

BÁO CÁO
KẾT QUẢ NỘI KIỂM TRA, ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN VÀ KHẢO
SÁT HÀI LÒNG NGƯỜI BỆNH, NHÂN VIÊN Y TẾ NĂM 2025

Kính gửi: **Sở Y tế tỉnh Cà Mau**

Thực hiện Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam ban hành theo quyết định số 6858/QĐ-BYT ngày 18/11/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

Thực hiện Thông tư 35/2024/TT-BYT, ngày 16/11/2024, Ban hành Quy định Tiêu chuẩn chất lượng cơ bản đối với bệnh viện, có hiệu lực 01/01/2025.

Thực hiện kế hoạch số HMMH-QM-PN-09/2025 ngày 15/12/2025 của Giám đốc Bệnh viện đa khoa Hoàn Mỹ Minh Hải, về việc kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện và khảo sát hài lòng người bệnh, nhân viên y tế năm 2025.

Bệnh viện đa khoa Hoàn Mỹ Minh Hải, Báo cáo kết quả nội kiểm tra, đánh giá chất lượng Bệnh viện và khảo sát hài lòng người bệnh, nhân viên y tế năm 2025, như sau:

A. THÔNG TIN HÀNH CHÍNH

1. Thành phần Đoàn kiểm tra

- Ông Nguyễn Việt Triều, Giám đốc bệnh viện, Trưởng đoàn.
- Ông Phan Văn Hùng, Phó Giám đốc chuyên môn bệnh viện, Phó Trưởng đoàn.
- Ông Huỳnh Quốc Doanh, Trưởng phòng Quản lý chất lượng, Thư ký.
- Cùng các thành viên của Đoàn kiểm tra được thành lập theo Quyết định số 06/QĐ-HMMH ngày 06/01/2026 của Giám đốc Bệnh viện đa khoa Hoàn Mỹ Minh Hải, về việc thành lập Đoàn kiểm tra, đánh giá chất lượng Bệnh viện Hoàn Mỹ Minh Hải năm 2025.

2. Thời gian kiểm tra: Ngày 07/01/2026 đến 02/02/2026.

3. Địa điểm kiểm tra

Tất cả các khoa, phòng trong toàn Bệnh viện và phụ trách các tiêu chuẩn, tiêu chí.

4. Nội dung kiểm tra

Kiểm tra Bệnh viện theo Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện đã được ban hành theo Quyết định 6858/QĐ-BYT ngày 18/11/2016 về việc ban hành Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam, Thông tư 35/2024/TT-BYT, ngày 16/11/2024, Ban hành Quy định Tiêu chuẩn chất lượng cơ bản đối với bệnh viện, có hiệu lực 01/01/2025.

B. TÓM TẮT KẾT QUẢ TỰ KIỂM TRA CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN

1. Nội dung 1: Thông tin, số liệu hoạt động bệnh viện trong 06 tháng (chuyên môn, tài chính, nhân lực, tổ chức, danh mục kỹ thuật, danh sách người hành nghề, danh mục trang thiết bị, sử dụng thuốc 06 tháng, báo cáo mô hình bệnh tật ICD-10), kết quả đánh giá chất lượng theo Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam; kết quả đánh giá chất lượng theo tiêu chuẩn chất lượng cơ bản đối với bệnh viện.

2. Nội dung 2: Đánh giá chất lượng bệnh viện

2.1. Đánh giá tiêu chuẩn chất lượng cơ bản:

STT	TT	Yêu cầu	Hướng dẫn đánh giá và tài liệu minh chứng	Kết quả chấm	
				Có	Không
1	I	Tiêu chuẩn về cơ sở vật chất			
2	1	Địa điểm cố định.*	Giấy phép hoạt động.	x	
3	2	Lối đi cho xe cứu thương ra vào khu vực cấp cứu.*	1. Sơ đồ mặt bằng (trong đó thể hiện có lối đi cho xe cứu thương ra vào khu vực cấp cứu).	x	
			2. Tài liệu chứng minh có biển chỉ dẫn vào khu vực cấp cứu.	x	
4	3	- Bố trí các khoa, phòng, bộ phận chuyên môn phù hợp chức năng của từng bộ phận. - Bảo đảm kết nối về hạ tầng giao thông giữa các bộ phận chuyên môn thuận tiện cho việc khám bệnh, chữa bệnh, an toàn cho người bệnh, người nhà người bệnh và nhân viên y tế.*	Sơ đồ mặt bằng (trong đó thể hiện vị trí của các khoa, phòng, bộ phận chuyên môn và chứng minh đáp ứng yêu cầu về diện tích theo quy định tại Nghị định số 96/2023/NĐ-CP).	x	
5	4	Biển hiệu, sơ đồ và biển chỉ dẫn đến các khoa, phòng, bộ phận chuyên môn, hành chính.*	Ảnh chụp biển hiệu, sơ đồ và biển chỉ dẫn.	x	

			Danh sách phương tiện vận chuyển cấp cứu.	x	
6	5	Phương tiện vận chuyển cấp cứu trong và ngoài bệnh viện.*	Trường hợp không có phương tiện cấp cứu ngoài bệnh viện, phải có hợp đồng với cơ sở trên địa bàn có chức năng cung cấp dịch vụ cấp cứu, hỗ trợ vận chuyển người bệnh.		
7	6	Tiêu chuẩn về môi trường phù hợp với quy mô hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:			
8	6.1	Xử lý chất thải sinh hoạt .	Hệ thống xử lý chất thải sinh hoạt hoặc hợp đồng với cơ sở có chức năng xử lý chất thải sinh hoạt.	x	
9	6.2	Xử lý chất thải y tế y tế .	Hệ thống xử lý chất thải y tế hoặc hợp đồng với cơ sở có chức năng xử lý chất thải y tế.	x	
10	7	Tiêu chuẩn về an toàn bức xạ.	1. Giấy phép tiến hành công việc bức xạ	x	
			2. Quyết định phân công người chịu trách nhiệm về công tác an toàn bức xạ.	x	
			3. Chứng chỉ nhân viên bức xạ.	x	
			4. Tài liệu chứng minh có trang bị liều kế cho nhân viên bức xạ.	x	
11	8	Về điện, nước phục vụ hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.	1. Hợp đồng cung cấp điện với đơn vị có chức năng cung cấp dịch vụ điện.	x	
			2. Hợp đồng cung cấp nước với đơn vị có chức năng cung cấp dịch vụ nước hoặc có tài liệu chứng minh có hệ thống xử lý nước.	x	
12	II	Tiêu chuẩn về quy mô và cơ cấu tổ chức			

