

Số: 2987/BC-BV

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày 17 tháng 7 năm 2026

BÁO CÁO
Kết quả thực hiện các chỉ số chất lượng quý 2 năm 2026

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 19 năm hoạt động, Bệnh viện đã tạo được sự tin tưởng của người dân tại địa bàn cũng như các vùng lân cận. Trong quý 2 năm 2026, 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.

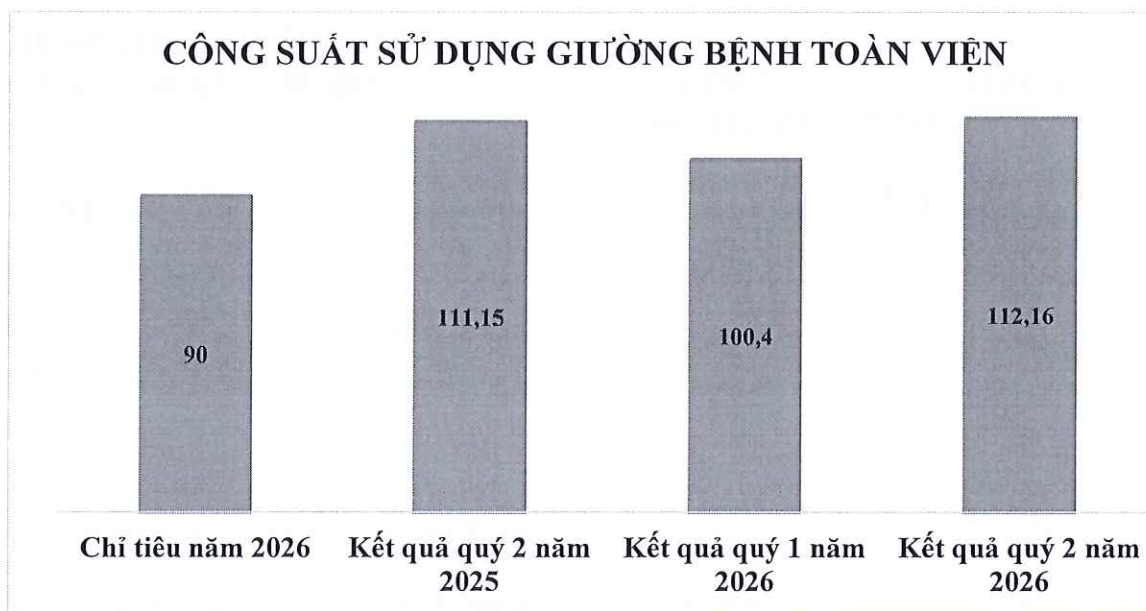
Bệnh viện luôn nhận được sự quan tâm chỉ đạo kịp thời của Sở Y tế và Ủy ban nhân dân thành phố Hồ Chí Minh cùng với sự hỗ trợ tích cực của các Ban ngành đoàn thể đã tạo tiền đề tốt cho đơn vị hoàn thành nhiệm vụ.

I. KẾT QUẢ THỰC HIỆN

1. Chỉ số toàn viện

1.1. Công suất sử dụng giường bệnh

Chỉ tiêu 2026 (%)	Kết quả quý 2 năm 2025	Kết quả quý 1 năm 2026	Kết quả quý 2 năm 2026 (%)			Đánh giá
			Tổng số ngày điều trị (ngày)	Tổng số giường bệnh (giường)	Công suất sử dụng GB (%)	
≥ 90	111.15	100.4	76549	750	112.16	Đạt



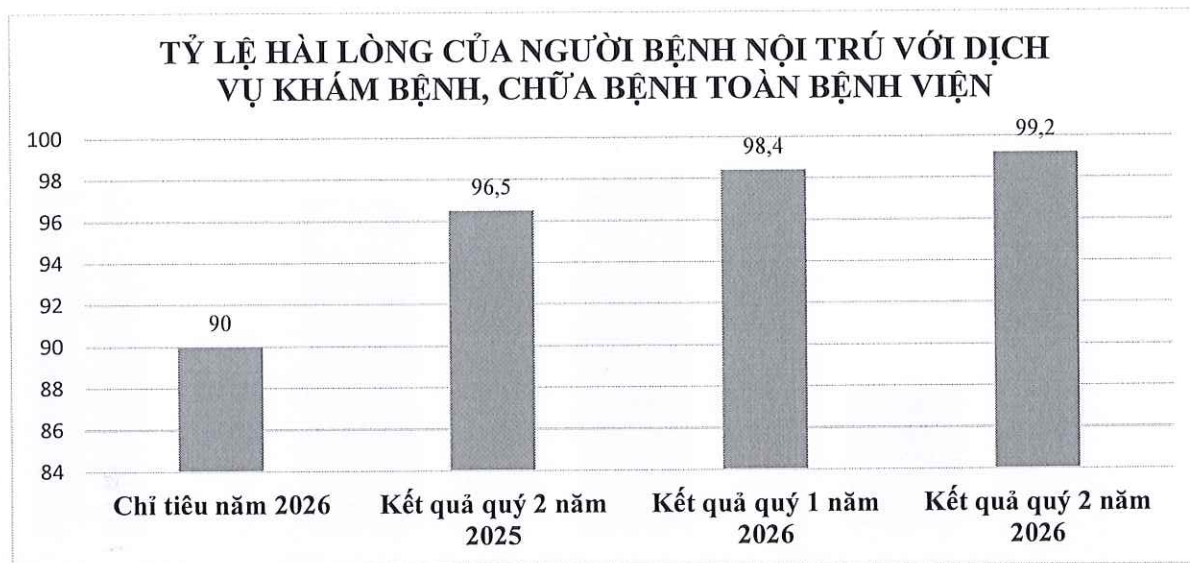
Nhận xét: Công suất sử dụng giường bệnh toàn viện đạt 112.16%, đạt mục tiêu kế hoạch đề ra. Kết quả đạt cao hơn quý 2 năm 2025 là 1.01% và tăng 12.03% so với quý 1 năm 2026.

Nguyên nhân:

- Bệnh viện duy trì thực hiện điều phối giường bệnh trên phần mềm quản lý giường bệnh, phối hợp điều chuyển người bệnh giữa các khoa.
- Thực hiện giám sát tuân thủ quy trình kỹ thuật của các khoa.
- Bệnh viện thường xuyên tổ chức các buổi sinh hoạt khoa học kỹ thuật cho nhân viên.

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

Chỉ tiêu 2026 (%)	Kết quả quý 2/2025	Kết quả quý 1/2026	Kết quả quý 2/2026			Đánh giá
			Cỡ mẫu (n)	Điểm hài lòng TB	Tỷ lệ hài lòng TB (%)	
≥ 90	96.5 (Cỡ mẫu: 110)	98.4 (Cỡ mẫu: 112)	113	4.75	99.2	Đạt



Nhận xét: Trong quý 2 năm 2026, Bệnh viện thực hiện khảo sát sự hài lòng của 113 người bệnh nội trú về chất lượng khám chữa bệnh thì có 99.2% hài lòng, đạt mục tiêu kế hoạch đề ra. Kết quả tăng 2.7% so với quý 2 năm 2025 và tăng 0.8% so với quý 1 năm 2026.

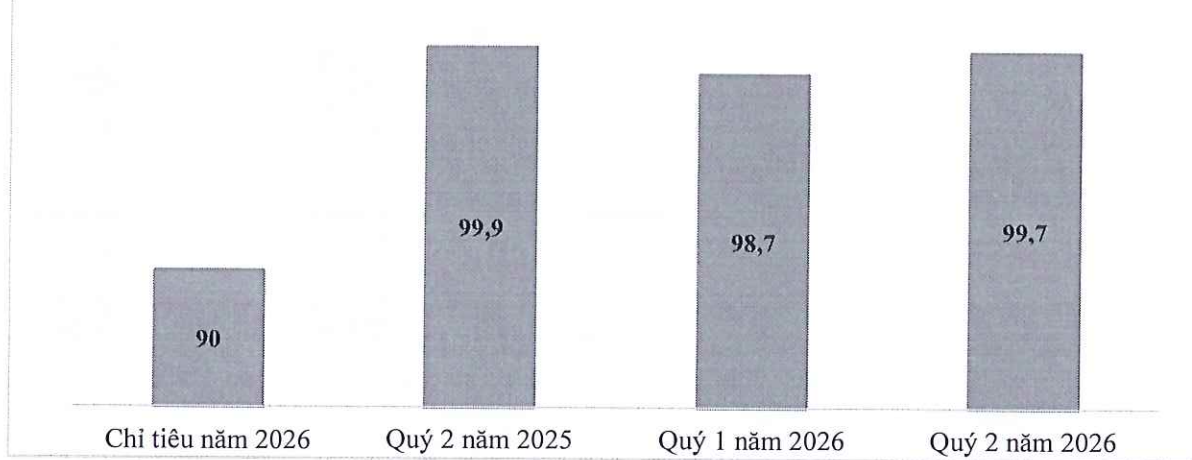
Nguyên nhân:

- Bệnh viện tiếp tục triển khai đề án cải tiến giao tiếp ứng xử giai đoạn 2 cho toàn thể nhân viên.
- Bệnh viện đang xây dựng KPI cho các phòng, khoa thí điểm và mở rộng phạm vi toàn bệnh viện.
- Triển khai mô hình nhà tạm trú cho người bệnh có hoàn cảnh khó khăn đang điều trị tại Bệnh viện.
- Xây dựng và triển khai bảng giao tiếp thấu hiểu dùng cho bệnh nhân thở máy tại khoa Hồi sức tích cực chống độc.

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

Chỉ tiêu 2026 (%)	Kết quả quý 2/2025	Kết quả quý 1/2026	Kết quả quý 2/2026			Đánh giá
			Cỡ mẫu (n)	Điểm hài lòng TB	Tỷ lệ hài lòng chung (%)	
≥ 90	99.9 (Cỡ mẫu: 205)	98.7 (Cỡ mẫu: 215)	213	4.86	99.7	Đạt

TỶ LỆ HÀI LÒNG NGƯỜI BỆNH NGOẠI TRÚ VỚI DỊCH VỤ KHÁM CHỮA BỆNH



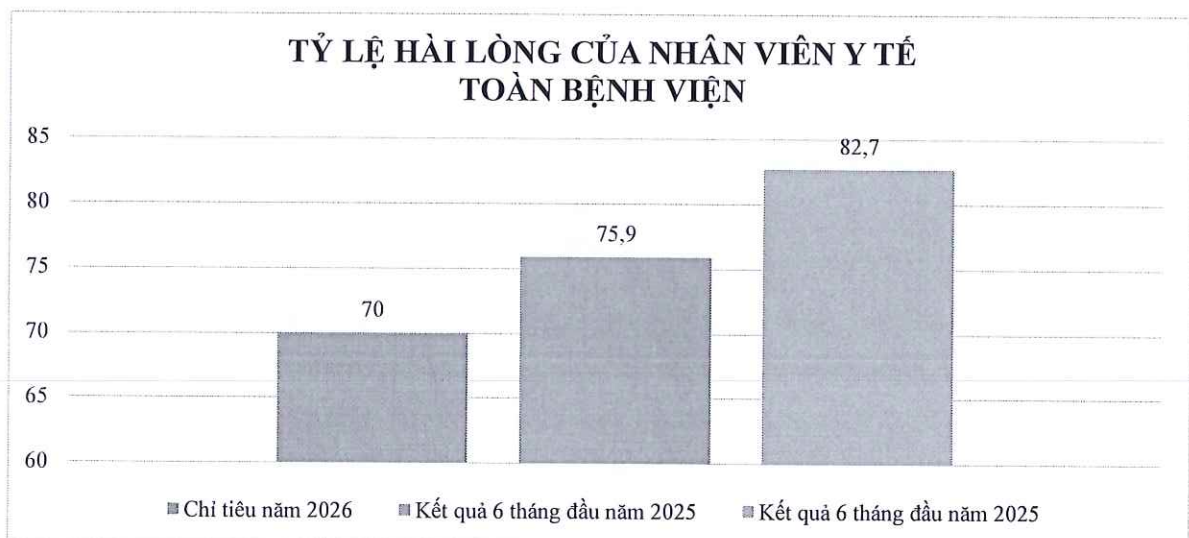
Nhận xét: Trong quý 2 năm 2026, bệnh viện thực hiện khảo sát 213 người bệnh khám ngoại trú thì có 99.7% người bệnh hài lòng về dịch vụ khám chữa bệnh của bệnh viện và đạt mục tiêu kế hoạch đề ra. Kết quả giảm 0.2% so với quý 2 năm 2025 và tăng 1% so với quý 1 năm 2026.

