

TẬP HUẤN XÂY DỰNG ĐỀ ÁN CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG NĂM 2026

PHÒNG QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG

CẦN THƠ, NĂM 2026

Theo quy định của Bộ Tiêu chuẩn chất lượng nâng cao đối với bệnh viện bắt buộc phải xây dựng đề án cải tiến chất lượng hằng năm và xác định trong mỗi đề án cải tiến chất lượng **tối thiểu một mục tiêu, một chỉ số quy trình và một chỉ số kết quả đầu ra cụ thể.**

6.3.2. XÂY DỰNG VÀ TRIỂN KHAI KẾ HOẠCH, ĐỀ ÁN CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN

Mục đích của tiêu chuẩn:

Tiêu chuẩn này nhằm bảo đảm bệnh viện xây dựng và triển khai các kế hoạch và đề án cải tiến chất lượng một cách có hệ thống nhằm nâng cao chất lượng chuyên môn, an toàn người bệnh và hiệu quả vận hành. Các hoạt động cải tiến chất lượng giúp cụ thể hóa mục tiêu chiến lược của bệnh viện thành các chương trình hành động có thể đo lường và đánh giá.

Bệnh viện sử dụng dữ liệu thực tế từ hoạt động chuyên môn, quản trị rủi ro và phản hồi của người bệnh để xác định các vấn đề ưu tiên cần cải tiến. Các đề án cải tiến được xây dựng với mục tiêu rõ ràng, nguồn lực phù hợp và được theo dõi, đánh giá định kỳ nhằm bảo đảm tiến độ và hiệu quả thực hiện.

Việc triển khai các hoạt động cải tiến chất lượng góp phần thúc đẩy văn hóa cải tiến liên tục trong bệnh viện, nâng cao hiệu quả sử dụng nguồn lực và tạo ra các kết quả cải thiện thực chất trong chăm sóc và dịch vụ y tế.

Tiêu chí đánh giá:

Mức 1. Bệnh viện bước đầu xây dựng kế hoạch và triển khai cải tiến chất lượng.

1. Xây dựng kế hoạch cải tiến chất lượng hằng năm của toàn bệnh viện.
2. Lựa chọn các chủ đề ưu tiên cải tiến chất lượng dựa trên dữ liệu giám sát, sự cố và kết quả khảo sát hài lòng.
3. Xác định trong kế hoạch cải tiến chất lượng các mục tiêu chất lượng và kết quả đầu ra cụ thể có thể đo lường được.
4. Xây dựng bảng kiểm hướng dẫn thực hiện kế hoạch cải tiến chất lượng và đánh giá tiến độ hoàn thành bởi Hội đồng Quản lý chất lượng.
5. Thể hiện trong kế hoạch cải tiến chất lượng các nội dung về tên kế hoạch, hoạt động triển khai, kết quả đầu ra, thời gian, địa điểm, người chịu trách nhiệm, kinh phí và nguồn lực thực hiện; đồng thời cập nhật kế hoạch định kỳ khi cần thiết.
6. Xác định trong kế hoạch cải tiến chất lượng số lượng đề án cải tiến theo từng mục tiêu, nguồn kinh phí dự kiến và khoa/phòng đầu mối thực hiện; đồng thời cập nhật danh sách đề án định kỳ khi cần thiết.
7. Hướng dẫn các thành viên mạng lưới quản lý chất lượng xây dựng đề án cải tiến chất lượng chi tiết cho từng khoa/phòng.
8. Xây dựng và triển khai tối thiểu ba đề án cải tiến chất lượng ở quy mô khoa/phòng hoặc toàn bệnh viện.
9. Xác định trong mỗi đề án cải tiến chất lượng tối thiểu một mục tiêu, một chỉ số quy trình và một chỉ số kết quả đầu ra cụ thể.

CẤU TRÚC ĐỀ ÁN CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG TẠI BỆNH VIỆN GỒM 2 PHẦN:

- Phần thứ nhất
Bối cảnh xây dựng đề án
- Phần thứ hai
Mục tiêu, yêu cầu xây dựng đề án, tổ chức thực hiện và đánh giá hiệu quả

BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ S.I.S CẦN THƠ CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
KHOA/PHÒNG..... Độc lập – Tự do – Hạnh phúc
Cần Thơ, ngày.....tháng.....năm 2026

ĐỀ ÁN CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN NAM 2026

Tên đề án:			
Phạm vi áp dụng:			
	Xây dựng đề án	Phê duyệt đề án	Nghiệm thu đề án
Họ và tên			
Chữ ký			
Ngày			

Phần thứ nhất BỐI CẢNH XÂY DỰNG ĐỀ ÁN

- I. SỰ CẦN THIẾT**
(Phân tích nguyên nhân, những vấn đề thực trạng cần cải tiến)
 - Vấn đề cần cải tiến
 - Thu thập dữ liệu liên quan
 - Phân tích nguyên nhân vấn đề/thực trạng tồn tại
- II. CĂN CỨ XÂY DỰNG ĐỀ ÁN**
 - Cơ sở pháp lý:**
 - Căn cứ Thông tư 19/2013/TT-BYT ngày 12/7/2013 của Bộ Y tế về việc hướng dẫn thực hiện dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện;
 - Căn cứ
 - Căn cứ kết quả kiểm tra đánh giá chất lượng bệnh viện năm 2025.
 - Cơ sở thực tiễn (thực trạng của khoa, phòng):**
 - Về nhân lực;
 - Về trang thiết bị, máy móc;

- Cơ sở vật chất;
 - Cơ cấu tổ chức, nhân sự tại khoa/phòng;
 - Đánh giá ưu điểm, nhược điểm, thuận lợi, khó khăn của nguồn lực. (SWOT)
3. Hiệu quả dự kiến của đề án cải tiến chất lượng bệnh viện năm 2026:

Phần thứ hai MỤC TIÊU, YÊU CẦU XÂY DỰNG ĐỀ ÁN TỔ CHỨC THỰC HIỆN VÀ ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ

I. MỤC TIÊU CHUNG:

Mục tiêu tổng quát:

II. MỤC TIÊU CỤ THỂ:

Mục tiêu chuyên biệt: Theo tiêu chí SMART. Không quá 5 dòng.

- Không nên chọn lựa quá nhiều mục tiêu.
- Không chọn mục tiêu không định lượng.
(Áp dụng được từ 01 chỉ số chất lượng theo đề án CTCL của khoa, phòng)

III. CÁC GIẢI PHÁP THỰC HIỆN

Căn cứ vào kết quả đánh giá chất lượng bệnh viện năm 2025 đưa ra các giải pháp cụ thể cho từng tiêu chí theo Bộ tiêu chí Chất lượng bệnh viện liên quan đến khoa/phòng cần cải tiến trong năm 2026.

IV. TỔ CHỨC THỰC HIỆN:

- Phân công thực hiện theo nguồn lực (nhân lực và tài lực) triển khai thực hiện.
- Bảng kế hoạch thực hiện đề án theo thời gian (tiến độ) (Có bảng thực hiện tiến độ - ghi rõ ngày tháng hoàn thành nội dung công việc và gửi bảng chứng về phòng QLCL).

