

Số: 105/BC-BVTM

Tháp Mười, ngày 17 tháng 7 năm 2023

## BÁO CÁO

### Kết quả kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện 6 tháng đầu năm và phương hướng hoạt động 6 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 90/KH-BVTM ngày 30/6/2023 của Bệnh viện Đa khoa khu vực Tháp Mười về tự kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện 6 tháng đầu năm 2023;

Bệnh viện báo cáo kết quả kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện 6 tháng đầu năm 2023 với các nội dung cụ thể như sau:

#### A. KẾT QUẢ ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG 6 THÁNG ĐẦU NĂM 2023

##### I. Kết quả chung:

| NỘI DUNG                                   | KH 2023   | 3 tháng 2023 | 6 tháng 2023 | So sánh KH         |
|--------------------------------------------|-----------|--------------|--------------|--------------------|
| Tổng số các tiêu chí được áp dụng đánh giá | 82/83     | 82/83        | 82           | 100%               |
| Tỷ lệ tiêu chí áp dụng so với 83 tiêu chí  | 98.9%     | 98.9%        | 98,8%        | 100%               |
| Tổng số điểm các tiêu chí áp dụng          | 291 điểm  | 247 điểm     | 266 điểm     | Thấp hơn 25 điểm   |
| Điểm trung bình chung của các tiêu chí     | 3,51 điểm | 2,98 điểm    | 3,19 điểm    | Thấp hơn 0,31 điểm |