Nguyên nhân: Bệnh viện tiếp tục triển khai đề án cải tiến giao tiếp ứng xử giai đoạn 2 cho toàn thể nhân viên.

1.4. Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế

Chỉ tiêu 2026 (%)	Kết quả năm 6 tháng đầu năm 2025	Kết quả 6 tháng đầu năm 2026			Đánh giá
		Cỡ mẫu (n)	Điểm hài lòng TB	Tỷ lệ hài lòng chung (%)	
≥ 70	75.9 (Cỡ mẫu: 1214)	1135	4.16	82.7	Đạt

TỶ LỆ HÀI LÒNG CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ TOÀN BỆNH VIỆN



Nhận xét: Trong 6 tháng đầu năm 2026, bệnh viện thực hiện khảo sát 1135 nhân viên y tế thì có 82.7% nhân viên y tế hài lòng về đạt mục tiêu kế hoạch đề ra. Kết quả tăng 6.8% so với 6 tháng đầu năm 2025.

Nguyên nhân:

- Bệnh viện thực hiện chi thu nhập tăng thêm quý 1 cho nhân viên y tế theo Nghị quyết 27/2025/NQ-HĐND.

- Bệnh viện thực hiện cấp phát phụ cấp độc hại bằng hiện vật (sữa) quý 4 năm 2025 cho nhân viên y tế.

- Tổ chức hội thao chào mừng kỷ niệm 19 năm thành lập bệnh viện.

1.5. Thời gian chờ khám bệnh trung bình

Thời gian	Chỉ tiêu 2026 (phút)	Tổng số lượt khám (lượt)	Tổng thời gian chờ khám (phút)	Thời gian chờ khám trung bình (phút)	Đánh giá
Quý 2/2025	≤ 43 phút	251894	9849434	39.10	Đạt
Quý 1/2026		246272	8626411	35.0	Đạt
Quý 2/2026		535137	19539513	36.5	Đạt

Nhận xét: Trong quý 2 năm 2026, thời gian chờ trung bình của người bệnh khi khám chữa bệnh ngoại trú tại bệnh viện là 36.5 phút, đạt mục tiêu kế hoạch đề ra. Kết quả giảm 2.6% so với quý 2 năm 2025 và tăng 1.5% so với quý 1 năm 2026.

Nguyên nhân:

- Số lượt khám chưa bệnh ngoại trú của quý 2 tăng 54% so với quý 1 năm 2026.

- Trong quý 2 có xảy ra một số sự cố liên quan đến mất điện, lỗi hệ thống mạng, phần mềm HIS làm ảnh hưởng đến thời gian chờ của người bệnh.

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	07	70
2	Quầy Lấy thuốc bảo hiểm y tế (BHYT)	10	05	50
3	Phòng khám Răng hàm mặt	10	10	100
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	Nội 2	10	10	100

STT	Vị trí	Tần số (n)	Tần số đạt (n)	Tỷ lệ đạt (%)
8	Phòng khám Nội tim mạch	10	10	100
9	Phòng khám Sản	10	08	80
10	Phòng khám Phụ khoa	10	10	100
11	Phòng khám Chấn thương chỉnh hình	10	09	90
12	Phòng khám Thận	10	10	100
13	Phòng khám Mắt	10	06	50
14	Phòng khám Lồng ngực mạch máu	10	05	50
15	Phòng khám Ngoại thần kinh	10	10	100
16	Phòng khám Tai mũi họng	10	10	100
17	Nội 1	10	10	100
18	Phòng khám Tiêm chủng - Dinh dưỡng	10	10	100
19	Phòng khám nội thần kinh	10	10	100
20	Phòng khám Nhi	10	05	50
21	Phòng khám Tim mạch can thiệp	10	10	100
Tổng		210	183	87.14

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

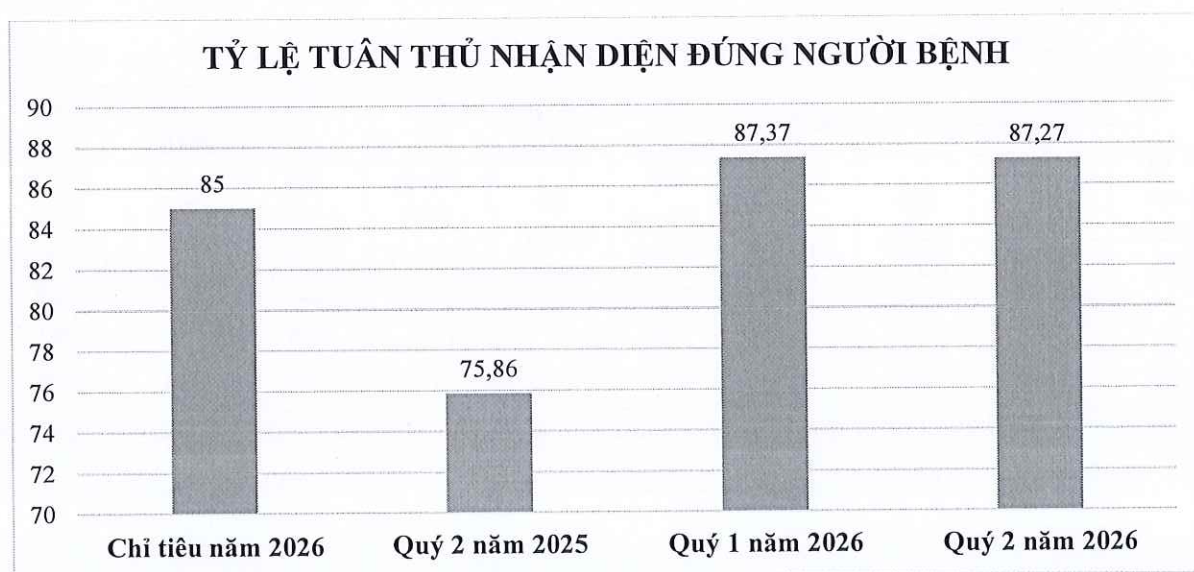
STT	Vị trí	Tần số (n)	Tần số đạt (n)	Tỷ lệ đạt (%)
1	Phòng Điện tim	10	10	100
2	Phòng X-Quang	10	8	80
3	Phòng Siêu âm	10	8	80
4	Phòng lấy máu	10	10	100
Tổng		40	36	90.0

❖ 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 Thận	5	3	60
2	Khoa Nội tim mạch	5	4	80
3	Khoa Y học cổ truyền	5	5	100
4	Khoa Sản	5	4	80
5	Khoa Ngoại Tổng quát	5	4	80

STT	Vị trí	Tần số (n)	Tần số đạt (n)	Tỷ lệ đạt (%)
6	Khoa Ngoại Ung bướu	5	5	100
7	Khoa VLTL-PHCN	5	5	100
8	Khoa Mắt	5	4	80
9	Khoa Dinh dưỡng	5	5	100
10	Khoa Ngoại thần kinh	5	5	100
11	Khoa Tiết niệu nam khoa	5	3	60
12	Khoa Nội tổng quát	5	5	100
13	Khoa Nội thần kinh	5	5	100
14	Khoa Nhi	5	3	60
15	Khoa Nội tiết	5	4	80
16	Khoa Chấn thương chỉnh hình	5	5	100
Tổng		80	69	86.25

Chỉ tiêu 2026 (%)	Kết quả quý 2 năm 2025		Kết quả quý 1 năm 2026		Kết quả quý 2 năm 2026		Đánh giá
	Tỷ số/ Mẫu số	Tỷ lệ tuân thủ nhận diện đúng người bệnh (%)	Tỷ số/ Mẫu số	Tỷ lệ tuân thủ nhận diện đúng người bệnh (%)	Tỷ số/ Mẫu số	Tỷ lệ tuân thủ nhận diện đúng người bệnh (%)	
≥ 85	220/290	75.86%	249/285	87.37%	288/330	87.27%	Đạt



Nhận xét: Bệnh viện thực hiện giám sát việc tuân thủ nhận diện đúng người bệnh tại các khoa, phòng khám trên 330 trường hợp thì có 288 trường hợp tuân thủ đúng quy định, chiếm tỷ lệ 87.27% và đạt mục tiêu kế hoạch đề ra. Kết quả tăng 11.41% so với quý 2 năm 2025 và giảm 0.1% so với quý 1 năm 2026.

Nguyên nhân: Trong quý II phạm vi giám sát được mở rộng ra nhiều khoa hơn so với quý I và tổ chức nhiều đợt kiểm tra đột xuất không được thông báo nên kết quả ghi nhận nhiều nhân viên chưa tuân thủ đúng quy định.

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

Chỉ tiêu 2026 (%)	Kết quả quý 2 năm 2025		Kết quả quý 1 năm 2026		Kết quả quý 2 năm 2026		Đánh giá
	Tỷ số/Mẫu số	Tỷ lệ tuân thủ Quy trình thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật (%)	Tỷ số/Mẫu số	Tỷ lệ tuân thủ Quy trình thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật (%)	Tỷ số/Mẫu số	Tỷ lệ tuân thủ Quy trình thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật (%)	
≥ 95	64/67	95.5%	46/48	95.83%	194/200	97.0%	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 200 trường hợp, thì có 194 trường hợp tuân thủ đúng quy định, chiếm tỷ lệ 97.0% và đạt mục tiêu kế hoạch đề ra. Kết quả tăng 1.5% so với quý 2 năm 2025 và tăng 1.17% so với quý 1 năm 2026.

Nguyên nhân: Bệnh viện đẩy mạnh hoạt động kiểm tra, giám sát về tuân thủ bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

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

Chỉ tiêu 2026 (%)	Kết quả quý 2 năm 2025			Kết quả quý 1 năm 2026			Kết quả quý 2 năm 2026			Đánh giá
	Số bảng kiểm giám sát	Số bảng kiểm đạt	Tỷ lệ TT QTKT TAT (%)	Số bảng kiểm giám sát	Số bảng kiểm đạt	Tỷ lệ TT QTKT TAT (%)	Số bảng kiểm giám sát	Số bảng kiểm đạt	Tỷ lệ TT QTKT TAT (%)	
≥ 90	609	609	100	615	615	100	584	584	100	Đạt

Nhận xét: Kết quả giám sát tuân thủ quy trình tiêm an toàn trong quý 2 năm 2026 đạt tỷ lệ 100%, đạt mục tiêu kế hoạch đề ra. Kết quả quý 2 năm 2026 bằng kết quả quý 2 năm 2025 và quý 1 năm 2026.

