

BỘ Y TẾ**BỘ Y TẾ****CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 19/2013/TT-BYT

*Hà Nội, ngày 12 tháng 7 năm 2013***THÔNG TƯ****Hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng
dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện**

Căn cứ Nghị định số 63/2012/NĐ-CP ngày 31 tháng 8 năm 2012 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Bộ Y tế ban hành Thông tư hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện.

Chương I**QUY ĐỊNH CHUNG****Điều 1. Phạm vi điều chỉnh**

Thông tư này hướng dẫn việc quản lý chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện (sau đây gọi tắt là quản lý chất lượng bệnh viện), bao gồm:

1. Nội dung triển khai quản lý chất lượng bệnh viện.
2. Hệ thống tổ chức quản lý chất lượng bệnh viện.
3. Trách nhiệm thực hiện quản lý chất lượng bệnh viện.

Điều 2. Nguyên tắc tổ chức thực hiện quản lý chất lượng

1. Lấy người bệnh làm trung tâm.
2. Việc bảo đảm và cải tiến chất lượng là nhiệm vụ trọng tâm, xuyên suốt của bệnh viện, được tiến hành thường xuyên, liên tục và ổn định.
3. Các quyết định liên quan đến hoạt động quản lý chất lượng trong bệnh viện dựa trên cơ sở pháp luật, cơ sở khoa học với các bằng chứng cụ thể và đáp ứng nhu cầu thực tiễn nâng cao chất lượng của bệnh viện.
4. Giám đốc bệnh viện chịu trách nhiệm về chất lượng bệnh viện. Tất cả cán bộ, công chức, viên chức, người lao động (gọi chung là nhân viên y tế) trong bệnh viện có trách nhiệm tham gia hoạt động quản lý chất lượng.

Chương II

NỘI DUNG TRIỂN KHAI QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG TRONG BỆNH VIỆN

Điều 3. Xây dựng kế hoạch, chương trình bảo đảm và cải tiến chất lượng trong bệnh viện

1. Bệnh viện 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 lực của bệnh viện.

2. Bệnh viện xây dựng, phê duyệt kế hoạch và lập chương trình bảo đảm, cải tiến chất lượng thông qua việc xác định các vấn đề ưu tiên. Nội dung của kế hoạch chất lượng được lồng ghép vào kế hoạch hoạt động hàng năm và 5 năm, phù hợp với nguồn lực của bệnh viện.

Điều 4. Duy trì quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về bệnh viện

1. Bệnh viện bảo đảm các điều kiện để được cấp giấy phép hoạt động theo lộ trình quy định tại Nghị định số 87/2011/NĐ-CP ngày 27 tháng 9 năm 2011 của Chính phủ.

2. Bệnh viện đã được cấp giấy phép có trách nhiệm tiếp tục duy trì các hoạt động để bảo đảm đáp ứng quy chuẩn kỹ thuật quốc gia và các điều kiện khác do Bộ Y tế quy định.

Điều 5. Xây dựng chỉ số chất lượng, cơ sở dữ liệu và đo lường chất lượng bệnh viện

1. Xây dựng bộ chỉ số chất lượng bệnh viện dựa trên hướng dẫn của Bộ Y tế và tham khảo các bộ chỉ số chất lượng bệnh viện trong nước hoặc nước ngoài.

2. Thực hiện đo lường chỉ số chất lượng trong bệnh viện.

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

4. Lồng ghép báo cáo chất lượng vào báo cáo hoạt động chung của bệnh viện.

5. 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.

Điều 6. Tổ chức triển khai các quy định, hướng dẫn chuyên môn trong khám bệnh, chữa bệnh

1. 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 và các văn bản hướng dẫn chuyên môn khác.

2. Tổ chức triển khai thực hiện kiểm định chất lượng nhằm đánh giá việc thực hiện các quy định, hướng dẫn chuyên môn của bệnh viện; tiến hành phân tích có hệ thống chất lượng chẩn đoán, điều trị, chăm sóc người bệnh, bao gồm các quy trình kỹ thuật lâm sàng, cận lâm sàng sử dụng trong chẩn đoán, điều trị, chăm sóc người bệnh.

