

BỆNH VIỆN LÊ VĂN THỊNH
HỘI ĐỒNG QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG

Số: 35 /BC-HĐQLCL

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

TP. Hồ Chí Minh, ngày 7 tháng 10 năm 2025

BÁO CÁO

Kết quả thực hiện đánh giá các chỉ số chất lượng Quý III/2025

Kết quả các chỉ số chất lượng quý 3 năm 2025

STT	CHỈ SỐ	Mục tiêu	Kết quả	Đạt	Không đạt
CHỈ SỐ BỆNH VIỆN					
1	Tỷ lệ phẫu thuật loại II trở lên	$\geq 50\%$	61,48	X	
2	Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ	$\leq 2\%$	0	X	
3	Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện (viêm phổi)	$\leq 2\%$	1,4	X	
4	Số sự cố y khoa nghiêm trọng	0 sự cố	1		X
5	Thời gian khám bệnh trung bình của người bệnh.	< 2 giờ	1,05	X	
6	Thời gian nằm viện trung bình (tất cả các bệnh)	< 5 ngày	4,85	X	
7	Công suất sử dụng giường bệnh thực tế	$\geq 85\%$	-	-	-
8	Hiệu suất sử dụng phòng mổ	$\geq 80\%$	112%	X	
9	Tỷ lệ tử vong và tiên lượng tử vong gia đình xin về (tất cả các bệnh)	$< 0,3\%$	0,13	X	
10	Tỷ lệ chuyển lên tuyến trên khám chữa bệnh (tất cả các bệnh)	$< 3\%$	2,32	X	

BỆNH VIỆN
HỘI ĐỒNG

STT	CHỈ SỐ	Mục tiêu	Kết quả	Đạt	Không đạt
11	Tỷ suất tai nạn thương tích do vật sắc nhọn	$< 1\%$	0		
12	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế	$\geq 85\%$	-	-	-
13	Tỷ lệ hài lòng của người bệnh ngoại trú với dịch vụ KCB	$\geq 87\%$	85,19		X
14	Tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú với dịch vụ KCB	$\geq 87\%$	99,04	X	
CHỈ SỐ KHOA/PHÒNG					
1	Thời gian chờ khám trung bình của người bệnh	< 30 phút	29	X	
2	Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế	$\geq 77,8\%$	76		X
3	Tỷ lệ hài lòng của bệnh nhân, thân nhân bệnh nhân vào khoa cấp cứu	$> 80\%$	-	-	-
4	Tỷ lệ từ chối mẫu xét nghiệm tại khoa Hóa sinh	$< 1,5\%$	0,84	X	
5	Tỷ lệ từ chối mẫu xét nghiệm tại khoa Huyết học truyền máu	$< 1,5\%$	0,84	X	
6	Tỷ lệ phiếu yêu cầu xét nghiệm hoàn thành đầy đủ thông tin và chính xác	$\geq 97\%$	98	X	
7	Kết quả nội kiểm tra chất lượng	$\geq 90\%$	100	X	
8	Số lần trang thiết bị hư hỏng	$\leq 1\%$	0	X	

STT	CHỈ SỐ	Mục tiêu	Kết quả	Đạt	Không đạt
9	Tỷ lệ kết quả xét nghiệm được tra đúng và chính xác	$\geq 97\%$	100	X	
10	Tỷ lệ các kết quả xét nghiệm GPB các bệnh lý tiêu hóa được trả đúng hẹn	$> 95\%$	99,67	X	
11	Tỷ lệ người bệnh đạt thị lực tốt sau phẫu thuật đục thủy tinh thể	$\geq 80\%$	95	X	
12	Tỷ lệ các trường hợp mổ để được thực hiện da kề da sau sinh	$\geq 70\%$	85.3	X	
13	Tỷ lệ NVYT được đào tạo ngắn hạn	$\geq 60\%$	-	-	-
14	Tỷ lệ người bệnh nhi chuyển lên tuyến trên khám chữa bệnh (tất cả các bệnh)	$<5\%$	3,8	X	
15	Tỷ lệ người bệnh chuyển lên tuyến trên khám chữa bệnh tại khoa Nội tổng hợp	$<2\%$	1,2	X	
16	Tỷ lệ tuân thủ quy trình tiêm tĩnh mạch của điều dưỡng	$> 90\%$	95,34	X	
17	Tỷ lệ tiêu chí chất lượng bệnh viện mức 4 trở lên	$\geq 90\%$	90	X	
18	Tỷ lệ tuân thủ quy trình nhận diện chính xác người bệnh	$\geq 95\%$	98.97	X	
19	Tỷ lệ báo cáo ADR có đầy đủ các thông tin tối thiểu	$\geq 95\%$	100	X	
20	Tỷ lệ hài lòng chất lượng thăm khám tâm lý, tâm thần tại Khoa Tâm lý lâm sàng	$\geq 80\%$	93,8	X	
21	Tỷ lệ hài lòng người bệnh ngoại trú tại khoa Khám bệnh theo yêu cầu	$\geq 80\%$	-	-	-

IÊN LÊ V.
 QUẢN LÝ C

STT	CHỈ SỐ	Mục tiêu	Kết quả	Đạt	Không đạt
22	Tỷ lệ tuân thủ đúng quy trình kỹ thuật sòng ngắn	$\geq 95\%$	99,37	X	
23	Tỷ lệ tuân thủ kỹ thuật điều trị hội chứng vai gáy	$\geq 95\%$	99,73	X	
24	Tỷ lệ nhân viên y tế có sáng kiến cải tiến hoặc đề tài nghiên cứu khoa học	$\geq 22\%$	-	-	-
25	Tỷ lệ bảng kiểm an toàn phẫu thuật được thực hiện chuẩn tại khoa Gây mê hồi sức	$\geq 95\%$	100	X	
26	Tỷ lệ người bệnh nội trú được đánh giá nguy cơ té ngã tại khoa Nội tim mạch	100%	100	X	

❖ Tổng số chỉ số bệnh viện là 14 chỉ số, trong đó có 7 khoa/phòng chịu trách nhiệm báo cáo chỉ số 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%**).

❖ Tổng chỉ số chất lượng bệnh viện đạt mục tiêu: 10/12 (**đạt mục tiêu: 83,33%**)

+ Chỉ số “Công suất sử dụng giường bệnh thực tế”, và chỉ số “Tỷ lệ hài lòng nhân viên y tế” báo cáo 2 lần/năm (6 tháng và 12 tháng).

+ Chỉ số “Số sự cố y khoa nghiêm trọng” và “Tỷ lệ hài lòng của người bệnh ngoại trú với dịch vụ KCB” chưa đạt mục tiêu chưa đạt mục tiêu đề ra.

❖ Tổng chỉ số chất lượng khoa/phòng đạt mục tiêu: 21/22 (**đạt mục tiêu: 95,5%**)

+ Chỉ số “Tỷ lệ hài lòng của bệnh nhân, thân nhân bệnh nhân vào khoa Cấp cứu”, “Tỷ lệ hài lòng người bệnh ngoại trú tại khoa Khám bệnh theo yêu cầu” và “Tỷ lệ tiêu chí chất lượng bệnh viện mức 4 trở lên” được báo cáo 2 lần/năm. Chỉ số “Tỷ lệ NVYT được đào tạo ngắn hạn” và “Tỷ lệ nhân viên y tế có sáng kiến cải tiến hoặc đề tài nghiên cứu khoa học” được báo cáo theo 12 tháng.

+ Chỉ số “Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế” chưa đạt mục tiêu đề ra.

Phân tích chi tiết theo phụ lục đính kèm.

NGƯỜI BÁO CÁO

PHÒNG QLCL

TM HỘI ĐỒNG QLCL

CHỦ TỊCH

Trần Anh Xuân

Nguyễn Thị Minh Khanh

BỆNH VIỆN LÊ VĂN THỊNH
HỘI ĐỒNG QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG

Trần Anh Xuân

Nguyễn Thị Minh Khanh

Trần Văn Khanh

N THỊNH
CHẤT LƯỢNG

PHỤ LỤC 1

PHÂN TÍCH CÁC CHỈ SỐ CHẤT LƯỢNG QUÝ 3 NĂM 2025

MỤC LỤC

CHỈ SỐ BỆNH VIỆN	8
CSBV01: Tỷ lệ phẫu thuật loại II trở lên	8
CSBV02: Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ	9
CSBV03: Tỷ lệ viêm phổi do nhiễm khuẩn bệnh viện	10
CSBV04: Sự cố y khoa nghiêm trọng	11
CSBV05: Thời gian khám bệnh trung bình của người bệnh	12
CSBV06: Thời gian nằm viện trung bình (tất cả các bệnh)	14
CSBV08: Hiệu suất sử dụng phòng mổ	16
CSBV09: Tỷ lệ tử vong và tiên lượng tử vong gia đình xin về (tất cả các bệnh)	17
CSBV10: Tỷ lệ chuyển lên tuyến trên khám chữa bệnh (tất cả các bệnh)	19
CSBV11: Tỷ suất tai nạn thương tích do vật sắc nhọn	20
CSBV13: Tỷ lệ hài lòng của người bệnh ngoại trú với dịch vụ KCB	22
CSBV14: Tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú với dịch vụ KCB	24
CHỈ SỐ KHOA. PHÒNG:	26
CSKKB01: Thời gian chờ khám bệnh trung bình của người bệnh	26
CSKSNK02: Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế	27
CSHS04: Tỷ lệ mẫu bệnh phẩm nội trú bị từ chối tại khoa Hóa sinh	28
CSHS05: Tỷ lệ mẫu bệnh phẩm nội trú bị từ chối tại khoa Huyết học truyền máu	30
CSVS06: Tỷ lệ phiếu yêu cầu xét nghiệm hoàn thành đầy đủ thông tin chính xác	31
CSVS07: Kết quả nội kiểm tra chất lượng “đạt” $\geq 90\%$	32
CSVS08: Số lần trang thiết bị hư hỏng	33
CSVS09: Tỷ lệ kết quả xét nghiệm được trả đúng và chính xác	35
CSGPB10: Tỷ lệ các kết quả xét nghiệm giải phẫu bệnh các bệnh lý tiêu hóa được trả đúng hẹn	36
CSMAT11: Tỷ lệ người bệnh đạt thị lực tốt sau phẫu thuật đục thủy tinh thể	37
CSSAN12: Tỷ lệ các trường hợp mổ đẻ được thực hiện đầy đủ da kề da trong một giờ đầu sau sinh	38

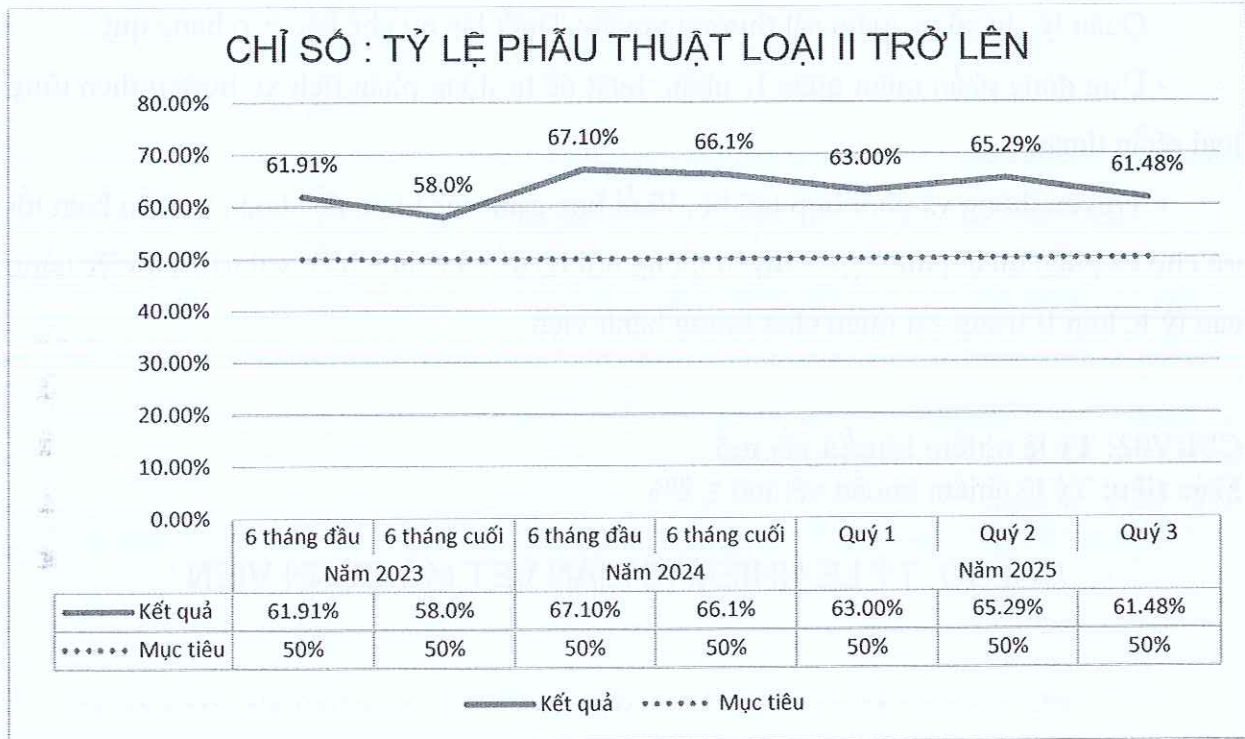


CSNHI14: Tỷ lệ người bệnh nhi chuyển lên tuyến trên khám chữa bệnh (tất cả các bệnh).....	39
CSNTH15: Tỷ lệ người bệnh chuyển lên tuyến trên khám chữa bệnh tại khoa Nội tổng hợp.....	40
CSPĐD16: Tỷ lệ tuân thủ kỹ thuật tiêm tĩnh mạch	42
CSQLCL17: Tỷ lệ tiêu chí chất lượng bệnh viện mức 4 trở lên.....	43
CSNS18: Tỷ lệ tuân thủ quy trình nhận diện chính xác người bệnh (khoa Nội soi)	44
CSDUOC19: Tỷ lệ báo cáo ADR có đầy đủ các thông tin tối thiểu.....	45
CSTLLS20: Tỷ lệ hài lòng người bệnh ngoại trú tại khoa Tâm lý lâm sàng.....	45
CSVLT22: Tỷ lệ tuân thủ đúng quy trình sóng ngắn	46
CSYDCT23: Tỷ lệ tuân thủ kỹ thuật điện châm điều trị hội chứng vai gáy.....	47
CSGMHS25: Tỷ lệ bảng kiểm an toàn phẫu thuật được thực hiện chuẩn tại khoa Gây mê hồi sức	48
CSNTM26: Tỷ lệ người bệnh nội trú được đánh giá nguy cơ té ngã tại khoa Nội tim mạch	49

CHỈ SỐ BỆNH VIỆN

CSBV01: Tỷ lệ phẫu thuật loại II trở lên

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



Kết quả chỉ số Tỷ lệ phẫu thuật loại II trở lên trong năm 2025 thay đổi tần suất báo cáo theo quý nhằm tăng sự theo dõi định kì của tỷ lệ phẫu thuật, phản ánh chất lượng chuyên môn và mức độ can thiệp y khoa ở mức cao. Trong quý 3 năm 2025 kết quả là 61,48% đạt mục tiêu đề ra, kết quả này có sự giảm so với quý 2 cùng năm.

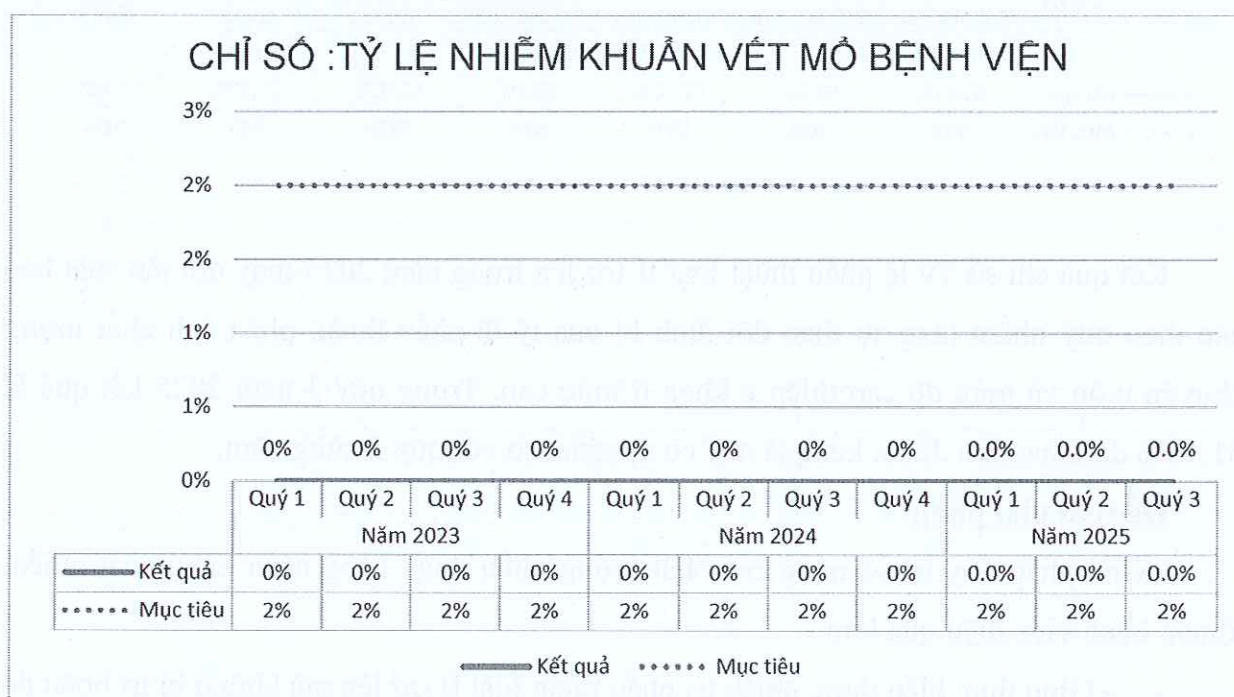
Đề xuất giải pháp:

- Giải pháp duy trì và nâng cao chất lượng phẫu thuật bằng cách kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện hiệu quả hơn
- → Giúp thực hiện được nhiều ca phẫu thuật loại II trở lên mà không bị trì hoãn do nguy cơ nhiễm trùng. Rà soát phân loại phẫu thuật → Đảm bảo phân loại đúng mức độ phẫu thuật, tránh việc đánh giá thiếu. Nâng cao năng lực phẫu thuật viên → Tăng cường tập huấn kỹ thuật, cử đi đào tạo chuyên sâu để đảm nhận nhiều ca phức tạp. Cập nhật chỉ định phẫu thuật kịp thời → Xem xét lại quy trình chỉ định phẫu thuật để không bỏ sót những trường hợp có thể chỉ định sớm hơn.

