

Số: 46/BC-BVTM

Tháp Mười, ngày 27 tháng 4 năm 2023

BÁO CÁO

Kết quả kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện 3 tháng đầu năm và phương hướng hoạt động 9 tháng cuối năm 2023

Căn cứ Kế hoạch số 42/KH-BVTM ngày 07/3/2023 của Bệnh viện Đa khoa khu vực Tháp Mười về cải tiến chất lượng bệnh viện năm 2023;

Căn cứ Kế hoạch số 57/KH-BVTM ngày 11/4/2023 của Bệnh viện Đa khoa khu vực Tháp Mười về tự kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện 3 tháng đầu năm 2023;

Bệnh viện báo cáo kết quả kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện 3 tháng đầu năm 2023 với các nội dung cụ thể như sau:

A. KẾT QUẢ ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG 3 THÁNG ĐẦU NĂM 2023

I. Kết quả chung:

NỘI DUNG	KH 2023	3 tháng 2023	So sánh
Tổng số các tiêu chí được áp dụng đánh giá	82/83	82/83	100%
Tỷ lệ tiêu chí áp dụng so với 83 tiêu chí:	98.9%	98.9%	100%
Tổng số điểm các tiêu chí áp dụng	291 điểm	247 điểm	Thấp hơn 44 điểm
Điểm trung bình chung của các tiêu chí	3,51 điểm	2,98 điểm	Thấp hơn 0,53 điểm

Mức 1		Mức 2		Mức 3		Mức 4		Mức 5	
KH 2022	3 tháng 2023	KH 2022	3 tháng 2023	KH 2022	3 tháng 2023	KH 2022	3 tháng 2023	KH 2022	3 tháng 2023
0	2	4	20	31	36	45	23	2	1
0,00%	2,44%	4,88%	24,39%	37,80%	43,90%	54,88%	28,05%	2,44%	1,22%

* Chi tiết 34 tiêu chí không đạt kế hoạch có phụ lục kèm theo

II. Kết quả đánh giá 12 mục tiêu chất lượng năm 2023:

TT	Nội dung thực hiện	Đánh giá	Lý do chưa đạt	Mục tiêu đầu ra
1	Kiện toàn hệ thống quản lý chất lượng	Chưa đạt	Phòng quản lý chất lượng chưa đủ 4 biên chế theo quy định	- Có quyết định kiện toàn thành viên Hội đồng Quản lý chất lượng, thành viên Mạng lưới quản lý chất lượng - Có (4) biên bản họp hội đồng QLCL hàng quý - Phòng QLCL có đủ 4 biên chế theo đề án VTVL - Trên 50% thành viên mạng lưới và 100% nhân viên phòng QLCL được đào tạo và có chứng chỉ quản lý chất lượng
2	Xây dựng, triển khai và báo cáo đánh giá kế hoạch phát triển nhân lực bệnh viện, đạt 75% mục tiêu đề ra	Chưa đạt	Chưa tối giản báo cáo đánh giá kết quả thực hiện kế hoạch phát triển nhân lực	- Có kế hoạch phát triển nhân lực năm 2023 với các mục tiêu cụ thể - Có báo cáo đánh giá kết quả thực hiện kế hoạch 6 tháng và cả năm. - Đạt 75% số mục tiêu đề ra trong kế hoạch
3	Bệnh nhân được cấp và mặc trang phục dành cho người bệnh	Chưa đạt	Các khoa đảm bảo đủ cơ sở đồ vải và cấp phát cho người bệnh khi vào viện. Tuy nhiên, qua kiểm tra đột xuất người bệnh không thực hiện mặc đồ theo quy định	- Số lượng đồ vải của khoa bằng hoặc cao hơn so với số giường kế hoạch của khoa - Có (4) biên bản kiểm tra định kỳ, đột xuất việc cấp phát và sử dụng đồ vải của người bệnh - Đoàn kiểm tra thực tế thấy 100% người bệnh mặc đầy đủ trang phục theo quy định
4	Nhân viên khoa xét nghiệm được đào tạo liên tục 24 tiết/năm	Chưa đạt	Chưa có kế hoạch, chương trình, tài liệu đào tạo liên tục cho nhân viên khoa xét nghiệm	- Có kế hoạch đào tạo liên tục chung toàn bệnh viện, trong đó có nội dung đào tạo về xét nghiệm - Có kế hoạch, chương trình, tài liệu đào tạo liên tục về xét nghiệm ít nhất 24 tiết đã được phê duyệt của Hội đồng KHKT - Có tổ chức đào tạo và cấp giấy chứng nhận đào tạo liên tục cho 100% nhân viên khoa XN ít nhất 24 tiết - Phòng KHTH có lập sổ theo dõi đào tạo liên tục tại bệnh viện
5	Thực hiện theo dõi tình hình vi khuẩn kháng thuốc báo cáo theo quy định (5631/2020/QĐ-BYT)	Chưa đạt	Chưa đủ kết quả kháng sinh đồ và chưa có báo cáo giám sát đề kháng kháng sinh tại bệnh viện	- Có Quy trình nuôi cấy, phân lập, định danh và làm kháng sinh đồ được rà soát - Có ít nhất 20 kết quả kháng sinh đồ/ năm - Có báo cáo kết quả giám sát đề kháng kháng sinh tại bệnh viện
6	Xây dựng, đánh giá 10 chỉ số chất lượng bệnh viện	Chưa đạt	- Đã ban hành 10 chỉ số chất lượng theo Kế hoạch số 42/KH-BVTM ngày 07/3/2023 - Đã theo dõi và báo cáo kết quả chỉ số chất lượng nhưng chỉ đạt 5/10 chỉ số (Báo cáo 36/BC-BVTM ngày 07/4/2023)	- Có văn bản ban hành 10 chỉ số chất lượng - Có báo cáo đánh giá định kỳ hàng quý và đạt 9/10 chỉ số vào cuối năm 2023