Điều 7. Triển khai các biện pháp bảo đảm an toàn người bệnh và nhân viên y tế

1. 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:

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

2. 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.

3. 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.

4. 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.

5. 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.

Điều 8. Áp dụng bộ tiêu chuẩn quản lý chất lượng bệnh viện

1. Bệnh viện căn cứ vào các bộ tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận để lựa chọn bộ tiêu chí, tiêu chuẩn phù hợp và triển khai áp dụng tại bệnh viện.

2. Quy trình triển khai áp dụng bộ tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng được thực hiện theo hướng dẫn của cơ quan ban hành bộ tiêu chí, tiêu chuẩn đó hoặc tổ chức chứng nhận chất lượng.

3. Sau khi bệnh viện được cấp giấy chứng nhận chất lượng cần tiếp tục duy trì và cải tiến chất lượng.

Điều 9. Đánh giá chất lượng bệnh viện

1. Triển khai thực hiện đánh giá chất lượng nội bộ của bệnh viện dựa trên bộ tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận.

2. Đánh giá hiệu quả áp dụng các tiêu chí, tiêu chuẩn, mô hình, phương pháp về quản lý chất lượng tại bệnh viện để đưa ra quyết định lựa chọn tiêu chí, tiêu chuẩn, mô hình, phương pháp phù hợp.

3. Bệnh viện thực hiện lấy ý kiến thăm dò và đánh giá sự hài lòng của người bệnh, người nhà người bệnh, nhân viên y tế thường xuyên ít nhất là 03 tháng một lần, làm cơ sở cho việc cải tiến nâng cao chất lượng phục vụ người bệnh và sự hài lòng của nhân viên y tế.

4. Bệnh viện xây dựng các báo cáo chất lượng và tự công bố báo cáo chất lượng theo hướng dẫn của Bộ Y tế.

5. Các cơ quan quản lý tiến hành đánh giá chất lượng bệnh viện hoặc thẩm định báo cáo chất lượng dựa trên bộ tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận theo định kỳ hàng năm hoặc đột xuất.

Chương III**HỆ THỐNG QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG TRONG BỆNH VIỆN****Điều 10. Tổ chức hệ thống quản lý chất lượng trong bệnh viện**

1. Hệ thống quản lý chất lượng trong bệnh viện gồm: hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện do giám đốc bệnh viện làm chủ tịch và phó giám đốc phụ trách chuyên môn làm phó chủ tịch; phòng/tổ quản lý chất lượng; nhân viên chuyên trách về quản lý chất lượng; mạng lưới quản lý chất lượng phù hợp với quy mô của bệnh viện.

2. Bệnh viện hạng đặc biệt và bệnh viện đa khoa hạng I thành lập phòng quản lý chất lượng; các bệnh viện khác tùy theo quy mô, điều kiện và nhu cầu của từng bệnh viện để quyết định thành lập phòng hoặc tổ quản lý chất lượng. Phòng/tổ quản lý chất lượng phối hợp chặt chẽ với các khoa, phòng chức năng để thực hiện nhiệm vụ quản lý chất lượng bệnh viện.

3. Mạng lưới quản lý chất lượng bệnh viện: được thiết lập từ cấp bệnh viện đến các khoa, phòng, đơn vị trong bệnh viện, do phòng/tổ quản lý chất lượng làm đầu mối điều phối các hoạt động.

4. Hoạt động của hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện:

a) Chủ tịch hội đồng phân công nhiệm vụ cho các thành viên và xây dựng quy chế hoạt động của hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện;

b) Chủ tịch hội đồng thiết lập hệ thống quản lý chất lượng, xây dựng và ban hành các văn bản về quản lý chất lượng trong bệnh viện;

c) Hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện tổ chức các cuộc họp định kỳ và đột xuất nhằm hỗ trợ, giám sát và đưa ra các khuyến nghị liên quan đến quản lý chất lượng.

