SỞ Y TẾ NINH THUẬN
BỆNH VIỆN TỈNH

Số: 3348 /BC-BVT

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

Ninh Thuận, ngày 27 tháng 10 năm 2016

BÁO CÁO
Kết quả tự kiểm tra, đánh giá Chất lượng bệnh viện và việc thực hiện Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế hướng tới sự hài lòng của người bệnh năm 2016.

Căn cứ Quyết định số 4745/QĐ-BYT ngày 06/11/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc Ban hành nội dung kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện năm 2015;

Căn cứ Quyết định số 4858/QĐ-BYT ngày 03/12/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành "Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện";

Căn cứ Quyết định số 3743/QĐ-SYT ngày 24/10/2016 của Sở Y tế Ninh Thuận về việc Điều chỉnh nội dung Bảng kiểm đánh giá triển khai thực hiện Kế hoạch hành động đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế hướng tới sự hài lòng của người bệnh, năm 2016;

Thực hiện Thông báo số 3746/TB-SYT ngày 24/10/2016 của Sở Y tế Ninh Thuận về việc Kiểm tra chất lượng bệnh viện và Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế hướng tới sự hài lòng của người bệnh năm 2016.

Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận đã thực hiện việc tự kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện; đánh giá việc thực hiện Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ năm 2016 với một số kết quả như sau:

I. Tổng quan bệnh viện:

Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận hạng II với quy mô 800 giường kế hoạch (thực kê: 902 giường), 32 khoa phòng, trong đó có 08 phòng chức năng, 07 khoa Cận lâm sàng, 17 khoa Lâm sàng và 03 đơn vị (đơn vị Tim mạch can thiệp, đơn vị Nội thần kinh trực thuộc khoa Nội tim mạch, đơn vị Ung bướu trực thuộc khoa Nội tổng hợp). Tổng số cán bộ viên chức, người lao động là 866, trong đó biên chế: 558 người, hợp đồng lao động: 206, hợp đồng trong chỉ tiêu biên chế: 33 người, hợp đồng theo NĐ 68: 69 người.

Trình độ đại học và trên đại học: 275, trong đó: Bác sĩ: 176 (Tiến sĩ: 01; CKII: 04; CKI: 48; Thạc sỹ: 12); Dược sĩ: 07; Cử nhân Y khoa: 47; Kỹ sư: 13; Chuyên viên: 14; Thạc sĩ khác: 02; Thạc sĩ Y học: 02; Chuyên viên chính: 01, Kế toán viên: 13.

II. Kết quả tự kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện năm 2016:

1. Kết quả chung:

Kết quả	Mức 1		Mức 2		Mức 3		Mức 4		Mức 5	
Thời điểm	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Số lượng TC	0	0	01	01	38	32	31	37	13	13
% Tiêu chí	**0**	**0**	**1,20**	**1,20**	**45,78**	**38,55**	**37,35**	**44,58**	**15,66**	**15,66**

- Số tiêu chí áp dụng chấm điểm: 83/83;

- Tổng số điểm của các tiêu chí áp dụng: 311;

- Điểm trung bình chung của các tiêu chí: 3,75;

- Tổng số điểm của các tiêu chí tăng từ 305 lên 311 điểm, điểm đạt tăng 1,97%;

- Điểm trung bình các tiêu chí tăng từ 3.67 lên 3.75, điểm trung bình tăng 2,18%;

- So với cuối năm 2015: Có 06 tiêu chí mức 3 tăng lên mức 4;

- Xếp loại chất lượng bệnh viện: ***Chất lượng khá***.

Một số tiêu chí được nâng mức so với năm 2015:

- Tiêu chí B3.2: Bảo đảm điều kiện làm việc, vệ sinh lao động và nâng cao trình độ chuyên môn cho nhân viên y tế từ mức 3 lên mức 4.

Bệnh viện phối hợp với tình nguyện viên Ahn Soo Young của cơ quan hợp tác quốc tế Hàn Quốc (KOICA) thành lập Thư viện Y học bệnh viện.

- Tiêu chí B4.1: Xây dựng kế hoạch, quy hoạch, chiến lược phát triển bệnh viện và công bố công khai từ mức 3 lên mức 4.

Bệnh viện xây dựng Đề án phát triển bệnh viện hạng I, trong đó có nội dung cụ thể ngắn hạn và dài hạn, có các chỉ số và mốc thời gian cụ thể để phấn đấu. Đề án đã được UBND tỉnh phê duyệt.

- Tiêu chí C3.1: Quản lý tốt cơ sở dữ liệu và thông tin y tế từ mức 3 lên mức 4.

Bệnh viện đã và đang triển khai áp dụng hệ thống mã hóa lâm sàng theo danh mục dùng chung của Bộ Y tế.

- Tiêu chí C4.3: Triển khai chương trình và giám sát tuân thủ rửa tay từ mức 3 lên mức 4.