TT	Nội dung thực hiện	Đánh giá	Lý do chưa đạt	Mục tiêu đầu ra
7	Xây dựng và giám sát 10 quy trình kỹ thuật	Chưa đạt	- Đã ban hành 10 quy trình kỹ thuật và bảng kiểm theo Quyết định 103/QĐ-BVTM ngày 28/3/2023 - Đã ban hành Kế hoạch số 62/KH-BVTM về kiểm tra tuân thủ quy trình kỹ thuật, tuy nhiên chưa tiến hành kiểm tra	- Có quyết định ban hành 10 quy trình kỹ thuật và bảng kiểm. - Có bảng báo cáo kết quả kiểm tra 10 quy trình kỹ thuật, mỗi 6 tháng kiểm tra ít nhất 03 lượt/quy trình
8	Xây dựng đề án cải tiến chất lượng khoa, phòng	Chưa đạt	- Đã hướng dẫn khoa/phòng xây dựng đề án cải tiến chất lượng (Công văn 134/BVTM) - Có ít nhất 50% khoa/phòng đã xây dựng đề án cải tiến chất lượng - Chưa có báo cáo kết quả thực hiện	- Có công văn hoặc biên bản hướng dẫn khoa/phòng xây dựng đề án cải tiến chất lượng - Xây dựng được ít nhất 12 đề án cải tiến chất lượng khoa/phòng, trong đó bắt buộc có khoa CC-HSTC-CĐ, khoa Khám bệnh, khoa Phụ sản, khoa Xét nghiệm - Có báo cáo sơ, tổng kết định kỳ 6 tháng và cả năm của các đề án cải tiến chất lượng
9	Triển khai hoạt động 5S	Chưa đạt	- Đã tập huấn triển khai 5S theo Kế hoạch số 55/KH-BVTM - Có kế hoạch thực hiện 5S tại khoa Khám Bệnh, XN, Ngoại, Nội TM (lòng ghép đề án cải tiến chất lượng khoa/phòng) - Chưa có báo cáo triển khai thực hiện 5S	- Có Kế hoạch tập huấn 5S và danh sách tham dự tập huấn - Có kế hoạch thực hiện 5S tại 4 khoa Khám Bệnh, XN, Ngoại, Nội TM - Có báo cáo kết quả triển khai 5S của các khoa Khám Bệnh, XN, Ngoại, Nội TM
10	Nhân viên khoa sản được tập huấn về tư vấn và hỗ trợ bà mẹ nuôi con bằng sữa mẹ	Đạt	- Đã cử bác sĩ và hộ sinh khoa Phụ sản đi tập huấn nuôi con bằng sữa mẹ - Đạt 100% nhân viên khoa sản có chứng chỉ nuôi con bằng sữa mẹ	95% NV khoa sản có chứng chỉ nuôi con bằng sữa mẹ (bao gồm cả BS và Hộ sinh)
11	Góp ý tiêu chí chất lượng gửi về Bộ Y tế	Đạt	Đã thông qua hội đồng QLCL và góp ý 03 tiêu chí chất lượng B2.1, C7.1, C7.2 (Công văn số 135/BVTM)	- Có biên bản thống nhất ý kiến góp ý tiêu chí của HĐ QLCL - Có Công văn góp ý 03 tiêu chí chất lượng gửi về Cục QL KCB - BHYT
12	Tự kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện	Đạt	- Có kế hoạch tự kiểm tra quý I (Kế hoạch số 55/KH-BVTM) - Có báo cáo kết quả tự kiểm tra chất lượng và công khai - Có danh sách thông kê các tiêu mục theo từng tiêu chí và và đề xuất giải pháp cải tiến	- Có KH tự kiểm, đánh giá chất lượng bệnh viện hằng quý - Có báo cáo kết quả tự kiểm tra và công khai trên trang thông tin điện tử bệnh viện và góc truyền thông các khoa - Có danh sách thông kê các tiêu mục theo từng tiêu chí và và đề xuất giải pháp cải tiến

B. ĐÁNH GIÁ CHUNG:

I. Về ưu điểm:

- Bệnh viện đã xây dựng đề án cải tiến chất lượng bệnh viện và triển khai cho các khoa/phòng
- Có 49/83 tiêu chí đạt kế hoạch đề ra
- Đã hướng dẫn xây dựng và ban hành được 50% đề án cải tiến chất lượng tại các khoa, phòng
- Đã tổ chức triển khai tập huấn 5S cho 100% khoa lâm sàng, cận lâm sàng, hỗ trợ một số khoa trọng điểm thực hiện 5S.
- Bệnh viện đã ban hành 10 bảng kiểm quy trình kỹ thuật thường sử dụng và có kế hoạch kiểm tra cụ thể
- Trong 3 tháng đầu năm 2023, bệnh viện đã tiến hành theo dõi 10 chỉ số chất lượng, trong đó có 5 chỉ số đạt chỉ tiêu (đạt 50%).
- Đã có công văn góp ý 3 tiêu chí chất lượng cho Cục quản lý Khám chữa bệnh
- 100% nhân viên khoa sản có chứng chỉ nuôi con bằng sữa mẹ

II. Về hạn chế, tồn tại:

- Số điểm trung bình 3 tháng đầu năm 2023 đạt là 2,98 điểm thấp hơn 0,53 điểm so với kế hoạch là 3,51 điểm, vẫn còn 02 tiêu chí ở mức 1 và 20 tiêu chí ở mức 2.
- Có 34 tiêu chí chưa đạt so với kế hoạch là: A1.1, A1.3, A1.4, A2.1, A2.4, A4.2, A4.5, A4.6, B1.1, B2.1, B2.2, B2.3, B3.2, B3.3, B3.4, C1.2, C2.1, C2.2, C4.6, C5.2, C5.5, C7.4, C7.5, C8.2, C9.2, C9.6, C10.1, C10.2, D1.1, D2.1, D2.2, D2.3, D3.2, E1.3 (*Lý do chưa đạt chi tiết có Phụ lục 03 kèm theo*).
- Có 5 chỉ số chất lượng không đạt chỉ tiêu là: tỷ lệ phẫu thuật loại II trở lên, công suất sử dụng giường bệnh, tỷ lệ chuyển viện nội trú và tỷ lệ chuyển viện ngoại trú.
- Chưa có các báo cáo đáng giá về đề án cải tiến chất lượng khoa/phòng, 5S, tuân thủ quy trình kỹ thuật

III. Những vấn đề ưu tiên cải tiến và các giải pháp thực hiện trong 9 tháng cuối năm 2023: (Chi tiết có Phụ lục 02 và 03 kèm theo)

- Phấn đấu duy trì mức các tiêu chí đã đạt theo kế hoạch, hoàn thiện các nội dung để nâng mức các tiêu chí chưa đạt.
- Giảm số tiêu chí ở mức 1, 2 và tăng số tiêu chí ở mức 4, 5.
- Phấn đấu đến cuối năm chỉ số chất lượng đạt 90% trở lên
- Tăng sự hài lòng của người bệnh trong tiếp đón, khám, chữa bệnh và thanh toán viện phí.

IV. Tổ chức thực hiện:

- Các khoa, phòng và các cá nhân có liên quan nghiêm túc thực hiện những nội dung, cải tiến chất lượng khám chữa bệnh của khoa/phòng mình trong báo cáo này.

- Tổ công nghệ thông tin công khai báo cáo đánh giá chất lượng bệnh viện lên Website của bệnh viện để cán bộ nhân viên bệnh viện và người dân được biết.

- Trưởng các khoa, phòng kiểm tra và đánh giá việc thực hiện kế hoạch nâng cao chất lượng của khoa, phòng mình nhằm chuẩn bị tốt cho công tác kiểm tra cuối năm.

- Phòng Quản lý chất lượng giám sát việc thực hiện, thống kê, báo cáo lãnh đạo bệnh viện.

Trên đây là báo cáo kết quả kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện 3 tháng đầu năm và phương hướng nhiệm vụ 9 tháng cuối năm 2023, đề nghị các bộ phận thực hiện tốt nhiệm vụ được phân công./.

Nơi nhận:

- Ban Giám đốc (biết);
- Các khoa, phòng (thực hiện);
- Website bệnh viện;
- Lưu VT.

