

Số: 31/BC-BVĐKTM

Tháp Mười, ngày 04 tháng 3 năm 2026

BÁO CÁO

Kết quả kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện tháng 02 năm 2026 và giải pháp cải tiến chất lượng trong các tháng tới

Thực hiện Kế hoạch số 13/KH-BVĐKTM ngày 26/01/2026 của Bệnh viện Đa khoa khu vực Tháp Mười về cải tiến chất lượng bệnh viện năm 2026 và Kế hoạch số 26/KH-BVTM ngày 02/02/2026 của Bệnh viện Đa khoa khu vực Tháp Mười về tự kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện định kỳ năm 2026.

Bệnh viện báo cáo kết quả kiểm tra, đánh giá chất lượng tháng 02 năm 2026 với các nội dung cụ thể như sau:

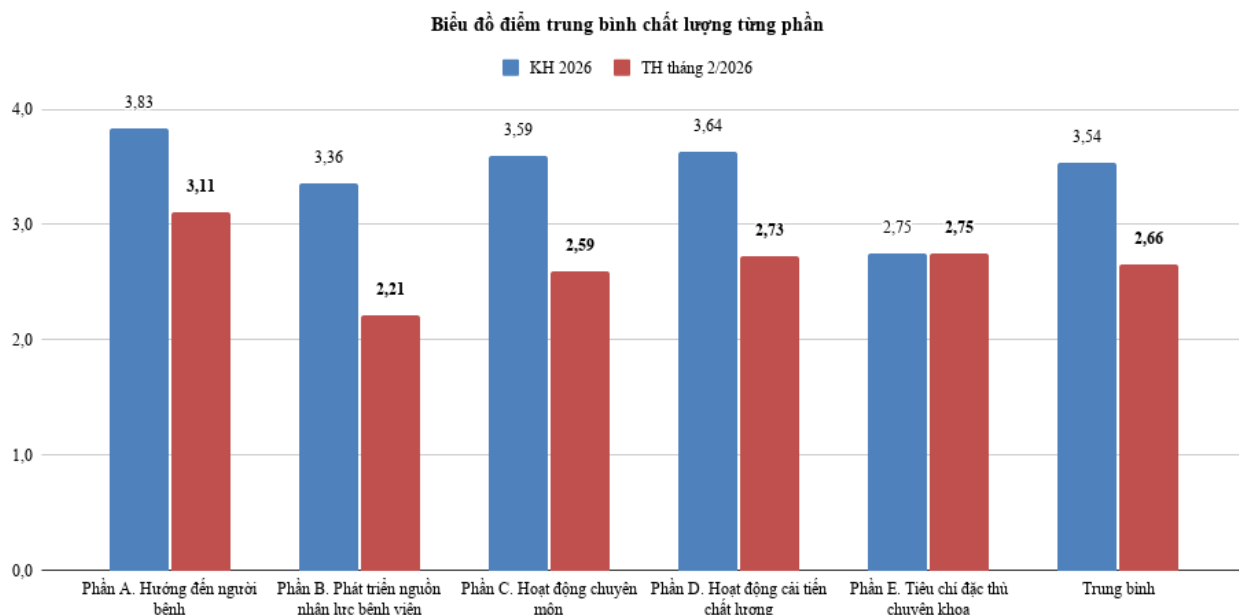
I. KẾT QUẢ ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG THÁNG 02 NĂM 2026

1. Điểm chất lượng chung:

NỘI DUNG	KH 2026	Tháng 02/2026	So sánh KH
Tổng số các tiêu chí được áp dụng đánh giá	79/83	79/83	100%
Tỷ lệ tiêu chí áp dụng so với 83 tiêu chí	95,2%	95,2%	100%
Tổng số điểm các tiêu chí áp dụng	301	226	Thấp hơn 75 điểm
Điểm trung bình chung của các tiêu chí	3,54	2,66	Thấp hơn 0,88 điểm

(Tiêu chí C2 và C5 điểm nhân đôi)

2. Điểm chất lượng từng phần:



Mức 1		Mức 2		Mức 3		Mức 4		Mức 5	
KH 2026	TH 2/2026	KH 2026	TH 2/2026	KH 2026	TH 2/2026	KH 2026	TH 2/2026	KH 2026	TH 2/2026
0	9	4	22	29	34	43	14	3	0
0,0%	11,39%	5,06%	27,85%	36,71%	43,04%	54,43%	17,72%	3,80%	0,0%

(Chi tiết điểm từng tiêu chí tại phụ lục 01 kèm theo)

II. ĐÁNH GIÁ CÁC VIỆC ĐÃ LÀM ĐƯỢC VÀ TỒN TẠI, HẠN CHẾ:

1. Các việc đã làm được:

- Phần A. Hướng đến người bệnh:

+ A1. Chỉ dẫn, đón tiếp, hướng dẫn, cấp cứu người bệnh (6): Đã bố trí bàn tiếp đón người bệnh ở vị trí thuận tiện. Các điểm trông giữ xe nằm trong khuôn viên bệnh viện có biển báo rõ ràng. Khu vực chờ đợi khám bệnh đảm bảo đầy đủ tiện nghi. Có niêm yết giờ khám, lịch làm việc, quy trình khám, chữa bệnh đầy đủ rõ ràng. Các điều kiện cấp cứu người bệnh như thuốc, vật tư, thiết bị y tế được trang bị đầy đủ theo quy định. Người bệnh được làm các thủ tục, khám bệnh, thanh toán... theo đúng thứ tự bảo đảm tính công bằng và mức ưu tiên. Người bệnh được hướng dẫn và bố trí làm xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng theo trình tự thuận tiện

+ A2. Điều kiện cơ sở vật chất phục vụ người bệnh (5): Tất cả người bệnh được nằm mỗi người một giường theo quy chuẩn giường y tế, kê bên trong các buồng bệnh/hành lang. Tỷ số giường bệnh/buồng vệ sinh tại bệnh viện đạt ít nhất 1 buồng vệ sinh cho 12 đến 29 giường bệnh, đồng thời buồng vệ sinh được lau dọn thường xuyên và có nước sạch cho người bệnh sử dụng. Người bệnh khi nhập viện được cung cấp đầy đủ các vật dụng cá nhân chăn, ga, và quần áo. Hệ thống chiếu sáng của bệnh viện bảo đảm hoạt động liên tục. Có khoa VLTL-PHCN phục vụ người bệnh có nhu cầu. Các vỉa hè, lối đi trong khuôn viên bệnh viện được thiết kế bảo đảm xe lăn có thể đi được, an toàn khi vận chuyển.

+ A3. Môi trường chăm sóc người bệnh (2): Bệnh viện có nhiều cây xanh, bãi cỏ, vườn hoa trong khuôn viên bệnh viện và có bố trí nhân viên quét dọn và làm sạch môi trường bệnh viện thường xuyên. Mỗi giường bệnh có một tủ đầu giường sử dụng tốt, không bị hoen gỉ. Đồ đạc của người bệnh và người nhà người bệnh để gọn gàng, không gây cản trở lối đi và làm xấu cảnh quan chung.

+ A4. Quyền và lợi ích của người bệnh (5): Bảng kê chi phí điều trị được in và đưa cho người bệnh kiểm tra, xác nhận toàn bộ các mục chi thuốc, vật tư tiêu hao... trước khi ra viện. Bệnh viện đã triển khai nhiều kênh tiếp nhận thông tin như đường dây nóng, hòm thư góp ý, tiếp công dân để người bệnh có thể góp ý, phản ánh khi cần thiết. Các phòng chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng, tiểu phẫu, thủ thuật... có vách ngăn hoặc rèm che kín đáo ngăn cách với người không có phận sự ra vào trong khi bác sỹ, điều dưỡng thực hiện thủ thuật, chăm sóc và các công việc khác cần phải bộc lộ cơ thể người bệnh. Sẵn có vách ngăn hoặc rèm

che di động tại các khoa lâm sàng để phục vụ người bệnh trong các trường hợp thăm khám tại chỗ, làm thủ thuật hoặc thay đổi quần áo, vệ sinh tại giường.

- Phần B. Phát triển nguồn nhân lực bệnh viện:

+ B1. Số lượng và cơ cấu nhân lực bệnh viện (3): Bệnh viện có tiến hành theo dõi các chỉ số liên quan đến số lượng nhân lực và có số liệu thống kê. Bệnh viện đã xây dựng và ban hành đề án vị trí việc làm.

