SỞ Y TẾ
THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
BỆNH VIỆN ĐA KHOA THỦ ĐỨC

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

Số: 149 /QĐ-BV

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày 27 tháng 01 năm 2026

QUYẾT ĐỊNH
Về việc ban hành Bộ chỉ số đo lường chất lượng bệnh viện năm 2026

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN ĐA KHOA THỦ ĐỨC

Căn cứ Quyết định số 6858/QĐ-BYT ngày 18 tháng 11 năm 2016 của Bộ Y tế về việc ban hành Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam;

Căn cứ Quyết định số 7051/QĐ-BYT ngày 29 tháng 11 năm 2016 của Bộ Y tế về việc ban hành hướng dẫn xây dựng thí điểm một số chỉ số cơ bản đo lường chất lượng bệnh viện;

Căn cứ Quyết định số 1197/QĐ-UBND ngày 07 tháng 4 năm 2021 của Ủy ban nhân dân Thành phố Hồ Chí Minh về tổ chức lại Bệnh viện quận Thủ Đức thành Bệnh viện thành phố Thủ Đức trực thuộc Sở Y tế;

Căn cứ Quyết định số 517/QĐ-UBND ngày 07 tháng 8 năm 2025 của Ủy ban nhân dân Thành phố Hồ Chí Minh về đổi tên Bệnh viện thành phố Thủ Đức thành Bệnh viện Đa khoa Thủ Đức trực thuộc Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh;

Căn cứ Quyết định số 1625/QĐ-SYT ngày 11 tháng 8 năm 2025 của Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh về việc bổ nhiệm chức vụ Giám đốc Bệnh viện Đa khoa Thủ Đức (Hạng I) trực thuộc Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh;

Căn cứ Quyết định số 4709/QĐ-SYT ngày 16 tháng 12 năm 2025 của Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh về Ban hành Quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bệnh viện Đa khoa Thủ Đức trực thuộc Sở Y tế;

Căn cứ vào tình hình thực tế của đơn vị;

Theo đề nghị của Trưởng phòng Quản lý chất lượng tại Tờ trình số 03/TTr-QLCL, ngày 27 tháng 01 năm 2026 về việc ban hành Bộ chỉ số đo lường chất lượng bệnh viện năm 2026.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Nay ban hành Bộ chỉ số đo lường chất lượng bệnh viện năm 2026 tại Bệnh viện Đa khoa Thủ Đức, cụ thể như sau:

Bộ chỉ số đo lường chất lượng bệnh viện năm 2026 (Đính kèm).

Điều 2. Quyết định này có hiệu lực từ ngày ký.

Điều 3. Các phòng, khoa, cơ sở trực thuộc, Trưởng phòng Quản lý chất lượng chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:
- Như điều 3;
- Lưu: VT, P. QLCL (BB.02b).

GIÁM ĐỐC

BỆNH VIỆN ĐA KHOA THỦ ĐỨC

TS.BS. Vũ Trí Thanh

SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
BỆNH VIỆN ĐA KHOA THỦ ĐỨC

BỘ CHỈ SỐ
ĐO LƯỜNG CHẤT LƯỢNG
NĂM 2026

DANH SÁCH
CHỈ SỐ CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN VÀ KHOA, PHÒNG
NĂM 2026

I. BỆNH VIỆN

1. Công suất sử dụng giường bệnh toàn bệnh viện
2. Tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú với dịch vụ khám chữa bệnh toàn bệnh viện
3. Tỷ lệ hài lòng của người bệnh ngoại trú với dịch vụ khám chữa bệnh toàn bệnh viện
4. Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế toàn bệnh viện
5. Thời gian chờ khám bệnh trung bình của người bệnh
6. Tỷ lệ tuân thủ nhận diện đúng người bệnh
7. Tỷ lệ tuân thủ quy trình thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật
8. Tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật tiêm an toàn
9. Tỷ lệ nhân viên y tế tuân thủ vệ sinh tay
10. Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện hiện mắc
11. Tỷ lệ báo cáo sự cố suýt xảy ra
12. Tỷ lệ các sự cố tái diễn
13. Tỷ lệ thanh toán không dùng tiền mặt
14.
15. Tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật

II. KHOA, PHÒNG

1. Công suất sử dụng giường bệnh
2. Tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú với dịch vụ khám chữa bệnh toàn bệnh viện
3. Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế
4. Tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật tiêm an toàn
5. Tỷ lệ nhân viên y tế tuân thủ vệ sinh tay
6. Tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật
7. Tỷ lệ hài lòng của người mẹ sinh con
8. Tỷ lệ bệnh nhân nội trú được đánh giá, theo dõi và can thiệp dinh dưỡng đúng theo quy định
9. Tỷ lệ cung cấp suất ăn dinh dưỡng cho bệnh nhân nội trú
10. Tỷ lệ các mẫu bệnh phẩm xét nghiệm bị từ chối tại khoa Huyết học truyền máu
11. Tỷ lệ các mẫu xét nghiệm trả kết quả đúng hạn tại khoa Huyết học truyền máu
12. truyền máu
13. Tỷ lệ mẫu xét nghiệm không đạt chất lượng tại khoa Hoá sinh
14. Tỷ lệ thực hiện ngoại kiểm miễn dịch đạt tại khoa Hoá sinh
15. Thời gian trả kết quả đúng hẹn tại khoa Hoá sinh
16. 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
17. Tỷ lệ tiêu bản đàm trong xét nghiệm "AFB trực tiếp nhuộm Ziehl – Neelsen" bị hỏng/phải nhuộm lại

18. 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

MỤC TIÊU
CHỈ SỐ CHẤT LƯỢNG
NĂM 2026

SỞ Y TẾ
THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
BỆNH VIỆN ĐA KHOA THỦ ĐỨC

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

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày tháng năm 2026

MỤC TIÊU
CHỈ SỐ CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN VÀ KHOA, PHÒNG
NĂM 2026

STT	TÊN CHỈ SỐ	CẤP ĐỘ	KẾT QUẢ 2025	MỤC TIÊU 2026	CHI CHÚ
1	Công suất sử dụng giường bệnh toàn bệnh viện	BỆNH VIỆN	109.74%	≥ 90%	
2	Tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú với dịch vụ khám chữa bệnh toàn bệnh viện		95.86%	≥ 90%	
3	Tỷ lệ hài lòng của người bệnh ngoại trú với dịch vụ khám chữa bệnh toàn bệnh viện		96.98%	≥ 90%	
4	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế toàn bệnh viện		75.96%	≥ 70%	
5	Thời gian chờ khám bệnh trung bình của người bệnh		37.43 phút	≤ 43 phút	
6	Tỷ lệ tuân thủ nhận diện đúng người bệnh		86.24%	≥ 85%	
7	Tỷ lệ tuân thủ Quy trình thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật		96.67%	≥ 95%	
8	Tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật tiêm an toàn		99.9%	≥ 90%	
9	Tỷ lệ nhân viên y tế tuân thủ vệ sinh tay		90.94%	≥ 90%	
10	Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện hiện mắc		1.4%	≤ 1.3%	
11	Tỷ lệ báo cáo sự cố suýt xảy ra			≥ 40%	
12	Tỷ lệ các sự cố tái diễn			≤ 5%	
13	Tỷ lệ thanh toán không dùng tiền mặt		10.74%	≥ 12%	
14	Tỷ lệ xuất hoá đơn lỗi			≤ 0.7%	
15	Tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật		99.74%	≥ 95%	

STT	TÊN CHỈ SỐ	CẤP ĐỘ	KẾT QUẢ 2025	MỤC TIÊU 2026	CHI CHÚ
KHOA, PHÒNG					
1	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế tại phòng	Phòng KHTH	62.7%	≥ 70%	
2	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế tại phòng	Phòng TCCB	85.2%	≥ 85%	
3	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế tại phòng	Phòng QLCL	99.05%	≥ 95%	
4	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế tại phòng	Phòng Điều dưỡng	76.53%	≥ 80%	
5	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế tại phòng	Phòng CTXH	70.95%	≥ 80%	
6	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế tại phòng	Phòng CĐT-ĐT&NCKH	75.2%	≥ 90%	
7	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế tại phòng	Phòng CNTT	90.45%	≥ 90%	
8	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế tại phòng	Phòng HCQT	81.5%	≥ 83%	
9	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế tại phòng	Phòng TCKT	81.2%	≥ 83%	
10	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế tại phòng	Phòng VTTBYT	78.6%	≥ 80%	
11	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế tại khoa	Khoa Dược	78.65%	≥ 80%	
12	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế tại khoa	Khoa KSNK	80.05%	≥ 75%	
13	Tỷ lệ nhân viên y tế tuân thủ vệ sinh tay	Khoa Cấp cứu	80.80%	≥ 82%	
	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế tại khoa		75.65%	≥ 80%	
	Tỷ lệ thực hiện mũi tiêm an toàn		100%	≥ 90%	
	Quy trình kỹ thuật		99.32%	100%	
14	Tỷ lệ nhân viên y tế tuân thủ vệ sinh tay	Khoa Hồi sức tích cực chống độc	88.82%	≥ 90%	
	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế tại khoa		84.3%	≥ 85%	
	Tỷ lệ thực hiện mũi tiêm an toàn		100%	≥ 90%	
	Công suất sử dụng giường bệnh tại khoa		65.14%	≥ 70%	
	Quy trình kỹ thuật		100%	100%	
	Người bệnh nội trú trong bệnh viện được đánh giá tình trạng dinh dưỡng đúng quy định			≥ 80%	