| Mức 1   |              | Mức 2   |              | Mức 3   |              | Mức 4   |              | Mức 5   |              |
|---------|--------------|---------|--------------|---------|--------------|---------|--------------|---------|--------------|
| KH 2023 | 6 tháng 2023 | KH 2023 | 6 tháng 2023 | KH 2023 | 6 tháng 2023 | KH 2023 | 6 tháng 2023 | KH 2023 | 6 tháng 2023 |
| 0       | 1            | 4       | 12           | 31      | 36           | 45      | 32           | 2       | 1            |
| 0,0%    | 1,22%        | 4,88%   | 14,63%       | 37,80%  | 43,90%       | 54,88%  | 39,02%       | 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 (D1.1)                                                                   | <b>Chưa đạt</b> | Phòng quản lý chất lượng chưa đủ 4 biên chế theo quy định                                                                                                                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Có quyết định kiện toàn thành viên Hội đồng Quản lý chất lượng, thành viên Mạng lưới quản lý chất lượng</li> <li>- Có (4) biên bản họp hội đồng QLCL hàng quý</li> <li>- Phòng QLCL có đủ 4 biên chế theo đề án VTVL</li> <li>- Trên 50% thành viên mạng lưới và 100% nhân viên phòng QLCL được đào tạo và có chứng chỉ quản lý chất lượng</li> </ul>                                                                               |
| 2  | Xây dựng, triển khai và báo cáo đánh giá kế hoạch phát triển nhân lực bệnh viện, đạt 75% mục tiêu đề ra (B1.1) | <b>Chưa đạt</b> | Có báo cáo đánh giá kết quả thực hiện kế hoạch 6 tháng nhưng chưa đạt 75% số mục tiêu đề                                                                                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Có kế hoạch phát triển nhân lực năm 2023 với các mục tiêu cụ thể</li> <li>- Có báo cáo đánh giá kết quả thực hiện kế hoạch 6 tháng và cả năm.</li> <li>- Đạt 75% số mục tiêu đề ra trong kế hoạch</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                        |
| 3  | Bệnh nhân được cấp và mặc trang phục dành cho người bệnh (A2.3)                                                | <b>Đạt</b>      | Các khoa đảm bảo đủ cơ sở đồ vải và cấp phát cho người bệnh khi vào viện. Qua kiểm tra người bệnh đã có mặt trang phục theo quy định                                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Số lượng đồ vải của khoa bằng hoặc cao hơn so với số giường kế hoạch của khoa</li> <li>- Có biên bản kiểm tra định kỳ, đột xuất việc cấp phát và sử dụng đồ vải của người bệnh</li> <li>- Đoàn kiểm tra thực tế thấy 100% người bệnh mặc đầy đủ trang phục theo quy định</li> </ul>                                                                                                                                                 |
| 4  | Nhân viên khoa xét nghiệm được đào tạo liên tục 24 tiết/năm (C8.2)                                             | <b>Chưa đạt</b> | Chưa có kế hoạch, chương trình, tài liệu đào tạo liên tục cho nhân viên khoa xét nghiệm                                                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Có kế hoạch đào tạo liên tục chung toàn bệnh viện, trong đó có nội dung đào tạo về xét nghiệm</li> <li>- 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</li> <li>- Có tổ chức đào tạo và cấp giấy chứng nhận đào tạo liên tục cho 100% nhân viên khoa XN ít nhất 24 tiết</li> <li>- Phòng KHTH có lập sổ theo dõi đào tạo liên tục tại bệnh viện</li> </ul> |
| 5  | Thực hiện theo dõi tình hình vi khuẩn kháng thuốc báo cáo theo quy định (5631/2020/QĐ-BYT) (C4.4)              | <b>Chưa đạt</b> | Chưa đủ kết quả kháng sinh đồ và chưa có báo cáo giám sát đề kháng kháng sinh tại bệnh viện                                                                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Có Quy trình nuôi cấy, phân lập, định danh và làm kháng sinh đồ được rà soát</li> <li>- Có ít nhất 20 kết quả kháng sinh đồ/ năm</li> <li>- Có báo cáo kết quả giám sát đề kháng kháng sinh tại bệnh viện</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                |
| 6  | Xây dựng, đánh giá 10 chỉ số chất lượng bệnh viện (D3.2)                                                       | <b>Chưa đạt</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Đã ban hành 10 chỉ số chất lượng theo Kế hoạch số 42/KH-BVTM ngày 07/3/2023</li> <li>- Đã theo dõi và báo cáo kết quả chỉ số chất lượng nhưng chỉ đạt 5/10 chỉ số (Báo cáo 92/BC-BVTM ngày 05/7/2023)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Có văn bản ban hành 10 chỉ số chất lượng</li> <li>- Có báo cáo đánh giá định kỳ hàng quý và đạt 9/10 chỉ số vào cuối năm 2023</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| 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 (D2.3)                                      | Đạt      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Đã ban hành 10 quy trình kỹ thuật và bảng kiểm theo Quyết định 103/QĐ-BVTM ngày 28/3/2023</li> <li>- Đã ban hành Kế hoạch số 62/KH-BVTM về kiểm tra tuân thủ quy trình kỹ thuật</li> <li>- Đa tiến hành kiểm tra và báo cáo kết quả (Báo cáo số 78/BC-BVTM ngày 23/6/2023)</li> </ul>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Có quyết định ban hành 10 quy trình kỹ thuật và bảng kiểm.</li> <li>- Có bảng báo cáo kết quả kiểm tra 10 quy trình kỹ thuật, mỗi 6 tháng kiểm tra ít nhất 03 lượt/quy trình</li> </ul>                                                                                                                                               |
| 8  | Xây dựng đề án cải tiến chất lượng khoa, phòng (D1.2)                                  | Chưa đạt | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Đã hướng dẫn khoa/phòng xây dựng đề án cải tiến chất lượng (Công văn 134/BVTM)</li> <li>- Có ít nhất 50% khoa/phòng đã xây dựng đề án cải tiến chất lượng</li> <li>- Chưa có báo cáo kết quả thực hiện</li> </ul>                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Có công văn hoặc biên bản hướng dẫn khoa/phòng xây dựng đề án cải tiến chất lượng</li> <li>- 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</li> <li>- Có báo cáo sơ, tổng kết định kỳ 6 tháng và cả năm của các đề án</li> </ul> |
| 9  | Triển khai hoạt động 5S (A3.2)                                                         | Đạt      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Đã tập huấn triển khai 5S theo Kế hoạch số 55/KH-BVTM</li> <li>- Có kế hoạch thực hiện 5S tại khoa Khám Bệnh, XN, Ngoại, Nội TM (lòng ghép đề án cải tiến chất lượng khoa/phòng)</li> <li>- Đã tiến hành kiểm tra và có báo cáo triển khai thực hiện 5S (Báo cáo 102/BC-BVTM)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Có Kế hoạch tập huấn 5S và danh sách tham dự tập huấn</li> <li>- Có kế hoạch thực hiện 5S tại 4 khoa Khám Bệnh, XN, Ngoại, Nội TM</li> <li>- Có báo cáo kết quả triển khai 5S của các khoa Khám Bệnh, XN, Ngoại, Nội TM</li> </ul>                                                                                                    |
| 10 | Nhân viên khoa sản được tập huấn về tư vấn và hỗ trợ bà mẹ nuôi con bằng sữa mẹ (E1.3) | Đạt      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Đã cử bác sĩ và hộ sinh khoa Phụ sản đi tập huấn nuôi con bằng sữa mẹ</li> <li>- Đạt 100% nhân viên khoa sản có chứng chỉ nuôi con bằng sữa mẹ</li> </ul>                                                                                                                                | 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 (D3.3)                                        | 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)                                                                                                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Có biên bản thống nhất ý kiến góp ý tiêu chí của HĐ QLCL</li> <li>- Có Công văn góp ý 03 tiêu chí chất lượng gửi về Cục QL KCB</li> <li>- BYT</li> </ul>                                                                                                                                                                              |
| 12 | Tự kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện (D3.1)                                      | Đạt      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Có kế hoạch tự kiểm tra 3 tháng và 6 tháng (Kế hoạch 55/KH-BVTM và 90/KH-BVTM)</li> <li>- Có báo cáo kết quả tự kiểm tra chất lượng và công khai</li> <li>- Có danh sách thông kê các tiêu mục theo từng tiêu chí và đề xuất giải pháp cải tiến</li> </ul>                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Có KH tự kiểm, đánh giá chất lượng bệnh viện hằng quý</li> <li>- 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</li> <li>- Có danh sách thông kê các tiêu mục theo từng tiêu chí và đề xuất giải pháp cải tiến</li> </ul>                                            |

