

Số: 740/BC-TTYT

Ninh Hải, ngày 16 tháng 7 năm 2024

BÁO CÁO

Kết quả tự kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện, khảo sát sự hài lòng người bệnh và nhân viên Y tế 6 tháng đầu năm 2024

Căn cứ Thông tư số 19/2013/TT-BYT ngày 12/7/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc Hướng dẫn quản lý chất lượng khám, chữa bệnh tại bệnh viện; Quyết định số 6858/QĐ-BYT ngày 17/11/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc Ban hành Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện Việt Nam;

Căn cứ Quyết định số 3869/QĐ-BYT ngày 28/08/2019 của Bộ Y tế về việc ban hành các mẫu phiếu và hướng dẫn khảo sát hài lòng người bệnh và nhân viên y tế;

Căn cứ Kế hoạch số 490/KH-TTYT ngày 20/5/2024 của Trung tâm Y tế Ninh Hải về việc Cải tiến chất lượng bệnh viện năm 2024;

Căn cứ Kế hoạch số 652/KH-TTYT ngày 26/6/2024 của Trung tâm Y tế Ninh Hải về việc kiểm tra Cải tiến chất lượng bệnh viện 6 tháng đầu năm 2024;

Trung tâm Y tế Ninh Hải xin báo cáo kết quả tự kiểm tra, đánh giá Cải tiến chất lượng bệnh viện 6 tháng đầu năm 2024, cụ thể như sau:

I. TỔNG QUAN BỆNH VIỆN

- Bệnh viện huyện Ninh Hải hạng III với quy mô 70 giường, gồm 03 phòng chức năng, 09 khoa lâm sàng và 02 khoa cận lâm sàng. Tổng số cán bộ viên chức, người lao động là 119 người, trong đó biên chế 108 người và 11 người hợp đồng theo Nghị định số 111/2022/NĐ-CP.

- Tỷ lệ phân chia theo bộ phận:

+ Lâm sàng: 66/108 (61,1%).

+ Cận lâm sàng và Dược: 19/108 (17,6%).

+ Quản lý, hành chính: 23/108 (21,3%).

- Tỷ lệ bác sĩ/điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên: 19/45 (1/2,4).

- Trình độ chuyên môn đại học và sau đại học: 72/108 người (chiếm 66,7%). trong đó Bác sĩ CKII 01; Bác sĩ CKI: 8; CKI xét nghiệm: 01; Bác sĩ: 10; Dược sĩ: 03; Cử nhân Xét nghiệm: 03; Cử nhân Điều dưỡng 24; CN Hộ sinh: 06; Cử nhân khác 16.

II. KẾT QUẢ THỰC HIỆN CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG 6 THÁNG ĐẦU NĂM 2024

1. Kết quả thực hiện Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện 6 tháng đầu năm 2024

Kết quả	Mức 1		Mức 2		Mức 3		Mức 4		Mức 5	
Thời điểm	2023	6 tháng 2024	2023	6 tháng 2024	2023	6 tháng 2024	2023	6 tháng 2024	2023	6 tháng 2024
Số lượng tiêu chí	1	1	10	7	27	28	38	41	6	5
% Tiêu chí	1.22	1.22	12.20	8.54	32.93	34.15	46.34	50.00	7.32	6.10

- Số tiêu chí áp dụng chấm điểm: 82/83;
 - Tổng số điểm của các tiêu chí áp dụng: 288;
 - Điểm trung bình chung của các tiêu chí: 3.46;
 - Tổng số điểm của các tiêu chí tăng từ 284 lên 288 điểm, điểm đạt tăng 4 điểm so với năm 2023;
 - Điểm trung bình các tiêu chí tăng từ 3.42 (năm 2023) lên 3.46 (6 tháng năm 2024), tăng 0.04 điểm so với năm 2023;
 - Điểm đánh giá chất lượng các tiêu chí chất lượng bệnh viện 6 tháng đầu năm đạt chỉ tiêu kế hoạch năm 2023 (ĐTB: 3.46). Trong đó đạt chỉ tiêu kế hoạch giảm tiêu chí mức 1 còn 1.22% và nâng tiêu chí mức 4 tăng lên 50% so với kế hoạch năm 2024.
 - Trong 6 tháng đầu năm 2024 Bệnh viện đã thực hiện các hoạt động cải tiến nâng cao chất lượng bệnh viện với tổng số nâng mức 4 tiêu chí, hạ mức 1 tiêu chí, cụ thể (trong đó: 3 tiêu chí nâng đạt kế hoạch và 1 tiêu chí nâng ngoài kế hoạch):
 - + Mức 2 → Mức 4 (01 tiêu chí): E1.2.
 - + Mức 2 → Mức 3 (02 tiêu chí): C4.1; C7.1.
 - + Mức 3 → Mức 4 (01 tiêu chí): C2.1.
 - Hạ 01 tiêu chí:
 - + Mức 5 xuống mức 4: B2.1
 - Bên cạnh đó có 1 tiêu chí chưa đạt theo Kế hoạch, cụ thể:
 - + Mức 2 → Mức 4 (01 tiêu chí): C4.6
- (Chi tiết phụ lục)

