

Số: 08/KH-TTYT

Cù Lao Dung, ngày 09 tháng 01 năm 2019

KẾ HOẠCH

Cải tiến chất lượng Bệnh viện năm 2019

Căn cứ Quyết định 6858/QĐ-BYT ngày 18/11/2016 của Bộ Y tế về việc ban hành Bộ tiêu chí chất lượng Bệnh viện Việt Nam ;

Căn cứ Thông tư số 19/2013/TT-BYT ngày 12/7/2013 của Bộ Y tế về việc Hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng khám bệnh, chữa bệnh tại Bệnh viện;

Căn cứ kết quả kiểm tra cuối năm 2018 của Sở Y tế Tỉnh Sóc Trăng đối với Trung tâm y tế Huyện Cù Lao Dung;

Căn cứ theo các ý kiến đề xuất của các thành viên đánh giá, kiểm tra CLBV;

Trung tâm Y tế huyện Cù Lao Dung đề ra kế hoạch cải tiến nâng cao CLBV năm 2019 cụ thể như sau:

I. MỤC TIÊU:

1. Mục tiêu chung

Nâng cao chất lượng dịch vụ y tế, đảm bảo an toàn, hiệu quả, mang lại sự hài lòng cho người bệnh và cán bộ nhân viên, tạo dựng thương hiệu cho Bệnh viện.

2. Mục tiêu cụ thể

- Nâng điểm chất lượng Bệnh viện lên > 3.20, trong đó không còn tiêu chí ở mức 1.

- Xây dựng, đo lường, đánh giá ít nhất 5 chỉ số chất lượng Bệnh viện theo Quyết định số 7051/QĐ-BYT ngày 29/11/2016 của 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 (có phân công cụ thể).

- Khoa phòng xây dựng và triển khai ít nhất 03 đề án cải tiến chất lượng, nâng cao chất lượng phục vụ hướng đến sự hài lòng của người bệnh và cán bộ nhân viên.

- Hoàn thiện bộ nhận diện thương hiệu Bệnh viện, phát triển các hoạt động truyền thông, công tác xã hội, chăm sóc khách hàng, tạo dựng hình ảnh Bệnh viện.

- Tổng số tiêu chí thực hiện năm 2019 là: 82/83 tiêu chí
 - Dự kiến cần nâng cao cải tiến 36 tiêu chí trong năm 2019
 - Cụ thể các tiêu chí nâng như sau:
 - + Mức 2 lên mức 3: 13 tiêu chí
 - + Mức 3 lên mức 4: 09 tiêu chí
 - + Mức 4 lên mức 5: 02 tiêu chí
 - Phân đầu đạt:
 - + Mức 1: 00 tiêu chí
 - + Mức 2: 06 tiêu chí
 - + Mức 3: 42 tiêu chí
 - + Mức 4: 30 tiêu chí
 - + Mức 5: 04 tiêu chí
- (Có bảng phụ lục đính kèm)

II. NHỮNG TỒN TẠI VÀ NGUYÊN NHÂN

1. Chất lượng đề án cải tiến chất lượng chưa cao, chưa đi vào thực tế vấn đề thật sự cần cải tiến của khoa, phòng, cũng như tham gia của tập thể.
2. Báo cáo sự cố y khoa chưa được chú trọng, số lượng rất ít, chưa phân tích được nguyên nhân gốc và biện pháp khắc phục, an toàn trang thiết bị chưa quan tâm đúng mức.
3. Các khoa, phòng còn thụ động trong các hoạt động cải tiến chất lượng.
4. Các khoa, phòng chưa thực sự vào cuộc trong cải tiến chất lượng, duy trì và cải tiến 5S.
5. Kiến thức về quản lý chất lượng của mạng lưới và nhân viên trong Bệnh viện còn hạn chế.
6. Triển khai văn bản, quy trình trong Bệnh viện chưa tốt.

III. GIẢI PHÁP

1. Ít nhất 3 đề án cải tiến chất lượng của khoa, phòng được xây dựng căn cứ vào tiêu chí chất lượng khoa, phòng đó phụ trách.
2. Nâng cao công tác báo cáo sự cố y khoa và phân tích nguyên nhân đưa ra biện pháp khắc phục.
3. Các khoa, phòng thực hiện duy trì và cải tiến 5S
4. Nâng cao hiệu quả hoạt động của hệ thống quản lý chất lượng Bệnh viện.

5. Chú trọng công tác đào tạo, nâng cao kiến thức về quản lý chất lượng, an toàn y tế cho nhân viên

6. Giám sát việc cải tiến chất lượng theo kế hoạch riêng của khoa, phòng.

IV. NỘI DUNG

1. Kiện toàn hệ thống quản lý chất lượng bệnh viện

- Củng cố, bổ sung Hội đồng quản lý chất lượng (QLCL), tổ QLCL, mạng lưới QLCL..

- Điều chỉnh quy chế hoạt động và nâng cao hiệu quả hoạt động của Hội đồng, mạng lưới CLBV.

2. Xây dựng lại quy định 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 sửa chữa, tẩy xóa thông tin.

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

3.1. Đào tạo nâng cao nhận thức về quản lý cải tiến chất lượng

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

- Cử đi đào tạo cho nhân viên tổ quản lý chất lượng và thành viên mạng lưới nắm rõ về chất lượng Bệnh viện và cách giám sát việc thực hiện tại các khoa.

- Nâng cao nhận thức cho toàn thể nhân viên Bệnh viện 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 phong trào chất lượng.

- Đào tạo nhân viên mạng lưới tích hợp về chất lượng và quản lý chất lượng Bệnh viện, các công cụ phục vụ cho công tác quản lý chất lượng bệnh viện.

3.2. Xây dựng các văn bản về quản lý chất lượng trong Bệnh viện

Tổ quản lý chất lượng kết hợp với các khoa, phòng có liên quan xây dựng và ban hành các văn bản về quản lý chất lượng: Quy trình kiểm soát hồ sơ bệnh án, an toàn người bệnh...

