| | |
|---|---|
| ỦY BAN NHÂN DÂN<br>HUYỆN TU MƠ RÔNG<br>**TRUNG TÂM Y TẾ** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**<br>**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** |
| Số: 31 /BC-TTYT | *Tu Mơ Rông, ngày 10 tháng 01 năm 2025* |

# BÁO CÁO
## Tự kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện năm 2024

### I. THÔNG TIN CHUNG

Bệnh viện: Trung tâm Y tế huyện Tu Mơ Rông.

Địa chỉ: Thôn Mô Pả, xã Đắk Hà, huyện Tu Mơ Rông, tỉnh Kon Tum.

Số giấy phép hoạt động: 134/KT-GPHĐ. Ngày cấp: 06/11/2023.

Tuyến trực thuộc: 3. Quận/Huyện

Cơ quan chủ quản: Sở Y tế tỉnh Kon Tum.

Hạng bệnh viện: Hạng III; Loại bệnh viện: Đa khoa.

### II. TÓM TẮT KẾT QUẢ TỰ KIỂM TRA CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN

**1. Tổng số các tiêu chí được áp dụng đánh giá**: 79/83 tiêu chí.

**2. Tỷ lệ tiêu chí áp dụng so với 83 tiêu chí**: 95%.

**3. Tổng số điểm của các tiêu chí áp dụng**: 216 (Có hệ số: 233).

**4. Điểm trung bình chung của các tiêu chí**: 2.74.

| Kết quả chung chia theo mức | Mức 1 | Mức 2 | Mức 3 | Mức 4 | Mức 5 | Tổng số tiêu chí |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **5. Số lượng Tiêu chí đạt** | 1 | 23 | 51 | 4 | 0 | 79 |
| **6. % Tiêu chí đạt** | 1.27 | 29.11 | 64.56 | 5.06 | 0.00 | 79 |

*(Có phụ lục kết quả tự chấm điểm kèm theo)*

**7. Tóm tắt công việc tự kiểm tra bệnh viện**

- Trung tâm Y tế huyện đã xây dựng và ban hành Kế hoạch số 457/KH-YTTMR ngày 27/12/2024 của Trung tâm Y tế huyện Tu Mơ Rông về việc tự kiểm tra đánh giá chất lượng bệnh viện năm 2024.

- Lãnh đạo Trung tâm Y tế ra Quyết định thành lập Đoàn tự kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện theo đúng hướng dẫn của Bộ Y tế dự kiến bao gồm:

+ Giám đốc Trung tâm Y tế làm Trưởng đoàn;

+ Phó Giám đốc Trung tâm Y tế làm Phó đoàn;

+ Tổ Trưởng Tổ Quản lý chất lượng bệnh viện làm Thư ký;

+ Đại diện các khoa/phòng thuộc Trung tâm Y tế làm đánh giá viên.

- Tập huấn cho thành viên Đoàn kiểm tra:

+ Thời gian: Ngày 29/12/2024;

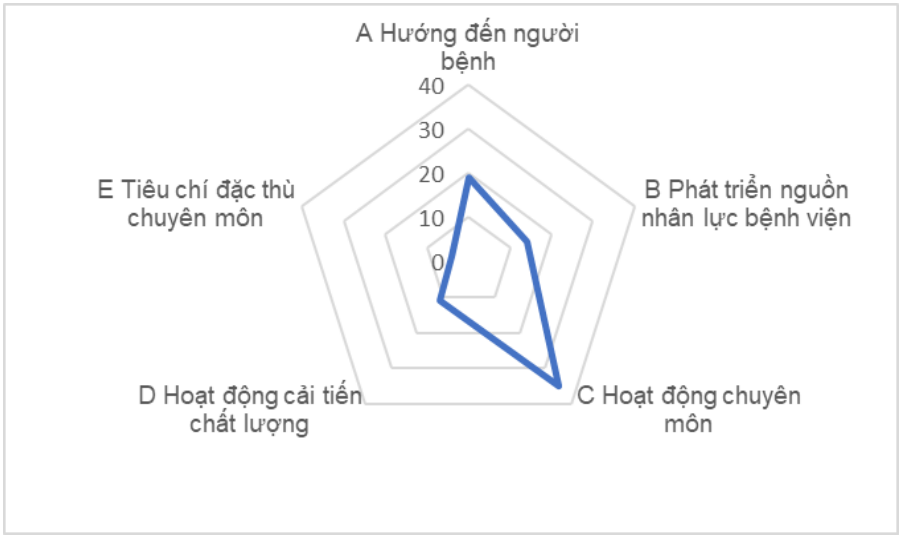
+ Nội dung: Hướng dẫn các thành viên trong Đoàn kiểm tra các nội dung công việc, cách thức, phương pháp tiến hành kiểm tra, đánh giá…

- Tiến hành kiểm tra, đánh giá kết quả tự chấm điểm của các khoa/phòng từ ngày 30/12/2024 - 08/01/2025.