2. Kết quả khảo sát hài lòng người bệnh và nhân viên Y tế

2.1. Kết quả khảo sát hài lòng người bệnh Nội trú

STT	LOẠI THỐNG KÊ	NỘI TRÚ
1	Tổng điểm trung bình chung cho 5 nội dung (từ phần A đến phần E)	4.12
2	Tỷ lệ hài lòng chung	97.3% (4346/4464)
3	A. Khả năng tiếp cận	A: 4.1 (2551/620)
	B. Sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị	B: 4.1 (3561/868)
	C. Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh	C: 4.1 (5604/1364)
	D. Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế	D: 4.2 (3618/868)
	E. Kết quả cung cấp dịch vụ	E: 4.1 (3071/744)
4	Tỷ lệ hài lòng so với mong đợi	90.8% (11255/124)
5	Tỷ lệ người bệnh sẽ quay trở lại	100% (124/124)
6	Chỉ số hài lòng toàn diện	94.4% (117/124)
	Tổng số phiếu phân tích	124

2.2. Kết quả khảo sát hài lòng người bệnh Ngoại trú

STT	LOẠI THỐNG KÊ	NGOẠI TRÚ
1	Tổng điểm trung bình chung cho 5 nội dung (từ phần A đến phần E)	4.5
2	Tỷ lệ hài lòng chung	98.3% (7919/8060)
3	A. Khả năng tiếp cận	A: 4.4(5699/1300)
	B. Sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị	B: 4.5 (11727/2600)
	C. Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh	C: 4.5 (9409/2080)
	D. Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế	D: 4.6 (4753/1040)
	E. Kết quả cung cấp dịch vụ	E: 4.5 (4725/1040)
4	Tỷ lệ hài lòng so với mong đợi	95.9% (24945/260)
5	Tỷ lệ người bệnh sẽ quay trở lại	99.6% (259/260)
6	Chỉ số hài lòng toàn diện	81.9% (213/260)
	Tổng số phiếu phân tích	260

2.3. Kết quả khảo sát nhân viên Y tế

STT	LOẠI THỐNG KÊ	NVYT
1	Tổng điểm trung bình chung cho 5 nội dung (từ phần A đến phần E)	4.07
2	Tỷ lệ hài lòng chung	84.2% (3409/4048)
3	A. Hài lòng về môi trường làm việc	A: 4.1 (3382/828)
	B. Hài lòng về lãnh đạo trực tiếp, đồng nghiệp	B: 4.1 (3384/828)
	C. Hài lòng về quy chế nội bộ, tiền lương, phúc lợi	C: 4.03 (4453/1104)
	D. Hài lòng về công việc, cơ hội học tập và thăng tiến	D: 4.1 (2625/644)
	E. Hài lòng chung về bệnh viện	E: 4.1 (2631/644)
4	Sẽ gắn bó làm việc tại bệnh viện lâu dài	83.7% (77/92)

5	Mức độ hài lòng nói chung về lãnh đạo bệnh viện	82.6% (76/92)
6	Chỉ số hài lòng toàn diện	73.9% (68/92)
	Tổng số phiếu phân tích	92

III. TỰ ĐÁNH GIÁ VỀ CÁC ƯU ĐIỂM CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN

1. Hướng đến người bệnh

- Bố trí đầy đủ ghế ngồi chờ cho người bệnh đến khám trong ngày; các khu vực chờ khác bố trí đầy đủ ghế chờ, quạt, tivi; máy điều hòa cho người bệnh được lắp tại khoa y học cổ truyền bảo đảm nhiệt độ thích hợp cho người bệnh khi đến khám và điều trị.

- Kiểm tra, giám sát và hướng dẫn triển khai thực hiện 5S trong quy mô toàn viện. Đồng thời, khuyến khích nhân viên y tế duy trì, phát triển phương pháp 5S theo kế hoạch mà bệnh viện đã triển khai.

- Triển khai “đặt lịch hẹn khám qua điện thoại” và dán bảng thông báo tại khu vực tiếp nhận bệnh nhân của khu khám ngoại trú.

- Bệnh viện công khai đăng tải bảng giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh không thuộc phạm vi thanh toán của quỹ bảo hiểm y tế tại Trung tâm y tế huyện Ninh Hải trên trang thông tin điện tử của bệnh viện.

- Bổ sung, lắp mới hệ thống chuông báo đầu giường tại khoa Cấp cứu-hồi sức tích cực.

- Đề đổi mới phong cách thái độ nhân viên y tế hướng tới sự hài lòng người bệnh, bệnh viện tiến hành khảo sát sự hài lòng người bệnh định kỳ 6 tháng/lần. Tiến hành phân tích kết quả khảo sát nhằm đưa ra những hoạt động cải tiến kịp thời, phù hợp và có giải pháp cải tiến chất lượng, nâng cao mức độ hài lòng của người bệnh và nhân viên y tế.

- Đã cải tạo môi trường, đảm bảo người bệnh được điều trị trong môi trường cảnh quan xanh, sạch, đẹp.

2. Phát triển nguồn nhân lực

- Định kỳ đánh giá kế hoạch và kết quả thực hiện các chỉ số nhân lực và đưa ra các giải pháp kịp thời kết quả đơn vị tuyển dụng và cử đi tham gia đào tạo, bồi dưỡng.

- Tổ chức sinh hoạt khoa học định kỳ nhằm chia sẻ kinh nghiệm lâm sàng giúp nâng cao chất lượng điều trị tại bệnh viện.

- Bệnh viện có cá nhân tiêu biểu về y đức, giao tiếp, ứng xử được phương tiện truyền thông đăng tải ca ngợi, biểu dương.