Bổ sung các lọ dung dịch sát khuẩn tay nhanh (cồn) tại các hành lang khoa đảm bảo nhân viên y tế cũng như bệnh nhân, thân nhân đều có thể sử dụng. Ngoài ra, khoa KSNK đẩy mạnh việc triển khai chương trình, giám sát và đánh giá tuân thủ rửa tay của nhân viên các khoa, phòng trong bệnh viện.

- Tiêu chí C4.3: Chất thải rắn bệnh viện được quản lý chặt chẽ, xử lý an toàn và tuân thủ theo đúng quy định từ mức 3 lên mức 4.

Xây dựng vách ngăn nhà lưu trữ rác bệnh viện (theo TT58), trang bị túi và thùng đựng chất thải theo đúng quy định.

- Tiêu chí C5.4: Xây dựng quy trình kỹ thuật và triển khai các biện pháp giám sát chất lượng kỹ thuật từ mức 3 lên mức 4.

Tiến hành đánh giá các tai biến, sự cố xảy ra khi thực hiện kỹ thuật để rút kinh nghiệm và sửa đổi, cải tiến quy trình kỹ thuật để hạn chế các tai biến, sự cố xảy ra (thông qua hoạt động phân tích sai sót, sự cố).

2. Chi tiết kiểm tra, đánh giá:

(đính kèm kết quả tự kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện năm 2016)

III. Đánh giá việc thực hiện Kế hoạch Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế hướng đến sự hài lòng người bệnh năm 2016:

1. Đánh giá theo bảng kiểm của Sở Y tế Ninh Thuận:

Nhóm đánh giá đã tiến hành tự đánh giá phần I của bảng kiểm triển khai thực hiện Kế hoạch hành động "Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế hướng tới sự hài lòng của người bệnh" năm 2016 và kết quả đạt được như sau:

Nội dung thực hiện	Điểm tối đa	Đơn vị tự chấm
1. Thành lập và hoạt động của Ban Chỉ đạo Đổi mới phong cách thái độ phục vụ của viên chức y tế hướng đến sự hài lòng người bệnh (Sau đây gọi tắt là BCĐ)	4	4
2. Thành lập và hoạt động của Tổ công tác xã hội (CTXH)	4	4
3. Thành lập và hoạt động của Đội thanh niên tình nguyện (TNTN) tiếp sức người bệnh	4	4
4. Thay đổi trang phục y tế	2	0
5. Trực đường dây nóng 24/24 giờ	8	8
6. Hộp thư góp ý	4	4
7. Bàn tiếp nhận phản ánh của bệnh nhân	4	4
8. Sinh hoạt hội đồng bệnh nhân cấp khoa (tính trung bình trong cả 10 tháng: tuần/tháng)	11	11
9. Sinh hoạt hội đồng bệnh nhân cấp bệnh viện	14	14
10. Ký cam kết về thực hiện nội dung KH đổi mới	2	2
11. Tất cả thành viên lãnh đạo Bệnh viện đều giám sát	9	3
12. Thực hiện báo cáo định kỳ Sở Y tế KH đổi mới	4	4
Tổng điểm phần I	**70**	**62**

Bệnh viện không đạt được mức tối đa 70 điểm tại phần I là do:
- Bệnh viện chưa thay đổi trang phục y tế theo quy định và đầy đủ đối với tất cả viên chức bệnh viện (bị trừ 02 điểm).
- Tất cả thành viên Lãnh đạo bệnh viện giám sát việc thực hiện KH đổi mới 04 ngày/lần đối với các khoa, phòng theo phân công.

(Đính kèm nội dung chi tiết bảng kiểm)

2. Kết quả lượng giá các kỹ năng giao tiếp của nhân viên:

2.1. Khu vực ngoại trú:

Từ tháng 5 đến tháng 9 năm 2016, bệnh viện tiến hành lượng giá 05 kỹ năng giao tiếp của BS và ĐD theo bảng kiểm BYT.

Mỗi tháng lượng giá 10 cán bộ y tế đang khám bệnh tại khoa Khám bệnh, trong đó có 05 BS và 05 ĐD.

Kỹ năng \ Tháng	Điểm đạt được										Điểm TB	
	Tháng 5		Tháng 6		Tháng 7		Tháng 8		Tháng 9		5 tháng	
	BS	ĐD	BS	ĐD	BS	ĐD	BS	ĐD	BS	ĐD	**BS**	**ĐD**
Điểm trung bình 05 Kỹ năng của BS, ĐD khoa Khám bệnh	5	5	6	5	6	6	6	6	7	6	**6**	**5.6**

Kết quả cho thấy kỹ năng giao tiếp của cán bộ y tế tại khoa khám bệnh tuy có cải thiện về điểm số kỹ năng giao tiếp theo từng tháng, nhưng cải thiện chưa đáng kể, đồng thời điểm kỹ năng chỉ đạt ở mức trung bình, trong đó kỹ năng giao tiếp của ĐD kém hơn BS.

2.2.Khu vực nội trú:

Ngày 25/10, bệnh viện kiểm tra đột xuất kỹ năng khám và chăm sóc bệnh nhân của 09 BS và 09 ĐD tại 03 khoa (Sản, Nhi và Ngoại Chấn thương).

