

KẾ HOẠCH
cải tiến chất lượng bệnh viện năm 2021

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh ngày 23 tháng 11 năm 2009;

Căn cứ Thông tư số 19/2013/TT-BYT về việc hướng dẫn quản lý chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh tại bệnh viện;

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

Căn cứ tình hình thực tế tại bệnh viện;

Bệnh viện quận Thủ Đức xây dựng Kế hoạch cải tiến chất lượng bệnh viện năm 2021 như sau:

I. TỔNG KẾT HOẠT ĐỘNG NĂM 2020

1. Kết quả kiểm tra chất lượng năm 2020

Theo kết quả kiểm tra, đánh giá của Đoàn kiểm tra chất lượng bệnh viện năm 2020, bệnh viện đạt kết quả như sau:

1. TỔNG SỐ CÁC TIÊU CHÍ ĐƯỢC ÁP DỤNG ĐÁNH GIÁ: 83/83 TIÊU CHÍ
2. TỶ LỆ TIÊU CHÍ ÁP DỤNG SO VỚI 83 TIÊU CHÍ: 100%
3. TỔNG SỐ ĐIỂM CỦA CÁC TIÊU CHÍ ÁP DỤNG: 353 (Có hệ số: 381)
4. ĐIỂM TRUNG BÌNH CHUNG CỦA CÁC TIÊU CHÍ: 4.23

KẾT QUẢ CHUNG CHIA THEO	Mức 1	Mức 2	Mức 3	Mức 4	Mức 5	Tổng số tiêu chí
5. SỐ LƯỢNG TIÊU CHÍ ĐẠT:	1	4	8	30	40	83
6. % TIÊU CHÍ ĐẠT:	1.20	4.82	9.64	36.14	48.19	83

2. Ưu điểm:

STT	Tiêu chí	Nội dung	Điểm	Điểm nổi bật năm 2020
1	A1.6	Người bệnh được hướng dẫn và bố trí làm xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng theo trình tự thuận tiện	5	- Bệnh viện đã khắc phục các tồn tại của năm trước, các văn bản được thực hiện hoàn chỉnh, có lưu trữ và theo dõi hàng quý. - Bệnh viện triển khai phiếu hẹn trả kết quả xét nghiệm tự động ước tính được thời gian trả kết quả cho người bệnh và hướng dẫn người bệnh địa điểm nhận kết quả. - Bệnh viện đã triển khai thêm hình thức trả kết quả về phòng khám đối với khoa Thăm dò chức năng (Đo điện tâm đồ) và Khoa Chẩn đoán hình ảnh (X-Quang).
2	A3.1	Người bệnh được điều trị trong môi trường, cảnh quan xanh, sạch, đẹp	5	Dù bệnh viện đang trong thời gian sửa chữa nhưng vẫn có đủ đáp ứng môi trường xanh.
3	A3.2	Người bệnh được khám và điều trị trong khoa/phòng gọn gàng, ngăn nắp	4	Trong năm có tổ chức tập huấn 5S, có triển khai thực hiện kẻ vạch bằng sơn và decal để đánh dấu vị trí để các vật dụng, máy móc, trang thiết bị. Có triển khai hệ thống chỉ thị màu cho hệ thống oxy trung tâm cho các khoa nội trú.
4	A4.3	Người bệnh được nộp viện phí thuận tiện, công khai, minh bạch, chính xác	4	- Bệnh viện có nhiều quầy thu phí thuận tiện cho người bệnh. - Có công khai giá viện phí đầy đủ. - Thanh toán không dùng tiền mặt: In mã QR trên phiếu chỉ định cận lâm sàng, thanh toán chi phí cận lâm sàng bằng cách quét mã QR và thanh toán qua internet banking hoặc ví Momo, không cần dùng đến tiền mặt.
5	C3.1	Quản lý tốt cơ sở dữ liệu và thông tin y tế	4	Bệnh án điện tử hoạt động tốt, điều phối thực hiện cận lâm sàng, thanh toán không dùng tiền mặt, quản lý chỉ số thông tin bệnh viện, có trên app HSBA (BN, BS, QL).

6	C3.2	Thực hiện các giải pháp ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý và hoạt động chuyên môn	4	Đã triển khai bệnh án điện tử, đáp ứng tất cả các khâu trong bệnh viện.
7	C5.1	Thực hiện danh mục kỹ thuật theo phân tuyến kỹ thuật	4	- Bệnh viện thực hiện 86,8% DMKT theo đúng phân tuyến.
8	C5.2	Thực hiện quy trình kỹ thuật chuyên môn theo danh mục và phân tuyến	4	Bệnh viện thực hiện 5 kỹ thuật mới: 1. Coronarines PC Raeltime 2. Phẫu thuật bắt cầu Động mạch chủ - Động mạch vành có dùng máy tim phổi nhân tạo. 3.4.5. Xét nghiệm đột biến gen BRAF, EGFR, KRAS.
9	C5.4	Xây dựng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị	4	- 100% khoa lâm sàng có phác đồ điều trị theo mô hình bệnh tật của khoa.
10	C5.5	Áp dụng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đã ban hành và giám sát việc thực hiện	4	Ứng dụng CNTT trong việc giám sát tuân thủ phác đồ điều trị của bệnh viện.
11	C9.1	Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức hoạt động được	5	- Bệnh viện đã có quan tâm hơn trước về nhân lực được lâm sàng.
12	C9.2	Bảo đảm cơ sở vật chất khoa Dược	4	- Kho dược, vật tư tiêu hao đã có sắp xếp gọn gàng, khoa học hơn.
13	C9.5	Thông tin thuốc, theo dõi báo cáo phản ứng có hại của thuốc (ADR) kịp thời, đầy đủ và có chất lượng	5	- Có 48 ca ADR/năm.
14	C10.1	Tích cực triển khai hoạt động nghiên cứu khoa học	3	- Có 03 bài báo quốc tế, trong đó có nhân viên BV đứng đầu danh sách tác giả. - Đạt tiêu chuẩn vàng của Hội đột quy Châu Âu.
15	C10.2	Áp dụng kết quả nghiên cứu khoa học trong hoạt động bệnh viện và các giải pháp	5	- Các sáng kiến cải tiến chất lượng áp dụng vào thực tế, có triển khai.

		nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh		
16	D1.1	Thiết lập hệ thống quản lý chất lượng bệnh viện	5	Có 100% nhân sự phòng Quản lý chất lượng và nhân viên mạng lưới quản lý chất lượng được tập huấn và cấp chứng chỉ quản lý chất lượng bệnh viện.
17	D1.2	Xây dựng và triển khai kế hoạch, đề án cải tiến chất lượng bệnh viện	5	- 93% khoa/phòng xây dựng đề án cải tiến chất lượng.

3. Tồn tại - Khó khăn

STT	Tiêu chí	Nội dung	Điểm	Tiêu mục không đạt	Lí do không đạt
1	A1.4	Bệnh viện bảo đảm các điều kiện cấp cứu người bệnh kịp thời	4	25. Có sử dụng kết quả đánh giá để cải tiến công tác cấp cứu người bệnh. 26. Đánh giá, theo dõi kết quả cấp cứu người bệnh theo thời gian như thành công, tử vong, biến chứng, chuyển tuyến... 27. Về biểu đồ xu hướng kết quả cấp cứu người bệnh theo thời gian và công bố cho nhân viên bệnh viện, người bệnh thông qua báo cáo chung bệnh viện, bảng truyền thông...	Hồ sơ minh chứng chưa chuẩn bị kỹ. Các báo cáo chưa có xác nhận của bệnh viện. Phòng cách ly chưa đạt (khu cấp cứu). Siêu âm phổi tại cấp cứu thanh toán tiền dịch vụ là không phù hợp.
2	A2.2	Người bệnh được sử dụng buồng vệ sinh sạch sẽ và đầy đủ các phương tiện	2	11. Buồng vệ sinh sạch sẽ, không có nước đọng, không có côn trùng. 12. Tỷ số giường bệnh/buồng vệ sinh: có ít nhất 1 buồng vệ sinh cho 12 đến 29 giường bệnh (tính riêng theo từng khoa lâm sàng).	Buồng vệ sinh cần được lưu ý cải thiện
3	A2.3	Người bệnh được cung	4	14. Người bệnh được cung cấp quần áo phù hợp với	Người bệnh được cung cấp

		cấp vật dụng cá nhân đầy đủ, sạch sẽ, chất lượng tốt		kích cỡ người bệnh (ví dụ trẻ em có quần áo riêng, không phải mặc chung quần áo với người lớn). 15. Người bệnh được cung cấp quần áo phù hợp với tính chất bệnh tật (ví dụ váy cho người bệnh nam phẫu thuật tiền liệt tuyến...). 17. Chất liệu của quần áo người bệnh thoáng mát, thấm mồ hôi, chống nhăn (đối với các quần áo được thay mới từ 2017 trở đi).	vật dụng cá nhân tuy nhiên chú ý về chất lượng và cung cấp gối.
4	A4.2	Người bệnh được tôn trọng quyền riêng tư cá nhân	4	16. Mỗi giường bệnh được trang bị rèm che, có thể đóng mở khi cần. 18. Khoảng cách giữa 2 giường bệnh tối thiểu 1 mét nếu trong một buồng bệnh có từ 2 giường trở lên.	Vì lượng bệnh nhân đông trong khi cơ sở vật chất còn hạn chế: tại khoa Ung bướu các giường bệnh kê sát.
5	A4.4	Người bệnh được hưởng lợi từ chủ trương xã hội hóa y tế	3	13. Giá viện phí của các dịch vụ y tế có trang thiết bị từ nguồn xã hội hóa cao hơn giá do cơ quan BHYT chi trả tối đa 15%. 15. Giá viện phí của toàn bộ các dịch vụ sử dụng trang thiết bị từ nguồn xã hội hóa không cao hơn giá do cơ quan BHYT chi trả.	Các thiết bị thu bằng giá BHYT, tuy nhiên DSA thì cao hơn giá BHYT (21%).
6	B3.2	Bảo đảm điều kiện làm việc, vệ sinh lao động và nâng cao trình độ chuyên môn cho nhân viên y tế	4	17. Bệnh viện tổ chức và hỗ trợ một phần cho nhân viên y tế mua bảo hiểm trách nhiệm nghề nghiệp.	Chưa mua bảo hiểm trách nhiệm nghề nghiệp.
7	B4.3	Bảo đảm chất lượng nguồn nhân lực quản lý bệnh viện	3	12. Thí điểm hình thức thi tuyển (như trình bày kế hoạch phát triển) các vị trí	Chưa thí điểm thi tuyển vị trí

				lãnh đạo, quản lý của bệnh viện, có sự giám sát công khai của cơ quan quản lý, đại diện “người quản lý”, ban thanh tra nhân dân, đại diện nhân viên ...	quản lý, lãnh đạo.
8	B4.4	Bồi dưỡng, phát triển đội ngũ lãnh đạo và quản lý kế cận	3	8. Đã bổ nhiệm các vị trí lãnh đạo theo quy định và theo quy hoạch của bệnh viện.	Chưa bổ nhiệm đủ các vị trí lãnh đạo, quản lý
9	C2.1	Hồ sơ bệnh án được lập đầy đủ, chính xác, khoa học	2	7. Các thông tin về chăm sóc và điều trị được ghi vào hồ sơ ngay sau khi thực hiện và theo các quy định về thời gian.	HSBA không theo thứ tự thời gian
10	C3.1	Quản lý tốt cơ sở dữ liệu và thông tin y tế	4	20. Có thể kết xuất các thông tin phục vụ báo cáo, nghiên cứu... trực tiếp từ phần mềm như mô hình bệnh tật khi nhập, xuất viện, cơ cấu tài chính, thuốc, vật tư... theo năm, quý, tháng, tuần, ngày. 21. Có nghiên cứu hoặc đánh giá về thực trạng quản lý thông tin bệnh viện, và chỉ ra được những khó khăn, nhược điểm cần giải quyết. 22. Áp dụng kết quả đánh giá vào việc cải tiến chất lượng quản lý thông tin.	- Khai thác dữ liệu, cần đẩy mạnh điều hành QL BV. - Đẩy mạnh thanh toán (chỉ khoảng 4%). - Hạ tầng máy chủ quá tải, cần đầu tư và mở rộng.
11	C4.2	Xây dựng và hướng dẫn nhân viên y tế thực hiện các quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện	3	8. Toàn bộ nhân viên mạng lưới kiểm soát nhiễm khuẩn được tập huấn/đào tạo về các quy trình kỹ thuật chuyên môn kiểm soát nhiễm khuẩn, sử dụng đúng và thành thạo các phương tiện phòng hộ cá nhân.	Tuy nhiên các khoa còn chưa thực hiện tốt công tác KSNK, việc xử lý dụng cụ ở các khoa còn sai. Nhân viên chưa mặc

					đúng các phương tiện phòng hộ.
12	C4.5	Chất thải rắn bệnh viện được quản lý chặt chẽ, xử lý an toàn và tuân thủ theo đúng quy định	4	22. Có thực hiện các biện pháp can thiệp để giảm thiểu chất thải rắn y tế nguy hại. 23. Có thực hiện giảm thiểu chất thải rắn y tế nguy hại ngay từ khi mua sắm các trang thiết bị, vật tư y tế mới. 24. Áp dụng các giải pháp để giảm thiểu phát sinh chất thải rắn y tế tại nguồn. 25. Có thu gom chất thải tái chế riêng để giao cho đơn vị có tư cách pháp nhân thực hiện việc tái chế. 26. Có sáng kiến hoặc cải tiến về kỹ thuật nhằm giảm chi phí trong xử lý chất thải rắn y tế. 27. Các chỉ tiêu về xử lý chất thải bảo đảm các quy chuẩn quốc gia về môi trường. 28. Có nghiên cứu hoặc đánh giá về thực trạng quản lý chất thải rắn y tế của bệnh viện, trong đó có chỉ ra các nhược điểm, khiếm khuyết cần khắc phục. 29. Áp dụng kết quả nghiên cứu hoặc đánh giá vào việc cải tiến chất lượng quản lý chất thải rắn y tế.	Cần xem lại có 01 số thùng còn thiếu nhãn.
13	C6.3	Người bệnh được chăm sóc vệ sinh cá nhân trong quá trình điều trị tại bệnh viện	3	20. Toàn bộ người bệnh cần chăm sóc cấp II* được các nhân viên y tế theo dõi, chăm sóc toàn diện, bao gồm chăm sóc thể chất và vệ sinh cá nhân. 22. Có nhân viên y tế hoặc dịch vụ hỗ trợ chăm sóc thể	Tuy nhiên cần tăng cường công tác giám sát của phòng Điều dưỡng, Điều dưỡng trưởng về chăm sóc người

				chất và vệ sinh cá nhân cho người bệnh (tắm, gội đầu, vệ sinh răng miệng, xoay trở, vỗ rung).	bệnh và phân cấp chăm sóc hiệu quả hơn nữa.
14	C7.2	Bệnh viện bảo đảm cơ sở vật chất để thực hiện công tác dinh dưỡng và tiết chế trong bệnh viện	4	23. Phương tiện vận chuyển suất ăn tới người bệnh có khả năng giữ nhiệt độ thức ăn. 24. Bếp ăn có đủ nhân viên phục vụ có khả năng cung cấp các suất ăn trên 90% người bệnh (tính theo số giường bệnh), nhân viên y tế và người nhà người bệnh khi có nhu cầu.	Chưa có xe giữ nhiệt.
15	C8.1	Bảo đảm năng lực thực hiện các xét nghiệm huyết học, hóa sinh, vi sinh và giải phẫu bệnh	4	24. Trong năm có thực hiện ít nhất một nghiên cứu liên quan đến xét nghiệm và công bố kết quả nghiên cứu.	- Cơ sở vật chất các khoa chưa đáp ứng an toàn sinh học. - Hóa chất, trang thiết bị chưa xây dựng hệ thống quản lý chặt chẽ.
16	C8.2	Bảo đảm chất lượng các xét nghiệm	3	17. Đã tham gia ngoại kiểm cho các loại xét nghiệm theo định kỳ, đầy đủ (dựa trên các quy định của cơ quan quản lý). 19. Có ít nhất một phòng hoặc đơn vị xét nghiệm trong các lĩnh vực hóa sinh, huyết học, vi sinh đạt tiêu chuẩn ISO 15189 (tương đương hoặc cao hơn). 20. Tiến hành đánh giá/nghiên cứu chất lượng xét nghiệm của bệnh viện ít nhất 1 lần trong năm, có báo cáo đánh giá, trong đó có chỉ ra những nhược điểm,	- Hệ thống QLCL còn rời rạc chưa thống nhất, thiếu sự quan tâm lãnh đạo PXN. - Tham gia ngoại kiểm còn ít so với xét nghiệm triển khai.

				hạn chế và đề xuất giải pháp khắc phục.	
17	C9.3	Cung ứng thuốc và vật tư y tế tiêu hao đầy đủ, kịp thời, bảo đảm chất lượng	4	15. Tiến hành khảo sát, đánh giá (hoặc nghiên cứu) việc cung ứng thuốc và vật tư y tế tại bệnh viện. 16. Có báo cáo đánh giá, trong đó có chỉ ra những nhược điểm, khó khăn cần khắc phục trong cung ứng thuốc, vật tư và đề xuất giải pháp cải tiến. 17. Tiến hành cải tiến chất lượng cung ứng thuốc và vật tư y tế dựa trên kết quả khảo sát, đánh giá (hoặc nghiên cứu). 18. Áp dụng thành tựu khoa học, kỹ thuật mới trong việc cung ứng thuốc và vật tư y tế tiêu hao kịp thời, chất lượng (ví dụ triển khai hệ thống chia thuốc tự động, máy tự động dán nhãn thuốc, liều dùng, tên người bệnh... vào các túi thuốc được chia cho người bệnh).	- Trong cung ứng thuốc cần có kế hoạch mua thuốc chủ động, dài hạn hơn (hạn chế mua thuốc hàng ngày, nhiều đợt). - Thuốc tại khoa Thận cần tập trung quản lý 01 đầu mối tại Khoa Dược theo quy định.
18	C10.1	Tích cực triển khai hoạt động nghiên cứu khoa học	3	13. Có ít nhất 01 công trình được nghiệm thu ở cấp Bộ, tỉnh/thành phố trở lên.	Chưa có đề tài cấp bộ được nghiệm thu.
19	E1.3	Bệnh viện tuyên truyền, tập huấn và thực hành tốt nuôi con bằng sữa mẹ theo hướng dẫn của Bộ Y tế và UNICEF	2	15. Tỷ lệ trẻ sơ sinh tại khoa sản được "bú mẹ hoàn toàn*" từ 70% trở lên.	Có tư vấn NCBSM, tuy nhiên chưa đạt hiệu quả còn bán sữa bé, quảng cáo và người bệnh còn mang bình sữa, sữa khi vào sinh.

II. KẾ HOẠCH CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG NĂM 2021

1. MỤC TIÊU – CHỈ SỐ CHẤT LƯỢNG – ĐỐI TƯỢNG THỰC HIỆN – PHẠM VI ÁP DỤNG

1.1. Mục tiêu chung:

Nâng cao chất lượng khám chữa bệnh, tăng sự hài lòng của người bệnh với phương châm “Lấy người bệnh làm trung tâm, an toàn người bệnh là trên hết”.

Cải thiện môi trường làm việc của nhân viên y tế, thực hiện các giải pháp hướng về nhân viên.

1.2. Mục tiêu cụ thể:

❖ Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện: Điểm đánh giá chất lượng bệnh viện năm 2021 không có tiêu chí chất lượng ở mức 1 và tăng ít nhất 01 điểm so với kết quả đánh giá của Sở Y tế năm 2020 (Không bao gồm tiêu chí D3.1).

❖ Kế hoạch cải tiến chất lượng: Mỗi khoa/phòng xây dựng 01 kế hoạch cải tiến chất lượng trước ngày 30/6/2021.

❖ Đề án cải tiến chất lượng: Ít nhất 70% phòng/khoa xây dựng đề án cải tiến chất lượng đến ngày 31/12/2021 (Danh sách đính kèm phụ lục 01).

1.3. Chỉ số chất lượng bệnh viện: gồm 10 chỉ số với các mục tiêu sau:

❖ Khía cạnh năng lực chuyên môn:

- Tỷ lệ bác sỹ có trình độ sau Đại học/tổng số bác sỹ toàn bệnh viện: $\geq 34\%$.
- Tỷ lệ bác sỹ/điều dưỡng: $\geq 0,64$.

❖ Khía cạnh an toàn:

- Tỷ lệ nhân viên y tế tuân thủ vệ sinh tay: $\geq 72\%$.
- Tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật tiêm an toàn: $\geq 90\%$.
- Tỷ lệ số sự cố báo cáo đúng quy định: $\geq 60\%$.
- Tỷ lệ số sự cố lặp lại: $\leq 32\%$.
- Tỷ lệ tuân thủ việc sử dụng ít nhất 3 yếu tố định danh trong nhận dạng đúng người bệnh: $\geq 50\%$.

❖ Khía cạnh hiệu suất:

- Thời gian nằm viện trung bình của người bệnh nội trú: ≤ 5 ngày.
- Thời gian chờ khám bệnh trung bình của người bệnh: ≤ 48 phút.

❖ Khía cạnh hiệu quả:

- Tỷ lệ hài lòng của người bệnh ngoại trú với dịch vụ khám chữa bệnh: $\geq 83\%$.

- Tỷ lệ chuyển lên tuyến trên khám chữa bệnh: $\leq 1\%$.

❖ Khía cạnh hướng về nhân viên:

- Tỷ lệ nhân viên khám sức khỏe định kỳ: $\geq 95\%$.

1.4. Đối tượng thực hiện: Toàn bộ nhân viên bệnh viện quận Thủ Đức.

1.5. Phạm vi áp dụng: Tại bệnh viện quận Thủ Đức từ 01/01/2021 đến 31/12/2021.

2. NỘI DUNG TRIỂN KHAI

Tiếp tục triển khai hoạt động duy trì kết quả đạt được theo nội dung Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện (Phụ lục 02) và triển khai thực hiện các cải tiến cho các tiêu chí:

STT	Tiêu chí	Nội dung tiêu chí	Nội dung cải tiến	Bộ phận thực hiện	Thời gian thực hiện
1	A1.2	Người bệnh được chờ đợi trong phòng đầy đủ tiện nghi và được vận chuyển phù hợp với tình trạng bệnh tật	Thực hiện di dời toàn bộ các phòng khám đang đặt tại khoa nội trú xuống tập trung dưới khu khám bệnh ngoại trú, chuyển các phòng khám ra 06 địa điểm đã được SYT cho phép hoạt động nhằm giảm tải cho bệnh viện.	- P.QLCL - P. HCQT - Các khoa có liên quan	Quý 1, 2
2	A1.4	Bệnh viện bảo đảm các điều kiện cấp cứu người bệnh kịp thời	- Thực hiện bố trí lại phòng nhận bệnh sàng lọc và cách ly COVID-19 của khoa Cấp cứu, đảm bảo an toàn phòng chống dịch. - Rà soát các giá viện phí đang thu tại khoa Cấp cứu. - Các khoa Hồi sức phối hợp chuẩn bị công tác kiểm tra, in sẵn bằng chứng kiểm tra. - Thực hiện đánh giá hiệu quả hoạt động cấp cứu, nêu rõ các vấn đề tồn tại, đưa ra giải pháp khắc phục. - Tăng cường công tác kiểm tra giám sát hoạt động cấp cứu của bệnh viện. - Phối hợp với Phòng CNTT rà soát lại phần mềm HSBAĐT để cập nhật tránh sai sót, tránh tình trạng chỉ định CLS bị lặp lại.	- P. QLCL - K. KSNK - P. KHTH - K. Cấp cứu - P. TCKT - P. CNTT - K. HSTCCĐ - K. HSTM	- Quý 1 - Quý 1 - 6 tháng, cuối năm - Tháng, quý

3	A2.1	Người bệnh điều trị nội trú được nằm một người một giường	- Thực hiện rà soát toàn bộ buồng bệnh, tường, trần nhà khắc phục những vị trí bong tróc, ẩm thấp. - Tăng cường công tác giám sát nội trú, nhắc nhở các khoa bố trí sắp xếp buồng bệnh nam và nữ riêng biệt. - Thực hiện nâng cấp, mở rộng cơ sở hạ tầng	- P.QLCL - P. HCQT - P. TCKT - Các khoa lâm sàng	- Quý 1,2,3 - Hàng ngày
4	A2.2	Người bệnh được sử dụng buồng vệ sinh sạch sẽ và đầy đủ các phương tiện	- Xây dựng phương án cải tạo, nâng cấp toàn bộ nhà vệ sinh tại bệnh viện và xây dựng khu nhà vệ sinh công cộng mới đối diện căn tin bệnh viện. - Tăng cường hoạt động kiểm tra, giám sát.	- P. HCQT - P. TCKT - P. QLCL	- Quý 1,2 - Hàng ngày
5	A2.3	Người bệnh được cung cấp vật dụng cá nhân đầy đủ, sạch sẽ, chất lượng tốt	- Rà soát các vật dụng cá nhân cung cấp cho người bệnh tại các khoa nội trú, chú ý về chất lượng, đề xuất sửa chữa, thay mới. - Tăng cường hoạt động kiểm tra, giám sát.	- K.KSNK - Các khoa lâm sàng	Hàng ngày
6	A4.1	Người bệnh được cung cấp thông tin và tham gia vào quá trình điều trị	- Tăng cường hoạt động kiểm tra, giám sát nhằm duy trì kết quả đạt được. - Bổ sung kịp thời đầy đủ các mẫu phiếu tư vấn cho người bệnh về tình trạng sức khỏe, phương pháp điều trị cũng như giá cả.	- P. QLCL - P. KHTH	- Hàng ngày - Quý 1
7	A4.2	Người bệnh được tôn trọng quyền riêng tư cá nhân	Bố trí lại giường bệnh ở các phòng bệnh nhằm đảm bảo khoảng cách tối thiểu giữa 2 giường bệnh là 01 mét nếu buồng bệnh có từ 2 giường trở lên.	- Các khoa lâm sàng - P. QLCL	Hàng ngày
8	A4.3	Người bệnh được nộp viện phí thuận tiện, công khai, minh bạch, chính xác	- Liên kết với ngân hàng triển khai dịch vụ khi người bệnh nhập viện được cung cấp thẻ thông minh hoặc thẻ thanh toán điện tử (gọi chung là thẻ từ) dùng để lưu trữ các thông tin cá nhân, mã người bệnh, tình hình sử dụng dịch vụ cận lâm sàng, thuốc, vật tư... và chi phí điều trị. - Thực hiện công khai giá thường quy để NB dễ tra cứu. - Bố trí Kiot tra cứu giá điện tử.	- P. TCKT - P. CNTT	- Quý 2

9	A4.4	Người bệnh được hưởng lợi từ chủ trương xã hội hóa y tế	- Rà soát giá viện phí cho các thiết bị thực hiện từ nguồn xã hội hóa, đặc biệt là DSA.	- P. TCKT	- Quý 1, 2 hoặc khi có điều chỉnh giá
10	C2.1	Hồ sơ bệnh án được lập đầy đủ, chính xác, khoa học	- Tăng cường công tác kiểm tra, giám sát việc ghi chép hồ sơ bệnh án cho đúng form và đúng quy định về thời gian. - Xây dựng quy trình, công cụ giám sát chất lượng, độ tin cậy dữ liệu.	- P. KHTH - Các khoa lâm sàng	- Hàng ngày
11	C4.2	Xây dựng và hướng dẫn nhân viên y tế thực hiện các quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện	- Tăng cường hoạt động giám sát công tác KSNK tại các khoa. - Tổ chức hướng dẫn lại cách xử lý dụng cụ ở các khoa, cách mặc phương tiện phòng hộ cá nhân theo đúng quy định, tiêu chuẩn.	- K. KSNK - Điều dưỡng trưởng - Thành viên mạng lưới KSNK	- Hàng ngày
12	C4.3	Triển khai chương trình và giám sát tuân thủ rửa tay	- Tăng cường công tác giám sát, nhắc nhở và thực hiện các giải pháp nhằm tăng tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay tại các khoa lâm sàng và đặc biệt là các khoa trọng điểm.	- K. KSNK - Điều dưỡng trưởng - Thành viên mạng lưới KSNK	- Hàng ngày
13	C4.5	Chất thải rắn bệnh viện được quản lý chặt chẽ, xử lý an toàn và tuân thủ theo đúng quy định	- Trang bị đầy đủ phương tiện, dụng cụ cho nhân viên thu gom nhằm đảm bảo an toàn cho nhân viên. - Rà soát và bổ sung nhãn cho các thùng rác.	- P. HCQT - K. KSNK	- Hàng ngày - Quý 1
14	C4.6	Chất thải lỏng bệnh viện được quản lý chặt chẽ, xử lý an toàn và tuân thủ theo đúng quy định	- Xây dựng giải pháp đo đặc và so sánh khối lượng nước đầu vào và chất thải lỏng đầu ra sau khi xử lý xong (nếu phát hiện chênh lệch quá mức cho phép có biện pháp giải quyết kịp thời). - Xây dựng và áp dụng các giải pháp để giảm thiểu phát sinh chất	- P. HCQT	- Hàng tháng, quý

			thải lỏng tại nguồn (hạn chế sử dụng nước sinh hoạt tại bệnh viện để tắm giặt, khắc phục rò rỉ đường nước, đầu tư máy móc, công nghệ hiện đại tiết kiệm nước và giảm thiểu chất thải lỏng).		
15	C5.3	Áp dụng các hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh và triển khai các biện pháp giám sát chất lượng	- Thực hiện cải tiến bảng kiểm giám sát quy trình kỹ thuật. - Tăng cường công tác kiểm tra, giám sát và dựa vào kết quả rút ra kết luận và đưa ra các sáng kiến, cải tiến. - Thực hiện giám sát toàn bộ các khoa và chỉ ra tỷ lệ tuân thủ từng khoa để có biện pháp can thiệp. - Tiến hành đánh giá, nghiên cứu và áp dụng cải tiến quy trình.	- P. KHTH - Các khoa lâm sàng	- Quý 2,3 - Theo kế hoạch giám sát
16	C6.3	Người bệnh được chăm sóc vệ sinh cá nhân trong quá trình điều trị tại bệnh viện	- Tổ chức tập huấn cho Điều dưỡng việc phân cấp chăm sóc đúng với tình trạng bệnh. - Thực hiện việc giám sát của điều dưỡng trưởng và phòng điều dưỡng về chăm sóc người bệnh và phân cấp chăm sóc của Điều dưỡng.	- P. ĐD - Điều dưỡng trưởng - Điều dưỡng, hộ sinh các khoa	- Quý 2 - Hàng ngày
17	C7.1	BV thiết lập hệ thống tổ chức để thực hiện công tác dinh dưỡng và tiết chế trong BV	- Rà soát các chứng nhận của nhân sự khoa. Cử nhân viên tham gia các lớp đào tạo tập huấn về dinh dưỡng và cấp chứng chỉ, đảm bảo 100% nhân viên khoa Dinh dưỡng tiết chế phải được tập huấn và có chứng chỉ.	- K. DDTC	- Quý 1 - Khi có chương trình đào tạo từ Trung tâm
18	C7.4	Người bệnh được hướng dẫn, tư vấn chế độ ăn phù hợp với bệnh lý	- Tăng cường hoạt động tư vấn dinh dưỡng tại phòng tư vấn. - Ban hành tờ rơi về chế độ ăn cho từng bệnh lý thường gặp.	- K, DDTC - P. ĐD - Các khoa lâm sàng	- Hàng ngày - Quý 2
19	C7.5	Người bệnh được cung cấp chế độ dinh dưỡng phù hợp với bệnh lý	- Cung cấp thông tin và kalori trực tiếp đến người bệnh. - Dựa trên kết quả hội chẩn, người bệnh suy dinh dưỡng nặng được hỗ trợ dinh dưỡng.	- K, DDTC - Căn tin - Các khoa lâm sàng	- Hàng ngày

		trong thời gian năm viện			
20	C8.1	Bảo đảm năng lực thực hiện các xét nghiệm huyết học, hóa sinh, vi sinh và giải phẫu bệnh	- Thực hiện cải tạo, nâng cấp cơ sở vật chất chặt, bố trí lại lối đi, bố trí các khu vực lưu hóa chất, thuốc thử, xử lý máu sau xét nghiệm đảm bảo các tiêu chuẩn về ATSH theo quy định và tiêu chuẩn ISO 15189. - Bố trí lại Khu vực lấy máu và xây dựng phòng lấy mẫu bệnh phẩm/nước tiểu riêng cho NB. - Xây dựng HTQLCL chung cho các khoa xét nghiệm. - Rà soát và khắc phục những tồn tại nhằm đảm bảo ATSH theo cấp đã công bố.	- 3 khoa xét nghiệm - P. QLCL - P. HCQT - P. TCKT	- Quý 2,3,4 - Hàng ngày
21	C8.2	Bảo đảm chất lượng các xét nghiệm	- Triển khai công tác quản lý chất lượng, xây dựng hệ thống chung cho 3 khoa xét nghiệm. - Triển khai đầy đủ công tác nội kiểm, ngoại kiểm. - Ghi nhận hồ sơ đầy đủ cho những trường hợp kết quả nội kiểm không đạt. - Xây dựng các chỉ số chất lượng cho khối xét nghiệm, tiến hành theo dõi, đo lường để cải tiến hoạt động. - Đăng ký tham gia thêm các chương trình ngoại kiểm theo góp ý của đoàn kiểm tra. - Tăng cường công tác kiểm tra, giám sát hoạt động ngoại kiểm tra chất lượng xét nghiệm, hạn chế sai số, không đạt. - Rà soát và xây dựng lại toàn bộ hệ thống tài liệu, hồ sơ của các khoa xét nghiệm. - Phòng QLCL thực hiện rà soát, giám sát theo định kỳ các hoạt động của 3 khoa xét nghiệm.	- 3 khoa xét nghiệm - P. QLCL	- Hàng ngày - Theo thời gian quy định của TTKC - Thực hiện nội kiểm hàng ngày và khắc phục sai số - Quý 1 - Theo thời gian quy định của TTKC - Hàng tháng

			- Triển khai thực hiện thẩm định phương pháp để đạt mức chất lượng theo quyết định 2429/QĐ-BYT.		- Quý 3,4
22	C9.1	Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức hoạt động được	- Rà soát lại số lượng, chất lượng nhân lực DLS để bố trí sắp xếp nhân sự nhằm đảm bảo và nâng cao chất lượng hoạt động DLS phù hợp quy mô BV.	- K. Dược - Đơn vị chuyên môn dược - P. TCCB	- Quý 1,2
23	C9.3	Cung ứng thuốc và vật tư y tế tiêu hao đầy đủ, kịp thời, bảo đảm chất lượng	- Xây dựng kế hoạch mua thuốc chủ động, dài hạn. - Đưa thuốc tại khoa Thận về khoa Dược quản lý.	- Đơn vị chuyên môn dược - K. Dược - P. QLCL - K. Thận	- Quý 1,2
24	C10.1	Tích cực triển khai hoạt động nghiên cứu khoa học	- Đăng ký 01 công trình nghiên cứu cấp Bộ.	- P. ĐT-CĐT	- Quý 2,3
25	E1.2	Bệnh viện thực hiện tốt hoạt động truyền thông sức khỏe sinh sản trước sinh, trong khi sinh và sau sinh	- Tăng cường truyền thông qua màn hình ti vi, poster, tờ rơi... - Tổ chức các lớp học tiền sản mỗi tuần 1 lần - Phối hợp P.CTXH xây dựng tài liệu cho các lớp tiền sản.	- K. Sản - P. CTXH	- Theo Kế hoạch tập huấn - Truyền thông hàng ngày
26	E1.3	Bệnh viện tuyên truyền, tập huấn và thực hành tốt nuôi con bằng sữa mẹ theo hướng dẫn của Bộ Y tế và UNICEF	- Xin thêm tài liệu, tờ rơi từ trung tâm chăm sóc sức khỏe sinh sản hoặc tự in. - Thực hiện khảo sát, kiểm tra định kỳ. - Tăng cường hoạt động của Nhóm hỗ trợ nuôi con bằng sữa mẹ. - Thực hiện giám sát, nhắc nhở người bệnh không mang bình sữa, sữa khi vào sanh và không được bán hoặc quảng cáo sữa em bé.	- K. Sản - P. CTXH - P. QLCL	- Hàng ngày

3. TỔ CHỨC THỰC HIỆN

3.1. Ban Giám đốc có trách nhiệm

- Chỉ đạo, đôn đốc các đơn vị thực hiện đầy đủ, nghiêm túc các nội dung triển khai của kế hoạch;
- Phê duyệt kế hoạch, kiểm tra giám sát thực hiện Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng Bệnh viện.

3.2. Bộ phận thực hiện có trách nhiệm:

- Phòng Quản lý chất lượng phối hợp với các Phòng/Khoa xây dựng nội dung kế hoạch cải tiến chất lượng Bệnh viện và là đơn vị đầu mối chịu trách nhiệm giám sát kế hoạch cải tiến chất lượng bệnh viện.
- Tổ kiểm tra giám sát bộ tiêu chí thực hiện, kiểm tra, giám sát báo cáo tiến độ thực hiện.
- Các phòng/khoa triển khai thực hiện các hoạt động theo kế hoạch, đúng tiến độ.

3.3. Đề xuất

3.3.1. Nhân sự:

Tổng số nhu cầu nhân sự cần tuyển dụng trong năm: 306

- Bác sỹ: 73 nhân viên;
- Điều dưỡng: 158 nhân viên;
- Hộ sinh: 5 nhân viên;
- Kỹ thuật Y: 24 nhân viên;
- Y tế công cộng: 7 nhân viên;
- Khác: 39 nhân viên.

3.3.2. Cơ sở vật chất:

STT	TÊN LOẠI	SỐ LƯỢNG
1	Xây dựng khu xét nghiệm Huyết học – Hóa sinh	01
2	Xây dựng nhà vệ sinh khu khám bệnh	01
3	Cải tạo toàn bộ nhà vệ sinh, quét sơn toàn BV (06 khu nhà A, B, C, D, E, F, G)	06
4	Giường bệnh	50
5	Lan can, chấn song giường	50

6	Bồn rửa tay	30
7	Nệm	200
8	Đèn chiếu sáng	200
9	Tủ đầu giường	50
10	Bình cứu hỏa	20
11	Thùng rác	200
12	Hộp đựng vật sắc nhọn	100
13	Dụng cụ vệ sinh	100
14	Kệ inox	70

3.3.3. Máy móc, trang thiết bị:

STT	TÊN LOẠI	SỐ LƯỢNG
1	Máy X-Quang kỹ thuật số tổng quát	1
2	Máy siêu âm tổng quát màu	5
3	Máy theo dõi bệnh nhân 5 thông số	5
4	Máy thận nhân tạo	5
5	Máy điện tim	1
6	Máy monitor theo dõi tim thai	3
7	Máy soi cổ tử cung	1
8	Bơm tiêm điện	10
9	Ghế nha	2
10	Hệ thống điện tim gắng sức thăm lặn	1
11	Máy phân tích nước tiểu 10 thông số	1
12	Bộ dụng cụ phẫu thuật ngoại tổng quát	1
13	Máy gây mê giúp thở	1

14	Máy phết tế bào	1
15	Máy theo dõi cung lượng tim	1
16	Máy ly tâm	1
17	Máy tập sàn chậu	1
18	Giác hút	1
19	Máy hút dịch	2
20	Bộ đèn đặt nội khí quản	2
21	Máy giúp thở	2

3.3.4. Vật tư y tế:

STT	TÊN LOẠI	SỐ LƯỢNG
1	Giấy vệ sinh	15.000
2	Dung dịch rửa tay	7000
3	Drap giường	300
4	Dung dịch sát khuẩn tay nhanh	15.000
5	Quần áo	500

4. KINH PHÍ THỰC HIỆN DỰ KIẾN:

Kinh phí cụ thể cho từng hoạt động: Căn cứ theo quy chế chi tiêu nội bộ năm 2021

Việc thu chi được thực hiện theo quy định của pháp luật.

STT	DANH MỤC	THÀNH TIỀN
1	Cơ sở vật chất	5.000.000.000
2	Máy móc, trang thiết bị	5.000.000.000
3	Vật tư y tế	3.000.000.000
4	Chi phí đào tạo	500.000.000
5	Chi phí sửa chữa	2.000.000.000

6	Chi phí hội thi, giải thưởng	300.000.000
7	Chi phí in ấn	100.000.000
8	Chi phí sinh hoạt khoa học kỹ thuật	1.000.000.000
9	Chi phí khác	5.000.000.000
Tổng cộng		21.900.000.000

5. TỔ CHỨC KIỂM TRA, GIÁM SÁT

5.1. Nội dung kiểm tra, giám sát:

Thực hiện kiểm tra, giám sát theo Bảng kiểm đính kèm (Phụ lục 02), bảng kiểm an toàn phẫu thuật, Bảng kiểm An toàn sinh học và Tiêu chí đánh giá mức chất lượng phòng xét nghiệm y học.

5.2. Phương pháp kiểm tra, giám sát:

Quan sát, chụp hình ảnh lưu trữ.

Kiểm tra văn bản (tài liệu, hồ sơ, sổ sách ...), số liệu theo định kỳ.

Phỏng vấn người bệnh, người nhà, khách đến thăm và nhân viên y tế theo các mẫu phiếu phỏng vấn.

6. CAM KẾT THỰC HIỆN

Bệnh viện quận Thủ Đức quyết tâm thực hiện đạt yêu cầu, tiến độ kế hoạch đề ra.

Trên đây là Kế hoạch cải tiến chất lượng bệnh viện năm 2021 đề nghị các khoa/phòng nghiêm túc thực hiện./.

Nơi nhận:

- Ban Giám đốc;
- Các khoa/phòng;
- Lưu: VT, P.QLCL.

GIÁM ĐỐC

BS. NGUYỄN MINH QUÂN

PHỤ LỤC 01**DANH SÁCH ĐỀ ÁN CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG NĂM 2021**

STT	TÊN ĐỀ ÁN	THỜI GIAN TRIỂN KHAI	ĐƠN VỊ THỰC HIỆN	KINH PHÍ THỰC HIỆN
1	Ứng dụng 5S vào công tác cải tạo, sắp xếp xe tiêm tại khoa Nội Tim mạch lão học	03/2021-9/2021	Nội Tim mạch lão học	10.000.000 VNĐ
2	Đề án thành lập phòng khám suy tim trực thuộc khoa nội tim mạch	03/2021-9/2021		30.000.000 VNĐ
3	Các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng liên quan đến hạ đường huyết trên bệnh nhân đái tháo đường Type 2 nhập viện khoa nội tiết Bệnh viện quận Thủ Đức	03/2021-9/2021	Nội tiết	25.000.000 VNĐ
4	Cải tiến bảng hướng dẫn vị trí tiêm thay đổi theo ngày dành cho người bệnh đái tháo đường Type2 có chỉ định tiêm Insulin	03/2021-9/2021		10.000.000 VNĐ
5	Đánh giá hiệu quả các giải pháp giảm thời gian chờ của bệnh nhân trong khám chữa bệnh ngoại trú tại khoa Nội tổng hợp	03/2021-9/2021	Khoa Nội tổng hợp	10.000.000 VNĐ
6	Đánh giá hiệu quả các giải pháp nâng cao độ bao phủ bảo hiểm y tế ở đối tượng nhiễm HIV tại bệnh viện quận Thủ Đức	03/2021-9/2021		10.000.000 VNĐ
7	Đánh giá hiệu quả mô hình sử dụng HOTZALO trong quản lý bệnh nhân mạn tính tại khoa Nội tổng hợp	03/2021-9/2021		10.000.000 VNĐ
8	Đánh giá mức độ tuân thủ quy trình kiểm tra hồ sơ bệnh án nội trú tại khoa Nội tổng hợp	03/2021-9/2021		10.000.000 VNĐ

9	Đánh giá hiệu quả bảng kiểm giám sát điều dưỡng chăm sóc thường quy	03/2021-9/2021		10.000.000 VNĐ
10	Cải thiện răng cửa hàm dưới mọc lệch bằng máng nhựa trong ở trẻ 5-7 tuổi tại khoa RHM	03/2021-9/2021	Khoa Răng hàm mặt	50.000VNĐ/ người
11	Nhãn dán nhận biết thuốc dùng cho người bệnh qua bơm tiêm tự động	03/2021-9/2021	Khoa Hồi sức tích cực chống độc	400.000 VNĐ
12	Ứng dụng CNTT lưu trữ đám mây để triển khai các hoạt động chuyên môn tại khoa HSTC-CĐ	03/2021-9/2021		0 VNĐ
13	Cải tiến dây cột cổ định bệnh nhân	03/2021-9/2021		1.000.000 VNĐ
14	Đề án cải tiến chất lượng khu Sản D	03/2021-9/2021	Khoa Sản	100.000.000 VNĐ
15	Phiếu dặn dò và chăm sóc khách hàng sau phẫu thuật thẩm mỹ	03/2021-9/2021	Khoa Phẫu thuật thẩm mỹ	500 VNĐ/phiếu
16	Giảm nguy cơ nhầm lẫn kết quả test H.Pylori trong nội soi dạ dày		Khoa Thăm dò chức năng	8.850.000 VNĐ
17	Thay thế que cấy kim loại, que nhựa dùng 1 lần bằng que tre tiết trùng	03/2021-9/2021	Khoa Vi sinh	1.000.000 VNĐ
18	Giờ vàng trong điều trị nhằm hỗ trợ cho bệnh nhân có hoàn cảnh khó khăn đang điều trị tại bệnh viện	03/2021-9/2021	Phòng Công tác xã hội	0 VNĐ
19	Hiện thị nội dung thang điểm Braden vào phiếu chăm sóc trên HSBA điện tử	03/2021-9/2021	Phòng Điều dưỡng	0 VNĐ
20	Quản lý và Chăm sóc vết loét tại nhà	03/2021-9/2021		5.000.000 VNĐ
21	Đề án cải tiến sàng lọc nguy cơ dinh dưỡng cho người bệnh ngoại trú	03/2021-9/2021	Khoa Dinh dưỡng tiết chế	20.000.000 VNĐ

22	Ứng dụng mạng xã hội trong chăm sóc bệnh nhân tại bệnh viện quận Thủ Đức cơ sở Hiệp Bình Chánh	03/2021-9/2021	Phòng khám Hiệp Bình Chánh	5.000.000 VNĐ
23	Triển khai thực hiện cải tiến phương pháp nhuộm Hematoxyline	03/2021-9/2021	Khoa Giải phẫu bệnh	0 VNĐ
24	Đề án cải tiến nâng cao chất lượng khám và điều trị tại khoa cấp cứu dựa vào bảng đánh giá mức độ nặng của người bệnh	03/2021-9/2021	Khoa Cấp cứu	3.000.000 VNĐ
25	Nhãn dán màu phân biệt đường truyền động mạch, tĩnh mạch và cho ăn qua ống thông dạ dày	03/2021-9/2021	Khoa Nhi	500.000 VNĐ
26	Đề án cải tiến giảm thời gian chờ khám bệnh cho bệnh nhi	03/2021-9/2021		20.000.000 VNĐ
27	Công nghệ số hóa trong cấp phát hóa chất	03/2021-9/2021	Khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn	0 VNĐ
28	Duy trì và phát triển hoạt động quản lý chất lượng tại đơn vị đột quy quý II năm 2021	03/2021-9/2021	Khoa Nội thần kinh	0 VNĐ
29	Công cụ đánh giá rối loạn nuốt cho người bệnh đột quy não cấp	03/2021-9/2021		0 VNĐ
30	Khung chắn bảo vệ bóng đèn và chống bỏng cho bệnh nhân và nhân viên y tế trong điều trị bằng đèn hồng ngoại tại khoa YHCT-VLTL	03/2021-9/2021	Khoa Y học cổ truyền - Vật lý trị liệu	1.000.000 VNĐ
31	Xây dựng cẩm nang những cây thuốc độc quanh ta	03/2021-9/2021		3.000.000 VNĐ
32	Tạo thuận lợi cho người bệnh ung thư ở xa được truyền hóa trị trong ngày	03/2021-9/2021	Khoa Ung Bướu	0 VNĐ
33	Vách ngăn di động	03/2021-9/2021	Khoa Hồi sức tim mạch	22.000.000 VNĐ
34	Phòng cách ly SARI	03/2021-9/2021		15.000.000 VNĐ
35	Bìa hồ sơ bệnh án	03/2021-9/2021		1.500.000 VNĐ

36	Đề án sửa chữa và bố trí lại khu xét nghiệm hóa sinh - huyết học	03/2021-9/2021	Khoa Huyết học truyền máu và Hóa sinh	300.000.000 VNĐ
37	Nâng cao thái độ tuân thủ điều trị của bệnh nhân nội trú thông qua phiếu tóm tắt thông tin bệnh lý tại khoa Ngoại LNMM	03/2021-9/2021	Khoa Ngoại lồng ngực mạch máu	500.000 VNĐ
38	Giải pháp cải tiến khắc phục tình trạng quá tải tại khoa Ngoại Tổng hợp	03/2021-9/2021	Khoa Ngoại tổng hợp	50.000.000 VNĐ
39	Cải tiến xe tiêm thuốc tại khoa Ngoại tổng quát	03/2021-9/2021		1.000.000 VNĐ
40	Cải tiến quầy đăng ký khám chữa bệnh dịch vụ - bảo hiểm dịch vụ theo yêu cầu	03/2021-9/2021	Khoa Khám bệnh	5.000.000 VNĐ
41	Dịch vụ trả kết quả khám sức khỏe tại nhà theo yêu cầu	03/2021-9/2021		3.000.000 VNĐ
42	Nâng cao chất lượng công tác truyền thông tư vấn GDSK cho người bệnh tại phòng khám tiền mê khoa GMHS	03/2021-9/2021	Khoa Gây mê - hồi sức	2.000.000 VNĐ
43	Sử dụng hiệu quả phần mềm Google Sites, mã QR trong quản lý và đăng tải thông tin thuốc tại khoa GMHS	03/2021-9/2021		0 VNĐ
44	Cải tiến công tác kiểm soát thu phí cận lâm sàng dành cho người bệnh nội trú tại khoa mắt	03/2021-9/2021	Khoa Mắt	150.000 VNĐ
45	Công cụ hỗ trợ bệnh nhân sử dụng bút chích tiểu đường	03/2021-9/2021	Khoa Khám bệnh 2	1.000.000 VNĐ
46	Cải tiến truyền thông, giáo dục sức khỏe cho người bệnh nội trú bằng loa phát thanh tại khoa	03/2021-9/2021	Khoa Chấn thương chỉnh hình	4.000.000 VNĐ
47	Cải tiến khu vực ngồi chờ cho người bệnh dịch vụ	03/2021-9/2021	Khoa Da liễu	1.000.000 VNĐ/tháng
48	Cải tiến quy trình thu phí cận lâm sàng tại phòng khám thận	03/2021-9/2021	Khoa Nội thận - Thận nhân tạo	0 VNĐ
49	Cải tiến hình ảnh trong chụp MRI tim	03/2021-9/2021	Khoa Chẩn đoán hình ảnh	15.000.000 VNĐ

50	Chỉnh trang phòng MRI, đổi mới quy trình trả kết quả mang đến sự hài lòng người bệnh	03/2021-9/2021		25.000.000 VNĐ
51	Khai thác tối đa, sử dụng hiệu quả thông tin viện phí từ MQ Soft trong hoạt động quản lý danh mục kỹ thuật	03/2021-9/2021	Phòng Kế hoạch tổng hợp	0 VNĐ
52	Đề án cải tiến chất lượng kê đơn thuốc hợp lý dựa trên hồ sơ dữ liệu thuốc xây dựng tích hợp vào phần mềm khám chữa bệnh của Bệnh viện	03/2021-9/2021		0 VNĐ
53	Áp dụng chế tài và phản hồi Video trong tăng cường tuân thủ vệ sinh tay ngoại khoa	03/2021-9/2021		10.000.000 VNĐ
54	Cải tiến bảng biểu, sơ đồ toàn phòng khám nhằm nâng cao sự hài lòng của người bệnh khi đến khám tại Phòng khám Linh Xuân	03/2021-9/2021	Khoa khám bệnh 3	20.000.000 VNĐ
55	Cải tiến hoạt động truyền thông và chăm sóc khách hàng các Phòng khám trực thuộc khoa Tâm thể	03/2021-9/2021	Khoa Tâm thể	5.000.000 VNĐ
56	Thẻ thanh toán thông minh	03/2021-9/2021	Phòng Tài chính kế toán	50.000.000 VNĐ
57	Tiếp nhận đánh giá của khách hàng qua mã QR	03/2021-9/2021	Phòng Quản lý chất lượng	0 VNĐ
58	Ứng dụng Google form trong phân tích và xử lý SCYK	03/2021-9/2021		0 VNĐ

PHỤ LỤC 02
BẢNG KIỂM ĐÁNH GIÁ VIỆC TRIỂN KHAI
KẾ HOẠCH CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN NĂM 2021

Tiêu chí	Nội dung	Điểm đạt năm 2020	Điểm 2021 (dự kiến)	Bộ phận thực hiện	Bộ phận phối hợp	Hoạt động triển khai	Bảng chứng kèm theo	Đạt	Không đạt	Lí do không đạt
A1.1	Người bệnh được chỉ dẫn rõ ràng, đón tiếp và hướng dẫn cụ thể	5	5	Phòng Quản lý chất lượng	Phòng Hành chính quản trị					
Mức 1	1.Thiếu biển hiệu bệnh viện hoặc biển hiệu bị mất chữ, mất nét, méo, xệ.				HCQT			☐	☐	
	2.Chưa có bàn/quầy và nhân viên đón tiếp, hướng dẫn người bệnh.				ĐVĐT &QLD A		Hình ảnh biển hiệu bệnh viện	☐	☐	
	3.Giá tiền trông xe ghi không rõ ràng hoặc có dấu hiệu tẩy xóa, thay đổi liên tục.				HCQT, CSKH		Bảng giá trông giữ xe	☐	☐	
	4.Giá tiền trông xe thu cao hơn giá theo				HCQT		Bảng giá trông giữ xe	☐	☐	

	các quy định hiện hành.									
Mức 2	5.Biển hiệu bệnh viện tại cổng chính và cổng đón người bệnh đầy đủ, rõ ràng, không bị mất chữ hoặc mất nét, méo, xệ.			Phòng Quản lý chất lượng	ĐVĐT &QLD A	Thường xuyên kiểm tra, giám sát phát hiện và sửa chữa kịp thời bảng biểu bệnh viện, trong đó có biển hiệu bệnh viện, không để xảy ra tình trạng bị mất chữ, mất nét, méo, xệ. Chụp hình biển hiệu bệnh viện không có những dấu hiệu bị mất chữ, mất nét, méo, xệ.	Hình ảnh cổng chính bệnh viện	☐	☐	
	6.Trong phạm vi từ 50 - 500m có biển báo bệnh viện tại trục đường chính hướng đến cổng chính (cổng số 1) của bệnh viện.				HCQT	Triển khai gắn lắp biển báo bệnh viện trên các trục đường chính, đường hướng đến cổng chính bệnh viện Thường xuyên kiểm tra, sửa chữa kịp thời khi có dấu hiệu hư hỏng		☐	☐	
	7. Trước các lối rẽ từ đường chính vào đường nhỏ có biển báo bệnh viện (trong trường hợp bệnh viện không nằm ở trục đường chính).				HCQT	Chụp hình các biển báo các trục đường chính đến bệnh viện (1: ngã 4 Tam Hà - Phú Châu, 2: ngã 3 Tam Hà - Tô Ngọc Vân, 3: Ngã 3 Đã thực hiệnPhú Châu - Tô Ngọc Vân, 4: ngã 3 Tô Ngọc Vân - Gò Dưa) để làm bằng chứng	Hình ảnh bảng chỉ hướng đến bệnh viện	☐	☐	
	8.Cổng bệnh viện được đánh số: nếu				HCQT	Xác định số cổng ra vào bệnh viện	Cổng bệnh viện được đánh số	☐	☐	

	bệnh viện có một cổng không đánh số; nếu có từ 2 cổng trở lên thì cổng chính tiếp đón người bệnh ghi rõ “Cổng số 1”. Các cổng phụ ghi rõ từng số theo một chiều thống nhất từ trái sang phải hoặc từ phải sang trái. Đối với cổng nội bộ có chỉ dẫn rõ ràng “cổng nội bộ cho nhân viên bệnh viện”.					Triển khai đánh số thứ tự các cổng Làm bảng chỉ dẫn số cổng của bệnh viện Thường xuyên kiểm tra thay bảng khi phát hiện hư hỏng hoặc vị trí các cổng cần thay đổi Chụp hình cổng bệnh viện được đánh số để làm bằng chứng				
	9.Có biển báo chỉ dẫn đến bãi trông giữ xe trong khuôn viên bệnh viện hoặc ngoài khuôn viên (nếu có); đồng thời có biển thông báo “đã đầy xe” hoặc “không nhận trông xe” rõ ràng ngay từ cổng bệnh viện, phù hợp với sức chứa của bãi trông giữ xe theo từng thời điểm.				HCQT	Triển khai làm cổng bãi xe bệnh viện Xây dựng bảng chỉ dẫn, treo biển báo bãi xe tại mỗi cổng, đánh số thứ tự bãi xe nếu có nhiều bãi trong khuôn viên bệnh viện Xây dựng bảng thông báo các thông tin hướng dẫn của bãi giữ xe Thường xuyên kiểm tra phát hiện hư hỏng, hoặc thay đổi nội dung khi cần Chụp hình biển báo bãi xe và các biển thông báo để làm bằng chứng	Biển báo bãi giữ xe, biển báo khi đã đầy xe, hết chỗ	☐	☐	

	10. Có bàn hoặc quầy đón tiếp, hướng dẫn người bệnh.				HCQT	Triển khai đội ngũ tiếp đón và hướng dẫn người bệnh Bố trí các bàn/quầy ở vị trí thuận tiện, người bệnh dễ dàng nhận biết và tiếp xúc Xây dựng biển chỉ dẫn tại các bàn/quầy tiếp đón hướng dẫn Chụp hình các bàn và quầy hướng dẫn để làm bằng chứng		☐	☐	
	11. Bàn tiếp đón ở vị trí thuận tiện cho người bệnh tiếp cận, có biển hiệu rõ ràng.				CSKH		Bàn hướng dẫn Quầy đăng ký/Thu phí	☐	☐	
	12. Bàn tiếp đón có nhân viên y tế (mặc đồng phục và mang biển tên hoặc đeo băng vải để người bệnh dễ nhận biết) trực thường xuyên (trong giờ hành chính) tiếp đón, hướng dẫn và giải đáp cho người bệnh.				CSKH	Triển khai may đồng phục riêng cho nhân viên tiếp đón hướng dẫn Nhân viên thường xuyên giám sát việc tuân thủ mặc đồng phục và đeo băng tên Lên lịch trực cho nhân viên tiếp đón hướng dẫn đảm bảo có nhân viên tiếp đón hướng dẫn thường xuyên trong giờ hành chánh Triển khai làm bảng thông báo thời gian làm việc của bộ phận tiếp đón hướng dẫn và công khai tại các vị trí dễ nhìn dễ thấy Chụp hình nhân viên mặc đồng phục và biển báo thời gian làm việc để làm bằng chứng Nhân viên tiếp đón, hướng dẫn mặc đồng phục	Nhân viên tiếp đón, hướng dẫn mặc đồng phục đeo băng tên Bảng thông báo thời gian làm việc của nhân viên tiếp đón hướng dẫn	☐	☐	

						đeo bảng tên Bảng thông báo thời gian làm việc của nhân viên tiếp đón hướng dẫn				
Mức 3	13. Trong phạm vi từ 50 – 500m có biển báo bệnh viện tại đầy đủ các hướng đến bệnh viện hoặc tại các lối rẽ đến bệnh viện (đối với bệnh viện nằm trong thành phố có biển báo tại trục đường chính hướng đến bệnh viện).			Phòng Quản lý chất lượng	HCQT	Triển khai gắn lắp biển báo bệnh viện trên các trục đường chính, đường hướng đến công chính bệnh viện Thường xuyên kiểm tra, sửa chữa kịp thời khi có dấu hiệu hư hỏng Chụp hình các biển báo các trục đường chính đến bệnh viện (1: ngã 4 Tam Hà - Phú Châu, 2: ngã 3 Tam Hà Đã thực hiện- Tô Ngọc Vân, 3: Ngã 3 Phú Châu - Tô Ngọc Vân, 4: ngã 3 Tô Ngọc Vân - Gò Dưa) để làm bằng chứng	Biển báo bệnh viện trên các trục đường hướng tới bệnh viện	☐	☐	
	14. Các điểm trông giữ xe nằm trong khuôn viên bệnh viện có biển báo rõ ràng.				HCQT	Triển khai giữ xe trong khuôn viên bệnh viện Phân khu vực giữa các bãi xe khác nhau Làm biển báo, bảng chỉ dẫn cho các bãi xe Chụp hình các bãi giữ xe và biển báo, bảng hiệu làm bằng chứng Bãi xe bệnh viện Biển báo bãi xe có đánh số	Bãi xe bệnh viện Biển báo bãi xe có đánh số	☐	☐	

15. Địa điểm trông giữ xe máy và xe đạp có ranh giới phân khu vực riêng bằng hàng rào, dây chắn...				HCQT	Triển khai giữ xe trong khuôn viên bệnh viện Phân khu vực giữa các bãi xe khác nhau Làm biển báo, bảng chỉ dẫn cho các bãi xe Chụp hình các bãi giữ xe và biển báo, bảng hiệu làm bằng chứng Bãi xe bệnh viện Biển báo bãi xe có đánh số	Khu vực dành riêng cho xe đạp và xe máy	☐	☐	
16. Địa điểm trông giữ ô tô có hướng dẫn trông giữ ô tô (nếu có cần hướng dẫn các chiều vào – ra hoặc lên – xuống bằng vạch sơn hoặc biển hướng dẫn).				HCQT	Phân chia khu vực cho xe đạp trong bãi xe bệnh viện Làm rào chắn phân khu vực xe đạp Làm biển báo khu vực dành riêng cho xe đạp Chụp hình làm bằng chứng	Khu vực dành riêng cho xe đạp và xe máy	☐	☐	
17. Thời gian trông giữ xe được ghi cụ thể.				HCQT	Làm bảng giá trông giữ xe có thể hiện thời gian trông giữ xe	Bảng giá trông giữ xe	☐	☐	
18. Giá tiền trông giữ xe được chia theo thời gian trong ngày (ngày-đêm hoặc giờ), được công bố rõ ràng, cụ thể (không gạch xóa) và không cao hơn giá theo các quy định hiện hành				HCQT	Triển khai làm bảng giá trông giữ xe Bảng giá trông giữ xe có thể hiện thời gian, giá tiền cụ thể theo quy định hiện hành của UBND TP. Hồ Chí Minh Biển giá trông giữ xe được	Bảng giá trông giữ xe	☐	☐	

	(của Chính phủ và chính quyền địa phương), hoặc miễn phí.				treo ở vị trí dễ nhìn thấy Chụp hình làm bằng chứng				
	19. Biển báo giá tiền trông giữ xe (hoặc miễn phí) được treo, đặt ở vị trí cố định ở nơi dễ nhìn thấy.			HCQT	Triển khai làm bảng giá trông giữ xe Bảng giá trông giữ xe có thể hiện thời gian, giá tiền cụ thể theo quy định hiện hành của UBND TP. Hồ Chí Minh Biển giá trông giữ xe được treo ở vị trí dễ nhìn thấy Chụp hình làm bằng chứng	Bảng giá trông giữ xe	☐	☐	
	20. Bảo đảm thu tiền trông giữ xe không cao hơn giá đã niêm yết của bệnh viện.			HCQT	Triển khai làm bảng giá trông giữ xe Bảng giá trông giữ xe có thể hiện thời gian, giá tiền cụ thể theo quy định hiện hành của UBND TP. Hồ Chí Minh Biển giá trông giữ xe được treo ở vị trí dễ nhìn thấy Chụp hình làm bằng chứng	Bảng giá trông giữ xe	☐	☐	
	21. Có sơ đồ bệnh viện cụ thể, chú thích, chỉ dẫn rõ ràng tại chỗ dễ quan sát ở khu vực công chính và khoa khám bệnh; có dấu hiệu hoặc chỉ			HCQT	Triển khai thiết kế sơ đồ chỉ dẫn của bệnh viện có chú thích chỉ dẫn rõ ràng, có thể hiện vị trí của người xem trên sơ đồ, nội dung rõ ràng, cụ thể dễ nhìn, dễ quan sát khi đứng ở khoảng	Sơ đồ chỉ dẫn bệnh viện	☐	☐	

dẫn vị trí người xem sơ đồ đang đứng ở vị trí nào trong sơ đồ; chữ viết đủ kích thước cho người có thị lực bình thường (2 mắt có thị lực từ 7/10 trở lên) đọc được ở khoảng cách 3 mét.					cách 3m vẫn có thể nhìn thấy Chụp hình sơ đồ làm bằng chứng				
22. Các tòa nhà được đánh dấu theo chữ viết hoa (A, B, C...), hoặc số 1, 2, 3... hoặc tên khoa (khoa Nội, khoa Ngoại...) rõ ràng, tối thiểu đầy đủ các mặt trước của tòa nhà và các mặt sau (nếu nhìn thấy được trong khuôn viên bệnh viện).				HCQT	Triển khai ký hiệu hóa các tòa nhà trong bệnh viện để người xem dễ nhận biết và tiện lợi di chuyển Gắn bảng thể hiện ký hiệu tòa nhà ở các mặt có thể tiếp cận Chụp hình ký hiệu của các tòa nhà để làm bằng chứng	Tòa nhà được ký hiệu hóa	☐	☐	
23. Có đầy đủ bàn hoặc quầy đón tiếp, hướng dẫn người bệnh tại tất cả các cổng có tiếp nhận người bệnh.				HCQT	Triển khai tiếp đón người bệnh tại sảnh tiếp đón của bệnh viện Bệnh viện tổ chức tiếp đón người bệnh ở một cổng tiếp đón duy nhất Chụp hình không gian sảnh tiếp đón của bệnh viện làm bằng chứng	Cổng tiếp đón người bệnh	☐	☐	

	24. Trước lối vào mỗi khoa/phòng có biển tên khoa rõ ràng và dễ nhìn, có sơ đồ khoa, thể hiện rõ số phòng, vị trí phòng trong khoa.				HCQT	Tại mỗi khoa gắn biển tên khoa có thể hiện hai ngôn ngữ Tiếng Anh và Tiếng Việt Triển khai thiết kế sơ đồ khoa có thể hiện vị trí của các phòng trong khoa và được thể hiện đầy đủ tên phòng trên bản đồ	Hình ảnh sơ đồ có thể hiện vị trí khoa và số phòng bệnh của khoa	☐	☐	
	25.Số buồng bệnh được đánh số theo quy tắc thống nhất do bệnh viện tự quy định, thuận tiện cho việc tìm kiếm.				HCQT	Triển khai đánh số thứ tự buồng bệnh theo quy tắc thống nhất Gắn biển chỉ dẫn ở tất cả các buồng bệnh ở vị trí dễ nhìn Có sơ đồ tổng thể bệnh viện thể hiện vị trí các buồng bệnh và số thứ tự	Biển số buồng bệnh	☐	☐	
	26. Biển số buồng bệnh và biển chỉ dẫn số buồng bệnh ở vị trí dễ nhìn.				HCQT	Triển khai đánh số thứ tự buồng bệnh theo quy tắc thống nhất Gắn biển chỉ dẫn ở tất cả các buồng bệnh ở vị trí dễ nhìn Có sơ đồ tổng thể bệnh viện thể hiện vị trí các buồng bệnh và số thứ tự	Biển số buồng bệnh	☐	☐	
Mức 4	27. Ô tô, xe máy, xe đạp được đỗ đúng nơi quy định của bệnh viện.			Phòng Quản lý chất lượng	HCQT	Triển khai quy định nơi đậu đỗ ô tô xe máy và xe đạp Lập rào chắn, vạch quy	Quy định bãi giữ xe ô tô	☐	☐	

					định nơi đậu đỗ, xe trong bãi xe				
	28. Cầu thang bộ và thang máy (nếu có) được đánh số rõ ràng, theo trình tự do bệnh viện tự quy định.				HCQT Thống kê số lượng cầu thang bộ và thang máy của bệnh viện hiện có Đánh số thứ tự cầu thang bộ và thang máy theo quy định của bệnh viện Gắn bảng thể hiện tại mỗi cầu thang cũng như mỗi tầng lầu để người quan sát dễ nhận biết	Hình ảnh số cầu thang bộ và số thang máy, sơ đồ thể hiện số thang bộ và thang máy	☐	☐	
	29. Trong thang máy có biển ghi thông tin các khoa, phòng của từng tầng và số thang máy để người bệnh thuận tiện, an toàn khi di chuyển (nếu bệnh viện không có thang máy được tính là đạt).				HCQT Thống kê số lượng phòng khoa có trong mỗi tòa nhà, thiết kế bảng chỉ dẫn trong mỗi thang máy có thông tin của các khoa phòng tương ứng với từng tầng lầu trong mỗi tòa nhà	Hình ảnh bảng chỉ dẫn trong thang máy	☐	☐	
	30. Trước mỗi cửa buồng khám, chữa bệnh có bảng tên các bác sỹ, điều dưỡng phụ trách.				HCQT Kiểm tra giám sát, bổ sung biển tên nhân viên phòng khám/ buồng bệnh	Bảng tên nhân viên phụ trách phòng khám/ buồng bệnh	☐	☐	
	31. Khoa khám bệnh có vạch màu hoặc dấu hiệu, chữ viết... được dán hoặc gắn,				HCQT Triển khai chỉ dẫn người bệnh đi thực hiện cận lâm sàng bằng mũi tên chỉ dẫn trong đó có thể hiện màu	Hình ảnh mũi tên chỉ dẫn cận lâm sàng	☐	☐	

	sơn kẻ dưới sàn nhà hướng dẫn người bệnh đến các địa điểm thực hiện các công việc khác nhau như đến phòng xét nghiệm, chụp X-Quang, siêu âm, điện tim, nộp viện phí, khu vệ sinh...(nếu các phòng xét nghiệm, chụp X-Quang, siêu âm, viện phí... nằm ở tòa nhà khác với khoa khám bệnh thì cần có chỉ dẫn bằng hình thức khác rõ ràng, cụ thể).				sắc và thông tin cần chỉ dẫn để người bệnh dễ nhận biết Thường xuyên kiểm tra phát hiện hư hỏng để kịp thời sửa chữa bổ sung nếu thiếu Chụp hình làm bằng chứng				
Mức 5	32. Có đầy đủ sơ đồ bệnh viện tại các điểm giao cắt chính trong bệnh viện; có dấu hiệu hoặc chỉ dẫn vị trí người xem sơ đồ đang đứng ở vị trí nào trong sơ đồ.		Phòng Quản lý chất lượng	HCQT	Xây dựng sơ đồ bệnh viện và triển khai gắn lắp tại các điểm giao cắt chính trong bệnh viện Trên sơ đồ thể hiện vị trí người xem đang đứng ở đâu Chụp hình sơ đồ làm bằng chứng	Sơ đồ chỉ dẫn tại các điểm giao cắt chính trong bệnh viện	☐	☐	
	HCQT			Triển khai xây dựng nội dung chỉ dẫn tại tất cả các cầu thang của bệnh viện để người bệnh dễ dàng di	Bảng chỉ dẫn tại các cầu thang	☐	☐		
	33. Cầu thang của tòa nhà ghi rõ phạm vi của khoa và phạm vi số phòng.								

						chuyển và tiếp cận với bộ phận cần đến Thường xuyên cập nhật nội dung chỉ dẫn nếu có thiếu sót hoặc phạm vi khoa phòng bị thay đổi Chụp hình bảng chỉ dẫn để làm bằng chứng				
	34. Biển tên khoa/phòng được viết bằng tối thiểu hai thứ tiếng Việt, Anh trên phạm vi toàn bệnh viện (có thể thêm tiếng thứ ba tùy nhu cầu bệnh viện).				HCQT	Hệ thống hóa tên Tiếng Anh của các khoa/phòng/đơn vị trong bệnh viện Triển khai đồng bộ hóa bảng tên khoa, phòng, đơn vị, bảng chỉ dẫn bằng 2 thứ tiếng Anh - Việt Thường xuyên cập nhật bổ sung khi có phát sinh thêm những khoa, phòng, đơn vị mới hoặc khoa phòng được tách thành nhiều bộ phận Thường xuyên kiểm tra, giám sát để kịp thời bổ sung sửa chữa khi có bảng hư hỏng... Chụp hình làm bằng chứng	Bảng tên khoa phòng bằng tiếng anh- việt	☐	☐	
	35. Áp dụng thẻ điện tử và máy tính giá tiền trông giữ xe máy, ô tô hoặc bệnh				HCQT	Triển khai thẻ điện tử và máy tính tiền điện tử cho bãi giữ xe ô tô, xe máy Chụp hình làm bằng chứng	Thẻ điện tử và máy tính tiền điện tử	☐	☐	

	viện trông xe miễn phí.									
A1.2	Người bệnh, người nhà người bệnh được chờ đợi trong phòng đầy đủ tiện nghi và được vận chuyển phù hợp với tình trạng bệnh tật	5	5							
Mức 1	1. Không có phòng hoặc sảnh chờ cho người bệnh và người nhà người bệnh tại khu khám bệnh.			Phòng Quản lý chất lượng	HCQT			☐	☐	
	2. Ghế hồng hoặc không có ghế tại phòng hoặc sảnh chờ khu khám bệnh.							☐	☐	
Mức 2	3. Có phòng hoặc sảnh chờ cho người bệnh và người nhà người bệnh.			Phòng Quản lý chất lượng		Trang bị phòng hoặc sảnh chờ cho người bệnh và người nhà người bệnh.	Hình ảnh phòng chờ	☐	☐	
	4. Mái nhà khu chờ khám bệnh bảo đảm cách nhiệt tốt giữa trong nhà và ngoài trời, nếu mái tôn hoặc tấm lợp xi-măng bảo đảm có từ 2 lớp trở lên.				HCQT	Mái nhà khu chờ khám bệnh bảo đảm cách nhiệt tốt giữa trong nhà và ngoài trời, nếu mái tôn hoặc tấm lợp xi-măng bảo đảm có từ 2 lớp trở lên.	Bảng thiết kế	☐	☐	

	đảm có từ 2 lớp trở lên.									
	5. Sẵn có ít nhất một cánh hoặc giường di động có bánh xe tại khu vực khám bệnh để vận chuyển người bệnh.			VTTH B, CSKH	Kẻ vạch nhận biết khu vực tập trung xe lăn, băng ca. - Thống kê số lượng 2 lần/năm	Bảng thống kê xe lăn, băng ca năm 2021 Hình ảnh khu vực tập trung xe lăn, băng ca	☐	☐		
Mức 3	6. Phòng chờ hoặc sảnh chờ khám bệnh bảo đảm thoáng mát mùa hè; kín gió và ấm vào mùa đông.	Phòng Quản lý chất lượng	HCQT	Kiểm tra giám sát đảm bảo sảnh chờ sạch sẽ, đủ quạt, máy lạnh vào mùa hè, kín gió mùa đông	Quan sát Báo cáo tiện nghi 6 tháng đầu năm Báo cáo tiện nghi cuối năm 2021	☐	☐			
	7. Phòng chờ hoặc sảnh chờ đủ chỗ ngồi cho tối thiểu 10% số lượt người bệnh đến khám trung bình trong một ngày (dựa trên số liệu tổng lượt khám trung bình/ngày).		KHTH , HCQT	Thống kê số lượng, làm báo cáo về cung cấp tiện nghi tại phòng chờ, sảnh chờ.	Báo cáo thống kê khảo sát ghế chờ (6 tháng/1 lần) KH bổ sung ghế chờ 2021 (Nếu có)	☐	☐			
	8. Có ti-vi cho người bệnh xem tại phòng chờ hoặc sảnh chờ.		HCQT	Thống kê số lượng, làm báo cáo về cung cấp tiện nghi tại phòng chờ, sảnh chờ.	Báo cáo cung cấp tiện nghi tại phòng chờ, sảnh chờ 2021 (quạt, điều hòa, tivi) Hợp đồng bảo dưỡng điều hòa	☐	☐			
	9. Người bệnh nặng được vận chuyển bằng các phương tiện		VTTH B, CSKH		Quyết định thành lập đội vận chuyển người bệnh Bảng mô tả công việc của	☐	☐			

	vận chuyển và có nhân viên y tế đưa đi làm các xét nghiệm cận lâm sàng tại khoa khám bệnh.					đội vận chuyển Quy trình khám bệnh ngoại trú có quy định người bệnh nặng được nhân viên y tế đưa đi làm các xét nghiệm CLS			
	10. Phòng chờ hoặc sảnh chờ có đủ số lượng quạt (hoặc điều hòa) hoạt động thường xuyên, hoặc bảo đảm nhiệt độ thích hợp cho người bệnh từ 22 đến 28 độ C.			HCQT	Kiểm tra hoạt động của quạt và điều hòa hằng ngày bởi tổ điện và tổ kiểm tra giám sát.	Báo cáo cung cấp tiện nghi tại phòng chờ, sảnh chờ 2021 (quạt, điều hòa, tivi) Hợp đồng bảo dưỡng điều hòa	☐	☐	
	11. Xây dựng và áp dụng quy trình sàng lọc, cách ly người bệnh truyền nhiễm trong các vụ dịch.			KHTH	Xây dựng và ban hành quy trình sàng lọc, cách ly người bệnh truyền nhiễm.	Quy trình tiếp nhận bệnh nhân nghi cúm A Quy trình lấy mẫu, bảo quản, vận chuyển bệnh phẩm của người bệnh nghi ngờ nhiễm hội chứng viêm đường hô hấp vùng trung đông do vi rút Corona (mers – cov) Quy trình chuyển viện người bệnh nhiễm hội chứng viêm đường hô hấp vùng trung đông do vi rút Corona (mers – cov)	☐	☐	
	12. Trong thời điểm các vụ dịch, bệnh			CSKH	P.QLCL phối hợp với P.KHTH chuẩn bị khu sàng	Hình ảnh khu sàng lọc, phân loại	☐	☐	

	viện bố trí khu sàng lọc, phân loại và vận chuyển người bệnh truyền nhiễm ngay tại khu vực đón tiếp.				lọc, phân loại và vận chuyển người bệnh truyền nhiễm. - Hệ thống bảng chỉ dẫn có nội dung chỉ dẫn đến khu vực cách li và trước khu vực cách li có sơ đồ phòng cách li, thể hiện đầy đủ CSVC trong khu vực và hướng đi của người bệnh và NVYT	Sơ đồ phòng cách li Bảng hướng dẫn đến khu vực cách li			
	13. Người bệnh truyền nhiễm đường hô hấp sau khi sàng lọc được vào khu vực chờ riêng.			NTQ	Cập nhật Hệ thống bảng chỉ dẫn có nội dung chỉ dẫn đến khu vực cách li và trước khu vực cách li có sơ đồ phòng cách li, thể hiện đầy đủ CSVC trong khu vực và hướng đi của người bệnh và NVYT	Sơ đồ đến phòng cách ly Hình ảnh	☐	☐	
	14. Có buồng khám riêng cho người bệnh truyền nhiễm đường hô hấp sau khi đã được sàng lọc.			NTQ	Có buồng khám riêng cho người bệnh truyền nhiễm đường hô hấp sau khi đã được sàng lọc.	Sơ đồ đến phòng cách ly Hình ảnh	☐	☐	
Mức 4	15. Có khảo sát lại và mua bổ sung, sửa chữa ghế chờ cho người bệnh tại khu vực chờ mỗi năm một lần (nếu cần thiết).		Phòng Quản lý chất lượng	HCQT, TMS	Dựa vào thống kê số lượng ghế chờ, dựa vào báo cáo số lượt khám bệnh 6 tháng đầu năm và 6 tháng cuối năm, làm báo cáo khảo sát. Đề xuất bổ sung nếu cần thiết.	Báo cáo khảo sát ghế chờ Đề xuất bổ sung ghế chờ nếu cần thiết Hóa đơn mua ghế	☐	☐	

16. Phòng chờ đủ chỗ cho tối thiểu 20% số lượt người bệnh đến khám trung bình trong một ngày (dựa trên số liệu tổng lượt khám trung bình trong ngày).				HCQT	Dựa vào thống kê số lượng ghế chờ, dựa vào báo cáo số lượt khám bệnh 6 tháng đầu năm và 6 tháng cuối năm, làm báo cáo khảo sát. Đề xuất bổ sung nếu cần thiết.	Báo cáo ghế chờ 6 tháng Báo cáo ghế chờ cuối năm	☐	☐	
					Dựa vào thống kê số lượng ghế chờ, dựa vào báo cáo số lượt khám bệnh 6 tháng đầu năm và 6 tháng cuối năm, làm báo cáo khảo sát. Đề xuất bổ sung nếu cần thiết.	Báo cáo ghế chờ 6 tháng Báo cáo ghế chờ cuối năm Đề xuất bổ sung ghế chờ Hóa đơn mua ghế	☐	☐	
				HCQT		Hình ảnh	☐	☐	

	19. Người bệnh nặng được nhân viên y tế đưa đi làm các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng trên phạm vi toàn bệnh viện.				Tất cả các khoa lâm sàng	Xây dựng qui trình có nội dung người bệnh nặng được NVYT đưa đi làm CLS. - Lịch phân công hộ lý hỗ trợ tại khoa do HCQT cung cấp.	Qui trình khám ngoại trú có qui định NVYT đưa người bệnh nặng đi thực hiện CLS Lịch phân công hộ lý hỗ trợ tại các khoa Quyết định thành lập đội vận chuyển người bệnh	☐	☐	
Mức 5	20. Phòng chờ khu khám bệnh có điều hòa hoạt động thường xuyên, bảo đảm nhiệt độ thích hợp cho người bệnh (từ 22 đến 28 độ C)		Phòng Quản lý chất lượng	HCQT	Kiểm tra hoạt động của quạt và điều hòa hằng ngày bởi tổ điện và tổ kiểm tra giám sát. - Hàng tháng có khảo sát nhiệt độ	Số liệu thống kê theo dõi nhiệt độ Báo cáo quan trắc môi trường lao động năm 2021 Báo cáo quan trắc môi trường định kỳ 2 lần/5	☐	☐		
	21. Hàng năm khảo sát, lập kế hoạch và đầu tư bổ sung kịp thời: ghế chờ, quạt, điều hòa và các phương tiện truyền thông cho người bệnh (nếu cần thiết) tại các khu vực chờ trong bệnh viện.			TMS	Dựa vào thống kê số lượng ghế chờ, dựa vào báo cáo số lượt khám bệnh 6 tháng đầu năm và 6 tháng cuối năm, làm báo cáo khảo sát. - Thống kê và làm báo cáo về tiện nghi cung cấp trong phòng chờ - Đề xuất bổ sung nếu cần thiết.	Báo cáo khảo sát ghế chờ, quạt, điều hòa, lập kế hoạch bổ sung ghế chờ (nếu cần thiết)	☐	☐		
	22. Toàn bộ lối đi giữa các khối nhà trong bệnh viện được thiết kế, sửa chữa kịp thời, các địa điểm tiếp nối có giải pháp			HCQT	Rà soát, sửa chữa lối đi kịp thời Thiết kế giải pháp vật lý cho xe lăn, băng ca tại các điểm tiếp nối của các khu nhà	Hình ảnh Quan sát	☐	☐		

	vật lý để xe lăn, xe vận chuyển người bệnh được dễ dàng (bảo đảm không gõ ghè khi đẩy xe, chống vấp ngã).									
A1.3	Cải tiến quy trình khám bệnh, đáp ứng sự hài lòng người bệnh	5	5	Phòng Quản lý chất lượng						
Mức 1	1. Không tiến hành đánh giá thực trạng, phân tích những điểm còn hạn chế trong công tác khám bệnh.			Phòng Quản lý chất lượng	Các khoa KB ngoại trú, CLS		Đánh giá hoạt động khám chữa bệnh	☐	☐	
	2. Chưa tiến hành cải tiến quy trình khám bệnh.						Cải tiến quy trình khám chữa bệnh tại khoa	☐	☐	
Mức 2	3. Có đánh giá thực trạng, phân tích những điểm còn hạn chế trong công tác khám bệnh.			Phòng Quản lý chất lượng	KHTH	Tiến hành khảo sát sự hài lòng người bệnh nội trú và ngoại trú Từ đó tìm ra những điểm còn hạn chế trong công tác khám, chữa bệnh, xây dựng kế hoạch nâng cao chất lượng phục vụ Báo cáo nâng cao chất lượng phục vụ tại khoa Khám bệnh	Cung cấp báo cáo hoạt động khám chữa bệnh của BV	☐	☐	

	4. Có bản kế hoạch nâng cao chất lượng phục vụ tại khoa khám bệnh dựa trên đánh giá thực trạng.				KHTH	Xây dựng kế hoạch nâng cao chất lượng phục vụ tại khoa Khám bệnh năm 2021	Cung cấp kế hoạch khám chữa bệnh của bệnh viện	☐	☐	
	5. Có sơ đồ chỉ dẫn các quy trình khám, chữa bệnh cho người bệnh tại khu khám bệnh, được trình bày rõ ràng, dễ hiểu, được đặt hoặc treo ở vị trí dễ nhìn, dễ đọc tại khu khám bệnh (có chú thích rõ ràng hoặc vẽ hai quy trình riêng nếu có sự khác nhau giữa khám bảo hiểm y tế và không có bảo hiểm y tế).				HCQT	Xây dựng sơ đồ chỉ dẫn các quy trình khám, chữa bệnh cho người bệnh tại khu khám bệnh, được trình bày rõ ràng, dễ hiểu, được đặt hoặc treo ở vị trí dễ nhìn, dễ đọc tại khu khám bệnh	Gắn bảng	☐	☐	
	6. Có bảng phân công cụ thể nhân sự cho từng phòng khám.				HCQT	Xây dựng bảng phân công nhân sự đặt tại cửa phòng khám	Gắn bảng	☐	☐	
Mức 3	7. Có niêm yết giờ khám, lịch làm việc của các buồng khám, cận lâm sàng rõ ràng.			Phòng Quản lý chất lượng	Tất cả các khoa LS và CLS	Xây dựng bảng phân công nhân sự đặt tại cửa phòng khám, buổi cận lâm sàng, có niêm yết kèm theo giờ làm việc rõ ràng	Niem yết giờ khám bệnh, giờ làm việc	☐	☐	
	8. Có máy chụp tài liệu (photocopy hoặc				HCQT	Lắp đặt máy photocopy tại khu vực đăng ký khám	Đặt máy và thực hiện photocopy cho người bệnh	☐	☐	

	scan) phục vụ người bệnh đặt tại khu vực đăng ký khám hoặc tại vị trí thuận lợi cho người bệnh, có người phục vụ thường xuyên trong giờ hành chính.				hoặc tại vị trí thuận lợi cho người bệnh, có phân công người phục vụ thường xuyên trong giờ hành chính.				
	9. Có phương án và phân công cụ thể để tăng cường nhân lực trong giờ cao điểm của khoa khám bệnh.			Tất cả các khoa LS và CLS	Xây dựng phương án và phân công cụ thể để tăng cường nhân lực trong giờ cao điểm của khoa khám bệnh.	Xây dựng phương án từng khoa	☐	☐	
	10. Có bố trí bàn, buồng khám bệnh dự phòng tăng cường trong những thời gian cao điểm.			HCQT	Có dự phòng bàn, buồng khám bệnh trong những thời gian cao điểm	Đóng bàn ghế	☐	☐	
	11. Người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế thuộc diện được chi trả 100% không phải tạm ứng tiền khi đăng ký khám bệnh.			CSKH	Xây dựng quy trình khám chữa bệnh không thu tạm ứng khi đăng ký khám chữa bệnh	Thực hiện đúng quy trình khám chữa bệnh	☐	☐	
Mức 4	12. Có tiến hành đánh giá định kỳ (ít nhất 6 tháng 1 lần) thời gian chờ đợi của người bệnh và phát		Phòng Quản lý chất lượng	CNTT	Tiến hành đánh giá định kỳ 6 tháng 1 lần về thời gia chờ đợi của người bệnh để tìm ra vấn đề cần được cải tiến trong quy trình khám chữa bệnh.	Triển khai phần mềm đo thời gian chờ	☐	☐	

	hiện được các vấn đề cần cải tiến.									
	13. Công khai cam kết về thời gian chờ theo từng phân đoạn trong quy trình khám bệnh: thời gian chờ khám, chờ kết quả cận lâm sàng và chờ lấy thuốc và các thời gian chờ khác.				Tất cả các khoa LS và CLS	Công khai cam kết về thời gian chờ theo từng phân đoạn trong quy trình khám bệnh: thời gian chờ khám, chờ kết quả cận lâm sàng và chờ lấy thuốc và các thời gian chờ khác trên các bảng truyền thông, trang web của bệnh viện...	Cung cấp thời gian cam kết	☐	☐	
	14. Có số liệu về thời gian chờ đợi và thời gian hoàn thành toàn bộ các thủ tục khám bệnh cho các đối tượng sau: a. Khám lâm sàng b. Khám lâm sàng + xét nghiệm (sinh hóa, huyết học...) c. Khám lâm sàng + xét nghiệm + chẩn đoán hình ảnh d. Khám lâm sàng + xét nghiệm + CDHA + thăm dò chức năng + khác				CNTT	Tiến hành tính thời gian chờ đợi và thời gian hoàn thành các thủ tục khám bệnh	Triển khai phân mề đo thời gian chờ	☐	☐	

	15. Có phương án bố trí thêm các ô, quầy thu viện phí, thanh toán bảo hiểm y tế và nhân viên trong giờ cao điểm và triển khai trên thực tế.				HCQT, CSKH	Xây dựng phương án bố trí thêm các ô, quầy thu viện phí, thanh toán bảo hiểm y tế và nhân viên trong giờ cao điểm và triển khai trên thực tế.	HCQT đóng quầy CSKH thực hiện thu phí	☐	☐	
	16. Có phương án điều phối lại người bệnh để giảm tải trong trường hợp có những bàn, buồng khám đông người bệnh.				CNTT	Xây dựng phương án điều phối lại người bệnh để giảm tải trong trường hợp có những bàn, buồng khám đông người bệnh: phân bổ người bệnh trên phần mềm...	Triển khai phần mềm xác định số lượng bệnh của mỗi phòng khám và xác định được tình trạng quá tải	☐	☐	
	17. Có phương án bố trí thêm quầy và nhân viên phát thuốc trong giờ cao điểm và triển khai trên thực tế.				Dược	Xây dựng phương án bố trí thêm quầy và nhân viên phát thuốc trong giờ cao điểm và triển khai trên thực tế.	Bố trí thêm quầy và nhân viên phát thuốc	☐	☐	
Mức 5	18. Có áp dụng các giải pháp can thiệp làm giảm thời gian chờ đợi của người bệnh.			Phòng Quản lý chất lượng	Tất cả các khoa LS và CLS	Tiến hành áp dụng các giải pháp can thiệp làm giảm thời gian chờ của người bệnh sau khi tiến hành đánh giá thời gian	Triển khai các giải pháp can thiệp làm giảm thời gian chờ	☐	☐	
	19. Bệnh viện áp dụng hệ thống công nghệ thông tin, tự động tính toán thời gian trung bình của một lượt khám bệnh				CNTT	Tiến hành tính thời gian chờ đợi và thời gian hoàn thành các thủ tục khám bệnh	Phần mềm đo thời gian chờ	☐	☐	

	theo ngày cho toàn bộ các người bệnh sau: a. Khám lâm sàng b. Khám lâm sàng + xét nghiệm (sinh hóa, huyết học...) c. Khám lâm sàng + xét nghiệm + chẩn đoán hình ảnh d. Khám lâm sàng + xét nghiệm + CDHA + thăm dò chức năng e. Khám lâm sàng + khác g. Tổng thời gian khám trung bình cho một lượt khám.								
	20. Có biểu đồ theo dõi thời gian chờ đợi và khám bệnh cho các đối tượng người bệnh, được in và công khai tại khu khám bệnh (cập nhật theo tuần, tháng).			CNTT	Biểu đồ theo dõi thời gian chờ đợi và khám bệnh cho các đối tượng người bệnh, được in và công khai trên các màn hình tại khu khám bệnh (cập nhật theo tuần, tháng).	Phần mềm đo thời gian chờ	☐	☐	
	21. Kết quả đo lường về thời gian chờ của tất cả các phân đoạn			Tất cả các khoa	Tiến hành tính thời gian chờ đợi và thời gian hoàn thành các thủ tục khám	Tất cả các khoa LS và CLS thực hiện cam kết thời gian chờ	☐	☐	

	trong quy trình khám bệnh không vượt quá các cam kết của bệnh viện.				LS và CLS	bệnh, cải tiến thời gian chờ của các công đoạn, xây dựng cam kết thời gian chờ tại bệnh viện	CNTT Tích hợp cam kết của các khoa lên phân mềm đo thời gian chờ và tính được số lượng người bệnh có thời gian vượt quá cam kết			
	22. Tổng thời gian của quy trình khám bệnh không vượt quá quy định của Bộ Y tế.				CNTT	Tiến hành tính thời gian chờ đợi và thời gian hoàn thành các thủ tục khám bệnh, cải tiến thời gian chờ của các công đoạn để không vượt quá quy định của bộ Y tế	Tích hợp thời gian quy định của BHYT về thời gian của quy trình khám chữa bệnh và tính được phần trăm vượt quá quy định	☐	☐	
A1.4	Bệnh viện bảo đảm các điều kiện cấp cứu người bệnh kịp thời	4	4	KHTH						
Mức 1	1. Phát hiện thấy người bệnh cấp cứu nhưng không được cấp cứu kịp thời gây hậu quả nghiêm trọng như tử vong, các tổn thương không hồi phục (loại trừ các trường hợp do người bệnh đến muộn vượt quá khả năng xử lý).			KHTH	Khoa cấp cứu	Xây dựng hệ thống cấp cứu người bệnh kịp thời.	Quy trình báo động đỏ Báo cáo thống kê số lượng các trường hợp thực hiện báo động đỏ. Kế hoạch tập huấn, diễn tập	☐	☐	
	2. Bệnh viện không có giường cấp cứu.				Khoa cấp cứu, Q LCL	Trang bị đầy đủ giường cấp cứu người bệnh.	Hình ảnh Danh mục vật tư cấp cứu ở bệnh viện	☐	☐	