## **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
- Đạt 6/12 mục tiêu chất lượng năm 2023 và có 61/82 tiêu chí đạt kế hoạch
- 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 tiến hành kiểm tra việc tuân thủ quy trình
- Trong 6 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
- Người bệnh được đảm bảo có đầy đủ trang phục theo quy định

### **II. Về hạn chế, tồn tại:**

- Số điểm trung bình 6 tháng đầu năm 2023 đạt là 3,19 điểm thấp hơn 0,31 điểm so với kế hoạch là 3,51 điểm, vẫn còn 01 tiêu chí ở mức 1 và 12 tiêu chí ở mức 2.
- Có 21 tiêu chí chưa đạt so với kế hoạch là: A1.1, A2.1, A2.4, A4.2, B1.1, B2.1, B3.2, B3.4, C1.2, C2.1, C2.2, C5.2, C5.5, C6.2, C7.3, C8.2, C10.1, C10.2, D1.1, D2.2, D3.2 (*Lý do chưa đạt chi tiết có Phụ lục 03 kèm theo*).
- Có 4 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 chuyển viện ngoại trú.

### **III. Những vấn đề ưu tiên cải tiến và các giải pháp thực hiện trong 6 tháng cuối năm 2023:** (*Chi tiết có Phụ lục 02 và 03 kèm theo*)

- Phân đầu 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.
- Phân đầu 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, 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 6 tháng đầu năm và phương hướng nhiệm vụ 6 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 17/7/2023  
của Bệnh viện ĐKKV Tháp Mười)

