PHỤ LỤC 1: PHÂN CÔNG PHỤ TRÁCH 83 TIÊU CHÍ

Ban hành kèm theo Kế hoạch số: /KH - BVHH ngày /02/2025 của Giám đốc bệnh viện)

TT	PHẦN, MỤC, MÃ, TÊN VÀ SỐ LƯỢNG TIÊU CHÍ		2024	2025	Đơn vị đầu mối/Hỗ trợ	Đơn vị thực hiện/liên quan
PHẦN A. HƯỚNG ĐẾN NB (19)						
CHƯƠNG A1. CHỈ DẪN, ĐÓN TIẾP, HƯỚNG DẪN NB (6)						
			24	*24*	0	
1	A1.1	NB được chỉ dẫn rõ ràng, đón tiếp và hướng dẫn khoa học, cụ thể	*4*	4	**- Phòng Tổ chức Hành chính**: Chấm theo tiêu chí; + Đề xuất giải pháp kiểm soát việc trông giữ xe tại BV + Đảm bảo hệ thống biển bảng trong BV.Phòng hành chính là đầu mối hoàn thiện hệ thống biển báo tại bệnh viện;Chịu trách nhiệm làm các biển theo nội dung đề nghị từ các khoa, phòng khi được phê duyệt của Giám đốc Bệnh viện. + Khảo sát hệ thống bảng biểu tại bệnh viện. lên dự toán, đề xuất lãnh đạo bệnh viện; + Thực hiện treo hệ thống biển (đã được phê duyệt). **- Tổ QLCL:** Giám sát thực hiện triển khai hàng quý.	**- Các khoa, phòng, trung tâm** Mức 1: Thiếu biển tên khoa/phòng hoặc bị mất chữ, mất nét, méo, xệ, chưa có bàn/quầy đón tiếp, hướng dẫn NB. **Mức 2:** Bố trí bàn/nơi đón tiếp, hướng dẫn, thuận tiện cho NB tiếp cận, có biển tên rõ ràng. **Mức 3**. Treo/đặt sơ đồ khoa/phòng ở vị trí dễ thấy, sơ đồ cụ thể, chú thích, chỉ dẫn rõ ràng. các thay đổi được cập nhật/bổ sung kịp thời. **Mức 4**: Đảm bảo biển tên khoa rõ ràng, dễ nhìn, sơ đồ khoa thể hiện rõ số phòng, vị trí phòng trong khoa, buồng bệnh được đánh số thống nhất, biển số ở vị trí dễ nhìn thuận tiện cho việc tìm kiếm, mỗi buồng bệnh có tên các Bs, ĐD phụ trách. **Mức 5:** Biển tên khoa/phòng được viết bằng tối thiểu hai thứ tiếng Việt, Anh.

2	A1.2	NB, NNNB được chờ đợi trong phòng đầy đủ tiện nghi và được vận chuyển phù hợp với tình trạng bệnh tật	*4*	4	**- Khoa Khám bệnh, Dược, Khoa đông y, Chẩn đoán hình ảnh:** Thực hiện các mức theo tiêu chí. **- Phòng TCHC:** Đảm bảo lối đi giữa các khối nhà bằng phẳng, không dột, chỗ tiếp nối có các giải pháp vật lý để xe lăn, cáng vận chuyển được dễ dàng (Không ghồ ghề, chống vấp ngã); định kỳ khảo sát số lượng ghế chờ toàn BV có kế hoạch cụ thể thay thế, mua bổ sung, làm mới tại các khu vực cần thiết,.. phê duyệt Giám đốc Bệnh viện Phối hợp với các khoa KB, Dược, khoa đông y khảo sát, thống kê, lập KH bổ sung, sửa chữa, bảo dưỡng quạt, điều hòa, phương tiện thông tin tại khu vực chờ (nếu cần). XD kế hoạch bảo dưỡng định kỳ. **- Tổ CTXH:** vận chuyển NB nặng đi làm XNCLS - **Phòng ĐD:** Kiểm tra thực hiện quy định đưa NB nặng đi làm các XN thăm dò chức năng.	**- Các khoa lâm sàng (áp dụng đến Mức 3):** **Mức 1:** Không có phòng/ghế chờ cho NB, có ghế hỏng tại phòng chờ/khu chờ. **Mức 2**: Bố trí ghế chờ cho NB/NNNB tại khoa (nếu cần), sẵn có ít nhất một cáng/giường (hoạt động tốt) để cấp cứu/vận chuyển NB đảm bảo an toàn. **Mức 3**: Bảo đảm phòng chờ thoáng mát mùa hè; kín gió và ấm vào mùa đông. - Vận chuyển NB nặng bằng các phương tiện vận chuyển và có NVYT đưa đi làm các XNCLS. - Phổ biến cho NV trong đơn vị hiểu và áp dụng được QT sàng lọc, tiếp nhận và điều trị NB truyền nhiễm trong các vụ dịch. **Mức 4: Chỉ áp dụng cho khoa KB** **Mức 5: (Áp dụng cho P. TCHC, khoa KB): Các địa điểm tiếp nối, lối đi trong các tòa nhà có giải pháp vật lý để xe lăn, xe vận chuyển NB được dễ dàng (bảo đảm không gồ ghề khi đẩy xe, chống vấp ngã).** **- Báo cáo khảo sát và kế hoạch bổ sung TTB, phương tiện truyền thông tại các khu vực chờ của NB/NNNB.**
					'- Khoa KB: Chấm theo tiêu chí **- Tổ QLCL**: Phối hợp, giám sát thực hiện giảm thời gian chờ tại khoa Khám bệnh, giám sát thực hiện tiêu chí hàng quý. **- Phòng CNTT:** Thiết kế phần mềm	- **Khoa Khám bệnh + Khoa XN, CĐHA** **Mức 1:** Không tiến hành đánh giá thực trạng, phân tích những điểm hạn chế trong công tác KB. Chưa tiến hành cải tiến QT khám bệnh.

3	A1.3	Cải tiến quy trình khám bệnh, đáp ứng sự hài lòng NB	*4*	4	- **Bộ phận CNTT**: Thiết kê tính toán thời gian chờ. - **Phòng TCKT, khoa Dược:** Có KH bố trí tăng cường người, quầy, ô thu viện phí/phát thuốc trong giờ cao điểm. Có chỉ dẫn, hướng dẫn NB tại quầy thuốc, viện phí. - **Các khoa có phòng khám, XN, chẩn đoán hình ảnh:** Có KH phân công, bố trí nhân lực tăng cường khi đông NB.	- **Khoa Khám bệnh + khoa XN, CĐHA:** **Mức 2:** Đánh giá thực trạng công tác KB, phân tích những điểm còn hạn chế, Có KH, giải pháp nâng cao CL khám bệnh. Có sơ đồ chỉ dẫn QT khám bệnh, có phân công nhân sự, lịch làm việc. Nghiên cứu, đề xuất giải pháp CTCL quy trình khám bệnh của đơn vị.
						Mức 3: Niêm yết giờ khám, lịch làm việc của các buồng khám, CLS, có máy chụp tài liệu. - Phân công nhân lực tăng cường, có bàn khám dự phòng, phương án điều phối khi NB đông.
						Mức 4: - Đánh giá và cam kết, công khai thời gian chờ của NB, phát hiện được các vấn đề cần cải tiến, có áp dụng giải pháp để giảm thời gian chờ. - Triển khai phương án thêm các ô, quầy thu VP, phát thuốc, điều phối NB trong giờ cao điểm.
						Mức 5: Áp dụng công nghệ thông tin để tính toán thời gian chờ, có biểu đồ TD thời gian chờ được công khai, kết quả không vượt quá cam kết của BV, phù hợp với QT của BYT. - Khoa KB: Tiếp tục đề án CTCL thời gian chờ tại khoa.
					'- Khoa Cấp cứu: Áp dụng theo tiêu chí. - **Khoa Dược**: XDKH kiểm tra danh mục thuốc cấp cứu tại các khoa. **- Phòng VTTBYT:** XD kế hoạch thống kê,	**-Các khoa Lâm sàng:** **Mức 1**: NB cấp cứu nhưng không được cấp cứu kịp thời gây hậu quả nghiêm trọng, không có giường cấp cứu/không sẵn sàng.

4	A1.4	BV bảo đảm các điều kiện cấp cứu NB kịp thời	*4*	4	kiêm tra, bảo dưỡng định kỳ hệ thông o xy, khí nén, máy, TTB phục vụ công tác cấp cứu. **- Tổ QLCL**: Hướng dẫn, theo dõi và tổng hợp số lượt sử dụng máy thở. Tổng hợp số liệu, viết báo cáo vẽ biểu đồ, thông báo kết quả cấp cứu hàng quý toàn BV. Giám sát thực hiện tiêu chí tại các đơn vị hàng quý. **- Phòng KHTH**: Mức 2: Cập nhật quy trình, quy định khám bệnh cấp cứu, tổ chức hội chẩn, báo động đỏ nội viện và liên viện. Mức 3: Kiểm tra danh mục thuốc, dụng cụ cấp cứu, hội chẩn cho NB nặng tại các khoa lâm sàng. Mức 4: Có báo cáo tổng hợp kết quả đầu ra, đưa ra các ưu, nhược điểm. Mức 5: CTCL các tồn tại từ báo cáo kiểm tra Hội chẩn NB nặng. Tập huấn Báo động đỏ cho Bs các khoa. BC tổng hợp ưu, nhược điểm của QT báo động đỏ để CTCL.	**Mức 2:** XD hướng dẫn/quy định về ưu tiên NB cấp cứu (nếu có đông NB cấp cứu), có quy định cứu chữa ngay cho NB cấp cứu trong trường hợp chưa kịp đóng viện phí hoặc không có người nhà NB đi kèm. Có danh mục thuốc, TTB, phương tiện cấp cứu thiết yếu, có bảng phân công NVYT trực cấp cứu, không có NB cấp cứu bị trì hoãn. **Mức 3:** Trang bị đầy đủ cơ số thuốc cấp cứu, TTB, phương tiện cấp cứu và được kiểm tra thường xuyên, giường cấp cứu của đơn vị trong tình trạng sẵn sàng hoạt động được ngay khi cần thiết. Bố trí NVYT trực cấp cứu 24/24 giờ, có quy định về hội chẩn NB, NB nặng được hội chẩn theo quy định và xử lý kịp thời. **Mức 4: - Trang bị/liên hệ máy theo dõi liên tục NB, sử dụng khi có NB nặng cần theo dõi liên tục.** **- Theo dõi kết quả cấp cứu với NB cấp cứu khẩn cấp** **- Khoa Cấp cứu, phòng mổ: Trang bị máy thở cho NB tại các giường bệnh điều trị tích cực khi có chỉ định sử dụng máy thở. Thống kê về số lượt sử dụng máy thở, có hệ thống cung cấp ô-xy trung tâm và khí nén cho giường bệnh cấp cứu.** **- Tuân thủ QT báo động đỏ nội viện khi được yêu cầu.**

						Mức 5: Áp dụng QT báo động đỏ liên viện (Với tuyến trên, tuyến dưới -theo QT báo động đỏ liên viện). - Báo cáo đánh giá, phân loại kết quả cấp cứu hàng quý với NB cấp cứu khẩn cấp (Mức độ 1), xác định các vấn đề tồn tại, ưu, nhược điểm trong cấp cứu NB, đánh giá, phân loại kết quả cấp cứu (có số liệu như số ca cấp cứu thành công, số ca chuyển tuyến, tử vong…). - CTCL các tồn tại đã đưa ra trong BC.
5	A1.5	NB được làm các thủ tục đăng ký, khám bệnh theo đúng thứ tự bảo đảm tính công bằng và mức ưu tiên	*4*	4	**- Tổ CTXH:** hướng dẫn, đón tiếp NB theo trật tự trước sau đảm bảo đúng quy định về đối tượng ưu tiên **- Khoa khám bệnh, dược, TCKT:** đảm bảo trình tự các đối tượng NB theo quy định của BV.	**- Khoa Khám bệnh, TCKT, Chẩn đoán hình ảnh, Dược:** Chấm theo tiêu chí **Mức 1**: Có tình trạng NB chen lấn vào đăng ký khám/vào khám tại khu khám bệnh, TDCN.
						Mức 2: Triển khai các quy trình đón tiếp, có hình thức yêu cầu NB xếp hàng theo trật tự trước – sau.
						Mức 3: Thực hiện phát số khám bệnh, giám sát việc thực hiện lấy số, xếp hàng thứ tự hàng quý.
						Mức 4: Trang bị máy lấy số khám tự động/người thực hiện chia theo đối tượng, có quy định về NB được ưu tiên, niêm yết công khai, có các ô làm thủ tục, bàn khám phân loại riêng cho từng đối tượng NB ưu tiên, khám thường. - Triển khai hình thức đăng ký chờ theo trình tự trước - sau tại các khu vực CLS, thu VP, BHYT.

						Mức 5: - Ghi thời điểm lấy số và ước tính thời gian đến lượt. - Triển khai hệ thống đăng ký khám trước qua trang thông tin điện tử/điện thoại và có giám sát thứ tự đặt lịch hẹn. - Triển khai ô đăng ký và buồng khám dành cho đối tượng đã đăng ký khám trước. - Thống kê thời gian khám trung bình, cập nhật 30 phút/lần, công bố trên màn hình điện tử.
					- **Chẩn đoán hình ảnh, khoa KB, khoa XN:** Thực hiện theo tiêu chí **- Tổ QLCL:** Đánh giá, khảo sát, việc hướng dẫn và tuân thủ quy trình làm XN, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng, việc triển khai tiêu chí **hàng quý.** **- Tổ CTXH:** Xây dựng các hình thức truyền thông cho NB về tuân thủ khi lấy bệnh phẩm và trình tự các QT làm XN, thăm dò chức năng.	- **Các khoa lâm sàng:** Đảm bảo NB được liệt kê, có giấy và được hướng dẫn trình tự XN. **Mức 1**. NB không được thông báo, hướng dẫn đi làm XN, CĐHA, TDCN; có NB thắc mắc về số loại và trình tự các XN, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng. **Mức 2:** Thông báo kế hoạch thực hiện XN, CĐHA và TDCN cho NB.

6	A1.6	NB được hướng dẫn và bố trí làm xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng theo trình tự thuận tiện	*4*	4		**Mức 3**: - HD trình tự làm các XN, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng phát cho NB, có ghi rõ địa điểm hoặc số phòng cần đến và những lưu ý cho NB tuân thủ khi lấy BP hoặc làm các XN... - Hướng dẫn, giải thích rõ ràng cho NB việc thực hiện các QT chuyên môn, số loại và trình tự các XN, các XN máu được lấy một lần trong một ngày trừ trường hợp đặc biệt phải giải thích rõ cho NB về lý do chuyên môn). - Bố trí làm các XN theo các trình tự tiện lợi nhất để được lấy mẫu BP và làm XN trong một ngày (trừ những xét nghiệm đặc biệt như KSĐ... phải giải thích rõ cho NB).
						Mức 4: - Giải thích kết quả XN, CĐHA, TDCN…cho NB kịp thời. - XD danh mục các XN cho các bệnh thường gặp và thông tin công khai cho NB.
						Mức 5: XD được toàn bộ danh mục các bệnh thường gặp. - Công bố công khai tỷ lệ trả kết quả đúng hẹn, ưu, nhược điểm. - Đánh giá, khảo sát việc hướng dẫn và quy trình làm XN.
	CHƯƠNG A2. ĐIỀU KIỆN CƠ SỞ VẬT CHẤT PHỤC VỤ NB (5)					
			20	*20*	0	
						- Các khoa Lâm sàng: **Mức 1:** Có NB nằm ghép.

7	A2.1	NB điều trị nội trú được nằm một người một giường	*4*	4	- **Phòng TCHC**: XD kế hoạch thống kê, theo dõi, kiểm tra, bảo dưỡng định kỳ số giường bệnh, cơ sở hạ tầng, BB bị bong, tróc và các phương tiện vận chuyển NB tại các khoa. - **Phòng KHTH, VTYT**: Có thống kê, cập nhật, theo dõi số giường và "giường tạm" tại các khoa. Kiểm tra thực hiện tiêu chí hàng quý. **- Phòng KHTH:** Có thống kê số lượt NB nội trú tại các khoa lâm sàng hàng tháng.	**Mức 2:** - Đảm bảo BB không dột, nát; tường không bong tróc, ẩm mốc. - Đảm bảo NB nặng/sau phẫu thuật/cần kết nối với TTBYT, NB truyền nhiễm/NKBV/NB nguy lây nhiễm cao được bố trí nằm cách ly. - Đảm bảo NB cao tuổi/ưu tiên khác được bố trí giường bệnh nằm riêng. - Đảm bảo những NB có cùng tên được bố trí khác buồng bệnh. - Thống kê số lượt NB nội trú, số giường và "giường tạm".
						Mức 3: Không có nằm ghép, giường bệnh không bị dột, hắt nước. - NB cao tuổi được bố trí ở các vị trí thuận tiện, NB nam và nữ nằm riêng nếu trong cùng buồng bệnh phải có rèm che/bình phong, - Đảm bảo giường chắc chắn, không bong tróc sơn, không có tóc/rác ở các bánh xe, được sửa chữa, thay thế kịp thời …
						Mức 4: NB được nằm mỗi người một giường, BB nam và nữ riêng biệt.
						Mức 5: Không có nằm ghép, GB được kê trong BB, giường thống nhất kiểu dáng, kích thước, chất liệu trong một BB. - Tất cả NB được nằm các giường bệnh được thiết kế bảo đảm an toàn, tiện lợi, có đầy đủ các tính năng tiện lợi phục vụ NB: tư thế nằm đầu cao, có bánh xe di chuyển, có bàn ăn, có tính năng điều khiển nâng lên, hạ xuống.

8	A2.2	NB được sử dụng buồng vệ sinh sạch sẽ và đầy đủ các phương tiện	*4*	4	**'- Phòng Điều dưỡng**: Giám sát triển khai tiêu chí theo KHBV **- Khoa KSNK:** Định kỳ hàng tháng tổ chức giám sát tuân thủ. **- Phòng TCHC:** Hoàn thiện KH sửa chữa, bảo dưỡng định kỳ các nhà VS, quạt hút mùi, thông gió và các phương tiện trong nhà Vs.	**- Các khoa, phòng, trung tâm (áp dụng tối đa mức 4):** Có nhà vệ sinh nam, nữ riêng, có quạt hút mùi, giá để bệnh phẩm (các khoa), có giấy, xà phòng, sạch sẽ, không có côn trùng, không có mùi hôi. Có nhật ký làm vệ sinh. **Mức 1.** Nhà VS có nước đọng sàn nhà, rác bẩn, mùi khó chịu, hôi thối.
						Mức 2: Mỗi khoa LS/CLS/khu làm việc có ít nhất 1 khu vệ sinh, có ít nhất 1 buồng VS/30 GB.
						Mức 3: Đảm bảo có 2 buồng VS cho nam và nữ riêng, có giá để bệnh phẩm cho NB lấy nước tiểu
						Mức 4: Đảm bảo buồng VS có sẵn có giấy VS, móc treo quần áo sử dụng được, có gương, bồn rửa tay, xà phòng/DDSK tay, nước rửa tay, có quạt hút mùi/thông gió/thông gió tự nhiên, không có mùi hôi. - Thực hiện ghi nhật ký các giờ làm VS theo quy định.
						Mức 5: Mỗi BB có buồng VS riêng khép kín; có ít nhất một buồng VS cho 6 GB, có đầy đủ giấy VS, xà phòng, móc treo quần áo, gương, bồn rửa tay, có vòi cảm ứng tự động mở nước, đóng nước, giảm nguy cơ NK, nhà Vs mới xây/cải tạo từ 2017 cánh cửa có chiều mở quay ra bên ngoài buồng VS.
					- **Khoa KSNK:** Đánh số, cung cấp quần áo đủ kích cỡ phù hợp cho NB. Triển khai nhận đồ vải tại các khoa lâm sàng. **- Phòng Điều dưỡng:** Giám sát triển khai tiêu chí theo KHBV.	**- Các khoa lâm sàng, KSNK**: Cung cấp cho NB quần áo có đầy đủ ***kích cỡ***, phù hợp với bệnh tật, không rách, sứt chỉ, thiếu cúc... NB được thay quần áo cách nhật/hàng ngày hoặc khi cần. Ga, chăn, màn, gối (nếu cần) được thay hàng tuần hoặc khi bẩn.

9	A2.3	NB được cung cấp vật dụng cá nhân đầy đủ, sạch sẽ, chất lượng tốt	*5*	5		**Cụ thể các khoa LS:** **Mức 1**. NB không được BVcung cấp quần áo đồng phục/không mặc quần áo NB khi nằm viện. **Mức 2:** Đảm bảo NB được cung cấp quần áo, chăn, ga giặt sạch kịp thời, không rách, đứt cúc, sứt chỉ. **Mức 3:** Đảm bảo NB được nằm GB đúng chỉ định của Bs, ga, chăn sạch sẽ/được thay khi bẩn, đủ ấm (trời lạnh), có màn (nếu có côn trùng), được phục vụ đồ vải tại giường bệnh. NB nặng được hỗ trợ thay quần áo, ga, chăn. - Có đủ ghế theo GB. - NNNB mặc áo choàng. **Mức 4**: Đảm bảo NB được mặc quần áo đúng kích cỡ, không bị hoen ố.. NB được thay quần áo cách nhật/hàng ngày hoặc khi cần. Ga, chăn…được thay hàng tuần/khi cần, được phục vụ đồ vải tại giường bệnh. NB nặng được NVYT trực tiếp hỗ trợ thay quần áo, ga, chăn. **Mức 5**: Đảm bảo NB được cung cấp quần áo phù hợp với tính chất bệnh tật thuận tiện, kín đáo cho chuyên môn…thoáng, mát, đồ vải được phục vụ tại giường, kịp thời, do NVYT trực tiếp hỗ trợ.
					' - Bộ phận CNTT: Có KH kiểm tra, bảo dưỡng định kỳ, đảm bảo mạng internet, Wifi hoạt động tốt. **- Phòng TCHC:** XD kế hoạch kiểm tra, theo dõi, bảo dưỡng định kỳ hệ thống đèn chiếu	**'Các khoa, phòng, trung tâm:** **- Mức 1.** Tắt đèn/không bật/đèn hỏng hoặc không đủ ánh sáng tại các hành lang, lối đi chung vào ban ngày và ban đêm, không có/ công khai mật khẩu Wifi cho NB sử dụng.

