

Số:...../BC-BVĐKT

Bắc Giang, ngày tháng 7 năm 2024

BÁO CÁO
KẾT QUẢ CÔNG TÁC CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN
6 THÁNG ĐẦU NĂM 2024

I. KẾT QUẢ THỰC HIỆN BỘ TIÊU CHÍ CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN

1. Tóm tắt kết quả tự kiểm tra chất lượng bệnh viện

Bảng 1. Đánh giá kết quả thực hiện Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện

Đánh giá \ Năm	2022	2023	6 tháng 2024
Tổng số các tiêu chí được áp dụng đánh giá	83/83	83/83	83/83
Điểm trung bình chung của các tiêu chí	3.68	3.73	3.64

Bảng 2. Kết quả chung chia theo mức

Kết quả chung chia theo mức	Mức 1	Mức 2	Mức 3	Mức 4	Mức 5	Tổng số tiêu chí
Số lượng tiêu chí đạt	0	5	24	46	8	83
Tỷ lệ các mức đạt được (%):	0.00	6.02	28.92	55.42	9.64	100%

2. Kết quả kiểm tra đánh giá các tiêu chí chất lượng

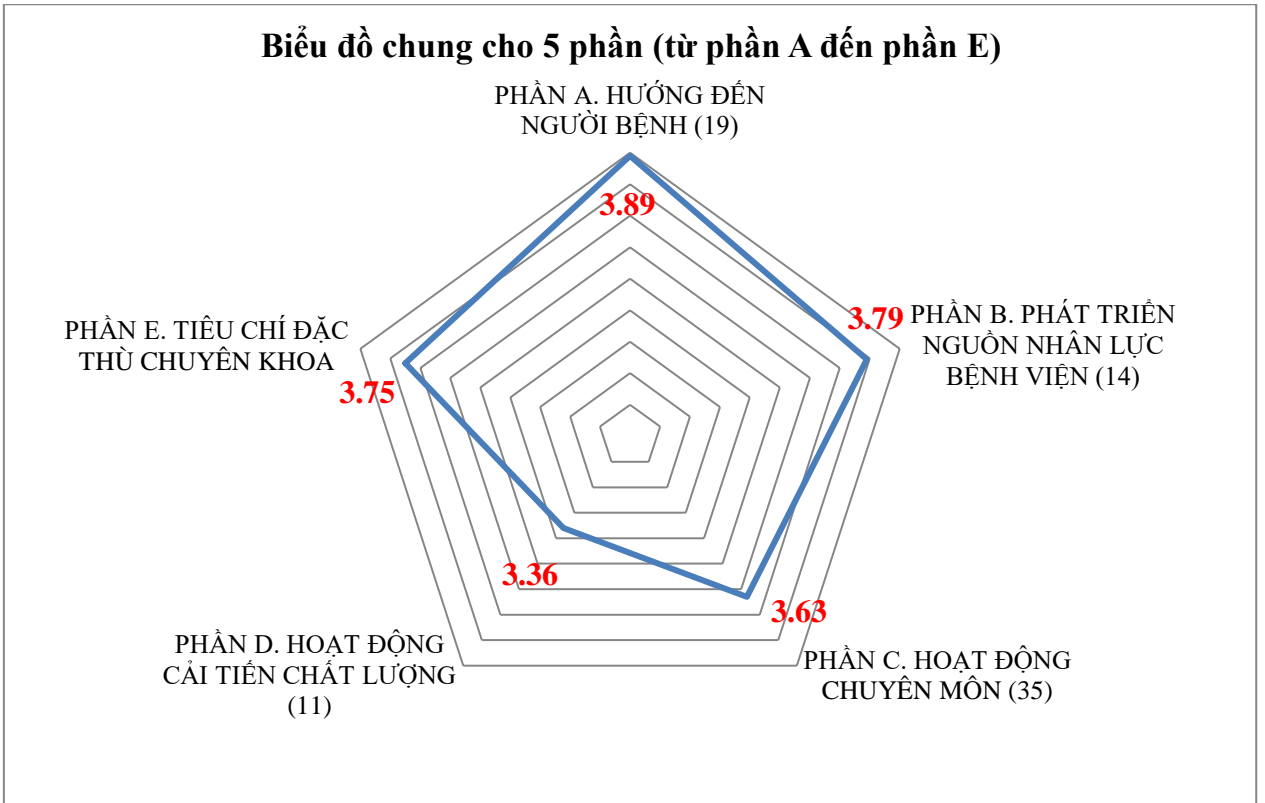
(Phụ lục 1. Điểm đánh giá chi tiết 6 tháng năm 2024 các phần trong tiêu chí)

3. Các tiêu chí chưa đạt, lý do chưa đạt và các biện pháp ưu tiên cải tiến

(Phụ lục 2. Bảng đánh giá các tiêu chí chưa đạt, lý do chưa đạt và các biện pháp ưu tiên cải tiến)

4. Đánh giá chi tiết 6 tháng đầu năm 2024 các phần trong tiêu chí

- Phần A: Hướng đến người bệnh: 3.89
- Phần B: Phát triển nhân lực: 3.79
- Phần C: Hoạt động chuyên môn: 3.63
- Phần D: Cải tiến chất lượng: 3.36
- Phần E: Tiêu chí chuyên khoa: 3.75



II. NHẬN XÉT ĐÁNH GIÁ CHUNG

1. Đánh giá chung thực hiện theo mục tiêu kế hoạch năm 2024

1.1. Các chỉ số chất lượng

1.1.1. Các chỉ số chất lượng của bệnh viện

Bảng 3. Các chỉ số chất lượng của bệnh viện

TT	Tên chỉ số	6 tháng 2024		Ghi chú
		K. hoạch	T. hiện	
1. Khía cạnh năng lực chuyên môn				
1a	Tỷ lệ thực hiện kỹ thuật chuyên môn theo phân tuyến	≥ 61%	60.15%	
1b	Tỷ lệ phẫu thuật hạng II trở lên	≥ 97%	96.3%	
2. Khía cạnh an toàn				
2a	Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ	≤ 3,25%	0.9%	
2b	Tỷ lệ NVYT tuân thủ vệ sinh tay	≥ 90%	91.62%	
2c	Tỷ lệ báo cáo SCYK đúng quy định	≥ 70%	90%	
2d	Bộ tiêu chí An toàn phẫu thuật	≥ 96 điểm - Đạt mức an toàn cao	87 điểm – không an toàn	Do không đạt hết các tiêu mục (*)
3. Khía cạnh hiệu suất				
3a	Thời gian nằm viện trung bình của	≤ 7,4 ngày	6.8	

	người bệnh nội trú			
3b	Thời gian chờ khám lâm sàng trung bình	≤ 50 phút	51	
3c	Tỷ lệ sử dụng KSDP trong PT sạch, sạch - nhiễm	$\geq 9,5\%$	15.3%	
4. Khía cạnh hiệu quả				
4a	Tỷ lệ tử vong, nặng xin về	1.7%	1.67%	
4b	Tỷ lệ chuyển lên tuyến trên khám chữa bệnh	4%	3.76%	
4c	Bộ tiêu chí đánh giá mức chất lượng phòng xét nghiệm	Đạt mức 3	Đạt mức 2	
5. Khía cạnh hướng về nhân viên				
5a	Tỷ lệ nhân viên khám sức khỏe định kỳ	$\geq 95\%$		Chưa thực hiện
5b	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế	$\geq 80\%$	82.6%	
6. Hướng đến người bệnh				
6a	Tỷ lệ hài lòng của người bệnh ngoại trú	$\geq 82\%$	84.6%	
6b	Tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú	$\geq 91\%$	92.5%	

Số chỉ số chất lượng bệnh viện đã hoàn thành là 10/16 (62,5%). Dự kiến chỉ số không đạt kế hoạch năm: Bộ tiêu chí đánh giá mức chất lượng phòng xét nghiệm.