VD:

NỘI DUNG CÔNG VIỆC	THANG											
	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	T11	T12
CV1	15/01											
CV2		10/02										
CV3			20/03	10/04								
CV4				10/04	15/05	12/02						

V. KIẾN NGHỊ VÀ ĐỀ XUẤT:

GIÁM ĐỐC

PHÒNG QLCL

NGƯỜI XÂY DỰNG KẾ HOẠCH

I. SỰ CẦN THIẾT

1. Vấn đề cần cải tiến

Mô tả thực trạng.

Tính cấp thiết.

2. Thu thập dữ liệu liên quan

Số liệu hiện trạng.

Kết quả đánh giá chất lượng.

Chỉ số chất lượng liên quan.

3. Phân tích nguyên nhân vấn đề/thực trạng tồn tại: SWOT, RCA, Fishbone, 5Whys.

II. CĂN CỨ XÂY DỰNG ĐỀ ÁN

1. Cơ sở pháp lý: (Ghi tất cả tài liệu nào có tham khảo)

2. Cơ sở thực tiễn (thực trạng của khoa, phòng):

- Về nhân lực:
- Về trang thiết bị, máy móc:
- Cơ sở vật chất:
- Cơ cấu tổ chức, nhân sự tại khoa/phòng:
- Đánh giá ưu điểm, nhược điểm, thuận lợi, khó khăn của nguồn lực. (SWOT)
- Cơ sở lý luận: Liên hệ Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện. Tiêu chuẩn Bộ Y tế, WHO, JCI, Các bằng chứng khoa học liên quan.

3. Hiệu quả dự kiến của đề án cải tiến chất lượng bệnh viện năm 2026:

Nêu các kết quả dự kiến đạt được sau khi triển khai đề án.

Ví dụ:

Tăng tỷ lệ báo cáo sự cố y khoa tự nguyện từ 10% lên 40%.

Giảm tỷ lệ sai sót trong sử dụng thuốc tại Khoa được từ 30% còn 10%.

VÍ DỤ ĐỀ ÁN: “NÂNG CAO TUÂN THỦ VỆ SINH TAY – CHUNG TAY VÌ AN TOÀN NGƯỜI BỆNH TẠI BỆNH VIỆN”

Bệnh viện A triển khai chương trình “Bệnh viện thực hành vệ sinh tay an toàn”. Giám sát quý IV/2024 cho thấy tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay chỉ đạt 62% (mục tiêu $\geq 80\%$).

Nguyên nhân:

Nhận thức NVYT còn hạn chế

Cơ sở vật chất bố trí chưa hợp lý

Thiếu giám sát và khen thưởng kịp thời

Tính cấp thiết: Vệ sinh tay là biện pháp hiệu quả nhất phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện, giảm biến chứng và chi phí điều trị.

Phù hợp với:

Kế hoạch hành động an toàn người bệnh toàn cầu (WHO, 2021–2030)

Tiêu chuẩn chất lượng nâng cao đối với bệnh viện– Phòng ngừa và kiểm soát nhiễm khuẩn.



Stroke International Services
Safeguard Against Stroke

PHÂN TÍCH SWOT

Điểm mạnh:

Ban lãnh đạo bệnh viện đã xác định rõ vấn đề và triển khai chương trình vệ sinh tay an toàn.

Bệnh viện cấp chuyên sâu có hệ thống quản lý chất lượng và kiểm soát nhiễm khuẩn tương đối hoàn chỉnh. Đội ngũ nhân viên y tế có trình độ chuyên môn cao, dễ tiếp cận các chương trình đào tạo. Có số liệu giám sát thực tế (62%) làm cơ sở xây dựng và đánh giá các biện pháp can thiệp. Vệ sinh tay là biện pháp đơn giản, chi phí thấp, hiệu quả cao và đã có hướng dẫn chuẩn từ WHO và Bộ Y tế.

Cơ hội

Được hỗ trợ bởi các khuyến cáo của WHO trong Kế hoạch hành động an toàn người bệnh toàn cầu 2021–2030. Các tiêu chuẩn chất lượng bệnh viện hiện nay đều nhấn mạnh kiểm soát nhiễm khuẩn và an toàn người bệnh. Có thể ứng dụng công nghệ trong giám sát và nhắc nhở vệ sinh tay. Nhiều tài liệu đào tạo, chiến dịch truyền thông và công cụ đánh giá của WHO sẵn có.

Điểm yếu

Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay thấp (62%), chưa đạt mục tiêu $\geq 80\%$. Nhận thức và thái độ của một bộ phận nhân viên y tế về vệ sinh tay còn hạn chế. - Vị trí đặt dung dịch sát khuẩn, bồn rửa tay chưa thuận tiện cho thực hành. Chưa có cơ chế giám sát thường xuyên và phản hồi kết quả kịp thời. - Thiếu hoạt động động viên, khen thưởng hoặc ghi nhận cá nhân/khoa phòng thực hiện tốt. - Áp lực công việc và quá tải người bệnh có thể làm giảm mức độ tuân thủ.

Thách thức

Khối lượng công việc lớn, thiếu nhân lực làm giảm khả năng tuân thủ. Nguy cơ gia tăng nhiễm khuẩn bệnh viện nếu tỷ lệ vệ sinh tay không được cải thiện. Kinh phí dành cho đào tạo, truyền thông và cải thiện cơ sở vật chất có thể hạn chế. Sự thay đổi hành vi của nhân viên y tế thường cần thời gian dài và dễ tái giảm nếu không duy trì giám sát liên tục. Áp lực đánh giá chất lượng bệnh viện và các yêu cầu kiểm định ngày càng cao. Nguy cơ xuất hiện các vi khuẩn đa kháng thuốc làm tăng hậu quả của việc không tuân thủ vệ sinh tay.

PHẦN THỨ HAI MỤC TIÊU, YÊU CẦU XÂY DỰNG ĐỀ ÁN TỔ CHỨC THỰC HIỆN VÀ ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ

I. MỤC TIÊU CHUNG: mô tả kết quả tổng thể mà đề án hướng tới.

II. MỤC TIÊU CỤ THỂ: liệt kê các mục tiêu cụ thể, có thể đo lường.

MỤC TIÊU SMART	Ví dụ: “Đề án tăng cường thực hành vệ sinh tay của NVYT Bệnh viện A”
S (Specific) – Cụ thể, rõ ràng	Nâng tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay của NVYT tại BV A
M (Measurable) – Đo lường được	Tăng từ 62% lên $\geq 80\%$.
A (Achievable) – Có thể đạt được	80% là mức khả thi với hỗ trợ giám sát và tập huấn
R (Realistics) – Có liên quan; thực tế	Cải thiện vệ sinh tay để giảm nhiễm khuẩn liên quan chăm sóc y tế
T (Timebound) – Có thời hạn	Hoàn thành trước tháng 12 năm 2025

→ **Mục tiêu:** Nâng tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế tại Bệnh viện A từ **62% lên $\geq 80\%$** vào tháng 12 năm 2025.

