

Số: 7 /BC-HĐQLCL

BÁO CÁO KẾT QUẢ CHỈ SỐ CHẤT LƯỢNG NĂM 2025

STT	Nội dung chỉ số	Phụ trách	Chỉ tiêu	Đánh giá		Kết quả				
				Đạt	Không đạt	Quý 1	Quý 2/ 6 tháng đầu	Quý 3	Quý 4/ 6 tháng cuối	Năm
Chỉ số bệnh viện										
1	Tỷ lệ phẫu thuật loại II trở lên	P. KHTH	$\geq 50\%$	X		63	65,29	61,48	59,11	62,22
2	Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ	K. KSNK	$\leq 2\%$	X		0	0	0	0	0
3	Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện (viêm phổi)	K. KSNK	$\leq 2\%$	X		1,9	2,4	1,4	0	1,43
4	Số sự cố y khoa nghiêm trọng	P. QLCL	0 sự cố		X	0	1	1	0	0,5

STT	Nội dung chỉ số	Phụ trách	Chỉ tiêu	Đánh giá		Kết quả				
				Đạt	Không đạt	Quý 1	Quý 2/ 6 tháng đầu	Quý 3	Quý 4/ 6 tháng cuối	Năm
5	Thời gian khám bệnh trung bình của người bệnh.	P. KHTH	< 2 giờ	X		1,07	1,08	1,05	1,07	1,07
6	Thời gian nằm viện trung bình (tất cả các bệnh)	P. KHTH	< 5 ngày	X		4,67	4,65	4,85	5	4,79
7	Công suất sử dụng giường bệnh thực tế	P. KHTH	$\geq 85\%$	X		-	96,4	-	97	97
8	Hiệu suất sử dụng phòng mổ	K. GMHS	$\geq 80\%$	X		90,1	98	112	105	101,28
9	Tỷ lệ tử vong và tiên lượng tử vong gia đình xin vè (tất cả các bệnh)	P. KHTH	< 0,3%	X		0,13	0,15	0,13	0,2	0,15
10	Tỷ lệ chuyển lên tuyến trên khám chữa bệnh (tất cả các bệnh)	P. KHTH	< 3%	X		2,01	1,92	2,32	1,73	2
11	Tỷ suất tai nạn thương tích do vật sắc nhọn	K. KSNK	< 1‰	X		1,13	0	0	2,2	0,83

STT	Nội dung chỉ số	Phụ trách	Chỉ tiêu	Đánh giá		Kết quả				
				Đạt	Không đạt	Quý 1	Quý 2/ 6 tháng đầu	Quý 3	Quý 4/ 6 tháng cuối	Năm
12	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế	Công đoàn	≥ 85%	X		-	89,96	-	89,04	89,50
13	Tỷ lệ hài lòng của người bệnh ngoại trú với dịch vụ KCB	P. CTXH	≥ 87%	X		79,94	91,28	85,19	95,33	87,96
14	Tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú với dịch vụ KCB	P. CTXH	≥ 87%	X		92,97	96,7	99,04	99,41	97,03
Chỉ số các khoa, phòng										
1	Thời gian chờ khám trung bình của người bệnh	K. KB	< 30 phút	X		30	30	29	30	29,75
2	Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế tại 10 khoa	K. KSNK	≥ 77.8%	X		80	78	76	78,8	77,9
3	Tỷ lệ hài lòng của bệnh nhân, thân nhân bệnh nhân vào khoa cấp cứu	K. Cấp cứu	>80%	X		-	82,4	-	-	82,4

STT	Nội dung chỉ số	Phụ trách	Chỉ tiêu	Đánh giá		Kết quả				
				Đạt	Không đạt	Quý 1	Quý 2/ 6 tháng đầu	Quý 3	Quý 4/ 6 tháng cuối	Năm
4	Tỷ lệ từ chối mẫu xét nghiệm tại khoa Hóa sinh	K. HS	<1,5%	X		0,93	0,68	0,84	0,84	0,82
5	Tỷ lệ từ chối mẫu xét nghiệm tại khoa Huyết học truyền máu	K. HHTM	<1,5%	X		0,93	0,68	0,84	0,84	0,82
6	Tỷ lệ phiếu yêu cầu xét nghiệm hoàn thành đầy đủ thông tin và chính xác	K. VS	$\geq 97\%$	X		99,99	99,997	98	99,8	99,4
7	Kết quả nội kiểm tra chất lượng	K. VS	$\geq 90\%$	X		100	100	100	100	100
8	Số lần trang thiết bị hư hỏng	K. VS	$\leq 1\%$	X		0,011	0,011	0	0	0,006
9	Tỷ lệ kết quả xét nghiệm được trả đúng và chính xác	K. VS	$\geq 97\%$	X		99,99	100	100	100	99,998
10	Tỷ lệ các kết quả xét nghiệm GPB các bệnh lý tiêu hóa được trả đúng hẹn	K. GPB	> 95%	X		96,33	98,2	99,67	98	98,05

STT	Nội dung chỉ số	Phụ trách	Chỉ tiêu	Đánh giá		Kết quả				
				Đạt	Không đạt	Quý 1	Quý 2/ 6 tháng đầu	Quý 3	Quý 4/ 6 tháng cuối	Năm
11	Tỷ lệ người bệnh đạt thị lực tốt sau phẫu thuật đục thủy tinh thể	K. Mắt	≥ 80%	X		96,1	95,7	95,0	96	95,68
12	Tỷ lệ các trường hợp mổ để được thực hiện da kề da sau sinh	K. Sản	≥ 70%	X		76,1	80,53	85,3	83,3	81,29
13	Tỷ lệ NVYT được đào tạo ngắn hạn	P. TCCB	≥ 60%	X		-	-	-	91,20	91,20
14	Tỷ lệ người bệnh nhi chuyển lên tuyến trên khám chữa bệnh (tất cả các bệnh)	K. Nhi	<5%	X		2,6	3,1	3,8	3,2	3,16
15	Tỷ lệ người bệnh chuyển lên tuyến trên khám chữa bệnh tại khoa Nội tổng hợp	K.NTH	<2%	X		0,8	0,51	1,2	0,5	0,75
16	Tỷ lệ tuân thủ quy trình tiêm tĩnh mạch của điều dưỡng	P. ĐD	> 90%	X		97,43	93,54	95,34	96,62	95,73

STT	Nội dung chỉ số	Phụ trách	Chỉ tiêu	Đánh giá		Kết quả				
				Đạt	Không đạt	Quý 1	Quý 2/ 6 tháng đầu	Quý 3	Quý 4/ 6 tháng cuối	Năm
17	Tỷ lệ tiêu chí chất lượng bệnh viện mức 4 trở lên	P. QLCL	$\geq 90\%$	X		-	-	90	92,5	91,25
18	Tỷ lệ tuân thủ quy trình nhận diện chính xác người bệnh	K. Nội soi	$\geq 95\%$	X		98,97	99,38	98,97	99,72	99,26
19	Tỷ lệ báo cáo ADR có đầy đủ các thông tin tối thiểu	K. Dược	$\geq 95\%$	X		100	100	100	100	100
20	Tỷ lệ hài lòng chất lượng thăm khám tâm lý, tâm thần tại Khoa Tâm lý lâm sàng	P. TLLS	$\geq 80\%$	X		92,5	93	93,8	94,8	93,53
21	Tỷ lệ hài lòng người bệnh ngoại trú tại khoa Khám bệnh theo yêu cầu	K. KBTYC	$\geq 80\%$	X		-	93,9	-	93,2	93,55
22	Tỷ lệ tuân thủ đúng quy trình kỹ thuật sòng ngắn	K. VLTL	$\geq 95\%$	X		98,98	99,5	99,37	99,97	99,46
23	Tỷ lệ tuân thủ kỹ thuật điều trị hội chứng vai gáy	K. YDCT	$\geq 95\%$	X		99,66	99,8	99,73	99,86	99,76

STT	Nội dung chỉ số	Phụ trách	Chỉ tiêu	Đánh giá		Kết quả				
				Đạt	Không đạt	Quý 1	Quý 2/ 6 tháng đầu	Quý 3	Quý 4/ 6 tháng cuối	Năm
24	Tỷ lệ nhân viên y tế có sáng kiến cải tiến hoặc đề tài nghiên cứu khoa học	P. CĐT-ĐT-NCKH	≥ 22%	X		-	-	-	26	26
25	Tỷ lệ bảng kiểm an toàn phẫu thuật được thực hiện chuẩn tại khoa Gây mê hồi sức	K. GMHS	≥ 95%	X		96,43	96,3	100	96,9	97,41
26	Tỷ lệ người bệnh nội trú được đánh giá nguy cơ té ngã trong 24 giờ tại khoa Nội tim mạch	K. NTM	100%	X		100	100	100	100	100

❖ Tổng số chỉ số bệnh viện là 14 chỉ số, trong đó có 7 khoa/phòng chịu trách nhiệm báo cáo chỉ số bệnh viện bao gồm: Phòng Kế hoạch tổng hợp, phòng Quản lý chất lượng, phòng Công tác xã hội, khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn, khoa Gây mê hồi sức và Công đoàn.

❖ Tổng số chỉ số khoa/phòng là 26 chỉ số và tương ứng với 23 khoa/phòng (đạt mục tiêu: 53,49%) ➡ Đạt mục tiêu

1: 51,2% (22/43 khoa/phòng)

❖ Tổng chỉ số chất lượng bệnh viện đạt mục tiêu: 13/14 ➡ Đạt mục tiêu 2: 92,9%

+ Chỉ số “Số sự cố y khoa nghiêm trọng” chưa đạt mục tiêu đề ra, là năm đầu tiên chỉ số chưa đạt do có 2 sự cố y khoa nghiêm trọng xảy ra trong năm.

❖ Tổng chỉ số chất lượng khoa/phòng đạt mục tiêu: 26/26 ➡ Đạt mục tiêu 3: 100%

+ Các chỉ số đều đạt mục tiêu đề ra trong năm.

Phân tích chi tiết theo phụ lục đính kèm.

TRƯỞNG PHÒNG QLCL



Nguyễn Thị Minh Khanh

TM. HỘI ĐỒNG QLCL

CHỦ TỊCH



Trần Văn Khanh



Trần Văn Khanh

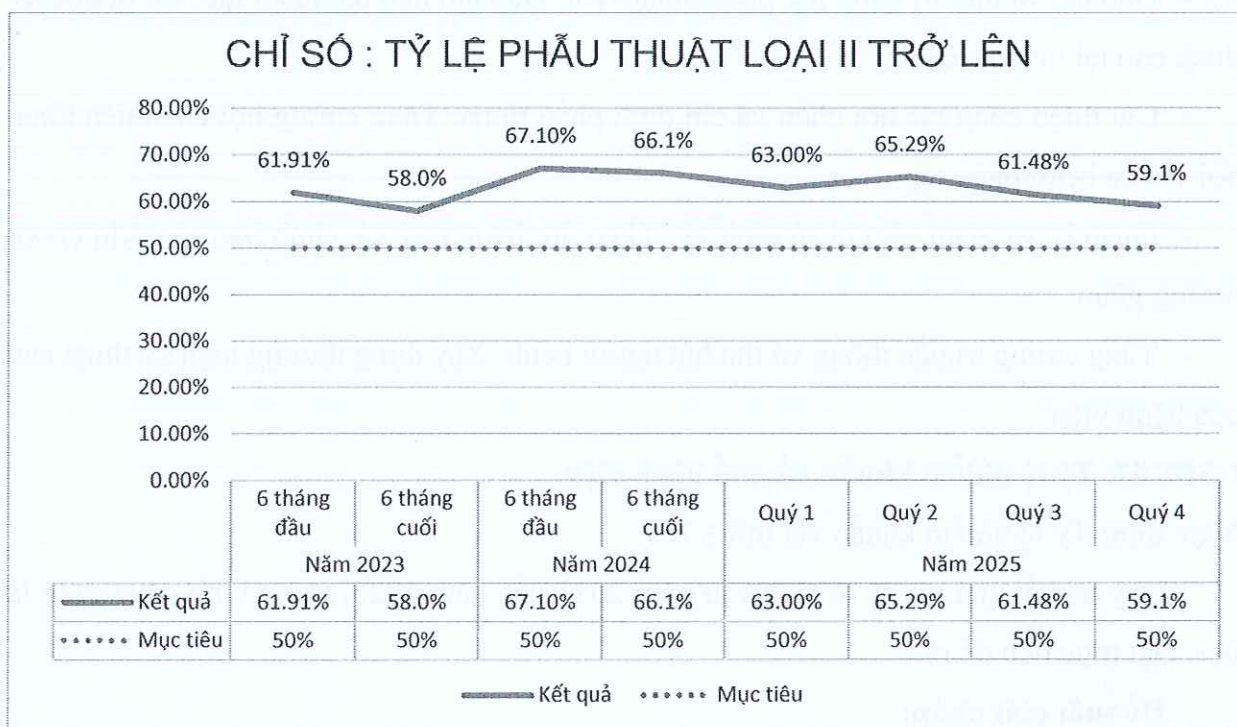
PHỤ LỤC

KẾT QUẢ CHỈ SỐ CHẤT LƯỢNG NĂM 2025

CHỈ SỐ BỆNH VIỆN

CSBV01: Tỷ lệ phẫu thuật loại II trở lên

Mục tiêu: Tỷ lệ phẫu thuật loại II trở lên $\geq 50\%$



Chỉ số tỷ lệ phẫu thuật loại II trở lên giai đoạn 2023–2025 luôn duy trì cao hơn mục tiêu 50%, cho thấy bệnh viện đã thực hiện được nhiều kỹ thuật phẫu thuật có mức độ trung bình–cao, phù hợp định hướng nâng cao năng lực chuyên môn. Cụ thể, năm 2023 đạt 61,91% (6 tháng đầu) và giảm nhẹ còn 58,0% (6 tháng cuối); sang năm 2024 tăng rõ rệt lên 67,10% và duy trì 66,1%, phản ánh sự cải thiện về năng lực chuyên môn và cơ cấu bệnh. Tuy nhiên, năm 2025 có xu hướng giảm dần theo quý (từ 63,0% xuống 59,1%), dù vẫn vượt mục tiêu nhưng cho thấy xu hướng giảm dần trong năm.

Trung bình năm 2025 là 62,2%, đạt mục tiêu đề ra.

Đề xuất giải pháp:

- Phân tích nguyên nhân giảm năm 2025: Rà soát cơ cấu bệnh, Đánh giá yếu tố nhân lực, Kiểm tra yếu tố trang thiết bị, phòng mổ, vật tư

- Tăng cường phát triển kỹ thuật chuyên sâu: Triển khai thêm kỹ thuật mới, hạn chế chuyển tuyến không cần thiết
- Đào tạo và duy trì năng lực phẫu thuật viên: Đào tạo liên tục nhân lực, Cử đi học kỹ thuật cao tại tuyến trên
- Cải thiện công tác hội chẩn và chỉ định phẫu thuật: Tăng cường hội chẩn liên khoa đối với ca bệnh phức tạp
- Quản lý và giám sát chỉ số định kỳ: Theo dõi hàng quý và cảnh báo sớm khi có xu hướng giảm
- Tăng cường truyền thông và thu hút người bệnh: Xây dựng thương hiệu kỹ thuật cao của bệnh viện

CSBV02: Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ bệnh viện

Mục tiêu: Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ $\leq 2\%$

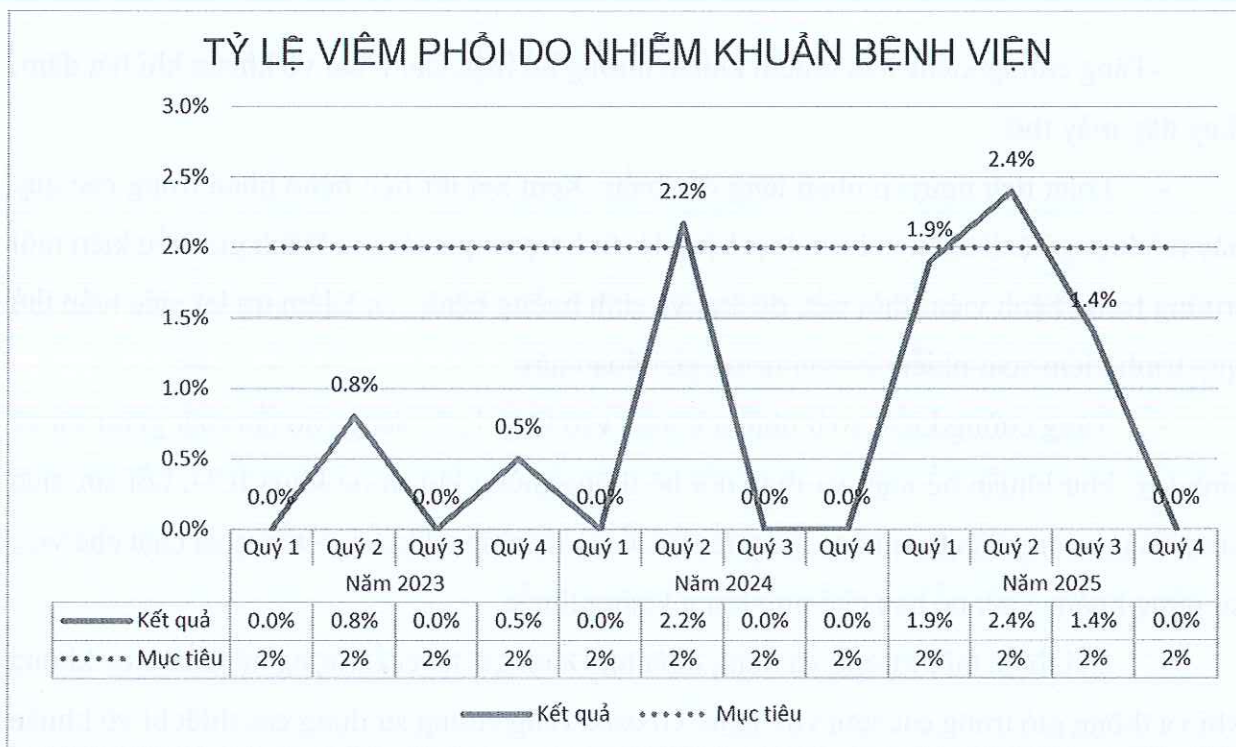
Duy trì kết quả với tỷ lệ là 0% từ năm 2023 đến năm 2025, trung bình năm 2025 là 0%. Đạt mục tiêu đề ra.

Đề xuất giải pháp:

- Tiếp tục kiểm soát tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ.
- Tăng cường tuân thủ thực hành vệ sinh tay và các biện pháp, hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn khác.
- Đảm bảo buồng phẫu thuật phải đảm bảo nguyên tắc kiểm soát nhiễm khuẩn và khu phẫu thuật, dụng cụ y tế phải đảm bảo vô khuẩn.

CSBV03: Tỷ lệ viêm phổi do nhiễm khuẩn bệnh viện

Mục tiêu: Tỷ lệ viêm phổi do nhiễm khuẩn bệnh viện $\leq 2\%$



Chỉ số tỷ lệ viêm phổi do nhiễm khuẩn bệnh viện giai đoạn 2023–2025 nhìn chung dao động nhưng phần lớn nằm dưới ngưỡng mục tiêu 2%, cho thấy công tác kiểm soát nhiễm khuẩn có hiệu quả ở nhiều thời điểm. Năm 2023 duy trì mức rất thấp (0–0,8%), không vượt mục tiêu. Sang năm 2024 xuất hiện đột biến tại Quý 2 (2,2%) vượt ngưỡng, sau đó giảm về 0% ở các quý tiếp theo, cho thấy khả năng đã có can thiệp kịp thời. Tuy nhiên, năm 2025 có xu hướng gia tăng trở lại và biến động mạnh (Quý 1: 1,9%; Quý 2: 2,4% vượt mục tiêu; Quý 3: 1,4%; Quý 4: 0%), phản ánh nguy cơ chưa kiểm soát ổn định, đặc biệt ở các thời điểm cao điểm, chú ý trong quý 2 cả năm đều tăng. Điều này gợi ý tồn tại yếu tố nguy cơ liên quan đến tuân thủ quy trình, kiểm soát thiết bị hỗ trợ hô hấp hoặc mật độ bệnh nặng theo mùa.

Trung bình năm 2025 là 1,43%, đạt mục tiêu đề ra.

Đề xuất giải pháp:

- Tiếp tục kiểm soát tình trạng nhiễm khuẩn bệnh viện.

- Tăng cường kiểm soát nhiễm khuẩn đường hô hấp: Đảm bảo vô khuẩn khi hút đàm, thay dây máy thở

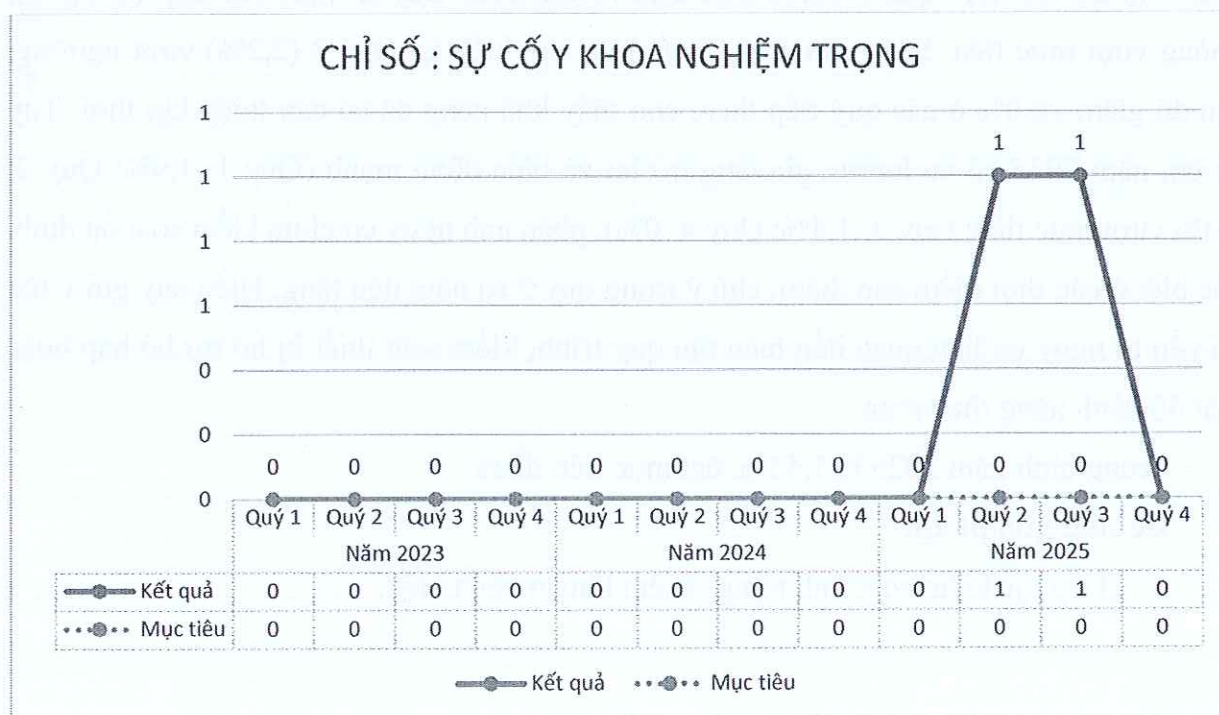
- Phân tích nguyên nhân tăng đột biến: Xem xét dữ liệu bệnh nhân trong các quý này (số lượng bệnh nhân nội trú, loại bệnh lý, tình trạng quá tải...); Đánh giá điều kiện môi trường trong bệnh viện (thời tiết, độ ẩm, vệ sinh buồng bệnh...); Kiểm tra lại việc tuân thủ quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn trong giai đoạn này.

- Tăng cường kiểm soát nhiễm khuẩn vào Quý 1, 2: Nâng cao tần suất giám sát vệ sinh tay, khử khuẩn bề mặt, và thay đổi hệ thống thông khí trong khoa ICU, hồi sức tích cực; Tăng cường đào tạo nhân viên y tế về kiểm soát nhiễm khuẩn; Kiểm soát chặt chẽ việc sử dụng kháng sinh để hạn chế tình trạng kháng thuốc.

- Cải thiện môi trường và trang thiết bị: Đánh giá lại chất lượng hệ thống lọc không khí và thông gió trong các khu vực nguy cơ cao. Tăng cường sử dụng các thiết bị vô khuẩn và hệ thống giám sát.

CSBV04: Sự cố y khoa nghiêm trọng

Mục tiêu: 0 sự cố y khoa nghiêm trọng tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh



Trong năm 2023 đến năm 2024, bệnh viện không ghi nhận sự cố y khoa nghiêm trọng xảy ra, luôn đạt mục tiêu đề ra. Tuy nhiên đến năm 2025 trong quý 2 và 3 đã có 2 sự cố xảy ra, chưa đạt mục tiêu đề ra.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Thiết lập hệ thống báo cáo và phân tích sự cố hiệu quả: Xây dựng một quy trình và hệ thống báo cáo sự cố rõ ràng. Thực hiện phân tích nguyên nhân gốc rễ một cách khoa học và khách quan để xác định nguyên nhân sâu xa, không chỉ dừng lại ở lỗi cá nhân. Dựa trên kết quả phân tích, triển khai các biện pháp khắc phục và phòng ngừa cụ thể. Giám sát hiệu quả của các hành động khắc phục và phòng ngừa đã triển khai.

- Xây dựng và duy trì văn hóa an toàn bao gồm: Thúc đẩy báo cáo sự cố: Tạo môi trường không đổ lỗi, khuyến khích tất cả nhân viên y tế báo cáo mọi sự cố, kể cả những sự cố cận (near miss), để học hỏi và ngăn ngừa sự cố tương tự trong tương lai. Lãnh đạo cam kết: Ban lãnh đạo bệnh viện phải thể hiện sự cam kết mạnh mẽ đối với an toàn người bệnh thông qua các chính sách, nguồn lực và hành động cụ thể. Đào tạo và nâng cao nhận thức: Tổ chức các buổi đào tạo định kỳ về an toàn người bệnh, quản lý rủi ro, và tầm quan trọng của việc báo cáo sự cố cho toàn bộ NVYT.