1.1.2. Chỉ số chất lượng các khoa, phòng và các trung tâm:

Hiện đã có 47 khoa/phòng/TT đã xây dựng chỉ số chất lượng với tổng số 50 chỉ số. Đã có 27 chỉ số đăng ký đạt. Bên cạnh đó có 16 chỉ số chưa đạt và 07 khoa/phòng/TT chưa có kết quả, chưa được theo dõi, giám sát chỉ số đã đăng ký. Một số chỉ số không lượng giá được, không có cơ sở dữ liệu theo dõi đánh giá (*Phụ lục 3*).

1.2. Triển khai các đề án CTCL

Trong 6 tháng đầu năm 2024, 49 khoa/phòng/TT đã đăng ký xây dựng tổng số 98 đề án CTCL, đến hiện tại đã phê duyệt được 92 đề cương đề án. Có một số đề án đã có sản phẩm như đề án của khoa Hóa sinh, khoa Khám bệnh.

1.3. Duy trì, cập nhật, khắc phục sự không phù hợp hệ thống quản lý chất lượng theo tiêu chuẩn TCVN 9001:2015 tại 13 khoa, phòng và mở rộng tại khoa PT - GMHS, khoa Nội Thận - TNLM

- Đã tổ chức tập huấn, cập nhật, hướng dẫn xây dựng mới, hệ thống hóa lại các quy trình, quy định, hướng dẫn trong hệ thống văn bản.

- Đã rà soát, sửa đổi, bổ sung hệ thống văn bản theo ISO 9001:2015 tại 13 khoa phòng: tổng số hệ thống văn bản là 139 quy trình, quy định, hướng dẫn.

- Đã mở rộng ISO tại 02 khoa (Nội thận - tiết niệu - lọc máu, Phẫu thuật Gây mê hồi sức) với tổng số 08 quy trình, quy định, hướng dẫn đã xây dựng hoàn thiện và đang trong giai đoạn phê duyệt.

1.4. Tiếp tục triển khai giai đoạn 1 mô hình quản lý tinh gọn (LEAN) tại khoa Cấp cứu

- Bệnh viện đã tiến hành sửa chữa, bổ sung cơ sở vật chất, hạ tầng, trang thiết bị, nhân lực cho khoa Cấp cứu.

- Khoa Cấp cứu đã xây dựng và áp dụng Quy trình tiếp đón, xử trí người bệnh cấp cứu; áp dụng Thang phân loại người bệnh cấp cứu và đã có kết quả ban đầu: tỷ lệ kết quả trả XN cấp cứu dưới 60 phút tháng 1/2024 là 74,5%, tháng 6/2024 là 93,93%.

III. TỰ ĐÁNH GIÁ VỀ CÁC ƯU ĐIỂM

- 100% các đơn vị trực thuộc đã xây dựng kế hoạch CTCL, chỉ số chất lượng và đề án CTCL.

- Phối hợp với Bệnh viện ĐHYHN tổ chức lớp đào tạo về QLCL cho thành viên Hội đồng và mạng lưới Quản lý chất lượng tại bệnh viện.

- Các hoạt động hướng tới sự hài lòng của NB tiếp tục được cải thiện thông qua các hoạt động bổ sung các biển báo, sơ đồ chỉ dẫn; xin ý kiến NB để cải tiến các dịch vụ, phân luồng giảm thời gian chờ ở các khu vực khoa khám bệnh, TDCN, CDHA; Tiến hành cải tạo và di chuyển khoa YHCT sang vị trí mới...

- Thường xuyên kiểm tra giám sát để bảo đảm các điều kiện cấp cứu người bệnh kịp thời. Kích hoạt 17 ca báo động đỏ, 07 người bệnh đã được cứu sống..

- Công tác giải quyết đơn thư được ban lãnh đạo bệnh viện chú trọng, các vụ việc được giải quyết đúng quy trình, quy định của pháp luật.

- Tiếp tục duy trì và phát triển nguồn nhân lực bệnh viện và triển khai các hoạt động hướng tới sự hài lòng của NVYT.

- Công tác an ninh, trật tự, an toàn cháy nổ được chú trọng và đảm bảo an toàn; Người bệnh được điều trị trong môi trường, cảnh quan xanh, sạch, đẹp.

- Xây dựng kế hoạch và triển khai giám sát việc thực hiện các hoạt động theo các chuyên đề như: chất lượng HSBA, tuân thủ các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, quy chế chuyên môn, quy trình kỹ thuật, KSNK, vệ sinh tay, điều dưỡng chăm sóc người bệnh... Ban hành một số văn bản để thực hiện Luật Khám bệnh, chữa bệnh số 15/2023/QH15 và các văn bản hướng dẫn thực hiện Luật

- Số loại phẫu thuật áp dụng KSDP tăng lên 45/295 loại phẫu thuật sạch sạch nhiễm (chiếm 15,3%). Một số loại phẫu thuật như U phần mềm, thoát vị bẹn, dị tật bẩm sinh, mổ lấy thai... tỷ lệ sử dụng KSDP đạt 100%. Tổng số ca sử dụng KSDP là 1220 ca (bằng 97% tổng số ca phẫu thuật sử dụng KSDP năm 2023).

- Công tác cung ứng thuốc, vật tư y tế tiêu hao cơ bản đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh thực tế tại bệnh viện. Các hoạt động đảm bảo an toàn trong sử dụng thuốc, sử dụng trang thiết bị, vật tư y tế đã được chú trọng.

- Có 150 sự cố y khoa đã được báo cáo. Trong đó: 147 ca SCYK tự nguyện, 03 SCYK bắt buộc.

- Triển khai thí điểm bộ công cụ 5S mới tại 3 khoa: Hóa sinh, Nội Thần kinh CXX, Ngoại Thần kinh và nhân rộng ra toàn viện. Các đơn vị duy trì 5S thường xuyên, liên tục. Các hình ảnh về 5S được đăng tải trên nhóm 5S hàng ngày.

- Duy trì và mở rộng ISO 9001:2015 tại 15 khoa phòng. Bổ sung và cập nhật các nội dung theo yêu cầu tiêu chuẩn ISO 15189:2022 tại 03 khoa xét nghiệm.

- Đã tiến hành kiểm tra giám sát nội dung các hoạt động theo sự chỉ đạo tại Công văn số 2100/BYT-KCB ngày 24/4/2024 về việc Chấn chỉnh công tác QLCL-ATNB, khuyến cáo phòng ngừa sự cố y khoa của Bộ Y tế.

IV. TỰ ĐÁNH GIÁ VỀ CÁC NHƯỢC ĐIỂM, VẤN ĐỀ TỒN TẠI

- Điểm trung bình chung của Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện 6 tháng đầu năm 2024 đạt 3.64 điểm thấp hơn so với điểm trung bình trung năm 2023 (3.73).

- Có 24 khoa đăng ký triển khai bổ sung mới các danh mục kỹ thuật năm 2024; Đến nay mới có 03 khoa (Hồi sức, Tim mạch; CDHA) được phê duyệt 17 danh mục; 04 khoa đã gửi hồ sơ phê duyệt danh mục sang Sở Y tế cho 27 danh mục.

- Một số hồ sơ bệnh án phân thăm khám bệnh còn sơ sài, không sao chép đầy đủ các kết quả xét nghiệm.... một số khoa chưa thực hiện nghiêm túc quy chế hội chẩn. Thực hiện quy trình bình HSBA cấp khoa còn tồn tại ở việc chọn bệnh án bình, không có bản tóm tắt HSBA theo mẫu, thiếu chữ ký trong sổ ghi biên bản...

- Tiêu chí chất lượng của khoa Dinh dưỡng chưa được cải thiện: người bệnh có bệnh lý liên quan đến Dinh dưỡng chưa được đánh giá đầy đủ, hội chẩn can thiệp; Khoa Dinh dưỡng chưa xây dựng các khẩu phần ăn bệnh lý cho người bệnh suy thận.

- Một số tiêu chí vẫn đạt mức 2 cụ thể ở các tiêu chí: C3.1 (Chưa có báo cáo cho các cơ quan quản lý theo quy định); C7.5 (Chưa xây dựng khẩu phần ăn bệnh lý cho NB suy thận...); D2.1 (Thiếu hệ thống chuông hoặc đèn báo đầu giường...); D2.5 (Chiều cao lan can của một số tòa nhà chưa đảm bảo từ 1m40 trở lên); E2.1 (Đơn nguyên sơ sinh chưa đáp ứng theo quy định).