	3. Giường cấp cứu không sẵn sàng phục vụ ngay nếu có người bệnh đến cấp cứu.				Khoa cấp cứu	Có đủ giường bệnh cấp cứu, sẵn sàng phục vụ người bệnh.	Danh mục kiểm kê tài sản. Báo cáo công suất sử dụng giường bệnh cấp cứu. Phương án tăng cường giường bệnh cấp cứu.	☐	☐	
Mức 2	4. Có hướng dẫn/quy định về thứ tự ưu tiên khám và xử trí cho đối tượng người bệnh cấp cứu (nếu có đông người bệnh cấp cứu).			KHTH	Khoa cấp cứu	Xây dựng hướng dẫn thứ tự khám cấp cứu ưu tiên dựa vào phân loại độ nặng	Bảng hướng dẫn thứ tự khám ưu tiên	☐	☐	
	5. Có quy định cứu chữa ngay cho người bệnh cấp cứu trong trường hợp chưa kịp đóng viện phí hoặc không có người nhà người bệnh đi kèm.				Khoa cấp cứu, QLCL	Xây dựng quy định cứu chữa ngay cho người bệnh	Bảng quy định cứu chữa ngay cho người bệnh	☐	☐	
	6. Có danh mục thuốc cấp cứu (theo quy định của Bộ Y tế).				Khoa cấp cứu, khoa Dược	Lập danh mục thuốc cấp cứu	Danh mục thuốc cấp cứu được công khai ở tủ thuốc	☐	☐	
	7. Có danh mục trang thiết bị, phương tiện cấp cứu thiết yếu (theo quy định của Bộ Y tế).				Khoa cấp cứu, Trang thiết bị	Lập danh mục trang thiết bị cấp cứu	Danh mục trang thiết bị cấp cứu được công khai ở tủ thuốc	☐	☐	
	8. Có bảng phân công nhân viên y tế trực				Hành chánh	Lập danh mục trực của bệnh viện	Lịch trực của các khoa/phòng	☐	☐	

	cấp cứu (bao gồm hành chính, tài chính, lái xe).				quản trị					
	9. Không có trường hợp người bệnh cấp cứu bị trì hoãn khám và xử trí, gây hậu quả nghiêm trọng (loại trừ các trường hợp do người bệnh đến muộn).				Vật tư TBB, Cấp cứu	Xây dựng hệ thống cấp cứu người bệnh kịp thời.	Quy trình báo động đỏ, báo cáo thống kê số lượng các trường hợp thực hiện báo động đỏ. Kế hoạch tập huấn, diễn tập	☐	☐	
Mức 3	10. Bảo đảm đầy đủ các cơ sở thuốc cấp cứu (theo quy định của Bộ Y tế).			KHTH	QLCL, cấp cứu	Cập nhật thường xuyên vật tư tiêu hao, bù đủ cơ sở cho cấp cứu	Thực tế cơ sở thuốc ở khoa	☐	☐	
	11. Có đầy đủ các trang thiết bị, phương tiện cấp cứu (bình ô-xy, khí nén, bóng...) và được kiểm tra thường xuyên.					Mua sắm các trang thiết bị cấp cứu, kiểm tra thường xuyên định kỳ các thiết bị, có các biên bản kiểm tra	Thực tế kiểm tra thiết bị có đủ số lượng không, có hư hỏng không.	☐	☐	
	12. Giường cấp cứu* của bệnh viện bảo đảm trong tình trạng sẵn sàng hoạt động được ngay khi cần thiết.				Khoa cấp cứu	Có đủ giường bệnh cấp cứu, sẵn sàng phục vụ người bệnh.	Danh mục kiểm kê tài sản. Báo cáo công suất sử dụng giường bệnh cấp cứu. Phương án tăng cường giường bệnh cấp cứu.	☐	☐	

	13. Bảo đảm nhân viên y tế trực cấp cứu 24/24 giờ.				Khoa cấp cứu	Phân công nhân sự đảm bảo luôn có NVYT trực cấp cứu. Giám sát sự tuân thủ của nhân viên.	Lịch trực phân công nhân viên trực cụ thể ở từng bộ phận. Camera, màn hình quan sát.	☐	☐	
	14. Bệnh viện có quy định về hội chẩn người bệnh, trong đó có hội chẩn người bệnh nặng.				Khoa cấp cứu, Trang thiết bị	Xây dựng những nguyên tắc, những việc cần làm khi hội chẩn người bệnh nặng	Quy định Hội chẩn bệnh nặng	☐	☐	
	15. Người bệnh nặng được hội chẩn theo quy định và xử lý kịp thời.				Trang thiết bị	Thông báo, triển khai quy định hội chẩn. Kiểm tra giám sát sự tuân thủ của nhân viên.	Thống kê số lần bác sĩ hội chẩn không đúng thời gian quy định (báo cáo trên giao ban sáng).	☐	☐	
Mức 4	16. Có máy theo dõi liên tục cho người bệnh tối thiểu tại khoa cấp cứu, khoa hồi sức tích cực.			KHTH	Khoa cấp cứu	Trang bị máy thở cho các khoa HSTC, cấp cứu Đảm bảo đủ số lượng	Danh mục kiểm kê số lượng máy thở Báo cáo số liệu sử dụng máy thở. Phương án tăng cường khi có tình trạng thiếu máy thở.	☐	☐	
	17. Bảo đảm có đủ máy thở cho người bệnh tại các giường bệnh điều trị tích cực khi có chỉ định sử dụng máy thở (không tính trường hợp thiên tai, thảm họa).				Hành chánh quản trị			☐	☐	

	18. Có số liệu thống kê về số lượt sử dụng máy thở.				Khoa cấp cứu			☐	☐	
	19. Có hệ thống cung cấp ô-xy trung tâm và khí nén cho giường bệnh cấp cứu.				Khoa cấp cứu	Trang bị hệ thống oxy trung tâm, và mua thêm những bình khí nén đảm bảo phục vụ đầy đủ cho người bệnh	Hệ thống oxy trung tâm Bình oxy Hệ thống đảm bảo chất lượng khí oxy.	☐	☐	
	20. Có tiến hành đánh giá hoạt động cấp cứu người bệnh theo định kỳ (do bệnh viện tự quy định theo quý, năm) như xác định các vấn đề tồn tại, ưu, nhược điểm trong cấp cứu người bệnh.				Khoa cấp cứu	Đánh giá hoạt động cấp cứu xác định những vấn đề còn tồn tại, những nhược điểm cần khắc phục	Báo cáo đánh giá hoạt động cấp cứu	☐	☐	
	21. Có tiến hành đánh giá, phân loại kết quả cấp cứu theo định kỳ (do bệnh viện tự quy định theo quý, năm) và có số liệu như số ca cấp cứu thành công, số ca chuyển tuyến, tử vong...				QLCL, 115	Phân loại các kết quả cấp cứu, đánh giá so sánh kết quả cấp cứu theo định kỳ quý năm		☐	☐	
	22. Có tiến hành học tập, rút kinh nghiệm				QLCL, 115	Rút kinh nghiệm từ kết quả cấp cứu, đưa ra các giải	Biên bản họp rút kinh nghiệm	☐	☐	

	từ các kết quả đánh giá cấp cứu.				pháp những phương hướng khắc phục	Kế hoạch cải tiến, báo cáo sau cải tiến.			
	23. Có xây dựng quy trình và triển khai “báo động đỏ”* nội viện, huy động ngay lập tức các nhân viên y tế cấp cứu xử trí các tình huống cấp cứu khẩn cấp.				Khoa cấp cứu	Phòng KHTH là đầu mối xây dựng và triển khai quy trình "Báo động đỏ"	Quy trình báo động đỏ, báo cáo thống kê các ca được thực hiện báo động đỏ	☐	☐
Mức 5	24. Có xây dựng quy trình và triển khai “báo động đỏ” ngoại viện, huy động ngay lập tức các chuyên gia y tế từ bệnh viện khác (trong tỉnh, ngoài tỉnh) cùng cấp cứu xử trí các tình huống cấp cứu khẩn cấp.		KHTH	Khoa cấp cứu	Phòng KHTH là đầu mối xây dựng và triển khai quy trình "Báo động đỏ"	Quy trình báo động đỏ, báo cáo thống kê các ca được thực hiện báo động đỏ	☐	☐	
	25. Có sử dụng kết quả đánh giá để cải tiến công tác cấp cứu người bệnh.			Khoa cấp cứu	Cải tiến chất lượng dựa vào kết quả đánh giá. So sánh kết quả trước cải tiến và sau cải tiến	Kế hoạch cải tiến công tác cấp cứu người bệnh	☐	☐	
	26. Đánh giá, theo dõi kết quả cấp cứu người bệnh theo thời gian như thành công,			Khoa cấp cứu	Lập số liệu theo dõi kết quả cấp cứu, đánh giá so sánh kết quả định kỳ	Báo cáo sau cải tiến	☐	☐	

	tử vong, biến chứng, chuyển tuyến...									
	27. Vẽ biểu đồ xu hướng kết quả cấp cứu người bệnh theo thời gian và công bố cho nhân viên bệnh viện, người bệnh thông qua báo cáo chung bệnh viện, bảng truyền thông...					Vẽ biểu đồ xu hướng kết quả cấp cứu Công bố lên các kênh truyền thông	Báo cáo sau cải tiến	☐	☐	
A1.5	Người bệnh được làm các thủ tục đăng ký, khám bệnh theo đúng thứ tự bảo đảm tính công bằng và mức ưu tiên	5	5	Phòng Quản lý chất lượng						
Mức 1	1. Có tình trạng người bệnh chen lấn vào đăng ký khám hoặc vào khám tại khu khám bệnh.			Phòng Quản lý chất lượng	CSKH		Quản lý việc đăng ký khám bệnh theo thứ tự trước sau	☐	☐	
Mức 2	2. Có hướng dẫn, quy trình tiếp đón người bệnh theo trật tự trước - sau.			Phòng Quản lý chất lượng	CSKH	Phòng QLCL xây dựng quy trình khám chưa bệnh - khoa khám bệnh triển khai quy trình - Nhân viên khoa khám bệnh hướng dẫn người bệnh đăng ký và số thứ tự khám bệnh.	Triển khai nhân viên hướng dẫn người bệnh thực hiện đăng ký theo trình tự trước sau	☐	☐	

	3. Có hình thức yêu cầu người bệnh xếp hàng theo trật tự trước – sau như dải phân cách (cứng, mềm), lấy số (bằng máy hoặc thủ công) hoặc bằng các hình thức khác (kể cả với những bệnh viện có ít người bệnh đến).			CSKH		Triển khai bóc số thứ tự trước khi đăng ký	☐	☐	
Mức 3	4. Có bộ phận phát số (bằng máy hoặc thủ công đặt tại bộ phận tiếp đón khu khám bệnh) và hướng dẫn người bệnh xếp hàng, bảo đảm tính công bằng, trật tự trong việc khám bệnh.		Phòng Quản lý chất lượng	CNTT, CSKH	Nhân viên khoa khám bệnh hướng dẫn người bệnh đăng ký và số thứ tự khám bệnh.	CNTT triển khai hệ thống máy in số thứ tự CSKH thực hiện phát số thứ tự cho người bệnh	☐	☐	
	5. Có biện pháp giám sát việc lấy số xếp hàng theo đúng thứ tự, do nhân viên trực tiếp thực hiện hoặc qua hệ thống camera tự động.			CSKH	Bản phân công công việc giám sát Camera: P.QLCL, P.HCQT. - Hình ảnh: Camera, Đường line - P. HCQT bổ sung ghế ngồi chờ theo thứ tự. - thông báo qua loa trong trường hợp đột xuất.	Nhân viên đăng ký sẽ thực hiện giám sát vấn đề người bệnh có đăng ký đúng theo trật tự trước sau không, liên hệ an ninh nếu có sự cố khiếu nại	☐	☐	
	6. Bệnh viện có máy lấy số khám tự động		Phòng Quản	CNTT, CSKH	Phòng CNTT đề xuất máy lấy số khám bệnh tự động	CNTT triển khai hệ thống đăng ký khám bệnh tự	☐	☐	

Mức 4	chia theo đối tượng (có và không ưu tiên); theo mục đích đến khám (khám nội, ngoại, sản, nhi...).			lý chất lượng		- Nhân viên khoa khám bệnh hướng dẫn người bệnh đăng ký và lấy số khám bệnh.	động, bảo trì thường xuyên CSKH có nhân viên hướng dẫn cho người bệnh tự đăng ký			
	7. Có quy định rõ ràng về đối tượng người bệnh được ưu tiên (do bệnh viện tự quy định) và niêm yết công khai tại khu khám bệnh.				Tất cả các khoa LS và CLS	Quy định đối tượng ưu tiên căn cứ theo thông tư 1313 - Tổ giám sát xây dựng bảng thứ tự ưu tiên chung cho bệnh viện - Tổ giám sát niêm yết công khai tại khu khám bệnh, các khoa tai phòng khám.	Quy định về đối tượng ưu tiên theo đặc thù của khoa	☐	☐	
	8. Có các ô làm thủ tục, bàn khám phân loại riêng cho từng đối tượng người bệnh: ưu tiên, khám thường (hoặc các đối tượng khác do bệnh viện tự quy định, phù hợp với đặc thù chuyên môn).				CSKH	Khoa khám bệnh triển khai cho bộ phận đăng ký khám bệnh Dịch vụ riêng, Bảo hiểm y tế riêng	Phân chia quầy đăng ký theo đối tượng	☐	☐	
	9. Có hình thức đăng ký chờ theo trình tự trước - sau tại các khu vực cận lâm sàng, thu viện phí, làm thủ tục bảo hiểm y tế...				CNTT	Lấy số 1 lần duy nhất: khám bệnh, CLS, phát thuốc. Hình ảnh	Hệ thống số trung tâm	☐	☐	

Mức 5	10. Máy lấy số xếp hàng tự động có ghi thời điểm lấy số và ước tính thời gian đến lượt.			Phòng Quản lý chất lượng	CNTT	Nhân viên khoa KB người bệnh xếp hàng lấy số - Trên phiếu số khám bệnh sẽ hiện thị thời gian lấy số thông qua hệ thống Hsoft	Tích hợp thời gian khám bệnh và thời gian chờ, ước tính thời gian đến lượt của từng đối tượng đăng ký khám	☐	☐	
	11. Có hệ thống đăng ký khám trước qua trang thông tin điện tử (website) hoặc điện thoại và có hệ thống giám sát thứ tự đặt lịch hẹn.				CSKH	CNTT trên khai trên Hsoft hệ thống đăng ký qua app	Tiếp nhận đăng ký trước qua app đăng ký	☐	☐	
	12. Có ô đăng ký và buồng khám dành cho đối tượng đã đăng ký khám trước.				CSKH, các phòng khám theo yêu cầu	Phiếu mua hàng, phiếu lắp đặt: Máy lấy số - Bảng phân công công việc nhân viên đăng kí số cho NB. - Biểu mẫu thông tin nhập, màn hình lưu trữ thông tin người bệnh.	Có quầy đăng ký dành cho đối tượng đã đăng ký khám trước Các phòng khám theo yêu cầu thực hiện khám cho đối tượng đã đăng ký khám trước	☐	☐	
	13. Có thể tính được thời gian chờ đợi và tổng thời gian khám bệnh của một người bệnh bất kỳ bằng phần mềm máy tính.				CNTT	P.CNTT xuất thờ gian chờ và tổng thời gian khám bệnh của một người bệnh bằng phần mềm - Tổ KSHL báo cáo thời gian chờ	Phần mềm thời gian chờ	☐	☐	
	14. Thống kê thời gian chờ đợi và khám bệnh trung bình của các đối tượng người				CNTT	P.CNTT xuất thờ gian chờ và tổng thời gian khám bệnh của một người bệnh bằng phần mềm	Phần mềm thời gian chờ	☐	☐	

	bệnh bằng phần mềm máy tính.					- Tổ KSHL báo cáo thời gian chờ				
	15. Kết quả thời gian chờ khám chung và thời gian khám bệnh trung bình chung của người bệnh được cập nhật cách 30 phút trong ngày (hoặc nhanh hơn) và công bố trên màn hình điện tử đặt tại khu khám bệnh.				CNTT	P.CNTT xuất thờ gian chờ và tổng thời gian khám bệnh của một người bệnh bằng phần mềm - Tổ KSHL báo cáo thời gian chờ	Màn hình xuất dữ liệu thời gian chờ từ phần mềm thời gian chờ của BV	☐	☐	
A1.6	Người bệnh được hướng dẫn và bố trí làm xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng theo trình tự thuận tiện	5	5	Phòng Quản lý chất lượng						
Mức 1	1. Người bệnh không nhận được các hướng dẫn về quy trình xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng.			Phòng Quản lý chất lượng	CSKH, Các phòng khám, khoa CLS			☐	☐	
	2. Phát hiện có người bệnh thắc mắc về số loại và trình tự các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm					Danh sách thống kê thông tin phản ánh của người bệnh thông qua hộp thư góp ý và Đường dây nóng của bệnh viện		☐	☐	

	dò chức năng phải làm nhưng không được trả lời.									
Mức 2	3. Người bệnh được liệt kê và hướng dẫn cụ thể trình tự các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng cần làm bằng các hình thức như hướng dẫn miệng, phiếu hướng dẫn, nhân viên y tế trực tiếp đưa người bệnh đi...			Phòng Quản lý chất lượng	CSKH, Các phòng khám, khoa CLS		Hình ảnh nhân viên hướng dẫn Phiếu chỉ định có ghi tên điểm đến và số thứ tự thực hiện cùng lưu ý về thứ tự đi làm cận lâm sàng nếu làm nhiều kỹ thuật	☐	☐	
Mức 3	4. Có tờ giấy hướng dẫn trình tự làm các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng và phát cho người bệnh (tờ giấy được in và phát riêng hoặc lồng ghép các thông tin hướng dẫn vào phiếu đăng ký khám, phiếu chỉ định các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng hoặc các phiếu khác			Phòng Quản lý chất lượng	HCQT, Các phòng khám	Hình ảnh nhân viên hướng dẫn người bệnh Phiếu chỉ định có ghi tên điểm đến và số thứ tự thực hiện cùng lưu ý về thứ tự đi làm cận lâm sàng nếu làm nhiều kỹ thuật Phiếu hướng dẫn cận lâm sàng được phát tại phòng khám	Các hình thức hướng dẫn người bệnh về quy trình XN, CĐHA, TDCN	☐	☐	

do bệnh viện tự quy định).									
5. Trong tờ giấy hướng dẫn có ghi rõ địa điểm hoặc số phòng cần đến và những lưu ý cho người bệnh tuân thủ khi lấy bệnh phẩm hoặc làm các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng.				CNTT, Các phòng khám	Cập nhật nội dung phiếu hướng dẫn thực hiện cận lâm sàng Triển khai chỉ dẫn người bệnh đi thực hiện cận lâm sàng bằng các hình thức: Bàn hướng dẫn tại sảnh tiếp đón Bàn hướng dẫn CLS Chỉ dẫn bằng mũi tên dán sàn Dòng lưu ý trong phiếu chỉ định CLS Tờ rơi hướng dẫn CLS Quy trình thực hiện các kỹ thuật tại mỗi phòng CLS		☐	☐	
6. Có cung cấp thông tin địa điểm, thời gian trả kết quả hoặc ước tính thời gian trả kết quả cho người bệnh (kể cả những bệnh viện đã trả kết quả xét nghiệm qua mạng máy tính).				CNTT	trình tự làm các XN, CĐHA, TDCN và phát cho người bệnh tại phòng khám Triển khai chỉ dẫn cho người bệnh qua dòng lưu ý trên phiếu chỉ định CLS Chụp hình làm bằng chứng	hướng dẫn người bệnh về quy trình XN, CĐHA, TDCN	☐	☐	
7. Người bệnh được hướng dẫn, giải thích rõ ràng việc thực hiện các quy trình chuyên				CSKH, các khoa CLS	Nhân viên hướng dẫn tại bàn hướng dẫn CLS có trách nhiệm hướng dẫn cho người bệnh khi người bệnh	Bàn hướng dẫn CLS	☐	☐	

	môn, số loại và trình tự các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng phải làm (nếu có thắc mắc).				và các phòng khám	có thắc mắc về thực hiện các quy trình chuyên môn, và trình tự các kỹ thuật CLS				
	8. Các xét nghiệm huyết học, hóa sinh máu được lấy một lần trong một ngày khám bệnh (trừ trường đặc biệt phải lấy máu nhiều hơn một lần trong ngày cần phải có giải thích rõ cho người bệnh về lý do chuyên môn).				Các phòng khám và phòng lấy máu	Triển khai thiết lập phần mềm có chức năng chống chỉ định trùng lặp trừ một số chỉ định có lý do chuyên môn bác sĩ sẽ báo cáo Chụp hình một cảnh trùng chỉ định trên phần mềm làm bằng chứng	Phần mềm chống trùng chỉ định	☐	☐	
	9. Người bệnh được được bố trí làm các xét nghiệm theo các trình tự tiện lợi nhất để được lấy mẫu bệnh phẩm và làm xét nghiệm trong một ngày (trừ những xét nghiệm có quy trình trả lời kết quả trên một ngày như kháng sinh đồ; nếu có cần phải giải thích rõ				Các phòng khám và các khoa CLS	Chỉ định của bác sĩ có dòng lưu ý cho người bệnh có nhiều chỉ định về cách đi theo số thứ tự từ nhỏ đến lớn trên các phiếu chỉ định Người bệnh khi nhận được chỉ định của bác sĩ đi thực hiện CLS sẽ nhận được thêm 1 phiếu hướng dẫn CLS tại phòng khám	STT trên mỗi phiếu chỉ định CLS và dòng hướng dẫn trên phiếu chỉ định	☐	☐	

	ràng cho người bệnh).									
Mức 4	10. Có phần mềm máy tính tự động chọn trình tự các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng theo phương án tối ưu, khoa học nhất cho người bệnh, giảm thời gian chờ đợi, tránh quá tải cục bộ tại các phòng cận lâm sàng.			Phòng Quản lý chất lượng	CNTT	Triển khai phần mềm tự động chọn trình tự các kỹ thuật CLS, số thứ tự được triển khai hệ thống số liên tục, người bệnh di chuyển theo số tự tự tăng dần sẽ giảm được thời gian chờ đợi và giảm thiểu tối đa tình trạng quá tải cục bộ	Phần mềm bệnh viện về phân bổ người bệnh làm CLS	☐	☐	
	11. Phần mềm tự điều tiết và phân bổ số lượng người bệnh cho các phòng xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng theo thuật toán hợp lý để giảm tối đa thời gian chờ đợi của người bệnh.				CNTT	Triển khai phần mềm tự động chọn trình tự các kỹ thuật CLS, số thứ tự được triển khai hệ thống số liên tục, người bệnh di chuyển theo số tự tự tăng dần sẽ giảm được thời gian chờ đợi và giảm thiểu tối đa tình trạng quá tải cục bộ	Phần mềm bệnh viện về phân bổ người bệnh làm CLS	☐	☐	
	12. Có hướng dẫn người bệnh bằng các hình thức truyền thông như màn hình điện tử, bảng thông báo, tờ rơi hoặc hình				HCQT, Các phòng khám	Quy trình hướng dẫn thực hiện các kỹ thuật CLS Phiếu hướng dẫn người bệnh khi đi làm CLS	Các hình thức hướng dẫn người bệnh về quy trình XN, CĐHA, TDCN	☐	☐	

	thức khác về những lưu ý cho người bệnh tuân thủ khi lấy bệnh phẩm và trình tự, quy trình làm các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng.									
	13. Sau khi có kết quả các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng, người bệnh quay trở lại phòng khám gặp bác sỹ đã khám và được ưu tiên giải thích, trả lời kết quả, khám lại, chẩn đoán ngay (có xếp hàng trong số những người có kết quả).				Các phòng khám	Xây dựng thứ tự ưu tiên chung cho bệnh viện, đối với những phòng khám có đặc thù riêng thì xây dựng riêng thứ tự ưu tiên cho phòng khám đó Dán bảng tại trước mỗi phòng khám, phòng CLS và sảnh đăng ký khám bệnh Kiểm tra giám sát, sửa chữa bổ sung thường xuyên	bảng thứ tự ưu tiên	☐	☐	
	14. Tiến hành đánh giá thời gian trả kết quả đúng hạn hoặc sớm hơn và có số liệu tỷ lệ trả kết quả đúng hạn cụ thể.				CNTT	Tiến hành đánh giá thời gian trả kết quả đúng hạn của các khoa CLS Làm báo cáo đánh giá trong đó thống kê thời gian trả kết quả đúng hạn và không đúng hạn là bao nhiêu phần trăm, nêu lý do đúng hạn và không đúng hạn và đưa ra giải pháp	Báo cáo đánh giá thời gian trả kết quả đúng hạn, được theo dõi tăng dần theo thời gian	☐	☐	

						khắc phục để tăng tỷ lệ trả kết quả đúng hẹn				
	15. Xây dựng danh mục các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng tối thiểu cần làm cho một số bệnh thường gặp (theo mô hình bệnh tật của bệnh viện) và thông tin công khai cho người bệnh bằng màn hình điện tử, bảng thông báo, tờ rơi hoặc hình thức khác.				KHTH	Các bộ phận, khoa, phòng có liên quan xây dựng danh mục các bệnh thường gặp Xây dựng danh mục các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng tối thiểu cho một số bệnh thường gặp Triển khai công khai các danh mục xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng cho một số bệnh thường gặp để người bệnh được biết	Danh mục xét nghiệm, CDHA, TDCN cho một số bệnh thường gặp	☐	☐	
Mức 5	16. Số lượng các bệnh thường gặp đã xây dựng được danh mục các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng tối thiểu cần làm tăng dần theo thời gian.			Phòng Quản lý chất lượng	KHTH	Thực hiện báo cáo thống kê về danh mục bệnh thường gặp, trong đó cho thấy số lượng danh mục tăng dần theo thời gian		☐	☐	
	17. Tỷ lệ trả kết quả đúng hẹn được theo dõi và tăng dần theo thời gian.				CNTT	Tỷ lệ trả kết quả đúng hẹn được theo dõi, báo cáo định kỳ và thể hiện được tỷ lệ đã tăng dần theo thời gian	Báo cáo đánh giá thời gian trả kết quả đúng hẹn 6 Báo cáo đánh giá thời gian trả kết quả đúng hẹn cuối năm Tỷ lệ trả kết quả đúng hẹn tăng dần theo thời gian	☐	☐	

	18. Công bố công khai tỷ lệ trả kết quả đúng hạn bằng các kênh truyền thông tại khu khám bệnh hoặc khu làm các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng.				CNTT	Công bố tỷ lệ trả kết quả tại bảng truyền thông của bệnh viện	Công bố tỷ lệ trả kết quả đúng hạn tại các bảng truyền thông	☐	☐	
	19. Tiến hành đánh giá, khảo sát việc hướng dẫn và quy trình làm xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng.					Khảo sát, đánh giá việc hướng dẫn quy trình làm CLS,	Báo cáo Khảo sát quý I, III năm 2021	☐	☐	
	20. Áp dụng kết quả đánh giá vào việc cải tiến chất lượng.					Dựa trên kết quả khảo sát đánh giá việc hướng dẫn quy trình làm xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng vào cải tiến chất lượng Đưa ra phương hướng cải tiến về việc hướng dẫn quy trình làm xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng Xây dựng đề án cải tiến chất lượng bệnh viện có thể hiện nội dung cải tiến chất lượng hướng dẫn quy trình làm xét nghiệm, chẩn đoán	Đề án cải tiến chất lượng bệnh viện 2021	☐	☐	

						hình ảnh, thăm dò chức năng				
A2.1	Người bệnh điều trị nội trú được nằm một người một giường	3	4	Phòng Vật tư trang thiết bị y tế						
Mức 1	1. Phát hiện trong năm có nằm ghép từ 3 người bệnh trở lên trên 1 giường bệnh (trừ trường hợp thiên tai, thảm họa và các vụ dịch truyền nhiễm).			Phòng Vật tư trang thiết bị y tế				☐	☐	
Mức 2	2. Buồng bệnh bảo đảm không dột, nát; tường không bong tróc, ẩm mốc.			Phòng Vật tư trang thiết bị y tế	HCQT,	- Tổ kiểm tra giám sát kiểm tra hàng ngày, báo cáo sửa chữa nếu có hư hỏng	Hình ảnh	☐	☐	
	3. Người bệnh bị bệnh nặng ở khoa hồi sức tích cực, người bệnh sau phẫu thuật, người bệnh cần kết nối với trang thiết bị y tế, người bệnh bị bệnh truyền nhiễm, người bệnh bị nhiễm khuẩn bệnh viện và các người bệnh có				K. HSTC CĐ và K. HSTM	- Tổ kiểm tra giám sát kiểm tra hàng ngày, phối hợp với KHTH giải quyết nếu khoa tạm thời không đủ giường	Hình ảnh	☐	☐	

	nguy cơ bị lây nhiễm cao được bố trí nằm mỗi người một giường.									
	4. Người cao tuổi và các đối tượng ưu tiên khác được quan tâm, ưu tiên bố trí giường bệnh nằm riêng.					Hình ảnh	☐	☐		
	5. Có sổ hoặc phần mềm theo dõi người bệnh nhập, xuất viện tại các khoa.			CNTT	- Phần mềm theo dõi NB nhập, xuất viện	Phần mềm theo dõi NB nhập, xuất viện	☐	☐		
	6. Có số liệu thống kê số lượt người bệnh nội trú, số giường và “giường tạm” tại các khoa lâm sàng.			KHTH	Phòng VTYT thống kê số lượng giường thực kê. - Phòng KHTH làm báo cáo quý thống kê số lượt người bệnh nội trú.	Báo cáo thống kê số giường, giường tạm tại các khoa Báo cáo 9 Tháng KHTH	☐	☐		
Mức 3	7. Không có tình trạng nằm ghép 2 người bệnh trên 1 giường sau 24 giờ kể từ khi nhập viện (trừ các bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế và bệnh viện tuyến cuối của TP. Hồ Chí Minh ký cam kết không nằm ghép sau 48 giờ).		Phòng Vật tư trang thiết bị y tế		Tổ kiểm tra giám sát kiểm tra hàng ngày, phối hợp với KHTH giải quyết nếu khoa tạm thời không đủ giường	Kiểm tra giám sát	☐	☐		

8. Tất cả người bệnh được nằm mỗi người một giường kê trong buồng bệnh hoặc hành lang. 9. Toàn bộ các giường bệnh kê trong buồng bệnh hoặc hành lang bảo đảm không bị dột, hắt nước khi trời mưa. 10. Người cao tuổi được quan tâm, ưu tiên bố trí giường bệnh ở các vị trí thuận tiện ra - vào, lên - xuống các tầng gác (nếu khối nhà có từ 2 tầng trở lên) hoặc đi vệ sinh (áp dụng cho các bệnh viện có điều trị cho người bệnh cao tuổi). 11. Người bệnh được quan tâm bố trí giường tại các khu vực nam và nữ riêng nếu trong cùng buồng bệnh hoặc						Bảng thống kê giường Bảng thống kê số lượt bệnh trung bình	☐	☐	
				HCQT	- Tổ kiểm tra giám sát kiểm tra hàng ngày, báo cáo sữa chữa nếu có tình trạng dột, hắt nước mưa, hư hỏng.	Hình ảnh	☐	☐	
					Điều dưỡng sắp xếp phù hợp	Hình ảnh	☐	☐	
					Tổ kiểm tra giám sát làm việc với khoa, thống nhất cách sắp xếp giường, khu vực cho nam và nữ nếu trong cùng phòng bệnh	Hình ảnh	☐	☐	

	trong các buồng bệnh nam và nữ riêng biệt.									
	12. Giường bệnh bảo đảm chắc chắn và được sửa chữa, thay thế kịp thời nếu bị hỏng, bong tróc sơn...				Tổ kiểm tra giám sát kiểm tra hàng ngày, liên hệ P.VTYT sửa chữa nếu có hư hỏng (liên hệ anh Thành 0909.222411 để được sửa chữa)	Phiếu đề xuất sửa chữa Bảng xác nhận sửa chữa	☐	☐		
Mức 4	13. Tất cả người bệnh được nằm mỗi người một giường theo quy chuẩn giường y tế, kê trong phạm vi bên trong các buồng bệnh hoặc hành lang.		Phòng Vật tư trang thiết bị y tế		KHTH xây dựng kế hoạch bổ sung giường từ đầu năm. - P.VTYT bổ sung giường theo kế hoạch. - Thống kê số lượng giường thực kê.	Kế hoạch bổ sung giường Báo cáo thống kê số lượng giường	☐	☐		
	14. Người bệnh được điều trị trong buồng bệnh nam và nữ riêng biệt.				Điều dưỡng khoa sắp xếp nam và nữ riêng phòng	Hình ảnh	☐	☐		
Mức 5	15. Tất cả người bệnh được nằm mỗi người một giường bệnh, kê trong buồng bệnh vào tất cả các thời điểm trong năm.		Phòng Vật tư trang thiết bị y tế		P.KHTH xây dựng kế hoạch bổ sung giường từ đầu năm. - P.VTYT bổ sung giường theo kế hoạch. - Thống kê số lượng giường thực kê.	Hình ảnh	☐	☐		
	16. Các giường bệnh trong cùng một buồng bệnh thông				Rà soát, kiểm tra lại tất cả các phòng bệnh, đề xuất thay mới hoặc chuyển đổi các giường để các giường	Hình ảnh	☐	☐		

	nhất về kiểu dáng, kích thước, chất liệu.					trong cũng 1 phòng thống nhất về kiểu dáng, kích thước và chất liệu				
	17. Giường bệnh được thiết kế bảo đảm an toàn, tiện lợi cho người bệnh: có đầy đủ các tính năng tiện lợi phục vụ người bệnh như có tư thế nằm đầu cao, có bánh xe di chuyển, có bàn ăn, có tính năng điều khiển nâng lên, hạ xuống.						Hình ảnh	☐	☐	
A2.2	Người bệnh được sử dụng buồng vệ sinh sạch sẽ và đầy đủ các phương tiện	2	3	KSNK						
Mức 1	1. Trong nhà vệ sinh có nước đọng sàn nhà, rác bẩn, mùi khó chịu, hôi thối.			KSNK	HCQT			☐	☐	
	2. Có tình trạng một tầng nhà không có nhà vệ sinh cho người bệnh và người nhà người bệnh.				HCQT			☐	☐	
	3. Có tình trạng một khoa lâm sàng thiếu				HCQT			☐	☐	

	nhà vệ sinh cho người bệnh và người nhà người bệnh.									
Mức 2	4. Mỗi khoa lâm sàng và cận lâm sàng có ít nhất 1 khu vệ sinh.			KSNK	HCQT	Hệ thống sơ đồ có hiển thị nội dung vị trí NVS của mỗi tầng	Hình ảnh sơ đồ BV	☐	☐	
	5. Tỷ số giường bệnh/buồng vệ sinh: có ít nhất 1 buồng vệ sinh cho 30 giường bệnh (tính riêng theo từng khoa lâm sàng).				HCQT & KHTH		Số liệu thống kê số giường, số NVS => tính tỉ số	☐	☐	
Mức 3	6. Mỗi khu vệ sinh có ít nhất 2 buồng vệ sinh cho nam và nữ riêng.			KSNK	HCQT	Liên hệ HCQT thu thập bản vẽ xây dựng NVS	Bản vẽ NVS + Quan sát	☐	☐	
	7. Tại các khoa cận lâm sàng bố trí buồng vệ sinh để người bệnh lấy nước tiểu xét nghiệm. Trong buồng vệ sinh có giá để bệnh phẩm và sẵn có nước, xà-phòng rửa tay.				HCQT		Hình ảnh + Quan sát Đề xuất, giấy tờ mua sắm xà phòng rửa tay, giấy vệ sinh	☐	☐	
	8. Có quy định về thời gian làm vệ sinh trong ngày cho nhân viên vệ sinh, được				P.TCC B	Công ty vệ sinh phân công lịch vệ sinh hàng ngày và có lưu lại sổ sách. Tổ KTGS kiểm tra hàng	Lịch làm vệ sinh hàng ngày Sổ phân công vị trí làm việc của nhân viên vệ sinh	☐	☐	

	lưu bằng văn bản, sổ sách.				ngày và ghi chú trên bảng kiểm tra trước mỗi NVS				
	9. Có nhân viên làm vệ sinh thường xuyên theo quy định đã đặt ra.			P. TCCB	Công ty vệ sinh phân công lịch vệ sinh hàng ngày và có lưu lại sổ sách. Tổ KTGS kiểm tra hàng ngày và ghi chú trên bảng kiểm tra trước mỗi NVS	Lịch làm vệ sinh hàng ngày Sổ xác nhận đã làm vệ sinh Bảng kiểm tra NVS	☐	☐	
	10. Buồng vệ sinh có đủ nước rửa tay thường xuyên.			HCQT	Tổ KTGS kiểm tra hàng ngày và ghi chú trên bảng kiểm tra trước mỗi NVS	Bảng kiểm NVS	☐	☐	
	11. Buồng vệ sinh sạch sẽ, không có nước đọng, không có côn trùng.			HCQT	Tổ KTGS kiểm tra hàng ngày và ghi chú trên bảng kiểm tra trước mỗi NVS	Bảng kiểm NVS Hình ảnh	☐	☐	
	12. Tỷ số giường bệnh/buồng vệ sinh: có ít nhất 1 buồng vệ sinh cho 12 đến 29 giường bệnh (tính riêng theo từng khoa lâm sàng).			HCQT & KHTH		Số liệu thống kê số giường, số NVS => làm báo cáo, tính tỉ số	☐	☐	
Mức 4	13. Buồng vệ sinh sẵn có giấy vệ sinh và móc treo quần áo sử dụng được.		KSNK	HCQT		Phiếu đề xuất, KH bổ sung giấy vệ sinh Số liệu thống kê móc treo quần áo hình ảnh	☐	☐	
	14. Khu vệ sinh có bồn rửa tay và cung			HCQT		Hình ảnh + Quan sát	☐	☐	

	cấp đủ nước rửa tay thường xuyên.								
	15. Khu vệ sinh có gương, xà-phòng hoặc dung dịch sát khuẩn rửa tay.			HCQT		Phiếu đề xuất mua xà phòng Bảng kiểm NVS Hình ảnh	☐	☐	
	16. Khu vệ sinh khô ráo, có quạt hút mùi bảo đảm thông gió hoặc có thiết kế thông gió tự nhiên, bảo đảm sạch sẽ không có mùi hôi.			HCQT	Tổ KTGS kiểm tra hàng ngày	hình ảnh	☐	☐	
	17. Nhân viên làm vệ sinh có ghi nhật ký các giờ làm vệ sinh theo quy định.			TCCB	Công ty vệ sinh phân công lịch vệ sinh hàng ngày và có lưu lại sổ sách.	Lịch và nhật ký làm vệ sinh hằng ngày	☐	☐	
	18. Tỷ số giường bệnh/buồng vệ sinh: có ít nhất 1 buồng vệ sinh cho 7 đến 11 giường bệnh (tính riêng theo từng khoa lâm sàng).			HCQT & KHTH		Số liệu thống kê số giường, số NVS => làm báo cáo, tính tỉ số	☐	☐	
Mức 5	19. Mỗi buồng bệnh có buồng vệ sinh riêng khép kín; bảo đảm tỷ số giường bệnh/buồng vệ sinh: có ít nhất một buồng		KSNK	HCQT & KHTH	Tính tỷ nhà vệ sinh/giường bệnh	Quan sát	☐	☐	

	vệ sinh cho 6 giường bệnh.									
	20. Buồng vệ sinh có đầy đủ giấy vệ sinh, xà phòng, móc treo quần áo, gương.				HCQT	Tổ KTGS kiểm tra hàng ngày Bổ sung xà phòng, giấy vệ sinh, móc quần áo đảm bảo có đầy đủ số lượng.	Bảng kiểm tra NVS Phiếu đề xuất mua giấy vệ sinh, xà phòng Bảng thống kê số lượng móc treo quần áo	☐	☐	
	21. Bồn rửa tay trong các nhà vệ sinh được trang bị vòi cảm ứng tự động mở nước, đóng nước, giảm nguy cơ nhiễm khuẩn.				HCQT	Lắp đặt đầy đủ các bồn rửa tay là vòi cảm ứng tự động mở nước, đóng nước	Hình ảnh	☐	☐	
	22. Toàn bộ các cánh cửa của buồng vệ sinh có chiều mở quay ra bên ngoài.				HCQT	Lắp đặt các cánh cửa buồng vệ sinh có chiều mở quay ra bên ngoài	Hình ảnh	☐	☐	
A2.3	Người bệnh được cung cấp vật dụng cá nhân đầy đủ, sạch sẽ, chất lượng tốt	4	4	KSNK						
Mức 1	1. Phát hiện thấy hiện tượng người bệnh không được bệnh viện cung cấp quần áo đồng phục người bệnh khi nằm viện.			KSNK				☐	☐	
	2. Người bệnh khi nhập viện được cung			KSNK			Quy trình giặt là đồ vải bản cho người bệnh.	☐	☐	

Mức 2	cấp một bộ quần áo đã được giặt sạch, không rách.									
	3. Người bệnh khi nhập viện được cung cấp đầy đủ các vật dụng cá nhân như vỏ chăn, vỏ gối, vải trải giường (hoặc chiếu nếu người bệnh có yêu cầu tại các khu vực nông thôn).				Tổ mua sắm/ khoa có bệnh nhân nội trú	Sổ bàn giao đồ vải sạch cho các khoa. Có tủ đựng đồ vải các khoa. Hiện tại BV chưa cung cấp cho BN được: Vỏ chăn, vỏ gối	Hình ảnh Sổ bàn giao đồ vải	☐	☐	
Mức 3	4. Giường bệnh có đệm chiếm tỷ lệ từ 70% trở lên (trừ trường hợp người bệnh yêu cầu được nằm chiếu hoặc chỉ định của bác sỹ không nằm đệm).			KSNK	VT TT B	Các khoa đề xuất nệm/số giường Tổ khảo sát phát phiếu khảo sát hài lòng và tiếp nhận thư góp ý và báo cáo đường dây nóng: không có trường hợp BN phản ánh là không có nệm.	Hình ảnh Thống kê tỷ lệ số nệm/ số giường bệnh	☐	☐	
	5. Vải trải giường, đệm, gối bảo đảm sạch sẽ và được thay khi bẩn (có chăn đối với các vùng có mùa đông hoặc miền núi khí hậu lạnh, có màn cho người bệnh nếu có yêu cầu ở vùng có nhiều côn trùng).				Tổ mua sắm/ khoa có bệnh nhân nội trú	Các khoa đề xuất đủ đồ vải tối thiểu cơ số 2. Bộ phận nhà giặt thu gom đồ vải bẩn và giao đồ vải sạch cho các khoa trong ngày. Lịch giặt gra giường Quy trình giặt đồ vải bẩn	Quy trình giặt đồ vải bẩn	☐	☐	

	6. Có ghế cho người nhà ngồi chăm sóc người bệnh ở một số buồng bệnh cần người nhà chăm sóc.				HCQT	Các khoa đề xuất ghế cho người nhà ngồi chăm sóc người bệnh Tổ mua sắm mua ghế Sổ bàn giao ghế cho các khoa	Hình ảnh	☐	☐	
	7. Bệnh viện cung cấp áo choàng cho người nhà người bệnh, màu sắc khác với áo người bệnh (tối thiểu tại các khu vực cách ly, cấp cứu, hồi sức tích cực, hồi sức sau phẫu thuật, buồng bệnh cần chăm sóc đặc biệt).				Tổ mua sắm/khoa có sử dụng áo choàng cho người nhà	Đề xuất: áo choàng người nhà. Sổ giao đồ vải sạch cho các khoa Hình ảnh: Áo choàng cho Người nhà người bệnh	Hình ảnh	☐	☐	
Mức 4	8. Giường bệnh có đệm chiếm tỷ lệ từ 90% trở lên (trừ trường hợp người bệnh yêu cầu được nằm chiếu hoặc chỉ định của bác sỹ không nằm đệm).			KSNK	VTTC B	Các khoa đề xuất nệm/số giường Tổ khảo sát phát phiếu khảo sát hài lòng và tiếp nhận thư góp ý và báo cáo đường dây nóng: không có trường hợp BN phản ánh là không có nệm.	Hình ảnh	☐	☐	
	9. Quần áo, chăn màn người bệnh không bị hoen ố.				Tổ mua sắm/khoa có nhu	Bộ phận nhà giặt thu gom đồ bẩn hằng ngày. - Lịch phân công công việc nhân viên thu gom đồ vải bẩn hằng ngày. - Thống kê qua đường dây	Hình ảnh	☐	☐	

					cầu sử dụng	nóng: không có NB phản ảnh về chăn, ga cho NB.				
	10. Quần áo người bệnh được thay cách nhật (hoặc hàng ngày) và thay khi cần.				Tổ mua sắm/ khoa có nhu cầu sử dụng	Bộ phận nhà giặt thu gom đồ bẩn hàng ngày. Lịch phân công công việc nhân viên thu gom đồ vải bẩn hàng ngày. Thống kê qua đường dây nóng: không có NB phản ảnh về chăn, ga cho NB.	Hình ảnh	☐	☐	
	11. Chăn, ga, gối, đệm được thay hàng tuần và thay khi bẩn.				Tổ mua sắm/ khoa có nhu cầu sử dụng	Bộ phận nhà giặt thu gom đồ bẩn hàng ngày. - Lịch phân công công việc nhân viên thu gom đồ vải bẩn hàng ngày. - Thống kê qua đường dây nóng: không có NB phản ảnh về chăn, ga cho NB.	Hình ảnh	☐	☐	
	12. Quần áo cho người bệnh có ký hiệu về kích cỡ khác nhau để người bệnh có thể được lựa chọn kích cỡ phù hợp như các số 1, 2, 3 hoặc S, M, L hoặc ký hiệu khác để hiểu cho người bệnh lựa chọn phù hợp.				Tổ mua sắm/ khoa có nhu cầu sử dụng		Hình ảnh	☐	☐	

	13. Giường bệnh có đệm chiếm tỷ lệ 99% (trừ trường hợp người bệnh yêu cầu được nằm chiếu hoặc chỉ định của bác sỹ không nằm đệm).				VT TT B	Các khoa đề xuất nệm/số giường Tổ khảo sát phát phiếu khảo sát hài lòng và tiếp nhận thư góp ý và báo cáo đường dây nóng: không có trường hợp BN phản ánh là không có nệm.	Hình ảnh Thống kê số nệm/ số giường bệnh	☐	☐	
Mức 5	14. Người bệnh được cung cấp quần áo phù hợp với kích cỡ người bệnh (ví dụ trẻ em có quần áo riêng, không phải mặc chung quần áo với người lớn).			KSNK	Tổ mua sắm/ khoa có nhu cầu sử dụng	Đề xuất may đồng phục có kích cỡ cho người bệnh - May đồng phục cho bệnh nhi riêng - Hợp đồng may đồng phục - sổ giao nhận đồng phục tại các khoa	Sổ giao nhận đồng phục Hợp đồng may đồng phục	☐	☐	
	15. Người bệnh được cung cấp quần áo phù hợp với tính chất bệnh tật (ví dụ váy cho người bệnh nam phẫu thuật tiền liệt tuyến...).				Tổ mua sắm/khoa có nhu cầu sử dụng	Đề xuất may đồng phục có kích cỡ cho người bệnh - May đồng phục cho bệnh PT tiền liệt tuyến - sổ giao nhận đồng phục tại các khoa	Sổ giao nhận đồng phục Hợp đồng may đồng phục	☐	☐	
	16. Người bệnh được cung cấp các loại quần áo, áo choàng, váy choàng.. có thiết kế riêng, bảo đảm thuận tiện, kín đáo cho người bệnh mặc và cởi khi làm các				Tổ mua sắm/ khoa có nhu cầu sử dụng	Phiếu đề xuất mua mới, phiếu xuất kho phát cho các khoa về số lượng Quần áo, áo choàng cho người bệnh, người nhà. Hình ảnh	Sổ giao nhận đồng phục Hợp đồng may đồng phục	☐	☐	

	công việc như nội soi, chiếu chụp, phẫu thuật, thủ thuật...									
	17. Chất liệu của quần áo người bệnh thoáng mát, thấm mồ hôi, chống nhăn (đối với các quần áo được thay mới từ 2016 trở đi).				Tổ mua sắm/ khoa có nhu cầu sử dụng	Tổ mua sắm chọn nhà thầu theo nhu cầu sử dụng. Kiểm tra chất lượng đồ vải người bệnh sử dụng	Hình ảnh	☐	☐	
A2.4	Người bệnh được hưởng các tiện nghi bảo đảm sức khỏe, nâng cao thể trạng và tâm lý	5	5	HCQT						
Mức 1	1. Phát hiện thấy tình trạng tắt đèn (do tiết kiệm điện hoặc không bật, đèn hỏng...) hoặc không đủ ánh sáng tại các hành lang, lối đi chung vào ban ngày và ban đêm.			HCQT				☐	☐	
Mức 2	2. Hệ thống chiếu sáng chung bảo đảm hoạt động liên tục trong năm, được thay thế và sửa chữa kịp			HCQT		máy phát điện (HCQT) Sổ kiểm tra máy phát điện, Sổ hoạt động trong ngày bao gồm lịch sửa chữa các khoa. Camera: giám sát.	Lịch trực vận hành máy phát điện Sổ kiểm tra máy phát điện	☐	☐	

	thời nếu có cháy/hỏng.				Nhân viên (P.QLCL) giám sát và có biên bản gửi về các bộ phận liên quan giải quyết. Mẫu đề xuất sửa chữa chung. Bảng tổng hợp đề xuất hàng ngày.				
	3. Các bệnh phòng, hành lang, lối đi chung bảo đảm cung cấp đủ ánh sáng (tự nhiên hoặc ánh sáng đèn nếu khu vực không có ánh sáng tự nhiên).				Thiết kế công trình: Sơ đồ tòa nhà: hệ thống cửa sổ, cửa chính. Sơ đồ đường đi dây điện: bóng đèn. Camera: giám sát	Hình ảnh Quan sát	☐	☐	
Mức 3	4. Có máy sưởi ấm (hoặc điều hòa nóng) cho người bệnh vào mùa đông ở các buồng thủ thuật, kỹ thuật cần bộc lộ cơ thể người bệnh (áp dụng cho các tỉnh từ Huế trở ra và các tỉnh Tây Nguyên).		HCQT	ĐVĐT QLDA	Đề xuất máy lạnh - Hợp đồng mua máy - sổ bàn giao cho các khoa	Hình ảnh Hợp đồng	☐	☐	
	5. Khoa lâm sàng cung cấp nước uống cho người bệnh tại hành lang các khoa hoặc trong buồng bệnh.			VTĐT B	Đề xuất P.HCQT máy cung cấp nước uống nóng lạnh hành lang khoa. Phiếu đề xuất mua hàng, lắp đặt các khoa.	Hình ảnh Hợp đồng mua máy	☐	☐	

	6. Có phòng tắm dành cho người bệnh, vòi nước sử dụng tốt và được cung cấp nước thường xuyên.				VTTC B	Bảng test nhà vệ sinh: kiểm tra hàng ngày Bảng phân công nhân viên giám sát kiểm tra cơ sở vật chất hàng ngày.(P.QLCL).	Hình ảnh Quan sát	☐	☐	
	7. Bảo đảm thông khí và thoáng mát cho buồng bệnh vào thời tiết nóng, có đủ số lượng quạt tại các buồng bệnh, nếu hỏng được sửa chữa, thay thế kịp thời.				ĐVĐT QLDA VTTC B	Thiết kế công trình, Sơ đồ phòng bệnh. Phiếu đề xuất, lắp đặt Quạt, máy điều hòa các khoa. Biên bản KTCSVC hàng ngày và đề xuất sửa chữa. Sổ cập nhật sửa chữa hàng ngày cho các khoa (HCQT). Hình ảnh.	Hình ảnh Quan sát	☐	☐	
Mức 4	8. Có khoa hoặc phòng phục hồi chức năng.			HCQT	YHCT -VLTL	Phòng PHCN Bảng phân công nhân viên làm việc tại phòng PHCN Danh sách NB điều trị tại phòng PHCN. Trang thiết bị, CSVC tại phòng PHCN	Quyết định nhân viên thực hiện phục hồi chức năng	☐	☐	
	9. Phòng tập phục hồi chức năng đầy đủ các dụng cụ tập luyện thông thường cho người bệnh.				YHCT - VLTL, VTTC B	Bảng kiểm kê tài sản cố định của khoa YHCT - VLTL tại phòng tập PHCN. Hình ảnh	Quyết định nhân viên thực hiện phục hồi chức năng	☐	☐	
	10. Phòng tắm cho người bệnh có nước nóng và lạnh.				VTTC B	Phiếu đề xuất P.HCQT phòng tắm có máy nước nóng lạnh.	Hình ảnh Quan sát	☐	☐	

						Lắp đặt máy nước nóng lạnh				
	11. Khoa lâm sàng cung cấp nước uống, bao gồm nước nóng cho người bệnh tại hành lang (hoặc ngay tại buồng bệnh).				VT TT B	Phiếu đề xuất P.HCQT phòng tắm có máy nước nóng lạnh. Lắp đặt máy nước nóng lạnh	Hình ảnh Quan sát	☐	☐	
	12. Có đầy đủ các phương tiện (quạt, máy sưởi hoặc máy điều hòa...) bảo đảm nhiệt độ thích hợp cho người bệnh tại các buồng bệnh, thoáng mát vào hè và ấm áp vào mùa đông.				VT TT B ĐVĐT QLDA	Phiếu đề xuất, lắp đặt Quạt, máy điều hòa các khoa. Biên bản KTCSVC hàng ngày và đề xuất sửa chữa. Sổ cập nhật sửa chữa hàng ngày cho các khoa (HCQT). Hình ảnh.	Hình ảnh Quan sát	☐	☐	
	13. Có mạng internet không dây phục vụ người bệnh và người nhà người bệnh tại các khu vực sảnh, hành lang (nơi thường tập trung đông người).					Phiếu mua hàng, đề xuất, lắp đặt mạng Internet Wifi tại các khoa/phòng, sảnh, Hành lang. Bảng hướng dẫn truy cập Internet Wifi. Bảng phân công nhân viên trực mạng 24/24 (phòng CNTT).	Hình ảnh Quan sát	☐	☐	
Mức 5	14. Có điều hòa trong toàn bộ các buồng bệnh (điều hòa hai chiều nóng và lạnh đối với các tỉnh từ			HCQT		Phiếu đề xuất, lắp đặt Quạt, máy điều hòa các khoa. Biên bản KTCSVC hàng ngày và đề xuất sửa chữa. Sổ cập nhật sửa chữa hàng	Hình ảnh Quan sát	☐	☐	

Huế trở ra và các tỉnh Tây Nguyên). 15. Người bệnh và người nhà người bệnh có thể truy cập được mạng internet không dây ngay tại buồng bệnh. 16. Có cửa hàng tiện lợi hoặc siêu thị trong bệnh viện, cung cấp đủ các mặt hàng thiết yếu cho người bệnh và người nhà người bệnh, giá được niêm yết rõ ràng (giá của 20 mặt hàng bán chạy nhất không cao hơn giá siêu thị bên ngoài bệnh viện quá 10%). 17. Có các khu nhà khách (hoặc nhà trọ) phục vụ cho các đối tượng người bệnh, người nhà người bệnh nếu có nhu cầu được lưu trú trong hoặc gần khuôn viên bệnh viện (hoặc bảo đảm cung cấp giường tạm cho người nhà					ngày cho các khoa (HCQT).				
					P.CNTT mở Wifi 24/24 cho NB truy cập	Hình ảnh Quan sát	☐	☐	
						Hình ảnh siêu thị mini Danh sách nhân viên siêu thị	☐	☐	
				ĐVĐT QLDA	Bản hợp đồng nhà trọ Danh sách người nhà, người bệnh đăng kí lưu trú.	Hợp đồng nha trọ	☐	☐	

	người bệnh nếu có nhu cầu lưu trú qua đêm).									
A2.5	Người khuyết tật được tiếp cận với các khoa/phòng, phương tiện và dịch vụ khám, chữa bệnh trong bệnh viện	5	5	HCQT	VTTT B, CTXH					
Mức 1	1. Không có xe lăn sẵn sàng phục vụ người khuyết tật (hoặc người vận động khó khăn) tại khu khám bệnh.			HCQT	CSKH			☐	☐	
Mức 2	2. Có ít nhất một xe lăn đặt thường trực tại khu khám bệnh phục vụ người tàn tật hoặc người khó vận động khi có nhu cầu.			HCQT	CSKH	Tại khu vực khám bệnh chuẩn bị xe lăn để sẵn phục vụ người khuyết tật hoặc người vận động khó khăn khi có nhu cầu Khoa khám bệnh quản lý cơ sở xe lăn và đảm bảo luôn có xe lăn tại khu khám bệnh	Xe lăn	☐	☐	
Mức 3	3. Người đi xe lăn có thể tiếp cận với quầy đăng ký khám, phòng khám, phòng xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, phục hồi			HCQT	CSKH	Tổ chức thiết kế lối đi trong bệnh viện giúp cho xe lăn có thể di chuyển thuận lợi giữa các khu vực đăng ký khám, phòng khám, CLS và nộp viện phí	Lối đi xe lăn có thể vận chuyển được	☐	☐	

	chức năng và nộp viện phí.									
	4. Các vỉa hè, lối đi trong khuôn viên bệnh viện được thiết kế bảo đảm xe lăn có thể đi được, an toàn khi vận chuyển và độ dốc phù hợp.			QLCL	Thiết kế mọi lối đi trong bệnh viện đảm bảo xe lăn có thể di chuyển được, an toàn khi di chuyển, có độ dốc phù hợp	Lối đi xe lăn có thể vận chuyển được	☐	☐		
Mức 4	5. Các khoa, phòng ở tầng trên cao có thang máy luôn hoạt động thường xuyên, người đi xe lăn có thể tiếp cận và sử dụng được (tự sử dụng hoặc được hỗ trợ).		HCQT	QLCL	Mỗi tòa nhà có phòng, khoa ở tầng trên cao đều có thang máy và luôn trong tình trạng hoạt động được, Thiết kế thang máy đảm bảo người ngồi xe lăn có thể tự tiếp cận và sử dụng hoặc được nhân viên hỗ trợ khi lên xuống thang máy Triển khai nhân viên chăm sóc khách hàng túc trực hỗ trợ người bệnh tại nơi thang máy lên xuống Có đội ngũ nhân viên thường xuyên bảo trì thang máy hoặc liên kết với công ty chuyên bảo trì thang máy để đảm bảo thang máy bệnh viện luôn hoạt động tốt	Thang máy của bệnh viện tại các dãy nhà cao tầng	☐	☐		
	6. Nhà vệ sinh khu khám bệnh có buồng				Triển khai chỉnh sửa hệ thống nhà vệ sinh của khu	Nhà vệ sinh dành cho người tàn tật	☐	☐		

	vệ sinh dành riêng cho người tàn tật (được thiết kế đủ rộng và có lối đi để xe lăn tiếp cận được đến các bệ xí ngồi, có tay vịn tại vị trí bệ xí ngồi...).				khám bệnh có buồng vệ sinh dành riêng cho người tàn tật (được thiết kế đủ rộng và có lối đi để xe lăn tiếp cận được đến các bệ xí ngồi, có tay vịn tại vị trí bệ xí ngồi...).				
Mức 5	7. Người đi xe lăn có thể tự đến được tất cả các khoa lâm sàng, cận lâm sàng.			HCQT	Đảm bảo các lối đi trong bệnh viện xe lăn có thể tiếp cận tất cả các khoa lâm sàng và CLS Thường xuyên kiểm tra và phát hiện những vị trí lối đi bị hư hỏng và kịp thời sửa chữa, đảm bảo lối đi thông suốt giúp cho người đi xe lăn di chuyển dễ dàng	Lối đi xe lăn có thể vận chuyển được	☐	☐	
	8. Nhà vệ sinh của toàn bộ các khoa lâm sàng có buồng vệ sinh dành riêng cho người tàn tật (được thiết kế đủ rộng và có lối đi để xe lăn tiếp cận được đến các bệ xí ngồi, có tay vịn tại vị trí bệ xí ngồi...).				Triển khai sửa chữa nhà vệ sinh toàn bộ các khoa lâm sàng đảm mỗi khu nhà vệ sinh có buồng vệ sinh dành riêng cho người khuyết tật đảm bảo xe lăn có thể tiếp cận đến tận bệ xí của buồng vệ sinh, có tay vịn tại vị trí bệ xí ngồi Thường xuyên kiểm tra để kịp thời khắc phục sửa chữa nếu có hư hỏng	Nhà vệ sinh dành cho người tàn tật tại khu Lâm sàng	☐	☐	

	9. Toàn bộ người khiếm thị (hoặc người mất thị lực tạm thời do phẫu thuật và các nguyên nhân khác) đến khám và chữa bệnh tại bệnh viện được nhân viên y tế dẫn đi khi có nhu cầu di chuyển.				CSKH	Quyết định thành lập phòng chăm sóc khách hàng bệnh viện Bảng mô tả công việc của nhân viên chăm sóc khách hàng Phòng chăm sóc khách hàng triển khai hoạt động chăm sóc cho người bệnh tại các khâu, có nhân viên sẵn sàng dẫn người bệnh khi người bệnh có nhu cầu chỉ dẫn	Công tác chăm sóc người bệnh bị khiếm thị tại bệnh viện	☐	☐	
	10. Có nhân viên phiên dịch cho người bệnh khiếm thính hoặc có phương án hợp tác, ký hợp đồng với người phiên dịch trong trường hợp có người bệnh khiếm thính đến khám, chữa bệnh.				TCCB	Phòng chăm sóc khách hàng sẽ trực tiếp tuyển nhân viên phiên dịch cho người khiếm thính hoặc có phương án hợp tác, ký hợp đồng cho người phiên dịch khi có người bệnh bị khiếm thính	1. Hợp đồng phiên dịch 2. Hồ sơ nhân sự của nhân viên phiên dịch	☐	☐	
	11. Bảo đảm đáp ứng được người phiên dịch cho người bệnh khiếm thính trong vòng 90 phút khi được yêu cầu.				TCCB	Trong điều khoản hợp đồng có nội dung quy định người phiên dịch phiên dịch cho người bệnh trong vòng 90 phút khi được yêu cầu	1. Hợp đồng phiên dịch 2. Hồ sơ nhân sự của nhân viên phiên dịch	☐	☐	
A3.1	Người bệnh được điều trị trong môi	5	5	HCQT	QLCL					

	trường, cảnh quan xanh, sạch, đẹp									
Mức 1	1. Có vũng nước, hồ nước tù đọng trong khuôn viên bệnh viện.			HCQT				☐	☐	
	2. Không có khu vực trồng cây hoặc không có cây xanh trong bệnh viện.							☐	☐	
Mức 2	3. Sử dụng các khoảng không gian ngoài trời để trồng cây xanh hoặc trong nhà, hành lang để đặt chậu cây cảnh, tạo không gian xanh.			HCQT		Đặt các chậu cảnh tại các góc sảnh, hành lang, tận dụng không gian của hành lang	Hình ảnh mảng cây xanh bệnh viện	☐	☐	
Mức 3	4. Có ít nhất 01 cây xanh thân gỗ lâu năm hoặc có bãi cỏ, vườn hoa khuôn viên bệnh viện (hoặc có giải pháp trồng các vườn treo, “mảng xanh” trên cơ sở tận dụng tối đa các khoảng trống, sân thượng, mái hiên, ban công, mảng tường... tạo cảnh quan xanh cho			HCQT		Chăm sóc và bảo vệ cây thân gỗ lâu năm, chăm sóc bãi cỏ, vườn hoa Kêu gọi các khoa, phòng tạo mảng xanh trong môi trường làm việc, tận dụng tối đa khoảng trống Trồng cây xanh ở sân thượng, mái hiên, ban công tạo cảnh quan xanh cho bệnh viện	Cây thân gỗ (hình ảnh+ quan sát)	☐	☐	

	bệnh viện đối với các bệnh viện chỉ có các khối nhà mà không có sân và bãi cỏ).									
	5. Có bố trí ghế ngồi cố định trong công viên và ngoài sân, vỉa hè... dưới tán các cây xanh hoặc bên rìa bãi cỏ (hoặc trên sân thượng, ban công).				Bố trí ghế ngồi cố định ngoài sân dưới tán cây lớn, ngoài vỉa hè	Hình ảnh những khu vực có ghế đá	☐	☐		
	6. Các lối đi, ngoài sân, hành lang, sảnh chờ và các vị trí công cộng được bố trí thùng đựng rác sinh hoạt có nắp đậy.				Bố trí thùng rác có nắp đậy tại các lối đi, ngoài sân, hành lang, sảnh chờ và các vị trí công cộng	Hình ảnh các thùng rác được bố trí tại các vị trí công cộng của bệnh viện	☐	☐		
	7. Có nhân viên quét dọn và làm sạch môi trường bệnh viện thường xuyên.				Phân công bộ phận phụ trách vệ sinh, bổ sung đầy đủ nhân sự để đảm bảo đáp ứng công việc nhanh chóng và kịp thời khi có nhu cầu Phụ trách bộ phận vệ sinh thường xuyên kiểm tra và điều phối nhân sự đến khu vực xảy ra sự cố khi cần thiết Nhân viên giám sát của QLCL thường xuyên kiểm tra đảm bảo cảnh quan môi trường bệnh viện sạch sẽ	Bảng mô tả công việc của bộ phận hộ lý	☐	☐		

Mức 4	8. Có công viên hoặc bãi cỏ, vườn hoa chiếm diện tích từ 5% trở lên trên tổng diện tích bệnh viện.			HCQT		Quy hoạch bệnh viện đảm bảo diện tích cây xanh bãi cỏ từ 5% trở lên	Sơ đồ mặt bằng thể hiện diện tích cây xanh	☐	☐	
	9. Bãi cỏ, cây trồng làm hàng rào được cắt tỉa gọn gàng.					Phân công nhân viên hoặc hợp đồng với đơn vị chuyên chăm sóc cây trồng Thực hiện cắt tỉa định kỳ với những cây cảnh	Bãi cỏ, cây trồng bệnh viện	☐	☐	
	10. Không có bãi cỏ dại mọc hoang trong khuôn viên bệnh viện.					Phân công nhân viên bộ phận vệ sinh (đơn vị hợp đồng vệ sinh) phụ trách vấn đề dọn cỏ dại nếu có, dọn sạch cảnh quan	Cảnh quan bệnh viện không có bãi cỏ mọc hoang	☐	☐	
	11. Rác luôn được thu gom, quét dọn kịp thời.					Hợp đồng với đơn vị ngoài về việc thu gom rác thải y tế trong bệnh viện Nhân viên gom rác bệnh viện phải thường trực và kịp thời gom rác khi rác đầy, bộ phận quét dọn có trách nhiệm làm vệ sinh sạch sẽ khu vực để thùng rác và rác thải y tế, hạn chế nhiễm khuẩn	1. Hình ảnh nhân viên hộ lý làm vệ sinh 2. Lịch phân công công việc và mô tả công việc của bộ phận vệ sinh	☐	☐	
Mức 5	12. Có công viên hoặc bãi cỏ, vườn hoa chiếm diện tích từ 10% trở lên trên			HCQT		Quy hoạch bệnh viện đảm bảo diện tích cây xanh bãi cỏ từ 5% trở lên	Sơ đồ mặt bằng thể hiện diện tích cây xanh	☐	☐	

	tổng diện tích bệnh viện.									
	13. Trong khuôn viên bệnh viện có trồng ít nhất 5 cây thân gỗ, mỗi cây có tán lá đường kính từ 5m trở lên.					Chăm sóc và bảo vệ cây thân gỗ lâu năm, đảm bảo bệnh viện có ít nhất 5 cây thân gỗ, mỗi cây có tán lá và đường kính 5cm trở lên	Hình ảnh của 5 cây thân gỗ số liệu đo đặc đường kính tán lá	☐	☐	
	14. Có đài phun nước (hoặc tiểu cảnh hòn non bộ, bể cá); hoặc hồ nước trong khuôn viên bệnh viện (hoặc bệnh viện tiếp giáp với rừng, hồ, sông, biển có cảnh quan đẹp).					Thiết kế bệnh viện có đài phun nước (hoặc hòn non bộ, bể cá)	Hình ảnh đài phun nước trong bệnh viện, có hồ cá, hòn non bộ	☐	☐	
	15. Đài phun nước (và các địa điểm có nước) được vệ sinh thường xuyên, chống muỗi và côn trùng, ký sinh trùng, sinh vật nguy hại bằng giải pháp vật lý, hóa học, sinh học (lọc, phun thuốc, nuôi cá...)					Phân công nhiệm vụ cho nhân viên vệ sinh bệnh viện (đơn vị hợp đồng vệ sinh) thường xuyên vệ sinh đài phun nước để chống muỗi, côn trùng, ký sinh trùng, sinh vật nguy hại	Hình ảnh về hồ nước, lịch phân công của phòng hành chính quản trị cho bộ phận vệ sinh	☐	☐	
A3.2	Người bệnh được khám và điều trị	4	4	HCQT						

	trong khoa, phòng gọn gàng, ngăn nắp								
Mức 1	1. Có hiện tượng tài liệu, trang thiết bị, tài sản... của bệnh viện đang dùng hoặc cũ, hỏng để bừa bãi, gây cản trở lối đi chung.		HCQT	Các khoa, phòng			☐	☐	
Mức 2	2. Không có hiện tượng tài liệu, trang thiết bị, tài sản... của bệnh viện để lộn xộn, làm xấu cảnh quan chung.		HCQT	Các khoa, phòng	Tổ KTGS đi kiểm tra hàng ngày, đảm bảo không có hiện tượng tài liệu, trang thiết bị... để lộn xộn	Hình ảnh	☐	☐	
	3. Các tài sản chung của bệnh viện được xếp đặt vào kho, phòng lưu trữ gọn gàng nếu không sử dụng thường xuyên (tùy bệnh viện sắp xếp phù hợp).			Các khoa, phòng	Rà soát, kiểm tra lại tất cả các phòng bệnh, đề xuất thay mới hoặc chuyển đổi các giường để các giường trong cùng 1 phòng thống nhất về kiểu dáng, kích thước và chất liệu	Hình ảnh những vật dụng không sử dụng thường xuyên được dán nhãn và xếp vào kho	☐	☐	
	4. Không có hiện tượng đồ đạc của nhân viên y tế để trên nóc tủ, hành lang, sảnh, lối đi hoặc để trong tủ giữ đồ, tủ đầu giường dành cho người bệnh.			Các khoa, phòng	Đề xuất đóng tủ cho khu D khoa TNNK, UB, NTQ	Hình ảnh	☐	☐	

	5. Người bệnh được thông báo bảo quản và xếp đặt đồ đạc cá nhân gọn gàng, không gây cản trở lối đi và làm xấu cảnh quan chung.				Các khoa LS	Nội qui phòng bệnh được gắn tại mỗi phòng bệnh, có nội dung đồ đạc bệnh nhân sắp xếp gọn gàng... - Bệnh nhân và người nhà bệnh nhân được điều dưỡng thông báo tự bảo quản và sắp xếp gọn gàng."	Nội qui phòng bệnh	☐	☐	
Mức 3	6. Đồ đạc của người bệnh và người nhà người bệnh để gọn gàng, không gây cản trở lối đi và làm xấu cảnh quan chung.		HCQT		Các khoa LS		Hình ảnh	☐	☐	
	7. Có tủ giữ đồ hoặc dịch vụ trông giữ đồ cho người bệnh và người nhà người bệnh nếu có nhu cầu tại khu khám bệnh (bộ phận đón tiếp hướng dẫn việc trông giữ đồ hoặc giữ chìa khóa tủ giữ đồ).				Các khoa LS	Trang bị tủ giữ đồ tại sảnh khám bệnh, mỗi ngăn tủ có khóa riêng và chìa khóa có dây đeo và số thứ tự của ngăn tủ "- P.VTYT định kì có thống kê số giường và tủ đầu giường. Nếu thiếu làm đề xuất bổ sung. - Tổ KTGS phối hợp với P.VTYT kiểm tra tủ đầu giường, đảm bảo tủ không bị rỉ sét, khóa tủ sử dụng được"	Hình ảnh tủ giữ đồ giường và tủ đầu giường (có khóa) 2021	☐	☐	
	8. Mỗi giường bệnh có một tủ đầu giường				Các khoa LS,			☐	☐	

	sử dụng tốt, không bị hoen gỉ.				VTTT B					
Mức 4	9. Bảo đảm mỗi người bệnh khi nằm viện có một tủ hoặc một ngăn tủ đựng đồ đạc cá nhân (kể cả người bệnh nằm giường tạm hoặc nằm ghép).			HCQT	Các khoa, phòng, VTTT B, QLCL	Trang bị tủ giữ đồ tại mỗi khoa, mỗi ngăn tủ có khóa riêng và chìa khóa có dây đeo và số thứ tự của ngăn tủ "- P.QLCL xây dựng kế hoạch tập huấn 5S + tài liệu tập huấn - Hỗ trợ khoa/phòng triển khai 5S"		☐	☐	
	10. Ít nhất 50% các khoa lâm sàng được trang bị tủ giữ đồ có khóa (hoặc có dịch vụ trông giữ đồ cho người bệnh và người nhà người bệnh).				Các khoa LS		Hình ảnh tủ giữ đồ Bảng hướng dẫn sử dụng Bảng thống kê số lượng tủ giữ đồ	☐	☐	
	11. Trong năm có tổ chức giới thiệu và tập huấn phương pháp 5S cho nhân viên.				Các khoa, phòng, QLCL	Trang bị tủ giữ đồ tại sảnh khám bệnh, mỗi ngăn tủ có khóa riêng và chìa khóa có dây đeo và số thứ tự của ngăn tủ	Kế hoạch tập huấn 5S Tài liệu tập huấn 5S Danh sách nhân viên tham gia	☐	☐	
	12. Áp dụng phương pháp 5S cho tất cả các khu vực tại khoa khám bệnh và ít nhất 1 khoa cận lâm sàng, 2 khoa lâm sàng.				Các phòng khám, khoa CLS và khoa	Duy trì các khu vực đã triển khai	Kế hoạch triển khai 5S Báo cáo Hình ảnh Đề án cải tiến	☐	☐	

					LS, QLCL					
Mức 5	13. Tủ giữ đồ có khóa được trang bị tại tất cả các khoa lâm sàng (hoặc có dịch vụ trông giữ đồ cho người bệnh và người nhà người bệnh tại tất cả các khoa lâm sàng.			HCQT	Các khoa LS		Hình ảnh tủ giữ đồ Bảng hướng dẫn sử dụng Bảng thống kê số lượng tủ giữ đồ	☐	☐	
	14. Chìa khóa tủ có dây đeo cổ tay cho người bệnh hoặc các tủ được khóa bằng mã số, hoặc có kết an toàn dành cho người bệnh.				Các khoa LS	P.QLCL xây dựng kế hoạch tập huấn 5S + tài liệu tập huấn - Hỗ trợ khoa/phòng triển khai 5S"		☐	☐	
	15. Áp dụng phương pháp 5S để cải tiến chất lượng trên phạm vi toàn bệnh viện.				Các khoa, phòng, QLCL			☐	☐	
	16. Có báo cáo đánh giá việc áp dụng phương pháp 5S.				Các khoa LS & CLS, QLCL		Báo cáo đánh giá việc áp dụng 5S	☐	☐	
	17. Sử dụng kết quả đánh giá để tiếp tục cải tiến chất lượng, gọn gàng, ngăn nắp.				QLCL			☐	☐	

A4.1	Người bệnh được cung cấp thông tin và tham gia vào quá trình điều trị	5	5	KHTH						
Mức 1	1. Có tình trạng người bệnh không được cung cấp thông tin về tình hình bệnh, kết quả chẩn đoán và dự kiến phương pháp điều trị khi nhập viện.			KHTH	Các khoa lâm sàng			☐	☐	
Mức 2	2. Có nội quy hoặc bản hướng dẫn các quy định cho người bệnh và người nhà người bệnh, được treo/dán tại các vị trí dễ nhìn ở sảnh, phòng chờ và các khoa.			KHTH	QLCL, Các khoa lâm sàng	Xây dựng bảng hướng dẫn các quy định	Bảng hướng dẫn các nội quy của bệnh viện	☐	☐	
	3. Người bệnh được cung cấp thông tin về chẩn đoán, nguy cơ, tiên lượng, dự kiến phương pháp và thời gian điều trị khi nhập viện.				Các khoa lâm sàng	Cung cấp thông tin về chẩn đoán, nguy cơ, tiên lượng, dự kiến phương pháp và thời gian điều trị cho người bệnh	Thực tế khảo sát	☐	☐	
	4. Người bệnh được cung cấp thông tin,				Các khoa	Cung cấp thông tin, giải thích, tư vấn đầy đủ về tình	Thực tế khảo sát	☐	☐	

	giải thích, tư vấn đầy đủ về tình trạng bệnh, kết quả, rủi ro có thể xảy ra để lựa chọn phương pháp chẩn đoán và điều trị.				lâm sàng	trạng bệnh, kết quả, rủi ro có thể xảy ra để lựa chọn phương pháp chẩn đoán và điều trị cho người bệnh			
	5. Người bệnh được giải thích rõ ràng về các thủ thuật, phẫu thuật trước khi thực hiện.				Các khoa lâm sàng	Giải thích rõ ràng về các thủ thuật, phẫu thuật trước khi thực hiện cho người bệnh	Thực tế khảo sát	☐	☐
	6. Người bệnh được thông báo, giải thích rõ ràng về tính chất, giá cả và lựa chọn về thuốc, vật tư tiêu hao cần thiết cho việc điều trị của người bệnh trước khi sử dụng dịch vụ.				Các khoa lâm sàng	Giải thích rõ ràng về tính chất, giá cả và lựa chọn về thuốc, vật tư tiêu hao cần thiết cho việc điều trị của người bệnh trước khi sử dụng dịch vụ	Thực tế khảo sát	☐	☐
	7. Người bệnh được giải thích rõ ràng nếu có thắc mắc trước khi ký các loại giấy tờ như giấy cam đoan, cam kết...				Các khoa lâm sàng	Giải thích rõ ràng nếu có thắc mắc trước khi ký các loại giấy tờ như giấy cam đoan, cam kết...	Thực tế khảo sát	☐	☐
	8. Người bệnh được thông báo lựa chọn vào đối tượng nghiên cứu và có quyền chấp				Các khoa lâm sàng	Giải thích rõ ràng quyền lợi khi tham gia nghiên cứu	Thực tế khảo sát	☐	☐

	nhận hoặc từ chối tham gia nghiên cứu y sinh học (nếu có).									
Mức 3	9. Người bệnh được cung cấp thông tin về giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, các kỹ thuật cao, chi phí lớn.			KHTH	Các khoa lâm sàng	Cung cấp thông tin về giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, các kỹ thuật cao, chi phí lớn.	Thực tế khảo sát	☐	☐	
	10. Người bệnh sử dụng thẻ bảo hiểm y tế được nhân viên y tế giải thích trực tiếp về thuốc điều trị, vật tư tiêu hao được bảo hiểm y tế chi trả toàn bộ, một phần hoặc tự túc khi có thắc mắc.				CSKH, Các khoa lâm sàng	Giải thích trực tiếp về thuốc điều trị, vật tư tiêu hao được bảo hiểm y tế chi trả toàn bộ, một phần hoặc tự túc khi có thắc mắc.	Thực tế khảo sát	☐	☐	
	11. Người bệnh được nhân viên y tế giải thích rõ ràng nếu có thắc mắc về các khoản chi trong hóa đơn.				CSKH, TCKT, Các khoa lâm sàng	Giải thích rõ ràng nếu người bệnh có thắc mắc về các khoản chi trong hóa đơn.	Thực tế khảo sát	☐	☐	
	12. Người bệnh được thông báo công khai số lượng thuốc và vật tư tiêu hao sử dụng hàng ngày.				Các khoa lâm sàng	Công khai số lượng thuốc và vật tư tiêu hao sử dụng hàng ngày	Thực tế khảo sát	☐	☐	

	13. Người bệnh được cung cấp thông tin về chi phí điều trị hàng ngày hoặc khi có yêu cầu.				Các khoa lâm sàng	Cung cấp thông tin về chi phí điều trị hàng ngày hoặc khi có yêu cầu.	Thực tế khảo sát	☐	☐	
	14. Người bệnh được cung cấp thông tin tóm tắt về hồ sơ bệnh án nếu có yêu cầu				Các khoa lâm sàng	Cung cấp thông tin tóm tắt về hồ sơ bệnh án nếu có yêu cầu	Thực tế khảo sát	☐	☐	
Mức 4	15. Có ít nhất 50% tổng số các khoa lâm sàng xây dựng “Phiếu tóm tắt thông tin điều trị”* cho một bệnh thường gặp tại khoa, sử dụng từ dễ hiểu cho người bệnh.			KHTH	QLCL, Các khoa lâm sàng	Xây dựng phiếu tóm tắt thông tin điều trị	Phiếu tóm tắt thông tin điều trị	☐	☐	
	16. Nhân viên y tế in, phát và tư vấn các “Phiếu tóm tắt thông tin điều trị” cho người bệnh theo dõi và cùng tham gia vào quá trình điều trị.				QLCL, Các khoa lâm sàng	In, phát và tư vấn các “Phiếu tóm tắt thông tin điều trị” cho người bệnh theo dõi và cùng tham gia vào quá trình điều trị.	Thực tế khảo sát	☐	☐	
Mức 5	17. Mỗi khoa lâm sàng xây dựng “Phiếu tóm tắt thông tin điều trị”* cho ít nhất năm bệnh thường gặp tại khoa.			KHTH	QLCL, Các khoa lâm sàng	Xây dựng phiếu tóm tắt thông tin điều trị	Phiếu tóm tắt thông tin điều trị	☐	☐	

	18. Tiến hành rà soát, cập nhật, chỉnh sửa lại các “Phiếu tóm tắt thông tin điều trị” theo định kỳ thời gian 1, 2 năm một lần hoặc khi hướng dẫn chẩn đoán và điều trị có sự thay đổi.				QLCL, Các khoa lâm sàng	Rà soát chỉnh sửa bổ sung hoàn thiện phiếu tóm tắt thông tin điều trị	Phiếu tóm tắt thông tin điều trị đã cập nhật chỉnh sửa hằng năm	☐	☐	
	19. Có nghiên cứu đánh giá hiệu quả áp dụng “Phiếu tóm tắt thông tin điều trị”.				QLCL	Nghiên cứu đánh giá hiệu quả áp dụng “Phiếu tóm tắt thông tin điều trị”.	Đề tài nghiên cứu	☐	☐	
	20. Áp dụng kết quả nghiên cứu vào việc cải tiến chất lượng điều trị.				QLCL	Ứng dụng đề tài nghiên cứu vào cải tiến chất lượng điều trị	Báo cáo kết quả thực hiện đề tài nghiên cứu	☐	☐	
A4.2	Người bệnh được tôn trọng quyền riêng tư	4	4	KHTH	ĐD					
Mức 1	1. Phát hiện thấy hiện tượng vi phạm về quyền riêng tư của người bệnh như cung cấp thông tin về bệnh cho không đúng đối tượng, gây khiêu khích và sau khi xác minh có sai phạm của bệnh viện.			KHTH	Các khoa lâm sàng			☐	☐	

Mức 2	2. Có quy định về quản lý và lưu trữ bệnh án chặt chẽ tại khoa lâm sàng và các phòng chức năng.			KHTH	Các khoa lâm sàng	Quy định lưu trữ bệnh án được đặt ở vị trí dễ tìm, dễ thấy tại các khoa lâm sàng và phòng chức năng	Quy định lưu trữ bệnh án	☐	☐	
	3. Bệnh án tại các khoa lâm sàng được sắp xếp gọn gàng, không cho người không có thẩm quyền tiếp cận tự do.				Các khoa lâm sàng	Bệnh án tại khoa được sắp xếp gọn gàng, ngăn nắp, không để người không có thẩm quyền tiếp cận	Quy định lưu trữ bệnh án	☐	☐	
	4. Khoa lâm sàng có trách nhiệm phân công nhân viên trực lưu giữ, bảo quản bệnh án chặt chẽ trong thời gian trực.				Các khoa lâm sàng	Quyết định phân công nhân viên phụ trách lưu trữ hồ sơ bệnh án tại khoa lâm sàng, Bảng phân công nhân viên trực lưu trữ, bảo quản bệnh án chặt chẽ	Quyết định phân công Bảng phân công công việc khoa	☐	☐	
	5. Người bệnh có quyền lưu giữ thông tin về kết quả cận lâm sàng mang tính “nhạy cảm”, có thể gây bất lợi về mặt tâm lý, uy tín, công việc của người bệnh (như nhiễm bệnh lây qua đường máu, da và niêm mạc...). Bệnh viện chỉ được cung cấp thông tin cho người nhà người				Các khoa lâm sàng	Thông tin người bệnh không được cung cấp khi chưa được sự cho phép của người bệnh (trừ trường hợp theo yêu cầu của cơ quan có thẩm quyền)	Phỏng vấn người bệnh	☐	☐	

bệnh (hoặc người khác có yêu cầu) khi được chính người bệnh cho phép (trừ trường hợp theo yêu cầu của cơ quan có thẩm quyền bằng văn bản).									
6. Người bệnh có quyền từ chối chụp ảnh trong quá trình khám và điều trị (trừ các yêu cầu về chuyên môn).				Các khoa lâm sàng	Không chụp ảnh người bệnh khi chưa được người bệnh cho phép (trừ các yêu cầu về chuyên môn)	Phỏng vấn người bệnh	☐	☐	
7. Nhân viên y tế, sinh viên y trước khi thực tập, trình diễn (thị phạm) trên cơ thể người bệnh cần xin phép và được sự đồng ý của người bệnh.				Các khoa lâm sàng	Nhân viên y tế, thực tập sinh trước khi thực tập, trình diễn trên cơ thể người bệnh phải được sự đồng ý của người bệnh mới được thực hiện	Phỏng vấn người bệnh	☐	☐	
8. Nhân viên y tế có trách nhiệm bảo vệ quyền riêng tư người bệnh ngăn không cho người ngoài vào chụp ảnh tự do người bệnh và bảo mật hình ảnh người bệnh.					Nhân viên y tế có trách nhiệm bảo vệ quyền riêng tư người bệnh ngăn không cho người ngoài vào chụp ảnh tự do người bệnh và bảo mật hình ảnh người bệnh.	Phỏng vấn người bệnh	☐	☐	

Mức 3	9. Không có trường hợp người bệnh bị lộ thông tin cá nhân (tên, tuổi, ảnh, nơi công tác...) trên các phương tiện thông tin đại chúng về quá trình điều trị (trừ các trường hợp được sự đồng ý của người bệnh).			KHTH	CTXH	Bảo mật thông tin người bệnh, Không có trường hợp người bệnh bị lộ thông tin cá nhân (tên, tuổi, ảnh, nơi công tác...) trên các phương tiện thông tin đại chúng về quá trình điều trị (trừ các trường hợp được sự đồng ý của người bệnh).	Phỏng vấn người bệnh	☐	☐	
	10. Các phòng khám bệnh, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng, tiểu phẫu, thủ thuật... có vách ngăn hoặc rèm che kín đáo ngăn cách với người không có phận sự ra vào trong khi bác sỹ, điều dưỡng thực hiện thăm khám, thủ thuật, chăm sóc và các công việc khác cần phải bộc lộ cơ thể người bệnh.				Các khoa lâm sàng và cận lâm sàng, VT-TTB	Trang bị vách ngăn hoặc rèm che kín đáo ngăn cách với người không có phận sự ra vào trong khi bác sỹ, điều dưỡng thực hiện thăm khám, thủ thuật, chăm sóc và các công việc khác cần phải bộc lộ cơ thể người bệnh cho phòng khám bệnh, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng, tiểu phẫu, thủ thuật...	Hình ảnh Quan sát	☐	☐	
	11. Sẵn có vách ngăn hoặc rèm che di động tại các khoa lâm sàng để phục vụ người bệnh trong các				VT-TTB, Các khoa			☐	☐	

	trường hợp thăm khám tại chỗ, làm thủ thuật hoặc thay đổi quần áo, vệ sinh tại giường.				lâm sàng					
	12. Phiếu thông tin treo đầu giường không ghi chi tiết đặc điểm bệnh đối với một số bệnh có thể gây bất lợi về mặt tâm lý, uy tín, công việc của người bệnh.				Các khoa lâm sàng	Phiếu thông tin treo đầu giường không ghi chi tiết đặc điểm bệnh đối với một số bệnh có thể gây bất lợi về mặt tâm lý, uy tín, công việc của người bệnh.	Hình ảnh Quan sát	☐	☐	
Mức 4	13. Buồng bệnh chia hai khu vực riêng biệt cho người bệnh nam và nữ trên 13 tuổi, có vách ngăn, rèm che di động hoặc cố định ở giữa hai khu nam và nữ.			KHTH	VT-TTB, Các khoa lâm sàng	Có vách ngăn, rèm che di động hoặc cố định ở giữa hai khu nam và nữ	Hình ảnh Quan sát	☐	☐	
	14. Có khu vực thay đồ được che chắn kín đáo khi thực hiện thủ thuật, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng có yêu cầu phải thay quần áo.				Các khoa lâm sàng và cận lâm sàng, VT-TTB	Trang bị khu vực thay đồ được che chắn kín đáo khi thực hiện thủ thuật, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng có yêu cầu phải thay quần áo.	Hình ảnh Quan sát	☐	☐	

Mức 5	15. Người bệnh khi tiến hành siêu âm sản phụ khoa, thăm khám bộ phận sinh dục... được cung cấp khăn để che chắn cơ thể (hoặc áo choàng, váy choàng được thiết kế riêng), bảo đảm kín đáo cho người bệnh.			KHTH	Các khoa lâm sàng và cận lâm sàng	Cung cấp khăn để che chắn cơ thể (hoặc áo choàng, váy choàng được thiết kế riêng), bảo đảm kín đáo cho người bệnh cho Người bệnh khi tiến hành siêu âm sản phụ khoa, thăm khám bộ phận sinh dục...	Hình ảnh Quan sát	☐	☐	
	16. Mỗi giường bệnh được trang bị rèm che, có thể đóng mở khi cần.				VT-TTB, Các khoa lâm sàng	Trang bị mỗi giường bệnh 1 rèm che	Hình ảnh Quan sát	☐	☐	
	17. Người bệnh trên 13 tuổi được nằm trong các buồng nam và nữ riêng biệt.				Các khoa lâm sàng	Người bệnh nam và nữ (>13 tuổi) được nằm ở 2 khu riêng biệt	Hình ảnh Quan sát	☐	☐	
	18. Khoảng cách giữa 2 giường bệnh tối thiểu 1 mét nếu trong một buồng bệnh có từ 2 giường trở lên.				VT - TTB	- Hợp đồng bảo trì, bảo dưỡng hệ thống xử lý nước thải - Biên bản kiểm tra HTXLNT	- Hợp đồng - Biên bản	☐	☐	
A4.3	Người bệnh được nộp viện phí thuận tiện, công khai, minh bạch, chính xác	4	4	TCKT						

