

Số: 9C/BC-QLCL

An Giang, ngày 10 tháng 10 năm 2025

BÁO CÁO
Cải tiến chất lượng bệnh viện
Quý III/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 **7 - 9/2025**.
- Lên kế hoạch họp Hội đồng Quản lý chất lượng bệnh viện quý **III/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

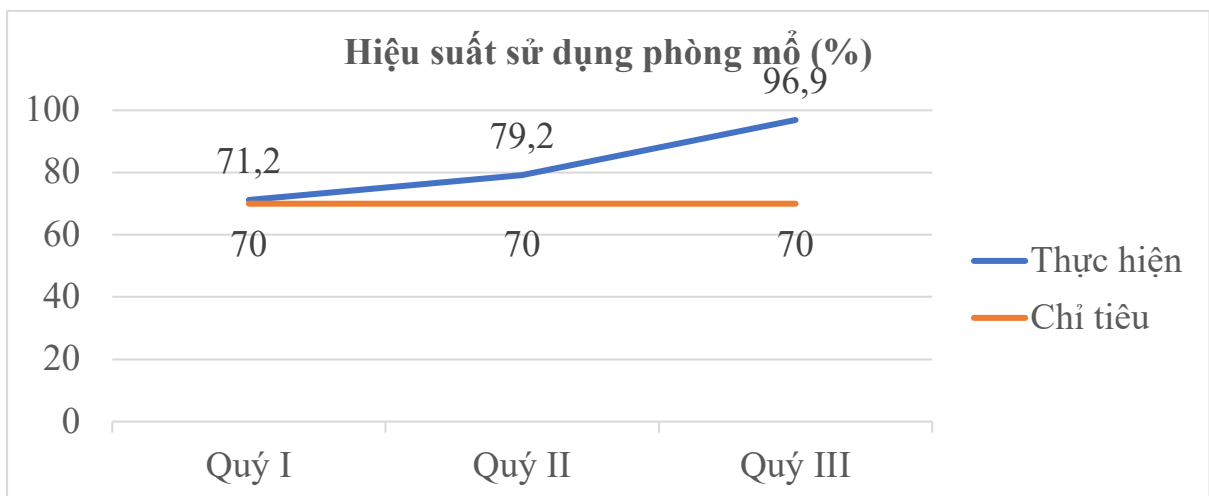
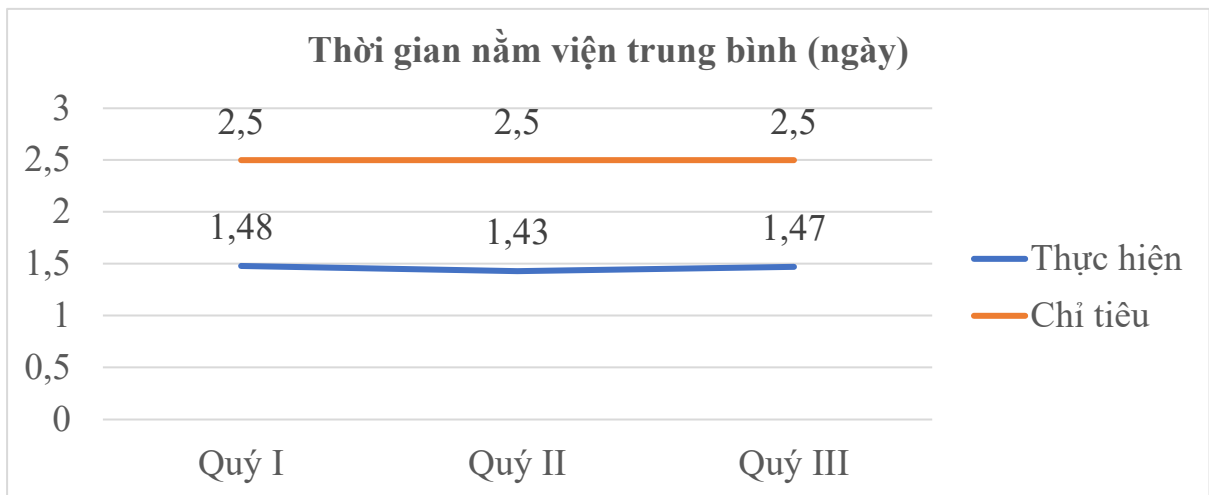
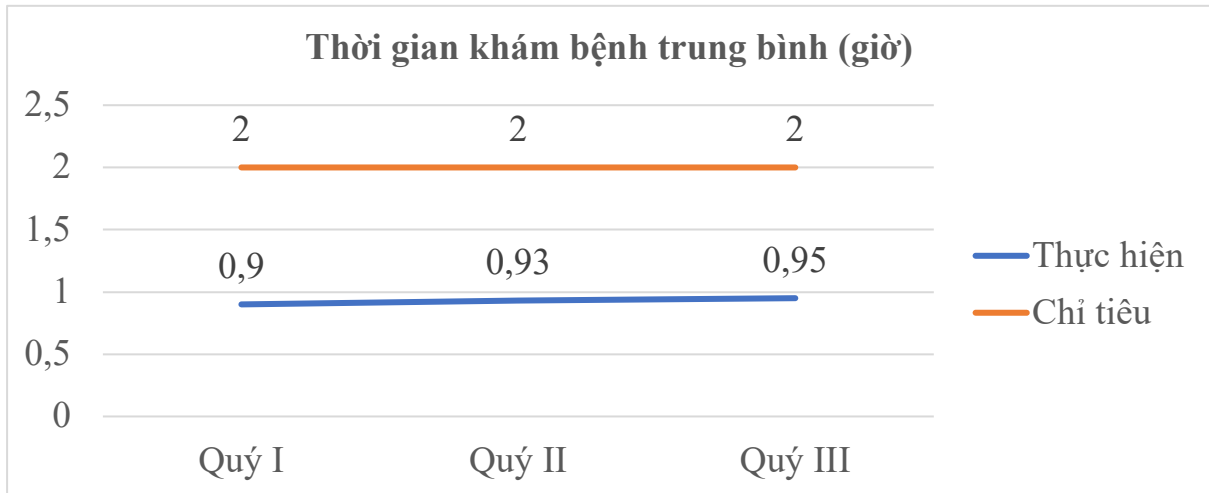
- Hoàn thành xây dựng và ban hành nội dung chi tiết cho 16 chỉ số đo lường chất lượng bệnh viện chủ yếu theo Quyết định 7051/QĐ-BYT.
- Hoàn thành việc hướng dẫn các khoa, phòng xây dựng các đề án, kế hoạch CTCL với các chỉ số cụ thể giao các khoa, phòng thực hiện.
- 100% các chỉ số chất lượng được triển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

