

Số: 870/BC-BV

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày 20 tháng 10 năm 2025

**BÁO CÁO**  
**Kết quả thực hiện các chỉ số chất lượng quý 3 năm 2025**

Bệnh viện Đa khoa Thủ Đức là bệnh viện hạng I với tổng số giường kế hoạch được Sở Y tế giao là 750 giường theo Quyết định số 2210/QĐ-SYT ngày 09 tháng 04 năm 2024.

Sau 18 năm hoạt động, Bệnh viện đã tạo được sự tin tưởng của người dân tại địa bàn thành phố cũng như các vùng lân cận. Trong quý 3 năm 2025, số lượng người bệnh đến khám chữa bệnh mỗi ngày trung bình khoảng 4000 - 4500 lượt/ngày, số lượng người bệnh điều trị nội trú mỗi ngày trung bình 400 - 450 lượt/ngày, số lượng người bệnh cấp cứu mỗi ngày trung bình 100 - 130 lượt/ngày, chất lượng phục vụ ngày một được cải thiện và bệnh viện tiếp tục triển khai các kỹ thuật cao, kỹ thuật mới để phục vụ công tác chăm sóc sức khỏe và đem lại sự hài lòng cho người bệnh khi đến Bệnh viện.

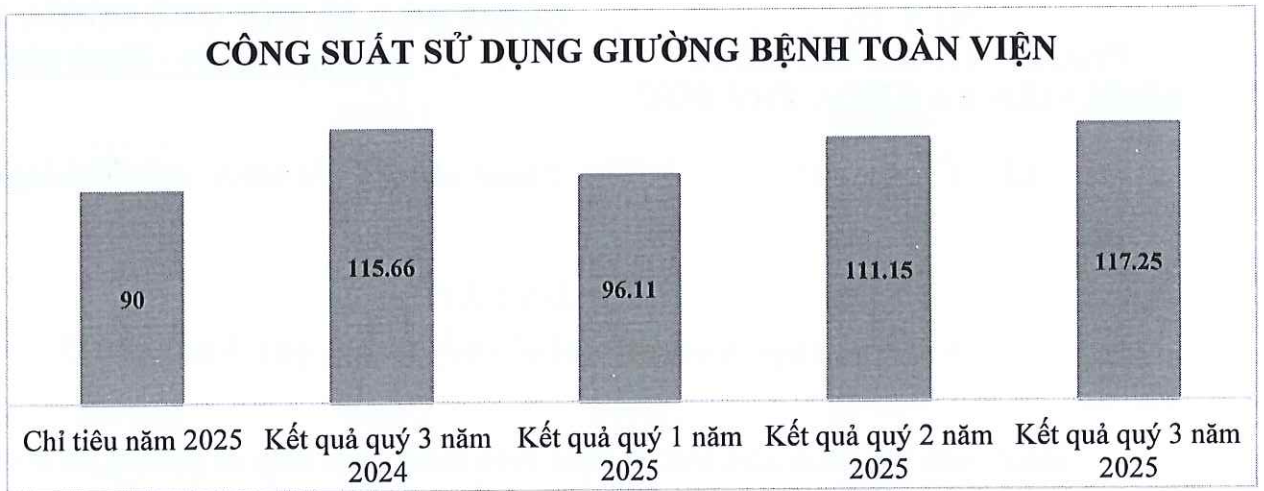
Bệnh viện luôn nhận được sự quan tâm chỉ đạo kịp thời của Sở Y tế và Ủy ban nhân dân thành phố Hồ Chí Minh cùng với sự hỗ trợ tích cực của các Ban ngành đoàn thể đã tạo tiền đề tốt cho đơn vị hoàn thành nhiệm vụ.

**I. KẾT QUẢ THỰC HIỆN**

**1. Chỉ số toàn viện**

**1.1. Công suất sử dụng giường bệnh**

Chỉ tiêu 2025 (%)	Kết quả quý 3 năm 2024	Kết quả quý 1 năm 2025	Kết quả quý 2 năm 2025	Kết quả quý 3 năm 2025 (%)			Đánh giá
				Tổng số ngày điều trị (ngày)	Tổng số giường bệnh (giường)	Công suất sử dụng GB (%)	
≥ 90	115.66	96.11	111.15	80903	750	117.25	Đạt



Nhận xét: Công suất sử dụng giường bệnh toàn viện quý 03 năm 2025 đạt 117.25%, đạt mục tiêu kế hoạch đề ra. Kết quả đạt cao hơn quý 3 năm 2024 là 1.59% và cao hơn quý 2 năm 2025 là 6.1%.

Nguyên nhân: Trong quý 03 năm 2025, Bệnh viện đã căn cứ vào tình hình hoạt động thực tế của các khoa để phân bổ lại số giường kế hoạch phù hợp.

### 1.2. Tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú với dịch vụ khám chữa bệnh

Chỉ tiêu 2025 (%)	Kết quả quý 3/2024	Kết quả quý 1/2025	Kết quả quý 2/2025	Kết quả quý 3/2025			Đánh giá
				Cỡ mẫu (n)	Điểm hài lòng TB	Tỷ lệ hài lòng TB (%)	
≥ 90	96.44 (Cỡ mẫu: 200)	96.6 (Cỡ mẫu: 104)	96.5 (Cỡ mẫu: 110)	93	4.57	92.4	Đạt

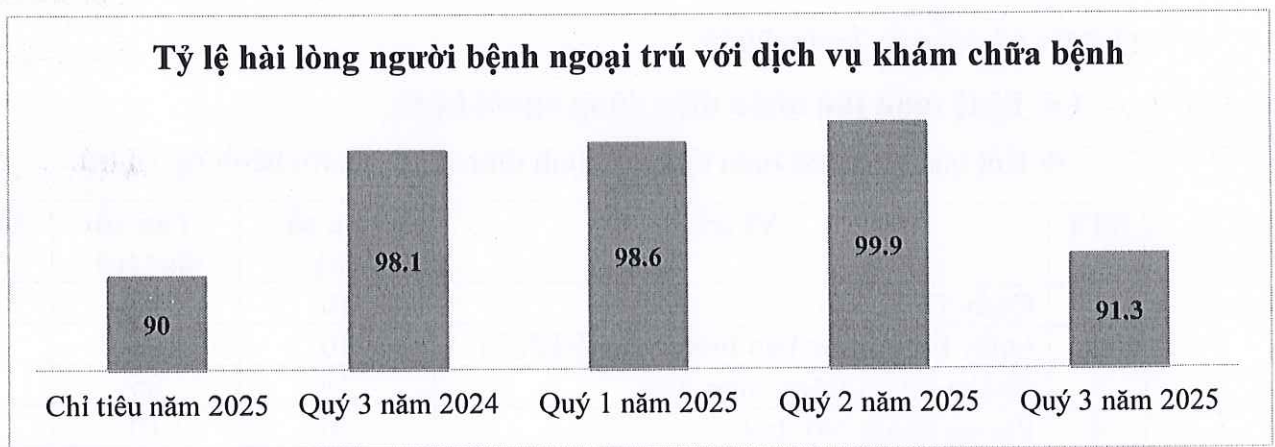


Nhận xét: Trong quý 3 năm 2025, Bệnh viện thực hiện khảo sát sự hài lòng của 93 người bệnh nội trú về chất lượng khám chữa bệnh thì có 92.4% hài lòng, đạt mục tiêu kế hoạch đề ra. Tuy nhiên, kết quả giảm 4.04% so với kết quả quý 3 năm 2024 và giảm 4.1% so với quý 2 năm 2025.

Nguyên nhân: Cơ sở vật chất xuống cấp, nhà vệ sinh còn dơ, phòng bệnh nóng nực, an ninh chưa đảm bảo ảnh hưởng đến sự hài lòng của người bệnh.

### 1.3. Tỷ lệ hài lòng của người bệnh ngoại trú với dịch vụ khám chữa bệnh

Chỉ tiêu 2025 (%)	Kết quả quý 3/2024	Kết quả quý 1/2025	Kết quả quý 2/2025	Kết quả quý 3/2025			Đánh giá
				Cỡ mẫu (n)	Điểm hài lòng TB	Tỷ lệ hài lòng chung (%)	
≥ 90	98.1 (Cỡ mẫu: 216)	98.6 (Cỡ mẫu: 222)	99.9 (Cỡ mẫu: 205)	212	4.60	91.3	Đạt



Nhận xét: Trong quý 3 năm 2025, bệnh viện thực hiện khảo sát 212 người bệnh khám ngoại trú thì có 91.3% người bệnh hài lòng về dịch vụ khám chữa bệnh của bệnh viện và đạt mục tiêu kế hoạch đề ra. Kết quả giảm 6.8% so với quý 3 năm 2024 và giảm 8.6% so với quý 2 năm 2025.

Nguyên nhân: Thiếu bảng hướng dẫn có các số phòng khám ở các khu khám bệnh gây khó khăn cho người bệnh di chuyển trong quá trình tìm kiếm phòng khám, quầy đóng tiền và quầy đăng ký bị quá tải trong giờ cao điểm, người bệnh phải chờ đợi lâu.

