

Sở Y Tế Tỉnh Sóc Trăng

BÁO CÁO TỰ KIỂM TRA, ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN 6 THÁNG NĂM 2022

(ÁP DỤNG CHO CÁC BỆNH VIỆN TỰ KIỂM TRA, ĐÁNH GIÁ)

Bệnh viện: BỆNH VIỆN CHUYÊN KHOA 27-2 TỈNH SÓC TRĂNG

Địa chỉ chi tiết: Số 504 - Đường Lê Hồng Phong, phường 3, thành phố Sóc Trăng, Sóc Trăng

Số giấy phép hoạt động: 0419/ST-GPHĐ Ngày cấp: 10/01/2019

Tuyến trực thuộc: 2.Tỉnh/Thành phố

Cơ quan chủ quản: SỞ Y TẾ TỈNH SÓC TRĂNG

Hạng bệnh viện: Hạng II

Loại bệnh viện: Chuyên khoa khác

TÓM TẮT KẾT QUẢ TỰ KIỂM TRA CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN

1. TỔNG SỐ CÁC TIÊU CHÍ ĐƯỢC ÁP DỤNG ĐÁNH GIÁ: 78/83 TIÊU CHÍ
2. TỶ LỆ TIÊU CHÍ ÁP DỤNG SO VỚI 83 TIÊU CHÍ: 94%
3. TỔNG SỐ ĐIỂM CỦA CÁC TIÊU CHÍ ÁP DỤNG: 263 (Có hệ số: 288)
4. ĐIỂM TRUNG BÌNH CHUNG CỦA CÁC TIÊU CHÍ: 3.39

(Tiêu chí C3 và C5 có hệ số 2)

KẾT QUẢ CHUNG CHIA THEO MỨC

| | Mức 1 | Mức 2 | Mức 3 | Mức 4 | Mức 5 | Tổng số tiêu chí |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|------------------|
|--|-------|-------|-------|-------|-------|------------------|

| | | | | | | |
|---------------------------|---|---|----|----|---|----|
| 5. SỐ LƯỢNG TIÊU CHÍ ĐẠT: | 1 | 8 | 34 | 31 | 4 | 78 |
|---------------------------|---|---|----|----|---|----|

| | | | | | | |
|--------------------|------|-------|-------|-------|------|----|
| 6. % TIÊU CHÍ ĐẠT: | 1.28 | 10.26 | 43.59 | 39.74 | 5.13 | 78 |
|--------------------|------|-------|-------|-------|------|----|

Ngày.....tháng.....năm.....

NGƯỜI ĐIỀN THÔNG TIN
(ký tên)

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN
(ký tên và đóng dấu)

**BÁO CÁO TỰ KIỂM TRA, ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG
BỆNH VIỆN 6 THÁNG NĂM 2022**

I. KẾT QUẢ TỰ KIỂM TRA, ĐÁNH GIÁ CÁC TIÊU CHÍ CHẤT LƯỢNG

| Mã số | Chỉ tiêu | Bệnh viện tự đánh giá 6 THÁNG NĂM 2022 | Đoàn KT đánh giá 6 THÁNG NĂM 2022 | Chi tiết |
|-------|--|--|-----------------------------------|----------|
| A | PHẦN A. HƯỚNG ĐẾN NGƯỜI BỆNH (19) | | | |
| A1 | A1. Chỉ dẫn, đón tiếp, hướng dẫn, cấp cứu người bệnh (6) | | | |
| A1.1 | Người bệnh được chỉ dẫn rõ ràng, đón tiếp và hướng dẫn cụ thể | 5 | 0 | |
| A1.2 | Người bệnh được chờ đợi trong phòng đầy đủ tiện nghi và được vận chuyển phù hợp với tình trạng bệnh tật | 4 | 0 | |
| A1.3 | Bệnh viện tiến hành cải tiến quy trình khám bệnh, đáp ứng sự hài lòng người bệnh | 4 | 0 | |
| A1.4 | Bệnh viện bảo đảm các điều kiện cấp cứu người bệnh kịp thời | 3 | 0 | |
| A1.5 | Người bệnh được làm các thủ tục, khám bệnh, thanh toán... theo đúng thứ tự bảo đảm tính công bằng và mức ưu tiên | 4 | 0 | |
| A1.6 | Người bệnh được hướng dẫn và bố trí làm xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng theo trình tự thuận tiện | 3 | 0 | |
| A2 | A2. Điều kiện cơ sở vật chất phục vụ người bệnh (5) | | | |
| A2.1 | Người bệnh điều trị nội trú được nằm một người một giường | 4 | 0 | |
| A2.2 | Người bệnh được sử dụng buồng vệ sinh sạch sẽ và đầy đủ các phương tiện | 4 | 0 | |
| A2.3 | Người bệnh được cung cấp vật dụng cá nhân đầy đủ, sạch sẽ, chất lượng tốt | 5 | 0 | |
| A2.4 | Người bệnh được hưởng các tiện nghi bảo đảm sức khỏe, nâng cao thể trạng và tâm lý | 3 | 0 | |
| A2.5 | Người khuyết tật được tiếp cận với các khoa/phòng, phương tiện và dịch vụ khám, chữa bệnh trong bệnh viện | 3 | 0 | |
| A3 | A3. Môi trường chăm sóc người bệnh (2) | | | |