Mức 1	1. Phát hiện thấy có người bệnh nộp viện phí trực tiếp cho nhân viên tài vụ hoặc nhân viên y tế mà không có hóa đơn của hệ thống tài chính bệnh viện.			TCKT				☐	☐	
Mức 2	2. Bệnh viện có công bố giá viện phí và các dịch vụ tại các khu vực khám, điều trị và nơi thu viện phí.			TCKT		Bảng giá viện phí	- Xây dựng cập nhật bảng giá viện phí - Công khai bảng giá viện phí	☐	☐	
	3. Bảng giá viện phí trình bày rõ ràng, dễ nhìn, bố trí tại vị trí dễ quan sát, thuận tiện cho người bệnh tra cứu.					Bảng giá viện phí	- Xây dựng cập nhật bảng giá viện phí - Công khai bảng giá viện phí	☐	☐	
	4. Bảng giá được cập nhật theo quy định và gỡ bỏ bảng giá đã hết hiệu lực.					Bảng giá viện phí	- Xây dựng cập nhật bảng giá viện phí - Công khai bảng giá viện phí	☐	☐	
	5. Bảng giá được chia rõ ràng theo từng đối tượng người bệnh và khám chữa bệnh theo yêu cầu.					Bảng giá viện phí	- Xây dựng cập nhật bảng giá viện phí - Công khai bảng giá viện phí	☐	☐	
	6. Chữ in trong bảng giá với người có thi					Bảng giá viện phí	Bảng giá viện phí	☐	☐	

	lực bình thường có thể đọc được rõ ràng ở khoảng cách 3 mét đối với bảng treo, hoặc in chữ có kích cỡ phông từ 14 trở lên đối với bảng giá in dạng quyển (khổ giấy A4) để tra cứu.								
	7. Người bệnh nộp viện phí tại các địa điểm thu nộp do bệnh viện quy định, có hóa đơn theo đúng quy định của tài chính hoặc quy định của bệnh viện.				Bảng điện tử thể hiện quầy thu phí, Bảng kê thanh toán viện phí.	Bảng điện tử thể hiện quầy thu phí, Bảng kê thanh toán viện phí.	☐	☐	
Mức 3	8. Bệnh viện có bảng kê cụ thể danh mục các thuốc, vật tư tiêu hao... và giá tiền từng khoản thu cho các nhóm đối tượng người bệnh: có thể BHYT, không có thể BHYT và các trường hợp khám, chữa bệnh theo yêu cầu (nếu có).		TCKT		Bảng kê viện phí	- Xây dựng Bảng kê viện phí với đầy đủ các mục.	☐	☐	
	9. Bảng kê được in đầy đủ, rõ ràng, chính				Bảng kê viện phí	- Xây dựng Bảng kê viện phí với đầy đủ các mục.	☐	☐	

	xác các thông tin về chi phí điều trị; phần kinh phí phải đóng và phần được miễn, giảm hoặc BHYT thanh toán*.									
	10. Bảng kê được in và đưa cho người bệnh kiểm tra, xác nhận toàn bộ các mục chi thuốc, vật tư tiêu hao... trước khi ra viện.				Bảng kê viện phí có chữ ký của người bệnh trên bảng kê	- Tiến hành kiểm tra bảng kê viện phí bất kỳ và có người bệnh xác nhận.	☐	☐		
	11. Người bệnh không phải nộp bất kỳ khoản nào khác ngoài các chi phí phải nộp đã in trong phiếu thanh toán.				Bảng kê viện phí kèm biên lai thu tiền	Giám sát việc thực hiện và lưu hồ sơ.	☐	☐		
Mức 4	12. Bệnh viện đăng tải thông tin về giá dịch vụ y tế, giá thuốc, vật tư... trên trang thông tin điện tử của bệnh viện để người bệnh so sánh thuận tiện (không phân biệt bệnh viện Nhà nước và tư nhân).			TCKT		Phản đăng thông tin giá viện phí trên website bv	- Cập nhật thông tin về giá trên Website bệnh viện. - Giám sát việc thực hiện.	☐	☐	

	13. Người bệnh được thông báo và tư vấn trước khi bác sỹ chỉ định các kỹ thuật cao, thuốc đặc trị, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng đắt tiền hoặc có chi phí lớn.				Phiếu tư vấn có chữ ký xác nhận của người bệnh	- Phiếu tư vấn có chữ ký xác nhận của người bệnh - Giám sát việc thực hiện.	☐	☐	
	14. Bảng kê được in và cấp cho người bệnh khi nộp viện phí ra viện hoặc khám bệnh ngoại trú.				Bảng kê viện phí kèm biên lai thu tiền	- Bảng kê viện phí kèm biên lai thu tiền - Giám sát việc thực hiện.	☐	☐	
	15. Người bệnh không phải nộp bất kỳ khoản viện phí nào trực tiếp tại các khoa/phòng ngoài các địa điểm thu nộp viện phí theo quy định của bệnh viện (kể cả cho các dịch vụ xã hội hóa hoặc khám chữa bệnh theo yêu cầu).				Phòng vấn trực tiếp	- Giám sát thực hiện.	☐	☐	
Mức 5	16. Người bệnh khi nhập viện được cung cấp thẻ thông minh hoặc thẻ thanh toán điện tử (gọi chung là		TCKT		Chưa thực hiện	Chưa thực hiện	☐	☐	

thẻ từ) dùng để lưu trữ các thông tin cá nhân, mã người bệnh, tình hình sử dụng dịch vụ cận lâm sàng, thuốc, vật tư... và chi phí điều trị.									
17. Người bệnh được cung cấp một tài khoản ảo trong thẻ từ, được nộp tiền tạm ứng 1 lần khi nhập viện hoặc được “tín chấp” bằng số thẻ tín dụng của người bệnh hoặc người nhà người bệnh.					Chưa thực hiện	Chưa thực hiện	☐	☐	
18. Bệnh viện đặt các đầu đọc thẻ tại toàn bộ các phòng xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng, khoa lâm sàng và các vị trí khác (có cung cấp dịch vụ) để ghi nhận việc sử dụng dịch vụ của người bệnh.					Chưa thực hiện	Chưa thực hiện	☐	☐	
19. Người bệnh sử dụng thẻ từ để thanh toán các chi phí điều					Chưa thực hiện	Chưa thực hiện	☐	☐	

	trị và không phải trả tiền mặt cho bất kỳ khoản viện phí nào khác.									
	20. Người bệnh được nộp tiền 2 lần cho bệnh viện, lần đầu tạm ứng khi nhập viện (trừ người bệnh được BHYT chi trả 100%) và lần cuối khi thanh toán ra viện. Trong trường hợp chi phí lớn, người bệnh có thể nộp thêm vào giữa đợt điều trị nhưng bệnh viện cần thông báo trước ít nhất 1 ngày.					- Biên lai thu tiền. - Hồ sơ bệnh án - Phỏng vấn trực tiếp.	- Biên lai thu tiền. - Hồ sơ bệnh án - Phỏng vấn trực tiếp.	☐	☐	
	21. Các thông tin chi phí điều trị được lưu và in cho người bệnh trước khi hoàn thành việc thanh toán ra viện.					- Kiểm tra HSBA - Bảng kê chi phí	- Kiểm tra HSBA - Bảng kê chi phí	☐	☐	
A4.4	Người bệnh được hưởng lợi từ chủ trương xã hội hóa y tế	3	3	TCKT						

Mức 1	1. Phát hiện thấy bệnh viện có trang thiết bị từ nguồn đầu tư của Nhà nước bị hỏng hoặc trục trặc từ 1 tháng trở lên trong bối cảnh bệnh viện có máy cùng chức năng tương tự từ nguồn đầu tư xã hội hóa.			TCKT	CSKH	Triển khai giám sát tình hình hoạt động của các máy móc, trang thiết bị tại bệnh viện và có biện pháp sửa chữa nhanh chóng để đưa vào hoạt động	Báo cáo tình hình máy móc trang thiết bị phát sinh sự cố trong tháng và tình hình khắc phục	☐	☐	
	2. Phát hiện thấy ban lãnh đạo bệnh viện hoặc lãnh đạo khoa phòng) có chỉ đạo (bằng lời nói, chủ trương, văn bản...) tạo áp lực cho nhân viên đưa ra chỉ định xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng mà không dựa trên nhu cầu về mặt chuyên môn (căn cứ vào đơn thư khiếu nại, tố cáo và khảo sát ý kiến của nhân viên y tế).				QLCL, CSKH	Triển khai, đánh giá sự hài lòng của người bệnh và nhân viên y tế đang làm việc tại bệnh viện định kỳ.	Kết quả khảo sát sự hài lòng của bệnh nhân và nhân viên y tế.	☐	☐	
	3. Phát hiện thấy hiện tượng đề án liên doanh, liên kết chưa					Theo dõi, triển khai giám sát tình hình thực hiện các đề án liên doanh liên kết (nếu có)	- Danh mục đề án liên doanh, liên kết, - Biên bản họp chủ trương;	☐	☐	

	được tổ chức công đoàn thông qua.					- Biên bản họp Tổ công đoàn.			
Mức 2	4. Có bản thống kê danh mục toàn bộ các dịch vụ bệnh viện ký hợp đồng với đơn vị bên ngoài như an ninh, bảo vệ, trông xe, vệ sinh, ăn uống, bán hàng...		TCKT	Tổ mua sắm, Phòng HCQT	Lập bản thống kê danh mục toàn bộ các dịch vụ có ký hợp đồng với đơn vị bên ngoài và triển khai giám sát tình hình ký kết các hợp đồng kinh tế, thực hiện các dịch vụ trên.	-Danh mục các dịch vụ; - Hợp đồng.	☐	☐	
	5. Niêm yết công khai giá toàn bộ các dịch vụ do đơn vị bên ngoài cung cấp cho người bệnh tại vị trí cung cấp dịch vụ (hoặc tại vị trí dễ thấy bên cạnh bảng công khai giá dịch vụ y tế tại khu khám bệnh).				Thống kê các dịch vụ do đơn vị bên ngoài cung cấp và kiểm tra tình hình niêm yết giá công khai dịch vụ, nếu chưa thực hiện thì liên hệ và ra quy định để các đơn vị thực hiện.	Hình ảnh sổ niêm yết giá dịch vụ (gắn tại các vị trí cung cấp dịch vụ)	☐	☐	
	6. Người bệnh và người nhà người bệnh được quyền lựa chọn có hoặc không sử dụng các dịch vụ (do bệnh viện hoặc đơn vị liên kết với bên ngoài cung cấp tại bệnh viện) mà không bị ngăn cản hoặc gây khó khăn			QLCL, CSKH	Triển khai, đánh giá sự hài lòng của người bệnh định kỳ.	Kết quả khảo sát sự hài lòng của người bệnh.	☐	☐	

	(ví dụ dịch vụ vận chuyển người bệnh).									
	7. Có bản thống kê danh mục toàn bộ các trang thiết bị xã hội hóa và phân công cho một phòng chức năng có trách nhiệm cập nhật đầy đủ, kịp thời.			QLCL	Lập danh mục, triển khai kiểm soát và cập nhật thông tin các trang thiết bị xã hội hóa định kỳ.	Danh mục trang thiết bị xã hội hóa	☐	☐		
	8. Niêm yết công khai bảng giá các dịch vụ kỹ thuật sử dụng trang thiết bị xã hội hóa tại cùng vị trí công khai bảng giá dịch vụ y tế chung của bệnh viện hoặc niêm yết công khai tại trước buồng thực hiện các dịch vụ kỹ thuật có sử dụng các trang thiết bị xã hội hóa.			QLCL	Triển khai niêm yết các Bảng giá dịch vụ kỹ thuật sử dụng trang thiết bị xã hội hóa tại các địa điểm công khai Bảng giá dịch vụ y tế chung của Bệnh viện.	Bảng giá các dịch vụ kỹ thuật thực hiện bằng máy xã hội hóa	☐	☐		
Mức 3	9. Bệnh viện huy động được các nguồn vốn đầu tư xã hội hóa cho trang thiết bị kỹ thuật phục vụ công tác khám, chẩn đoán và điều trị.		TCKT		Lập danh mục và kiểm tra tình hình thực hiện huy động nguồn vốn đầu tư xã hội hóa cho các trang thiết bị kỹ thuật phục vụ công tác khám, chẩn đoán và điều trị.	Danh mục trang thiết bị kỹ thuật phục vụ công tác khám, chữa bệnh và điều trị bằng nguồn vốn xã hội hóa (ghi chú nguồn vốn cụ thể cho từng hạng mục).	☐	☐		

Mức 4	10. Bệnh viện không đặt chỉ tiêu số lượt chiếu, chụp, xét nghiệm, kỹ thuật cho các trang thiết bị y tế (có nguồn gốc xã hội hóa).			QLCL, TCCB, TỔ MUA SẴM	- Kiểm tra, rà soát việc thực hiện chiếu, chụp, xét nghiệm kỹ thuật cho các trang thiết bị y tế có nguồn gốc xã hội hóa của các khoa có đúng quy trình và đúng chuyên môn không; - Kiểm tra các hợp đồng ký kết với các đơn vị sở hữu thiết bị có nguồn gốc từ xã hội hóa, có đặt chỉ tiêu thực hiện dịch vụ kỹ thuật trong hợp đồng không; - Kiểm tra, rà soát trong Quy chế chi tiêu nội bộ hàng năm có quy định về việc chi trả tiền lương dịch vụ bác sĩ theo chỉ tiêu thực hiện các dịch vụ kỹ thuật từ các máy xã hội hóa không.	- Hợp đồng ký kết của các trang thiết bị y tế có nguồn gốc xã hội hóa; - Quy chế chi tiêu nội bộ của Bệnh viện quận Thủ Đức; - Báo cáo phản ánh từ các khoa về việc đặt chỉ tiêu cho các trang thiết bị y tế có nguồn gốc xã hội hóa (nếu có).	☐	☐	
	11. Giá viện phí của các dịch vụ y tế sử dụng trang thiết bị từ nguồn xã hội hóa cao hơn giá do cơ quan BHYT chi trả tối đa 30%.				Điều chỉnh, giám sát giá viện phí của các dịch vụ kỹ thuật do máy có nguồn từ xã hội hóa thực hiện.	Bảng giá viện phí của các dịch vụ kỹ thuật mà máy móc, trang thiết bị nguồn xã hội hóa thực hiện và giá BHYT chi trả tương đương.	☐	☐	
	12. Có ít nhất 1 trang thiết bị xã hội hóa (hiện đại, kỹ thuật phức tạp...) thực		TCKT		Triển khai giám sát tình hình biến động các trang thiết bị xã hội hóa hiện đại, kỹ thuật phức tạp thực hiện	- Danh sách máy móc, trang thiết bị xã hội hóa hiện đại, phức tạp thực hiện	☐	☐	

	hiện các kỹ thuật chẩn đoán và điều trị mà các trang thiết bị từ nguồn đầu tư Nhà nước khó có khả năng đáp ứng cho bệnh viện như máy chụp MRI, PET-CT, máy xạ trị ung thư, Gamma-Knife... (đối với bệnh viện hạng III, IV áp dụng máy CT-Scan).				các kỹ thuật chẩn đoán và điều trị.	kỹ thuật chẩn đoán và điều trị;; - Hình ảnh máy móc, trang thiết bị xã hội hóa hiện đại, phức tạp thực hiện kỹ thuật chẩn đoán và điều trị; - Hợp đồng vay vốn, liên doanh liên kết.			
	13. Giá viện phí của các dịch vụ y tế có trang thiết bị từ nguồn xã hội hóa cao hơn giá do cơ quan BHYT chi trả tối đa 15%.				Điều chỉnh, giám sát giá viện phí của các dịch vụ kỹ thuật do máy có nguồn từ xã hội hóa thực hiện.	Bảng giá viện phí của các dịch vụ kỹ thuật mà máy móc, trang thiết bị nguồn xã hội hóa thực hiện và giá BHYT chi trả tương đương.	☐	☐	
Mức 5	14. Có ít nhất 1 trang thiết bị xã hội hóa (hiện đại, kỹ thuật phức tạp...) thực hiện các kỹ thuật điều trị, can thiệp mà các trang thiết bị từ nguồn đầu tư Nhà nước khó có khả năng đáp ứng cho bệnh viện như máy			TCKT	Triển khai giám sát tình hình biến động các trang thiết bị xã hội hóa hiện đại, kỹ thuật phức tạp thực hiện các kỹ thuật điều trị, can thiệp.	- Danh mục máy móc, trang thiết bị xã hội hóa hiện đại, phức tạp thực hiện kỹ thuật điều trị, can thiệp; - Hình ảnh máy móc, trang thiết bị xã hội hóa; - Hợp đồng ký kết của các trang thiết bị từ nguồn xã hội hóa (nếu có).	☐	☐	

	xạ trị ung thư, Gamma-Knife, các trang thiết bị phục vụ tim mạch can thiệp...									
	15. Giá viện phí của toàn bộ các dịch vụ sử dụng trang thiết bị từ nguồn xã hội hóa không cao hơn giá do cơ quan BHYT chi trả.					Điều chỉnh, giám sát giá viện phí của các dịch vụ kỹ thuật do máy có nguồn từ xã hội hóa thực hiện.	Bảng giá viện phí của các dịch vụ kỹ thuật mà máy móc, trang thiết bị nguồn xã hội hóa thực hiện và giá BHYT chi trả tương đương	☐	☐	
A4.5	Người bệnh có ý kiến phàn nàn, thắc mắc hoặc khen ngợi được bệnh viện tiếp nhận, phản hồi, giải quyết kịp thời	5	5	QLCL						
Mức 1	1. Bệnh viện không công khai số điện thoại đường dây nóng hoặc để tại các vị trí khó nhìn, khó tìm.			QLCL	CSKH			☐	☐	
Mức 2	2. Có số đường dây nóng rõ ràng, dễ thấy, công bố công khai tại các vị trí tập trung đông người (như phòng khám, cấp			QLCL		Gắn bảng thể hiện số đường dây nóng của BV, số ngành y tế, ở nhiều vị trí nơi tập trung đông người.	Hình ảnh công khai số đường dây nóng ở nhiều vị trí	☐	☐	

	cứu, địa điểm trông xe, thu viện phí...)									
	3. Những số điện thoại đường dây nóng không còn sử dụng được gỡ bỏ kịp thời ra khỏi các bảng hoặc biển thông báo.				Gỡ bỏ các số đường dây nóng không còn sử dụng hoặc không đúng quy định.	Hình ảnh công khai số đường dây nóng ở nhiều vị trí	☐	☐		
	4. Có kế hoạch và bản danh sách phân công người trực đường dây nóng trong và ngoài giờ hành chính (24/24 giờ).				- Lập kế hoạch trực đường dây nóng từ đầu năm và ban hành toàn BV; - Rà soát lại nhân sự có tên trong danh sách phụ trách đường dây nóng, đề xuất kiện toàn lại danh sách nếu có thay đổi; - Phân công nhân sự trực đường dây nóng, đảm bảo 24/7.	- KH trực đường dây nóng năm 2021. - QĐ phân công nhân sự phụ trách đường dây nóng, Quy chế trực đường dây nóng. - Lịch phân công NV trực đường dây nóng hàng tháng.	☐	☐		
Mức 3	5. Luôn có người trực đường dây nóng tiếp nhận các ý kiến phản ánh của người bệnh trong và ngoài giờ hành chính.			QLCL	Phân công và quy định NV trực đường dây nóng 24/7, đảm bảo tất cả cuộc gọi đến đều được tiếp nhận và xử lý.	- Quy trình tiếp nhận ý kiến qua đường dây nóng. - Lịch phân công NV trực đường dây nóng hàng tháng.	☐	☐		
	6. Không phát hiện thấy hiện tượng không liên lạc được với số đường dây				Phân công và quy định NV trực đường dây nóng 24/7, đảm bảo tất cả cuộc gọi đến đều được tiếp nhận và xử lý.	Không có phản ánh vào hotline ngành y tế v/v không liên lạc được với bv.	☐	☐		

nóng của bệnh viện trong vòng 30 phút.										
7. Công khai số điện thoại đường dây nóng theo quy định của Bộ Y tế tại các vị trí dễ thấy.					Công khai số đường dây nóng của ngành y tế tại nhiều vị trí dễ nhìn, dễ thấy	Hình ảnh số đường dây nóng của ngành y tế ở nhiều vị trí	☐	☐		
8. Số điện thoại đường dây nóng được in, sơn rõ ràng và được treo, dán cố định.					Tất cả các số đường dây nóng đều được in hoặc sơn rõ ràng	Hình ảnh các số đường dây nóng ở nhiều vị trí	☐	☐		
9. Biển số điện thoại đường dây nóng không rách, nát, mất số.					Kiểm tra tất cả các bảng đường dây nóng, thay thế kịp thời các bảng bị rách, gãy hoặc mất số	Hình ảnh các số đường dây nóng ở nhiều vị trí	☐	☐		
10. Có hình thức ghi lại các ý kiến phản hồi của người bệnh và phương hướng, kết quả xử lý (ghi lại bằng sổ, máy tính, hoặc phần mềm quản lý theo dõi...).				QLCL, TCCB	Phân công nhân viên trực và ghi nhận đầy đủ các ý kiến của người bệnh (nội dung ý kiến, cách xử lý, kết quả giải quyết, nguyên nhân,...)	Sổ ghi nhận phản ánh qua đường dây nóng	☐	☐		
11. Có sổ (hoặc bản danh sách) thống kê theo thời gian trong năm đầy đủ, trung thực các ý kiến về bệnh viện đã được					Ghi nhận lại tất cả các ý kiến của người bệnh có liên quan đến BV, trên các phương tiện truyền thông, trang mạng xã hội, bao	Sổ ghi nhận ý kiến người bệnh qua trang mạng xã hội	☐	☐		

	đăng tải trên các phương tiện thông tin đại chúng, mạng xã hội và các đơn kiện có liên quan đến bệnh viện, bao gồm ý kiến tích cực và tiêu cực.				gồm cả ý kiến tích cực và tiêu cực.				
Mức 4	12. Sổ (hoặc bản danh sách) ghi chép các ý kiến về bệnh viện đầy đủ, trung thực.			QLCL	Mở sổ ghi chép lại tất cả các ý kiến qua đường dây nóng BV.	- Sổ ghi nhận phản ánh qua hotline, - File theo dõi bằng excel.	☐	☐	
	13. Các ý kiến của người bệnh được chuyển đến các cá nhân, bộ phận có liên quan và được phản hồi hoặc giải quyết kịp thời.				Sau khi tiếp nhận ý kiến, nhân viên phụ trách đường dây nóng liên hệ các bộ phận có liên quan để giải quyết kịp thời.	- Sổ ghi nhận phản ánh qua hotline, - Quy trình tiếp nhận ý kiến qua đường dây nóng	☐	☐	
	14. Có báo cáo thống kê, phân tích các vấn đề người bệnh thường xuyên phản nàn, thắc mắc; tần số các khoa, phòng và nhân viên y tế có nhiều người bệnh phản nàn, thắc mắc hoặc khen ngợi để có giải pháp xử lý và xác				Định kỳ hàng quý: lập báo cáo thống kê, phân tích các ý kiến phản nàn của người bệnh, tần số các khoa, phòng, NVYT bị phản nàn hoặc khen ngợi.	BC tiếp nhận, xử lý thông tin qua hotline bv	☐	☐	

	định vấn đề ưu tiên cải tiến.								
	15. Có báo cáo phân tích “nguyên nhân gốc rễ” các vấn đề người bệnh thường phàn nàn, thắc mắc xảy ra do lỗi của cá nhân (bác sỹ, điều dưỡng...) hoặc do lỗi chung của toàn bệnh viện, lỗi chung của ngành (lỗi hệ thống).				Trong báo cáo số liệu hàng quý có phân tích nguyên nhân gốc của vấn đề, xác định lỗi cá nhân hay lỗi hệ thống.	Báo cáo phân tích nguyên nhân gốc rễ hàng quý	☐	☐	
Mức 5	16. Áp dụng kết quả phân tích nguyên nhân gốc vào việc cải tiến chất lượng.			QLCL	Lập kế hoạch cải tiến dựa trên số liệu báo cáo hàng quý, công bố cho các khoa, phòng thực hiện.	KH cải tiến chất lượng mỗi quý	☐	☐	
				Triển khai các hình thức khác để ghi nhận ý kiến của người bệnh như: gọi điện thoại chăm sóc người bệnh sau xuất viện, thư góp ý, ý kiến qua website bệnh viện,...	BC tiếp nhận, xử lý thông tin qua hình thức: gọi điện thoại, hộp thư góp ý và qua website bv,...	☐	☐		
				Quy chế chi tiêu nội bộ BV quy định hình thức khen thưởng, kỷ luật đối với NVYT nếu làm tốt hoặc chưa tốt việc phản hồi ý kiến người bệnh.	- Quy chế chi tiêu nội bộ có quy định việc khen thưởng, kỷ luật, - QĐ khen thưởng, kỷ luật; - DS nhân viên được khen thưởng hoặc kỷ luật.	☐	☐		

	việc phản hồi ý kiến người bệnh.									
	19. Có báo cáo đánh giá ưu, nhược điểm và kết quả triển khai các kênh thông tin khác (hộp thư góp ý, phần mềm phản hồi trực tuyến...) tiếp nhận ý kiến phản hồi người bệnh.					Báo cáo tổng kết các kênh thông tin đã triển khai, nêu ra ưu - nhược điểm, kết quả triển khai.	Báo cáo đánh giá các kênh tiếp nhận thông tin tại bv.	☐	☐	
	20. Có sử dụng kết quả đánh giá vào việc cải tiến chất lượng.					Đánh giá kết quả của các giải pháp cải tiến đã triển khai	Báo cáo đánh giá kết quả cải tiến chất lượng	☐	☐	
A4.6	Bệnh viện thực hiện khảo sát, đánh giá sự hài lòng người bệnh và tiến hành các biện pháp can thiệp	5	5	QLCL						
Mức 1	1. Không tiến hành khảo sát sự hài lòng người bệnh nội trú.			QLCL		Lưu giữ QĐ thành lập tổ khảo sát SHL người bệnh.	QĐ thành lập Tổ khảo sát SHL người bệnh	☐	☐	
Mức 2	2. Trong năm có tiến hành khảo sát sự hài lòng người bệnh nội trú ít nhất một lần, số lượng người bệnh nội trú được khảo sát từ 100 người trở lên.			QLCL	Tổ khảo sát hài lòng + Các khoa	- Phiếu khảo sát người bệnh nội trú 2021. - Tiến hành KS hàng tháng từ Tháng 4, 5, 6, 7, 8, 9. số lượng 200 phiếu/1 tháng. - Xây dựng và viết báo cáo hàng tháng.	- KH khảo sát SHL người bệnh. - Phiếu khảo sát NB nội trú. - BC khảo sát NB nội trú.	☐	☐	

					liên quan	- Trên cơ sở báo cáo hàng tháng để làm báo cáo tổng.				
	3. Bộ câu hỏi khảo sát sự hài lòng người bệnh thực hiện trên bộ câu hỏi do Bộ Y tế ban hành (Sở Y tế, bệnh viện có thể xây dựng thêm các bộ câu hỏi khác).					- Xây dựng phiếu khảo sát của bệnh viện.	Mẫu phiếu khảo sát của bv	☐	☐	
Mức 3	4. Có tiến hành khảo sát sự hài lòng người bệnh nội trú ít nhất 03 tháng một lần, mỗi lần khảo sát từ 100 người bệnh nội trú trở lên (đối với bệnh viện có lượng người bệnh nội trú dưới 100 lượt/tháng hoặc dưới 50 giường bệnh: khảo sát toàn bộ người bệnh nội trú trong vòng 1 tháng ít nhất 2 lần trong năm).		QLCL	Tổ khảo sát hài lòng + Các khoa liên quan		- Phiếu khảo sát người bệnh nội trú 2021. - Tiến hành KS hàng tháng từ Tháng 4, 5, 6, 7, 8, 9. số lượng 150 phiếu/1 tháng. - Xây dựng và viết báo cáo hàng tháng. - Trên cơ sở báo cáo hàng tháng để làm báo cáo tổng.	- Phiếu khảo sát NB nội trú. - BC khảo sát NB nội trú.	☐	☐	
	5. Có tài liệu hướng dẫn phương pháp khảo sát sự hài lòng người bệnh nội trú, trong đó có quy định					- Đề án đo lường SHL của người dân (BYT) - Hướng dẫn khảo sát SHL (BYT).	- Đề án đo lường SHL của người dân (BYT) - Hướng dẫn khảo sát SHL (BYT).	☐	☐	

	về thời gian tiến hành, người thực hiện, cách lựa chọn đối tượng được khảo sát, địa điểm được khảo sát...				- File ppt hướng dẫn khảo sát (P. QLCL)	- File ppt hướng dẫn khảo sát (P. QLCL)			
	6. Có phân tích số liệu và có báo cáo khảo sát sự hài lòng người bệnh nội trú.				Fine nhập liệu Fine phân tích, xử lý. Viết báo cáo kết quả thu được	BC khảo sát NB nội trú	☐	☐	
	7. Trong năm có tiến hành khảo sát sự hài lòng người bệnh ngoại trú và có bản báo cáo kết quả khảo sát.				- Kế hoạch KS ngoại trú - Tiến hành khảo sát - Tiến hành nhập liệu, xử lý kết quả. - Viết báo cáo thu được.	- Phiếu khảo sát NB ngoại trú. - BC khảo sát NB ngoại trú.	☐	☐	
	8. Công bố kết quả khảo sát cho các nhân viên y tế bằng cách hình thức khác nhau như báo cáo chung bệnh viện, thông báo tóm tắt tới các khoa/phòng.				- Viết BC tóm tắt, gửi email cho các khoa, - Đăng lên website bv, - Các khoa in ra, gắn lên bảng thông tin.	- BC tóm tắt, gửi email cho các khoa, - Đăng lên website bv, - Các khoa in ra, gắn lên bảng thông tin.	☐	☐	
Mức 4	9. Có tiến hành khảo sát sự hài lòng người bệnh ngoại trú ít nhất 02 lần trong năm và có bản báo cáo kết quả khảo sát.		QLCL	Tổ khảo sát hài lòng + Các khoa	- Kế hoạch KS ngoại trú - Tiến hành khảo sát - Tiến hành nhập liệu, xử lý kết quả. - Viết báo cáo thu được.	- Phiếu khảo sát NB ngoại trú. - BC khảo sát NB ngoại trú.	☐	☐	

					liên quan					
	10. Kết quả khảo sát sự hài lòng phản ánh đúng thực tế, giúp bệnh viện xác định được những vấn đề người bệnh chưa hài lòng để cải tiến.				Tổ khảo sát hài lòng + Các khoa liên quan	"- Liệt kê danh sách vấn đề người bệnh chưa hài lòng. - Đưa ra giải pháp can thiệp. - Triển khai thực hiện. Tiến hành cải tiến.	Trong BC kết quả khảo sát nêu ra những vấn đề NB chưa hài lòng.	☐	☐	
	11. Lập danh sách và có bản danh sách xác định các vấn đề ưu tiên cần giải quyết sau mỗi đợt khảo sát hài lòng người bệnh.				Tổ khảo sát hài lòng + Các khoa liên quan	- Viết báo cáo, có liệt kê danh sách các vấn đề cần giải quyết. - Đưa ra giải pháp can thiệp. - Triển khai thực hiện. Tiến hành cải tiến.	Danh sách các vấn đề cần giải quyết	☐	☐	
	12. Xây dựng kế hoạch cải tiến chất lượng dựa trên bản danh sách xác định các vấn đề ưu tiên cần giải quyết.				Tổ khảo sát hài lòng + Các khoa liên quan	- KS ngoại trú: Xây dựng kế hoạch cải tiến chất lượng dựa trên vấn đề ưu tiên Quý 1, Quý 3. '- KS Nội trú: Xây dựng kế hoạch cải tiến chất lượng chung cho tháng 4,5,6,7,8,9 dựa trên vấn đề phản ánh, vấn đề chưa hài lòng.	KH cải tiến chất lượng mỗi quý	☐	☐	
	13. Tiến hành phân tích sự hài lòng người bệnh nội trú chia theo các khoa lâm sàng, người bệnh có sự				Tổ khảo sát hài lòng + Các	Trong báo cáo kết quả khảo sát nội trú: Có nêu tỷ lệ % hài lòng từng khoa.	Phân tích tỷ lệ hài lòng theo từng khoa lâm sàng trong BC kết quả khảo sát.	☐	☐	

	dụng và không sử dụng thẻ bảo hiểm y tế hoặc các nhóm khác.				khoa liên quan					
Mức 5	14. Có bảng tổng hợp hoặc biểu đồ so sánh sự hài lòng người bệnh nội trú giữa các khoa lâm sàng.			QLCL	Tổ khảo sát hài lòng + Các khoa liên quan	Trong BC kết quả khảo sát có biểu đồ so sánh sự hài lòng theo từng khoa.	Trong BC kết quả khảo sát có biểu đồ so sánh sự hài lòng theo từng khoa.	☐	☐	
	15. Tổ khảo sát sự hài lòng người bệnh tiến hành họp nội bộ với những khoa lâm sàng có tỷ lệ hài lòng thấp nhất để bàn giải pháp cải tiến chất lượng.					Xây dựng nội dung biên bản họp với khoa có tỷ lệ hài lòng thấp.	Biên bản họp với khoa có tỷ lệ hài lòng thấp	☐	☐	
	16. Có bản kế hoạch cải tiến chất lượng chung của bệnh viện, trong đó có xác định ưu tiên đầu tư, cải tiến chất lượng tại những khoa có tỷ lệ hài lòng thấp.					- Xây dựng kế hoạch cải tiến chung bệnh viện. '- KS ngoại trú: Xây dựng kế hoạch cải tiến chất lượng của khoa dựa trên vấn đề ưu tiên Quý 1, Quý 3. '- KS Nội trú: Xây dựng kế hoạch cải tiến chất lượng chung khoa cho tháng 4,5,6,7,8,9 dựa trên vấn đề phản ánh, vấn đề chưa hài lòng.	KH cải tiến chất lượng của bv có xác định việc đầu tư cải tiến tại những khoa có tỷ lệ hài lòng thấp.	☐	☐	

	17. Tiến hành cải tiến chất lượng theo kế hoạch và có bằng chứng cho sự thay đổi.					- Tiến hành cải tiến chất lượng theo kế hoạch và có bằng chứng cho sự thay đổi.	BC đánh giá triển khai cải tiến sau mỗi quý.	☐	☐	
B1.1	Xây dựng kế hoạch phát triển nhân lực bệnh viện	5	5	TCCB						
Mức 1	1. Không có bản kế hoạch phát triển nhân lực y tế tổng thể và hàng năm.			TCCB				☐	☐	
Mức 2	2. Có bản kế hoạch phát triển nhân lực y tế tổng thể và hàng năm.			TCCB		Tiến hành xây dựng kế hoạch phát triển nhân lực năm 2021 đảm bảo phù hợp với quy hoạch phát triển tổng thể của bệnh viện giai đoạn (2021-2025)	Kế hoạch phát triển nguồn nhân lực năm 2021. Kế hoạch phát triển tổng thể nhân lực y tế giai đoạn 5 năm (2021 - 2025)	☐	☐	
	3. Bản kế hoạch phát triển nhân lực y tế phù hợp với quy hoạch phát triển tổng thể của bệnh viện (đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt).					Tiến hành xây dựng kế hoạch phát triển nhân lực năm 2021 đảm bảo phù hợp với quy hoạch phát triển tổng thể của bệnh viện giai đoạn (2021-2025)	Kế hoạch phát triển tổng thể nhân lực y tế giai đoạn 5 năm (2021 - 2025) Kế hoạch phát triển nguồn nhân lực năm 2021	☐	☐	
	4. Bản kế hoạch có mục tiêu chung, mục tiêu cụ thể, các hoạt động triển khai,					Tiến hành xây dựng kế hoạch phát triển nhân lực năm 2020, 2021 đảm bảo	Kế hoạch phát triển tổng thể nhân lực y tế giai đoạn 5 năm (2021 - 2025)	☐	☐	

	người chịu trách nhiệm, thời gian, lộ trình triển khai và nguồn kinh phí thực hiện.				phù hợp với quy hoạch phát triển tổng thể của bệnh viện giai đoạn (2021-2025)	Kế hoạch phát triển nguồn nhân lực năm 2021			
	5. Bản kế hoạch có đề cập đầy đủ các nội dung liên quan đến tuyển dụng, sử dụng, đào tạo liên tục và duy trì, phát triển nguồn nhân lực.				Tiến hành xây dựng kế hoạch phát triển nhân lực năm 2021 đảm bảo phù hợp với quy hoạch phát triển tổng thể của bệnh viện giai đoạn (2021-2025)	Kế hoạch phát triển tổng thể nhân lực y tế giai đoạn 5 năm (2021 - 2025) Kế hoạch phát triển nguồn nhân lực năm 2021	☐	☐	
Mức 3	6. Mỗi mục tiêu cụ thể trong bản kế hoạch có ít nhất một chỉ số để đánh giá việc thực hiện và kết quả đạt được.		TCCB		Tiến hành xây dựng kế hoạch phát triển nhân lực năm 2021 đảm bảo phù hợp với quy hoạch phát triển tổng thể của bệnh viện giai đoạn (2021-2025); Lập báo cáo kết quả thực hiện theo tiến độ của kế hoạch	Kế hoạch phát triển tổng thể nhân lực y tế giai đoạn 5 năm (2021 - 2025) Kế hoạch phát triển nguồn nhân lực năm 2021; Báo cáo thực hiện kế hoạch theo từng giai đoạn (quý, năm)	☐	☐	
	7. Triển khai các nội dung trong bản kế hoạch phát triển nhân lực y tế theo lộ trình đã đề ra.				Tiến hành triển khai thực hiện các nội dung trong kế hoạch phát triển nhân lực y tế theo lộ trình đề ra.	Kế hoạch phát triển tổng thể nhân lực y tế giai đoạn 5 năm (2021 - 2025) Kế hoạch phát triển nguồn nhân lực năm 2021	☐	☐	
	8. Có ít nhất 50% chỉ số đạt được theo kế hoạch.				Rà soát, tổng hợp toàn bộ kết quả của các chỉ số nhân lực trong bản kế hoạch phát triển nhân lực năm 2021	Các hoạt động triển khai - Danh sách tổng hợp nhân sự từ nhu cầu của các khoa đăng ký đầu năm của các	☐	☐	

							phòng/khoa/đơn vị. - Quyết định thành lập các khoa, đơn vị theo lộ trình dự kiến đầu năm - Danh sách nhân sự tuyển dụng mới trong năm - Báo cáo nhân sự định kỳ hàng quý/năm. - Hoàn thành các chế độ chính sách cho nhân viên (Kế hoạch tổ chức tham quan học hỏi kinh nghiệm; thông báo đóng bảo hiểm;...) - Danh sách nâng lương theo niên hạn và trước niên hạn; quyết định nâng lương - Danh sách đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn tất cả các chuyên khoa về ngắn hạn và dài hạn; công văn cử đi học - Danh sách đào tạo, cấp chứng chỉ hành nghề đối với bác sĩ, điều dưỡng,... - Quyết định giao đề tài nghiên cứu khoa học cho các cá nhân, bộ phận có liên quan. - Kế hoạch tổ chức khám sức khỏe định kỳ và tầm soát bệnh nghề nghiệp cho			
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

						toàn thể nhân viên bệnh viện. - Kế hoạch tập huấn An toàn vệ sinh lao động và Phòng chống Bệnh nghề nghiệp cho nhân viên bệnh viện. - Kế hoạch tổ chức thi tuyển chức danh cán bộ lãnh đạo quản lý năm 2021 (Nếu có) - Kế hoạch tổ chức thi tuyển viên chức năm 2021 (Nếu có) - Kế hoạch đánh giá cán bộ công chức, viên chức, xét thi đua cuối năm 2021.			
	9. Có quy định cụ thể tuyển dụng, ưu đãi nguồn nhân lực y tế có chất lượng.				Xác định yêu cầu tuyển dụng cho từng đối tượng và ban hành quy định cụ thể cho từng đối tượng cần tuyển thông qua nhiều hình thức tuyển dụng.	Kế hoạch tuyển dụng Đề án thu hút; Danh sách bác sĩ tuyển dụng mới trong năm Kế hoạch phát triển nhân lực năm 2021 Báo cáo đánh giá thực hiện kế hoạch phát triển nhân lực năm 2021	☐	☐	
Mức 4	10. Tiến hành đánh giá việc thực hiện kế hoạch phát triển nhân lực y tế hàng năm.			TCCB	Lập báo cáo đánh giá việc triển khai thực hiện kế hoạch.	Kế hoạch tuyển dụng nhân lực năm 2021 Kế hoạch tuyển dụng viên chức năm 2021 (nếu có) Báo cáo tổng kết năm về nhân lực	☐	☐	

	11. Xây dựng và triển khai các giải pháp để khắc phục những mục tiêu chưa hoàn thành (nếu có).					Dựa trên báo cáo đánh giá kết quả thực hiện kế hoạch nhằm xác định những mục tiêu chưa đạt (nếu có) để đưa ra các giải pháp khắc phục những mục tiêu chưa hoàn thành	Báo cáo đánh giá thực hiện kế hoạch phát triển nhân lực năm 2021 và có giải pháp cải tiến những mục tiêu chưa hoàn thành	☐	☐	
	12. Có ít nhất 75% chỉ số đạt được theo kế hoạch phát triển nhân lực y tế.					Tiến hành triển khai thực hiện các nội dung trong kế hoạch phát triển nhân lực y tế theo lộ trình đề ra.	Báo cáo đánh giá thực hiện kế hoạch phát triển nhân lực năm 2021	☐	☐	
Mức 5	13. Đạt được ít nhất 90% chỉ số theo kế hoạch phát triển nhân lực y tế.			TCCB		Tiến hành triển khai thực hiện các nội dung trong kế hoạch phát triển nhân lực y tế theo lộ trình đề ra.	Các hoạt động triển khai - Danh sách tổng hợp nhân sự từ nhu cầu của các khoa đăng ký đầu năm của các phòng/khoa/đơn vị. - Quyết định thành lập các khoa, đơn vị theo lộ trình dự kiến đầu năm - Danh sách nhân sự tuyển dụng mới trong năm - Báo cáo nhân sự định kỳ hàng quý/năm. - Hoàn thành các chế độ chính sách cho nhân viên (Kế hoạch tổ chức tham quan học hỏi kinh nghiệm; thông báo đóng bảo hiểm;...) - Danh sách nâng lương theo niên hạn và trước niên	☐	☐	
	14. Cập nhật, bổ sung, cải tiến bản kế hoạch phát triển nhân lực y tế hàng năm dựa trên kết quả đánh giá việc thực hiện kế hoạch phát triển nhân lực y tế.					Dựa trên báo cáo đánh giá việc thực hiện kế hoạch, tiến hành cập nhật, chỉnh sửa kế hoạch. Ban hành kế hoạch phát triển nhân lực cho năm kế tiếp		☐	☐	

							hạn; quyết định nâng lương - Danh sách đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn tất cả các chuyên khoa về ngắn hạn và dài hạn; công văn cử đi học - Danh sách đào tạo, cấp chứng chỉ hành nghề đối với bác sĩ, điều dưỡng,... - Quyết định giao đề tài nghiên cứu khoa học cho các cá nhân, bộ phận có liên quan. - Kế hoạch tổ chức khám sức khỏe định kỳ và tầm soát bệnh nghề nghiệp cho toàn thể nhân viên bệnh viện. - Kế hoạch tập huấn An toàn vệ sinh lao động và Phòng chống Bệnh nghề nghiệp cho nhân viên bệnh viện. - Kế hoạch tổ chức thi tuyển chức danh cán bộ lãnh đạo quản lý năm 2021 (Nếu có) - Kế hoạch tổ chức thi tuyển viên chức năm 2021 (Nếu có) - Kế hoạch đánh giá cán bộ			
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

							công chức, viên chức, xét thi đua cuối năm 2021.			
B1.2	Bảo đảm và duy trì ổn định số lượng nhân lực bệnh viện	5	5	TCCB						
Mức 1	1. Có chuyên khoa của bệnh viện ngừng hoạt động hoặc không thực hiện được đầy đủ hoạt động chuyên môn do thiếu bác sỹ.			TCCB				☐	☐	
Mức 2	2. Theo dõi các chỉ số liên quan đến số lượng nhân lực và có số liệu thống kê của năm trước: a. Tỷ số “bác sỹ/giường bệnh” của toàn bệnh viện (kế hoạch và thực kê) b. Tỷ số “bác sỹ/giường bệnh” của từng khoa lâm sàng c. Tỷ số “điều dưỡng/giường bệnh” của toàn bệnh viện (kế hoạch và thực kê)			TCCB		Tiến hành cập nhật theo dõi tình hình nhân lực và thống kê số liệu qua báo cáo hàng tháng, quý, năm	Danh sách bác sỹ, điều dưỡng toàn bệnh viện Danh sách bác sỹ, điều dưỡng các khoa lâm sàng Danh sách dược sỹ toàn bệnh viện Danh sách nhân viên dinh dưỡng toàn bệnh viện	☐	☐	

	d. Tỷ số “điều dưỡng/giường bệnh” của từng khoa lâm sàng e. Tỷ số “bác sỹ/điều dưỡng” của toàn bệnh viện f. Tỷ số “bác sỹ/điều dưỡng” của từng khoa g. Tỷ số “dược sỹ/giường bệnh” của toàn bệnh viện h. Tỷ số “nhân viên dinh dưỡng/giường bệnh” của toàn bệnh viện									
	3. Theo dõi, cập nhật tình hình nhân lực các khoa lâm sàng và cận lâm sàng bằng cách lập bảng so sánh các tỷ số trên của các khoa.				Theo dõi, rà soát tình hình nhân sự tại các phòng khoa và lập bảng số liệu so sánh tỷ số giữa các phòng khoa định kỳ hàng quý, năm	Báo cáo tình hình nhân lực hàng hàng tháng, quý, năm	☐	☐		
Mức 3	4. Có đặt ra các chỉ tiêu cần đạt cho các tỷ số trong mức 2 theo từng năm và được quy định trong		TCCB		Trong kế hoạch phát triển nhân lực cần đưa ra các chỉ tiêu về các chỉ số cần đạt được trong năm và từng năm (Kế hoạch phát triển	Kế hoạch phát triển nguồn nhân lực năm 2021 Kế hoạch phát triển tổng thể nguồn nhân lực y tế	☐	☐		

	văn bản do bệnh viện đã ban hành (nghị quyết, kế hoạch, đề án phát triển nhân lực...).				tổng thể/ đề án) và đảm bảo đủ nhân lực cho hoạt động khám chữa bệnh	tổng thể giai đoạn 2021-2025			
	5. Các chỉ tiêu do bệnh viện đặt ra bảo đảm đủ nhân lực thực hiện hoạt động khám, chữa bệnh và chăm sóc người bệnh.				Tiến hành tổng hợp, báo cáo tình hình nhân lực trong năm, đảm bảo đủ nhân lực thực hiện hoạt động khám, chữa bệnh và chăm sóc người bệnh	Báo cáo đánh giá thực hiện kế hoạch phát triển nhân lực năm 2021	☐	☐	
	6. Tính toán, dự báo được nhu cầu nhân lực cần bổ sung, thay thế số người sẽ về hưu và có kế hoạch bổ sung, tuyển dụng cụ thể cho các vị trí đó.				Lập báo cáo thống kê số lượng nhân sự đến độ tuổi nghỉ hưu trong năm và trong những năm kế tiếp Xây dựng kế hoạch phát triển nhân sự hàng năm/tổng thể có nội dung tuyển dụng nhân sự mới thay thế cho số lượng nhân sự nghỉ hưu/ gần đến tuổi nghỉ hưu	Kế hoạch tuyển dụng nhân lực năm 2021 Báo cáo thống kê số lượng nhân sự nghỉ hưu trong năm và trong những năm kế tiếp.	☐	☐	
	7. Điều chuyển, tuyển dụng, bổ sung bác sỹ, điều dưỡng cho các khoa có bác sỹ, điều dưỡng thấp trong bảng theo dõi, cập nhật tình hình nhân lực các khoa				Dựa trên báo cáo đánh giá kế hoạch phát triển nhân lực 2020, xác định số lượng nhân sự các phòng khoa đang thiếu Tiến hành ra quyết định tuyển dụng, điều chuyển nhân sự đối với các phòng khoa đang thiếu nhân sự	Quyết định điều chuyển, tuyển dụng nhân sự về các khoa có tỷ lệ bác sỹ, điều dưỡng thấp trong bảng theo dõi tỷ số nhân lực Báo cáo đánh giá việc thực hiện kế hoạch phát triển nguồn nhân lực năm 2020; Báo cáo đánh giá việc thực	☐	☐	

	lâm sàng và cận lâm sàng.					hiện kế hoạch phát triển nguồn nhân lực năm 2021			
	8. Không phát hiện thấy có phân công cho nhân viên y tế trực đêm tại bệnh viện với tần suất trong vòng 3 ngày trực một lần (không tính ngày trực bù hoặc trực trong vụ dịch, thiên tai, thảm họa).				Các khoa sắp xếp lịch trực hàng tuần, tháng gửi về phòng KHTH. Phòng KHTH tổng hợp và sắp xếp thành lịch trực toàn bệnh viện và chuyển qua phòng TCCB để theo dõi, giám sát và chấm công. Dựa vào lịch trực và bảng chấm công của các phòng khoa, bệnh viện xác định số lượng ngày trực của nhân viên trong tuần, tháng	Lịch trực các khoa, bệnh viện Bảng chấm công các khoa, bệnh viện	☐	☐	
	9. Không phát hiện thấy có nhân viên y tế phải trực 24/24 giờ tại khoa hồi sức cấp cứu, phẫu thuật gây mê hồi sức, hồi sức cấp cứu, điều trị tích cực, sơ sinh (không tính thời gian trực bù).				Phòng KHTH tổng hợp và sắp xếp thành lịch trực toàn bệnh viện và chuyển qua phòng TCCB để theo dõi, giám sát và chấm công. Dựa vào lịch trực và bảng chấm công của các phòng khoa, bệnh viện xác định số lượng ngày trực của nhân viên trong tuần, tháng	Lịch trực các khoa, bệnh viện Bảng chấm công các khoa, bệnh viện	☐	☐	
Mức 4	10. Bảo đảm số lượng nhân lực cho điều trị và chăm sóc người bệnh 24 giờ trong ngày và 7 ngày trong tuần (hoặc 5, 6			TCCB	Phòng KHTH tổng hợp và sắp xếp thành lịch trực toàn bệnh viện và chuyển qua phòng TCCB để theo dõi, giám sát và chấm công. Dựa vào lịch trực và bảng	Lịch trực các khoa, bệnh viện Bảng chấm công các khoa, bệnh viện	☐	☐	

	ngày trong tuần với các bệnh viện không làm việc vào chủ nhật và/hoặc thứ 7).				chấm công của các phòng khoa, bệnh viện xác định số lượng ngày trực của nhân viên trong tuần, tháng				
	11. Đã tuyển dụng và duy trì đầy đủ số bác sỹ để đạt chỉ tiêu “tỷ số bác sỹ/giường bệnh” (do bệnh viện đã đặt ra) tại thời điểm 1 năm trước và tại thời điểm đánh giá chất lượng bệnh viện.				Xác định số lượng bác sỹ đã được tuyển dụng trong năm, đảm bảo duy trì đầy đủ số bác sỹ để đạt chỉ tiêu tỷ số bác sỹ/giường bệnh mà bệnh viện đã đặt ra trong kế hoạch nhân sự đầu năm.	Danh sách bác sỹ tuyển dụng mới trong năm Báo cáo đánh giá thực hiện kế hoạch phát triển nhân lực năm 2020 Báo cáo đánh giá thực hiện kế hoạch phát triển nhân lực năm 2021	☐	☐	
	12. Có phương án động viên, khuyến khích các bác sỹ có trình độ chuyên môn cao (so với đặc thù bệnh viện) sau khi nghỉ hưu tiếp tục tham gia, cống hiến cho các hoạt động chuyên môn đang thiếu hụt bác sỹ (hoặc thiếu hụt nguồn nhân lực có chất lượng cao).				Xây dựng phương án, cơ chế khuyến khích các bác sỹ có trình độ chuyên môn cao sau khi nghỉ hưu tiếp tục làm việc tại bệnh viện với các hoạt động chuyên môn đang thiếu hụt như trong quy chế chi tiêu nội bộ,	Đề án thu hút nguồn nhân lực có chất lượng cao, nguồn nhân lực sau khi nghỉ hưu tiếp tục tham gia công tác Hợp đồng làm việc của các bác sỹ sau khi nghỉ hưu tiếp tục tham gia công tác tại đơn vị	☐	☐	
	13. Làm việc theo chế độ ca kíp ở tối thiểu các khoa/đơn nguyên: hồi sức cấp				Các khoa sắp xếp lịch trực hàng tuần, tháng gửi về phòng KHTH. Phòng KHTH tổng hợp và	Lịch trực các khoa, bệnh viện Bảng chấm công các khoa, bệnh viện	☐	☐	

	cứu, chống độc, điều trị tích cực, sơ sinh, phẫu thuật - gây mê hồi sức (không áp dụng mục này nếu bệnh viện không có các khoa/đơn nguyên trên).				sắp xếp thành lịch trực toàn bệnh viện và chuyển qua phòng TCCB để theo dõi, giám sát và chăm công. Dựa vào lịch trực và bảng chăm công của các phòng khoa, bệnh viện xác định số lượng ngày trực của nhân viên trong tuần, tháng				
Mức 5	14. Bảo đảm duy trì số lượng bác sỹ và điều dưỡng đạt được toàn bộ các chỉ tiêu cho các tỷ số từ “a đến g” (trong mức 2) tại thời điểm 1 năm trước và tại thời điểm đánh giá chất lượng bệnh viện*.			TCCB	Dựa vào báo cáo tình hình nhân lực năm 2020, tiến hành thống kê liên tục, rà soát, so sánh tình hình phát triển nhân lực năm trước và năm hiện tại nhằm đảm bảo duy trì số lượng bác sỹ, điều dưỡng đang công tác tại đơn vị.	Kế hoạch phát triển nguồn nhân lực năm 2021 Báo cáo đánh giá việc thực hiện kế hoạch phát triển nguồn nhân lực năm 2021 Báo cáo đánh giá việc thực hiện kế hoạch phát triển nguồn nhân lực năm 2020	☐	☐	
				Xây dựng thêm các chỉ số khác (phù hợp với đặc thù và khả năng của bệnh viện) để đo lường và theo dõi tình hình biến động nhân lực y tế	Kế hoạch phát triển nguồn nhân lực năm 2021	☐	☐		
				16. Có báo cáo đánh giá tình hình nhân lực bệnh viện và đề xuất, triển khai các giải	Lập báo cáo tổng kết nhằm đánh giá tình hình nhân sự của năm qua đó chỉ ra những mặt hạn chế về nhân	Báo cáo đánh giá thực hiện kế hoạch phát triển nhân lực năm 2021	☐	☐	

	pháp khắc phục những mặt hạn chế hàng năm.					sự, từ đó đưa ra các giải pháp khắc phục những hạn chế.				
B1.3	Bảo đảm cơ cấu chức danh nghề nghiệp của nhân lực bệnh viện	5	5	TCCB						
Mức 1	1. Không có bản mô tả công việc cho các chức danh nghề nghiệp của ban giám đốc, các khoa, phòng và tương đương.			TCCB				☐	☐	
	2. Phát hiện thấy bệnh viện tuyển dụng nhân viên y tế vào làm việc nhưng không có tiêu chí cụ thể cho các vị trí việc làm.					Xây dựng kế hoạch tuyển dụng năm 2021	Kế hoạch tuyển dụng năm 2021	☐	☐	
Mức 2	3. Có quy định tiêu chí cụ thể khi tuyển dụng nhân viên cho các vị trí việc làm.			TCCB		Xây dựng kế hoạch tuyển dụng năm 2021	Quy trình tuyển dụng Kế hoạch tuyển dụng	☐	☐	
	4. Đã xây dựng xong dự thảo bản mô tả công việc cho đầy đủ các chức danh nghề nghiệp.					Rà soát toàn bộ các chức danh nghề nghiệp tại đơn vị Thống kê tất cả bản mô tả công việc của tất cả các chức danh	Bản mô tả công việc cho các chức danh	☐	☐	

	5. Bản mô tả công việc của các chức danh nghề nghiệp được cập nhật định kỳ ít nhất 2 năm 1 lần và khi cần.				Triển khai các phòng/khoa/đơn vị họp thống nhất mẫu bản mô tả công việc năm 2021 Thông kê, tổng hợp bản mô tả công việc	Biên bản thống nhất biểu mẫu bảng mô tả công việc Bản mô tả công việc cho các chức danh	☐	☐	
Mức 3	6. Có đầy đủ bản mô tả công việc cho toàn bộ các chức danh nghề nghiệp, đã được Giám đốc phê duyệt.		TCCB		Cho các phòng/khoa thực hiện bản mô tả công việc cho từng chức danh, từng cá nhân. Tiến hành cập nhật bản mô tả công việc cho từng chức danh, cá nhân ít nhất 2 năm 1 lần và cho các cá nhân khi điều chuyển, thay đổi vị trí công tác hiện tại. Phòng TCCB tổng hợp bản mô tả công việc của các phòng/khoa đã được Giám đốc phê duyệt, lưu hồ sơ.	Bản mô tả công việc cho các chức danh	☐	☐	
	7. Có “Đề án vị trí việc làm” dựa vào danh mục vị trí việc làm và cơ cấu chức danh nghề nghiệp, được Giám đốc phê duyệt.				Xây dựng Đề án vị trí việc làm áp dụng thực hiện hàng năm	Đề án vị trí việc làm	☐	☐	
	8. Đã xây dựng được cơ cấu chức danh nghề nghiệp dựa vào				Lập danh mục vị trí việc làm và cơ cấu chức danh nghề nghiệp.	Đề án vị trí việc làm	☐	☐	

	vị trí việc làm trong đề án vị trí việc làm.				Xây dựng đề án vị trí việc làm.				
	9. Cơ cấu chức danh nghề nghiệp phù hợp với danh mục vị trí việc làm					Đề án vị trí việc làm	☐	☐	
	10. Danh mục vị trí việc làm được xây dựng bảo đảm đầy đủ các lĩnh vực theo chức năng hoạt động của bệnh viện.					Đề án vị trí việc làm	☐	☐	
	11. Số lượng nhân lực dự kiến phù hợp với danh mục vị trí việc làm.					Kế hoạch phát triển nhân lực năm 2021	☐	☐	
	12. Trong đề án vị trí việc làm không phát hiện thấy bất cập hoặc không khả thi trong việc xác định cơ cấu chức danh nghề nghiệp.					Đề án vị trí việc làm	☐	☐	
Mức 4	13. Đã tuyển dụng đầy đủ số bác sỹ theo đúng đề án vị trí việc làm đã xây dựng.			TCCB	Đối chiếu so sánh nhân sự đã tuyển so với đề án vị trí việc làm và lập báo cáo	Kế hoạch tuyển dụng Đề án vị trí việc làm Báo cáo thống kê	☐	☐	

	14. Đã tuyển dụng đầy đủ số điều dưỡng theo đúng đề án vị trí việc làm đã xây dựng.				Đối chiếu so sánh nhân sự đã tuyển so với đề án vị trí việc làm và lập báo cáo	Kế hoạch tuyển dụng Đề án vị trí việc làm Báo cáo thống kê	☐	☐	
	15. Có đánh giá tính khả thi các bản mô tả công việc cho các chức danh nghề nghiệp và cập nhật, điều chỉnh bổ sung hàng năm.				Tiến hành đánh giá tính khả thi	Báo cáo	☐	☐	
Mức 5	16. Đã tuyển đầy đủ số lượng người làm việc và bảo đảm đầy đủ các cơ cấu chức danh nghề nghiệp theo vị trí việc làm.			TCCB	Đối chiếu so sánh nhân sự đã tuyển so với đề án vị trí việc làm và lập báo cáo	Bản mô tả công việc Báo cáo thống kê Đề án (cơ cấu chức danh)	☐	☐	
	17. Mỗi năm có tiến hành đánh giá kết quả thực hiện công việc hàng năm của các vị trí việc làm và có bản báo cáo đánh giá.				Đánh giá kết quả thực hiện công việc hàng tháng, từ đó đánh giá trên 1 năm	Báo cáo	☐	☐	
	18. Tiến hành chỉnh sửa, bổ sung các vị trí việc làm dựa trên kết quả đánh giá.				Thông báo kết quả đánh giá. Tiến hành điều chỉnh (nếu có)	Thông báo	☐	☐	

B2.1	Nhân viên y tế được đào tạo liên tục và phát triển kỹ năng nghề nghiệp	5	5	CĐT & ĐT						
Mức 1	1. Không có bản kế hoạch đào tạo cho nhân viên y tế của bệnh viện (hoặc không có nội dung đào tạo trong bản kế hoạch, đề án chung khác của bệnh viện).			CĐT & ĐT				☐	☐	
	2. Trong năm không có nhân viên y tế tham gia đào tạo liên tục.							☐	☐	
Mức 2	3. Có bản kế hoạch đào tạo cho nhân viên y tế (hoặc trong bản kế hoạch, đề án chung khác của bệnh viện có nội dung đào tạo).			CĐT & ĐT		Kế hoạch đào tạo theo định hướng phát triển nhân sự chung của bệnh viện	Kế hoạch đào tạo Kế hoạch hoạt động bệnh viện năm 2021 Kế hoạch hoạt động năm 2021 của Phòng ĐT-CĐT	☐	☐	
	4. Kế hoạch đào tạo bao gồm đào tạo liên tục về cập nhật kiến thức, phát triển kỹ năng nghề nghiệp cho các đối tượng và					Kế hoạch đào tạo theo định hướng phát triển nhân sự chung của bệnh viện	Kế hoạch đào tạo Kế hoạch hoạt động bệnh viện năm 2021 Kế hoạch hoạt động năm 2021 của Phòng ĐT-CĐT	☐	☐	

	lĩnh vực trong bệnh viện.									
	5. Kế hoạch đào tạo có đề cập nội dung đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn (bằng cấp) cho nhân viên.				Kế hoạch đào tạo theo định hướng phát triển nhân sự chung của bệnh viện	Kế hoạch đào tạo Kế hoạch hoạt động bệnh viện năm 2021 Kế hoạch hoạt động năm 2021 của Phòng ĐT-CĐT	☐	☐		
Mức 3	6. Kế hoạch đào tạo phù hợp với kế hoạch phát triển chuyên môn của bệnh viện.		CĐT & ĐT		Kế hoạch đào tạo theo định hướng phát triển nhân sự chung của bệnh viện	Kế hoạch đào tạo Kế hoạch hoạt động bệnh viện năm 2021 Kế hoạch hoạt động năm 2021 của Phòng ĐT-CĐT	☐	☐		
	7. Có tổ chức kiểm tra tay nghề, chuyên môn cho nhân viên y tế, đặc biệt là bác sỹ, y sỹ, điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên, dược sỹ dưới 5 năm công tác bằng các hình thức (như thi sát hạch, tổ chức hội thi...)				Xây dựng và ban hành kế hoạch hội thi kiểm tra tay nghề của bác sỹ, điều dưỡng, hàng năm như: Hội thi Điều dưỡng giỏi, Hội thi Thầy thuốc giỏi,	Kế hoạch hội thi Hình ảnh Giải thưởng Danh sách tham dự	☐	☐		
	8. Hàng năm, bệnh viện cử được ít nhất 5% số lượng bác sỹ và 5% số lượng điều dưỡng đi bồi dưỡng				Dựa vào kế hoạch đào tạo, bệnh viện ra công văn cử nhân viên đi học. Lập báo cáo thống kê số lượng nhân sự được đào tạo trong quý, 6 tháng, năm	CV cử đi học Kế hoạch đào tạo Báo cáo hoạt động đào tạo các quý, năm	☐	☐		

	chuyên môn, nâng cao kỹ năng làm việc.				về bồi dưỡng chuyên môn, đào tạo liên tục kỹ năng.,				
	9. Có theo dõi số liệu tỷ lệ nhân viên y tế được đào tạo liên tục ít nhất 12 tiết học trở lên trong năm.				Lập báo cáo thống kê số lượng nhân sự được đào tạo trong quý, 6 tháng, năm về bồi dưỡng chuyên môn, đào tạo liên tục kỹ năng., ...	Bảng thống kê danh sách nhân viên tham gia đào tạo liên tục (chứng chỉ CME).	☐	☐	
	10. Hàng năm, bệnh viện cử các chức danh nghề nghiệp khác như dược sỹ, kỹ thuật y, kỹ sư, kế toán... đi bồi dưỡng chuyên môn, nâng cao kỹ năng làm việc.				Dựa vào kế hoạch đào tạo, bệnh viện ra công văn cử nhân viên đi học.	CV cử đi học Kế hoạch đào tạo Báo cáo hoạt động đào tạo các quý, năm	☐	☐	
	11. Cử các chức danh nghề nghiệp như bác sỹ, dược sỹ, điều dưỡng, kỹ thuật y, kỹ sư... đi đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn nghiệp vụ.						☐	☐	
Mức 4	12. Có từ 20% nhân viên y tế trở lên được đào tạo liên tục ít nhất 12 tiết học trở lên trong năm.			CĐT & ĐT	Lập báo cáo thống kê số lượng nhân sự được đào tạo trong quý, 6 tháng, năm về bồi dưỡng chuyên môn, đào tạo liên tục kỹ năng.,	Bảng thống kê danh sách nhân viên tham gia đào tạo liên tục (chứng chỉ CME)	☐	☐	
	13. Có các hình thức tập huấn, đào tạo,				Lập kế hoạch và tổ chức sinh hoạt khoa học kỹ thuật	Kế hoạch sinh hoạt chuyên đề hàng tháng	☐	☐	

	chia sẻ kinh nghiệm từ các nhân viên y tế có trình độ, chuyên gia (trong và ngoài bệnh viện) cho nhân viên bệnh viện nhằm nâng cao năng lực chuyên môn và kỹ năng nghề nghiệp như sinh hoạt khoa học, hội thảo xây dựng các hướng dẫn chẩn đoán điều trị, quy trình chuyên môn kỹ thuật, báo cáo chuyên đề...				theo chuyên đề hàng tháng cho bác sỹ, điều dưỡng, ... Lập kế hoạch và tổ chức hội thảo khoa học kỹ thuật trong nước và quốc tế ít nhất 2 năm 1 lần.	Kế hoạch hội thảo khoa học Hình ảnh sinh hoạt chuyên đề, hội thảo khoa học			
	14. Trong năm có tổ chức các hội thi tay nghề giỏi cho ít nhất hai chức danh trở lên: bác sỹ, điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên, dược sỹ, quản lý...				Xây dựng và ban hành kế hoạch hội thi kiểm tra tay nghề của bác sỹ, điều dưỡng, hàng năm như: Hội thi Điều dưỡng giỏi, Hội thi Thầy thuốc giỏi,	Kế hoạch hội thi Hình ảnh Giải thưởng Danh sách tham dự	☐	☐	
	15. Có hình thức khuyến khích, thúc đẩy nhân viên y tế tham gia các hình thức kiểm tra tay nghề, hội thi tay nghề					Kế hoạch hội thi Hình ảnh Giải thưởng Danh sách tham dự	☐	☐	

	trong và ngoài bệnh viện.									
Mức 5	16. Có phần mềm cập nhật và theo dõi tình hình nhân viên tham gia đào tạo liên tục, đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn (ví dụ tính giờ, tính điểm tham gia đào tạo liên tục, tình trạng đang đi học).			CĐT & ĐT		Cập nhật phần mềm, khai báo vào phần mềm để cập nhật và theo dõi tình hình đào tạo tại bệnh viện	Phần mềm Hình ảnh	☐	☐	
	17. Có từ 30% nhân viên y tế trở lên được đào tạo liên tục ít nhất 12 tiết học trở lên trong năm.					Lập báo cáo thống kê số lượng nhân sự được đào tạo trong quý, 6 tháng, năm về bồi dưỡng chuyên môn, đào tạo liên tục kỹ năng, ...	Bảng thống kê danh sách nhân viên tham gia đào tạo liên tục (chứng chỉ CME)	☐	☐	
	18. Có quy định và hình thức khuyến khích, khen thưởng, nhắc nhở, phê bình, kỷ luật nhằm thúc đẩy nhân viên tham gia đào tạo liên tục đầy đủ trong năm dựa trên số liệu phần mềm theo dõi.					Xây dựng và ban hành quy chế chi tiêu nội bộ.	Quy chế chi tiêu nội bộ năm 2021	☐	☐	
	19. Có đánh giá, nghiên cứu tình hình					Lập báo cáo đánh giá việc đào tạo cho nhân viên,	Báo cáo tình hình đào tạo liên tục	☐	☐	

	đào tạo liên tục và chỉ ra được những mặt hạn chế cần khắc phục.					trong đó có chỉ ra những mặt hạn chế và đề xuất giải pháp khắc phục. Lập kế hoạch cải tiến, thực hiện các giải pháp cải tiến, đánh giá sau cải tiến.				
	20. Áp dụng các kết quả đánh giá, nghiên cứu vào việc cải tiến chất lượng đào tạo liên tục và phát triển kỹ năng nghề nghiệp.						Báo cáo tình hình đào tạo liên tục Giải pháp cải tiến	☐	☐	
B2.2	Nhân viên y tế được nâng cao kỹ năng ứng xử, giao tiếp, y đức	5	5	ĐT&CĐT	Công đoàn, CĐT					
Mức 1	1. Có vụ việc tập thể hoặc cá nhân vi phạm y đức, được đăng tải trên các phương tiện truyền thông, gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến hình ảnh của bệnh viện và ngành y tế.			ĐT&CĐT				☐	☐	
Mức 2	2. Bệnh viện đã xây dựng kế hoạch nâng cao kỹ năng ứng xử, giao tiếp, y đức cho nhân viên y tế.			ĐT&CĐT	Công đoàn, CĐT	Lập kế hoạch tập huấn kỹ năng ứng xử, quy tắc giao tiếp cho nhân viên toàn BV	Kế hoạch tập huấn giao tiếp, ứng xử 2021	☐	☐	

	3. Bản kế hoạch có đặt ra các chỉ tiêu cụ thể liên quan đến ứng xử, giao tiếp, y đức đề tập thể bệnh viện phấn đấu.				Công đoàn, CĐT	Trong KH tập huấn, đưa các chỉ tiêu đo lường cụ thể	Kế hoạch tập huấn giao tiếp, ứng xử 2021	☐	☐	
	4. Đã triển khai kế hoạch nâng cao kỹ năng ứng xử, giao tiếp, y đức.				Công đoàn, CĐT	Triển khai kế hoạch toàn BV và tổ chức tập huấn theo lịch	- Danh sách tham gia tập huấn; - Hình ảnh các buổi tập huấn; - Bài giảng - Hình ảnh gửi mail	☐	☐	
	5. Trong năm đã tổ chức được ít nhất hai lớp tập huấn nâng cao kỹ năng ứng xử, giao tiếp, y đức tại bệnh viện cho nhân viên y tế.					Tổ chức ít nhất 2 lớp tập huấn trong năm	- Danh sách tham gia tập huấn; - Hình ảnh các buổi tập huấn; - Bài giảng - Hình ảnh gửi mail	☐	☐	
Mức 3	6. Tỷ lệ số nhân viên y tế tham gia các lớp tập huấn nâng cao kỹ năng ứng xử, giao tiếp, y đức chiếm trên 50% tổng số nhân viên y tế (căn cứ vào số lượng lớp mở và số học viên tham gia).			ĐT& CĐT		Kiểm soát tỷ lệ nhân viên tham gia các lớp tập huấn, đảm bảo đạt trên 50% tổng số nhân viên BV	- Danh sách tham gia tập huấn; - Báo cáo đánh giá triển khai GTUX	☐	☐	

	7. Có cam kết giữa nhân viên y tế với lãnh đạo bệnh viện và giữa tập thể bệnh viện với các cơ quản lý về nâng cao tinh thần trách nhiệm, thái độ ứng xử, giao tiếp, y đức của nhân viên y tế với người bệnh.				Cho nhân viên toàn bệnh viện ký cam kết đổi mới phong cách, thái độ phục vụ theo từng đối tượng	cam kết đổi mới phong cách, thái độ phục vụ	☐	☐	
	8. Có tiến hành khảo sát hoặc đánh giá sơ bộ thái độ ứng xử của nhân viên y tế và sử dụng kết quả khảo sát, đánh giá để bố trí người phù hợp ở các vị trí việc làm thường tiếp xúc với người bệnh và người nhà người bệnh.				Khảo sát sự hài lòng của người bệnh, trong đó có nội dung về thái độ ứng xử của NVYT	Báo cáo khảo sát SHL người bệnh nội trú, ngoại trú hàng năm	☐	☐	
Mức 4	9. Tỷ lệ số nhân viên y tế tham gia các lớp tập huấn nâng cao kỹ năng ứng xử, giao tiếp, y đức chiếm trên 70% tổng số nhân viên y tế (căn cứ vào số lượng lớp mở và số học viên tham gia).		ĐT& CĐT		Kiểm soát tỷ lệ nhân viên tham gia các lớp tập huấn, đảm bảo đạt trên 50% tổng số nhân viên BV	- Danh sách tham gia tập huấn; - Báo cáo đánh giá triển khai GTUX	☐	☐	

	10. Có nhiều hình thức triển khai đa dạng, phong phú kế hoạch nâng cao kỹ năng ứng xử, giao tiếp, y đức cho nhân viên y tế như tổ chức các cuộc thi, phong trào, cam kết thi đua, kịch, hội diễn văn nghệ...			Công đoàn	Lồng ghép nội dung liên quan đến ứng xử, giao tiếp với người bệnh trong các cuộc thi, phong trào,...	- Kế hoạch tổ chức hội thi, phong trào; - Tổng kết hội thi, phong trào.	☐	☐	
	11. Có tiến hành đánh giá việc triển khai nâng cao thái độ ứng xử, giao tiếp, y đức theo định kỳ và có báo cáo về hình thức/phương pháp và kết quả đánh giá.				Khảo sát sự hài lòng của người bệnh, trong đó có nội dung về thái độ ứng xử của NVYT	Báo cáo khảo sát SHL người bệnh nội trú, ngoại trú	☐	☐	
	12. Có thư cảm ơn/thư khen của người bệnh/người nhà người bệnh đánh giá cao về tinh thần trách nhiệm, thái độ ứng xử, giao tiếp, y đức của nhân viên y tế.				Tiếp nhận và tổng hợp các thư khen của người bệnh	- Danh sách các thư khen trong năm; - Báo cáo tiếp nhận thư góp ý	☐	☐	
Mức 5	13. Tỷ lệ số nhân viên y tế tham gia các lớp tập huấn nâng			ĐT&CĐT	Kiểm soát tỷ lệ nhân viên tham gia các lớp tập huấn,	- Danh sách tham gia tập huấn;	☐	☐	

cao kỹ năng ứng xử, giao tiếp, y đức chiếm trên 80% tổng số nhân viên y tế (căn cứ vào số lượng lớp mở và số học viên tham gia).					đảm bảo đạt trên 50% tổng số nhân viên BV	- Báo cáo đánh giá triển khai GTUX			
14. Đánh giá thực hiện kế hoạch nâng cao thái độ ứng xử, giao tiếp, y đức của nhân viên y tế có các chỉ số đạt kết quả tốt, xu hướng tăng dần theo thời gian.					Đánh giá việc triển khai kế hoạch tập huấn và thực hiện GTUX của NVYT trong năm	Báo cáo đánh giá triển khai GTUX	☐	☐	
15. Khảo sát sự hài lòng người bệnh đạt kết quả tốt về thái độ ứng xử, giao tiếp, y đức của nhân viên y tế.					Khảo sát sự hài lòng của người bệnh, trong đó có nội dung về thái độ ứng xử của NVYT	Báo cáo khảo sát SHL người bệnh nội trú, ngoại trú	☐	☐	
16. Không có đơn thư khiếu nại, tố cáo về thái độ ứng xử, giao tiếp, y đức.					Theo dõi và báo cáo các trường hợp khiếu nại, tố cáo về thái độ GTUX của NVYT	Báo cáo tiếp nhận ý kiến qua các kênh tại BV	☐	☐	
17. Có cá nhân hoặc vụ việc tiêu biểu về y đức, giao tiếp, ứng xử, được các phương tiện truyền thông					Ghi nhận các trường hợp tiêu biểu về y đức, giao tiếp được các phương tiện truyền thông đăng tải ca ngợi	Các bài báo viết, báo điện tử	☐	☐	

	đăng tải ca ngợi, biểu dương; là tấm gương sáng cho các cá nhân, bệnh viện khác học tập.									
B2.3	Bệnh viện duy trì và phát triển bền vững chất lượng nguồn nhân lực	5	5	ĐT&CĐT	CĐT					
Mức 1	1. Trong năm không có nhân viên y tế tham gia đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn (bằng cấp).			ĐT&CĐT				☐	☐	
	2. Bệnh viện không có bản kế hoạch đào tạo cho nhân viên y tế (hoặc không có nội dung đào tạo trong bản kế hoạch, đề án chung khác của bệnh viện).							☐	☐	
Mức 2	3. Có bản kế hoạch đào tạo cho nhân viên y tế (hoặc trong bản kế hoạch, đề án chung khác của bệnh viện có nội dung đào tạo).			ĐT&CĐT		Dựa vào nhu cầu đào tạo từ các phòng/khoa, bệnh viện tiến hành xây dựng kế hoạch đào tạo cho nhân viên. Nội dung kế hoạch có đào tạo liên tục và đào tạo nâng	Kế hoạch đào tạo Kế hoạch hoạt động bệnh viện năm 2021 Kế hoạch hoạt động năm 2021 của Phòng ĐT-CĐT	☐	☐	

	4. Kế hoạch đào tạo có đề cập nội dung đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn (bằng cấp) cho nhân viên.				cao trình độ chuyên môn cho nhân viên.		☐	☐	
	5. Trong bản kế hoạch đào tạo hoặc quy chế chi tiêu nội bộ có quy định hỗ trợ (bằng các hình thức vật chất và phi vật chất như học phí, phương tiện, động viên, khen thưởng... cho nhân viên của bệnh viện được cử đi đào tạo.				Xây dựng và ban hành quy chế chi tiêu nội bộ.	Quy chế chi tiêu nội bộ năm 2021	☐	☐	
Mức 3	6. Có quy định hỗ trợ (một phần hoặc toàn bộ) khoản học phí và sinh hoạt phí cho nhân viên được cử đi đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn trong nước (hoặc nước ngoài) bằng nguồn của bệnh viện, trung ương, địa phương hoặc dự án			ĐT&CĐT		Quy chế chi tiêu nội bộ năm 2021	☐	☐	

	và các nguồn kinh phí hợp pháp khác.									
	7. Nhân viên sau khi hoàn thành chương trình đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn do bệnh viện cử đi được bố trí vị trí việc làm phù hợp với đào tạo.					Quyết định phân công Bảng cấp chuyên môn	☐	☐		
	8. Có văn bản quy định cụ thể về thu hút, tuyển dụng và duy trì nguồn nhân lực y tế có chất lượng làm việc ổn định, lâu dài tại bệnh viện.					Quy chế chi tiêu nội bộ năm 2021	☐	☐		
	9. Tổng số bác sỹ hiện đang làm việc có trình độ sau đại học được học trong thời gian đang làm việc tại bệnh viện chiếm ít nhất 30% tổng số bác sỹ có trình độ sau đại học của toàn bệnh viện (áp dụng không phân biệt bệnh viện Nhà nước và tư nhân, tuyển trên và dưới). (Nếu bệnh viện				Dựa vào kế hoạch đào tạo, bệnh viện ra công văn cử nhân viên đi học. Lập báo cáo thống kê số lượng nhân sự được đào tạo trong quý, 6 tháng, năm về bồi dưỡng chuyên môn, đào tạo liên tục kỹ năng., ...	Quy chế chi tiêu nội bộ 2021 Danh sách nhân sự đang tham gia học Cv cử đi học Báo cáo thống kê nhân sự	☐	☐		

	không có bác sỹ có trình độ sau đại học thì đánh giá không đạt mục này).									
Mức 4	10. Tỷ lệ bác sỹ xin chuyển sang bệnh viện khác trong năm chiếm dưới 5%.			ĐT& CĐT			Quyết định của bệnh viện chuyển công tác Báo cáo thống kê số lượng	☐	☐	
	11. Trong năm có tuyển dụng mới bác sỹ được đào tạo chính quy vào làm việc.					Xây dựng kế hoạch tuyển dụng. Tiêu chuẩn tuyển dụng cho từng vị trí. Tiến hành tuyển dụng. Lập báo cáo thống kê số lượng nhân sự được tuyển dụng trong quý, năm.	Quyết định của bệnh viện Kế hoạch tuyển dụng Bảng cấp chuyên môn	☐	☐	
	12. Tổng số bác sỹ hiện đang làm việc có trình độ sau đại học (tính cả số bác sỹ đang đi học nhưng chưa có bằng) được học trong khoảng thời gian làm việc tại bệnh viện chiếm ít nhất 40% tổng số bác sỹ có trình độ sau đại học của toàn bệnh viện (áp dụng không					Dựa vào kế hoạch đào tạo, bệnh viện ra công văn cử nhân viên đi học. Lập báo cáo thống kê số lượng nhân sự được đào tạo trong quý, 6 tháng, năm về bồi dưỡng chuyên môn, đào tạo liên tục kỹ năng., ...	Các văn bằng của Bác sỹ Quy chế chi tiêu nội bộ 2021 Danh sách nhân sự đang tham gia học Cv cử đi học Báo cáo thống kê nhân sự	☐	☐	

	phân biệt bệnh viện Nhà nước và tư nhân, tuyển trên và dưới).									
	13. Toàn bộ số bác sỹ được tuyển dụng mới trong năm được đào tạo chính quy.				Xây dựng kế hoạch tuyển dụng. Tiêu chuẩn tuyển dụng cho từng vị trí. Tiến hành tuyển dụng. Lập báo cáo thống kê số lượng nhân sự được tuyển dụng trong quý, năm.	Các văn bản của Bác sĩ Quy chế chi tiêu nội bộ 2021 Danh sách nhân sự đang tham gia học Cv cử đi học Báo cáo thống kê nhân sự	☐	☐		
Mức 5	14. Tổng số bác sỹ hiện đang làm việc có trình độ sau đại học (tính cả số bác sỹ đang đi học nhưng chưa có bằng) được học trong khoảng thời gian làm việc tại bệnh viện chiếm ít nhất 50% tổng số bác sỹ có trình độ sau đại học của toàn bệnh viện (áp dụng không phân biệt bệnh viện Nhà nước và tư nhân, tuyển trên và dưới).			ĐT& CĐT	Dựa vào kế hoạch đào tạo, bệnh viện ra công văn cử nhân viên đi học. Lập báo cáo thống kê số lượng nhân sự được đào tạo trong quý, 6 tháng, năm về bồi dưỡng chuyên môn, đào tạo liên tục kỹ năng., ...	Các văn bản của Bác sĩ Quy chế chi tiêu nội bộ 2021 Danh sách nhân sự đang tham gia học Cv cử đi học Báo cáo thống kê nhân sự	☐	☐		
	15. Tỷ lệ nhân viên y tế sau khi hoàn thành				Lập báo cáo thống kê số lượng nhân sự được đào	Quyết định phân công viên chức	☐	☐		

	chương trình đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn do bệnh viện cử đi và có sử dụng nguồn kinh phí hỗ trợ của bệnh viện (hoặc các nguồn kinh phí hợp pháp khác do bệnh viện đề xuất, điều phối) quay trở lại bệnh viện làm việc chiếm từ 90% trở lên.				tạo trong quý, 6 tháng, năm về bồi dưỡng chuyên môn, đào tạo liên tục kỹ năng., ... Lập báo cáo tình hình nhân sự từng quý, năm.	Danh sách thống kê nhân sự hoàn thành khóa học Danh sách nhân sự tại các phòng khoa			
	16. Có báo cáo đánh giá, nghiên cứu tình hình đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn của bệnh viện, trong đó có đánh giá tình hình sử dụng nhân lực và kết quả chuyên môn sau khi đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn.				Lập báo cáo đánh giá việc đào tạo cho nhân viên, trong đó có chỉ ra những mặt hạn chế và đề xuất giải pháp khắc phục. Lập kế hoạch cải tiến, thực hiện các giải pháp cải tiến, đánh giá sau cải tiến.	Báo cáo tình hình đào tạo	☐	☐	
	17. Có số liệu thống kê về số lượng, tỷ lệ nhân viên y tế sau khi đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn về làm việc đúng chuyên ngành; số					Báo cáo tình hình đào tạo	☐	☐	

	lượng, tỷ lệ nhân viên y tế chuyển sang khoa/phòng khác và số lượng, tỷ lệ nhân viên y tế chuyển cơ quan khác.									
	18. Đề xuất giải pháp và áp dụng các kết quả đánh giá, nghiên cứu vào việc cải tiến chất lượng đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn.						Báo cáo tình hình đào tạo Giải pháp cải tiến	☐	☐	
B3.1	Bảo đảm chính sách tiền lương, chế độ đãi ngộ của nhân viên y tế	5	5	TCKT						
Mức 1	1. Có nhân viên đang làm việc tại bệnh viện đã hết giai đoạn thử việc từ 3 tháng trở lên nhưng không được ký hợp đồng lao động.			TCKT				☐	☐	
	2. Có nhân viên đang làm việc tại bệnh viện được trả dưới mức lương tối thiểu.							☐	☐	
	3. Toàn bộ nhân viên y tế làm việc từ 3			TCKT		NVYT làm việc đủ 3 tháng trở lên được tổng hợp, tính	Hợp đồng lao động; - Bảng tính lương;	☐	☐	

Mức 2	tháng trở lên đều được hưởng lương và các thu nhập hợp pháp khác do bệnh viện chi trả.				lương, chi trả lương và các khoản thu nhập khác theo quy định của BV	- Chứng từ thanh toán lương.			
	4. Toàn bộ nhân viên y tế được đóng bảo hiểm xã hội.				Toàn bộ NVYT đã ký hợp đồng chính thức được đóng BHXH theo quy định.	Chứng từ đóng BHXH	☐	☐	
	5. Toàn bộ nhân viên y tế được bảo đảm trả lương.				Tổng hợp lương và chi trả lương đầy đủ cho NV đang làm việc tại BV	Bảng tính lương; - Chứng từ thanh toán lương.	☐	☐	
Mức 3	6. Nhân viên y tế được thông báo về tính chất công việc, loại hình hợp đồng (ngắn hạn dài hạn hoặc viên chức), thời gian làm việc và mức lương, phụ cấp được hưởng. a. Đối với bệnh viện Nhà nước: có xây dựng quy chế chi tiêu nội bộ và được lấy ý kiến rộng rãi tại hội nghị cán bộ viên chức. b. Đối với bệnh viện tư nhân: người lao động được đàm phán			TCKT	Xây dựng quy chế chi tiêu nội bộ, lấy ý kiến tại hội nghị CBVC, ban hành cho tất cả khoa, phòng; trong đó quy định mức chi lương, phụ cấp phù hợp cho từng đối tượng LĐ, tính chất công việc, thời gian làm việc.	Quy chế chi tiêu nội bộ; - Chương trình hội nghị CBVC; - Bảng chứng v/v lấy ý kiến đóng góp về quy chế chi tiêu nội bộ.	☐	☐	

	và thỏa thuận về mức lương, phụ cấp.									
	7. Toàn bộ nhân viên y tế được bảo đảm trả lương theo đúng hạn và đầy đủ số tiền theo như quy định (áp dụng với bệnh viện Nhà nước) và như hợp đồng đã ký (áp dụng với bệnh viện tư nhân).				Tính lương và chi trả đầy đủ lương theo đúng hạn quy định trong hợp đồng	Bảng tính lương; - Chứng từ thanh toán lương.	☐	☐		
	8. Toàn bộ nhân viên y tế trong chỉ tiêu được bảo đảm tăng lương theo đúng quy định.				Lập danh sách và ban hành quyết định tăng lương cho đúng đối tượng theo quy định.	QĐ tăng lương, danh sách NV được tăng lương.	☐	☐		
	9. Có tiêu chí cụ thể xét nâng lương trước thời hạn (áp dụng với bệnh viện Nhà nước) hoặc tăng thời gian, giá trị hợp đồng lao động (áp dụng với bệnh viện tư nhân) cho những cá nhân tiêu biểu, có nhiều thành tích và cống hiến.				Xây dựng tiêu chí xét nâng lương trước thời hạn cho những cá nhân tiêu biểu, có nhiều thành tích và cống hiến.	Quy định, quyết định (văn bản) về việc nâng lương trước thời hạn	☐	☐		

	10. Nhân viên y tế được hưởng các khoản phụ cấp và nguồn thu nhập tăng thêm hợp pháp theo đúng quy chế chi tiêu nội bộ (áp dụng với bệnh viện Nhà nước) và như hợp đồng đã ký (áp dụng với bệnh viện tư nhân).				Thực hiện chi trả các khoản phụ cấp, nguồn thu nhập tăng thêm theo đúng quy chế chi tiêu nội bộ.	Quy chế chi tiêu nội bộ; - Bảng tính lương; - Chứng từ thanh toán lương.	☐	☐	
Mức 4	11. Thực hiện nâng lương trước thời hạn (áp dụng với bệnh viện Nhà nước) hoặc tăng thời gian, giá trị hợp đồng lao động (áp dụng với bệnh viện tư nhân) cho những cá nhân tiêu biểu, có nhiều thành tích và cống hiến.		TCKT		Lập danh sách và công văn đề xuất nâng lương trước thời hạn, phải được cơ quan quản lý trực tiếp xét duyệt	CV gửi đơn vị cấp trên v/v nâng lương trước thời hạn; - Danh sách nâng lương trước thời hạn - QĐ nâng lương trước thời hạn; - Bảng tính lương.	☐	☐	
	12. Áp dụng thí điểm hình thức “chi trả dựa trên kết quả công việc”*: a. Đối với bệnh viện Nhà nước: thí điểm chi trả nguồn thu nhập tăng thêm dựa trên kết quả công				Đánh giá kết quả thực hiện công việc hàng quý theo biểu mẫu Hướng dẫn đánh giá theo các mức hoàn thành xuất sắc, hoàn thành tốt, hoàn thành và không hoàn thành Điểm số tương ứng đo	Hồ sơ đánh giá theo quy định Tài liệu hướng dẫn đánh giá Kết quả đánh giá	☐	☐	

	việc đối với ít nhất một chức danh nghề nghiệp (bác sỹ, dược sỹ, điều dưỡng, kỹ thuật viên y, quản lý) hoặc thí điểm tại ít nhất một khoa lâm sàng và một khoa cận lâm sàng. b. Đối với bệnh viện tư nhân: thí điểm chi trả lương dựa trên kết quả công việc đối với ít nhất một chức danh nghề nghiệp (bác sỹ, dược sỹ, điều dưỡng, kỹ thuật viên y, quản lý).					lường kết quả thực hiện công việc				
Mức 5	13. Áp dụng hình thức “chi trả dựa trên kết quả công việc”: a. Đối với bệnh viện Nhà nước: chi trả nguồn thu nhập tăng thêm dựa trên kết quả công việc cho toàn bộ các chức danh nghề nghiệp. b. Đối với bệnh viện tư nhân: chi trả lương			TCKT		Lập đề án thí điểm chi trả thu nhập tăng thêm dựa trên kết quả công việc, áp dụng đối với ít nhất một chức danh nghề nghiệp hoặc thí điểm tại ít nhất một khoa lâm sàng và một khoa cận lâm sàng.	Đề án áp dụng chi trả lương dựa trên kết quả công việc; - BC đánh giá triển khai đề án; - Các chứng từ đánh giá kết quả công việc của NV; - Chứng từ chi lương.	☐	☐	

	dựa trên kết quả công việc cho toàn bộ các chức danh nghề nghiệp.									
	14. Có đánh giá hiệu quả việc triển khai áp dụng hình thức “chi trả dựa trên kết quả công việc”.					Đánh giá hiệu quả việc triển khai chi trả lương dựa trên kết quả công việc	Báo cáo đánh giá triển khai đề án chi trả lương dựa trên kết quả công việc, có đề xuất giải pháp cải tiến hình thức trả lương.	☐	☐	
	15. Áp dụng kết quả đánh giá vào việc cải tiến hình thức trả lương, thu nhập tăng thêm cho nhân viên y tế, góp phần nâng cao chất lượng dịch vụ y tế.					Cải tiến hình thức trả lương trong thực tế	Chứng từ chi trả thu nhập tăng thêm Quy chế chi tiêu nội bộ	☐	☐	
B3.2	Bảo đảm điều kiện làm việc, vệ sinh lao động và nâng cao trình độ chuyên môn cho nhân viên y tế	4	4	TCCB	VTTT B,QLC L					
Mức 1	1. Có nhân viên y tế không được trang bị trang phục và phương tiện làm việc (hoặc hỏng không sử dụng được).			TCCB				☐	☐	
	2. Phòng làm việc không bảo đảm điều							☐	☐	

	kiện về cơ sở vật chất như nhà đột nát, bàn ghế hỏng...									
Mức 2	3. Bảo đảm điều kiện làm việc cơ sở vật chất, phòng ốc không đột, nát; tường không bong tróc; thoáng mát về mùa hè, ấm về mùa đông.			TCCB		Đáp ứng đề xuất liên quan đến CSVC của các khoa,phòng, kịp thời sửa chữa, khắc phục nếu có hư hỏng.	Hình ảnh phòng ốc, CSVC đảm bảo không đột nát, tường không bong tróc, được trang bị quạt, máy lạnh.	☐	☐	
	4. Bảo đảm điều kiện về trang thiết bị văn phòng, bàn ghế làm việc đầy đủ.				Cung cấp trang thiết bị văn phòng đầy đủ, sửa chữa, thay thế kịp thời.	Hình ảnh; - Danh mục các trang thiết bị cung cấp cho các phòng/khoa	☐	☐		
	5. Có đầy đủ các trang thiết bị y tế cơ bản cần thiết phục vụ công tác chuyên môn, trang thiết bị không bảo đảm các yêu cầu chuyên môn được thay thế kịp thời.			VTTT B			☐	☐		
	6. Nhân viên y tế được cung cấp đầy đủ các phương tiện bảo hộ mang tính liên quan trực tiếp đến an toàn như khẩu trang, găng tay, trang phục			VTTT B	Cung cấp đầy đủ các phương tiện bảo hộ theo đề xuất của khoa, phòng, nhanh chóng bổ sung khi thiếu cơ sở.	Phiếu đề xuất; - Danh mục vật tư cung cấp cho các khoa.	☐	☐		

	bảo hộ dùng 1 lần dùng trong phòng mổ hoặc các dịch bệnh truyền nhiễm.									
Mức 3	7. Cung cấp đầy đủ trang phục cho các đối tượng lãnh đạo, bác sỹ, điều dưỡng, kỹ thuật viên, nhân viên hành chính, thực tập, y công thuộc nhân viên hợp đồng tại bệnh viện.			TCCB	QLCL, TCCB	Lập danh sách nhân viên các khoa, phòng theo từng đối tượng, cung cấp đồng phục đúng quy định cho đúng đối tượng.	Hợp đồng may đồng phục; Danh sách cấp phát đồng phục cho NV các phòng/khoa.	☐	☐	
	8. Nhân viên y tế không bị hạn chế sử dụng các phương tiện bảo hộ mang tính liên quan trực tiếp đến an toàn như khẩu trang, găng tay, trang phục bảo hộ dùng 1 lần...				VTTT B	Đáp ứng đầy đủ đề xuất của các khoa, phòng liên quan đến các phương tiện bảo hộ (khẩu trang, găng tay, trang phục bảo hộ dùng 1 lần,...)	Đề xuất; - Danh sách vật tư cung cấp cho các khoa; - Hình ảnh phần mềm quản lý vật tư y tế có thống kê đầy đủ loại, số lượng VTYT.	☐	☐	
	9. Nhân viên y tế được cập nhật thông tin mới hoặc tập huấn về vệ sinh an toàn lao động, lưu ý phòng tránh các tình huống, vấn đề mới phát sinh như các bệnh truyền nhiễm nguy hiểm...					Nhập và quản lý hồ sơ sức khỏe NV bằng phần mềm máy tính.	Phần mềm quản lý hồ sơ sức khỏe của NV; Hồ sơ tập huấn ATVSLĐ	☐	☐	