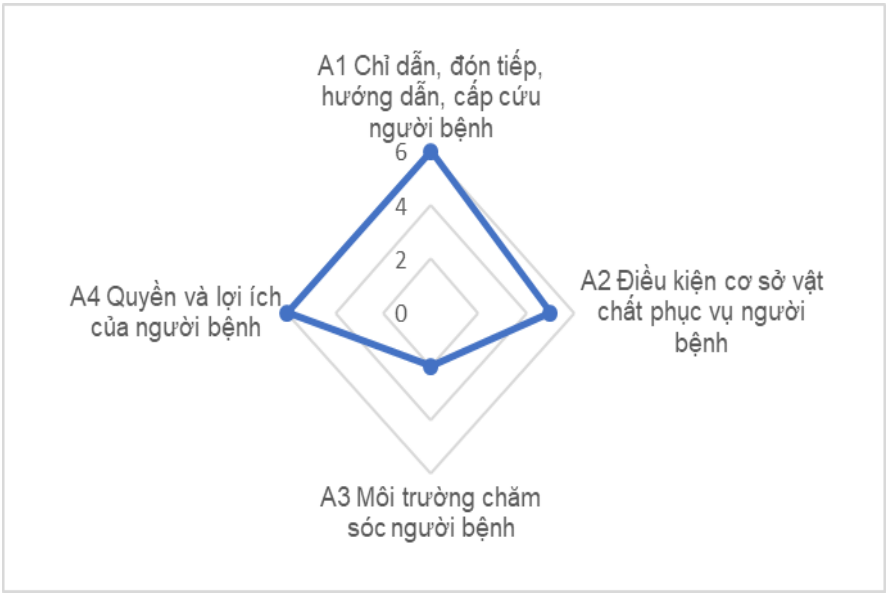
- Tổng hợp thông tin, họp tự đánh giá và rút kinh nghiệm ngày 10/01/2025.

## III. BIỂU ĐỒ CÁC KHÍA CẠNH CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN

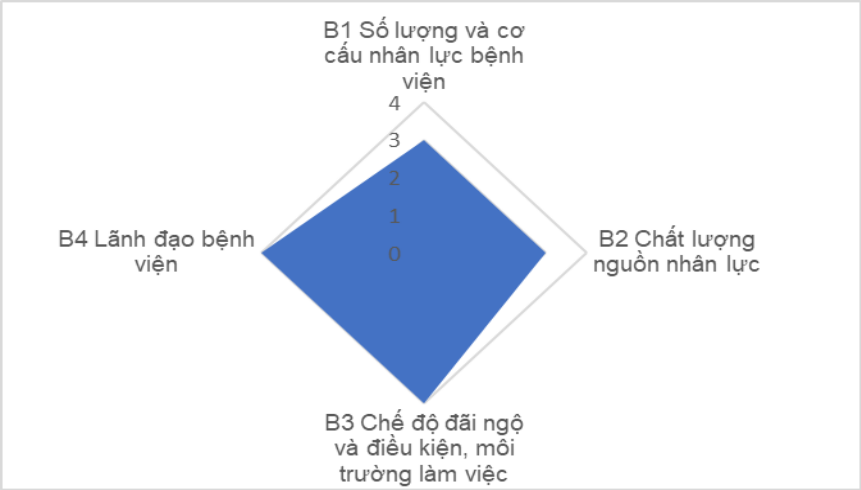
### 1. Biểu đồ chung cho 5 phần (từ phần A đến phần E)



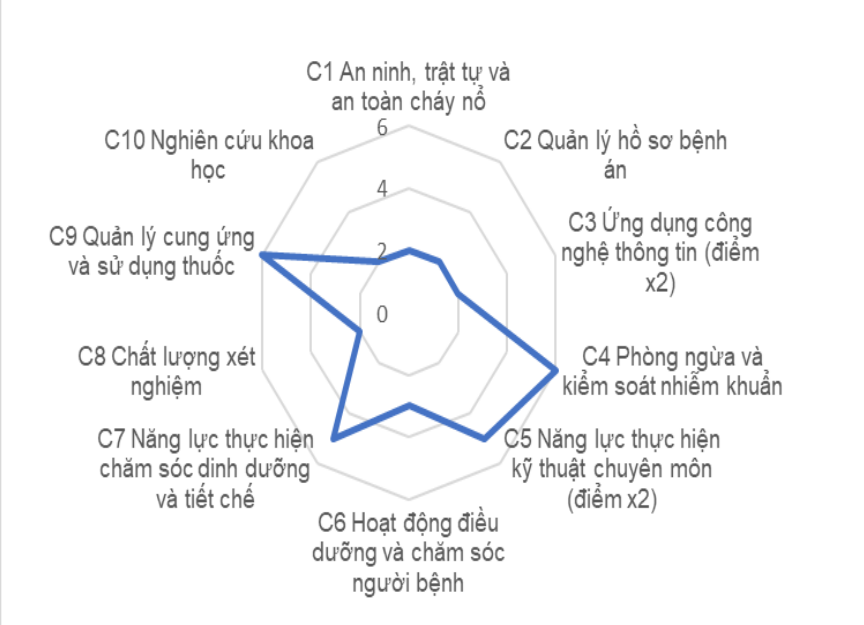

### 2. Biểu đồ riêng cho phần A (từ A1 đến A4)



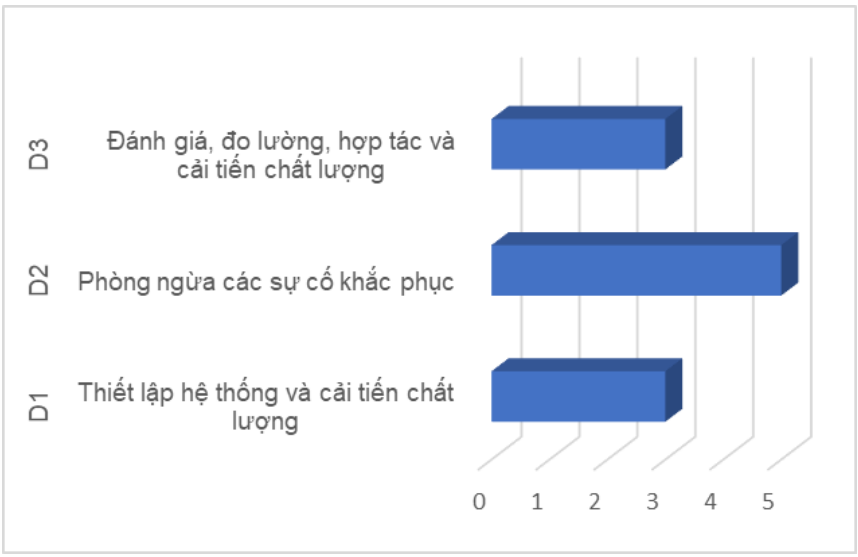
## 3. Biểu đồ riêng cho phần B (từ B1 đến B4)




## 4. Biểu đồ riêng cho phần C (từ C1 đến C10)




## 5. Biểu đồ riêng cho phần D (từ D1 đến D3)



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

- Lãnh đạo Trung tâm Y tế luôn quan tâm chỉ đạo sát sao đến công tác QLCL bệnh viện, cũng như chỉ đạo trực tiếp các khoa/phòng khắc phục các vấn đề còn tồn tại.