| Mã số | Chỉ tiêu | Bệnh viện tự đánh giá 6 THÁNG NĂM 2022 | Đoàn KT đánh giá 6 THÁNG NĂM 2022 | Chi tiết |
|--------------|--|---|--|-----------------|
| A3.1 | Người bệnh được điều trị trong môi trường, cảnh quan xanh, sạch, đẹp | 4 | 0 | |
| A3.2 | Người bệnh được khám và điều trị trong khoa/phòng gọn gàng, ngăn nắp | 4 | 0 | |
| A4 | A4. Quyền và lợi ích của người bệnh (6) | | | |
| A4.1 | Người bệnh được cung cấp thông tin và tham gia vào quá trình điều trị | 4 | 0 | |
| A4.2 | Người bệnh được tôn trọng quyền riêng tư cá nhân | 4 | 0 | |
| A4.3 | Người bệnh được nộp viện phí thuận tiện, công khai, minh bạch, chính xác | 4 | 0 | |
| A4.4 | Người bệnh được hưởng lợi từ chủ trương xã hội hóa y tế | 0 | 0 | |
| A4.5 | Người bệnh có ý kiến phàn nàn, thắc mắc hoặc khen ngợi được bệnh viện tiếp nhận, phản hồi, giải quyết kịp thời | 3 | 0 | |
| A4.6 | Bệnh viện thực hiện khảo sát, đánh giá sự hài lòng người bệnh và tiến hành các biện pháp can thiệp | 4 | 0 | |
| B | PHẦN B. PHÁT TRIỂN NGUỒN NHÂN LỰC BỆNH VIỆN (14) | | | |
| B1 | B1. Số lượng và cơ cấu nhân lực bệnh viện (3) | | | |
| B1.1 | Xây dựng kế hoạch phát triển nhân lực bệnh viện | 3 | 0 | |
| B1.2 | Bảo đảm và duy trì ổn định số lượng nhân lực bệnh viện | 4 | 0 | |
| B1.3 | Bảo đảm cơ cấu chức danh nghề nghiệp của nhân lực bệnh viện | 3 | 0 | |
| B2 | B2. Chất lượng nguồn nhân lực (3) | | | |
| B2.1 | Nhân viên y tế được đào tạo và phát triển kỹ năng nghề nghiệp | 2 | 0 | |
| B2.2 | Nhân viên y tế được nâng cao kỹ năng ứng xử, giao tiếp, y đức | 3 | 0 | |
| B2.3 | Bệnh viện duy trì và phát triển bền vững chất lượng nguồn nhân lực | 4 | 0 | |
| B3 | B3. Chế độ đãi ngộ và điều kiện, môi trường làm việc (4) | | | |

| Mã số | Chỉ tiêu | Bệnh viện tự đánh giá 6 THÁNG NĂM 2022 | Đoàn KT đánh giá 6 THÁNG NĂM 2022 | Chi tiết |
|--------------|---|---|--|-----------------|
| B3.1 | Bảo đảm chính sách tiền lương, chế độ đãi ngộ của nhân viên y tế | 3 | 0 | |
| B3.2 | Bảo đảm điều kiện làm việc, vệ sinh lao động và nâng cao trình độ chuyên môn cho nhân viên y tế | 3 | 0 | |
| B3.3 | Sức khỏe, đời sống tinh thần của nhân viên y tế được quan tâm và cải thiện | 3 | 0 | |
| B3.4 | Tạo dựng môi trường làm việc tích cực cho nhân viên y tế | 4 | 0 | |
| B4 | B4. Lãnh đạo bệnh viện (4) | | | |
| B4.1 | Xây dựng kế hoạch, quy hoạch, chiến lược phát triển bệnh viện và công bố công khai | 3 | 0 | |
| B4.2 | Triển khai văn bản của các cấp quản lý | 5 | 0 | |
| B4.3 | Bảo đảm chất lượng nguồn nhân lực quản lý bệnh viện | 3 | 0 | |
| B4.4 | Bồi dưỡng, phát triển đội ngũ lãnh đạo và quản lý kế cận | 5 | 0 | |
| C | PHẦN C. HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN (35) | | | |
| C1 | C1. An ninh, trật tự và an toàn cháy nổ (2) | | | |
| C1.1 | Bảo đảm an ninh, trật tự bệnh viện | 4 | 0 | |
| C1.2 | Bảo đảm an toàn điện và phòng chống cháy nổ | 1 | 0 | |
| C2 | C2. Quản lý hồ sơ bệnh án (2) | | | |
| C2.1 | Hồ sơ bệnh án được lập đầy đủ, chính xác, khoa học | 3 | 0 | |
| C2.2 | Hồ sơ bệnh án được quản lý chặt chẽ, đầy đủ, khoa học | 3 | 0 | |
| C3 | C3. Ứng dụng công nghệ thông tin (2) (điểm x2) | | | |
| C3.1 | Quản lý tốt cơ sở dữ liệu và thông tin y tế | 4 | 0 | |
| C3.2 | Thực hiện các giải pháp ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý và hoạt động chuyên môn | 3 | 0 | |