- Quản lý chỉ số và giám sát thường xuyên: Thiết lập cơ chế báo cáo hàng quý.
- Ứng dụng phần mềm quản lý phẫu thuật để tự động phân tích xu hướng theo từng loại phẫu thuật.
- Truyền thông và phối hợp nội bộ: Phối hợp giữa các khoa để chuẩn bị điều kiện tối ưu cho ca phẫu thuật phức tạp. Truyền thông nội bộ để các khoa hiểu vai trò của việc nâng cao tỷ lệ loại II trong cải thiện chất lượng bệnh viện.

CSBV02: Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ

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



Kết quả chỉ số Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ trong quý 3 năm 2025 là 0%, đạt mục tiêu đề ra. Kết quả này được duy trì từ năm 2023 đến nay.

Đề xuất giải pháp:

- Duy trì các quy trình hiện hành: Tiếp tục duy trì và giám sát nghiêm ngặt việc tuân thủ các quy trình vô khuẩn trong phòng mổ và sau mổ.
- Đào tạo liên tục: Tổ chức các buổi đào tạo, tập huấn định kỳ về vệ sinh tay, kỹ thuật vô khuẩn, chăm sóc vết mổ cho toàn bộ nhân viên y tế (bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên).

- Kiểm soát môi trường: Duy trì việc kiểm tra, khử khuẩn môi trường phòng mổ, các dụng cụ, thiết bị y tế một cách thường xuyên.

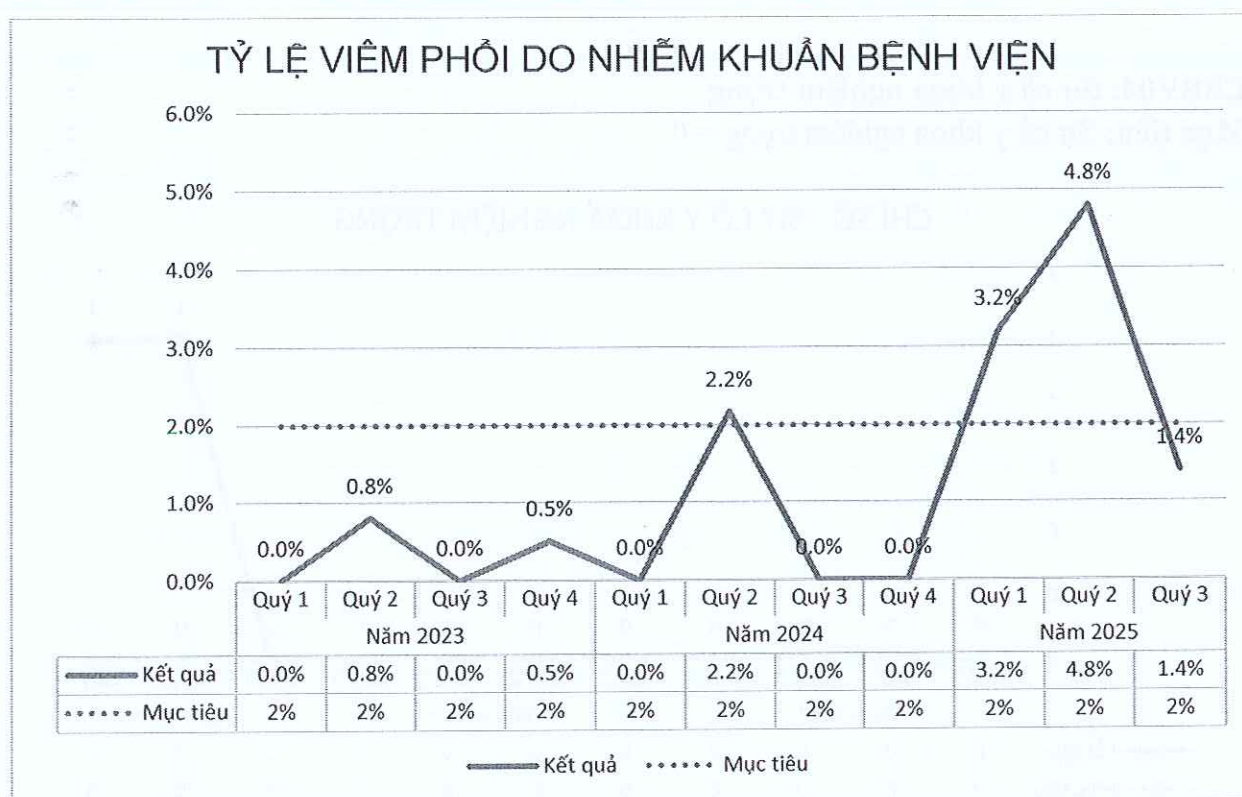
- Cập nhật các phác đồ, hướng dẫn mới nhất về phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ trong nước và trên thế giới.

- Áp dụng các công nghệ mới trong kiểm soát nhiễm khuẩn

- Tiếp tục theo dõi chỉ số này để đảm bảo tính bền vững của kết quả.

CSBV03: Tỷ lệ viêm phổi do nhiễm khuẩn bệnh viện

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



Kết quả chỉ số Tỷ lệ viêm phổi do nhiễm khuẩn bệnh viện trong quý 3 năm 2025 là 1,4%, đạt mục tiêu đề ra, và thấp hơn so với quý 1 và 2 cùng năm. Tuy nhiên, nếu so sánh cùng kì quý 3 các năm, trong năm là cao nhất vì thế cần có các biện pháp can thiệp kịp thời để ngăn chặn sự tăng trưởng của chỉ số này trong các quý tiếp theo trong năm.

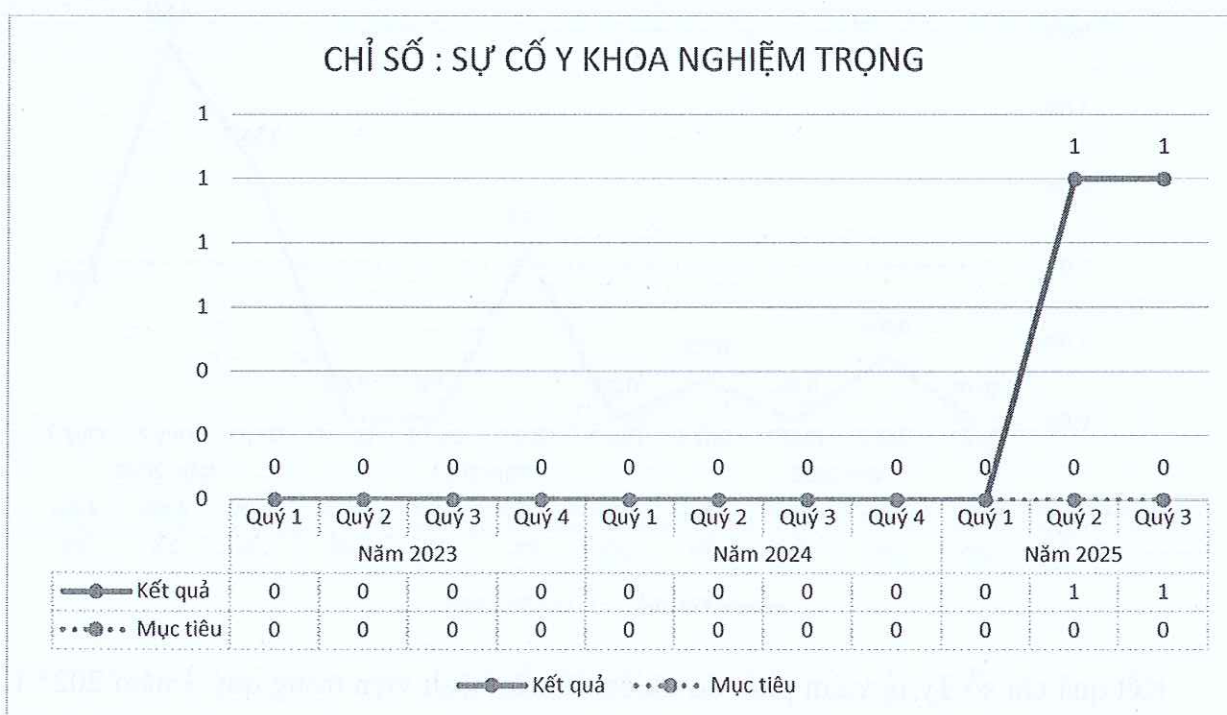
Đề xuất giải pháp:

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

- Tăng cường tuân thủ thực hành vệ sinh tay và các biện pháp, hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn khác.
- Thực hiện nghiêm ngặt quy trình vô khuẩn: cọ rửa dụng cụ, khử khuẩn và tiệt khuẩn dụng cụ đúng quy trình.
- Bệnh nhân mắc bệnh truyền nhiễm hoặc nghi ngờ có nguy cơ lây truyền bệnh đều được nằm ở phòng cách ly.

CSBV04: Sự cố y khoa nghiêm trọng

Mục tiêu: Sự cố y khoa nghiêm trọng = 0



Kết quả chỉ số Sự cố y khoa nghiêm trọng trong quý 3 là 1 sự cố, không đạt mục tiêu đề ra. So với các năm trước, năm nay có sự cố y khoa nghiêm trọng cao nhất.

Đề xuất giải pháp:

- 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.

- 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 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.

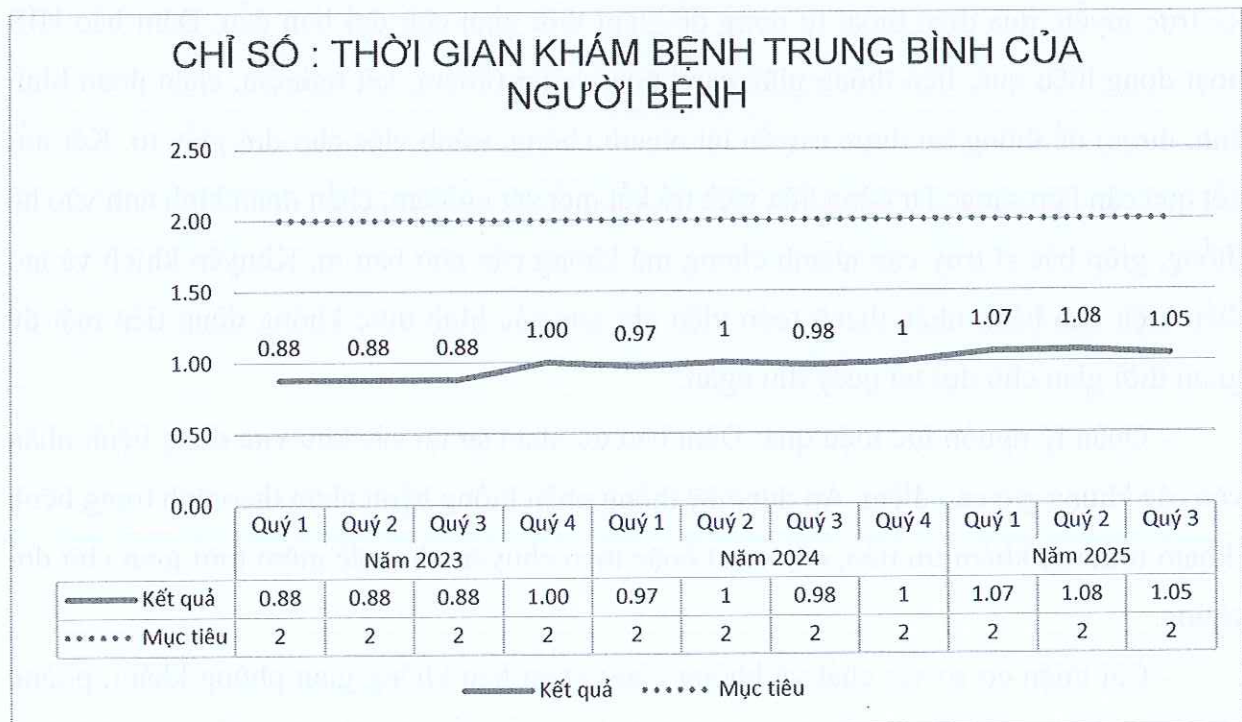
- Chuẩn hóa quy trình và tuân thủ chặt chẽ: Xây dựng quy trình chuẩn cho tất cả các hoạt động y tế quan trọng. Thường xuyên kiểm tra, đánh giá mức độ tuân thủ các quy trình của NVYT.

- 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 người bệnh < 2 giờ



Kết quả chỉ số về Thời gian khám bệnh trung bình của người bệnh trong quý 3 năm 2025 là 1,05 giờ, đạt mục tiêu đề ra, có sự giảm so với quý 1 và quý 2 cùng năm. Tuy nhiên nếu so sánh cùng kì quý 3 theo các năm, kết quả trong năm nay là cao nhất và thấy rõ xu hướng tăng từ năm 2024 đến nay. Vì thế, cần có các biện pháp cải thiện thời gian khám bệnh của người bệnh để đạt được các mục tiêu theo quy định của Bộ y tế, đồng thời tăng sự hài lòng của người bệnh với dịch vụ khám chữa bệnh

Đề xuất phương hướng hoạt động:

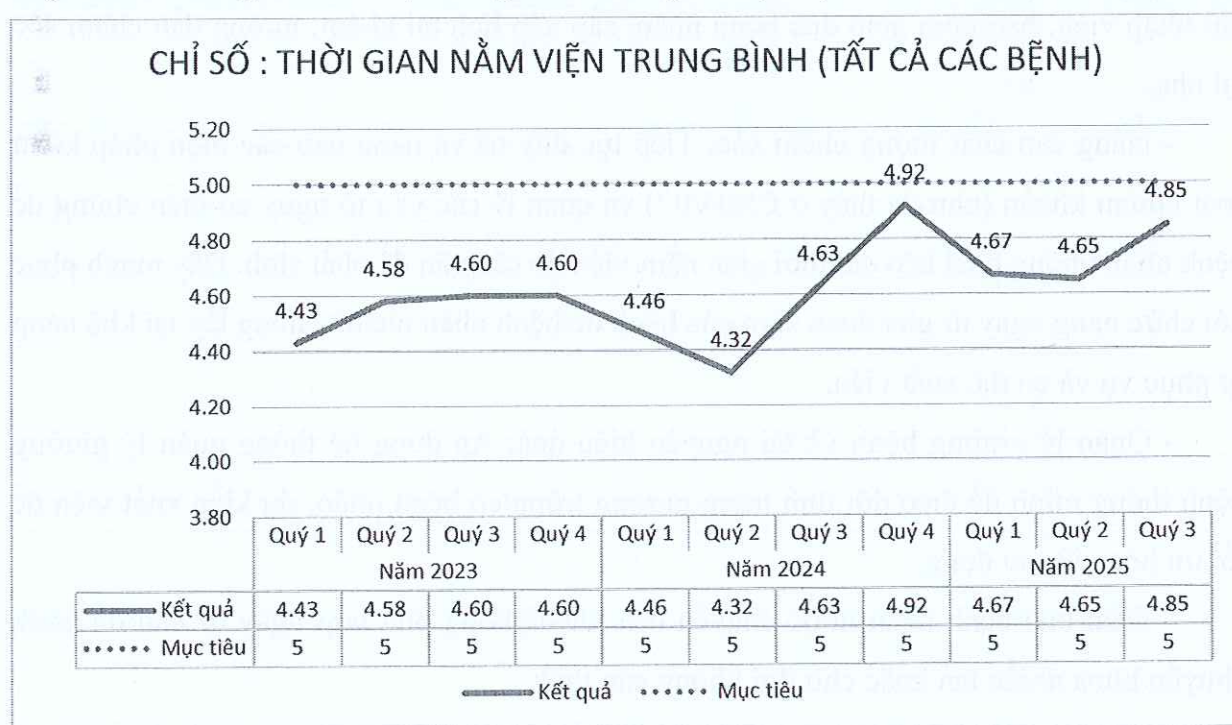
- Duy trì và tối ưu hóa quy trình hiện có:
- Đánh giá lại quy trình: Thường xuyên rà soát các bước trong quy trình khám bệnh (từ tiếp đón, đăng ký, khám lâm sàng, cận lâm sàng, trả kết quả, thanh toán có thể tối ưu hóa. Đảm bảo tất cả nhân viên tuân thủ các quy trình chuẩn đã được thiết lập để tránh 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) trong quý 3 năm 2025 là 4,85 ngày, đạt mục tiêu đề ra. Tuy nhiên, trong quý 3 có sự tăng mạnh so với quý 1 và quý 2 đầu năm và tăng khi so sánh cùng kỳ quý 3 các năm trước.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Phân tích nguyên nhân tăng thời gian nằm viện: Xác định xem sự gia tăng thời gian nằm viện tập trung vào nhóm bệnh lý nào hoặc khoa phòng nào cụ thể. Điều này giúp xác định vấn đề trọng tâm. Xem xét yếu tố liên quan như quy trình chẩn đoán/điều trị, công

suất hoạt động, biến chứng/nhiễm khuẩn mắc phải khiến bệnh nhân phải nằm viện lâu hơn để điều trị, yếu tố xã hội/hành chính, cung ứng vật tư/thuốc, tay nghề/kinh nghiệm bác sĩ/điều dưỡng.

- Tối ưu hóa quy trình chẩn đoán và điều trị: Rút ngắn thời gian chờ cận lâm sàng. Tổ chức hội chẩn liên chuyên khoa nhanh chóng khi cần thiết để đưa ra quyết định điều trị sớm. Đảm bảo bác sĩ tuân thủ các phác đồ điều trị chuẩn, cập nhật, hiệu quả, giúp bệnh nhân hồi phục nhanh chóng. Bắt đầu chuẩn bị kế hoạch xuất viện cho bệnh nhân ngay từ khi nhập viện, bao gồm giáo dục bệnh nhân, sắp xếp lịch tái khám, hướng dẫn chăm sóc tại nhà.

- Nâng cao chất lượng chăm sóc: Tiếp tục duy trì và nâng cao các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn (như đã thấy ở CSBV02) và quản lý các yếu tố nguy cơ biến chứng để bệnh nhân không phải kéo dài thời gian nằm viện do các vấn đề phát sinh. Đẩy mạnh phục hồi chức năng ngay từ giai đoạn sớm của bệnh để bệnh nhân nhanh chóng lấy lại khả năng tự phục vụ và có thể xuất viện.

