

**KẾ HOẠCH**  
**Cải tiến chất lượng năm 2022**

Căn cứ thông tư 19/2013/TT-BYT ngày 12/07/2013 của Bộ Y tế về hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện;

Căn cứ Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện ban hành kèm theo Quyết định số 6858/QĐ-BYT ngày 18/11/2016 của Bộ Y tế;

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

Nhằm cải tiến và nâng cao chất lượng dịch vụ y tế, an toàn, chất lượng hiệu quả và mang lại sự hài lòng cao nhất có thể cho người bệnh và nhân viên y tế đồng thời đảm bảo cơ sở y tế an toàn trong tình hình dịch bệnh hiện nay khi chuyển đổi mô hình điều trị vừa điều trị bệnh thông thường vừa điều trị bệnh nhân mắc Covid-19, đảm bảo an toàn cơ sở y tế trong tình hình dịch bệnh hiện nay.

Căn cứ tình hình cụ thể của đơn vị, Trung tâm Y tế huyện Đắk Glong xây dựng kế hoạch cải tiến chất lượng 2022 với nội dung cụ thể như sau:

**I. Mục tiêu chung:**

Tăng cường hoạt động cải tiến chất lượng khám, điều trị và chăm sóc hướng đến sự hài lòng người bệnh.

**II. Mục tiêu cụ thể:**

1. 100% các khoa lâm sàng, cận lâm sàng hệ điều trị, các phòng chức năng xây dựng kế hoạch cải tiến chất lượng (CTCL) năm 2022 đồng thời kiện toàn lại hệ thống quản lý chất lượng.

2. Duy trì hoạt động 5S tại tất cả các khoa, phòng (kể cả các Trạm y tế xã) trực thuộc Trung tâm Y tế huyện Đắk Glong, phát động phong trào thi đua 5S lồng ghép trong chương trình thi đua, khen thưởng của đơn vị.

4. Thực hiện 03 đề án cải tiến chất lượng:

+ Tại Phòng Kế hoạch – Nghiệp vụ:

Đề án: “*Nâng cao chất lượng hồ sơ bệnh án tại các khoa Lâm sàng*”

+ Tại Phòng Điều dưỡng:

Đề án: “*Duy trì 5S tại các khoa lâm sàng sau khi thay đổi mô hình KCB*”

+ Tại Khoa Dược-TTB-VTYT:

Đề án: “*Nâng cao chất lượng quản lý thuốc tại các khoa lâm sàng*”

5. Thực hiện Bộ tiêu chí chất lượng đánh giá mức độ an toàn phẫu thuật đạt từ mức 3 trở lên.

6. Thiết lập lại hệ thống báo cáo sự cố y khoa, trên 90% các khoa lâm sàng thực hiện nghiêm việc phòng ngừa và báo cáo sự cố y khoa theo quy định.

7. Tăng mức điểm trung bình của tiêu chí đánh giá chất lượng từ 3.08 (năm 2021) lên 3.1 (năm 2022).

### III. Các nhóm chỉ tiêu cải thiện trong năm 2022

TT	Mức 1		Mức 2		Mức 3		Mức 4		Mức 5		Điểm TB	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022
Số tiêu chí	01	00	15	14	40	41	27	28	00	00	3.07	3.15
Tỷ lệ %	1.2	00	18.1	16.7	48.2	49.4	32.5	33.9	00	00		

### IV. Phân công tiêu chí phụ trách cụ thể như sau:

*Phụ lục I kèm theo*

### V. Các tiêu chí lên điểm năm 2022:

TT	Tiêu chí	Mức điểm	
		Năm 2021	Năm 2022
1	A3.1	3	4
2	C3.2	1	3
3	C5.2	2	3

### VII. Dự trù kinh phí thực hiện:

TT	Nội dung	Kinh phí	Ghi chú
1	Tổ chức lớp tập huấn cho CBYT: 05 lớp	3.000.000	
2	Cử cán bộ đào tạo về QLCL, học tập kinh nghiệm	15.000.000	
3	Hoạt động nâng cấp cơ sở vật	55.000.000	

	chất, bảng biển		
4	Hoạt động khen thưởng công tác CTCL(KH Xuất sắc, Công tác CTCL tốt, sáng kiến CTCL)	5.000.000	
5	Kinh phí cho công tác triển khai, xây dựng đề án CTCL	Khảo sát: 2.000.000 (bao gồm phô tô tài liệu, CTP cho người khảo sát, tổ chức khảo sát) Học tập tham khảo đơn vị khác: 2.000.000 Triển khai thực tiễn: 5.000.000 (mua sắm các dụng cụ cần thiết hỗ trợ)	
6	Hoạt động duy trì 5S thường quy	Hoạt động thường quy cho các khoa LS+ CLS: 5.000.000 Hoạt động khen thưởng, tổ chức hội thi: 5.000.000	
Tổng cộng: <i>Chín mươi bảy triệu đồng</i>		97.000.000	

## **VIII. Tổ chức thực hiện**

### **1. Tổ Quản lý chất lượng**

- Làm đầu mối triển khai thực hiện các hoạt động cải tiến chất lượng, xây dựng các hoạt động cụ thể trình Giám đốc phê duyệt.

- Phối hợp hướng dẫn các khoa, phòng thuộc hệ điều trị triển khai các hoạt động cải tiến, đôn đốc, theo dõi, giám sát các hoạt động liên quan đến CTCL.

- Thực hiện các hoạt động đánh giá chất lượng theo định kỳ, đột xuất và cuối năm theo sự chỉ đạo của Chủ tịch HĐQT.

- Tham mưu đề xuất khen thưởng đối với các khoa, phòng, các cá nhân có sáng kiến và thực hiện tốt công tác quản lý chất lượng.

### **2. Phòng Kế hoạch – Nghiệp vụ**

- Phối hợp cùng các phòng chức năng, thành viên tổ QLCL và các khoa, phòng thuộc hệ điều trị và các trạm y tế xã triển khai các hoạt động liên quan đến lĩnh vực chuyên môn, triển khai 5S, CTCL, quy trình, hoạt động theo sự phân công, chỉ đạo của Chủ tịch HĐQT.

- Làm đầu mối xây dựng và ban hành những quy định, quy trình, hướng dẫn về công tác CTCL.

### **3. Phòng Hành chính – Kế toán**

- Phối hợp cùng phòng KHN<sub>V</sub>, tổ QLCL và các khoa, phòng, trạm y tế xã để kịp thời triển khai các nội dung, văn bản liên quan đến công tác CTCL theo sự chỉ đạo của chủ tịch HĐQT.