| Mã số | Chỉ tiêu | Bệnh viện tự đánh giá 6 THÁNG NĂM 2022 | Đoàn KT đánh giá 6 THÁNG NĂM 2022 | Chi tiết |
|--------------|--|---|--|-----------------|
| C4 | C4. Phòng ngừa và kiểm soát nhiễm khuẩn (6) | | | |
| C4.1 | Thiết lập và hoàn thiện hệ thống kiểm soát nhiễm khuẩn | 3 | 0 | |
| C4.2 | Xây dựng và hướng dẫn nhân viên y tế thực hiện các quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện | 4 | 0 | |
| C4.3 | Triển khai chương trình và giám sát tuân thủ rửa tay | 4 | 0 | |
| C4.4 | Đánh giá, giám sát và triển khai kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện | 3 | 0 | |
| C4.5 | Chất thải rắn bệnh viện được quản lý chặt chẽ, xử lý an toàn và tuân thủ theo đúng quy định | 3 | 0 | |
| C4.6 | Chất thải lỏng bệnh viện được quản lý chặt chẽ, xử lý an toàn và tuân thủ theo đúng quy định | 2 | 0 | |
| C5 | C5. Năng lực thực hiện kỹ thuật chuyên môn (5) (điểm x2) | | | |
| C5.1 | Thực hiện danh mục kỹ thuật theo phân tuyến kỹ thuật | 4 | 0 | |
| C5.2 | Nghiên cứu và triển khai áp dụng các kỹ thuật mới, phương pháp mới | 3 | 0 | |
| C5.3 | Áp dụng các hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh và triển khai các biện pháp giám sát chất lượng | 4 | 0 | |
| C5.4 | Xây dựng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị | 4 | 0 | |
| C5.5 | Áp dụng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đã ban hành và giám sát việc thực hiện | 3 | 0 | |
| C6 | C6. Hoạt động điều dưỡng và chăm sóc người bệnh (3) | | | |
| C6.1 | Hệ thống điều dưỡng trưởng được thiết lập và hoạt động hiệu quả | 3 | 0 | |
| C6.2 | Người bệnh được điều dưỡng hướng dẫn, tư vấn điều trị và chăm sóc, giáo dục sức khỏe phù hợp với bệnh đang được điều trị | 4 | 0 | |

| Mã số | Chỉ tiêu | Bệnh viện tự đánh giá 6 THÁNG NĂM 2022 | Đoàn KT đánh giá 6 THÁNG NĂM 2022 | Chi tiết |
|--------------|---|---|--|-----------------|
| C6.3 | Người bệnh được chăm sóc vệ sinh cá nhân trong quá trình điều trị tại bệnh viện | 4 | 0 | |
| C7 | C7. Năng lực thực hiện chăm sóc dinh dưỡng và tiết chế (5) | | | |
| C7.1 | Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức để thực hiện công tác dinh dưỡng và tiết chế trong bệnh viện | 2 | 0 | |
| C7.2 | Bệnh viện bảo đảm cơ sở vật chất để thực hiện công tác dinh dưỡng và tiết chế trong bệnh viện | 2 | 0 | |
| C7.3 | Người bệnh được đánh giá, theo dõi tình trạng dinh dưỡng trong thời gian nằm viện | 3 | 0 | |
| C7.4 | Người bệnh được hướng dẫn, tư vấn chế độ ăn phù hợp với bệnh lý | 4 | 0 | |
| C7.5 | Người bệnh được cung cấp chế độ dinh dưỡng phù hợp với bệnh lý trong thời gian nằm viện | 2 | 0 | |
| C8 | C8. Chất lượng xét nghiệm (2) | | | |
| C8.1 | Bảo đảm năng lực thực hiện các xét nghiệm huyết học, hóa sinh, vi sinh và giải phẫu bệnh | 2 | 0 | |
| C8.2 | Bảo đảm chất lượng các xét nghiệm | 2 | 0 | |
| C9 | C9. Quản lý cung ứng và sử dụng thuốc (6) | | | |
| C9.1 | Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức hoạt động dược | 4 | 0 | |
| C9.2 | Bảo đảm cơ sở vật chất khoa Dược | 3 | 0 | |
| C9.3 | Cung ứng thuốc và vật tư y tế tiêu hao đầy đủ, kịp thời, bảo đảm chất lượng | 3 | 0 | |
| C9.4 | Sử dụng thuốc an toàn, hợp lý | 3 | 0 | |
| C9.5 | Thông tin thuốc, theo dõi báo cáo phản ứng có hại của thuốc (ADR) kịp thời, đầy đủ và có chất lượng | 3 | 0 | |
| C9.6 | Hội đồng thuốc và điều trị được thiết lập và hoạt động hiệu quả | 3 | 0 | |
| C10 | C10. Nghiên cứu khoa học (2) | | | |