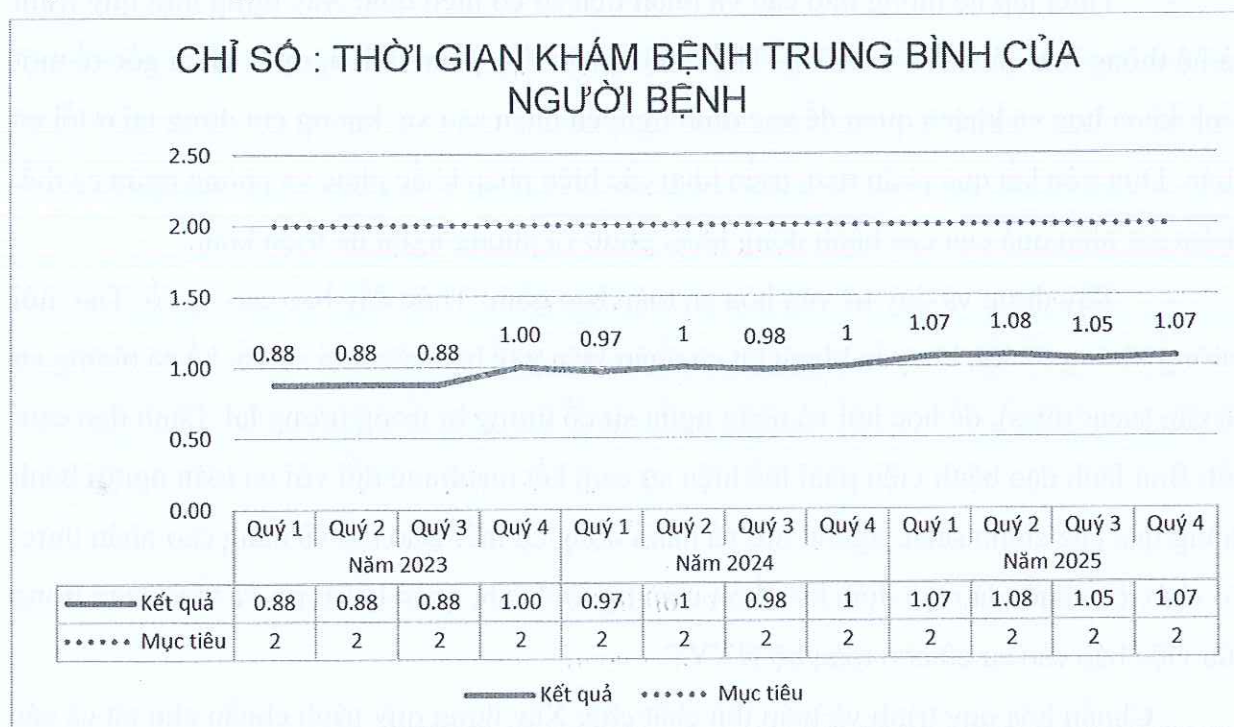
- Chuẩn hóa quy trình và tuân thủ chặt chẽ: Xây dựng quy trình chuẩn cho tất cả các hoạt động y tế quan trọng. Thường xuyên kiểm tra, đánh giá mức độ tuân thủ các quy trình của NVYT.

- Quản lý rủi ro chủ động: Thực hiện đánh giá rủi ro định kỳ cho từng khoa, phòng, quy trình để nhận diện các nguy cơ tiềm ẩn có thể dẫn đến sự cố. Triển khai các biện pháp kiểm soát rủi ro.

- Thường xuyên đo lường và phân tích các chỉ số liên quan đến an toàn người bệnh

CSBV05: Thời gian khám bệnh trung bình của người bệnh

Mục tiêu: Thời gian khám bệnh trung bình của NB < 2 giờ



Chỉ số thời gian khám bệnh trung bình của người bệnh giai đoạn 2023–2025 luôn duy trì ổn định và thấp hơn so với mục tiêu 2 giờ, dao động trong khoảng 0,88 – 1,08 giờ. Năm 2023 giữ mức thấp và ổn định (0,88–1,0 giờ); sang năm 2024 có tăng nhẹ nhưng không đáng kể (0,97–1,0 giờ); đến năm 2025 ghi nhận xu hướng tăng nhẹ hơn so với các năm trước (đỉnh khoảng 1,08 giờ) nhưng vẫn nằm trong giới hạn kiểm soát tốt. Nhìn chung, quy trình khám bệnh đang vận hành hiệu quả. Tuy nhiên, xu hướng tăng nhẹ gần đây cần được theo dõi để tránh nguy cơ quá tải hoặc ùn tắc cục bộ trong tương lai.

Trung bình năm 2025 là 1,07 giờ, đạt mục tiêu đề ra.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Tiếp tục theo dõi chỉ số để xác định xu hướng của chỉ số.
- Đánh giá lại quy trình: Thường xuyên rà soát các bước trong quy trình khám bệnh (từ tiếp đón, đăng ký, khám lâm sàng, cận lâm sàng, trả kết quả, thanh toán có thể tối ưu hóa. Đảm bảo tất cả nhân viên tuân thủ các quy trình chuẩn đã được thiết lập để tránh lãng

phí thời gian do sự khác biệt trong cách làm việc. Đảm bảo mỗi nhân viên hiểu rõ vai trò và trách nhiệm của mình để tránh trùng lặp hoặc bỏ sót công việc.

- Ứng dụng công nghệ thông tin: Triển khai, phổ biến và luôn nâng cấp hệ thống đăng ký trực tuyến, qua điện thoại tự động để giảm thời gian chờ đợi ban đầu. Đảm bảo HIS hoạt động hiệu quả, liên thông giữa các khoa phòng (khám, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, dược) để thông tin được truyền tải nhanh chóng, tránh việc chờ đợi giấy tờ. Kết nối kết quả cận lâm sàng: Tự động hóa việc trả kết quả xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh vào hệ thống, giúp bác sĩ truy cập nhanh chóng mà không cần chờ bản in. Khuyến khích và tạo điều kiện cho bệnh nhân thanh toán viện phí qua các hình thức không dùng tiền mặt để giảm thời gian chờ đợi tại quầy thu ngân.

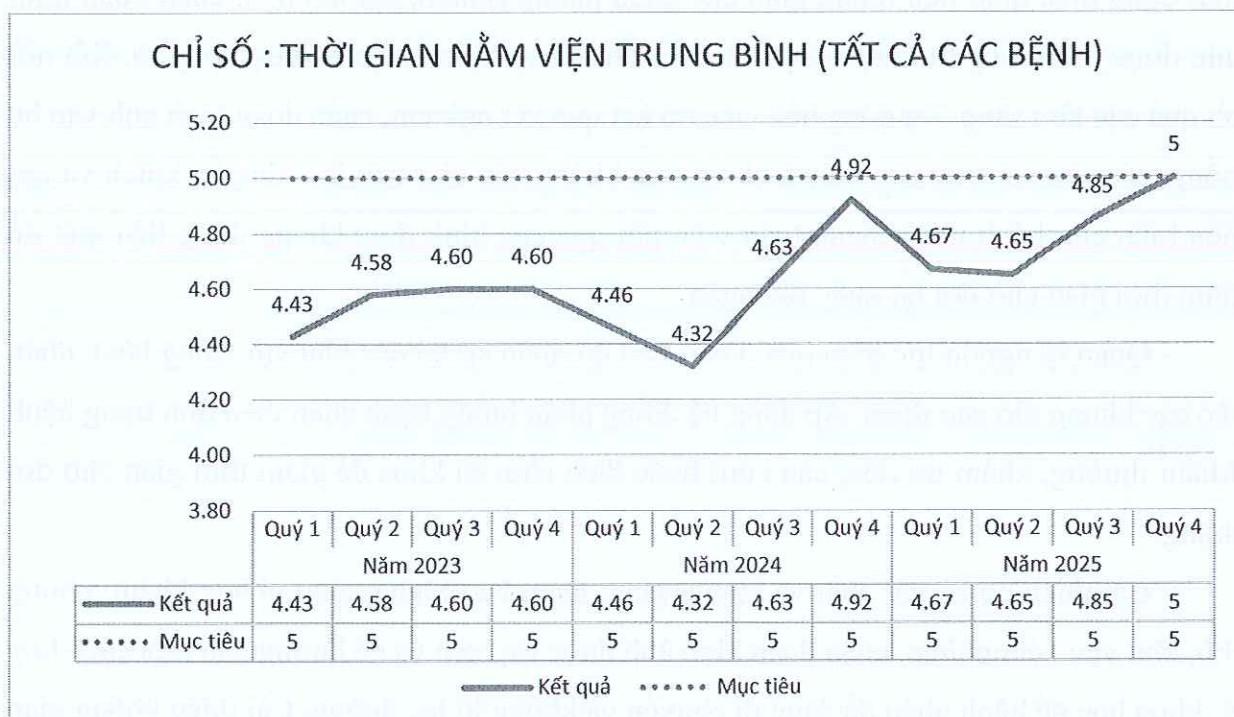
- Quản lý nguồn lực hiệu quả: Đảm bảo đủ nhân sự tại các khu vực đông bệnh nhân vào các khung giờ cao điểm. Áp dụng hệ thống phân luồng bệnh nhân theo tình trạng bệnh (khám thường, khám ưu tiên, cấp cứu) hoặc theo chuyên khoa để giảm thời gian chờ đợi chung.

- Cải thiện cơ sở vật chất và không gian: Đảm bảo không gian phòng khám, phòng chờ, khu vực xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh được sắp xếp và có hướng dẫn một cách hợp lý, khoa học để bệnh nhân dễ dàng di chuyển và không bị lạc đường. Cải thiện không gian phòng chờ với đầy đủ tiện nghi (ghế ngồi, wifi, thông tin hướng dẫn, truyền thông sức khỏe,...) để giảm cảm giác mệt mỏi khi chờ đợi.

- Thông tin và giao tiếp với bệnh nhân: Cung cấp thông tin hướng dẫn chi tiết về quy trình khám bệnh qua các kênh (biển bảng, màn hình điện tử, tờ rơi, nhân viên hướng dẫn) để bệnh nhân chủ động hơn. Thường xuyên thu thập ý kiến đóng góp của bệnh nhân về thời gian chờ đợi và quy trình khám bệnh để có cái nhìn khách quan và đưa ra cải tiến phù hợp.

CSBV06: Thời gian nằm viện trung bình (tất cả các bệnh)

Mục tiêu: Thời gian nằm viện trung bình của người bệnh (tất cả các bệnh) < 5 ngày



Chỉ số Thời gian nằm viện trung bình (tất cả các bệnh) đáp ứng mục tiêu đề ra. Các quý từ năm 2023 đến 2024 đều duy trì dưới mức 5 ngày. Tuy nhiên trong năm 2025, quý 1,2,3 đạt mục tiêu đề ra nhưng tại quý 4 ngang mức với 5 ngày nên chưa đạt mục tiêu đề ra, trung bình năm là 4,79 ngày, đạt mục tiêu năm đề ra. Nhưng trong năm 2024 và 2025 có xu hướng tăng dần về cuối năm.

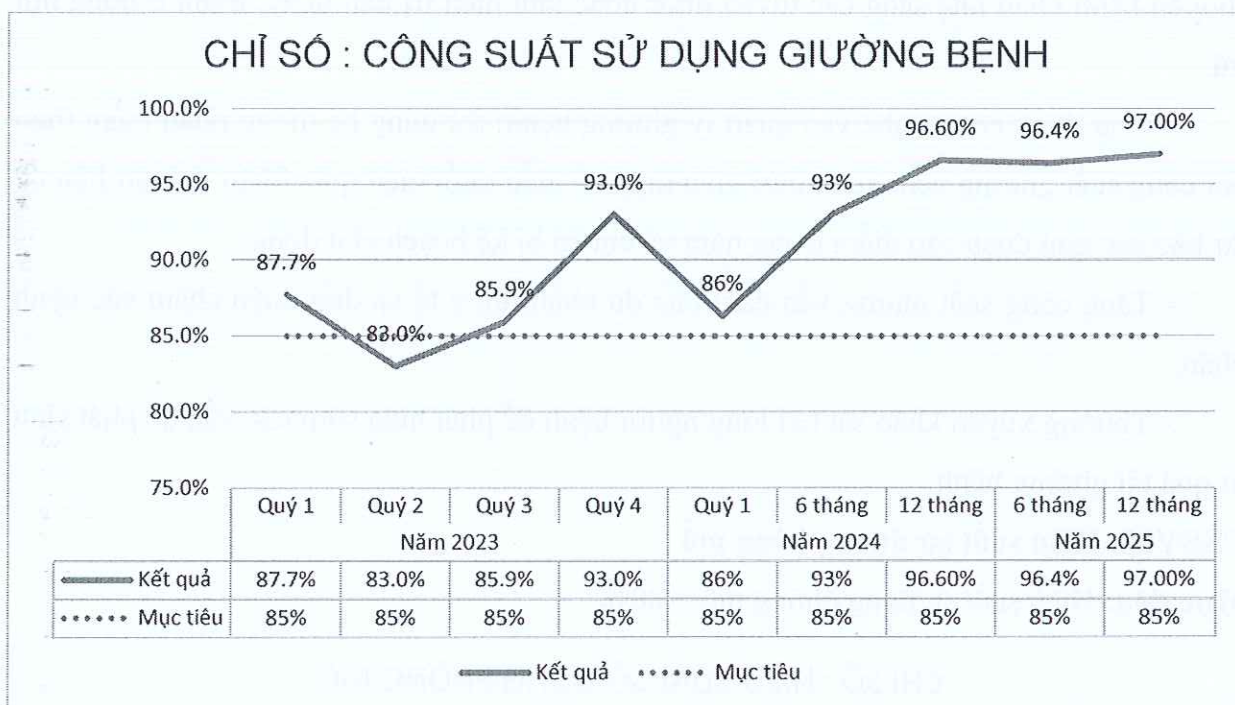
Đề xuất hướng hoạt động:

- Tăng cường công tác đào tạo tập huấn nâng cao tay nghề cho đội ngũ NVYT, đảm bảo nâng cao tay nghề cho đội ngũ NVYT, đảm bảo nâng cao chất lượng khám chữa bệnh, hiệu quả trong điều trị cho người bệnh.
- Tối ưu hóa quy trình điều trị để giảm thời gian lưu viện mà vẫn đảm bảo chất lượng điều trị.
- Đẩy mạnh chương trình tư vấn sức khỏe từ xa để hỗ trợ bệnh nhân sau xuất viện.

- Nâng cao hiệu suất điều trị: Tăng cường phối hợp giữa các khoa để đẩy nhanh quá trình chẩn đoán và điều trị. Xây dựng phác đồ điều trị chuẩn hóa, rút ngắn thời gian nằm viện nhưng vẫn đảm bảo hiệu quả.

CSBV07: Công suất sử dụng giường bệnh

Mục tiêu: Công suất sử dụng giường bệnh $\geq 85\%$



Kết quả chỉ số Công suất sử dụng giường bệnh kết quả thực tế từ có sự tăng mạnh từ năm 2024 đến năm 2025 đều từ 96% trở lên, trong năm 2025 đạt 97%.

Có sự biến động nhưng xu hướng tích cực: Năm 2023 dao động từ 83.0% – 93.0%, năm 2024 khởi đầu với mức 86% nhưng tăng dần lên 96.6% và năm 2025 đạt 97%, cho thấy sự cải thiện và tối ưu hóa hiệu quả sử dụng giường bệnh.

Mặc dù kết quả vượt mục tiêu là tích cực, nhưng công suất sử dụng quá cao trong thời gian dài có thể dẫn đến quá tải bệnh viện, ảnh hưởng đến chất lượng chăm sóc và sự hài lòng của người bệnh.

Đề xuất hướng hoạt động:

- Duy trì mức sử dụng hợp lý – tránh quá tải: Cân đối tỷ lệ nhập – xuất viện hợp lý, không để giường bệnh quá tải kéo dài.

- Tăng cường điều phối và phân luồng bệnh nhân: Phân luồng hợp lý giữa các khoa: chuyển bệnh nhân nhẹ sang các tuyến dưới hoặc khu điều trị ban ngày, tránh ứ đọng nội trú.

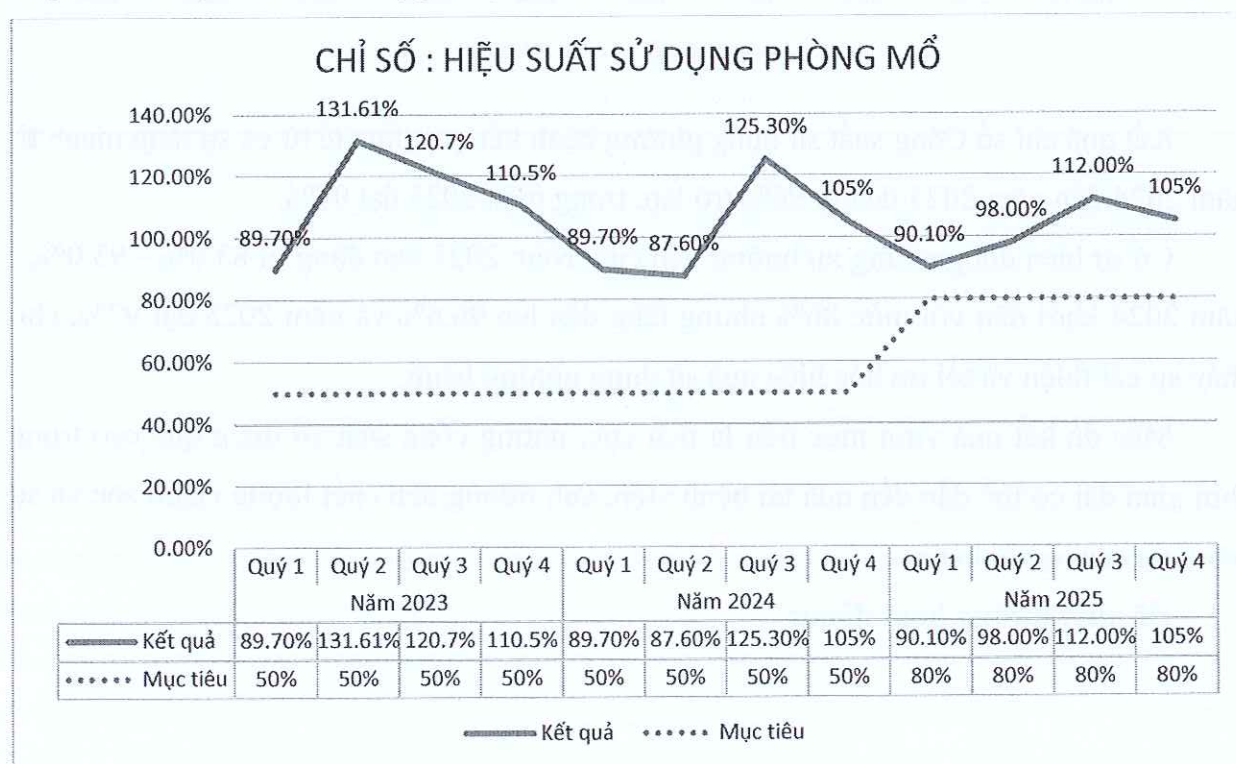
- Ứng dụng công nghệ vào quản lý giường bệnh: Sử dụng hệ thống phần mềm theo dõi công suất giường bệnh theo thời gian thực để điều phối hiệu quả. Phân tích dữ liệu để dự báo các giai đoạn cao điểm trong năm và chuẩn bị kế hoạch chủ động.

- Tăng công suất nhưng vẫn đảm bảo đủ nhân lực y tế và điều kiện chăm sóc bệnh nhân.

- Thường xuyên khảo sát hài lòng người bệnh để phát hiện sớm các vấn đề phát sinh từ quá tải giường bệnh.

CSBV08: Hiệu suất sử dụng phòng mổ

Mục tiêu: Hiệu suất sử dụng phòng mổ $\geq 80\%$



Chỉ số hiệu suất sử dụng phòng mổ giai đoạn 2023–2025 luôn vượt xa mục tiêu đề ra, cho thấy năng lực khai thác phòng mổ rất cao. Năm 2023 duy trì ở mức cao (89,7%–

131,61%), đặc biệt Quý 2 đạt đỉnh 131,61%. Năm 2024 tiếp tục dao động mạnh, với mức cao nhất 125,3% (Quý 3), phản ánh tình trạng khai thác vượt công suất thiết kế. Sang năm 2025, dù mục tiêu được điều chỉnh tăng lên 80%, kết quả vẫn tiếp tục vượt (90,1%–112%), cho thấy nhu cầu phẫu thuật lớn và hệ thống đang hoạt động với cường độ cao. Tuy nhiên, việc duy trì hiệu suất cao kéo dài tiềm ẩn nguy cơ quá tải, ảnh hưởng đến an toàn người bệnh, chất lượng phẫu thuật và sức khỏe nhân viên y tế nếu không được điều tiết hợp lý.

Trung bình năm 2025 là 101,28%, đạt mục tiêu đề ra.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Đảm bảo an toàn phẫu thuật và chất lượng phòng mổ trong Bộ tiêu chí chất lượng đánh giá mức độ an toàn phẫu thuật theo Quyết định số 7482/QĐ-BYT ngày 18 tháng 12 năm 2018.

- Đảm bảo các điều kiện vô khuẩn của khu vực mổ và các dụng cụ mổ.

- Tối ưu hóa lịch mổ và phân bổ hợp lý: Xây dựng lịch mổ tuần/tháng khoa học, tránh dồn mổ vào một vài ngày cao điểm. Tăng sử dụng khung giờ chiều, cuối tuần nếu cần, nhưng cần cân nhắc sức khỏe nhân viên.

- Đầu tư nâng cấp, bổ sung phòng mổ: Nếu tình trạng quá tải diễn ra thường xuyên, nên cân nhắc đầu tư thêm buồng mổ hoặc cải tạo phòng cũ. Tăng cường tự động hóa và trang thiết bị hiện đại giúp rút ngắn thời gian mổ nhưng vẫn đảm bảo chất lượng.

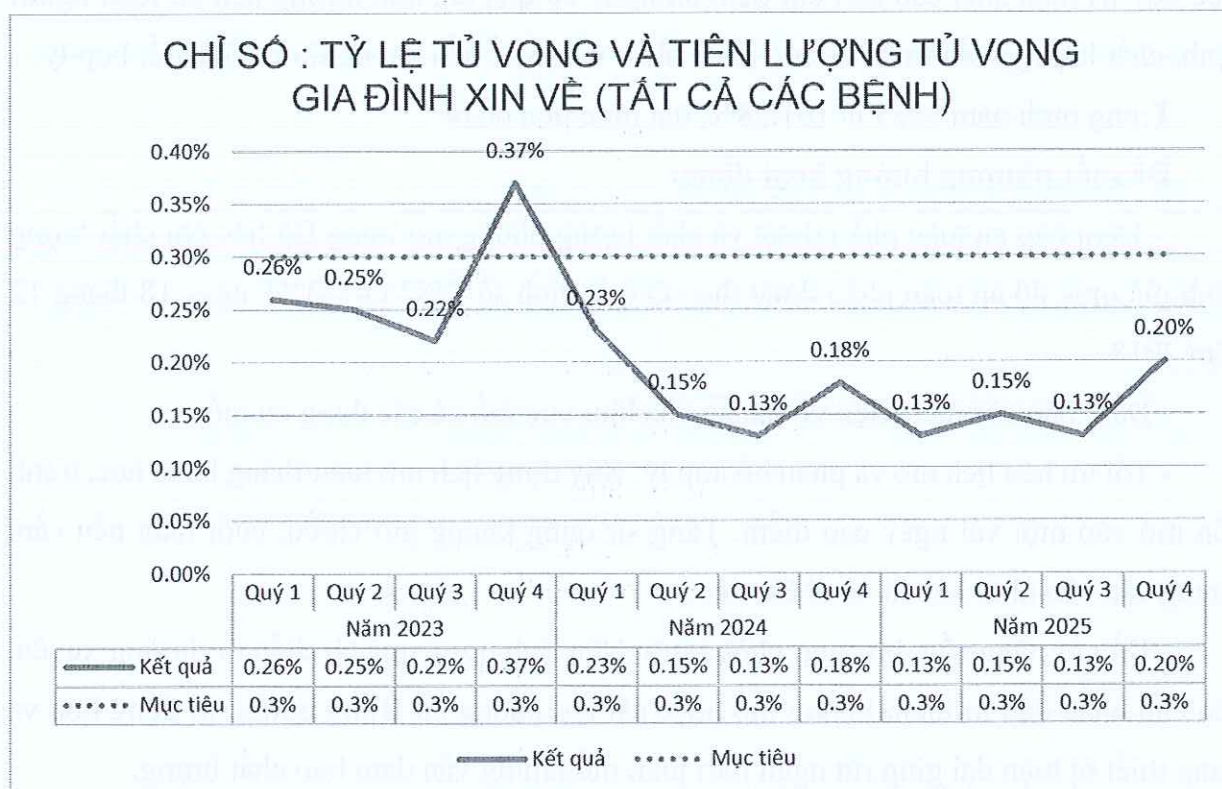
- Chăm sóc sức khỏe nhân viên y tế: Phân ca khoa học, đảm bảo không gây kiệt sức cho ekip phẫu thuật. Bố trí nhân lực dự phòng trong thời điểm cao điểm hoặc ca mổ kéo dài.

BỆNH VIỆN
HỘI ĐỒNG Q

HÌNH
ỨC

CSBV09: Tỷ lệ tử vong và tiên lượng tử vong gia đình xin về (tất cả các bệnh)

Mục tiêu: Tử vong và tiên lượng tử vong gia đình xin về < 0,3%



Chỉ số tỷ lệ tử vong và tiên lượng tử vong gia đình xin về giai đoạn 2023–2025 nhìn chung được kiểm soát dưới ngưỡng mục tiêu 0,3% ở hầu hết các thời điểm. Năm 2023 dao động từ 0,22%–0,26% trong 3 quý đầu, tuy nhiên Quý 4 tăng lên 0,37% vượt mục tiêu, cho thấy có yếu tố bất thường (gia tăng bệnh nặng, quá tải hoặc hạn chế trong hồi sức). Sang năm 2024, chỉ số giảm rõ rệt và duy trì ổn định ở mức thấp (0,13%–0,23%), phản ánh hiệu quả cải thiện trong công tác điều trị và chăm sóc. Năm 2025 tiếp tục duy trì xu hướng tốt (0,13%–0,20%), không vượt ngưỡng nhưng có biến động nhẹ tăng vào Quý 4 (0,20%). Tổng thể, đều đạt mục tiêu đề ra ở các năm, tuy nhiên vẫn cần theo dõi sát các thời điểm tăng để đảm bảo kiểm soát bền vững.

Trung bình năm 2025 là 0,15%, đạt mục tiêu đề ra.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Thống kê tỷ lệ tử vong và tiên lượng tử vong gia đình xin về tại các khoa, từ đó đề xuất các giải pháp, nâng cao trình độ chuyên môn cho các nhân viên y tế tại các khoa đó và cho toàn bệnh viện.

- Tăng cường đánh giá tiên lượng sớm và tư vấn rõ ràng với người nhà.

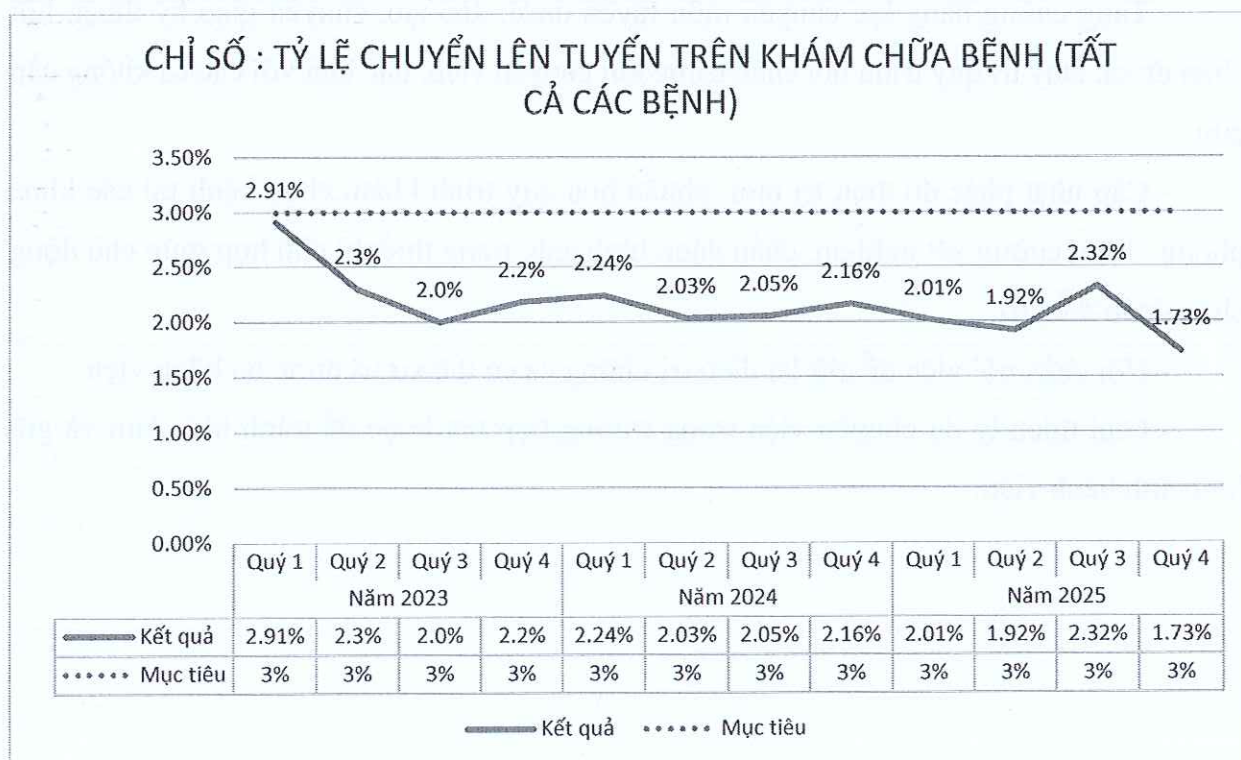
- Phối hợp chặt chẽ giữa bác sĩ điều trị, điều dưỡng và công tác xã hội trong truyền thông – giải thích tiên lượng.