- Thực hiện việc thu, chi kinh phí kịp thời cho hoạt động của đơn vị cũng như công tác CTCL của đơn vị đúng mục đích, hiệu quả, đảm bảo theo quy định về tài chính.

- Hướng dẫn các khoa, phòng, trạm y tế xã thực hiện thủ tục đề xuất, quyết toán về KCB BHYT kịp thời đúng nguyên tắc.

### **4. Các khoa, phòng, trạm y tế xã trực thuộc**

- Tổ chức thực hiện theo kế hoạch và phụ lục kèm theo.

- Phân công cán bộ phụ trách từng tiêu chí, từng tiểu mục cụ thể, chi tiết, có thường xuyên hoàn thành cụ thể đối với từng tiêu chí. Trên cơ sở phân công cá nhân phụ trách, lãnh đạo các khoa, phòng phải có sự theo dõi, kiểm tra, đánh giá nhận xét tiến độ thực hiện để có hình thức biểu dương khen thưởng, phê bình kịp thời.

- Nghiêm túc thực hiện chế độ thông tin báo cáo theo quy định: 3 tháng, 6 tháng, 9 tháng, năm hoặc đột xuất, các báo cáo quý **gửi về phòng KHN<sub>V</sub> trước ngày 30 của tháng cuối quý.**

- Căn cứ vào những tiêu chí được phân công phụ trách chính phải chủ động trong việc triển khai thực hiện, những tiêu chí phụ trách phối hợp phải có trách nhiệm thực hiện phối hợp theo quy chế phối hợp giữa các khoa, phòng, các bộ phận liên quan.

Trên đây là Kế hoạch Cải tiến chất lượng năm 2022, yêu cầu các khoa, phòng, trạm y tế xã của Trung tâm y tế huyện Đắk Glong và tổ chức, cá nhân có liên quan căn cứ kế hoạch thực hiện. Đây là tiêu chí để xem xét đánh giá viên chức và mức độ hoàn thành thành nhiệm vụ cuối năm. Yêu cầu Lãnh đạo các khoa, phòng và cá nhân liên quan căn cứ vào kế hoạch để tổ chức thực hiện có hiệu quả./.

#### **Nơi nhận:**

- Sở Y tế (thay B/c);
- HĐQT (T/h);
- Các khoa, phòng (T/h);
- Trạm Y tế xã (để biết);
- Lưu: VT, KHN<sub>V(Loan)</sub>, HĐQT.

**TM. HỘI ĐỒNG QLCL  
PHÓ CHỦ TỊCH**

**Nguyễn Đức Quý  
PHÓ GIÁM ĐỐC TTYT**

**Phụ lục I: PHÂN CÔNG TIÊU CHÍ PHỤ TRÁCH**  
*(Ban hành kèm theo kế hoạch số 04/KH-TTYT ngày 04/01/2022  
của Trung tâm Y tế huyện Đắk Glong)*

TT	Khoa, phòng	Tiêu chí	Điểm	
			2021	2022
1	Khoa Khám bệnh – Hồi sức cấp cứu	A1.1	4	4
		A1.2	4	4
		A1.3	4	4
		A1.4	4	4
		A1.5	4	4
		A1.6	3	3
		A4.1	4	4
		A4.2	4	4
		C2.1	4	4
		A3.2	3	4
2	Khoa Ngoại – Chăm sóc sức khỏe sinh sản – Liên chuyên khoa	A2.1	4	4
		A2.2	4	4
		A2.3	4	4
		A2.4	3	3
		A2.5	3	3
		A3.1	3	3
		A3.2	3	4
		A4.1	4	4
		A4.2	4	4
		C2.1	4	4
		E1.1	2	2
		E1.2	4	4
		E1.3	4	4
3	Khoa Nội – Nhi – Nhiễm	A2.1	4	4
		A2.2	4	4
		A2.3	4	4
		A2.4	3	3
		A2.5	3	3
		A3.1	3	3
		A3.2	3	4
		A4.1	4	4
		A4.2	4	4
		C2.1	4	4
		E2.1	2	2

4	Khoa Y học cổ truyền và phục hồi chức năng	A2.1	4	4
		A2.2	4	4
		A2.3	4	4
		A2.4	3	3
		A2.5	3	3
		A3.1	3	4
		A3.2	3	4
		A4.1	4	4
		A4.2	4	4
		C2.1	4	4
5	Phòng Kế hoạch – Nghiệp vụ	A4.5	4	4
		C2.1	4	4
		C2.2	3	3
		C3.1	3	3
		C3.2	1	3
		C5.1	3	3
		C5.2	2	3
		C5.3	3	3
		C5.4	3	3
		C5.5	3	3
		C10.1	2	2
		C10.2	2	2
		D1.1	2	2
		D1.2	2	2
		D1.3	3	3
		D2.1	3	3
		D2.2	4	4
		D2.3	3	3
		D2.4	3	3
		D2.5	2	2
D3.1	3	3		
D3.2	3	3		
D3.3	3	3		
	Phòng Điều dưỡng	C4.1	3	3
		C4.2	3	3
		C4.3	3	3
		C4.4	2	2
		C4.5	3	3
		C4.6	3	3
		C6.1	3	3

		C6.2	3	3
		C6.3	2	2
		C7.1	3	3
		C7.2	2	2
		C7.3	2	2
		C7.4	3	3
		C7.5	2	2
7	Khoa Xét nghiệm – Chẩn đoán hình ảnh	C8.1	3	3
		C8.2	2	2
8	Khoa Dược – TTB - VTYT	C9.1	3	3
		C9.2	3	3
		C9.3	3	3
		C9.4	3	3
		C9.5	3	3
		C9.6	3	3
9	Phòng Hành chính – Kế toán	A3.1	3	3
		A4.3	4	4
		A4.4	3	3
		C1.1	3	3
		C1.2	3	3
		B1.1	4	4
		B1.2	2	2
		B1.3	4	4
		B2.1	4	4
		B2.2	4	4
		B2.3	3	3
		B3.1	3	3
		B3.2	4	4
		B3.3	4	4
		B3.4	3	3
		B4.1	4	4
		B4.2	4	4
		B4.3	3	3
	B4.4	4	4	

**Phụ lục II: CHI TIẾT NỘI DUNG KẾ HOẠCH CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG THEO MỤC TIÊU ĐỀ RA**  
*(Ban hành kèm theo kế hoạch số 05/KH-TTYT ngày 06/01/2021 của Trung tâm Y tế huyện Đắk Glong)*