10	A2.4	NB được hưởng các tiện nghi bảo đảm sức khỏe, nâng cao thể trạng và tâm lý	*4*	4	sáng, hệ thống điều hòa. **- Tổ QLCL:** Giám sát triển khai tiêu chí theo KHBV.	**Mức 2**. Đảm bảo hệ thống chiếu sáng chung hoạt động liên tục, được thay thế và sửa chữa kịp thời nếu có cháy/hỏng. - Đảm bảo các BB, hành lang, lối đi chung bảo đảm cung cấp đủ ánh sáng tự nhiên/đèn.
						- Các khoa lâm sàng: **Mức 3:** Đảm bảo Buồng thủ thuật/kỹ thuật cần bộc lộ cơ thể NB: Có máy sưởi/điều hòa nóng vào mùa đông ở các buồng thủ thuật, kỹ thuật cần bộc lộ cơ thể. - Cung cấp nước uống cho NB, có phòng tắm dành cho NB, vòi nước sử dụng tốt và được cung cấp nước thường xuyên. - Đảm bảo BB thông khí và thoáng mát vào mùa hè, có đủ quạt/hỏng được sửa chữa, thay thế kịp thời.
						Mức 4: Đảm bảo phòng tắm NB có nước nóng và lạnh. - Đảm bảo có nước uống nóng cho NB, có đầy đủ quạt, máy sưởi hoặc máy điều hòa... bảo đảm nhiệt độ thích hợp cho NB tại các buồng bệnh, thoáng mát vào hè và ấm áp vào mùa đông, - Đảm bảo có mạng internet không dây phục vụ NB/NNNB tại các khu vực sảnh, hành lang, có công khai mật khẩu và NB/NNNB sử dụng được.

						Mức 5: Đảm bảo toàn bộ các BB: Có điều hòa 2 chiều, internet không dây (Vào mạng truy cập được). - Đảm bảo có cửa hàng tiện lợi/siêu thị cung cấp đủ các mặt hàng thiết yếu cho NB/NNNB, giá được niêm yết rõ ràng, không đắt hơn bên ngoài BVquá 10%. - Đảm bảo có nhà trọ phục vụ cho các đối tượng NB, người nhà NB nếu có nhu cầu được lưu trú trong hoặc gần khuôn viên BV (hoặc bảo đảm cung cấp giường tạm cho người nhà NB nếu có nhu cầu lưu trú qua đêm).
11	A2.5	Người khuyết tật được tiếp cận đầy đủ với các khoa, phòng và dịch vụ khám, chữa bệnh trong BV	*3*	3	**- Khoa KKB, Tổ CTXH:** Có tổ chức đón tiếp, hỗ trợ NB đi xe lăn khi lên xuống dốc. **- Phòng TCHC** Xây dựng KH kiểm tra, bảo dưỡng định kỳ thang máy, đảm bảo thang máy an toàn, không có sự cố thang máy nghiêm trọng; Tham mưu cho lãnh đạo nâng cấp các vị trí có độ dốc không an toàn, đường đi không bằng phẳng hoặc thiết kế nhà vệ sinh cho người khuyết tật. **- Tổ QLCL:** Đánh giá thực hiện triển khai hàng quý tiêu chí theo KHBV.	**'- Các khoa:** **Mức 1**: Không có sẵn xe lăn tại khoa dành cho người khuyết tật/di chuyển khó khăn.
						Mức 2: Đảm bảo có xe lăn tại khoa dành cho người khuyết tật/di chuyển khó khăn.
						Mức 3: Đảm bảo các lối đi bằng phẳng hoặc có độ dốc phù hợp để người đi xe lăn có thể tự đến được các quầy của KKB, CĐHA, PHCN, nộp VP. - Đảm bảo NB khuyết tật/di chuyển khó khăn có người hỗ trợ.
						Mức 4: Thang máy hoạt động thường xuyên để người đi xe lăn có thể tự tiếp cận được các khoa trên tầng cao, VS công cộng bệ ngồi, có tay vịn, diện tích cửa phù hợp để xe lăn có thể vào. **- Đảm bảo NB khuyết tật/di chuyển khó khăn được NVYT trực tiếp hỗ trợ khi đi XN, TDCN...**

						Mức 5: Toàn bộ NVS của các khoa có NVS cho người khuyết tật, người khiếm thị hoặc thị lực rất kém được NVYT dẫn đi khi có nhu cầu, có phiên dịch cho người khiếm thính.
	CHƯƠNG A3. ĐIỀU KIỆN CHĂM SÓC NB (2)					
			7	*7*	0	
12	A3.1	NB được điều trị trong môi trường, cảnh quan xanh, sạch, đẹp	*3*	3	**'- Khoa KSNK, Phòng TCHC (Chấm theo tiêu chí) :** **- Khoa KSNK** chịu trách nhiệm về đảm bảo môi trường sạch (, rác được thu gom đúng quy định, không có nước tù, đọng, có giải pháp chống muỗi và côn trùng trong BV. **- Phòng TCHC:** Đảm bảo môi trường Bv Xanh, có các giải pháp quản lý cây xanh trong BV, cây được cắt, tỉa. Tham mưu cho ban lãnh đạo bê tông hóa khu vực sau ngoại sản, sau khu KB + CLS, khu vực sau khoa HSCC (đảm bảo sạch và an toàn). **- Tổ QLCL:** Đánh giá thực hiện triển khai tiêu chí theo KHBV.	**- Các khoa, phòng, trung tâm:** **Mức 1:** Phát hiện thấy có vũng nước trong phạm vi khoa, phòng, không có biển cảnh báo; Cây không chăm sóc để héo úa, chết, bụi bẩn. **Mức 2**: Có cây chăm sóc tươi tốt, đẹp, không bụi, rác, lá úa, vị trí đặt thích hợp, cây không có gai, không nguy hiểm cho người già, trẻ nhỏ; không có muỗi và côn trùng. **Mức 3:** Đơn vị có giải pháp hoặc sáng kiến bổ sung, bố trí, sắp xếp cây xanh, hoa tạo môi trường xanh sạch đẹp cho NB. **Mức 4:** Thường xuyên có cải tiến chất lượng/có sáng kiến để lần kiểm tra sau xanh, sạch, đẹp hơn lần kiểm tra trước. **Mức 5**: Có bài trình bày/chia sẻ về tạo dựng môi trường xanh sạch đẹp trên giao ban/truyền thông cho các đơn vị trong/ngoài BV. Hoặc có sáng kiến cải tiến môi trường xanh, sạch, đẹp, an toàn và dễ chịu cho NB (Có nhạc nhẹ, cải tiến mùi BV…)

13	A3.2	NB được khám và điều trị trong khoa, phòng gọn gàng, ngăn nắp	*4*	4	- **Phòng TCHC**: Sửa chữa tủ đầu giường đảm bảo sử dụng tốt, mua sắm tủ gửi đồ, trang bị dây đeo chìa khoa tủ gửi đồ cho các khoa theo yêu cầu của khoa. - **Tổ QLCL:** XDKH kiểm tra triển khai và duy trì 5S toàn BV (theo bảng kiểm) hàng quý - **Phòng ĐD, TCHC:** làm đầu mối rà soát, đề xuất GĐBV trang bị mua tủ giữ đồ; mua tủ đầu giường;	**- Các khoa. Phòng, trung tâm:** Triển khai và duy trì 5S toàn đơn vị, đánh giá 5S hàng quý theo bảng kiểm, CTCL dựa trên các tồn tại. **(Đánh giá dựa trên các mức của tiêu chí và kết quả chấm điểm 5S của đơn vị)** **Mức 1:** Tài sản của khoa hoặc của BV để lộn xộn cản lối đi hoặc để không đúng vị trí quy định, sử dụng sai quy định. - Có tình trạng sử dụng tủ đồ của NB để đồ của cá nhân NVYT. Có vật dụng hỏng để bừa bãi tại khoa.
						Mức 2: - XDKH tập huấn 5 S cho NV trong đơn vị. - Tài sản chung được sắp xếp gọn gàng, không có đồ vật cồng kềnh trên nóc tủ gửi đồ. - Các phòng của nhân viên gọn gàng, có nhãn quy định vị trí để đồ, dụng cụ. - Buồng bệnh để đồ gọn gàng, không có vật cản trở/xấu cảnh quan.
						Mức 3: - Tập huấn/rút kinh nghiệm về thực hiện 5S cho toàn bộ nhân viên trong khoa. - Đảm bảo tủ gửi đồ cho NB, số lượng đủ sử dụng, không có ngăn tủ hỏng khóa, đảm bảo mỗi giường bệnh (Giường kế hoạch) có 1 tủ đầu giường.
						Mức 4: - Áp dụng 5S toàn bộ các vị trí thuộc đơn vị quản lý. - Đảm bảo mỗi giường bệnh có 1 tủ đầu giường.

						Mức 5: - Trang bị dây đeo tay cho chìa khóa tủ gửi đồ của NB. - Giám sát 5S bằng bảng kiểm và lưu kết quả các lần giám sát. Kết quả chỉ ra các tồn tại của lần đánh giá trước và được khắc phục trong các lần đánh giá sau. - Thực hiện đánh giá NV dựa trên kết quả kiểm tra. - Viết/chia sẻ bài báo cáo; tin, 5S, CTCL khoa phòng trên trang wed site của BV, hội thảo trong/ngoài BV hoặc được các đơn vị trong và ngoài BV đến học tập kinh nghiệm..
	CHƯƠNG A4. QUYỀN VÀ LỢI ÍCH CỦA NB (6)					
			18	*18*	0	
	A4.1	NB được cung cấp thông tin và tham gia vào quá trình điều trị	*4*	4	**- Phòng KHTH**: Làm tóm tắt HSBA cho NB khi được yêu cầu **- Khoa Dược:** Nhà thuốc BV có hướng dẫn, giải thích, tư vấn sử dụng thuốc. **- Tổ QLCL**: Đầu mối hướng dẫn các khoa xây dựng phiếu TTTTĐT cho NB điều trị nội trú; Triển khai áp dụng phiếu TTTT điều trị tại các khoa	**- Các khoa lâm sàng:** **Mức 1:** Phỏng vấn NB có tình trạng không được cung cấp thông tin về bệnh, chẩn đoán, phương pháp điều trị. **Mức 2.** Treo/ dán nội quy/quy định phù hợp với từng khoa (Nội quy buồng bệnh/nội quy phòng mổ/nội quy KKB, nội quy phòng chụp XQ, MRI...). - XD và cập nhật 05 phiếu TTTTĐT - Phỏng vấn NB: NB được cung cấp thông tin về bệnh, chẩn đoán, phương pháp điều trị, nguy cơ, tiên lượng, kết quả dự kiến, rủi ro, giải thích PT-TT, tính chất giá cả thuốc và VTYT. - Những nghiên cứu y sinh có NB tham gia phải thông báo cho NB và đồng ý tham gia.

14						**Mức 3**: - Phát và hướng dẫn NB sử dụng phiếu TTTTĐT cho NB. - Phỏng vấn NB: NB được cung cấp thông tin về giá dịch vụ KB-CB kỹ thuật cao, chi phí lớn; - Treo công khai viện phí hàng ngày, thông báo cho NB, NB biết vị trí treo bảng.
						Mức 4: - Phỏng vấn NB: NB được NVYT thực hiện đầy đủ các nội dung trong phiếu TTTTĐT (Phỏng vấn 3/5 NB trả lời là đạt)
						Mức 5: - Xây dựng và áp dụng phiếu TTTTĐT cho tất cả các bệnh thường gặp tại khoa. - Phát và hướng dẫn NB cách sử dụng phiếu.
15	A4.2	NB được tôn trọng quyền riêng tư	*3*	3	- **KKB, Khoa Sản, Khoa chẩn đoán hình ảnh:** Có đủ váy sản, khăn che sử dụng cho NB khi thực hiện thăm khám phải bộc lộ cơ thể. **- Phòng KHTH:** XDKH kiểm tra, giám sát định kỳ việc thực hiện quy định, quản lý, lưu trữ HSBA, cung cấp thông tin.	**- Các khoa:** **Mức 1:** Có vi phạm về quyền riêng tư của NB như cung cấp thông tin về bệnh cho không đúng đối tượng (vd cung cấp thông tin về chính khách, người nổi tiếng cho phóng viên, thông tin NB cho xã hội đen, báo chí...) gây khiếu kiện hoặc gây tranh chấp, xung đột xảy ra trong BV...

					- Phòng Điều dưỡng: Giám sát triên khai tiêu chí **- Phòng VTTBYT, và các đơn vị khác:** Không đưa thông tin NB lên mạng XH	**Mức 2:** **-** Quản lý chặt chẽ quy định HSBA NB nội trú, HSBA đã xuất viện nhưng chưa trả về lưu trữ, cho mượn HSBA tại khoa, phân công người quản lý HSBA trong giờ trực..., - Sắp xếp gọn gàng HSBA khi không sử dụng, các ngăn đựng không rách nát, thùng có khóa. - Tìm /biết được HSBA đang ở đâu trong thời gian ngắn, không có tình trạng để lẫn HSBA giữa các buồng; - Phổ biến cho NB biết về quyền được từ chối chụp ảnh/SV làm thủ thuật, chỉ chụp/làm thủ thuật khi NB đồng ý; - Giữ bí mật cho NB về các thông tin XN, các bệnh nhạy cảm và chỉ được thông báo NNNB khi chính NB cho phép hoặc có văn bản của cơ quan có thẩm quyền.
						Mức 3: - Thực hiện thăm khám NB có bộc lộ cơ thể phải đảm bảo kín đáo, có rèm che; - Thực hiện không ghi chẩn đoán đối với các bệnh nhạy cảm ở Phiếu công khai đầu giường.
						Mức 4: Bố trí NB nam, nữ nằm riêng phòng, hoặc có rèm che giữa 2 giường nếu bắt buộc phải bố trí cùng phòng.
						Mức 5. ***Phòng siêu âm, chụp XQ***: Thực hiện siêu âm, XQ, làm thủ thuật, thăm khám... có khăn che chắn hoặc quần áo thiết kế riêng đảm bảo riêng tư. - Bố trí NB nam, nữ nằm buồng riêng.

16	A4.3	NB được nộp viện phí thuận tiện, công khai, minh bạch, chính xác	*4*	4	**- Phòng TCKT: Giám sát triển khai tiêu chí** **- Bộ phận CNTT, phòng TCKT**: Có bảng giá viện phí, bảng giá cập nhật nội dung và giá khi có thay đổi. XDKH định kỳ ***kiểm tra thực hiện việc thanh toán cho NB ra viện của*** các khoa, thực hiện thu viện phí tại giường cho NB ưu tiên, VIP, yêu cầu... **- Phòng KHTH, VTTBYT, CTXH, TCHC và khoa Dược:** Cập nhật kịp thời giá dịch vụ, thuốc, VTTH... lên Website của Bv kịp thời; theo dõi KQ thực hiện và CTCL. CNTT phối hợp với TCKT: Cập nhật giá viện phí phát lên các kênh thông tin nội bộ của BV kịp thời. **- Phòng KHTH:** Kiểm tra thực hiện quy định thu viện phí, BHYT.	**- Các khoa:** **Mức 1:** NB nộp tiền trực tiếp cho NV BV mà không có hóa đơn**.** NB đối tượng ưu tiên không được thực hiện đúng quy định (NB nằm phòng yêu cầu, VIP)
						Mức 2: Treo công khai bảng giá viện phí theo các đối tượng tại khoa ở vị trí thuận tiện, bảng giá cập nhật nội dung và giá khi có thay đổi, chữ in rõ ràng dễ đọc ở khoảng cách 3 m. - Thông báo, giải thích cho NB trước khi Bs chỉ định KT cao/ thuốc đặc trị
						Mức 3: In bảng kê thanh toán đầy đủ, chính xác các thông tin về chi phí điều trị và đưa cho NB kiểm tra, ký xác nhận toàn bộ các mục chi thuốc, VTTH… trước khi ra viện và khi NB có yêu cầu. Không có chi phí khác ngoài bảng kê. - Thực hiện đúng quy định về thu viện phí cho NB trong các đối tượng ưu tiên (Nằm phòng yêu cầu, VIP...)
						Mức 4: - Phỏng vấn NB: NB được tông báo và tư vấn trước khi BS chỉ định các KT cao, thuốc đặc trị, XN, chẩn đoán hình ảnh, TDCN đắt tiền hoặc có chi phí lớn. - Không có trường hợp NB bị thu thiếu, thừa viện phí.
						Mức 5: NB trong khoa được hướng dẫn và sử dụng thẻ thông minh hoặc thẻ thanh toán điện tử (gọi chung là thẻ từ).

17	A4.4	NB được hưởng lợi từ chủ trương xã hội hóa y tế	*0*	0	**- Phòng TCKT:** Giám sát triển khai tiêu chí **- Phòng TCHC:** Có danh sách thống kê danh mục toàn bộ các dịch vụ BV ký hợp đồng với đơn vị bên ngoài như an ninh, bảo vệ, trông xe, vệ sinh, ăn uống, bán hàng. Nhà xe, căng tin niêm yết công khai giá, . **- Phòng KHTH:** Có bản thống kê danh mục toàn bộ các TTB xã hội hóa, đảm bảo không đặt chỉ tiêu cho các máy XHH. Kiểm tra chỉ định của các khoa. **- Phòng VTTBYT:** Có TTB từ nguồn đầu tư của Nhà nước bị hỏng hoặc trục trặc từ 1 tháng trở lên.	**- Các khoa, trung tâm:** Các Bs giải thích, thông báo cho NB trước khi sử dụng dịch vụ XHH. Chỉ định phù hợp. **Mức 1: Ls**: Có Bs chỉ định lạm dụng XN, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng mà không dựa trên nhu cầu về mặt chuyên môn. **- CLS:** Có TTB từ nguồn đầu tư của NN bị hỏng hoặc trục trặc từ 1 tháng trở lên không được đôn đốc sửa chữa.
						Mức 2: - Thống kê danh mục DV kỹ thuật sử dụng TTB XH hóa, có niêm yết công khai giá. - NB và người nhà NB được quyền lựa chọn có hoặc không sử dụng các dịch vụ (do BV hoặc đơn vị liên kết với bên ngoài cung cấp tại BV) mà không bị ngăn cản hoặc gây khó khăn (ví dụ dịch vụ vận chuyển NB).
						Mức 3: Đơn vị không đặt chỉ tiêu số lượt chiếu, chụp, xét nghiệm, kỹ thuật cho các TTB y tế (có nguồn gốc xã hội hóa) và thực hiện đúng.
						Mức 4: - Đề xuất và tham mưu cho LĐBV/phòng chức năng các dịch vụ sử dụng TTB XHH để đáp ứng nhu cầu KCB của đơn vị.
						Mức 5: Triển khai được các dịch vụ XHH đáp ứng nhu cầu của NB đạt hiệu quả.
					'- Tổ QLCL: Tổng hợp đường dây nóng, các ý kiến phản ánh qua các trang mạng XH, phần mềm phản hồi trực tuyến của BYT, BC từ các khoa, phân tích nguyên nhân, áp dụng CTCL. Giám sát các khoa CTCL. **- CTXH:** Tiếp nhận và thông báo kịp thời tới các đơn vị ý kiến NB/KH qua các phương	**- Các khoa, phòng, trung tâm** **Mức 1**: Không có SĐT đường dây nóng của BV, BYT hoặc không có hòm thư góp ý tại khoa/khu vực của đơn vị.
						Mức 2: SĐT đường dây nóng rõ ràng/hòm thư, được in treo ở vị trí dễ thấy, thuận tiện.

18	A4.5	NB có ý kiến phàn nàn, thắc mắc hoặc khen ngợi được BV tiếp nhận, phản hồi, giải quyết kịp thời	*4*	4	các đơn vị ý kiến NB/KH qua các phương tiện truyền thông. Thống kê ý kiến gửi QLCL hàng tháng để tổng hợp, báo cáo. **- Phòng TCHC:** BC đánh giá ưu, nhược điểm kết quả tổng hợp hòm thư góp ý hàng quý. **-Trưởng phòng TCHC + Trưởng ban TTND:** Phân công người trực đường dây nóng, mở hòm thư góp ý (TCCB). **- Ban Giám đốc + Trưởng phòng TCHC, ĐD, KHTH:** Đảm bảo đường dây nóng không bị mất liên lạc. - **Phòng TCHC:** Duy trì công khai số điện thoại đường dây nóng, hòm thư góp ý, số điện thoại không rách, nát, mất số. **- Phòng ĐD:** Tổ chức họp Hội đồng NB hàng tháng, báo cáo tổng hợp ý kiến NB, có các GP để can thiệp, CTCL dựa trên các ý kiến phàn nàn/góp ý của NB.	**Mức 3**: Triển khai ghi nhận toàn bộ ý kiến phản hồi NB/khách hàng (KH) đầy đủ, trung thực (cả ý kiến tiêu cực và tích cực) **Mức 4:** Thông báo các ý kiến của NB/KH đến các cá nhân, bộ phận có liên quan. - Tổng hợp số ý kiến, phân loại theo nhóm ý kiến, tình trạng phản hồi cho NB/KH được gửi tới tổ QLCL. - BC thống kê của BV gửi về được thông tin/gửi tới toàn bộ các thành viên trong đơn vị. **Mức 5:** - Phân tích nguyên nhân gốc rễ, có giải pháp CTCL dựa trên các ý kiến góp ý của NB, KH và giám sát thực hiện... - Thực hiện khen thưởng cho NV được NB/KH khen. - Triển khai thêm hình thức khác để chủ động lấy được các ý kiến phản hồi của NB (có sổ ghi chép đầy đủ nội dung trao đổi thông tin, hỏi thăm sức khỏe NB sau ra viện, chuyển viện; gửi thư/email/nhắn tin... hỏi thăm NB)
					- Tổ QLCL (Chịu trách nhiệm cấp BV về tiêu chí này): Đề xuất thành lập Tổ khảo sát hài lòng NB/KH.	**- Các khoa, phòng, trung tâm:** - Mức 1: Không thực hiện/phối hợp với tổ QLCL khảo sát HLNB/KH.

19	A4.6	BV thực hiện khảo sát, đánh giá sự hài lòng NB và tiến hành các biện pháp can thiệp	*3*	3	XDKH khảo sát HLNB hàng quý, phân tích số liệu khảo sát HLNB, báo cáo kết quả. Tổ chức họp/thảo luận với các khoa có tỷ lệ HLNB thấp/NB phàn nàn thắc mắc để đưa ra giải pháp CTCL.	**Mức 2:** Xây dựng KH thực hiện/phối hợp khảo sát HLNB/KH. (Các khoa CLS, các Phòng: XD bộ công cụ/phiếu KSHLKH theo đúng chức năng, nhiệm vụ của đơn vị được giao; XD các chỉ tiêu HL khách hàng; các đơn vị có nhiều bộ phận, nhiều đối tượng KH có thể XD kế hoạch khảo sát theo định kỳ)
						Mức 3: Thực hiện/phối hợp khảo sát HLNB/KH nghiêm túc, đúng quy định.
						Mức 4: Thông báo kết quả khảo sát HLNB/KH được tới toàn thể NVYT trong đơn vị. - NVYT trong đơn vị biết được tỷ lệ HL/ý kiến của NB/KH trong kỳ khảo sát.
						Mức 5: - Thảo luận với nhóm khảo sát sự HLNB (của BV) về lĩnh vực có tỷ lệ hài lòng thấp. - Xác định/phân tích các nguyên nhân, có giải pháp CTCL. - Đánh giá lại: Không lặp lại các tồn tại đã xảy ra.
PHẦN B. PHÁT TRIỂN NGUỒN NHÂN LỰC BV (14)						
	CHƯƠNG B1. SỐ LƯỢNG VÀ CƠ CẤU NHÂN LỰC BV (3)					
			8	*9*	1	
						- Các khoa, phòng, trung tâm: XDKH phát triển chất lượng nguồn nhân lực của đơn vị mình. **Mức 1:** Không có KH phát triển nhân lực tổng thể và hàng năm của khoa/phòng/trung tâm.

