

Số: 3C/BC-QLCL

An Giang, ngày 07 tháng 4 năm 2025

BÁO CÁO
Cải tiến chất lượng bệnh viện
Quý I/2025

1. Củng cố hệ thống QLCL bệnh viện

1.1. Củng cố tổ chức và hoạt động của hệ thống QLCL bệnh viện

- Thường xuyên theo dõi, cập nhật các hướng dẫn mới nhất về công tác QLCL bệnh viện từ Bộ Y tế, Sở Y tế.
- Họp Tổ Quản lý chất lượng tháng 01 - **03/2025**.
- Lên kế hoạch họp Hội đồng Quản lý chất lượng bệnh viện quý **I/2025**.
- Thường xuyên tham mưu cho lãnh đạo bệnh viện các vấn đề về CTCL.

1.2. Đào tạo nhân viên quản lý chất lượng

Lên kế hoạch tổ chức các lớp đào tạo, tập huấn nhân viên mạng lưới QLCL về an toàn người bệnh, chất lượng và QLCL bệnh viện, các công cụ phục vụ cho công tác QLCL bệnh viện, dự kiến diễn ra vào tháng 01, 11, 12/2025.

2. Xây dựng và triển khai thực hiện các chỉ số chất lượng

- Hoàn thành xây dựng và ban hành nội dung chi tiết cho 16 chỉ số đo lường chất lượng bệnh viện chủ yếu theo Quyết định 7051/QĐ-BYT.
- Hoàn thành việc hướng dẫn các khoa, phòng xây dựng các đề án, kế hoạch CTCL với các chỉ số cụ thể giao các khoa, phòng thực hiện.
- 100% các chỉ số chất lượng được triển khai cải tiến và đo lường, kết quả thực hiện của quý **I/2025 như sau:**

2.1. Các chỉ số chất lượng chủ yếu

Gồm 16 chỉ số theo Quyết định 7051/QĐ-BYT:

Đặc tính	Chỉ số	Thành tổ	Phạm vi	Chỉ tiêu	Thực hiện	Đánh giá
Năng lực chuyên môn (2 chỉ số)	1. Tỷ lệ thực hiện kỹ thuật chuyên môn theo phân tuyến khám chữa bệnh	Quá trình	Bệnh viện	> 70%	Đang	–
	2. Tỷ lệ phẫu thuật từ loại II trở lên	Quá trình	Bệnh viện	> 70%	Đang	–
An toàn (4 chỉ số)	3. Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ	Đầu ra	Bệnh viện	< 1%	0	Đạt
	4. Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện (viêm phổi)	Đầu ra	Bệnh viện	< 1%	0	Đạt
	5. Số sự cố y khoa nghiêm trọng	Đầu ra	Bệnh viện	0	Đang	–
	6. Số sự cố ngoài y khoa nghiêm trọng	Đầu ra	Bệnh viện	0	Đang	–
Hiệu suất (4 chỉ số)	7. Thời gian khám bệnh trung bình của người bệnh	Quá trình	Bệnh viện	< 2 giờ	0,9 giờ	Đạt
	8. Thời gian nằm viện trung bình (tất cả các bệnh)	Quá trình	Bệnh viện	< 2,5 ngày	1,51 ngày	Đạt
	9. Công suất sử dụng giường bệnh thực tế	Đầu ra	Bệnh viện	> 70%	Đang	–
	10. Hiệu suất sử dụng phòng mổ	Quá trình	Bệnh viện	> 70%	71,2%	Đạt
Hiệu quả (2 chỉ số)	11. Tỷ lệ tử vong và tiên lượng tử vong gia đình xin về (tất cả các bệnh)	Đầu ra	Bệnh viện	< 1%	0	Đạt
	12. Tỷ lệ chuyển lên tuyến trên khám chữa bệnh (tất cả các bệnh)	Đầu ra	Bệnh viện	< 1%	0,12%	Đạt
Hướng đến nhân viên (2 chỉ số)	13. Tỷ lệ tai nạn thương tích do vật sắc nhọn	Quá trình	Bệnh viện	0	Đang	–
	14. Tỷ lệ tiêm phòng viêm gan B trong nhân viên y tế	Quá trình	Bệnh viện	100%	Đang	–