| Mã số | Chỉ tiêu | Bệnh viện tự đánh giá 6 THÁNG NĂM 2022 | Đoàn KT đánh giá 6 THÁNG NĂM 2022 | Chi tiết |
|--------------|---|---|--|-----------------|
| C10.1 | Tích cực triển khai hoạt động nghiên cứu khoa học | 3 | 0 | |
| C10.2 | Áp dụng kết quả nghiên cứu khoa học trong hoạt động bệnh viện và các giải pháp nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh | 3 | 0 | |
| D | PHẦN D. HOẠT ĐỘNG CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG (11) | | | |
| D1 | D1. Thiết lập hệ thống và cải tiến chất lượng (3) | | | |
| D1.1 | Thiết lập hệ thống quản lý chất lượng bệnh viện | 4 | 0 | |
| D1.2 | Xây dựng và triển khai kế hoạch, đề án cải tiến chất lượng bệnh viện | 4 | 0 | |
| D1.3 | Xây dựng văn hóa chất lượng | 4 | 0 | |
| D2 | D2. Phòng ngừa các sự cố khắc phục (5) | | | |
| D2.1 | Phòng ngừa nguy cơ, diễn biến bất thường xảy ra với người bệnh | 2 | 0 | |
| D2.2 | Xây dựng hệ thống báo cáo, phân tích sự cố y khoa và tiến hành các giải pháp khắc phục | 3 | 0 | |
| D2.3 | Thực hiện các biện pháp phòng ngừa để giảm thiểu các sự cố y khoa | 3 | 0 | |
| D2.4 | Bảo đảm xác định chính xác người bệnh khi cung cấp dịch vụ | 3 | 0 | |
| D2.5 | Phòng ngừa nguy cơ người bệnh bị trượt ngã | 3 | 0 | |
| D3 | D3. Đánh giá, đo lường, hợp tác và cải tiến chất lượng (3) | | | |
| D3.1 | Đánh giá chính xác thực trạng và công bố công khai chất lượng bệnh viện | 4 | 0 | |
| D3.2 | Đo lường và giám sát cải tiến chất lượng bệnh viện | 4 | 0 | |
| D3.3 | Hợp tác với cơ quan quản lý trong việc xây dựng công cụ, triển khai, báo cáo hoạt động quản lý chất lượng bệnh viện | 4 | 0 | |
| E | PHẦN E. TIÊU CHÍ ĐẶC THÙ CHUYÊN KHOA | | | |

| Mã số | Chỉ tiêu | Bệnh viện tự đánh giá 6 THÁNG NĂM 2022 | Đoàn KT đánh giá 6 THÁNG NĂM 2022 | Chi tiết |
|-------|--|--|-----------------------------------|----------|
| E1 | E1. Tiêu chí sản khoa, nhi khoa (áp dụng cho bệnh viện đa khoa có khoa Sản, Nhi và bệnh viện chuyên khoa Sản, Nhi) (4) | | | |
| E1.1 | Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức chăm sóc sản khoa và sơ sinh | 0 | 0 | |
| E1.2 | Bệnh viện thực hiện tốt hoạt động truyền thông sức khỏe sinh sản trước sinh, trong khi sinh và sau sinh | 0 | 0 | |
| E1.3 | Bệnh viện tuyên truyền, tập huấn và thực hành tốt nuôi con bằng sữa mẹ theo hướng dẫn của Bộ Y tế và UNICEF | 0 | 0 | |
| E2.1 | Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức chăm sóc nhi khoa | 0 | 0 | |

II. BẢNG TỔNG HỢP KẾT QUẢ CHUNG

| KẾT QUẢ CHUNG CHIA THEO MỨC | Mức 1 | Mức 2 | Mức 3 | Mức 4 | Mức 5 | Điểm TB | Số TC áp dụng |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|---------|---------------|
| PHẦN A. HƯỚNG ĐẾN NGƯỜI BỆNH (19) | 0 | 0 | 5 | 11 | 2 | 3.83 | 18 |
| A1. Chỉ dẫn, đón tiếp, hướng dẫn, cấp cứu người bệnh (6) | 0 | 0 | 2 | 3 | 1 | 3.83 | 6 |
| A2. Điều kiện cơ sở vật chất phục vụ người bệnh (5) | 0 | 0 | 2 | 2 | 1 | 3.80 | 5 |
| A3. Môi trường chăm sóc người bệnh (2) | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 4.00 | 2 |
| A4. Quyền và lợi ích của người bệnh (6) | 0 | 0 | 1 | 4 | 0 | 3.80 | 5 |
| PHẦN B. PHÁT TRIỂN NGUỒN NHÂN LỰC BỆNH VIỆN (14) | 0 | 1 | 8 | 3 | 2 | 3.43 | 14 |
| B1. Số lượng và cơ cấu nhân lực bệnh viện (3) | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 3.33 | 3 |
| B2. Chất lượng nguồn nhân lực (3) | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 3.00 | 3 |
| B3. Chế độ đãi ngộ và điều kiện, môi trường làm việc (4) | 0 | 0 | 3 | 1 | 0 | 3.25 | 4 |
| B4. Lãnh đạo bệnh viện (4) | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 4.00 | 4 |
| PHẦN C. HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN (35) | 1 | 6 | 17 | 11 | 0 | 3.09 | 35 |
| C1. An ninh, trật tự và an toàn cháy nổ (2) | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2.50 | 2 |
| C2. Quản lý hồ sơ bệnh án (2) | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 3.00 | 2 |

| | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|------|----|
| C3. Ứng dụng công nghệ thông tin (2) (điểm x2) | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 3.50 | 2 |
| C4. Phòng ngừa và kiểm soát nhiễm khuẩn (6) | 0 | 1 | 3 | 2 | 0 | 3.17 | 6 |
| C5. Năng lực thực hiện kỹ thuật chuyên môn (5) (điểm x2) | 0 | 0 | 2 | 3 | 0 | 3.60 | 5 |
| C6. Hoạt động điều dưỡng và chăm sóc người bệnh (3) | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 3.67 | 3 |
| C7. Năng lực thực hiện chăm sóc dinh dưỡng và tiết chế (5) | 0 | 3 | 1 | 1 | 0 | 2.60 | 5 |
| C8. Chất lượng xét nghiệm (2) | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2.00 | 2 |
| C9. Quản lý cung ứng và sử dụng thuốc (6) | 0 | 0 | 5 | 1 | 0 | 3.17 | 6 |
| C10. Nghiên cứu khoa học (2) | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 3.00 | 2 |
| PHẦN D. HOẠT ĐỘNG CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG (11) | 0 | 1 | 4 | 6 | 0 | 3.45 | 11 |
| D1. Thiết lập hệ thống và cải tiến chất lượng (3) | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 4.00 | 3 |
| D2. Phòng ngừa các sự cố khắc phục (5) | 0 | 1 | 4 | 0 | 0 | 2.80 | 5 |
| D3. Đánh giá, đo lường, hợp tác và cải tiến chất lượng (3) | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 4.00 | 3 |
| PHẦN E. TIÊU CHÍ ĐẶC THÙ CHUYÊN KHOA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| E1. Tiêu chí sản khoa, nhi khoa (áp dụng cho bệnh viện đa khoa có khoa Sản, Nhi và bệnh viện chuyên khoa Sản, Nhi) (4) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |

III. TÓM TẮT CÔNG VIỆC TỰ KIỂM TRA BỆNH VIỆN

1. Tổ chức đoàn: Theo quyết định số 03/QĐ-BVCK27/2, ngày 20/01/2022 của Giám đốc bệnh viện về việc thành lập đoàn tự kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện năm 2021. Kế hoạch số 265 /KH-BVCK27/2, ngày 05/8/2022 của Giám đốc Bệnh viện về tự kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện 6 tháng đầu năm 2022. 2. Tiến độ thời gian: - Lập kế hoạch tự kiểm tra, phân công nhiệm vụ theo tiêu chí chất lượng bệnh viện. - Tổ chức họp tập huấn kiểm tra, thư ký phổ biến, hướng dẫn tài liệu cho các thành viên trong đoàn kiểm tra, đánh giá và thống nhất nội dung, phương pháp và qui trình đánh giá. - Đoàn kiểm tra tiến hành kiểm tra đánh giá từng tiêu chí theo từng mức độ theo phiếu đánh giá phụ lục 3. - Thư ký tổng hợp và nhập các nội dung kết quả kiểm tra, đánh giá của đoàn. - Họp đoàn kiểm tra để thống nhất từng tiêu chí đánh giá - Thư ký tổng hợp và hoàn thiện toàn bộ kết quả kiểm tra, đánh giá - Nhập kết quả vào hệ thống phần mềm trực tuyến theo địa chỉ: nova qlbv.vn/ktbv - Viết báo cáo tóm tắt kết quả tự kiểm tra 3. Tổng số lượng tiêu chí áp dụng: 78/83 tiêu chí; - Tỷ lệ tiêu chí áp dụng so với 83 tiêu chí 94 phần trăm ; **TỔNG SỐ CÁC TIÊU CHÍ ĐƯỢC ÁP DỤNG ĐÁNH GIÁ: 78/83 TIÊU CHÍ TỶ LỆ TIÊU CHÍ ÁP DỤNG SO VỚI 83 TIÊU CHÍ: 94 phần trăm TỔNG SỐ ĐIỂM CỦA CÁC TIÊU CHÍ ÁP DỤNG: 263 (Có hệ số: 288) ĐIỂM TRUNG BÌNH CHUNG CỦA CÁC TIÊU**

