,45 (năm 2023)**

STT	NỘI DUNG CÔNG VIỆC (Một số tiêu chí cần cải thiện)			THỜI GIAN THỰC HIỆN				KHOA/PHÒNG THỰC HIỆN	KHOA, PHÒNG PHỐI HỢP	DỰ KIẾN KINH PHÍ
	Tiêu chí	Năm 2022	Năm 2023	QUÝ 1	QUÝ 2	QUÝ 3	QUÝ 4			
1	A2.4	2	3		x	x		HCQT	Các khoa, phòng	Có dự trù chi tiết trong quá trình triển khai
2	A4.5	4	5	x	x	x		ĐD – CTXH		
3	A4.6	3	5		x	x		ĐD - CTXH		
4	B2.2	1	4		x	x		ĐT-CĐT ; ĐD -CTXH		
5	C4.6	2	3		x	x		KSNK		
6	C5.2	4	5		x	x		KHTH		
7	C5.3	3	5		x	x		QLCL	KHTH ĐD -CTXH	
8	C5.4	3	5		x	x		KHTH		
9	C5.5	2	3		x	x		KHTH		
10	C7.2	2	4	x	x	x		HCQT Dinh dưỡng		
11	C8.1	2	4		x	x		Dược Vật tư- Thiết bị y tế Hóa sinh – vi sinh	Dược, Vật tư	



**BẢNG KIỂM ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ THỰC HIỆN**

		Huyết học – TM								
		Huyết học – VS Hóa sinh – TM								
		Dược								
		DT-CDT								
		Dược								
		Dược								
		DT-CDT								
		Các khoa								
	BD-CTXH	Vật tư								
	Các khoa; QLCL	QLCL								
12	C8.2	2	3	x	x					
13	C9.3	2	4	x	x					
14	C9.4	3	4	x	x					
15	C10.1	3	4	x	x					
16	D1.3	1	3	x	x					
17	D2.1	3	4	x	x					
18	D2.3	3	5	x	x					

STT	TIÊU CHÍ	NỘI DUNG CÔNG VIỆC	THỜI GIAN THỰC HIỆN	KHOA/PHÒNG THỰC HIỆN	KẾT QUẢ	ĐẠT	KHÔNG ĐẠT
1	A2.4	Khoa làm sáng cung cấp nước uống cho người bệnh tại hành lang các khoa hoặc trong buồng bệnh.	Quý 2,3	HCQT	Có cung cấp nước uống cho người bệnh tại dãy đủ các khoa.		



2	A4.5	Áp dụng kết quả phân tích nguyên nhân gốc vào việc cải tiến chất lượng.	Quý 2,3	ĐD – CTXH;	Có tài liệu, ví dụ chứng minh các đề xuất giải pháp đã được triển khai.		
		Có sáng kiến xây dựng, áp dụng các hình thức khác để lấy ý kiến phản hồi người bệnh chủ động, phong phú và sát thực tế hơn.	Quý 2,3	ĐD – CTXH;	Có ví dụ minh họa về cách làm riêng của bệnh viện để huy động NB và người nhà NB tích cực phản hồi với BV.		
		Có các hình thức và thực hiện khen thưởng, kỷ luật cho nhân viên y tế nếu làm tốt hoặc chưa tốt việc phản hồi ý kiến người bệnh.	Quý 2,3,4	TCCB	- Có ví dụ minh họa đã khen thưởng cho nhân viên y tế làm tốt phản hồi ý kiến người bệnh. - Hoặc có ví dụ minh họa đã phê bình, kỷ luật nhân viên y tế chưa làm tốt việc phản hồi ý kiến NB.		
		Có báo cáo đánh giá ưu, nhược điểm và kết quả triển khai các kênh thông tin khác (hộp thư góp ý, phần mềm phản hồi trực tuyến...) tiếp nhận ý kiến phản hồi người bệnh.	Quý 2,3	ĐD – CTXH	- Có báo cáo tổng hợp, phân tích các hình thức ghi nhận ý kiến phản hồi của người bệnh. - Trong báo cáo có chỉ ra được hình thức ghi nhận nào là hiệu quả nhất hoặc kém nhất.		
		Có sử dụng kết quả đánh giá vào việc cải tiến chất lượng.	Quý 2,3	ĐD – CTXH	Có ví dụ minh họa đã sử dụng kết quả đánh giá để phát huy các hình thức		



					ghi nhận tốt thông tin.		
3	A4.6	Có tiến hành khảo sát sự hài lòng người bệnh ngoại trú ít nhất 02 lần trong năm và có bản báo cáo kết quả khảo sát.	Quý 2,3,4	ĐD – CTXH	Có bằng chứng BV tiến hành khảo sát sự hài lòng người bệnh ngoại trú ít nhất 02 đợt trong năm, mỗi đợt từ 100 phiếu trở lên. Có bản báo cáo kết quả khảo sát.		
		Kết quả khảo sát sự hài lòng phản ánh đúng thực tế, giúp bệnh viện xác định được những vấn đề người bệnh chưa hài lòng để cải tiến.	Quý 2,3,4	ĐD – CTXH	Báo cáo kết quả có xác định được tỷ lệ NB chưa hài lòng. Tỷ lệ NB hài lòng không cao bất thường so với kết quả đánh giá chất lượng năm trước. Có chỉ ra được những vấn đề người bệnh chưa hài lòng để cải tiến.		
		Lập danh sách và có bản danh sách xác định các vấn đề ưu tiên cần giải quyết sau mỗi đợt khảo sát hài lòng người bệnh.	Quý 2,3,4	ĐD – CTXH	Có bản danh sách xác định các vấn đề ưu tiên cần giải quyết sau mỗi đợt khảo sát hài lòng NB.		
		Xây dựng kế hoạch cải tiến chất lượng dựa trên bản danh sách xác định các vấn đề ưu tiên cần giải quyết.	Quý 4	ĐD – CTXH	Có bản kế hoạch cải tiến chất lượng dựa trên bản danh sách 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	Quý 2,3	ĐD – CTXH	Trong báo cáo có kết quả phân tích sự hài lòng người bệnh nội trú chia theo các khoa lâm sàng, chỉ ra được khoa nào có tỷ lệ hài lòng cao nhất và khoa		