4. Thực hiện cải tiến chất lượng đến từng khoa, phòng

- Xây dựng kế hoạch cải tiến chất lượng chung cho toàn bệnh viện, xác định mục tiêu phân công nhiệm vụ cụ thể và định kỳ đánh giá kết quả thực hiện kế hoạch.

- Xây dựng bộ chỉ số chất lượng cấp Bệnh viện theo hướng dẫn tại Quyết định số 7051/QĐ-BYT ngày 29/11/2016 của Bộ Y tế.

- Mỗi khoa, phòng đề xuất một đề án cải tiến chất lượng (3 khoa, phòng), hoạt động thực tiễn tại khoa, phòng có mục tiêu và chỉ số chất lượng cụ thể, trình Hội đồng QLCL phê duyệt, triển khai thực hiện trong thời gian 3 - 6 tháng, thực hiện đánh giá kết quả.

5. Xây dựng văn hóa an toàn người bệnh

5.1 Thiết lập hệ thống quản lý nguy cơ

- Hoàn thiện quy trình quản lý nguy cơ, triển khai thực hiện báo cáo, ghi nhận sự cố; tổng hợp phân tích nguyên nhân, đề xuất các giải pháp khắc phục, phòng ngừa.

- Có hình thức khuyến khích báo cáo sự cố tự nguyện, đặt biệt là các sự cố tiềm ẩn.

5.2. Phòng ngừa các sai sót, sự cố, đảm bảo an toàn người bệnh

5.2.1. Đảm bảo nhận diện đúng người bệnh

Hoàn thiện quy định nhận diện người bệnh, phổ biến tại các vị trí cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh, không để nhầm lẫn người bệnh trong mọi dịch vụ cung cấp.

5.2.2. Cải thiện trao đổi thông tin nhân viên y tế

Hoàn thiện quy định về bàn giao, trao đổi thông tin của nhân viên y tế, đặt biệt là y lệnh miệng, tránh nhầm lẫn, hiểu sai thông tin gây mất an toàn người bệnh.

5.2.3. Sử dụng thuốc an toàn hợp lý

- Chuẩn hóa các quy trình sử dụng thuốc.

- Phòng ngừa các sai sót trong kê đơn, cấp phát và thực hành sử dụng thuốc.

- Thực hiện tốt công tác dược lâm sàng và thông tin thuốc.

5.2.4. Đảm bảo an toàn trong phẫu thuật, thủ thuật

- Triển khai thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật

- Chuẩn bị kỹ trước mỗi ca phẫu thuật để phẫu thuật đúng người bệnh, đúng vị trí, đánh giá, tiên lượng trước các nguy cơ, diễn biến bất thường, đảm bảo an toàn cho người bệnh.

5.2.5. Tăng cường kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện

- Đảm bảo các điều kiện cơ sở, vật chất, trang thiết bị, phương tiện...cho công tác kiểm soát nhiễm khuẩn.

- Hoàn thiện các quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn, hướng dẫn phòng ngừa chuẩn, phổ biến, tập huấn cho cán bộ nhân viên, phòng ngừa nhiễm khuẩn Bệnh viện.

- Giám sát tuân thủ quy định về kiểm soát nhiễm khuẩn, phát hiện các tồn tại, nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện, đề xuất giải pháp can thiệp.

- Đảm bảo các điều kiện cho kiểm soát nhiễm khuẩn.

- Tập huấn đào tạo thực hành KSNK

5.2.6. An toàn với môi trường chăm sóc và sử dụng trang thiết bị

- Rà soát nguy cơ gây mất an toàn trong môi trường chăm sóc người bệnh và sử dụng trang thiết bị bao gồm: An ninh, phòng chống cháy nổ, hệ thống cơ sở vật chất, hóa chất, vật liệu, chất thải nguy hại, vận hành trang thiết bị...

- Lập danh sách các yếu tố nguy cơ, đề xuất giải pháp khắc phục phòng ngừa

- Xây dựng quy trình phòng chống té ngã, rà soát đánh giá nguy cơ té ngã, đề xuất giải pháp khắc phục, phòng ngừa.

6. Chuẩn hóa các quy trình, quy định áp dụng trong bệnh viện

6.1. Triển khai 5S toàn bệnh viện

- Tiếp tục tập huấn triển khai 5S toàn bệnh viện.

- Định kỳ giám sát, đánh giá kết quả thực hiện, duy trì 5S.

6.2. Đổi mới phong cách thái độ phục vụ của nhân viên

- Tập huấn nâng cao kỹ năng giao tiếp, ứng xử, phong cách phục vụ cho cán bộ nhân viên, hướng tới sự hài lòng người bệnh.

- Xây dựng bộ công cụ đánh giá năng lực và hiệu quả công việc của cán bộ nhân viên, xác định các vấn đề tồn tại, đề xuất giải pháp cải tiến.

- Thực hiện đúng yêu cầu cơ sở y tế “Xanh-Sạch-Đẹp”, góp phần nâng cao chất lượng dịch vụ y tế.

6.3. Khảo sát hài lòng

- Chủ động khảo sát hài lòng, tổng hợp các ý kiến phản ánh của người bệnh và thân nhân, xác định các vấn đề tồn tại của Bệnh viện, đề xuất giải pháp cải tiến, hướng đến sự hài lòng của người bệnh.

- Ban khảo sát hài lòng thực hiện 3 tháng/lần và cập nhật kết quả lên phần mềm trực tuyến.

- Thực hiện khảo sát hài lòng cán bộ nhân viên, chủ động nắm bắt tâm tư, nguyện vọng cũng như các vấn đề chưa hài lòng của cán bộ nhân viên để có hướng cải tiến phù hợp.

- Các hình thức khảo sát liên tục đổi mới, đa dạng nhằm đem lại kết quả ý nghĩa.

6.4. Triển khai các hoạt động công tác xã hội, chăm sóc khách hàng

- Đón tiếp, chỉ dẫn, cung cấp thông tin, giới thiệu về dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh của Bệnh viện cho người bệnh ngay từ khi người bệnh vào khoa khám bệnh hoặc phòng khám bệnh.