5. Tổ chức và nhiệm vụ của hội đồng quản lý chất lượng; phòng/tổ quản lý chất lượng; nhiệm vụ và quyền hạn của trưởng phòng/tổ trưởng quản lý chất lượng và nhân viên, thành viên mạng lưới quản lý chất lượng thực hiện theo hướng dẫn tại các Điều 11, Điều 12, Điều 13, Điều 14, Điều 15 của Thông tư này.

Điều 11. Tổ chức và nhiệm vụ của hội đồng quản lý chất lượng

1. Tổ chức:

Hội đồng quản lý chất lượng trong bệnh viện do giám đốc bệnh viện ban hành quyết định thành lập, quy chế và duy trì hoạt động; thư ký thường trực là trưởng phòng/tổ trưởng quản lý chất lượng bệnh viện. Số lượng thành viên hội đồng tùy thuộc vào quy mô của bệnh viện, gồm đại diện các khoa, phòng có liên quan đến hoạt động cải tiến chất lượng bệnh viện và an toàn người bệnh.

2. Nhiệm vụ:

a) 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 bệnh viện;

b) Giúp cho giám đốc triển khai bộ tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận, phù hợp với điều kiện của bệnh viện;

c) Tham gia tổ chức thực hiện việc áp dụng bộ tiêu chí, tiêu chuẩn chất lượng, đánh giá nội bộ chất lượng bệnh viện và thông qua báo cáo chất lượng bệnh viện;

d) Hỗ trợ kỹ thuật cho các khoa, phòng để triển khai các hoạt động của các đề án bảo đảm, cải tiến chất lượng do giám đốc bệnh viện phê duyệt.

Điều 12. Tổ chức và nhiệm vụ của phòng/tổ quản lý chất lượng

1. Tổ chức:

a) Phòng quản lý chất lượng bệnh viện có trưởng phòng, phó trưởng phòng và các nhân viên, tùy thuộc quy mô bệnh viện và do giám đốc quyết định;

b) Tổ quản lý chất lượng bệnh viện do giám đốc trực tiếp phụ trách hoặc là bộ phận của một phòng chức năng do lãnh đạo phòng phụ trách.

2. Nhiệm vụ:

Là đơn vị đầu mối triển khai và tham mưu cho giám đốc, hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện về công tác quản lý chất lượng bệnh viện:

- a) Xây dựng kế hoạch và nội dung hoạt động quản lý chất lượng trong bệnh viện để trình giám đốc phê duyệt;
- b) Tổ chức thực hiện, theo dõi, giám sát, đánh giá, báo cáo, phối hợp, hỗ trợ việc triển khai các hoạt động về quản lý chất lượng và các đề án bảo đảm, cải tiến chất lượng tại các khoa phòng;
- c) Làm đầu mối thiết lập hệ thống quản lý sai sót, sự cố bao gồm phát hiện, tổng hợp, phân tích, báo cáo và nghiên cứu, đề xuất giải pháp khắc phục;
- d) Làm đầu mối phối hợp với các khoa, phòng giải quyết các đơn thư, khiếu nại, tố cáo và các vấn đề liên quan đến hài lòng người bệnh;
- đ) Thu thập, tổng hợp, phân tích dữ liệu, quản lý và bảo mật thông tin liên quan đến chất lượng bệnh viện. Phối hợp với bộ phận thống kê, tin học của bệnh viện tiến hành đo lường chỉ số chất lượng bệnh viện;
- e) Triển khai hoặc phối hợp tổ chức đào tạo, huấn luyện, tập huấn, bồi dưỡng về quản lý chất lượng;
- g) Tổ chức đánh giá chất lượng nội bộ của bệnh viện dựa trên các bộ tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận;
- h) Thực hiện đánh giá việc tuân thủ các quy định và hướng dẫn chuyên môn của Bộ Y tế;
- i) Xây dựng và triển khai thực hiện chương trình an toàn người bệnh.