		không sử dụng thẻ bảo hiểm y tế hoặc các nhóm khác.			thấp nhất. Có tỷ lệ hài lòng giữa người bệnh có sử dụng và không sử dụng thẻ bảo hiểm y tế.		
		Có bảng tổng hợp hoặc biểu đồ so sánh sự hài lòng người bệnh nội trú giữa các khoa lâm sàng.	Quý 2,3	ĐD – CTXH	Có vẽ tỷ lệ hài lòng giữa các khoa dưới dạng biểu đồ.		
		Tổ khảo sát sự hài lòng người bệnh tiến hành họp nội bộ với những khoa lâm sàng có tỷ lệ hài lòng thấp nhất để bàn giải pháp cải tiến chất lượng.	Quý 2,3	ĐD – CTXH	Có bằng chứng về việc họp giữa Tổ khảo sát sự hài lòng người bệnh với những khoa lâm sàng có tỷ lệ hài lòng thấp nhất. Có xác định các giải pháp để cải tiến nâng cao tỷ lệ hài lòng.		
		Có bản kế hoạch cải tiến chất lượng chung của bệnh viện, trong đó có xác định ưu tiên đầu tư, cải tiến chất lượng tại những khoa có tỷ lệ hài lòng thấp.	Quý 2,3,4	QLCL	- Có bản kế hoạch cải tiến chất lượng chung của bệnh viện. - Trong bản kế hoạch chung có kế hoạch cải tiến chất lượng tại những khoa có tỷ lệ hài lòng thấp.		
		Tiến hành cải tiến chất lượng theo kế hoạch và có bằng chứng cho sự thay đổi.	Quý 2,3,4	ĐD – CTXH	Có bằng chứng minh họa cho sự thay đổi trước và sau tại những khoa có tỷ lệ hài lòng trước can thiệp thấp.		
4	B2.2	Tỷ lệ số nhân viên y tế tham gia các lớp tập huấn nâng cao kỹ năng ứng xử, giao tiếp, y	Quý 2,3	ĐT - CĐT ĐD – CTXH	- Kết quả tính toán dựa trên danh sách: tỷ lệ nhân viên y tế đã tập huấn chiếm trên 70% tổng số nhân viên y tế		



		đức chiếm trên 70% tổng số nhân viên y tế (căn cứ vào số lượng lớp mở và số học viên tham gia).			<p>của toàn bệnh viện.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Không phát hiện thấy có NVYT nằm trong danh sách đã được tập huấn nhưng không nắm được hoặc nói sai các thông tin về lớp tập huấn.</li> <li>- NVYT được phỏng vấn có tham gia tập huấn và kể được một số nội dung cơ bản của lớp tập huấn.</li> </ul>		
		Có 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 và kết quả đánh giá.	Quý 2,3	TCCB; ĐD -CTXH	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Có báo cáo khảo sát hoặc đánh giá về thái độ ứng xử của nhân viên y tế trước và sau khi triển khai tập huấn.</li> <li>- Trong báo cáo có so sánh kết quả khảo sát về thái độ ứng xử của NVYT trước và sau tập huấn.</li> <li>- Khảo sát có thể điều tra riêng về phong cách, thái độ ứng xử hoặc lồng ghép trong khảo sát sự hài lòng của NVYT (trên phần mềm khảo sát trực tuyến do Cục QLKCB, Bộ Y tế phụ trách).</li> </ul>		
5	C4.6	Các chỉ tiêu đầu ra của nước thải đạt quy chuẩn về môi trường.	Quý 2	KSNK	Kết quả phân tích đánh giá các chỉ tiêu đầu ra của nước thải được cơ quan đánh giá xác nhận đạt quy chuẩn về môi trường.		



6	C5.2	Đã triển khai thử nghiệm từ 07 kỹ thuật tuyến trên trở lên (hoặc từ 07 kỹ thuật mới, hiện đại lần đầu tiên thực hiện tại bệnh viện trở lên)*.	Quý 2,3	KHTH	Có đầy đủ các tài liệu chứng minh bệnh viện đã triển khai thử nghiệm ít nhất 07 kỹ thuật tuyến trên hoặc ít nhất 07 kỹ thuật mới, phương pháp mới lần đầu tiên thực hiện tại bệnh viện, ví dụ đề án triển khai kỹ thuật mới, tên người thực hiện, ngân sách, các chuyên gia hoặc bệnh viện khác hỗ trợ...		
		Sau khi thử nghiệm, bệnh viện triển khai kỹ thuật và tự thực hiện được toàn bộ các kỹ thuật mới, phương pháp mới đã triển khai.	Quý 2,3	KHTH	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Có danh sách người bệnh.</li> <li>- Có bệnh án đã áp dụng kỹ thuật mới.</li> <li>- Có tên các bác sỹ, điều dưỡng thực hiện, ảnh chụp minh họa việc triển khai kỹ thuật mới...</li> <li>- Đang triển khai được kỹ thuật mới, phương pháp mới tại thời điểm kiểm tra.</li> </ul>		
		Có trên 70% các kỹ thuật mới, phương pháp mới áp dụng mang tính thường quy với tần suất thực hiện ít nhất 1 lần trong 1 tháng.	Quý 2,3	KHTH	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Có số liệu theo dõi tình hình triển khai các kỹ thuật mới, phương pháp mới, ví dụ dựa trên phần mềm bệnh án điện tử, các phần mềm theo dõi khác.</li> <li>- Các kỹ thuật mới, phương pháp mới được triển khai áp dụng với tần suất thực hiện ít nhất 1 lần trong 1 tháng</li> </ul>		



					chiếm trên 70% tổng số kỹ thuật mới, phương pháp mới đã triển khai trong năm.		
		Tiến hành nghiên cứu, đánh giá hiệu quả việc triển khai kỹ thuật mới, phương pháp mới trong thời gian qua.	Quý 2,3	KHTH	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Có đề cương, kế hoạch nghiên cứu, đánh giá;</li> <li>- Có bộ công cụ/câu hỏi nghiên cứu, đánh giá;</li> <li>- Có danh sách thành viên tham gia nghiên cứu;</li> <li>- Có bằng chứng đã tiến hành nghiên cứu.</li> <li>- Có báo cáo kết quả nghiên cứu.</li> <li>- Nếu có nghiên cứu, báo cáo trong vòng 2 năm tính tại thời điểm đánh giá thì tiêu chí này được chấm là đạt.</li> </ul>		
		Báo cáo kết quả có nêu rõ những mặt thành công, thất bại và khiếm khuyết cần khắc phục trong việc triển khai kỹ thuật mới, phương pháp mới.	Quý 2,3	KHTH	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trong báo cáo kết quả có số liệu cụ thể để minh họa và chỉ ra được các vấn đề sau: <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Những mặt thành công (ví dụ thực hiện được bao nhiêu ca, số ca thành công 1 phần, toàn phần, theo dõi người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật);</li> <li>+ Những thất bại (số ca tai biến, số ca không khỏi...)</li> </ul> </li> </ul>		