Công cụ kiểm tra: Bảng kiểm kỹ năng giao tiếp theo tài liệu tập huấn kỹ năng giao tiếp của BYT sắp ban hành.

Kỹ năng \ Khoa	Điểm đạt được						Điểm TB các kỹ năng
	Sản		Nhi		Ngoại Chấn thương		
	BS	ĐD	BS	ĐD	BS	ĐD	
Kỹ năng nói và lắng nghe	8	6	8	6	8	9	**7.5**
Kỹ năng đặt câu hỏi và phản hồi	6	4	7	4	6	7	**5.7**
Kỹ năng giao tiếp không lời	6	7	6	7	7	5	**6.3**
Kỹ năng hỏi bệnh	5	3	5	4	5	6	**4.7**
Kỹ năng cung cấp thông tin	6	3	6	3	5	6	**4.8**
Điểm trung bình	**6.2**	**4.6**	**6.4**	**4.8**	**6.2**	**6.6**	**5.8**

Điểm trung bình các kỹ năng giao tiếp của 09 BS và 09 ĐD: đạt 5,8/10 điểm

Từ kết quả trên, bệnh viện cần cải thiện hơn nữa kỹ năng giao tiếp của cán bộ y tế, đặc biệt đối tượng điều dưỡng có kỹ năng giao tiếp đang đạt mức trung bình 5,3 điểm tại thời điểm kiểm tra đột xuất.

IV. Ưu điểm, tồn tại và xác định các vấn đề ưu tiên cải tiến:

1. Ưu điểm:

- Công tác kiểm tra, giám sát việc thực hiện các quy chế, quy định của ngành, của bệnh viện; qua đó rà soát, theo dõi mức chất lượng của khoa/phòng, đảm bảo việc duy trì các tiêu chí chất lượng bệnh viện đã đạt được.

- Triển khai Chương trình 5S đến tất cả các khoa phòng toàn viện nhằm xây dựng môi trường y tế an toàn, tiết kiệm tối đa mọi nguồn lực, tránh lãng phí thời gian và công sức, tăng cường hiệu quả công việc, hạn chế sai sót.

- Bệnh viện đã tổ chức 12 lớp tập huấn nâng cao kỹ năng giao tiếp, ứng xử cho 796 cán bộ y tế; 100% CBNV ký cam kết thực hiện "Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế hướng tới sự hài lòng người bệnh".

- Thực hiện hơn 15 Đề tài cải tiến chất lượng các dịch vụ y tế, các quy trình, từng bước chuẩn hóa các quy trình theo Kaizen.

- Định kỳ kiểm tra, chấn chỉnh việc chỉ định xét nghiệm, chỉ định thuốc cho người bệnh.

2. Tồn tại:

- Hoạt động giám sát các quy trình an toàn người bệnh chưa được triển khai đầy đủ;

- Còn có một số trường hợp điều trị chưa đúng phác đồ ở khu vực nội trú và ngoại trú;

- Công tác theo dõi người bệnh trong một số trường hợp chưa được chặt chẽ;

- Nhân lực ĐD trưởng chưa đảm bảo yêu cầu về trình độ chuyên môn, quản lý;

- Công tác kiểm tra, giám sát việc thực hiện kỹ năng giao tiếp đối với người bệnh chưa đạt yêu cầu;

- Kỹ năng giao tiếp của nhân viên y tế ở khu vực ngoại và nội trú chỉ đạt ở mức trung bình;

- Vẫn còn một số ý kiến thắc mắc, đơn thư khiếu nại của NB.

(đính kèm Phụ lục 02: Đánh giá chỉ số chất lượng bệnh viện năm 2016)

3. Xác định vấn đề ưu tiên cải tiến chất lượng trong 02 tháng cuối năm 2016 và năm 2017:

- Lãnh đạo bệnh viện tăng cường công tác kiểm tra, giám sát kỹ năng giao tiếp của nhân viên;

- Tiếp tục theo dõi, giám sát kỹ năng giao tiếp của cán bộ y tế, tìm hiểu nguyên nhân, từ đó thực hiện cải tiến ngay các kỹ năng giao tiếp đảm bảo triển khai có hiệu quả kế hoạch "Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của NVYT hướng tới sự hài lòng của NB";

- Tiếp tục CTCL theo Bộ tiêu chí Chất lượng;

- Nỗ lực duy trì các thành tích đã đạt được;

- Triển khai ISO 15189 cho khoa xét nghiệm.

Trên đây là kết quả việc tự kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện và đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế hướng đến sự hài lòng người bệnh năm 2016. 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./.

Trân trọng kính báo.

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

GIÁM ĐỐC

SỞ Y TẾ TỈNH NINH THUẬN
BỆNH VIỆN TỈNH NINH THUẬN

BSCKII.THÁI PHƯƠNG PHIÊN

PHỤ LỤC 01:
KẾT QUẢ CHI TIẾT TỰ KIỂM TRA, ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN CUỐI NĂM 2016.