- Hỗ trợ, tư vấn cho người bệnh về quyền, lợi ích hợp pháp và nghĩa vụ của người bệnh, các chương trình, chính sách xã hội về bảo hiểm y tế, trợ cấp xã hội trong khám bệnh, chữa bệnh.

- Phối hợp, hướng dẫn các tổ chức, tình nguyện viên có nhu cầu thực hiện, hỗ trợ về công tác xã hội của Bệnh viện.

6.5. Đẩy mạnh hoạt động truyền thông và ứng dụng công nghệ thông tin

- Thực hiện tốt hoạt động truyền thông nội bộ, truyền thông ra bên ngoài, tạo dựng hình ảnh và thương hiệu Bệnh viện.

- Quản lý, vận hành hiệu quả trang web của bệnh viện đảm bảo thể hiện được các thông tin cần thiết về Bệnh viện cho đối tượng khách hàng bên ngoài.

- Ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý hoạt động Bệnh viện quản lý cơ sở dữ liệu, cải tiến thủ tục, mang lại hiệu quả công việc.

7. Đánh giá chất lượng nội bộ

- Áp dụng bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện ban hành theo Quyết định 6858/2016/QĐ-BYT ngày 18/01/2016 của Bộ Y tế trong triển khai và đánh giá chất lượng Bệnh viện.

- Phân công các ban chuyên trách (làm việc nhóm) làm đầu mối quản lý, triển khai tiêu chí.

- Định kỳ đánh giá chất lượng nội bộ Bệnh viện theo Bộ tiêu chí, báo cáo kết quả, xác định các vấn đề cải tiến.

III. Tổ chức thực hiện

1. Hội đồng quản lý chất lượng

- Hoạt động theo đúng quy chế đã xây dựng.

- Phê duyệt kế hoạch cải tiến chất lượng Bệnh viện và các văn bản liên quan công tác cải tiến chất lượng.

- Chỉ đạo triển khai thực hiện các hoạt động cải tiến chất lượng theo kế hoạch đề ra, giám sát đánh giá tiến độ và kết quả thực hiện.

- Phát động các phong trào nâng cao chất lượng Bệnh viện.

- Khen thưởng, động viên, khích lệ cá nhân khoa phòng thực hiện tốt công tác cải tiến chất lượng Bệnh viện.

2. Tổ QLCL bệnh viện

- Xây dựng kế hoạch cải tiến chất lượng Bệnh viện, trình giám đốc phê duyệt phối hợp với các khoa phòng, bộ phận hoàn thiện kế hoạch cải tiến chất lượng Bệnh viện.

- Là đầu mối tổ chức triển khai các hoạt động cải tiến chất lượng theo kế hoạch đã xây dựng, giám sát, đánh giá tiến độ và kết quả thực hiện định kỳ.

- Tổ chức đào tạo, tập huấn kiến thức, kỹ năng về QLCL cho cán bộ mạng lưới.

- Hỗ trợ, hướng dẫn các khoa phòng triển khai xây dựng đề án cải tiến, chỉ số chất lượng và các quy trình, quy định áp dụng tại Bệnh viện. Giám sát, đánh giá kết quả thực hiện.

- Là đầu mối hệ thống quản lý nguy cơ, triển khai hoạt động báo cáo, ghi nhận sự cố nguy cơ, tổng hợp, phân tích nguyên nhân đề xuất biện pháp khắc phục, phòng ngừa, rút ra bài học từ các sự cố, xây dựng văn hóa chất lượng - an toàn Bệnh viện.

- Đôn đốc các khoa phòng triển khai các hoạt động nâng cao chất lượng Bệnh viện, giám sát, đánh giá kết quả thực hiện.

- Tổ chức khảo sát ý kiến người bệnh và cán bộ nhân viên, chủ độ nắm bắt các vấn đề tồn tại, đề xuất giải pháp cải tiến.

- Phối hợp các khoa phòng triển khai hoạt động công tác xã hội, chăm sóc khách hàng, mang lại sự hài lòng cho người bệnh và thân nhân.

3. Ban chuyên trách

- Rà soát bộ tiêu chí đánh giá chất lượng Bệnh viện của Bộ Y tế theo phân công của Hội đồng QLCL, xác định mục tiêu, phân công trách nhiệm và thời gian thực hiện.

- Giám sát, đánh giá kết quả định kỳ, phát hiện các vấn đề tồn tại và đề xuất giải pháp cải tiến.

4. Các khoa phòng

- Giao cho khoa, phòng thực hiện đề án cải tiến chất lượng trên quy mô khoa, phòng hoặc toàn Bệnh viện mục tiêu bằng chỉ số chất lượng cụ thể, phù hợp với thực tế hoạt động của khoa phòng và Bệnh viện, trình hội đồng QLCL phê duyệt. Triển khai thực hiện và báo cáo kết quả.

Stt	Tên đề án	Qui mô/phạm vi	Khoa, phòng thực hiện chính	Khoa, phòng phối hợp	Tiêu chí
1	Đề án cải tiến chất lượng Bệnh viện năm 2019	Bệnh viện	KH-NV-QLCL		D1.2
2	Đề án nhân sự	Khoa, phòng	KSNK	KH-NV-QLCL	D1.2
3	Đề án triển khai 5S	Khoa, phòng	HSCC	KH-NV-QLCL	D1.2

- Triển khai các hoạt động cải tiến chất lượng, quản lý nguy cơ, xây dựng văn hóa chất lượng - an toàn người bệnh trong Bệnh viện.

- Tham gia các phong trào hoạt động nâng cao chất lượng Bệnh viện, khuyến khích nhân viên tham gia cải tiến chất lượng Bệnh viện, an toàn người bệnh; các cá nhân, các khoa có cải tiến tốt đem lại hiệu quả đưa vào xét khen thưởng thi đua hàng tháng.

