

BÁO CÁO

Kết quả thực hiện đánh giá các chỉ số chất lượng Quý I/2026

Kết quả các chỉ số chất lượng quý 1 năm 2026

STT	CHỈ SỐ	Mục tiêu	Kết quả	Đạt	Không đạt
CHỈ SỐ BỆNH VIỆN					
1	Tỷ lệ phẫu thuật loại II trở lên	$\geq 50\%$	66,2	X	
2	Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ	$\leq 2\%$	0	X	
3	Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện (viêm phổi)	$\leq 2\%$	0	X	
4	Số sự cố y khoa nghiêm trọng	0 sự cố	0	X	
5	Thời gian khám bệnh trung bình của người bệnh.	< 2 giờ	1,12	X	
6	Thời gian nằm viện trung bình (tất cả các bệnh)	< 5 ngày	4,81	X	
7	Công suất sử dụng giường bệnh thực tế	$\geq 85\%$	78,8	X	
8	Hiệu suất sử dụng phòng mổ	$\geq 80\%$	96	X	
9	Tỷ lệ tử vong và tiên lượng tử vong gia đình xin về (tất cả các bệnh)	< 0,3%	0,18	X	
10	Tỷ lệ chuyển lên tuyến trên khám chữa bệnh (tất cả các bệnh)	< 3%	1,59	X	

STT	CHỈ SỐ	Mục tiêu	Kết quả	Đạt	Không đạt
11	Tỷ suất tai nạn thương tích do vật sắc nhọn	< 1%	0	X	
12	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế	≥ 86%	-	-	-
13	Tỷ lệ hài lòng của người bệnh ngoại trú với dịch vụ KCB	≥ 88%	83,74		X
14	Tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú với dịch vụ KCB	≥ 88%	98,15	X	
CHỈ SỐ KHOA/PHÒNG					
1	Thời gian chờ khám trung bình của người bệnh	< 30 phút	32		X
2	Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế	≥ 71%	68,9		X
3	Tỷ lệ hài lòng của bệnh nhân, thân nhân bệnh nhân vào khoa cấp cứu	> 80%	-	-	-
4	Tỷ lệ từ chối mẫu xét nghiệm tại khoa Hóa sinh	< 1,5%	0,52	X	
5	Tỷ lệ từ chối mẫu xét nghiệm tại khoa Huyết học truyền máu	< 1,5%	0,52	X	
6	Tỷ lệ phiếu yêu cầu xét nghiệm hoàn thành đầy đủ thông tin và chính xác	≥ 98%	99,85	X	
7	Kết quả nội kiểm tra chất lượng	≥ 91%	100	X	
8	Số lần trang thiết bị hư hỏng	≤ 1%	0	X	

STT	CHỈ SỐ	Mục tiêu	Kết quả	Đạt	Không đạt
9	Tỷ lệ kết quả xét nghiệm được tra đúng và chính xác	$\geq 98\%$	99.975	X	
10	Tỷ lệ các kết quả xét nghiệm GPB các bệnh lý tiêu hóa được trả đúng hẹn	$> 95\%$	99.20	X	
11	Tỷ lệ người bệnh đạt thị lực tốt sau phẫu thuật đục thủy tinh thể	$\geq 80\%$	95.40	X	
12	Tỷ lệ các trường hợp mổ đẻ được thực hiện da kề da sau sinh	$\geq 70\%$	85.1	X	
13	Tỷ lệ NVYT được đào tạo ngắn hạn	$\geq 70\%$	-	-	-
14	Tỷ lệ người bệnh nhi chuyển lên tuyến trên khám chữa bệnh (tất cả các bệnh)	$<5\%$	1.99%	X	
15	Tỷ lệ người bệnh chuyển lên tuyến trên khám chữa bệnh tại khoa Nội tổng hợp	$<2\%$	0.80%	X	
16	Tỷ lệ tuân thủ quy trình tiêm tĩnh mạch của điều dưỡng	$> 90\%$	97.39	X	
17	Tỷ lệ tiêu chí chất lượng bệnh viện mức 4 trở lên	$\geq 90\%$	-	-	-
18	Tỷ lệ tuân thủ quy trình nhận diện chính xác người bệnh	$\geq 95\%$	99.23	X	
19	Tỷ lệ báo cáo ADR có đầy đủ các thông tin tối thiểu	$\geq 95\%$	100	X	
20	Tỷ lệ hài lòng chất lượng thăm khám tâm lý, tâm thần tại Khoa Tâm lý lâm sàng	$\geq 80\%$	95.1	X	
21	Tỷ lệ hài lòng người bệnh ngoại trú tại khoa Khám bệnh theo yêu cầu	$\geq 80\%$	-	-	-

STT	CHỈ SỐ	Mục tiêu	Kết quả	Đạt	Không đạt
22	Tỷ lệ tuân thủ đúng quy trình kỹ thuật sống ngắn	$\geq 95\%$	99.68	X	
23	Tỷ lệ tuân thủ đúng quy trình kỹ thuật siêu âm	$\geq 95\%$	99.52	X	
24	Tỷ lệ tuân thủ đúng quy trình kỹ thuật kéo cột sống cổ	$\geq 95\%$	99.45	X	
25	Tỷ lệ tuân thủ kỹ thuật điều trị hội chứng vai gáy	$\geq 95\%$	99.72	X	
26	Tỷ lệ nhân viên y tế có sáng kiến cải tiến hoặc đề tài nghiên cứu khoa học	$\geq 22\%$	-	-	-
27	Tỷ lệ bảng kiểm an toàn phẫu thuật được thực hiện chuẩn tại khoa Gây mê hồi sức	$\geq 95\%$	100	X	
28	Tỷ lệ người bệnh nội trú được đánh giá nguy cơ té ngã tại khoa Nội tim mạch	100%	100	X	

❖ Tổng số chỉ số bệnh viện là 14 chỉ số, trong đó có 7 khoa/phòng chịu trách nhiệm báo cáo chỉ số bao gồm: Phòng Kế hoạch tổng hợp, phòng Quản lý chất lượng, phòng Công tác xã hội, khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn, khoa Gây mê hồi sức và Công đoàn.

❖ Tổng số chỉ số khoa/phòng là 28 chỉ số và tương ứng với 23 khoa/phòng (**đạt mục tiêu: 53,49%**).

❖ Tổng chỉ số chất lượng bệnh viện đạt mục tiêu: 11/12 (**đạt mục tiêu: 91,67%**)

+ Chỉ số “Tỷ lệ hài lòng nhân viên y tế” báo cáo 2 lần/năm (6 tháng và 12 tháng).

+ Chỉ số “Tỷ lệ hài lòng của người bệnh ngoại trú với dịch vụ KCB” chưa đạt mục tiêu chưa đạt mục tiêu đề ra.

❖ Tổng chỉ số chất lượng khoa/phòng đạt mục tiêu: 21/23 (**đạt mục tiêu: 91,3%**)

+ Chỉ số “Tỷ lệ hài lòng của bệnh nhân, thân nhân bệnh nhân vào khoa Cấp cứu”, “Tỷ lệ hài lòng người bệnh ngoại trú tại khoa Khám bệnh theo yêu cầu” và “Tỷ lệ tiêu chí chất lượng bệnh viện mức 4 trở lên” được báo cáo 2 lần/năm. Chỉ số “Tỷ lệ NVYT được đào

tạo ngắn hạn” và “Tỷ lệ nhân viên y tế có sáng kiến cải tiến hoặc đề tài nghiên cứu khoa học được báo cáo theo 12 tháng.

+ Chỉ số “Thời gian chờ khám trung bình của người bệnh” và “Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế” chưa đạt mục tiêu đề ra.

Phân tích chi tiết theo phụ lục đính kèm.

NGƯỜI BÁO CÁO

PHÒNG QLCL

TM HỘI ĐỒNG QLCL

CHỦ TỊCH



Trần Ánh Xuân

Nguyễn Thị Minh Khanh

Trần Văn Khanh

PHỤ LỤC 1
PHÂN TÍCH CÁC CHỈ SỐ CHẤT LƯỢNG QUÝ 1 NĂM 2026
MỤC LỤC

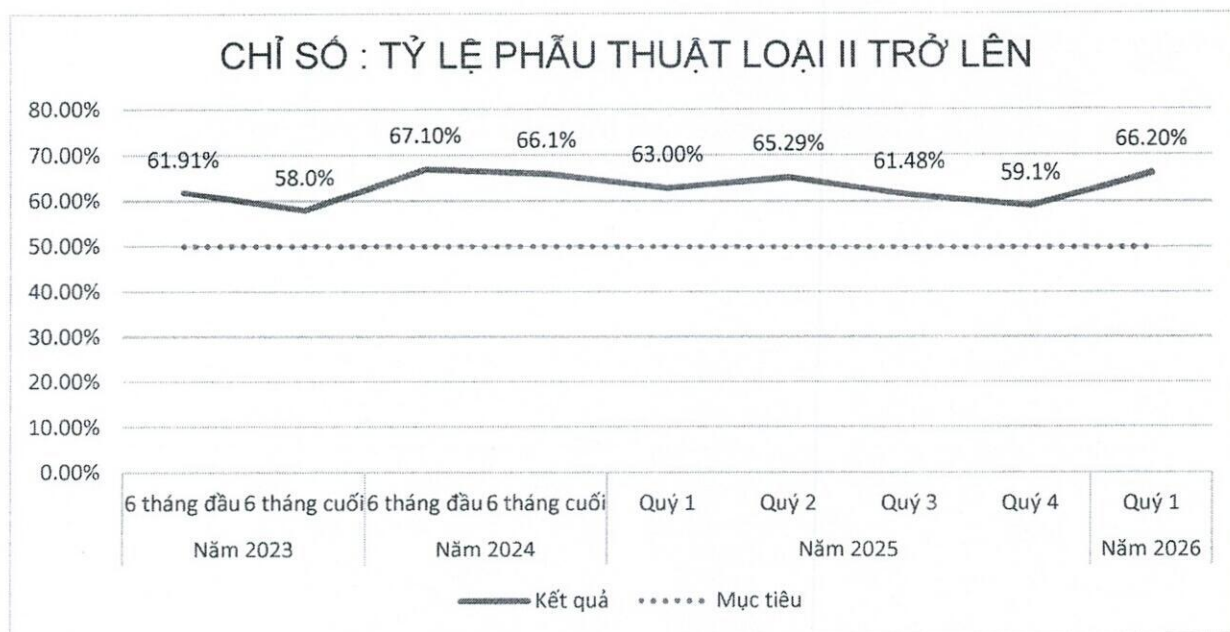
CHỈ SỐ BỆNH VIỆN	8
CSBV01: Tỷ lệ phẫu thuật loại II trở lên	8
CSBV02: Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ	9
CSBV03: Tỷ lệ viêm phổi do nhiễm khuẩn bệnh viện	10
CSBV04: Sự cố y khoa nghiêm trọng	11
CSBV05: Thời gian khám bệnh trung bình của người bệnh	12
CSBV06: Thời gian nằm viện trung bình (tất cả các bệnh)	13
CSBV07: Công suất sử dụng giường bệnh thực tế	14
CSBV08: Hiệu suất sử dụng phòng mổ	15
CSBV09: Tỷ lệ tử vong và tiên lượng tử vong gia đình xin về (tất cả các bệnh)	16
CSBV10: Tỷ lệ chuyển lên tuyến trên khám chữa bệnh (tất cả các bệnh)	17
CSBV11: Tỷ suất tai nạn thương tích do vật sắc nhọn	18
CSBV13: Tỷ lệ hài lòng của người bệnh ngoại trú với dịch vụ KCB	19
CSBV14: Tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú với dịch vụ KCB	20
CHỈ SỐ KHOA. PHÒNG:	21
CSKKB01: Thời gian chờ khám bệnh trung bình của người bệnh	21
CSKSNK02: Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế tại bệnh viện	22
CSHS04: Tỷ lệ mẫu bệnh phẩm nội trú bị từ chối tại khoa Hóa sinh	23
CSHS05: Tỷ lệ mẫu bệnh phẩm nội trú bị từ chối tại khoa Huyết học truyền máu	24
CSVS06: Tỷ lệ phiếu yêu cầu xét nghiệm hoàn thành đầy đủ thông tin chính xác	25
CSVS07: Kết quả nội kiểm tra chất lượng “đạt” $\geq 91\%$	26
CSVS08: Số lần trang thiết bị hư hỏng	27
CSVS09: Tỷ lệ kết quả xét nghiệm được trả đúng và chính xác	28
CSGPB10: Tỷ lệ các kết quả xét nghiệm giải phẫu bệnh các bệnh lý tiêu hóa được trả đúng hẹn	29
CSMAT11: Tỷ lệ người bệnh đạt thị lực tốt sau phẫu thuật đục thủy tinh thể	30

CSSAN12: Tỷ lệ các trường hợp mổ để được thực hiện đầy đủ da kề da trong một giờ đầu sau sinh	31
CSNHI14: Tỷ lệ người bệnh nhi chuyển lên tuyến trên khám chữa bệnh (tất cả các bệnh)	32
CSNTH15: Tỷ lệ người bệnh chuyển lên tuyến trên khám chữa bệnh tại khoa Nội tổng hợp	33
CSPĐD16: Tỷ lệ tuân thủ kỹ thuật tiêm tĩnh mạch	34
CSNS18: Tỷ lệ tuân thủ quy trình nhận diện chính xác người bệnh (khoa Nội soi)	35
CSDUOC19: Tỷ lệ báo cáo ADR có đầy đủ các thông tin tối thiểu	36
CSTLLS20: Tỷ lệ hài lòng người bệnh ngoại trú tại khoa Tâm lý lâm sàng	36
CSVLT22: Tỷ lệ tuân thủ đúng quy trình sóng ngắn	37
CSVLT23: Tỷ lệ tuân thủ đúng quy trình kỹ thuật siêu âm	38
CSVLT24: Tỷ lệ tuân thủ đúng quy trình kỹ thuật kéo cột sống cổ	38
CSYDCT25: Tỷ lệ tuân thủ kỹ thuật điện châm điều trị hội chứng vai gáy	39
CSGMHS25: Tỷ lệ bảng kiểm an toàn phẫu thuật được thực hiện chuẩn tại khoa Gây mê hồi sức	40
CSNTM26: Tỷ lệ người bệnh nội trú được đánh giá nguy cơ té ngã tại khoa Nội tim mạch	41

CHỈ SỐ BỆNH VIỆN

CSBV01: Tỷ lệ phẫu thuật loại II trở lên

Mục tiêu: Tỷ lệ phẫu thuật loại II trở lên $\geq 50\%$



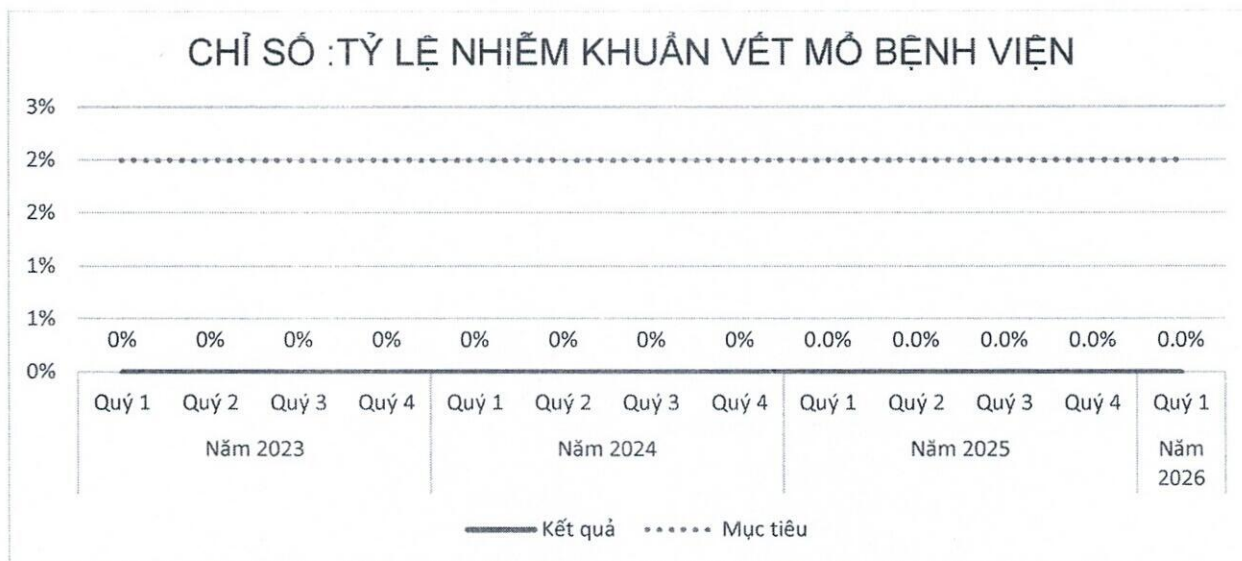
Kết quả chỉ số Tỷ lệ phẫu thuật loại II trở lên trong quý 1 năm 2026 là 66,2%, đạt mục tiêu đề ra. Kết quả quý 1 năm 2026 cao hơn 2025 khi so sánh cùng kì.