### 1.4. Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế

Khảo sát hài lòng nhân viên y tế được triển khai thực hiện ít nhất 1 năm/ 2 lần, vì vậy trong quý 3 chưa có thực hiện khảo sát.

### 1.5. Thời gian chờ khám bệnh trung bình

Thời gian	Chỉ tiêu 2025 (phút)	Tổng số lượt khám (lượt)	Tổng thời gian chờ khám (phút)	Thời gian chờ khám trung bình (phút)	Đánh giá
Quý 3/2024	≤ 43	170023	7259982	42.7	Đạt
Quý 1/2025		157940	6020178	38.12	Đạt
Quý 2/2025		251894	9849434	39.10	Đạt

Thời gian	Chỉ tiêu 2025 (phút)	Tổng số lượt khám ( lượt)	Tổng thời gian chờ khám (phút)	Thời gian chờ khám trung bình ( phút)	Đánh giá
Quý 3/2025		265824	9899153	37.20	Đạt

Nhận xét: Trong quý 3 năm 2025, thời gian chờ trung bình của người bệnh khi khám chữa bệnh ngoại trú tại bệnh viện là 37.2 phút, đạt mục tiêu kế hoạch đề ra. Kết quả giảm 5.5% so với cùng kỳ 3 năm 2024 và giảm 1.9% so với quý 02 năm 2025.

Nguyên nhân: Bệnh viện thực hiện số hóa phiếu đăng ký khám chữa bệnh theo yêu cầu. Ngoài ra, bệnh viện đẩy mạnh hoạt động tư vấn cho người bệnh đăng ký khám bệnh trực tuyến, tỷ lệ đăng ký khám bệnh trực tuyến qua App trong quý 3 năm 2025 tăng 11,84% so với quý 2 năm 2025.

### 1.6. Tỷ lệ tuân thủ nhận diện đúng người bệnh

❖ Kết quả giám sát tuân thủ quy định định danh người bệnh ngoại trú:

STT	Vị trí	Tần số (n)	Tần số đạt (n)	Tỷ lệ đạt (%)
1	Quầy Đăng ký	10	08	80
2	Quầy Lấy thuốc bảo hiểm y tế (BHYT)	10	04	40
3	Phòng khám Răng hàm mặt	10	05	50
4	Phòng khám Nội tiết	10	10	100
5	Phòng khám Tiết niệu nam khoa	10	10	100
6	Phòng khám Ngoại tổng quát	10	08	80
7	Phòng khám Ung bướu	10	10	100
8	Phòng khám Nội tim mạch	10	10	100
9	Phòng khám Sản	10	10	100
10	Phòng khám Phụ khoa	10	10	100
11	Phòng khám Chấn thương chỉnh hình	10	07	70
12	Phòng khám Thận	10	10	100
13	Phòng khám Mắt	10	10	100
14	Phòng khám Lồng ngực mạch máu	10	10	100
15	Phòng khám Ngoại thần kinh	10	08	80
16	Phòng khám tai mũi họng	10	10	100
17	Phòng khám nội thần kinh	10	10	100
18	Phòng khám Nhi	10	04	40
<b>Tổng</b>		<b>180</b>	<b>154</b>	<b>85.56</b>

❖ Kết quả giám sát tuân thủ quy định định danh người bệnh tại khu vực cận lâm sàng:

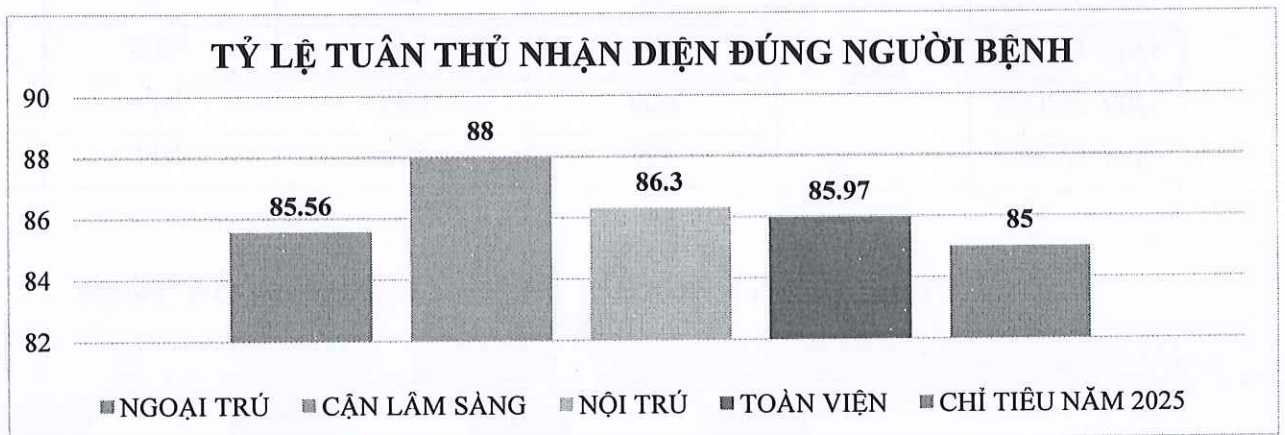
STT	Vị trí	Tần số (n)	Tần số đạt (n)	Tỷ lệ đạt (%)
1	Phòng lấy máu	10	10	100
2	Phòng vi sinh	05	05	100
3	Phòng Siêu âm	10	7	70
<b>Tổng</b>		<b>25</b>	<b>22</b>	<b>88</b>

## ❖ Kết quả giám sát tuân thủ quy định định danh người bệnh nội trú:

STT	Vị trí	Tần số (n)	Tần số đạt (n)	Tỷ lệ đạt (%)
1	Khoa Ngoại Chấn thương chỉnh hình	5	5	100
2	Khoa Ngoại Thần kinh	5	2	40
3	Khoa Ngoại Tiết niệu – Nam khoa	5	5	100
4	Khoa Ngoại Tổng hợp	5	2	40
5	Khoa Nội tim mạch – Lão học	5	3	60
6	Khoa Nội tiết	5	5	100
7	Khoa Ung bướu	5	5	100
8	Khoa Nội thần kinh	5	5	100
9	Khoa Hồi sức tích cực chống độc nhi	3	3	100
10	Khoa Nhi	5	5	100
11	Khoa Nội thận - Thận nhân tạo	5	5	100
12	Tai mũi họng	5	5	100
13	Răng hàm mặt	2	2	100
14	Khoa VLTL- PHCN	5	3	60
15	Khoa Y học cổ truyền	5	5	100
16	Khoa Hồi sức tim mạch	3	3	100
<b>Tổng</b>		<b>73</b>	<b>63</b>	<b>86.3</b>

## ❖ Kết quả giám sát tuân thủ quy định định danh người bệnh toàn viện:

Thời gian	Chỉ tiêu 2025 (%)	Kết quả tuân thủ nhận diện đúng người bệnh		Đánh giá
		Tử số/ Mẫu số	Tỷ lệ tuân thủ nhận diện đúng người bệnh (%)	
Quý 3/2024	≥ 85	280/306	91.5%	Đạt
Quý 1/2025		277/308	90%	Đạt
Quý 2/2025		220/290	75.86%	<b>Không đạt</b>
Quý 3/2025		239/278	85.97%	Đạt



Nhận xét: Bệnh viện thực hiện giám sát việc tuân thủ nhận diện đúng người bệnh tại các khoa, phòng khám trên 278 trường hợp thì có 239 trường hợp tuân thủ đúng quy định, chiếm tỷ lệ 85.97% và đạt mục tiêu kế hoạch đề ra. Kết quả giảm 5.53% so với quý 3 năm 2024 và tăng 10.11% so với quý 2 năm 2025.

Nguyên nhân: Trong quý 3 ghi nhận cao khi các khoa phòng biết được lịch giám sát định kỳ (Thứ Ba, Thứ Năm). Điều này phản ánh sự nâng cao ý thức của các khoa phòng khi có sự hiện diện của Tổ Giám sát.

