

KẾ HOẠCH

Cải tiến, nâng cao chất lượng Trung tâm Y tế năm 2022

I. SỰ CẦN THIẾT CỦA VIỆC CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN:

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

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

Căn cứ kết quả phúc tra đánh giá chất lượng bệnh viện của Trung tâm Y tế huyện Đắk Mil năm 2020 do Đoàn kiểm tra Sở Y tế tỉnh Đắk Nông ;

Căn cứ kết quả tự chấm điểm của TTYT huyện Đắk Mil năm 2021;

Căn cứ các văn bản góp ý dự thảo Kế hoạch cải tiến chất lượng năm 2022 của các Khoa, phòng thuộc Trung tâm Y tế huyện Đắk Mil;

Căn cứ điều kiện thực tế về cơ sở hạ tầng, chuyên môn – nghiệp vụ, tình hình nhân sự, những điểm mạnh, điểm yếu, cơ hội, thách thức của Trung tâm Y tế huyện Đắk Mil;

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 Đắk Mil xây dựng và triển khai Kế hoạch cải tiến chất lượng Trung tâm Y tế năm 2022 với nội dung cụ thể như sau:

II. TÌNH HÌNH CHUNG CỦA TRUNG TÂM Y TẾ:

Trung tâm Y tế huyện Đắk Mil là cơ sở y tế hạng III, tổng số giường bệnh theo kế hoạch là: 160. Số giường thực kê là: 202.

- Tổng số nhân lực hiện có: 249; Trong đó: biên chế: 229; hợp đồng chuyên môn: 09; hợp đồng 68, 161: 09; Hợp đồng lao động phổ thông: 02
- Trình độ chuyên môn:
 - + Bác sỹ: 54 trong đó 14 BSCK I, YHCT: 03 và 37 BSCKSB, BSĐK.
 - + Dược sỹ: 21 trong đó DS ĐH : 06; Dược sỹ cao đẳng: 01; DSTH: 14
 - + Điều dưỡng: 67 trong đó có 29 Đại học, 04 Cao đẳng, trung cấp: 37.
 - + NHS: 27 trong đó ĐH: 09, trung cấp: 16
 - + Y sỹ: 41 trong đó: YSĐK: 30, YSYHCT: 11.
 - + Cán bộ khác: 39.

III. MỤC TIÊU:

1. Mục tiêu chung:

Chất lượng là yếu tố quan trọng trong hoạt động của đơn vị. Cải tiến chất lượng là nhiệm vụ trọng tâm, xuyên suốt của đơn vị phải được tiến hành thường xuyên, liên tục và ổn định. Nhằm nâng cao và duy trì chất lượng khám, chữa bệnh và chất lượng phục vụ người bệnh nhằm đem lại sự hài lòng của người bệnh tại Trung tâm Y tế huyện Đắk Mil. Đẩy mạnh hoạt động cải tiến, đưa hoạt động cải tiến chất lượng trở thành nhiệm vụ trọng tâm, xuyên suốt trong năm 2022 và là định hướng cho những năm tiếp theo.

2. Mục tiêu cụ thể:

- Lấy phục vụ người bệnh làm trọng tâm.
- Tất cả cán bộ, công chức, viên chức trong bệnh viện đều có trách nhiệm tham gia vào hoạt động quản lý chất lượng.
- Giảm số lượng tiêu chí đang còn ở mức 1 và mức 2; nâng tiêu chí ở mức 3; phần đầu năm 2022 đạt chất lượng loại khá với mức điểm trung bình tăng cao so với năm 2021 (**điểm trung bình 3.48**) theo “Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam” của Bộ Y tế.

IV. KẾT QUẢ CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG NĂM 2021.

1. Kết quả tự kiểm tra CLBV:

- Tổng số các tiêu chí được áp dụng đánh giá: 83/83, chiếm 100%
- Tổng số điểm: 281; điểm trung bình: 3.36

	Mức 1	Mức 2	Mức 3	Mức 4	Mức 5
83 tiêu chí	1	10	32	36	4
Tỷ lệ %	1.20%	12.05%	38.55%	43.37%	4.82%

(Tiêu chí C3 và C5 có hệ số 2)

2. Kết quả đánh giá CLBV của Sở Y tế: Năm 2021 chưa đánh giá.

Ưu điểm:

- Môi trường cảnh quan cơ bản xanh, sạch, đẹp, cơ sở vật chất tương đối khang trang, bổ sung thêm giường thực kê tại các khoa phòng, không có hiện tượng nằm ghép.