Hướng đến người bệnh (2 chỉ số)	15. Tỷ lệ hài lòng của người bệnh với dịch vụ KCB	Đầu ra	Bệnh viện	> 95%	97,30%	Đạt
	16. Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế	Đầu ra	Bệnh viện	> 80%	91,90%	Đạt

Như vậy, trong quý I/2025, Bệnh viện đã:

- Triển khai thực hiện 16/16 chỉ số đo lường chất lượng chủ yếu.
- Đến kỳ báo cáo: 09/16 chỉ số.
 - + Thực hiện đạt: 09/09 chỉ số.
 - + Chưa đạt: 0/09 chỉ số.
- Chưa đến kỳ báo cáo: 07/16 chỉ số.

Về phương hướng trong thời gian tiếp theo: Bệnh viện tiếp tục triển khai thực hiện 16 chỉ số đo lường chất lượng chủ yếu, duy trì, phát huy kết quả đã đạt được.

2.2. Các chỉ số chất lượng mở rộng

2.2.1. Khoa Mắt

Đặc tính,	Chỉ số	Thành tố	Phạm vi	Chỉ tiêu	Thực hiện	Đánh giá
Năng lực chuyên môn	1. Tỷ lệ phẫu thuật từ loại II trở lên	Quá trình	Khoa	> 90%	Đang	-
An toàn	2. Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ	Đầu ra	Khoa	< 1%	0	Đạt
	3. Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện (viêm phổi)	Đầu ra	Khoa	< 1%	0	Đạt
	4. Số sự cố y khoa nghiêm trọng	Đầu ra	Khoa	0	Đang	-
	5. Số sự cố ngoài y khoa nghiêm trọng	Đầu ra	Khoa	0	Đang	-
Hiệu suất	6. Thời gian nằm viện trung bình (tất cả các bệnh)	Quá trình	Khoa	< 1,8 ngày	1,12 ngày	Đạt
	7. Công suất sử dụng giường bệnh thực tế	Đầu ra	Khoa	> 70%	Đang	-

Hiệu quả	8. Tỷ lệ tử vong và tiên lượng tử vong gia đình xin về (tất cả các bệnh)	Đầu ra	Khoa	< 1%	0	Đạt
	9. Tỷ lệ chuyển lên tuyến trên khám chữa bệnh (tất cả các bệnh)	Đầu ra	Khoa	< 1,5%	0,10%	Đạt
Hướng đến nhân viên	10. Tỷ lệ tai nạn thương tích do vật sắc nhọn	Quá trình	Khoa	0	Đang	–

Như vậy, trong quý I/2025, Khoa Mắt đã:

- Triển khai thực hiện 10/10 chỉ số đo lường chất lượng.
- Đến kỳ báo cáo: 05/10 chỉ số.
 - + Thực hiện đạt: 05/05 chỉ số.
 - + Chưa đạt: 0/05 chỉ số.
- Chưa đến kỳ báo cáo: 05/10 chỉ số.

Về phương hướng trong thời gian tiếp theo: Khoa Mắt tiếp tục triển khai thực hiện 10 chỉ số đo lường chất lượng, duy trì, phát huy kết quả đã đạt được.