STT	TÊN CHỈ SỐ	CẤP ĐỘ	KẾT QUẢ 2025	MỤC TIÊU 2026	CHI CHÚ
15	Tỷ lệ nhân viên y tế tuân thủ vệ sinh tay	Khoa Hồi sức tim mạch	70.77%	≥ 70%	
	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế tại khoa		67.55%	≥ 95%	
	Tỷ lệ thực hiện mũi tiêm an toàn		100%	≥ 90%	
	Công suất sử dụng giường bệnh tại khoa		77.48%	≥ 70%	
	Tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú với dịch vụ khám chữa bệnh		99.57%	≥ 92%	
	Quy trình kỹ thuật		100%	100	
	Người bệnh nội trú trong bệnh viện được đánh giá tình trạng dinh dưỡng đúng quy định			≥ 90%	
16	Tỷ lệ nhân viên y tế tuân thủ vệ sinh tay	Khoa Da liễu	81.25%	≥ 85%	
	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế tại khoa		87.2%	≥ 90%	
	Quy trình kỹ thuật		100%	100	
17	Tỷ lệ nhân viên y tế tuân thủ vệ sinh tay	Khoa Khám bệnh	100%	≥ 95%	
	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế tại khoa		70.2%	≥ 90%	
	Quy trình kỹ thuật		100%	100%	
18	Tỷ lệ nhân viên y tế tuân thủ vệ sinh tay	Khoa Điều trị dịch vụ	94.03%	≥ 95%	
	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế tại khoa		85.3%	≥ 85%	
19	Tỷ lệ nhân viên y tế tuân thủ vệ sinh tay	Khoa YHCT	98.52%	≥ 95%	
	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế tại khoa		82.25%	≥ 85%	
	Công suất sử dụng giường bệnh tại khoa		1403.01%	100%	
	Quy trình kỹ thuật		100%	100%	
20	Tỷ lệ nhân viên y tế tuân thủ vệ sinh tay	Khoa VLTL-PHCN	99.08%	≥ 95%	
	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế tại khoa		77.1%	≥ 80%	
	Quy trình kỹ thuật		100%	100%	
21	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế tại khoa	Khoa Tâm thể	68.35%	≥ 80%	

STT	TÊN CHỈ SỐ	CẤP ĐỘ	KẾT QUẢ 2025	MỤC TIÊU 2026	CHI CHÚ
	Quy trình kỹ thuật		100%	100%	
22	Tỷ lệ nhân viên y tế tuân thủ vệ sinh tay	Khoa Nội thận – Thận nhân tạo	97.84%	≥ 95%	
	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế tại khoa		72.55%	≥ 75%	
	Tỷ lệ thực hiện mũi tiêm an toàn		100%	≥ 90%	
	Công suất sử dụng giường bệnh tại khoa		1003.29%	100%	
	Quy trình kỹ thuật		100%	100%	
23	Tỷ lệ nhân viên y tế tuân thủ vệ sinh tay	Khoa Nội tiết	89.36%	≥ 90%	
	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế tại khoa		65.95%	≥ 70%	
	Tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú với dịch vụ khám chữa bệnh		97.33%	≥ 92%	
	Tỷ lệ thực hiện mũi tiêm an toàn		100%	≥ 90%	
	Công suất sử dụng giường bệnh tại khoa		80.12%	≥ 95%	
	Quy trình kỹ thuật		100%	100%	
	Người bệnh nội trú trong bệnh viện được đánh giá tình trạng dinh dưỡng đúng quy định			≥ 90%	
24	Tỷ lệ nhân viên y tế tuân thủ vệ sinh tay	Khoa Nội Tim mạch lão học	92.63%	≥ 80%	
	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế tại khoa		74.1%	≥ 90%	
	Tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú với dịch vụ khám chữa bệnh		98.06%	≥ 90%	
	Tỷ lệ thực hiện mũi tiêm an toàn		100%	≥ 90%	
	Công suất sử dụng giường bệnh tại khoa		84.41%	≥ 80%	
	Quy trình kỹ thuật		100%	100%	
	Người bệnh nội trú trong bệnh viện được đánh giá tình trạng dinh dưỡng đúng quy định			≥ 80%	
25	Tỷ lệ nhân viên y tế tuân thủ vệ sinh tay	Khoa Nội Tổng hợp	84.27%	≥ 80%	

STT	TÊN CHỈ SỐ	CẤP ĐỘ	KẾT QUẢ 2025	MỤC TIÊU 2026	CHI CHÚ
	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế tại khoa		70.45%	≥ 80%	
	Tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú với dịch vụ khám chữa bệnh		99.70%	≥ 90%	
	Tỷ lệ thực hiện mũi tiêm an toàn		98.52%	≥ 90%	
	Công suất sử dụng giường bệnh tại khoa		94.61%	≥ 90%	
	Quy trình kỹ thuật		100%	100%	
	Người bệnh nội trú trong bệnh viện được đánh giá tình trạng dinh dưỡng đúng quy định			≥ 90%	
26	Tỷ lệ nhân viên y tế tuân thủ vệ sinh tay	Khoa Nội Thần kinh	83.22%	≥ 90%	
	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế tại khoa		90.05%	≥ 90%	
	Tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú với dịch vụ khám chữa bệnh		92.26%	≥ 92%	
	Tỷ lệ thực hiện mũi tiêm an toàn		100%	≥ 90%	
	Công suất sử dụng giường bệnh tại khoa		83.25%	≥ 85%	
	Quy trình kỹ thuật		100%	100%	
	Người bệnh nội trú trong bệnh viện được đánh giá tình trạng dinh dưỡng đúng quy định			≥ 95%	
27	Tỷ lệ nhân viên y tế tuân thủ vệ sinh tay	Khoa Nhi	90.12%	≥ 80%	
	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế tại khoa		63.7%	≥ 90%	
	Tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú với dịch vụ khám chữa bệnh		98.29%	≥ 92%	
	Tỷ lệ thực hiện mũi tiêm an toàn		100%	≥ 90%	
	Công suất sử dụng giường bệnh tại khoa		94.99%	≥ 95%	
	Quy trình kỹ thuật		100%	100%	
	Người bệnh nội trú trong bệnh viện được đánh giá tình			≥ 95%	

STT	TÊN CHỈ SỐ	CẤP ĐỘ	KẾT QUẢ 2025	MỤC TIÊU 2026	CHI CHÚ
	trạng dinh dưỡng đúng quy định				
28	Tỷ lệ nhân viên y tế tuân thủ vệ sinh tay	Khoa Dinh dưỡng	98.63%	≥ 95%	
	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế tại khoa		86.75%	≥ 88%	
	Tỷ lệ thực hiện mũi tiêm an toàn		100%	≥ 90%	
	Quy trình kỹ thuật		100%	100%	
	Tỷ lệ bệnh nhân nội trú được đánh giá, theo dõi và can thiệp dinh dưỡng đúng theo quy định		87.02%	≥ 90%	
	Tỷ lệ cung cấp suất ăn dinh dưỡng cho bệnh nhân nội trú		34.59%	≥ 30%	
29	Tỷ lệ nhân viên y tế tuân thủ vệ sinh tay	Khoa Mắt	93.12%	≥ 95%	
	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế tại khoa		77.3%	≥ 80%	
	Tỷ lệ thực hiện mũi tiêm an toàn		100%	≥ 90%	
	Công suất sử dụng giường bệnh tại khoa		49.53%	≥ 60%	
	Quy trình kỹ thuật		100%	100%	
30	Tỷ lệ nhân viên y tế tuân thủ vệ sinh tay	Khoa Chấn thương chỉnh hình	93.98%	≥ 80%	
	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế tại khoa		70.45%	≥ 80%	
	Tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú với dịch vụ khám chữa bệnh		93.15%	≥ 92%	
	Tỷ lệ thực hiện mũi tiêm an toàn		100%	≥ 90%	
	Công suất sử dụng giường bệnh tại khoa		64.87%	≥ 70%	
	Quy trình kỹ thuật		100%	100%	
	Người bệnh nội trú trong bệnh viện được đánh giá tình trạng dinh dưỡng đúng quy định			≥ 90%	
31	Tỷ lệ nhân viên y tế tuân thủ vệ sinh tay	Khoa Ngoại Lồng ngực mạch máu	95.79%	≥ 95%	
	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế tại khoa		76.05%	≥ 80%	

STT	TÊN CHỈ SỐ	CẤP ĐỘ	KẾT QUẢ 2025	MỤC TIÊU 2026	CHI CHÚ
	Tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú với dịch vụ khám chữa bệnh		99.82%	≥ 92%	
	Tỷ lệ thực hiện mũi tiêm an toàn		100%	≥ 90%	
	Công suất sử dụng giường bệnh tại khoa		52.22%	≥ 55%	
	Quy trình kỹ thuật		88.89%	≥ 90%	
	Người bệnh nội trú trong bệnh viện được đánh giá tình trạng dinh dưỡng đúng quy định			≥ 85%	
32	Tỷ lệ nhân viên y tế tuân thủ vệ sinh tay	Khoa Tiết niệu nam khoa	96.84%	≥ 95%	
	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế tại khoa		72.6%	≥ 75%	
	Tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú với dịch vụ khám chữa bệnh		100%	≥ 90%	
	Tỷ lệ thực hiện mũi tiêm an toàn		100%	≥ 90%	
	Công suất sử dụng giường bệnh tại khoa		57.58%	≥ 60%	
	Quy trình kỹ thuật		100%	100%	
	Người bệnh nội trú trong bệnh viện được đánh giá tình trạng dinh dưỡng đúng quy định			≥ 90%	
33	Tỷ lệ nhân viên y tế tuân thủ vệ sinh tay	Khoa Ngoại tổng hợp	79.32%	≥ 85%	
	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế tại khoa		77.3%	≥ 80%	
	Tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú với dịch vụ khám chữa bệnh		99.65%	≥ 90%	
	Tỷ lệ thực hiện mũi tiêm an toàn		100%	≥ 90%	
	Công suất sử dụng giường bệnh tại khoa		84.81%	≥ 80%	
	Quy trình kỹ thuật		100%	100%	
	Người bệnh nội trú trong bệnh viện được đánh giá tình trạng dinh dưỡng đúng quy định			≥ 90%	