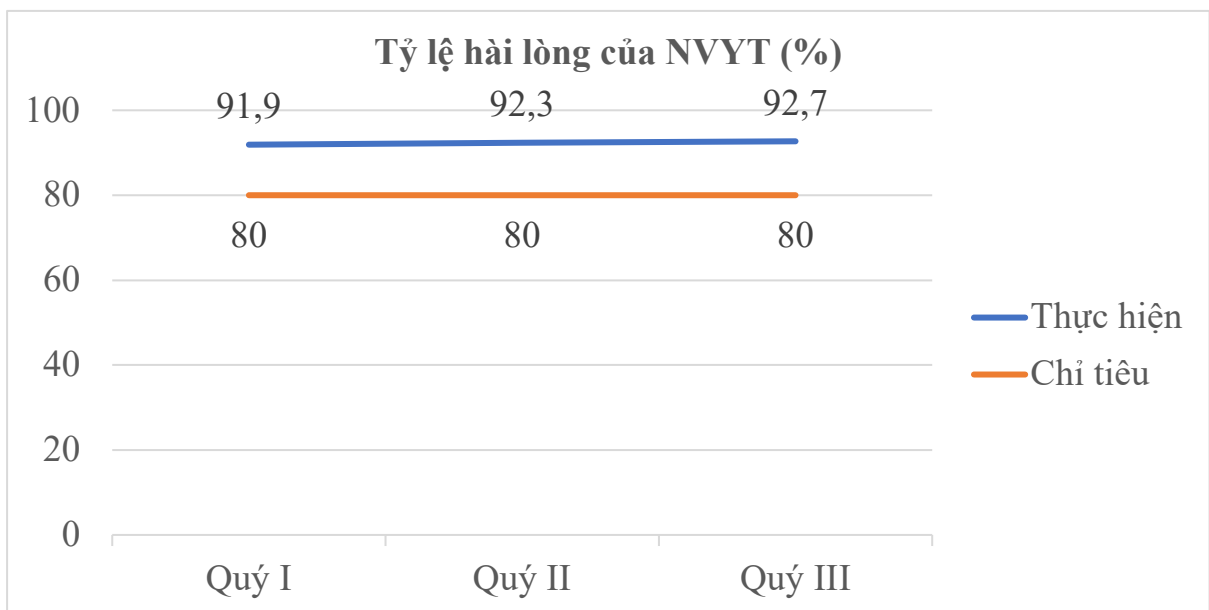
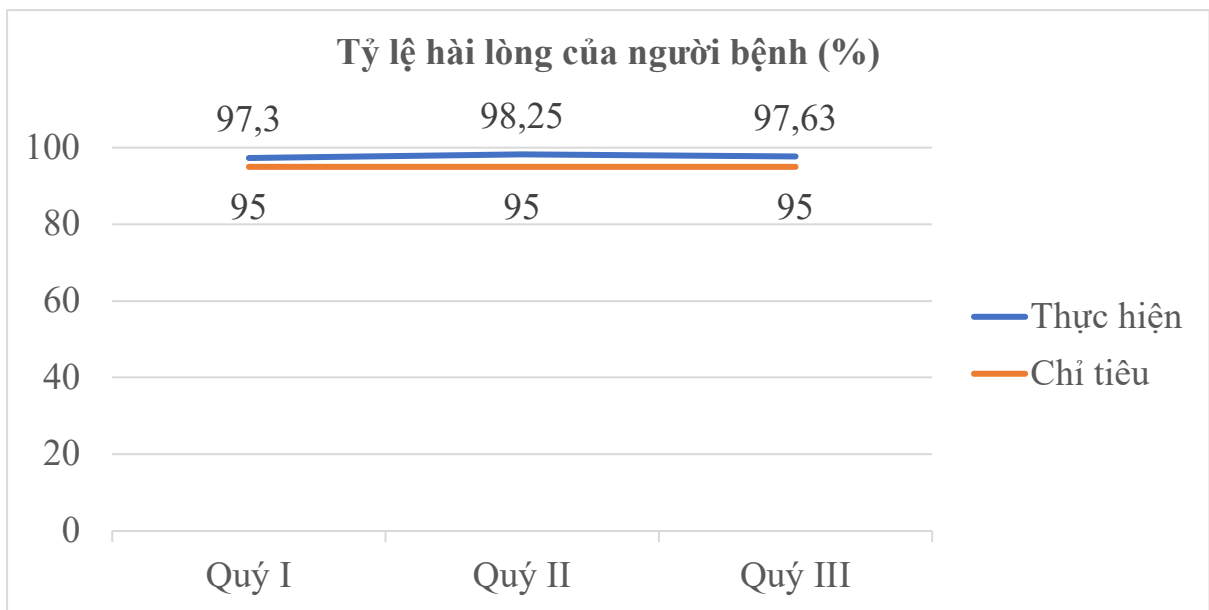
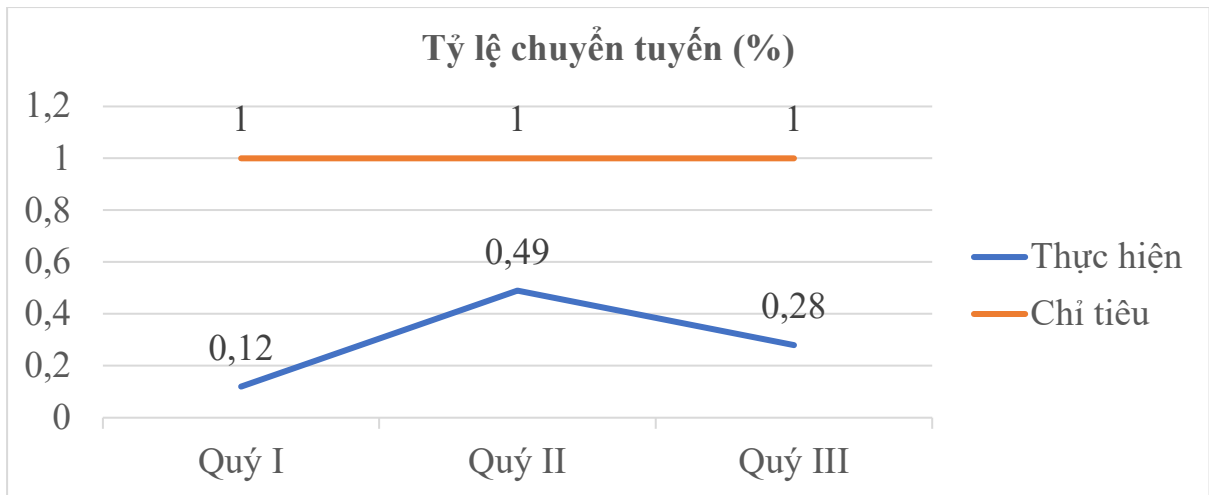
2.1. Các chỉ số chất lượng chủ yếu