					+ Những khiếm khuyết cần khắc phục, các vấn đề cần rút kinh nghiệm...		
		Áp dụng kết quả nghiên cứu vào việc cải tiến chất lượng triển khai kỹ thuật mới, phương pháp mới.	Quý 2,3	KHTH	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Có bằng chứng minh họa đã áp dụng kết quả đánh giá vào việc cải tiến chất lượng triển khai kỹ thuật mới, phương pháp mới.</li> <li>- Quan sát thực tế tại nơi đã áp dụng giải pháp cải tiến chất lượng.</li> <li>- Kiểm tra thực tế cho thấy các công việc cải tiến có đem lại hiệu quả trong việc triển khai kỹ thuật mới, phương pháp mới.</li> </ul> + Lấy được ít nhất 1 ví dụ về hiệu quả mang lại.		
		Đã triển khai thực hiện ít nhất 01 kỹ thuật mới lần đầu tiên áp dụng tại Việt Nam hoặc trên thế giới.	Quý 2,3	KHTH	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Có đầy đủ các tài liệu chứng minh bệnh viện đã triển khai thực hiện ít nhất 01 kỹ thuật mới lần đầu tiên áp dụng tại Việt Nam hoặc trên thế giới.</li> <li>- Có tài liệu chứng minh chưa có bệnh viện nào khác tại Việt Nam hoặc trên thế giới đã thực hiện được kỹ thuật mới mà bệnh viện lần đầu áp dụng (ví dụ các bài báo khoa học, các báo cáo rà soát tổng quan tài liệu).</li> </ul>		



					<p>- Việc tìm kiếm thông tin trên mạng không tìm thấy thông tin nào đề cập đã có bệnh viện khác ở Việt Nam (hoặc trên thế giới) triển khai kỹ thuật đó.</p> <p>+ Lưu ý: Nếu có triển khai thực hiện ít nhất 01 kỹ thuật mới lần đầu tiên áp dụng tại Việt Nam hoặc trên thế giới trong vòng 2 năm tính tại thời điểm đánh giá thì tiêu chí này được chấm là đạt.</p>		
7	C5.3	Hoàn thành bộ tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh” phù hợp với điều kiện bệnh viện và đặc thù hoạt động chuyên môn, dựa trên hướng dẫn của Bộ Y tế.	Quý 2,3	QLCL	Có bộ tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh” phù hợp với điều kiện bệnh viện và đặc thù hoạt động chuyên môn, dựa trên hướng dẫn của BYT.		
		Bộ tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh” do bệnh viện xây dựng được Hội đồng khoa học kỹ thuật thẩm định và thông qua (Hội đồng khoa	Quý 2,3	QLCL	<p>- Có đầy đủ các tài liệu minh chứng Bộ tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh” do bệnh viện xây dựng đã được Hội đồng khoa học kỹ thuật thẩm định và thông qua như:</p> <p>+ Biên bản họp,</p>		



	học do bệnh viện hoặc cơ quan quản lý trực tiếp thành lập, có mời thành viên là các chuyên gia, giảng viên, bác sỹ, điều dưỡng trong, ngoài bệnh viện và các cơ quan khác như đại diện cơ quan quản lý y tế, cơ quan bảo hiểm xã hội...).			<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Danh sách thành viên góp ý, thành viên hội đồng hợp,</li> <li>+ Các ý kiến cần chỉnh sửa, bổ sung, hoàn thiện,</li> <li>+ Quyết định nghiệm thu...</li> </ul>		
	Bộ tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh” do bệnh viện xây dựng được hướng dẫn và áp dụng thống nhất trên phạm vi toàn bệnh viện.	Quý 2,3	QLCL	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Có quyết định ban hành tài liệu và áp dụng thống nhất trên phạm vi toàn bệnh viện.</li> <li>- NVYT được phỏng vấn xác nhận có biết thông tin về bộ tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh” do bệnh viện xây dựng, ban hành.</li> <li>+ NVYT xác nhận đang thực hiện theo các hướng dẫn trong bộ tài liệu của bệnh viện.</li> </ul>		
	Xây dựng bảng kiểm giám sát việc tuân thủ các quy trình kỹ thuật cho một số quy trình quan trọng (theo đánh giá của bệnh viện, căn cứ	Quý 2,3	QLCL	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Có đầy đủ các bằng chứng minh họa đã xây dựng bảng kiểm giám sát việc tuân thủ các quy trình kỹ thuật cho một số quy trình bằng các hoạt động sau:</li> </ul>		



		<p>trên phạm vi tác động, ảnh hưởng tới hoạt động chuyên môn...) tại một số khoa lâm sàng.</p>		<ul style="list-style-type: none"><li>+ Có phân công người đầu mỗi thực hiện, các thành viên tham gia;</li><li>+ Có lựa chọn một số quy trình để ưu tiên xây dựng bảng kiểm trước dựa trên danh sách thống kê những quy trình nào thực hiện nhiều nhất, hoặc quy trình nào có nguy cơ ít được tuân thủ nhất, hoặc những quy trình nào có nguy cơ mất an toàn nhất... (có bản danh sách thống kê các quy trình bằng việc đo lường cụ thể trong khoảng thời gian xác định tại một số khoa lâm sàng);</li><li>+ Có các bằng chứng đã họp, thảo luận, tham khảo tài liệu, cập nhật, chỉnh sửa... để khẳng định chính bệnh viện đã xây dựng (không phải copy các bệnh viện khác, chỉnh sửa và áp dụng trực tiếp).</li><li>+ Hoàn thiện và có các bảng kiểm cho một số quy trình kỹ thuật đã được lựa chọn để xây dựng bảng kiểm.</li><li>- NVYT được phỏng vấn trình bày được quá trình xây dựng, thảo luận, góp ý, hoàn thiện cho tài liệu, nêu</li></ul>		
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--