3. Hoạt động chuyên môn

- Tiến hành đánh giá chất lượng HSBA dựa trên bảng kiểm đã xây dựng, đảm bảo chất lượng của HSBA từ hình thức đến nội dung.

- Cử cán bộ, viên chức tham gia đào tạo tại bệnh viện tỉnh Ninh Thuận theo đề án 1816.

- Xây dựng kế hoạch triển khai áp dụng các 2 kỹ thuật mới trong năm 2024.
- Tổ chức bình bệnh án, bình đơn thuốc và sinh hoạt khoa học hàng tháng nhằm đưa ra các bài học kinh nghiệm trong công tác chuyên môn.

- Định kỳ thực hiện kiểm tra, giám sát việc tuân thủ các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của các bệnh án có bệnh thường gặp tại Bệnh viện.

- Định kỳ thực hiện kiểm tra, giám sát việc tuân thủ quy trình kỹ thuật thông qua bảng kiểm tại một số khoa lâm sàng.

- Tiến hành theo dõi và cập nhật thông tin hàng ngày về nhân lực điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên và người bệnh để điều phối nhân lực trong phạm vi phòng quản lý để phù hợp giữa các khoa và phục vụ công tác quản lý.

- Định kỳ tổ chức các lớp học tiền sản cho đối tượng phụ nữ mang thai, người nhà người bệnh 1 tuần/lần.

- Công tác dinh dưỡng: Thành lập Tổ dinh dưỡng - Tiết chế và có nhân viên phụ trách cung cấp, phân phối suất ăn đến bệnh nhân nội trú và được hướng dẫn các kiến thức cơ bản về an toàn thực phẩm theo quy định hiện hành. Công tác tư vấn, truyền thông dinh dưỡng được thực hiện thường quy.

4. Hoạt động cải tiến

- Xây dựng kế hoạch cải tiến chất lượng Bệnh viện và triển khai thực hiện các nội dung trong kế hoạch theo thời gian đã quy định.

- Thực hiện hướng dẫn các thành viên trong Mạng lưới QLCL xây dựng đề án cải tiến chất lượng tại khoa/ phòng.

- Tổng hợp, phân tích, tìm ra nguyên nhân gốc rễ của từng sự cố y khoa để đưa ra khuyến cáo phòng ngừa.

- Giám sát và đo lường các chỉ số chất lượng của các khoa/ phòng nhằm đánh giá, theo dõi chất lượng chuyên môn, chất lượng dịch vụ.

- Thực hiện các báo cáo trực tuyến liên quan đến hoạt động cải tiến chất lượng như:

+ Gửi bằng chứng theo Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện (hàng năm).

+ Khảo sát hài lòng người bệnh (hàng quý), nhân viên y tế (6 tháng/lần).

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

1. Công tác hướng đến người bệnh

- Nhà xe bệnh viện nhỏ, phải chia thành nhiều khu, chưa áp dụng thẻ điện từ và máy tính tiền trong giữ xe máy, ô tô.

- Chưa có máy thở cho người bệnh.

- Bệnh viện chưa trang bị phần mềm máy tính tự động chọn trình tự xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng khoa học cho người bệnh.

- Bồn rửa tay trong các nhà vệ sinh chưa được trang bị vòi cảm ứng. Phòng tắm cho người bệnh chưa trang bị nước nóng và lạnh.

2. Công tác phát triển nguồn nhân lực

- Chưa có phần mềm cập nhật và theo dõi tình hình nhân viên tham gia đào tạo liên tục, đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn.

- Nhân viên y tế được cử đi đào tạo, tập huấn chưa cung cấp đầy đủ chứng chỉ, giấy xác nhận hoàn thành việc bồi dưỡng chuyên môn về phòng TCHC làm ảnh hưởng đến việc quản lý, theo dõi số liệu tỷ lệ nhân viên y tế được đào tạo của bệnh viện.

- Chưa tuyển được nhân viên chuyên trách phụ trách điện có trình độ trung cấp trở lên.

3. Công tác chuyên môn

- Chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh: Danh mục kỹ thuật được bệnh viện triển khai theo đúng phân tuyến chiếm dưới 60%.

- Công tác Kiểm soát nhiễm khuẩn: hệ thống xử lý chất thải lỏng chưa được xử lý.

4. Công tác cải tiến chất lượng

- Bệnh viện chưa quản lý toàn bộ các hoạt động chuyên môn hồ sơ, bệnh án bằng công nghệ thông tin.

- Các khoa/phòng nói chung và mạng lưới Quản lý chất lượng bệnh viện nói riêng chưa quan tâm đúng mức tới việc thực hiện chất lượng bệnh viện theo các tiêu chí đã được ban hành.

5. Công tác đặc thù chuyên khoa

- Bệnh viện chưa tuyển được bác sỹ chuyên khoa sản.

- Đơn nguyên sơ sinh chưa đạt theo Quyết định 1142/QĐ-BYT.

V. XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ ƯU TIÊN CẦN CẢI TIẾN

Tập trung cải tiến các tiêu chí có đủ khả năng, nguồn lực cải tiến trong 6 tháng cuối năm 2024:

- Tất cả nhân viên y tế được cử đi đào tạo, tập huấn phải cung cấp đầy đủ chứng chỉ, giấy xác nhận hoàn thành việc bồi dưỡng chuyên môn về phòng TCHC để quản lý, theo dõi số liệu tỷ lệ nhân viên y tế được đào tạo tại đơn vị.

- Tăng cường triển khai thực hiện các kỹ thuật theo đúng phân tuyến và triển khai các kỹ thuật mới.