Đề xuất giải pháp:

- Duy trì và nâng cao chất lượng phẫu thuật thông qua kiểm soát nhiễm khuẩn hiệu quả, rà soát phân loại phẫu thuật, nâng cao năng lực phẫu thuật viên và cập nhật chỉ định phẫu thuật kịp thời.
- Tăng cường quản lý chỉ số bằng cơ chế báo cáo định kỳ và ứng dụng phần mềm theo dõi xu hướng phẫu thuật.
- Đẩy mạnh phối hợp liên khoa và truyền thông nội bộ nhằm tối ưu điều kiện thực hiện các ca phẫu thuật phức tạp, góp phần nâng cao chất lượng bệnh viện.

CSBV02: Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ

Mục tiêu: Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ $\leq 2\%$



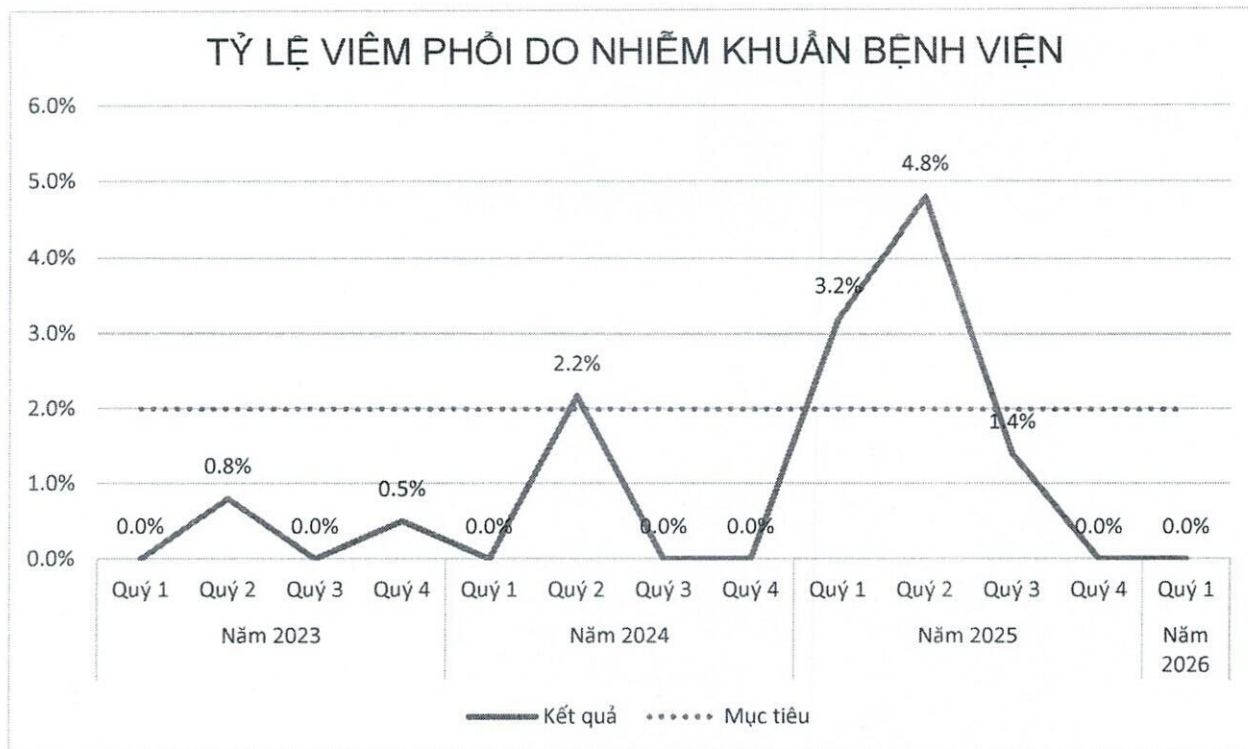
Kết quả chỉ số Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ trong quý 1 năm 2026 là 0%, đạt mục tiêu đề ra. Kết quả này được duy trì từ năm 2023 đến nay.

Đề xuất giải pháp:

- Tiếp tục duy trì và giám sát chặt chẽ việc tuân thủ quy trình vô khuẩn trong phẫu thuật và chăm sóc sau mổ.
- Tăng cường đào tạo định kỳ cho nhân viên y tế về vệ sinh tay, kỹ thuật vô khuẩn và chăm sóc vết mổ.
- Duy trì kiểm soát môi trường phòng mổ, khử khuẩn dụng cụ và cập nhật các hướng dẫn mới về phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ.
- Ứng dụng công nghệ mới trong kiểm soát nhiễm khuẩn và tiếp tục theo dõi chỉ số để đảm bảo tính bền vững của kết quả.

CSBV03: Tỷ lệ viêm phổi do nhiễm khuẩn bệnh viện

Mục tiêu: Tỷ lệ viêm phổi do nhiễm khuẩn bệnh viện $\leq 2\%$



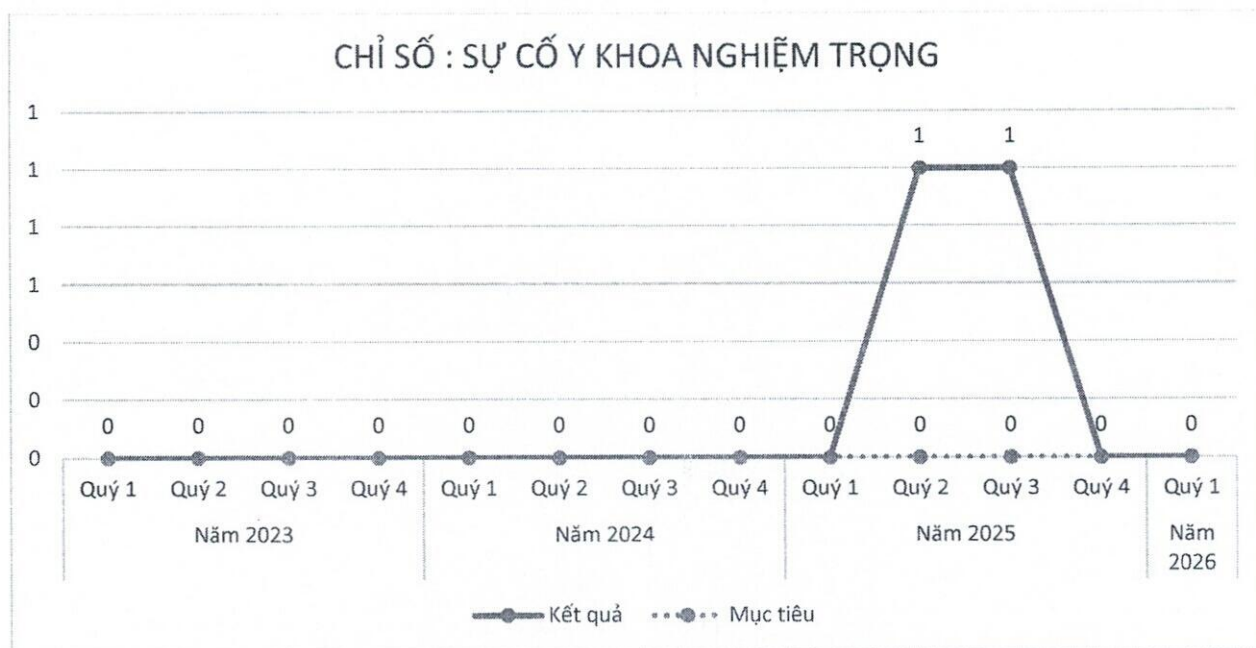
Kết quả chỉ số Tỷ lệ viêm phổi do nhiễm khuẩn bệnh viện trong quý 1 năm 2026 là 0%, đạt mục tiêu đề ra.

Đề xuất giải pháp:

- Tiếp tục tăng cường kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện và tuân thủ vệ sinh tay cùng các biện pháp phòng ngừa nhiễm khuẩn.
- Thực hiện nghiêm quy trình vô khuẩn trong cọ rửa, khử khuẩn và tiệt khuẩn dụng cụ y tế.
- Bố trí cách ly phù hợp đối với người bệnh mắc hoặc nghi ngờ mắc bệnh truyền nhiễm nhằm hạn chế nguy cơ lây lan.

CSBV04: Sự cố y khoa nghiêm trọng

Mục tiêu: Sự cố y khoa nghiêm trọng = 0



Kết quả chỉ số Sự cố y khoa nghiêm trọng bằng 0. Đạt mục tiêu đề ra.

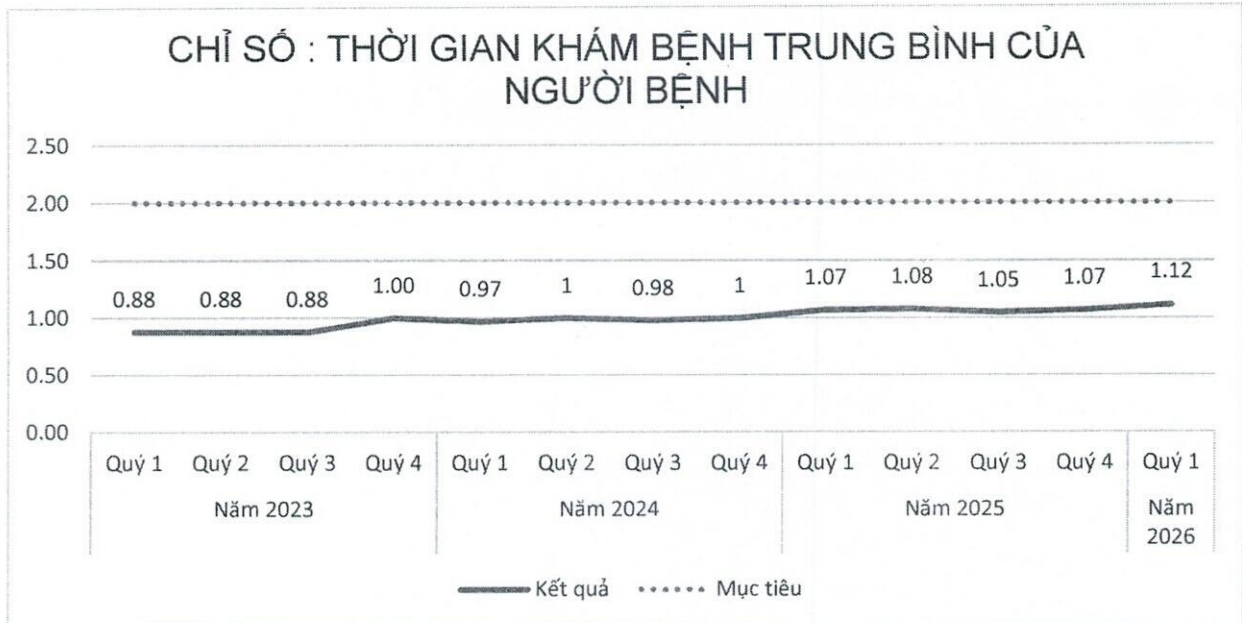
Đây là một chỉ số quan trọng trong quản lý chất lượng bệnh viện, tập trung vào an toàn người bệnh. Việc đảm bảo kết quả duy trì là 0 thể hiện cam kết mạnh mẽ của bệnh viện trong việc loại bỏ các sự cố có thể gây tổn hại nghiêm trọng đến sức khỏe hoặc tính mạng của bệnh nhân.

Đề xuất giải pháp:

- Xây dựng văn hóa an toàn người bệnh thông qua thúc đẩy báo cáo sự cố, tăng cường cam kết của lãnh đạo và đào tạo nâng cao nhận thức cho nhân viên y tế.
- Thiết lập hệ thống báo cáo, phân tích nguyên nhân gốc rễ và triển khai các biện pháp khắc phục, phòng ngừa sự cố hiệu quả.
- Chuẩn hóa quy trình chuyên môn, tăng cường giám sát tuân thủ và thực hiện quản lý rủi ro chủ động tại các khoa, phòng.
- Thường xuyên theo dõi, đo lường và phân tích các chỉ số an toàn người bệnh để kịp thời cải tiến chất lượng chăm sóc.

CSBV05: Thời gian khám bệnh trung bình của người bệnh

Mục tiêu: Thời gian khám bệnh trung bình của người bệnh < 2 giờ



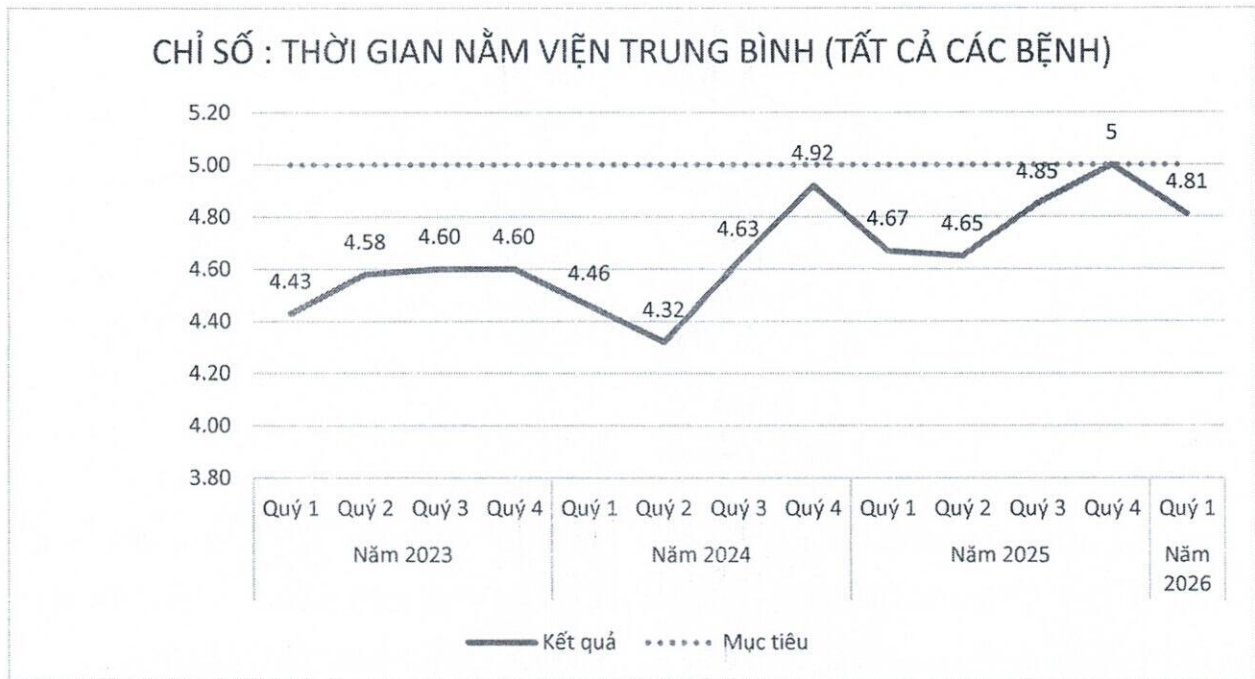
Kết quả chỉ số về Thời gian khám bệnh trung bình của người bệnh trong quý 1 năm 2026 là 1,12 giờ, đạt mục tiêu đề ra. Tuy nhiên nếu so sánh cùng kì quý 1 theo các năm, kết quả trong năm nay là cao nhất và thấy rõ xu hướng tăng từ năm 2024 đến nay.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Tiếp tục rà soát, tối ưu hóa quy trình khám bệnh và đảm bảo nhân viên tuân thủ đúng quy trình, nhiệm vụ được phân công.
- Đẩy mạnh ứng dụng công nghệ thông tin như đăng ký khám trực tuyến, liên thông HIS, tự động trả kết quả cận lâm sàng và thanh toán không dùng tiền mặt nhằm giảm thời gian chờ đợi.
- Quản lý hiệu quả nguồn lực, phân luồng người bệnh hợp lý và bố trí đủ nhân sự tại các thời điểm cao điểm.
- Cải thiện cơ sở vật chất, không gian chờ và hệ thống hướng dẫn để thuận tiện cho người bệnh trong quá trình khám chữa bệnh.
- Tăng cường truyền thông, hướng dẫn quy trình khám bệnh và thường xuyên tiếp nhận phản hồi của người bệnh để cải tiến chất lượng dịch vụ.