IV. Tiến độ thực hiện

(*Bảng kiểm hướng dẫn thực hiện kế hoạch kèm theo*)

Trên đây là toàn bộ kế hoạch cải tiến chất lượng Bệnh viện năm 2019, Giám đốc Trung tâm Y tế yêu cầu các khoa phòng triển khai thực hiện tốt các nội dung của kế hoạch nhằm nâng cao chất lượng Bệnh viện.

Nơi nhận:

- Thành viên HĐQTCLL;
- Các khoa, phòng;
- Lưu: VT

GIÁM ĐỐC

SỞ Y TẾ SÓC TRĂNG
TRUNG TÂM Y TẾ
HUYỆN CÙ LAO DUNG

MỤC TIÊU ĐIỂM CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN NĂM 2019

Tiêu chí	Nội dung	Kết quả năm 2018	Dự kiến năm 2019	Đơn vị thực hiện	Đơn vị phối hợp	Ghi chú
Phần A: Hướng đến người bệnh (19)						
A1. Chỉ dẫn, tiếp đoán, hướng dẫn người bệnh (6)						
A1.1	Người bệnh được chỉ dẫn rõ ràng, tiếp đoán và hướng dẫn cụ thể	4	4	KKB BS Dự	QLCL	
A1.2	Người bệnh được chờ đợi trong phòng đầy đủ tiện nghi và được vận chuyển phù hợp với tình trạng bệnh	5	5			
A1.3	Bệnh viện tiến hành cải tiến quy trình khám bệnh, đáp ứng sự hài lòng người bệnh	4	4			
A1.4	Bệnh viện đảm bảo các điều kiện cấp cứu người bệnh kịp thời	3	3	HSCC Bs.P Hiền		
A1.5	Người bệnh được làm các thủ tục, khám bệnh, thanh toán... theo đúng thứ tự bảo đảm tính công bằng và mức ưu tiên	4	4	KKB ĐD Lợi	XN- CĐHA	
A1.6	Người bệnh được hướng dẫn và bố trí làm xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng theo trình tự thuận tiện	3	3			
A2. Điều kiện cơ sở vật chất phục vụ người bệnh (5)						
A2.1	Người bệnh điều trị nội trú được nằm một người một giường	4	4	K. Nội BS Kiệt CN Kiệt	Các khoa lâm sàng	
A2.2	Người bệnh được sử dụng buồng vệ sinh sạch sẽ và đầy đủ các phương tiện	4	4			
A2.3	Người bệnh được cung cấp vật dụng cá nhân đầy đủ, sạch sẽ, chất lượng tốt	4	5			
A2.4	Người bệnh được hưởng các tiện nghi bảo đảm sức khỏe, nâng cao thể trạng và tâm lý	3	3			
A2.5	Người khuyết tật được tiếp cận với các khoa/ phòng, phương tiện và dịch vụ khám, chữa bệnh trong bệnh viện	3	4			
A3. Điều kiện chăm sóc người bệnh (2)						

A3.1	Người bệnh được điều trị trong môi trường, cảnh quan xanh, sạch, đẹp	4	4	KSNK ĐD Vĩnh	Các khoa lâm sàng	
A3.2	Người bệnh được khám điều trị trong khoa/phòng gọn gàng ngăn nắp	4	5	YS Thống		
A4. Quyền và lợi ích của người bệnh (6)						
A4.1	Người bệnh được cung cấp thông tin và tham gia vào quá trình điều trị	4	4	BS Kiệt	Các khoa lâm sàng	
A4.2	Người bệnh được tôn trọng quyền riêng tư	4	4			
A4.3	Người bệnh được nộp viện phí thuận tiện, công khai, minh bạch, chính xác	4	4			
A4.4	Người bệnh được hưởng lợi từ chủ trương xã hội hóa y tế	0	0			
A4.5	Người bệnh có ý kiến phàn nàn, thắc mắc hoặc khen ngợi được bệnh viện tiếp nhận, phản hồi, giải quyết kịp thời	3	3	BS Bảy		
A4.6	Bệnh viện thực hiện khảo sát, đánh giá sự hài lòng người bệnh và tiến hành các biện pháp can thiệp	4	4	QLCL YS Thống	Các khoa lâm sàng	
Phần B: Phát triển nguồn nhân lực bệnh viện (14)						
B1. Số lượng và cơ cấu nhân lực bệnh viện (3)						
B1.1	Xây dựng kế hoạch phát triển nhân lực bệnh viện	3	3	TCHC YS Danh	BGĐ	
B1.2	Đảm bảo và duy trì ổn định số lượng nhân lực bệnh viện	2	2			
B1.3	Bảo đảm cơ cấu chức danh nghề nghiệp của nhân lực bệnh viện	3	3			
B2. Chất lượng nguồn nhân lực (3)						
B2.1	Nhân viên y tế được đào tạo và phát triển kỹ năng nghề nghiệp	3	4	TCHC YS Danh		
B2.2	Nhân viên y tế được nâng cao kỹ năng ứng xử, giao tiếp, y đức	3	3	BS Lê	Các khoa lâm sàng	
B2.3	Bệnh viện duy trì và phát triển bền vững chất lượng nguồn nhân lực	4	4	TCHC YS Danh		
B3. Chế độ đãi ngộ và điều kiện, môi trường làm việc (4)						
B3.1	Bảo đảm chính sách tiền lương, chế độ đãi ngộ của nhân viên y tế	3	3	Cô Sương		
B3.2	Bảo đảm điều kiện làm việc, vệ sinh lao động và nâng cao trình độ chuyên môn cho nhân viên y tế	3	4	BS Lê		
B3.3	Sức khỏe, đời sống tinh thần của nhân viên y tế được quan tâm và cải thiện	4	4			
B3.4	Tạo dựng môi trường làm việc tích cực cho	4	4			