2.2.2. Khoa TMH

Đặc tính	Chỉ số	Thành tố	Phạm vi	Chỉ tiêu	Thực hiện	Đánh giá
Năng lực chuyên môn	1. Tỷ lệ phẫu thuật từ loại II trở lên	Quá trình	Khoa	> 80%	Đang	–
An toàn	2. Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ	Đầu ra	Khoa	< 1%	0	Đạt
	3. Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện (viêm phổi)	Đầu ra	Khoa	< 1%	0	Đạt
	4. Số sự cố y khoa nghiêm trọng	Đầu ra	Khoa	0	Đang	–
	5. Số sự cố ngoài y khoa nghiêm trọng	Đầu ra	Khoa	0	Đang	–
Hiệu suất	6. Thời gian nằm viện trung bình (tất cả các bệnh)	Quá trình	Khoa	< 4,5 ngày	4,47 ngày	Chưa đạt

	7. Công suất sử dụng giường bệnh thực tế	Đầu ra	Khoa	> 70%	Đang	–
Hiệu quả	8. Tỷ lệ tử vong và tiên lượng tử vong gia đình xin về (tất cả các bệnh)	Đầu ra	Khoa	< 1%	0	Đạt
	9. Tỷ lệ chuyển lên tuyến trên khám chữa bệnh (tất cả các bệnh)	Đầu ra	Khoa	< 1%	0,49%	Đạt
Hướng đến nhân viên	10. Tỷ lệ tai nạn thương tích do vật sắc nhọn	Quá trình	Khoa	0	Đang	–

Như vậy, trong quý I/2025, Khoa TMH đã:

- Triển khai thực hiện 10/10 chỉ số đo lường chất lượng.
- Đến kỳ báo cáo: 05/10 chỉ số.
 - + Thực hiện đạt: 05/05 chỉ số.
 - + Chưa đạt: 01/05 chỉ số
- Chưa đến kỳ báo cáo: 05/10 chỉ số.

Về nguyên nhân của chỉ số chưa đạt: do đặc thù mặt bệnh nội trú trong quý I của Khoa là các bệnh nhiễm trùng có bệnh cảnh lâm sàng nặng, có phẫu thuật, cần thời gian nằm viện theo dõi dài hơn.

Về giải pháp khắc phục: tiếp tục đẩy mạnh rút ngắn thời gian điều trị nội trú, chú ý sử dụng kháng sinh hợp lý, đúng phác đồ và tích cực chăm sóc để người bệnh nhanh chóng phục hồi.

Về phương hướng trong thời gian tiếp theo: Khoa TMH tiếp tục triển khai thực hiện 10 chỉ số đo lường chất lượng, duy trì, phát huy kết quả đã đạt được, tập trung cải tiến chỉ số chưa đạt.

2.2.3. Khoa RHM

Đặc tính	Chỉ số	Thành tố	Phạm vi	Chỉ tiêu	Thực hiện	Đánh giá
Năng lực chuyên môn	1. Tỷ lệ phẫu thuật từ loại II trở lên	Quá trình	Khoa	> 50%	Đang	–

An toàn	2. Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ	Đầu ra	Khoa	< 1%	0	Đạt
	3. Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện (viêm phổi)	Đầu ra	Khoa	< 1%	0	Đạt
	4. Số sự cố y khoa nghiêm trọng	Đầu ra	Khoa	0	Đang	–
	5. Số sự cố ngoài y khoa nghiêm trọng	Đầu ra	Khoa	0	Đang	–
Hiệu suất	6. Thời gian nằm viện trung bình (tất cả các bệnh)	Quá trình	Khoa	< 3 ngày	1,89 ngày	Đạt
	7. Công suất sử dụng giường bệnh thực tế	Đầu ra	Khoa	> 70%	Đang	–
Hiệu quả	8. Tỷ lệ tử vong và tiên lượng tử vong gia đình xin về (tất cả các bệnh)	Đầu ra	Khoa	< 1%	0	Đạt
	9. Tỷ lệ chuyển lên tuyến trên khám chữa bệnh (tất cả các bệnh)	Đầu ra	Khoa	< 1%	0%	Đạt
Hướng đến nhân viên	10. Tỷ lệ tai nạn thương tích do vật sắc nhọn	Quá trình	Khoa	0	Đang	–

Như vậy, trong quý I/2025, Khoa RHM đã:

- Triển khai thực hiện 10/10 chỉ số đo lường chất lượng.
- Đến kỳ báo cáo: 05/10 chỉ số.
 - + Thực hiện đạt: 05/05 chỉ số.
 - + Chưa đạt: 0/05 chỉ số
- Chưa đến kỳ báo cáo: 05/10 chỉ số.