CSBV06: Thời gian nằm viện trung bình (tất cả các bệnh)

Mục tiêu: Thời gian nằm viện trung bình của người bệnh (tất cả các bệnh) < 5 ngày



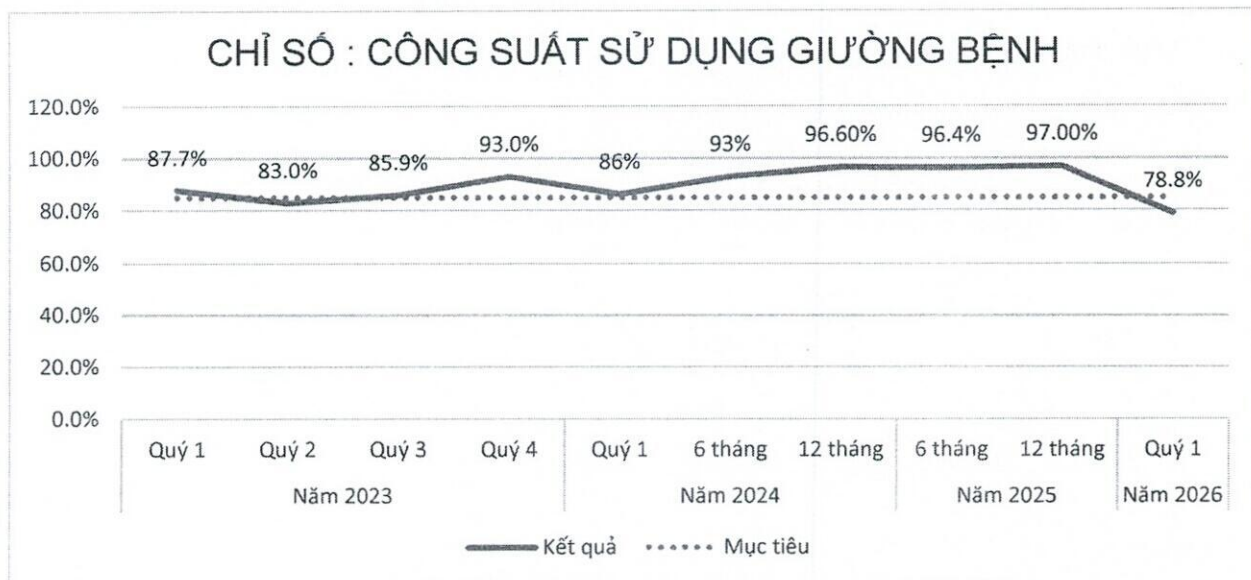
Chỉ số Thời gian nằm viện trung bình (tất cả các bệnh) trong quý 1 năm 2026 là 4,81 ngày, đạt mục tiêu đề ra. Tuy có sự giảm so với thời gian nằm viện cuối năm 2025 nhưng kết quả này vẫn ở mức cao nhất nếu so sánh cùng kì quý 1 các năm.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Phân tích nguyên nhân tăng thời gian nằm viện theo từng nhóm bệnh, khoa phòng và các yếu tố liên quan như quy trình điều trị, biến chứng, nhiễm khuẩn, nguồn lực và công tác phối hợp.
- Tối ưu hóa quy trình chẩn đoán, điều trị và chuẩn bị kế hoạch xuất viện sớm nhằm rút ngắn thời gian nằm viện.
- Nâng cao chất lượng chăm sóc, tăng cường kiểm soát nhiễm khuẩn, phòng ngừa biến chứng và đẩy mạnh phục hồi chức năng sớm cho người bệnh.
- Quản lý hiệu quả giường bệnh và ứng dụng HIS để theo dõi, phân tích dữ liệu thời gian nằm viện, phát hiện các điểm chậm trễ cần cải thiện.
- Tăng cường phối hợp, trao đổi thông tin giữa nhân viên y tế với người bệnh và thân nhân để hỗ trợ quá trình điều trị và xuất viện phù hợp.

CSBV07: Công suất sử dụng giường bệnh thực tế

Mục tiêu: Công suất sử dụng giường bệnh thực tế $\geq 85\%$



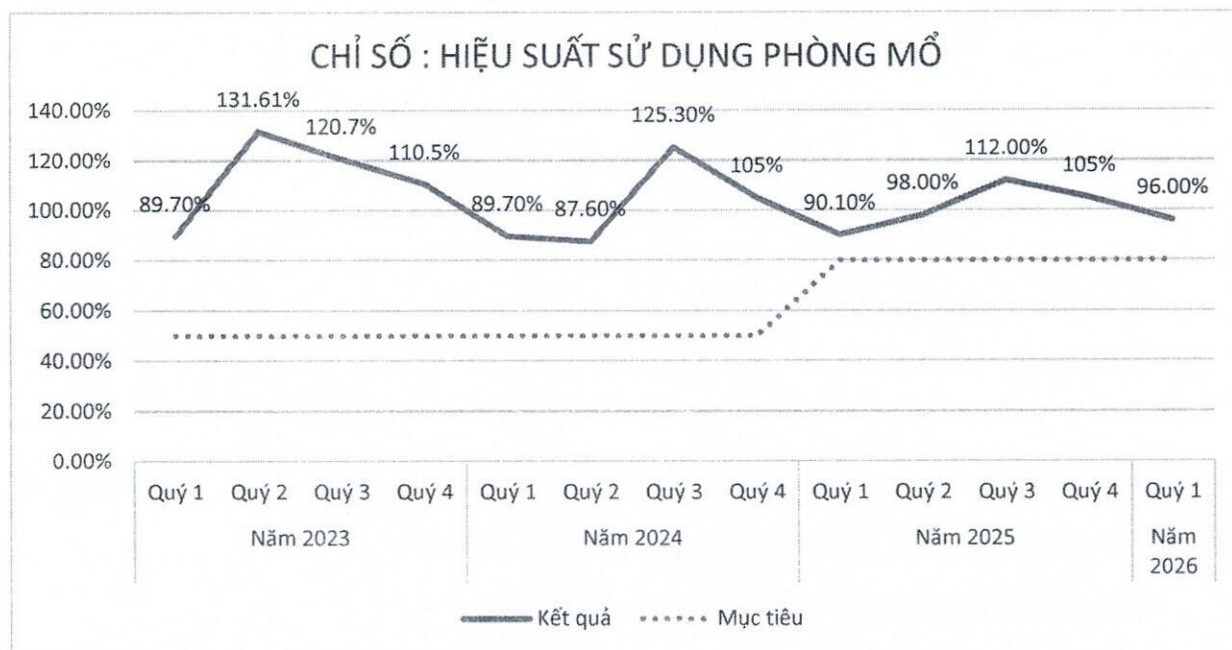
Kết quả chỉ Công suất sử dụng giường bệnh thực tế trong quý 1 năm 2026 là 78,8%, kết quả chưa đạt mục tiêu đề ra và thấp hơn các thời điểm cùng kỳ.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Tăng cường công tác khám chữa bệnh, phát triển kỹ thuật chuyên môn và mở rộng dịch vụ để thu hút người bệnh đến khám và điều trị nội trú.
- Nâng cao hiệu quả phối hợp giữa khoa Khám bệnh, Cấp cứu và các khoa điều trị nhằm tăng tỷ lệ nhập viện đúng chỉ định, hạn chế tình trạng chuyển tuyến không cần thiết.
- Tối ưu hóa công tác quản lý giường bệnh, điều phối người bệnh hợp lý giữa các khoa để sử dụng hiệu quả nguồn lực hiện có.
- Đẩy mạnh cải tiến chất lượng dịch vụ, giảm thời gian chờ đợi, nâng cao sự hài lòng của người bệnh nhằm duy trì nguồn người bệnh ổn định.
- Theo dõi, báo cáo và đánh giá chỉ số công suất sử dụng giường bệnh định kỳ để kịp thời triển khai các giải pháp điều chỉnh phù hợp..

CSBV08: Hiệu suất sử dụng phòng mổ

Mục tiêu: Hiệu suất sử dụng phòng mổ $\geq 80\%$



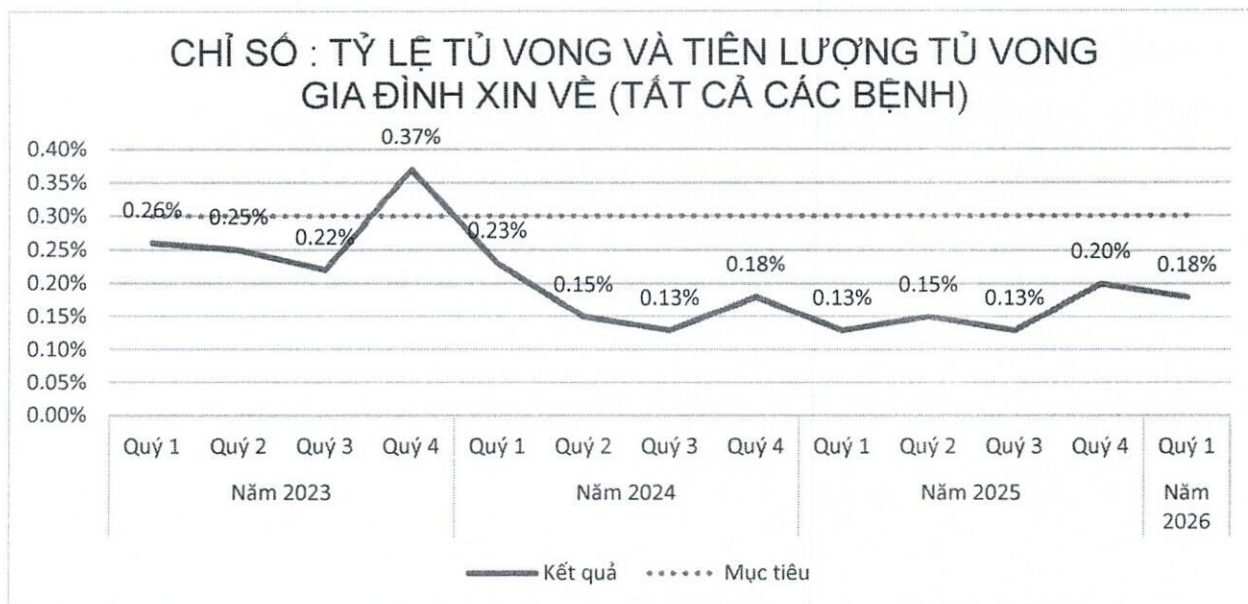
Kết quả chỉ số Hiệu suất sử dụng phòng mổ trong quý 1 năm 2026 là 96%, đạt mục tiêu đề ra.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Tiếp tục duy trì và nâng cao an toàn phẫu thuật theo Bộ tiêu chí chất lượng của Bộ Y tế, bảo đảm tuân thủ đầy đủ quy trình và checklist an toàn phẫu thuật.
- Tối ưu hóa quản lý lịch mổ bằng ứng dụng phần mềm, dự báo nhu cầu sử dụng phòng mổ và rút ngắn thời gian chuẩn bị giữa các ca phẫu thuật.
- Đảm bảo đầy đủ nhân lực có năng lực chuyên môn, tăng cường đào tạo liên tục và bố trí lịch trực linh hoạt để đáp ứng nhu cầu phẫu thuật.
- Thực hiện giám sát định kỳ quy trình vô khuẩn, bảo trì trang thiết bị và nâng cấp cơ sở vật chất nhằm bảo đảm hoạt động phòng mổ liên tục, an toàn và hiệu quả.
- Tăng cường phối hợp giữa các khoa liên quan để chuẩn bị người bệnh đầy đủ trước mổ, góp phần nâng cao chất lượng và hiệu quả phẫu thuật..

CSBV09: Tỷ lệ tử vong và tiên lượng tử vong gia đình xin về (tất cả các bệnh)

Mục tiêu: Tử vong và tiên lượng tử vong gia đình xin về < 0,3%



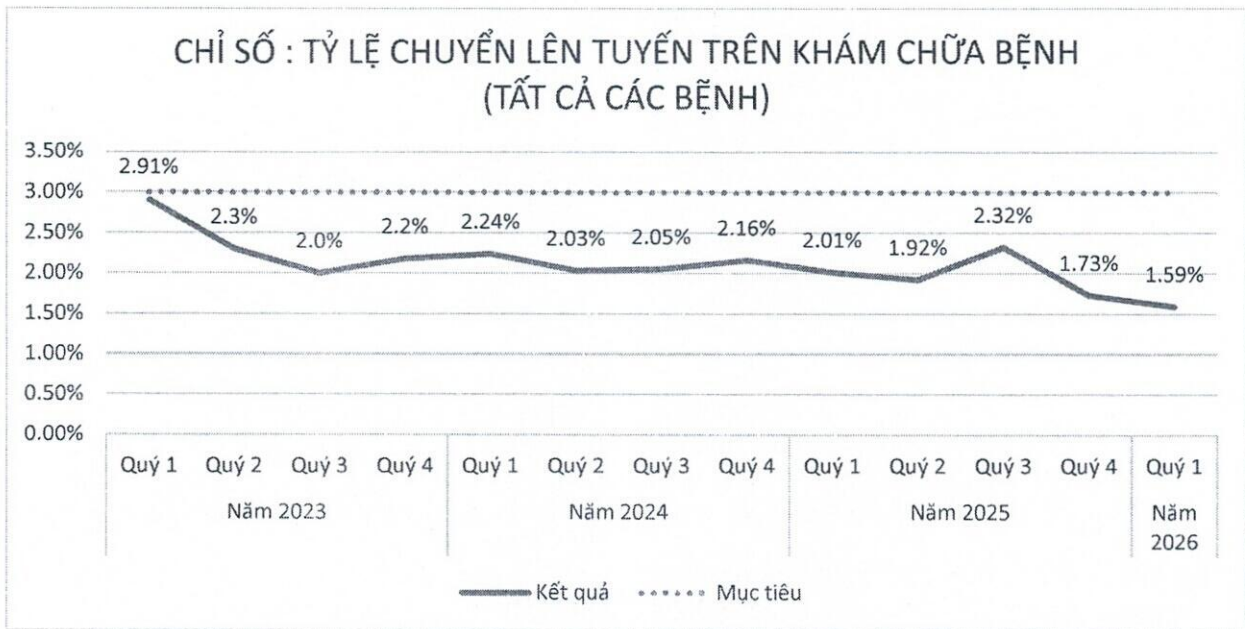
Kết quả chỉ số Tỷ lệ tử vong và tiên lượng tử vong gia đình xin về (tất cả các bệnh) trong quý 1 năm 2026 là 0,18% đạt mục ra.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị thông qua cập nhật phác đồ, đào tạo chuyên môn, tăng cường hội chẩn liên khoa và bảo đảm đầy đủ trang thiết bị cho điều trị bệnh nhân nặng.
- Tối ưu hóa quy trình tiếp nhận, phân loại và xử trí cấp cứu nhằm bảo đảm bệnh nhân nguy kịch được can thiệp kịp thời.
- Tăng cường tư vấn, cung cấp thông tin đầy đủ và hỗ trợ tâm lý cho người bệnh, thân nhân trong các trường hợp bệnh nặng hoặc tiên lượng xấu.
- Thực hiện đúng quy trình đối với trường hợp xin về, bảo đảm tư vấn đầy đủ về nguy cơ và hướng dẫn chăm sóc sau xuất viện.
- Duy trì hệ thống báo cáo, kiểm thảo tử vong và phân tích các trường hợp bệnh nặng để rút kinh nghiệm, cải tiến chất lượng điều trị và chăm sóc người bệnh.

CSBV10: Tỷ lệ chuyển lên tuyến trên khám chữa bệnh (tất cả các bệnh)

Mục tiêu: Tỷ lệ chuyển lên tuyến trên khám chữa bệnh (tất cả các bệnh) < 3%



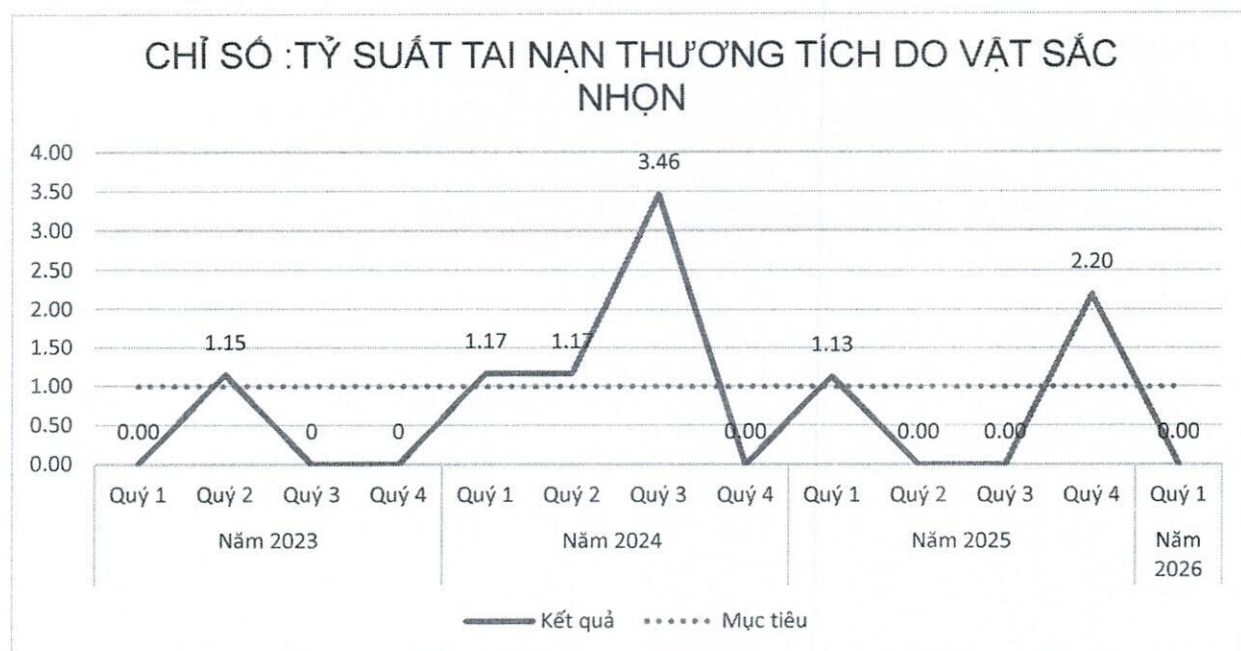
Kết quả chỉ số Tỷ lệ chuyển lên tuyến trên khám chữa bệnh (tất cả các bệnh) trong quý 1 năm 2026 là 1,59%, đạt mục tiêu đề ra. So sánh với quý 1 các năm, nhận thấy năm nay có kết quả thấp nhất.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Tiếp tục nâng cao năng lực chuyên môn thông qua đào tạo, cập nhật phác đồ điều trị và phát triển các kỹ thuật chuyên sâu nhằm tăng khả năng điều trị tại bệnh viện.
- Đầu tư, nâng cấp trang thiết bị và cơ sở vật chất phục vụ chẩn đoán, điều trị để giảm nhu cầu chuyển tuyến do hạn chế nguồn lực.
- Tối ưu hóa quy trình chẩn đoán, điều trị và tăng cường hội chẩn liên chuyên khoa nhằm nâng cao hiệu quả điều trị các ca bệnh phức tạp.
- Thực hiện quản lý và phân tích định kỳ các trường hợp chuyển tuyến để đánh giá tính hợp lý, xác định các lĩnh vực cần cải thiện về chuyên môn và nguồn lực.
- Tăng cường truyền thông, tư vấn cho người bệnh và thân nhân về khả năng điều trị của bệnh viện, góp phần xây dựng niềm tin và hạn chế chuyển tuyến không cần thiết.

