

## BÁO CÁO

### Kết quả tự kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện năm 2017.

Căn cứ Quyết định số 6858/QĐ-BYT ngày 17/11/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành “Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện Việt Nam”.

Căn cứ Quyết định số 4969/QĐ-BYT ngày 01/11/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc Ban hành nội dung kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện và khảo sát hài lòng người bệnh, nhân viên y tế năm 2017.

Căn cứ Công văn số 1626/KCB-QLCL ngày 03/11/2017 của Cục Quản lý khám, chữa bệnh về việc Hướng dẫn kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện và khảo sát HLNБ, NVYT năm 2017.

Thực hiện Công văn số 4028/SYT-NVY ngày 20/11/2017 của Sở Y tế Ninh Thuận về việc Hướng dẫn triển khai kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện và khảo sát HLNБ, NVYT năm 2017.

Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận đã thực hiện việc tự kiểm tra, đánh giá và xin báo cáo một số kết quả đạt được trong công tác cải tiến Chất lượng bệnh viện năm 2017 với những nội dung như sau:

#### **I. Tổng quan bệnh viện:**

Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận hạng II với quy mô 850 giường (thực kê: 973 giường), 32 khoa phòng và 04 đơn vị, trong đó có 08 phòng chức năng, 07 khoa Cận lâm sàng và 17 khoa Lâm sàng. Tổng số cán bộ viên chức, người lao động là 898, trong đó biên chế: 541, hợp đồng: 357, trong đó hợp đồng trong chỉ tiêu biên chế: 14 người.

Trình độ đại học và trên đại học: 314, trong đó: Bác sĩ: 184 (CKII: 02; CKI: 47; Thạc sĩ: 12); Thạc sĩ Y học: 02; Điều dưỡng CKI: 01; Ths khác: 03; Dược sĩ: 08; Cử nhân Y khoa: 50; Cử nhân khác: 66 (Chuyên viên, Kỹ sư, Kế toán).

#### **II. Kết quả tự kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện năm 2017:**

##### **1. Mục tiêu cải tiến chất lượng năm 2017:**

**1.1 Mục tiêu chung:** Duy trì và đẩy mạnh hoạt động cải tiến, nâng cao chất lượng dịch vụ y tế, nhằm đưa hoạt động cải tiến chất lượng trở thành nhiệm vụ trọng tâm, xuyên suốt trong năm 2017 và là định hướng cho những năm tiếp theo.

##### **1.2 Mục tiêu cụ thể:**

- Điểm đánh giá chung các tiêu chí chất lượng bệnh viện tăng 10 - 20% so với năm 2016.

- Số lượng tiêu chí mức 2 giảm từ 16 xuống còn 02, chiếm tỉ lệ 2,41%.

- Mỗi Khoa/Phòng xây dựng và triển khai được ít nhất một đề án cải tiến chất lượng, trong đó có tiến hành đánh giá chỉ số chất lượng nhằm đánh giá và theo dõi chất lượng chuyên môn, chất lượng dịch vụ.

## 2. Kết quả tự kiểm tra, đánh giá chất lượng năm 2017:

Kết quả	Mức 1		Mức 2		Mức 3		Mức 4		Mức 5	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Thời điểm										
Số lượng tiêu chí	0	0	16	4	44	45	23	32	0	2
% Tiêu chí	0	0	19,28	4,82	53,01	54,22	27,71	38,55	0	2,41

- Số tiêu chí áp dụng chấm điểm: 83/83;
- Tổng số điểm của các tiêu chí áp dụng: 281;
- Điểm trung bình chung của các tiêu chí: 3,37;
- Tổng số điểm của các tiêu chí tăng từ 256 lên 281 điểm, điểm đạt tăng 9,77%;
- Điểm trung bình các tiêu chí tăng từ 3.07 lên 3.37, điểm trung bình tăng 9,77%;
- So với cuối năm 2016: Thực hiện cải tiến chất lượng giảm 12 tiêu chí mức 2 (chỉ còn 04 tiêu chí) và có 02 tiêu chí đạt mức 5.

## 3. Ưu điểm và tồn tại trong vấn đề cải tiến chất lượng bệnh viện:

### 3.1. Ưu điểm:

- Bệnh viện xây dựng Kế hoạch kiểm tra định kỳ hoạt động và chất lượng bệnh viện năm 2017 với mục tiêu kiểm tra việc thực hiện các quy chế, quy định của ngành, của bệnh viện góp phần nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận; thông qua kiểm tra, đánh giá sẽ rà soát, theo dõi được mức chất lượng của khoa/phòng, đảm bảo việc duy trì các tiêu chí chất lượng bệnh viện đã đạt được.

- Triển khai đầy đủ các hoạt động khảo sát hài lòng người bệnh, hài lòng nhân viên y tế. Tiến hành phân tích kết quả khảo sát nhằm đưa ra những hoạt động cải tiến kịp thời và phù hợp, nâng cao mức độ hài lòng của người bệnh và nhân viên y tế.