| Mã số     | Nội dung                                                                                                           | KH<br>2023 | 6<br>tháng<br>2023 | So<br>sánh |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------|------------|
| <b>A</b>  | <b>PHẦN A. HƯỚNG ĐẾN NGƯỜI BỆNH (19)</b>                                                                           |            |                    |            |
| <b>A1</b> | <b>A1. Chỉ dẫn, đón tiếp, hướng dẫn, cấp cứu người bệnh (6)</b>                                                    |            |                    |            |
| A1.1      | Người bệnh được chỉ dẫn rõ ràng, đón tiếp và hướng dẫn cụ thể                                                      | 4          | 3                  | -1         |
| 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          | 4                  | 0          |
| A1.4      | Bệnh viện bảo đảm các điều kiện cấp cứu người bệnh kịp thời                                                        | 4          | 4                  | 0          |
| 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          |
| <b>A2</b> | <b>A2. Điều kiện cơ sở vật chất phục vụ người bệnh (5)</b>                                                         |            |                    |            |
| 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          |
| <b>A3</b> | <b>A3. Môi trường chăm sóc người bệnh (2)</b>                                                                      |            |                    |            |
| 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          |
| <b>A4</b> | <b>A4. Quyền và lợi ích của người bệnh (6)</b>                                                                     |            |                    |            |
| 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          | 4                  | 0          |
| A4.6      | Bệnh viện thực hiện khảo sát, đánh giá sự hài lòng người bệnh và tiến hành các biện pháp can thiệp                 | 4          | 4                  | 0          |
| <b>B</b>  | <b>PHẦN B. PHÁT TRIỂN NGUỒN NHÂN LỰC BỆNH VIỆN (14)</b>                                                            |            |                    |            |
| <b>B1</b> | <b>B1. Số lượng và cơ cấu nhân lực bệnh viện (3)</b>                                                               |            |                    |            |