Về phương hướng trong thời gian tiếp theo: Khoa RHM tiếp tục triển khai thực hiện 10 chỉ số đo lường chất lượng, duy trì, phát huy kết quả đã đạt được.

2.2.4. Khoa Khám bệnh

Đặc tính	Chỉ số	Thành tổ	Phạm vi	Chỉ tiêu	Thực hiện	Đánh giá
Hiệu suất	1. Thời gian khám bệnh trung bình	Quá trình	Bệnh viện	< 2 giờ	0,90	Đạt
	2. Thời gian chờ khám trung bình	Quá trình	Bệnh viện	< 30 phút	28,9	Đạt
	3. Số lượt khám trung bình/ngày/bác sĩ	Quá trình	Bệnh viện	< 65	48	Đạt

Như vậy, trong quý I/2025, Khoa Khám bệnh đã:

- Triển khai thực hiện 3/3 chỉ số đo lường chất lượng.
- Đền kỳ báo cáo: 3/3 chỉ số.
- + Thực hiện đạt: 3/3 chỉ số.
- + Chưa đạt: 0/3 chỉ số
- Chưa đến kỳ báo cáo: 05/10 chỉ số.

Về phương hướng trong thời gian tiếp theo: Khoa Khám bệnh tiếp tục triển khai thực hiện các chỉ số đo lường chất lượng, phát huy kết quả đã đạt được.

2.2.5. Khoa XN-CDHA

Đặc tính	Chỉ số	Thành tổ	Phạm vi	Chỉ tiêu	Thực hiện	Đánh giá
An toàn	1. Số sự cố y khoa nghiêm trọng	Đầu ra	Khoa	0	Đang	-
	2. Số sự cố ngoài y khoa nghiêm trọng	Đầu ra	Khoa	0	Đang	-
Hướng đến nhân viên	3. Tỷ lệ tai nạn thương tích do vật sắc nhọn	Quá trình	Khoa	0	Đang	-
Hiệu suất	4. Tỷ lệ mẫu xét nghiệm đạt yêu cầu	Quá trình	Khoa	> 98%	Đang	-

Như vậy, trong quý I/2025, Khoa XN-CDHA đã:

- Triển khai thực hiện 4/4 chỉ số đo lường chất lượng.

- Đến kỳ báo cáo: 0/4 chỉ số.
- Chưa đến kỳ báo cáo: 4/4 chỉ số.

Về phương hướng trong thời gian tiếp theo: Khoa XN-CDHA tiếp tục triển khai thực hiện các chỉ số đo lường chất lượng, báo cáo theo chu kỳ quy định.

2.2.6. Khoa Dược

Đặc tính	Chỉ số	Thành tố	Phạm vi	Chỉ tiêu	Thực hiện	Đánh giá
An toàn	Tỷ lệ dùng thuốc tuân thủ phác đồ điều trị	Đầu ra	Bệnh viện	> 90%	100%	Đạt

Như vậy, trong quý I/2025, Khoa Dược đã:

- Triển khai thực hiện 1/1 chỉ số đo lường chất lượng.
- Đến kỳ báo cáo: 1/1 chỉ số.
- + Thực hiện đạt: 1/1 chỉ số.
- + Chưa đạt: 0/1 chỉ số

Về phương hướng trong thời gian tiếp theo: Khoa Dược tiếp tục triển khai thực hiện 1 chỉ số đo lường chất lượng, duy trì, phát huy kết quả đã đạt được.