	10. Sẵn có các phương tiện, thuốc, hóa chất... để sơ cấp cứu kịp thời nhân viên y tế trong trường hợp bị phơi nhiễm nghề nghiệp (ví dụ có vòi nước rửa hóa chất bắn vào mắt; sẵn có thuốc, dịch truyền sơ cứu phơi nhiễm HIV...)				Ban hành/cập nhật quy trình xử lý cho NVYT khi bị phơi nhiễm nghề nghiệp; Lắp đặt phương tiện, cung cấp thuốc, hóa chất... để sơ cứu kịp thời NVYT trong trường hợp bị phơi nhiễm nghề nghiệp.	Quy trình xử lý khi bị phơi nhiễm; - Danh mục các loại phương tiện, thuốc,..	☐	☐	
Mức 4	11. Trang phục cho các chức danh nghề nghiệp khác nhau về kiểu dáng, ký hiệu hoặc màu sắc để có thể phân biệt rõ ràng giữa các đối tượng.		TCCB	QLCL, TCCB	Quy định trang phục cho từng chức danh nghề nghiệp; Các khoa, phòng lập danh sách nhân viên, cụ thể chức danh nghề nghiệp; Cung cấp đúng trang phục quy định cho từng chức danh nghề nghiệp.	Hợp đồng may đồng phục; - Văn bản quy định về hình thức trang phục.	☐	☐	
	12. Bệnh viện lập hồ sơ vệ sinh lao động, đo kiểm tra môi trường lao động định kỳ (theo quy định của bệnh viện).				Lập hồ sơ vệ sinh lao động, hợp đồng với đơn vị có đủ điều kiện đo kiểm môi trường lao động để đo kiểm định kỳ.	Hồ sơ vệ sinh LĐ; - Hợp đồng đo kiểm tra môi trường LĐ.	☐	☐	
	13. Có tiến hành khảo sát sự hài lòng của nhân viên y tế với điều kiện làm việc,			QLCL	Khảo sát sự hài lòng của NVYT ít nhất 2 lần/năm theo bộ câu hỏi của Bộ Y	KH khảo sát SHL của NVYT; - Phiếu khảo sát.	☐	☐	

	vệ sinh lao động... Bộ câu hỏi khảo sát sự hài lòng nhân viên y tế dựa trên bộ câu hỏi do Bộ Y tế, Sở Y tế ban hành hoặc bệnh viện tự xây dựng.					tế, Sở Y tế hoặc bệnh viện tự xây dựng				
Mức 5	14. Có bản báo cáo khảo sát sự hài lòng của nhân viên y tế.			TCCB	QLCL	Lập báo cáo kết quả khảo sát sự hài lòng của NVYT	Báo cáo kết quả khảo sát NVYT	☐	☐	
	15. Kết quả khảo sát xác định được những vấn đề nhân viên y tế chưa hài lòng.				QLCL	Trong báo cáo kết quả khảo sát có xác định được những vấn đề NVYT chưa hài lòng	Báo cáo kết quả khảo sát NVYT	☐	☐	
	16. Tiến hành can thiệp cải thiện điều kiện làm việc, vệ sinh lao động cho nhân viên y tế dựa trên các kết quả khảo sát.				QLCL	Lập kế hoạch và tiến hành các giải pháp cải thiện điều kiện làm việc, vệ sinh lao động cho NV dựa trên kết quả khảo sát	KH cải tiến chất lượng đưa ra các giải pháp cải thiện điều kiện làm việc, vệ sinh lao động	☐	☐	
	17. Bệnh viện tổ chức và hỗ trợ một phần cho nhân viên y tế mua bảo hiểm trách nhiệm nghề nghiệp.							☐	☐	
B3.3	Sức khỏe, đời sống tinh thần của nhân	5	5	TCCB						

	viên y tế được quan tâm và cải thiện									
Mức 1	1. Bệnh viện không tiến hành khám sức khỏe định kỳ cho nhân viên y tế trong năm cho các đối tượng nhân viên y tế có nguy cơ cao như các chuyên khoa có phơi nhiễm bệnh lây truyền, hóa chất, phóng xạ....			TCCB				☐	☐	
Mức 2	2. Có tiến hành khám sức khỏe định kỳ hàng năm cho các đối tượng nhân viên y tế có nguy cơ cao như các chuyên khoa có phơi nhiễm bệnh lây truyền, hóa chất, phóng xạ....			TCCB		Tiến hành khám sức khỏe định kỳ hàng năm cho các đối tượng nhân viên y tế có nguy cơ cao như các chuyên khoa có phơi nhiễm bệnh lây truyền, hóa chất, phóng xạ....	KH khám sức khỏe; - Giấy khám sức khỏe. - Hồ sơ khám sức khỏe.	☐	☐	
	3. Nhân viên y tế làm việc tại môi trường có yếu tố nguy cơ gây bệnh nghề nghiệp như lao, HIV/AIDS, viêm gan B... được xét nghiệm cận lâm sàng trước khi bố trí công việc để theo dõi					Đối với những vị trí làm việc tại môi trường có yếu tố nguy cơ gây bệnh nghề nghiệp như lao, HIV/AIDS, viêm gan B..., yêu cầu hồ sơ xin việc phải có xét nghiệm CLS để theo dõi tình trạng sức khỏe và phơi nhiễm nghề nghiệp.	Hồ sơ tuyển dụng nhân viên	☐	☐	

	tình trạng sức khỏe và phơi nhiễm nghề nghiệp.									
Mức 3	4. Có tổ chức khám sức khỏe định kỳ hàng năm cho toàn bộ nhân viên bệnh viện và khám bệnh nghề nghiệp cho các nhân viên y tế.			TCCB		Tổ chức khám sức khỏe định kỳ hàng năm cho toàn bộ nhân viên BV và khám bệnh nghề nghiệp cho các NVYT làm việc tại các Phòng/Khoa/Đơn vị có nguy cơ cao mắc các Bệnh nghề nghiệp.	Kế hoạch, hình ảnh, danh sách khám sức khỏe định kỳ hàng năm cho toàn bộ nhân viên BV và khám bệnh nghề nghiệp cho các NVYT làm việc tại các Phòng/Khoa/Đơn vị có nguy cơ cao mắc các Bệnh nghề nghiệp.	☐	☐	
	5. Có lập hồ sơ quản lý sức khỏe cho nhân viên y tế.					Lập hồ sơ quản lý sức khỏe cho NVYT dựa trên kết quả KSK hàng năm.	Phần mềm quản lý hồ sơ sức khỏe của NV	☐	☐	
	6. Bảo đảm chế độ nghỉ dưỡng/nghỉ phép cho nhân viên theo đúng quy định.					Thực hiện chế độ nghỉ dưỡng/nghỉ phép cho nhân viên theo đúng quy định	Quy định chế độ nghỉ dưỡng/nghỉ phép; - Chứng từ theo dõi NV nghỉ dưỡng/nghỉ phép	☐	☐	
	7. Có các hình thức động viên tinh thần nhân viên y tế như tổ chức tham quan, nghỉ dưỡng, vui chơi tập thể cho nhân viên thường xuyên hàng năm và huy động được đa số nhân viên tham gia.					Lập kế hoạch và tổ chức tham quan, nghỉ dưỡng, vui chơi tập thể cho NV thường xuyên hàng năm.	KH tổ chức tham quan, nghỉ dưỡng; - Hình ảnh thực tế - Hợp đồng, chứng từ thanh toán tiền cho đơn vị dịch vụ	☐	☐	

Mức 4	8. Quản lý và theo dõi hồ sơ sức khỏe của toàn bộ nhân viên bệnh viện theo thời gian.			TCCB		Quản lý và theo dõi hồ sơ sức khỏe của toàn bộ nhân viên BV theo thời gian.	Phần mềm quản lý hồ sơ sức khỏe của NV	☐	☐	
	9. Hồ sơ sức khỏe của toàn bộ nhân viên bệnh viện được nhập và quản lý bằng phần mềm máy tính.					Nhập và quản lý hồ sơ sức khỏe NV bằng phần mềm máy tính.	Phần mềm quản lý hồ sơ sức khỏe của NV	☐	☐	
	10. Có các hình thức, phương tiện nâng cao sức khỏe thể chất và tinh thần cho nhân viên y tế như sân tập và dụng cụ thể thao hoặc khu thể thao.					Hợp đồng thuê mướn sân thể thao phục vụ NVYT để nâng cao sức khỏe thể chất và tinh thần.	Hợp đồng sân thể thao.	☐	☐	
	11. Xây dựng các hoạt động hoặc phong trào thể thao và văn hóa văn nghệ, giải trí, động viên, khích lệ tinh thần cho nhân viên y tế, hoạt động thường xuyên.					Lập kế hoạch và tổ chức các hoạt động thể thao, văn nghệ, giải trí để khích lệ tinh thần cho NVYT	KH tổ chức; - Hình ảnh tham gia. - QĐ khen thưởng	☐	☐	
Mức 5	12. Có báo cáo về tình trạng sức khỏe nhân viên y tế của bệnh viện hàng năm.			TCCB		Báo cáo số liệu tổng kết sau khi khám sức khỏe định kỳ cho NVYT.	Báo cáo kết quả khám sức khỏe định kỳ cho NV	☐	☐	

	13. Phần mềm quản lý hồ sơ sức khỏe của nhân viên có chiết xuất ra được các biểu đồ, diễn biến tình trạng sức khỏe, cơ cấu bệnh tật của nhân viên.					Thiết kế phần mềm quản lý có thể kết xuất ra được các biểu đồ, diễn biến tình trạng sức khỏe, cơ cấu bệnh tật của NV.	Biểu đồ diễn biến tình trạng sức khỏe NV	☐	☐	
	14. Kết quả phân tích có đưa ra được các cảnh báo nguy cơ bệnh tật cho các nhóm đối tượng nhân viên y tế.					Báo cáo KSK có các phân tích, cảnh báo nguy cơ bệnh tật cho các nhóm đối tượng NVYT.	Báo cáo KSK đưa ra cảnh báo nguy cơ bệnh tật cho các nhóm đối tượng.	☐	☐	
	15. Áp dụng kết quả phân tích vào can thiệp nâng cao tình trạng sức khỏe cho nhân viên y tế của bệnh viện					Lập kế hoạch và áp dụng các giải pháp nâng cao tình trạng sức khỏe cho NVYT.	KH hoặc đề xuất giải pháp nâng cao tình trạng sức khỏe NV.	☐	☐	
B3.4	Tạo dựng môi trường làm việc tích cực và nâng cao trình độ chuyên môn	5	5	TCCB						
Mức 1	1. Có đơn thư khiếu nại, tố cáo của nhân viên y tế gửi các cơ quan quản lý về các hiện tượng mất dân chủ, mất đoàn kết,			TCCB				☐	☐	

	tiêu cực... và sau khi thanh tra, xác minh là đúng sự thật.									
Mức 2	2. Bệnh viện đã xây dựng quy chế dân chủ cơ sở (hoặc quy định tương đương bảo đảm quyền lợi người lao động và quy trình giải quyết khiếu nại, tố cáo nội bộ đối với bệnh viện tư nhân).			TCCB		Xây dựng quy chế chi tiêu nội bộ từ đầu năm	Quy chế chi tiêu nội bộ	☐	☐	
	3. Quy chế dân chủ cơ sở được lấy ý kiến rộng rãi tại hội nghị cán bộ viên chức/người lao động/nhân viên y tế.					Lấy ý kiến góp ý của nhân viên về quy chế chi tiêu nội bộ trước khi BV ban hành	Chương trình hội nghị CBVC; Chứng từ lấy ý kiến NV về quy chế dân chủ.	☐	☐	
	4. Các nhân viên y tế làm công tác chuyên môn được tham gia sinh hoạt khoa học định kỳ ít nhất 3 tháng/1 lần.					Tổ chức sinh hoạt khoa học kỹ thuật ít nhất 3 tháng /lần	KH sinh hoạt KHKT; Danh sách NV tham gia; Hình ảnh. Tài liệu sinh hoạt	☐	☐	
	5. Có mời chuyên gia và nhân viên trẻ (trong và ngoài bệnh viện) báo cáo, trình bày chia sẻ kinh					Gởi thư mời chuyên gia hoặc nhân viên trẻ tham gia báo cáo, chia sẻ kinh nghiệm trong các sinh hoạt KHKT	KH sinh hoạt KHKT; Chương trình/Thư mời; Hình ảnh. Tài liệu sinh hoạt	☐	☐	

	nghiệm trong các sinh hoạt khoa học định kỳ.									
Mức 3	6. Xây dựng môi trường học tập tạo điều kiện cho nhân viên cập nhật kiến thức, nâng cao trình độ như truy cập mạng internet, tiếp cận tra cứu thông tin y học, thư viện, phòng đọc...			TCCB		Xây dựng phòng thư viện có các tài liệu để tra cứu thông tin y học, lắp đặt mạng internet hoạt động thông suốt, nhân viên có thể dễ dàng truy cập internet.	Thư viện; mạng internet.	☐	☐	
	7. Có các quy định và triển khai các hình thức thi đua, khen thưởng, động viên, khuyến khích các nhân viên y tế thực hiện tốt công việc/đạt chất lượng cao; không phân biệt vị trí công tác.					Quy định hình thức thi đua, khen thưởng trong quy chế chi tiêu nội bộ với nhiều hình thức như tiền, hiện vật, danh hiệu,...	Quy chế chi tiêu nội bộ; QĐ, danh sách khen thưởng.	☐	☐	
	8. Hình thức động viên, khuyến khích nhân viên y tế đa dạng (bằng tiền, hiện vật, danh hiệu, cơ hội đi học, bổ nhiệm...).					Quy định hình thức thi đua, khen thưởng trong quy chế chi tiêu nội bộ với nhiều hình thức như tiền, hiện vật, danh hiệu,...	Quy chế chi tiêu nội bộ.	☐	☐	

	9. Có xây dựng các tiêu chí cụ thể về tăng lương, khen thưởng, bổ nhiệm, kỷ luật... nhân viên và công bố công khai cho toàn thể nhân viên được biết.				Trong quy chế chi tiêu nội bộ có xây dựng tiêu chí cụ thể về tăng lương, khen thưởng, bổ nhiệm, kỷ luật,... nhân viên, công bố quy chế chi tiêu nội bộ cho toàn thể nhân viên BV.	Quy chế chi tiêu nội bộ; Bảng chứng v/v công khai quy chế chi tiêu nội bộ.	☐	☐	
Mức 4	10. Bệnh viện thực hiện bổ nhiệm cho nhân viên y tế theo đúng quy trình và dựa trên các tiêu chí của bệnh viện đã ban hành.			TCCB	Lập danh sách và bổ nhiệm NVYT theo đúng quy trình và tiêu chí của BV	Quy định bổ nhiệm, tái bổ nhiệm viên chức; Danh sách NV được bổ nhiệm, tái bổ nhiệm.	☐	☐	
	11. Có phòng thư viện lưu trữ các sách/tạp chí y học, văn bản, thư viện điện tử... và tạo điều kiện cho nhân viên y tế tiếp cận thường xuyên.				Xây dựng phòng thư viện có các tài liệu để tra cứu thông tin, có các thiết bị truy cập thư viện điện tử. Thư viện được mở cửa thường xuyên.	Hình ảnh phòng thư viện.	☐	☐	
	12. Khảo sát ngẫu nhiên trên 7 người có ít nhất 5 người cho biết nhân viên y tế được làm việc trong môi trường thân thiện.				Khảo sát NVYT, nội dung khảo sát có đánh giá môi trường làm việc	Phiếu khảo sát NV; Kết quả khảo sát NV.	☐	☐	

	13. Khảo sát ngẫu nhiên trên 7 người có ít nhất 5 người cho biết nhân viên được lãnh đạo trực tiếp quan tâm, tôn trọng và đối xử bình đẳng.				Khảo sát NVYT, nội dung khảo sát có đánh giá về lãnh đạo khoa/phòng	Phiếu khảo sát NV; Kết quả khảo sát NV.	☐	☐	
	14. Có tiến hành khảo sát sự hài lòng của nhân viên y tế về môi trường làm việc.				Khảo sát NVYT, nội dung khảo sát có đánh giá môi trường làm việc	Phiếu khảo sát NV; Kết quả khảo sát NV.	☐	☐	
Mức 5	15. Thực hiện khen thưởng, bổ nhiệm công bằng cho đúng các đối tượng hoạt động thực sự tích cực, hiệu quả (không dựa trên phân bổ chỉ tiêu khen thưởng, bổ nhiệm theo cơ cấu).			TCCB	Xét khen thưởng, bổ nhiệm cho các đối tượng hoạt động thật sự tích cực, hiệu quả (không dựa trên phân bổ chỉ tiêu khen thưởng, bổ nhiệm theo cơ cấu).	Quy định hình thức khen thưởng, bổ nhiệm; Danh sách NV được khen thưởng, bổ nhiệm.	☐	☐	
	16. Kết quả khảo sát sự hài lòng nhân viên y tế chỉ ra được những vấn đề nhân viên y tế chưa hài lòng về môi trường làm việc.				Lập báo cáo kết quả khảo sát NVYT, nêu ra những vấn đề NVYT chưa hài lòng về môi trường làm việc.	Báo cáo kết quả khảo sát NVYT	☐	☐	
	17. Xây dựng các giải pháp cải tiến môi trường làm việc tích				Lập kế hoạch cải tiến môi trường làm việc, nâng cao	KH cải tiến chất lượng đưa ra các giải pháp cải tiến môi trường làm việc.	☐	☐	

	cực và nâng cao trình độ chuyên môn.					trình độ chuyên môn cho NVYT				
	18. Áp dụng các kết quả khảo sát và triển khai các giải pháp can thiệp vào việc cải tiến, tạo dựng môi trường làm việc tích cực cho nhân viên y tế.					Triển khai trên thực tế các giải pháp cải tiến, tạo dựng môi trường làm việc tích cực cho NVYT	Báo cáo đánh giá sau áp dụng giải pháp cải tiến.	☐	☐	
B4.1	Xây dựng kế hoạch, quy hoạch, chiến lược phát triển bệnh viện và công bố công khai	5	5	KHTH						
Mức 1	1. Không có bản kế hoạch phát triển bệnh viện trong giai đoạn 5 năm.			KHTH				☐	☐	
Mức 2	2. Đã xây dựng kế hoạch phát triển bệnh viện (trong đó có kế hoạch phát triển khoa, phòng) và được cấp có thẩm quyền phê duyệt.			KHTH		Tổ chức hướng dẫn các phòng/khoa xây dựng kế hoạch. Tổng hợp kế hoạch các phòng khoa, xây dựng và ban hành kế hoạch hoạt động bệnh viện.	Kế hoạch hoạt động bệnh viện giai đoạn 2021-2025	☐	☐	
	3. Công bố công khai bản kế hoạch đã xây				Tất cả các khoa/phòng	Gửi kế hoạch cho các phòng/khoa qua email nội bộ, hệ thống cổng thông tin nội bộ	Kế hoạch hoạt động bệnh viện giai đoạn 2021-2025 Quan sát hệ thống email, cổng thông tin nội bộ	☐	☐	

	dụng cho nhân viên y tế.									
Mức 3	4. Trong kế hoạch phát triển tổng thể có kế hoạch cụ thể theo từng giai đoạn (giai đoạn ngắn hạn 1, 2 năm, giai đoạn dài hạn 5 năm hoặc trên 5 năm).			KHTH		Kế hoạch hoạt động bệnh viện giai đoạn 2021-2025	Kế hoạch hoạt động bệnh viện giai đoạn 2021-2025	☐	☐	
	5. Trong bản kế hoạch phát triển tổng thể có các chỉ số đích, mốc thời gian đạt được cụ thể và lộ trình thực hiện.					Kế hoạch hoạt động bệnh viện giai đoạn 2021-2025	Kế hoạch hoạt động bệnh viện giai đoạn 2021-2025	☐	☐	
	6. Trong bản kế hoạch phát triển tổng thể có các giải pháp cụ thể và nguồn lực để đạt được mục tiêu đề ra.							☐	☐	
	7. Đã xây dựng kế hoạch hoạt động chi tiết hàng năm căn cứ vào kế hoạch.				Tất cả các khoa/phòng	"Tổ chức hướng dẫn các phòng/khoa xây dựng kế hoạch. Tổng hợp kế hoạch các phòng khoa, xây dựng và ban hành kế hoạch hoạt động bệnh viện."	Kế hoạch hoạt động bệnh viện giai đoạn 2021-2025 KH hoạt động BV năm 2021	☐	☐	

	8. Đã triển khai thực hiện theo các kế hoạch ngắn hạn và dài hạn.				Tất cả các khoa/p hòng	Thực hiện kế hoạch và đánh giá kết quả thực hiện theo định kỳ hàng tháng, quý, năm. Lập danh mục kết quả thực hiện các chỉ số.	BC sơ kết BC tổng kết	☐	☐	
Mức 4	9. Tiến hành đo lường các chỉ số trong bản kế hoạch phát triển.		KHTH				BC sơ kết BC tổng kết	☐	☐	
	10. Có bản danh mục kết quả thực hiện các chỉ số trong bản kế hoạch theo năm.						BC sơ kết BC tổng kết	☐	☐	
	11. Đã triển khai đầy đủ các nội dung trong kế hoạch ngắn hạn và dài hạn.				Tất cả các khoa/p hòng		BC sơ kết BC tổng kết	☐	☐	
	12. Có sơ kết, đánh giá việc triển khai, thực hiện kế hoạch phát triển.						BC sơ kết BC tổng kết	☐	☐	
	13. Có xác định những nội dung chưa thực hiện được theo đúng kế hoạch và xây dựng giải pháp khắc phục.					Dựa trên kết quả đánh giá trong báo cáo có chỉ ra những nội dung chưa thực hiện được theo đúng kế hoạch và đưa ra giải pháp khắc phục.	BC sơ kết BC tổng kết Giải pháp cải tiến	☐	☐	
	14. Có xác định những nội dung					Dựa trên kết quả đánh giá trong báo cáo có chỉ ra	BC sơ kết BC tổng kết	☐	☐	

	không khả thi và đề xuất điều chỉnh kế hoạch.				những nội dung không khả thi và đề xuất điều chỉnh vào KH 2021-2025	KH BV giai đoạn 2021-2025				
Mức 5	15. Triển khai các giải pháp khắc phục và huy động các nguồn lực để thực hiện những nội dung chưa hoàn thành theo đúng kế hoạch.			KHTH	P.TCC B P.TCK T P.VTY T Đơn vị đầu tư	Xây dựng kế hoạch cải tiến, thực hiện các giải pháp cải tiến khắc phục những nội dung chưa hoàn thành.	KH đã điều chỉnh Sổ giao ban bệnh viện Hình ảnh email gửi công văn triển khai	☐	☐	
						Kế hoạch hoạt động bệnh viện giai đoạn 2021-2025	☐	☐		
					Xây dựng chiến lược phát triển giai đoạn 2021-2025	Chiến lược phát triển giai đoạn 2021-2025	☐	☐		
	16. Điều chỉnh kế hoạch dựa trên kết quả đánh giá việc triển khai thực hiện, đặc biệt điều chỉnh những nội dung không hoặc ít tính khả thi.									
	17. Đã xây dựng chiến lược phát triển bệnh viện, trong đó xác định những vấn đề ưu tiên, xác định các lĩnh vực, chuyên khoa mũi nhọn, mở rộng quy mô, nâng cấp bệnh viện; thực hiện được các kỹ thuật cao, chuyên sâu; phát triển thành									

	ơ sở đào tạo, trung tâm điều trị của vùng... 18. Công bố công khai chiến lược phát triển đã xây dựng. 19. Huy động các nguồn lực và thực hiện đầu tư cho các lĩnh vực theo chiến lược phát triển bệnh viện.									
					Tất cả các khoa/phòng	Công bố kế hoạch hoạt động, phát triển tổng thể các giai đoạn thông qua giao ban bệnh viện, mạng nội bộ.	Giao ban bệnh viện Sổ hợp khoa/phòng hình ảnh (email gửi kế hoạch)	☐	☐	
					P.TCC B P.TCK T P.VTY T Đơn vị đầu tư	Cung cấp bằng chứng đã huy động các nguồn lực để thực hiện theo chiến lược phát triển	Bằng chứng đã huy động các nguồn lực để thực hiện theo chiến lược phát triển	☐	☐	
B4.2	Triển khai văn bản của các cấp quản lý	5	5	HCQT	QLCL					
Mức 1	1. Không phân công cho một nhân viên đầu mối tiếp nhận và cập nhật các văn bản có liên quan đến hoạt động bệnh viện.			HCQT				☐	☐	
	2. Phát hiện thấy bệnh viện không cập nhật một hoặc nhiều văn bản chỉ đạo của Bộ Y tế mang tính bắt buộc thực hiện.							☐	☐	

Mức 2	3. Có nhân viên đầu mối chịu trách nhiệm tiếp nhận và cập nhật các văn bản chỉ đạo có liên quan đến hoạt động bệnh viện.			HCQT		Ban hành quyết định phân công nhân viên văn thư bệnh viện	Quyết định phân công nhân viên tiếp nhận văn thư	☐	☐	
	4. Có quy trình tiếp nhận, phân loại và phân công người xử lý văn bản, trong đó có quy định rõ thời gian, hình thức xử lý văn bản.					Xây dựng/rà soát, cập nhật, bổ sung, chỉnh sửa và ban hành quy trình tiếp nhận và xử lý văn bản được Ban Giám đốc phê duyệt.	Quy trình tiếp nhận và xử lý văn bản	☐	☐	
	5. Quy trình tiếp nhận, phân loại và phân công người xử lý văn bản đã được ban giám đốc phê duyệt							☐	☐	
	6. Đã triển khai thực hiện các văn bản chỉ đạo dành cho bệnh viện do các cấp quản lý có thẩm quyền ban hành đến lãnh đạo bệnh viện, lãnh đạo các phòng chức năng và lãnh đạo các khoa lâm sàng, cận lâm sàng.					Thực hiện triển khai văn bản thông qua phần mềm triển khai văn bản trên trang thông điện tử bệnh viện.	Hình ảnh phần mềm triển khai văn bản Quan sát phần mềm In 01 văn bản có phân công nhân viên thực hiện	☐	☐	

Mức 3	7. Có bảng danh sách thống kê các văn bản chỉ đạo của Bộ Y tế, Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Sở Y tế và cơ quan chính quyền khác trong năm.		HCQT		Lập danh sách thống kê các văn bản chỉ đạo và phân loại theo từng đơn vị: BYT, SYT,	Báo cáo thống kê văn bản	☐	☐	
	8. Không có tình trạng có văn bản đến nhưng không được lãnh đạo xử lý.				Giám sát, nhắc nhở xử lý văn bản thông qua phần mềm (nhắn tin và tự động nhắc lại trên điện thoại)	Quan sát, kiểm tra các văn bản đã được SYT, BYT và văn bản triển khai của bệnh viện	☐	☐	
	9. Đã phổ biến các văn bản chỉ đạo tới cán bộ, công chức, viên chức và người lao động có liên quan đến văn bản.				Thực hiện triển khai văn bản thông qua phần mềm triển khai văn bản trên trang thông điện tử bệnh viện.	Hình ảnh phần mềm triển khai văn bản Quan sát phần mềm	☐	☐	
	10. Có xây dựng quy trình cụ thể triển khai thực hiện các văn bản chỉ đạo (quy trình triển khai gồm các bước: phổ biến văn bản, xây dựng kế hoạch thực hiện văn bản, kiểm tra nội bộ việc thực hiện văn bản).				Xây dựng/rà soát, cập nhật, bổ sung, chỉnh sửa và ban hành quy trình tiếp nhận và xử lý văn bản được Ban Giám đốc phê duyệt.	Quy trình tiếp nhận và xử lý văn bản	☐	☐	
Mức 4	11. Đã triển khai thực hiện các hoạt động cụ		HCQT		Thực hiện triển khai văn bản thông qua phần mềm	Một bộ văn bản hoàn chỉnh:	☐	☐	

	thể đáp ứng yêu cầu của văn bản chỉ đạo (bệnh viện cung cấp bằng chứng cho một số văn bản ví dụ đã triển khai).				triển khai văn bản trên trang thông điện tử bệnh viện. Báo cáo kết quả thực hiện văn bản như khuyến cáo.	Kế hoạch khuyến cáo Báo cáo khuyến cáo			
	12. Có tiến hành rà soát định kỳ tiến độ triển khai văn bản chỉ đạo.				Thực hiện triển khai văn bản thông qua phần mềm triển khai văn bản trên trang thông điện tử bệnh viện. Trên phần mềm có phần nhắc nhở thời gian hết hạn thực hiện văn bản chỉ đạo, tiến hành nhắc nhở.	Hình ảnh phần mềm triển khai văn bản Quan sát phần mềm	☐	☐	
	13. Áp dụng phần mềm tin học văn phòng (excel) hoặc phần mềm chuyên dụng để quản lý và triển khai văn bản.				Thực hiện triển khai văn bản thông qua phần mềm triển khai văn bản trên trang thông điện tử bệnh viện. Trên phần mềm có phần nhắc nhở thời gian hết hạn thực hiện văn bản chỉ đạo, tiến hành nhắc nhở.	Hình ảnh phần mềm triển khai văn bản Quan sát	☐	☐	
Mức 5	14. Áp dụng phần mềm chuyên dụng quản lý văn bản điện tử, văn bản được gửi tới ngay tất cả các đối tượng nhận văn bản để thực hiện thông		HCQT		Thực hiện triển khai văn bản thông qua phần mềm triển khai văn bản trên trang thông điện tử bệnh viện. Trên phần mềm có phần nhắc nhở thời gian hết hạn thực hiện văn bản	Hình ảnh phần mềm triển khai văn bản Quan sát phần mềm	☐	☐	

	qua hệ thống phần mềm sau khi văn bản được lãnh đạo bệnh viện tiếp nhận và xử lý.					chỉ đạo, tiến hành nhắc nhở.			
	15. Có tiến hành rà soát việc phổ biến và triển khai thực hiện văn bản chỉ đạo.							☐	☐
	16. Áp dụng kết quả đánh giá để cải tiến chất lượng việc triển khai thực hiện văn bản chỉ đạo hoặc đề xuất sửa đổi bất cập của văn bản với cơ quan quản lý.					Lập báo cáo kết quả triển khai văn bản 6 tháng, năm. Lập kế hoạch cải tiến, đưa ra giải pháp cải tiến và thực hiện. Xây dựng biên bản góp ý các văn bản, chính sách, tiêu chí của SYT, BHYT, ..."	Báo cáo kết quả triển khai văn bản Giải pháp cải tiến Biên bản góp ý văn bản được gửi cho SYT, BHYT	☐	☐
B4.3	Bảo đảm chất lượng nguồn nhân lực quản lý bệnh viện	3	3	TCCB					
Mức 1	1. Có đơn thư khiếu nại, tố cáo gửi tới các cơ quan quản lý về việc tuyển dụng, bổ nhiệm người quản lý bệnh viện, khoa/phòngvi phạm các quy định hiện			TCCB				☐	☐

	hành (đã xác minh và phát hiện sai phạm).									
	2. Không có tiêu chuẩn, quy trình tuyển dụng, bổ nhiệm đội ngũ quản lý bệnh viện.							☐	☐	
Mức 2	3. Xây dựng các tiêu chuẩn, tiêu chí (hoặc yêu cầu tối thiểu) cho các vị trí quản lý bệnh viện, khoa, phòng và công bố công khai cho nhân viên.		TCCB	CĐT và ĐT	Xây dựng các tiêu chuẩn, tiêu chí cho các vị trí quản lý bệnh viện, phòng/khoa. Công khai các tiêu chuẩn, tiêu chí qua website, mạng nội bộ	Tuyển dụng Quy trình bổ nhiệm cán bộ quản lý		☐	☐	
	4. Xây dựng các quy trình tuyển dụng, bổ nhiệm cho các vị trí quản lý bệnh viện, khoa, phòng và công bố công khai cho nhân viên.			CĐT và ĐT	Xây dựng/rà soát, cập nhật, chỉnh sửa, bổ sung và ban hành quy trình bổ nhiệm cho các vị trí quản lý. Trình Giám đốc phê duyệt Ban hành quy trình thông qua mạng nội bộ.	Quy trình bổ nhiệm cán bộ quản lý		☐	☐	
	5. Tỷ lệ “người quản lý” đã tham gia khóa đào tạo liên tục và có chứng chỉ về quản lý bệnh viện chiếm từ 20% trở lên**(chứng chỉ bảo đảm quy định về đào tạo liên tục tại			CĐT và ĐT	Rà soát hồ sơ nhân sự của cán bộ quản lý về chứng chỉ quản lý bệnh viện Dựa trên tiêu chuẩn tuyển dụng, bổ nhiệm các vị trí quản lý. Thống kê danh sách các vị	Danh sách thống kê tỷ lệ "người quản lý" đã tham gia khóa đào tạo liên tục và có chứng chỉ quản lý bệnh viện Chứng chỉ quản lý bệnh viện đối với cán bộ lãnh đạo quản lý		☐	☐	

	Thông tư 22/2013/TT-BYT).					trí quản lý có chứng chỉ về quản lý bệnh viện				
Mức 3	6. Thực hiện tuyển dụng, bổ nhiệm các vị trí quản lý trong bệnh viện theo đúng tiêu chuẩn và quy trình đã đề ra.			TCCB	CĐT và ĐT	Giám sát việc thực hiện tuyển dụng, bổ nhiệm các vị trí quản lý theo đúng tiêu chuẩn và quy trình thông qua bảng kiểm đánh giá, ghi nhận kết quả thực hiện	Hồ sơ bổ nhiệm (Quyết định bổ nhiệm)	☐	☐	
	7. Tỷ lệ “người quản lý” sử dụng thành thạo máy tính, các phần mềm tin học văn phòng, văn bản điện tử và thư điện tử đạt 100%.				CĐT và ĐT	Rà soát hồ sơ nhân sự của cán bộ quản lý về tin học. Dựa trên tiêu chuẩn tuyển dụng, bổ nhiệm các vị trí quản lý. Thống kê danh sách các vị trí quản lý có chứng chỉ về tin học B	Danh sách thống kê tỷ lệ "người quản lý" sử dụng thành thạo máy tính, các phần mềm tin học văn phòng, văn bản điện tử và thư điện tử Chứng chỉ tin học văn phòng	☐	☐	
	8. Tỷ lệ “người quản lý” có thể giao tiếp thông thường bằng tiếng Anh (hoặc có chứng chỉ Anh văn B trở lên) chiếm ít nhất 50% tổng số “người quản lý” của bệnh viện (nếu giao tiếp được bằng tiếng dân tộc với đồng bào địa phương được tính như ngoại ngữ tiếng Anh hoặc có ngoại				CĐT và ĐT	Rà soát hồ sơ nhân sự của cán bộ quản lý về tiếng anh. Dựa trên tiêu chuẩn tuyển dụng, bổ nhiệm các vị trí quản lý. Thống kê danh sách các vị trí quản lý có chứng chỉ về anh văn B.	Danh sách thống kê tỷ lệ "người quản lý" có thể giao tiếp thông thường bằng tiếng Anh (hoặc có chứng chỉ Anh văn B trở lên) Chứng chỉ ngoại ngữ	☐	☐	

	ngữ khác tương đương).								
	9. Tỷ lệ “người quản lý” đã tham gia khóa đào tạo liên tục và có chứng chỉ về quản lý bệnh viện chiếm từ 40% trở lên*.			CĐT và ĐT	Rà soát hồ sơ nhân sự của cán bộ quản lý về chứng chỉ quản lý bệnh viện Dựa trên tiêu chuẩn tuyển dụng, bổ nhiệm các vị trí quản lý. Thống kê danh sách các vị trí quản lý có chứng chỉ về quản lý bệnh viện	Danh sách thống kê tỷ lệ "người quản lý" đã tham gia khóa đào tạo liên tục và có chứng chỉ quản lý bệnh viện Chứng chỉ quản lý bệnh viện đối với cán bộ lãnh đạo quản lý	☐	☐	
Mức 4	10. Tỷ lệ “người quản lý” có thể giao tiếp thông thường bằng tiếng Anh (hoặc có chứng chỉ Anh văn B trở lên) chiếm ít nhất 70% tổng số “người quản lý” của bệnh viện (nếu giao tiếp được bằng tiếng dân tộc với đồng bào địa phương được tính như ngoại ngữ tiếng Anh hoặc có ngoại ngữ khác tương đương).		HCQT	CĐT và ĐT	Rà soát hồ sơ nhân sự của cán bộ quản lý về tiếng anh. Dựa trên tiêu chuẩn tuyển dụng, bổ nhiệm các vị trí quản lý. Thống kê danh sách các vị trí quản lý có chứng chỉ về anh văn B.	Danh sách thống kê tỷ lệ "người quản lý" có thể giao tiếp thông thường bằng tiếng Anh (hoặc có chứng chỉ Anh văn B trở lên) Chứng chỉ ngoại ngữ	☐	☐	
	11. Tỷ lệ “người quản lý” đã tham gia khóa đào tạo liên tục và có chứng chỉ về			CĐT và ĐT	Rà soát hồ sơ nhân sự của cán bộ quản lý về chứng chỉ quản lý bệnh viện Dựa trên tiêu chuẩn tuyển	Danh sách thống kê tỷ lệ "người quản lý" đã tham gia khóa đào tạo liên tục và có chứng chỉ quản lý bệnh	☐	☐	

	quản lý bệnh viện chiếm từ 60% trở lên*.				dụng, bổ nhiệm các vị trí quản lý. Thống kê danh sách các vị trí quản lý có chứng chỉ về quản lý bệnh viện	viện Chứng chỉ quản lý bệnh viện đối với cán bộ lãnh đạo quản lý			
	12. Thí điểm hình thức thi tuyển (như trình bày kế hoạch phát triển) các vị trí lãnh đạo, quản lý của bệnh viện, có sự giám sát công khai của cơ quan quản lý, đại diện “người quản lý”, ban thanh tra nhân dân, đại diện nhân viên ...				CDT và ĐT	Chưa có văn bản hướng dẫn		☐	☐
Mức 5	13. Tỷ lệ “người quản lý” có thể giao tiếp thông thường bằng tiếng Anh (hoặc có chứng chỉ Anh văn B trở lên) chiếm ít nhất 90% tổng số “người quản lý” của bệnh viện (nếu giao tiếp được bằng tiếng dân tộc với đồng bào địa phương được tính như ngoại ngữ tiếng Anh).		TCCB	CDT và ĐT	Rà soát hồ sơ nhân sự của cán bộ quản lý về tiếng anh. Dựa trên tiêu chuẩn tuyển dụng, bổ nhiệm các vị trí quản lý. Thống kê danh sách các vị trí quản lý có chứng chỉ về anh văn B.	Danh sách thống kê tỷ lệ "người quản lý" có thể giao tiếp thông thường bằng tiếng Anh (hoặc có chứng chỉ Anh văn B trở lên) Chứng chỉ ngoại ngữ	☐	☐	

14. Tỷ lệ “người quản lý” đã tham gia khóa đào tạo liên tục và có chứng chỉ về quản lý bệnh viện chiếm từ 80% trở lên*.				CĐT và ĐT	Rà soát hồ sơ nhân sự của cán bộ quản lý về chứng chỉ quản lý bệnh viện Dựa trên tiêu chuẩn tuyển dụng, bổ nhiệm các vị trí quản lý. Thông kê danh sách các vị trí quản lý có chứng chỉ về quản lý bệnh viện	Danh sách thống kê tỷ lệ "người quản lý" đã tham gia khóa đào tạo liên tục và có chứng chỉ quản lý bệnh viện Chứng chỉ quản lý bệnh viện đối với cán bộ lãnh đạo quản lý	☐	☐	
15. Lãnh đạo bệnh viện và khoa, phòng kiêm nhiệm thêm tối đa hai chức vụ quản lý khác (tổng không quá 3 chức vụ quản lý).				CĐT và ĐT	Rà soát các chức danh lãnh đạo quản lý kiêm nhiệm	Danh sách các chức danh cán bộ quản lý kiêm nhiệm	☐	☐	
16. Có đánh giá hiệu quả việc áp dụng thí điểm hình thức thi tuyển các vị trí lãnh đạo, quản lý và xác định những nhược điểm cần khắc phục, chỉnh sửa.				CĐT và ĐT	Chưa có văn bản hướng dẫn		☐	☐	
17. Xây dựng quy trình “thi tuyển” các vị trí lãnh đạo, quản lý của bệnh viện, tổ chức xin ý kiến rộng rãi các nhân viên và				CĐT và ĐT	Chưa có văn bản hướng dẫn		☐	☐	

	được ban giám đốc phê duyệt.									
	18. Áp dụng hình thức thi tuyển cho các vị trí lãnh đạo, quản lý của bệnh viện, có sự giám sát công khai của cơ quan quản lý, đại diện “người quản lý”, ban thanh tra nhân dân, đại diện nhân viên ...				CĐT và ĐT	Chưa có văn bản hướng dẫn		☐	☐	
	19. Tỷ lệ “người quản lý” có chứng chỉ quản lý (trong nước hoặc nước ngoài) thuộc các lĩnh vực chuyên sâu đang phụ trách hoặc liên quan như quản lý tài chính, quản lý nhân lực, quản lý chất lượng... chiếm từ 30% trở lên.				CĐT và ĐT	Thống kê tỉ lệ người quản lý có chứng chỉ quản lý	Danh sách thống kê tỷ lệ "người quản lý" có chứng chỉ quản lý thuộc các lĩnh vực chuyên sâu đang phụ trách hoặc liên quan như quản lý tài chính, quản lý nhân lực, quản lý chất lượng,... Chứng chỉ quản lý chuyên sâu	☐	☐	
B4.4	Bồi dưỡng, phát triển đội ngũ lãnh đạo và quản lý kế cận	3	4	TCCB						

Mức 1	1. Không có quy hoạch cho vị trí lãnh đạo và quản lý.			TCCB				☐	☐	
Mức 2	2. Có quy hoạch vị trí lãnh đạo và quản lý.			TCCB	CĐT và ĐT	Xây dựng đề án vị trí việc làm.	Đề án vị trí việc làm	☐	☐	
	3. Xây dựng kế hoạch đào tạo dựa trên quy hoạch cán bộ lãnh đạo, quản lý đã được phê duyệt.				CĐT và ĐT	Lập kế hoạch đào tạo cho các đối tượng lãnh đạo, quản lý đã được phê duyệt.	Kế hoạch đào tạo cấp lãnh đạo quản lý của Bệnh viện Quy chế chi tiêu nội bộ.	☐	☐	
Mức 3	4. Tiến hành bổ nhiệm vị trí lãnh đạo và quản lý theo đúng quy hoạch.			TCCB	CĐT và ĐT	Lập danh sách và đề xuất bổ nhiệm vị trí lãnh đạo, quản lý theo đúng quy hoạch	Danh sách bổ nhiệm; Quyết định bổ nhiệm	☐	☐	
	5. Có tổ chức bàn giao công việc giữa các vị trí lãnh đạo và những công việc chưa hoàn thành.				CĐT và ĐT	Lập biên bản bàn giao công việc giữa các vị trí lãnh đạo.	Biên bản bàn giao công việc Giấy ủy quyền thực hiện công việc	☐	☐	
	6. Giám đốc mới được bổ nhiệm trong vòng 1 năm sau khi giám đốc cũ nghỉ quản lý hoặc chuyển nhiệm vụ mới.				CĐT và ĐT	Đề xuất bổ nhiệm vị trí giám đốc trong vòng 1 năm sau khi GD cũ nghỉ quản lý hoặc chuyển nhiệm vụ.	Quyết định bổ nhiệm	☐	☐	
Mức 4	7. Xây dựng kế hoạch tuyển chọn, bồi dưỡng đội ngũ lãnh đạo kế cận.			TCCB	CĐT và ĐT	Lập kế hoạch tuyển chọn, bồi dưỡng đội ngũ lãnh đạo kế cận.	Kế hoạch, quy trình tuyển chọn, bồi dưỡng đội ngũ lãnh đạo kế cận	☐	☐	

	8. Đã bổ nhiệm các vị trí lãnh đạo theo quy định và theo quy hoạch của bệnh viện.				CĐT và ĐT	Xây dựng đề án vị trí việc làm và thực hiện bổ nhiệm các vị trí lãnh đạo theo quy định và theo quy hoạch của BV.	Quyết định bổ nhiệm	☐	☐	
	9. Có kế hoạch và cử viên chức, nhân viên trong diện quy hoạch đi đào tạo nâng cao năng lực quản lý bệnh viện, quản lý chất lượng, kinh tế y tế...				CĐT và ĐT	Lập kế hoạch đào tạo và cử viên chức, NV trong diện quy hoạch đi đào tạo nâng cao năng lực quản lý bệnh viện, quản lý chất lượng, kinh tế y tế...	Kế hoạch, Quyết định cử đi học, đào tạo	☐	☐	
Mức 5	10. Các viên chức, nhân viên trong diện quy hoạch có trình độ quản lý, ngoại ngữ đáp ứng yêu cầu vị trí quản lý và có thể thay thế lãnh đạo, quản lý đương nhiệm ngay lập tức khi cần thiết hoặc trong tình huống khẩn cấp.			TCCB	CĐT và ĐT	Nhân sự trong diện quy hoạch phải có trình độ quản lý, ngoại ngữ đáp ứng yêu cầu quản lý hoặc được đào tạo nếu trình độ chưa đủ yêu cầu.	Danh sách nhân sự trong diện quy hoạch; Bảng cấp, chứng chỉ.	☐	☐	
	11. Vị trí giám đốc được phát triển từ nguồn nhân lực của bệnh viện, trong diện quy hoạch của bệnh viện.				CĐT và ĐT	Vị trí GD mới được lựa chọn từ nguồn nhân lực của BV, trong diện quy hoạch của BV.	Danh sách nhân sự trong diện quy hoạch; Quyết định điều động viên chức.	☐	☐	

C1.1	Bảo đảm an ninh, trật tự bệnh viện	5	5	HCQT						
Mức 1	1. Không có đủ bảo vệ trực 24/24 giờ theo phương án bảo vệ của bệnh viện (phát hiện thấy bảo vệ bỏ trực trong ca làm việc...).			HCQT				☐	☐	
	2. Có vụ việc bảo vệ bệnh viện xô xát người bệnh, người nhà người bệnh và nhân viên y tế, ảnh hưởng nghiêm trọng đến uy tín của bệnh viện.							☐	☐	
Mức 2	3. Có đủ bảo vệ trực 24/24 giờ theo phương án bảo vệ của bệnh viện.			HCQT			Bảng MTCV Lịch trực Bảo vệ	☐	☐	
	4. Bệnh viện có xây dựng phương án, kế hoạch bảo vệ, trong đó có nêu số lượng người, vị trí cần bảo vệ, tần suất đi tuần...					P.HCQT lập kế hoạch đảm bảo an ninh trật tự vào đầu năm, trong đó có nêu số lượng người, vị trí cần bảo vệ, tần suất đi tuần...	Kế hoạch đảm bảo an ninh trật tự năm 2021	☐	☐	

	5. Khuôn viên bệnh viện có tường rào kín bao quanh; các cổng vào đều có người bảo vệ; không có lỗ hổng cho đi lại tự do.					Hình ảnh tường rào, nhân viên bảo vệ thường trực tại các cổng của bệnh viện	☐	☐	
	6. Có quy định hạn chế người nhà người bệnh vào khu vực chuyên môn hoặc khoa/phòng điều trị trong các giờ quy định.			QLCL	Xây dựng Nội qui thăm nuôi bệnh có nội dung qui định giờ thăm nuôi bệnh	Bảng nội qui thăm nuôi bệnh	☐	☐	
Mức 3	7. Lực lượng bảo vệ đã được đào tạo chuyên nghiệp hoặc tập huấn nghiệp vụ bảo vệ tại các đơn vị có trình độ và chức năng đào tạo nghiệp vụ bảo vệ (có chứng chỉ, giấy tham gia khóa tập huấn...).		HCQT		Có rà soát lại và đưa bảo vệ đi tập huấn nghiệp vụ	Danh sách tập huấn bảo vệ Chứng chỉ nghiệp vụ BV Giấy chứng nhận tham gia khóa Đào tạo	☐	☐	
	8. Có hình thức kiểm soát được người ra vào khoa/phòng điều trị.			QLCL	Điều dưỡng tại khoa phát cho người nhà bệnh nhân 1 thẻ nuôi bệnh, đảm bảo 1 bệnh nhân 1 người nhà. - Hệ thống cửa ra vào có khóa từ	Hình ảnh thẻ thăm nuôi Hình ảnh hệ thống cửa ra vào có trang bị khóa từ Phân công bảo vệ trực tại lối vào khoa	☐	☐	

	9. Có văn bản phối hợp (hoặc ký biên bản cam kết) với cơ quan an ninh địa phương về việc hỗ trợ, bảo đảm giữ gìn an ninh, trật tự tại bệnh viện và khu vực quanh bệnh viện.				Biên bản cam kết phối hợp giữa lực lượng an ninh bệnh viện và cơ quan công an P.Tam Phú	Văn bản phối hợp công an	☐	☐	
	10. Có cảnh báo (hoặc hướng dẫn) chống mất trộm cho người bệnh, người nhà người bệnh tại các khu vực có nguy cơ xảy ra mất cắp cao.			QLCL	Gắn các bảng cảnh báo trộm cắp, móc túi tại các khu vực tập trung người bệnh	Hình ảnh bảng cảnh báo chống mất trộm	☐	☐	
	11. Có biện pháp chủ động phát hiện, ngăn chặn trộm cắp như đi tuần tra theo định kỳ, lập danh sách các đối tượng đã trộm cắp, theo dõi đối tượng nghi vấn hoặc các biện pháp chủ động khác.				Bảo vệ đi tuần tra theo lịch phân công, tăng cường tuần tra vào những giờ cao điểm - Lập danh sách các đối tượng trộm cắp (nếu có)	Lập danh sách các đối tượng trộm cắp (nếu có)	☐	☐	
	12. Lực lượng bảo vệ luôn thường trực và can thiệp kịp thời các vụ việc hành hung,				Bảo vệ đi tuần tra theo lịch phân công, tăng cường tuần tra vào những giờ cao điểm	Kế hoạch đảm bảo an ninh trật tự năm 2021 (trong đó có nêu số lượng người, vị	☐	☐	

	gây rối hoặc đập phá tài sản, đồ đạc của người bệnh hoặc người nhà người bệnh/nhân viên y tế.					trí cần bảo vệ, tần suất đi tuần...)				
Mức 4	13. Có hệ thống camera an ninh tự động theo dõi toàn bệnh viện (CCTV);			HCQT		Có phân công bảo vệ theo dõi, giám sát camera	Bảng thống kê số lượng camera an ninh Hình ảnh	☐	☐	
					Có phân công bảo vệ theo dõi, giám sát camera	Lịch phân công người theo dõi camera	☐	☐		
					Quyết định thành lập đội phản ứng nhanh - Xây dựng kế hoạch triển khai diễn tập của đội phản ứng nhanh năm 2021	Thành lập đội phản ứng nhanh Kế hoạch triển khai diễn tập của đội phản ứng nhanh năm 2021 Hình ảnh diễn tập	☐	☐		
					Đội bảo vệ được trang bị đầy đủ các phương tiện cần thiết và bộ đàm liên lạc nội bộ	Hình ảnh bảo vệ được trang bị đầy đủ dụng cụ	☐	☐		
					Trong kế hoạch đảm bảo an ninh trật tự có phân công	Nội qui khoa cấp cứu Lịch phân công bảo vệ trực 24/24 tại khoa	☐	☐		
	14. Có bộ phận thường trực theo dõi camera an ninh.									
	15. Có đội an ninh phản ứng nhanh do bệnh viện thành lập hoặc thuê công ty bảo vệ túc trực 24/24 giờ để đối phó với các sự cố bất thường xảy ra, có diễn tập ít nhất 1 lần trong năm.									
	16. Lực lượng bảo vệ được trang bị các phương tiện liên lạc nội bộ như máy bộ đàm.									
	17. Các khoa/phòng có nguy cơ mất an ninh trật tự cao như khoa cấp cứu (phòng,									

	buồng cấp cứu) được trang bị hệ thống cửa chắc chắn và có hình thức kiểm soát, hạn chế người bệnh và người nhà người bệnh ra – vào tự do.				bảo vệ trực 24/24 tại khoa cấp cứu					
Mức 5	18. Các khoa, phòng, hành lang... được trang bị khóa từ (hoặc khóa số) luôn trong trạng thái đóng; chỉ được mở bằng thẻ từ hoặc mã số.			HCQT	QLCL	Thẻ nhân viên có tích hợp chức năng mở khóa cửa từ	Hình ảnh cửa từ	☐	☐	
	19. Nhân viên y tế được trang bị thẻ từ để mở khóa các khoa, phòng, hành lang. Thẻ có tên, ảnh, mã số nhân viên hoặc bằng vân tay.				QLCL	Thẻ nhân viên có tích hợp chức năng mở khóa cửa từ	Thẻ từ mở cửa kết hợp thẻ nhân viên	☐	☐	
	20. Có nhân viên y tế (hoặc có hình thức khác như camera) kiểm soát người bệnh hoặc đóng, mở cửa cho người bệnh và người nhà người bệnh vào – ra các					Có phân công bảo vệ theo dõi, giám sát camera. - Qui định thăm nuôi bệnh có qui định thời gian thăm bệnh - Phân công bảo vệ trực trước các cửa ra vào của khoa/phòng	Hệ thống camera an ninh Quy định thăm nuôi Cấm chốt bảo vệ tại các lối ra vào của các khoa phòng trong bệnh viện	☐	☐	

	khoa/phòng, hạn chế người đi lại tự do.									
	21. Không có vụ việc mất trộm tài sản của người bệnh, người nhà người bệnh thông qua ghi chép hoặc phản ánh của người bệnh.					Làm báo cáo hàng quý, thống kê các vụ trộm cắp tài sản/ mất an ninh trật tự tại bệnh viện	Báo cáo hàng quý	☐	☐	
C1.2	Bảo đảm an toàn điện và phòng cháy, chữa cháy	5	5	HCQT						
Mức 1	1. Có xảy ra sự cố cháy, nổ nghiêm trọng, gây thiệt hại tài sản, trang thiết bị hoặc con người.			HCQT				☐	☐	
	2. Có sự cố mất điện, gây ảnh hưởng đến hoạt động chuyên môn và hậu quả nghiêm trọng đối với người bệnh (có trường hợp người bệnh tử vong hoặc biến chứng do mất điện làm trang thiết bị y tế không hoạt động, hoặc mất điện không bảo đảm ánh							☐	☐	

	sáng, gây nhầm thuốc, hóa chất...).									
	3. Có hiện tượng cầu, mắc và sử dụng điện tùy tiện, tự ý sửa chữa thay thế các thiết bị về điện, để chất dễ cháy gần cầu dao, át-tô-mát, bảng điện và đường dây dẫn điện.						☐	☐		
	4. Có hiện tượng các bình ô-xy đang chứa ô-xy chưa sử dụng để ngoài sân, hành lang... có thể tiếp xúc trực tiếp với ánh nắng mặt trời.			VTTT B			☐	☐		
	5. Không có các họng nước cứu hỏa, bể nước dự phòng cho chữa cháy trong khuôn viên bệnh viện.						☐	☐		
Mức 2	6. Có quy định, nội quy về an toàn phòng cháy chữa cháy và sẵn có tại các khoa/phòng.		HCQT		Lắp đặt hệ thống bảng nội qui phòng cháy chữa cháy tại các khoa/phòng	Nội quy phòng cháy chữa cháy	☐	☐		

	7. Có phân công một phòng đầu mối chịu trách nhiệm về công tác phòng cháy, chữa cháy.					Quy trình PCCC	☐	☐	
	8. Phòng đầu mối tiến hành thường xuyên hoặc định kỳ kiểm tra phát hiện các nhược điểm, thiếu sót về phòng cháy và có biện pháp khắc phục kịp thời.				Tiến hành kiểm tra theo lịch đã đặt ra, khắc phục kịp thời các sự cố	Lịch kiểm tra thiết bị phòng cháy chữa cháy, kiểm tra nguy cơ trên toàn bệnh viện	☐	☐	
	9. Đã khắc phục hoàn toàn hoặc (và) không phát hiện thấy các nguy cơ cao mất an toàn về điện như có dây điện rách vỏ (hoặc dây không có vỏ) trong phòng, hành lang hoặc ổ điện đặt cạnh vòi nước...				Lập biên bản kiểm tra an toàn điện	Biên bản kiểm tra an toàn điện	☐	☐	
	10. Các bình ô-xi và hóa chất có nguy cơ dễ cháy, nổ được bảo quản trong nhà kho thoáng, mát và có mái che tránh tiếp			VTTT B	Xây dựng kho đựng bình oxy	Hình ảnh nhà kho	☐	☐	

	xúc trực tiếp với ánh nắng mặt trời.									
	11. Sẵn có bình chữa cháy tại các khoa, phòng, hành lang theo hướng dẫn, quy định của bệnh viện và cơ quan công an.				Lập bảng thống kê số lượng bình chữa cháy tại các khoa/phòng hành lang để dễ quản lý - Tiến hành kiểm tra định kì hoạt động của các bình chữa cháy	Bảng thống kê số lượng bình chữa cháy tại các khoa, phòng, hành lang Hình ảnh bình chữa cháy tại khoa, phòng, hành lang	☐	☐		
	12. Các họng nước cứu hỏa và bể nước dự phòng cho chữa cháy trong khuôn viên bệnh viện bảo đảm luôn sẵn có nước.				Có tiến hành kiểm tra các bể nước dự phòng đảm bảo đầy đủ nước	Hình ảnh các họng nước chữa cháy dự phòng có sẵn nước	☐	☐		
	13. Tách biệt giữa các đầu cắm ô-xy với các ổ cắm điện phòng tránh nguy cơ cháy nổ (khoảng cách tối thiểu từ 5 cm trở lên).				Lắp đặt hệ thống điện đảm bảo đầu cắm oxy và ổ cắm điện có khoảng cách tối thiểu 5cm	Hình ảnh	☐	☐		
Mức 3	14. Có nhân viên chuyên trách phụ trách điện và an toàn điện, được đào tạo từ trình độ trung cấp trở lên.			HCQT	Tất cả nhân viên tổ điện đều có bằng cấp đào tạo về điện từ trung cấp trở lên	Bảng cấp của nhân viên chuyên trách về điện có trình độ trung cấp trở lên	☐	☐		

15. Có phân công ít nhất một nhân viên chịu trách nhiệm về công tác phòng cháy, chữa cháy và đã tham dự tập huấn phòng cháy, chữa cháy.					Thu thập bảng mô tả công việc và giấy chứng nhận tập huấn của nhân viên chịu trách nhiệm về công tác PCCC - Rà soát và cập nhật danh sách thường xuyên	Bảng MTCV của nhân viên chịu trách nhiệm về công tác PCCC Giấy chứng nhận tập huấn PCCC	☐	☐	
16. Bảo đảm có bình chữa cháy đặt đầy đủ tại các vị trí của khoa theo quy định và hướng dẫn của cơ quan công an (hoặc quy định của bệnh viện).					Lập bảng thống kê số lượng bình chữa cháy tại các khoa/phòng hành lang để dễ quản lý - Tiến hành kiểm tra định kì hoạt động của các bình chữa cháy	Bảng kê số lượng bình chữa cháy tại các khoa, phòng, hành lang Hình ảnh bình chữa cháy tại khoa, phòng, hành lang	☐	☐	
17. Có mời cơ quan công an, chuyên gia đến hướng dẫn, tư vấn, kiểm tra, diễn tập... về công tác phòng chống cháy nổ ít nhất 1 lần trong năm và có biên bản kiểm tra.					Xây dựng kế hoạch và tổ chức diễn tập về PCCC	Kế hoạch mời cơ quan công an hoặc chuyên gia tư vấn diễn tập về công tác PCCC Công văn mời cơ quan công an hoặc chuyên gia tư vấn, hướng dẫn, diễn tập PCCC 1 năm/1 lần Hình ảnh Biên bản kiểm tra PCCC	☐	☐	
18. Có tổ chức huấn luyện phòng cháy, chữa cháy cho ít nhất 50% nhân viên bệnh					Xây dựng KH và tổ chức chương trình huấn luyện PCCC, tối thiểu phải có 50% nhân viên tham gia	Kế hoạch chương trình huấn luyện PCCC cho nhân viên BV (có mời chuyên	☐	☐	

viện 1 lần trong năm hoặc mời chuyên gia, cơ quan công an đến hướng dẫn, huấn luyện, kiểm tra công tác phòng chống cháy nổ ít nhất 1 lần trong năm.					(ưu tiên các nhân viên mới, nhân viên chưa được tập huấn trước đây)	gia tư vấn hoặc cơ quan công an tới huấn luyện) Bảng danh sách nhân viên tham gia Hình ảnh			
19. Có phương án phòng chống cháy nổ, sơ tán thoát nạn, cứu người (đặc biệt đối với người bệnh không có khả năng tự thoát nạn), cứu trang thiết bị y tế, tài sản và chống cháy lan.					Xây dựng quy trình PCCC - Lắp đặt sơ đồ thoát hiểm tại các tầng - Tại các lối thoát hiểm có hộp đèn báo hiệu	Quy trình PCCC Phương án phòng chống cháy nổ, sơ tán thoát nạn, cứu người Sơ đồ thoát hiểm tại các tầng	☐	☐	
20. Có cảnh báo cháy nổ và cấm lửa tại các vị trí/khu vực có nguy cơ cao như bình/kho chứa ô-xy, nơi chứa nhiên liệu gas, xăng/dầu và các máy móc có nguy cơ cháy nổ cao khác.				VT TT B	Tại các khu vực chứa bình oxy, nơi chứa nhiên liệu, các bình oxy mini đều được gắn bảng cảnh báo cháy nổ	Hình ảnh biển cảnh báo cháy nổ, biển cấm lửa tại các vị trí có bình ô-xy, nơi chứa nhiên liệu gas, xăng/dầu và các máy móc có nguy cơ cháy nổ	☐	☐	
21. Có chuông báo cháy, đèn khẩn cấp luôn trong tình trạng hoạt động. Các hệ thống được kiểm tra				VT TT B	Tổ KTGS kết hợp với P.HCQT tiến hành kiểm tra định kỳ 2 lần/ năm hệ thống	Hệ thống chuông báo cháy, đèn khẩn cấp luôn trong tình trạng hoạt động	☐	☐	

	vận hành thử ít nhất 2 lần trong năm và hoạt động tốt.				chuông báo cháy, đèn khẩn cấp - Sửa chữa những thiết bị hư hỏng	Biên bản kiểm tra vận hành thử hệ thống chuông báo cháy 2 lần /năm			
Mức 4	22. Có chứng nhận về phòng cháy, chữa cháy do cơ quan có thẩm quyền cấp (đối với công trình mới xây, cải tạo cần có biên bản nghiệm thu hệ thống phòng cháy chữa cháy do cơ quan có thẩm quyền cấp).			HCQT	Rà soát lại thời hạn giấy chứng nhận PCCC, xin giấy chứng nhận mới nếu hết hạn	Rà soát lại thời hạn giấy chứng nhận PCCC, xin giấy chứng nhận mới nếu hết hạn	☐	☐	
	23. Đã khắc phục toàn bộ các nhược điểm (nếu có) được nêu trong biên bản.				Dựa theo biên bản kiểm tra định kì khắc phục tất cả các nhược điểm (nếu có)		☐	☐	
	24. Có bản sơ đồ cửa và cầu thang thoát hiểm tại đầy đủ các hành lang.				QLCL Lắp đặt sơ đồ thoát hiểm tại các tầng - tại các lối thoát hiểm có hộp đèn thể hiện	Hình ảnh	☐	☐	
	25. Có bản danh sách số lượng bình chữa cháy chung của bệnh viện và số lượng bình tại các khoa.				Lập bảng thống kê số lượng bình chữa cháy tại các khoa/phòng hành lang để dễ quản lý	Bảng thống kê số lượng bình chữa cháy	☐	☐	
	26. Các bình chữa cháy được đặt ở vị trí					Hình ảnh	☐	☐	

	gần với nhân viên y tế, thuận tiện trong sử dụng (ví dụ đặt trong các hộp kính ở gần cửa phòng hành chính khoa).					- Tiến hành kiểm tra định kì hoạt động của các bình chữa cháy				
	27. Trang bị hệ thống cầu dao tự ngắt cho các máy móc thiết bị y tế.				VT TT B	Tổ KTGS kết hợp với P.HCQT tiến hành kiểm tra hệ thống cầu dao tự ngắt	Hình ảnh	☐	☐	
	28. Có hệ thống báo cháy, chuông báo cháy tự động tại tất cả các khoa/phòng.					Tổ KTGS kết hợp với P.HCQT tiến hành kiểm tra định kì 2 lần/ năm hệ thống chuông báo cháy, đèn khẩn cấp, chuông báo cháy tự động - Sửa chữa những thiết bị hư hỏng	Hệ thống báo cháy, chuông báo cháy tự động luôn trong tình trạng hoạt động Hợp đồng cung cấp hệ thống báo cháy, chuông báo cháy tự động	☐	☐	
	29. Có hệ thống máy phát điện dự phòng.					Tổ KTGS tiến hành giám sát kiểm tra vận hành máy phát điện (tối thiểu 1 lần/1tuần)	Hệ thống máy phát điện dự phòng Biên bản kiểm tra máy phát điện	☐	☐	
	30. Có diễn tập phòng cháy chữa cháy ít nhất 1 lần trong năm trên quy mô toàn bệnh viện.Nhân viên sử dụng được các					Xây dựng KH và tổ chức chương trình diễn tập PCCC	Kế hoạch diễn tập PCCC Danh sách diễn tập PCCC Hình ảnh buổi diễn tập	☐	☐	

	phương tiện chữa cháy sẵn có và biết được phương án sơ tán thoát nạn, cứu người.									
	31. Không có sự cố cháy, nổ trong năm cần dùng bình cứu hỏa.				Lập báo cáo nếu có sự cố	Báo cáo (nếu có) Hệ thống cầu dao tự ngắt cho toàn bộ hệ thống điện	☐	☐		
Mức 5	32. Trang bị hệ thống cầu dao tự ngắt cho toàn bộ hệ thống điện và riêng cho từng khối nhà, từng tầng.		HCQT			Hệ thống cầu dao tự ngắt cho toàn bộ hệ thống điện	☐	☐		
	33. Không có sự cố chập điện trong năm.				- Lập báo cáo nếu có sự cố	Báo cáo (nếu có)	☐	☐		
	34. Trang bị hệ thống phun nước chữa cháy tự động cùng hệ thống cảm biến khói cháy tại tất cả các khoa/phòng.				Tổ KTGS kết hợp với P.HCQT tiến hành kiểm tra hệ thống phun nước + hệ thống cảm biến khói định kì	Hình ảnh hệ thống phun nước + hệ thống cảm biến khói Biên bản kiểm tra hoạt động	☐	☐		
	35. Có hệ thống máy phát điện dự phòng và tự động kích hoạt trong vòng 1 phút nếu như điện lưới bị cắt hoặc gặp sự cố.				Tổ KTGS tiến hành giám sát kiểm tra vận hành máy phát điện (tối thiểu 1 lần/1tuần)	Hệ thống máy phát điện dự phòng Biên bản kiểm tra máy phát điện	☐	☐		

	36. Thiết kế các khối nhà cao tầng có cửa thoát hiểm và cầu thang bộ thoát hiểm trong trường hợp khẩn cấp, cháy nổ (cầu thang thông thường chỉ được coi là tương đương với có cầu thang thoát hiểm nếu nằm ở vị trí đầu hồi và thông thoáng hoàn toàn với ngoài trời, bảo đảm không bị ngạt khói).				QLCL	Lắp đặt sơ đồ thoát hiểm tại các tầng - Tại các lối thoát hiểm có hộp đèn thể hiện	Bảng thiết kế	☐	☐	
	37. Có tham gia bảo hiểm cháy, nổ.					Rà soát lại thời hạn bảo hiểm cháy nổ, mua mới nếu hết hạn	Quy trình phân loại chất thải y tế	☐	☐	
C2.1	Hồ sơ bệnh án được lập đầy đủ, chính xác, khoa học	2	4	KHTH						
Mức 1	1. Có tình trạng hồ sơ bệnh án chưa được lập kịp thời sau khi người bệnh nhập viện (24 giờ với người bệnh cấp cứu và 36 giờ với bệnh thông thường).			KHTH				☐	☐	

	2. Phát hiện thấy bệnh án có thông tin mâu thuẫn, không hợp lý.				P. Điều dưỡng			☐	☐	
	3. Bệnh án có nội dung không đọc được chữ viết.				P. Điều dưỡng			☐	☐	
Mức 2	4. Hồ sơ bệnh án được lập sau khi vào viện trong vòng 36 giờ (hoặc 24 giờ với người bệnh cấp cứu), bảo đảm đầy đủ các thông tin cơ bản cần thiết và hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án theo quy định.			KHTH		Xây dựng quy định lập HSBA, triển khai quy định cho NVYT, đảm bảo NVYT tuân thủ quy định	Kiểm tra HSBA trong ngày kiểm tra, cần chuẩn bị tốt trong những ngày này	☐	☐	
	5. Hồ sơ bệnh án bảo đảm được bác sỹ điều trị duyệt và chịu trách nhiệm về mặt nội dung thông tin.				P. Điều dưỡng			☐	☐	
Mức 3	6. Bảo đảm ghi đầy đủ, rõ ràng các thông tin trong bệnh án theo quy định, đọc được chữ và nội dung. Bệnh án ngoại khoa có vẽ lược đồ phẫu thuật.			KHTH				☐	☐	

	7. Các thông tin về chăm sóc và điều trị được ghi vào hồ sơ ngay sau khi thực hiện và theo các quy định về thời gian.				P. Điều dưỡng			☐	☐	
	8. Bệnh án đầy đủ các thông tin theo quy định như hành chính, chỉ định điều trị, chăm sóc sau khi kết thúc điều trị.				P. Điều dưỡng			☐	☐	
	9. Những thông tin cần điều chỉnh được gạch bỏ, ký tên người sửa và thời gian sửa (không tẩy xóa hoặc bôi đen để không đọc được nội dung cũ).				P. Điều dưỡng			☐	☐	
	10. Sẵn có “Bảng phân loại thống kê quốc tế về bệnh tật và vấn đề sức khỏe có liên quan” phiên bản lần thứ 10 (ICD 10) phòng kế hoạch (hoặc nghiệp vụ).					Xây dựng bảng mã ICD 10 lưu trữ ở phòng KHTH	Bảng mã ICD 10	☐	☐	
	11. Sẵn có bảng mã ICD10 cho các bệnh thường gặp của các					Xây dựng bảng mã ICD 10 lưu trữ ở khoa Lâm Sàng	Bảng mã ICD 10	☐	☐	

	khoa lâm sàng tại phòng hành chính của khoa.									
	12. Bảng mã được in rõ ràng, lành lặn, dễ đọc, đặt ở vị trí dễ quan sát hoặc dễ lấy.				In Bảng mã ICD dán ở bảng thông tin ở Khoa	Bảng mã ICD 10	☐	☐		
	13. Có tập huấn cho bác sỹ, điều dưỡng về mã hóa bệnh tật theo ICD 10, cách ghi mã bệnh chính và bệnh kèm theo.				Tập huấn về ICD cho NVYT	Hình ảnh buổi tập huấn	☐	☐		
Mức 4	15. Có phân công nhân viên chịu trách nhiệm kiểm tra hồ sơ bệnh án thường quy, đánh giá việc ghi chép, chất lượng thông tin...		KHTH		Tổ HSBA của phòng KHTH chịu trách nhiệm kiểm tra lại HSBA trước khi lưu trữ, Quyết định phân công, thành lập tổ HSBA	Quyết định thành lập và trách nhiệm của tổ HSBA	☐	☐		
	16. Có quy định và tiến hành kiểm tra ngẫu nhiên chất lượng hồ sơ bệnh án và nhập mã ICD 10.				Xây dựng Quy định về việc kiểm tra ngẫu nhiên HSBA, tiến hành kiểm tra ngẫu nhiên không báo trước.	Cần chuẩn bị tốt HSBA trong ngày kiểm tra	☐	☐		
	17. Có tiến hành đánh giá (hoặc nghiên cứu) về chất lượng hồ sơ bệnh án và xác định tỷ lệ nhập			P. Điều dưỡng	Đánh giá chất lượng HSBA, xác định tỷ lệ nhập sai mã ICD	Báo cáo đánh giá chất lượng HSBA	☐	☐		

	sai mã ICD 10 (ví dụ có bảng kiểm đánh giá chất lượng bệnh án từ hình thức đến nội dung).								
	18. Có bản kết quả đánh giá, trong đó chỉ ra được những lỗi thường gặp của hồ sơ bệnh án, tỷ lệ nhập sai mã ICD 10, nguyên nhân chính và các giải pháp.			P. Điều dưỡng	Xác định những lỗi thường gặp khi nhập mã, đưa ra nguyên nhân và các giải pháp.	Báo cáo đánh giá chất lượng HSBA	☐	☐	
Mức 5	19. Áp dụng kết quả đánh giá, các giải pháp đã đề xuất vào việc cải tiến chất lượng lập hồ sơ bệnh án và nhập mã ICD 10.		KHTH	P. Điều dưỡng	Đưa ra các giải pháp giảm sai sót HSBA triển khai thực tế. So sánh kết quả trước và sau cải tiến	Báo cáo Cải tiến chất lượng HSBA	☐	☐	
	20. Thí điểm lập bệnh án theo hình thức bệnh án điện tử (tại một số khoa).			P. CNTT	Xây dựng và triển khai kế hoạch thí điểm HSBA điện tử	HSBA điện tử ở các khoa trong thời điểm kiểm tra	☐	☐	
	21. Các thông tin về kết quả xét nghiệm, chẩn đoán, chăm sóc và điều trị được cập nhật vào hồ sơ ngay sau khi thực hiện			P.CNT T	Tiến hành Real-time các kết quả XN, Chẩn đoán, chăm sóc và điều trị. Làm hồ sơ thẩm định phần mềm truy xuất kết quả xét nghiệm.	Phần mềm quản lý bệnh viện, các phần mềm ứng dụng, cập nhật kết quả kết quả XN, chẩn đoán, điều trị	☐	☐	

	hoặc sau khi có kết quả bằng hệ thống máy tính nối mạng nội bộ.									
	22. Có đánh giá sơ bộ kết quả triển khai thí điểm bệnh án điện tử, xác định những khó khăn, bất cập cần khắc phục.				Xác định khó khăn bất cập cần khắc phục khi triển khai HSBA	Bản đánh giá sơ bộ kết quả triển khai thí điểm HSBA điện tử	☐	☐		
	23. Áp dụng kết quả đánh giá vào việc triển khai bệnh án điện tử rộng rãi.						☐	☐		
C2.2	Hồ sơ bệnh án được quản lý chặt chẽ, đầy đủ, khoa học	5	5	KHTH						
Mức 1	1. Có tình trạng bệnh án để bừa bãi, lộn xộn, ẩm ướt...			KHTH	P.CNT T VÀ P. TCKT		☐	☐		
	2. Không tìm được một bệnh án theo yêu cầu trong vòng 30 phút tại nơi lưu trữ trong khuôn viên bệnh viện.				P.HCQ T		☐	☐		
	3. Bệnh án được lưu trữ cẩn thận theo quy			KHTH		Xây dựng quy định lưu trữ , đề xuất mở rộng kho lưu	Quy định lưu trữ HSBA	☐	☐	

Mức 2	định trong một hoặc nhiều kho khác nhau.					trữ HSBA lưu trữ cố định tại 1 điểm				
	4. Bệnh án được lưu trữ đủ thời gian quy định.				CÁC KHOA	Xây dựng quy định lưu trữ HSBA	Bệnh án thường 10 năm, HSTai nạn thương tích 15 năm, HSTâm thần 20 năm, HSTử vong 30 năm	☐	☐	
	5. Kho lưu trữ bệnh án thông thoáng, ngăn nắp, bảo đảm chống ẩm, chống cháy, chống mưa, lụt.				P.HCQ T VÀ P.QLC L	Tờ trình V/v thực hiện chống ẩm, chống cháy, chống mưa lụt phòng ban chức năng đối với kho HSBA	Hợp đồng thuê công ty xử lý ẩm, dột cho kho.	☐	☐	
	6. Kho lưu trữ bệnh án bảo đảm chống chuột, mối xông và côn trùng khác.				P.QLC L	Đề xuất phòng ban chức năng có biện pháp thực hiện chống chuột, mối, côn trùng kịp thời.	Hợp đồng thuê công ty diệt chuột, mối, côn trùng	☐	☐	
	7. Có sổ lưu trữ (hoặc phần mềm) để quản lý số lượng bệnh án nhập - xuất kho lưu trữ theo từng khoa.				P.HCQ T VÀ TỔ MUA SẮM	Xây dựng phần mềm quản lý bệnh án nhập - xuất kho Có sổ giao nhận HSBA nhập kho	Phần mềm lưu trữ quản lý bệnh án xuất nhập kho	☐	☐	
Mức 3	8. Kho lưu trữ bệnh án có giá, ngăn hoặc tủ sắp xếp bệnh án theo trình tự thống nhất (do bệnh viện tự quy định) có phân biệt theo khoa/phòng, theo			KHTH	P.HCQ T VÀ P.QLC L		Kho HS được sắp xếp ngay ngắn, đúng thứ tự đã quy định, tình hình thực tế khi kiểm tra	☐	☐	

	thời gian hoặc theo các hình thức khác.								
	9. Có sổ lưu trữ (hoặc phần mềm như excel) để tra cứu và xác định một bệnh án bất kỳ đang nằm ở vị trí nào (ngăn, giá, tủ) trong kho (hoặc đang tạm thời được đem ra ngoài kho cho mục đích khác và tra được tên người đang sử dụng).			P.CNT T	Xây dựng kế hoạch phối hợp với phòng IT , khoa lâm sàng , cập nhật thông tin lưu trữ trên phần mềm máy tính để tra cứu sơ đồ vị trí giá kệ lưu trữ	Sơ đồ vị trí của HSBA	☐	☐	
Mức 4	10. Mỗi người bệnh điều trị tại bệnh viện được cung cấp một mã xác định (do bệnh viện hoặc cơ quan quản lý quy định và thống nhất cách đặt mã).		KHTH	HCQT	Triển khai cung cấp mã điều trị cho người bệnh theo hướng dẫn của Bộ Y tế	Không phát hiện nhiều bệnh nhân sử dụng cùng một mã xét nghiệm	☐	☐	
	11. Các thông tin hành chính và tóm tắt nội dung chuyên môn chính của bệnh án được nhập vào phần mềm máy tính để lưu trữ, quản lý.			P.CNT T, CÁC KHOA , PHÒNG G	Triển khai HSBA điện tử lưu trữ thông tin người bệnh và nội dung hồ sơ bệnh án.	Phần mềm BA điện tử	☐	☐	

	12. Các thông tin về bệnh tật trong các lần điều trị trước có thể truy cập nhanh chóng trong các lần điều trị tiếp sau.				P.CNT T VÀ CÁC KHOA	Triển khai HSBA điện tử lưu trữ thông tin người bệnh và nội dung hồ sơ bệnh án	Phần mềm BA điện tử	☐	☐	
	13. Có thể lấy một thông tin của một bệnh án bất kỳ theo: mã bệnh án, tên người bệnh, mã bệnh, ngày nhập/xuất viện (trong phạm vi 2 năm).				P.CNT T VÀ Các khoa phòng	Truy xuất được thông tin của bệnh án bất kỳ trong 2 năm	Phần mềm BA điện tử	☐	☐	
Mức 5	14. Toàn bộ nội dung thông tin bệnh án được lưu trữ trên phần mềm máy tính.		KHTH		P.CNT T	Triển khai HSBA điện tử lưu trữ thông tin người bệnh và nội dung hồ sơ bệnh án	Phần mềm BA điện tử	☐	☐	
	15. Trên hệ thống máy tính, bệnh viện có thể xuất thông tin chi tiết về bệnh án, chẩn đoán và điều trị của người bệnh theo: mã bệnh án, tên người bệnh, ngày nhập/xuất viện trong phạm vi 2 năm.				P.CNT T	Truy xuất được thông tin của bệnh án bất kỳ trong 2 năm	Phần mềm BA điện tử	☐	☐	
	16. Tiến hành đánh giá thực trạng việc				P.CNT T	Đánh giá thực trạng việc quản lý HSBA, những khó	Báo cáo thực trạng quản lý HSBA	☐	☐	

	quản lý hồ sơ bệnh án của bệnh viện và chỉ ra được những khó khăn, nhược điểm cần giải quyết.					khẩn, nhược điểm cần giải quyết				
	17. Áp dụng kết quả đánh giá vào việc cải tiến chất lượng quản lý hồ sơ bệnh án.				P.CNT T	Xây dựng và triển khai các giải pháp quản lý HSBA dựa trên những khó khăn, nhược điểm	Báo cáo thực trạng quản lý HSBA	☐	☐	
C3.1	Quản lý tốt cơ sở dữ liệu và thông tin y tế	4	4	CNTT	QLCL					
Mức 1	1. Không cung cấp được các thông tin cơ bản của hoạt động bệnh viện.			CNTT				☐	☐	
	2. Không có một nhân viên phụ trách quản lý thông tin.							☐	☐	
Mức 2	3. Có phân công nhân viên phụ trách quản lý thông tin bệnh viện.			CNTT		Lưu trữ quyết định phân công viên chức và đề xuất kiện toàn nếu có thay đổi		☐	☐	
	4. Có hệ thống biểu mẫu chuẩn hóa và thống nhất toàn bộ bệnh viện dựa trên hệ thống biểu mẫu ghi chép, hồ sơ bệnh án của Bộ Y tế.					Cập nhật thường xuyên các biểu mẫu theo đúng quy định	in ra 2 hsba kèm 1. Tờ bìa hồ sơ bệnh án; 2. Tờ Điều trị; 3. Phiếu công khai thuốc, vật tư tiêu hao; 4. Phiếu chăm sóc; 5. Phiếu lĩnh thuốc;	☐	☐	

						6. Thống kê 15 ngày sử dụng thuốc/ hóa chất/ VTTH.			
	5. Báo cáo cho các cơ quan quản lý (Bộ Y tế, Cục Quản lý Khám, chữa bệnh; Sở Y tế) đầy đủ các số liệu theo quy định.				Tuân thủ quy định báo cáo số liệu định kỳ	in cuốn báo cáo (11 biểu) (đang làm lại số liệu) và các mail hình ảnh chứng minh có gửi cho syt byt	☐	☐	
	6. Có các hệ thống quản lý bệnh viện trên sổ sách (hoặc phần mềm): quản lý người bệnh, quản lý cận lâm sàng, quản lý dược, quản lý vật tư tiêu hao, quản lý viện phí và thanh toán bảo hiểm y tế; quản lý hạ tầng kỹ thuật và trang thiết bị y tế.					1. QL người bệnh: Sổ Vào viện, ra viện, chuyển viện 2. Cận lâm sàng: Sổ Xét nghiệm 3. Quản lý dược: Sổ Xuất nhập thuốc/ Vật tư tiêu hao hoặc sổ Kiểm nhập thuốc/ Vật tư tiêu hao. 4. Viện phí: Bảng kê thu viện phí hàng ngày (Mẫu 20, 21, 79, 80) 5. Hạ tầng KT & TTB y tế: Sổ sách có liên quan hoặc chỉ cần KT sổ sách quản lý về xử lý nước thải.	☐	☐	
	7. Triển khai áp dụng phần mềm báo cáo thống kê bệnh viện (theo quy định của Bộ Y tế và cơ quan quản lý).					chụp hình và in ra giao diện các biểu mẫu	☐	☐	

Mức 3	8. Hoàn thành đầy đủ việc nhập thông tin, số liệu hoạt động bệnh viện theo quy định của Bộ Y tế định kỳ cuối năm trên hệ thống phần mềm trực tuyến.			CNTT		Nhập số liệu theo đúng thời hạn quy định	chụp hình và in ra giao diện web	☐	☐	
	9. Có hệ thống danh mục thống nhất toàn bệnh viện về giá dịch vụ kỹ thuật y tế theo phân loại của Bộ Y tế cho tất cả các đối tượng người bệnh.					Cập nhật danh mục giá kịp thời khi có thay đổi	Chuẩn bị sẵn 2 bộ hồ sơ (ngoại trú và nội trú) kèm hoá đơn để chứng minh	☐	☐	
	10. Có phần mềm thống kê hoặc phần mềm quản lý bệnh viện có khả năng kết xuất số liệu sang excel hoặc định dạng khác để phân tích số liệu.					Phần mềm báo cáo MQLIPREPORT	thống kê số lượt khám, thời gian chờ, thời gian xn,..bc nhập kho, xuất kho, xuất nhập tồn. Có thể xuất excel và xml	☐	☐	
	11. Sử dụng số liệu và thông tin từ phần mềm chuyên môn nghiệp vụ, giúp cho lãnh đạo quản lý và điều hành.						chụp màn hình cách Phần mềm lấy Báo cáo mô hình bệnh tật, hoạt động chuyên môn,..., các loại báo cáo cơ bản cho cấp lãnh đạo (cụ thể phòng khám, khoa phòng) và xuất biểu đồ - minh chứng thêm năm	☐	☐	

							2021 báo cáo hàng tuần về số liệu BHYT về vượt trần để kiểm soát -> số tiền trần quỹ BHYT phân bổ BV => giải pháp khác phục (cảnh báo số tiền HIS/ Báo cáo theo biểu đồ. Dùng để giám sát và theo dõi hoạt động của bv Số liệu bn khám điều trị theo icd để biết có thay đổi ntn. Báo cáo thu chi. Tổng hợp tình hình người bệnh (nhập xuất viện). Một số báo cáo tổng hợp Báo cáo / Tổng hợp Theo dõi thời gian chờ để can thiệp (QLCL) Xem danh sách bỏ qua phác đồ. Báo cáo số liệu thuốc sử dụng.			
	12. Áp dụng hệ thống mã hóa lâm sàng theo quy định của Bộ Y tế bao gồm mã hóa bệnh tật, tử vong theo “Bảng phân loại thống kê quốc tế về bệnh tật và vấn đề sức khỏe có liên quan” phiên bản lần						In mẫu tường trình kèm icd9 và chụp màn hình danh mục thuốc có mã ATC	☐	☐	

	thứ 10 (ICD 10), “Bảng phân loại quốc tế phẫu thuật, thủ thuật” ICD9 - CM.									
Mức 4	13. Xây dựng bảng danh sách các chỉ số thông tin bệnh viện, bao gồm các chỉ số về tổ chức, hoạt động, chuyên môn và các chỉ số khác (ví dụ số giường bệnh, nhân lực bao gồm bác sỹ, điều dưỡng, số lượt khám bệnh, nội trú...)			CNTT		Xây dựng các bộ chỉ số thông tin bệnh viện trên phần mềm bao gồm chỉ số về tổ chức, hoạt động, chuyên môn trên trang nova.qlcl và các chỉ số khác	Bộ chỉ số tích hợp trên phần mềm quản lý BV	☐	☐	
	14. Có theo dõi, đánh giá các chỉ số theo thời gian năm, quý và so sánh giữa các khoa/phòng, bộ phận.					Xây dựng bộ chỉ số có sự so sánh vẽ bằng biểu đồ theo giới gian, so sánh giữa các khoa/phòng, bộ phận	chụp hình giao diện xuất bộ chỉ số	☐	☐	
	15. Có hệ thống phân tích dữ liệu phục vụ công tác quản trị bệnh viện và công tác hoạt động chuyên môn.						1. Dựa vào thông tin người bệnh, có thể phân tích ra số lượt khám, tgian chờ trung bình tại từng phòng khám, tính ra thời gian dự kiến khám (tgian chờ trung bình x số lượt khám đang chờ). 2. Dựa vào thông tin bệnh nhân, có thể phân tích ra	☐	☐	

						mô hình bệnh tật và vẽ biểu đồ. 3. Dựa vào thông tin bệnh nhân, vô form qlcl xuất dữ liệu để vẽ biểu đồ (thời gian chờ khám, xn, số lượng bn,..) 4. Dựa vào thông tin có sẵn, tính được thời gian khám trung bình, từ đó đưa ra thời gian khám dự kiến cho bệnh nhân đăng ký mới.			
	16. Có sử dụng các thông tin từ hệ thống công nghệ thông tin vào việc giám sát, nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh.					dựa vào thông tin bệnh nhân, tính ra tgian chờ trung bình => thời gian dự kiến khám bệnh. 2. Có thể thống kê số liệu bỏ qua phác đồ, đưa ra hướng xử lý. 3. sử dụng thông tin từ báo cáo thuốc sử dụng, báo cáo hoạt động xét nghiệm để đưa ra ràng buộc phác đồ, trần đối với mỗi phòng khám để tránh lạm dụng thuốc và để tránh vượt trần.	☐	☐	
	17. Xây dựng các công cụ (như bảng kiểm, phần mềm tự động...) và phương pháp để tiến hành				xây dựng bảng kiểm dựa trên bộ chỉ số định kỳ	Sử dụng bảng báo cáo giám sát số liệu định kỳ (nhưng phải thể hiện được thông qua bảng kế hoạch kiểm tra, đánh giá (tương tự	☐	☐	

	giám sát chất lượng số liệu theo định kỳ (hoặc đột xuất), bảo đảm độ tin cậy, trung thực của dữ liệu và giám sát chất lượng số liệu thường xuyên.						ISO) và được thông qua bởi hội đồng chuyên môn của BV).			
Mức 5	18. Dữ liệu thông tin của bệnh viện được phân tích theo thời gian (một giai đoạn hoặc tại một thời điểm bất kỳ) và đưa ra kết quả dưới dạng bảng, hình vẽ, biểu đồ hoặc các dạng hình ảnh khác nhằm phục vụ cho công tác thống kê, dự báo và quản lý hoạt động bệnh viện.			CNTT		xuất biểu đồ các chỉ số	In chỗ xuất ra biểu đồ (mô hình bệnh tật). Sử dụng thêm cuốn kế hoạch bệnh viện 2020 để minh họa là số liệu lấy từ hệ thống để xây dựng kế hoạch hoạt động	☐	☐	
	19. Triển khai hệ thống thông tin cải thiện chất lượng bệnh viện: có đầy đủ các thông tin, dữ liệu về thời gian chờ đợi của người bệnh, thời gian cấp phát thuốc cho người bệnh, thời gian					xây dựng thời gian chờ các khâu	Có đủ thời gian chờ đợi của người bệnh, có thể xuất biểu đồ luôn. Chụp hình chức năng xuất trực tiếp một số chỉ số bệnh viện	☐	☐	

	trả kết quả xét nghiệm...									
	20. Có thể kết xuất các thông tin phục vụ báo cáo, nghiên cứu... trực tiếp từ phần mềm như mô hình bệnh tật khi nhập, xuất viện, cơ cấu tài chính, thuốc, vật tư... theo năm, quý, tháng, tuần, ngày.					Xây dựng tính năng kết xuất mô hình cơ cấu tài chính, thuốc, vật tư, ...	Chụp hình chức năng	☐	☐	
	21. Có nghiên cứu hoặc đánh giá về thực trạng quản lý thông tin bệnh viện, và chỉ ra được những khó khăn, nhược điểm cần giải quyết.						Làm đề tài nghiên cứu, đánh giá về thực trạng quản lý thông tin tại bệnh viện	☐	☐	
	22. Áp dụng kết quả đánh giá vào việc cải tiến chất lượng quản lý thông tin.							☐	☐	
C3.2	Thực hiện các giải pháp ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý và hoạt động chuyên môn	4	4	CNTT	QLCL					