STT	TÊN CHỈ SỐ	CẤP ĐỘ	KẾT QUẢ 2025	MỤC TIÊU 2026	CHI CHÚ
34	Tỷ lệ nhân viên y tế tuân thủ vệ sinh tay	Khoa Ung bướu	96.27%	≥ 95%	
	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế tại khoa		84.8%	≥ 85%	
	Tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú với dịch vụ khám chữa bệnh		91.06%	≥ 92%	
	Tỷ lệ thực hiện mũi tiêm an toàn		100%	≥ 90%	
	Công suất sử dụng giường bệnh tại khoa		206.37%	100%	
	Quy trình kỹ thuật		100%	100%	
	Người bệnh nội trú trong bệnh viện được đánh giá tình trạng dinh dưỡng đúng quy định			≥75%	
35	Tỷ lệ nhân viên y tế tuân thủ vệ sinh tay	Khoa Ngoại Thần kinh	95.10%	≥ 95%	
	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế tại khoa		64.7%	≥ 75%	
	Tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú với dịch vụ khám chữa bệnh		93.33%	≥ 92%	
	Tỷ lệ thực hiện mũi tiêm an toàn		100%	≥ 90%	
	Công suất sử dụng giường bệnh tại khoa		61.68%	≥ 65%	
	Quy trình kỹ thuật		100%	100%	
	Người bệnh nội trú trong bệnh viện được đánh giá tình trạng dinh dưỡng đúng quy định			≥ 90%	
36	Tỷ lệ nhân viên y tế tuân thủ vệ sinh tay	Khoa Răng Hàm Mặt	74.44%	≥ 70%	
	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế tại khoa		70.95%	≥ 80%	
	Tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú với dịch vụ khám chữa bệnh		99.15%	≥ 92%	
	Tỷ lệ thực hiện mũi tiêm an toàn		100%	≥ 90%	
	Công suất sử dụng giường bệnh tại khoa		46.76%	≥ 50%	
	Quy trình kỹ thuật		100%	100%	

STT	TÊN CHỈ SỐ	CẤP ĐỘ	KẾT QUẢ 2025	MỤC TIÊU 2026	CHI CHÚ
	Người bệnh nội trú trong bệnh viện được đánh giá tình trạng dinh dưỡng đúng quy định			≥ 90%	
37	Tỷ lệ nhân viên y tế tuân thủ vệ sinh tay	Khoa Sản	97.12%	≥ 90%	
	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế tại khoa		67.3%	≥ 80%	
	Tỷ lệ hài lòng của người bệnh mẹ sinh con		97.78%	≥ 90%	
	Tỷ lệ thực hiện mũi tiêm an toàn		100%	≥ 90%	
	Công suất sử dụng giường bệnh tại khoa		54.16%	≥ 60%	
	Quy trình kỹ thuật		100%	100%	
	Người bệnh nội trú trong bệnh viện được đánh giá tình trạng dinh dưỡng đúng quy định			≥ 95%	
38	Tỷ lệ nhân viên y tế tuân thủ vệ sinh tay	Khoa TMH	81.36%	≥ 70%	
	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế tại khoa		55.05%	≥ 70%	
	Tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú với dịch vụ khám chữa bệnh		72.73%	≥ 92%	
	Tỷ lệ thực hiện mũi tiêm an toàn		100%	≥ 90%	
	Công suất sử dụng giường bệnh tại khoa		93.33%	≥ 95%	
	Quy trình kỹ thuật		97.73%	100%	
	Người bệnh nội trú trong bệnh viện được đánh giá tình trạng dinh dưỡng đúng quy định			≥ 90%	
39	Tỷ lệ nhân viên y tế tuân thủ vệ sinh tay	Khoa Hồi sức tích cực Nhi – Sơ sinh	96.73%	≥ 90%	
	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế tại khoa		74.55%	≥ 75%	
	Tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú với dịch vụ khám chữa bệnh			≥ 90%	
	Tỷ lệ thực hiện mũi tiêm an toàn		100%	≥ 90%	

STT	TÊN CHỈ SỐ	CẤP ĐỘ	KẾT QUẢ 2025	MỤC TIÊU 2026	CHI CHÚ
	Công suất sử dụng giường bệnh tại khoa		67.56%	≥ 70%	
	Quy trình kỹ thuật		99.21%	100%	
	Người bệnh nội trú trong bệnh viện được đánh giá tình trạng dinh dưỡng đúng quy định			≥ 95%	
40	Công suất sử dụng giường bệnh tại khoa	Khoa PTTHTM	9.18%	≥ 15%	
	Tỷ lệ thực hiện mũi tiêm an toàn			≥ 90%	
	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế tại khoa		92.1%	≥ 90%	
	Quy trình kỹ thuật		100%	100%	
41	Tỷ lệ nhân viên y tế tuân thủ vệ sinh tay	Khoa Gây mê hồi sức	75.30%	≥ 73%	
	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế		71.7%	≥ 95%	
	Tỷ lệ thực hiện mũi tiêm an toàn		100%	≥ 90%	
	Quy trình kỹ thuật		95.57%	≥ 95%	
42	Tỷ lệ nhân viên y tế tuân thủ vệ sinh tay	Khoa Chẩn đoán hình ảnh	87.50%	≥ 90%	
	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế tại khoa		88.25%	≥ 90%	
	Tỷ lệ thực hiện mũi tiêm an toàn		100%	≥ 90%	
	Quy trình kỹ thuật		100%	100%	
43	Tỷ lệ nhân viên y tế tuân thủ vệ sinh tay	Khoa Thăm dò chức năng	96.25%	≥ 95%	
	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế tại khoa		67.3%	≥ 70%	
	Quy trình kỹ thuật		100%	100%	
44	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế	Khoa Giải phẫu bệnh	56.95%	≥ 60%	
	Quy trình kỹ thuật		100%	100%	
45	Tỉ lệ các mẫu xét nghiệm bị từ chối	Khoa huyết học truyền máu	0,13%	≤ 0.2%	
	Quy trình kỹ thuật		100%	100%	
	Tỉ lệ các mẫu trả kết quả đúng hạn			≥ 98%	
	Tỉ lệ chạy lại mẫu tổng phân tích tế bào máu ngoại vi			≤1%	

STT	TÊN CHỈ SỐ	CẤP ĐỘ	KẾT QUẢ 2025	MỤC TIÊU 2026	CHI CHÚ
46	Tỷ lệ mẫu xét nghiệm không đạt chất lượng	Khoa Hóa sinh	0.39%	≤ 2%	
	Tỷ lệ thực hiện ngoại kiểm miễn dịch đạt		100%	≥ 80%	
	Tỷ lệ thời gian trả kết quả đúng hẹn		69.39%	≥ 80%	
	Quy trình kỹ thuật		100%	100%	
47	Tỷ lệ tiêu bản đàm trong xét nghiệm "AFB trực tiếp nhuộm Ziehl – Neelsen" bị hỏng / phải nhuộm lại	Khoa Vi sinh		≤ 5%	
	Tỷ lệ thực hiện mẫu bệnh phẩm có chỉ định xét nghiệm "HBV đo tải lượng Real-time PCR" bị ức chế		0.54%	≤ 5%	
	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"			≤ 5%	
	Quy trình kỹ thuật		100%	100%	

GIÁM ĐỐC

BỆNH VIỆN ĐA KHOA THỦ ĐỨC

TS.BS. Vũ Trí Thanh

PHIẾU THÔNG TIN
CHỈ SỐ CHẤT LƯỢNG
2026

Tên chỉ số	Công suất sử dụng giường bệnh
Mã chỉ số	**CSCL-01**
Mục tiêu	≥ 90%
Định nghĩa	Là tỷ lệ phần trăm số giường sử dụng thực tế so với số giường bệnh kế hoạch tại bệnh viện, phản ánh mức độ quá tải của bệnh viện.
Phạm vi áp dụng	Khu điều trị nội trú
Khía cạnh chất lượng	Hiệu suất
Thành tố chất lượng	Đầu ra
Lý do lựa chọn	Quá tải bệnh viện đang là vấn đề bức xúc trong xã hội. Dù số giường thực tế thường lớn hơn số giường kế hoạch nhưng các bệnh viện thường hay sử dụng số giường bệnh kế hoạch để tính toán công suất sử dụng giường bệnh. Công suất sử dụng giường bệnh theo số giường thực tế đo lường chính xác hơn mức độ quá tải bệnh viện, đồng thời, giúp theo dõi những thay đổi trong hoạt động của bệnh viện.
Phương pháp tính	Tử số/Mẫu số x 100%
Tử số	Tổng số ngày điều trị nội trú trong kỳ báo cáo .
Mẫu số	Số giường bệnh kế hoạch * số ngày trong kỳ báo cáo.
Tiêu chuẩn lựa chọn	Tất cả người bệnh có hồ sơ bệnh án điều trị nội trú
Tiêu chuẩn loại trừ	
Nguồn thu thập dữ liệu	Từ phần mềm MQHIS
Cỡ mẫu	Toàn bộ người bệnh điều trị nội trú tại bệnh viện
Cách thức thu thập	Phòng Kế hoạch tổng hợp trích xuất dữ liệu từ phần mềm thống kê và tổng hợp số liệu
Giá trị của số liệu	Độ chính xác và tin cậy rất cao.
Tần suất báo cáo	Hàng quý