2.2.7. Phòng Điều dưỡng

Đặc tính	Chỉ số	Thành tố	Phạm vi	Chỉ tiêu	Thực hiện	Đánh giá
An toàn	Tỷ lệ điều dưỡng thực hiện vệ sinh tay đúng quy trình	Đầu ra	Bệnh viện	75%	77,85%	Đạt
	Tỷ lệ bệnh nhân nhập viện được nhận dạng bằng vòng đeo tay	Đầu ra	Bệnh viện	100%	100%	Đạt

Như vậy, trong quý I/2025, Phòng Điều dưỡng đã:

- Triển khai thực hiện 2/2 chỉ số đo lường chất lượng.
- Đến kỳ báo cáo: 2/2 chỉ số.
- + Thực hiện đạt: 2/2 chỉ số.
- + Chưa đạt: 0/2 chỉ số

Về phương hướng trong thời gian tiếp theo: Phòng Điều dưỡng tiếp tục triển khai thực hiện các chỉ số đo lường chất lượng chủ yếu, duy trì, phát huy kết quả đã đạt được.

2.2.8. Phòng Kế hoạch tổng hợp

Đặc tính	Chỉ số	Thành tố	Phạm vi	Chỉ tiêu	Thực hiện	Đánh giá
An toàn	1. Tỷ lệ khoa lâm sàng có báo cáo sự cố y khoa	Đầu ra	Bệnh viện	> 90%	Đang	–
Hiệu suất	2. Tỷ lệ hồ sơ bệnh án hoàn thiện đạt yêu cầu	Đầu ra	Bệnh viện	> 90%	Đang	–
Hướng đến nhân viên	3. Tỷ lệ thực hiện 5S trong bệnh viện	Đầu ra	Bệnh viện	100%	Đang	–
	4. Tỷ lệ nhân viên được tập huấn về thái độ ứng xử, giao tiếp, y đức	Đầu ra	Bệnh viện	100%	Đang	–
	5. Tỷ lệ nhân viên được tập huấn an toàn người bệnh, quản lý chất lượng bệnh viện, quản lý - báo cáo sự cố y khoa	Đầu ra	Bệnh viện	> 90%	Đang	–

Như vậy, trong quý I/2025, Phòng KHTH đã:

- Triển khai thực hiện 5/5 chỉ số đo lường chất lượng.
- Đến kỳ báo cáo: 0/5 chỉ số.
- Chưa đến kỳ báo cáo: 5/5 chỉ số.

Về phương hướng trong thời gian tiếp theo: Phòng KHTH tiếp tục triển khai thực hiện các chỉ số đo lường chất lượng, báo cáo theo chu kỳ quy định.

2.2.9. Phòng Tổ chức cán bộ

Đặc tính	Chỉ số	Thành tố	Phạm vi	Chỉ tiêu	Thực hiện	Đánh giá
Hiệu suất	1. Tỷ lệ công văn được xử lý đúng thời hạn	Đầu ra	Phòng	> 90%	Đang	–
Hướng đến người bệnh	2. Tỷ lệ nhân viên được đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn, nghiệp vụ	Đầu ra	Bệnh viện	> 30%	Đang	–

Như vậy, trong quý I/2025, Phòng TCCB đã:

- Triển khai thực hiện 2/2 chỉ số đo lường chất lượng.
- Đến kỳ báo cáo: 0/2 chỉ số.
- Chưa đến kỳ báo cáo: 1/2 chỉ số.

Về phương hướng trong thời gian tiếp theo: Phòng TCCB tiếp tục triển khai thực hiện các chỉ số đo lường chất lượng, tập trung khắc phục chỉ số chưa đạt.