|           |                                                                                                    |   |   |    |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|----|
| 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  |
| <b>B2</b> | <b>B2. Chất lượng nguồn nhân lực (3)</b>                                                           |   |   |    |
| B2.1      | Nhân viên y tế được đào tạo và phát triển kỹ năng nghề nghiệp                                      | 4 | 3 | -1 |
| B2.2      | Nhân viên y tế được nâng cao kỹ năng ứng xử, giao tiếp, y đức                                      | 3 | 3 | 0  |
| B2.3      | Bệnh viện duy trì và phát triển bền vững chất lượng nguồn nhân lực                                 | 4 | 4 | 0  |
| <b>B3</b> | <b>B3. Chế độ đãi ngộ và điều kiện, môi trường làm việc (4)</b>                                    |   |   |    |
| 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 | 4 | 0  |
| B3.4      | Tạo dựng môi trường làm việc tích cực cho nhân viên y tế                                           | 4 | 3 | -1 |
| <b>B4</b> | <b>B4. Lãnh đạo bệnh viện (4)</b>                                                                  |   |   |    |
| 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  |
| <b>C</b>  | <b>PHẦN C. HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN (35)</b>                                                           |   |   |    |
| <b>C1</b> | <b>C1. An ninh, trật tự và an toàn cháy nổ (2)</b>                                                 |   |   |    |
| 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 |
| <b>C2</b> | <b>C2. Quản lý hồ sơ bệnh án (2)</b>                                                               |   |   |    |
| 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 |
| <b>C3</b> | <b>C3. Ứng dụng công nghệ thông tin (2) (điểm x2)</b>                                              |   |   |    |
| 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  |
| <b>C4</b> | <b>C4. Phòng ngừa và kiểm soát nhiễm khuẩn (6)</b>                                                 |   |   |    |
| 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 | 4 | 0  |
| <b>C5</b> | <b>C5. Năng lực thực hiện kỹ thuật chuyên môn (5) (điểm x2)</b>                                    |   |   |    |
| 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 |
| <b>C6</b>  | <b>C6. Hoạt động điều dưỡng và chăm sóc người bệnh (3)</b>                                                               |   |   |    |
| 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 | 3 | -1 |
| C6.3       | Người bệnh được chăm sóc vệ sinh cá nhân trong quá trình điều trị tại bệnh viện                                          | 3 | 3 | 0  |
| <b>C7</b>  | <b>C7. Năng lực thực hiện chăm sóc dinh dưỡng và tiết chế (5)</b>                                                        |   |   |    |
| 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 | 3 | -1 |
| C7.4       | Người bệnh được hướng dẫn, tư vấn chế độ ăn phù hợp với bệnh lý                                                          | 4 | 4 | 0  |
| C7.5       | Người bệnh được cung cấp chế độ dinh dưỡng phù hợp với bệnh lý trong thời gian nằm viện                                  | 3 | 3 | 0  |
| <b>C8</b>  | <b>C8. Chất lượng xét nghiệm (2)</b>                                                                                     |   |   |    |
| 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 |
| <b>C9</b>  | <b>C9. Quản lý cung ứng và sử dụng thuốc (6)</b>                                                                         |   |   |    |
| 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 | 4 | 0  |
| 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 | 4 | 0  |
| <b>C10</b> | <b>C10. Nghiên cứu khoa học (2)</b>                                                                                      |   |   |    |
| 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 |
| <b>D</b>   | <b>PHẦN D. HOẠT ĐỘNG CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG (11)</b>                                                                        |   |   |    |
| <b>D1</b>  | <b>D1. Thiết lập hệ thống và cải tiến chất lượng (3)</b>                                                                 |   |   |    |
| 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  |
| <b>D2</b> | <b>D2. Phòng ngừa các sự cố khắc phục (5)</b>                                                                                |   |   |    |
| D2.1      | Phòng ngừa nguy cơ, diễn biến bất thường xảy ra với người bệnh                                                               | 3 | 3 | 0  |
| 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 | 3 | 0  |
| 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  |
| <b>D3</b> | <b>D3. Đánh giá, đo lường, hợp tác và cải tiến chất lượng (3)</b>                                                            |   |   |    |
| 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  |
| <b>E</b>  | <b>PHẦN E. TIÊU CHÍ ĐẶC THÙ CHUYÊN KHOA</b>                                                                                  |   |   |    |
| <b>E</b>  | <b>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)</b> |   |   |    |
| 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 | 4 | 0  |
| 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 17/7/2023 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. | <b>A1.1. Người bệnh được chỉ dẫn rõ ràng, đón tiếp và hướng dẫn cụ thể</b><br><b>* Đạt mức 2/4, chưa đạt tiêu mục</b><br>21. Có sơ đồ bệnh viện cụ thể, chủ thích, chỉ dẫn rõ ràng tại chỗ dễ quan sát ở khu vực cổng chính và khoa khám bệnh<br>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<br>28. Cầu thang bộ và thang máy được đánh số rõ ràng, theo trình tự do bệnh viện tự quy định<br>30. Trước mỗi cửa buồng khám, chữa bệnh có bảng tên các bác sỹ, điều dưỡng phụ trách | - Sơ đồ bệnh viện đã cũ và thiếu tại khoa khám bệnh<br>- Thiếu sơ đồ 1 số khoa như Nhi, LCK, Nội TM, YHCT, Nhi<br>- Thiếu đánh số ở một số cầu thang trong BV<br>- Một số buồng khám, chữa bệnh thiếu bảng tên; một số có bảng tên nhưng không ghi BS, ĐD | HCQT        | QLCL                    | - Chính sửa sơ đồ bệnh viện và bố trí tại cổng chính, khoa khám bệnh<br>- Chính sửa, bổ sung sơ đồ các khoa Nhi, LCK, Nội TM, YHCT, Nhi<br>- Đánh số lại cho các cầu thang bị mất số<br>- 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 | 05 triệu         |
| 2. | <b>A2.1. Người bệnh điều trị nội trú được nằm một người một giường</b><br><b>* Đạt mức 3/4, chưa đạt tiêu mục:</b><br>13. Tất cả người bệnh được nằm mỗi người một giường theo quy chuẩn và kê trong buồng bệnh hoặc hành lang khoa<br>14. Người bệnh được điều trị trong buồng bệnh nam và nữ riêng biệt                                                                                                                                                                                                                                                                 | Khoa Ngoại, Nội TM (120% công suất) đông bệnh nhân nên phải nằm ngoài hành lang chưa bố trí được buồng bệnh cho bệnh nhân                                                                                                                                 | HCQT        | Ngoại<br>Nội TM<br>KHTH | Tận dụng lầu 1 khu C trống để bố trí một số khoa phù hợp, để sắp xếp bố trí lại khoa Nội TM, Ngoại In biên tên buồng nam, nữ và sắp xếp người bệnh vào đúng buồng quy định                                                                                                                                                              | 10 triệu         |
| 3. | <b>A2.4. Người bệnh được hưởng các tiện nghi bảo đảm sức khỏe, nâng cao thể trạng và tâm lý</b><br><b>* Đạt mức 2/3, chưa đạt tiêu mục:</b><br>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<br>Phòng HCQT mua sắm và cung cấp nước uống cho các khoa để bố trí cho người bệnh sử dụng                                                                                                                          | 50 triệu         |
| 4. | <b>A4.2. Người bệnh được tôn trọng quyền riêng tư cá nhân</b><br><b>* Đạt mức 3/4, chưa đạt tiêu mục:</b><br>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          |