Stt	Nội dung công việc	Thời gian thực hiện				Khoa, phòng thực hiện	Khoa, phòng phối hợp	Kết quả	Đạt/ không đạt
		Quý I	Quý II	Quý III	Quý IV				
1	Xây dựng Kế hoạch CTCL năm 2022	x				Các khoa, phòng	KHNV, HĐ QLCL, tổ QLCL	Bản kế hoạch CTCL năm 2022 của các khoa, phòng	Đạt
2	Hoàn thiện, trình Giám đốc phê duyệt ban hành	x				KHNV, HĐ CTCL	Các khoa phòng	Bản kế hoạch CTCL năm 2022 của các khoa, phòng được Giám đốc phê duyệt	Đạt
3	Sơ kết Kế hoạch CTCL năm 2022		x	x	x	Các khoa, phòng	KHNV, HĐ QLCL, tổ QLCL	Bản báo cáo kết quả CTCL năm 2022 các quý	Đạt
4	Tổng kết Kế hoạch CTCL năm 2022				x	Các khoa, phòng	KHNV, HĐ QLCL, tổ QLCL	Bản Báo cáo kết quả CTCL năm 2022	Đạt



TT	Nội dung thực hiện	Thời gian thực hiện				Bộ phận thực hiện	Bộ phận phối hợp	Biện pháp thực hiện	Mục tiêu đầu ra
		Quý I	Quý II	Quý III	Quý IV				
I	<b>Xây dựng kế hoạch CTCL năm 2022 tại tất cả các khoa điều trị. Kiện toàn hệ thống quản lý chất lượng:</b> - Kiện toàn lại thành viên hội đồng Quản lý chất lượng - Kiện toàn lại thành viên Mạng lưới quản lý chất lượng - Kiện toàn các tổ, chuyên trách trực thuộc HĐ QLCL.	x				Phòng KHNV, Hội đồng QLCL	Các khoa, phòng	- Yêu cầu các khoa xây dựng kế hoạch CTCL năm 2022. - Rà soát lại thành viên HĐ QLCL, thành viên mạng lưới QLCL, các tổ, chuyên trách trực thuộc HĐ QLCL. - Bổ sung thành viên mới nếu có thay đổi về nhân sự. - Trình lãnh đạo ban hành quyết định kiện toàn. - Cử thành viên Hội đồng, Mạng lưới QLCL, các Tổ, Chuyên trách đi đào tạo về QLCL khi có lớp.	- Có kế hoạch CTCL của các khoa, đơn vị - Có QĐ kiện toàn thành viên HĐ QLCL, thành viên mạng lưới, tổ QLCL
II	Duy trì hoạt động 5S tại tất cả các khoa, phòng trực thuộc Trung tâm Y tế, phát động phong trào thi đua 5S lồng ghép trong chương trình thi đua, khen thưởng của đơn vị.		x	x		Phòng Điều dưỡng	Các khoa, phòng TYT xã	- Xây dựng kế hoạch tập huấn 5S cho toàn thể các khoa/phòng/TYT. - Rà soát các vấn đề tồn tại trong quá trình thực hiện 5S tại các khoa/phòng/TYT. - Phối hợp các khoa/phòng/TYT đề xuất giải pháp nâng cao chất lượng triển khai 5S hiệu quả.	Có KH tập huấn 5S và danh sách tham dự tập huấn. Có KH triển khai hoạt động 5S với nội dung cụ thể và bảng kiểm đánh giá kết quả thực hiện.
III	Thực hiện 03 đề án cải tiến chất lượng: + Tại Phòng KHNV: Đề án: “ <i>Nâng cao chất lượng ghi chép hồ sơ bệnh án tại các khoa Lâm sàng</i> ” + Tại Phòng Điều dưỡng: Đề án: “ <i>Duy trì 5S tại các khoa lâm sàng sau khi thay đổi mô hình KCB</i> ” + Tại Khoa Dược: Đề án: “ <i>Nâng cao chất lượng quản lý thuốc tại các khoa lâm sàng</i> ”		x	x	x	Phòng KHNV, tổ QLCL	Khoa KB-HSCC, Phòng Điều dưỡng, phòng KHNV	- Xây dựng 03 đề án: Khoa Khoa Dược: Đề án 1 Phòng KHNV: Đề án 2 Phòng DD: Đề án 3.	- Có Đề án - Đánh giá đầu ra đề án
IV	Thực hiện Bộ tiêu chí chất lượng đánh giá mức độ an toàn phẫu thuật đạt từ mức 3 trở lên.	x	x	x	x	Khoa Ngoại – CSSKSS - LCK	Phòng KHNV, HĐ QLCL	- Duy trì thực hiện Bộ tiêu chí chất lượng đánh giá mức độ an toàn phẫu thuật ban hành theo Quyết định số 7482/QĐ-BYT ngày 18/12/2018 của Bộ Y tế. - Thực hiện giám sát định kỳ: 01 tháng/lần. - Định kỳ hàng quý đánh giá kết quả thực hiện Bộ tiêu chí chất lượng đánh giá mức độ an toàn phẫu thuật.	Báo cáo đánh giá đạt từ mức 3 trở lên và đạt tất cả các tiêu chí bắt buộc.
V	Thiết lập lại hệ thống báo cáo sự cố y khoa, trên 90% các khoa lâm sàng thực hiện nghiêm việc phòng ngừa và báo cáo sự cố y khoa theo quy định.	x	x	x	x	Phòng KHNV, HĐ QLCL	Các khoa, phòng	- Triển khai thông tư 43/TT/2018/TT-BYT ngày 26/12/2018 của Bộ Y tế về việc hướng dẫn phòng ngừa sự cố y khoa trong KCB và quy định của Trung tâm về quản lý, báo cáo sự cố y khoa. - Rà soát lại việc ghi chép các biểu mẫu liên quan đến báo cáo sự cố y khoa theo quy định. - Thường xuyên kiểm tra, giám sát việc thực hiện chế độ báo cáo sự cố y khoa trong đơn vị.	- Có triển khai tập huấn thông tư 43/TT/2018/TT-BYT ngày 26/12/2018 của Bộ Y tế. - Có báo cáo sự cố y khoa tại đơn vị định kỳ 6 tháng.