III. CÁC GIẢI PHÁP THỰC HIỆN

Xác định tiêu chuẩn làm cơ sở xây dựng đề án.

Bao gồm:

- Bộ tiêu chuẩn chất lượng nâng cao đối với bệnh viện.
- Thông tư 43/2018/TT-BYT: hướng dẫn phòng ngừa sự cố y khoa.
- Thông tư 35/2024/TT-BYT: tiêu chuẩn chất lượng cơ bản của BV.
- Chuẩn quốc tế (nếu có): WHO, JCI, ACHS...

Xác định tiêu chí liên quan đến nội dung cải tiến.

Mô tả hoạt động đề án sẽ thực hiện để đáp ứng từng tiêu chí.

Lập bảng thể hiện sự liên kết giữa tiêu chí và hành động cụ thể.

III. CÁC GIẢI PHÁP THỰC HIỆN

Phương pháp luận cải tiến chất lượng:

Bước 1: Xác định sự tham gia của các bên liên quan và tác động ảnh hưởng đối với nhóm đối tượng này (các quy trình, khoa/phòng liên quan, nhân viên y tế,...)

Bước 2: Sử dụng các tài liệu của Bộ Y tế, WHO và công cụ đánh giá như RCA, FMEA,...

Bước 3: Thu thập dữ liệu và đánh giá cơ sở.

Bước 4: Thiết kế can thiệp và thử nghiệm.

Bước 5: Kế hoạch giám sát và đánh giá.

BẢNG 1. VÍ DỤ MÔ TẢ ĐỀ ÁN ĐÁP ỨNG CÁC TIÊU CHÍ THUỘC BỘ TIÊU CHÍ CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN

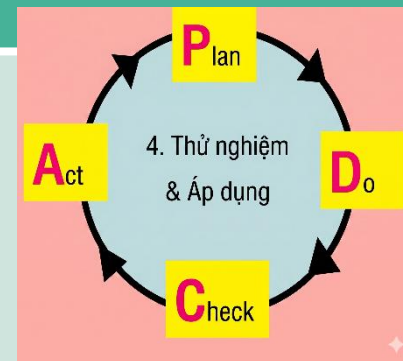
Tiêu chí	Nội dung tiêu chí	Hoạt động thực hiện
A1.6	Người bệnh được hướng dẫn và bố trí làm xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh thăm dò chức năng theo trình tự thuận tiện	Xây dựng phiếu hướng dẫn trình tự thực hiện các cận lâm sàng
A4.1	Người bệnh được cung cấp thông tin và tham gia vào quá trình điều trị	Xây dựng Phiếu tóm tắt thông tin điều trị, video, hoặc hướng dẫn qua nhân viên y tế.
A4.6	Bệnh viện thực hiện khảo sát, đánh giá sự hài lòng người bệnh và tiến hành các biện pháp can thiệp	Cải tiến nâng cao về hài lòng và an toàn người bệnh.
D2.2	Xây dựng hệ thống báo cáo, phân tích sự cố y khoa và tiến hành các giải pháp khắc phục.	Cải tiến hệ thống báo cáo sự cố y khoa.

BẢNG 2. VÍ DỤ CÁC QUY TRÌNH CHỊU TÁC ĐỘNG VÀ CÁC KHOA/PHÒNG, ĐỐI TƯỢNG LIÊN QUAN

Các quy trình bị ảnh hưởng	Các khoa/phòng liên quan	Nhóm đối tượng bị ảnh hưởng	Phạm vi tác động
Quy trình tiếp đón, đăng ký bệnh nhân	Phòng DVKH	Nhân viên dịch vụ khách hàng	Cải tiến quy trình đăng ký, giảm thời gian chờ, nâng cao trải nghiệm bệnh nhân. Tuy nhiên, áp lực về thay đổi quy trình, cần thích nghi nhanh.
Quy trình Khám bệnh, chẩn đoán	Khoa Khám bệnh	Bác sĩ, điều dưỡng	Nâng cao chất lượng dịch vụ, giảm sai sót. Tăng áp lực, yêu cầu đào tạo và thích nghi nhanh hơn.
Quy trình Xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh tại Khoa Xét nghiệm, Khoa Chẩn đoán	Khoa Xét nghiệm, Khoa chẩn đoán hình ảnh	Kỹ thuật viên, nhân viên khoa Xét nghiệm và Khoa chẩn đoán hình ảnh	Yêu cầu kỹ thuật viên cần tăng độ chính xác, nâng cao hiệu quả. Rủi ro về lỗi kỹ thuật, có thể cần đầu tư trang thiết bị mới.
Quy trình điều trị nội trú và ngoại trú	Các khoa nội trú, ngoại trú	Nhân viên điều trị khoa nội trú, ngoại trú	Áp lực mới trong quản lý quy trình, phải thích nghi với quy chuẩn mới, có thể gây stress, áp lực về mặt thời gian và công việc.
Quy trình phẫu thuật, can thiệp tại phòng mổ	Khoa Gây mê hồi sức, Khoa Sanh	Bác sĩ phẫu thuật, điều dưỡng	Tăng an toàn người bệnh, giảm rủi ro, tối ưu quy trình. Chi phí đầu tư ban đầu cao, yêu cầu đào tạo chuyên sâu.
Quy trình chăm sóc hậu phẫu	Khoa Hậu phẫu-Hậu sản	Nhân viên hậu phẫu, chăm sóc bệnh nhân	Trải nghiệm bệnh nhân tốt hơn, giảm biến chứng. Công việc căng thẳng hơn, đòi hỏi hiệu quả cao hơn.
Quy trình quản lý thuốc, cấp phát thuốc	Khoa Dược	Nhân viên dược, kho	Hiệu quả công việc cao, giảm sai sót. Áp lực về kiểm soát, thay đổi quy trình quản lý thuốc.
Tất cả các quy trình, khoa/phòng liên quan	Các khoa/phòng liên quan	Bệnh nhân	Thời gian chờ ngắn hơn, trải nghiệm thoải mái. Bệnh nhân cần thích nghi với quy trình mới, có thể cảm thấy lúc đầu chưa quen, có hơi bất tiện.

Phương pháp và công cụ cải tiến chất lượng

Phương pháp	Mục đích	Các bước chính
PDCA (Plan-Do-Check-Act)	Cải tiến liên tục, đơn giản, dễ áp dụng	Plan: lập kế hoạch Do: thực hiện thử nghiệm Check: đánh giá kết quả Act: hành động hoặc điều chỉnh
FMEA (Failure Modes and Effects Analysis)	Dự đoán rủi ro và ngăn ngừa lỗi	Liệt kê nguy cơ -> Đánh giá ưu tiên cải tiến
RCA (Root cause Analysis)	Xác định nguyên nhân gốc rễ của sự cố	Xác định sự cố-> Thu thập dữ liệu -> Phân tích nguyên nhân -> Đề xuất biện pháp phòng ngừa -> Theo dõi hiệu quả
Six Sigma/DMAIC	Giảm lỗi, cải thiện hiệu quả quy trình	Define (Xác định)-> Measure(Đo lường)-> Analyze (Phân tích)-> Improve (Cải tiến)->Control (Kiểm soát)
...		