2.2.10. Phòng Hành chính quản trị

Đặc tính	Chỉ số	Thành tố	Phạm vi	Chỉ tiêu	Thực hiện	Đánh giá
Hướng đến người bệnh	1. Tỷ lệ hài lòng người bệnh với tiện nghi, vệ sinh trong buồng bệnh	Đầu ra	Bệnh viện	> 80%	87,90%	Đạt
	2. Tỷ lệ khu vực chờ của người bệnh được trang bị màn hình hiển thị danh sách bệnh nhân	Đầu ra	Bệnh viện	> 90%	Đang	-

Như vậy, trong quý I/2025, Phòng HCQT đã:

- Triển khai thực hiện 2/2 chỉ số đo lường chất lượng.
- Đến kỳ báo cáo: 1/2 chỉ số.
- + Thực hiện đạt: 1/1 chỉ số.
- + Chưa đạt: 0/1 chỉ số
- Chưa đến kỳ báo cáo: 1/2 chỉ số.

Về phương hướng trong thời gian tiếp theo: Phòng HCQT phát huy kết quả đạt được, tiếp tục triển khai thực hiện các chỉ số đo lường còn lại.

2.2.11. Phòng Tài chính kế toán

Đặc tính	Chỉ số	Thành tố	Phạm vi	Chỉ tiêu	Thực hiện	Đánh giá
Hiệu suất	1. Doanh thu bệnh viện	Đầu ra	Bệnh viện	> 90%	Đang	-
	2. Tỷ lệ hao phí trên doanh thu	Đầu ra	Bệnh viện	< 10%	Đang	-
	3. Số lượt thanh toán không dùng tiền mặt	Đầu ra	Bệnh viện	3000	Đang	-

Như vậy, trong quý I/2025, Phòng TCKT đã:

- Triển khai thực hiện 3/3 chỉ số đo lường chất lượng.
- Đến kỳ báo cáo: 0/3 chỉ số.
- Chưa đến kỳ báo cáo: 3/3 chỉ số.

Về phương hướng trong thời gian tiếp theo: Phòng TCKT tiếp tục triển khai thực hiện 1 chỉ số đo lường chất lượng, báo cáo theo chu kỳ quy định.

2.2.12. Phòng Vật tư – Trang thiết bị

Đặc tính	Chỉ số	Thành tố	Phạm vi	Chỉ tiêu	Thực hiện	Đánh giá
Hiệu suất	1. Tỷ lệ thiết bị được bảo trì đúng kế hoạch	Đầu ra	Bệnh viện	> 90%	Đang	–
	2. Tỷ lệ thiết bị được kiểm định – hiệu chuẩn	Đầu ra	Bệnh viện	100%	Đang	–
	3. Thời gian trung bình khắc phục sự cố thiết bị	Đầu ra	Bệnh viện	< 3 giờ	Đang	–

Như vậy, trong quý I/2025, Phòng VTTTB đã:

- Triển khai thực hiện 3/3 chỉ số đo lường chất lượng.
- Đến kỳ báo cáo: 0/3 chỉ số.
- Chưa đến kỳ báo cáo: 3/3 chỉ số.

Về phương hướng trong thời gian tiếp theo: Phòng VTTTB tiếp tục triển khai thực hiện các chỉ số đo lường chất lượng, báo cáo theo chu kỳ quy định.

Đến hết quý I/2025, toàn bệnh viện đã:

- Triển khai thực hiện 70/70 chỉ số đo lường chất lượng.
- Đến kỳ báo cáo: 31/70 chỉ số.
 - + Thực hiện đạt: 28/31 chỉ số.
 - + Chưa đạt: 02/31 chỉ số
- Chưa đến kỳ báo cáo: 39/70 chỉ số.

Về phương hướng trong thời gian tiếp theo: Bệnh viện tiếp tục triển khai thực hiện 70 chỉ số đo lường chất lượng, duy trì, phát huy kết quả đã đạt được, ưu tiên thực hiện cải tiến chỉ số chưa đạt bằng các giải pháp khắc phục đã nêu.