13	1	Bệnh viện được tổ chức theo các bộ phận chuyên môn như sau: khoa khám bệnh, lâm sàng, cận lâm sàng, khoa dược và phụ trợ.	Điều lệ hoặc quy chế tổ chức hoạt động.	x	
14	2	Khoa khám bệnh: có nơi tiếp đón, phòng cấp cứu, phòng lưu, phòng khám, phòng thực hiện kỹ thuật, thủ thuật (nếu thực hiện các kỹ thuật, thủ thuật)	Sơ đồ mặt bằng khoa khám bệnh và danh mục các phòng khám thuộc khoa khám bệnh.	x	
15	3	Khoa lâm sàng: a) Đối với bệnh viện đa khoa: có tối thiểu hai trong bốn khoa nội, ngoại, sản, nhi. b) Đối với bệnh viện chuyên khoa, bệnh viện y học cổ truyền, bệnh viện răng hàm mặt: có tối thiểu một khoa lâm sàng phù hợp với phạm vi hoạt động chuyên môn.	Sơ đồ mặt bằng của các khoa lâm sàng.	x	
16	4	Khoa cận lâm sàng: có tối thiểu một phòng xét nghiệm và một phòng chẩn đoán hình ảnh. Riêng đối với bệnh viện chuyên khoa mắt nếu không có bộ phận chẩn đoán hình ảnh thì phải có hợp đồng hỗ trợ chuyên môn với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã được cấp giấy phép hoạt động có bộ phận chẩn đoán hình ảnh.	Sơ đồ mặt bằng khoa cận lâm sàng. Hợp đồng hỗ trợ chuyên môn đối với bệnh viện chuyên khoa mắt không có bộ phận chẩn đoán hình ảnh.	x	
17	5	Khoa dược có các bộ phận: nghiệp vụ dược, kho và cấp phát, thống kê dược, thông tin thuốc và dược lâm sàng.	Sơ đồ mặt bằng khoa Dược hoặc văn bản phân công khoa dược.		

18	6	Khoa dinh dưỡng; bộ phận dinh dưỡng lâm sàng; người phụ trách công tác dinh dưỡng; người làm công tác dinh dưỡng.	1. Đối với trường hợp phải có khoa dinh dưỡng: - Sơ đồ mặt bằng khoa dinh dưỡng. - Quyết định bổ nhiệm trưởng khoa dinh dưỡng hoặc văn bản phân công phụ trách khoa dinh dưỡng. - Danh sách người làm chuyên môn về dinh dưỡng. 2. Đối với trường hợp không phải có khoa dinh dưỡng: Văn bản phân công người phụ trách dinh dưỡng.	x	
19	7	Khoa kiểm soát nhiễm khuẩn; bộ phận kiểm soát nhiễm khuẩn; người làm công tác kiểm soát nhiễm khuẩn.	1. Đối với trường hợp phải có khoa kiểm soát nhiễm khuẩn: - Sơ đồ mặt bằng khoa kiểm soát nhiễm khuẩn. - Quyết định bổ nhiệm trưởng khoa kiểm soát nhiễm khuẩn hoặc văn bản phân công phụ trách khoa kiểm soát nhiễm khuẩn. - Danh sách nhân viên giám sát kiểm soát nhiễm khuẩn. 2. Đối với trường hợp không phải có khoa kiểm soát nhiễm khuẩn: - Văn bản thành lập Bộ phận kiểm soát nhiễm khuẩn. - Danh sách nhân viên giám sát kiểm soát nhiễm khuẩn.	x	
20	8	Các bộ phận chuyên môn khác trong bệnh viện.	Điều lệ hoặc quy chế tổ chức hoạt động bệnh viện.	x	
21	9	Các phòng, bộ phận để thực hiện các chức năng về kế hoạch tổng hợp, tổ chức nhân sự, quản lý chất lượng, điều dưỡng, tài chính kế toán, công nghệ thông tin, thiết bị y tế và các chức năng cần thiết khác.	Điều lệ hoặc quy chế tổ chức hoạt động bệnh viện.		

22	III	Tiêu chuẩn về nhân lực			
23	1	Người hành nghề được phân công công việc phù hợp với phạm vi hành nghề được cấp có thẩm quyền phê duyệt.	Danh sách đăng ký hành nghề.	x	
24	2	Người hành nghề được cập nhật kiến thức y khoa liên tục.	Bảng kê danh sách người hành nghề và thông tin về cập nhật kiến thức y khoa liên tục bảo đảm các thông tin như sau: họ và tên, số giấy phép hành nghề, phạm vi hành nghề, vị trí công tác, văn bằng/chứng chỉ/chứng nhận đào tạo, tập huấn.	x	
25	IV.	Tiêu chuẩn về thiết bị y tế			
26	1	Thiết bị y tế để thực hiện kỹ thuật thuộc phạm vi hoạt động chuyên môn đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt và có hồ sơ quản lý đối với các thiết bị đó.	Danh mục thiết bị y tế tương ứng với danh mục kỹ thuật (chỉ kê khai các thiết bị đủ điều kiện là tài sản cố định). Danh mục được kê khai theo hướng mỗi kỹ thuật hoặc nhóm kỹ thuật phải có thiết bị y tế tương ứng.	x	
27	2	Quy chế quản lý, sử dụng, kiểm tra, bảo dưỡng, bảo trì, sửa chữa, thay thế vật tư linh kiện, bảo quản thiết bị y tế tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.	Quy chế do bệnh viện phê duyệt.	x	
28	3	Quy trình về sử dụng, vận hành, sửa chữa, bảo dưỡng đảm bảo chất lượng thiết bị y tế.	Quy trình do bệnh viện phê duyệt.	x	
29	4	Thiết bị y tế thuộc danh mục phải kiểm định, hiệu chuẩn được kiểm định, hiệu chuẩn theo quy định.	Tài liệu minh chứng kết quả kiểm định, hiệu chuẩn.	x	