- TTYT đã áp dụng việc cải tiến quy trình khám bệnh đáp ứng sự hài lòng của người bệnh.

- Đảm bảo các điều kiện cấp cứu kịp thời.

- Công tác cung ứng thuốc đầy đủ và kịp thời, sử dụng thuốc an toàn, hợp lý đạt hiệu quả trong điều trị.

- Ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý và hoạt động chuyên môn góp phần giảm sai sót, giảm nhầm lẫn, nâng cao chất lượng đồng thời giảm nhân lực trực tiếp tham gia quy trình khám bệnh.

Vấn đề tồn tại:

- Với tình hình nhân lực thực tế, do đó các cán bộ còn phải kiêm nhiệm nhiều việc.

- TTYT hiện chưa triển khai được khoa dinh dưỡng và chăm sóc toàn diện cho toàn bộ người bệnh.

- Chưa có khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn.

V. CÁC NỘI DUNG CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN NĂM 2022:

1. Mức tiêu chí phấn đấu năm 2022:

- Tổng số tiêu chí thực hiện năm 2022 là: 83/83 tiêu chí.

- Cần nâng mức ở 10 tiêu chí so với năm 2022.

Cụ thể các tiêu chí tập trung phấn đấu như sau:

+ Tiêu chí A2.3 : Mức 4 lên mức 5

- + Tiêu chí A3.2: Mức 4 lên mức 5
- + Tiêu chí A4.1: Mức 4 lên mức 5
- + Tiêu chí A4.6: Mức 4 lên mức 5
- + Tiêu chí B1.1: Mức 3 lên mức 4
- + Tiêu chí B2.2: Mức 4 lên mức 5
- + Tiêu chí C1.2: Mức 2 lên mức 3
- + Tiêu chí C5.2: Mức 2 lên mức 3
- + Tiêu chí C8.2: Mức 2 lên mức 3
- + Tiêu chí E2.1: Mức 1 lên mức 2

- Phân đầu đạt:

- + Mức 1: 0 tiêu chí
- + Mức 2: 08 tiêu chí
- + Mức 3: 34 tiêu chí
- + Mức 4: 32 tiêu chí
- + Mức 5: 09 tiêu chí

- Tổng số điểm đạt được: 291(Nhân đôi C3, C5: 313 đ , điểm trung bình các tiêu chí: 3.48 đ).

- Tổng hợp chi tiết 10 chỉ số đo lường chất lượng.: Phụ lục I
- Tổng hợp 83 tiêu chí chi tiết, cụ thể: Phụ lục II
- Bảng kiểm quá trình thực hiện 83 tiêu chí: Phụ lục III

2. củng cố và kiện toàn tổ chức bộ máy:

2.1 Kiện toàn Hội đồng QLCL:

- Giám đốc TTYT là Chủ tịch Hội đồng;
- Phó Giám đốc phụ trách chuyên môn là Phó Chủ tịch thường trực;
- Phó Giám đốc : Là Phó chủ tịch.
- Phó phòng Kế hoạch tổng hợp là Thư ký.
- Trưởng các khoa, phòng, Điều dưỡng Trưởng là thành viên Hội đồng.
- Nhiệm vụ của Hội đồng quản lý chất lượng:

+ Phát hiện các vấn đề chất lượng, các nguy cơ tiềm ẩn đối với an toàn người bệnh, xác định các hoạt động ưu tiên và đề xuất các đề án bảo đảm, cải tiến chất lượng và an toàn người bệnh với Giám đốc đơn vị;

+ Giúp cho Giám đốc triển khai bộ tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng do Bộ Y tế ban hành phù hợp với điều kiện của đơn vị;

+ Tham gia tổ chức thực hiện viện áp dụng Bộ tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng đánh giá nội bộ chất lượng và thông qua báo cáo kết quả thực hiện 83 tiêu chí.

+ Hỗ trợ kỹ thuật cho các khoa, phòng, trung tâm để triển khai các hoạt động của các đề án bảo đảm cải tiến chất lượng do Giám đốc phê duyệt.

2.2 . Kiện toàn Tổ QLCL:

- Phó giám đốc phụ trách chuyên môn là Tổ trưởng.

- Cán bộ chuyên trách Chất lượng: Tổ phó

- Trưởng phòng Điều dưỡng là thư ký.

- Cán bộ được đào tạo về Chất lượng bệnh viện là thành viên.