20	B1.1	Xây dựng kế hoạch phát triển nhân lực BV	*2*	3	**'- Phòng TCHC (Chịu trách nhiệm cấp BV về tiêu chí này):** HD các đơn vị XDKH: KH phát triển nguồn nhân lực, BV (có mục tiêu chung, cụ thể, các hoạt động triển khai, người chịu trách nhiệm, thời gian, lộ trình triển khai, kinh phí, các chỉ số và đánh giá). Hướng dẫn các khoa, phòng, trung tâm xây dựng KH phát triển nhân lực. Xây dựng quy định cụ thể tuyển dụng, ưu đãi nguồn nhân lực y tế có chất lượng. XDKH đến các trường ĐH y chiêu sinh nhân lực chất lượng cao.	**Mức 2:** Xây dựng kế hoạch phát triển nhân lực hàng năm, có mục tiêu cụ thể (các chỉ số cụ thể: Các hoạt động triển khai, người chịu trách nhiệm, thời gian, lộ trình triển khai; nguồn kinh phí; sử dụng, đào tạo liên tục và duy trì, phát triển nguồn nhân lực). **Mức 3**: Thực hiện nội dung trong bản kế hoạch theo tiến độ đã đề ra. - Đảm bảo có ít nhất 50% chỉ số đạt được theo Kế hoạch. **Mức 4:** - Báo cáo của đơn vị có đánh giá việc thực hiện kế hoạch phát triển nhân lực. - Triển khai kế hoạch đúng tiến độ (Nội dung chưa triển khai đúng tiến độ phải có lý do, nguyên nhân). - Triển khai các giải pháp khắc phục chỉ tiêu chưa hoàn thành. - Đảm bảo có ít nhất 75% chỉ số đạt được theo Kế hoạch. **Mức 5**: - Đảm bảo có ít nhất 100% chỉ số đạt được theo Kế hoạch. - Triển khai giải pháp CTCL việc XD và thực hiện KH. - Hoặc Chia sẻ kinh nghiệm CTCL việc thực hiện KH cho các đơn vị khác.
					"- Phòng TCHC (Chịu trách nhiệm cấp BV về tiêu chí này): - Xây dựng các mục tiêu, theo dõi các chỉ số nhân lực y tế/giường bệnh, công bố các tỷ lệ và theo dõi các chỉ số khác: về hưu, điều chuyển... đo lường tình hình biến động nhân	**'- Các khoa, phòng, trung tâm**: **Mức 1:** Có mảng/lĩnh vực chuyên môn của đơn vị bị ngừng hoạt động do thiếu nhân lực. **Mức 2**: Xây dựng chỉ tiêu và theo dõi chỉ số: BS/GB, ĐD/GB, BS/ĐD

21	B1.2	Bảo đảm và duy trì ổn định số lượng nhân lực BV	*3*	3	chuyển... đo lường tình hình biến động nhân lực y tế. XD đề án CTCL nhân lực trực, giải pháp hỗ trợ nhân lực trực tại các khoa, phòng. **- Phòng TCHC và Phòng ĐD, KHTH:** phối hợp sắp xếp nhân lực trực đảm bảo NVYT không bị trực < 4 ngày/lần, quản lý nhân lực Bs, ĐD.	**Mức 3:** Đặt ra các chỉ tiêu cần đạt cho các tỷ số: BS/GB, ĐD/GB, BS/ĐD **Mức 4:** Bảo đảm số lượng nhân lực cho điều trị và chăm sóc NB 24h trong ngày. (Các khoa Đông y : Không có NVYT phải trực 24/24 giờ). **Mức 5:** Duy trì số lượng BS, ĐD đạt chỉ tiêu BS/GB,ĐD/GB, BS/ĐD đã đề ra theo từng giai đoạn. - XD được chỉ số mới để đo lường và theo dõi tình hình biến động nhân lực của khoa khác với chỉ số ở Mức 2. - Báo cáo/đánh giá kết quả thực hiện công việc của các VTVL. - Chỉ ra các vị trí chưa hoàn thành công việc theo quy định, đề xuất chỉnh sửa bổ sung nhiệm vụ cho VTVL được đánh giá. - Thực hiện và chia sẻ CTCL giảm nhân lực, nâng cao năng suất lao động (sáng kiến).
22	B1.3	Bảo đảm cơ cấu chức danh nghề nghiệp và xác định vị trí việc làm của nhân lực BV.	*3*	3	**- Phòng TCHC** (Chịu trách nhiệm cấp BV về tiêu chí này): Là đầu mối hướng dẫn, hỗ trợ, theo dõi XD bản mô tả công việc, đề án VTVL của các khoa, phòng, xây dựng KH tuyển dụng nhân lực và tuyển nhân lực theo VTVL của các khoa, phòng trình ban GĐ phê duyệt. Đánh giá tính khả thi của các bảng mô tả công việc hàng năm, hướng dẫn các đơn vị đánh giá của các bảng mô tả công việc.	**Các khoa, phòng, trung tâm**: **Mức 1**: Không có bản mô tả công việc cho các chức danh nghề nghiệp. **Mức 2**: - XD bản MTCV cho đầy đủ các chức danh nghề nghiệp của đơn vị. - Cập nhật bản MTCV ít nhất 2 năm 1 lần và khi cần (thay đổi, điều chỉnh nhân lực, công việc). **Mức 3**: - Trình LĐ phê duyệt (Gửi TCCB để phê duyệt) - Lập KH nhân lực dự kiến phù hợp với danh mục VTVL.

						Mức 4: - Đảm bảo đủ BS.nhân lực theo đúng đề án VTVL (không tính các vị trí thiếu do nghỉ chế độ hoặc chuyển công tác trong vòng 6 tháng). - Đánh giá tính khả thi của các bản MTCV (NV nắm được VTVL của mình).
						Mức 5: - Tuyển đủ số lượng người làm việc theo VTVL. - Báo cáo đánh giá kết quả thực hiện công việc của các VTVL. - Chỉ ra các vị trí đã hoặc chưa hoàn thành công việc theo quy định, đề xuất chỉnh sửa bổ sung nhiệm vụ cho VTVL được đánh giá.
		CHƯƠNG B2: CHẤT LƯỢNG NGUỒN NHÂN LỰC (3)				
23	B2.1	NVYT được đào tạo liên tục và phát triển kỹ năng nghề nghiệp	*2*	3	**- Phòng TCHC, ĐD, KHTH :** TCCB (Chịu trách nhiệm cấp BV về tiêu chí này) + Hướng dẫn các khoa theo dõi đào tạo liên tục, tổng hợp nhu cầu đào tạo từ các khoa, XDKH tổ chức thực hiện đào tạo tập trung, đào tạo liên tục đủ số giờ theo quy định, NCKH, đào tạo theo quy hoạch...theo dõi, giám sát, báo cáo tổng hợp kết quả, đánh giá, áp dụng. XDKH đào tạo liên tục cụ thể; Có nghiên cứu, đánh giá tình hình đào tạo liên tục, chỉ ra các mặt mạnh,yếu, XDKH để CTCL. + Theo dõi, hướng dẫn, giám sát các khoa TD đào tạo liên tục. Đảm bảo đầy đủ phương	- **Các khoa, phòng, trung tâm**: Có KH, kết quả kiểm tra tay nghề tại khoa, có hình thức khuyến khích nhân viên học tập nâng cao tay nghề, chuyên môn; Có KH, theo dõi đào tạo liên tục, theo dõi các ưu nhược điểm để CTCL. '**Mức 1**: Không có kế hoạch đào tạo cho nhân viên.
						Mức 2: - XDKH đào tạo cho nhân viên của đơn vị (theo mẫu của TTĐT). (Các phòng, khoa KSNK, khoa Dược: XDKH đào tạo cấp BV (tại BV/ngoài BV) cho chuyên môn của đơn vị mình).

					tiện, tổ chức có hiệu quả các các buổi đào tạo tại BV. Có hình thức tập huấn, đào tạo, chia sẻ kinh nghiệm từ các nhân viên có trình độ/chuyên gia như: sinh hoạt khoa học, hội thảo, truyền đạt lại nội dung hội thảo/nội dung tham quan...cho NV tại khoa, phòng…Liên hệ với các đơn vị thu hút nguồn đào tạo cho BV **- Phòng TCCB**: Phối hợp với phòng ĐD, phòng KHTH xây dựng KH, 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...	**Mức 3:** - XDKH, triển khai kiểm tra tay nghề cho: BS; ĐD, HS, KTV; Dược sĩ và đưa ra được kết quả kiểm tra. - Theo dõi số NV trong đơn vị được đào tạo liên tục (tại đơn vị mình, tại BV và ngoài BV) **'Mức 4:** - Tổ chức tập huấn, đào tạo, chia sẻ kinh nghiệm từ các NV có trình độ/chuyên gia trong/ngoài đơn vị như: sinh hoạt khoa học, hội thảo, truyền đạt lại nội dung hội thảo/nội dung tham quan.... Hoặc Tổ chức kiểm tra tay nghề, đánh giá năng lực NV tại đơn vị (có phần thưởng cho người tham gia có thành tích tốt) **Mức 5:** - TD đầy đủ tất cả đào tạo của nhân viên trên Excel (Theo mẫu của TTĐT có tính giờ đào tạo cho từng NV và từng chương trình đào tạo, theo dõi được số nhân viên được khoa, phòng cử đi học theo KH và số đi học thực tế). - Tổng hợp đánh giá/nghiên cứu tình hình đào tạo liên tục, theo dõi ưu nhược điểm của đào tạo để CTCL liên tục.

						'Mức 5: *** Phòng KHTH:** **-** Cập nhật kịp thời theo dõi đào tạo toàn BV, giám sát, kiểm tra việc TD đào tạo tại các khoa phòng. - Theo dõi được số nhân viên được khoa, phòng cử đi học theo KH và số đi học thực tế. - Đánh giá/nghiên cứu tình hình đào tạo liên tục và chỉ ra được những mặt hạn chế cần khắc phục. Tham mưu cho Giám đốc hình thức khuyến khích. - 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. *** Phòng TCCB:** XD 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
24	B2.2	NVYT được nâng cao kỹ năng ứng xử, giao tiếp, y đức	*2*	3	**- Phòng TCHC, KHTH, ĐD: TCHC (Chịu trách nhiệm cấp BV về tiêu chí này) XDKH, tổ chức nâng cao kỹ năng ứng xử, giao tiếp, y đức cho NVYT, tổ chức, theo dõi ký cam kết, triển khai các hình thức, đánh giá báo cáo các hình thức triển khai. Theo dõi tổng hợp các thư khen của NB, hình thức khen thưởng cho NVYT.**	**- Các khoa, phòng, trung tâm:** Đào tạo, cử nhân viên tham gia các lớp GTUX. Giám sát nhân viên trong đơn vị thực hiện giao tiếp ứng xử, báo cáo về tổ QLCL, phòngTCHC khi có sự cố về GTUX. **'Mức 1:** Tập thể hoặc cá nhân vi phạm y đức, thái độ GTUX đăng tải trên các phương tiện truyền thông, đường dây nóng, NB/NNNB có ý kiến mà kiểm tra là có yếu tố từ NVYT nhưng không báo cáo. Có đơn thư khiếu nại của NB/NNNB, khách hàng đến liên hệ công tác về thái độ GTUX của NV.

						Mức 2: - XDKH đào tạo, giám sát việc thực hiện và tiến hành nâng cao kỹ năng GTUX, y đức cho nhân viên trong đơn vị. - Cử nhân viên tham gia các lớp tập huấn nâng cao kỹ năng GTUX, y đức của BV/tự tổ chức đào tạo tại đơn vị.
						Mức 3: - Đào tạo/tập huấn về GTUX cho > 50% NV. - Cam kết giữa NV với LĐ đơn vị, LĐ đơn vị với lãnh đạo BV về nâng cao tinh thần trách nhiệm, thái độ GTUX, y đức của NVYT với NB (giao tiếp có
						Mức 4: - Triển khai nhiều hình thức đào tạo GTUX cho NV trong đơn vị. - Đào tạo/tập huấn về GTUX cho > 70% NV. - Đánh giá/tổng hợp triển khai nâng cao GTUX cho
						Mức 5: - Đào tạo/tập huấn về GTUX cho > 80% NV. - Kết quả K/sát hài lòng NB về thái độ GTUX, y đức của NVYT đạt kết quả tốt không có đơn thư khiếu nại, ý kiến thắc mắc của NB (Sự cố, đường dây nóng, đăng tải trên truyền thông). Có cá nhân hoặc vụ việc tiêu biểu về y đức, GTUX, được NB/NNNB/ các phương tiện truyền thông đăng tải ca ngợi, biểu dương.

25	B2.3	BV duy trì và phát triển bền vững chất lượng nguồn nhân lực	*2*	3	**- Phòng TCHC** (Chịu trách nhiệm cấp BV về tiêu chí này) Có quy định thu hút, tuyển dụng và duy trì nguồn nhân lực y tế có chất lượng, hình thức hỗ trợ cho NVYT đi học trong quy chế chi tiêu nội bộ. NVYT sau khi đào tạo được bố trí việc làm và ưu đãi phù hợp, kịp thời. Có theo dõi tỷ lệ Bs, NVYT sau khi đi học, bố trí công việc, báo cáo, đánh giá và thực hiện CTCL.	**Các khoa, phòng, trung tâm**: XD quy định khuyến khích, động viên cho NVYT đi học. Nâng tỷ lệ CBVC có trình độ sau ĐH. Bố trí việc làm phù hợp sau khi đi học. **Mức 1**: Không có KH đào tạo cho nhân viên theo trình độ chuyên môn.
						Mức 2: XDKH đào tạo cho nhân viên nâng cao trình độ chuyên môn theo VTVL.
						Mức 3: - Bố trí vị trí việc làm phù hợp với đào tạo cho NV sau khi hoàn thành đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn. - Theo dõi, đánh giá NV sau khi được đào tạo. - Phân công/hướng dẫn, kèm cặp, giám sát NV mới, đánh giá mức độ hoàn thành công việc.
						Mức 4: - Tạo dựng môi trường làm việc tốt, phân công công việc phù hợp với thu nhập của NV. Tỷ lệ BS bỏ việc, chuyển sang bệnh viện khác trong năm chiếm dưới 5%. - Đạt 40% tỷ lệ Bs/CB/NV trình độ sau ĐH .
						Mức 5: - Tạo dựng môi trường làm việc tốt, phân công công việc phù hợp với thu nhập của NV. Không có Bs, NV xin chuyển công tác. - Đánh giá chất lượng của NV sau đào tạo, áp dụng vào CTCL nâng cao trình độ chuyên môn cho NV.

	CHƯƠNG B3. CHẾ ĐỘ ĐÃI NGỘ VÀ ĐIỀU KIỆN, MÔI TRƯỜNG LÀM VIỆC (4)					
			12	*13*	1	
26	B3.1	Bảo đảm chính sách tiền lương, chế độ đãi ngộ của NVYT	*4*	4	**- Phòng TCHC (Chịu trách nhiệm cấp BV về tiêu chí này) và Các khoa, phòng:** NVYT được thông báo về tính chất công việc, loại hình hợp đồng, mức lương, phụ cấp, được đóng BHXH. XD/tổ chức thực hiện quy chế chi tiêu nội bộ, tiêu chí nâng lương trước thời hạn. **- Phòng TCHC, TCKT:** Đánh giá hiệu quả "chi trả dựa trên kết quả công việc" hàng quý, đưa ra các ưu, nhược điểm, CTCL. Thực hiện chi trả lương, thu nhập tăng thêm, tiền trực, phẫu tuật thủ thuật, ngoài giờ...đúng thời gian quy định. **- TCHC:** Tổ chức thực hiện nâng lương trước thời hạn đúng quy định.	**'- Các khoa, phòng, trung tâm:** **Mức 2**: Toàn bộ NVYT làm việc từ 3 tháng trở lên đều được hưởng lương và các thu nhập hợp pháp khác do bệnh viện chi trả. - **TCHC**: Xem xét, tham mưu cho LĐBV các trường hợp ĐD học việc dài ngày. - Đảm bảo NVYT được trả lương và các thu nhập hợp pháp khác do bệnh viện chi trả, được đóng BHXH...đúng thời gian. **'Mức 3:** - Thông báo, hướng dẫn NVYT công việc được phụ trách - Nộp ngày công đúng thời gian theo quy định của TCCB. - Phản hồi/báo cáo các trường hợp NVYT được trả lương, thưởng không đúng hạn, không đầy đủ số tiền theo như quy định, tăng lương, thưởng không đúng thời gian quy định. **-TCCB:** Thông báo về tính chất công việc, loại hình hợp đồng (ngắn hạn, dài hạn hoặc viên chức) cho NV được ký làm việc, thời gian làm việc và mức lương, phụ cấp được hưởng + trả lương, thưởng theo đúng hạn và đầy đủ số tiền theo như quy định + tăng lương, thưởng theo đúng thời gian quy định + xét nâng lương trước thời hạn kịp thời đúng quy định + Nộp bảng công đúng thời gian cho TCKT. **- TCKT:** Xây dựng quy định cụ thể ngày trả lương, thưởng, tiền PT-TT, thanh toán tiền đào tạo, công tác phí … và thực hiện đúng quy định.

						'Mức 4: - Đơn vị có cá nhân tiêu biểu, có nhiều thành tích và cống hiến được nâng lương trước thời hạn.
						Mức 5: Đánh giá mức độ hoàn thành công việc của NV trong đơn vị, tiếp cận hình thức "chi trả dựa trên kết quả công việc"gửi kết quả đánh giá về TCHC đúng quy định, kết quả đánh giá khách quan, hợp lý.
27	B3.2	Bảo đảm điều kiện làm việc và vệ sinh lao động cho NVYT	*3*	3	**- Phòng TCHC ((Chịu trách nhiệm cấp BV về tiêu chí này) : XDKH tổ chức may BHLĐ cho NVYT đúng quy định. TCHC kiểm tra tuân thủ quy định trang phục và có báo cáo kết quả toàn BV, chỉ ra ưu nhược điểm, giám sát các đơn vị thực hiện giải pháp.** **- TCHC**: Có kế hoạch, quy định thời gian cung cấp trang phục đúng thời gian và đủ theo quy định. **- Tổ QLCL:** Lập KH, khảo sát hài lòng NVYT hàng quý, phân tích, báo cáo KQ có đầy đủ các khía cạnh NV chưa hài lòng. - **Phòng TCHC:** Hàng quý XDKH họp với các khoa có tỷ lệ HL NVYT thấp - đưa ra giải pháp, theo dõi thực hiện các giải pháp. Lập hồ sơ vệ sinh lao động, đo kiểm tra môi trường lao động định kỳ, can thiệp cải thiện điều kiện làm việc, vệ sinh lao động, mua BH trách nhiệm nghề nghiệp.	- **Các khoa, phòng, trung tâm**:
						'**Mức 1:** Có NVYT không được trang bị trang phục, phương tiện làm việc. NVYT không tuân thủ trang phục, phương tiện bảo hộ/an toàn lao động theo hướng dẫn và quy định của BV. Phòng làm việc không bảo đảm điều kiện về CSVC như nhà dột nát, bàn ghế hỏng…
						Mức 2: - Đảm bảo điều kiện TTB, văn phòng, bàn ghế làm việc đầy đủ. Có đầy đủ TTBYT cần thiết phục vụ công tác chuyên môn, TTB không bảo đảm được thay thế kịp thời. NVYT tuân thủ quy định về trang phục. Phòng không dột, nát, tường không bong tróc. - Cung cấp đầy đủ khẩu trang, găng tay, trang phục bảo hộ cho nhân viên trong phẫu thuật và phòng/chống dịch. **- TCCB:** Xây dựng KH cung cấp BHLĐ cho NVBV.

Mức 3: Sử dụng đúng trang phục được quy định trong quy định về GTUX (quần áo, thẻ, giày, dép, son môi, cặp tóc (nữ) + NV đi tập huấn về vệ sinh an toàn lao động đủ theo danh sách.

- Các khoa LS+CLS:

+ Sẵn có các phương tiện, thuốc, hóa chất … để sơ cấp cứu kịp thời NVYT bị phơi nhiễm nghề nghiệp đúng quy định

+ Tập huấn/HD cho NV trong khoa biết cách sơ cấp cứu trong trường hợp bị phơi nhiễm nghề nghiệp (phỏng vấn NV khoa), cập nhật thông tin mới/tập huấn về VSATLĐ, đặc biệt phòng tránh các tình huống, vấn đề mới phát sinh như các bệnh truyền nhiễm nguy hiểm.

- TCCB: Thực hiện cung cấp BHLĐ cho NVBV, họp với các khoa có tỷ lệ HLNVYT thấp/có ý kiến, thắc mắc đúng thời gian quy định.

Mức 4:

- Khảo sát hài lòng NVYT điền đúng, đầy đủ các thông tin phiếu yêu cầu.

- Đánh giá về trang phục của đơn vị đạt sạch, đẹp, đồng bộ thể hiện được sự nghiêm túc, chuyên nghiệp.

*** TCCB:** Báo cáo việc kiểm tra/đánh giá thực hiện trang phục, BHLĐ của NVYT, chỉ rõ các ưu, nhược điểm của các đơn vị trong BV.

						Mức 5: - Phối hợp với TCCB và tiến hành can thiệp cải thiện điều kiện làm việc, VS lao động cho NVYT dựa trên các kết quả khảo sát. - Nắm bắt và HD/giải thích cho NV về các chế độ, chính sách được hưởng theo quy định/hợp đồng (Không có NVYT đòi hỏi/yêu cầu không phù hợp theo quy định). - **TCCB:** + Tổ chức họp với các khoa có tỷ lệ hài lòng NVYT thấp. Tiến hành can thiệp cải thiện điều kiện làm việc, vệ sinh lao động cho NVYT dựa trên các kết quả khảo sát.
28	B3.3	Sức khỏe, đời sống tinh thần của NVYT được quan tâm và cải thiện	*2*	3	**- Phòng TCHC (Chịu trách nhiệm cấp BV về tiêu chí này)**: XD, tổ chức, tổng hợp, báo cáo, theo dõi KH khám sức khỏe định kỳ cho CBVC, có báo cáo, đưa ra được các cảnh báo nguy cơ bệnh tật, áp dụng CTCL để nâng cao sức khỏe cho CBVC. Tổng hợp, báo cáo tham quan, du lịch và tham gia phong trào TDTT của các khoa, phòng.	**- Các khoa, phòng, trung tâm:** XDKH, Tổ chức cho CBVC trong đơn vị khám sức khỏe đầy đủ, đi tham quan du lịch, tham gia phong trào Văn nghệ-Thể thao. **Mức 1**: Đơn vị có nhân viên đi làm không đi khám sức khỏe định kỳ theo quy định (có NV không đi khám, đi xin kết quả KSK) . Không tổ chức cho NV trong đơn vị đi tham quan, du lịch theo quy định của BV.
						Mức 2: - XDKH cho NV đi KSK, KH tổ chức cho NV đi tham quan, du lịch đúng theo KH, quy định của bệnh viện. - Đôn đốc, tạo điều kiện cho NV được KSK, đầy đủ. NVYT làm việc tại môi trường có yếu tố nguy cơ gây bệnh nghề nghiệp như lao, HIV/AIDS, viêm gan B… được XNCLS trước khi bố trí công việc để theo dõi tình trạng sức khỏe và phơi nhiễm nghề nghiệp.