+ B2. Chất lượng nguồn nhân lực (3): Bệnh viện đã xây dựng kế hoạch đào tạo cho nhân viên y tế. Tổng số bác sỹ hiện đang làm việc có trình độ sau đại học được học trong khoảng thời gian làm việc tại bệnh viện chiếm ít nhất 40% tổng số bác sỹ có trình độ sau đại học của toàn bệnh viện. Bệnh viện có ban hành chính sách thu hút nhân lực y tế có chất lượng làm việc ổn định, lâu dài tại bệnh viện.

+ B3. Chế độ đãi ngộ và điều kiện, môi trường làm việc (4): Nhân viên bệnh viện được chi trả các lương, phụ cấp, BHXH, BHYT và các chế độ khác đúng theo quy định. Toàn bộ nhân viên y tế trong chỉ tiêu được bảo đảm tăng lương theo đúng quy định. Trang thiết bị văn phòng, bàn ghế làm việc được trang bị tương đối đầy đủ. Bảo đảm chế độ nghỉ dưỡng/nghỉ phép cho nhân viên theo đúng quy định. Bệnh viện đã xây dựng và ban hành quy chế dân chủ cơ sở. Các tiêu chí cụ thể về tăng lương, khen thưởng, bổ nhiệm, kỷ luật... được công bố công khai cho toàn thể nhân viên được biết.

+ B4. Lãnh đạo bệnh viện (4): Đơn vị có áp dụng phần mềm chuyên dụng để quản lý và triển khai văn bản. Tỷ lệ cán bộ lãnh đạo, quản lý của bệnh viện đã tham gia khóa đào tạo liên tục và có chứng chỉ về quản lý bệnh viện chiếm trên 40%. Bệnh viện đã tiến hành quy hoạch vị trí lãnh đạo và quản lý các giai đoạn.

- Phần C. Hoạt động chuyên môn:

+ C1. An ninh, trật tự và an toàn cháy nổ (2): Bệnh viện đã xây dựng phương án tuần tra, canh gác và có đủ bảo vệ trực 24/24 giờ theo phương án. Có ban hành phương án phòng chống cháy nổ, sơ tán thoát nạn, cứu người. Bảo đảm có đủ bình chữa cháy đặt đầy đủ tại các vị trí của khoa theo quy định.

+ C2. Quản lý hồ sơ bệnh án (2): Hồ sơ bệnh án được lập sau khi người bệnh vào viện trong vòng 36 giờ và bảo đảm đầy đủ các thông tin cơ bản theo quy định. Kho lưu trữ bệnh án có giá, ngăn hoặc tủ sắp xếp bệnh án theo trình tự thống nhất và lưu trữ đủ thời gian quy định.

+ C3. Ứng dụng công nghệ thông tin (2): Đã thành lập tổ CNTT. Bệnh viện có các phân hệ phần mềm Quản lý số liệu thống kê bệnh viện; Quản lý người bệnh nội, ngoại trú; Kê đơn điện tử; Quản lý viện phí, thanh toán bảo hiểm y tế; Quản lý xuất, nhập thuốc.

+ C4. Phòng ngừa và kiểm soát nhiễm khuẩn (4): Bệnh viện đã thiết lập và cơ bản hoàn thiện hệ thống kiểm soát nhiễm khuẩn theo quy định. Đã xây dựng và ban hành một số quy trình cơ bản liên quan đến kiểm soát nhiễm khuẩn; các hướng dẫn về phòng ngừa chuẩn. Thiết lập hệ thống bồn vệ sinh tay đầy đủ cho nhân viên y tế và có các hướng dẫn vệ sinh tay tại các bồn rửa tay. Phát

động phong trào vệ sinh tay và duy trì phong trào thường xuyên. Đã xây dựng chương trình giám sát KSNK trên phạm vi bệnh viện và triển khai các biện pháp phòng ngừa chủ động cho nhân viên y tế.

+ C5. Năng lực thực hiện kỹ thuật chuyên môn (4): Bệnh viện có phổ biến các “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh” và “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” do Bộ Y tế ban hành tới các khoa có liên quan để thực hiện. Bệnh viện đã ban hành kế hoạch bình bệnh án, đơn thuốc năm 2026.