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% | 89,4% | Đạt |
| | 2. Tỷ lệ phẫu thuật từ loại II trở lên | Quá trình | Bệnh viện | > 70% | 67,7% | Chưa đạt |
| 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 | 0 | Đạt |
| | 6. Số sự cố ngoài y khoa nghiêm trọng | Đầu ra | Bệnh viện | 0 | 0 | Đạt |
| Hiệu suất (4 chỉ số) | 7. Thời gian khám bệnh trung bình của người bệnh | Quá trình | Bệnh viện | < 2 giờ | 0,95 giờ | Đạt |
| | 8. Thời gian nằm viện trung bình (tất cả các bệnh) | Quá trình | Bệnh viện | < 2,5 ngày | 1,47 ngày | Đạt |
| | 9. Công suất sử dụng giường bệnh thực tế | Đầu ra | Bệnh viện | > 70% | 69,9% | Chưa đạt |
| | 10. Hiệu suất sử dụng phòng mổ | Quá trình | Bệnh viện | > 70% | 96,9% | 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% | 0,28% | Đạt |
| Hướng đến nhân viên (2 chỉ số) | 13. Tỷ lệ tai nạn thương tích do vật sắc nhọn | Quá trình | Bệnh viện | 0 | 0 | Đạt |
| | 14. Tỷ lệ tiêm phòng viêm gan B trong nhân viên y tế | Quá trình | Bệnh viện | 100% | 0 | Chưa đạt |