						Mức 3: - Tổ chức cho NVYT đi KSK đầy đủ, đúng lịch (trừ trường hợp có lý do chính đáng). Nhân viên nghỉ dưỡng/nghỉ phép đúng quy định. - Tổ chức tham quan, nghỉ dưỡng, tổ chức sinh nhật, vui chơi tập thể cho nhân viên và được tối đa số nhân viên tham gia. - Sử dụng tiền hỗ trợ tham quan của BV đúng ý nghĩa, mục đích.
						Mức 4: - Khuyến khích, tạo điều kiện cho NVYT tham gia phong trào thể thao và văn hóa văn nghệ, vui chơi, giải trí do bệnh viện tổ chức.
						Mức 5: LĐ các khoa, phòng, trung tâm/ĐD/HS/KTV trưởng nắm được điều kiện, hoàn cảnh, tình trạng sức khỏe nhân viên y tế của đơn vị, phân tích, áp dụng kết quả phân tích vào can thiệp nâng cao tình trạng sức khỏe NVYT.
29	B3.4	Tạo dựng môi trường làm việc tích cực và nâng cao trình độ chuyên môn	*3*	3	**- Phòng TCHC** (Chịu trách nhiệm cấp BV về tiêu chí này): Xây dựng các tiêu chí cụ thể về tăng lương, khen thưởng, bổ nhiệm, kỷ luật… nhân viên và công bố công khai, thực hiện các hình thức động viên, khuyến khích, khen thưởng. XD kế hoạch tiến hành can thiệp các vấn đề NVYT chưa hài lòng. **- T.QLCL** phân tích nội dung, kết quả khảo sát môi trường thân thiện, điều kiện lao động, được tôn trọng, ... gửi các đơn vị. **- Phòng TCHC:** Khảo sát ngẫu nhiên trên 7	- **Các khoa, phòng, trung tâm:** Góp ý, XD quy chế chi tiêu nội bộ. XD mục tiêu hài lòng NVYT tại đơn vị. Động viên, khen thưởng NV kịp thời, phối hợp với TCCB và QLCL để cải tiến sự HLNV. Tổ chức SH khoa học tại đơn vị, mời chuyên gia trong-ngoài Bv chia sẻ kinh nghiệm.
						Mức 1: Có đơn thư khiếu nại, tố cáo/phản ánh của NV đơn vị gửi các đơn vị quản lý về các hiện tượng mất dân chủ, mất đoàn kết, tiêu cực… và sau khi thanh tra, xác minh là đúng sự thật.

					người có ít nhất 5 người (tỷ lệ >70%) cho biết nhân viên được lãnh đạo trực tiếp quan tâm, tôn trọng và đối xử bình đẳng.	**Mức 2**: - Tổ chức cho NVYT trong đơn vị XD, đóng góp quy chế dân chủ, chi tiêu nội bộ của BV đầy đủ. - XDKH tổ chức SHKH định kỳ ít nhất 3 tháng/1 lần cho NV trong đơn vị. - Phân công chuyên gia và nhân viên trẻ báo cáo, trình bày chia sẻ kinh nghiệm trong các SHKH định kỳ.
						Mức 3: - Xây dựng môi trường học tập, tạo điều kiện cho NVYT có cơ hội được cập nhật kiến thức, nâng cao trình độ như tài liệu chuyên môn, truy cập mạng internet, tiếp cận tra cứu thông tin y học … - XD quy định và triển khai các hình thức thi đua, khen thưởng, động viên, khuyến khích các NVYT thực hiện tốt công việc/đạt chất lượng cao.
						Mức 4: - Tập hợp các tài liệu, hướng dẫn chuyên môn như Quy trình, quy định, phác đồ, dược thư…để ở vị trí thuận lợi tạo điều kiện cho mọi nhân viên trong đơn vị tiếp cận thường xuyên. (Khi hỏi tất cả NV trong khoa đều biết vị trí để) - Xây dựng môi trường học tập tạo ĐK 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…(mạng internet của đơn vị luôn có sẵn để NVYT tra cứu) - Khảo sát ngẫu nhiên trên 7 người có ít nhất 5 người cho biết được làm việc trong môi trường thân thiện.

						Mức 5: Thực hiện khen thưởng cho đúng các đối tượng hoạt động thực sự tích cực, hiệu quả. - XD và triển khai các GP can thiệp cải tiến tạo dựng môi trường làm việc tích cực và nâng cao trình độ chuyên môn cho NVYT
	CHƯƠNG B4. LÃNH ĐẠO BV (4)					
			13	*13*	0	
30	B4.1	Xây dựng kế hoạch, chiến lược phát triển BV và công bố công khai	*3*	3	**- Phòng KHTH** (Chịu trách nhiệm cấp BV về tiêu chí này): Xây dựng tầm nhìn, kế hoạch chiến lược phát triển Bv (KH ngắn, trung và dài hạn), XD chiến lược phát triển các mũi nhọn, công bố công khai, đo lường các chỉ số, xây dựng KH chi tiết hàng năm, định kỳ sơ kết, tổng kết việc thực hiện KH, xác định những vấn đề tồn tại có KH hoàn thành/giải pháp điều chỉnh. Hướng dẫn, hỗ trợ các khoa, phòng, trung tâm XDKH chiến lược các đơn vị. XD các giải pháp khắc phục các tồn tại trong các BC, kiểm tra, giám sát các đơn vị thực hiện GP. **- Phòng TCHC:** Kiểm tra việc thực hiện sơ kết KH hoạt động của các khoa phòng hàng quý.	- **Các khoa, phòng, trung tâm**: Xây dựng KH chiến lược ngắn hạn (1-2 năm), trung hạn (3-5 năm) và dài hạn (5-10 năm) phát triển đơn vị dựa trên KH phát triển tổng thể BV, có các chỉ tiêu đánh giá. Xác định những tồn tại, điều chỉnh KH ưu tiên nguồn lực để giải quyết. Đo lường các chỉ số trong bản KH. Sơ kết, đánh giá thực hiện KH. **Mức 1:** Không có bản kế hoạch phát triển, hoạt động của khoa,/phòng trong giai đoạn 5 năm. **Mức 2:** XDKH hoạt động, phát triển của đơn vị được LĐBV phê duyệt và công bố bản KH cho nhân viên biết. **Mức 3:** - Thực hiện đúng KH, tiến độ trong bản KH của đơn vị. **(**Trong KH phát triển tổng thể có KH cụ thể theo từng giai đoạn (giai đoạn ngắn hạn 1, 2 năm, giai đoạn dài hạn 5 năm hoặc trên 5 năm), có các chỉ số đích, mốc thời gian đạt được cụ thể và lộ trình thực hiện. - XD các GP cụ thể và nguồn lực để đạt được mục tiêu đề ra.

						Mức 4: **-** BC sơ kết, đánh giá việc triển khai, thực hiện KH hàng quý. - BC nêu được những nội dung đã và chưa thực hiện được theo đúng KH, xây dựng GP khắc phục. - Xác định những nội dung không khả thi và đề xuất điều chỉnh KH.
						Mức 5: Triển khai các GP khắc phục để thực hiện những nội dung chưa hoàn thành theo đúng KH. - Triển khai các GP khắc phục và huy động các nguồn lực để thực hiện những nội dung chưa hoàn thành theo đúng KH. - Điều chỉnh KH dựa trên KQĐG việc triển khai thực hiện, đặc biệt điều chỉnh những nội dung không hoặc ít tính khả thi. - XD chiến lược phát triển đơn vị, trong đó xác định những vấn đề ưu tiên, xác định các lĩnh vực, chuyên khoa mũi nhọn; thực hiện được các kỹ thuật cao, chuyên sâu...
31	B4.2	Triển khai thực hiện văn bản chỉ đạo dành cho BV	*3*	3	**- P. TCHC: Chịu trách nhiệm cấp BV về tiêu chí này** **- Mức 4:** TCHC: Rà soát định kỳ tiến độ triển khai văn bản chỉ đạo của các khoa phòng. **- Phòng TCHC, KHTH:** Hướng dẫn, giám sát, kiểm tra triển khai văn bản, ý kiến chỉ đạo của Giám đốc Bv đến được tới từng các CBVC của Bv. Tiến hành CTCL việc triển khai văn bản.	**- Các khoa, phòng, trung tâm:** Lãnh đạo các khoa, phòng triển khai văn bản của Bv đến được tới từng các CBVC. CBVC trong đơn vị biết được nội dung công văn đã triển khai. Theo dõi, quản lý văn bản đầy đủ, đúng theo hướng dẫn.
						Mức 1: Không có NV đầu mối cập nhật các văn bản. Phát hiện thấy đơn vị không cập nhật một hoặc nhiều văn bản chỉ đạo của BV mang tính bắt buộc thực hiện.

						Mức 2: - Phân công NV đầu mối chịu trách nhiệm tiếp nhận và cập nhật các văn bản chỉ đạo có liên quan đến hoạt động BV. - Lưu quy trình tiếp nhận và xử lý văn bản tại đơn vị. - Kiểm tra NV được phân công xử lý văn bản nắm được.
						'**Mức 3**: - Thực hiện lưu các bảng, danh sách thống kê các văn bản chỉ đạo của BV, Bộ Y tế… - Xử lý văn bản đến đúng hạn. - Phổ biến tới từng CBCCVC và người lao động có liên quan đến văn bản và NV nắm được nội dung văn bản (Phỏng vấn NV).
						Mức 4: - Triển khai thực hiện các hoạt động cụ thể đáp ứng yêu cầu của văn bản chỉ đạo (cung cấp bằng chứng cho một số văn bản ví dụ đã triển khai). - Áp dụng phần mềm để lưu trữ văn bản chỉ đạo. - Tìm kiếm được văn bản yêu cầu trong vòng 3 phút.
						Mức 5: - Triển khai, áp dụng phần mềm chuyên dụng quản lý văn bản. - Tiến hành rà soát việc phổ biến và triển khai thực hiện văn bản chỉ đạo (ưu, nhược điểm) - CTCL việc triển khai thực hiện văn bản chỉ đạo hoặc đề xuất sửa đổi bất cập của văn bản với cơ quan quản lý.

.	B4.3	Bảo đảm chất lượng nguồn nhân lực quản lý BV	*3*	3	**- Phòng TCHC: c**hịu trách nhiệm cấp BV về tiêu chí này): XD các tiêu chuẩn, tiêu chí cho các vị trí quản lý BV, khoa, phòng và công bố công khai. Thống kê tỷ lệ người quản lý có thể giao tiếp thông thường bằng tiếng Anh/chứng chỉ B, chứng chỉ Quản lý BV.	- **Các khoa, phòng, trung tâm**: Lãnh đạo khoa/phòng, ĐD/HS/KTV giao tiếp thông thường bằng ngoại ngữ, thành thạo tin học, có chứng chỉ QLBV. **Mức 1:** Có đơn thư khiếu nại, tố cáo, phản ánh về việc LĐ đơn vị thực hiện không đúng các quy định hiện hành (đã xác minh và phát hiện sai phạm). **Mức 2:** **-** Đảm bảo tỷ lệ trưởng/phó các khoa, phòng, trung tâm, ĐD/HS/KTV trưởng có chứng chỉ về QLBV chiếm từ 20% trở lên. **Mức 3:** - Đảm bảo 100% người quản lý (trưởng/phó các khoa, phòng, trung tâm, ĐD/HS/KTV trưởng khoa) sử dụng thành thạo máy tính, phần mềm nội bộ, các phần mềm tin học văn phòng, văn bản điện tử và thư điện tử. - Đảm bảo và duy trì ít nhất 50% người quản lý có thể giao tiếp thông thường bằng tiếng Anh hoặc có chứng chỉ Anh văn B trở lên. Tỷ lệ người quản lý có chứng chỉ QLBV chiếm từ 40% trở lên **Mức 4:** Đảm bảo **c**ó ít nhất 70% người quản lý" có thể giao tiếp thông thường bằng tiếng Anh hoặc có chứng chỉ Anh văn B trở lên. Tỷ lệ "người quản lý" có chứng chỉ QLBV chiếm từ 60% trở lên

						Mức 5: Đảm bảo có ít nhất 90% người quản lý" có thể giao tiếp thông thường bằng tiếng Anh hoặc có chứng chỉ Anh văn B trở lên. -Tỷ lệ "người quản lý" có chứng chỉ QLBV chiếm từ 80% trở lên. - 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… chiếm từ 90% trở lên.
33	B4.4	Bồi dưỡng, phát triển đội ngũ lãnh đạo và quản lý kế cận	*4*	4	**- Phòng TCHC** (Chịu trách nhiệm cấp BV về tiêu chí này): Xây dựng quy hoạch vị trí lãnh đạo và quản lý cấp khoa phòng và bồi dưỡng CB kế cận (KH cho CB các khoa, phòng nghỉ hưu). Có KH cử cán bộ trong diện quy hoạch đi học về chuyên môn, ngoại ngữ, tin học, quản lý.	**- Các khoa, phòng, trung tâm:** Phối hợp với TCHC xây dựng KH bồi dưỡng, phát triển đội ngũ lãnh đạo và quản lý kế cận **Cụ thể**: **Mức 1**: Không có quy hoạch cho vị trí lãnh đạo và quản lý cấp khoa, phòng. **Mức 2:** XDKH, phân công công việc cho những đối tượng trong quy hoạch vị trí lãnh đạo và quản lý. **Mức 3**: Thực hiện phân công, giao việc, kèm cặp cho đội ngũ kế cận. **Mức 4:** Tiến hành đánh giá, bầu chọn, bồi dưỡng đội ngũ lãnh đạo kế cận. **Mức 5:** Đảm bảo NV trong diện quy hoạch có trình độ quản lý (có chứng chỉ QLBV), ngoại ngữ đáp ứng yêu cầu vị trí quản lý và có thể thay thế lãnh đạo, quản lý đương nhiệm ngay khi cần.
PHẦN C. HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN (35)						
	CHƯƠNG C1. AN NINH, TRẬT TỰ VÀ AN TOÀN CHÁY NỔ (2)					
			4	*5*	1	

34	C1.1	Bảo đảm an ninh, trật tự BV	*2*	3	- **Phòng TCHC** (Chịu trách nhiệm cấp BV về tiêu chí này): XDKH trực bảo vệ, đi tuần tra, ký kết văn bản phối hợp với cơ quan an ninh địa phương. Nâng cao chất lượng và hiệu quả hoạt động của đội bảo vệ, .	**- Các khoa, phòng, trung tâm (Trừ phòng HCQT):** **Mức 1:** Không có các hướng dẫn, hình thức bảo vệ tài sản của khoa, phòng, người bệnh.
						Mức 2: XD các nội quy, cảnh báo, hướng dẫn NB/NNNB bảo quản tài sản. - XD các biện pháp chủ động phát hiện, ngăn chặn trộm cắp/thông tin cho bảo vệ.
						Mức 3: - Dán/treo nội quy giờ vào đơn vị, có hình thức kiểm soát được người ra vào khoa/phòng điều trị, nơi làm việc. - Cảnh báo/hướng dẫn chống mất trộm choNB/NNNB, triển khai các biện pháp chủ động phát hiện, ngăn chặn trộm cắp/thông tin cho bảo vệ. - Hướng dẫn quản lý tài sản cho NB thường xuyên.
						Mức 4: - Triển khai camera an ninh, cửa chắc chắn và có hình thức kiểm soát, hạn chế NB/NNNB ra, vào tự do.

						Mức 5: - Triển khai khóa từ/khóa số luôn trong trạng thái đóng; chỉ được mở bằng thẻ từ hoặc mã số. - Trang bị thẻ từ để mở khóa. Thẻ có tên, ảnh, mã số nhân viên hoặc bằng vân tay. - Kiểm soát NB hoặc đóng, mở cửa cho NB và NNNB vào – ra các khoa/phòng, hạn chế người đi lại tự do. Không có vụ việc mất trộm tài sản của NB/NNNB.
35	C1.2	Bảo đảm an toàn điện và phòng cháy, chữa cháy	*2*	2	- **Phòng TCHC:** XDKH kiểm tra bảo dưỡng hệ thống điện, o xy, khí nén, cứu hỏa. Đảm bảo các hệ thống hoạt động tốt. Các bình o xy phải đảm bảo để nơi râm mát, không có sánh sáng trực tiếp. **- Phòng TCHC:** XDKH kiểm tra, giám sát quản lý, sử dụng hệ thống cứu hỏa, XDKH diễn tập PCCC cho nhân viên Bv. Có chứng nhận PCCC, có danh sách bình cứu hỏa. Kiểm tra thực hiện an toàn PCCC tại các đơn vị hàng quý.	**'- Các khoa, phòng, trung tâm:** **Mức 1:** Có sự cố cháy, nổ gây thiệt hại, ảnh hưởng đến chuyên môn, với NB. - 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/dây dẫn điện. - Có bình chứa ô-xy tiếp xúc trực tiếp với ánh nắng mặt trời. - Họng nước cứu hỏa không hoạt động. - Có nhân viên không nắm được các nội dung PCCC. Sử dụng điện không hợp lý: Bật quạt, điều hòa khi không có người/yêu cầu sử dụng.
						Mức 2: - Xây dựng quy định/nội quy PCCC, có người chịu trách nhiệm. - Kiểm tra phát hiện các tồn tại về phòng cháy, khắc phục kịp thời, không có nguy cơ mất an toàn điện…hàng tháng. - Thực hiện tiết kiệm điện.

						Mức 3: - Đảm bảo NV phụ trách công tác PCCC đã tham dự tập huấn PCCC. - Đặt bình chữa cháy đầy đủ tại các vị trí của đơn vị theo quy định. - Tổ chức tập huấn PCCC cho ít nhất 50% nhân viên/lần/năm. - Hướng dẫn PCCC, sơ tán thoát nạn, cứu người, TTB y tế, tài sản, chống cháy lan được triển khai tới các NV trong đơn vị. - Cảnh báo cháy nổ/cấm lửa có đầy đủ tại các vị trí có nguy cơ. Chuông báo cháy, đèn khẩn cấp luôn trong tình trạng hoạt động.
						Mức 4: **- Phổ biến** NV biết các nội dung ở mức 3, NV nắm được các nội dung trên. Có danh sách số lượng bình chữa cháy tại đơn vị. Các bình chữa cháy được đặt ở vị trí gần với NVYT. - Đảm bảo tất cả NVYT nắm được tiêu lệnh, sử dụng được các phương tiện chữa cháy sẵn có và biết được phương án sơ tán thoát nạn, cứu người; vị trí cầu dao tự ngắt cho các máy móc TTB y tế. - Không có sự cố cháy, nổ trong năm.
						Mức 5: Đảm bảo không có sự cố chập điện, cửa thoát hiểm luôn mở/có sẵn chìa khóa ở vị trí thuận tiện mọi NVYT đều biết và có thể sử dụng ngay cửa thoát hiểm. - Có sáng kiến/giải pháp CTCL tiết kiệm điện, phòng cháy chữa cháy.

	CHƯƠNG C2. QUẢN LÝ HỒ SƠ BỆNH ÁN (2)					
			8	*8*	0	
36	C2.1	Hồ sơ bệnh án được lập đầy đủ, chính xác, khoa học	*4*	4	'**- Phòng KHTH** (Chịu trách nhiệm cấp BV về tiêu chí này): Đánh giá việc ghi chép, chất lượng thông tin, mã ICD có báo cáo kết quả. **Kiểm tra tại các khoa**: Hàng quý: Quy chế chẩn đoán bệnh, làm HSBA và kê đơn điều trị. Hàng tháng: HSBA được lập đầy đủ, chính xác, khoa học: Mỗi khoa 10 HSBA.	- C**ác khoa lâm sàng**: **Mức 1:** Có tình trạng HSBA chưa được lập kịp thời sau khi NB nhập viện (24h với NB cấp cứu và 36 giờ với bệnh thông thường). - HSBA có thông tin mâu thuẫn, không hợp lý, có nội dung không đọc được chữ viết. **Mức 2**: - Đảm bảo HSBA được Bs điều trị duyệt, chịu trách nhiệm về mặt nội dung thông tin, được làm đầy đủ, đúng quy định, có đầy đủ các thông tin cơ bản cần thiết.

Mức 3

Triển khai đầy đủ các nội dung:

- HSBA ngoại khoa có vẽ lược đồ PT, các thông tin về CS và điều trị được ghi vào HSBA ngay sau khi thực hiện và theo các quy định.
- HSBA đầy đủ các thông tin theo quy định như HC, chỉ định điều trị, chăm sóc sau khi kết thúc điều trị.
- Những thông tin cần điều chỉnh được gạch bỏ, ký tên người sửa và thời gian sửa (không tẩy xóa hoặc bôi đen).
- Có bảng mã ICD10 cho các bệnh thường gặp của các khoa lâm sàng tại phòng hành chính của khoa (được in rõ ràng, lành lặn, dễ đọc, đặt ở vị trí dễ quan sát/dễ lấy).
- Có HD/tập huấn cho Bs, ĐD về mã hóa bệnh tật theo ICD 10, cách ghi mã bệnh chính và bệnh kèm theo.
- Các thông tin bệnh được mã hóa chính xác theo bảng ICD 10 khi chẩn đoán và sau khi có kết luận ra viện.

						Mức 4: - Phân công NV kiểm tra HSBA thường quy, đánh giá việc ghi chép, chất lượng thông tin… - Thực hiện quy định, tiến hành kiểm tra ngẫu nhiên chất lượng HSBA và nhập mã ICD10. (Thực hiện được tất cả những nội dụng theo quy định bệnh án điện tử trên phần mềm) - Đánh giá/nghiên cứu về chất lượng HSBA và xác định tỷ lệ nhập sai mã ICD 10, có kết quả đánh giá.(Mã bệnh ICD 10 đúng với phác đồ và Danh mục ICD 10 đã thống nhất toàn viện ban hành năm 2019, trường hợp phát sinh bệnh mới phải có đề xuất với BV), - Đánh giá kết quả chỉ ra được những lỗi thường gặp của HSBA, TL nhập sai mã ICD 10, nguyên nhân chính và các giải pháp.
						Mức 5: Áp dụng kết quả kiểm tra HSBA để CTCL. Không có tình trạng các tồn tại từ đợt kiểm tra trước không được khắc phục/cải thiện.
37	C2.2	Hồ sơ bệnh án được quản lý chặt chẽ, đầy đủ, khoa học	*4*	4	**- Phòng KHTH: Chấm theo tiêu chí. Chấm ghi chép HSBA**	'- **Các khoa Lâm sàng:** **Mức 1**: Có HSBA để bừa bãi, lộn xộn, ẩm ướt…Người chịu trách nhiệm quản lý không biết/nắm được HSBA đang ở vị trí nào.
						Mức 2: Triển khai hình thức theo dõi- giao nhận HSBA.
						Mức 3: Sắp xếp HSBA theo trình tự các buồng, NB mới vào...