CSBV11: Tỷ suất tai nạn thương tích do vật sắc nhọn

Mục tiêu: Tỷ lệ tai nạn thương tích do vật sắc nhọn < 1‰



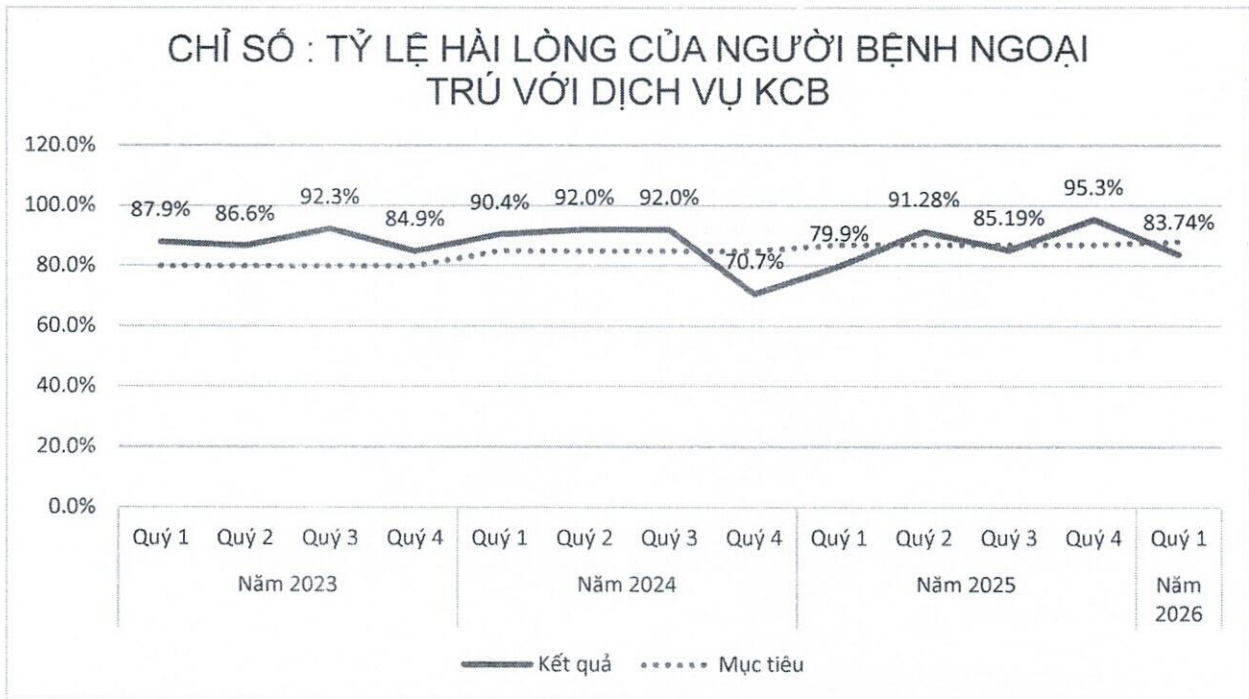
Kết quả chỉ số tỷ suất tai nạn thương tích do vật sắc nhọn trong quý 1 năm 2026 là 0‰, đạt mục tiêu đề ra.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Tiếp tục theo dõi, giám sát tỷ suất tai nạn thương tích do vật sắc nhọn và tăng cường truyền thông về nguy cơ phơi nhiễm cho nhân viên y tế.
- Tổ chức đào tạo định kỳ về an toàn tiêm truyền, xử lý vật sắc nhọn, sử dụng phương tiện bảo hộ cá nhân và kỹ thuật thực hành an toàn.
- Đảm bảo thực hiện đầy đủ quy trình xử lý sau phơi nhiễm, bao gồm khử khuẩn, báo cáo, xét nghiệm và điều trị dự phòng kịp thời.
- Cung cấp đầy đủ hộp đựng vật sắc nhọn đạt chuẩn, phương tiện bảo hộ và bảo đảm sử dụng đúng quy định trong quá trình làm việc.
- Sắp xếp môi trường làm việc an toàn, thuận tiện và thực hiện nghiêm quy trình thu gom, vận chuyển, xử lý chất thải y tế và vật sắc nhọn.

CSBV13: Tỷ lệ hài lòng của người bệnh ngoại trú với dịch vụ KCB

Mục tiêu: Tỷ lệ hài lòng của người bệnh ngoại trú với dịch vụ KCB $\geq 88\%$



Kết quả cho thấy Tỷ lệ hài lòng người bệnh ngoại trú trong quý 1 năm 2026 là 83,74%, chưa đạt mục tiêu đề ra. Mục tiêu trong năm 2026, tăng lên là 88% tỷ lệ hài lòng (theo kế hoạch cải tiến chất lượng năm 2025).

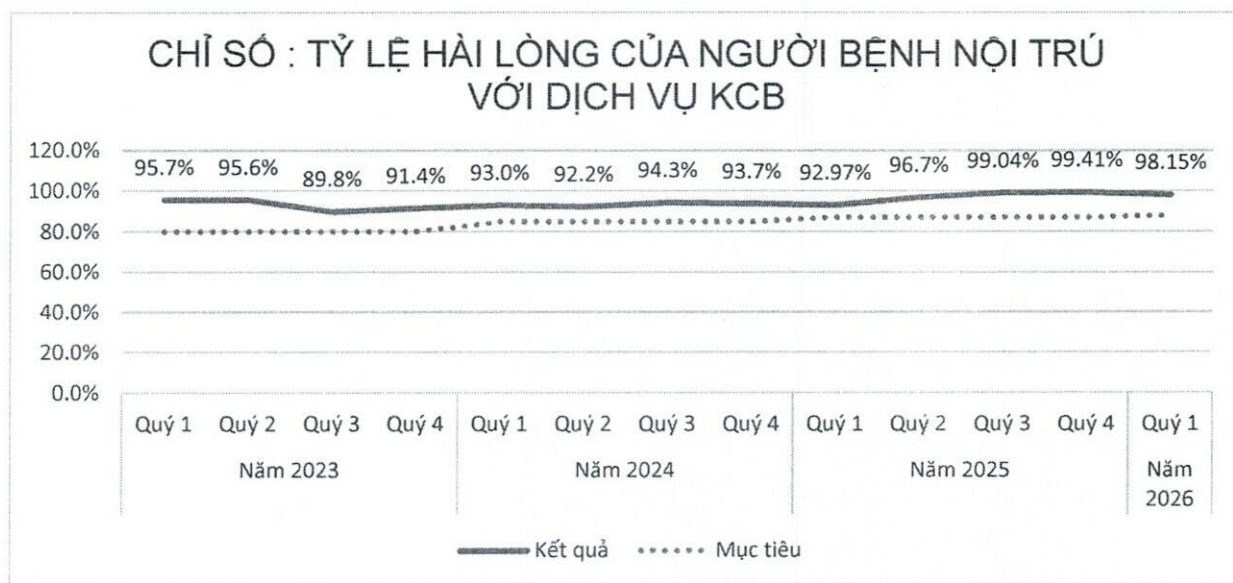
Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Tiếp tục thực hiện khảo sát, tiếp nhận góp ý của người bệnh và thân nhân để kịp thời cải tiến chất lượng dịch vụ.
- Rà soát các yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng như nhân sự, cơ sở hạ tầng và thay đổi quy định, chính sách.
- Tối ưu hóa quy trình khám chữa bệnh, giảm thời gian chờ đợi, đơn giản hóa thủ tục hành chính và tăng cường phối hợp giữa các khoa phòng.
- Nâng cao kỹ năng giao tiếp, thái độ phục vụ và xây dựng văn hóa lấy người bệnh làm trung tâm trong toàn bệnh viện.
- Đảm bảo chất lượng chuyên môn, tăng cường tư vấn và giải thích đầy đủ cho người bệnh về quá trình điều trị.

- Cải thiện cơ sở vật chất, tiện nghi và duy trì môi trường khám chữa bệnh sạch sẽ, thuận tiện.
- Duy trì đa dạng các kênh tiếp nhận phản hồi và xử lý nhanh chóng, hiệu quả các ý kiến, khiếu nại của người bệnh.

CSBV14: Tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú với dịch vụ KCB

Mục tiêu: Tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú với dịch vụ KCB $\geq 88\%$



Kết quả chỉ số hài lòng người bệnh nội trú trong quý 1 năm 2026 là 98,15%, đạt mục tiêu đề ra. Mục tiêu trong năm 2025, tăng lên là 88% tỷ lệ hài lòng (theo kế hoạch cải tiến chất lượng năm 2025).

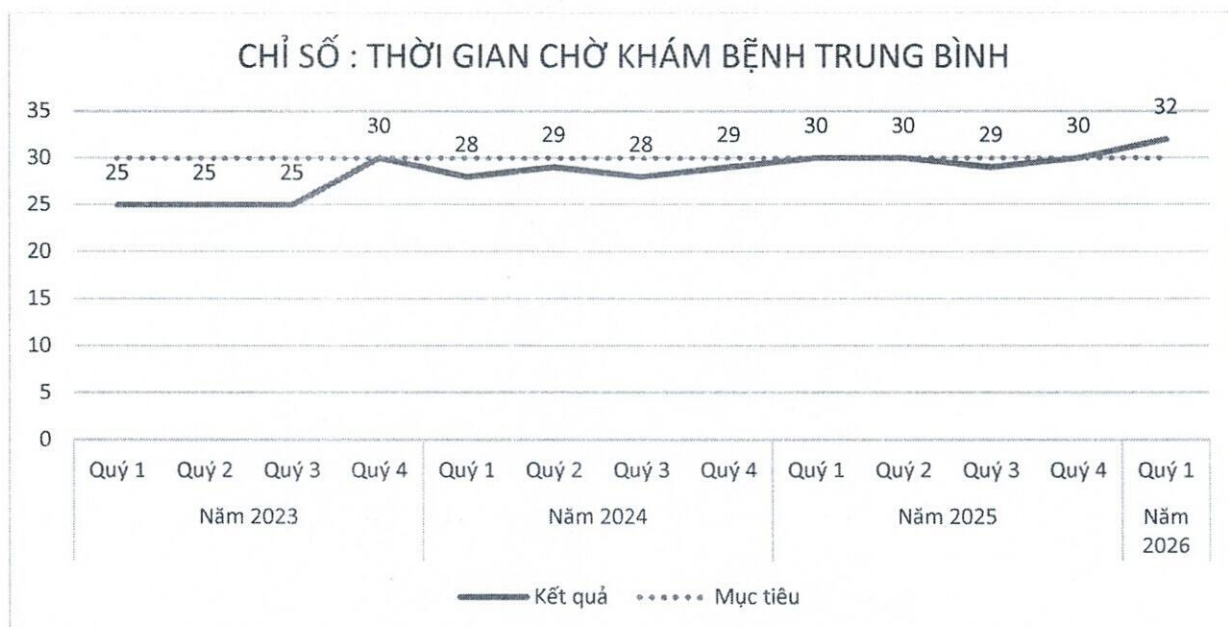
Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Tiếp tục cải tiến trải nghiệm người bệnh nội trú thông qua nâng cao chất lượng dịch vụ, cá thể hóa chăm sóc và cải thiện cơ sở vật chất, tiện nghi điều trị.
- Tăng cường giao tiếp, cung cấp thông tin đầy đủ và đẩy mạnh giáo dục sức khỏe cho người bệnh và thân nhân trong suốt quá trình điều trị.
- Phát huy vai trò của nhân viên y tế bằng các chính sách động viên, khen thưởng và tạo môi trường làm việc thuận lợi nhằm duy trì tinh thần phục vụ tận tâm.
- Khuyến khích các khoa/phòng chia sẻ kinh nghiệm, mô hình thực hành tốt và học hỏi lẫn nhau để nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh trong toàn bệnh viện.

CHỈ SỐ KHOA. PHÒNG:

CSKKB01: Thời gian chờ khám bệnh trung bình của người bệnh

Mục tiêu: Thời gian chờ khám bệnh trung bình của người bệnh < 30 phút



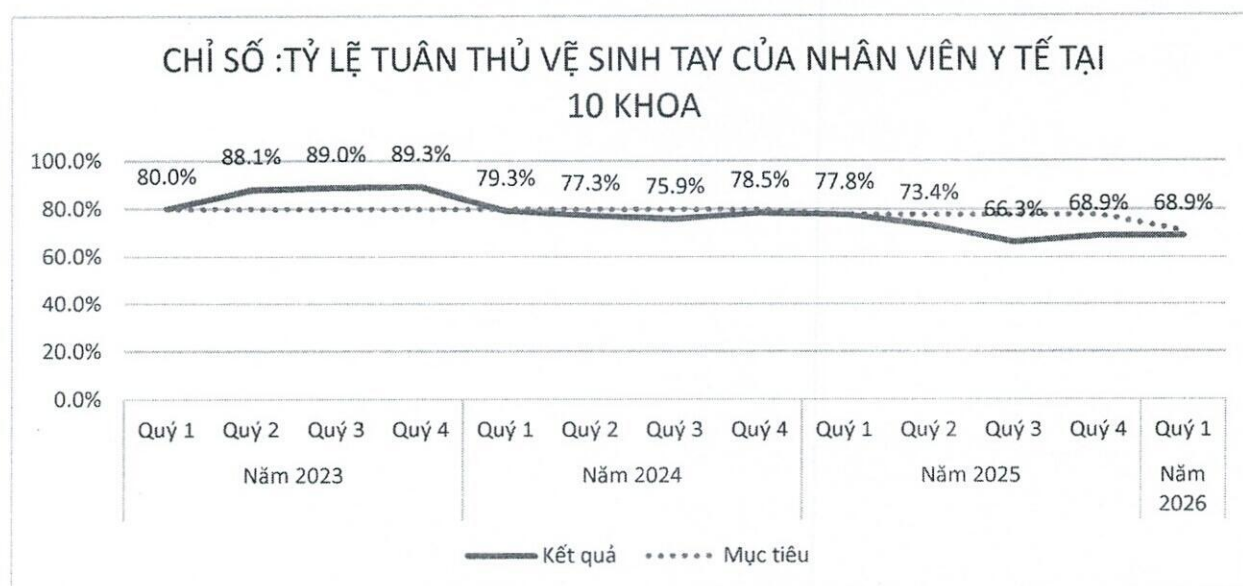
Kết quả chỉ số thời gian chờ khám bệnh của người bệnh trong quý 1 năm 2026 là 32 phút, chưa đạt mục tiêu đề ra. So sánh với quý 1 các năm, nhận thấy năm nay có thời gian chờ trung bình của người bệnh cao nhất. Theo tình hình nhận thấy tình người bệnh chủ yếu tăng vào giai đoạn trước và sau dịp tết.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Tiếp tục tối ưu hóa quy trình tiếp đón, đăng ký và quản lý luồng bệnh nhân nhằm giảm thời gian chờ khám.
- Tăng cường ứng dụng công nghệ, nâng cao năng suất làm việc và kỹ năng hướng dẫn của nhân viên y tế.
- Cải thiện môi trường chờ với đầy đủ tiện nghi và thông tin rõ ràng cho người bệnh.
- Duy trì thu thập ý kiến phản hồi của người bệnh để kịp thời điều chỉnh và nâng cao chất lượng phục vụ.