| | | | | | | |
|--|---|--------|-----------|-------|--------|-----|
| Hướng đến người bệnh (2 chỉ số) | 15. Tỷ lệ hài lòng của người bệnh với dịch vụ KCB | Đầu ra | Bệnh viện | > 95% | 97,63% | Đạt |
| | 16. Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế | Đầu ra | Bệnh viện | > 80% | 92,70% | Đạt |





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

- Triển khai thực hiện 16/16 chỉ số đo lường chất lượng chủ yếu.
- Đến kỳ báo cáo: 16/16 chỉ số.
 - + Thực hiện đạt: 13/16 chỉ số.
 - + Chưa đạt: 03/16 chỉ số.
- Chưa đến kỳ báo cáo: 0 chỉ số.

Chỉ số tỷ lệ phẫu thuật từ loại II trở lên chưa đạt có thể do cơ cấu bệnh tật chủ yếu là các trường hợp nhẹ, ít chỉ định phẫu thuật phức tạp; năng lực chuyên môn hoặc trang thiết bị chưa đáp ứng triển khai kỹ thuật cao; và xu hướng chuyên tuyến các ca khó lên bệnh viện tuyến trên. Ngoài ra, công tác phát triển dịch vụ kỹ thuật mới và truyền thông thu hút người bệnh chưa thực sự hiệu quả.

Để cải thiện, bệnh viện cần xây dựng kế hoạch phát triển kỹ thuật phẫu thuật chuyên sâu phù hợp với năng lực hiện có, tăng cường đào tạo, chuyển giao kỹ thuật và đầu tư trang thiết bị cần thiết. Đồng thời, đẩy mạnh hội chẩn, hợp tác chuyên môn với tuyến trên, hoàn thiện quy trình sàng lọc – chỉ định phẫu thuật và tăng cường truyền thông dịch vụ nhằm thu hút và giữ lại các trường hợp có chỉ định phẫu thuật từ loại II trở lên.

Chỉ số công suất sử dụng giường bệnh thực tế chưa đạt có thể do sự phân bố người bệnh chưa đồng đều giữa các khoa, tình trạng chuyển tuyến, thay đổi mô hình bệnh tật theo mùa và thời gian nằm viện được rút ngắn nhờ áp dụng kỹ thuật điều trị mới. Ngoài ra, công tác dự báo nhu cầu điều trị nội trú chưa sát thực tế, quy trình nhập viện – ra viện còn chậm hoặc một số giường phải tạm ngưng do sửa chữa, bảo trì cũng ảnh hưởng đến công suất sử dụng.