30	5	Bộ phận và nhân sự thực hiện nhiệm vụ quản lý việc sử dụng, kiểm tra, bảo dưỡng, bảo trì, sửa chữa, kiểm định, hiệu chuẩn thiết bị y tế.	Văn bản phân công bộ phận và nhân sự thực hiện nhiệm vụ. - Quyết định giao thiết bị về khoa, phòng. Tất cả thiết bị đều cần quyết định này. Có thể ban hành quyết định chung cho các thiết bị tương tự nhau. Quyết định này cần lưu tại phòng VTTB và khoa phòng tiếp nhận. - Tại khoa phòng tiếp nhận sử dụng thiết bị, cần có quyết định hoặc văn bản phân công người phụ trách quản lý thiết bị này tại khoa phòng. - Khi thiết bị điều chuyển sang khoa phòng khác hoặc thu hồi về Phòng VTTB quản lý, cũng cần Quyết định.	x	
31	V	Tiêu chuẩn về chuyên môn			
32	1	Điều trị nội trú, tổ chức trực chuyên môn 24/24 giờ của tất cả các ngày.	1. Giấy phép hoạt động. 2. Thông tin về số lượt người bệnh điều trị nội trú trong năm. 3. Bản phân công trực của bệnh viện, hoặc bản chấm công, chấm trực hoặc bảng thanh toán chi trả phụ cấp trực trong tháng.	x x x	
33	2	Quy trình khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú.	Quy trình khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú do bệnh viện phê duyệt.	x	
34	3	Phổ biến, áp dụng và xây dựng quy trình chuyên môn về khám bệnh, chữa bệnh:			
35	3.1.	<i>Phổ biến các quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh do Bộ Y tế hoặc bệnh viện ban hành.</i>	Tài liệu minh chứng việc phổ biến quy trình kỹ thuật do Bộ Y tế hoặc bệnh viện ban hành trong chu kỳ đánh giá cho các đối tượng phù hợp.	x	

36	3.2.	<i>Phổ biến các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế hoặc bệnh viện ban hành.</i>	Tài liệu minh chứng việc phổ biến các hướng dẫn chẩn đoán, điều trị do Bộ Y tế hoặc bệnh viện ban hành trong chu kỳ đánh giá cho các đối tượng phù hợp.	x	
37	3.3.	<i>Áp dụng các quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh do Bộ Y tế hoặc bệnh viện ban hành.</i>	Văn bản của bệnh viện về việc chỉ đạo tuân thủ thực hiện các quy trình kỹ thuật.	x	
38	3.4.	<i>Áp dụng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế hoặc bệnh viện ban hành.</i>	Văn bản của bệnh viện về việc chỉ đạo tuân thủ thực hiện hướng dẫn chẩn đoán và điều trị	x	
39	3.5.	<i>Tập huấn hoặc phổ biến hoặc có chỉ đạo về việc tuân thủ các quy định trong kê đơn thuốc.</i>	Giấy mời tập huấn hoặc nội dung tập huấn được ghi nhận trong biên bản họp, văn bản tài liệu phổ biến, văn bản chỉ đạo.	x	
40	4	Quản lý chất lượng:			
41	4.1.	<i>Thành lập hệ thống quản lý chất lượng.</i>	Văn bản quyết định thành lập Hội đồng, mạng lưới quản lý chất lượng, văn bản phân công cán bộ làm công tác quản lý chất lượng do bệnh viện phê duyệt.	x	
42	4.2.	<i>Quy chế hoạt động của hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện.</i>	Văn bản ban hành quy chế do bệnh viện phê duyệt.	x	
43	4.3.	<i>Kế hoạch/đề án cải tiến chất lượng chung của toàn bệnh viện cho năm hiện tại hoặc cho giai đoạn từ một đến ba năm tiếp theo.</i>	Kế hoạch hoặc đề án do bệnh viện phê duyệt.	x	
44	4.4.	<i>Chỉ số chất lượng bệnh viện và kết quả đo lường.</i>	1. Chỉ số chất lượng do bệnh viện phê duyệt. 2. Báo cáo đánh giá hàng năm theo các chỉ số đã ban hành và được lãnh đạo phê duyệt.	x	

45	4.5.	Quản lý chất lượng xét nghiệm gồm: kế hoạch quản lý chất lượng xét nghiệm, xây dựng quy trình hướng dẫn, tập huấn cho nhân viên liên quan, đánh giá thực hiện kế hoạch quản lý chất lượng xét nghiệm.	1. Kế hoạch quản lý chất lượng xét nghiệm do bệnh viện ban hành. 2. Văn bản ban hành các quy trình, tài liệu, hướng dẫn liên quan được lãnh đạo phê duyệt và triển khai thực hiện.	x	
46	4.6.	Báo cáo sự cố y khoa.	Các hình thức ghi nhận và báo cáo sự cố y khoa theo quy định tại Thông tư 43/2018/TT-BYT ngày 26/12/2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế về hướng dẫn phòng ngừa sự cố y khoa trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, bao gồm cả các giải pháp phòng ngừa tái diễn.	x	
47	5	Kiểm soát nhiễm khuẩn bao gồm: tổ chức, phân công nhiệm vụ; xây dựng quy trình.	Văn bản ban hành các quy trình do lãnh đạo bệnh viện phê duyệt: - Kiểm soát nhiễm khuẩn đối với đồ vải, dụng cụ, thiết bị sử dụng lại; - Kiểm soát nhiễm khuẩn đối với phòng mổ; - Quy trình vệ sinh bề mặt môi trường; - Quy trình vệ sinh tay thường quy và ngoại khoa.	x	

2.2. Đánh giá Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện 2.0:

2.2.1 Kết quả chung:

Kết quả chung	Năm 2025
1. Tổng số các tiêu chí được áp dụng đánh giá	79/83
2. Tỷ lệ tiêu chí áp dụng so với 83 tiêu chí	95%
3. Tổng số điểm của các tiêu chí áp dụng	355 (Có hệ số: 378)
4. Điểm trung bình chung của các tiêu chí	4.45 (tiêu chí C3 và C5 có hệ số 2)

2.2.2 Kết quả theo mức:

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:	0	1	10	17	51	79
% tiêu chí đạt:	0	1.27	12.66	21.52	64.56	100

2.2.3 Kết quả điểm chi tiết:

Tiêu chí		Điểm năm 2024	Điểm đăng ký 2025	Điểm nội kiểm năm 2025
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	5	5
A1.2	Người bệnh được chờ đợi trong phòng đầy đủ tiện nghi và được vận chuyển phù hợp với tình trạng bệnh tật	5	5	5
A1.3	Bệnh viện tiến hành cải tiến quy trình khám bệnh, đáp ứng sự hài lòng người bệnh	5	5	5
A1.4	Bệnh viện bảo đảm các điều kiện cấp cứu người bệnh kịp thời	5	5	5
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	5	5	5
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	5	5	5
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	4	4
A2.2	Người bệnh được sử dụng buồng vệ sinh sạch sẽ và đầy đủ các phương tiện	4	4	4
A2.3	Người bệnh được cung cấp vật dụng cá nhân đầy đủ, sạch sẽ, chất lượng tốt	5	5	5
A2.4	Người bệnh được hưởng các tiện nghi bảo đảm sức khỏe, nâng cao thể trạng và tâm lý	3	3	3