### 1.7. Tỷ lệ tuân thủ Quy trình thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật

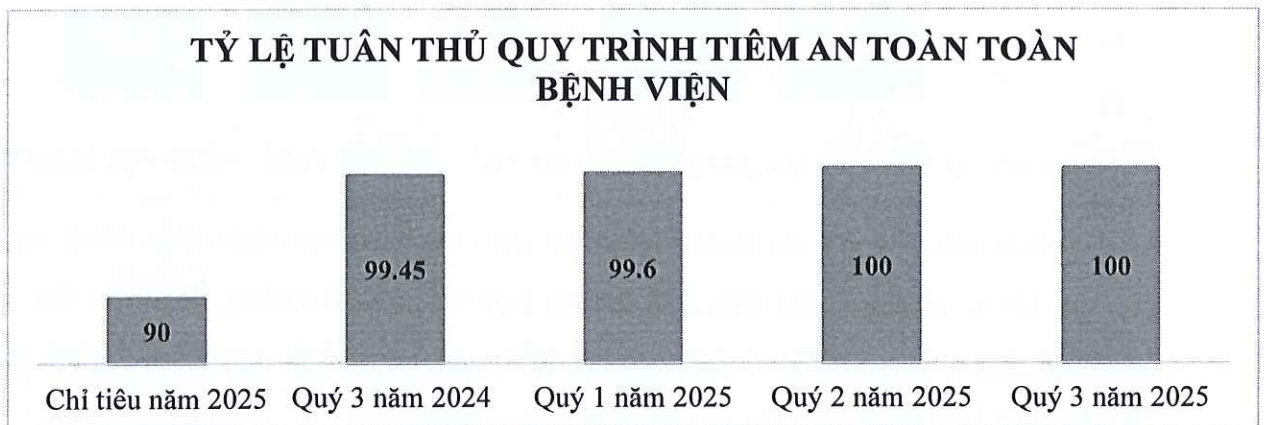
Thời gian	Chỉ tiêu 2025 (%)	Kết quả tuân thủ quy trình thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật		Đánh giá
		Tỉ số/Mẫu số	Tỷ lệ tuân thủ Quy trình thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật (%)	
Quý 3/2024	≥ 95	100/104	91.5%	Đạt
Quý 1/2025		39/41	95.12%	Đạt
Quý 2/2025		64/67	95.5%	Đạt
Quý 3/2025		43/44	97.7%	Đạt

Nhận xét: Bệnh viện thực hiện giám sát việc tuân thủ quy trình thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật tại phòng mổ trên 44 trường hợp, thì có 43 trường hợp tuân thủ đúng quy định, chiếm tỷ lệ 97.7% và đạt mục tiêu kế hoạch đề ra. Kết quả tăng 6.2% so với quý 3 năm 2024 và tăng 2.2% so với quý 2 năm 2025.

Nguyên nhân: Bệnh viện tăng cường công tác kiểm tra, giám sát định kỳ và đột xuất về việc tuân thủ quy trình thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật tại phòng mổ.

### 1.8. Tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật tiêm an toàn

Thời gian	Chỉ tiêu 2025 (%)	Kết quả tuân thủ quy trình tiêm an toàn			Đánh giá
		Số bảng kiểm giám sát	Số bảng kiểm đạt	Tỷ lệ TT QTKT TAT (%)	
Quý 3/2024	≥ 90	359	361	99.45	Đạt
Quý 1/2025		459	542	99.6	Đạt
Quý 2/2025		609	609	100	Đạt
Quý 3/2025		592	592	100	Đạt



Nhận xét: Kết quả giám sát tuân thủ quy trình tiêm an toàn trong quý 3 năm 2025 đạt tỷ lệ 100%, đạt mục tiêu kế hoạch đề ra. Kết quả tăng 0,55% so với quý 3 năm 2024 và bằng so với quý 2 năm 2025.

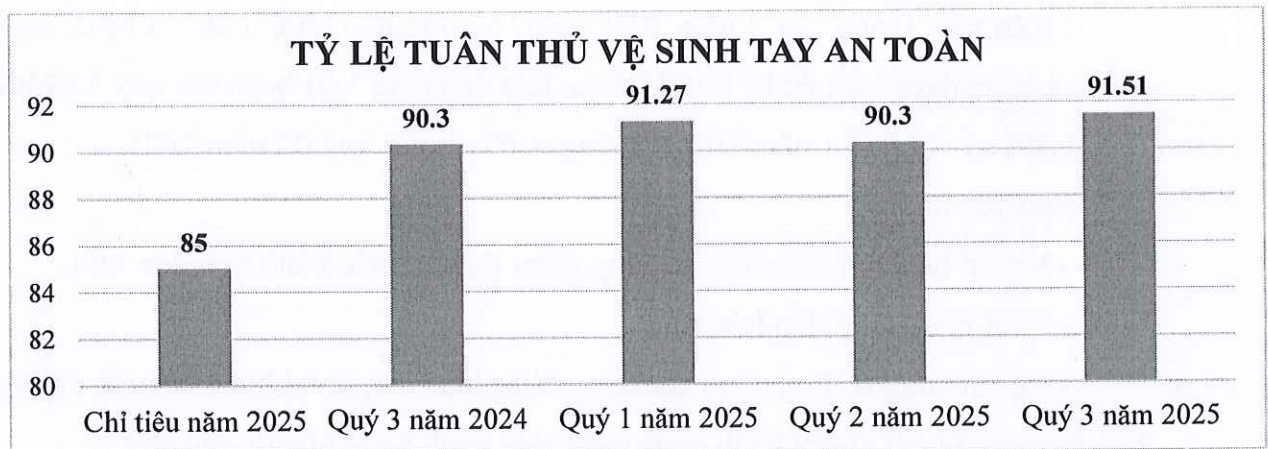
Nguyên nhân:

- Nhân viên y tế được trang bị kiến thức chuyên sâu và cập nhật các quy trình tiêm an toàn, kỹ thuật thực hiện chuẩn xác, cũng như hiểu rõ tầm quan trọng của từng bước thực hiện.

- Lãnh đạo và quản lý các khoa thường xuyên kiểm tra, giám sát việc tuân thủ quy trình nhân viên, đưa ra phản hồi kịp thời và mang tính xây dựng.

### 1.9. Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay

Chỉ tiêu 2025 (%)	Kết quả quý 3/2024	Kết quả quý 1/2025	Kết quả quý 2/2025	Kết quả quý 3 năm 2025			Đánh giá
				Số cơ hội quan sát	Số rửa tay	Tỷ lệ tuân thủ VST (%)	
≥ 85	90.3	91.27	90.3	2531	2316	91.51	Đạt



Nhận xét: Trong quý 3 năm 2025, tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay đạt 91.51% và đạt mục tiêu kế hoạch đề ra. Kết quả tăng 1.21% so với quý 3 năm 2024, tăng 1.21% so với quý 2 năm 2025.

Nguyên nhân: Thường xuyên giám sát thực tế và qua camera để cải thiện tuân thủ vệ sinh tay tại các khoa trong chăm sóc người bệnh.

### 1.10. Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện

Thời gian	Chỉ tiêu 2025 (%)	Kết quả tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện		Đánh giá
		Tử số/Mẫu số	Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện (%)	
Quý 3/2024		3/379	0.79%	Đạt

Thời gian	Chỉ tiêu 2025 (%)	Kết quả tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện		Đánh giá
		Tử số/Mẫu số	Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện (%)	
Quý 1/2025	≤ 1.3	2/323	0.6%	Đạt
Quý 2/2025		5/349	1.4%	Không đạt
Quý 3/2025		7/387	1.8%	Không đạt



Nhận xét: Trong quý 3 năm 2025 có 07 trường hợp nhiễm khuẩn bệnh viện, chiếm 1.8%, không đạt mục tiêu kế hoạch đề ra. Kết quả tăng 1.01% so với quý 3 năm 2024 và tăng 1.2% so với quý 1 năm 2025 và tăng 0.4% so với quý 02 năm 2025.

Nguyên nhân:

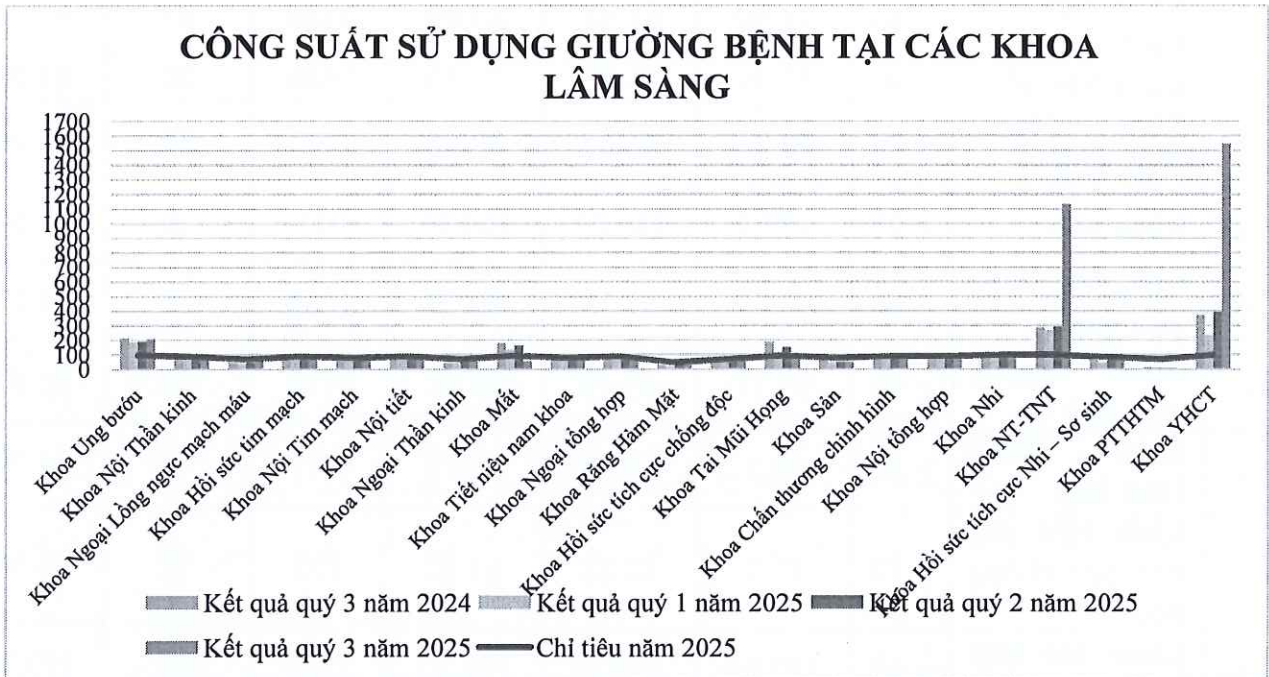
- Người bệnh có hệ miễn dịch suy giảm do có nhiều bệnh nền, lớn tuổi.
- Thời gian nằm viện kéo dài.
- Vệ sinh môi trường chưa đảm bảo: Việc lau chùi, khử khuẩn bề mặt, dụng cụ, thiết bị y tế xung quanh người bệnh chưa đúng quy trình và không đủ tần suất, ..
- Máy lạnh sử dụng lâu nên thường xuyên bị chảy nước đã được xử lý nhưng vẫn chưa được khắc phục triệt để.
- Chưa đảm bảo tuân thủ các biện pháp phòng ngừa chuẩn về kiểm soát nhiễm khuẩn như khoa Hồi sức tích cực và chống độc NVYT còn mặc trang phục từ ngoài vào phòng bệnh, NVYT chủ yếu tuân thủ vệ sinh tay khi có nhân viên giám sát của khoa kiểm soát nhiễm khuẩn,....
- Chưa tuân thủ cách ly người bệnh nhiễm khuẩn đa kháng với người bệnh khác.
- Chưa tuân thủ các nguyên tắc vô khuẩn trong thực hiện các phẫu thuật/ thủ thuật như: đặt nội khí quản, catheter trung tâm, đặt sonde tiểu,...