2.3 Củng cố mạng lưới QLCLBV tại các khoa, phòng:

Trưởng. phó khoa phòng; Điều dưỡng trưởng, NHS trưởng, KTV trưởng là lực lượng nòng cốt của mạng lưới chất lượng.

- Nhiệm vụ của thành viên mạng lưới:

+ Chủ động xây dựng chương trình làm việc liên quan công tác QLCL như chất lượng điều trị, chất lượng chăm sóc người bệnh, an toàn y tế và quản lý rủi ro, kiểm soát nhiễm khuẩn và an toàn môi trường...

+ Xây dựng đề án và đo lường các chỉ số chất lượng tại khoa/phòng mình, lập báo cáo gửi tổ QLCL.

+ Tham gia công tác giám sát, đo lường các chỉ số chất lượng của đơn vị.

+ Tham gia một số hoạt động QLCL chung của TTYT theo sự phân công.

- Yêu cầu về năng lực:

+ Có tinh thần trách nhiệm cao, năng nổ trong công việc và có thể chủ động trong công việc.

+ Có kỹ năng truyền thông, tư vấn.

- + Có khả năng làm việc độc lập và làm việc nhóm.
- + Có trình độ chuyên môn trong lĩnh vực.
- Quyền lợi: Được tham gia các khóa đào tạo trong, ngoài đơn vị về QLCL, ATNB, KSNK...

3. Xây dựng kế hoạch, chương trình bảo đảm và cải tiến chất lượng 2022:

- TTYT xây dựng, ban hành, phổ biến mục tiêu chất lượng để nhân viên y tế, người bệnh và cộng đồng được biết. Mục tiêu chất lượng phù hợp với chính sách, pháp luật liên quan đến chất lượng và nguồn nhân lực của đơn vị;
- Dựa vào kết quả kiểm tra cuối năm 2020, 2021 về Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện, các bộ phận có liên quan xây dựng kế hoạch củng cố vững chắc những tiêu chí đạt được trong năm 2021 và xây dựng kế hoạch cho những tiêu chí thực hiện trong năm 2022.

4. Củng cố, xây dựng và triển khai các chương trình nâng cao chất lượng và an toàn người bệnh:

4.1. Tăng cường kiểm tra, giám sát “Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế hướng tới sự hài lòng của người bệnh”:

- Thành lập đoàn kiểm tra, giám sát và phát động phong trào “Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế hướng tới sự hài lòng của người bệnh”.
- Báo cáo kết quả kiểm tra, giám sát hàng tháng, quý cho lãnh đạo đơn vị và NVYT trong toàn đơn vị.
- TTYT xây dựng chế tài về “Quy tắc ứng xử”, có hình thức thưởng phạt nghiêm minh.

4.2. Xây dựng hệ thống đánh giá và theo dõi chất lượng công tác cấp cứu nhằm đảm bảo cấp cứu người bệnh kịp thời, chính xác, chất lượng cao:

- Tiến hành đánh giá kết quả cấp cứu người bệnh như xác định các vấn đề tồn tại, ưu, nhược điểm trong cấp cứu người bệnh; phân loại kết quả cấp cứu: số thành công, chẩn đoán phù hợp, bệnh nặng tiên lượng tử vong người nhà xin về, tử vong...

- Sử dụng kết quả đánh giá để cải tiến công tác cấp cứu người bệnh.
- Đánh giá, theo dõi kết quả cấp cứu người bệnh theo thời gian như thành công, biến chứng, tử vong, tỷ lệ chẩn đoán phù hợp,...

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

- Tiếp tục xây dựng và ban hành một số quy trình chuyên môn chung cho các phác đồ điều trị thuộc nhóm bệnh thường gặp để sử dụng trong đơn vị.
- Tiếp tục xây dựng và hoàn thiện bảng kiểm cho các quy trình kỹ thuật, bảng kiểm trong phẫu thuật và thủ thuật. Định kỳ hàng quý, hàng tháng thực hiện đánh giá việc tuân thủ các quy trình kỹ thuật theo bảng kiểm đã xây dựng và có biên bản đánh giá.
- Mỗi khoa phòng chọn các vấn đề chất lượng về chuyên môn tại khoa, phòng mình để xây dựng, hoàn thiện một số quy trình chuyên môn thường quy và tổ chức thực hiện theo quy trình đã được xây dựng và phê duyệt.
- Định kỳ hoặc đột xuất thực hiện giám sát việc tuân thủ theo các quy trình đã xây dựng và thông báo kết quả cho lãnh đạo bệnh viện, khoa phòng xem xét để có biện pháp cải tiến thích hợp.