- Tăng cường đẩy mạnh công tác nghiên cứu khoa học và áp dụng nghiên cứu khoa học vào thực tiễn tại bệnh viện.

- Cải tiến các vấn đề người bệnh chưa hài lòng sau mỗi đợt khảo sát để nâng cao chất lượng phục vụ người bệnh, gia tăng sự hài lòng của người bệnh đối với Bệnh viện.

- Tổ chức hội thi tay nghề cho các đối tượng bác sĩ, điều dưỡng, nữ hộ sinh, kỹ thuật viên.

- Tổ chức theo dõi, giám sát việc tuân thủ quy trình kỹ thuật tại các khoa lâm sàng dựa trên bảng kiểm đã xây dựng cho một số quy trình kỹ thuật quan trọng tại Bệnh viện.

- Khuyến khích sáng tạo trong xây dựng, triển khai thực hiện các đề án cải tiến chất lượng.

- Tiếp tục đo lường các chỉ số chất lượng và phấn đấu đạt được mục tiêu đã đề ra.

- Thường xuyên theo dõi kết quả đánh giá chất lượng hàng tháng so với việc cải tiến đã thực hiện.

- Báo cáo đầy đủ thông tin các khía cạnh chất lượng bệnh viện và bảo đảm chất lượng số liệu.

VI. ĐỀ XUẤT, KIẾN NGHỊ

- Nâng cao công tác hướng đến người bệnh; tăng cường cơ sở vật chất đáp ứng nhu cầu khám và điều trị của người bệnh; nâng cao hoạt động chuyên môn khám điều trị, chăm sóc điều dưỡng, dinh dưỡng; quản lý cung ứng và sử dụng thuốc; ứng dụng CNTT trong quản lý; triển khai công tác cải tiến chất lượng liên tục nhằm phòng ngừa nguy cơ sai sót, sự cố xảy ra.

- Tiếp tục Triển khai cơ sở y tế “Xanh - Sạch - Đẹp” và thực hiện “5S” tại bệnh viện phải được duy trì thường xuyên, liên tục và là nhiệm vụ trọng tâm của các khoa/phòng và tất cả nhân viên y tế tại bệnh viện.

- Nâng cao năng lực thực hiện chuyên môn để đáp ứng nhu cầu khám bệnh, điều trị tại bệnh viện, hạn chế chuyển tuyến.

Trên đây là Báo cáo kết quả tự kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện 6 tháng đầu năm 2024./.

(Đính kèm phụ lục: Kết quả chi tiết tự kiểm tra, đánh giá CLBV 6 tháng đầu năm 2024)

Nơi nhận:

- Ban Giám đốc;
- Các khoa, phòng ;
- Lưu: VT, Tổ QLCL.

**KT.GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC**

Bình Phú Dũng

PHỤ LỤC
Kết quả tự kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện 6 tháng đầu năm 2024
(Kèm theo Báo cáo số 740/BC-TTYT của Trung tâm Y tế Ninh Hải
ngày 16 tháng 7 năm 2024)

Tiêu chí	Tiêu mục còn tồn tại trong các mức không đạt	Bệnh viện tự đánh giá (6 tháng đầu năm 2024)	Ghi chú
A	PHẦN A. HƯỚNG ĐẾN NGƯỜI BỆNH (19)		
A1	A1. Chỉ dẫn, đón tiếp, hướng dẫn, cấp cứu người bệnh (6)		
A1.1	34. Biển tên khoa/phòng được viết bằng tối thiểu hai thứ tiếng Việt, Anh trên phạm vi toàn bệnh viện (có thể thêm tiếng thứ ba tùy nhu cầu bệnh viện). 35. Áp dụng thẻ điện tử và máy tính giá tiền trông giữ xe máy, ô tô hoặc bệnh viện trông xe miễn phí.	4	
A1.2	22. Toàn bộ lối đi giữa các khối nhà trong bệnh viện được thiết kế, sửa chữa kịp thời, các địa điểm tiếp nối có giải pháp vật lý để xe lăn, xe vận chuyển người bệnh được dễ dàng (bảo đảm không gồ ghề khi đẩy xe, chống vấp ngã).	4	
A1.3	12. Có tiến hành đánh giá định kỳ (ít nhất 6 tháng 1 lần) thời gian chờ đợi của người bệnh và phát hiện được các vấn đề cần cải tiến.	3	
A1.4	17. Bảo đảm có đủ máy thở cho người bệnh tại các giường bệnh điều trị tích cực khi có chỉ định sử dụng máy thở (không tính trường hợp thiên tai, thảm họa). 18. Có sổ liệu thống kê về số lượt sử dụng máy thở.	3	
A1.5	13. Có thể tính được thời gian chờ đợi và tổng thời gian khám bệnh của một người bệnh bất kỳ bằng phần mềm máy tính. 14. Thống kê thời gian chờ đợi và khám bệnh trung bình của các đối tượng người bệnh bằng phần mềm máy tính.	4	
A1.6	10. Có phần mềm máy tính tự động chọn trình tự các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng theo phương án tối ưu, khoa học nhất cho người bệnh, giảm thời gian chờ đợi, tránh quá tải cục bộ tại các phòng cận lâm sàng. 11. Phần mềm tự điều tiết và phân bổ số lượng người bệnh cho các phòng xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng theo thuật toán hợp lý để giảm tối đa thời gian chờ đợi của người bệnh.	3	
A2	A2. Điều kiện cơ sở vật chất phục vụ người bệnh (5)		
A2.1	17. Giường bệnh được thiết kế bảo đảm an toàn, tiện lợi cho người bệnh: có đầy đủ các tính năng tiện lợi phục vụ người bệnh như có tư thế nằm đầu cao, có bánh xe di chuyển, có bàn ăn, có tính năng điều khiển nâng lên, hạ xuống.	4	