- Tăng cường công tác hội chẩn và điều trị tích cực: Chủ động hội chẩn liên khoa, hội chẩn chuyên gia khi có bệnh nhân nặng. Triển khai các mô hình chăm sóc giảm nhẹ/ ICU mở để nâng cao chất lượng điều trị giai đoạn cuối.

- Đào tạo kỹ năng giao tiếp khó cho nhân viên y tế khi trao đổi tiên lượng xấu.

CSBV10: Tỷ lệ chuyển lên tuyến trên khám chữa bệnh (tất cả các bệnh)

Mục tiêu: Tỷ lệ chuyển lên tuyến trên khám chữa bệnh (tất cả các bệnh) < 3%



Chỉ số tỷ lệ chuyển lên tuyến trên trong khám chữa bệnh giai đoạn 2023–2025 luôn duy trì dưới ngưỡng mục tiêu 3%, cho thấy năng lực tiếp nhận và xử trí người bệnh tại bệnh viện tương đối tốt, hạn chế chuyển tuyến không cần thiết. Năm 2023 có xu hướng

giảm rõ rệt từ 2,91% xuống 2,0%, sau đó dao động nhẹ quanh mức 2,0–2,2%. Sang năm 2024, chỉ số ổn định hơn (2,03%–2,24%) với biên độ dao động hẹp. Đến năm 2025, tiếp tục duy trì ở mức thấp (1,73%–2,32%), trong đó Quý 4 đạt mức thấp nhất toàn giai đoạn (1,73%), phản ánh xu hướng cải thiện tích cực về năng lực chuyên môn và phân tuyến kỹ thuật. Tuy nhiên, vẫn xuất hiện dao động tăng cục bộ ở một số quý (như Quý 3/2025), cho thấy còn phụ thuộc vào cơ cấu bệnh và khả năng đáp ứng tại từng thời điểm. Tổng thể, chỉ số được kiểm soát tốt và có xu hướng giảm dần qua các năm.

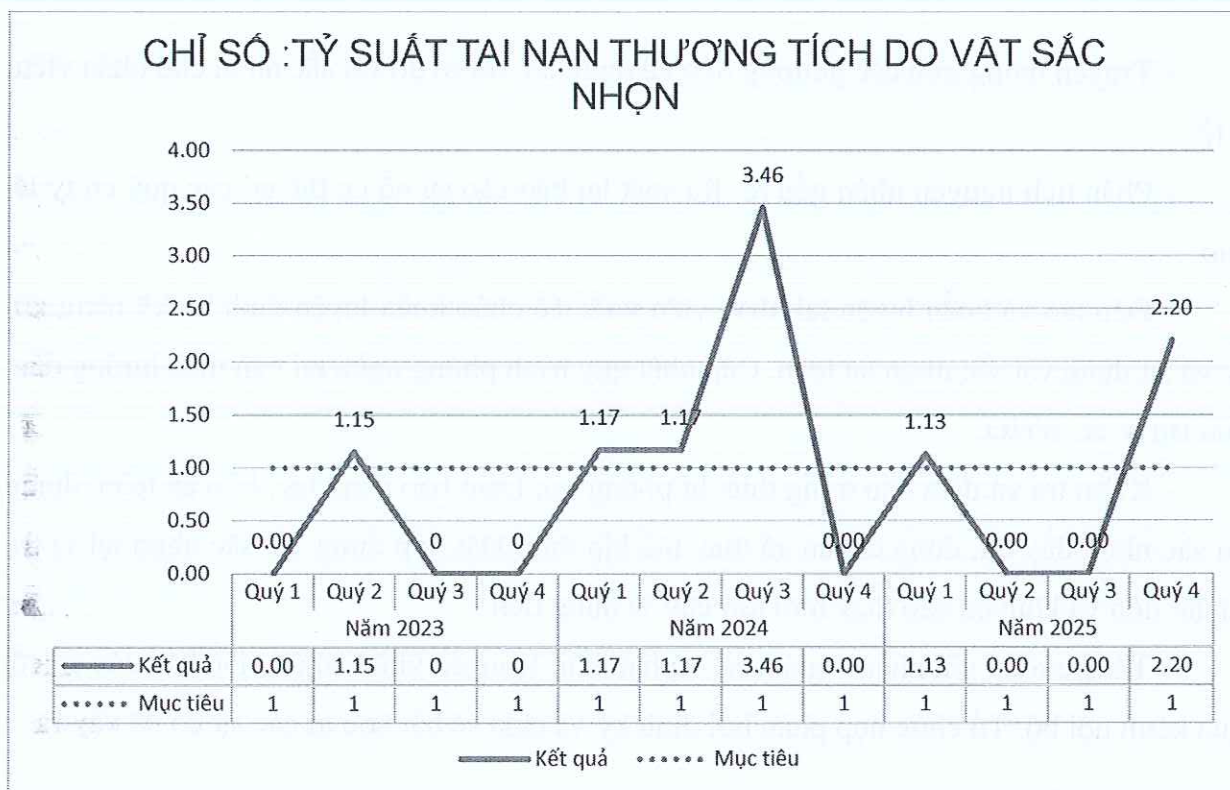
Trung bình năm 2025 là 2%, đạt mục tiêu đề ra.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Nâng cao tay nghề, trình độ chuyên môn của đội ngũ bác sĩ, điều dưỡng tại các khoa.
- Tăng cường năng lực chuyên môn tuyến dưới: đào tạo, chuyển giao kỹ thuật, hội chẩn từ xa. Duy trì quy trình hội chẩn trước khi chuyển viện, đặc biệt với các ca không cấp cứu.
- Cập nhật phác đồ điều trị mới, chuẩn hóa quy trình khám chữa bệnh tại các khoa phòng. Tăng cường xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, trang thiết bị phù hợp giúp chủ động chẩn đoán điều trị.
- Hội chẩn nội viện để giữ lại điều trị những ca có thể xử trí được tại bệnh viện.
- Giải thích lý do chuyển viện trong trường hợp bắt buộc để tránh hiểu lầm và giữ hình ảnh bệnh viện.

CSBV11: Tỷ suất tai nạn thương tích do vật sắc nhọn

Mục tiêu: Tỷ suất tai nạn thương tích do vật sắc nhọn < 1‰



Chỉ số tỷ suất tai nạn thương tích do vật sắc nhọn giai đoạn 2023–2025 biến động mạnh và chưa ổn định so với mục tiêu ≤ 1 . Năm 2023 ghi nhận mức thấp, chủ yếu bằng 0, chỉ có Quý 2 vượt nhẹ (1,15). Tuy nhiên, sang năm 2024 xuất hiện gia tăng rõ rệt, đặc biệt Quý 3 tăng đột biến lên 3,46, cao hơn nhiều so với ngưỡng cho phép, sau đó giảm về 0 ở Quý 4. Năm 2025 tiếp tục dao động không ổn định: có quý đạt 0 nhưng vẫn ghi nhận các thời điểm vượt mục tiêu (Quý 1: 1,13; Quý 4: 2,20). Diễn biến này cho thấy tình trạng tai nạn do vật sắc nhọn chưa được kiểm soát bền vững, có tính chất bùng phát theo thời điểm, tiềm ẩn nguy cơ mất an toàn cho nhân viên y tế nếu không được giám sát và kiểm soát chặt chẽ.

Trung bình năm 2025 là 0,83‰, đạt mục tiêu đề ra.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Tiếp tục theo dõi chỉ số tỷ suất tai nạn thương tích do vật sắc nhọn.

- Truyền thông trên các phương tiện về nguy cơ, rủi ro do vật sắc nhọn cho nhân viên y tế.

- Phân tích nguyên nhân gốc rễ: Rà soát lại báo cáo sự cố cụ thể tại các quý có tỷ lệ cao

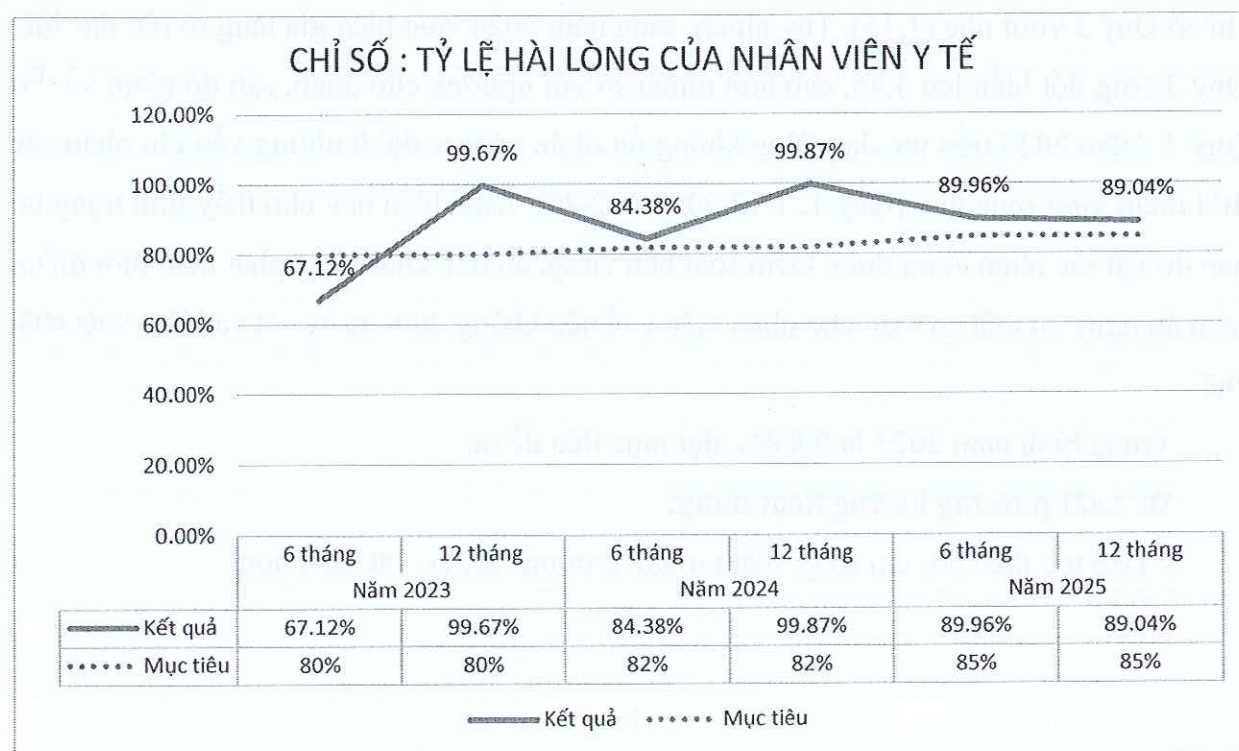
- Đào tạo và huấn luyện lại nhân viên y tế: Tổ chức huấn luyện định kỳ kỹ năng xử lý và sử dụng vật sắc nhọn an toàn. Cập nhật quy trình phòng ngừa tai nạn theo hướng dẫn của Bộ Y tế, WHO.

- Kiểm tra và đảm bảo trang thiết bị phòng hộ: Đảm bảo găng tay, hộp an toàn, dụng cụ sắc nhọn đầy đủ, đúng chuẩn và thay thế kịp thời. Đặt hộp đựng vật sắc nhọn tại vị trí thuận tiện và khuyến cáo thay mới khi đầy $\frac{3}{4}$ dung tích.

- Tăng cường ghi nhận – giám sát – phản hồi: Khuyến khích nhân viên báo cáo sự cố qua kênh nội bộ. Tổ chức họp phản hồi định kỳ và chia sẻ bài học từ các sự cố đã xảy ra.

CSBV12: Tỷ lệ hài lòng nhân viên y tế

Mục tiêu: Tỷ lệ hài lòng nhân viên y tế $\geq 85\%$



Chỉ số tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế giai đoạn 2023–2025 nhìn chung đạt và vượt mục tiêu ở hầu hết các thời điểm, cho thấy môi trường làm việc và chính sách quản lý nhân sự có nhiều cải thiện tích cực. Năm 2023 có sự tăng trưởng rõ rệt từ mức thấp 67,12% (6 tháng đầu, chưa đạt mục tiêu) lên 99,67% (12 tháng, vượt xa mục tiêu 80%). Sang năm 2024, chỉ số tiếp tục duy trì ở mức cao (84,38%–99,87%), ổn định và vượt mục tiêu 82%. Năm 2025 vẫn giữ xu hướng tích cực (89,04%–89,96%), tuy có giảm nhẹ so với đỉnh năm 2024 nhưng vẫn cao hơn mục tiêu 85%. Tổng thể, mức độ hài lòng của nhân viên y tế được duy trì tốt và có xu hướng ổn định ở mức cao, phản ánh hiệu quả trong công tác quản trị nguồn nhân lực, dù cần lưu ý xu hướng giảm nhẹ gần đây. Trong đợt khảo sát nhân viên do “Bệnh viện tự đánh giá cuối năm” tỷ lệ này đạt 99,8%, cao hơn rất nhiều so với các đợt “Bệnh viện tự đánh giá hàng tháng/quý”.

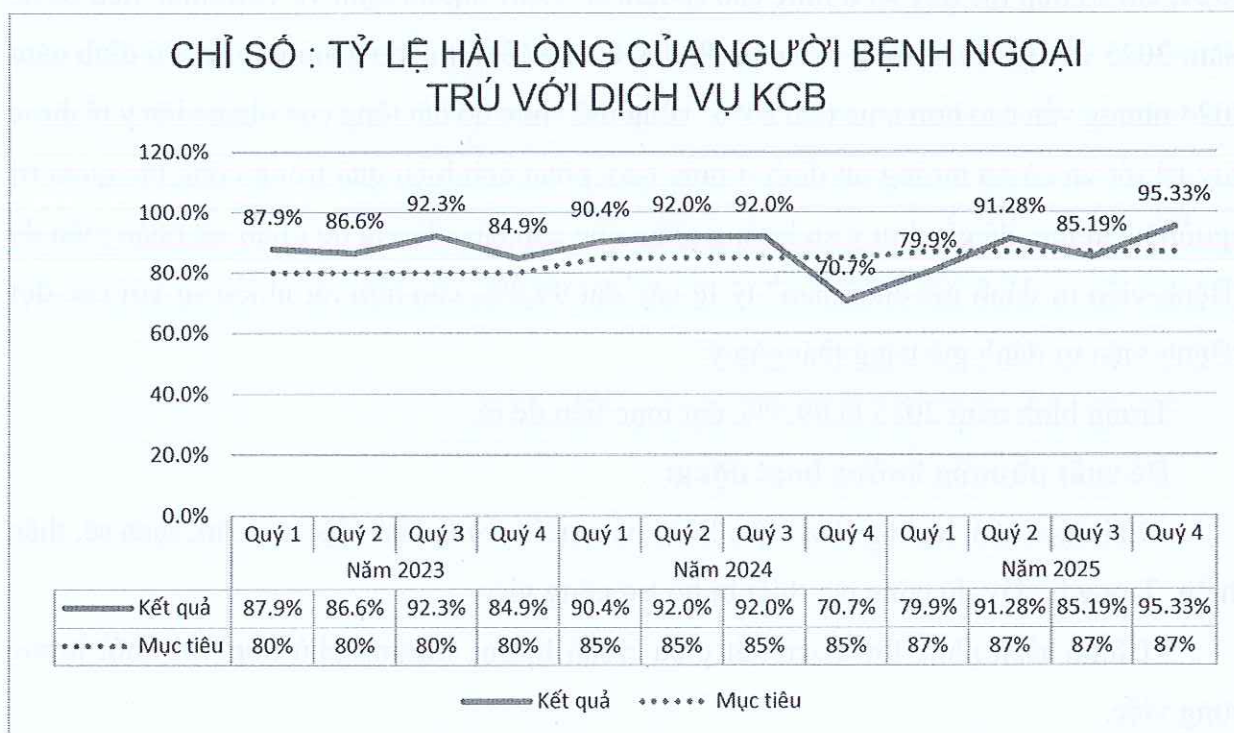
Trung bình năm 2025 là 89,5%, đạt mục tiêu đề ra.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Cải thiện môi trường làm việc: Đảm bảo môi trường làm việc an toàn, sạch sẽ, thân thiện, Trang bị đầy đủ công cụ, thiết bị hỗ trợ công việc.
- Chính sách phúc lợi: Xem xét điều chỉnh lương, thưởng phù hợp với khối lượng công việc.
- Phát triển năng lực và công nhận đóng góp: Tổ chức đào tạo, nâng cao trình độ chuyên môn; Có hình thức khen thưởng, ghi nhận nhân viên tích cực.
- Phân tích nguyên nhân hài lòng cao: Tìm hiểu các yếu tố giúp nâng cao mức độ hài lòng cuối năm như: Thưởng cuối năm, tăng lương/phụ cấp? Khen thưởng, tôn vinh cá nhân xuất sắc? Cải thiện môi trường làm việc, chính sách nội bộ, điều kiện phúc lợi?
- Can thiệp sớm vào 6 tháng đầu năm
- Chăm lo sức khỏe tinh thần và điều kiện làm việc: Tổ chức các buổi tư vấn sức khỏe tinh thần, stress, nhất là ở các khoa áp lực cao. Cải thiện cơ sở vật chất nơi làm việc, không gian nghỉ ngơi cho nhân viên y tế.

CSBV13: Tỷ lệ hài lòng của người bệnh ngoại trú với dịch vụ KCB

Mục tiêu: Tỷ lệ hài lòng của người bệnh ngoại trú với dịch vụ KCB $\geq 87\%$



Kết quả cho thấy Chỉ số tỷ lệ hài lòng của người bệnh ngoại trú giai đoạn 2023–2025 có sự biến động khá mạnh nhưng nhìn chung vẫn đạt mục tiêu trong phần lớn các quý. Năm 2023, chỉ số duy trì ổn định và tích cực, dao động từ 84,9% đến 92,3%, đều vượt mục tiêu 80%. Bước sang năm 2024, sau ba quý đầu đều trên 90%, chỉ số bất ngờ giảm mạnh xuống còn 70,7% vào Quý 4, không đạt mục tiêu 85%. Xu hướng này tiếp tục kéo dài sang Quý 1/2025 (79,9%) và Quý 3/2025 (85,19%) khi kết quả vẫn nằm dưới ngưỡng mục tiêu 87%. Tuy nhiên, vào Quý 2 và 4/2025 tỷ lệ tăng lên trên 90%, và quý 4 là mức cao nhất trong năm 2025.

Trung bình năm 2025 là 87,96%, đạt mục tiêu đề ra.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Tiếp tục thực hiện các khảo sát nhu cầu và những góp ý cải thiện về mọi mặt từ người bệnh và thân nhân đối với người bệnh.
- Các vấn đề người bệnh chưa hài lòng được cải thiện, khắc phục để cải tiến chất lượng và tăng sự hài lòng người bệnh.

- Chú ý đến quý 4 là khoảng thời gian cuối năm, nên người bệnh ngoại trú tăng vì thế bệnh viện cần chú ý đến các tiện ích người bệnh, giao tiếp ứng xử của nhân viên y tế,...

- Phân tích nguyên nhân sụt giảm ở Quý 4/2024

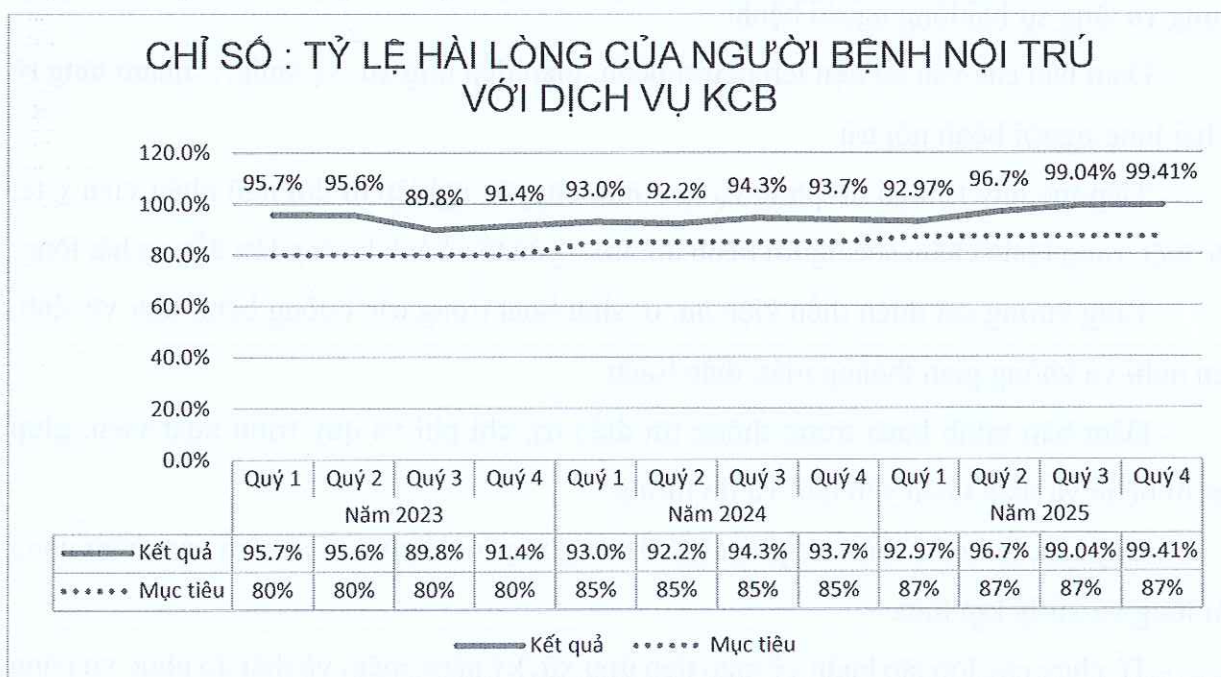
- Nâng cao kỹ năng giao tiếp và thái độ phục vụ: Tổ chức đào tạo/nhắc nhở định kỳ cho nhân viên y tế về: Giao tiếp ứng xử với người bệnh, Cách xử lý phàn nàn – phản hồi nhanh và thỏa đáng.

- Cải thiện điều kiện tiếp đón – chờ đợi: Rà soát khu vực đăng ký, chờ khám, siêu âm, xét nghiệm. Bổ sung biển chỉ dẫn, ghế ngồi, thông tin hỗ trợ bệnh nhân.

- Đa dạng hóa kênh phản hồi: Lắp đặt QR khảo sát tại các khu khám bệnh để người dân phản ánh ngay tại chỗ. Duy trì đường dây nóng, hộp thư góp ý.

CSBV14: Tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú với dịch vụ KCB

Mục tiêu: Tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú với dịch vụ KCB $\geq 87\%$



Kết quả Chỉ số tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú giai đoạn 2023–2025 duy trì đều, liên tục đạt và vượt mục tiêu đề ra ở các thời điểm khảo sát. Trong năm 2023, tỷ lệ hài lòng luôn ở mức cao, dao động từ 89,8% đến 95,7%, vượt xa mục tiêu 80%. Sang năm 2024, chỉ số tiếp tục duy trì sự ổn định bền vững trong khoảng 92,2%–94,3%, cao hơn

nhieu so với mục tiêu 85%. Đặc biệt, năm 2025 từ 92,97% ở đầu năm và 99,41% vào cuối năm (Quý 4). Tổng thể, công tác chăm sóc người bệnh nội trú đạt hiệu quả rất cao và ổn định, với xu hướng cải thiện rõ rệt qua từng năm, phản ánh chất lượng điều trị và dịch vụ chăm sóc nội trú ngày càng được tối ưu hóa và chiếm được lòng tin tuyệt đối từ người bệnh.

Trung bình năm 2025 là 97,03%, đạt mục tiêu đề ra.

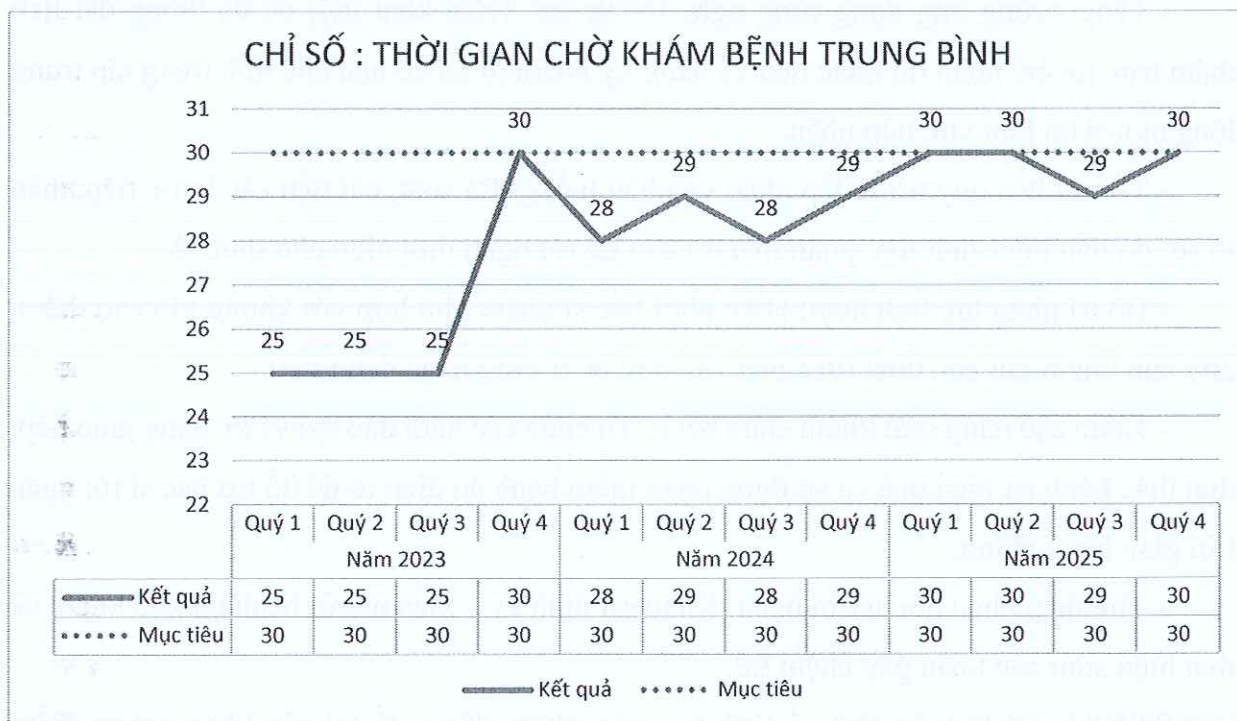
Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Tiếp tục thực hiện các khảo sát nhu cầu và những góp ý cải thiện về mọi mặt từ người bệnh và thân nhân đối với người bệnh.
- Các vấn đề người bệnh chưa hài lòng được cải thiện, khắc phục để cải tiến chất lượng và tăng sự hài lòng người bệnh.
- Đảm bảo các vấn đề tiện ích người bệnh, giao tiếp ứng xử, vệ sinh,... nhằm tăng tỷ lệ hài lòng người bệnh nội trú.
- Tiếp tục duy trì thái độ phục vụ tận tình, chuyên nghiệp từ đội ngũ nhân viên y tế, đặc biệt trong khâu chăm sóc người bệnh nội trú – yếu tố có ảnh hưởng lớn đến sự hài lòng.
- Tăng cường cải thiện điều kiện ăn, ở, sinh hoạt trong các buồng bệnh như vệ sinh, tiện nghi và không gian thoáng mát, thân thiện.
- Đảm bảo minh bạch trong thông tin điều trị, chi phí và quy trình xuất viện, giúp người bệnh và thân nhân yên tâm và tin tưởng.
- Duy trì các kênh khảo sát phản hồi thường xuyên để phát hiện sớm các điểm chưa hài lòng và xử lý kịp thời.
- Tổ chức các lớp tập huấn về giao tiếp ứng xử, kỹ năng mềm và thái độ phục vụ cũng để giữ vững và nâng cao chỉ số hài lòng trong thời gian tới.