| TT | Tiêu chí (tiểu mục) chưa đạt                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Lý do chưa đạt                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Trách nhiệm | Phối hợp   | Biện pháp thực hiện                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Kinh phí dự kiến |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 5. | <b>B1.1. Xây dựng kế hoạch phát triển nhân lực bệnh viện</b><br><b>* Đạt mức 3/4, chưa đạt tiểu mục:</b><br>12. Có ít nhất 75% chỉ số đạt được theo kế hoạch phát triển nhân lực y tế.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Chưa đạt 75% chỉ số theo kế hoạch đặt ra                                                                                                                                                                                                                                                                              | TCCB        |            | 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            |
| 6. | <b>B2.1. Nhân viên y tế được đào tạo và phát triển kỹ năng nghề nghiệp</b><br><b>* Đạt mức 2/4, chưa đạt tiểu mục:</b><br>7. Có tổ chức kiểm tra tay nghề, chuyên môn cho nhân viên y tế, đặc biệt là bác sỹ, y sỹ, điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên, dược sỹ dưới 5 năm công tác bằng các hình thức (như thi sát hạch, tổ chức hội thi...)<br>12. Có từ 20% nhân viên y tế trở lên được đào tạo liên tục ít nhất 12 tiết học trở lên trong năm<br>14. Trong năm có tổ chức các hội thi tay nghề giỏi cho ít nhất hai chức danh trở lên: bác sỹ, điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên, dược sỹ, quản lý | Bệnh viện chưa tổ chức kiểm tra tay nghề cũng như hội thi tay nghề cho các chức danh bác sỹ, điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên, dược sỹ<br>Từ đầu năm đến nay bệnh viện chưa tổ chức đào tạo và cấp chứng nhận đào tạo liên tục<br>Chưa đảm bảo 20% nhân viên y tế trở lên được đào tạo liên tục ít nhất 12 tiết học | KHTH        | ĐD<br>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<br>KHTH phối hợp khoa Dược xây dựng kế hoạch hội thi tay nghề giỏi cho bác sỹ, dược sỹ<br>ĐD xây dựng kế hoạch hội thi tay nghề giỏi cho điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên | 10 triệu         |
| 7. | <b>B3.2. Bảo đảm điều kiện làm việc, vệ sinh lao động và nâng cao trình độ chuyên môn cho nhân viên y tế</b><br><b>* Đạt mức 2/4, chưa đạt tiểu mục:</b><br>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...<br>12. Bệnh viện lập hồ sơ vệ sinh lao động, đo kiểm tra môi trường lao động định kỳ<br>13. Có tiến hành khảo sát sự hài lòng của nhân viên y tế với điều kiện làm việc, vệ sinh lao động                                                            | Trong năm chưa tiến hành tập huấn về an toàn vệ sinh lao động cho NVYT<br>Chưa kiểm tra quan trắc môi trường<br>Chưa tiến hành khảo sát hài lòng của NVYT về điều kiện làm việc                                                                                                                                       | KSNK        | QLCL<br>ĐD | KSNK tập huấn cho NVYT về an toàn vệ sinh lao động hoặc cử NVYT đi tập huấn nếu có thư thông báo<br>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<br>QLCL phối hợp phòng điều dưỡng khảo sát hài lòng nhân viên y tế và báo cáo kết quả      | 10 triệu         |
| 8. | <b>B3.4. Tạo dựng môi trường làm việc tích cực cho nhân viên y tế</b><br><b>* Đạt mức 3/4, chưa đạt tiểu mục:</b><br>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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Chưa tiến hành khảo sát hài lòng của NVYT                                                                                                                                                                                                                                                                             | QLCL<br>ĐD  |            | QLCL phối hợp phòng điều dưỡng khảo sát hài lòng nhân viên y tế và báo cáo kết quả                                                                                                                                                                                                                            |                  |