CSKSNK02: Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế tại bệnh viện

Mục tiêu: Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế tại bệnh viện > 71%



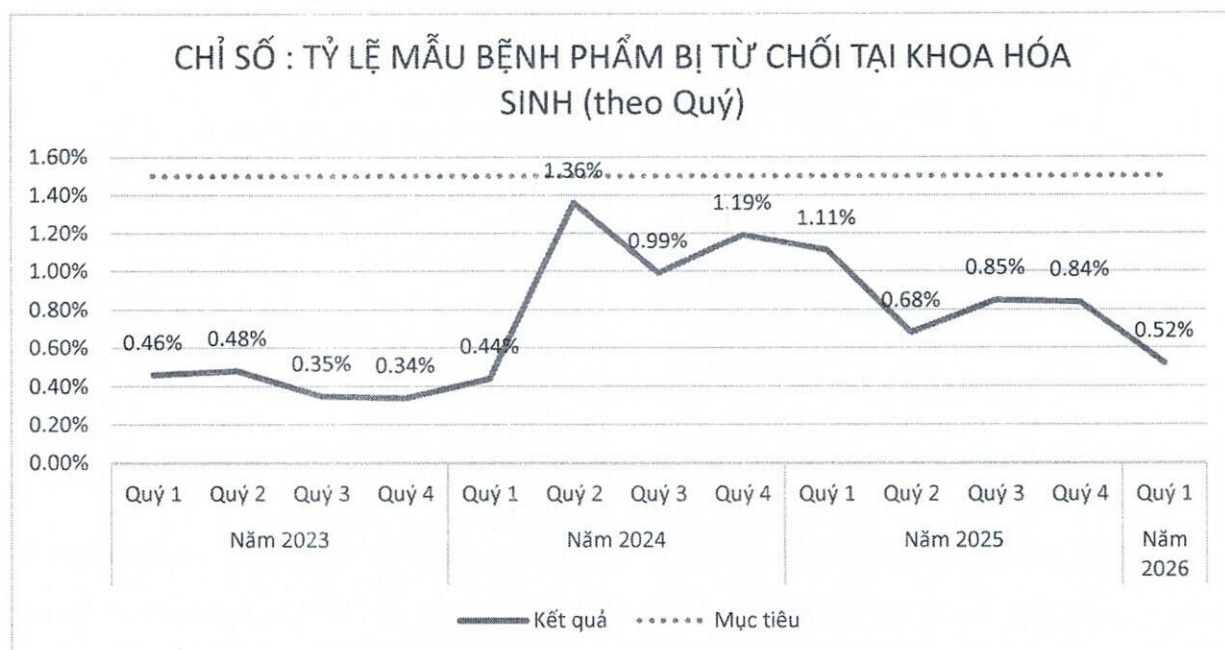
Kết quả chỉ số Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay ở nhân viên y tế trong quý 1 năm 2026 là 68,9%, chưa mục tiêu đề. So sánh với quý 1 các năm, năm nay cho kết quả thấp nhất. Trong năm 2026, chỉ số thay đổi mục tiêu từ 77,8% xuống thành 71% (kết quả trung bình chỉ số vệ sinh tay trong năm 2025).

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Tăng cường đào tạo, tái đào tạo và nhắc nhở thường xuyên về thực hành vệ sinh tay theo hướng dẫn của WHO.
- Đảm bảo đầy đủ dung dịch sát khuẩn tay, xà phòng và các điều kiện cần thiết phục vụ vệ sinh tay tại các vị trí thuận tiện.
- Tăng cường giám sát, phản hồi kết quả thực hiện và xây dựng văn hóa an toàn, kiểm soát nhiễm khuẩn trong toàn bệnh viện.

CSHS04: Tỷ lệ mẫu bệnh phẩm nội trú bị từ chối tại khoa Hóa sinh

Mục tiêu: Mẫu bệnh phẩm nội trú bị từ chối < 1,5%



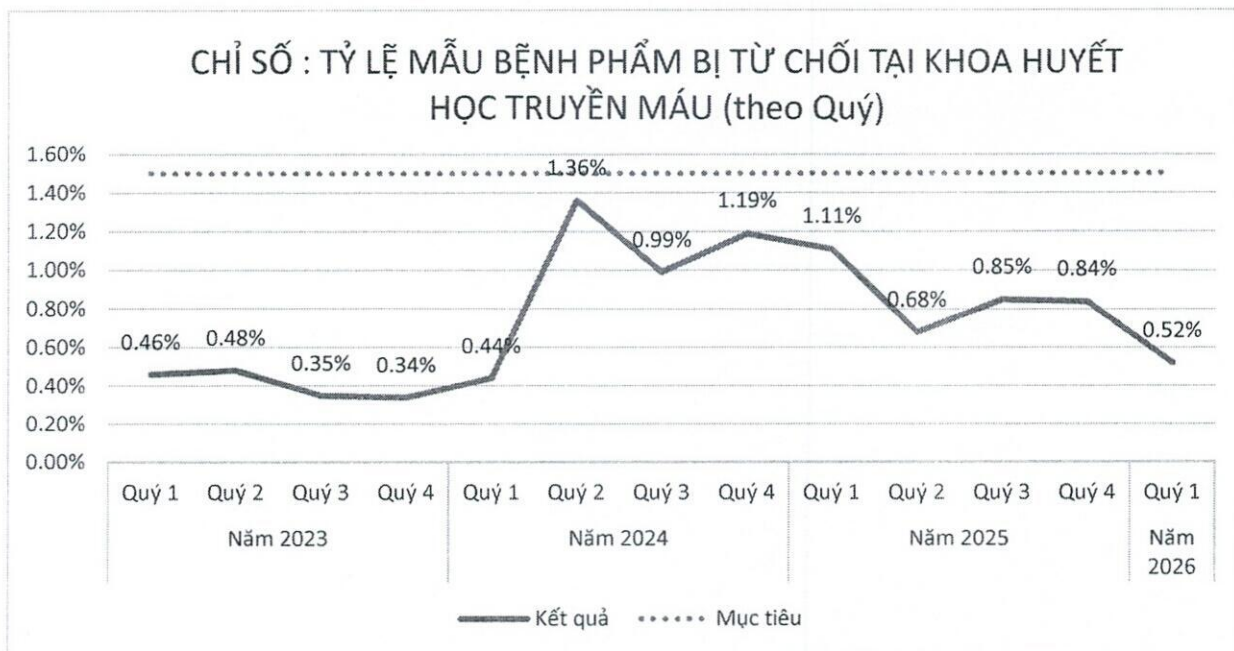
Kết quả chỉ số Tỷ lệ mẫu bệnh phẩm nội trú bị từ chối tại khoa Hóa sinh trong quý 1 năm 2026 là 0,52%, đạt mục tiêu đề ra.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Chuẩn hóa và tăng cường giám sát quy trình lấy mẫu, định danh, bảo quản và vận chuyển mẫu xét nghiệm nhằm giảm sai sót và hạn chế mẫu bị từ chối.
- Đào tạo định kỳ cho nhân viên về kỹ thuật lấy mẫu, các lỗi thường gặp và biện pháp khắc phục trong quá trình thực hiện xét nghiệm.
- Đảm bảo chất lượng vật tư, ống xét nghiệm và tăng cường phản hồi kịp thời từ khoa xét nghiệm đối với các trường hợp mẫu không đạt yêu cầu.
- Ứng dụng hiệu quả hệ thống HIS/LIS để giảm sai sót nhập liệu, theo dõi và phân tích nguyên nhân lỗi theo từng khoa/phòng.
- Tăng cường phối hợp liên khoa giữa khoa xét nghiệm và các khoa lâm sàng nhằm cải thiện chất lượng mẫu và nâng cao hiệu quả hoạt động xét nghiệm.

CSHS05: Tỷ lệ mẫu bệnh phẩm nội trú bị từ chối tại khoa Huyết học truyền máu

Mục tiêu: Mẫu bệnh phẩm nội trú bị từ chối < 1,5%



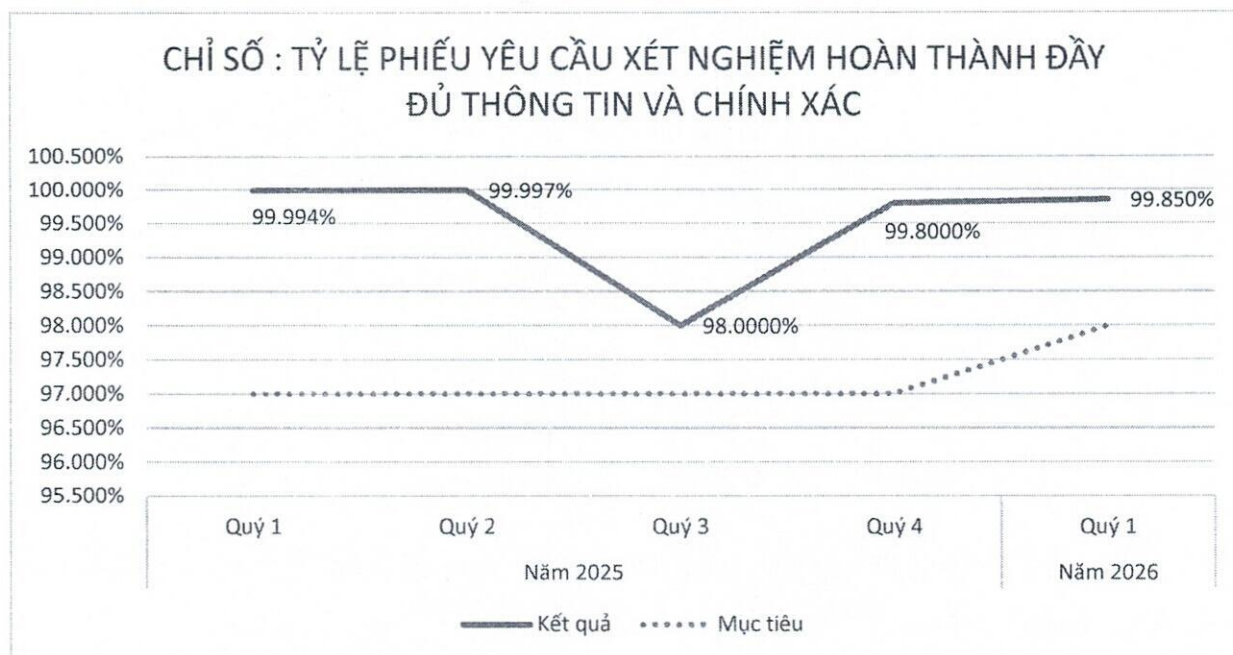
Kết quả chỉ số Tỷ lệ mẫu bệnh phẩm nội trú bị từ chối tại khoa Huyết học truyền máu trong quý 1 năm 2026 là 0,52%, đạt mục tiêu đề ra.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Chuẩn hóa và tăng cường giám sát quy trình lấy mẫu, định danh, bảo quản và vận chuyển mẫu xét nghiệm nhằm giảm sai sót và hạn chế mẫu bị từ chối.
- Đào tạo định kỳ cho nhân viên về kỹ thuật lấy mẫu, các lỗi thường gặp và biện pháp khắc phục trong quá trình thực hiện xét nghiệm.
- Đảm bảo chất lượng vật tư, ống xét nghiệm và tăng cường phản hồi kịp thời từ khoa xét nghiệm đối với các trường hợp mẫu không đạt yêu cầu.
- Ứng dụng hiệu quả hệ thống HIS/LIS để giảm sai sót nhập liệu, theo dõi và phân tích nguyên nhân lỗi theo từng khoa/phòng.
- Tăng cường phối hợp liên khoa giữa khoa xét nghiệm và các khoa lâm sàng nhằm cải thiện chất lượng mẫu và nâng cao hiệu quả hoạt động xét nghiệm.

CSVS06: Tỷ lệ phiếu yêu cầu xét nghiệm hoàn thành đầy đủ thông tin chính xác

Mục tiêu: Tỷ lệ phiếu yêu cầu xét nghiệm hoàn thành đầy đủ thông tin chính xác $\geq 98\%$



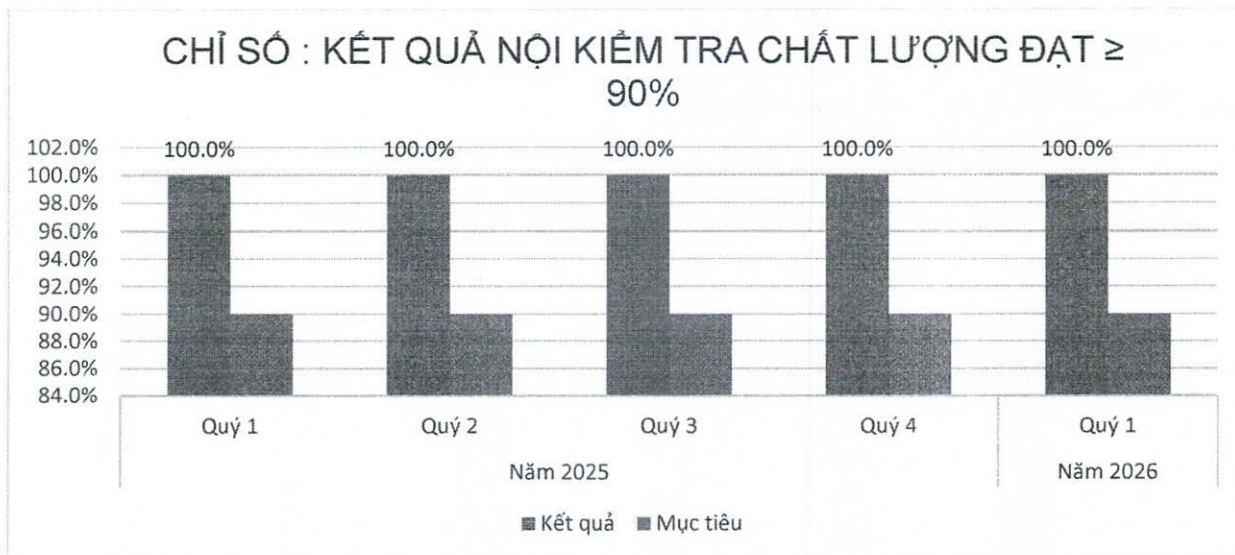
Kết quả chỉ số Tỷ lệ phiếu yêu cầu xét nghiệm hoàn thành đầy đủ thông tin chính xác tại khoa Vi sinh trong quý 1 năm 2026 là 99,85%, kết quả đạt mục tiêu đề ra. Mục tiêu năm 2026 tăng lên từ 97% lên 98%.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Tiếp tục theo dõi chỉ số định kỳ để đánh giá xu hướng biến động kết quả qua các năm và kịp thời có biện pháp cải thiện phù hợp.
- Tăng cường tập huấn nhân viên về quy định ghi phiếu yêu cầu xét nghiệm đầy đủ, chính xác, rõ ràng và đúng quy trình.
- Đảm bảo phiếu yêu cầu xét nghiệm và mẫu bệnh phẩm được gửi đồng bộ, đúng thông tin và đúng thời gian quy định.
- Chuẩn hóa quy trình thực hiện tại khoa và tăng cường phối hợp liên khoa nhằm nâng cao chất lượng quản lý xét nghiệm.

CSVS07: Kết quả nội kiểm tra chất lượng “đạt” $\geq 91\%$

Mục tiêu: Kết quả nội kiểm tra chất lượng “đạt” $\geq 91\%$



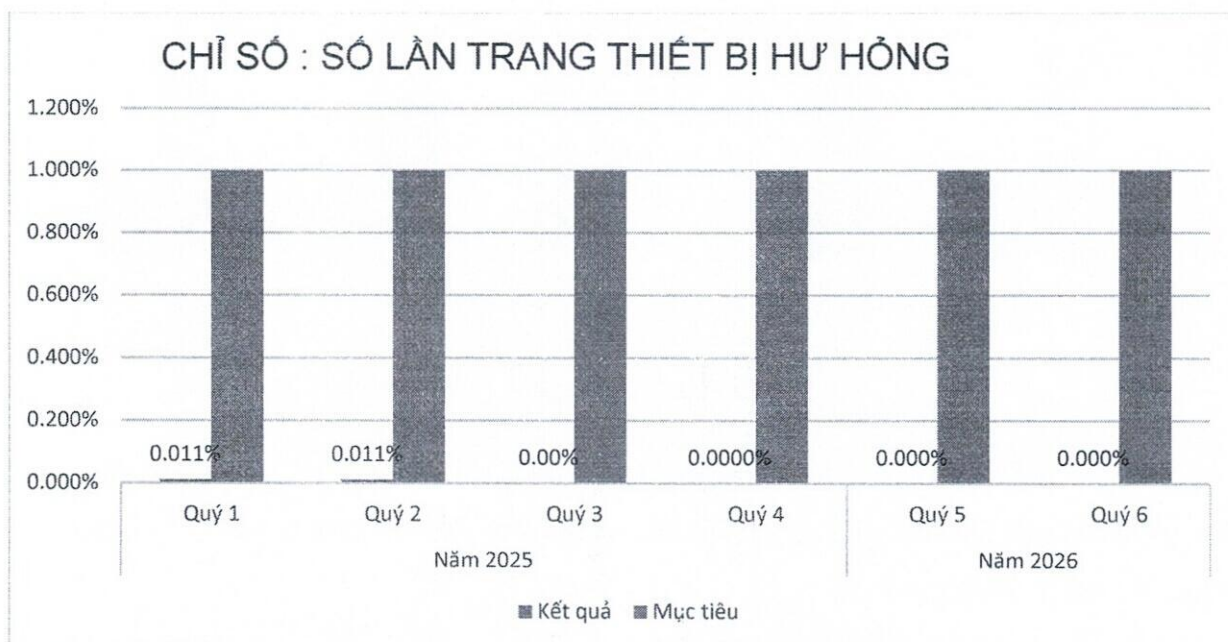
Kết quả chỉ số Kết quả nội kiểm tra chất lượng 100% tại khoa Vi sinh trong quý 1 năm 2026 kết quả đạt mục tiêu đề ra và được duy trì từ năm 2025 đến nay. Mục tiêu năm 2026 tăng lên từ 90% lên 91%.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Tiếp tục theo dõi chỉ số định kỳ để đánh giá xu hướng biến động kết quả qua các năm.
- Duy trì và củng cố việc tuân thủ các quy trình chuẩn về nội kiểm chất lượng, hiệu chuẩn thiết bị và bảo quản hóa chất, mẫu chuẩn.
- Tăng cường giám sát định kỳ nhằm phát hiện sớm các nguy cơ ảnh hưởng đến chất lượng xét nghiệm.
- Thực hiện đầy đủ công tác bảo trì, bảo dưỡng thiết bị xét nghiệm để đảm bảo độ chính xác và ổn định của hệ thống.
- Theo dõi, cập nhật các công nghệ và phương pháp kiểm soát chất lượng mới nhằm nâng cao hiệu quả hoạt động xét nghiệm.