Nguyên nhân:

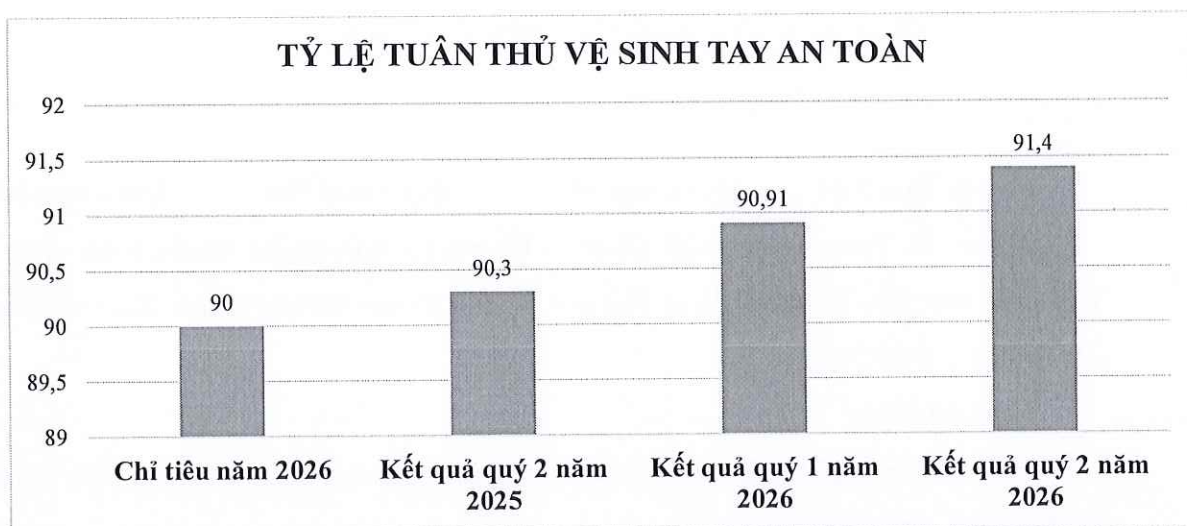
- Các bước tiêm an toàn được sơ đồ hóa, dán hoặc đặt tại các vị trí dễ thấy (xe tiêm, phòng tiêm) để nhân viên dễ dàng đối chiếu.

- 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 2026 (%)	Kết quả quý 2/2025	Kết quả quý 1/2026	Kết quả quý 2 năm 2026			Đánh giá
			Số cơ hội quan sát	Số rửa tay	Tỷ lệ tuân thủ VST %)	
≥ 90	90.3	90.91	2396	2190	91.40	Đạt



Nhận xét: Trong quý 2 năm 2026, tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay đạt 91.4% và đạt mục tiêu kế hoạch đề ra. Kết quả quý 2 năm 2026 tăng 1.1% so với quý 2 năm 2025 và tăng 0.49% so với quý 1 năm 2026.

Nguyên nhân:

- Trong quý 2 năm 2026 thành viên mạng lưới Kiểm soát nhiễm khuẩn tăng cường giám sát và nhắc nhở kỹ thuật viên, nhân viên tuân thủ vệ sinh tay ngoại khoa đúng quy trình và đúng thời gian vệ sinh tay.

- Bệnh viện phát động chiến dịch vệ sinh tay năm 2026 với chủ đề “Vệ sinh tay: Hành động vì sự sống”.

- Bệnh viện tổ chức hội thi “Bàn tay sạch - Nhân viên y tế giỏi” cho tất cả nhân viên bệnh viện.

1.10. Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện

Chỉ tiêu 2026 (%)	Kết quả quý 2 năm 2025		Kết quả quý 1 năm 2026		Kết quả quý 2 năm 2026		Đánh giá
	Tỷ số/ Mẫu số	Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện (%)	Tỷ số/ Mẫu số	Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện (%)	Tỷ số/ Mẫu số	Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện (%)	
≤ 1.3	5/349	1.4	2/238	0.8	3/283	1.0	Đạt



Nhận xét: Trong quý 2 năm 2026 có 03 trường hợp nhiễm khuẩn bệnh viện, chiếm 1.0%, đạt mục tiêu kế hoạch đề ra. Kết quả giảm 0.4% so với quý 2 năm 2025 và tăng 0.2% so với quý 1 năm 2026.

Nguyên nhân:

- Người bệnh tại các khoa hồi sức có hệ miễn dịch suy giảm do bệnh nền, lớn tuổi và có thời gian nằm viện kéo dài.
- Người bệnh có triệu chứng nhiễm khuẩn lúc vào nhưng không được làm chỉ định nuôi cấy vi khuẩn, sau 2 ngày mới có chỉ định nuôi cấy có thể làm tăng tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh huyết tại Bệnh viện.
- 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, ...
- Chưa đảm bảo tuân thủ các biện pháp phòng ngừa chuẩn về kiểm soát nhiễm khuẩn, 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.

1.11. Tỷ lệ báo cáo sự cố suýt xảy ra

Chỉ tiêu 2026 (%)	Kết quả quý 1 năm 2026		Kết quả quý 2 năm 2026		Đánh giá
	Tử số/ Mẫu số	Tỷ lệ báo cáo sự cố suýt xảy ra (%)	Tử số/Mẫu số	Tỷ lệ báo cáo sự cố suýt xảy ra (%)	
≥ 40	42/94	44.68%	40/72	55.56%	Đạt

Nhận xét: Trong quý 2 năm 2026 tỷ lệ báo cáo sự cố suýt xảy ra đạt 55.56% và đạt mục tiêu kế hoạch đề ra. Kết quả tăng 10.88% so với quý 1 năm 2026.

Nguyên nhân: Bệnh viện có áp dụng phần mềm báo cáo sự cố, quét mã QR, tối giản hóa biểu mẫu giấy, khuyến khích nhân viên báo cáo các sự cố suýt xảy ra ngay khi phát hiện.

1.12. Tỷ lệ các sự cố tái diễn

Chỉ tiêu 2026 (%)	Kết quả quý 1 năm 2026		Kết quả quý 2 năm 2026		Đánh giá
	Tử số/ Mẫu số	Tỷ lệ các sự cố tái diễn (%)	Tử số/ Mẫu số	Tỷ lệ các sự cố tái diễn (%)	
≤ 5	65/94	69.15%	49/72	68.05%	Không đạt

Nhận xét: Trong quý 2 năm 2026 tỷ lệ các sự cố tái diễn đạt 68.05% và không đạt mục tiêu kế hoạch đề ra. Kết quả giảm 1.1% so với quý 1 năm 2026.

Nguyên nhân: Do vật tư/thiết bị chưa về kịp so với quý I, các khoa phòng buộc phải tiếp tục báo cáo các lỗi tương tự, dẫn đến tỷ lệ tái diễn cao.

1.13. Tỷ lệ thanh toán không dùng tiền mặt

Chỉ tiêu 2026 (%)	Kết quả quý 1 năm 2026		Kết quả quý 2 năm 2026		Đánh giá
	Tử số/ Mẫu số	Tỷ lệ thanh toán không dùng tiền mặt (%)	Tử số/ mẫu số	Tỷ lệ thanh toán không dùng tiền mặt (%)	
≥ 12	38947/319906	12.17	48215/365813	13.18	Đạt

Nhận xét: Trong quý 2 năm 2026 tỷ lệ thanh toán không dùng tiền mặt đạt 13.18% và đạt mục tiêu kế hoạch đề ra. Kết quả tăng 1.01% so với quý 1 năm 2026.

Nguyên nhân: Bệnh viện đã triển khai và đẩy mạnh hoạt động thanh toán không dùng tiền mặt, bỏ bước kiểm soát đóng mộc đã thu tiền đối với các trường hợp thanh toán không dùng tiền mặt, tạo thuận tiện và rút ngắn thời gian chờ của người bệnh.

1.15. Tỷ lệ xuất toán hoá đơn lỗi

Chỉ tiêu 2026 (%)	Kết quả quý 1 năm 2026		Kết quả quý 2 năm 2026		Đánh giá
	Tỷ số/ Mẫu số	Tỷ lệ xuất toán hoá đơn lỗi (%)	Tỷ số/ Mẫu số	Tỷ lệ xuất toán hoá đơn lỗi (%)	
≤ 0.7	2016/289886	0.7%	1946/328324	0.59	Đạt

Nhận xét: Trong quý 2 năm 2026 tỷ lệ xuất toán hoá đơn lỗi đạt 0.59% và đạt mục tiêu kế hoạch đề ra. Kết quả giảm 0.11% so với quý 1 năm 2026.

Nguyên nhân: Bệnh viện đẩy mạnh hoạt động giám sát giúp làm giảm hóa đơn lỗi.

1.16. Tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật

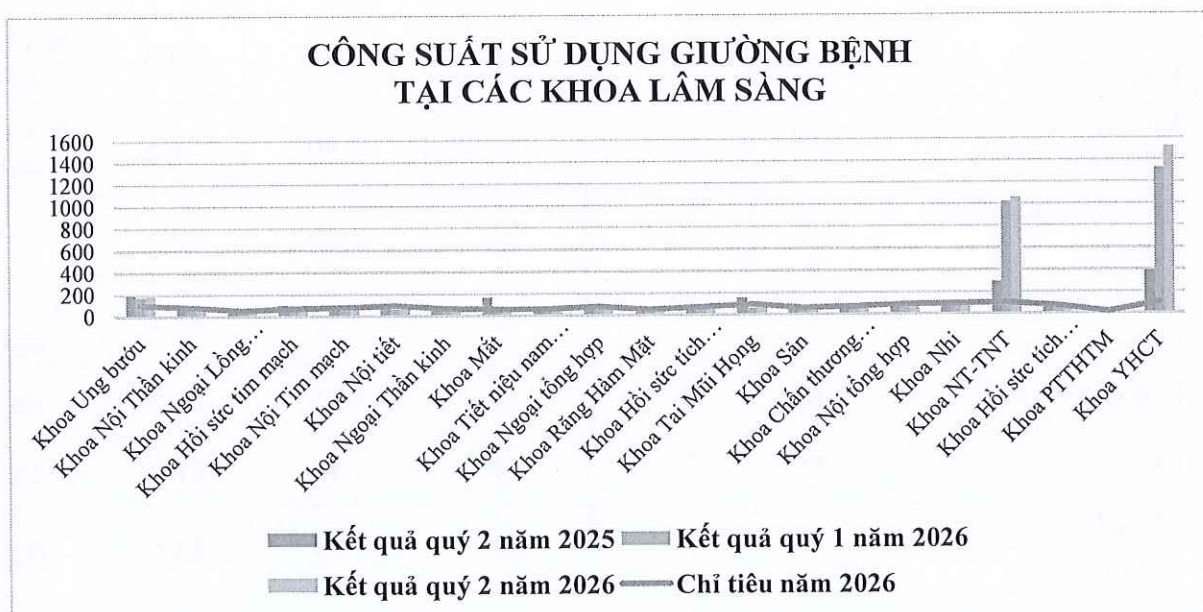
Tại thời điểm báo cáo, chưa hoàn tất hoạt động giám sát tuân thủ quy trình tại bệnh viện.

