

Số: 476KH-YTĐL

Đắk Glei, ngày 31 tháng 3 năm 2020

KẾ HOẠCH Cải tiến chất lượng bệnh viện năm 2020

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 Quyết định số 6858/QĐ-BYT ngày 18/11/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam;

Căn cứ vào kết quả kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện và kết quả khảo sát sự hài lòng người bệnh năm 2019 của Trung tâm Y tế huyện Đắk Glei,

Để đáp ứng nhu cầu khám, chữa bệnh của nhân dân và cải tiến chất lượng dịch vụ y tế chất lượng tốt hơn, hướng tới sự hài lòng của người bệnh. Trung tâm Y tế huyện Đắk Glei xây dựng kế hoạch cải tiến chất lượng bệnh viện năm 2020 nội dung như sau:

I. MỤC TIÊU

1. Mục tiêu chung: Duy trì và đẩy mạnh các hoạt động cải tiến chất lượng, nâng cao chất lượng dịch vụ y tế, nhằm đưa công tác quản lý chất lượng trở thành nhiệm vụ trọng tâm, xuyên suốt trong năm 2020 và là định hướng cho những năm tiếp theo.

2. Mục tiêu cụ thể

2.1. Kiện toàn hệ thống quản lý chất lượng; 80% Hội đồng QLCL, Tổ QLCL và mạng lưới QLCL được đào tạo và cấp chứng chỉ, chứng nhận về Quản lý chất lượng bệnh viện.

2.2. Đảm bảo 100% các sự cố xảy ra đều được ghi nhận và báo cáo theo quy định.

2.3. 100% các khoa xây dựng được trên 90% phác đồ các bệnh thường gặp tại khoa; trên 70% các quy trình chuyên môn, kỹ thuật thực hiện tại khoa được phê duyệt. Thực hiện, tuân thủ phác đồ điều trị, quy trình kỹ thuật.

2.4. 100% các khoa, phòng xây dựng được 01 kế hoạch hoặc đề án cải tiến chất lượng bệnh viện theo chức năng, nhiệm vụ của khoa, phòng.

2.5. 100% các khoa, phòng được giám sát đánh giá các chỉ số chất lượng bệnh viện.

2.6. Năm 2020 kết quả đánh giá sự hài lòng chung của người bệnh đạt trên 83%.

2.7. Không có tiêu chí ở mức 1 (một); giảm 22 tiêu chí mức 2(hai). Điểm đánh giá trung bình các tiêu chí chất lượng bệnh viện > 2.43.

II. NỘI DUNG VÀ GIẢI PHÁP THỰC HIỆN

1. Kiện toàn hệ thống quản lý chất lượng; 80% Hội đồng QLCL, Tổ QLCL và mạng lưới QLCL được đào tạo và cấp chứng chỉ, chứng nhận về Quản lý chất lượng bệnh viện

1.1. Kiện toàn Hội đồng Quản lý chất lượng bệnh viện

- Giám đốc bệnh viện làm Chủ tịch và Phó Giám đốc phụ trách chuyên môn làm Phó Chủ tịch.

- Trưởng (phó) phòng Kế hoạch-Nghiệp vụ làm Thư ký.

- Đại diện Trưởng (phó) các khoa, phòng làm thành viên.

- Thời gian: Trong tháng 02/2020

- Bộ phận thực hiện: Tổ Quản lý chất lượng tham mưu.

1.2. Kiện toàn Tổ quản lý chất lượng bệnh viện

- Trưởng (phó) phòng Kế hoạch-Nghiệp vụ làm Tổ trưởng.

- Đại diện Trưởng (phó) các khoa, phòng làm thành viên.

- Thời gian: Trong tháng 02/2020

- Bộ phận thực hiện: Tổ Quản lý chất lượng tham mưu.

1.3. Kiện toàn mạng lưới quản lý chất lượng bệnh viện

- 100% Trưởng (phó), điều dưỡng trưởng các khoa, phòng.

- Nhân viên các khoa, phòng tích cực tham gia hoạt động cải tiến chất lượng bệnh viện.

- Thời gian: Trong tháng 02/2020

- Bộ phận thực hiện: Tổ Quản lý chất lượng tham mưu.