Các bên liên quan và vai trò

Đơn vị	Vai trò/Trách nhiệm trong đề án
Ban Giám đốc	Phê duyệt đề án, cấp nguồn lực và giám sát tiến độ, kết quả thực hiện.
Phòng Quản lý chất lượng (QLCL)	Phối hợp xây dựng kế hoạch, theo dõi tiến độ, tổng hợp kết quả và đánh giá hiệu quả cải tiến.
Nhân viên y tế	Tham gia đào tạo, áp dụng các quy trình, tiêu chuẩn và hướng dẫn cải tiến trong thực hành.
Công tác xã hội; Dịch vụ khách hàng	Thu thập ý kiến, phản hồi từ người bệnh và hỗ trợ kết nối người bệnh với đội ngũ y tế.
Điều dưỡng trưởng / Kỹ thuật viên trưởng	Tổ chức đào tạo, hướng dẫn kỹ năng giao tiếp (ví dụ SBAR) và chuẩn hóa thực hành tại khoa/phòng.
Phòng Công nghệ Ứng dụng và Quản trị Số	Triển khai hệ thống: khảo sát, QR code, tổng hợp và phân tích dữ liệu phục vụ cải tiến.
Dịch vụ khách hàng và các khoa liên quan	Hỗ trợ giao tiếp toàn viện, giải đáp thắc mắc và hướng dẫn người bệnh.
Người bệnh	Tham gia khảo sát, cung cấp phản hồi để làm cơ sở cải tiến chất lượng dịch vụ.

NHÓM ĐỐI TƯỢNG ẢNH HƯỞNG

Đối với bệnh viện:

- Nâng cao uy tín, hình ảnh và niềm tin cộng đồng.
- Gia tăng số lượng người bệnh đến khám chữa bệnh.

Đối với người bệnh:

- Cải thiện trải nghiệm toàn diện, tăng tính minh bạch và giao tiếp hiệu quả.
- Tăng sự tin tưởng, tuân thủ điều trị và sự hài lòng.

Đối với Nhân viên y tế:

- Nâng cao kỹ năng giao tiếp, tư vấn người bệnh.
- Tăng mức độ hài lòng, giảm căng thẳng và cải thiện hợp tác nhóm.

Khảo sát, đánh giá ban đầu
Xây dựng kế hoạch can thiệp
Triển khai can thiệp
Đào tạo nhân viên
Theo dõi-đánh giá, báo cáo

Mã hóa	Nội dung công việc	Phụ trách chính	Hình thức triển khai công việc
CV1	Lựa chọn và xác định các chỉ số quản lý đề án cải tiến chất lượng trên Dashboard.	Phòng QLCL	Xác định các thông tin cơ bản của ĐACTCL đưa vào Dashboard như: tên đề án, khoa/phòng chủ trì, người phụ trách, mục tiêu, ngày bắt đầu và kết thúc, trạng thái, kết quả đạt được,...
CV2	Phối hợp với phòng CNTT sơ lược qua giao diện Dashboard và xây dựng cấu trúc bảng dữ liệu cho thông tin ĐACTCL.	Phòng QLCL	Triển khai tổ chức cuộc họp với phòng CNTT để có thể trao đổi rõ hơn về giao diện và các thông tin liên quan đến việc xây dựng Dashboard.

Mỗi đề án mỗi đề án cải tiến chất lượng tối thiểu một chỉ số quy trình và một chỉ số kết quả đầu ra cụ thể. Mỗi chỉ số phải được định nghĩa, có công thức tính và mục tiêu cụ thể.

KHÁI NIỆM CHỈ SỐ ĐO LƯỜNG CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN

Theo Quyết định số 7051/QĐ-BYT ngày 29/11/2016: Chỉ số đo lường chất lượng bệnh viện là 1 công cụ để đo lường các khía cạnh chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh thể hiện bằng con số, tỷ lệ, tỷ số, tỷ suất... làm cơ sở để thực hiện cải tiến chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh và so sánh chất lượng dịch vụ giữa các bệnh viện.



SỞ Y TẾ TP CẦN THƠ
HỘI ĐỒNG QLCLBV NVY

CÔNG SUẤT SỬ DỤNG GIƯỜNG BỆNH THỰC TẾ

QL9	Công suất sử dụng giường bệnh thực tế
Lĩnh vực áp dụng	Toàn viện
Khía cạnh chất lượng	Hiệu suất
Thành tố chất lượng	Đầu ra
Lý do lựa chọn	Quá tải bệnh viện, đặc biệt là ở bệnh viện tuyến trung ương, là vấn đề bức xúc trong xã hội. Dù số giường thực tế thường lớn hơn số giường kế hoạch nhưng các bệnh viện thường hay sử dụng số giường bệnh kế hoạch để tính toán công suất sử dụng giường bệnh. Công suất sử dụng giường bệnh theo số giường thực tế đo lường chính xác hơn mức độ quá tải bệnh viện, đồng thời, giúp theo dõi những thay đổi trong hoạt động của bệnh viện.
Phương pháp tính	- Tỷ 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
Tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ	
Nguồn số liệu	Bệnh án, sổ vào viện - ra viện - chuyển viện
Thu thập và tổng hợp số liệu	Hiện nay, các bệnh viện đang thu thập và tổng hợp số liệu này. Đo lường chỉ số này không làm tăng gánh nặng cho bệnh viện.
Giá trị của số liệu	Độ chính xác và tin cậy cao
Tần suất báo cáo	6 tháng , 12 tháng



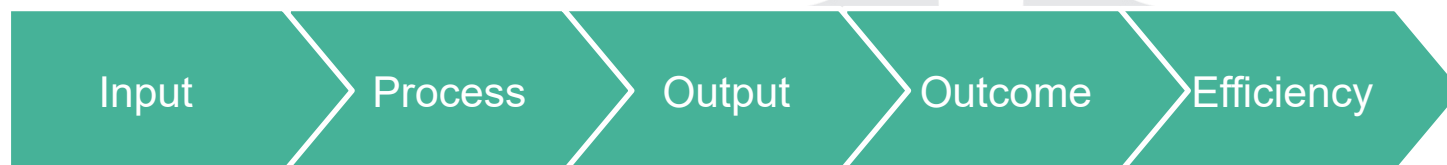
Stroke International Services
Safeguard Against Stroke

NGUYÊN TẮC XÂY DỰNG CHỈ SỐ CHẤT LƯỢNG BV

1. Xây dựng chỉ số chất lượng bệnh viện nhằm đo lường được các khía cạnh (dimension) chất lượng quan trọng và phù hợp với đại đa số các bệnh viện.
2. Chỉ số chất lượng bệnh viện đo lường các thành tố (element): cấu trúc (đầu vào), quá trình, kết quả đầu ra của dịch vụ khám chữa bệnh.
3. Chỉ số được tính toán thông qua việc thu thập, phân tích số liệu.
4. Chỉ số chất lượng bệnh viện được lựa chọn phải có tính liên quan chặt chẽ tới chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh, tính khả thi, tính giá trị và hướng tới khả năng cải tiến chất lượng dịch vụ.
5. Bộ chỉ số đo lường chất lượng bệnh viện là cơ sở hướng dẫn để các bệnh viện căn cứ vào khả năng, điều kiện thực tế của bệnh viện để lựa chọn các chỉ số phù hợp với đơn vị để tổ chức triển khai đo lường đánh giá định kỳ.