- Quản lý giường bệnh và tài nguyên hiệu quả: Áp dụng hệ thống quản lý giường bệnh thông minh để theo dõi tình trạng giường trống/có bệnh nhân, dự kiến xuất viện để tối ưu hóa việc sử dụng.

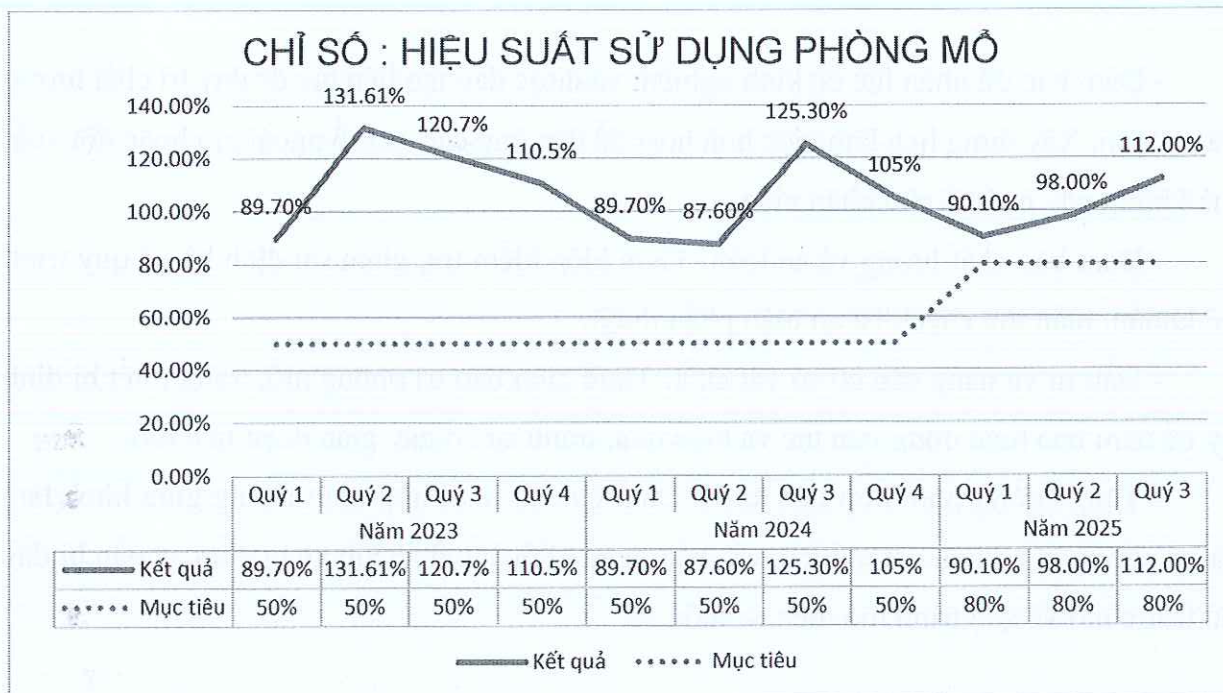
- Đảm bảo bệnh nhân được chuyển đến khoa/phòng phù hợp ngay từ đầu để tránh chuyển khoa nhiều lần hoặc chờ đợi không cần thiết.

- Công nghệ và thông tin: Sử dụng HIS để theo dõi chặt chẽ quá trình điều trị của bệnh nhân, phát hiện các điểm tắc nghẽn hoặc chậm trễ. Sử dụng dữ liệu từ HIS để tạo báo cáo chi tiết về thời gian nằm viện theo từng bệnh, từng bác sĩ, từng khoa để nhận diện các điểm cần cải thiện.

- Bác sĩ, điều dưỡng và các khoa phòng liên quan cần có sự trao đổi thông tin thường xuyên về tình trạng bệnh nhân và kế hoạch điều trị/xuất viện. Giải thích rõ ràng cho bệnh nhân và người nhà về tình trạng bệnh, quá trình điều trị dự kiến và thời gian nằm viện ước tính để họ có thể chủ động phối hợp.

CSBV08: Hiệu suất sử dụng phòng mổ

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



Kết quả chỉ số Hiệu suất sử dụng phòng mổ trong quý 3 năm 2025 là 112%, đạt mục tiêu đề ra. Bệnh viện đạt mục tiêu 50% trong 2 năm liên tục vì thế năm 2025, mục tiêu đề xuất tăng lên 80%. So sánh cùng kì quý 3 các năm cho thấy năm nay có kết quả thấp nhất và có tăng so với quý 1 và quý 2 đầu năm.

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.

- Duy trì và tối ưu hóa quy trình quản lý lịch mổ: Sử dụng phần mềm quản lý lịch mổ tiên tiến để tối ưu hóa việc xếp lịch, giảm thiểu thời gian trống giữa các ca, và quản lý các loại mổ. Dựa trên dữ liệu lịch sử và xu hướng bệnh tật, dự đoán nhu cầu sử dụng phòng mổ để phân bổ nguồn lực (nhân sự, vật tư) phù hợp. Rút ngắn thời gian giữa các ca mổ bằng cách tối ưu hóa việc dọn dẹp, chuẩn bị dụng cụ, và chuẩn bị bệnh nhân cho ca tiếp theo.

- Đảm bảo đủ nhân lực có kinh nghiệm và được đào tạo liên tục để duy trì chất lượng và an toàn. Xây dựng lịch làm việc linh hoạt để đáp ứng các ca mổ ngoài giờ hoặc đột xuất mà không gây quá tải cho nhân viên.

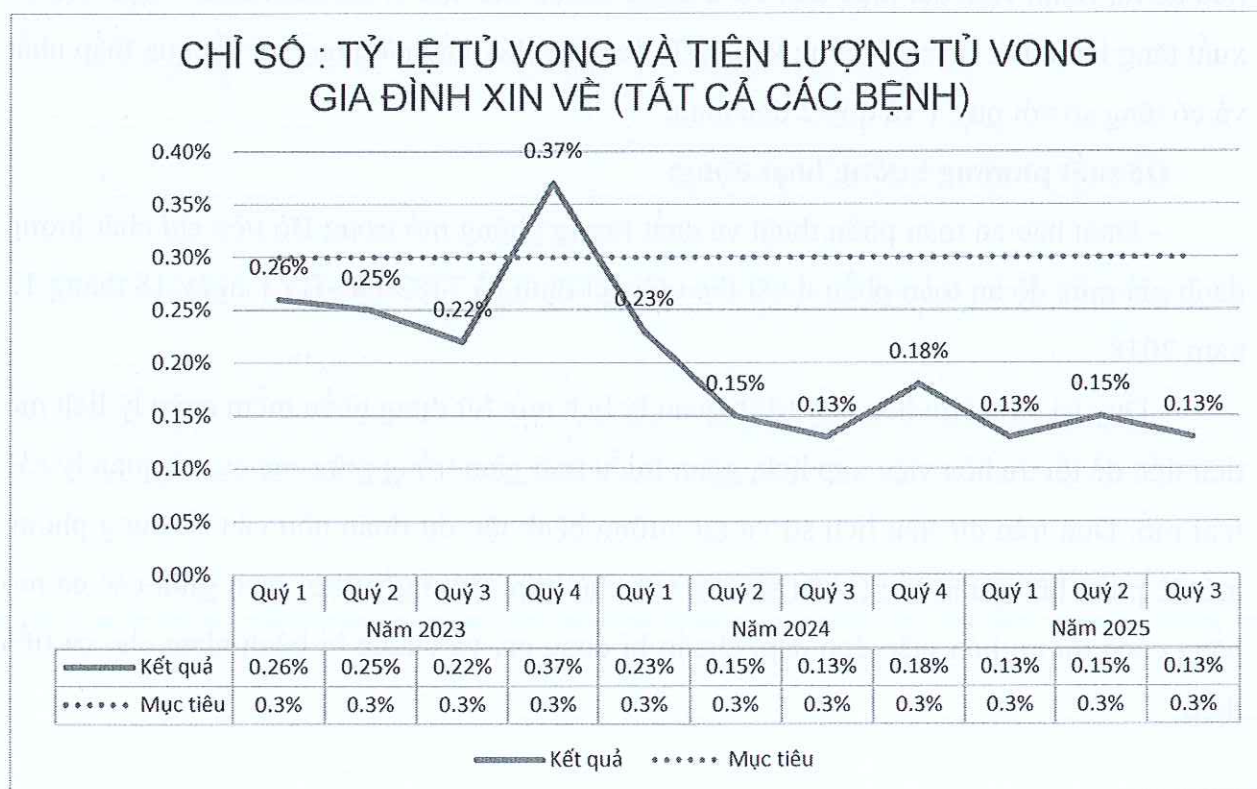
- Đảm bảo chất lượng và an toàn: Thực hiện kiểm tra, giám sát định kỳ về quy trình vô khuẩn, tuân thủ checklist an toàn phẫu thuật.

- Đầu tư và nâng cấp cơ sở vật chất: Thực hiện bảo trì phòng mổ, trang thiết bị định kỳ để đảm bảo hoạt động liên tục và hiệu quả, tránh sự cố gây gián đoạn lịch mổ.

- Tăng cường phối hợp liên khoa: Đảm bảo sự phối hợp nhịp nhàng giữa khoa lâm sàng, phòng mổ, khoa xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh để bệnh nhân được chuẩn bị đầy đủ trước mổ và quá trình mổ diễn ra suôn sẻ.

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%



Kết quả chỉ số Tỷ lệ tử vong và tiên lượng tử vong gia đình xin về (tất cả các bệnh) trong quý 3 năm 2025 là 0,13% đạt mục ra, kết quả bằng với quý 1 cùng năm và quý 3 năm 2024.

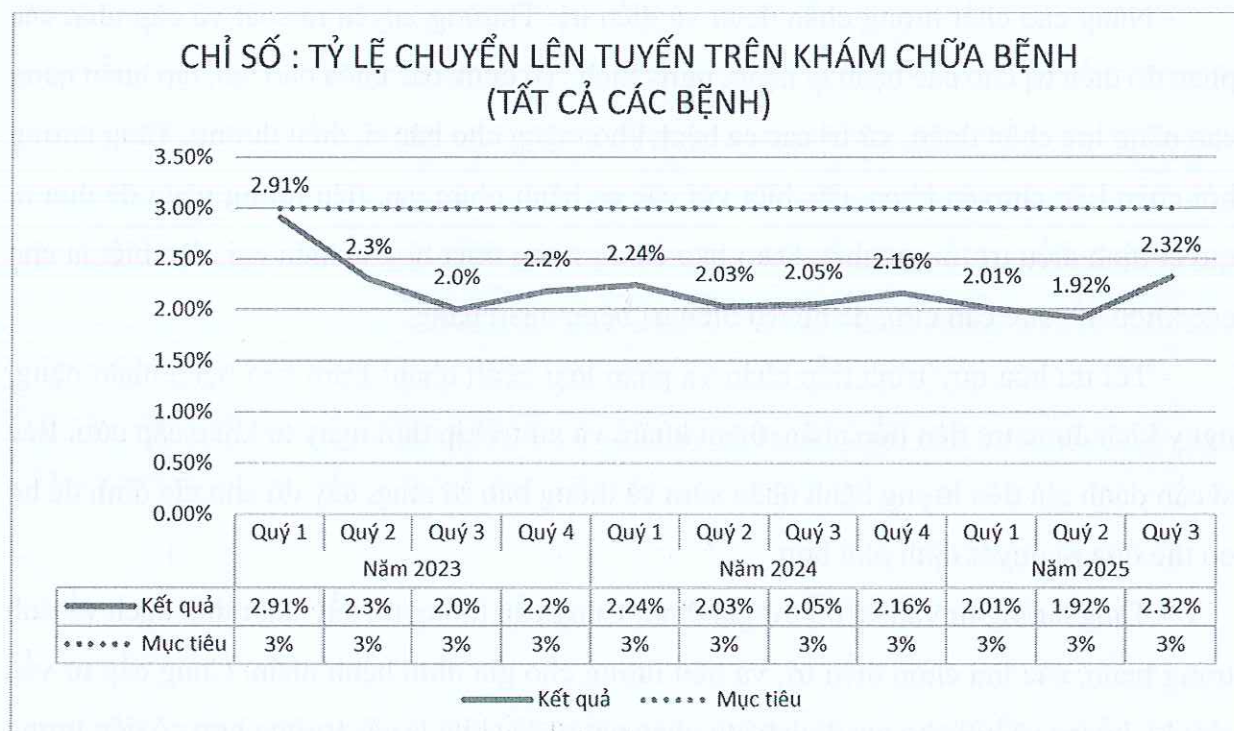
Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị: Thường xuyên rà soát và cập nhật các phác đồ điều trị cho các bệnh lý nặng, nguy kịch. Tổ chức các khóa đào tạo, tập huấn nâng cao năng lực chẩn đoán, xử trí các ca bệnh khó, nặng cho bác sĩ, điều dưỡng. Tăng cường hội chẩn liên chuyên khoa, đặc biệt với các ca bệnh phức tạp, tiên lượng nặng để đưa ra quyết định điều trị tối ưu nhất. Đảm bảo có đủ trang thiết bị y tế hiện đại, đặc biệt là cho các khoa hồi sức cấp cứu, để hỗ trợ điều trị bệnh nhân nặng.

- Tối ưu hóa quy trình tiếp nhận và phân loại bệnh nhân: Đảm bảo bệnh nhân nặng, nguy kịch được ưu tiên tiếp nhận, thăm khám và xử trí kịp thời ngay từ khâu cấp cứu. Bác sĩ cần đánh giá tiên lượng bệnh nhân sớm và thông báo rõ ràng, đầy đủ cho gia đình để họ có thể đưa ra quyết định phù hợp.

- Tăng cường tư vấn và hỗ trợ gia đình: Cung cấp thông tin đầy đủ, minh bạch về tình trạng bệnh, các lựa chọn điều trị, và tiên lượng cho gia đình bệnh nhân. Cung cấp tư vấn tâm lý, hỗ trợ xã hội cho gia đình bệnh nhân nặng, đặc biệt là các trường hợp có tiên lượng xấu, để họ đưa ra quyết định dựa trên thông tin đầy đủ và sự hỗ trợ cần thiết. Đảm bảo quy trình cho bệnh nhân xin về được thực hiện đúng quy định, có sự tư vấn đầy đủ về rủi ro và hướng dẫn chăm sóc tại nhà.

- Hệ thống báo cáo và học hỏi: Tiếp tục khuyến khích báo cáo mọi trường hợp tử vong hoặc xin về để phân tích và học hỏi. Tổ chức các buổi họp kiểm thảo tử vong định kỳ, có sự tham gia của các chuyên gia để rút kinh nghiệm và cải thiện chất lượng điều trị.

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%

Kết quả chỉ số Tỷ lệ chuyển lên tuyến trên khám chữa bệnh (tất cả các bệnh) trong quý 3 năm 2025 là 2,32%, đạt mục tiêu đề ra. So sánh với quý 3 các năm, nhận thấy năm nay có kết quả cao nhất và cũng là quý cao nhất trong năm 2025.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Duy trì và nâng cao năng lực chuyên môn: Tiếp tục đầu tư vào đào tạo, tập huấn nâng cao trình độ chuyên môn, kỹ thuật cho đội ngũ y bác sĩ, điều dưỡng. Đặc biệt là các kỹ thuật mới, chuyên sâu để có thể điều trị thêm các bệnh lý phức tạp tại chỗ. Đảm bảo đội ngũ y tế thường xuyên cập nhật các phác đồ điều trị, hướng dẫn chẩn đoán mới nhất từ Bộ Y tế và các tổ chức y tế uy tín. Nếu có thể, xem xét phát triển một số chuyên khoa mũi nhọn hoặc chuyên sâu mà bệnh viện có lợi thế để thu hút bệnh nhân và giảm nhu cầu chuyển tuyến.

- Đầu tư trang thiết bị và cơ sở vật chất: Đầu tư, nâng cấp các thiết bị chẩn đoán và điều trị hiện đại, phù hợp với định hướng phát triển chuyên môn của bệnh viện. Điều này giúp chẩn đoán chính xác hơn và điều trị hiệu quả hơn, giảm nhu cầu chuyển tuyến do thiếu phương tiện.

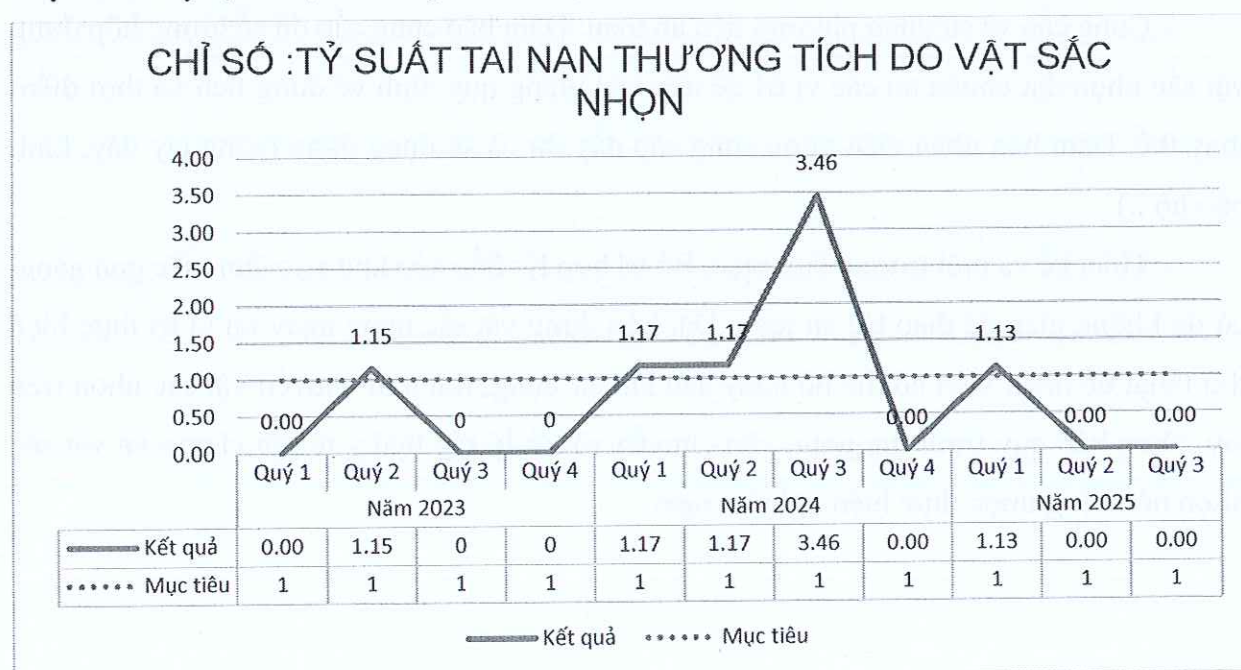
- Tối ưu hóa quy trình chẩn đoán và điều trị: Tăng cường các buổi hội chẩn liên chuyên khoa, đặc biệt với các trường hợp bệnh khó, phức tạp để tìm ra giải pháp điều trị tối ưu nhất tại bệnh viện. Đảm bảo các phác đồ chẩn đoán và điều trị được chuẩn hóa, áp dụng nhất quán trong toàn bệnh viện để nâng cao hiệu quả điều trị. Áp dụng hệ thống quản lý ca bệnh chặt chẽ để theo dõi sát sao tình trạng bệnh nhân, có kế hoạch điều trị rõ ràng và ra quyết định chuyển tuyến kịp thời nhưng cũng hợp lý.