CHỈ: 3.39 (Tiêu chí C3 và C5 có hệ số 2) KẾT QUẢ CHUNG CHIA THEO MỨC Mức 1 Mức 2 Mức 3 Mức 4 Mức 5 Tổng số tiêu chí SỐ LƯỢNG TIÊU CHÍ ĐẠT: 1 8 34 31 4 78 phần trăm TIÊU CHÍ ĐẠT: 1.28 10.26 43.59 39.74 5.13 78 4. Số lượng tiêu chí không áp dụng: 04 (E: Tiêu chí sản khoa, nhi khoa) và A4.4 - E1.1: Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức chăm sóc sản khoa và sơ sinh - E1.2: Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức chăm sóc nhi khoa - E1.3: Bệnh viện thực hiện tốt hoạt động tuyên truyền sức khỏe sinh sản trước sinh, trong khi sinh và sau sinh - E1.4: Bệnh viện tuyên truyền, tập huấn thực hành tốt nuôi con bằng sữa mẹ theo hướng dẫn của Bộ Y tế và UNICEF. Lý do: Bệnh viện chuyên khoa 27 tháng 2 không có đặc thù chuyên khoa sản, nhi khoa. - A4.4 Người bệnh được hưởng lợi từ chủ trương xã hội hoá y tế.

IV. BIỂU ĐỒ CÁC KHÍA CẠNH CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN

- a. Biểu đồ chung cho 5 phần (từ phần A đến phần E)[No canvas support]
- b. Biểu đồ riêng cho phần A (từ A1 đến A4)[No canvas support]
- c. Biểu đồ riêng cho phần B (từ B1 đến B4)[No canvas support]
- d. Biểu đồ riêng cho phần C (từ C1 đến C10)[No canvas support]
- e. Biểu đồ riêng cho phần D (từ D1 đến D3)[No canvas support]

V. TỰ ĐÁNH GIÁ VỀ CÁC ƯU ĐIỂM CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN

A. Hướng đến người bệnh:

Hệ thống biển báo, biển chỉ dẫn đầy đủ, có áp dụng thẻ từ giữ xe, bệnh viện có bảng chỉ dẫn rõ ràng cho người bệnh, hồ sơ BA được lập đúng quy định, có lưu trữ HSBA, có phân công trực đường dây nóng, có khảo sát hài lòng đúng quy định, bảo đảm trật tự trước sau tại các khu vực chờ, người bệnh được làm thủ tục, khám bệnh thanh toán đáp ứng hài lòng, có niêm yết lịch khám thời gian khám rõ ràng, không có bệnh nhân nằm ghép, nam nữ nằm riêng biệt, buồng vệ sinh sạch sẽ, không có mùi hôi, có đủ giấy, nước, 50 phần trăm khoa xây dựng phiếu tóm tắt thông tin điều trị, giường bệnh có đủ nệm, người bệnh được trang bị quần áo đúng quy định, hệ thống chiếu sáng hoạt động tốt, có trang bị nước uống cho bệnh nhân, người đi xe lăn có thể tiếp cận với khu khám, quầy đăng ký, có công viên cây xanh, ghế ngồi chờ cho người bệnh, bệnh viện có công bố giá viện phí rõ ràng, có bảng nội qui, quy định rõ ràng, có quy định quản lý hồ sơ chặt chẽ, thực hiện khảo sát hài lòng người bệnh đầy đủ theo quy định của BHYT.

B. Phát triển nguồn nhân lực:

Có xây dựng kế hoạch phát triển nguồn nhân lực tổng thể và hàng năm, có tổ chức đào tạo liên tục cho nhân viên y tế, tỉ lệ nhân viên được tập huấn nâng cao kỹ năng giao tiếp ứng xử > 70 phần trăm, có tiến hành khảo sát đánh giá thái độ ứng xử của nhân viên, có xây dựng quy chế nâng lương trước thời hạn, có tiến hành lập hồ sơ vệ sinh lao động, có bảng báo cáo khảo sát sự hài lòng của nhân viên y tế, có tiến hành khảo sát sự hài lòng của nhân viên, đảm bảo chế độ khen thưởng cho nhân viên, có xây dựng kế hoạch phát triển tổng thể của bệnh viện và triển khai thực hiện tốt, đảm bảo rà soát việc phổ biến triển khai thực hiện văn bản chỉ đạo, nhân viên y tế tham gia tốt các lớp đào tạo liên tục, vị trí giám đốc BV từ

nguồn nhân lực tại BV.