Điều 13. Nhiệm vụ và quyền hạn của trưởng phòng/tổ trưởng quản lý chất lượng

1. Nhiệm vụ:

- a) Tổ chức thực hiện đầy đủ các nhiệm vụ của phòng/tổ quản lý chất lượng và chịu trách nhiệm về các hoạt động của phòng/tổ quản lý chất lượng.
- b) Tổng kết, báo cáo hoạt động của phòng/tổ quản lý chất lượng, kết quả công tác cải tiến chất lượng bệnh viện và an toàn người bệnh;
- c) Hỗ trợ các nhóm chất lượng tại các khoa, phòng thực hiện các đề án bảo đảm, cải tiến chất lượng;
- d) Tham gia đánh giá chất lượng bệnh viện;
- đ) Làm thư ký của hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện.

2. Quyền hạn:

- a) Kiểm tra và yêu cầu các khoa, phòng, cá nhân thực hiện đúng kế hoạch quản lý chất lượng của bệnh viện;
- b) Đề xuất với giám đốc việc khen thưởng, kỷ luật đối với các cá nhân và tập thể trong thực hiện nhiệm vụ quản lý chất lượng.

Điều 14. Nhiệm vụ và quyền hạn của nhân viên phòng/tổ quản lý chất lượng bệnh viện**1. Nhiệm vụ:**

a) Thực hiện các nhiệm vụ theo bản mô tả vị trí việc làm của phòng/tổ quản lý chất lượng và các công việc khác theo sự phân công của trưởng phòng/tổ trưởng quản lý chất lượng bệnh viện;

b) Thu thập, phân tích, quản lý, bảo mật các dữ liệu liên quan đến quản lý chất lượng bệnh viện trong lĩnh vực được phân công;

c) Hỗ trợ các nhóm chất lượng tại các khoa, phòng thực hiện các đề án bảo đảm, cải tiến chất lượng;

d) Tham gia đào tạo, huấn luyện, tập huấn, bồi dưỡng và đánh giá chất lượng bệnh viện.

2. Quyền hạn:

a) Kiểm tra, giám sát các hoạt động quản lý chất lượng bệnh viện của các khoa, phòng;

b) Đôn đốc các cá nhân, đơn vị thực hiện các biện pháp khắc phục sau kiểm tra, giám sát;

c) Đề xuất khen thưởng đối với các đơn vị, cá nhân thực hiện tốt công tác quản lý chất lượng.

Điều 15. Các thành viên mạng lưới quản lý chất lượng

1. Mỗi khoa, phòng, đơn vị (gọi tắt là đơn vị) của bệnh viện cử ít nhất một nhân viên kiêm nhiệm tham gia mạng lưới quản lý chất lượng.

2. Nhiệm vụ của các thành viên mạng lưới quản lý chất lượng tại đơn vị

a) Làm đầu mối giúp lãnh đạo đơn vị triển khai, thực hiện, theo dõi các hoạt động liên quan đến quản lý chất lượng bệnh viện;

b) Thực hiện các kế hoạch hoạt động của mạng lưới quản lý chất lượng bệnh viện tại đơn vị;

c) Tham gia kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện theo phân công của Hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện.

Chương IV**TRÁCH NHIỆM THỰC HIỆN QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN****Điều 16. Trách nhiệm của giám đốc bệnh viện**

1. Chỉ đạo, phổ biến, quán triệt nội dung Thông tư này tới toàn thể cán bộ, công chức, viên chức trong bệnh viện.

2. Thiết lập hệ thống tổ chức quản lý chất lượng trong bệnh viện theo hướng dẫn tại các Điều 10, Điều 11, Điều 12, Điều 15 của Thông tư này.

3. Triển khai, áp dụng các bộ tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận.

4. Giám đốc bệnh viện bố trí kinh phí cho các hoạt động quản lý chất lượng:

a) Triển khai các hoạt động áp dụng các bộ tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận;

b) Duy trì và cải tiến chất lượng;

c) Tổ chức và cử cán bộ đào tạo, huấn luyện, tập huấn, bồi dưỡng về quản lý chất lượng;

d) Khen thưởng cho tập thể, cá nhân xuất sắc trong hoạt động quản lý chất lượng bệnh viện;

đ) Hợp đồng tư vấn, đánh giá, chứng nhận chất lượng.

e) Các hoạt động nâng cao chất lượng bệnh viện và an toàn người bệnh khác tùy theo nhu cầu bệnh viện.