GIÁM ĐỐC

Huỳnh Ngọc Diệp

PHỤ LỤC 1: CHI TIẾT KẾT QUẢ BẢNG ĐIỂM
(Kèm theo Báo cáo số: /BC-BVTM ngày 27/4/2023
của Bệnh viện ĐKKV Tháp Mười)

Mã số	Nội dung	KH 2023	Quý I 2023	So sánh
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	2	-2
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	0
A1.3	Bệnh viện tiến hành cải tiến quy trình khám bệnh, đáp ứng sự hài lòng người bệnh	4	3	-1
A1.4	Bệnh viện bảo đảm các điều kiện cấp cứu người bệnh kịp thời	4	3	-1
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	4	4	0
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	0
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	4	3	-1
A2.2	Người bệnh được sử dụng buồng vệ sinh sạch sẽ và đầy đủ các phương tiện	4	4	0
A2.3	Người bệnh được cung cấp vật dụng cá nhân đầy đủ, sạch sẽ, chất lượng tốt	4	4	0
A2.4	Người bệnh được hưởng các tiện nghi bảo đảm sức khỏe, nâng cao thể trạng và tâm lý	3	2	-1
A2.5	Người khuyết tật được tiếp cận với các khoa/phòng, phương tiện và dịch vụ khám, chữa bệnh trong bệnh viện	3	3	0
A3	A3. Môi trường chăm sóc người bệnh (2)			
A3.1	Người bệnh được điều trị trong môi trường, cảnh quan xanh, sạch, đẹp	4	4	0
A3.2	Người bệnh được khám và điều trị trong khoa/phòng gọn gàng, ngăn nắp	4	4	0
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	4	0
A4.2	Người bệnh được tôn trọng quyền riêng tư cá nhân	4	3	-1
A4.3	Người bệnh được nộp viện phí thuận tiện, công khai, minh bạch, chính xác	4	4	0
A4.4	Người bệnh được hưởng lợi từ chủ trương xã hội hóa y tế	0	0	0
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	4	2	-2
A4.6	Bệnh viện thực hiện khảo sát, đánh giá sự hài lòng người bệnh và tiến hành các biện pháp can thiệp	4	3	-1
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	3	-1
B1.2	Bảo đảm và duy trì ổn định số lượng nhân lực bệnh viện	2	2	0
B1.3	Bảo đảm cơ cấu chức danh nghề nghiệp của nhân lực bệnh viện	3	3	0
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	2	-2
B2.2	Nhân viên y tế được nâng cao kỹ năng ứng xử, giao tiếp, y đức	3	1	-2
B2.3	Bệnh viện duy trì và phát triển bền vững chất lượng nguồn nhân lực	4	3	-1
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	3	3	0
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	2	-2
B3.3	Sức khỏe, đời sống tinh thần của nhân viên y tế được quan tâm và cải thiện	4	2	-2
B3.4	Tạo dựng môi trường làm việc tích cực cho nhân viên y tế	4	3	-1
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	3	0
B4.2	Triển khai văn bản của các cấp quản lý	4	4	0
B4.3	Bảo đảm chất lượng nguồn nhân lực quản lý bệnh viện	3	3	0
B4.4	Bồi dưỡng, phát triển đội ngũ lãnh đạo và quản lý kế cận	4	4	0
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	3	3	0
C1.2	Bảo đảm an toàn điện và phòng chống cháy nổ	3	2	-1
C2	C2. Quản lý hồ sơ bệnh án (2)			
C2.1	Hồ sơ bệnh án được lập đầy đủ, chính xác, khoa học	4	2	-2
C2.2	Hồ sơ bệnh án được quản lý chặt chẽ, đầy đủ, khoa học	4	3	-1
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	3	3	0
C3.2	Thực hiện các giải pháp ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý và hoạt động chuyên môn	3	3	0
C4	C4. Phòng ngừa và kiểm soát nhiễm khuẩn (6)			
C4.1	Thiết lập và hoàn thiện hệ thống kiểm soát nhiễm khuẩn	4	4	0
C4.2	Xây dựng và hướng dẫn nhân viên y tế thực hiện các quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện	4	4	0
C4.3	Triển khai chương trình và giám sát tuân thủ rửa tay	4	4	0
C4.4	Đánh giá, giám sát và triển khai kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện	3	3	0
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	0
C4.6	Chất thải lỏng bệnh viện được quản lý chặt chẽ, xử lý an toàn và tuân thủ theo đúng quy định	4	3	-1
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	2	2	0

C5.2	Nghiên cứu và triển khai áp dụng các kỹ thuật mới, phương pháp mới	4	2	-2
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	3	0
C5.4	Xây dựng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị	3	3	0
C5.5	Áp dụng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đã ban hành và giám sát việc thực hiện	3	2	-1
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	3	3	0
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	4	4	0
C6.3	Người bệnh được chăm sóc vệ sinh cá nhân trong quá trình điều trị tại bệnh viện	3	3	0
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	0
C7.2	Bệnh viện bảo đảm cơ sở vật chất để thực hiện công tác dinh dưỡng và tiết chế trong bệnh viện	4	4	0
C7.3	Người bệnh được đánh giá, theo dõi tình trạng dinh dưỡng trong thời gian nằm viện	4	4	0
C7.4	Người bệnh được hướng dẫn, tư vấn chế độ ăn phù hợp với bệnh lý	4	3	-1
C7.5	Người bệnh được cung cấp chế độ dinh dưỡng phù hợp với bệnh lý trong thời gian nằm viện	3	2	-1
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	3	3	0
C8.2	Bảo đảm chất lượng các xét nghiệm	3	2	-1
C9	C9. Quản lý cung ứng và sử dụng thuốc (6)			
C9.1	Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức hoạt động dược	5	5	0
C9.2	Bảo đảm cơ sở vật chất khoa Dược	4	3	-1
C9.3	Cung ứng thuốc và vật tư y tế tiêu hao đầy đủ, kịp thời, bảo đảm chất lượng	4	4	0
C9.4	Sử dụng thuốc an toàn, hợp lý	4	4	0
C9.5	Thông tin thuốc, theo dõi báo cáo phản ứng có hại của thuốc (ADR) kịp thời, đầy đủ và có chất lượng	3	3	0
C9.6	Hội đồng thuốc và điều trị được thiết lập và hoạt động hiệu quả	4	2	-2
C10	C10. Nghiên cứu khoa học (2)			
C10.1	Tích cực triển khai hoạt động nghiên cứu khoa học	3	2	-1
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	3	1	-2
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	4	3	-1
D1.2	Xây dựng và triển khai kế hoạch, đề án cải tiến chất lượng bệnh viện	4	4	0

D1.3	Xây dựng văn hóa chất lượng	4	4	0
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	3	2	-1
D2.2	Xây dựng hệ thống báo cáo, phân tích sự cố y khoa và tiến hành các giải pháp khắc phục	4	3	-1
D2.3	Thực hiện các biện pháp phòng ngừa để giảm thiểu các sự cố y khoa	3	2	-1
D2.4	Bảo đảm xác định chính xác người bệnh khi cung cấp dịch vụ	3	3	0
D2.5	Phòng ngừa nguy cơ người bệnh bị trượt ngã	2	2	0
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	0
D3.2	Đo lường và giám sát cải tiến chất lượng bệnh viện	5	4	-1
D3.3	Hợp tác với cơ quan quản lý trong việc xây dựng công cụ, triển khai, báo cáo hoạt động quản lý chất lượng bệnh viện	4	4	0
E	PHẦN E. TIÊU CHÍ ĐẶC THÙ CHUYÊN KHOA			
E	E. 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	3	0
E1.2	Bệnh viện thực hiện tốt hoạt động truyền thông sức khỏe sinh sản trước sinh, trong khi sinh và sau sinh	3	3	0
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	4	3	-1
E2.1	Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức chăm sóc nhi khoa	2	2	0