TC	KQ 2015 (SYT đánh giá)	KQ 2016 (BV tự đánh giá)	Tồn tại, vướng mắc khi xếp mức tiêu chí cuối năm 2016 và các hoạt động cải tiến chất lượng đã thực hiện cho tiêu chí tăng mức trong năm 2016.	Ghi chú
A1.1	5	5	-Đã hoàn thành các tiểu mục của tiêu chí này.	
A1.2	3	3	-TM17: Phòng chờ chưa có điều hoà một chiều hoạt động thường xuyên. -TM18: Lối đi giữa toàn bộ các khối nhà trong bệnh viện chưa có mái hiên.	
A1.3	5	5	-Đã hoàn thành các tiểu mục của tiêu chí này.	
A1.4	5	5	-Đã hoàn thành các tiểu mục của tiêu chí này.	
A1.5	5	5	-Đã hoàn thành các tiểu mục của tiêu chí này.	
A1.6	4	4	-TM18: Tỷ lệ trả kết quả được theo dõi và tăng dần theo thời gian.	
A2.1	4	4	-Chưa thực hiện được các TM trong mức 5.	
A2.2	3	3	-Chưa thực hiện được các TM trong mức 4.	
A2.3	3	3	-TM 13: Các tủ đầu giường chưa đồng bộ, chưa có khoá.	
A2.4	3	3	-Chưa thực hiện được các TM mức 4.	
A2.5	4	4	-Chưa thực hiện được các TM trong mức 5.	
A3.1	4	4	-TM13: Chưa có đài phun nước/ hồ nước.	
A3.2	3	3	-TM10: Chưa có tủ giữ đồ có khoá hoặc dịch vụ trong giữ đồ tại tất cả các khoa khám/ điều trị.	
A4.1	5	5	-Đã hoàn thành các tiểu mục của tiêu chí này.	
A4.2	3	3	-TM10: Buồng bệnh chưa chia 2 khu vực riêng biệt cho nam/ nữ trên 13 tuổi và có vách ngăn di động ở giữa. -TM11: Chưa có rèm che chắn ở mỗi giường bệnh.	
A4.3	4	4	-Chưa thực hiện được các TM trong mức 5.	
A4.4	5	5	-Đã hoàn thành các tiểu mục của tiêu chí này.	
A4.5	5	5	-Đã hoàn thành các tiểu mục của tiêu chí này.	
A4.6	4	4	-Chưa thực hiện được các TM trong mức 5.	
B1.1	4	4	-Chưa thực hiện được các TM trong mức 5.	
B1.2	4	4	-TM19: Vẫn còn nhân viên y tế thường trực 24/24.	

B1.3	**3**	**3**	-TM11: Bệnh viện đã có đủ số người làm việc nhưng chưa đảm bảo đủ cơ cấu chức danh nghề nghiệp.	
B2.1	**4**	**4**	-TM12: Nhân viên chuyên môn bệnh viện viết được các hướng dẫn chẩn đoán điều trị và các quy trình chuyên môn.	
B2.2	**4**	**4**	-Chưa thực hiện được các TM trong mức 5.	
B2.3	**3**	**3**	-TM9: Chưa đủ 5% theo chức danh nghề nghiệp đi tham gia đào tạo	
B3.1	**3**	**3**	-TM11: Nhân viên y tế có nguồn thu nhập tăng thêm chưa gấp ít nhất từ 1 – 2 lần lương và phụ cấp quanh lương.	
B3.2	**3**	**4**	-Chưa thực hiện được các TM trong mức 5. **CTCL TM17: Bệnh viện đã có thư viện y học và tạo điều kiện cho nhân viên y tế tiếp cận thường xuyên.**	**Tăng**
B3.3	**4**	**4**	-TM16, 17, 18: Chưa thực hiện được.	
B3.4	**4**	**4**	-Chưa thực hiện được các TM trong mức 5.	
B4.1	**3**	**4**	-Chưa thực hiện được các TM trong mức 5. **CTCL TM15: Bệnh viện xây dựng Đề án phát triển bệnh hạng I, trong đó có nội dung cụ thể ngắn hạn và dài hạn, có các chỉ số đích và mốc thời gian cụ thể để phấn đấu. Đề án đã được UBND tỉnh phê duyệt.**	**Tăng**
B4.2	**3**	**3**	-TM10: Chưa có quy định và tiến hành đánh giá, sơ kết, tổng kết việc triển khai thực hiện văn bản.	
B4.3	**3**	**3**	-TM15: Các vị trí lãnh đạo, quản lý của bệnh viện chưa được thi tuyển.	
B4.4	**4**	**4**	-TM12: Các cán bộ trong diện quy hoạch chưa thể thay thế lãnh đạo, quản lý đương nhiệm ngay lập tức khi cần thiết hoặc trong tình huống khẩn cấp.	
C1.1	**3**	**3**	-Chưa thực hiện được các tiểu mục mức 4.	
C1.2	**4**	**4**	-Chưa thực hiện được các tiểu mục mức 5.	
C2.1	**3**	**3**	-Chưa thực hiện được các tiểu mục mức 4.	
C2.2	**3**	**3**	-Chưa thực hiện được các tiểu mục mức 4.	
C3.1	**3**	**4**	-Chưa thực hiện được các tiểu mục mức 5. **CTCL TM19: Bệnh viện đã và đang triển khai áp dụng hệ thống mã hóa lâm sàng theo danh mục dùng chung của Bộ Y tế.**	**Tăng**
C3.2	**3**	**3**	-Chưa thực hiện được các tiểu mục mức 4.	
C4.1	**4**	**4**	-TM18: Trưởng khoa KSNK chưa có trình độ sau đại học đúng chuyên ngành về KSNK.	