- Đẩy mạnh các hoạt động liên quan đến đảm bảo an toàn người bệnh như: sửa đổi và ban hành lại quy trình An toàn người bệnh; xây dựng kế hoạch và triển khai kiểm tra, giám sát định kỳ việc thực hiện quy trình An toàn người bệnh tại bệnh viện; tiếp nhận và tiến hành phân tích các sai sót, sự cố, áp dụng các kết quả phân tích, đánh giá vào việc triển khai các giải pháp hạn chế sai sót, sự cố.

- Bên cạnh việc tiếp tục triển khai các hoạt động cải tiến chất lượng liên tục để duy trì các tiêu chí đã đạt được. Bệnh viện ưu tiên thực hiện cải tiến chất lượng những tiêu chí còn ở mức 2, số lượng tiêu chí mức 2 giảm từ 16 tiêu chí xuống còn 04 tiêu chí (xem chi tiết trong phụ lục). Một số tiêu chí mức 2 được cải thiện nổi bật:

- Tiêu chí A1.1 nâng từ mức 2 lên mức 5. Bệnh viện đã thiết kế lại, bố trí đầy đủ sơ đồ tổng thể bệnh viện, sơ đồ mỗi tầng (sơ đồ mặt cắt) và thể hiện rõ vị trí "Tôi ở đây" trong sơ đồ.
- Tiêu chí C2.2 nâng từ mức 2 lên mức 4. Bệnh viện thực hiện 5S tại kho lưu trữ HSBA, sử dụng excel để tra cứu, xác định vị trí một bệnh án bất kỳ đang nằm ở vị trí nào trong kho và có sổ theo dõi mượn, trả HSBA.
- Tiêu chí C6.2 nâng từ mức 2 lên mức 3. Phòng Điều dưỡng bệnh viện đã lập danh mục các bệnh hoặc vấn đề sức khỏe theo mô hình bệnh tật của bệnh viện.

để ưu tiên xây dựng, cập nhật tài liệu truyền thông, giáo dục sức khỏe. Đồng thời, đẩy mạnh các hoạt động tư vấn, giáo dục sức khỏe trong toàn viện.

- Tiêu chí D2.4 nâng từ mức 2 lên mức 4. Phòng QLCL bệnh viện đã tiến hành cập nhật và ban hành lại quy trình An toàn người bệnh, đồng thời xây dựng kế hoạch để triển khai kiểm tra, giám sát việc thực hiện quy trình hàng tháng.
- Tiêu chí D2.5 nâng từ mức 2 lên mức 4. Bệnh viện đã bố trí giường có thanh chắn phòng người bệnh trượt ngã cho người bệnh có nguy cơ trượt ngã cao tại ĐNSS, HS Nhi, Nội TK, Nội TM...

### **3.2. Tồn tại:**

Bệnh viện vẫn còn tồn tại 04 tiêu chí mức 2.

- Không có đủ số lượng điều dưỡng, nữ hộ sinh có trình độ đại học chiếm từ 30% trở lên tại khoa Nhi và khoa Sản là 02 tiêu chí mức 2 mà bệnh viện khó có thể khắc phục trong năm 2018.

- Chưa thực hiện tốt công tác quản lý nước thải y tế (chỉ số Amoni chưa đạt quy chuẩn về môi trường).

- Tỷ lệ ĐDT có chứng chỉ quản lý điều dưỡng chưa đạt yêu cầu theo Bộ tiêu chí.

### **4. Xác định vấn đề ưu tiên cải tiến chất lượng năm 2018:**

- Tiếp tục triển khai các hoạt động để duy trì mức chất lượng các tiêu chí đã đạt được.

- Thực hiện cải tiến, ưu tiên các hoạt động nâng mức thêm 02 tiêu chí mức 2, cụ thể như sau:

+ Thực hiện tốt công tác quản lý nước thải y tế, đảm bảo các chỉ số đầu ra của nước thải đạt chuẩn môi trường.

+ Tổ chức lớp đào tạo quản lý điều dưỡng đảm bảo đạt yêu cầu của BHYT cho toàn bộ ĐDT các khoa trong bệnh viện.

- Đẩy mạnh công tác giám sát, kiểm tra, đánh giá nhằm xác định được các điểm yếu để khắc phục, điểm mạnh để phát huy, đồng thời tìm ra các nguyên nhân tồn tại từ đó rút kinh nghiệm trong công tác quản lý chất lượng và công tác khám bệnh, chữa bệnh.

## **II. Kết quả khảo sát hài lòng người bệnh và nhân viên y tế tại bệnh viện năm 2017:**

### **1. Kết quả khảo sát hài lòng người bệnh nội trú:**

+ Đối tượng khảo sát: Người bệnh và thân nhân người bệnh đang điều trị nội trú tại 10 khoa trong bệnh viện  $\geq$  03 ngày.