CHỈ SỐ KHOA. PHÒNG:

CSKKB01: Thời gian chờ khám bệnh trung bình của người bệnh

Mục tiêu: Thời gian chờ khám bệnh trung bình của người bệnh < 30 phút



Kết quả Chỉ số thời gian chờ khám bệnh trung bình giai đoạn 2023–2025 luôn được kiểm soát tốt, duy trì đạt và dưới ngưỡng mục tiêu 30 phút, cho thấy hiệu quả trong việc điều phối quy trình tiếp đón và khám chữa bệnh. Năm 2023 ghi nhận kết quả tích cực khi trong 3 quý đầu năm, thời gian chờ chỉ ở mức 25 phút (vượt xa mục tiêu), trước khi chạm ngưỡng 30 phút vào Quý 4. Sang năm 2024, chỉ số có sự dao động nhẹ nhưng ổn định trong khoảng 28–29 phút, vẫn nằm trong vùng kiểm soát an toàn so với mục tiêu đề ra. Tuy nhiên, bước sang năm 2025, áp lực về thời gian chờ có xu hướng gia tăng khi kết quả liên tục chạm ngưỡng 30 phút ở hầu hết các quý (trừ Quý 3 giảm nhẹ xuống 29 phút). Xu hướng tăng dần về cuối kỳ và chạm mục tiêu 30 phút, cho thấy bệnh viện cần chú trọng cải tiến quy trình hoặc bổ sung nguồn lực để tránh vượt ngưỡng quy định trong thời gian tới.

Kết quả trung bình năm 2025 là 29,75 phút, đạt mục tiêu đề ra

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Tăng cường ứng dụng công nghệ thông tin: Triển khai triệt để hệ thống đặt lịch khám trực tuyến, nhắn tin nhắc lịch và đăng ký khám từ xa để hạn chế tình trạng tập trung đông người tại khu vực tiếp nhận.

- Tối ưu hóa quy trình tiếp nhận và phân luồng: Rà soát, cải tiến các bước tiếp nhận hồ sơ, đo dấu hiệu sinh tồn, phân loại ưu tiên để rút ngắn thời gian chờ thực tế.

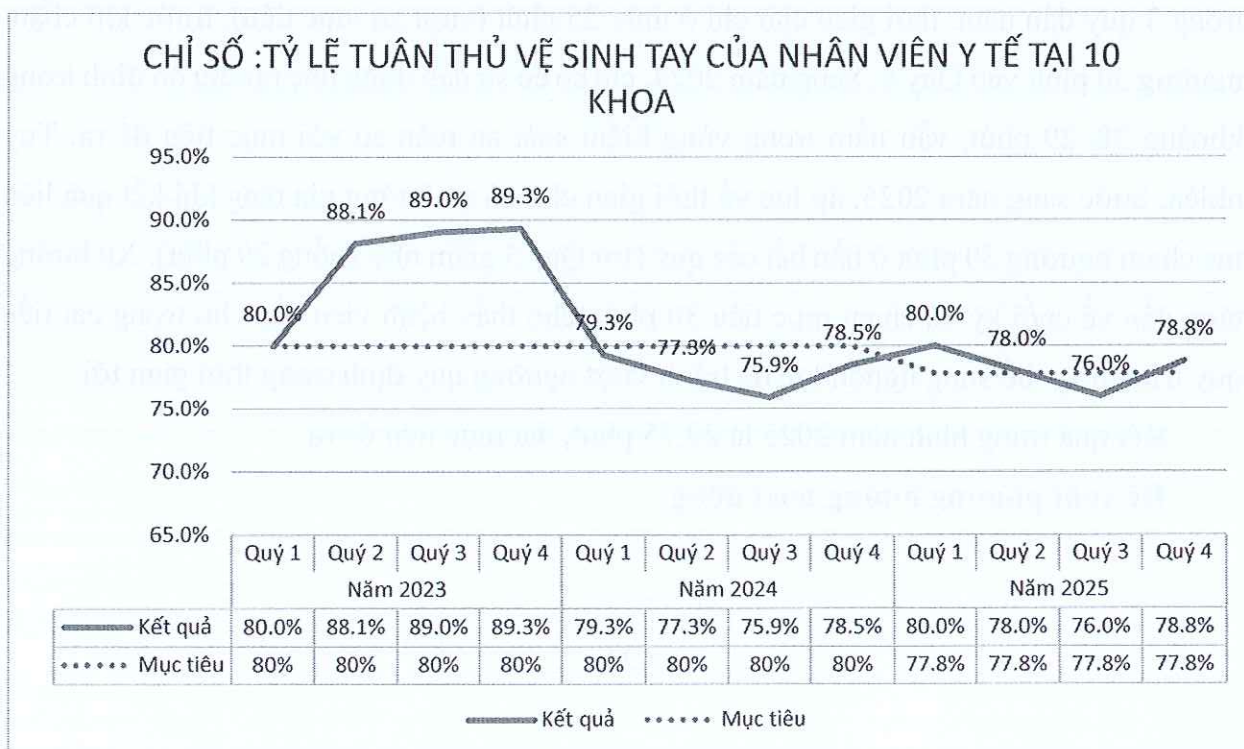
- Bố trí nhân lực linh hoạt: Điều phối bác sĩ khám phù hợp với khung giờ cao điểm, tăng bàn khám khi cần thiết (đặc biệt vào đầu buổi sáng hoặc đầu tuần).

- Nâng cao năng suất khám chữa bệnh: Tổ chức các buổi đào tạo về kỹ năng giao tiếp, khai thác bệnh sử hiệu quả và sử dụng phần mềm bệnh án điện tử để hỗ trợ bác sĩ rút ngắn thời gian hành chính.

- Thu thập phản hồi người bệnh: Khảo sát định kỳ ý kiến người bệnh tại khu khám để phát hiện sớm các khâu gây chậm trễ.

CSKSNK02: Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế tại các khoa trọng điểm trong bệnh viện

Mục tiêu: Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế tại các khoa trọng điểm trong bệnh viện $\geq 77,8\%$



Chỉ số tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế giai đoạn 2023–2025 có xu hướng giảm dần rõ rệt và gặp khó khăn trong việc duy trì mục tiêu đề ra qua các năm. xu hướng dao động và giảm nhẹ theo thời gian. Năm 2023 ghi nhận kết quả khả quan nhất khi chỉ số tăng liên tục từ 80,0% (Quý 1) lên 89,3% (Quý 4), tất cả các quý đều đạt và vượt mục tiêu 80,0%. Sang năm 2024, chỉ số bắt đầu giảm, từ 79,3% ở Quý 1 xuống 75,9% ở Quý 3, chỉ tăng nhẹ lên 78,5% ở Quý 4. Trong cả năm 2024, kết quả đều thấp hơn mục tiêu 80,0%, cho thấy việc duy trì tuân thủ vệ sinh tay chưa đạt yêu cầu đề ra. Năm 2025, mục tiêu được điều chỉnh xuống 77,8%. Kết quả thực hiện có sự biến động, đạt 80,0% ở Quý 1, giảm xuống 78,0% ở Quý 2 và 76,0% ở Quý 3, sau đó tăng trở lại 78,8% ở Quý 4. Trong năm này, chỉ có Quý 1, Quý 2 và Quý 4 đạt hoặc vượt mục tiêu, trong khi Quý 3 chưa đạt mục tiêu đề ra. Xu hướng giảm sau năm 2023 và sự dao động trong các năm tiếp theo cho thấy cần tiếp tục tăng cường các biện pháp giám sát, nhắc nhở và đào tạo nhằm nâng cao ý thức tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế, phấn đấu duy trì chỉ số ở mức từ 80% trở lên trong các năm tiếp theo..

Trung bình năm 2025 là 77,9%, chưa đạt mục tiêu đề ra.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Tăng cường giám sát và phản hồi: Thiết lập đội giám sát vệ sinh tay nội bộ thực hiện kiểm tra định kỳ và phản hồi ngay tại khoa, kèm theo hình thức ghi nhận khen thưởng hoặc nhắc nhở cụ thể.

- Tổ chức đào tạo thường xuyên: Định kỳ tổ chức tập huấn, nhấn mạnh tầm quan trọng của vệ sinh tay và cập nhật các kỹ thuật mới theo chuẩn WHO.

- Cải thiện điều kiện tiếp cận phương tiện vệ sinh tay: Đảm bảo đầy đủ dung dịch sát khuẩn tay nhanh tại vị trí dễ thấy, thuận tiện sử dụng tại giường bệnh, phòng khám, và lối ra vào khoa phòng.

- Gắn kết chỉ số này với thi đua – khen thưởng: Đưa tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay thành một tiêu chí trong đánh giá thi đua cá nhân và tập thể, tạo động lực cho nhân viên y tế duy trì thói quen tốt.

CSCC03: Tỷ lệ hài lòng của bệnh nhân, thân nhân bệnh nhân vào khoa Cấp cứu

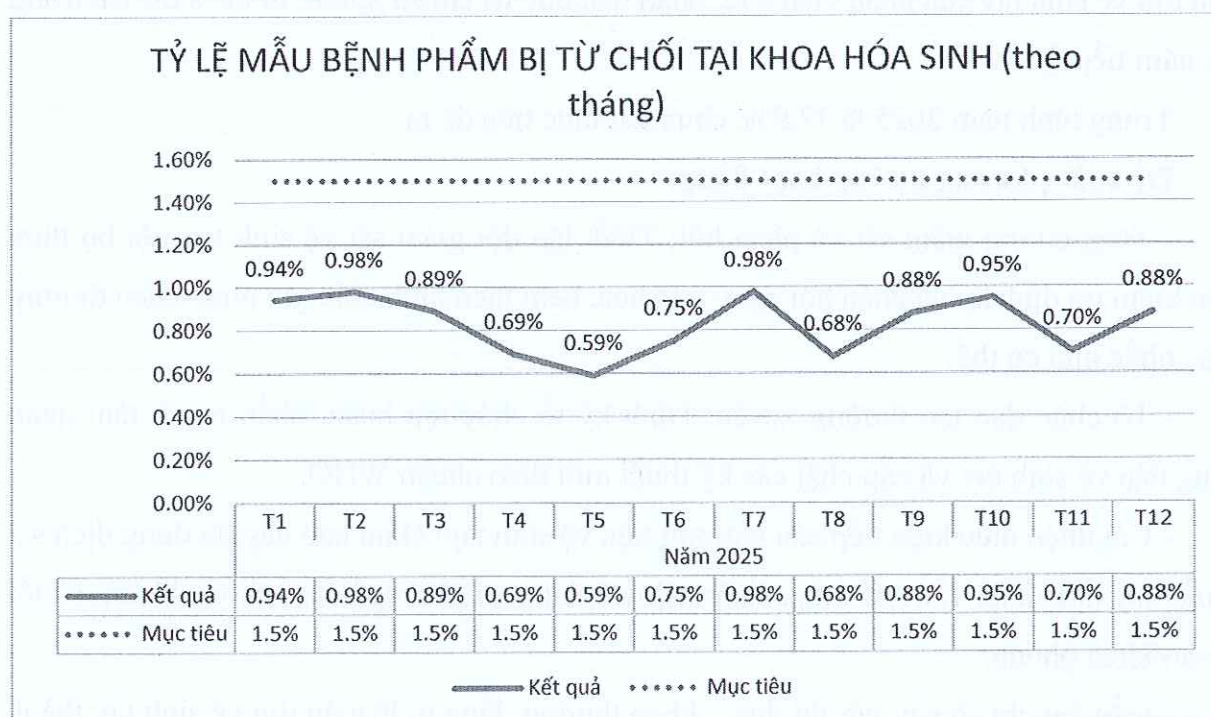
Mục tiêu: Tỷ lệ hài lòng của bệnh nhân, thân nhân bệnh nhân vào khoa Cấp cứu >80%

Đây là năm đầu tiên khoa Cấp cứu thực hiện theo tiêu chuẩn chất lượng ISO 9001:2015 và cũng là năm đầu khoa theo dõi chỉ số hài lòng. Trong đầu năm khoa đăng ký báo cáo định kì 2 lần/năm, tuy nhiên do đặc thù khoa với khối lượng bệnh nhiều và công việc quá tải nên khoa giảm tần suất báo cáo chỉ số là 1 lần/năm.

Năm 2025 chỉ số của khoa 82,4%, đạt mục tiêu đề ra.

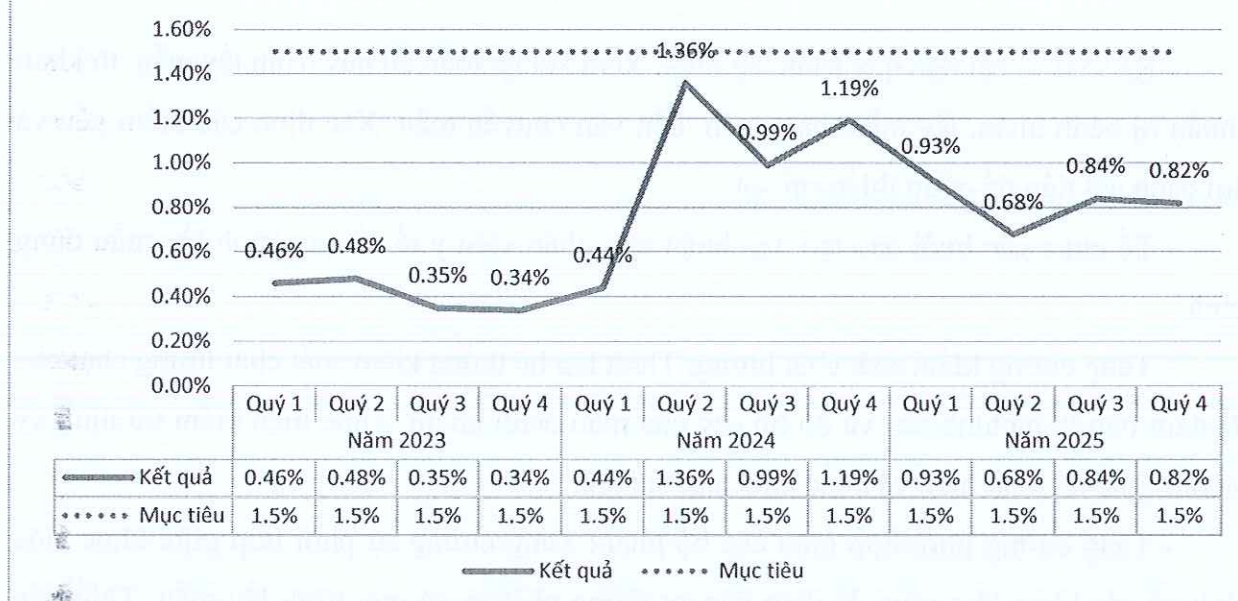
CSHS05: Tỷ lệ mẫu bệnh phẩm nội trú bị từ chối tại khoa Hóa sinh

Mục tiêu: Mẫu bệnh phẩm nội trú bị từ chối tại khoa Hóa sinh < 1,5%



Kết quả Chỉ số tỷ lệ mẫu bệnh phẩm bị từ chối tại khoa Hóa sinh trong năm 2025, nhìn chung đều đạt được mục tiêu đề ra, thấp nhất là tháng 5 và cao nhất là tháng 2 và tháng 7.

CHỈ SỐ : TỶ LỆ MẪU BỆNH PHẨM BỊ TỪ CHỐI TẠI KHOA HÓA SINH (theo Quý)



Kết quả Chỉ số tỷ lệ mẫu bệnh phẩm bị từ chối tại khoa Hóa sinh giai đoạn 2023–2025 luôn được kiểm soát tốt và duy trì đạt mục tiêu (dưới 1,5%) ở tất cả các quý, đảm bảo hiệu quả cho công tác xét nghiệm. Trong năm 2023, chỉ số đạt mức lý tưởng khi duy trì ở ngưỡng rất thấp, chỉ dao động từ 0,34% đến 0,48%, phản ánh quy trình lấy và bàn giao mẫu bệnh phẩm có độ chuẩn xác cao. Sang năm 2024, tỷ lệ này có xu hướng tăng mạnh và biến động rõ rệt, đạt đỉnh vào Quý 2 với 1,36% và dao động quanh mức 1% ở các quý còn lại. Đến năm 2025, chỉ số đã bắt đầu ổn định trở lại và có xu hướng giảm nhẹ so với năm 2024, duy trì trong khoảng 0,68%–0,93%. Tổng thể, mặc dù tỷ lệ từ chối mẫu vẫn nằm trong ngưỡng cho phép, nhưng sự gia tăng so với mức nền của năm 2023 cho thấy khoa cần tiếp tục rà soát các nguyên nhân gây sai sót để đưa chỉ số trở lại mức tối ưu nhất.

Kết quả trung bình năm 2025 là 0,82% và đạt mục tiêu đề ra.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Cần kiểm tra lại các quy trình lấy mẫu, bảo quản và vận chuyển mẫu, đảm bảo tuân thủ đúng quy định.

- Rà soát và cải tiến quy trình lấy mẫu: Xem xét lại toàn bộ quy trình lấy mẫu, từ khâu chuẩn bị bệnh nhân, lấy mẫu, bảo quản, đến vận chuyển mẫu. Xác định các điểm yếu và tìm cách cải tiến để giảm thiểu sai sót.

- Tổ chức các buổi đào tạo, tập huấn cho nhân viên y tế về quy trình lấy mẫu đúng cách.

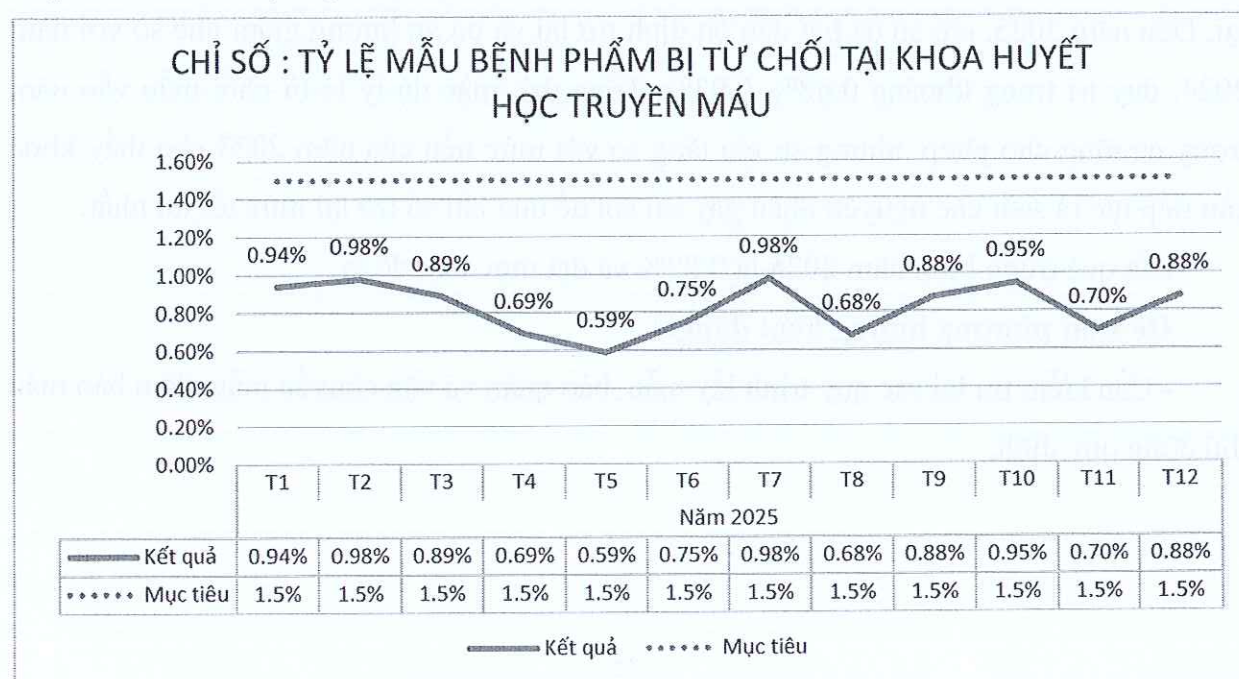
- Tăng cường kiểm soát chất lượng: Thiết lập hệ thống kiểm soát chất lượng chặt chẽ để đảm bảo tính chính xác và độ tin cậy của mẫu bệnh phẩm. Thực hiện kiểm tra định kỳ và đột xuất để phát hiện và khắc phục các sai sót.

- Tăng cường phối hợp giữa các bộ phận: Tăng cường sự phối hợp giữa khoa Hóa sinh và các khoa lâm sàng để đảm bảo sự thống nhất trong quy trình lấy mẫu. Thiết lập kênh thông tin liên lạc hiệu quả để giải quyết kịp thời các vấn đề phát sinh.

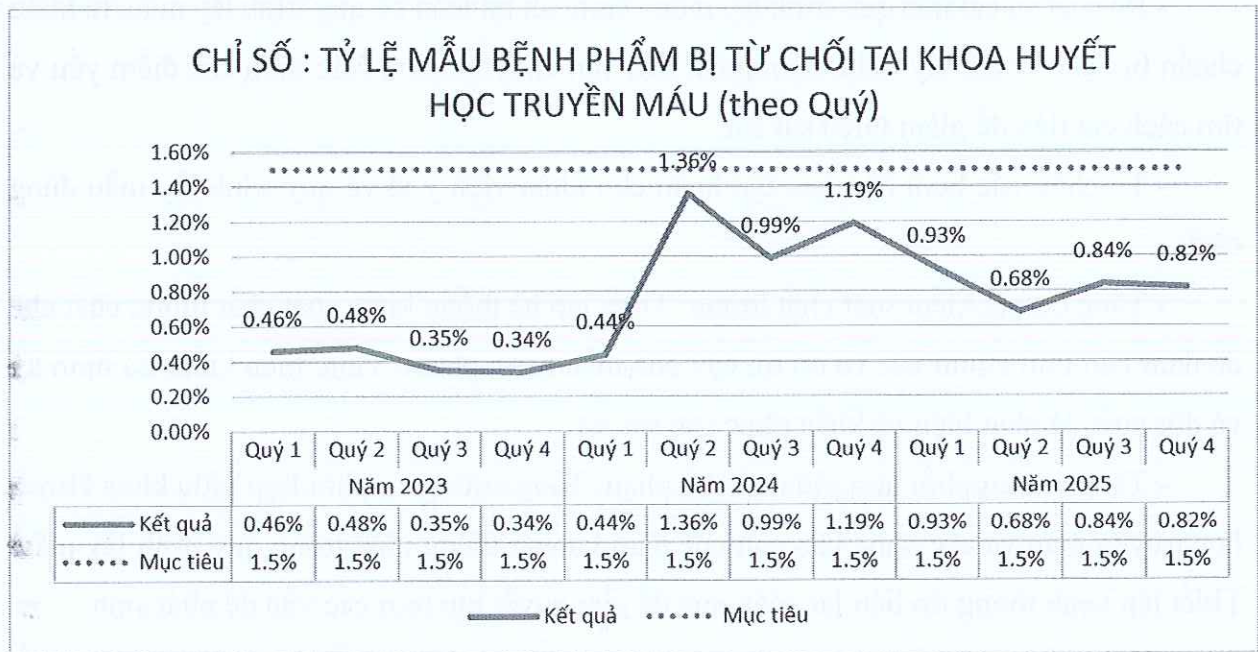
- Theo dõi và đánh giá hiệu quả: Theo dõi chặt chẽ tỷ lệ mẫu bệnh phẩm bị từ chối theo từng quý để đánh giá hiệu quả của các giải pháp đã triển khai. Điều chỉnh các giải pháp khi cần thiết để đảm bảo đạt được mục tiêu đề ra.

CSHHTM06: Tỷ lệ mẫu bệnh phẩm nội trú bị từ chối tại khoa Huyết học truyền máu

Mục tiêu: Mẫu bệnh phẩm nội trú bị từ chối tại khoa Huyết học truyền máu < 1,5%



Kết quả Chỉ số tỷ lệ mẫu bệnh phẩm bị từ chối tại khoa Huyết học truyền máu trong năm 2025, nhìn chung đều đạt được mục tiêu đề ra, thấp nhất là tháng 5 và cao nhất là tháng 2 và tháng 7.



Kết quả Chỉ số tỷ lệ mẫu bệnh phẩm bị từ chối tại khoa Huyết học truyền máu giai đoạn 2023–2025 luôn được kiểm soát tốt và duy trì đạt mục tiêu (dưới 1,5%) ở tất cả các quý, đảm bảo hiệu quả cho công tác xét nghiệm. Trong năm 2023, chỉ số đạt mức lý tưởng khi duy trì ở ngưỡng rất thấp, chỉ dao động từ 0,34% đến 0,48%, phản ánh quy trình lấy và bàn giao mẫu bệnh phẩm có độ chuẩn xác cao. Sang năm 2024, tỷ lệ này có xu hướng tăng mạnh và biến động rõ rệt, đạt đỉnh vào Quý 2 với 1,36% và dao động quanh mức 1% ở các quý còn lại. Đến năm 2025, chỉ số đã bắt đầu ổn định trở lại và có xu hướng giảm nhẹ so với năm 2024, duy trì trong khoảng 0,68%–0,93%. Tổng thể, mặc dù tỷ lệ từ chối mẫu vẫn nằm trong ngưỡng cho phép, nhưng sự gia tăng so với mức nền của năm 2023 cho thấy khoa cần tiếp tục rà soát các nguyên nhân gây sai sót để đưa chỉ số trở lại mức tối ưu nhất.