- Kiểm soát và phân tích các trường hợp chuyển tuyến: Định kỳ phân tích chi tiết các trường hợp đã chuyển tuyến để xác định liệu có những trường hợp nào có thể điều trị được tại bệnh viện nếu có sự cải thiện về nguồn lực hoặc chuyên môn. Phân biệt chuyển tuyến hợp lý và không hợp lý: Đánh giá xem các trường hợp chuyển tuyến có thực sự cần thiết hay không, hay do thiếu khả năng chẩn đoán/điều trị tại bệnh viện.

- Tăng cường thông tin và giáo dục bệnh nhân: Giải thích rõ ràng cho bệnh nhân và gia đình về tình trạng bệnh, khả năng điều trị tại bệnh viện và lý do nếu cần chuyển tuyến, giúp họ hiểu và hợp tác. Duy trì chất lượng dịch vụ và truyền thông tốt để xây dựng niềm tin của người dân vào năng lực của bệnh viện, giảm thiểu tình trạng bệnh nhân tự ý xin chuyển tuyến không cần thiết.

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

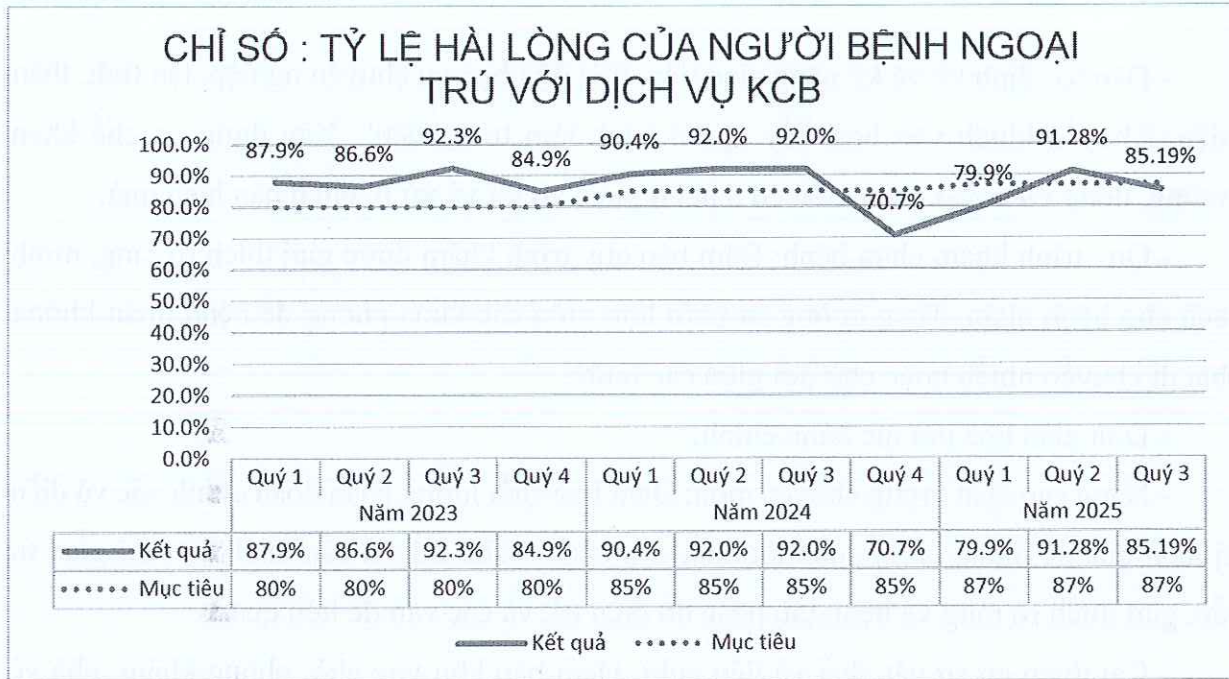
Mục tiêu: Tỷ lệ tai nạn thương tích do vật sắc nhọn < 1‰



Kết quả chỉ số tỷ suất tai nạn thương tích do vật sắc nhọn trong quý 3 năm 2025 là 0%, đạt mục tiêu đề ra, duy trì kết quả từ quý 2 đến nay.

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.
- Đào tạo và nâng cao nhận thức: Tổ chức các buổi đào tạo định kỳ, bắt buộc về an toàn tiêm truyền, xử lý vật sắc nhọn, sử dụng phương tiện bảo hộ cá nhân. Nâng cao nhận thức về nguy cơ phơi nhiễm với các bệnh lây truyền qua đường máu (HIV, HBV, HCV) khi bị vật sắc nhọn đâm. Huấn luyện kỹ thuật an toàn khi thực hiện các thủ thuật có sử dụng vật sắc nhọn (không tái lắp kim, sử dụng kẹp gấp vật sắc nhọn, sử dụng hộp đựng vật sắc nhọn đúng cách).
- Quy trình xử lý sau phơi nhiễm: Đảm bảo có quy trình rõ ràng, nhanh chóng cho việc xử lý sau khi xảy ra tai nạn (khử khuẩn vết thương, báo cáo, xét nghiệm, điều trị dự phòng).
- Cung cấp và sử dụng phương tiện an toàn: Đảm bảo cung cấp đủ số lượng hộp đựng vật sắc nhọn đạt chuẩn tại các vị trí dễ tiếp cận, đúng quy định về dung tích và thời điểm thay thế. Đảm bảo nhân viên được cung cấp đầy đủ và sử dụng đúng (găng tay dày, kính bảo hộ...).
- Thiết kế và môi trường làm việc: Bố trí hợp lý: Sắp xếp khu vực làm việc gọn gàng, có đủ không gian để thao tác an toàn. Đặt hộp đựng vật sắc nhọn ngay tại vị trí thực hiện thủ thuật để nhân viên có thể bỏ ngay sau khi sử dụng, tránh di chuyển vật sắc nhọn trên tay. Đảm bảo quy trình thu gom, vận chuyển và xử lý rác thải y tế nói chung và vật sắc nhọn nói riêng được thực hiện nghiêm ngặt.

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 Tỷ lệ hài lòng người bệnh ngoại trú trong quý 3 năm 2025 là 85,19%, chưa đạt mục tiêu đề ra. So sánh cùng kỳ quý 3 các năm, cho thấy năm nay có kết quả thấp nhất và thấp hơn quý 2 cùng năm. Mục tiêu trong năm 2025, tăng lên là 87% tỷ lệ hài lòng (theo kế hoạch cải tiến chất lượng năm 2025).

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.

- Xem xét các yếu tố khách quan: Thay đổi nhân sự, vấn đề cơ sở hạ tầng, thay đổi quy định/chính sách,...

- Giải pháp tổng thể và cụ thể để cải thiện và duy trì sự hài lòng: Giảm thời gian chờ đợi, tối ưu hóa quy trình đăng ký, khám, xét nghiệm, lấy thuốc (như đã đề xuất cho CSBV05), áp dụng hệ thống lấy số tự động, đặt lịch hẹn online/quia điện thoại, tăng cường nhân sự vào giờ cao điểm, cung cấp thông tin dự kiến thời gian chờ, thái độ phục vụ của nhân viên:

BỆNH VIỆN
HỘI ĐỒNG QUẢN LÝ

THỊNH
ẤT LƯỢNG

- Đào tạo định kỳ về kỹ năng giao tiếp, thái độ phục vụ chuyên nghiệp, tận tình, thân thiện. Khuyến khích văn hóa "lấy người bệnh làm trung tâm". Xây dựng cơ chế khen thưởng, động viên cho nhân viên có thái độ phục vụ tốt và xử lý phản nàn hiệu quả.

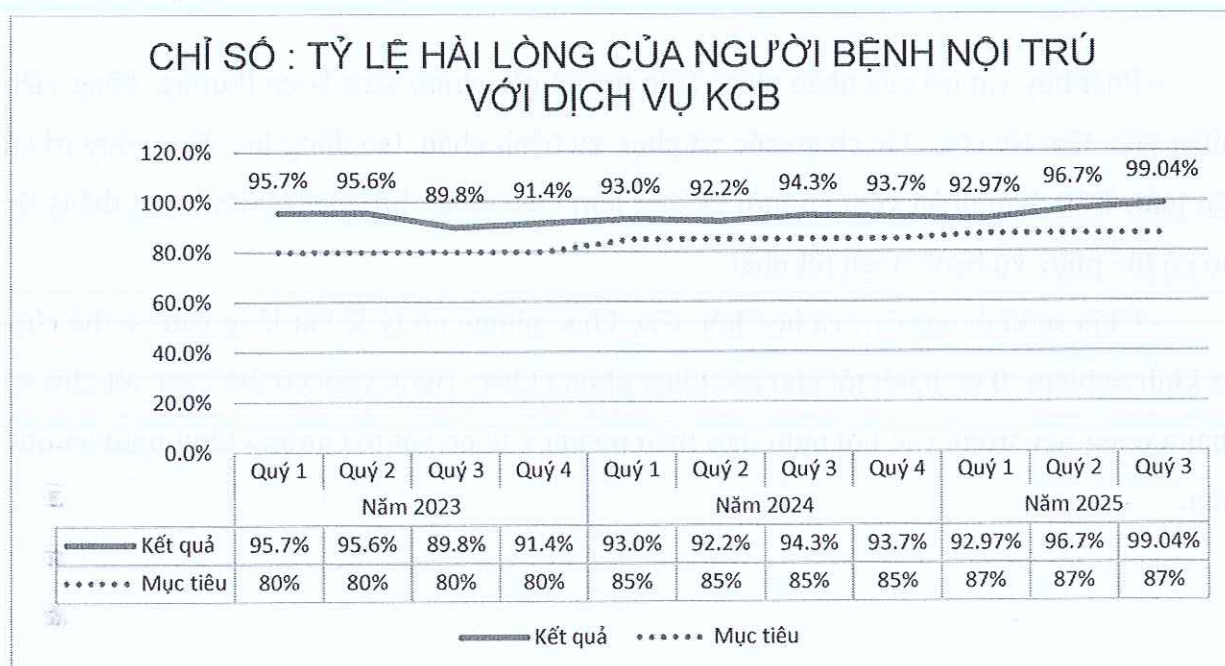
- Quy trình khám chữa bệnh: Đảm bảo quy trình khám được giải thích rõ ràng, minh bạch cho bệnh nhân. Tăng cường sự phối hợp giữa các khoa phòng để bệnh nhân không phải di chuyển nhiều hoặc chờ đợi giữa các bước.

- Đơn giản hóa thủ tục hành chính.

- Nâng cao chất lượng chuyên môn: Đảm bảo chất lượng chẩn đoán chính xác và điều trị hiệu quả để mang lại kết quả tốt nhất cho bệnh nhân. Bác sĩ cần dành đủ thời gian tư vấn, giải thích rõ ràng về bệnh tật, phác đồ điều trị, và các vấn đề liên quan.

- Cải thiện cơ sở vật chất và tiện nghi: Đảm bảo khu vực chờ, phòng khám, nhà vệ sinh luôn sạch sẽ, thoáng mát, đủ ánh sáng. Cung cấp đầy đủ ghế ngồi, nước uống, quạt/điều hòa, wifi, bảng chỉ dẫn rõ ràng.

- Hệ thống thu thập và xử lý phản hồi: Duy trì và đa dạng hóa các kênh thu thập ý kiến (hộp thư góp ý, khảo sát online/trực tiếp, đường dây nóng, fanpage...). Thiết lập quy trình xử lý phản hồi, khiếu nại nhanh chóng, minh bạch và hiệu quả, có phản hồi lại cho người bệnh (nếu có thể).

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 hài lòng người bệnh nội trú trong quý 3 năm 2025 là 99,04%, đạt mục tiêu đề ra. So sánh quý 3 các năm, kết quả năm nay là cao nhất và cao nhất trong năm. Mục tiêu trong năm 2025, tăng lên là 87% tỷ lệ hài lòng (theo kế hoạch cải tiến chất lượng năm 2025).

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Liên tục cải tiến trải nghiệm bệnh nhân: Tìm hiểu sâu hơn nhu cầu và mong muốn của từng nhóm bệnh nhân nội trú để có thể cung cấp dịch vụ cá nhân hóa hơn nữa. Nâng cao tiện ích và môi trường: Tiếp tục đầu tư vào cơ sở vật chất, tiện nghi trong phòng bệnh và khu vực chung (không gian xanh, phòng sinh hoạt chung, thư viện...).

- Tăng cường giao tiếp và giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân/gia đình: Đảm bảo bệnh nhân và gia đình luôn được cung cấp thông tin đầy đủ, kịp thời và dễ hiểu về tình trạng bệnh, quá trình điều trị, thuốc men, chi phí và kế hoạch xuất viện. Khuyến khích nhân viên y tế lắng nghe chủ động các băn khoăn, lo lắng của bệnh nhân và gia đình để giải đáp và hỗ trợ kịp thời. Tăng cường các chương trình giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân nội trú về cách tự chăm sóc sau khi xuất viện, chế độ dinh dưỡng, và dấu hiệu cần tái khám.

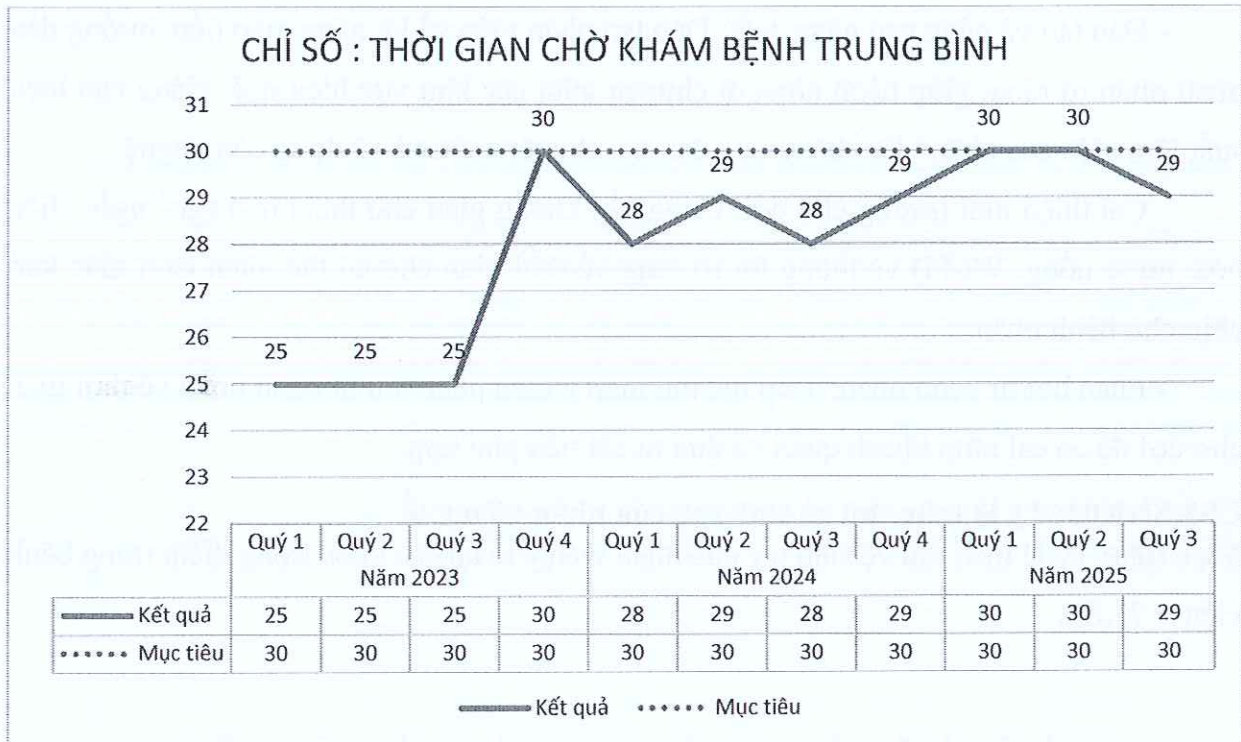
- Phát huy vai trò của nhân viên: Tiếp tục có các chính sách khen thưởng, động viên nhân viên làm tốt công tác chăm sóc và phục vụ bệnh nhân, tạo động lực để họ duy trì sự tận tâm. Đảm bảo nhân viên có môi trường làm việc thuận lợi, giảm thiểu căng thẳng để họ có thể phục vụ bệnh nhân tốt nhất.

- Chia sẻ kinh nghiệm và học hỏi: Các khoa phòng có tỷ lệ hài lòng cao có thể chia sẻ kinh nghiệm, thực hành tốt cho các khoa phòng khác. Bệnh viện có thể xem xét chia sẻ thành công này trong các hội nghị, hội thảo ngành y tế để lan tỏa những kinh nghiệm quý báu.

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 của người bệnh trong quý 3 năm 2025 là 29 phút, đạt mục tiêu đề ra. Dù có sự giảm so với quý 1 và quý 2 đầu năm nhưng khi so sánh với quý 3 các năm, nhận thấy năm nay có thời gian chờ trung bình của người bệnh cao nhất. Vì thế cần phải có các biện pháp khắc phục và ngăn chặn sự tăng lên của chỉ số trong các quý tiếp theo.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Tối ưu hóa quy trình tiếp đón và đăng ký: Tăng cường số lượng quầy/nhân viên đăng ký vào giờ cao điểm. Khuyến khích và đơn giản hóa quy trình đăng ký trực tuyến hoặc qua điện thoại.
- Quản lý luồng bệnh nhân trong phòng khám: Phân bổ bác sĩ/phòng khám linh hoạt theo lượng bệnh nhân thực tế. Đảm bảo việc trả kết quả cận lâm sàng nhanh chóng để tránh bệnh nhân phải chờ đợi kết quả.