A2.5	Người khuyết tật được tiếp cận với các khoa/phòng, phương tiện và dịch vụ khám, chữa bệnh trong bệnh viện	5	5	5
A3	Môi trường chăm sóc người bệnh (2)			
A3.1	Người bệnh được điều trị trong môi trường, cảnh quan xanh, sạch, đẹp	3	3	3
A3.2	Người bệnh được khám và điều trị trong khoa/phòng gọn gàng, ngăn nắp	5	5	5
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	5	5	5
A4.2	Người bệnh được tôn trọng quyền riêng tư cá nhân	5	5	5
A4.3	Người bệnh được nộp viện phí thuận tiện, công khai, minh bạch, chính xác	4	4	4
A4.4	Người bệnh được hưởng lợi từ chủ trương xã hội hóa y tế	Không áp dụng		
A4.5	Người bệnh có ý kiến phản nàn, thắc mắc hoặc khen ngợi được bệnh viện tiếp nhận, phản hồi, giải quyết kịp thời	5	5	5
A4.6	Bệnh viện thực hiện khảo sát, đánh giá sự hài lòng người bệnh và tiến hành các biện pháp can thiệp	5	5	5
B1	Số lượng và cơ cấu nhân lực bệnh viện (3)			
B1.1	Xây dựng kế hoạch phát triển nhân lực bệnh viện	5	5	5
B1.2	Bảo đảm và duy trì ổn định số lượng nhân lực bệnh viện	5	5	5
B1.3	Bảo đảm cơ cấu chức danh nghề nghiệp của nhân lực bệnh viện	5	5	5
B2	Chất lượng nguồn nhân lực (3)			
B2.1	Nhân viên y tế được đào tạo và phát triển kỹ năng nghề nghiệp	5	5	5
B2.2	Nhân viên y tế được nâng cao kỹ năng ứng xử, giao tiếp, y đức	5	5	5

B2.3	Bệnh viện duy trì và phát triển bền vững chất lượng nguồn nhân lực	5	5	5
B3	Chế độ đãi ngộ và điều kiện, môi trường làm việc (4)			
B3.1	Bảo đảm chính sách tiền lương, chế độ đãi ngộ của nhân viên y tế	5	5	5
B3.2	Bảo đảm điều kiện làm việc, vệ sinh lao động và nâng cao trình độ chuyên môn cho nhân viên y tế	5	5	5
B3.3	Sức khỏe, đời sống tinh thần của nhân viên y tế được quan tâm và cải thiện	5	5	5
B3.4	Tạo dựng môi trường làm việc tích cực cho nhân viên y tế	5	5	5
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	5	5	5
B4.2	Triển khai văn bản của các cấp quản lý	5	5	5
B4.3	Bảo đảm chất lượng nguồn nhân lực quản lý bệnh viện	5	5	5
B4.4	Bồi dưỡng, phát triển đội ngũ lãnh đạo và quản lý kế cận	5	5	5
C1	An ninh, trật tự và an toàn cháy nổ (2)			
C1.1	Bảo đảm an ninh, trật tự bệnh viện	4	4	4
C1.2	Bảo đảm an toàn điện và phòng chống cháy nổ	4	4	4
C2	Quản lý hồ sơ bệnh án (2)			
C2.1	Hồ sơ bệnh án được lập đầy đủ, chính xác, khoa học	4	4	5
C2.2	Hồ sơ bệnh án được quản lý chặt chẽ, đầy đủ, khoa học	5	5	5
C3	Ứng dụng công nghệ thông tin (2) (điểm x2)			
C3.1	Quản lý tốt cơ sở dữ liệu và thông tin y tế	5	5	5
C3.2	Thực hiện các giải pháp ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý và hoạt động chuyên môn	4	4	4
C4	Phòng ngừa và kiểm soát nhiễm khuẩn (6)			

C4.1	Thiết lập và hoàn thiện hệ thống kiểm soát nhiễm khuẩn	5	5	5
C4.2	Xây dựng và hướng dẫn nhân viên y tế thực hiện các quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện	5	5	5
C4.3	Triển khai chương trình và giám sát tuân thủ rửa tay	5	5	5
C4.4	Đánh giá, giám sát và triển khai kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện	5	5	5
C4.5	Chất thải rắn bệnh viện được quản lý chặt chẽ, xử lý an toàn và tuân thủ theo đúng quy định	Không đánh giá		
C4.6	Chất thải lỏng bệnh viện được quản lý chặt chẽ, xử lý an toàn và tuân thủ theo đúng quy định	Không đánh giá		
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	Không đánh giá		
C5.2	Nghiên cứu và triển khai áp dụng các kỹ thuật mới, phương pháp mới	4	4	4
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	4	4
C5.4	Xây dựng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị	3	3	3
C5.5	Áp dụng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đã ban hành và giám sát việc thực hiện	3	3	3
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	5	5	5
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	5	5	5
C6.3	Người bệnh được chăm sóc vệ sinh cá nhân trong quá trình điều trị tại bệnh viện	3	3	3
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	1	4	4
C7.2	Bệnh viện bảo đảm cơ sở vật chất để thực hiện công tác dinh dưỡng và tiết chế trong bệnh viện	3	3	2
C7.3	Người bệnh được đánh giá, theo dõi tình trạng dinh dưỡng trong thời gian nằm viện	4	4	4
C7.4	Người bệnh được hướng dẫn, tư vấn chế độ ăn phù hợp với bệnh lý	4	4	4
C7.5	Người bệnh được cung cấp chế độ dinh dưỡng phù hợp với bệnh lý trong thời gian nằm viện	3	3	3
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	4	4	4
C8.2	Bảo đảm chất lượng các xét nghiệm	3	3	3
C9	Quản lý cung ứng và sử dụng thuốc (6)			
C9.1	Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức hoạt động được	3	3	3
C9.2	Bảo đảm cơ sở vật chất khoa Dược	5	5	5
C9.3	Cung ứng thuốc và vật tư y tế tiêu hao đầy đủ, kịp thời, bảo đảm chất lượng	5	5	5
C9.4	Sử dụng thuốc an toàn, hợp lý	5	5	5
C9.5	Thông tin thuốc, theo dõi báo cáo phản ứng có hại của thuốc (ADR) kịp thời, đầy đủ và có chất lượng	5	5	5
C9.6	Hội đồng thuốc và điều trị được thiết lập và hoạt động hiệu quả	5	5	5
C10	Nghiên cứu khoa học (2)			
C10.1	Tích cực triển khai hoạt động nghiên cứu khoa học	3	3	3
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	4	4	4
D1	Thiết lập hệ thống và cải tiến chất lượng (3)			