## 2. Chỉ số khoa, phòng

### 2.1. Công suất sử dụng giường bệnh

STT	Khoa điều trị	Chỉ tiêu 2025 (%)	Kết quả quý 3 năm 2024	Kết quả quý 1 năm 2025	Kết quả quý 2 năm 2025	Kết quả quý 3 năm 2025 (%)			Đánh giá
						Tổng số ngày điều trị (ngày)	Tổng số giường bệnh (giường)	Công suất sử dụng GB (%)	
1	Khoa Ung bướu	100	215.38	188.31	192.56	8277	43	209.23	Đạt
2	Khoa Nội Thần kinh	≥ 90	91.56	75.44	76.19	2497	30	90.47	Đạt
3	Khoa Ngoại lồng ngực mạch máu	≥ 70	49.85	40.35	47.00	1217	22	60.13	Không đạt
4	Khoa Hồi sức tim mạch	≥ 90	95.05	86.72	100.38	1838	26	76.84	Không đạt
5	Khoa Nội Tim mạch	≥ 80	73.59	61.54	67.49	3140	35	97.52	Đạt
6	Khoa Nội tiết	≥ 90	77.99	88.33	71.50	1680	20	91.30	Đạt
7	Khoa Ngoại Thần kinh	≥ 70	43.31	42.65	69.95	1515	26	63.34	Không đạt
8	Khoa Mắt	≥ 95	177.9	136.67	164.47	511	10	55.54	Không đạt
9	Khoa Tiết niệu nam khoa	≥ 80	64.79	67.16	80.59	1430	25	62.17	Không đạt
10	Khoa Ngoại tổng hợp	≥ 90	95.77	85.19	89.82	4171	50	90.67	Đạt
11	Khoa Răng Hàm Mặt	≥ 50	31.3	16.89	30.77	247	6	44.75	Không đạt
12	Khoa Hồi sức tích cực chống độc	≥ 70	81.2	82.22	63.52	732	12	66.30	Không đạt
13	Khoa Tai Mũi Họng	≥ 95	187.98	115.21	152.13	2537	25	110.30	Đạt
14	Khoa Sản	≥ 80	64	50.33	51.85	3230	66	53.19	Không đạt
15	Khoa Chấn thương chỉnh hình	≥ 90	89.95	69.36	78.99	5088	80	69.13	Không đạt
16	Khoa Nội tổng hợp	≥ 90	95.14	85.39	89.55	10344	115	97.77	Đạt
17	Khoa Nhi	100	110.28	101.06	106.69	7045	79	96.93	Không đạt

STT	Khoa điều trị	Chỉ tiêu 2025 (%)	Kết quả quý 3 năm 2024	Kết quả quý 1 năm 2025	Kết quả quý 2 năm 2025	Kết quả quý 3 năm 2025 (%)			Đánh giá
						Tổng số ngày điều trị (ngày)	Tổng số giường bệnh (giường)	Công suất sử dụng GB (%)	
18	Khoa NT-TNT	100	280.58	267.28	289.71	10420	10	1132.6 1	Đạt
19	Khoa Hồi sức tích cực Nhi – Sơ sinh	≥ 85	81.7	49.26	66.85	723	12	65.49	Không đạt
20	Khoa PTHTM	≥ 70	16.3	11.11	7.69	16	2	8.70	Không đạt
21	Khoa YHCT	100	368.34	236.11	391.32	14245	10	1548.3 7	Đạt
<b>Tổng</b>		<b>≥ 90</b>	<b>115.66</b>	<b>96.11</b>	<b>111.15</b>	<b>80903</b>	<b>750</b>	<b>111.15</b>	<b>Đạt</b>



Nhận xét: Trong quý 3 năm 2025, Bệnh viện có thực hiện theo dõi chỉ số công suất sử dụng giường bệnh tại 21 khoa lâm sàng. Kết quả: có 09/21 khoa đạt mục tiêu kế hoạch đề ra.

Nguyên nhân: Bệnh viện thực hiện phân bổ lại số giường kế hoạch.

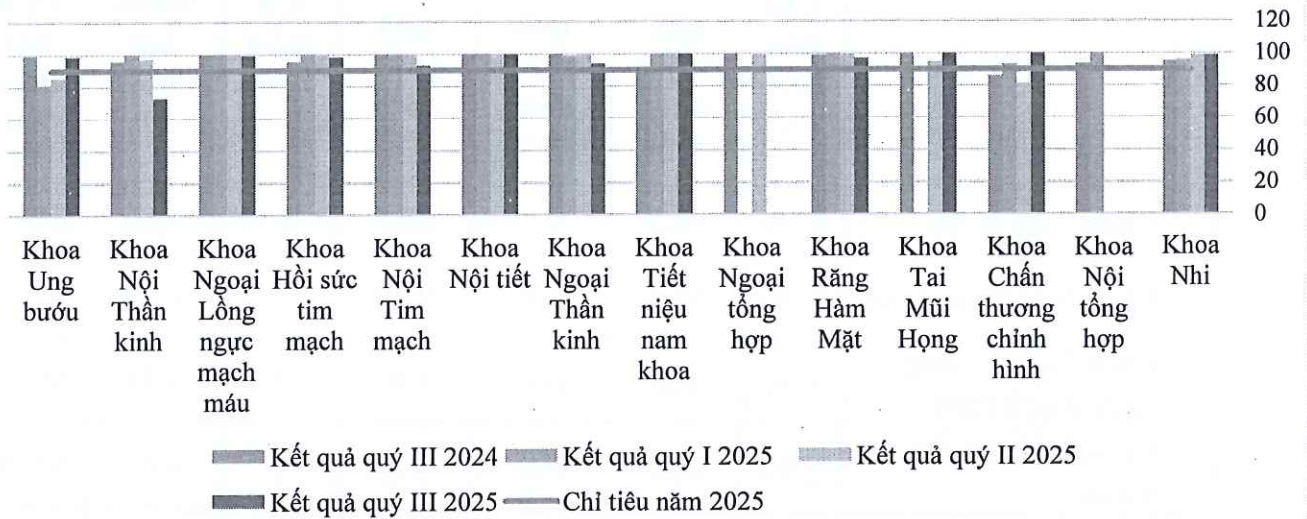
## 2.2. Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế

Khảo sát hài lòng nhân viên y tế được triển khai thực hiện ít nhất 1 năm/ 2 lần, vì vậy trong quý 3 chưa có thực hiện khảo sát.