Tên chỉ số	**Tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú với dịch vụ khám chữa bệnh**
Mã chỉ số	**CSCL-02**
Mục tiêu	≥ 90%
Định nghĩa	Sự hài lòng của người bệnh về dịch vụ y tế là mức độ thỏa mãn của người bệnh so với chi phí họ chi trả để được hưởng dịch vụ khám chữa bệnh, là phép so sánh kết quả và kỳ vọng của người bệnh.
Phạm vi áp dụng	Bệnh viện
Khía cạnh chất lượng	Hướng đến người bệnh
Thành tố chất lượng	Đầu ra
Lý do lựa chọn	Hài lòng người bệnh là đầu ra quan trọng của bệnh viện. Mức độ hài lòng của người bệnh còn liên quan đến số lượng người bệnh đến khám và công suất sử dụng giường bệnh trong tương lai.
Phương pháp tính	Tử số/Mẫu số x 100%
Tử số	{[(Tổng số câu hỏi có trả lời mức 4 + Tổng số câu hỏi trả lời mức 5 của người thứ 1) / (Tổng số câu hỏi)] + [(Tổng số câu hỏi có trả lời mức 4 + Tổng số câu hỏi trả lời mức 5 của người thứ 2) / (Tổng số câu hỏi)] + [(Tổng số câu hỏi có trả lời mức 4 + Tổng số câu hỏi trả lời mức 5 của người thứ n) / (Tổng số câu hỏi)]} x 100
Mẫu số	Tổng số người được khảo sát
Tiêu chuẩn lựa chọn	Người bệnh đang nằm điều trị nội trú chuẩn bị ra viện.
Tiêu chuẩn loại trừ	Người bệnh dưới 18 tuổi.
Nguồn thu thập dữ liệu	Từ báo cáo khảo sát nhân viên y tế
Cỡ mẫu	≥ 100 phiếu/quý.
Cách thức thu thập	Phòng Quản lý chất lượng tổ chức khảo sát, thu thập và phân tích số liệu.
Giá trị của số liệu	Độ chính xác và tin cậy cao.
Tần suất báo cáo	Hàng quý

Tên chỉ số	**Tỷ lệ hài lòng của người bệnh ngoại trú với dịch vụ khám chữa bệnh**
Mã chỉ số	**CSCL-03**
Mục tiêu	≥ 90%
Định nghĩa	Sự hài lòng của người bệnh về dịch vụ y tế là mức độ thỏa mãn của người bệnh so với chi phí họ chi trả để được hưởng dịch vụ khám chữa bệnh, là phép so sánh kết quả và kỳ vọng của người bệnh.
Phạm vi áp dụng	Bệnh viện
Khía cạnh chất lượng	Hướng đến người bệnh
Thành tố chất lượng	Đầu ra
Lý do lựa chọn	Hài lòng người bệnh là đầu ra quan trọng của bệnh viện. Mức độ hài lòng của người bệnh còn liên quan đến số lượng người bệnh đến khám và công suất sử dụng giường bệnh trong tương lai.
Phương pháp tính	Tử số/Mẫu số x 100%
Tử số	{[(Tổng số câu hỏi có trả lời mức 4 + Tổng số câu hỏi trả lời mức 5 của người thứ 1) / (Tổng số câu hỏi)] + [(Tổng số câu hỏi có trả lời mức 4 + Tổng số câu hỏi trả lời mức 5 của người thứ 2) / (Tổng số câu hỏi)] + [(Tổng số câu hỏi có trả lời mức 4 + Tổng số câu hỏi trả lời mức 5 của người thứ n) / (Tổng số câu hỏi)]} x 100
Mẫu số	Tổng số người được khảo sát
Tiêu chuẩn lựa chọn	Người bệnh đã thực hiện hơn 2/3 quy trình khám chữa bệnh ngoại trú (người bệnh ở gia đoạn thanh toán viện phí chuẩn bị lãnh thuốc).
Tiêu chuẩn loại trừ	Người bệnh dưới 18 tuổi.
Nguồn thu thập dữ liệu	Từ báo cáo khảo sát nhân viên y tế
Cỡ mẫu	≥ 100 phiếu/quý.
Cách thức thu thập	Phòng Quản lý chất lượng tổ chức khảo sát, thu thập và phân tích số liệu.
Giá trị của số liệu	Độ chính xác và tin cậy cao.
Tần suất báo cáo	Hàng quý

Tên chỉ số	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế
Mã chỉ số	**CSCL-04**
Mục tiêu	≥ 75%
Định nghĩa	Là điểm trung bình các câu hỏi theo Phiếu khảo sát nhân viên y tế do Bộ Y tế ban hành
Phạm vi áp dụng	Bệnh viện
Khía cạnh chất lượng	Hướng đến nhân viên
Thành tố chất lượng	Đầu ra
Lý do lựa chọn	Hài lòng nhân viên y tế là đầu ra quan trọng của bệnh viện. Mức độ hài lòng của nhân viên còn liên quan đến chất lượng khám chữa bệnh, sự phát triển của bệnh viện trong tương lai.
Phương pháp tính	Tử số/Mẫu số x 100%
Tử số	Số nhân viên hài lòng (đạt ở mức 4 và 5 theo thang đo Likert).
Mẫu số	Tổng số nhân viên được khảo sát.
Tiêu chuẩn lựa chọn	Nhân viên đang làm việc
Tiêu chuẩn loại trừ	
Nguồn thu thập dữ liệu	Từ báo cáo khảo sát nhân viên y tế
Cỡ mẫu	Toàn bộ nhân viên bệnh viện.
Cách thức thu thập	Phòng Quản lý chất lượng tổ chức khảo sát, thu thập và phân tích số liệu.
Giá trị của số liệu	Độ chính xác và tin cậy cao.
Tần suất báo cáo	12 tháng

Tên chỉ số	Thời gian chờ khám bệnh trung bình
Mã chỉ số	**CSCL-05**
Mục tiêu	≤ 43 phút
Định nghĩa	Là thời gian trung bình 1 người bệnh chờ đợi từ khi đăng ký khám bệnh tới khi được khám bệnh.
Phạm vi áp dụng	Khu khám bệnh ngoại trú, khu khám chất lượng cao
Khía cạnh chất lượng	Hiệu suất
Thành tố chất lượng	Quá trình
Lý do lựa chọn	Đo lường thời gian chờ khám của người bệnh giúp cải thiện sự hài lòng của người bệnh và theo dõi hiệu suất công việc thực hiện của phòng khám.
Phương pháp tính	Tử số/Mẫu số
Tử số	Tổng thời gian chờ khám bệnh từ lúc người bệnh đăng ký khám đến lúc vào phòng bác sĩ
Mẫu số	Tổng số người bệnh đến khám
Tiêu chuẩn lựa chọn	Người bệnh hoàn tất khám bệnh
Tiêu chuẩn loại trừ	Người bệnh đã đăng ký khám bệnh nhưng sau đó từ khối khám bệnh.
Nguồn thu thập dữ liệu	Từ phần mềm MQHIS
Cỡ mẫu	Toàn bộ người bệnh đến khám bệnh tại các phòng khám.
Cách thức thu thập	Phòng Quản lý chất lượng trích xuất dữ liệu từ phần mềm thống kê và tổng hợp số liệu
Giá trị của số liệu	Độ chính xác và tin cậy cao.
Tần suất báo cáo	Hàng quý

Tên chỉ số	Tỷ lệ tuân thủ nhận diện đúng người bệnh
Mã chỉ số	**CSCL-06**
Mục tiêu	≥ 85%
Định nghĩa	Nhận diện người bệnh là quy trình bắt buộc phải thực hiện nhằm xác nhận và khẳng định đúng người bệnh, đúng loại dịch vụ sẽ cung cấp cho người bệnh trước khi tiến hành các dịch vụ chẩn đoán, điều trị, chăm sóc, phẫu thuật, thủ thuật. Các yếu tố định danh bao gồm: Họ tên, năm sinh, địa chỉ, giới tính, mã số người bệnh, CMND/CCCD...
Phạm vi áp dụng	Toàn bệnh viện và các phòng khám trực thuộc
Khía cạnh chất lượng	An toàn
Thành tố chất lượng	Đầu ra
Lý do lựa chọn	Việc không xác định chính xác người bệnh là một trong những nguy cơ nghiêm trọng nhất đối với sự an toàn của người bệnh và có thể dẫn đến một loạt các hệ lụy như sai sót trong sử dụng thuốc, sai sót trong quá trình truyền máu, phẫu thuật nhầm người bệnh, trao nhầm trẻ sơ sinh về cho cha mẹ…
Phương pháp tính	
Tử số	Số trường hợp được khảo sát theo đó có ít nhất 3 yếu tố nhận dạng đang được sử dụng * 100%
Mẫu số	Tổng số trường hợp quan sát
Tiêu chuẩn lựa chọn	Khi nhập viện hoặc chuyển viện Thực hiện tất cả các loại thuốc Chụp X-quang hoặc chẩn đoán hình ảnh khác Can thiệp hoặc thủ thuật phẫu thuật Truyền máu hoặc các sản phẩm máu Thu thập các mẫu bệnh phẩm của bệnh nhân Các trường hợp khác theo đặc thù của đơn vị
Tiêu chuẩn loại trừ	Không có
Nguồn thu thập dữ liệu	Khảo sát tuân thủ định danh người bệnh
Cỡ mẫu	Mỗi khoa 10 lần quan sát – dự kiến cỡ mẫu 400
Cách thức thu thập	Phòng Quản lý chất lượng thực hiện thu thập, ghi nhận và thống kê báo cáo.
Giá trị của số liệu	Độ chính xác và tin cậy cao.
Tần suất báo cáo	6 tháng

Tên chỉ số	Tỷ lệ tuân thủ Quy trình thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật
Mã chỉ số	**CSCL-07**
Mục tiêu	≥ 95%
Định nghĩa	Tuân thủ "Quy trình thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật" khi nhân viên thực hiện đầy đủ các tất cả các bước trong quy trình.
Phạm vi áp dụng	Khoa Gây mê hồi sức và Các khoa có tiến hành phẫu thuật
Khía cạnh chất lượng	An toàn
Thành tố chất lượng	Đầu ra
Lý do lựa chọn	Nhóm phẫu thuật trong quá trình thực hiện phẫu thuật có thể bỏ sót một số bước trong quy trình thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật. Việc theo dõi, giám sát thường xuyên giúp giảm thiểu các sai sót trong phẫu thuật, gây mê và hồi sức cho người bệnh.
Phương pháp tính	
Tử số	Số trường hợp được khảo sát tuân thủ đầy đủ các bước trong bảng kiểm an toàn phẫu thuật
Mẫu số	Tổng số trường hợp quan sát
Tiêu chuẩn lựa chọn	Các ca phẫu thuật chương trình có thời gian thực hiện ngắn (nhỏ hơn 90 phút).
Tiêu chuẩn loại trừ	Các tình huống đặc biệt làm gián đoạn quá trình phẫu thuật
Nguồn thu thập dữ liệu	Khảo sát tuân thủ bảng kiểm an toàn phẫu thuật
Cỡ mẫu	Dự kiến cỡ mẫu 400
Cách thức thu thập	Phòng Quản lý chất lượng thực hiện thu thập, ghi nhận và thống kê báo cáo.
Giá trị của số liệu	Độ chính xác và tin cậy cao.
Tần suất báo cáo	6 tháng