Mức 1	1. Máy tính trong bệnh viện không kết nối được với mạng internet.			CNTT				☐	☐	
Mức 2	2. Có cán bộ CNTT trình độ từ trung cấp trở lên.			CNTT			QĐ phân công nhiệm vụ, bảng mô tả công việc, bảng cấp...	☐	☐	
	3. Bệnh viện có máy tính kết nối mạng internet, cho phép nhân viên có khả năng truy cập mạng internet.					Xử lý các vấn đề liên quan đến mạng internet, đảm bảo mạng hoạt động ổn định		☐	☐	
	4. Triển khai ít nhất hai phân hệ phần mềm quản lý nghiệp vụ và chuyên môn.						chụp hình giao diện HIS, PHIS, BIS,	☐	☐	
Mức 3	5. Có phòng/tổ CNTT hoặc có cán bộ chuyên trách phụ trách CNTT có trình độ từ cao đẳng hoặc đại học về CNTT trở lên.			CNTT			in quyết định thành lập phòng, danh sách nhân viên P. CNTT	☐	☐	
	6. Xây dựng hệ thống máy tính nối mạng nội bộ và ứng dụng phần mềm quản lý						Hồ sơ, sơ đồ mạng máy tính. Tài liệu hướng dẫn phần mềm.	☐	☐	

	chuyên môn trên mạng nội bộ.									
	7. Áp dụng các phần mềm quản lý chuyên môn, hoạt động tại các khoa/phòng.					Kiểm tra thực tế máy tính tại khoa	☐	☐		
	8. Có các phân hệ phần mềm sau: a. Quản lý số liệu thống kê bệnh viện; b. Quản lý người bệnh nội, ngoại trú; c. Kê đơn điện tử cho người bệnh ngoại trú; d. Quản lý viện phí, thanh toán bảo hiểm y tế; e. Quản lý xuất, nhập thuốc.					chụp hình giao diện Quản lý số liệu thống kê bệnh viện; Quản lý người bệnh nội, ngoại trú; Kê đơn điện tử cho người bệnh ngoại trú; Quản lý viện phí, thanh toán bảo hiểm y tế; Quản lý xuất, nhập thuốc.	☐	☐		
Mức 4	9. Có cán bộ chuyên trách phụ trách CNTT có trình độ đại học đúng chuyên ngành trở lên.			CNTT			☐	☐		
	10. Bệnh viện có các phân hệ phần mềm sau:						☐	☐		

a. Quản lý người bệnh nội, ngoại trú; b. Kê đơn điện tử cho người bệnh nội trú; c. Quản lý kê đơn thuốc; d. Quản lý xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh; e. Quản lý tài chính - kế toán; f. Quản lý nhân sự; g. Quản lý hạ tầng kỹ thuật và trang thiết bị bệnh viện;									
	h. Quản lý Đào tạo, Chỉ đạo tuyến, Nghiên cứu khoa học;						☐	☐	
	i. Quản lý hạ tầng kỹ thuật và trang thiết bị bệnh viện.						☐	☐	
	11. Có phần mềm kết nối các máy y tế (số hóa nối mạng từ máy y tế đến bác sĩ, điều dưỡng) như máy chẩn đoán hình ảnh				chưa có thiết bị có thể kết nối và thông trực tiếp từ thiết bị tới hệ thống nội bộ (máy SPO2)	- Hướng dẫn kiểm tra thực tế tại các khoa CLS tương ứng. - Hướng dẫn Đoàn kiểm tra các máy tính của y bác sĩ có truy xuất được dữ liệu	☐	☐	

(MRI, CT-scanner, CT-conbeam, Pet-CT); siêu âm, máy xét nghiệm hóa sinh, huyết học, miễn dịch, dị ứng, máy đọc kháng sinh đồ; máy thăm dò chức năng: nội soi các loại, điện tim, điện não, lưu huyết não.						được tạo ra từ các máy y tế. (Chỉ cần phần mềm theo thiết bị là được). chụp hình xem kết quả xn trực tiếp tại pk. Máy xq thì không kết nối được do máy cũ. Còn Mri hoặc CT thì được			
12. Toàn bộ các khoa/phòng đều được nối mạng nội bộ và sử dụng thống nhất một phần mềm duy nhất (hoặc nếu sử dụng nhiều phần mềm cần có phương thức trao đổi dữ liệu tự động kết nối giữa các phần mềm server inter-change và giao thức HL-7).						hợp đồng PACS và đề án thí điểm. Lấy nội dung HL7 trong đề án triển khai và minh chứng khi chỉ định dưới máy sinh ảnh sẽ thấy thông tin bệnh nhân (thông tin hành chính)	☐	☐	
13. Đồng bộ hóa toàn bộ dữ liệu của các khoa/phòng và máy móc, trang thiết bị y tế.						các máy xn tự động trả về hệ thống. Chụp hình MQLAB và dẫn xuống phòng xn	☐	☐	
14. Phần mềm CNTT có thể kết xuất các						- Minh chứng theo mục C3.1 tiêu mục 13-17	☐	☐	

	chỉ số một cách trực tiếp.									
	15. Tiến hành rà soát theo định kỳ (hoặc nghiên cứu, đánh giá) về phần mềm và việc ứng dụng CNTT, có phát hiện các lỗi, vướng mắc cần khắc phục.				làm định kỳ hàng quý	báo cáo sự cố trên cổng thông tin, có file excel báo cáo sự cố. Có file báo cáo rà soát	☐	☐		
Mức 5	16. Có thiết kế phần mềm phân tích thông tin theo thời gian (một giai đoạn hoặc tại một thời điểm bất kỳ) và tự động đưa ra kết quả dưới dạng bảng, hình vẽ, biểu đồ hoặc các dạng hình ảnh khác.		CNTT			Chụp hình mục xuất biểu đồ	☐	☐		
	17. Quản lý toàn bộ các hoạt động chuyên môn hồ sơ, bệnh án bằng công nghệ thông tin.					Đề án Bệnh án điện tử	☐	☐		
	18. Áp dụng y bạ điện tử cho người đến khám bệnh.					Hướng dẫn Đoàn truy xuất ngẫu nhiên y bạ điện tử (sổ khám bệnh đã số hóa) để kiểm tra .	☐	☐		

19. Có áp dụng bệnh án nội trú điện tử tại một số khoa lâm sàng.						Hướng dẫn Đoàn kiểm tra bệnh án điện tử in ra có đúng như mẫu bệnh án của BHYT Kiểm tra sử dụng chữ ký số trên bệnh án điện tử đề án Bệnh án điện tử	☐	☐	
20. Quản lý toàn bộ hoạt động bệnh viện bằng CNTT.						sử dụng công thông tin điều hành được không? Có đề án hoặc bv có ban hành gì ko?	☐	☐	
21. Có sử dụng chứng thực điện tử trong các hồ sơ, bệnh án, chỉ định, xét nghiệm, đơn thuốc biên lai... (chữ ký điện tử/vân tay/mã số... có thể được truy cứu và chịu trách nhiệm về mặt pháp lý).					Cần có quyết định của bệnh viện cho phép sử dụng chữ ký scan của bác sĩ có hiệu lực như chữ ký sống trên toa thuốc, phiếu chỉ định cls, phiếu kết quả,...	đề án chữ ký số	☐	☐	
22. Áp dụng kết quả rà soát (hoặc nghiên cứu, đánh giá) vào việc cập nhật, chỉnh sửa phần mềm và cải tiến chất lượng hoạt động của hệ thống CNTT.					làm định kỳ hàng quý	báo cáo rà soát cải thiện	☐	☐	

C4.1	Thiết lập và hoàn thiện hệ thống kiểm soát nhiễm khuẩn	5	5	KSNK						
Mức 1	1. Không có khoa hoặc tổ kiểm soát nhiễm khuẩn.			KSNK		Thành lập khoa KSNK	Quyết định thành lập khoa KSNK	☐	☐	
	2. Không có người làm công tác kiểm soát nhiễm khuẩn (kể cả kiêm nhiệm).					Có nhân sự làm việc tại khoa KSNK	Đề án vị trí việc làm khoa KSNK năm 2021. Mô tả công việc	☐	☐	
Mức 2	3. Đã thành lập hội đồng kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện.			KSNK	TCCB	Thành lập HĐ KSNK	Quyết định về việc kiện toàn Hội đồng KSNK BV năm 2021	☐	☐	
	4. Đã thành lập khoa hoặc tổ kiểm soát nhiễm khuẩn.					Thành lập khoa KSNK	Quyết định thành lập khoa KSNK	☐	☐	
	5. Đã thành lập mạng lưới kiểm soát nhiễm khuẩn.				TCCB	Thành lập mạng lưới KSNK	Quyết định kiện toàn mạng lưới Kiểm soát nhiễm khuẩn năm 2021	☐	☐	
Mức 3	6. Có nhân viên chuyên trách cho công tác kiểm soát nhiễm khuẩn.			KSNK	TCCB	Phân công nhân viên chuyên trách phụ trách KSNK	Quyết định về việc kiện toàn tổ GS NKBV năm 2021. Phân công nhiệm vụ thành viên tổ GS	☐	☐	
	7. Đã xác định cơ cấu, số lượng, vị trí việc làm của nhân viên phòng/tổ kiểm soát nhiễm khuẩn dựa trên quy mô				TCCB	Xây dựng đề án vị trí việc làm khoa KSNK	Đề án vị trí việc làm khoa KSNK năm 2021. Mô tả công việc	☐	☐	

	hoạt động và hạng bệnh viện.								
	8. Đã xây dựng quy chế hoạt động của hội đồng kiểm soát nhiễm khuẩn.				Xây dựng quy chế hoạt động của Hội đồng KSNK	Quy chế hoạt động của Hội đồng KSNK.	☐	☐	
	9. Hội đồng KSNK phân công nhiệm vụ rõ ràng cho các thành viên.				phân công nhiệm vụ các thành viên HĐ KSNK	Bảng phân công nhiệm vụ của từng thành viên trong HĐ KSNK.	☐	☐	
	10. Hội đồng kiểm soát nhiễm khuẩn hoạt động thường xuyên theo kế hoạch, họp ít nhất 3 tháng 1 lần hoặc khi cần thiết.				Tiến hành họp HĐ KSNK hàng quý, có ghi nhận lại biên bản	Kế hoạch, báo cáo hoạt động Hội đồng KSNK Biên bản họp của HĐ KSNK hàng Quý.	☐	☐	
	11. Đã bổ nhiệm điều dưỡng trưởng khoa (hoặc tổ) kiểm soát nhiễm khuẩn.			TCCB	Bổ nhiệm điều dưỡng trưởng khoa KSNK	Quyết định bổ nhiệm điều dưỡng trưởng khoa	☐	☐	
	12. Lãnh đạo khoa/tổ KSNK có trình độ cử nhân đại học trở lên thuộc chuyên ngành y, dược, sinh học, vi sinh, điều dưỡng (hoặc có liên quan).			TCCB	Bảng cấp trưởng khoa	Bản sao văn bằng tốt nghiệp	☐	☐	
Mức 4	13. Đã thành lập khoa kiểm soát nhiễm khuẩn.		KSNK		Thành lập khoa KSNK	Quyết định về việc thành lập khoa	☐	☐	

14. Khoa KSNK đã tuyển dụng đầy đủ nhân lực chuyên trách theo đề án vị trí việc làm và phù hợp với quy mô, tính chất chuyên môn của bệnh viện.				TCCB	Xây dựng đề án vị trí việc làm khoa KSNK	Đề án vị trí việc làm khoa KSNK	☐	☐	
15. Hội đồng kiểm soát nhiễm khuẩn đã xây dựng và ban hành các văn bản, hướng dẫn, quy định KSNK cho các khoa/phòng của bệnh viện.				TCCB	xây dựng quy trình KSNK xây dựng hướng dẫn phòng ngừa NKBV	Quy trình KSNK. Hướng dẫn phòng ngừa KSNK.	☐	☐	
16. Trưởng khoa kiểm soát nhiễm khuẩn có trình độ đại học trở lên thuộc chuyên ngành y, dược, sinh học, vi sinh, điều dưỡng.				TCCB		Bằng tốt nghiệp đại học trưởng khoa	☐	☐	
17. Trưởng khoa kiểm soát nhiễm khuẩn được đào tạo về kiểm soát nhiễm khuẩn (có chứng chỉ khóa học với thời gian đào tạo tối thiểu 3 tháng) hoặc bằng sau đại học có				TCCB, CĐT VÀ ĐT		Chứng nhận đào tạo KSNK của trưởng khoa	☐	☐	

	chuyên ngành liên quan tới KSNK.									
	18. Trưởng khoa kiểm soát nhiễm khuẩn và điều dưỡng trưởng là nhân viên chuyên trách về kiểm soát nhiễm khuẩn (làm việc 100% thời gian tại khoa).					Bảng mô tả công việc, bảng chấm công của khoa	☐	☐		
Mức 5	19. Trưởng khoa kiểm soát nhiễm khuẩn có trình độ sau đại học đúng chuyên ngành liên quan tới kiểm soát nhiễm khuẩn (hoặc có luận văn/đề tài về KSNK hoặc liên quan).		KSNK	TCCB, CĐT VÀ ĐT		Đề tài nghiên cứu khoa học về KSNK Bảng tốt nghiệp sau đại học	☐	☐		
	20. Có quy hoạch trưởng khoa kiểm soát nhiễm khuẩn và có kế hoạch đào tạo nguồn nhân lực kiểm soát nhiễm khuẩn.			TCCB, CĐT VÀ ĐT	Xây dựng kế hoạch đào tạo nguồn nhân lực KSNK	Quy hoạch trưởng khoa KSNK KH đào tạo nguồn nhân lực KSNK	☐	☐		
	21. Các thành viên hội đồng, mạng lưới được tập huấn về KSNK và có chứng			CĐT VÀ ĐT	Xây dựng Kh và tiến hành tập huấn về KSNK	KH đào tạo liên tục cho thành viên hội đồng, mạng lưới KSNK và cấp chứng chỉ	☐	☐		

	chỉ chiếm từ 50% trở lên.									
C4.2	Xây dựng và hướng dẫn nhân viên y tế thực hiện các quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện	3	4	KSNK						
Mức 1	1. Chưa xây dựng các hướng dẫn cụ thể về kiểm soát nhiễm khuẩn sử dụng trong bệnh viện.			KSNK		Xây dựng quy trình KSNK	Ban hành Quy trình KSNK	☐	☐	
Mức 2	2. Bệnh viện đã xây dựng và ban hành một số quy trình cơ bản liên quan đến kiểm soát nhiễm khuẩn, tối thiểu bao gồm:			KSNK		Quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn	Xây dựng ban hành các hướng dẫn phòng ngừa KSNK căn cứ theo quyết định 3671 và 3916 của Bộ Y Tế	☐	☐	
	a. Khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ					Quy trình khử khuẩn tiệt khuẩn dụng cụ. Các khoa có đầy đủ, đúng quy định khu vực xử lý dụng cụ ban đầu, PK Tai mũi họng có khu vực xử lý dụng cụ riêng.	Quy trình khử khuẩn tiệt khuẩn dụng cụ			
	b. Xử lý đồ vải					Quy trình bảo quản thu gom và xử lý đồ vải	Quy trình bảo quản thu gom và xử lý đồ vải			
	c. Xử lý chất thải					Quy trình quản lý chất thải.	Quy trình quản lý chất thải.			

Mức 3	3. Các nhân viên của khoa/tổ kiểm soát nhiễm khuẩn được tham gia các lớp đào tạo về kiểm soát nhiễm khuẩn.			KSNK	CĐT VÀ ĐT		KH về việc đào tạo liên tục KSNK cho NVYT. Chứng nhận đào tạo liên tục về KSNK của nhân viên trong khoa.	☐	☐	
	4. Các thành viên của mạng lưới được tham gia huấn luyện cập nhật chuyên môn về kiểm soát nhiễm khuẩn.				CĐT VÀ ĐT	Tổ chức đào tạo về KSNK cho nhân viên YT	Danh sách kí tên tham gia đào tạo. Chứng nhận đào tạo liên tục Mạng lưới KSNK.	☐	☐	
	5. Bệnh viện xây dựng, phê duyệt và ban hành các hướng dẫn về phòng ngừa chuẩn (sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân, vệ sinh hô hấp và vệ sinh khi ho, sắp xếp người bệnh, tiêm an toàn và phòng ngừa tổn thương do vật sắc nhọn, vệ sinh môi trường, xử lý dụng cụ, xử lý đồ vải, xử lý chất thải).					Xây dựng hướng dẫn phòng ngừa KSNK	Xây dựng ban hành các hướng dẫn phòng ngừa KSNK căn cứ theo quyết định 3671 và 3916 của Bộ Y Tế	☐	☐	
	6. Bệnh viện có quy trình xử lý các trường hợp rủi ro, phơi nhiễm với các					Xây dựng quy trình xử lý sau phơi nhiễm nghề nghiệp	Quy trình xử lý sau phơi nhiễm nghề nghiệp	☐	☐	

	bệnh nguy hiểm hoặc có nguy cơ nhiễm khuẩn cao (tổn thương do vật sắc nhọn, niêm mạc/da tổn thương tiếp xúc với dịch cơ thể...).									
Mức 4	7. Có hệ thống khử khuẩn/tiệt khuẩn tập trung.		KSNK		Thành lập đơn vị tiệt khuẩn trung tâm	Quyết định thành lập đơn vị tiệt khuẩn trung tâm Hình ảnh	☐	☐		
	8. Toàn bộ nhân viên mạng lưới kiểm soát nhiễm khuẩn được tập huấn/đào tạo về các quy trình kỹ thuật chuyên môn kiểm soát nhiễm khuẩn, sử dụng đúng và thành thạo các phương tiện phòng hộ cá nhân.			CĐT VÀ ĐT	Tiến hành đào tạo về hướng dẫn sử dụng dụng cụ PHCN	KH đào tạo trong đó có hướng dẫn sử dụng phương tiện PHCN. Danh sách kí tên	☐	☐		
	9. Có tiến hành theo dõi, giám sát việc thực hiện các quy trình và hướng dẫn phòng ngừa kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện.				Tiến hành heo dõi, giám sát việc thực hiện các quy trình và hướng dẫn phòng ngừa kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện.	KH giám sát tuân thủ phòng ngừa KSNK. Phiếu giám sát, Báo cáo kết quả giám sát.	☐	☐		
Mức 5	10. Bệnh viện huấn luyện, đào tạo, tham gia đào tạo, tập huấn		KSNK	CĐT VÀ ĐT	Tiến hành đào tạo, tham gia đào tạo, tập huấn cho nhân viên trong bệnh	KH tập huấn cho nhân viên trong BV về KSNK.	☐	☐		

	cho nhân viên trong bệnh viện/bệnh viện khác về kiểm soát nhiễm khuẩn.					viện/bệnh viện khác về kiểm soát nhiễm khuẩn.	Danh sách kí tên tập huấn. Bài giảng.			
	11. Có tiến hành nghiên cứu, đánh giá hoặc giám sát việc thực hiện các quy trình và hướng dẫn phòng ngừa kiểm soát nhiễm khuẩn.				CĐT VÀ ĐT	Tiến hành nghiên cứu, đánh giá hoặc giám sát việc thực hiện các quy trình và hướng dẫn phòng ngừa kiểm soát nhiễm khuẩn.	KH giám sát tuân thủ phòng ngừa KSNK. Phiếu giám sát, Báo cáo kết quả giám sát.	☐	☐	
	12. Có bản báo cáo kết quả (nghiên cứu, đánh giá hoặc giám sát) việc thực hiện các quy trình và hướng dẫn phòng ngừa kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện, trong đó có phân tích và nêu rõ quy trình nào được tuân thủ tốt và quy trình không được tuân thủ tốt.					Báo cáo kết quả (nghiên cứu, đánh giá hoặc giám sát) việc thực hiện các quy trình và hướng dẫn phòng ngừa kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện, trong đó có phân tích và nêu rõ quy trình nào được tuân thủ tốt và quy trình không được tuân thủ tốt.	Báo cáo kết quả giám sát tuân thủ phòng ngừa kiểm soát nhiễm khuẩn của NVYT tháng, quý I, II, III, IV. Có phân tích quy trình tuân thủ tốt, quy trình không tốt.	☐	☐	
	13. Áp dụng kết quả nghiên cứu, đánh giá hoặc giám sát vào việc cải tiến chất lượng thực hiện các quy trình và hướng dẫn phòng ngừa					Sử dụng kết quả nghiên cứu vào cải tiến quy trình và hướng dẫn phòng ngừa KSNK trong BV	Báo cáo kết quả giám sát, phân tích quy trình nào chưa tốt KH cải tiến chất lượng thực hiện quy trình	☐	☐	

	kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện.									
C4.3	Triển khai chương trình và giám sát tuân thủ rửa tay	5	5	KSNK						
Mức 1	1. Chưa xây dựng chương trình vệ sinh tay.			KSNK		Có chương trình vệ sinh tay	Xây dựng chương trình vệ sinh tay	☐	☐	
	2. Không có hệ thống nước máy.					Có hợp đồng với công ty cung cấp nước	Hợp đồng cung cấp nước sạch cho toàn bệnh viện	☐	☐	
Mức 2	3. Đã xây dựng chương trình rửa tay (dựa trên văn bản của lãnh đạo bệnh viện hoặc kế hoạch hoạt động...).			KSNK		Xây dựng chương trình vệ sinh tay	Xây dựng chương trình vệ sinh tay	☐	☐	
	4. Đã tổ chức lớp hướng dẫn/tập huấn về vệ sinh tay cho nhân viên y tế.				CDT VÀ ĐT	Xây dựng KH tập huấn cho nhân viên trong bệnh viện về chuyên môn KSNK - Chuẩn bị tài liệu hướng dẫn rõ ràng, bài giảng sinh động.	KH tập huấn cho nhân viên trong BV về chuyên môn KSNK (trong đó có bài về Vệ sinh tay) Tài liệu tập huấn Danh sách nhân viên tham gia Hình ảnh	☐	☐	
	5. Có hệ thống cung cấp nước sạch cho toàn bệnh viện.				HCQT	Kí hợp đồng với công ty cung cấp nước	Hợp đồng cung cấp nước sạch cho toàn bệnh viện	☐	☐	
	6. Bệnh viện đã triển khai thực hiện			KSNK	HCQT	Xây dựng KH tập huấn cho nhân viên trong bệnh viện	Hình ảnh phát động chiến dịch vệ sinh tay	☐	☐	

Mức 3	chương trình vệ sinh tay.					về chuyên môn KSNK - Chuẩn bị tài liệu hướng dẫn rõ ràng, bài giảng sinh động.	Danh sách tham gia KH phát động chiến dịch vệ sinh tay			
	7. Thiết lập hệ thống bồn vệ sinh tay đầy đủ cho nhân viên y tế tại các khoa/phòng/buồng có thực hiện các kỹ thuật, thủ thuật.				HCQT, VTTT BYT	Đảm bảo tại mỗi khoa/phòng có thực hiện các kỹ thuật, thủ thuật đều có bồn vệ sinh tay, xà phòng. - Tổ KTGS đi kiểm tra, đề xuất sửa chữa kịp thời nếu bị hư hỏng	Bảng thống kê số lượng bồn vệ sinh tay cho nhân viên y tế dựa trên số lượng khoa/phòng/buồng có thực hiện các kỹ thuật, thủ thuật	☐	☐	
	8. Nước rửa tay tại buồng có thực hiện các kỹ thuật, thủ thuật bảo đảm vô khuẩn được xử lý qua hệ thống máy lọc nước hoặc bầu lọc nước (thay định kỳ).				VTTT BYT	Hệ thống máy lọc nước/bầu lọc nước được kiểm tra và thay định kì. - Khoa KSNK có tiến hành xét nghiệm nước đảm bảo các chỉ số nước an toàn	Hình ảnh hệ thống máy lọc nước Đề xuất thay bầu lọc nước	☐	☐	
	9. Có các hướng dẫn vệ sinh tay tại các bồn rửa tay.				QLCL	Lắp đặt hệ thống bảng rửa tay thường qui và 5 thời điểm rửa tay tại các bồn rửa tay và các vị trí đặt dung dịch sát khuẩn	Hình ảnh bảng 6 bước rửa tay thường qui và 5 thời điểm rửa tay tại các bồn rửa tay	☐	☐	
	10. Sẵn có dung dịch sát khuẩn tay nhanh tại các bàn/buồng tiêm và buồng thực hiện các kỹ thuật, thủ thuật.				VTTT BYT	Khoa KSNK cung cấp đầy đủ theo nhu cầu sử dụng. Các phòng/khoa trang bị và cập nhật đầy đủ hóa chất và phương tiện vệ sinh tay	Phiếu đề xuất dung dịch sát khuẩn tay nhanh. Hình ảnh kèm theo	☐	☐	

	11. Đã xây dựng các công cụ (câu hỏi, bảng kiểm...) đánh giá việc tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế.				Bồn rửa tay được lắp đặt đầy đủ trong NVS - Kiểm tra hàng ngày, đề xuất sửa chữa nếu hư hỏng	Bảng thống kê số lượng bồn vệ sinh tay	☐	☐	
Mức 4	12. Có hệ thống bồn rửa tay cho nhân viên, người bệnh, người nhà người bệnh và khách đến thăm tại tất cả các khoa/phòng trong bệnh viện.		KSNK	HCQT, VTTT BYT	Tiến hành kiểm tra, đề xuất sửa chữa nếu hư hỏng	Hình ảnh	☐	☐	
	13. Các vòi nước rửa tay dành cho nhân viên y tế tại các buồng thực hiện phẫu thuật, thủ thuật được thiết kế điều khiển bằng chân hoặc tự động (tay rửa xong không tiếp xúc với vòi nước để khóa).			HCQT, VTTT BYT	Cung cấp dung dịch sát khuẩn tay nhanh ở các vị trí hành lang/phòng bệnh... - Khoa KSNK có tiến hành kiểm tra và bổ sung dung dịch sát khuẩn nếu hết.	Hình ảnh	☐	☐	
	14. Sẵn có dung dịch sát khuẩn tay nhanh tại các vị trí (hành lang, trước cửa phòng/buồng...) có nhiều người tiếp xúc				Xây dựng KH và tiến hành tổ chức hướng ứng phong trào vệ sinh tay	Hình ảnh	☐	☐	

	chung với vật dụng (tay nắm cửa...).									
	15. Phát động phong trào vệ sinh tay và duy trì phong trào thường xuyên.					Phối hợp và hỗ trợ khoa KSNK để phát động vệ sinh tay theo kế hoạch ban hành	KH phát động phong trào "Bảo vệ sự sống - Hãy vệ sinh tay" năm 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020 Hình ảnh kèm theo	☐	☐	
	16. Có triển khai đánh giá giám sát tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế dựa trên các công cụ đã được xây dựng của bệnh viện.					Tiến hành khảo sát đánh giá tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế trong bệnh viện. - Làm báo cáo kết quả và công khai cho các tất cả các khoa/phòng trong bệnh viện	Nghiên cứu Đăng ký đề tài nghiên cứu khoa học Giấy chứng nhận đề tài NCKH Bảng tóm tắt kết quả	☐	☐	
	17. Có nghiên cứu (hoặc khảo sát, đánh giá) việc thực hiện vệ sinh tay của nhân viên các khoa/phòng trong bệnh viện.					- Đề xuất các giải pháp nhằm duy trì và tăng tỉ lệ tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên	Gửi nội dung báo cáo kết quả qua email của khoa phòng	☐	☐	
Mức 5	18. Công bố kết quả khảo sát, đánh giá về việc thực hiện vệ sinh tay của nhân viên các khoa/phòng trong bệnh viện và đề xuất giải pháp can thiệp.			KSNK		Đề xuất các biện pháp can thiệp tăng cường tuân thủ vệ sinh tay - Lập kế hoạch triển khai - Làm báo cáo kết quả thực hiện	KH triển khai các biện pháp can thiệp tăng cường tuân thủ rửa tay. Báo cáo	☐	☐	

	19. Tiến hành biện pháp can thiệp tăng cường tuân thủ vệ sinh tay.					Tiến hành khảo sát và làm báo cáo, có sự so sánh qua từng thời kì	BC về việc tuân thủ vệ sinh tay NVYT tăng dần qua các quý, các năm.	☐	☐	
	20. Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế trong bệnh viện có xu hướng tăng dần theo thời gian (hoặc giữ ổn định ở mức cao trên 95%).					Tiến hành khảo sát và làm báo cáo, có sự so sánh qua từng thời kì	BC về việc tuân thủ vệ sinh tay NVYT tăng dần qua các quý, các năm.	☐	☐	
	21. Tiến hành nuôi cấy vi khuẩn trong nước tại một số vị trí trọng điểm như vòi nước ở buồng thực hiện phẫu thuật, thủ thuật, cận lâm sàng; vòi nước uống trực tiếp từ các máy lọc nước (và các vị trí khác nếu có điều kiện thực hiện).				HCQT, VTTT, BHYT, KHOA VI SINH	Khoa tiến hành nuôi cấy vi khuẩn trong nước - Làm báo cáo kết quả - Đề xuất giải pháp cải thiện nguồn nước nếu cần	Kế hoạch cấy vi sinh. Báo cáo phản hồi kết quả nuôi cấy vi sinh	☐	☐	
C4.4	Đánh giá, giám sát và triển khai kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện	5	5	KSNK						
Mức 1	1. Không có nhân viên đầu mỗi chịu trách nhiệm giám sát			KSNK		Có nhân viên chịu trách nhiệm chuyên trách giám sát	Quyết định về việc kiện toàn tổ giám sát nhiễm	☐	☐	

	việc triển khai kiểm soát nhiễm khuẩn (KSNK).					khuẩn bệnh viện Bảng phân công nhiệm vụ				
Mức 2	2. Bệnh viện có phân công nhân viên giám sát kiểm soát nhiễm khuẩn.			KSNK		Phân công nhân viên giám sát KSNK bệnh viện	Quyết định về việc kiện toàn tổ giám sát nhiễm khuẩn bệnh viện Bảng phân công nhiệm vụ	☐	☐	
	3. Đã xây dựng chương trình giám sát KSNK trên phạm vi bệnh viện; trong đó có đề cập nội dung cụ thể giám sát khoa trọng điểm, người trọng điểm...					Xây dựng chương trình giám sát KSNK trên phạm vi bệnh viện; trong đó có đề cập nội dung cụ thể giám sát khoa trọng điểm, người trọng điểm...	KH giám sát tuân thủ phòng ngừa kiểm soát nhiễm khuẩn của NVYT Quý I,II,III,IV KH giám sát khoa trọng điểm năm	☐	☐	
Mức 3	4. Đã xây dựng các công cụ (câu hỏi, bảng kiểm...) đánh giá việc tuân thủ của nhân viên y tế về KSNK huyết, tuân thủ phòng ngừa viêm phổi bệnh viện...			KSNK		Xây dựng các công cụ (câu hỏi, bảng kiểm...) đánh giá việc tuân thủ của nhân viên y tế về KSNK huyết, tuân thủ phòng ngừa viêm phổi bệnh viện...	Bảng kiểm giám sát tuân thủ của NVYT. Bảng kiểm giám sát tuân thủ các quy trình chuyên môn về công tác KSNK như: nhiễm khuẩn huyết, VPBV, NKVM...	☐	☐	
	5. Có thực hiện giám sát khoa trọng điểm, nhóm người bệnh trọng điểm/các đối tượng có nguy cơ nhiễm khuẩn cao nhưng người bệnh thở					Có thực hiện giám sát khoa trọng điểm, nhóm người bệnh trọng điểm/các đối tượng có nguy cơ nhiễm khuẩn cao nhưng người bệnh thở máy; người bệnh	KH giám sát khoa trọng điểm Phiếu giám sát, Báo cáo giám sát Hình ảnh kèm theo	☐	☐	

	máy; người bệnh phẫu thuật; người bệnh suy giảm miễn dịch; người bệnh làm các thủ thuật/can thiệp như thông tiểu, đặt catheter, đặt đường truyền tĩnh mạch trung tâm, đặt kim luồn tĩnh mạch ngoại vi v.v.				phẫu thuật; người bệnh suy giảm miễn dịch; ...				
	6. Có thực hiện các biện pháp phòng ngừa chủ động theo đường lây (không khí, giọt bắn, tiếp xúc, đường tiêu hóa...).				Tiến hành phòng ngừa chủ động: phan tước khử khuẩn các khoa phòng...	Hàng tuần đi phun các khoa, lịch phun các khoa Phiếu theo dõi phun thuốc khử khuẩn không khí phòng đột xuất và định kỳ. Tuyên truyền các hướng dẫn vệ sinh hô hấp khi ho, mang khẩu trang, vệ sinh tay theo 5 thời điểm... Hình ảnh kèm theo	☐	☐	
	7. Có thực hiện các biện pháp phòng ngừa làm giảm lây nhiễm cho người bệnh và nhân viên y tế (như rửa tay, mang găng, mang phương tiện phòng hộ, xử lý dụng cụ, tiêu an toàn...).				Thực hiện các biện pháp phòng ngừa làm giảm lây nhiễm cho người bệnh và nhân viên y tế (như rửa tay, mang găng, mang phương tiện phòng hộ, xử lý dụng cụ, tiêu an toàn...).	Quan sát thực tế có thực hiện các biện pháp phòng ngừa giảm lây nhiễm cho người bệnh và NVYT	☐	☐	

	8. Có thực hiện phòng ngừa chủ động cho nhân viên y tế (như tiêm phòng cho nhân viên có nguy cơ cao, phòng chống một số bệnh dịch theo mùa hoặc theo mô hình bệnh tật của bệnh viện...).				Chủ động tiêm ngừa viêm gan B cho nhân viên	Danh sách nhân viên BV được chích ngừa viêm gan B	☐	☐	
Mức 4	9. Tiến hành theo dõi tình hình vi khuẩn kháng thuốc và báo cáo theo quy định.		KSNK		Tiến hành theo dõi tình hình vi khuẩn kháng thuốc trong bệnh viện	Báo cáo kết quả theo dõi tình hình vi khuẩn kháng thuốc tại bệnh viện (Khoa vi sinh)	☐	☐	
	10. Có triển khai đánh giá, giám sát tỷ lệ tuân thủ của nhân viên y tế về kiểm soát nhiễm khuẩn dựa trên các công cụ đã được xây dựng của bệnh viện.				triển khai đánh giá, giám sát tỷ lệ tuân thủ của nhân viên y tế về kiểm soát nhiễm khuẩn dựa trên các công cụ đã được xây dựng của bệnh viện.	KH giám sát tuân thủ phòng ngừa kiểm soát nhiễm khuẩn của NVYT Quý I,II,III,IV BC kết quả giám sát tuân thủ phòng ngừa kiểm soát nhiễm khuẩn của NVYT Quý I,II,III,IV	☐	☐	
	11. Có tiến hành nghiên cứu về kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV).				Tiến hành nghiên cứu về kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV).	Nghiên cứu vệ sinh tay và nhiễm khuẩn bệnh viện	☐	☐	
	12. Có báo cáo kết quả nghiên cứu về kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện, có đề xuất các giải pháp can thiệp và phổ				Tiến hành thực hiện các đề tài nghiên cứu về kiểm soát NK BV Dựa trên kết quả nghiên cứu đề xuất các giải pháp can thiệp	Báo cáo kết quả nghiên cứu Có đề xuất giải pháp can thiệp Gửi mail BC lên các khoa	☐	☐	

	biến cho các khoa/phòng.									
	13. Có danh sách người bệnh bị nhiễm khuẩn bệnh viện và thống kê tỷ lệ NKBV.				Tiến hành thống kê tỷ lệ NKBV.	Danh sách người bệnh bị NKBV tại các khoa, tính được tỷ lệ NKBV	☐	☐		
Mức 5	14. Có kết quả giám sát việc tuân thủ KSNK các khoa/phòng tại khoa KSNK.			KSNK	Giám sát việc tuân thủ KSNK các khoa/phòng hàng quý	Báo cáo kết quả giám sát tuân thủ KSNK của NVYT Quý I,II,III,IV lưu tại khoa KSNK.	☐	☐		
	15. Công bố tỷ lệ tuân thủ KSNK của các khoa/phòng cho các khoa/phòng.				Công bố tỷ lệ KSNK đến các khoa/phòng	Gửi email Báo cáo kết quả giám sát tuân thủ KSNK của NVYT Quý I,II,III,IV	☐	☐		
	16. Công bố tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện tại các báo cáo (như tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ trong tổng số phẫu thuật, tỷ lệ viêm phổi bệnh viện trên 1000 ngày thở máy, tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu trên 1000 ngày mang xông tiêu (sonde), nhiễm khuẩn huyết trên 1000 ca-te (catheter) tĩnh mạch trung tâm).				Công bố tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện tại các báo cáo	Kết quả báo cáo Lãnh đạo bệnh viện và công bố trên mail các khoa phòng trong toàn BV hàng năm	☐	☐		

	17. Có cơ sở dữ liệu về nhiễm khuẩn bệnh viện, có thể truy xuất các thông tin có liên quan như số người bị nhiễm khuẩn bệnh viện, địa điểm, thời gian...				Thu thập dữ liệu về nhiễm khuẩn bệnh viện, có thể truy xuất các thông tin có liên quan như số người bị nhiễm khuẩn bệnh viện, địa điểm, thời gian...	Danh sách bệnh nhân bị NKBV Phiếu thu thập dữ liệu NKBV Phần mềm phân tích dữ liệu	☐	☐	
	18. Ứng dụng các kết quả nghiên cứu vào hoạt động thực tiễn, tiến hành biện pháp can thiệp tăng cường KSNK, làm giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện.				Triển khai các biện pháp can thiệp tăng cường KSNK, làm giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện.	Kế hoạch triển khai các biện pháp can thiệp giảm NKBV sau nghiên cứu	☐	☐	
	19. Tỷ lệ tuân thủ KSNK của nhân viên y tế đối với một số chương trình có xu hướng tăng dần hàng năm.				Theo dõi Tỷ lệ tuân thủ KSNK của nhân viên y tế đối với một số chương trình có xu hướng tăng dần hàng năm.	Biểu đồ thể hiện tỷ lệ tuân thủ KSNK (tuân thủ VST, tuân thủ phòng ngừa NKBV, phòng ngừa VPBV...) tăng theo hàng Quý Biểu đồ thể hiện tỷ lệ tuân thủ VST tăng theo hàng năm (từ 2013 đến 2021)	☐	☐	
	20. Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện được theo dõi và giảm hàng năm.				Theo dõi tỷ lệ NKBV qua các năm	Biểu đồ thể hiện tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện giảm hàng năm (từ 2013 năm 2021)	☐	☐	
C4.5	Chất thải rắn bệnh viện được quản lý chặt chẽ, xử lý an	4	4	HCQT					

	toàn và tuân thủ theo đúng quy định									
Mức 1	1. Không phân loại, không thu gom chất thải y tế.			HCQT				☐	☐	
	2. Phát hiện thấy bệnh viện có hình thức xử lý rác gây ô nhiễm nghiêm trọng như chôn chất thải y tế ngay trong hoặc ngoài khuôn viên bệnh viện, hoặc đốt chất thải y tế trực tiếp không sử dụng lò đốt.							☐	☐	
	3. Phát hiện thấy bệnh viện có hình thức thu gom chất thải rắn gây ô nhiễm môi trường, không bảo đảm vệ sinh hoặc có nguy cơ phát tán vi khuẩn, chất thải nguy hại ra môi trường.							☐	☐	
	4. Bị cảnh sát môi trường phạt về hành vi vi phạm xử lý chất thải rắn.							☐	☐	

	5. Phát hiện thấy tình trạng ô nhiễm môi trường đất, nước, không khí do chất thải rắn của bệnh viện gây ra (có mùi hôi thối, ruồi nhặng, chuột, kim loại nặng... xuất phát từ nơi chứa chất thải rắn).						☐	☐	
Mức 2	6. Bệnh viện có thực hiện phân loại chất thải y tế.		HCQT		P.HCQT xây dựng quy trình quản lý chất thải rắn y tế	Quy trình quản lý chất thải y tế	☐	☐	
				P.HCQT chuyển nội dung phân loại chất thải y tế cho P.QLCL - P.QLCL xây dựng quy trình phân loại chất thải y tế - Ban hành nội dung quy trình trong toàn bệnh viện	☐		☐		
	7. Chất thải rắn y tế được phân thành tối thiểu 2 loại: chất thải rắn y tế nguy hại và chất thải rắn thông thường.				P.HCQT thống kê số lượng thùng rác có nắp đậy đựng chất thải sinh hoạt ngoài sân và ở đầu và cuối hành lang của các tầng. Liên hệ các phòng ban liên quan cung cấp hợp đồng, phiếu đề xuất, hóa đơn mua sắm thùng rác có nắp đậy đựng chất thải sinh hoạt	Bảng thống kê số lượng thùng rác có nắp đậy đựng chất thải sinh hoạt Hợp đồng mua sắm thùng rác Phiếu đề xuất mua sắm thùng rác Hóa đơn mua sắm các thùng rác	☐	☐	
	8. Có bố trí thùng rác có nắp đậy đựng chất thải sinh hoạt ngoài sân và ở đầu và cuối hành lang của các tầng (và bố trí thêm ở giữa nếu hành lang dài, do bệnh viện tự quyết định). Thùng rác								

	được đặt ở vị trí thuận tiện.									
	9. Bệnh viện có trang bị các túi, thùng để thu gom chất thải y tế.					Liên hệ các phòng ban liên quan cung cấp hợp đồng, phiếu đề xuất, hóa đơn mua sắm trang bị các túi, thùng	Hình ảnh Hợp đồng mua sắm thùng rác Phiếu đề xuất mua sắm thùng rác Hóa đơn mua sắm các thùng rác	☐	☐	
	10. Có trang bị đủ hộp đựng chất thải vật sắc nhọn và quản lý chất thải vật sắc nhọn bảo đảm an toàn.					P.HCQT xây dựng quy trình quản lý chất thải vật sắc nhọn Gửi cho P.QLCL để ban hành quy trình quản lý chất thải vật sắc nhọn Liên hệ các phòng ban liên quan cung cấp hợp đồng, phiếu đề xuất, hóa đơn mua sắm hộp đựng chất thải vật sắc nhọn	Quy trình quản lý chất thải vật sắc nhọn Hợp đồng mua sắm hộp đựng chất thải vật sắc nhọn Phiếu đề xuất, hóa đơn mua sắm hộp đựng chất thải vật sắc nhọn	☐	☐	
	11. Có quy định của bệnh viện về việc phân loại, thu gom, vận chuyển, lưu giữ và xử lý chất thải rắn y tế.					- HCQT xây dựng quy định phân loại chất thải y tế Gửi P.QLCL ban hành quy định quản lý chất thải y tế	Quy định quản lý	☐	☐	
Mức 3	12. Có trang bị đủ về số lượng và đúng về chất lượng, màu sắc các túi, thùng để thu gom chất thải y tế (tối thiểu 2 loại túi hoặc thùng đựng			HCQT		Liên hệ các phòng ban liên quan cung cấp hợp đồng, phiếu đề xuất, hóa đơn mua sắm trang bị các túi, thùng đảm bảo đủ về số lượng và đúng về chất lượng, màu	Hợp đồng, hóa đơn mua sắm các trang thiết bị thùng, túi rác	☐	☐	

chất thải rắn y tế được phân biệt bằng hai màu là màu vàng và màu xanh).					sắc các túi, thùng để thu gom chất thải y tế				
13. Có quy định phân loại rác, được dán hoặc treo ở những vị trí dễ đọc và ngay tại nơi đặt thùng rác.					P.HCQT phối hợp với các phòng/khoa liên quan triển khai làm lại bảng hướng dẫn phân loại chất thải y tế theo đúng quy định tại Thông tư liên tịch 58/2015/TTLT-BYT-BTNMT và Quyết định số 44/2018/QĐ-UBND	Poster bảng hướng dẫn phân loại chất thải y tế	☐	☐	
14. Nhân viên y tế được phân công tiếp nhận đồ bẩn có các trang bị bảo hộ lao động phù hợp.					Liên hệ K.KSNK, Công ty Vệ sinh nhắc nhở các hộ lý trang bị bảo hộ lao động phù hợp theo đúng quy định	Hình ảnh hộ lý làm việc trang bị đầy đủ các phương tiện bảo hộ lao động	☐	☐	
15. Bệnh viện có nhà lưu trữ tạm thời chất thải y tế theo quy định.					P.HCQT cùng các phòng/khoa liên quan phối hợp, hỗ trợ công tác giám sát việc thực hiện lưu giữ chất thải rắn y tế đúng khu vực nhà lưu giữ chất thải.	Hình ảnh chụp nhà lưu giữ chất thải	☐	☐	
16. Có nhà kho (hoặc khu riêng biệt) để chứa các dụng cụ làm vệ sinh.					P.HCQT giám sát việc để các dụng cụ vệ sinh đúng khu vực	Hình ảnh khu vực chứa các dụng cụ vệ sinh	☐	☐	
17. Bệnh viện thực hiện xử lý chất thải rắn y tế theo quy định (có hệ thống xử					P.HCQT tham mưu Ban Giám đốc thực hiện hợp đồng thu gom, vận chuyển, xử lý chất thải y tế tại bệnh	Hợp đồng thu gom, vận chuyển và lưu giữ chất thải y tế Hồ sơ năng lực của Công	☐	☐	

	lý chất thải rắn vận hành theo quy định hoặc ký hợp đồng với đơn vị chức năng khác xử lý chất thải rắn y tế theo đúng quy trình an toàn, vệ sinh).				viện Liên hệ công ty cung cấp hồ sơ năng lực thực hiện thu gom, vận chuyển và xử lý chất thải y tế	ty thực hiện thu gom, vận chuyển và xử lý chất thải y tế.			
Mức 4	18. Có thực hiện phân loại chất thải rắn y tế tại nguồn.			HCQT	P.HCQT xây dựng kế hoạch thực hiện phân loại chất thải rắn y tế tại nguồn Xây dựng các quy trình quản lý chất thải rắn y tế trong bệnh viện	Kế hoạch thực hiện phân loại chất thải rắn y tế Quy trình quản lý chất thải y tế	☐	☐	
	19. Thùng rác có các màu khác nhau, có in biểu tượng cho từng loại chất thải rắn: chất thải lây nhiễm, chất thải thông thường, chất thải tái chế...				P.HCQT giám sát việc bố trí tại khoa có các thùng rác có các màu khác nhau, có in biểu tượng cho từng loại chất rắn: chất thải lây nhiễm, chất thải thông thường, chất thải tái chế...	Hình ảnh thùng rác bố trí tại khoa/phòng có các màu khác nhau, có in biểu tượng cho từng loại chất thải.	☐	☐	
	20. Có nhà lưu trữ chất thải rắn đạt chuẩn quy định: có phòng lưu trữ chất thải lây nhiễm, chất thải nguy hại riêng...				P.HCQT cùng các phòng/khoa liên quan phối hợp, hỗ trợ công tác giám sát việc thực hiện lưu giữ chất thải rắn y tế đúng khu vực nhà lưu giữ chất thải.	Hình ảnh nhà lưu giữ chất thải rắn y tế	☐	☐	
	21. Có hướng dẫn rõ ràng (bằng chữ viết hoặc hình ảnh, tranh vẽ...) về phân loại				P.HCQT phối hợp với các phòng/khoa liên quan triển khai làm lại bảng hướng dẫn phân loại chất thải y tế	Poster bảng hướng dẫn phân loại chất thải rắn y tế	☐	☐	

	chất thải cho người bệnh, người nhà và nhân viên y tế.				theo đúng quy định tại Thông tư liên tịch 58/2015/TTLT-BYT-BTNMT và Quyết định số 44/2018/QĐ-UBND				
Mức 5	22. Có thực hiện các biện pháp can thiệp để giảm thiểu chất thải rắn y tế nguy hại.			HCQT	Phối hợp các phòng ban liên quan cung cấp hợp đồng, hóa đơn mua sắm các trang thiết bị y tế để giảm thiểu chất thải y tế nguy hại	Hợp đồng, hóa đơn mua sắm các trang thiết bị y tế	☐	☐	
	23. Có thực hiện giảm thiểu chất thải rắn y tế nguy hại ngay từ khi mua sắm các trang thiết bị, vật tư y tế mới.				P.HCQT xây dựng kế hoạch giảm thiểu chất thải rắn y tế nguy hại ngay từ khi mua sắm các trang thiết bị, vật tư y tế mới. Phối hợp các phòng ban liên quan cung cấp hợp đồng, hóa đơn mua sắm các trang thiết bị y tế để giảm thiểu chất thải y tế nguy hại	Kế hoạch giảm thiểu chất thải rắn y tế nguy hại ngay từ khi mua sắm các trang thiết bị, vật tư y tế mới. Hợp đồng, hóa đơn mua sắm các trang thiết bị y tế	☐	☐	
	24. Áp dụng các giải pháp để giảm thiểu phát sinh chất thải rắn y tế tại nguồn.				P.HCQT xây dựng kế hoạch giảm thiểu phát sinh chất thải rắn y tế tại nguồn. Phối hợp các phòng ban liên quan cung cấp hợp đồng, hóa đơn mua sắm các trang thiết bị y tế	Kế hoạch giảm thiểu chất thải rắn y tế tại nguồn. Hợp đồng, hóa đơn mua sắm các trang thiết bị y tế giảm thiểu tại nguồn	☐	☐	
	25. Có thu gom chất thải tái chế riêng để giao cho đơn vị có tư cách pháp nhân thực hiện việc tái chế.				P.HCQT tham mưu Ban Giám đốc thực hiện hợp đồng thu gom, vận chuyển, xử lý chất thải tái chế. Liên hệ công ty cung cấp hồ sơ năng lực thực hiện	Hợp đồng thu gom, vận chuyển và lưu giữ chất thải tái chế. Hồ sơ năng lực của Công ty thực hiện thu gom, vận	☐	☐	

					thu gom, vận chuyển và xử lý chất thải tái chế	chuyển và xử lý chất thải tái chế			
	26. Có sáng kiến hoặc cải tiến về kỹ thuật nhằm giảm chi phí trong xử lý chất thải rắn y tế.				Bệnh viện hiện thuê công ty thu gom, vận chuyển và xử lý chất thải y tế theo quy định		☐	☐	
	27. Các chỉ tiêu về xử lý chất thải bảo đảm các quy chuẩn quốc gia về môi trường.				BV không thực hiện Quan trắc các chỉ tiêu về xử lý chất thải theo quy chuẩn quốc gia về môi trường (thuê công ty thu gom, vận chuyển và xử lý chất thải y tế theo quy định)		☐	☐	
	28. Có nghiên cứu hoặc đánh giá về thực trạng quản lý chất thải rắn y tế của bệnh viện, trong đó có chỉ ra các nhược điểm, khiếm khuyết cần khắc phục.						☐	☐	
	29. Áp dụng kết quả nghiên cứu hoặc đánh giá vào việc cải tiến chất lượng quản lý chất thải rắn y tế.						☐	☐	
C4.6	Chất thải lỏng bệnh viện được quản lý chặt chẽ, xử lý an toàn và tuân thủ theo đúng quy định	4	4	HCQT					

Mức 1	1. Phát hiện thấy bệnh viện thiếu hệ thống xử lý chất thải lỏng, xả thẳng ra môi trường gây ô nhiễm.			HCQT				☐	☐	
	2. Phát hiện thấy đường dẫn chất thải lỏng hoặc hệ thống chất thải lỏng bị vỡ hoặc rò rỉ, gây ô nhiễm môi trường đất, nước, không khí (có mùi hôi thối hoặc phát sinh ruồi nhặng, muỗi, côn trùng do chất thải lỏng của bệnh viện gây ra).							☐	☐	
	3. Phát hiện thấy bệnh viện có hình thức thu gom chất thải lỏng gây ô nhiễm môi trường, không bảo đảm vệ sinh hoặc có nguy cơ phát tán vi khuẩn, chất thải nguy hại ra môi trường.							☐	☐	
	4. Bị cảnh sát môi trường phạt về hành							☐	☐	

	vi phạm xử lý chất thải lỏng.									
Mức 2	5. Có hệ thống xử lý chất thải lỏng.			HCQT		P.HCQT chụp hình hệ thống xử lý nước thải	Bảng vẽ hệ thống xử lý nước ta Chụp hình hệ thống xử lý nước thải	☐	☐	
	6. Có xây dựng hướng dẫn hoặc quy trình quản lý, vận hành hệ thống xử lý chất thải lỏng.					.P.HCQT xây dựng hướng dẫn vận hành hệ thống xử lý chất thải	Cuốn hướng dẫn vận hành hệ thống	☐	☐	
	7. Thực hiện một số biện pháp lưu giữ các loại dung môi thải, dung dịch hóa chất thải nguy hại theo quy định.					P.HCQT xây dựng quy trình quản lý chất thải lỏng	Quy trình quản lý chất thải lỏng	☐	☐	
Mức 3	8. Có hệ thống xử lý chất thải lỏng và hoạt động thường xuyên.			HCQT		P.HCQT theo dõi và ghi nhận vào sổ theo dõi hệ thống hàng ngày	Sổ theo dõi vận hành hệ thống	☐	☐	
	9. Có đo đạc và so sánh khối lượng nước đầu vào và chất thải lỏng đầu ra sau khi xử lý xong (nếu phát hiện chênh lệch quá mức cho phép có biện pháp giải quyết kịp thời).					P.HCQT tham mưu Ban Giám đốc ký hợp đồng thực hiện lấy mẫu, đo quan trắc chất lượng nước thải. - theo dõi đồng hồ theo dõi nước cấp, nước thải hằng ngày. Lập bảng so sánh	Kết quả phân tích chất lượng nước thải trước và sau hệ thống xử lý nước thải - sổ theo dõi lưu lượng nước thải và nước cấp	☐	☐	

	10. Có văn bản đánh giá của cơ quan môi trường có thẩm quyền đánh giá các chỉ tiêu đầu ra (về lý, hóa, vi sinh vật) sau khi xử lý chất thải lỏng ít nhất 1 lần trong 6 tháng.				P.HCQT tham mưu Ban Giám đốc ký hợp đồng thực hiện lấy mẫu, đo quan trắc chất lượng nước thải Phòng HCQT: cung cấp hồ sơ (hóa đơn nước điện 3 tháng gần nhất; hợp đồng thu gom, vận chuyển và xử lý chất thải; giấy tờ pháp lý....)	Cuốn báo cáo quan trắc môi trường	☐	☐	
	11. Các chỉ tiêu đầu ra của nước thải đạt quy chuẩn về môi trường.				P.HCQT tham mưu Ban Giám đốc ký hợp đồng thực hiện lấy mẫu, đo quan trắc chất lượng nước thải	Kết quả phân tích chất lượng nước thải trước và sau hệ thống xử lý nước thải	☐	☐	
	12. Có tổ chức tập huấn, đào tạo (hoặc cử nhân viên tham dự tập huấn, đào tạo) về công tác quản lý chất thải lỏng y tế.				P.HCQT đề xuất cử nhân viên tham gia tập huấn của các cơ quan ngành (khi có công văn của các cơ quan ban ngành gửi cho bệnh viện) Đơn xin đi học ngắn hạn của nhân viên được cử đi học	Kế hoạch, bài giảng, danh sách tập huấn, hình ảnh. Chứng chỉ tập huấn	☐	☐	
Mức 4	13. Có thực hiện việc phân định và thu gom chất thải lỏng riêng biệt bao gồm nước thải, dung dịch và dung môi thải phát sinh từ các hoạt động chuyên môn, chất thải lỏng			HCQT	Quy trình quản lý chất thải lỏng y tế	Quy trình quản lý chất thải lỏng y tế	☐	☐	

	phóng xạ, nước mưa chảy tràn trong bệnh viện theo quy định.									
	14. Định kỳ đánh giá chỉ tiêu về môi trường đối với nước thải bệnh viện (căn cứ theo báo cáo đánh giá tác động môi trường, đề án bảo vệ môi trường).				P.HCQT tham mưu Ban Giám đốc ký hợp đồng thực hiện lấy mẫu, đo quan trắc chất lượng nước thải Phòng HCQT: cung cấp hồ sơ (hóa đơn nước điện 3 tháng gần nhất; hợp đồng thu gom, vận chuyển và xử lý chất thải; giấy tờ pháp lý....)	Cuốn báo cáo quan trắc ,ôi trường	☐	☐		
	15. Có kế hoạch duy trì hệ thống xử lý chất thải lỏng hoạt động ổn định, bảo đảm các chỉ tiêu đầu ra và sẵn sàng các giải pháp khắc phục sự cố hệ thống xử lý chất thải lỏng (nếu có).				P.HCQT xây dựng kế hoạch duy trì hệ thống xử lý chất thải lỏng	Kế hoạch duy trì hệ thống xử lý chất thải lỏng	☐	☐		
	16. Thực hiện bảo trì, bảo dưỡng hệ thống xử lý nước thải định kì hàng năm.				P.HCQT tham mưu Ban Giám đốc ký hợp đồng thực hiện bảo trì, bảo dưỡng hệ thống xử lý chất thải lỏng theo định kỳ	Hợp đồng bảo trì, bảo dưỡng hệ thống xử lý chất thải lỏng Biên bản kiểm tra hệ thống xử lý chất thải lỏng có ký nhận giữa 2 bên	☐	☐		
Mức 5	17. Chất thải lỏng sau khi xử lý đạt loại A QCVN			HCQT	P.HCQT tham mưu Ban Giám đốc ký hợp đồng	Kết quả phân tích chất lượng nước thải trước và	☐	☐		

28:2010/BTNMT và được bệnh viện tái sử dụng cho một số hoạt động như tưới cây, vệ sinh sân, vườn, rửa xe...					thực hiện lấy mẫu, đo quan trắc chất lượng nước thải	sau hệ thống xử lý nước thải			
18. Áp dụng các giải pháp để giảm thiểu phát sinh chất thải lỏng tại nguồn (hạn chế sử dụng nước sinh hoạt tại bệnh viện để tắm giặt, khắc phục rò rỉ đường nước, đầu tư máy móc, công nghệ hiện đại tiết kiệm nước và giảm thiểu chất thải lỏng).							☐	☐	
19. Trong năm có nghiên cứu hoặc đánh giá về thực trạng quản lý chất thải lỏng y tế của bệnh viện, trong đó có chỉ ra các nhược điểm, khiếm khuyết cần khắc phục.							☐	☐	
20. Áp dụng ít nhất một khuyến nghị từ kết quả nghiên cứu hoặc đánh giá vào							☐	☐	

	việc cải tiến chất lượng quản lý chất thải lỏng y tế.									
C5.1	Thực hiện danh mục kỹ thuật theo phân tuyến kỹ thuật	4	4	KHTH						
Mức 1	1. Bệnh viện không có bản danh mục kỹ thuật theo các thông tư, văn bản do Bộ Y tế quy định*.			KHTH				☐	☐	
Mức 2	2. Đã xây dựng danh mục kỹ thuật theo các Thông tư, văn bản do Bộ Y tế quy định*.			KHTH		Xây dựng danh mục kỹ thuật của bệnh viện theo hướng dẫn của Bộ	Danh mục kỹ thuật	☐	☐	
	3. Trong danh mục kỹ thuật của bệnh viện có chia theo các nhóm: (1) các kỹ thuật theo đúng phân tuyến kỹ thuật của bệnh viện; (2) các kỹ thuật được phân cho tuyến trên và (3) các kỹ thuật được phân cho tuyến dưới.					Xây dựng danh mục kỹ thuật của bệnh viện theo hướng dẫn của Bộ	Danh mục kỹ thuật	☐	☐	
	4. Bảng tổng hợp danh mục kỹ thuật có tính tỷ lệ các nhóm nêu trên.					Tính tỷ lệ các nhóm danh mục kỹ thuật	Báo cáo thống kê tỷ lệ danh mục kỹ thuật	☐	☐	

	5. Danh mục kỹ thuật đã được phê duyệt và công bố công khai cho nhân viên y tế thông qua các văn bản nội bộ.				Công bố danh mục kỹ thuật đã duyệt cho NVYT	Biên bản triển khai	☐	☐	
	6. Bệnh viện triển khai thực hiện các kỹ thuật theo đúng phân tuyến chiếm từ 40% trở lên tổng số kỹ thuật theo phân tuyến của các Thông tư, văn bản do Bộ Y tế quy định* (theo đúng chuyên ngành).				Thực hiện được 40% các kỹ thuật đúng phân tuyến.	Chứng chỉ, bằng cấp thực hiện kỹ thuật	☐	☐	
Mức 3	7. Danh mục kỹ thuật đã được phê duyệt và công bố công khai cho người bệnh và người dân bằng các hình thức khác nhau (trên bảng tin, màn hình điện tử, trang thông tin điện tử của bệnh viện...).			KHTH	Công bố danh mục kỹ thuật đã phê duyệt cho người dân	Bản danh mục kỹ thuật in thành bản dán những vị trí đông người	☐	☐	
	8. Bệnh viện có chủ trương thực hiện, phát triển các kỹ thuật theo đúng phân tuyến kỹ thuật và cụ				Xây dựng chủ chương triển khai, phát triển các kỹ thuật theo đúng phân tuyến	Kế hoạch phát triển kỹ thuật	☐	☐	

	thể hóa chủ trương này trong các văn bản nội bộ.									
	9. Bệnh viện triển khai thực hiện các kỹ thuật theo đúng phân tuyến chiếm từ 60% trở lên tổng số kỹ thuật theo phân tuyến của các Thông tư, văn bản do Bộ Y tế quy định*.				Thực hiện được 60% các kỹ thuật đúng phân tuyến	Chứng chỉ, bằng cấp thực hiện kỹ thuật	☐	☐		
Mức 4	10. Bệnh viện triển khai thực hiện các kỹ thuật theo đúng phân tuyến chiếm từ 70% trở lên tổng số kỹ thuật theo phân tuyến của các Thông tư, văn bản do Bộ Y tế quy định*.		KHTH		Thực hiện được 70% các kỹ thuật đúng phân tuyến	Chứng chỉ, bằng cấp thực hiện kỹ thuật	☐	☐		
	11. Thống kê số lượng tỷ lệ các kỹ thuật thuộc nhóm 1 trong bảng danh mục kỹ thuật và tỷ lệ này có xu hướng tăng dần theo thời gian.				Tăng số lượng danh mục kỹ thuật nhóm 1 theo thời gian	Báo cáo tình hình thực hiện các danh mục kỹ thuật	☐	☐		
	12. Có thống kê số lượng người bệnh chuyển tuyến những kỹ thuật thuộc nhóm				Thống kê số lượng người bệnh chuyển tuyến nhóm 1	Báo cáo tình hình thực hiện các danh mục kỹ thuật	☐	☐		

	1 trong danh mục kỹ thuật của bệnh viện.									
	13. Có thống kê tỷ lệ người bệnh chuyển tuyến những kỹ thuật thuộc nhóm 1 trong tổng số người bệnh chuyển tuyến.				Thông kê số lượng người bệnh chuyển tuyến nhóm 1	Báo cáo tình hình thực hiện các danh mục kỹ thuật	☐	☐		
Mức 5	14. Bệnh viện triển khai thực hiện các kỹ thuật theo đúng phân tuyến chiếm từ 80% trở lên tổng số kỹ thuật theo phân tuyến của các Thông tư, văn bản do Bộ Y tế quy định*.		KHTH		Thực hiện được 80% các kỹ thuật đúng phân tuyến	Chứng chỉ, bằng cấp thực hiện kỹ thuật	☐	☐		
	15. Tỷ lệ người bệnh chuyển tuyến những kỹ thuật thuộc nhóm 1 trong tổng số người bệnh chuyển tuyến giảm dần theo thời gian.				Giảm số lượng người bệnh chuyển tuyến nhóm 1	Báo cáo tình hình thực hiện các danh mục kỹ thuật	☐	☐		
	16. Tiến hành rà soát, đánh giá tần suất việc thực hiện các kỹ thuật và xác định các nhóm kỹ thuật thường xuyên thực hiện, ít và rất ít				Rà soát, đánh giá tần suất thực hiện các kỹ thuật	Báo cáo tình hình thực hiện các danh mục kỹ thuật	☐	☐		

	hoặc không thực hiện.									
	17. Cập nhật, điều chỉnh danh mục kỹ thuật dựa trên kết quả đánh giá.					Cập nhật, điều chỉnh danh mục kỹ thuật dựa trên kết quả đánh giá.	Phiên bản danh mục kỹ thuật hằng năm	☐	☐	
C5.2	Nghiên cứu và triển khai áp dụng các kỹ thuật mới, phương pháp mới	4	4	KHTH						
Mức 1	1. Không triển khai thêm được ít nhất 01 kỹ thuật, phương pháp mới trong năm.			KHTH	Tất cả các khoa lâm sàng và cận lâm sàng	Thống kê: Kế hoạch, báo cáo hoạt động của Khoa Tổng hợp dữ liệu từ viện phí, phân tích, so sánh dữ liệu 2020 để phát hiện KTM		☐	☐	
	2. Phát hiện thấy bệnh viện thử nghiệm kỹ thuật mới, phương pháp mới nhưng chưa thực hiện đầy đủ các thủ tục, yêu cầu để tiến hành thử nghiệm theo quy định hoặc chưa được cấp có thẩm quyền cho phép.					Tổng hợp nội dung vi phạm từ bài báo/thư kiện, quyết định xử lý vi phạm. Đối chiếu với DMKT BV được phép thực hiện, Quyết định phân công nhân lực thực hiện	Bài báo/thư thưa kiện	☐	☐	

	3. Phát hiện thấy bệnh viện mời các tổ chức, cá nhân (trong hoặc ngoài nước) thử nghiệm, trình diễn các kỹ thuật, phương pháp trên người bệnh nhưng không có chứng chỉ hành nghề hoặc chưa được cấp có thẩm quyền cho phép.				Tổng hợp hợp đồng/công văn/hình ảnh việc trình diễn kỹ thuật của tổ chức cá nhân	Hợp đồng/công văn/hình ảnh việc trình diễn kỹ thuật của tổ chức cá nhân	☐	☐	
Mức 2	4. Đã xây dựng kế hoạch hoặc đề án triển khai kỹ thuật mới, phương pháp mới trong năm hoặc năm kế tiếp.		KHTH	Tất cả các khoa lâm sàng và cận lâm sàng	Kế hoạch hoạt động: Có nội dung thực hiện kỹ thuật mới Báo cáo hoạt động: Có nội dung về các kỹ thuật đã được triển khai Kế hoạch hoạt động BV, đề án KTM	Kế hoạch hoạt động bệnh viện Đề án triển khai kỹ thuật mới	☐	☐	
	5. Cử nhân viên đi đào tạo về kỹ thuật mới, phương pháp mới tại các bệnh viện khác trong nước, nước ngoài hoặc mời chuyên gia trong nước, nước ngoài đến bệnh viện trình bày, tập huấn về kỹ thuật mới, phương pháp mới.				Tổng hợp bằng cấp, chứng chỉ liên quan đến KTM	Bằng tốt nghiệp/chứng chỉ/chứng nhận đào tạo liên quan KTM	☐	☐	

	6. Đã triển khai thử nghiệm ít nhất 01 kỹ thuật tuyển trên hoặc ít nhất 01 kỹ thuật mới, phương pháp mới lần đầu tiên thực hiện tại bệnh viện.				Triển khai kỹ thuật mới lần đầu thực hiện tại bệnh viện	Giấy phép thẩm định của SYT	☐	☐		
Mức 3	7. Đã triển khai thử nghiệm từ 03 kỹ thuật tuyển trên trở lên (hoặc từ 03 kỹ thuật mới, hiện đại lần đầu tiên thực hiện tại bệnh viện trở lên)*.			KHTH	Tất cả các khoa lâm sàng và cận lâm sàng	Triển khai 3 kỹ thuật tuyển trên	Giấy phép thẩm định của SYT	☐	☐	
	8. Sau khi thử nghiệm, bệnh viện triển khai kỹ thuật và tự thực hiện được ít nhất 1 kỹ thuật mới, phương pháp mới đã triển khai.					Triển khai kỹ thuật mới lần đầu thực hiện tại bệnh viện	Giấy phép thẩm định của SYT	☐	☐	
Mức 4	9. Đã triển khai thử nghiệm từ 05 kỹ thuật tuyển trên trở lên (hoặc từ 05 kỹ thuật mới, hiện đại lần đầu tiên thực hiện tại bệnh viện trở lên)*.			KHTH		Triển khai 5 kỹ thuật tuyển trên	Giấy phép thẩm định của SYT	☐	☐	

	10. Sau khi thử nghiệm, bệnh viện triển khai kỹ thuật và tự thực hiện được toàn bộ các kỹ thuật mới, phương pháp mới đã triển khai.					Triển khai kỹ thuật mới lần đầu thực hiện tại bệnh viện.	Giấy phép thẩm định của SYT	☐	☐	
	11. Có trên 50% các kỹ thuật mới, phương pháp mới áp dụng mang tính thường quy với tần suất thực hiện ít nhất 1 lần trong 1 tháng.					Triển khai 50% kỹ thuật mới vào thực tế	Hình ảnh kèm theo, Báo cáo hoạt động của bệnh viện	☐	☐	
Mức 5	12. Đã triển khai thử nghiệm từ 07 kỹ thuật tuyến trên trở lên (hoặc từ 07 kỹ thuật mới, hiện đại lần đầu tiên thực hiện tại bệnh viện trở lên)*.			KHTH	Tất cả các khoa lâm sàng và cận lâm sàng	Triển khai thử nghiệm 7 kỹ thuật tuyến trên	Giấy phép thẩm định của SYT	☐	☐	
	13. Sau khi thử nghiệm, bệnh viện triển khai kỹ thuật và tự thực hiện được toàn bộ các kỹ thuật mới, phương pháp mới đã triển khai.					Tự thực hiện các kỹ thuật mới đã thử nghiệm	Giấy phép thẩm định của SYT	☐	☐	

14. Có trên 70% các kỹ thuật mới, phương pháp mới áp dụng mang tính thường quy với tần suất thực hiện ít nhất 1 lần trong 1 tháng.					Triển khai 70% kỹ thuật mới	Hình ảnh kèm theo, Báo cáo hoạt động của bệnh viện	☐	☐	
15. Tiến hành nghiên cứu, đánh giá hiệu quả việc triển khai kỹ thuật mới, phương pháp mới trong thời gian qua.					Đánh giá hiệu quả của việc triển khai kỹ thuật mới	Báo cáo hoạt động của bệnh viện năm	☐	☐	
16. Báo cáo kết quả có nêu rõ những mặt thành công, thất bại và khiếm khuyết cần khắc phục trong việc triển khai kỹ thuật mới, phương pháp mới.					Chỉ ra những mặt thành công, thất bại, khiếm khuyết	Báo cáo hoạt động của bệnh viện năm	☐	☐	
17. Áp dụng kết quả nghiên cứu vào việc cải tiến chất lượng triển khai kỹ thuật mới, phương pháp mới.					Khắc phục các khiếm khuyết để cải tiến chất lượng khi triển khai kỹ thuật mới	Kế hoạch cải tiến chất lượng triển khai kế hoạch mới	☐	☐	
18. Đã triển khai thực hiện ít nhất 01 kỹ thuật mới lần đầu tiên áp dụng tại Việt					Thực hiện được kỹ thuật được áp dụng lần đầu tiên tại VN	Giấy phép thẩm định của SYT	☐	☐	

	Nam hoặc trên thế giới.									
C5.3	Áp dụng các hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh và triển khai các biện pháp giám sát chất lượng	4	4	KHTH	Tất cả các khoa lâm sàng và cận lâm sàng					
Mức 1	1. Không có sách, tài liệu in các “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh” do Bộ Y tế phê duyệt ban hành liên quan đến các chuyên khoa của bệnh viện tại phòng kế hoạch của bệnh viện.			KHTH	Tất cả các khoa lâm sàng và cận lâm sàng	“Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh” được in và có ở các khoa trong bệnh viện		☐	☐	
	2. Phát hiện thấy có sai phạm trong việc áp dụng quy trình kỹ thuật, gây hậu quả người bệnh tử vong hoặc tổn thương không hồi phục nhưng không được tự nguyện báo cáo kịp thời (báo cáo về cơ quan quản lý)					Mọi nhân viên đều biết báo cáo sự cố khi có sai phạm xảy ra	1. Quy trình báo cáo sự cố 2. Quy chế chi tiêu nội bộ cho các hình thức khen thưởng xử phạt nếu như không báo cáo sự cố 3. Sổ tổng hợp sự cố 4. Phiếu báo cáo sự cố	☐	☐	

	trước khi phương tiện truyền thông đưa tin).									
Mức 2	3. *Có các sách/tài liệu in các “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh” do Bộ Y tế phê duyệt ban hành liên quan đến các chuyên khoa của bệnh viện tại phòng kế hoạch của bệnh viện.			KHTH	Tất cả các khoa lâm sàng và cận lâm sàng	Sách/tài liệu về các “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh” do Bộ Y tế phê duyệt ban hành liên quan đến các chuyên khoa của bệnh viện tại phòng kế hoạch của bệnh viện.	Hình ảnh kèm theo	☐	☐	
	4. *Có các sách/tài liệu in các “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh” do Bộ Y tế phê duyệt ban hành (hoặc của bệnh viện đã xây dựng) liên quan đến các kỹ thuật của khoa tại 100% phòng hành chính của các khoa lâm sàng của bệnh viện.					Sách/tài liệu về các “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh” do Bộ Y tế phê duyệt ban hành (hoặc của bệnh viện đã xây dựng) liên quan đến các kỹ thuật của khoa tại 100% phòng hành chính của các khoa lâm sàng của bệnh viện.	Hình ảnh kèm theo	☐	☐	
	5. Phổ biến các “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh” do					Phổ biến các “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh” do Bộ Y tế phê duyệt ban hành	Dẫn đoàn KT thực tế Tài liệu có sẵn	☐	☐	

	Bộ Y tế phê duyệt ban hành (hoặc của bệnh viện đã xây dựng) tới các nhân viên y tế có liên quan để thực hiện.				(hoặc của bệnh viện đã xây dựng) tới các nhân viên y tế có liên quan để thực hiện.				
	6. *Các sách, tài liệu in các “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh” do Bộ Y tế phê duyệt ban hành (hoặc của bệnh viện đã xây dựng) được đặt ở vị trí dễ thấy, dễ lấy, thuận tiện cho việc tra cứu thông tin.				Sách, tài liệu in các “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh” do Bộ Y tế phê duyệt ban hành (hoặc của bệnh viện đã xây dựng) được đặt ở vị trí dễ thấy, dễ lấy, thuận tiện cho việc tra cứu thông tin.	Dẫn đoàn KT thực tế Tài liệu có sẵn	☐	☐	
Mức 3	7. Lập danh sách các quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh được thực hiện mang tính thường quy tại bệnh viện.		KHTH	Tất cả các khoa lâm sàng và cận lâm sàng	Lập danh sách các quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh được thực hiện mang tính thường quy tại bệnh viện.	Danh sách các quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh được thực hiện mang tính thường quy tại bệnh viện.	☐	☐	
	8. Xây dựng bộ tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh” phù hợp với điều kiện bệnh viện và đặc thù hoạt động chuyên môn, dựa				Xây dựng bộ tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh” phù hợp với điều kiện bệnh viện và đặc thù hoạt động chuyên môn, dựa trên các “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh,	Bộ tài liệu kèm quyết định phê duyệt - quyết định thành lập Hội đồng KHKT - Biên bản họp Hội đồng - Ý kiến các thành viên Hội đồng KHKT	☐	☐	

	trên các “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh” của Bộ Y tế đã ban hành.				chữa bệnh” của Bộ Y tế đã ban hành.					
Mức 4	9. Hoàn thành bộ tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh” phù hợp với điều kiện bệnh viện và đặc thù hoạt động chuyên môn, dựa trên hướng dẫn của Bộ Y tế.			KHTH	Tất cả các khoa lâm sàng và cận lâm sàng	Hoàn thành bộ tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh” phù hợp với điều kiện bệnh viện và đặc thù hoạt động chuyên môn, dựa trên hướng dẫn của Bộ Y tế.	Bộ tài liệu kèm quyết định phê duyệt - quyết định thành lập Hội đồng KHKT - Biên bản họp Hội đồng	☐	☐	
					Bộ tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh” do bệnh viện xây dựng được Hội đồng khoa học kỹ thuật thẩm định và thông qua.	Bộ tài liệu kèm quyết định phê duyệt - quyết định thành lập Hội đồng KHKT - Biên bản họp Hội đồng	☐	☐		

các cơ quan khác như đại diện cơ quan quản lý y tế, cơ quan bảo hiểm xã hội...).										
11. Bộ tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh” do bệnh viện xây dựng được hướng dẫn và áp dụng thống nhất trên phạm vi toàn bệnh viện.					Bộ tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh” do bệnh viện xây dựng được hướng dẫn và áp dụng thống nhất trên phạm vi toàn bệnh viện.	Dẫn đoàn KT thực tế, Tài liệu có sẵn - Đoàn kiểm tra ngẫu nhiên 1 quy trình kỹ thuật và so sánh với tài liệu hướng dẫn tại khoa	☐	☐		
12. Xây dựng bảng kiểm giám sát việc tuân thủ các quy trình kỹ thuật cho một số quy trình quan trọng (theo đánh giá của bệnh viện, căn cứ trên phạm vi tác động, ảnh hưởng tới hoạt động chuyên môn...) tại một số khoa lâm sàng.					Xây dựng bảng kiểm giám sát việc tuân thủ các quy trình kỹ thuật cho một số quy trình quan trọng (theo đánh giá của bệnh viện, căn cứ trên phạm vi tác động, ảnh hưởng tới hoạt động chuyên môn...) tại một số khoa lâm sàng.	Danh sách - Bảng kiểm (phòng điều dưỡng)	☐	☐		
13. Tiến hành giám sát việc tuân thủ các quy trình kỹ thuật dựa trên các bảng kiểm đã xây dựng của bệnh viện.					Tiến hành giám sát việc tuân thủ các quy trình kỹ thuật dựa trên các bảng kiểm đã xây dựng của bệnh viện.	Kế hoạch giám sát - Quy định giám sát - Biên bản giám sát - Bảng kiểm sau khi giám sát - Báo cáo giám sát - Hình ảnh - Đoàn	☐	☐		

						kiểm tra thực tế tại khoa và phòng vắ NVYT về công bố kết quả giám sát			
	14. Có bản báo cáo giám sát việc tuân thủ các quy trình kỹ thuật dựa trên các bảng kiểm, trong đó có tỷ lệ tuân thủ của các khoa lâm sàng.				Báo cáo giám sát việc tuân thủ các quy trình kỹ thuật dựa trên các bảng kiểm, trong đó có tỷ lệ tuân thủ của các khoa lâm sàng.	Báo cáo giám sát được tải lên các phương tiện truyền thông nội bộ của bệnh viện	☐	☐	
	15. Công bố báo cáo về việc tuân thủ các quy trình kỹ thuật cho nhân viên (trong đó có tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật của từng khoa lâm sàng) bằng các hình thức như bản tin nội bộ, gửi báo cáo, thư điện tử....				Công bố báo cáo về việc tuân thủ các quy trình kỹ thuật cho nhân viên	Báo cáo giám sát được tải lên các phương tiện truyền thông nội bộ của bệnh viện	☐	☐	
Mức 5	16. Tiến hành đánh giá hoặc nghiên cứu việc triển khai áp dụng các quy trình kỹ thuật tại bệnh viện, trong đó có đánh giá, phân tích các sự cố y khoa (nếu có) xảy ra khi thực hiện kỹ thuật.		KHTH	Tất cả các khoa lâm sàng và cận lâm sàng	Tiến hành đánh giá hoặc nghiên cứu việc triển khai áp dụng các quy trình kỹ thuật tại bệnh viện, trong đó có đánh giá, phân tích các sự cố y khoa (nếu có) xảy ra khi thực hiện kỹ thuật.	Đề cương nghiên cứu/ kế hoạch đánh giá (hình thức đánh giá, cách thu thập số liệu,) - Bảng số liệu thu thập được - Báo cáo đánh giá/ kết quả NC	☐	☐	

							- Kế hoạch cải tiến Quy trình kỹ thuật/ quy trình kỹ thuật cũ và đã cải tiến			
	17. Áp dụng kết quả đánh giá (hoặc nghiên cứu) để chỉnh sửa, cải tiến quy trình kỹ thuật nhằm hạn chế các sự cố y khoa xảy ra và cải tiến chất lượng lâm sàng.					Áp dụng kết quả đánh giá (hoặc nghiên cứu) để chỉnh sửa, cải tiến quy trình kỹ thuật nhằm hạn chế các sự cố y khoa xảy ra và cải tiến chất lượng lâm sàng.	Kế hoạch giám sát - Quy định giám sát - Biên bản giám sát - Bảng kiểm sau khi giám sát - Báo cáo giám sát - Hình ảnh - Đoàn kiểm tra thực tế tại khoa và phỏng vấn NVYT về công bố kết quả giám sát	☐	☐	
	18. Chia sẻ kinh nghiệm cải tiến quy trình kỹ thuật, áp dụng kỹ thuật cao, kỹ thuật mới cho cơ quan quản lý và các bệnh viện khác bằng các hình thức như báo cáo, viết sách, bài báo khoa học...					Chia sẻ kinh nghiệm cải tiến quy trình kỹ thuật, áp dụng kỹ thuật cao, kỹ thuật mới cho cơ quan quản lý và các bệnh viện khác bằng các hình thức như báo cáo, viết sách, bài báo khoa học...	Sách/ bài Báo khoa học/ đề tài nghiên cứu - bài Báo cáo - Hình ảnh	☐	☐	
C5.4	Xây dựng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị	4	4	KHTH						
Mức 1	1. Không có sách, tài liệu in các “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” do Bộ Y tế, Sở Y tế (hoặc của bệnh viện đã xây			KHTH				☐	☐	

	dụng) ban hành (thuộc các chuyên khoa của bệnh viện) tại phòng kế hoạch của bệnh viện.								
	2. Có sai phạm trong việc áp dụng các “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị”, gây hậu quả người bệnh tử vong hoặc tổn thương không hồi phục nhưng không được báo cáo tự nguyện kịp thời (báo cáo về cơ quan quản lý trước khi phương tiện truyền thông đưa tin).						☐	☐	
Mức 2	3. Có các sách hoặc tài liệu in các “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” do Bộ Y tế, Sở Y tế, trường đại học y khoa xuất bản (hoặc của bệnh viện đã xây dựng) thuộc các chuyên khoa của bệnh viện tại phòng kế hoạch.		KHTH	Tổ mua sắm	Sách hoặc tài liệu in các “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” do Bộ Y tế, Sở Y tế, trường đại học y khoa xuất bản (hoặc của bệnh viện đã xây dựng) thuộc các chuyên khoa của bệnh viện tại phòng kế hoạch.	- Hình ảnh	☐	☐	

4. Phổ biến các “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” do Bộ Y tế hoặc Sở Y tế phê duyệt ban hành (hoặc của bệnh viện đã xây dựng) thuộc các chuyên khoa của bệnh viện tới các nhân viên y tế có liên quan để thực hiện.					Phổ biến các “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” do Bộ Y tế hoặc Sở Y tế phê duyệt ban hành (hoặc của bệnh viện đã xây dựng) thuộc các chuyên khoa của bệnh viện tới các nhân viên y tế có liên quan để thực hiện.	- Hình ảnh	☐	☐	
	5. Có đầy đủ các sách, tài liệu in các “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” do Bộ Y tế hoặc Sở Y tế phê duyệt ban hành (hoặc của bệnh viện đã xây dựng) liên quan đến các chuyên khoa của bệnh viện tại phòng hành chính các khoa lâm sàng của bệnh viện.				Các sách, tài liệu in các “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” do Bộ Y tế hoặc Sở Y tế phê duyệt ban hành (hoặc của bệnh viện đã xây dựng) liên quan đến các chuyên khoa của bệnh viện tại phòng hành chính các khoa lâm sàng của bệnh viện.	- Hình ảnh	☐	☐	
	6. Các sách, tài liệu in các “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” do Bộ Y tế hoặc Sở Y tế phê duyệt ban hành (hoặc của bệnh viện đã xây				Sách, tài liệu in các “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” do Bộ Y tế hoặc Sở Y tế phê duyệt ban hành (hoặc của bệnh viện đã xây dựng) được đặt ở vị trí dễ	Hình ảnh	☐	☐	

	dựng) được đặt ở vị trí dễ thấy, dễ lấy, thuận tiện cho việc tra cứu thông tin.				thấy, dễ lấy, thuận tiện cho việc tra cứu thông tin.				
Mức 3	7. Tiến hành xây dựng các “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” cho các bệnh thường gặp phù hợp với điều kiện bệnh viện và đặc thù hoạt động chuyên môn, dựa trên các “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” của Bộ Y tế hoặc Sở Y tế đã ban hành.			KHTH	Xây dựng các “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” cho các bệnh thường gặp phù hợp với điều kiện bệnh viện và đặc thù hoạt động chuyên môn, dựa trên các “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” của Bộ Y tế hoặc Sở Y tế đã ban hành.	Bộ Phác đồ điều trị	☐	☐	
	8. Có trên 50% các khoa lâm sàng đã xây dựng được các “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” cho ít nhất 10 bệnh thường gặp của khoa**.				Trên 50% các khoa lâm sàng đã xây dựng được các “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” cho ít nhất 10 bệnh thường gặp của khoa**.	Danh sách các khoa lâm sàng đã xây dựng được các “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” cho ít nhất 10 bệnh thường gặp của khoa	☐	☐	
Mức 4	9. Có trên 70% các khoa lâm sàng đã xây dựng được các “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” cho ít nhất 10 bệnh			KHTH	Trên 70% các khoa lâm sàng đã xây dựng được các “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” cho ít nhất 10 bệnh thường gặp của khoa**.	Danh sách các khoa lâm sàng đã xây dựng được các “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” cho ít nhất 10 bệnh thường gặp của khoa	☐	☐	

	thường gặp của khoa**.									
	10. Các khoa lâm sàng nghiên cứu xây dựng, cập nhật, bổ sung các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị thuộc phạm vi chuyên môn và mô hình bệnh tật của bệnh viện, nhưng chưa được Bộ Y tế hoặc Sở Y tế ban hành (hoặc chỉnh sửa) dựa trên các tài liệu trong nước, quốc tế và sự tiến bộ của y học.				P. CDT	Các khoa lâm sàng nghiên cứu xây dựng, cập nhật, bổ sung các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị thuộc phạm vi chuyên môn và mô hình bệnh tật của bệnh viện, nhưng chưa được Bộ Y tế hoặc Sở Y tế ban hành (hoặc chỉnh sửa) dựa trên các tài liệu trong nước, quốc tế và sự tiến bộ của y học.	Danh sách các khoa tham gia xây dựng Phác đồ điều trị	☐	☐	
	11. Hoàn thành bộ tài liệu “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” phù hợp với điều kiện bệnh viện và đặc thù hoạt động chuyên môn, dựa trên hướng dẫn của Bộ Y tế.				P. QLCL	Hoàn thành bộ tài liệu “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” phù hợp với điều kiện bệnh viện và đặc thù hoạt động chuyên môn, dựa trên hướng dẫn của Bộ Y tế.	Bộ Phác đồ điều trị	☐	☐	
	12. Bộ tài liệu “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” do bệnh viện xây dựng được Hội đồng khoa					Bộ tài liệu “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” do bệnh viện xây dựng được Hội đồng khoa học kỹ thuật thẩm định và thông qua.	Danh sách Hội đồng KHKT - Biên bản họp Hội đồng KHKT	☐	☐	

	học kỹ thuật thẩm định và thông qua. (Hội đồng khoa học do bệnh viện hoặc cơ quan quản lý trực tiếp thành lập, có mời thành viên là các chuyên gia, giảng viên, bác sỹ, điều dưỡng trong, ngoài bệnh viện và các cơ quan khác như đại diện cơ quan quản lý y tế, cơ quan bảo hiểm xã hội...)					- quyết định thông qua hướng dẫn chẩn đoán và điều trị			
	13. Bộ tài liệu “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” do bệnh viện xây dựng được hướng dẫn và áp dụng thống nhất trên phạm vi toàn bệnh viện.				Bộ tài liệu “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” do bệnh viện xây dựng được hướng dẫn và áp dụng thống nhất trên phạm vi toàn bệnh viện	Hình ảnh - Quyết định ban hành và áp dụng bộ "Phác đồ điều trị" của bệnh viện	☐	☐	
Mức 5	14. Có 100% các khoa lâm sàng đã xây dựng được các “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” cho ít nhất 10 bệnh thường gặp của khoa**.		KHTH	KHOA LÂM SÀNG	100% các khoa lâm sàng đã tiến hành xây dựng được các “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” cho ít nhất 10 bệnh thường gặp của khoa**.	Danh sách các khoa lâm sàng đã xây dựng được các “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” cho ít nhất 10 bệnh thường gặp của khoa	☐	☐	

15. Tổ chức nghiên cứu, tập huấn và tiến hành xây dựng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị dựa trên y học chứng cứ với sự tham gia của các bác sỹ, điều dưỡng, dược sỹ bệnh viện, theo hướng dẫn và căn cứ trên khung mẫu của các Viện nghiên cứu về lâm sàng hàng đầu trên thế giới tại các nước phát triển như Anh, Mỹ, Úc*...				P. CDT	Tổ chức nghiên cứu, tập huấn và tiến hành xây dựng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị dựa trên y học chứng cứ với sự tham gia của các bác sỹ, điều dưỡng, dược sỹ bệnh viện, theo hướng dẫn và căn cứ trên khung mẫu của các Viện nghiên cứu về lâm sàng hàng đầu trên thế giới tại các nước phát triển như Anh, Mỹ, Úc*...	Hình ảnh - Kế hoạch tập huấn/ xây dựng - Khung mẫu của các viện nghiên cứu - Bộ phác đồ điều trị	☐	☐	
16. Tiến hành xây dựng mới ít nhất 01 hướng dẫn chẩn đoán và điều trị phù hợp với đặc thù bệnh viện và dựa trên y học chứng cứ.				P. CDT	Tiến hành xây dựng mới ít nhất 01 hướng dẫn chẩn đoán và điều trị phù hợp với đặc thù bệnh viện và dựa trên y học chứng cứ.	Phác đồ điều trị mới Căn cứ xây dựng phác đồ (Danh mục tài liệu tham khảo)	☐	☐	
17. Tiến hành đánh giá hoặc nghiên cứu hiệu quả việc triển khai áp dụng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện, trong đó có đánh giá, phân					Tiến hành đánh giá hoặc nghiên cứu hiệu quả việc triển khai áp dụng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện, trong đó có đánh giá, phân tích các sự cố y khoa (nếu có) xảy ra.	kế hoạch - Báo cáo đánh giá/ Kết quả nghiên cứu	☐	☐	

	tích các sự cố y khoa (nếu có) xảy ra.									
	18. Áp dụng kết quả đánh giá (hoặc nghiên cứu) để chỉnh sửa, cải tiến các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị nhằm hạn chế các sự cố y khoa xảy ra và cải tiến chất lượng lâm sàng.						kế hoạch - Báo cáo đánh giá/ Kết quả nghiên cứu	☐	☐	
	19. Chia sẻ kinh nghiệm cải tiến các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị cho cơ quan quản lý và các bệnh viện khác bằng các hình thức như báo cáo, viết bài báo khoa học...							☐	☐	
C5.5	Áp dụng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đã ban hành và giám sát việc thực hiện	4	4	KHTH	Khoa LS					
Mức 1	1. Không triển khai thực hiện các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đã ban hành.			KHTH	Khoa LS			☐	☐	

	2. Không có biện pháp và không triển khai theo dõi, giám sát việc tuân thủ các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị.							☐	☐	
Mức 2	3. Có quy định về việc áp dụng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị và theo dõi việc tuân thủ.		KHTH	Khoa LS	Xây dựng quy định về việc áp dụng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị và theo dõi việc tuân thủ.	Quy định áp dụng Phác đồ điều trị		☐	☐	
	4. Nhân viên y tế được phổ biến thực hiện hướng dẫn chẩn đoán và điều trị.				Phổ biến thực hiện hướng dẫn chẩn đoán và điều trị cho nhân viên y tế	Tại mỗi khoa có phác đồ điều trị		☐	☐	
Mức 3	5. Nhân viên y tế thực hiện đúng theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị.		KHTH			Kiểm tra 1 TH bất kỳ		☐	☐	
	6. Có ban hành quy định các khoa lâm sàng (hoặc toàn bệnh viện, do bệnh viện tự quy định) thực hiện bình (hoặc kiểm tra) bệnh án, tối thiểu 1 lần trong 1 tháng.				Ban hành quy định các khoa lâm sàng (hoặc toàn bệnh viện, do bệnh viện tự quy định) thực hiện bình (hoặc kiểm tra) bệnh án, tối thiểu 1 lần trong 1 tháng.	Quy định bình BA/ kiểm tra BA - Biên bản Bình bệnh án/ kiểm tra BA - Kết quả/ kết luận/ văn bản gửi về khoa		☐	☐	
	7. Có ban hành quy định khoa khám bệnh thực hiện bình			CNTT	Ban hành quy định khoa khám bệnh thực hiện bình	Quy định khoa khám bệnh thực hiện bình đơn thuốc,		☐	☐	

	đơn thuốc, tối thiểu 1 lần trong 1 tháng.					đơn thuốc, tối thiểu 1 lần trong 1 tháng.	tối thiểu 1 lần trong 1 tháng.			
	8. Có các hình thức phản hồi kết quả bình bệnh án với bác sỹ, điều dưỡng và các bên liên quan.				CNTT	Phản hồi kết quả bình bệnh án với bác sỹ, điều dưỡng và các bên liên quan.	Quy định bình BA/ kiểm tra BA Biên bản Bình bệnh án/ kiểm tra BA - Kết quả/ kết luận/ văn bản gửi về khoa	☐	☐	
	9. Lập danh sách một số bệnh thường gặp (theo mô hình bệnh tật các khoa lâm sàng và chung bệnh viện), bệnh điều trị bằng kỹ thuật cao, bệnh có chi phí lớn cần ưu tiên giám sát việc tuân thủ các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị.					Lập danh sách một số bệnh thường gặp, bệnh điều trị bằng kỹ thuật cao, bệnh có chi phí lớn cần ưu tiên giám sát việc tuân thủ các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị.	Mô hình bệnh tật bệnh viện - Danh sách các bệnh tiến hành kiểm tra- giám sát - Quy định/ kế - Biên bản giám sát	☐	☐	
	10. Tiến hành kiểm tra, giám sát (ngẫu nhiên và định kỳ) việc tuân thủ các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của các bệnh án có bệnh nằm trong danh sách đã lập.				CNTT	Tiến hành kiểm tra, giám sát (ngẫu nhiên và định kỳ) việc tuân thủ các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của các bệnh án có bệnh nằm trong danh sách đã lập.		☐	☐	