C. Hoạt động chuyên môn:

Có bảo vệ trực 24/24h, lực lượng bảo vệ có trình độ và được đào tạo nghiệp vụ bảo vệ, có phân công nhân viên kiểm tra hồ sơ bệnh án thường quy, có sổ lưu trữ để tra cứu hồ sơ bệnh án, có phần mềm quản lý, phần mềm thiết kế đủ phân hệ, hệ thống KSNK được thành lập và hoạt động đầy đủ, các quy trình KSNK được ban hành theo quy định, có thực hiện chương trình vệ sinh tay, có thực hiện phòng ngừa chuẩn tại các khoa phòng, triển khai được 3 kỹ thuật phân tuyến, có thống kê tỷ lệ chuyển tuyến thuộc nhóm 1, có đánh giá thực hiện bảng kiểm phẫu thuật, có bình đơn thuốc, bệnh án mỗi tháng 1 lần, xây dựng hướng dẫn chẩn đoán và điều trị cho toàn thể các khoa lâm sàng trong BV, có lập danh sách các bệnh thường gặp, có kiểm tra giám sát việc tuân thủ chẩn đoán và điều trị, có thành lập Phòng điều dưỡng, HD Điều dưỡng. Có xây dựng KH hoạt động, có tài liệu tư vấn GDSK, ĐD được tập huấn tư vấn GDSK > 70 phần trăm, có quy định về theo dõi, chăm sóc vệ sinh cá nhân và phục hồi chức năng cho người bệnh, có thành lập tổ dinh dưỡng, lãnh đạo khoa có chứng chỉ dinh dưỡng lâm sàng, tổ dinh dưỡng có phòng riêng, có hướng dẫn chế độ ăn theo quy định, có mẫu phiếu đánh giá, sàng lọc tình trạng dinh dưỡng, có góc truyền thông dinh dưỡng ở các khoa lâm sàng, Có tổ chức truyền thông, giáo dục về dinh dưỡng cho người bệnh, có quy định hội chuẩn dinh dưỡng, phòng xét nghiệm có nhân viên có trình độ đại học đúng chuyên ngành, bệnh viện có quy định thực hiện nội kiểm, ngoại kiểm, có nhân viên chuyên trách QLCL, có các bộ phận về chuyên môn được theo quy định, bình đơn thuốc 06 lần, bình bệnh án 06 lần, hoạt động DLS khá tốt, có áp dụng kết quả nghiên cứu vào cải tiến chất lượng.

D. Hoạt động cải tiến chất lượng:

Hệ thống quản lý chất lượng được xây dựng và hoạt động ổn định, thiết lập hệ thống báo cáo sự cố y khoa và thực hiện báo cáo, có xây dựng logo, slogan và trang web bệnh viện, thực hiện đánh giá CLBV mỗi 3 tháng theo quy định, có thiết lập các chỉ số chất lượng bệnh viện.

VI. TỰ ĐÁNH GIÁ VỀ CÁC NHƯỢC ĐIỂM, VẤN ĐỀ TỒN TẠI

A. Hướng đến người bệnh:

Khu vực chờ chưa đảm bảo kính gió, chưa xây dựng quy trình sàng lọc cách ly người bệnh truyền nhiễm, thiếu trang thiết bị cấp cứu, chưa đánh giá hoạt động cấp cứu, chưa có phần mềm máy tính tự động chọn trình tự các xét nghiệm, nhân viên vệ sinh chưa ghi các nhật ký làm vệ sinh theo qui định, không có khoa phục hồi chức năng, không có nhà vệ sinh cho người tàn tật.

B. Phát triển nguồn nhân lực:

Chưa tiến hành đánh giá thực hiện KH phát triển nguồn nhân lực, chưa tuyển đầy đủ số người làm việc theo vị trí việc làm, chưa tổ chức hội thi tay nghề giỏi cho Bác sĩ, chưa áp dụng thí điểm chi trả dựa trên kết quả công việc, chưa có đề xuất sửa đổi bất cập của văn bản, chưa thí điểm thi tuyển vị trí lãnh đạo, quản lý.

C. Hoạt động chuyên môn

Chưa đảm bảo phòng cháy chữa cháy, chưa có quy định kiểm tra hồ sơ bệnh án, chưa xây dựng các chỉ số thông tin bệnh viện, phần mềm chưa đủ phân hệ, chưa có hệ thống các máy y tế, chưa tổ chức thi tay nghề được cho BS, chưa phân khu vực riêng biệt cho BN nam và nữ riêng biệt trên 13 tuổi, chưa có khoa phục hồi chức năng, nhà lưu trữ rác chưa đúng theo quy định, nhân viên và mạng lưới kiểm soát nhiễm khuẩn chưa được đào tạo chuyên sâu, kho lưu trữ rác chưa đúng theo quy định, chưa có đồng hồ đo lưu lượng nước thải đầu ra,