PHỤ LỤC 2: CHI TIẾT CÁC TIÊU CHÍ CHƯA ĐẠT VÀ CÁC VẤN ĐỀ ƯU TIÊN, GIẢI PHÁP THỰC HIỆN

(Ban hành kèm theo báo cáo số: /BC-BVTM ngày 27/4/2023 của Bệnh viện ĐKKV Tháp Mười)

TT	Tiêu chí (tiểu mục) chưa đạt	Lý do chưa đạt	Trách nhiệm	Phối hợp	Biện pháp thực hiện	Kinh phí dự kiến
1	A1.1. Người bệnh được chỉ dẫn rõ ràng, đón tiếp và hướng dẫn cụ thể * Đạt mức 2/4, chưa đạt tiểu mục 24. Trước lối vào mỗi khoa/phòng có biển tên khoa rõ ràng và dễ nhìn, có sơ đồ khoa, thể hiện rõ số phòng, vị trí phòng trong khoa 28. Cầu thang bộ và thang máy được đánh số rõ ràng, theo trình tự do bệnh viện tự quy định 30. Trước mỗi cửa buồng khám, chữa bệnh có bảng tên các bác sỹ, điều dưỡng phụ trách	- Thiếu sơ đồ 1 số khoa như Nhi, LCK, Nội TM, YHCT - Thiếu đánh số ở một số cầu thang trong BV - Một số buồng khám, chữa bệnh thiếu bảng tên; một số có bảng tên nhưng không ghi BS, ĐD	HCQT	QLCL	- Chính sửa, bổ sung sơ đồ các khoa Nhi, LCK, Nội TM, YHCT - Đánh số lại cho các cầu thang bị mất số - Làm mới một số bảng tên ở trước cửa các buồng khám, chữa bệnh; nhắc nhở điều dưỡng trưởng khoa công khai BS, ĐD phụ trách khám bệnh hằng ngày	02 triệu
2	A1.3. Bệnh viện tiến hành cải tiến quy trình khám bệnh, đáp ứng sự hài lòng người bệnh * Đạt mức 3/4, chưa đạt tiểu mục: 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. 14. Có số liệu về thời gian chờ đợi và thời gian hoàn thành toàn bộ các thủ tục khám bệnh cho các đối tượng	- Đã ban hành Kế hoạch 26/KH-BVTM ngày 15/02/2023 về Khảo sát thời gian chờ khám bệnh ngoại trú và khám sức khỏe năm 2023 - Chưa tiến hành khảo sát thời gian chờ theo kế hoạch	QLCL	KKB	QLCL tiến hành khảo sát thời gian chờ theo kế hoạch và hoàn tất báo cáo, công bố kết quả chậm nhất trong tháng 6	Không
3	A1.4. Bệnh viện bảo đảm các điều kiện cấp cứu người bệnh kịp thời * Đạt mức 3/4, chưa đạt tiểu mục: 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. 21. Có tiến hành đánh giá, phân loại kết quả cấp cứu theo định kỳ (do bệnh viện tự quy định theo quý, năm) và có số liệu như số ca cấp cứu thành công, số ca chuyển tuyến, tử vong... 22. Có tiến hành học tập, rút kinh nghiệm từ các kết quả đánh giá cấp cứu.	Chưa tiến hành đánh giá hoạt động cấp cứu người bệnh theo định kỳ	QLCL	HSCC	Thu thập số liệu hoạt động cấp cứu từ tháng 12/2022 đến tháng 05/2023, phân tích đánh giá và báo cáo kết quả Tiến hành họp rút kinh nghiệm thông qua buổi sinh hoạt khoa học tháng 6 hoặc sơ kết công tác bệnh viện 6 tháng đầu năm	Không

TT	Tiêu chí (tiểu mục) chưa đạt	Lý do chưa đạt	Trách nhiệm	Phối hợp	Biện pháp thực hiện	Kinh phí dự kiến
4	A2.1. Người bệnh điều trị nội trú được nằm một người một giường * Đạt mức 3/4, chưa đạt tiểu mục: 14. Người bệnh được điều trị trong buồng bệnh nam và nữ riêng biệt	Khoa Nội TH, Nội TM đông bệnh nhân nên phải nằm ngoài hành lang chưa bố trí được buồng bệnh cho bệnh nhân	HCQT	Nội TH Nội TM KHTH	Di chuyển các khoa Nhi, LCK, YHCT ra khu B, C để bố, sắp xếp lại buồng bệnh cho khoa Nội TH Nội TM. In biên tên buồng nam, nữ và sắp xếp người bệnh vào đúng buồng quy định	10 triệu
5	A2.4. Người bệnh được hưởng các tiện nghi bảo đảm sức khỏe, nâng cao thể trạng và tâm lý * Đạt mức 2/3, chưa đạt tiểu mục: 5. Khoa lâm sàng cung cấp nước uống cho người bệnh tại hành lang các khoa hoặc trong buồng bệnh	Kiểm tra thực tế hầu hết các khoa đều không cung cấp nước uống cho người bệnh	HCQT	Khoa lâm sàng	Các khoa lập đề nghị số lượng nước cần cung cấp cho bệnh nhân gửi phòng HCQT tổng hợp, dự trữ 1 lít nước/giường bệnh Phòng HCQT mua sắm và cung cấp nước uống cho các khoa để bố trí cho người bệnh sử dụng	50 triệu
6	A4.2. Người bệnh được tôn trọng quyền riêng tư cá nhân * Đạt mức 3/4, chưa đạt tiểu mục: 14. Có khu vực thay đồ được che chắn kín đáo khi thực hiện thủ thuật, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng có yêu cầu phải thay quần áo.	Khu vực thay đồ của khoa PT-GMHS chưa đảm bảo kín đáo	HCQT	PTGMHS	HCQT khảo sát, thuê mướn nhân công, tận dụng các tấm vách che cũ lúc trước làm buồng khám sàng lọc cấp cứu để lắp ráp khu vực thay đồ kín đáo cho bệnh nhân	2 triệu
7	A4.5. Người bệnh có ý kiến phản nản, thắc mắc hoặc khen ngợi được bệnh viện tiếp nhận, phản hồi, giải quyết kịp thời * Đạt mức 2/4, chưa đạt tiểu mục: 7. Công khai số điện thoại đường dây nóng theo quy định của Bộ Y tế tại các vị trí dễ thấy 9. Biển số điện thoại đường dây nóng không rách, nát, mất số.	Một số vị trí bị mất số điện thoại đường dây nóng	QLCL	HCQT	QLCL lập đề nghị và cấp mẫu chuẩn số điện thoại đường dây nóng cho HCQT in và dán tại các vị trí bị mất số	500 nghìn
8	A4.6. Bệnh viện thực hiện khảo sát, đánh giá sự hài lòng người bệnh và tiến hành các biện pháp can thiệp * Đạt mức 3/4, chưa đạt tiểu mục: 9. Có tiến hành khảo sát sự hài lòng người bệnh ngoại trú ít nhất 02 lần trong năm và có bản báo cáo kết quả khảo sát.	Bệnh viện đã xây dựng kế hoạch khảo sát hài lòng năm 2023 quy định mỗi quý khảo sát 1 lần và đã tiến hành khảo sát quý I/2023 Do chưa đến thời gian khảo sát quý II/2023 nên chưa có báo cáo lần 2	QLCL	KKB	QLCL thực hiện khảo sát hài lòng người bệnh ở các quý còn lại theo quy định	Không
9	B1.1. Xây dựng kế hoạch phát triển nhân lực bệnh viện * Đạt mức 3/4, chưa đạt tiểu mục: 10. Tiến hành đánh giá việc thực hiện kế hoạch phát triển nhân lực y tế hàng năm	Chưa tiến hành đánh giá việc thực hiện kế hoạch phát triển nhân lực y tế hàng năm	TCCB		Tiến hành đánh giá kế hoạch phát triển nhân lực y tế 6 tháng đầu năm và lập báo cáo Đề xuất 01 số giải pháp khắc phục mục tiêu chưa đạt để đảm bảo cuối năm đạt ít nhất 75% chỉ số đạt được theo kế hoạch	Không

