BỘ Y TẾ	CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc
Số: 3327 /QĐ-BYT	*Hà Nội, ngày 28 tháng 10 năm 2026*

QUYẾT ĐỊNH

Phê duyệt Chương trình hành động Quốc gia về nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh và an toàn người bệnh, giai đoạn 2026-2035, tầm nhìn 2045

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh ngày 09 tháng 01 năm 2023;

Căn cứ Nghị định số 313/2026/NĐ-CP ngày 08 tháng 08 năm 2026 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Căn cứ Quyết định số 784/QĐ-BYT ngày 26 tháng 03 năm 2026 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Danh mục nhiệm vụ Bộ Y tế giao các đơn vị chủ trì thực hiện năm 2026;

Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Bộ Y tế.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này "Chương trình hành động Quốc gia về nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh và an toàn người bệnh giai đoạn 2026-2035, tầm nhìn 2045".

Điều 2. Quyết định này có hiệu lực thi hành kể từ ngày ký ban hành.

Điều 3. Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ, Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Vụ trưởng, Cục trưởng các Vụ, Cục thuộc Bộ Y tế; Giám đốc các bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế; Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương; Thủ trưởng y tế các Bộ, ngành; Hiệu trưởng các cơ sở đào tạo khối ngành sức khỏe và Thủ trưởng các đơn vị có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:
- Như Điều 3;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Các Thứ trưởng (để phối hợp chỉ đạo);
- Bộ GD-ĐT, Bộ Tài chính;
- Cổng TTĐT Bộ Y tế;
- Trang TTĐT Cục QLKCB;
- Lưu: VT, KCB.

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG THƯỜNG TRỰC

Vũ Mạnh Hà

CHƯƠNG TRÌNH HÀNH ĐỘNG QUỐC GIA VỀ NÂNG CAO CHẤT LƯỢNG KHÁM, CHỮA BỆNH VÀ AN TOÀN NGƯỜI BỆNH GIAI ĐOẠN 2026-2035, TẦM NHÌN 2045

(Ban hành kèm theo Quyết định số 3327/2026/QĐ-BYT ngày 28 tháng 10 năm 2026 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. MỤC TIÊU

1. Mục tiêu chung

Đến năm 2035, nâng cao toàn diện chất lượng khám bệnh, chữa bệnh và an toàn người bệnh trên cơ sở quản lý chất lượng dựa trên dữ liệu và bằng chứng; chuẩn hóa thực hành chuyên môn; đo lường, công khai và cải tiến kết quả điều trị, trải nghiệm người bệnh, trải nghiệm nhân viên y tế và chất lượng cuộc sống; bảo đảm chăm sóc liên tục, công bằng, hiệu quả, lấy người bệnh làm trung tâm, góp phần phát triển hệ thống y tế Việt Nam bền vững và hội nhập quốc tế.

2. Mục tiêu cụ thể và chỉ số theo dõi, đánh giá

Mục tiêu 1. Hoàn thiện thể chế và hệ thống quản lý chất lượng khám bệnh, chữa bệnh và an toàn người bệnh

Nội dung:

Đến năm 2035, hoàn thiện và vận hành thống nhất, hiệu quả hệ thống quản lý chất lượng khám bệnh, chữa bệnh và an toàn người bệnh từ trung ương đến cơ sở. Bảo đảm trách nhiệm giải trình, quản lý dựa trên dữ liệu và nguồn lực phù hợp với từng loại hình cơ sở.

Chỉ số theo dõi, đánh giá:

- CS 1.1. Tỷ lệ nhiệm vụ xây dựng, ban hành văn bản, tiêu chuẩn, hướng dẫn về quản lý chất lượng và an toàn người bệnh hoàn thành đúng tiến độ.
- CS 1.2. Tỷ lệ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh vận hành đầy đủ và duy trì hệ thống quản lý chất lượng và an toàn người bệnh theo quy định.
- CS 1.3. Tỷ lệ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có người đứng đầu định kỳ xem xét dữ liệu chất lượng, an toàn người bệnh và ban hành hành động cải tiến.

Mục tiêu 2. Chuẩn hóa chuyên môn và cải tiến chất lượng điều trị

Nội dung:

Chuẩn hóa thực hành chuyên môn dựa trên bằng chứng, bảo đảm tuân thủ hướng dẫn và thực hiện kiểm định lâm sàng tại các lĩnh vực ưu tiên. Bảo đảm chẩn đoán chính xác, kịp thời và chăm sóc an toàn, liên tục trong suốt quá trình điều trị. Giảm biến chứng, tử vong có thể phòng tránh và tái nhập viện không kế hoạch; nâng cao khả năng hồi phục, nâng cao chức năng và chất lượng sống của người bệnh.

Chỉ số theo dõi, đánh giá:

- CS 2.1. Tỷ lệ bệnh, kỹ thuật, dịch vụ và quy trình thuộc danh mục ưu tiên quốc gia có hướng dẫn chuyên môn được ban hành hoặc cập nhật trong vòng 05 năm.
- CS 2.2. Tỷ lệ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoàn thành ít nhất một chu trình kiểm định lâm sàng đầy đủ trong năm đối với lĩnh vực ưu tiên.
- CS 2.3. Tỷ lệ tuân thủ hướng dẫn chuyên môn tại các lĩnh vực ưu tiên được kiểm định lâm sàng.
- CS 2.4. Tỷ lệ người bệnh tái nhập viện không kế hoạch trong vòng 30 ngày sau ra viện đối với nhóm bệnh, kỹ thuật ưu tiên (có điều chỉnh nguy cơ).

Mục tiêu 3. Bảo đảm an toàn người bệnh và quản lý rủi ro trong khám bệnh, chữa bệnh

Nội dung:

Vận hành hiệu quả hệ thống quản lý rủi ro, báo cáo và học tập từ sự cố y khoa, kết nối từ cơ sở đến quốc gia. Bảo đảm thực hiện các yêu cầu an toàn ưu tiên, xử lý kịp thời sự cố nghiêm trọng và khắc phục có hiệu quả, giảm tổn hại có thể phòng tránh và ngăn ngừa tái diễn. Hình thành văn hóa an toàn, văn hóa công bằng, khuyến khích báo cáo trung thực; bảo vệ người báo cáo và hỗ trợ người bệnh, gia đình, nhân viên y tế sau sự cố.

Chỉ số theo dõi, đánh giá:

- CS 3.1. Tỷ lệ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có hệ thống báo cáo, phân tích, phản hồi và học tập từ sự cố y khoa vận hành hiệu quả và kết nối với hệ thống quốc gia.
- CS 3.2. Tỷ lệ sự cố y khoa nghiêm trọng được phân tích nguyên nhân hệ thống và hoàn thành hành động khắc phục có kiểm tra hiệu lực trong thời hạn quy định.
- CS 3.3. Tỷ lệ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh triển khai hệ thống quản lý rủi ro.
- CS 3.4. Tỷ lệ phản hồi tích cực về văn hóa an toàn người bệnh của nhân viên y tế.

Mục tiêu 4. Phát huy vai trò của người bệnh, thân nhân và nhân viên y tế

Nội dung:

Bảo đảm quyền và nâng cao trải nghiệm của người bệnh, thân nhân trong tiếp cận dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh an toàn, công bằng và tôn trọng. Người bệnh và thân nhân tham gia vào chăm sóc, quyết định điều trị và cải tiến chất lượng; ý kiến được lắng nghe, giải quyết và phản hồi kịp thời. Nhân viên y tế được bảo đảm an toàn, sức khỏe thể chất, tinh thần và điều kiện làm việc phù hợp, tăng cường gắn kết và năng lực cung cấp dịch vụ an toàn.

Chỉ số theo dõi, đánh giá:

- CS 4.1. Tỷ lệ người bệnh, thân nhân đánh giá trải nghiệm khám bệnh, chữa bệnh ở mức tốt trở lên theo công cụ chuẩn hóa quốc gia.
- CS 4.2. Tỷ lệ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có cơ chế để người bệnh, thân nhân tham gia hoạt động cải tiến chất lượng và an toàn người bệnh.
- CS 4.3. Tỷ lệ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện đánh giá định kỳ và triển khai kế hoạch cải thiện về an toàn, sức khỏe và điều kiện làm việc của nhân viên y tế.

Mục tiêu 5. Phát triển dữ liệu, đo lường và công khai chất lượng

Nội dung:

Hình thành hệ thống dữ liệu chất lượng được chuẩn hóa, liên thông, tin cậy, tăng cường thu thập tự động và bảo đảm báo cáo đầy đủ, đúng hạn. Chất lượng dữ liệu được xác minh, điều chỉnh nguy cơ phù hợp và công khai theo lộ trình, phục vụ quản lý, cải tiến và trách nhiệm giải trình. Bảo đảm an toàn, bảo mật dữ liệu, hoạt động liên tục của hệ thống và kiểm soát hiệu quả rủi ro khi ứng dụng trí tuệ nhân tạo, công nghệ mới.

Chỉ số theo dõi, đánh giá:

- CS 5.1. Tỷ lệ chỉ số thuộc Bộ chỉ số chất lượng và an toàn người bệnh quốc gia được thu thập tự động từ các hệ thống thông tin y tế sẵn có.
- CS 5.2. Tỷ lệ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh báo cáo dữ liệu chất lượng đầy đủ, đúng hạn và đạt yêu cầu kiểm tra chất lượng dữ liệu.
- CS 5.3. Tỷ lệ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện công khai kết quả chất lượng dữ liệu theo lộ trình và phạm vi quy định.

Mục tiêu 6. Nâng cao năng lực, đào tạo, nghiên cứu và cải tiến liên tục

Nội dung:

Đội ngũ quản lý, nhân lực chuyên trách, người hành nghề và đánh giá viên đáp ứng chuẩn năng lực về chất lượng và an toàn người bệnh theo vị trí việc làm. Nội dung chất lượng và an toàn người bệnh được tích hợp trong đào tạo khối ngành sức khỏe; mạng lưới nghiên cứu, học tập và hỗ trợ kỹ thuật hoạt động hiệu quả. Cải tiến chất lượng trở thành hoạt động thường xuyên tại cơ sở, có đo lường kết quả trước và sau can thiệp, duy trì và nhân rộng mô hình hiệu quả.

Chỉ số theo dõi, đánh giá:

- CS 6.1. Tỷ lệ nhân lực chuyên trách quản lý chất lượng và an toàn người bệnh được đào tạo đạt chuẩn năng lực theo vị trí việc làm.
- CS 6.2. Tỷ lệ cơ sở đào tạo khối ngành sức khỏe tích hợp nội dung chất lượng và an toàn người bệnh vào chương trình đào tạo.
- CS 6.3. Tỷ lệ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoàn thành ít nhất một dự án cải tiến chất lượng có đo lường kết quả trước và sau can thiệp trong năm.

Mục tiêu 7. Phát triển đánh giá, chứng nhận chất lượng và hội nhập quốc tế

Nội dung:

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện đầy đủ tự đánh giá, công khai và cải tiến chất lượng, từng bước đạt tiêu chuẩn nâng cao. Hệ thống đánh giá, chứng nhận chất lượng bảo đảm năng lực, tính độc lập, minh bạch và nguyên tắc tự nguyện, phù hợp với điều kiện Việt Nam. Tăng cường hội nhập quốc tế, tiệm cận chuẩn mực chất lượng và đáp ứng các chỉ số an toàn người bệnh của Tổ chức Y tế Thế giới.

Chỉ số theo dõi, đánh giá:

- CS 7.1. Tỷ lệ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoàn thành tự đánh giá chất lượng hằng năm và báo cáo, công khai kết quả theo quy định.
- CS 7.2. Tỷ lệ bệnh viện đạt mức độ tiêu chuẩn của bộ tiêu chuẩn chất lượng nâng cao theo quy định của Bộ Y tế.
- CS 7.3. Tỷ lệ bệnh viện được đánh giá, chứng nhận theo mức độ nâng cao của bộ tiêu chuẩn chất lượng nâng cao trong nước hoặc quốc tế trên nguyên tắc tự nguyện.
- CS 7.4. Mức độ đáp ứng bộ chỉ số cốt lõi toàn cầu về an toàn người bệnh của Tổ chức Y tế Thế giới

II. HOẠT ĐỘNG DỰ KIẾN

Mục tiêu 1. Hoàn thiện thể chế và hệ thống quản lý chất lượng khám bệnh, chữa bệnh và an toàn người bệnh

1. Rà soát hệ thống văn bản, quy định hiện hành; xác định nội dung đã có, khoảng trống, nội dung chồng chéo và nhu cầu sửa đổi, bổ sung.

2. Xây dựng, ban hành yêu cầu chất lượng và an toàn cơ bản theo loại hình cơ sở; phân định yêu cầu bắt buộc với tiêu chuẩn nâng cao, tự đánh giá, công khai và chứng nhận tự nguyện.

3. Kiện toàn cơ chế điều phối, đầu mối và trách nhiệm của từng cấp trong quản lý chất lượng.

4. Xây dựng công cụ đánh giá mức độ trưởng thành của hệ thống quản lý chất lượng để phân nhóm cơ sở và xác định mức hỗ trợ.

5. Xây dựng cơ chế hỗ trợ kỹ thuật và phân bổ nguồn lực phù hợp cho cơ sở còn khó khăn.

Mục tiêu 2. Chuẩn hóa chuyên môn và cải tiến chất lượng điều trị

1. Lựa chọn danh mục bệnh, kỹ thuật, dịch vụ và quy trình ưu tiên dựa trên gánh nặng bệnh tật, tần suất, chi phí, biến thiên thực hành, nguy cơ tổn hại và khả năng cải thiện.

2. Xây dựng, cập nhật và triển khai hướng dẫn chuyên môn, tiêu chuẩn chất lượng lâm sàng, bộ dữ liệu tối thiểu và tiêu chuẩn kiểm định lâm sàng.

3. Triển khai kiểm định lâm sàng, đánh giá tuân thủ và cải tiến theo chu trình; kết hợp đo lường quy trình với kết quả điều trị.

4. Chuẩn hóa các điểm chuyển giao có nguy cơ cao: tiếp nhận, chuyển khoa, chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, hội chẩn, trả kết quả bất thường, ra viện và theo dõi sau điều trị.

5. Tổ chức phân tích dữ liệu theo lĩnh vực ưu tiên, nhận diện biến thiên bất thường và triển khai gói can thiệp phù hợp.

Mục tiêu 3. Bảo đảm an toàn người bệnh và quản lý rủi ro trong khám bệnh, chữa bệnh

1. Hoàn thiện hệ thống quản lý rủi ro, báo cáo, phân tích, phản hồi và học tập từ sự cố y khoa ở cấp cơ sở, địa phương và quốc gia.

2. Ban hành và triển khai gói an toàn ưu tiên theo từng giai đoạn; thống nhất phương pháp phân tích nguyên nhân hệ thống và kiểm tra hiệu lực hành động khắc phục.

3. Thiết lập cơ chế cảnh báo sớm, phát hành khuyến cáo và chia sẻ bài học từ sự cố; theo dõi việc tiếp nhận và thực hiện khuyến cáo.

4. Tăng cường văn hóa an toàn, văn hóa công bằng, bảo mật thông tin và bảo vệ người báo cáo theo quy định.

5. Xây dựng và triển khai quy trình hỗ trợ người bệnh, thân nhân và nhân viên y tế sau sự cố.

Mục tiêu 4. Phát huy vai trò của người bệnh, thân nhân và nhân viên y tế

1. Xây dựng khung quyền an toàn người bệnh và cơ chế để người bệnh, thân nhân tham gia chăm sóc, tư vấn, đồng thiết kế, giám sát và đánh giá cải tiến.

2. Chuẩn hóa công cụ đo trải nghiệm người bệnh và nhân viên y tế; quy định phương pháp lấy mẫu, bảo mật, phân tích và sử dụng kết quả.

3. Thiết lập cơ chế tiếp nhận, xử lý, phản hồi ý kiến và kiến nghị của người bệnh theo thời hạn, phạm vi phù hợp.

4. Phát triển tài liệu, công cụ hỗ trợ người bệnh chủ động tham gia bảo đảm an toàn và theo dõi sau điều trị.

5. Triển khai các biện pháp bảo đảm an toàn, sức khỏe thể chất, sức khỏe tinh thần và môi trường làm việc của nhân viên y tế.

Mục tiêu 5. Phát triển dữ liệu, đo lường và công khai chất lượng

1. Xây dựng và ban hành bộ chỉ số chất lượng, an toàn người bệnh; phân nhóm chỉ số và xây dựng hồ sơ kỹ thuật cho từng chỉ số.

2. Xây dựng nền tảng dữ liệu và bảng điều khiển chất lượng; ưu tiên khai thác dữ liệu từ các hệ thống thông tin hiện có, giảm báo cáo thủ công và trùng lặp.

3. Thiết lập cơ chế kiểm tra, xác minh dữ liệu, điều chỉnh nguy cơ và công khai chất lượng theo lộ trình phù hợp.

4. Chuẩn hóa dữ liệu báo cáo sự cố và liên thông với các hệ thống liên quan để phục vụ phân tích, cảnh báo và học tập.

5. Bảo đảm an toàn thông tin, bảo mật dữ liệu cá nhân và quản lý rủi ro khi ứng dụng trí tuệ nhân tạo hoặc công nghệ mới.

Mục tiêu 6. Nâng cao năng lực, đào tạo, nghiên cứu và cải tiến liên tục

1. Xây dựng chuẩn năng lực về chất lượng và an toàn người bệnh theo vai trò và vị trí việc làm.

2. Phát triển chương trình, tài liệu đào tạo dùng chung; tăng cường đào tạo liên ngành, mô phỏng, diễn tập và đánh giá năng lực sau đào tạo.

3. Phát triển mạng lưới chuyên gia, giảng viên nguồn và đơn vị hỗ trợ kỹ thuật; ưu tiên hỗ trợ cơ sở còn hạn chế về nhân lực, dữ liệu và năng lực cải tiến.

4. Xây dựng chương trình nghiên cứu quốc gia về chất lượng và an toàn người bệnh; ưu tiên nghiên cứu gánh nặng tổn hại, hiệu quả can thiệp, chi phí, công bằng và khả năng nhân rộng.

5. Thiết lập mạng lưới học tập, chia sẻ dữ liệu, khuyến cáo, công cụ và mô hình cải tiến; nhân rộng mô hình có bằng chứng về hiệu quả và tính bền vững.

Mục tiêu 7. Phát triển đánh giá, chứng nhận chất lượng và hội nhập quốc tế

1. Tổ chức thực hiện tự đánh giá, công khai và cải tiến chất lượng; sử dụng kết quả để xác định nguy cơ, ưu tiên hỗ trợ và theo dõi cải tiến.

2. Xây dựng tiêu chuẩn chất lượng nâng cao phù hợp với điều kiện Việt Nam và tiệm cận thông lệ quốc tế.

3. Khảo sát năng lực tổ chức chứng nhận, đội ngũ đánh giá viên, nguồn kinh phí và khả năng tham gia của cơ sở trước khi xác định tỷ lệ, chỉ tiêu cụ thể.

4. Đẩy mạnh đánh giá, chứng nhận chất lượng độc lập trên nguyên tắc tự nguyện; đánh giá tính pháp lý, độ tin cậy, chi phí, tác động và gánh nặng hành chính trước khi mở rộng.

5. Phát triển cơ chế công nhận, giám sát tổ chức chứng nhận và đánh giá viên; tăng cường hợp tác, mạng lưới chất lượng và an toàn người bệnh quốc tế.

III. GIẢI PHÁP VÀ PHÂN CẤP TỔ CHỨC THỰC HIỆN

1. Nguyên tắc

- Chương trình được triển khai theo chu trình: đánh giá hiện trạng, xác lập số liệu nền, lựa chọn ưu tiên, lập kế hoạch, thí điểm, đo lường, chuẩn hóa và nhân rộng giải pháp hiệu quả, duy trì cải tiến liên tục.