	nhân viên y tế						
B4. Lãnh đạo bệnh viện (4)							
B4.1	Xây dựng kế hoạch, quy hoạch, chiến lược phát triển bệnh viện và công bố công khai	3	3	TCHC YS Danh			
B4.2	Triển khai văn bản của các cấp quản lý	4	4				
B4.3	Bảo đảm chất lượng nguồn nhân lực quản lý bệnh viện	2	3				
B4.4	Bồi dưỡng, phát triển đội ngũ lãnh đạo và quản lý kế cận	5	5				
Phần C: Hoạt động chuyên môn (35)							
C1. An ninh, trật tự và an toàn cháy nổ (2)							
C1.1	Bảo đảm an ninh, trật tự bệnh viện	3	3	BS. Duy	QLCL		
C1.2	Bảo đảm an toàn điện và phòng chống cháy nổ	3	4				
C2. Quản lý hồ sơ bệnh án (2)							
C2.1	Hồ sơ bệnh án được lập đầy đủ, chính xác, khoa học	2	3	BS Hành	Các khoa lâm sàng		
C2.2	Hồ sơ bệnh án được quản lý chặt chẽ, đầy đủ, khoa học	3	3				
C3. Ứng dụng công nghệ thông tin (2) (điểm x2)							
C3.1	Quản lý tốt cơ sở dữ liệu và thông tin y tế	3	3	QLCL KS Chuyên			
C3.2	Thực hiện các giải pháp ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý và hoạt động chuyên môn	3	3				
C4. Phòng ngừa và kiểm soát nhiễm khuẩn (6)							
C4.1	Thiết lập và hoàn thiện hệ thống kiểm soát nhiễm khuẩn	3	4	KSNK CN. Tâm	QLCL		
C4.2	Xây dựng và hướng dẫn nhân viên y tế thực hiện các quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện	4	4				
C4.3	Triển khai chương trình và giám sát tuân thủ rửa tay	3	3				
C4.4	Đánh giá, giám sát và triển khai kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện	3	3				
C4.5	Chất thải rắn bệnh viện được quản lý chặt chẽ, xử lý an toàn và tuân thủ theo đúng quy định	3	3				
C4.6	Chất thải lỏng bệnh viện được quản lý chặt chẽ, xử lý an toàn và tuân thủ theo đúng quy định	2	3				
C5. Năng lực thực hiện kỹ thuật chuyên môn (5) (x2)							
C5.1	Thực hiện danh mục kỹ thuật theo phân tuyến kỹ thuật	3	3	BS. Việt			
C5.2	Nghiên cứu và triển khai áp dụng các kỹ thuật mới, phương pháp mới	4	4				
C5.3	Áp dụng các hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh và triển khai các biện pháp giám sát chất lượng	3	3	BS. hành			

C5.4	Xây dựng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị	3	3	BS. Việt			
C5.5	Áp dụng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đã ban hành và giám sát việc thực hiện	3	3	BS. hành			
C6. Hoạt động điều dưỡng và chăm sóc người bệnh (3)							
C6.1	Hệ thống điều dưỡng trưởng được thiết lập và hoạt động hiệu quả	3	3	PĐD CN. Châu			
C6.2	Người bệnh được tư vấn, giáo dục sức khỏe khi điều trị và trước khi ra viện	4	4				
C6.3	Người bệnh được theo dõi, chăm sóc phù hợp với tình trạng bệnh và phân cấp chăm sóc	3	3				
C7. Năng lực thực hiện chăm sóc dinh dưỡng và tiết chế (5)							
C7.1	Hệ thống tổ chức thực hiện công tác dinh dưỡng và tiết chế được thiết lập đầy đủ	2	3	PĐD CN. Quyên	Các khoa lâm sàng		
C7.2	Bệnh viện bảo đảm cơ sở vật chất để thực hiện công tác dinh dưỡng và tiết chế trong bệnh viện	2	2				
C7.3	Người bệnh được đánh giá, theo dõi tình trạng dinh dưỡng trong thời gian nằm viện	3	3				
C7.4	Người bệnh được hướng dẫn, tư vấn chế độ ăn phù hợp với bệnh lý	4	4				
C7.5	Người bệnh được cung cấp chế độ dinh dưỡng phù hợp với bệnh lý trong thời gian nằm viện	2	2				
C8. Chất lượng xét nghiệm (2)							
C8.1	Bảo đảm năng lực thực hiện các xét nghiệm huyết học, hóa sinh, vi sinh và giải phẫu bệnh	2	3	KXN CN. Đệ			
C8.2	Bảo đảm chất lượng các xét nghiệm	2	2				
C9. Quản lý cung ứng và sử dụng thuốc (6)							
C9.1	Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức hoạt động được	4	4	K Dược DS Kiều			
C9.2	Bảo đảm cơ sở vật chất khoa Dược	4	4				
C9.3	Cung ứng thuốc và vật tư y tế tiêu hao đầy đủ, kịp thời, bảo đảm chất lượng	3	4				
C9.4	Sử dụng thuốc an toàn, hợp lý	3	3				
C9.5	Thông tin thuốc, theo dõi báo cáo phản ứng có hại của thuốc (ADR) kịp thời, đầy đủ và có chất lượng	3	3				
C9.6	Hội đồng thuốc và điều trị được thiết lập và hoạt động hiệu quả	3	3				
C10. Nghiên cứu khoa học (2)							
C10.1	Tích cực triển khai hoạt động nghiên cứu khoa học	3	3	BS Việt			
C10.2	Áp dụng kết quả nghiên cứu khoa học trong hoạt động bệnh viện và các giải pháp nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh	3	3				
Phần D: Hoạt động cải tiến chất lượng (11)							
D1. Thiết lập hệ thống và cải tiến chất lượng (3)							