CSVS08: Số lần trang thiết bị hư hỏng

Mục tiêu: Số lần trang thiết bị hư hỏng $\leq 1\%$



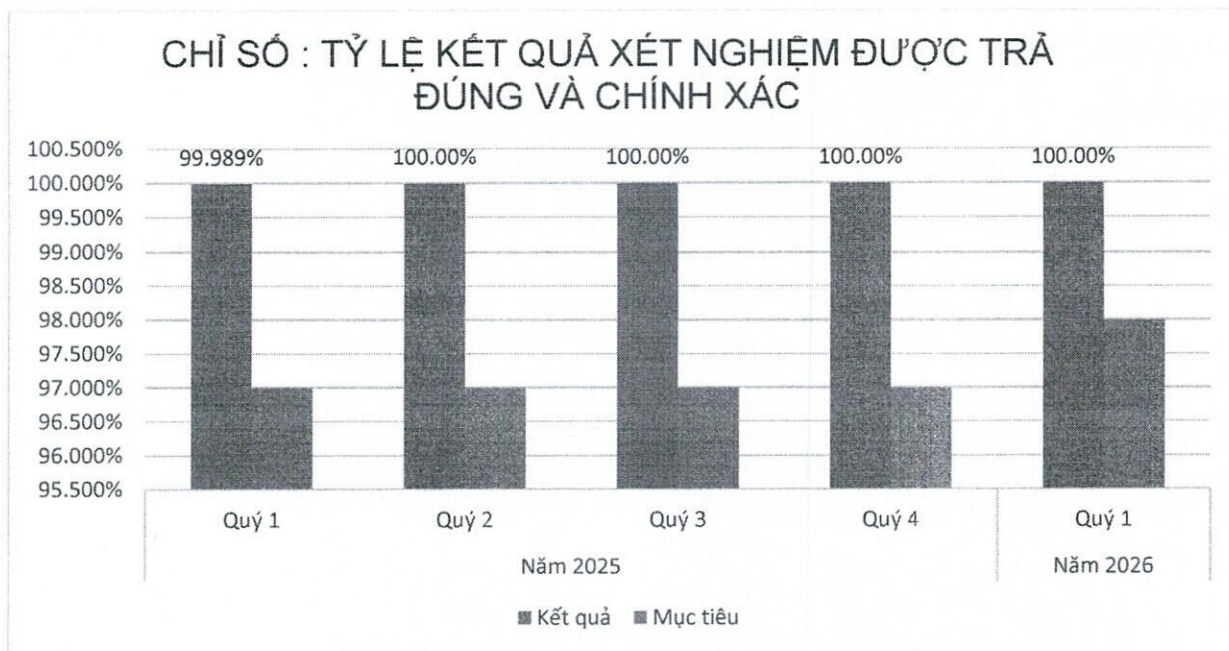
Kết quả chỉ số Số lần trang thiết bị hư hỏng tại khoa Vi sinh trong quý 1 năm 2026 là 0%, kết quả đạt mục tiêu đề ra.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Tiếp tục theo dõi chỉ số định kỳ để đánh giá xu hướng biến động kết quả theo từng năm.
- Duy trì hệ thống quản lý, bảo trì, hiệu chuẩn thiết bị đúng kế hoạch nhằm bảo đảm thiết bị hoạt động ổn định và chính xác.
- Đảm bảo đầy đủ vật tư, phụ tùng thay thế và tăng cường giám sát phát hiện sớm các dấu hiệu bất thường của thiết bị.
- Tăng cường đào tạo nhân viên về sử dụng, bảo quản thiết bị đúng quy trình và nâng cao ý thức trách nhiệm trong quá trình vận hành.
- Xây dựng kế hoạch dài hạn cho việc thay thế, nâng cấp thiết bị và cập nhật công nghệ mới nhằm nâng cao năng lực xét nghiệm của khoa.

CSVS09: Tỷ lệ kết quả xét nghiệm được trả đúng và chính xác

Mục tiêu: Tỷ lệ kết quả xét nghiệm được trả đúng và chính xác $\geq 98\%$



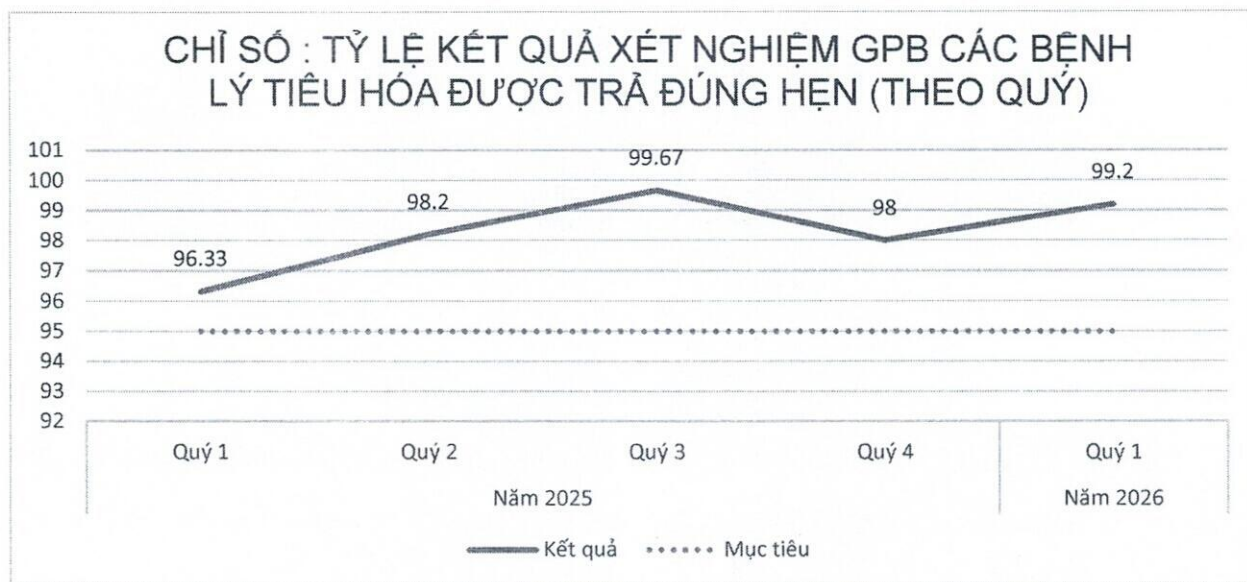
Kết quả chỉ số Tỷ lệ kết quả xét nghiệm được trả đúng và chính xác tại khoa Vi sinh trong quý 1 năm 2026 là 99, 975%, kết quả đạt mục tiêu đề ra. Mục tiêu năm 2026 tăng lên từ 97% lên 98%.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Tiếp tục theo dõi chỉ số định kỳ để đánh giá xu hướng biến động kết quả qua các năm.
- Duy trì giám sát chặt chẽ toàn bộ quy trình xét nghiệm từ tiền phân tích, phân tích đến hậu phân tích nhằm bảo đảm chất lượng kết quả.
- Thực hiện đầy đủ công tác bảo trì, bảo dưỡng và hiệu chuẩn thiết bị xét nghiệm để duy trì độ chính xác và ổn định của hệ thống.
- Tiếp tục cập nhật công nghệ, phương pháp xét nghiệm mới và nâng cao năng lực chuyên môn cho nhân viên.
- Định kỳ đánh giá các nguy cơ tiềm ẩn ảnh hưởng đến chất lượng xét nghiệm để kịp thời triển khai biện pháp phòng ngừa và cải tiến.

CSGPB10: Tỷ lệ các kết quả xét nghiệm giải phẫu bệnh các bệnh lý tiêu hóa được trả đúng hạn

Mục tiêu: Tỷ lệ các kết quả xét nghiệm giải phẫu bệnh các bệnh lý tiêu hóa được trả đúng hạn > 95%



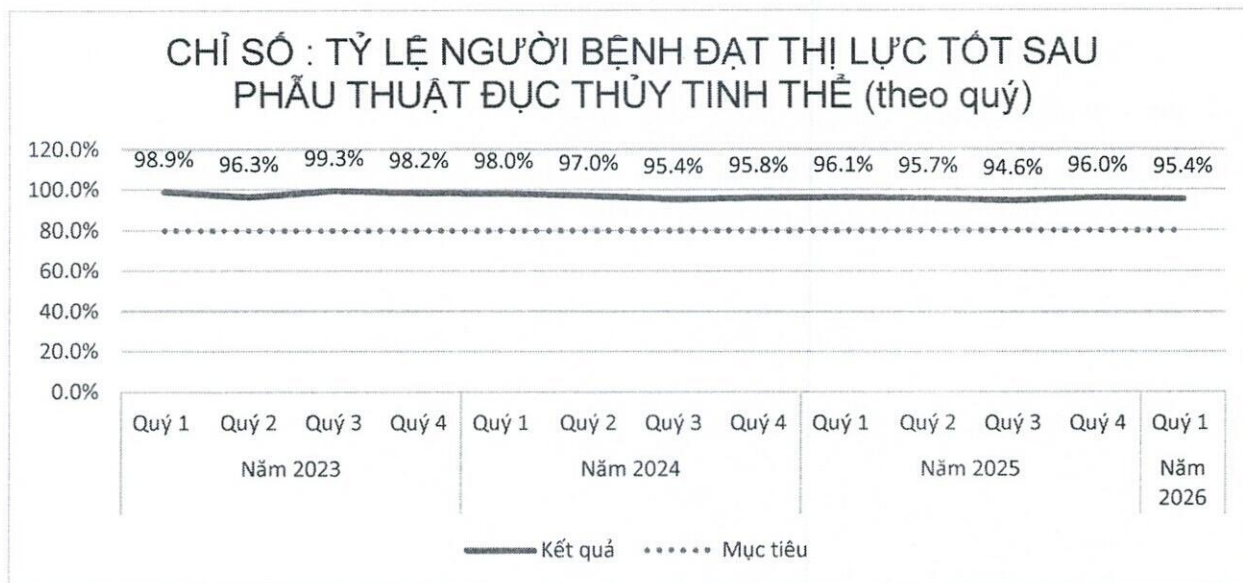
Kết quả chỉ số Tỷ lệ các kết quả xét nghiệm giải phẫu bệnh các bệnh lý tiêu hóa được trả đúng hạn tại khoa Giải phẫu bệnh trong quý 1 năm 2026 là 99,2%, đạt mục tiêu đề ra và cao hơn quý 1 năm 2025.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Tiếp tục theo dõi chỉ số định kỳ để đánh giá xu hướng biến động kết quả qua các năm.
- Rà soát và tối ưu hóa toàn bộ quy trình xét nghiệm từ tiếp nhận mẫu đến trả kết quả nhằm hạn chế chậm trễ và sai sót.
- Thiết lập hệ thống cảnh báo sớm, tăng cường quản lý định danh và theo dõi mẫu để tránh thất lạc hoặc nhầm lẫn.
- Đảm bảo nguồn cung vật tư, hóa chất ổn định và có kế hoạch dự trữ phù hợp phục vụ hoạt động xét nghiệm.
- Tăng cường phối hợp và thông báo kịp thời với các khoa lâm sàng khi có nguy cơ chậm trả kết quả để hỗ trợ điều trị người bệnh hiệu quả.

CSMAT11: Tỷ lệ người bệnh đạt thị lực tốt sau phẫu thuật đục thủy tinh thể

Mục tiêu: > 80% Người bệnh đạt thị lực tốt sau phẫu thuật đục thủy tinh thể



Kết quả chỉ số Tỷ lệ người bệnh đạt thị lực tốt sau phẫu thuật đục thủy tinh thể tại khoa Mắt trong quý 1 năm 2026 là 95,4%, đạt mục tiêu đề ra. So sánh với các quý 1 cùng kỳ thì tỷ lệ năm 2026 là thấp nhất.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Khoa tiếp tục và duy trì những phương pháp chăm sóc người bệnh sau khi phẫu thuật, cần tăng cường các hướng dẫn trực quan cho người bệnh tự chăm sóc sau phẫu thuật tại nhà.

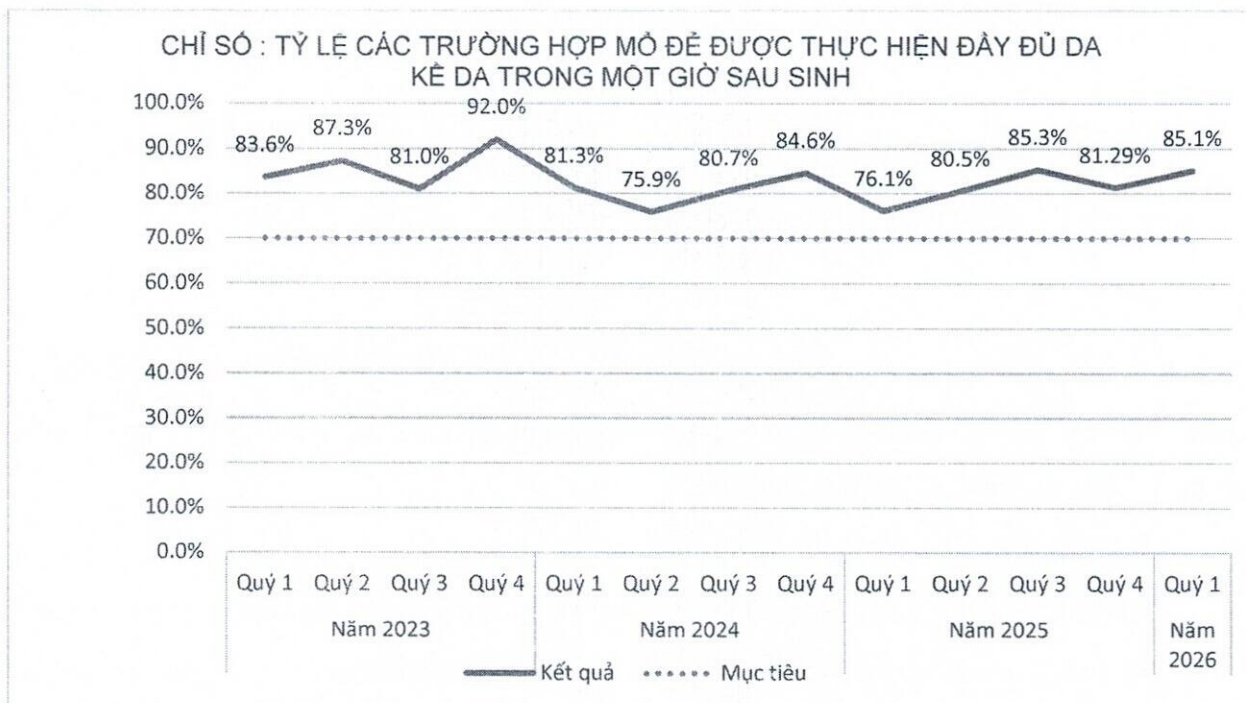
- Rà soát, cập nhập quy trình phác đồ thường xuyên theo phác đồ chung của Bộ Y tế và thế giới.

- Tăng cường đào tạo và phát triển kỹ năng cho nhân viên y tế tại khoa để duy trì và phát triển tốt các kỹ thuật tại khoa.

- Tiếp tục theo dõi và duy trì kết quả chỉ số tại khoa.