Kết quả trung bình năm 2025 là 0,82% và đạt mục tiêu đề ra

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Cần kiểm tra lại các quy trình lấy mẫu, bảo quản và vận chuyển mẫu, đảm bảo tuân thủ đúng quy định.

**BỆNH VIỆN
HỘI ĐỒNG**

**HÌNH
ƯỚNG**

- Rà soát và cải tiến quy trình lấy mẫu: Xem xét lại toàn bộ quy trình lấy mẫu, từ khâu chuẩn bị bệnh nhân, lấy mẫu, bảo quản, đến vận chuyển mẫu. Xác định các điểm yếu và tìm cách cải tiến để giảm thiểu sai sót.

- Tổ chức các buổi đào tạo, tập huấn cho nhân viên y tế về quy trình lấy mẫu đúng cách.

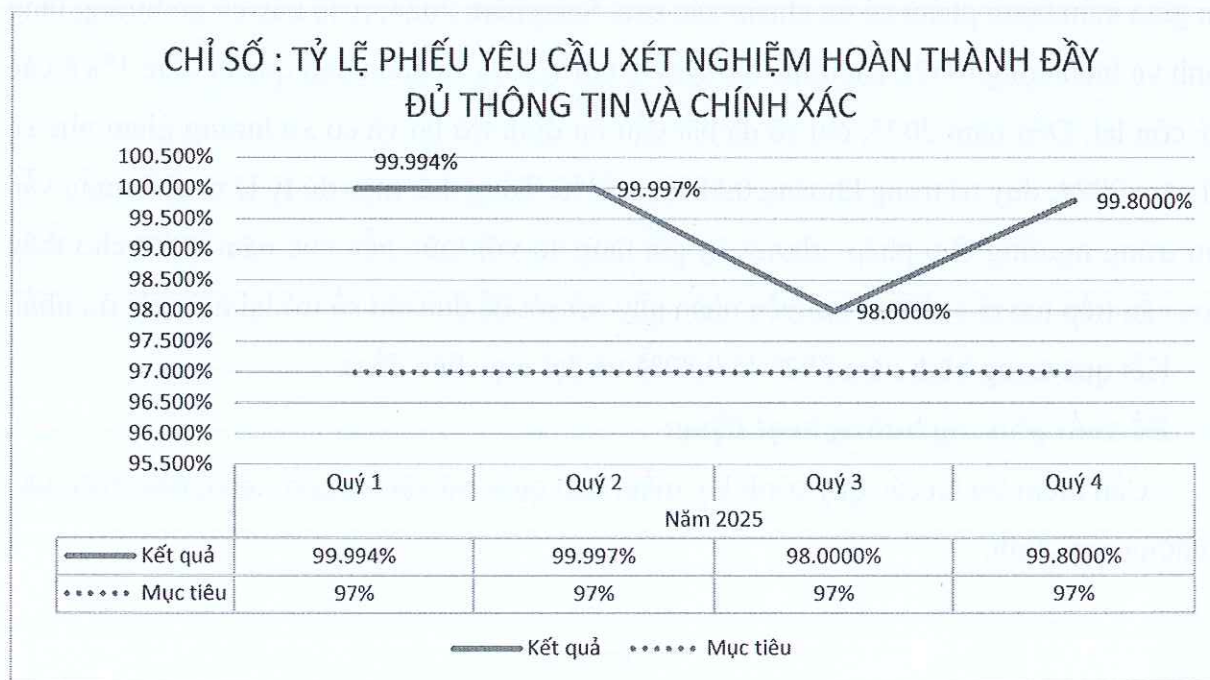
- Tăng cường kiểm soát chất lượng: Thiết lập hệ thống kiểm soát chất lượng chặt chẽ để đảm bảo tính chính xác và độ tin cậy của mẫu bệnh phẩm. Thực hiện kiểm tra định kỳ và đột xuất để phát hiện và khắc phục các sai sót.

- Tăng cường phối hợp giữa các bộ phận: Tăng cường sự phối hợp giữa khoa Huyết học truyền máu và các khoa lâm sàng để đảm bảo sự thống nhất trong quy trình lấy mẫu. Thiết lập kênh thông tin liên lạc hiệu quả để giải quyết kịp thời các vấn đề phát sinh.

- Theo dõi và đánh giá hiệu quả: Theo dõi chặt chẽ tỷ lệ mẫu bệnh phẩm bị từ chối theo từng quý để đánh giá hiệu quả của các giải pháp đã triển khai. Điều chỉnh các giải pháp khi cần thiết để đảm bảo đạt được mục tiêu đề ra.

CSVS06: Tỷ lệ phiếu yêu cầu xét nghiệm hoàn thành đầy đủ thông tin chính xác

Mục tiêu: Tỷ lệ phiếu yêu cầu xét nghiệm hoàn thành đầy đủ thông tin chính xác $\geq 97\%$



Kết quả chỉ số Tỷ lệ phiếu yêu cầu xét nghiệm hoàn thành đầy đủ thông tin chính xác tại khoa Vi sinh bắt đầu thực hiện và theo dõi chỉ số tring năm 2025, quý 3 có tỷ lệ thấp nhất, quý 1,2,4 có tỷ lệ gần bằng 100%.

Kết quả trung bình năm là 99,4%, đạt mục tiêu đề ra

Đề xuất phương hướng hoạt động:

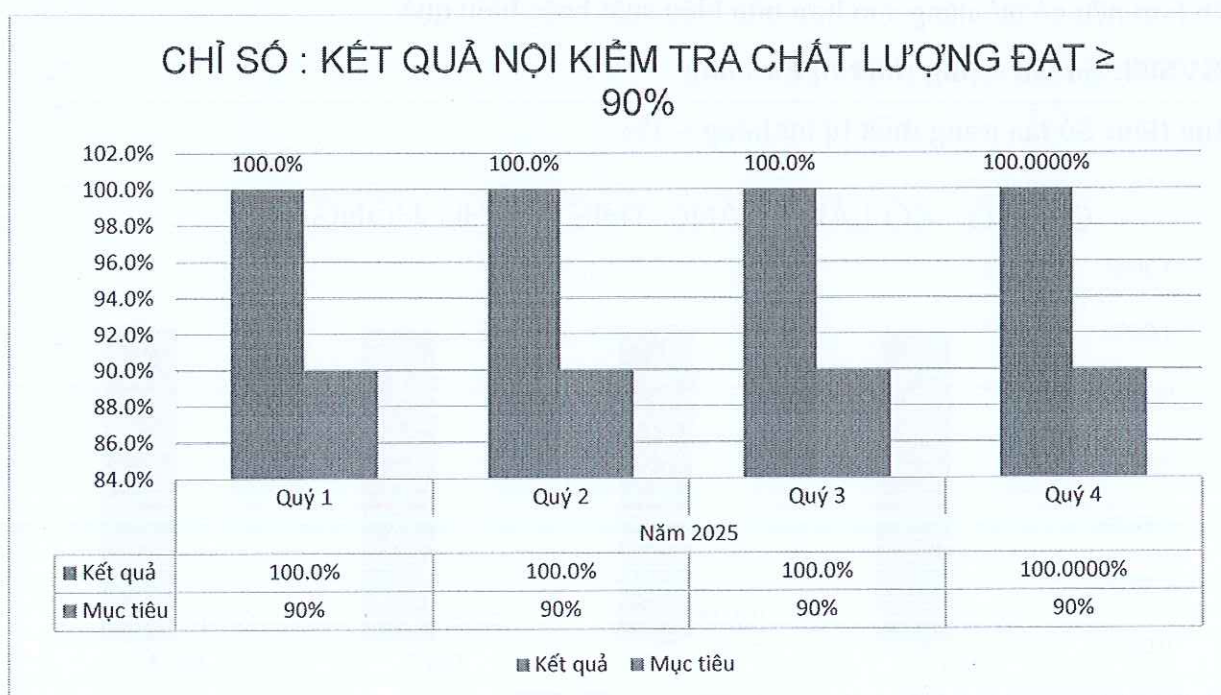
- Tiếp tục theo dõi chỉ số tại khoa, từ đó có thể thấy được chu kì sự biến thiên kết quả tại cùng thời điểm trong các năm.

- Tập huấn nhân viên về việc phiếu xét nghiệm có đầy đủ các thông tin và chính xác dựa vào: Phiếu yêu cầu xét nghiệm đầy đủ thông tin bệnh nhân: có chữ ký của bác sĩ, đầy đủ thông tin ngày giờ, người lấy mẫu, đúng tên xét nghiệ, phiếu yêu cầu xét nghiệm sạch (không dính máu, không được cầm bằng ngón tay,...), phiếu yêu cầu xét nghiệm rõ ràng không bị sọc hoặc bị mờ làm che mất thông tin, không chỉnh sửa, tẩy xóa thông tin trên phiếu yêu cầu xét nghiệm, ngày nhập phiếu yêu cầu xét nghiệm phải trùng khớp với ngày gửi mẫu, gửi phiếu yêu cầu xét nghiệm phải kèm với gửi mẫu.

- Chuẩn hóa các quy trình tại khoa, phối hợp liên khoa.

CSVS07: Kết quả nội kiểm tra chất lượng “đạt” $\geq 90\%$

Mục tiêu: Kết quả nội kiểm tra chất lượng “đạt” $\geq 90\%$



Kết quả chỉ số Kết quả nội kiểm tra chất lượng tại khoa Vi sinh trong năm 2025 đạt 100% tại tất cả các quý và kết quả đạt mục tiêu đề ra.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Tiếp tục theo dõi chỉ số tại khoa, từ đó có thể thấy được chu kì sự biến thiên kết quả tại cùng thời điểm trong các năm.

- Duy trì và củng cố các thực hành tốt hiện có: Đảm bảo các quy trình chuẩn về nội kiểm tra chất lượng, hiệu chuẩn thiết bị, bảo quản hóa chất/mẫu chuẩn vẫn được tuân thủ 100% như hiện tại.

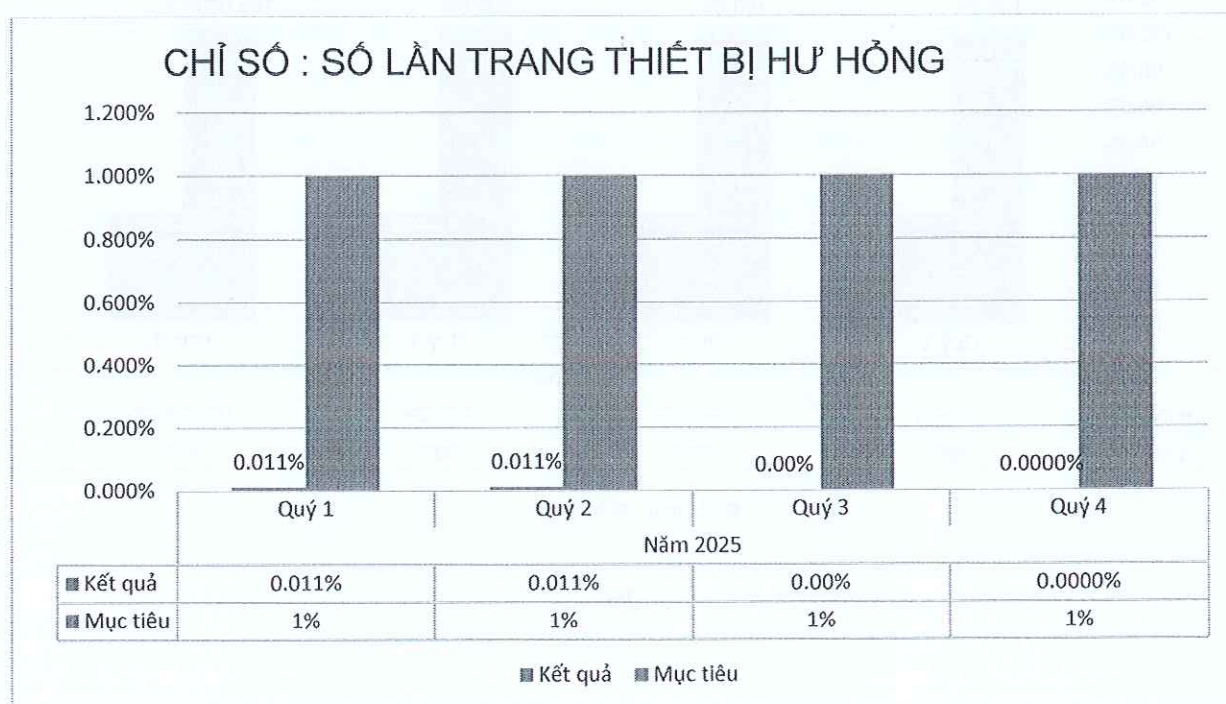
- Giám sát định kỳ: Dù kết quả đang tốt, vẫn cần duy trì việc giám sát định kỳ để phát hiện sớm bất kỳ dấu hiệu suy giảm nào về chất lượng hoặc sự tuân thủ.

- Bảo trì thiết bị: Đảm bảo lịch trình bảo trì, bảo dưỡng các thiết bị xét nghiệm được thực hiện đầy đủ và đúng hạn để duy trì độ chính xác của máy móc.

- Cập nhật công nghệ/quy trình: Luôn theo dõi các xu hướng mới trong kiểm soát chất lượng xét nghiệm, xem xét việc áp dụng các công nghệ hoặc phương pháp nội kiểm tiên tiến hơn nếu có thể nâng cao hơn nữa hiệu suất hoặc hiệu quả.

CSVS08: Số lần trang thiết bị hư hỏng

Mục tiêu: Số lần trang thiết bị hư hỏng $\leq 1\%$



Kết quả chỉ số Số lần trang thiết bị hư hỏng tại khoa Vi sinh trong năm 2025 có tỷ lệ thấp và kết quả trung bình năm là 0,006%, đạt mục tiêu đề ra.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Tiếp tục theo dõi chỉ số tại khoa, từ đó có thể thấy được chu kì sự biến thiên kết quả tại cùng thời điểm trong các năm.

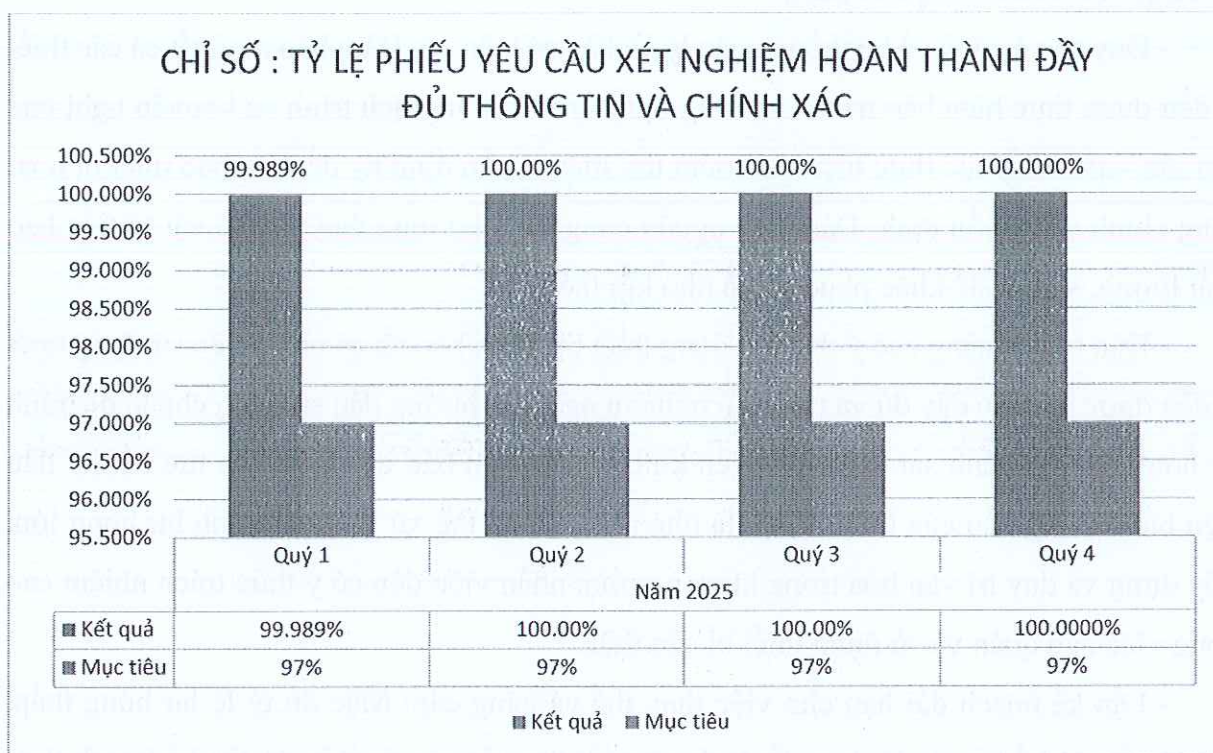
- Duy trì và củng cố hệ thống quản lý và bảo trì hiện có: Đảm bảo rằng tất cả các thiết bị đều được thực hiện bảo trì, bảo dưỡng định kỳ theo đúng lịch trình và khuyến nghị của nhà sản xuất. Tiếp tục thực hiện các kiểm tra, hiệu chuẩn định kỳ để đảm bảo thiết bị hoạt động chính xác và ổn định. Đảm bảo nguồn cung cấp phụ tùng thay thế và vật tư tiêu hao chất lượng, sẵn có để khắc phục sự cố nhỏ kịp thời.

- Đào tạo và nâng cao ý thức sử dụng thiết bị: Đảm bảo tất cả nhân viên sử dụng thiết bị đều được đào tạo đầy đủ và tuân thủ nghiêm ngặt các hướng dẫn sử dụng chuẩn để tránh hư hỏng do vận hành sai cách. Khuyến khích nhân viên báo cáo ngay lập tức bất kỳ dấu hiệu bất thường nào của thiết bị, dù là nhỏ nhất, để có thể xử lý sớm, tránh hư hỏng lớn. Xây dựng và duy trì văn hóa trong khoa nơi mọi nhân viên đều có ý thức trách nhiệm cao trong việc bảo quản và sử dụng thiết bị cẩn thận.

- Lập kế hoạch dài hạn cho việc thay thế và nâng cấp: Mặc dù tỷ lệ hư hỏng thấp, nhưng cần có kế hoạch dài hạn để đánh giá tuổi thọ của các thiết bị và lên kế hoạch thay thế hoặc nâng cấp khi cần thiết, để duy trì hiệu suất cao trong tương lai. Theo dõi các công nghệ thiết bị mới trong lĩnh vực Vi sinh để đảm bảo khoa luôn được trang bị tốt nhất, nâng cao năng lực xét nghiệm.

CSVS09: Tỷ lệ kết quả xét nghiệm được trả đúng và chính xác

Mục tiêu: Tỷ lệ kết quả xét nghiệm được trả đúng và chính xác $\geq 97\%$



Chỉ số Tỷ lệ phiếu yêu cầu xét nghiệm hoàn thành đầy đủ thông tin và chính xác trong năm 2025 gần bằng và bằng 100% tại các quý. Kết quả trung bình năm là 99,998%, kết quả đạt mục tiêu đề ra.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Tiếp tục theo dõi chỉ số tại khoa, từ đó có thể thấy được chu kỳ sự biến thiên kết quả tại cùng thời điểm trong các năm.

- Giám sát chặt chẽ: Tiếp tục duy trì và giám sát nghiêm ngặt tất cả các khâu của quy trình xét nghiệm, bao gồm tiền phân tích (lấy mẫu, bảo quản, vận chuyển), phân tích (thực hiện xét nghiệm, nội kiểm, ngoại kiểm), và hậu phân tích (nhập kết quả, trả kết quả).

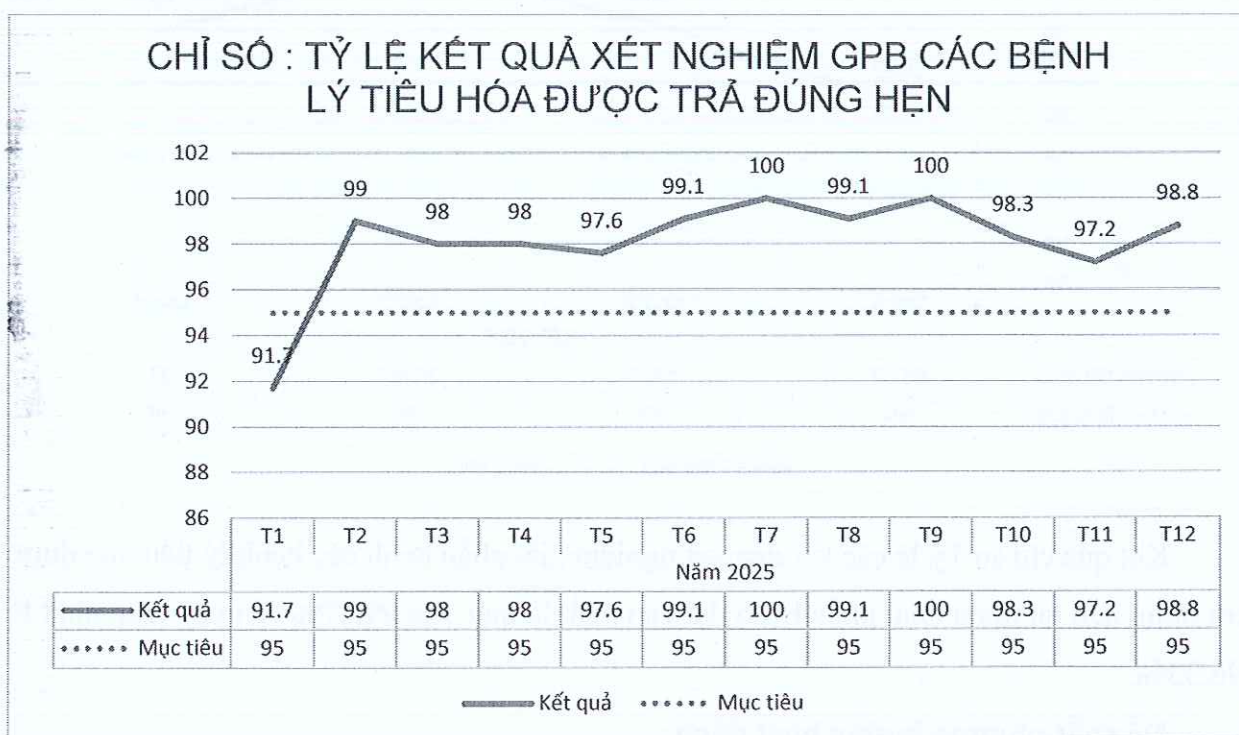
- Bảo trì thiết bị: Duy trì lịch trình bảo trì, bảo dưỡng thiết bị xét nghiệm một cách chặt chẽ để đảm bảo độ chính xác và ổn định của máy móc.

- Liên tục cải tiến và phát triển: Luôn theo dõi và nghiên cứu các công nghệ, phương pháp xét nghiệm mới nhất để không ngừng nâng cao năng lực và độ chính xác của khoa. Tiếp tục đầu tư vào đào tạo chuyên sâu và nâng cao trình độ cho đội ngũ nhân viên, đặc

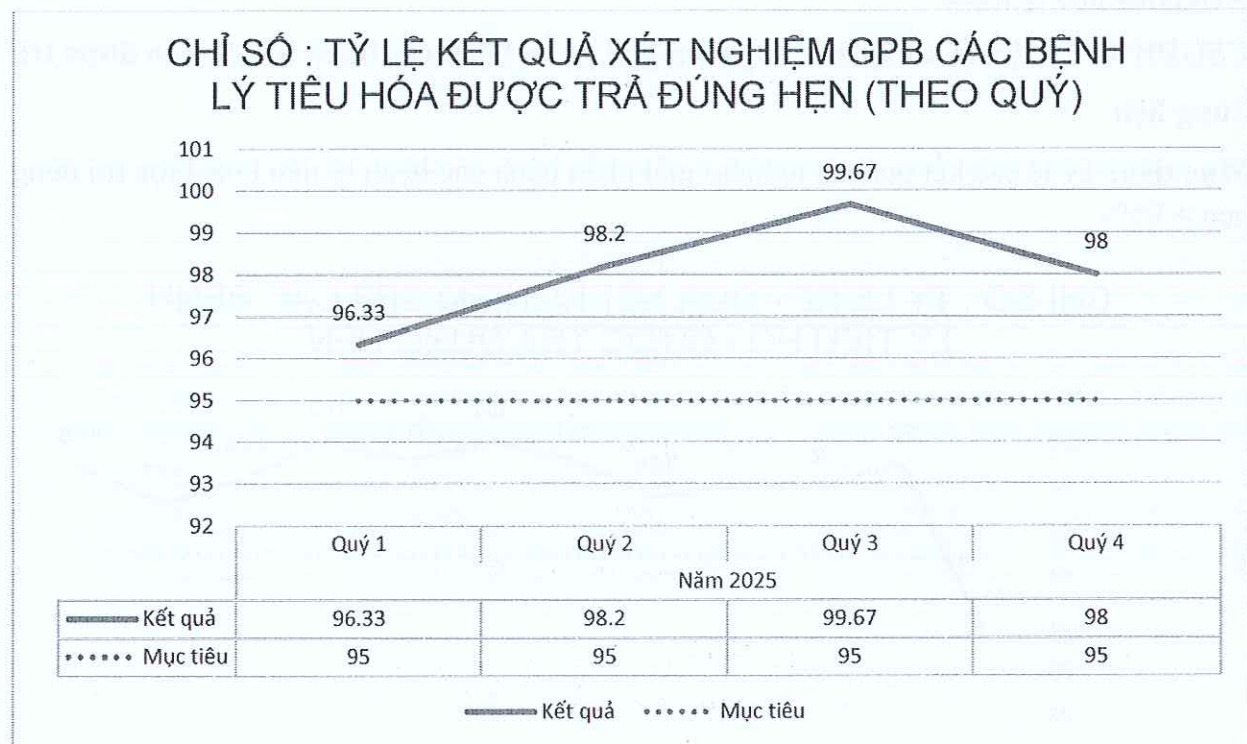
biệt trong việc xử lý các trường hợp đặc biệt hoặc hiếm gặp. Dù kết quả tốt, vẫn cần định kỳ đánh giá các rủi ro tiềm ẩn có thể ảnh hưởng đến chất lượng kết quả xét nghiệm để có biện pháp phòng ngừa.

CSGPB10: Tỷ lệ các kết quả xét nghiệm giải phẫu bệnh các bệnh lý tiêu hóa được trả đúng hẹn

Mục tiêu: Tỷ lệ các kết quả xét nghiệm giải phẫu bệnh các bệnh lý tiêu hóa được trả đúng hẹn > 95%



Theo dõi chỉ số Tỷ lệ các kết quả xét nghiệm giải phẫu bệnh các bệnh lý tiêu hóa được trả đúng hẹn trong năm 2025, tại tháng 1 chưa đạt mục tiêu nhưng các tháng về sau đều đạt được mục tiêu, cao nhất là tháng 7,8 đều đạt 100%. Kết quả trung bình năm là 98,05%, đạt mục tiêu đề ra.



Kết quả chỉ số Tỷ lệ các kết quả xét nghiệm giải phẫu bệnh các bệnh lý tiêu hóa được trả đúng hạn tại khoa Giải phẫu bệnh đạt cao nhất là quý 3 là 99,67% và quý thấp nhất là 96,33%.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Tiếp tục theo dõi chỉ số tại khoa, từ đó có thể thấy được chu kỳ sự biến thiên kết quả tại cùng thời điểm trong các năm.