Để cải thiện, bệnh viện cần rà soát và điều chỉnh phân bố giường bệnh phù hợp với nhu cầu thực tế từng chuyên khoa, tăng cường phối hợp giữa các khoa trong điều chuyển người bệnh hợp lý và tối ưu quy trình nhập – xuất viện. Đồng thời, nâng cao chất lượng chuyên môn, mở rộng kỹ thuật mới để thu hút người bệnh, kết hợp phân tích số liệu định kỳ nhằm dự báo chính xác nhu cầu điều trị và sử dụng giường bệnh hiệu quả hơn.

Chỉ số tỷ lệ tiêm phòng viêm gan B trong nhân viên y tế chưa đạt có thể do một số nhân viên chưa nhận thức đầy đủ về nguy cơ phơi nhiễm nghề nghiệp, chưa được rà soát tình trạng miễn dịch định kỳ hoặc chưa bố trí tiêm bù kịp thời cho nhân viên mới tuyển dụng. Ngoài ra, việc quản lý hồ sơ tiêm chủng còn thủ công, thiếu theo dõi nhắc lịch và chưa có cơ chế bắt buộc hoặc khuyến khích cụ

thể cũng ảnh hưởng đến tỷ lệ bao phủ.

Để cải thiện, bệnh viện cần tổ chức rà soát, xét nghiệm kháng thể và lập danh sách nhân viên chưa đủ miễn dịch để triển khai tiêm bổ sung theo kế hoạch tập trung. Đồng thời, xây dựng quy định bắt buộc tiêm phòng đối với vị trí có nguy cơ cao, tích hợp quản lý hồ sơ tiêm chủng vào hệ thống nhân sự để theo dõi, nhắc lịch và báo cáo định kỳ, góp phần bảo đảm an toàn nghề nghiệp và kiểm soát lây nhiễm trong cơ sở y tế.

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. Tập trung cải tiến các chỉ số chưa đạt.

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% | 100% | Đạt |
| 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 | 0 | Đạt |
| | 5. Số sự cố ngoài y khoa nghiêm trọng | Đầu ra | Khoa | 0 | 0 | Đạt |
| Hiệu suất | 6. Thời gian nằm viện trung bình (tất cả các bệnh) | Quá trình | Khoa | < 1,8 ngày | 1,07 ngày | Đạt |
| | 7. Công suất sử dụng giường bệnh thực tế | Đầu ra | Khoa | > 70% | 72,2% | Đạt |
| 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% | 0,33% | Đạt |

| | | | | | | |
|----------------------------|---|-----------|------|---|---|-----|
| | | | | | | |
| Hướng đến nhân viên | 10. Tỷ lệ tai nạn thương tích do vật sắc nhọn | Quá trình | Khoa | 0 | 0 | Đạt |

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

- Triển khai thực hiện 10/10 chỉ số đo lường chất lượng.
- Đến kỳ báo cáo: 10/10 chỉ số.
 - + Thực hiện đạt: 10/10 chỉ số.
 - + Chưa đạt: 0/10 chỉ số.
- Chưa đến kỳ báo cáo: 0/10 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% | 87,6% | Đạt |
| 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 | 0 | Đạt |
| | 5. Số sự cố ngoài y khoa nghiêm trọng | Đầu ra | Khoa | 0 | 0 | Đạt |
| | | | | | | |
| Hiệu suất | 6. Thời gian nằm viện trung bình (tất cả các bệnh) | Quá trình | Khoa | < 4,5 ngày | 4,46 ngày | Đạt |
| | 7. Công suất sử dụng giường bệnh thực tế | Đầu ra | Khoa | > 70% | 73,1% | Đạt |
| | | | | | | |
| 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% | 0,34% | Đạt |
| | | | | | | |
| Hướng đến nhân viên | 10. Tỷ lệ tai nạn thương tích do vật sắc nhọn | Quá trình | Khoa | 0 | 0 | Đạt |

Như vậy, trong quý **III/2025**, Khoa TMH đã:

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

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.

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% | 29,7% | Chưa đạt |
| 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 | 0 | Đạt |
| | 5. Số sự cố ngoài y khoa nghiêm trọng | Đầu ra | Khoa | 0 | 0 | Đạt |
| | | | | | | |
| Hiệu suất | 6. Thời gian nằm viện trung bình (tất cả các bệnh) | Quá trình | Khoa | < 3 ngày | 1,69 ngày | Đạt |
| | 7. Công suất sử dụng giường bệnh thực tế | Đầu ra | Khoa | > 70% | 57,2% | Chưa đạt |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|----------------------------|--|-----------|------|------|---|-----|
| 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 | 0 | Đạt |

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

- Triển khai thực hiện 10/10 chỉ số đo lường chất lượng.
- Đến kỳ báo cáo: 10/10 chỉ số.
 - + Thực hiện đạt: 08/10 chỉ số.
 - + Chưa đạt: 02/10 chỉ số
- Chưa đến kỳ báo cáo: 0/10 chỉ số.