+ Thời gian khảo sát: Hàng quý (tổng hợp kết quả quý I, II và III).

+ Số lượng khảo sát: 420 người.

+ Nội dung khảo sát: đánh giá việc sử dụng dịch vụ y tế tại BVĐK Ninh Thuận gồm nhiều khía cạnh theo thang 5 điểm (mẫu số 1 - BHYT).

### **Kết quả:**

1	Tổng điểm TB người dùng chọn từ A → E	<b>3.92</b>
2	Tỷ lệ hài lòng chung	<b>73% (18077/24800)</b>
3	Điểm TB theo từng phần A, B, C, D, E	A: 3.95 B: 3.83 C: 3.99 D: 3.93 E: 3.95
4	Tỷ lệ hài lòng so với mong đợi	<b>81.81% (65451/800)</b>
5	Tỷ lệ người bệnh sẽ quay trở lại	<b>96% (764/800)</b>

### 2. Kết quả khảo sát hài lòng người bệnh ngoại trú:

- + Đối tượng khảo sát: Người bệnh và thân nhân người bệnh đến khám tại khoa Khám bệnh bệnh viện.
- + Thời gian khảo sát: Bắt đầu từ tháng 3/2017 (thực hiện 02 tháng/ lần, tổng hợp kết quả tháng 3-5-7-9).
- + Số lượng khảo sát: 800 người.
- + Nội dung khảo sát: đánh giá việc sử dụng dịch vụ y tế tại BVĐK Ninh Thuận gồm nhiều khía cạnh theo thang 5 điểm (mẫu số 2 - BYT).

#### Kết quả:

1	Tổng điểm TB người dùng chọn từ A → E	<b>3.99</b>
2	Tỷ lệ hài lòng chung	<b>75% (9710/13020)</b>
3	Điểm TB theo từng phần A, B, C, D, E	A: 4.08 B: 3.98 C: 3.92 D: 4.04 E: 3.98
4	Tỷ lệ hài lòng so với mong đợi	<b>85.93% (36092/420)</b>
5	Tỷ lệ người bệnh sẽ quay trở lại	<b>96% (403/420)</b>

### 3. Kết quả khảo sát hài lòng NVYT:

- + Đối tượng khảo sát: Toàn bộ cán bộ viên chức và người lao động tại BVĐK tỉnh Ninh Thuận, bao gồm:

1. Bác sỹ: 275
2. Dược sỹ: 78
3. Điều dưỡng, NHS, Y sỹ và Hộ lý: 727
4. KTV: 176
5. Nhân viên khác: 293

- + Thời gian khảo sát: Tháng 6/2017 và tháng 11/2017.
- + Số lượng khảo sát: 1549 phiếu.

- + Nội dung khảo sát: đánh giá sự hài lòng về bệnh viện gồm nhiều khía cạnh theo thang 5 điểm (mẫu số 3 - BYT).

#### Kết quả:

1	Tổng điểm TB người dùng chọn từ A → E	3.55
2	Tỷ lệ hài lòng chung	54% (37117/68156)
3	Điểm TB theo từng phần A, B, C, D, E	A: 3.53 B: 3.70 C: 3.39 D: 3.54 E: 3.64
4	E5. Sẽ gắn bó làm việc tại bệnh viện lâu dài	61% (948/1549)
5	E6. Mức độ hài lòng nói chung về lãnh đạo bệnh viện	57% (890/1549)

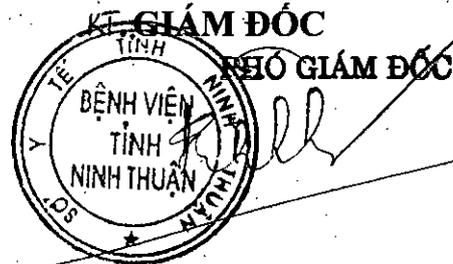
Trên đây là kết quả việc tự kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện năm 2017. Bệnh viện sẽ tập trung hơn nữa về nguồn lực, thời gian và tài chính để đạt được các mục tiêu cải tiến chất lượng do Sở Y tế chỉ đạo./.

Trân trọng kính báo.

(Đính kèm Phụ lục kết quả tự kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện 2017)

Nơi nhận:

- Sở Y tế Ninh Thuận;
- Ban Giám đốc;
- Các khoa, phòng;
- Lưu: VT, QLCL.