### 2.3. Tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú với dịch vụ khám chữa bệnh

STT	Khoa điều trị	Chỉ tiêu 2025 (%)	Kết quả quý 3 năm 2024	Kết quả quý 1 năm 2025	Kết quả quý 2 năm 2025	Kết quả quý 3/2025			Đánh giá
						Cỡ mẫu (n)	Điểm hài lòng TB	Tỷ lệ hài lòng TB (%)	
1	Khoa Ung bướu	≥ 90	99.5	81	85.4	10	4.86	98.62	Đạt
2	Khoa Nội Thần kinh	≥ 90	95.9	100	97.0	3	4.40	72.85	Không đạt
3	Khoa Ngoại Lòng ngực mạch máu	≥ 90	100	100	100	5	4.84	99.27	Đạt
4	Khoa Hồi sức tim mạch	≥ 90	95.6	100	100	9	4.67	98.26	Đạt
5	Khoa Nội Tim mạch	≥ 90	100	100	100	18	4.22	93.04	Đạt
6	Khoa Nội tiết	≥ 90	100	100	100	10	4.19	100	Đạt
7	Khoa Ngoại Thần kinh	≥ 90	100	98.9	100	6	4.59	94.0	Đạt
8	Khoa Tiết niệu nam khoa	≥ 90	90.6	100	100	2	5.00	100	Đạt
9	Khoa Ngoại tổng hợp	≥ 90	99.7		99.3				
10	Khoa Răng Hàm Mặt	≥ 90	99	100	99.6	8	4.60	97.0	Đạt
11	Khoa Tai Mũi Họng	≥ 90	100		94.9	5	4.75	100	Đạt
12	Khoa Chấn thương chỉnh hình	≥ 90	85.8	93.3	81.1	3	5.00	100	Đạt
13	Khoa Nội tổng hợp	≥ 90	93.4	100					
14	Khoa Nhi	≥ 90	95.1	95.8	98.7	14	4.73	98.67	Đạt
<b>Tổng</b>		<b>≥ 90</b>	<b>96.44</b>	<b>96.6</b>	<b>96.5</b>	<b>93</b>	<b>4.57</b>	<b>92.4</b>	<b>Đạt</b>

## TỶ LỆ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH NỘI TRÚ VỚI DỊCH VỤ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH TẠI CÁC KHOA LÂM SÀNG



Nhận xét: Trong quý 3 năm 2025, bệnh viện thực hiện khảo sát sự hài lòng của người bệnh nội trú về chất lượng khám chữa bệnh tại 12 khoa đạt 92.4% thì có 11/12 khoa đạt mục tiêu kế hoạch đề ra và có 01 khoa không đạt mục tiêu kế hoạch đề ra là khoa Nội thần kinh.

Nguyên nhân: Người bệnh không hài lòng về thủ tục khám bệnh, điều trị; thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên và việc cung cấp dịch vụ tại khoa.

### 2.4. Tỷ lệ hài lòng của người mẹ sinh con

Thời gian	Chỉ tiêu 2025 (%)	Kết quả tỷ lệ hài lòng người mẹ sinh con			Đánh giá
		Cỡ mẫu	Điểm hài lòng TB	Tỷ lệ hài lòng chung (%)	
Quý 3/2024	≥ 90	47	4.31	89.5	Không đạt
Quý 1/2025		46	4.38	93.3	Đạt
Quý 2/2025		43	4.49	94.7	Đạt
Quý 3/2025		33	4.73	99.6	Đạt

Nhận xét: Trong quý 3 năm 2025, bệnh viện thực hiện khảo sát 33 người mẹ sinh con tại khoa Sản thì có 99.6% người bệnh hài lòng về dịch vụ khám chữa bệnh của bệnh viện. Kết quả đạt mục tiêu kế hoạch đề ra. Kết quả cao hơn 10.1% so với quý 3 năm 2024 và cao hơn 4.9% so với quý 2 năm 2025.

Nguyên nhân: Bệnh viện đã thực hiện nâng cấp phòng, sửa chữa máy lạnh và quạt cho khoa Sản.

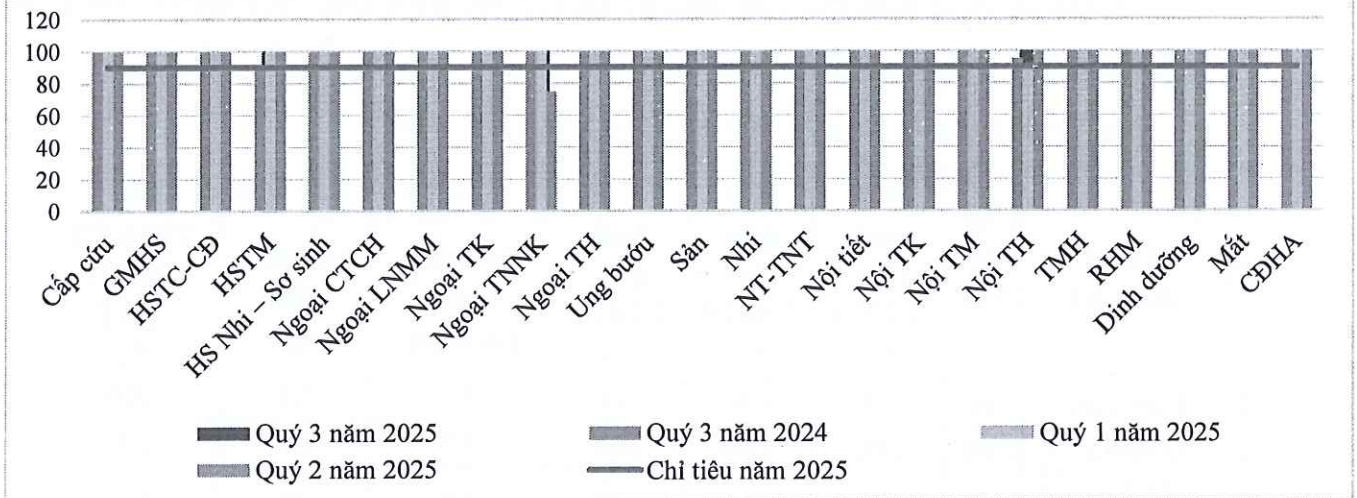
### 2.5. Tỷ lệ tuân thủ Quy trình kỹ thuật

Khảo sát tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật được triển khai thực hiện 6 tháng/ lần, vì vậy trong quý 3 chưa có thực hiện khảo sát.

### 2.6. Tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật tiêu an toàn

STT	Khoa điều trị	Chỉ tiêu 2025 (%)	Kết quả Quý 3.2024 (%)	Kết quả Quý 1.2025 (%)	Kết quả quý 2.2025 (%)	Kết quả quý 3 năm 2025			Đánh giá
						Số bảng kiểm giám sát	Số bảng kiểm đạt	Tỷ lệ TT QTKT TAT (%)	
1	Cấp cứu	≥ 90	100	100	100	55	55	100	Đạt
2	GMHS	≥ 90	100	100	100	30	30	100	Đạt
3	HSTC-CD	≥ 90	100	100	100	45	45	100	Đạt
4	HSTM	≥ 90	90.91	100	100	15	15	100	Đạt
5	HS Nhi – Sơ sinh	≥ 90	100	100	100	9	9	100	Đạt
6	Ngoại CTCH	≥ 90	100	100	100	35	35	100	Đạt
7	Ngoại LNMM	≥ 90	100	100	100	6	6	100	Đạt
8	Ngoại TK	≥ 90	100	100	100	12	12	100	Đạt
9	Ngoại TNNK	≥ 90	100	100	100	12	12	100	Đạt
10	Ngoại TH	≥ 90	100	100	100	9	9	100	Đạt
11	Ung bướu	≥ 90	100	100	100	13	13	100	Đạt
12	Sản	≥ 90	100	100	100	30	30	100	Đạt
13	Nhi	≥ 90	100	100	100	33	33	100	Đạt
14	NT-TNT	≥ 90	100	100	100	45	45	100	Đạt
15	Nội tiết	≥ 90	100	100	100	8	8	100	Đạt
16	Nội TK	≥ 90	100	100	100	27	27	100	Đạt
17	Nội TM	≥ 90	100	100	100	81	81	100	Đạt
18	Nội TH	≥ 90	95.2	91.3	100	21	21	100	Đạt
19	TMH	≥ 90	100	100	100	23	23	100	Đạt
20	RHM	≥ 90	100	100	100	20	20	100	Đạt
21	Dinh dưỡng	≥ 90	100	100	100	18	18	100	Đạt
22	Mắt	≥ 90	100	100	100	40	40	100	Đạt
23	CDHA	≥ 90	100	100	100	5	5	100	Đạt
<b>Tổng</b>		<b>≥ 90</b>	<b>99.45</b>	<b>99.6</b>	<b>100</b>	<b>592</b>	<b>592</b>	<b>100</b>	<b>Đạt</b>

### TỶ LỆ TUÂN THỦ QUY TRÌNH TIÊM AN TOÀN TẠI CÁC KHOA



Nhận xét: Kết quả giám sát tuân thủ quy trình tiêm an toàn tại 23 khoa trong quý 3 năm 2025 thì tất cả đều đạt mục tiêu kế hoạch đề ra.

Nguyên nhân:

- Luôn có sẵn các vật tư cần thiết như bơm kim tiêm vô khuẩn, găng tay, dung dịch sát khuẩn, hộp đựng vật sắc nhọn an toàn, đảm bảo chất lượng.