- Các cấp xây dựng kế hoạch hằng năm theo lộ trình 2026–2035 và kết quả năm trước, xác định rõ nhiệm vụ, sản phẩm, tiến độ, kinh phí, trách nhiệm, chỉ số, nguồn dữ liệu và cách xác minh; bảo đảm nguồn lực, lồng ghép hoạt động và tránh trùng lặp.

- Triển khai phù hợp với loại hình, phạm vi hoạt động chuyên môn và năng lực cơ sở. Bệnh viện thực hiện đầy đủ yêu cầu tương ứng; phòng khám, cơ sở quy mô nhỏ tập trung vào nhận diện người bệnh, an toàn thuốc, kiểm soát nhiễm khuẩn, cấp cứu, chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, hồ sơ, thông tin và báo cáo sự cố. Chỉ áp dụng yêu cầu nâng cao khi đã đáp ứng ổn định yêu cầu chất lượng, an toàn tối thiểu.

2. Bộ Y tế

- Hoàn thiện quy định, tiêu chuẩn và cơ chế điều phối; phân định yêu cầu bắt buộc, yêu cầu nâng cao và trách nhiệm từng cấp.

- Ban hành, cập nhật hướng dẫn chuyên môn, danh mục ưu tiên và công cụ kiểm định lâm sàng.

- Vận hành hệ thống báo cáo, học tập từ sự cố và cảnh báo quốc gia; hướng dẫn gói an toàn, bảo mật và bảo vệ người báo cáo.

- Hướng dẫn sự tham gia của người bệnh, thân nhân, hỗ trợ sau sự cố và bảo vệ nhân viên y tế; chuẩn hóa công cụ khảo sát.

- Chuẩn hóa chỉ số, liên thông dữ liệu, xác minh và công khai chất lượng; quy định bảo mật và kiểm soát rủi ro công nghệ, trí tuệ nhân tạo.

- Ban hành chuẩn năng lực, tài liệu đào tạo; phát triển mạng lưới hỗ trợ, nghiên cứu và nhân rộng cải tiến hiệu quả.

- Hướng dẫn tự đánh giá; giám sát tổ chức chứng nhận..

3. Sở Y tế các tỉnh, thành phố và Y tế các Bộ, ngành

- Phân công đầu mối, điều phối nguồn lực và hỗ trợ cơ sở theo nguy cơ, năng lực; tổng hợp vướng mắc, kiến nghị.

- Tổ chức hỗ trợ chuyên môn, kiểm định lâm sàng liên cơ sở và phối hợp chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

- Giám sát nguy cơ, sự cố nghiêm trọng; hỗ trợ phân tích nguyên nhân, triển khai cảnh báo và kiểm tra hiệu lực khắc phục.

- Xử lý phản ánh thuộc thẩm quyền; hỗ trợ người bệnh tham gia cải tiến, giám sát an toàn và điều kiện làm việc của nhân viên y tế.

- Tổng hợp, xác minh dữ liệu; phát hiện bất thường và giám sát công khai chất lượng, an toàn công nghệ.

- Tổ chức đào tạo, hỗ trợ tại chỗ, nghiên cứu và chia sẻ mô hình cải tiến.

- Xác minh tự đánh giá, theo dõi khắc phục và thí điểm chứng nhận; kết nối hợp tác, hỗ trợ kỹ thuật.

4. Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

- Kiện toàn đầu mối, phân công trách nhiệm; người đứng đầu định kỳ xem xét dữ liệu và quyết định cải tiến.

- Áp dụng hướng dẫn chuyên môn, kiểm định và cải tiến thực hành; bảo đảm chẩn đoán, bàn giao, chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và theo dõi an toàn.

- Kiểm soát rủi ro, thực hiện gói an toàn; báo cáo, phân tích sự cố và kiểm chứng biện pháp khắc phục.

- Cung cấp thông tin, tiếp nhận phản hồi, huy động người bệnh và thân nhân tham gia chăm sóc, cải tiến; hỗ trợ sau sự cố và bảo vệ nhân viên y tế.

- Kiểm tra, báo cáo, công khai và sử dụng dữ liệu; bảo mật thông tin, giám sát an toàn công nghệ và trí tuệ nhân tạo.

- Đào tạo, đánh giá năng lực thực hành; thực hiện cải tiến có đo lường trước, sau và duy trì kết quả.

- Tự đánh giá, khắc phục hạn chế; áp dụng tiêu chuẩn nâng cao, tham gia chứng nhận tự nguyện và học tập kinh nghiệm khi đủ điều kiện.

IV. NGUỒN LỰC VÀ PHƯƠNG ÁN TÀI CHÍNH

1. Nguyên tắc bảo đảm nguồn lực

Nguồn lực được xác định theo từng nhiệm vụ, sản phẩm và giai đoạn; ưu tiên hoạt động tạo lợi ích chung cho hệ thống, giảm tổn hại có thể phòng tránh và hỗ trợ cơ sở khó khăn. Không ban hành yêu cầu mới khi chưa đánh giá khả năng thực hiện, chi phí tuân thủ và nguồn bảo đảm.

2. Các nhóm nguồn lực

- Các nguồn tài chính hợp pháp của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, ưu tiên cho nhân lực quản lý chất lượng, đào tạo, dữ liệu, quản lý rủi ro và cải tiến.

3. Nội dung ưu tiên bố trí kinh phí

Ưu tiên cho xây dựng chính sách và công cụ dùng chung; số liệu nền; nền tảng dữ liệu; hệ thống báo cáo và học tập từ sự cố; đào tạo giảng viên và nhân

lực nòng cốt; gói an toàn ưu tiên; hỗ trợ cơ sở khó khăn; kiểm tra, xác minh; đánh giá độc lập và nghiên cứu tác động.

4. Lập kế hoạch và kiểm soát tài chính

Các đơn vị lập dự toán hằng năm và trung hạn gắn với nhiệm vụ, sản phẩm và chỉ số; lồng ghép với chương trình hiện có để tránh trùng lặp. Việc đầu tư công nghệ, đánh giá hoặc chứng nhận phải có phân tích nhu cầu, tổng chi phí vòng đời, khả năng duy trì và hiệu quả dự kiến. Thực hiện kiểm tra, công khai và quyết toán theo quy định; không chuyển chi phí tuân thủ không hợp lý sang người bệnh.

5. Cơ chế khuyến khích

Nghiên cứu cơ chế khuyến khích dựa trên cải thiện thực chất, độ tin cậy dữ liệu và mức độ khó khăn của cơ sở.

6. Khung dự toán và phân định trách nhiệm chi

- Ngân sách trung ương ưu tiên cho văn bản, công cụ dùng chung, nền tảng dữ liệu quốc gia, đào tạo giảng viên nguồn, cảnh báo an toàn, đánh giá và hỗ trợ địa phương khó khăn.
- Ngân sách địa phương ưu tiên cho đầu mối điều phối, hỗ trợ kỹ thuật, xác minh dữ liệu và triển khai tại cơ sở chưa tự bảo đảm nguồn lực.
- Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bố trí chi thường xuyên cho nhân lực quản lý chất lượng, đào tạo, quản lý rủi ro và cải tiến. Chi phí chứng nhận tự nguyện do cơ sở bảo đảm, trừ trường hợp được lựa chọn thí điểm.
- Trước khi giao nhiệm vụ mới phải xác định sản phẩm, định mức hoặc dự toán, nguồn chi và chi phí duy trì.

V. KẾ HOẠCH GIÁM SÁT VÀ ĐÁNH GIÁ

1. Mục đích giám sát và đánh giá

Theo dõi tiến độ, mức độ hoàn thành mục tiêu, kết quả triển khai các hoạt động và tác động của Chương trình; cung cấp thông tin để điều chỉnh chính sách, kế hoạch, chỉ tiêu, nguồn lực và hoạt động hỗ trợ kỹ thuật.

2. Nguyên tắc giám sát và đánh giá

Giám sát và đánh giá được thực hiện thường xuyên, khách quan, minh bạch, dựa trên dữ liệu và bằng chứng; bảo đảm thống nhất từ trung ương đến địa phương và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; ưu tiên sử dụng dữ liệu sẵn có, dữ liệu điện tử và các hệ thống báo cáo hiện có; hạn chế phát sinh báo cáo không cần thiết.

3. Khung chỉ số giám sát và đánh giá

Khung chỉ số được xây dựng theo 07 mục tiêu của Chương trình, bao gồm các nhóm chỉ số về đầu vào, hoạt động, sản phẩm, kết quả và tác động. Danh mục chỉ số theo dõi, đánh giá của 07 mục tiêu cụ thể và hồ sơ kỹ thuật chi tiết của từng chỉ số được quy định tại Phụ lục 2 ban hành kèm theo Chương trình này. Hồ sơ kỹ thuật của từng chỉ số được rà soát, cập nhật định kỳ trên cơ sở kết quả xác lập số liệu nền, đánh giá khả năng thu thập dữ liệu và mức độ sử dụng thực tế; chỉ số không tạo giá trị hoặc gây gánh nặng báo cáo được xem xét loại bỏ.

4. Nguồn số liệu và phương pháp thu thập

Nguồn số liệu ưu tiên từ các hệ thống hiện có, bao gồm báo cáo của cơ quan quản lý y tế và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; hệ thống quản lý chất lượng; hệ thống báo cáo sự cố y khoa; bệnh án điện tử, hệ thống quản lý bệnh viện và dữ liệu bảo hiểm y tế; kết quả kiểm định lâm sàng, đánh giá chất lượng, khảo sát trải nghiệm, kiểm tra, giám sát và nghiên cứu chuyên đề. Việc thu thập, đối chiếu và xác minh thực hiện theo hồ sơ kỹ thuật và phương pháp dựa trên nguy cơ.

5. Chế độ báo cáo và thời điểm đánh giá

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện theo dõi nội bộ thường xuyên và báo cáo định kỳ theo quy định.

Sở Y tế các tỉnh, thành phố; Y tế các Bộ, ngành tổng hợp hằng năm, bắt đầu từ năm 2028.

Bộ Y tế công bố báo cáo đánh giá giữa kỳ và rà soát chiến lược năm 2030; đánh giá cuối kỳ năm 2035 để định hướng đánh giá tác động theo tầm nhìn đến năm 2045.

Trường hợp cần thiết, thực hiện đánh giá chuyên đề khi xuất hiện nguy cơ mới hoặc nội dung chậm tiến độ.

6. Phân công trách nhiệm giám sát và đánh giá

Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Bộ Y tế là đầu mối tổng hợp, hướng dẫn kỹ thuật, theo dõi, giám sát và báo cáo chung về kết quả thực hiện Chương trình. Các Vụ, Cục thuộc Bộ Y tế và đơn vị liên quan chịu trách nhiệm theo dõi, hướng dẫn, kiểm tra và tổng hợp kết quả đối với lĩnh vực được giao. Sở Y tế các tỉnh, thành phố, Y tế các Bộ, ngành và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chịu trách nhiệm về tính đầy đủ, chính xác và kịp thời của dữ liệu thuộc phạm vi quản lý.

7. Kiểm tra, xác minh và công khai kết quả

Áp dụng xác minh dựa trên nguy cơ, kết hợp kiểm tra tự động, đối chiếu nhiều nguồn dữ liệu, rà soát hồ sơ và đánh giá tại chỗ theo mẫu. Ưu tiên xác minh chỉ số dùng để công khai, so sánh, khen thưởng, phân bổ nguồn lực hoặc xem xét trách nhiệm. Công khai kết quả theo lộ trình, đúng thẩm quyền và phù hợp mục đích sử dụng; bảo đảm bảo mật dữ liệu cá nhân và thông tin liên quan đến báo cáo sự cố.

8. Sử dụng kết quả giám sát và đánh giá

Kết quả giám sát và đánh giá được sử dụng để điều chỉnh chính sách, kế hoạch, chỉ tiêu và nguồn lực; cảnh báo nguy cơ; hỗ trợ cơ sở; nhân rộng mô hình hiệu quả hoặc dừng hoạt động không hiệu quả. Không đánh giá an toàn chỉ bằng số lượng sự cố báo cáo hoặc một chỉ số đơn lẻ.

PHỤ LỤC 1: GIẢI THÍCH TỪ NGỮ SỬ DỤNG TRONG VĂN BẢN

(Các thuật ngữ dưới đây được sử dụng thống nhất trong Chương trình; trường hợp văn bản quy phạm pháp luật có quy định khác thì thực hiện theo quy định của văn bản quy phạm pháp luật hiện hành.)

1. Chất lượng khám bệnh, chữa bệnh là mức độ dịch vụ làm tăng khả năng đạt kết quả sức khỏe mong muốn, dựa trên bằng chứng, bảo đảm an toàn, hiệu quả, kịp thời, công bằng và lấy con người làm trung tâm.

2. Quản lý chất lượng là hoạt động có hệ thống nhằm lập kế hoạch, tổ chức, đo lường, giám sát và cải tiến chất lượng.

3. Hệ thống quản lý chất lượng là tập hợp cơ cấu tổ chức, trách nhiệm, quy trình, hướng dẫn, nguồn lực và công cụ được thiết lập tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để quản lý, bảo đảm và cải tiến chất lượng một cách liên tục.

4. Bảo đảm chất lượng là các hoạt động nhằm bảo đảm dịch vụ, quy trình và kết quả chăm sóc tuân thủ tiêu chuẩn, hướng dẫn chuyên môn, quy trình kỹ thuật và yêu cầu quản lý đã được xác định.

5. Cải tiến chất lượng là quá trình sử dụng phương pháp có hệ thống, dữ liệu và bằng chứng để thay đổi quy trình, mô hình cung ứng dịch vụ hoặc cách thức tổ chức nhằm nâng cao kết quả điều trị, an toàn người bệnh, trải nghiệm người bệnh và hiệu quả sử dụng nguồn lực.

6. Kiểm định lâm sàng là quá trình đánh giá có hệ thống việc thực hiện chăm sóc, chẩn đoán, điều trị hoặc quy trình chuyên môn so với tiêu chí, tiêu chuẩn hoặc hướng dẫn đã được xác định, nhằm phát hiện khoảng cách chất lượng và đề xuất cải tiến.

7. Tiêu chuẩn là quy định về đặc tính kỹ thuật và yêu cầu quản lý dùng làm chuẩn để phân loại, đánh giá sản phẩm, hàng hóa, dịch vụ, quá trình, môi trường và các đối tượng khác; tiêu chuẩn được công bố để tự nguyện áp dụng, trừ trường hợp được viện dẫn bắt buộc trong văn bản quy phạm pháp luật.

8. Tiêu chí là yếu tố hoặc yêu cầu cụ thể dùng để đo lường, kiểm tra, giám sát hoặc đánh giá mức độ đạt được của một tiêu chuẩn, mục tiêu hoặc lĩnh vực chất lượng.

9. Chỉ số là đại lượng hoặc thông tin định lượng, định tính dùng để đo lường, mô tả, theo dõi sự thay đổi hoặc đánh giá mức độ thực hiện của mục tiêu, tiêu chí, hoạt động hoặc kết quả chăm sóc.

10. An toàn người bệnh là việc phòng ngừa, giảm thiểu đến mức thấp nhất có thể các nguy cơ, sai sót và tổn hại có thể phòng tránh được cho người bệnh trong quá trình cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh.

11. Sự cố y khoa là tình huống không mong muốn xảy ra trong quá trình cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, có thể gây ra hoặc đã gây ra tổn hại cho người bệnh, nhân viên y tế hoặc ảnh hưởng đến hoạt động chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

12. Sự cố suýt xảy ra là sự cố chưa gây tổn hại do được phát hiện, can thiệp kịp thời.

13. Tổn hại có thể phòng tránh là tổn hại có khả năng tránh được nếu thực hiện biện pháp hợp lý theo kiến thức và điều kiện hiện có.

14. Quản lý rủi ro lâm sàng là quá trình nhận diện, phân tích, đánh giá, kiểm soát, giám sát và truyền thông về các nguy cơ có thể ảnh hưởng đến an toàn, chất lượng và kết quả chăm sóc người bệnh.

15. Văn hóa an toàn là các giá trị, niềm tin, thái độ, nhận thức và hành vi được chia sẻ trong tổ chức, khuyến khích mọi người chủ động nhận diện rủi ro, báo cáo sự cố, học tập từ sai sót và cải tiến hệ thống nhằm bảo vệ người bệnh và nhân viên y tế.

16. Văn hóa công bằng là cách tiếp cận trong đó tổ chức khuyến khích báo cáo và học tập từ sai sót, phân biệt giữa lỗi hệ thống, sai sót không cố ý, hành vi rủi ro và hành vi cố ý vi phạm để có biện pháp xử lý phù hợp, không quy kết cá nhân một cách thiếu căn cứ.

17. Yếu tố con người là việc vận dụng hiểu biết về khả năng, giới hạn và hành vi con người để thiết kế công việc, công nghệ và môi trường an toàn.

18. Điều chỉnh nguy cơ là phương pháp tính đến khác biệt về đặc điểm người bệnh và mức độ nặng khi phân tích, so sánh kết quả.

19. Tổ chức có độ tin cậy cao là tổ chức duy trì hoạt động an toàn trong điều kiện phức tạp nhờ chủ động nhận diện nguy cơ, học tập và khả năng ứng phó.

20. Bệnh án điện tử là hồ sơ bệnh án được lập, cập nhật, hiển thị, ký số, lưu trữ, quản lý và khai thác bằng phương tiện điện tử theo quy định của pháp luật, có giá trị pháp lý khi đáp ứng đầy đủ điều kiện theo quy định.

21. Hồ sơ sức khỏe điện tử là tập hợp thông tin sức khỏe của một cá nhân được tạo lập, cập nhật, lưu trữ, quản lý và chia sẻ bằng phương tiện điện tử nhằm phục vụ chăm sóc sức khỏe liên tục, quản lý bệnh, dự phòng và theo dõi sức khỏe trong suốt vòng đời.

22. Hội nhập quốc tế về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh là quá trình tiếp cận, áp dụng, tham gia và chia sẻ các chuẩn mực, sáng kiến, mạng lưới, chương trình đào tạo, chuyển giao kỹ thuật, công nhận chất lượng và hợp tác quốc tế nhằm nâng cao chất lượng, an toàn và hiệu quả của hệ thống khám bệnh, chữa bệnh.

23. Công nhận, chứng nhận chất lượng là việc tổ chức có thẩm quyền hoặc tổ chức độc lập đánh giá và xác nhận cơ sở, dịch vụ, chương trình hoặc quy trình đáp ứng tiêu chuẩn chất lượng đã được xác định.

PHỤ LỤC 2: DANH MỤC VÀ HỒ SƠ KỸ THUẬT CÁC CHỈ SỐ THEO DÕI, ĐÁNH GIÁ

Phụ lục này quy định danh mục 24 chỉ số theo dõi, đánh giá tương ứng với 07 mục tiêu cụ thể của Chương trình và hồ sơ kỹ thuật của từng chỉ số. Mức cần đạt đến năm 2030 là mức tối thiểu áp dụng chung; mức cần đạt đến năm 2035 được xác định theo tỷ lệ tăng hoặc giảm đối với chỉ số nghịch, so với kết quả thực tế đạt được năm 2030. Đối với chỉ số chưa có số liệu nền, năm xác lập số liệu nền được ghi rõ trong hồ sơ kỹ thuật. Kết quả đo lường chỉ được sử dụng để so sánh, xếp hạng, xử phạt, thanh toán hoặc phân bổ nguồn lực sau khi đã bảo đảm độ tin cậy của dữ liệu và điều chỉnh nguy cơ phù hợp.