BSCKI. BÙI VIỆT TUẤN



## PHỤ LỤC

### Kết quả chi tiết tự kiểm tra, đánh giá CLBV năm 2017

(Bệnh viện đánh giá ngày 14/11/2017)

TC	KQ năm 2016 (SYT đánh giá)	KQ năm 2017 (BV đánh giá)	Tồn tại, vướng mắc khi xếp mức tiêu chí năm 2017 (BV)
A1.1	2	5	Đã hoàn thành các TM của tiêu chí. <i>Hoạt động CTCL: TM21 – Thiết kế lại đầy đủ sơ đồ tổng thể, từng tầng trong bệnh viện (sơ đồ mặt cắt) và thể hiện rõ vị trí "Tôi ở đây" trong sơ đồ.</i>
A1.2	3	3	-TM18: Toàn bộ các lối đi giữa các khối nhà trong bệnh viện chưa có mái hiên che nắng, mưa.
A1.3	4	4	-TM19: Hệ thống công nghệ thông tin bệnh viện chưa tự động tính toán thời gian trung bình của một lượt khám bệnh. -TM20: Chưa có biểu đồ theo dõi thời gian chờ đợi và khám bệnh cho các đối tượng người bệnh được in và công khai tại khu khám bệnh (cập nhật theo tuần, tháng)
A1.4	3	3	-TM23: Chưa xây dựng và triển khai quy trình "Báo động đỏ" nội viện.
A1.5	4	4	-TM15: Kết quả thời gian chờ khám chung và thời gian khám bệnh trung bình chung của người bệnh được cập nhật cách 30 phút trong ngày và công bố trên màn hình điện tử đặt tại khu khám bệnh.
A1.6	3	3	-TM10, 11: Chưa có phần mềm máy tính tự động chọn trình tự các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng theo phương án tối ưu, khoa học nhất cho người bệnh, giảm thời gian chờ đợi, tránh quá tải cục bộ tại các phòng cận lâm sàng. -TM15: Chưa xây dựng danh mục các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng tối thiểu cần làm cho một số bệnh thường gặp (theo mô hình bệnh tật của bệnh viện) và thông tin công khai cho người bệnh bằng màn hình điện tử, bảng thông báo, tờ rơi hoặc hình thức khác.
A2.1	3	3	-TM14: Người bệnh chưa được điều trị trong buồng bệnh nam và nữ riêng biệt.
A2.2	3	3	Chưa thực hiện được các TM mức 4.
A2.3	2	3	-TM12: Quần áo người chưa có ký hiệu về kích cỡ khác nhau để người bệnh có thể được lựa chọn phù hợp. <i>Hoạt động CTCL: TM7 - Đã cung cấp áo choàng cho HSTC-CD, HS Ngoại (Ngoại TH), Nhi...</i>
A2.4	3	3	-TM10: Phòng tắm cho người bệnh chưa có nước nóng và lạnh. -TM13: Có mạng internet không dây nhưng chưa đảm bảo phục



			vụ người bệnh và người nhà người bệnh tại các khu vực sảnh, hành lang (nơi thường tập trung đông người).
A2.5	4	4	Chưa thực hiện được các TM mức 5.
A3.1	4	4	-TM10, 11: Khuôn viên còn rác, cỏ dại.
A3.2	2	3	-TM8: Tủ đầu giường còn hoen gỉ, hư cánh chưa đảm bảo sử dụng tốt. <i>Hoạt động CTCL: TM8 - Bổ sung thêm tủ đầu giường, thường xuyên kiểm tra và sửa chữa kịp thời các tủ đầu giường bị hư hỏng.</i>
A4.1	3	3	-TM15, 16: Chưa xây dựng "Phiếu tóm tắt thông tin điều trị" mới theo hướng dẫn của BHYT nên NVYT chưa in, phát và tư vấn các phiếu này cho người bệnh theo dõi và cùng tham gia vào quá trình điều trị được.
A4.2	3	3	-TM 13: Buồng bệnh chưa chia hai khu vực riêng biệt cho người bệnh nam và nữ trên 13 tuổi, có vách ngăn, rèm che di động hoặc cố định ở giữa hai khu nam và nữ. (Nội dung tương tự TM14 – TCA2.1)
A4.3	3	4	Chưa thực hiện được các TM mức 5. <i>Hoạt động CTCL: TM12 - Đã rà soát và cập nhật bảng giá trên website bệnh viện.</i>
A4.4	3	3	-TM12, 14: Trang thiết bị XHH chưa thật sự hiện đại.
A4.5	3	3	-TM 14: Chưa báo cáo thống kê, tần suất các ý kiến thắc mắc phản nản tại khoa, phòng.
A4.6	3	4	-TM16: Chưa đảm bảo bản kế hoạch CTCL chung của bệnh viện có xác định ưu tiên đầu tư, cải tiến chất lượng tại những khoa, phòng có tỷ lệ hài lòng thấp. <i>Hoạt động CTCL: TM13 - Báo cáo kết quả khảo sát hài lòng có phân tích, so sánh đầy đủ giữa các đối tượng, các khoa, phòng.</i>
B1.1	3	3	-TM10: Chưa tiến hành đánh giá việc thực hiện kế hoạch phát triển nhân lực y tế hàng năm.
B1.2	2	3	-TM11: Chưa đảm bảo duy trì đầy đủ số bác sỹ để đạt chỉ tiêu "tỷ số bác sỹ/ giường bệnh" theo nội dung tiêu chí yêu cầu. <i>Hoạt động CTCL: TM4 - Đặt ra các chỉ tiêu cần đạt cho các tỷ số trong mức 2 theo từng năm và được quy định trong văn bản do bệnh viện ban hành.</i>
B1.3	3	3	Chưa thực hiện được các TM mức 4.
B2.1	2	3	-TM12: Chưa đảm bảo số lượng NVYT được đào tạo liên tục theo nội dung yêu cầu. <i>Hoạt động CTCL: TM8 - Bệnh viện thường xuyên cử CBVC đi học tập, tập huấn bồi dưỡng chuyên môn, nâng cao kỹ năng làm</i>