- Điểm Bộ tiêu chí chất lượng đánh giá mức độ ATPT, thời gian chờ khám lâm sàng, cận lâm sàng chưa đạt mục tiêu đề ra. Một số khoa/phòng/ trung tâm chưa chủ động theo dõi chỉ số chất lượng đã đăng ký.

- Thông qua đề cương đề án còn chậm, còn có tình trạng xây dựng đề án chưa phù hợp với vấn đề ưu tiên giải quyết; một số khoa phòng chưa thực hiện xác định và xây dựng đề cương theo hướng dẫn; còn một số bất cập về đảm bảo kinh phí theo lộ trình đề án

- Hệ thống công nghệ thông tin và hoạt động ứng dụng CNTT chưa được cải thiện, chưa đáp ứng được các hoạt động thường xuyên của bệnh viện.

- Có 04 đơn thư kiến nghị, phản ánh về thái độ, trách nhiệm phục vụ, văn hóa ứng xử; năng lực chuyên môn.

Nguyên nhân dẫn đến những tồn tại, hạn chế trên là do: Trong 6 tháng đầu năm 2024, việc phân bổ nguồn lực cho các nội dung kế hoạch CTCL năm 2024 còn chưa khoa học, hợp lý (Tập trung chủ yếu vào đề án CTCL, đào tạo, tập huấn CTCL,...). Công tác tham mưu của các khoa, phòng chức năng chưa đầy đủ. Các đơn vị chưa chủ động rà soát và xây dựng kế hoạch thực hiện. Hoạt động phối hợp giữa các đơn vị và giữa các cá nhân trong từng đơn vị còn một số bất cập. Các hoạt động kiểm tra, giám sát của các khoa, phòng chức năng và tự kiểm tra, tự giám sát của một số đơn vị chưa được thực hiện thường xuyên, liên tục. Những khó khăn vướng mắc liên quan đến công tác đầu thầu; nguồn kinh phí của bệnh viện hạn hẹp. Hệ thống công nghệ

thông tin lạc hậu, chưa đáp ứng được nhu cầu và đòi hỏi của công tác khám chữa bệnh nói chung và công tác CTCL nói riêng.

V. KẾT QUẢ TỰ KHẢO SÁT HÀI LÒNG NGƯỜI BỆNH VÀ NHÂN VIÊN Y TẾ

Bảng 4. Kết quả KSNB và NVYT 6 tháng đầu năm 2024

Năm Nội dung	6 tháng đầu năm 2023		Cả năm 2023		6 tháng đầu năm 2024		
	Số phiếu	Tỷ lệ %	Số phiếu	Tỷ lệ %	Số phiếu	Tỷ lệ %	Tăng/Giảm so với cùng kì
Tỷ lệ hài lòng NB ngoại trú	420	77.5	881	81.8	476	84.6	+7.1
Tỷ lệ hài lòng NB nội trú	480	88.5	993	90.2	511	92.5	+4
Tỷ lệ hài lòng người mẹ sinh con tại bệnh viện	200	84.5	402	88.5	200	87.1	+2.6
Tỷ lệ hài lòng NVYT			918	79.2	1006	82.6	+3.4

Hầu hết điểm hài lòng của người bệnh và NVYT cao hơn rõ rệt so với cùng kì năm 2023 do bệnh viện đã triển khai các biện pháp can thiệp như: Bổ sung một số trang thiết bị phục vụ người bệnh như quạt, điều hòa, cây nước nóng lạnh, tivi,...; cải thiện thời gian chờ khám bệnh, xét nghiệm, TDCN, CDHA, chấn chỉnh tác phong lề lối làm việc, văn hóa ứng xử ...,

Tuy nhiên, bên cạnh đó vẫn còn một số ý kiến của người bệnh về thời gian chờ khám và lấy kết quả cận lâm sàng lâu; nhà vệ sinh chưa sạch sẽ ở khu vực phòng khám tầng 2,3 nhà A và tầng 1 nhà G cần phải tiếp tục triển khai các biện pháp khắc phục.

VI. XÁC ĐỊNH CÁC VẤN ĐỀ ƯU TIÊN CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG 6 THÁNG CUỐI NĂM 2024

1. Hoàn thành khóa đào tạo về quản lý chất lượng do Bệnh viện Đại học y Hà Nội tổ chức đảm bảo 100% học viên tham gia được cấp chứng chỉ QLCL bệnh viện.

2. Tiếp tục triển khai các biện pháp để cải thiện các chỉ số chất lượng bệnh viện trong Kế hoạch số 35/KH- BVĐKT ngày 27/2/2024 của bệnh viện và Quyết định số

280/QĐ - BVĐKT ngày 28/3/2024 của Bệnh viện về việc giao chỉ số chất lượng cho các khoa, phòng, trung tâm năm 2024.

3. Khẩn trương thông qua các đề án CTCL trong tháng 7/2024. Các đơn vị, các cá nhân triển khai các đề án tập trung hoàn thiện các đề án CTCL trong năm 2024. Các đề án đã hoàn thành các tập thể cá nhân hoàn thiện gửi Hội đồng QLCL để thông qua

4. Các khoa, phòng chức năng được phân công chủ trì rà soát các tồn tại việc thực hiện bộ tiêu chí trong 6 tháng/2024. Tiếp tục hoàn thiện đầy đủ các nội dung của tiêu chí chưa đạt để nâng điểm Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện theo kế hoạch số 35/KH- BVĐKT ngày 27/2/2024 của bệnh viện.

5. Tiếp tục rà soát cải tiến các quy trình khám bệnh, quy trình xét nghiệm, trong đó tập trung vào các lĩnh vực TDCN, CDHA để giảm thời gian chờ của người bệnh. Thống kê, phân tích các vấn đề NB thường xuyên phàn nàn, thắc mắc; tần số các khoa, phòng và NVYT có nhiều NB phàn nàn, thắc mắc để xác định vấn đề ưu tiên cải tiến.

6. Triển khai các biện pháp để tạo dựng môi trường làm việc tích cực cho NVYT. Tổ chức Khám sức khỏe định kỳ cho NVYT.

7. Tiếp tục đẩy mạnh việc phê duyệt các kỹ thuật đăng ký từ đầu năm 2024. Thực hiện nghiêm túc quy chế HSBA, bình HSBA cấp khoa, quy chế hội chẩn, các quy chế chuyên môn, quy trình kỹ thuật...

8. Tăng cường công tác dược lâm sàng; tập huấn về an toàn trong sử dụng thuốc. Cung cấp đủ thuốc, VT - TBYT cho các hoạt động chuyên môn.

9. Thực hiện nghiêm túc hoạt động dinh dưỡng tiết chế, tư vấn dinh dưỡng; từng bước triển khai các khẩu phần ăn bệnh lý cho NB, triển khai đánh giá, hội chẩn can thiệp đối với người bệnh có bệnh lý liên quan đến dinh dưỡng.

10. Kiểm tra, giám sát đánh giá việc tuân thủ hệ thống văn bản theo ISO 9001:2015 tại 13 khoa phòng. Hoàn thiện đánh giá ISO 9001:2015 tại khoa Nội thận - tiết niệu - lọc máu, khoa Phẫu thuật - GMHS và ISO 15189 tại các khoa xét nghiệm theo kế hoạch. Tiếp tục triển khai các hoạt động Lean tại khoa Cấp cứu.

11. Triển khai các hoạt động đấu thầu mua sắm, thuê cơ sở hạ tầng và phần mềm CNTT để đáp ứng nhu cầu chuyển đổi số trong lĩnh vực khám chữa bệnh.

12. Thường xuyên kiểm tra giám sát việc tổ chức thực hiện các hoạt động theo kế hoạch đã đề ra và các nội dung Công văn số 2100/BYT-KCB ngày 24/4/2024 về việc Chấn chỉnh công tác QLCL-ATNB, khuyến cáo phòng ngừa SCYK của Bộ Y tế.

Nơi nhận:

- Sở Y tế (Nghịệp vụ Y);
- Ban Giám đốc;
- Các khoa, phòng, trung tâm;
- Lưu: VT, QLCL.