1.4. 80% Hội đồng QLCL, Tổ QLCL và mạng lưới QLCL được đào tạo và cấp chứng chỉ, chứng nhận về Quản lý chất lượng bệnh viện

- Đối tượng: Thành viên Hội đồng, Tổ và mạng lưới quản lý chất lượng bệnh viện.

- Hình thức đào tạo: Tham gia học tập đào tạo, tập huấn về QLCLBV do Sở Y tế và Bộ Y tế tổ chức.

- Thời gian dự kiến: năm 2020.

- Bộ phận thực hiện: Tổ Quản lý chất lượng phối hợp các khoa, phòng tham mưu cử cán bộ tham dự các khóa đào tạo, tập huấn.

2. Đảm bảo 100% các sự cố xảy ra đều được ghi nhận và báo cáo theo quy định

- Nội dung thực hiện:

+ Thiết lập và triển khai hệ thống báo cáo sự cố y khoa tại các khoa lâm sàng và toàn bệnh viện, bao gồm báo cáo bắt buộc và tự nguyện.

+ Phổ biến Quy trình quản lý sự cố y khoa, Quy trình Tiếp nhận và xử lý báo cáo sự cố, sai sót chuyên môn tự nguyện đến tất cả viên chức và người lao động trong bệnh viện. (tập huấn viên chức bv sự cố y khoa, thống nhất hình thức báo cáo)

+ In dán tại các khoa, phòng nhận diện sự cố y khoa và quy trình báo cáo.

+ Tiếp nhận và xử lý các sự cố y khoa tự nguyện và bắt buộc theo quy trình báo cáo sự cố y khoa đã ban hành.

+ Triển khai và khuyến khích nhân viên y tế trong toàn bệnh viện báo cáo sự cố y khoa tự nguyện.

+ Thu thập báo cáo các sự cố y khoa hằng tuần/hằng tháng/hằng quý theo mức độ nghiêm trọng và cần thiết của sự cố. Phân tích sự cố chuyên môn để tìm nguyên nhân gốc rễ của sự cố và xây dựng những biện pháp dự phòng thích hợp. Thông báo kết quả/hướng giải quyết khắc phục đến toàn thể nhân viên và đề xuất khen thưởng đối với các cá nhân và khoa, phòng, đơn vị có thành tích tốt trong công tác báo cáo, phát hiện, xây dựng các biện pháp phòng ngừa sự cố y khoa thích hợp và hiệu quả (báo cáo, hướng xử lý thực tế, hợp đưa ra hướng khắc phục xử lý trực tiếp tại khoa).

- Người thực hiện: Tổ Quản lý chất lượng, phối hợp các khoa, phòng.

- Thời gian: Thực hiện liên tục trong năm.

3. 100% các khoa lâm sàng xây dựng phác đồ điều trị các bệnh thường gặp tại khoa; trên 70% các quy trình chuyên môn, kỹ thuật thực hiện tại khoa được phê duyệt. Thực hiện, tuân thủ phác đồ điều trị, quy trình kỹ thuật

3.1. Xây dựng, hoàn thiện các quy trình chuyên môn/phác đồ điều trị

- Nội dung thực hiện:

Xây dựng và hoàn thiện các quy trình chuyên môn/phác đồ điều trị tại bệnh viện: 100% các khoa xây dựng phác đồ điều trị các bệnh thường gặp tại khoa; trên 70% các quy trình chuyên môn, kỹ thuật thực hiện tại khoa được phê duyệt.

Tổ chức tập huấn, sinh hoạt chuyên đề, phổ biến chuyên môn do Bộ Y tế và bệnh viện ban hành, bao gồm hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, hướng dẫn quy trình kỹ thuật, hướng dẫn quy trình kỹ thuật, chăm sóc và các văn bản hướng dẫn chuyên môn khác.

- Người thực hiện: Các khoa, phòng trong bệnh viện.

- Thời gian thực hiện: Hàng quý.

3.2. Kiểm tra, giám sát việc thực hiện, tuân thủ phác đồ điều trị, quy trình kỹ thuật

- Nội dung thực hiện:

- + Xây dựng kế hoạch kiểm tra, giám sát việc tuân thủ phác đồ điều trị và quy trình kỹ thuật.

- + Thực hiện việc kiểm tra, giám sát theo bảng kiểm đã xây dựng.

- Thời gian: 01 lần/Quý.