			việc (đảm bảo cứ được ít nhất 5% số lượng điều dưỡng, 5% số lượng bác sĩ).
B2.2	4	4	-TM16: Vẫn còn có đơn thư khiếu nại, tố cáo về thái độ ứng xử, giao tiếp, y đức.
B2.3	4	4	-TM16: Chưa có báo cáo đánh giá, nghiên cứu tình hình đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn của bệnh viện, trong đó có đánh giá tình hình sử dụng nhân lực và kết quả chuyên môn sau khi đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn.
B3.1	3	4	Chưa thực hiện được các TM mức 5. <i>Hoạt động CTCL: TM12 - Có áp dụng chi trả thu nhập tăng thêm theo các đối tượng khác nhau bằng cách đánh giá hằng tháng để thực hiện việc chi trả dựa trên kết quả công việc.</i>
B3.2	4	5	Đã hoàn thành các TM của tiêu chí. <i>Hoạt động CTCL: TM17 - Bệnh viện hiện đang ký hợp đồng mua BH trách nhiệm nghề nghiệp cho 47 BS ở nhi khoa, phòng khác nhau.</i>
B3.3	3	3	-TM9: Hồ sơ sức khỏe của toàn bộ nhân viên bệnh viện chưa được nhập và quản lý bằng phần mềm máy tính.
B3.4	3	4	Chưa thực hiện được các TM mức 5. <i>Hoạt động CTCL: TM12, 13 - Đã thực hiện khảo sát ngẫu nhiên 7 nhân viên y tế hàng tháng về môi trường làm việc.</i>
B4.1	3	3	-TM9: Chưa tiến hành đo lường các chỉ số trong bản kế hoạch phát triển bệnh viện.
B4.2	4	4	-TM16: Chưa áp dụng kết quả đánh giá để cải tiến chất lượng việc triển khai thực hiện văn bản chỉ đạo hoặc đề xuất sửa đổi bất cập của văn bản với cơ quan quản lý.
B4.3	3	3	-TM12: Chưa thí điểm hình thức thi tuyển (như trình bày kế hoạch phát triển) các vị trí lãnh đạo, quản lý của bệnh viện, có sự giám sát công khai của cơ quan quản lý, đại diện "người quản lý", ban thanh tra nhân dân, đại diện nhân viên ...
B4.4	4	3	-TM7: Chưa xây dựng kế hoạch tuyển chọn lãnh đạo kế cận.
C1.1	3	3	Chưa thực hiện được các TM mức 4.
C1.2	3	3	-TM24: Chưa có bản sơ đồ cửa và cầu thang thoát hiểm tại đầy đủ các hành lang. -TM30: Chưa diễn tập phòng cháy chữa cháy ít nhất 1 lần trong năm trên quy mô toàn bệnh viện. Nhân viên sử dụng được các phương tiện chữa cháy sẵn có và biết được phương án sơ tán thoát nạn, cứu người.
C2.1	3	3	Chưa thực hiện được các TM mức 4.