Chỉ số tỷ lệ phẫu thuật từ loại II trở lên chưa đạt có thể do cơ cấu bệnh tật chủ yếu là các trường hợp nhẹ, ít chỉ định phẫu thuật phức tạp; năng lực chuyên môn hoặc trang thiết bị chưa đáp ứng triển khai kỹ thuật cao; và xu hướng chuyển tuyến các ca khó lên bệnh viện tuyến trên. Ngoài ra, công tác phát triển dịch vụ kỹ thuật mới và truyền thông thu hút người bệnh chưa thực sự hiệu quả.

Để cải thiện, bệnh viện cần xây dựng kế hoạch phát triển kỹ thuật phẫu thuật chuyên sâu phù hợp với năng lực hiện có, tăng cường đào tạo, chuyển giao kỹ thuật và đầu tư trang thiết bị cần thiết. Đồng thời, đẩy mạnh hội chẩn, hợp tác chuyên môn với tuyến trên, hoàn thiện quy trình sàng lọc – chỉ định phẫu thuật và tăng cường truyền thông dịch vụ nhằm thu hút và giữ lại các trường hợp có chỉ định phẫu thuật từ loại II trở lên.

Chỉ số công suất sử dụng giường bệnh thực tế chưa đạt có thể do sự phân bố người bệnh chưa đồng đều giữa các khoa, tình trạng chuyển tuyến, thay đổi mô hình bệnh tật theo mùa và thời gian nằm viện được rút ngắn nhờ áp dụng kỹ thuật điều trị mới. Ngoài ra, công tác dự báo nhu cầu điều trị nội trú chưa sát thực tế, quy trình nhập viện – ra viện còn chậm hoặc một số giường phải tạm ngưng do sửa chữa, bảo trì cũng ảnh hưởng đến công suất sử dụng.

Để cải thiện, bệnh viện cần rà soát và điều chỉnh phân bố giường bệnh phù hợp với nhu cầu thực tế từng chuyên khoa, tăng cường phối hợp giữa các khoa

trong điều chuyển người bệnh hợp lý và tối ưu quy trình nhập – xuất viện. Đồng thời, nâng cao chất lượng chuyên môn, mở rộng kỹ thuật mới để thu hút người bệnh, kết hợp phân tích số liệu định kỳ nhằm dự báo chính xác nhu cầu điều trị và sử dụng giường bệnh hiệu quả hơn.

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. Tập trung cải tiến các chỉ số chưa đạt.

2.2.4. Khoa Khám bệnh

| Đặc tính | Chỉ số | Thành tố | Phạm vi | Chỉ tiêu | Thực hiện | Đánh giá |
|-----------|--|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|
| Hiệu suất | 1. Thời gian khám bệnh trung bình | Quá trình | Bệnh viện | < 2 giờ | 0,95 | Đạt |
| | 2. Thời gian chờ khám trung bình | Quá trình | Bệnh viện | < 30 phút | 29,4 | Đạt |
| | 3. Số lượt khám trung bình/ngày/bác sĩ | Quá trình | Bệnh viện | < 65 | 57,7 | Đạt |

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

- Triển khai thực hiện 3/3 chỉ số đo lường chất lượng.
- Đến 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: 0/3 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 tố | Phạm vi | Chỉ tiêu | Thực hiện | Đánh giá |
|----------|---------------------------------------|----------|---------|----------|-----------|----------|
| An toàn | 1. Số sự cố y khoa nghiêm trọng | Đầu ra | Khoa | 0 | 0 | Đạt |
| | 2. Số sự cố ngoài y khoa nghiêm trọng | Đầu ra | Khoa | 0 | 0 | Đạt |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|----------------------------|--|-----------|------|-------|--------|-----|
| Hướng đến nhân viên | 3. Tỷ lệ tai nạn thương tích do vật sắc nhọn | Quá trình | Khoa | 0 | 0 | Đạt |
| Hiệu suất | 4. Tỷ lệ mẫu xét nghiệm đạt yêu cầu | Quá trình | Khoa | > 98% | 99,75% | Đạt |