Tiêu chí	Tiêu mục còn tồn tại trong các mức không đạt	Bệnh viện tự đánh giá (6 tháng đầu năm 2024)	Ghi chú
A2.2	19. Mỗi buồng bệnh có buồng vệ sinh riêng khép kín; bảo đảm tỷ số giường bệnh/buồng vệ sinh: có ít nhất một buồng vệ sinh cho 6 giường bệnh. 21. Bồn rửa tay trong các nhà vệ sinh được trang bị vòi cảm ứng tự động mở nước, đóng nước, giảm nguy cơ nhiễm khuẩn.	4	
A2.3	14. Người bệnh được cung cấp quần áo phù hợp với kích cỡ người bệnh (ví dụ trẻ em có quần áo riêng, không phải mặc chung quần áo với người lớn).	4	
A2.4	10. Phòng tắm cho người bệnh có nước nóng và lạnh.	4	
A2.5	5. Các khoa, phòng ở tầng trên cao có thang máy luôn hoạt động thường xuyên, người đi xe lăn có thể tiếp cận và sử dụng được (tự sử dụng hoặc được hỗ trợ).	3	
A3	A3. Môi trường chăm sóc người bệnh (2)		
A3.1	14. Có đài phun nước (hoặc tiểu cảnh hòn non bộ, bể cá); hoặc hồ nước trong khuôn viên bệnh viện (hoặc bệnh viện tiếp giáp với rừng, hồ, sông, biển có cảnh quan đẹp).	4	
A3.2	13. Tủ đồ có khóa được trang bị tại tất cả các khoa lâm sàng (hoặc có dịch vụ trông giữ đồ cho người bệnh và người nhà người bệnh tại tất cả các khoa lâm sàng). 14. Chìa khóa tủ có dây kéo cổ tay cho người bệnh hoặc các tủ được khóa bằng mã số, hoặc kết án toàn dành cho người bệnh.	4	
A4	A4. Quyền và lợi ích của người bệnh (6)		
A4.1	18. Tiến hành rà soát, cập nhật, chỉnh sửa lại các “Phiếu tóm tắt thông tin điều trị” theo định kỳ thời gian 1, 2 năm một lần hoặc khi hướng dẫn chẩn đoán và điều trị có sự thay đổi. 19. Có nghiên cứu đánh giá hiệu quả áp dụng “Phiếu tóm tắt thông tin điều trị”.	4	
A4.2	16. Mỗi giường bệnh được trang bị rèm che, có thể đóng mở khi cần.	4	
A4.3	16. Người bệnh khi nhập viện được cung cấp thẻ thông minh hoặc thẻ thanh toán điện tử (gọi chung là thẻ từ) dùng để lưu trữ các thông tin cá nhân, mã người bệnh, tình hình sử dụng dịch vụ cận lâm sàng, thuốc, vật tư... và chi phí điều trị.	4	
A4.4	Người bệnh được hưởng lợi từ chủ trương xã hội hóa y tế	0	

Tiêu chí	Tiêu mục còn tồn tại trong các mức không đạt	Bệnh viện tự đánh giá (6 tháng đầu năm 2024)	Ghi chú
A4.5	16. Áp dụng kết quả phân tích nguyên nhân gốc vào việc cải tiến chất lượng. 17. Có sáng kiến xây dựng, áp dụng các hình thức khác để lấy ý kiến phản hồi người bệnh chủ động, phong phú và sát thực tế hơn.	4	
A4.6	15. Tổ khảo sát sự hài lòng người bệnh tiến hành họp nội bộ với những khoa lâm sàng có tỷ lệ hài lòng thấp nhất để bàn giải pháp cải tiến chất lượng. 16. Có bản kế hoạch cải tiến chất lượng chung của bệnh viện, trong đó có xác định ưu tiên đầu tư, cải tiến chất lượng tại những khoa có tỷ lệ hài long thấp.	4	
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	10. Tiến hành đánh giá việc thực hiện kế hoạch phát triển nhân lực y tế hằng năm.	3	
B1.2	4. Có đặt ra các chỉ tiêu cần đạt cho các tỷ số trong mức 2 theo từng năm và được quy định trong văn bản do bệnh viện đã ban hành (nghị quyết, kế hoạch, đề án phát triển nhân lực...) 5. Các chỉ tiêu do bệnh viện đặt ra bảo đảm đủ nhân lực thực hiện hoạt động khám, chữa bệnh và chăm sóc người bệnh	2	
B1.3	13. Đã tuyển dụng đầy đủ số bác sỹ theo đúng đề án vị trí việc làm đã xây dựng.	3	
B2	B2. Chất lượng nguồn nhân lực (3)		
B2.1	16.Có phần mềm cập nhật và theo dõi tình hình nhân viên tham gia đào tạo liên tục, đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn (ví dụ tính giờ, tính điểm tham gia đào tạo liên tục, tình trạng đang đi học).	4	
B2.2	Đạt các tiêu mục trong tiêu chí.	5	
B2.3	11.Trong năm có tuyển dụng mới bác sỹ được đào tạo chính quy vào làm việc.	3	
B3	B3. Chế độ đãi ngộ và điều kiện, môi trường làm việc (4)		
B3.1	12. Áp dụng thí điểm hình thức “chi trả dựa trên kết quả công việc”.	3	
B3.2	16.Tiến hành can thiệp cải thiện điều kiện làm việc, vệ sinh lao động cho nhân viên y tế dựa trên các kết quả khảo sát. 17.Bệnh viện tổ chức và hỗ trợ một phần cho nhân viên y tế mua bảo hiểm trách nhiệm nghề nghiệp.	4	
B3.3	12. Có báo cáo về tình trạng sức khỏe nhân viên y tế của bệnh	4	