Mức 4	11. Thực hiện giám sát việc tuân thủ chỉ định cận lâm sàng, kê đơn của các bệnh án cho ít nhất 05 bệnh bằng phần mềm tin học.			KHTH	CNTT	Thực hiện giám sát việc tuân thủ chỉ định cận lâm sàng, kê đơn của các bệnh án cho ít nhất 05 bệnh bằng phần mềm tin học.	Phần mềm giám sát Kiểm tra trực tiếp trên phần mềm	☐	☐	
	12. Phần mềm tin học có khả năng sàng lọc các bệnh án bất thường.					Thực hiện giám sát việc tuân thủ chỉ định cận lâm sàng, kê đơn của các bệnh án cho ít nhất 05 bệnh bằng phần mềm tin học.		☐	☐	
	13. Có bản báo cáo giám sát việc tuân thủ các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, trong đó có tỷ lệ tuân thủ của các khoa lâm sàng.					Báo cáo giám sát việc tuân thủ các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, trong đó có tỷ lệ tuân thủ của các khoa lâm sàng.	Báo cáo đánh giá Hình ảnh kèm theo Kiểm tra thực tế tại khoa phòng	☐	☐	
	14. Công bố báo cáo về việc tuân thủ các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị cho nhân viên (trong đó có tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật của từng khoa lâm sàng) bằng các hình thức như bản tin nội bộ, gửi báo cáo, thư điện tử....					Công bố báo cáo về việc tuân thủ các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị cho nhân viên bằng các hình thức như bản tin nội bộ, gửi báo cáo, thư điện tử....	Báo cáo đánh giá Hình ảnh kèm theo Kiểm tra thực tế tại khoa phòng	☐	☐	

Mức 5	15. Thực hiện giám sát việc tuân thủ các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của toàn bộ các bệnh án bằng phần mềm tin học.			KHTH		Thực hiện giám sát việc tuân thủ các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của toàn bộ các bệnh án bằng phần mềm tin học.	Phần mềm tin học	☐	☐	
	16. Phần mềm tin học có khả năng chiết xuất các kết quả, bảng biểu, đồ thị về kết quả giám sát việc tuân thủ các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị.					Xây dựng Phần mềm tin học có khả năng chiết xuất các kết quả, bảng biểu, đồ thị về kết quả giám sát việc tuân thủ các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị.	Kiểm tra thực tế khả năng chiết xuất biểu đồ	☐	☐	
	17. Sử dụng kết quả đánh giá, giám sát việc tuân thủ các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị cho việc cập nhật, sửa đổi, bổ sung các hướng dẫn và cải tiến chất lượng lâm sàng.					Sử dụng kết quả đánh giá, giám sát việc tuân thủ các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị cho việc cập nhật, sửa đổi, bổ sung các hướng dẫn và cải tiến chất lượng lâm sàng	Phác đồ mới và cũ	☐	☐	
C6.1	Hệ thống quản lý điều dưỡng được thiết lập đầy đủ và hoạt động hiệu quả	5	5	ĐD						
Mức 1	1. Chưa thành lập hội đồng điều dưỡng.			ĐD				☐	☐	

	2. Chưa thành lập phòng điều dưỡng (hoặc tổ điều dưỡng với bệnh viện hạng IV và chưa phân hạng).						☐	☐	
	3. Chưa bổ nhiệm đầy đủ các vị trí điều dưỡng trưởng trong bệnh viện (không áp dụng với khoa có điều dưỡng trưởng vừa nghỉ trong vòng 6 tháng).						☐	☐	
Mức 2	4. Đã thành lập hội đồng điều dưỡng, có trên 50% là điều dưỡng trưởng.		ĐD	P.TCC B HĐDD	Thành lập hội đồng điều dưỡng, có trên 50% là điều dưỡng trưởng. - Lập danh sách các thành viên trong hội đồng có kèm chức vụ	QĐ thành lập HĐDD: 503/QĐ-BV ngày 25/5/2012 Quyết định kiện toàn năm 2020 (nếu có) Quy chế hoạt động của HĐDD năm 2020 (nếu có)	☐	☐	
	5. Đã thành lập phòng điều dưỡng (hoặc tổ điều dưỡng với bệnh viện hạng IV và chưa phân hạng).				Thành lập phòng hoặc tổ điều dưỡng (bệnh viện công lập hạng 3 trở lên có Phòng điều dưỡng).	QĐ thành lập P.ĐD: 537/QĐ-TC ngày 28/7/2008	☐	☐	
	6. Bổ nhiệm đầy đủ điều dưỡng trưởng khoa (điều dưỡng trưởng được bổ			P.TCC B	Bổ nhiệm đầy đủ điều dưỡng trưởng khoa (điều dưỡng trưởng được bổ nhiệm trong vòng 6 tháng	QĐ bổ nhiệm ĐDT đầy đủ tại các khoa và còn giá trị pháp lý Kèm DS thống kê	☐	☐	

	nhiệm trong vòng 6 tháng nếu có người nghỉ hoặc chuyển công tác).				nếu có người nghỉ hoặc chuyển công tác). - Lập danh sách điều dưỡng tương ứng các khoa				
	7. Có quy định cụ thể về nhiệm vụ, quyền hạn và mối quan hệ công tác của phòng/tổ điều dưỡng với các khoa/phòng liên quan.				- Có qui định cụ thể về nhiệm vụ, quyền hạn và mối quan hệ công tác của phòng/tổ Điều dưỡng với các khoa/phòng liên quan.	Quy định Điều Dưỡng 2018 liên quan nội dung trên	☐	☐	
Mức 3	8. Phòng (hoặc tổ) có bản mô tả công việc cho các vị trí điều dưỡng.		ĐD	P.TCC B Các khoa	Có bản mô tả công việc cho các vị trí điều dưỡng	Có bản mô tả công việc cho các vị trí điều dưỡng 2021	☐	☐	
	9. Phòng (hoặc tổ) điều dưỡng xây dựng kế hoạch hoạt động hàng năm (trong quý I hoặc quý IV của năm trước) và được ban giám đốc phê duyệt.				Xây dựng kế hoạch hoạt động hàng năm (trong quý I hoặc quý IV của năm trước)	Kế hoạch hoạt động năm Kế hoạch hoạt động ĐD mỗi quý (quý 4/2020, quý 1 đến quý 3 năm 2021)	☐	☐	
	10. Phòng (hoặc tổ) điều dưỡng là đầu mối triển khai các nội dung công việc theo như kế hoạch đã phê duyệt.				Trong KH hoạt động chỉ rõ Phòng (hoặc tổ) điều dưỡng là đầu mối triển khai các nội dung công việc theo như kế hoạch đã phê duyệt - Thực hiện theo KH đã phê duyệt	Biên bản họp ĐDT Báo cáo hàng tháng của ĐDT, KTV trưởng Bản tin ĐD hàng tháng	☐	☐	

	11. Phòng điều dưỡng xây dựng các bộ công cụ về kiểm tra, giám sát, đánh giá công tác chăm sóc người bệnh và phổ biến cho các khoa áp dụng.				Các khoa	Xây dựng các bộ công cụ về kiểm tra, giám sát, đánh giá công tác chăm sóc người bệnh Phổ biến cho các khoa áp dụng	Kế hoạch kiểm tra giám sát Bộ công cụ KT-GS Triển khai bộ công cụ đến ĐDT Hình ảnh buổi tập huấn Thống kê KT, GS hàng tháng Báo cáo KT, GS 6 tháng, năm	☐	☐	
	12. Phòng (hoặc tổ) điều dưỡng theo dõi tình hình và cập nhật thông tin hàng ngày về nhân lực điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên và người bệnh để điều phối nhân lực trong phạm vi phòng quản lý cho phù hợp giữa các khoa và phục vụ công tác quản lý.				Các khoa	Theo dõi tình hình và cập nhật thông tin hàng ngày về nhân lực điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên và người bệnh thông qua: Lịch trực, hệ thống điều dưỡng trưởng	Báo cáo qua mạng nội bộ mỗi ngày vào buổi sáng	☐	☐	
	13. Tỷ lệ điều dưỡng trưởng có trình độ đại học chiếm từ 30% trở lên (trên tổng số các điều dưỡng trưởng).				P.TCC B P.ĐT và CĐT	Danh sách điều dưỡng trưởng có trình độ ĐH	Danh sách điều dưỡng trưởng Hình ảnh bằng cấp	☐	☐	
	14. Tỷ lệ điều dưỡng trưởng có chứng chỉ quản lý điều dưỡng* (hoặc tương đương,				P.TCC B	Danh sách điều dưỡng trưởng có chứng chỉ quản lý	Danh sách điều dưỡng trưởng Hình ảnh chứng chỉ	☐	☐	

	hoặc có bằng thạc sĩ quản lý bệnh viện) chiếm từ 30% trở lên (trên tổng số các điều dưỡng trưởng).				P.ĐT và CĐT					
	15. Hội đồng điều dưỡng rà soát, cập nhật, bổ sung các quy định, quy trình kỹ thuật chăm sóc người bệnh và duy trì sinh hoạt định kỳ ít nhất 1 năm 1 lần.				HĐDD	Hội đồng điều dưỡng rà soát, cập nhật, bổ sung các quy định, qui trình kỹ thuật chăm sóc người bệnh - Duy trì sinh hoạt định kỳ ít nhất 3 tháng 1 lần.	HĐDD: Biên bản họp và báo cáo mỗi quý Quyết định ban hành quy định, QTKT, QTCS Biên bản thẩm định, nghiệm thu các tài liệu chuyên môn	☐	☐	
Mức 4	16. Phòng (hoặc tổ) điều dưỡng theo dõi tình hình và cập nhật thông tin hằng ngày về nhân lực điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên và người bệnh dựa trên phần mềm để điều phối nhân lực trong phạm vi phòng quản lý cho phù hợp giữa các khoa và phục vụ công tác quản lý.			ĐD	P.CNT T	Theo dõi tình hình và cập nhật thông tin hằng ngày về nhân lực điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên và người bệnh dựa trên phần mềm để điều phối nhân lực trong phạm vi phòng quản lý cho phù hợp giữa các khoa và phục vụ công tác quản lý.	Báo cáo qua mạng nội bộ mỗi ngày vào buổi sáng	☐	☐	
	17. Tỷ lệ điều dưỡng trưởng có trình độ đại học chiếm từ 50% trở lên (trên					Danh sách điều dưỡng trưởng có trình độ ĐH	Danh sách điều dưỡng trưởng Hình ảnh bằng cấp	☐	☐	

tổng số điều dưỡng trưởng).										
18. Tỷ lệ các điều dưỡng trưởng có chứng chỉ quản lý điều dưỡng* (hoặc tương đương, hoặc có bằng thạc sĩ quản lý bệnh viện) chiếm từ 50% trở lên (trên tổng số điều dưỡng trưởng).					Danh sách điều dưỡng trưởng có chứng chỉ quản lý	Danh sách điều dưỡng trưởng Hình ảnh chứng chỉ	☐	☐		
19. Hội đồng điều dưỡng xây dựng và cập nhật các quy trình chăm sóc người bệnh.				HĐDD	Cập nhật bổ sung quy trình chăm sóc người bệnh	Cập nhật các QTCS người bệnh Biên bản thẩm định, nghiêm thu quy trình	☐	☐		
20. Phòng điều dưỡng xây dựng ít nhất 10 chỉ số đánh giá chất lượng chăm sóc người bệnh và công tác điều dưỡng, trong đó có 5 chỉ số cụ thể như tỷ lệ loét do tỳ đè, tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật, tỷ lệ sự cố y khoa do dùng thuốc cho người bệnh, tỷ lệ điều dưỡng tham gia đào tạo liên tục, tỷ				P.ĐT và CĐT P.KHT H P.QLC L P.CTX H Các khoa	Xây dựng danh mục chỉ số bao gồm 10 chỉ số: danh mục chỉ số, thông tin từng chỉ số - Thu thập số liệu, đo lường đánh giá định kỳ các chỉ số theo kế hoạch - Theo dõi sự thay đổi các chỉ số theo thời gian, có biểu đồ theo dõi, phân tích xu hướng biến động các chỉ số.	Kế hoạch xây dựng 10 chỉ số Hướng dẫn thực hiện chỉ số chất lượng Báo cáo kết quả 10 chỉ số có biểu đồ theo dõi sự thay đổi theo thời gian và phân tích hạn chế, xu hướng	☐	☐		

	số điều dưỡng/giường bệnh...									
	21. Tiến hành đo lường, đánh giá định kỳ (do bệnh viện tự quy định) kết quả thực hiện các chỉ số hàng tháng, hàng quý hoặc hàng năm.							☐	☐	
	22. Tiến hành theo dõi sự thay đổi các chỉ số theo thời gian, có biểu đồ theo dõi, phân tích xu hướng biến động các chỉ số.							☐	☐	
	23. Phòng điều dưỡng đánh giá kết quả thực hiện kế hoạch hàng năm về hoạt động điều dưỡng và nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh, có báo cáo đánh giá, trong đó có chỉ ra những mặt hạn chế cần khắc phục.				Phòng điều dưỡng đánh giá kết quả thực hiện kế hoạch hàng năm về hoạt động điều dưỡng và nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh, có báo cáo đánh giá, trong đó có chỉ ra những mặt hạn chế cần khắc phục.	Báo cáo hoạt động ĐD hàng quý, 6 tháng, 9 tháng Tổng kết hoạt động ĐD năm		☐	☐	
Mức 5	24. Tỷ lệ điều dưỡng trưởng có trình độ đại học chiếm từ 70% trở lên (trên			ĐD	Bổ nhiệm điều dưỡng trưởng có trình độ đại học trở lên - Lập danh sách điều	Danh sách điều dưỡng trưởng Hình ảnh bằng cấp		☐	☐	

tổng số điều dưỡng trưởng).					dưỡng trưởng có kèm trình độ học vấn				
25. Tỷ lệ điều dưỡng trưởng có chứng chỉ quản lý điều dưỡng* (hoặc tương đương, hoặc có bằng thạc sĩ quản lý bệnh viện) chiếm từ 70% trở lên (trên tổng số điều dưỡng trưởng).					- Lập danh sách điều dưỡng đã có chứng chỉ	Danh sách điều dưỡng trưởng Hình ảnh chứng chỉ	☐	☐	
26. Áp dụng kết quả báo cáo đánh giá việc thực hiện kế hoạch vào việc cải tiến chất lượng chăm sóc người bệnh và công tác điều dưỡng.					Áp dụng kết quả báo cáo đánh giá việc thực hiện kế hoạch vào việc cải tiến chất lượng chăm sóc người bệnh và công tác điều dưỡng.	BC chỉ số 2021 (có nêu nhược điểm liên quan đến cải tiến 2022 và nêu lên được nội dung cải tiến cho năm 2022)	☐	☐	
27. Tiến hành nghiên cứu, đánh giá chất lượng chăm sóc người bệnh và công tác điều dưỡng dựa trên các chỉ số đã xây dựng.					Tiến hành nghiên cứu, đánh giá chất lượng chăm sóc người bệnh và công tác điều dưỡng dựa trên các chỉ số đã xây dựng. - Số liệu thực tế (nếu có) - Xác định thành quả đạt được, khó khăn, thuận lợi - Hạn chế, đề xuất giải pháp khắc phục	Bài nghiên cứu liên quan đến chỉ số + các file liên quan như: + Đề cương NC + Kế hoạch thực hiện NC + DS thành viên tham gia + Bộ công cụ khảo sát + Bài đăng tạp chí + data + Quyết định nghiêm thu đề tài	☐	☐	
28. Áp dụng kết quả nghiên cứu vào việc cải tiến chất lượng					Áp dụng kết quả nghiên cứu vào việc cải tiến chất lượng chăm sóc người	KH cải tiến 2021 Đề án cải tiến 2021	☐	☐	

	chăm sóc người bệnh và công tác điều dưỡng.					bệnh và công tác điều dưỡng. (Cải tiến những hạn chế còn tồn tại phát hiện sau đánh giá/ sử dụng kết quả nghiên cứu làm cơ sở khoa học thực hiện cải tiến				
	29. Phòng (hoặc tổ) điều dưỡng có ít nhất một sáng kiến mới về cải tiến chất lượng chăm sóc người bệnh, được giám đốc phê duyệt và áp dụng rộng rãi trên phạm vi bệnh viện.					Sáng kiến mới về cải tiến chất lượng chăm sóc người bệnh	Quyết định của BV cho phép áp dụng cải tiến (nếu có) Triển khai cải tiến (biên bản họp, danh sách ký tên, hình ảnh,...)	☐	☐	
	30. Đánh giá kết quả áp dụng các sáng kiến mới đã áp dụng và chỉnh sửa, bổ sung các sáng kiến cải tiến chất lượng chăm sóc người bệnh khác.					Đánh giá kết quả áp dụng các sáng kiến mới đã áp dụng và chỉnh sửa, bổ sung các sáng kiến cải tiến chất lượng chăm sóc người bệnh khác.	Báo cáo cải tiến	☐	☐	
C6.2	Người bệnh được tư vấn, giáo dục sức khỏe khi điều trị và trước khi ra viện	5	5	ĐD	CTXH					
	1. Không có quy định cụ thể về việc tư vấn,			ĐD				☐	☐	

Mức 1	giáo dục sức khỏe cho người bệnh.									
	2. Không có các tài liệu truyền thông, giáo dục sức khỏe cho người bệnh.									
Mức 2	3. Sẵn có các tài liệu truyền thông, giáo dục sức khỏe cho người bệnh do các cơ quan có thẩm quyền ban hành (Bộ Y tế, Sở Y tế, trung tâm truyền thông..) theo định kỳ hoặc theo chiến dịch, chương trình truyền thông như tờ rơi, tranh, ảnh, băng hình...		ĐD		các tài liệu truyền thông, giáo dục sức khỏe cho người bệnh do các cơ quan có thẩm quyền ban hành	Cập nhật hình ảnh tài liệu truyền thông, hình ảnh nơi để tài liệu truyền thông	☐	☐		
Mức 3	4. Các tài liệu truyền thông, giáo dục sức khỏe người bệnh được phổ biến cho nhân viên y tế, người bệnh, người nhà người bệnh bằng các hình thức (như được treo, dán ở vị trí dễ thấy đối với tranh		ĐD		Hình ảnh bảng truyền thông, phương tiện để tài liệu truyền thông ("Mời lấy xem") Hình ảnh NB/ người nhà lấy/ đọc tài liệu truyền thông	Hình ảnh	☐	☐		

ảnh, dễ lấy đối với tờ rơi...).									
5. Có ban hành các quy định hoặc hướng dẫn cụ thể về việc tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh (và người nhà người bệnh).					quy định về việc tư vấn, truyền thông, giáo dục sức khỏe	Quy định TT-GDSK 2017 của bệnh viện Quy định TV-GDSK của phòng ĐD năm 2018	☐	☐	
6. Tỷ lệ điều dưỡng, hộ sinh được đào tạo, tập huấn kỹ năng tư vấn, truyền thông, giáo dục sức khỏe cho người bệnh chiếm từ 50% trở lên.					Đào tạo, tập huấn kỹ năng truyền thông giáo dục sức khỏe người bệnh cho NVYT	Kế hoạch tập huấn 2021 Bài giảng Bài lượng giá Danh sách ký tên tham gia tập huấn Hình ảnh buổi tập huấn DS thống kê tỉ lệ	☐	☐	
7. Nhân viên y tế tại các khoa/phòng thực hiện đầy đủ các quy định của bệnh viện về hoạt động truyền thông, giáo dục sức khỏe cho người bệnh trong quá trình khám và điều trị.					Nhân viên y tế tại các khoa/phòng thực hiện đầy đủ các quy định của bệnh viện về hoạt động truyền thông, giáo dục sức khỏe cho người bệnh trong quá trình khám và điều trị	KH truyền thông GDSK 2021 KH triển khai định hướng hoạt động TT-GDSK hàng tháng năm 2021 Hình ảnh tuyên truyền đến các khoa (thời gian, địa điểm, tên bài) Công cụ KTGS TV-GDSK Thống kê số liệu giám sát TV-GDSK	☐	☐	
8. Tỷ lệ người bệnh nội trú được điều dưỡng, hộ sinh tư vấn, truyền thông,					50% người bệnh nội trú được tư vấn, truyền thông, GDSK	KQ giám sát TV-GDSK Hình ảnh phiếu CS	☐	☐	

	giáo dục sức khỏe chiếm từ 50% trở lên.									
	9. Lập danh mục các bệnh hoặc vấn đề sức khỏe (theo mô hình bệnh tật của bệnh viện) và lộ trình cần ưu tiên xây dựng, cập nhật tài liệu truyền thông, giáo dục sức khỏe.					Danh mục mô hình bệnh tật Kế hoạch xây dựng tài liệu TVGDSK 2021	☐	☐		
Mức 3	10. Phòng (hoặc tổ) điều dưỡng làm đầu mối hoặc tham gia xây dựng các nội dung, tài liệu truyền thông, giáo dục sức khỏe cho người bệnh theo lộ trình đã lập, có tham khảo các tài liệu khác (trong nước và nước ngoài).		ĐD		Xây dựng tài liệu TT-GDSK	Bộ Tài liệu GDSK 2021	☐	☐		
	11. Các tài liệu truyền thông, giáo dục sức khỏe do bệnh viện xây dựng được họp góp ý và được cấp có thẩm quyền (hội đồng điều dưỡng, hội đồng khoa học kỹ thuật				Các tài liệu truyền thông, giáo dục sức khỏe do bệnh viện xây dựng được họp góp ý và được cấp có thẩm quyền (hội đồng điều dưỡng, hội đồng khoa học kỹ thuật hoặc ban giám đốc bệnh viện) phê duyệt, thông qua.	Biên bản thẩm định Biên bản nghiệm thu Đề xuất ban hành Quyết định ban hành	☐	☐		

hoặc ban giám đốc bệnh viện) phê duyệt, thông qua.									
12. Tỷ lệ điều dưỡng, hộ sinh được đào tạo, tập huấn kỹ năng tư vấn, truyền thông, giáo dục sức khỏe cho người bệnh chiếm từ 70% trở lên.					Đào tạo, tập huấn kỹ năng truyền thông giáo dục sức khỏe người bệnh cho NVYT	Như mục 6	☐	☐	
13. Người bệnh được tư vấn, giáo dục sức khỏe phù hợp với bệnh khi vào viện, trong quá trình điều trị và lúc ra viện.					3 Thời điểm tư vấn: khi vào viện, lúc điều trị, lúc ra viện	Phiếu tóm tắt thông tin điều trị Quyết định ban hành Tờ rơi xuất viện TV-GDSK trong họp sinh hoạt Hội đồng NB Báo cáo kết quả KT-GS về việc Tư vấn dinh dưỡng của ĐD tại các khoa LS	☐	☐	
14. Người bệnh có được các kiến thức, thực hành thiết yếu để tự theo dõi, chăm sóc, điều trị và phòng các biến chứng cho bản thân.						Phiếu " Thông tin chăm sóc NB nằm viện HÌNH ẢNH Thống kê số liệu giám sát TV-GDSK Báo cáo kết quả tuân thủ quy định tư vấn, GDSK	☐	☐	
15. Người bệnh được điều dưỡng, hộ sinh nhận định nhu cầu tư vấn, giáo dục sức					Thực hiện nhận định nhu cầu tư vấn vào "Phiếu chăm sóc điều dưỡng"	Phiếu chăm sóc ĐD	☐	☐	

	khỏe và ghi vào “Phiếu chăm sóc điều dưỡng”.									
Mức 5	16. Tỷ lệ điều dưỡng, hộ sinh được đào tạo, tập huấn kỹ năng tư vấn, truyền thông, giáo dục sức khỏe cho người bệnh chiếm từ 90% trở lên.			ĐD		Đào tạo, tập huấn kỹ năng truyền thông giáo dục sức khỏe người bệnh cho NVYT	Như mục 6	☐	☐	
	17. Tiến hành đánh giá (hoặc nghiên cứu) hiệu quả hoạt động truyền thông, giáo dục sức khỏe cho người bệnh; có báo cáo đánh giá, trong đó có chỉ ra những nhược điểm cần khắc phục và đề xuất giải pháp cải tiến chất lượng.					Báo cáo Đánh giá hiệu quả hoạt động truyền thông	Bài nghiên cứu liên quan đến hoạt động truyền thông, GDSK cho NB + các file liên quan như: + Bài đăng tạp chí + Bộ công cụ khảo sát + DS thành viên tham gia + Đề cương NC + Kế hoạch Nghiên cứu + data + Quyết định nghiêm thu đề tài NCKH Báo cáo kết quả	☐	☐	
	18. Có hình thức công bố, thông báo hoặc phản hồi kết quả đánh giá tới các khoa liên quan bằng các hình thức như bản tin nội bộ, gửi					Công bố kết quả đánh giá	Hình ảnh: Công bố kết quả đánh giá qua email của khoa	☐	☐	

	báo cáo, thư điện tử....									
	19. Thực hiện các giải pháp cải tiến chất lượng công tác tư vấn, truyền thông, giáo dục sức khỏe cho người bệnh dựa trên kết quả đánh giá.					Thực hiện các biện pháp cải tiến để nâng cao kết quả TT-GDSK	Xây dựng KH cải tiến Báo cáo cải tiến Hình ảnh minh họa	☐	☐	
C6.3	Người bệnh được theo dõi, chăm sóc phù hợp với tình trạng bệnh và phân cấp chăm sóc	3	4	ĐD						
Mức 1	1. Có xảy ra vụ việc theo dõi, chăm sóc người bệnh không đúng so với các hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên môn, gây hậu quả người bệnh tử vong hoặc tổn thương không hồi phục nhưng không được tự nguyện báo cáo kịp thời (báo cáo về cơ quan quản lý trước khi phương tiện truyền thông đưa tin).			ĐD				☐	☐	

	2. Bệnh viện chưa có quy định theo dõi, chăm sóc, vệ sinh, phục hồi chức năng cho người bệnh.						☐	☐		
Mức 2	3. Có quy định cụ thể về theo dõi, chăm sóc, vệ sinh cá nhân và phục hồi chức năng cho người bệnh.			ĐD		quy định về theo dõi, chăm sóc, vệ sinh cá nhân và phục hồi chức năng cho người bệnh.	Quy định năm 2020	☐	☐	
					Tổ chức tập huấn, đào tạo cho điều dưỡng, hộ sinh, các nhân viên y tế có liên quan về các quy định theo dõi, chăm sóc, vệ sinh cá nhân và phục hồi chức năng cho người bệnh.	Biên bản họp ĐDT có nội dung triển khai Quy định Biên bản họp ĐDV của các khoa có nội dung triển khai Quy định	☐	☐		
					Phiếu TTCS NB nằm viện gắn tại giường bệnh ĐD hướng dẫn người nhà các nội dung ghi nhận trong phiếu, ký xác nhận vào phiếu Phiếu được gắn vào HSBA sau khi NB xuất viện	Hình ảnh Phiếu Thông tin chăm sóc NB nằm viện "Phiếu HD thực hiện các kỹ thuật chăm sóc thiết yếu"	☐	☐		
Mức 3	6. Có đầy đủ các phương tiện, dụng cụ cơ bản phục vụ cho			ĐD	P.VTY T	Danh mục các phương tiện, dụng cụ cơ bản phục vụ	Danh mục các phương tiện, dụng cụ cơ bản ban hành 2018	☐	☐	

việc chăm sóc thể chất và vệ sinh cá nhân cho người bệnh.				P.HCQT	cho việc chăm sóc, vệ sinh cá nhân cho người bệnh	Hình ảnh phương tiện, dụng cụ			
7. Người nhà người bệnh được điều dưỡng tập huấn và làm mẫu thực hiện chăm sóc người bệnh theo đúng kỹ thuật chăm sóc.					ĐD tập huấn và làm mẫu thực hiện chăm sóc người bệnh theo đúng kỹ thuật chăm sóc.	Hình ảnh ĐD làm mẫu cho người nhà NB	☐	☐	
8. Người nhà người bệnh tham gia chăm sóc nhưng không làm các việc liên quan đến chuyên môn (như rửa vết thương, thay băng, thay dịch truyền...).					Điều dưỡng tập huấn và làm mẫu thực hiện chăm sóc người bệnh theo đúng kỹ thuật chăm sóc cho người nhà người bệnh	Hình ảnh Phiếu thông tin chăm sóc người bệnh nằm viện	☐	☐	
9. Điều dưỡng, hộ sinh phối hợp với bác sĩ điều trị trong việc đánh giá phân cấp chăm sóc người bệnh.				P.CNTT	Điều dưỡng, hộ sinh phối hợp với bác sĩ điều trị trong việc đánh giá phân cấp chăm sóc người bệnh.	Quyết định ban hành Quy định phối hợp phân cấp chăm sóc Bảng kiểm: QTKT, QTCS Kết quả kiểm tra HSBA Báo cáo giám sát HSBA	☐	☐	
10. Điều dưỡng trưởng khoa thực hiện việc đi buồng kiểm tra, giám sát việc tuân thủ thực hiện quy trình kỹ thuật và chăm sóc					Điều dưỡng trưởng khoa thực hiện việc đi buồng kiểm tra, giám sát việc tuân thủ thực hiện quy trình kỹ thuật và chăm sóc người bệnh hằng ngày và khi cần thiết.	Biểu mẫu Sổ đi buồng Hướng dẫn ghi chép Sổ đi buồng File KQ giám sát của khoa trên Google Form File Báo cáo hàng tháng của ĐDT (có vẽ biểu đồ)	☐	☐	

người bệnh hằng ngày và khi cần thiết.									
11. Người bệnh có chế độ ăn bệnh lý, có chỉ định ăn qua ống thông được điều dưỡng, hộ sinh kiểm soát thực hiện và ghi kết quả vào phiếu chăm sóc.					Kiểm soát thực hiện chế độ ăn bệnh lý, ăn qua ống thông - Ghi kê quả thực hiện chế độ ăn bệnh lý, ăn qua ống thông vào phiếu chăm sóc	Quy định điều dưỡng Hình ảnh HSBA có nội dung trên Thông kê số liệu kiểm tra HSBA BC kết quả kiểm tra HSBA	☐	☐	
12. Người bệnh có yêu cầu chăm sóc như cho ăn uống, vận động, phục hồi chức năng...được điều dưỡng (hoặc nhân viên y tế khác) thực hiện.					Điều dưỡng thực hiện chăm sóc như cho ăn uống, vận động, phục hồi chức năng... khi người bệnh có yêu cầu	Quyết định thành lập tổ chăm sóc hỗ trợ NB hoặc tương đương Hình ảnh chăm sóc của tổ chăm sóc hỗ trợ NB	☐	☐	
13. Các can thiệp chăm sóc điều dưỡng được ghi lại trong hồ sơ bệnh án.					Kiểm soát việc ghi chép phiếu chăm sóc	Hình ảnh HSBA	☐	☐	
14. Người bệnh được điều dưỡng, hộ sinh hướng dẫn hỗ trợ và tập phục hồi chức năng (nếu có nhu cầu).					Hướng dẫn hỗ trợ và tập phục hồi chức năng (nếu có nhu cầu) người bệnh	Hình ảnh HSBA	☐	☐	
15. Toàn bộ người bệnh chăm sóc cấp I* được điều dưỡng,					Người bệnh chăm sóc cấp I* được điều dưỡng, hộ sinh đánh giá, xác định nhu	Triển khai kế hoạch chăm sóc trên hồ sơ bệnh án điện tử	☐	☐	

	hộ sinh đánh giá, xác định nhu cầu và lập kế hoạch chăm sóc để thực hiện.				cầu và lập kế hoạch chăm sóc để thực hiện.				
	16. Toàn bộ người bệnh cần chăm sóc cấp I* được các nhân viên y tế theo dõi, chăm sóc toàn diện, bao gồm chăm sóc thể chất và vệ sinh cá nhân.				16. Toàn bộ người bệnh cần chăm sóc cấp I* được các nhân viên y tế theo dõi, chăm sóc toàn diện, bao gồm chăm sóc thể chất và vệ sinh cá nhân.	Như tiêu mục 15	☐	☐	
	17. Người bệnh có phẫu thuật* được điều dưỡng, hộ sinh hướng dẫn, hỗ trợ và thực hiện chuẩn bị trước phẫu thuật theo quy định của bệnh viện.				17. Người bệnh có phẫu thuật* được điều dưỡng, hộ sinh hướng dẫn, hỗ trợ và thực hiện chuẩn bị trước phẫu thuật theo quy định của bệnh viện.	Quy định thực hiện bảng kiểm an toàn trong phẫu thuật Quy định thực hiện HSBA phẫu thuật Quy định về đánh dấu vị trí phẫu thuật Hình ảnh	☐	☐	
	18. Người bệnh “giai đoạn cuối”* được điều dưỡng chăm sóc hỗ trợ giảm đau, hỗ trợ thể chất và tinh thần.			Khoa Ung bướu P.ĐT-CĐT	Người bệnh “giai đoạn cuối”* được điều dưỡng chăm sóc hỗ trợ giảm đau, hỗ trợ thể chất và tinh thần.	Quy định csnb giai đoạn cuối KH tập huấn, bài giảng, bài lượng giá, danh sách ký tên, hình ảnh buổi học liên quan đến "chăm sóc hỗ trợ giảm đau, hỗ trợ thể chất và tinh thần cho NB giai đoạn cuối" Giấy chứng nhận (nếu có)	☐	☐	

Mức 4	19. Toàn bộ người bệnh chăm sóc cấp II* được điều dưỡng, hộ sinh đánh giá, xác định nhu cầu và lập kế hoạch chăm sóc để thực hiện.			ĐD		19. Toàn bộ người bệnh chăm sóc cấp II* được điều dưỡng, hộ sinh đánh giá, xác định nhu cầu và lập kế hoạch chăm sóc để thực hiện.	Quy định ghi chép phiếu chăm sóc Hình ảnh Phiếu chăm sóc Kết quả kiểm tra HSBA	☐	☐	
	20. Toàn bộ người bệnh cần chăm sóc cấp II* được các nhân viên y tế theo dõi, chăm sóc toàn diện, bao gồm chăm sóc thể chất và vệ sinh cá nhân.					Toàn bộ người bệnh cần chăm sóc cấp II* được các nhân viên y tế theo dõi, chăm sóc toàn diện, bao gồm chăm sóc thể chất và vệ sinh cá nhân.	Quy định ghi chép phiếu chăm sóc Hình ảnh Phiếu chăm sóc Kết quả kiểm tra HSBA	☐	☐	
	21. Có các phương tiện để phòng chống loét do tỳ đè.				P.VTY T	Có các phương tiện để phòng chống loét do tỳ đè.	Quy định chăm sóc NB có nguy cơ loét (P.ĐD ban hành năm 2017 Danh mục phương tiện phòng chống loét ban hành năm 2018 Quy trình chăm sóc phòng ngừa loét (ban hành 2018)	☐	☐	
	22. Có nhân viên y tế hoặc dịch vụ hỗ trợ chăm sóc thể chất và vệ sinh cá nhân cho người bệnh (tắm, gội đầu, vệ sinh răng miệng, xoay trở, vỗ rung).				P.CSK H	Có nhân viên y tế hoặc dịch vụ hỗ trợ chăm sóc thể chất và vệ sinh cá nhân cho người bệnh (tắm, gội đầu, vệ sinh răng miệng, xoay trở, vỗ rung).	Tổ chăm sóc hỗ trợ: Quyết định thành lập tổ chăm sóc hỗ trợ NB hoặc tương đương Kế hoạch có liên quan đến tổ chăm sóc hỗ trợ NB Hình ảnh chăm sóc của tổ chăm sóc hỗ trợ NB Bảng giá DV hỗ trợ CS nội	☐	☐	

						viện (cập nhật) Phiếu đăng ký DV hỗ trợ CS (cập nhật)				
Mức 5	23. Xây dựng các chỉ số đánh giá chất lượng công tác theo dõi, chăm sóc người bệnh (như tỷ lệ người bệnh loét do tỳ đè, tỷ lệ người bệnh bị viêm phổi do ứ đọng...) và tiến hành đo lường, theo dõi các chỉ số đó.			ĐD		Xây dựng các chỉ số đánh giá chất lượng công tác theo dõi, chăm sóc người bệnh (như tỷ lệ người bệnh loét do tỳ đè, tỷ lệ người bệnh bị viêm phổi do ứ đọng...) - Tiến hành đo lường, theo dõi các chỉ số	Kế hoạch chỉ số chất lượng HD thực hiện chỉ số	☐	☐	
	Các khoa lâm sàng				So sánh, theo dõi chất lượng công tác chăm sóc người bệnh giữa các khoa lâm sàng dựa trên vẽ biểu đồ so sánh các chỉ số của các khoa.	Báo cáo thực hiện các chỉ số	☐	☐		
	Các khoa lâm sàng				Các khoa lâm sàng tự tiến hành theo dõi chất lượng công tác chăm sóc người bệnh dựa trên vẽ biểu đồ so sánh các chỉ số theo thời gian.	Báo cáo hàng tháng của ĐDT	☐	☐		
					Tiến hành đánh giá (hoặc nghiên cứu) công tác theo	Bài nghiên cứu liên quan đến chỉ số + các file liên	☐	☐		
	24. Phòng điều dưỡng so sánh, theo dõi chất lượng công tác chăm sóc người bệnh giữa các khoa lâm sàng dựa trên vẽ biểu đồ so sánh các chỉ số của các khoa.									
	25. Các khoa lâm sàng tự tiến hành theo dõi chất lượng công tác chăm sóc người bệnh dựa trên vẽ biểu đồ so sánh các chỉ số theo thời gian.									
	26. Tiến hành đánh giá (hoặc nghiên									

	cứu) công tác theo dõi, chăm sóc người bệnh; có báo cáo đánh giá trên phạm vi bệnh viện, trong đó có chỉ ra những nhược điểm cần khắc phục và đề xuất giải pháp cải tiến chất lượng.					đổi, chăm sóc người bệnh dựa vào các chỉ số đã xây dựng Báo cáo đánh giá, trong đó có chỉ ra những nhược điểm cần khắc phục và đề xuất giải pháp cải tiến chất lượng.	quan như: + Đề cương NC + Kế hoạch thực hiện NC + DS thành viên tham gia + Bộ công cụ khảo sát + Bài đăng tạp chí + data + Quyết định nghiêm thu đề tài Báo cáo dựa trên đề tài NC: trong đó có chỉ ra những nhược điểm cần khắc phục và đề xuất giải pháp cải tiến chất lượng.			
	27. Tỷ lệ người bệnh loét do tỳ đè giảm dần hàng năm (hoặc tỷ lệ này bằng 0%).				Các Phòng ban chức năng (QLCL, KSNK, Khoa LS)	Tỷ lệ người bệnh loét do tỳ đè giảm dần hàng năm (hoặc tỷ lệ này bằng 0%).	Báo cáo chỉ số loét Báo cáo tháng của ĐDT	☐	☐	
	28. Tỷ lệ người bệnh bị viêm phổi do ứ đọng giảm dần hàng năm, tiến đến không có (hoặc tỷ lệ này bằng 0%).					Tỷ lệ người bệnh bị viêm phổi do ứ đọng giảm dần hàng năm, tiến đến không có (hoặc tỷ lệ này bằng 0%).	Báo cáo chỉ số viêm phổi Báo cáo tháng của ĐDT	☐	☐	
	29. Thực hiện các giải pháp cải tiến chất lượng công tác theo dõi, chăm sóc người bệnh dựa trên kết quả đánh giá và đo lường các chỉ số đã xây dựng.					Cải tiến chất lượng dựa vào kết quả đánh giá. So sánh kết quả trước cải tiến và sau cải tiến	KH cải tiến 2021 Đề án cải tiến 2021 Đề xuất - tờ trình triển khai cải tiến Hình ảnh cải tiến (nếu có) Quyết định của BV cho phép áp dụng cải tiến (nếu có)	☐	☐	

							Triển khai cải tiến (biên bản họp, danh sách ký tên, hình ảnh,...) Báo cáo cải tiến			
C7.1	Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức để thực hiện công tác dinh dưỡng tiết chế tại bệnh viện	4	4	K.DINH DUỖNG						
Mức 1	1. Không có khoa/tổ dinh dưỡng - tiết chế.			K.DINH DUỖNG				☐	☐	
	2. Không có nhân viên được đào tạo về dinh dưỡng làm công tác dinh dưỡng - tiết chế.							☐	☐	
Mức 2	3. Có khoa/tổ dinh dưỡng - tiết chế theo quy định và đang hoạt động.			K.DINH DUỖNG			QĐ thành lập khoa, tổ dinh dưỡng	☐	☐	
	4. Lãnh đạo khoa/tổ dinh dưỡng - tiết chế có bằng chuyên khoa về chuyên ngành dinh dưỡng hoặc có chứng chỉ dinh dưỡng lâm sàng.						Quyết định bổ nhiệm CHứng chỉ dinh dưỡng lâm sàng của lãnh đạo	☐	☐	
	5. Các văn bản, chứng chỉ (bản sao) của nhân viên khoa/tổ dinh dưỡng -					Copy toàn bộ văn bản, chứng chỉ của nhân viên khoa, lưu trữ thành 1 bộ riêng	Bộ văn bản, chứng chỉ toàn bộ nhân viên khoa DD	☐	☐	

	tiết chế được tập hợp thành một bộ và lưu tại khoa/tổ dinh dưỡng.									
Mức 3	6. Có khoa/tổ dinh dưỡng - tiết chế theo quy định, bệnh viện từ hạng III trở lên đã thành lập khoa dinh dưỡng - tiết chế.			K.DINH H DUỖN G		Đã có	QĐ thành lập khoa, tổ dinh dưỡng	☐	☐	
	7. Khoa/tổ dinh dưỡng - tiết chế có ít nhất một nhân viên chuyên trách dinh dưỡng, đã được đào tạo về dinh dưỡng - tiết chế.					Đề xuất ban hành QĐ thành lập nhóm phụ trách dinh dưỡng lâm sàng	QĐ nhóm dinh dưỡng lâm sàng; Chứng chỉ dinh dưỡng lâm sàng	☐	☐	
	8. Có đề án vị trí việc làm và xác định số lượng nhân lực của khoa/tổ dinh dưỡng - tiết chế theo lộ trình thời gian.					Xây dựng đề án việc làm khoa dinh dưỡng	Bảng mô tả công việc của nhân viên khoa	☐	☐	
	9. Có bản mô tả vị trí việc làm của từng nhân viên trong khoa/tổ.						Bảng mô tả công việc của nhân viên khoa	☐	☐	
	10. Lãnh đạo khoa/tổ có trình độ đại học chuyên ngành y, dinh dưỡng, thực						Bảng cử nhân chuyên ngành y; - Chứng chỉ dinh dưỡng lâm sàng	☐	☐	

	phẩm (hoặc có liên quan) trở lên và có bằng chuyên khoa chuyên ngành dinh dưỡng - tiết chế hoặc có chứng chỉ dinh dưỡng lâm sàng (từ 3 tháng trở lên).									
	11. Nhân viên bộ phận chế biến và cung cấp suất ăn được đào tạo, tập huấn về vệ sinh an toàn thực phẩm.					Giấy chứng nhận tập huấn ATVSTP của toàn bộ NV bếp ăn	☐	☐		
Mức 4	12. Khoa/tổ dinh dưỡng - tiết chế có đầy đủ nhân viên theo đề án vị trí việc làm.		K.DINH DUỖN G			Sơ đồ tổ chức khoa; - Danh sách nhân viên khoa; - Bộ văn bằng, chứng chỉ NV khoa	☐	☐		
	13. Có nhân viên phụ trách dinh dưỡng lâm sàng, được đào tạo, tập huấn về dinh dưỡng lâm sàng.				Đề xuất ban hành QĐ thành lập nhóm phụ trách dinh dưỡng lâm sàng	QĐ nhóm dinh dưỡng lâm sàng; Chứng chỉ dinh dưỡng lâm sàng	☐	☐		
	14. Lãnh đạo khoa có trình độ sau đại học trở lên, có luận văn hoặc chủ trì đề tài nghiên cứu đã nghiệm thu về dinh dưỡng hoặc liên				Trưởng khoa làm luận văn/đề tài về dinh dưỡng và hoàn thành chương trình đào tạo sau đại học	Văn bằng sau đại học; - Luận văn/đề tài về dinh dưỡng	☐	☐		

	quan đến dinh dưỡng.									
Mức 5	15. Nhân viên phụ trách dinh dưỡng lâm sàng được đào tạo, tập huấn về dinh dưỡng từ 3 tháng trở lên và có chứng chỉ.			K.DINH DUỖNG		Nhân viên phụ trách dinh dưỡng lâm sàng được đào tạo, tập huấn về dinh dưỡng từ 3 tháng trở lên và có chứng chỉ.	Bằng cấp, chứng chỉ của nhân viên dinh dưỡng lâm sàng	☐	☐	
	16. Toàn bộ nhân viên làm ở khoa/tổ dinh dưỡng - tiết chế được đào tạo, tập huấn về dinh dưỡng và có chứng nhận.					Cử nhân viên khoa/tổ dinh dưỡng tham gia đào tạo, tập huấn về dinh dưỡng	Bằng cấp, chứng chỉ của nhân viên dinh dưỡng lâm sàng	☐	☐	
	17. Lãnh đạo khoa có bằng chuyên khoa II hoặc tiến sỹ, có luận án hoặc chủ nhiệm đề tài cấp Bộ/TP trở lên về dinh dưỡng hoặc liên quan đến dinh dưỡng.						Bằng cấp, chứng chỉ của nhân viên dinh dưỡng lâm sàng	☐	☐	
C7.2	Bệnh viện đảm bảo cơ sở vật chất để thực hiện công tác dinh dưỡng tiết chế tại bệnh viện	4	4	K.DINH DUỖNG						
Mức 1	1. Khoa/tổ dinh dưỡng - tiết chế chưa có phòng làm việc độc lập.			K.DINH				☐	☐	

				DUỖN G						
Mức 2	2. Khoa/tổ dinh dưỡng - tiết chế có phòng riêng, có biển tên khoa/tổ.			K.DIN H DUỖN G		Cung cấp đầy đủ cơ sở, trang thiết bị, phòng để phục vụ công tác của khoa dinh dưỡng	QĐ thành lập khoa; Hình biên tên khoa	☐	☐	
	3. Có đầy đủ các trang thiết bị tối thiểu cho văn phòng làm việc như bàn ghế, tủ, máy tính...					Cung cấp đầy đủ cơ sở, trang thiết bị, phòng để phục vụ công tác của khoa dinh dưỡng	Hình ảnh +quan sát	☐	☐	
	4. Có các dụng cụ phục vụ công tác khám, đánh giá tình trạng dinh dưỡng; cân, thước đo chiều cao tại 100% các khoa lâm sàng.					Cung cấp đầy đủ cơ sở, trang thiết bị, phòng để phục vụ công tác của khoa dinh dưỡng	Hình ảnh +quan sát	☐	☐	
	5. Có tài liệu về dinh dưỡng tại khoa/tổ dinh dưỡng - tiết chế.					Cập nhật tài liệu/sách/hình ảnh về dinh dưỡng thường xuyên để tư vấn cho bệnh nhân	Tài liệu tư vấn dinh dưỡng, hướng dẫn cách nấu cháo cho trẻ, cách hướng dẫn xây dựng thực đơn, ...	☐	☐	
	6. Có hướng dẫn chế độ ăn theo quy định.					Cập nhật tài liệu/sách/hình ảnh về dinh dưỡng thường xuyên để tư vấn cho bệnh nhân	Tài liệu hướng dẫn chế độ ăn của BHYT. Tài liệu hướng dẫn chế độ ăn của bệnh viện + văn bản ban hành	☐	☐	
	7. Có bảng thành phần thực phẩm Việt Nam (protein,					Cập nhật tài liệu/sách/hình ảnh về dinh dưỡng thường xuyên để tư vấn cho bệnh nhân	Sách bảng thành phần thực phẩm việt nam	☐	☐	

	glucid, lipid và các thành phần khác).									
Mức 3	8. Có căng-tin phục vụ ăn uống cho người bệnh, người nhà người bệnh và nhân viên bệnh viện.		K.DINH DUỖNG		Trang bị đầy đủ cơ sở vật chất trong căng tin để phục vụ bệnh nhân	Hình ảnh +quan sát	☐	☐		
	9. Có khu vực chế biến thức ăn bảo đảm vệ sinh sạch sẽ.				Hàng tháng có kiểm tra ATVSTP và gửi báo cáo về SYT.	Biên bản kiểm tra ATVSTP; Hình ảnh bếp ăn	☐	☐		
	10. Bộ phận chế biến thức ăn được thiết kế một chiều.				Thiết kế không gian chế biến thức ăn theo một chiều - Có kiểm tra giám sát vấn đề tuân thủ chế biến thức ăn một chiều theo qui định	Biên bản kiểm tra ATVSTP; Hình ảnh bếp ăn	☐	☐		
	11. Bảo đảm hệ thống cấp, thoát nước hoạt động đầy đủ tại nơi chế biến thức ăn.				Kiểm tra và giải quyết kịp thời các hư hỏng đảm bảo hệ thống cấp thoát nước hoạt động đầy đủ	Biên bản kiểm tra ATVSTP; Hình ảnh bếp ăn	☐	☐		
	12. Có tủ riêng biệt dùng để lưu mẫu thức ăn.				Trang bị tủ lưu mẫu thức ăn - Thức ăn đều được lưu mẫu lại tối thiểu 24h với nhiệt độ ≤ 5 độ C. - Mẫu lưu giữ phải đúng theo	Quy định lưu mẫu thức ăn; Hình ảnh tủ lưu mẫu thức ăn	☐	☐		
	13. Thức ăn được lưu mẫu theo đúng quy định.				Trang bị tủ lưu mẫu thức ăn - Thức ăn đều được lưu mẫu lại tối thiểu 24h với nhiệt độ ≤ 5 độ C.	Quy định lưu mẫu thức ăn;	☐	☐		

					- Mẫu lưu giữ phải đúng theo qui định do Cục VSATTP ban hành				
	14. Có phòng ăn dành cho người bệnh và có quạt (hoặc điều hòa).				Trang bị đầy đủ cơ sở vật chất trong căng tin để phục vụ bệnh nhân - Phòng ăn phải có quạt hoặc điều hòa, tổ KTGS đi kiểm tra thường xuyên, đề xuất sửa chữa kịp thời nếu có hư hỏng. - Bồn rửa tay phải có trang bị xà phòng	Hình ảnh +quan sát	☐	☐	
	15. Có bồn rửa tay ở khu vực phòng ăn (trong hoặc ngay bên ngoài phòng ăn).				Trang bị đầy đủ cơ sở vật chất trong căng tin để phục vụ bệnh nhân - Phòng ăn phải có quạt hoặc điều hòa, tổ KTGS đi kiểm tra thường xuyên, đề xuất sửa chữa kịp thời nếu có hư hỏng. - Bồn rửa tay phải có trang bị xà phòng	Hình ảnh +quan sát	☐	☐	
Mức 4	16. Sử dụng bếp nấu bằng điện hoặc ga để nấu thức ăn.			K.DINH DUỖNG	Trang bị đầy đủ cơ sở vật chất trong căng tin để phục vụ bệnh nhân - Phòng ăn phải có quạt hoặc điều hòa, tổ KTGS đi kiểm tra thường xuyên, đề xuất sửa chữa kịp thời nếu có hư hỏng.	Hình ảnh +quan sát	☐	☐	

						- Bồn rửa tay phải có trang bị xà phòng				
	17. Có phương tiện vận chuyển suất ăn tới người bệnh, bảo đảm vệ sinh an toàn thực phẩm.						Hình ảnh +quan sát	☐	☐	
	18. Có tủ lạnh lưu trữ, bảo quản thực phẩm tươi sống					trang bị tủ lạnh lưu trữ, bảo quản thực phẩm tươi sống, không đựng thức ăn đã chế biến chung - Đảm bảo nhiệt độ lưu trữ theo qui định	Hình ảnh +quan sát	☐	☐	
	19. Khu nhà ăn bố trí riêng biệt với khu khám và điều trị.					Sơ đồ bệnh viện có hướng chỉ đến nhà ăn	Bảng thiết kế	☐	☐	
	20. Bếp ăn có đủ nhân viên phục vụ có khả năng cung cấp các suất ăn cho trên 70% người bệnh (tính theo số giường bệnh).					Cập nhật danh sách nhân viên. - Lập kế hoạch bổ sung nhân sự nếu cần tuyển thêm nhân viên	Hồ sơ cung cấp suất ăn Danh sách nhân viên	☐	☐	
Mức 5	21. Có phòng tư vấn, truyền thông về dinh dưỡng riêng biệt.			K.DIN H DUỖN G			Hình ảnh phòng tư vấn dinh dưỡng	☐	☐	
	22. Bàn ăn được thiết kế bằng vật liệu chống bám dính, dễ cọ rửa, bảo đảm vệ sinh.					Nhân viên nhà ăn thường xuyên lau chùi, vệ sinh bàn ăn, phương tiện vận chuyển thức ăn. - Khi kiểm tra VSATTP định kì có kiểm tra phương	Hình ảnh +quan sát	☐	☐	

					tiện vận chuyển thức ăn đảm bảo khả năng giữ nhiệt độ thức ăn hoạt động tốt				
	23. Phương tiện vận chuyển suất ăn tới người bệnh có khả năng giữ nhiệt độ thức ăn.						☐	☐	
	24. Bếp ăn có đủ nhân viên phục vụ có khả năng cung cấp các suất ăn trên 90% người bệnh (tính theo số giường bệnh), nhân viên y tế và người nhà người bệnh khi có nhu cầu.						☐	☐	
	25. Có đủ trang thiết bị, hóa chất hoặc phương tiện khác phòng chống ruồi, gián, côn trùng, chuột và động vật có nguy cơ gây bệnh tại khu vực kho thực phẩm, bếp và nhà ăn.						☐	☐	
	26. Bảo đảm không có ruồi, gián, côn trùng, chuột và động vật có nguy cơ gây bệnh tại khu vực nhà ăn.						☐	☐	

C7.3	Người bệnh được đánh giá, theo dõi tình trạng dinh dưỡng trong thời gian nằm viện	4	3	K.DINH H DUỖN G	Khoa LS					
Mức 1	1. Người bệnh không được cân trọng lượng cơ thể, đo chiều cao, tính chỉ số khối cơ thể khi nhập viện và không được ghi nhận vào hồ sơ bệnh án.			K.DINH H DUỖN G				☐	☐	
Mức 2	2. Tỷ lệ người bệnh được cân trọng lượng cơ thể, đo chiều cao, tính chỉ số khối cơ thể khi nhập viện chiếm từ 50% trở lên và được ghi vào hồ sơ bệnh án.			K.DINH H DUỖN G	P.ĐD, KHTH	Thực hiện đánh giá TTDD và ghi vào HSBA. - Giám sát việc thực hiện kiểm tra HSBA bất kỳ hàng ngày	Kiểm tra việc đánh giá tình trạng dinh dưỡng, dán vào HSBA	☐	☐	
Mức 3	3. Có mẫu phiếu đánh giá, sàng lọc tình trạng dinh dưỡng người bệnh (bệnh viện tự xây dựng hoặc tham khảo từ tổ chức khác).			K.DINH H DUỖN G		Xây dựng phiếu đánh giá. - Đánh giá TTDD trong mỗi HSBA. - Giám sát việc thực hiện hàng ngày.	Phiếu đánh giá tình trạng dinh dưỡng, dán vào HSBA	☐	☐	
	4. Người bệnh được phân loại và xác định chính xác nguy				P.ĐD, KHTH	Giám sát việc thực hiện hàng ngày.	Kiểm tra việc đánh giá tình trạng dinh dưỡng, dán vào HSBA	☐	☐	

cơ suy dinh dưỡng khi nhập viện không quá 36 giờ kể từ khi nhập viện (hoặc được phân loại trong hồ sơ theo dõi người bệnh trong vòng 1 tháng trước kể từ ngày nhập viện).									
5. Bác sỹ điều trị khám, đánh giá tình trạng dinh dưỡng, tư vấn và chỉ định chế độ ăn bệnh lý cho người bệnh theo mã của Bộ Y tế cho những người bệnh bắt buộc ăn theo chế độ ăn bệnh lý (đái đường, tăng huyết áp, suy thận...) hoặc người bệnh có nhu cầu.					Kiểm tra việc ghi chép HSBA hàng ngày. - Cung cấp suất ăn theo chế độ bệnh lý.	Kiểm tra HSBA	☐	☐	
6. Hồ sơ bệnh án có ghi các thông tin liên quan đến dinh dưỡng như kết quả đánh giá tình trạng dinh dưỡng, chế độ ăn (nếu cần thiết) và các thông tin cần lưu ý về dinh dưỡng.					Kiểm tra HSBA hàng ngày.	Kiểm tra HSBA	☐	☐	

Mức 4	7. Người bệnh có nguy cơ hoặc bị suy dinh dưỡng, mắc các bệnh lý có liên quan đến dinh dưỡng khi nhập viện được lập kế hoạch theo dõi, đánh giá tình trạng dinh dưỡng.			K.DINH DUỖNG		Theo dõi, đánh giá tình trạng DD. - Giám sát việc thực hiện.	KH theo dõi, đánh giá tình trạng dinh dưỡng; Xem HSBA	☐	☐	
	8. Người bệnh được can thiệp dinh dưỡng dựa trên kết quả đánh giá tình trạng dinh dưỡng.					Giải pháp can thiệp: + Tư vấn dinh dưỡng + Cung cấp suất ăn, theo dõi. + Đánh giá việc thực hiện.	Kế hoạch can thiệp dinh dưỡng Kiểm tra HSBA	☐	☐	
	9. Người bệnh suy dinh dưỡng nặng được hội chẩn với khoa dinh dưỡng-tiết chế, đánh giá tình trạng dinh dưỡng, lập kế hoạch và can thiệp dinh dưỡng.					Phiếu hội chẩn. - Sổ hội chẩn - Giám sát việc thực hiện.	Quy định hội chẩn; Sổ hội chẩn.	☐	☐	
Mức 5	10. Người bệnh có chỉ định can thiệp dinh dưỡng được theo dõi, đánh giá lại tình trạng dinh dưỡng, tư vấn và điều chỉnh chế độ dinh dưỡng phù hợp.			K.DINH DUỖNG		Phiếu đánh giá lại tình trạng dinh dưỡng. - Giám sát việc thực hiện.	Phiếu đánh giá lại tình trạng dinh dưỡng.	☐	☐	
	11. Có tiến hành khảo sát (hoặc					Xây dựng phiếu khảo sát.	Phiếu khảo sát	☐	☐	

	ngiên cứu) về việc đánh giá, theo dõi tình trạng dinh dưỡng của người bệnh. 12. Có báo cáo đánh giá, trong đó có chỉ ra những khó khăn, hạn chế, nhược điểm cần khắc phục và đề xuất giải pháp can thiệp. 13. Áp dụng kết quả khảo sát (hoặc nghiên cứu) vào cải tiến chất lượng đánh giá và theo dõi tình trạng dinh dưỡng người bệnh.									
					Viết báo cáo kết quả khảo sát.	Báo cáo sau khảo sát.	☐	☐		
					Xây dựng KH cải tiến chất lượng sau khảo sát.	KH cải tiến chất lượng sau khảo sát	☐	☐		
C7.4	Người bệnh được hướng dẫn, tư vấn chế độ ăn phù hợp với bệnh lý	5	5	K.DINH DUỖNG						
Mức 1	1. Không thực hiện hướng dẫn, tư vấn chế độ ăn cho người bệnh.			K.DINH DUỖNG			☐	☐		
Mức 2	2. Nhân viên y tế có tư vấn chế độ ăn phù hợp cho người bệnh mắc các bệnh cần có			K.DINH	Tư vấn chế độ ăn - Ghi chép vào HSBA - Giám sát việc thực hiện hàng ngày.	Kiểm tra HSBA Phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân	☐	☐		

	lưu ý đặc biệt về chế độ ăn như đại tháo đường, tăng huyết áp, bệnh thận...			DUỖN G						
Mức 3	3. Có góc truyền thông, tranh ảnh về dinh dưỡng ở các khoa lâm sàng và những nơi tập trung nhiều người bệnh và người nhà người bệnh, ví dụ thông tin về dinh dưỡng hợp lý, chế độ ăn cho các bệnh lý, trẻ em, người cao tuổi, phụ nữ mang thai, phụ nữ cho con bú...			K.DINH DUỖN G		Xây dựng chế độ dinh dưỡng cho từng đối tượng (TE, người già,...) - Gắn lên bảng truyền thông. - Giám sát việc thực hiện.	Hình ảnh các bảng truyền thông	☐	☐	
	4. Có hướng dẫn, tư vấn chế độ ăn cho người bệnh bằng tranh ảnh, tờ rơi hoặc băng hình... cho ít nhất 3 bệnh (hoặc 3 vấn đề sức khỏe) thường gặp tại bệnh viện.					Xây dựng, thiết kế tranh ảnh, tờ rơi chế độ ăn ít nhất cho 3 bệnh. - Dán lên góc truyền thông.	Hình ảnh các bảng truyền thông	☐	☐	
Mức 4	5. Có ít nhất 50% tổng số các khoa lâm sàng có tài liệu tư vấn, truyền thông về dinh dưỡng cho ít			K.DINH DUỖN G		Xây dựng, thiết kế tranh ảnh, tờ rơi chế độ ăn ít nhất cho 3 bệnh. - Dán lên góc truyền thông. - Ghi vào phiếu tóm tắt	Phiếu tư vấn dinh dưỡng hoặc lồng ghép vào phiếu tóm tắt thông tin điều trị	☐	☐	

Mức 5	nhất một bệnh hoặc một vấn đề sức khỏe cần tư vấn về dinh dưỡng thường gặp của mỗi khoa. Thông tin về dinh dưỡng có thể trình bày dưới dạng tài liệu riêng, tờ rơi hoặc lồng ghép vào các tài liệu khác (như “Phiếu tóm tắt thông tin điều trị” trong tiêu chí A4.1)				thông tin điều trị. - Kiểm tra HSBA. Theo dõi việc thực hiện.				
	6. Nhân viên y tế in, phát và tư vấn các tài liệu truyền thông về dinh dưỡng cho người bệnh (hoặc có hình thức cung cấp thông tin khác như phát trên màn hình).				Phát trên tivi. - Hộp mời lấy xem. - Lồng ghép vào các buổi tập huấn.	Phát phiếu tư vấn hoặc chiếu video qua tivi	☐	☐	
	7. Tổ chức truyền thông, giáo dục về dinh dưỡng cho người bệnh tại khoa điều trị hoặc hội trường.				KH tổ chức buổi tư vấn; - Tài liệu; - Hình ảnh buổi tư vấn.	KH tổ chức buổi tư vấn; - Tài liệu; - Hình ảnh buổi tư vấn.	☐	☐	
	8. Khoa/tổ dinh dưỡng-tiết chế hướng dẫn, hỗ trợ, kiểm tra, giám sát		K.DIN H	K. SẢN	Xây dựng Tài liệu hướng dẫn BB kiểm tra, giám sát	Tài liệu hướng dẫn BB kiểm tra, giám sát	☐	☐	

	chế độ dinh dưỡng tại các khoa/phòng điều trị (bao gồm việc thực hiện nuôi con bằng sữa mẹ, thực hành nuôi con hợp lý...).			DƯỠN G						
	9. Có phòng tư vấn về dinh dưỡng cho người bệnh, trong đó có cung cấp dịch vụ khám và tư vấn cho người bệnh về dinh dưỡng và chế độ ăn bệnh lý.				Triển khai xây dựng phòng tư vấn.	Sắp xếp phòng tư vấn dinh dưỡng tách riêng với phòng tiêm ngừa	☐	☐		
	10. Tiến hành khảo sát, đánh giá (hoặc nghiên cứu) việc hướng dẫn, tư vấn chế độ ăn phù hợp với bệnh lý cho người bệnh.				Xây dựng phiếu khảo sát	Phiếu khảo sát	☐	☐		
	11. Có báo cáo đánh giá, trong đó có chỉ ra những nhược điểm, khó khăn cần khắc phục và đề xuất giải pháp cải tiến chất lượng.				Viết báo cáo sau khảo sát. - Nêu nhược điểm, khó khăn cần khắc phục.	Báo cáo sau khảo sát.	☐	☐		
	12. Tiến hành cải tiến chất lượng tư vấn dinh dưỡng cho				Viết KH cải tiến chất lượng sau khảo sát, Tiến	KH cải tiến chất lượng sau khảo sát	☐	☐		

	người bệnh dựa trên kết quả khảo sát, đánh giá (hoặc nghiên cứu).					hành cải tiến, Đánh giá kết quả.				
C7.5	Người bệnh được cung cấp chế độ dinh dưỡng phù hợp với bệnh lý trong thời gian nằm viện	4	4	K.DINH H DUỖN G						
Mức 1	1. Không có tài liệu xây dựng suất ăn bệnh lý hoặc khẩu phần dinh dưỡng cho người bệnh.			K.DINH H DUỖN G				☐	☐	
Mức 2	2. Có văn bản quy định về việc hội chẩn giữa nhân viên khoa dinh dưỡng tiết chế với bác sỹ điều trị về chế độ dinh dưỡng cho người bệnh trong trường hợp người bệnh mắc các bệnh liên quan đến dinh dưỡng.			K.DINH H DUỖN G		Thực hiện đánh giá TTDD và ghi vào HSBA. - Giám sát việc thực hiện kiểm tra HSBA bất kỳ hàng ngày.	Quy định hội chẩn	☐	☐	
	3. Người mắc các bệnh liên quan đến dinh dưỡng được hội chẩn giữa nhân viên khoa/tổ dinh dưỡng tiết chế với bác sỹ					Xây dựng phiếu đánh giá. - Đánh giá TTDD trong mỗi HSBA. - Giám sát việc thực hiện hàng ngày.	Sổ hội chẩn	☐	☐	

	lâm sàng về chế độ dinh dưỡng.								
Mức 3	4. Khoa/tổ dinh dưỡng-tiết chế xây dựng các khẩu phần ăn bệnh lý khác nhau cho từng đối tượng người bệnh (tối thiểu cho các bệnh đái tháo đường, tăng huyết áp, suy thận...).		K.DINH DUỖN G		Giám sát việc thực hiện hàng ngày.	Quyển thực đơn và chế độ ăn thực hiện tại bệnh viện	☐	☐	
				Kiểm tra việc ghi chép HSBA hàng ngày. - Cung cấp suất ăn theo chế độ bệnh lý.	Phiếu báo ăn	☐	☐		
				Kiểm tra HSBA hàng ngày.	Biên bản kiểm tra giám sát vệ sinh an toàn thực phẩm; Xem HSBA	☐	☐		

7. Khoa dinh dưỡng -tiết chế quản lý được chất lượng vệ sinh an toàn thực phẩm của cơ sở cung cấp suất ăn cho bệnh viện (bao gồm cả nhà ăn/căng-tin trong bệnh viện): có mẫu thực phẩm lưu, kiểm tra thường xuyên, giám sát vệ sinh nhà bếp (kể cả các bếp ăn do tổ chức hoặc cá nhân điều hành cung cấp suất ăn cho bệnh viện).					Theo dõi, đánh giá tình trạng DD. - Giám sát việc thực hiện.	Xây dựng Biên bản kiểm tra giám sát vệ sinh an toàn thực phẩm. - Kết quả kiểm tra.	☐	☐	
8. Trẻ em bị suy dinh dưỡng nặng cấp tính được điều trị theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh suy dinh dưỡng cấp tính ở trẻ em từ 0-72 tháng tuổi theo quy định của Bộ Y tế (nếu bệnh viện không điều trị cho đối tượng trẻ em suy dinh dưỡng nặng cấp)					Giải pháp can thiệp: + Tư vấn dinh dưỡng + Cung cấp suất ăn, theo dõi. + Đánh giá việc thực hiện.	Tài liệu hướng dẫn BHYT	☐	☐	

	tính thì tiêu mục này được tính là đạt).								
Mức 4	9. Khoa dinh dưỡng-tiết chế (hoặc cơ sở cung cấp suất ăn) phục vụ suất ăn cho trên 70% đối tượng người bệnh (không bao gồm trẻ dưới 6 tháng tuổi).		K.DINH DƯỠNG		Phiếu hội chẩn. - Sổ hội chẩn - Giám sát việc thực hiện.	Hồ sơ cung cấp suất ăn dinh dưỡng	☐	☐	
				Phiếu đánh giá lại tình trạng dinh dưỡng. - Giám sát việc thực hiện.	Phiếu khảo sát	☐	☐		
				Xây dựng phiếu khảo sát.	Báo cáo sau khảo sát.	☐	☐		
Mức 5	12. Các suất ăn được tính toán tổng giá trị năng lượng calori và có cung cấp thông tin và calori trực tiếp đến người bệnh bằng các hình thức như dán nhãn bên ngoài suất ăn, có tranh, ảnh		K.DINH DƯỠNG		Viết báo cáo kết quả khảo sát.	Dẫn dán ghi số lượng Calori. - Tờ rơi, tài liệu	☐	☐	

	về suất ăn và tổng lượng kalori...									
	13. Người bệnh suy dinh dưỡng nặng được hỗ trợ dinh dưỡng (bổ sung dinh dưỡng/dinh dưỡng đường tĩnh mạch) để cải thiện tình trạng dinh dưỡng.				Xây dựng KH cải tiến chất lượng sau khảo sát.	Phiếu cung cấp suất ăn. - Kiểm tra HSBA	☐	☐		
	14. Khoa dinh dưỡng-tiết chế (hoặc cơ sở cung cấp suất ăn) phục vụ suất ăn cho trên 90% đối tượng người bệnh (không bao gồm trẻ dưới 6 tháng tuổi).					Kiểm tra HSBA - Sổ ghi số lượng suất ăn cấp hàng ngày.	☐	☐		
	15. Tiến hành cải tiến chất lượng cung cấp chế độ ăn phù hợp với bệnh lý cho người bệnh dựa trên kết quả khảo sát, đánh giá (hoặc nghiên cứu).					Phiếu khảo sát - Kết quả khảo sát. - Xây dựng kế hoạch cải tiến chất lượng dựa trên kết quả khảo sát	☐	☐		
C8.1	Bảo đảm năng lực thực hiện các xét nghiệm theo phân tuyến kỹ thuật	4	4	KHỐI XN	QLCL, HCQT, VTTT B					
	1. Khoa/phòng xét nghiệm được bố trí						☐	☐		

Mức 1	chung (phòng hoặc không gian) với các khoa lâm sàng hoặc các phòng khác.		KHỐI XN						
	2. Phát hiện thấy bệnh viện không cung cấp được một (hoặc nhiều) kỹ thuật xét nghiệm từ 3 ngày trở lên do các máy đều hỏng cùng thời điểm mà không có cơ chế chuyển gửi.						☐	☐	
Mức 2	3. Khoa/phòng xét nghiệm được bố trí riêng biệt với các khoa lâm sàng và các phòng khác.		KHỐI XN	QLCL, P. HCQT	Xây dựng lại khu xét nghiệm Vẽ sơ đồ bệnh viện tại các khu vực, tòa nhà, giữa các tầng Rà soát bảng chỉ dẫn tới các khu vực, tòa nhà, các khoa, cập nhật và chỉnh sửa (nếu cần)	Sơ đồ bệnh viện Sơ đồ tầng trệt có các khoa xét nghiệm Hình ảnh Quan sát	☐	☐	
	4. Khoa/phòng xét nghiệm có nhân sự trình độ trung cấp/cao đẳng trở lên đúng chuyên ngành.				Rà soát bộ hồ sơ nhân sự của khoa và bổ sung (nếu thiếu). Bộ hồ sơ nhân sự tối thiểu gồm: bằng cấp chuyên môn; các chứng chỉ, chứng nhận; bảng mô tả công việc, ..	Hồ sơ nhân sự Bằng cấp chuyên môn	☐	☐	
	5. Có đầy đủ trang thiết bị, vật tư phục				Rà soát và cập nhật danh mục trang thiết bị, vật tư	Danh mục trang thiết bị, vật tư	☐	☐	

	vụ cho các xét nghiệm huyết học, hóa sinh.					hiện tại có tại khoa và chỉnh sửa khi có sự thay đổi trong năm.	Hình ảnh Quan sát			
	6. Bảo đảm năng lực thực hiện được đầy đủ các xét nghiệm huyết học, hóa sinh cơ bản (theo danh mục kỹ thuật).				QLCL	Cập nhật danh mục kỹ thuật đã được phê duyệt Cho nhân viên tham gia đào tạo về các kỹ thuật mới. Rà soát bằng cấp, chứng chỉ của nhân viên về các kỹ thuật đang thực hiện và chuẩn bị triển khai thực hiện	Danh mục kỹ thuật Bảng cấp, chứng chỉ đã được đào tạo, tập huấn về kỹ thuật thực hiện (kỹ thuật cũ, mới)	☐	☐	
	7. Có hướng dẫn sử dụng, bảo dưỡng, vệ sinh máy xét nghiệm; được treo tại máy hoặc đặt tại vị trí tập trung dễ lấy trong phòng xét nghiệm.				P. VTTH - TTB	Hướng dẫn sử dụng, sổ bảo trì, vệ sinh máy xét nghiệm được gắn tại các máy xét nghiệm hoặc để tập trung tại vị trí dễ lấy trong phòng XN.	Hình ảnh Quan sát	☐	☐	
	8. Các trang thiết bị khoa xét nghiệm có sổ nhật ký hoạt động và được theo dõi thường xuyên, có ghi rõ số lượt sử dụng, thời gian hỏng hóc, sửa chữa.				P. QLCL, P. VT- TTB	Mỗi trang thiết bị phải có Sổ nhật ký hoạt động máy và phải được theo dõi thường xuyên hàng ngày. Hàng ngày phải ghi nhận vào Sổ nhật ký hoạt động máy về tình trạng hoạt động, số lượt sử dụng, thời gian hỏng hóc, sửa chữa và tổng thời gian hỏng hóc	Sổ nhật ký hoạt động máy được cập nhật, kiểm tra thường xuyên.	☐	☐	

						trong năm (nếu có). Lập báo cáo hoạt động của khoa hàng quý, năm có báo cáo về thời gian hỏng hóc, sửa chữa của máy.			
	9. Tổng thời gian của một loại kỹ thuật xét nghiệm bị tạm dừng do trang thiết bị không hoạt động được do hỏng hóc, sửa chữa... không quá 14 ngày trong năm (chấp nhận hình thức gửi mẫu sang cơ sở y tế khác nếu không có máy thay thế).				P. QLCL, P. VT-TTB	Mỗi trang thiết bị phải có Sổ nhật ký hoạt động máy và phải được theo dõi thường xuyên hàng ngày. Hàng ngày phải ghi nhận vào Sổ nhật ký hoạt động máy về tình trạng hoạt động, số lượt sử dụng, thời gian hỏng hóc, sửa chữa và tổng thời gian hỏng hóc trong năm (nếu có). Lập báo cáo hoạt động của khoa hàng quý, năm có báo cáo về thời gian hỏng hóc, sửa chữa của máy.	Sổ nhật ký hoạt động máy Phản ánh của khách hàng (Đường dây nóng, thư góp ý, ..) Biên bản giao ban bệnh viện, Khoa Báo cáo hoạt động quý, năm của Khoa.	☐	☐
	10. Có các hình thức như trao đổi, phản hồi thông tin liên quan đến xét nghiệm cho các khoa lâm sàng (khách hàng của khoa xét nghiệm) khi cần thiết.				Khoa LS	Lập Sổ ghi nhận thông tin phản hồi với các khoa lâm sàng/ lập ghi nhận bằng file điện tử lưu lại trên máy tính về các trường hợp nghi ngờ.	Thông tin trong các buổi giao ban bệnh viện trao đổi, phản hồi thông tin liên quan đến xét nghiệm cho các khoa lâm sàng Trao đổi với khoa lâm sàng về các thông tin khi cần thiết hoặc khi có nghi ngờ về chỉ định, kết quả xét nghiệm (Sổ ghi nhận điện thoại)	☐	☐

Mức 3	11. Khoa/phòng xét nghiệm có nhân sự có trình độ đại học đúng chuyên ngành.			KHỐI XN		Rà soát bộ hồ sơ nhân sự của khoa và bổ sung (nếu thiếu). Bộ hồ sơ nhân sự tối thiểu gồm: bằng cấp chuyên môn; các chứng chỉ, chứng nhận; bảng mô tả công việc, ..	Bộ hồ sơ nhân sự (có bằng cấp, chứng chỉ) Bảng MTCV	☐	☐	
	12. Có các trang thiết bị và đủ khả năng thực hiện các xét nghiệm sinh hóa, huyết học, miễn dịch (theo danh mục kỹ thuật).					Cập nhật danh mục kỹ thuật đã được phê duyệt Cho nhân viên tham gia đào tạo về các kỹ thuật mới. Rà soát bằng cấp, chứng chỉ của nhân viên về các kỹ thuật đang thực hiện và chuẩn bị triển khai thực hiện Cập nhật danh mục trang thiết bị hiện có tại khoa	Danh mục trang thiết bị Danh mục kỹ thuật	☐	☐	
	13. Khoa/phòng xét nghiệm có điều hòa nhiệt độ và hoạt động thường xuyên.					Theo dõi và ghi nhận nhiệt độ phòng hàng ngày, mỗi ngày 2 lần thông qua nhiệt kế được gắn ở các khoa và được ghi nhận bằng bảng theo dõi nhiệt độ hàng ngày. Kiểm tra thời hạn kiểm định của nhiệt kế, nếu hết thời hạn kiểm định liên hệ P. VTTTB để đổi nhiệt kế và tiến hành kiểm định lại nhiệt kế đã hết thời hạn.	Hợp đồng bảo trì điều hòa/máy lạnh Hình ảnh Báo cáo sự cố, đề xuất sửa chữa	☐	☐	

14. Có khu vực lấy bệnh phẩm xét nghiệm (kể cả phân và nước tiểu) thuận tiện cho người bệnh: có móc treo quần áo, đồ dùng; có giá để bệnh phẩm và xà phòng, nước rửa tay cho người bệnh.					Xây dựng lại khu xét nghiệm. Kiểm tra lại khu vực lấy mẫu cho người bệnh, tiến hành gắn các móc treo quần áo, đồ dùng, giá để bệnh phẩm, xà phòng, nước rửa tay cho người bệnh. Tổ kiểm tra giám sát cơ sở vật chất tiến hành kiểm tra giám sát hàng ngày, nếu có hư hỏng hay thiếu xà phòng, nước rửa tay phải nhắc nhở để bổ sung kịp thời phục vụ cho người bệnh.	Hình ảnh khu vực lấy máu, để mẫu bệnh phẩm, lấy mẫu tại nhà vệ sinh Quan sát	☐	☐	
15. Tổng thời gian của một loại kỹ thuật xét nghiệm bị tạm dừng do trang thiết bị không hoạt động được do hỏng hóc, sửa chữa... không quá 7 ngày trong năm (chấp nhận hình thức gửi mẫu sang cơ sở y tế khác nếu không có máy thay thế).					Mỗi trang thiết bị phải có Sổ nhật ký hoạt động máy và phải được theo dõi thường xuyên hàng ngày. Hàng ngày phải ghi nhận vào Sổ nhật ký hoạt động máy về tình trạng hoạt động, số lượt sử dụng, thời gian hỏng hóc, sửa chữa và tổng thời gian hỏng hóc trong năm (nếu có). Lập báo cáo hoạt động của khoa hàng quý, năm có báo cáo về thời gian hỏng hóc, sửa chữa của máy.	Sổ nhật ký hoạt động máy Phản ánh của khách hàng (Đường dây nóng, thư góp ý, ..) Biên bản giao ban bệnh viện, Khoa Báo cáo hoạt động quý, năm của Khoa.	☐	☐	

Mức 4	16. Phụ trách khối xét nghiệm có trình độ sau đại học đúng chuyên ngành.			KHỐI XN		Rà soát bộ hồ sơ nhân sự của khoa và bổ sung (nếu thiếu). Bộ hồ sơ nhân sự tối thiểu gồm: bằng cấp chuyên môn; các chứng chỉ, chứng nhận; bảng mô tả công việc, ..	Bộ hồ sơ nhân sự (có bằng cấp, chứng chỉ) Bảng MTCV QĐ bổ nhiệm trưởng khoa XN	☐	☐	
	17. Khoa xét nghiệm có các trang thiết bị và thực hiện được đầy đủ các hoạt động xét nghiệm huyết học, hóa sinh, miễn dịch, vi sinh hoặc giải phẫu bệnh (theo danh mục kỹ thuật).					Cập nhật danh mục kỹ thuật đã được phê duyệt Cho nhân viên tham gia đào tạo về các kỹ thuật mới. Rà soát bằng cấp, chứng chỉ của nhân viên về các kỹ thuật đang thực hiện và chuẩn bị triển khai thực hiện Cập nhật danh mục trang thiết bị hiện có tại khoa	Danh mục trang thiết bị Danh mục kỹ thuật	☐	☐	
	18. Có khả năng thực hiện và đọc được các xét nghiệm huyết học, hóa sinh, miễn dịch, vi sinh.					Cập nhật danh mục kỹ thuật đã được phê duyệt Cho nhân viên tham gia đào tạo về các kỹ thuật mới. Rà soát bằng cấp, chứng chỉ của nhân viên về các kỹ thuật đang thực hiện và chuẩn bị triển khai thực hiện Cập nhật danh mục trang thiết bị hiện có tại khoa	DM KT XN đã được phê duyệt QĐ thành lập khoa XN Bằng cấp, chứng chỉ đã được đào tạo, tập huấn về kỹ thuật thực hiện (kỹ thuật cũ, mới)	☐	☐	

	19. Có tham gia tư vấn, hỗ trợ, đào tạo về quản lý chất lượng phòng xét nghiệm cho các đơn vị khác (nếu bệnh viện có được giao chức năng chỉ đạo tuyển, hỗ trợ, đào tạo).				Trong năm, có tham gia tư vấn hỗ trợ, đào tạo về quản lý chất lượng xét nghiệm cho các bệnh viện tuyến dưới. Lập hợp đồng tư vấn hỗ trợ đào tạo. Lập biên bản ghi nhận sau khi đào tạo.	Hợp đồng tư vấn, hỗ trợ về QLCL XN cho ĐV khác Hợp đồng đào tạo và QLCL XN cho đơn vị khác (HĐ hợp tác toàn diện với trường...)	☐	☐	
Mức 5	20. Khối xét nghiệm có nhân sự có trình độ tiến sỹ y học hoặc các chuyên ngành liên quan đến xét nghiệm		KHỐI XN		Rà soát bộ hồ sơ nhân sự của khoa và bổ sung (nếu thiếu). Bộ hồ sơ nhân sự tối thiểu gồm: bằng cấp chuyên môn; các chứng chỉ, chứng nhận; bảng mô tả công việc, ..	Bộ hồ sơ nhân sự (có bằng cấp, chứng chỉ) Bảng MTCV	☐	☐	
	21. Thiết lập hệ thống quản lý chất lượng chung cho tất cả các phòng xét nghiệm tại bệnh viện.				Tiến hành xây dựng hệ thống quản lý chất lượng chung cho các khoa xét nghiệm. Rà soát lại toàn bộ quy trình tại các khoa, thống nhất quy trình, nội dung hoạt động của các khoa, các biểu mẫu phải thống nhất.	Hệ thống quản lý chất lượng TCVN ISO 9001:2008 (ISO 9001:2015), TCVN ISO 15189	☐	☐	
	22. Có phần mềm quản lý thông tin phòng xét nghiệm, bao gồm quản lý người bệnh, chỉ				Thiết lập phần mềm quản lý thông tin xét nghiệm.	In phiếu chỉ định, phiếu hẹn, phiếu trả kết quả. (Xem lại phần mềm có phần nhân viên thực hiện không)	☐	☐	

	định, mẫu, thời gian, nhân viên, phương tiện thực hiện và trả kết quả.									
	23. Thực hiện trả kết quả xét nghiệm cho các khoa lâm sàng và cho người bệnh bằng phần mềm công nghệ thông tin.					Thiết lập phần mềm trả kết quả xét nghiệm cho người bệnh tại các phòng khoa, khoa lâm sàng.	Phiếu trả kết quả Hình ảnh trả kết quả tại phòng khám	☐	☐	
	24. Trong năm có thực hiện ít nhất một nghiên cứu liên quan đến xét nghiệm và công bố kết quả nghiên cứu.				P. QLCL, P. CĐT	Tiến hành nghiên cứu về xét nghiệm, đánh giá kết quả và công bố kết quả nghiên cứu	Đề tài nghiên cứu Đề cương đề tài Kết quả nghiên cứu	☐	☐	
C8.2	Thực hiện quản lý chất lượng các xét nghiệm	3	3	KHỐI XN						
Mức 1	1. Bệnh viện chưa thực hiện nội kiểm.			KHỐI XN				☐	☐	
	2. Phát hiện thấy máy báo lỗi nhưng vẫn tiến hành trả kết quả xét nghiệm.							☐	☐	
	3. Phát hiện có trường hợp trả kết quả không đúng người bệnh.							☐	☐	
Mức 2	4. Bệnh viện có quy định bằng văn bản			KHỐI XN		Xây dựng và ban hành quy trình thực hiện nội kiểm khoa xét nghiệm	Quy trình về việc thực hiện nội kiểm	☐	☐	

	và thực hiện nội kiểm.									
	5. Các hoạt động kiểm tra có ghi lại trong sổ nhật ký nội kiểm.				Thực hiện nội kiểm hàng ngày và ghi nhận kết quả vào Sổ nội kiểm Tổ giám sát P. QLCL kiểm tra việc thực hiện hoạt động nội kiểm hàng ngày của các khoa xét nghiệm	Sổ nội kiểm hàng ngày Biên bản giám sát nội kiểm của Tổ giám sát P. QLCL	☐	☐		
Mức 3	6. Bảo đảm chạy mẫu nội kiểm trước khi thực hiện xét nghiệm cho người bệnh.		KHỐI XN		Trong quy trình nội kiểm có quy định thời gian chạy nội kiểm, cách thức chạy, người thực hiện,...	Quy trình nội kiểm Sổ nội kiểm hàng ngày Biên bản giám sát nội kiểm của Tổ giám sát P. QLCL	☐	☐		
	7. Kết quả chạy mẫu nội kiểm được ghi lại trong sổ nhật ký.				Thực hiện nội kiểm hàng ngày và ghi nhận kết quả vào Sổ nội kiểm Tổ giám sát P. QLCL kiểm tra việc thực hiện hoạt động nội kiểm hàng ngày của các khoa xét nghiệm	Sổ nội kiểm hàng ngày Biên bản giám sát nội kiểm của Tổ giám sát P. QLCL	☐	☐		
	8. Bệnh viện có quy định bằng văn bản và thực hiện ngoại kiểm.				Xây dựng và ban hành quy định về thực hiện ngoại kiểm Đăng ký tham gia ngoại kiểm với Trung tâm kiểm chuẩn theo định kỳ hàng năm. Thực hiện ngoại kiểm với Trung tâm kiểm chuẩn theo định kỳ hàng tháng, quý	Giấy đăng ký chương trình ngoại kiểm 2021	☐	☐		

	9. Có hoạt động thống kê, phân tích và tính độ lệch chuẩn.				Thực hiện nội kiểm hàng ngày và ghi nhận kết quả vào Sổ nội kiểm. Định kỳ hàng tháng dựa vào kết quả ghi nhận nội kiểm hàng tháng, tổng hợp số liệu và tính độ lệch chuẩn của từng loại xét nghiệm.	Biểu đồ Levy Jenning	☐	☐	
	10. Đã thiết lập hệ thống quản lý chất lượng xét nghiệm (tổ chức, phân công nhiệm vụ, xây dựng quy trình, tài liệu hướng dẫn, đào tạo...).				P. QLCL Thành lập Ban QLCL XN trực thuộc HĐQT có quy định rõ trách nhiệm của từng thành viên. Tiến hành xây dựng hệ thống quản lý chất lượng chung cho các khoa xét nghiệm. Rà soát lại toàn bộ quy trình tại các khoa, thống nhất quy trình, nội dung hoạt động của các khoa, các biểu mẫu phải thống nhất. Ban hành quyết định phân công nhân viên phụ trách chất lượng xét nghiệm của từng khoa.	Quyết định thành lập Hội đồng QLCL (trong đó có Ban QLCL XN) Hệ thống quản lý chất lượng xét nghiệm TCVN ISO 15189	☐	☐	
	11. Có đăng ký tham gia và thực hiện chương trình ngoại kiểm với trung tâm				P. QLCL Đăng ký tham gia ngoại kiểm với Trung tâm kiểm chuẩn theo định kỳ hàng năm. Thực hiện ngoại kiểm với	Phiếu đăng ký chương trình ngoại kiểm với Trung tâm kiểm chuẩn 2021 Giấy chứng nhận về việc thực hiện ngoại kiểm của	☐	☐	

	kiểm chuẩn đã được cấp phép hoạt động.					Trung tâm kiểm chuẩn theo định kỳ hàng tháng, quý Tổng hợp kết quả đã thực hiện nội kiểm năm trước (2020)	TTKC CN TPHCM năm 2020			
	12. Có thực hiện hiệu chuẩn thiết bị xét nghiệm theo định kỳ và đột xuất nếu có phát hiện sai lệch.				P. QLCL, P. VT- TTB	Kiểm tra thời hạn kiểm định của nhiệt kế, pipet, ... nếu hết thời hạn kiểm định liên hệ P. VTTTB đề đổi tiến hành kiểm định lại thiết bị đã hết thời hạn.	Sổ bảo trì, lý lịch máy, sổ nhật ký hoạt động, ... Giấy chứng nhận hiệu chuẩn thiết bị: nhiệt ký, pipet,...	☐	☐	
	13. Nếu phát hiện máy có sai lệch, bệnh viện có hiệu chỉnh hoặc có hình thức/biện pháp xử lý khắc phục ngay để bảo đảm chất lượng xét nghiệm và ghi hồ sơ đầy đủ.				P. QLCL, P. VT- TTB	Trong quá trình chạy nội kiểm phát hiện sai lệch kết quả, tiến hành chạy lại lần 2 để kiểm tra, nếu vẫn còn sai lệch liên hệ công ty để hiệu chỉnh, sửa chữa. Tổ giám sát P. QLCL giám sát hoạt động hàng ngày, ghi nhận các kết quả chạy nội kiểm, theo dõi việc khắc phục sai lệch (nếu có), ghi nhận kết quả khắc phục và lưu hồ sơ.	Sổ nội kiểm. BB nội kiểm, trong đó có ghi nhận KQ sau khắc phục	☐	☐	
	14. Có nhân viên chuyên trách/kiêm nhiệm về chất lượng xét nghiệm được đào tạo về quản lý chất lượng xét nghiệm (có chứng chỉ).				P. QLCL, P. TCCB	Ban hành quyết định phân công nhân viên phụ trách chất lượng xét nghiệm của từng khoa. Rà soát hồ sơ nhân sự của khoa. Đăng ký lớp học về QLCLXN, nội kiểm, ngoại	Chứng chỉ đào tạo liên tục về QLCL XN, nội kiểm Quyết định phân công nhân viên chịu trách nhiệm về QLCL XN của khoa	☐	☐	

					kiểm với Trung tâm kiểm chuẩn để đào tạo cho nhân viên (nếu chưa có).				
	15. Nhân viên khoa xét nghiệm tham gia đào tạo liên tục đầy đủ theo quy định của Bộ Y tế.			P. QLCL, P. TCCB	Trong kế hoạch hoạt động đầu năm của khoa có nội dung về đào tạo nhân sự trong khoa. Sắp xếp cho nhân viên tham gia các buổi sinh hoạt, khóa đào tạo ngắn hạn về xét nghiệm. Ban hành quyết định cử nhân viên tham gia các khóa đào tạo về xét nghiệm.	Chứng chỉ đào tạo liên tục cho nhân viên y tế Kh đào tạo của bệnh viện KH hoạt động năm của khoa Công văn cử đi học	☐	☐	
	16. Tiến hành đào tạo và đào tạo liên tục cho nhân viên xét nghiệm về các kỹ thuật mới triển khai tại bệnh viện (nếu có).			P. QLCL	Ban hành quyết định triển khai kỹ thuật mới trong năm. Trong kế hoạch hoạt động đầu năm của khoa có nội dung về đào tạo nhân sự trong khoa. Ban hành quyết định cử nhân viên tham gia các khóa đào tạo về kỹ thuật mới triển khai. Lãnh đạo khoa tổ chức tự đào tạo cho nhân viên trong khoa, đánh giá kết quả sau đào tạo, lưu hồ sơ đào tạo.	Danh sách các kỹ thuật mới triển khai tại khoa KH đào tạo của bệnh viện Kh hoạt động của bệnh viện Công văn cử đi học Chứng chỉ đào tạo liên tục về các kỹ thuật mới triển khai	☐	☐	
	17. Đã tham gia ngoại kiểm cho các			P. QLCL	Đăng ký tham gia ngoại kiểm với Trung tâm kiểm	Kết quả Ngoại kiểm của trung tâm KCXN theo quý	☐	☐	