I. DANH MỤC TỔNG HỢP CÁC CHỈ SỐ

Mã số	Tên chỉ số	Mức cần đạt đến năm 2030	Mức cần đạt đến năm 2035
Mục tiêu 1. Hoàn thiện thể chế và hệ thống quản lý chất lượng khám bệnh, chữa bệnh và an toàn người bệnh			
CS 1.1	Tỷ lệ nhiệm vụ xây dựng, ban hành văn bản, tiêu chuẩn, hướng dẫn về quản lý chất lượng và an toàn người bệnh hoàn thành đúng tiến độ	≥ 80%	Tăng ≥ 15% so với 2030 (≈ ≥ 92%)
CS 1.2	Tỷ lệ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh vận hành đầy đủ và duy trì hệ thống quản lý chất lượng và an toàn người bệnh theo quy định	≥ 85% bệnh viện; ≥ 60% phòng khám	Tăng ≥ 15% so với 2030 ở từng nhóm
CS 1.3	Tỷ lệ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có người đứng đầu định kỳ xem xét dữ liệu chất lượng, an toàn người bệnh và ban hành hành động cải tiến	≥ 70%	Tăng ≥ 25% so với 2030 (≈ ≥ 88%)
Mục tiêu 2. Chuẩn hóa chuyên môn và cải tiến chất lượng điều trị			
CS 2.1	Tỷ lệ bệnh, kỹ thuật, dịch vụ và quy trình thuộc danh mục ưu tiên quốc gia có hướng dẫn chuyên môn được ban hành hoặc cập nhật trong vòng 05 năm	≥ 70%	Tăng ≥ 25% so với 2030 (≈ ≥ 88%)
CS 2.2	Tỷ lệ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoàn thành ít nhất một chu trình kiểm định lâm sàng đầy đủ trong năm đối với lĩnh vực ưu tiên	≥ 60% bệnh viện	Tăng ≥ 30% so với 2030 (≈ ≥ 78%)

Mã số	Tên chỉ số	Mức cần đạt đến năm 2030	Mức cần đạt đến năm 2035
CS 2.3	Tỷ lệ tuân thủ hướng dẫn chuyên môn tại các lĩnh vực ưu tiên được kiểm định lâm sàng	≥ 80%	Tăng ≥ 10% so với 2030 (≈ ≥ 88%)
CS 2.4	Tỷ lệ người bệnh tái nhập viện không kế hoạch trong vòng 30 ngày sau ra viện đối với nhóm bệnh, kỹ thuật ưu tiên (có điều chỉnh nguy cơ)	Xác lập số liệu nền và giảm ≥ 10% so với nền	Giảm thêm ≥ 15% so với 2030
Mục tiêu 3. Bảo đảm an toàn người bệnh và quản lý rủi ro trong khám bệnh, chữa bệnh			
CS 3.1	Tỷ lệ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có hệ thống báo cáo, phân tích, phản hồi và học tập từ sự cố y khoa vận hành hiệu quả và kết nối với hệ thống quốc gia	≥ 70%	Tăng ≥ 25% so với 2030 (≈ ≥ 88%)
CS 3.2	Tỷ lệ sự cố y khoa nghiêm trọng được phân tích nguyên nhân hệ thống và hoàn thành hành động khắc phục có kiểm tra hiệu lực trong thời hạn quy định	≥ 80%	Tăng ≥ 15% so với 2030 (≈ ≥ 92%)
CS 3.3	Tỷ lệ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh triển khai hệ thống quản lý rủi ro	≥ 60%	Tăng ≥ 35% so với 2030 (≈ ≥ 81%)
CS 3.4	Tỷ lệ phản hồi tích cực về văn hóa an toàn người bệnh của nhân viên y tế	≥ 65% phản hồi tích cực; ≥ 70% cơ sở khảo sát	Tăng ≥ 15% so với 2030 (≈ ≥ 75%)
Mục tiêu 4. Phát huy vai trò của người bệnh, thân nhân và nhân viên y tế			
CS 4.1	Tỷ lệ người bệnh, thân nhân đánh giá trải nghiệm khám bệnh, chữa bệnh ở mức tốt trở lên theo công cụ chuẩn hóa quốc gia	≥ 80% cơ sở áp dụng công cụ chuẩn	Tăng ≥ 10% so với 2030 (≈ ≥ 88%)
CS 4.2	Tỷ lệ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có cơ chế để người bệnh, thân nhân tham gia hoạt động cải tiến chất lượng và an toàn người bệnh	≥ 50%	Tăng ≥ 50% so với 2030 (≈ ≥ 75%)
CS 4.3	Tỷ lệ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện đánh giá định kỳ và triển	≥ 70%	Tăng ≥ 25% so với 2030 (≈ ≥ 88%)

Mã số	Tên chỉ số	Mức cần đạt đến năm 2030	Mức cần đạt đến năm 2035
	khai kế hoạch cải thiện về an toàn, sức khỏe và điều kiện làm việc của nhân viên y tế		
Mục tiêu 5. Phát triển dữ liệu, đo lường và công khai chất lượng			
CS 5.1	Tỷ lệ chỉ số thuộc Bộ chỉ số chất lượng và an toàn người bệnh quốc gia được thu thập tự động từ các hệ thống thông tin y tế sẵn có	≥ 50%	Tăng ≥ 60% so với 2030 (≈ ≥ 80%)
CS 5.2	Tỷ lệ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh báo cáo dữ liệu chất lượng đầy đủ, đúng hạn và đạt yêu cầu kiểm tra chất lượng dữ liệu	≥ 85%	Tăng ≥ 12% so với 2030 (≈ ≥ 95%)
CS 5.3	Tỷ lệ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện công khai kết quả chất lượng dữ liệu theo lộ trình và phạm vi quy định	≥ 80%; công bố báo cáo quốc gia hằng năm từ 2028	Tăng ≥ 20% so với 2030 (≈ ≥ 96%)
Mục tiêu 6. Nâng cao năng lực, đào tạo, nghiên cứu và cải tiến liên tục			
CS 6.1	Tỷ lệ nhân lực chuyên trách quản lý chất lượng và an toàn người bệnh được đào tạo đạt chuẩn năng lực theo vị trí việc làm	≥ 80%	Tăng ≥ 18% so với 2030 (≈ ≥ 95%)
CS 6.2	Tỷ lệ cơ sở đào tạo khối ngành sức khỏe tích hợp nội dung chất lượng và an toàn người bệnh vào chương trình đào tạo	≥ 80%	Tăng ≥ 20% so với 2030 (≈ ≥ 96%)
CS 6.3	Tỷ lệ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoàn thành ít nhất một dự án cải tiến chất lượng có đo lường kết quả trước và sau can thiệp trong năm	≥ 70%	Tăng ≥ 25% so với 2030 (≈ ≥ 88%)
Mục tiêu 7. Phát triển đánh giá, chứng nhận chất lượng và hội nhập quốc tế			
CS 7.1	Tỷ lệ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoàn thành tự đánh giá chất lượng hằng năm và báo cáo, công khai kết quả theo quy định	≥ 90%	Tăng ≥ 10% so với 2030 (≈ ≥ 99%)

Mã số	Tên chỉ số	Mức cần đạt đến năm 2030	Mức cần đạt đến năm 2035
CS 7.2	Tỷ lệ bệnh viện đạt mức độ tiêu chuẩn của bộ tiêu chuẩn chất lượng nâng cao theo quy định của Bộ Y tế	≥ 50%	Tăng ≥ 20% so với 2030 (≈ ≥ 60%)
CS 7.3	Tỷ lệ bệnh viện được đánh giá, chứng nhận theo mức độ nâng cao của bộ tiêu chuẩn chất lượng nâng cao trong nước hoặc quốc tế trên nguyên tắc tự nguyện	≥ 5% số bệnh viện	Tăng ≥ 100% so với 2030 (≈ ≥ 10%)
CS 7.4	Mức độ đáp ứng bộ chỉ số cốt lõi toàn cầu về an toàn người bệnh của Tổ chức Y tế Thế giới	≥ 8/10 chỉ số cốt lõi	Đạt 10/10 (tăng 25% so với 2030) và duy trì

II. HỒ SƠ KỸ THUẬT TỪNG CHỈ SỐ

Mỗi chỉ số được mô tả theo 10 trường thông tin thống nhất, làm cơ sở để các cấp thu thập, tính toán, báo cáo và sử dụng kết quả một cách nhất quán.

Chỉ số CS 1.1. Tỷ lệ nhiệm vụ xây dựng, ban hành văn bản, tiêu chuẩn, hướng dẫn về quản lý chất lượng và an toàn người bệnh hoàn thành đúng tiến độ

Mã số	CS 1.1
Tên chỉ số	Tỷ lệ nhiệm vụ xây dựng, ban hành văn bản, tiêu chuẩn, hướng dẫn về quản lý chất lượng và an toàn người bệnh hoàn thành đúng tiến độ
Ý nghĩa	Đo lường tiến độ hoàn thiện khung pháp lý, tiêu chuẩn và công cụ quản lý ở cấp trung ương - điều kiện tiên quyết để các cấp triển khai thống nhất, không chồng chéo. Chỉ số phản ánh năng lực điều phối liên Vụ, Cục của Bộ Y tế và mức độ khả thi của kế hoạch hằng năm. Giá trị thấp là dấu hiệu cảnh báo sớm rằng toàn bộ Chương trình đang bị nghẽn ở khâu thượng nguồn: cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thiếu căn cứ pháp lý và công cụ chuẩn để hành động, dẫn tới triển khai tự phát, không so sánh được giữa các đơn vị và lãng phí nguồn lực.
Mục tiêu phải đạt	Đến năm 2030: đạt tối thiểu 80%. Đến năm 2035: tăng tối thiểu 15% so với kết quả năm 2030 (tương ứng đạt tối thiểu 92%); đồng thời 100% văn bản đã ban hành được rà soát, cập nhật ít nhất một lần.
Cách tính	Tử số: Số nhiệm vụ xây dựng, ban hành văn bản, tiêu chuẩn, hướng dẫn thuộc Danh mục nhiệm vụ của Chương trình được cấp có thẩm

	quyền ký ban hành đúng hoặc trước thời hạn ghi trong kế hoạch. Mẫu số: Tổng số nhiệm vụ xây dựng, ban hành văn bản, tiêu chuẩn, hướng dẫn thuộc Danh mục nhiệm vụ của Chương trình có thời hạn hoàn thành thuộc kỳ báo cáo. Công thức: (Tử số / Mẫu số) × 100. Đơn vị tính: %.
Nguồn số liệu	Danh mục nhiệm vụ kèm theo Kế hoạch triển khai Chương trình hằng năm của Bộ Y tế; hệ thống quản lý văn bản và điều hành điện tử của Bộ Y tế; Công báo và Cổng thông tin điện tử Bộ Y tế.
Cách thu thập	Cục Quản lý Khám, chữa bệnh lập và duy trì bảng theo dõi nhiệm vụ (mã nhiệm vụ, đơn vị chủ trì, sản phẩm đầu ra, thời hạn, số hiệu và ngày ban hành văn bản). Cuối mỗi quý, đối chiếu bảng theo dõi với hệ thống quản lý văn bản điện tử và Công báo để xác nhận trạng thái hoàn thành; nhiệm vụ chỉ được tính là hoàn thành khi có số hiệu văn bản ban hành, không tính bản dự thảo hoặc hồ sơ trình.
Tần suất thu thập	Hằng quý.
Tần suất báo cáo	06 tháng và hằng năm; báo cáo đánh giá giữa kỳ năm 2030 và tổng kết năm 2035.
Hành động khắc phục và cải tiến	Khi tỷ lệ thấp hơn mức cần đạt: đưa danh mục nhiệm vụ chậm tiến độ ra phiên họp điều phối liên Vụ, Cục gần nhất; phân tích nguyên nhân gốc theo nhóm (thiếu nhân lực chuyên môn, chồng chéo thẩm quyền, chưa bố trí kinh phí, vướng mắc pháp lý phải xin ý kiến liên ngành, phạm vi nhiệm vụ quá rộng); điều chỉnh thứ tự ưu tiên và tách nhiệm vụ lớn thành các sản phẩm nhỏ có thể nghiệm thu; bổ sung chuyên gia hoặc kinh phí cho nhiệm vụ trọng yếu; gắn kết quả thực hiện với đánh giá mức độ hoàn thành nhiệm vụ của người đứng đầu đơn vị chủ trì.

Chỉ số CS 1.2. Tỷ lệ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh vận hành đầy đủ và duy trì hệ thống quản lý chất lượng và an toàn người bệnh theo quy định

Mã số	CS 1.2
Tên chỉ số	Tỷ lệ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh vận hành đầy đủ và duy trì hệ thống quản lý chất lượng và an toàn người bệnh theo quy định
Ý nghĩa	Đo lường mức độ hình thành trên thực tế của hệ thống quản lý chất lượng thống nhất từ Bộ Y tế, Sở Y tế, y tế các Bộ, ngành đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Một cơ sở được tính là "vận hành đầy đủ" khi hội đủ đồng thời các thành tố: có văn bản phân công đầu mối quản lý chất lượng và an toàn người bệnh; có nhân lực chuyên trách hoặc kiêm nhiệm được đào tạo; ban hành chính sách và kế hoạch

	chất lượng hằng năm; duy trì sổ đăng ký rủi ro; và thực hiện chế độ báo cáo theo quy định. Chỉ số cho biết Chương trình đã đi vào tổ chức hay mới dừng ở văn bản, đồng thời giúp phân nhóm cơ sở để xác định mức hỗ trợ kỹ thuật phù hợp, tránh áp cùng một yêu cầu cho các loại hình cơ sở có chức năng và điều kiện khác nhau.
Mục tiêu phải đạt	Đến năm 2030: đạt tối thiểu 85% đối với bệnh viện và tối thiểu 60% đối với phòng khám, cơ sở quy mô nhỏ. Đến năm 2035: tăng tối thiểu 15% so với kết quả năm 2030 ở từng nhóm (tương ứng bệnh viện đạt tối thiểu 98%, phòng khám đạt tối thiểu 69%).
Cách tính	Tử số: Số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đạt đủ toàn bộ thành tố bắt buộc của hệ thống quản lý chất lượng và an toàn người bệnh theo bảng kiểm do Bộ Y tế ban hành. Mẫu số: Tổng số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đang hoạt động thuộc phạm vi áp dụng, phân tách theo loại hình (bệnh viện; phòng khám và cơ sở quy mô nhỏ). Công thức: (Tử số / Mẫu số) × 100, tính riêng cho từng nhóm loại hình. Đơn vị tính: %.
Nguồn số liệu	Báo cáo tự đánh giá chất lượng hằng năm của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; cơ sở dữ liệu quản lý cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và giấy phép hoạt động của Bộ Y tế, Sở Y tế; kết quả kiểm tra, giám sát của cơ quan quản lý.
Cách thu thập	Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tự đánh giá theo bảng kiểm thống nhất, kèm minh chứng (quyết định phân công đầu mối, chứng chỉ đào tạo, kế hoạch chất lượng, sổ đăng ký rủi ro, biên bản họp) và nộp qua nền tảng dữ liệu chất lượng. Sở Y tế, y tế các Bộ, ngành tổng hợp và xác minh theo nguy cơ tối thiểu 10% số cơ sở mỗi năm bằng kiểm tra tại chỗ hoặc rà soát hồ sơ.
Tần suất thu thập	Hằng năm tại cơ sở; xác minh theo mẫu hằng năm tại cấp quản lý.
Tần suất báo cáo	Hằng năm; báo cáo đánh giá giữa kỳ năm 2030 và tổng kết năm 2035.
Hành động khắc phục và cải tiến	Sở Y tế, y tế các Bộ, ngành lập danh sách cơ sở chưa đạt, phân nhóm theo thành tố còn thiếu và mức độ khó khăn; ưu tiên hỗ trợ kỹ thuật tại chỗ, cử chuyên gia hoặc ghép cặp với bệnh viện hạt nhân thay vì chỉ nhắc nhở bằng văn bản; đối với thành tố thiếu do nguồn lực, kiến nghị bố trí kinh phí và nhân lực trong kế hoạch năm kế tiếp; đối với thành tố thiếu do nhận thức của người đứng đầu, tổ chức đối thoại và gắn với đánh giá người quản lý. Rà soát lại bảng kiểm nếu trên 30% cơ sở không đạt cùng một thành tố, vì đó là dấu hiệu yêu cầu chưa khả thi với loại hình cơ sở đó.

Chỉ số CS 1.3. Tỷ lệ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có người đứng đầu định kỳ xem xét dữ liệu chất lượng, an toàn người bệnh và ban hành hành động cải tiến

Mã số	CS 1.3
Tên chỉ số	Tỷ lệ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có người đứng đầu định kỳ xem xét dữ liệu chất lượng, an toàn người bệnh và ban hành hành động cải tiến
Ý nghĩa	Đo lường mức độ gắn kết quả chất lượng với trách nhiệm của người đứng đầu - yếu tố quyết định nhất đối với tính bền vững của mọi chương trình cải tiến. Chỉ số không đo việc "có họp" mà đo chuỗi hoàn chỉnh: lãnh đạo xem xét dữ liệu chất lượng, nguy cơ an toàn, sự cố nghiêm trọng và phản hồi của người bệnh; ra quyết định bằng văn bản; và theo dõi kết quả thực hiện quyết định đó. Đây là chỉ số phân biệt rõ nhất giữa cơ sở có văn hóa quản lý dựa trên dữ liệu với cơ sở làm chất lượng mang tính hình thức, đối phó kỳ kiểm tra.
Mục tiêu phải đạt	Đến năm 2030: đạt tối thiểu 70%. Đến năm 2035: tăng tối thiểu 25% so với kết quả năm 2030 (tương ứng đạt tối thiểu 88%).
Cách tính	Tử số: Số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong năm báo cáo có tối thiểu 02 phiên xem xét của lãnh đạo về chất lượng và an toàn người bệnh, có biên bản hoặc nghị quyết ghi rõ dữ liệu được xem xét, kết luận, hành động cải tiến, người chịu trách nhiệm, thời hạn; và có bằng chứng theo dõi kết quả thực hiện tối thiểu 70% số hành động đã giao. Mẫu số: Tổng số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đang hoạt động thuộc phạm vi áp dụng. Công thức: (Tử số / Mẫu số) × 100. Đơn vị tính: %.
Nguồn số liệu	Biên bản, nghị quyết phiên họp lãnh đạo hoặc hội đồng quản lý chất lượng của cơ sở; sổ theo dõi hành động cải tiến; báo cáo tự đánh giá chất lượng hằng năm.
Cách thu thập	Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khai báo trong báo cáo tự đánh giá, kèm số hiệu và ngày của biên bản, nghị quyết. Cơ quan quản lý xác minh bằng cách chọn ngẫu nhiên hồ sơ tại các đợt kiểm tra, đánh giá; đối chiếu nội dung biên bản với số liệu chất lượng cùng kỳ để loại trừ trường hợp hợp thức hóa hồ sơ.
Tần suất thu thập	Hằng quý tại cơ sở; tổng hợp hằng năm tại cấp quản lý.
Tần suất báo cáo	Hằng năm; báo cáo đánh giá giữa kỳ năm 2030 và tổng kết năm 2035.
Hành động khắc	Đối với cơ sở không đạt: yêu cầu đưa nội dung xem xét dữ liệu chất

phục và cải tiến	lượng vào lịch giao ban định kỳ và quy chế hoạt động của cơ sở; cung cấp mẫu bảng điều khiển chất lượng ngắn gọn và mẫu biên bản để giảm gánh nặng hành chính; tổ chức đào tạo cho người đứng đầu về đọc và sử dụng dữ liệu chất lượng, phân tích biến động thay vì chỉ báo cáo tỷ lệ đạt. Đối với cơ sở có họp nhưng không hoàn thành hành động đã giao: phân tích nguyên nhân gốc của việc chậm thực hiện (giao việc không rõ người chịu trách nhiệm, thiếu nguồn lực, hành động không khả thi) và điều chỉnh cách giao nhiệm vụ. Đưa kết quả vào đánh giá mức độ hoàn thành nhiệm vụ của người đứng đầu.