- Bộ phận thực hiện: Phòng Kế hoạch-Nghiệp vụ, Tổ Quản lý chất lượng bệnh viện.

4. 100% các khoa, phòng xây dựng được 01 kế hoạch hoặc đề án cải tiến chất lượng bệnh viện theo chức năng, nhiệm vụ của khoa, phòng

- Nội dung thực hiện: Mỗi khoa, phòng xây dựng ít nhất một Kế hoạch hoặc Đề án cải tiến chất lượng căn cứ vào các tiêu chí mà khoa/phòng phụ trách.

- Thời gian thực hiện: Quý I/2020.

- Bộ phận thực hiện: Tất cả các khoa, phòng trong bệnh viện

5. 100% các khoa, phòng được giám sát đánh giá các chỉ số chất lượng bệnh viện

- Nội dung thực hiện: Hội đồng Quản lý chất lượng hướng dẫn các khoa, phòng cách xây dựng và đo lường chỉ số chất lượng bệnh viện của khoa, phòng mình lồng ghép trong Kế hoạch cải tiến chất lượng.

- Thời gian thực hiện: Quý I/2020.

- Bộ phận thực hiện: Tất cả các khoa, phòng trong bệnh viện.

6. Năm 2020 kết quả đánh giá sự hài lòng chung của người bệnh đạt trên 83%

- Dựa trên kết quả khảo sát năm 2019, tỷ lệ hài lòng chung đối với chất lượng dịch vụ của bệnh nhân ngoại trú là 74,2%, đối với chất lượng dịch vụ của bệnh nhân nội trú là 91,0%. Phấn đấu năm 2020 kết quả đánh giá sự hài lòng chung của người bệnh đạt trên 83% .

- Thời gian thực hiện: 01 lần/Quý

- Bộ phận thực hiện: Tổ đo lường

7. Không có tiêu chí ở mức 01 (một), giảm tiêu chí mức 02(hai). Điểm đánh giá trung bình các tiêu chí chất lượng bệnh viện > 2.43

- Trên cơ sở kết quả kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện và kết quả khảo sát sự hài lòng người bệnh năm 2019 của Trung tâm Y tế huyện Đắk Glei, rà soát phân tích từng nội dung của tiêu chí để phấn đấu nâng mức các tiêu chí nhất là các tiêu chí đạt ở mức 01 và mức 02 (có phụ lục kèm theo).

- Thời gian thực hiện: Năm 2020
- Bộ phận thực hiện: Tổ quản lý chất lượng bệnh viện phối hợp các khoa phòng tham mưu triển khai thực hiện.

III. TỔ CHỨC THỰC HIỆN

1. Tổ QLCL triển khai đến các khoa, phòng và đơn đốc thực hiện sau khi kế hoạch đã được phê duyệt.
2. Phòng Kế hoạch-Nghiệp vụ phối hợp các phòng chức năng tham mưu cho Giám đốc bệnh viện ra Quyết định thành lập Đoàn tự kiểm tra đánh giá chất lượng bệnh viện định kỳ 6 tháng và một năm, đồng thời báo cáo kết quả gửi về Sở Y tế đúng quy định.
3. Các khoa, phòng chức năng căn cứ nhiệm vụ được phân công, phối hợp với phòng Tài chính- Kế toán xây dựng kế hoạch và dự toán chi tiết các hoạt động.
4. Phòng Tài chính Kế toán hướng dẫn các phòng chức năng xây dựng kế hoạch chi tiết và thanh quyết toán theo quy định.
5. Các khoa, phòng được phân công theo các tiêu chí chất lượng bệnh viện của Bộ Y tế rà soát, xem xét lại những mặt yếu kém cần khắc phục và tiếp tục phát huy những thế mạnh.
6. Trong quá trình triển khai thực hiện kế hoạch có những nội dung còn khó khăn vướng mắc của khoa phòng đề xuất lãnh đạo xem xét./.

Nơi nhận:

- Ban Giám đốc (c/đ);
- HĐQTCLBV (c/đ);
- Tổ QLCLBV và các khoa, phòng (th/h);
- Lưu: VT, QLCL.

**KT.GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC**



Ký bởi: Trung tâm Y tế huyện Đắk Glei
Cơ quan: Tỉnh Kon Tum
Thời gian ký: 31-03-2020 09:31:06

Lê Đình Thiết