| TT  | Tiêu chí (tiểu mục) chưa đạt                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Lý do chưa đạt                                                                                                                                                  | Trách nhiệm | Phối hợp         | Biện pháp thực hiện                                                                                                                                                                                                                                                                         | Kinh phí dự kiến |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
|     | 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.<br>14. Có tiến hành khảo sát sự hài lòng của nhân viên y tế về môi trường làm việc.                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                 |             |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |
| 9.  | <b>C1.2. Bảo đảm an toàn điện và phòng chống cháy nổ</b><br><b>* Đạt mức 2/3, chưa đạt tiểu mục:</b><br>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).<br>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.            | Chưa có đủ bình chữa cháy hoạt động tốt theo quy định tại các khoa/phòng<br>Chưa tổ chức huấn luyện phòng cháy, chữa cháy trong năm                             | 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<br>Mua sắm bổ sung bình chữa cháy nếu cần<br>Mời cảnh sát PCCC hướng dẫn, huấn luyện cho NVYT bệnh viện | 30 triệu         |
| 10. | <b>C2.1. Hồ sơ bệnh án được lập đầy đủ, chính xác, khoa học</b><br><b>* Đạt mức 2/4, chưa đạt tiểu mục:</b><br>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<br>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<br>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<br>Có phân công nhân viên chịu trách nhiệm kiểm tra hồ sơ bệnh án nhưng chưa tiến hành đánh 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.<br>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        |
| 11. | <b>C2.2. Hồ sơ bệnh án được quản lý chặt chẽ, đầy đủ, khoa học</b><br><b>* Đạt mức 2/4, chưa đạt tiểu mục:</b><br>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<br>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.                                                                                                                          | 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<br>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<br>Kiểm tra, đối chiếu lại thông tin 01 số bệnh án định kỳ, đột xuất<br>Hướng dẫn các khoa khắc phục các lỗi sau kiểm tra                                   |                  |

| TT  | Tiêu chí (tiểu mục) chưa đạt                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Lý do chưa đạt                                                                                                                                            | Trách nhiệm | Phối hợp          | Biện pháp thực hiện                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Kinh phí dự kiến |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
|     | 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).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                           |             |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |
| 12. | <b>C5.2. Nghiên cứu và triển khai áp dụng các kỹ thuật mới, phương pháp mới</b><br><b>* Đạt mức 2/4, chưa đạt tiểu mục:</b><br>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)*.<br>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.<br>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)*.<br>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.<br>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<br>Các khoa tiến hành triển khai thực hiện và báo cáo kết quả<br>KHTH tổng hợp kết quả và báo cáo toàn bệnh viện                                                                                                                                                                                | Không            |
| 13. | <b>C5.5. Áp dụng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đã ban hành và giám sát việc thực hiện</b><br><b>* Đạt mức 2/3, chưa đạt tiểu mục:</b><br>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            |
| 14. | <b>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</b><br><b>* Đạt mức 3/4, chưa đạt tiểu mục:</b><br>14. Người bệnh có được kiến thức, thực hành thiết yếu để tự theo dõi, chăm sóc, điều trị và phòng các biến chứng cho bản thân                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Có cung cấp kiến thức cho người bệnh và người nhà nhưng chưa đảm bảo 100%                                                                                 | ĐD          | Các khoa lâm sàng | Lồng ghép việc cung cấp kiến thức, thực hành cho người bệnh và người nhà trong các buổi họp hội đồng người bệnh.<br>Xây dựng các tờ rơi tuyên truyền về các bệnh thường gặp của khoa mình và cấp cho người bệnh, người nhà khi nhập viện<br>Tận dụng góc truyền thông để cung cấp thông tin cho người bệnh<br>Định kỳ khảo sát nhu cầu cung cấp kiến thức của người bệnh, người nhà khi nằm viện | 20 triệu         |