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

- Triển khai thực hiện 4/4 chỉ số đo lường chất lượng.
- Đến kỳ báo cáo: 4/4 chỉ số.
 - + Thực hiện đạt: 4/4 chỉ số.
 - + Chưa đạt: 0/4 chỉ số.
- Chưa đến kỳ báo cáo: 0/4 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 **III/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% | 79,2% | 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 **III/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
- Chưa đến kỳ báo cáo: 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% | 100% | Đạt |
| | | | | | | |
| Hiệu suất | 2. Tỷ lệ hồ sơ bệnh án hoàn thiện đạt yêu cầu | Đầu ra | Bệnh viện | > 90% | 100% | Đạt |
| | | | | | | |
| Hướng đến nhân viên | 3. Tỷ lệ thực hiện 5S trong bệnh viện | Đầu ra | Bệnh viện | 100% | 100% | Đạt |
| | 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 **III/2025**, Phòng KHTH đã:

- Triển khai thực hiện 5/5 chỉ số đo lường chất lượng.
- Đến kỳ báo cáo: 3/5 chỉ số.
 - + Thực hiện đạt: 3/3 chỉ số.
 - + Chưa đạt: 0/3 chỉ số
- Chưa đến kỳ báo cáo: 2/5 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% | 95,8% | Đạt |
| | | | | | | |
| 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% | 9,6% | Chưa đạt |

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

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

Chỉ số tỷ lệ nhân viên được đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn, nghiệp vụ chưa đạt chủ yếu do hạn chế về kinh phí đào tạo, áp lực công việc khiến khó bố trí nhân sự tham gia các khóa học dài ngày, và chưa xây dựng kế hoạch đào tạo dài hạn gắn với nhu cầu phát triển chuyên môn của từng khoa, phòng. Ngoài ra, một số nhân viên còn tâm lý ngại thay đổi hoặc chưa chủ động đăng ký tham gia đào tạo.

Để cải thiện, bệnh viện cần xây dựng kế hoạch đào tạo hằng năm dựa trên nhu cầu thực tế, ưu tiên các lĩnh vực chuyên sâu và kỹ thuật mới, đồng thời bố trí ngân sách phù hợp và sắp xếp nhân sự thay thế khi cử đi học. Khuyến khích hình thức đào tạo linh hoạt như đào tạo tại chỗ, trực tuyến, hội thảo chuyên đề và gắn kết quả đào tạo với tiêu chí đánh giá, thi đua nhằm nâng cao động lực học tập và phát triển chuyên môn.

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% | 89,0% | 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% | 71,4% | Chưa đạt |

Như vậy, trong quý **III/2025**, Phòng HCQT đã:

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

Chỉ số tỷ lệ khu vực chờ của người bệnh được trang bị màn hình hiển thị danh sách bệnh nhân chưa đạt chủ yếu do hạn chế kinh phí đầu tư, cơ sở hạ tầng chưa đồng bộ, một số khu vực cải tạo mở rộng nhưng chưa được bổ sung thiết bị kịp thời. Bên cạnh đó, hệ thống phần mềm quản lý khám bệnh chưa tích hợp đồng bộ với màn hình hiển thị, dẫn đến việc triển khai còn chậm hoặc hoạt động chưa ổn định.

Để cải thiện, bệnh viện cần khẩn trương hoàn tất triển khai kế hoạch đầu tư bổ sung màn hình theo lộ trình ưu tiên các khu vực đông người bệnh, đồng thời nâng cấp hạ tầng mạng và tích hợp phần mềm quản lý khám bệnh với hệ thống hiển thị tự động. Việc chuẩn hóa quy trình vận hành, phân công nhân sự phụ trách theo dõi và bảo trì thiết bị cũng giúp đảm bảo hệ thống hoạt động liên tục, nâng cao sự hài lòng của người bệnh.

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% | 48,0% (6 tháng) | Đạt |

| | | | | | | |
|--|---|--------|-----------|-------|-------|-----|
| | 2. Tỷ lệ hao phí trên doanh thu | Đầu ra | Bệnh viện | < 10% | 2,88% | Đạt |
| | 3. Số lượt thanh toán không dùng tiền mặt | Đầu ra | Bệnh viện | 3000 | 2852 | Đạt |

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

- Triển khai thực hiện 3/3 chỉ số đo lường chất lượng.
- Đến 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: 0/3 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% | 100% | Đạt |
| | 2. Tỷ lệ thiết bị được kiểm định – hiệu chuẩn | Đầu ra | Bệnh viện | 100% | 100% | Đạt |
| | 3. Thời gian trung bình khắc phục sự cố thiết bị | Đầu ra | Bệnh viện | < 3 giờ | 4,3 giờ | Chưa đạt |

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

- Triển khai thực hiện 3/3 chỉ số đo lường chất lượng.
- Đến kỳ báo cáo: 3/3 chỉ số.
- + Thực hiện đạt: 2/3 chỉ số.
- + Chưa đạt: 1/3 chỉ số
- Chưa đến kỳ báo cáo: 0/3 chỉ số.