Chỉ số CS 2.1. Tỷ lệ bệnh, kỹ thuật, dịch vụ và quy trình thuộc danh mục ưu tiên quốc gia có hướng dẫn chuyên môn được ban hành hoặc cập nhật trong vòng 05 năm

Mã số	CS 2.1
Tên chỉ số	Tỷ lệ bệnh, kỹ thuật, dịch vụ và quy trình thuộc danh mục ưu tiên quốc gia có hướng dẫn chuyên môn được ban hành hoặc cập nhật trong vòng 05 năm
Ý nghĩa	Đo lường mức độ sẵn có và tính cập nhật của nền tảng chuyên môn dựa trên bằng chứng. Một hướng dẫn quá hạn 05 năm có nguy cơ lạc hậu so với bằng chứng mới và trở thành căn cứ cho thực hành không còn tối ưu. Chỉ số này bảo đảm nguyên tắc "chuẩn hóa trước, đo lường sau": không thể yêu cầu tuân thủ hay kiểm định lâm sàng nếu chưa có chuẩn mực rõ ràng. Việc giới hạn trong danh mục ưu tiên - chọn theo gánh nặng bệnh tật, số lượng người bệnh, nguy cơ tổn hại, mức độ biến thiên thực hành và khả năng cải thiện - giúp tập trung nguồn lực thay vì dàn trải.
Mục tiêu phải đạt	Đến năm 2030: đạt tối thiểu 70%. Đến năm 2035: tăng tối thiểu 25% so với kết quả năm 2030 (tương ứng đạt tối thiểu 88%).
Cách tính	Tử số: Số bệnh, kỹ thuật, dịch vụ, quy trình thuộc danh mục ưu tiên quốc gia có hướng dẫn chẩn đoán, điều trị, quy trình kỹ thuật hoặc quy trình chăm sóc được cấp có thẩm quyền ban hành hoặc cập nhật trong vòng 05 năm tính đến thời điểm báo cáo. Mẫu số: Tổng số bệnh, kỹ thuật, dịch vụ, quy trình trong danh mục ưu tiên quốc gia đang có hiệu lực. Công thức: (Tử số / Mẫu số) × 100. Đơn vị tính: %.
Nguồn số liệu	Danh mục bệnh, kỹ thuật, dịch vụ và quy trình ưu tiên quốc gia do Bộ Y tế ban hành; thư viện hướng dẫn chuyên môn điện tử của Bộ Y tế; quyết định ban hành hướng dẫn của Bộ trưởng Bộ Y tế.
Cách thu thập	Cục Quản lý Khám, chữa bệnh duy trì cơ sở dữ liệu hướng dẫn

	chuyên môn với các trường bắt buộc: tên hướng dẫn, số quyết định, ngày ban hành, ngày cập nhật gần nhất, hạng mục ưu tiên tương ứng. Hệ thống tự động cảnh báo hướng dẫn sắp hết chu kỳ 05 năm trước 12 tháng để chủ động lập kế hoạch cập nhật.
Tần suất thu thập	Hằng quý (cập nhật cơ sở dữ liệu); rà soát toàn diện danh mục 02 năm một lần.
Tần suất báo cáo	Hằng năm; báo cáo đánh giá giữa kỳ năm 2030 và tổng kết năm 2035.
Hành động khắc phục và cải tiến	Khi tỷ lệ thấp hơn mức cần đạt: lập danh sách hướng dẫn quá hạn xếp theo mức độ ưu tiên (gánh nặng bệnh tật × nguy cơ tổn hại) và giao chỉ tiêu cập nhật cho các hội chuyên ngành, bệnh viện đầu ngành theo lĩnh vực; áp dụng phương thức chấp nhận có điều chỉnh (adaptation) hướng dẫn quốc tế có chất lượng thay vì biên soạn mới toàn bộ nhằm rút ngắn thời gian; bố trí kinh phí và chuyên gia phương pháp luận hỗ trợ nhóm biên soạn; nếu một lĩnh vực liên tục chậm cập nhật, xem xét lại việc phân công đơn vị chủ trì.

Chỉ số CS 2.2. Tỷ lệ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoàn thành ít nhất một chu trình kiểm định lâm sàng đầy đủ trong năm đối với lĩnh vực ưu tiên

Mã số	CS 2.2
Tên chỉ số	Tỷ lệ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoàn thành ít nhất một chu trình kiểm định lâm sàng đầy đủ trong năm đối với lĩnh vực ưu tiên
Ý nghĩa	Đo lường mức độ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực sự vận hành chu trình cải tiến khép kín, chứ không chỉ thu thập số liệu. Một chu trình kiểm định lâm sàng đầy đủ gồm: xác định tiêu chí và chuẩn mực; đo lần một; phân tích khoảng cách và nguyên nhân; can thiệp; đo lại; và duy trì. Chỉ số này là thước đo năng lực cải tiến nội tại của cơ sở - năng lực quyết định việc các hướng dẫn chuyên môn có được chuyển hóa thành thực hành hằng ngày hay không. Chỉ số cũng khuyến khích cơ sở chuyển từ tư duy "chấm điểm để xếp loại" sang tư duy "đo để cải tiến".
Mục tiêu phải đạt	Đến năm 2030: đạt tối thiểu 60% đối với bệnh viện. Đến năm 2035: tăng tối thiểu 30% so với kết quả năm 2030 (tương ứng đạt tối thiểu 78%), trong đó mỗi bệnh viện cấp chuyên sâu hoàn thành tối thiểu 03 chu trình mỗi năm.
Cách tính	Tử số: Số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong năm báo cáo có tối thiểu 01 báo cáo kiểm định lâm sàng hoàn thành đủ các bước: tiêu chí và chuẩn mực đã xác định; kết quả đo lần một; phân tích

	nguyên nhân; can thiệp đã triển khai; kết quả đo lại sau can thiệp. Mẫu số: Tổng số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc phạm vi áp dụng (bệnh viện). Công thức: (Tử số / Mẫu số) × 100. Đơn vị tính: %.
Nguồn số liệu	Báo cáo kiểm định lâm sàng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; hồ sơ dự án cải tiến chất lượng; báo cáo tự đánh giá chất lượng hằng năm; kết quả kiểm tra, đánh giá của cơ quan quản lý.
Cách thu thập	Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nộp báo cáo kiểm định lâm sàng theo mẫu thống nhất (tối đa 02 trang, gồm tiêu chí, cỡ mẫu, kết quả trước - sau, can thiệp, kết luận) qua nền tảng dữ liệu chất lượng. Sở Y tế, y tế các Bộ, ngành thẩm định tính đầy đủ; chỉ tính là đạt khi có số liệu đo lại sau can thiệp. Không tính các báo cáo chỉ mô tả hiện trạng.
Tần suất thu thập	Hằng năm tại cơ sở; theo dõi tiến độ mỗi 06 tháng.
Tần suất báo cáo	Hằng năm; báo cáo đánh giá giữa kỳ năm 2030 và tổng kết năm 2035.
Hành động khắc phục và cải tiến	Đối với cơ sở chưa hoàn thành chu trình: xác định điểm dừng (thường là bước đo lại sau can thiệp) và hỗ trợ kỹ thuật đúng khâu đó; tổ chức đào tạo về phương pháp cải tiến, thiết kế cỡ mẫu và biểu đồ theo dõi biến động; ghép cặp với bệnh viện hạt nhân đã có kinh nghiệm. Đối với cơ sở nộp báo cáo hình thức: phản hồi bằng nhận xét kỹ thuật cụ thể thay vì chỉ xếp loại không đạt. Cấp quản lý tổng hợp các chủ đề kiểm định trùng lặp giữa nhiều cơ sở để tổ chức kiểm định liên cơ sở, chia sẻ chi phí và tăng khả năng so sánh.

Chỉ số CS 2.3. Tỷ lệ tuân thủ hướng dẫn chuyên môn tại các lĩnh vực ưu tiên được kiểm định lâm sàng

Mã số	CS 2.3
Tên chỉ số	Tỷ lệ tuân thủ hướng dẫn chuyên môn tại các lĩnh vực ưu tiên được kiểm định lâm sàng
Ý nghĩa	Đo lường trực tiếp mức độ thực hành lâm sàng phù hợp với chuẩn mực dựa trên bằng chứng - mắt xích giữa việc ban hành hướng dẫn (CS 2.1) và kết quả điều trị (CS 2.4). Chỉ số cho biết khoảng cách giữa "điều đáng lẽ phải làm" và "điều thực tế đã làm", đồng thời bộc lộ mức độ biến thiên thực hành giữa các cơ sở và giữa các khoa trong cùng một cơ sở - nguồn gốc phổ biến của tổn hại có thể phòng tránh. Chỉ số được tính tổng hợp từ các tiêu chí tuân thủ then chốt của từng lĩnh vực ưu tiên, giúp so sánh theo thời gian mà

	không phụ thuộc vào một bệnh cảnh đơn lẻ.
Mục tiêu phải đạt	Đến năm 2030: đạt tối thiểu 80% (tính chung cho các lĩnh vực ưu tiên đã triển khai kiểm định). Đến năm 2035: tăng tối thiểu 10% so với kết quả năm 2030 (tương ứng đạt tối thiểu 88%) và không lĩnh vực ưu tiên nào có tỷ lệ tuân thủ dưới 75%.
Cách tính	Tử số: Số lượt chăm sóc, điều trị được rà soát đáp ứng đầy đủ các tiêu chí tuân thủ then chốt của hướng dẫn chuyên môn tương ứng. Mẫu số: Tổng số lượt chăm sóc, điều trị được rà soát trong mẫu kiểm định lâm sàng của các lĩnh vực ưu tiên, đã loại trừ các trường hợp có chống chỉ định hoặc lý do chuyên môn được ghi nhận trong hồ sơ. Công thức: (Tử số / Mẫu số) × 100; báo cáo cả giá trị tổng hợp và giá trị theo từng lĩnh vực ưu tiên. Đơn vị tính: %.
Nguồn số liệu	Hồ sơ bệnh án (ưu tiên bệnh án điện tử); báo cáo kiểm định lâm sàng của cơ sở; bộ dữ liệu tối thiểu theo từng lĩnh vực ưu tiên do Bộ Y tế ban hành.
Cách thu thập	Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh rà soát bệnh án theo cỡ mẫu tối thiểu do Bộ Y tế quy định cho từng lĩnh vực (thông thường 30 - 50 hồ sơ hoặc toàn bộ nếu số lượng ít hơn), chọn mẫu ngẫu nhiên hoặc liên tiếp theo thời gian để tránh sai lệch lựa chọn. Khi bệnh án điện tử đã triển khai, ưu tiên trích xuất tự động các trường dữ liệu tối thiểu, chỉ rà soát thủ công các trường không cấu trúc. Người rà soát phải được tập huấn thống nhất; định kỳ kiểm tra độ đồng thuận giữa người rà soát.
Tần suất thu thập	Hằng quý hoặc 06 tháng tại cơ sở, theo chu trình kiểm định của từng lĩnh vực.
Tần suất báo cáo	06 tháng và hằng năm; báo cáo đánh giá giữa kỳ năm 2030 và tổng kết năm 2035.
Hành động khắc phục và cải tiến	Khi tỷ lệ tuân thủ thấp: phân tích nguyên nhân gốc theo hệ thống thay vì quy trách nhiệm cá nhân - hướng dẫn khó tiếp cận tại điểm chăm sóc, quy trình nhiều bước thủ công, thiếu vật tư hoặc thuốc, nhân lực quá tải, hướng dẫn không phù hợp thực tế. Ưu tiên các giải pháp thiết kế lại quy trình: bảng kiểm tích hợp vào bệnh án điện tử, bộ chỉ định mẫu, nhắc nhở tự động, chuẩn hóa bàn giao. Chỉ dùng đào tạo đơn thuần khi nguyên nhân thực sự là thiếu kiến thức. Nếu nhiều cơ sở cùng không tuân thủ một tiêu chí, xem xét lại tính khả thi của tiêu chí đó trước khi yêu cầu cơ sở khắc phục.

Chỉ số CS 2.4. Tỷ lệ người bệnh tái nhập viện không kế hoạch trong vòng 30 ngày sau ra viện đối với nhóm bệnh, kỹ thuật ưu tiên (có điều chỉnh nguy cơ)

Mã số	CS 2.4
Tên chỉ số	Tỷ lệ người bệnh tái nhập viện không kế hoạch trong vòng 30 ngày sau ra viện đối với nhóm bệnh, kỹ thuật ưu tiên (có điều chỉnh nguy cơ)
Ý nghĩa	Là chỉ số kết quả điều trị tổng hợp, phản ánh đồng thời chất lượng điều trị nội trú, mức độ sẵn sàng ra viện, chất lượng bàn giao và theo dõi sau ra viện, cũng như sự liên tục trong chăm sóc giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Tái nhập viện không kế hoạch là một trong số ít kết quả có thể đo lường được trên phạm vi toàn quốc từ dữ liệu sẵn có mà không phát sinh báo cáo thủ công. Chỉ số này được sử dụng để theo dõi xu hướng và xác định biến thiên bất thường phục vụ cải tiến; không sử dụng để xếp hạng, xử phạt hoặc thanh toán khi chưa bảo đảm độ tin cậy và chưa được điều chỉnh nguy cơ đầy đủ.
Mục tiêu phải đạt	Đến năm 2030: hoàn thành xác lập số liệu nền quốc gia (chậm nhất năm 2028) và giảm tối thiểu 10% so với số liệu nền. Đến năm 2035: giảm thêm tối thiểu 15% so với kết quả năm 2030.
Cách tính	Tử số: Số lượt ra viện thuộc nhóm bệnh, kỹ thuật ưu tiên có ít nhất một lần nhập viện nội trú không kế hoạch tại bất kỳ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nào trong vòng 30 ngày kể từ ngày ra viện. Mẫu số: Tổng số lượt ra viện nội trú thuộc nhóm bệnh, kỹ thuật ưu tiên trong kỳ; loại trừ trường hợp tử vong trong đợt điều trị, chuyển viện, nhập viện theo kế hoạch (hóa trị, xạ trị, phẫu thuật thì hai, lọc máu chu kỳ) và người bệnh xin về theo nguyện vọng. Công thức: (Tử số / Mẫu số) × 100, có điều chỉnh nguy cơ theo tuổi, giới, bệnh chính, bệnh kèm theo và mức độ nặng. Đơn vị tính: %.
Nguồn số liệu	Dữ liệu khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế (Hệ thống thông tin giám định bảo hiểm y tế); bệnh án điện tử; hệ thống quản lý bệnh viện.
Cách thu thập	Trích xuất tự động từ dữ liệu sẵn có, ghép nối các lượt điều trị theo mã định danh cá nhân hoặc mã thẻ bảo hiểm y tế để phát hiện cả các trường hợp tái nhập viện tại cơ sở khác. Không yêu cầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh báo cáo thủ công. Cục Quản lý Khám, chữa bệnh phối hợp với cơ quan bảo hiểm xã hội xây dựng và công bố công khai thuật toán tính, tiêu chí loại trừ và mô hình điều chỉnh nguy cơ; kiểm tra chất lượng dữ liệu trước khi phân tích.

Tần suất thu thập	Hằng quý (trích xuất tự động).
Tần suất báo cáo	Hằng năm; báo cáo đánh giá giữa kỳ năm 2030 và tổng kết năm 2035.
Hành động khắc phục và cải tiến	Khi tỷ lệ tăng hoặc cao bất thường so với nhóm cơ sở tương đồng: cơ sở tổ chức rà soát bệnh án của các trường hợp tái nhập viện để phân loại nguyên nhân (chưa ổn định khi ra viện; biến chứng; hướng dẫn ra viện không đầy đủ hoặc khó hiểu; không có hẹn tái khám hoặc không liên hệ được; thiếu phối hợp với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; yếu tố xã hội). Can thiệp theo nguyên nhân chiếm ưu thế: chuẩn hóa tiêu chí ra viện, chuẩn hóa bàn giao và tài liệu hướng dẫn cho người bệnh, gọi điện theo dõi trong 48 - 72 giờ đối với nhóm nguy cơ cao, kết nối với y tế cơ sở. Cấp quản lý phân tích biến thiên giữa các cơ sở, ưu tiên hỗ trợ nơi có mức chênh lệch lớn nhất và xác minh chất lượng dữ liệu trước khi kết luận.

Chỉ số CS 3.1. Tỷ lệ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có hệ thống báo cáo, phân tích, phản hồi và học tập từ sự cố y khoa vận hành hiệu quả, kết nối với hệ thống quốc gia

Mã số	CS 3.1
Tên chỉ số	Tỷ lệ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có hệ thống báo cáo, phân tích, phản hồi và học tập từ sự cố y khoa vận hành hiệu quả và kết nối với hệ thống quốc gia
Ý nghĩa	Đo lường sự tồn tại thực chất của hệ thống báo cáo và học tập - nền tảng của mọi chương trình an toàn người bệnh và là một trong các chỉ số cốt lõi toàn cầu của Tổ chức Y tế Thế giới. Chỉ số cố ý không đo số lượng báo cáo thô, vì số lượng báo cáo cao có thể phản ánh văn hóa cởi mở chứ không phải mức độ mất an toàn, và việc dùng số lượng để xếp hạng sẽ trực tiếp triệt tiêu động lực báo cáo. Thay vào đó, chỉ số đo bốn thành tố bắt buộc: kênh báo cáo dễ sử dụng và bảo mật; có phân tích; có phản hồi tới người báo cáo và tới khoa, phòng liên quan; có bằng chứng học tập và thay đổi quy trình.
Mục tiêu phải đạt	Đến năm 2030: đạt tối thiểu 70%. Đến năm 2035: tăng tối thiểu 25% so với kết quả năm 2030 (tương ứng đạt tối thiểu 88%), trong đó 100% bệnh viện cấp chuyên sâu và cấp cơ bản đạt yêu cầu.
Cách tính	Tử số: Số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đáp ứng đồng thời bốn điều kiện trong năm báo cáo: (i) có kênh tiếp nhận báo cáo sự cố y khoa hoạt động, bảo mật danh tính người báo cáo; (ii) 100% sự cố nghiêm trọng và tối thiểu 80% sự cố còn lại được phân tích, phân loại theo quy định; (iii) có phản hồi bằng văn bản hoặc qua hệ thống tới người báo cáo và khoa, phòng liên quan; (iv) có tối thiểu

	02 thay đổi quy trình hoặc khuyến cáo nội bộ trong năm xuất phát từ phân tích sự cố. Mẫu số: Tổng số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc phạm vi áp dụng. Công thức: (Tử số / Mẫu số) × 100. Đơn vị tính: %.
Nguồn số liệu	Hệ thống báo cáo sự cố y khoa quốc gia; phần mềm hoặc sổ báo cáo sự cố của cơ sở; biên bản phân tích sự cố; văn bản phản hồi và khuyến cáo nội bộ; báo cáo tự đánh giá chất lượng.
Cách thu thập	Ưu tiên trích xuất tự động từ hệ thống báo cáo sự cố y khoa quốc gia khi cơ sở đã kết nối; cơ sở chưa kết nối thực hiện khai báo theo bảng kiểm kèm minh chứng. Cơ quan quản lý xác minh theo nguy cơ, đối chiếu số liệu báo cáo với hồ sơ bệnh án và ghi nhận của khoa, phòng tại các đợt kiểm tra. Nghiêm cấm sử dụng số lượng báo cáo thô để xếp hạng hoặc đánh giá mức độ an toàn của cơ sở, khoa, phòng.
Tần suất thu thập	Liên tục (ghi nhận sự cố); tổng hợp hằng quý tại cơ sở.
Tần suất báo cáo	06 tháng và hằng năm; báo cáo đánh giá giữa kỳ năm 2030 và tổng kết năm 2035.
Hành động khắc phục và cải tiến	Đối với cơ sở có rất ít hoặc không có báo cáo sự cố: không kết luận là an toàn mà coi đây là dấu hiệu hệ thống báo cáo chưa hoạt động; kiểm tra rào cản báo cáo (sợ bị quy trách nhiệm, quy trình báo cáo phức tạp, không nhận được phản hồi, thiếu bảo mật) và can thiệp đúng rào cản đó. Đối với cơ sở báo cáo nhưng không phân tích, không phản hồi: thiết lập cam kết thời hạn phản hồi, phân công đầu mối và công bố định kỳ "bài học từ sự cố" trong nội bộ. Cấp quản lý tổng hợp bài học hệ thống, phát hành khuyến cáo và theo dõi việc tiếp nhận, thực hiện khuyến cáo tại cơ sở.

