

Số: /KH-BVPHCN

Đồng Tháp, ngày tháng 3 năm 2026

KẾ HOẠCH
Hoạt động quản lý chất lượng năm 2026

Căn cứ Thông tư số 19/2013/TT-BYT ngày 12 tháng 7 năm 2013 của Bộ Y tế về việc Hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện và Quyết định số 6858/QĐ-BYT ngày 18 tháng 11 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam;

Căn cứ Thông tư số 35/2024/TT-BYT ngày 16 tháng 11 năm 2024 của Bộ Y tế Thông tư quy định Tiêu chuẩn chất lượng cơ bản đối với bệnh viện.

Căn cứ Báo cáo số 4542/BC-SYT ngày 16/12/2025 của Sở Y tế Tỉnh Đồng Tháp về Báo cáo kết quả kiểm tra, đánh giá hoạt động các đơn vị Y tế trên địa bàn tỉnh Đồng Tháp năm 2025.

Bệnh viện Phục hồi chức năng xây dựng Kế hoạch hoạt động quản lý chất lượng bệnh viện năm 2026 gồm các nội dung như sau:

1. Mục tiêu:

1.1. Mục tiêu tổng quát:

Xây dựng và hoàn thiện hệ thống quản lý chất lượng; triển khai các biện pháp phòng ngừa, khắc phục các sai sót, sự cố; đánh giá, đo lường và cải tiến chất lượng để đạt Tiêu chuẩn chất lượng cơ bản đối với bệnh viện.

1.2. Mục tiêu cụ thể:

(1) Có ít nhất 01 quy trình khám bệnh, chữa bệnh được cải tiến nâng cao chất lượng đáp ứng hài lòng người bệnh, đảm bảo về cơ sở vật chất phục vụ người bệnh, cải thiện môi trường chăm sóc, đảm bảo quyền và lợi ích chính đáng của người bệnh.

(2) Khoa khám bệnh có nơi tiếp đón, phòng cấp cứu, phòng lưu, phòng khám, phòng thực hiện kỹ thuật thủ thuật.

(3) Người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh được cập nhật kiến thức y khoa liên tục.

(4) Đạt Tiêu chuẩn chất lượng cơ bản.

2. Chỉ số chất lượng:

(1) Tỷ lệ người bệnh hài lòng với dịch vụ y tế tại Bệnh viện đạt trên 90%.

(2) 100% người bệnh được nằm mỗi người một giường riêng, không có tình trạng nằm ghép.

(3) Năm 2026 triển khai ít nhất 3 kỹ thuật mới theo phân tuyến.

(4) Hơn 80% nhân viên y tế được tập huấn về Quy tắc ứng xử, kỹ năng giao tiếp, đổi mới phong cách, thái độ của nhân viên y tế hướng tới sự hài lòng của người bệnh.

(5) Bệnh viện tổ chức bình bệnh án và đơn thuốc ít nhất 1 lần/tháng.

(6) Bệnh viện tổ chức sinh hoạt khoa học định kỳ tối thiểu 1 lần/3 tháng.

(7) 100% các khoa và phòng Điều dưỡng có xây dựng và áp dụng ít nhất 1 bảng kiểm đánh giá sai sót, nhằm lẫn trong cung cấp dịch vụ.

3. Nội dung hoạt động quản lý chất lượng và Bảng kiểm đánh giá kết quả cải tiến chất lượng: (xem Phụ lục 1: nội dung hoạt động và bảng kiểm đánh giá kết quả cải tiến chất lượng năm 2026).

4. Nội dung triển khai quản lý chất lượng trong bệnh viện:

4.1. Tiếp tục củng cố và hoàn thiện hệ thống quản lý chất lượng bệnh viện:

- Hệ thống quản lý chất lượng bệnh viện gồm có Hội đồng quản lý chất lượng, tổ Quản lý chất lượng và mạng lưới quản lý chất lượng.

- Hệ thống quản lý chất lượng bệnh viện thực hiện chức năng nhiệm vụ đã được quy định cụ thể trong Quy chế Hoạt động của Hội đồng Quản lý Chất lượng trong bệnh viện.

- Về tổ chức và nhiệm vụ của hệ thống quản lý chất lượng bệnh viện: thực hiện theo Thông tư số 19/2013/TT-BYT ngày 12/7/2013 của Bộ Y tế.

- Tiếp tục cử nhân viên tham gia các lớp đào tạo về quản lý chất lượng.