						Mức 4: Đảm bảo tất cả Bs có thể truy cập được thông tin của NB đã điều trị tại BV trên phần mềm máy tính để xem các thông tin về bệnh tật trong các lần điều trị trước phục vụ cho các lần điều trị tiếp sau.
						Mức 5: Tiến hành đánh giá thực trạng việc quản lý HSBA của khoa và chỉ ra được những khó khăn, nhược điểm cần giải quyết. - Áp dụng kết quả đánh giá vào việc CTCL quản lý HSBA. Không có tình trạng các tồn tại từ đợt kiểm tra trước không được khắc phục/cải thiện.
	CHƯƠNG C3. CÔNG NGHỆ THÔNG TIN Y TẾ (2)					
			6	*6*	0	
38	C3.1	Quản lý tốt cơ sở dữ liệu và thông tin y tế	*3*	3	- **Bộ phận CNTT** (Chịu trách nhiệm cấp BV về tiêu chí này): Có phân công NV phụ trách quản lý thông tin. Triển khai đủ hệ thống phần mềm báo cáo quản lý, thống kê các chỉ tiêu theo quy định. **- Phòng KHTH:** Theo dõi, đánh giá các chỉ số: Số lượt khám bệnh, nội trú...theo thời gian năm, quý và so sánh giữa các khoa/phòng. - **Tổ QLCL:** Theo dõi các chỉ số chất lượng BV hàng quý.	- **Các khoa, phòng:** **Mức 1:** Không cung cấp được các thông tin cơ bản đơn vị. Không phân công nhân viên phụ trách quản lý thông tin.
						Mức 2: - Báo cáo đầy đủ các số liệu theo quy định. - Thực hiện quản lý bằng sổ/phần mềm các nội dung BV đã triển khai: quản lý văn bản, đào tạo, viện phí và thanh toán BHYT; - Quản lý TTB y tế, thuốc, quản lý VTTH…
						Mức 3: Hoàn thành đầy đủ việc nhập thông tin các chỉ số, BC số liệu hoạt động khoa theo quy định BV. - Quản lý các hoạt động chuyên môn trên hệ thống CNTT. - Áp dụng ICD 10.“Bảng phân loại quốc tế phẫu thuật, thủ thuật” ICD9 - CM.

						Mức 4: Theo dõi chỉ số của khoa: số giường bệnh, bác sỹ, điều dưỡng, số lượt khám bệnh, nội trú…và các chỉ số áp dụng trong bộ chỉ số BV, chỉ số chuyên khoa. - Theo dõi các chỉ số của đơn vị trên hệ thống CNTT, đánh giá các chỉ số theo thời gian năm, quý và so sánh giữa các quý.
						Mức 5: Đánh giá về thực trạng quản lý các thông tin của khoa, chỉ ra các ưu, nhược điểm, XD giải pháp để CTCL. - Có các sáng kiến CTCL về ứng dụng CNTT trong việc thực hiện các hoạt động chuyên môn.
39	C3.2	Thực hiện các giải pháp ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý và hoạt động chuyên môn	*3*	3	**- Bộ phận CNTT** (Chịu trách nhiệm cấp BV về tiêu chí này): Triển khai ít nhất hai phân hệ phần mềm quản lý nghiệp vụ và chuyên môn. Áp dụng các phần mềm quản lý chuyên môn, hoạt động tại các khoa/phòng. Hệ thống máy tính nối mạng nội bộ và ứng dụng phần mềm quản lý chuyên môn trên mạng nội bộ: Hỗ trợ các khoa XN, LS các phiếu, kết nối mạng His-Lis, phần mềm kết nối các máy y tế: MRI, Ct - scanner. Tiến hành rà soát định kỳ/Nghiên cứu/đánh giá về phần mềm và ứng dụng CNTT, phát hiện lỗi/vướng mắc để CTCL. Kiểm tra NVYT các khoa sử dụng mạng thông tin nội bộ/internet 2 lần/năm.	**'- Các khoa, phòng, trung tâm:** **Mức 1:** Đơn vị có Bs, ĐD/HS/KTV/Dược sỹ/kỹ sư/chuyên viên không sử dụng được mạng Internet phục vụ cho công việc hiện tại.
						Mức 2: Bs, ĐD/HS/KTV/Dược sỹ/kỹ sư/chuyên viên các phòng sử dụng thành thạo mạng thông tin nội bộ của Bv/truy cập thông tin trên Internet.
						Mức 3: ĐD/HS/KTV: Quản lý số liệu thống kê của đơn vị, quản lý NB nội, ngoại trú, quản lý viện phí, thanh toán BHYT, xuất, nhập thuốc;
						Mức 4: Toàn bộ các khoa, phòng, TT có kết nối mạng nội bộ, đồng bộ hóa dữ liệu. - Các khoa CLS, phòng, trung tâm có phân hệ phần mềm quản lý riêng theo chuyên ngành. - Tất cả nhân viên sử dụng thành thạo phần mềm CNTT để triển khai các hoạt động tại đơn vị (Trừ Hộ lý, người không liên quan).

						Mức 5: Các khoa CLS, phòng, trung tâm: - Triển khai các phần mềm phân tích có biểu đồ, áp dụng bệnh án điện tử . - Có nghiên cứu, đánh giá/khảo sát việc thực hiện/áp dụng CNTT tại đơn vị. - Áp dụng/đề xuất kết quả rà soát, nghiên cứu chỉnh sửa phần mềm vào việc cải tiến hoạt động ứng dụng CNTT tại đơn vị/BV.
	CHƯƠNG C4. PHÒNG NGỪA VÀ KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN (6)					
			12	*12*	0	
40	C4.1	Thiết lập và hoàn thiện hệ thống kiểm soát nhiễm khuẩn	*3*	3	**- Khoa KSNK** (Chịu trách nhiệm cấp BV về tiêu chí này): Hội đồng KSNK, mạng lưới KSNK và các quy chế phù hợp. Tổ chức hoạt động đúng quy chế và thời gian (hàng quý). Hỗ trợ thành viên mạng lưới KSNK các khoa triển khai nhiệm vụ năm. -	**- Các khoa, phòng, trung tâm (Không áp dụng):** - Lưu các văn bản KSNK (nếu không có chấm không đạt tiêu chí triển khai văn bản B4.2) + QĐ kiện toàn hội đồng KSNK + QĐ kiện toàn mạng lưới KSNK và khoa có thành viên mạng lưới KSNK. + QĐ ban hành quy chế hoạt động mạng lưới KSNK + QĐ ban hành quy chế hoạt động hội đồng KSNK + Chứng nhận đào tạo KSNK của mạng lưới KSNK - Kiểm tra: + Khoa có thành viên mạng lưới KSNK. + Thành viên mạng lưới hoạt động theo quy chế.
					'- Khoa KSNK (Chịu trách nhiệm cấp BV về tiêu chí này): + Đào tạo về KSNK cho NV khoa, thành viên mạng lưới; theo dõi, giám sát việc thực hiện các QT và HD phòng ngừa	- Các khoa, phòng, trung tâm, mạng lưới KSNK: **Các khoa, trung tâm** '**Mức 1:** Chưa đạt mức 2

					KSNK tại Bv Kiểm tra, giám sát hàng tháng: Thực hiện các quy trình, quy định, hướng dẫn: Xử lý dụng cụ, đồ vải, chất thải. Hướng dẫn về phòng ngừa chuẩn. Kiểm tra đột xuất khi có các vấn đề bất thường.	**Mức 2**: Lưu giữ và phổ biến các quy trình: Xử lý dụng cụ; Xử lý đồ vải; Xử lý chất thải. Nhân viên có liên quan biết và thực hiện đúng các quy trình trên.
41	C4.2	Xây dựng và hướng dẫn NVYT thực hiện các quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn trong BV	*3*	3		**Mức 3**: + Nhân viên khoa được phổ biến các hướng dẫn KSNK, tìm được tài liệu tham khảo về KSNK do bệnh viện ban hành + Thành viên mạng lưới KSNK tham gia đào tạo KSNK do bệnh viện tổ chức + Khoa lưu giữ các tài liệu về KSNK và để tại vị trí để nhân viên dễ tiếp cận tham khảo khi cần (phòng ngừa chuẩn, vệ sinh bề mặt môi trường bệnh viện, xử lý phơi nhiễm...) và nhân viên thực hiện đúng các quy định trên.
						Mức 4: + Nhân viên khoa được đào tạo và sử dụng thành thạo các phương tiện phòng hộ cá nhân + Thực hiện theo dõi, giám sát các quy trình, quy định, hướng dẫn theo kế hoạch công tác KSNK tại đơn vị.
						Mức 5: + Báo cáo kết quả giám sát dựa theo bộ công cụ giám sát có tỷ lệ tuân thủ KSNK, các tồn tại, nguyên nhân, giải pháp thực hiện hàng quý. + Áp dụng kết quả giám sát/nghiên cứu vào CTCL trong thực hành tuân thủ công tác KSNK
					'- Khoa KSNK + ĐD: XD chương trình VS tay của năm. Điều chỉnh bộ công cụ, trang bị đầy đủ dụng cụ, phương tiện để Vs tay. Định	- **Các khoa, trung tâm**: **Mức 2**: Khoa tiến hành tập huấn quy trình, thời điểm vệ sinh tay cho toàn bộ nhân viên khoa

					kỳ khảo sát/đánh giá/nghiên cứu vệ sinh tay toàn BV, báo cáo kết quả, xác định các tồn tại để CTCL	**Mức 3:** - 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. - Trang bị hướng dẫn vệ sinh tay tại các bồn rửa tay. - Sẵn có dung dịch sát khuẩn tay nhanh tại các bàn/buồng tiêm và buồng thực hiện các kỹ thuật, thủ thuật.
42	C4.3	Triển khai chương trình và giám sát tuân thủ vệ sinh tay	*3*	3		**Mức 4:** - Có bồn rửa tay cho nhân viên, người bệnh, người nhà người bệnh và khách đến thăm tại khoa. - Sẵn có dung dịch sát khuẩn tay nhanh tại các vị trí (hành lang, trước cửa phòng/buồng…) có nhiều người tiếp xúc chung với vật dụng (tay nắm cửa…). - 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. - Có nghiên cứu (hoặc khảo sát, đánh giá) việc thực hiện vệ sinh tay của nhân viên các khoa/phòng trong bệnh viện.

						Mức 5: - Phổ biến kết quả khảo sát, đánh giá về việc thực hiện vệ sinh tay của nhân viên trong khoa, nhân viên khoa biết tỷ lệ tuân thủ VST trong quý. - Tiến hành biện pháp can thiệp tăng cường tuân thủ vệ sinh tay. - 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%). - Hàng quý nuôi cấy vi khuẩn trong nước tại một số vị trí như vòi nước ở buồng thực hiện phẫu thuật, thủ thuật, vòi nước uống trực tiếp từ các máy lọc nước (và các vị trí khác nếu có điều kiện thực hiện).
43	C4.4	Giám sát, đánh giá việc triển khai kiểm soát nhiễm khuẩn trong BV	*3*	3	**- Khoa KSNK (Chấm theo tiêu chí):** **- Hàng quý**: Khoa có BCKQ giám sát trọng điểm trong đó đưa ra được tỷ lệ tuân thủ, các tồn tại, nguyên nhân, giải pháp thực hiện, gửi và lưu báo cáo NKBV hàng tháng. Hàng tháng: Kiểm tra thực hiện tuân thủ KSNK như Giám sát trọng điểm, các biện pháp phòng ngừa chủ động theo đường lây, các biện pháp phòng ngừa làm giảm lây nhiễm cho NB và NVYT	**- Các khoa, trung tâm** (Trừ khoa Dược): **Mức 1:** Không có NVYT đầu mối chịu trách nhiệm giám sát việc triển khai KSNK.
						Mức 2: - Khoa có phân công nhân viên giám sát kiểm soát nhiễm khuẩn (kế hoạch KSNK). - Khoa xây dựng kế hoạch giám sát KSNK trong đó có đề cập nội dung cụ thể giám sát khoa trọng điểm, người trọng điểm…

					Mức 3: - Xây dựng/áp dụng 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… - Thực hiện giám sát trọng điểm, nhóm người bệnh trọng điểm/các đối tượng có nguy cơ nhiễm khuẩn cao như người bệnh thở 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 … theo bảng kiểm - Thực hiện các biện pháp phòng ngừa chủ động theo đường lây (không khí, giọt bắn, tiếp xúc, đường tiêu hóa…), 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, tiêm an toàn…). - Thực hiện kế hoạch của bệnh viện trong 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…).

						Mức 4: - 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. - Khoa Lâm sàng: Theo dõi, báo cáo tình hình NKBV trong khoa và nộp báo cáo đúng thời gian. Có danh sách người bệnh bị nhiễm khuẩn bệnh viện - Phân tích các trường hợp NKBV, có đề xuất các giải pháp can thiệp và phổ biến cho nhân viên.
						Mức 5: - Có báo cáo kết quả giám sát việc tuân thủ KSNK và phổ biến đến toàn bộ nhân viên trong khoa. - Có nghiên cứu về nhiễm khuẩn bệnh viện và ứng dụng kết quả nghiên cứu vào can thiệp giảm tỷ lệ NKBV. - Tỷ lệ tuân thủ KSNK của nhân viên trong khoa tăng dần hoặc giữ mức >95%. - Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện được theo dõi và giảm (so sánh 3 quý gần nhất).
	CHƯƠNG C5. CHẤT LƯỢNG LÂM SÀNG (5)					
			13	*13*	0	

44	C5.2	Nghiên cứu và triển khai áp dụng các kỹ thuật mới, phương pháp mới.	*3*	3	**- Phòng KHTH** (Chấm theo tiêu chí): Là đầu mối Xây dựng KH/đề án triển khai KT mới của năm. Hàng tháng theo dõi, thống kê, giám sát các KT mới, PP mới áp dụng. Kiểm tra hàng quý: Tiến độ triển khai KT mới, PP mới, thực hiện DMKT theo phân tuyến.	**- Các khoa, phòng** Các khoa thực hiện KT mới, PP mới. Các phòng, thực hiện PP mới, dịch vụ mới **Mức 1**: Không triển khai thêm được ít nhất 01 kỹ thuật (KT), phương pháp (PP) mới trong năm. - Thử nghiệm KT mới, PP mới nhưng chưa thực hiện đầy đủ các thủ tục thử nghiệm theo quy định/chưa được BV cho phép. - Thử nghiệm, trình diễn các KT, PP trên NB nhưng không có chứng chỉ hành nghề/chưa được cấp có thẩm quyền cho phép.
						Mức 2: - XDKH/đăng ký triển khai KT mới, PP mới trong năm. - Cử NVYT đi đào tạo/tập huấn/tham dự hội thảo, hội nghị về KT mới, PP mới tại BV/BV khác. - Triển khai thử nghiệm và thực hiện được từ 01 kỹ thuật tuyến trên/mới lần đầu tiên thực hiện tại BV mang tính thường quy với tần suất thực hiện ít nhất 1 lần/1 tháng.
						Mức 3: - Triển khai thử nghiệm từ 02 KT tuyến trên trở lên/KT mới, hiện đại lần đầu tiên thực hiện tại BV*. - Triển khai kỹ thuật và tự thực hiện được ít nhất 01 KT mới, PP mới (Sau khi thử nghiệm)

						Mức 4: **-** Triển khai thử nghiệm từ 03 KT tuyến trên trở lên hoặc 03 KT mới, hiện đại lần đầu tiên thực hiện tại BV trở lên *. - Sau thử nghiệm, tự thực hiện được toàn bộ các KT mới, PP mới đã triển khai. - Có trên 50% các KT mới, PP mới áp dụng mang tính thường quy với tần suất thực hiện ít nhất 1 lần/1 tháng (Phương pháp này được duy trì cho cả năm)
						Mức 5: Đã triển khai thử nghiệm từ 04 KT tuyến trên/KT mới, hiện đại lần đầu tiên thực hiện tại BV trở lên *. Sau thử nghiệm, tự thực hiện được toàn bộ các KT mới, PP mới đã triển khai. Có trên 70% các KT mới, PP mới áp dụng mang tính thường quy với tần suất thực hiện ít nhất 1 lần/1 tháng. - Nghiên cứu/đánh giá hiệu quả việc triển khai KT mới, PP mới, BC kết quả có nêu rõ những thành công, thất bại và khiếm khuyết cần khắc phục trong việc triển khai KTmới, PP mới. - Áp dụng KQ nghiên cứu vào việc CTCL. Triển khai thực hiện ít nhất 01 KT mới lần đầu tiên áp dụng tại Việt Nam hoặc trên thế giới. (Nếu đơn vị đã thực hiện được toàn bộ các kỹ thuật cao nhất trong danh mục tuyến cuối và các nội dung đánh dấu sao được coi là đạt)

45	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	*3*	3	**- Phòng KHTH, ĐD (Chấm theo tiêu chí): Lập danh sách các QTKT khám, chữa bệnh/QTKT điều dưỡng được thực hiện thường quy tại Bv. Là đầu mối chỉnh sửa/Cập nhật bộ tài liệu "Hướng dẫn QTKT khám, chữa bệnh"/QTKT điều dưỡng của Bv. Thực hiện giám sát tuân thủ QTKT hàng tháng, quý. Báo cáo tổng hợp --> đánh giá việc tuân thủ trong năm.** **- Tổ QLCL:** + Thực hiện giám sát các đơn vị xây dựng và thực hiện QTKT/QTQL	**- Các khoa, phòng, trung tâm**: Phải đảm bảo có đầy đủ quy trình cho các kỹ thuật khoa thực hiện. **Mức 1:** Không có tài liệu in/bản mềm các "Hướng dẫn QTKT khám bệnh, chữa bệnh"/Quản lý của BYT/BV. - Có sai phạm trong việc áp dụng/thực hiện QTKT (được HĐ chuyên môn BV đánh giá) gây hậu quả nghiêm trọng. **Mức 2**: Đặt/lưu tài liệu in/bản mềm các "Hướng dẫn QTKT khám bệnh, chữa bệnh"/quy trình quản lý (QTQL) của BYT/BV ở vị trí các Bs, ĐD dễ thấy, dễ lấy, thuận tiện cho việc tra cứu thông tin. - Phổ biến các "Hướng dẫn QTKT khám bệnh, chữa bệnh" tới các NVYT có liên quan để thực hiện. **Mức 3**: - Lập danh sách các QTKT, QTQL khám bệnh, chữa bệnh/Chăm sóc ĐD được thực hiện, NVYT biết và tuân thủ mang tính thường quy tại đơn vị. - XD bảng kiểm và đánh giá tuân thủ ít nhất 05 QTKT khám, chữa bệnh"/QTKTĐD/Quy trình quản lý đúng chuyên khoa. **Mức 4:** - Đánh giá sự tuân thủ ít nhất 10 QTKT * (05 của Bác sỹ và 05 Điều dưỡng thực hiện). - Báo cáo tổng hợp chỉ ra ưu, nhược điểm của đánh giá tuân thủ QTKT (mỗi Quí có bản báo cáo/tổng hợp tuân thủ QTKT, số lượt đánh giá ít nhất 5 lượt/Quy trình)

						Mức 5: **-** Đánh giá/nghiên cứu các QTKT có liên quan đến các SCYK (nếu có) tại đơn vị, có phân tích nguyên nhân, đưa ra GP khắc phục. - Chỉnh sửa, cải tiến QTKT (có yếu tố không phù hợp khi phân tích SCYK) nhằm hạn chế các SCYK xảy ra và CTCL lâm sàng. - Chia sẻ kinh nghiệm cải tiến QTKT, áp dụng KT cao, KT mới... cho các đơn vị trong BV bằng các hình thức như BC, viết sách, báo cáo sinh hoạt khoa học…
46	C5.4	Xây dựng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị	*4*	4	- **Phòng KHTH:** Chấm theo tiêu chí. **- Phòng ĐD:** Tham gia đánh giá tuân thủ Phác đồ khi được yêu cầu. **- Tổ QLCL**: Tham gia đánh giá tuân thủ phác đồ điều trị khi được yêu cầu, giám sát thực hiện tiêu chí.	'**- Các khoa, trung tâm**: Đảm bảo các bệnh điều trị tại khoa phải có phác đồ điều trị **Mức 1**: Không có tài liệu in/bản mềm các "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị" của BYT/BV. Có sai phạm trong việc áp dụng/thực hiện chẩn đoán, điều trị (được HĐ chuyên môn BV đánh giá) gây hậu quả nghiêm trọng.
						Mức 2: Đặt/lưu tài liệu in/bản mềm các "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị" của BYT/BV ở vị trí các Bs, ĐD dễ thấy, dễ lấy, thuận tiện cho việc tra cứu thông tin. - Phổ biến các "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị" tới các NVYT có liên quan để thực hiện.

						Mức 3: XD các "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị" cho các bệnh thường gặp phù hợp với điều kiện BV và đặc thù hoạt động chuyên môn, dựa trên các "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị" của BYT, đã XD được các "HD chẩn đoán và điều trị" cho ít nhất 10 bệnh thường gặp của chuyên khoa/tất cả (không có đủ 10 bệnh thường gặp của chuyên khoa sâu)
						Mức 4: Cập nhật, bổ sung kịp thời các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị thuộc phạm vi chuyên môn và mô hình bệnh tật của đơn vị khi có thay đổi. - Giám sát tuân thủ phác đồ điều trị cho ít nhất 10 bệnh thường gặp tại khoa, có báo cáo tại khoa tỷ lệ tuân thủ, phân tích ưu, nhược điểm để rút KN/Quí
						Mức 5: XD mới ít nhất 01 hướng dẫn chẩn đoán và điều trị phù hợp với đặc thù chuyên khoa và dựa trên y học chứng cứ. - Đánh giá/nghiên cứu hiệu quả việc triển khai áp dụng các HD chẩn đoán và điều trị tại đơn vị, có đánh giá, phân tích các sự cố y khoa (nếu có) xảy ra. - Áp dụng kết quả CTCL. - Chia sẻ kinh nghiệm cải tiến các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị trong sinh hoạt khoa học, giao ban BV và hội thảo cho các khoa, phòng khác.
					'- Phòng KHTH (Chấm theo tiêu chí): - Khoa Dược: Phối hợp với khoa khám bệnh thực hiện bình đơn thuốc, tối thiểu 1 lần/1 tháng.	**- Các khoa lâm sàng**: **Mức 1.** Không triển khai thực hiện, không có biện pháp và không theo dõi, giám sát việc tuân thủ các HD chẩn đoán và điều trị đã ban hành.

47	C5.5	Áp dụng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đã ban hành và giám sát việc thực hiện	*3*	3		**Mức 2:** Có quy định, NVYT được phổ biến về việc áp dụng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị và theo dõi việc tuân thủ. **Mức 3**: NVYT thực hiện đúng theo HD chẩn đoán và điều trị. - Thực hiện bình/kiểm tra HSBA, tối thiểu 1 lần/1 tháng, phản hồi kết quả với Bs, ĐD và các bên liên quan. - Giám sát tuân thủ các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh điều trị bằng KT cao, có chi phí lớn. - Mời Dược lâm sàng tham gia bình bệnh án của khoa (tối thiểu 1 lần trong năm). **Mức 4**: Giám sát việc tuân thủ chỉ định CLS, kê đơn của các bệnh án, có báo cáo (hàng quý) phản hồi cho NV. **Mức 5:** Sử dụng kết quả đánh giá, giám sát để CTCL lâm sàng.
	CHƯƠNG C6. HOẠT ĐỘNG ĐIỀU DƯỠNG VÀ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH(3)					
			10	*10*	0	
					'- **Phòng ĐD** (Chấm theo tiêu chí) - **Bộ phận CNTT**: Cài đặt phần mềm cập nhật tình hình nhân lực ĐD, NHS, KTV cho phòng ĐD quản lý và điều phối nhân lực phù hợp giữa các khoa	**- Các khoa, trung tâm:** **Mức 1**: Chưa có ĐDTK/HS/KTV trưởng trong vòng 6 tháng. **Mức 2**: Chưa có ĐDTK/HS/KTV trưởng dưới 6 tháng.