Chỉ số CS 3.2. Tỷ lệ sự cố y khoa nghiêm trọng được phân tích nguyên nhân hệ thống và hoàn thành hành động khắc phục có kiểm tra hiệu lực trong thời hạn quy định

Mã số	CS 3.2
Tên chỉ số	Tỷ lệ sự cố y khoa nghiêm trọng được phân tích nguyên nhân hệ thống và hoàn thành hành động khắc phục có kiểm tra hiệu lực trong thời hạn quy định
Ý nghĩa	Đo lường chất lượng xử lý sự cố nghiêm trọng - phần việc quyết định liệu một sự cố có trở thành bài học hệ thống hay chỉ dừng ở việc xử lý cá nhân. Điểm then chốt của chỉ số là yêu cầu "kiểm tra hiệu lực": nhiều cơ sở dừng lại ở việc ban hành văn bản chấn chỉnh

	hoặc tổ chức tập huấn mà không kiểm chứng biện pháp có thực sự ngăn được tái diễn hay không, dẫn tới cùng một loại sự cố lặp lại nhiều lần. Qua đó, chỉ số phản ánh mức độ trưởng thành của hệ thống quản lý rủi ro và khả năng học tập của tổ chức.
Mục tiêu phải đạt	Đến năm 2030: đạt tối thiểu 80%. Đến năm 2035: tăng tối thiểu 15% so với kết quả năm 2030 (tương ứng đạt tối thiểu 92%) và giảm tối thiểu 30% số sự cố nghiêm trọng tái diễn cùng loại tại cùng một cơ sở.
Cách tính	Tử số: Số sự cố y khoa nghiêm trọng thuộc danh mục phải báo cáo được: (i) phân tích nguyên nhân hệ thống bằng phương pháp thống nhất, do nhóm liên ngành thực hiện; (ii) ban hành kế hoạch hành động khắc phục có người chịu trách nhiệm và thời hạn; (iii) hoàn thành toàn bộ hành động khắc phục; và (iv) có bằng chứng kiểm tra hiệu lực sau khi hoàn thành, trong thời hạn quy định. Mẫu số: Tổng số sự cố y khoa nghiêm trọng thuộc danh mục phải báo cáo được ghi nhận trong kỳ. Công thức: (Tử số / Mẫu số) × 100. Đơn vị tính: %.
Nguồn số liệu	Hệ thống báo cáo sự cố y khoa quốc gia; biên bản phân tích nguyên nhân hệ thống; kế hoạch và báo cáo kết quả thực hiện hành động khắc phục; hồ sơ kiểm tra hiệu lực của cơ sở.
Cách thu thập	Cơ sở cập nhật trạng thái xử lý từng sự cố nghiêm trọng trên hệ thống theo các mốc: tiếp nhận, phân tích, ban hành hành động, hoàn thành, kiểm tra hiệu lực. Cơ quan quản lý tổng hợp tự động theo trạng thái; xác minh hồ sơ đối với toàn bộ sự cố nghiêm trọng gây tử vong hoặc tổn hại nặng theo mẫu đối với các trường hợp còn lại.
Tần suất thu thập	Liên tục theo từng sự cố; tổng hợp hằng quý.
Tần suất báo cáo	06 tháng và hằng năm; báo cáo đột xuất đối với sự cố đặc biệt nghiêm trọng theo quy định.
Hành động khắc phục và cải tiến	Khi tỷ lệ thấp: xác định điểm nghẽn theo mốc trạng thái - nếu nghẽn ở khâu phân tích, tổ chức đào tạo và cử chuyên gia hỗ trợ phân tích nguyên nhân hệ thống, thành lập nhóm hỗ trợ liên cơ sở cho các đơn vị chưa đủ năng lực; nếu nghẽn ở khâu hoàn thành hành động, rà soát tính khả thi và nguồn lực của hành động đã giao, loại bỏ các hành động chỉ mang tính nhắc nhở; nếu nghẽn ở khâu kiểm tra hiệu lực, ban hành hướng dẫn và mẫu kiểm tra hiệu lực đơn giản. Ưu tiên các biện pháp khắc phục có hiệu lực cao (loại bỏ nguy cơ, thiết kế lại quy trình, cưỡng chế kỹ thuật) thay vì các biện pháp hiệu lực thấp (nhắc nhở, tập huấn đơn thuần). Với sự cố cùng loại tái diễn, bắt buộc phân tích lại và báo cáo cấp quản lý.

Chỉ số CS 3.3. Tỷ lệ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh triển khai hệ thống quản lý rủi ro

Mã số	CS 3.3
Tên chỉ số	Tỷ lệ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh triển khai hệ thống quản lý rủi ro
Ý nghĩa	Đo lường mức độ bao phủ của các can thiệp an toàn đã có bằng chứng hiệu quả rõ ràng, gồm: an toàn thuốc, đặc biệt thuốc nguy cơ cao; an toàn phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức; phòng ngừa và giám sát nhiễm khuẩn liên quan đến chăm sóc y tế; an toàn chẩn đoán; nhận diện đúng người bệnh; giao tiếp, bàn giao và chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh an toàn; phòng ngừa té ngã và loét tỳ đè. Đây là chỉ số "đòn bẩy" của Mục tiêu 3: các gói an toàn này tác động trực tiếp tới tổn hại có thể phòng tránh, trong khi vẫn đo lường được ở mọi loại hình cơ sở, kể cả nơi chưa đủ năng lực đo lường kết quả tổn hại. Yêu cầu triển khai được phân tầng theo loại hình và cấp chuyên môn kỹ thuật của cơ sở.
Mục tiêu phải đạt	Đến năm 2030: đạt tối thiểu 60%. Đến năm 2035: tăng tối thiểu 35% so với kết quả năm 2030 (tương ứng đạt tối thiểu 81%).
Cách tính	Tử số: Số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đạt tối thiểu 80% số tiêu chí triển khai của gói an toàn người bệnh ưu tiên quốc gia áp dụng cho loại hình và cấp chuyên môn kỹ thuật của cơ sở đó, theo bảng kiểm do Bộ Y tế ban hành. Mẫu số: Tổng số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc phạm vi áp dụng của gói an toàn tương ứng. Công thức: (Tử số / Mẫu số) × 100; báo cáo kèm kết quả theo từng cấu phần của gói an toàn. Đơn vị tính: %.
Nguồn số liệu	Bảng kiểm triển khai gói an toàn người bệnh ưu tiên quốc gia; báo cáo tự đánh giá chất lượng; dữ liệu giám sát nhiễm khuẩn liên quan đến chăm sóc y tế; dữ liệu giám sát an toàn thuốc và cảnh giác dược; biên bản kiểm tra, giám sát của cơ quan quản lý.
Cách thu thập	Cơ sở tự đánh giá theo bảng kiểm và nộp kèm minh chứng qua nền tảng dữ liệu chất lượng; các cấu phần đã có hệ thống giám sát riêng (kiểm soát nhiễm khuẩn, cảnh giác dược) được liên thông dữ liệu để tránh thu thập trùng lặp. Sở Y tế, y tế các Bộ, ngành xác minh tại chỗ theo nguy cơ tối thiểu 15% số cơ sở mỗi năm, ưu tiên cơ sở tự đánh giá đạt cao nhưng có sự cố nghiêm trọng hoặc dữ liệu bất thường.
Tần suất thu thập	06 tháng tại cơ sở; xác minh hằng năm tại cấp quản lý.
Tần suất báo cáo	Hằng năm; báo cáo đánh giá giữa kỳ năm 2030 và tổng kết năm 2035.

Hành động khắc phục và cải tiến	Phân tích kết quả theo từng cấu phần để xác định điểm yếu chung của hệ thống thay vì chỉ nhìn tỷ lệ tổng hợp; ưu tiên nguồn lực cho cấu phần có tỷ lệ đạt thấp nhất trên toàn quốc. Đối với cơ sở chưa đạt: hỗ trợ triển khai theo lộ trình từng gói, bắt đầu từ gói có nguy cơ cao nhất tại cơ sở đó thay vì yêu cầu triển khai đồng thời; cung cấp công cụ chuẩn (bảng kiểm an toàn phẫu thuật, danh mục thuốc nguy cơ cao, quy trình bàn giao chuẩn) để cơ sở không phải tự xây dựng. Kết hợp đo tuân thủ thực tế bằng quan sát trực tiếp, không chỉ dựa trên hồ sơ, vì khoảng cách giữa hồ sơ và thực hành là rủi ro thường gặp nhất của nhóm chỉ số này.

Chỉ số CS 3.4. Tỷ lệ phản hồi tích cực về văn hóa an toàn người bệnh của nhân viên y tế

Mã số	CS 3.4
Tên chỉ số	Tỷ lệ phản hồi tích cực về văn hóa an toàn người bệnh của nhân viên y tế
Ý nghĩa	Đo lường môi trường tâm lý - tổ chức quyết định việc nhân viên y tế có dám nói ra nguy cơ, có báo cáo sự cố trung thực và có học tập từ sai sót hay không. Văn hóa an toàn là yếu tố nền: nếu nhân viên sợ bị quy trách nhiệm, mọi hệ thống báo cáo, phân tích và cải tiến đều mất nguồn dữ liệu đầu vào. Chỉ số được đo bằng khảo sát ẩn danh với bộ công cụ chuẩn hóa, tập trung vào các khía cạnh cốt lõi: phản ứng không trừng phạt đối với sai sót, hỗ trợ của lãnh đạo, làm việc nhóm, cởi mở trong giao tiếp, bàn giao và chuyển giao người bệnh. Kết quả được dùng để cải tiến nội bộ, không dùng để so sánh xếp hạng giữa các cơ sở.
Mục tiêu phải đạt	Đến năm 2030: đạt tối thiểu 65% (tỷ lệ phản hồi tích cực trung bình các khía cạnh); tối thiểu 70% cơ sở thực hiện khảo sát định kỳ. Đến năm 2035: tăng tối thiểu 15% so với kết quả năm 2030 (tương ứng đạt tối thiểu 75%) và 100% bệnh viện thực hiện khảo sát tối thiểu 02 năm một lần.
Cách tính	Tử số: Tổng số lượt trả lời ở mức tích cực (đồng ý hoặc rất đồng ý với nhận định tích cực; không đồng ý hoặc rất không đồng ý với nhận định tiêu cực đã đảo chiều) đối với các câu hỏi thuộc khía cạnh cốt lõi của bộ công cụ. Mẫu số: Tổng số lượt trả lời hợp lệ cho các câu hỏi đó (không tính câu bỏ trống hoặc "không áp dụng"). Công thức: (Tử số / Mẫu số) × 100; báo cáo giá trị tổng hợp và giá trị theo từng khía cạnh, theo nhóm chức danh và theo khoa, phòng khi cỡ mẫu đủ lớn. Đơn vị tính: %.

Nguồn số liệu	Kết quả khảo sát văn hóa an toàn người bệnh thực hiện theo bộ công cụ chuẩn hóa do Bộ Y tế ban hành.
Cách thu thập	Khảo sát ẩn danh, thực hiện trực tuyến hoặc trên giấy, gửi tới toàn bộ nhân viên y tế hoặc mẫu đại diện có phân tầng theo khoa, phòng và chức danh; tỷ lệ trả lời tối thiểu 50% mới được coi là hợp lệ. Bảo đảm không thể truy ngược danh tính người trả lời; không phân tích ở cấp khoa, phòng khi số người trả lời dưới 10 người. Dữ liệu được nhập trực tiếp vào nền tảng dữ liệu chất lượng, không qua khâu tổng hợp trung gian tại khoa, phòng.
Tần suất thu thập	02 năm một lần tại cơ sở (khuyến khích hằng năm đối với bệnh viện cấp chuyên sâu).
Tần suất báo cáo	Theo chu kỳ khảo sát; tổng hợp toàn quốc 02 năm một lần và tại các mốc đánh giá giữa kỳ, tổng kết.
Hành động khắc phục và cải tiến	Sau mỗi kỳ khảo sát, cơ sở phải công bố kết quả trong nội bộ và xây dựng kế hoạch cải thiện cho tối thiểu 02 khía cạnh có điểm thấp nhất, có người chịu trách nhiệm và thời hạn - việc khảo sát mà không phản hồi kết quả sẽ làm giảm tỷ lệ và độ tin cậy của các kỳ sau. Khi khía cạnh "phản ứng không trừng phạt đối với sai sót" thấp: rà soát quy chế xử lý sai sót theo nguyên tắc văn hóa công bằng, phân biệt lỗi hệ thống, sai sót không cố ý, hành vi rủi ro và hành vi cố ý vi phạm; công khai cam kết bảo vệ người báo cáo. Khi khía cạnh "bàn giao và chuyển giao" thấp: chuẩn hóa công cụ bàn giao và tổ chức đào tạo mô phỏng. Cấp quản lý sử dụng kết quả để hỗ trợ, không để xếp loại hoặc xử phạt.

Chỉ số CS 4.1. Tỷ lệ người bệnh, thân nhân đánh giá trải nghiệm khám bệnh, chữa bệnh ở mức tốt trở lên theo công cụ chuẩn hóa quốc gia

Mã số	CS 4.1
Tên chỉ số	Tỷ lệ người bệnh, thân nhân đánh giá trải nghiệm khám bệnh, chữa bệnh ở mức tốt trở lên theo công cụ chuẩn hóa quốc gia
Ý nghĩa	Đo lường chất lượng dịch vụ từ góc nhìn của người sử dụng - khía cạnh mà dữ liệu chuyên môn không phản ánh được. Khác với khảo sát hài lòng chung chung, công cụ trải nghiệm tập trung vào những việc cụ thể đã hoặc chưa xảy ra: người bệnh có được giải thích dễ hiểu về chẩn đoán và thuốc không; có được hỏi ý kiến trước khi quyết định không; có được thông báo dấu hiệu cảnh báo khi ra viện không; có được tôn trọng riêng tư không. Nhờ đó, kết quả chỉ ra hành động cải tiến cụ thể thay vì chỉ một điểm số. Chỉ số cũng gián tiếp phản ánh an toàn: người bệnh được thông tin đầy đủ là hàng

	rào phòng vệ cuối cùng trước nhiều sai sót.
Mục tiêu phải đạt	Đến năm 2030: đạt tối thiểu 80%; tối thiểu 80% cơ sở áp dụng công cụ chuẩn hóa quốc gia. Đến năm 2035: tăng tối thiểu 10% so với kết quả năm 2030 (tương ứng đạt tối thiểu 88%) và 100% bệnh viện áp dụng công cụ chuẩn hóa.
Cách tính	Tử số: Số phiếu khảo sát hợp lệ có điểm trải nghiệm tổng hợp đạt mức tốt trở lên theo ngưỡng quy định của công cụ chuẩn hóa quốc gia. Mẫu số: Tổng số phiếu khảo sát trải nghiệm hợp lệ thu được trong kỳ. Công thức: (Tử số / Mẫu số) × 100; báo cáo kèm kết quả theo từng nhóm câu hỏi (thông tin và giải thích; tôn trọng và riêng tư; tham gia quyết định; hướng dẫn ra viện; tiếp cận dịch vụ) và theo nhóm nội trú, ngoại trú. Đơn vị tính: %.
Nguồn số liệu	Kết quả khảo sát trải nghiệm người bệnh theo bộ công cụ chuẩn hóa do Bộ Y tế ban hành; hệ thống khảo sát điện tử của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
Cách thu thập	Khảo sát người bệnh nội trú tại thời điểm ra viện hoặc sau ra viện 07 - 30 ngày và người bệnh ngoại trú sau khi kết thúc lượt khám, bằng phiếu giấy, thiết bị tại chỗ hoặc tin nhắn, ứng dụng. Chọn mẫu ngẫu nhiên theo khoa, phòng với cỡ mẫu tối thiểu do Bộ Y tế quy định. Việc thu thập phải do bộ phận độc lập với khoa, phòng cung cấp dịch vụ thực hiện, không do nhân viên trực tiếp điều trị phát và thu phiếu, nhằm hạn chế sai lệch. Bảo đảm ẩn danh và không ảnh hưởng tới quyền lợi của người bệnh.
Tần suất thu thập	Liên tục hoặc hằng quý tại cơ sở.
Tần suất báo cáo	06 tháng và hằng năm; báo cáo đánh giá giữa kỳ năm 2030 và tổng kết năm 2035.
Hành động khắc phục và cải tiến	Phân tích theo nhóm câu hỏi và theo khoa, phòng để xác định vấn đề cụ thể thay vì kết luận chung về "thái độ phục vụ". Với nhóm "thông tin và giải thích" thấp: áp dụng phương pháp xác nhận người bệnh đã hiểu đối với thông tin quan trọng, chuẩn hóa tài liệu hướng dẫn bằng ngôn ngữ dễ hiểu, bố trí thời gian tư vấn. Với nhóm "hướng dẫn ra viện" thấp: chuẩn hóa bản tóm tắt ra viện dành cho người bệnh gồm thuốc, dấu hiệu cảnh báo, lịch tái khám và đầu mối liên hệ. Kết quả phải được phản hồi tới khoa, phòng kèm so sánh theo thời gian và được người đứng đầu xem xét định kỳ; tránh sử dụng kết quả để xử phạt cá nhân vì sẽ dẫn tới can thiệp vào quá trình khảo sát.

Chỉ số CS 4.2. Tỷ lệ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có cơ chế để người bệnh, thân nhân tham gia hoạt động cải tiến chất lượng và an toàn người bệnh

Mã số	CS 4.2
Tên chỉ số	Tỷ lệ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có cơ chế để người bệnh, thân nhân tham gia hoạt động cải tiến chất lượng và an toàn người bệnh
Ý nghĩa	Đo lường mức độ chuyển từ "lấy ý kiến người bệnh" sang "để người bệnh cùng làm" - bước chuyển được Tổ chức Y tế Thế giới xác định là một trong các chỉ số cốt lõi toàn cầu về an toàn người bệnh. Cơ chế tham gia thực chất đòi hỏi người bệnh hoặc đại diện người bệnh có mặt trong quá trình lựa chọn vấn đề ưu tiên, thiết kế quy trình và đánh giá giải pháp, chứ không chỉ trả lời phiếu khảo sát sau khi mọi việc đã xong. Chỉ số cũng bao gồm việc cơ sở tiếp nhận, xử lý và phản hồi ý kiến của người bệnh trong thời hạn quy định - thước đo trách nhiệm giải trình trực tiếp nhất với người dân.
Mục tiêu phải đạt	Đến năm 2030: đạt tối thiểu 50%. Đến năm 2035: tăng tối thiểu 50% so với kết quả năm 2030 (tương ứng đạt tối thiểu 75%), trong đó 100% bệnh viện cấp chuyên sâu có đại diện người bệnh tham gia hội đồng hoặc nhóm cải tiến chất lượng.
Cách tính	Tử số: Số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đáp ứng đồng thời: (i) có văn bản quy định cơ chế tham gia của người bệnh, thân nhân (nhóm tư vấn người bệnh, đại diện người bệnh trong hội đồng hoặc nhóm cải tiến, hoặc hình thức tham gia phù hợp khác); (ii) có bằng chứng người bệnh, thân nhân đã tham gia tối thiểu 01 hoạt động cải tiến trong năm; (iii) tỷ lệ ý kiến, kiến nghị của người bệnh được xử lý và phản hồi đúng thời hạn quy định đạt tối thiểu 90%. Mẫu số: Tổng số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc phạm vi áp dụng. Công thức: (Tử số / Mẫu số) × 100. Đơn vị tính: %.
Nguồn số liệu	Quyết định thành lập nhóm tư vấn người bệnh hoặc văn bản quy định cơ chế tham gia; biên bản họp có sự tham gia của người bệnh, thân nhân; sổ tiếp nhận và xử lý ý kiến người bệnh; báo cáo tự đánh giá chất lượng.
Cách thu thập	Cơ sở khai báo trong báo cáo tự đánh giá kèm minh chứng (số hiệu văn bản, biên bản, ảnh chụp hoạt động, thống kê thời gian xử lý ý kiến). Sở Y tế, y tế các Bộ, ngành xác minh theo mẫu và có thể phỏng vấn trực tiếp đại diện người bệnh để xác nhận mức độ tham gia thực chất, tránh hình thức.
Tần suất thu thập	Hằng năm tại cơ sở; sổ tiếp nhận ý kiến cập nhật liên tục.