CÁC LOẠI KPI SỬ DỤNG TRONG Y TẾ

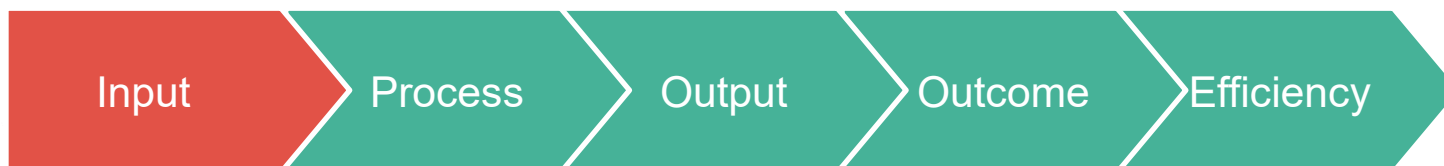
1. Các chỉ số đầu vào - Input Indicators
2. Các chỉ số quá trình - Process Indicators
3. Các chỉ số đầu ra - Output Indicators
4. Các chỉ số kết quả - Outcome Indicators
5. Các chỉ số hiệu quả - Efficiency Indicators



Các chỉ số đầu vào - Input Indicators

Chỉ số đầu vào đo lường các nguồn lực (nhân lực, tài chính, cơ sở vật chất, thuốc men, trang thiết bị) được đưa vào để vận hành hệ thống hoặc thực hiện một chương trình y tế. Nó trả lời câu hỏi: "Chúng ta có những gì để bắt đầu làm việc?". Ví dụ:

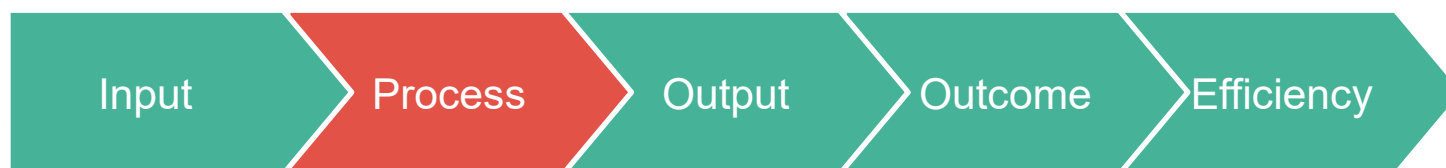
- Nhân lực: Tỷ lệ bác sĩ trên 10.000 dân; Tỷ lệ điều dưỡng/bác sĩ tại khoa Hồi sức tích cực (ICU).
- Cơ sở vật chất/Trang thiết bị: Số lượng máy chụp MRI, máy CT-Scanner, hoặc số giường bệnh trên 1.000 dân.
- Tài chính: Tỷ trọng ngân sách nhà nước dành cho y tế (% GDP); Mức chi phí y tế bình quân đầu người.
- Dược phẩm/Vật tư: Số lượng liều vaccine có sẵn trong kho; Tỷ lệ danh mục thuốc thiết yếu có sẵn tại trạm y tế xã.



Các chỉ số quá trình - Process Indicators

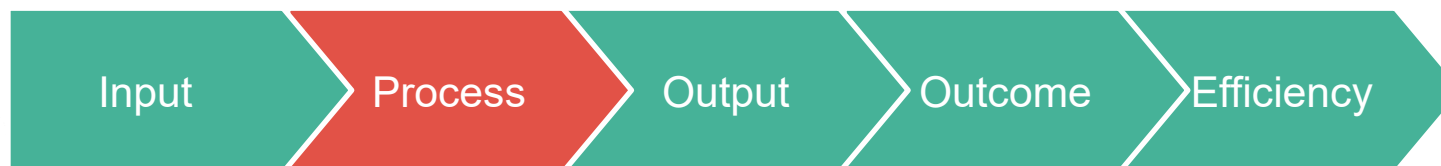
Chỉ số này đo lường xem các y, bác sĩ và bệnh viện có đang tuân thủ đúng quy trình lâm sàng, phác đồ điều trị và các tiêu chuẩn an toàn hay không. Nó tập trung vào hành động khám, chữa bệnh và chăm sóc. Ví dụ:

- Tỷ lệ tuân thủ rửa tay/sát khuẩn: % nhân viên y tế rửa tay đúng quy trình trước và sau khi tiếp xúc với bệnh nhân (để giảm nhiễm trùng bệnh viện).
- Tỷ lệ tuân thủ Bảng kiểm an toàn phẫu thuật: % các ca mổ thực hiện đầy đủ việc rà soát tên bệnh nhân, vị trí mổ trước khi rạch da.
- Thời gian cửa - bóng (Door-to-Balloon time): Thời gian từ lúc bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp vào viện cho đến khi được can thiệp nong mạch vành (tiêu chuẩn kiểm soát thường là dưới 60 phút).
- Tỷ lệ sàng lọc và tiêm chủng: % phụ nữ trong độ tuổi được tầm soát ung thư cổ tử cung, hoặc % trẻ em được tiêm đủ mũi vaccine đúng lịch.



Các chỉ số quá trình - Process Indicators

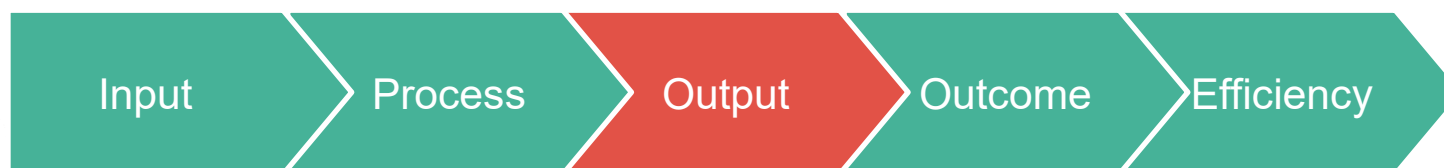
- Tỷ lệ thực hiện kỹ thuật chuyên môn theo phân tuyến khám chữa bệnh.
- Tỷ lệ phẫu thuật từ loại II trở lên.
- Thời gian khám bệnh trung bình của người bệnh.
- Thời gian nằm viện trung bình (tất cả các bệnh).
- Hiệu suất sử dụng phòng mổ.
- Tỷ lệ tai nạn thương tích do vật sắc nhọn.
- Tỷ lệ tiêm phòng viêm gan B trong nhân viên y tế.