- Hội đồng Quản lý chất lượng tổ chức được các buổi hướng dẫn các khoa/phòng, mạng lưới quản lý chất lượng xây dựng các kế hoạch cải tiến chất lượng, Đề án cải tiến chất lượng...

- Đã tổ chức được các lớp đào tạo về Hướng dẫn xây dựng Bộ chỉ số chất lượng; triển khai các hướng dẫn chuyên môn mới trong công tác khám, chữa bệnh; các lớp tập huấn về kiểm soát nhiễm khuẩn…

- Ban Khảo sát hài lòng đã triển khai các hoạt động khảo sát hài lòng theo quy định: Hoạt động khảo sát hài lòng người bệnh nội trú, người bệnh ngoại trú và khảo sát ý kiến người mẹ sinh con tại bệnh viện được triển khai định kỳ 2 đợt/năm. Khảo sát sự hài lòng đối với dịch vụ khám chữa bệnh và dịch vụ tiêm chủng mở rộng 1 đợt/năm, đã tiến hành nhập liệu các phiếu khảo sát trên phần mềm trực tuyến, phân tích các nội dung liên quan và đưa ra khuyến nghị.

- Hệ thống báo cáo sự cố y khoa được triển khai thường quy ở tất cả các khoa/phòng. Việc phân tích nguyên nhân gốc rễ và rút kinh nghiệm các sự cố y khoa định kỳ 1 quý/lần.

- Số lượng báo cáo sự cố y khoa tự nguyện năm 2024: 58 sự cố y khoa.

- Trong năm đã thực hiện được công tác ngoại kiểm.

- Đã trình Sở Y tế được thêm 116 DMKT mới tại Trung tâm Y tế, PKĐKKV Đắk Rơ Ông là 209 DMKT, TYT Tu Mơ Rông 116 và các TYT Tê xăng, Măng Ri, Ngọc lây, Ngọc Yêu, Văn Xuôi, Đắk Tơ Kan, Đắk Sao, Đắk Na mỗi trạm là 236 DMKT.

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

- Nhiều quy trình trong bệnh viện còn chưa chuẩn hóa, việc giám sát các quy trình còn chưa thường xuyên, liên tục.

- Cơ sở hạ tầng xuống cấp: Do điều kiện thời tiết khắc nghiệt, lượng mưa nhiều gây ẩm mốc tường, thấm dột tại các khoa/phòng; các nhà vệ sinh xuống cấp.

- Lượng bệnh nhân tăng cao hơn so với năm 2023. Nhưng công suất sử dụng giường bệnh thấp (do số ngày nằm điều trị nội trú ngắn).

- Công tác nghiên cứu khoa học cũng như áp dụng kết quả nghiên cứu khoa học trong các hoạt động của bệnh viện còn nhiều hạn chế. Chính sách khuyến khích các hoạt động nghiên cứu khoa học còn thiếu tính đồng bộ và chưa tạo được động lực cho nhân viên y tế. Hội đồng Khoa học thiếu những định hướng nghiên cứu khoa học hàng năm cho viên chức, đặc biệt những viên chức có trình độ đại học và sau đại học.

- Chất lượng công tác cận lâm sàng còn ở mức thấp, việc triển khai các kỹ thuật mới còn nhiều khó khăn do lượng bệnh nhân ít, không đủ kinh phí để triển khai; kỹ thuật viên xét nghiệm trình độ cao đẳng nên một số kỹ thuật cao rất khó để triên khai.

- Chất lượng công tác chuyên môn còn thấp, đặc biệt các chuyên khoa lẻ triển khai chưa hiệu quả.

## VI. XÁC ĐỊNH CÁC VẤN ĐỀ ƯU TIÊN CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG

- Đảm bảo nguồn nhân lực để thực hiện tốt công tác chuyên môn, có phương án xây dựng cụ thể việc điều chuyển, bố trí nhân lực phù hợp với năng lực từng người. Triển khai có hiệu quả công tác đào tạo chuyên sâu, đào tạo liên tục, đào tạo tại chỗ, chỉ đạo tuyến, thực hiện có hiệu quả Đề án 1816, hội chẩn chuyên môn với các bệnh viện tuyến trên…

- Nâng cao chất lượng chuyên môn: Tăng cường công tác giám sát, tuân thủ hướng dẫn chuyên môn; Tăng cường các hoạt động sinh hoạt khoa học, sinh hoạt chuyên môn theo chuyên đề, bình bệnh án... Xây dựng và hoàn thiện các văn bản, quy định về chuyên môn phù hợp với điều kiện thực tế, đổi mới phong cách, thái độ phục vụ hướng tới sự hài lòng người bệnh.

- Đẩy mạnh các hoạt động nâng cao chất lượng chức năng, thu hút người bệnh: Khảo sát hài lòng người bệnh, đưa ra các giải pháp cải tiến dựa trên các phản hồi, đánh giá của người bệnh; triển khai các hoạt động an toàn người bệnh; đặc biệt hoạt động trong an toàn sử dụng thuốc.