Tần suất báo cáo	Hằng năm; báo cáo đánh giá giữa kỳ năm 2030 và tổng kết năm 2035.
Hành động khắc phục và cải tiến	Đối với cơ sở chưa có cơ chế: hỗ trợ thành lập nhóm tư vấn người bệnh với quy mô phù hợp, cung cấp quy chế mẫu và tài liệu hướng dẫn tuyển chọn, tập huấn cho thành viên; khuyến khích bắt đầu từ một chủ đề cụ thể, dễ thấy kết quả (thông tin hướng dẫn ra viện, biển chỉ dẫn, quy trình chờ khám) thay vì đặt mục tiêu quá rộng. Đối với cơ sở có cơ chế nhưng tham gia hình thức: rà soát xem người bệnh được mời vào giai đoạn nào của chu trình cải tiến và chuyển việc mời tham gia lên giai đoạn lựa chọn vấn đề. Đối với cơ sở chậm phản hồi ý kiến: phân tích điểm nghẽn trong quy trình xử lý, công khai thời hạn và kết quả xử lý trong phạm vi phù hợp.

Chỉ số CS 4.3. Tỷ lệ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện đánh giá định kỳ và triển khai kế hoạch cải thiện về an toàn, sức khỏe và điều kiện làm việc của nhân viên y tế

Mã số	CS 4.3
Tên chỉ số	Tỷ lệ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện đánh giá định kỳ và triển khai kế hoạch cải thiện về an toàn, sức khỏe và điều kiện làm việc của nhân viên y tế
Ý nghĩa	Đo lường mức độ bảo vệ nhân viên y tế - điều kiện cần để có chăm sóc an toàn, theo nguyên tắc "không thể có an toàn người bệnh nếu nhân viên y tế không an toàn" được Tổ chức Y tế Thế giới khẳng định trong Hiến chương an toàn nhân viên y tế. Quá tải, kiệt sức, bạo lực nơi làm việc và phơi nhiễm nghề nghiệp đều là các yếu tố làm tăng nguy cơ sai sót, đồng thời làm giảm khả năng giữ chân nhân lực. Chỉ số yêu cầu chuỗi đầy đủ: đánh giá - lập kế hoạch - triển khai - theo dõi kết quả, nhằm tránh tình trạng đo lường rồi để đó.
Mục tiêu phải đạt	Đến năm 2030: đạt tối thiểu 70%. Đến năm 2035: tăng tối thiểu 25% so với kết quả năm 2030 (tương ứng đạt tối thiểu 88%).
Cách tính	Tử số: Số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong kỳ báo cáo có: (i) đánh giá định kỳ về trải nghiệm, mức độ gắn kết, nguy cơ quá tải, kiệt sức, bạo lực nơi làm việc và phơi nhiễm nghề nghiệp của nhân viên y tế; (ii) kế hoạch cải thiện có người chịu trách nhiệm, thời hạn và chỉ số theo dõi; (iii) bằng chứng đã hoàn thành tối thiểu 70% số hoạt động trong kế hoạch. Mẫu số: Tổng số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc phạm vi áp dụng. Công thức: (Tử số / Mẫu số) × 100. Đơn vị tính: %.

Nguồn số liệu	Kết quả khảo sát nhân viên y tế theo bộ công cụ chuẩn hóa; sổ theo dõi sự cố bạo lực nơi làm việc và phơi nhiễm nghề nghiệp; kế hoạch và báo cáo kết quả cải thiện điều kiện làm việc; báo cáo tự đánh giá chất lượng.
Cách thu thập	Khảo sát ẩn danh toàn bộ nhân viên y tế hoặc mẫu đại diện, có thể lồng ghép cùng kỳ khảo sát văn hóa an toàn (CS 3.4) để giảm gánh nặng; số liệu về bạo lực nơi làm việc và phơi nhiễm nghề nghiệp lấy từ hệ thống ghi nhận thường quy. Cơ sở nộp kết quả và kế hoạch cải thiện qua nền tảng dữ liệu chất lượng; cơ quan quản lý xác minh theo mẫu.
Tần suất thu thập	02 năm một lần đối với khảo sát; liên tục đối với ghi nhận sự cố bạo lực và phơi nhiễm nghề nghiệp.
Tần suất báo cáo	Hằng năm; tổng hợp kết quả khảo sát theo chu kỳ 02 năm.
Hành động khắc phục và cải tiến	Ưu tiên can thiệp theo nguyên nhân được xác định qua đánh giá: với quá tải, rà soát định mức nhân lực, phân bổ ca trực và cắt giảm thủ tục hành chính không tạo giá trị; với bạo lực nơi làm việc, triển khai biện pháp bảo vệ tại các khu vực nguy cơ cao (cấp cứu, khu vực chờ), quy trình báo động và hỗ trợ pháp lý, tâm lý cho nhân viên bị ảnh hưởng; với phơi nhiễm nghề nghiệp, bảo đảm phương tiện phòng hộ, quy trình xử trí sau phơi nhiễm và tiêm chủng theo quy định. Bảo đảm cơ chế hỗ trợ nhân viên y tế sau sự cố y khoa. Kết quả đánh giá phải được người đứng đầu xem xét và không được sử dụng để quy trách nhiệm cho khoa, phòng có tỷ lệ báo cáo cao.

Chỉ số CS 5.1. Tỷ lệ chỉ số thuộc Bộ chỉ số chất lượng và an toàn người bệnh quốc gia được thu thập tự động từ các hệ thống thông tin y tế sẵn có

Mã số	CS 5.1
Tên chỉ số	Tỷ lệ chỉ số thuộc Bộ chỉ số chất lượng và an toàn người bệnh quốc gia được thu thập tự động từ các hệ thống thông tin y tế sẵn có
Ý nghĩa	Đo lường mức độ chuyển từ báo cáo thủ công sang khai thác dữ liệu sẵn có - yếu tố quyết định tính bền vững, độ tin cậy và chi phí của toàn bộ hệ thống đo lường chất lượng. Báo cáo thủ công vừa tạo gánh nặng hành chính cho cơ sở, vừa dễ sai lệch do phải tổng hợp qua nhiều cấp trung gian. Việc trích xuất tự động từ bệnh án điện tử, dữ liệu bảo hiểm y tế và hệ thống quản lý bệnh viện giúp dữ liệu được tạo ra ngay tại điểm chăm sóc, có thể kiểm chứng ngược tới hồ sơ gốc và cập nhật gần thời gian thực. Đây cũng là điều kiện để mở rộng bộ chỉ số mà không làm tăng gánh nặng báo cáo.

Mục tiêu phải đạt	Đến năm 2030: đạt tối thiểu 50%. Đến năm 2035: tăng tối thiểu 60% so với kết quả năm 2030 (tương ứng đạt tối thiểu 80%).
Cách tính	Tử số: Số chỉ số trong Bộ chỉ số chất lượng và an toàn người bệnh quốc gia mà toàn bộ tử số và mẫu số được sinh ra tự động từ hệ thống thông tin y tế (bệnh án điện tử, dữ liệu bảo hiểm y tế, hệ thống quản lý bệnh viện, hệ thống báo cáo sự cố), không yêu cầu cơ sở nhập liệu bổ sung thủ công. Mẫu số: Tổng số chỉ số trong Bộ chỉ số chất lượng và an toàn người bệnh quốc gia đang có hiệu lực. Công thức: (Tử số / Mẫu số) × 100. Đơn vị tính: %.
Nguồn số liệu	Hồ sơ kỹ thuật của từng chỉ số trong Bộ chỉ số quốc gia; nhật ký kỹ thuật của nền tảng dữ liệu chất lượng; báo cáo tình hình triển khai bệnh án điện tử.
Cách thu thập	Cục Quản lý Khám, chữa bệnh phối hợp đơn vị quản lý nền tảng dữ liệu rà soát từng chỉ số, xác định nguồn dữ liệu thực tế và đánh dấu trạng thái: tự động hoàn toàn, tự động một phần, thủ công. Chỉ tính là tự động khi đã vận hành ổn định tối thiểu 02 kỳ báo cáo liên tiếp và vượt qua kiểm tra chất lượng dữ liệu.
Tần suất thu thập	06 tháng.
Tần suất báo cáo	Hằng năm; báo cáo đánh giá giữa kỳ năm 2030 và tổng kết năm 2035.
Hành động khắc phục và cải tiến	Khi tỷ lệ thấp: lập danh sách chỉ số còn thu thập thủ công, xếp theo mức độ sử dụng và chi phí thu thập; ưu tiên tự động hóa các chỉ số được dùng nhiều nhất. Rà soát nguyên nhân: trường dữ liệu chưa có trong bệnh án điện tử, dữ liệu không có cấu trúc, chưa liên thông giữa các hệ thống, hoặc định nghĩa chỉ số quá phức tạp để tự động hóa. Với nguyên nhân thứ nhất và thứ hai, bổ sung trường dữ liệu tối thiểu vào chuẩn dữ liệu quốc gia và yêu cầu nhà cung cấp phần mềm đáp ứng; với nguyên nhân thứ tư, đơn giản hóa định nghĩa chỉ số. Đồng thời rà soát và loại bỏ khỏi Bộ chỉ số các chỉ số không tạo giá trị nhưng gây gánh nặng báo cáo.

Chỉ số CS 5.2. Tỷ lệ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh báo cáo dữ liệu chất lượng đầy đủ, đúng hạn và đạt yêu cầu kiểm tra chất lượng dữ liệu

Mã số	CS 5.2
Tên chỉ số	Tỷ lệ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh báo cáo dữ liệu chất lượng đầy đủ, đúng hạn và đạt yêu cầu kiểm tra chất lượng dữ liệu
Ý nghĩa	Đo lường độ tin cậy của toàn bộ hệ thống đo lường - điều kiện tiên

	quyết trước khi dữ liệu được dùng để công khai, so sánh hoặc ra quyết định phân bổ nguồn lực. Chỉ số đặt ba yêu cầu đồng thời: đầy đủ (không thiếu chỉ số, không thiếu kỳ), đúng hạn (kịp thời để can thiệp còn có ý nghĩa) và đạt chất lượng (vượt qua kiểm tra logic, tính nhất quán nội tại và đối chiếu với nguồn độc lập). Việc tách riêng cấu phần chất lượng dữ liệu là cần thiết vì báo cáo đầy đủ, đúng hạn nhưng sai lệch còn nguy hiểm hơn không báo cáo: nó dẫn tới quyết định sai trên diện rộng.
Mục tiêu phải đạt	Đến năm 2030: đạt tối thiểu 85%. Đến năm 2035: tăng tối thiểu 12% so với kết quả năm 2030 (tương ứng đạt tối thiểu 95%).
Cách tính	Tử số: Số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nộp đủ các chỉ số bắt buộc của kỳ báo cáo, đúng thời hạn quy định và không có lỗi nghiêm trọng khi kiểm tra chất lượng dữ liệu (lỗi nghiêm trọng gồm: tử số lớn hơn mẫu số; giá trị ngoài khoảng cho phép; trùng lặp bản ghi; chênh lệch trên 20% so với nguồn dữ liệu đối chiếu mà không giải trình được). Mẫu số: Tổng số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có nghĩa vụ báo cáo trong kỳ. Công thức: (Tử số / Mẫu số) × 100. Đơn vị tính: %.
Nguồn số liệu	Nền tảng dữ liệu chất lượng quốc gia (nhật ký nộp báo cáo và kết quả kiểm tra tự động); kết quả xác minh dữ liệu của Sở Y tế, y tế các Bộ, ngành; dữ liệu bảo hiểm y tế và bệnh án điện tử dùng để đối chiếu.
Cách thu thập	Nền tảng dữ liệu tự động ghi nhận thời điểm nộp, mức độ đầy đủ và kết quả các quy tắc kiểm tra tự động. Sở Y tế, y tế các Bộ, ngành thực hiện xác minh dựa trên nguy cơ đối với tối thiểu 10% số cơ sở mỗi năm bằng đối chiếu báo cáo với hồ sơ bệnh án và kiểm tra tại chỗ theo mẫu; ưu tiên xác minh cơ sở có kết quả bất thường, thay đổi đột ngột hoặc luôn đạt mức tối đa.
Tần suất thu thập	Theo kỳ báo cáo của từng chỉ số (hằng quý hoặc 06 tháng).
Tần suất báo cáo	Hằng năm; công bố kèm báo cáo chất lượng quốc gia.
Hành động khắc phục và cải tiến	Với cơ sở nộp chậm hoặc thiếu: rà soát nguyên nhân (chưa phân công chủ sở hữu dữ liệu cho từng chỉ số, nhân sự thay đổi, hạ tầng công nghệ thông tin yếu) và hỗ trợ tương ứng; hệ thống gửi nhắc tự động trước hạn. Với cơ sở có lỗi chất lượng dữ liệu: phản hồi cụ thể từng lỗi kèm hướng dẫn khắc phục, tổ chức đào tạo về ghi nhận và kiểm tra dữ liệu trước khi gửi; yêu cầu lưu vết mọi lần điều chỉnh dữ liệu. Nếu cùng một lỗi xuất hiện ở nhiều cơ sở, nguyên nhân thường nằm ở định nghĩa chỉ số hoặc biểu mẫu chưa rõ - phải sửa

	hồ sơ kỹ thuật của chỉ số thay vì yêu cầu cơ sở khắc phục. Không sử dụng dữ liệu chưa đạt yêu cầu để xếp hạng, xử phạt hoặc phân bổ nguồn lực.

Chỉ số CS 5.3. Tỷ lệ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện công khai kết quả chất lượng dữ liệu theo lộ trình và phạm vi quy định

Mã số	CS 5.3
Tên chỉ số	Tỷ lệ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện công khai kết quả chất lượng dữ liệu theo lộ trình và phạm vi quy định
Ý nghĩa	Đo lường mức độ minh bạch và trách nhiệm giải trình của hệ thống khám bệnh, chữa bệnh với người dân, đồng thời tạo động lực cải tiến nội tại. Việc công khai được thực hiện theo lộ trình, gắn với điều kiện dữ liệu đã được kiểm tra, xác minh và điều chỉnh phù hợp theo nguy cơ, mức độ nặng, chức năng và loại hình cơ sở; kèm theo định nghĩa chỉ số, thời điểm và giới hạn diễn giải. Chỉ số này bảo đảm nguyên tắc công khai có trách nhiệm: không công khai thông tin có thể nhận diện người bệnh hoặc người báo cáo sự cố, và không xếp hạng cơ sở khi chưa bảo đảm tính so sánh.
Mục tiêu phải đạt	Đến năm 2030: đạt tối thiểu 80%; đồng thời Bộ Y tế công bố Báo cáo chất lượng khám bệnh, chữa bệnh và an toàn người bệnh quốc gia hằng năm kể từ năm 2028. Đến năm 2035: tăng tối thiểu 20% so với kết quả năm 2030 (tương ứng đạt tối thiểu 96%).
Cách tính	Tử số: Số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã công khai kết quả chất lượng đúng danh mục chỉ số, đúng phạm vi, đúng hình thức và đúng thời hạn theo quy định, kèm định nghĩa chỉ số, kỳ số liệu và lưu ý về giới hạn diễn giải. Mẫu số: Tổng số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc diện phải công khai theo lộ trình trong kỳ. Công thức: (Tử số / Mẫu số) × 100. Đơn vị tính: %.
Nguồn số liệu	Trang thông tin điện tử của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; nền tảng dữ liệu và bảng điều khiển chất lượng quốc gia; kết quả kiểm tra của Sở Y tế, y tế các Bộ, ngành.
Cách thu thập	Ưu tiên công khai tự động qua bảng điều khiển chất lượng quốc gia để bảo đảm thống nhất về định nghĩa và kỳ số liệu. Sở Y tế, y tế các Bộ, ngành rà soát ngẫu nhiên trang thông tin điện tử và điểm công khai tại cơ sở để xác nhận nội dung công khai đúng quy định, đặc biệt kiểm tra việc không công khai thông tin nhận diện người bệnh hoặc người báo cáo.

Tần suất thu thập	06 tháng.
Tần suất báo cáo	Hằng năm; kèm Báo cáo chất lượng khám bệnh, chữa bệnh và an toàn người bệnh quốc gia.
Hành động khắc phục và cải tiến	Với cơ sở chưa công khai: xác định rào cản (lo ngại bị so sánh bất lợi, chưa có hạ tầng công bố, chưa rõ phạm vi được phép công khai) và xử lý theo từng loại - ban hành hướng dẫn phạm vi công khai rõ ràng, cung cấp mẫu bảng công khai, hỗ trợ công bố qua bảng điều khiển quốc gia cho cơ sở không có trang thông tin điện tử. Với cơ sở công khai nhưng thiếu chú giải hoặc gây hiểu nhầm: yêu cầu bổ sung định nghĩa, kỳ số liệu và giới hạn diễn giải. Định kỳ đánh giá tác động của việc công khai: nếu xuất hiện dấu hiệu cơ sở điều chỉnh số liệu hoặc từ chối tiếp nhận người bệnh nặng để cải thiện chỉ số, phải điều chỉnh ngay phương pháp điều chỉnh nguy cơ và tăng cường xác minh.

Chỉ số CS 6.1. Tỷ lệ nhân lực chuyên trách quản lý chất lượng và an toàn người bệnh được đào tạo đạt chuẩn năng lực theo vị trí việc làm

Mã số	CS 6.1
Tên chỉ số	Tỷ lệ nhân lực chuyên trách quản lý chất lượng và an toàn người bệnh được đào tạo đạt chuẩn năng lực theo vị trí việc làm
Ý nghĩa	Đo lường năng lực của lực lượng nòng cốt trực tiếp vận hành hệ thống quản lý chất lượng tại các cấp. Thực tế cho thấy phần lớn khó khăn trong triển khai không nằm ở thiếu văn bản mà ở thiếu người biết làm: biết chọn vấn đề ưu tiên từ dữ liệu, biết phân tích nguyên nhân hệ thống, biết thiết kế và đo lường một chu trình cải tiến. Chỉ số yêu cầu đào tạo phải gắn với chuẩn năng lực theo vị trí việc làm và phải có đánh giá năng lực sau đào tạo, không chỉ tính số lượt tham dự lớp học - cách tính theo lượt tham dự là nguyên nhân phổ biến khiến chỉ tiêu đào tạo đạt cao trong khi năng lực thực tế không cải thiện.
Mục tiêu phải đạt	Đến năm 2030: đạt tối thiểu 80%. Đến năm 2035: tăng tối thiểu 18% so với kết quả năm 2030 (tương ứng đạt tối thiểu 95%).
Cách tính	Tử số: Số nhân lực chuyên trách quản lý chất lượng và an toàn người bệnh (tại Bộ Y tế, Sở Y tế, y tế các Bộ, ngành và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh) đã hoàn thành chương trình đào tạo theo chuẩn năng lực tương ứng với vị trí việc làm và đạt yêu cầu tại kỳ đánh giá năng lực sau đào tạo. Mẫu số: Tổng số nhân lực chuyên trách quản lý chất lượng và an toàn người bệnh đang đảm nhiệm vị trí tại thời điểm báo cáo.