+ C6. Hoạt động điều dưỡng và chăm sóc người bệnh (3): Phòng điều dưỡng đã xây dựng kế hoạch hoạt động năm 2026. Tỷ lệ điều dưỡng trưởng có chứng chỉ quản lý điều dưỡng chiếm từ 30% trở lên. Có ban hành các quy định về việc tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh. Có đầy đủ các phương tiện, dụng cụ cơ bản phục vụ cho việc chăm sóc thể chất và vệ sinh cá nhân cho người bệnh. Toàn bộ người bệnh cần chăm sóc cấp I được các nhân viên y tế theo dõi, chăm sóc toàn diện, bao gồm chăm sóc thể chất và vệ sinh cá nhân. Người bệnh có chỉ định phẫu thuật được điều dưỡng, hộ sinh hướng dẫn, hỗ trợ và thực hiện chuẩn bị trước phẫu thuật theo quy định của bệnh viện.

+ C7. Năng lực thực hiện chăm sóc dinh dưỡng và tiết chế (5): Bệnh viện đã thành lập khoa dinh dưỡng quy định. Lãnh đạo khoa có trình độ đại học chuyên ngành y và có chứng chỉ dinh dưỡng lâm sàng. Bệnh viện bảo đảm các cơ sở vật chất cần thiết để thực hiện công tác dinh dưỡng. Người bệnh được phân loại và xác định chính xác nguy cơ suy dinh dưỡng ngay khi nhập viện. Người bệnh suy dinh dưỡng nặng được hội chẩn với khoa dinh dưỡng, đánh giá tình trạng dinh dưỡng, lập kế hoạch và can thiệp dinh dưỡng. Có trên 50% tổng số các khoa lâm sàng có tài liệu tư vấn, truyền thông về dinh dưỡng. 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 sĩ.

+ C8. Chất lượng xét nghiệm (2): Khoa xét nghiệm có nhân sự có trình độ đại học trở lên đúng chuyên ngành. Có các trang thiết bị và đủ khả năng thực hiện các xét nghiệm sinh hóa, huyết học, miễn dịch. Đã triển khai thực hiện các hoạt động nội kiểm ngoại kiểm theo quy định. Có nhân viên chuyên trách về chất lượng xét nghiệm được đào tạo về quản lý chất lượng xét nghiệm.

+ C9. Quản lý cung ứng và sử dụng thuốc (6): Bệnh viện đã thành lập khoa dược và lãnh đạo khoa dược có trình độ chuyên khoa II chuyên ngành dược. Khoa dược có xây dựng quy trình chuẩn cho các hoạt động chuyên môn về xuất – nhập, bảo quản thuốc. Số lượng thuốc được kiểm soát thông qua hệ thống phần mềm quản lý của bệnh viện. Đã ban hành các quy trình cấp phát thuốc, quy trình kiểm soát chất lượng thuốc, quy trình xử lý các thuốc chất lượng không đảm bảo, quy trình chuyên môn liên quan đến sử dụng thuốc, quy trình thông tin thuốc, quy trình giám sát ADR. Thực hiện báo cáo thường xuyên, đầy đủ các số liệu về sử dụng thuốc. Đã xây dựng danh mục thuốc nhìn giống nhau, đọc giống nhau (LASA). Có gửi báo cáo ADR tới trung tâm quốc gia/khu vực về thông tin thuốc và theo dõi phản ứng có hại của thuốc. Bệnh viện đã

thành lập Hội đồng thuốc và điều trị, Hội đồng đã xây dựng các văn bản quy định về quản lý và sử dụng thuốc trong bệnh viện.

+ C10. Nghiên cứu khoa học (2): Bệnh viện có tiến hành sinh hoạt khoa học định kỳ ít nhất 1 lần trong 2 tháng.

- Phần D. Hoạt động cải tiến chất lượng:

+ D1. Thiết lập hệ thống và cải tiến chất lượng (3): Bệnh viện đã thành lập Hội đồng, mạng lưới, phòng QLCL. Đã tuyển đủ nhân viên của phòng QLCL theo đề án vị trí việc làm. Đã ban hành kế hoạch cải tiến chất lượng chung toàn bệnh viện, đồng thời có các hình thức khuyến khích, thúc đẩy nhân viên y tế cải tiến chất lượng. Bệnh viện đã xây dựng và triển khai bộ nhận diện thương hiệu.