Tiêu chí	Tiêu mục còn tồn tại trong các mức không đạt	Bệnh viện tự đánh giá (6 tháng đầu năm 2024)	Ghi chú
	viện hàng năm. 13. Phần mềm quản lý hồ sơ sức khỏe của nhân viên có chiết xuất ra được các biểu đồ, diễn biến tình trạng sức khỏe, cơ cấu bệnh tật của nhân viên.		
B3.4	17. Xây dựng các giải pháp cải tiến môi trường làm việc tích cực và nâng cao trình độ chuyên môn.	4	
B4	B4. Lãnh đạo bệnh viện (4)		
B4.1	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.	3	
B4.2	16. Áp dụng kết quả đánh giá để cải tiến chất lượng việc triển khai thực hiện văn bản chỉ đạo hoặc đề xuất sửa đổi bất cập của văn bản với cơ quan quản lý.	4	
B4.3	16. Có đánh giá hiệu quả việc áp dụng thí điểm hình thức thi tuyển các vị trí lãnh đạo, quản lý và xác định những nhược điểm cần khắc phục, chỉnh sửa. 17. Xây dựng quy trình “thi tuyển” các vị trí lãnh đạo, quản lý của bệnh viện, tổ chức xin ý kiến rộng rãi các nhân viên và được ban giám đốc phê duyệt.	4	
B4.4	Đạt các tiêu mục trong tiêu chí.	5	
C	PHẦN C. HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN (35)		
C1	C1. An ninh, trật tự và an toàn cháy nổ (2)		
C1.1	14.Có bộ phận trường trực theo dõi camera an ninh.	3	
C1.2	14. Có nhân viên chuyên trách phụ trách điện và an toàn điện, được đào tạo từ trình độ trung cấp trở lên.	2	
C2	C2. Quản lý hồ sơ bệnh án (2)		
C2.1	20.Thí điểm lập bệnh án theo hình thức bệnh án điện tử (tại một số khoa). 21. Các thông tin về kết quả xét nghiệm, chẩn đoán, chăm sóc và điều trị được cập nhật vào hồ sơ ngay sau khi thực hiện hoặc sau khi có kết quả bằng hệ thống máy tính nối mạng nội bộ.	4	Nâng mức đạt KH
C2.2	14. Toàn bộ nội dung thông tin bệnh án được lưu trữ trên phần mềm máy tính.	4	
C3	C3. Ứng dụng công nghệ thông tin (2)		
C3.1	15. Có hệ thống phân tích dữ liệu phục vụ công tác quản trị bệnh viện và công tác hoạt động chuyên môn..	3	

Tiêu chí	Tiêu mục còn tồn tại trong các mức không đạt	Bệnh viện tự đánh giá (6 tháng đầu năm 2024)	Ghi chú
C3.2	9. Có cán bộ chuyên trách phụ trách CNTT có trình độ đại học đúng chuyên ngành trở lên.	3	
C4	C4. Phòng ngừa và kiểm soát nhiễm khuẩn (6)		
C4.1	13. Đã thành lập khoa kiểm soát nhiễm khuẩn.	3	Nâng mức đạt KH
C4.2	12. Có bản báo cáo kết quả (nghiên cứu, đánh giá hoặc giám sát) việc thực hiện các quy trình và hướng dẫn phòng ngừa kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện, trong đó có phân tích và nêu rõ quy trình nào được tuân thủ tốt và quy trình không được tuân thủ tốt. 13. Áp dụng kết quả nghiên cứu, đánh giá hoặc giám sát vào việc cải tiến chất lượng thực hiện các quy trình và hướng dẫn phòng ngừa kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện.	4	
C4.3	21. Tiến hành nuôi cấy vi khuẩn trong nước tại một số vị trí trọng điểm như vòi nước ở buồng thực hiện phẫu thuật, thủ thuật, cận lâm sàng; vòi nước uống trực tiếp từ các máy lọc nước (và các vị trí khác nếu có điều kiện thực hiện).	4	
C4.4	9. Tiến hành theo dõi tình hình vi khuẩn kháng thuốc và báo cáo theo quy định. 10. Có triển khai đánh giá, giám sát tỷ lệ tuân thủ của nhân viên y tế về kiểm soát nhiễm khuẩn dựa trên các công cụ đã được xây dựng của bệnh viện.	3	
C4.5	26. Có sáng kiến hoặc cải tiến về kỹ thuật nhằm giảm chi phí trong xử lý chất thải rắn y tế.	4	
C4.6	8. Có hệ thống xử lý chất thải lỏng và hoạt động thường xuyên	2	Không đạt KH
C5	C5. Năng lực thực hiện kỹ thuật chuyên môn (5) (điểm x2)		
C5.1	10. Bệnh viện triển khai thực hiện các kỹ thuật theo đúng phân tuyến chiếm từ 60% trở lên tổng số kỹ thuật theo phân tuyến của các Thông tư, văn bản do Bộ Y tế quy định*.	2	
C5.2	9. Đã triển khai thử nghiệm từ 05 kỹ thuật tuyến trên trở lên (hoặc từ 05 kỹ thuật mới, hiện đại lần đầu tiên thực hiện tại bệnh viện trở lên)*.	3	
C5.3	9. Hoàn thành bộ tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh” phù hợp với điều kiện bệnh viện và đặc thù hoạt động chuyên môn, dựa trên hướng dẫn của Bộ Y tế.	3	