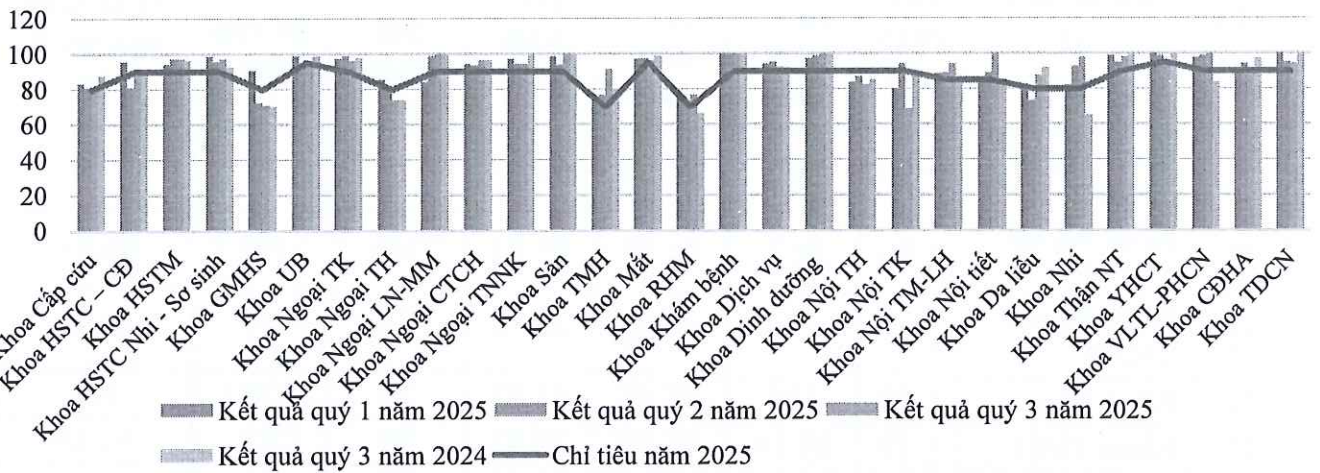
- Lãnh đạo và quản lý các khoa thường xuyên kiểm tra, giám sát việc tuân thủ quy trình nhân viên, đưa ra phản hồi kịp thời và mang tính xây dựng.

#### 2.7. Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay

STT	Khoa điều trị	Chỉ tiêu 2025 (%)	Kết quả quý 3 năm 2024	Kết quả quý 1 năm 2025	Kết quả quý 2 năm 2025	Kết quả quý 3 năm 2025			Đánh giá
						Số cơ hội quan sát	Số rửa tay	Tỷ lệ tuân thủ VST (%)	
1	Khoa Cấp cứu	≥ 80	87.5	83.58	81.16	73	59	80.82	Đạt
2	Khoa HSTC - CD	≥ 90	90.48	95.56	81.28	187	168	89.84	Không đạt
3	Khoa HSTM	≥ 90	96.24	94.29	97.35	145	141	97.24	Đạt
4	Khoa HSTC Nhi - Sơ sinh	≥ 90	92.36	98.46	95.50	133	129	96.99	Đạt
5	Khoa GMHS	≥ 80	70.11	90.79	72.16	86	61	70.93	Không đạt
6	Khoa UB	≥ 95	98.63	98.61	93.75	65	62	95.38	Đạt
7	Khoa Ngoại TK	≥ 90	97.67	97.33	98.51	74	71	95.95	Đạt
8	Khoa Ngoại TH	≥ 80	73.83	85.51	82.02	91	67	73.63	Không đạt

STT	Khoa điều trị	Chỉ tiêu 2025 (%)	Kết quả quý 3 năm 2024	Kết quả quý 1 năm 2025	Kết quả quý 2 năm 2025	Kết quả quý 3 năm 2025			Đánh giá
						Số cơ hội quan sát	Số rửa tay	Tỷ lệ tuân thủ VST (%)	
9	Khoa Ngoại LN-MM	≥ 90	100	84.06	98.67	77	77	100	Đạt
10	Khoa Ngoại CTCH	≥ 90	96.6	94.25	93.64	106	102	96.23	Đạt
11	Khoa Ngoại TNNK	≥ 90	100	96.88	94.29	69	65	94.20	Đạt
12	Khoa Sản	≥ 90	100	98.48	93.85	76	76	100	Đạt
13	Khoa TMH	≥ 70	80.19	75.38	76.92	79	72	91.14	Đạt
14	Khoa Mắt	≥ 95	98.44	96.92	97.10	76	73	96.05	Đạt
15	Khoa RHM	≥ 70	66.2	75.76	72.31	65	50	76.92	Đạt
16	Khoa Khám bệnh	≥ 90	100	100	100.00	65	65	100	Đạt
17	Khoa Dịch vụ	≥ 90	92.19	94.37	95.31	66	61	92.42	Đạt
18	Khoa Dinh dưỡng	≥ 90	100	97.22	98.68	74	74	100	Đạt
19	Khoa Nội TH	≥ 90	85.71	83.82	86.98	182	150	82.42	Không đạt
20	Khoa Nội TK	≥ 90	88.57	80.26	94.29	70	48	68.57	Không đạt
21	Khoa Nội TM-LH	≥ 85	85.53	88.75	89.33	84	79	94.05	Đạt
22	Khoa Nội tiết	≥ 85	85.57	86.57	88.89	81	81	100	Đạt
23	Khoa Da liễu	≥ 80	92.11	82.61	73.53	32	28	87.50	Đạt
24	Khoa Nhi	≥ 80	65.06	82.14	92.93	99	97	97.98	Đạt
25	Khoa Thận NT	≥ 90	100	98.55	94.68	87	85	97.70	Đạt
26	Khoa YHCT	≥ 95	100	100	98.51	75	72	96.00	Đạt
27	Khoa VLTL-PCN	≥ 90	83.7	97.53	98.55	73	73	100	Đạt
28	Khoa CĐHA	≥ 90	96.88	89.23	94.03	72	65	90.28	Đạt
29	Khoa TDCN	≥ 90	100	100	95.16	69	65	94.20	Đạt
<b>Tổng</b>		<b>≥ 85</b>	<b>88.33</b>	<b>91.27</b>	<b>90.38</b>	<b>2531</b>	<b>2316</b>	<b>91.51</b>	<b>Đạt</b>

### TỶ LỆ TUÂN THỦ QUY TRÌNH VỆ SINH TAY TẠI CÁC KHOA



Nhận xét: Trong 29 khoa được theo dõi thì có 05 khoa không đạt mục tiêu kế hoạch đề ra. Có 05 khoa đạt tỷ lệ tuân thủ cao nhất 100% và khoa có tỷ lệ tuân thủ thấp nhất là khoa Nội thần kinh với tỷ lệ 68.57%.

Nguyên nhân: Ở các khoa có tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay thấp thường do lượng bệnh đông, do ý thức, thói quen, sự chủ quan chưa nhận thức đầy đủ về tầm quan trọng của việc vệ sinh tay.

### 2.8. Người bệnh nội trú trong bệnh viện được đánh giá tình trạng dinh dưỡng đúng quy định

Chỉ tiêu năm 2024 (%)	Kết quả quý 3 năm 2024		Kết quả quý 1 năm 2025		Kết quả quý 2 năm 2025		Kết quả quý 3 năm 2025		Đánh giá
	Tỷ số/ Mẫu số (Người)	Tỷ lệ (%)	Tỷ số/ Mẫu số (Người)	Tỷ lệ (%)	Tỷ số/ Mẫu số (Người)	Tỷ lệ (%)	Tỷ số/ Mẫu số (Người)	Tỷ lệ (%)	
≥ 90	711/765	92.94	728/867	84%	711/765	93%	745/867	86%	Không đạt

### Tỷ lệ người bệnh được đánh giá, theo dõi và can thiệp dinh dưỡng khi nằm viện



Chỉ tiêu năm 2025      Quý 3 năm 2024      Quý 1 năm 2025      Quý 2 năm 2025      Quý 3 năm 2025

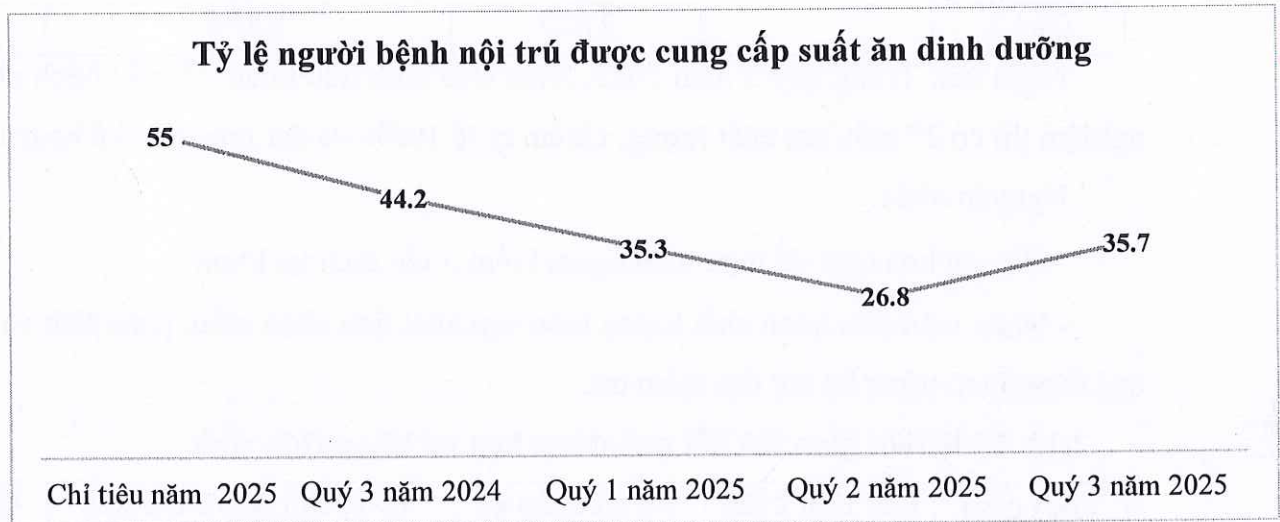
Nhận xét: Qua giám sát, trong quý 3 năm 2025 có 86% trường hợp được đánh giá tình trạng dinh dưỡng, không đạt mục tiêu kế hoạch đề ra. Kết quả giảm 6.94% so với quý 3 năm 2024 và giảm 7% so với quý 2 năm 2025.