+ D2. Phòng ngừa các sự cố khắc phục (5): Có hệ thống chuông hoặc đèn báo đầu giường tại toàn bộ các giường bệnh cấp cứu. Bệnh viện đã xây dựng và triển khai các quy định về việc quản lý sự cố y khoa. Đã triển khai áp dụng bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật tại phòng mổ cho ít nhất 100% số ca phẫu thuật trở lên. Có xây dựng bảng kiểm đánh giá việc tuân thủ cho ít nhất 10 quy trình kỹ thuật. Bệnh viện đã triển khai các giải pháp bảo đảm xác định chính xác người bệnh khi cung cấp dịch vụ để tránh nhầm lẫn. Không có vụ việc người bệnh bị rơi ra khỏi xe hoặc cáng trong quá trình vận chuyển trong khuôn viên bệnh viện.

+ D3. Đánh giá, đo lường, hợp tác và cải tiến chất lượng (3): Bệnh viện đã tổ chức đánh giá chất lượng bệnh viện thường xuyên hàng tháng và rà soát những nội dung cần cải tiến chất lượng. Đã ban hành 10 chỉ số chất lượng cụ thể nhằm đánh giá và theo dõi chất lượng chuyên môn, chất lượng dịch vụ của bệnh viện và khoa/phòng. Gửi đầy đủ các báo cáo liên quan đến hoạt động quản lý chất lượng theo yêu cầu của cơ quan quản lý.

- Phần E. Tiêu chí đặc thù chuyên khoa (4):

+ E1. Tiêu chí sản khoa (3): Có bác sỹ chuyên khoa sản cấp I. Tỷ lệ hộ sinh có trình độ cử nhân trở lên chiếm ít nhất 30% tổng số hộ sinh của khoa sản. Có triển khai thực hiện kỹ thuật mổ đẻ (mổ lấy thai) mang tính thường quy. Có góc sơ sinh trong phòng đẻ. Có thực hiện tư vấn về sức khỏe sinh sản và chăm sóc trước sinh, sau sinh, chăm sóc và nuôi dưỡng trẻ nhỏ cho phụ nữ mang thai. Có nhóm hỗ trợ bà mẹ nuôi con bằng sữa mẹ hoạt động thường xuyên. Tỷ lệ các trường hợp đẻ thường được thực hiện đầy đủ cắt rốn chậm, da kề da, bú sớm trong 1 giờ đầu sau sinh đạt trên 80%. Tỷ lệ các trường hợp mổ đẻ được thực hiện đầy đủ 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 trẻ sơ sinh tại khoa sản được "bú mẹ hoàn toàn" từ 70% trở lên.

+ E2. Tiêu chí nhi khoa (1): Có bác sỹ chuyên khoa nhi cấp I. Tỷ lệ điều dưỡng có trình độ cử nhân trở lên chiếm ít nhất 30% tổng số điều dưỡng của khoa nhi. Tỷ lệ điều dưỡng được đào tạo về nhi chiếm từ 50% tổng số điều dưỡng của khoa nhi.

2. Tồn tại, hạn chế cần khắc phục:

- Phần A. Hướng đến người bệnh:

+ A1. Chỉ dẫn, đón tiếp, hướng dẫn, cấp cứu người bệnh (6): Sơ đồ bệnh viện cũ và thiếu tại một số vị trí cần thiết (A1.1); Chưa tiến hành đánh giá thực trạng, phân tích những điểm còn hạn chế trong công tác khám bệnh và xây dựng kế hoạch nâng cao chất lượng phục vụ tại khoa khám bệnh (A1.3); Bệnh viện đã xây dựng kế hoạch khảo sát thời gian chờ khám bệnh (27/KH-BVĐKTM) nhưng chưa tiến hành khảo sát thực tế do chưa đến thời điểm đánh giá (Tháng 04-05/2026) (A1.3); Chưa tiến hành đánh giá thực trạng, phân tích các vấn đề tồn tại, ưu, nhược điểm trong hoạt động cấp cứu người bệnh (A1.4)