- Phát động các phong trào cải tiến chất lượng từ các khoa/phòng cho đến các cá nhân. Ứng dụng công nghệ thông tin trong khám chữa bệnh, đặc biệt khuyến khích việc ứng dụng các phần mềm, bộ công cụ trong công tác chuyên môn, giảm thiểu thời gian làm việc, nâng cao hiệu suất, hiệu quả công việc…

- Đẩy mạnh hoạt động nghiên cứu khoa học, sáng kiến kinh nghiệm, và áp dụng vào thực tiễn công tác nâng cao chất lượng khám chữa bệnh.

- Tập trung triển khai thực hiện các kỹ thuật theo đúng phân tuyến văn bản do Bộ Y tế quy định.

- Cử cán bộ tham gia các lớp đào tạo, các khóa huấn luyện về Quản lý chất lượng.

- Tiếp tục chuẩn hóa các quy trình và tăng cường giám sát việc thực hiện.

## VII. GIẢI PHÁP, LỘ TRÌNH, THỜI GIAN CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG TRONG NĂM 2025

- Xây dựng Kế hoạch cải tiến chất lượng bệnh viện năm 2025 dựa trên kết quả đánh giá chất lượng bệnh viện năm 2024;

- Tiếp tục triển khai các đề án cải tiến chất lượng của các khoa/phòng, xem xét, phê duyệt những đề án có tính khả thi, thiết thực, hiệu quả;

- Triển khai các hoạt động của các Ban: Khảo sát hài lòng; An toàn người bệnh; Phác đồ điều trị;

- Phát triển thêm các ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý các hoạt động chuyên môn và chức năng của bệnh viện;

- Tổ chức các hoạt động nghiên cứu khoa học, sáng kiến kinh nghiệm; Mời các chuyên gia, chuyên gia trẻ tham gia các buổi sinh hoạt khoa học định kỳ;

- Xây dựng và cập nhật các tài liệu, hướng dẫn chuyên môn mới, tổ chức các lớp tập huấn hướng dẫn chuyên môn, nghiệp vụ, các văn bản quy phạm pháp luật;

- Phát huy hoạt động hỗ trợ người bệnh, người nhà người bệnh, nhân viên y tế, nâng cao chất lượng công tác xã hội tại đơn vị;

- Đánh giá chất lượng bệnh viện 6 tháng đầu năm 2025 và năm 2025.

## VIII. KẾT LUẬN, CAM KẾT CỦA BỆNH VIỆN CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG

Trong quá trình hoạt động, triển khai công tác nâng cao chất lượng bệnh viện vẫn còn nhiều tồn tại, hạn chế. Lãnh đạo và tập thể nhân viên Trung tâm Y tế huyện Tu Mơ Rông cam kết sẽ không ngừng nỗ lực phấn đấu đẩy mạnh hơn nữa công tác cải tiến chất lượng, nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh nhằm đáp ứng nhu cầu ngày càng cao của người dân./.

***Nơi nhận:***
- Lãnh đạo Trung tâm Y tế;
- Các phòng chức năng, các khoa chuyên môn;
- Các đơn vị y tế thuộc;
- Hội đồng chất lượng bệnh viện;
- Lưu: VT, KHNV-DD.

**GIÁM ĐỐC**

ỦY BAN NHÂN DÂN HUYỆN TU MƠ RÔNG T. KON TUM
TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN TU MƠ RÔNG

**Đinh Thành Hải**

# Phụ lục
# KẾT QUẢ TỰ KIỂM TRA , ĐÁNH GIÁ CÁC TIÊU CHÍ CHẤT LƯỢNG

| Mã số | Chỉ tiêu | Bệnh viện tự đánh giá NĂM 2024 | Đoàn KT đánh giá NĂM 2024 | Chi tiết |
|---|---|---|---|---|
| A | PHẦN A. HƯỚNG ĐẾN NGƯỜI BỆNH (19) | | | |
| A1 | A1. Chỉ dẫn, đón tiếp, hướng dẫn, cấp cứu người bệnh (6) | | | |
| A1.1 | Người bệnh được chỉ dẫn rõ ràng, đón tiếp và hướng dẫn cụ thể | 3 | 0 | |
| 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 | 0 | |
| A1.3 | Bệnh viện tiến hành cải tiến quy trình khám bệnh, đáp ứng sự hài lòng người bệnh | 3 | 0 | |
| A1.4 | Bệnh viện bảo đảm các điều kiện cấp cứu người bệnh kịp thời | 3 | 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 | 3 | 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 | 0 | |
| A2 | A2. Điều kiện cơ sở vật chất phục vụ người bệnh (5) | | | |
| A2.1 | Người bệnh điều trị nội trú được nằm một người một giường | 1 | 0 | |
| A2.2 | Người bệnh được sử dụng buồng vệ sinh sạch sẽ và đầy đủ các phương tiện | 3 | 0 | |
| A2.3 | Người bệnh được cung cấp vật dụng cá nhân đầy đủ, sạch sẽ, chất lượng tốt | 3 | 0 | |
| A2.4 | Người bệnh được hưởng các tiện nghi bảo đảm sức khỏe, nâng cao thể trạng và tâm lý | 3 | 0 | |
| A2.5 | Người khuyết tật được tiếp cận với các khoa/phòng, phương tiện và dịch vụ khám, chữa bệnh trong bệnh viện | 2 | 0 | |
| A3 | A3. Môi trường chăm sóc người bệnh (2) | | | |
| A3.1 | Người bệnh được điều trị trong môi trường, cảnh quan xanh, sạch, đẹp | 3 | 0 | |
| A3.2 | Người bệnh được khám và điều trị trong khoa/phòng gọn gàng, ngăn nắp | 3 | 0 | |
| A4 | A4. Quyền và lợi ích của người bệnh (6) | | | |
| A4.1 | Người bệnh được cung cấp thông tin và tham gia vào quá trình điều trị | 3 | 0 | |