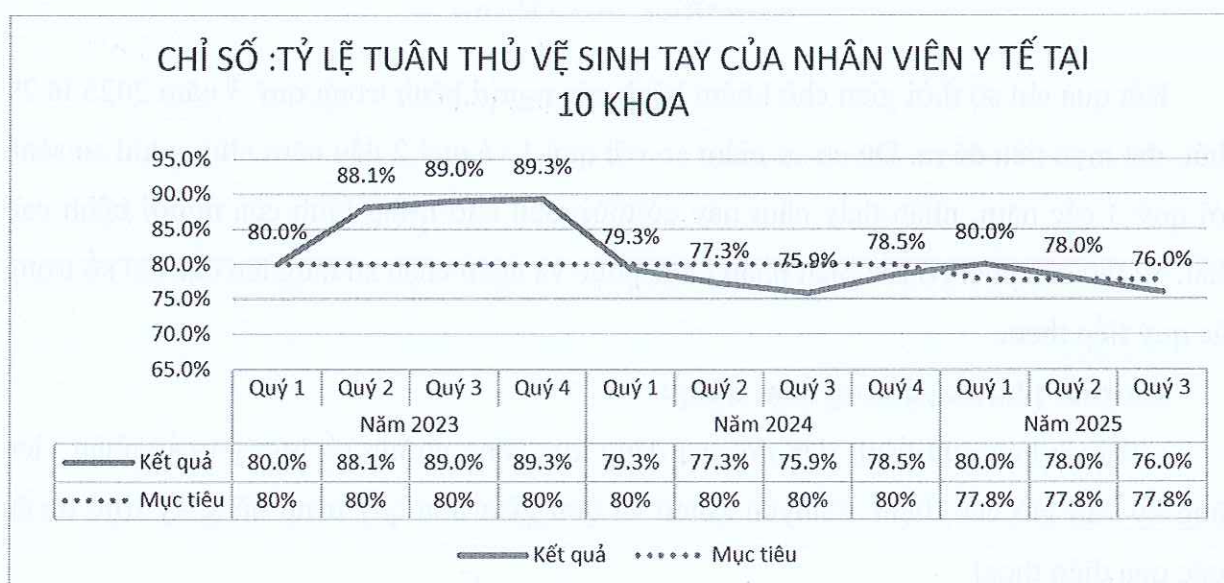
- Đào tạo và nâng cao năng suất: Đào tạo nhân viên về kỹ năng giao tiếp, hướng dẫn bệnh nhân rõ ràng, giúp bệnh nhân di chuyển giữa các khu vực hiệu quả. Nâng cao hiệu suất làm việc của nhân viên thông qua đào tạo chuyên môn và sử dụng công nghệ.

- Cải thiện môi trường chờ đợi: Cung cấp không gian chờ thoải mái (ghế ngồi, điều hòa, nước uống, Wi-Fi) và thông tin rõ ràng về thời gian chờ có thể giảm cảm giác khó chịu cho bệnh nhân.

- Phản hồi từ bệnh nhân: Tiếp tục thu thập ý kiến phản hồi từ bệnh nhân về thời gian chờ đợi để có cái nhìn khách quan và đưa ra cải tiến phù hợp.

CSKSNK02: Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế

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



Kết quả chỉ số Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay ở nhân viên y tế trong quý 3 năm 2025 là 66,5%, không đạt mục tiêu đề ra. Trong năm 2025, chỉ số thay đổi mục tiêu từ 80% xuống thành 77,8% (kết quả trung bình chỉ số vệ sinh tay trong năm 2024)

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Phân tích nguyên nhân sụt giảm: Xác định các rào cản khiến tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay giảm (thiếu dung dịch, quá tải, thiếu nhận thức, vấn đề về da tay...).

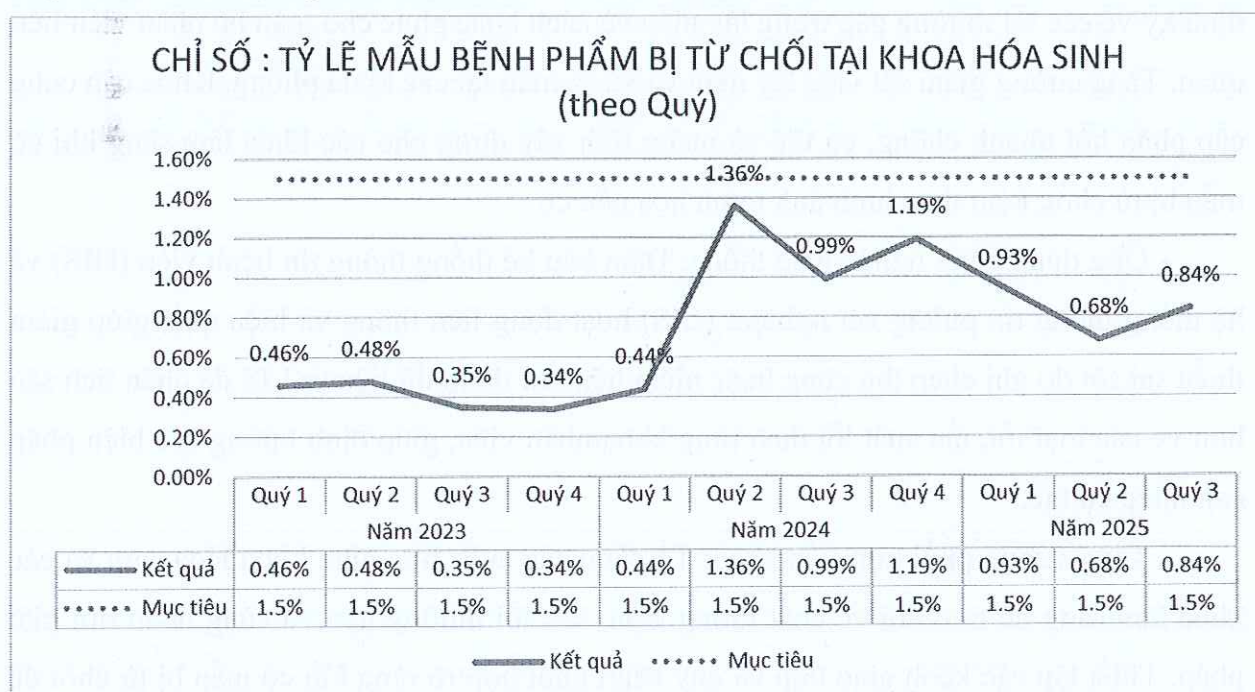
- Tăng cường đào tạo và nhắc nhở thường xuyên: Tổ chức các buổi đào tạo, tái đào tạo về 5 thời điểm vệ sinh tay của WHO và kỹ thuật vệ sinh tay chuẩn. Sử dụng các poster, biển báo nhắc nhở trực quan.

- Đảm bảo đủ nguồn lực và cơ sở vật chất: Đảm bảo luôn có đủ dung dịch sát khuẩn tay nhanh và xà phòng/nước sạch ở mọi vị trí cần thiết, dễ tiếp cận.

- Xây dựng văn hóa an toàn và kiểm soát nhiễm khuẩn: Tăng cường giám sát vệ sinh tay, cung cấp phản hồi kịp thời và có cơ chế khuyến khích, động viên cho các khoa phòng/cá nhân có tỷ lệ tuân thủ cao.

CSHS04: Tỷ lệ mẫu bệnh phẩm nội trú bị từ chối tại khoa Hóa sinh

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



Kết quả chỉ số Tỷ lệ mẫu bệnh phẩm nội trú bị từ chối tại khoa Hóa sinh trong quý 3 năm 2025 là 0,84%, đạt mục tiêu đề ra. So sánh kết quả trong quý 3 các năm, nhận thấy kết quả năm nay thấp hơn năm 2024 và cao hơn năm 2023 .

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Chuẩn hóa quy trình lấy mẫu: Cập nhật và đào tạo lại tất cả nhân viên liên quan (đặc biệt là điều dưỡng) về kỹ thuật lấy mẫu máu tĩnh mạch chuẩn, thứ tự lấy ống, kỹ thuật chống đông máu, và cách tránh vỡ hồng cầu.

- Định danh mẫu chính xác: Nhấn mạnh tầm quan trọng của việc định danh mẫu ngay tại giường bệnh theo đúng quy trình 3 kiểm tra, 5 đối chiếu.

- Quy trình bảo quản và vận chuyển: Đào tạo và giám sát chặt chẽ việc bảo quản mẫu đúng nhiệt độ, đúng thời gian và vận chuyển đến khoa đúng cách, tránh bị rung lắc, vỡ.

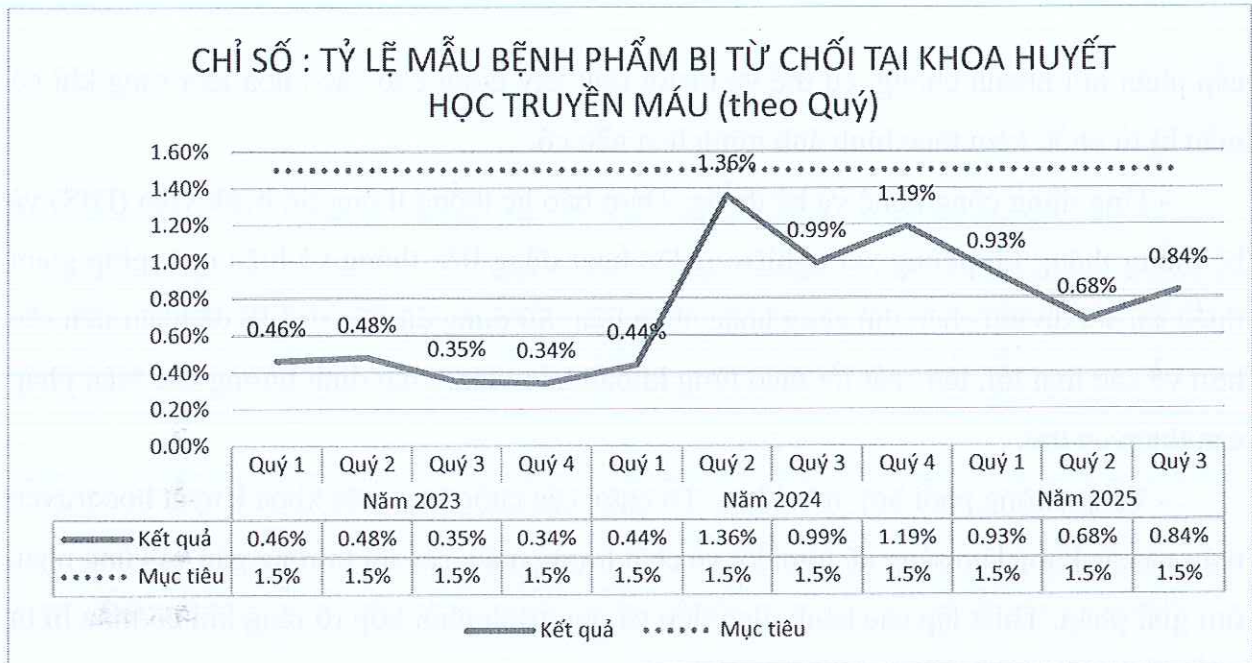
- Kiểm tra chất lượng ống xét nghiệm: Đảm bảo chất lượng các loại ống xét nghiệm được sử dụng, tránh việc ống kém chất lượng gây đông máu hoặc các vấn đề khác.

- Tăng cường đào tạo và giám sát: Tổ chức các buổi đào tạo thực hành và lý thuyết định kỳ về các lỗi thường gặp trong lấy mẫu và cách khắc phục cho toàn bộ nhân viên liên quan. Tăng cường giám sát việc lấy mẫu và xử lý mẫu tại các khoa phòng. Khoa cần cung cấp phản hồi nhanh chóng, cụ thể và mang tính xây dựng cho các khoa lâm sàng khi có mẫu bị từ chối, kèm theo hình ảnh minh họa nếu có.

- Ứng dụng công nghệ và hệ thống: Đảm bảo hệ thống thông tin bệnh viện (HIS) và hệ thống thông tin phòng xét nghiệm (LIS) hoạt động liên thông và hiệu quả, giúp giảm thiểu sai sót do ghi chép thủ công hoặc nhập liệu. Sử dụng dữ liệu từ LIS để phân tích sâu hơn về các loại lỗi, tần suất lỗi theo từng khoa/nhân viên, giúp định hướng các biện pháp can thiệp cụ thể.

- Tăng cường phối hợp liên khoa: Tổ chức các cuộc họp giữa khoa Hóa sinh và các khoa lâm sàng để trao đổi về chất lượng mẫu, các lỗi thường gặp và cùng nhau tìm giải pháp. Thiết lập các kênh giao tiếp và quy trình phối hợp rõ ràng khi có mẫu bị từ chối để giải quyết nhanh chóng và hiệu quả.

CSHS05: 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 < 1,5%



Kết quả chỉ số Tỷ lệ mẫu bệnh phẩm nội trú bị từ chối tại khoa Huyết học truyền máu trong quý 3 năm 2025 là 0,84%, đạt mục tiêu đề ra. So sánh kết quả trong quý 3 các năm, nhận thấy kết quả năm nay thấp hơn năm 2024 và cao hơn năm 2023.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Chuẩn hóa quy trình lấy mẫu: Cập nhật và đào tạo lại tất cả nhân viên liên quan (đặc biệt là điều dưỡng) về kỹ thuật lấy mẫu máu tĩnh mạch chuẩn, thứ tự lấy ống, kỹ thuật chống đông máu, và cách tránh vỡ hồng cầu.

- Định danh mẫu chính xác: Nhấn mạnh tầm quan trọng của việc định danh mẫu ngay tại giường bệnh theo đúng quy trình 3 kiểm tra, 5 đối chiếu.

- Quy trình bảo quản và vận chuyển: Đào tạo và giám sát chặt chẽ việc bảo quản mẫu đúng nhiệt độ, đúng thời gian và vận chuyển đến khoa đúng cách, tránh bị rung lắc, vỡ.

- Kiểm tra chất lượng ống xét nghiệm: Đảm bảo chất lượng các loại ống xét nghiệm được sử dụng, tránh việc ống kém chất lượng gây đông máu hoặc các vấn đề khác.

- Tăng cường đào tạo và giám sát: Tổ chức các buổi đào tạo thực hành và lý thuyết định kỳ về các lỗi thường gặp trong lấy mẫu và cách khắc phục cho toàn bộ nhân viên liên quan. Tăng cường giám sát việc lấy mẫu và xử lý mẫu tại các khoa phòng. Khoa cần cung

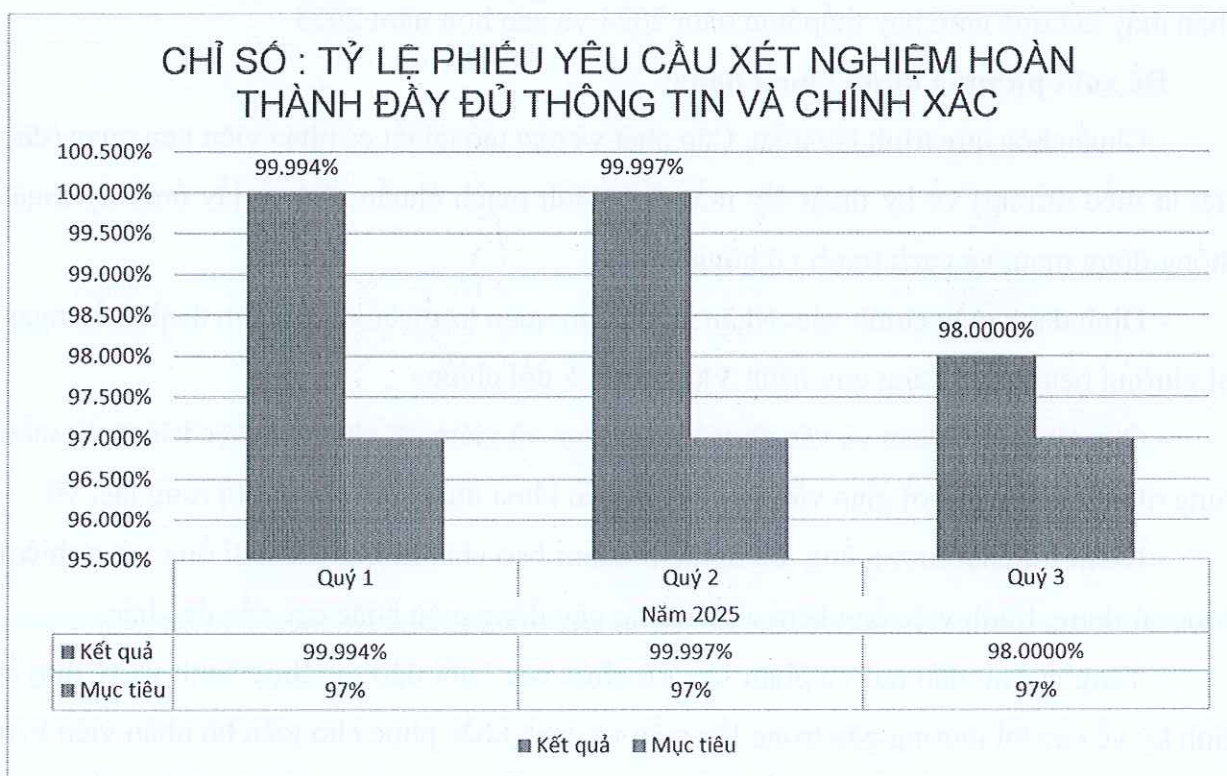
cấp phản hồi nhanh chóng, cụ thể và mang tính xây dựng cho các khoa lâm sàng khi có mẫu bị từ chối, kèm theo hình ảnh minh họa nếu có.