	Công thức: (Tử số / Mẫu số) × 100. Đơn vị tính: %.
Nguồn số liệu	Cơ sở dữ liệu nhân lực quản lý chất lượng và an toàn người bệnh; hồ sơ, chứng chỉ đào tạo liên tục; kết quả đánh giá năng lực sau đào tạo; báo cáo nhân lực của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
Cách thu thập	Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan quản lý cập nhật danh sách nhân lực chuyên trách kèm trạng thái đào tạo và kết quả đánh giá năng lực vào cơ sở dữ liệu nhân lực; hệ thống tự động tính tỷ lệ và cảnh báo trường hợp nhân sự mới được phân công nhưng chưa hoàn thành đào tạo. Chỉ tính là đạt khi có kết quả đánh giá năng lực, không tính riêng chứng nhận tham dự.
Tần suất thu thập	Hằng năm; cập nhật khi có thay đổi nhân sự.
Tần suất báo cáo	Hằng năm; báo cáo đánh giá giữa kỳ năm 2030 và tổng kết năm 2035.
Hành động khắc phục và cải tiến	Khi tỷ lệ thấp: phân tích theo cấp và theo vùng để xác định nơi thiếu hụt tập trung; ưu tiên đào tạo cho cơ sở còn hạn chế về nhân lực và năng lực cải tiến. Mở rộng đội ngũ giảng viên nguồn và áp dụng đào tạo kết hợp trực tuyến với kèm cặp tại chỗ để giảm chi phí và thời gian rời vị trí công tác. Đối với đơn vị có tỷ lệ luân chuyển nhân sự chuyên trách cao, phân tích nguyên nhân (kiêm nhiệm quá tải, không có chế độ đãi ngộ, vị trí không rõ lộ trình phát triển) và kiến nghị giải pháp về tổ chức, chế độ; nếu chỉ đào tạo mà không giữ được người thì chỉ số sẽ không cải thiện bền vững. Rà soát chất lượng chương trình đào tạo khi tỷ lệ đạt yêu cầu tại kỳ đánh giá năng lực thấp bất thường.

Chỉ số CS 6.2. Tỷ lệ cơ sở đào tạo khối ngành sức khỏe tích hợp nội dung chất lượng và an toàn người bệnh vào chương trình đào tạo

Mã số	CS 6.2
Tên chỉ số	Tỷ lệ cơ sở đào tạo khối ngành sức khỏe tích hợp nội dung chất lượng và an toàn người bệnh vào chương trình đào tạo
Ý nghĩa	Đo lường mức độ đưa chất lượng và an toàn người bệnh vào ngay từ giai đoạn đào tạo trước khi hành nghề - giải pháp có hiệu quả dài hạn và chi phí thấp nhất, đồng thời là một trong các chỉ số cốt lõi toàn cầu của Tổ chức Y tế Thế giới. Nếu chỉ đào tạo lại sau khi ra trường, hệ thống sẽ phải liên tục khắc phục thói quen thực hành đã hình thành. Nội dung tích hợp phải bao gồm các cấu phần thiết yếu: yếu tố con người, quản lý rủi ro, làm việc nhóm và giao tiếp, bàn giao người bệnh, an toàn thuốc, báo cáo và học tập từ sự cố,

	phương pháp cải tiến chất lượng.
Mục tiêu phải đạt	Đến năm 2030: đạt tối thiểu 80%. Đến năm 2035: tăng tối thiểu 20% so với kết quả năm 2030 (tương ứng đạt tối thiểu 96%), trong đó 100% cơ sở đào tạo bác sĩ, điều dưỡng có nội dung được đánh giá kết quả học tập.
Cách tính	Tử số: Số cơ sở đào tạo khối ngành sức khỏe có chương trình đào tạo trình độ đại học hoặc sau đại học chứa nội dung chất lượng và an toàn người bệnh với thời lượng tối thiểu theo quy định, có chuẩn đầu ra tương ứng và có hình thức đánh giá kết quả học tập. Mẫu số: Tổng số cơ sở đào tạo khối ngành sức khỏe đang hoạt động. Công thức: (Tử số / Mẫu số) × 100. Đơn vị tính: %.
Nguồn số liệu	Chương trình đào tạo và đề cương chi tiết học phần của cơ sở đào tạo; báo cáo của cơ sở đào tạo khối ngành sức khỏe; kết quả rà soát chương trình đào tạo của cơ quan quản lý.
Cách thu thập	Cơ sở đào tạo báo cáo theo mẫu, kèm trích lục đề cương học phần và chuẩn đầu ra liên quan. Bộ Y tế phối hợp với cơ quan quản lý giáo dục rà soát mẫu ngẫu nhiên hằng năm để xác nhận nội dung được giảng dạy thực tế, không chỉ có trên văn bản.
Tần suất thu thập	Hằng năm.
Tần suất báo cáo	Hằng năm; báo cáo đánh giá giữa kỳ năm 2030 và tổng kết năm 2035.
Hành động khắc phục và cải tiến	Khi tỷ lệ thấp: ban hành khung nội dung và chuẩn đầu ra thống nhất, cung cấp bộ tài liệu, bài giảng và tình huống mẫu dùng chung để cơ sở đào tạo không phải tự xây dựng từ đầu; tổ chức đào tạo giảng viên nguồn theo vùng. Khuyến khích hình thức đào tạo liên ngành và mô phỏng đối với các nội dung về làm việc nhóm, giao tiếp và bàn giao. Phối hợp bệnh viện thực hành để sinh viên tiếp cận hệ thống báo cáo sự cố và hoạt động cải tiến thực tế. Khi nội dung có trong chương trình nhưng chưa được đánh giá kết quả học tập, yêu cầu bổ sung hình thức đánh giá vì nội dung không được đánh giá thường bị bỏ qua trong thực tế giảng dạy.

Chỉ số CS 6.3. Tỷ lệ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoàn thành ít nhất một dự án cải tiến chất lượng có đo lường kết quả trước và sau can thiệp trong năm

Mã số	CS 6.3
Tên chỉ số	Tỷ lệ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoàn thành ít nhất một dự án cải tiến chất lượng có đo lường kết quả trước- sau can thiệp trong năm

Ý nghĩa	Đo lường năng lực cải tiến liên tục đã trở thành hoạt động thường quy hay chưa. Khác với CS 2.2 (kiểm định lâm sàng, tập trung vào tuân thủ chuyên môn), chỉ số này bao quát mọi lĩnh vực cải tiến, kể cả quy trình phục vụ, luồng người bệnh, an toàn môi trường và quản lý. Yêu cầu bắt buộc phải có số liệu trước và sau can thiệp nhằm loại bỏ các "dự án cải tiến" chỉ dừng ở hoạt động phong trào. Đây là chỉ số phản ánh trực tiếp mức độ trưởng thành của tổ chức: một cơ sở duy trì được nhiều chu trình cải tiến mỗi năm là cơ sở có khả năng tự phát hiện và tự khắc phục vấn đề, không phụ thuộc hoàn toàn vào kiểm tra từ bên ngoài.
Mục tiêu phải đạt	Đến năm 2030: đạt tối thiểu 70%. Đến năm 2035: tăng tối thiểu 25% so với kết quả năm 2030 (tương ứng đạt tối thiểu 88%), trong đó bệnh viện cấp chuyên sâu hoàn thành tối thiểu 05 dự án mỗi năm.
Cách tính	Tử số: Số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong năm có tối thiểu 01 dự án cải tiến chất lượng hoàn thành, đáp ứng đủ: vấn đề được xác định rõ; có số liệu nền; có mục tiêu định lượng; có can thiệp được mô tả; có số liệu đo lại sau can thiệp; có kết luận và kế hoạch duy trì. Mẫu số: Tổng số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc phạm vi áp dụng. Công thức: (Tử số / Mẫu số) × 100. Đơn vị tính: %.
Nguồn số liệu	Hồ sơ dự án cải tiến chất lượng của cơ sở; báo cáo tự đánh giá chất lượng hằng năm; cơ sở dữ liệu dự án cải tiến trên nền tảng dữ liệu chất lượng.
Cách thu thập	Cơ sở đăng tải tóm tắt dự án cải tiến theo mẫu thống nhất (không quá 02 trang) lên nền tảng dữ liệu chất lượng, gồm vấn đề, số liệu nền, mục tiêu, can thiệp, kết quả trước - sau và kế hoạch duy trì. Cơ quan quản lý thẩm định tính đầy đủ theo bảng kiểm; các dự án đạt chất lượng tốt được đưa vào thư viện dự án cải tiến dùng chung để nhân rộng.
Tần suất thu thập	Hằng năm tại cơ sở.
Tần suất báo cáo	Hằng năm; báo cáo đánh giá giữa kỳ năm 2030 và tổng kết năm 2035.
Hành động khắc phục và cải tiến	Đối với cơ sở chưa thực hiện: hỗ trợ chọn một vấn đề nhỏ, đo được và thuộc quyền quyết định của cơ sở để tạo thành công ban đầu, thay vì yêu cầu giải quyết vấn đề lớn ngay từ đầu; cung cấp mẫu hồ sơ dự án và công cụ theo dõi biến động. Đối với dự án không đạt mục tiêu: yêu cầu phân tích nguyên nhân và điều chỉnh hoặc chấm

	dứt giải pháp không hiệu quả - dự án không đạt mục tiêu nhưng có phân tích trung thực vẫn được ghi nhận, nhằm tránh khuyến khích báo cáo thành tích. Tổ chức diễn đàn học tập, công bố dự án và lựa chọn mô hình có đủ bằng chứng về hiệu quả, tính khả thi và khả năng duy trì để nhân rộng trong mạng lưới.

Chỉ số CS 7.1. Tỷ lệ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoàn thành tự đánh giá chất lượng hằng năm và báo cáo, công khai kết quả theo quy định

Mã số	CS 7.1
Tên chỉ số	Tỷ lệ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoàn thành tự đánh giá chất lượng hằng năm và báo cáo, công khai kết quả theo quy định
Ý nghĩa	Đo lường mức độ thực hiện nghĩa vụ tự đánh giá - nền tảng của mô hình quản lý chất lượng dựa trên trách nhiệm của cơ sở, thay cho mô hình chỉ dựa vào kiểm tra từ bên ngoài. Kết quả tự đánh giá là đầu vào để cơ quan quản lý xác định nguy cơ, phân nhóm cơ sở, ưu tiên hỗ trợ và theo dõi cải tiến. Chỉ số yêu cầu cả ba khâu: hoàn thành tự đánh giá, báo cáo đúng hạn và công khai kết quả theo phạm vi quy định; thiếu khâu công khai thì tự đánh giá dễ trở thành hoạt động nội bộ hình thức.
Mục tiêu phải đạt	Đến năm 2030: đạt tối thiểu 90%. Đến năm 2035: tăng tối thiểu 10% so với kết quả năm 2030 (tương ứng đạt tối thiểu 99%).
Cách tính	Tử số: Số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoàn thành tự đánh giá chất lượng theo bộ tiêu chuẩn, tiêu chí áp dụng, gửi báo cáo đúng thời hạn và công khai kết quả theo phạm vi, hình thức quy định trong năm báo cáo. Mẫu số: Tổng số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đang hoạt động có nghĩa vụ tự đánh giá. Công thức: (Tử số / Mẫu số) × 100. Đơn vị tính: %.
Nguồn số liệu	Hệ thống tiếp nhận báo cáo tự đánh giá chất lượng của Bộ Y tế, Sở Y tế, y tế các Bộ, ngành; cơ sở dữ liệu cấp giấy phép hoạt động; trang thông tin điện tử của cơ sở.
Cách thu thập	Thu thập tự động từ hệ thống tiếp nhận báo cáo tự đánh giá (ghi nhận thời điểm nộp và tính đầy đủ). Sở Y tế, y tế các Bộ, ngành đối chiếu danh sách cơ sở đã nộp với danh sách cơ sở đang hoạt động để xác định cơ sở chưa thực hiện; kiểm tra ngẫu nhiên việc công khai kết quả.
Tần suất thu thập	Hằng năm.
Tần suất báo cáo	Hằng năm; báo cáo đánh giá giữa kỳ năm 2030, tổng kết năm 2035.

Hành động khắc phục và cải tiến	Với cơ sở chưa thực hiện: rà soát nguyên nhân (không nắm quy định, thiếu nhân lực, công cụ tự đánh giá phức tạp so với quy mô cơ sở) và xử lý theo nhóm; đối với phòng khám và cơ sở quy mô nhỏ, áp dụng bộ công cụ tự đánh giá rút gọn tập trung vào yêu cầu cốt lõi. Với cơ sở tự đánh giá kết quả cao bất thường so với dữ liệu chất lượng và sự cố thực tế: đưa vào danh sách xác minh ưu tiên, phản hồi bằng nhận xét kỹ thuật và hướng dẫn tự đánh giá trung thực; nhấn mạnh mục đích của tự đánh giá là phát hiện khoảng trống để cải tiến, không phải để đạt điểm cao. Kết quả tự đánh giá phải được người đứng đầu phê duyệt và chuyển thành kế hoạch khắc phục theo thứ tự rủi ro.

Chỉ số CS 7.2. Tỷ lệ bệnh viện đạt mức độ tiêu chuẩn của bộ tiêu chuẩn chất lượng nâng cao theo quy định của Bộ Y tế

Mã số	CS 7.2
Tên chỉ số	Tỷ lệ bệnh viện đạt mức độ tiêu chuẩn của bộ tiêu chuẩn chất lượng nâng cao theo quy định của Bộ Y tế
Ý nghĩa	Đo lường mức độ các bệnh viện từng bước đáp ứng các yêu cầu của bộ tiêu chuẩn chất lượng nâng cao theo quy định của Bộ Y tế. Chỉ số phản ánh mức trưởng thành của hệ thống chất lượng tại bệnh viện và khả năng chuyển từ đáp ứng các yêu cầu chất lượng, an toàn cơ bản sang các thực hành nâng cao, có hệ thống và bền vững. Kết quả giúp cơ quan quản lý theo dõi mức độ nâng chuẩn giữa các vùng, loại hình bệnh viện, xác định nhu cầu hỗ trợ kỹ thuật và tạo nền tảng cho hoạt động đánh giá, chứng nhận tự nguyện ở mức nâng cao.
Mục tiêu phải đạt	Đến năm 2030: đạt tối thiểu 50%. Đến năm 2035: tăng tối thiểu 20% so với kết quả năm 2030 (tương ứng đạt tối thiểu 60%).
Cách tính	Tử số: Số bệnh viện được xếp loại "Đạt" đối với toàn bộ các mức độ tiêu chuẩn của bộ tiêu chuẩn chất lượng nâng cao tại kỳ đánh giá trong năm. Mẫu số: Tổng số bệnh viện được cấp giấy phép hoạt động dưới hình thức bệnh viện, đang hoạt động và thuộc diện đánh giá trong năm. Công thức: (Tử số / Mẫu số) × 100; báo cáo kèm phân tích theo từng tiêu chuẩn không đạt và theo vùng, cấp chuyên môn kỹ thuật. Đơn vị tính: %.
Nguồn số liệu	Kết quả đánh giá mức độ tiêu chuẩn của bộ tiêu chuẩn chất lượng nâng cao đối với bệnh viện theo quy định hiện hành của Bộ Y tế; hệ thống quản lý cấp giấy phép hoạt động; báo cáo của Sở Y tế, y tế các Bộ, ngành.

Cách thu thập	Tổng hợp từ kết quả đánh giá hằng năm do cơ quan có thẩm quyền thực hiện; kết quả được nhập vào nền tảng dữ liệu chất lượng theo từng tiêu chuẩn để phục vụ phân tích nguyên nhân, không chỉ lưu kết quả đạt hoặc không đạt.
Tần suất thu thập	Hằng năm.
Tần suất báo cáo	Hằng năm; báo cáo đánh giá giữa kỳ năm 2030 và tổng kết năm 2035.
Hành động khắc phục và cải tiến	Phân tích tiêu chuẩn không đạt phổ biến nhất trên toàn quốc để xác định vấn đề mang tính hệ thống: nếu nguyên nhân là hạ tầng, thiết bị hoặc nhân lực vượt khả năng tự cân đối của cơ sở, phải giải quyết bằng cơ chế đầu tư và phân bổ nguồn lực chứ không bằng yêu cầu hành chính lặp lại. Lập danh sách bệnh viện không đạt kèm lộ trình khắc phục có thời hạn, phân công đơn vị hỗ trợ kỹ thuật và giám sát tiến độ; ưu tiên nguồn lực của Chương trình cho nhóm này. Đối với bệnh viện không đạt hai năm liên tiếp, xem xét trách nhiệm của người đứng đầu và cơ quan quản lý trực tiếp, đồng thời đánh giá lại phạm vi hoạt động chuyên môn phù hợp với điều kiện thực tế của cơ sở.

Chỉ số CS 7.3. Tỷ lệ bệnh viện được đánh giá, chứng nhận theo mức độ nâng cao của bộ tiêu chuẩn chất lượng nâng cao trong nước hoặc quốc tế trên nguyên tắc tự nguyện

Mã số	CS 7.3
Tên chỉ số	Tỷ lệ bệnh viện được đánh giá, chứng nhận theo mức độ nâng cao của bộ tiêu chuẩn chất lượng nâng cao trong nước hoặc quốc tế trên nguyên tắc tự nguyện
Ý nghĩa	Đo lường sự hình thành của lớp cơ sở dẫn dắt về chất lượng, tạo mô hình tham chiếu và động lực nâng chuẩn cho toàn hệ thống. Chỉ số được thiết kế có chủ đích ở mức khiêm tốn và giữ nguyên tắc tự nguyện, nhằm tránh biến chứng nhận thành yêu cầu hành chính bắt buộc - điều sẽ tạo gánh nặng chi phí, làm sai lệch ưu tiên và gia tăng bất bình đẳng giữa cơ sở có điều kiện và cơ sở khó khăn. Chỉ số phải được đọc cùng CS 7.2: mở rộng chứng nhận nâng cao chỉ có ý nghĩa khi sàn chất lượng cơ bản đã được bảo đảm.
Mục tiêu phải đạt	Đến năm 2030: đạt tối thiểu 5% số bệnh viện, sau khi hoàn thành đánh giá năng lực tổ chức chứng nhận, đội ngũ đánh giá viên và kết quả thí điểm. Đến năm 2035: tăng tối thiểu 100% so với kết quả năm 2030 (tương ứng đạt tối thiểu 10% số bệnh viện).