| Mã số | Chỉ tiêu | Bệnh viện tự đánh giá NĂM 2024 | Đoàn KT đánh giá NĂM 2024 | Chi tiết |
|---|---|---|---|---|
| A4.2 | Người bệnh được tôn trọng quyền riêng tư cá nhân | 3 | 0 | |
| A4.3 | Người bệnh được nộp viện phí thuận tiện, công khai, minh bạch, chính xác | 3 | 0 | |
| A4.4 | Người bệnh được hưởng lợi từ chủ trương xã hội hóa y tế | 0 | 0 | |
| A4.5 | Người bệnh có ý kiến phàn nàn, thắc mắc hoặc khen ngợi được bệnh viện tiếp nhận, phản hồi, giải quyết kịp thời | 3 | 0 | |
| A4.6 | Bệnh viện thực hiện khảo sát, đánh giá sự hài lòng người bệnh và tiến hành các biện pháp can thiệp | 3 | 0 | |
| B | PHẦN B. PHÁT TRIỂN NGUỒN NHÂN LỰC BỆNH VIỆN (14) | | | |
| B1 | B1. Số lượng và cơ cấu nhân lực bệnh viện (3) | | | |
| B1.1 | Xây dựng kế hoạch phát triển nhân lực bệnh viện | 2 | 0 | |
| B1.2 | Bảo đảm và duy trì ổn định số lượng nhân lực bệnh viện | 2 | 0 | |
| B1.3 | Bảo đảm cơ cấu chức danh nghề nghiệp của nhân lực bệnh viện | 2 | 0 | |
| B2 | B2. Chất lượng nguồn nhân lực (3) | | | |
| B2.1 | Nhân viên y tế được đào tạo và phát triển kỹ năng nghề nghiệp | 2 | 0 | |
| B2.2 | Nhân viên y tế được nâng cao kỹ năng ứng xử, giao tiếp, y đức | 3 | 0 | |
| B2.3 | Bệnh viện duy trì và phát triển bền vững chất lượng nguồn nhân lực | 2 | 0 | |
| B3 | B3. Chế độ đãi ngộ và điều kiện, môi trường làm việc (4) | | | |
| B3.1 | Bảo đảm chính sách tiền lương, chế độ đãi ngộ của nhân viên y tế | 3 | 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 | 3 | 0 | |
| B3.3 | Sức khỏe, đời sống tinh thần của nhân viên y tế được quan tâm và cải thiện | 3 | 0 | |
| B3.4 | Tạo dựng môi trường làm việc tích cực cho nhân viên y tế | 2 | 0 | |
| B4 | B4. Lãnh đạo bệnh viện (4) | | | |

| Mã số | Chỉ tiêu | Bệnh viện tự đánh giá NĂM 2024 | Đoàn KT đánh giá NĂM 2024 | Chi tiết |
|---|---|---|---|---|
| B4.1 | Xây dựng kế hoạch, quy hoạch, chiến lược phát triển bệnh viện và công bố công khai | 3 | 0 | |
| B4.2 | Triển khai văn bản của các cấp quản lý | 4 | 0 | |
| B4.3 | Bảo đảm chất lượng nguồn nhân lực quản lý bệnh viện | 3 | 0 | |
| B4.4 | Bồi dưỡng, phát triển đội ngũ lãnh đạo và quản lý kế cận | 3 | 0 | |
| C | PHẦN C. HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN (35) | | | |
| C1 | C1. An ninh, trật tự và an toàn cháy nổ (2) | | | |
| C1.1 | Bảo đảm an ninh, trật tự bệnh viện | 2 | 0 | |
| C1.2 | Bảo đảm an toàn điện và phòng chống cháy nổ | 2 | 0 | |
| C2 | C2. Quản lý hồ sơ bệnh án (2) | | | |
| C2.1 | Hồ sơ bệnh án được lập đầy đủ, chính xác, khoa học | 3 | 0 | |
| C2.2 | Hồ sơ bệnh án được quản lý chặt chẽ, đầy đủ, khoa học | 3 | 0 | |
| C3 | C3. Ứng dụng công nghệ thông tin (2) (điểm x2) | | | |
| C3.1 | Quản lý tốt cơ sở dữ liệu và thông tin y tế | 3 | 0 | |
| C3.2 | Thực hiện các giải pháp ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý và hoạt động chuyên môn | 3 | 0 | |
| C4 | C4. Phòng ngừa và kiểm soát nhiễm khuẩn (6) | | | |
| C4.1 | Thiết lập và hoàn thiện hệ thống kiểm soát nhiễm khuẩn | 2 | 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 | 0 | |
| C4.3 | Triển khai chương trình và giám sát tuân thủ rửa tay | 2 | 0 | |
| C4.4 | Đánh giá, giám sát và triển khai kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện | 2 | 0 | |
| C4.5 | Chất thải rắn bệnh viện được quản lý chặt chẽ, xử lý an toàn và tuân thủ theo đúng quy định | 0 | 0 | |
| C4.6 | Chất thải lỏng bệnh viện được quản lý chặt chẽ, xử lý an toàn và tuân thủ theo đúng quy định | 0 | 0 | |