Mức 4	loại xét nghiệm theo định kỳ, đầy đủ (dựa trên các quy định của cơ quan quản lý).			KHỐI XN		chuẩn theo định kỳ hàng năm. Thực hiện ngoại kiểm với Trung tâm kiểm chuẩn theo định kỳ hàng tháng, quý Tổng hợp kết quả đã thực hiện nội kiểm năm trước (2020)	Giấy chứng nhận về việc thực hiện ngoại kiểm của TTKC CN TPHCM năm 2020			
	18. Có đăng ký tham gia và thực hiện chương trình ngoại kiểm với trung tâm kiểm chuẩn đã được cấp phép hoạt động.				P. QLCL	Đăng ký tham gia ngoại kiểm với Trung tâm kiểm chuẩn theo định kỳ hàng năm. Thực hiện ngoại kiểm với Trung tâm kiểm chuẩn theo định kỳ hàng tháng, quý Tổng hợp kết quả đã thực hiện nội kiểm năm trước (2020)	Phiếu đăng ký chương trình ngoại kiểm năm 2021 Giấy chứng nhận về việc thực hiện ngoại kiểm của TTKC CN TPHCM năm 2020	☐	☐	
	19. Có ít nhất một phòng hoặc đơn vị xét nghiệm trong các lĩnh vực hóa sinh, huyết học, vi sinh đạt tiêu chuẩn ISO 15189 (tương đương hoặc cao hơn).				P. QLCL	Các khoa rà soát, xây dựng hồ sơ theo Tiêu chí đánh giá mức chất lượng phòng xét nghiệm theo QĐ 2429. Định kỳ hàng tháng/quý, hợp đánh giá kết quả.	Hồ sơ, bằng chứng theo Tiêu chí đánh giá mức chất lượng phòng xét nghiệm theo QĐ 2429. Bảng tự chấm điểm theo QĐ 2429.	☐	☐	
	20. Tiến hành đánh giá/nghiên cứu chất lượng xét nghiệm của bệnh viện ít nhất 1 lần trong năm, có báo cáo đánh giá,				P. QLCL	Lập báo cáo tổng kết định kỳ 6 tháng, năm đánh giá toàn diện các hoạt động của khoa (số lượng xét nghiệm, nội kiểm, ngoại kiểm, thực hiện bảng kiểm chất lượng	Kế hoạch hoạt động năm 2021 Bảng kiểm chất lượng xét nghiệm hàng năm Báo cáo sơ kết quý, tổng kết 2021 của các khoa	☐	☐	

	trong đó có chỉ ra những nhược điểm, hạn chế và đề xuất giải pháp khắc phục.				xét nghiệm bao gồm trước trong và sau xét nghiệm, ATSH, sai sót xảy ra, ...) và chỉ ra những hạn chế của khoa và đưa ra phương hướng, giải pháp khắc phục.				
Mức 5	21. Tiến hành cải tiến chất lượng xét nghiệm chung dựa trên kết quả đánh giá.			KHỐI XN	Dựa trên kết quả của báo cáo tiến hành xây dựng kế hoạch cải tiến, ban hành và thực hiện kế hoạch, thực hiện các giải pháp khắc phục.	Kế hoạch, đề án cải tiến	☐	☐	
	22. Toàn bộ các phòng xét nghiệm bao gồm huyết học, sinh hóa, vi sinh của bệnh viện đạt tiêu chuẩn ISO 15189 (tương đương hoặc cao hơn).				Đào tạo cho nhân viên về ISO 15189: Đăng ký chương trình đào tạo cho nhân viên khoa xét nghiệm tham gia về ISO 15189 bằng cách liên hệ ở Hà Nội về khóa đào tạo hoặc liên hệ với trung tâm nhờ tư vấn để thực hiện. Lựa chọn khoa, kỹ thuật để thực hiện đạt chuẩn ISO 15189. Chuẩn bị cơ sở vật chất, trang thiết bị theo tiêu chuẩn ISO 15189. Xây dựng các quy trình, quy định theo tiêu chuẩn ISO 15189. Liên hệ Trung tâm chứng	Chứng nhận đạt tiêu chuẩn ISO 15189 Chứng chỉ tham gia đào tạo TCVN ISO 15189	☐	☐	

						nhận để được đánh giá đạt chuẩn ISO 15189.				
C9.1	Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức hoạt động dược	5	5	K. Dược						
Mức 1	1. Bệnh viện chưa có khoa dược.			K. Dược				☐	☐	
Mức 2	2. Bệnh viện đã thành lập khoa dược.			K. Dược			Quyết định thành lập khoa Dược	☐	☐	
	3. Phụ trách khoa dược có trình độ cao đẳng về dược trở lên.						Bảng cấp trưởng khoa Quyết định bổ nhiệm trưởng khoa	☐	☐	
	4. Khoa dược có các bộ phận: nghiệp vụ dược, kho và cấp phát, thống kê dược.					Đề xuất quyết định nhân sự phụ trách các bộ phận khoa Dược	Sơ đồ tổ chức khoa	☐	☐	
	5. Các văn bằng, chứng chỉ (bản sao) của nhân viên khoa dược được tập hợp thành một bộ và lưu tại khoa dược.						Hồ sơ nhân sự	☐	☐	
Mức 3	6. Có bản mô tả vị trí việc làm cho các vị trí trong khoa dược và xác định nhu cầu nhân lực khoa dược.			K. Dược		Khoa Dược xây dựng bản mô tả công việc của các nhân viên trong khoa Khoa Dược xây dựng bản mô tả công việc của các nhân viên trong khoa	Bản mô tả công việc	☐	☐	
	7. Khoa dược bảo đảm đầy đủ nhân lực				TCCB		Bản mô tả công việc	☐	☐	

	cho các chức danh nghề nghiệp trong các bộ phận khoa dược.									
	8. Khoa dược có nhân viên làm công tác dược lâm sàng và thông tin thuốc (kiêm nhiệm hoặc chuyên trách).				CMD		Bản mô tả công việc	☐	☐	
	9. Khoa dược có phân công nhân viên phụ trách theo dõi và báo cáo phản ứng có hại của thuốc (ADR).				CMD		Bản mô tả công việc	☐	☐	
	10. Lãnh đạo khoa dược có chuyên môn dược trình độ đại học trở lên.						Bảng cấp Quyết định bổ nhiệm	☐	☐	
	11. Các nhân viên khoa dược được đào tạo, tập huấn về chuyên môn dược.				CĐT	Cử nhân viên khoa dược tham gia đào tạo, tập huấn về chuyên môn dược	Hình ảnh Chứng chỉ đào tạo	☐	☐	
Mức 4	12. Khoa dược có đầy đủ số lượng nhân lực cho các vị trí việc làm trong các bộ phận của khoa dược (theo đề án vị trí việc làm hoặc kế hoạch nhân lực).		K. Dược			Khoa Dược xây dựng bản mô tả công việc của các nhân viên trong khoa	Bản mô tả công việc	☐	☐	

	13. Khoa được có cán bộ chuyên trách làm công tác dược lâm sàng và thông tin thuốc.				CMD		Bản mô tả công việc	☐	☐	
	14. Toàn bộ nhân viên khoa được bảo đảm được đào tạo liên tục đầy đủ.				CDT	Cử nhân viên khoa được tham gia đào tạo, tập huấn về chuyên môn dược	Hình ảnh Chứng chỉ đào tạo	☐	☐	
	15. Lãnh đạo khoa được có trình độ sau đại học chuyên ngành dược (hoặc là dược sỹ chính).				TCCB		Bảng cấp Quyết định bổ nhiệm	☐	☐	
Mức 5	16. Theo dõi, rà soát tình hình nhân lực khoa dược và điều chuyển, tuyển dụng bổ sung nhân lực phù hợp với quy mô và sự phát triển khoa dược, bệnh viện.			K. Dược	TCCB		Danh sách cán bộ khoa Dược	☐	☐	
	17. Lãnh đạo khoa được có trình độ tiến sỹ, chuyên khoa II trở lên chuyên ngành dược (hoặc là dược sỹ cao cấp).				TCCB		Bảng cấp Quyết định bổ nhiệm	☐	☐	
	18. Có kế hoạch và cử nhân viên đào tạo đội ngũ lãnh đạo khoa dược kế cận.				TCCB	Cử nhân viên khoa được tham gia đào tạo, tập huấn về chuyên môn dược	Kế hoạch khoa năm 2021	☐	☐	

C9.2	Bảo đảm cơ sở vật chất và các quy trình kỹ thuật cho hoạt động Dược	4	4	K. Dược						
Mức 1	1. Khoa dược chưa có phòng làm việc riêng.			K. Dược				☐	☐	
	2. Không có nhà thuốc hoặc cơ sở bán lẻ thuốc trong khuôn viên bệnh viện (trừ trường hợp bệnh viện bảo đảm cung ứng đầy đủ thuốc 100% cho người bệnh nội trú và ngoại trú).							☐	☐	
	3. Phát hiện thấy trong kho thuốc có tổ mối.							☐	☐	
Mức 2	4. Khoa dược có phòng làm việc riêng.			K. Dược		Bố trí không gian làm việc cho khoa Dược	Sơ đồ bệnh viện có thể hiện vị trí của phòng làm việc khoa Dược	☐	☐	
	5. Khoa dược được nối mạng internet để tra cứu thông tin về thuốc.				IT	Phòng CNTT đảm bảo vấn đề gắn lắp mạng internet cho khoa Dược Thường xuyên kiểm tra phát hiện và khắc phục vấn đề mạng internet không để gián đoạn	Hình ảnh kèm theo gói hòa mạng internet của bệnh viện	☐	☐	

	6. Có quy định về bảo quản thuốc.				Khoa Dược thường xuyên cập nhật văn bản quy định của SYT và BHYT về bảo quản thuốc Thực hiện bảo quản thuốc theo quy định Có bộ phận chuyên kiểm tra, giám sát việc tuân thủ bảo quản thuốc của khoa Dược, can thiệp khi phát hiện có bộ phận không tuân thủ quy định	Công văn của SYT, BHYT về việc bảo quản thuốc	☐	☐	
	7. Kho thuốc được bố trí thoáng, mát, thuận tiện cho việc xuất, nhập thuốc.				Xây dựng kho thuốc dành riêng cho khoa Dược đảm bảo thoáng mát, có lối ra vào thuận tiện cho việc xuất nhập thuốc và thuận tiện cho người bệnh khi đi lãnh thuốc	Hình ảnh kho thuốc khô thoáng sạch sẽ	☐	☐	
	8. Kho thuốc có trang thiết bị việc theo dõi, bảo quản thuốc: giá kệ, nhiệt kế, ẩm kế, quạt thông gió, điều hòa nhiệt độ, tủ lạnh.			VTTC B	Để thực hiện tuân thủ bảo quản thuốc, khoa Dược cần sắm các trang thiết bị phục vụ cho việc theo dõi, bảo quản thuốc: giá kệ, nhiệt kế, ẩm kế, quạt thông gió, điều hòa nhiệt độ, tủ lạnh. Thường xuyên giám định thiết bị để đảm bảo thiết bị hoạt động tốt	1. Hình ảnh về giá kệ, nhiệt kế, ẩm kế, quạt thông gió, điều hòa nhiệt độ, tủ lạnh. 2. Danh mục trang thiết bị tại khoa Dược	☐	☐	
	9. Kho thuốc bảo đảm ánh sáng mặt			HCQT	Vị trí khoa Dược phải nằm ở vị trí không có ánh nắng chiếu vào, đảm bảo vấn đề	Kho thuốc không bị mặt trời chiếu vào trực tiếp	☐	☐	

	trời không chiếu trực tiếp vào thuốc.				bảo quản thuốc, tránh trường hợp ánh nắng chiếu trực tiếp vào thuốc Trong trường hợp nơi lưu trữ có cửa sổ hoặc có ánh nắng chiếu vào phải thực hiện che chắn không để ánh nắng chiếu vào				
	10. Theo dõi, quản lý xuất, nhập, tồn thuốc đầy đủ bằng sổ sách, ghi chép rõ ràng (hoặc bằng máy tính và phần mềm quản lý thuốc).				Xây dựng phần mềm thống kê theo dõi thuốc có đầy đủ chức năng theo dõi xuất-nhập - tồn	1. Sổ quản lý xuất - nhập - tồn. 2. Phần mềm quản lý thuốc bệnh viện	☐	☐	
	11. Có nhà thuốc hoặc cơ sở bán lẻ thuốc trong khuôn viên bệnh viện (trừ trường hợp bệnh viện bảo đảm cung ứng đầy đủ thuốc 100% cho người bệnh nội trú và ngoại trú).				Xây dựng nhà thuốc trong khuôn viên bệnh viện	Hình ảnh nhà thuốc bệnh viện	☐	☐	
Mức 3	12. Khoa dược bố trí kho hóa chất, còn tách biệt với kho thuốc.		K. Dược		Xây dựng kho thuốc khoa Dược có phân các phòng khác nhau tách biệt kho thuốc với kho còn, hóa chất	Hình ảnh kho hóa chất và kho còn tách biệt	☐	☐	
	13. Bảo đảm đầy đủ các trang thiết bị, phương tiện chống				Mua sắm đầy đủ các trang thiết bị, phương tiện chống	Danh mục vật tư trang thiết bị	☐	☐	

âm, mốc tại kho thuốc, cơ sở bán lẻ thuốc cho các thuốc có nguồn gốc thực vật, động vật (thuốc đông y) và các thuốc, hóa chất có nguy cơ ẩm mốc cao.					âm, mốc tại kho thuốc và nhà thuốc Thường xuyên kiểm tra theo dõi để đảm bảo trang thiết bị và các phương tiện chống ẩm, mốc có hiệu quả và hoạt động thường xuyên				
14. Bảo đảm phòng tránh côn trùng, mối mọt và động vật nguy hại (như chuột) tại kho thuốc, cơ sở bán lẻ thuốc.				HCQT	Thực hiện nội quy tại khoa Dược, đưa ra các quy định về việc sắp xếp kho thuốc, kệ thuốc đảm bảo khô thoáng, sạch sẽ, không đem đồ ăn vào nơi làm việc, không hút thuốc tại nơi làm việc, không sử dụng các vật, nguồn có thể gây cháy nổ, thực hiện thường xuyên dọn dẹp vệ sinh, kiểm tra thường xuyên để đảm bảo không có hiện tượng mối mọt, không có chuột bọ...	Hình ảnh kho thuốc, nhà thuốc gọn gàng sạch đẹp	☐	☐	
15. *Hệ thống kho dược liệu, vị thuốc y học cổ truyền được bảo quản ở nơi tách biệt, sạch sẽ, đạt các tiêu chuẩn về ánh sáng, nhiệt độ, độ ẩm, độ thông thoáng; phòng tránh côn				HCQT	Quy hoạch kho thuốc thang đảm bảo tách biệt, sạch sẽ, đạt tiêu chuẩn về ánh sáng, nhiệt độ, độ ẩm, độ thông thoáng, phòng tránh côn trùng, mối mọt, phòng chống cháy nổ	Hình ảnh kho thuốc thang của bệnh viện	☐	☐	

	trùng, mỗi một; phòng chống cháy, nổ; đầy đủ trang thiết bị bảo đảm an toàn vệ sinh khi lưu trữ và chia thang thuốc.									
	16. *Khu vực sơ chế dược liệu, bào chế vị thuốc y học cổ truyền, nơi sắc thuốc, cấp phát thuốc được bố trí ở vị trí phù hợp cho việc vận chuyển và cấp phát thuốc; có đầy đủ trang thiết bị phục vụ công tác sơ chế dược liệu, bào chế vị thuốc y học cổ truyền.				Bố trí kho thuốc thang ở vị trí dễ dàng thuận tiện cho người bệnh khi tiếp cận Mua sắm đầy đủ trang thiết bị sơ chế dược liệu, bào chế thuốc	Sơ đồ chỉ dẫn đường đi của kho thuốc thang	☐	☐		
	17. Khoa dược bố trí các bộ phận liên quan đến cấp phát thuốc (kho, quầy, phòng) cho người bệnh ngoại trú thuận tiện.				Khoa dược bố trí bộ phận phát thuốc đầy đủ, cho kho, quầy, phòng cho người bệnh ngoại trú	Hình ảnh kho thuốc, quầy phát thuốc và nhà thuốc	☐	☐		
	18. Kho thuốc và toàn bộ địa điểm cấp phát thuốc có trang thiết bị việc theo dõi,			VT TT B	Kho thuốc, nhà thuốc đảm bảo trang bị toàn bộ địa điểm cấp phát thuốc có trang thiết bị theo dõi, bảo	1. Hình ảnh về giá kê, nhiệt kế, ẩm kế, quạt thông gió, điều hòa nhiệt độ, tủ lạnh.	☐	☐		

	bảo quản thuốc: giá kê, nhiệt kê, ẩm kê, quạt thông gió, điều hòa nhiệt độ, tủ lạnh.					quản thuốc: giá kê, nhiệt kê, ẩm kê, quạt thông gió, điều hòa nhiệt độ, tủ lạnh.	2. Danh mục trang thiết bị tại khoa Dược			
	19. Đơn vị thông tin thuốc được trang thiết bị đầy đủ: máy tính, mạng internet, tài liệu có liên quan.				IT	Đơn vị chuyên môn Dược được trang bị đầy đủ: máy tính, mạng internet, tài liệu có liên quan	Hệ thống phần mềm quản lý của bệnh viện	☐	☐	
	20. Có sổ và theo dõi thường xuyên nhiệt độ, độ ẩm của các kho thuốc.				VTTC B	Kho thuốc có sổ theo dõi thường xuyên nhiệt độ, độ ẩm Triển khai theo dõi nhiệt độ hàng ngày, nếu phát hiện điều gì bất thường thì xử lý kịp thời	Nhiệt độ và độ ẩm trong mỗi kho thuốc được đảm bảo đúng quy định	☐	☐	
	21. Có phần mềm quản lý được xuất, nhập, tồn thuốc trong khoa dược.				IT	Triển khai phần mềm quản lý xuất - nhập - tồn thuốc trong khoa Dược Thường xuyên cải tiến phần mềm quản lý thuốc	Phần mềm quản lý thuốc của bệnh viện	☐	☐	
	22. Khoa dược có xây dựng quy trình chuẩn cho các hoạt động chuyên môn về xuất – nhập, bảo quản thuốc.				CMD	Xây dựng quy trình chuẩn cho các hoạt động chuyên môn về xuất - nhập, bảo quản thuốc. Triển khai quy trình cho nhân viên khoa Dược được nắm bắt và thực hiện theo	Quy trình xuất - nhập thuốc, quy trình bảo quản thuốc của khoa Dược	☐	☐	
Mức 4	23. Hệ thống kho thuốc xây dựng theo nguyên tắc “Thực			K. Dược	CMD	Xây dựng hệ thống kho thuốc xây dựng theo nguyên tắc" thực hành bảo quản thuốc"	Nguyên tắc "thực hành tốt bảo quản thuốc"	☐	☐	

	hành tốt bảo quản thuốc”.					Đảm bảo vấn đề thực hành bảo quản thuốc tại kho được				
	24. Tiến hành đánh giá về thực hành và bảo quản thuốc tại kho dược hằng năm.				CMD	Tiến hành đánh giá việc thực hành bảo quản thuốc tại kho dược hàng năm, có biên bản đánh giá Báo cáo đánh giá việc thực hành bảo quản thuốc	1. Báo cáo đánh giá việc thực hành và bảo quản thuốc tại kho Dược hàng năm 2. Biên bản đánh giá việc thực hành và bảo quản thuốc	☐	☐	
	25. Tiến hành đánh giá chất lượng nhà thuốc hoặc cơ sở bán lẻ thuốc trong khuôn viên bệnh viện hằng năm.					Tiến hành đánh giá chất lượng nhà thuốc bệnh viện hàng năm, có biên bản đánh giá Báo cáo đánh giá chất lượng nhà thuốc	1. Báo cáo đánh giá chất lượng nhà thuốc bệnh viện hàng năm 2. Biên bản đánh giá chất lượng nhà thuốc	☐	☐	
	26. Khoa Dược kiểm soát được số lượng thuốc thông qua hệ thống phần mềm quản lý của bệnh viện.				IT	Khoa Dược kiểm soát được chất lượng thuốc thông qua hệ thống phần mềm quản lý của bệnh viện	Phần mềm quản lý thuốc của bệnh viện	☐	☐	
	27. Thực hiện đúng quy trình chuẩn cho các hoạt động chuyên môn dược.				CMD	Thực hiện đúng quy trình chuẩn cho các hoạt động chuyên môn dược Đề đảm bảo thực hiện quy trình chuẩn, cho hoạt động chuyên môn khoa Dược cần thực hiện đánh giá và có bảng kiểm quy trình	Quy trình chuẩn của khoa Dược	☐	☐	

Mức 5	28. Tiến hành cải tiến chất lượng và khắc phục các nhược điểm để nhà thuốc bệnh viện đạt các tiêu chuẩn chất lượng (như đạt tiêu chuẩn GPP hoặc các tiêu chuẩn chất lượng khác mang tính đặc thù nếu có, ví dụ cho bệnh viện chuyên khoa y dược học cổ truyền, bệnh viện quân đội...).			K. Dược		Xây dựng đề án cải tiến chất lượng khoa Dược, trong đó có nội dung khắc phục nhược điểm để nhà thuốc bệnh viện đạt tiêu chuẩn chất lượng Bảo đảm chất lượng tiêu chuẩn GPP	1. Đề án cải tiến chất lượng khoa Dược 2. Giấy chứng nhận tiêu chuẩn GPP	☐	☐	
	29. Khoa dược có trang bị phần mềm tra cứu thông tin thuốc.				IT	Khoa Dược được trang bị phần mềm tra cứu thông tin thuốc Phần mềm được bảo trì thường xuyên, đảm bảo hoạt động bình thường	Phần mềm tra cứu thông tin thuốc của khoa Dược	☐	☐	
	30. Khoa dược có trang bị phần mềm lưu trữ thông tin thuốc.				IT	Khoa Dược được trang bị phần mềm tra cứu thông tin thuốc Phần mềm được bảo trì thường xuyên, đảm bảo hoạt động bình thường	Phần mềm lưu trữ thông tin thuốc	☐	☐	
	31. Có quy trình và hệ thống vận chuyển thuốc khép kín trong bệnh viện (bán tự động hoặc tự động)					Lắp đặt hệ thuốc vận chuyển thuốc tự động hoặc bán tự động	1. Hệ thống vận chuyển thuốc tự động (bán tự động)	☐	☐	

	hoàn toàn), bảo đảm an toàn, chất lượng và tiện lợi.					Xây dựng quy trình vận chuyển thuốc tự động hoặc bán tự động Đảm bảo việc vận chuyển thuốc bình thường, không có vấn đề gì xảy ra	2. Quy trình vận hành hệ thống vận chuyển thuốc tự động (bán tự động)			
	32. **Khoa dược có trang bị hệ thống và phòng pha chế sạch, bảo đảm cho pha chế các dung dịch vô khuẩn dùng trong tiêm, truyền và nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch.					Trang bị hệ thống phòng pha chế sạch, đảm bảo pha chế các dung dịch vô khuẩn dùng trong tiêm, truyền và nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch	Hệ thống phòng pha chế sạch của bệnh viện	☐	☐	
C9.3	Cung ứng thuốc, hóa chất và vật tư y tế tiêu hao đầy đủ, kịp thời, bảo đảm chất lượng	4	4	K. Dược						
Mức 1	1. Phát hiện thấy trong bệnh viện có thuốc, vật tư y tế tiêu hao quá hạn hoặc thuốc không đạt chất lượng về mặt cảm quan nhưng không được đề ở khu vực riêng chờ xử lý.			K. Dược				☐	☐	
	2. Không cung cấp được số liệu về xuất,							☐	☐	

	nhập thuốc ngay khi được yêu cầu.									
	3. Có vụ việc thiếu thuốc trong danh mục dẫn đến hậu quả người bệnh tử vong hoặc tổn thương không hồi phục.							☐	☐	
Mức 2	4. Có tiến hành lựa chọn và xây dựng danh mục thuốc bệnh viện.		K. Dược		Tiến hành lựa chọn và xây dựng danh mục thuốc bệnh viện	Danh mục thuốc bệnh viện		☐	☐	
	5. Bảo đảm mua thuốc theo đúng quy định, không phát hiện có sai phạm.				Cập nhật quy định về việc mua thuốc của SYT, BHYT Đảm bảo mua thuốc theo đúng quy định tránh những trường hợp sai phạm	Quy định về việc mua thuốc của SYT, BHYT Không có sai phạm về mua thuốc		☐	☐	
Mức 3	6. Có quy trình cấp phát thuốc trong bệnh viện từ khoa được đến người bệnh.		K. Dược		Xây dựng quy trình cấp phát thuốc BHYT cho người bệnh Công khai quy trình tới người bệnh để người bệnh được biết Thường xuyên cập nhật quy trình nếu quy trình có thay đổi, hoặc điều chỉnh	1. Hình ảnh quy trình phát thuốc BHYT tại khu phát thuốc 2. Quy trình khoa Dược		☐	☐	
	7. Có quy trình kiểm soát chất lượng thuốc tại khoa Dược.			CMD	Xây dựng quy trình kiểm soát chất lượng thuốc tại khoa Dược Xây dựng bảng kiểm quy trình và sử dụng bảng kiểm	Quy trình khoa Dược		☐	☐	

						để thực hiện giám sát việc thực hiện đúng quy trình				
	8. Có quy trình xử lý các thuốc chất lượng không đảm bảo tại bệnh viện				CMD	Xây dựng quy trình xử lý thuốc chất lượng không đảm bảo tại bệnh viện Xây dựng bảng kiểm quy trình xử lý thuốc chất lượng để thực hiện giám sát việc thực hiện đúng quy trình	Quy trình khoa Dược	☐	☐	
	9. Có xây dựng và quản lý danh mục thuốc cấp cứu (danh mục thuốc tử trực) tại các khoa lâm sàng.				CMD	Xây dựng danh mục thuốc cấp cứu và cập nhật thường xuyên	Danh mục thuốc cấp cứu của bệnh viện	☐	☐	
	10. Thực hiện báo cáo thường xuyên, đầy đủ các số liệu về sử dụng thuốc: báo cáo sử dụng thuốc, báo cáo sử dụng thuốc kháng sinh, báo cáo công tác khoa dược bệnh viện.				CMD	Thực hiện báo cáo thường xuyên, đầy đủ các số liệu về sử dụng thuốc: báo cáo sử dụng thuốc, báo cáo sử dụng thuốc kháng sinh, báo cáo công tác khoa dược bệnh viện.	1. Báo cáo sử dụng thuốc 2. Báo cáo sử dụng kháng sinh 3. Báo cáo công tác khoa Dược	☐	☐	
	11. Bảo đảm cung cấp đầy đủ thuốc, hóa chất và vật tư y tế tiêu hao trong danh mục của bệnh				VTTT B	Xây dựng danh mục thuốc, hóa chất và vật tư tiêu hao	1. Danh mục thuốc 2. Danh mục vật tư trang thiết bị	☐	☐	

	viện cho người bệnh nội trú.									
Mức 4	12. Bảo đảm cung cấp đầy đủ thuốc, vật tư y tế tiêu hao trong và ngoài danh mục cho người bệnh nội trú.			K. Dược	VTTC B	Xây dựng danh mục thuốc, hóa chất và vật tư tiêu hao bệnh viện và danh sách các thuốc và vật tư tiêu hao ngoài danh mục	1. Danh mục thuốc BHYT, Nhà thuốc 2. Danh mục vật tư trang thiết bị	☐	☐	
	13. Bảo đảm cung ứng thuốc, vật tư y tế tiêu hao liên tục, không gián đoạn (không có tình trạng thiếu thuốc vào cuối tháng, cuối năm hoặc đầu năm).				VTTC B	Đầu thầu thuốc và đảm bảo cung ứng thuốc, vật tư y tế tiêu hao liên tục, không để gián đoạn	Hợp đồng đầu thầu Thuốc, Vật tư	☐	☐	
	14. Có quy trình và phương án tổ chức cung ứng các thuốc hiếm theo yêu cầu điều trị và thuốc điều trị các bệnh hiếm gặp (trong trường hợp cần điều trị người bệnh tại bệnh viện, không chuyển tuyến).				CMD	Xây dựng quy trình và phương án tổ chức cung ứng thuốc hiếm theo yêu cầu điều trị các bệnh hiếm gặp	Quy trình cung ứng thuốc hiếm	☐	☐	
Mức 5	15. Tiến hành khảo sát, đánh giá (hoặc nghiên cứu) việc cung ứng thuốc và			K. Dược	QLCL	Xây dựng phiếu khảo sát việc cung ứng thuốc và vật tư y tế	Phiếu khảo sát việc cung ứng thuốc và vật tư y tế dành cho nhân viên bệnh viện	☐	☐	

	vật tư y tế tại bệnh viện.				Tiến hành khảo sát, đánh giá việc cung ứng thuốc và vật tư y tế tại bệnh viện				
	16. Có báo cáo đánh giá, trong đó có chỉ ra những nhược điểm, khó khăn cần khắc phục trong cung ứng thuốc, vật tư và đề xuất giải pháp cải tiến.				TCKT Báo cáo đánh giá, trong đó chỉ ra những nhược điểm, khó khăn cần khắc phục trong cung ứng thuốc, vật tư và đề xuất giải pháp cải tiến	Báo cáo đánh giá việc cung ứng thuốc và vật tư y tế tại bệnh viện	☐	☐	
	17. Tiến hành cải tiến chất lượng cung ứng thuốc và vật tư y tế dựa trên kết quả khảo sát, đánh giá (hoặc nghiên cứu).				QLCL Dựa trên việc đánh giá chất lượng cung ứng thuốc của bệnh viện, đưa những nhược điểm, khó khăn cần khắc phục và đề án cải tiến chất lượng để cải tiến chất lượng	Đề án cải tiến chất lượng khoa Dược	☐	☐	
	18. Áp dụng thành tựu khoa học, kỹ thuật mới trong việc cung ứng thuốc và vật tư y tế tiêu hao kịp thời, chất lượng (ví dụ triển khai hệ thống chia thuốc tự động, máy tự động dán nhãn thuốc, liều dùng, tên người bệnh... vào các túi thuốc được chia cho người bệnh).				HCQT Xây dựng kế hoạch triển khai kỹ thuật mới trong việc cung ứng thuốc và vật tư tiêu hao kịp thời, chất lượng (hệ thống chia thuốc tự động, máy tự động dán nhãn thuốc, liều dùng, tên người bệnh... vào các túi thuốc được chia cho người bệnh).	Thành tựu khoa học kỹ thuật mới trong việc cung ứng thuốc và vật tư tiêu hao được áp dụng	☐	☐	

C9.4	Sử dụng thuốc an toàn, hợp lý	5	5	K. Được						
Mức 1	1. Phát hiện thấy sử dụng thuốc sai đường dùng, sai tên thuốc.			K. Được				☐	☐	
	2. Phát hiện đơn thuốc kê hai thuốc cùng hoạt chất.							☐	☐	
Mức 2	3. Triển khai, thực hiện 5 đúng khi sử dụng thuốc tại các khoa/phòng.			K. Được	CMD	Triển khai việc thực hiện nguyên tắc 5 đúng ở tất cả các khoa Triển khai đánh giá việc thực hiện nguyên tắc 5 đúng tại các khoa và có báo cáo đánh giá việc tuân thủ theo nguyên tắc	1. Bảng nội dung 5 đúng Phiếu đánh giá thực hiện 5 đúng của phòng điều dưỡng	☐	☐	
	4. Bảo đảm thực hiện các quy định về kê đơn thuốc ngoại trú tại bệnh viện.				CMD	Thường xuyên cập nhật văn bản của SYT và BHYT về quy chế kê đơn thuốc Tuân thủ thực hiện theo quy chế kê đơn theo quy định	Văn bản của BHYT quy định về quy chế kê đơn	☐	☐	
	5. Có hướng dẫn về sử dụng thuốc cho điều dưỡng, nhân viên y tế ít nhất 1 buổi/năm.				TCCB	Xây dựng kế hoạch hướng dẫn sử dụng thuốc cho nhân viên y tế Triển khai tài liệu hướng dẫn sử dụng thuốc cho nhân viên y tế trong buổi hướng dẫn sử dụng thuốc	1. Kế hoạch hướng dẫn sử dụng thuốc cho nhân viên y tế 2. Tài liệu hướng dẫn sử dụng thuốc cho nhân viên y tế	☐	☐	

						Có bài test kết quả tiếp thu của nhân viên y tế về việc sử dụng thuốc	3. Hình ảnh buổi hướng dẫn sử dụng thuốc 4. Danh sách tham gia buổi hướng dẫn			
Mức 3	6. Có xây dựng các quy trình chuyên môn liên quan đến sử dụng thuốc: cấp phát thuốc, pha chế thuốc, giám sát sự cố trong sử dụng thuốc...		K. Được	CMD	Xây dựng các quy trình chuyên môn liên quan đến sử dụng thuốc, cấp phát thuốc, pha chế thuốc, giám sát sự cố trong sử dụng thuốc	Quy trình chuẩn của khoa Được	☐	☐		
	7. Bảo đảm thực hiện kê đơn thuốc phù hợp với diễn biến của bệnh.	CMD		Xây dựng phác đồ điều trị của bệnh viện trong đó có thể hiện nội dung kê đơn thuốc phù hợp với diễn biến bệnh Xây dựng các nội dung hướng dẫn chẩn đoán điều trị (hoặc cập nhật nội dung hướng dẫn của SYT và BHYT	1. Phác đồ điều trị 2. Hướng dẫn chẩn đoán điều trị	☐	☐			
	8. Bảo đảm thực hiện kê đơn thuốc theo đúng các quy chế kê đơn.	CMD		Tuân thủ thực hiện theo quy chế kê đơn thuốc Kiểm tra hồ sơ bệnh án để phát hiện và xử lý kịp thời những trường hợp không tuân thủ quy chế kê đơn	1. Văn bản của BHYT quy định về quy chế kê đơn 2. Kiểm tra Hồ sơ bệnh án của lãnh đạo các khoa lâm sàng	☐	☐			
	9. Bảo đảm thực hiện không kê thực	CMD		Xây dựng danh mục thuốc không có thực phẩm chức năng	Danh mục thuốc bệnh viện	☐	☐			

	phẩm chức năng trong đơn thuốc				Thực hiện kê toa bằng phần mềm để quản lý kê toa những thuốc nằm trong danh mục				
	10. Bảo đảm 5 đúng khi sử dụng thuốc.				CMD Triển khai việc thực hiện nguyên tắc 5 đúng ở tất cả các khoa Triển khai đánh giá việc thực hiện nguyên tắc 5 đúng tại các khoa và có báo cáo đánh giá việc tuân thủ theo nguyên tắc	1. Bảng nội dung 5 đúng 2. Phiếu đánh giá thực hiện 5 đúng của phòng điều dưỡng	☐	☐	
	11. Có xây dựng danh mục thuốc nhìn giống nhau, đọc giống nhau (LASA).				CMD Xây dựng danh mục thuốc nhìn giống nhau, đọc giống nhau	Danh mục LASA	☐	☐	
Mức 4	12. Có hướng dẫn bằng hình ảnh danh mục LASA và phổ biến cho các nhân viên y tế, khoa khám bệnh và các khoa lâm sàng áp dụng thực hiện.			K. Được	CMD Gửi thông báo về các loại thuốc nhìn giống nhau và đọc giống nhau cho khoa đề khoa Phân biệt Dán danh mục LASA tại tủ thuốc của mỗi khoa và tuân thủ thực hiện	Danh mục LASA	☐	☐	
	13. Thực hiện được việc ra lẻ thuốc cho từng người bệnh.				Triển khai ra lẻ thuốc cho từng người bệnh Triển khai đội ngũ nhân viên khoa có bộ phận ra lẻ thuốc phục vụ người bệnh	Kho ra lẻ của bệnh viện	☐	☐	
	14. Xây dựng quy trình hướng dẫn và giám sát sử dụng các				CMD Xây dựng quy trình hướng dẫn và giám sát sử dụng các thuốc có nguy cơ cao	Quy trình giám sát sử dụng thuốc và có nguy cơ cao	☐	☐	

thuốc có nguy cơ cao xuất hiện ADR và các sự cố trong sử dụng thuốc.					xuất hiện ADR và các sự cố trong sử dụng thuốc. Xây dựng bảng kiểm việc thực hiện quy trình	xuất hiện ADR và các sự cố trong sử dụng thuốc			
15. Chỉ định thuốc theo đúng phác đồ điều trị của bệnh viện, hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của Bộ Y tế/bệnh viện hoặc khuyến cáo của Tổ chức y tế thế giới.				CMD	Xây dựng phác đồ điều trị của bệnh viện trong đó có thể hiện nội dung kê đơn thuốc phù hợp với diễn biến bệnh Xây dựng các nội dung hướng dẫn chẩn đoán điều trị (hoặc cập nhật nội dung hướng dẫn của SYT và BYT)	1. Phác đồ điều trị bệnh viện 2. Nội dung hướng dẫn chẩn đoán điều trị 3. Phần mềm quản lý chỉ định theo phác đồ	☐	☐	
16. Theo dõi và quản lý các thuốc cần chia liều khi sử dụng.					Theo dõi và quản lý thuốc cần chia liều khi sử dụng thông qua phần mềm	Phần mềm lưu trữ thông tin thuốc	☐	☐	
17. Khoa được tổ chức tập huấn, thông tin cho nhân viên y tế về hiệu quả và độ an toàn khi sử dụng thuốc (có tài liệu và chương trình đào tạo) ít nhất 1 lần/năm.				CĐT	Xây dựng kế hoạch tập huấn, thông tin thuốc cho nhân viên y tế về hiệu quả và độ an toàn khi sử dụng thuốc Triển khai tập huấn, thông tin thuốc cho nhân viên y tế Có bài test kết quả của buổi tập huấn cho nhân viên y tế	1. Kế hoạch tập huấn, thông tin thuốc cho nhân viên y tế về hiệu quả và độ an toàn khi sử dụng thuốc 2. Tài liệu và chương trình đào tạo 3. Danh sách tham dự 4. Hình ảnh buổi tập huấn	☐	☐	
18. Tiến hành khảo sát, đánh giá (nghiên cứu) việc sử dụng thuốc an toàn, hợp lý.				CMD	Xây dựng phiếu khảo sát, đánh giá việc sử dụng thuốc an toàn hợp lý	1. Phiếu khảo sát nhân viên y tế về việc sử dụng thuốc an toàn và hợp lý	☐	☐	

						Tiến hành khảo sát, đánh giá việc sử dụng thuốc an toàn hợp lý.				
	19. Có báo cáo đánh giá việc sử dụng thuốc, trong đó có chỉ ra những nhược điểm, hạn chế cần khắc phục và đề xuất giải pháp cải tiến chất lượng.				CMD	Làm báo cáo đánh giá việc sử dụng thuốc, trong đó có chỉ ra những nhược điểm, hạn chế cần khắc phục và đề xuất giải pháp cải tiến chất lượng.	1. Báo cáo đánh giá việc sử dụng thuốc an toàn và hợp lý	☐	☐	
Mức 5	20. Thực hiện được việc ra lẻ thuốc cho từng người bệnh và cung cấp đủ các thông tin như tên, tuổi người bệnh; tên thuốc, đường dùng, liều dùng, thời gian dùng thuốc (ví dụ có nhãn in các thông tin trên dán vào túi thuốc lẻ của người bệnh).			K. Được	CMD	Triển khai thực hiện việc ra lẻ thuốc cho từng người bệnh và cung cấp đầy đủ các thông tin của người bệnh; tên thuốc, đường dùng, liều dùng, thời gian dùng thuốc thông qua việc dán nhãn vào túi thuốc của người bệnh	1. Bảng mô tả công việc của bộ phận ra lẻ thuốc khoa Dược 2. Quan sát quá trình ra lẻ và các thông tin của người bệnh: tên, tuổi người bệnh; tên thuốc, đường dùng, liều dùng, thời gian dùng thuốc, nhãn dán túi lẻ	☐	☐	
	21. Sử dụng thông tin về hiệu quả và độ an toàn của thuốc để khuyến cáo thay đổi, bổ sung danh mục thuốc dùng trong bệnh viện, chỉ định dùng thuốc của thầy				CMD	Xây dựng thông tin cảnh giác dược Công bố thông tin cho toàn thể cán bộ nhân viên y tế cho nhân viên y tế cũng như người bệnh được biết	Thông tin cảnh giác dược trên cổng thông tin, website Danh mục thuốc bổ sung Quy trình chuyên môn bệnh viện (Phác đồ điều trị bệnh viện)	☐	☐	

	thuốc, hướng dẫn điều trị và các quy trình chuyên môn khác trong bệnh viện.									
	22. Có áp dụng phần mềm cảnh báo tương tác thuốc tích hợp khi kê đơn trên phạm vi toàn bệnh viện.				IT	Có xây dựng phần mềm cảnh báo tương tác thuốc tích hợp khi kê đơn	Phần mềm quản lý thuốc của bệnh viện	☐	☐	
	23. Xây dựng và thực hiện quy trình giám sát điều trị thông qua việc theo dõi nồng độ thuốc trong máu.				CMD	Xây dựng và thực hiện quy trình giám sát điều trị thông qua việc theo dõi nồng độ thuốc trong máu.	Quy trình giám sát điều trị thông qua việc theo dõi nồng độ thuốc trong máu	☐	☐	
	24. Có phần mềm theo dõi và quản lý lịch sử dùng thuốc của người bệnh.				IT	Xây dựng phần mềm theo dõi và quản lý lịch sử dùng thuốc của người bệnh	Phần mềm quản lý thuốc của bệnh viện	☐	☐	
	25. Tiến hành cải tiến chất lượng dựa trên kết quả khảo sát, đánh giá (nghiên cứu).				QLCL	Xây dựng đề án cải tiến chất lượng của khoa Dược Tiến hành cải tiến chất lượng dựa trên kết quả khảo sát và đánh giá	1. Đề án cải tiến chất lượng khoa Dược 2. Báo cáo đánh giá chất lượng cải tiến của khoa Dược	☐	☐	
C9.5	Thông tin thuốc, theo dõi và báo cáo phản ứng có hại của thuốc kịp thời, đầy đủ và có chất lượng	5	5	K. Dược						

Mức 1	1. Chưa triển khai hoạt động thông tin thuốc tại bệnh viện.		K. Được				☐	☐	
	2. Chưa sẵn có mẫu báo cáo ADR tại các khoa/phòng.						☐	☐	
Mức 2	3. Đã thành lập đơn vị thông tin thuốc.		K. Được	CMD	Thành lập đơn vị thông tin thuốc	Quyết định thành lập, Quy chế hoạt động, Danh sách nhân sự.	☐	☐	
	4. Có xây dựng kế hoạch hoạt động và phân công nhiệm vụ đơn vị thông tin thuốc.			CMD	Xây dựng kế hoạch hoạt động và phân công nhiệm vụ đơn vị thông tin thuốc.	Kế hoạch hoạt động năm. Quy chế hoạt động.	☐	☐	
	5. Có xây dựng quy trình thông tin thuốc tại bệnh viện.			CMD	Xây dựng quy trình thông tin thuốc tại bệnh viện.	Quy trình thông tin thuốc tại bệnh viện.	☐	☐	
	6. Có xây dựng quy trình giám sát ADR tại bệnh viện.			CMD	Xây dựng quy trình giám sát ADR tại bệnh viện.	Quy trình giám sát ADR tại bệnh viện.	☐	☐	
Mức 3	7. Có thực hiện việc thông tin thuốc tại bệnh viện theo quy trình đã xây dựng.		K. Được	CMD	Thông tin thuốc theo quy trình	Hình ảnh.	☐	☐	
	8. Có thực hiện việc giám sát ADR tại bệnh viện theo quy trình đã xây dựng.			CMD	Giám sát ADR tại bệnh viện theo quy trình	Phiếu ADR, phản hồi của trung tâm giám định.	☐	☐	
	9. Có tổ chức hoạt động thông tin thuốc cho bác sĩ, điều			CMD	Xây dựng kế hoạch và triển khai việc thông tin thuốc cho bác sĩ, điều dưỡng về	Kế hoạch tổ chức hoạt động thông tin thuốc. Tài liệu buổi tập huấn.	☐	☐	

đường về thuốc, thuốc mới, chất lượng thuốc, phản ứng có hại của thuốc, sự cố trong sử dụng thuốc, các khuyến cáo về thuốc của cơ quan quản lý... bằng các hình thức khác nhau (như thông báo tại bảng tin bệnh viện, thông báo đến khoa/phòng, tại buổi giao ban bệnh viện, tại các buổi họp thường xuyên/đột xuất, tại các buổi sinh hoạt/hội thảo khoa học của bệnh viện).					thuốc, thuốc mới, chất lượng thuốc, phản ứng có hại				
10. Các bản báo cáo ADR có các thông tin tối thiểu cần thiết bao gồm: thông tin về người bệnh, thông tin về ADR, thông tin về thuốc nghi ngờ gây ADR và thông tin về người báo cáo.				CMD	Thực hiện báo cáo phiếu ADR đầy đủ thông tin.	Phiếu báo cáo ADR	☐	☐	
11. Có gửi báo cáo ADR tới trung tâm quốc gia/khu vực về				CMD	Gửi báo cáo ADR tới trung tâm quốc gia về thông tin	Phiếu phản hồi của trung tâm quốc gia	☐	☐	

	thông tin thuốc và theo dõi phản ứng có hại của thuốc.				thuốc và theo dõi phản ứng có hại của thuốc.				
	12. Tỷ lệ báo cáo có đầy đủ các thông tin tối thiểu cần thiết chiếm từ 50% trở lên.			CMD	Điền đầy đủ thông tin vào phiếu ADR	Phiếu ADR hợp lệ	☐	☐	
Mức 4	13. Tỷ lệ các báo cáo ADR có đầy đủ các thông tin tối thiểu chiếm từ 80% trở lên.		K. Được	CMD	Điền đầy đủ thông tin vào phiếu ADR	Phiếu ADR hợp lệ	☐	☐	
	14. Có hệ thống lưu trữ thông tin thuốc.			CMD	Xây dựng phần mềm lưu trữ thông tin thuốc	Mqsoft	☐	☐	
	15. Xây dựng và phát hành bản thông tin thuốc, lưu hành nội bộ trong bệnh viện.			CMD	Xây dựng và phát hành bản thông tin thuốc, lưu hành nội bộ trong bệnh viện.	Bản thông tin thuốc	☐	☐	
	16. Đơn vị thông tin thuốc đáp ứng trả lời đầy đủ các câu hỏi thông tin thuốc cho bác sỹ, điều dưỡng, nhân viên y tế và người bệnh.			CMD	Trả lời đầy đủ các câu hỏi thông tin thuốc cho bác sỹ, điều dưỡng, nhân viên y tế và người bệnh.	Quy chế hoạt động đơn vị thông tin thuốc. Hình ảnh tư vấn.	☐	☐	
	17. Tiến hành khảo sát, đánh giá (hoặc nghiên cứu) về tình hình thực hiện thông tin thuốc, theo dõi và			CMD	Đánh giá về tình hình thực hiện thông tin thuốc, theo dõi và báo cáo phản ứng có hại của thuốc.	Bản báo cáo đánh giá	☐	☐	

	báo cáo phản ứng có hại của thuốc tại bệnh viện.									
	18. Có báo cáo đánh giá, trong đó có chỉ ra những nhược điểm, hạn chế cần khắc phục và đề xuất các khuyến cáo, giải pháp cải tiến chất lượng.			CMD	Chỉ ra những điểm cần khắc phục trong hoạt động thông tin thuốc	Bản báo cáo đánh giá	☐	☐		
Mức 5	19. Toàn bộ các báo cáo ADR được gửi tới trung tâm quốc gia/khu vực về thông tin thuốc và theo dõi phản ứng có hại của thuốc có đầy đủ các thông tin cần thiết và đúng thời gian quy định.		K. Được	CMD	Gửi báo cáo ADR tới trung tâm quốc gia về thông tin thuốc và theo dõi phản ứng có hại của thuốc.	Phiếu phản hồi của trung tâm quốc gia	☐	☐		
	20. Phát hành bản tin thông tin thuốc ít nhất 2 số/năm.			CMD	Phát hành bản tin thông tin thuốc 2 số/năm.	Bản tin thông tin thuốc	☐	☐		
	21. Tiến hành cải tiến chất lượng thông tin thuốc và ADR dựa trên kết quả đánh giá.			CMD	Thực hiện cải tiến chất lượng việc thông tin thuốc và ADR	Kế hoạch cải tiến chất lượng	☐	☐		
	22. Sử dụng thông tin về hiệu quả và độ an toàn của thuốc để			CMD	Bổ sung danh mục thuốc dùng trong bệnh viện một cách phù hợp.	Danh mục thuốc bệnh viện cập nhật hằng năm	☐	☐		

	khuyến cáo thay đổi, bổ sung danh mục thuốc dùng trong bệnh viện, chỉ định dùng thuốc của bác sỹ, hướng dẫn điều trị và các quy trình chuyên môn khác trong bệnh viện.									
C9.6	Hội đồng thuốc và điều trị được thiết lập và hoạt động hiệu quả	4	4	K. Được						
Mức 1	1. Chưa thành lập hội đồng thuốc và điều trị.			K. Được				☐	☐	
Mức 2	2. Đã thành lập hội đồng thuốc và điều trị.			K. Được		Thành lập hội đồng thuốc và điều trị.	Quyết định thành lập	☐	☐	
	3. Hội đồng thuốc và điều trị có văn bản quy định chức năng nhiệm vụ cụ thể của các thành viên trong hội đồng.				CMD	Quy định chức năng nhiệm vụ cụ thể của các thành viên trong hội đồng.	Văn bản quy định chức năng, nhiệm vụ của thành viên hội đồng	☐	☐	
	4. Hội đồng thuốc và điều trị họp đều đặn ít nhất 1 lần trong 2 tháng.					- Quy định họp Hội đồng thuốc và điều trị 1 lần/ 2 tháng - Ghi biên bản họp	Kế hoạch hoạt động Chính sách hoạt động Biên bản họp	☐	☐	
	5. Hội đồng thuốc đã xây dựng danh mục				CMD	Chỉnh sửa, bổ sung, cập nhật thường xuyên danh	Danh mục thuốc	☐	☐	

Mức 3	thuốc sử dụng trong bệnh viện.			K. Được		mục thuốc sử dụng trong BV				
	6. Hội đồng thuốc và điều trị xây dựng hoặc tiếp nhận hướng dẫn điều trị dùng tại bệnh viện.				CMD	Tham gia xây dựng hoặc tiếp nhận hướng dẫn điều trị dùng tại bệnh viện.	Danh sách thành viên xây dựng "Phác đồ điều trị tại BV" Phác đồ điều trị BV quận Thủ Đức	☐	☐	
	7. Hội đồng thuốc và điều trị có tiến hành phân tích các vấn đề liên quan đến sử dụng thuốc trong các buổi bình bệnh án hoặc trong việc kiểm tra, giám sát bệnh án bằng phần mềm.				IT	Tiến hành phân tích các vấn đề liên quan đến sử dụng thuốc trong các buổi bình bệnh án hoặc trong việc kiểm tra, giám sát bệnh án bằng phần mềm.	Sổ bình bệnh án/ biên bản bình bệnh án	☐	☐	
	8. Hội đồng thuốc có tổ chức tập huấn, đào tạo về sử dụng thuốc cho nhân viên trong bệnh viện ít nhất 1 năm/lần.				CDT	Tổ chức tập huấn, đào tạo về sử dụng thuốc cho nhân viên trong bệnh viện ít nhất 1 năm/lần.	Hình ảnh - Tài liệu tập huấn - Danh sách NVYT tham gia tập huấn	☐	☐	
Mức 4	9. Hội đồng thuốc và điều trị có xây dựng các văn bản quy định về quản lý và sử dụng thuốc trong bệnh viện: a. Các tiêu chí lựa chọn thuốc để xây			K. Được	CMD	Cập nhật/ chỉnh sửa/ bổ sung các văn bản quy định về quản lý và sử dụng thuốc trong bệnh viện: a. Các tiêu chí lựa chọn thuốc để xây dựng danh mục thuốc bệnh viện b. Hướng dẫn điều trị	Các văn bản: a. Tiêu chí lựa chọn thuốc để xây dựng danh mục thuốc BV b. Hướng dẫn điều trị	☐	☐	

dựng danh mục thuốc bệnh viện b. Hướng dẫn điều trị c. Quy trình và tiêu chí bổ sung hoặc loại bỏ thuốc ra khỏi danh mục d. Các tiêu chí để lựa chọn thuốc trong đấu thầu mua thuốc e. Quy trình cấp phát thuốc f. Sử dụng một số thuốc không nằm trong danh mục g. Hạn chế sử dụng một số thuốc h. Sử dụng thuốc biệt dược và thuốc thay thế trong điều trị i. Quy trình giám sát sử dụng thuốc j. Quản lý, giám sát hoạt động thông tin thuốc của trình dược viên, công ty dược và các tài liệu quảng cáo thuốc.					c. Quy trình và tiêu chí bổ sung hoặc loại bỏ thuốc ra khỏi danh mục d. Các tiêu chí để lựa chọn thuốc trong đấu thầu mua thuốc e. Quy trình cấp phát thuốc g. Sử dụng một số thuốc không nằm trong danh mục h. Hạn chế sử dụng một số thuốc i. Sử dụng thuốc biệt dược và thuốc thay thế trong điều trị k. Quy trình giám sát sử dụng thuốc l. Quản lý, giám sát hoạt động thông tin thuốc của trình dược viên, công ty dược và các tài liệu quảng cáo thuốc.	c. QT và tiêu chí bổ sung hoặc loại bỏ thuốc ra khỏi danh mục d. Các TC để lựa chọn thuốc trong đấu thầu mua thuốc e. QT cấp phát thuốc g. Sử dụng một số thuốc không nằm trong danh mục h. Hạn chế sử dụng một số thuốc i. Sử dụng thuốc biệt dược và thuốc thay thế trong điều trị k. Quy trình giám sát sử dụng thuốc l. Quản lý, giám sát hoạt động thông tin thuốc của trình dược viên, công ty dược và các tài liệu quảng cáo thuốc.			
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	10. Hội đồng thuốc có tổ chức tập huấn, đào tạo về sử dụng thuốc cho nhân viên trong bệnh viện ít nhất 2 lần/năm.				CĐT	Tổ chức tập huấn, đào tạo về sử dụng thuốc cho nhân viên trong bệnh viện ít nhất 2 lần/ năm	Kế hoạch tổ chức tập huấn, đào tạo - Hình ảnh - Danh sách tham gia tập huấn - Tài liệu đào tạo	☐	☐	
	11. Nhân viên y tế được phổ biến và tuân thủ hướng dẫn điều trị.					Ban hành " Hướng dẫn điều trị" về mỗi khoa phòng - Yêu cầu mọi nhân viên y tế tuân thủ " Hướng dẫn điều trị" - Giám sát chặt chẽ tuân thủ điều trị của nhân viên y tế	Hướng dẫn điều trị có sẵn tại khoa/ phòng - Báo cáo giám sát tuân thủ " Hướng dẫn điều trị" - Đoàn KT 1 TH bất kỳ	☐	☐	
	12. Hội đồng có tiến hành phân tích, đánh giá sử dụng thuốc: ABC/VEN và có báo cáo kết quả phân tích theo định kỳ hàng năm.				CMD	Tiến hành phân tích, đánh giá sử dụng thuốc: ABC/VEN và có báo cáo kết quả phân tích theo định kỳ hàng năm.	Báo cáo kết quả phân tích năm 2021	☐	☐	
Mức 5	13. Sử dụng kết quả phân tích, đánh giá sử dụng thuốc ABC/VEN cho việc cải tiến chất lượng xây dựng danh mục thuốc bệnh viện,			K. Được	CMD	Sử dụng kết quả phân tích, đánh giá sử dụng thuốc ABC/VEN cho việc cải tiến chất lượng xây dựng danh mục thuốc bệnh viện, quản lý và cung ứng thuốc.	Kế hoạch/ đề án cải tiến Sản phẩm cải tiến (danh mục thuốc mới)	☐	☐	

	quản lý và cung ứng thuốc.									
	14. Hội đồng có tiến hành nghiên cứu đánh giá chi phí - hiệu quả điều trị của người bệnh, có báo cáo kết quả đánh giá.				CMD	Xây dựng đề cương/ lập kế hoạch/ quy định đánh giá (Nêu rõ nội dung, phương tiện, phương pháp, thời gian, tần suất đánh giá,...) - Tiến hành nghiên cứu đánh giá chi phí - hiệu quả điều trị của người bệnh, có báo cáo kết quả đánh giá. - Áp dụng kết quả phân tích đánh giá tiến hành lập KH/ xây dựng đề án nâng cao hiệu quả sử dụng thuốc, giảm chi phí dùng thuốc của NB	Kế hoạch/ quy định đánh giá - Công cụ đánh giá - Báo cáo kết quả đánh giá/ đề tài NC - Kế hoạch/ đề án cải tiến	☐	☐	
	15. Áp dụng các kết quả phân tích, đánh giá cho việc nâng cao hiệu quả sử dụng thuốc, giảm chi phí dùng thuốc của bệnh viện.				CMD		Kế hoạch/ quy định đánh giá - Công cụ đánh giá - Báo cáo kết quả đánh giá/ đề tài NC - Kế hoạch/ đề án cải tiến	☐	☐	
C10.1	Tích cực triển khai hoạt động nghiên cứu khoa học	3	3	CĐT & ĐT						
Mức 1	1. Không tham gia hoặc không tiến hành hoạt động			CĐT & ĐT				☐	☐	

	nghiên cứu khoa học. 2. Phát hiện thấy không hợp tác cung cấp các số liệu, tài liệu cho hoạt động nghiên cứu khoa học phục vụ công tác quản lý và xây dựng chính sách y tế.										
Mức 2	3. Có đầy đủ và bảo đảm hoạt động tốt các phương tiện, trang thiết bị phục vụ trình chiếu, báo cáo khoa học như hội trường/giảng đường; máy chiếu; máy tính, màn chiếu, loa, tăng âm, micro, kết nối mạng không dây (wifi)... 4. Có tiến hành sinh hoạt khoa học định kỳ ít nhất 1 lần trong 2 tháng. 5. Chủ trì hoặc phối hợp tham gia thực hiện ít nhất một nghiên cứu khoa học.			CĐT & ĐT	Trang bị phương tiện, trang thiết bị phục vụ trình chiếu, báo cáo khoa học như hội trường/giảng đường; máy chiếu; máy tính, màn chiếu, loa, tăng âm, micro, kết nối mạng không dây (wifi)...	Máy chiếu, hệ thống âm thanh, màn chiếu, micro, wifi, loa, hội trường...					
					Tiến hành sinh hoạt khoa học định kỳ ít nhất 1 lần trong 2 tháng.	Kế hoạch và bảng kí tên sinh hoạt khoa học bác sĩ và điều dưỡng T1=>T10					
					Chủ trì hoặc phối hợp tham gia thực hiện ít nhất một nghiên cứu khoa học.	Đề tài khoa học đã nghiệm thu:					

Mức 3	6. Có tiến hành sinh hoạt khoa học định kỳ ít nhất 1 lần trong 1 tháng.			CĐT & ĐT		Tiến hành sinh hoạt khoa học định kỳ ít nhất 1 lần trong 1 tháng.	Kế hoạch và bảng kí tên sinh hoạt khoa học bác sĩ và điều dưỡng T1=>T10	☐	☐	
	7. Có buổi sinh hoạt hướng dẫn phương pháp nghiên cứu cho nhân viên y tế.					Tiến hành sinh hoạt hướng dẫn phương pháp nghiên cứu cho nhân viên y tế.	Hợp đồng đào tạo nghiên cứu khoa học	☐	☐	
	8. Có danh sách tổng hợp và chia nhóm các hoạt động nghiên cứu đã và đang thực hiện tại bệnh viện trong năm (chia theo cấp đề tài) bao gồm tối thiểu 4 nhóm: (1) nghiên cứu do bệnh viện chủ trì; (2) nghiên cứu phối hợp thực hiện; (3) tham gia cung cấp số liệu; (4) là địa điểm nghiên cứu cho đơn vị khác thực hiện.					Tổng hợp danh sách và chia nhóm các hoạt động nghiên cứu đã và đang thực hiện tại bệnh viện trong năm (chia theo cấp đề tài) bao gồm tối thiểu 4 nhóm: (1) nghiên cứu do bệnh viện chủ trì; (2) nghiên cứu phối hợp thực hiện; (3) tham gia cung cấp số liệu; (4) là địa điểm nghiên cứu cho đơn vị khác thực hiện.	Bảng tổng hợp và chia nhóm	☐	☐	
	9. Hợp tác và cung cấp thông tin, số liệu, tài liệu đầy đủ cho các cơ quan quản lý và các đơn vị được giao tiến hành nghiên cứu					Tiến hành Hợp tác và cung cấp thông tin, số liệu, tài liệu đầy đủ cho các cơ quan quản lý và các đơn vị được giao tiến hành nghiên cứu khoa	Đề tài cấp nhà nước của nhân viên bệnh viện	☐	☐	

	khoa học phục vụ cho việc xây dựng chiến lược, chính sách y tế (khi được yêu cầu).				học phục vụ cho việc xây dựng chiến lược, chính sách y tế (khi được yêu cầu).				
	10. Bác sỹ, điều dưỡng và các nhân viên y tế có tham gia các hoạt động nghiên cứu khoa học như xây dựng câu hỏi, thu thập số liệu, viết báo cáo, viết luận văn, luận án tốt nghiệp, viết bài báo khoa học...					Đề tài khoa học đã nghiệm thu	☐	☐	
	11. Trong năm bệnh viện chủ trì xây dựng và tự tiến hành ít nhất một nghiên cứu khoa học (như các đánh giá, nghiên cứu cải tiến chất lượng dịch vụ và chuyên môn bệnh viện), có báo cáo kết quả nghiên cứu và đã được hội đồng cấp bệnh viện hoặc cấp cao hơn nghiệm thu.				Chủ trì xây dựng và tự tiến hành ít nhất một nghiên cứu khoa học (như các đánh giá, nghiên cứu cải tiến chất lượng dịch vụ và chuyên môn bệnh viện), có báo cáo kết quả nghiên cứu và đã được hội đồng cấp bệnh viện hoặc cấp cao hơn nghiệm thu.	Đề tài khoa học đã nghiệm thu	☐	☐	

Mức 4	12. Tập thể, cá nhân bệnh viện chủ trì/chủ nhiệm thực hiện ít nhất 03 công trình nghiên cứu khoa học được nghiệm thu.			CĐT&ĐT		Tiến hành ít nhất 03 công trình nghiên cứu khoa học được nghiệm thu.	Đề tài khoa học đã nghiệm thu	☐	☐	
	13. Có ít nhất 01 công trình được nghiệm thu ở cấp Bộ, tỉnh/thành phố trở lên.					Tiến hành ít nhất 01 công trình được nghiệm thu ở cấp Bộ, tỉnh/thành phố trở lên.	Đề tài khoa học đã nghiệm thu	☐	☐	
	14. Bệnh viện có ít nhất 03 bài báo khoa học về các đề tài thực hiện tại bệnh viện, do nhân viên bệnh viện thực hiện đăng trên các tạp chí khoa học trong nước.					Tiến hành ít nhất 03 bài báo khoa học về các đề tài thực hiện tại bệnh viện, do nhân viên bệnh viện thực hiện đăng trên các tạp chí khoa học trong nước.	Đề tài khoa học đã nghiệm thu	☐	☐	
Mức 5	15. Có ít nhất 02 bài báo khoa học được đăng trên các tạp chí quốc tế có nhân viên của bệnh viện tham gia đồng tác giả.			CĐT&ĐT		Xây dựng ít nhất 02 bài báo khoa học được đăng trên các tạp chí quốc tế có nhân viên của bệnh viện tham gia đồng tác giả.		☐	☐	
	16. Trong năm có ít nhất 01 bài báo khoa học đăng trên các tạp chí khoa học quốc tế, do nhân viên cơ hữu của bệnh viện đứng					Xây dựng ít nhất 01 bài báo khoa học đăng trên các tạp chí khoa học quốc tế, do nhân viên cơ hữu của bệnh viện đứng đầu trong số danh sách tên các tác giả	Đề tài khoa học đã nghiệm thu	☐	☐	

	đầu trong số danh sách tên các tác giả.									
	17. Có công trình nghiên cứu do cá nhân/tập thể bệnh viện làm chủ nhiệm/chủ trì đạt các giải thưởng khoa học trong nước cấp quốc gia hoặc giải thưởng khoa học quốc tế.					Xây dựng công trình nghiên cứu do cá nhân/tập thể bệnh viện làm chủ nhiệm/chủ trì đạt các giải thưởng khoa học trong nước cấp quốc gia hoặc giải thưởng khoa học quốc tế		☐	☐	
C10.2	Áp dụng kết quả nghiên cứu khoa học vào việc cải tiến chất lượng khám, chữa bệnh và nâng cao hoạt động bệnh viện	5	5	CĐT & ĐT						
Mức 1	1. Không áp dụng kết quả nghiên cứu khoa học (do bệnh viện thực hiện hoặc nghiên cứu trong nước, quốc tế) đã được công bố vào việc cải tiến chất lượng khám, chữa bệnh và nâng cao hoạt động bệnh viện.			CĐT & ĐT				☐	☐	
Mức 2	2. Có tiến hành thu thập, tìm kiếm và tổng hợp kết quả các nghiên cứu hoặc			CĐT & ĐT		Tiến hành thu thập, tìm kiếm và tổng hợp kết quả các nghiên cứu hoặc	Mục tài liệu tham khảo của các đề tài nghiên cứu khoa học	☐	☐	

	sáng kiến, thành công của đơn vị khác (trong và ngoài nước) phục vụ cho việc cải tiến chất lượng khám, chữa bệnh và nâng cao hoạt động bệnh viện.				sáng kiến, thành công của đơn vị khác (trong và ngoài nước) phục vụ cho việc cải tiến chất lượng khám, chữa bệnh và nâng cao hoạt động bệnh viện.				
	3. Lập danh mục các kết quả nghiên cứu tiềm năng, khuyến nghị mang tính khả thi, có thể áp dụng tại bệnh viện để cải tiến chất lượng khám, chữa bệnh và nâng cao hoạt động bệnh viện.				Tiến hành Lập danh mục các kết quả nghiên cứu tiềm năng, khuyến nghị mang tính khả thi, có thể áp dụng tại bệnh viện để cải tiến chất lượng khám, chữa bệnh và nâng cao hoạt động bệnh viện.	Danh mục các kết quả nghiên cứu	☐	☐	
	4. Có xây dựng kế hoạch và lộ trình triển khai áp dụng các kết quả nghiên cứu/sáng kiến để cải tiến chất lượng khám, chữa bệnh và nâng cao hoạt động bệnh viện.				Xây dựng kế hoạch và lộ trình triển khai áp dụng các kết quả nghiên cứu/sáng kiến để cải tiến chất lượng khám, chữa bệnh và nâng cao hoạt động bệnh viện.	KH, BC khảo sát SHL người bệnh 2021... Kế hoạch cải tiến sau khảo sát	☐	☐	
Mức 3	5. Có triển khai áp dụng ít nhất 03 kết quả nghiên cứu vào thực tiễn để cải tiến chất lượng khám,			CĐT & ĐT	Triển khai áp dụng ít nhất 03 kết quả nghiên cứu vào thực tiễn để cải tiến	4 kế hoạch triển khai kết quả các nghiên cứu: dinh dưỡng, KSNK, SHL người bệnh...	☐	☐	

	chữa bệnh và nâng cao hoạt động bệnh viện.				chất lượng khám, chữa bệnh và nâng cao hoạt động bệnh viện.				
Mức 4	6. Có triển khai áp dụng ít nhất 04 kết quả nghiên cứu vào thực tiễn để cải tiến chất lượng khám, chữa bệnh và nâng cao hoạt động bệnh viện.			CĐT & ĐT	Triển khai áp dụng ít nhất 04 kết quả nghiên cứu vào thực tiễn để cải tiến chất lượng khám, chữa bệnh và nâng cao hoạt động bệnh viện.	4 kế hoạch triển khai kết quả các nghiên cứu: dinh dưỡng, KSNK, SHL ...	☐	☐	
	7. Có khảo sát, đánh giá hiệu quả việc áp dụng kết quả nghiên cứu vào thực tiễn, có so sánh trước – sau khi áp dụng.				Tiến hành khảo sát, đánh giá hiệu quả việc áp dụng kết quả nghiên cứu vào thực tiễn, có so sánh trước – sau khi áp dụng.	Báo cáo khảo sát, đánh giá hiệu quả áp dụng các nghiên cứu vào thực tiễn	☐	☐	
Mức 5	8. Có triển khai áp dụng ít nhất 05 kết quả nghiên cứu vào thực tiễn để cải tiến chất lượng khám, chữa bệnh và nâng cao hoạt động bệnh viện.			CĐT & ĐT	Triển khai áp dụng ít nhất 05 kết quả nghiên cứu vào thực tiễn để cải tiến chất lượng khám, chữa bệnh và nâng cao hoạt động bệnh viện.	5 đề tài nghiên cứu khoa học Báo cáo áp dụng kết quả nghiên cứu vào thực tiễn cải tiến chất lượng	☐	☐	
	9. Có ít nhất 01 sáng kiến hoặc giải pháp mới về cải tiến chất lượng khám, chữa bệnh dựa trên nghiên cứu; được đăng ký				Triển khai ít nhất 01 sáng kiến hoặc giải pháp mới về cải tiến chất lượng khám, chữa bệnh dựa trên nghiên cứu; được đăng ký bản quyền sở hữu trí tuệ.	Giấy chứng nhận bản quyền sở hữu trí tuệ	☐	☐	

	bản quyền sở hữu trí tuệ.									
	10. Có báo cáo đánh giá hiệu quả việc áp dụng các sáng kiến hoặc giải pháp mới và khắc phục các nhược điểm (nếu có), liên tục cải tiến chất lượng dựa trên các bằng chứng khoa học.					Báo cáo đánh giá hiệu quả việc áp dụng các sáng kiến hoặc giải pháp mới và khắc phục các nhược điểm (nếu có), liên tục cải tiến chất lượng dựa trên các bằng chứng khoa học.	5 đề tài nghiên cứu khoa học Báo cáo áp dụng kết quả nghiên cứu vào thực tiễn cải tiến chất lượng	☐	☐	
D1.1	Thiết lập hệ thống quản lý chất lượng bệnh viện	5	5	QLCL				☐	☐	
Mức 1	1. Chưa thành lập hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện.			QLCL				☐	☐	
	2. Chưa thành lập phòng/tổ quản lý chất lượng.							☐	☐	
Mức 2	3. Đã thành lập hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện.			QLCL		Kiện toàn quyết định thành lập Hội đồng QLCL.	QĐ kiện toàn Hội đồng QLCL 2021	☐	☐	
	4. Đã thành lập đầy đủ mạng lưới quản lý chất lượng bệnh viện.					Kiện toàn quyết định thành lập mạng lưới QLCL.	Quyết định kiện toàn mạng lưới quản lý chất lượng 2021	☐	☐	
	5. Đã xây dựng đề án thành lập						Đề án thành lập phòng QLCL	☐	☐	

	phòng/tổ quản lý chất lượng.									
	6. Đề án thành lập phòng/tổ quản lý chất lượng có quy định rõ các vị trí việc làm quản lý chất lượng (hoặc xây dựng đề án vị trí việc làm riêng của phòng, hoặc lồng ghép trong đề án vị trí việc làm chung của bệnh viện).					Đề án thành lập phòng QLCL Đề án vị trí công việc	☐	☐		
	7. Bệnh viện đa khoa hạng I và đặc biệt đã thành lập phòng quản lý chất lượng; các bệnh viện khác đã thành lập tổ (hoặc phòng) quản lý chất lượng.				Thành lập và ban hành quyết định thành lập P. QLCL.	Quy chế hoạt động của Hội đồng quản lý chất lượng	☐	☐		
Mức 3	8. Đã xây dựng quy chế hoạt động của hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện.		QLCL		Cập nhật, chỉnh sửa quy chế hoạt động của Hội đồng QLCL.	Danh sách nhân sự Quyết định phân công viên chức Kế hoạch hoạt động/nhân sự năm 2021 Báo cáo hoạt động nhân sự quý, năm 2021 Bảng cấp chuyên môn	☐	☐		
	9. Phòng (hoặc tổ quản lý chất lượng)				Xây dựng kế hoạch hoạt động/nhân lực năm 2021	Danh sách nhân sự Quyết định phân công viên	☐	☐		

	có ít nhất 3 nhân viên làm việc.					chức Hợp đồng lao động Chứng nhận quản lý chất lượng			
	10. Phòng (hoặc tổ quản lý chất lượng) có ít nhất một nhân viên chuyên trách về quản lý chất lượng (làm 100% thời gian, không kiêm nhiệm).				Cập nhật danh sách nhân sự nhân viên phòng.	Danh sách nhân sự Quyết định phân công viên chức Hợp đồng lao động Kế hoạch hoạt động/nhân sự năm 2021 của phòng/bệnh viện Đề án vị trí việc làm Quyết định bổ nhiệm Trưởng phòng Bảng cấp chuyên môn	☐	☐	
	11. Đã tuyển được ít nhất 60% số lượng nhân viên của phòng/tổ quản lý chất lượng theo kế hoạch và vị trí việc làm, trong đó vị trí trưởng phòng/tổ trưởng tuyển dụng được đúng đối tượng như trong kế hoạch.				Cập nhật hồ sơ nhân sự phòng, bao gồm: bằng cấp chuyên môn, chứng chỉ (nếu có). Lập báo cáo hoạt động/nhân sự các quý, năm 2021 Bảng mô tả công việc.	Danh sách nhân sự Quyết định phân công viên chức Hợp đồng lao động Kế hoạch hoạt động/nhân sự năm 2021 của phòng/bệnh viện Đề án vị trí việc làm Quyết định bổ nhiệm Trưởng phòng Bảng cấp chuyên môn	☐	☐	
	12. Hội đồng quản lý chất lượng tổ chức các cuộc họp định kỳ theo đúng kế hoạch.				Tổ chức họp Hội đồng QLCL theo định kỳ hàng tháng. Lập biên bản họp hàng tháng của Hội đồng QLCL.	Biên bản họp hội đồng QLCL hàng tháng	☐	☐	

	13. Đã xây dựng và ban hành các văn bản về quản lý chất lượng trong bệnh viện.				Tổng hợp văn bản liên quan đến QLCL do phòng ban hành năm 2021. Lập danh sách các văn bản liên quan đến QLCL theo tháng, quý, năm.	Danh sách văn bản liên quan đến QLCL do phòng QLCL ban hành năm 2021	☐	☐	
Mức 4	14. Có ít nhất 01 lãnh đạo phòng (trưởng, phó phòng hoặc tổ trưởng, tổ phó) quản lý chất lượng là nhân viên chuyên trách, không kiêm nhiệm chức danh lãnh đạo bệnh viện hoặc lãnh đạo các khoa/phòng khác.			QLCL	Cập nhật hồ sơ nhân sự phòng, bao gồm: bằng cấp chuyên môn, chứng chỉ (nếu có). Ban hành quyết định bổ nhiệm trưởng phòng QLCL.	Đề án vị trí việc làm Quyết định bổ nhiệm Trưởng phòng Bằng cấp chuyên môn	☐	☐	
	15. Đã tuyển được ít nhất 80% số lượng nhân viên của phòng/tổ quản lý chất lượng theo đề án vị trí việc làm, trong đó vị trí trưởng phòng/tổ trưởng tuyển dụng được đúng đối tượng có các bằng cấp và chứng chỉ như trong đề án.				Cập nhật hồ sơ nhân sự phòng, bao gồm: bằng cấp chuyên môn, chứng chỉ (nếu có). Ban hành quyết định bổ nhiệm trưởng phòng QLCL. Tổ chức tập huấn cho nhân viên phòng về QLCL và cấp chứng chỉ	Danh sách nhân sự Quyết định phân công viên chức Hợp đồng lao động Kế hoạch hoạt động/nhân sự năm 2021 của phòng/bệnh viện Đề án vị trí việc làm Quyết định bổ nhiệm Trưởng phòng Bằng cấp chuyên môn	☐	☐	

	16. Có ít nhất 50% nhân viên của phòng/tổ quản lý chất lượng tham gia các lớp đào tạo về quản lý chất lượng* và có chứng chỉ (hoặc chứng nhận).						Danh sách nhân sự Chứng chỉ/chứng nhận về QLCL	☐	☐	
	17. Có ít nhất 20% nhân viên của mạng lưới quản lý chất lượng tham gia các lớp đào tạo về quản lý chất lượng* và có chứng chỉ (hoặc chứng nhận).				Tổ chức tập huấn cho nhân viên mạng lưới về QLCL và cấp chứng chỉ		Quyết định kiện toàn mạng lưới quản lý chất lượng 2021. Danh sách thành viên mạng lưới Chứng nhận/chứng chỉ về QLCL	☐	☐	
Mức 5	18. Đã tuyển dụng đủ số lượng nhân viên của phòng/tổ quản lý chất lượng theo đề án và đúng cơ cấu theo vị trí việc làm.		QLCL		Cập nhật hồ sơ nhân sự phòng, bao gồm: bằng cấp chuyên môn, chứng chỉ (nếu có). Ban hành quyết định bổ nhiệm trưởng phòng QLCL.		Danh sách nhân sự Quyết định phân công viên chức Hợp đồng lao động Kế hoạch hoạt động/nhân sự năm 2021 của phòng/bệnh viện Đề án vị trí việc làm Quyết định bổ nhiệm Trưởng phòng Bằng cấp chuyên môn	☐	☐	
	19. Có ít nhất 80% nhân viên của phòng/tổ quản lý chất lượng tham gia các lớp đào tạo về				Tổ chức tập huấn cho nhân viên phòng về QLCL và cấp chứng chỉ		Danh sách nhân sự Chứng chỉ/chứng nhận về QLCL	☐	☐	

	quản lý chất lượng* và có chứng chỉ (hoặc chứng nhận).									
	20. Có ít nhất 50% nhân viên y tế của mạng lưới chất lượng tham gia các lớp đào tạo về quản lý chất lượng* và có chứng chỉ (hoặc chứng nhận).					Tổ chức tập huấn cho nhân viên mạng lưới về QLCL và cấp chứng chỉ	Quyết định kiện toàn mạng lưới quản lý chất lượng 2021 Danh sách thành viên mạng lưới Chứng nhận/chứng chỉ về QLCL	☐	☐	
	21. Trưởng phòng (hoặc tổ trưởng) quản lý chất lượng là nhân viên chuyên trách, không kiêm nhiệm các chức danh lãnh đạo khác.					Cập nhật hồ sơ nhân sự phòng, bao gồm: bằng cấp chuyên môn, chứng chỉ (nếu có). Ban hành quyết định bổ nhiệm trưởng phòng QLCL.	Đề án vị trí việc làm Quyết định bổ nhiệm Trưởng phòng Bằng cấp chuyên môn	☐	☐	
D1.2	Xây dựng, triển khai kế hoạch và đề án cải tiến chất lượng	5	5	QLCL						
Mức 1	1. Chưa xây dựng kế hoạch cải tiến chất lượng chung của toàn bệnh viện.			QLCL				☐	☐	
Mức 2	2. Đã xây dựng kế hoạch cải tiến chất lượng chung của toàn bệnh viện cho năm hiện tại (hoặc giai đoạn từ 1 đến 3 năm tiếp theo).			QLCL		Xây dựng kế hoạch cải tiến chung của toàn viện năm 2021. Mục tiêu của kế hoạch phải lượng giá được, có kết quả đầu ra theo Smart.	Kế hoạch cải tiến chất lượng chung của toàn bệnh viện năm 2021	☐	☐	

	3. Trong kế hoạch cải tiến chất lượng có đưa ra các mục tiêu chất lượng và kết quả đầu ra cụ thể, có thể lượng giá được.				Xây dựng kế hoạch cải tiến chung của toàn viện năm 2021. Mục tiêu của kế hoạch phải lượng giá được, có kết quả đầu ra theo Smart.	Kế hoạch cải tiến chất lượng chung của toàn bệnh viện năm 2021	☐	☐	
Mức 3	4. Hội đồng quản lý chất lượng xây dựng bảng kiểm hướng dẫn cụ thể việc thực hiện kế hoạch cải tiến chất lượng và đánh giá các việc đã hoàn thành.		QLCL		Xây dựng bảng kiểm hướng dẫn thực hiện kế hoạch Đánh giá việc thực hiện kế hoạch bằng bảng kiểm	Kế hoạch cải tiến chất lượng chung của toàn bệnh viện năm 2021 Bảng kiểm hướng dẫn thực hiện KH CTCL Bảng kiểm đã đánh giá	☐	☐	
	5. Trong bản kế hoạch cải tiến chất lượng chung có ghi rõ tên kế hoạch, nội dung hoạt động, kết quả đầu ra, thời gian, địa điểm, người chịu trách nhiệm chính, kinh phí và các nguồn lực khác để thực hiện.				Xây dựng kế hoạch cải tiến chung của toàn viện năm 2021. Nội dung của kế hoạch phải có kết quả đầu ra, thời gian, địa điểm, người chịu trách nhiệm, kinh phí, số lượng đề án, ..	Kế hoạch cải tiến chất lượng chung của toàn bệnh viện năm 2021	☐	☐	
	6. Trong bản kế hoạch cải tiến chất lượng chung của bệnh viện có xác định số lượng các đề án cải tiến chất				Xây dựng kế hoạch cải tiến chung của toàn viện năm 2021. Nội dung của kế hoạch phải có kết quả đầu ra, thời gian, địa điểm,	Kế hoạch cải tiến chất lượng chung của toàn bệnh viện năm 2021	☐	☐	

	lượng theo từng mục tiêu, nguồn kinh phí dự kiến và địa chỉ khoa/phòng đầu mỗi thực hiện.				người chịu trách nhiệm, kinh phí, số lượng đề án, ..			
	7. Hội đồng quản lý chất lượng hướng dẫn các khoa/phòng triển khai cải tiến chất lượng theo như kế hoạch.				Tổ chức các buổi hướng dẫn các phòng/khoa triển khai thực hiện kế hoạch.	Biên bản họp triển khai cải tiến Hình ảnh (nếu có)	☐	☐
	8. Hội đồng quản lý chất lượng hướng dẫn các thành viên của mạng lưới xây dựng các đề án cải tiến chất lượng chi tiết cho từng khoa/phòng.				Lên lịch hướng dẫn và thực hiện hướng dẫn xây dựng đề án cải tiến chất lượng cho tất cả các phòng/khoa thông qua buổi họp khoa và họp mạng lưới QLCL.	Biên bản họp hướng dẫn xây dựng ĐACTCL từng khoa/phòng Hình ảnh (nếu có) Lịch hướng dẫn	☐	☐
	9. Xây dựng và triển khai được ít nhất 03 đề án cải tiến chất lượng (trên quy mô khoa/phòng hoặc toàn bệnh viện).			Tất cả các phòng/khoa/đơn vị	Các phòng/khoa xây dựng đề án cải tiến chất lượng. Lập báo cáo kết quả thực hiện theo các giai đoạn trong đề án. Danh sách các phòng khoa xây dựng đề án.	Đề án cải tiến chất lượng các khoa/phòng năm 2021 Báo cáo kết quả thực hiện đề án cải tiến theo từng giai đoạn, hoàn tất đề án	☐	☐
Mức 4	10. Bản kế hoạch cải tiến chất lượng chung của bệnh viện được triển khai đầy đủ các mục theo như bảng kiểm đánh giá.		QLCL		Triển khai thực hiện kế hoạch cải tiến.	Kế hoạch cải tiến chất lượng bệnh viện năm 2021 Bảng kiểm đánh giá Báo cáo kế hoạch cải tiến chất lượng	☐	☐

Mức 5	11. Tỷ lệ các khoa/phòng xây dựng đề án cải tiến chất lượng riêng của từng khoa/phòng chiếm từ 50% tổng số khoa/phòng trở lên.				Tất cả các phòng/khoa/đơn vị	Các phòng/khoa xây dựng đề án cải tiến chất lượng. Lập báo cáo kết quả thực hiện theo các giai đoạn trong đề án. Danh sách các phòng khoa xây dựng đề án.	Danh sách các phòng/khoa trong bệnh viện Đề án CTCL của các phòng/khoa năm 2021	☐	☐	
	12. Mỗi đề án cải tiến chất lượng có đưa ra ít nhất 1 mục tiêu và 1 kết quả đầu ra cụ thể, phù hợp với kế hoạch cải tiến chất lượng chung của bệnh viện.				Tất cả các phòng/khoa/đơn vị		Đề án CTCL của các phòng/khoa năm 2021 Kế hoạch cải tiến chất lượng bệnh viện năm 2021	☐	☐	
	13. Các khoa/phòng triển khai các đề án cải tiến chất lượng của từng khoa/phòng theo lộ trình trong đề án.				Tất cả các phòng/khoa/đơn vị		Đề án cải tiến chất lượng các khoa/phòng năm 2021 Báo cáo kết quả thực hiện đề án cải tiến theo từng giai đoạn, hoàn tất đề án	☐	☐	
	14. Tỷ lệ các khoa/phòng xây dựng đề án cải tiến chất lượng riêng của từng khoa/phòng chiếm từ 90% tổng số khoa/phòng trở lên.		QLCL		Tất cả các phòng/khoa/đơn vị		Danh sách các phòng/khoa trong bệnh viện Đề án CTCL của các phòng/khoa năm 2021	☐	☐	
	15. Tiến hành khảo sát, đánh giá các					Báo cáo kết quả thực hiện kế hoạch cải tiến 6 tháng,		☐	☐	

	mục tiêu của kế hoạch cải tiến chất lượng chung bệnh viện và đo lường các kết quả đầu ra cụ thể.					năm, lượng giá kết quả đạt được so với mục tiêu đặt ra				
	16. Hoàn thành và đạt được trên 90% các mục tiêu đã nêu trong bản kế hoạch cải tiến chất lượng chung toàn bệnh viện.						Báo cáo kết quả thực hiện kế hoạch cải tiến 6 tháng, năm	☐	☐	
	17. Tiến hành đánh giá và công bố kết quả thực hiện các đề án cải tiến chất lượng riêng của từng khoa/phòng.				Tất cả các phòng/khoa/đơn vị	Lập báo cáo kết quả thực hiện đề án cải tiến chất lượng của từng phòng/khoa. Công bố kết quả tại bảng truyền thông, website, mạng nội bộ.		☐	☐	
	18. Đánh giá, phân loại thi đua, khen thưởng các khoa/phòng dựa trên việc hoàn thành các đề án cải tiến chất lượng riêng của từng khoa/phòng.					Ban hành quyết định khen thưởng cho những phòng/khoa đạt thành tích tốt khi thực hiện đề án cải tiến. Tổ chức khen thưởng cho các phòng khoa.		☐	☐	
	19. Xác định nguyên nhân và giải pháp khắc phục các đề án cải tiến chất lượng					Dựa trên báo cáo kết quả thực hiện đề án cải tiến, xác định nguyên nhân và đưa ra giải pháp khắc phục		☐	☐	

	chưa hoàn thành và xây dựng phương án, triển khai thực hiện đầy đủ các đề án cải tiến chất lượng đã xây dựng.					đối với các đề án chưa hoàn thành. Thực hiện giải pháp cải tiến.				
	20. Đề xuất và áp dụng các sáng kiến, giải pháp cải tiến chất lượng; có đánh giá tác động, so sánh trước-sau và có bằng chứng cải tiến chất lượng cụ thể sau khi áp dụng các sáng kiến, giải pháp.							☐	☐	
D1.3	Xây dựng văn hóa chất lượng bệnh viện	5	5	CTXH						
Mức 1	1. Báo chí và cơ quan truyền thông khác phản ánh về tai biến/sự cố y khoa hoặc vi phạm y đức nghiêm trọng, gây ảnh hưởng đến hình ảnh của bệnh viện và ngành y (sau khi xác minh là đúng).			CTXH		Tổng hợp danh sách bao nhiêu phòng/khoa xây dựng khẩu hiệu, mục tiêu chất lượng mang ý nghĩa đặc trưng cho công việc của từng phòng/khoa.	Danh sách khẩu hiệu tại các khoa/phòng Hình ảnh khẩu hiệu tại các khoa/phòng	☐	☐	
	2. Báo chí và các cơ quan truyền thông có phản ánh về các biểu hiện mất đoàn kết,					Tổ chức các hội thi thầy thuốc giỏi, điều dưỡng giỏi, tổ chức hội thi triển khai 5S tại các khoa phòng, tập	Kế hoạch, hình ảnh tổ chức, báo cáo kết quả tổ chức và khen thưởng	☐	☐	

	dân chủ của bệnh viện (sau khi xác minh là đúng).				huấn GTUX, hội thi nhân viên tiêu biểu				
	3. Trong năm có xảy ra sự cố y khoa nghiêm trọng hoặc các vụ việc ngoài chuyên môn trong cung ứng dịch vụ của bệnh viện, gây ảnh hưởng lớn trên phạm vi toàn quốc đến hình ảnh và uy tín của ngành y tế.				Tổng hợp thư cảm ơn của người bệnh về phong cách và chất lượng dịch vụ của bệnh viện hàng quý, năm.	Thư cảm ơn, thư khen của người bệnh qua hòm thư góp ý, đường dây nóng, website bệnh viện,...	☐	☐	
	4. Bệnh viện tự quảng cáo/gắn sao không đúng với năng lực chuyên môn thực tế; hoặc quảng cáo/gắn sao cho các phạm trù/lĩnh vực khác ngoài chuyên môn có thể gây hiểu nhầm với chất lượng chuyên môn.				Tổng hợp các công văn từ các bệnh viện, tổ chức khác gửi đề tham quan học hỏi. Xây dựng kế hoạch tiếp đoàn tham quan. Có báo cáo thống kê nội dung các đoàn đến tham quan học hỏi. Các công văn, quyết định bệnh viện có nhiệm vụ chỉ đạo tuyến dưới. Bệnh viện được giải thưởng y tế thông minh do SYT tổ chức Chụp lại hình ảnh.	Công văn của các bệnh viện tham quan học hỏi về QLCL Hình ảnh buổi tiếp đoàn Kế hoạch tiếp đoàn Báo cáo nội dung tiếp đoàn Báo cáo giải thưởng y tế thông minh. Quyết định chỉ tuyến các tuyến dưới	☐	☐	
Mức 2	5. Không xảy ra sự cố y khoa nghiêm trọng hoặc các vụ			CTXH	Giám sát việc tuân thủ phác đồ điều trị, quy trình kỹ thuật, chuyên môn, ...	Phản ánh của khách hàng (Đường dây nóng, thư góp ý, ...)	☐	☐	

	việc ngoài chuyên môn trong cung ứng dịch vụ của bệnh viện (có thể có sự cố y khoa hoặc sự cố ngoài chuyên môn nhưng chưa gây ảnh hưởng đến uy tín và hình ảnh của ngành y tế).				Tổng hợp phản ánh của BN qua các kênh thông tin: Báo chí, đường dây nóng, thư góp ý,...	Báo cáo sự cố Bài báo, tin tức về tai biến/sự cố của bệnh viện Sổ sai sót chuyên môn			
	6. Có biểu trưng (lô-gô) mang ý nghĩa và đặc trưng của bệnh viện.				Thiết kế logo bệnh viện và viết ý nghĩa của logo.	Quyết định ban hành logo bệnh viện Giấy chứng nhận quyền sở hữu logo bệnh viện	☐	☐	
Mức 3	7. Xây dựng khẩu hiệu (slogan) mang ý nghĩa và đặc trưng của bệnh viện.		CTXH		Thiết kế/rà soát slogan bệnh viện.	Quyết định ban hành khẩu hiệu bệnh viện Danh sách khẩu hiệu tại các khoa/phòng Hình ảnh khẩu hiệu tại các khoa/phòng	☐	☐	
	8. Có trang thông tin điện tử của bệnh viện; thông tin cập nhật thường xuyên ít nhất 1 tuần 1 lần.				Kiểm tra nội dung của website đã đầy đủ các thông tin: lịch sử hình thành, thành tích, khẩu hiệu, bộ máy nhân sự, ... Thường xuyên rà soát/cập nhật/bổ sung thông tin bệnh viện trên website ít nhất 1 tuần/lần.	Hình ảnh Quan sát Hồ sơ đăng ký sở hữu trang thông tin điện tử	☐	☐	
	9. Trang thông tin điện tử của bệnh viện cung cấp các					Hình ảnh Quan sát	☐	☐	

	thông tin chung về bệnh viện: lịch sử hình thành và phát triển; thành tích; sơ đồ tổ chức; bộ máy nhân sự, lãnh đạo; biểu trưng, khẩu hiệu, lịch làm việc, giá dịch vụ y tế, truyền thông giáo dục sức khỏe; ưu, nhược điểm về cải tiến chất lượng bệnh viện...									
Mức 4	10. Xây dựng bộ nhận diện thương hiệu và quy định sử dụng bộ nhận diện thương hiệu.			CTXH		Đăng ký bộ nhận diện thương hiệu: logo và slogan bệnh viện. Xây dựng quy định sử dụng logo, slogan. Ban hành quyết định ban hành logo và slogan. Công khai logo và slogan trên website.	Quyết định ban hành logo bệnh viện Giấy chứng nhận quyền sở hữu logo bệnh viện	☐	☐	
	11. Áp dụng bộ nhận diện thương hiệu trên toàn bộ các hoạt động chính thức của bệnh viện.						Quyết định ban hành logo bệnh viện Giấy chứng nhận quyền sở hữu logo bệnh viện Website bệnh viện/ Trang thông tin điện tử Hình ảnh các hội nghị/hội thảo có hình logo làm nền	☐	☐	