GIÁM ĐỐC

Thân Trọng Hưng

Phụ lục I

**KẾT QUẢ ĐÁNH GIÁ 83 TIÊU CHÍ 6 THÁNG ĐẦU NĂM 2024 VÀ DỰ
KIẾN KẾT QUẢ ĐÁNH GIÁ CUỐI NĂM 2024 THEO BỘ TIÊU CHÍ CHẤT
LƯỢNG BỆNH VIỆN VIỆT NAM**

Mã số	Chỉ tiêu	KQ 6 tháng/ 2024	Dự kiến 2024	Khoa/ phòng phụ trách
A	PHẦN A. HƯỚNG ĐẾN NGƯỜI BỆNH (19)			
A1	A1. Chỉ dẫn, đón tiếp, hướng dẫn, cấp cứu người bệnh (6)			
A1.1	Người bệnh được chỉ dẫn rõ ràng, đón tiếp và hướng dẫn cụ thể	4	4	HCQT
A1.2	Người bệnh được chờ đợi trong phòng đầy đủ tiện nghi và được vận chuyển phù hợp với tình trạng bệnh tật	3	3	HCQT
A1.3	Bệnh viện tiến hành cải tiến quy trình khám bệnh, đáp ứng sự hài lòng người bệnh	4	4	KKB
A1.4	Bệnh viện bảo đảm các điều kiện cấp cứu người bệnh kịp thời	4	4	KHTH
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	3	3	KKB
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	KKB
A2	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	3	3	HCQT
A2.2	Người bệnh được sử dụng buồng vệ sinh sạch sẽ và đầy đủ các phương tiện	3	4	HCQT
A2.3	Người bệnh được cung cấp vật dụng cá nhân đầy đủ, sạch sẽ, chất lượng tốt	4	5	HCQT
A2.4	Người bệnh được hưởng các tiện nghi bảo đảm sức khỏe, nâng cao thể trạng và tâm lý	4	4	HCQT
A2.5	Người khuyết tật được tiếp cận với các khoa/phòng, phương tiện và dịch vụ khám, chữa bệnh trong bệnh viện	4	5	HCQT
A3	A3. Môi trường chăm sóc người bệnh (2)			
A3.1	Người bệnh được điều trị trong môi trường, cảnh quan xanh, sạch, đẹp	5	5	HCQT
A3.2	Người bệnh được khám và điều trị trong khoa/phòng gọn gàng, ngăn nắp	4	5	HCQT
A4	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	5	KHTH
A4.2	Người bệnh được tôn trọng quyền riêng tư cá nhân	4	4	KHTH

A4.3	Người bệnh được nộp viện phí thuận tiện, công khai, minh bạch, chính xác	4	4	TCKT
A4.4	Người bệnh được hưởng lợi từ chủ trương xã hội hóa y tế	4	4	TCKT
A4.5	Người bệnh có ý kiến phản nàn, thắc mắc hoặc khen ngợi được bệnh viện tiếp nhận, phản hồi, giải quyết kịp thời	5	5	CTXH
A4.6	Bệnh viện thực hiện khảo sát, đánh giá sự hài lòng người bệnh và tiến hành các biện pháp can thiệp	5	5	QLCL
B	PHẦN B. PHÁT TRIỂN NGUỒN NHÂN LỰC BỆNH VIỆN (14)			
B1	B1. Số lượng và cơ cấu nhân lực bệnh viện (3)			
B1.1	Xây dựng kế hoạch phát triển nhân lực bệnh viện	4	4	TCCB
B1.2	Bảo đảm và duy trì ổn định số lượng nhân lực bệnh viện	4	4	TCCB
B1.3	Bảo đảm cơ cấu chức danh nghề nghiệp của nhân lực bệnh viện	3	3	TCCB
B2	B2. Chất lượng nguồn nhân lực (3)			
B2.1	Nhân viên y tế được đào tạo và phát triển kỹ năng nghề nghiệp	4	4	TCCB
B2.2	Nhân viên y tế được nâng cao kỹ năng ứng xử, giao tiếp, y đức	4	4	CTXH
B2.3	Bệnh viện duy trì và phát triển bền vững chất lượng nguồn nhân lực	4	4	TCCB
B3	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	4	4	TCCB
B3.2	Bảo đảm điều kiện làm việc, vệ sinh lao động và nâng cao trình độ chuyên môn cho nhân viên y tế	4	4	TCCB
B3.3	Sức khỏe, đời sống tinh thần của nhân viên y tế được quan tâm và cải thiện	3	3	TCCB
B3.4	Tạo dựng môi trường làm việc tích cực cho nhân viên y tế	4	4	TCCB
B4	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	4	TCCB
B4.2	Triển khai văn bản của các cấp quản lý	3	5	HCQT
B4.3	Bảo đảm chất lượng nguồn nhân lực quản lý bệnh viện	4	4	TCCB
B4.4	Bồi dưỡng, phát triển đội ngũ lãnh đạo và quản lý kế cận	5	5	TCCB
C	PHẦN C. HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN (35)			
C1	C1. An ninh, trật tự và an toàn cháy nổ (2)			
C1.1	Bảo đảm an ninh, trật tự bệnh viện	4	4	HCQT
C1.2	Bảo đảm an toàn điện và phòng chống cháy nổ	4	4	HCQT
C2	C2. Quản lý hồ sơ bệnh án (2)			
C2.1	Hồ sơ bệnh án được lập đầy đủ, chính xác, khoa học	4	4	KHTH
C2.2	Hồ sơ bệnh án được quản lý chặt chẽ, đầy đủ, khoa học	4	4	KHTH

C3	C3. Ứng dụng công nghệ thông tin (2) (điểm x2)			
C3.1	Quản lý tốt cơ sở dữ liệu và thông tin y tế	2	4	CNTT
C3.2	Thực hiện các giải pháp ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý và hoạt động chuyên môn	3	4	CNTT
C4	C4. Phòng ngừa và kiểm soát nhiễm khuẩn (6)			
C4.1	Thiết lập và hoàn thiện hệ thống kiểm soát nhiễm khuẩn	3	3	KSNK
C4.2	Xây dựng và hướng dẫn nhân viên y tế thực hiện các quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện	5	5	KSNK
C4.3	Triển khai chương trình và giám sát tuân thủ rửa tay	4	4	KSNK
C4.4	Đánh giá, giám sát và triển khai kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện	4	4	KSNK
C4.5	Chất thải rắn bệnh viện được quản lý chặt chẽ, xử lý an toàn và tuân thủ theo đúng quy định	4	4	KSNK
C4.6	Chất thải lỏng bệnh viện được quản lý chặt chẽ, xử lý an toàn và tuân thủ theo đúng quy định	4	4	KSNK
C5	C5. Năng lực thực hiện kỹ thuật chuyên môn (5) (điểm x2)			
C5.1	Thực hiện danh mục kỹ thuật theo phân tuyến kỹ thuật	3	3	KHTH
C5.2	Nghiên cứu và triển khai áp dụng các kỹ thuật mới, phương pháp mới	4	4	KHTH
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	4	KHTH
C5.4	Xây dựng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị	4	4	KHTH
C5.5	Áp dụng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đã ban hành và giám sát việc thực hiện	3	3	KHTH
C6	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	4	4	Điều dưỡng
C6.2	Người bệnh được điều dưỡng hướng dẫn, tư vấn điều trị và chăm sóc, giáo dục sức khỏe phù hợp với bệnh đang được điều trị	5	5	Điều dưỡng
C6.3	Người bệnh được chăm sóc vệ sinh cá nhân trong quá trình điều trị tại bệnh viện	3	3	Điều dưỡng
C7	C7. Năng lực thực hiện chăm sóc dinh dưỡng và tiết chế (5)			
C7.1	Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức để thực hiện công tác dinh dưỡng và tiết chế trong bệnh viện	3	3	Dinh dưỡng TC
C7.2	Bệnh viện bảo đảm cơ sở vật chất để thực hiện công tác dinh dưỡng và tiết chế trong bệnh viện	3	4	Dinh dưỡng TC
C7.3	Người bệnh được đánh giá, theo dõi tình trạng dinh dưỡng trong thời gian nằm viện	3	4	Dinh dưỡng TC
C7.4	Người bệnh được hướng dẫn, tư vấn chế độ ăn phù hợp với bệnh lý	4	4	Dinh dưỡng TC
C7.5	Người bệnh được cung cấp chế độ dinh dưỡng phù hợp với	2	3	Dinh dưỡng