**BẢNG KIỂM ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ  
THỰC HIỆN KẾ HOẠCH CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG NĂM 2022**

Stt	Tiêu chí	Tiểu mục cần đánh giá, cải thiện để đạt theo mức yêu cầu của kế hoạch	Chịu trách nhiệm thực hiện	Thời gian thực hiện	Kết quả đầu ra	Kết quả thực hiện		
						Đạt	Không	Lý do
1	A1.1 (M4) Người bệnh được chỉ dẫn rõ ràng, đón tiếp và hướng dẫn cụ thể	1/Chưa cập nhật sơ đồ Trung tâm theo tình hình thực tế như sơ đồ Trung tâm chưa thay đổi lại theo tình hình đơn vị.	Phòng Hành chính – Kế toán làm đầu mối: Khảo sát hệ thống bảng biểu tại đơn vị, lên dự toán, đề xuất lãnh đạo	Trước ngày 01/05/2022	- Có bảng đề xuất, dự toán mua sắm sửa chữa. - Đã cập nhật các bảng biểu, sơ đồ mới			
2	A1.2 (M4) Người bệnh, người nhà người bệnh được chờ đợi trong phòng đầy đủ tiện nghi và được vận chuyển phù hợp với tình trạng bệnh tật	1/Quyết định ban hành quy trình khám sàng lọc bệnh truyền nhiễm chưa cập nhật các hướng dẫn mới, sơ đồ ghi chú chưa chi tiết và một số sơ đồ dán tại các bộ phận sàng lọc đã mờ do thời tiết. 2/ Một số ghế chờ có hư hỏng, không sử dụng được	1/ Phòng KHNV làm đầu mối trên cơ sở các hướng dẫn và quy định mới phối hợp cùng khoa KB-HSCC, Khoa NNN thống nhất quy trình, biên soạn ban hành và phát về cho các khoa, phòng. 2/ Khoa KB-HSCC làm đầu mối phối hợp cùng phòng HC-KT khảo sát lại toàn bộ ghế chờ để đề xuất mua bổ sung, sửa chữa hoặc thanh lý ghế hư hỏng nếu có.	Trước ngày 30/04/2022 Lưu lại đủ bằng chứng đã cung cấp ghế chờ cho khu vực KB	- Có ban hành quy trình khám, sàng lọc bệnh truyền nhiễm, cập nhật lại sơ đồ, bảng biểu tại các khu vực sàng lọc - Có báo cáo đánh giá sau khi đã hoàn thiện việc mua sắm, sửa chữa.			
3	A1.5 (M4) Người bệnh được làm các thủ tục đăng ký, khám bệnh theo đúng thứ tự bảo đảm tính công bằng và mức ưu tiên	Một số khoa chưa dán “Quy định về hội chẩn người bệnh, trong đó có hội chẩn người bệnh nặng được BGD phê duyệt”	- Phòng KHNV làm đầu mối cập nhật lại quy trình hội chẩn người bệnh và trình BGD phê duyệt. - Tổ chức tập huấn, kiểm tra, đánh giá việc tuân thủ thực hiện quy trình hội chẩn người bệnh đã được ban hành	Trước ngày 30/04/2022	- Có quy định về hội chẩn tại các khoa và được biểu diễn bằng sơ đồ dễ hiểu. - Có KH tập huấn, tổ chức tập huấn và đánh giá đầu ra về quy trình hội chẩn người bệnh đã được ban hành.			
4	A3.2 (M4) Người bệnh được khám và điều trị trong khoa, phòng gọn gàng, ngăn nắp	Trong năm có tổ chức giới thiệu và tập huấn phương pháp 5S cho Nhân viên	Phòng DD làm đầu mối tổ chức tập huấn và triển khai áp dụng 5S trong đơn vị	Tập huấn trước 30/05/2022 Triển khai thực hành 5S tại ít nhất 3 KP trong đơn vị Báo cáo đánh giá trước 30/6/2022	- Có kế hoạch tập huấn, triển khai tập huấn và đánh giá đầu ra cho buổi tập huấn. - Có tổ chức thực hành 5S tại 3 khoa/phòng trong đơn vị. - Có bản báo cáo đánh giá trước ngày 30/06/2022			

	A4.1. Người bệnh được cung cấp thông tin và tham gia vào quá trình điều trị	Cập nhật bổ sung phiếu tóm tắt thông tin điều trị cho một số bệnh thường gặp tại khoa, sử dụng dễ hiểu cho người bệnh	Phòng KHNV làm đầu mối phối hợp cùng các khoa KB-HSCC, Nội – Nhi – Nhiễm, N-CSSKSS – LCK đề xây dựng, bổ sung phiếu tóm tắt thông tin điều trị	Trước 30/06/2022	- Có họp và bổ sung phiếu tóm tắt thông tin điều trị. - Ban hành phiếu tóm tắt thông tin điều trị và được áp dụng toàn diện.			
5	A4.6 (M4) Bệnh viện thực hiện khảo sát, đánh giá sự hài lòng NB và tiến hành các biện pháp can thiệp	Xây dựng kế hoạch CTCL dựa trên bản danh sách xác định các vấn đề ưu tiên cần giải quyết. Tiến hành cải tiến chất lượng theo kế hoạch và có bằng chứng cho sự thay đổi	Tổ QLCL làm đầu mối đánh giá, khảo sát và thông báo kết quả -XD KH thực hiện CTCL -Đánh giá và nêu ra sự thay đổi sau cải tiến	Trước ngày 15/07/2022	- Có bảng đánh giá, khảo sát và kết quả - Có KH thực hiện khắc phục cải tiến. - Có Báo cáo đánh giá và nêu ra được sự thay đổi			
6	B2.1 (M4) Nhân viên y tế được đào tạo và phát triển kỹ năng nghề nghiệp	- Có tổ chức các hội thi tay nghề giỏi cho ít nhất hai chức danh trở lên: bác sỹ, điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên, dược sỹ, quản lý...	Phòng HC-KT làm đầu mối tổ chức thi/kiểm tra tay nghề cho ít nhất 3 chức danh.	Trước 20/09/2022	- Có KH tổ chức hội thi - Có kết quả hội thi: khen thưởng, hình ảnh			
7	C2.1 (M4) Hồ sơ bệnh án được lập đầy đủ, chính xác, khoa học	Hồ sơ bệnh án được lập sau khi vào viện trong vòng 36 giờ (hoặc 24 giờ với người bệnh cấp cứu), bảo đảm đầy đủ các thông tin cơ bản cần thiết và hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án theo quy định. Bệnh án có nội dung không đọc được chữ viết	-Phòng KHNV làm đầu mối hướng dẫn, kiểm tra Hồ sơ bệnh án tại các khoa phòng và HSBA khi về lưu trữ tại phòng KHNV	Trước ngày 30/06/2022	- Kiểm tra tại các khoa/phòng có BB, thông báo sau kiểm tra - Xây dựng bảng kiểm đánh giá chất lượng HSBA - Đánh giá chất lượng HSBA của các khoa, phòng và toàn TT - Báo cáo phân tích về chất lượng HSBA trên cỡ mẫu; đưa ra tỷ lệ so sánh giữa các khoa lâm sàng; khuyến nghị sau khi có kết quả đánh giá			
8	C5.3 (M3) Áp dụng hướng dẫn QTKT KCB và triển khai các biện pháp giám sát chất lượng	1/Cập nhật bổ sung bộ tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh” 2/ Xây dựng bảng kiểm giám sát việc tuân thủ các QTKT cho một số QTKT thường quy (xác định 5 QTKT thường quy để đánh giá) 3/Có báo cáo giám sát việc tuân thủ 4/Công bố báo cáo việc tuân thủ các QTKT cho nhân viên	- Phòng KHNV-PDD phối hợp là đầu mối trong việc cập nhật, xây dựng, bổ sung bộ tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh”, xây dựng bảng kiểm giám sát việc tuân thủ - Phòng DD – KHNV tiến hành giám sát đánh giá tuân thủ của NVYT	Cập nhật Bổ sung trước ngày 30/4/2022	- Ban hành bộ tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh” - Hoàn thiện bảng kiểm bảng kiểm giám sát việc tuân thủ các QTKT cho một số QTKT thường quy - Có Báo cáo giám sát việc tuân thủ và công bố tại bảng tin của từng khoa/phòng, email theo từng quý.			
9	C5.4 (M3) Xây dựng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị	Cập nhật bổ sung bộ tài liệu “ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị”	Phòng KHNV là đầu mối cùng các khoa lâm sàng xây dựng và bổ sung “ Hướng dẫn chẩn đoán điều trị”	Trước ngày 30/08/2022	- Ban hành bộ tài liệu “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị”			
10	C5.5 (M3) Áp	1/Có quy định về việc áp dụng các	Phòng KHNV là đầu	Ban hành quy định	- Ban hành Quy định về việc áp dụng hướng dẫn			