2. Chỉ số khoa, phòng

2.1. Công suất sử dụng giường bệnh

STT	Khoa điều trị	Chỉ tiêu 2026 (%)	Kết quả quý 2 năm 2025	Kết quả quý 1 năm 2026	Kết quả quý 2 năm 2026 (%)			Đánh giá
					Tổng số ngày điều trị (ngày)	Tổng số giường bệnh (giường)	Công suất sử dụng GB (%)	
1	Khoa Ung bướu	100	192.56	175.09	7207	43	184.18	Đạt
2	Khoa Nội Thần kinh	≥ 85	76.19	83.56	2478	30	90.77	Đạt
3	Khoa Ngoại Lồng ngực mạch máu	≥ 55	47.00	40.76	1212	22	60.54	Đạt
4	Khoa Hồi sức tim và Tim mạch can thiệp	≥ 70	100.38	88.12	2098	26	88.67	Đạt
5	Khoa Nội Tim mạch	≥ 80	67.49	82.25	2650	35	83.20	Đạt
6	Khoa Nội tiết	≥ 95	71.50	63.33	1370	20	75.27	Không đạt
7	Khoa Ngoại Thần kinh	≥ 65	69.95	59.06	1586	26	67.03	Đạt
8	Khoa Mắt	≥ 60	164.47	37.33	554	10	60.88	Đạt
9	Khoa Tiết niệu nam khoa	≥ 60	80.59	61.82	1905	25	83.74	Đạt
10	Khoa Ngoại tổng hợp	≥ 80	89.82	72.73	3949	50	86.79	Đạt
11	Khoa Răng Hàm Mặt	≥ 50	30.77	35.93	288	6	52.75	Đạt

STT	Khoa điều trị	Chỉ tiêu 2026 (%)	Kết quả quý 2 năm 2025	Kết quả quý 1 năm 2026	Kết quả quý 2 năm 2026 (%)			Đánh giá
					Tổng số ngày điều trị (ngày)	Tổng số giường bệnh (giường)	Công suất sử dụng GB (%)	
12	Khoa Hồi sức tích cực chống độc	≥ 70	63.52	77.04	641	12	58.70	Không đạt
13	Khoa Tai Mũi Họng	≥ 95	152.13	60.80	2285	25	100.44	Đạt
14	Khoa Sản	≥ 60	51.85	48.37	3205	66	53.36	Không đạt
15	Khoa Chấn thương chỉnh hình	≥ 70	78.99	61.04	5094	80	69.97	Không đạt
16	Khoa Nội tổng hợp	≥ 90	89.55	83.83	10036	115	95.90	Đạt
17	Khoa Nhi	≥ 95	106.69	75.01	5921	79	82.36	Không đạt
18	Khoa NT-TNT	100	289.71	1026.44	9651	10	1060.55	Đạt
19	Khoa Hồi sức tích cực Nhi – Sơ sinh	≥ 70	66.85	65.00	543	12	49.73	Không đạt
20	Khoa PTTHTM	≥ 15	7.69	8.89	25	02	13.74	Không đạt
21	Khoa YHCT	100	391.32	1328.22	138850	10	1521.98	Đạt
Tổng		≥ 90	111.15	100.4	76549	750	112.16	Đạt



Nhận xét: Trong quý 2 năm 2026, Bệnh viện có thực hiện theo dõi chỉ số công suất sử dụng giường bệnh tại 21 khoa lâm sàng. Kết quả: có 07/21 khoa không đạt mục tiêu kế hoạch đề ra.

Nguyên nhân:

- Tại khoa nhi, trong quý 2 hết mùa cao điểm, các bệnh lý hô hấp giảm mạnh nên số lượng nhập viện điều trị giảm dẫn đến công suất sử dụng giường bệnh thấp.

- Tối ưu hóa quy trình khám và điều trị, tuân thủ phác đồ giúp rút ngắn thời gian điều trị trung bình, làm thời gian nằm viện giảm.

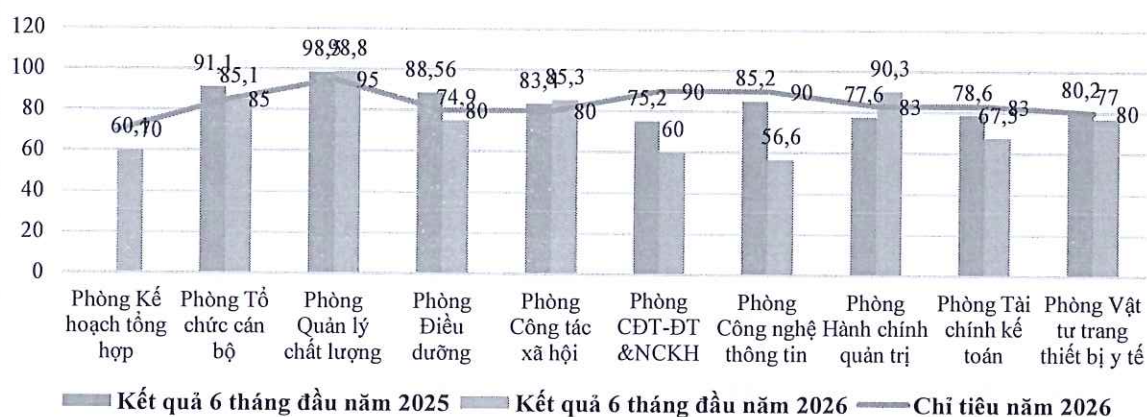
2.2. Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế

STT	Khoa phòng	Chỉ tiêu 2026 (%)	Kết quả 6 tháng đầu năm 2025	Kết quả 6 tháng đầu năm 2026			Đánh giá
				Cỡ mẫu (n)	Điểm hài lòng TB	Tỷ lệ hài lòng TB (%)	
1	Phòng Kế hoạch tổng hợp	≥ 70		12	3.92	60.1	Không đạt
2	Phòng Tổ chức cán bộ	≥ 85	91.1	10	4.24	85.1	Đạt
3	Phòng Quản lý chất lượng	≥ 95	98.5	09	4.85	98.8	Đạt
4	Phòng Điều dưỡng	≥ 80	88.56	07	3.95	74.9	Không đạt
5	Phòng Công tác xã hội	≥ 80	83.4	10	4.29	85.3	Đạt
6	Phòng CĐT-ĐT&NCKH	≥ 90	75.2	06	3.89	60.0	Không đạt
7	Phòng Công nghệ thông tin	≥ 90	85.2	15	3.40	56.6	Không đạt
8	Phòng Hành chính quản trị	≥ 83	77.6	53	4.26	90.3	Đạt
9	Phòng Tài chính kế toán	≥ 83	78.6	49	3.70	67.5	Không đạt
10	Phòng VTTBYT	≥ 80	80.2	22	4.25	81.9	Đạt
11	Khoa Dược	≥ 80	83.5	40	4.18	81.0	Đạt
12	Khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn	≥ 75	74.4	48	4.34	88.6	Đạt
13	Khoa Cấp cứu	≥ 80	78.7	47	4.12	81.7	Đạt

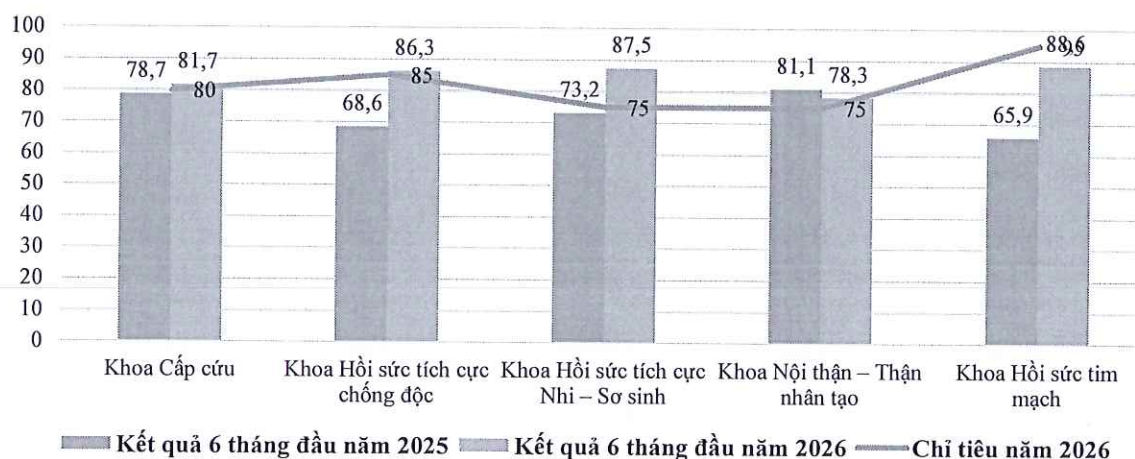
14	Khoa Hồi sức tích cực chống độc	≥ 85	68.6	12	4.16	86..3	Đạt
15	Khoa Hồi sức tích cực Nhi – Sơ sinh	≥ 75	73.2	19	4.37	87.5	Đạt
16	Khoa Nội thận – thận nhân tạo	≥ 75	81.1	31	4.00	78.3	Đạt
17	Khoa Hồi sức tim và tim mạch can thiệp	≥ 95	65.9	39	4.08	88.6	Không đạt
18	Khoa Da liễu	≥ 90		15	4.04	76.5	Không đạt
19	Khoa Khám bệnh	≥ 90	61.1	34	4.41	94.2	Đạt
20	Khoa Dịch vụ	≥ 85	75.8	09	4.57	91.8	Đạt
21	Khoa YHCT	≥ 85	77.3	20	4.01	77.0	Không đạt
22	Khoa VLTL - PHCN	≥ 80	72.5	24	4.34	90.3	Đạt
23	Khoa Tâm thần	≥ 80	76.4	05	4.24	73.7	Không đạt
24	Khoa Nội tiết	≥ 70	48.8	16	4.41	95.5	Đạt
25	Khoa Nội tim mạch lão học	≥ 90	56.5	27	3.93	81.5	Không đạt
26	Khoa Nội tổng hợp	≥ 80	69.1	44	4.75	99.3	Đạt
27	Khoa Nội thần kinh	≥ 90	85.9	17	4.45	93.7	Đạt
28	Khoa Nhi	≥ 90	71.2	28	4.11	71.2	Không đạt
29	Khoa Dinh dưỡng	≥ 88	93.5	09	4.49	84.5	Không đạt
30	Khoa Mắt	≥ 80	87.0	12	4.23	73.8	Không đạt
31	Khoa CTCH	≥ 80	72.5	31	4.36	90.0	Đạt
32	Khoa LNMM	≥ 80	79.4	15	4.99	100	Đạt
33	Khoa Tiết niệu nam khoa	≥ 75	64.8	10	3.95	88.8	Đạt
34	Khoa Ngoại tổng hợp	≥ 80	79.1	28	4.00	87.2	Đạt
35	Khoa Ung bướu	≥ 85	79.9	20	4.05	92.3	Đạt
36	Khoa Ngoại thần kinh	≥ 75	80.3	11	3.35	50.8	Không đạt

37	Khoa Răng hàm mặt	≥ 80	76.1	17	4.20	86.8	Đạt
38	Khoa Gây mê hồi sức	≥ 95	65.3	64	3.96	79.1	Không đạt
39	Khoa chuẩn đoán hình ảnh	≥ 90	94.7	31	4.36	90.0	Đạt
40	Khoa thăm dò chức năng	≥ 70	71.3	13	3.76	65.7	Không đạt
41	Khoa Giải phẫu bệnh	≥ 60	55.0	09	4.43	84.4	Đạt
42	Khoa PT THTM	≥ 90	100	02	4.01	100	Đạt
43	Khoa Sản	≥ 80	64.1	46	3.95	79.2	Không đạt
44	Khoa Tai mũi họng	≥ 70	51.6	10	3.91	69.3	Không đạt
Tổng		≥ 70	75.9	1135	4.16	82.7	Đạt