Tên chỉ số	Tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật tiêm an toàn
Mã chỉ số	**CSCL-08**
Mục tiêu	≥ 95%
Định nghĩa	Tiêm an toàn là một quy trình tiêm không gây nguy hại cho người nhận mũi tiêm, không gây phơi nhiễm cho người thực hiện mũi tiêm, không tạo chất thải nguy hại cho người khác và cộng đồng. Chỉ số tuân thủ quy trình kỹ thuật tiêm an toàn là Điều dưỡng/Hộ sinh/Kĩ thuật viên thực hiện kĩ thuật tiêm theo đúng quy trình kĩ thuật Điều dưỡng được Bệnh viện Thủ Đức ban hành năm 2016
Phạm vi áp dụng	Khoa lâm sàng
Khía cạnh chất lượng	An toàn
Thành tố chất lượng	Quá trình
Lý do lựa chọn	
Phương pháp tính	Số bảng kiểm QTKT tiêm truyền được giám sát đạt yêu cầu/ Tổng số bảng kiểm QTKT tiêm truyền được giám sát trong tháng *100
Tử số	Số bảng kiểm QTKT tiêm truyền được giám sát đạt yêu cầu
Mẫu số	Tổng số bảng kiểm QTKT tiêm truyền được giám sát trong tháng
Tiêu chuẩn lựa chọn	
Tiêu chuẩn loại trừ	
Nguồn thu thập dữ liệu	Số liệu kiểm tra giám sát bằng bảng kiểm
Cỡ mẫu	
Cách thức thu thập	- Điều dưỡng trưởng: + Giám sát, nhập vào đường link giám sát trên google form. + Báo cáo kết quả vào ngày 20-22/hàng tháng (theo mẫu báo cáo tháng). + Báo cáo sự cố các trường hợp tai biến hoặc phát hiện yếu tố ảnh hưởng đến tiêu chí an toàn khi thực hiện quy trình kĩ thuật tiêm truyền. + Có biện pháp khắc phục nếu có nhân viên chưa tuân thủ quy trình kỹ thuật. + Thống kê số liệu hàng tháng, đánh giá kết quả thực hiện 6 tháng, năm. - Phòng Điều dưỡng: + Kiểm tra giám sát, lấy mẫu ngẫu nhiên hàng tháng + Nhắc nhở và xử trí kịp thời các trường hợp chưa tuân thủ trong thực hiện quy trình kỹ thuật tiêm truyền như lập phiếu khắc phục phòng ngừa, lập biên bản vi phạm + Thống kê số liệu hàng tháng, thực hiện báo cáo mỗi quý, năm.
Giá trị của số liệu	Độ chính xác và tin cậy cao.
Tần suất báo cáo	Hàng quý

Tên chỉ số	Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay
Mã chỉ số	**CSCL-9**
Mục tiêu	≥ 85%
Định nghĩa	Là tỷ số giữa số hành động vệ sinh tay được thực hiện chia cho tổng số cơ hội quan sát được.
Phạm vi áp dụng	Bệnh viện
Khía cạnh chất lượng	An toàn
Thành tố chất lượng	Đầu ra
Lý do lựa chọn	Chỉ số giúp theo dõi mức tuân thủ rửa tay
Phương pháp tính	Tử số/Mẫu số x 100%
Tử số	Tổng số hành động vệ sinh tay
Mẫu số	Tổng số cơ hội khảo sát
Tiêu chuẩn lựa chọn	
Tiêu chuẩn loại trừ	
Nguồn thu thập dữ liệu	Giám sát có sử dụng bảng kiểm, quan sát tại nơi thực hành.
Cỡ mẫu	≥ 20 cơ hội quan sát/khoa
Cách thức thu thập	Khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn thực hiện giám sát và phân tích số liệu để đưa ra các kết quả về tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay chung của bệnh viện, của từng khoa.
Giá trị của số liệu	Độ chính xác và tin cậy cao.
Tần suất báo cáo	Hàng tháng

Tên chỉ số	Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện
Mã chỉ số	**CSCL-10**
Mục tiêu	≤ 1.3%
Định nghĩa	Là những nhiễm khuẩn người bệnh mắc phải trong thời gian điều trị tại BV mà thời điểm nhập viện không thấy có yếu tố nhiễm khuẩn hay ủ bệnh nào. NKBV thường xuất hiện sau 48 giờ kể từ khi người bệnh nhập viện (theo WHO)
Phạm vi áp dụng	Bệnh viện
Khía cạnh chất lượng	An toàn
Thành tố chất lượng	Đầu ra
Lý do lựa chọn	Chỉ số giúp theo dõi mức nhiễm khuẩn bệnh viện
Phương pháp tính	Tử số/Mẫu số
Tử số	Số người bệnh bị nhiễm khuẩn bệnh viện
Mẫu số	Tổng số người bệnh điều trị nội trú trên 2 ngày
Tiêu chuẩn lựa chọn	Người bệnh điều trị nội trú trên 2 ngày
Tiêu chuẩn loại trừ	Người bệnh điều trị nội trú từ 2 ngày trở xuống
Nguồn thu thập dữ liệu	Từ HSBA qua phần mềm MQ.
Cỡ mẫu	Toàn bộ người bệnh điều trị nội trú trên 2 ngày
Cách thức thu thập	Khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn thực hiện thu thập và tổng hợp số liệu.
Giá trị của số liệu	Độ chính xác và tin cậy cao.
Tần suất báo cáo	Hàng tháng

Tên chỉ số	Người bệnh nội trú trong bệnh viện được đánh giá tình trạng dinh dưỡng đúng quy định
Mã chỉ số	**CSCL-11**
Mục tiêu	≥ 90%
Định nghĩa	Là tỷ lệ phần trăm người bệnh nội trú được đánh giá tình trạng dinh dưỡng tại bệnh viện Thành phố Thủ Đức
Phạm vi áp dụng	Tất cả các khoa lâm sàng
Khía cạnh chất lượng	Hiệu quả
Thành tố chất lượng	Quá trình
Lý do lựa chọn	
Phương pháp tính	
Tử số	Tổng số người bệnh nội trú được đánh giá dinh dưỡng tại bệnh viện thành phố Thủ Đức.
Mẫu số	Tổng số người bệnh đồng ý tham gia vào khảo sát.
Tiêu chuẩn lựa chọn	Khảo sát ngẫu nhiên người bệnh nội trú tại các khoa lâm sàng, đồng ý tham gia khảo sát.
Tiêu chuẩn loại trừ	Người bệnh không đồng ý tham gia.
Nguồn thu thập dữ liệu	Từ báo cáo giám sát có bảng kiểm của Khoa Dinh dưỡng tiết chế
Cỡ mẫu	Toàn bộ người bệnh điều trị nội trú
Cách thức thu thập	
Giá trị của số liệu	Độ chính xác và tin cậy cao.
Tần suất báo cáo	Hàng quý

Tên chỉ số	**Tỷ lệ người bệnh nội trú được cung cấp suất ăn dinh dưỡng tại bệnh viện**
Mã chỉ số	**CSCL-12**
Mục tiêu	≥ 55%
Định nghĩa	Là tỷ lệ phần trăm người bệnh nội trú được cung cấp suất ăn dinh dưỡng tại bệnh viện Thành phố Thủ Đức
Phạm vi áp dụng	Tất cả các khoa lâm sàng có người bệnh nội trú
Khía cạnh chất lượng	Hiệu quả
Thành tố chất lượng	Quá trình
Lý do lựa chọn	
Phương pháp tính	
Tử số	Tổng suất ăn được cung cấp cho người bệnh nội trú tại bệnh viện thành phố Thủ Đức.
Mẫu số	Tổng số người bệnh điều trị nội trú tại các khoa lâm sàng*3.
Tiêu chuẩn lựa chọn	
Tiêu chuẩn loại trừ	
Nguồn thu thập dữ liệu	Từ phần mềm MQ
Cỡ mẫu	Toàn bộ người bệnh điều trị nội trú
Cách thức thu thập	Khoa Dinh dưỡng tiết chế thực hiện theo dõi, trích xuất dữ liệu từ phần mềm MQ.
Giá trị của số liệu	Độ chính xác và tin cậy cao.
Tần suất báo cáo	Hàng quý

Tên chỉ số	Tỷ lệ các mẫu xét nghiệm bị từ chối tại khoa Huyết học truyền máu
Mã chỉ số	**CSCL-13**
Mục tiêu	≤ 0.2%
Định nghĩa	Là tỷ lệ phần trăm mẫu bệnh phẩm xét nghiệm bị từ chối trên tổng số mẫu bệnh phẩm xét nghiệm nhận được
Phạm vi áp dụng	Tất cả các mẫu bệnh phẩm ngoại trú và nội trú được giao đến khoa Huyết học truyền máu
Khía cạnh chất lượng	Kiểm soát quá trình
Thành tố chất lượng	Đầu vào
Lý do lựa chọn	
Phương pháp tính	
Tử số	Tổng số mẫu bệnh phẩm bị từ chối theo tiêu chuẩn chấp nhận và từ chối mẫu
Mẫu số	Tổng số mẫu bệnh phẩm
Tiêu chuẩn lựa chọn	Tất cả mẫu bệnh phẩm nội trú và ngoại trú
Tiêu chuẩn loại trừ	Những mẫu xét nghiệm không làm xét nghiệm thuộc khoa Huyết học truyền máu
Nguồn thu thập dữ liệu	Sổ nhận mẫu xét nghiệm, sổ theo dõi từ chối mẫu, phầm mềm MQLIS
Cỡ mẫu	Tất cả các mẫu bệnh phẩm ngoại trú và nội trú
Cách thức thu thập	Nhân viên khoa Huyết học thực hiện thu thập, phân tích dữ liệu dựa trên sổ nhận mẫu xét nghiệm, sổ theo sõi từ chối mẫu, phần mềm MQLIS có ghi nhận những mẫu bị từ chối và tổng hợp số liệu báo cáo.
Giá trị của số liệu	Độ chính xác và tin cậy cao.
Tần suất báo cáo	Hàng quý