C4.2	4	4	-Chưa thực hiện được các tiểu mục mức 5.	
C4.3	3	4	-TM20: Việc tuân thủ VST của NVYT tháng 10 giảm so với những tháng trước. **CTCL TM14, 15, 16: Bệnh viện bổ sung các lọ dung dịch sát khuẩn tay nhanh (cồn) tại các hành lang khoa đảm bảo nhân viên y tế cũng như bệnh nhân, thân nhân đều có thể sử dụng. Ngoài ra, khoa KSNK đẩy mạnh việc triển khai chương trình, giám sát và đánh giá tuân thủ rửa tay của nhân viên các khoa, phòng trong bệnh viện.**	**Tăng**
C4.4	3	3	-TM12: Chưa tiến hành theo dõi tình hình vi khuẩn kháng thuốc tại bệnh viện.	
C4.5	3	4	-TM22: Chưa thực hiện giảm thiểu chất thải y tế nguy hại ngay từ khi mua sắm trang thiết bị, vật tư y tế mới. **CTCL TM18: Bệnh viện xây dựng vách ngăn nhà lưu trữ rác bệnh viện (theo TT58), trang bị túi và thùng đựng chất thải theo đúng quy định.**	**Tăng**
C4.6	4	4	-Chưa thực hiện được các tiểu mục mức 5.	
C5.2	3	3	-TM9: Bệnh viện mới triển khai 68,3% tổng số phân tuyến kỹ thuật.	
C5.3	4	4	-Chưa thực hiện được các tiểu mục mức 5.	
C5.4	3	4	-Chưa thực hiện được các tiểu mục mức 5. **CTCL TM10: Bệnh viện tiến hành đánh giá các tai biến, sự cố xảy ra khi thực hiện kỹ thuật để rút kinh nghiệm và sửa đổi, cải tiến quy trình kỹ thuật để hạn chế các tai biến, sự cố xảy ra (thông qua hoạt động phân tích sai sót, sự cố).**	**Tăng**
C5.5	4	4	-Chưa thực hiện được các tiểu mục mức 5.	
C5.6	3	3	-Chưa thực hiện được các tiểu mục mức 4.	
C6.1	2	2	-TM9: Điều dưỡng trưởng chưa có trình độ đại học chiếm từ 50% trở lên (đang cử các ĐDT khoa khám bệnh, TMH, Nhi, Nhiễm, ĐTTYC học CNĐD).	
C6.2	5	5	-Đã hoàn thành các tiểu mục của tiêu chí này.	
C6.3	3	3	-Chưa thực hiện được các tiểu mục mức 4.	
C7.1	3	3	-TM10: Người phụ trách chưa có bằng chuyên khoa cấp I về chuyên ngành dinh dưỡng.	
C7.2	3	3	-TM20: Phòng ăn chưa có điều hòa nhiệt độ. -TM21: Số lượng suất ăn cung cấp < 70% người bệnh.	
C7.3	4	4	-TM12: Người bệnh có chỉ định can thiệp dinh dưỡng chưa được theo dõi, đánh giá lại tình trạng dinh dưỡng, điều chỉnh chế độ dinh dưỡng.	