D1.1	Thiết lập hệ thống quản lý chất lượng bệnh viện	5	5	5
D1.2	Xây dựng và triển khai kế hoạch, đề án cải tiến chất lượng bệnh viện	5	5	5
D1.3	Xây dựng văn hóa chất lượng	5	5	5
D2	Phòng ngừa các sự cố khắc phục (5)			
D2.1	Phòng ngừa nguy cơ, diễn biến bất thường xảy ra với người bệnh	4	4	4
D2.2	Xây dựng hệ thống báo cáo, phân tích sự cố y khoa và tiến hành các giải pháp khắc phục	5	5	5
D2.3	Thực hiện các biện pháp phòng ngừa để giảm thiểu các sự cố y khoa	5	5	5
D2.4	Bảo đảm xác định chính xác người bệnh khi cung cấp dịch vụ	5	5	5
D2.5	Phòng ngừa nguy cơ người bệnh bị trượt ngã	5	5	5
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	5	5	5
D3.2	Đo lường và giám sát cải tiến chất lượng bệnh viện	5	5	5
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	4	4
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	3	3	3
E1.2	Bệnh viện thực hiện tốt hoạt động truyền thông sức khỏe sinh sản trước sinh, trong khi sinh và sau sinh	5	5	5
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	4	4	4

E2.1	Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức chăm sóc Nhi khoa	2	3	4
------	---	---	---	---

3. Nội dung 3: Khảo sát hài lòng người bệnh và nhân viên y tế (150 điểm):

Kết quả khảo sát: **141 điểm**

- Hài lòng người bệnh Nội trú (30 phiếu): **49 điểm**
- Hài lòng người bệnh Ngoại trú (30 phiếu): **50 điểm**
- Hài lòng nhân viên y tế (260 phiếu): **42 điểm**

4. Nội dung 4: Kiểm tra công tác cấp cứu, hồi sức tích cực (30 điểm):

Kết quả triển khai công tác hồi sức tích cực: **5 điểm**

- Có ít nhất 2 bác sỹ được đào tạo về hồi sức tích cực từ 3 tháng trở lên: **5 điểm**

5. Nội dung 5: Kiểm tra việc triển khai chỉ đạo khẩn của chính phủ, Bộ Y tế (Chuyển đổi số, phát triển CNTT, nâng cao chất lượng KCB) (210 điểm):

Kết quả triển khai chỉ đạo khẩn của chính phủ, Bộ Y tế (Chuyển đổi số, phát triển CNTT, nâng cao chất lượng KCB): **175 điểm**

5.1. Đặt lịch hẹn khám trước (30 điểm):

- Tỷ lệ người đến khám sử dụng dưới 50%: (10 điểm)

5.2. Triển khai hội chẩn, hỗ trợ khám, chữa bệnh từ xa (20 điểm):

- Có hạ tầng phục vụ hội chẩn từ xa, có kết nối với tuyến trên, tuyến dưới: 5 điểm

5.3. Triển khai bệnh án điện tử (30 điểm):

- Thực hiện tốt, áp dụng hoàn toàn bệnh án điện tử: 30 điểm

5.4 Công tác chuyển đổi số, triển khai sổ sức khỏe điện tử trên ứng dụng VNeID, chuyển viện, hẹn khám lại các công việc liên quan thực hiện Đề án 06 của Thủ tướng Chính phủ (20 điểm):

- Có ki-ốt đăng ký khám bằng căn cước gắn chip điện tử: 5 điểm
- Đã thực hiện liên thông dữ liệu phục vụ Đề án 06/CP: 5 điểm
- Bảo đảm liên thông giấy chứng sinh, báo tử đầy đủ: 5 điểm
- Đã thực hiện lập phiếu chẩn đoán nguyên nhân tử vong cho các trường hợp tử vong tại bệnh viện: 5 điểm

5.5. Tình hình cung ứng thuốc, vật tư y tế trong bệnh viện (30 điểm):

- Đủ thuốc, vật tư y tế không bị gián đoạn nguồn cung: 30 điểm

5.6. Việc chấp hành pháp luật về giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh (điểm tối đa 40 điểm):

- a) Công khai giá (10 điểm): 10 điểm

- + Giá niêm yết công khai, in trên bảng treo, giấy, điện tử... để tra cứu
 - + Công khai mức chênh lệch (giữa giá theo yêu cầu và BHYT thanh toán)
 - b) Về lập phương án giá (10 điểm): 10 điểm
 - Đối với dịch vụ do Bộ Y tế quy định giá cụ thể: từ 01/11/2024 các cơ sở mới thực hiện lập Phương án giá và được cấp có thẩm quyền quyết định giá theo Điều 110 của Luật KBCB.
 - Từ 01/11/2024 trở về trước thực hiện Thông tư 21, 22.
 - Đối với dịch vụ KBCB theo yêu cầu (10 điểm): 10 điểm
 - + Đã lập Hồ sơ phương án giá, tổ chức thẩm định để Thủ trưởng đơn vị quyết định giá
 - + Thực hiện kê khai giá KBCB theo yêu cầu đầy đủ
 - c) Việc chấp hành mức giá do cơ quan có thẩm quyền, người có thẩm quyền quyết định (10 điểm): 10 điểm
 - Có thực hiện thu đúng giá niêm yết cho đúng đối tượng
- Lưu ý: Nếu đạt yêu cầu toàn bộ các nội dung trong 5.6 chấm 10 điểm, không đạt chấm 0 điểm

5.7. Thực hiện các quy định về định mức giường bệnh, số giường kế hoạch, thực kê và các điều kiện liên quan như diện tích, cơ sở hạ tầng, nhân lực... (20 điểm):

- + Số giường kế hoạch và thực kê chênh nhau dưới 10%: 20 điểm

5.8. Thực hiện việc xếp cấp chuyên môn kỹ thuật (20 điểm):

- + Báo cáo đúng thời hạn và đầy đủ bằng chứng minh họa: 20 điểm

6. Nội dung 6: Kiểm tra việc triển khai chỉ đạo khẩn của chính phủ, Bộ Y tế (30 điểm):

Kết quả kiểm tra việc triển khai chỉ đạo khẩn của chính phủ, Bộ Y tế: 30 điểm

- Công văn số 1320/KCB-QLCL&CGKT ngày 22/08/2025 V/v Đánh giá 10 năm triển khai Chương trình HDQG nâng cao năng lực QLCL KBCB.