4.4. Xây dựng lại quy định và chế tài làm hồ sơ bệnh án, đảm bảo hồ sơ bệnh án được lập đầy đủ, chính xác, khoa học:

- Xây dựng lại Bảng kiểm đánh giá chất lượng thông tin, chẩn đoán và điều trị của hồ sơ bệnh án.
- Thực hiện việc ghi chép HSBA rõ ràng, không tẩy xóa .
- Hàng tháng, hàng quý công khai kết quả kiểm tra hồ sơ bệnh án.
- Xây dựng chế tài về thực hiện quy chế hồ sơ bệnh án.

4.5. Triển khai thực hiện thu thập, báo cáo, tổng hợp, phân tích các sự cố y khoa (tự nguyện và bắt buộc) và xây dựng biện pháp dự phòng thích hợp:

- 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, báo cáo trực tiếp lên phần mềm quản lý sự cố của đơn vị.
- Có hình thức khuyến khích tự nguyện báo cáo sự cố y khoa.

- Theo dõi chặt chẽ tổng kết báo cáo sự cố y khoa hàng tuần, hàng tháng, hàng quý theo mức độ nghiêm trọng và cần thiết của sự cố. Kiện toàn Ban an toàn người bệnh để 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 có thành tích tốt trong công tác phát hiện, báo cáo, xây dựng các biện pháp phòng ngừa sự cố y khoa thích hợp và hiệu quả.

4.6. Tăng cường kiểm tra, giám sát thực hiện QLCL xét nghiệm:

- Dựa vào sổ tay hướng dẫn đánh giá các tiêu chí chất lượng xét nghiệm do Bộ Y tế ban hành để thực hiện và giám sát thực hiện.

- Xây dựng sổ tay chất lượng xét nghiệm, kế hoạch cải tiến chất lượng xét nghiệm, các quy trình thực hành chuẩn ...

- Tham gia nội kiểm, ngoại kiểm cho các loại xét nghiệm theo định kỳ, đầy đủ.

- Tiến hành đào tạo và đào tạo liên tục cho cán bộ xét nghiệm về các kỹ thuật mới ít nhất 2 lần/ năm.

- Định kỳ tổng kết, báo cáo hoặc lồng ghép vào các báo cáo quý về kết quả hoạt động QLCL xét nghiệm cho lãnh đạo đơn vị xem xét, chỉ đạo.

4.7. Xây dựng, giám sát và đo lường một số chỉ số chất lượng tại đơn vị:

- Đảm bảo 100% các khoa, phòng đều xây dựng được đề án cải tiến chất lượng riêng của từng khoa, phòng mình; đưa ra được ít nhất 1 mục tiêu và 1 kết quả đầu ra cụ thể; phù hợp với đề án cải tiến chất lượng chung của đơn vị.

- Tiến hành lượng giá và công bố kết quả thực hiện các mục tiêu và kết quả đầu ra cụ thể của từng khoa, phòng theo như đề án cải tiến chất lượng.

- củng cố, xây dựng và giám sát bộ chỉ số đánh giá chất lượng tại đơn vị.

- Thực hiện, giám sát và đo lường các chỉ số chất lượng đã xây dựng.

4.8. Bảo đảm cơ sở vật chất tốt cho khoa Dược và cung ứng thuốc, vật tư y tế tiêu hao đầy đủ, kịp thời, chất lượng góp phần nâng cao chất lượng điều trị:

- Kho thuốc được bố trí ở vị trí thích hợp và có trang thiết bị bảo quản thuốc (nhiệt kế, ẩm kế, quạt thông gió, điều hòa nhiệt độ, tủ lạnh...).
- Ban hành các quy trình chuẩn của hoạt động chuyên môn và thực hiện theo đúng quy trình.
- Có sổ và theo dõi thường xuyên nhiệt độ, độ ẩm của các kho thuốc.
- Trang bị phần mềm quản lý Dược xuất, nhập, tồn thuốc trong khoa Dược nhằm phát hiện sớm thuốc cận hạn.
- Cung cấp đầy đủ thuốc và vật tư y tế tiêu hao cho người bệnh, không để người bệnh nội trú tự mua.