	dụng các chẩn đoán và điều trị đã ban hành và giám sát việc thực hiện	hướng dẫn chẩn đoán và điều trị 2/Theo dõi việc tuân thủ và có báo cáo giám sát về việc tuân thủ	mỗi tham mưu về việc: Ban hành quy định về việc áp dụng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị. Xây dựng bảng kiểm giám sát đánh giá tuân thủ hướng dẫn, phác đồ điều trị của các khoa lâm sàng Thực hiện giám sát việc tuân thủ và có báo cáo giám sát	trước 30/4/2022	chẩn đoán và điều trị. - Xây dựng được bảng kiểm giám sát đánh giá tuân thủ hướng dẫn, phác đồ điều trị của các khoa lâm sàng - Có các báo cáo giám sát việc tuân thủ áp dụng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị			
11	C10.1 Tích cực triển khai hoạt động nghiên cứu khoa học	Có đề tài NCKH cho năm 2022 (hoặc phối hợp NCKH)	Phòng KHNV là đầu mối triển khai việc đăng ký đề tài NCKH của tất cả các khoa/phòng	Đăng ký đề tài trước 30/4/2022	- Có đề tài NCKH được công nhân			
12	C10.2 Áp dụng kết quả NC vào CTCL KCB và nâng cao hoạt động đơn vị	1/ Có KH và lộ trình triển khai áp dụng các kết quả NC/sáng kiến đề cải tiến Chất lượng KCB	Phòng KHNV làm đầu mối xây dựng kế hoạch, lộ trình ứng dụng, nghiên cứu tại TT và giám sát các đơn vị thực hiện	Có đủ các sáng kiến, báo cáo thực hiện tại TT (có danh mục báo cáo, sáng kiến đã nghiệm thu và được đánh giá) trước 20/9/2022	- Đã xây dựng được kế hoạch và lộ trình triển khai áp dụng các kết quả nghiên cứu/sáng kiến - Đánh giá được việc áp dụng các NC/sáng kiến trong thực tiễn			
13	D2.1 phòng ngừa các nguy cơ, diễn biến bất thường xảy ra với người bệnh	[1] Giường chuyên dùng cho hồi sức cấp cứu có hệ thống báo gọi [2] Có hệ thống chuông hoặc đèn báo đầu giường tại toàn bộ các giường bệnh cấp cứu và các giường có người bệnh chăm sóc cấp I. [3] Đề nghị làm biển báo hướng dẫn người bệnh cách gọi NVYT trong trường hợp khẩn cấp	Các khoa lâm sàng rà soát lại hệ thống chuông báo tại giường cấp cứu, bảng biển hướng dẫn tại giường Phòng HCKT làm đầu mối tổng hợp đề xuất xuất các khoa đề mua sắm, sửa chữa và lắp đặt	Trước ngày 30/6/2022	-Có sửa chữa, lắp đặt hệ thống chuông báo mới -Thay thế, làm ới các biển báo hướng dẫn người bệnh các gọi NVYT trong trường hợp khẩn cấp			
14	D2.3. [3] Thực hiện các biện pháp phòng ngừa để giảm thiểu các sự cố y khoa	[1] Có xây dựng bảng kiểm đánh giá việc tuân thủ cho ít nhất 5 quy trình kỹ thuật thường quy [2] Có kiểm tra (định kỳ thường xuyên hoặc đột xuất) việc tuân thủ quy trình kỹ thuật theo các bảng kiểm đã xây dựng, có biên bản kiểm tra lưu trữ. [3] Có ghi lại và có báo cáo các hành vi đã xảy ra trên thực tế, có thể gây ra hậu quả nhưng được phát hiện và ngăn chặn kịp thời (là các sự cố “gần	Phòng KHNV, Phòng ĐD chịu trách nhiệm triển kiểm tra, đánh giá việc tuân thủ thực hành.	Báo cáo theo kết quả kiểm tra, đánh giá trong năm trước ngày 20/10/2022	- Phòng KHNV xác định tuân thủ quy trình chuyên môn, kỹ thuật của Bác sỹ: [1] xây dựng bảng kiểm đánh giá tuân thủ quy trình kỹ thuật (đối tượng là bác sỹ); [2] đánh giá tỷ lệ tuân thủ của từng loại quy trình [3] Báo cáo phân tích về tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật của bác sỹ sau khi lấy đủ cỡ mẫu; đưa ra các tỷ lệ so sánh giữa các quy trình; các khoa lâm sàng; khuyến nghị sau có kết quả đánh giá; [4] Viết báo cáo đúng theo quy định về thời gian đã yêu cầu tại kế hoạch; - Phòng ĐD xác định tuân thủ quy trình chuyên			