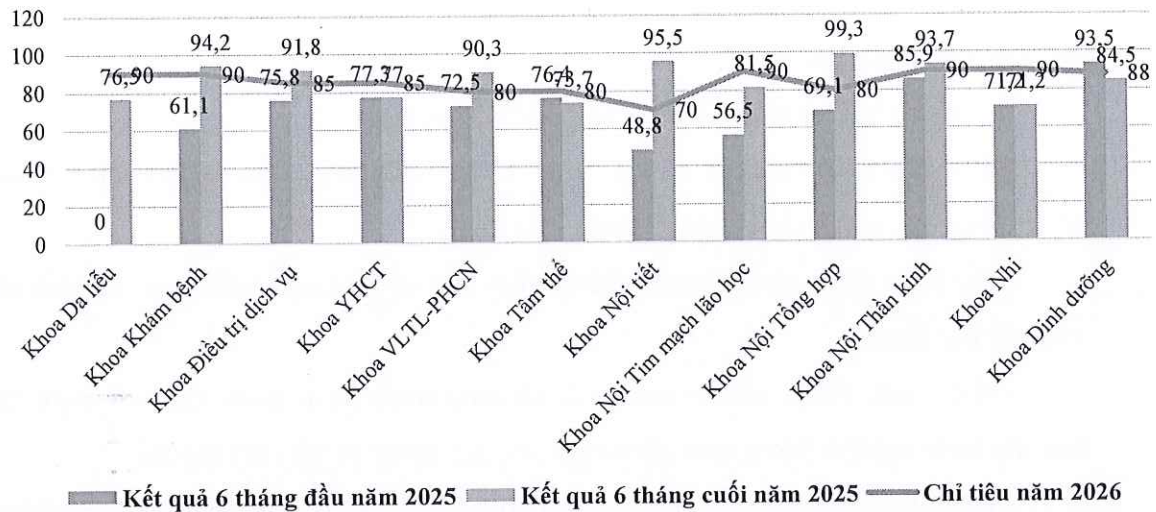
TỶ LỆ HÀI LÒNG CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ KHỐI PHÒNG BAN VÀ HẬU CẦN



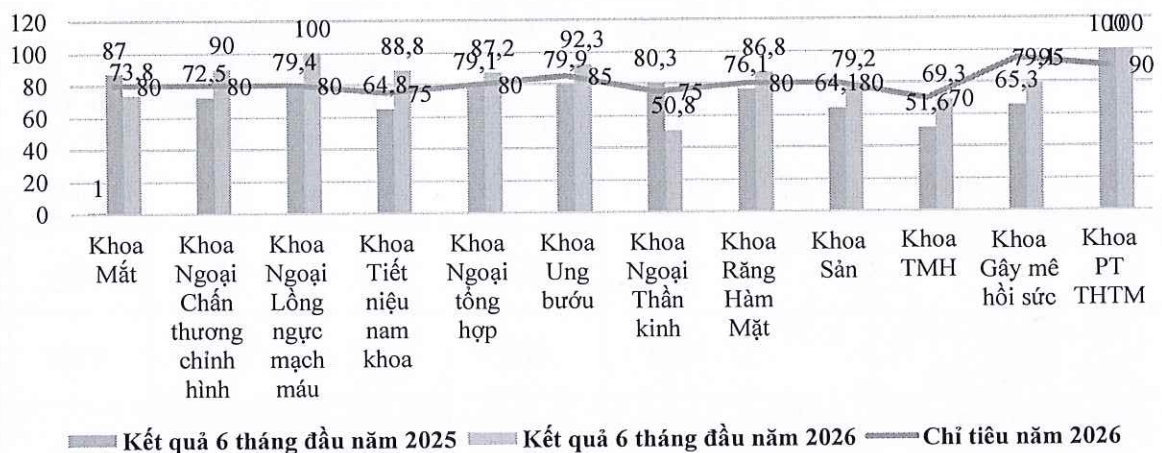
TỶ LỆ HÀI LÒNG CỦA KHỐI HỒI SỨC



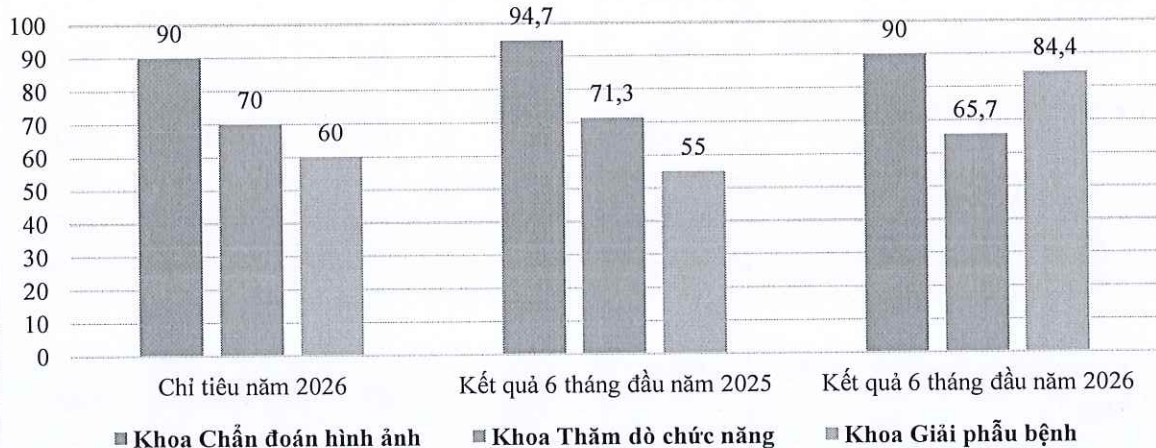
TỶ LỆ HÀI LÒNG CỦA KHỐI NỘI



TỶ LỆ HÀI LÒNG CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ KHỐI NGOẠI



TỶ LỆ HÀI LÒNG CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ KHỐI CẬN LÂM SÀNG



Nhận xét: Trong quý 2 năm 2026, Bệnh viện thực hiện khảo sát về sự hài lòng của nhân viên y tế các khoa, phòng. Trong đó có 17/44 khoa, phòng có tỷ lệ hài lòng không đạt mục tiêu kế hoạch đề ra.

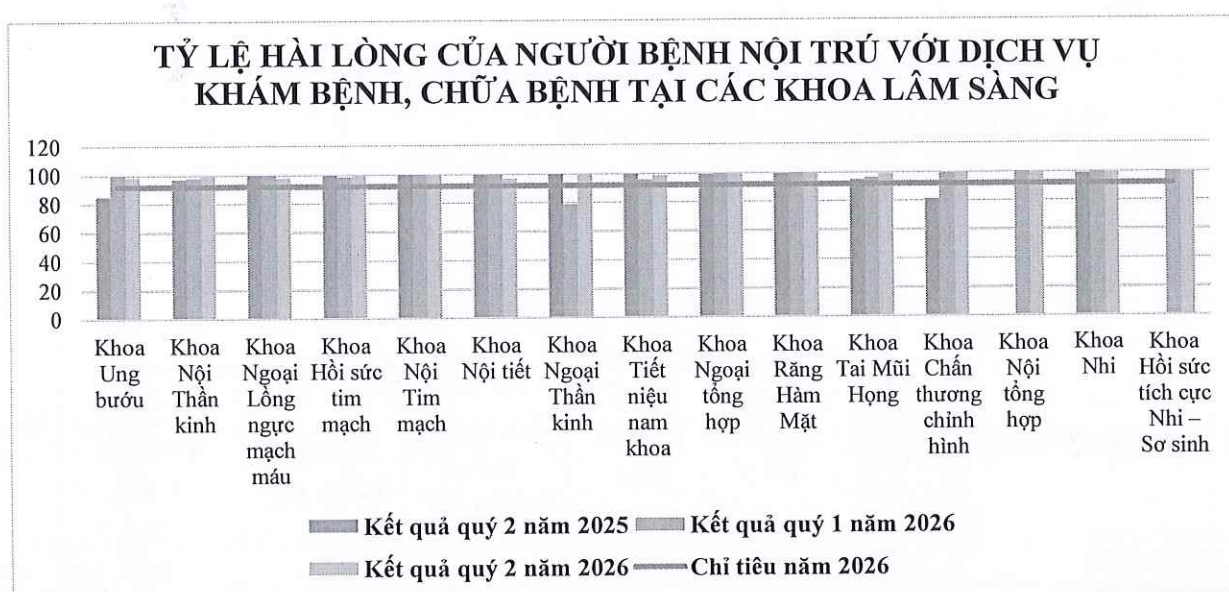
Nguyên nhân: Nhân viên có các ý kiến đóng góp:

- Bố trí lắp đặt mái che tại khu vực nhà xe nhân viên; đầu tư sửa chữa, nâng cấp cơ sở hạ tầng đã xuống cấp (phòng khám, trần nhà).
- Bổ sung thêm phòng trực, phòng giao ban và khu vực sinh hoạt, vệ sinh cho nhân viên tại các khoa.
- Kiến nghị Bệnh viện tổ chức các chương trình tham quan, du lịch, nghỉ dưỡng và học tập kinh nghiệm hằng năm để tái tạo sức lao động và gắn kết tập thể.
- Bệnh viện hỗ trợ, tạo điều kiện thuận lợi cho nhân viên tham gia các khóa đào tạo nâng cao trình độ.

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

STT	Khoa điều trị	Chỉ tiêu 2026 (%)	Kết quả quý 2 năm 2025	Kết quả quý 1 năm 2026	Kết quả quý 2/2026			Đánh giá
					Cỡ mẫu (n)	Điểm hài lòng TB	Tỷ lệ hài lòng TB (%)	
01	Khoa Ung bướu	≥ 92	85.4	100	10	4.66	98.0	Đạt
02	Khoa Nội Thần kinh	≥ 92	97.0	97.9	05	4.84	100	Đạt
03	Khoa Ngoại Lồng ngực mạch máu	≥ 92	100	100	03	4.59	97.9	Đạt
04	Khoa Hồi sức tim và Tim mạch can thiệp	≥ 92	100	98.6	09	4.78	100	Đạt
05	Khoa Nội Tim mạch	≥ 92	100	100	15	5.00	100	Đạt
06	Khoa Nội tiết	≥ 92	100	100	05	4.47	96.6	Đạt
07	Khoa Ngoại Thần kinh	≥ 92	100	78.8	05	4.84	100	Đạt
08	Khoa Tiết niệu nam khoa	≥ 92	100	95.8	04	4.93	98.5	Đạt
09	Khoa Ngoại tổng hợp	≥ 92	99.3	100	04	5.00	100	Đạt
10	Khoa Răng Hàm Mặt	≥ 92	99.6	100	07	4.98	100	Đạt

11	Khoa Tai Mũi Họng	≥ 92	94.9	96.5	09	4.47	99.0	Đạt
12	Khoa Chấn thương chỉnh hình	≥ 92	81.1	99.6	10	4.23	100	Đạt
13	Khoa Nội tổng hợp	≥ 92		100	14	4.95	100	Đạt
14	Khoa Nhi	≥ 92	98.7	100	09	4.91	99.2	Đạt
15	Khoa Hồi sức tích cực Nhi – Sơ sinh	≥ 92		100	04	5.00	100	Đạt
Tổng		≥ 92	96.6	98.4	113	4.75	99.2	Đạt



Nhận xét: Trong quý 2 năm 2026, bệnh viện thực hiện khảo sát sự hài lòng của người bệnh nội trú về chất lượng khám chữa bệnh tại 15 khoa thì có 15/15 khoa đạt mục tiêu kế hoạch đề ra.

Nguyên nhân:

- Bệnh viện tiếp tục triển khai giai đoạn 2 đề án cải tiến giao tiếp ứng xử.
- Bệnh viện tổ chức các lớp đào tạo dành riêng cho từng đối tượng nhân viên phù hợp.

2.4. Tỷ lệ hài lòng của người mẹ sinh con

Chỉ tiêu 2026 (%)	Kết quả quý 2 năm 2025			Kết quả quý 1 năm 2026			Kết quả quý 2 năm 2026			Đánh giá
	Cỡ mẫu (n)	Điểm hài lòng TB	Tỷ lệ hài lòng chung (%)	Cỡ mẫu (n)	Điểm hài lòng TB	Tỷ lệ hài lòng chung (%)	Cỡ mẫu (n)	Điểm hài lòng TB	Tỷ lệ hài lòng chung (%)	
≥ 90	43	4.49	94.7	34	4.93	99.8	29	4.72	99.6	Đạt

Nhận xét: Trong quý 2 năm 2026, bệnh viện thực hiện khảo sát 29 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 tăng 4,9% so với quý 2 năm 2025, giảm 0,2% so với quý 1 năm 2026.