4.9. Người bệnh được điều dưỡng hướng dẫn, tư vấn điều trị và chăm sóc, giáo dục sức khỏe phù hợp với bệnh đang được điều trị:

- 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.
- Biên soạn và cập nhật bộ 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.
- Bộ tài liệu hướng dẫn, tư vấn điều trị và chăm sóc, giáo dục sức khỏe cho người bệnh có sẵn tại các khoa/phòng điều trị để nhân viên y tế sử dụng thường xuyên.
- Nhân viên y tế tại các khoa, phòng thực hiện đầy đủ các quy định của TTYT về hoạt động hướng dẫn, tư vấn điều trị và chăm sóc, giáo dục sức khỏe cho người bệnh.
- Người bệnh được tư vấn, giáo dục sức khỏe phù hợp với bệnh khi vào khám và điều trị tại đơn vị.
- Tiến hành đánh giá hiệu quả công tác hướng dẫn, tư vấn điều trị và chăm sóc, giáo dục sức khỏe và có báo cáo đánh giá. Có biện pháp cải tiến chất lượng công tác hướng dẫn, tư vấn điều trị và chăm sóc, giáo dục sức khỏe dựa trên kết quả đánh giá.

4.10. Đẩy mạnh triển khai ứng dụng công nghệ thông tin:

- Quản lý tốt dữ liệu, số liệu và thông tin của đơn vị là nền tảng của đo lường chất lượng và cải tiến chất lượng.

- Áp dụng phần mềm báo cáo thông kê y tế, kết xuất số liệu tự động từ các phần mềm khác.

- Xây dựng hệ thống chỉ số thông tin, bao gồm các chỉ số về hoạt động và cải tiến chất lượng.

- Kết xuất các thông tin phục vụ báo cáo, nghiên cứu... trực tiếp từ phần mềm như mô hình bệnh tật nhập, xuất viện; cơ cấu tài chính, thuốc, vật tư... theo năm, quý, tháng, tuần, ngày.

- Xây dựng được công cụ, phương pháp để giám sát chất lượng số liệu, bảo đảm độ tin cậy, trung thực của dữ liệu và giám sát chất lượng số liệu thường xuyên.

4.11. Tăng cường công tác vệ sinh:

- Tăng cường đôn đốc, kiểm tra, giám sát và triển khai thực hiện công tác vệ sinh tại các khoa, phòng trong toàn đơn vị.

- Báo cáo kết quả kiểm tra, giám sát hàng tháng, quý cho lãnh đạo đơn vị và NVYT trong toàn đơn vị.

4.12. Tổ chức lớp học tiền sản tại Khoa CSSKSS:

Tổ chức lớp học tiền sản định kì 1 tuần/ lần và có đánh giá kiến thức của các đối tượng sau lớp học.

5. Nâng cao năng lực hoạt động quản lý và cải tiến chất lượng:

5.1. Đào tạo nâng cao nhận thức về quản lý và cải tiến chất lượng:

- Cử nhân viên tham gia các lớp tập huấn về an toàn người bệnh, quản lý sự cố y khoa, QLCL ... để nắm rõ được tầm quan trọng và cùng tham gia thực hiện.

- Đào tạo, cử đi đào tạo cho nhân viên phòng QLCL và thành viên mạng lưới nắm rõ về chất lượng và an toàn người bệnh, cách giám sát thực hiện tại các khoa phòng.

- Nâng cao nhận thức cho toàn thể nhân viên nắm, hiểu rõ về tầm quan trọng của việc cải tiến nâng cao chất lượng và an toàn người bệnh bằng các hình thức như: đào tạo, triển khai các phòng trào chất lượng, tổ chức các cuộc thi về an toàn người bệnh ...

- Đào tạo nhân viên mạng lưới tích hợp về chất lượng và QLCL, các công cụ phục vụ cho công tác QLCL.

5.2. Mỗi khoa, phòng chọn một vấn đề chất lượng ưu tiên để thực hiện cải tiến:

- Hướng dẫn các khoa phòng xây dựng đề án cải tiến chất lượng.
- Mỗi khoa, phòng chọn một vấn đề nóng, ưu tiên nhất cần được cải tiến để lập kế hoạch CTCL.
- Hội đồng QLCL phê duyệt thông qua kế hoạch cải tiến chất lượng của các khoa, phòng.
- Tổ QLCL tiến hành đôn đốc, giám sát kế hoạch CTCL của các khoa, phòng và báo cáo kết quả công việc, những biện pháp khắc phục hoặc bài học kinh nghiệm.

5.3. Xây dựng các văn bản về QLCL trong đơn vị:

Tổ QLCL kết hợp với các khoa, phòng có liên quan xây dựng và ban hành các văn bản về QLCL: quy trình kiểm soát hồ sơ, quy trình đánh giá nội bộ ...