					<p>được các khó khăn, vướng mắc trong quá trình xây dựng bảng kiểm.</p>		
		<p>Tiến hành giám sát việc tuân thủ các quy trình kỹ thuật dựa trên các bảng kiểm đã xây dựng của bệnh viện.</p>	<p>Quý 2,3</p>	<p>KHTH ĐD-CTXH</p>	<p>- Có đầy đủ các bằng chứng minh họa đã tiến hành giám sát việc tuân thủ các quy trình kỹ thuật dựa trên các bảng kiểm đã xây dựng của bệnh viện bằng các hình thức như:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Có quyết định phân công, giao việc cho tổ giám sát;</li> <li>+ Có quy định phương pháp chọn mẫu;</li> <li>+ Có lịch phân công cụ thể nhân viên và thời gian giám sát;</li> <li>+ Có địa điểm (khoa/phòng) giám sát;</li> <li>+ Có các phiếu giám sát (bằng phiếu bản giấy đã ghi thông tin được lưu hoặc phiếu giám sát bản điện tử lưu trên phần mềm).</li> <li>+ Có bộ số liệu về giám sát.</li> </ul> <p>- NVYT tham gia giám sát việc tuân thủ các bảng kiểm liệt kê được các công việc đã thực hiện và cho ví dụ thực tế khi đi giám sát tại các khoa/phòng.</p>		



		Có bản báo cáo giám sát việc tuân thủ các quy trình kỹ thuật dựa trên các bảng kiểm, trong đó có tỷ lệ tuân thủ của các khoa lâm sàng.	Quý 2,3	KHTH ĐD-CTXH	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Có bản báo cáo giám sát việc tuân thủ các quy trình kỹ thuật dựa trên các bảng kiểm.</li> <li>- Trong báo cáo có các kết quả là các chỉ số định lượng cụ thể như tỷ lệ, tỷ số, con số...</li> <li>+ Có tỷ lệ tuân thủ của các khoa lâm sàng.</li> <li>+ Có sắp xếp các tỷ lệ tuân thủ các khoa từ cao đến thấp hoặc ngược lại</li> </ul>		
		Công bố báo cáo về việc tuân thủ các quy trình kỹ thuật cho nhân viên (trong đó có tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật của từng khoa lâm sàng) bằng các hình thức như bản tin nội bộ, gửi báo cáo, thư điện tử...	Quý 2,3,4	KHTH ĐD-CTXH	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Có các hình thức công bố báo cáo kết quả về việc tuân thủ các quy trình kỹ thuật cho các khoa phòng như có công bố kết quả trên bảng tin, trang thông tin điện tử (website) của bệnh viện, hoặc gửi báo cáo và các khoa phổ biến kết quả trong các cuộc họp giao ban định kỳ, đột xuất của khoa.</li> <li>+ Có thể có các hình thức công bố khác như trên các tạp chí khoa học hoặc hội nghị, hội thảo khoa học.</li> <li>- Các khoa có tỷ lệ tuân thủ thấp có đề xuất các giải pháp can thiệp nâng cao tỷ lệ tuân thủ.</li> <li>- Kết quả phỏng vấn NVYT có biết</li> </ul>		



					<p>kết quả nghiên cứu, có biết tỷ lệ tuân thủ và biết được khoa của mình xếp ở mức nào so với các khoa điều trị khác.</p>		
		<p>Tiến hành đánh giá hoặc nghiên cứu việc triển khai áp dụng các quy trình kỹ thuật tại bệnh viện, trong đó có đánh giá, phân tích các sự cố y khoa (nếu có) xảy ra khi thực hiện kỹ thuật.</p>	<p>Quý 2,3</p>	<p>KHTH</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Có các bằng chứng minh họa đã tiến hành nghiên cứu (hoặc đánh giá) việc triển khai áp dụng các quy trình kỹ thuật tại bệnh viện, bao gồm: <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Có đề cương, kế hoạch nghiên cứu;</li> <li>+ Có bộ công cụ/câu hỏi nghiên cứu;</li> <li>+ Có danh sách thành viên tham gia nghiên cứu;</li> <li>+ Có bằng chứng đã tiến hành nghiên cứu;</li> <li>+ Có báo cáo nghiên cứu việc triển khai áp dụng các quy trình kỹ thuật tại bệnh viện;</li> </ul> </li> <li>- Trong báo cáo có kết quả nghiên cứu bằng các chỉ số đo lường cụ thể như tỷ lệ %, số lượng, tỷ số...</li> <li>- Trong báo cáo có chỉ ra được: <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Các thuận lợi, khó khăn, vướng mắc trong quá trình triển khai áp dụng các quy trình kỹ thuật tại bệnh viện;</li> <li>+ Các sự cố y khoa có nguy cơ xảy ra khi thực hiện kỹ thuật;</li> </ul> </li> </ul>		