Nguyên nhân:

- Một số người bệnh khai nhận không cân đo trực tiếp, chỉ hỏi.
- Người bệnh không được cân đo lại sau 7 ngày nằm viện. Cân nặng được dùng để đánh giá lại không đúng với cân nặng thực tế của người bệnh.

### 2.9. Tỷ lệ người bệnh nội trú được cung cấp suất ăn dinh dưỡng tại bệnh viện

Chỉ tiêu năm 2025 (%)	Thời gian	Tỷ lệ người bệnh nội trú được cung cấp suất ăn dinh dưỡng (%)	Đánh giá
≥ 55	Quý 3/2024	44.2 $(17717/(13361*3))*100$	Không đạt
	Quý 1/2025	35.3 $(15603/(11212*3))*100$	Không đạt
	Quý 2/2025	26.80 $(10324/(12835*3))*100$	Không đạt
	Quý 3/2025	35.7 $(14634/(13665*3))*100$	Không đạt



Nhận xét: Trong quý 3 năm 2025 có 35.7% người bệnh được cung cấp suất ăn dinh dưỡng, kết quả chưa đạt mục tiêu kế hoạch đề ra. Kết quả giảm 8.5% so với quý 3 năm 2024 và tăng 0.4% so với quý 1 năm 2025 và tăng 8.9% so với quý 2 năm 2025.

Nguyên nhân:

- Bệnh viện xây dựng quy định về việc thực hiện chế độ dinh dưỡng cho người bệnh.
- Tăng cường giám sát và kiểm tra việc chế biến suất ăn mỗi ngày (thực đơn, khẩu phần và an toàn vệ sinh thực phẩm).

### 2.10. Tỷ lệ mẫu xét nghiệm không đạt chất lượng tại khoa Hóa sinh

Thời gian	Chỉ tiêu 2025 (%)	Từ số/Mẫu số	Tỷ lệ mẫu xét nghiệm không đạt chất lượng (%)	Đánh giá
Quý 1	≤ 2%	192/75386	0.25%	Đạt
Quý 2		364/79767	0.45%	Đạt
Quý 3		372/88829	0.41%	Đạt

Nhận xét: Trong quý 3 năm 2025, khoa Hóa sinh tiếp nhận 88829 mẫu bệnh phẩm xét nghiệm thì có 372 mẫu không đạt chất lượng, chiếm tỷ lệ 0,41% và đạt mục tiêu kế hoạch đề ra. Tuy nhiên, kết quả giảm hơn so với quý 2 năm 2025 là 0.04%.

Nguyên nhân: Nhân viên điều dưỡng tại các khoa lâm sàng được tập huấn kỹ về quy trình lấy mẫu. Quy trình bàn giao mẫu chặt chẽ, có biên bản ghi nhận các mẫu không đạt ngay từ khâu tiếp nhận.

### 2.11. Tỷ lệ thực hiện ngoại kiểm miễn dịch đạt tại khoa Hóa sinh

Thời gian	Chỉ tiêu 2025 (%)	Từ số/Mẫu số	Tỷ lệ thực hiện ngoại kiểm miễn dịch đạt (%)	Đánh giá
Quý 1	≥ 80	27/27	100%	Đạt
Quý 2		Chưa có kết quả thực hiện ngoại kiểm từ trung tâm.		
Quý 3		27/27	100%	Đạt

Nhận xét: Trong quý 3 năm 2025, khoa Hóa sinh tiếp nhận 27 mẫu bệnh phẩm xét nghiệm thì có 27 mẫu đạt chất lượng, chiếm tỷ lệ 100% và đạt mục tiêu kế hoạch đề ra.

Nguyên nhân:

- Đầy đủ hoá chất để thực hiện ngoại kiểm miễn dịch tại khoa
- Nhân viên phụ trách chất lượng luôn cập nhật lịch nhận mẫu, phân tích và gửi kết quả đúng hạn, tránh bỏ sót đợt kiểm tra.

### 2.12. Tỷ lệ thời gian trả kết quả đúng hạn tại khoa Hóa sinh

Thời gian	Chỉ tiêu 2025 (%)	Từ số/Mẫu số	Tỷ lệ thời gian trả kết quả đúng hạn (%)	Đánh giá
Quý 1	≥ 80	60864/75386	80.56%	Đạt
Quý 2		Chưa thực hiện báo cáo do lỗi hệ thống		
Quý 3		29045/88822	32.7%	Không đạt

Nhận xét: Trong quý 3 năm 2025, khoa Hóa sinh tiếp nhận 88822 mẫu bệnh phẩm xét nghiệm thì có 29045 mẫu đạt thời gian trả kết quả đúng hạn, chiếm tỷ lệ 32.7% và không đạt mục tiêu kế hoạch đề ra. Kết quả giảm hơn so với quý 1 năm 2025 là 47.86%.

Nguyên nhân: Trong quý 03 năm 2025 khoa bị rớt thầu hoá chất làm cho một số lượng hoá chất xét nghiệm tạm ngưng thực hiện. Đồng thời trong quý 3 có thực hiện khám

sức khoẻ cho nhân viên bệnh viện số lượng mẫu tăng, máy xét nghiệm thực hiện không kịp tiến độ.

### 2.13. Tỷ lệ các mẫu xét nghiệm bị từ chối tại Khoa Huyết học truyền máu

Thời gian	Chỉ tiêu 2025 (%)	Từ số/Mẫu số	Tỷ lệ mẫu xét nghiệm không đạt chất lượng (%)	Đánh giá
Quý 3/2024	≤ 0.2%	124/44849	0.28	Đạt
Quý 1/2025		116/48104	0.24	Không đạt
Quý 2/2025		67/53664	0.13	Đạt
Quý 3/2025		59/60432	0.1	Đạt

Nhận xét: Trong quý 3 năm 2025, Khoa Huyết học truyền máu có tiếp nhận 60432 mẫu bệnh phẩm, trong đó có 59 mẫu bệnh phẩm bị từ chối, chiếm tỷ lệ 0,1% và đạt mục tiêu kế hoạch đề ra. Kết quả giảm 0.18% so với quý 3 năm 2024 và giảm 0,03% so với quý 2 năm 2025.

Nguyên nhân: Khoa đã thực hiện trao đổi và thường xuyên nhắc nhở những khoa có mẫu xét nghiệm thường xuyên bị từ chối.

### 2.14. Tỷ lệ thực hiện và ghi hồ sơ nội kiểm phết máu ngoại vi và nội kiểm nhóm máu tại khoa Huyết học truyền máu

Thời gian	Chỉ tiêu 2025 (%)	Từ số/Mẫu số	Tỷ lệ thực hiện và ghi hồ sơ nội kiểm phết máu ngoại vi và nội kiểm nhóm máu (%)	Đánh giá
Quý 1	≥ 95%	23/31	74	Không đạt
Quý 2		86/91	94.5	Không đạt
Quý 3		88/92	95.6	Đạt

Nhận xét: Trong quý 3 năm 2025, Khoa Huyết học truyền máu có tổng số lượt thực hiện và ghi hồ sơ nội kiểm phết máu ngoại vi và nội kiểm nhóm máu là 88 ngày và số ngày báo cáo là 92 ngày chiếm tỷ lệ 95.6% đạt mục tiêu kế hoạch đề ra.

Nguyên nhân: Do các ngày báo cáo không rơi vào các ngày nghỉ cuối tuần và ngày nghỉ lễ. Lãnh đạo khoa cũng thường xuyên nhắc nhở các nhân viên liên quan về việc tuân thủ việc thực hiện và ghi nhận nội kiểm, đặc biệt là nội kiểm phết máu ngoại vi nên kết quả quý 3 nhân viên tuân thủ hơn so với quý 1 và quý 2.