| TT  | Tiêu chí (tiểu mục) chưa đạt                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Lý do chưa đạt                                                                                                                                                                 | Trách nhiệm | Phối hợp       | Biện pháp thực hiện                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Kinh phí dự kiến |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 15. | <b>C7.3. Người bệnh được đánh giá, theo dõi tình trạng dinh dưỡng trong lúc nằm viện</b><br><b>* Đạt mức 3/4, chưa đạt tiểu mục:</b><br>9. Người bị 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                                                                                                                                                                                                        | Chưa đủ năng lực để can thiệp đối với trường hợp người bệnh bị suy dinh dưỡng nặng                                                                                             | DDTC        | TCCB           | Đề xuất của đi học, tập huấn chuyên môn về dinh dưỡng                                                                                                                                                                                                                                                                | 20 triệu         |
| 16. | <b>C8.2. Bảo đảm chất lượng các xét nghiệm</b><br><b>* Đạt mức 2/3, chưa đạt tiểu mục:</b><br>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<br>- Tổ chức đào tạo và cấp giấy chứng nhận đào tạo liên tục cho 100% nhân viên khoa XN ít nhất 24 tiết<br>- KHTH có lập sổ theo dõi đào tạo liên tục và báo cáo kết quả | 3 triệu          |
| 17. | <b>C10.1. Tích cực triển khai hoạt động nghiên cứu khoa học</b><br><b>* Đạt mức 2/3, chưa đạt tiểu mục:</b><br>7. Có buổi sinh hoạt hướng dẫn phương pháp nghiên cứu cho nhân viên y tế.<br>11. Trong năm bệnh viện chủ trì xây dựng và tự tiến hành ít nhất một nghiên cứu khoa học (như 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.                           | Trong năm, Chưa có buổi sinh hoạt hướng dẫn phương pháp nghiên cứu cho nhân viên y tế.<br>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<br>Đặt hàng hoặc chỉ định thực hiện một số khoa/phòng thực hiện nghiên cứu khoa học cấp bệnh viện                                                                                                                     | 10 triệu         |
| 18. | <b>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</b><br><b>* Đạt mức 1/3, chưa đạt tiểu mục:</b><br>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.<br>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<br>Theo dõi tiến độ và kết quả thực hiện<br>Tổng hợp, báo cáo kết quả và rút kinh nghiệm                                                         | 30 triệu         |
| 19. | <b>D1.1. Thiết lập hệ thống quản lý chất lượng bệnh viện</b><br><b>* Đạt mức 3/4, chưa đạt tiểu mục:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 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            |

| TT  | Tiêu chí (tiểu mục) chưa đạt                                                                                                                                                                                                                                           | Lý do chưa đạt                                                                                                    | Trách nhiệm | Phối hợp       | Biện pháp thực hiện                                                                                                                               | Kinh phí dự kiến |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
|     | 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.                                       |                                                                                                                   |             |                |                                                                                                                                                   |                  |
| 20. | <b>D2.2. Xây dựng hệ thống báo cáo, phân tích sự cố y khoa và tiến hành các giải pháp khắc phục</b><br><b>* Đạt mức 3/4, chưa đạt tiểu mục:</b><br>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 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       | Tiến hành rà soát đánh giá việc ghi chép báo cáo sự cố y khoa toàn bệnh viện những ưu, nhược điểm, tồn tại hạn chế và đề xuất giải pháp khắc phục | Không            |
| 21. | <b>D3.2. Đo lường và giám sát cải tiến chất lượng bệnh viện</b><br><b>* Đạt mức 4/5, chưa đạt tiểu mục:</b><br>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 6 tháng đầu năm chỉ đạt 50% chỉ số                                                                        | QLCL        | Các khoa/phòng | Tiến hành thực hiện một số giải pháp khắc phục<br>Tiếp tục theo dõi, đánh giá và báo cáo kết quả hàng quý                                         | Không            |