TT	Tiêu chí (tiểu mục) chưa đạt	Lý do chưa đạt	Trách nhiệm	Phối hợp	Biện pháp thực hiện	Kinh phí dự kiến
	11. Xây dựng và triển khai các giải pháp để khắc phục những mục tiêu chưa hoàn thành (nếu có). 12. Có ít nhất 75% chỉ số đạt được theo kế hoạch phát triển nhân lực y tế.					
10	B2.1. Nhân viên y tế được đào tạo và phát triển kỹ năng nghề nghiệp * Đạt mức 2/4, chưa đạt tiểu mục: 7. Có tổ chức kiểm tra tay nghề, chuyên môn cho nhân viên y tế, đặc biệt là bác sĩ, y sĩ, điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên, được sỹ dưới 5 năm công tác bằng các hình thức (như thi sát hạch, tổ chức hội thi...) 12. Có từ 20% nhân viên y tế trở lên được đào tạo liên tục ít nhất 12 tiết học trở lên trong năm 14. Trong năm có tổ chức các hội thi tay nghề giỏi cho ít nhất hai chức danh trở lên: bác sĩ, điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên, được sỹ, quản lý	Bệnh viện chưa tổ chức kiểm tra tay nghề cũng như hội thi tay nghề cho các chức danh bác sĩ, điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên, được sỹ Từ đầu năm đến nay bệnh viện chưa tổ chức đào tạo và cấp chứng nhận đào tạo liên tục Chưa đảm bảo 20% nhân viên y tế trở lên được đào tạo liên tục ít nhất 12 tiết học	KHTH	ĐD Được	KHTH xây dựng kế hoạch đào tạo liên tục ít nhất 4 tiết/quý/lần (12 tiết/năm) và tổ chức đào tạo cấp giấy chứng nhận theo quy định KHTH phối hợp khoa Được xây dựng kế hoạch hội thi tay nghề giỏi cho bác sĩ, được sỹ ĐD xây dựng kế hoạch hội thi tay nghề giỏi cho điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên	10 triệu
11	B2.2. Nhân viên y tế được nâng cao kỹ năng ứng xử, giao tiếp, y đức * Đạt mức 1/3, chưa đạt tiểu mục: 5. Trong năm đã tổ chức được ít nhất hai lớp tập huấn nâng cao kỹ năng ứng xử, giao tiếp, y đức tại bệnh viện cho nhân viên y tế 6. Tỷ lệ số nhân viên y tế tham gia các lớp tập huấn nâng cao kỹ năng ứng xử, giao tiếp, y đức chiếm trên 50% tổng số nhân viên y tế	Bệnh viện chưa tổ chức tập huấn nâng cao kỹ năng ứng xử, giao tiếp, y đức tại bệnh viện cho nhân viên y tế	CTXH	Các khoa/phòng	CTXH xây dựng kế hoạch tập huấn nâng cao kỹ năng ứng xử, giao tiếp, y đức cho nhân viên y tế ít nhất mở 02 lớp và mỗi lớp phải đảm bảo ít nhất 50% NVYT tham gia	2 triệu
12	B2.3. Bệnh viện duy trì và phát triển bền vững chất lượng nguồn nhân lực * Đạt mức 3/4, chưa đạt tiểu mục: 11. Trong năm có tuyển dụng mới bác sĩ được đào tạo chính quy vào làm việc 13. Toàn bộ số bác sĩ được tuyển dụng mới trong năm được đào tạo chính quy	Trong 3 tháng đầu năm 2023 bệnh viện không có tuyển dụng mới bác sĩ chính quy	TCCB		Rà soát nhu cầu nhân lực bác sĩ bệnh viện, xem xét xây dựng kế hoạch tuyển dụng bác sĩ mới (chính quy) khi có nhu cầu	3 triệu
13	B3.2. Bảo đảm điều kiện làm việc, vệ sinh lao động và nâng cao trình độ chuyên môn cho nhân viên y tế * Đạt mức 2/4, chưa đạt tiểu mục:	Trong năm chưa tiến hành tập huấn về an toàn vệ sinh lao động cho NVYT Chưa kiểm tra quan trắc môi trường Chưa tiến hành khảo sát hài lòng của NVYT về điều kiện làm việc	KSNK	QLCL ĐD	KSNK tập huấn cho NVYT về an toàn vệ sinh lao động hoặc cử NVYT đi tập huấn nếu có thư thông báo	10 triệu