		như sắp xảy ra”.			<p>môn, kỹ thuật của Điều dưỡng:</p> <p>[1] xây dựng bảng kiểm đánh giá tuân thủ quy trình kỹ thuật điều dưỡng;</p> <p>[2] đánh giá tỷ lệ tuân thủ của từng loại quy trình (chọn ít nhất 5 quy trình kỹ thuật thường sử dụng);</p> <p>[3] Báo cáo phân tích về tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật của điều dưỡng sau khi lấy đủ cỡ mẫu; đưa ra các tỷ lệ so sánh giữa các quy trình; các khoa lâm sàng; khuyến nghị sau có kết quả đánh giá;</p> <p>[4] Viết báo cáo đúng theo quy định về thời gian đã yêu cầu tại kế hoạch;</p>			
15	D2.4. [3] Bảo đảm xác định chính xác người bệnh khi cung cấp dịch vụ	<p>[1] Có xây dựng quy định/quy trình về 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, phẫu thuật, thủ thuật.</p> <p>[2] Có xây dựng quy định về việc xác nhận bàn giao đúng người bệnh giữa các nhân viên y tế.</p> <p>[3] Có xây dựng các bảng kiểm để thực hiện kiểm tra, đối chiếu người bệnh và dịch vụ cung cấp.</p>	<p>[1] Tổ QLCL làm đầu mối chỉ đạo các khoa phòng liên quan thực hiện xây dựng quy trình, bảng kiểm như khoa CĐHA - phần chẩn đoán; Phòng KHNV - Điều trị, phẫu thuật; Phòng ĐD – bàn giao đúng người bệnh.</p>	Tham mưu ban hành tài liệu và giám sát kết quả triển khai tại bệnh viện. Báo cáo trước ngày 30/9/2022	<p>-Cập nhật, bổ sung quy định về xác nhận khẳng định người bệnh, quy định về việc xác nhận bàn giao đúng người bệnh giữa các nhân viên y tế.</p> <p>- Có các bảng kiểm để thực hiện kiểm tra, đối chiếu người bệnh và dịch vụ cung cấp.</p> <p>- Đánh giá việc bảo đảm xác định chính xác người bệnh khi cung cấp dịch vụ</p>			
16	D2.5. [3] Phòng ngừa nguy cơ trượt ngã	<p>[1] Có tiến hành rà soát tổng thể ít nhất 1 lần trong 1 năm và lập danh sách các vị trí có nguy cơ trượt ngã do thiết kế, do cơ sở hạ tầng không đồng bộ hoặc xuống cấp hoặc do lý do bất kỳ khác dẫn tới nguy cơ trượt ngã.</p> <p>[2] Giường bệnh cho người bệnh có nguy cơ trượt ngã cao (trẻ em, người bị tổn thương thần kinh...) có thanh chắn phòng người bệnh trượt ngã.</p> <p>[3] Có bản danh sách thống kê những người bị trượt ngã (kể cả tự tử) tại bệnh viện trong năm, phân theo các mức độ hậu quả như tử vong; gãy chân, tay; chấn thương sọ não; chấn thương phủ tạng; chảy máu...</p>	<p>[1] Phòng KHNV đầu mối</p> <p>- Rà soát và thống kê các vị trí trơn, trượt ngã tại bệnh viện và có thực hiện khắc phục các vị trí trên.</p> <p>- Cài tiến thanh chắn giường bệnh tại một số khoa yêu cầu.</p> <p>[2] Phòng QLCL theo dõi, tổng hợp và cùng các đơn vị xử lý sự cố xảy ra.</p>	Báo cáo trước 30.8/2022	<p>- Có Báo cáo rà soát tổng thể các vị trí trượt ngã trong năm.</p> <p>- Cài tiến thanh chắn giường bệnh tại một số khoa yêu cầu.</p> <p>- Có danh sách thống kê những người bị trượt ngã..</p>			
17	D3.2. [3] Đo lường và giám sát cải tiến chất lượng bệnh viện	Có bản tổng hợp danh sách các chỉ số chất lượng (chung của bệnh viện và các khoa/phòng) được theo dõi, giám sát	Phòng QLCL làm đầu mối triển khai thực hiện.	Trước ngày 30/9/2022	-Có các bảng tổng hợp chỉ số chất lượng hàng quý			

**Phụ lục III: CÁC CHỈ SỐ ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG, TIÊU CHUẨN VÀ PHƯƠNG PHÁP ĐÁNH GIÁ TỪNG CHỈ SỐ NĂM 2022**

*(Ban hành kèm theo kế hoạch số 04/KH-TTYT ngày 04/01/2022 của Trung tâm Y tế huyện Đắk Glong)*

Stt	Nội dung các chỉ số	Mục tiêu	Thời gian thực hiện	Khoa, phòng thực hiện	Kết quả
1	Thời gian khám bệnh trung bình của người bệnh	≤ 2 giờ	01 quý/lần	Khoa Khám bệnh – HSCC	Thời gian khám TB của người bệnh từng quý
2	Thời gian nằm viện trung bình của tất các bệnh	≤ 5 ngày	01 quý/lần	Kế hoạch – Nghiệp vụ	Thời gian nằm viện trung bình từng quý
3	Công suất sử dụng giường bệnh kế hoạch	≥ 85%	06 tháng/lần	Kế hoạch – Nghiệp vụ	Công suất sử dụng giường bệnh 6 tháng/lần
4	Tỷ lệ chuyển viện nội trú	≤ 4%	01 quý/lần	Kế hoạch – Nghiệp vụ	Tỷ lệ chuyển viện nội trú từng quý
5	Tỷ lệ chuyển viện ngoại trú	≤ 5 %	01 quý/lần	Kế hoạch – Nghiệp vụ	Tỷ lệ chuyển viện ngoại trú từng quý
6	Tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú	≥ 90%	01 quý/lần	Phòng Điều dưỡng	Tỷ lệ hài lòng người bệnh nội trú từng quý
7	Tỷ lệ hài lòng của người bệnh ngoại trú	≥ 90%	01 quý/lần	Phòng Điều dưỡng	Tỷ lệ hài lòng người bệnh ngoại trú từng quý
8	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế	≥ 85%	01 quý/lần	Phòng Hành chính – Kế toán	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế từng quý
9	Tỷ lệ phẫu thuật loại II trở lên	≥ 85%	01 quý/lần	Khoa Ngoại – CSSKSS – LCK	Tỷ lệ phẫu thuật loại II từng quý
10	Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện (nhiễm khuẩn vết mổ)	≤ 5%	01 quý/lần	Khoa Ngoại – CSSKSS - LCK	Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện (nhiễm khuẩn vết mổ) hàng quý