48	C6.1	Hệ thống điều dưỡng được thiết lập đầy đủ và hoạt động hiệu quả	*3*	3	

Mức 3: - XD bản mô tả công việc cho các vị trí ĐD/HS/KTV. Có XDKH hoạt động năm, triển khai công việc theo KH. - Phổ biến bộ công cụ (PĐD gửi HD) về kiểm tra, giám sát, đánh giá công tác CSNB. - Áp dụng các bộ công cụ (PĐD gửi HD) về kiểm tra, giám sát, đánh giá công tác CSNB. - BC nhân lực ĐD/HS/KTV và NB về phòng ĐD hàng ngày. - Đảm bảo ĐDTK có trình độ đại học; có chứng chỉ quản lý ĐD/tương đương/có bằng thạc sĩ QLBV. - Tham gia HĐĐD rà soát, cập nhật, bổ sung các quy định, QTKT CSNB.
Mức 4: - XD chỉ số đánh giá chất lượng CSNB và công tác điều dưỡng phù hợp: loét do tỳ đè, tỷ lệ tuân thủ QTKT, tỷ lệ sự cố y khoa do dùng thuốc cho NB, tỷ lệ ĐD tham gia đào tạo liên tục, tỷ số ĐD/giường bệnh. - Đo lường, đánh giá kết quả thực hiện các chỉ số hàng tháng, 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.

						Mức 5: Áp dụng kết quả đánh giá việc thực hiện kế hoạch vào việc CTCL CSNB và công tác ĐD. - Nghiên cứu/đánh giá chất lượng CSNB và công tác ĐD dựa trên các chỉ số đã XD. - Áp dụng kết quả vào việc CTCL CSNB và công tác ĐD. Có sáng kiến mới về CTCL CSNB, được phê duyệt và áp dụng rộng rãi trên phạm vi BV. Đánh giá kết quả áp dụng để chỉnh sửa, bổ sung các sáng kiến CTCL CSNB khác.
49	C6.2	NB được tư vấn, GDSK khi điều trị và trước khi ra viện	*4*	4	- Phòng ĐD (Chấm theo tiêu chí)	**'- Các khoa lâm sàng:** **Mức 1:** Không có quy định cụ thể về việc tư vấn, không có các tài liệu truyền thông, GDSK cho NB.
						Mức 2: Đặt/lưu các tài liệu truyền thông, GDSK cho NB do BYT/BV ban hành. - Tư vấn, truyền thông, GDSK phù hợp cho NB đạt
						Mức 3: - Phổ biến các tài liệu truyền thông, GDSK cho NB, người nhà NB. - Treo tranh ảnh, tờ rơi được ở vị trí dễ thấy, dễ lấy. - Quy định/HD tư vấn, GDSK cho NB/người nhà
						Mức 4: Đào tạo, tập huấn kỹ năng tư vấn, truyền thông, GDSK cho ĐD chiếm từ 70% trở lên. - Kiểm tra: NB được tư vấn, GDSK phù hợp với bệnh. NB có kiến thức, thực hành thiết yếu để tự theo dõi, chăm sóc, điều trị và phòng các biến chứng. NB được ĐD/HS được nhận định nhu cầu tư vấn, GDSK và ghi vào "Phiếu chăm sóc điều dưỡng".

						Mức 5: Đào tạo/tập huấn cho ĐD/HS về kỹ năng tư vấn, truyền thông, GDSK cho NB chiếm từ 90% trở lên. - Đánh giá/nghiên cứu hiệu quả hoạt động truyền thông, GDSK cho NB; có báo cáo ĐG, thông báo cho tất cả NVYT trong đơn vị, BC có chỉ ra những nhược điểm cần khắc phục, đề xuất GP CTCL.
50	C6.3	NB được theo dõi, chăm sóc phù hợp với tình trạng bệnh và phân cấp chăm sóc	*3*	3	- Phòng ĐD (Chấm theo tiêu chí): Kiểm tra Tuân thủ quy định theo dõi, chăm sóc, VS cá nhân và PHCN cho NB. Theo dõi phương tiện, dụng cụ cơ bản phục vụ cho việc chăm sóc. Tổ chức đào tạo/Hướng dẫn ĐD các khoa nhận định, lập KHCS NB phù hợp với bệnh. Tổng hợp, báo cáo các chỉ số chăm sóc trong Bv. Thực hiện các giải pháp CTCL trong CSNB.	'- **Các khoa:** **Mức 1:** Có vụ việc theo dõi, CSNB không đúng so với các hướng dẫn QTKT chuyên môn, gây hậu quả nghiêm trọng. - Không có quy định theo dõi, CS, VS, PHCN cho NB. **Mức 2:** - XD quy định theo dõi, chăm sóc, VS cá nhân và PHCN cho NB. NVYT được phổ biến, tập huấn, đào tạo về các quy định theo dõi, chăm sóc, VSCN và PHCN cho NB. - Kiểm tra: NB/NNNB được NVYT hướng dẫn cách tự theo dõi, CS.

						Mức 3: Có đủ các phương tiện, dụng cụ cơ bản phục vụ cho việc chăm sóc thể chất và VSCN cho NB. - Phối hợp với BS điều trị trong việc đánh giá phân cấp chăm sóc NB. - Thực hiện đi buồng ĐDT kiểm tra, giám sát việc tuân thủ thực hiện QTKT và CSNB hàng ngày và khi cần thiết. - Thực hiện chỉ định chế độ ăn bệnh lý cho NB, có chỉ định ăn qua ống thông, vận động, PHCN... được ĐD/HS kiểm soát thực hiện và ghi kết quả vào phiếu. - Can thiệp CS ĐD được ghi lại trong HSBA. - Hướng dẫn hỗ trợ và tập PHCN cho NB (nếu có nhu cầu). - Đánh giá nhu cầu và lập KHCS để thực hiện với NBCS cấp I (NVYT theo dõi, CS toàn diện cả thể chất và VS cá nhân). - NB có phẫu thuật được HD, hỗ trợ và thực hiện chuẩn bị trướcPT theo quy định của BV. - NB “giai đoạn cuối" được ĐD chăm sóc hỗ trợ giảm đau, thể chất và tinh thần.
						'Mức 4: Đánh giá nhu cầu và lập KHCS cho toàn bộ NBCS cấp II (ĐD/HS để thực hiện theo dõi, CSTD, bao gồm chăm sóc thể chất và VS cá nhân) - Trang bị đầy đủ các phương tiện để phòng chống loét do tỳ đè. - Bố trí NVYT/dịch vụ hỗ trợ CS thể chất và vệ sinh cá nhân cho NB (tắm, gội đầu, vệ sinh răng miệng, xoay trở, vỗ rung).

						Mức 5: XD các chỉ số ĐGCL công tác TD, CSNB (tỷ lệNB loét do tỳ đè, viêm phổi do ứ đọng…) đo lường, theo dõi trên biểu đồ các chỉ số đó, so sánh các chỉ số theo thời gian. - ĐG công tác TD, CSNB chỉ ra những nhược điểm cần khắc phục và đề xuất GPCTCL. - Tỷ lệ NB loét do tỳ đè giảm dần hàng năm (hoặc bằng 0%), viêm phổi do ứ đọng giảm dần hàng năm (hoặc bằng 0%). - Thực hiện các giải pháp CTCL công tác TD, CSNB dựa trên kết quả đánh giá và đo lường các chỉ số đã XD.
	CHƯƠNG C7. DINH DƯỠNG VÀ TIẾT CHẾ (5)					
			13	*15*	2	
51	C7.1	Hệ thống tổ chức thực hiện công tác dinh dưỡng và tiết chế được thiết lập đầy đủ	*3*	3	**- Khoa Dinh dưỡng (Chấm theo tiêu chí)** + Đảm bảo nhân viên được đào tạo, tập huấn về vệ sinh an toàn thực phẩm (2 lần/năm) - Thành lập mạng lưới Dinh dưỡng tại các khoa Lâm sàng trong BV.	**- Phòng TCCB, Dinh dưỡng:** Xây dựng đề án VTVL phù hợp với điều kiện hiện tại. Có bản mô tả vị trí việc làm của từng vị trí/nhân viên. - Các khoa, phòng, trung tâm không áp dụng tiêu chí này.
					'- **Khoa Dinh dưỡng** (Chấm theo tiêu chí): Đề xuất mua tủ lưu mẫu thức ăn	**Mức 1:** Khoa dinh dưỡng - tiết chế chưa có phòng làm việc độc lập.

52	C7.2	Bảo đảm cơ sở vật chất thực hiện công tác dinh dưỡng và tiết chế	*2*	3	**- Khoa KSNK**: Hàng tháng kiêm tra điêu kiện vệ sinh, lưu trữ mẫu thức ăn, tuân thủ vệ sinh ATTP của khoa Dinh dưỡng.	**Các khoa lâm sàng:** **Mức 2:** - Đảm bảo có cân, thước đo chiều cao. - Đặt/lưu tài liệu về dinh dưỡng tại khoa. - Hướng dẫn NB ăn đúng chế độ ăn theo quy định. - Treo bảng thành phần thực phẩm Việt Nam (protein, glucid, lipid và các thành phần khác).
						Mức 3: Bố trí có bàn ghế, quạt/điều hòa cho NB ăn uống, có nơi rửa tay.
						Mức 4: - Đảm bảo bàn ghế luôn sạch sẽ, không cáu bẩn/mỡ dính. - Trang bị xô/thùng đựng thức ăn thừa, có nắp đậy và được đậy kín đảm bảo VS.
						Mức 5: Bố trí khu vực/bàn tư vấn, truyền thông về DD. - Đảm bảo không có ruồi, gián, côn trùng, chuột và động vật có nguy cơ gây bệnh tại khu vực phòng ăn.
					'- **Khoa Dinh dưỡng** (chấm theo tiêu chí): Hội chẩn dinh dưỡng khi được yêu cầu. Hàng quý kiểm tra thực hiện cân trọng lượng cơ thể, đo chiều cao, tính chỉ số khối cơ thể, ghi hồ sơ bệnh án, đánh giá tuân thủ sàng lọc tình trang dinh dưỡng, tuân thủ chế độ ăn bệnh lý	**- Các khoa** **Mức 1:** NB không được cân trọng lượng cơ thể, đo chiều cao, tính BMI khi nhập viện.
						Mức 2: NB được cân, đo chiều cao, tính BMI khi nhập viện đạt 50% trở lên và ghi trong HSBA.

53	C7.3	NB được đánh giá, theo dõi tình trạng dinh dưỡng (DD) trong thời gian nằm viện	*3*	3	trạng dinh dưỡng, tuân thủ chế độ ăn bệnh lý tại các khoa Ls. Khảo sát việc đánh giá, theo dõi tình trạng dinh dưỡng của NB 2 lần/năm. - **Phòng ĐD:** giám sát việc thực hiện theo tiêu chí.	**Mức 3**: Tiến hành đánh giá, sàng lọc tình trạng dinh dưỡng ở những NB có nguy cơ suy DD theo mẫu phiếu quy định không quá 36 giờ kể từ khi nhập viện. - Hội chẩn về DD ở NB nặng có nguy cơ/suy DD. - ĐG tình trạng DD, tư vấn và chỉ định chế độ ăn bệnh lý cho NB theo mã của BYT cho những NB bắt buộc ăn theo chế độ ăn bệnh lý, ghi đầy đủ trong HSBA chế độ ăn, các thông tin cần lưu ý về DD. - Tư vấn, hướng dẫn NB tuân thủ. **Mức 4**: Lập kế hoạch theo dõi, đánh giá tình trạng DD ở NB có nguy cơ hoặc bị suy DD, mắc các bệnh lý có liên quan đến DD khi nhập viện. - Can thiệp DD dựa trên kết quả đánh giá. - Hội chẩn với khoa DD-tiết chế ở những NB nặng. **Mức 5:** - Can thiệp DD ở NB có chỉ định, TD, đánh giá lại tình trạng DD, tư vấn và điều chỉnh chế độ DD phù hợp, khảo sát việc đánh giá, theo dõi tình trạng DD của NB. - BC kết quả đánh giá chỉ ra những khó khăn, hạn chế, nhược điểm cần khắc phục và đề xuất giải pháp can thiệp. - Áp dụng kết quả vào CTCL đánh giá và theo dõi tình trạng DD NB

54	C7.4	NB được hướng dẫn, tư vấn chế độ ăn phù hợp với bệnh lý	*3*	3	- **Khoa Dinh dưỡng** (Chấm theo tiêu chí): - Phòng ĐD phối hợp với khoa dinh dưỡng: Hàng tháng giám sát việc tư vấn chế độ dinh dưỡng cho NB tại khoa điều trị, kiểm tra NVYT in, phát, tư vấn các tài liệu truyền thông về dinh dưỡng. Kiểm tra, giám sát tổ chức giáo dục, truyền thông về dinh dưỡng cho NB tại khoa Điều trị. Tiến hành khảo sát, đánh giá (hoặc nghiên cứu) việc hướng dẫn, tư vấn chế độ ăn phù hợp với bệnh lý cho NB.	**- Các khoa lâm sàng**: **Mức 1**: Có NB mắc các bệnh cần có lưu ý đặc biệt về chế độ ăn như đái tháo đường (ĐTĐ), tăng huyết áp (THA), bệnh thận…không được hướng dẫn, tư vấn chế độ ăn
						Mức 2: Tư vấn chế độ ăn phù hợp cho NB mắc các bệnh ĐTĐ, THA, bệnh thận…
						Mức 3: Bố trí góc truyền thông, có tranh ảnh, tờ rơi, băng hình về DD ở nơi tập trung nhiều NB và NNNB, có các thông tin về DD hợp lý, chế độ ăn các bệnh cần có lưu ý đặc biệt về chế độ ăn và cho các bệnh lý phù hợp với NB của khoa
						Mức 4: XD tài liệu truyền thông về DD cho NB dưới nhiều dạng như: tài liệu riêng/tờ rơi/lồng ghép vào "Phiếu tóm tắt thông tin điều trị" trong tiêu chí A4.1. - Tổ chức truyền thông, giáo dục về DD cho NB tại BB/trong các buổi họp HĐNB, GDSK, có phát tài liệu HD về DD cho NB/hình thức cung cấp khác như phát trên màn hình, Powerpoint...cho NB
						Mức 5: Tổ chức phòng tư vấn về dinh dưỡng cho NB, trong đó có cung cấp dịch vụ khám và tư vấn cho NB về dinh dưỡng và chế độ ăn bệnh lý. - Tiến hành KS, đánh giá việc HD, tư vấn chế độ ăn phù hợp với bệnh lý cho NB; - Có báo cáo đánh giá, trong đó có chỉ ra những nhược điểm, khó khăn cần khắc phục và đề xuất giải pháp CTCL. - Tiến hành CTCL tư vấn dinh dưỡng cho NB dựa trên kết quả khảo sát.

55	C7.5	NB được cung cấp chế độ dinh dưỡng phù hợp với bệnh lý trong thời gian nằm viện	*2*	3	**- Khoa Dinh dưỡng** (Chấm theo tiêu chí): XD, cập nhật các khẩu phần ăn bệnh lý khác nhau và tổ chức thực hiện, cung cấp cho NB. Tiến hành khảo sát, đánh giá/nghiên cứu việc cung cấp chế độ ăn phù hợp với bệnh lý cho NB, có báo cáo kết quả và đề xuất áp dụng CTCL ít nhất 1 lần/năm.	**- Các khoa lâm sàng :** **Mức 1.** Không có tài liệu quy định chế độ ăn bệnh lý của bệnh viện.
						Mức 2: - Lưu văn bản quy định và triển khai thực hiện hội chẩn giữa nhân viên khoa DD tiết chế với Bs điều trị về chế độ DD cho NB trong trường hợp NB mắc các bệnh liên quan đến DD. - Thực hiện đúng việc hội chẩn về DD khi NB có vấn đề về DD.
						Mức 3: Đảm bảo 50% NB bị ĐTĐ, THA, suy thận... được chỉ định chế ăn bệnh lý, được cung cấp bữa ăn đúng chế độ, bảo đảm VSATTP. - Trẻ em bị suy DD nặng cấp tính được điều trị theo HD chẩn đoán và điều trị bệnh suy DD cấp tính ở trẻ em từ 0-72 tháng tuổi theo quy định của BYT.
						Mức 4: Đảm bảo 70% đối tượng NB ăn cơm tại bệnh viện. - Khảo sát/đánh giá việc cung cấp chế độ ăn phù hợp với bệnh lý cho NB, có báo cáo đánh giá chỉ ra nhược điểm, khó khăn cần khắc phục và đề xuất giải pháp CTCL.
						Mức 5: Hỗ trợ DD cho NB suy DD nặng (bổ sung DD/DD đường TM) để cải thiện tình trạng DD. - Tổ chức được trên 90% NB đăng ký suất ăn tại BV (không bao gồm trẻ dưới 6 tháng tuổi). - Tiến hành CTCL dựa trên KQ đã khảo sát đánh giá.

	CHƯƠNG C8. CHẤT LƯỢNG XÉT NGHIỆM (2)					
			6	*6*	0	
56		Bảo đảm năng lực thực hiện các xét nghiệm theo phân tuyến kỹ thuật	*3*	3	**- Phòng VTTBYT:** +Lập KH theo dõi, bảo dưỡng các loại máy định kỳ. + Tổng thời gian bị tạm dừng XN do trang thiết bị không hoạt động được do hỏng hóc, sửa chữa… không quá 7 ngày trong năm. +Thực hiện KH bảo dưỡng đúng tiến độ.	**- Các khoa XN (chấm theo tiêu chí) :** Theo dõi, vệ sinh, bảo dưỡng máy định kỳ (có nhật ký theo dõi cụ thể). Có các hình thức như trao đổi, phản hồi thông tin liên quan đến xét nghiệm cho khách hàng. Hỗ trợ đào tạo, QLCLXN cho các đơn vị khác, có nghiên cứu KH liên quan đến XN được công bố kết quả. **- Các khoa lâm sàng:** **Mức 3**: - Có đủ mắc treo quần áo trong nhà VS, giá để ống nghiệm cho NB. - Tổ chức triển khai lấy mẫu tập trung và Tuân thủ QTKT XN. Có đủ ca, cốc đảm bảo sạch sẽ cho NB lấy mẫu nước tiểu. **- Tổ QLCL:** + **Mức 2:** XDKH, giám sát lấy mẫu bệnh phẩm, hỗ trợ các khoa XN khảo sát HLKH. + **Mức 3**: Tiến hành hỗ trợ KSHLKH, giám sát lấy mẫu BP. + **Mức 4**: BC kiểm tra đánh giá việc tuân thủ lấy mẫu BP, tuân thủ QT xét nghiệm. + **Mức 5:** Hỗ trợ triển khai các GP can thiệp, CTCL, duy trì hệ thống QLCL chung cho tất cả các phòng xét nghiệm tại bệnh viện.

57	C8.2	Thực hiện quản lý chất lượng các xét nghiệm	*3*	3	**Phòng KHTH:** Làm hợp đồng nội kiểm và triển khai thực hiện, theo dõi, đánh giá chất lượng XN. **- Phòng ĐD:** XDKH giám sát tuân thủ thực hiện QTKT xét nghiệm, đào tạo và đào tạo liên tục cho nhân viên xét nghiệm về các kỹ thuật mới triển khai tại BV.	**- Các khoa XN (Chấm theo tiêu chí):** **Tổ QLCL:** **Mức 2:** XDKH giám sát các hoạt động nội, ngoại kiểm XN. **Mức 3**: - Kiểm tra thực hiện. - Tham gia: Họp xem xét lãnh đạo (1 lần/ năm) đánh giá mức chất lượng PXN theo QĐ 2429 (2 lần/ năm) **Mức 4:** BC kết quả thực hiện - Báo cáo Họp xem xét lãnh đạo (1 lần/ năm) tổng hợp BC đánh giá mức chất lượng PXN theo QĐ 2429 (2 lần/ năm). **Mức 5:** Phối hợp với khoa XN cải tiến chất lượng XN dựa trên kết quả đánh giá.
	CHƯƠNG C9. QUẢN LÝ CUNG ỨNG VÀ SỬ DỤNG THUỐC (6)					
			22	*22*	0	
58	C9.1	BV thiết lập hệ thống tổ chức hoạt động dược	*4*	4	**- Phòng TCCB:** Phối hợp với Dược XDKH cập nhật nhân lực theo đề án VTVL.	**- Khoa Dược (Chấm theo tiêu chí):** + Có bản mô tả vị trí việc làm cho các vị trí trong khoa dược và xác định nhu cầu nhân lực khoa dược. + Bổ sung nhân lực Ds theo đề án VTVL. + Có phân công nhân viên phụ trách theo dõi, báo cáo ADR. + XDKH và tổ chức đào tạo/tập huấn cho nhân viên trong khoa về chuyên môn dược. + Tổ chức kiểm tra định kỳ hàng quý tất cả các đơn vị. **- Các khoa, phòng, trung tâm:** Không áp dụng

59	C9.2	Bảo đảm cơ sở vật chất và các quy trình kỹ thuật cho hoạt động dược	*4*	4	**- Phòng VTYT-CNTT, Khoa dược:** (Chấm theo tiêu chí) Không có vật tư y tế tiêu hao, hóa chất quá hạn hoặc không đạt chất lượng về mặt cảm quan. Tuân thủ quy trình cấp phát, kiểm soát chất lượng VTTHYT, hóa chất, xử lý các VTTHYT, hóa chất chất lượng không đảm bảo. Định kỳ kiểm tra thuốc tủ trực. Cung cấp được số liệu về xuất, nhập thuốc ngay khi được yêu cầu. Bảo đảm cung cấp đầy đủ thuốc, VTTHYT trong và ngoài danh mục cho NB nội trú. Có quy trình và phương án tổ chức cung ứng các VTTH/hóa chất hiếm. Tiến hành khảo sát, đánh giá việc cung ứng hóa chất và vật tư y tế, phân tích KQ, cải tiến chất lượng BV. Triển khai cung cấp VTTHYT cho các khoa. **- Tổ QLCL:** Kiểm tra thực hiện quản lý và sử dụng thuốc, VTTHYT tại khoa Dược và VTYT 2 lần/năm.	**- Các khoa LS và khoa CLS: Bảo đảm đầy đủ trang thiết bị, phương tiện bảo quản thuốc. Theo dõi số lượng thuốc xuất, nhập tại khoa bằng sổ sách, ghi chép rõ ràng**