TT	Tiêu chí (tiểu mục) chưa đạt	Lý do chưa đạt	Trách nhiệm	Phối hợp	Biện pháp thực hiện	Kinh phí dự kiến
	9. Nhân viên y tế được cập nhật thông tin mới hoặc tập huấn về vệ sinh an toàn lao động, lưu ý phòng tránh các tình huống, vấn đề mới phát sinh như các bệnh truyền nhiễm nguy hiểm... 12. Bệnh viện lập hồ sơ vệ sinh lao động, đo kiểm tra môi trường lao động định kỳ 13. Có tiến hành khảo sát sự hài lòng của nhân viên y tế với điều kiện làm việc, vệ sinh lao động				KSNK lập kế hoạch đo quan trắc môi trường lao động, báo cáo kết quả và đề xuất giải pháp khắc phục các hạn chế QLCL phối hợp phòng điều dưỡng khảo sát hài lòng nhân viên y tế và báo cáo kết quả	
14	B3.3. Sức khỏe, đời sống tinh thần của nhân viên y tế được quan tâm và cải thiện * Đạt mức 2/4, chưa đạt tiểu mục: 4. Có tổ chức khám sức khỏe định kỳ hàng năm cho toàn bộ nhân viên bệnh viện và khám bệnh nghề nghiệp cho các nhân viên y tế. 7. Có các hình thức động viên tinh thần nhân viên y tế như tổ chức tham quan, nghỉ dưỡng, vui chơi tập thể cho nhân viên thường xuyên hàng năm 10. Có các hình thức, phương tiện nâng cao sức khỏe thể chất và tinh thần cho nhân viên y tế như sân tập và dụng cụ thể thao hoặc khu thể thao.	Bệnh viện chưa tổ chức khám sức khỏe định kỳ cho NVYT Trong năm chưa tổ chức tham quan nghỉ dưỡng cho NVYT Thiếu sân tập cũng như dụng cụ thể thao để NVYT tham gia rèn luyện sức khỏe	CĐCS	CTXH HCQT	CĐCS phối hợp CTXH xây dựng kế hoạch khám sức khỏe cho NVYT CTXH tham mưu kế hoạch và triển khai tổ chức tham quan nghỉ dưỡng cho NVYT CĐCS lấy ý kiến của NVYT về các môn thể thao đồng nhân viên tham gia nhưng cần sân tập, dụng cụ và lập đề nghị. HCQT căn cứ trình lãnh đạo phê duyệt sắm, xây dựng	250 triệu
15	B3.4. Tạo dựng môi trường làm việc tích cực cho nhân viên y tế * Đạt mức 3/4, chưa đạt tiểu mục: 12. Khảo sát ngẫu nhiên trên 7 người có ít nhất 5 người cho biết nhân viên y tế được làm việc trong môi trường thân thiện. 13. Khảo sát ngẫu nhiên trên 7 người có ít nhất 5 người cho biết nhân viên được lãnh đạo trực tiếp quan tâm, tôn trọng và đối xử bình đẳng. 14. Có tiến hành khảo sát sự hài lòng của nhân viên y tế về môi trường làm việc.	Chưa tiến hành khảo sát hài lòng của NVYT	QLCL ĐD		QLCL phối hợp phòng điều dưỡng khảo sát hài lòng nhân viên y tế và báo cáo kết quả	
16	C1.2. Bảo đảm an toàn điện và phòng chống cháy nổ * Đạt mức 2/3, chưa đạt tiểu mục: 16. Bảo đảm có bình chữa cháy đặt đầy đủ tại các vị trí của khoa theo quy định và hướng dẫn của cơ quan công an (hoặc quy định của bệnh viện).	Chưa có đủ bình chữa cháy hoạt động tốt theo quy định tại các khoa/phòng Chưa tổ chức huấn luyện phòng cháy, chữa cháy trong năm Chưa tiến hành kiểm tra hệ thống chuông báo cháy, đèn khẩn cấp	HCQT		Xây dựng và tiến hành tự kiểm tra công tác phòng cháy, chữa cháy năm 2023 trong đó có nội dung kiểm tra hệ thống chuông báo cháy, đèn khẩn cấp và bình chữa cháy tại các khoa/phòng Mua sắm bổ sung bình chữa cháy nếu cần Sửa chữa hệ thống chuông báo cháy, đèn khẩn cấp nếu có hư hao	30 triệu

TT	Tiêu chí (tiểu mục) chưa đạt	Lý do chưa đạt	Trách nhiệm	Phối hợp	Biện pháp thực hiện	Kinh phí dự kiến
	18. Có tổ chức huấn luyện phòng cháy, chữa cháy cho ít nhất 50% nhân viên bệnh viện 1 lần trong năm hoặc mời chuyên gia, cơ quan công an đến hướng dẫn, huấn luyện, kiểm tra công tác phòng chống cháy nổ ít nhất 1 lần trong năm. 21. Có chuông báo cháy, đèn khẩn cấp luôn trong tình trạng hoạt động. Các hệ thống được kiểm tra vận hành thử ít nhất 2 lần trong năm và hoạt động tốt				Mời cán bộ PCCC hướng dẫn, huấn luyện cho NVYT bệnh viện	
17	C2.1. Hồ sơ bệnh án được lập đầy đủ, chính xác, khoa học * Đạt mức 2/4, chưa đạt tiểu mục: 13. Có tập huấn cho bác sỹ, điều dưỡng về mã hóa bệnh tật theo ICD 10, cách ghi mã bệnh chính và bệnh kèm theo 17. Có tiến hành đánh giá (hoặc nghiên cứu) về chất lượng hồ sơ bệnh án và xác định tỷ lệ nhập sai mã ICD 10 18. Có bản kết quả đánh giá, trong đó chỉ ra được những lỗi thường gặp của hồ sơ bệnh án, tỷ lệ nhập sai mã ICD 10, nguyên nhân chính và các giải pháp	Chưa tổ chức tập huấn về ICD 10 cho NVYT Có phân công nhân viên chịu trách nhiệm kiểm tra hồ sơ bệnh án nhưng chưa tiến hành đánh giá thực tế và báo cáo kết quả	KHTH		Tổ chức tập huấn về mã hóa bệnh tật theo ICD 10, cách ghi mã bệnh chính và bệnh kèm theo cho NVYT. Tiến hành đánh giá chất lượng HSBA và lập báo cáo các lỗi thường gặp, đề xuất 01 số giải pháp khắc phục	500 nghìn
18	C2.2. Hồ sơ bệnh án được quản lý chặt chẽ, đầy đủ, khoa học * Đạt mức 2/4, chưa đạt tiểu mục: 11. Các thông tin hành chính và tóm tắt nội dung chuyên môn chính của bệnh án được nhập vào phần mềm máy tính để lưu trữ, quản lý 12. Các thông tin về bệnh tật trong các lần điều trị trước có thể truy cập nhanh chóng trong các lần điều trị tiếp sau. 13. Có thể lấy một thông tin của một bệnh án bất kỳ theo: mã bệnh án, tên người bệnh, mã bệnh, ngày nhập/xuất viện (trong phạm vi 2 năm).	Thông tin hành chính và tóm tắt nội dung chuyên môn chính của người bệnh chưa được nhập đầy đủ vào phần mềm quản lý	KHTH	CNTT Các khoa	Tập huấn, hướng dẫn các khoa nhập thông tin hành chính và tóm tắt nội dung chuyên môn chính của người bệnh vào phần mềm quản lý Kiểm tra, đối chiếu lại thông tin 01 số bệnh án định kỳ, đột xuất Hướng dẫn các khoa khắc phục các lỗi sau kiểm tra	
19	C4.6. Chất thải lỏng bệnh viện được quản lý chặt chẽ, xử lý an toàn và tuân thủ theo đúng quy định * Đạt mức 3/4, chưa đạt tiểu mục:	Chưa tiến hành đánh giá chỉ tiêu về môi trường đối với nước thải bệnh viện	KSNK		Xây dựng kế hoạch và tiến hành đánh giá chỉ tiêu về môi trường đối với nước thải bệnh viện Đề xuất giải pháp khắc phục các tồn tại, hạn chế	5 triệu