### 2.15. Tỷ lệ hài lòng khách hàng nội bộ đối với dịch vụ của khoa Huyết học truyền máu

Chỉ số được thực hiện theo dõi đánh giá 6 tháng/lần, chưa đến thời gian báo cáo kết quả chỉ số.

**2.16. Tỷ lệ từ chối mẫu bệnh phẩm máu có chỉ định “HIV test nhanh” từ các khoa lâm sàng**

Thời gian	Chỉ tiêu 2025 (%)	Tử số/Mẫu số	Tỷ lệ từ chối mẫu bệnh phẩm máu có chỉ định “HIV test nhanh” từ các khoa lâm sàng (%)	Đánh giá
Quý 1	≤ 5	0/632	0	Đạt
Quý 2		3/1958	0.1	Đạt
Quý 3		8/1958	0.5	Đạt

Nhận xét: Tại khoa Vi sinh, trong quý 3 năm 2025 có 1958 chỉ định thực hiện về “HIV test nhanh” và có 8 trường hợp bị từ chối. Kết quả đạt mục tiêu kế hoạch đề ra, tuy nhiên kết quả tăng 0.4% so với quý 2 năm 2025.

Nguyên nhân: Một số khoa phòng gửi mẫu về khoa Vi Sinh không đạt tiêu chuẩn (mẫu tán huyết, mẫu không đủ thể tích,...).

**2.17. Tỷ lệ thực hiện mẫu bệnh phẩm có chỉ định “HBV đo tải lượng Real-time PCR” bị ức chế**

Thời gian	Chỉ tiêu 2025 (%)	Tử số/Mẫu số	Tỷ lệ thực hiện mẫu bệnh phẩm có chỉ định “HBV đo tải lượng Real-time PCR” bị ức chế (%)	Đánh giá
Quý 1	≤ 5	10/787	1.2	Đạt
Quý 2		2/642	0.3	Đạt
Quý 3		4/815	0.4	Đạt

Nhận xét: Tại khoa Vi sinh, quý 3 năm 2025 có 815 xét nghiệm được thực hiện về “HBV đo tải lượng Real-time PCR” trong đó có 4 trường hợp kết quả bị ức chế. Kết quả tăng 0.1% so với quý 2 năm 2025.

Nguyên nhân: Nhân viên sử dụng găng tay có bột khi tách chiết mẫu.

**2.18. Tỷ lệ kết quả xét nghiệm “Vi khuẩn kháng thuốc hệ thống tự động” khoa Vi sinh trả không đúng hạn**

Thời gian	Chỉ tiêu 2025 (%)	Tử số/Mẫu số	Tỷ lệ kết quả xét nghiệm “Vi khuẩn kháng thuốc hệ thống tự động” khoa Vi sinh trả không đúng hạn (%)	Đánh giá
Quý 1	≤ 5	4/159	2.5	Đạt
Quý 2		0/44	0	Đạt
Quý 3		3/203	1.4	Đạt

Nhận xét: Trong quý 3 năm 2025, khoa Vi sinh có thực hiện và trả kết quả cho 203 mẫu bệnh phẩm có chỉ định “Vi khuẩn kháng thuốc hệ thống tự động” trong đó có 3 mẫu trả không đúng hạn.

Nguyên nhân:

- Do mẫu thực hiện lại lần 2 do lần 1 tỷ lệ % định danh thấp có độ tin cậy không cao
- Do mẫu khoa duyệt kết quả sót.

## II. GIẢI PHÁP CẢI TIẾN ĐÃ TRIỂN KHAI

- Thực hiện phân bổ lại giường kế hoạch tại các khoa.
- Thực hiện cải tạo cơ sở vật chất để phục vụ công tác khám bệnh, chữa bệnh.
- Thực hiện rà soát, kiện toàn quy trình hành chính năm 2025.
- Tiếp tục thực hiện thẩm định ý tưởng các đề án cải tiến trong Hội thi cải tiến chất lượng năm 2025.
- Thực hiện số hóa phiếu đăng ký khám chữa bệnh theo yêu cầu.
- Tăng cường tần suất giám sát tuân thủ bảng kiểm an toàn phẫu thuật, nhận diện người bệnh tại các khoa.
- Thực hiện mua sắm 02 máy in mã vạch có đầy đủ các yếu tố nhận diện người bệnh (Họ và tên, năm sinh, ngày giờ lấy mẫu, mã người bệnh, ID bệnh phẩm).

## III. KHUYẾN NGHỊ

### 1. Cơ sở vật chất

- Khảo sát thực tế số lượng giường bệnh tại các khoa, ghi nhận nhu cầu và xem xét bố trí thêm giường cho các khoa quá tải.
- Tiếp tục cải thiện cơ sở hạ tầng, rà soát và chống dột ở một số vị trí đảm bảo chất lượng phục vụ người bệnh.
- Đảm bảo cung cấp trang thiết bị, vật tư cung ứng phục vụ người bệnh, không để người bệnh nằm ghép và các phòng bệnh đảm bảo kang trang sạch sẽ.
- Đảm bảo môi trường bệnh viện sạch sẽ, thoáng mát, thoải mái cho người bệnh và người nhà trong quá trình điều trị tại Bệnh viện.
- Khảo sát và bổ sung rèm che, sửa chữa máy điều hòa ở phòng bệnh cho khoa Sản.

### 2. Quy trình

- Tiếp tục đăng ký về việc thực hiện Chữ ký số trên phần mềm bệnh viện.
- Bổ sung thêm tính năng trên phần mềm MQ về dấu hiệu nhận biết đối tượng ưu tiên.
- Tiếp tục kiện toàn quy trình hành chính năm 2025.



### 3. Công tác chuyên môn

- Nâng cao năng lực của cán bộ phụ trách công tác cải tiến chất lượng tại các khoa, phòng, tổ chức đào tạo, tập huấn về quản lý chất lượng bệnh viện.
- Nâng cao năng lực chuyên môn trong chẩn đoán, chăm sóc và điều trị bệnh: Tiếp tục tổ chức các buổi sinh hoạt khoa học kỹ thuật.
- Tổ chức tập huấn cho nhân viên các khoa lâm sàng về việc tuân thủ đánh giá theo dõi tình trạng dinh dưỡng trong quá trình nằm viện.
- Thực hiện nghiên cứu khoa học áp dụng tiến bộ khoa học vào công tác điều trị, chăm sóc người bệnh.
- Tiếp tục triển khai hội thi cải tiến chất lượng bệnh viện năm 2025.
- Tổ chức tập huấn giao tiếp ứng xử cho nhân viên.
- Tổ chức các buổi đào tạo và tập huấn sử dụng các tình huống giả định hoặc kịch bản thực tế để nhân viên y tế luyện tập và củng cố kỹ năng nhận diện.
- Tổ chức tập huấn về kiểm soát nhiễm khuẩn và bệnh nghề nghiệp cho toàn thể nhân viên bệnh viện.
- Tổ chức khảo sát lấy ý kiến của người bệnh về việc cung cấp suất ăn để cải thiện chất lượng suất ăn.
- Tại các khoa lâm sàng thực hiện phân công nhiệm vụ nhân viên chịu trách nhiệm chính cập nhật danh sách người bệnh đăng ký suất ăn trên phần mềm đặt ăn mỗi ngày.

### 4. Giám sát và kiểm tra

- Đẩy mạnh công tác kiểm tra giám sát của các phòng ban chức năng có liên quan về công tác khám chữa bệnh của bác sỹ, công tác chăm sóc của điều dưỡng nhằm nâng cao chất lượng, đạt hiệu quả tốt trong điều trị. Tiếp tục thực hiện giám sát theo kế hoạch, các chuyên đề.
- Kiểm tra, giám sát cơ sở vật chất, việc tuân thủ quy chế cơ quan của nhân viên, ghi nhận các vấn đề và báo cáo lãnh đạo.
- Tăng cường giám sát và nhắc nhở vệ sinh môi trường đúng quy trình đối với công ty vệ sinh, phân biệt tải lau, khăn lau đối với các khu vực khác nhau, thay tải lau, khăn lau đúng quy định; đảm bảo tần suất vệ sinh các bề mặt; pha hóa chất đúng nồng độ, thúc đẩy công ty bổ sung thêm nhân sự vệ sinh theo hợp đồng làm việc.
- Hướng dẫn sinh viên thực tập tại khoa thực hiện đúng quy định, quy trình vệ sinh tay.

- Tăng cường tần suất giám sát quy trình thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, tuân thủ nhận diện đúng người bệnh và nhắc nhở các khoa chưa tuân thủ.

- Lãnh đạo khoa thường xuyên nhắc nhở, giám sát việc ghi nhận mẫu bị từ chối của nhân viên.

- Tăng cường công tác kiểm tra giám sát việc thực hiện việc ghi nhận vào sổ nhật kí nội kiểm tại khoa huyết học truyền máu.

Trên đây là báo cáo kết quả thực hiện các chỉ số chất lượng quý 3 năm 2025./

**Nơi nhận:**

- Ban Giám đốc;
- Các phòng/khoa/cơ sở trực thuộc;
- Lưu VT, P. QLCL (BB, 2b).



TS.BS. Vũ Trí Thanh