4.2. Xây dựng kế hoạch/đề án và các chỉ số đánh giá chất lượng bệnh viện

- Xây dựng mục tiêu và các chỉ số chất lượng bệnh viện để nhân viên y tế, người bệnh và cộng đồng được biết.

- Tổ quản lý chất lượng tham mưu cho Hội đồng ban hành Kế hoạch quản lý chất lượng bệnh viện năm 2026 và hướng dẫn các khoa, phòng xây dựng kế hoạch quản lý chất lượng của khoa, phòng năm 2026. Xây dựng và triển khai ít nhất 03 đề án cải tiến chất lượng của khoa, phòng với ít nhất 01 chỉ số chất lượng cụ thể để đánh giá (Phòng KHTH-CĐT 01 đề án, phòng Điều dưỡng 01 đề án, phòng TCCB-HCQT 01 đề án, các khoa phòng khác phấn đấu ít nhất 01 đề án)

- Thực hiện đo lường chỉ số chất lượng của bệnh viện. Ứng dụng công nghệ thông tin để xây dựng cơ sở dữ liệu, phân tích, xử lý thông tin liên quan đến quản lý chất lượng bệnh viện.

- Tổ chức thu thập, quản lý, lưu trữ, khai thác và sử dụng dữ liệu liên quan đến chất lượng bệnh viện.

4.3. Triển khai thực hiện và kiểm tra đánh giá việc thực hiện các quy định, hướng dẫn chuyên môn trong khám bệnh, chữa bệnh

- Tổ chức triển khai thực hiện các quy định, hướng dẫn 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 chăm sóc.

- Xây dựng các bảng kiểm và tiến hành kiểm tra đánh giá việc thực hiện các quy định, hướng dẫn chuyên môn của bệnh viện, các quy trình kỹ thuật, phác đồ điều trị.

4.4. Đảm bảo an toàn cho người bệnh và nhân viên y tế:

Khoa lâm sàng và khoa, phòng chuyên môn giám sát, quản lý sự cố và an toàn người bệnh gồm các thành viên Phòng KHTH-CĐT, TCCB-HCQT, VT-TBYT, Dược, phòng Điều dưỡng có trách nhiệm tổ chức triển khai thực hiện các nội dung đảm bảo an toàn người bệnh và nhân viên y tế, quản lý các sự cố, sai sót chuyên môn và các sai sót trong hoạt động hành chính có liên quan đến quá trình cung cấp dịch vụ cho người bệnh, gồm các nội dung:

a. Thiết lập chương trình và xây dựng các quy định cụ thể bảo đảm an toàn người bệnh và nhân viên y tế với các nội dung chủ yếu sau:

- Xác định chính xác người bệnh, tránh nhầm lẫn khi cung cấp dịch vụ;
- An toàn thủ thuật;
- An toàn sử dụng thuốc;
- Phòng và kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện;
- Phòng ngừa rủi ro, sai sót do trao đổi, truyền đạt thông tin sai lệch giữa nhân viên y tế;
- Phòng ngừa người bệnh bị ngã;
- An toàn trong sử dụng trang thiết bị y tế.

b. Bảo đảm môi trường làm việc an toàn cho người bệnh, khách thăm và nhân viên y tế; tránh tai nạn, rủi ro, phơi nhiễm nghề nghiệp.

c. Thiết lập hệ thống thu thập, báo cáo sai sót chuyên môn, sự cố y khoa tại các khoa lâm sàng và toàn bệnh viện, bao gồm báo cáo bắt buộc và tự nguyện.

d. Xây dựng quy trình đánh giá sai sót chuyên môn, sự cố y khoa để xác định nguyên nhân gốc, nguyên nhân có tính hệ thống và nguyên nhân chủ quan của nhân viên y tế; đánh giá các rủi ro tiềm ẩn có thể xảy ra.

e. Xử lý sai sót chuyên môn, sự cố y khoa và có các hành động khắc phục đối với nguyên nhân gốc, nguyên nhân có tính hệ thống và nguyên nhân chủ quan để giảm thiểu sai sót, sự cố và phòng ngừa rủi ro.

4.5. Xây dựng uy tín và thương hiệu bệnh viện

+ Triển khai các phong trào nâng cao chất lượng bệnh viện:

- Các tổ chức chính trị, chính trị xã hội bao gồm: Đảng ủy, Công đoàn, Đoàn thanh niên phát động các phong trào nâng cao chất lượng bệnh viện dưới các hình thức hội thi, hội diễn, các hoạt động phong trào.