	bệnh lý trong thời gian nằm viện			TC
C8	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	4	4	Xét nghiệm
C8.2	Bảo đảm chất lượng các xét nghiệm	3	3	Xét nghiệm
C9	C9. Quản lý cung ứng và sử dụng thuốc (6)			
C9.1	Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức hoạt động dược	4	4	Dược
C9.2	Bảo đảm cơ sở vật chất khoa Dược	4	4	Dược
C9.3	Cung ứng thuốc và vật tư y tế tiêu hao đầy đủ, kịp thời, bảo đảm chất lượng	4	4	Dược
C9.4	Sử dụng thuốc an toàn, hợp lý	3	4	Dược
C9.5	Thông tin thuốc, theo dõi báo cáo phản ứng có hại của thuốc (ADR) kịp thời, đầy đủ và có chất lượng	4	4	Dược
C9.6	Hội đồng thuốc và điều trị được thiết lập và hoạt động hiệu quả	4	5	Dược
C10	C10. Nghiên cứu khoa học (2)			
C10.1	Tích cực triển khai hoạt động nghiên cứu khoa học	4	4	CĐT
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	4	4	CĐT
D	PHẦN D. HOẠT ĐỘNG CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG (11)			
D1	D1. Thiết lập hệ thống và cải tiến chất lượng (3)			
D1.1	Thiết lập hệ thống quản lý chất lượng bệnh viện	3	4	QLCL
D1.2	Xây dựng và triển khai kế hoạch, đề án cải tiến chất lượng bệnh viện	4	5	QLCL
D1.3	Xây dựng văn hóa chất lượng	4	4	QLCL
D2	D2. Phòng ngừa các sự cố khắc phục (5)			
D2.1	Phòng ngừa nguy cơ, diễn biến bất thường xảy ra với người bệnh	2	3	QLCL
D2.2	Xây dựng hệ thống báo cáo, phân tích sự cố y khoa và tiến hành các giải pháp khắc phục	4	4	QLCL
D2.3	Thực hiện các biện pháp phòng ngừa để giảm thiểu các sự cố y khoa	3	4	QLCL
D2.4	Bảo đảm xác định chính xác người bệnh khi cung cấp dịch vụ	3	3	Điều dưỡng
D2.5	Phòng ngừa nguy cơ người bệnh bị trượt ngã	2	2	QLCL
D3	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	4	4	QLCL
D3.2	Đo lường và giám sát cải tiến chất lượng bệnh viện	4	4	QLCL
D3.3	Hợp tác với cơ quan quản lý trong việc xây dựng công cụ,	4	4	QLCL

	triển khai, báo cáo hoạt động quản lý chất lượng bệnh viện			
E	PHẦN E. TIÊU CHÍ ĐẶC THÙ CHUYÊN KHOA			
E1	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	3	4	Phụ sản
E1.2	Bệnh viện thực hiện tốt hoạt động truyền thông sức khỏe sinh sản trước sinh, trong khi sinh và sau sinh	5	5	Phụ sản
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	5	5	Phụ sản
E2.1	Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức chăm sóc nhi khoa	2	4	Nhi

Phụ lục II

BẢNG ĐÁNH GIÁ CÁC TIÊU CHÍ CHƯA ĐẠT, LÝ DO CHƯA ĐẠT VÀ CÁC BIỆN PHÁP ƯU TIÊN CẦN CẢI TIẾN

STT	Tiểu mục chưa đạt	Lý do chưa đạt	Nội dung cần cải tiến	Thực hiện		Thời gian	Đạt mức hiện tại	Đăng ký 2024
				Chủ trì	Phối hợp			
1.	A1.3. Cải tiến quy trình khám bệnh, đáp ứng sự hài lòng người bệnh						3	4
	12. Có tiến hành đánh giá định kỳ (ít nhất 6 tháng 1 lần) thời gian chờ đợi của NB và phát hiện vấn đề cần cải tiến	Chưa có báo cáo 6 tháng	Bổ sung báo cáo 6 tháng đầu năm	KKB	QLCL	T7, 12/2024		
2	A1.4. Bệnh viện bảo đảm xác định các điều kiện cấp cứu kịp thời						3	4
	20. Có tiến hành đánh giá hoạt động cấp cứu người bệnh theo định kỳ (do bệnh viện tự quy định theo quý, năm) như xác định các vấn đề tồn tại, ưu, nhược điểm trong cấp cứu người bệnh	Chưa có báo cáo đánh giá	Bổ sung báo cáo đánh giá 6 tháng đầu năm	KHTH		T7, 12/2024		
3	A2.1. Người bệnh điều trị nội trú được nằm một người một giường						2	
	11. Người bệnh được quan tâm bố trí giường tại các khu vực nam và nữ riêng nếu trong cùng buồng bệnh hoặc trong các buồng bệnh nam và nữ riêng biệt.	Một số khoa chưa bố trí các khu vực nam nữ riêng biệt trong cùng một buồng bệnh	Bố trí các khu vực nam nữ riêng biệt trong cùng một buồng bệnh	Khoa LS	Điều dưỡng	Từ tháng 8/2024		
4	A2.2. Người bệnh được sử dụng buồng vệ sinh sạch sẽ và đầy đủ các phương tiện						3	4
	13. Buồng vệ sinh sẵn có giấy vệ sinh và móc treo quần áo sử dụng được	Chưa có giấy vệ sinh	Bổ sung giấy vệ sinh	HCQT	Khoa lâm sàng, CLS	8/2024		
5	A2.3. Người bệnh được cung cấp vật dụng cá nhân đầy đủ, sạch sẽ, chất lượng tốt						4	5

	16. Người bệnh được cung cấp các loại quần áo, áo choàng, váy choàng.. có thiết kế riêng, đảm bảo thuận tiện, kín đáo cho người bệnh mặc và cởi khi làm các công việc như nội soi, chiếu chụp, phẫu thuật thủ thuật..	Còn có khoa chưa đáp ứng (Ngoại Thận TNNH)	Bổ sung quần áo. có thiết kế riêng cho NB	HCQT	Ngoại Thận TNNH, Phụ Sản, TDCN	Quý III/2024		
	A2.5. Người khuyết tật được tiếp cận với các khoa/phòng, phương tiện và dịch vụ khám, chữa bệnh trong bệnh viện						4	5
6	8. Nhà vệ sinh của toàn bộ các khoa lâm sàng 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...).	Tầng 1 nhà C, Khoa YHCT chưa có buồng vệ sinh dành cho người tàn tật	Bổ sung buồng vệ sinh dành cho người tàn tật tại khoa CĐHA và YHCT	HCQT	CĐHA và YHCT	12/2024		
	10. Có nhân viên phiên dịch cho người bệnh khiếm thính hoặc có phương án hợp tác, ký hợp đồng với người phiên dịch trong trường hợp có người bệnh khiếm thính đến khám, chữa bệnh	Chưa có phương án hợp tác, ký hợp đồng với người phiên dịch	Ký hợp đồng với người phiên dịch	HCQT	CTXH	11/2024		
	A3.2. Người bệnh được khám và điều trị trong khoa/phòng gọn gàng, ngăn nắp						4	5
7	16. Có báo cáo đánh giá việc áp dụng phương pháp 5S.	Chưa có báo cáo 5S năm 2024	Bổ sung báo cáo 5S vào cuối năm 2024	QLCL	Các đơn vị	11/2024		
	17. Sử dụng kết quả đánh giá để tiếp tục cải tiến chất lượng, gọn gàng, ngăn nắp.		Tiếp tục CTCL, gọn gàng, ngăn nắp.					
	A4.1. Người bệnh được cung cấp thông tin và tham gia vào quá trình điều trị						4	5
8	19.Có nghiên cứu đánh giá hiệu quả áp dụng “Phiếu tóm tắt thông tin điều trị”.	Chưa có nghiên cứu	Có báo cáo đánh giá và áp	KHTH	Các đơn vị lâm	11/2024		