<b>Chỉ số 1</b>	<b>Thời gian khám bệnh trung bình của người bệnh</b>
Lĩnh vực áp dụng	Phòng khám
Khía cạnh chất lượng	Hiệu suất
Thành tố chất lượng	Quá trình
Lý do lựa chọn	Người bệnh thường phàn nàn về thời gian khám bệnh quá dài, đặc biệt ở bệnh viện tuyến tỉnh và tuyến trung ương. Thời gian khám bệnh thể hiện mức độ quá tải cũng như trình độ tổ chức khám bệnh. Đo lường thời gian khám bệnh giúp cải thiện sự hài lòng của người bệnh và hiệu suất hoạt động của phòng khám
Phương pháp tính	Thời gian khám bệnh là thời gian để người bệnh hoàn tất quy trình khám bệnh kể từ khi đăng ký khám cho tới khi nhận được chẩn đoán, đơn thuốc hoặc chỉ định của bác sĩ ở phòng khám

Từ số	Tổng thời gian khám bệnh của tất cả người bệnh trong kỳ báo cáo
Mẫu số	Tổng số người bệnh đến khám trong kỳ báo cáo
Tiêu chuẩn lựa chọn	Tất cả người bệnh có đăng ký khám
Tiêu chuẩn loại trừ	Những người bệnh không tuân thủ quy trình khám bệnh
Nguồn số liệu	Thời gian đăng ký và thời gian kết thúc có sẵn trên phần mềm máy tính
Thu thập và tổng hợp số liệu	Nếu thời gian đăng ký và kết thúc khám bệnh được ghi chép, gánh nặng thu thập và tổng hợp số liệu là không lớn.
Giá trị của số liệu	Độ chính xác và tin cậy cao
Tần suất báo cáo	3 tháng, 6 tháng, 9 tháng, 12 tháng khoa KB-HSCC tổng hợp báo cáo số liệu về phòng KHNV để tổng hợp.

<b>Chỉ số 2</b>	<b>Thời gian nằm viện trung bình trong tất cả các bệnh</b>
<b>Lĩnh vực áp dụng</b>	Toàn bệnh viện
<b>Khía cạnh chất lượng</b>	Hiệu suất
<b>Thành tố chất lượng</b>	Quá trình
<b>Lý do lựa chọn</b>	Thời gian nằm viện kéo dài làm tăng chi phí điều trị cho người bệnh. Thời gian nằm viện trung bình đo lường hiệu suất và sự phù hợp trong chăm sóc, điều trị tại các bệnh viện.
<b>Phương pháp tính</b>	Từ số: Tổng số ngày điều trị nội trú trong kỳ báo cáo Mẫu số: Tổng số người bệnh điều trị nội trú 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	Người bệnh được từ bệnh viện khác chuyển đến mà tại đó người bệnh đã được điều trị nội trú; Người bệnh được chuyển đến bệnh viện khác mà tại đó người bệnh tiếp tục được điều trị nội trú
<b>Nguồn số liệu</b>	Bệnh án, sổ vào viện - ra viện - chuyển viện, báo cáo thống kê Trung tâm
<b>Tần suất báo cáo</b>	3 tháng, 6 tháng, 9 tháng, 12 tháng

<b>Chỉ số 3</b>	<b>Công suất sử dụng giường bệnh kế hoạch</b>
<b>Khía cạnh chất lượng</b>	Hiệu suất
<b>Lý do lựa chọn</b>	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 Trung tâm
<b>Phương pháp tính</b>	Tử số: Tổng số ngày điều trị nội trú trong kỳ báo cáo *100% Mẫu số: Tổng số giường bệnh thực tế * Số ngày trong kỳ báo cáo
<b>Nguồn số liệu</b>	Bệnh án, sổ vào viện - ra viện - chuyển viện
<b>Tần suất báo cáo</b>	Hàng tháng các khoa báo cáo về phòng KHNV. Hàng quý: Phòng KHNV tổng hợp số liệu từ phòng KHNV báo cáo cho Ban Giám đốc và các khoa điều trị.

<b>Chỉ số 4</b>	<b>Tỷ lệ chuyển viện nội trú</b>
<b>Khía cạnh chất lượng</b>	Hiệu quả
<b>Lý do lựa chọn</b>	Phần lớn các ca nặng được chuyển lên tuyến trên do Trung tâm không đủ điều kiện và năng lực thực hiện kỹ thuật chuyên môn hoặc sai sót của quá trình đánh giá, theo dõi, điều trị người bệnh.
<b>Phương pháp tính</b>	Tử số: Số lượng người bệnh được bệnh viện chỉ định chuyển lên tuyến trên trong kỳ báo cáo * 100% Mẫu số: Tất cả người bệnh nội trú trong kỳ báo cáo
<b>Nguồn số liệu</b>	Bệnh án, sổ vào viện - ra viện - chuyển viện
<b>Tần suất báo cáo</b>	Hàng tháng các khoa báo cáo về phòng KHNV. Hàng quý: Phòng KHNV tổng hợp số liệu từ phòng KHNV báo cáo cho Ban Giám đốc và các khoa điều trị.

<b>Chỉ số 5</b>	<b>Tỷ lệ chuyển viện ngoại trú</b>
<b>Lý do lựa chọn</b>	Phần lớn các ca nặng được chuyển lên tuyến trên do Trung tâm không đủ điều kiện và năng lực thực hiện kỹ thuật chuyên môn hoặc sai sót của



	quá trình đánh giá, theo dõi, điều trị người bệnh.
<b>Phương pháp tính</b>	Tỷ số: Số lượng người bệnh được bệnh viện chỉ định chuyển lên tuyến trên trong kỳ báo cáo * 100% Mẫu số: Tất cả người bệnh nội trú trong kỳ báo cáo
<b>Nguồn số liệu</b>	Bệnh án, sổ vào viện - ra viện - chuyển viện
<b>Tần suất báo cáo</b>	Hàng tháng các khoa báo cáo về phòng KHNV. Hàng quý: Phòng KHNV tổng hợp số liệu từ phòng KHNV báo cáo cho Ban Giám đốc và các khoa điều trị.