TT	Tiêu chí (tiểu mục) chưa đạt	Lý do chưa đạt	Trách nhiệm	Phối hợp	Biện pháp thực hiện	Kinh phí dự kiến
	14. Định kỳ đánh giá chỉ tiêu về môi trường đối với nước thải bệnh viện					
20	C5.2. Nghiên cứu và triển khai áp dụng các kỹ thuật mới, phương pháp mới 7. Đã triển khai thử nghiệm từ 03 kỹ thuật tuyển trên trở lên (hoặc từ 03 kỹ thuật mới, hiện đại lần đầu tiên thực hiện tại bệnh viện trở lên)*. 8. Sau khi thử nghiệm, bệnh viện triển khai kỹ thuật và tự thực hiện được ít nhất 1 kỹ thuật mới, phương pháp mới đã triển khai. 9. Đã triển khai thử nghiệm từ 05 kỹ thuật tuyển trên trở lên (hoặc từ 05 kỹ thuật mới, hiện đại lần đầu tiên thực hiện tại bệnh viện trở lên)*. 10. Sau khi thử nghiệm, bệnh viện triển khai kỹ thuật và tự thực hiện được toàn bộ các kỹ thuật mới, phương pháp mới đã triển khai. 11. Có trên 50% các kỹ thuật mới, phương pháp mới áp dụng mang tính thường quy với tần suất thực hiện ít nhất 1 lần trong 1 tháng.	Chưa xây dựng kế hoạch triển khai thử nghiệm từ kỹ thuật mới năm 2023	KHTH	Các khoa	KHTH rà soát, phối hợp các khoa xây dựng kế hoạch triển khai thử nghiệm từ kỹ thuật mới năm 2023 Các khoa tiến hành triển khai thực hiện và báo cáo kết quả KHTH tổng hợp kết quả và báo cáo toàn bệnh viện	Không
21	C5.5. Áp dụng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đã ban hành và giám sát việc thực hiện * Đạt mức 2/3, chưa đạt tiểu mục: 10. Tiến hành kiểm tra, giám sát (ngẫu nhiên và định kỳ) việc tuân thủ các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của các bệnh án có bệnh nằm trong danh sách đã lập.	Chưa tiến hành kiểm tra việc tuân thủ hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của các bệnh án có thường gặp, bệnh điều trị bằng kỹ thuật cao, bệnh có chi phí lớn	KHTH		Tiến hành đánh giá chất lượng việc tuân thủ hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và lập báo cáo các lỗi thường gặp, đề xuất 01 số giải pháp khắc phục	Không
22	C7.4. Người bệnh được hướng dẫn, tư vấn chế độ ăn phù hợp với bệnh lý * Đạt mức 3/4, chưa đạt tiểu mục: 7. Tổ chức truyền thông, giáo dục về dinh dưỡng cho người bệnh tại khoa điều trị hoặc hội trường	Chưa tổ chức truyền thông, giáo dục về dinh dưỡng cho người bệnh tại khoa điều trị hoặc hội trường	DDTC	Các khoa điều trị	Tổ chức truyền thông, giáo dục về dinh dưỡng cho người bệnh tại khoa điều trị vào buổi họp hội đồng người bệnh khoa và tại hội trường vào buổi họp hội đồng người bệnh toàn bệnh viện	Không
23	C7.5. Người bệnh được cung cấp chế độ dinh dưỡng phù hợp với bệnh lý trong thời gian nằm viện * Đạt mức 2/3, chưa đạt tiểu mục:	Các bệnh nhân mắc các bệnh lý như đái tháo đường, tăng huyết áp chưa được cung cấp suất ăn bệnh lý	DDTC	Các khoa điều trị	Bác sĩ điều trị khám, chỉ định và tư vấn cho bệnh nhân về chế độ ăn bệnh lý Điều dưỡng khoa tổng hợp và báo suất ăn hằng ngày cho khoa DDTC	Không

TT	Tiêu chí (tiểu mục) chưa đạt	Lý do chưa đạt	Trách nhiệm	Phối hợp	Biện pháp thực hiện	Kinh phí dự kiến
	6. Người mắc các bệnh liên quan đến dinh dưỡng được cung cấp bữa ăn bảo đảm vệ sinh an toàn thực phẩm, phù hợp với tình trạng bệnh theo chỉ định của bác sỹ				Khoa DDTC chế biến và cung cấp suất ăn bệnh lý đến giường bệnh cho bệnh nhân DDTC phối hợp các khoa tư vấn về chế độ ăn bệnh lý cho người bệnh	
24	C8.2. Bảo đảm chất lượng các xét nghiệm * Đạt mức 2/3, chưa đạt tiểu mục: 15. Nhân viên khoa xét nghiệm tham gia đào tạo liên tục đầy đủ theo quy định của Bộ Y tế	Chưa có kế hoạch, chương trình, tài liệu đào tạo liên tục cho nhân viên khoa xét nghiệm	XN	KHTH	- XN phối hợp KHTH xây dựng kế hoạch, chương trình, tài liệu đào tạo liên tục cho nhân viên khoa xét nghiệm, đảm bảo ít nhất 8 tiết/quý/năm - Tổ chức đào tạo và cấp giấy chứng nhận đào tạo liên tục cho 100% nhân viên khoa XN ít nhất 24 tiết - KHTH có lập sổ theo dõi đào tạo liên tục và báo cáo kết quả	3 triệu
25	C9.2. Bảo đảm cơ sở vật chất khoa Dược * Đạt mức 3/4, chưa đạt tiểu mục: 24. Tiến hành đánh giá về thực hành và bảo quản thuốc tại kho dược hằng năm. 25. Tiến hành đánh giá chất lượng nhà thuốc hoặc cơ sở bán lẻ thuốc trong khuôn viên bệnh viện hằng năm.	Chưa tiến hành tự đánh giá GSP tại bệnh viện Chưa tiến hành tự đánh giá GPP quầy thuốc bệnh viện	Dược		Xây dựng kế hoạch tự đánh giá GSP, thành lập đoàn kiểm tra, tiến hành kiểm tra, lập biên bản kiểm tra và báo cáo kết quả. Đề xuất giải pháp khắc phục 01 số tồn tại hạn chế nếu có Xây dựng kế hoạch tự đánh giá GPP quầy thuốc bệnh viện, thành lập đoàn kiểm tra, tiến hành kiểm tra, lập biên bản kiểm tra và báo cáo kết quả. Đề xuất giải pháp khắc phục 01 số tồn tại hạn chế nếu có	Không
26	C9.6. Hội đồng thuốc và điều trị được thiết lập và hoạt động hiệu quả * Đạt mức 2/4, chưa đạt tiểu mục: 8. 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 10. Hội đồng thuốc có tổ chức tập huấn, đào tạo về sử dụng thuốc cho nhân viên trong bệnh viện ít nhất 2 lần/năm 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.	Hội đồng thuốc chưa tập huấn về sử dụng thuốc cho nhân viên bệnh viện Hội đồng thuốc chưa tiến hành phân tích, đánh giá sử dụng thuốc: ABC/VEN	Hội đồng thuốc điều trị	Dược	Xây dựng kế hoạch và tiến hành tập huấn sử dụng thuốc cho nhân viên bệnh viện ít nhất 2 lần/năm Tiến hành thu thập số liệu thuốc sử dụng, phân tích đánh giá sử dụng thuốc theo phương pháp ABC/VEN. Họp hội đồng và đề xuất giải pháp khắc phục một số vấn đề chưa phù hợp trong sử dụng thuốc	Không
27	C10.1. Tích cực triển khai hoạt động nghiên cứu khoa học * Đạt mức 2/3, chưa đạt tiểu mục: 7. Có buổi sinh hoạt hướng dẫn phương pháp nghiên cứu cho nhân viên y tế. 11. Trong năm bệnh viện chủ trì xây dựng và tự tiến hành ít nhất một nghiên cứu khoa học (như	Trong năm, Chưa có buổi sinh hoạt hướng dẫn phương pháp nghiên cứu cho nhân viên y tế. Bệnh viện chưa có ít nhất một nghiên cứu khoa học được hội đồng bệnh viện nghiệm thu	KHTH	Các khoa/phòng	Xây dựng kế hoạch và triển khai tập huấn phương pháp nghiên cứu khoa học cho nhân viên y tế BV Đặt hàng hoặc chỉ định thực hiện một số khoa/phòng thực hiện nghiên cứu khoa học cấp bệnh viện	10 triệu