	20. Áp dụng kết quả nghiên cứu vào việc cải tiến chất lượng điều trị.	đánh giá	dụng vào việc CTCL		sàng			
	A4.2. Người bệnh được tôn trọng quyền riêng tư						3	4
9	13. Buồng bệnh chia hai khu vực riêng biệt cho người bệnh nam và nữ trên 13 tuổi, có vách ngăn, rèm che di động hoặc cố định ở giữa hai khu nam và nữ.	Một số khoa chưa bố trí các khu vực nam nữ trên 13 tuổi riêng biệt trong cùng một buồng bệnh	Bố trí các khu vực nam nữ trên 13 tuổi riêng biệt trong cùng một buồng bệnh	Khoa LS	Điều dưỡng	Từ tháng 8/2024		
	B4.1. Xây dựng kế hoạch, quy hoạch, chiến lược phát triển bệnh viện và công bố công khai						3	4
	9. Tiến hành đo lường các chỉ số trong bản kế hoạch phát triển 10. Có bản danh mục kết quả thực hiện các chỉ số trong bản kế hoạch theo năm	Chưa có bản danh mục kết quả thực hiện các chỉ số theo năm	Xây dựng danh mục kết quả thực hiện các chỉ số theo năm	TCCB		11/2024		
10	11. Đã triển khai đầy đủ các nội dung trong kế hoạch ngắn hạn và dài hạn 12. Có sơ kết, đánh giá việc triển khai, thực hiện kế hoạch phát triển 13. Có xác định những nội dung chưa thực hiện được theo đúng kế hoạch và xây dựng giải pháp khắc phục.	Chưa xác định những nội dung chưa thực hiện được theo đúng kế hoạch và xây dựng giải pháp khắc phục.	Xác định những nội dung chưa thực hiện được theo đúng kế hoạch và xây dựng giải pháp khắc phục	TCCB		11/2024		
	14. Có xác định những nội dung không khả thi và đề xuất điều chỉnh kế hoạch	Chưa xác định những nội dung không khả thi và đề xuất điều chỉnh	Chưa xác định những nội dung không khả thi và đề xuất điều chỉnh	TCCB		11/2024		

		kế hoạch	chính KH.					
	B4.2. Triển khai thực hiện văn bản chỉ đạo dành cho bệnh viện						3	5
11	12. Đã tiến hành rà soát định kỳ tiến độ triển khai văn bản chỉ đạo	Chưa rà soát Nghị định 96 và Thông tư 32 và chưa áp dụng để CTCL	Bổ sung báo cáo đánh giá việc thực hiện Nghị định 96 và Thông tư 32, từ đó đưa ra các biện pháp CTCL	TCCB	Các khoa, phòng, trung tâm	11/2024		
	15. Tiến hành rà soát việc phổ biến và triển khai thực hiện văn bản chỉ đạo							
	16. Áp dụng kế hoạch đánh giá để cải tiến chất lượng việc triển khai văn bản chỉ đạo hoặc đề xuất sửa đổi bất cập của văn bản với cơ quan quản lý							
	C3.1. Quản lý tốt cơ sở dữ liệu và thông tin y tế						2	4
12	5. Báo cáo cho các Sở Y tế đầy đủ các số liệu theo quy định.	Chưa báo cáo kết quả thực hiện thông tư 54	Báo cáo KQ thực hiện Bộ tiêu chí ứng dụng CNTT	CNTT		12/2024		
	C3.2. Thực hiện các giải pháp ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý và hoạt động chuyên môn						3	4
13	10. Bệnh viện có các phân hệ phần mềm sau: f. Quản lý nhân sự; g. Quản lý hạ tầng kỹ thuật và trang thiết bị bệnh viện; h. Quản lý Đào tạo, Chỉ đạo tuyến, Nghiên cứu khoa học.	Chưa có các phân hệ	Bổ sung các phân hệ	CNTT		11/2024		
	15. Tiến hành rà soát theo định kỳ (hoặc nghiên cứu, đánh giá) về phần mềm và việc ứng dụng CNTT, có phát hiện các lỗi, vướng mắc cần khắc phục.	Chưa rà soát định kỳ	Báo cáo về phần mềm và việc ứng dụng CNTT, có phát hiện các lỗi, vướng mắc cần	CNTT		Từ tháng 8/2024		

			khắc phục.					
	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	4
14	14.Có bản báo cáo giám sát việc tuân thủ các quy trình kỹ thuật dựa trên các bảng kiểm, trong đó có tỷ lệ tuân thủ của các khoa lâm sàng.	Chưa có báo cáo giám sát	Xây dựng báo cáo giám sát 10 quy trình thường quy	KHTH ĐD	Các đơn vị lâm sàng	11/2024		
	C7.2. Bảo đảm cơ sở vật chất thực hiện công tác dinh dưỡng và tiết chế						3	4
15	20. Bếp ăn có đủ nhân viên phục vụ có khả năng cung cấp các suất ăn cho trên 70% người bệnh	CSV, TTB, nhân lực chưa đáp ứng.	Đề xuất bổ sung nguồn lực: cơ sở vc, nhân lực, thiết bị...	Dinh dưỡng	TCCB, HCQT	11/2024		
	C7.3. Người bệnh được đánh giá, theo dõi tình trạng dinh dưỡng trong thời gian nằm viện						3	4
16	7. Người bệnh có nguy cơ hoặc bị suy dinh dưỡng, mắc các bệnh lý có liên quan đến dinh dưỡng khi nhập viện được lập kế hoạch theo dõi, đánh giá tình trạng dinh dưỡng. 8. Người bệnh được can thiệp dinh dưỡng dựa trên kết quả đánh giá tình trạng dinh dưỡng. 9. Người bệnh suy dinh dưỡng nặng được hội chẩn với khoa dinh dưỡng-tiết chế, đánh giá tình trạng dinh dưỡng, lập kế hoạch và can thiệp dinh dưỡng	Một số khoa có người bệnh có nguy cơ hoặc bị suy dinh dưỡng, mắc các bệnh lý có liên quan đến dinh dưỡng chưa được hội chẩn về dinh dưỡng	Người bệnh có nguy cơ hoặc bị suy dinh dưỡng, mắc các bệnh lý có liên quan đến dinh dưỡng ở tất cả các khoa lâm sàng được hội chẩn, lập kế hoạch và can thiệp dinh dưỡng	Dinh dưỡng	Các đơn vị lâm sàng	11/2024		
	C7.5. Người bệnh được cung cấp chế độ dinh dưỡng phù hợp với bệnh lý trong thời gian nằm viện						2	3
17	4. Khoa dinh dưỡng-tiết chế xây dựng các khẩu phần ăn bệnh lý khác nhau	Chưa xây dựng khẩu phần ăn	Xây dựng khẩu phần ăn bệnh	Dinh dưỡng	Nội Thân TNLM	8/2024		

	cho từng đối tượng người bệnh (tối thiểu cho các bệnh đái tháo đường, tăng huyết áp, suy thận...).	bệnh lý cho NB suy thận.	lý cho NB suy thận.					
18	C9.4. Sử dụng thuốc an toàn, hợp lý						3	4
	18. Tiến hành khảo sát, đánh giá (nghiên cứu) việc sử dụng thuốc, an toàn hợp lý.	Chưa có báo cáo/đề tài nghiên cứu	Báo cáo/đề tài nghiên cứu	Dược		11/2024		
19	C9.6. Hội đồng thuốc và điều trị được thiết lập và hoạt động hiệu quả						4	5
	13. Sử dụng kết quả phân tích, đánh giá sử dụng thuốc ABC/VEN cho việc cải tiến chất lượng xây dựng danh mục thuốc bệnh viện, quản lý và cung ứng thuốc.	Chưa phân tích, đánh giá sử dụng thuốc ABC/VEN	Phân tích, đánh giá sử dụng thuốc ABC/VEN và có công văn/khuyến cáo.	Dược	Hội đồng thuốc và điều trị	11/2024		
	14. Hội đồng có tiến hành nghiên cứu đánh giá chi phí - hiệu quả điều trị của người bệnh, có báo cáo kết quả đánh giá.	Chưa tiến hành nghiên cứu đánh giá chi phí - hiệu quả điều trị của người bệnh	Có báo cáo/đề tài	Dược	Hội đồng thuốc và điều trị	11/2024		
20	D1.1. Thiết lập hệ thống quản lý chất lượng bệnh viện						3	4
	17. Có ít nhất 20% nhân viên mạng lưới quản lý chất lượng tham gia các lớp đào tạo về quản lý chất lượng và có chứng chỉ (hoặc chứng nhận).	Chưa có chứng chỉ	Phối hợp BV ĐHYHN hoàn thiện khóa đào tạo	QLCL	TCKT	9/2024		
21	D1.2. Xây dựng và triển khai kế hoạch, đề án cải tiến chất lượng bệnh viện						4	5
	18. Đánh giá, phân loại thi đua, khen thưởng các khoa/phòng dựa trên việc	Việc hoàn thành các đề	Bổ sung việc hoàn thành các	QLCL	TCCB	10/2024		