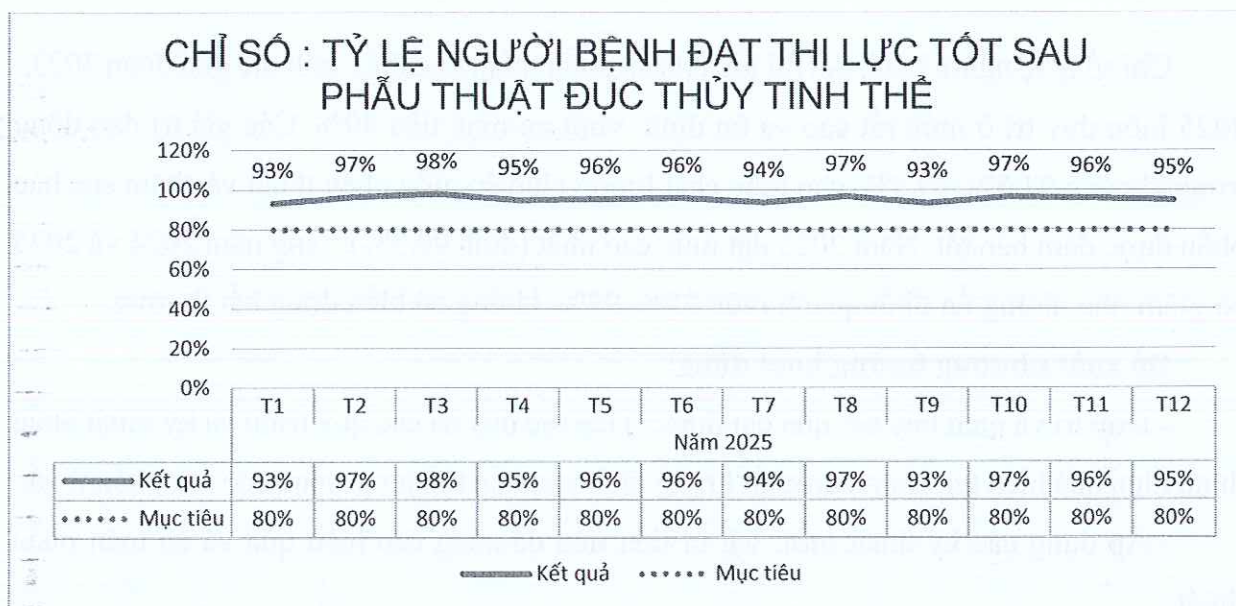
- Rà soát và tối ưu hóa toàn bộ quy trình từ khi tiếp nhận mẫu, xử lý mẫu, phân tích, đọc kết quả, đến khi nhập và trả kết quả. Thiết lập hệ thống cảnh báo sớm khi có nguy cơ chậm trễ. Đảm bảo việc định danh và theo dõi mẫu được thực hiện chặt chẽ để tránh nhầm lẫn hoặc thất lạc.

- Đảm bảo nguồn cung vật tư, hóa chất ổn định và có kế hoạch dự trữ.

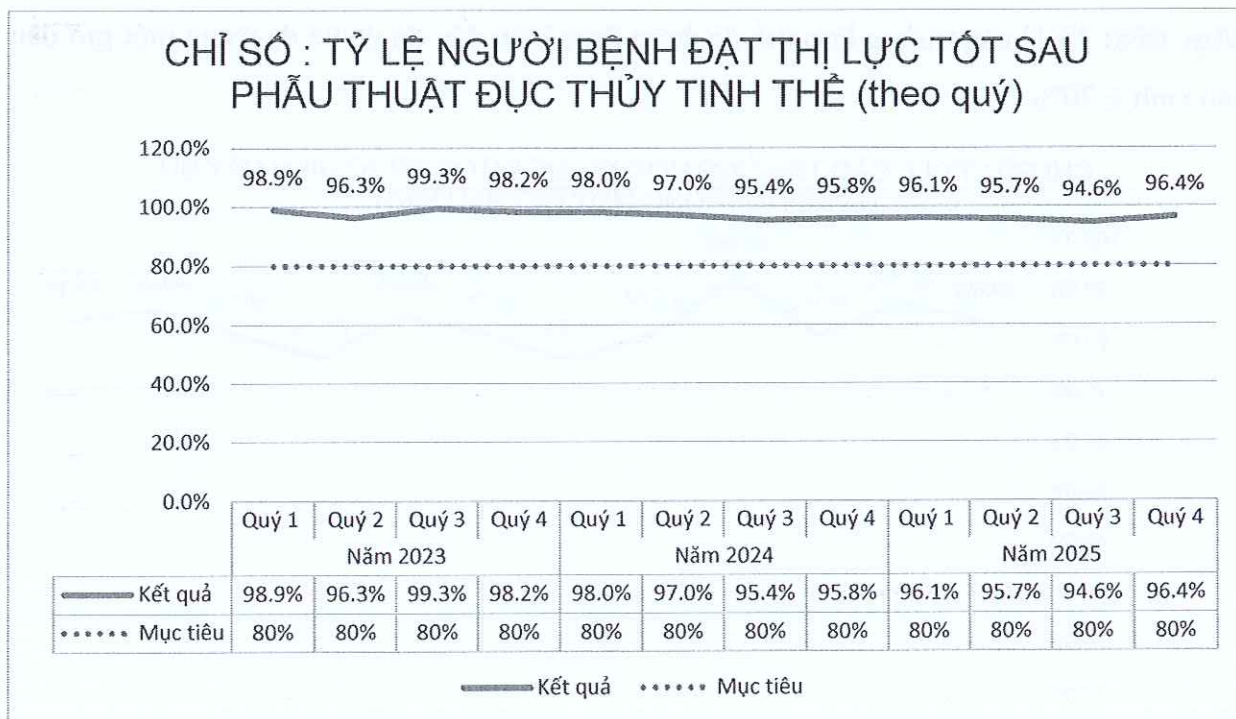
- Thông báo và phối hợp với lâm sàng: Thông báo kịp thời và minh bạch cho các khoa lâm sàng về tình trạng chậm trễ và thời gian dự kiến có kết quả để họ có thể điều chỉnh kế hoạch điều trị cho bệnh nhân.

CSMAT11: Tỷ lệ người bệnh đạt thị lực tốt sau phẫu thuật đục thủy tinh thể

Mục tiêu: > 80% Người bệnh đạt thị lực tốt sau phẫu thuật đục thủy tinh thể



Chỉ số Tỷ lệ người bệnh đạt thị lực tốt sau phẫu thuật đục thủy tinh thể trong năm 2025, tỷ lệ cao nhất là tháng 3 (98%) và thấp nhất là tháng 1 và 9 (93%). Kết quả trung bình năm là 95,68%, đạt mục tiêu đề ra.



THỊNH
T LƯỢNG

BỆNH
HỘI Đ

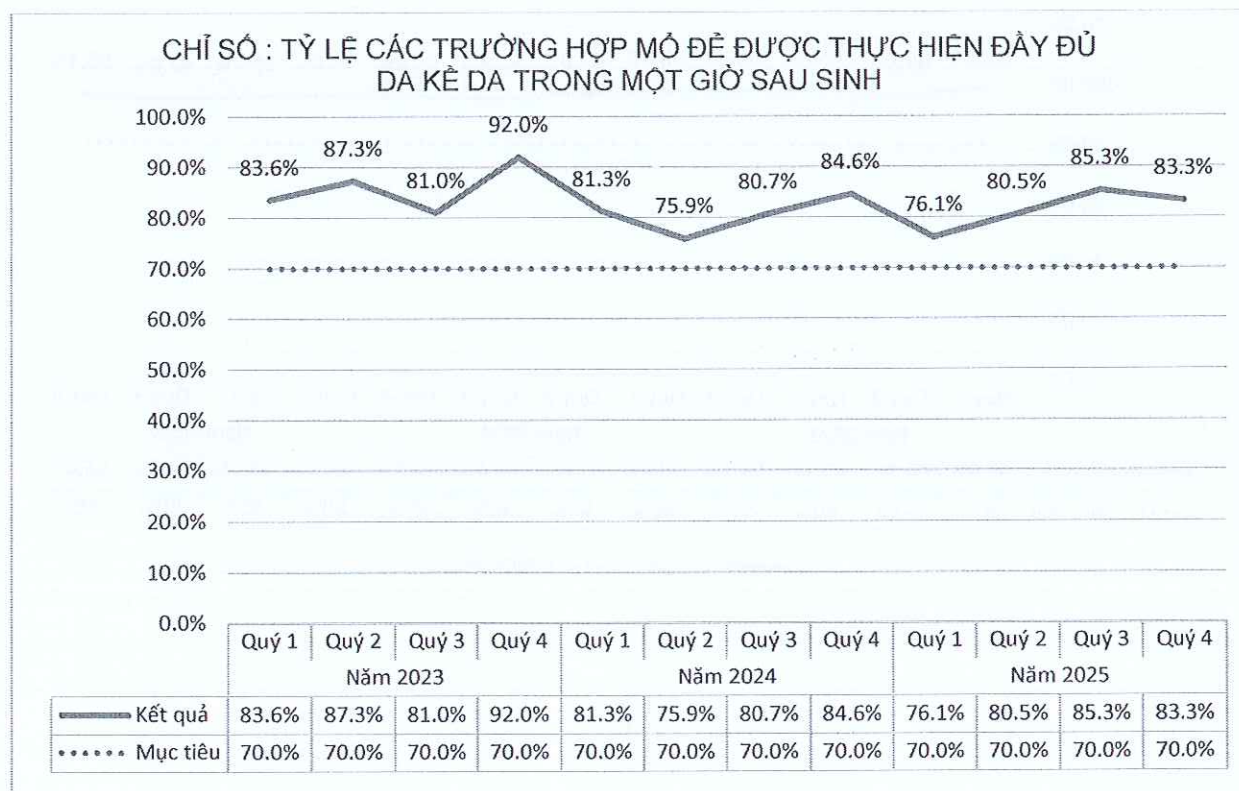
Chỉ số tỷ lệ người bệnh đạt thị lực tốt sau phẫu thuật đục thủy tinh thể giai đoạn 2023–2025 luôn duy trì ở mức rất cao và ổn định, vượt xa mục tiêu 80%. Các giá trị dao động trong khoảng 94,6%–99,3%, cho thấy chất lượng chuyên môn phẫu thuật và chăm sóc hậu phẫu được đảm bảo tốt. Năm 2023 đạt mức cao nhất (đỉnh 99,3%), sang năm 2024 và 2025 có giảm nhẹ nhưng ổn định quanh mức 95%–97%, không có biến động bất thường.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Duy trì và phát huy kết quả đạt được: Tiếp tục duy trì các quy trình và kỹ thuật phẫu thuật hiệu quả hiện tại. Đảm bảo chất lượng dịch vụ phẫu thuật và chăm sóc sau phẫu thuật.
- Áp dụng các kỹ thuật mới, vật tư tiên tiến để nâng cao hiệu quả và an toàn phẫu thuật.
- Tổ chức các buổi đào tạo, tập huấn cho nhân viên để nâng cao trình độ chuyên môn.

CSSAN12: Tỷ lệ các trường hợp mổ để được thực hiện đầy đủ da kê da trong một giờ đầu sau sinh

Mục tiêu: Tỷ lệ các trường hợp mổ để được thực hiện đầy đủ da kê da trong một giờ đầu sau sinh $\geq 70\%$



Kết quả chỉ số Tỷ lệ các trường hợp mổ đẻ được thực hiện đầy đủ da kề da trong một giờ đầu sau sinh năm 2023 đạt và vượt mục tiêu 70%, kết quả dao động từ 81% đến 92%, cho thấy hiệu quả thực hiện da kề da khá tốt. Năm 2024 giao động từ 75,9% đến 84,6%. Trong năm 2025, quý 1 có sự giảm 76,1% là thấp nhất trong năm và cao nhất là quý 3 (85,3%) và có sự giảm nhẹ ở quý 4 (83,3%).

Nhìn chung, tỷ lệ thực hiện da kề da vẫn duy trì ở mức cao và vượt mục tiêu. Tuy nhiên, có thể thấy sự biến động giữa các quý, đặc biệt là sự giảm nhẹ trong quý 1,4 năm 2025.

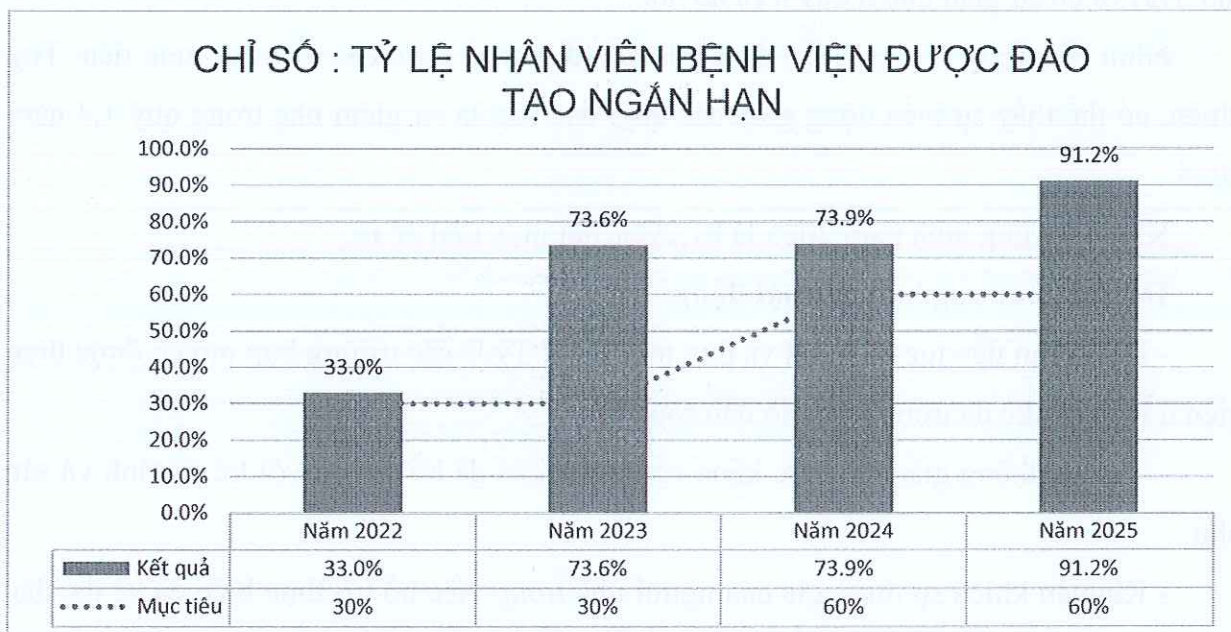
Kết quả trung bình năm 2025 là 81,29%, đạt mục tiêu đề ra.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Khoa Sản tiếp tục theo dõi và duy trì chỉ số “Tỷ lệ các trường hợp mổ đẻ được thực hiện đầy đủ da kề da trong một giờ đầu sau sinh”
- Truyền thông giáo dục sức khỏe về lợi ích của da kề da đối với trẻ sơ sinh và sản phụ.
- Khuyến khích sự tham gia của người nhà trong việc hỗ trợ thực hiện da kề da, đặc biệt là trong trường hợp mẹ gặp khó khăn.
- Đảm bảo trang thiết bị: Cung cấp đầy đủ trang thiết bị cần thiết cho việc thực hiện da kề da, như chăn ấm, khăn sạch, v.v.
- Tạo không gian phù hợp: Sắp xếp không gian phòng mổ và phòng hồi sức sau sinh sao cho thuận tiện cho việc thực hiện da kề da, đảm bảo sự riêng tư và thoải mái cho mẹ và bé.

CSTCCB13: Tỷ lệ nhân viên bệnh viện được đào tạo ngắn hạn

Mục tiêu: Tỷ lệ nhân viên bệnh viện được đào tạo ngắn hạn $\geq 60\%$



Kết quả chỉ số Tỷ lệ nhân viên bệnh viện được đào tạo ngắn hạn, năm 2022 tỷ lệ đạt 33%, cao hơn mục tiêu đề ra là 30%. Năm 2023: Tỷ lệ này tăng mạnh lên 73.6%, vượt xa mục tiêu đề ra vì thế đề xuất tăng mục tiêu lên 60%. Năm 2024: Tỷ lệ này tiếp tục tăng nhẹ lên 73.9%, vẫn cao hơn so với mục tiêu và năm 2025 đạt 91,2%, đạt mục tiêu đề ra trong năm.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Tiếp tục duy trì các chương trình đào tạo hiện tại và tìm kiếm các cơ hội để mở rộng và nâng cao chất lượng đào tạo. Đảm bảo nguồn lực tài chính và nhân lực cho các hoạt động đào tạo.

- Đảm bảo chương trình đào tạo đáp ứng nhu cầu thực tế của bệnh viện và nhân viên. Áp dụng các phương pháp đào tạo hiện đại và hiệu quả.

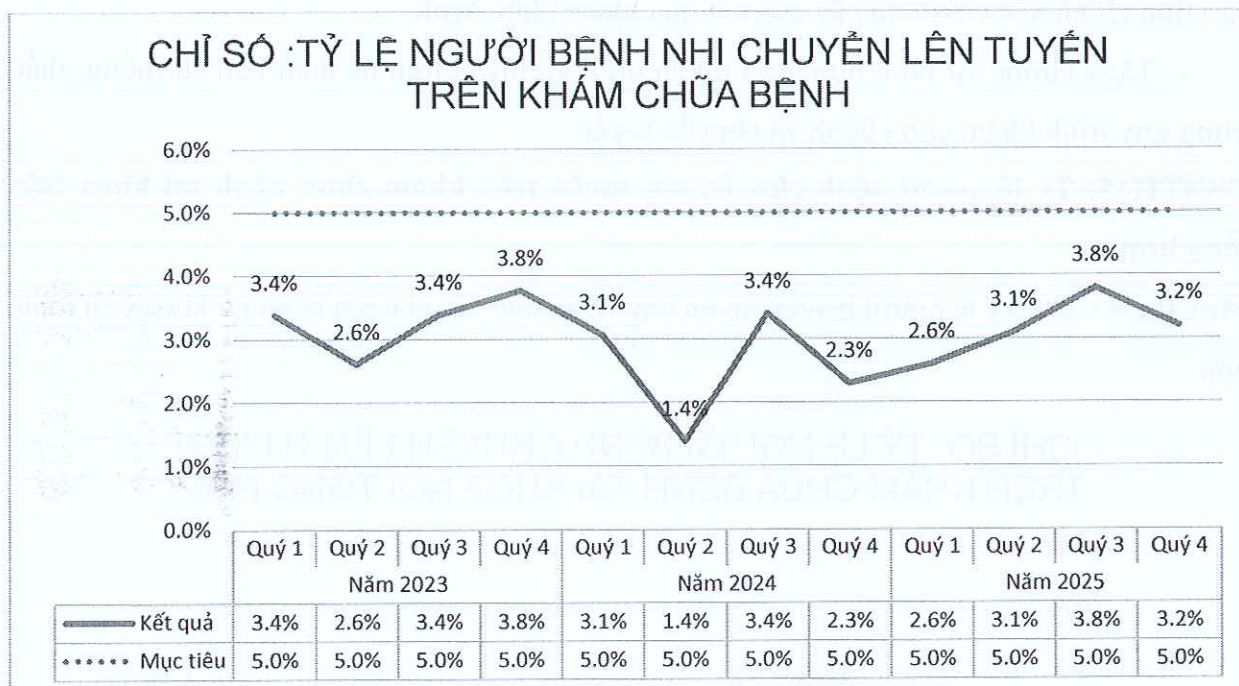
- Tổ chức các khóa đào tạo chuyên sâu về các lĩnh vực chuyên môn.

- Khuyến khích nhân viên tham gia các khóa đào tạo và tạo điều kiện thuận lợi cho họ tham gia.

- Theo dõi chặt chẽ tỷ lệ nhân viên được đào tạo và hiệu quả của các chương trình đào tạo.

CSNHI4: Tỷ lệ người bệnh nhi chuyển lên tuyến trên khám chữa bệnh (tất cả các bệnh)

Mục tiêu: <5% Tỷ lệ người bệnh nhi chuyển lên tuyến trên khám chữa bệnh (tất cả các bệnh)



Tỷ lệ chuyển lên tuyến trên khám chữa bệnh ở khoa Nhi năm 2023 tỷ lệ dao động từ 2.6% đến 3.8%, đều thấp hơn mục tiêu 5%. Năm 2024 dao động từ 1,4%- 3,4% và đạt mục tiêu. Trong năm 2025, tỷ lệ cao nhất là quý 3 là 3,8% và thấp nhất là 2,6%.

Kết quả trung bình năm 2025 là 3,16%, đạt mục tiêu đề ra.

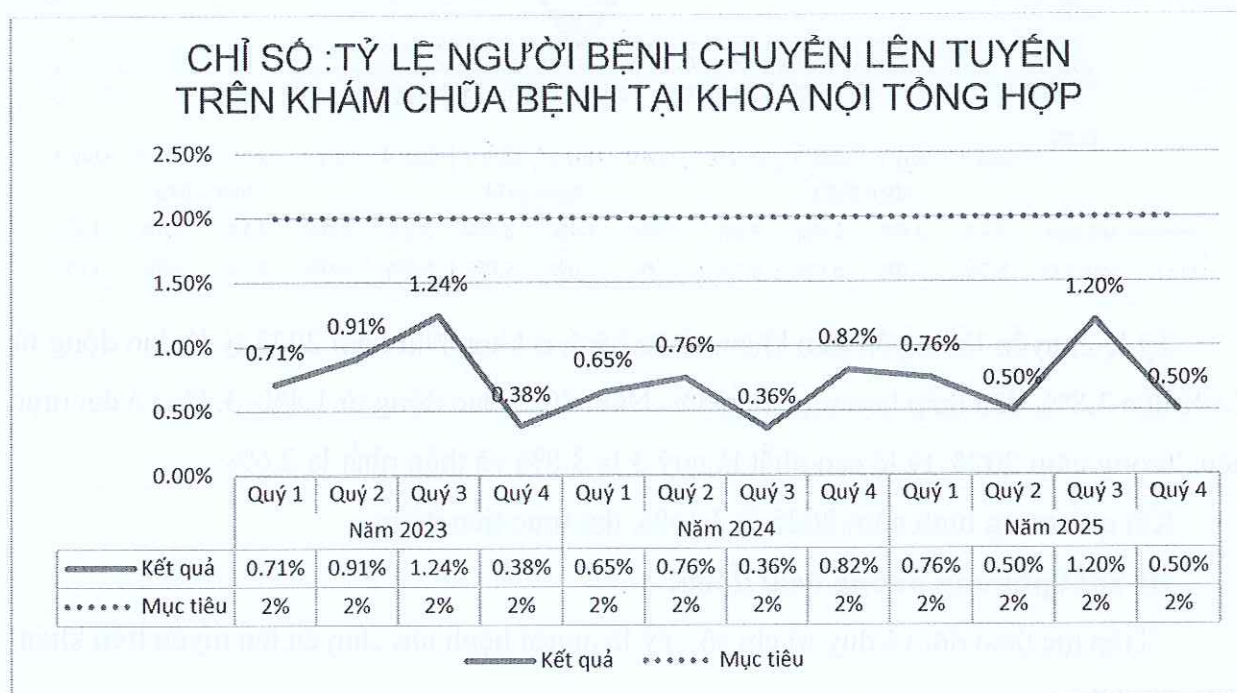
Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Tiếp tục theo dõi và duy trì chỉ số “Tỷ lệ người bệnh nhi chuyển lên tuyến trên khám chữa bệnh”
- Tiếp tục tạo điều kiện cho các chương trình đào tạo ngắn và dài hạn nhằm nâng cao trình độ và tay nghề của các bác sĩ và điều dưỡng tại khoa, từ đó tăng tỷ lệ khám chữa bệnh và giảm tỷ lệ người bệnh nhi chuyển lên tuyến trên.
- Tiếp tục duy trì các quy trình và kỹ thuật khám chữa bệnh hiệu quả hiện tại.
- Áp dụng các kỹ thuật mới, vật tư tiên tiến để nâng cao hiệu quả và an toàn.

- Tiếp tục thực hiện các hoạt động kiểm soát chất lượng định kỳ và đột xuất để đảm bảo tính chính xác và độ tin cậy của kết quả khám chữa bệnh.
- Tăng cường sự phối hợp giữa tuyến dưới và tuyến trên để đảm bảo sự thống nhất trong quy trình khám chữa bệnh và chuyển tuyến.

CSNTH15: Tỷ lệ người bệnh chuyển lên tuyến trên khám chữa bệnh tại khoa Nội tổng hợp

Mục tiêu: < 2% Tỷ lệ người bệnh chuyển lên tuyến trên khám chữa bệnh tại khoa Nội tổng hợp



Kết quả chỉ số chuyển lên tuyến trên tại khoa Nội tổng hợp trong năm 2023 tỷ lệ dao động từ 0.38% đến 1.24%, đều thấp hơn mục tiêu đề ra là 2%. Năm 2024 tỷ lệ giao động là 0,36% đến 0,82%. Trong năm 2025, cao nhất là quý 3 (1,2%) và thấp nhất là quý 2,4 (0,5%).

Kết quả trung bình năm 2025 là 0,75%, đạt mục tiêu đề ra.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Khoa tiếp tục theo dõi chỉ số “Tỷ lệ người bệnh chuyển lên tuyến trên khám chữa bệnh tại khoa Nội tổng hợp”.

- Nâng cao năng lực chuyên môn, điều trị tại khoa: Khuyến khích trao đổi học tập, thực hành; tham gia đầy đủ các buổi tập huấn, cập nhật kiến thức chuyên môn. Tham gia các chương trình đào tạo dài hạn được bệnh viện và khoa đề xuất nhằm nâng cao kiến thức chuyên môn cho nhân viên khoa, từ đó tăng chất lượng khám chữa bệnh và giảm tỷ lệ chuyển lên tuyến trên tại khoa. Kết nối chuyên môn với bệnh viện tuyến trên (hội chẩn từ xa) để nâng cao kỹ thuật xử lý tại chỗ, hạn chế tình huống buộc phải chuyển tuyến. Phát triển đội ngũ nòng cốt.