CSSAN12: Tỷ lệ các trường hợp mổ đẻ được thực hiện đầy đủ da kề da trong một giờ đầu sau sinh

Mục tiêu: Tỷ lệ các trường hợp mổ đẻ được thực hiện đầy đủ da kề da trong một giờ đầu sau sinh $\geq 70\%$



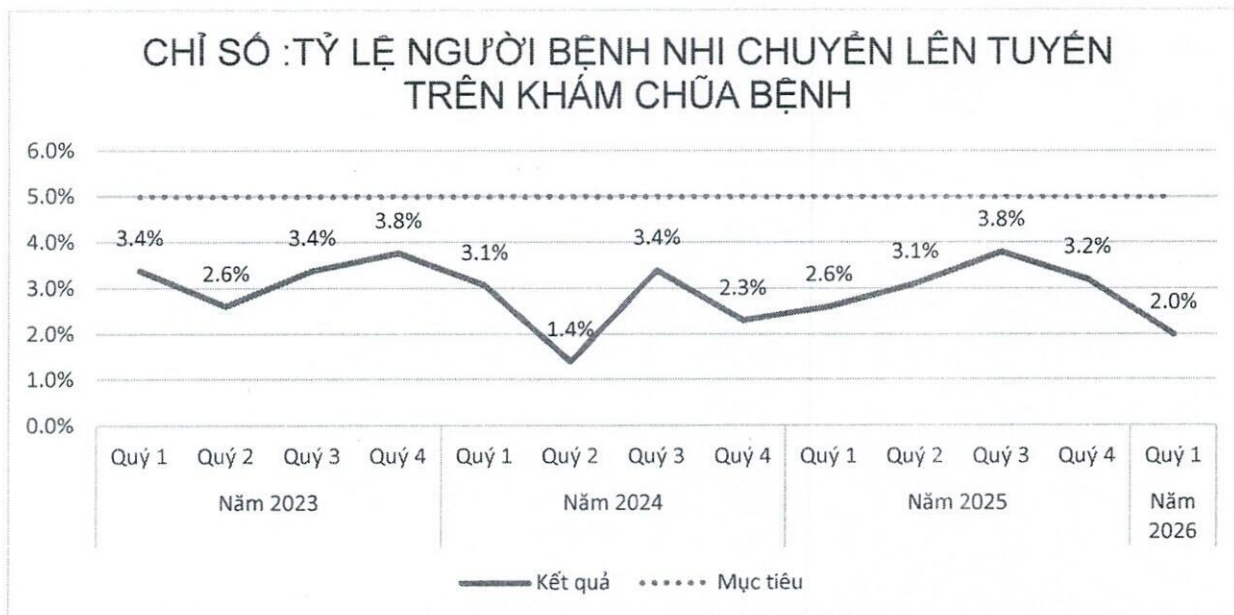
Kết quả chỉ số Tỷ lệ các trường hợp mổ đẻ được thực hiện đầy đủ da kề da trong một giờ đầu sau sinh tại khoa Sản trong quý 1 năm 2026 là 85,1%, đạt mục tiêu đề ra. So sánh với cùng kì quý 1 các năm, nhận thấy năm nay có kết quả cao nhất.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Tăng cường đào tạo, tập huấn chuyên sâu cho nhân viên y tế về kỹ thuật thực hiện da kề da an toàn và hiệu quả, đặc biệt trong phòng mổ và phòng sanh.
- Rà soát, chuẩn hóa và giám sát chặt chẽ quy trình thực hiện da kề da sau sinh nhằm bảo đảm tính an toàn và khả thi.
- Đảm bảo đầy đủ điều kiện môi trường, nhân lực và trang thiết bị phục vụ thực hiện da kề da cho các trường hợp đủ điều kiện.
- Đẩy mạnh tư vấn, giáo dục cho thai phụ và gia đình về lợi ích của phương pháp da kề da để tăng sự hợp tác và tuân thủ thực hiện.

CSNHI14: Tỷ lệ người bệnh nhi chuyển lên tuyến trên khám chữa bệnh (tất cả các bệnh)

Mục tiêu: <5% Tỷ lệ người bệnh nhi chuyển lên tuyến trên khám chữa bệnh (tất cả các bệnh)



Tỷ lệ chuyển lên tuyến trên khám chữa bệnh ở khoa Nhi trong quý 1 năm 2026 là 2%, đạt mục tiêu đề ra. So sánh với quý 1 các năm, cho thấy tỷ lệ năm nay là thấp nhất. Điều đó cho thấy sự tiến bộ trong công tác khám chữa bệnh tại khoa nhi và trình độ đội ngũ y bác sĩ được nâng cao.

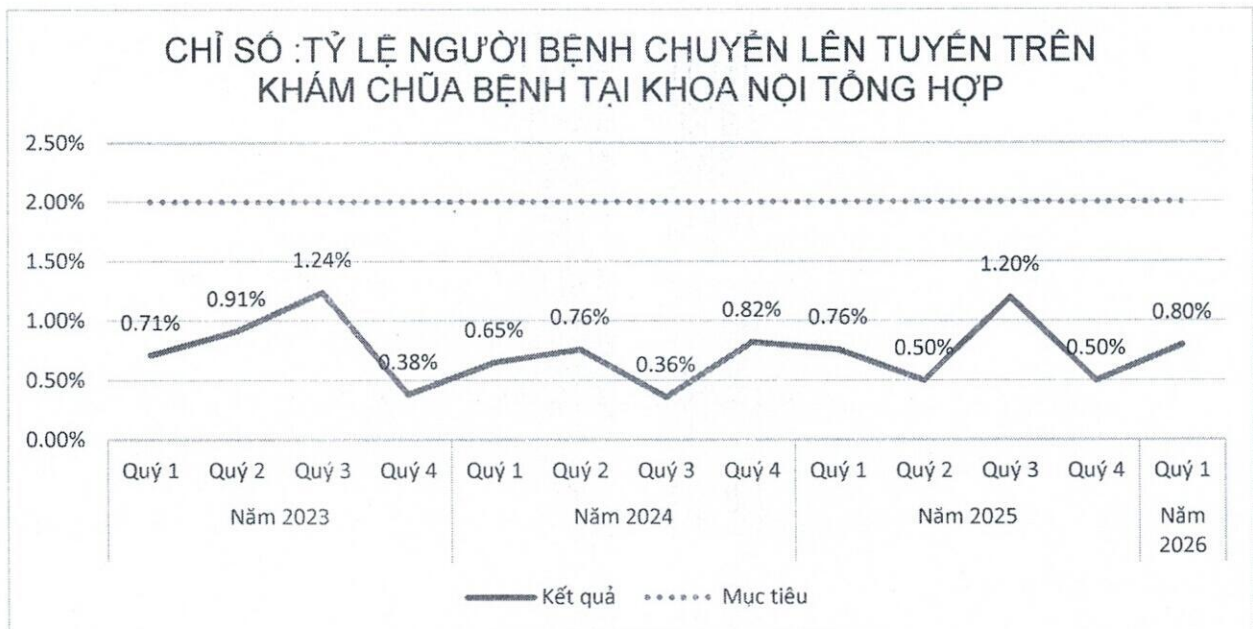
Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Tiếp tục tăng cường đào tạo chuyên môn cho bác sĩ, điều dưỡng nhằm nâng cao năng lực khám chữa bệnh nhi khoa và giảm tỷ lệ chuyển tuyến.
- Xây dựng và phát triển đơn vị hồi sức nhi chuyên sâu để triển khai các kỹ thuật điều trị chuyên sâu tại bệnh viện.
- Thường xuyên cập nhật phác đồ, quy trình khám chữa bệnh theo hướng dẫn của Bộ Y tế và các khuyến cáo quốc tế.
- Cải thiện trải nghiệm khám chữa bệnh cho trẻ em và người nhà thông qua môi trường khám thân thiện, giảm thời gian chờ và nâng cao chất lượng phục vụ.

- Đẩy mạnh truyền thông, giáo dục sức khỏe về phòng bệnh, chăm sóc và nhận biết sớm các bệnh lý thường gặp ở trẻ em

CSNTH15: Tỷ lệ người bệnh chuyển lên tuyến trên khám chữa bệnh tại khoa Nội tổng hợp

Mục tiêu: < 2% Tỷ lệ người bệnh chuyển lên tuyến trên khám chữa bệnh tại khoa Nội tổng hợp



Kết quả chỉ số chuyển lên tuyến trên tại khoa Nội tổng hợp trong quý 1 năm 2026 là 0,8%, đạt mục tiêu đề ra. So sánh quý 1 các năm, tỷ lệ năm nay cao hơn so với các năm khác, tuy nhiên cao hơn cũng không đáng kể.

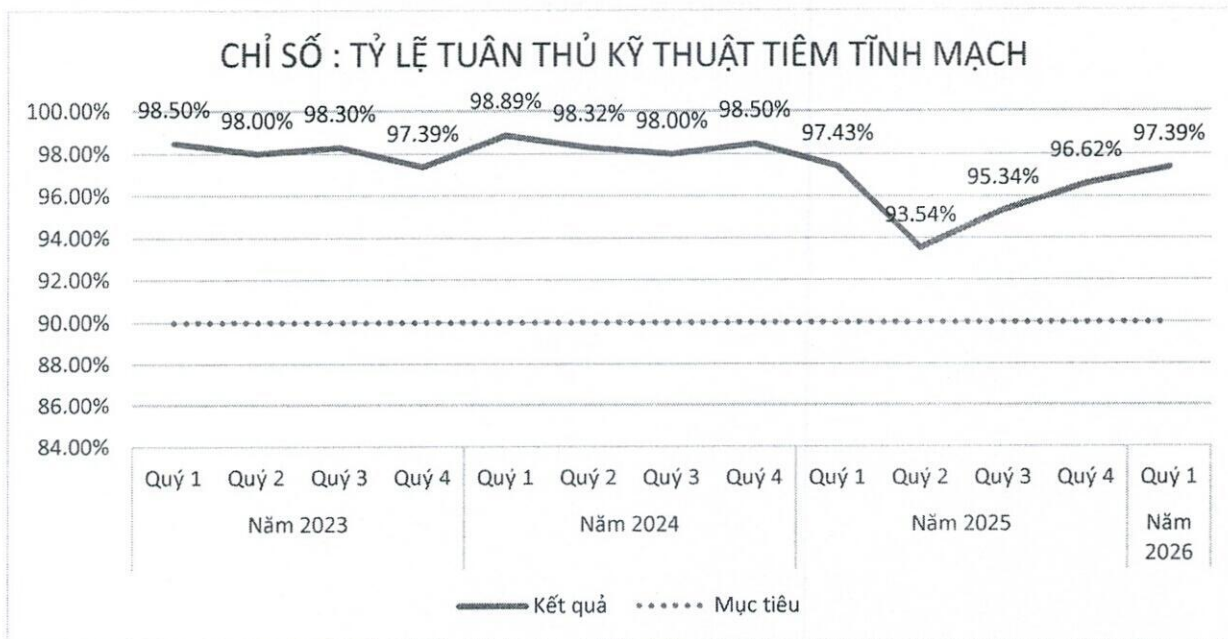
Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Tăng cường hợp giao ban, phân tích các trường hợp chuyển tuyến để rút kinh nghiệm và cải tiến quy trình xử trí lâm sàng.
- Nâng cao năng lực chuyên môn thông qua đào tạo, cập nhật kiến thức, hội chẩn từ xa và phát triển đội ngũ chuyên môn nòng cốt tại khoa.
- Đầu tư trang thiết bị hỗ trợ điều trị nhằm nâng cao khả năng xử trí và chăm sóc người bệnh ngay tại khoa.
- Tăng cường phối hợp giữa bác sĩ và điều dưỡng trong theo dõi, phát hiện sớm diễn tiến bất thường để xử trí kịp thời.

- Đẩy mạnh giáo dục sức khỏe, tư vấn cho người bệnh và thân nhân nhằm nâng cao sự tin tưởng điều trị tại tuyến cơ sở và hạn chế chuyển tuyến không cần thiết.

CSPĐĐ16: Tỷ lệ tuân thủ kỹ thuật tiêm tĩnh mạch

Mục tiêu: Tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật đạt > 90%



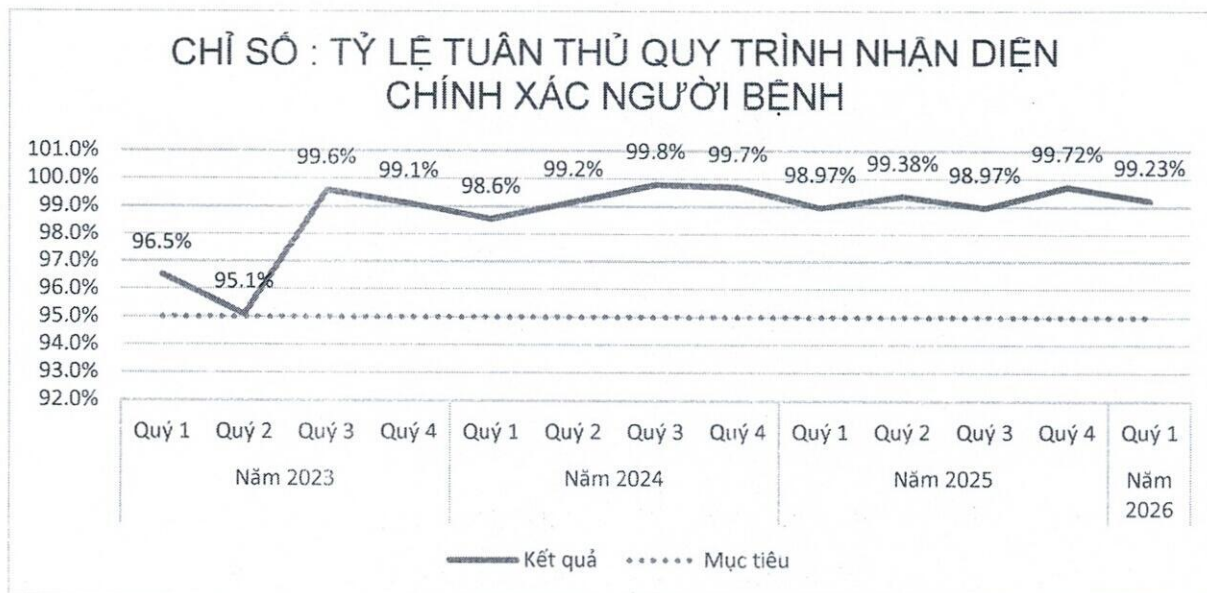
Kết quả chỉ số Tỷ lệ tuân thủ tiêm tĩnh mạch ở điều dưỡng trong quý 1 năm 2026 là 97,39%, đạt mục tiêu đề ra.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Tiếp tục rà soát, chuẩn hóa quy trình kỹ thuật tiêm tĩnh mạch và tăng cường giám sát thực hành nhằm bảo đảm tuân thủ đúng quy định chuyên môn.
- Tổ chức đào tạo, tập huấn định kỳ về kỹ thuật tiêm tĩnh mạch và các kỹ thuật điều dưỡng cho toàn bộ nhân viên, đặc biệt là nhân viên mới và học viên.
- Theo dõi, phân tích các trường hợp tai biến sau tiêm để kịp thời rút kinh nghiệm và có biện pháp khắc phục phù hợp.
- Tăng cường tiếp nhận phản hồi của người bệnh, nâng cao trải nghiệm điều trị đồng thời duy trì kiểm soát chất lượng chuyên môn hiệu quả.

CSNS18: Tỷ lệ tuân thủ quy trình nhận diện chính xác người bệnh (khoa Nội soi)

Mục tiêu: $\geq 95\%$ nhân viên y tế tuân thủ quy trình nhận diện chính xác người bệnh



Kết quả chỉ số Tỷ lệ tuân thủ quy trình nhận diện chính xác người bệnh khoa Nội soi trong quý 1 năm 2026 là 99,23%, đạt mục tiêu đề ra. So sánh quý 1 với các năm, nhận thấy năm nay có tỷ lệ tuân thủ cao nhất.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Tiếp tục duy trì tỷ lệ tuân thủ nhận diện chính xác người bệnh đạt 100% và tăng cường cải thiện kỹ năng giao tiếp, ứng xử của nhân viên y tế với người bệnh.
- Duy trì giám sát định kỳ và đột xuất nhằm bảo đảm thực hiện đúng quy trình nhận diện người bệnh.
- Tổ chức đào tạo, tập huấn thường xuyên về quy trình nhận diện người bệnh và cập nhật các hướng dẫn mới cho nhân viên y tế.
- Rà soát, cập nhật quy trình phù hợp với thực tiễn hoạt động và yêu cầu chuyên môn hiện hành.
- Tăng cường truyền thông, xây dựng văn hóa an toàn người bệnh trong toàn khoa nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc và điều trị..

CSDUOC19: Tỷ lệ báo cáo ADR có đầy đủ các thông tin tối thiểu

Mục tiêu: $\geq 95\%$ Tỷ lệ báo cáo ADR có đầy đủ các thông tin tối thiểu

Kết quả chỉ số Tỷ lệ báo cáo ADR có đầy đủ các thông tin tối thiểu tại khoa Dược đạt 100%, đạt mục tiêu đề ra. Kết quả này được duy trì từ năm 2023 đến nay

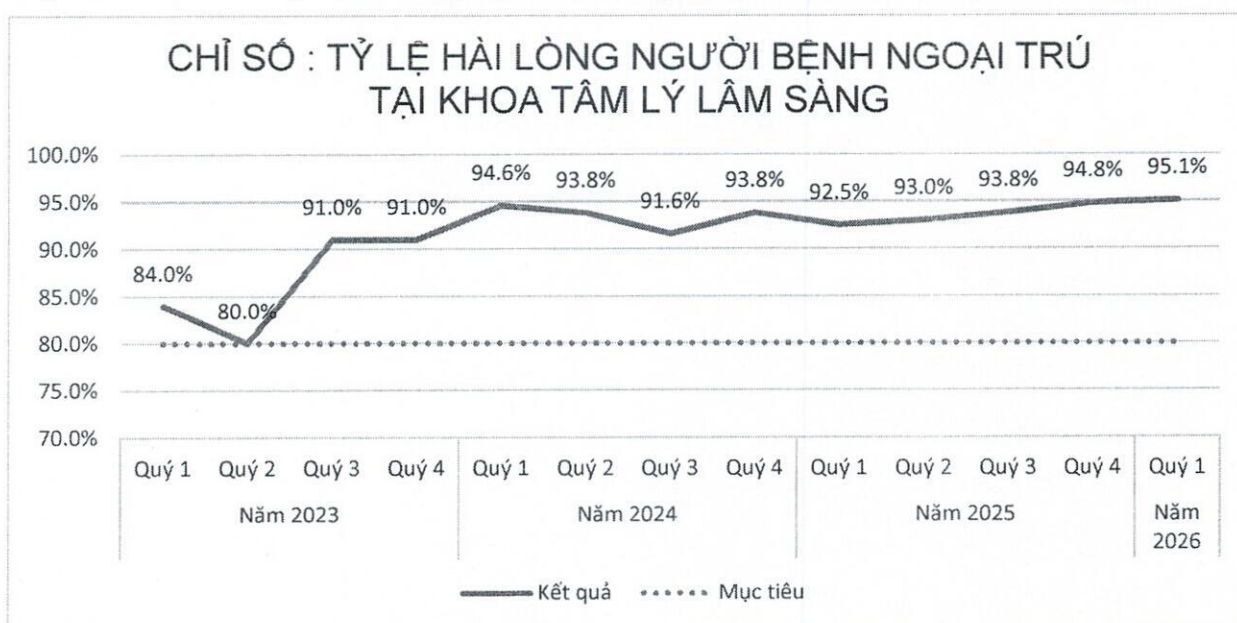
Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Tiếp tục duy trì và củng cố quy trình báo cáo ADR: Đảm bảo tất cả báo cáo ADR được điền đầy đủ thông tin tối thiểu theo quy định.

