

BÁO CÁO
Kết quả thực hiện cải tiến chất lượng bệnh viện năm 2026

Căn cứ Kế hoạch số 428/KH-BVPS ngày 09/3/2026 của Bệnh viện Phụ sản Tiền Giang về cải tiến chất lượng năm 2026,

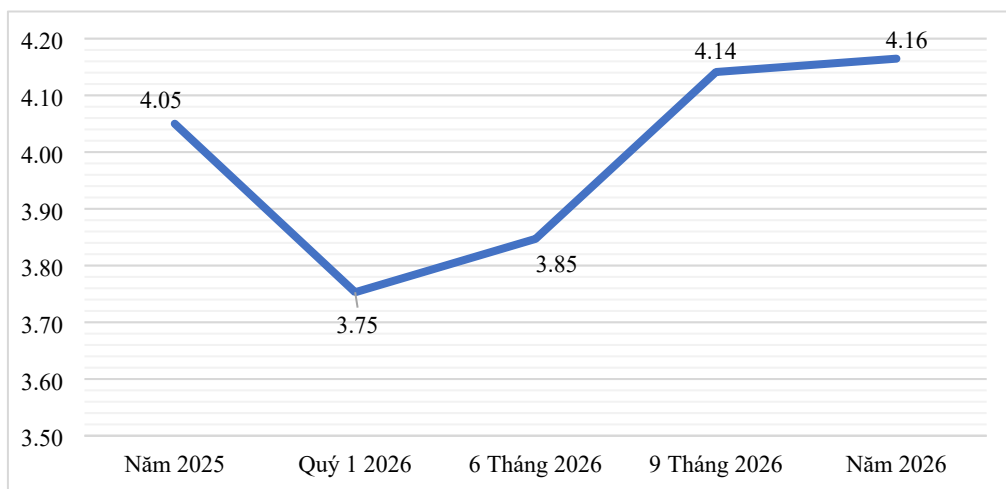
Bệnh viện Phụ sản Tiền Giang báo cáo kết quả thực hiện với các nội dung cụ thể như sau:

1. Kết quả thực hiện mục tiêu: Đạt 100% so với Kế hoạch đề ra, cụ thể,

1.1. Đạt đủ các mức tiêu chuẩn chất lượng Thông tư 35/2024/TT-BYT.

1.2. Tỷ lệ các tiêu chí đạt mức so với kế hoạch đề ra đạt từ 90% trở lên

Kết quả: Có 74/79 tiêu chí đạt so với Kế hoạch đề ra chiếm 93.67% > 90% so với mục tiêu. Điểm trung bình thực hiện các tiêu chí mỗi đợt tự kiểm tra cụ thể như sau:



1.3. 100% khoa, phòng đều xây dựng và thực hiện Đề án cải tiến chất lượng. Trong đó có ít nhất 25% khoa, phòng xây dựng Đề án có 02 chỉ số chất lượng.

Kết quả: Có 12/12 (đạt 100%) khoa, phòng xây dựng Đề án cải tiến chất lượng tại khoa, phòng. Trong đó, có 08/12 (66.67%) khoa phòng xây dựng từ 02 chỉ số chất lượng trong Đề án.