5. Bảo đảm nguồn nhân lực và đào tạo về quản lý chất lượng, bao gồm:

a) Đầu tư nguồn nhân lực cho quản lý chất lượng, thành lập phòng hoặc tổ quản lý chất lượng, phân công nhân viên y tế chuyên trách, kiêm nhiệm về quản lý chất lượng;

b) Tổ chức hoặc cử nhân viên y tế tham gia các khóa đào tạo, huấn luyện, tập huấn, bồi dưỡng về quản lý chất lượng do các cơ quan, tổ chức trong và ngoài nước thực hiện;

c) Cử nhân viên y tế chuyên trách về quản lý chất lượng bệnh viện tham gia các khóa đào tạo chuyên sâu về quản lý chất lượng bệnh viện.

6. Bảo đảm điều kiện về trang thiết bị và phương tiện:

a) Trang bị phương tiện phân tích, xử lý, lưu trữ dữ liệu quản lý chất lượng;

b) Xây dựng các công cụ và văn bản hướng dẫn về quản lý chất lượng.

7. Chỉ đạo nghiên cứu khoa học, kiểm tra, giám sát thực hiện công tác quản lý chất lượng.

8. Tham gia các lớp đào tạo, huấn luyện, tập huấn, bồi dưỡng về quản lý chất lượng do các cơ quan, tổ chức trong và ngoài nước thực hiện.

Điều 17. Trách nhiệm các trưởng phòng chức năng của bệnh viện

1. Phổ biến nội dung Thông tư này tới toàn thể nhân viên trong phòng.

2. Xây dựng mục tiêu chất lượng, lồng ghép các hoạt động quản lý chất lượng vào kế hoạch hoạt động của phòng và lĩnh vực được phân công phụ trách.

3. Triển khai và phối hợp với khoa, phòng khác áp dụng các tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận tại phòng và lĩnh vực được phân công phụ trách.

4. Phối hợp với phòng/tổ quản lý chất lượng xây dựng kế hoạch và triển khai các hoạt động bảo đảm và cải tiến chất lượng bệnh viện.

5. Tham gia các lớp đào tạo, huấn luyện, tập huấn, bồi dưỡng về quản lý chất lượng do các cơ quan, tổ chức trong và ngoài nước thực hiện.

6. Tham gia đánh giá chất lượng bệnh viện.

Điều 18. Trách nhiệm của các trưởng khoa

1. Phổ biến nội dung Thông tư này tới toàn thể nhân viên trong khoa.

2. Xác định các vấn đề chất lượng cần ưu tiên của khoa để chủ động cải tiến hoặc đề xuất với hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện.

3. Triển khai và phối hợp với khoa, phòng, đơn vị khác nghiên cứu, áp dụng các tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận tại khoa được phân công phụ trách.

4. Phân công nhân viên triển khai các hoạt động bảo đảm và cải tiến chất lượng và đánh giá kết quả thực hiện.

5. Báo cáo kết quả hoạt động bảo đảm và cải tiến chất lượng cho hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện.

6. Phối hợp với phòng/tổ quản lý chất lượng và các đơn vị thực hiện đề án bảo đảm, cải tiến chất lượng có liên quan.

7. Tham gia các lớp đào tạo, huấn luyện, tập huấn, bồi dưỡng về quản lý chất lượng do các cơ quan, tổ chức trong và ngoài nước thực hiện.

8. Tham gia đánh giá chất lượng bệnh viện.

Điều 19. Trách nhiệm của các nhân viên y tế trong bệnh viện

1. Tham gia các chương trình, kế hoạch, hoạt động cải tiến chất lượng tùy theo chức trách, nhiệm vụ của mình.

2. Tham gia các lớp đào tạo, huấn luyện, tập huấn, bồi dưỡng về quản lý chất lượng do các cơ quan, tổ chức trong và ngoài nước thực hiện.