				<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Những kỹ thuật có nguy cơ xảy ra sự cố nhất;</li> <li>+ Những khó khăn, nhược điểm cần giải quyết.</li> <li>+ Các đề xuất giải pháp khắc phục các khó khăn, nhược điểm đã được chỉ ra và nâng cao chất lượng lâm sàng, giảm thiểu nguy cơ sự cố trong quá trình triển khai áp dụng các quy trình kỹ thuật tại bệnh viện.</li> <li>+ Nếu có nghiên cứu, báo cáo trong vòng 2 năm tính tại thời điểm đánh giá thì tiêu chí này được chấm là đạt.</li> </ul>			
		<p>Áp dụng kết quả đánh giá (hoặc nghiên cứu) để chỉnh sửa, cải tiến quy trình kỹ thuật nhằm hạn chế các sự cố y khoa xảy ra và cải tiến chất lượng lâm sàng.</p>	<p>Quý 2,3</p>	<p>KHTH QLCL</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Có bằng chứng minh họa đã áp dụng kết quả nghiên cứu vào việc chỉnh sửa, cải tiến quy trình kỹ thuật nhằm hạn chế các sự cố y khoa xảy ra và cải tiến chất lượng lâm sàng.</li> <li>+ Có chỉ ra được những nội dung đã chỉnh sửa, cập nhật, điều chỉnh, cải tiến.</li> <li>- Lấy được ít nhất 1 ví dụ về hiệu quả can thiệp mang lại.</li> <li>- Quan sát thực tế tại nơi đã áp dụng giải pháp cải tiến chất lượng thấy các</li> </ul>		



					hiệu quả can thiệp (nếu có thể quan sát được). + Nếu có áp dụng trong vòng 2 năm tính tại thời điểm đánh giá thì tiêu chí này được chấm là đạt.		
		Chia sẻ kinh nghiệm cải tiến quy trình kỹ thuật, áp dụng kỹ thuật cao, kỹ thuật mới cho cơ quan quản lý và các bệnh viện khác bằng các hình thức như báo cáo, viết sách, bài báo khoa học...	Quý 2,3	KHTH QLCL	- Có bằng chứng minh họa đã chia sẻ kinh nghiệm cải tiến quy trình kỹ thuật, áp dụng kỹ thuật cao, kỹ thuật mới cho cơ quan quản lý và các bệnh viện khác bằng ít nhất một hình thức như: + Có báo cáo cho cơ quan quản lý, + Có xuất bản sách, + Có bài báo, công trình khoa học... + Có báo cáo tại hội nghị hội thảo, giảng dạy hoặc các hình thức chia sẻ kinh nghiệm khác.		
8	C5.4	Có trên 70% 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**.	Quý 2,3	KHTH	Thống kê và kiểm tra 70% số khoa lâm sàng đã xây dựng được các “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” cho ít nhất 10 bệnh thường gặp của khoa		
		Các khoa lâm sàng nghiên cứu xây dựng, cập nhật, bổ	Quý 2,3	KHTH	- Có bằng chứng các khoa lâm sàng đã tự nghiên cứu xây dựng, cập nhật,		



		<p>sung các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị thuộc phạm vi chuyên môn và mô hình bệnh tật của bệnh viện, nhưng chưa được Bộ Y tế hoặc Sở Y tế ban hành (hoặc chỉnh sửa) dựa trên các tài liệu trong nước, quốc tế và sự tiến bộ của y học.</p>			<p>bổ sung các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị những bệnh hoặc chuyên khoa chưa được Bộ Y tế, Sở Y tế ban hành (ví dụ ngoại khoa và truyền nhiễm) bằng các hình thức như:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Có thống kê số người bệnh mắc các bệnh chưa có hướng dẫn chẩn đoán và điều trị gặp tại khoa.</li> <li>+ Có danh mục các tài liệu tham khảo;</li> <li>+ Các tài liệu tham khảo dựa trên các tài liệu trong nước (trường đại học y, các bệnh viện khác đã xây dựng được), tài liệu quốc tế, ví dụ của Viện NICE, các viện Y khoa hàng đầu thế giới, các Hội nghề nghiệp thế giới...</li> <li>+ Dựa trên sự tiến bộ của y học như các công trình nghiên cứu, bài báo quốc tế đã được thẩm định;</li> <li>+ Có người đầu mối hoặc nhóm soạn thảo;</li> <li>- NVYT được phỏng vấn trình bày được nguồn tài liệu tham khảo, quá trình xây dựng, thảo luận, góp ý cho tài liệu...</li> </ul>		
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--



					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Có bản dự thảo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh chưa được Bộ, Sở hướng dẫn.</li> <li>- Chỉ cần có trên 30% khoa lâm sàng đã xây dựng các hướng dẫn chưa có trong tài liệu của Bộ, Sở (hoặc cập nhật, chỉnh sửa các hướng dẫn) được chấm là đạt.</li> </ul>		
		<p>Hoàn thành bộ tài liệu “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” phù hợp với điều kiện bệnh viện và đặc thù hoạt động chuyên môn, dựa trên hướng dẫn của Bộ Y tế.</p>	Quý 2,3	KHTH	<p>Có bộ tài liệu “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” phù hợp với điều kiện bệnh viện và đặc thù hoạt động chuyên môn, dựa trên hướng dẫn của Bộ Y tế.</p>		
		<p>Bộ tài liệu “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” do bệnh viện xây dựng được Hội đồng khoa học kỹ thuật thẩm định và thông qua ( Hội đồng khoa học do bệnh viện hoặc cơ quan quản lý trực tiếp thành lập, có mời thành viên là các chuyên gia, giảng viên, bác sỹ, điều dưỡng trong,</p>	Quý 2,3	KHTH	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Có đầy đủ các tài liệu minh chứng Bộ tài liệu “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” do bệnh viện xây dựng được Hội đồng khoa học kỹ thuật thẩm định và thông qua như:</li> <li>+ biên bản họp,</li> <li>+ danh sách thành viên góp ý, thành viên hội đồng họp,</li> <li>+ các ý kiến cần chỉnh sửa, bổ sung, hoàn thiện,</li> <li>+ quyết định nghiệm thu...</li> </ul>		



		ngoài bệnh viện và các cơ quan khác như đại diện cơ quan quản lý y tế, cơ quan bảo hiểm xã hội...).					
		Bộ tài liệu “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” do bệnh viện xây dựng được hướng dẫn và áp dụng thống nhất trên phạm vi toàn bệnh viện.	Quý 2,3	KHTH	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Có quyết định ban hành tài liệu và áp dụng thống nhất trên phạm vi toàn bệnh viện.</li> <li>- Có các băng chứng khác chứng minh bệnh viện đang áp dụng thống nhất các “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị”, ví dụ đưa nội dung của tài liệu vào phần mềm bệnh án điện tử hoặc các phần mềm khác liên quan đến điều trị như khám bệnh, chỉ định cận lâm sàng, kê đơn...</li> <li>- NVYT được phỏng vấn xác nhận có biết thông tin về bộ tài liệu “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” do bệnh viện xây dựng, ban hành.</li> <li>+ NVYT các khoa lâm sàng xác nhận đang thực hiện theo các hướng dẫn trong bộ tài liệu của bệnh viện.</li> </ul>		
		Có 100% các khoa lâm sàng đã xây dựng được các “Hướng dẫn chẩn đoán và	Quý 2,3	KHTH	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toàn bộ các khoa lâm sàng đều đã xây dựng được các “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” cho ít nhất 10 bệnh</li> </ul>		