Các chỉ số đầu ra - Output Indicators

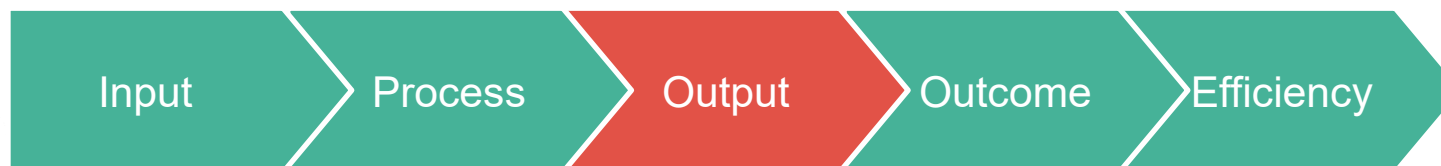
Chỉ số này đo lường khối lượng dịch vụ y tế trực tiếp mà cơ sở y tế hoặc hệ thống y tế đã cung cấp được cho người dân. Nó mang tính chất định lượng, "đếm" số lượng công việc đã hoàn thành. Ví dụ:

- Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ.
- Tỷ lệ viêm phổi do nhiễm khuẩn bệnh viện.
- Số sự cố y khoa nghiêm trọng.



Các chỉ số đầu ra - Output Indicators

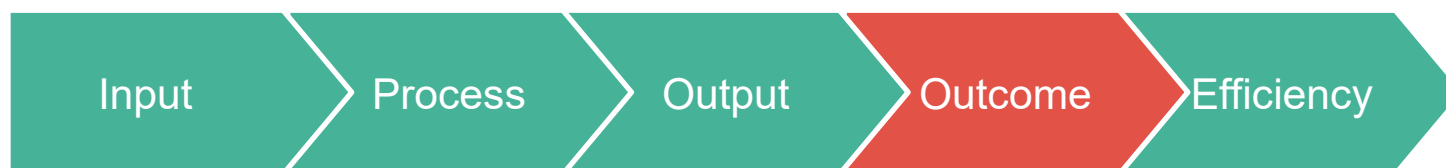
- Số sự cố ngoài y khoa nghiêm trọng.
- Công suất sử dụng giường bệnh thực tế.
- Tỷ lệ tử vong và tiên lượng tử vong gia đình xin về (tất cả các bệnh).
- Tỷ lệ chuyển lên tuyến trên khám chữa bệnh (tất cả các bệnh).
- Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế.
- Tỷ lệ hài lòng của người bệnh với dịch vụ khám chữa bệnh.



Các chỉ số kết quả - Outcome Indicators

Chỉ số kết quả đo lường sự thay đổi về tình trạng sức khỏe của người bệnh hoặc cộng đồng sau khi nhận các dịch vụ y tế (đầu ra). Chỉ số trả lời câu hỏi: "Sức khỏe của bệnh nhân có tốt lên không? Chương trình y tế có đạt mục tiêu cuối cùng không?". Ví dụ:

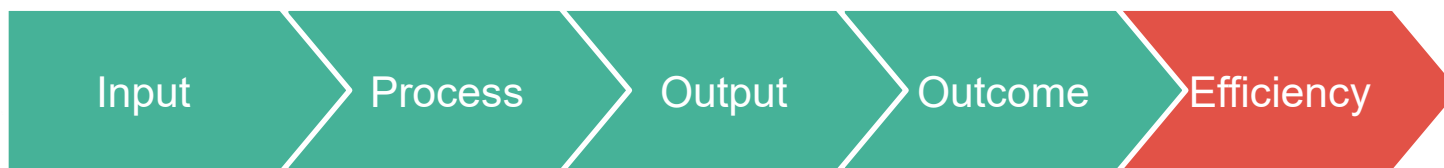
- Lâm sàng (Ngắn hạn/Trung hạn): Tỷ lệ bệnh nhân tái nhập viện trong vòng 30 ngày.
- Sức khỏe cộng đồng (Dài hạn): Tỷ lệ tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi; Tuổi thọ trung bình của người dân; Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể thấp còi ở trẻ em.



Các chỉ số hiệu quả - Efficiency Indicators

Chỉ số hiệu quả là sự so sánh giữa kết quả/đầu ra đạt được với nguồn lực đầu vào đã bỏ ra. Nó đo lường xem hệ thống có bị lãng phí hay không. Nó trả lời câu hỏi: "Chúng ta có đạt được kết quả tối đa với chi phí/nguồn lực tối thiểu hay không?". Ví dụ:

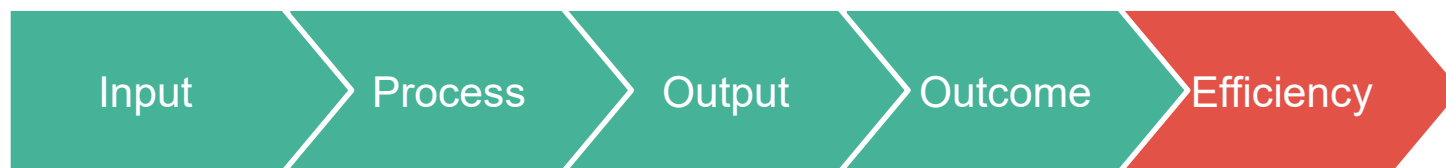
- Trong y tế, hiệu quả thường được chia làm 2 loại: Hiệu quả kỹ thuật (Technical Efficiency): Làm sao để tối ưu hóa vận hành quy trình, tránh lãng phí thời gian, công sức.
- Hiệu quả kinh tế/chi phí (Allocative/Cost-Effectiveness): Số tiền bỏ ra có đem lại số năm sống chất lượng cho người bệnh hay không.



Các chỉ số hiệu quả - Efficiency Indicators

Ví dụ:

- Chi phí cho một ca điều trị thành công: Số tiền trung bình để chữa khỏi một ca bệnh (hoặc số tiền để cứu sống một mạng người).
- Chi phí - hiệu dụng (Cost-Effectiveness Ratio): Chi phí bỏ ra trên một đơn vị năm sống có chất lượng được cứu (DALY hoặc QALY) — chỉ số này rất quan trọng khi Bộ Y tế cân nhắc có nên đưa một loại thuốc đắt tiền vào danh mục Bảo hiểm y tế hay không.