C. ĐÁNH GIÁ CÁC ƯU ĐIỂM VÀ VẤN ĐỀ TỒN TẠI

1. Ưu điểm:

- Hệ thống Quản lý chất lượng được duy trì ổn định và từng bước hoàn thiện:

+ Bệnh viện triển khai đồng bộ việc tuân thủ Bộ tiêu chuẩn chất lượng cơ bản đối với bệnh viện, Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện (83 tiêu chí) của Bộ Y tế và Bộ tiêu chuẩn chất lượng ACHSI – Úc, nhằm đảm bảo duy trì và nâng cao chất lượng dịch vụ y tế theo chuẩn Quốc gia và Quốc tế.

+ Bệnh viện đã xây dựng và áp dụng đầy đủ các quy trình chuẩn (SOPs) trong cả lĩnh vực quản trị vận hành và chuyên môn, giúp chuẩn hóa hoạt động, nâng cao tính

nhất quán, hiệu quả và an toàn trong thực hành lâm sàng.

+ Công tác kiểm tra rủi ro định kỳ 2 tuần/1 lần, duy trì thực hành 5S, cùng với các hoạt động chuyên môn như sinh hoạt khoa học, bình bệnh án và bình đơn thuốc hàng tuần được thực hiện thường xuyên, góp phần củng cố chất lượng điều trị và duy trì văn hóa cải tiến liên tục.

+ Song song đó, bệnh viện duy trì hiệu quả hoạt động nội – ngoại kiểm xét nghiệm, hiệu chuẩn thiết bị y tế, tổ chức lớp học tiền sản hàng tuần, và phát hành bản tin chỉ số chất lượng và an toàn người bệnh định kỳ, thể hiện cam kết mạnh mẽ trong việc xây dựng hệ thống quản lý chất lượng toàn diện, văn hóa an toàn và định hướng phát triển bền vững.

- **Cam kết mạnh mẽ của lãnh đạo và sự tham gia của các khoa/phòng:** Ban Giám đốc duy trì định kỳ họp Hội đồng Quản lý chất lượng, họp Ủy ban rủi ro; phân tích dữ liệu chỉ số chất lượng và phản hồi khảo sát để định hướng hành động cải tiến cụ thể. Các khoa, phòng thể hiện tinh thần hợp tác tốt, minh chứng qua việc tỷ lệ hoàn thành báo cáo nội kiểm và phản hồi hành động khắc phục đạt trên mức yêu cầu.

- **Chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh được nâng cao:**

+ Qua khảo sát hài lòng người bệnh và trải nghiệm người bệnh, mức độ hài lòng và trải nghiệm chung đạt trên 95%, trong đó nổi bật là thái độ phục vụ, thời gian chờ giảm, và sự minh bạch thông tin. Các cải tiến về giảm sự cố y khoa, giảm xuất toán BHYT, phòng ngừa khủng hoảng truyền thông,... bước đầu cho thấy hiệu quả rõ rệt.

+ Bệnh viện đã triển khai đồng bộ hệ thống công nghệ thông tin trong quản trị và vận hành, bao gồm phần mềm HIS phiên bản 2.0 với đầy đủ các phân hệ chức năng, hệ thống quản lý Hồ sơ bệnh án điện tử, và chuyển đổi số toàn diện trong hầu hết quy trình khám chữa bệnh. Đồng thời, bệnh viện liên thông dữ liệu thanh toán BHYT và mở rộng hình thức thanh toán không dùng tiền mặt, góp phần tăng hiệu quả quản lý, giảm thời gian chờ, nâng cao tính minh bạch và cải thiện trải nghiệm người bệnh.

- **Văn hóa an toàn người bệnh được củng cố:** Hệ thống báo cáo sự cố y khoa và ngoài y khoa (HM115) được vận hành thường xuyên, các rủi ro trọng yếu như sai sót thuốc, té ngã, nhầm người bệnh, thiết bị hư hỏng,... được quản lý theo chu trình PDCA. Tỷ lệ báo cáo tự nguyện tăng, thể hiện sự chuyển biến tích cực trong nhận thức của nhân viên.

- **Đào tạo và truyền thông nội bộ được duy trì:** Các khóa tập huấn định kỳ về an toàn, kỹ năng giao tiếp, AIDET (Chào – Giới thiệu – Thời gian – Giải thích – Cảm ơn), và quy trình chuẩn được tổ chức liên tục, giúp nâng cao năng lực chuyên môn và thái độ phục vụ. Bệnh viện cũng đẩy mạnh các hoạt động truyền thông nội bộ về văn hóa chất lượng.

2. Một số vấn đề tồn tại:

- **Cơ sở hạ tầng và cảnh quan bệnh viện còn hạn chế:** Diện tích khuôn viên cây xanh và tường rào bệnh viện còn hẹp, ảnh hưởng đến cảnh quan và không gian sinh hoạt của người bệnh. Một số hạng mục như nhà vệ sinh cho người khuyết tật chưa đáp ứng đầy đủ quy định về thiết kế tiếp cận. Cơ sở vật chất phục vụ công tác dinh dưỡng – tiết chế còn thiếu đồng bộ, chưa đáp ứng nhu cầu chăm sóc dinh dưỡng chuyên biệt cho người bệnh nội trú.

- **Nguồn lực chuyên môn chưa đầy đủ và chưa tương xứng với nhu cầu phát triển:** Bệnh viện hiện chưa có Dược sĩ trình độ sau đại học, chưa có Bác sĩ chuyên khoa II hoặc tiến sĩ chuyên ngành Sản, ảnh hưởng đến khả năng mở rộng kỹ thuật chuyên sâu. Bên cạnh đó, tỷ lệ thực hiện phân tuyến kỹ thuật theo phân tuyến chuyên môn vẫn còn thấp; chưa có ngân hàng máu và ngân hàng sữa mẹ, gây hạn chế trong việc hỗ trợ cấp cứu và chăm sóc sơ sinh.

- **Hoạt động nghiên cứu và cập nhật chuyên môn chưa mạnh:** Khối lâm sàng chưa có nghiên cứu, xây dựng hoặc cập nhật các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị phù hợp với mô hình bệnh tật đặc thù của bệnh viện, dựa trên bằng chứng khoa học trong nước và quốc tế. Việc ứng dụng kết quả nghiên cứu vào thực hành lâm sàng còn hạn chế.