- Ứng dụng công nghệ và hệ thống: Đảm bảo hệ thống thông tin bệnh viện (HIS) và hệ thống thông tin phòng xét nghiệm (LIS) hoạt động liên thông và hiệu quả, giúp giảm thiểu sai sót do ghi chép thủ công hoặc nhập liệu. Sử dụng dữ liệu từ LIS để phân tích sâu hơn về các loại lỗi, tần suất lỗi theo từng khoa/nhân viên, giúp định hướng các biện pháp can thiệp cụ thể.

- Tăng cường phối hợp liên khoa: Tổ chức các cuộc họp giữa khoa Huyết học truyền máu và các khoa lâm sàng để trao đổi về chất lượng mẫu, các lỗi thường gặp và cùng nhau tìm giải pháp. Thiết lập các kênh giao tiếp và quy trình phối hợp rõ ràng khi có mẫu bị từ chối để giải quyết nhanh chóng và hiệu quả.

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 trong quý 3 năm 2025 là 98%, kết quả đạt mục tiêu đề ra, tuy nhiên có sự giảm nhẹ so với quý 1 và quý 2 trong năm.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

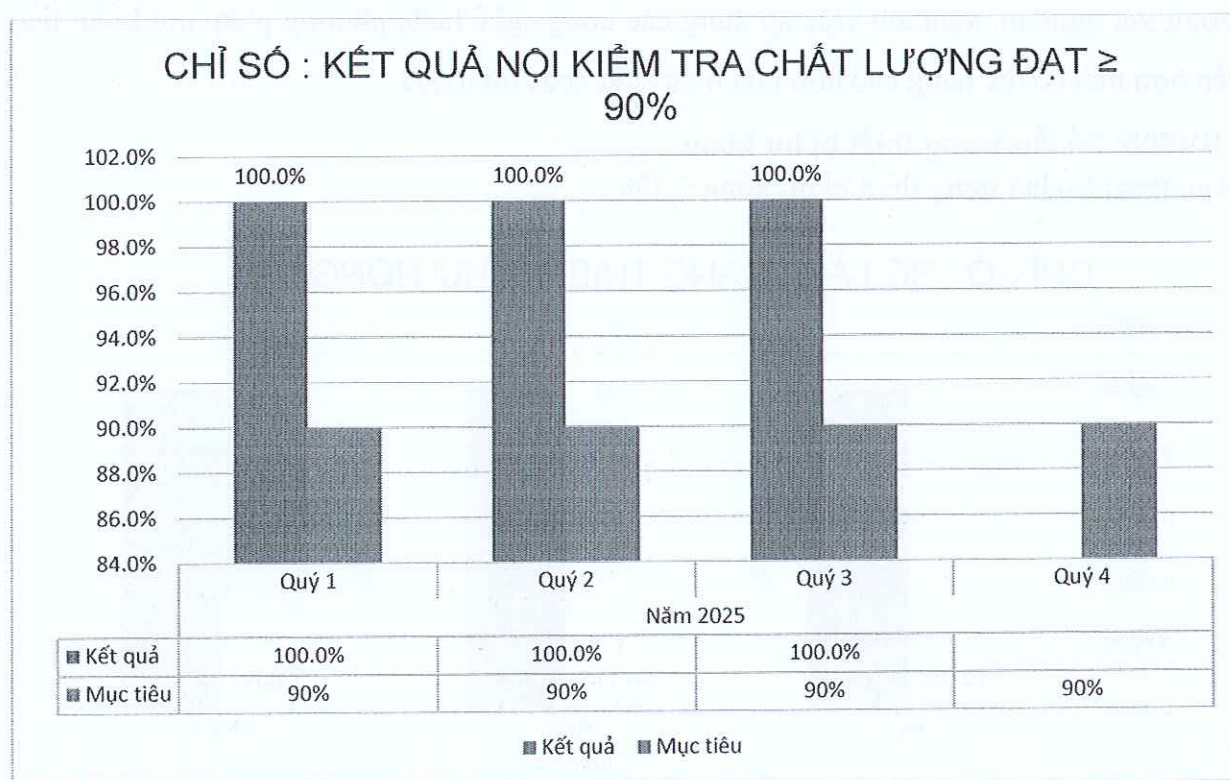
- Tiếp tục theo dõi chỉ số tại khoa, từ đó có thể thấy được chu kì sự biến thiên kết quả tại cùng thời điểm trong các năm.

- 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 nghiệm, 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.

CSV07: 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 100% tại khoa Vi sinh trong quý 3 năm 2025 kết quả đạt mục tiêu đề ra và duy trì kết quả này từ quý 1 đến quý 3.

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.

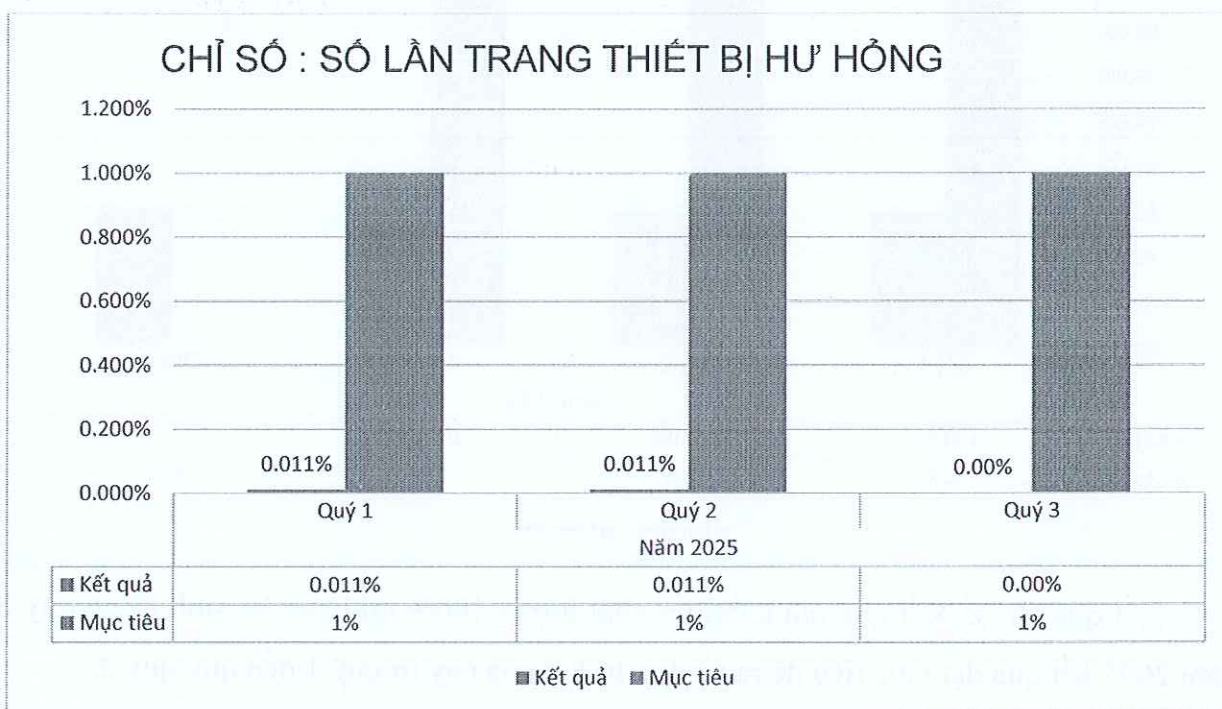
- Giám sát định kỳ: Dù kết quả đang tốt, vẫn cần duy trì việc giám sát định kỳ để phát hiện sớm bất kỳ dấu hiệu suy giảm nào về chất lượng hoặc sự tuân thủ.

- 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 quý 3 năm 2025 là 0%, kết quả đạt mục tiêu đề ra.

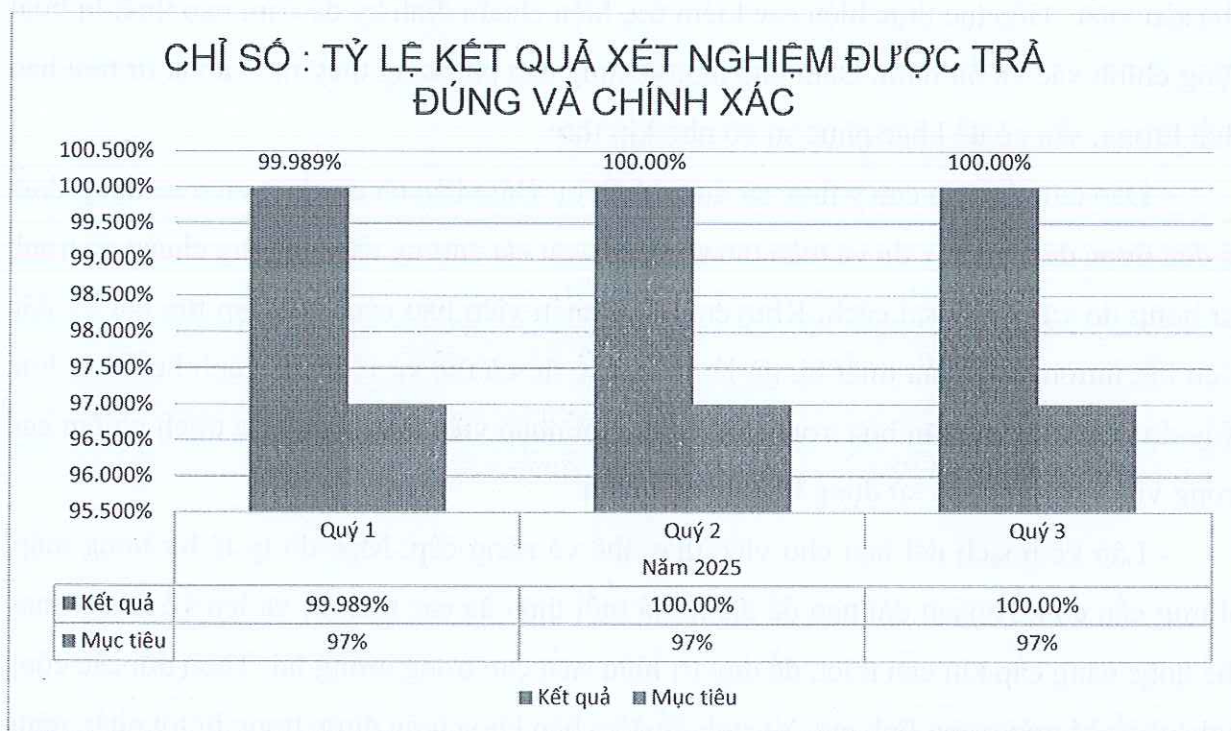
Đề xuất phương hướng hoạt động:

- 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 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 $\geq 97\%$ 

Kết quả chỉ số Tỷ lệ kết quả xét nghiệm được trả đúng và chính xác tại khoa Vi sinh trong quý 3 năm 2025 là 100%, 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).

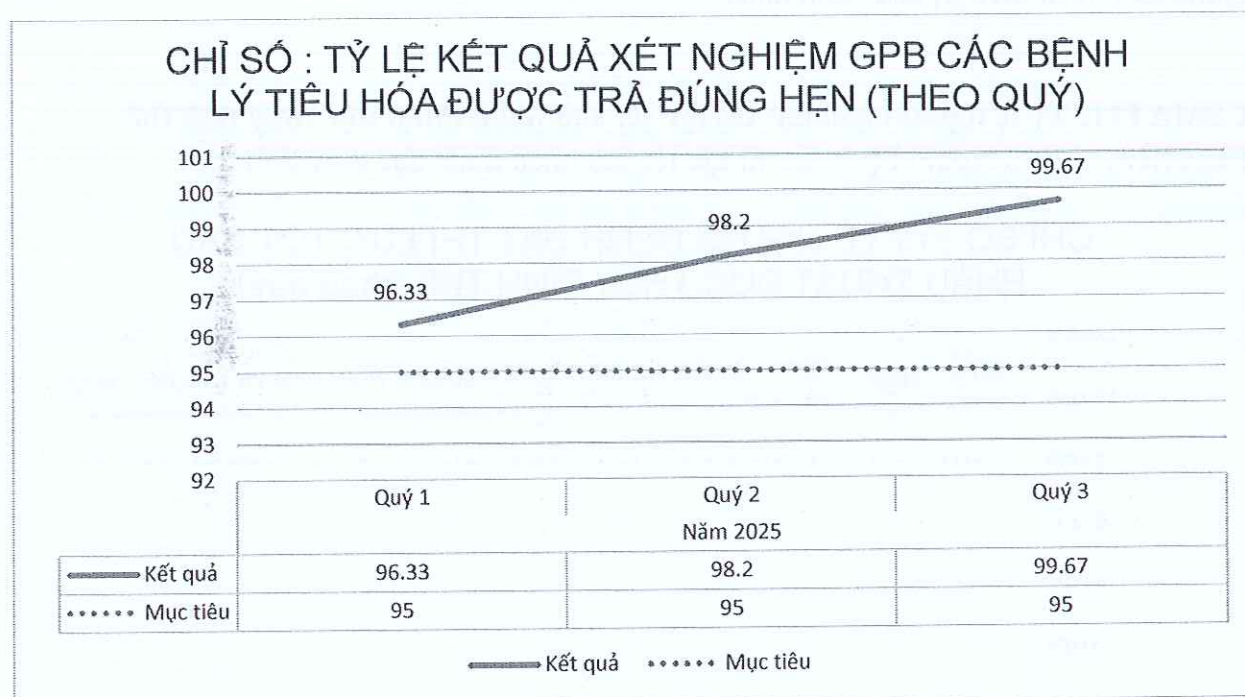
- Bảo trì thiết bị: Duy trì lịch trình bảo trì, bảo dưỡng thiết bị xét nghiệm một cách chặt chẽ để đảm bảo độ chính xác và ổn định của máy móc.

- 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%



Kết quả chỉ số Tỷ lệ các kết quả xét nghiệm giải phẫu bệnh các bệnh lý tiêu hóa được trả đúng hẹn tại khoa Giải phẫu bệnh trong quý 3 năm 2025 là 96,67%, đạt mục tiêu đề ra. Phân tích sâu vào từng tháng trong quý 3, nhận thấy tháng 7 và 9 đạt 100% .

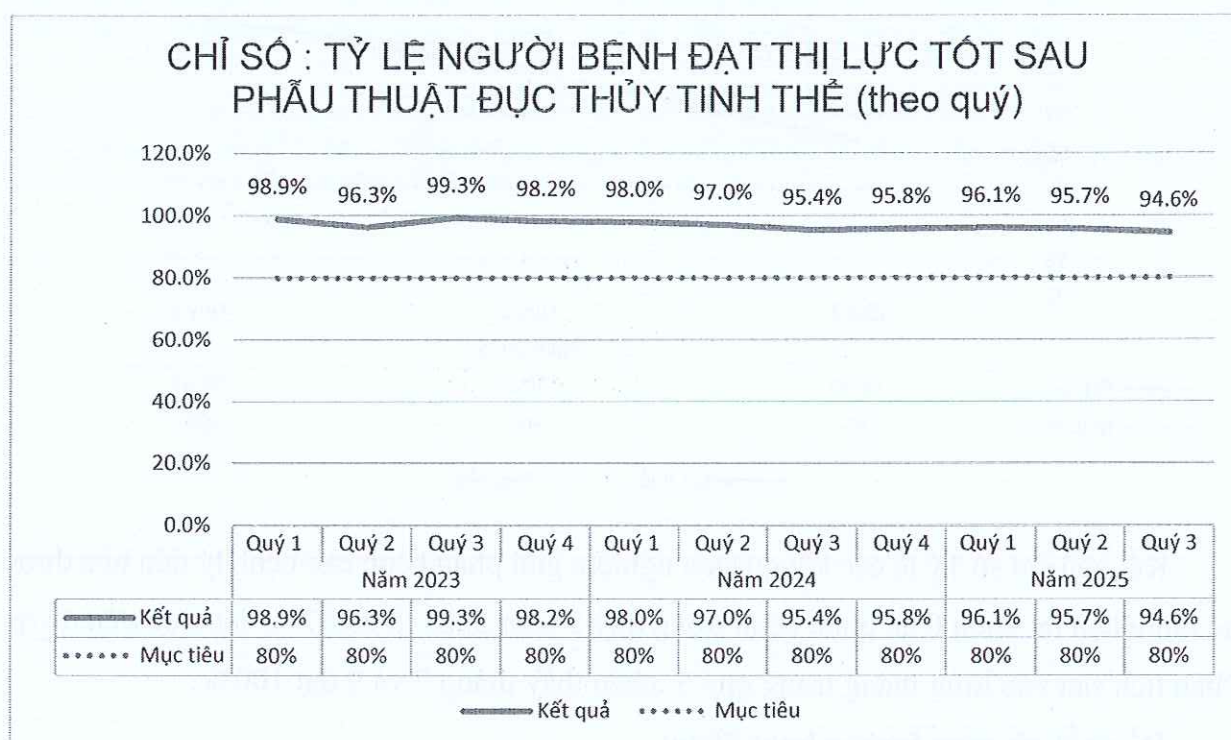
Đề xuất phương hướng hoạt động:

- 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.