Nguyên nhân:

- Người bệnh đặc biệt đánh giá cao tinh thần trách nhiệm và thái độ phục vụ của đội ngũ nhân viên y tế thuộc khoa Sản. Bên cạnh năng lực chuyên môn vững vàng, sự ân cần, khả năng trấn an tâm lý tốt cùng tinh thần trách nhiệm cao của đội ngũ y tế đã mang lại cảm giác an tâm, thoải mái cho người mẹ trong suốt quá trình lưu trú và sinh con tại Bệnh viện.

- Triển khai mô hình phòng sanh gia đình tại Khoa Sản.

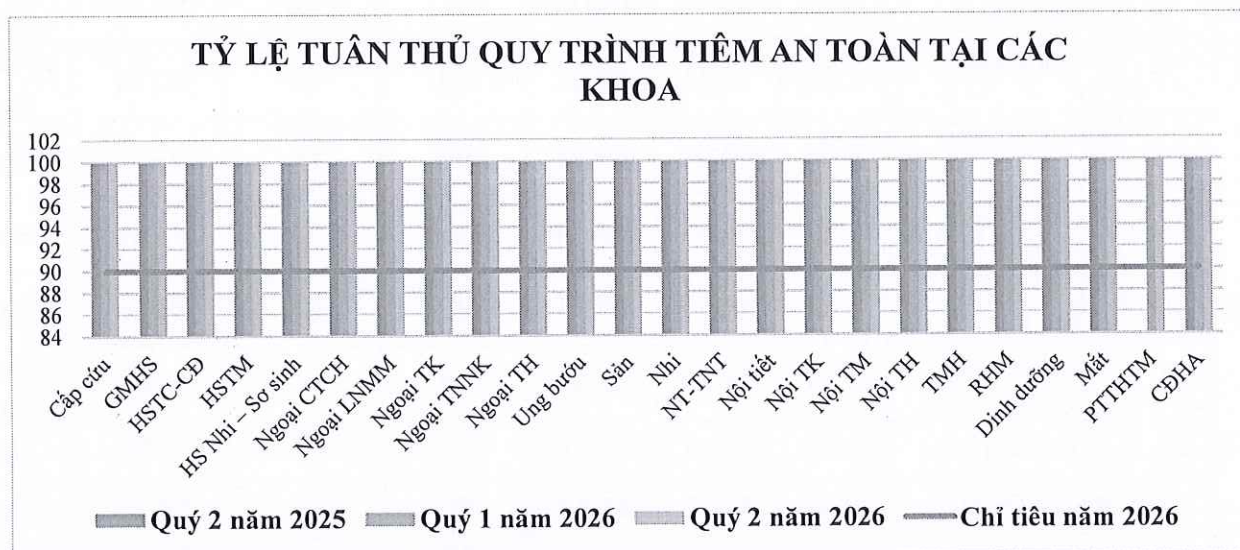
2.5. Tỷ lệ tuân thủ Quy trình kỹ thuật

Tại thời điểm báo cáo, chưa hoàn tất hoạt động giám sát tuân thủ quy trình tại các khoa.

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

STT	Khoa điều trị	Chỉ tiêu 2026 (%)	Kết quả Quý 2.2025 (%)	Kết quả Quý 1.2026 (%)	Kết quả quý 2 năm 2026			Đánh giá
					Số bảng kiểm giám sát	Số bảng kiểm đạt	Tỷ lệ TT QTKT TAT (%)	
1	Cấp cứu	≥ 90	100	100	42	42	100	Đạt
2	Khoa HST và TMCT	≥ 90	100	100	30	30	100	Đạt
3	HSTC-CD	≥ 90	100	100	35	35	100	Đạt
4	HSTM	≥ 90	100	100	8	8	100	Đạt
5	HS Nhi – Sơ sinh	≥ 90	100	100	6	6	100	Đạt
6	Ngoại CTCH	≥ 90	100	100	67	67	100	Đạt
7	Ngoại LNMM	≥ 90	100	100	6	6	100	Đạt
8	Ngoại TK	≥ 90	100	100	18	18	100	Đạt
9	Ngoại TNNK	≥ 90	100	100	8	8	100	Đạt
10	Ngoại TH	≥ 90	100	100	7	7	100	Đạt
11	Ung bướu	≥ 90	100	100	15	15	100	Đạt
12	Sản	≥ 90	100	100	25	25	100	Đạt
13	Nhi	≥ 90	100	100	36	36	100	Đạt
14	NT-TNT	≥ 90	100	100	38	38	100	Đạt
15	Nội tiết	≥ 90	100	100	5	5	100	Đạt
16	Nội TK	≥ 90	100	100	19	19	100	Đạt

STT	Khoa điều trị	Chỉ tiêu 2026 (%)	Kết quả Quý 2.2025 (%)	Kết quả Quý 1.2026 (%)	Kết quả quý 2 năm 2026			Đánh giá
					Số bảng kiểm giám sát	Số bảng kiểm đạt	Tỷ lệ TT QTKT TAT (%)	
17	Nội TM	≥ 90	100	100	88	88	100	Đạt
18	Nội TH	≥ 90	100	100	21	21	100	Đạt
19	TMH	≥ 90	100	100	36	36	100	Đạt
20	RHM	≥ 90	100	100	17	17	100	Đạt
21	Dinh dưỡng	≥ 90	100	100	17	17	100	Đạt
22	Mắt	≥ 90	100	100	4	4	100	Đạt
23	PTTHTM	≥ 90		100	27	27	100	Đạt
24	CDHA	≥ 90		100	9	9	100	Đạt
Tổng		≥ 90	100	100	584	584	100	Đạt



Nhận xét: Kết quả giám sát tuân thủ quy trình tiêm an toàn tại 24 khoa trong quý 2 năm 2026 thì tất cả đều đạt mục tiêu kế hoạch đề ra.

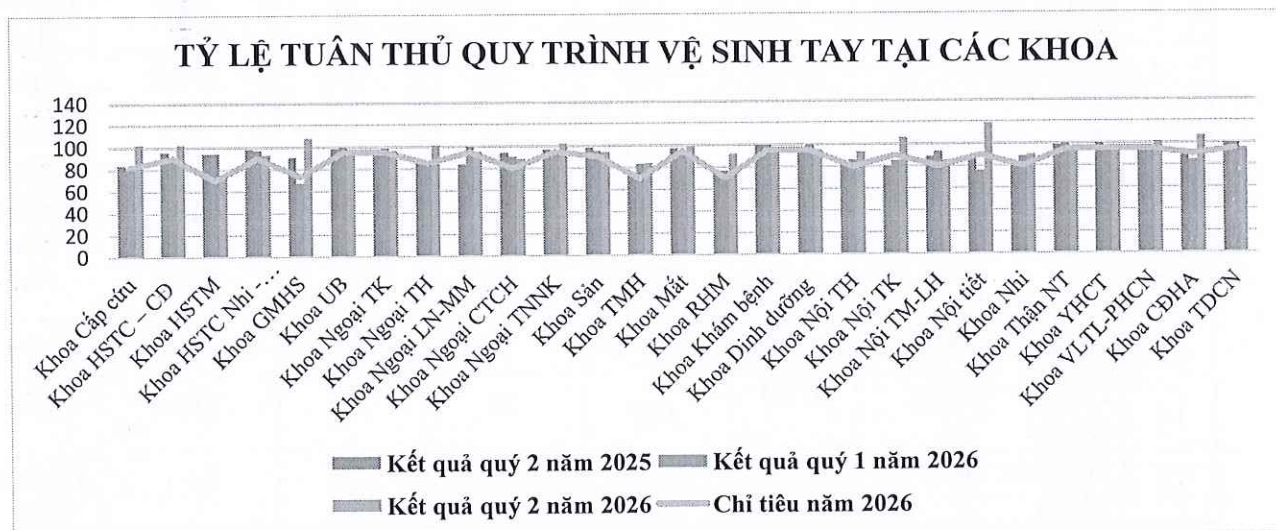
Nguyên nhân:

- Nhân viên y tế nắm rõ quy trình tiêm an toàn cho người bệnh.
- 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 2026 (%)	Kết quả quý 2 năm 2025	Kết quả quý 1 năm 2026	Kết quả quý 2 năm 2026			Đánh giá
					Số cơ hội quan sát	Số rửa tay	Tỷ lệ tuân thủ VST (%)	
1	Khoa Cấp cứu	≥ 82	81.16	80.00	67	49	73.13	Không đạt
2	Khoa HSTC-CD	≥ 90	81.28	88.32	151	135	89.40	Không đạt
3	Khoa HST và TMCT	≥ 70	97.35	94.44	90	86	95.56	Đạt
4	Khoa HSTC Nhi - Sơ sinh	≥ 90	95.50	97.09	81	79	97.53	Đạt
5	Khoa GMHS	≥ 73	72.16	67.37	93	66	70.97	Không đạt
6	Khoa UB	≥ 95	93.75	100.00	71	68	95.77	Đạt
7	Khoa Ngoại TK	≥ 95	98.51	98.61	68	61	89.71	Không đạt
8	Khoa Ngoại TH	≥ 85	82.02	83.95	68	64	94.12	Đạt
9	Khoa Ngoại LN-MM	≥ 95	98.67	100.00	76	75	98.68	Đạt
10	Khoa Ngoại CTCH	≥ 80	93.64	90.35	97	86	88.66	Đạt
11	Khoa Ngoại TNNK	≥ 95	94.29	92.86	90	81	90.00	Không đạt
12	Khoa Sản	≥ 90	93.85	95.31	74	73	98.65	Đạt
13	Khoa TMH	≥ 70	76.92	83.12	68	61	89.71	Đạt
14	Khoa Mắt	≥ 95	97.10	95.65	85	81	95.29	Đạt
15	Khoa RHM	≥ 70	72.31	76.47	66	46	69.70	Không đạt
16	Khoa Khám bệnh	≥ 95	100	100.00	63	63	100.00	Đạt
17	Khoa Dinh dưỡng	≥ 95	98.68	100.00	66	65	98.48	Đạt
18	Khoa Nội TH	≥ 80	86.98	85.88	218	190	87.16	Đạt
19	Khoa Nội TK	≥ 90	94.29	85.14	70	63	90.00	Đạt
20	Khoa Nội TM-LH	≥ 80	89.33	93.52	102	93	91.18	Đạt
21	Khoa Nội tiết	≥ 90	88.89	75.81	65	62	95.38	Đạt
22	Khoa Nhi	≥ 80	92.93	88.66	84	71	84.52	Đạt

STT	Khoa điều trị	Chỉ tiêu 2026 (%)	Kết quả quý 2 năm 2025	Kết quả quý 1 năm 2026	Kết quả quý 2 năm 2026			Đánh giá
					Số cơ hội quan sát	Số rửa tay	Tỷ lệ tuân thủ VST (%)	
23	Khoa NT - TNT	≥ 95	94.68	100.00	84	81	96.43	Đạt
24	Khoa YHCT	≥ 95	98.51	96.77	96	92	95.83	Đạt
25	Khoa VLTL-PHCN	≥ 95	98.55	94.00	72	70	97.22	Đạt
26	Khoa CDHA	≥ 90	94.03	84.62	62	62	100.00	Đạt
27	Khoa TDCN	≥ 95	95.16	100.00	74	74	100.00	Đạt
Tổng		≥ 90	90.38	90.91	2396	2190	91.40	Đạt