C2.2	2	4	Chưa thực hiện được các TM mức 5. <i>Hoạt động CTCL: TM9 - Thực hiện 5S tại kho lưu trữ HSBA, sử dụng excel để tra cứu, xác định vị trí một bệnh án bất kỳ đang nằm ở vị trí nào trong kho và có sổ theo dõi mượn, trả HSBA.</i>
C3.1	3	3	-TM14: Chưa theo dõi, đánh giá các chỉ số theo thời gian năm, quý và so sánh giữa các khoa/phòng, bộ phận. -TM17: Chưa xây dựng các công cụ (như bảng kiểm, phần mềm tự động...) và phương pháp để tiến hành giám sát chất lượng số liệu theo định kỳ (hoặc đột xuất), bảo đảm độ tin cậy, trung thực của dữ liệu và giám sát chất lượng số liệu thường xuyên.
C3.2	3	4	Chưa thực hiện được các TM mức 5. <i>Hoạt động CTCL: TM10 - Đã có đầy đủ các phân hệ phần mềm theo yêu cầu của tiêu chí.</i>
C4.1	4	4	-TM19: Trường khoa kiểm soát nhiễm khuẩn chưa có trình độ sau đại học đúng chuyên ngành liên quan tới kiểm soát nhiễm khuẩn (hoặc có luận văn/đề tài về KSNK hoặc liên quan).
C4.2	4	4	-TM11,12,13: Chưa tiến hành các nghiên cứu, đánh giá, giám sát việc thực hiện quy trình và hướng dẫn phòng ngừa KSNK để có các báo cáo kết quả phân tích áp dụng vào thực hiện cải tiến.
C4.3	3	4	Chưa thực hiện được các TM mức 5.
C4.4	3	3	Chưa thực hiện được các TM mức 4.
C4.5	4	4	Chưa thực hiện được các TM mức 5.
C4.6	2	2	-TM11: Có một chỉ tiêu đầu ra của nước thải (chỉ số Amoni) chưa đạt quy chuẩn về môi trường.
C5.1	3	3	-TM10: Bệnh viện chưa đảm bảo triển khai thực hiện các kỹ thuật theo đúng phân tuyến chiếm từ 70% trở lên tổng số kỹ thuật theo phân tuyến của các Thông tư, văn bản do Bộ Y tế quy định*.
C5.2	3	3	Chưa thực hiện được các TM mức 4.
C5.3	3	3	-TM10: Chưa đảm bảo Hội đồng khoa học do bệnh viện hoặc cơ quan quản lý trực tiếp thành lập, có mời thành viên là các chuyên gia, giảng viên, bác sỹ, điều dưỡng trong, ngoài bệnh viện và các cơ quan khác như đại diện cơ quan quản lý y tế, cơ quan bảo hiểm xã hội...) để thẩm định Bộ tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh" do bệnh viện xây dựng.
C5.4	3	3	-TM10: Các khoa lâm sàng chưa nghiên cứu xây dựng, cập nhật, bổ sung các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị thuộc phạm vi chuyên môn và mô hình bệnh tật của bệnh viện, nhưng chưa được Bộ Y tế hoặc Sở Y tế ban hành (hoặc chỉnh sửa) dựa trên các tài liệu trong nước, quốc tế và sự tiến bộ của y học.

C5.5	2	3	<p>Chưa thực hiện được các TM mức 4.</p> <p><i>Hoạt động CTCL: TM9, 10 - Đã lập danh sách một số bệnh thường gặp (theo mô hình bệnh tật các khoa lâm sàng và chung bệnh viện), bệnh điều trị bằng kỹ thuật cao, bệnh có chi phí lớn để ưu tiên giám sát việc tuân thủ các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị.</i></p>
C6.1	2	2	-TM14: Tỷ lệ ĐDT có chứng chỉ quản lý điều dưỡng chưa đạt.
C6.2	2	4	<p>Chưa đảm bảo thực hiện tốt các TM mức 5 theo đúng nội dung Bộ Tiêu chí.</p> <p><i>Hoạt động CTCL: TM9 - Đã lập danh mục các bệnh hoặc vấn đề sức khỏe theo mô hình bệnh tật của bệnh viện để ưu tiên xây dựng, cập nhật tài liệu truyền thông, giáo dục sức khỏe. Đồng thời, đẩy mạnh các hoạt động liên quan đến tư vấn, giáo dục sức khỏe trong toàn viện.</i></p>
C6.3	2	3	<p>Chưa thực hiện được các TM mức 4.</p> <p><i>Hoạt động CTCL: TM9, 15 - Đã xây dựng các quy định, quy trình và hướng dẫn, triển khai toàn viện cách xác định nhu cầu, lập kế hoạch thực hiện chăm sóc người bệnh cần chăm sóc cấp 1, đồng thời ĐD - NHS phối hợp với BS điều trị trong việc đánh giá phân cấp chăm sóc người bệnh.</i></p>
C7.1	2	3	<p>Chưa thực hiện được các TM mức 4.</p> <p><i>Hoạt động CTCL: TM4 - Lãnh đạo khoa DD-TC đã được cử đi học và có chứng chỉ dinh dưỡng lâm sàng 03 tháng.</i></p>
C7.2	3	3	-TM20: Bếp ăn chưa đủ nhân viên phục vụ có khả năng cung cấp các suất ăn cho trên 70% người bệnh (tính theo số giường bệnh).
C7.3	3	4	<p>Chưa thực hiện được các TM mức 4.</p> <p><i>Hoạt động CTCL: TM7,9 - Người bệnh có nguy cơ được lập kế hoạch theo dõi đánh giá tình trạng dinh dưỡng. Người bệnh suy dinh dưỡng nặng được hội chẩn với BS khoa dinh dưỡng để can thiệp kịp thời.</i></p>
C7.4	4	4	Chưa thực hiện được các TM mức 5.
C7.5	3	3	Chưa thực hiện được các TM mức 4.
C8.1	4	4	-TM20: Khối xét nghiệm có nhân sự có trình độ tiến sỹ y học hoặc các chuyên ngành liên quan đến xét nghiệm.
C8.2	3	3	<p>-TM19: Chưa có ít nhất một phòng hoặc đơn vị xét nghiệm trong các lĩnh vực hóa sinh, huyết học, vi sinh đạt tiêu chuẩn ISO 15189 (tương đương hoặc cao hơn).</p> <p>-TM20: Chưa tiến hành đánh giá/nghiên cứu chất lượng xét nghiệm của bệnh viện ít nhất 1 lần trong năm, có báo cáo đánh giá, trong đó có chỉ ra những nhược điểm, hạn chế và đề xuất giải pháp khắc phục.</p>