- 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



Kết quả chỉ số Tỷ lệ người bệnh đạt thị lực tốt sau phẫu thuật đục thủy tinh thể tại khoa Mắt trong quý 3 năm 2024 là 94,6%. So sánh cùng kỳ quý 3 hàng năm , nhận thấy năm nay có kết quả thấp nhất.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

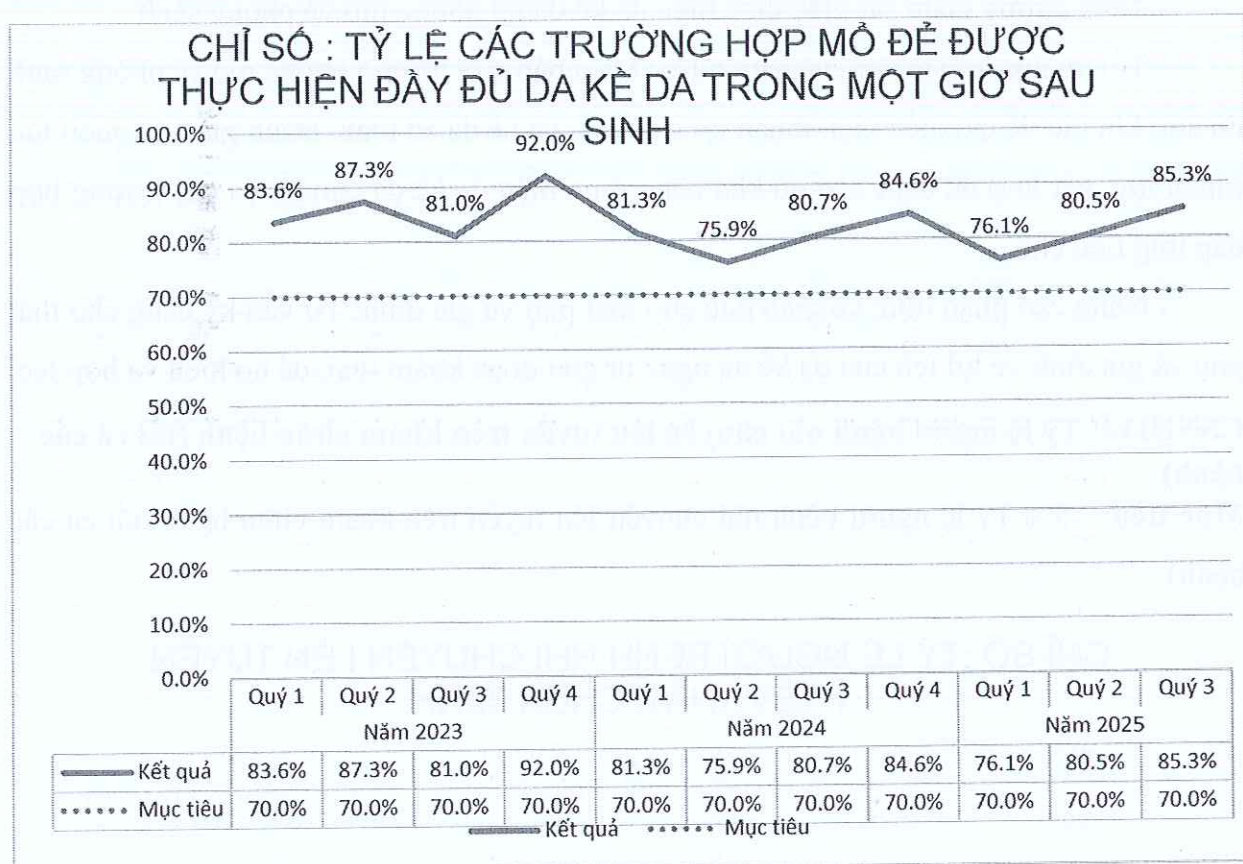
- Khoa tiếp tục và duy trì những phương pháp chăm sóc người bệnh sau khi phẫu thuật, cần tăng cường các hướng dẫn trực quan cho người bệnh tự chăm sóc sau phẫu thuật tại nhà.
- Rà soát, cập nhập quy trình phác đồ thường xuyên theo phác đồ chung của Bộ Y tế và thế giới.

- Tăng cường đào tạo và phát triển kỹ năng cho nhân viên y tế tại khoa để duy trì và phát triển tốt các kỹ thuật tại khoa.

- Tiếp tục theo dõi và duy trì kết quả chỉ số tại khoa.

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

Mục tiêu: Tỷ lệ các trường hợp mổ đẻ được thực hiện đầy đủ da kề 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 tại khoa Sản trong quý 3 năm 2025 là 85,3%, đạt mục tiêu đề ra. So sánh với cùng kì quý 3 các năm, nhận thấy năm nay có kết quả cao nhất.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Đào tạo chuyên sâu: Tổ chức các buổi đào tạo, tập huấn định kỳ và chuyên sâu về kỹ thuật thực hiện da kề da an toàn và hiệu quả, đặc biệt là trong môi trường phòng mổ, phòng sanh. Nhấn mạnh lợi ích của da kề da đối với cả mẹ và bé, cũng như các tình huống

đặc biệt và cách xử lý. Đảm bảo tất cả nhân viên y tế liên quan (bác sĩ sản khoa, gây mê hồi sức, điều dưỡng, hộ sinh) đều được trang bị kiến thức và kỹ năng đầy đủ.

- Rà soát và chuẩn hóa quy trình thực hiện da kề da sau mổ đẻ, đảm bảo tính khả thi và an toàn.

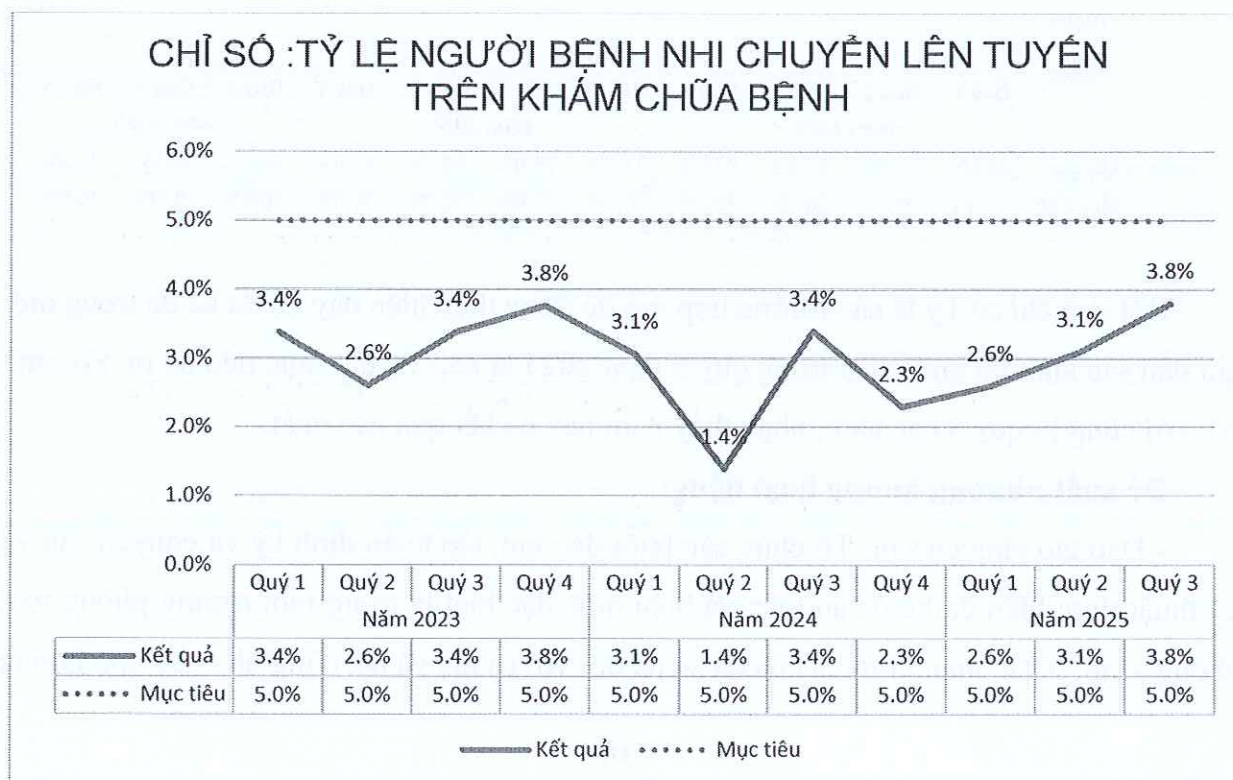
- Tăng cường giám sát việc thực hiện da kề da tại phòng mổ và phòng sanh.

- Tối ưu hóa môi trường và nguồn lực: Đảm bảo môi trường phòng mổ và phòng sanh đủ ấm, kín gió để tạo điều kiện thuận lợi cho việc da kề da an toàn. Đánh giá lại nguồn lực (nhân lực, vật lực) để đảm bảo đủ khả năng thực hiện da kề da cho tất cả các trường hợp đáp ứng tiêu chí.

- Nâng cao nhận thức và giáo dục cho thai phụ và gia đình: Tư vấn kỹ càng cho thai phụ và gia đình về lợi ích của da kề da ngay từ giai đoạn khám thai, để họ hiểu và hợp tác.

CSNHI14: 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 trong quý 3 năm 2025 là 3,8%, đạt mục tiêu đề ra. So sánh với quý 3 các năm, cho thấy tỷ lệ năm nay là cao nhất.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- 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.

- Thành lập đơn vị hồi sức nhi khoa chuyên sâu cho các kỹ thuật chuyên sâu.

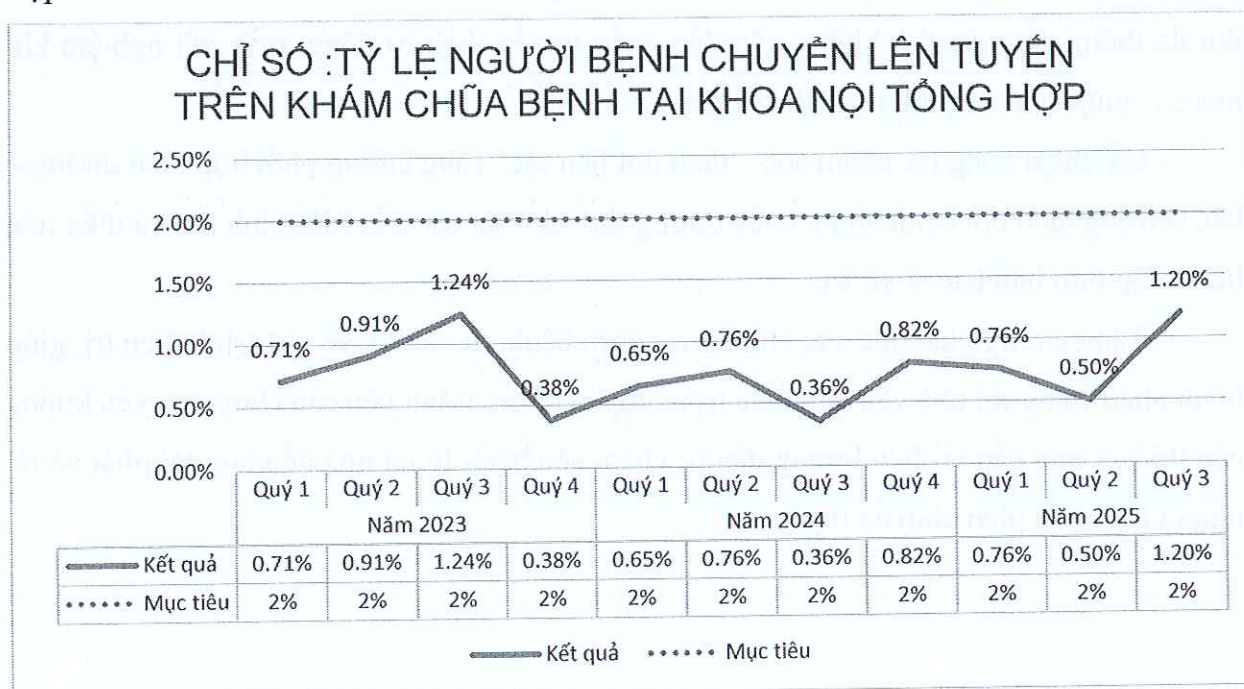
- Liên tục cập nhật phác đồ, quy trình mới trong khám chữa bệnh theo hướng dẫn của Bộ Y tế và thế giới.

- Cải thiện trải nghiệm người bệnh nhi và người nhà: Cải tạo không gian khám nhi thân thiện, có khu chơi. Đảm bảo thời gian chờ khám ngắn và tiếp cận điều trị nhanh.

- Cập nhật các thông tin truyền thông giáo dục sức khỏe chú trọng vào đối tượng nhi (thông tin về các cách phòng bệnh, cách chăm sóc về các bệnh phổ biến, bệnh theo mùa và bệnh có tỷ lệ hiện mắc cao, triệu chứng, biến chứng,...)

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 quý 3 năm 2025 là 1,2%, đạt mục tiêu đề ra. So sánh quý 3 các năm, tỷ lệ năm nay cao hơn 2024 và gần bằng năm 2023

Đề xuất phương hướng hoạt động:

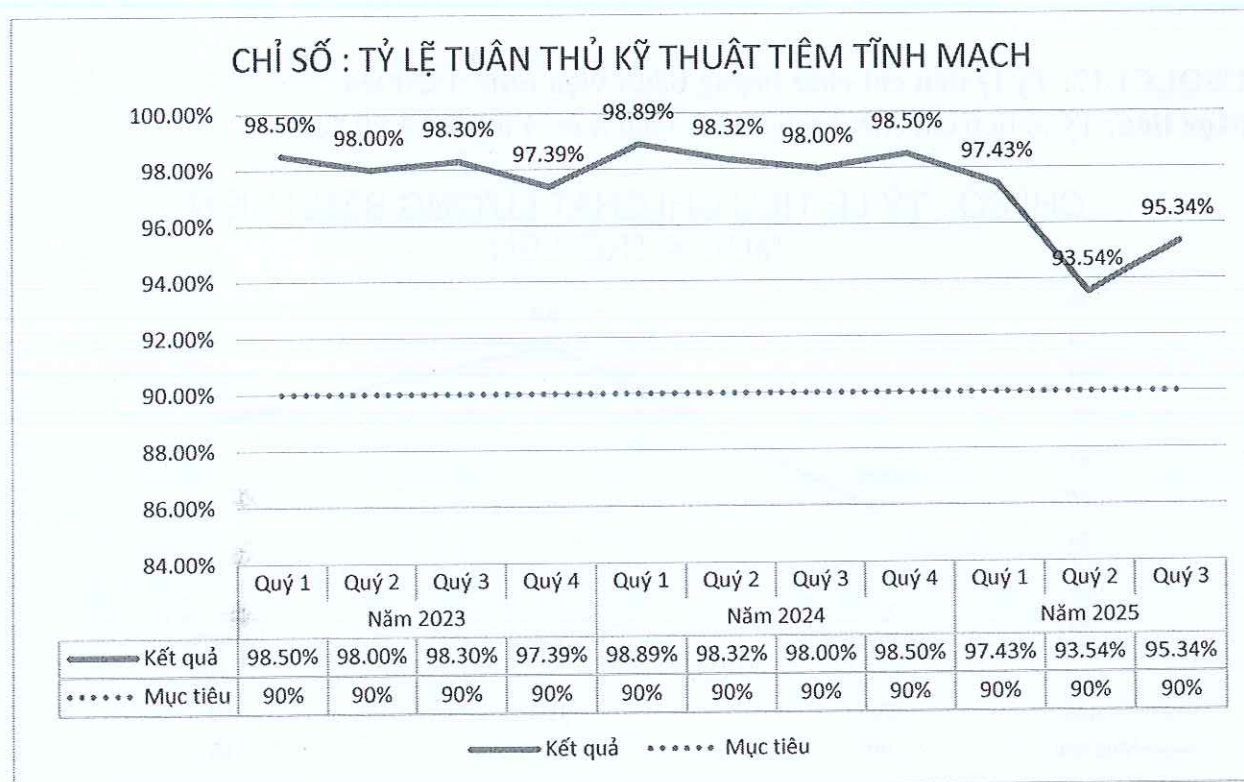
- Cải tiến hệ thống và phân tích: Tổ chức họp giao ban chuyên môn hàng tháng nhằm đánh giá từng trường hợp chuyển tuyến, từ đó rút ra bài học và điều chỉnh quy trình xử trí lâm sàng.

- 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.

CSPĐD16: 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 quý 3 năm 2025 là 95,34%, đạt mục tiêu đề ra. So sánh quý 3 các năm, tỷ lệ tuân thủ năm nay là thấp nhất so với các năm trước.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

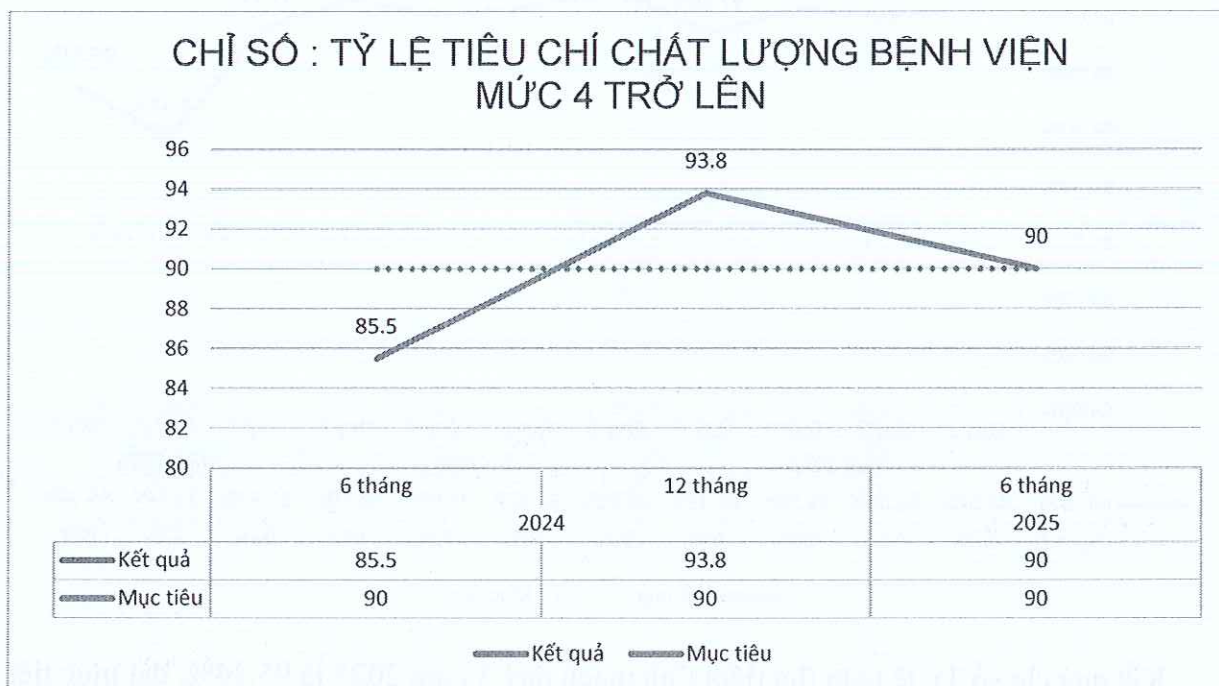
- Củng cố quy trình chuyên môn và giám sát thực hành: Rà soát và chuẩn hóa quy trình kỹ thuật tiêm tĩnh mạch. Có thể treo quy trình hướng dẫn kỹ thuật tại nơi làm việc để nhân viên dễ quan sát và tuân thủ. Tăng cường giám sát, kiểm tra đột xuất. Ghi nhận các lỗi thường gặp để có kế hoạch đào tạo bù.

- 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 là 90%, cao hơn 6 tháng đầu năm 2023 và thấp hơn cuối năm 2023. Kết quả đạt mục tiêu đề ra.