C7.4	**4**	**4**	-Chưa thực hiện được các tiểu mục mức 5.	
C7.5	**3**	**3**	-TM11: Khoa dinh dưỡng chưa tổ chức cung cấp suất ăn cho trên 70% đối tượng người bệnh.	
C8.1	**3**	**3**	-TM18: Phụ trách khoa GPB chưa đạt trình độ sau đại học.	
C8.2	**3**	**3**	-Chưa thực hiện được các tiểu mục mức 4.	
C9.1	**3**	**3**	-TM11: Phụ trách khoa Dược chưa có trình độ sau đại học.	
C9.2	**4**	**4**	-Chưa thực hiện được tiểu mục mức 5.	
C9.3	**5**	**5**	-Đã hoàn thành các tiểu mục của tiêu chí này.	
C9.4	**4**	**4**	-TM22: Chưa có quy trình giám sát điều trị thông qua việc theo dõi nồng độ thuốc trong máu. -TM23: Chưa có phần mềm theo dõi và quản lý lịch sử dùng thuốc của người bệnh.	
C9.5	**4**	**4**	-TM22: Đơn vị thông tin thuốc chưa đảm bảo đáp ứng trả lời đầy đủ các câu hỏi thông tin thuốc cho mọi đối tượng. -TM23: Chưa phát hành bản tin thông tin thuốc ít nhất 2 số/ năm.	
C9.6	**3**	**3**	-TM12: Chưa đảm bảo các nội dung f, g, h, j.	
C10.1	**3**	**3**	-Chưa thực hiện được các tiểu mục mức 4.	
C10.2	**4**	**4**	-TM11: Trong năm chưa có sáng kiến/phát minh/giải pháp mới được đăng ký bản quyền sở hữu trí tuệ.	
D1.1	**4**	**4**	-TM20: Nhân viên y tế của MLQLCL chưa được đào tạo về QLCL và có chứng chỉ.	
D1.2	**4**	**4**	-Chưa thực hiện được các tiểu mục mức 5.	
D1.3	**5**	**5**	-Đã hoàn thành các tiểu mục của tiêu chí này.	
D2.1	**4**	**4**	-TM18: Chưa đảm bảo việc bệnh viện không lặp lại các sai sót, sự cố tương tự	
D2.2	**3**	**3**	-TM9, 10: Chưa đảm bảo được việc thống kê và phân tích vấn đề các sai sót, sự cố suýt xảy ra vì các khoa, phòng chưa thật sự chủ động trong việc báo cáo.	
D2.3 (C5.1)	**5**	**5**	-Đã hoàn thành các tiểu mục của tiêu chí này.	
D2.4 (C6.4)	**3**	**3**	-TM11: Chưa dán các vật liệu tăng ma sát tại các vị trí có nguy cơ trượt ngã. -TM12: chỉ có giường bệnh ở HSTC-CĐ đảm bảo điều kiện.	
D2.5 (C6.5)	**3**	**3**	-TM10: Chưa có CBYT trực theo dõi camera hoặc theo dõi trực tiếp buồng bệnh 24/24 đối với các buồng bệnh cấp cứu,	

			điều trị tích cực.	
D3.1	**5**	**5**	-Đã hoàn thành các tiểu mục của tiêu chí này.	
D3.2	**4**	**4**	-Chưa thực hiện được các tiểu mục mức 5.	
D3.3	**3**	**3**	-TM12, 13: Bệnh viện chưa có nhân viên y tế tích cực tham gia đóng góp ý kiến có giá trị cho việc xây dựng các văn bản/ chính sách và công cụ liên quan đến quản lý chất lượng.	
E1.1	**3**	**3**	-TM14: Chưa có bác sĩ chuyên khoa II/ tiến sỹ ở khoa Sản.	
E1.2	**4**	**4**	-TM13: Chưa có trung tâm bệnh lý chuyên biệt (khoa/ đơn nguyên chuyên sâu).	
E1.3	**5**	**5**	-Đã hoàn thành các tiểu mục trong tiêu chí này.	
E1.4	**4**	**4**	-TM25: Chưa đảm bảo tỷ lệ tiểu mục đặt ra.	

PHỤ LỤC 02:

KẾT QUẢ ĐÁNH GIÁ CHỈ SỐ CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN.

Theo Đề án nâng cao chất lượng bệnh viện năm 2016, bệnh viện đã xây dựng 05 chỉ số chất lượng nhằm đánh giá và theo dõi chất lượng hoạt động chuyên môn. Số liệu năm 2016 được tính từ ngày 01/10/2015 đến 30/9/2016, số liệu so sánh với cùng kỳ năm 2015 được tính từ ngày 01/10/2014 đến 30/9/2015.

a. Chỉ số "Công suất sử dụng giường bệnh kế hoạch đạt trên 90%".

Theo số liệu thống kê trên hệ thống phần mềm quản lý của bệnh viện, công suất sử dụng giường bệnh kế hoạch ***đạt 113,9%*** (Giường kế hoạch: 800 giường, tổng số ngày điều trị nội trú: 332708).

➔ Chỉ số đạt yêu cầu đã đặt ra.

b. Chỉ số "Tăng 5% số phẫu thuật loại đặc biệt, loại 1, 2 so với năm 2015".

Tổng số phẫu thuật loại đặc biệt, loại 1, 2 năm 2016: 17.444 (năm 2015: 13101)

- Phẫu thuật loại đặc biệt: 390 (năm 2015: 113)
- Phẫu thuật loại 1: 6552 (năm 2015: 5605)
- Phẫu thuật loại 2: 10.502 (năm 2015: 7383)

Kết quả so sánh: Số phẫu thuật loại đặc biệt, loại 1, 2 năm 2016 ***tăng 33,15%*** so với phẫu thuật loại đặc biệt, loại 1, 2 năm 2015.

➔ Chỉ số đạt yêu cầu đã đặt ra.

c. Chỉ số "Giảm ít nhất 5% tỷ lệ chuyển viện nội trú so với năm 2015".

Tỷ lệ chuyển viện nội trú năm 2015: ≈ 2,36 % (tổng số điều trị nội trú chuyển viện 959; tổng số lượt người bệnh nội trú 40.595).

Tỷ lệ chuyển viện nội trú năm 2016: ≈ 2,27 % (tổng số điều trị nội trú chuyển viện 1101; tổng số lượt người bệnh nội trú 48.558).

Kết quả so sánh: Tỷ lệ chuyển viện nội trú năm 2016 ***giảm 3,8%*** so với tỷ lệ chuyển viện nội trú năm 2015.