2. Kết quả thực hiện các chỉ số chất lượng bệnh viện

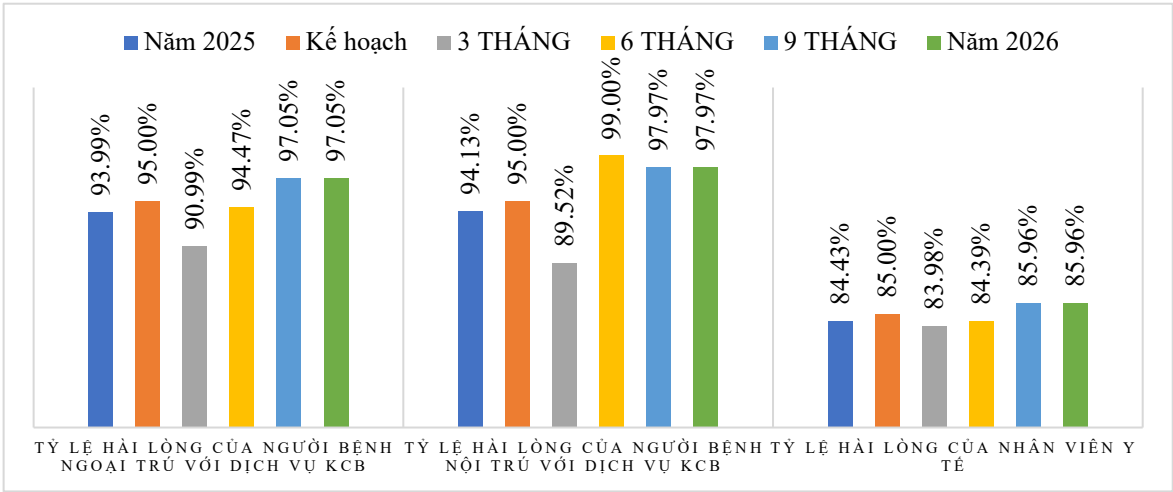
Thực hiện giám sát, đánh giá chỉ số chất lượng bệnh viện. Kết quả đạt 13/13 chỉ số chất lượng, chiếm 100% so với kế hoạch đề ra. Cụ thể,

2.1. Bảng kết quả đánh giá chỉ số chất lượng bệnh viện năm 2026

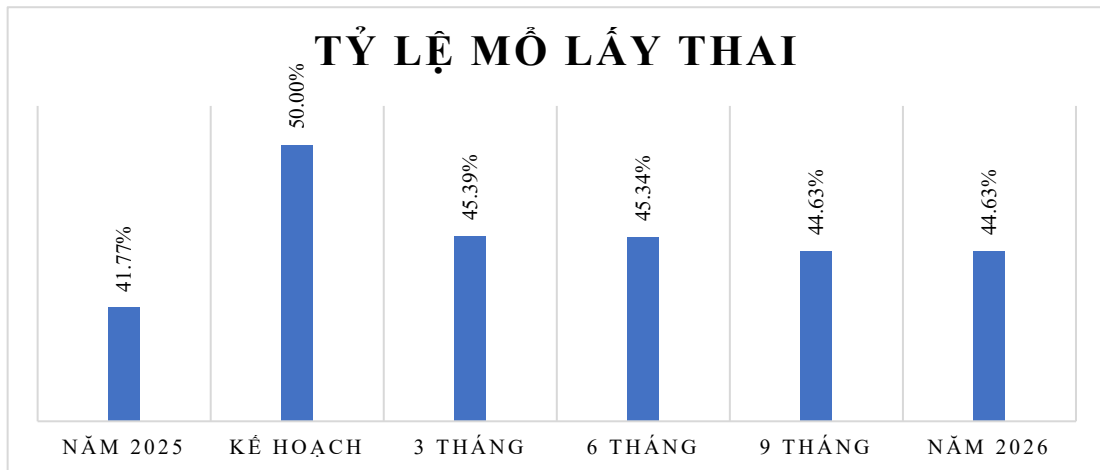
STT	Chỉ số chất lượng	Kết quả thực hiện			Lý do
		KH	Đạt	Không đạt	
1	Tỷ lệ hài lòng của người bệnh ngoại trú với dịch vụ KCB (Năm 2025: 93.99%)	95%	97,05%		
2	Tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú với dịch vụ KCB (Năm 2025: 94.13%)	95%	97,97%		
3	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế (Năm 2025: 84.43%)	85%	85,96%		
4	Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ (Năm 2025: 1.41%)	<1.5%	0,45%		
5	Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế (năm 2025: 91.88%)	>90%	92,10%		
6	Tỷ lệ nhiễm trùng sơ sinh	< 3%	0,36%		
7	Tỷ lệ da kề da sau sinh thường	≥ 95%	99,39%		
8	Tỷ lệ mổ lấy thai	< 50%	44,63%		
9	Tỷ lệ băng huyết sau sinh	<3%	0,29%		
10	Tỷ lệ thực hiện kỹ thuật đẻ không đau đạt hiệu quả	≥ 98%	98,25		
11	Tỷ lệ bé sinh mổ được bú sớm mẹ	≥ 90%	100,00%		
12	Tỷ lệ thai phụ trong giai đoạn phù hợp được tư vấn về các phương pháp sàng lọc trước sinh	≥ 98%	100%		
13	Tỷ lệ người bệnh có chỉ định được tư vấn, giáo dục sức khỏe về chế độ dinh dưỡng phù hợp bệnh lý	≥ 95%.	98%		