6. Giám sát và đo lường chặt chẽ việc thực hiện kế hoạch CTCL:

- Phát huy thế mạnh và tiếp tục cải thiện các điểm yếu theo các tiêu chí đánh giá của Bộ Y tế.
- Phân công cụ thể cho các khoa, phòng phụ trách, giám sát, tham gia thực hiện các hoạt động theo từng tiêu chí của bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện (bảng phân công cụ thể tại phụ lục 1).
- Tổ QLCL tiến hành giám sát và đo lường kế hoạch CTCL dựa trên bản kế hoạch của TTYT và của từng khoa, phòng.
- Các khoa, phòng được phân công theo các tiêu chí đánh giá 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.
- Định kỳ hoặc lồng ghép vào báo cáo quý để báo cáo tình hình hoạt động, những cải tiến, đề xuất của khoa phòng mình trình lãnh đạo xem xét, chỉ đạo.
- Tổ QLCL dựa vào Bảng kiểm tiến hành giám sát việc thực hiện kế hoạch CTCL dựa trên bản kế hoạch của TTYT và của từng khoa, phòng. Sau đó báo

cáo định kỳ kết quả thực hiện kế hoạch cải tiến chất lượng trung tâm Y tế huyện Đăk Mil.

VI. CÁC CHỈ SỐ CHẤT LƯỢNG NĂM 2022:

Chỉ số	Tên chỉ số	Kết quả 2021	Chỉ tiêu phấn đấu năm 2022
Chỉ số 1	Tỷ lệ tiêu chí chất lượng bệnh viện ở mức 1	1.20 %	0 %
Chỉ số 2	Tỷ lệ thực hiện cải tiến chất lượng đúng tiến độ	98 %	> 98 %
Chỉ số 3	Tỷ lệ phẫu thuật từ loại II trở lên	98.74 %	> 90 %
Chỉ số 4	Tỷ lệ sự cố y khoa trong đơn vị được phát hiện và báo cáo	100 %	100 %
Chỉ số 5	Thời gian nằm viện trung bình	5.9 ngày	≤ 6 ngày
Chỉ số 6	Thời gian khám bệnh trung bình của người bệnh	30 phút 25 giây	≤ 40 phút
Chỉ số 7	Công suất sử dụng giường bệnh	71%	≥ 85%
Chỉ số 8	Tỷ lệ chuyển lên tuyến trên khám chữa bệnh	2. 99 %	< 5%
Chỉ số 9	Tỷ lệ hài lòng của Người bệnh với dịch vụ khám chữa bệnh.	91.2 %	≥ 90%
Chỉ số 10	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế.	90.2 %	≥ 90%

VII. TỔ CHỨC THỰC HIỆN VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ:

1. Các bộ phận, cá nhân được phân công có nhiệm vụ:

- Lập kế hoạch cho các nội dung được phân công, chịu trách nhiệm hướng dẫn, nhắc nhở các bộ phận liên quan trong việc thực hiện các tiêu chí theo kế hoạch.

- Báo cáo tiến độ thực hiện, những thuận lợi, khó khăn trong quá trình thực hiện của từng tiêu chí cụ thể theo thời gian quy định cho Tổ quản lý chất lượng.

2. Tổ quản lý chất lượng có trách nhiệm:

- Hướng dẫn biện pháp thực hiện cho từng tiêu chí cụ thể. Đôn đốc các bộ phận liên quan thực hiện theo kế hoạch.

- Mỗi quý các nhóm kiểm tra Quản lý chất lượng đánh giá lại thang điểm theo bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện theo bảng kiểm (Phụ lục III) nhằm ghi nhận kết quả tiến trình thực hiện kế hoạch trình Ban giám đốc TTYT 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.

3. Các khoa, phòng trong toàn đơn vị có trách nhiệm:

- Căn cứ vào kế hoạch chung của toàn đơn vị, tự đề ra 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.

- Tiến hành đánh giá các chỉ số chất lượng đề ra mỗi 3 tháng, báo cáo về Tổ Quản lý chất lượng hàng quý.

Trên đây là kế hoạch cải tiến chất lượng Trung tâm Y tế huyện Đắk Mil năm 2022./.

Nơi nhận:

- Ban Giám đốc (thay b/c);
- Các khoa, phòng (t/h);
- Lưu: VT, KHN.V.TN(10)

GIÁM ĐỐC

Nguyễn Đăng Trung