+ A2. Điều kiện cơ sở vật chất phục vụ người bệnh (5): Một số khoa có giường bệnh chưa bố trí buồng bệnh nam và nữ riêng biệt cho người bệnh. Một số đã bố trí nhưng sắp xếp người bệnh vào buồng bệnh chưa phù hợp (A2.1). Một số buồng vệ sinh tại các khoa chưa đảm bảo đầy đủ giấy vệ sinh, xà-phòng rửa tay cho người bệnh (A2.2). Chưa cung cấp đủ nước uống cho người bệnh tại hành lang các khoa lâm sàng; Chưa bảo đảm thông khí và thoáng mát cho buồng bệnh các khoa vào lúc thời tiết nắng, nóng (A2.4).

+ A3. Môi trường chăm sóc người bệnh (2): Chưa xây dựng và triển khai kế hoạch vệ sinh, chống muỗi và côn trùng tại các vị trí tiểu cảnh hòn non bộ, bể cá, hồ nước trong khuôn viên bệnh viện (A3.1)

+ A4. Quyền và lợi ích của người bệnh (5): Chưa thực hiện báo cáo thống kê, phân tích các vấn đề người bệnh thường xuyên phản nàn, thắc mắc qua đường dây nóng do chưa đến kỳ báo cáo (A4.5); Đã xây dựng kế hoạch khảo sát sự hài lòng người bệnh (Kế hoạch số 19/KH-BVĐKTM) nhưng chưa thực hiện phân tích kết quả khảo sát, chưa lập báo cáo và chưa xây dựng kế hoạch triển khai các biện pháp can thiệp cải tiến (A4.6).

- Phần B. Phát triển nguồn nhân lực bệnh viện:

+ B1. Số lượng và cơ cấu nhân lực bệnh viện (3): Chưa xây dựng kế hoạch phát triển nhân lực y tế tổng thể giai đoạn 2025 – 2030 và kế hoạch phát triển nhân lực năm 2026 (B1.1)

+ B2. Chất lượng nguồn nhân lực (3): Chưa cử các chức danh nghề nghiệp như ít nhất 5% số lượng bác sỹ và 5% số lượng điều dưỡng, dược sỹ, kỹ thuật y, kỹ sư, kế toán... đi bồi dưỡng chuyên môn, nâng cao kỹ năng làm việc ; Chưa tổ chức hội thi tay nghề cho các chức danh lên: bác sỹ, điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên, dược sỹ,...; Chưa tổ chức đào tạo liên tục (CME) bảo đảm ít nhất 12 tiết đào tạo/năm cho nhân viên y tế của bệnh viện (B2.1). Bệnh viện chưa xây dựng kế hoạch nâng cao kỹ năng ứng xử, giao tiếp, y đức cho nhân viên y tế (B2.2). Trong năm bệnh viện chưa tuyển dụng mới bác sỹ được đào tạo chính quy vào làm việc (B2.3).

+ B3. Chế độ đãi ngộ và điều kiện, môi trường làm việc (4): Chưa cung cấp đầy đủ trang phục cho các nhân viên bệnh viện; Nhân viên y tế chưa được

cập nhật thông tin mới hoặc tập huấn về vệ sinh an toàn lao động, xử lý rủi ro phơi nhiễm, lưu ý phòng tránh các tình huống, vấn đề mới phát sinh như các bệnh truyền nhiễm nguy hiểm...; Bệnh viện chưa lập hồ sơ vệ sinh lao động, đo kiểm tra môi trường lao động định kỳ theo quy định. Chưa tiến hành khảo sát sự hài lòng của nhân viên y tế (B3.2). Chưa tổ chức khám sức khỏe định kỳ hàng năm cho toàn bộ nhân viên bệnh viện và bệnh nghề nghiệp cho NVYT; Chưa tổ chức khám sức khỏe định kỳ hàng năm cho toàn bộ nhân viên bệnh viện và bệnh nghề nghiệp cho NVYT; Chưa tổ chức tham quan nghỉ dưỡng cho NVYT (B3.3). Chưa tiến hành khảo sát sự hài lòng của nhân viên y tế (B3.4).