Tên chỉ số	**Tỷ lệ các mẫu xét trả kết quả đúng hạn tại khoa Huyết học truyền máu**
Mã chỉ số	**CSCL-14**
Mục tiêu	≥ 98%
Định nghĩa	Là tỷ lệ phần trăm mẫu bệnh phẩm xét nghiệm trả kết quả đúng hạn trên tổng số mẫu bệnh phẩm xét nghiệm nhận được.
Phạm vi áp dụng	Tất các các kết quả xét nghiệm được trả bởi khoa Huyết học truyền máu
Khía cạnh chất lượng	Kiểm soát quá trình
Thành tố chất lượng	Đầu vào
Lý do lựa chọn	
Phương pháp tính	
Tử số	Tổng số mẫu bệnh phẩm trả kết quả đúng hạn
Mẫu số	Tổng số mẫu xét nghiệm tại khoa
Tiêu chuẩn lựa chọn	
Tiêu chuẩn loại trừ	
Nguồn thu thập dữ liệu	LIS
Cỡ mẫu	
Cách thức thu thập	1 tháng/ lần
Giá trị của số liệu	Độ chính xác và tin cậy cao.
Tần suất báo cáo	3 tháng/ lần

Tên chỉ số	Tỉ lệ chạy lại mẫu tổng phân tích tế bào máu ngoại vị tại khoa Huyết học truyền máu
Mã chỉ số	**CSCL-15**
Mục tiêu	≤1%
Định nghĩa	Là tỷ lệ phần trăm mẫu tổng phân tích tế bào máu ngoại vi phải chạy lại tại khoa Huyết học truyền máu
Phạm vi áp dụng	Tổng mẫu phân tích tế bào máu ngoại vi
Khía cạnh chất lượng	Kiểm soát quá trình
Thành tố chất lượng	Đầu ra
Lý do lựa chọn	
Phương pháp tính	
Tử số	Số xét nghiệm phải chạy lại do lỗi kỹ thuật * 100%
Mẫu số	Tổng số xét nghiệm thực hiện
Tiêu chuẩn lựa chọn	Tất cả các mẫu xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi
Tiêu chuẩn loại trừ	Tất cả các mẫu không thực hiện xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi
Nguồn thu thập dữ liệu	Nhật ký chạy mẫu, phiếu chỉ định có đề nghị chạy lại và báo cáo SKPH
Cỡ mẫu	
Cách thức thu thập	1 tháng / lần
Giá trị của số liệu	Độ chính xác và tin cậy cao.
Tần suất báo cáo	3 tháng / lần

Tên chỉ số	**Tỷ lệ mẫu xét nghiệm không đạt chất lượng tại khoa Hóa sinh**
Mã chỉ số	**CSCL-16**
Mục tiêu	≤ 2%
Định nghĩa	Là tỷ lệ phần trăm lượng mẫu bệnh phẩm có thể bị từ chối ngay khi được tiếp nhận hoặc sau khi được xử lý và chuyển tới các khu vực xét nghiệm trong khoa Hóa sinh nếu vi phạm một trong các tiêu chí từ chối nhận mẫu trong Sổ tay dịch vụ khách hàng.
Phạm vi áp dụng	Toàn bệnh viện
Khía cạnh chất lượng	Hiệu quả
Thành tố chất lượng	Quá trình trước xét nghiệm
Lý do lựa chọn	
Phương pháp tính	
Tử số	Tổng số mẫu máu bị từ chối của người bệnh thực hiện xét nghiệm Hóa sinh miễn dịch.
Mẫu số	Tổng số mẫu máu của người bệnh thực hiện xét nghiệm Hóa sinh miễn dịch.
Tiêu chuẩn lựa chọn	Tất cả mẫu máu của người bệnh có chỉ định xét nghiệm Hóa sinh miễn dịch.
Tiêu chuẩn loại trừ	Mẫu máu của người bệnh không có chỉ định xét nghiệm Hóa sinh miễn dịch.
Nguồn thu thập dữ liệu	Báo cáo tổng kết hàng tháng
Cỡ mẫu	Tất cả mẫu khí máu của người bệnh có chỉ định xét nghiệm gửi đến khoa Hóa sinh
Cách thức thu thập	Khoa Hóa sinh thực hiện thu thập dữ liệu từ báo cáo hàng tháng của khoa.
Giá trị của số liệu	Độ chính xác và tin cậy cao.
Tần suất báo cáo	Hàng quý

Tên chỉ số	Tỷ lệ thực hiện ngoại kiểm miễn dịch đạt
Mã chỉ số	**CSCL-17**
Mục tiêu	≥ 80%
Định nghĩa	Là tỷ lệ các xét nghiệm miễn dịch thực hiện ngoại kiểm có kết quả đạt trên tổng số các xét nghiệm miễn dịch có thực hiện ngoại kiểm tại khoa.
Phạm vi áp dụng	Khoa Hóa sinh
Khía cạnh chất lượng	Kiểm soát quá trình
Thành tố chất lượng	Quá trình
Lý do lựa chọn	
Phương pháp tính	
Tử số	Tổng số các xét nghiệm miễn dịch thực hiện ngoại kiểm có kết quả đạt
Mẫu số	Tổng số các xét nghiệm miễn dịch có thực hiện ngoại kiểm
Tiêu chuẩn lựa chọn	Các xét nghiệm miễn dịch có tham gia ngoại kiểm tại khoa Hóa sinh
Tiêu chuẩn loại trừ	Các xét nghiệm miễn dịch không tham gia ngoại kiểm tại khoa Hóa sinh
Nguồn thu thập dữ liệu	Báo cáo tổng kết hàng tháng
Cỡ mẫu	Các xét nghiệm miễn dịch có tham gia ngoại kiểm tại khoa Hóa sinh
Cách thức thu thập	Khoa Hóa sinh thực hiện thu thập dữ liệu từ Báo cáo tổng kết hàng tháng của khoa.
Giá trị của số liệu	Độ chính xác và tin cậy cao.
Tần suất báo cáo	Hàng quý

Tên chỉ số	Tỷ lệ thời gian trả kết quả đúng hẹn tại khoa Hóa sinh
Mã chỉ số	**CSCL-18**
Mục tiêu	≥ 80%
Định nghĩa	Tỷ lệ kết quả được trả đúng thời gian trên phiếu hẹn
Phạm vi áp dụng	Khoa Hóa sinh
Khía cạnh chất lượng	Kiểm soát quá trình
Thành tố chất lượng	Đầu ra
Lý do lựa chọn	
Phương pháp tính	
Tử số	Tổng số kết quả của người bệnh được duyệt trả kết quả đúng thời gian hẹn
Mẫu số	Tổng số kết quả của người bệnh được duyệt trả kết quả
Tiêu chuẩn lựa chọn	Kết quả của người bệnh có chỉ định xét nghiệm hóa sinh miễn dịch.
Tiêu chuẩn loại trừ	Kết quả của người bệnh không có chỉ định xét nghiệm Hóa sinh miễn dịch.
Nguồn thu thập dữ liệu	Báo cáo tổng kết hàng tháng
Cỡ mẫu	Kết quả của người bệnh có chỉ định xét nghiệm hóa sinh miễn dịch.
Cách thức thu thập	Xuất dữ liệu từ hệ thống MQLIS để thống kê tỷ lệ
Giá trị của số liệu	Độ chính xác và tin cậy cao.
Tần suất báo cáo	Hàng quý

Tên chỉ số	**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" khoa Vi Sinh**
Mã chỉ số	**CSCL-19**
Mục tiêu	≤ 5%
Định nghĩa	Tỷ lệ phần trăm mẫu nghiệm phẩm có chỉ định "Vi khuẩn nuôi cấy và định danh phương pháp thông thường" và chỉ định "Vi khuẩn kháng thuốc hệ thống tự động" được trả kết quả trên hệ thống LIS sau 72 giờ tính từ thời điểm khoa Vi Sinh nhận được mẫu nghiệm phẩm.
Phạm vi áp dụng	- Bệnh viện Đa khoa Thủ Đức. - Người bệnh nội trú. - Từ tháng 01/2026 đến 12/2026.
Khía cạnh chất lượng	Hiệu quả
Thành tố chất lượng	Đầu ra
Lý do lựa chọn	
Phương pháp tính	
Tử số	Tổng số mẫu có chỉ định kép có TAT (Thời gian trả kết quả) vượt quá 72 giờ
Mẫu số	Tổng số mẫu nghiệm phẩm có chỉ định kép được tiếp nhận và thực hiện tại Khoa Vi sinh trong kỳ.
Tiêu chuẩn lựa chọn	Tất cả mẫu bệnh phẩm của bệnh nhân điều trị nội trú có chỉ định "Vi khuẩn nuôi cấy và định danh phương pháp thông thường" và "Vi khuẩn kháng thuốc hệ thống tự động" khoa Vi Sinh.
Tiêu chuẩn loại trừ	Các trường hợp phải cấy chuyển mẫu và thực hiện lại mẫu Mẫu dương tính với vi khuẩn hiếm cần thêm 24 - 48 giờ nuôi cấy đặc biệt Lỗi hệ thống LIS/HIS
Nguồn thu thập dữ liệu	- Sổ bàn giao trả kết quả xét nghiệm - Sổ Giao, nhận, từ chối mẫu - Dữ liệu từ hệ thống LIS
Cỡ mẫu	Tất cả chỉ định Vi khuẩn nuôi cấy và định danh phương pháp thông thường" và "Vi khuẩn kháng thuốc hệ thống tự động" khoa Vi Sinh.
Cách thức thu thập	Dựa vào báo cáo tổng kết hàng tháng và sổ bàn giao trả kết quả xét nghiệm để thống kê "Vi khuẩn nuôi cấy và định danh phương pháp thông thường" và "Vi khuẩn kháng thuốc hệ thống tự động" khoa Vi Sinh.
Giá trị của số liệu	Độ chính xác và tin cậy cao.
Tần suất báo cáo	03 tháng /01 lần