- **Nguồn lực cho hoạt động QLCL còn thiếu đồng bộ:** Nhân sự chuyên trách còn mỏng, kiêm nhiệm nhiều, thời gian dành cho giám sát và phân tích dữ liệu còn hạn chế; chưa có cơ chế khuyến khích mạnh mẽ cho hoạt động báo cáo và cải tiến chất lượng tại đơn vị.

- **Sự tham gia của người bệnh trong hoạt động chất lượng còn hạn chế:** Dù đã triển khai khảo sát hài lòng và tiếp nhận phản hồi thường xuyên, nhưng việc người bệnh tham gia trực tiếp vào các hoạt động cải tiến, đồng thiết kế quy trình, hay tham gia ủy ban, nhóm chất lượng vẫn chưa được phát triển. Điều này khiến tiếng nói của người bệnh chưa được khai thác hiệu quả trong việc cải thiện dịch vụ theo yêu cầu của chuẩn ACHSI -Úc.

3. Xác định các vấn đề ưu tiên cần cải tiến chất lượng:

- **Tiếp tục nâng cao chất lượng theo chuẩn Quốc gia và Quốc tế:**

+ Ưu tiên cải tiến các tiêu chí đang ở **mức 2** và **mức 3**, đồng thời duy trì bền vững các tiêu chí đạt mức 5 trong 83 tiêu chí chất lượng bệnh viện.

+ Từng bước chuẩn hóa hoạt động theo Bộ tiêu chuẩn chất lượng ACHSI – Úc, hướng đến hội nhập quốc tế trong quản lý và đánh giá chất lượng.

- **Tăng cường chất lượng chuyên môn và an toàn người bệnh:**

+ Xây dựng, cập nhật và áp dụng phác đồ chẩn đoán và điều trị phù hợp với mô hình bệnh tật của bệnh viện.

+ Nâng cao chất lượng chăm sóc dinh dưỡng – tiết chế, bảo đảm dinh dưỡng lâm sàng được thực hiện hiệu quả.

- + Tăng cường giám sát các quy trình có nguy cơ cao xảy ra sự cố y khoa, củng cố văn hóa an toàn người bệnh trong toàn viện.

- **Phát triển nguồn nhân lực và năng lực chuyên môn:**

- + Xây dựng kế hoạch đào tạo, bồi dưỡng đội ngũ cán bộ chuyên trách, đảm bảo có đủ chứng chỉ và trình độ chuyên môn theo quy định.

- + Khuyến khích cán bộ, nhân viên tham gia nghiên cứu khoa học và hoạt động cải tiến chất lượng.

- **Chuyển đổi số trong quản lý chất lượng:**

- + Số hóa toàn bộ hệ thống Quản lý Chất lượng (Triển khai quy trình điện tử cho các hoạt động QLCL như: giám sát tuân thủ, báo cáo sự cố, phản hồi người bệnh, đo lường chỉ số, đánh giá nội bộ, hành động khắc phục và cải tiến).

- + Phát triển hệ thống Dashboard giám sát thời gian thực.

- + Ứng dụng Trí tuệ nhân tạo (AI) trong dự báo và phân tích xu hướng.

- **Củng cố hệ thống quản trị rủi ro toàn bệnh viện:**

- + Rà soát, nhận diện và Cập nhật danh sách rủi ro toàn viện (Risk Register).

- + Tổ chức đào tạo định kỳ cho cán bộ quản lý và nhân viên y tế về nhận diện, báo cáo và xử lý rủi ro; lồng ghép nội dung quản trị rủi ro vào đánh giá chất lượng đơn vị.

- + Triển khai các đề án phòng ngừa rủi ro trọng điểm: Sai sót thuốc, thiết bị, truyền thông, xuất toán BHYT,...

4. Giải pháp, lộ trình, thời gian cải tiến chất lượng:

a) Giải pháp:

- **Nâng cao hiệu quả hệ thống quản lý chất lượng:**

- + Rà soát, cập nhật và hoàn thiện toàn bộ quy trình chuẩn (SOPs) theo quy định và yêu cầu của Bộ Y tế, phù hợp với Bộ tiêu chuẩn ACHSI – Úc.

- + Chuẩn hóa quy trình đánh giá nội bộ, đo lường và phân tích chỉ số chất lượng, đảm bảo tính khách quan và khả năng so sánh theo thời gian.

- + Duy trì thực hiện tốt công tác giám sát tuân thủ chuyên môn, kiểm tra nội bộ định kỳ, đảm bảo các quy chế chuyên môn được áp dụng nghiêm túc và đồng bộ.

- **Tiếp tục cải tiến theo Bộ tiêu chuẩn ACHSI – Úc:**

- + Tổ chức đánh giá khoảng cách (Gap Analysis) giữa thực trạng hiện tại và yêu cầu của ACHSI, từ đó xây dựng kế hoạch cải tiến trong giai đoạn Quý 4/2026–2027.

- + Tăng cường đào tạo, truyền thông và hướng dẫn thực hành tiêu chuẩn ACHSI cho phụ trách chất lượng và trưởng các khoa/phòng, nhằm hình thành văn hóa “chất lượng gắn với trách nhiệm cá nhân”.

- **Tăng cường an toàn người bệnh và quản trị rủi ro:**

- + Cùng cố hệ thống báo cáo, phân tích và phản hồi sự cố (HM115), đảm bảo 100% sự cố được ghi nhận, phân tích nguyên nhân gốc rễ và có hành động khắc phục, phòng ngừa cụ thể.

- + Rà soát và cập nhật danh sách rủi ro toàn viện (Risk Register); triển khai các đề án phòng ngừa rủi ro trọng điểm như sai sót thuốc, thiết bị y tế, khủng hoảng truyền thông, xuất toán BHYT...

- + Đào tạo định kỳ cho nhân viên y tế về nhận diện, báo cáo và xử lý rủi ro.

- Cải thiện cơ sở hạ tầng và môi trường bệnh viện:

- + Nâng cấp nhà vệ sinh người khuyết tật và hệ thống cơ sở vật chất dinh dưỡng – tiết chế theo quy chuẩn.

- + Thực hành và duy trì 5S toàn viện gắn với chương trình “Bệnh viện Xanh – Sạch – Đẹp”, được kiểm tra, chấm điểm định kỳ hàng quý.

- Đẩy mạnh chuyển đổi số trong quản lý chất lượng:

- + Hoàn thiện số hóa toàn bộ hệ thống Quản lý Chất lượng, triển khai quy trình điện tử cho các hoạt động như: báo cáo sự cố, giám sát tuân thủ, phản hồi người bệnh, đo lường chỉ số chất lượng và hành động khắc phục.