- Ban Giám đốc bệnh viện, Hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện đề ra các hình thức khuyến khích, khen thưởng các tổ chức, cá nhân có các hoạt động tích cực, đề ra các ý tưởng, qui trình, đề án góp phần vào việc nâng cao chất lượng bệnh viện.

+ Thường xuyên cập nhật thông tin trên website, mạng xã hội (facebook, zalo) của bệnh viện, xây dựng các báo cáo chất lượng và tự công bố báo cáo chất lượng trên website bệnh viện.

4.6. Tiêu chuẩn chất lượng cơ bản đối với bệnh viện:

- Thực hiện các tiêu chuẩn chất lượng cơ bản theo thông tư 35/2024/TT-BYT của Bộ Y tế (*xem Phụ lục 2 kèm*).

- Triển khai các tiêu chuẩn hoạt động nhằm nâng cao chất lượng dựa trên cơ sở lựa chọn vấn đề ưu tiên, đạt được các tiêu chuẩn chất lượng trong khả năng, điều kiện thực tế tại bệnh viện.

4.7. Nhu cầu kinh phí:

- Kinh phí dự trù chi cho sửa chữa nâng cấp cơ sở vật chất và trang thiết bị thực hiện kế hoạch quản lý chất lượng bệnh viện Phục hồi chức năng năm 2026 theo kế hoạch đề xuất các khoa/phòng.

- Kinh phí đào tạo, tập huấn, NCKH, thi đua, khen thưởng: thực hiện theo Quy chế chi tiêu nội bộ.

5. Tổ chức thực hiện:

5.1. Trách nhiệm của tổ quản lý chất lượng:

- Xây dựng kế hoạch Quản lý chất lượng bệnh viện trình Giám đốc bệnh viện phê duyệt.

- Xây dựng, cập nhật các quy trình chất lượng dựa trên hướng dẫn của Bộ Y tế

- Tổ chức triển khai thực hiện kế hoạch Quản lý chất lượng bệnh viện.

- Duy trì và cải tiến chất lượng dựa trên cơ sở lựa chọn vấn đề ưu tiên;

- Hỗ trợ các khoa/phòng triển khai các đề án cải tiến chất lượng.

- Phối hợp với khoa, phòng trong triển khai thực hiện các hoạt động Quản lý chất lượng.

- Theo dõi, giám sát khoa phòng thực hiện kế hoạch Quản lý chất lượng.

- Tổ chức đánh giá chất lượng nội bộ hoạt động Quản lý chất lượng theo kế hoạch.

- Báo cáo hoạt động Quản lý chất lượng bệnh viện theo quy định .

- Đề xuất cử cán bộ đi tập huấn, đào tạo, bồi dưỡng về quản lý chất lượng;

- Đề xuất khen thưởng cho tập thể, cá nhân xuất sắc trong hoạt động quản lý chất lượng bệnh viện;

5.2. Trách nhiệm của các khoa/phòng:

- Phổ biến nội dung Kế hoạch này tới toàn thể nhân viên trong khoa, phòng.
- Căn cứ vào kế hoạch hoạt động quản lý chất lượng bệnh viện năm 2026 để xây dựng Kế hoạch cải tiến chất lượng của từng khoa, phòng phù hợp với điều kiện thực tế của khoa/phòng.
- Dựa vào các tiêu chuẩn được phân công đảm nhiệm, các khoa/ phòng sẽ lựa chọn vấn đề cụ thể để xây dựng đề án cải tiến chất lượng với ít nhất 01 chỉ số chất lượng nhằm đánh giá và theo dõi chất lượng hoạt động của khoa, phòng. Lộ trình thực hiện đề án có thể nhiều năm, mỗi năm đều có đánh giá kết quả thực hiện đề án cụ thể:

tt	Tiêu chí	Nội dung	Phụ trách
1	Chương A1. A1.1, A1.2, A1.3, A1.5, A1.4 A1.6	chỉ dẫn, đón tiếp, hướng dẫn NB(6)	BSCKI. Trương Minh Lùng DSCKI. Nguyễn Quốc Thái BSCKI. Phạm Thị Minh Thor
2	Chương A2: A2.1, A2.2, A2.3, A2.4, A2.5	Điều kiện, cơ sở vật chất phục vụ NB (5)	BSCKI. Dương Văn Thâu BSCKI. Võ Thị Kim Nguyên
3	Chương A3: A3.1, A3.2	Điều kiện chăm sóc NB(2)	BSCKI. Nguyễn Văn Biễn BSCKI. Nguyễn Ngọc Mai
4	Chương A4: A4.1, A4.2, A4.5	Quyền và lợi ích NB (3)	BSCKI. Thái Thị Thu Hậu
5	Chương A4: A4.6	Quyền và lợi ích NB (1) Khảo sát hài lòng của người bệnh nội trú và ngoại trú theo QĐ số 56/QĐ-BYT ngày 08/01/2024 của BYT	BSCK1 Lê Ngọc Anh
6	Chương A4: A4.3, A4.4	Quyền và lợi ích NB (2)	ThS. Nguyễn Thị Hạnh
7	Chương B1: B1.1, B1.2, B1.3 Chương B2: B2.1, B2.2, B2.3 Chương B3: B3.1, B3.2, B3.3, B3.4	B1: Số lượng và cơ cấu nhân lực bệnh viện (3) B2: Chất lượng nguồn nhân lực (3) B3: Chế độ đãi ngộ và điều kiện, môi trường làm việc (4)	CN. Nguyễn Thị Muội
8	Chương B4: B4.1, B4.2, B4.3, B4.4	Lãnh đạo bệnh viện (4)	Ban Giám đốc
9	Chương C1: C1.1, C1.2	An ninh, trật tự và an toàn	CN. Trần Văn Nhân

tt	Tiêu chí	Nội dung	Phụ trách
		cháy nổ (2)	
	I. Tiêu chuẩn về cơ sở vật chất	(nội dung 1, 2, 3, 4, 5, 8)	
	II. Tiêu chuẩn về quy mô và cơ cấu tổ chức	(nội dung 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9)	
10	Chương C2: C2.1, C2.2	Quản lý hồ sơ bệnh án (2)	CN. Nguyễn Thị Cẩm Tuyền
11	Chương C3: C3.1, C3.2	Công nghệ thông tin y tế (2)	KS. Lê Quốc Thái
12	Chương C4: C4.1, C4.2, C4.3, C4.4	Phòng ngừa và KSNK (4)	CN. Bùi Thị Bảo Khuyên
	II. Tiêu chuẩn về quy mô và cơ cấu tổ chức	(nội dung: 7)	
	V. Tiêu chuẩn về chuyên môn	(nội dung: 5)	
13	Chương C4: C4.5, C4.6	Phòng ngừa và KSNK (2)	KS. Nguyễn Thúy Phương
	I. Tiêu chuẩn về cơ sở vật chất	(nội dung: 6)	
	Cơ sở y tế Xanh – sạch – đẹp theo	QĐ Số 5959/QĐ-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2021	
14	Chương C5: C5.1, C5.2, C5.3, C5.4, C5.5	Chất lượng lâm sàng (5)	BS. Nguyễn Phan Ngọc Hiếu
	III. Tiêu chuẩn về nhân sự	(nội dung: 1, 2)	
	V. Tiêu chuẩn về chuyên môn	(nội dung: 1, 2, 3)	
15	Chương C6: C6.1, C6.2, C6.3	Hoạt động điều dưỡng và chăm sóc người bệnh (3)	ĐDCKI. Nguyễn Thanh Hữu
16	Chương C7: C7.1, C7.2, C7.3, C7.4, C7.5	Dinh dưỡng và tiết chế (5)	BS. Trần Lê Hiếu Hà
	II. Tiêu chuẩn về quy mô và cơ cấu tổ chức	(nội dung 6)	
17	Chương C8 : C8.1, C8.2	Chất lượng xét nghiệm (2)	DSCKI. Nguyễn Quốc Thái CN. Nguyễn Thị Bích Phương
	I. Tiêu chuẩn về cơ sở vật chất	(nội dung:7)	
	V. Tiêu chuẩn về chuyên môn	(nội dung: 4.5)	