VÍ DỤ VỀ TỐI THIỂU 1 CHỈ SỐ QUÁ TRÌNH VÀ 1 CHỈ SỐ ĐẦU RA TRONG ĐỀ ÁN

Đề án CTCL	Chỉ số quá trình	Chỉ số đầu ra
Giảm thiểu sự cố té ngã ở người bệnh nội trú	Tỷ lệ người bệnh nhập viện được điều dưỡng đánh giá nguy cơ ngã bằng thang điểm Morse trong vòng 24 giờ đầu.	Tỷ lệ sự cố ngã của người bệnh nội trú.
Xây dựng văn hóa báo cáo sự cố y khoa tự nguyện	Tỷ lệ nhân viên y tế được tập huấn/hướng dẫn lại về cách nhận diện và phần mềm/phiếu báo cáo sự cố y khoa (SCYK).	Tỷ lệ báo cáo sự cố tự nguyện
Nâng cao chất lượng ghi chép Hồ sơ bệnh án (HSBA)	Tỷ lệ bác sĩ tham gia đầy đủ các buổi tập huấn về quy chế ghi chép HSBA và cập nhật mã ICD-10.	Tỷ lệ hồ sơ bệnh án bị xuất toán do lỗi ghi chép hồ sơ.

VÍ DỤ VỀ TỐI THIỂU 1 CHỈ SỐ QUÁ TRÌNH VÀ 1 CHỈ SỐ ĐẦU RA TRONG ĐỀ ÁN

Đề án CTCL	Chỉ số quá trình	Chỉ số đầu ra
Nâng cao năng lực sẵn sàng ứng phó và an toàn phòng cháy chữa cháy (PCCC) tại bệnh viện	Tỷ lệ nhân viên bệnh viện được đào tạo và diễn tập PCCC theo kế hoạch	Tỷ lệ khoa/phòng đạt tiêu chí an toàn PCCC qua kiểm tra, đánh giá định kỳ
Nâng cao hiệu quả điều trị và tăng tỷ lệ tuân thủ kế hoạch điều trị của bệnh nhân ngoại trú tại Khoa Vật lý trị liệu – Phục hồi chức năng.	Tỷ lệ bệnh nhân ngoại trú được nhắc lịch điều trị thông qua điện thoại, tin nhắn SMS hoặc hệ thống nhắc hẹn điện tử	Tỷ lệ bệnh nhân tái khám đúng lịch

VÍ DỤ VỀ TỐI THIỂU 1 CHỈ SỐ QUÁ TRÌNH VÀ 1 CHỈ SỐ ĐẦU RA TRONG ĐỀ ÁN

Đề án CTCL	Chỉ số quá trình	Chỉ số đầu ra
Xây dựng cơ sở dữ liệu và tự động hóa Báo cáo	Tỷ lệ báo cáo được thiết lập tự động hóa trên tổng số báo cáo cần thực hiện	Chỉ số về số lượng báo cáo tự động
Nâng cao công tác cung ứng, bảo quản thuốc tại kho, công tác dược lâm sàng, chất lượng nhà thuốc bệnh viện năm 2025	Tỷ lệ đơn thuốc được rà soát theo phác đồ điều trị	Tỷ lệ đơn thuốc được kê phù hợp với phác đồ điều trị năm 2025
Nâng cao hiệu quả công tác cung cấp khẩu phần dinh dưỡng bệnh lý cho bệnh nhân nội trú tại bệnh viện năm 2025	Tỷ lệ bệnh nhân được chỉ định khẩu phần bệnh lý Tỷ lệ sử dụng khẩu phần dinh dưỡng bệnh lý của bệnh nhân nội trú năm 2025	Tỷ lệ bệnh nhân đạt nhu cầu dinh dưỡng theo chỉ định

VÍ DỤ VỀ TỐI THIỂU 1 CHỈ SỐ QUÁ TRÌNH VÀ 1 CHỈ SỐ ĐẦU RA TRONG ĐỀ ÁN

Đề án CTCL	Chỉ số quá trình	Chỉ số đầu ra
Cải thiện thời gian cấp cứu đột quy thông qua quy trình code stroke	Tỷ lệ ca đột quy được kích hoạt Code Stroke đúng quy trình	Thời gian cửa kim giảm dưới 60 phút
Phòng tránh nguy cơ sai sót trong chẩn đoán và điều trị tại khoa Thần Kinh [Đột Quy] năm 2025	Tỷ lệ báo cáo ca bệnh đột quy được hoàn thành đúng hạn	Tỷ lệ sai sót trong chẩn đoán và điều trị
Cải tiến quy trình giao nhận dụng cụ tiệt khuẩn nhằm đảm bảo an toàn cho người bệnh và nâng cao chất lượng kiểm soát nhiễm khuẩn	Tỷ lệ lượt giao nhận dụng cụ thực hiện đúng quy trình Tỷ lệ nhân viên y tế được khảo sát	Thời gian chờ giao nhận dụng cụ trung bình giảm $\geq 50\%$ Tỷ lệ nhân viên y tế hài lòng sau cải tiến $\geq 85\%$

VÍ DỤ VỀ TỐI THIỂU 1 CHỈ SỐ QUÁ TRÌNH VÀ 1 CHỈ SỐ ĐẦU RA TRONG ĐỀ ÁN

Đề án CTCL	Chỉ số quá trình	Chỉ số đầu ra
Tăng cường hiệu quả quản lý vận hành và ứng phó sự cố kỹ thuật tại bệnh viện năm 2025	Tỷ lệ yêu cầu hỗ trợ kỹ thuật được tiếp nhận và xử lý	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên về đội ngũ xử lý sự cố nội viện năm 2025
Đề án nâng cao hiệu quả, cải tiến giám sát công tác thực hiện gói chăm sóc phòng ngừa viêm phổi liên quan đến thở máy tại khoa PTGMHS(ICU) 2025	Chỉ số về áp dụng gói hành động phòng ngừa viêm phổi liên quan thở máy trên bệnh nhân thở máy xâm lấn.	Tỷ lệ viêm phổi liên quan thở máy trên bệnh nhân thở máy xâm lấn
Chuẩn hóa tiếp nhận – Ứng dụng 5S toàn diện	Tỷ lệ nhân viên tiếp nhận được đào tạo đầy đủ và định kỳ	Tỷ lệ lượt tiếp nhận hoàn thành trong thời gian ≤ 4 phút

VÍ DỤ VỀ TỐI THIỂU 1 CHỈ SỐ QUÁ TRÌNH VÀ 1 CHỈ SỐ ĐẦU RA TRONG ĐỀ ÁN

Đề án CTCL	Chỉ số quá trình	Chỉ số đầu ra
Khảo sát tỷ lệ hài lòng của khách hàng đối với nhân viên y tế tại Khoa Khám bệnh năm 2025	Tỷ lệ người bệnh được mời tham gia khảo sát	Tỷ lệ hài lòng của khách hàng đối với nhân viên y tế tại khoa Khám bệnh năm 2025
Nâng cao chất lượng dụng cụ phẫu thuật bằng cách chuyển đổi từ gói vải sang gói giấy chuyên dụng tại khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn năm 2025	Tỷ lệ bộ dụng cụ được đóng gói bằng giấy chuyên dụng	Tỷ lệ bộ dụng cụ được đóng gói đúng và đạt tiêu chuẩn vô khuẩn sau khi hấp và lưu trữ
Triển khai Dashboard trong công tác quản lý đề án cải tiến chất lượng của các khoa, phòng tại bệnh viện năm 2025.	Tỷ lệ đề án được cập nhật dữ liệu đúng hạn trên Dashboard	Tỷ lệ đề án cải tiến chất lượng triển khai được quản lý trên Dashboard năm 2025.