Chỉ số thời gian trung bình khắc phục sự cố thiết bị chưa đạt chủ yếu do thiếu nhân sự kỹ thuật chuyên sâu, phụ thuộc vào đơn vị bảo trì bên ngoài với thời gian đáp ứng chậm, chưa dự trữ đầy đủ linh kiện thay thế và chưa có quy trình phân loại mức độ ưu tiên xử lý sự cố. Ngoài ra, công tác quản lý thiết bị chưa được số hóa đồng bộ, bảo trì dự phòng chưa thực hiện thường xuyên và một

số thiết bị đã cũ, tần suất hỏng hóc cao cũng làm kéo dài thời gian sửa chữa.

Để cải thiện, bệnh viện cần phân loại mức độ ưu tiên sự cố để xử lý kịp thời các thiết bị ảnh hưởng trực tiếp đến hoạt động chuyên môn. Đồng thời, tăng cường bảo trì dự phòng, dự trữ linh kiện thiết yếu, đào tạo kỹ thuật viên nội bộ và ký hợp đồng bảo trì có cam kết thời gian đáp ứng rõ ràng nhằm rút ngắn thời gian khắc phục và nâng cao hiệu quả sử dụng trang thiết bị.

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 **III/2025**, toàn bệnh viện đã:

- Triển khai thực hiện 70/70 chỉ số đo lường chất lượng.
- Đến kỳ báo cáo: 70/70 chỉ số.
 - + Thực hiện đạt: 61/70 chỉ số.
 - + Chưa đạt: 09/70 chỉ số
- Chưa đến kỳ báo cáo: 0/70 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. Chỉnh 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 **III/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 điều trị đã ban hành và giám sát việc thực hiện | 3 | 4 | P. KHTH (BS. Chinh) | | x | | |
| 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 | 2 | 4 | K. Dược (DS. Bình) | | | x | |

| | | | | | | | | | |
|---|------|--|---|---|--------------------|--|--|---|--|
| | | đủ, kịp thời, bảo đảm chất lượng thuốc | | | | | | | |
| 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 III, 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. |

| | | | | |
|---|------|---|--|---|
| | | | | <p>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.</p> |
| 3 | C9.3 | <p>Cung ứng thuốc, hóa chất và vật tư y tế tiêu hao đầy đủ, kịp thời, bảo đảm chất lượng thuốc</p> | <p>Có xây dựng và quản lý danh mục thuốc cấp cứu (danh mục thuốc tử trực) tại các khoa lâm sàng.</p> | <p>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 số tử trực.</p> <p>Làm lại sổ bàn giao thuốc tử trực theo góp ý của đoàn.</p> <p>Sắp xếp lại thuốc, vật tư tiêu hao sao cho khoa học, hợp lý, tinh gọn theo 5S.</p> <p>Bổ sung đầy đủ cơ số tử trực năm 2025 cho khoa RHM.</p> |
| 4 | C9.5 | <p>Thông tin thuốc, theo dõi và báo cáo phản ứng có hại của thuốc kịp thời, đầy đủ và có chất lượng</p> | <p>Có hệ thống lưu trữ thông tin thuốc.</p> | <p>Làm lại quy trình, hệ thống, sổ hợp... cho phù hợp theo góp ý của đoàn.</p> |
| 5 | C9.6 | <p>Hội đồng thuốc và điều trị được thiết lập và hoạt động hiệu quả</p> | <p>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.</p> | <p>Có đủ hình ảnh minh chứng cho hoạt động tập huấn, đào tạo dược năm 2024. Tuy nhiên, có thiếu sót trong quá trình cung cấp bằng</p> |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <p>chứng cho đoàn kiểm tra.</p> <p>Cần chấn chỉnh việc quản lý các bằng chứng phục vụ tiêu chí một cách khoa học, dễ tìm, tinh gọn theo 5S.</p> <p>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.</p> |
|--|--|--|--|---|

Như vậy, trong quý **III/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