3. Xây dựng uy tín và văn hóa chất lượng bệnh viện

- Thường xuyên cập nhật thông tin trên website của bệnh viện
- Thực hiện tốt khẩu hiệu mang ý nghĩa đặc trưng cho bệnh viện và các khoa, phòng

- Tiếp tục hoàn thiện các nội dung phục vụ xây dựng bộ nhận dạng thương hiệu bệnh viện

4. Chinh trang cơ sở vật chất hạ tầng bệnh viện

- Hoàn thiện hệ thống cây xanh, hoa viên đáp ứng tiêu chí xanh – sạch – đẹp.
- Bảo trì, sửa chữa, thay mới trang thiết bị.
- Triển khai xây dựng cơ sở mới theo kế hoạch.

5. Đảm bảo an toàn người bệnh

- Hoạt động của hệ thống quản lý sự cố y khoa được củng cố, thông suốt, các sự cố xảy ra trong quý I/2025 được báo cáo đầy đủ, trung thực, kịp thời, xử trí ban đầu đúng quy trình.

- Các biện pháp chống nhầm lẫn người bệnh được thực hiện nghiêm chỉnh
- Công tác phòng ngừa té ngã được thực hiện thường xuyên thông qua kiểm tra, phát hiện, khắc phục cơ sở vật chất hạ tầng thiếu an toàn có khả năng gây té ngã. Tăng cường vật liệu ma sát ở lối đi trơn trượt, thường xuyên vệ sinh mặt sàn tránh đọng nước, rong rêu trơn trượt.

6. Thực hiện tốt bộ tiêu chí an toàn phẫu thuật

- Củng cố, cải tiến chất lượng phòng mổ mê của bệnh viện theo các tiêu chí của bộ tiêu chí an toàn phẫu thuật.
- Đảm bảo phòng mổ mê của bệnh viện đạt mức an toàn phẫu thuật tối thiểu trở lên (mức 3).

7. Thực hiện khảo sát hài lòng người bệnh và nhân viên y tế

- Triển khai thực hiện định kỳ theo kế hoạch hoạt động khảo sát hài lòng người bệnh khu vực nội trú, ngoại trú và khảo sát hài lòng của nhân viên y tế.
- Rà soát, phát hiện những tồn tại và ưu tiên cải tiến chất lượng tại những khoa có tỷ lệ hài lòng thấp.
- Mục tiêu khảo sát hài lòng người bệnh đạt trên 95% và khảo sát hài lòng nhân viên y tế đạt trên 90%.

8. Việc thực hiện các cải tiến theo bộ tiêu chí CLBV

STT	Mã số tiêu chí	Nội dung	Mức điểm cải thiện		Phụ trách	Thực hiện			
			2024	2025		Chưa	Đang	Đã xong	Không
1	C5.5	Áp dụng các hướng dẫn chẩn đoán và	3	4	P. KHTH (BS. Chinh)		x		

		điều trị đã ban hành và giám sát việc thực hiện							
2	C9.1	Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức hoạt động dược	2	4	K. Dược (DS. Bình)		x		
4	C9.3	Cung ứng thuốc, hóa chất và vật tư y tế tiêu hao đầy đủ, kịp thời, bảo đảm chất lượng thuốc	2	4	K. Dược (DS. Bình)		x		
4	C9.5	Thông tin thuốc, theo dõi và báo cáo phản ứng có hại của thuốc kịp thời, đầy đủ và có chất lượng	3	4	K. Dược (DS. Bình)		x		
5	C9.6	Hội đồng thuốc và điều trị được thiết lập và hoạt động hiệu quả	2	4	K. Dược (DS. Bình)		x		

Trong quý I, có 5/5 tiêu chí tăng điểm đang được triển khai thực hiện đúng tiến độ. Các vấn đề được xác định ưu tiên thực hiện cải tiến là:

STT	Mã số tiêu chí	Nội dung	Vấn đề ưu tiên	Giải pháp
1	C5.5	Áp dụng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đã ban hành và giám sát việc thực hiện	Phần mềm tin học có khả năng sàng lọc các bệnh án bất thường.	Đề xuất VNPT phối hợp với Bệnh viện bổ sung nội dung sàng lọc bệnh án bất thường trên phần mềm khám chữa bệnh VNPT-HIS.
2	C9.1	Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức hoạt động dược	Khoa dược có đầy đủ số lượng nhân lực cho các vị trí việc làm trong các bộ phận của khoa dược (theo đề án vị trí việc làm hoặc kế hoạch nhân lực).	Có xây dựng Bản xác định nhu cầu nhân lực dược 2024. Tuy nhiên, có thiếu sót trong quá trình cung cấp bằng chứng cho đoàn kiểm tra. Cần chấn chỉnh việc quản lý các bằng chứng phục vụ tiêu chí một cách khoa học, dễ tìm, tinh gọn theo 5S. Cán bộ phụ trách tiêu chí của Khoa Dược cần rút kinh nghiệm sâu sắc trong việc cung cấp bằng chứng khi tiếp đoàn kiểm tra.
3	C9.3	Cung ứng thuốc, hóa chất và vật tư y tế tiêu hao đầy đủ, kịp thời, bảo đảm chất lượng thuốc	Có xây dựng và quản lý danh mục thuốc cấp cứu (danh mục thuốc tử trực) tại các khoa lâm sàng.	Rà soát và chấn chỉnh lại quy trình bàn giao thuốc tử trực ở tất cả các khoa lâm sàng sao cho thống nhất, đúng quy định. Ký bàn giao hàng ngày cơ sở tử trực. Làm lại sổ bàn giao thuốc tử trực theo góp ý của đoàn. Sắp xếp lại thuốc, vật tư tiêu hao sao cho khoa học, hợp lý, tinh

				gọn theo 5S. Bổ sung đầy đủ cơ sở tủ trực năm 2025 cho khoa RHM.
4	C9.5	Thông tin thuốc, theo dõi và báo cáo phản ứng có hại của thuốc kịp thời, đầy đủ và có chất lượng	Có hệ thống lưu trữ thông tin thuốc.	Làm lại quy trình, hệ thống, sổ hợp... cho phù hợp theo góp ý của đoàn.
5	C9.6	Hội đồng thuốc và điều trị được thiết lập và hoạt động hiệu quả	Hội đồng thuốc có tổ chức tập huấn, đào tạo về sử dụng thuốc cho nhân viên trong bệnh viện ít nhất 1 năm/lần.	Có đủ hình ảnh minh chứng cho hoạt động tập huấn, đào tạo được năm 2024. Tuy nhiên, có thiếu sót trong quá trình cung cấp bằng chứng cho đoàn kiểm tra. Cần chấn chỉnh việc quản lý các bằng chứng phục vụ tiêu chí một cách khoa học, dễ tìm, tinh gọn theo 5S. Cán bộ phụ trách tiêu chí của Khoa Dược cần rút kinh nghiệm sâu sắc trong việc cung cấp bằng chứng khi tiếp đoàn kiểm tra.

Như vậy, trong quý I/2025, Bệnh viện triển khai thực hiện 100% các nội dung CTCL theo kế hoạch.

Trong các tháng tiếp theo, tiếp tục thực hiện các nội dung CTCL đã được phê duyệt. Các đơn vị duy trì báo cáo định kỳ. Hội đồng QLCL, Tổ QLCL thường xuyên giám sát, đôn đốc, báo cáo và tham mưu cho BGD.

Các khoa, phòng đã được giao nhiệm vụ thực hiện CTCL ở các nội dung cụ thể, cần chủ động tìm giải pháp, tiếp tục thực hiện các chỉ số CTCL hiện chưa đạt. Phân đầu hoàn thiện đáp ứng yêu cầu kiểm tra bệnh viện vào cuối năm 2025.

Nơi nhận:

- Ban Giám đốc;
- Hội đồng QLCL;
- Các khoa, phòng;
- Lưu: VT, KHTH.

TỔ TRƯỞNG QLCL

(Đã ký)

Lê Nhựt Tiến