60	C9.3	Cung ứng thuốc và vật tư y tế tiêu hao đầy đủ, kịp thời, bảo đảm chất lượng	*4*	4	'**- Khoa Dược: c**hấm theo tiêu chí): '**- Phòng VTTBYT** **Mức 1:** Có VTTH quá hạn hoặc không đạt chất lượng về mặt cảm quan nhưng không được để ở khu vực riêng chờ xử lý. **Mức 2:** XDKH kiểm kê VTTH, HC tại các khoa trong BV. **Mức 3:** Tiến hành rà soát, kiểm kê VTTH, hóa chất tại các khoa hàng quý. - Đảm bảo chất lượng, không bị quá hạn. - Cung ứng VTTH, HC cho các khoa kịp thời, nhanh chóng, chính xác. **Mức 4:** Đảm bảo cung cấp VTTH, HC trong và ngoài danh mục của BV liên tục, không gián đoạn; - Thống kê/báo cáo có nêu các ưu, nhược điểm, PT nguyên nhân và các GP khắc phục đối với các hạn chế, khuyết điểm (nếu có). Mức 5: CTCL dựa trên khuyết điểm, hạn chế đã chỉ ra.	**- Các khoa lâm sàng và khoa cận lâm sàng: có sử dụng thuốc hoặc trang bị hộp thuốc cấp cứu/hộp thuốc chống sốc đầy đủ. Bảo đảm cung cứng đầy đủ thuốc, VTYT theo danh mục thuốc tủ trực liên tục, không gián đoạn**

61	C9.4	Sử dụng thuốc an toàn, hợp lý	*3*	3	**- Khoa Dược (Chấm theo tiêu chí):** Tổ chức tập huấn cách sử dụng thuốc an toàn cho NVYT 1 lần/năm. Xây dựng danh mục LASA bằng hình ảnh phổ biến cho NVYT các khoa lâm sàng, khoa KB thực hiện **- Tổ QLCL+ P.ĐD + Khoa dược** XDKH tham gia kiểm tra, đánh giá sử dụng thuốc an toàn, hợp lý.	**Các khoa lâm sàng, khoa KB :+ Thực hiện 5 đúng khi sử dụng thuốc** **+ Bảo đảm kê đơn thuốc phù hợp với diễn biến bệnh và quy chế kê đơn** **+ Chia lẻ thuốc cho NB, cho NB uống thuốc dới sự chứng kiến của ĐD**
62	C9.5	Thông tin thuốc, theo dõi và báo cáo phản ứng có hại của thuốc kịp thời, đầy đủ và có chất lượng	*3*	3	**- Khoa Dược (Chấm theo tiêu chí)** **- Phòng KHTH:** XDKH phối hợp với khoa Dược kiểm tra, đánh giá việc báo cáo ADR	**- Các khoa lâm sàng : Cập nhật thông tin thuốc, theo dõi các phản ứng có hại của thuốc, báo cáo kịp thời cho khoa dược (theo mẫu báo cáo ADR).**

63	C9.6	Hội đồng thuốc và điều trị được thiết lập và hoạt động hiệu quả	*4*	4	**- Khoa Dược và Hội đồng thuốc (**Chấm theo tiêu chí)	**- Các khoa, phòng, trung tâm: Không áp dụng tiêu chí này**
	CHƯƠNG C10. NGHIÊN CỨU KHOA HỌC (2)					
			6	*6*	0	
64	C10.1	Tích cực triển khai hoạt động nghiên cứu khoa học	*3*	3	**- Phòng KHTH**(Chấm theo tiêu chí): Có đủ TTB phục vụ các hội nghị của BV. Là đầu mối hướng dẫn, hỗ trợ các đơn vị thực hiện NCKH. Tổ chức sinh hoạt KH cấp BV ít nhất 1 lần/tháng. Tổng hợp và chia nhóm các hoạt động NC đã và đang thực hiện (chia theo cấp đề tài) tối thiểu 4 nhóm. Hợp tác và cung cấp thông tin, số liệu, tài liệu đầy đủ cho các cơ quan quản lý và các đơn vị.	- Các khoa, phòng, trung tâm: **Mức 1:** Không tham gia NCKH/không hợp tác cung cấp số liệu, tài liệu cho NCKH **Mức 2:** - Tổ chức sinh hoạt KH định kỳ ít nhất 1 lần trong 2 tháng. **Mức 3**: Chủ trì 01 NCKH/sáng kiến CTCL được phê duyệt. - Tổ chức SHKH định kỳ ít nhất 1 lần/1 tháng. **Mức 4:** Chủ trì 01 NCKH được nghiệm thu. - Tham gia đề tài NCKH cấp tỉnh được nghiệm thu/Có ít nhất 01 bài báo được đăng trên tạp chí trong nước. - Có bài BC chia sẻ tại buổi SHKH BV.

						Mức 5: Có 01 bài báo KH được đăng trên các tạp chí quốc tế/01 công trình NCKH đạt giải thưởng quốc gia/quốc tế.
65	C10.2	Áp dụng kết quả nghiên cứu khoa học vào việc cải tiến chất lượng khám, chữa bệnh và nâng cao hoạt động BV	*3*	3	**- Phòng KHTH**: Chấm theo tiêu chí	**- Các khoa, phòng, trung tâm:** **Mức 1**: Không áp dụng kết quả NCKH do BV thực
						Mức 2: XDKH triển khai áp dụng 01 kết quả NC/sáng kiến để CTCL khám, chữa bệnh và nâng cao hoạt động của khoa phòng/BV.
						Mức 3: Triển khai áp dụng ít nhất 02 kết quả NC vào thực tiễn để CTCL khám, chữa bệnh và nâng cao hoạt động của khoa phòng/BV
						Mức 4: Báo cáo khảo sát, ĐG hiệu quả việc áp dụng kết quả nghiên cứu vào thực tiễn, có so sánh trước – sau khi áp dụng.
						Mức 5: Có bài báo cáo chia sẻ trong các buổi SHKH bệnh viện/Có ít nhất 01 sáng kiến hoặc GP mới về CTCL khám, chữa bệnh dựa trên NC; được đăng ký bản quyền sở hữu trí tuệ.
	PHẦN D. HOẠT ĐỘNG CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG (11)					
	CHƯƠNG D1. THIẾT LẬP HỆ THỐNG VÀ CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG (3)					
			8	*9*	1	

66	D1.1	Thiết lập hệ thống quản lý chất lượng BV	*2*	3	- Hội đồng QLCL: Chấm theo tiêu chí	**- Tổ QLCL:** **Mức 2**: Lưu quyết định thành lập hội đồng, mạng lưới QLCLBV, tổ QLCL, có quy chế hoạt động của Hội đồng, mạng lưới QLCL. - Phân công rõ ràng vị trí, trách nhiệm của từng thành viên trong tổ QLCL theo các mảng công việc: QLSC, 5S, đo lường chỉ số, XD đề án CTCL, KHCL...
						Mức 3: - XDKH hoạt động lồng ghép của Tổ QLCL trong KH hoạt động của đơn vị. - Tổ chức họp Tổ QLCL hàng tuần, hàng tháng và đưa ra đầy đủ các vấn đề chưa tốt (SCYK, đề án CTCL, đo lường chỉ số, KHCL, 5S) của khoa/phòng/BV, PT nguyên nhân và có các GP để khắc phục. - Khắc phục được từ <50% các nội dung tồn tại khi kiểm tra/nội dung họp đánh giá hoạt động tổ QLCL.
						Mức 4: - Có tổ trưởng hoặc tổ phó là nhân viên chuyên trách, không kiêm nhiệm chức danh lãnh đạo quản lý các khoa, phòng. - Đảm bảm ít nhất 50% nhân viên tổ QLCL của đơn vị có chứng chỉ/ chứng nhận QLCL, ít nhất 20% nhân viên mạng lưới có chứng chỉ/ chứng nhận QLCL - Khắc phục được từ 50 đến <100% nội dung tồn tại khi kiểm tra/nội dung họp đánh giá hoạt động tổ QLCL.

						Mức 5: - Đảm bảm 100% nhân viên tổ QLCL của đơn vị có chứng chỉ/chứng nhận QLCL. - ĐG các hoạt động của đơn vị trong quý, đưa ra các ưu, nhược điểm, phân tích, CTCL các nhược điểm, kết quả CTCL đạt mục tiêu. - Khắc phục được từ 100% nội dung tồn tại khi kiểm tra/nội dung họp đánh giá hoạt động tổ QLCL.
67	D1.2	Xây dựng, triển khai kế hoạch và đề án cải tiến chất lượng	*3*	3	- Tổ QLCL, Hội đồng QLCL: Chấm theo tiêu chí	**- Các khoa, phòng, trung tâm:** **Mức 1:** Không/chưa có đề án CTCL của đơn vị trong năm
						Mức 2: - Xác định được vấn đề CTCL. - Xây dựng được ít nhất 01 đề cương đề án CTCL và được Hội đồng thông qua.
						Mức 3: Triển khai đúng tiến độ trong đề án CTCL
						Mức 4: ' - Xây dựng mục tiêu chất lượng năm và đánh giá thực hiện mục tiêu chất lượng 1 quý/lần (Những nội dung không đạt mục tiêu phải phân tích nguyên nhân, đề xuất giải pháp) - Có số liệu kết quả đánh giá quá trình/giai đoạn thực hiện đề án theo tần suất trong bảng chỉ số.

						Mức 5: - Phân tích nguyên nhân của vấn đề tồn tại của Mục tiêu chất lượng và đưa ra giải pháp thực hiện. - Báo cáo kết quả thực hiện đề án đã được hội đồng nghiệm thu và đạt mục tiêu đề ra.. Có bằng chứng CTCL cụ thể sau khi áp dụng các sáng kiến, giải pháp (Có đề cương, KH khảo sát và đánh giá, có bộ câu hỏi, có thành viên tham gia khảo sát, có bằng chứng KQ đánh giá, so sánh trước và sau can thiệp). - Đề xuất, áp dụng các sáng kiến, giải pháp CTCL;
68	D1.3	Xây dựng văn hóa chất lượng BV	*3*	3	**- Tổ QLCL** (Chấm theo tiêu chí): Theo dõi, giám sát thực hiện tiêu chí **- Phòng TCHC**: là đầu mối làm thủ tục đăng ký, xin cấp chứng nhận "bộ nhận diện thương - Bệnh viện đa khoa Hoằng Hóa. Cập nhật lại slogan của bệnh viện trên trang thông tin điện tử của BV. **- Phòng TCHC, tổ CTXH:** Cập	- **Các khoa, phòng, trung tâm:** **Mức 1**: Có xảy ra sự cố nghiêm trọng hoặc các vụ việc ngoài chuyên môn trong cung ứng dịch vụ của đơn vị **Mức 2**: - Không xảy ra sự cố nghiêm trọng hoặc các vụ việc ngoài chuyên môn trong cung ứng dịch vụ của đơn vị.

					BV: Phòng TCHC, tổ CTXH: Cập nhật các thông tin trên trang thông tin điện tử 1 tuần 1 lần.	**Mức 3**: - Treo khẩu hiệu (slogan) tại vị trí dễ thấy, dễ đọc; - Phổ biến cho NVYT hiểu về ý nghĩa khẩu hiệu, trang thông tin điện tử của BV. - NVYT nói được khẩu hiệu/Slogan của BV, đơn vị. Biết đường link truy cập trang thông tin điện tử của BV và trang thông tin của BV được cập nhật ít nhất 1 tuần/lần. - Riêng BP CTXH cần bổ sung: Trang thông tin điện tử của BV cập nhật thường xuyên ít nhất 1 tuần/1 lần; - Cập nhật thông tin chung về BV: lịch sử hình thành, 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 GDSK; ưu, nhược điểm về CTCL.	
						Mức 4: - Phổ biến quy định sử dụng bộ nhận diện thương hiệu cho NV đơn vị. - Áp dụng bộ nhận diện thương hiệu/logo trên các hoạt động (VD: in logo trong file gáy lưu trữ văn bản, các tài liệu, bài BC ngoài BV...); - Xây dựng mục tiêu chất lượng năm và đánh giá thực hiện mục tiêu chất lượng 1 quý/lần (Những nội dung không đạt mục tiêu phải phân tích nguyên nhân, đề xuất giải pháp) - Triển khai khuyến khích, thúc đẩy NV hướng tới CTCL (quy chế khen, thưởng động viên) - Phối hợp với tổ QLCL đo lường các chỉ số trong Mục tiêu chất lượng BV.	

						Mức 5: - Chia sẻ/ báo cáo PTSCYK/CTCL trên Hội trường BV cho các đơn vị khác học tập (2 lần trở lên/quý được đề xuất điểm thưởng cho tiêu chí này) - NB có ý kiến tích cực về phong cách và chất lượng dịch vụ KCB dựa trên các kênh phản hồi thông tin của NB (VD: Có thư khen được BV khen thưởng...); - Riêng Bộ phận ***CTXH cần bổ sung:*** Hoàn thiện đoạn phim ngắn giới thiệu về BV có lời bình bằng tiếng Việt, phụ đề tiếng Anh. - Cập nhật/Phát triển trang thông tin BV.
	CHƯƠNG D2. PHÒNG NGỪA CÁC SỰ CỐ VÀ KHẮC PHỤC (5)					
			15	*18*	3	
69	D2.1	Phòng ngừa các nguy cơ, diễn biến bất thường xảy ra với NB	*4*	4	- Tổ QLCL (Chấm theo tiêu chí) - **Phòng TCHC:** XDKH và thực hiện kiểm tra, bảo dưỡng định kỳ (theo HD của nhà SX) hệ thống chuông báo, biển báo cho các khoa phòng - **Phòng VTYT:** XDKH và thực hiện kiểm tra, bảo dưỡng định kỳ hệ thống oxy trung tâm, các máy thở, máy theo dõi liên tục, máy truyền dịch của các khoa hoạt động tốt. Cài đặt cảnh báo tự động cho các máy thở,	**- Các khoa CLS áp dụng mức 4; Các khoa lâm sàng và TTUB áp dụng tất cả; Các phòng chức năng không áp dụng.** **Mức 2:** Đảm bảo biển báo, hướng dẫn gọi NVYT rõ ràng; NB gọi được NYVT ngay khi cần; Có chuông để liên hệ hoặc báo gọi NVYT trong trường hợp cần thiết. ***- Riêng các khoa CLS***: XD quy định cảnh báo các XN bất thường của NB cho các khoa LS.

					máy theo dõi liên tục, máy truyền dịch...khi gặp tình huống nguy hiểm. đảm bảo hệ thống hoạt động tốt (có tổng hợp số liệu, báo cáo, bảng kiểm lưu tại VTTBYT)	**Mức 3**: - Đảm bảo biển báo, hệ thống chuông hoặc đèn báo đầu giường tại toàn bộ các giường bệnh cấp cứu và GB chăm sóc cấp 1 (Hệ thống chuông hoạt động tốt), hỏng được sửa chữa đúng quy định. - ***Riêng các khoa CLS:*** Thực hiện đầy đủ quy định cảnh báo các XN bất thường của NB cho các khoa LS.
						Mức 4: - Đảm bảo hệ thống ô-xy trung tâm cho phòng cấp cứu; Các máy thở/máy theo dõi liên tục/máy truyền dịch… tại giường cấp cứu có cảnh báo tự động nếu gặp tình huống nguy hiểm; - Phân công cán bộ y tế trực theo dõi camera hoặc theo dõi trực tiếp buồng bệnh 24/24 giờ đối với các buồng CC, điều trị tích cực; - Đánh giá bảng kiểm Rà soát các yếu tố nguy cơ gây mất an toàn, trong đó phát hiện nguyên nhân và đề xuất giải pháp định kỳ 1 quý/1; - Lập danh sách các vị trí có nguy cơ ngã, xảy ra sự cố, công bố cho toàn thể nhân viên trong khoa. - Hướng dẫn cách phòng ngừa ngã và NB biết các vị trí có nguy cơ ngã.

						Mức 5: Các máy thở, máy theo dõi, máy truyền dịch… tại các GB đều có cảnh báo tự động nếu gặp tình huống nguy hiểm; - Có hệ thống ô-xy trung tâm cho toàn bộ GB; - Có hệ thống chuông hoặc đèn báo đầu giường tại toàn bộ các giường bệnh; - Bên trong toàn bộ các buồng VS có chuông báo gọi trợ giúp trong trường hợp cần thiết (100% các buồng VS có chuông báo gọi); - Có camera theo dõi NB theo yêu cầu của NNNB; - Tiến hành CTCL, phòng ngừa các nguy cơ, diễn biến xấu xảy ra với NB dựa trên kết quả đánh giá theo BK.
70	D2.2	Xây dựng hệ thống báo cáo, phân tích sự cố y khoa và tiến hành các giải pháp khắc phục	*3*	4	- Tổ QLCL (Chấm theo tiêu chí): Theo dõi, phân tích/tìm hiểu nguyên nhân, báo cáo sự cố đưa ra các giải pháp, giám sát thực hiện các giải pháp. Tăng cường các giải pháp hỗ trợ, phát hiện, báo cáo các sự cố	**- Các khoa, phòng, trung tâm:** **Mức 1**: Không triển khai hệ thống báo cáo sự cố/Có sự cố nhưng không BC **Mức 2**: - Tham gia vào hệ thống báo cáo sự cố chung của BV; Hệ thống báo cáo sự cố có ghi nhận các sự cố xảy ra; - Báo cáo tất cả các sự cố, không bỏ sót các sự cố. - Phỏng vấn NVYT biết và trả lời được các quy định Báo cáo sự cố.

						Mức 3: **-** Phổ biến cho NV về quy định quản lý sự cố; - Triển khai, thực hiện hệ thống BCSC tại đơn vị, rà soát NV trong tổ QLCL của đơn vị có cài đặt phần mềm báo cáo sự cố (AD với điện thoại cập nhật được phần mềm); - Báo cáo SC phải ghi đầy đủ thông tin, thời gian, diễn biến SC...theo quy định. - BCSC bằng phần mềm/phiếu báo cáo sự cố; - Tổ chức phân tích, tìm nguyên nhân gốc rễ, đề xuất giải pháp và gửi về kịp thời.
						Mức 4: Triển khai hình thức động viên/khuyến khích cho NVYT tự nguyện báo cáo sự cố; - XD giải pháp khắc phục sự cố; - Tiến hành rà soát, đánh giá lại hàng quý việc ghi chép, báo cáo sự cố tại đơn vị trong đó xác định những việc đã làm, chưa làm được/chưa đạt yêu cầu.
						Mức 5: - Thực hiện báo cá**o** sự cố"gần như sắp xảy ra" (near miss), giải pháp khắc phục sự cố là sáng kiến CTCL/kinh nghiệm được chia sẻ để các đơn vị khác cùng học tập. - Khắc phục các tồn tại của lần đánh giá trước: Không có SCYK ảnh hưởng đến sức khỏe NB lặp lại, triển khai hiệu quả các giải pháp đưa ra.
71	D2.3	Thực hiện các biện pháp phòng ngừa để giảm thiểu	*3*	4	- **Tổ QLCL, Hội đồng QLCL**: Chấm theo tiêu chí **Phối hợp với P.KHTH, P.ĐD:** + Giám sát, báo cáo việc áp dụng bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.	- **Các khoa, phòng, trung tâm:** **- Mức 1:** Không triển khai các biện pháp phòng ngừa sự cố y khoa.

		các sự cố y khoa			+ Thống kê, báo cáo tỷ lệ tuân thủ QTKT chung của BV (ít nhất 10 QTKT)	**Mức 2:** - XD và lưu giữ các bảng kiểm ATPT, thủ thuật trong phòng mổ và phòng làm thủ thuật; các quy định kiểm tra lại thuốc trước khi dùng cho NB; - Thực hiện thống kê các sự cố thường xảy ra và các QTKT có liên quan thường xảy ra - **Các phòng:** XDBK, kiểm tra tuân thủ QTKT, QTQL (QTQL có đánh giá yếu tố về tuân thủ thời gian)
						Mức 3: - Triển khai áp dụng BK ATPT/TT tại phòng mổ cho ít nhất 50% số ca phẫu thuật; XDBK và kiểm tra đánh giá việc tuân thủ 5 QTKT. - Viết báo cáo phân tích nguyên nhân và đề xuất GP (Có BKđược kiểm tra và BK có ký tên người thực hiện QTKT)
						Mức 4: - Hoàn thiện việc kiểm tra đánh giá việc tuân thủ 10 QTKT bằng bảng kiểm. - Tổng hợp/báo cáo phân tích nguyên nhân và đề xuất GP

						Mức 5: - Lưu bản tin ATYT và thông tin tới NVYT trong đơn vị; - Khắc phục đầy đủ, không để lặp lại các sự cố do "lỗi hệ thống" đã được phát hiện, các sai sót chuyên môn đã được phân tích, uốn nắn; - Triển khai các giải pháp CTCL, không lặp lại các sự cố do chủ quan của NVYT. - Giám sát thực hiện các giải pháp dựa trên phân tích nguyên nhân tồn tị của đánh giá tuân thủ QTKT.
72	D2.4	Bảo đảm xác định chính xác	*3*	3	- Tổ QLCL: Kiểm tra việc triển khai thực hiện các biện pháp phòng chống nhầm lẫn NB đang triển khai. Tổng hợp, 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	**- Các khoa, phòng, trung tâm:** **Mức 1:** Có nhầm lẫn dịch vụ cung cấp cho NB/KH do đơn vị khác/người khác phát hiện, báo cáo. **Mức 2**: - Lưu quy định xác nhận chính xác NB/KH trước khi cung cấp dịch vụ trong đơn vị; - Đặt/treo bảng tóm tắt các bước khẳng định chính xác NB đặt tại các vị trí dễ thấy để nhắc nhở người cung cấp dịch vụ. - Lưu văn bản quy định về việc xác nhận bàn giao đúngNB giữa NVYT. - Phỏng vấn: NVYT biết được quy định xác nhận chính xác NB; - Thống kê danh sách NB bị cung cấp nhầm dịch vụ đã xảy ra trong năm (có sổ/file mềm theo dõi).

		NB khi cung cấp dịch vụ			- Định kỳ kiểm tra thực hiện bảng kiểm xác định chính xác NB trước khi cung cấp dịch vụ.	**Mức 3**: XD và áp dụng BK để thực hiện kiểm tra, đối chiếu NB/KH và dịch vụ cung cấp; - Đảm bảo khay chia thuốc, mẫu bệnh phẩm ghi đủ ít nhất 4 thông tin như họ và tên, năm sinh, giới, số HSBA của NB.
						Mức 4: Không có trường hợp nhầm lẫn NB trong XN, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng, phát thuốc, tạm ứng tiền...cho NB/KH (mà do người khác, đơn vị khác/NB phát hiện ra).
						Mức 5: - Không có nhầm lẫn khi cung cấp tất cả các dịch vụ cho NB/KH; - Tiến hành CTCL chống nhầm lẫn NB dựa trên kết quả rà soát, đánh giá.
72	D2.5	Phòng ngừa nguy cơ NB bị trượt ngã	*2*	3	- Tổ QLCL (Chấm theo tiêu chí): Theo dõi phân tích các nguyên nhân bị trượt ngã và báo cáo, có thống kê danh sách những người bị trượt ngã trong toàn BV, các mức độ tổn thương, đề xuất các giải pháp hạn chế trượt ngã, giám sát thực hiện các giải pháp tại các đơn vị. Phối hợp với phòng TCHC rà soát tổng thể 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 (Lan can, ốp trần...) - Phòng TCHC (Chấm theo tiêu chí): Rà soát tổng thể 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 tại các	**- Các khoa, trung tâm lâm sàng:** **Mức 1:** Có vụ việc NB/NNNB/NVYT ngã không được BC/dẫn đến hậu quả nghiêm trọng. - NB/trẻ em rơi ra khỏi cáng trong quá trình vận chuyển.
						Mức 2: - Tiến hành rà soát ít nhất 1 lần/năm và lập DS các vị trí có nguy cơ trượt ngã do thiết kế/CSHT không đồng bộ/xuống cấp hoặc do lý do bất kỳ khác dẫn tới nguy cơ trượt ngã; - Đặt/treo cảnh báo nguy hiểm tại các vị trí có nguy cơ trượt, ngã như sàn trơn, nhà vệ sinh, cầu thang, vị trí không bằng phẳng; - Ưu tiên xử lý các vị trí có nguy cơ trượt, vấp, ngã do CSHT không đồng bộ, do thiết kế XD hoặc xuống cấp.