		điều trị” cho ít nhất 10 bệnh thường gặp của khoa**.			thường gặp của khoa. - Tài liệu “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” các bệnh thường gặp của khoa được lồng ghép chung trong Bộ tài liệu “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” của bệnh viện.		
		Tổ chức nghiên cứu, tập huấn và tiến hành xây dựng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị dựa trên y học chứng cứ với sự tham gia của các bác sỹ, điều dưỡng, dược sỹ bệnh viện, theo hướng dẫn và căn cứ trên khung mẫu của các Viện nghiên cứu về lâm sàng hàng đầu trên thế giới tại các nước phát triển như Anh, Mỹ, Úc*...	Quý 2,3	KHTH	- Có các bằng chứng minh họa đã tiến hành nghiên cứu việc xây dựng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị dựa trên y học chứng cứ theo hướng dẫn và khung mẫu của các Viện nghiên cứu về lâm sàng hàng đầu trên thế giới tại các nước phát triển như Anh, Mỹ, Úc như: + Có xây dựng tổng quan tài liệu tham khảo các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tiên tiến; + Có xây dựng kho dữ liệu y học chứng cứ để cung cấp xây dựng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị; + Có nghiên cứu và hiểu được thuật ngữ “y học chứng cứ”. + Các dữ liệu y học chứng cứ dựa trên các kết quả đánh giá công nghệ y tế (HTA) hoặc tổng quan tài liệu về tính		



				<p>hiệu quả của các phương pháp, kỹ thuật, thuốc, hóa chất... phục vụ điều trị.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Có xây dựng khung mẫu chung và thống nhất áp dụng cho các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của bệnh viện tự xây dựng;</li> <li>- Đã tổ chức tập huấn cho các khoa lâm sàng phương pháp xây dựng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị dựa trên y học chứng cứ.</li> <li>- NVYT đã tham gia tập huấn khi được phỏng vấn trình bày được các nội dung được tập huấn và nêu được nội dung chính trong khung mẫu chung cho các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị.</li> <li>- NVYT trình bày được khái niệm “y học chứng cứ”.</li> </ul>			
		<p>Tiến hành xây dựng mới ít nhất 01 hướng dẫn chẩn đoán và điều trị phù hợp với đặc thù bệnh viện và dựa trên y học chứng cứ.</p>	<p>Quý 2,3</p>	<p>KHTH</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Đã xây dựng xong ít nhất 01 hướng dẫn chẩn đoán và điều trị phù hợp với đặc thù bệnh viện và dựa trên y học chứng cứ.</li> <li>- Các chỉ định cận lâm sàng, thuốc, kỹ thuật điều trị, chăm sóc... trong</li> </ul>		



					<p>hướng dẫn chẩn đoán và điều trị có trích dẫn nguồn và các tài liệu có độ tin cậy, ví dụ từ các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của các nước phát triển, từ các tạp chí khoa học có chỉ số IF (impact factor) cao.</p> <p>- NVYT khoa lâm sàng trình bày được quá trình xây dựng hướng dẫn chẩn đoán và điều trị.</p>		
		<p>Tiến hành đánh giá hoặc nghiên cứu hiệu quả việc triển khai áp dụng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện, trong đó có đánh giá, phân tích các sự cố y khoa (nếu có) xảy ra.</p>	<p>Quý 2,3</p>	<p>KHTH</p>	<p>- Có các bằng chứng minh họa đã tiến hành nghiên cứu (hoặc đánh giá) việc triển khai áp dụng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện, bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Có đề cương, kế hoạch nghiên cứu;</li> <li>+ Có bộ công cụ/câu hỏi nghiên cứu;</li> <li>+ Có danh sách thành viên tham gia nghiên cứu;</li> <li>+ Có bằng chứng đã tiến hành nghiên cứu;</li> <li>+ Có báo cáo nghiên cứu việc triển khai áp dụng các quy trình kỹ thuật tại bệnh viện;</li> </ul> <p>- Trong báo cáo có kết quả nghiên cứu bằng các chỉ số đo lường cụ thể như</p>		



		<p>Áp dụng kết quả đánh giá (hoặc nghiên cứu) để chỉnh sửa, cải tiến các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị nhằm</p>	<p>Quý 2,3</p>	<p>KHTH</p>	<p>- Có bằng chứng minh họa đã áp dụng kết quả nghiên cứu vào việc chỉnh sửa, cải tiến các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị nhằm hạn chế các sự cố y</p>	
					<p>tỷ lệ %, số lượng, tỷ số...          - Trong báo cáo có chỉ ra được:          + Các thuận lợi, khó khăn, vướng mắc trong quá trình triển khai áp dụng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện;          + Các sự cố y khoa có nguy cơ xảy ra; + Những bệnh có nguy cơ xảy ra sự cố nhất;          + Những khó khăn, vướng mắc cần giải quyết.          + Các đề xuất giải pháp khác phục các khó khăn, vướng mắc đã được chỉ ra và nâng cao chất lượng làm sàng, giảm thiểu nguy cơ sự cố trong quá trình triển khai áp dụng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện.          + Nêu có nghiên cứu, báo cáo trong vòng 2 năm tính tại thời điểm đánh giá thì tiêu chí này được chấm là đạt.</p>	