Tiêu chí	Tiêu mục còn tồn tại trong các mức không đạt	Bệnh viện tự đánh giá (6 tháng đầu năm 2024)	Ghi chú
	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.		
C5.4	11. Hoàn thành bộ tài liệu “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” phù hợp với điều kiện bệnh viện và đặc thù hoạt động chuyên môn, dựa trên hướng dẫn Bộ Y tế.	3	
C5.5	12. Phần mềm tin học có khả năng sàng lọc các bệnh án bất thường.	3	
C6	C6. Hoạt động điều dưỡng và chăm sóc người bệnh (3)		
C6.1	20. PĐD xây dựng ít nhất 10 chỉ số đánh giá chất lượng chăm sóc NB và công tác ĐD, trong đó có 05 chỉ số cụ thể như tỷ lệ loét do tỳ đè, tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật, tỷ lệ sự cố y khoa do dùng thuốc cho NB, tỷ lệ ĐD tham gia đào tạo liên tục, tỷ lệ ĐD/giường bệnh... 21. Tiến hành đo lường, đánh giá định kỳ (do BV tự quy định) kết quả thực hiện các chỉ số hàng tháng, hàng quý hoặc hàng năm.	3	
C6.2	Đạt các tiêu mục trong tiêu chí	5	
C6.3	23. Xây dựng các chỉ số đánh giá chất lượng công tác theo dõi, chăm sóc người bệnh (như tỷ lệ người bệnh loét do tỳ đè, tỷ lệ người bệnh bị viêm phổi do ứ đọng...) và tiến hành đo lường, theo dõi các chỉ số đó.	4	
C7	C7. Năng lực thực hiện chăm sóc dinh dưỡng và tiết chế (5)		
C7.1	13. Có nhân viên phụ trách dinh dưỡng lâm sàng, được đào tạo, tập huấn về dinh dưỡng lâm sàng. 14. Lãnh đạo khoa có trình độ sau đại học trở lên, có luận văn hoặc chủ trì đề tài nghiên cứu đã nghiệm thu về dinh dưỡng hoặc liên quan đến dinh dưỡng.	3	Ngoài KH
C7.2	10. Bộ phận chế biến thức ăn được thiết kế một chiều.	2	
C7.3	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.	3	
C7.4	10. Tiến hành khảo sát, đánh giá (hoặc nghiên cứu) việc hướng dẫn, tư vấn chế độ ăn phù hợp với bệnh lý cho người bệnh.	4	
C7.5	4. Khoa/tổ dinh dưỡng-tiết chế xây dựng các khẩu phần ăn bệnh lý khác nhau cho từng đối tượng người bệnh (tối thiểu	2	

Tiêu chí	Tiêu mục còn tồn tại trong các mức không đạt	Bệnh viện tự đánh giá (6 tháng đầu năm 2024)	Ghi chú
	cho các bệnh đái tháo đường, tăng huyết áp, suy thận...).		
C8	C8. Chất lượng xét nghiệm (2)		
C8.1	20. Khối xét nghiệm có nhân sự có trình độ tiến sỹ y học hoặc các chuyên ngành liên quan đến xét nghiệm.	4	
C8.2	20. Tiến hành đánh giá/nghiên cứu chất lượng xét nghiệm của bệnh viện ít nhất 1 lần trong năm, có báo cáo đánh giá, trong đó có chỉ ra những nhược điểm, hạn chế và đề xuất giải pháp khắc phục.	3	
C9	C9. Quản lý cung ứng và sử dụng thuốc (6)		
C9.1	15. Lãnh đạo khoa dược có trình độ sau đại học chuyên ngành dược (hoặc là dược sỹ chính).	3	
C9.2	28.Tiến hành cải tiến chất lượng và khắc phục các nhược điểm để nhà thuốc bệnh viện đạt các tiêu chuẩn chất lượng (như đạt tiêu chuẩn GPP hoặc các tiêu chuẩn chất lượng khác mang tính đặc thù nếu có, ví dụ cho bệnh viện chuyên khoa y dược học cổ truyền, bệnh viện quân đội...).	4	
C9.3	15. Tiến hành khảo sát, đánh giá (hoặc nghiên cứu) việc cung ứng thuốc và vật tư y tế tại bệnh viện	4	
C9.4	20. Có áp dụng phần mềm cảnh báo tương tác thuốc tích hợp khi kê đơn trên phạm vi toàn bệnh viện.	4	
C9.5	21.Tiến hành cải tiến chất lượng thông tin thuốc và ADR dựa trên kết quả đánh giá. 22.Sử dụng thông tin về hiệu quả và độ an toàn của thuốc để khuyến cáo thay đổi, bổ sung danh mục thuốc dùng trong bệnh viện, chỉ định dùng thuốc của bác sỹ, hướng dẫn điều trị và các quy trình chuyên môn khác trong bệnh viện.	4	
C9.6	12. Hội đồng có tiến hành phân tích, đánh giá sử dụng thuốc: ABC/VEN và có báo cáo kết quả phân tích theo định kỳ hàng năm.	3	
C10	C10. Nghiên cứu khoa học (2)		
C10.1	13. Có ít nhất 01 công trình được nghiệm thu ở cấp Bộ, tỉnh/thành phố trở lên.	3	
C10.2	6. Có triển khai áp dụng ít nhất 04 kết quả nghiên cứu vào thực tiễn để cải tiến chất lượng khám, chữa bệnh và nâng cao hoạt động bệnh viện..	3	
D	PHẦN D. HOẠT ĐỘNG CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG (11)		
D1	D1. Thiết lập hệ thống và cải tiến chất lượng (3)		