+ B4. Lãnh đạo bệnh viện (4): Chưa xây dựng kế hoạch phát triển bệnh viện giai đoạn 5 năm (2025 – 2030) (B4.1)

- Phần C. Hoạt động chuyên môn:

+ C1. An ninh, trật tự và an toàn cháy nổ (2): Có 01 nhân viên bảo vệ chưa được tập huấn nghiệp vụ bảo vệ và có chứng chỉ; Chưa ký kết văn bản phối hợp với Công an xã Tháp Mười về việc hỗ trợ bảo đảm an ninh trật tự tại bệnh viện (C1.1). Chưa mời cơ quan công an tập huấn, diễn tập và kiểm tra, diễn tập về công tác PCCC; Chưa tiến hành tự kiểm tra công tác PCCC tại bệnh viện ít nhất 2 lần/năm; Chưa có bản sơ đồ cửa và cầu thang thoát hiểm tại đầy đủ các hành lang các tòa nhà; Chưa đảm bảo 100% các khoa, phòng có hệ thống báo cháy, chuông báo cháy tự động (C1.2).

+ C2. Quản lý hồ sơ bệnh án (2): Trong năm chưa tổ chức tập huấn cho bác sĩ, điều dưỡng về mã hóa bệnh tật theo ICD 10, cách ghi mã bệnh chính và bệnh kèm theo; Chưa tiến hành hành đánh giá và báo cáo kết quả về chất lượng hồ sơ bệnh án và xác định tỷ lệ nhập sai mã ICD 10, 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 (C2.1)

+ C4. Phòng ngừa và kiểm soát nhiễm khuẩn (4): Chưa tổ chức tập huấn cho các thành viên của mạng lưới Kiểm soát nhiễm khuẩn về các quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn, kỹ thuật phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện, sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân, xử lý phơi nhiễm nghề nghiệp...(C4.2). Chưa triển khai đánh giá và báo cáo kết quả giám sát tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế (C4.3)

+ C5. Năng lực thực hiện kỹ thuật chuyên môn (4): Chưa xây dựng kế hoạch triển khai ít nhất 05 kỹ thuật mới, phương pháp mới trong năm (C5.2). Chưa 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 một số bệnh thường gặp tại bệnh viện (C5.5)

+ C6. Hoạt động điều dưỡng và chăm sóc người bệnh (3): Hội đồng điều dưỡng chưa duy trì sinh hoạt định kỳ theo quy định (C6.1). Chưa rà soát, cập nhật tài liệu truyền thông giáo dục sức khỏe năm 2026; Chưa đào tạo lại về kỹ năng tư vấn, truyền thông, giáo dục sức khỏe cho điều dưỡng (C6.2). Có nhân

viên y tế hoặc dịch vụ hỗ trợ chăm sóc thể chất và vệ sinh cá nhân cho người bệnh (tắm, gội đầu, vệ sinh răng miệng, xoay trở, vỗ rung...) (C6.3).

+ C7. Năng lực thực hiện chăm sóc dinh dưỡng và tiết chế (5): Chưa tổ chức truyền thông, giáo dục về dinh dưỡng cho người bệnh tại khoa điều trị hoặc hội trường (C7.4).

+ C8. Chất lượng xét nghiệm (2): Có ít nhất một loại kỹ thuật xét nghiệm bị tạm dừng do trang thiết bị không hoạt động được do hỏng hóc, sửa chữa... (C8.1). Nhân viên khoa xét nghiệm chưa được đào tạo liên tục đầy đủ số tiết theo quy định của Bộ Y tế. Nhân viên khoa xét nghiệm chưa được đào tạo liên tục đầy đủ theo quy định của Bộ Y tế (C8.2).