					đơn vị, đề xuất/tham mưu giải pháp cho LĐBV. Gắn biển cảnh báo nguy cơ trơn trượt, có dán các vật liệu tăng ma sát tại các vị trí dốc, cầu thang, dán các vật liệu có màu sắc dễ nhận biết ở các vị trí chuyển tiếp không bằng phẳng tại các khu vực công cộng và theo đề nghị của các đơn vị.	**Mức 3:** Phổ biến cho NB các vị trí có nguy cơ cao và phối hợp giám sát thực hiện. - Rà soát, đề xuất gắn các biển cảnh báo ở các vị trí có nguy cơ: lan can và chấn song cửa sổ. - Thực hiện đúng quy định phòng ngừa ngã (đánh giá nguy cơ, treo biển, nằm giường có thành chắn, hướng dẫn NB...)
						Mức 4: - Không có NB bị rơi từ các bàn PT, thủ thuật. - Không có vụ việc NB bị trượt ngã, gặp hậu quả nghiêm trọng - Tổng hợp danh sách NB ngã, có phân tích các nguyên nhân và đề xuất các giải pháp hạn chế trượt ngã (hàng quý). - Triển khai giải pháp đảm bảo an toàn cho NB tại khoa, hạn chế nguy cơ bị rơi, ngã.
						Mức 5: Có dán các vật liệu tăng ma sát tại các vị trí có nguy cơ trượt ngã như cầu thang, lối đi dốc… - Tại các vị trí chuyển tiếp không bằng phẳng của sàn nhà có dán các vật liệu thay đổi màu sắc/bổ sung tay vịn để dễ nhận biết, tránh vấp, ngã. - Có giải pháp phòng chống/ngăn ngừa tự tử tại các vị trí đã có người tự tử hoặc vị trí có nguy cơ cao. - 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. - Không có NB bị trượt ngã vì lí do CSHT.

	CHƯƠNG D3. ĐÁNH GIÁ, ĐO LƯỜNG, HỢP TÁC VÀ CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG (3)					
			9	*10*	1	
73	D3.1	Đánh giá chính xác thực trạng và công bố công khai chất lượng BV	*3*	3	- **Tổ QLCL**: XDKH, quyết định đoàn tự tiến hành đánh giá CLBV (2 lần/năm: 6 tháng và 1 năm) theo các tiêu chí và gửi/nộp Báo cáo BYT. Đánh giá điểm cho tất cả các khoa, phòng, trung tâm. Thống kê các tiểu mục chưa đạt yêu cầu và lý do chưa đạt theo từng tiêu chí. Công bố và phổ biến kết quả cho NB và NVYT. Báo cáo có đầy đủ thông tin các khía cạnh chất lượng bệnh viện trong năm.	**- Các khoa, phòng, trung tâm:** **Mức 1:** Đơn vị không đánh giá chất lượng/gửi kết quả muộn quá thời gian quy định (hệ thống đã đóng) **Mức 2**: Tự tiến hành đánh giá chất lượng khoa/phòng/trung tâm theo các tiêu chí (1 quý/lần); - Tỷ lệ các tiêu chí có điểm do đơn vị tự đánh giá cao hơn điểm của BV dưới 10%. **Mức 3**: - 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; - Công bố, phổ biến kết quả đánh giá chất lượng cho các thành viên trong đơn vị; - Tỷ lệ các tiêu chí có điểm do đơn vị tự đánh giá cao hơn điểm của BV dưới 7%.

						Mức 4: - Lưu giữ bảng tổng hợp các tồn tại sau kiểm tra (Phòng QLCL gửi lại). ***Riêng các phòng, khoa KSNK, Dược:*** Có bảng tổng hợp các tồn tại của các đơn vị trong lĩnh vực phụ trách, theo dõi, giám sát khắc phục sau kiểm tra. **-** Phân tích nguyên nhân tồn tại của những tiêu chí chưa đạt yêu cầu; - Đảm bảo phải thực hiện đúng tiến độ thời gian trong GP. - Tỷ lệ các tiêu chí có điểm do đơn vị tự đánh giá cao hơn điểm của BV dưới 5%
						Mức 5: **-** BC đánh giá chất lượng của đơn vị theo quý có đầy đủ thông tin các khía cạnh chất lượng, bảo đảm chất lượng số liệu, vẽ biểu đồ theo khía cạnh chất lượng A, B, C, D (riêng khối Sản, Nhi thêm khía cạnh E). - Công bố kết quả cho NB và NVYT trong khoa biết. - Tiến hành CTCL dựa trên kết quả kiểm tra. - Tỷ lệ các tiêu chí có điểm do đơn vị tự đánh giá cao hơn điểm của BV dưới 2,5%
						- Các khoa, phòng, trung tâm: **Mức 1:** Không tham gia đo lường các chỉ số/không cung cấp số liệu phục vụ đo lường CLBV

74	D3.2	Đo lường và giám sát cải tiến chất lượng BV	*3*	4	- Tổ QLCL: Triển khai Kế hoạch cải tiến chất lượng bệnh viện, xây dựng phương pháp và tiến hành thực hiện các nội dung đo lường. Hướng dẫn các đơn vị xây dựng chỉ tiêu/chỉ số, tổng hợp đo lường các chỉ số chuyên khoa, tổng hợp chỉ số chất lượng các khoa, phòng, báo cáo.	**Mức 2**: Chỉnh sửa/cập nhật Bộ chỉ số đo lường/XDKH đo lường các chỉ số trong KH cải tiến chất lượng BV và giám sát chất lượng tại đơn vị. **Mức 3:** - XD được ít nhất 1 CSCL chuyên khoa nhằm đánh giá và theo dõi chất lượng chuyên môn, chất lượng dịch vụ; chất lượng hoạt động của đơn vị; - Theo dõi, giám sát đo lường chỉ số đúng tiến độ, chính xác (có tài liệu/bảng kiểm thu thập số liệu lưu tại khoa) **Mức 4:** Kết quả đo lường chỉ số chính xác. LĐ đơn vị nắm được ưu, nhược điểm về chỉ số chất lượng của đơn vị. - Thông báo/công bố chỉ số chất lượng cho NV trong đơn vị được biết. - Phỏng vấn: NVYT trong đơn vị nắm được kết quả đo lường chỉ số chất lượng của đơn vị mình. **Mức 5:** Theo dõi kết quả đo lường chỉ số chất lượng bằng vẽ biểu đồ (theo các mốc thời gian cụ thể của từng chỉ số); - Đặt các mục tiêu cần đạt được cho chỉ số chất lượng chuyên khoa. - Tiến hành CTCL dựa trên kết quả đã đo lường.

75	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 BV	*3*	3	- Tổ QLCL (Chấm theo tiêu chí): Tham gia và có đóng góp vào việc xây dựng các chính sách, tiêu chuẩn, tiêu chí QLCL. - Gửi các báo cáo BYT đầy đủ thông tin, chính xác, có giá trị, tin cậy cao đúng thời hạn. - Theo dõi, thống kê báo cáo của các đơn vị.	**Các khoa, phòng, trung tâm:** - Đơn vị có thành viên tham gia các HĐ, mạng lưới của BV tích cực đóng góp ý kiến cho các đơn vị. - Có NVYT tích cực tham gia và có đóng góp cụ thể vào việc XD tiêu chuẩn, tiêu chí QLCL. - Gửi các báo cáo đầy đủ thông tin, chính xác, có giá trị, tin cậy cao đúng thời hạn.
						Mức 1: Các thông tin phản hồi/báo cáo thường xuyên chậm tiến độ, phải đôn đốc.
						Mức 2: Gửi thông tin phản hồi/báo cáo chậm tiến độ (muộn ≥ 5 lần các nội dung được theo dõi)
						Mức 3: Gửi thông tin phản hồi/báo cáo chậm tiến độ (muộn từ 3 - 5 lần các nội dung được theo dõi)
						Mức 4: Gửi đầy đủ các thông tin phản hồi/báo cáo chậm tiến độ (muộn từ 1-2 lần các nội dung được theo dõi) - Báo cáo có những thông tin giá trị, có độ tin cậy cao. - NVYT tích cực tham gia và có đóng góp cụ thể vào việc XD các chính sách, tiêu chuẩn, tiêu chí QLCL của BV.

						Mức 5: Đơn vị được mời và có bài trình bày chia sẻ kinh nghiệm CTCL tại giao ban BV, ngoài BV/các cuộc họp/tập huấn, hội nghị về QLCL 1 lần trong quý (từ 2 lần trở lên sẽ trình HĐ cho điểm thưởng). - Chủ động XD các công cụ, tài liệu, hướng dẫn, phần mềm… về QLCL và báo cáo, chia sẻ với BV để tiếp tục chia sẻ rộng rãi cho các đơn vị khác trên phạm vi BV/toàn quốc/quốc tế.
PHẦN E. TIÊU CHÍ ĐẶC THÙ CHUYÊN KHOA						
	CHƯƠNG E1. TIÊU CHÍ SẢN KHOA					
			9	*9*	0	
76	E1.1	Thiết lập hệ thống tổ chức chăm sóc sản khoa và sơ sinh	*3*	3	**Phòng TCHC, Phòng điều dưỡng** - Tham mưu cho LĐBV phương án cử NVYT đi học nâng cao trình độ chuyên môn.	**- Các khoa Sản:** XD đề án VTVL, XD kế hoạch cử hộ sinh có trình độ trung cấp đi học cao đẳng, Đại học (cử nhân) **Mức 2:** **-** Đảm bảo **c**ó BsCK sản, có hộ sinh trung cấp trở lên. - Đảm bảo có phòng khám phụ khoa riêng với đầy đủ các TTB cơ bản (theo quy định của BYT), có bục lên xuống bàn khám. Có phòng thủ thuật riêng biệt. **Mức 3:** - Đảm bảo có BsCK sản cấp I/Th.s chuyên khoa sản trở lên. - Đảm bảo TL hộ sinh có trình độ cử nhân trở lên chiếm ít nhất 30% tổng số HS của khoa. - Triển khai KT mổ đẻ (mổ lấy thai) mang tính thường quy. Có góc sơ sinh trong phòng đẻ.

						Mức 4: - Đảm bảo có BSCK sản cấp II/TS về CK sản trở lên. Tỷ lệ hộ sinh có trình độ cử nhân trở lên chiếm ít nhất 40% trên tổng số HS của khoa sản.
						Mức 5: Đảm bảo tỷ lệ HS có trình độ cử nhân trở lên chiếm ít nhất 50% tổng số HS của khoa sản, tỷ lệ Bs sản khoa tham gia đầy đủ đào tạo liên tục trong năm chiếm từ 70% trở lên. - Đảm bảo trưởng/phó khoa sản có trình độ CK II/TS về sản khoa. - Triển khai khoa/trung tâm chuyên sâu về phụ sản (trung tâm sản bệnh, trung tâm hỗ trợ sinh sản…).
77	E1.2	Hoạt động truyền thông về sức khỏe sinh sản, sức khỏe bà mẹ, trẻ em	*3*	3	**Phòng Điều dưỡng:** + Rà soát tài liệu GDSK, có lộ trình XD tài liệu, giám sát cung cấp tài liệu, tờ rơi GDSK cho NB. + Kiểm tra, giám sát việc thực hiện tư vấn, truyền thông GDSK cho NB. **- Bộ phận CTXH:** Phối hợp với phòng Điều dưỡng thiết kế các tờ rơi, tranh ảnh phục vụ cho công tác tuyên truyền. Đưa tin, tuyên truyền về các hoạt động của các lớp học tiền sản, hậu sản.	**- Các khoa Sản:** **Mức 1:** Không có tranh ảnh, tờ rơi, băng hình… tuyên truyền liên quan đến CSSK sinh sản, sức khỏe bà mẹ, trẻ em.
						Mức 2: Sắp xếp tranh ảnh, tờ rơi tuyên truyền về chăm sóc sức khỏe sinh sản, sức khỏe bà mẹ, trẻ em tại PK và các khoa sản, Nhi, Sơ sinh; - Đặt tài liệu ở vị trí dễ quan sát cho NB và NNNB.
						Mức 3: Tư vấn về SKSS và CS trước sinh, sau sinh, chăm sóc và nuôi dưỡng trẻ nhỏ cho phụ nữ mang thai. - Đảm bảo có bảng thông tin và truyền thông về SKSS và CS trước sinh, sau sinh đặt tại PK, chỗ dễ quan sát cho NB và NNNB.

						Mức 4: - Bố trí hộp phát tờ rơi miễn phí truyền thông về SKSS và chăm sóc trước sinh, sau sinh… - Đảm bảo có NV tư vấn kiêm nhiệm/chuyên trách về SKSS và CS trước sinh, sau sinh, trình độ từ CĐ/cử nhân ĐD trở lên hoặc Bs. - Bố trí phòng tư vấn về SKSS và chăm sóc trước sinh, sau sinh. - Đảm bảo có tài liệu cho các lớp học tiền và hậu sản cung cấp cho các đối tượng phụ nữ, NNNB (có nội dung HD NCBSM). - Duy trì lớp học tiền sản 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, NCBSM, ăn bổ sung hợp lý …
						Mức 5: Khu vực khoa/PK 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. - Cập nhật, bổ sung tài liệu cho các lớp học tiền sản định kỳ cho các đối tượng phụ nữ, NNNB và phát cho học viên. - Duy trì tổ chức các lớp học tiền sản theo lịch cố định ít nhất 1 lần/tuần và công bố công khai cho người dân được biết. - Đánh giá kiến thức của các đối tượng học viên sau khi tập huấn. - Tiến hành CTCL các lớp dựa trên kết quả đánh giá.

78	E1.3	Thực hành tốt NCBSM	*3*	3	- **Khoa Dinh dưỡng+ Phòng Điều dưỡng:** XD kế hoạch, giám sát tuân thủ thực hiện NCBSM của khoa Sản.	**- Các khoa Sản, Nhi(chấm theo tiêu chí):** 80% Nhân viên khoa sản được tập huấn về tư vấn và hỗ trợ bà mẹ NCBSM. NV tư vấn NCBSM và ghi HSBA. Tỷ lệ sơ sinh tại khoa Sản được bú mẹ hoàn toàn đạt 90% trở lên.
						Mức 1: Không triển khai các hướng dẫn NCBSM theo quy định của BYT. - Phát hiện có hình thức quảng cáo sữa công thức cho trẻ dưới 24 tháng tuổi trong khuôn viên hoặc hàng rào bệnh viện. - Trong năm bị xử phạt/nêu trên các phương tiện thông tin đại chúng
						- Mức 2: Quy định thực hiện 10 điều kiện NCBSM, được viết bằng ngôn ngữ thông dụng, dễ hiểu, sẵn có cho NVYT tham gia CS bà mẹ và trẻ em; - Treo quy định nơi dễ quan sát, tuyên truyền, HD các bà mẹ không sử dụng bình bú, sữa thay thế sữa mẹ cho trẻ dưới 24 tháng nếu không có chỉ định của Bs. - Thực hiện đầy đủ cắt rốn chậm, da kề da, bú sớm trong 1 giờ đầu sau sinh thường đạt 50%. - Đảm bảo sơ sinh được bú mẹ hoàn toàn từ 50% trở lên.

'Mức 3:
- Tập huấn cho NV về tư vấn và hỗ trợ bà mẹ NCBSM > 80%.
- Treo các hình ảnh tuyên truyền về NCBSM ở nơi dễ quan sát.
- Thực hiện tư vấn về NCBSM. Ghi thông tin về tình hình trẻ bú mẹ vào HSBA hoặc phiếu CS.
- Thống kê, theo dõi tình hình thực hành NCBSM cả trẻ đẻ thường và mổ đẻ. Sản phụ đẻ thường được nằm cùng con suốt 24 giờ trong ngày đạt 80%.
- Thực hiện đầy đủ cắt rốn chậm, da kề da, bú sớm trong 1 giờ đầu sau sinh thường đạt tối thiểu 80%.
- Đảm bảo sơ sinh "bú mẹ hoàn toàn" từ 70% trở lên.
- Thực hiện đầy đủ cắt rốn chậm, da kề da, bú sớm trong 1 giờ đầu sau sinh ở sản phụ mổ đẻ đạt > 30%
.

Mức 4: Tập huấn cho NV về NCBSM > 90%. Có NV chuyên trách về tư vấn NCBSM có chứng chỉ.
- Đảm bảo nhóm tư vấn NCBSM hoạt động thường xuyên.
- Tư vấn và giúp đỡ NCBSM cho bà mẹ sau sinh đúng cách > 80%
- Đảm bảo Sản phụ đẻ thường được nằm cùng con suốt 24 giờ trong ngày đạt > 95%.
- Thực hiện đầy đủ cắt rốn chậm, da kề da, bú sớm trong 1 giờ đầu sau sinh thường đạt tối thiểu 80%.
- Đảm bảo sơ sinh được "bú mẹ hoàn toàn" từ > 90% trở lên.
- Trường hợp mổ đẻ được thực hiện đầy đủ cắt rốn chậm, da kề da, bú sớm trong 1 giờ đầu sau sinh đạt > 50%

						Mức 5: Đảm bảo trẻ sơ sinh tại khoa sản được "bú mẹ hoàn toàn" ≥ 95%; - Đảm bảo trẻ đẻ thường được thực hiện đầy đủ cắt rốn chậm, da kề da, bú sớm trong 1 giờ đầu sau sinh ≥ 95%; - Trường hợp mổ đẻ được thực hiện đầy đủ cắt rốn chậm, da kề da, bú sớm trong 1 giờ đầu sau sinh ≥ 80%; - Triển khai ngân hàng sữa mẹ 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. - Đảm bảo 100% bà mẹ cho sữa được XN 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.
	CHƯƠNG E2. TIÊU CHÍ NHI KHOA					
			3	*3*		
79	E2.1	BV thiết lập hệ thống tổ chức chăm sóc nhi khoa	*3*	3	**Phòng TCHC, Phòng điều dưỡng:** - Thống kê số lượng điều dưỡng khoa nhi, điều chuyển điều dưỡng để tỷ lệ điều dưỡng có trình độ cử nhân trở lên chiếm ít nhất 30% tổng số điều dưỡng của khoa - Thống kê số lượng điều dưỡng đã được đào tạo về nhi ở khoa, cử đi đào tạo để tỷ lệ điều dưỡng được đào tạo về nhi chiếm từ 50% tổng số điều dưỡng của khoa - Rà soát tiêu chuẩn đơn nguyên sơ sinh theo Quyết định 1142/QĐ-BYT ngày 18/4/2011, đảm bảo thành lập được đơn nguyên sơ sinh vơi đầy đủ nhân lực, cơ sở vật chất, trang	**- Các khoa Nhi + Sơ sinh:** **Mức 2**: Đảm bảo tỷ lệ ĐD được đào tạo về Nhi chiếm 30%/ĐD của khoa - Có Bs chuyên khoa định hướng. **Mức 3:** XD bản mô tả công việc cho các vị trí của khoa. - Đảm bảo có Bs chuyên khoa I. - Đảm bảo tỷ lệ CnĐD chiếm 30%/ĐD của khoa. - Đảm bảo 30% ĐD được đào tạo về Nhi khoa - Đảm bảo CSVC, nhân lực, TTB đủ để triển khai công việc.

					thiết bị và năng lực chuyên môn theo quy định	**Mức 4**: Đảm bảo có Bs CK nhi cấp II. - Đảm bảo tỷ lệ CnĐD chiếm 40%/ĐD của khoa. - Đảm bảo tỷ lệ ĐD được đào tạo về Nhi chiếm 70%/ĐD của khoa
						Mức 5: - Đảm bảo tỷ lệ CnĐD chiếm 50%/ĐD của khoa. - Đảm bảo Bs nhi tham gia đào tạo liên tục đạt 70% trở lên. - Triển khai Trung tâm bệnh lý Nhi khoa chuyên sâu.
Tổng điểm:			*253*	*265*		
Số tiêu chí áp dụng:			*79*	*79*		
Số tiêu chí hệ số 2:			*6*	*6*		
Điểm trung bình:			**3,20**	*3,34*		

CÁC DANH MỤC VIẾT TẮT

Tên các khoa, phòng: Viết tắt chữa đầu, tên theo địa điểm
TTBYT: Trang thiết bị y tế
NVYT: Nhân viên y tế
NB: Người bệnh
NNNB: Người nhà người bệnh
Bs: Bác sỹ
ĐD: Điều dưỡng
HS: Hộ sinh
KTV: Kỹ thuật viên
BB: Buồng bệnh
VS: vệ sinh
NK: Nhiễm khuẩn
DDSK: dung dịch sát khuẩn
PT: Phẫu thuật
CTCL: Cải tiến chất lượng
XDKH: Xây dựng kế hoạch
CSHT: Cơ sở hạ tầng
NCKH: Nghiên cứu khoa học
QT: Quy trình
QTKT: Quy trình kỹ thuật
KSNK: Kiểm soát nhiễm khuẩn
HD: Hướng dẫn
CTRYT: Chất thải rắn y tế
CTLYT: Chất thải lỏng y tế
BYT: Bộ Y tế
DMKT: Danh mục kỹ thuật
HLNB: Hài lòng người bệnh
VSCN: Vệ sinh cá nhân
VSATTP: Vệ sinh an toàn thực phẩm
QLCTYT: Quản lý chất thải y tế
CSCL: Chỉ số chất lượng

Các khoa, phòng là đầu mối XDKH triển khai các tiêu chí cấp BV

- XDKH cụ thể cho từng mức chất lượng, người chịu trách nhiệm, thời gian thực hiện.
- Các mức được thực hiện theo các yêu cầu của từng tiểu mục trong tiêu chí hoặc theo các quy định của Bộ tiêu chí (Với các đơn vị phối hợp) cụ thể:

Mức 1: Không triển khai hoặc vi phạm nội dung tiêu chí.
Mức 2: Xây dựng kế hoạch triển khai.
Mức 3: Thực hiện kế hoạch, có kết quả đầu ra (theo giai đoạn)
Mức 4: Báo cáo tổng hợp có phân tích các ưu, nhược điểm, nguyên nhân.
Mức 5: Triển khai các giải pháp CTCL, có kết quả đầu ra tốt.