	hoàn thành các đề án cải tiến chất lượng riêng của từng khoa/phòng.	án CTCL gắn với công tác TĐKT.	đề án CTCL vào hướng dẫn đánh giá phân loại TĐKT.						
	19. Xác định nguyên nhân và giải pháp khắc phục các đề án cải tiến chất lượng chưa hoàn thành và xây dựng phương án, triển khai thực hiện đầy đủ các đề án cải tiến chất lượng đã xây dựng.	Chưa có báo cáo đánh giá.	Xây dựng báo cáo đánh giá.	QLCL		11/2024			
	D1.3. Xây dựng văn hóa chất lượng bệnh viện								
	10. Xây dựng bộ nhận diện thương hiệu và quy định sử dụng bộ nhận diện thương hiệu	Quy định sử dụng bộ nhận diện thương hiệu chưa phù hợp	Điều chỉnh bổ sung quy định	QLCL		8/2024			
22	11. Áp dụng bộ nhận diện thương hiệu trên toàn bộ các hoạt động chính thức của bệnh viện	Chưa thống nhất Bộ NDTH cho các hoạt động	Thay đổi bộ NDTH trong toàn bộ các hoạt động chính thức	QLCL	HCQT	12/2024			
	12. Công bố bộ nhận diện thương hiệu và sử dụng thống nhất trên phạm vi toàn bệnh viện	Chưa sử dụng thống nhất Bộ NDTH trên phạm vi toàn bệnh viện	Sử dụng thống nhất trên phạm vi toàn bệnh viện	QLCL	Các đơn vị	Từ t8/2024			
	D2.1. Phòng ngừa các nguy cơ, diễn biến bất thường xảy ra với người bệnh							2	3
23	4. Giường chuyên dùng cho hồi sức cấp cứu có hệ thống báo gọi.	Hệ thống báo gọi của một số giường chuyên	Sửa chữa hoặc mua mới hệ thống báo gọi.	VT-TBYT	HSTC-CD	11/2024			

		dùng của HSCC bị hỏng.						
	5. Có hệ thống chuông hoặc đèn báo đầu giường tại toàn bộ các giường bệnh cấp cứu và các giường có người bệnh chăm sóc cấp I.	Một số giường bệnh cấp cứu và các giường có người bệnh chăm sóc cấp I chưa có hệ thống chuông hoặc đèn báo đầu giường	Sửa chữa bổ sung hệ thống chuông, đèn báo đầu giường	HCQT	KLS	11/2024		
	D2.5. Phòng ngừa nguy cơ người bệnh bị trượt ngã						2	3
24	9. Chiều cao của lan can và chân song cửa sổ được thiết kế đủ cao, bảo đảm từ 1m40 trở lên để không có người bị ngã xuống do vô ý (chấp nhận các khối nhà cũ xây trước 2016 có lan can cao từ 1m35 trở lên).	Chiều cao lan can không đạt 1,40m	Nâng chiều cao lan can đạt $\geq 1m40$.	HCQT		II/2025		
	10. Lan can và chân song cửa sổ được thiết kế đủ hẹp không có lỗ hổng lọt lọt quả cầu đường kính từ 10 cm trở lên để phòng chống trẻ em chui lọt qua.							
	E1.1. Thiết lập hệ thống tổ chức chăm sóc sản khoa và sơ sinh						3	4
25	11. Có đơn nguyên/khoa sơ sinh riêng biệt trong bệnh viện, đầy đủ nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị theo quy định của Bộ Y tế.	Đơn nguyên sơ sinh chưa đáp ứng theo quy định.	Bổ sung các nguồn lực theo quy định	Khoa Nhi	VT-TBYT, Dược	11/2024		
	E2.1. Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức chăm sóc nhi khoa						2	4
26	9. Có đơn nguyên sơ sinh đầy đủ nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị và	Đơn nguyên sơ sinh chưa đáp	Bổ sung các nguồn lực theo	Khoa Nhi	VT-TBYT,	Tháng 11/2024		

	năng lực chuyên môn theo quy định của Bộ Y tế với từng tuyến.	ứng theo quy định.	quy định		Được			
--	---	--------------------	----------	--	------	--	--	--

Phụ lục III

KẾT QUẢ THỰC HIỆN CHỈ SỐ CHẤT LƯỢNG 6 THÁNG ĐẦU NĂM NĂM 2024

TT	Khoa/Phòng/ Trung tâm	Chỉ số	Đơn vị tính	Mục tiêu	Kết quả 6 tháng	Kết luận
1	Phòng Tổ chức cán bộ	Tỷ lệ nhân viên y tế khám sức khỏe định kỳ năm 2024	%	≥ 95%	Chưa triển khai	Chưa đạt
2	Phòng Kế hoạch tổng hợp	Tỷ lệ tuân thủ thực hiện hướng dẫn chẩn đoán viêm phúc mạc ruột thừa tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang	%	≥ 95%	50%	Chưa đạt
3	Phòng Quản lý chất lượng bệnh viện	Phê duyệt và áp dụng quy trình, quy định, hướng dẫn... theo TCVN ISO 9001:2015 năm 2024	Số văn bản	≥ 10	Chưa phê duyệt	Chưa đạt
4	Phòng Công tác xã hội	Tỷ lệ thăm hỏi người bệnh sau ra viện qua tổng đài CSKH	%	≥ 70%	70%	Đạt
5	Phòng Điều dưỡng	Tỷ lệ Điều dưỡng, KTY, Hộ sinh được đào tạo liên tục 24 tiết/ năm	%	95%	60%	Chưa đạt
6	Phòng Tài chính kế toán	Thời gian thanh toán cho NB ngoại trú	phút	≤ 5 phút	4 phút	Đạt
7	Phòng Vật tư - Thiết bị y tế	Tỷ lệ bảo dưỡng, bảo trì trang thiết bị tại các khoa, phòng trung tâm Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang theo quy định	%	100%	Chưa có thống kê	Chưa đạt
8	Phòng Công nghệ thông tin	Mức điểm tiêu chí chất lượng bệnh viện C3.2 của phòng Công nghệ thông tin phụ trách	Mức	Mức 4	Mức 3	Chưa đạt
9	Phòng Hành chính quản trị	Tỷ lệ có hệ thống báo gọi giường chuyên dùng cho hồi sức cấp cứu; có hệ thống chuông hoặc đèn báo đầu giường tại toàn bộ các giường bệnh cấp cứu và các giường có người bệnh chăm sóc cấp I	%	100%	Đã tiến hành khảo sát số lượng chuông. Chờ duyệt LĐ	Chưa đạt
10	Phòng Chi đạo tuyến	Số đề tài thực hiện tại Bệnh viện được đăng tải trên các	Bài báo	03 bài báo trong	02 bài báo trong	Chưa đạt