- + Xây dựng Dashboard giám sát chất lượng theo thời gian thực, phục vụ lãnh đạo và các khoa/phòng trong việc theo dõi, ra quyết định nhanh chóng.

- + Ứng dụng Trí tuệ nhân tạo (AI) và phân tích dữ liệu (Data Analytics) trong dự báo xu hướng rủi ro, phân tích sự cố và hỗ trợ ra quyết định.

- Phát triển năng lực và nguồn nhân lực chất lượng:

- + Xây dựng kế hoạch đào tạo, bồi dưỡng cán bộ chuyên trách chất lượng và nhân sự trọng điểm, bảo đảm có đủ chứng chỉ, kỹ năng và trình độ chuyên môn theo quy định.

- + Khuyến khích nghiên cứu khoa học, đề án cải tiến chất lượng tại các khoa/phòng; gắn kết quả cải tiến với công tác thi đua – khen thưởng.

b) Lộ trình, thời gian cải tiến:

- Từ năm 2026 trở đi:

- + Duy trì cải tiến liên tục theo chu trình PDCA.

- + Hoàn thiện hồ sơ và minh chứng đánh giá theo ACHSI – Úc.

- + Triển khai các dự án phòng ngừa rủi ro trọng điểm.

- + Hoàn thiện Dashboard quản lý chất lượng thời gian thực.

- + Đăng ký và chuẩn bị thẩm định chính thức theo Bộ tiêu chuẩn chất lượng ACHSI – Úc.

- + Đánh giá tổng kết, duy trì cải tiến liên tục và mở rộng phạm vi chuyển đổi số quản lý chất lượng.

5. Kết quả kỳ vọng:

- Hệ thống Quản lý Chất lượng vận hành đồng bộ, dựa trên dữ liệu thời gian thực, bảo đảm tính minh bạch và kiểm soát rủi ro chủ động.
- Đạt $\geq 86\%$ tiêu chí chất lượng bệnh viện ở mức 4–5.
- Giảm $\geq 90\%$ sự cố y khoa nghiêm trọng trên 1000 ngày nằm viện nội trú so với năm 2025.
- Mức độ hài lòng người bệnh $\geq 96\%$, phản ánh rõ về sự cải thiện trải nghiệm và chất lượng dịch vụ.
- Đáp ứng đầy đủ yêu cầu đánh giá nội bộ và thẩm định chuẩn ACHSI – Úc, khẳng định vị thế bệnh viện trên lộ trình hội nhập và phát triển bền vững.

6. Kết luận, cam kết của Bệnh viện về cải tiến chất lượng:

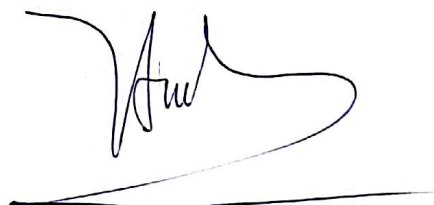
- Bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Minh Hải xác định cải tiến chất lượng liên tục là trọng tâm trong chiến lược phát triển bền vững, hướng tới mục tiêu an toàn, hiệu quả, lấy người bệnh làm trung tâm và đạt chuẩn quốc tế trong quản lý chất lượng y tế.
- Trên nền tảng hệ thống quản lý chất lượng đã được thiết lập và vận hành ổn định, Bệnh viện đa khoa Hoàn Mỹ Minh Hải cam kết:
 - + Duy trì và phát huy các kết quả đã đạt được, đồng thời tập trung cải tiến các tiêu chí còn ở mức 3 trở xuống trong Bộ 83 tiêu chí chất lượng bệnh viện, hướng đến đạt $\geq 86\%$ tiêu chí mức 4–5 trong giai đoạn tới.
 - + Tiếp tục hoàn thiện và chuẩn hóa toàn diện hệ thống quản lý chất lượng theo chuẩn ACHSI – Úc, đảm bảo tính đồng bộ, minh bạch và hiệu quả trong mọi hoạt động quản trị và chuyên môn.
 - + Tăng cường hoạt động giám sát, đo lường và phân tích dữ liệu chất lượng, triển khai Dashboard thời gian thực để hỗ trợ lãnh đạo ra quyết định dựa trên bằng chứng, đảm bảo kiểm soát rủi ro chủ động và cải tiến kịp thời.
 - + Phát triển năng lực đội ngũ thông qua các chương trình đào tạo, huấn luyện và truyền thông nội bộ về chất lượng, an toàn người bệnh và văn hóa “chịu trách nhiệm vì chất lượng”.
 - + Thúc đẩy nghiên cứu khoa học, sáng kiến cải tiến và nhân rộng các mô hình hiệu quả trong toàn viện, gắn liền với công tác thi đua – khen thưởng và đánh giá hiệu suất.
 - + Tăng cường sự tham gia của người bệnh trong hoạt động cải tiến thông qua cơ chế phản hồi, khảo sát trải nghiệm và đồng thiết kế quy trình dịch vụ.
 - + Tiếp tục đẩy mạnh chuyển đổi số trong công tác quản lý chất lượng, hướng tới bệnh viện vận hành số hóa toàn diện, an toàn và thân thiện với người bệnh.
- Bệnh viện cam kết duy trì họp định kỳ Hội đồng Quản lý Chất lượng và Ủy ban Rủi ro, theo dõi tiến độ cải tiến, đánh giá kết quả bằng dữ liệu thực tế và thúc đẩy văn

hóa chất lượng trở thành giá trị cốt lõi trong mọi hoạt động của bệnh viện.

Với định hướng "Lấy chất lượng làm nền tảng – Lấy an toàn làm ưu tiên – Lấy người bệnh làm trung tâm", Bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Minh Hải quyết tâm xây dựng hệ thống y tế vững mạnh, hiện đại, nhân văn và hội nhập quốc tế, góp phần khẳng định vị thế thương hiệu Hoàn Mỹ trong mạng lưới y tế Việt Nam.

Trên đây là báo cáo tổng hợp kết quả nội kiểm, đánh giá chất lượng bệnh viện và khảo sát hài lòng người bệnh, nhân viên y tế năm 2025, thể hiện cam kết mạnh mẽ của Bệnh viện trong việc xây dựng hệ thống quản lý chất lượng toàn diện, lấy người bệnh làm trung tâm và hướng tới tiêu chuẩn Quốc tế.

PHÒNG QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG



HUỲNH QUỐC DOANH



GIÁM ĐỐC

BS. NGUYỄN VIỆT TRIỀU

Nơi nhận:

- Sở Y tế;
- Các khoa/phòng;
- Lưu: VT, QLCL