+ C9. Quản lý cung ứng và sử dụng thuốc (6): Chưa đảm bảo 100% nhân viên khoa được bảo đảm được đào tạo liên tục đầy đủ theo quy định; Chưa có kế hoạch và cử nhân viên được quy hoạch đội ngũ lãnh đạo khoa được kế cận đi đào tạo theo tiêu chuẩn quy định (C9.1). Chưa tiến hành đánh giá về thực hành tốt bảo quản thuốc tại kho dược và xin cấp giấy phép đạt chuẩn “Thực hành tốt bảo quản thuốc”; Chưa tiến hành đánh giá chất lượng nhà thuốc; Chưa cập nhật và thực hiện các quy trình chuẩn (SOPs) cho các hoạt động chuyên môn được (C9.2). Đã xây dựng và quản lý danh mục thuốc cấp cứu (danh mục thuốc tử trực) tại các khoa lâm sàng. Tuy nhiên, các danh mục đã lâu đời không còn phù hợp với tình hình thực tế (C9.3). Chưa tổ chức tập huấn, thông tin cho nhân viên y tế về hiệu quả và độ an toàn khi sử dụng thuốc ít nhất 01 lần/năm; Chưa tiến hành khảo sát, đánh giá việc sử dụng thuốc an toàn, hợp lý và lập báo cáo đánh giá (C9.4). Hội đồng Thuốc và Điều trị chưa tổ chức tập huấn, đào tạo về sử dụng thuốc cho nhân viên y tế ít nhất 02 lần/năm; Hội đồng chưa tiến hành phân tích, đánh giá sử dụng thuốc: ABC/VEN và có báo cáo kết quả phân tích (C9.6).

+ C10. Nghiên cứu khoa học (2): Bệnh viện chưa tiến hành thực hiện ít nhất 01 đề tài nghiên cứu khoa học trong năm và được Hội đồng khoa học cấp bệnh viện hoặc cấp cao hơn nghiệm thu..(C10.1). Chưa xây dựng kế hoạch và lộ trình triển khai áp dụng ít nhất 04 kết quả nghiên cứu tiềm năng, khuyến nghị mang tính khả thi, có thể áp dụng tại bệnh viện để cải tiến chất lượng khám, chữa bệnh và nâng cao hoạt động bệnh viện (C10.2).

- Phần D. Hoạt động cải tiến chất lượng:

+ D1. Thiết lập hệ thống và xây dựng, triển khai kế hoạch cải tiến chất lượng (3): Tỷ lệ nhân viên của phòng quản lý chất lượng tham gia các lớp đào tạo về quản lý chất lượng và có chứng chỉ chưa đạt từ 50% trở lên (D1.1). Tỷ lệ các khoa/phòng xây dựng đề án cải tiến chất lượng riêng của từng khoa/phòng chưa đạt từ 50% trở lên (D1.2)

+ D2. Phòng ngừa các sai sót, sự cố và cách khắc phục (5): Chưa phân tích số liệu về sự cố y khoa xảy ra tại bệnh viện định kỳ ít nhất 1 lần trong 6 tháng và gửi báo cáo tới các khoa/phòng (D2.2). Đã xây dựng kế hoạch và bảng kiểm đánh giá tuân thủ 5 quy trình kỹ thuật, tuy nhiên chưa đến thời điểm tiến hành kiểm tra thực tế (D2.3). Chưa tiến hành rà soát tổng thể ít nhất 1 lần trong

1 năm và lập danh sách các vị trí có nguy cơ trượt ngã và lắp đặt cảnh báo nguy hiểm tại tất cả các vị trí có nguy cơ trượt ngã (D2.5)

+ D3. Đánh giá, đo lường, hợp tác và cải tiến chất lượng (3): Bệnh viện đã tiến hành đánh giá chất lượng bệnh viện định kỳ hằng tháng nhưng chưa lập “Báo cáo đánh giá chất lượng bệnh viện” và chưa công bố công khai kết quả cho các khoa, phòng; chưa đăng tải trên trang thông tin điện tử của bệnh viện (D3.1). Chưa tiến hành đo lường và báo cáo kết quả thực hiện các chỉ số chất lượng do chưa đến kỳ báo cáo (D3.2)

III. GIẢI PHÁP VÀ TỔ CHỨC THỰC HIỆN *(Chi tiết tại phụ lục 02 kèm theo)*

Trên đây là kết quả kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện tháng 02 năm 2026 và giải pháp cải tiến chất lượng trong các tháng tới của bệnh viện Đa khoa khu vực Tháp Mười. Đề nghị các khoa, phòng nghiên cứu triển khai thực hiện này./.

Nơi nhận:

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

**KT. GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC**



Nguyễn Văn Bé