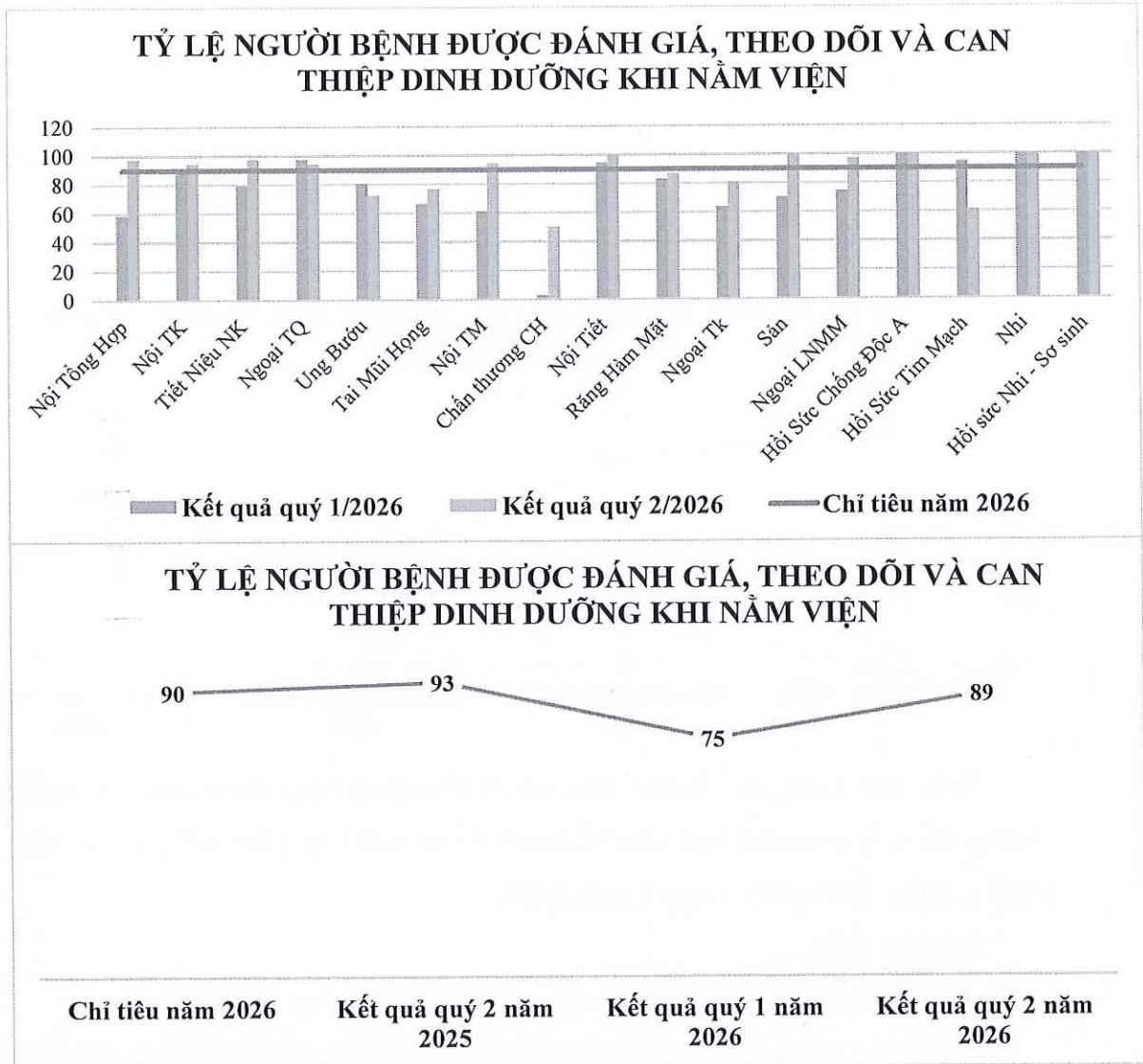
Nhận xét: Trong 27 khoa được theo dõi thì có 06 khoa không đạt mục tiêu kế hoạch đề ra. Khoa có tỷ lệ tuân thủ cao nhất là Khoa CDHA, khoa TDCN, Khám bệnh, với tỷ lệ 100% và khoa có tỷ lệ tuân thủ thấp nhất là khoa Răng hàm mặt với tỷ lệ 69.70%.

Nguyên nhân: Trong tuân thủ quy trình vệ sinh tay ngoại khoa bằng dung dịch và phòng khử khuẩn thấp.

2.8. Tỷ lệ người bệnh nội trú được đánh giá, theo dõi và can thiệp dinh dưỡng đúng theo quy định

STT	Khoa điều trị	Chỉ tiêu 2026 (%)	Kết quả quý 1 năm 2026	Kết quả quý 2 năm 2026			Đánh giá
				Số người bệnh được đánh giá	Số người bệnh đồng ý đánh giá	Tỷ lệ người bệnh được đánh giá DD (%)	
1	Nội Tổng Hợp	≥ 90	58.3	36	35	97.2	Đạt

STT	Khoa điều trị	Chỉ tiêu 2026 (%)	Kết quả quý 1 năm 2026	Kết quả quý 2 năm 2026			Đánh giá
				Số người bệnh được đánh giá	Số người bệnh đồng ý đánh giá	Tỷ lệ người bệnh được đánh giá DD (%)	
2	Nội TK	≥ 90	88.3	36	34	94.4	Đạt
3	Tiết Niệu NK	≥ 90	79.6	36	35	97.2	Đạt
4	Ngoại TQ	≥ 90	97.2	35	33	93.9	Đạt
5	Ung Bướu	≥ 90	80.6	36	26	72.2	Không đạt
6	Tai Mũi Họng	≥ 90	66.7	33	25	76.8	Không đạt
7	Nội TM	≥ 90	61.1	36	34	94.4	Đạt
8	Chấn thương CH	≥ 90	2.8	36	27	50.0	Không đạt
9	Nội Tiết	≥ 90	94.4	30	30	100.0	Đạt
10	Răng Hàm Mặt	≥ 90	83.3	17	15	86.9	Không đạt
11	Ngoại Tk	≥ 90	63.8	32	25	80.6	Không đạt
12	Sản	≥ 90	70.2	33	33	100.0	Đạt
13	Ngoại LNMM	≥ 90	74.4	31	30	97.0	Đạt
14	Hồi Sức Chống Độc A	≥ 90	100	23	23	100.0	Đạt
15	Hồi Sức Tim Mạch	≥ 90	94.4	36	22	61.1	Không đạt
16	Nhi	≥ 90	100	34	34	100.0	Đạt
17	Hồi sức Nhi - Sơ sinh	≥ 90	100	19	19	100.0	Đạt
Tổng		≥ 90	75	539	480	89	Không đạt



Nhận xét: Qua giám sát, trong quý 2 năm 2026 có 89% trường hợp được đánh giá tình trạng dinh dưỡng, không đạt mục tiêu kế hoạch đề ra. Kết quả giảm 4% so với quý 2 năm 2025 và tăng 14% so với quý 1 năm 2026.

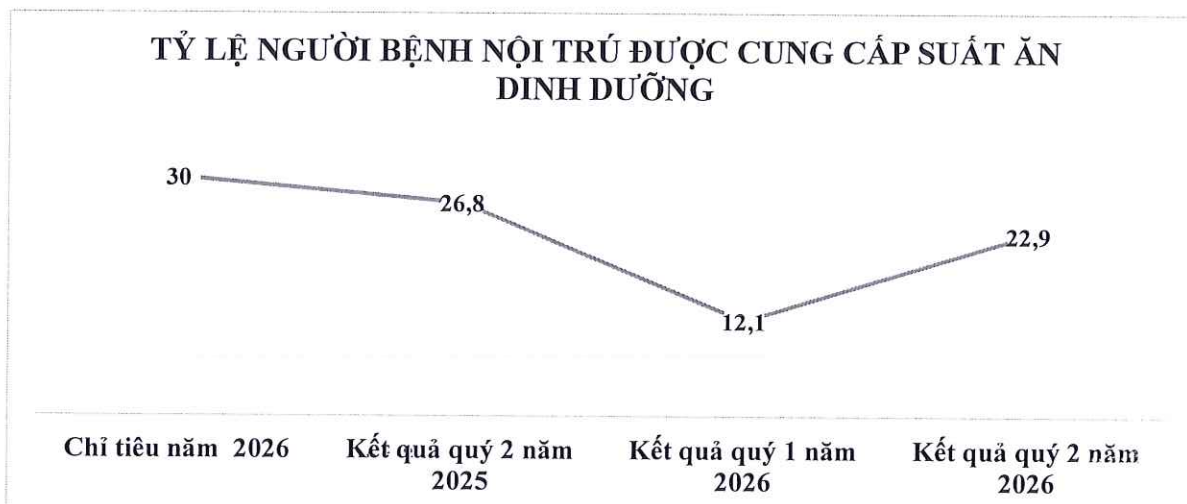
Nguyên nhân: Bệnh viện đang triển khai các đề án cải tiến chất lượng:

- Cải tiến quy trình tư vấn dinh dưỡng và nuôi ăn qua ống thông cho người bệnh đột quỵ có rối loạn nuốt tại khoa Nội tổng hợp.

- Ứng dụng số hóa ước lượng nhanh cân nặng – chiều cao cho người bệnh không thể cân đo bằng chỉ số nhân trắc học tại khoa Chấn thương chỉnh hình.

2.9. Tỷ lệ cung cấp suất ăn dinh dưỡng cho bệnh nhân nội trú

Chỉ tiêu 2026 (%)	Kết quả quý 2 năm 2025 (%)	Kết quả quý 1 năm 2026 (%)	Kết quả quý 2 năm 2026 (%)	Đánh giá
≥ 30	26.80 (10324/(12835*3))* 100	12.1 (15255/(42872*3))* 100	22.9 32741/(47685*3)* 100	Không đạt



Nhận xét: Trong quý 2 năm 2026 có 22.9% người bệnh được cung cấp suất ăn dinh dưỡng, kết quả chưa đạt mục tiêu kế hoạch đề ra. Kết quả giảm 3.9% so với quý 2 năm 2025 và tăng 10.8% so với quý 1 năm 2026.

Nguyên nhân:

- Suất ăn tại bệnh viện chưa đa dạng, không hợp khẩu vị người bệnh.
- Số lượng đặt ăn khá ít nên bếp không thể cung cấp đa dạng sự lựa chọn cho người bệnh.
- Bên cạnh đó, để tăng tỷ lệ người bệnh được cung cấp suất ăn dinh dưỡng bệnh viện triển khai đề án cải tiến phần mềm đánh giá khẩu phần ăn 24 giờ.

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

Thời gian	Chỉ tiêu 2026 (%)	Tử số/Mẫu số	Tỷ lệ mẫu xét nghiệm không đạt chất lượng (%)	Đánh giá
Quý 2/2025	≤ 2%	364/79767	0.45%	Đạt
Quý 1/2026		93/78121	0.12%	Đạt
Quý 2/2026		117/90261	0.13%	Đạt

Nhận xét: Trong quý 2 năm 2026, khoa Hóa sinh tiếp nhận 90261 mẫu bệnh phẩm xét nghiệm thì có 117 mẫu không đạt chất lượng, chiếm tỷ lệ 0,13% và đạt mục tiêu kế hoạch đề ra. Kết quả tăng hơn so với quý 1 năm 2026 là 0.01% và giảm hơn so với quý 2 năm 2025 là 0.32%.

Nguyên nhân: Nhân viên tiếp nhận mẫu thực hiện đúng quy định đối chiếu thể tích, tình trạng mẫu trước khi đưa vào máy, giúp phát hiện sớm và từ chối các mẫu không đạt ngay từ đầu.

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

Thời gian	Chỉ tiêu 2026 (%)	Tử số/Mẫu số	Tỷ lệ mẫu xét nghiệm không đạt chất lượng (%)	Đánh giá
Quý 2/2025	≥ 80	9/9	100%	Đạt
Quý 1/2026		27/27	100%	Đạt
Quý 2/2026		27/27	100%	Đạt

Nhận xét: Trong quý 2 năm 2026, Khoa Hoá sinh thực hiện 27 mẫu ngoại kiểm và kết quả đều đạt, chiếm 100% và đạt mục tiêu kế hoạch đề ra. Kết quả bằng với kết quả quý 2 năm 2025 và quý 1 năm 2026.