TT	Tiêu chí (tiểu mục) chưa đạt	Lý do chưa đạt	Trách nhiệm	Phối hợp	Biện pháp thực hiện	Kinh phí dự kiến
	các đánh giá, nghiên cứu cải tiến chất lượng dịch vụ và chuyên môn bệnh viện), có báo cáo kết quả nghiên cứu và đã được hội đồng cấp bệnh viện hoặc cấp cao hơn nghiệm thu.					
28	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 * Đạt mức 1/3, chưa đạt tiểu mục: 4. Có xây dựng kế hoạch và lộ trình triển khai áp dụng các kết quả nghiên cứu/sáng kiến để cải tiến chất lượng khám, chữa bệnh và nâng cao hoạt động bệnh viện. 5. Có triển khai áp dụng ít nhất 03 kết quả nghiên cứu vào thực tiễn để cải tiến chất lượng khám, chữa bệnh và nâng cao hoạt động bệnh viện.	Chưa xây dựng kế hoạch và lộ trình triển khai áp dụng các kết quả nghiên cứu/sáng kiến để cải tiến chất lượng khám, chữa bệnh và nâng cao hoạt động bệnh viện.	KHTH	Các khoa/phòng	Xây dựng kế hoạch và lộ trình triển khai áp dụng các ít nhất 03 kết quả nghiên cứu/sáng kiến để cải tiến chất lượng khám, chữa bệnh và nâng cao hoạt động bệnh viện Theo dõi tiến độ và kết quả thực hiện Tổng hợp, báo cáo kết quả và rút kinh nghiệm	30 triệu
29	D1.1. Thiết lập hệ thống quản lý chất lượng bệnh viện * Đạt mức 3/4, chưa đạt tiểu mục: 15. Đã tuyển được ít nhất 80% số lượng nhân viên của phòng/tổ quản lý chất lượng theo đề án vị trí việc làm, trong đó vị trí trưởng phòng/tổ trưởng tuyển dụng được đúng đối tượng có các bằng cấp và chứng chỉ như trong đề án.	Chưa tuyển đủ 80% số lượng nhân viên của phòng theo đề án (hiện tại 3/4 nhân viên chiếm 75%)	TCCB	QLCL	Xem xét, cân đối nhân lực, phân công thêm 01 viên chức đến công tác tại phòng QLCL	Không
30	D2.1. Phòng ngừa nguy cơ, diễn biến bất thường xảy ra với người bệnh * Đạt mức 2/3, chưa đạt tiểu mục: 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 buồng bệnh cấp cứu của các khoa chưa có chuông hoặc đèn báo đầu giường	QLCL	HCQT	QLCL rà soát hệ thống chuông báo đầu giường tại toàn bộ các giường bệnh cấp cứu, bệnh chăm sóc cấp I trong bệnh viện Đề xuất HCQT mua sắm, lắp đặt hệ thống chuông báo đầu giường cho toàn bộ các giường bệnh cấp cứu, bệnh chăm sóc cấp I	20 triệu
31	D2.2. Xây dựng hệ thống báo cáo, phân tích sự cố y khoa và tiến hành các giải pháp khắc phục * Đạt mức 3/4, chưa đạt tiểu mục: 12. Có phân tích sự cố y khoa theo định kỳ ít nhất 1 lần trong 6 tháng và phân hồi cho cá nhân và tập thể liên quan. 16. Có tiến hành rà soát, đánh giá lại ít nhất 1 lần trong năm việc ghi chép, báo cáo về sự cố y khoa tại bệnh viện	Chưa tiến hành phân tích sự cố y khoa theo định kỳ Chưa tiến hành rà soát, đánh giá lại ít nhất 1 lần trong năm việc ghi chép, báo cáo về sự cố y khoa tại bệnh viện	QLCL	Các khoa	Tổng hợp kết quả báo cáo sự cố y khoa 6 tháng đầu năm, phân tích và báo cáo kết quả Tiến hành rà soát đánh giá việc ghi chép báo cáo sự cố y khoa toàn bệnh viện	Không

TT	Tiêu chí (tiểu mục) chưa đạt	Lý do chưa đạt	Trách nhiệm	Phối hợp	Biện pháp thực hiện	Kinh phí dự kiến
32	D2.3. Thực hiện các biện pháp phòng ngừa để giảm thiểu các sự cố y khoa * Đạt mức 2/3, chưa đạt tiểu mục: 7. Có kiểm tra (định kỳ thường xuyên hoặc đột xuất) việc tuân thủ quy trình kỹ thuật theo các bảng kiểm đã xây dựng, có biên bản kiểm tra lưu trữ.	Đã ban hành Kế hoạch số 62/KH-BVTM về kiểm tra tuân thủ quy trình kỹ thuật, tuy nhiên chưa tiến hành kiểm tra	QLCL	ĐD KHTH Các khoa	QLCL phối hợp ĐD, KHTH tiến hành kiểm tra theo Kế hoạch số 62/KH-BVTM và lập báo cáo kết quả. Đề xuất giải pháp khắc phục một số hạn chế tồn tại	Không
33	D3.2. Đo lường và giám sát cải tiến chất lượng bệnh viện * Đạt mức 4/5, chưa đạt tiểu mục: 15. Hoàn thành đạt được trên 90% các chỉ số chất lượng đã nêu trong bản kế hoạch cải tiến chất lượng chung toàn bệnh viện	Kết quả 3 tháng đầu năm chỉ đạt 50% chỉ số	QLCL	Các khoa/phòng	Tiến hành thực hiện một số giải pháp khắc phục Tiếp tục theo dõi, đánh giá và báo cáo kết quả hàng quý	Không
34	E1.3. Thực hành tốt nuôi con bằng sữa mẹ * Đạt mức 3/4, chưa đạt tiểu mục: 23. Tỷ lệ các trường hợp mổ để thực hiện cắt rốn chậm, da kề da, bú sớm trong 1 giờ đầu sau sinh đạt tối thiểu 50% số trường hợp đủ điều kiện áp dụng	Tỷ lệ các trường hợp mổ để thực hiện cắt rốn chậm, da kề da, bú sớm trong 1 giờ đầu sau sinh chưa đạt tối thiểu 50%	Phụ sản	Ngoại PTGMHS	Khoa sản tập huấn cho các bác sĩ ngoại, sản và hộ sinh về kỹ thuật cắt rốn chậm, da kề da, bú sớm trong 1 giờ Các bác sĩ phẫu thuật bắt con đánh giá tình trạng bệnh và chỉ định thực hiện cắt rốn chậm, da kề da, bú sớm trong 1 giờ đối với các bà mẹ đủ điều kiện thực hiện Khoa sản theo dõi, tổng hợp và báo cáo kết quả	Không