C9.1	3	3	-TM15: Lãnh đạo khoa dược chưa có trình độ sau đại học chuyên ngành dược (hoặc là dược sỹ chính).
C9.2	4	4	Chưa thực hiện được các TM mức 5.
C9.3	3	3	Chưa thực hiện được các TM mức 4.
C9.4	4	4	-TM22: Chưa có áp dụng phần mềm cảnh báo tương tác thuốc tích hợp khi kê đơn trên phạm vi toàn bệnh viện. -TM23: Chưa xây dựng và thực hiện quy trình giám sát điều trị thông qua việc theo dõi nồng độ thuốc trong máu.
C9.5	3	3	-TM18: Chưa đưa ra các giải pháp cải tiến khi theo dõi, đánh giá và báo cáo phản ứng có hại của thuốc, thực hiện thông tin thuốc tại bệnh viện.
C9.6	3	3	Chưa đảm bảo thực hiện tốt các TM mức 4 theo đúng nội dung Bộ Tiêu chí (khoản j của TM9).
C10.1	3	3	-TM14: Bệnh viện chưa có bài báo cáo khoa học do nhân viên bệnh viện thực hiện đăng trên các tạp chí khoa học trong nước.
C10.2	4	4	-TM9: Chưa có các sáng kiến hoặc giải pháp mới được đăng ký bản quyền sở hữu trí tuệ.
D1.1	3	3	-TM17: Thành viên mạng lưới QLCL có chứng chỉ phải khác thành viên phòng QLCL (vì có 02 tiêu mục đánh giá riêng dành cho nhân viên phòng và thành viên mạng lưới).
D1.2	4	4	Chưa thực hiện được các TM mức 5.
D1.3	3	3	-TM10, 11, 12: Chưa xây dựng Bộ nhận diện thương hiệu và quy định sử dụng nên chưa áp dụng thống nhất vào toàn bộ các hoạt động chính thức của bệnh viện.
D2.1	3	3	-TM8: Chưa có cán bộ y tế trực theo dõi camera hoặc theo dõi trực tiếp buồng bệnh 24/24 giờ đối với các buồng bệnh cấp cứu, điều trị tích cực. -TM9: Chưa định kỳ ít nhất 6 tháng 1 lần tiến hành rà soát và đánh giá dựa trên bảng kiểm việc thực hiện phòng ngừa các nguy cơ, diễn biến xấu xảy ra với người bệnh tại các khu vực có nguy cơ cao hoặc đã xảy ra các sự cố, trong đó có phát hiện những nhược điểm cần khắc phục, phân tích các sự cố y khoa đã xảy ra (nếu có).
D2.2	4	4	Chưa thực hiện được các TM mức 5.
D2.3	3	3	Chưa thực hiện được các TM mức 5.
D2.4	2	4	Chưa thực hiện được các TM mức 5. <i>Hoạt động CTCL: TM9 - Đã tiến hành cập nhật và ban hành lại quy trình An toàn người bệnh, đồng thời xây dựng kế hoạch để triển khai kiểm tra, giám sát việc thực hiện quy trình hàng tháng.</i>

D2.5	2	4	Chưa thực hiện được các TM mức 5. <i>Hoạt động CTCL: TM11 - Đã bố trí giường có thanh chắn phòng người bệnh trượt ngã cho người bệnh có nguy cơ trượt ngã cao tại ĐNSS, HS, Nhi, Nội TK, Nội TM.</i>
D3.1	3	4	-TM14: Chưa có bản danh sách theo dõi thường xuyên hàng tháng kết quả đánh giá chất lượng với việc cải tiến chất lượng đã thực hiện. <i>Hoạt động CTCL: TM11 - Sử dụng bảng kiểm để đánh giá chất lượng bệnh viện hàng quý, rà soát những nội dung cần cải tiến nhưng chưa thực hiện được hoặc chưa đúng tiến độ.</i>
D3.2	4	4	Chưa thực hiện được các TM mức 5.
D3.3	4	4	-TM11: Có xây dựng các công cụ, tài liệu, hướng dẫn, phần mềm... về quản lý chất lượng và nhưng chưa đủ để báo cáo, chia sẻ với Bộ Y tế để tiếp tục chia sẻ rộng rãi cho các bệnh viện khác trên phạm vi toàn quốc.
E1.1	2	2	-TM8: Tỷ lệ NHS có trình độ CN trở lên dưới 30%.
E1.2	4	4	Chưa thực hiện được các TM mức 5.
E1.3	4	3	-TM23 Chưa đảm bảo tỷ lệ (theo nội dung TM yêu cầu (tỷ lệ > 30%)
E2.1	2	2	-TM7: Tỷ lệ ĐD có trình độ CN trở lên dưới 30%.