2.2. Biểu đồ các chỉ số chất lượng theo thời gian

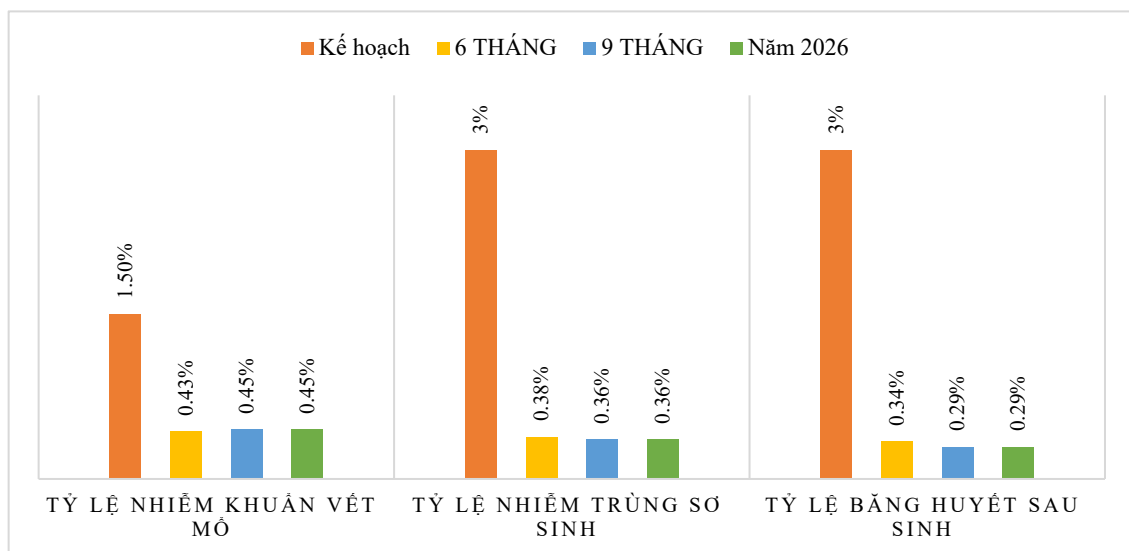
a) Kết quả khảo sát hài lòng người bệnh và nhân viên y tế