D1.1	Thiết lập hệ thống quản lý chất lượng bệnh viện	4	4	QLCL CN Đương		
D1.2	Xây dựng và triển khai kế hoạch, đề án cải tiến chất lượng bệnh viện	2	3			
D1.3	Xây dựng văn hóa chất lượng	3	4			
D2. Phòng ngừa các sự cố khẩn phục (5)						
D2.1	Phòng ngừa nguy cơ, diễn biến bất thường xảy ra với người bệnh	3	3	BS Duy		
D2.2	Xây dựng hệ thống báo cáo, phân tích sự cố y khoa và tiến hành các giải pháp khẩn phục	2	3			
D2.3	Thực hiện các biện pháp phòng ngừa để giảm thiểu các sự cố y khoa	2	3			
D2.4	Bảo đảm xác định chính xác người bệnh khi cung cấp dịch vụ	1	3			
D2.5	Phòng ngừa nguy cơ người bệnh bị trượt ngã	2	2			
D3. Đánh giá, đo lường, hợp tác và cải tiến chất lượng (3)						
D3.1	Đánh giá chính xác thực trạng và công bố công khai chất lượng bệnh viện	3	3	QLCL CN Đương		
D3.2	Đo lường và giám sát cải tiến chất lượng bệnh viện	2	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	4	4			
Phần E: Tiêu chí đặc thù chuyên khoa (4)						
E1. Tiêu chí sản khoa, nhi khoa (áp dụng cho bệnh viện đa khoa có khoa Sản, Nhi và bệnh viện chuyên khoa Sản, Nhi) (4)						
E1.1	Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức chăm sóc sản khoa và sơ sinh	2	2	BS Lan Em		
E1.2	Bệnh viện thực hiện tốt hoạt động truyền thông sức khỏe sinh sản trước sinh, trong khi sinh và sau sinh	3	3			
E1.3	Bệnh viện tuyên truyền, tập huấn và thực hành tốt nuôi con bằng sữa mẹ theo hướng dẫn của Bộ Y tế và UNICEF	2	2			
E2.1	Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức chăm sóc nhi khoa	2	3	BS Lê		
Điểm trung bình		3.11	3.31			

BẢNG KIỂM HƯỚNG DẪN THỰC HIỆN KẾ HOẠCH CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG NĂM 2019

Mã CV	Nội dung thực hiện	Thực hiện	Phối hợp	Thời gian hoàn thành	Kết quả dự kiến	Đánh giá
CL1	Kiến toàn hệ thống QLCL bệnh viện	QLCL	TCHC	21/01/2019	GD kiến toàn hệ thống	
CL2	Xây dựng kế hoạch CTCL 2019	KH-NV-QLCL	Các khoa, phòng	31/01/2019	Bản kế hoạch CTCL 2019	
CL3	Xây dựng bộ chỉ số chất lượng cấp BV	QLCL	Các khoa phòng	29/03/2019	Chỉ số chất lượng	
CL4	Tập huấn, đề xuất xây dựng đề án CTCL và chỉ số chất lượng	QLCL	Các khoa, phòng	26/04/2019	Các khoa phòng lựa chọn được vấn đề cải tiến và biết cách xây dựng đề án, chỉ số chất lượng	
CL5	Triển khai thực hiện đề án CLBV các khoa phòng	Các khoa phòng	QLCL	28/06/2019	3 khoa, phòng triển khai thực hiện đề án cải tiến, đo lường chỉ số CL, báo cáo kết quả thực hiện	
CL6	Hoàn thiện quy trình nhận diện, bàn giao người bệnh, y lệnh miệng... theo hình thức trực quan hóa	QLCL	Điều dưỡng	29/03/2019	Các quy trình quy định được thể hiện trực quan, thu hút, dễ hiểu	
CL7	Rà soát, hoàn thiện các quy trình công tác dược, quản lý sử dụng thuốc	Dược	QLCL	29/03/2019	Các quy trình công tác dược, quản lý sử dụng thuốc đầy đủ được chuẩn hóa.	
CL8	Tập huấn công tác dược lâm sàng và thông tin thuốc	Dược		2 buổi/năm	Nhân viên y tế cập nhật thông tin thuốc và dược	

					lâm sàng kịp thời	
CL9	Rà soát, hoàn thiện các quy trình KSNK hướng dẫn phòng ngừa chuẩn	KSNK		29/03/2019	Các quy trình KSNK, hướng dẫn phòng ngừa chuẩn đầy đủ được chuẩn hóa	
CL10	Tập huấn công tác KSNK	KSNK		Hàng tháng	Nhân viên y tế nắm được các quy trình KSNK, hướng dẫn phòng ngừa chuẩn	
CL11	Tổng hợp báo cáo, phân tích nguyên nhân, đề xuất các giải pháp khắc phục, phòng ngừa	QLCL	Các khoa, phòng	Hàng tháng	Các sự cố nguy cơ được tổng hợp, phân tích, có giải pháp khắc phục, phòng ngừa	
CL12	Tập huấn kiến thức và thực hành 5S	QLCL	Các khoa, phòng	24/04/2019	Cán bộ nhân viên hiểu được kiến thức và thực hành 5S	
CL13	Triển khai và duy trì 5S trên toàn bệnh viện	Các khoa, phòng	QLCL	Hàng ngày	5S được Triển khai và duy trì trên toàn bệnh viện	
CL14	Khảo sát hài lòng người bệnh định kỳ, báo cáo kết quả khảo sát, xác định vấn đề tồn tại, đề xuất giải pháp cải tiến	QLCL	Các khoa, phòng	Hàng quý	Tỷ lệ hài lòng người bệnh nội trú, ngoại trú	
CL15	Xây dựng công cụ và tiến hành khảo sát hài lòng cán bộ nhân viên, tổng hợp, báo cáo kết quả	QLCL	TCHC	28/06/2019	Tỷ lệ hài lòng của cán bộ nhân viên	
CL16	Quản lý, vận hành website	QLCL	CNTT	Hàng ngày	Website cung cấp và cập nhật đủ các thông tin cần thiết	
CL17	Báo cáo kết quả hoạt động QLCL	QLCL		Hàng quý	Báo cáo kết quả hoạt động QLCL hàng quý	

NỘI DUNG CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG CHI TIẾT TẠI TTYT HUYỆN CÙ LAO DUNG NĂM 2019

(Kèm theo kế hoạch số /KH-TTYT ngày tháng năm 2019)