➔ Chỉ số chưa đạt yêu cầu đã đặt ra.

d. Chỉ số "Giảm ít nhất 5% tỷ lệ tử vong so với năm 2015".

Tỷ lệ tử vong năm 2015: ≈ 0,17% (tổng số người bệnh tử vong tại bệnh viện 69; tổng số lượt người bệnh nội trú 40.595).

Tỷ lệ tử vong năm 2016: ≈ 0,10% (tổng số người bệnh tử vong tại bệnh viện 50; tổng số lượt người bệnh nội trú 48.558).

Kết quả so sánh: Tỷ lệ tử vong năm 2016 ***giảm 41,2%*** so với tỷ lệ tử vong năm 2015.

➔ Chỉ số đạt yêu cầu đã đặt ra.

e. Chỉ số "Điểm đánh giá chung hài lòng người bệnh nội trú, ngoại trú ≥ 3,5".

(dựa theo kết quả khảo sát HLNB)

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

+ Đối tượng khảo sát: Người bệnh và thân nhân người bệnh tham gia họp HĐNB cấp bệnh viện tháng.

+ Thời gian khảo sát: Bắt đầu từ tháng 3/2016 (thực hiện 02 tháng/ lần, tổng hợp kết quả tháng 3-5-7-9).

+ Số lượng khảo sát: 404 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 - BYT).

Kết quả:

+ Tổng điểm khảo sát: 49072

+ Tổng câu trả lời khảo sát: 12357

→ ***Điểm đánh giá chung việc sử dụng dịch vụ y tế tại BVĐK tỉnh: 3,97.***

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

+ Đối tượng khảo sát: Người bệnh và thân nhân người bệnh tham gia họp HĐNB cấp bệnh viện tháng.

+ Thời gian khảo sát: Bắt đầu từ tháng 4/2016 (thực hiện 02 tháng/ lần, tổng hợp kết quả tháng 4-6-8).

+ Số lượng khảo sát: 300 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 3 - BYT).

Kết quả:

+ Tổng điểm khảo sát: 35372

+ Tổng câu trả lời khảo sát: 9217

→ ***Điểm đánh giá chung việc sử dụng dịch vụ y tế tại BVĐK tỉnh: 3,84.***

➔ Chỉ số đạt yêu cầu đã đặt ra.

PHỤ LỤC 03:

BẢNG KIỂM

Đánh giá triển khai thực hiện Kế hoạch hành động "Đổi mới phong cách, thá i độ phục vụ của cán bộ y tế hướng tới sự hài lòng của người bệnh" năm 2016

(Ban hành kèm theo Quyết định số 3743/QĐ-SYT ngày 24/10/2016 của Sở Y tế)

Nội dung thực hiện	Điểm tối đa	Đơn vị tự chấm	Sở Y tế chấm
I. Đánh giá kết quả tổ chức thực hiện Kế hoạch đổi mới phong cách thái độ phục vụ của viên chức y tế hướng đến sự hài lòng người bệnh (sau đây gọi tắt là KH đổi mới)	**70**	**62**	
1. Thành lập và hoạt động của Ban Chỉ đạo Đổi mới phong cách thái độ phục vụ của viên chức y tế hướng đến sự hài lòng người bệnh (sau đây gọi tắt là BCĐ)	**4**	**4**	
Có Quyết định thành lập và phân công nhiệm vụ các thành viên **BCĐ**	1	1	
BCĐ có Kế hoạch hoạt động	1	1	
BCĐ có Quy chế làm việc	1	1	
Triển khai tập huấn quy tắt giao tiếp ứng xử đầy đủ theo kế hoạch	1	1	
2. Thành lập và hoạt động của Tổ công tác xã hội (CTXH)	**4**	**4**	
Có Quyết định thành lập Tổ CTXH	1	1	
Tổ CTXH có Kế hoạch hoạt động	1	1	
Tổ CTXH hoạt động đầy đủ theo kế hoạch	2	2	
Tổ CTXH hoạt động không đầy đủ theo kế hoạch	1		
3. Thành lập và hoạt động của Đội thanh niên tình nguyện (TNTN) tiếp sức người bệnh	**4**	**4**	
Có Quyết định thành lập Đội TNTN tiếp sức người bệnh	1	1	
Đội TNTN có Kế hoạch hoạt động	1	1	
Hoạt động được triển khai đầy đủ theo kế hoạch	2	2	
Hoạt động triển khai nhưng không đầy đủ theo kế hoạch	1		
4. Thay đổi trang phục y tế	**2**	**0**	
Thay đổi trang phục y tế theo quy định và đầy đủ đối với tất cả viên chức Bệnh viện	2		
Thay đổi trang phục y tế theo quy định nhưng còn thiếu đối với một số viên chức Bệnh viện	1		
5. Trực đường dây nóng 24/24 giờ	**8**	**8**	
Lãnh đạo Bệnh viện và một số cán bộ chủ chốt được phân công trực đường dây nóng 24/24 giờ	1	1	
Trực đầy đủ và đúng thành phần theo phân công	2	2	
Tiếp nhận điện thoại đầy đủ và kịp thời khi Sở gọi đến	5	5	