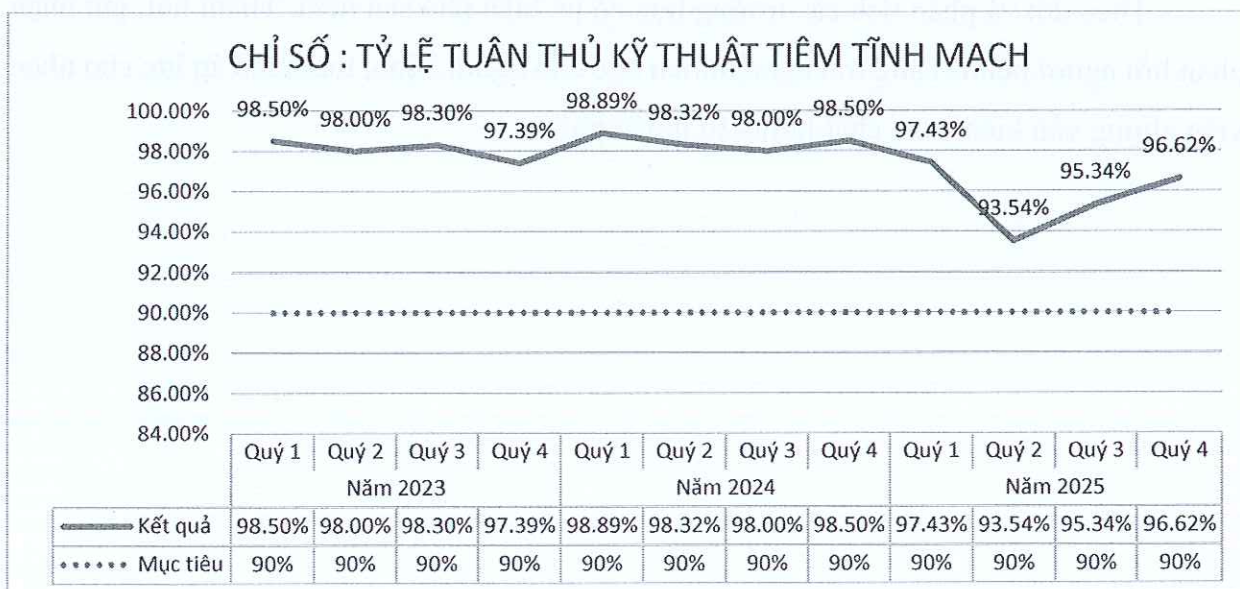
- Đầu tư trang thiết bị hỗ trợ điều trị, bổ sung các thiết bị thiết yếu như: monitor theo dõi đa thông số, máy thở không xâm lấn, máy truyền dịch tự động, máy xét nghiệm khí máu,... giúp can thiệp hiệu quả hơn ngay tại khoa.

- Cải thiện công tác chăm sóc – theo dõi liên tục: Tăng cường phối hợp điều dưỡng – bác sĩ trong theo dõi bệnh nhân. Điều dưỡng theo dõi sát các dấu hiệu sinh tồn và diễn tiến bệnh, kịp thời báo bác sĩ xử trí.

Tăng cường giáo dục sức khỏe cho người bệnh, tư vấn kỹ về quá trình điều trị, giúp bệnh nhân và người nhà yên tâm điều trị tại tuyến cơ sở, tránh yêu cầu chuyển tuyến không cần thiết. Cung cấp tài liệu hướng dẫn tự chăm sóc bệnh lý tại nhà để giảm tái phát và tái nhập viện nặng phải chuyển tuyến

CSPDD16: Tỷ lệ tuân thủ kỹ thuật tiêm tĩnh mạch

Mục tiêu: Tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật đạt > 90%



Kết quả chỉ số Tỷ lệ tuân thủ tiêm tĩnh mạch trong năm 2023 tỷ lệ tuân thủ dao động từ 97.39% đến 98.50%, đều cao hơn mục tiêu đề ra là 90%. Điều này cho thấy kỹ thuật tiêm tĩnh mạch được thực hiện rất tốt. Năm 2024: Tất cả các quý trong năm 2024 đều đạt tỷ lệ tuân thủ trên 98%, cao hơn đáng kể so với mục tiêu. Trong năm 2025, kết quả vẫn đạt mục tiêu ở các quý, tuy nhiên có sự giảm đột ngột ở quý 2 và tăng lại đều ở quý 3 và 4.

Kết quả trung bình năm là 95,73%, đạt mục tiêu đề ra.

Tỷ lệ tuân thủ kỹ thuật tiêm tĩnh mạch duy trì ở mức rất cao và ổn định trong cả hai năm, cho thấy sự chuyên nghiệp và tuân thủ nghiêm ngặt của nhân viên y tế.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

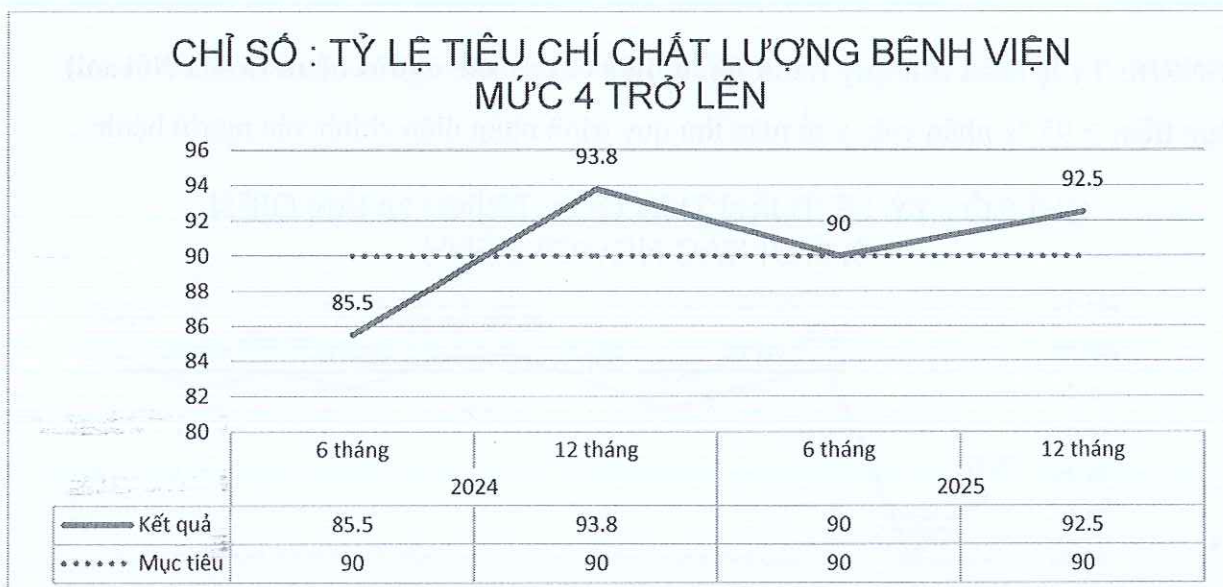
- củng cố quy trình chuyên môn và giám sát thực hành: Rà soát và chuẩn hóa quy trình kỹ thuật tiêm tĩnh mạch. Có thể treo quy trình hướng dẫn kỹ thuật tại nơi làm việc để nhân viên dễ quan sát và tuân thủ. Tăng cường giám sát, kiểm tra đột xuất. Ghi nhận các lỗi thường gặp để có kế hoạch đào tạo bù.

- Tổ chức đào tạo các kỹ thuật nói chung và kỹ thuật tiêm tĩnh mạch nói riêng đúng chuẩn cho toàn bộ nhân viên điều dưỡng, nhất là những điều dưỡng mới, học viên, nhân viên thử việc.

- Theo dõi và phân tích các trường hợp có tai biến nhỏ sau tiêm. Thăm hỏi, ghi nhận phản hồi người bệnh. Tăng trải nghiệm tích cực cho người bệnh, tránh tạo áp lực cho nhân viên nhưng vẫn kiểm soát chất lượng từ nhiều phía.

CSQLCL17: Tỷ lệ tiêu chí chất lượng bệnh viện mức 4 trở lên

Mục tiêu: Tỷ lệ tiêu chí chất lượng bệnh viện mức 4 trở lên $\geq 90\%$



Kết quả chỉ số Tỷ lệ tiêu chí chất lượng bệnh viện mức 4 trở lên trong 6 tháng đầu năm cho thấy tỷ lệ là 90%, và trong cuối năm là 92,5%. Có xu hướng tăng từ 6 tháng đầu năm đến đợt đánh giá cuối năm ở các năm 2024 và 2025. Có thể thấy rõ sự cải thiện đáng kể về chất lượng bệnh viện trong 6 tháng cuối năm. Điều này là do sau khi đánh giá nội bộ 6 tháng đầu năm đã có sự cải thiện để nâng điểm các tiêu chí từ đó kết quả 12 tháng cho thấy sự cải thiện và khắc phục.

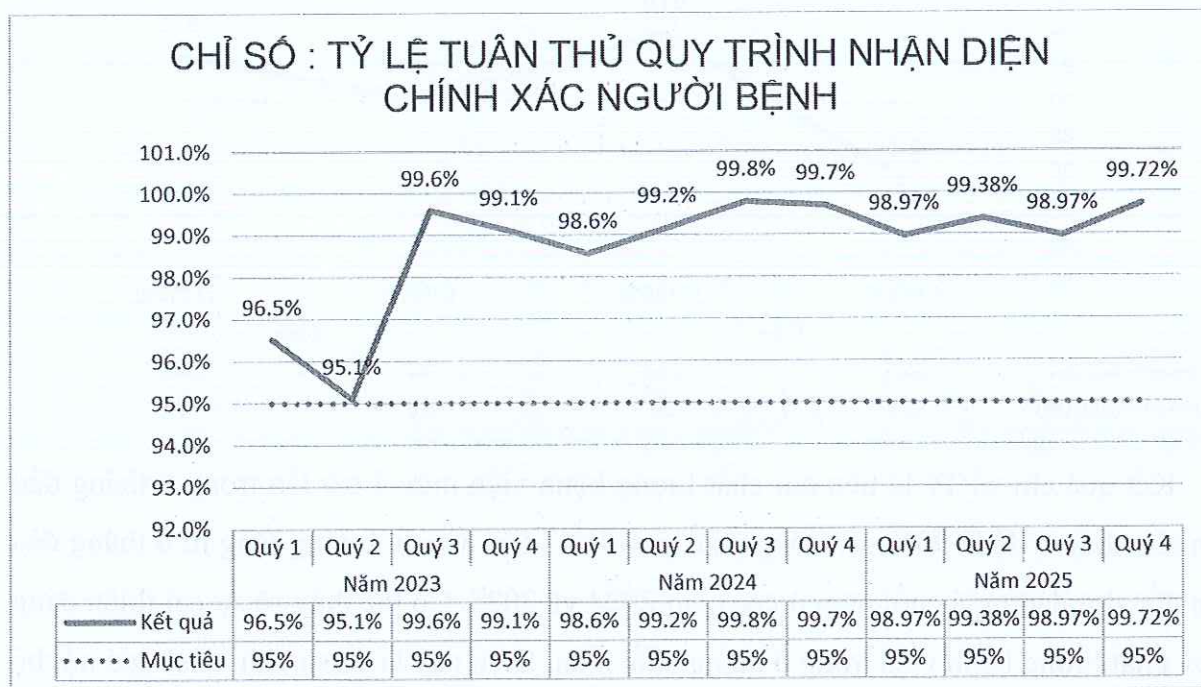
Kết quả trung bình năm 2025 là 91,3%, đạt mục tiêu đề ra

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Phân tích các tiêu chí chưa đạt mức 4: Rà soát lại kết quả đánh giá chất lượng nội bộ.
- Tổ chức cải tiến chất lượng theo chu trình PDCA: Áp dụng PDCA (Plan – Do – Check – Act) cho từng tiêu chí chưa đạt: Kế hoạch cải tiến, Triển khai thử nghiệm, Đánh giá hiệu quả, Nhân rộng hoặc điều chỉnh
- Đào tạo chuyên đề về từng nhóm tiêu chí, tổ chức tập huấn mạng lưới Quản lý chất lượng.
- Thực hiện đánh giá ngoại kiểm trước khi kiểm tra chất lượng bệnh viện để đảm bảo chất lượng cải tiến và tính khách quan, góp ý cải tiến các tiêu chí.

CSNS18: Tỷ lệ tuân thủ quy trình nhận diện chính xác người bệnh (khoa Nội soi)

Mục tiêu: $\geq 95\%$ nhân viên y tế tuân thủ quy trình nhận diện chính xác người bệnh



Kết quả chỉ số Tỷ lệ tuân thủ quy trình nhận diện chính xác người bệnh khoa Nội soi trong năm 2023 giao động từ 95,1% đến 99,6% và năm 2024 từ 98,6% đến 99,8%. Trong năm 2025, tỷ lệ cao nhất là 99,72% ở quý 4 và thấp nhất là 98,97% ở quý 1 và 3.

Kết quả trung bình năm 2025 là 99,26%. Đạt mục tiêu đề ra.

Câu hỏi	Quý 1		Quý 2		Quý 3		Quý 4	
	Số lượt (n=75)	Tỷ lệ tuân thủ (%)	Số lượt (n=75)	Tỷ lệ tuân thủ (%)	Số lượt (n=82)	Tỷ lệ tuân thủ (%)	n=81	Tỷ lệ tuân thủ (%)
1. Chào hỏi, giới thiệu về bản thân	75	100.0%	75	100.0%	80	97.6%	79	97.6%
2. Nhận dạng người bệnh [Họ tên]	75	100.0%	75	100.0%	82	100.0%	81	100.0%
2. Nhận dạng người bệnh [Giới]	75	100.0%	75	100.0%	82	100.0%	81	100.0%
2. Nhận dạng người bệnh [Ngày tháng năm sinh]	75	100.0%	75	100.0%	82	100.0%	81	100.0%
2. Nhận dạng người bệnh [Địa chỉ]	75	100.0%	75	100.0%	82	100.0%	81	100.0%
3. Thu thập thông tin NB	75	100.0%	75	100.0%	82	100.0%	81	100.0%
4. Giới thiệu dịch vụ hiện có [Thông tin cho NB về thủ tục và chế độ hưởng BHYT cần thiết khi sử dụng dịch vụ]	73	97.3%	75	100.0%	80	97.6%	81	100.0%
4. Giới thiệu dịch vụ hiện có [Giới thiệu cho NB các tính năng và biểu giá kỹ thuật dịch vụ]	74	98.7%	74	98.7%	81	98.8%	81	100.0%
4. Giới thiệu dịch vụ hiện có [Hướng dẫn NB ghi các giấy tờ chấp thuận sử dụng dịch vụ mà NB đã chọn]	74	98.7%	74	98.7%	81	98.8%	81	100.0%
5. Giới thiệu về kỹ thuật sắp thực hiện [Thông báo cho NB kỹ thuật sắp thực hiện, kèm theo các tài liệu chính và phụ để NB biết và theo dõi]	74	98.7%	73	97.3%	81	98.8%	81	100.0%
5. Giới thiệu về kỹ thuật sắp thực hiện [Khuyến khích NB hợp tác trước khi thực hiện kỹ thuật. Nếu NB chưa sẵn sàng, giúp NB hiểu được vấn đề và lựa chọn]	74	98.7%	75	100.0%	81	98.8%	80	98.8%
6. Kết thúc [Cảm ơn NB]	73	97.3%	75	100.0%	80	97.6%	81	100.0%
6. Kết thúc [Lưu hồ sơ]	73	97.3%	73	97.3%	81	98.8%	81	100.0%
Số lượt thực hiện đúng	965		999		1055		1050	
Số lượt thực hiện	976		976		1066		1053	
Tỷ lệ tuân thủ chung	98.97%		99.38%		98.97%		99.72%	

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Kết quả giám sát cho thấy về tuân thủ đảm bảo chính xác người bệnh khoa đạt 100% tuy nhiên vẫn còn ở các khía cạnh khác như giao tiếp ứng xử với người bệnh thì vẫn chưa đạt, vì thế khoa cần tập trung vào việc tập huấn giao tiếp ứng xử của nhân viên của bệnh viện.

- Duy trì giám sát: Tiếp tục duy trì cơ chế giám sát định kỳ và đột xuất để đảm bảo quy trình được tuân thủ nghiêm ngặt.

- Đào tạo và tập huấn định kỳ: Tổ chức các buổi đào tạo, tập huấn định kỳ, nhắc lại về tầm quan trọng và các bước của quy trình nhận diện chính xác người bệnh, đặc biệt là cho nhân viên mới hoặc các quy trình có sự thay đổi.

- Cập nhật quy trình: Rà soát và cập nhật quy trình định kỳ để đảm bảo phù hợp với thực tiễn, công nghệ mới hoặc các hướng dẫn y tế mới nhất.

- Thúc đẩy văn hóa an toàn: Tăng cường tuyên truyền, giáo dục về tầm quan trọng của việc nhận diện chính xác người bệnh trong việc đảm bảo an toàn cho bệnh nhân, xây dựng văn hóa an toàn trong toàn khoa.

CSDUOC19: Tỷ lệ báo cáo ADR có đầy đủ thông tin tối thiểu

Mục tiêu: > 95% báo cáo ADR có đầy đủ các thông tin tối thiểu

Kết quả chỉ số đạt 100% ở các quý và đạt mục tiêu đề ra từ năm 2023 đến 2025

Việc ghi nhận đầy đủ các thông tin trong báo cáo ADR nhằm phát hiện sớm các vấn đề về thuốc kịp thời, xử lý và chủ động thực hiện các biện pháp dự phòng biến cố bất lợi xảy ra, tăng cường sử dụng thuốc hợp lý, giảm tỷ lệ mắc bệnh và tử vong liên quan đến thuốc trong thực hành lâm sàng, vì thế đảm bảo được việc ghi nhận các sự cố liên quan đến được và khoa đã có ghi nhận đầy đủ các thông tin nhằm mục đích khoa tiến hành điều tra và xác minh.

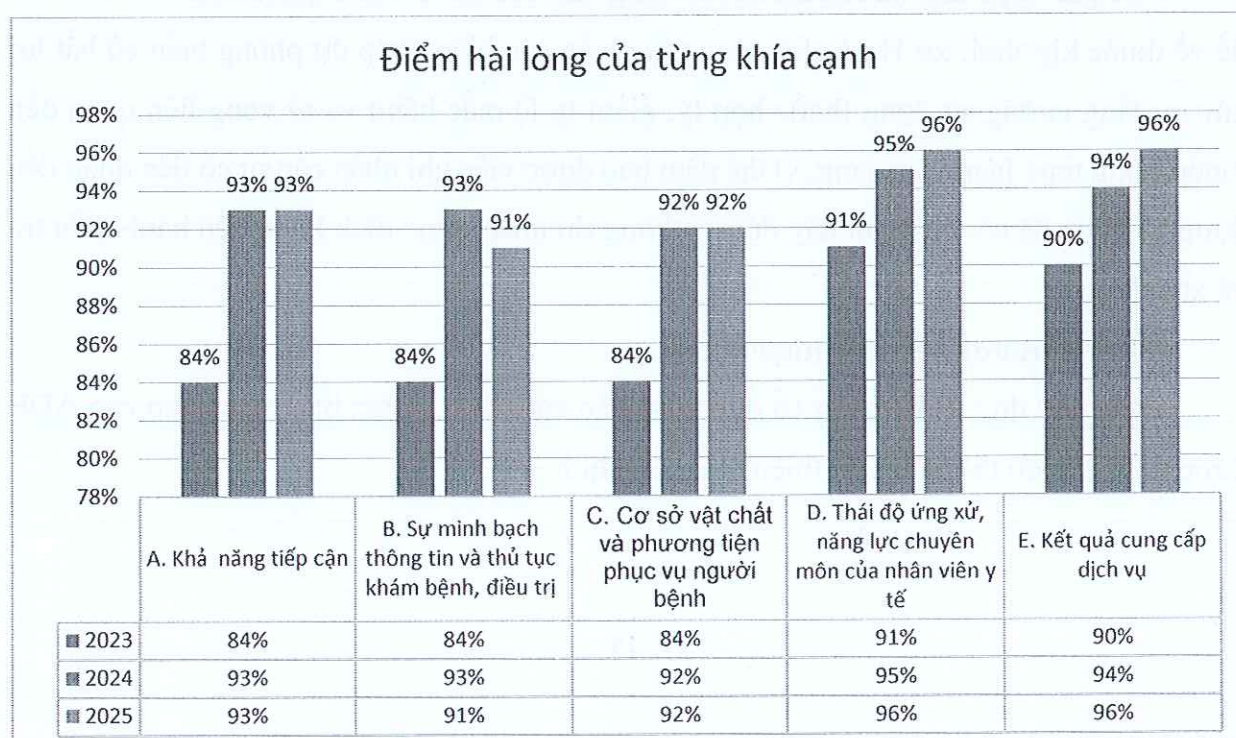
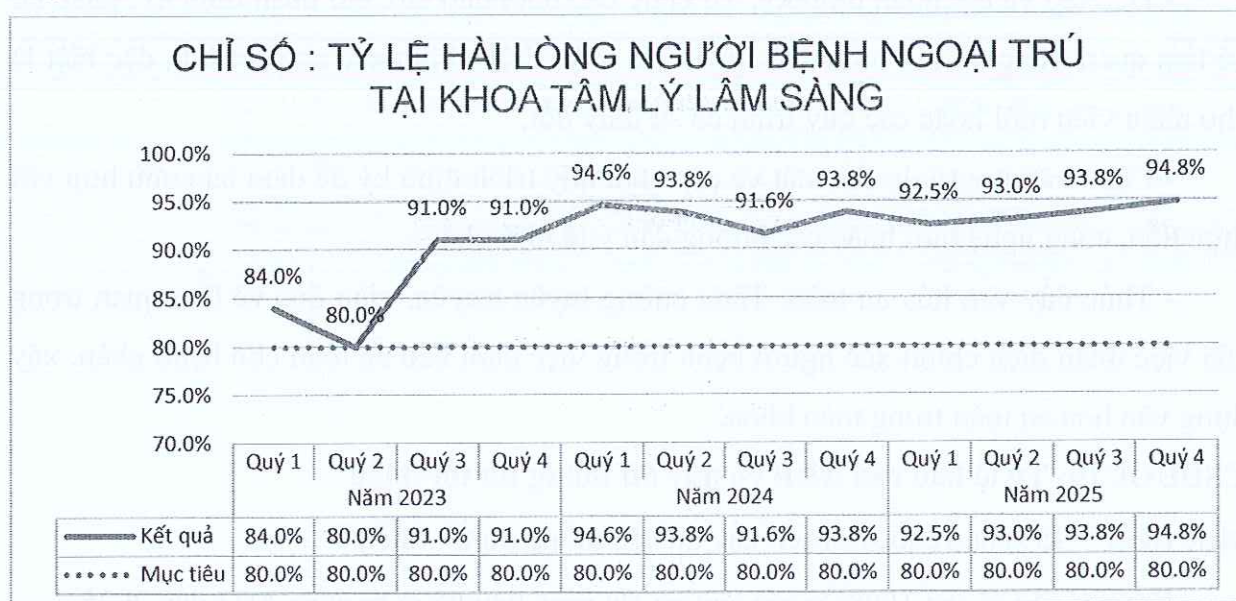
Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Tiếp tục duy trì và củng cố quy trình báo cáo ADR: Đảm bảo tất cả báo cáo ADR được điền đầy đủ thông tin tối thiểu theo quy định.

- Tăng cường truyền thông nội bộ về tầm quan trọng của báo cáo ADR: Phối hợp với các khoa lâm sàng để nhấn mạnh vai trò của báo cáo ADR trong việc đảm bảo an toàn sử dụng thuốc.

CSTLLS20: Tỷ lệ hài lòng người bệnh ngoại trú tại khoa tâm lý lâm sàng

Mục tiêu: $\geq 80\%$ Tỷ lệ hài lòng người bệnh ngoại trú tại khoa tâm lý lâm sàng



Kết quả chỉ số tại khoa Tâm lý lâm sàng cho thấy tỷ lệ hài lòng chất lượng khám tâm lý, tâm thần trong năm 2023, tỷ lệ hài dao động từ 80% đến 91%, năm 2024 giao động từ 91,6% đến 94,6%. Trong năm 2025, cao nhất là quý 4 có tỷ lệ là 94,8% và thấp nhất là 92,5% ở quý 1.

Nhìn chung, tỷ lệ hài lòng người bệnh ngoại trú tại Khoa Tâm lý lâm sàng đều đạt và vượt mục tiêu 80%. Tuy nhiên, cần chú ý đến sự biến động giữa các quý và tìm hiểu nguyên nhân để duy trì sự ổn định và nâng cao chất lượng dịch vụ.

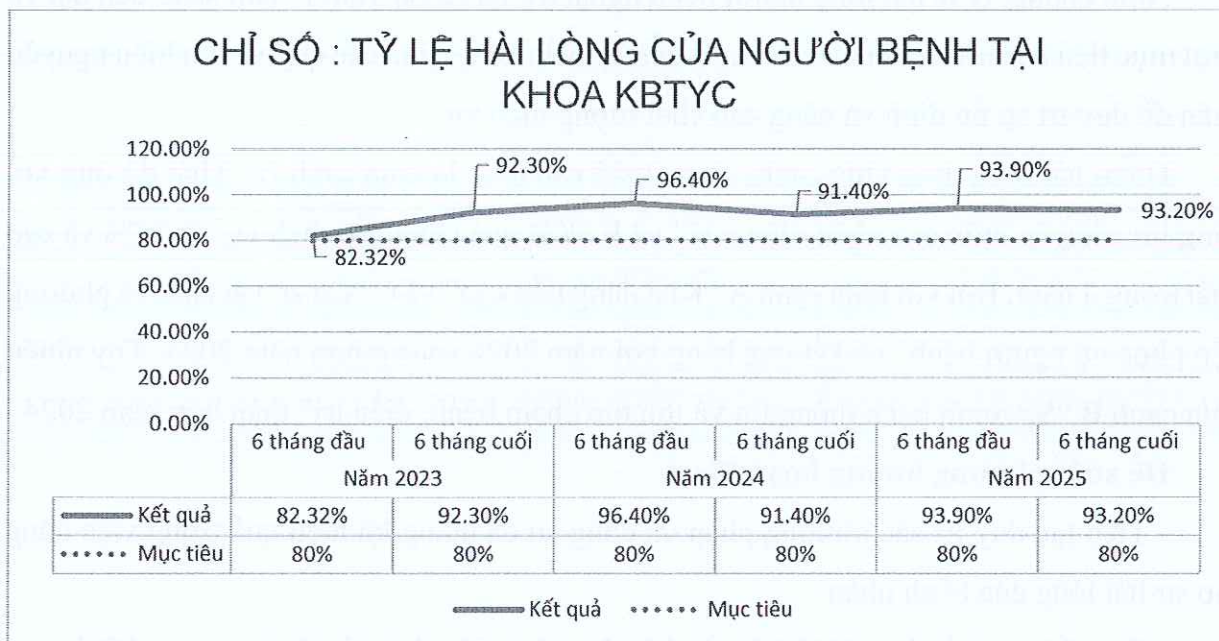
Điểm hài lòng từng khía cạnh: Năm 2025 cao nhất là khía cạnh D “Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế” và E “Kết quả cung cấp dịch vụ” là 96% và cao nhất trong 3 năm. Đối với khía cạnh A “Khả năng tiếp cận” và C “Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh” có kết quả bằng với năm 2024 và cao hơn năm 2023. Tuy nhiên khía cạnh B “Sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị” thấp hơn năm 2024.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Tiếp tục duy trì các phương pháp và công cụ đã mang lại hiệu quả trong việc nâng cao sự hài lòng của bệnh nhân.
- Đảm bảo nguồn lực tài chính và nhân lực cho việc duy trì và nâng cao chất lượng dịch vụ.
- Dù các khía cạnh khác đã đạt điểm hài lòng cao, vẫn cần tiếp tục tìm kiếm các cơ hội để cải thiện.
- Tổ chức các buổi đào tạo, tập huấn cho nhân viên về kỹ năng giao tiếp, ứng xử và chuyên môn.
- Tăng cường tính minh bạch và công khai thông tin cho bệnh nhân.
- Đảm bảo quy trình khám chữa bệnh thuận tiện và nhanh chóng.