- Tăng cường truyền thông nội bộ về tầm quan trọng của báo cáo ADR: Phối hợp với các khoa lâm sàng để nhấn mạnh vai trò của báo cáo ADR trong việc đảm bảo an toàn sử dụng thuốc.

CSTLLS20: Tỷ lệ hài lòng người bệnh ngoại trú tại khoa Tâm lý lâm sàng

Mục tiêu: $\geq 80\%$ Tỷ lệ hài lòng người bệnh ngoại trú tại khoa Tâm lý lâm sàng



Kết quả chỉ số tại khoa Tâm lý lâm sàng cho thấy tỷ lệ hài lòng chất lượng khám tâm lý, tâm thần trong quý 1 năm 2026 là 95,1%, đạt mục tiêu đề ra. So sánh quý 1 với các năm nhận thấy năm nay có kết quả cao nhất.

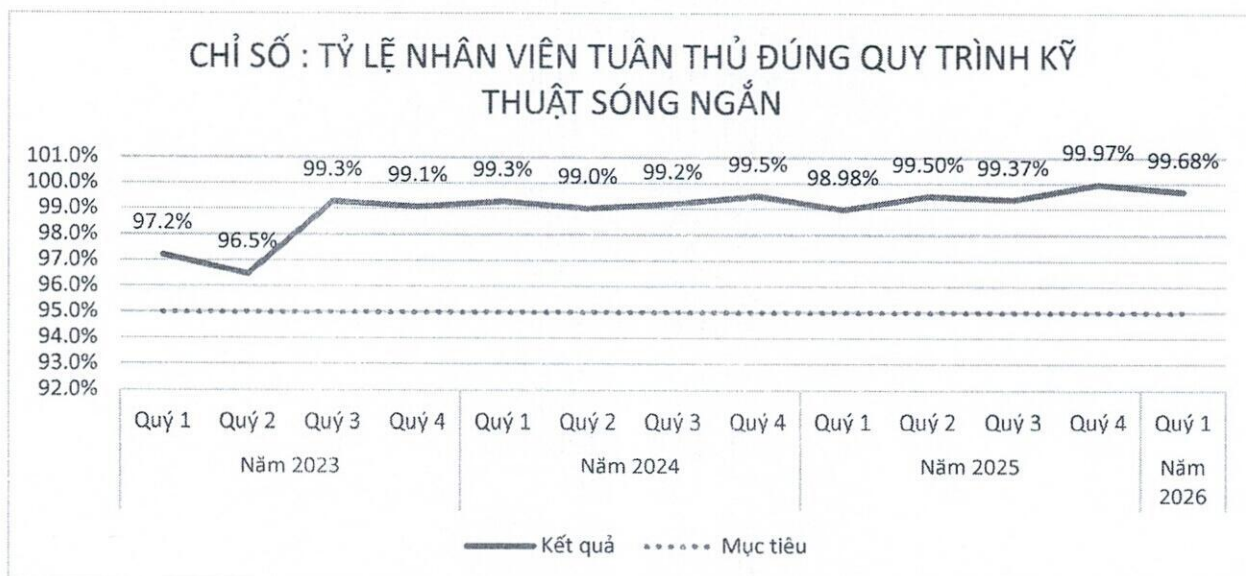
Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Tiếp tục theo dõi chỉ số hài lòng của người bệnh để nhận diện các khía cạnh còn hạn chế và kịp thời triển khai biện pháp cải thiện phù hợp.

- Tăng cường thu thập phản hồi chi tiết từ người bệnh thông qua nhiều hình thức nhằm ghi nhận đầy đủ các ý kiến đóng góp và nhu cầu thực tế.
- Tối ưu hóa quy trình tiếp đón, giảm thời gian chờ đợi và nâng cao hiệu quả quản lý người bệnh trong giờ cao điểm.
- Tiếp tục đào tạo kỹ năng giao tiếp, tư vấn và ứng xử cho nhân viên y tế nhằm nâng cao sự đồng cảm, tôn trọng và hỗ trợ người bệnh.
- Cải thiện không gian khám chữa bệnh theo hướng thân thiện, riêng tư và phù hợp với đặc thù người bệnh tâm lý nhằm nâng cao trải nghiệm điều trị.

CSVLTL22: Tỷ lệ tuân thủ đúng quy trình sóng ngắn

Mục tiêu: $\geq 95\%$ Nhân viên tuân thủ đúng quy trình kỹ thuật sóng ngắn



Kết quả chỉ số Tỷ lệ tuân thủ đúng quy trình sóng ngắn tại khoa Vật lý trị liệu trong quý 1 năm 2026 là 99,68%, đạt mục tiêu đề ra. So sánh quý 1 với các năm, nhận thấy năm nay có kết quả cao nhất.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Khoa tiếp tục theo dõi chỉ số “Tỷ lệ tuân thủ đúng quy trình sóng ngắn”
- Tiếp tục nâng cao tay nghề cho đội ngũ NVYT tại khoa về kỹ thuật sóng ngắn nói riêng và các kỹ thuật khác tại khoa nói chung.
- Thúc đẩy văn hóa chất lượng: Tiếp tục củng cố văn hóa coi trọng sự chính xác, tuân thủ quy trình và an toàn cho người bệnh trong toàn bộ khoa.

- Giải thích kỹ cho bệnh nhân về các bước thực hiện. Chú ý đến cảm nhận của người bệnh.

- Cập nhật quy trình: Rà soát và cập nhật quy trình định kỳ để đảm bảo phù hợp với thực tiễn, công nghệ mới hoặc các hướng dẫn y tế mới nhất.

CSVLTL23: Tỷ lệ tuân thủ đúng quy trình kỹ thuật siêu âm

Mục tiêu: $\geq 95\%$ Nhân viên tuân thủ đúng quy trình kỹ thuật siêu âm

Kết quả chỉ số Tỷ lệ tuân thủ đúng quy trình siêu âm tại khoa Vật lý trị liệu trong quý 1 năm 2026 là 99,52%, đạt mục tiêu đề ra.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Khoa tiếp tục theo dõi chỉ số
- Tiếp tục nâng cao tay nghề cho đội ngũ NVYT tại khoa về kỹ thuật siêu âm nói riêng và các kỹ thuật khác tại khoa nói chung.
- Thúc đẩy văn hóa chất lượng: Tiếp tục củng cố văn hóa coi trọng sự chính xác, tuân thủ quy trình và an toàn cho người bệnh trong toàn bộ khoa
- Giải thích kỹ cho bệnh nhân về các bước thực hiện. Chú ý đến cảm nhận của người bệnh.
- Cập nhật quy trình: Rà soát và cập nhật quy trình định kỳ để đảm bảo phù hợp với thực tiễn, công nghệ mới hoặc các hướng dẫn y tế mới nhất

CSVLTL24: Tỷ lệ tuân thủ đúng quy trình kỹ thuật kéo cột sống cổ

Mục tiêu: $\geq 95\%$ Nhân viên tuân thủ đúng quy trình kỹ thuật kéo cột sống cổ

Kết quả chỉ số Tỷ lệ tuân thủ đúng quy trình kỹ thuật kéo cột sống cổ tại khoa Vật lý trị liệu trong quý 1 năm 2026 là 99,45%, đạt mục tiêu đề ra.

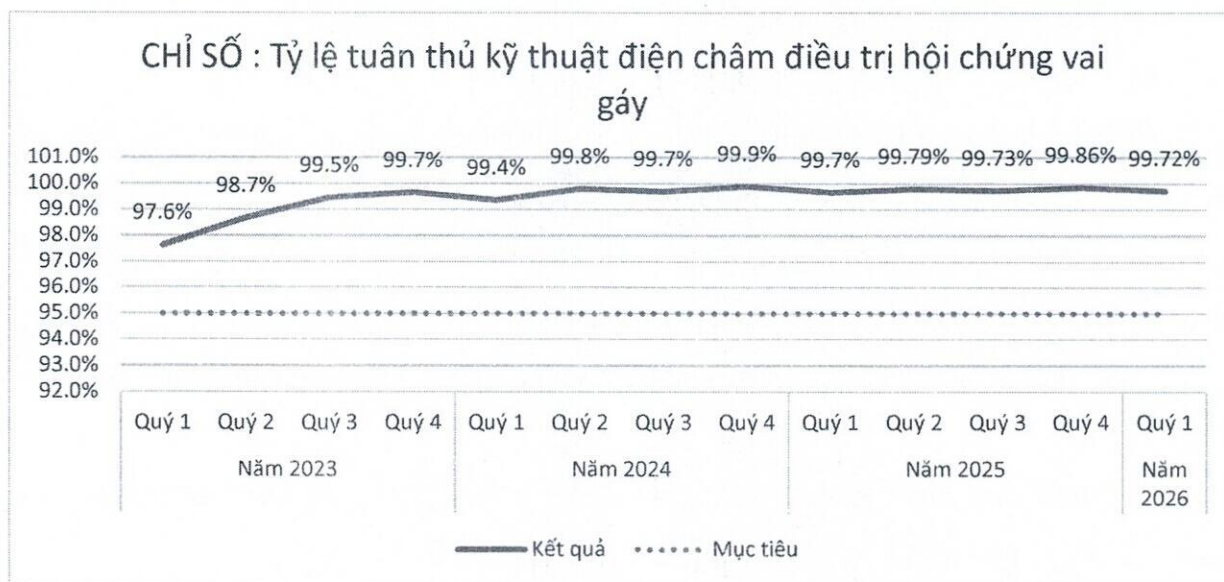
Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Khoa tiếp tục theo dõi chỉ số
- Tiếp tục nâng cao tay nghề cho đội ngũ NVYT tại khoa về kỹ thuật siêu âm nói riêng và các kỹ thuật khác tại khoa nói chung.
- Thúc đẩy văn hóa chất lượng: Tiếp tục củng cố văn hóa coi trọng sự chính xác, tuân thủ quy trình và an toàn cho người bệnh trong toàn bộ khoa

- Giải thích kỹ cho bệnh nhân về các bước thực hiện. Chú ý đến cảm nhận của người bệnh.
- Cập nhật quy trình: Rà soát và cập nhật quy trình định kỳ để đảm bảo phù hợp với thực tiễn, công nghệ mới hoặc các hướng dẫn y tế mới nhất

CSYDCT25: Tỷ lệ tuân thủ kỹ thuật điện châm điều trị hội chứng vai gáy

Mục tiêu: $\geq 95\%$ Tỷ lệ tuân thủ kỹ thuật điện châm điều trị hội chứng vai gáy



Kết quả chỉ số Tỷ lệ tuân thủ kỹ thuật điện châm điều trị hội chứng vai gáy tại khoa Y được công bố trong quý 1 năm 2026 là 99,72%, đạt mục tiêu đề ra.

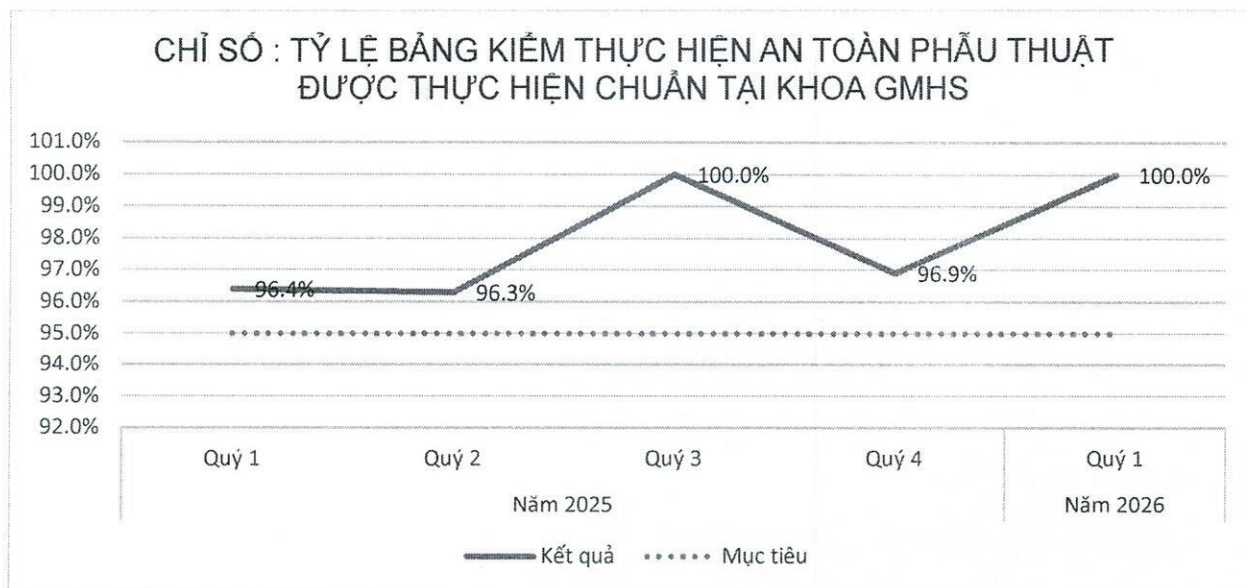
Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Tiếp tục tăng cường đào tạo, tập huấn và cập nhật kiến thức chuyên môn nhằm nâng cao năng lực chuyên môn cho nhân viên y tế tại khoa.
- Thực hiện khảo sát, đánh giá sự hài lòng của người bệnh sau điều trị để ghi nhận phản hồi và cải tiến chất lượng dịch vụ.
- Tăng cường tư vấn, giải thích cho người bệnh về quy trình điện châm, cảm giác trong điều trị và các tác dụng phụ có thể gặp để nâng cao sự hợp tác điều trị.
- Rà soát, cập nhật định kỳ các quy trình chuyên môn nhằm bảo đảm phù hợp với thực tiễn và các hướng dẫn chuyên môn mới nhất.

CSGMHS25: Tỷ lệ bảng kiểm an toàn phẫu thuật được thực hiện chuẩn tại khoa

Gây mê hồi sức

Mục tiêu: $\geq 95\%$ Tỷ lệ bảng kiểm an toàn phẫu thuật được thực hiện chuẩn tại khoa Gây mê hồi sức



Kết quả chỉ số Tỷ lệ bảng kiểm an toàn phẫu thuật được thực hiện chuẩn tại khoa Gây mê hồi sức trong quý 1 năm 2026 là 100%, đạt mục tiêu đề ra.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Tiếp tục theo dõi chỉ số thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật để đánh giá xu hướng và duy trì tỷ lệ tuân thủ tại khoa Gây mê hồi sức.
- Tăng cường đào tạo, nhắc lại quy trình an toàn phẫu thuật cho đội ngũ gây mê – hồi sức, phẫu thuật viên và điều dưỡng phòng mổ nhằm nâng cao nhận thức và kỹ năng thực hiện bảng kiểm.
- Lồng ghép các buổi chia sẻ, phân tích tình huống sai sót liên quan đến việc không tuân thủ bảng kiểm để rút kinh nghiệm và phòng ngừa sự cố.
- Đẩy mạnh số hóa bảng kiểm an toàn phẫu thuật nhằm nâng cao tính chính xác, thuận tiện trong theo dõi, giám sát và lưu trữ dữ liệu..

CSNTM26: Tỷ lệ người bệnh nội trú được đánh giá nguy cơ té ngã tại khoa Nội tim mạch

Mục tiêu: 100% Tỷ lệ người bệnh nội trú được đánh giá nguy cơ té ngã tại khoa Nội tim mạch

Kết quả chỉ số Tỷ lệ người bệnh nội trú được đánh giá nguy cơ té ngã tại khoa Nội tim mạch trong quý 1 năm 2026 là 100%, giám sát 30 Hồ sơ bệnh án đều được đánh giá nguy cơ té ngã, đạt mục tiêu đề ra.

Đề xuất phương hướng hoạt động:

- Tiếp tục theo dõi chỉ số đánh giá nguy cơ té ngã để đánh giá xu hướng và duy trì tỷ lệ thực hiện đạt 100%.
- Tăng cường giám sát chất lượng ghi chép, tích hợp đánh giá nguy cơ té ngã vào hệ thống HIS nhằm hạn chế bỏ sót.
- Tổ chức giao ban và đào tạo định kỳ về phòng ngừa té ngã, đặc biệt đối với người bệnh tim mạch có nguy cơ cao.
- Đẩy mạnh truyền thông giáo dục sức khỏe cho người bệnh và thân nhân về các biện pháp phòng ngừa té ngã trong quá trình điều trị.
- Cải thiện môi trường điều trị, bảo đảm an toàn khu vực đi lại với đầy đủ tay vịn, ánh sáng và nền chống trơn trượt.