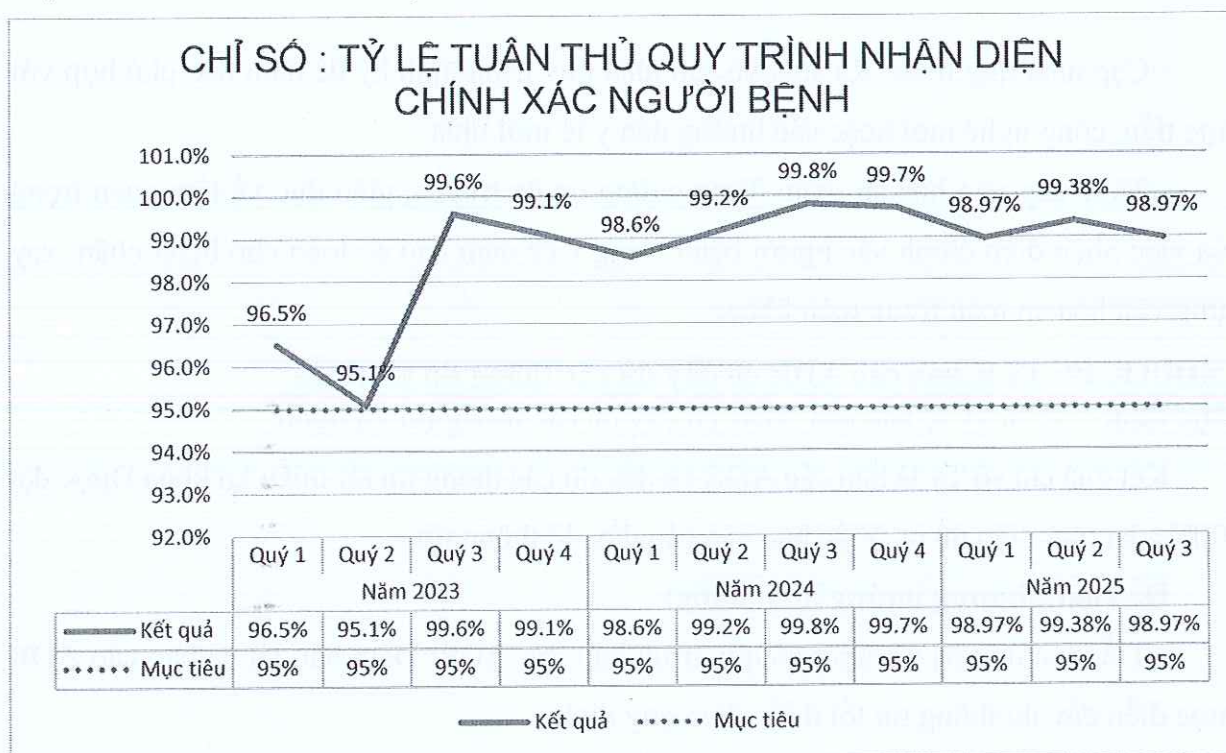
Đề xuất phương hướng hoạt động:

- 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

- 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 quý 3 năm 2025 là 98,97%, đạt mục tiêu đề ra. So sánh quý 3 với các năm, nhận thấy năm nay có tỷ lệ tuân thủ thấp nhất.

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 các thông tin tối thiểu

Mục tiêu: $\geq 95\%$ Tỷ lệ báo cáo ADR có đầy đủ các thông tin tối thiểu

Kết quả chỉ số Tỷ lệ báo cáo ADR có đầy đủ các thông tin tối thiểu tại khoa Dược đạt 100%, đạt mục tiêu đề ra. Việc báo cáo đầy đủ thông tin

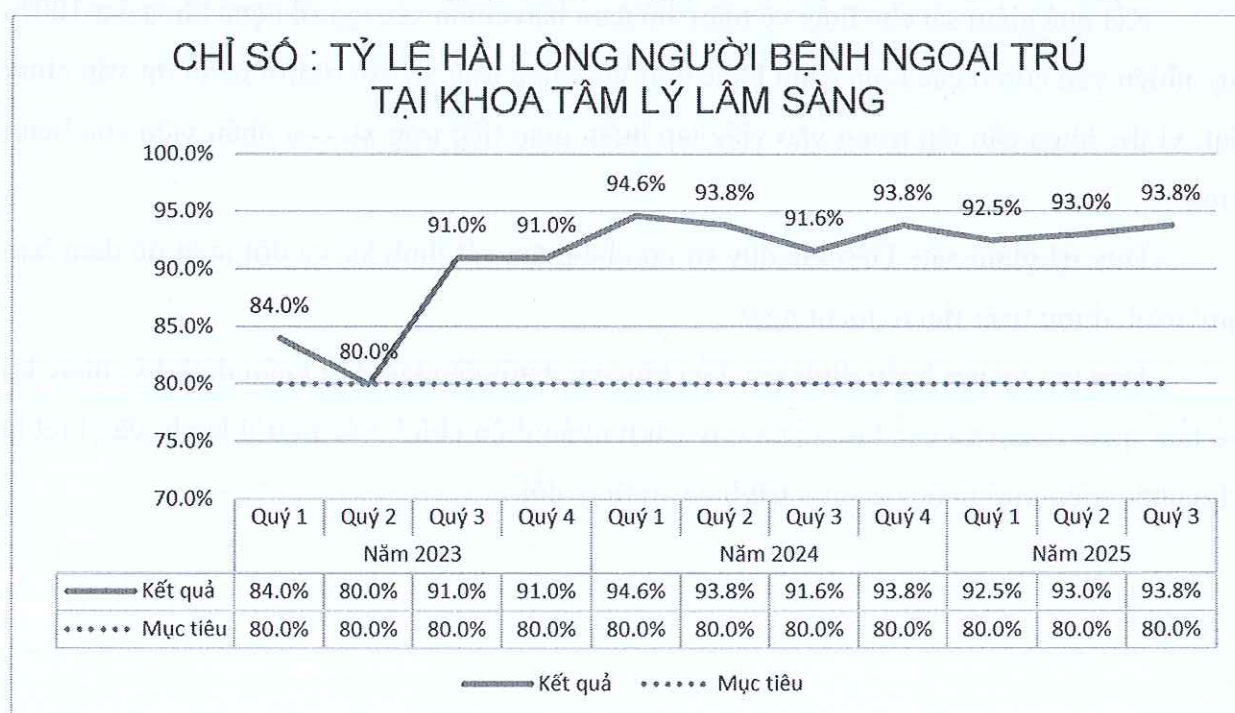
Đề xuất phương hướng hoạt động:

- 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 quý 3 năm 2025 là 93,8%, đạt mục tiêu đề ra. So sánh quý 3 với các năm nhận thấy năm nay cao nhất và cao nhất trong năm nay.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

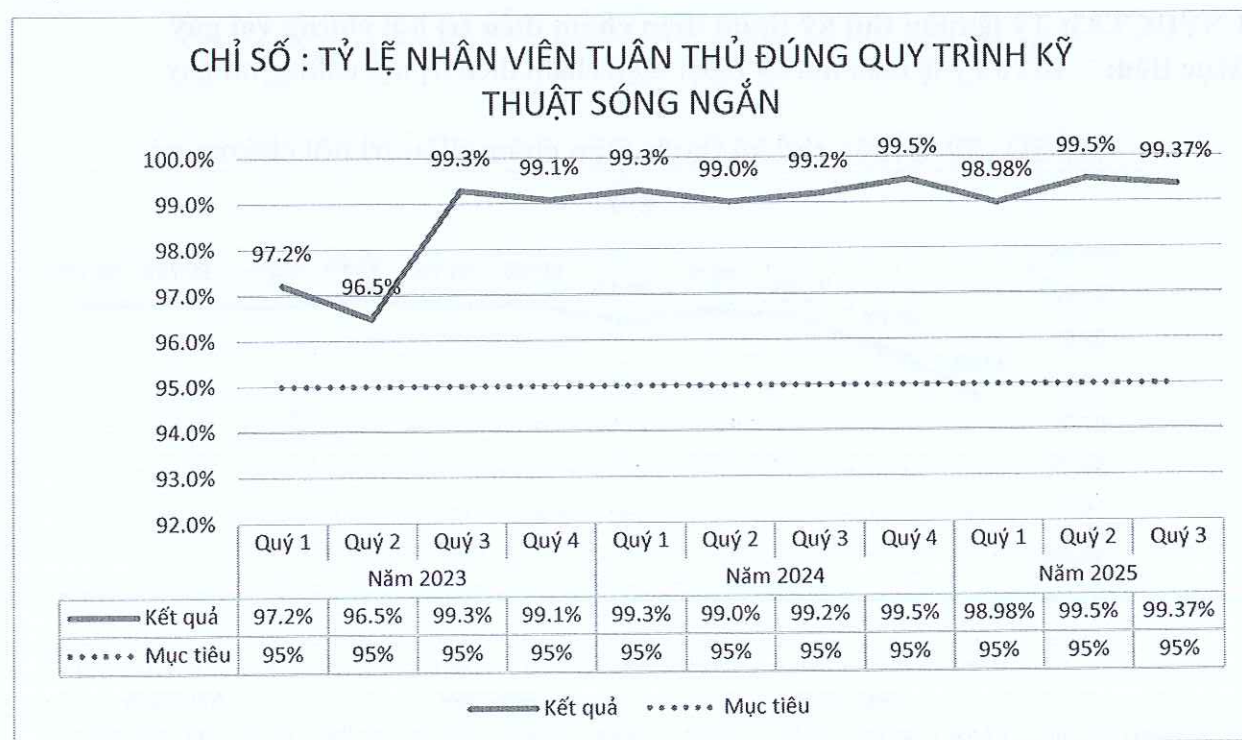
- Khoa tiếp tục theo dõi chỉ số từ đó thấy được các khía cạnh có chỉ số hài lòng thấp và có các biện pháp khắc phục nhằm tăng sự hài lòng của người bệnh tại khoa.

- Thu thập phản hồi chi tiết: Thực hiện các phương pháp thu thập phản hồi định tính (ví dụ: hòm thư góp ý, phỏng vấn ngẫu nhiên, phiếu khảo sát có câu hỏi mở) để nắm bắt các ý kiến cụ thể của bệnh nhân về những điểm chưa hài lòng hoặc cần cải thiện.

- Tối ưu hóa trải nghiệm của người bệnh: Xem xét lại quy trình tiếp đón để giảm thiểu thời gian chờ đợi, đặc biệt trong các khung giờ cao điểm. Tiếp tục đào tạo, bồi dưỡng kỹ năng giao tiếp, lắng nghe và tư vấn cho đội ngũ y bác sĩ, nhân viên. Đảm bảo sự đồng cảm, thấu hiểu và tôn trọng đối với bệnh nhân. Đảm bảo không gian phòng khám, phòng chờ thoải mái, riêng tư và thân thiện với người bệnh tâm lý.

CSVLTL22: Tỷ lệ tuân thủ đúng quy trình sống ngắn

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



V THỊNH
T LƯỢNG

BỆNH VIỆN
HỘI ĐỒNG QUẢN LÝ

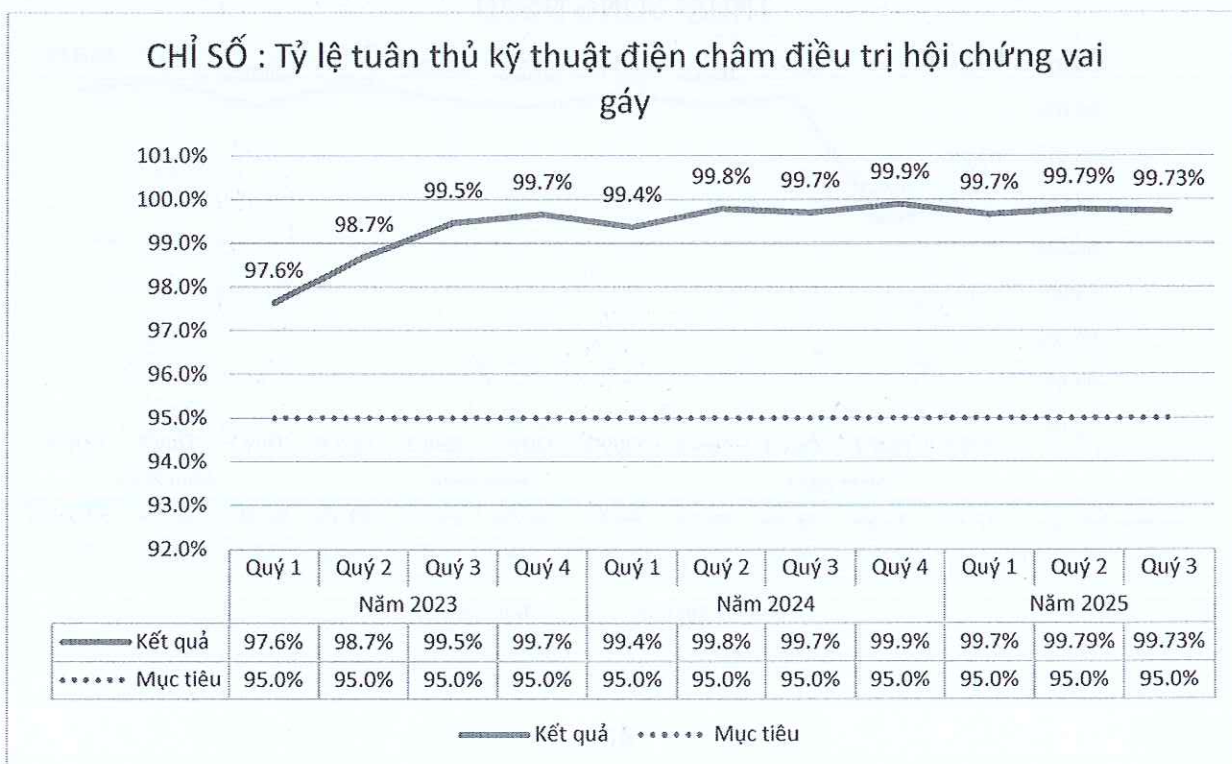
Kết quả chỉ số Tỷ lệ tuân thủ đúng quy trình sóng ngắn tại khoa Vật lý trị liệu trong quý 3 năm 2025 là 99,37%, đạt mục tiêu đề ra.

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 cho đội ngũ NVYT tại khoa về kỹ thuật sóng ngắn nói riêng và các kỹ thuật khác tại khoa nói chung.
- Thúc đẩy văn hóa chất lượng: Tiếp tục củng cố văn hóa coi trọng sự chính xác, tuân thủ quy trình và an toàn cho người bệnh trong toàn bộ khoa.
- Giải thích kỹ cho bệnh nhân về các bước thực hiện. Chú ý đến cảm nhận của người bệnh.
- 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.

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



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 quý 3 năm 2025 là 99,73%, đạt mục tiêu đề ra.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- 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.

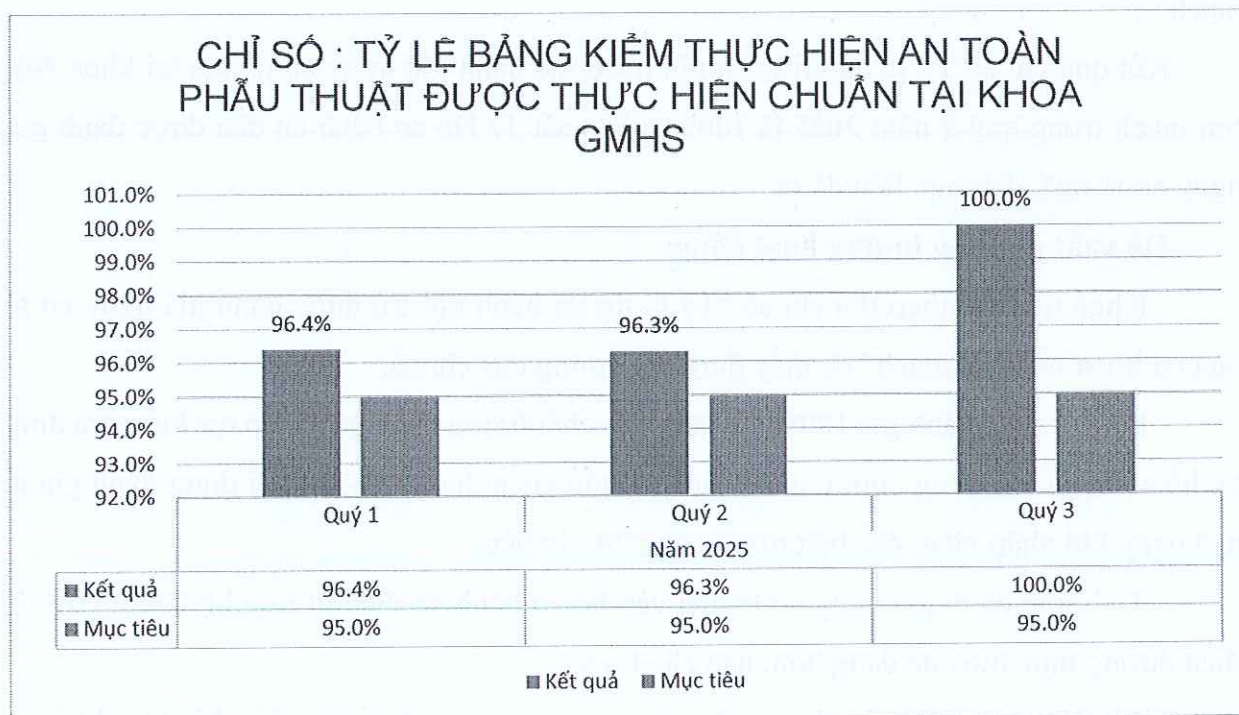
- Đánh giá sự hài lòng người bệnh sau can thiệp. Khảo sát nhanh sau buổi điều trị để ghi nhận phản hồi: cảm giác khi châm cứu, mức độ giảm đau, thái độ nhân viên, vệ sinh dụng cụ.

- Giải thích kỹ cho bệnh nhân về cảm giác khi điện châm, thời gian điện châm, tác dụng phụ có thể có, giúp người bệnh hợp tác tốt hơn.

- 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

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 trong quý 3 năm 2025 là 100%, đạt mục tiêu đề ra và cao nhất trong năm nay.

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.

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 quý 3 năm 2025 là 100%, giám sát 37 Hồ sơ bệnh án đều được đánh giá nguy cơ té ngã, 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.

AN THỊNH
HẤT LƯỢNG