CSTLLS21: Tỷ lệ hài lòng của người bệnh tại khoa Khám bệnh theo yêu cầu

Mục tiêu: $\geq 80\%$ Tỷ lệ hài lòng của người bệnh tại khoa Khám bệnh theo yêu cầu



Kết quả chỉ số Tỷ lệ hài lòng của người bệnh tại khoa Khám bệnh theo yêu cầu trong năm 2023 giao động từ 82,32% đến 92,3. Năm 2024: 6 tháng đầu năm 2024, tỷ lệ này tiếp tục tăng lên 96.40%, cao nhất trong toàn bộ giai đoạn khảo sát, trong 6 tháng cuối tỷ lệ này giảm còn 91,4%, vẫn cao hơn mục tiêu nhưng cần lưu ý. Trong năm 2025, tỷ lệ ở 6 tháng đầu năm và 6 tháng cuối năm gần bằng nhau và đều đạt mục tiêu.

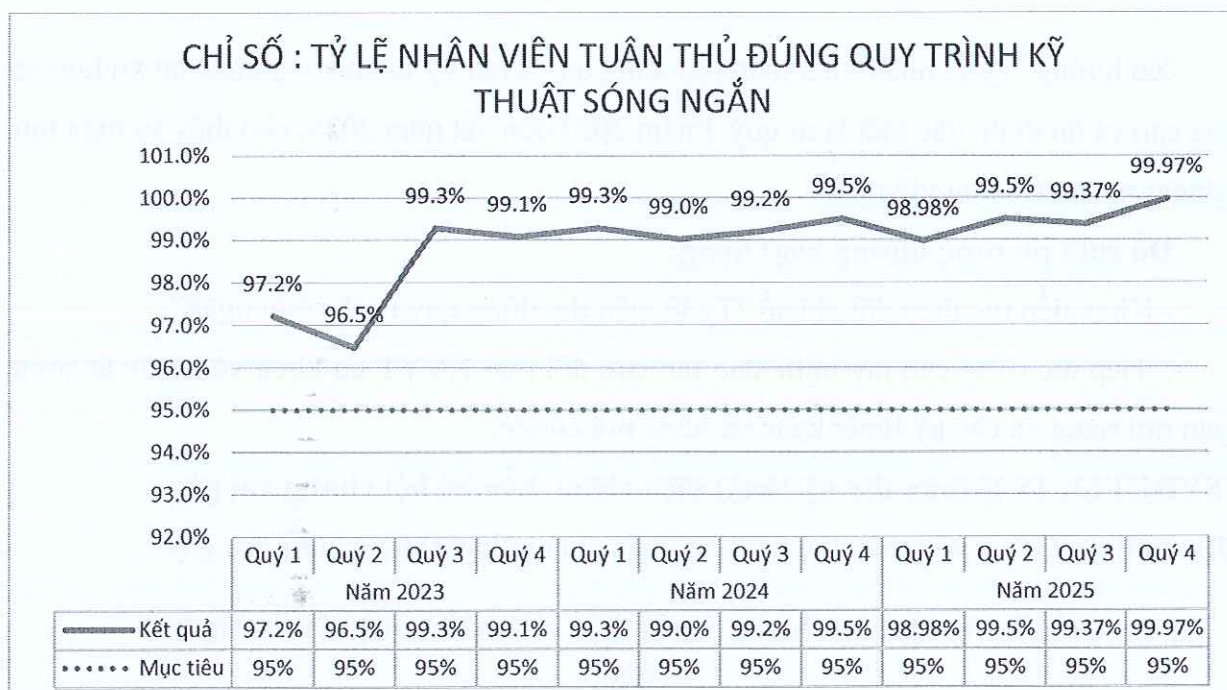
Kết quả trung bình năm 2025 là 93,55%. Đạt mục tiêu đề ra.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Nâng cao chất lượng khám chữa bệnh: Tiếp tục đào tạo, bồi dưỡng kỹ năng giao tiếp, ứng xử và tư vấn cho nhân viên y tế nhằm tạo trải nghiệm tích cực cho người bệnh.
- Cải thiện cơ sở vật chất và môi trường khám bệnh: Bổ sung trang thiết bị hiện đại, nâng cấp hệ thống ghế ngồi, bảng chỉ dẫn, quạt/máy lạnh, wifi miễn phí. Bố trí khu vực chờ thông thoáng, có đủ ánh sáng, nước uống và tạp chí để giảm cảm giác chờ đợi.
- Rút ngắn thời gian chờ: Áp dụng công nghệ đặt lịch khám trực tuyến, phân luồng hợp lý để giảm ùn tắc giờ cao điểm. Bố trí thêm bàn khám hoặc bác sĩ hỗ trợ trong các khung giờ đông bệnh nhân.
- Tăng cường thu thập và phản hồi ý kiến người bệnh.

CSVLTL22: Tỷ lệ tuân thủ đúng quy trình sóng ngắn

Mục tiêu: $\geq 95\%$ Nhân viên tuân thủ đúng quy trình kỹ thuật sóng ngắn



Câu hỏi	Quý 1		Quý 2		Quý 3		Quý 4	
	Số lượt (n=98)	Tỷ lệ tuân thủ (%)	Số lượt (n=56)	Tỷ lệ tuân thủ (%)	Số lượt (n=115)	Tỷ lệ tuân thủ (%)	n=270	Tỷ lệ tuân thủ (%)
Chào hỏi - Giải thích phương pháp thực hiện	98	100.0%	54	96.43%	114	99.13%	270	100.00%
Lựa chọn tư thế người bệnh	98	100.0%	55	98.21%	114	99.13%	270	100.00%
Soạn máy sóng ngắn	98	100.0%	55	98.21%	114	99.13%	270	100.00%
Kiểm tra máy về vị trí 0	96	98.0%	55	98.21%	115	100.00%	270	100.00%
Vận hành máy, mở nút star	98	100.0%	55	98.21%	115	100.00%	270	100.00%
Kiểm tra NB có kim loại hoặc điện thoại đặt trong người	93	94.9%	54	96.43%	113	98.26%	270	100.00%
Khăn che phủ vùng điều trị, đặt bàn cực song song, ép sát vùng điều trị	98	100.0%	55	98.21%	115	100.00%	270	100.00%
Chọn thời gian điều trị từ 10 đến 15 phút	98	100.0%	55	98.21%	115	100.00%	270	100.00%
Dẫn dò cảm giác NB trong khi điều trị	96	98.0%	54	96.43%	113	98.26%	269	99.63%
Kiểm tra máy trở về vị trí 0	97	99.0%	55	98.21%	115	100.00%	270	100.00%
Ghi vào sổ tiếp nhận bệnh	97	99.0%	55	98.21%	114	99.13%	270	100.00%
Số lượt thực hiện đúng	1067		602		1257		2969	
Số lượt thực hiện	1078		605		1265		2970	
Tỷ lệ tuân thủ chung	98.98%		99.50%		99.37%		99.97%	

Kết quả chỉ số Tỷ lệ tuân thủ đúng quy trình sóng ngắn tại khoa Vật lý trị liệu trong năm 2023 giao động từ 96,5% 99,3% và năm 2024 từ 99% đến 99,5%. Trong năm 2025, tỷ lệ này vẫn được duy trì ở mức cao từ 98,98% đến 99,97%.

Kết quả trung bình năm 2025 là 99,46%. Đạt mục tiêu đề ra

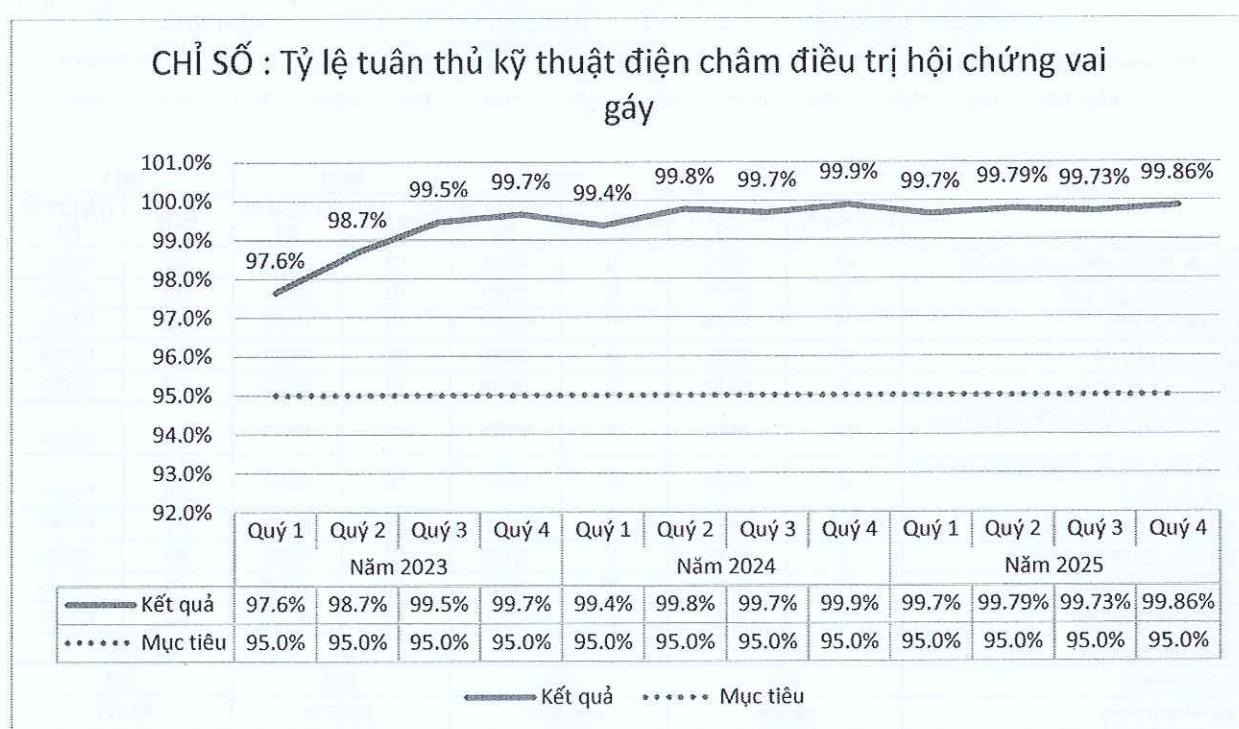
Xu hướng: Tỷ lệ nhân viên tuân thủ đúng quy trình kỹ thuật sóng ngắn có xu hướng tăng cao và ổn định, đặc biệt là từ quý 3 năm 2023 đến hết năm 2025, cho thấy sự tuân thủ nghiêm ngặt của nhân viên y tế.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Khoa tiếp tục theo dõi chỉ số “Tỷ lệ tuân thủ đúng quy trình sóng ngắn”
- Tiếp tục nâng cao tay nghề đào tạo cho đội ngũ NVYT tại khoa về kỹ thuật sóng ngắn nói riêng và các kỹ thuật khác tại khoa nói chung.

CSYDCT23: Tỷ lệ tuân thủ kỹ thuật điện châm điều trị hội chứng vai gáy

Mục tiêu: $\geq 95\%$ Tỷ lệ tuân thủ kỹ thuật điện châm điều trị hội chứng vai gáy



Câu hỏi	Quý 1		Quý 2		Quý 3		Quý 4	
	Số lượt (n=77)	Tỷ lệ tuân thủ (%)	Số lượt (n=75)	Tỷ lệ tuân thủ (%)	Số lượt (n=79)	Tỷ lệ tuân thủ (%)	n=76	Tỷ lệ tuân thủ (%)
1. Bác sĩ trang phục đúng quy định	76	98.7%	75	100.0%	79	100.0%	76	100.0%
2. Chuẩn bị phương tiện: Máy điện châm	77	100.0%	75	100.0%	78	98.7%	76	100.0%
3. Hộp chống sốc	77	100.0%	75	100.0%	79	100.0%	76	100.0%
4. Kim châm cứu vô khuẩn	77	100.0%	75	100.0%	79	100.0%	76	100.0%
5. Khay men, bình tiếp liệu, kelly, bông gòn, cồn 70°	77	100.0%	75	100.0%	79	100.0%	76	100.0%
6. Bình chứa vật sắc nhọn, thùng rác sinh hoạt, thùng rác y tế	77	100.0%	75	100.0%	79	100.0%	76	100.0%
7. Xác định đúng tên bệnh nhân	77	100.0%	75	100.0%	79	100.0%	76	100.0%
8. Giải thích cho bệnh nhân yên tâm. Báo với người bệnh việc sắp làm	76	98.7%	74	98.7%	79	100.0%	76	100.0%
9. Xác định đúng chỉ định điều trị	77	100.0%	75	100.0%	79	100.0%	76	100.0%
10. Người bệnh: Tư thế phù hợp cho người bệnh và thầy thuốc	77	100.0%	75	100.0%	79	100.0%	76	100.0%
11. Sát khuẩn tay nhanh	77	100.0%	75	100.0%	78	98.7%	76	100.0%
12. Xác định huyết áp và sát khuẩn da vùng huyết theo hình xoắn ốc rộng 10 cm từ trong ra ngoài đến khi sạch	77	100.0%	75	100.0%	79	100.0%	76	100.0%
13. Thực hiện kỹ thuật theo công thức huyết đã chỉ định	77	100.0%	75	100.0%	79	100.0%	76	100.0%
14. Thực hiện châm bổ, tả theo bệnh bệnh lý cụ thể	77	100.0%	75	100.0%	79	100.0%	76	100.0%
15. Châm kim qua da nhanh, đẩy kim từ từ theo hướng huyết đã định đến khi đạt đặc khí	77	100.0%	75	100.0%	79	100.0%	76	100.0%
16. Ghi số lượng kim châm cứu trên người bệnh nhân vào phiếu theo dõi	77	100.0%	75	100.0%	79	100.0%	75	98.7%
17. Rút kim	77	100.0%	75	100.0%	79	100.0%	76	100.0%
18. Báo cho bệnh nhân việc đã xong, dặn dò những điều cần biết	75	97.4%	74	98.7%	79	100.0%	76	100.0%
19. Theo dõi BN, thu dọn dụng cụ, rửa tay	76	98.7%	74	98.7%	77	97.5%	75	98.7%
Số lượt thực hiện đúng	1458		1422		1497		1442	
Số lượt thực hiện	1463		1425		1501		1444	
Tỷ lệ tuân thủ chung	99.66%		99.79%		99.73%		99.86%	

Kết quả chỉ số Tỷ lệ tuân thủ kỹ thuật điện châm điều trị hội chứng vai gáy tại khoa Y được cổ truyền trong năm 2023: Quý 1 năm 2023, tỷ lệ này đạt 97.6%, cao hơn mục tiêu đề ra là 95%. Quý 2 năm 2023, tỷ lệ này tăng lên 98.7%. Quý 3 và quý 4 năm 2023, tỷ lệ này tiếp tục tăng lên lần lượt là 99.5% và 99.7%, cho thấy sự cải thiện đáng kể. Năm 2024: Tất cả các quý trong năm 2024 đều đạt tỷ lệ tuân thủ trên 99%, cao hơn đáng kể so với mục tiêu và năm 2023, cao nhất tại quý 4 là 99,9% và thấp nhất là quý 1 là 99,4%.

Tỷ lệ tuân thủ kỹ thuật điện châm điều trị hội chứng vai gáy có xu hướng tăng cao và ổn định, cho thấy sự tuân thủ nghiêm ngặt của nhân viên y tế.

Kết quả trung bình năm 2025 là 99,76%. Đạt mục tiêu đề ra

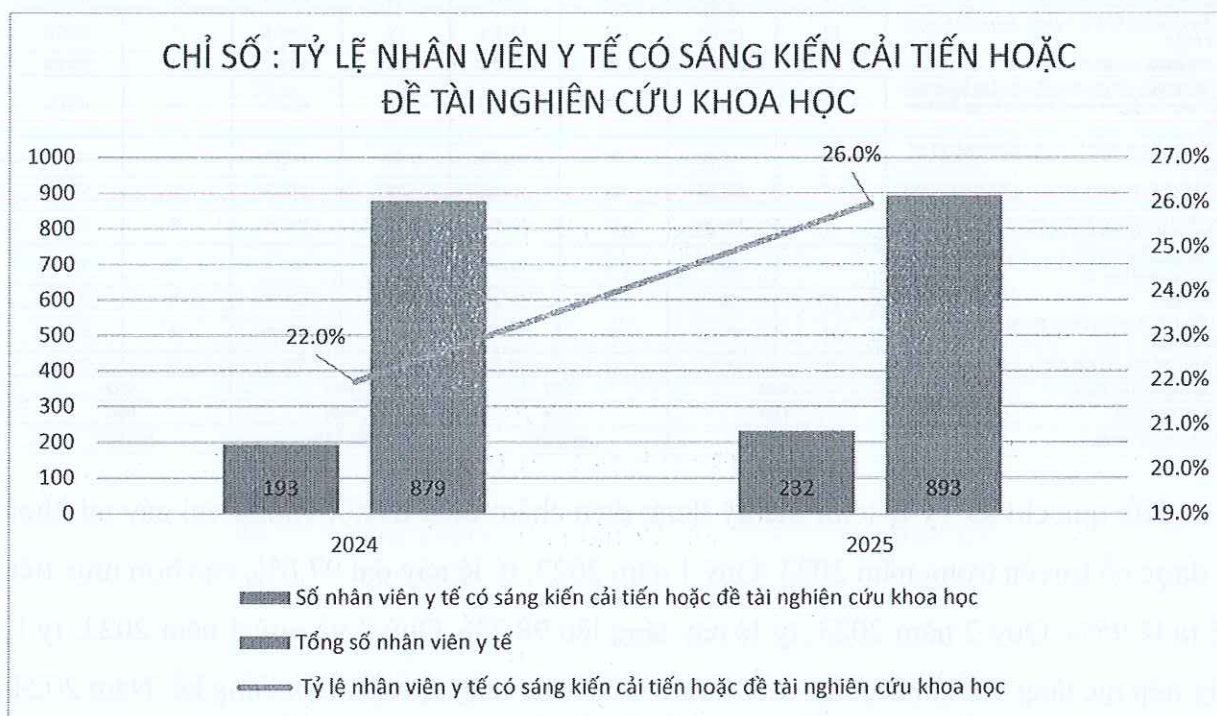
Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Khoa tiếp tục theo dõi chỉ số “Tỷ lệ tuân thủ kỹ thuật điện châm điều trị hội chứng vai gáy”.

- Khuyến khích trao đổi học tập, thực hành; tham gia các buổi tập huấn, cập nhật kiến thức chuyên môn. Tham gia các chương trình đào tạo dài hạn được bệnh viện và khoa đề xuất nhằm nâng cao kiến thức chuyên môn cho nhân viên khoa.

CSCĐT24: Tỷ lệ nhân viên y tế có sáng kiến cải tiến hoặc đề tài nghiên cứu khoa học

Mục tiêu: Tỷ lệ nhân viên y tế có sáng kiến cải tiến hoặc đề tài nghiên cứu khoa học $\geq 22\%$



Kết quả chỉ số Tỷ lệ nhân viên y tế có sáng kiến cải tiến hoặc đề tài nghiên cứu khoa học trong năm 2025 là 26%, kết quả đạt mục tiêu đề ra và cao hơn năm 2024.

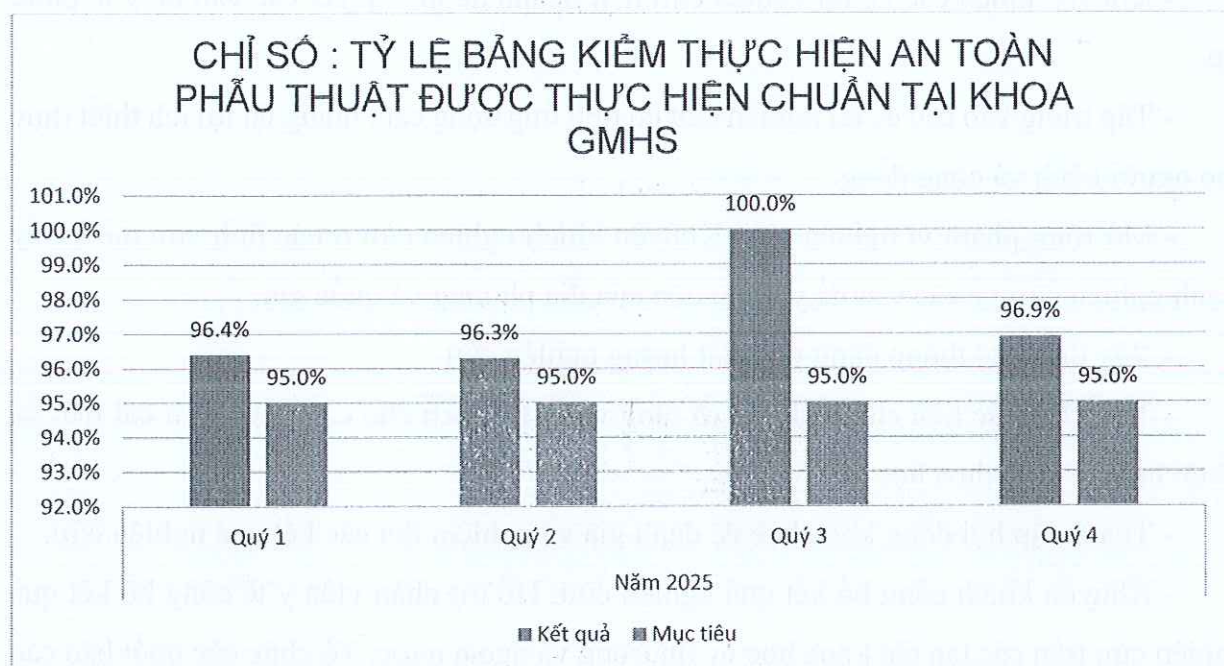
Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Tiếp tục khuyến khích và tạo điều kiện: Duy trì các chính sách khuyến khích, khen thưởng cho các sáng kiến cải tiến và đề tài nghiên cứu khoa học. Tạo điều kiện thuận lợi về thời gian, kinh phí và trang thiết bị cho nhân viên y tế thực hiện nghiên cứu.
- Chia sẻ kinh nghiệm và nhân rộng mô hình thành công: Tổ chức các buổi hội thảo, báo cáo khoa học để chia sẻ kinh nghiệm và kết quả nghiên cứu. Xây dựng các mô hình sáng kiến cải tiến thành công để nhân rộng trong toàn đơn vị.
- Tổ chức các khóa đào tạo về phương pháp nghiên cứu khoa học, thống kê y học, ...
- Khuyến khích nhân viên y tế tham gia các hội nghị, hội thảo khoa học trong và ngoài nước.

- Tăng cường hợp tác nghiên cứu: Xây dựng mạng lưới hợp tác với các đơn vị nghiên cứu, trường đại học,
- Khuyến khích các đề tài nghiên cứu liên ngành để giải quyết các vấn đề y tế phức tạp.
- Tập trung vào các đề tài nghiên cứu có tính ứng dụng cao, mang lại lợi ích thiết thực cho người bệnh và cộng đồng.
- Mở rộng phạm vi nghiên cứu: Khuyến khích nghiên cứu ở các lĩnh vực mới, Đẩy mạnh nghiên cứu về các vấn đề y tế ưu tiên của địa phương và quốc gia.
- Xây dựng hệ thống đánh giá chất lượng nghiên cứu
- Thiết lập các tiêu chí đánh giá rõ ràng và minh bạch cho các sáng kiến cải tiến và đề tài nghiên cứu khoa học.
- Thành lập hội đồng khoa học để đánh giá và nghiệm thu các kết quả nghiên cứu.
- Khuyến khích công bố kết quả nghiên cứu: Hỗ trợ nhân viên y tế công bố kết quả nghiên cứu trên các tạp chí khoa học uy tín trong và ngoài nước. Tổ chức các buổi báo cáo khoa học để giới thiệu các kết quả nghiên cứu cho bệnh viện.

CSGMHS25: Tỷ lệ bảng kiểm an toàn phẫu thuật được thực hiện chuẩn tại khoa Gây mê hồi sức

Mục tiêu: $\geq 95\%$ Tỷ lệ bảng kiểm an toàn phẫu thuật được thực hiện chuẩn tại khoa Gây mê hồi sức



Kết quả chỉ số Tỷ lệ bảng kiểm an toàn phẫu thuật được thực hiện chuẩn tại khoa Gây mê hồi sức cao nhất là quý 3 đạt tuyệt đối 100%, các quý còn lại trong năm đều ở mức gần bằng nhau (96,4%, 96,6% và 96,9%).

Kết quả trung bình năm là 97,41%. Đạt mục tiêu đề ra.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Khoa tiếp tục theo dõi chỉ số “Tỷ lệ bảng kiểm an toàn phẫu thuật được thực hiện chuẩn tại khoa Gây mê hồi sức” để thấy được xu hướng của chỉ số.

- Nâng cao ý thức và năng lực của nhân viên y tế: Tổ chức đào tạo, nhắc lại quy trình an toàn phẫu thuật. Định kỳ đào tạo lại đội ngũ gây mê – hồi sức, phẫu thuật viên, điều dưỡng phòng mổ về vai trò – cách thực hiện – thời điểm kiểm tra của từng mục trong bảng kiểm. Lồng ghép các buổi chia sẻ tình huống sai sót khi không thực hiện đúng bảng kiểm để rút kinh nghiệm.

- Số hóa bảng kiểm và công tác giám sát

CSNTM26: Tỷ lệ người bệnh nội trú được đánh giá nguy cơ té ngã tại khoa Nội tim mạch

Mục tiêu: 100% Tỷ lệ người bệnh nội trú được đánh giá nguy cơ té ngã tại khoa Nội tim mạch

Kết quả chỉ số Tỷ lệ người bệnh nội trú được đánh giá nguy cơ té ngã tại khoa Nội tim mạch trong 4 quý năm 2025 là 100%, và đạt kết quả trung bình là 100%, đạt mục tiêu đề ra .

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Khoa tiếp tục theo dõi chỉ số “Tỷ lệ người bệnh nội trú được đánh giá nguy cơ té ngã tại khoa Nội tim mạch” để thấy được xu hướng của chỉ số.

- Duy trì tỷ lệ đánh giá 100% và nâng cao chất lượng đánh giá: Tiếp tục kiểm tra định kỳ hồ sơ bệnh án. Tăng cường giám sát tỷ lệ ghi chép đúng, đầy đủ nội dung đánh giá té ngã ngay khi nhập viện, đặc biệt trong vòng 24 giờ đầu.

- Tích hợp đánh giá nguy cơ té ngã vào hồ sơ bệnh án điện tử trên hệ thống HIS để điều dưỡng thực hiện dễ dàng hơn, hạn chế bỏ sót.

- Tổ chức các buổi giao ban ca bệnh có nguy cơ té ngã. Giúp cập nhật kịp thời các tình huống bất thường, từ đó nâng cao nhận thức phòng ngừa nguy cơ té ngã trong toàn bộ ekip điều trị.

- Tăng cường đào tạo định kỳ cho nhân viên y tế. Tổ chức chuyên đề về phòng ngừa té ngã, đặc biệt với nhóm bệnh lý tim mạch có rối loạn huyết áp, chóng mặt, hoặc dùng thuốc lợi tiểu.

- Truyền thông giáo dục sức khỏe cho người bệnh và thân nhân. Tạo tờ rơi hoặc bảng hướng dẫn trực quan tại buồng bệnh về cách đi lại an toàn, sử dụng chuông gọi hỗ trợ khi cần. Hướng dẫn người bệnh cách ngồi dậy – đứng lên đúng cách, đặc biệt sau can thiệp tim mạch hoặc truyền dịch kéo dài.

- Cải thiện môi trường vật lý trong khoa: Đảm bảo an toàn khu vực đi lại. Thường xuyên kiểm tra hệ thống tay vịn, đèn chiếu sáng, nền nhà chống trượt, đặc biệt trong nhà vệ sinh, hành lang.