	hạn chế các sự cố y khoa xảy ra và cải tiến chất lượng lâm sàng.			<p>khoa xảy ra và cải tiến chất lượng lâm sàng.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Có chỉ ra được những nội dung đã chỉnh sửa, cập nhật, điều chỉnh, cải tiến.</li> <li>- Lấy được ít nhất 1 ví dụ về hiệu quả can thiệp mang lại.</li> <li>- Quan sát thực tế tại nơi đã áp dụng giải pháp cải tiến chất lượng thấy các hiệu quả can thiệp (nếu có thể quan sát được).</li> <li>+ Nếu có áp dụng trong vòng 2 năm tính tại thời điểm đánh giá thì tiêu chí này được chấm là đạt.</li> </ul>		
	Chia sẻ kinh nghiệm cải tiến các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị cho cơ quan quản lý và các bệnh viện khác bằng các hình thức như báo cáo, viết bài báo khoa học...	Quý 2,3	KHTH	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Có bằng chứng minh họa đã chia sẻ kinh nghiệm cải tiến các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị cho cơ quan quản lý và các bệnh viện khác bằng ít nhất một hình thức như: <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Có báo cáo cho cơ quan quản lý,</li> <li>+ Có xuất bản sách,</li> <li>+ Có bài báo, công trình khoa học...</li> <li>+ Có báo cáo tại hội nghị hội thảo, giảng dạy hoặc các hình thức chia sẻ kinh nghiệm khác.</li> </ul> </li> </ul>		



9	C5.5	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.	Quý 2,3,4	KHTH	- Có bằng chứng đã 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 như: + Có phân công người kiểm tra, thời gian, địa điểm kiểm tra; + Có biên bản kiểm tra, giám sát. + Có thể tiến hành giám sát trên phần mềm bệnh án điện tử (không cần lấy hồ sơ, bệnh án giấy) nhưng cần có đầy đủ các tài liệu chứng minh đã kiểm tra, giám sát trên phần mềm.		
10	C7.2	Có căng tin phục vụ ăn uống cho NB, NNNB và NVYT. Có khu vực chế biến thức ăn đảm bảo vệ sinh sạch sẽ thiết kế 1 chiều	Quý 1,2,3,4	HCQT; Dinh Dưỡng	Khoa Dinh dưỡng chuyển ra cơ sở mới hoạt động có căng tin, khu vực chế biến thức ăn.		
11	C8.1	Các kỹ thuật xét nghiệm bị tạm dừng do thiết bị, hóa chất không hoạt động do hỏng, sửa chữa không quá 7 ngày trong năm	Quý 1,2,3,4	Dược, VT- TBYT, HS-VS HH - TM	Đảm bảo hóa chất, thiết bị được cung ứng, bảo dưỡng để các kỹ thuật xét nghiệm bị tạm dừng do thiết bị, hóa chất không hoạt động do hỏng, sửa chữa không quá 07 ngày trong năm.		



12	C8.2	Đảm bảo chạy mẫu nội kiểm trước khi thực hiện xét nghiệm cho NB.	Quý 1,2,3,4	HS-VS HH - TM Dược	Đảm bảo chạy mẫu nội kiểm trước khi thực hiện xét nghiệm cho NB.			
		Nhân viên khoa xét nghiệm tham gia đào tạo liên tục đầy đủ theo quy định của BHYT.				ĐT-CĐT	Có chứng nhận nhân viên khoa xét nghiệm có đủ số giờ tập huấn theo quy định của BHYT.	
		Tiến hành đào tạo và đạo tạo liên tục cho nhân viên khoa xét nghiệm về các kỹ thuật mới triển khai tại bệnh viện		ĐT-CĐT	Có chứng nhận tập huấn cho nhân viên khoa xét nghiệm về các kỹ thuật mới triển khai tại bệnh viện.			
13	C9.3	Bảo đảm cung cấp đầy đủ thuốc, vật tư y tế tiêu hao trong và ngoài danh mục cho người bệnh nội trú.	Quý 2,3,4	Dược	Biên bản họp cho thấy cung cấp đủ thuốc hóa chất và vật tư y tế tiêu hao trong danh mục của bệnh viện 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, đầu năm).				Biên bản họp cho thấy 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, đầu năm).		
		Có quy trình và phương án tổ chức cung ứng các thuốc hiếm theo yêu cầu điều trị và				Có quy trình và phương án tổ chức cung ứng các thuốc hiếm theo yêu cầu điều trị và thuốc điều trị các bệnh		



		thuốc điều trị các bệnh hiếm gặp (trong trường hợp cần điều trị người bệnh tại bệnh viện, không chuyển tuyến).			hiếm gặp.		
14	C9.4	Có hướng dẫn bằng hình ảnh danh mục LASA và phổ biến cho các nhân viên y tế, khoa khám bệnh và các khoa lâm sàng áp dụng thực hiện.	Quý 2,3	Được	Có đầy đủ bằng chứng minh họa đã hướng dẫn bằng hình ảnh danh mục LASA và phổ biến cho các nhân viên y tế, khoa khám bệnh và các khoa lâm sàng		
		Thực hiện được việc ra lẻ thuốc cho từng người bệnh.			Đã thực hiện ra lẻ thuốc cho từng người bệnh theo bệnh án		
		Xây dựng quy trình hướng dẫn và giám sát sử dụng các thuốc có nguy cơ cao xuất hiện ADR và các sự cố trong sử dụng thuốc.			Có quy trình hướng dẫn và giám sát sử dụng các thuốc có nguy cơ cao xuất hiện ADR và các sự cố trong sử dụng thuốc. Đã được lãnh đạo bệnh viện phê duyệt.		
		Chỉ định thuốc đúng theo phác đồ điều trị của bệnh viện, hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của Bộ Y tế/bệnh viện hoặc khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới.			- Có hướng dẫn điều trị đã được bệnh viện xây dựng hoặc phác đồ điều trị khoa áp dụng - Chỉ định thuốc trong bệnh án theo đúng hướng dẫn điều trị đã được xây dựng.		
		Theo dõi và quản lý các			- Có danh mục các thuốc chia liều tại		