Tiêu chí	Tiêu mục còn tồn tại trong các mức không đạt	Bệnh viện tự đánh giá (6 tháng đầu năm 2024)	Ghi chú
D1.1	19. Có ít 80% nhân viên của phòng/tổ quản lý chất lượng tham gia các lớp đào tạo về quản lý chất lượng và có chứng chỉ (chứng nhận).	4	
D1.2	Đạt các tiêu mục trong tiêu chí.	5	
D1.3	17. Có đoạn phim ngắn trong vòng 5-10 phút giới thiệu về bệnh viện, có lời bình bằng tiếng Việt, phụ đề tiếng Anh (hoặc ngược lại).	4	
D2	D2. Phòng ngừa các sự cố khẩn cấp (5)		
D2.1	10. Các máy thở, máy theo dõi liên tục cho người bệnh, máy truyền dịch... tại các giường bệnh đều có cảnh báo tự động nếu gặp tình huống nguy hiểm.	4	
D2.2	17. Áp dụng công nghệ thông tin để xây dựng hệ thống ghi nhận và quản lý các sự cố y khoa bằng phần mềm điện tử	4	
D2.3	15. Báo cáo đánh giá, nghiên cứu về sự cố y khoa có tỷ lệ sự cố y khoa cụ thể tại một số lĩnh vực, khoa/phòng và đề xuất giải pháp cải tiến chất lượng.	4	
D2.4	12. Tất cả người bệnh được cung cấp mã số/mã vạch duy nhất trong quá trình khám và điều trị tại bệnh viện để bảo đảm không nhầm lẫn người bệnh khi cung cấp dịch vụ. 13. Áp dụng giải pháp công nghệ thông tin, các trang thiết bị điện tử và mã số/mã vạch để xác nhận tên và dịch vụ cung cấp cho người bệnh	3	
D2.5	16. Có dán các vật liệu tăng ma sát tại các vị trí có nguy cơ trượt ngã như cầu thang, lối đi dốc... 17. Tại các vị trí chuyển tiếp không bằng phẳng của sàn nhà có dán các vật liệu thay đổi màu sắc để dễ nhận biết, tránh vấp, ngã (hoặc sử dụng vật liệu xây dựng cố định có màu sắc khác nhau) hoặc bổ sung tay vịn.	4	
D3	D3. Đánh giá, đo lường, hợp tác và cải tiến chất lượng (3)		
D3.1	14. Có bản danh sách theo dõi thường xuyên hàng tháng kết quả đánh giá chất lượng với việc cải tiến chất lượng đã thực hiện.	4	
D3.2	Đạt các tiêu mục trong tiêu chí.	5	
D3.3	10. Bệnh viện được mời và có bài trình bày chia sẻ kinh nghiệm cải tiến chất lượng tại diễn đàn hoặc hội nghị về quản lý chất lượng khám, chữa bệnh trong năm (cấp quốc gia như Bộ Y tế, Cục Quản lý Khám, chữa bệnh hoặc quốc tế).	3	
E	PHẦN E. TIÊU CHÍ ĐẶC THÙ CHUYÊN KHOA		

Tiêu chí	Tiêu mục còn tồn tại trong các mức không đạt	Bệnh viện tự đánh giá (6 tháng đầu năm 2024)	Ghi chú
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	3. Có bác sỹ chuyên khoa sản (chuyên khoa sơ bộ/định hướng hoặc cao hơn).	1	
E1.2	10. Khu vực khoa/phòng khám bệnh, phòng chờ có ti-vi màn hình từ 40 inch trở lên, thường xuyên phát các băng hình về sức khỏe sinh sản, chăm sóc trước sinh; trong và ngay sau sinh; sau sinh.	4	Nâng mức ngoài KH
E1.3	28. Có ngân hàng sữa mẹ tại bệnh viện và có hình thức tư vấn, khuyến khích các bà mẹ chia sẻ sữa cho các cháu không hoặc chưa có sữa mẹ khi sinh tại bệnh viện.	4	
E2.1	7. Tỷ lệ điều dưỡng có trình độ cử nhân trở lên chiếm ít nhất 30% tổng số điều dưỡng của khoa nhi (hoặc của tổng các khoa nhi trên toàn bệnh viện chuyên khoa)*. 9. Có đơn nguyên sơ sinh (hoặc cao hơn) đầy đủ nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị và năng lực chuyên môn theo quy định của Bộ Y tế với từng tuyến.	2	

Ghi chú: - Nền đậm: Nâng mức 6 tháng đầu năm 2024.
- Chữ in đậm: Tiêu chí chưa nâng được theo Kế hoạch