<b>Chỉ số 6</b>	<b>Tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú</b>
<b>Khía cạnh chất lượng</b>	Hướng đến người bệnh
<b>Lý do lựa chọn</b>	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. Theo quy định của Bộ Y tế, các bệnh viện phải thường xuyên đánh giá sự hài lòng của người bệnh
<b>Phương pháp tính</b>	Tỷ số: Số người bệnh hài lòng với các dịch vụ khám chữa bệnh của Trung tâm * 100 % Mẫu số: Tổng số người bệnh được hỏi
Tiêu chuẩn lựa chọn	Người bệnh đang chuẩn bị ra viện hoặc đã ra viện
Tiêu chuẩn loại trừ	Người bệnh đang được điều trị nội trú
<b>Nguồn số liệu</b>	Khảo sát sự hài lòng của người bệnh
<b>Tần suất báo cáo</b>	3 tháng, 6 tháng, 9 tháng, 12 tháng. Hàng quý Phòng Điều dưỡng phổi hợp với các khoa nội trú tiến hành khảo sát hài lòng người bệnh nội trú, tổng hợp số liệu, nhập dữ liệu lên phần mềm và báo cáo cho Ban Giám đốc.

<b>Chỉ số 7</b>	<b>Tỷ lệ hài lòng của người bệnh ngoại trú</b>
<b>Khía cạnh chất lượng</b>	Hướng đến người bệnh
<b>Lý do lựa chọn</b>	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. Theo quy định của Bộ Y tế,

	các bệnh viện phải thường xuyên đánh giá sự hài lòng của người bệnh
<b>Phương pháp tính</b>	Tỷ số: Số người bệnh hài lòng với các dịch vụ khám chữa bệnh của Trung tâm * 100 % Mẫu số: Tổng số người bệnh được hỏi
Tiêu chuẩn lựa chọn	Người bệnh đã hoàn tất thủ tục khám và lãnh thuốc và chuẩn bị ra về
Tiêu chuẩn loại trừ	Người bệnh có chỉ định chuyển viện hoặc chưa hoàn thiện thủ tục khám
<b>Nguồn số liệu</b>	Khảo sát sự hài lòng của người bệnh
<b>Tần suất báo cáo</b>	3 tháng, 6 tháng, 9 tháng, 12 tháng. Hàng quý Phòng Điều dưỡng phối hợp với khoa KB-HSCC tiến hành khảo sát hài lòng người bệnh nội trú, tổng hợp số liệu, nhập dữ liệu lên phần mềm và báo cáo cho Ban Giám đốc.

<b>Chỉ số 8</b>	<b>Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế</b>
<b>Khía cạnh chất lượng</b>	Hướng đến nhân viên
<b>Lý do lựa chọn</b>	Hài lòng nhân viên y tế là đầu ra quan trọng của bệnh viện, ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh. Theo quy định của Bộ Y tế, các bệnh viện phải thường xuyên đánh giá sự hài lòng của nhân viên y tế.
<b>Phương pháp tính</b>	Tỷ số: Số nhân viên y tế hài lòng với công việc trong bệnh viện * 100 % Mẫu số: Tổng số nhân viên y tế.
Tiêu chuẩn lựa chọn	Toàn bộ nhân viên y tế
<b>Nguồn số liệu</b>	Khảo sát sự hài lòng của nhân viên y tế
<b>Tần suất báo cáo</b>	3 tháng, 6 tháng, 9 tháng, 12 tháng, Phòng Hành chính – Kế toán phối hợp với các khoa, phòng tiến hành khảo sát sự hài lòng của NVYT, nhập dữ liệu phần mềm, tổng hợp số liệu báo cáo Ban Giám đốc, BCH Công đoàn.

<b>Chỉ số 9</b>	<b>Tỷ lệ phẫu thuật loại II trở lên</b>
<b>Lĩnh vực áp dụng</b>	Ngoại khoa

<b>Khía cạnh chất lượng</b>	Năng lực chuyên môn
<b>Lý do lựa chọn</b>	Tỷ lệ phẫu thuật loại II cho phép đánh giá sự phù hợp chuyên môn và phân tuyến kỹ thuật, từ đó, có những biện pháp điều chỉnh để tăng cường năng lực tuyến dưới và giảm tải cho tuyến trên.
<b>Phương pháp tính</b>	Tử số: Số lượng phẫu thuật loại II trở lên được thực hiện trong kỳ báo cáo * 100% Mẫu số: Tổng số phẫu thuật đã thực hiện trong kỳ báo cáo
<b>Nguồn số liệu</b>	Sổ phẫu thuật, Báo cáo Thống kê Trung tâm, Bảng kiểm kiểm tra.
<b>Tần suất báo cáo</b>	Hàng tháng khoa Ngoại – CSSKSS – LCK báo cáo về phòng KHNV. Hàng quý phòng KHNV tổng hợp số liệu báo cáo cho Ban Giám đốc Trung tâm.

<b>Chỉ số 10</b>	<b>Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ</b>
<b>Lĩnh vực áp dụng</b>	Ngoại khoa
<b>Khía cạnh chất lượng</b>	An toàn
<b>Lý do lựa chọn</b>	Nhiễm khuẩn vết mổ là biến chứng sau phẫu thuật thường gặp. Nhiễm khuẩn vết mổ ảnh hưởng tới sức khỏe người bệnh, kéo dài thời gian nằm viện và tăng chi phí điều trị. Bộ Y tế quy định các bệnh viện cần điều tra, ghi chép và theo dõi nhiễm khuẩn bệnh viện, bao gồm nhiễm khuẩn vết mổ
<b>Phương pháp tính</b>	Tử số: Số người bệnh bị nhiễm khuẩn vết mổ trong kỳ báo cáo * 100% Mẫu số: Tổng số người bệnh được phẫu thuật trong kỳ báo cáo
<b>Nguồn số liệu</b>	Bệnh án, điều tra về nhiễm khuẩn vết mổ
<b>Tần suất báo cáo</b>	3 tháng, 6 tháng, 9 tháng, 12 tháng khoa N-CSSKSS – LCK tổng hợp số liệu báo cáo về phòng KHNV.