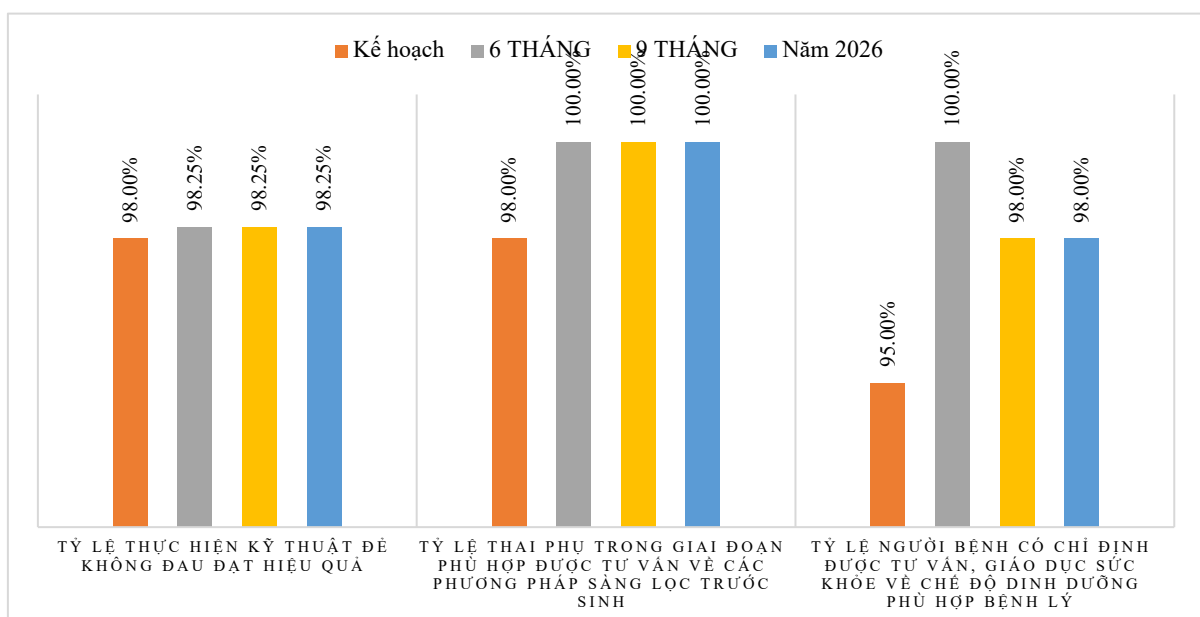
b) Tỷ lệ mổ lấy thai



c) Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ, nhiễm trùng sơ sinh và băng huyết sau sinh



d) Kết quả thực hiện dịch vụ đẻ không đau và các tư vấn sức khỏe



3. Nhận xét, đánh giá

a) Ưu điểm

- Các khoa, phòng đều triển khai thực hiện tốt Kế hoạch cải tiến chất lượng của bệnh viện.

- 100% khoa, phòng đã xây dựng Đề án cải tiến chất lượng. trong đó có 66.67% khoa, phòng xây dựng từ 2 chỉ số chất lượng trở lên và được Hội đồng QLCL thông qua đưa vào thực hiện.

- Bệnh viện tổ chức kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện hàng quý và theo dõi kết quả thực hiện các tiêu chí hàng tháng; đồng thời tổ chức khảo sát hài lòng bệnh nhân và nhân viên y tế hàng quý với kết quả đạt kế hoạch đề ra và có xu hướng tăng so với những năm trước, tăng từ 1.53% đến 3.84% trên mỗi loại khảo sát.

- Bệnh viện đã cử bác sĩ đào tạo chuyên khoa I Nhi.

- Phụ trách khối Xét nghiệm đã hoàn thành khóa học sau đại học.

b) Nhược điểm, vấn đề tồn tại

- Phần mềm VNPT-HIS có thể tính toán và xuất ra tổng thời gian từng bệnh nhân đến khám bệnh như tổng thời gian khám lâm sàng, khám lâm sàng và xét nghiệm, khám lâm sàng và cận lâm sàng nhưng chưa thể tự động tính thời gian trung bình cho một đợt khám.

- Bệnh viện chưa có Khoa Dinh dưỡng do tình hình thực tế và nhu cầu bệnh viên. Bệnh viện đã thành lập Tổ Dinh dưỡng - tiết chế, tuy nhiên Tổ trưởng và thành viên phụ trách chưa được đào tạo về dinh dưỡng lâm sàng.

- Hiện Ban Giám đốc chưa có bác sĩ chuyên khoa II chuyên về Sản – Phụ khoa do Phó Giám đốc mới nghỉ hưu chưa bổ nhiệm người thay thế.

c) Biện pháp khắc phục

- Tiếp tục liên hệ VNPT để hoàn chỉnh hệ thống báo cáo trên phần mềm.

- Cử Tổ dinh dưỡng tiết chế tham gia lớp đào tạo dinh dưỡng lâm sàng.

- Đề xuất và thực hiện bổ nhiệm 01 Phó Giám đốc có chuyên khoa II về Sản – Phụ khoa.

Trên đây là Báo cáo kết quả thực hiện Kế hoạch cải tiến chất lượng bệnh viện năm 2026.

Đính kèm:

1. Bảng thống kê các tiêu mục chưa đạt yêu cầu và đề xuất cải tiến mức đạt năm 2026;

2. Bảng danh sách theo dõi kết quả đánh giá chất lượng với việc cải tiến chất lượng đã thực hiện năm 2026;

3. Bảng danh sách và kết quả thực hiện chỉ số đánh giá chất lượng bệnh viện năm 2026./.

Nơi nhận:

- Các khoa, phòng;
- Zalo BV;
- Website bệnh viện;
- Góc truyền thông của BV;
- Lưu: VT.

GIÁM ĐỐC



Phạm Văn Lực