| Mã số | Chỉ tiêu | Bệnh viện tự đánh giá NĂM 2024 | Đoàn KT đánh giá NĂM 2024 | Chi tiết |
|---|---|---|---|---|
| C5 | C5. Năng lực thực hiện kỹ thuật chuyên môn (5) (điểm x2) | | | |
| C5.1 | Thực hiện danh mục kỹ thuật theo phân tuyến kỹ thuật | 0 | 0 | |
| C5.2 | Nghiên cứu và triển khai áp dụng các kỹ thuật mới, phương pháp mới | 2 | 0 | |
| 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 | 0 | |
| C5.4 | Xây dựng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị | 3 | 0 | |
| C5.5 | Áp dụng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đã ban hành và giám sát việc thực hiện | 3 | 0 | |
| C6 | C6. Hoạt động điều dưỡng và chăm sóc người bệnh (3) | | | |
| C6.1 | Hệ thống điều dưỡng trưởng được thiết lập và hoạt động hiệu quả | 3 | 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 | 3 | 0 | |
| C6.3 | Người bệnh được chăm sóc vệ sinh cá nhân trong quá trình điều trị tại bệnh viện | 3 | 0 | |
| C7 | C7. Năng lực thực hiện chăm sóc dinh dưỡng và tiết chế (5) | | | |
| C7.1 | Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức để thực hiện công tác dinh dưỡng và tiết chế trong bệnh viện | 2 | 0 | |
| C7.2 | Bệnh viện bảo đảm cơ sở vật chất để thực hiện công tác dinh dưỡng và tiết chế trong bệnh viện | 2 | 0 | |
| C7.3 | Người bệnh được đánh giá, theo dõi tình trạng dinh dưỡng trong thời gian nằm viện | 3 | 0 | |
| C7.4 | Người bệnh được hướng dẫn, tư vấn chế độ ăn phù hợp với bệnh lý | 3 | 0 | |
| C7.5 | Người bệnh được cung cấp chế độ dinh dưỡng phù hợp với bệnh lý trong thời gian nằm viện | 2 | 0 | |
| C8 | C8. Chất lượng xét nghiệm (2) | | | |
| C8.1 | Bảo đảm năng lực thực hiện các xét nghiệm huyết học, hóa sinh, vi sinh và giải phẫu bệnh | 2 | 0 | |
| C8.2 | Bảo đảm chất lượng các xét nghiệm | 2 | 0 | |
| C9 | C9. Quản lý cung ứng và sử dụng thuốc (6) | | | |

| Mã số | Chỉ tiêu | Bệnh viện tự đánh giá NĂM 2024 | Đoàn KT đánh giá NĂM 2024 | Chi tiết |
|---|---|---|---|---|
| C9.1 | Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức hoạt động dược | 3 | 0 | |
| C9.2 | Bảo đảm cơ sở vật chất khoa Dược | 3 | 0 | |
| C9.3 | Cung ứng thuốc và vật tư y tế tiêu hao đầy đủ, kịp thời, bảo đảm chất lượng | 3 | 0 | |
| C9.4 | Sử dụng thuốc an toàn, hợp lý | 3 | 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 | 0 | |
| C9.6 | Hội đồng thuốc và điều trị được thiết lập và hoạt động hiệu quả | 3 | 0 | |
| C10 | C10. Nghiên cứu khoa học (2) | | | |
| C10.1 | Tích cực triển khai hoạt động nghiên cứu khoa học | 3 | 0 | |
| 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 | 2 | 0 | |
| D | PHẦN D. HOẠT ĐỘNG CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG (11) | | | |
| D1 | D1. Thiết lập hệ thống và cải tiến chất lượng (3) | | | |
| D1.1 | Thiết lập hệ thống quản lý chất lượng bệnh viện | 3 | 0 | |
| D1.2 | Xây dựng và triển khai kế hoạch, đề án cải tiến chất lượng bệnh viện | 4 | 0 | |
| D1.3 | Xây dựng văn hóa chất lượng | 3 | 0 | |
| D2 | D2. Phòng ngừa các sự cố khắc phục (5) | | | |
| D2.1 | Phòng ngừa nguy cơ, diễn biến bất thường xảy ra với người bệnh | 3 | 0 | |
| D2.2 | Xây dựng hệ thống báo cáo, phân tích sự cố y khoa và tiến hành các giải pháp khắc phục | 4 | 0 | |
| D2.3 | Thực hiện các biện pháp phòng ngừa để giảm thiểu các sự cố y khoa | 3 | 0 | |
| D2.4 | Bảo đảm xác định chính xác người bệnh khi cung cấp dịch vụ | 3 | 0 | |
| D2.5 | Phòng ngừa nguy cơ người bệnh bị trượt ngã | 2 | 0 | |
| D3 | D3. Đánh giá, đo lường, hợp tác và cải tiến chất lượng (3) | | | |
| D3.1 | Đánh giá chính xác thực trạng và công bố công khai chất lượng bệnh viện | 3 | 0 | |
| D3.2 | Đo lường và giám sát cải tiến chất lượng bệnh viện | 3 | 0 | |

| Mã số | Chỉ tiêu | Bệnh viện tự đánh giá NĂM 2024 | Đoàn KT đánh giá NĂM 2024 | Chi tiết |
|---|---|---|---|---|
| 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 | 3 | 0 | |
| E | PHẦN E. TIÊU CHÍ ĐẶC THÙ CHUYÊN KHOA | | | |
| E1 | E1. Tiêu chí sản khoa, nhi khoa (áp dụng cho bệnh viện đa khoa có khoa Sản, Nhi và bệnh viện chuyên khoa Sản, Nhi) (4) | | | |
| E1.1 | Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức chăm sóc sản khoa và sơ sinh | 2 | 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 | 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 | 2 | 0 | |
| E2.1 | Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức chăm sóc nhi khoa | 2 | 0 | |