chưa đánh giá chất lượng nước thải theo quy định môi trường, chưa nghiên cứu, đánh giá việc thực các quy trình và HD phòng ngừa về KSNK, chưa đánh giá VST của nhân viên khoa phòng, chưa tiến hành nghiên cứu hiệu quả GD truyền thông, GDSK, chưa theo dõi nhân lực điều dưỡng và người bệnh để điều tiết nhân lực dựa trên phần mềm, toàn bộ người bệnh chăm sóc cấp 2 chưa được chăm sóc toàn diện, chưa thành lập khoa dinh dưỡng, chưa có khu vực chế biến thức ăn, chưa can thiệp dinh dưỡng dựa trên kết quả đánh giá tình trạng dinh dưỡng, chưa cung cấp suất ăn bệnh lý cho người bệnh, chưa đánh giá giá việc tư vấn chế độ ăn cho NB, toàn bộ nhân viên khoa dược chưa được đào tạo liên tục đầy đủ, chưa XD đầy đủ văn bản quy định về quản lý và sử dụng thuốc, chưa xây dựng hệ thống kê theo tiêu chuẩn GSP, chưa thực hiện quy trình cấp phát thuốc, lãnh thuốc từ khoa. Thuốc tử trực khác mẫu với thuốc khoa dược phát hành bỏ vào tử trực (một mặt hàng thuốc tiêm và một mặt hàng thuốc viên), kho thuốc chương trình và TTB chưa được thông thoáng, điều dưỡng khoa lâm sàng chưa nắm để áp dụng thực hiện LASA, chưa tiến hành khảo sát đánh giá thông tin thuốc, hệ thống lưu trữ thông tin thuốc chưa hoàn thiện, chưa có đề tài nghiên cứu cấp tỉnh, chưa khảo sát đánh hiệu quả áp dụng các kết quả nghiên cứu.

D. Hoạt động cải tiến chất lượng:

Nhân viên tổ QLCL và mạng lưới chưa có đầy đủ chứng chỉ QLCL, các đề án cải tiến chất lượng chưa thực sự hoạt động, chưa cung cấp được bằng chứng tham gia đóng góp vào bộ tiêu chí đúng.

VII. XÁC ĐỊNH CÁC VẤN ĐỀ ƯU TIÊN CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG

1. Bảo đảm năng lực thực hiện các xét nghiệm theo phân tuyến kỹ thuật: cải tiến khu vực lấy bệnh phẩm xét nghiệm thuận tiện cho người bệnh; nâng cấp trang thiết bị hiện đại thực hiện đầy đủ các hoạt động xét nghiệm huyết học, hoá sinh, miễn dịch, vi sinh hoặc giải phẫu bệnh (theo danh mục kỹ thuật)
2. Thực hiện quản lý chất lượng các xét nghiệm: tiến hành đào tạo và đào tạo liên tục cho nhân viên xét nghiệm
3. Cung ứng thuốc và vật tư y tế tiêu hao đầy đủ, kịp thời, bảo đảm chất lượng
4. Phòng ngừa nguy cơ, diễn biến bất thường xảy ra với người bệnh: Toàn bộ giường chuyên dùng cho hệ thống cấp cứu có chuông báo gọi
5. Đánh giá việc thực hiện kế hoạch phát triển nguồn nhân lực y tế và bổ sung chức danh lãnh đạo khoa phòng.
6. Thực hiện thường xuyên kiểm tra, giám sát việc tuân thủ phác đồ/ hướng dẫn chẩn đoán điều trị, qui trình kỹ thuật chuyên môn, mã ICD10 chẩn đoán bệnh khi ra viện.
7. Nghiên cứu khảo sát đánh giá chất lượng hồ sơ bệnh án và xác định tỷ lệ nhập mã ICD10 theo bảng kiểm, xác định nguyên nhân chính và có giải pháp cải tiến chất lượng.
8. Cập nhật đầy đủ thường xuyên nội dung thông tin trên website bệnh viện và cập nhật thường xuyên đầy đủ hàng tuần.
9. Hướng dẫn khoa/phòng xây dựng đề án, kế hoạch cải tiến chất lượng và triển khai thực hiện đánh giá chỉ số chất lượng đầu ra.

VIII. GIẢI PHÁP, LỘ TRÌNH, THỜI GIAN CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG

Giải pháp, lộ trình và thời gian cải tiến chất lượng khám chữa bệnh nhằm đáp ứng sự hài lòng người bệnh, theo thứ tự xác định vấn đề ưu tiên nêu trên, bệnh viện tiến hành cải tiến chất lượng trong năm 2022 theo lộ trình như sau: Duy trì củng cố chất lượng các tiêu chí đã thực hiện đạt yêu cầu và tiếp tục cải tiến chất lượng 6 tháng cuối năm 2022 .

IX. KẾT LUẬN, CAM KẾT CỦA BỆNH VIỆN CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG

Cải tiến chất lượng bệnh viện là trách nhiệm của toàn thể cán bộ công chức viên chức bệnh viện, lấy người bệnh làm trung tâm trong mọi hoạt động điều trị và chăm sóc, nhân viên y tế làm then chốt của toàn bộ hoạt động khám chữa bệnh, tất cả hoạt động đều hướng đến sự hài lòng của người bệnh.

Tập thể bệnh viện xin cam kết, phát huy vai trò lãnh đạo, chỉ đạo toàn thể cán bộ viên chức phải nâng cao hơn nữa vai trò trách nhiệm cá nhân, tập thể trong việc cải tiến chất lượng bệnh viện, thay đổi phong cách thái độ phục vụ của cán bộ y tế, giao tiếp ứng xử... nhằm tăng thêm niềm tin và sự hài lòng người bệnh đối với bệnh viện.

Ngày.....tháng.....năm.....

NGƯỜI ĐIỀN THÔNG TIN
(ký tên)

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN
(ký tên và đóng dấu)