tt	Tiêu chí	Nội dung	Phụ trách
18	Chương C9: C9.1, C9.2, C9.3, C9.4, C9.5, C9.6	Quản lý, cung ứng và sử dụng thuốc (6)	DSCKI. Trần Thị Thanh Hà
19	Chương C10: C10.1, C10.2	Nghiên cứu khoa học (2)	BS. Nguyễn Phan Ngọc Hiếu
20	Chương D1: D1.1, D1.2, D1.3	Thiết lập hệ thống và cải tiến chất lượng (3)	ĐDCKI. Nguyễn Thị Chúc
	Chương D3: D3.1, D3.2, D3.3	Đánh giá, đo lường, hợp tác và cải tiến chất lượng (3)	
	V. Tiêu chuẩn về chuyên môn	(nội dung: 4.1 – 4.4)	
21	Chương D2: D2.1, D2.2, D2.3, D2.4, D2.5	Phòng ngừa các sự cố và khắc phục (5)	CN. Bùi Thảo Ly
	V. Tiêu chuẩn về chuyên môn	(nội dung: 4.6)	
22	IV. Tiêu chuẩn về thiết bị y tế	(nội dung: 1, 2, 3, 4, 5)	DSCKI Đoàn Nguyễn Thanh Vũ
23	Xây dựng đề án cải tiến chất lượng	Khoa/Phòng: + KHTH-CĐT-CĐT + Điều dưỡng + TCCB-HCQT + Vật tư –TBYT + Dược + Nội tổng hợp + Vật lý trị liệu - Hoạt động trị liệu	

- Trong kế hoạch/đề án cải tiến chất lượng của các khoa, phòng cần tính toán cụ thể nhu cầu kinh phí sửa chữa, mua sắm trang thiết bị và nhu cầu đào tạo lại đội ngũ cán bộ, viên chức gửi về các phòng chức năng tổng hợp trình Giám đốc phê duyệt.

- Phân công nhân viên thực hiện các hoạt động quản lý chất lượng.
- Tham gia đánh giá chất lượng bệnh viện.

5.3. Trách nhiệm của tổ chức, cá nhân được phân công:

- Lập kế hoạch/ đề án thực hiện các nội dung được phân công, đề xuất nhu cầu kinh phí, trang bị cụ thể, đồng thời chịu trách nhiệm hướng dẫn, nhắc nhở các bộ phận liên quan trong việc thực hiện các tiêu chí được phân công theo kế

hoạch (*Xây dựng kế hoạch theo mẫu phụ lục 3 vừa là kế hoạch vừa là bảng kiểm báo cáo, đánh giá*).

- Báo cáo tiến độ thực hiện, những thuận lợi, khó khăn trong quá trình thực hiện của từng tiêu chí cụ thể theo nội dung phân công cho lãnh đạo khoa, phòng và tổ quản lý chất lượng bệnh viện.

- Tham gia và cam kết thực hiện các chương trình, kế hoạch, hoạt động cải tiến chất lượng tùy theo chức trách, nhiệm vụ của mình.

6. Giám sát, đánh giá:

- Các khoa, phòng tự kiểm tra, đánh giá các chỉ số chất lượng và kế hoạch cải tiến chất lượng của khoa, phòng vào tháng 6 giữa năm, báo cáo về tổ Quản lý chất lượng vào tuần thứ nhất của tháng 7.

- Tháng 6 giữa năm Tổ quản lý chất lượng bệnh viện tổ chức rà soát đánh giá kết quả thực hiện các chỉ số chất lượng và kế hoạch quản lý chất lượng của bệnh viện và chuẩn bị nội dung họp Hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện để đánh giá kết quả thực hiện, đề ra các biện pháp cải tiến

- Tổ quản lý chất lượng và các khoa, phòng khi kiểm tra đánh giá kết quả thực hiện kế hoạch Quản lý chất lượng (QLCL) của bệnh viện và các khoa phòng sẽ ghi kết quả đạt được và ngày kiểm tra vào bảng kế hoạch, các nội dung chưa đạt ghi vào mẫu Phiếu đánh giá M02 và Báo cáo kiểm tra đánh giá nội bộ M03 và gửi về Tổ quản lý chất lượng đúng thời gian quy định (*mẫu kèm theo*).

- Tổ quản lý chất lượng xếp lịch và phân công chuẩn bị tự kiểm tra đánh giá chất lượng bệnh viện theo Bộ tiêu chí chất lượng Việt Nam và Thông tư số 35/2024/TT-BYT ngày 16 tháng 11 năm 2024 của Bộ Y vào quý IV năm 2026, tổng hợp công bố kết quả tự kiểm tra, đề xuất biện pháp khắc phục, cải tiến nhằm đạt tiêu chuẩn chất lượng cơ bản

Trên đây là nội dung Kế hoạch hoạt động quản lý chất lượng Bệnh viện Phục hồi chức năng năm 2026./.

Nơi nhận

- Sở Y tế (b/c);
- BGĐ. BV (b/c);
- Các khoa, phòng (thực hiện);
- Các thành viên Hội đồng QLCL;
- Website bệnh viện;
- Lưu: VT, KHTH.

GIÁM ĐỐC

Mai Ngọc Lành