Tên chỉ số	**Tỷ lệ từ chối tiếp nhận mẫu nghiệm phẩm máu có chỉ định "HBV đo tải lượng Real-time PCR" từ các phòng khám chuyển gửi đến khoa Vi sinh**
Mã chỉ số	**CSCL-20**
Mục tiêu	≤ 5%
Định nghĩa	Là tỷ lệ phần trăm mẫu nghiệm phẩm máu có chỉ định "HBV đo tải lượng Real-time PCR" từ các phòng khám bị từ chối tiếp nhận vì không đạt tiêu chuẩn theo Sổ tay lấy mẫu (ví dụ: Mẫu bị vỡ/tan huyết, thể tích mẫu không đủ, sai loại ống/mẫu, thông tin không khớp,…) tại khoa Vi Sinh.
Phạm vi áp dụng	- Bệnh viện Đa khoa Thủ Đức. - Bệnh nhân điều trị ngoại trú. - Từ tháng 01/2026 đến 12/2026
Khía cạnh chất lượng	Hiệu quả
Thành tố chất lượng	Quá trình
Lý do lựa chọn	
Phương pháp tính	
Tử số	Tổng số mẫu nghiệm phẩm máu của bệnh nhân điều trị ngoại trú có chỉ định "HBV đo tải lượng Real-time PCR" bị từ chối tiếp nhận tại khoa Vi sinh.
Mẫu số	Tổng số mẫu nghiệm phẩm có chỉ định "HBV đo tải lượng Real-time PCR" được gửi đến Khoa Vi sinh trong phạm vi áp dụng.
Tiêu chuẩn lựa chọn	Tất cả kết quả xét nghiệm "HBV đo tải lượng Real-time PCR"
Tiêu chuẩn loại trừ	Mẫu nghiệm phẩm của bệnh nhân điều trị ngoại trú có chỉ định "HBV đo tải lượng Real-time PCR" nhưng khoa Vi sinh không nhận được mẫu.
Nguồn thu thập dữ liệu	- Sổ trao đổi thông tin tại khoa. - Sổ giao, nhận bệnh phẩm.
Cỡ mẫu	Tất cả kết quả xét nghiệm "HBV đo tải lượng Real-time PCR"
Cách thức thu thập	Dựa vào báo cáo tổng kết hàng tháng và sổ bàn giao trả kết quả xét nghiệm để thống kê mẫu bệnh phẩm.
Giá trị của số liệu	Độ chính xác và tin cậy cao.
Tần suất báo cáo	Hàng quý

Tên chỉ số	**Tỷ lệ tiêu bản đàm trong xét nghiệm "AFB trực tiếp nhuộm Ziehl-Neelsen" bị hỏng/phải nhuộm lại**
Mã chỉ số	**CSCL-21**
Mục tiêu	≤ 5%
Định nghĩa	Tỷ lệ phần trăm tiêu bản đàm trong xét nghiệm "AFB trực tiếp nhuộm Ziehl-Neelsen" bị hỏng/phải nhuộm lại (ví dụ: tiêu bản quá dày/mỏng, nhuộm lỗi, lam bị vỡ/mất, không đọc được).
Phạm vi áp dụng	- Bệnh viện Đa khoa Thủ Đức - Người bệnh ngoại trú và nội trú - Từ tháng 01/2026 đến 12/2026
Khía cạnh chất lượng	Kiểm soát quá trình
Thành tố chất lượng	Giai đoạn trước xét nghiệm
Lý do lựa chọn	
Phương pháp tính	
Tử số	Tổng số tiêu bản đàm trong xét nghiệm "AFB trực tiếp nhuộm Ziehl-Neelsen" bị hỏng/phải nhuộm lại
Mẫu số	Tổng số mẫu nghiệm phẩm có chỉ định "AFB trực tiếp nhuộm Ziehl-Neelsen" được tiếp nhận trong kỳ
Tiêu chuẩn lựa chọn	Tất cả trường hợp xét nghiệm"AFB trực tiếp nhuộm Ziehl-Neelsen"
Tiêu chuẩn loại trừ	Lam bị hỏng/vỡ không do lỗi kỹ thuật của nhân viên xét nghiệm
Nguồn thu thập dữ liệu	Sổ tổng kết xét nghiệm tại bộ phận BK/Lao Thống kê tiêu hao vật tư
Cỡ mẫu	Tất cả mẫu bệnh phẩm của bệnh nhân có chỉ định xét nghiệm"AFB trực tiếp nhuộm Ziehl-Neelsen"
Cách thức thu thập	Dựa vào báo báo tổng kết xét nghiệm tại bộ phận BK/Lao
Giá trị của số liệu	Độ chính xác và tin cậy cao.
Tần suất báo cáo	03 tháng /1 lần

Tên chỉ số	Tỷ lệ hài lòng của người mẹ sinh con
Mã chỉ số	**CSCL-22**
Mục tiêu	≥ 90%
Định nghĩa	Sự hài lòng của người mẹ sinh con về dịch vụ y tế là mức độ thỏa mãn của người mẹ sinh con so với chi phí họ chi trả để được thụ hưởng dịch vụ khám chữa bệnh, là phép so sánh kết quả và kỳ vọng của người mẹ sinh con.
Phạm vi áp dụng	Bệnh viện Thành phố Thủ Đức.
Khía cạnh chất lượng	Hướng đến người bệnh
Thành tố chất lượng	Đầu ra
Lý do lựa chọn	Hài lòng người mẹ sinh con là đầu ra quan trọng của khoa sản và bệnh viện. Mức độ hài lòng của người mẹ sinh con còn liên quan đến số lượng người mẹ đến khám và công suất sử dụng giường bệnh trong tương lai.
Phương pháp tính	Tử số/Mẫu số x 100%
Tử số	{[(Tổng số câu hỏi có trả lời mức 4 + Tổng số câu hỏi trả lời mức 5 của người thứ 1) / (Tổng số câu hỏi)] + [(Tổng số câu hỏi có trả lời mức 4 + Tổng số câu hỏi trả lời mức 5 của người thứ 2) / (Tổng số câu hỏi)] + [(Tổng số câu hỏi có trả lời mức 4 + Tổng số câu hỏi trả lời mức 5 của người thứ n) / (Tổng số câu hỏi)]} x 100
Mẫu số	Tổng số người được khảo sát
Tiêu chuẩn lựa chọn	Người mẹ sinh con đang nằm điều trị nội trú chuẩn bị ra viện.
Tiêu chuẩn loại trừ	Người mẹ sinh con dưới 18 tuổi.
Nguồn thu thập dữ liệu	Từ báo cáo khảo sát hài lòng người mẹ sinh con
Cỡ mẫu	≥ 45 phiếu/quý.
Cách thức thu thập	Khoa Sản tổ chức khảo sát. Phòng Quản lý chất lượng phân tích số liệu và báo cáo.
Giá trị của số liệu	Độ chính xác và tin cậy cao.
Tần suất báo cáo	Hàng quý

Tên chỉ số	Tỉ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật
Mã chỉ số	**CSCL-23**
Mục tiêu	≥ 95%
Định nghĩa	Tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật: Là tỷ lệ phần trăm giữa số lượt quy trình kỹ thuật được đánh giá "đạt" thông qua giám sát bằng bảng kiểm và tổng số quy trình kỹ thuật được giám sát
Phạm vi áp dụng	Các khoa, cơ sở trực thuộc có thực hiện kỹ thuật theo Thông tư số 43/2013/TT-BYT ngày 11 tháng 12 năm 2013 của Bộ Y tế về quy định chi tiết phân tuyến chuyên môn kỹ thuật đối với hệ thống cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và Thông tư số 21/2017/TT-BYT ngày 10 tháng 05 năm 2017 của Bộ Y tế sửa đổi, bổ sung danh mục kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh ban hành kèm theo thông tư số 43/TT-BYT ngày 11 tháng 12 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định chi tiết phân tuyến chuyên môn kỹ thuật đối với hệ thống cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
Khía cạnh chất lượng	An toàn
Thành tố chất lượng	Quá trình
Lý do lựa chọn	- Đảm bảo việc tuân thủ các bước thực hiện kỹ thuật theo quy trình kỹ thuật đã được Bộ Y tế và bệnh viện ban hành, các văn bản hướng dẫn chuyên môn đã ban hành. - Đảm bảo yếu tố an toàn người bệnh. - Tăng cường việc chất lượng kỹ thuật thông qua các khía cạnh về thẩm mỹ, về tính thành thạo trong thực hiện kỹ thuật.
Phương pháp tính	Tử số/Mẫu số x 100%
Tử số	Số trường hợp giám sát có kết quả được đánh giá "đạt" trong bảng kiểm giám sát tuân thủ quy trình kỹ thuật
Mẫu số	Tổng số trường hợp giám sát tuân thủ quy trình kỹ thuật bằng bảng kiểm
Tiêu chuẩn lựa chọn	Lựa chọn trường hợp giám sát bảng kiểm thỏa mãn đồng thời 3 tiêu chuẩn sau: (1) Tên kỹ thuật cần giám sát có trong Kế hoạch hoạt động hàng năm của bệnh viện. (2) Bảng kiểm giám sát không bị bỏ trống phần đánh giá "đạt" hoặc "không đạt". (3) Bảng kiểm có đủ chữ ký của người giám sát và người được giám sát tuân thủ quy trình kỹ thuật.
Tiêu chuẩn loại trừ	Các trường hợp giám sát có bảng kiểm không thỏa mãn một trong 3 điều kiện tại tiêu chuẩn lựa chọn.
Nguồn thu thập dữ liệu	Từ hoạt động giám sát tuân thủ quy trình kỹ thuật của các khoa
Cỡ mẫu	Mỗi khoa tối thiểu 10 trường hợp giám sát/tháng
Cách thức thu thập	Khoa, cơ sở trực thuộc thực hiện giám sát, báo cáo kết quả.