		thuốc cần chia liều khi sử dụng.			BV. - Có bằng chứng theo dõi và quản lý thuốc đó tại khoa Dược: báo cáo sử dụng thuốc/sổ theo dõi sử dụng thuốc.		
		Khoa dược tổ chức tập huấn, thông tin cho nhân viên y tế về hiệu quả và độ an toàn khi sử dụng thuốc (có tài liệu và chương trình đào tạo) ít nhất 1 lần/năm.			Có đầy đủ bằng chứng minh họa đã tiến hành hướng dẫn/tập huấn về hiệu quả và độ an toàn khi sử dụng thuốc cho nhân viên y tế.		
		Tiến hành khảo sát, đánh giá (nghiên cứu) việc sử dụng thuốc an toàn, hợp lý.			Có bằng chứng tiến hành khảo sát, đánh giá 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.			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.		
15	C10.1	Bệnh viện có ít nhất 03 bài báo khoa học về các đề tài thực hiện tại bệnh viện, do nhân viên bệnh viện thực hiện đăng trên các tạp chí khoa học trong nước.	Quý 2,3,4	ĐT-CĐT	- Có ít nhất 03 bài báo khoa học được đăng tải trên các tạp chí khoa học trong nước hoặc quốc tế (tạp chí có mã số, mã vạch, ISBN). - Các đề tài thực hiện tại bệnh viện. - Các đề tài do nhân viên bệnh viện		



					thực hiện.		
16	D1.3	Bệnh viện không có sự cố y khoa nghiêm trọng hoặc các vụ việc ngoài chuyên môn trong cung ứng dịch vụ cho người bệnh.	Quý 1,2,3,4	Các khoa	Trong năm không để xảy ra sự cố y khoa nghiêm trọng hoặc các vụ việc ngoài chuyên môn trong cung ứng dịch vụ cho người bệnh hoặc có xảy ra nhưng không ảnh hưởng đến uy tín và hình ảnh ngành y tế.		
		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...	Quý 2,3	ĐD-CTXH	Trang thông tin điện tử của bệnh viện cung cấp đầy đủ các thông tin 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...		
17	D2.1	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.	Quý 2,3	VT- TBYT	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	Quý 2,3	Các khoa	Có cán bộ y tế trực theo dõi camera		



		camera hoặc theo dõi trực tiếp buồng bệnh 24/24 giờ đối với các buồng bệnh cấp cứu, điều trị tích cực.			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).	Quý 2,3	QLCL	Có bằng chứng đã 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).		
18	D2.3	Có xây dựng bảng kiểm đánh giá tình hình thực tế áp dụng bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật tại phòng phẫu thuật, phòng thủ thuật.	Quý 2,3	QLCL	Có xây dựng bảng kiểm đánh giá tình hình thực tế áp 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	Quý 2,3	QLCL	Có Kế hoạch giám sát		



	thức kiểm tra ngẫu nhiên, không báo trước tại các phòng phẫu thuật, phòng thủ thuật (phòng quản lý chất lượng 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...).	Quý 2,3	QLCL	Có báo cáo giám sát		
	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).	Quý 2,3	QLCL	Có bảng kiểm đánh giá việc tuân thủ cho 10 quy trình kỹ thuật thường quy tạ bệnh viện		
	Các sự cố “gần như sắp xảy ra” được thu thập, tổng hợp	Quý 2,3	QLCL	Có tổng hợp các sự cố “gần như sắp xảy ra”		



	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.	Quý 2,3	QLCL	Có báo cáo đánh giá sự cố y khoa		
	Báo cáo đánh giá, nghiên cứu về sự cố y khoa có tỷ lệ sự cố y khoa cụ thể tại một số lĩnh vực, khoa/phòng và đề xuất giải pháp cải tiến chất lượng.	Quý 2,3	QLCL	Có báo cáo đánh giá sự cố y khoa		
	Áp dụng các kết quả phân tích, đánh giá vào việc triển khai các biện pháp phòng ngừa để giảm thiểu các sự cố y khoa.	Quý 2,3	QLCL	Có bằng chứng áp dụng các kết quả phân tích, đánh giá vào việc triển khai các biện pháp phòng ngừa để giảm thiểu các sự cố y khoa.		
	Có bản tin an toàn y tế định kỳ, ít nhất 2 lần trong 1 năm; trong bản tin có thông tin sự cố y khoa, các hướng dẫn, giải pháp phòng ngừa...	Quý 2,3	QLCL ĐD-CTXH	Có bản tin an toàn y tế định kỳ, ít nhất 2 lần trong 1 năm.		



	Khắc phục đầy đủ, không để lặp lại các sự cố y khoa do “lỗi hệ thống” đã được phát hiện.	Quý 2,3	QLCL	Có bằng chứng đã khắc phục các sự cố y khoa do do “lỗi hệ thống” đã được phát hiện.		
	Triển khai các giải pháp cải tiến chất lượng, hạn chế không lặp lại các sự cố y khoa tương tự.	Quý 2,3	QLCL	Có kế hoạch cải tiến chất lượng bệnh viện.		



### Phụ lục 3

#### Đề án cải tiến chất lượng bệnh viện

##### A. NỘI DUNG CÔNG VIỆC

TT	NỘI DUNG CÔNG VIỆC	THỜI GIAN THỰC HIỆN	KHOA, PHÒNG THỰC HIỆN	KHOA, PHÒNG PHỐI HỢP	DỰ KIẾN KINH PHÍ
1	Đề án vị trí việc làm	2021-2023	TCCB	Các khoa, phòng, trung tâm	
2	Đề án tự chủ	2021-2023	TCCB	Các khoa, phòng, trung tâm	
3	Đề án xây dựng chất lượng xét nghiệm theo tiêu chuẩn ISO 15189:2022 tại 2 khoa xét nghiệm	2023	QLCL, 2 khoa xét nghiệm	Các khoa, phòng, trung tâm	



**B. BẢNG KIỂM ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ THỰC HIỆN**

<b>TT</b>	<b>NỘI DUNG CÔNG VIỆC</b>	<b>THỜI GIAN THỰC HIỆN</b>	<b>KHOA, PHÒNG THỰC HIỆN</b>	<b>CÓ</b>	<b>KHÔNG</b>
1	Đề án vị trí việc làm	2021-2023	TCCB		
2	Đề án tự chủ	2021-2023	TCCB		
3	Đề án xây dựng chất lượng xét nghiệm theo tiêu chuẩn ISO 15189:2022 tại 2 khoa xét nghiệm	2023	QLCL, 2 khoa xét nghiệm		