100  
1000  
10000

100000



## PHỤ LỤC

### Kết quả đo lường 05 chỉ số chất lượng bệnh viện năm 2017

(Thời gian đo lường: từ ngày 01/10/2016 đến ngày 30/9/2017)

STT	Chỉ số	Đặc tính	Phương pháp đo lường	Mục tiêu năm 2017	Đánh giá
1.	Tỷ lệ phẫu thuật từ loại II trở lên	Năng lực chuyên môn	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tử số: Số lượng phẫu thuật loại II trở lên được thực hiện = 9.795 cas</li> <li>- Mẫu số: Tổng số phẫu thuật đã thực hiện = 16.244 cas</li> <li>→ Tỷ lệ = <math>9.795/16.244 \times 100 \approx 60,3\%</math> (2016: 63,8%)</li> </ul>	Tăng 5% (hiệu số) so với % năm 2016	↓ <b>3,5%</b> (hiệu số) so với năm 2016 <b>Không đạt</b>
2.	Tỷ lệ thực hiện kỹ thuật chuyên môn theo phân tuyến	Năng lực chuyên môn	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tử số: Số kỹ thuật chuyên môn thực hiện được = 10.091 kỹ thuật</li> <li>- Mẫu số: Tổng số kỹ thuật chuyên môn theo phân tuyến = 14.608 kỹ thuật</li> <li>- Tiêu chuẩn lựa chọn: Bao gồm các kỹ thuật theo phân tuyến liệt kê tại Thông tư 43/2013/TT-BYT</li> <li>- Tiêu chuẩn loại trừ: Không bao gồm những kỹ thuật vượt tuyến</li> <li>→ Tỷ lệ = <math>10.091/14.608 \times 100 \approx 69,1\%</math> (2016: 48,7%)</li> </ul>	Tăng 3% (hiệu số) so với % năm 2016	↑ <b>20,4%</b> (hiệu số) so với năm 2016 <b>Đạt</b>
3.	Tỷ lệ chuyển lên tuyến trên khám chữa bệnh (tất cả các bệnh)	Đầu ra	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tử số: Số lượng người bệnh được bệnh viện chỉ định chuyển lên tuyến trên trong kỳ báo cáo = 4.924 lượt</li> <li>- Mẫu số: Tất cả người bệnh trong kỳ báo cáo = 388.948 lượt</li> <li>- Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh xin ra viện/ kết thúc điều trị để tự chuyển đến bệnh viện tuyến trên; Người bệnh được bệnh viện chỉ định chuyển lên tuyến trên trong tình huống cấp cứu thảm họa</li> <li>→ Tỷ lệ = <math>4.924/388.948 \times 100 \approx 1,3\%</math> (2016: 1,4%)</li> </ul>	≤ 1,3%	Tỷ lệ bằng mục tiêu đề ra <b>Đạt</b>

4.	Công suất sử dụng giường bệnh thực tế	Hiệu suất	<p>- Tử số: Tổng số ngày điều trị nội trú trong kỳ báo cáo = 330.296 ngày</p> <p>- Mẫu số: Tổng số giường bệnh thực tế * Số ngày trong kỳ báo cáo = 973 giường * 365 ngày = 355.145</p> <p>→ Công suất = <math>330.296/355.145*100 \approx 93\%</math> (2016: 99,9% với 912 giường thực kê)</p>	≥ 95%	<p>Tỷ lệ thấp hơn mục tiêu đề ra</p> <p><b>Không đạt</b></p>
5.	Tỷ lệ thực hiện các sáng kiến cải tiến chất lượng	Đầu ra	<p>- Tử số: Số lượng sáng kiến cải tiến chất lượng được nghiệm thu đạt yêu cầu = 64 sáng kiến</p> <p>- Mẫu số: Tổng số sáng kiến cải tiến chất lượng đăng ký = 70 sáng kiến</p> <p>→ Tỷ lệ = <math>64/70*100 \approx 91,4\%</math></p>	70% sáng kiến đạt yêu cầu	<p>Tỷ lệ cao hơn mục tiêu đề ra</p> <p><b>Đạt</b></p>