Cách tính	Tử số: Số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đang có hiệu lực chứng nhận chất lượng theo mức độ nâng cao của bộ tiêu chuẩn chất lượng nâng cao trong nước hoặc tiêu chuẩn quốc tế được thừa nhận, do tổ chức chứng nhận đáp ứng điều kiện năng lực, tính độc lập và quản lý xung đột lợi ích thực hiện. Mẫu số: Tổng số bệnh viện đang hoạt động. Công thức: (Tử số / Mẫu số) × 100. Đơn vị tính: %.
Nguồn số liệu	Danh sách cơ sở được chứng nhận do Bộ Y tế công bố; hồ sơ đăng ký và kết quả đánh giá của tổ chức chứng nhận; báo cáo của Sở Y tế, y tế các Bộ, ngành.
Cách thu thập	Bộ Y tế lập và công bố danh sách tổ chức chứng nhận đủ điều kiện và danh sách cơ sở được chứng nhận còn hiệu lực; cập nhật khi có chứng nhận mới, gia hạn hoặc thu hồi. Đồng thời theo dõi chi phí, thời gian chuẩn bị và tác động đối với hoạt động chuyên môn của cơ sở tham gia để phục vụ đánh giá trước khi mở rộng.
Tần suất thu thập	06 tháng.
Tần suất báo cáo	Hằng năm; kèm báo cáo đánh giá tác động của hoạt động chứng nhận trước mỗi lần mở rộng phạm vi.
Hành động khắc phục và cải tiến	Nếu tỷ lệ tăng chậm: rà soát nguyên nhân từ phía cung (số lượng và năng lực tổ chức chứng nhận, đánh giá viên) và phía cầu (chi phí, thời gian, lợi ích cảm nhận của cơ sở); ưu tiên phát triển tiêu chuẩn chất lượng nâng cao trong nước có chi phí phù hợp thay vì chỉ dựa vào tiêu chuẩn quốc tế. Nếu tỷ lệ tăng nhanh nhưng kết quả chất lượng và an toàn không cải thiện tương ứng, hoặc xuất hiện tình trạng cơ sở tập trung chuẩn bị hồ sơ làm gián đoạn hoạt động chuyên môn, phải rà soát ngay chất lượng hoạt động chứng nhận và tính độc lập của tổ chức chứng nhận. Giám sát chặt việc không chuyển chứng nhận tự nguyện thành điều kiện hành chính bắt buộc dưới bất kỳ hình thức nào.

Chỉ số CS 7.4. Mức độ đáp ứng bộ chỉ số cốt lõi toàn cầu về an toàn người bệnh của Tổ chức Y tế Thế giới

Mã số	CS 7.4
Tên chỉ số	Mức độ đáp ứng bộ chỉ số cốt lõi toàn cầu về an toàn người bệnh của Tổ chức Y tế Thế giới
Ý nghĩa	Đo lường vị thế và mức độ hội nhập của hệ thống khám bệnh, chữa bệnh Việt Nam so với khung theo dõi toàn cầu, đồng thời cung cấp một thước đo độc lập, được chuẩn hóa quốc tế để đối chiếu với các

	chỉ số nội bộ của Chương trình. Bộ chỉ số cốt lõi toàn cầu bao quát các trụ cột: chính sách và kế hoạch hành động quốc gia về an toàn người bệnh; hệ thống báo cáo sự cố nghiêm trọng; mục tiêu quốc gia về giảm tổn hại do thuốc và nhiễm khuẩn liên quan đến chăm sóc y tế; sự tham gia của người bệnh; nội dung an toàn người bệnh trong đào tạo; an toàn nhân viên y tế; công bố báo cáo an toàn người bệnh hằng năm; và mạng lưới quốc gia về an toàn người bệnh. Chỉ số giúp phát hiện sớm những cấu phần Việt Nam còn khoảng trống so với thông lệ quốc tế và lựa chọn giải pháp phù hợp với bối cảnh, nguồn lực trong nước.
Mục tiêu phải đạt	Đến năm 2030: đáp ứng tối thiểu 8 trên 10 chỉ số cốt lõi. Đến năm 2035: đáp ứng đầy đủ 10 trên 10 chỉ số cốt lõi (tăng 25% so với kết quả năm 2030) và duy trì ổn định trong toàn giai đoạn.
Cách tính	Tử số: Số chỉ số cốt lõi toàn cầu về an toàn người bệnh mà Việt Nam đáp ứng đầy đủ tiêu chí xác nhận tại kỳ báo cáo. Mẫu số: Tổng số chỉ số cốt lõi trong bộ chỉ số toàn cầu (10 chỉ số). Công thức: Số chỉ số đạt trên tổng số chỉ số; báo cáo dạng "n/10" kèm tỷ lệ phần trăm. Đơn vị tính: chỉ số và %.
Nguồn số liệu	Phiếu khảo sát chỉ số cốt lõi toàn cầu về an toàn người bệnh do Tổ chức Y tế Thế giới thực hiện; hồ sơ minh chứng quốc gia tương ứng với từng chỉ số; kết quả tổng hợp của Chương trình.
Cách thu thập	Cục Quản lý Khám, chữa bệnh làm đầu mối tập hợp minh chứng cho từng chỉ số cốt lõi (văn bản, số liệu, đường dẫn công khai), tự đánh giá theo tiêu chí xác nhận và đối chiếu với kết quả khảo sát chính thức của Tổ chức Y tế Thế giới. Lưu hồ sơ minh chứng theo từng chỉ số để bảo đảm tính liên tục giữa các kỳ báo cáo.
Tần suất thu thập	Hằng năm (tự đánh giá nội bộ); theo chu kỳ khảo sát chính thức của Tổ chức Y tế Thế giới.
Tần suất báo cáo	Hằng năm; báo cáo đánh giá giữa kỳ năm 2030, tổng kết năm 2035.
Hành động khắc phục và cải tiến	Với mỗi chỉ số cốt lõi chưa đạt: xác định rõ cấu phần còn thiếu, giao đơn vị chủ trì, thời hạn và đưa vào kế hoạch hằng năm của Chương trình; ưu tiên các chỉ số có thể hoàn thành bằng hoạt động đã có trong Chương trình để tránh phát sinh nhiệm vụ trùng lặp. Với chỉ số đã đạt, duy trì hồ sơ minh chứng và cập nhật số liệu để không bị mất trạng thái đạt ở kỳ sau. Tăng cường hợp tác với Tổ chức Y tế Thế giới, tổ chức quốc tế và các mạng lưới chất lượng, an toàn người bệnh để tiếp nhận hỗ trợ kỹ thuật cho các cấu phần còn khoảng trống; lựa chọn giải pháp phù hợp với bối cảnh và nguồn lực trong nước thay vì áp dụng nguyên trạng mô hình nước ngoài.

PHỤ LỤC 3: KẾ HOẠCH TRIỂN KHAI

Kế hoạch chi tiết hằng năm, từng giai đoạn lộ trình do Bộ Y tế và các đơn vị xây dựng trên cơ sở khung ma trận như sau:

TT	Hoạt động	Sản phẩm đầu ra	Đơn vị Chủ trì/phối hợp	Thời gian	Nguồn lực	Kết quả/chỉ số theo dõi
1	Rà soát, hoàn thiện khung pháp lý về chất lượng khám, chữa bệnh và an toàn người bệnh	Báo cáo rà soát; ma trận đối chiếu văn bản; danh mục khoảng trống/chồng chéo; kế hoạch sửa đổi, bổ sung văn bản.	Cục Quản lý Khám, chữa bệnh; Vụ Pháp chế; các Vụ/Cục thuộc Bộ; Sở Y tế tỉnh, thành phố;	2026-2027; cập nhật định kỳ	Ngân sách nhà nước; chuyên gia; hỗ trợ kỹ thuật	CS 1.1
2	Ban hành yêu cầu chất lượng và an toàn cơ bản theo loại hình cơ sở	Yêu cầu chất lượng và an toàn người bệnh cơ bản; tiêu chí bắt buộc; bảng kiểm; hồ sơ minh chứng; hướng dẫn xác minh.	Cục Quản lý Khám, chữa bệnh; Vụ Pháp chế; Sở Y tế tỉnh, thành phố; cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; hội nghề nghiệp	2026-2028	Ngân sách nhà nước; hỗ trợ kỹ thuật	CS 1.1; CS 1.2
3	Kiện toàn hệ thống quản lý chất lượng từ trung ương đến cơ sở	Quy định đầu mối, trách nhiệm; cơ chế phối hợp liên Vụ/Cục thuộc Bộ Y tế; mạng lưới quản lý chất lượng; kế hoạch quản lý chất lượng hằng năm tại cơ sở.	Cục Quản lý Khám, chữa bệnh; Sở Y tế tỉnh, thành phố; y tế Bộ/ngành; cơ sở khám bệnh, chữa bệnh	2026-2028; duy trì đến 2035	Ngân sách nhà nước; nguồn tự chủ của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh	CS 1.2; CS 1.3
4	Xây dựng và áp dụng công cụ đánh giá mức độ trưởng thành hệ thống quản lý chất lượng	Bộ công cụ đánh giá mức độ trưởng thành; hướng dẫn đánh giá; phân nhóm cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; bản đồ năng lực và nhu cầu hỗ trợ.	Cục Quản lý Khám, chữa bệnh; Sở Y tế tỉnh, thành phố; cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; cơ sở đào tạo	2026-2028; cập nhật 2030, 2035	Ngân sách nhà nước; nghiên cứu; hỗ trợ kỹ thuật	CS 1.2; CS 1.3
5	Lựa chọn lĩnh vực chuyên môn ưu tiên	Danh mục bệnh, kỹ thuật, dịch vụ và quy trình ưu tiên	Cục Quản lý Khám, chữa bệnh; hội chuyên ngành;	2026-2027; rà soát định	Ngân sách nhà nước; chuyên	CS 2.1

TT	Hoạt động	Sản phẩm đầu ra	Đơn vị Chủ trì/phối hợp	Thời gian	Nguồn lực	Kết quả/chỉ số theo dõi
	quốc gia	dựa trên gánh nặng bệnh, nguy cơ, biến thiên và khả năng cải thiện.	cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; đơn vị dữ liệu	kỳ	gia; dữ liệu	
6	Chuẩn hóa hướng dẫn chuyên môn và tiêu chuẩn chất lượng lâm sàng	Hướng dẫn chẩn đoán/điều trị; quy trình chăm sóc; bộ dữ liệu tối thiểu; tiêu chuẩn kiểm định lâm sàng.	Cục Quản lý Khám, chữa bệnh; hội chuyên ngành; cơ sở đào tạo; bệnh viện	2026-2030; cập nhật ≤5 năm	Ngân sách nhà nước; chuyên gia; nghiên cứu khoa học	CS 2.1; CS 2.3
7	Triển khai kiểm định lâm sàng và cải thiện kết quả điều trị	Bộ công cụ kiểm định lâm sàng; chu trình kiểm định; báo cáo tuân thủ; dự án cải tiến; bộ chỉ số kết quả.	Cục Quản lý Khám, chữa bệnh; Sở Y tế tỉnh, thành phố; cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; hội chuyên ngành	2027-2035	Ngân sách nhà nước; nguồn tự chủ của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; đào tạo	CS 2.2; CS 2.3; CS 2.4
8	Chuẩn hóa các điểm chuyển giao và tăng cường an toàn chẩn đoán	Quy trình tiếp nhận, chuyển khoa/cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, hội chẩn, bàn giao, trả kết quả bất thường, ra viện và theo dõi; công cụ an toàn chẩn đoán.	Cục Quản lý Khám, chữa bệnh; Sở Y tế tỉnh, thành phố; cơ sở khám bệnh, chữa bệnh	2027-2030; duy trì	Ngân sách nhà nước; nguồn tự chủ của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh	CS 2.3; CS 2.4
9	Hoàn thiện hệ thống quản lý rủi ro và học tập từ sự cố y khoa	Danh mục sự cố nghiêm trọng; bộ dữ liệu tối thiểu; sổ đăng ký rủi ro; hệ thống báo cáo–phân tích–phản hồi–học tập; chuẩn phân tích nguyên nhân hệ thống.	Cục Quản lý Khám, chữa bệnh; Sở Y tế tỉnh, thành phố; cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; đơn vị công nghệ thông tin	2026-2029; vận hành liên tục	Ngân sách nhà nước; công nghệ thông tin; đào tạo; nguồn tự chủ của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh	CS 3.1; CS 3.2
10	Xây dựng và triển khai các gói an toàn người bệnh ưu tiên	Gói can thiệp về an toàn thuốc, kiểm soát nhiễm khuẩn, phẫu thuật/thủ thuật,	Cục Quản lý Khám, chữa bệnh; các Cục/Vụ chuyên ngành; Sở Y tế tỉnh, thành	2027-2030; mở rộng 2031-2035	Ngân sách nhà nước; nguồn tự chủ của cơ sở	CS 3.3

TT	Hoạt động	Sản phẩm đầu ra	Đơn vị Chủ trì/phối hợp	Thời gian	Nguồn lực	Kết quả/chỉ số theo dõi
	quốc gia	chẩn đoán, nhận diện người bệnh, bàn giao và các nguy cơ ưu tiên.	phố; cơ sở khám bệnh, chữa bệnh		khám bệnh, chữa bệnh; hỗ trợ kỹ thuật	
11	Thiết lập hệ thống cảnh báo sớm và chia sẻ bài học an toàn	Cơ chế cảnh báo quốc gia; bản tin/khuyến cáo an toàn; kho bài học; cơ chế phản hồi việc thực hiện khuyến cáo.	Cục Quản lý Khám, chữa bệnh; Sở Y tế tỉnh, thành phố; cơ sở khám bệnh, chữa bệnh	2027-2030; duy trì	Ngân sách nhà nước; công nghệ thông tin; chuyên gia	CS 3.1- CS 3.3
12	Phát triển văn hóa an toàn, văn hóa công bằng và hỗ trợ sau sự cố	Công cụ khảo sát văn hóa an toàn người bệnh; hướng dẫn văn hóa công bằng; quy trình hỗ trợ người bệnh, gia đình và nhân viên y tế sau sự cố; hướng dẫn giao tiếp sau sự cố.	Cục Quản lý Khám, chữa bệnh; Sở Y tế tỉnh, thành phố; cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; cơ sở đào tạo	2027-2035	Ngân sách nhà nước; nguồn tự chủ của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; đào tạo	CS 3.4; CS 4.3
13	Phát huy vai trò người bệnh và gia đình trong chất lượng và an toàn người bệnh	Khung quyền an toàn người bệnh; công cụ tham gia chăm sóc; cơ chế tư vấn, đồng thiết kế, giám sát và đánh giá; cơ chế tiếp nhận/phản hồi kiến nghị.	Cục Quản lý Khám, chữa bệnh; Sở Y tế tỉnh, thành phố; cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; tổ chức người bệnh	2027-2030; duy trì	Ngân sách nhà nước; nguồn tự chủ của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; nguồn hợp pháp khác	CS 4.1; CS 4.2
14	Chuẩn hóa đo lường trải nghiệm người bệnh và nhân viên y tế	Bộ công cụ trải nghiệm chuẩn hóa; công cụ trải nghiệm và gắn kết nhân viên y tế; hướng dẫn lấy mẫu, phân tích, bảo mật và sử dụng kết quả.	Cục Quản lý Khám, chữa bệnh; cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; viện/trường; Sở Y tế tỉnh, thành phố	2026-2028; triển khai 2028-2035	NSNN; nghiên cứu; CNTT	CS 4.1; CS 4.3

TT	Hoạt động	Sản phẩm đầu ra	Đơn vị Chủ trì/phối hợp	Thời gian	Nguồn lực	Kết quả/chỉ số theo dõi
15	Xây dựng Bộ chỉ số, nền tảng dữ liệu và bảng điều khiển chất lượng quốc gia	Bộ chỉ số quốc gia; hồ sơ kỹ thuật; nền tảng dữ liệu; bảng điều khiển (dashboard); kết nối bệnh án điện tử /hệ thống quản lý bệnh viện bảo hiểm y tế/hệ thống sự cố; quy tắc kiểm tra dữ liệu.	Cục Quản lý Khám, chữa bệnh; đơn vị công nghệ thông tin Bộ Y tế; Bảo hiểm y tế; Sở Y tế tỉnh, thành phố; cơ sở khám bệnh, chữa bệnh	2026-2030; nâng cấp đến 2035	Ngân sách nhà nước; công nghệ thông tin; hỗ trợ kỹ thuật	CS 5.1; CS 5.2
16	Thiết lập cơ chế xác minh, điều chỉnh nguy cơ, công khai chất lượng và quản lý rủi ro trí tuệ nhân tạo	Quy trình kiểm tra/xác minh; mô hình điều chỉnh nguy cơ; lộ trình công khai; hướng dẫn quản lý rủi ro trí tuệ nhân tạo theo nguy cơ; danh mục trí tuệ nhân tạo nguy cơ cao.	Cục Quản lý Khám, chữa bệnh; đơn vị công nghệ thông tin; Vụ Pháp chế; Sở Y tế tỉnh, thành phố; cơ sở khám bệnh, chữa bệnh	2027-2032; duy trì	Ngân sách nhà nước; công nghệ thông tin; nghiên cứu; chuyên gia	CS 5.2; CS 5.3
17	Nâng cao năng lực, đào tạo, nghiên cứu và mạng lưới học tập	Chuẩn năng lực; chương trình đào tạo; đào tạo liên tục; đào tạo mô phỏng/liên ngành; mạng lưới chuyên gia; chương trình nghiên cứu quốc gia; kho mô hình cải tiến.	Cục Quản lý Khám, chữa bệnh; đơn vị phụ trách đào tạo; viện/trường; Sở Y tế tỉnh, thành phố; cơ sở khám bệnh, chữa bệnh	2026-2035	Ngân sách nhà nước; nghiên cứu; hỗ trợ kỹ thuật; hợp tác quốc tế	CS 6.1; CS 6.2; CS 6.3
18	Phát triển tiêu chuẩn nâng cao, đánh giá/chứng nhận và hội nhập quốc tế	Bộ tiêu chuẩn nâng cao; khảo sát năng lực tổ chức chứng nhận; chương trình thí điểm; cơ chế công nhận/giám sát; mạng lưới hợp tác Tổ chức Y tế Thế giới/Tổ chức chứng nhận chất lượng y tế quốc tế.	Cục Quản lý Khám, chữa bệnh; Vụ Hợp tác quốc tế; tổ chức chứng nhận; Sở Y tế; cơ sở khám bệnh, chữa bệnh	2027-2035	Ngân sách nhà nước; nguồn tự chủ của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; hợp tác quốc tế; nghiên cứu	CS 7.1 – CS 7.4

LỘ TRÌNH TRIỂN KHAI THEO GIAI ĐOẠN

Giai đoạn 1 (2026-2027): Thiết lập nền tảng. Rà soát pháp lý; xác lập số liệu nền; chuẩn bị/ban hành yêu cầu chất lượng và an toàn cơ bản; xác định lĩnh vực chuyên môn ưu tiên; chuẩn hóa chỉ số và hồ sơ kỹ thuật; thiết kế hệ thống dữ liệu; xây dựng chuẩn năng lực; thiết lập hệ thống quản lý rủi ro và báo cáo sự cố.

Giai đoạn 2 (2028-2030): Thí điểm, đánh giá và mở rộng. Đánh giá giữa kỳ năm 2028; mở rộng kiểm định lâm sàng, gói an toàn người bệnh, đo trải nghiệm, sự tham gia của người bệnh, dashboard và xác minh dữ liệu; thí điểm tiêu chuẩn nâng cao và chứng nhận. Năm 2030 rà soát chiến lược và điều chỉnh chương trình cho giai đoạn 2031–2035.

Giai đoạn 3 (2031-2035): Chuẩn hóa, nhân rộng và nâng cao. Mở rộng mô hình có bằng chứng hiệu quả; tăng tự động hóa dữ liệu; củng cố văn hóa an toàn và văn hóa công bằng; công khai chất lượng có kiểm chứng; phát triển tiêu chuẩn nâng cao, chứng nhận tự nguyện và hội nhập quốc tế; thu hẹp chênh lệch giữa các loại hình cơ sở và địa phương.

Năm 2035: Đánh giá cuối kỳ và định hướng 2045. Đánh giá kết quả, tác động, tính bền vững, hiệu quả nguồn lực và khoảng cách còn lại; đề xuất định hướng chiến lược hướng tới hệ thống có mức trưởng thành cao về quản lý chất lượng và an toàn người bệnh.