	12. Công bố bộ nhận diện thương hiệu và sử dụng thống nhất trên phạm vi toàn bệnh viện.					Quyết định ban hành logo bệnh viện Giấy chứng nhận quyền sở hữu logo bệnh viện Website bệnh viện/ Trang thông tin điện tử Hình ảnh các hội nghị/hội thảo có hình logo làm nền Hình ảnh một số nơi tại bệnh viện có logo	☐	☐	
	13. Có hình thức khuyến khích các khoa/phòng xây dựng các khẩu hiệu, mục tiêu chất lượng cụ thể của riêng từng khoa/phòng để nhân viên cùng phấn đấu và hướng tới các mục tiêu chất lượng.				Xây dựng kế hoạch và tổ chức hội thi xây dựng khẩu hiệu, mục tiêu chất lượng theo tính chất công việc đặc thù riêng của từng phòng/khoa.	Danh sách khẩu hiệu tại các khoa/phòng Hình ảnh khẩu hiệu tại các khoa/phòng (Hỏi lại hình thức khuyến khích)	☐	☐	
	14. Có ít nhất 30% khoa/phòng đã xây dựng các khẩu hiệu, mục tiêu chất lượng.			QLCL	Tổng hợp danh sách các khẩu hiệu mà các phòng khoa đăng ký tham gia.	Danh sách khẩu hiệu tại các khoa/phòng Hình ảnh khẩu hiệu tại các khoa/phòng	☐	☐	
	15. Có ít nhất 10% các khẩu hiệu, mục tiêu chất lượng của khoa/phòng mang ý nghĩa đặc trưng cho tính chất công việc của khoa/phòng đó.			QLCL	Tổng hợp danh sách bao nhiêu phòng/khoa xây dựng khẩu hiệu, mục tiêu chất lượng mang ý nghĩa đặc trưng cho công việc của từng phòng/khoa.	Danh sách khẩu hiệu tại các khoa/phòng Hình ảnh khẩu hiệu tại các khoa/phòng	☐	☐	

	16. Có hình thức khuyến khích, thúc đẩy nhân viên y tế cải tiến chất lượng.				QLCL	Kế hoạch tổ chức hình thức cải tiến chất lượng	Kế hoạch + Báo cáo kết quả tổ chức	☐	☐	
Mức 5	17. Có đoạn phim ngắn trong vòng 5-10 phút giới thiệu về bệnh viện, có lời bình bằng tiếng Việt, phụ đề tiếng Anh (hoặc ngược lại).			CTXH		Cập nhật, chỉnh sửa lại đoạn video giới thiệu bệnh viện theo giai đoạn phát triển bệnh viện hàng năm.	Video giới thiệu bệnh viện	☐	☐	
	18. Có ít nhất 70% khoa/phòng đã xây dựng các khẩu hiệu, mục tiêu chất lượng.				QLCL	Tổng hợp danh sách các khẩu hiệu mà các phòng khoa đăng ký tham gia.	Danh sách khẩu hiệu tại các khoa/phòng Hình ảnh khẩu hiệu tại các khoa/phòng	☐	☐	
	19. Có ít nhất 50% các khẩu hiệu, mục tiêu chất lượng của khoa/phòng mang ý nghĩa đặc trưng cho tính chất công việc của khoa/phòng đó.				QLCL	Báo cáo kết quả hội thi, tổng hợp danh sách bao nhiêu phòng/khoa xây dựng khẩu hiệu, mục tiêu chất lượng mang ý nghĩa đặc trưng cho công việc của từng phòng/khoa.	Danh sách khẩu hiệu tại các khoa/phòng Hình ảnh khẩu hiệu tại các khoa/phòng	☐	☐	
	20. Từng bước xây dựng “văn hóa chất lượng” thông qua các hình thức khuyến khích, thúc đẩy toàn bộ nhân viên y tế hướng tới các mục tiêu chất lượng của bệnh viện				QLCL	Tổ chức các hội thi thầy thuốc giỏi, điều dưỡng giỏi, tổ chức hội thi triển khai 5S tại các khoa phòng	Kế hoạch, hình ảnh tổ chức, báo cáo kết quả tổ chức và khen thưởng	☐	☐	

	và của từng khoa/phòng.									
	21. Người bệnh có ý kiến tích cực về phong cách và chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh (dựa trên các kênh phản hồi thông tin của người bệnh).			QLCL		Tổng hợp thư cảm ơn của người bệnh về phong cách và chất lượng dịch vụ của bệnh viện hàng quý, năm.	Thư cảm ơn, thư khen của người bệnh qua hòm thư góp ý, đường dây nóng, website bệnh viện,...	☐	☐	
	22. Là mô hình kiểu mẫu hoặc tấm gương, “điểm sáng” về cải tiến chất lượng cho các bệnh viện khác học tập.					Tổng hợp các công văn từ các bệnh viện, tổ chức khác gửi để tham quan học hỏi. Xây dựng kế hoạch tiếp đoàn tham quan. Chụp lại hình ảnh.	Công văn của các bệnh viện tham quan học hỏi về QLCL Hình ảnh buổi tiếp đoàn Kế hoạch tiếp đoàn	☐	☐	
D2.1	Phòng ngừa các nguy cơ, diễn biến bất thường xảy ra với người bệnh	4	4	QLCL						
Mức 1	1. Có trường hợp người bệnh gặp diễn biến xấu nhưng không gọi được nhân viên y tế, gây hậu quả nghiêm trọng (tử vong hoặc tổn thương không hồi phục).			QLCL				☐	☐	
Mức 2	2. Có biển báo, hướng dẫn người bệnh cách gọi nhân			QLCL	HCQT	Xây dựng nội dung hướng dẫn người bệnh cách gọi nhân viên y tế trong trường	Bảng hướng dẫn gọi nhân viên y tế trong mỗi phòng bệnh	☐	☐	

	viên y tế trong trường hợp khẩn cấp tại các vị trí dễ quan sát.				hợp khẩn Dán nội dung hướng dẫn tại mỗi phòng bệnh				
	3. Có chuông (hoặc hình thức khác) để liên hệ hoặc báo gọi nhân viên y tế tại các khoa lâm sàng trong trường hợp cần thiết.			VT TT B	Lắp đặt hệ thống chuông báo đầu giường của giường bệnh tại các khoa lâm sàng Thực hiện kiểm tra và bảo trì nếu phát hiện không hoạt động	Chuông báo đầu giường của giường bệnh tại các khoa lâm sàng	☐	☐	
Mức 3	4. Giường chuyên dùng cho hồi sức cấp cứu có hệ thống báo gọi.		QLCL	VT TT B	Trang bị hệ thống giường chuyên dùng cho hồi sức cấp cứu có hệ thống báo gọi Thực hiện kiểm tra và bảo trì nếu phát hiện không hoạt động	Giường chuyên dùng cho Hồi sức cấp cứu	☐	☐	
	5. Có hệ thống chuông hoặc đèn báo đầu giường tại toàn bộ các giường bệnh cấp cứu và các giường có người bệnh chăm sóc cấp I.			VT TT B	Lắp đặt chuông báo đầu giường cho giường bệnh cấp cứu hoặc giường bệnh chăm sóc cấp I Thực hiện kiểm tra và bảo trì nếu phát hiện không hoạt động	Chuông báo đầu giường của giường bệnh tại các khoa lâm sàng	☐	☐	
Mức 4	6. Có hệ thống ô-xy trung tâm cho phòng cấp cứu của khoa.		QLCL	VT TT B	Lắp đặt hệ thống ô-xy trung tâm cho phòng cấp cứu của khoa Thực hiện kiểm tra và bảo trì nếu phát hiện không hoạt động	Hệ thống oxy trung tâm phòng cấp cứu khoa	☐	☐	
	7. Các máy thở, máy theo dõi liên tục cho			VT TT B	Trang bị hệ thống giường chuyên dùng cho hồi sức	1. Máy thở, máy theo dõi có cảnh báo tự động, máy	☐	☐	

Mức 5	người bệnh, máy truyền dịch... tại giường cấp cứu có cảnh báo tự động nếu gặp tình huống nguy hiểm.				cấp cứu có hệ thống báo gọi Thực hiện kiểm tra và bảo trì nếu phát hiện không hoạt động	truyền dịch tại giường cấp cứu 2. Bảng thống kê số lượng máy thở, máy theo dõi liên tục, máy truyền dịch toàn bệnh viện			
	8. Có cán bộ y tế trực theo dõi camera hoặc theo dõi trực tiếp buồng bệnh 24/24 giờ đối với các buồng bệnh cấp cứu, điều trị tích cực.			HCQT	Lên lịch trực cho nhân viên y tế của khoa tại các buồng bệnh Triển khai hệ thống camera theo dõi tại các buồng bệnh cấp cứu và điều trị tích cực	Lịch trực các khoa điều trị tích cực Hệ thống camera theo dõi buồng bệnh 24/24 giờ đối với các buồng bệnh cấp cứu, điều trị tích cực	☐	☐	
	9. Định kỳ ít nhất 6 tháng 1 lần tiến hành rà soát và đánh giá dựa trên bảng kiểm việc thực hiện phòng ngừa các nguy cơ, diễn biến xấu xảy ra với người bệnh tại các khu vực có nguy cơ cao hoặc đã xảy ra các sự cố, trong đó có phát hiện những nhược điểm cần khắc phục, phân tích các sự cố y khoa đã xảy ra (nếu có).				Xây dựng bảng kiểm thực hiện phòng ngừa các nguy cơ, diễn biến xấu xảy ra với người bệnh tại các khu vực có nguy cơ cao Báo cáo việc phòng ngừa nguy cơ diễn biến xấu xảy ra	1. Bảng kiểm thực hiện phòng ngừa các nguy cơ, diễn biến xấu xảy ra với người bệnh tại các khu vực có nguy cơ cao 2. Báo cáo đánh giá việc phòng ngừa nguy cơ diễn biến xấu xảy ra	☐	☐	
	10. Các máy thở, máy theo dõi liên tục cho người bệnh, máy		QLCL	VTTT B	Trang bị các máy thở, máy theo dõi liên tục cho người bệnh, máy truyền dịch...	1. Máy thở, máy theo dõi có cảnh báo tự động, máy truyền dịch tại giường cấp	☐	☐	

truyền dịch... tại các giường bệnh đều có cảnh báo tự động nếu gặp tình huống nguy hiểm.					tại các giường bệnh đều có cảnh báo tự động nếu gặp tình huống nguy hiểm.	cứu 2. Bảng thống kê số lượng máy thở, máy theo dõi liên tục, máy truyền dịch toàn bệnh viện			
11. Có hệ thống ô-xy trung tâm cho toàn bộ giường bệnh của bệnh viện.				VTTT B	Lắp đặt hệ thống ô-xy trung tâm cho toàn bộ giường bệnh của bệnh viện. Thực hiện kiểm tra và bảo trì nếu phát hiện không hoạt động	Hệ thống oxy trung tâm cho toàn bộ giường bệnh của bệnh viện	☐	☐	
12. Có hệ thống chuông hoặc đèn báo đầu giường tại toàn bộ các giường bệnh.				VTTT B	Gắn lắp toàn bộ hệ thống chuông báo đầu giường cho toàn bộ giường bệnh của bệnh viện Thực hiện kiểm tra và bảo trì nếu phát hiện không hoạt động	Chuông báo đầu giường của giường bệnh tại khác khoa lâm sàng	☐	☐	
13. Bên trong toàn bộ các buồng vệ sinh có chuông báo gọi trợ giúp trong trường hợp cần thiết (tỷ lệ 100% các buồng vệ sinh có chuông báo gọi).				VTTT B	Gắn lắp chuông báo cho toàn bộ các buồng vệ sinh của bệnh viện Thực hiện kiểm tra và bảo trì nếu phát hiện không hoạt động	Chuông báo trong toàn bộ 100% các buồng vệ sinh Hình ảnh chuông báo trong buồng vệ sinh	☐	☐	
14. Có camera theo dõi người bệnh theo yêu cầu của người nhà người bệnh.				HCQT	Gắn lắp camera theo dõi người bệnh theo yêu cầu của người nhà người bệnh Thực hiện kiểm tra và bảo trì nếu phát hiện không hoạt động	1. Hệ thống camera theo dõi người bệnh dành riêng cho người nhà người bệnh 2. Hình ảnh của việc người nhà bệnh nhân đang giám sát bệnh nhân qua camera	☐	☐	

	15. Tiến hành cải tiến chất lượng, phòng ngừa các nguy cơ, diễn biến xấu xảy ra với người bệnh dựa trên kết quả đánh giá theo bảng kiểm.					Xây dựng bảng kiểm phòng ngừa nguy cơ diễn biến xấu xảy ra với người bệnh Tiến hành cải tiến chất lượng, phòng ngừa các nguy cơ, diễn biến xấu xảy ra với người bệnh dựa trên kết quả đánh giá theo bảng kiểm.	1. Bảng kiểm phòng ngừa nguy cơ diễn biến xấu xảy ra với người bệnh 2. Báo cáo đánh giá việc cải tiến chất lượng, phòng ngừa nguy cơ, diễn biến xấu xảy ra với người bệnh	☐	☐	
D2.2	Xây dựng hệ thống báo cáo, phân tích sự cố y khoa và tiến hành các giải pháp khắc phục	4	4	QLCL				☐	☐	
Mức 1	1. Không triển khai hệ thống báo cáo sự cố y khoa (bằng sổ sách hoặc phần mềm máy tính).			QLCL		Xây dựng hệ thống báo cáo sự cố y khoa gồm: Quyết định thành lập mạng lưới quản lý chất lượng, Quy định về báo cáo sự cố y khoa, Quy trình báo cáo sự cố, Phiếu báo cáo sự cố, Biên bản khắc phục sau sự cố, Sổ tổng kết sự cố	Xây dựng hệ thống báo cáo sự cố y khoa gồm: Quyết định thành lập mạng lưới quản lý chất lượng, Quy định về báo cáo sự cố y khoa, Quy trình báo cáo sự cố, Phiếu báo cáo sự cố, Biên bản khắc phục sau sự cố, Sổ tổng kết sự cố	☐	☐	
	2. Phát hiện thấy bệnh viện có sự cố y khoa đã xảy ra trong năm nhưng không được hệ thống báo cáo sự cố y khoa ghi nhận.					Thường xuyên giám sát tình hình sự cố qua các kênh: đường dây nóng, thư phản ánh. Nhắc nhở nhân viên báo cáo khi sự cố xảy ra	không có phiếu báo cáo sự cố về sự cố bị phát hiện	☐	☐	

Mức 2	3. Có hệ thống báo cáo sự cố y khoa chung của toàn bệnh viện.			QLCL		Xây dựng hệ thống báo cáo sự cố y khoa gồm: Quyết định thành lập mạng lưới quản lý chất lượng, Quy định về báo cáo sự cố y khoa, Quy trình báo cáo sự cố, Phiếu báo cáo sự cố, Biên bản khắc phục sau sự cố, Sổ tổng kết sự cố	Xây dựng hệ thống báo cáo sự cố y khoa gồm: Quyết định thành lập mạng lưới quản lý chất lượng, Quy định về báo cáo sự cố y khoa, Quy trình báo cáo sự cố, Phiếu báo cáo sự cố, Biên bản khắc phục sau sự cố, Sổ tổng kết sự cố.	☐	☐	
	4. Hệ thống báo cáo sự cố y khoa có ghi nhận các sự cố xảy ra.				Tất cả các khoa/phòng	Thường xuyên giám sát tình hình sự cố qua các kênh: đường dây nóng, thư phản ánh. Nhắc nhở nhân viên báo cáo khi sự cố xảy ra. Có hình thức động viên khen thưởng báo cáo sự cố	có đầy đủ phiếu báo cáo sự về sự cố bị phát hiện	☐	☐	
	5. Toàn bộ các sự cố y khoa xảy ra trong năm được hệ thống báo cáo sự cố y khoa chung của bệnh viện ghi nhận đầy đủ, không bỏ sót các sự cố.				Tất cả các khoa/phòng			☐	☐	
Mức 3	6. Bệnh viện có quy định về việc quản lý sự cố y khoa.			QLCL		Xây dựng quy định về báo cáo sự cố, xử phạt, khen thưởng cho người báo cáo	Quy định về quản lý sự cố y khoa	☐	☐	
	7. 100% các khoa lâm sàng, cận lâm sàng và các khoa/phòng triển khai hệ thống báo							☐	☐	

cáo sự cố y khoa theo quy định của bệnh viện.										
8. Hệ thống báo cáo sự cố y khoa có ghi đầy đủ, trung thực các thông tin, thời gian, diễn biến sự cố xảy ra; cung cấp được đủ thông tin cho việc phân tích sự cố để rút kinh nghiệm.					Hướng dẫn các khoa/phòng báo cáo sự cố y khoa	Phiếu báo cáo sự cố/ Sổ tổng hợp sự cố	☐	☐		
9. Triển khai thực hiện phiếu báo cáo sự cố y khoa tự nguyện (hoặc hình thức báo cáo tự nguyện khác) cho nhân viên y tế.					Hướng dẫn các khoa/phòng báo cáo sự cố tự nguyện	Phiếu báo cáo sự cố/ Sổ điện thoại tổ sự cố/ Báo cáo công thông tin/ Group Zalo	☐	☐		
10. Nhân viên có báo cáo sự cố y khoa đầy đủ theo phiếu báo cáo khi xảy ra sự cố y khoa (hoặc theo các hình thức báo cáo tự nguyện khác của bệnh viện).						Kết quả phỏng vấn nhân viên khoa	☐	☐		
11. Có điều tra, phân tích, tìm nguyên nhân gốc rễ và đề xuất giải pháp cải						Biên bản điều tra, phân tích tìm nguyên nhân gốc. Bảng chứng các giải pháp đã triển khai	☐	☐		

	tiền tránh lặp lại các sự cố y khoa đã xảy ra.									
Mức 4	12. Có phân tích sự cố y khoa theo định kỳ ít nhất 1 lần trong 6 tháng và phản hồi cho cá nhân và tập thể liên quan.	QLCL		tổng kết số lượng sự cố, lĩnh vực thường xuyên xảy ra, phân tích nguyên nhân, gửi bản phân tích cho các khoa, đưa ra các giải pháp phòng ngừa	Báo cáo phân tích sự cố y khoa	☐	☐			
	13. Có hình thức động viên, khuyến khích cho người tự giác, tự nguyện báo cáo sự cố y khoa.			Thêm quy chế cho người báo cáo sự cố	Quy chế chi tiêu nội bộ	☐	☐			
	14. Có tổng hợp, phân tích số liệu về sự cố y khoa xảy ra tại bệnh viện định kỳ hằng năm và gửi báo cáo tới các khoa/phòng.					☐	☐			
	15. Có xây dựng các giải pháp khắc phục sự cố y khoa đã được báo cáo.			Đưa ra các biện pháp khắc phục các sự cố y khoa, đưa các biện pháp khắc phục phòng ngừa vào thực tế	Kế hoạch hành động, hình ảnh minh họa	☐	☐			
	16. Có tiến hành rà soát, đánh giá lại ít nhất 1 lần trong năm việc ghi chép, báo cáo về sự cố y khoa tại bệnh viện, trong đó xác định những			Liệt kê các việc chưa làm được, làm chưa đạt yêu cầu	Báo cáo phân tích sự cố y khoa, hằng	☐	☐			

	việc đã làm, chưa làm được, hoặc chưa đạt yêu cầu và các mặt hạn chế cần khắc phục.									
Mức 5	17. Áp dụng công nghệ thông tin để xây dựng hệ thống ghi nhận và quản lý các sự cố y khoa bằng phần mềm điện tử.			QLCL		Xây dựng báo cáo sự cố qua cổng thông tin của bệnh viện	Quy trình quản lý sự cố qua cổng thông tin	☐	☐	
	18. Phần mềm công nghệ thông tin tự động phân tích và chiết xuất kết quả dưới dạng hình vẽ, biểu đồ... các sự cố y khoa đã xảy ra theo địa điểm, thời gian, tần suất... xảy ra.					Xây dựng hệ thống phân tích tự động các sự cố y khoa	Báo cáo số liệu do chiết xuất tự động từ phần mềm	☐	☐	
	19. Các sự cố y khoa xảy ra được xem xét và tìm ra nguyên nhân gốc dựa vào các phương pháp, mô hình phân tích nguyên nhân gốc rễ.					Cuộc họp các chuyên viên quản lý sự cố tìm nguyên nhân gốc	Biên bản họp, sơ đồ xương cá	☐	☐	
	20. Tiến hành cải tiến chất lượng hệ thống báo cáo sự cố						Hệ thống báo cáo sự cố y khoa đã được cải tiến, Cải tiến hình thức	☐	☐	

	y khoa, đặc biệt hệ thống báo cáo sự cố tự nguyện và các phiếu báo cáo sự cố.									
	21. Xây dựng “văn hóa tự giác” báo cáo sự cố y khoa: không có nhân viên y tế che giấu các sự cố y khoa đã xảy ra và sự cố “gần như sắp xảy ra” (near miss).					Đoàn xẽ hỏi 5-10 nhân viên khi có sự cố xảy ra sẽ làm gì. Vì vậy cần thường xuyên tập huấn cho NVYT về sự cố và báo cáo sự cố. Cần có 1 kế hoạch hành động lâu dài	Kế hoạch xây dựng văn hóa tự giác Bảng chứng nhân viên không che dấu các sự cố y khoa đã xảy ra	☐	☐	
D2.3	Thực hiện các biện pháp phòng ngừa giảm thiểu sự cố y khoa	4	4	QLCL				☐	☐	
Mức 1	1. Bệnh viện chưa triển khai các biện pháp phòng ngừa các sự cố y khoa.			QLCL				☐	☐	
Mức 2	2. *Có các bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật trong phòng mổ và phòng làm thủ thuật hướng dẫn kiểm tra, rà soát quá trình làm thủ thuật, chống thực hiện phẫu thuật/thủ thuật sai vị trí, sai người bệnh, sai			QLCL		Làm quyết định triển khai bảng kiểm An toàn thủ thuật, phẫu thuật tại phòng mổ.	Bảng kiểm ATPT được kẹp trong mỗi HSBA	☐	☐	

	thuốc, sai đường/kỹ thuật thực hiện...									
	3. Có quy tắc, quy chế kiểm tra lại thuốc và dịch truyền trước khi đưa thuốc hoặc tiêm, truyền cho người bệnh.				Quy chế kiểm tra thuốc và dịch truyền trước khi đưa thuốc hoặc tiêm, truyền cho người bệnh	Quyền quy chế điều dưỡng	☐	☐		
	4. Có bản danh sách thống kê các sự cố y khoa thường xảy ra và các quy trình kỹ thuật có liên quan thường xảy ra các sự cố y khoa.						☐	☐		
Mức 3	5. *Triển khai áp dụng bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật tại phòng mổ cho ít nhất 50% số ca phẫu thuật trở lên.		QLCL		Thực hiện bảng kiểm ATPT tại phòng mổ	Bảng kiểm ATPT được kẹp trong mỗi HSBA	☐	☐		
	6. Có xây dựng bảng kiểm đánh giá việc tuân thủ cho ít nhất 5 quy trình kỹ thuật (ưu tiên các quy trình được thực hiện thường xuyên tại bệnh viện).				Thống nhất và xây dựng bảng kiểm cho 5 QTKT được thống kê	ít nhất 5 quy trình kỹ thuật được thực hiện thường xuyên	☐	☐		
	7. Có kiểm tra (định kỳ thường xuyên hoặc đột xuất) việc				Khoa/phòng có dùng bảng kiểm đánh giá QTKT để đánh giá sự tuân thủ những		☐	☐		

	tuân thủ quy trình kỹ thuật theo các bảng kiểm đã xây dựng, có biên bản kiểm tra lưu trữ.				QTKT của nhân viên Khoa/Phòng mình				
	8. Có ghi lại và có báo cáo các hành vi đã xảy ra trên thực tế, có thể gây ra hậu quả nhưng được phát hiện và ngăn chặn kịp thời (là các sự cố “gần như sắp xảy ra”).				Khi phát hiện những hành vi có thể gây sai sót xảy ra trên thực tế thì ghi nhận lại vào sổ sai sót và gửi về phòng QLCL mỗi 6 tháng	phiếu báo cáo sự cố	☐	☐	
	Mức 4 9. Có xây dựng bảng kiểm đánh giá tình hình thực tế áp dụng bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật tại phòng phẫu thuật, phòng thủ thuật.			QLCL	Xây dựng bảng kiểm đánh giá tình hình thực tế việc áp dụng bảng kiểm ATPT	Bảng kiểm đánh giá tình hình thực tế áp dụng	☐	☐	
	10. Có tiến hành giám sát việc áp dụng bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật theo hình thức kiểm tra ngẫu nhiên, không báo trước tại các phòng phẫu thuật, phòng thủ thuật (phòng quản lý chất lượng làm đầu			KHTH	Áp dụng bảng kiểm đánh giá tình hình thực tế áp dụng bảng kiểm ATPT	Bảng kiểm đánh giá tình hình thực tế áp dụng, biên bản kiểm tra	☐	☐	

mỗi giám sát hoặc do hội đồng chất lượng của bệnh viện phân công).										
11. *Có báo cáo giám sát việc áp dụng bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật, trong đó có phân tích số liệu, biểu đồ, tính toán tỷ lệ tuân thủ áp dụng bảng kiểm chia theo kíp mổ (hoặc kíp làm thủ thuật); chia theo khoa lâm sàng (hoặc người thực hiện...).					Báo cáo thực tế giám sát việc áp dụng bảng kiểm	Báo cáo giám sát	☐	☐		
12. Xây dựng bảng kiểm đánh giá việc tuân thủ cho ít nhất 10 quy trình kỹ thuật (ưu tiên các quy trình được thực hiện thường xuyên tại bệnh viện).					Xây dựng bảng kiểm quy trình kỹ thuật được thực hiện thường xuyên	ít nhất 10 quy trình kỹ thuật được thực hiện thường xuyên	☐	☐		
13. Các sự cố “gần như sắp xảy ra” được thu thập, tổng hợp và rút kinh nghiệm trên toàn bệnh viện.					Tổng hợp và rút kinh nghiệm sự cố trên toàn viện	Hình ảnh, Sổ tổng hợp sự cố	☐	☐		

	14. Có báo cáo đánh giá hoặc nghiên cứu về sự cố và phân tích xu hướng, nguyên nhân và đề xuất giải pháp hạn chế sự cố y khoa.				Phân tích xu hướng, nguyên nhân và các giải pháp hạn chế sự cố.	Báo cáo tổng hợp sự cố cuối năm	☐	☐	
Mức 5	15. Báo cáo đánh giá, nghiên cứu về sự cố y khoa có tỷ lệ sự cố y khoa cụ thể tại một số lĩnh vực, khoa/phòng và đề xuất giải pháp cải tiến chất lượng.			QLCL	Đề xuất giải pháp cải tiến chất lượng.	Báo cáo tổng hợp sự cố cuối năm	☐	☐	
	16. Áp dụng các kết quả phân tích, đánh giá vào việc triển khai các biện pháp phòng ngừa để giảm thiểu các sự cố y khoa.				Triển khai thực tế các biện pháp phòng ngừa	Hình ảnh thực tế	☐	☐	
	17. Có bản tin an toàn y tế định kỳ, ít nhất 2 lần trong 1 năm; trong bản tin có thông tin sự cố y khoa, các hướng dẫn, giải pháp phòng ngừa...			Tất cả các khoa	Bản tin ATYT	Bản tin ATYT	☐	☐	

	18. Khắc phục đầy đủ, không để lặp lại các sự cố y khoa do “lỗi hệ thống” đã được phát hiện.					Tìm và khắc phục "lỗi hệ thống" đã xảy ra, không để lặp lại sự cố tương tự	Những sự cố do lỗi hệ thống đã ghi nhận không lặp lại	☐	☐	
	19. Triển khai các giải pháp cải tiến chất lượng, hạn chế không lặp lại các sự cố y khoa tương tự.					Triển khai có hiệu quả các biện pháp phòng ngừa không để lặp lại sự cố	Những sự cố do lỗi hệ thống đã ghi nhận không lặp lại	☐	☐	
D2.4	Bảo đảm xác định chính xác người bệnh khi cung cấp dịch vụ	4	4	QLCL						
Mức 1	1. Phát hiện bệnh viện có nhầm lẫn người bệnh khi cung cấp dịch vụ, gây hậu quả nghiêm trọng đối với người bệnh về mặt thể chất hoặc tinh thần, ví dụ đưa nhầm con sau khi sinh, có di chứng, tổn thương không khắc phục được do phẫu thuật như phẫu thuật nhầm vị trí, cắt nhầm bộ phận cơ thể... hoặc người bệnh tử vong.			QLCL				☐	☐	

Mức 2	2. Có xây dựng quy định/quy trình về xác nhận và khẳng định đúng người bệnh, đúng loại dịch vụ sẽ cung cấp cho người bệnh trước khi tiến hành các dịch vụ chẩn đoán, điều trị, phẫu thuật, thủ thuật...			QLCL		Xây dựng quy định/quy trình về xác nhận và khẳng định đúng người bệnh, đúng loại dịch vụ sẽ cung cấp cho người bệnh trước khi tiến hành các dịch vụ chẩn đoán, điều trị, phẫu thuật, thủ thuật...	Bảng kiểm an toàn trong phẫu thuật Quy định đánh dấu vị trí phẫu thuật Quy trình chống nhầm lẫn con khoa Sản	☐	☐	
	3. Có bảng tóm tắt các bước cần khẳng định chính xác người bệnh và đặt tại các vị trí dễ thấy để nhắc nhở người cung cấp dịch vụ.					Xây dựng quy định/quy trình chống nhầm lẫn người bệnh	Bảng tóm tắt các bước cần khẳng định chính xác người bệnh (NOSAI)	☐	☐	
	4. Có xây dựng quy định về việc xác nhận bàn giao đúng người bệnh giữa các nhân viên y tế.					Xây dựng quy định về việc xác nhận bàn giao đúng người bệnh giữa các nhân viên y tế/ca trực/chuyên khoa/chuyển viện	Quy trình xác nhận đúng người bệnh	☐	☐	
	5. Phổ biến cho nhân viên y tế các quy định/quy trình về xác nhận đúng người bệnh và dịch vụ cung cấp.					Phổ biến cho nhân viên y tế các quy định/quy trình về xác nhận đúng người bệnh và dịch vụ cung cấp.	Phổ biến tại cuộc họp mạng lưới Gửi email các khoa quy trình/quy định Biên bản họp triển khai	☐	☐	
	6. Có danh sách những người bệnh bị cung cấp nhầm dịch					Lập danh sách những người bệnh bị cung cấp	Danh sách người bệnh bị cung nhầm dịch vụ tại bệnh viện	☐	☐	

	vụ đã xảy ra trong năm.				nhằm dịch vụ đã xảy ra trong năm.				
Mức 3	7. Người cung cấp dịch vụ bảo đảm thực hiện đầy đủ các bước để khẳng định chính xác người bệnh.		QLCL		Người cung cấp dịch vụ bảo đảm thực hiện đầy đủ các bước để khẳng định chính xác người bệnh.	Bảng kiểm xác nhận đúng người bệnh	☐	☐	
	8. Có xây dựng các bảng kiểm để thực hiện kiểm tra, đối chiếu người bệnh và dịch vụ cung cấp.				xây dựng các bảng kiểm để thực hiện kiểm tra, đối chiếu người bệnh và dịch vụ cung cấp.	Bảng kiểm quy trình	☐	☐	
	9. Áp dụng bảng kiểm thực hiện tra, chiếu để xác nhận và khẳng định lại tên, năm sinh, đặc điểm bệnh tật... của người bệnh trước khi cung cấp dịch vụ (trong trường hợp người bệnh không thể trả lời cần xác nhận thông qua người nhà người bệnh).				xây dựng các bảng kiểm để thực hiện kiểm tra, đối chiếu người bệnh và dịch vụ cung cấp.	Bảng kiểm xác định đúng người bệnh	☐	☐	
	10. Áp dụng các hình thức thủ công (hoặc công nghệ thông tin) như ghi tên, ghi số, phát số... cho người bệnh và				Xây dựng hệ thống mã vạch xuyên suốt trong quy trình KCB	Hình ảnh chụp mẫu bệnh phẩm, phiếu chỉ định CLS, toa thuốc	☐	☐	

	các mẫu bệnh phẩm, dụng cụ, thuốc, vật tư... có liên quan đến người bệnh để tránh nhầm lẫn khi cung cấp dịch vụ.								
	11. Thông tin ghi trên mẫu bệnh phẩm bảo đảm có ít nhất các thông tin cơ bản như họ và tên, năm sinh, giới của người bệnh.					Hình ảnh chụp mẫu bệnh phẩm	☐	☐	
Mức 4	12. Tất cả người bệnh được cung cấp mã số/mã vạch duy nhất trong quá trình khám và điều trị tại bệnh viện để bảo đảm không nhầm lẫn người bệnh khi cung cấp dịch vụ.	QLCL		Xây dựng hệ thống mã vạch xuyên suốt trong uy trình KCB		Hình ảnh phiếu chỉ định CLS, Toa thuốc có mã vạch	☐	☐	
			Xây dựng hệ thống mã vạch xuyên suốt trong uy trình KCB		Hình ảnh chụp mẫu bệnh phẩm, phiếu chỉ định CLS, toa thuốc	☐	☐		
				Sổ tổng hợp Báo cáo sự cố : lọc danh sách trường hợp	☐	☐			
	13. Áp dụng giải pháp công nghệ thông tin, các trang thiết bị điện tử và mã số/mã vạch để xác nhận tên và dịch vụ cung cấp cho người bệnh.								
	14. Không có trường hợp nhầm lẫn								

	người bệnh trong xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng, phát thuốc cho người bệnh.					nhằm lẫn người bệnh trong xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng, phát thuốc cho người bệnh.			
Mức 5	15. Trong năm không có nhầm lẫn khi cung cấp tất cả các dịch vụ cho người bệnh.			QLCL		Sổ tổng hợp Báo cáo sự cố : lọc danh sách trường hợp nhầm lẫn người bệnh trong xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng, phát thuốc cho người bệnh.	☐	☐	
	16. Tiến hành rà soát, đánh giá theo định kỳ (ít nhất 1 lần trong năm) việc triển khai thực hiện các biện pháp phòng chống nhầm lẫn người bệnh đang triển khai.					Rà soát, đánh giá theo định kỳ (ít nhất 1 lần trong năm) việc triển khai thực hiện các biện pháp phòng chống nhầm lẫn người bệnh đang triển khai. Báo cáo đánh giá nguy cơ xảy ra nhầm lẫn khi cung cấp dịch vụ cho người bệnh. Báo cáo đánh giá việc triển khai thực hiện các biện pháp chống nhầm lẫn người bệnh	☐	☐	
	17. Có báo cáo, đánh giá trong đó có xác định các yếu tố, hành vi, kỹ thuật... có nguy cơ gây nhầm lẫn và đề xuất giải pháp khắc phục.					Tiến hành đánh giá trong đó có xác định các yếu tố, hành vi, kỹ thuật... có nguy cơ gây nhầm lẫn và đề xuất giải pháp khắc phục. Báo cáo xác định các yếu tố có nguy cơ gây nhầm lẫn	☐	☐	
	18. Tiến hành cải tiến chất lượng, chống nhầm lẫn người bệnh dựa trên					Báo cáo áp dụng các biện pháp can thiệp chống nhầm lẫn	☐	☐	

	kết quả rà soát, đánh giá.									
D2.5	Phòng ngừa nguy cơ người bệnh bị trượt ngã	5	5	HCQT				☐	☐	
Mức 1	1. Có vụ việc người bệnh, nhân viên y tế bị trượt ngã, tai nạn trong khuôn viên bệnh viện, gây hậu quả cần điều trị và chăm sóc y khoa nhưng không được hệ thống báo cáo sự cố y khoa ghi nhận.			HCQT		Thu thập thông tin, cập nhật tình hình sự cố trượt ngã	Sổ tổng hợp sự cố ghi nhận các trường hợp trượt ngã	☐	☐	
	2. Có vụ việc người bệnh, nhân viên y tế, người đến thăm bị trượt ngã, tai nạn dẫn đến hậu quả nghiêm trọng như chấn thương sọ não, gãy chân tay... trong khuôn viên bệnh viện.							☐	☐	
	3. Có vụ việc người bệnh, trẻ em bị rơi khỏi xe hoặc cáng trong quá trình vận chuyển người bệnh trong khuôn viên bệnh viện.							☐	☐	

Mức 2	4. Có bản danh sách thống kê những người bị trượt ngã (kể cả tự tử) tại bệnh viện trong năm, phân theo các mức độ hậu quả như tử vong; gãy chân, tay; chấn thương sọ não; chấn thương phủ tạng; chảy máu...			HCQT		Từ các báo cáo sự cố, lập ra danh sách những người bị trượt ngã và phân theo mức độ hậu quả	Báo cáo 6 tháng đầu năm, 6 tháng cuối năm, Báo cáo năm về tổng hợp sự cố	☐	☐	
	5. Không có vụ việc người bệnh bị rơi ra khỏi xe hoặc cáng trong quá trình vận chuyển trong khuôn viên bệnh viện.					Vận chuyển người bệnh an toàn	Quan sát NVYT vận chuyển người bệnh Sổ tổng hợp sự cố	☐	☐	
	6. Có tiến hành rà soát tổng thể ít nhất 1 lần trong 1 năm và lập danh sách các vị trí có nguy cơ trượt ngã do thiết kế, do cơ sở hạ tầng không đồng bộ hoặc xuống cấp hoặc do lý do bất kỳ khác dẫn tới nguy cơ trượt ngã.					Rà soát tổng thể ít nhất 1 lần trong 1 năm và lập danh sách các vị trí có nguy cơ trượt ngã bằng bảng kiểm	Kết quả rà soát cơ sở vật chất (bảng kiểm, báo cáo).	☐	☐	
	7. Có cảnh báo nguy hiểm tại tất cả các vị trí có nguy cơ trượt ngã như sàn trơn,					Kiểm tra các vị trí nguy hiểm đã có đầy đủ bảng cảnh báo	Bảng thống kê danh sách có vị trí trượt ngã Bảng cảnh báo ở những vị trí nguy cơ cao	☐	☐	

	nhà vệ sinh, cầu thang, vị trí không bằng phẳng...				Đề xuất bảng ở những vị trí còn thiếu				
	8. Các vị trí có nguy cơ trượt, vấp, ngã do cơ sở hạ tầng không đồng bộ, do thiết kế xây dựng hoặc xuống cấp được ưu tiên xử lý.				Tiến hành xử lý vị trí có nguy cơ trượt, vấp, ngã	Quan sát thực tế những vị trí nguy cơ đã kiểm tra giám sát, tất cả đều được xử lý.	☐	☐	
Mức 3	9. Chiều cao của lan can và chân song cửa sổ được thiết kế đủ cao, bảo đảm từ 1m40 trở lên để không có người bị ngã xuống do vô ý (chấp nhận các khối nhà cũ xây trước 2016 có lan can cao từ 1m35 trở lên).		HCQT		Rà soát tổng thể ít nhất 1 lần trong 1 năm và lập danh sách các vị trí có nguy cơ trượt ngã bằng bảng kiểm	Kết quả rà soát cơ sở vật chất (bảng kiểm, báo cáo).	☐	☐	
	10. Lan can và chân song cửa sổ được thiết kế đủ hẹp không có lỗ hổng đứt lọt quả cầu đường kính từ 10 cm trở lên để phòng chống trẻ em chui lọt qua.						☐	☐	
	11. Giường bệnh cho người bệnh có nguy cơ trượt ngã cao (trẻ			VTYT			☐	☐	

	em, người cao tuổi, người bị tổn thương thần kinh...) có thanh chắn phòng người bệnh trượt ngã.									
Mức 4	12. Không có người bệnh bị rơi từ các bàn phẫu thuật, thủ thuật.		HCQT	VTYT			☐	☐		
	13. Không có vụ việc người bệnh bị trượt ngã, gặp hậu quả nghiêm trọng.			VTYT			☐	☐		
	14. Rà soát và đánh giá toàn bộ các trường hợp bị trượt ngã theo danh sách đã thống kê, trong đó có phân tích các nguyên nhân bị trượt ngã và đề xuất các giải pháp hạn chế trượt ngã.				Triển khai các giải pháp hạn chế trượt ngã	Báo cáo hiệu quả của việc thực hiện các biện pháp đã triển khai	☐	☐		
	15. Các giường bệnh được bệnh viện mua mới từ 2016 có thiết kế an toàn, có thành giường hoặc thanh chắn hạn chế nguy cơ bị rơi, ngã.			VTYT	Kiểm tra giám sát đảm bảo tất cả giường đều có thành giường hoặc thanh chắn	Kết quả rà soát cơ sở vật chất (bảng kiểm, báo cáo).	☐	☐		

Mức 5	16. Có dán các vật liệu tăng ma sát tại các vị trí có nguy cơ trượt ngã như cầu thang, lối đi dốc...			HCQT		Đề xuất vật liệu ma sát tại nơi nguy cơ trượt ngã.	vị trí có nguy cơ trượt ngã như cầu thang, lối đi dốc có vật liệu tăng ma sát	☐	☐	
	17. Tại các vị trí chuyển tiếp không bằng phẳng của sàn nhà có dán các vật liệu thay đổi màu sắc để dễ nhận biết, tránh vấp, ngã (hoặc sử dụng vật liệu xây dựng cố định có màu sắc khác nhau) hoặc bổ sung tay vịn.					Dán các vật liệu thay đổi màu sắc để dễ nhận biết, tránh vấp, ngã (hoặc sử dụng vật liệu xây dựng cố định có màu sắc khác nhau) hoặc bổ sung tay vịn.	Các vị trí chuyển tiếp không bằng phẳng có dán vật liệu thay đổi màu sắc	☐	☐	
	18. Có giải pháp phòng chống tự tử tại các vị trí đã có người tự tử hoặc vị trí có nguy cơ cao (lắp lưới an toàn bảo vệ khi rơi, camera quan sát...).					Thực hiện các biện pháp phòng chống tự tử	Những vị trí có nguy cơ có người tự tử đều đã có giải pháp phòng chống	☐	☐	
	19. Toàn bộ các giường bệnh được thiết kế an toàn, có thành giường hoặc thanh chắn hạn chế nguy cơ bị rơi, ngã và được nhân viên y tế hướng dẫn cho các				VTYT	Rà soát tổng thể ít nhất 1 lần trong 1 năm và lập danh sách các vị trí có nguy cơ trượt ngã bằng bảng kiểm	Kết quả rà soát cơ sở vật chất (bảng kiểm, báo cáo).	☐	☐	

	đối tượng có nguy cơ sử dụng thường xuyên.									
	20. Triển khai thực hiện các giải pháp khắc phục toàn bộ những nguyên nhân dẫn đến các trường hợp trượt ngã đã xảy ra trong danh sách thống kê.					Triển khai các giải pháp hạn chế trượt ngã	Báo cáo hiệu quả của việc thực hiện các biện pháp đã triển khai	☐	☐	
	21. Không có người bệnh bị trượt ngã vì lý do cơ sở hạ tầng.							☐	☐	
D3.1	Đánh giá chính xác thực trạng và công bố công khai chất lượng bệnh viện	1	3	QLCL				☐	☐	
Mức 1	1. Bệnh viện không tiến hành đánh giá chất lượng bệnh viện theo hướng dẫn của Bộ Y tế, hoặc không có “Báo cáo kiểm tra, đánh giá bệnh viện hàng năm”.			QLCL			Báo cáo tự đánh giá chất lượng bệnh viện 6 tháng, cuối năm Hình ảnh chụp màn hình email gửi báo cáo tự đánh giá chất lượng cho cơ quan quản lý	☐	☐	
Mức 2	2. Tổ chức tự tiến hành đánh giá chất lượng bệnh viện theo các tiêu chí và gửi/nộp “Báo cáo đánh giá chất lượng			QLCL		Bệnh viện tiến hành tự đánh giá chất lượng bệnh viện và gửi về cơ quan quản lý định kỳ 6 tháng, năm	Báo cáo tự đánh giá chất lượng bệnh viện 6 tháng, cuối năm Hình ảnh chụp màn hình email gửi báo cáo tự đánh	☐	☐	

	bệnh viện” cho cơ quan quản lý đầy đủ theo quy định.					giá chất lượng cho cơ quan quản lý			
	3. *Tỷ lệ các tiêu chí có điểm do bệnh viện tự đánh giá cao hơn điểm của đoàn bên ngoài đánh giá (cơ quan quản lý hoặc tổ chức độc lập) dưới 10%.				Bệnh viện tiến hành tự đánh giá chất lượng bệnh viện và gửi về cơ quan quản lý định kỳ 6 tháng, năm	Kết quả tỷ lệ giữa điểm bv/điểm cơ quan quản lý quy định Báo cáo tự đánh giá chất lượng bệnh viện 6 tháng, cuối năm	☐	☐	
Mức 3	4. Có tổ chức đánh giá chất lượng bệnh viện 6 tháng đầu năm vào thời điểm giữa năm; có quyết định, biên bản kiểm tra, trong đó có chỉ ra những vấn đề cần ưu tiên khắc phục, cải tiến.		QLCL		Bệnh viện tiến hành tự đánh giá chất lượng bệnh viện và gửi về cơ quan quản lý định kỳ 6 tháng, năm	Báo cáo tự đánh giá chất lượng bệnh viện 6 tháng, cuối năm	☐	☐	
	5. Có bảng thống kê các tiểu mục theo từng tiêu chí trong “Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện” chưa đạt yêu cầu và lý do chưa đạt.				Bệnh viện tiến hành tự đánh giá chất lượng bệnh viện và gửi về cơ quan quản lý định kỳ 6 tháng Thống kê các tiểu mục chưa đạt yêu cầu và lý do không đạt	Danh sách Thống kê các tiểu mục chưa đạt yêu cầu và lý do không đạt Báo cáo tự đánh giá chất lượng bệnh viện 6 tháng, cuối năm	☐	☐	
	6. Công bố và phổ biến kết quả “Báo cáo đánh giá chất lượng bệnh viện”				Bệnh viện tiến hành tự đánh giá chất lượng bệnh viện và gửi về cơ quan quản lý định kỳ 6 tháng,	Hình ảnh chụp màn hình gửi mai, hình ảnh chụp bảng truyền thông Báo cáo tự đánh giá chất	☐	☐	

	cho các khoa/phòng, nhân viên y tế.					năm Công bố kết quả tự kiểm tra trong giao ban bệnh viện và gửi kết quả về các khoa phòng quan hệ thống mail, văn bản, dán kết quả tự kiểm tra lên các bảng truyền thông trong bệnh viện	lượng bệnh viện 6 tháng, cuối năm			
	7. Công bố công khai tóm tắt kết quả đánh giá chất lượng bệnh viện cho người bệnh và người nhà người bệnh được biết tại các bảng tin/góc truyền thông... của bệnh viện.					Bệnh viện tiến hành tự đánh giá chất lượng bệnh viện và gửi về cơ quan quản lý định kỳ 6 tháng, năm Công bố kết quả tự kiểm tra trong giao ban bệnh viện và gửi kết quả về các khoa phòng quan hệ thống mail, văn bản, dán kết quả tự kiểm tra lên các bảng truyền thông trong bệnh viện	Hình ảnh chụp màn hình gửi mai, hình ảnh chụp bảng truyền thông Báo cáo tự đánh giá chất lượng bệnh viện 6 tháng, cuối năm	☐	☐	
	8. Trong báo cáo có phân tích rõ mặt mạnh, mặt yếu, khó khăn về chất lượng bệnh viện, những tồn tại và biện pháp khắc phục.						Báo cáo tự đánh giá chất lượng bệnh viện 6 tháng, cuối năm	☐	☐	
	9. *Tỷ lệ các tiêu chí có điểm do bệnh viện tự đánh giá cao						Kết quả tỷ lệ số lượng tiêu chí giữa điểm bv/điểm cơ quan quản lý quy định	☐	☐	

	hơn điểm của đoàn bên ngoài đánh giá (cơ quan quản lý hoặc tổ chức độc lập) dưới 7%.					Báo cáo tự đánh giá chất lượng bệnh viện 6 tháng, cuối năm				
Mức 4	10. Có bảng thống kê các tiêu mục theo từng tiêu chí trong “Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện” chưa đạt yêu cầu, lý do chưa đạt, trách nhiệm của khoa/phòng và nội dung cần cải tiến.			QLCL		Bệnh viện tiến hành tự đánh giá chất lượng bệnh viện và gửi về cơ quan quản lý định kỳ 6 tháng Thống kê các tiêu mục chưa đạt yêu cầu và lý do không đạt	Danh sách Thống kê các tiêu mục chưa đạt yêu cầu và lý do không đạt, trách nhiệm khoa phòng và đề ra biện pháp cải tiến Báo cáo tự đánh giá chất lượng bệnh viện 6 tháng, cuối năm	☐	☐	
					Bệnh viện tiến hành tự đánh giá chất lượng bệnh viện hàng tháng	Bản báo cáo tự đánh giá chất lượng hàng tháng	☐	☐		
					Bệnh viện tiến hành tự đánh giá chất lượng bệnh viện và gửi về cơ quan quản lý định kỳ 6 tháng, năm	Hình ảnh kết quả tự đánh giá trên trang thông tin điện tử của bệnh viện	☐	☐		

	trên trang thông tin điện tử.									
	13. Tỷ lệ các tiêu chí có điểm do bệnh viện tự đánh giá cao hơn điểm của đoàn bên ngoài đánh giá (cơ quan quản lý hoặc tổ chức độc lập) dưới 5%.				Bệnh viện tiến hành tự đánh giá chất lượng bệnh viện và gửi về cơ quan quản lý định kỳ 6 tháng, năm	Kết quả tỷ lệ giữa điểm bv/điểm cơ quan quản lý quy định Báo cáo tự đánh giá chất lượng bệnh viện 6 tháng, cuối năm	☐	☐		
Mức 5	14. Có bản danh sách theo dõi thường xuyên hàng tháng kết quả đánh giá chất lượng với việc cải tiến chất lượng đã thực hiện.		QLCL		Bệnh viện tiến hành tự đánh giá chất lượng bệnh viện và gửi về cơ quan quản lý định kỳ 6 tháng, năm	Bảng kiểm cải tiến chất lượng	☐	☐		
	15. Báo cáo tự đánh giá chất lượng bệnh viện cuối năm có đầy đủ thông tin các khía cạnh chất lượng bệnh viện và bảo đảm chất lượng số liệu.				Bệnh viện tiến hành tự đánh giá chất lượng bệnh viện và gửi về cơ quan quản lý định kỳ 6 tháng, năm		☐	☐		
	16. Tỷ lệ các tiêu chí có điểm do bệnh viện tự đánh giá cao hơn điểm của đoàn bên ngoài đánh giá (cơ quan quản lý				Bệnh viện tiến hành tự đánh giá chất lượng bệnh viện và gửi về cơ quan quản lý định kỳ 6 tháng, năm	Kết quả tỷ lệ tiêu chí giữa điểm bv/điểm cơ quan quản lý quy định Báo cáo tự đánh giá chất lượng bệnh viện 6 tháng, cuối năm	☐	☐		

	hoặc tổ chức độc lập) dưới 2,5%.									
D3.2	Đo lường và giám sát cải tiến chất lượng bệnh viện	5	5							
Mức 1	1. Không tiến hành tự đánh giá chất lượng nội bộ bệnh viện.			QLCL			Báo cáo đánh giá chất lượng bệnh viện năm 2021	☐	☐	
	2. Không xây dựng kế hoạch cải tiến chất lượng theo Bộ tiêu chí của Bộ Y tế.						Kế hoạch cải tiến chất lượng theo Bộ Tiêu chí năm 2021	☐	☐	
Mức 2	3. Có bản kế hoạch cải tiến chất lượng, trong đó có đề cập đến nội dung đo lường và giám sát chất lượng.			QLCL		Xây dựng kế hoạch cải tiến chất lượng. Mục tiêu của KH đưa ra ít nhất 5 chỉ số để đo lường, giám sát.	Kế hoạch cải tiến chất lượng theo Bộ Tiêu chí năm 2021	☐	☐	
Mức 3	4. Trong kế hoạch cải tiến chất lượng có xây dựng ít nhất 5 chỉ số chất lượng cụ thể nhằm đánh giá và theo dõi chất lượng chuyên môn, chất lượng dịch vụ.			QLCL			Kế hoạch cải tiến chất lượng theo Bộ Tiêu chí năm 2021	☐	☐	
	5. Có trên 50% khoa/phòng xây dựng được ít nhất 1 chỉ số chất lượng cụ thể nhằm đánh giá				Tất cả các phòng/khoa/đơn vị	Xây dựng kế hoạch cải tiến chất lượng của các phòng/khoa. Mục tiêu có đưa ra ít nhất 01 chỉ số để đo lường.	Kế hoạch cải tiến chất lượng theo Bộ Tiêu chí năm 2021 Kế hoạch cải tiến chất lượng của từng phòng/khoa	☐	☐	

	và theo dõi chất lượng hoạt động của khoa/phòng đó.									
	6. Có bản tổng hợp danh sách các chỉ số chất lượng (chung của bệnh viện và các khoa/phòng) được theo dõi, giám sát.				Lập danh sách tổng hợp các chỉ số của bệnh viện, phòng/khoa để theo dõi, giám sát thực hiện.	Danh sách các chỉ số chất lượng của các phòng/khoa, bệnh viện	☐	☐		
	7. Xây dựng các phương pháp và thu thập số liệu cần thiết để phục vụ cho việc đo lường, giám sát các chỉ số chất lượng trong danh sách.					Kế hoạch cải tiến chất lượng theo Bộ Tiêu chí năm 2021 Kế hoạch cải tiến chất lượng của từng phòng/khoa	☐	☐		
Mức 4	8. Tiến hành đo lường và có số liệu kết quả thực hiện các chỉ số chất lượng đã nêu trong danh sách.		QLCL		Đánh giá kết quả thực hiện các chỉ số. Lập báo cáo kết quả thực hiện. Gửi báo cáo cho các phòng/khoa.	Báo cáo kết quả cải tiến chất lượng năm 2021 Danh sách các chỉ số chất lượng của các phòng/khoa, bệnh viện	☐	☐		
	9. Hoàn thành đạt được ít nhất 60% các chỉ số chất lượng đã nêu trong bản kế hoạch cải tiến chất lượng chung toàn bệnh viện.					Kế hoạch cải tiến chất lượng của các phòng/khoa năm 2021 Kế hoạch cải tiến chất lượng bệnh viện theo BTC năm 2021 Báo cáo kết quả cải tiến chất lượng năm 2021 Danh sách các chỉ số chất	☐	☐		

						lượng của các phòng/khoa, bệnh viện			
	10. Công bố, phổ biến kết quả đo lường các chỉ số trong danh sách cho nhân viên y tế bằng các hình thức khác nhau (báo cáo, thông báo, gửi thư điện tử...)			Tất cả các phòng/khoa/đơn vị		Báo cáo kết quả cải tiến chất lượng năm 2021 Danh sách các chỉ số chất lượng của các phòng/khoa, bệnh viện Quan sát website công bố kết quả thực hiện chỉ số chất lượng/gửi báo cáo qua mail nội bộ cho các phòng/khoa	☐	☐	
Mức 5	11. Theo dõi kết quả đo lường các chỉ số chất lượng bằng vẽ biểu đồ (theo các mốc thời gian).		QLCL		Tiến hành vẽ biểu đồ các chỉ số theo mốc thời gian tháng, quý, năm.	Báo cáo kết quả cải tiến chất lượng quý, năm 2021 Biểu đồ theo mốc thời gian quý, năm	☐	☐	
	12. Tự đặt các mục tiêu cần đạt được cho các chỉ số chất lượng trong danh sách.				Lập danh sách tổng hợp các chỉ số của bệnh viện, phòng/khoa để theo dõi, giám sát thực hiện.		☐	☐	
	13. Bản danh sách các chỉ số chất lượng có các cột số liệu như kết quả thực hiện, chỉ tiêu phấn đấu, có đạt hoặc không đạt chỉ tiêu...					Danh sách chỉ số chất lượng	☐	☐	
	14. Tiến hành cải tiến chất lượng, ưu tiên các chỉ số chất				Dựa trên kết quả đánh giá các chỉ số, lập kế hoạch cải tiến cho các chỉ số chưa	Báo cáo kết quả cải tiến chất lượng năm 2021 Danh sách các chỉ số chất	☐	☐	

	lượng chưa đạt và tiếp tục duy trì, cải tiến chất lượng các chỉ số đã đạt chỉ tiêu đề ra.					đạt, duy trì, cải tiến các chỉ số đã đạt chỉ tiêu đề ra.	lượng của các phòng/khoa, bệnh viện Kế hoạch cải tiến tiếp theo qua các giai đoạn, năm			
	15. Hoàn thành đạt được trên 90% các chỉ số chất lượng đã nêu trong bản kế hoạch cải tiến chất lượng chung toàn bệnh viện.					Đánh giá kết quả thực hiện các chỉ số. Lập báo cáo kết quả thực hiện. Gửi báo cáo cho các phòng/khoa.	Báo cáo kết quả cải tiến chất lượng năm 2021 Danh sách các chỉ số chất lượng của các phòng/khoa, bệnh viện	☐	☐	
D3.3	Hợp tác với cơ quan quản lý trong việc xây dựng công cụ, triển khai, báo cáo hoạt động quản lý chất lượng bệnh viện	2	5	QLCL						
Mức 1	1. Không phản hồi thông tin hoặc không gửi báo cáo* liên quan đến hoạt động quản lý chất lượng bệnh viện cho Bộ Y tế hoặc các cơ quan quản lý trực tiếp theo như yêu cầu trong các văn bản chính thức.			QLCL			Phản ánh của Bộ Y tế, SYT	☐	☐	
Mức 2	2. Có gửi công văn, báo cáo liên quan			QLCL		Thực hiện công văn chỉ đạo của SYT, BYT.	Sổ giao công văn Biên lai bưu điện gửi công	☐	☐	

	đến hoạt động quản lý chất lượng.				Gửi công văn, báo cáo liên quan đến hoạt động QLCL.	văn Hình ảnh gửi thư điện tử			
Mức 3	3. Phòng/tổ quản lý chất lượng có lưu trữ các công văn đến, đi, báo cáo phản hồi liên quan đến hoạt động quản lý chất lượng cho Bộ Y tế, Sở Y tế trong năm.	QLCL			Thực hiện lưu công văn. Cập nhật phần mềm trên trang thông tin điện tử, email phòng đảm bảo việc lưu trữ.	Sổ lưu công văn năm 2021 Trang thông tin thư điện tử phòng QLCL công văn năm 2021	☐	☐	
	4. Gửi đầy đủ số lượng các báo cáo liên quan đến hoạt động quản lý chất lượng theo yêu cầu của cơ quan quản lý trong năm.				Thực hiện công văn chỉ đạo của SYT, BYT. Gửi công văn, báo cáo liên quan đến hoạt động QLCL.	Phản ánh của Bộ Y tế, SYT Sổ giao công văn Biên lai bưu điện gửi công văn Hình ảnh gửi bằng thư điện tử (mail) Các báo cáo liên quan đến hoạt động QLCL	☐	☐	
	5. Các báo cáo liên quan đến hoạt động quản lý chất lượng đầy đủ thông tin và làm theo đúng hướng dẫn.				Lập báo cáo QLCL đầy đủ thông tin, số liệu chính xác, trung thực và làm theo đúng hướng dẫn của SYT, BYT.	Phản ánh của Bộ Y tế, SYT Các báo cáo liên quan đến hoạt động QLCL	☐	☐	
	6. Báo cáo bảo đảm chất lượng số liệu và các thông tin trung thực, chính xác.					Phản ánh của Bộ Y tế, SYT Các báo cáo liên quan đến hoạt động QLCL Quan sát	☐	☐	
Mức 4	7. Đáp ứng gửi các thông tin, đánh giá, báo cáo, góp ý, hình ảnh... liên quan đến	QLCL			Theo dõi công văn và thực hiện góp ý, đánh giá, báo cáo, ... đúng thời hạn quy định.	Phản ánh của Bộ Y tế, SYT Sổ giao công văn Biên lai bưu điện gửi công văn	☐	☐	

	quản lý chất lượng theo đúng thời hạn quy định trong công văn.					Hình ảnh gửi bằng thư điện tử (mail)			
	8. Báo cáo có những thông tin giá trị, có độ tin cậy cao.				Lập báo cáo QLCL đầy đủ thông tin, số liệu chính xác, trung thực và làm theo đúng hướng dẫn của SYT, BYT.	Phản ánh của Bộ Y tế, SYT Các báo cáo liên quan đến hoạt động QLCL Quan sát	☐	☐	
	9. Có nhân viên y tế tích cực tham gia và có đóng góp cụ thể vào việc xây dựng các chính sách, tiêu chuẩn, tiêu chí quản lý chất lượng của Bộ Y tế (cung cấp các bằng chứng cụ thể minh họa các đóng góp).				Tham gia góp ý tiêu chí hay các chính sách, tiêu chuẩn do SYT, BYT yêu cầu.	Sổ giao công văn Biên lai bưu điện gửi công văn Hình ảnh gửi bằng thư điện tử (mail) Văn bản góp ý cho SYT, BYT	☐	☐	
Mức 5	10. Bệnh viện được mời và có bài trình bày chia sẻ kinh nghiệm cải tiến chất lượng tại diễn đàn hoặc hội nghị về quản lý chất lượng khám, chữa bệnh trong năm (cấp quốc gia như Bộ Y tế, Cục Quản lý Khám, chữa bệnh hoặc quốc tế).		QLCL			Thư mời tham dự hội nghị Bài trình bày Hình ảnh trình bày/tham dự hội nghị tại BYT	☐	☐	

	11. Chủ động xây dựng các công cụ, tài liệu, hướng dẫn, phần mềm... về quản lý chất lượng và báo cáo, chia sẻ với Bộ Y tế để tiếp tục chia sẻ rộng rãi cho các bệnh viện khác trên phạm vi toàn quốc.						Công văn tham quan của BHYT Hình ảnh buổi tiếp đoàn Kế hoạch tiếp đoàn Nội dung tiếp đoàn	☐	☐	
E1.1	Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức chăm sóc sản khoa và sơ sinh	4	4	SẢN						
Mức 1	1. Không có bác sỹ chuyên khoa sản, kể cả chuyên khoa sơ bộ/định hướng.			SẢN				☐	☐	
	2. Không có hộ sinh trung cấp trở lên.							☐	☐	
Mức 2	3. Có bác sỹ chuyên khoa sản (chuyên khoa sơ bộ/định hướng hoặc cao hơn).			SẢN	TCCB	Tuyển dụng Bác sỹ chuyên khoa sản, chuyên khoa sơ bộ/định hướng hoặc cao hơn công tác tại khoa Sản	Danh sách nhân sự Bác sỹ khoa Sản Bảng cấp chuyên môn Quyết định phân công về khoa Sản	☐	☐	
	4. Có hộ sinh trung cấp trở lên.				TCCB	Tuyển dụng Hộ sinh từ trung cấp trở lên công tác tại khoa Sản	Danh sách nhân sự hộ sinh khoa Sản Bảng cấp chuyên môn Quyết định phân công về khoa Sản	☐	☐	

	5. Có phòng khám phụ khoa riêng với đầy đủ các trang thiết bị cơ bản (theo quy định của Bộ Y tế), có bậc lên xuống bàn khám.					Xây dựng phòng khám phụ khoa riêng biệt	Hình ảnh, quan sát	☐	☐	
	6. Có phòng thủ thuật riêng biệt.				TCCB	Xây dựng phòng thủ thuật riêng biệt.	Hình ảnh, quan sát	☐	☐	
Mức 3	7. Có bác sỹ chuyên khoa sản cấp I (hoặc thạc sỹ về chuyên khoa sản) trở lên.			SẢN	TCCB	Tuyển dụng/Đào tạo Bác sỹ chuyên khoa sản cấp I hoặc thạc sỹ chuyên khoa sản trở lên công tác tại khoa Sản	Danh sách nhân sự Bác sỹ khoa Sản Bảng cấp chuyên môn Quyết định phân công về khoa Sản	☐	☐	
	8. Tỷ lệ hộ sinh có trình độ cử nhân trở lên chiếm ít nhất 30% tổng số hộ sinh của khoa sản (hoặc của tổng các khoa sản trên toàn bệnh viện chuyên khoa)*.					Tuyển dụng/Đào tạo hộ sinh có trình độ cử nhân đạt >30% tổng số hộ sinh khoa Sản	Danh sách nhân sự hộ sinh khoa Sản Bảng cấp chuyên môn Quyết định phân công về khoa Sản	☐	☐	
	9. Có triển khai thực hiện kỹ thuật mổ đẻ (mổ lấy thai) mang tính thường quy.					Thực hiện báo cáo thống kê các kỹ thuật mổ đẻ (Mổ lấy thai)	Báo cáo thống kê 3 tháng, 9 tháng, 12 tháng	☐	☐	
	10. Có góc sơ sinh trong phòng đẻ (hoặc có đơn nguyên sơ sinh riêng biệt và cao hơn).					Thành lập đơn vị đơn nguyên sơ sinh riêng biệt, cung cấp đầy đủ nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị theo quy định của BHYT.	Hình ảnh, quan sát Quyết định thành lập đơn nguyên sơ sinh; Danh sách nhân sự	☐	☐	

Mức 4	11. Có đơn nguyên/khoa sơ sinh riêng biệt trong bệnh viện, đầy đủ nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị theo quy định của Bộ Y tế.			SẢN	TCCB	Thành lập đơn vị đơn nguyên sơ sinh riêng biệt, cung cấp đầy đủ nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị theo quy định của BHYT.	Hình ảnh, quan sát Quyết định thành lập đơn nguyên sơ sinh; Danh sách nhân sự	☐	☐	
	12. Có bác sĩ chuyên khoa sản cấp II (hoặc tiến sĩ về chuyên khoa sản) trở lên.				TCCB	Tuyển dụng Bác sĩ chuyên khoa sản cấp II hoặc tiến sĩ chuyên khoa sản trở lên công tác tại khoa Sản	Danh sách nhân sự Bác sĩ khoa Sản Bảng cấp chuyên môn Quyết định phân công về khoa Sản	☐	☐	
	13. Tỷ lệ hộ sinh có trình độ cử nhân trở lên chiếm ít nhất 40% tổng số hộ sinh của khoa sản (hoặc của tổng các khoa sản trên toàn bệnh viện chuyên khoa)*.				TCCB	Tuyển dụng/Đào tạo hộ sinh có trình độ cử nhân đạt >40% tổng số hộ sinh khoa Sản	Danh sách nhân sự hộ sinh khoa Sản Bảng cấp chuyên môn Quyết định phân công về khoa Sản	☐	☐	
Mức 5	14. Tỷ lệ hộ sinh có trình độ cử nhân trở lên chiếm ít nhất 50% tổng số hộ sinh của khoa sản (hoặc của tổng các khoa sản trên toàn bệnh viện chuyên khoa)*.			SẢN		Tuyển dụng/Đào tạo hộ sinh có trình độ cử nhân đạt >50% tổng số hộ sinh khoa Sản	Danh sách nhân sự hộ sinh khoa Sản Bảng cấp chuyên môn Quyết định phân công về khoa Sản	☐	☐	
	15. Tỷ lệ bác sĩ sản khoa tham gia đầy đủ đào tạo liên tục				TCCB	Đào tạo liên tục cho các bác sĩ khoa Sản	Chứng chỉ đào tạo liên tục của Bác sĩ	☐	☐	

	trong năm chiếm từ 70% trở lên (trong số các bác sỹ sản khoa).									
	16. Trưởng hoặc phó khoa sản (hoặc có ít nhất 1 người trong ban giám đốc đối với bệnh viện chuyên khoa sản) có trình độ chuyên khoa II hoặc tiến sỹ về sản khoa.				Tuyển dụng/Đào tạo Trưởng /phó khoa Sản có trình độ chuyên khoa II hoặc tiến sỹ về sản khoa	Danh sách nhân sự Bác sỹ khoa Sản Bằng cấp chuyên môn Quyết định phân công về khoa Sản	☐	☐		
	17. Có khoa/trung tâm chuyên sâu về phụ sản (trung tâm sản bệnh, trung tâm hỗ trợ sinh sản...).						☐	☐		
E1.2	Hoạt động truyền thông về sức khỏe sinh sản, sức khỏe bà mẹ, trẻ em	4	4	CTXH						
Mức 1	1. Không có tranh ảnh, tờ rơi, băng hình... tuyên truyền liên quan đến chăm sóc sức khỏe sinh sản, sức khỏe bà mẹ, trẻ em.			CTXH				☐	☐	
Mức 2	2. Có tranh ảnh, tờ rơi tuyên truyền về chăm sóc sức khỏe sinh sản, sức khỏe bà mẹ, trẻ em tại phòng			CTXH	SẢN, QLCL, HCQT	Xây dựng góc tuyên truyền về chăm sóc sức khỏe sinh sản, sức khỏe bà mẹ, trẻ em tại phòng khám sản và	- Hình ảnh (tranh ảnh, tờ rơi, tivi tại phòng khám, khoa) - băng truyền thông	☐	☐	

	khám và các khoa sản; đặt ở vị trí dễ quan sát cho người bệnh và người nhà người bệnh.				khóa sản, đặt ở vị trí dễ quan sát.					
Mức 3	3. Có thực hiện tư vấn về sức khỏe sinh sản và chăm sóc trước sinh, sau sinh, chăm sóc và nuôi dưỡng trẻ nhỏ cho phụ nữ mang thai.			CTXH		phân công nhân viên phụ trách tư vấn sức khỏe sinh sản, đề xuất kiện toàn nếu có thay đổi.	- QĐ phân công nhân sự hoặc thành lập tổ tư vấn, chăm sóc sức khỏe; - Sổ tư vấn/tham vấn tại phòng khám/khoa	☐	☐	
					SẢN, QLCL	xây dựng nội dung truyền thông về sức khỏe sinh sản và chăm sóc trước sinh, sau sinh, phổ biến cho người bệnh thông qua bảng truyền thông	Hình ảnh bảng truyền thông	☐	☐	
Mức 4	5. Có hộp phát tờ rơi miễn phí truyền thông về sức khỏe sinh sản và chăm sóc trước sinh, sau sinh...			CTXH	SẢN, QLCL	Gắn hộp đựng tờ rơi tuyên truyền về sức khỏe sinh sản và chăm sóc trước sinh, sau sinh; thường xuyên bổ sung các tờ rơi thông tin	Hình ảnh các hộp đựng tờ rơi	☐	☐	
						Phân công nhân viên tư vấn về sức khỏe sinh sản và chăm sóc trước sinh, sau sinh, có trình độ từ cao	QĐ phân công nhân sự. Bảng mô tả công việc. Bảng cấp, chứng chỉ	☐	☐	

	và chăm sóc trước sinh, sau sinh, trình độ từ cao đẳng/cử nhân điều dưỡng trở lên hoặc bác sỹ.					đăng /cử nhân điều dưỡng trở lên hoặc bác sỹ.			
	7. Có phòng tư vấn về sức khỏe sinh sản và chăm sóc trước sinh, sau sinh.				SẢN, QLCL	Chuẩn bị phòng tư vấn sức khỏe sinh sản và chăm sóc trước sinh, sau sinh.	Hình ảnh	☐	☐
	8. Có tài liệu cho các lớp học tiền và hậu sản cung cấp cho các đối tượng phụ nữ, người nhà người bệnh (trong đó có nội dung hướng dẫn nuôi con bằng sữa mẹ).				SẢN	Soạn tài liệu cung cấp cho các đối tượng tham gia vào các lớp học tiền và hậu sản, phải có nội dung hướng dẫn nuôi con bằng sữa mẹ.	Kế hoạch tổ chức lớp học tiền sản/hậu sản Tài liệu đào tạo Hình ảnh Bài lượng giá kiến thức	☐	☐
	9. Có tổ chức lớp học tiền sản định kỳ cho phụ nữ mang thai, bà mẹ cho con bú và các đối tượng khác mỗi tháng ít nhất 1 lần; nội dung về theo dõi, chăm sóc sức khỏe bà mẹ, thai nhi và sơ sinh; chế độ dinh dưỡng, nuôi con bằng sữa mẹ, ăn bổ sung hợp lý ...				SẢN	Tổ chức lớp học tiền sản hàng tháng cho phụ nữ mang thai, bà mẹ cho con bú và các đối tượng khác; nội dung: theo dõi, chăm sóc sức khỏe bà mẹ, thai nhi và sơ sinh; chế độ dinh dưỡng, nuôi con bằng sữa mẹ, ăn bổ sung hợp lý ...	Kế hoạch tổ chức lớp học tiền sản/hậu sản. Tài liệu đào tạo. Hình ảnh Bài lượng giá kiến thức	☐	☐

Mức 5	10. Khu vực khoa/phòng khám bệnh, phòng chờ có ti-vi màn hình từ 40 inch trở lên, thường xuyên phát các băng hình về sức khỏe sinh sản, chăm sóc trước sinh; trong và ngay sau sinh; sau sinh.			CTXH	SẢN, IT, HCQT	Kiểm tra tình trạng của tivi gắn trước phòng khám, thường xuyên phát các nội dung về sức khỏe sinh sản, chăm sóc trước sinh; trong và ngay sau sinh; sau sinh	Hình ảnh tivi	☐	☐	
	11. Có cập nhật, bổ sung tài liệu cho các lớp học tiền sản định kỳ cho các đối tượng phụ nữ, người nhà người bệnh và phát cho học viên.				SẢN, QLCL	Soạn nhiều bài tập huấn cho lớp tiền sản, thay đổi nội dung cho phong phú hơn	Tài liệu đào tạo	☐	☐	
	12. Các lớp học tiền sản được tổ chức theo lịch cố định ít nhất 1 lần trong tuần và công bố công khai cho người dân được biết.				SẢN, QLCL	Phát nội dung thông tin về lớp tiền sản qua tivi ở sảnh chính, trước phòng khám thai	Hình ảnh tivi	☐	☐	
	13. Có tiến hành đánh giá kiến thức của các đối tượng học viên sau khi tập huấn.				SẢN, QLCL	Báo cáo đánh giá kết quả tổ chức các lớp tiền sản theo định kỳ	Báo cáo đánh giá lớp tiền sản	☐	☐	

	14. Tiến hành cải tiến chất lượng các lớp dựa trên kết quả đánh giá.				SẢN, QLCL	Dựa trên kết quả tổ chức các lớp tiền sản, lập kế hoạch cải tiến chất lượng	Kế hoạch cải tiến chất lượng lớp tiền sản	☐	☐	
E1.3	Thực hành tốt nuôi con bằng sữa mẹ	2	4	SẢN	CTXH					
Mức 1	1. Không triển khai các hướng dẫn NCBSM theo quy định của Bộ Y tế.			SẢN				☐	☐	
	2. Phát hiện thấy có tranh, ảnh, tờ rơi, nhân viên tiếp thị, tài trợ hội nghị, hội thảo hoặc hình thức khác quảng cáo sữa công thức cho trẻ dưới 24 tháng tuổi trong khuôn viên hoặc hàng rào bệnh viện.							☐	☐	
	3. Trong năm bị phát hiện vi phạm các quy định của Nghị định 100/2014/NĐ-CP ngày 06/11/2014 hoặc Thông tư số 38/2016/TT-BYT ngày 31/10/2016 (bị xử phạt hoặc nêu trên các phương tiện thông tin đại chúng).							☐	☐	

Mức 2	4. Có bản quy định về việc thực hiện 10 điều kiện nuôi con bằng sữa mẹ, được viết bằng ngôn ngữ thông dụng, dễ hiểu, sẵn có cho nhân viên y tế tham gia chăm sóc bà mẹ và trẻ em; được treo ở những nơi dễ quan sát.			SẢN	CTXH, HCQT, QLCL	Gắn bảng quy định thực hiện 10 điều kiện nuôi con bằng sữa mẹ, treo ở nơi dễ quan sát. Phân công NVYT tham gia chăm sóc bà mẹ và trẻ em.	- Bảng hướng dẫn nuôi con bằng sữa mẹ; - NVYT tham gia chăm sóc bà mẹ và trẻ em.	☐	☐	
	5. Khoa sản, nhi tuyên truyền, hướng dẫn các bà mẹ không sử dụng bình bú, sữa thay thế sữa mẹ cho trẻ dưới 24 tháng nếu không có chỉ định của bác sỹ.					Thực hiện tuyên truyền, hướng dẫn các bà mẹ không sử dụng bình bú, sữa thay thế sữa mẹ cho trẻ dưới 24 tháng nếu không có chỉ định của bác sỹ tại khoa sản, nhi.	Tờ rơi tuyên truyền, hướng dẫn.	☐	☐	
	6. Tỷ lệ các trường hợp đẻ thường được thực hiện đầy đủ cắt rốn chậm, da kề da, bú sớm trong 1 giờ đầu sau sinh đạt tối thiểu 50%.				CTXH, QLCL	Quy định và nhắc nhở nhân viên thực hiện đầy đủ cắt rốn chậm, da kề da, cho trẻ bú sớm trong 1 giờ đầu sau sinh đạt từ 50% trở lên.	Bảng tổng hợp, tính tỷ lệ	☐	☐	
	7. Tỷ lệ trẻ sơ sinh tại khoa sản được "bú mẹ hoàn toàn"* từ 50% trở lên.				CTXH, QLCL	Tuyên truyền, hướng dẫn bà mẹ cho trẻ bú mẹ hoàn toàn, đạt từ 50% trở lên.	Bảng tổng hợp, tính tỷ lệ	☐	☐	
	8. Nhân viên khoa sản được tập huấn về			SẢN	CTXH, QLCL	Tổ chức tập huấn cho ít nhất 80% nhân viên khoa	DS nhân viên khoa, DS tập huấn, chứng chỉ	☐	☐	

Mức 3	tư vấn và hỗ trợ bà mẹ nuôi con bằng sữa mẹ chiếm từ 80% trở lên.					sản về tư vấn và hỗ trợ bà mẹ nuôi con bằng sữa mẹ.				
	9. Có các hình ảnh tuyên truyền về nuôi con bằng sữa mẹ, được treo ở nơi dễ quan sát.				CTXH, HCQT, QLCL	Dán poster tuyên truyền nuôi con bằng sữa mẹ tại những nơi dễ quan sát.	Poster	☐	☐	
	10. Có thực hiện tư vấn về nuôi con bằng sữa mẹ.					Phân công nhân viên và thực hiện tư vấn về nuôi con bằng sữa mẹ.	Phỏng vấn	☐	☐	
	11. Có ghi thông tin về tình hình trẻ bú mẹ vào hồ sơ bệnh án hoặc phiếu chăm sóc.					Theo dõi và ghi vào HSBA tình hình trẻ bú mẹ.	Hình ảnh HSBA	☐	☐	
	12. Khoa sản có sổ liệu thống kê theo dõi tình hình thực hành NCBSM, bao gồm trẻ đẻ thường và mổ đẻ.				CTXH, QLCL	Thu thập số liệu thống kê, theo dõi tình hình thực hành nuôi con bằng sữa mẹ, bao gồm trẻ đẻ thường và đẻ mổ.	Bảng thống kê theo dõi	☐	☐	
	13. Các bà mẹ đẻ thường được nằm cùng con suốt 24 giờ trong ngày đạt 80% (ngoại trừ các trường hợp có chỉ định của bác sỹ không được nằm cùng).				CTXH, QLCL	Sắp xếp, hướng dẫn bà mẹ nằm cùng con suốt 24 giờ trong ngày, tỷ lệ đạt từ 80% trở lên (ngoại trừ trường hợp có chỉ định khác của BS)	Bảng tổng hợp, tính tỷ lệ	☐	☐	

	14. Tỷ lệ các trường hợp đẻ thường được thực hiện đầy đủ cắt rốn chậm, da kề da, bú sớm trong 1 giờ đầu sau sinh đạt tối thiểu 80%.				CTXH, QLCL	Quy định và nhắc nhở nhân viên thực hiện đầy đủ cắt rốn chậm, da kề da, cho trẻ bú sớm trong 1 giờ đầu sau sinh đạt từ 80% trở lên.	Bảng tổng hợp, tính tỷ lệ	☐	☐	
	15. Tỷ lệ trẻ sơ sinh tại khoa sản được "bú mẹ hoàn toàn*" từ 70% trở lên.				CTXH, QLCL	Tuyên truyền, hướng dẫn bà mẹ cho trẻ bú mẹ hoàn toàn, đạt từ 70% trở lên.	Bảng tổng hợp, tính tỷ lệ	☐	☐	
	16. Tỷ lệ các trường hợp mổ đẻ được thực hiện đầy đủ cắt rốn chậm, da kề da, bú sớm trong 1 giờ đầu sau sinh đạt tối thiểu 30% số trường hợp đủ điều kiện áp dụng.				CTXH, QLCL	Trường hợp mổ đẻ: NVYT thực hiện đầy đủ cắt rốn chậm, da kề da, bú sớm trong 1 giờ đầu sau sinh đạt tối thiểu 30% số trường hợp đủ điều kiện áp dụng.	Bảng tổng hợp, tính tỷ lệ	☐	☐	
Mức 4	17. Nhân viên khoa sản được tập huấn về tư vấn và hỗ trợ bà mẹ nuôi con bằng sữa mẹ chiếm từ 95% trở lên.			SẢN	CTXH, QLCL	Tổ chức tập huấn cho ít nhất 95% nhân viên khoa sản về tư vấn và hỗ trợ bà mẹ nuôi con bằng sữa mẹ.	P. Đào tạo sẽ cấp chứng chỉ bổ sung cho đạt tỉ lệ 95%	☐	☐	
	18. Có nhân viên chuyên trách tư vấn NCBSM đã tham dự lớp tập huấn/đào tạo về nuôi con bằng sữa				CTXH, QLCL	Phân công nhân viên chuyên trách tư vấn NVBSM, cử tham gia lớp đào tạo về nuôi con bằng sữa mẹ và phải có chứng chỉ/chứng nhận.	- Tài liệu tập huấn; - DS tập huấn; - Chứng chỉ.	☐	☐	

	mẹ và có chứng chỉ/chứng nhận.									
	19. Có nhóm hỗ trợ bà mẹ nuôi con bằng sữa mẹ hoạt động thường xuyên (thành viên là các điều dưỡng, hộ sinh...) có kiến thức và kỹ năng tư vấn, hướng dẫn, hỗ trợ các bà mẹ nuôi con bằng sữa mẹ, thông tắc tia sữa, cách cho trẻ bú đúng, cách duy trì nguồn sữa mẹ.				CTXH, QLCL	Thành lập nhóm hỗ trợ nuôi con bằng sữa mẹ, gồm các điều dưỡng, nữ hộ sinh có kiến thức và kỹ năng tư vấn, hỗ trợ các bà mẹ nuôi con bằng sữa mẹ, thông tắc tia sữa, cách cho trẻ bú đúng, cách duy trì nguồn sữa mẹ.	QĐ thành lập nhóm hỗ trợ bà mẹ NCBSM; DS thành viên; Hình ảnh hoạt động.	☐	☐	
	20. Tỷ lệ bà mẹ sau sinh được cán bộ y tế tư vấn và giúp đỡ nuôi con bằng sữa mẹ đúng cách đạt 80% trở lên trong số bà mẹ sinh tại bệnh viện.				CTXH, QLCL	Tư vấn, hỗ trợ các bà mẹ NCBSM đạt 80% trở lên trong số các bà mẹ sinh tại bệnh viện.	Bảng tổng hợp, tính tỷ lệ	☐	☐	
	21. Tỷ lệ các bà mẹ đẻ thường được nằm cùng con suốt 24 giờ trong ngày đạt từ 95% trở lên (ngoại trừ các trường hợp có chỉ định của bác				CTXH, QLCL	Sắp xếp, hướng dẫn bà mẹ nằm cùng con suốt 24 giờ trong ngày, tỷ lệ đạt từ 95% trở lên (ngoại trừ trường hợp có chỉ định khác của BS)	Bảng tổng hợp, tính tỷ lệ	☐	☐	

	sỹ không được nằm cùng).									
	22. Tỷ lệ các trường hợp đẻ thường được thực hiện đầy đủ cắt rốn chậm, da kề da, bú sớm trong 1 giờ đầu sau sinh đạt tối thiểu 80%.				CTXH, QLCL	Quy định và nhắc nhở nhân viên thực hiện đầy đủ cắt rốn chậm, da kề da, cho trẻ bú sớm trong 1 giờ đầu sau sinh đạt từ 80% trở lên.	Bảng tổng hợp, tính tỷ lệ	☐	☐	
	23. Tỷ lệ các trường hợp mổ đẻ được thực hiện đầy đủ cắt rốn chậm, da kề da, bú sớm trong 1 giờ đầu sau sinh đạt tối thiểu 50% số trường hợp đủ điều kiện áp dụng.				CTXH, QLCL	Trường hợp mô đề: NVYT thực hiện đầy đủ cắt rốn chậm, da kề da, bú sớm trong 1 giờ đầu sau sinh đạt tối thiểu 50% số trường hợp đủ điều kiện áp dụng.	Bảng tổng hợp, tính tỷ lệ	☐	☐	
	24. Tỷ lệ trẻ sơ sinh tại khoa sản được bú mẹ hoàn toàn đạt từ 90% trở lên.				CTXH, QLCL	Hướng dẫn, tư vấn các bà mẹ cho trẻ bú mẹ hoàn toàn, đạt từ 90% trở lên.	Bảng tổng hợp, tính tỷ lệ	☐	☐	
Mức 5	25. Tỷ lệ trẻ sơ sinh tại khoa sản được bú mẹ hoàn toàn đạt từ 95% trở lên.			SẢN	CTXH, QLCL	Hướng dẫn, tư vấn các bà mẹ cho trẻ bú mẹ hoàn toàn, đạt từ 90% trở lên.	Bảng tổng hợp, tính tỷ lệ	☐	☐	
	26. Tỷ lệ các trường hợp đẻ thường được thực hiện đầy đủ cắt rốn chậm, da kề da, bú sớm trong 1 giờ đầu sau sinh đạt tối				CTXH, QLCL	Quy định và nhắc nhở nhân viên thực hiện đầy đủ cắt rốn chậm, da kề da, cho trẻ bú sớm trong 1 giờ đầu sau sinh đạt từ 95% trở lên.	Bảng tổng hợp, tính tỷ lệ	☐	☐	

thiếu 95% (ngoại trừ các trường hợp có chỉ định của bác sỹ không được nằm cùng).									
27. Tỷ lệ các trường hợp mổ đẻ được thực hiện đầy đủ cắt rốn chậm, da kề da, bú sớm trong 1 giờ đầu sau sinh đạt tối thiểu 80% số trường hợp đủ điều kiện áp dụng.	CTXH, QLCL	Trường hợp mổ đẻ: NVYT thực hiện đầy đủ cắt rốn chậm, da kề da, bú sớm trong 1 giờ đầu sau sinh đạt tối thiểu 80% số trường hợp đủ điều kiện áp dụng	Bảng tổng hợp, tính tỷ lệ	☐	☐				
28. Có ngân hàng sữa mẹ tại bệnh viện và có hình thức tư vấn, khuyến khích các bà mẹ chia sẻ sữa cho các cháu không hoặc chưa có sữa mẹ khi sinh tại bệnh viện.	CTXH, QLCL, KHTH			☐	☐				
29. Các bà mẹ cho sữa tại bệnh viện được xét nghiệm các bệnh truyền nhiễm và các bệnh có nguy cơ lây truyền qua sữa mẹ, bảo đảm âm tính với các yếu tố nguy cơ đạt 100%.	CTXH, QLCL, KHTH			☐	☐				

E2.1	Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức chăm sóc nhi khoa	4	4	NHI						
Mức 1	1. Không có bác sỹ chuyên khoa nhi, kể cả chuyên khoa sơ bộ/định hướng.			NHI				☐	☐	
	2. Không có điều dưỡng nhi*.							☐	☐	
Mức 2	3. Có bác sỹ chuyên khoa nhi (chuyên khoa sơ bộ/định hướng hoặc cao hơn).			NHI	TCCB	Tuyển dụng nhân sự bác sỹ chuyên khoa Nhi	Danh sách nhân sự Bác sỹ khoa Nhi Bảng cấp chuyên môn Quyết định phân công về khoa Nhi	☐	☐	
	4. Tỷ lệ điều dưỡng được đào tạo về nhi chiếm từ 30% tổng số điều dưỡng của khoa.					Tuyển dụng/đào tạo điều dưỡng về nhi chiếm từ 30% tổng số điều dưỡng của khoa.	Bảng cấp đào tạo liên tục	☐	☐	
Mức 3	5. Có bản mô tả vị trí việc làm cho các vị trí công việc trong khoa điều trị nhi.			NHI		Tất cả nhân viên khoa nhi đều lập bản mô tả công việc.	Bảng mô tả công việc cho các chức danh	☐	☐	
	6. Có bác sỹ chuyên khoa nhi cấp I (hoặc thạc sỹ về chuyên khoa nhi) trở lên.				TCCB	Tuyển dụng/Đào tạo bác sỹ chuyên khoa Nhi cấp I hoặc thạc sỹ chuyên khoa Nhi trở lên.	Danh sách nhân sự Bác sỹ khoa Nhi Bảng cấp chuyên môn Quyết định phân công về khoa Nhi	☐	☐	
	7. Tỷ lệ điều dưỡng có trình độ cử nhân trở lên chiếm ít nhất 30% tổng số điều				TCCB	Tuyển dụng/đào tạo điều dưỡng có trình độ cử nhân trở lên chiếm ít nhất 30%	Danh sách nhân sự Điều dưỡng khoa Nhi Bảng cấp chuyên môn	☐	☐	

	đưỡng của khoa nhi (hoặc của tổng các khoa nhi trên toàn bệnh viện chuyên khoa)*.				tổng số điều dưỡng của khoa nhi.	Quyết định phân công về khoa Nhi			
	8. Tỷ lệ điều dưỡng được đào tạo về nhi chiếm từ 50% tổng số điều dưỡng của khoa nhi (hoặc của tổng các khoa nhi trên toàn bệnh viện chuyên khoa)*.				Đào tạo về nhi cho điều dưỡng khoa nhi chiếm từ 50% tổng số điều dưỡng khoa nhi	Bảng cấp đào tạo liên tục	☐	☐	
	9. Có đơn nguyên sơ sinh (hoặc cao hơn) đầy đủ nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị và năng lực chuyên môn theo quy định của Bộ Y tế với từng tuyến.			HS NHI	Thành lập Đơn vị Hồi sức tích cực Nhi	Quyết định thành lập đơn vị Hồi sức tích cực Nhi Danh sách nhân sự, Bảng cấp chuyên môn Quyết định phân công viên chức Danh mục CSVN, trang thiết bị; thuốc Hình ảnh	☐	☐	
Mức 4	10. Có bác sĩ chuyên khoa nhi cấp II (hoặc tiến sĩ về chuyên khoa nhi) trở lên.		NHI	TCCB	Tuyển dụng/Đào tạo bác sĩ chuyên khoa Nhi cấp II hoặc tiến sĩ chuyên khoa Nhi trở lên.	Danh sách nhân sự Bác sĩ khoa Nhi Bảng cấp chuyên môn Quyết định phân công về khoa Nhi	☐	☐	
	11. Tỷ lệ điều dưỡng có trình độ cử nhân trở lên chiếm ít nhất 40% tổng số điều dưỡng của khoa nhi			TCCB	Tuyển dụng/đào tạo điều dưỡng có trình độ cử nhân trở lên chiếm ít nhất 40% tổng số điều dưỡng của khoa nhi.	Danh sách nhân sự Điều dưỡng khoa Nhi Bảng cấp chuyên môn Quyết định phân công về khoa Nhi	☐	☐	

	(hoặc của tổng các khoa nhi trên toàn bệnh viện chuyên khoa)*.									
	12. Tỷ lệ điều dưỡng được đào tạo về nhi chiếm từ 70% tổng số điều dưỡng của khoa nhi (hoặc của tổng các khoa nhi trên toàn bệnh viện chuyên khoa)*.				Đào tạo về nhi cho điều dưỡng khoa nhi chiếm từ 70% tổng số điều dưỡng khoa nhi	Bảng cấp đào tạo liên tục	☐	☐		
Mức 5	13. Tỷ lệ điều dưỡng có trình độ cử nhân trở lên chiếm ít nhất 50% tổng số điều dưỡng của khoa nhi (hoặc của tổng các khoa nhi trên toàn bệnh viện chuyên khoa)*.		NHI	TCCB	Tuyển dụng/đào tạo điều dưỡng có trình độ cử nhân trở lên chiếm ít nhất 50% tổng số điều dưỡng của khoa nhi.	Danh sách nhân sự Điều dưỡng khoa Nhi Bảng cấp chuyên môn Quyết định phân công về khoa Nhi	☐	☐		
	14. Tỷ lệ bác sĩ nhi khoa tham gia đầy đủ đào tạo liên tục trong năm đạt từ 70% trở lên.				Đào tạo liên tục cho bác sĩ khoa nhi chiếm đạt 70% tổng số bác sĩ khoa nhi	Bảng cấp đào tạo liên tục				
	15. Trưởng hoặc phó khoa nhi (hoặc có ít nhất 1 người trong ban giám đốc đối với bệnh viện chuyên khoa) có trình độ			TCCB	Tuyển dụng/Đào tạo Trưởng /phó khoa Nhi có trình độ chuyên khoa II hoặc tiến sĩ về nhi khoa	Danh sách nhân sự Bác sĩ khoa Nhi Bảng cấp chuyên môn Quyết định phân công về khoa Nhi				

	chuyên khoa II hoặc tiền sỹ về nhi khoa.									
	16. Có trung tâm bệnh lý nhi khoa chuyên sâu (tim mạch, hồi sức, ngoại nhi, truyền nhiễm...).							☐	☐	