## 2. Bảng tổng hợp kết quả chung

| KẾT QUẢ CHUNG CHIA THEO MỨC | Mức 1 | Mức 2 | Mức 3 | Mức 4 | Mức 5 | Điểm TB | Số TC áp dụng |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PHẦN A. HƯỚNG ĐẾN NGƯỜI BỆNH (19) | 1 | 1 | 16 | 0 | 0 | 2.83 | 18 |
| A1. Chỉ dẫn, đón tiếp, hướng dẫn, cấp cứu người bệnh (6) | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 3.00 | 6 |
| A2. Điều kiện cơ sở vật chất phục vụ người bệnh (5) | 1 | 1 | 3 | 0 | 0 | 2.40 | 5 |
| A3. Môi trường chăm sóc người bệnh (2) | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 3.00 | 2 |
| A4. Quyền và lợi ích của người bệnh (6) | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 3.00 | 5 |
| PHẦN B. PHÁT TRIỂN NGUỒN NHÂN LỰC BỆNH VIỆN (14) | 0 | 6 | 7 | 1 | 0 | 2.64 | 14 |
| B1. Số lượng và cơ cấu nhân lực bệnh viện (3) | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 2.00 | 3 |
| B2. Chất lượng nguồn nhân lực (3) | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 2.33 | 3 |
| B3. Chế độ đãi ngộ và điều kiện, môi trường làm việc (4) | 0 | 1 | 3 | 0 | 0 | 2.75 | 4 |
| B4. Lãnh đạo bệnh viện (4) | 0 | 0 | 3 | 1 | 0 | 3.25 | 4 |
| PHẦN C. HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN (35) | 0 | 12 | 19 | 1 | 0 | 2.66 | 32 |
| C1. An ninh, trật tự và an toàn cháy nổ (2) | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2.00 | 2 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C2. Quản lý hồ sơ bệnh án (2) | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 3.00 | 2 |
| C3. Ứng dụng công nghệ thông tin (2) (điểm x2) | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 3.00 | 2 |
| C4. Phòng ngừa và kiểm soát nhiễm khuẩn (6) | 0 | 3 | 0 | 1 | 0 | 2.50 | 4 |
| C5. Năng lực thực hiện kỹ thuật chuyên môn (5) (điểm x2) | 0 | 1 | 3 | 0 | 0 | 2.75 | 4 |
| C6. Hoạt động điều dưỡng và chăm sóc người bệnh (3) | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 3.00 | 3 |
| C7. Năng lực thực hiện chăm sóc dinh dưỡng và tiết chế (5) | 0 | 3 | 2 | 0 | 0 | 2.40 | 5 |
| C8. Chất lượng xét nghiệm (2) | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2.00 | 2 |
| C9. Quản lý cung ứng và sử dụng thuốc (6) | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 3.00 | 6 |
| C10. Nghiên cứu khoa học (2) | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2.50 | 2 |
| PHẦN D. HOẠT ĐỘNG CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG (11) | 0 | 1 | 8 | 2 | 0 | 3.09 | 11 |
| D1. Thiết lập hệ thống và cải tiến chất lượng (3) | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 3.33 | 3 |
| D2. Phòng ngừa các sự cố khắc phục (5) | 0 | 1 | 3 | 1 | 0 | 3.00 | 5 |
| D3. Đánh giá, đo lường, hợp tác và cải tiến chất lượng (3) | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 3.00 | 3 |
| PHẦN E. TIÊU CHÍ ĐẶC THÙ CHUYÊN KHOA | 0 | 3 | 1 | 0 | 0 | 2.25 | 4 |
| E1. Tiêu chí sản khoa, nhi khoa (áp dụng cho bệnh viện đa khoa có khoa Sản, Nhi và bệnh viện chuyên khoa Sản, Nhi) (4) | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 2.33 | 3 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