ST T	Tên tiêu chí	Xếp loại năm 2018	Lý do vướng mắc, chưa lên mức trong tiêu chí chất lượng	Thực hiện các nội dung cải tiến năm 2019	Dự kiến kinh phí	Trách nhiệm thực hiện		Kết quả cần đạt được các nội dung cải tiến năm 2019
						Trách nhiệm thực hiện	Đầu mối phối hợp	
1	A2.3 Người bệnh được cung cấp vật dụng cá nhân đầy đủ, sạch sẽ, chất lượng tốt	Mức 4	13. Giường bệnh có đệm chiếm tỷ lệ 99% (trừ trường hợp người bệnh yêu cầu được nằm chiếu hoặc chỉ định của bác sỹ không nằm đệm). 16. Người bệnh được cung cấp các loại quần áo, áo choàng, váy choàng.. có thiết kế riêng, bảo đảm thuận tiện, kín đáo cho người bệnh mặc và cởi khi làm các công việc như nội soi, chiếu chụp, phẫu thuật, thủ thuật...	-Dự trữ mua đệm, áo choàng cho BN làm nội soi, X quang	7 triệu	BS Kiệt + các khoa lâm sàng, cận lâm sàng có liên quan	Tổ QLCL, phòng quản trị	Duy trì mức 4, nâng mức 5 6 tháng cuối năm
2	A2.5 Người khuyết tật được tiếp cận với các khoa/ phòng, phương tiện và dịch vụ khám, chữa bệnh trong bệnh viện	Mức 3	6. Nhà vệ sinh khu khám bệnh có buồng vệ sinh dành riêng cho người tàn tật (được thiết kế đủ rộng và có lối đi để xe lăn tiếp cận được đến các bệ xí ngồi, có tay vịn tại vị trí bệ xí ngồi...).	- Làm tay vịn tại vị trí bệ ngồi 2 nhà vệ sinh khoa khám	1 triệu	BS Kiệt + KKB	Tổ QLCL, phòng quản trị	Duy trì mức 3, nâng mức 4 6 tháng cuối năm
3	A3.2 Người bệnh được khám điều trị trong khoa/phòng gọn gàng ngăn nắp	Mức 4	15. Áp dụng phương pháp 5S để cải tiến chất lượng trên phạm vi toàn bệnh viện. 16. Có báo cáo đánh giá việc áp dụng phương pháp 5S. 17. Sử dụng kết quả đánh giá để tiếp tục cải tiến chất lượng, gọn gàng, ngăn nắp	-Tập huấn 5S cho các khoa -Kiểm tra việc thực hiện 5S -Duy trì 5S	4 triệu	Các khoa lâm sàng, cận lâm sàng	QLCL YS Thống	Duy trì mức 4, nâng mức 5 6 tháng cuối năm
4	B1.3 Bảo đảm cơ cấu chức danh nghề nghiệp của nhân lực bệnh viện	Mức 3	15. Có đánh giá tính khả thi các bản mô tả công việc cho các chức danh nghề nghiệp và cập nhật, điều chỉnh bổ sung hàng năm.	Thực hiện đánh giá		TCHC YS Danh		Duy trì mức 3, nâng mức 4 6 tháng cuối

								năm
5	B2.1 Nhân viên y tế được đào tạo và phát triển kỹ năng nghề nghiệp	Mức 3	1. Có từ 20% nhân viên y tế trở lên được đào tạo liên tục ít nhất 12 tiết học trở lên trong năm.	Cử nhân viên tập huấn, đào tạo liên tục(khi có thông báo chiêu sinh)	Theo tình hình hiện tại	TCHC YS Danh		Duy trì mức 3, nâng mức 4 6 tháng cuối năm
6	B3.2 Bảo đảm điều kiện làm việc, vệ sinh lao động và nâng cao trình độ chuyên môn cho nhân viên y tế	Mức 3	12. Bệnh viện lập hồ sơ vệ sinh lao động, đo kiểm tra môi trường lao động định kỳ (theo quy định của bệnh viện). 13. 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.	- Lập hồ sơ vệ sinh lao động - Tiến hành khảo sát hài lòng nhân viên y tế		BS Lê	Các khoa, phòng	Duy trì mức 3, nâng mức 4 6 tháng cuối năm
7	B4.3 Bảo đảm chất lượng nguồn nhân lực quản lý bệnh viện	Mức 2	9. Tỷ lệ “người quản lý” đã tham gia khóa đào tạo liên tục và có chứng chỉ về quản lý bệnh viện chiếm từ 40% trở lên*.	- Cử cán bộ quản lý tập huấn, đào tạo liên tục(khi có thông báo chiêu sinh)	Theo tình hình hiện tại	TCHC YS Danh	BGD	Duy trì mức 2, nâng mức 3 6 tháng cuối năm
8	C1.2 Bảo đảm an toàn điện và phòng chống cháy nổ	Mức 3	27. Trang bị hệ thống cầu dao tự ngắt cho các máy móc thiết bị y tế. 20. Có diễn tập phòng cháy chữa cháy ít nhất 1 lần trong năm trên quy mô toàn bệnh viện. Nhân viên sử dụng được các phương tiện chữa cháy sẵn có và biết được phương án sơ tán thoát nạn, cứu người.	- Trang bị cầu dao - Mời PCCC tập huấn		BS Duy		Duy trì mức 2, nâng mức 3 6 tháng cuối năm
9	C2.1 Hồ sơ bệnh án được lập đầy đủ, chính xác, khoa học	Mức 2	13. Có tập huấn cho bác sỹ, điều dưỡng về mã hóa bệnh tật theo ICD 10, cách ghi mã bệnh chính và bệnh kèm theo	Tập huấn cho các BS, ĐD về ICD10	Tài liệu, nước uống 400.000 đ	KH-NV- QLCL BS Hành	Các khoa	Duy trì mức 2, nâng mức 3 6 tháng cuối năm
10	C4.1 Thiết lập và hoàn thiện hệ thống kiểm soát nhiễm khuẩn	Mức 3	17. Trưởng khoa kiểm soát nhiễm khuẩn được đào tạo về kiểm soát nhiễm khuẩn (có chứng chỉ khóa học với thời gian đào tạo tối thiểu 3 tháng) hoặc bằng sau đại học có chuyên ngành liên quan tới KSNK	Đang cử đi đào tạo	8 triệu	KSNK CN Tâm	TCKT	Duy trì mức 3, nâng mức 4 6 tháng cuối năm