KẾT QUẢ VÀ CHỈ SỐ ĐÁNH GIÁ

1

- a. Trải nghiệm người bệnh (Khảo sát nội bộ)
-> Giảm tỷ lệ thắc mắc chưa được giải quyết:

Kết quả cận lâm sàng:
8% → ≤ 5%

Giao tiếp & thái độ nhân viên:
6% → ≤ 5%

Hướng dẫn sử dụng thuốc:
6% → ≤ 5%

2

- b. Mức độ hài lòng của người bệnh (Khảo sát nội bộ): Nâng điểm trung bình từ 4.2 sao → ≥ 4.5 sao trong 6 tháng sau triển khai.



Ví dụ: Chỉ số hiệu quả chính (KPI)

KẾT QUẢ VÀ CHỈ SỐ ĐÁNH GIÁ: GHI RÕ CÔNG THỨC TÍNH CSCL

1 a. Trải nghiệm người bệnh (Khảo sát nội bộ)



$$\frac{\text{Số người bệnh có vấn đề chưa được giải quyết khi ra viện} \times 100\%}{\text{Tổng số người bệnh được khảo sát}}$$

Tử số:

Số người bệnh bày tỏ lo ngại chưa được giải quyết liên quan đến việc diễn giải kết quả xét nghiệm chẩn đoán, giao tiếp và hành vi của nhân viên, cũng như hướng dẫn sử dụng thuốc tại thời điểm ra viện.

Mẫu số:

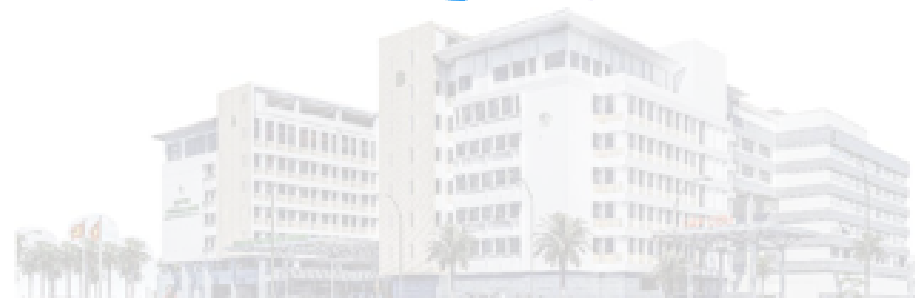
Tổng số người bệnh tham gia khảo sát, bao gồm những người:

- Không có lo ngại (ban đầu đã được trấn an),
- Có lo ngại nhưng đã được giải quyết trong thời gian nằm viện,
- Còn lo ngại chưa được giải quyết tại thời điểm ra viện.

2 b. Mức độ hài lòng của người bệnh (Khảo sát nội bộ)



Mức độ hài lòng chung của người bệnh được tính bằng điểm trung bình đánh giá (theo thang sao) tại thời điểm người bệnh ra viện.





Stroke International Services
Safeguard Against Stroke

KẾT QUẢ VÀ CHỈ SỐ ĐÁNH GIÁ

TỔNG KẾT

- ☐ Đề án hướng đến 3 nhóm chính: Bệnh viện, Người bệnh, Nhân viên y tế.
- ☐ Mục tiêu trung tâm: Nâng cao sự hài lòng và niềm tin của người bệnh sau khi trải nghiệm dịch vụ y tế tại của bệnh viện.
- ☐ Chỉ số chất lượng rõ ràng, đo lường được để theo dõi tiến độ và hiệu quả của dự án.

IV. TỔ CHỨC THỰC HIỆN:

1. Nguồn lực cần thiết

Liệt kê mọi nguồn lực cần thiết (ví dụ: thời gian của nhân viên, vật liệu, công nghệ):

Nhân sự: Thành lập nhóm cải tiến gồm Điều dưỡng, Dược, Quản lý chất lượng, Công tác xã hội, Chăm sóc khách hàng; phân công rõ vai trò, trách nhiệm.

Tài liệu: Chuẩn bị tờ rơi, bảng hướng dẫn, video tuyên truyền để phổ biến nội dung cải tiến.

Công cụ: Sử dụng khảo sát QR, phân tích phản hồi Google Review để thu thập và đánh giá dữ liệu.

Đào tạo: đào tạo, tập huấn cho nhân viên y tế.

Chi phí

VÍ DỤ CHI PHÍ ĐỀ ÁN NÂNG CAO SỰ HÀI LÒNG NGƯỜI BỆNH

Hạng mục	Chi phí (VNĐ)	Ghi chú
Tài liệu truyền thông	3.000.000	In tờ rơi, bảng hướng dẫn
Công cụ QR & phân tích	500.000	Cài đặt, duy trì
Đào tạo nội bộ	1.000.000	Tài liệu, giảng viên
Quà cảm ơn người bệnh	20.000.000	Quà nhỏ khi xuất viện
Nguồn khác	Đóng góp hiện vật	
TỔNG CỘNG	24.500.000	

2. KẾ HOẠCH TRIỂN KHAI THEO TIẾN ĐỘ (BẢNG BIỂU ĐỒ GANTT)

NỘI DUNG CÔNG VIỆC	THÁNG											
	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	T11	T12
CV1	15/01											
CV2		10/02										
CV3			20/03	10/04								
CV4				10/04	15/05	12/02						
.....												

3. KẾ HOẠCH DUY TRÌ BỀN VỮNG

Đề xuất biện pháp đảm bảo cải tiến được duy trì lâu dài:

- Đào tạo định kỳ,
- Giám sát liên tục,
- Nhân rộng mô hình thành công.

Kết hợp khen thưởng, chia sẻ kinh nghiệm để khuyến khích duy trì.



Stroke International Services
Safeguard Against Stroke

V. KIẾN NGHỊ VÀ ĐỀ XUẤT:

VI. KIẾN NGHỊ VÀ ĐỀ XUẤT

- Kính đề nghị Ban Giám đốc xem xét, phê duyệt đề phòng QLCL được tiến hành thực hiện đề án và triển khai tại các khoa/phòng của Bệnh viện. Kịp thời khen thưởng các khoa/phòng/cá nhân có thành tích tốt trong việc triển khai ĐACTCL và sử dụng Dashboard hiệu quả, tạo động lực thúc đẩy cho các khoa phòng cùng nhau nâng cao chất lượng tại Bệnh viện.

- Trong quá trình thực hiện đề án và triển khai, kính đề nghị các khoa, phòng, bộ phận có liên quan có thể phối hợp, hỗ trợ đề đề án được thành công và đạt kết quả như mong đợi.

Trên đây là Đề án Triển khai Dashboard trong công tác quản lý các đề án Cải tiến chất lượng của các khoa/phòng tại Bệnh viện năm 2025./.



Stroke International Services
Safeguard Against Stroke



THANK YOU FOR LISTENING