Tiếp nhận điện thoại không đầy đủ hoặc chưa kịp thời khi Sở gọi đến	1		
6. Hộp thư góp ý	**4**	**4**	
Có hộp thư góp ý tại vị trí đông người qua lại, nơi người dân dễ tiếp cận, tại các khoa khám bệnh, khoa lâm sàng, khoa cận lâm sàng, khoa điều trị nội trú, thu viện phí…	2	2	
Có hộp thư góp ý nhưng không đầy đủ tại những vị trí cần có	1		
Mở hộp thư góp ý 03 ngày 01 lần	2	2	
Mở hộp thư góp ý 01 tuần 01 lần	1		
7. Bàn tiếp nhận phản ảnh của bệnh nhân	**4**	**4**	
Bàn tiếp nhận phản ảnh đặt tại vị trí khoa Khám bệnh hoặc khu vực trung tâm gần các khoa lâm sàng, khoa cận lâm sàng…	2	2	
Có nhân viên thường trực tại bàn tiếp nhận ý kiến phản ảnh của bệnh nhân và người nhà bệnh nhân	2	2	
8. Sinh hoạt hội đồng bệnh nhân cấp khoa (tính trung bình trong cả 10 tháng: tuần/tháng)	**11**	**11**	
Sinh hoạt hội đồng BN cấp khoa 4 tuần/tháng	4	4	
Sinh hoạt hội đồng BN cấp khoa chỉ 3 tuần/tháng	2		
Trưởng khoa dự sinh hoạt hội đồng BN 4 tuần/tháng	3	3	
Trưởng khoa dự sinh hoạt hội đồng BN 3 tuần/tháng	2		
Có kết hợp khảo sát sự hài lòng của người bệnh về tinh thần trách nhiệm, thái độ phục vụ 4 tuần/tháng	4	4	
Có kết hợp khảo sát sự hài lòng của người bệnh về tinh thần trách nhiệm, thái độ phục vụ 3 tuần/tháng	2		
(Đánh giá dựa trên phiếu và Biên bản khảo sát lưu lại)			
9. Sinh hoạt hội đồng bệnh nhân cấp bệnh viện	**14**	**14**	
Sinh hoạt hội đồng bệnh nhân cấp bệnh viện 10 tháng	5	5	
Sinh hoạt hội đồng bệnh nhân cấp bệnh viện 09 tháng	3		
Sinh hoạt hội đồng bệnh nhân cấp bệnh viện 08 tháng	1		
Giám đốc dự Sinh hoạt hội đồng bệnh nhân 10 tháng	4	4	
Giám đốc dự Sinh hoạt hội đồng bệnh nhân 09 tháng	2		
Giám đốc dự Sinh hoạt hội đồng bệnh nhân 08 tháng	1		
Có kết hợp khảo sát sự hài lòng của người bệnh về tinh thần trách nhiệm, thái độ phục vụ đủ 10 tháng	5	5	
Có kết hợp khảo sát sự hài lòng của người bệnh về tinh thần trách nhiệm, thái độ phục vụ chỉ 09 tháng	3		

Có kết hợp khảo sát sự hài lòng của người bệnh về tinh thần trách nhiệm, thái độ phục vụ chỉ 08 tháng (Đánh giá dựa trên phiếu và Biên bản khảo sát lưu lại)	1		
10. Ký cam kết về thực hiện nội dung KH đổi mới.	**2**	**2**	
Ký cam kết đầy đủ theo quy định của Bộ Y tế Ký cam kết không đầy đủ	2 1	2	
11. Tất cả thành viên lãnh đạo Bệnh viện đều giám sát việc thực hiện KH đổi mới.	**9**	**3**	
Có Quyết định phân công từng thành viên trong Ban Giám đốc chịu trách nhiệm giám sát các khoa lâm sàng và các bộ phận giao dịch nhiều với bệnh nhân Giám sát 01 ngày 01 lần đầy đủ các khoa, phòng theo phân công Giám sát 02 ngày 01 lần đầy đủ các khoa, phòng theo phân công Giám sát 03 ngày 01 lần đầy đủ các khoa, phòng theo phân công Giám sát 04 ngày 01 lần đầy đủ các khoa, phòng theo phân công	2 7 5 3 1	2 1	
12. Thực hiện báo cáo định kỳ Sở Y tế KH đổi mới	**4**	**4**	
Báo cáo hàng tháng đầy đủ trước ngày 10 tháng sau Báo cáo hàng tháng đầy đủ nhưng không kịp thời Báo cáo hàng tháng không đầy đủ	4 2 1	4	
II. Thăm dò mức độ hài lòng của người bệnh và người nhà người bệnh đang điều trị tại bệnh viện	**30**		
1. Về tinh thần trách nhiệm được đánh giá tích cực Số điểm đạt qua khảo sát (bình quân/số phiếu khảo sát)	**15**		
2. Thái độ ứng xử được đánh giá hài lòng Số điểm đạt qua khảo sát (bình quân/số phiếu khảo sát)	**15**		
Tổng cộng	**100**		