# BẢNG THỐNG KÊ
# CÁC TIỂU MỤC CHƯA ĐẠT YÊU CẦU NĂM 2025

| Mã tiêu chí | Nội dung | Mức đạt yêu cầu | Chịu trách nhiệm | Lý do không đạt |
|---|---|---|---|---|
| **PHẦN A. HƯỚNG ĐẾN NGƯỜI BỆNH** | | | | |
| **CHƯƠNG A1. CHỈ DẪN, ĐÓN TIẾP, HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH** | | | | |
| **A1.1** | **Người bệnh được chỉ dẫn rõ ràng, đón tiếp và hướng dẫn khoa học, cụ thể** | | | |
| | **Các bậc thang chất lượng** | 4 | TCHC | Chưa có cầu thang máy |
| **Mức 4** | **27**.Ô tô, xe máy, xe đạp được đỗ đúng nơi quy định của bệnh viện.<br>**28**.Cầu thang bộ và thang máy (nếu có) được đánh số rõ ràng, theo trình tự do bệnh viện tự quy định.<br>**29**.Trong thang máy có biển ghi thông tin các khoa, phòng của từng tầng và số thang máy để người bệnh thuận tiện, an toàn khi di chuyển (nếu bệnh viện không có thang máy được tính là đạt).<br>**30.**Trước mỗi cửa buồng khám, chữa bệnh có bảng tên các bác sỹ, điều dưỡng phụ trách.<br>**31**.Khoa khám bệnh có vạch màu hoặc dấu hiệu, chữ viết… được dán hoặc gắn, sơn kẻ dưới sàn nhà hướng dẫn người bệnh đến các địa điểm thực hiện các công việc khác nhau như đến phòng xét nghiệm, chụp X-Quang, siêu âm, điện tim, nộp viện phí, khu vệ sinh…(nếu các phòng xét nghiệm, chụp X-Quang, siêu âm, viện phí… nằm ở tòa nhà khác với khoa khám bệnh thì cần có chỉ dẫn bằng hình thức khác rõ ràng, cụ thể). | | | |
| **A1.3** | **Cải tiến quy trình khám bệnh, đáp ứng sự hài lòng người bệnh** | **3** | | |
| **Mức 4** | **12**.Có tiến hành đánh giá định kỳ (ít nhất 6 tháng 1 lần) thời gian chờ đợi của người bệnh và phát hiện được các vấn đề cần cải tiến. | 4 | KHNV-DD | Bệnh viện chưa cải tiến |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **13**.Công khai cam kết về thời gian chờ theo từng phân đoạn trong quy trình khám bệnh: thời gian chờ khám, chờ kết quả cận lâm sàng và chờ lấy thuốc và các thời gian chờ khác.<br>**14**.Có số liệu về thời gian chờ đợi và thời gian hoàn thành toàn bộ các thủ tục khám bệnh cho các đối tượng sau:<br>a. Khám lâm sàng<br>b. Khám lâm sàng + xét nghiệm (sinh hóa, huyết học…)<br>c. Khám lâm sàng + xét nghiệm + chẩn đoán hình ảnh<br>d. Khám lâm sàng + xét nghiệm + CĐHA + thăm dò chức năng + khác<br>*các hình thức (áp dụng đối với bệnh viện có bác sỹ khám cho người bệnh trung bình cao hơn 50 lượt/1 ngày trong năm trước):*<br>**15**.Có phương án bố trí thêm các ô, quầy thu viện phí, thanh toán bảo hiểm y tế và nhân viên trong giờ cao điểm và triển khai trên thực tế.<br>**16.**Có phương án điều phối lại người bệnh để giảm tải trong trường hợp có những bàn, buồng khám đông người bệnh.<br>**17.**Có phương án bố trí thêm quầy và nhân viên phát thuốc trong giờ cao điểm và triển khai trên thực tế. | | | quy trình khám bệnh |
| **PHẦN B. PHÁT TRIỂN NGUỒN NHÂN LỰC BỆNH VIỆN** | | | | |
| **CHƯƠNG B1. SỐ LƯỢNG VÀ CƠ CẤU NHÂN LỰC BỆNH VIỆN** | | | | |
| **B1.1** | **Xây dựng kế hoạch phát triển nhân lực bệnh viện** | | | |
| **Mức 3** | **6**.Mỗi mục tiêu cụ thể trong bản kế hoạch có ít nhất một chỉ số để đánh giá việc thực hiện và kết quả đạt được.<br>**7**.Triển khai các nội dung trong bản kế hoạch phát triển nhân lực y tế theo lộ trình đã đề ra.<br>**8**.Có ít nhất 50% chỉ số đạt được theo kế hoạch.<br>**9.**Có quy định cụ thể tuyển dụng, ưu đãi nguồn nhân lực y tế có chất lượng. | 3 | TCHC | Chưa xây dựng kế hoạch phát triển nhân lực bệnh viện |
| **CHƯƠNG B2: CHẤT LƯỢNG NGUỒN NHÂN LỰC** | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **B2.2** | **Nhân viên y tế được nâng cao kỹ năng giao tiếp, ứng xử, y đức** | | | |
| **Mức 4** | **9.**Tỷ lệ số nhân viên y tế tham gia các lớp tập huấn nâng cao kỹ năng ứng xử, giao tiếp, y đức chiếm trên 70% tổng số nhân viên y tế (căn cứ vào số lượng lớp mở và số học viên tham gia).<br>**10.**Có nhiều hình thức triển khai đa dạng, phong phú kế hoạch nâng cao kỹ năng ứng xử, giao tiếp, y đức cho nhân viên y tế như tổ chức các cuộc thi, phong trào, cam kết thi đua, kịch, hội diễn văn nghệ…<br>**11.**Có tiến hành đánh giá việc triển khai nâng cao thái độ ứng xử, giao tiếp, y đức theo định kỳ và có báo cáo về hình thức/phương pháp và kết quả đánh giá.<br>**12.**Có thư cảm ơn/thư khen của người bệnh/người nhà người bệnh đánh giá cao về tinh thần trách nhiệm, thái độ ứng xử, giao tiếp, y đức của nhân viên y tế. | 4 | P. TCHC | Tỷ lệ nhân viên Y tế tham gia lớp tập huấn kỹ năng chưa cáo |
| **PHẦN C. HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN** | | | | |
| **CHƯƠNG C5. CHẤT LƯỢNG LÂM SÀNG** | | | | |
| **C5.1** | **Thực hiện danh mục kỹ thuật theo phân tuyến kỹ thuật** | | | |
| **Mức 3** | **7.**Danh mục kỹ thuật đã được phê duyệt và công bố công khai cho người bệnh và người dân bằng các hình thức khác nhau (trên bảng tin, màn hình điện tử, trang thông tin điện tử của bệnh viện…).<br>**8.**Bệnh viện có chủ trương thực hiện, phát triển các kỹ thuật theo đúng phân tuyến kỹ thuật và cụ thể hóa chủ trương này trong các văn bản nội bộ.<br>**9.**Bệnh viện triển khai thực hiện các kỹ thuật theo đúng phân tuyến chiếm từ 60% trở lên tổng số kỹ thuật theo phân tuyến của các Thông tư, văn bản do Bộ Y tế quy định*. | 3 | KHNV-DD | DMKT chưa được 60% |
| **CHƯƠNG C7. DINH DƯỠNG VÀ TIẾT CHẾ** | | | | |
| **C7.1** | **Hệ thống tổ chức thực hiện công tác dinh dưỡng và tiết chế được thiết lập đầy đủ** | | | |
| **Mức 3** | **6.**Có khoa/tổ dinh dưỡng - tiết chế theo quy định, bệnh viện từ hạng III trở lên đã thành lập khoa dinh dưỡng - tiết chế.<br>**7.**Khoa/tổ dinh dưỡng - tiết chế có ít nhất một nhân viên chuyên trách dinh dưỡng, đã được đào tạo về dinh dưỡng - tiết chế. | 3 | Khoa ATTP | Bệnh viện chưa thiết lập được hệ thống |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **8.**Có đề án vị trí việc làm và xác định số lượng nhân lực của khoa/tổ dinh dưỡng - tiết chế theo lộ trình thời gian.<br>**9**.Có bản mô tả vị trí việc làm của từng nhân viên trong khoa/tổ.<br>**10**.Lãnh đạo khoa/tổ có trình độ đại học chuyên ngành y, dinh dưỡng, thực phẩm (hoặc có liên quan) trở lên và có bằng chuyên khoa chuyên ngành dinh dưỡng - tiết chế hoặc có chứng chỉ dinh dưỡng lâm sàng (từ 3 tháng trở lên).<br>**11**.Nhân viên bộ phận chế biến và cung cấp suất ăn được đào tạo, tập huấn về vệ sinh an toàn thực phẩm. | | | |