		tạp chí khoa học trong nước và quốc tế		nước, 01 bài báo quốc tế	nước, 01 bài báo quốc tế	
11	Khoa Cấp cứu	Tỷ lệ người bệnh đột quỵ não cấp đến trong giờ vàng được đánh giá theo thang điểm Nihss	%	100%	100%	Đạt
12	Khoa Khám bệnh	Thời gian khám lâm sàng đơn thuần của người bệnh tại khoa Khám bệnh - BVĐK tỉnh Bắc Giang	phút	< 53	56 phút	Chưa đạt
13	Khoa Khám chữa bệnh theo yêu cầu	Tỷ lệ sử dụng KSDP trong phẫu thuật sạch, sạch – nhiễm	%	≥38%	39%	Đạt
14	Khoa Nội Tim mạch	Tỷ lệ người bệnh điều trị nội trú được đánh giá nguy cơ té ngã	%	100%	90%	Chưa đạt
15	Khoa Nội Thần kinh Cơ- Xương- Khớp	Tỷ lệ người bệnh điều trị nội trú được đánh giá nguy cơ té ngã	%	100%	100%	Đạt
16	Khoa Nội Tiêu hóa	Tỷ lệ hài lòng người bệnh nội trú tại khoa	%	>90%	89.5%	Chưa đạt
17	Khoa Hô hấp	Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ đúng quy trình kỹ thuật lấy đờm làm xét nghiệm	%	≥ 90%	85%	Chưa đạt
18	Nội tổng hợp	Tỷ lệ Điều dưỡng phân loại chất thải y tế đúng quy định	%	≥ 90%	Chưa tự giám sát bằng bảng kiểm	Chưa đạt
19	Khoa Nội Thận - Tiết niệu – Lọc máu	Tỷ lệ bệnh nhân thận nhân tạo đạt chỉ số KT/V>1.4	%	70%	71.8%	Đạt
20	Khoa Nội A	Tỷ lệ người bệnh điều trị nội trú được đánh giá nguy cơ hít sặc	%	100%	100%	Đạt
21	Khoa Nhi	Tỷ lệ buồng vệ sinh đạt mức 4 tiêu chí A2.2 của Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện	%	90%	Chưa tự giám sát bằng	Chưa đạt

		Việt Nam tại khoa Nhi.			bảng kiểm	
22	Trung tâm bệnh nhiệt đới	Tỷ lệ Điều dưỡng phân loại chất thải y tế đúng quy định	%	$\geq 95\%$	Chưa tự giám sát bằng bảng kiểm	Chưa đạt
23	Khoa Lão học	Tỷ lệ người bệnh điều trị nội trú được đánh giá nguy cơ loét tỳ đè	%	100%	Chưa tự giám sát bằng bảng kiểm	Chưa đạt
24	Khoa Hồi sức tích cực - Chống độc	Tỷ lệ nhiễm khuẩn catheter tĩnh mạch trung tâm	%	$< 20\%$	Chưa có số liệu thống kê	Chưa đạt
25	Khoa Ngoại Thần kinh	Tỷ lệ tuân thủ đúng quy trình kỹ thuật thay băng vết thương sạch của Điều dưỡng khoa Ngoại thần kinh	%	85%	85%	Đạt
26	Khoa Ngoại Chấn thương	Tỷ lệ sử dụng kháng sinh dự phòng trong các loại phẫu thuật sạch, sạch nhiễm tại khoa Ngoại Chấn thương	%	$\geq 10\%$	12.6%	Đạt
27	Khoa Ngoại Lồng ngực - Chỉnh hình – Bông	Tỷ lệ sử dụng kháng sinh dự phòng trong các loại phẫu thuật sạch, sạch nhiễm tại khoa Ngoại Lồng ngực - Chỉnh hình – Bông	%	$\geq 15\%$	29.6%	Đạt
28	Khoa Ngoại Tiêu hóa	Tỷ lệ viêm tĩnh mạch sau đặt kim lòn tĩnh mạch ngoại vi	%	$\leq 30\%$	29.8%	Đạt
29	Khoa Ngoại Thận - Tiết niệu- Nam học	Tỷ lệ tầm soát khuẩn của bệnh nhân phẫu thuật kế hoạch tại khoa Ngoại thận, BVĐK tỉnh Bắc Giang	%	100%	100%	Đạt
30	Khoa Ngoại Tổng hợp	Tỷ lệ bệnh nhân được băng vết mổ bằng gạc vô khuẩn liên tục từ 24-48 giờ sau mổ; chỉ thay băng khi băng thấm máu/dịch, băng bị nhiễm bẩn hoặc khi mở kiểm tra vết mổ	%	$\geq 90\%$	93%	Đạt

31	Khoa Phẫu thuật - Gây mê hồi sức	Tỷ lệ tuân thủ bảng kiểm an toàn phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật- Gây mê hồi sức	%	$\geq 98\%$	Chưa có số liệu thống kê	Chưa đạt
32	Khoa Phụ sản	Tỷ lệ sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật sạch - sạch nhiễm của các bệnh phụ khoa tại khoa Phụ sản-BVĐK tỉnh Bắc Giang	%	90%	94.2%	Đạt
33	Khoa Da liễu	Tỷ lệ NVYT tuân thủ quy trình kỹ thuật điều trị sùi mào gà bằng Laser CO2	%	$\geq 90\%$	100%	Đạt
34	Khoa Mắt	Tỷ lệ người bệnh đạt kết quả nhãn áp tốt sau phẫu thuật cắt bè cứng giác mạc trên người bệnh Glacom cấp 1 tuần	%	$\geq 90\%$	96%	Đạt
35	Khoa Răng – Hàm - Mặt	Tỷ lệ NVYT bị tổn thương do vật sắc nhọn	%	$< 34\%$	0%	Đạt
36	Khoa Tai – Mũi -Họng	Tỷ lệ điều dưỡng tuân thủ 5 đúng khi sử dụng thuốc.	%	90%	100%	Đạt
37	Khoa Vật lý trị liệu - Phục hồi chức năng	Tỷ lệ hài lòng NB điều trị nội trú tại khoa VLTL- PHCN	%	95%	91.6%	Chưa đạt
38	Khoa Y học cổ truyền	Tỷ lệ hài lòng của người bệnh điều trị nội trú đối với nhà vệ sinh, nhà tắm thuận tiện, sạch sẽ, sử dụng tốt tại khoa YHCT	%	$\geq 80\%$	65%	Chưa đạt
39	Khoa Huyết học - Truyền máu	Kết quả xét nghiệm khoa cấp cứu trả đúng thời gian	%	$\geq 91\%$	94.08%	Đạt
40	Khoa Hóa sinh	Tỷ lệ kết quả ngoại kiểm miễn dịch được đánh giá đạt	%	$\geq 95\%$	100%	Đạt
41	Khoa Vi sinh	Tỷ lệ từ chối mẫu đờm khạc tại khoa Vi sinh	%	$< 10\%$	5.7%	Đạt
42	Khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn	Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ	%	$\leq 3,25\%$	0,9%	Đạt
		Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế	%	$\geq 90\%$	91,62%	Đạt

		Tỷ lệ thu gom chất thải rắn thông thường phục vụ mục đích tái chế	%	≥50%	56%	Đạt
		Tỷ suất nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan đến đặt thông tiểu tại khoa HSTCCĐ	‰	≤3,0/1000 ngày thông tiểu	1,68/1000 ngày thông tiểu	Đạt
43	Khoa Dinh dưỡng	Tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐ của đơn vị điều trị ngoại trú ĐTĐ được khám, tư vấn về dinh dưỡng .	%	≥ 60%	Chưa triển khai	Chưa đạt
44	Khoa Dược	Tỷ lệ các tiêu chí của các kho thuốc tại bệnh viện đáp ứng tiêu chuẩn GSP về thực hành tốt bảo quản thuốc hàng năm	%	≥70%	90%	Đạt
45	Khoa Chẩn đoán hình ảnh	Thời gian thực hiện kỹ thuật và xuất in kết quả cho người bệnh ngoại trú chụp X.quang	Phút	≤ 20 phút	20 phút 25 giây	Chưa đạt
46	Khoa Thăm dò chức năng	Tỷ lệ điều dưỡng kỹ thuật viên khoa TDCN được cập Nhật kiến thức y khoa đầy đủ theo quy định	%	≥ 95%	0%	Chưa đạt
47	Khoa Giải phẫu bệnh	Tỉ lệ từ chối mẫu bệnh phẩm tại khoa Giải Phẫu bệnh.	%	≤ 5%	2%	Đạt