	Phòng Kế hoạch tổng hợp tổng hợp báo cáo.
Giá trị của số liệu	Độ chính xác cao.
Tần suất báo cáo	6 tháng

Tên chỉ số	Tỉ lệ sự cố suýt xảy ra (Near Miss)
Mã chỉ số	**CSCL-24**
Mục tiêu	≥ 40%
Định nghĩa	Là tỷ lệ phần trăm số sự cố "suýt xảy ra" được báo cáo trên tổng số sự cố y khoa được báo cáo. Sự cố suýt xảy ra (Near Miss): Là sự cố đã xảy ra nhưng chưa tác động/gây hại đến người bệnh (do may mắn hoặc được can thiệp kịp thời).
Phạm vi áp dụng	Toàn bộ các khoa/phòng tại bệnh viện.
Khía cạnh chất lượng	An toàn người bệnh
Thành tố chất lượng	Quá trình
Lý do lựa chọn	Đo lường mức độ trưởng thành của "Văn hóa An toàn". Tỷ lệ này càng cao, chứng tỏ nhân viên càng chủ động nhận diện rủi ro và báo cáo mà không sợ bị trừng phạt. Giúp bệnh viện xác định các nguy cơ tiềm ẩn và thực hiện hành động phòng ngừa trước khi sự cố thực sự gây hại cho người bệnh. Là chỉ số hàng đầu để đánh giá sự thành công của hệ thống báo cáo sự cố.
Phương pháp tính	Tử số / Mẫu số x 100%
Tử số	Tổng số báo cáo sự cố được phân loại là "Suýt xảy ra" (Near Miss) trong kỳ báo cáo.
Mẫu số	Tổng số báo cáo sự cố tự nguyện (bao gồm tất cả các mức độ) trong kỳ báo cáo.
Tiêu chuẩn lựa chọn	Tất cả các báo cáo sự cố tự nguyện được ghi nhận trong hệ thống báo cáo của bệnh viện.
Tiêu chuẩn loại trừ	Không có.
Nguồn thu thập dữ liệu	Từ phần mềm quản lý báo cáo sự cố y khoa của bệnh viện.
Cỡ mẫu	Toàn bộ báo cáo sự cố tự nguyện tại bệnh viện.
Cách thức thu thập	Phòng Quản lý chất lượng (QLCL) trích xuất dữ liệu từ phần mềm báo cáo sự cố và tổng hợp số liệu.
Giá trị của số liệu	Độ chính xác và tin cậy phản ánh trực tiếp văn hóa an toàn. Cần nhấn mạnh việc bảo mật thông tin người báo cáo và không trừng phạt để đảm bảo dữ liệu được báo cáo trung thực.
Tần suất báo cáo	Hàng tháng / Hàng quý

Tên chỉ số	Tỉ lệ sự cố tái diễn
Mã chỉ số	**CSCL-25**
Mục tiêu	≤ 5%
Định nghĩa	Là tỷ lệ phần trăm số sự cố được xác định là tái diễn (lặp lại một sự cố tương tự đã xảy ra và có cùng nguyên nhân gốc rễ đã được phân tích) so với tổng số sự cố báo cáo trong kỳ.
Phạm vi áp dụng	Toàn bộ các khoa/phòng tại bệnh viện.
Khía cạnh chất lượng	An toàn người bệnh / Hiệu quả.
Thành tố chất lượng	Quá trình / Đầu ra.
Lý do lựa chọn	Đây là chỉ số "đích" đo lường hiệu quả thực sự của hệ thống báo cáo và cải tiến chất lượng (việc học hỏi từ sai sót). Tỷ lệ này cao cho thấy việc Phân tích Nguyên nhân gốc rễ (RCA) và thực hiện Hành động Khắc phục/Phòng ngừa (CAPA) chưa hiệu quả. Mục tiêu là "học hỏi từ sai sót" và "phòng ngừa tái diễn" triệt để.
Phương pháp tính	Tử số / Mẫu số x 100%
Tử số	Tổng số báo cáo sự cố trong kỳ được xác định là "tái diễn" (cùng nguyên nhân gốc rễ với sự cố trước đó).
Mẫu số	Tổng số báo cáo sự cố tự nguyện trong kỳ báo cáo.
Tiêu chuẩn lựa chọn	Tất cả các báo cáo sự cố tự nguyện đã được phòng QLCL phân loại, phân tích.
Tiêu chuẩn loại trừ	Các sự cố mới, xảy ra lần đầu, chưa có phân tích RCA trước đó.
Nguồn thu thập dữ liệu	Từ phần mềm quản lý/báo cáo sự cố y khoa (Cơ sở dữ liệu sự cố và các báo cáo RCA đã thực hiện).
Cỡ mẫu	Toàn bộ báo cáo sự cố tự nguyện tại bệnh viện.
Cách thức thu thập	Phòng Quản lý chất lượng (QLCL) rà soát, phân tích và thống kê các báo cáo trong kỳ, đối chiếu với cơ sở dữ liệu sự cố cũ và các báo cáo RCA.
Giá trị của số liệu	Rất cao, nhưng đòi hỏi năng lực phân tích nguyên nhân gốc rễ (RCA) tốt và một hệ thống cơ sở dữ liệu sự cố đủ mạnh để tra cứu và nhận diện sự lặp lại.
Tần suất báo cáo	Hàng quý / Hàng 6 tháng

Tên chỉ số	Tỷ lệ thanh toán không dùng tiền mặt
Mã chỉ số	**CSCL - 26**
Mục tiêu	≥ 12%
Định nghĩa	Là tỷ lệ phần trăm số lượt thanh toán không dùng tiền mặt trên tổng số lượt thanh toán khám bệnh, chữa bệnh của Bệnh viện
Phạm vi áp dụng	Hoạt động khám bệnh, chữa bệnh tại Bệnh viện Đa khoa Thủ Đức
Khía cạnh chất lượng	Hiệu suất
Thành tố chất lượng	Đầu ra
Lý do lựa chọn	Việc đẩy mạnh hoạt động thanh toán không dùng tiền mặt là chủ trương chung của các cấp, sở ban ngành. Việc áp dụng hiệu quả thanh toán không dùng tiền mặt sẽ giúp tiết kiệm chi phí, tạo thuận tiện và giảm rủi ro cho người bệnh và Bệnh viện
Phương pháp tính	Tử số/Mẫu số x 100%
Tử số	Số lượt thanh toán không dùng tiền mặt trong hoạt động khám bệnh, chữa bệnh tại Bệnh viện Đa khoa Thủ Đức
Mẫu số	Tổng số lượt thanh toán trong hoạt động khám bệnh, chữa bệnh tại Bệnh viện Đa khoa Thủ Đức
Tiêu chuẩn lựa chọn	Tất cả lượt thanh toán do người bệnh thanh toán cho Bệnh viện
Tiêu chuẩn loại trừ	Không áp dụng cho các lượt thanh toán không dùng tiền mặt cho các mục đích khác ngoài hoạt động khám bệnh, chữa bệnh trực tiếp tại Bệnh viện như: Tài trợ, viện trợ, BHYT chuyển tiền cho Bệnh viện, …
Nguồn thu thập dữ liệu	Từ phần mềm MQHIS
Cỡ mẫu	Toàn bộ lượt thanh toán khám bệnh, chữa bệnh tại Bệnh viện Đa khoa Thủ Đức
Cách thức thu thập	Phòng Tài chính – Kế toán trích xuất dữ liệu từ phần mềm thống kê và tổng hợp số liệu
Giá trị của số liệu	Độ chính xác và tin cậy rất cao
Tần suất báo cáo	Hàng tháng

Tên chỉ số	Tỷ lệ xuất hóa đơn lỗi
Mã chỉ số	**CSCL - 27**
Mục tiêu	≤ 0.7%
Định nghĩa	Là tỷ lệ phần trăm số hóa đơn lỗi đã xuất trên tổng số hóa đơn đã xuất sử dụng của Bệnh viện
Phạm vi áp dụng	Với tất cả hóa đơn do Bệnh viện Đa khoa Thủ Đức xuất sử dụng
Khía cạnh chất lượng	Hiệu suất
Thành tố chất lượng	Đầu ra
Lý do lựa chọn	Từ góc độ quản lý tài chính, mỗi hóa đơn lỗi được xuất là một rủi ro về mặt tài chính cho Bệnh viện, lại vừa tốn kém chi phí, thời gian để xử lý. Việc giảm tỷ lệ hóa đơn xuất lỗi phản ánh được việc Bệnh viện đang thực hiện việc quản trị hoạt động Bệnh viện một cách hiệu quả và ít sai sót phát sinh, từ đó góp phần giúp giảm các chi phí của Bệnh viện
Phương pháp tính	Tử số/Mẫu số x 100%
Tử số	Số hóa đơn bị lỗi phải xóa bỏ, điều chỉnh
Mẫu số	Tổng số hóa đơn Bệnh viện đã xuất sử dụng
Tiêu chuẩn lựa chọn	Hóa đơn do Bệnh viện đã xuất sử dụng
Tiêu chuẩn loại trừ	Không áp dụng với hóa đơn không do Bệnh viện xuất
Nguồn thu thập dữ liệu	Từ phần mềm quản lý hóa đơn
Cỡ mẫu	Toàn bộ hóa đơn do Bệnh viện Đa khoa Thủ Đức xuất sử dụng
Cách thức thu thập	Phòng Tài chính – Kế toán trích xuất dữ liệu từ phần mềm thống kê và tổng hợp số liệu
Giá trị của số liệu	Độ chính xác và tin cậy rất cao
Tần suất báo cáo	Hàng năm