Chương V

ĐIỀU KHOẢN THI HÀNH

Điều 20. Lộ trình thực hiện công tác quản lý chất lượng ở bệnh viện

1. Giai đoạn I: 2013 - 2015

a) Hoàn thiện hệ thống tổ chức quản lý chất lượng tại các Sở Y tế, Y tế ngành và các bệnh viện;

b) Mỗi bệnh viện tổ chức hoặc cử nhân viên tham dự các khóa đào tạo, huấn luyện, tập huấn, bồi dưỡng về quản lý chất lượng do các cơ quan, tổ chức trong và ngoài nước thực hiện;

c) Bệnh viện áp dụng bộ tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận để tự đánh giá và cải tiến chất lượng;

d) Khuyến khích các bệnh viện áp dụng thí điểm các mô hình, phương pháp chất lượng và các bộ tiêu chuẩn quản lý chất lượng.

2. Giai đoạn II: 2016 - 2018

a) Bệnh viện đánh giá hiệu quả việc áp dụng các bộ tiêu chí, tiêu chuẩn, chỉ số, mô hình, phương pháp chất lượng;

b) Đào tạo cán bộ chuyên trách quản lý chất lượng bệnh viện;

c) Tự nguyện đăng ký với tổ chức chứng nhận chất lượng để đánh giá chất lượng bệnh viện;

d) Các cơ quan quản lý tiến hành đánh giá, thẩm định và công nhận chất lượng bệnh viện.

3. Giai đoạn III: Sau năm 2018

Bệnh viện tiếp tục áp dụng các bộ tiêu chí, tiêu chuẩn, chỉ số, mô hình, phương pháp chất lượng và đăng ký chứng nhận chất lượng theo hướng dẫn của Bộ Y tế và các tổ chức chứng nhận chất lượng độc lập.

Điều 21. Hiệu lực thi hành

Thông tư này có hiệu lực từ ngày 15 tháng 9 năm 2013.

Điều 22. Tổ chức thực hiện

1. Cục Quản lý Khám, chữa bệnh có trách nhiệm:

a) Làm đơn vị đầu mối tổ chức triển khai thực hiện, kiểm tra đánh giá việc thực hiện Thông tư này của các bệnh viện trực thuộc và các địa phương;

b) Chủ trì hoặc phối hợp với các đơn vị liên quan xây dựng quy chuẩn, quy định, tiêu chí, tiêu chuẩn, chỉ số về chất lượng bệnh viện;

c) Thực hiện các nhiệm vụ khác liên quan đến quản lý chất lượng bệnh viện theo sự phân công của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Các Vụ, Cục có liên quan, tùy theo chức năng nhiệm vụ được phân công tham gia chỉ đạo và triển khai các hoạt động quản lý chất lượng bệnh viện.

3. Sở Y tế tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương; Y tế ngành có trách nhiệm:

a) Phân công một lãnh đạo Sở Y tế/Y tế ngành; một lãnh đạo phòng nghiệp vụ y và một chuyên viên phụ trách công tác quản lý chất lượng của các bệnh viện do Sở Y tế, Y tế ngành quản lý;

b) Xây dựng kế hoạch nâng cao chất lượng bệnh viện cho hệ thống các bệnh viện của tỉnh/ngành và trình cấp có thẩm quyền phê duyệt;

c) Phổ biến, chỉ đạo, kiểm tra và đánh giá việc thực hiện Thông tư tại các bệnh viện trực thuộc; báo cáo về Bộ Y tế định kỳ hàng năm và theo yêu cầu.

Trong quá trình thực hiện nếu có khó khăn, vướng mắc, các đơn vị phản ánh về Cục Quản lý Khám, chữa bệnh - Bộ Y tế để được hướng dẫn, giải đáp hoặc xem xét giải quyết./.

BỘ TRƯỞNG

Nguyễn Thị Kim Tiến