11	C4.6 Chất thải lỏng bệnh viện được quản lý chặt chẽ, xử lý an toàn và tuân thủ theo đúng quy định	Mức 2	10.Có văn bản đánh giá của cơ quan môi trường có thẩm quyền đánh giá các chỉ tiêu đầu ra (về lý, hóa, vi sinh vật) sau khi xử lý chất thải lỏng ít nhất 1 lần trong 6 tháng. 11.Các chỉ tiêu đầu ra của nước thải đạt quy chuẩn về môi trường. 12.Có tổ chức tập huấn, đào tạo (hoặc cử nhân viên tham dự tập huấn, đào tạo) về công tác quản lý chất thải lỏng y tế.	-Cử NV tập huấn chất thải lỏng -Mời đánh giá môi trường	Theo tình hình thực tế	KSNK CN.Tâm	BGD	Duy trì mức 2, nâng mức 3 6 tháng cuối năm
12	C7.1 Hệ thống tổ chức thực hiện công tác dinh dưỡng và tiết chế được thiết lập đầy đủ	Mức 2	8.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. 10.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). 11.Nhân viên bộ phận chế biến và cung cấp suất ăn được đào tạo, tập huấn về vệ sinh an toàn thực phẩm	CN. Trâm có chứng chỉ 3 tháng (Đề xuất làm tổ trưởng)		PĐD CN. Quyên CN. Trâm	BGD	Duy trì mức 2, nâng mức 3 6 tháng cuối năm
13	C8.1 Bảo đảm năng lực thực hiện các xét nghiệm theo phân tuyến kỹ thuật	Mức 2	14.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.	-Trang bị móc treo, gắn labo phòng lấy mẫu	500.000 đ	KXN CN. Đệ	TCHC (Quản trị)	Duy trì mức 2, nâng mức 3 6 tháng cuối năm
14	C9.3 Cung ứng thuốc và vật tư y tế tiêu hao đầy đủ, kịp thời, bảo đảm chất lượng	Mức 3	14.Có quy trình và phương án tổ chức cung ứng các thuốc hiếm theo yêu cầu điều trị và thuốc điều trị các bệnh hiếm gặp (trong trường hợp cần điều trị người bệnh tại bệnh viện, không chuyên tuyến).	Khoa Dược xây dựng quy trình và phương án		K Dược	QLCL	Duy trì mức 3, nâng mức 4 6 tháng cuối năm
15	D1.2 Xây dựng và triển khai kế hoạch, đề án cải tiến chất lượng bệnh viện	Mức 2	7.Hội đồng quản lý chất lượng hướng dẫn các khoa/phòng triển khai cải tiến chất lượng theo như kế hoạch. 8.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	HĐQL hướng dẫn khoa, phòng xây dựng đề án cấp khoa	Theo kinh phí đề án khoa	QLCL	Các khoa	Duy trì mức 2, nâng mức 3 6 tháng cuối

			khoa/phòng. 9.Xây dựng và triển khai được ít nhất 03 đề án cải tiến chất lượng (trên quy mô khoa/phòng hoặc toàn bệnh viện).					năm
16	D1.3 Xây dựng văn hóa chất lượng	Mức 3	16.Có hình thức khuyến khích, thúc đẩy nhân viên y tế cải tiến chất lượng.	Ra văn bản, QĐ khuyến khích nhân viên, lồng vào KH cải tiến CL		QLCL	BGD	Duy trì mức 3, nâng mức 4 6 tháng cuối năm
17	D2.2 Xây dựng hệ thống báo cáo, phân tích sự cố y	Mức 2	11.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	-Thành lập nhóm phân tích sự cố -Tiến hành phân tích các sự cố khi nhận được từ các khoa		BS Duy	BGD	Duy trì mức 2, nâng mức 3 6 tháng cuối năm
18	D2.3 Thực hiện các biện pháp phòng ngừa để giảm thiểu các sự cố y khoa	Mức 2	7.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. 8.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”).	-Kiểm tra việc tuân thủ quy trình kỹ thuật - Ghi lại báo cáo		BS Duy	QLCL	Duy trì mức 2, nâng mức 3 6 tháng cuối năm
19	D2.4 Bảo đảm xác định chính xác người bệnh khi cung cấp dịch vụ	Mức 1	Từ tiêu mục 2 đến 11	Tiến hành thực hiện từ tiêu mục 2-11		BS Duy	QLCL	Nâng mức 2 sau đó nâng mức 3 6 tháng cuối năm
20	D3.2 Đo lường và giám sát cải tiến chất lượng bệnh viện	Mức 2	4.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. 5.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.	Thực hiện từ tiêu mục 4-7		QLCL CN Đương	Các khoa, phòng	Duy trì mức 2, nâng mức 3 6 tháng cuối năm

			6.Có bản tổng hợp danh sách các chỉ số chất lượng (chung của bệnh viện và các khoa/phòng) được theo dõi, giám sát. 7.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.					
21	E1.3 Bệnh viện tuyên truyền, tập huấn và thực hành tốt nuôi con bằng sữa mẹ theo hướng dẫn của Bộ Y tế và UNICEF	Mức 2	Từ tiêu mục 8 đến 16	Thực hiện trong 6 tháng cuối năm		BS Lan Em	QLCL	Duy trì mức 2, nâng mức 3 6 tháng cuối năm
22	E2.1 Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức chăm sóc nhi khoa	Mức 2	8.Tỷ lệ điều dưỡng được đào tạo về nhi chiếm từ 50% tổng số điều dưỡng của khoa nhi (hoặc của tổng các khoa nhi trên toàn bệnh viện chuyên khoa)*. 9.Có đơn nguyên sơ sinh (hoặc cao hơn) đầy đủ nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị và năng lực chuyên môn theo quy định của Bộ Y tế với từng tuyến.	Hoàn thành trong 6 tháng cuối năm		BS Lê	QLCL	Duy trì mức 2, nâng mức 3 6 tháng cuối năm