Nguyên nhân:

- Máy xét nghiệm được bảo trì, bảo dưỡng đúng lịch trình, đảm bảo hệ thống máy móc hoạt động tốt.

- Đây đủ hoá chất và được bảo quản ở nhiệt độ chuẩn.

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

Thời gian	Chỉ tiêu 2026 (%)	Tử số/Mẫu số	Tỷ lệ mẫu xét nghiệm không đạt chất lượng (%)	Đánh giá
Quý 1/2025	≥ 80	60864/75386	80.56%	Đạt
Quý 1/2026		30793/78120	39.42%	Không đạt
Quý 2/2026		45591/53697	84.06%	Đạt

Nhận xét: Trong quý 2 năm 2026, Khoa Hoá sinh tiếp nhận 53697 mẫu bệnh phẩm và có 45591 mẫu bệnh phẩm không trả kết quả đúng hạn, chiếm 84.06% và đạt mục tiêu kế hoạch đề ra. Kết quả tăng so với quý 2 năm 2025 là 3.5% và tăng 44.64% so với quý 1 năm 2026.

Nguyên nhân: Máy móc được bảo trì bảo dưỡng, hiệu chuẩn đúng quy định, đảm bảo máy hoạt động thường xuyên, liên tục làm tăng tỷ lệ trả kết quả đúng hạn cho người bệnh.

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

Chỉ tiêu 2026 (%)	Kết quả quý 2 năm 2025		Kết quả quý 1 năm 2026		Kết quả quý 2 năm 2026		Đánh giá
	Tỷ số/Mẫu số	Tỷ lệ mẫu xét nghiệm bị từ chối (%)	Tỷ số/Mẫu số	Tỷ lệ mẫu xét nghiệm bị từ chối (%)	Tỷ số/Mẫu số	Tỷ lệ mẫu xét nghiệm bị từ chối (%)	
≤ 0.2	67/53664	0.13	42/51480	0.08	70/58048	0.12	Đạt

Nhận xét: Trong quý 2 năm 2026, Khoa Huyết học truyền máu có tiếp nhận 58048 mẫu bệnh phẩm, trong đó có 70 mẫu bệnh phẩm bị từ chối, chiếm tỷ lệ 0.12% và đạt mục tiêu kế hoạch đề ra. Kết quả giảm 0.01% so với quý 2 năm 2025 và tăng 0.04% so với quý 1 năm 2026.

Nguyên nhân: Các mẫu bị từ chối trong quý 2 năm 2026 do sai ID, sai tên, không tên, thiếu chỉ định, ống máu đông, thiếu ống mẫu, trùng ID, sai ống, lấy không đúng thể tích.

2.14. Tỷ lệ các mẫu xét nghiệm trả kết quả đúng hạn tại khoa Huyết học truyền máu

Thời gian	Chỉ tiêu 2026 (%)	Tỷ số/Mẫu số	Tỷ lệ các mẫu xét nghiệm trả kết quả đúng hạn (%)	Đánh giá
Quý 1	≥ 98%			
Quý 2				

Nhận xét: Quý 2 năm 2026 khoa chưa thực hiện thống kê số liệu chỉ số.

Nguyên nhân: Đã nhờ IT xuất số liệu nhưng IT chưa hỗ trợ được. Khoa sẽ thực hiện thống kê các chỉ số này trong các quý sau.

2.15. Tỷ lệ chạy lại mẫu tổng phân tích tế bào máu ngoại vi tại khoa Huyết học truyền máu

Thời gian	Chỉ tiêu 2026 (%)	Tỷ số/Mẫu số	Tỷ lệ chạy lại mẫu tổng phân tích tế bào máu ngoại vi (%)	Đánh giá
Quý 1	≤ 1			
Quý 2		641/50489	1.29%	Không đạt

Nhận xét: Tỷ lệ chạy lại mẫu tổng phân tích tế bào máu ngoại vi trong quý 2 là 1,29%, không đạt mục tiêu kế hoạch đề ra.

Nguyên nhân: Trong đó 28% xác định do lỗi kỹ thuật (clog do mẫu ít), cần xác minh lại chuyên môn: 41%, thiếu thông tin để xác minh: 31%.

2.16. Tỷ lệ trả kết quả không đúng hạn của mẫu nghiệm phẩm có chỉ định “Vi khuẩn nuôi cấy và định danh phương pháp thông thường” và “Vi khuẩn kháng thuốc hệ thống tự động” tại khoa Vi sinh

Thời gian	Chỉ tiêu 2026 (%)	Tỷ số/Mẫu số	Tỷ lệ trả kết quả không đúng hạn chỉ định “Vi khuẩn nuôi cấy và định danh phương pháp thông thường” và “Vi khuẩn kháng thuốc hệ thống tự động” (%)	Đánh giá
Quý 1	≤ 5	4/349	1.15%	Đạt
Quý 2		0/341	0%	Đạt

Nhận xét: Tại khoa Vi sinh, trong quý 2 năm 2026 có 341 chỉ định thực hiện về “Vi khuẩn nuôi cấy và định danh phương pháp thông thường” và “Vi khuẩn kháng thuốc hệ thống tự động” và có 0 trường hợp trả kết quả không đúng hạn chiếm 0% đạt kế hoạch đề ra.

Nguyên nhân: Thiết bị được bảo trì, hiệu chuẩn đúng quy định. Đảm bảo hoạt động liên tục và trả kết quả đúng hạn cho người bệnh.

2.17. Tỷ lệ từ chối tiếp nhận mẫu nghiệm phẩm máu có chỉ định “HBV đo tải lượng Real – time PCR” từ các phòng khám gửi đến khoa Vi sinh

Thời gian	Chỉ tiêu 2026 (%)	Tỷ 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	0/734	0%	Đạt
Quý 2		0/1075	0%	

Nhận xét: Tại khoa Vi sinh, quý 2 năm 2026 có 1075 xét nghiệm được thực hiện về “HBV đo tải lượng Real-time PCR” trong đó có 0 trường hợp kết quả bị từ chối. Kết quả đạt mục tiêu đề ra.

Nguyên nhân: Các khoa tuân thủ thời gian bàn giao mẫu trong quy trình bàn giao mẫu giữa phòng khám, khoa và khoa vi sinh tránh để mẫu lưu quá lâu tại các phòng khám.

2.18. Tỷ lệ tiêu bản đàm trong xét nghiệm “AFB trực tiếp nhuộm Ziehl–Neelsen” bị hồng/phải nhuộm lại

Thời gian	Chỉ tiêu 2026 (%)	Tỷ số/Mẫu số	Tỷ lệ tiêu bản đàm trong xét nghiệm “AFB trực tiếp nhuộm Ziehl – Neelsen” bị hồng nhuộm lại (%)	Đánh giá
Quý 1	≤ 5	3/1724	0.17%	Đạt
Quý 2		1/1795	0.06%	Đạt

Nhận xét: Trong quý 2 năm 2026, khoa Vi sinh có thực hiện và trả kết quả cho 1795 mẫu bệnh phẩm có chỉ định “AFBN trực tiếp nhuộm Ziehl - Neelsen” trong đó có 01 mẫu bị hỏng nhuộm lại chiếm 0.06% đạt với kế hoạch đề ra.

Nguyên nhân: Do lame bị vỡ do nhiệt độ trong quá trình xử lý nhuộm quá cao làm kính trở nên giòn, dễ nứt; đồng thời trong quá trình thao tác, lame bị rơi dẫn đến vỡ.

II. GIẢI PHÁP CẢI TIẾN ĐÃ TRIỂN KHAI

- Bệnh viện tiếp tục triển khai đề án cải tiến giao tiếp ứng xử giai đoạn 2 cho toàn thể nhân viên.

- Bệnh viện đang xây dựng KPI cho các phòng, khoa thí điểm và mở rộng phạm vi toàn bệnh viện.

- Triển khai mô hình nhà tạm trú cho người bệnh có hoàn cảnh khó khăn đang điều trị tại Bệnh viện.

- Xây dựng và triển khai bảng giao tiếp thấu hiểu dùng cho bệnh nhân thở máy tại khoa Hồi sức tích cực chống độc.

- Bệnh viện thực hiện chi thu nhập tăng thêm quý 1 cho nhân viên y tế theo Nghị quyết 27/2025/NQ-HĐND.

- Bệnh viện thực hiện cấp phát phụ cấp độc hại bằng hiện vật (sữa) quý 4 năm 2025 cho nhân viên y tế.

- Các bước tiêm an toàn được sơ đồ hóa, dán hoặc đặt tại các vị trí dễ thấy (xe tiêm, phòng tiêm) để nhân viên dễ dàng đối chiếu.

- Bệnh viện phát động chiến dịch vệ sinh tay năm 2026 với chủ đề “Vệ sinh tay: Hành động vì sự sống”.

- Bệnh viện tổ chức hội thi “Bàn tay sạch - Nhân viên y tế giỏi” cho tất cả nhân viên bệnh viện.

- Tổ chức tập huấn giao tiếp ứng xử cho nhân viên

- Thực hiện thẩm định ý tưởng các đề án cải tiến trong Hội thi cải tiến chất lượng năm 2026.

- Thực hiện số hóa các biểu mẫu theo TT32/2023 vào phần mềm hồ sơ bệnh án điện tử.

- Triển khai các đề án cải tiến chất lượng đã được Hội đồng xét duyệt sáng kiến, cải tiến của bệnh viện thông qua.

III. KHUYẾN NGHỊ

1. Cơ sở vật chất

- 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.

2. Quy trình

- Cải tiến quy trình cấp phát thuốc BHYT: In tự động phiếu soạn thuốc, nhân viên chủ động soạn và cấp phát thuốc cho người bệnh.

- Cải tiến quy trình khám chữa bệnh: Triển khai hệ thống gọi số phòng khám và hiển thị màn hình tại khu khám chữa bệnh chất lượng cao.

- Cải tiến quy trình về thanh toán không tiền mặt: Đối với các trường hợp thanh toán không dùng tiền mặt bỏ qua bước đến quầy thu phí để được kiểm soát và đóng mộc đã thu tiền.

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.

- Tiếp tục triển khai hội thi cải tiến chất lượng bệnh viện năm 2026.

- Tiếp tục tập huấn giao tiếp ứng xử cho nhân viên.

- Tổ chức tập huấn về kiểm soát nhiễm khuẩn cho nhân viên bệnh viện.

- Tổ chức khám sức khỏe cho toàn thể nhân viên bệnh viện.

- Thực hiện cấp phát đồng phục năm 2025 cho toàn thể nhân viên.

- Tiếp tục thực hiện số hóa các biểu mẫu theo TT32/2023 vào phần mềm hồ sơ bệnh án điện tử.

- Tiếp tục xây dựng, đánh giá khung năng lực và KPI cho các phòng, khoa thí điểm và mở rộng phạm vi toàn bệnh viện.

4. Giám sát và kiểm tra

- Số hóa bảng kiểm quy trình kỹ thuật của điều dưỡng thuận tiện cho công tác kiểm tra, giám sát.

- 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.

- 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.

- Ứng dụng công nghệ trong giám sát công tác kiểm soát nhiễm khuẩn.

- Thực hiện hệ thống hóa hoạt động giám sát nội bộ thông qua ứng dụng "Hospital Quality Check" nhằm nâng cao hiệu quả quản lý chất lượng tại Bệnh viện.

- Thực hiện giám sát lại toàn bộ bảng biểu tại các khoa lâm sàng về các nội dung liên quan đến các yếu tố nhận diện người bệnh: 5 đúng khi dùng thuốc, ...

Trên đây là báo cáo kết quả thực hiện các chỉ số chất lượng quý 2 năm 2026./.

Nơi nhận:

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



TS.BS. Vũ Trí Thanh